

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ÇALIŞAN KADINLARIN SAĞLIK BİLİNCİNİN
SOSYOLOJİK ANALİZİ
(MALATYA ÖRNEĞİ)**

DOKTORA TEZİ

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Ömer AYTAÇ**

**HAZIRLAYAN
Muzaffer Çağlar KURTDAS**

2013

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANA BİLİM DALI

ÇALIŞAN KADINLARIN SAĞLIK BİLİNCİNİN
SOSYOLOJİK ANALİZİ
(MALATYA ÖRNEĞİ)

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

HAZIRLAYAN

Prof. Dr. Ömer AYTAÇ

Muzaffer Çağlar KURTDAS

Jürimiz, tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonunda bu doktora tezini oy birliği / oy çokluğu ile başarılı saymıştır.

Jüri Üyeleri:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun tarihi ve sayılı kararıyla bu tezin kabulü onaylanmıştır.

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ÖZET**Doktora Tezi****Çalışan Kadınların Sağlık Bilincinin Sosyolojik Analizi
(Malatya Örneği)****Muzaffer Çağlar KURTDAS****Fırat Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyoloji Anabilim Dalı
ELAZIĞ – 2013, Sayfa:247+XII**

Tıbbi olduğu kadar sosyal ve kültürel bir olgu olan sağlık, sosyolojinin ilgilendiği önemli konulardan biridir. Sağlığı sosyal ve kültürel süreçler ve değişkenler açısından ele alan sağlık sosyolojisi, sağlığın diğer sosyal kurumlarla olan ilişkisini gözler önüne sererek, hem bireysel hem de toplumsal sağlığa önemli katkılar sağlayan bir alandır.

Günümüzde temel değerlerden biri haline gelen sağlık, sosyal ve kültürel açıdan değerlendirildiğinde önemli gelişmelerin ve değişimlerin yaşandığı bir alan olarak dikkat çekmektedir. Bu gelişmelerin en önemlilerinden biri de sağlık bilgisinin toplumsallaşmasıdır. Bireylerin sağlığa olan ilgilerinin ve bilgilerinin arttığı bu süreç, sosyal ve kültürel alanda önemli sonuçlar doğurmaktadır.

Bu çalışma, çalışan kadınların sağlık bilincini ve bu bilincin düzeyini sosyal ve kültürel süreçler bakımından ele alarak açıklamaya çalışmaktadır. Çalışan kadınların sağlığını, sağlığa etki eden sosyal ve kültürel faktörler açısından ele alarak sağlık bilgisinin toplumsallaşması sürecini toplumsal dinamikler ele alınarak irdelemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sosyolojisi, Sağlık-hastalık, Tıp, Çalışan Kadın, Medikalizasyon, Beden

ABSTRACT**Doctorate Thesis****Sociological Analysis of Health Consciouness of Working Women
(Example Malatya)****Muzaffer Çağlar KURTDAS****The University Of Fırat
The Institute Of Social Science
The Department Of Sociology
Elazığ – 2013, Page: 247+XII**

Besides being medical, health is both a sociological and cultural phenomenon and is one of the topics of sociology. Health sociology which covers health in view of variables such as social and cultural progress is an area playing an important part in public health concern.

Health, one of the base values of today, draws attention as an area in which important social and cultural innovations and developments. Indeed, one of these important developments is the socialization of health knowledge.

This study tries to explain laboring women's health awareness and level of this awareness in view of cultural progress. The study also tries to find out laboring women's health and the factors effecting their health by considering social variables.

Key Words: Health sociology, Health – Disease, Medicine, Working Women's, Medicalization, Body

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	II
ABSTRACT.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
ÖNSÖZ.....	VIII
TABLolar	IX
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KAVRAMSAL ve KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık	8
1.1.1. Sağlık ve Hastalığın Toplumsal Kökenleri	8
1.1.2. Sağlık Sosyolojisi	14
1.1.2.1. Sağlık Sosyolojisinin Doğuşu ve Gelişimi	14
1.1.2.2. Sağlık Sosyolojisinin Temel Kavramları	24
1.1.2.2.1. Sağlık	24
1.1.2.2.2. Hastalık	28
1.1.2.2.3. Modern Tıp	31
1.1.2.2.4. Alternatif Tıp	35
1.2. Kadın ve Sağlık	38
1.2.1. Kadın Sağlığını Etkileyen Etmenler	40
1.2.1.1. Cinsiyet	40
1.2.1.2. Eğitim	45
1.2.1.3. Çalışma Hayatı.....	48
1.2.1.4. Yaşam Tarzı ve Alışkanlıklar	54
1.3. Sağlığın ve Sağlık Bilgisinin Toplumsallaşması	60
1.4. Medikalizasyon/Tıbbileştirme	69
1.4.1. Medikalizasyonun Tanımı ve Özellikleri	69
1.4.2. Medikalizasyonun Süreçleri	74
1.4.2.1. Günlük Yaşamın Tıbbileştirilmesi.....	74
1.4.2.2. Sağlığın Meta Hali Gelmesi	78
1.4.2.3. Bedenin Endüstrileşmesi	84
1.4.2.3.1. Kontrol Altına Alınan Beden	89
1.4.2.3.2. Tüketim Aracı Olarak Beden	99

İKİNCİ BÖLÜM

2. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

2.1. Araştırmanın Konusu ve Amacı	108
2.2. Araştırmanın Önemi.....	110
2.3. Konuya İlişkin Önceki Çalışmalar	112
2.4. Varsayımlar.....	113
2.5. Yöntem	114
2.5.1. Araştırma Modeli	114
2.5.2. Evren.....	114
2.5.3. Örneklem	115
2.5.4. Bilgi Toplama Araçları	116
2.5.5. Ölçme Araçlarının Uygulanması ve Verilerin Toplanması	116
2.5.6. Verilerin Analizi	117
2.6. Araştırma Alanının Özellikleri.....	117

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. ARAŞTIRMA BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ÇALIŞAN KADINLARIN SAĞLIK BİLİNCİNİN SOSYOLOJİK ANALİZİ

3.1. Demografik, Sosyo-Kültürel ve Ekonomik Özellikleri.....	120
3.1.1. Yaş Durumu.....	120
3.1.2. Eğitim Durumu.....	120
3.1.3. Gelir Durumu	121
3.1.4. Meslek Dağılımı	122
3.1.5. Medeni Durum, Eşinin Mesleği ve Çocuk Sayısı.....	122
3.2. Sağlık-Hastalık Kavramına Bakış Açıları	124
3.2.1. Sağlık ya da Sağlıklı Olmak Nedir?.....	124
3.2.2. Hastalık ya da Hasta Olmak Nedir?.....	125
3.3. Sağlık ve Sağlıklı Olmak Konusundaki Bilgi/Bilinç Düzeyleri	126
3.3.1. Çalışan Kadınların Sağlık ve Sağlıklı Olmak Konusundaki Bilgi ve İlgi Düzeyleri.....	126
3.3.2. Sağlık ve Sağlıklı Olmaya Dair Artan İlgi	128
3.3.3. Sağlık Konusunda İlginin Artmasının Nedenleri	128
3.4. Sağlık ve Hastalıkla İlgili Bilgilere Ulaşma Durumları	130

3.4.1. Sağlık ve Hastalık Bilgisine Ulaşma Biçimi	130
3.4.2. Sağlık/Hastalık Bilgisine Ulaşmada Kitle İletişim Araçlarının Rolü	131
3.4.3. Sağlık ve Hastalık Konusunda Kitle İletişim Araçlarına Güvenme Durumu.....	135
3.4.4. Kitle İletişim Araçları ya da Tıp Uzmanı Olmayan Kaynaklardan Sağlıkla İlgili Edinilen Bilgileri Uygulama Düzeyi.....	137
3.4.5. Televizyonlarda Sağlıkla İlgili Programları İzleme Durumu	141
3.5. Çalışan Kadınların Sağlık Durumu	144
3.5.1. Sağlık Durumlarını Algılama Biçimleri	144
3.5.2. Kronik Rahatsızlık Durumu	146
3.5.3. Aileden Gelen Kronik Rahatsızlık Durumu	146
3.6. Çalışan Kadınların Sağlık Konusundaki Duyarlılıkları	147
3.6.1. Sağlıklarına Özen Gösterme Durumu	147
3.7. Çalışan Kadınların Hastalık Durumundaki Davranış Biçimleri	149
3.7.1. Hastalanınca Başvurulan Yer Kişi	149
3.7.2. Doktora Başvurmadan İlaç Alma	150
3.7.3. Hastalanınca Başkalarından Bilgi Alıp Uygulama	151
3.8. Çalışan Kadınların Alışkanlıkları ve Bunların Sağlığa Olan Etkileri	152
3.8.1. Çalışan Kadınların Sigara İçme Durumu	152
3.8.2. Çalışan Kadınların Alkol Kullanma Durumu	155
3.9. Çalışan Kadınların Beslenme Alışkanlıkları	158
3.9.1. Sağlıklı Beslenme	158
3.9.2. Fast Food Alışkanlığı	161
3.9.3. Hormonlu Ürünlere Hassasiyet	163
3.9.4. Mevsimi Olmayan Sebze ve Meyve Tüketme	165
3.9.5. Kanserojen Ürünlere Dikkat Etme	167
3.9.6. Genetiği Değiştirilmiş Ürünlere Hassasiyet	168
3.9.7. Çalışan Kadınların Diyet Yapma Durumları	170
3.9.8. Çalışan Kadınların Spor Yapma Durumları	172
3.10. Çalışan Kadınların Alternatif Tıbbi Bakış Açısı.....	174
3.10.1. Alternatif Tıbbi Bakış Açısı	174
3.10.2. Alternatif Tıbbin İyileştirici Gücüne Dair Duydukları İnanç	176
3.10.3. Uygulanan Alternatif Tıp Yöntemleri ve Uygulamaları	180

3.10.4. Alternatif Tıp Bilgilerine Ulaşma Durumu.....	182
3.10.5. Alternatif Tıp Bilgilerine Ulaşma Biçimi	183
3.10.6. Televizyonda Alternatif Tıp Programlarını İzleme Durumu ve En Çok Kabul Gören Alternatif Tıp Uzmanı.....	185
3.10.7. Televizyonlardan Edinilen Bitkisel İçerikli Formülleri Uygulama Durumu.....	187
3.10.8. Reklamlarda Yayınlanan Alternatif Tıp İlaçlarını Alıp Kullanma	187
3.11. Çalışan Kadınların Bedene ve Bedenin Görünümüne İlişkin Bakış Açıları	188
3.11.1. Çalışan Kadınların Fiziksel Görünümlerine İlişkin Görüşleri	188
3.11.2. Çalışan Kadınların Fiziksel Görünümlerinin İş Hayatına Etkileri	193
3.11.3. Çalışan Kadınların Fiziksel Görünümlerini İyileştirmeye Yönelik Davranışları.....	196
3.11.4. Kozmetik Mamulleri Kullanma Durumu	198
3.11.5. Estetik Yaptırma Durumu ve Estetik Yaptırma İsteği	202
3.11.6. İdeal Beden Algısı.....	205
3.11.7. Gençlik Algısı.....	210
3.11.8. Yaşlılık Algısı.....	212
SONUÇ	214
KAYNAKÇA.....	226
EK: ANKET FORMU	239
ÖZGEÇMİŞ	247

ÖNSÖZ

Günümüzün en önemli problemlerinden biri olan sağlık, gerek bireysel gerekse de toplumsal anlamda büyük bir önem arz etmektedir. Sağlık ve sağlık sisteminin sorunları hemen hemen tüm toplumlarda çözülmesi gereken öncelikli sorunların başında gelmektedir. Bu bağlamda sağlık, tek başına tıp biliminin konusu değildir. Sağlık tıbbi olduğu kadar sosyal ve kültürel bir konudur.

Sağlık konusu sosyal ve kültürel süreçler ve değişkenler açısından ele alınmalıdır. Sağlığın sosyal ve kültürel boyutu dikkate alınarak, sağlık konusunun ele alınmasında sosyolojik bir bakış açısının gerekliliği şarttır. Sağlık her dönemde önemli bir konu olmuş olsa da günümüzde daha da önemli bir hale gelmiş ve popülerleşmiştir. Sağlığın toplumsallaşması onun sosyal ve kültürel anlamlar kazanmasına neden olmuştur. Sağlığın toplumsallaşmasının sonucu sağlık bilinci artmış, sağlık günlük yaşamın önemli konularından biri haline gelmiştir.

Bu çalışmada sağlık, özel olarak çalışan kadınların sağlığı üzerinden değerlendirmeye alınmıştır. Günümüzde tüm bireylerin sağlığı çok önemli bir konudur ancak kadın sağlığı farklı bir bakış ve ilgi gerektiren bir konu olarak dikkat çekmektedir. Kadın sağlığının üreme sağlığına indirgenmesi, kadınların sanayileşme sonucu çalışma hayatına çok daha fazla katılmaları ve toplumsal cinsiyet rolleri bakımından kadın sağlığı pek çok bakımdan ihmal edilmiş ve gereken önem verilmemiştir. Bu bağlamda kadınların sağlık konusundaki bilinçlenmeleri, hassasiyetleri ve sağlığa bakış açıları sosyal ve kültürel süreçler açısından ele alınarak değerlendirilmiştir.

Doktora tezi olarak hazırlanan bu çalışmanın her aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Prof. Dr. Ömer AYTAÇ'a teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca çalışmam boyunca yardım ve desteğinden dolayı sevgili eşime ve kızıma teşekkür ederim.

TABLOLAR

Tablo 1: Sosyolojik Teorilerde Sağlık ve Hastalık Yaklaşımları	22
Tablo 2: Kadının Statüsü Doğurganlık Hızı İlişkisi	46
Tablo 3: Kadının Eğitim Düzeyine Göre Obstetrik Hizmetlerden Yararlanma Oranları	46
Tablo 4: Bitirilen Eğitim Düzeyi Ve Cinsiyete Göre Nüfus (6 +Yaş) – 2011-Türkiye	47
Tablo 5: Tük, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları 2011 - İşteki Durum	51
Tablo 6: Tük, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları 2011- Eğitim Durumuna Göre İşgücü Durumu.....	52
Tablo 7: Bireylerin Vücut Kitle İndeksinin Cinsiyet Ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 8: 2003 Türkiye Alkol Kullanım Oranları 2003.....	57
Tablo 9: 2010 Türkiye Alkol Kullanım Oranları 2010.....	57
Tablo 10: Türkiye Bireylerin Tütün Mamulü Kullanma Durumu 2010.....	59
Tablo 11: Türkiye’de Kadınlar Arasındaki Sigara İçme Alışkanlığı (1996).....	59
Tablo 12: Araştırma Evrenini Oluşturan Mesleklerde Çalışan Kadın Sayısı.....	115
Tablo 13: Araştırma Evreninin Örneklem Sayısı.....	115
Tablo 14: Yaş Dağılımı.....	120
Tablo 15: Eğitim Durumu	121
Tablo 16: Gelir Durumu	121
Tablo 17: Meslek Dağılımı	122
Tablo 18: Medeni Durum	123
Tablo 19: Eşin Mesleği.....	123
Tablo 20: Çocuk Sayısı.....	123
Tablo 21: Sağlık Ya Da Sağlıklı Olmak Kavramından Anladıkları	124
Tablo 22: Hastalık Ya Da Hasta Olma Kavramından Anladıkları	125
Tablo 23: Sağlık İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olup Olmama	126
Tablo 24: Sağlık İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olup Olmama Eğitim Durumu İlişkisi	126
Tablo 25: Sağlık İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olup Olmama Yaş İlişkisi... ..	127
Tablo 26: Sağlık Ve Sağlıklı Olmak Kavramına Son Dönemde İlginin Artması	128
Tablo 27: Sağlık Ve Sağlıklı Olmak Kavramına Son Dönemde İlginin Artması Nedeni.....	128
Tablo 28: Sağlık Ve Sağlıklı Olmak Kavramına Son Dönemde İlginin Artması Eğitim Durumu İlişkisi.....	129
Tablo 29: Sağlık Ve Hastalıkla İlgili Bilgilerin En Çok Nereden Alındığı	130
Tablo 30: Sağlık Ve Hastalıkla İlgili Bilgilerin En Çok Nereden Alındığı Eğitim Durumu İlişkisi.....	131
Tablo 31: Sağlık Ve Hastalıkla İlgili Bilgilerin En Çok Hangi Kitle İletişim Araçlarından Alındığı.....	132
Tablo 32: Sağlık Ve Hastalıkla İlgili Bilgilerin En Çok Hangi Kitle İletişim Araçlarından Alındığı Meslek İlişkisi.....	133
Tablo 33: Sağlık Ve Hastalıkla İlgili Bilgilerin En Çok Hangi Kitle İletişim Araçlarından Alındığı Yaş İlişkisi.....	134
Tablo 34:Sağlıkla İlgili Kitle İletişim Araçlarından Alınan Bilgilere Güvenme Düzeyi.....	135
Tablo 35: Sağlıkla İlgili Kitle İletişim Araçlarından Alınan Bilgilere Güvenme Düzeyi Eğitim Durumu İlişkisi.....	136

Tablo 36: Kitle İletişim Araçları Ya Da Tıp Uzmanı Olmayan Kaynaklardan Sağlıkla İlgili Edinilen Bilgileri Uygulama Düzeyi	137
Tablo 37: Kitle İletişim Araçları Ya Da Tıp Uzmanı Olmayan Kaynaklardan Sağlıkla İlgili Edinilen Bilgileri Uygulama Düzeyi Aylık Gelir İlişkisi.....	138
Tablo 38: Kitle İletişim Araçları Ya Da Tıp Uzmanı Olmayan Kaynaklardan Sağlıkla İlgili Edinilen Bilgileri Uygulama Düzeyi Meslek İlişkisi	139
Tablo 39: Kitle İletişim Araçları Ya Da Tıp Uzmanı Olmayan Kaynaklardan Sağlıkla İlgili Edinilen Bilgileri Uygulama Düzeyi Yaş İlişkisi	140
Tablo 40:Televizyonlarda Sağlıkla İlgili Programları İzleme Durumu	142
Tablo 41: Televizyonlarda Sağlıkla İlgili Programları İzleme Eğitim Durumu İlişkisi.....	142
Tablo 42: Televizyonlarda Sağlıkla İlgili Programları İzleme Medeni Durum İlişkisi.....	143
Tablo 43: Televizyonlarda Sağlıkla İlgili Programları İzleme Durumu Yaş İlişkisi.....	144
Tablo 44: Sağlık Durumu.....	144
Tablo 45: Sağlık Durumu Gelir İlişkisi.....	145
Tablo 46: Kronik Rahatsızlık Durumu.....	146
Tablo 47:Aileden Gelen Kronik Rahatsızlık.....	146
Tablo 48: Sağlık Konusundaki Duyarlılık.....	147
Tablo 49: Sağlık Konusundaki Duyarlılık Yaş İlişkisi.....	148
Tablo 50: Hastalanınca İlk Başvurulan Yer, Kişi.....	149
Tablo 51: Hastalanınca İlk Başvurulan Yer, Kişi Yaş İlişkisi.....	149
Tablo 52: Hastalanınca Doktora Başvurmadan İlaç Alma Durumu.....	150
Tablo 53: Hastalanınca Aynı Hastalığı Geçirmiş Kişilerden Bilgi Alıp, Onların Tedavi Yöntemlerini Uygulama Durumu.....	151
Tablo 54: Sigara Kullanma Durumu.....	152
Tablo 55: Sigara Kullanma Sıklığı.....	152
Tablo 56: Sigarayı Bırakmayı Düşünme Durumu.....	153
Tablo 57: Sigara Sağlığa Zararlı Mı?.....	153
Tablo 58: Sigara Kullanma Durumu Medeni Durum İlişkisi.....	153
Tablo 59: Sigara Kullanma Durumu Meslek İlişkisi.....	154
Tablo 60: Sigara Kullanma Durumu Eğitim Durumu İlişkisi.....	155
Tablo 61: Alkol Kullanma Durumu.....	156
Tablo 62: Alkol Kullanma Sıklığı.....	156
Tablo 63: Alkol Sağlığa Zararlı Mı?.....	157
Tablo:64 Alkol Kullanma Durumu Aylık Gelir İlişkisi.....	157
Tablo 65: Alkol Kullanma Durumu Eğitim Durumu İlişkisi.....	158
Tablo 66: Sağlıklı Beslenme Durumu.....	158
Tablo 67: Sağlıklı Beslenme Durumu Aylık Gelir İlişkisi.....	159
Tablo 68: Sağlıklı Beslenme Durumu Yaş İlişkisi.....	160
Tablo 69: Fast-Food Yiyecekleri Yeme Durumu.....	161
Tablo 70: Fast-Food Zararlı Mı?.....	162
Tablo 71: Fast-Food Yiyecekleri Yeme Durumu Yaş İlişkisi.....	162
Tablo 72: Fast-Food Yiyecekleri Yeme Durumu Medeni Durum İlişkisi.....	163
Tablo 73: Hormonlu Ürünlere Hassasiyet Durumu.....	164
Tablo 74: Hormonlu Ürünlere Hassasiyet Durumu Medeni Durum İlişkisi.....	164
Tablo 75: Hormonlu Ürünlere Hassasiyet Durumu Yaş İlişkisi.....	165
Tablo 76: Mevsimi Olmayan Sebze Ve Meyve Tüketme Durumu.....	166

Tablo 77: Mevsimi Olmayan Sebze Ve Meyve Tüketme Durumu Medeni Durum İlişkisi.....	166
Tablo 78: Kanserojen Ürünlere Dikkat Etme Durumu.....	167
Tablo 79: Kanserojen Ürünlere Dikkat Etme Durumu Yaş İlişkisi.....	167
Tablo 80: Genetiği Değiştirilmiş Ürünler Hakkında Bilgi Sahibi Olup Bunlara Dikkat Etme Durumu.....	168
Tablo 81: Genetiği Değiştirilmiş Ürünler Hakkında Bilgi Sahibi Olup Bunlara Dikkat Etme Durumu Medeni Durum İlişkisi.....	169
Tablo 82: Genetiği Değiştirilmiş Ürünler Hakkında Bilgi Sahibi Olup Bunlara Dikkat Etme Durumu Yaş İlişkisi.....	169
Tablo 83: Diyet Yapma Durumu.....	170
Tablo 84: Diyet Yapma Sebebi.....	170
Tablo 85: Diyet Yapma Sebebi Yaş İlişkisi.....	171
Tablo 86: Spor Yapma Durumu.....	172
Tablo 87: Spor Yapma Nedeni.....	172
Tablo 88: Spor Yapma Nedeni Yaş İlişkisi.....	173
Tablo 89: Yapılan Spor Türü.....	174
Tablo 90: Sizce Alternatif Tıp.....	175
Tablo 91: Alternatif Tıbbı Bakış Açısı Yaş İlişkisi.....	176
Tablo 92: Alternatif Tıbbın Hastalıkları İyileştirip Sağlığı Koruduğuna Dair İnanç.....	177
Tablo 93: Alternatif Tıbbın Hastalıkları İyileştirip Sağlığı Koruduğuna Dair İnanç Medeni Durum İlişkisi.....	177
Tablo 94: Alternatif Tıbbın Hastalıkları İyileştirip Sağlığı Koruduğuna Dair İnanç Meslek İlişkisi.....	178
Tablo 95: Alternatif Tıbbın Hastalıkları İyileştirip Sağlığı Koruduğuna Dair İnanç Yaş İlişkisi.....	179
Tablo 96: Hastalanınca Hastaneye Gitmeden Alternatif Tıpla İyileşme Düşüncesi.....	180
Tablo 97: Hastalanınca Hastaneye Gitmeden Alternatif Tıpla İyileşme Düşüncesi Yaş İlişkisi.....	180
Tablo 98: Alternatif Tıbbı En Çok Kullandıkları Alan.....	181
Tablo 99: Uygulanan Alternatif Tıp Yöntemleri.....	182
Tablo 100: Alternatif Tıbbın Eskiye Göre Daha Çok İlgi Çekme Durumu.....	182
Tablo 101: Alternatif Tıpla İlgili Bilgileri Nereden Aldığı.....	183
Tablo 102: Alternatif Tıpla İlgili Bilgileri Nereden Aldığı Yaş İlişkisi.....	184
Tablo 103: Televizyonda Alternatif Tıp Programlarını İzleme.....	185
Tablo 104: Televizyonda Alternatif Tıp Programlarını İzleme Yaş İlişkisi.....	186
Tablo 105: Alternatif Tıp İle İlgili En Çok İzledikleri Kişi.....	186
Tablo 106: Televizyonlarda Tarif Edilen Bitkisel İçerikli Öneri Ve Uygulamaları Uygulama Durumu.....	187
Tablo 107: Reklamlarda Yayınlanan Alternatif Tıp İlaçlarını Alıp Kullanma Durumu.....	188
Tablo 108: Fiziksel Görünüşe Önem Verme.....	189
Tablo 109: Fiziksel Görünüşe Önem Verme Medeni Durum İlişkisi.....	189
Tablo 110: Fiziksel Görünüşe Önem Verme Yaş İlişkisi.....	190
Tablo 111: Fiziksel Görünüşe Önem Verme Nedeni.....	190
Tablo 112: Fiziksel Görünüşe Önem Verme Nedeni Yaş İlişkisi.....	191
Tablo 113: Fiziksel Görünüştten Memnun Olma.....	192

Tablo 114: Fiziksel Görünüşten Memnun Olma Medeni Durum İlişkisi.....	192
Tablo 115: Fiziksel Görünüşten Memnun Olma Yaş İlişkisi.....	193
Tablo 116: Yapılan İş İçin Fiziksel Görünüşün Önemi.....	194
Tablo 117: Yapılan İş İçin Fiziksel Görünüşün Önemi Eğitim Durumu İlişkisi.....	194
Tablo 118: Yapılan İş İçin Fiziksel Görünüşün Önemi Yaş İlişkisi.....	195
Tablo 119:Fiziksel Görünüşü İyileştirmek İçin Yapılan Şey.....	196
Tablo 120: Fiziksel Görünüşü İyileştirmek İçin Yapılan Şey Yaş İlişkisi.....	197
Tablo 121: Kozmetik Mamulleri Kullanma Durumu.....	199
Tablo 122: Kozmetik Mamulleri Kullanma Durumu Yaş İlişkisi.....	199
Tablo 123: Kozmetik Mamulleri Kullanma Amacı.....	200
Tablo 124:Kullanılan Kozmetik Markası.....	200
Tablo 125:Estetik Yaptırma Durumu.....	204
Tablo 126:Estetik Yaptırma İsteği.....	204
Tablo 127: Kilo Durumu.....	205
Tablo 128: Kilo Durumu Yaş İlişkisi.....	206
Tablo 129:İdeal Beden Ölçüsü.....	207
Tablo 130: İdeal Beden Ölçüsü Yaş İlişkisi.....	208
Tablo 131: Hangisini Tercih Ederdiniz?.....	209
Tablo 132: Bedene Yönelik Tercih Yaş İlişkisi.....	209
Tablo 133:Bakımlı Ve Güzel Görünmek Sağlık İlişkisi.....	210
Tablo 134: Gençlik Algısı.....	210
Tablo 135: Gençliğe Dair Algı Yaş İlişkisi.....	211
Tablo 136: Yaşlılık Algısı.....	212
Tablo 137: Yaşlılığa Dair Algı Yaş İlişkisi.....	213

GİRİŞ

18. ve 19. yy'larda Batı'da meydana gelen ekonomik, sosyal ve siyasi değişimlerin sonucunda ortaya çıkan sosyoloji; geçen iki ya da üç yüz yıl boyunca sanayileşme sürecinde yaşanan değişimlerin ortaya çıkardığı toplumsal kurumları inceleyen bir bilimdir (Giddens,2010:16). Bu dönemde meydana gelen toplumsal değişimlerle birlikte oluşan bunalım ve kaos ortamında ortaya çıkan sosyoloji bilimi pratik bir zorunluluk ve ihtiyaçtan doğmuştur. Bu dönemde ortaya çıkan Fransız İhtilali, sanayileşme ve işçi hareketleri, şehirleşme ve göç hareketleri, dünyaya açılma ve sömürge faaliyetleri gibi toplumsal dönüşüm ve oluşumlar Batı'da sosyolojiyi doğuran önemli sebepler arasındadır (Kızılçelik,2005:130-148). Yaşanan toplumsal değişimler sonucu ortaya çıkan kaos ortamını ve sorunları çözmek amacıyla oluşturulan sosyoloji biliminin esas konusu toplum ve toplumsal yaşamda ortaya çıkan gelişme ve değişimler olmuştur.

“Kenarları olmayan bir ağ” olarak tarif edilen toplum (Mc Neil – C. Townlwy'den aktaran Sezal, 2010:6-7) sınırsızlığı ifade ederken aynı zamanda sosyolojik anlamda da sınırsız bir inceleme alanının varlığına vurgu yapmaktadır. Sürekli değişen ve gelişen dinamik bir yapı olan toplumun anlaşılması ve incelenmesi bu bakımdan oldukça zor bir iştir. Bu nedenle toplumun anlaşılmasında sosyolojinin ve sosyolojik bakış açısının oldukça önemli bir yeri vardır. Sosyoloji toplumda görülen sosyal olayları, sosyal kurumları, grupları, sosyal ilişkileri ve bunlarda ortaya çıkan değişimleri, sorunları ve etkileşimleri bağlantılar kurarak inceleyen bir bilim dalıdır (Erkal, 1995:15;Sezal,2010:6). Bu bağlamda sosyoloji kendisine toplumu ve toplumda ortaya çıkan değişim ve gelişimleri konu edinmektedir. İnsan ilişkileri ve davranışlarından, sosyal gruplara, sosyal kurumlara ve sosyal yapıya kadar geniş bir inceleme alanı olan sosyoloji buralarda oluşan süreçleri ve değişimleri kendisine konu edinir.

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

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

Sağlık bireysel olduğu kadar toplumsal bir konudur. Sağlıklı bireyler ve sağlıklı bir toplum yaratmak adına sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusu tıp ilminin yanı sıra sosyolojinin de alanına girmektedir. Tıp daha çok hastalık ve hastalıktan kurtulma yollarına odaklanırken; hastalığa yakalanmama ve hastalığı önleme konuları sosyal bir bakış açısı ve çabayı gerektiren konulardır. Bireylerin sosyal, ekonomik ve çevresel yaşam koşullarının sağlıklarını doğrudan etkilediği düşünülecek olursa sağlık alanında sosyolojik çalışmalara ne kadar ihtiyaç olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu alanda ihtiyaçlara cevap verecek olan sosyolojik disiplin ise sağlık sosyolojisidir.

Günümüzde özellikle gelişmiş batı toplumlarında sosyolojinin en önemli dallarından biri olan sağlık sosyolojisi ülkemizde ilgi çekmiş olsa bile henüz yeterince çalışma yapılmış bir alan değildir. Sağlık konularının sosyolojik olarak ele alınması fikri eskilere dayanmış olsa da bu konudaki ilk çalışmalar sağlık bilimlerinde uğraşanlar tarafından yapılmıştır. Sosyologlar ise bu konulara ilgi duyup, sağlık alanında çalışmalar yapması daha geç bir döneme rastlamaktadır. Sağlık sosyolojisi; sağlık-hastalık konularına sosyolojik bir bakış açısıyla yaklaşmakta, hastalıkların sosyal yapıyla olan ilişkisini, hastanelerin örgütsel yapısını, hasta rolünü, hasta-doktor ilişkilerini, tıp sistemini vs. sosyal yapıyla olan ilişkileri bağlamında ele almaktadır. Toplumdaki mevcut hastalıkların sosyal yönleriyle ilgilenen sosyoloji dalı olarak tanımlanan sağlık sosyolojisi, genellikle hastalıkların toplumun yapısıyla olan ilişkisini, hastalıkların dağılımını, hastalıkların sosyo-ekonomik ve kültürel nedenlerini, sağlık-hastalık ile sosyal sınıf ilişkilerini, yoksulluk, işsizlik, boşanma ve ölüm gibi sosyal olguların sağlık ve hastalığa etkilerini, çevre, yaşanılan konut, aile, meslek faktörlerinin sağlık ve hastalıktaki rolünü inceler. Bunu yanında sağlık hizmetleri, hasta-doktor ilişkileri tıp sisteminin sosyal yapı içinde yeri, hastanelerin örgütsel yapısı ve hastanede çalışan görevlilerin sosyal rollerini de kendisine konu edinir (Kızılçelik, 1996a:15-16).

Sağlık sosyolojisinin sağlık alanına temel yaklaşım tarzı, hastalıkların biyolojik yanı olduğu kadar sosyal yanının da olduğudur. Bu yönüyle sosyal yapının bir parçası olan “sağlık sistemi” sosyal bilimlerin de inceleme alanına girmektedir. Sağlık kurumu

toplumsal yapıyı oluşturan kurumlardan biridir ve sosyal yapının diğer kurumlarıyla etkileşim halindedir. Sağlık sorunları sadece hastaneler içinde halledilemeyecek kadar geniş kapsamlıdır. Sağlık konuları; toplumsal, ekonomik, kültürel ve siyasal yönleri ile artık sadece tıbbın tekelinde değildir. Sağlık artık kültürün bir parçası haline gelmiştir. Günümüzde “sağlık” denildiğinde akla artık sadece hastaneler, doktorlar ve ilaçlar gelmemekte; sağlıklı yaşam, sağlıklı yiyecekler, fitness, spor, alternatif tıp, vitamin hapları vb. gibi konular gelmektedir. Bu yönüyle “sağlık” kültürün bir parçası haline gelmiştir ve kültürden kültüre bazı farklılıklar taşımaktadır. Sağlık ve hastalık kavramları her toplumun kültürünün bir parçasıdır. Kendi kültürü içinde anlamlandırılmakta ve kendi değerler sistemi içinde çözüme kavuşturulmaya çalışılmaktadır. Bu yüzden sağlık, toplumun bir ürünü olarak ekonomik ve sosyal gelişmelere bağlı olarak şekillenmektedir.

Sağlık ve hastalık, kültürel ve sosyal olarak tanımlanmış kavramlardır. Neyin sağlıklı ve normal olduğu toplumdan topluma ve değişik kültürlerde farklılık göstermektedir. Hastalık evrensel bir olgu iken hastalığın algılanışı ve tedavi yöntemleri farklıdır. Hastalık ve sağlığın tanımı toplumdan topluma, kültürden kültüre ve hatta aynı toplumda kuşaktan kuşağa değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 1974’de kabul ettiği sağlık tanımı sağlığı; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır (Cockerham,2007:7). Tanımda söz edilen sosyal iyilik hali sağlığın tıbbın yanında diğer disiplinlerle de ilişkisini ortaya koymaktadır. Hastalık ise daha tıbbi bir kavramdır ve belirli semptomlarla ortaya çıkan patolojik bir anomali durumuna işaret eder. Ancak “hastalık” ile “rahatsızlık” arasında bir ayrım söz konusudur. “Hastalık” sınırlandırılmış ve tıbbi bilimsel anlamda kullanılırken, “rahatsızlık” toplumsal ve kültürel içerikli bir anlam taşımaktadır. Buna göre “rahatsızlık”, kişinin öznel olarak sağlıklı bir durumu deneyimlemesine işaret eder. Bu bağlamda rahatsızlık durumu hastalıktan kaynaklanabileceği gibi üzüntü, kötülük, kötü ahlaklılık gibi durumlardan da kaynaklanabilir. Bu yönüyle rahatsızlık kavramı toplumsal bir duruma işaret etmektedir.

Genellikle birbirine bağlı tanımlanan sağlık-hastalık kavramları her toplumun sosyal ve kültürel özelliklerine göre değişen değer yargılarına sahiptir. Bu nedenle sağlık hastalık kavramlarına yüklenen anlamlar toplumlar arasında farklılık gösterdiği gibi aynı toplumda zaman içinde de farklılık göstermektedir. Örneğin modern toplumlarda hastalık kavramının algılanması toplumsal değişmeye paralel olarak

değişmiştir. Modern toplumlarla birlikte hastalık kalıplarındaki değişimler ve kronik hastalıkların artması, hastalıktan ziyade sağlıklı olana yönelme, toplumsal ve ekonomik değişimlerle birlikte toplum ve bireyle ilgili profesyonel otorite ve kurumlardaki değişiklik ve yeni yaklaşımların ortaya çıkması sağlıkta yeni gelişme ve değişimleri beraberinde getirmiştir.

Sosyolojik yaklaşımın hastalık ve rahatsızlığa karşı temel tavrı, dar anlamda organizmanın biyolojik olarak aksamamasından ziyade hastalığın sosyal bir durum olmasıdır. Beden ve hastalık gibi önceden doğal olarak kabul edilen kategoriler aslında toplumsal eylemlerin bir ürünüdürler ve bu yüzden değişmez katı biyolojik gerçekleri basitçe yansıtmazlar. “Sağlık” kavramı toplumsal bir olgu olması bakımından ona bakış açısının da toplumsal olması zorunluluğu vardır. Sağlık sistemini diğer sosyal kurumlardan ayırmak mümkün değildir. Ekonomi, siyasal ve toplumsal alanda meydana gelen değişimlerden etkilenen sağlık sisteminin incelenmesi de sosyolojik bir bakış gerektirmektedir. Örneğin, ülkemizde önemli toplumsal sorunlardan biri olan “sağlık” sorunu uzun yıllardır devam eden bir sorun olarak bütün iktidarlar tarafından çözüme ulaştırılması gereken önemli konulardan biri olarak görülmüştür. Halkın “sağlık” konusuna olan ilgisi günden güne artarken bir yandan da mevcut sağlık sistemin yetersizliği ve sorunları ülkemiz açısından çözüme ulaştırılması gereken acil konulardan biri olarak göze çarpmaktadır. Bu bağlamda çözüm önerilerinin ekonomik, siyasi ve sosyal yapıdan ayrı olarak düşünülmesi mümkün değildir.

Günümüzde sosyal bir olgu olarak sağlık, toplumların sosyal, ekonomik ve siyasi yapılanmalarına bağlı olarak şekillenmekte ve değişmektedir. Özellikle kültürel yaşamın etkilerinin daha fazla hissedildiği günümüz sağlık anlayışı geçmişe göre oldukça farklı anlamlar içermektedir. Hastalanmamaktan çok sağlıklı olmaya çalışmak yönünde değişen sağlık anlayışı beraberinde sağlık bilgisinin popülerleşmesi ve toplumsallaşmasını ve yaşamın medikalize edilmesini getirmiştir. İnsanlar artık hastalık- sağlık alanında daha fazla bilgiye sahipler ve isteklileri bir bilgiye rahatça ulaşabilecek durumdadırlar. Bu duruma özellikle kitle iletişim araçlarının yaygınlaşması yol açmıştır. Bundan 20-30 yıl önce sağlık ve hastalık denildiğinde akla doktor, hastane, ilaç vb. gelirken şimdi sağlıklı yaşam, sağlıklı yiyecekler, vitamin hapları, spor, alternatif tıp, anti-ageing vb. kavramlar gelmektedir. Bu yüzden sağlık gittikçe kültürün bir parçası haline gelmiştir. Televizyonda, radyoda ve internet sitelerinde artık sağlık konuları önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık programları her kesime hitap ederek bir

yandan bilinçlenmeye katkıda bulunurken, bir yanda artık ekranlardan teşhis ve tedaviye yoluna gidilmektedir. Özellikle son dönemlerde alternatif tıp programlarının sayısı gittikçe artmakta, insanlara doğal ve sağlıklı yaşamının sırlarını verirken alternatif doğal bitkisel karışımlar ve kürlerle insanların ilgisini çekmektedir. Bunun yanında gittikçe yaygınlaşan internet aracılığıyla da gerekli gereksiz, doğru yanlış pek çok bilgiye ulaşılmakta ve insanlar gittikçe sağlık-hastalık hakkında daha fazla bilgiye sahip olmaktadır. Böylece hayatımız gittikçe daha fazla sağlık-hastalık etrafında dönmekte ve yaşam daha fazla medikalize edilmektedir. Bireyler gittikçe daha fazla “sağlık tüketicileri” haline gelirken bir yandan da değişik kaynaklardan elde edilen bilgilerle sağlık hakkında daha fazla söz sahibi olup, tedavi sürecine daha etkin ve bilinçli katılabilmektedir.

Yaşamın medikalizasyonunun diğer bir yönü de tıbbın hayatımıza gittikçe daha fazla müdahalesidir. Doğumdan ölüme, çocukluktan yaşlılığa yaşam ve hastalıklar artık daha fazla tıp ile çözülmeye çalışılmaktadır. Bir yandan bireylerin tıp kurumuna bağılılıkları artarken bir yandan da yeni hastalıklar ve rahatsızlıklar yaratılarak tıp ekonomik sistemin bir parçası haline gelmektedir. Tıp, yaşama müdahale etmekte ve insanları yönlendirip şekillendirmeye çalışmaktadır. Günümüzde artık sağlık tüketim toplumunun bir parçası haline gelmiştir. Hastalık kavramından çok tüketim ve sağlık kavramlarına kültürel bir geçiş olmuştur. Bunun sonucunda ortaya çıkan başka bir gelişme de sağlığın tüketim toplumunun bir parçası haline gelmesi ve insan bedeninin sağlık yoluyla disipline edilmesi yönündeki çabalardır. Beden ve sağlığın kapitalist alana dâhil olması ve ciddi bir tüketim aracı haline dönüşmesiyle birlikte bireylerin dikkati bedenin dış görünüşüne kaymıştır. Bir yandan gittikçe daha çok tüketerek bozulan bedeni düzeltici pratiklerle, bedeni standart olarak sunulan ölçülere getirmede sağlık önemli bir rol oynamaktadır. Diyetler, anti-ageing, fitness, estetik ameliyatlar vb. ile bireylere fit görünmenin yolu açılmakta, bireyler bir yandan tüketirken diğer yandan eski hallerine gelebilmek için daha çok tüketmektedir. Günümüzde özellikle tıp teknolojisindeki gelişmelerle insan bedenleri yeniden yaratılmakta, beden bir tüketim nesnesi haline gelmektedir. Bedenin daha güzel görünmesi, sağlığı ve kontrolü temel hedef haline gelmiştir. Tıp bedeni kontrol edip onu şekillendirmenin bir aracı haline gelmiştir.

Sağlık-hastalık konularında yaşanan köklü ve radikal değişimler doğal olarak tıbbın ya da sağlığın toplumsallaştırılması sonucunu doğurmuş, hemen her kesimden

insanlar için sağlık konusu ana gündem maddelerinden biri haline gelmiş bulunmaktadır. Bu yeni dönemde sağlık ve hastalık konusunu algılamadaki değişim ve sağlık konusuna yönelik dikkatin artması, sosyolojik açıdan irdelenmeyi hak edecek bir boyut kazanmıştır. Sağlık konusunda bu artan merak ve ilginin hangi toplumsal, iktisadi, politik nedenlerden kaynaklandığı, sağlık konusundaki bilinçlenmenin boyutları, bu yöndeki bilgi ve merak yoğunlaşmasının bireysel, toplumsal ve kültürel alanda, gündelik yaşam pratiklerinde kapladığı yerin görünürlüğüne dair sosyolojik bir resim ortaya koymakta yarar bulunmaktadır. Bu yolla, sağlık ile toplumsal- kültürel alanın kesişme, i  i e geçme, kırılma noktaları tespit edilmiş olacak, sağlık-hastalık algısının toplumsal düzeyi tespit edilmiş olacaktır.

Sağlık konusunun tüm bireyler için önemli bir konu olduğu aşık ardır. Ancak özellikle kadınlar için sağlık konusu ayrı bir önem taşımaktadır. Toplumsal cinsiyet rolleri gereği toplumsal yaşamda kaynaklara ulaşma ve onları kullanma konusunda bazı sıkıntılar yaşayan kadınlar sağlık söz konusu olduğunda da aynı sıkıntıları yaşamaya devam etmektedirler. Kadınların erkeklere oranla daha zayıf, kırılğan ve hassas olduğu düşüncesiyle bağlantılı olarak kadınların daha çok hastalandığı ya da hastalığa yatkın oldukları düşüncesi kadınlar için sağlığın önemini daha da artırmaktadır. Sağlık söz konusu olduğunda kadınların daha hassas davranmalarının çeşitli nedenleri vardır. Öncelikle kendileriyle beraber ailenin diğer fertlerinin sağlıklarından da sorumlu olan kadınların sağlık konusunda sorumlulukları daha fazladır. Bunun yanında kadın eğer çalışıyorsa ev yaşamının getirdiği sorumluluklara bir de iş yaşamının sorumlulukları ve şartları eklendiğinde sağlıklarını korumak kadınlar için biraz daha güçleşmektedir. Bu bakımdan çalışan kadınların sağlığı araştırılması gereken önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu düşünceler üzerinde temellenen çalışmada, teorik bilgi ile uygulama sonuçları bir arada değerlendirilmeye ve konu bütünlüğü sağlamaya çalışılmıştır. Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Teorik olan çalışmanın birinci bölümünde; sağlık ve hastalığın toplumsal yönleri, sağlık sosyolojisi, kadın sağlığı ve kadın sağlığına etki eden faktörler, sağlık bilgisinin toplumsallaşması ve toplumun medikalizasyonu ve bunun boyutları teorik olarak ele alınmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde ise araştırmanın metodolojisi yer almaktadır. Çalışmanın    nc  bölümünde ise çalışan kadınların sağlık bilinci ve bu bilince etki eden faktörler, çalışan kadınların sağlık ve hastalık algıları ve davranış biçimleri, çalışan kadınların alternatif tıp yaklaşımları ve

alışan kadınların bedene bakış açıları beden sosyolojisi bağlamında ele alınmış ve varsayımlarımız test edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca konu ile ilgili daha önceden yapılan çalışma sonuçlarıyla araştırma sonuçları karşılaştırılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık

1.1.1. Sağlık ve Hastalığın Toplumsal Kökenleri

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

Günümüzde hastalık ve sağlık olguları açıklanırken bedeni, zihni ve sosyal yapılar birbirinden ayrı değerlendirilmeden bütüncül bir yaklaşım sergilenmektedir. Bu yaklaşım geleneksel yaklaşım olan biyomedikal modeli de kapsayan biyopsikososyal sağlık ve hastalık anlayışıdır. Biyomedikal modelde hastalıklar tamamen fizyolojik faktörlerin sonuçları gibi düşünülür ve dıştan gelen bir etkinin fizyolojik faaliyetleri aksatması veya bozması olarak değerlendirilir (Batlaş,2004:32). Oysa sağlık ve hastalık sosyal yapı içinde meydana gelir ve onun tarafından şekillendirilir (Mechanic,1978:26). Modern Batı tıbbi da dâhil olmak üzere bütün sağlık sistemleri kendi tarihinin bir ürünü olup belirli bir çevresel ve kültürel bağlamda ortaya çıkar (Capra,1992:349). Bu yüzden büyük oranda toplumsal ve çevresel etkenlerin ürünü olan sağlık ve hastalık anlayışları insanların yaşadığı toplumdan ayrı düşünülemez (Cırhinlioğlu,2001.40) ve kaçınılmaz olarak toplumun işleyişinin bir sonucu olduğundan toplumsal bir olgudur (Bury,1997:1). Son yıllarda çok sayıda makale ve kitap sosyal yapıların tıp alanına olan etkilerine işaret etmektedir. Yazarların konuya ilişkin vurguları ve konuyu ele alış tarzları farklı olmasına rağmen benzer temel mesajları; sağlığın sosyal yapılarla olan ilişkisinin, sağlığın tıbbi pratiklerinden az olmadığıdır. Sosyal ilişkiler sağlığa katkıda bulunur ve ona şekil verir (Bury,1986:137). Genel ya da özel sağlık ve hastalık fikrini içeren tüm fikirler, hastalıkları sağlık kurumunun koşullarına, sağlık bilimine ve insan problemlerini tanımlayan sosyal ve kültürel içeriğe bağlarlar (Mechanic,1978:26). Modern tıp sınırlıdır, insan bedenine tıpkı bir makineymiş gibi uzman ve teknik bir bakış açısıyla baktığı için dar bir görüşe dayanır (Turner,1990:13). Oysa insan biyolojik olduğu kadar psikolojik ve sosyal bir varlıktır. Bu yüzden sağlık-hastalık olgusunun

daha geniş bir bakış açısına ihtiyacı vardır. Çünkü sağlık/hastalık olgusu biyolojik olduğu kadar toplumsal ve kültürelidir.

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

Sosyal bir kurum olan sağlık. Toplumun ve üyelerinin sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamak için oluşmuş yol ve biçimleri, rolleri, etkileşimleri, inançları, değerleri, normları içerir. Toplumun sürekliliği sağlıklı bireylerle sağlanır. Bu bağlamda toplumu oluşturan bireylerin ruhsal, bedensel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde olmalarını sağlamak sağlık kurumunun temel hedefleri arasındadır. Sosyal yapı içinde sosyal kurumların birbiri ile ilişkili ve bağımlı olduğu gerçeğinden hareketle sağlık kurumu da diğer kurumlardan etkilenir ve toplumun sosyo-kültürel yapısına göre biçimlenir (Özen,1994:133;Adak,2002a:9). Sağlık kurumunun sosyal sistem açısından başlıca fonksiyonları şunlardır: Toplumdaki insanları sağlık-hastalık konularında bilinçlendirmek. İnsanları hastalık ve rahatsızlıktan arındırmak. İnsanlara sağlıklı yaşam

tedarik etmek. İnsanlara temel sağlık hizmetleri sunmak (Kızılçelik,1996a:33). Sağlık kurumu bütün toplumsal yapılarda varlığını sürdürmektedir ve içinde yer aldığı toplumsal yapının bir ögesidir. Sistemi, aralarında karşılıklı işlevsel bağılıklar bulunan ögelerin oluşturduğu bir bütün olarak tanımlarsak bu sistemin bir ögesi olan sağlığın da içinde bulunduğu toplumsal yapı ile işlevsel bağılıklara uyumlu biçimde hareket edeceği bir gerçektir. Bu durumda sağlık hizmeti örgütlenmesi farklı toplumsal yapılarda farklı düzeylerde gerçekleşmektedir (Üçkuyu,2006:325). Bu farklı düzeyler en ilkel topluluklardan en modern toplumlara kadar basit ya da karmaşık olsun tüm toplumsal yapılarda yer almıştır. Buna bağlı olarak sağlık olgusu çeşitli dönemlerde farklı biçimlerde var olmuştur. Sağlık ve hastalık kimi zaman doğaüstü güçlerle etkileşimde bulunan ve iyileştirici bir gücü olan büyücünün kontrolünde iken daha sonra din adamlarının tekelinde etkinliğine devam etmiş en son olarak da doktorlara ait kolayca aşılamayan yüksek duvarlara sahip bir alan olarak toplumsal yapı içinde varlığına devam etmektedir.

Hastalık ve sağlık; her ikisinin de kökleri yaşam ve çalışma koşullarının, toplumsal ilişkilerin derinliklerinde yatar. Sağlık ve hastalık hem toplumsal etmenlerin hem de sağlık hizmetlerinin ürünüdür. Sağlık hizmetlerinin kendisi de toplumsal ve siyasi yapı çerçevesinde belirlenmektedir ve toplumsal yapıdan ayrı düşünülemez (Deppe,2009:43;Coburn,2009:59). Bu bağlamda sağlık kurumu toplumsal yapıyı oluşturan diğer kurumlar (aile, eğitim, siyaset, ekonomi, din...) ile karşılıklı ilişki halindedir. Sağlık, bugün artık toplumsal yaşantıyı etkileyen ve kendisi de toplumsal ve ekonomik olaylarda etkilenen bir toplumsal olgu olarak kabul edilmektedir (Belek,1998:67). Genel olarak sağlığı etkileyen en önemli toplumsal yapı faktörleri nüfus (doğum-ölüm oranları ve göç oranları), aile, sosyal sınıf, din, dil, kültür, ekonomidir. Yaşanılan coğrafi bölge, meslek, cinsiyet, etnik köken, medeni durum, işsizlik, yaş, sosyal sınıf, kültürel yapı sağlık ve hastalıkla en fazla ilişki halinde olan sosyal değişkenler (Özen,1993:81) olarak karşımıza çıkmaktadır. Ekonomik ve toplumsal ilişkiler sağlık ve hastalık konusunda temel belirleyicilerden biridir.

Her toplumsal kurum gibi sağlık kurumu da amacına uygun olarak örgütsel bir yapılanmaya sahiptir. Bu yapılanma genelden özele yönelen özgün bir davranış örüntüsü çerçevesinde dinamizm kazanır. Roller ve statüler ve bunları çevreleyen normlar, değerler, kurallar bu örüntünün özünü oluşturur. Bu açıdan sağlık kurumu

toplumsal sistemin bir alt sistemi olduğu gibi, kendisi de kendi içinde alt sistemlere ayrılır (Oskay,1993:94).

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

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

Bireyin sağlığında kalıtım kadar belirleyici olan kültür, çok özelleşmiş yöresel inançlardan, tutum ve alışkanlıklardan, felsefi yorumlara kadar uzanan geniş bir yelpazeyi içine alır. Hastalıkların sebepleri ve tedavileri konusundaki inançlar kişisel ve kültürel farklılıklar gösterir (Batlaş,2004:73). Örneğin hastalık toplumdan topluma farklılık gösterebilir. Sosyal olarak inşa edilen ve bireyin toplumsallaşma sürecinde edindiği hastalık algısı bu anlamda içinde yaşadığı toplumun hangi belirtileri hastalık olarak kabul ettiğine bağlıdır. Bazı hastalık belirtileri toplum ve çevreleri tarafından hastalık olarak onaylanırken, aynı belirtiler farklı bir toplumda hastalık olarak kabul edilmemektedir (Adak,2002a:32). Hastalıklar ortama göre farklı yorumlanabilmektedir. Örneğin Rönesans döneminde melankoli seçkinler arasında kabul edilebilir bir rahatsızlıkken bu durumdaki yoksullar sarsaklıkla, somurtkanlıkla suçlanırdı. Cinsiyetin de bu farklılaşmada rolü büyüktür. Örneğin 1800’l yıllarda, bir kadında “isteri” olarak değerlendirilen belirtiler, erkek kardeşini de “hastalık hastası” yapabiliirdi (Porter-Vigarello,2008:273).

Kültürel farklılıklar hastalık belirtilerini ya da neyin hastalık olarak tanımlanıp neyin tanımlanmayacağını belirlemektedir. Sosyal bir durum olan hastalık farklı kültürler ve farklı sosyal guruplar içinde farklı değerlendirilip desteklenir. Bazı kültürlerde ve sosyal çevrelerde bazı durumlar (rneğin premenstural sendrom -adet öncesi sendromu- hamilelik) tıbbi ve dinlenmeyi gerektiren bir durum olarak değerlendirilirken, bazılarında ise tıbbi olmayan normal bir durum olarak grlr (Thomas,2003:5). Bazı kültürlerde obez kadın kıskançlık ve arzu objesi iken bazı kültürlerde ise obezite duygusal ve fiziksel bir hastalık olarak tanımlanır. Bazı toplumlarda epilepsi doğa üstü glere bağlanırken diğerlerinde sadece hastalık olarak hesaba katılmamış sosyal bir önyargının ve hor görmenin objesi olmuştur (Mechanic,1978:26).

Bunun yanında bireylerin inanç, eğilim, tutum ve değerleri de hastalık algısında ve davranışında etkilidir. Bireylerin hastalık karşısındaki tutum ve davranışları içinde bulundukları kültürün bir yansımasıdır. Bu durumda bireyin hastalık belirtileri durumunda belirtilere karşı göstereceği tepki ve tutum kültür tarafından şekillendirilmekte ve bireyin sağlıkla ilgili davranışlarını ve sağlık düzeyini etkilemektedir.

Bireylerin sosyo-ekonomik durumları onların sağlık ve hastalık düzeylerini doğrudan etkileyen sosyal faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin almış

oldukları eğitim ve ekonomik düzeyleri sağlık ve hastalık durumlarını olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemektedir. Özellikle ekonomik yetersizliklere bağlı olarak ortaya çıkan uygun olmayan koşullarda yaşam, yetersiz beslenme, sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamama bireylerin sağlığını olumsuz şekilde etkilemektedir. Yaşam stili ve yaşam koşulları üzerinde odaklanan sosyo-ekonomik durum ile sağlık arasındaki ilişkiyi açıklayan yaklaşımlar, kalabalık ve yoksul konutlar ve kötü beslenmeyi yoksul sosyal sınıflar arasında ölümlülük ve hastalığı artıran faktörler (Özen,1994:135) olarak görmüşlerdir. Geçtiğimiz yüzyılda kamu sağlığında gerçekleşen bütüncül iyileşmeler, sağlık ve hastalığın bütün nüfus içerisinde eşit biçimde yayılmadığı olgusunu gizleyememiştir. Araştırmalar bazı grupların diğerlerine göre daha sağlıklı olduğunu göstermiştir. Bu durum toplumların sosyo-ekonomik yapılarıyla ilişkilidir (Giddens,2005:144). Sonuçta bireylerin sağlık ve hastalık durumları sosyo-ekonomik durumları ile yakından ilgilidir. Birçok hastalığın temelinde, uygun olmayan koşullarda yaşamak, yanlış inançlar, eğitim yetersizliği ekonomik yetersizlikler ve buna bağlı olarak yetersiz beslenme, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi sosyal faktörler vardır.

Sağlık ve hastalığın toplumsal kökenlerine vurgu yapan bir yaklaşım da sağlık-hastalık ve sosyal sınıf ilişkisine değinir. Ancak sosyal sınıf ve sağlık arasındaki ilişkiyi açıklama konusunda hala bir takım ihtilaflar mevcuttur. Bazı araştırmacılar sosyal sınıfların bireyin sağlığına etkisinin çok büyük olduğunu söylerken, bazıları da bunun doğru olmadığını söyler. Ancak kanıtlar farklı sosyal sınıflara mensup olmanın kişinin sağlığını etkilediğini desteklemektedir. Farklı sosyal sınıflara mensup bireylerin ölüm oranları arasındaki farklılıklar sosyal sınıfların risk faktörlerine farklı maruz kaldıklarını göstermektedir (Calnan-Johnson,1985:55). Araştırmalar sosyal sınıflar arasındaki farklılıkların bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmelerini etkilediğini saptamıştır. Sosyal sınıflar ile bireylerin sağlığı arasında dolaysız bir ilişki vardır. Bireylerin sağlık sistemlerinden yararlanma olasılıkları içinde yaşadıkları sınıfsal konumla yakından ilgilidir. Ancak sağlık ile sosyal sınıflar arasında kurulacak ilişki genel eğilimleri belirtir ve her zaman korelatif bir ilişkidir. Çünkü sosyal sınıflarla sağlık arasında sözü edilen ilişki zamana göre değişim gösterebilir. Örneğin 1930'lu yıllarda İngiltere'de koroner kalp yetmezliği üst sınıf erkeklerin yakalandığı bir hastalıkken, 1950'li yıllarda bu hastalık alt sınıfın yakalandığı bir hastalık olmuştur (Cirinlioğlu,2001:35-37).

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

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

1.1.2. Sağlık Sosyolojisi

1.1.2.1. Sağlık Sosyolojisinin Doğuşu ve Gelişimi

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

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

Sağlık sosyolojisi sağlık ve hastalıkta sosyal sebeplerin etkisini kendisine konu edinmiştir. Akademik bir disiplin olarak sosyoloji, sosyal sebepler ve insan davranışlarının sonuçlarıyla ilgilidir. Bu yüzden, sağlık ve hastalığa etki eden sosyal sebepler sağlık sosyolojisinin ilgi alanına girer (Cockerham,2007:1). Sağlık söz konusu

olduğunda sosyolojik yaklaşımdaki hâkim görüş; “hasta olma”nın esasen organizmanın biyokimyasal işleyişindeki bir bozukluktan ziyade bir toplumsal ilişkiler durumu olduğudur. Sosyoloji, hastalığın toplumsal nedenlerini, bir toplumsal rol olarak hastalık durumunun karakterlerini ve insanların hastalık durumu karşısında duygular, dil ve toplumsal eylemler aracılığıyla verdikleri tepkileri açıklamaya çalışır (Turner,2011:49). Bu bağlamda, sağlık sosyolojisi çalışmaları hastalık ve sağlığa sosyal bir bakışı sunar ve sağlık organizasyonu ve sağlık kurumlarının sosyal fonksiyonları, sağlık bakım sistemlerinin diğer sosyal sistemlerle ilişkisini ve sağlık ve hastalıkta sosyal davranışı kendisine konu edinir (Cockerham-Ritchey,1997:34).

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

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

gibi sosyolojik bir bakış açısı ile bakmak gerekmektedir. Bu bakış açısının gerekliliği sağlık sosyolojisi alanının doğmasına neden olmuştur.

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

Sağlık sosyolojisi çalışmaları özellikle II. Dünya Savaşından sonra ortaya çıkmış ve gelişmiştir ama sağlığın daha erken sosyolojik çalışmalarda ve kuramlarda da yer aldığını söyleyebiliriz. Örneğin Durkheim “İntihar” adlı araştırmasında bireyleri intihara sürükleyen toplumsal değişimlere dikkat çekmiştir. Aynı şekilde Marx “yabancılaşma kuramı” kavramında bireyleri ruhsal rahatsızlıklara iten sosyal ve ekonomik koşulları açıklamaya çalışmıştır (Cirhinlioğlu,2001:39). Bu gün kullandığımız anlamıyla sağlık sosyolojisi kavramının kökeni ise 19.yy’a dayanmaktadır ve birbiriyle örtüşen üç

kavramdan türemiştir; sosyal bir bilim olarak tıp, sosyal tıp ve tıbbın sosyolojisi. Bu üç kavramın açıklamaları da sosyal şartların tıbbi problemlerle olan bağlantısı ile ilgilidir. Bu bağlamda, insanın kültürel çevresi ve sosyal aktiviteleri daima hastalığı değiştirir ve hastalığa aracılık eder (Bloom,2002:11).

1940'lı yıllarda A.B.D.'de özel bir alan olarak kurulan sağlık sosyolojisi II. Dünya Savaşından önce ortaya çıkmamış ve sosyologlar tarafından çok fazla ilgilenilen bir alan olmamıştır ve 1960'lara kadar da önemli bir gelişme sağlayamamıştır (Thomas,2003:7;Cockerham,2007:2;Coe,1978:4-5). Sağlık sosyolojisi teriminin ilk kullanımı, Charles McIntire'nin sağlıkta sosyal faktörlerin önemini belirten bir makalesinde 1894'lü yıllarda görülmüştür. Diğer erken çalışmalar Amerika'da tıp okulundan mezun olan ilk kadın olan Elizabeth Blackwell tarafından 1902'de yapılan toplum ve tıp arasındaki ilişki üzerine deneme çalışmaları ve 1909'da James Warbass'ın çalışmalarıdır. Ancak bu erken dönem yayınları sosyolojiden çok tıp ile ilgili olmuştur. Sosyolojik perspektif taşıyan ilk çalışma ise "Social Factors in Medical Progress" başlığı ile 1927'de Bernard Stern tarafından yayınlanan çalışmadır. Sağlık sosyolojisinin esas gelişimi ise II. Dünya Savaşından sonra, önemli miktarda federal fonun sosyomedikal araştırmalar için ayrılmasından sonra olmuştur (Cockerham,2007:2;Bloom,2002:21). 19.yy'a kadar sağlığın sosyal faktörlerle olan ilişkisi bilinmekte idi ancak bu dönemden itibaren bu ilişkinin nasıl olduğu olgusunun daha sistematik olarak incelenmeye başlanması ve o güne kadar var olan yaklaşımdan daha farklı olarak ortaya çıkması sağlık sosyolojisinde önemli gelişmelere yol açmıştır. Kamu sağlığı, sosyal hijyen ve sosyal tıp kavramları daha çok kullanılmaya başlanmış (Bloom,2002:19) ve bunun sonucunda sağlık ve hastalıkta sosyal faktörlerin etkisini inceleyen sağlık sosyolojisi önemli gelişmeler sağlamıştır.

II. Dünya Savaşına kadar gelişmelerini birbirinden bağımsız olarak geliştiren tıp ve sosyoloji II. Dünya Savaşından sonra birbirine daha çok yaklaşmıştır. Bundaki temel bazı nedenler şunlardır:

- 1- Ölüm/hastalık oranlarındaki değişim tıbbın kronik hastalıklara, özellikle onların sosyo-psikolojik bileşenlerine bakmasına neden olmuştur.
- 2- Sosyal psikolojinin zihinsel hastalıkların sosyal sebeplerine olan vurgusu gelişmiştir.
- 3- Kamu sağlığı hizmetleri gelişmiştir.

- 4- Sağlık hizmetlerinin odağı olarak genel hastanelerin toplumsal sağlık hizmeti veren bir yer olarak ortaya çıkması.
- 5- Sosyolojinin olgunlaşıp gelişmesiyle teorik ve metodolojik olarak ilgisinin tıp alanına hazır hale gelip, genişlemesi.(Coe,1978:27).

Bütün bunların yanında sağlık sosyolojisinin tarihteki temel dönüm noktası, Parsons'un "Sosyal Sistem" kitabında "hasta rolü" kavramını geliştirmesiyle olmuştur (Turner,1990:11). Sağlık ve hastalığın analizinde ilk özgün perspektifi geliştiren fonksiyonalizmdir. Bu sosyolojik perspektif, sağlığın sosyal sistemin tümündeki fonksiyonunun önemi ile ilgilidir. Parsons ve onun öğrencisi Renée Fox'un yazılarında sağlık, sosyal eylemin ön koşullarından biri olarak düşünülmüştür. Nüfusun tamamı için en uygun/en iyi sağlık, modern toplumun düzgün fonksiyon gösterebilmesinin ön şartıdır ve sosyal organizasyonun başarısı ve etkisi ona bağlıdır. Hastalık hem biyolojik hem de sosyo-kültürel kökenlidir ve bireylerin günlük görevleri ve rollerini yerine getirememesi durumu olarak Parsons tarafından kavramsallaştırılmıştır (Bury,1997:4).

Parsons'a göre toplumda düzenin kurulması ve dengenin saplanması için bireylerin kendilerine biçilen rolleri yerine getirmesi gereklidir. Bu bağlamda Parsons, toplumun hem hekimlere hem de hastalara belli bir rolü önceden biçtiğini, hasta ve hekimlerin de bu rolü oynadıklarını belirtmiştir. Parson'un bu görüşü kendisinin genel işlevselcilik modelinin bir parçasını oluşturur. Parsons işlevselcilikte toplumların nasıl "denge" içinde kalabileceklerini araştırmış ve bunun da bireylerin kendilerine toplum tarafından önceden konulan bir takım davranış kalıplarına uymalarıyla mümkün olabileceğini belirtmiştir. Hekim ve hastaların da önceden belirlenmiş davranış kalıplarına göre hareket etmeleri hekim ve hasta arasında ortaya çıkabilecek eşitsizlikler, uyuşmazlıklar ve anlaşmazlıkları önleyecek ve toplumsal düzenin kurulması ve devamını sağlayacaktır (Cirinlioğlu,2001:60-61). Sağlık bireylerin sosyal olarak işlevsel olma yeteneği demektir. Bu ise, bireylerin toplumda kendisinden beklenen rolleri tam anlamıyla yerine getirebilmesidir. Hastalık ise bireyin normal rollerini yerine getirememesidir (Kasapoğlu,2001:32) ve hastalık durumu toplumsal düzenin uyum ve düzenini bozucu bir etkiye sahiptir. Çünkü hasta olan bireyler kendilerinden beklenen rolleri verimli bir şekilde yerine getiremezler ve bu durum sistemde bir dengesizliğe yol açar (Oskay,1993:112;Giddens,2005:158). Bu durumda yapılması gereken şey hasta bireyin hasta statü ve rolünün sosyal kontrol sistemi içinde belgelendirilmesi ve yönlendirilmesi gereğidir. Bunun iki sebebi vardır. Birincisi, hasta

bireyin sosyal olarak korunması, kontrol altına alınması. İkincisi, normal rol beklentilerini yerine getirememesinde hastalığı bir araç olarak kullanmasının önlenmesi (Oskay,1993:112). Parsons'a göre bunu yapacak olan da sağlık kurumudur. Parsons sağlık kurumunun modern toplumlarda bireylerin rollerindeki sapmaları kontrol etmede temel bir kurum olduğu noktasına önemle değinmektedir. Bireyler sosyal rollerinden kaçmak için hasta rolü yapabilirler. Bu durum kontrol altına alınmalıdır ve bunu yapacak olan kurum sağlık kurumudur. Böylece sağlık kurumu bireylerdeki sapma eğilimlerini düzenleyerek sosyal bir fonksiyonu yerine getirir (White,2002:8). Parsons'un analizine göre hastalık salt bireye ilişkin bir durum olmaktan çok, bireyin toplumsal görevlerini yerine getirmesine engel olan, onu pasifleştiren bir durumdur. Bu durumda kişi sosyal sorumluluklarını yerine getiremez ve bu istenmeyen bir durumdur. Böyle bir durumda kişiden toplumsal yaşamın olağan akışına engel olan bu durumun ortadan kaldırılmasında kendisine sunulan tedavi olanaklarını kullanması, sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapması beklenir. Bu toplumsal uyum ve gelişme açısından da gereklidir (Demirer,2006:26). Parsons böylece hastalık durumunu toplumsallaştırarak sağlık kurumunu sosyal sistemdeki diğer kurumlar gibi dengeyi sağlayan bir kurum olarak tanımlamıştır. Bu denge bireylerin önceden belirlenmiş olan rollerine uygun davranmasıyla gerçekleşmektedir. Hasta ve hekim kendilerine önceden biçilmiş olan rolleri yerine getirmeleri durumunda toplumsal denge sağlanacak ve devam edecektir.

Parsons, kuramıyla sağlık sosyolojisi alanına önemli katkılar sağlamıştır. Ancak Parsons'un kuramı birkaç yönden eleştiriye açıktır. İlk olarak Parsons'a göre hasta birey tıbbi yardıma muhtaçtır ve tıbbi profesyonellerden yardım almalıdır. Ancak toplumda hastalık belirtilerini gösterdiği halde kendisini hasta hissetmeyen bu yüzden doktora başvurmayıp toplumsal rollerini yerine getiren bireyler vardır. Bunun yanında hastalık deneyimi hastalık türüne göre de değişmektedir. Bireylerin hastalıklara göstereceği tepkiler ve bu anlamda alacakları destek değişmektedir. Bu model evrensel anlamda da geçerli değildir. Çünkü hastalık kavramı çoğu zaman toplumdan toplumu ve kültürden kültüre değişmektedir. Her kültür hastalığı kendi kültürel kalıpları içinde tanımladığı için "hasta rolü" kavramını tüm toplumlar için geçerli değildir. Örneğin hamilelik bazı toplumlarda tamamen normal bir durum olarak algılanıp hamile kadınların kendilerine düşen toplumsal rolleri yerine getirmeleri beklenirken, bazı toplumlarda hamilelik kadının toplumsal rollerini yerine getirmesini engelleyici geçerli bir olgudur. İkinci

olarak Parsons'un kuramı, kronik hastalıkları, fiziksel bozuklukları ve mental rahatsızlıkları açıklamada yetersiz kalmaktadır. Parsons'a göre hastalık geçici bir durumdur. Ancak fiziksel bozukluklar ve kronik hastalıklar geçici bir duruma denk düşmez. Üçüncü olarak, Parsons doktor ve hasta rollerini ideal tip olarak sunmakta ve ilişkilerin her zaman bu ideal tip bağlamında gerçekleşeceğini varsaymaktadır. Ancak doktor ve hasta ilişkileri her zaman sunulan şekilde gerçekleşmez ve bazen çatışmalar yaşanmaktadır. Hasta hastalığı hakkında düşündüğü ve hissettiklerini doktorunda paylaşmasını ve çoğu zaman onu onaylayıp gereken tedaviyi vermesini beklerken, doktor bir otorite olarak hastanın tamamen kontrolü kendisine bırakmasını isteyecektir. Bu durum çoğu zaman hasta ile doktor arasında bir gerilime ve çatışmaya neden olur.

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

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

etkili olmuştur. M. Foucault'un teorisi özellikle toplumdaki güç ve bilginin arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Foucault bilginin üretiminde ve kullanımında uzmanlaşmaya dikkat çeker. Bu uzmanlaşma tıp davranışı da dâhil sosyal davranışlara yön ve şekil vermektedir. Foucault'nun medikal sosyolojiye temel katkısı tıbbın sosyal fonksiyonları üzerine yaptığı analizleridir. Foucault, delilik, klinik ve cinsiyet üzerindeki çalışmaları ile tıbbi bilginin bir sosyal kontrol ve denetleme aracı olduğunu göstermiştir. Foucault'ya göre insan bedeni tıbbi kontrol ve müdahalenin bir aracıdır (Cockerham-Scambler,2010;15-16). Modern toplumlarda hastalık bazı koşullarda yasal, dinsel ve ahlaki çerçeveler olarak kabul edilebilen farklılaşmamış bir kategoriler bütünü temelinde tanımlanır. Hastalığın kavramsallaştırılma biçimi yaygın kültürel sistemin ve egemen söylemlerle ilişkili güç yapısının bir yansıması olacaktır (Turner,2011:105). Modern toplum yönetilen toplumdur ve toplumdaki profesyonel gruplar iktidar adına insanları deli, hasta, suçlu, anormal gibi tanımlamalarla kategorilere ayırırlar. Tıp kurumu iktidar tarafından üretilmiştir. Bu sayede iktidar bedene müdahale edip kontrol etmektedir. Foucault'nun teorisi Marksist ve feminist teorilerle benzerlik gösterse de temelde farklıdır. Feminist teori toplumdaki erkek egemenliği ve ataerkil yapının kadınlar üzerindeki gücü ve zorlamasını tartışır. Ancak Foucault'nun teorisi belli bir grubun değil toplumun tamamının söz konusu olduğu bir güç odağı üzerine kurulmuştur. Marksist yaklaşım ise kapitalist sınıfın gücü üzerine odaklanırken, Foucault'nun teorisi tek bir sınıf ile ilişkili değildir. Foucault'nun teorisini faydalı kılan şey tıp kurumunun, tarihsel olarak beden sosyolojisinin gelişiminde ve bedenin kontrolünde etkisini göstermesidir. Foucault bedenin nasıl inşa edildiğini gösterir (White,2002;9).

Feminist teori de sağlık ve hastalığa sosyolojik bir bakış açısı getirmektedir. Feminist teori toplumda ayrıcalıklı pozisyonlara sahip grupların diğer gruplar üzerinde tıbbi ve bilimsel bilgiyi kullanma yollarına dikkat çekmiştir. Feminist teori kadınların kamu alanına tamamen katılımını reddeden tıbbi bağlamı benimseyen "biology as destiny" (biyolojik kader) ideolojisini ağır bir dille eleştirmiştir (Lupton,2003;13). Feminist teoriye göre toplumdaki erkek egemen ve ataerkil yapının kadınlar üzerindeki gücü ve zorlaması vardır. Sağlık ve hastalığı belirleyen temel etkenler erkeklik ve kadınlık sosyal rolleridir. Feminist teoriye göre benzer tüm dayatmacı sosyal roller içinde tıbbi rol önemli bir roldür ve özellikle kadınları hedef alır. Çünkü kadınların üreme yeteneğini kontrol etmek ataerkil toplumlarda merkezi önemdedir

(White,2002:9). Feminist teoriye göre kadın bedeni ve sağığı erkek egemen toplumlar tarafından kontrol edilmekte ve düzenlenmektedir. Beden algıları sosyal ve kültürel varsayımlara bağılı olarak etkilenmektedir. Kadın bedeni ve hastalıkları da erkek egemen toplum tarafından oluşturulmakta ve denetlenmektedir (Cockerham-Scambler,2010;18). Bu şekilde kadın bedeni ve sağığı toplumsallaşmakta ve modern tıp tarafından kontrol edilmektedir (Lee-Frayn,2008:117-118). Feminist teorinin temel argümanı kadın sağığının ve bedenini erkek egemen toplumlarda denetim ve kontrol altına alındığıyla ilgilidir. Bu denetlemeyi ve kontrolü sağılayan da erkek profesyonellerin kontrolünde olan tıp kurumudur.

İncelenen teorileri şu şekilde özetleyebiliriz.

Tablo 1: Sosyolojik Teorilerde Sağık Ve Hastalık Yaklaşımları

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

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

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

Sağlık sosyolojisi, sağlığın sosyal faktörlerle olan ilişkisinin anlaşılması üzerine gelişmiş bir alandır ve sağlık ve hastalığın sosyal sebepleri ile ilgilidir. Sağlık sosyolojisi sağlık ve hastalık hizmetleri çalışmalarına sosyolojik perspektif, teoriler ve metodlar getirmiştir (Thomas,2003:8). Sosyal bir kurum olarak tıp konusuna yönelen sağlık sosyolojisi, tıp faktörünün katıldığı toplumsal olayları inceler ve bu alanda meydana gelen neden-sonuç ilişkilerini saptamaya çalışır (Özen,1993:73). Sağlık sosyolojisinin en temel inceleme alanları hastalık ve sağlığın sosyal yönü, sağlık hizmetleri personelinin ve onların hastalarının sosyal davranışları, sağlık organizasyonlarında ve sağlık endüstrisindeki sosyal faaliyetler, sağlık hizmetlerinin sosyal yönü ve sağlık hizmetleri sisteminin ekonomi ve politika gibi diğer sistemlerle ilişkisini içerir (Cockerham,2007:1). Sağlık sosyolojisinin çalışma konuları hakkında yapılan çeşitli sınıflandırmalar mevcuttur ancak bu konuda yapılan en genel ve sağlık sosyolojisini bir bütün olarak değerlendiren yaklaşım Mechanic (1978:3-14)'e aittir. Mechanic'e göre sağlık sosyolojisinin alanları şunlardır:

- Hastalıkların dağılımı ve etiyolojisi
- Sağlık ve hastalığa kültürel ve sosyal tepkiler
- Tıbbi bakımın sosyo-kültürel yönleri
- Ölümlülük

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

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

1.1.2.2. Sağlık Sosyolojisinin Temel Kavramları

1.1.2.2.1. Sağlık

Sağlık ya da sağlıklı olma hali tanımlanması zor bir kavramdır. Sağlık kavramının kültürden kültüre ve zaman içinde değişmesi sağlığın evrensel bir tanımının yapılmasını zorlaştırmaktadır. Sağlık-hastalık kavram çifti içinde daha çok pozitif bir anlam yüklü olan sağlık en genel anlamıyla, hasta olmama hali olarak tanımlanabilir.

Ancak bu tanım içinde pek çok eksik noktayı barındırmaktadır. Her şeyden önce hasta olmama hali bireylerin mental ve sosyal yönlerine vurgu yapmayan biyomedikal bir sınırlılık getirmektedir. Buna göre hastalık bireylerde ölçülebilen patolojik bir rahatsızlığın olmaması durumudur. Bu durumda birey sağlıklı olarak değerlendirilmektedir ki bu bireylerin içinde yaşadığı toplumsal çevreyi ve kişisel deneyimlerini yok sayan bir yaklaşımdır. Bu bağlamda sağlığı tanımlarken bireyin içinde yaşadığı toplumsal çevreyi ve bireysel deneyimlerini dikkate alma zorunluluğu ortaya çıkmaktadır.

Sağlığı tanımlanmasında iki yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Birincisi sağlığı negatif yönde tanımlayan yaklaşımlar ki bunlar bir eksikliği vurgulamaktadır, ikincisi ise pozitif yönde yapılan tanımlamalardır ki bunlar da bir mevcudiyeti vurgularlar. Sağlığın negatif yönde tanımları hastalık ya da rahatsızlık gibi belirtilerin bulunmayışına vurgu yapar. Sağlığın bu yöndeki tanımının da iki yönü vardır; birincisi, hastalığın ya da bedende bir anormalliğin bulunmayışı. İkincisi, rahatsızlığın olmayışı ya da rahatsızlığın hastalığa eşlik etmemesi şeklindedir. Sağlığın pozitif tanımlaması ise sağlığı pozitif terimlerle tanımlar ve bazı özelliklerin mevcudiyetini içerir (Aggleton,1990:5-8).

Sağlıkla ilgili yapılan tanımlara baktığımızda genel anlamda üç nokta vurgulanmaktadır. Sağlığın belirleyicileri; fiziksel, mental ve sosyal etmenlerdir. Bazı tanımlar bu etmenlerden biri ya da ikisini dikkate alırken sağlığın tanımındaki doğru yaklaşım bu üç etmeni de göz önünde bulunduran yaklaşımlar olmaktadır. Günümüz sağlık anlayışı da kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal varlığını bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır. Bu bütünlük anlayışıyla birlikte bir de devamlılık kavramı (Batlaş,2004:34) gittikçe önem kazanmaya başlamıştır. Bu bakış açısı sağlığın tanımlanmasında pozitif göstergelerin ön plana çıktığını göstermektedir. Bu bakış açısının gelişmesinde sağlığın fiziksel, mental ve sosyal bir bütünlük olduğu ve sadece hastalık ve ölüm ile tanımlanamayacağı ve artık sağlığın korunmasının ötesinde, sağlığın geliştirilmesi anlayışının ön plana çıkması önemlidir. Sağlığın geliştirilmesi ise hastalıkların kontrolü ve önlenmesinin ötesinde sağlıkla ilgili kaynakların güçlendirilmesine işaret eder ki bu ancak sağlığın biyolojik bir çevre dışında sosyal bir ilişkiler bütünü içinde tanımlanmasıyla mümkündür (Belek, 1998:25). Bu bağlamda 20. yy'ın sağlık anlayışına adını veren “çağdaş hekimlik” felsefesi de kişinin çevresi ile birlikte ele alınmasını önermektedir ve sağlığı sadece hastaların değil herkesin sorunu

olarak görmektedir. Soruna bütüncül yaklaşımla bakan çağdaş hekimlik anlayışı; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri bir bütün olarak görmektedir (Fişek,2001:312).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1947'de yapmış olduğu tanım bütüncül bir yaklaşımı içinde barındırır ve sağlığı sadece hastalık ya da sakatlık hali olarak değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlar (Cockerham-Ritchey,1997:34). Bu yaklaşıma göre insan sağlığı bedensel iyiliğin yanında, çevre şartlarının etkileri ve bireyin ruhsal ve sosyal yönden de uyumlu ve düzenli bir biçimde çalışmasını gerekli kılmaktadır (Baloğlu,2006:8). Tanımın en ilginç yönü ise sağlığı sosyal iyilik hali ile koşullandırmasıdır. Gerçekten de sosyal koşullar sağlığa olumlu ya da olumsuz olarak etki etmektedir (Fişek,1983:1). İlich ise sağlığı bir uyum sağlama meselesi ve kültür tarafından şekillendirilmiş bir tepki olarak görmektedir. Buna göre sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüebilme ve yaşlanabilme, zarara uğradığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık, geleceği de kapsar ve bu nedenle acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içerir (İlch,1995:190).

Capra'ya göre sağlığın bireysel, toplumsal ve ekolojik boyutları vardır. Sağlık, bir insanın canlı organizmaya ve onun çevresiyle ilişkisine bakış açısına bağlıdır. Bu bakış kültürden kültüre ve bir çağdan diğerine değiştikçe sağlık anlayışları da değişir. Ama bir kişinin durumu daima önemli ölçüde doğal ve toplumsal çevreye dayalıdır. O halde bu çevreden bağımsız hiçbir mutlak sağlık düzeyi mevcut değildir. Buna göre sağlık; organizmanın doğal ve toplumsal çevresiyle etkileşimlerini ve fiziksel ve psikolojik yönlerini de içeren dinamik bir dengeden kaynaklanan iyi olma halidir (Capra, 1992:349-369). Parsons'a göre de sağlık bireylerin toplumsal yaşam içinde belli rol ve sorumluluklarını yerine getirebilme durumudur. Birey rol ve sorumluluklarını tam olarak yapabiliyorsa sağlıklı demektir (Parson,1951). Görüldüğü gibi sağlık kavramı çeşitli şekillerde tanımlanabilen çok boyutlu bir kavramdır. Günümüzde sağlığın tanımlanmasında temel alınan esas nokta bu çok boyutluluğu ve Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımında olduğu gibi fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali olmuştur. Ancak WHO'nun sağlık tanımlaması bazı eleştirileri de beraberinde getirmiştir.

Her şeyden önce sağlığa olan bu çok boyutlu yaklaşım sağlık tanımını profesyonel sağlıkçıların belirleyici olduğu alandan çıkararak daha geniş bir alanda etkinleştirmiştir. Özellikle sosyal iyilik hali vurgusu sağlık kavramının toplumsal

yönüne önemli katkı sağlamıştır. Bu önemli katkının yanında WHO'nun tanımı ciddi bazı tartışmaları ve eleştirileri de beraberinde getirmiştir. Bu eleştiriler iki temel noktada toplanmaktadır ve “tam iyilik hali” kavramının belirsizliği ve işlevsizliği üzerinde yoğunlaşmaktadır. Tam iyilik hali kavramının ölçülebilir bir şey olmadığı ve dünyada böyle bir durumun bilinen örneğinin olmaması kavramı belirsiz kılmaktadır. Bu belirsizlik aynı zamanda kavramın işlevsizliğini de beraberinde getirmektedir. Kavram ancak bir ideal ve slogan olarak hizmet görebilmekte ve kavramın tatmin edici işlevsel bir tanımının yapılamaması durumunda herhangi bir toplumun sağlığa ulaşım ulaşamadığı belirlenemez olacaktır. Bununla bağlantılı olarak sağlığın sürekli gelişen bir olgu olması ve sağlığı geliştirmek hedefi söz konusu olacaksa bu kavramı gerçek dışı ve metafizik hale getirecektir (Belek,1998:27). Ancak, eleştirilere rağmen WHO'nun tanımı sağlığı hapsoldüğü klinik düzlemde çıkarıp çok boyutlu yaklaşımın odak noktası haline getirmiştir. Böylece sağlığa toplumsal ve kültürel bakış açısı kazandırmış ve bu konuda ki araştırmalar önem kazanmıştır.

Sağlığın farklı tanımlamaları ve farklı algılanışı bu konuda bazı sınıflandırmaların yapılmasına yol açmıştır. James S. Larson sağlığa ilişkin temel yaklaşımları dört model içinde ele almıştır (Erbaydar,2001:50-52):

- 1- Tıbbi (medikal) model: Tıp araştırmalarında en çok kullanılan ve klinik pratikte geçerli olan yaklaşımdır. Buna göre hastalıklara iç ve dış etkenler neden olur. Bu etkenler sağlıklı yapıyı etkileyerek onun normal işlevlerini bozar. Doktorun görevi buna neden olan etkenleri bularak müdahale etmektir. Sağlıklı olmak hastalığın bulunmaması anlamına gelir.
- 2- Dünya Sağlık Örgütü Modeli: WHO'nun tanımı sağlık kavramını genişleten bir tanımdır ve tıbbın yeri tartışılmamak kaydı ile diğer disiplinlerinde sağlıkla ilişkilendirilmesini getirmektedir. Böylece sosyal yapı sağlığı etkileyen bir konu haline gelmiştir.
- 3- İyilik Hali: Buradaki kastedilen iyilik hali WHO'nun tanımından farklıdır. Sağlık, zihinsel ve bedensel olarak hastalıklarla baş etme kapasitesi anlamına gelmektedir. Öznel algılamanın, gayretin, dini inançların, telkinin, zihinle beden arasındaki bağın önemine işaret etmektedir.
- 4- Çevresel Uyulmama: Bu model tıbbi model farklı olmayıp onun içinde yer almaktadır. Tıbbi modeli sınırları içinde patoloji biliminin konusu hastalıklar, fizyoloji biliminin konusu da uyumlama mekanizmalarıdır. Bu teoriye göre

sağlık, bireyin fiziksel ve sosyal çevreye uyumlama kapasitesi ile bağıntılıdır. Eğer birey koşullara iyi uyumlanabiliyorsa sağlıklıdır.

Bunun yanı sıra sağlığı;

- 1- Negatif olarak, bir hastalığın olmaması durumu
- 2- İşlevsel olarak, günlük aktivitelerin üstesinden gelme durumu
- 3- Pozitif olarak, sağlıklı ve iyi durumda olma durumu olarak da (Cirhinlioğlu,2001:24) sınıflandırabiliriz.

Sağlık, bireylerde hastalık veya fiziksel bir bozukluğun olmaması durumunun yanında, bireylerin fiziksel ve sosyal çevre ile olan uyumu ve dengesini ifade eden bir kavram olarak tanımlanabilir. Sağlık bireyin fiziksel, zihinsel ve toplumsal denge ve uyumudur.

1.1.2.2.2. Hastalık

Sağlık-hastalık kavram çiftinin olumsuz yönüne vurgu yapan hastalık kavramı tıpkı sağlık kavramı gibi farklı şekillerde ve farklı boyutlarda tanımlanmaktadır. Her şeyden önce hastalık kavramının anlamı kültürden kültüre ve zaman içinde aynı kültürde değişmektedir. Değişmeyen tek olgu hastalığın sağlık durumundan olumsuz yönde bir sapma olmasıdır. Bu durum kültürlerin hangi semptomların hastalık belirtisi olup hangilerinin olmadığı yönünde oluşan algılarına bağlıdır. Bireyler toplum içinde sosyalleşirken aynı zamanda hastalık durumuna ilişkin bir kanıda edinmektedirler. Bu durum hastalık kavramının zaman içinde ve kültürden kültüre farklı algılanmasına ve farklı tepkiler verilmesine yol açmaktadır.

Hastalık kavramı tarih içinde günümüze gelene kadar çeşitli aşamalardan geçmiştir. Modern tıbbın ortaya çıkışına kadar ruhsal ve mekanik güçlerin bir ürünü olarak düşünülen hastalık, özellikle salgın hastalıklar, çoğu zaman Tanrının bir gazabı olarak değerlendirilmiştir. Ceza ya tek bir kişiye ya da topluluğa verilmekteydi. Hastalık gereksiz ya da haksız yere ortaya çıkabileceği gibi hak edilmiş olabilir. Böylelikle hastalık ahlaksal ölçütlere bağlanmaktaydı (Cirhinlioğlu,2001:25;Sontag,2005:44-48). Descartes'in ruh-beden ayırımına dayanan Kartezyenci düşüncesi ile hastalıkların mikrobiyolojik kökenlerinin incelenmesi için uygun ortam sağlanmıştır. Çünkü beden ruhtan ayrı olarak kendi kuralları olan bir bütün olarak düşünülmeye başlanmıştır. Bunun sonucunda 19.yy'ın ikinci yarısında mikropların hastalıklara neden olduğu keşfedilmiştir. Daha sonra bir tek mikroplu açıklamalardan (tek nedenli açıklama) çok faktörlü açıklamalara geçilmiş, örneğin "bulaşıcı hastalıklar üçgeni" yaklaşımıyla

hastalık bir mikrop, bir taşıyıcı ve çevre bağlamında ele alınıp hastalıklar tedavi edilebilir olduğu kadar önlenabilir hale de gelmiştir. Ancak sadece bulaşıcı hastalıkları açıklayan bu yaklaşım kronik hastalıklar söz konusu olduğunda yetersiz kalmış ve daha kapsayıcı bir yaklaşım ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşıma göre hastalıklar biyolojik olduğu kadar toplumsal ve psikolojik etkenlere de bağlıdır. Ancak bu yaklaşımda neden bazı toplumsal grupların diğerlerine oranla hastalıklara ve ölümlere duyarlı olduğunu açıklayamamıştır. Bu eksiklik ise “genel hassasiyet kuramları” yaklaşımı ile aşılmış, hastalıklarda bireylerin içinde bulunduğu sınıfsal koşullar, yaşadığı mahalle, gelir düzeyi, eğitim, meslek, sosyal bütünleşme, toplumsal destek, medeni hal vb. faktörlerin çok etkili olduğu ortaya konmuştur (Cirhinlioğlu,2001:25-27). Bu aşamalardan geçerek günümüze gelen hastalık kavramı sadece biyomedikal bir sorun olarak değil çok boyutlu sosyo-kültürel ve ekonomik boyutlarıyla ele alınmakta ve açıklanmaktadır.

Hastalık kavramı farklı şekillerde ve farklı bakış açılarıyla tanımlanmakta ve açıklanmaktadır. Medikal modele göre hastalık doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel ve normal olmayan değişkenlerin yarattığı haldir (Fişek,1983:1) ve klinik açıdan teşhis edilebilen biyolojik bir rahatsızlıktır. Hastalık, bedende oluşan normal olmayan fonksiyonlara ve belirtilere işaret eder (Spector,2004:61). Vücutta bulunan anormal bir durum ya da bazı patolojik belirtilerin mevcudiyeti olan hastalık dıştan ya da içten gelen olumsuz bir etkinin sonucudur. Örneğin bir bakteri ya da virüs pek çok hastalığa sebep olabilir (Aggleton,1990:5). Fonksiyonel modele (Parsons) göre sağlıklı olmamak sosyal bakımdan normal olmayan bir durumdur. Psikolojik ya da stres modeline göre ise sağlıklı olmamak kişinin kendi durumunu bireysel olarak tanımlamasını içerir (Thomas,2003:21-22). Sosyolojik olarak da hastalık sosyo-kültürel faktörlerin etkisiyle şekillenen bir durumdur. Bu bağlamda hastalığın evrensel, hastalığın algılanışı, hastalığa tepkiler ve tutumların kültürel olduğu söylenebilir. (Özen,1994:140). Ancak en genel anlamıyla hastalık arzu edilmeyen bir durumdur ve genellikle normal fonksiyonlardan bazı sapmalara atıfta bulunularak açıklanır. Çünkü hastalık kişinin rahatını bozar ya da bireylerin gelecekteki sağlık durumuna ters etki eder (Mechanic,1978:25).

Hastalık konusundaki genel sosyolojik görüşün çoğu Friedson’un hastalık (disease) ve rahatsızlık (illness) arasındaki farka ilişkin görüşlerine dayanmaktadır. Hastalık insan bilgisi ve değerlendirmesinden ayrı olarak var olan biyofiziksel bir durumken, rahatsızlık sosyal bir durum olarak insan bilgisi ve değerlendirilmesi ile

şekillenir ve yaratılır (Bury,1986:139;Cockerham-Ritchey,1997:34). Bu ayrım hastalık kavramını tıbbın tekelinden çıkarıp ona toplumsal, kültürel ve bireysel bir boyut katmıştır. Bu bağlamda hastalık iki farklı anlam içerir. 1-) Medikal açıdan hastalık (disease): Bu durumda hastalık belirli işaret ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormalliktir ve doktorun bakış açısına bağlıdır. 2-) Toplumsal-Kültürel içerikli olan ve birey açısından hastalık (illness): Sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarını öznel deneyim içinde bireyce algılanması ve değerlendirilmesi. Buna göre doktora giderken bireyin hissettiği rahatsızlık durumu toplumsal ve kültürel açıdan rahatsızlık (illness), doktordan eve giderken bireyin saptanan rahatsızlık durumu medikal açıdan hastalık (disease) dır (Oskay,1993:97-99).

Hastalık kavramı genel olarak kişiye rahatsızlık veren ve klinik olarak varlığı bilinip, tanımlanan durumlara işaret eder. Örneğin, kansızlık, tüberküloz ve kanser gibi. Ancak kavram benzer şekilde, temel kaynak problemi daha belirsiz durumlar için de kullanılır. Örneğin, nevrozlar, alkolizm, şizofreni ve obezite gibi. Bunun yanında hastalık kavramına suç, intihar, politik sapma ve yasadışılık gibi bazı durumları tanımlamada da başvurulmaktadır. Bu durumda kavram açıkça formüle edilemeyen bir hale gelmektedir (Mechanic,1978:25). Hastalık kavramının bu şekilde çok boyutlu olarak ele alınmasında hızla değişen toplum yapısının da etkisi büyüktür. Hastalık kalıpları ve hastalık anlayışı modern toplumlarda değişmektedir. Bir zamanlar bireyler akut, bulaşıcı hastalıklardan ölmekteyken, sanayileşmiş toplumlarda insanlar daha uzun yaşamakta ve kronik hastalıklardan daha çok çekmektedirler (Giddens, 2005:160). Modern toplumlarda ortaya çıkan toplumsal değişimlere bağlı olarak hastalık kavramında ve hastalığın algılanışında ortaya çıkan değişimler şu şekilde özetlenebilir:

- 1- Hastalık kalıplarında ortaya çıkan değişiklikler ve kronik hastalıkların göreceli artması.
- 2- Hastalıktan ziyade sağlıklı olmaya yönelme.
- 3- Modern toplumların yapısında toplumsal ve ekonomik değişiklikler. Toplum ve bireyle ilgili profesyonel otorite ve buna ilişkin anahtar süreçlerin değişmesi.
- 4- Medikal sosyolojide ki değişimler ve feminizm ve postmodernizm gibi yeni anlayışların eskileriyle yer değiştirmeye başlaması (Bury, 1986:8-11).

Hastalık, normal durumdan bir sapmayı ifade eder, bu sapma biyolojik, mental ve sosyal yönden olabilir. Bu bağlamda hastalık üç farklı şekilde sınıflandırılıp kullanılabilir.

- 1- Biyomedikal olarak: Hastalık klinik olarak saptanabilen biyolojik bir sapma ve rahatsızlığın ifadesidir.
- 2- Sosyal olarak: Toplumsal problemler ya da değişimler sonucu ortaya çıkan bir sapma ve rahatsızlığın ifadesidir.
- 3- Kişisel olarak: Bireysel bazı problemler sonucu ortaya çıkan bir sapma ve rahatsızlık ifadesidir.

1.1.2.2.3. Modern Tıp

Günümüz tıp anlayışı olarak da tanımlanan modern tıp özellikle Rönesans dönemi ile birlikte başlayan üç yüz yıllık bilimsel gelişmelerin sonucudur. Modern tıp, biyomedikal model olarak da adlandırılır ve hastalığa profesyonel bir bakış açısı ile bakıp hastalığı daha çok klinik süreçleri ile açıklayıp tedavi etmeye yönelmiş bir anlayışın ürünüdür. Özellikle biyoloji ve kimya alanında yaşanan gelişmeler, kartezyenci bir bakış açısıyla ruh ve beden ayrımı ve beden üzerinde yapılan çalışmalar, hastalıklara bir dış etkenin neden olduğu yönündeki anlayış, Batı toplumlarında modern tıbbın gelişmesinde önemli rol oynamıştır.

Modern tıp Batı toplumlarının gelişme çizgisi ile el ele gitmiş ve hastalığa-sağlığa yeni ve bilimsel bir bakış açısı getirmiştir. Ancak modern tıbbın gelişmesine yol açan etmenler ve modern tıba yönelik çalışmalar oldukça eskidir. Biyoloji ve tıp alanındaki düzenli araştırmalar Antikçağa kadar uzanmaktadır. Rönesans dönemine gelene kadar pek çok hekim görevini yapmakta ve öğrenciler yetiştirmekteydi. Ancak Rönesans ile birlikte eski öğretileri arıtıp yeni gerçekleri keşfetme arzusu yeni biyomedikal araştırmaların önünü açmıştır. (Porter-Vigarelo,2008:278). Rönesans öncesi dönemde sağlık-hastalığa yaklaşımlar genellikle daha sezgisel ve inançsal boyuttaydı. Ortaçağda cüzam çürüyüş ve bozuluşla, veba kötülük, bozukluk ve çirkinlikle, beraber anılırken frenginin etrafı bir lanet halesiyle çevrilmişti. Hastalığın günahla ve tanrıya olan inancın sınanmasıyla ilişkili olduğuna dair bir inanç vardı. Hastalığın insanı çileciliğe yönelttiği, inanlara sabır öğretip tanrıya olan sevgisini güçlendirip böylece kurtuluşa ereceği düşünülmekteydi. Ancak 17.yy'da hastalığın, hasta-doktor ilişkisi bağlamında fiziksel muayene temelli olması, dikkatleri hastada görülen semptomlara ve hastanın anlattıklarına yöneltmiştir. Ancak kartezyenci

anlayışın gelişmesi hastalığa hastanın bakışı ile doktorun bakışını birbirinden ayırmış ve hastayı bir parçası bozulan bir makine gibi görmeye başlamıştır. 17. ve 18. yy’larda hastalık giderek hastanın subjektif deneyimlerinden koparılarak objektif bir tıp sistemine, ölçümlere indirgenmiştir (Çabuklu,2004:104-105). Böylece hastalık acı çekenlerin tecrübelerinin dışında ele alınarak insan bedenine dayanan patolojik anatomi düşünce sistemi geliştirilmiştir. 19.yy’ın sonunda hastanelerin gelişmesi ile birlikte ise insanlar birer “hasta”ya dönüştürülmüşlerdir (Cirinlioğlu-Mutlu,2002:353).

1656’da Paris’te Genel Hastanenin kurulması tıbbın kurumsallaşmasının gelişiminde dönüm noktasıdır (Tekelioğlu,2003:33). Bunun sonucunda sağlık-hastalık olgusu kurumsallaşmıştır. Kendi içyapısı, örgütleri, işleyişi, statü ve rolleri ile modern toplumun işleyişi içinde toplumsal sistemin bir parçası haline gelen tıp kurumu, hastalık-sağlık kavramlarını kendi tekeline almış ve onu bir anlamda bireylerden soyutlamıştır. Bunun sonucunda sağlık-hastalık alanında doktorların egemenliği başlayarak hasta bireyler sürecin tamamen dışında kalmış ve tedavilerine yabancılaşmıştır.

Modern tıp en genel anlamda bilimsel bilgi ve bulguların ışığında modern sağlık insan gücü ve teknolojik aygıtların yardımıyla insanlara temel sağlık hizmetleri sunma, sağlık-hastalık sorunlarına çözüm getirme usullerinin adıdır (Kızılçelik,1995:39). Modern tıp, sağlıkla hastalık arasında kesin ve gözle görülebilir bir hat çizmeye çalışır, normal durum hastalığın olmadığı, anormal durum ise hastalığı ifade eder ve bunun sonucunda normal ve anormal arasındaki ayırım modern tıbbın temelini oluşturur. Normal ile anormal arasındaki fark ampirik olarak test edilebilen, nicel terimlerle tanımlanıp ölçülebilen bir farktır (Bauman,2001:157). Bedeni bir tür makine olarak alan modern tıp rahatsızlık ve hastalığı makine bedenin parçalarının işleyişinin bozulması olarak görür. Buna göre, tüm hastalıkların teşhis ve tedavi edilebilecek belirli özel nedensel mekanizmaları vardır (Turner,2011:239). Bu yaklaşımın sonucunda modern tıba göre hastalıkların sebebi bedenin normal işleyişini bozan iç veya dış etkenlerdir. Fiziksel, kimyasal, mikrobik ya da genetik etkenler sağlıklı yapıya etki ederek onun normal işleyişini bozarlar. Tıp biliminin uygulayıcısı olan doktor normal işleyişi bozan etkeni bularak buna uygun müdahaleyi yapar. Modern tıba göre sağlıklı olmak hastalığın bulunmaması demektir (Fişek,1983:1).

Geleneksel tıba göre daha kesin ve rasyonel olan modern tıpta hastalıkların çoğunun tedavisi vardır. Hastalar tıp doktorları tarafından tedavi edilirken, bilimsel tıbbi

bilgilere ve modern teknolojik araç ve gereçlere başvurulur (Kızılçelik,1996a:101). Modern tıbbın dayandığı üç temel varsayım vardır. İlk olarak, hastalık insan bedenindeki normal durumu saptıran bir bozulmadır. Bu bozulmaya neden olan etken bulunmalı ve tedavi edilmelidir. İkinci olarak, zihin ve beden ayrı ayrı tedavi edilebilir. Hasta bütün bir birey değil, bir “hasta beden” i temsil etmektedir. “Hasta beden” öteki etkenler dikkate alınmadan yalıtılmış biçimde yönlendirilebilir, incelenebilir ve tedavi edilebilir. Üçüncü olarak, hastalığın tedavisi sadece eğitilmiş tıp uzmanları tarafından yapılabilir. Bilimsel olmayan tıbbi uygulamalara ve tıp eğitimi almamış kişilere tedavi sürecinde yer yoktur (Giddens,2005:154). Tedavi bir süreçtir ve bu süreç tıp eğitimi almış bir ekip tarafından yapılmaktadır. Önemli olan nokta tedavi sürecinde yer alan kişilerin tıp profesyoneli olmaları ve hastalığın tedavisi konusunda yetkin kişiler olduklarına dair inançtır. Böylece modern tıp tamamen rasyonel ve bilimsel bir süreç olarak hastalığın tedavisinde başvurulacak tek otorite olan kendisini kurumsallaştırmıştır.

Kurumsallaşan modern bilimsel tıp kendi değerleri, hastalık teorileri, davranış kuralları ve kurumlarında belli rollerin belirlendiği hiyerarşik düzen içinde ayrı bir dünya oluşturmuştur. Bu kurumsallaşma ile birlikte belirli yetkiler ve sorumlulukları vardır. Bu bağlamda modern tıbbın sağlık-hastalığa temel bakış açıları şunlardır:

- 1- Bilimsel rasyonellik
 - 2- Objektif ve numaralara dayanan ölçümler
 - 3- Fizyolojik ve kimyasal veri
 - 4- Vücut ve zihni ayrı görme eğilimi
 - 5- Hastalıkları ayrı bir bütün olarak görme
 - 6- Hastaya içinde yaşadığı toplumdan ayrı “hasta birey” olarak yaklaşma.
- (Akşit,1995:19).

Modern tıbbın hastalıkların çoğunu tedavi ettiği ve insanların ortalama yaşam sürelerini uzattığı gerçeği yadsınamaz. Ancak modern tıba bazı eleştiriler de yöneltilmektedir. Bu eleştiriler şu şekilde sınıflandırılabilir (Giddens,2005:154-155; Illich,2006:143;Kızılçelik,1996a:101;Kızılçelik,1996b:66;Illich,1995:21-22;User,2010: 149 -164;Turner,2011:239-240).

- 1- Modern tıp hastalığı sadece biyolojik bir süreç olarak görmekte ve sağlık-hastalıkta sosyal belirleyicilerin etkisini göz ardı etmektedir. Bunun yanında modern tıpta kartezyenci görüş hala etkisini devam ettirmekte ve bunun

sonucunda ruh-beden ayrımı düşüncesine dayalı olarak bedenin tamir edilebilir bir makine gibi görülmesi, bedenin parçalara ayrılıp insan vücudunun bütünselliğini göz ardı edip onu kavrayamamasına neden olmaktadır.

- 2- Modern tıp sayesinde bazı hastalıklar yok olmuş ve çoğu hastalık içinde tedavi yöntemleri bulunmuştur. Günümüzde ölümlerin üçte ikisi yaşlılık yüzündendir. Genç yaşta ölümler ise kazalar, terör vb. etkenlerden olmaktadır. Ancak modern tıbbın bu etkilerinin abartılmış olduğu görüşü yaygındır. Bu iyileşmeler modern tıbbın etkilerinden çok politik ve teknolojik değişimlere bağlı olarak toplumsal ve çevresel değişikliklerden kaynaklanmaktadır. Kişisel ve toplumsal hijyen ve daha iyi beslenme sağlığın iyileştirilmesinde daha etkili olmuştur.
- 3- Modern tıp sağlık-hastalık alanında tıp profesyonellerine dayalı bir uzmanlaşma yaratmıştır. Modern tıp sayesinde doktorların ilgisi hastadan hastalığa kaymıştır. Bunun sonucunda hastalıkların tespiti ve tedavisi sadece hastanelerde tıp profesyonellerinin gözetiminde ve denetiminde yapılır hale gelmiştir ve bu durum tıpta uzmanlaşmaya ve uzman egemenliğine yol açmıştır. Böylece tıp profesyonelleri sağlık-hastalık konusunda tek söz sahibi sınıf olarak geleneksel yöntemleri dışlayarak ve aşağılayarak kendi hâkimiyetlerini her geçen gün pekiştirmişlerdir. Tıp profesyonellerinin elinde hastalık, acı ve ölüm kişisel olmaktan çıkıp teknik bir problem haline gelmiştir. Toplum üzerinde tıbbın yaratmış olduğu hükümdarlık hasta bireyleri hastalıklarına yabancılaştırarak onları edilgen bir hale getirmiştir. Buna bağlı olarak modern tıp tedavi etmeye çalıştığı hastaların düşünce ve deneyimlerini dikkate almamakta, hastayı tedavi edilmesi gereken bir beden olarak görüp hastayı tedavi sürecinden dışlamaktadır. Modern tıp neyin hastalık olarak kabul edilip neyin edilmeyeceğine, hastalıkların ne şekilde ve nerede iyileştirileceğine, kişinin ne zaman sağlığına kazandığına karar verirken tam bir hükümdarlık sürmektedir.
- 4- Modern tıbbın teknolojiye aşırı bağımlı olması ve hastalıkların tedavisinde ilk önce ilaç ve bedene müdahale olan operasyonlara yönelmesi modern tıbbın faydadan çok zarar verdiği görüşünün yayılmasına neden olmaktadır. Tıbbi müdahalelerin ve ilaçların verdiği zararlar günümüzde oldukça fazladır ve artmaya devam etmektedir. Her geçen gün yıllarca kullanılan bazı ilaçların bilinmeyen yan etkileri ortaya çıkmakta ve bu ilaçlar toplatılmaktadır. Bunun

yanında gereksiz operasyonlar ve bu operasyonların sonuçsuz kalması bireylere yaşattığı travma ve acıyı hatıra bırakmaktadır.

Her ne kadar eleştirilse de modern tıbbın sağlık-hastalık konusundaki ilerlemesi ve başarıları tartışılmaz, ancak modern tıba yapılan eleştiriler de haksız değildir. Bu yüzden günümüzde tıbbın sağlık-hastalık sorunlarını sadece biyolojik bir sorun olarak görmeyip kişisel ve toplumsal etkileri de göz önünde bulunduran çoğulcu ve bütüncül bir anlayışla hareket etmesi gerekmektedir. Günümüzde hastalıktan çok sağlık ve sağlıklı olmak konusunun ön plana çıkması, halk sağlığı ve önleyici tıp anlayışının giderek önem kazanması ve hekimlerin hasta deneyimlerini ve toplumsal destek mekanizmalarını daha önemseyici yaklaşım sergilemeleri klasik ortodoks tıp anlayışından olumlu bir sapma olduğunu göstermektedir.

1.1.2.2.4. Alternatif Tıp

Geleneksel tıp ya da alternatif tıp, hastalık olgusuna modern tıp yaklaşımından farklı bir yaklaşım olarak binlerce yıldır varlığını sürdürmektedir. Günümüze kadar varlığını devam ettiren geleneksel tıp özellikle son üç yüz yıldır modern tıbbın ulaştığı başarılı sonuçlara rağmen varlığına devam etmekte ve hatta etkinliğini artırmaktadır. Özellikle modern tıp savunucuları tarafından aşağılanan geleneksel tıp, modern tıbbın vermiş olduğu zararlar ve bazı hastalıkları tedavi etmedeki başarısızlıkları yüzünden pek çok insan için bir çözüm kaynağı ve arayışı haline gelmiştir.

Bazı antropologlar tarafından “ev tedavisi” olarak da ifade edilen geleneksel tıp medikal sosyoloji literatüründe iki esasa göre kullanılır. İlk olarak, geleneksel tıbbın kökü ve kaynağı geleneksel toplumların, köylü zümrelerin pratiklerinde yatar ve toprak ile tabiata yakın olan insanların eseridir. İkincisi, geleneksel tıp, belli bir ihtisas sınıfı olan doktorlar ile tıp adamlarından farklı bir zümreyi ifade eder. Bu zümrede inanç sistemleri ile pratikler ortaklaşa yapılır. Böylece hastalıklar hakkındaki tutum ve inançlar sistemi geleneksel tıp adı altında toplanır (Türkdoğan,1991:45). Geleneksel tıp, toplumdaki çoğu kişinin az çok ilgilendiği, fikir sahibi olduğu ve paylaştığı uygulamalar bütünüdür. Geleneksel bilgiye dayalıdır ve kullandığı ürünler toplumsal-kollektif tecrübe yoluyla elde edilir (Özsan,2001:77). Geleneksel tıp modern tıbbın dışında kalan herhangi bir tıp biçimini ifade eder. Bu bağlamda geleneksel tıp derken Batı tıbbının dışında kalan tedavi sistemleri ifade edilir. Bu tedavi yöntemleri; Çin ve Hint tıp sistemlerine egemen olan akupunktur, bitkisel tıp, homeopati (Homeopati her insanın kendine özgü bir vücudu ve sağlık durumu olduğunu kabul eden, hastanın sözel

hikâyesine başvurularak uygulanan, bütünüyle doğal yöntemler kullanan, fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal iyileşmede etkili bir tedavi yöntemidir) osteopati (hastalıklardaki kas-iskelet sisteminin etkinliği üzerinde duran tamamlayıcı bir tıp metodu), yoga, shiatsu (Japon masaj tekniği) gibi tekniklerle yapılan tedavilerin yanında insanlar tarafından evlerde yapılan ev tedavileri kastedilmektedir (Kızılçelik,1995:41).

Geleneksel tıp ilk insanın doğa olayları karşısında takındıkları tavır ve ilişkilerden doğmuştur. Burada sihir veya büyü'nün rolü büyük olmuştur. Hastalıkların sebebi kötü veya iyi kuvvetler fikrine bağlanmıştır. Hastalık kötü güçlerin insanlara musallat olması halinde ortaya çıkmaktadır ve bu durumda büyücüler, şamanlar bu tabiatüstü güçlerle temasa geçerek onu hastadan uzaklaştırmaya çalışmaktadır. Bu şekilde temelleri atılan geleneksel tıp halk kültürünün bir parçası olarak doğmuştur (Türkdoğan,1991:45). Din, büyü, tıp halk kültüründe birbirine paraleldir. Birbiriyle kesişen binlerce mantık vardır ve hemen hepsi de kanıtlanmıştır. Örneğin, Kutsal Cuma günü pişen ekmek kesinlikle bayatlamazdı, eğer saklanırsa her türlü hastalığa deva olurdu (Porter-Vigarello,2008:277). Kötü ruhları kovup iyi şans getireceğine inanılan eşyalar ya da kutsal metinlerden bazı bölümleri üzerinde taşımak yine hastalıklara sebep olan kötü ruhları ya da etkileri uzaklaştırmakta ve insanların kendilerini güvende hissetmesini sağlamaktadır.

Sağlığı koruyup hastalıkları uzaklaştırdığına inanılan geleneksel pratikleri temelde üç başlık altında toplayabiliriz. Birincisi, koruyucu olduğuna inanılan bir nesneyi üzerinde taşımak ya da eve asmak. İkincisi, koruyucu olduğu kabul edilen maddeyi yemek ya da üzerinde taşıyıp, eve asmak. Üçüncüsü, mum yakmak, gınahtan arınma ritüelleri ve dua gibi dini pratikler (Spector, 2004:79). Bu ve bunun gibi pratikler geleneksel tıbbın inanç yönünü ifade ederler ve geleneksel tıpta önemli bir yer tutmaktadır. Günümüzde de halen etkisi devam eden bu gibi pratikler her zaman var olagelmıştır sadece zamanla bazı değişikliklere uğramıştır.

Geleneksel tıp uygulamaları yapan kişiler “geleneksel iyileştirici” olarak bilinmektedir (Kızılçelik,1996c:76). Geleneksel iyileştiriciler ilkel toplumlarda büyücü ya da şamandı ve hastalıkları uzaklaştırmada dini ritüellerin kullanımı daha yaygındı, ancak daha sonra doğada bulunan otların ve bitkilerin iyileştirici gücü keşfedilince dini ritüellerle beraber bitki ve otlardan yapılan ilaçlar daha çok kullanılmaya başlandı. Geleneksel iyileştiriciler toplum içinde ayrı bir zümreyi oluşturmaktaydı. Ancak bu zümre modern tıpta doktorların olduğu gibi belli bir eğitim sürecinden geçen kişilerden

oluşmamaktadır. Daha çok geçmişten devrıldıkları bazı bilgi ve birikimlere kendi deneyim ve çalışmalarını ekleyerek bilgi birikimi sağlayan geleneksel iyileştiriciler; toplumla bütünleşmiş, profesyonel olmayan, kurumsallaşmamış ve örgütlü bir yapı içinde çalışmayan kimselerdir.

Modern tıp ve modern tıbbın egemenliğine bağlı olarak gelişen tıbbi profesyonelleşme geleneksel tıp uygulamalarını genellikle göz ardı etmektedir (Baer,2010:373). Ancak günümüzde modern tıp geleneksel tıbbı her ne kadar onaylamasa da modern tıp ile geleneksel tıp sıklıkla bir arada bulunmaktadır. Her şeyden önce modern tıp ile geleneksel tıp arasında ortaklaşa kökler her toplum seviyesinde mevcuttur (Adak,2002a:97;Türkdoğan,1991:46). Her ne kadar modern tıp geleneksel tıbbın bazı tedavi yöntemlerine karşı olsa da bazı geleneksel uygulamalara olumlu bakmaktadır (Spector,2004:86). Modern toplumlarda modern tıp, geleneksel tıp ve bunlara ait alt tıbbi sistemler genellikle bir arada bulunmaktadır. Genellikle rekabetçi bir yapı içinde hareket etseler de bazen birbirleri ile işbirliği içine de girerek (Baer,2010:373) hastalıkların tedavisini yapmaktadırlar. Ancak temelde modern tıp ile geleneksel tıbbın hastalıklara bakış açısı ve tedavisinde farklılıklar bulunmaktadır. Her şeyden önce modern tıp neden-sonuç ilişkisi içinde, rasyonel ve kesin bilgilere dayanırken, geleneksel tıp tecrübî bilgilere dayanmakta ve toplumun inanç sistemiyle yakından ilişkili olmaktadır (Türkdoğan,1991:47). Modern tıpta hastalık içten ya da dıştan bazı biyolojik etmenlerle açıklanırken, geleneksel tıpta hastalığın nedeni daha çok doğaüstü güçlere ya da hastanın yaptığı ya da yapmadığı bir takım davranışlarda aranmaktadır. Bunun yanında geleneksel tıpta modern tıpta ki gibi kurumsal ve örgütlü bir yapı mevcut değildir ve hastalıklarla başa çıkmada ve hastaların bakımında aile esas kurum olmaktadır (Giddens,2005:153;Özsan,2001:77-79). Modern tıp hastaları bozulmuş bir makine gibi görüp onu parçalara ayırarak işlev bozulan parçayı tamire çalışırken, geleneksel tıp hastaya ve hastalığa bütüncül bir yaklaşımla yaklaşmakta ve hastalığı tedavide bu yaklaşımı esas almaktadır. Modern tıp hastalıkları tedavide bilimsel bilgiyi ve teknolojiyi kullanmakta ve bunun dışındaki bilgi türlerini dikkate almazken geleneksel tıp inanç sistemlerini, şifa veren bitki ve otları, bedeni rahatlatıcı geleneksel uygulamaları esas almaktadır.

Günümüzde modern tıbbın göstermiş olduğu gelişme ve çoğu hastalıkları tedavi etmede gösterdiği başarıya rağmen geleneksel tıp modern toplumlarda bile hala etkinliğini sürdürmektedir. Modern ve sanayileşmiş toplumlarda bile giderek daha çok

sayıda insan bilimsel yöntemlerin yanında en az onlar kadar geleneksel tıp uygulamalarına da önem vermektedir. Bu bağlamda her iki yaklaşımı da benimseyen ve birleştiren anlayış geleneksel tıbbi modern tıbbın yanında tedaviyi destekleyici ve tamamlayıcı bir unsur olarak görmektedir. Ancak gittikçe artan sayıda insan hastalıkların tedavisinde modern tıp yerine geleneksel tıp uygulamalarını tercih etmektedir. Bunda pek çok faktör egemendir ama temel olarak iki ana etkenden bahsedebiliriz. Bunlardan birincisi; modern tıbbın uygulamaları ve bu uygulamaların yarattığı sorunlara duyulan tepki ve ikincisi; modern tıbbın henüz ulaşamadığı ya da yeterli şekilde ulaşamadığı bölgelerde geleneksel tıbbın önemini sürdürmesi. Bu bağlamda modern tıbbın bazı kronik hastalıkları tedavideki başarısızlığı, modern tıbbın bedene müdahaleci tavrı ve tıpta aşırı uzmanlaşma, modern sağlık hizmetlerinin işleyişindeki bazı aksaklıklar ve modern tıbbın hastayı tedavi sürecinin dışında bırakan tavrı her sosyal ve ekonomik kesimden insanı geleneksel tıp uygulamalarına yönlendiren bir etkidir. Bunun yanında özellikle az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde modern tıp uygulamalarının yeterince yaygınlaşmamış olması ve ekonomik yetersizlikler her toplumda geleneksel tıbbın etkinliğinin devam etmesini zorunlu kılmaktadır.

1.2. Kadın ve Sağlık

Günümüzde sağlık insan yaşamının merkezinde yer alan bir olgudur ve ulaşılması, korunması gereken en temel ihtiyaçlardan biridir. Sağlık olgusu, doğal olarak, tüm insanlar için ulaşılması gereken çok önemli bir hedeftir. Sağlıklı olmayı ve sağlıklı yaşayabilmeyi herkes istemektedir. Sağlık tüm insanlar için birinci derecede önemlidir ama kadın sağlığı genel sağlığın içinde ayrı ve önemli bir yer taşımaktadır. Bunun çeşitli sebepleri vardır. Her şeyden önce üreme faaliyetinin kadın üzerinden yürüyor olması kadın sağlığına, üreme sağlığına, ayrı bir önem kazandırmaktadır. Bunun yanında kadının toplumsal konumu ve sorumlulukları, kadın sağlığının farklı bir bakış açısıyla değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Günümüzde kadın sağlığı hemen her ülkede ihmal edilmiş, doğum ve üreme hastalıklarına indirgenmiştir (Kadın, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu,1994;75). Oysa kadın sağlığı doğum ve üreme hastalıklarının çok ötesindedir ve pek çok bakımdan özel bir öneme sahiptir. Her şeyden önce kadının toplumsal konumu ve bu konumun belirleyici unsurları kadın sağlığına etki eden en önemli faktörlerdir. Toplumda kadın; eğitimsiz, ücretli bir işte çalışmıyor, toplumsal

cinsiyet bağlamında erkekten düşük konumda ve sadece üreme ve doğurganlık kimliği ile ön planda ise bu tür toplumlarda kadın sağlığından da bahsetmek mümkün değildir (Adak,2002a:171).

Günümüzde gelişmiş olarak nitelendirebildiğimiz toplumlar da dâhil olmak üzere pek çok toplumda kadın sağlığı söz konusu olduğunda kadının toplumsal statüsü ne olursa olsun kadın kimliğinden kaynaklı pek çok problem yaşanmaktadır. Her şeyden önce hemen bütün toplumlarda kadın doğurganlığı ile tanımlanmakta ve konumlandırılmaktadır. Kadın her şeyden önce anne adayı ve annedir ve bu rolü öncelikli olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda bir kadın, iyi bir eğitim almış, statüsü ve geliri yüksek bir işe sahip olsa dahi öncelikli belirleyeni onun neslin devamını sağlayan kadın kimliğidir. Bu yüzden kadın sağlığı doğum ve üreme hastalıklarına indirgenmiştir. Ancak doğum ve üreme hastalıklarının ötesinde olan kadın sağlığının özel ve önemli bir yeri vardır. Çünkü kadın toplumsal konumu gereği neslin devamını sağlayan kadın kimliğinin yanında, özellikle çalışan kadınlar için, bir meslek sahibi olmanın ve çalışmanın getirdiği durum ve yükümlülükler vardır. Bunun yanında, ev ve ailenin sorumluluğu kadın sağlığının önemini daha da artırmaktadır. Özellikle çalışan kadınlar için bir yandan iş hayatını sürdürüp bir yandan da ev ve ailenin getirdiği sorumlulukları taşımak için sağlıklarına özel bir önem vermek zorunluluğu doğmaktadır. Bu bağlamda kadın sağlığını korumada ve geliştirmede yeterli olanakların ve desteğin olması gerekliliği kaçınılmaz bir durumdur.

Kadınların sağlık düzeyleri ile toplumdaki durumları arasında yakın bir ilişki vardır (Bilgel,1997:3). Kadının sağlık durumu toplum içindeki statüsü ile yakından ilgilidir (Akın-Mihçioğur,2003:127). Kadın sağlığı tümü ile kadının sosyal statüsünden, kadına verilen değerden, toplumun onu algılayış biçiminden etkilenir (Kadın, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu 1994;76). Kadının sağlığı söz konusu olduğunda yaşadığı birçok olumsuzluk, onun toplumsal konumu ile alakalıdır. Geleneksel yapının içselleştirilmiş bazı zorlukları, çalışma yaşamı, sosyal yaşam, kültürel ve ekonomik yaşam gibi pek çok alanda yaşanan bazı olumsuzluklar (Akın-Aslan,2001:524) kadın sağlığını etkilemektedir. Büyük oranda toplumdaki statüsü ile yakından ilgili olan kadın sağlığı, pek çok faktörün etkisi altındadır. Kadının gelir düzeyi, ekonomik bağımsızlığı, istihdamı, eğitimi, toplumda kadının yeri ve ona verilen değer ve sosyal ve kültürel yapı kadın sağlığını etkileyen temel etmenlerdir.

1.2.1. Kadın Sağlığını Etkileyen Etmenler

1.2.1.1. Cinsiyet

Sağlık söz konusu olduğunda kadın ve erkeklerin sağlıkla ilgili yaşantı ve deneyimleri farklılaşmaktadır. Bu farklılaşmanın temelinde kadın ve erkek arasında var olan biyolojik farklılıkların yanı sıra, toplumsal olarak oluşturulan toplumsal cinsiyet, kadın ve erkeğin toplumsal statüsüne bağlı olarak kaynak ve olanakların kullanımında oluşan farklılıklar yatmaktadır. Bu bağlamda kadın ve erkek sağlığı farklıdır. Çünkü gerek biyolojik gerekse toplumsal olarak kadın ve erkek farklılaşmaktadır. Bu farklılaşmaların sebeplerinin bazıları biyolojik kökenli bazıları ise toplumsal kökenlidir. Ancak bu farklılaşma hemen her alanda olduğu gibi sağlık alanında da çoğu zaman kadınların aleyhine bir durumu içermektedir.

“Kadınlar hasta olur, fakat erkekler daha çabuk ölür” görüşü uzun zamandır kabul edilegelmiş bir görüştür. Çoğu batı toplumlarında kadınlar erkeklerden daha uzun yaşar fakat kadınları hastalık ve hastalanma oranları erkeklerden yüksektir. Özellikle ilerleyen yaşlarda kadınların hastalığa yakalanma oranı erkeklerden daha fazla olmaktadır (Jonathan-Mike-Elston, 2004:9;Giddens, 2005:147;Coburn,2009:56). Bunun farklılaşmaların temel nedenleri erkek ve kadınlar arasında var olan biyolojik farklılıkların yanı sıra, erkek ve kadınların maruz kaldıkları riskler ve hastalıklara bakış açılarıdır.

Kadın ve erkelerin biyolojik farklılıkları sağlık durumlarını etkilemektedir. Kadınların biyolojik ve psikolojik açıdan erkeklere oranla daha avantajlı olduğu görüşü (Coe, 1978:54; Jonathan-Mike-Elston, 2004:9; Akın-Demirel ,2003:74) kadınların erkeklere oranla daha uzun yaşamalarına neden olmaktadır sonucunu beraberinde getirir. Bunun yanında erkeklerin kadınlara oranla toplumda daha fazla risk altında olmaları bu durumu açıklayıcı başka bir neden olmaktadır. Erkekler toplumda kadınlara oranla daha fazla risklere maruz kalmaktadır. Bu risklerin bir kısmı erkeklerin yaptıkları işten kaynaklanan mesleki riskleri içerir. Bunun yanında sağlığa zarar veren alkol, sigara ve uyuşturucu gibi zararlı alışkanlıkların kullanımının kadınlara oranla erkeklerde daha fazla olması ölüm oranlarındaki farklılıkların açıklanmasında önemli bir etken olmaktadır.

Kadınların erkeklere göre daha fazla hastalanmaları hastalıkların kadınlara özgü olduğu fikrini doğurmuştur. Ancak bu düşüncenin oluşmasında ve bu durumun sebepleri konusunda ki açıklamalar hastalıkların kadınlara özgü olarak kabul

edilmesinin temellerini farklı nedenlere bağlamaktadır. Bu görüşlerden birincisinde, erkeğin biyolojik norm olarak alınması ve kadının biyolojik olarak erkek standartlarına göre tanımlanmasının rolü büyüktür (Türkmen,2003:6). Hastalıkların kadınlara özgü olduğu düşüncesinin temelinde ataerkil mantık ve kadınlık-erkeklik kavramlarının sembolik içeriği vardır. Buna göre erkek normdur ve normallik erkektir. Kadın erkek olmayandır ve sapmadır, kadın eksiktir, (Adak, 2002a:16) bu yüzden hastalık kadına ait bir özelliktir. Ataerkil mantığın bir diğer yansıması, doktorların kadınların sağlıkla ilgili problemlerine dikkat çeken ve önemini vurgulayan, böylece kadınları hasta olarak inşa eden bir tıp kültürü içinde yetiştikleri görüşüdür (Turner,2011:132).

Kadınların erkeklere göre daha fazla hastalanmalarını açıklayan başka bir görüşte kadının toplumda yükünün erkeklere göre daha ağır olduğu görüşüdür. Buna göre, kadının toplumda sahip olduğu çoklu roller –ev işleri, çocuk bakımı, mesleki sorumluluklar- kadınlar üzerindeki stresi artırmakta ve daha yüksek hastalık oranlarının ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır (Giddens, 2005:150-151). Diğer bir görüş de kadınların erkeklere göre hastalık konusunda daha hassas oldukları ve doktora daha çok başvurduklarıdır. Kadınlar erkeklere göre hastalık konusunda daha titiz davranmakta ve hastalandıkları zaman tıbbi yardıma daha çok başvurumaktadırlar. Bunun sonucunda erkekler ölümle sonuçlanan hastalıklara kadınlara göre daha çok yakalanmaktadırlar (Adak,2002a:16). Kadınlar şikâyetlerini aktarma ve beyan etme konusunda daha isteklidir. Erkeklere nazaran sağlıkla ilgili konulardaki sosyalleşmeleri de daha yüksektir (Turner,2011:132).

Ancak kadın ve erkekler arasındaki yaşam süresinin farklılığı her zaman kadınların lehine gelişen bir durum değildir. Bazı gelişmekte olan ülkelerde ve ekonomik anlamda dünyanın geri kalmış bölgelerinde kadın ve erkelerin yaşam süreleri arasındaki cinsiyet farklılığı daha azdır. Bu gibi ülkelerde kadının sosyal statüsünün düşük olmasından kaynaklı, daha az besine ulaşma, tedaviden yararlanmada kısıtlılık, daha sık doğum ve yüksek anne ölümleri (Jonathan-Mike-Elston, 2004:9-10) kadınların sağlık alanında karşılaştığı en büyük sorunlardır.

Sonuçta, cinsiyet farklılığı açısından ele aldığımızda, kadın sağlığını etkileyen faktörler biyolojik, ruhsal ve toplumsal faktörlerdir. Bu faktörlerin birbirleriyle olan etkileşimi kadın sağlığını olumlu veya olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak bu faktörlerden toplumsal faktörler ve toplumsal cinsiyet özellikle üzerinde durulması gereken bir önem arz etmektedir.

Tarihin hemen her döneminde kadının toplumsal konumu temelde erkeğin konumu ile karşılaştırılarak tanımlanır (Adak,2002a:15). Bu tanımlamadaki temel noktalardan biri de kadının toplumsal konumunun erkeğin konumuna göre düşük olmasıdır. Özellikle feminist yaklaşımın üzerinde durduğu bu durumun temelinde ataerki vardır ve tarihin her döneminde kadınlar tüm kültürlerde ve yaşamlarının hemen her alanında erkekler tarafından bastırılmış ve sömürülmüştür (Pelizzon,2009:12; Heater,2007:178-192). Kadın ve erkek arasında var olan toplumsal farklılığı açıklayan kavram “toplumsal cinsiyet” (gender) kavramıdır. Toplumsal cinsiyet kadın ve erkeğin toplumdaki konumlarının farklılıklarını anlatmak için kullanılan bir kavramdır.

Cinsiyet (sex), kadın ve erkek arasında var olan genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleri anlatmak için kullanılan bir kavramdır. Toplumsal cinsiyet (gender) ise kadının ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rollerini ve sorumluluklarını ifade eder. Toplumsal cinsiyet biyolojik farklılıklardan dolayı değil, kadın ve erkek olarak toplumun bizi nasıl gördüğü, nasıl algıladığı, nasıl düşündüğü ve nasıl davranmamızı beklediği ile ilgili bir kavramdır (Akın-Demirel,2003:73; Akın vd. ,2008:25). Bu bağlamda toplumsal cinsiyet, kadın ve erkek arasında inşa edilmiş olan toplumsal farklılıklara işaret etmektedir.

Toplumsal cinsiyet kavramını açıklayan çeşitli kuramlar vardır. Bunlar; biyolojik kuramlar, toplumsallaşma kuramları ve feminist kuramlardır. Biyolojik kurama göre; kadın ve erkek arasında görülen eşitsizliğin sebebi biyolojik farklılıklardır. Erkek ve kadınlar arasındaki evrensel eşitsizliğe neden olan ve bunun sürmesini sağlayan faktörler, fizyolojik ve doğal faktörlerdir. Toplumsallaşma kuramına göre, erkek ve kadın arasında var olan eşitsizliklerin sebebi biyolojik faktörlerden çok toplumsal faktörlerdir. Eşitsizlikler toplumsallaşma süreci içinde çocuklara öğretilmektedir. Feminist kuram ise, kadın ve erkekler arasında var olan farklılıkları daha toplumsal bir anlayışa oturtarak, yapısal ve kuramsal faktörlere daha çok vurgu yaparlar. Farklı yapısal ve kuramsal faktörlere dikkat çekerek açıklamalar yapan feminist kuram bu açıdan kendi içinde farklılaşmaktadır. Örneğin, “Marksist feminizm” cinsiyet eşitsizliklerinin kapitalist ekonomik sistemin işleyişinden kaynaklandığını savunur. “Radikal feminist” çözümleme ise eşitsizliğin kaynağını ataerkiye bağlar. “Postmodern feminist” yaklaşım ise farklılıkların pek çok nedene ve etkene bağlı olduğunu ve tek etkenle açıklanamayacağını savunur (Pilcher,2010:109-114).

Toplumsal cinsiyet kavramı başlangıçta cinsiyet kavramının sınırlılığından kurtulmak amacı ile kullanılmıştır. Cinsiyet kavramı kadın ve erkek arasında var olan farklılıkları “biyolojik kader” ilkesi ile sınırlandırmıştır ve bu ilkeye göre var olan farklılıklar geri çevrilemez bir özellik taşımaktadır. Toplumsal cinsiyet kavramı ise, bu açıklamanın aksine, farklılıkların toplumsal olarak inşa edildiğine vurgu yapar. Toplumsal cinsiyet kavramı, kadın ve erkekler arasındaki farklılıkların sadece biyolojik farklılıklar olmadığını, sosyal ve kültürel olarak da farklılıkların toplumda yaratıldığına işaret eder. Bu bağlamda toplumsal olarak oluşturulan farklılıklar sabit ve evrensel değildir. Toplumsal değişim sürecinde değişip dönüşürler. (Butler,2008:50; Dedeoğlu,2000:142; Özkazanç,2010:16). Toplumsal cinsiyet kavramı, cinsler arasındaki ilişkinin toplumsal olarak örgütlenmesini kastetmek amacı ile kullanıldığı gibi cinsler arasındaki toplumsal ilişkileri düzenlemek için de kullanılmaktadır. Kadın ve erkeklerin biyolojik farklılıklarından ziyade, kadın ve erkeklere ilişkin uygun rollerin tamamen toplumsal ve kültürel olarak üretildiğini ifade eder. (Scott,2007:3-11; Butler,2008:53). Bu bağlamda toplumsal cinsiyet, kadın ve erkeği toplumsal bir inşa olarak tanımlamaktadır (Touraine,2007:86).

Toplumsal olarak yapılandırılmış olan kadınlık ve erkeklik kavramları bu yönü ile toplumdan topluma ve kültürden kültüre değişiklik gösterir. Kadın ve erkeğin yaşamını şekillendirerek onlara farklı rol ve sorumluluklar yükler. Toplumsal olarak inşa edilen bir kavram olan “toplumsal cinsiyet” kavramı hemen hemen tüm toplumlarda görülen bir eşitsizlik yaratmaktadır ve hemen tüm toplumlarda kadının asli görevi çocuk bakmak ve ev işleri iken erkeğin asli görevi ise ailenin geçimini sağlamaktır. Bu durum kadın ve erkeğin toplumda eşit olmayan konumda bulunmalarına yol açmıştır. Kadın ve erkek arasındaki toplumsal cinsiyet farklılığı tarihsel süreçte ve hemen bütün toplumlarda genel olarak kadının aleyhine bir durumdur ve hemen her zaman kadının konumu erkeğin konumuna göre daha düşük kabul edilmiştir. Bunun sonucunda toplumda statü, güç, zenginlik bakımında kadın erkeğe oranla eşit olmayan konumdadır. Bu eşitsizlik durumu hemen bütün alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da gözlenen bir durumdur.

Sağlığın sosyal kalıplarının cinsiyete dayalı analizinde daha geniş bir bakış açısına ihtiyaç duyulmaktadır. Erkek ve kadınlar arasında ki sosyal ve ekonomik ilişkiler bağlamında hem erkeklerin hem de kadınların sağlığı ile ilgili güç ve ekonomik kaynaklar açısından cinsiyet eşitsizliğini göz önünde bulundurmak gerekir (Gabe-Bury-

Elston,2004:9). Toplumsal cinsiyet rol kalıpları toplumsal eşitsizliklerde önemli bir etkiye sahiptir. Bu eşitsizlik sadece fiziksel farklılıklardan kaynaklanmayıp kaynakların ve fırsatların cinsiyetler arasında dağılımında ve kullanımında da kendini göstermektedir. Bu eşitsizliklerden daha fazla etkilenen kadın, eğitimde, çalışma yaşamında, siyasi hayata katılımında, sosyal ve siyasi haklara sahip olmada, hakları kullanmada, toprak ve sermaye gibi kaynaklara sahiplikte ve sağlıkta engellerle karşılaşmakta ve eşitsizliğe uğramaktadır (Akın vd. ,2008:26). Toplumsal cinsiyetle ilgili olarak “kadın olmaya” kültürel yönden daha az değer verilmesi söz konusudur ve bu durum kadının yaşamını ve sağlığını olumsuz etkiler (Özvarış,2008;37).

Kadın ve erkeklerin sağlığında var olan farklılıklar genel anlamda şu faktörlerden kaynaklanmaktadır.

- Risk faktörleri ve bunlara maruziyet,
- Sağlık sonuçları,
- Hastalıkların ortaya çıkması, şiddeti ve sıklığı,
- Sağlığı korumak ve geliştirmek için kaynaklara ulaşabilme (bilgi, eğitim, teknoloji, hizmetler vd.),
- Hastalıklara verilen sosyal ve kültürel cevaplar (tepkiler) (Türkmen ,2003:6).

Bunun sonucunda toplumların çoğunda gücün dağılışı biçiminden kaynaklı, kadınların kendi sağlıklarını koruyacak kaynaklara ulaşma ve bunları kontrol etme olanakları daha azdır ve karar mekanizmalarında daha az yer almaktadırlar (Türkmen,2003:5). Hemen tüm toplumlarda görülen bu eşitsizliğin sonucunda, kadın sağlığı üzerinde önemle durulması gereken bir konu haline gelmiştir. Bu bağlamda, toplumsal cinsiyetten kaynaklı eşitsizliğin gündeme gelmesi ve giderilmesine yönelik uluslararası alanda çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen “herkese sağlık” ilkesi çerçevesinde, özellikle Dünya Sağlık Örgütü, geliştirdiği Stratejik Eylem Planları dâhilinde sağlık alanında toplumsal cinsiyet eşitliğine ulaşmak ve kadın sağlığına öncelik vermede yapılacak çalışmalar için bazı temel stratejiler belirlemiştir. Her şeyden önce, kadın sağlığının üreme sağlığı ile sınırlandıran bakış açısının yerini sağlığı biyolojik, genetik, çevresel, psiko-sosyal ve ekonomik faktörlerin bir sonucu olarak gören yaklaşım ön plana çıkmıştır. Bu çerçevede “toplumsal cinsiyet” sağlık alanındaki anahtar belirleyicilerden biri olarak kabul edilmektedir. Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planları da bu temel ilke çerçevesinde hazırlanmaktadır. (Akın-Esin-Çelik,2003:18-19). Bu bağlamda, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi tarafından 2010

yılında hazırlanan Avrupa Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planı sağlıkta var olan toplumsal cinsiyetten kaynaklı eşitsizliğe dikkat çekmede önemli bir çalışmadır. Avrupa Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planına göre kadınlar erkeklere göre daha uzun bir yaşam süresine sahip olmasına rağmen, hastalıklarla daha çok boğuşmaktadır, daha fazla yoksulluk yaşamaktadır, kamu sağlığı hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır, erkeklere oranla bazı hastalık ve sıkıntılarda daha fazla ayrımcılığa ve eşitsizliğe maruz kalmaktadır. Kadınlar biyolojik olarak erkeklere göre hastalıklara dirençte daha avantajlıdır fakat kaynaklara erişimde ve toplumsal statüde erkeklere göre daha dezavantajlı konumdadır. Toplumsal cinsiyet ve toplumsal cinsiyet rollerinin farklı olması kadın ve erkek sağlığını ve bakış açılarında farklılıklar yaratmış, bu bağlamda kadın ve kadın sağlığı bu durumdan olumsuz etkilenmiştir. Bütün bunların sonucunda Avrupa Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planı öncelikle, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve sağlık arasındaki var olan ilişkiyi görünür kılmayı, kadın sağlığının sadece üreme sağlığına indirgenmeyip, yaşamın her dönemini kapsayacak şekilde ele alınmasını ve toplumsal cinsiyet bakış açısının sağlık alanında ana plan ve politikalara entegre edilmesini amaçlamaktadır. Bu yolla insan hakları ve toplumsal cinsiyet eşitliğine, toplumun sosyal ve ekonomik gelişmesine ve aile sağlığının geliştirilmesine katkı sağlamak amaçlanmaktadır. (Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe, Endorsed at a WHO meeting Copenhagen, 5–7 February 2001).

Sonuçta, sağlık alanında erkek ve kadınlar arasında var olan eşitsizliğin temel nedenlerinden biri toplumsal cinsiyet ve toplumsal cinsiyet rolleridir. Bu eşitsizliğin giderilmesi ve kadın sağlığını koruma ve geliştirmede atılacak adımlar da bellidir. Bunlar; kadının öncelikle eğitim yoluyla güçlendirilerek ekonomik, siyasi ve toplumsal alanda daha fazla söz sahibi olması ve karar mekanizmalarına katılmasının sağlanması, yoksulluğa karşı mücadele edilmesi, fırsat eşitliği sağlanarak kadınların ekonomik hayata katılımlarının artırılması, sağlık ve sosyal hizmetler programları yardımı ile kadınlara gereken desteğin verilmesi gerekmektedir.

1.2.1.2. Eğitim

Kişinin aldığı eğitim onun hayata bakışını, kaynaklara erişimini ve fırsatlardan yararlanmasına doğrudan etki eder. Eğitim seviyesi kişinin toplumsal konumuna doğrudan etki ettiği gibi hayat standartlarının da belirleyicilerinden biridir. Eğitim seviyesinin, diğer tüm alanlarda olduğu gibi, sağlıkla olan ilişkisi de doğru orantılıdır. Kişinin aldığı eğitim düzeyi arttıkça sağlık alanındaki bilinçliliği ve aldığı sağlık

hizmetlerinin kalitesi de artmaktadır. Bu bağlamda, kadınların eğitim seviyesi yükseldikçe sağlıkla ilgili olarak bilinçlilik düzeyleri ve davranışları da olumlu yönde artış göstermektedir.

Günümüzde kadının toplumsal statüsü ile sağlığı arasında paralel bir ilişki vardır. Örneğin kadının statüsü yükseldikçe çocuk sayısı azalmakta, sağlık hizmetlerinden yararlanma artmaktadır. Toplumsal statü kadınların en fazla doğurganlık davranışlarını etkilemektedir. Doksan dokuz gelişmiş ülkede yapılan bir araştırmaya göre kadının toplumsal statüsü ve doğurganlığı arasında doğrudan bir ilişki vardır. Kadının toplumsal statüsü yükseldikçe sahip olduğu çocuk sayısı azalmaktadır. (Akın-Demirel,2003:80, Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık, TTB Raporu,2008:5)

Tablo 2: Kadının Statüsü Doğurganlık Hızı İlişkisi

Kadının Statüsü	Bu gruptaki nüfus oranı(%)	Toplam doğurganlık hızı(%)
Çok çok düşük	10.6	5.9
Çok düşük	21.8	4.0
Düşük	28.4	3.9
Orta	9.7	2.9
İyi	15.3	2.1
Çok iyi	6.3	1.9
Bilgi yok	8.9	-

Kaynak: Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık, TTB Raporu,2008

Buna göre kadınların toplumsal statüsü yükseldikçe doğurduğu çocuk sayısı azalmaktadır. Buna bağlı olarak yanlış inanç ve uygulamalardan kaynaklanan olumsuzluklar azalmakta, doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha çok yararlanmakta ve bunlara bağlı olarak doğan çocukların hayatta kalma oranları da artmaktadır. Buna Türkiye’den örnek verecek olursak 1998 TNSA İleri analiz sonuçlarına göre;

Tablo 3: Kadının Eğitim Düzeyine Göre Obstetrik Hizmetlerden Yararlanma Oranları

Kadının eğitim düzeyi	Doğum öncesi bakım alanların oranı(%)	Sağlıklı doğum oranı(%)
Yok/İlkokulu bitirmemiş	37.6	54.8
İlkokul mezunu/ortaokulu bitirmemiş	76.2	89.8
Ortaokul ve üzeri	96.0	99.7

Kaynak: TNSA ileri analiz sonuçları,1998

Görüldüğü gibi kadınların eğitim durumu yükseldikçe sağlıklı doğum ve doğum öncesi bakım alma oranları yükselmektedir. Ancak hemen her alanda olduğu gibi toplumsal cinsiyet (gender) ayrımcılığı eğitim alanında da kendini göstermekte ve kadınların eğitimden yararlanma ve eğitim alma olanakları erkeklere göre daha kısıtlı olmaktadır.

Ayrımcılığa yol açan geleneksel yaklaşımlar ve değersiz görülme gibi nedenlerden dolayı kız çocuklarının eğitime ulaşmasında çeşitli güçlükler vardır ve bu durum tüm dünya için geçerlidir. Bazı önemli atılımlar yapılmasına rağmen hala ilköğretime başlamayan 130 milyon çocuğun 2/3'ünü kızlar oluşturmaktadır. Ayrıca hala okuma yazma bilmeyen bir erkeğe karşı iki kadın bulunmaktadır. UNESCO'nun saptamalarına göre dünyadaki 876 milyon okuma yazma bilmeyen insanın üçte ikisini kadınlar oluşturmaktadır (Akın vd.,2008:26-30). Ülkemizde de kız çocukla okuma ve okula devamın etmede çeşitli sorunlar ve engellerle karşılaşmaktadır. Bunun sonucunda okuma-yazma oranlarında ve bitirilen eğitim düzeyinde kadınlar erkeklere göre her zaman daha alt sıradadır. Türkiye'de okuma-yazma bilmeyenler nüfusun yaklaşık olarak %8'ini oluşturmakta olup kadınlarda bu oran yüksektir (Türkiye'de Kadının Durumu,2011). Örneğin 2011 adrese dayalı nüfus sistemi sonuçlarına göre Türkiye'de 6+ yaş ve üzeri okuma-yazma bilmeyen 3.171.270 kişinin 553.704'i erkek, 2.617.566'i kadındır. Bunun yanında bitirilen eğitim düzeyinde kadınların sayısı erkeklere göre oldukça düşüktür.

Tablo 4: Bitirilen Eğitim Düzeyi Ve Cinsiyete Göre Nüfus (6 +yaş) – 2011-Türkiye

Bitirilen eğitim düzeyi	Toplam	Erkek	Kadın
Okuma yazma bilmeyen	3.171.270	553.704	2.617.566
Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen	13.810.315	6.467.434	7.342.881
İlkokul mezunu	15.333.800	6.706.059	8.627.741
İlköğretim mezunu	11.986.436	6.729.630	5.256.806
Ortaokul veya dengi okul mezunu	2.856.407	1.740.795	1.115.612
Lise veya dengi okul mezunu	11.883.336	6.859.021	5.024.315
Yüksekokul veya fakülte mezunu	5.495.749	3.196.262	2.299.487
Yüksek lisans mezunu	401.773	238.359	163.414
Doktora mezunu	121.923	75.473	46.450
Bilinmeyen	1.984.626	1.035.890	948.736
Toplam	67.045.635	33.602.627	33.443.008

Kaynak: TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları 2011

Eğitim alanında ki bu eşitsizliğin sonucunda, kadınlar erkeklere oranla eğitim hizmetinden ve fırsatlarından daha az yararlanmakta ve bunun sonucunda toplumsal statüde erkeklerden daha aşağı konumda yer almaktadırlar. Kadınların eğitimi uluslararası düzeyde insani gelişmenin temel göstergelerinden biridir. Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe daha önce evle sınırlı kalan ilgi, becerileri ve bilgisini artırma şansı bulmaktadır. Çalışma yaşamı ve karar mekanizmalarına katılım olanakları artmaktadır. Bunun sonucunda toplumsal yaşamda bir çok alanda olduğu gibi sağlık alanında da hizmetlere erişimi ve kullanımı artmaktadır (Akın vd.,2008:29-30). Ayrıca eğitim kadınlardaki bilinç ve bilgi düzeyini artırmaktadır. Özellikle gebelik, doğum esnası ve doğum sonrası gerek anne gerekse bebek için riskleri azaltarak (Akın-Mihçioğur,2003:129) sağlıklı nesiller yetişmesine neden olacaktır. Kadının eğitim düzeyinin yükselmesi gerek anne gerekse de bebek/çocuk sağlık düzeyini olumlu yönde artırmaktadır (Ay-Eser-Özcan,2004).

Sonuçta kadının eğitim düzeyi doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık düzeyi göstergelerinin temel belirleyicilerinden biridir. Kadının eğitim düzeyi arttıkça sağlık konusundaki bilinç düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim ve yararlanma düzeyi artmaktadır.

1.2.1.3. Çalışma Hayatı

Kadın sağlığını etkileyen bir diğer önemli faktör de kadının çalışma durumu ve çalışma yaşamıdır. Kadının sağlık durumu onun çalışıp çalışmamasına ve çalışıyorsa çalışma koşullarına bağlı olarak olumlu veya olumsuz anlamda değişebilmektedir. Çalışma yaşamından kastedilen, kadının ev dışında gelir getiren bir işte sürekli olarak çalışmasıdır. Bunun dışında kalan ev işleri, aile içi işletmelerdeki emek, tarım işçiliği vb. genel olarak kadının çalışması olarak kabul edilmemiş, kadının görevi sayılmıştır. Bu bağlamda aslında kadın tarih boyunca sürekli çalışmış ve üretmiştir. Ancak kadının işgücüne katılımında da toplumsal cinsiyet rolleri devreye girerek kadın ve erkek iş yaşamını farklılaştırmıştır.

Kadınlar tarihin ilk dönemlerinden itibaren ekonomik yaşamın faal bir üyesi olmuşlardır. Fakat kadının ekonomik faaliyetleri öncelikle tarım kesiminde, çoğunlukla da kendi işletmelerinde sınırlı kalmıştır. Kadına geleneksel yapı içerisinde yüklenen temel görevler üreme ile ev ve ailenin bakımındır (Doğramacı,1989:118). Erkek egemen aile yapısının gelişmesi sonucunda da cinsiyete dayalı işbölümünden kaynaklı kadınların ücretsiz çalıştırılması ve erkeğe bağımlı hale gelmesi (German,2006:93) kadınların iş hayatında aktif rol oynamalarına engel olmuştur. Kadının çalışma yaşamı

içine aktif olarak katılması ise özellikle Sanayi İnkılâbından sonra meydana gelmiştir. Sanayi İnkılâbı sonrası köyden kente göç ve açılan fabrikalarda oluşan iş gücü ihtiyacının bir kısmı kadın emeği ile tamamlanmış ve kadınlar çalışma hayatına aktif olarak katılmaya başlamışlardır. Kadınların çalışma hayatındaki konumunda meydana gelen bir değişiklikte II. Dünya Savaşından sonra olmuştur. Ekonomik ve sosyal alanda meydana gelen gelişmeler ve kadının statüsünde meydana gelen yükselme kadınların çalışma yaşamına daha çok ve farklı pozisyonlarda katılımını sağlamıştır. Eğitim ve hukuk açısından kadına tanınan haklarla kadınlar eskisinden farklı olarak pek çok alanda çalışma ve yükselme imkânı bulmuşlardır. Ancak her şeye rağmen kadınların pek çok alanda erkeklerle eşit şartlara sahip olduğunu bugün bile söylemek zordur.

Kadınların ekonomik hayata katılımı birçok sosyal ve iktisadi faktöre bağlıdır. Kadının toplumsal statüsü ve kültürel algılamalar yanında iktisadi ve siyasi durum kadınların çalışma hayatına katılımlarını belirleyen temel unsurlardır. Ancak pek çok ülkede kadınların temel rolünün anne, eş ve ev kadını olarak kabul edilmesi kadının ekonomik hayata katılımını sınırlayan en önemli faktörler arasındadır (Yumuşak,2009:68). Bu bağlamda ekonomik hayata katılım ve istihdam anlamında kadın ve erkek arasında bazı farklar ortaya çıkmaktadır. En önemli farklılık ise toplumsal cinsiyet ve cinsiyete dayalı işbölümünden kaynaklanan farklılıklardır. Bu yüzden hemen hemen tüm toplumlarda erkeklerin ve kadınların yaptıkları işler farklılaşmaktadır.

Kanunlar önünde erkeklerle eşit olsalar da kadınlar geçmişte olduğu gibi bugünde emek piyasasında bazı eşitsizliklere uğramaktadır (Giddens,2005:389). Emek piyasasında var olan cinsiyete dayalı işbölümünden kaynaklı eşitsizliğin sonucunda kadınlar erkeklerden daha az işte uzmanlaşmakta, daha az ücret almakta ve kolayca çıkarılabilen değersiz ikincil işlerde çalışmaktadır. Erkekler ise endüstriyel olarak güçlü ve daha yüksek ücret ve haklara sahip birincil işlerde çalışmaktadır (German,2006:91; Dedeoğlu,2000:139-159). İş yaşamında da toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılık kendini göstermektedir. İşe alma, ücret ve terfi gibi uygulamalarda kadınlar erkeklere göre daha dezavantajlı durumdadır (Akın vd.,2008:38) ve daha tekdüze mesleklerde yoğunlaşmıştır. Bu tekdüze meslekler genel olarak kadın işi, kadınsı işler olarak görülmekte ve bazıları nerdeyse tamamen kadınlar tarafından yapılmaktadır. Mesleğe bağlı toplumsal cinsiyet ayrımı kadınların ve erkeklerin “erkek” ve “kadın” için uygun olan iş anlayışına bağlı olarak farklı işlerde yoğunlaşması gerçeğini dile getirmektedir

(Giddens,2005:389;Oskay,1994:119). Hemen hemen bütün dünyada kadın emeği tarım ve hizmet sektöründe yoğunlaşmıştır. Erkeklerin sanayi sektöründeki payı daha yüksektir ve kadınların ücretleri erkeklerin ücretlerine göre daha düşüktür (Öztürk-Ergüneş,2011;11). Sonuçta toplumsal cinsiyet ayırımı çalışma hayatında da kendini göstermekte cinsiyete dayalı işbölümü sonucu kadın ve erkeklerin yaptığı işler farklılaştığı gibi çalışma koşulları ve alınan ücrette de kadının aleyhine durumlar ortaya çıkmaktadır.

Günümüzde kadın istihdamında eskiye nazaran bazı farklılıklar ortaya çıkmıştır ve kadınların iş yaşamına katılımında önemli değişimler gerçekleşmektedir. Güçlü bir eğitim geçmişi ve yüksek vasıflara sahip olan kadın miktarında önemli artışlar görülmektedir. Buna bağlı olarak son yıllarda erkeklerle kadınlar arasında ekonomik etkinlikler açısından farklar kapanmaktadır (Giddens,2005:388-393). Geleneksel cinsiyet rollerine uygun olarak evle ilgili görevlerini yerine getiren kadın, bunun yanında son yıllarda artan bir şekilde iş yaşamında daha etkin rol almaya başlamıştır. Bu durumun ortaya çıkmasında ekonomideki gelişmeler, kentleşme, kadınların eğitim olanaklarındaki artış gibi etkenler rol oynamaktadır (Adak,2002b:19). Ancak iş yaşamında da kadına toplumsal cinsiyetinden dolayı bazı meslekler atfedilmekte ve bu meslekler daha çok “kadın işi” olarak görülmektedir. Örneğin hemşirelik, öğretmenlik, hizmet sektöründe idari olmayan pozisyonlar kadınlara daha uygun bulunmakta ve kadınlar buralarda istihdam edilmektedir. Ancak son yıllarda erkek meslekleri olarak görülen girişimcilik, üst düzey yöneticilik gibi alanlarda kadın sayısı artmaktadır. (Akın vd.,2008:40;Şimşek,2008:68). Bu durumun ortaya çıkmasındaki en önemli neden kadınların eğitim imkânlarından eskiye nazaran daha çok faydalanmalarıdır. Bunun sonucunda şehirde çalışan profesyonel bir mesleğe sahip kadınların sayısı her geçen gün artmaktadır.

Türkiye’de kadın istihdamına baktığımızda, kadınların çalışma hayatına katılımının yeterli düzeyde değildir. AB ülkeleri ve ABD ile karşılaştırdığımızda Türkiye’de kadın istihdamının çok düşük seviyelerde olduğu görülmektedir. AB ülkeleri ve ABD’de kadınların istihdama katılım oranı yaklaşık %53 iken, Türkiye’de bu oran %22’dir. AB ülkelerinde 100 kadından 60’ı ücretli bir işte çalışırken, Türkiye’de 100 kadından sadece 22’si ücretli bir işte çalışmaktadır (Öztürk-Ergüneş,2011;9). Türkiye’de kadın istihdam oranlarına baktığımızda yıllara göre bir azalma görülmektedir. Örneğin kadınların işgücüne katılma oranları 1990’da %34,1

civarındayken, 2002 yılında %26,9, 2004 yılında %25,4, 2010 yılında 27,6 olmuştur (Türkiye’de Kadının Durumu,2011:25-26).

Tablo 5: TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları 2011 - İşteki Durum

İŞTEKİ DURUM VE EKONOMİK FAALİYETE GÖRE İSTİHDAM EDİLENLER, TÜRKİYE

(Bin kişi, 15+ yaş)

	Toplam				Erkek				Kadın			
	2010 Ocak		2011 Ocak		2010 Ocak		2011 Ocak		2010 Ocak		2011 Ocak	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Toplam	21.162	100,0	22.461	100,0	15.282	100,0	16.206	100,0	5.879	100,0	6.255	100,0
Ücretli veya yevmiyeli	12.825	60,6	13.899	61,9	9.757	63,8	10.580	65,3	3.068	52,2	3.319	53,1
İşveren	1.141	5,4	1.175	5,2	1.067	7,0	1.092	6,7	73	1,2	83	1,3
Kendi hesabına	4.526	21,4	4.593	20,4	3.721	24,3	3.778	23,3	805	13,7	816	13,0
Ücretsiz aile işçisi	2.670	12,6	2.794	12,4	737	4,8	757	4,7	1.933	32,9	2.037	32,6
Ekonomik faaliyetler	21.162	100,0	22.461	100,0	15.282	100,0	16.206	100,0	5.879	100,0	6.255	100,0
Tarım	5.039	23,8	5.401	24,0	2.757	18,0	2.989	18,4	2.283	38,8	2.413	38,6
Sanayi	4.280	20,2	4.656	20,7	3.342	21,9	3.633	22,4	938	16,0	1.022	16,3
İnşaat	1.161	5,5	1.313	5,8	1.122	7,3	1.257	7,8	39	0,7	55	0,9
Hizmetler	10.681	50,5	11.091	49,4	8.062	52,8	8.327	51,4	2.620	44,6	2.764	44,2

Kaynak: TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları 2011

2011 yılı verilerine göre, kadınların işteki durumu ve ekonomik faaliyete göre istihdam edilme durumlarına baktığımızda ise; kadınların %53,1’i ücretli veya yevmiyeli, %32,6’sı ücretsiz aile işçisi, %13,0’ü kendi hesabına ve %1,3’ü işveren olarak çalışmaktadır. Ayrıca, kadınların %44,2’si hizmetler sektöründe, %38,6’sı tarım sektöründe, %16,3’ü sanayi sektöründe ve %0,9’u inşaat sektöründe istihdam edilmektedir.

Kadınların istihdamında toplumsal cinsiyet rollerinin önemli bir rol oynadığı açıktır. Bu bağlamda Türkiye’de kadınlar en fazla hizmet sektöründe istihdam edilmektedir. Hizmet sektöründe özellikle “kadınlar için uygun alanlar”- öğretmenlik, hemşirelik, büro hizmetleri- kadın istihdamının yoğunlaştığı alanlardır. Bu alanlar kadınların çalışması için toplumsal kabul görmüş alanlar olarak dikkat çekmektedir. Kadın istihdamında hizmet sektörünü tarım sektörü takip etmektedir. Ancak, kadınlar özellikle tarım sektöründe ücretsiz aile işçisi olarak istihdam edilmektedir. 2010 yılı verilerine göre kente göre (%23,7) kırsal alanda daha çok kadın işgücüne katılıyor (%36,3) gibi görünse de kırdaki 100 kadının 84’ü tarım kesiminde ve bunların % 79’u ücret almadan ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır. Sanayi sektörü de kadın

istihdamının oldukça sınırlı olduğu bir alan olarak dikkat çekmektedir (Türkiye’de Kadını Durumu,2011:26).

Kadınların ekonomik hayata katılımı birçok sosyal ve iktisadi faktöre bağlıdır. Kadının toplumsal statüsü ve kültürel algılamalar yanında iktisadi ve siyasi durum, kent-kır nüfus dağılımı, kırdan kente göç, çalışma hayatına ilişkin düzenlemeler kadınların çalışma hayatına katılımını belirleyen unsurlardan bazılarıdır. Ancak pek çok ülkede kadının temel rolünün anne, eş ve ev kadını olarak kabul edilmesi kadının ekonomik hayata katılımını engelleyen en önemli faktördür (Yumuşak,2009;68). Ülkemizde de kadın işgücü geleneksel bakışın etkisinden kurtulamamış ve kadın, “ucuz emek”, “aile ekonomisine yardımcı” kişi olarak görülmektedir. Bunun sonucunda kadınların pek çoğu, daha düşük statülü, düşük ücretli, süreksiz ve geçici, sosyal güvenceden yoksun olarak çalışmaktadır (Cumhuriyetimizin 75. Yılında Türkiye’de Kadının Durumu,1998). Ülkemizde kadınların istihdam alanında yaşadıkları belli başlı sorunlar ise şunlardır; (Türkiye’de Kadını Durumu,2011).

- Kadınların eğitim düzeyi arttıkça, işgücüne katılım oranları artmaktadır. Ancak, eğitimin her kademesinde kadınlar için bir eşitsizlik söz konusudur. Bu eşitsizliğin giderilmesinin yanında kadın emeğine vasıf kazandırabilmek için bilgi ve becerileri artırmaya yönelik yaygın eğitime de ihtiyaç vardır.

Tablo 6: TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları 2011- Eğitim Durumuna Göre İşgücü Durumu

EĞİTİM DURUMUNA GÖRE İŞGÜCÜ DURUMU, TÜRKİYE
(15+ yaş)

	Toplam				Erkek				Kadın			
	2010 Ocak		2011 Ocak		2010 Ocak		2011 Ocak		2010 Ocak		2011 Ocak	
	İKO (%)	İÖ (%)	İKO (%)	İÖ (%)	İKO (%)	İÖ (%)	İKO (%)	İÖ (%)	İKO (%)	İÖ (%)	İKO (%)	İÖ (%)
Toplam	47,5	14,5	48,1	11,9	69,8	14,5	70,3	11,5	25,9	14,5	26,6	13,1
Okur-yazar olmayanlar	18,0	8,9	18,0	6,7	35,8	19,9	35,9	15,9	14,4	3,3	14,5	2,2
Lise altı eğitimliler	45,3	15,0	45,7	11,9	68,0	15,8	68,2	12,4	21,8	12,2	22,6	10,2
Lise	51,7	17,6	51,0	15,2	68,8	14,2	68,0	11,7	30,0	27,7	29,9	25,1
Mesleki veya teknik lise	65,0	15,6	65,1	12,5	80,6	13,0	80,5	10,2	39,0	24,3	39,0	20,4
Yükseköğretim	78,4	11,5	80,6	11,2	83,8	9,2	86,1	7,9	70,8	15,2	72,7	16,7

Kaynak: TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları 2011

İKO: İşgücüne katılma oranı

İÖ: İşsizlik oranı

- Yasalar söz konusunda bir cinsiyet ayrımcılığı söz konusu olmasa da, belli iş mesleklerin kadınlara uygun işler olarak toplumsal kabul görmesi, görev dağılımında adil davranılmaması, ekonomik kriz dönemlerinde önce kadınların işten çıkarılması, özellikle kayıt dışı sektörlerde ücretlerin düşük tutulması gibi bazı ayrımcılık örnekleri görülmektedir.
- İş ve mesleklerin “kadın işleri” ve “erkek işleri” olarak ayrılmasından dolayı, kadınlar geleneksel kadın mesleklerinde yoğunlaşmakta, daha düşük statülü ve ücretli işlerde çalışmaya razı olmaktadır.
- Kadın işgücü ucuz emek olarak emek-yoğu işkolları olan tekstil, gıda, hazır giyim gibi sanayi kollarında yoğunlaşmıştır. Tarım sektöründe çalışanlar ise ücretsiz aile işçisi konumunda olmalarından dolayı gelir elde edememekte ve sosyal güvenceden yoksun olmaktadır.
- Bir işte çalışmasına rağmen sosyal güvenceden yoksun kadınların varlığı önemli bir sorundur.
- Ev ve iş yaşamının getirdiği ağır yük sonucu kadının çalışma yaşamının kısa sürmesi veya kariyerde yükselme olanaklarının erkeklere göre sınırlı olması.

Kadın sağlığı söz konusu olduğunda kadınların çalışma hayatında yer alıp almamaları ve çalışma koşulları oldukça önemli bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Yoksulluğun giderek “kadınlaşmakta” olduğu ve yeryüzünde mutlak yoksulluk sınırındaki 1.5 milyar kişinin %70’ini kadınların oluşturduğunu (Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe, Endorsed at a WHO meeting Copenhagen, 5–7 February 2001: sh:5; Akın vd.,2008:27) bir dünyada kadının çalışması ayrı bir önem kazanmaktadır. Ancak kadınlar çalışma yaşamında da toplumsal cinsiyetten kaynaklı bir ayrımcılığa maruz kalmakta ve çalışma yaşamında eşit olmayan durumlar ve ailedeki sorumlulukla iş yaşamının birlikte yürütülmesi durumu kadının sağlığını olumsuz etkilemektedir. Çalışma yaşamının kadınlara ekonomik bir özgürlük ve özgüven getirdiği tartışılmaz bir gerçek olmakla beraber kadınların aile içindeki görev ve sorumlulukları yanında birde iş yaşamında yer almaları onların gerek fiziksel gerek ruhsal gerekse de sosyal sağlıklarını olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Eve ait görev sorumluluklarının üstüne iş yaşamında da belli bir tempoda çalışmakta kalan kadın bu iki düzeydeki tempoyu kaldırmak zorunda olmasının sonucunda sağlığı

olumsuz etkilenmekte, çeşitli sağlık sorunlarının yanında erken yıpranma gibi sorunlarla da karşılaşabilmektedir.

1.2.1.4. Yaşam Tarzı ve Alışkanlıklar

Sağlıklı olmak ve sağlıklı kalabilmek hemen herkesin başlıca temennisi durumundadır. Sağlıklı olabilmek için de bireylerin yapması ve dikkat etmesi gereken bazı şeyler vardır. Bunların başında da yaşam tarzı ve alışkanlıklar gelmektedir. Bireylerin yaşam tarzı ve buna bağlı olarak bazı alışkanlıkları sağlıklarını doğrudan veya dolaylı olarak, olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir. Sağlığa doğrudan etki eden bu alışkanlıkların başında beslenme alışkanlıkları, spor ve zararlı alışkanlıklar gelmektedir.

Beslenme alışkanlıkları bireylerin sağlıklarını doğrudan doğruya olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. Beslenme, 1978 Alma Ata Bildirgesinden bu yana Temel Sağlık Hizmeti olarak tanımlanmaktadır ve kadın ve erkek ayrımı yapılmaksızın toplumdaki her birey “yeterli” ve “dengeli” beslenme hakkına sahip olduğu kabul edilmiştir (Akın vd.,2008:110). Yetersiz beslenme ile ilgili süreç yaşam döngüsü içinde bebeğin doğumundan önce başlayıp ölümüne kadar devam etmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme sorunları hayatın tüm dönemlerinde önemli bir problem olmakta ve başka önemli sağlık problemlerine yol açmaktadır. Örneğin kalp-damar hastalıkları veya kanser gibi ileri yaşlarda görülen hastalıkların temelinde beslenme alışkanlıklarının önemli bir rolü vardır (Aslan,2003:142). Bu bağlamda yeterli ve dengeli beslenme bireylerin sağlıklarının korunmasında çok önemli bir faktördür. Kadınların yeterli ve dengeli beslenmesi probleminin kaynağında ise birçok faktör yer almaktadır. Siyasal, ekonomik, kültürel ve sosyal faktörler kadınların yeterli ve düzenli beslenmesinde etkili olmaktadır. Kadının eğitim durumu, toplumsal statüsü, iş yaşamındaki yeri ve gelir düzeyi, toplumsal cinsiyet rolleri kadının sağlıklı ve yeterli beslenme düzeylerini ve doğal olarak sağlığını etkilemektedir.

Yetersiz beslenme tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir problemdir. Yetersiz beslenme sonucunda ortaya çıkan sağlık problemleri tüm bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Özellikle kadınlarda 45 yaş sonrası ortaya çıkan bazı sağlık problemlerinde yetersiz beslenmenin rolü büyüktür. Kalp damar hastalıkları, diyabet, osteoporoz gibi hastalıkların ortaya çıkmasında ve seyrinde beslenme alışkanlıklarının ve yetersiz beslenmenin etkisinin olduğu bilinmektedir.

Beslenmeyle alakalı diğer bir sorun ise günümüzde gittikçe yaygınlaşan obezite problemidir. Şişmanlık (obezite), vücutta yağ dokusunun normalden fazla olması sonucunda ortaya çıkan bir hastalıktır. Yaşam süresini ve kalitesini olumsuz yönde etkileyen yüzyılımızın en önemli sağlık sorunlarından biridir. Obezite dünya genelinde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artan oranlarda yaygınlaşmaktadır. Batı toplumlarında erişkinlerin yarısının kilo fazlalığının olduğu ve özellikle kadınlarda yaygın olduğu bilinmektedir (Atilla,2003:151). 2010 yılı Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 15 ve daha yukarı yaştaki nüfusun % 16,9'u obez ve % 33'ü fazla kiloludur. Erkekler kadınlara göre daha çok fazla kilolu olmalarına rağmen obezite oranlarında kadınların oranı erkeklere göre daha fazladır (Türkiye Sağlık Araştırması, 2010).

Tablo 7: Bireylerin Vücut Kitle İndeksinin Cinsiyet ve Yerleşim Yerine Göre Dağılımı

Bireylerin vücut kitle indeksinin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı, 2010

[15 ≥ yaş]

Yerleşim yeri ve cinsiyet		Toplam	Düşük	Normal	Fazla kilolu	Obez
						(%)
Türkiye						
	Toplam	100,0	4,7	45,5	33,0	16,9
	Erkek	100,0	3,5	46,1	37,3	13,2
	Kadın	100,0	5,9	44,7	28,4	21,0
Kent						
	Toplam	100,0	4,6	45,5	33,1	16,9
	Erkek	100,0	3,3	45,8	38,0	13,0
	Kadın	100,0	5,9	45,1	28,1	20,9
Kır						
	Toplam	100,0	4,9	45,4	32,6	17,1
	Erkek	100,0	3,9	46,9	35,5	13,7
	Kadın	100,0	6,0	43,7	29,3	21,0

Not: Rakamlardaki yuvarlamadan dolayı satır toplamı 100'ü vermeyebilir.

Kaynak: Türkiye Sağlık Araştırması, 2010

Vücut Kitle İndeksi (VKİ): Vücut kitle indeksi, vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle hesaplanır.

Düşük Kilolu : VKİ < 18.50

Normal Kilolu : 18.50 ≤ VKİ < 25.00

Fazla Kilolu : 25.00 ≤ VKİ < 30.00

Obez : VKİ ≥ 30.00

Yetersiz beslenmenin yarattığı sağlık sorunlarının yanında yanlış ve düzensiz beslenmenin sonucu olarak ortaya çıkan obezite önemli sağlık problemlerine yol açmaktadır. Kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, safra taşları oluşumu, karaciğer yağlanması, uyku ve solunum problemleri ile eklemlerde dejeneratif değişiklikler obezitenin sonucunda ortaya çıkan hastalıklardır (Atilla,2003:155).

Sağlıklı yaşam söz konusu olduğunda egzersiz yapmak sağlığın ön koşullarından biri olarak sunulmaktadır. Beslenme ile de ilişkili olarak hareketsiz yaşam pek çok

sağlık problemine yol açmaktadır. Günümüzde; hareketsiz yaşam, düzensiz ve sağlıksız beslenme, modern yaşamın getirdiği stres ve gerginlik sonucu risk oluşturmaya başlayan yaşam tarzına alternatif olarak egzersiz önerileri artmaktadır (Sezgin,2011b ;69-70). İnsan organizması harekete göre düzenlenmiştir. Fizyolojik olarak çalışan organ kanlanır, gelişir ve güçlenir. Yapılan çalışmalarda düzenli fiziksel aktivitenin bütün sebeplerden mortaliteyi azaltarak, insana sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sunduğu gösterilmiştir. Egzersiz/fiziksel aktivitenin yararları şu şekilde özetlenebilir. Kronik hastalıklardan prematüre ölüm riskini azaltır. Kalp ve dolaşım hastalıklarından ölüm riskini azaltır. Diyabet gelişim riskini azaltır. Kan basıncında yükselme riskini azaltır. Bazı kanser türlerinin (kolon-meme kanseri) gelişim riskini azaltır. Vücut ağırlığını kontrol eder. Depresyon tedavisine yardımcıdır. Kemik, kas ve eklem sağlığını korur. Yaşlılarda kas kuvvet ve dayanıklılığını artırır (Yıldız,2009;215-219). Sonuç olarak bedenin çalışması ve zinde kalması hastalıklara yakalanmada ve onlarla baş etmede çok olumlu bir etkisi vardır. Hareketsiz yaşam tarzı pek çok sağlık riskini beraberinde taşımaktadır. Zinde ve hareketli bir beden kişinin günlük yaşamına da olumlu etkiler yaparak sağlıklı kalmasına yardım eder.

Sağlığa doğrudan etki eden bir diğer faktör de zararlı alışkanlıklardır. Alkol, sigara, uyuşturucu vb. kullanımı bireylerin sağlığına doğrudan olumsuz etki etmektedir. Alkol kullanımı dünyada sağlık risklerine yol açan faktörlerin başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2011 yılında yayınladığı "Global status report on alcohol and health" raporuna göre; alkol, atmıştan fazla temel hastalığa doğrudan etki eden bir faktör olmasının yanında her yıl ortalama 2,5 milyon kişinin de ölümüne yol açmaktadır. Alkol kullanımının zararları özellikle genç yaş gruplarında ölümcüldür. Özellikle 15-59 yaş arasındaki ölümlerde alkol kullanımı dünyada yaygın bir risk faktörüdür (WHO, Global status report on alcohol and health,2011). Alkol kullanımı bireyin doğrudan kendisine zararlı olmasının yanında bireyde yaratmış olduğu etkilere bağlı olarak, bireyin ailesine ve çevresine de zarar vermesine yol açmaktadır. Alkol kullanımı temel olarak; akli ve ruhi sağlığın bozulmasına, sindirim sistemi hastalıklarına, kansere, kasten ya da kasıtlı olmadan ölüme ve yaralanmalara, kalp hastalıklarına, gebelikte kullanımına bağlı olarak fetal alkol sendromuna ve doğum öncesi sendromlara, trafik kazalarına, siroz hastalığına, şiddete, kansere vb. yol açmaktadır (WHO, Global Status Report on Alcohol and Health,2011).

Dünya Sağlık Örgütünün 2011 yılında yayınladığı “Global status report on alcohol and health” raporunda ülkemizde alkol kullanımı ve etkileri konusunda hazırlanan bir rapor mevcuttur. Bu rapora göre; 15 yaş ve üzeri nüfus için 2003-2005 yılları arasında kişi başına alkol tüketimi ortalama 3,4 litredir. Bu oran Avrupa da 12,2 litre olarak ölçülmüştür. Alkol kullanımına bağlı ölüm oranları ise; erkeklerde %1,77, kadınlarda %0,65’dir. 2003 yılında alkol kullanım oranları ise şöyledir;

Tablo 8: 2003 Türkiye Alkol Kullanım Oranları 2003

Alkol Kullanmayan (15+ yaş),	Erkek	Kadın	Toplam
Yaşam Boyu Alkol Kullanmayan	65.0%	91.9%	78.4%
Düzenli Alkol Kullanan	18.6%	5.2%	11.9%
Alkol Kullanmayan*	83.6%	97.1%	90.3%

* 12 aydın alkol kullanmayan

Kaynak: WHO, Global status report on alcohol and health,2011

TÜİK’in yaptığı Türkiye Sağlık Araştırması 2010 sonuçlarına göre ise ülkemizde alkol kullanımı durumu ve bunun cinsiyete göre farklılaşması şöyledir:

Tablo 9: 2010 Türkiye Alkol Kullanım Oranları 2010

Bireylerin Alkol Kullanma Durumları,	Kadın	Erkek	Toplam
Toplam	100	100	100
Kullanan	12	21,1	4,4
Kullanmayan	12,5	20, 0	5,2
Hiç Kullanmamış Olan	74,9	58,8	73,2

Kaynak: Türkiye Sağlık Araştırması 2010-TÜİK

Görüldüğü gibi ülkemizde alkol tüketimi diğer Avrupa ülkelerine göre daha düşük bir orandadır. Aynı zamanda 2003 yılından 2010 yılına gelindiğinde alkol kullanım oranları hem erkeklerde hem de kadınlarda düşmüştür. Bunun yanında hemen tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kadınlar erkeklerden daha az alkol kullanmaktadır.

İnsan sağlığını çok olumsuz etkileyen sigara, en yaygın kullanılan tütün ürünüdür. Sigara bütün dünya için başta gelen bir sağlık risklerinden biridir. Çalışmalar sigara içenlerin yarısının, sigaraya bağlı bir nedenle öldüğünü ortaya koymuştur. Dünyada yaklaşık 1,5 milyar kişinin sigara içtiği ifade edilmektedir ve bu sayının 2025 yılına kadar 1,6 milyarın üzerinde olacağı düşünülmektedir. Her yıl yaklaşık 4,5 milyon

insan sigaraya bağı bir nedenden dolayı yaşamını yitirmektedir. Bu sayının 2020 yılında 8,5 milyona, 2025-2030 yıllarında da 10 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Dünya genelinde erkeklerin yaklaşık %42'si, kadınların da yaklaşık %12'si sigara içmektedir. Erkeklerin kadınlara oranla daha fazla sigara içmelerinin en önemli nedeni, sigara içiminin öteden beri erkek davranışı olarak algılanmasından kaynaklanmaktadır. Bunun sonucunda bütün toplumlarda sigara içme sıklığı erkeklerde kadınlardan fazladır.(Bilir, 2003:209;The European Tobacco Control Report, 2007).

Ancak son yıllarda sigara içme sıklığı bakımından kadın ve erkekler arasındaki fark azalmaya başlamıştır. Özellikle, 1964 yılından sonra gelişmiş ülkelerde sigara içenlerde azalmalar görülmeye başlamıştır. Ancak bununla birlikte gelişmekte olan ülkelerde, özellikle genç kızlar ve kadınlar arasında sigara alışkanlığı giderek yaygınlaşmaktadır. Bu bağlamda, sigara içiminin eğitim ve gelir düzeyi ile ilişkisi bakımından erkek ve kadınlar arasında görülen fark ilgi çekicidir. Erkeklerde, eğitim ve gelir düzeyi ile sigara tüketimi arasında ters ilişki varken; kadınlarda ise, gelir düzeyi arttıkça sigara içme sıklığı ve yüzdesi artmaktadır (Bilir,2003:209-210). Bu durumun ortaya çıkmasında rol oynayan en önemli faktörler; kadınların eskiye oranla daha fazla ekonomik güce ulaşmalarına bağı olarak sigaraya ulaşma olanaklarının artması ve sigara firmalarının özellikle kadınlara yönelik üretim ve pazarlama yaklaşımlarıdır. Sigara firmaları özellikle kadınlarda sigara kullanımını teşvik etmek ve artırmak için çeşitli üretim ve pazarlama taktikleri kullanmaktadır. Kadınlara yönelik nikotin ve katran miktarları az sigara üretiminden, reklamlarda sigara içmenin “özgürlük, ekonomik bağımsızlık, çekicilik, arzu edilme” gibi temaların kullanımına kadar uzanan üretim ve pazarlama taktikleri, kadınların sigara içimini artırmıştır (Bilir,2003;211-212;Akın vd.,2008;102).

Ülkemizde de sigara içme alışkanlığı, kadınlarda erkeklere oranla daha azdır. Türkiye genelinde 1998 yılında yapılan bir çalışmaya göre erkeklerin %62'si, kadınların %24'ü sigara içmektedir. 2002 yılında yapılan bir çalışmaya göre de erkeklerin %50,9'u, kadınların %25,5'i sigara içmektedir (Akın vd.,2008;104). Kadınlar arasında sigara içimi ise eğitim düzeyine ve yerleşim yerine göre farklılık göstermektedir. Kırsal alanda sigara içen kadınların oranı, kentlere göre daha azdır.

Tablo 10: Türkiye Bireylerin Tütün Mamulü Kullanma Durumu 2010

Bireylerin tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı, 2010 [15 yaş ve üzeri] (%)									
	Türkiye			Kent			Kır		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Toplam									
Halen tütün kullanan	29,5	43,5	16,0	31,6	43,9	19,4	24,8	42,5	8,5
Her gün kullanan	25,4	39,0	12,3	27,3	39,7	15,1	21,1	37,4	6,1
Ara sıra kullanan	4,1	4,5	3,7	4,3	4,3	4,3	3,7	5,1	2,4
Kullanmayan	17,1	23,0	11,5	16,5	21,1	12,1	18,4	27,5	10,1
Hiç kullanmamış olan	53,4	33,5	72,6	51,9	35,0	68,5	56,8	29,9	81,4

Kaynak: Sağlık Araştırması 2010- TÜİK

Ülkemizde, kadınlar arasındaki sigara alışkanlığı eğitim düzeyi ile doğru orantılı bir ilişki içindedir. Eğitim düzeyi arttıkça sigara alışkanlığı da artmaktadır. 1996 yılında yapılan bir çalışmaya göre kadınların meslekleri ile sigara içme alışkanlığı ilişkisi şu şekildedir.

Tablo 11: Türkiye’de Kadınlar Arasındaki Sigara İçme Alışkanlığı (1996)

Türkiye’de Kadınlar Arasındaki Sigara İçme Alışkanlığı (1996)	
Meslek	Sigara İçen (%)
Doktor	33,9
Öğretmen	53,8
Ev kadını	30,2
Hemşire-ebe	50,2
Sporcu	27,9
Sanatçı	40,0
Türkiye geneli	24,2

Kaynak: Bilir N. Sigara Kullanımının Kadın Sağlığına Etkileri ve Kontrolü, 2003

Kadınların sigara içmelerinde, erkeklere oranla, görülen artışın en önemli nedenleri, eğitim düzeyinin artması ile birlikte ortaya çıkan ekonomik bağımsızlık ve sonucunda ortaya çıkan özgürlük duygusudur. Bunun sonucunda özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınların sigara içme oranları artmaktadır. Sigara içmenin bireylerde çok önemli sağlık sorunlarına neden olduğu bilinmektedir. Bu sağlık sorunları kadınlarda daha da fazla gözlenebilmektedir. Sigara, birçok kanser türünün en önemli nedeni olmasının yanında, kalp-damar hastalıklarına ve üreme sistemi ile ilgili sorun ve hastalıklara da yol açmaktadır.

1.3. Sağığın ve Sağık Bilgisinin Toplumsallaşması

Hastalığı profesyonel bir bakış açısı ile bakıp hastalığı daha çok klinik süreçleri ile açıklayıp tedavi etmeye yönelmiş olan modern tıp, bu yaklaşımı ile hastanın sübjektif deneyimlerini göz ardı ederek ilgisini sadece hastalığı vermiştir. Böylece hastayı tedavi sürecinden dışlayarak sağık-hastalık alanında aşılması ve anlaşılması zor bir kurumsal otorite haline gelmiştir. Bu yönü ile tıp (sağık-hastalık) bilgisinin topluma yayılması ve toplumsallaşması çok uzun bir dönem mümkün olmamıştır. Ancak günümüzde sağık-hastalık bilgisinin geçmişin aksine daha ulaşılabilir olduğunu ve toplumsallaştığını söyleyebiliriz.

Geçmişten günümüze, pek çok toplumda sağık hizmeti uygulamalarında tıbbi model son derece etkilidir (Çınarlı,2008:19). Günümüzde her ne kadar sağık-hastalık konusunda yeni anlayışlar gelişmiş olsa da 18. ve 19. yy'ın aksine doktorlar teşhis için hasta açıklamalarını ve deneyimlerini dikkate almadan klinik enstrümanlar kullanarak hastalıkları teşhis ve tedaviye yönlenmekte ve hatta bunu, hastayı hiç görmeden tıbbi sonuçlar aracılığı ile yapmaktadır (Bilton vd,2008:355). Bunun sonucunda hasta, sürecin tamamen dışında kalmakta ve tedaviye yabancılaşmaktadır. Ancak son dönemlerde gelişen yeni anlayışlar gerek doktorların gerekse de sıradan insanların sağık-hastalık alanına bakışını ve uygulamalarını değiştirmiş ve sağık bilgisinin topluma yayılması ve toplumsallaşması konusunda önemli gelişmeler sağlanmıştır. Günümüzde hastalıktan çok sağık ve sağıklı olmak konusunun ön plana çıkması, halk sağığı ve önleyici tıp anlayışının giderek önem kazanması ve hekimlerin hasta deneyimlerini ve toplumsal destek mekanizmalarını daha önemseyici yaklaşım sergilemeleri klasik ortodoks tıp anlayışından farklı olarak sağık-hastalık bilgisinin ve uygulamalarının topluma yayıldığı ve toplumsallaştığını göstermektedir.

Tıp bilimi ve teknolojisinde 20. yy'da ortaya çıkan gelişmeler pek çok ölümcül hastalığı tedavi etmiş, yaşam sürelerini uzatmış ve yaşam kalitesini yükseltmiştir. Bu gelişmelere bağılı olarak sağık hizmetlerine erişim ve sağık hizmeti almak temel bir insan hakkı olarak tanımlanmış ve hemen pek çok ülkede sağık hizmetleri devletçe karşılanmaya çalışılmıştır (Leys,2010:27). Toplumsal sağık düzeyinin zaman içinde yükseltilmesine yönelik, özellikle Herkes İçin Sağık (HİS) ve Temel Sağık Hizmetleri (TSH) kavramlarını ortaya atılması ve bu kavramların yaşama geçirilmesine yönelik özel stratejilerin belirlenmesi (Belek,1998:34) ile de sağık hizmetlerinin toplumun

geneline yayılmasını amaçlamaktadır. Böylece sağlık konusu sosyal bir problem haline gelmiştir ve sağlığın tanımlanması ve sağlık hizmetlerinde ki yaklaşımlarda sosyal boyutların ön plana çıkarılması mümkün olmuştur. 21.yy’da hastalık kavramının yerine sağlık kavramının ön plana çıkmasının sonucu olarak sağlığın korunup geliştirilmesinde toplumun ve toplumsal kurumların geneline yayılan bir sorumluluk silsilesi, sağlık-hastalık bilgisinin topluma yayılmasına ve toplumsallaşmasına yol açmıştır. Bunun sonucunda, özellikle halk sağlığı ve koruyucu hekimlik anlayışlarının gelişmesi ile birlikte sağlık sosyal bir boyut kazanmış, sağlığın sosyal bir boyut kazanması da onun sosyalleşmesine, yani toplumla bütünleşmesine yol açmıştır.

Sağlığın toplumsallaşmasında modern toplumlarda gerçekleşen dönüşümlerin etkisi büyüktür. Sağlık alanında ortaya çıkan yeni anlayışların yanında, toplumsal alanlarda meydana gelen gelişmeler de sağlığın toplumsallaşmasında önemli bir etkiye sahiptir. Artık insanların yaşamları hakkında seçimler yapabilmek için değişik kaynaklardan edinerek kullanabildiği daha fazla bilgiye erişilen bir çağda yaşanmaktadır. Sağlık hizmetleri de bu bakımdan bir istisna oluşturmamaktadır. Bireyler giderek artan ölçülerde “sağlık tüketicileri” haline gelmekte, kendi sağlık ve refahlarına ilişkin etkin bir duruş benimsemektedirler. Sağlık söz konusu olduğunda her alanda daha fazla etkili olmak (Giddens,2005:143) isteyen bireyler çok çeşitli kanallar aracılığı ile sağlık bilgisine ulaşmakta, her geçen gün daha fazla bilgiye sahip olup çeşitli sağlık hizmetlerine olan talepleri yükseltmektedir.

Bütün bunların sonucunda popüler sağlık söylemi ya da sağlığın popülerleşmesi sağlık bilgisinin toplumsallaşmasının diğer bir boyutunu oluşturmaktadır. Her geçen gün daha da artan bir biçimde sağlık konuları gündelik hayatın hemen tüm alanlarında daha fazla konuşulmakta ve etkili olmaktadır. “Sağlıklı yaşam” hemen tüm insanlar için günlük yaşamın temel söylemlerinden biri olmuş ve hayat tarzının vazgeçilmez ana noktalarından biri haline gelmiştir. Hasta olmamak, sağlıklı kalabilmek, zinde bir beden, uzun yaşamın sırları, alternatif tıp vb. konular günlük yaşamın vazgeçilmez konuları haline gelmiştir. Bunun yanında, bu konular ile ilgili söylem ve bilgilere hemen tüm kitle iletişim araçlarında rastlanmakta ve kolayca ulaşılabilir. Sağlık bilgisinin bu şekilde topluma yayılması ve popüler hale gelmesinin dikkat çekici bir diğer noktası da sağlığın bireyselleşmesi konusudur. Sağlık konusunda artık hemen herkes bazı temel bilgilere ulaşabilmekte ve sağlıklı yaşam hakkında çeşitli fikirle sahip olabilmektedir. Bu durum sağlık alanında kamusal ve halk sağlığı alanlarının yanında

kişilerin bireysel olarak sağlıklarından sorumlu oldukları bir alanda yaratmaktadır ve bu alan her geçen gün daha da genişlemektedir. Sağlık bilgisinin halka yayılması ve toplumsallaşması beraberinde sağlığın bireyselleşmesini de beraberinde getirmiştir.

Günümüzde hastalık kavramından çok sağlıklı yaşam kavramına doğru bir kültürel geçiş yaşanmaktadır. Özellikle batı toplumlarında, sağlık sorunlarına, kendi kendine çözüm bulmayı amaçlayan anlayış yaygınlaşmakta, sağlık/hastalık meselesi, toplumsal ya da kamusal bir sorun olarak değil, bireyim gündelik yaşam deneyimi ve yükümlülüğü olarak inşa edilmektedir (Sezgin,2011a:17-34). Özellikle batılı toplumlarda aktiflik ve bireyciliğe yapılan özel vurgunun sonucunda hasta olmak bireysel sorumluluk, aktif olmamak ve başarının olmamasını içerir (Turner,2011:241). Böylece sağlık herkesin kendi sağlığından sorumlu olduğu bir konu haline gelmektedir. Bireyin sağlıklı olabilmesinin ön koşulu sağlık-hastalık konularında bilgili olmak zorunluluğudur. Öncelikle herkes sağlığın önemini kavramış olmalı ve onu korumak için çaba göstermelidir. Ancak bu durum kişilerin eğitim ve sosyal düzeyleri ile yakından ilgilidir ve yapılması gereken şey sağlık-hastalık konularında bir bilinç yaratmaktır (Öztek,2001:295). Bu bilinç yaratılırken, sağlık teşvik edilir ve insanlara seçme gücüne sahip oldukları fikri sık sık hatırlatılır. Hastalıklara karşı önlem alabiliriz, sağlık bedenler inşa edip onu her türlü hastalıklara karşı koruyabiliriz ve bu bireyin birincil görevidir (Kaya,2011:25). Bunun sonucunda sağlıklı olmak olağan ve istenilen bir durum olmaktan çok gereklerine uyulduğu zaman elde edilebilecek bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Eğer birey sağlık sorunu yaşıyorsa sorumluluk bireye aittir ve bireyin akıl edemediği, doğru beslenemediği veya yanlış davrandığı için sağlık sorunları yaşadığına vurgu yapılır (Sezgin,2011a:34-80). Bu vurguda ki temel nokta sağlığımızı tehdit eden risklerdir. Günümüz dünyasında sağlığımızı tehdit eden pek çok şey vardır: yanlış beslenme, hareketsizlik, stres, kötü alışkanlıklar, yanlış yaşam tarzı tercihleri vb. Bu durumda sağlığımıza yönelik tehditleri dışarıda değil de yiyip içtiklerimizde, tercihlerimizde ya da alışkanlıklarımızda aramalıyız. Böylece sağlıklı yaşam söylemi sağlığı bireyselleştirmekte ve sağlıklı yaşam, genç kalmak ve uzun yaşamı bireyin sorumluluğuna atfetmektedir (Bozok, 2011:40-41). Bunun sonucunda, bireyselleşen sağlık ile birey daha da yalnızlaşmakta ve sağlıklı yaşam söylemi bireyler için adeta mutlaka yapılması gereken ahlaki bir yükümlülüğe dönüşmektedir. Hasta olmak artık bireyin sorumluluğundadır ve birey sağlık sorunları yaşıyorsa bu durumun sorumluluğu kendine aittir.

Sağlığın bireyselleştirilmesi sürecinde ortaya çıkan önemli bir durum da “sağlığın kadınsılaştırılması” sürecidir. Hastalıkla savaşmak yerine hastalığı önleme stratejileri temelinde yükselen yeni sağlık anlayışı, toplumsal cinsiyet rolleri ve bu rollerin yeniden üretilmesinden bağımsız değildir. Geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri bakımından erkeğe göre daha güçsüz, daha kırılgan ve doğasının esiri olarak tanımlanan kadın sürekli hasta olarak gösterilmektedir (Kaya,2011:122). Bunun sonucunda özellikle kitle iletişim araçlarından yapılan sağlığa ilişkin yayınlar kadınlara yönelik olmaktadır. Medyadaki sağlıklı yaşam önerilerinin çoğu kadına yöneliktir. Kadın bedeni kozmetik ve estetik ile de bağlantılı olarak sağlığa ilişkin bilgilerde verilirken erkek bedeni gücün temsili olarak sunulmaktadır (Sezgin,2011b:53). Bunun sonucunda kadın erkeklere oranla daha çok sağlıkla ilişkilendirilmekte ve erkeklere göre daha çok sağlık sorunları yaşadığı vurgulanmaktadır. Sağlıklı yaşam önerilerinin daha çok kadını hedef almasının bir önemli noktası da kadının sadece kendi sağlığından değil aile bireylerinin sağlığından da sorumlu olduğu gerçeğidir. Kadının, toplumsal cinsiyet rolleri gereği esas sorumluluk alanı evdeki yaşam alanıdır. Bu bağlamda, evdeki bireylerden ve onların sağlığından da bir anlamda sorumlu tutulan kadın sağlık sorunlarıyla daha çok haşır neşir olmakta ve tedavi süreci ile bizzat ilgilenmektedir. Bu bakımdan “sağlığın kadınsılaştırılması” süreci cinsiyet rolleri bakımından değerlendirilebilir.

Sağlığın toplumsallaştırılmasında ve bireyselleştirilmesinde en büyük rol kitle iletişimin araçlarına, medyaya düşmektedir. Medya yeni kültürel kalıpların yaratılmasına katkıda bulunur ve aynı zamanda hâlihazırda var olan kültürden etkilenir. Medya, yerleşik bir kültürel çerçeve içinde yeni bir kültürel çerçeve oluşturarak işlev görür. Medyanın kültürle ilişkisi olduğu bu ikili boyut iletişim kavramı ile bağlantılıdır. İletişim hem yeni bir şeyle aktarmayı hem de ortak olan şeyleri paylaşmayı içerir (Lundby-Ronning,2002:5). Bu bağlamda, sağlık söz konusu olduğunda tıpkı diğer kültürel ve sosyal kalıplarda olduğu gibi medyanın önemli işlevleri vardır. Medya bir yandan yeni bir şeyler aktarır, aynı zamanda paylaşımı sağlarken, bir yandan da sağlıkta ortaya çıkan yeni kültürel kalıpların ve anlayışların yerleşmesinde oldukça önemli bir rol üstlenir.

Her geçen gün bir çığ gibi büyüyen bilginin topluma aktarılmasındaki ödev ve sorumluluklar kamu iletişiminin önemli unsurlarından biri olan medyanın temel konularından biridir (Sütlaş,2007:26). Kitle iletişimin yaygınlaşması, özellikle 19.yy’da gazeteler ve 20.yy’da radyo ve televizyon yayınlarının başlaması modern toplumların

deneyim biçimlerini ve etkileşim kalıplarını büyük ölçüde etkiledi. Bugün dünyada gelişen olaylar hakkında ve bilgi edinmede çoğunlukla kitle iletişim araçları kullanılmaktadır (Thompson,2010:418). İletişim araçları, yaygın kullanımıyla medya; düşüncelerin, davranışların, değer yargılarının oluşmasında, toplumun kültürel ve sosyal yapısını belirlemesinde en güçlü araçlardır. Günümüzde bilim, iletişim ve teknolojiye yaşanan gelişmeler sonucunda medya büyük kitlelere kısa sürede ulaşabilmekte ve onları etkileyebilmektedir. İletişim araçları toplumun davranış kalıpları, değer ve düşünce tarzlarının bireylere kazandırılması ve öğrenilenlerin içselleştirilmesinde etkili olmaktadır. İletişim araçlarına özellikle de görsel medyaya gösterilen yoğun ilginin de kolaylaştırıcı etkisiyle iletişim araçları vasıtasıyla kitlelere çok hızlı bir bilgi akışı sağlanmaktadır (Kadın ve Medya Politika Dokümanı,2008,s.5).

Sağlığın geliştirilmesi, sağlık bilgisinin toplumsallaştırılması ve dolayısıyla sağlığın bireyselleştirilmesinde pek çok sektör ve kurum etkili olmasına rağmen en önemli etki kitle iletişim araçlarına dolayısıyla medyaya aittir. Özellikle günümüzde, sağlık bilgisinin topluma aktarımında en önemli kaynak medyadır. Son yıllarda medyada sağlık konusu dikkate değer ölçüde işlenmeye başlamış ve sağlık konulu haber ve sunumlarda kitle iletişim araçlarının hemen hepsinde dikkate değer ölçüde artış yaşanmıştır. Haber bültenlerinde sağlıkla ilgili konuların daha sık yer alması, televizyonlarda sağlıkla ilgili yapılan programlardaki artış, televizyonlarda sağlıkla ilgili dizi ve filmlerin gösterimi, sağlık dergilerinin sayısındaki artış, internette sağlıkla ilgili sitelerin ve konulardaki artış, gazete ve dergilerde konunun sık sık işlenmesi, medya ve kitle iletişim araçlarında bu konuyu giderek daha çok yer tuttuğunu göstermektedir.

Medyada sağlıkla ilgili konuların daha fazla yer almasının çeşitli sebepleri vardır. Öncelikle, ortalama yaşam süresinin artmasına bağlı olarak insanlar sağlıkla ilgili konulara daha çok eğilmekte ve dikkat etmektedir (Demir,2010:1). Bu bağlamda, sağlıkla ilgili en kolay ve anlaşılır bilgiler medyada yer almaktadır. Çoğu bilimsel çalışmalar ile ilgili enformasyonun bilimsel platformda ve bilimsel bir dille yapıldığı göz önüne alındığında insanların sağlıkla ilgili enformasyonu ya çevrelerindeki insanları izleyerek ya da medyadaki sunumları takip ederek ulaşabilecekleri aşikârdır. Her ne kadar medyada sunulan sağlık bilgilerinin bazılarının doğru olmayan, yanlış aktarılan veya göz ardı edilen mesajlardan ve rollerden oluşsa da medyanın “olumlu sağlık davranışı geliştirmede önemli bir etkisi vardır (Çınarlı,2008:85). Özellikle eğitim düzeyi düşük toplumlarda televizyon gibi görsel-ışitsel iletişim araçlarında sağlık ve hastalıkla

ilgili yapılan programların önemi göz ardı edilemez. Bu tür programların her kesimden izleyiciye hitap ederek bilinçlenmelerine katkılarda bulunduğu bir gerçektir (Kasapoğlu,1999:4).

Günümüzde en çok kullanılan kitle iletişim aracı olan televizyonun bu konudaki etkisi oldukça fazladır. “Evrensel göz” olarak da adlandırılan televizyonun toplum ve kültür açısından kaçınılmaz olarak bozucu bir etkiye sahip olduğu savının yanı sıra, televizyonun eğitim alanında yaptığı katlıları ön plana çıkararak görüşler de mevcuttur (Briggs-Burke,2004:263). Ancak asıl olan televizyonun bu çift yönlü etkisinin, tüm medya araçları içinde en fazla takip edilen olması bakımından, tüm medya araçları içinde daha belirleyici olduğudur. Bu bağlamda, televizyon hemen hemen diğer tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da önemli bir enformasyon kaynağıdır. RTÜK tarafından, Türkiye genelini temsil eden 21 ilde, 18 ve üstü yaşlardaki 4086 kadınla yapılan ve 2007 yılının Mayıs ayında tamamlanan “Kadınların Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması” kadınların program tercihlerine ilişkin ilginç veriler ortaya koymuştur. Bu araştırmaya göre; kadınların günlük televizyon izleme saati ortalama 4.43’tür. Araştırmada kadınların eğitim düzeyleri ve medeni durumları ile televizyon izleme saatleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu, evli ve ilköğretim mezunu kadınların televizyon izleme oranlarının, bekâr ve lisans/yüksek lisans mezunu kadınların televizyon izleme oranlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kadınların yarıdan fazlası televizyonda en çok yerli dizileri izlemekte, yerli dizileri ise haber bültenleri, sabah kuşağı kadın programları takip etmekte; en az izlenen programları ise eğitici ve sağlık programları oluşturmaktadır. Kadınların TV’de yer verilmesini arzu ettiği programlar sıralamasında ise sağlık programları %62,4 ile ilk sırada yer almakta, bunu %7,4 ile haber programları, %7,1 ile belgeseller, %5,3 ile kadın programları izlemekte, diziler ise %0,2 ile son sıralarda yer almaktadır. (RTÜK, Kadınların Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması, 2007)

Haberlerde, reklamlarda, talk showlarda, belgesellerde ve dramalarda çeşitli şekillerde sağlık haberlerine ve sağlık bilgilerine yer verilmektedir. Türkiye’de özellikle ulusal kanalların yayın akışları incelendiğinde özel olarak sağlıkla ilgili hazırlanmış programların sabah kuşaklarında yer aldığı görülmektedir. Bu programlarda konuyu uzmanı doktorlar stüdyoda ya da telefon aracılığıyla izleyicilerin sağlık sorunlarına bizzat yanıt vermektedir (Çınarlı,2008:100-101). Televizyon yayın akışı içinde özellikle sabah kuşağının kadınlara yönelik yayın yaptığı göz önünde bulundurulduğunda bu tarz

sağlık programlarının ya da sağlık köşelerinin daha çok kadın izleyicilere yönelik olduğu söylenebilir. Bu programların stüdyoda ki izleyicileri de çok büyük oranda kadınlardır ve genel sağlık problemlerinin yanında kadınlara özel sağlık problemleri de sıklıkla işlenmektedir.

Yapılan bir çalışmada (Bulduklu,2010,81-82), televizyonda yayınlanan sağlık programlarının analizi yapılmış ve bazı veriler elde edilmiştir. Buna göre; televizyonda yayınlanan sağlık programlarının konusu genellikle davranışsal sorunlar ve dâhili hastalıklardır (%72). Programların çoğunda “profesörler” konuk olarak ağırlanmaktadır (%57). Programa konuk olan hekimlerin çoğu özel sağlık kuruluşu hekimleridir (%60). Ele alınan konuların (%54,6) yarısından fazlası halkın sağlığını korumaya yönelik olarak kurgulanmakta, yarıya yakın kısmı ise (%34,4) toplumsal bilinç ve farkındalık yaratmayı hedefler şeklinde sunulmaktadır. Uzman katılımcılar sağlıkla ilgili konuları ele alırken çoğunlukla izleyici üzerinde kaygı yaratma stratejisini kullanmaktadır. Sunum esnasında içeriğe dikkat çekmek ve içeriği pekiştirmek amacıyla teknolojik öğelere sıklıkla yer verilmektedir (%53,1). İçerik sunumunun ardından uzman hekim sorunun çözümüne ilişkin tavsiyelerde bulunmakta (%21,4), hastaları diğer uzman ve hastanelere yönlendirmektedir (%15,3). Sağlık programlarına bağlanan izleyicilerin çoğu kadındır (%56) ve çoğu kendi sağlık sorunlarına yönelik sorular sormaktadır (%51). Kadınlar kendi sorunları yanında eşleri ve çocukları ile ilgili sorular da sormaktayken, erkekler daha çok kendi sorunlarına ilişkin sorular sormaktadır. Programa soru sormak için bağlanan izleyicilerin %50,5’inin teşhis edilmiş bir hastalığı vardır ve bununla ilgili bir tedavi almaktadır. Kamu televizyonlarındaki programlara katılan uzmanların çoğu (%83,3) kamu hastanelerinde, özel televizyon kanallarında ki programlara katılan uzmanların çoğu (%94,9) ise özel hastanelerde çalışmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler kamuda çalışan hekimlere göre daha fazla tehdit ve korku içeren veya izleyende kaygı oluşturan ifadelerle yer vermektedir. Tüm tehdit ve korku yaratıcı ifadelerin %77,5’i özel hastane hekimlerince kullanılmaktadır. Özel televizyon kanallarında reklam amaçlı görüntüler daha fazla kullanılmaktadır. İçerik sunumunda kendi ya da çalıştığı hastanenin görüntüsünü verenlerin %90,9’u özel televizyon kanallarında yayınlanan sağlık programlarına konuk olmuştur.

Televizyonda yayınlanan sağlık programlarının bireylerin sağlığı üzerindeki etkileri kaçınılmazdır. Bu etkiler olumlu ve olumsuz etkiler olarak iki kısımda değerlendirilebilir. Öncelikle televizyonlarda yayınlanan sağlık programları kişinin

sağlık bilgisini ve bilincini artırıcı bir etkiye sahiptir. Bunu yanında hekim hasta etkileşimi de etkilemektedir. Sağlık programı izleyicisi programdan elde ettiği bazı bilgiler sayesinde rahatsızlığına ilişkin belirli bir bilgiye erişmiş olarak doktora gitmektedir. Bu noktada, hastanın kendi rahatsızlığının farkına varması ve sağlık kuruluşuna yönelmesinde sağlık programları olumlu bir etkiye sahiptir (Bulduklu,2010:83-84). Sağlık programlarının olumsuz etkileri ise daha çok sağlığın alınıp satılabilen bir tüketim aracı haline gelmesi noktasında yoğunlaşmaktadır. Televizyonun ortaya koyduğu mesaj, sağlık hizmeti harcamalarının sınırsız olduğu ve hastalığa karşı bizim en önemli silahımız olduğudur (Çınarlı,2008:101). Buna göre televizyonlarda ki sağlık programlarında ya da sağlıkla ilgili yapılan yayınlarda sağlığın son derece eğlenceli ve şık paketlenmiş halde sunumu ya da satışı yapılmaktadır. Bireylere sağlıklı beden inşasının kendi sorumluluklarında olduğu mesajı verilerek sağlık bireyselleştirilmektedir. Bunun yanında, her gün ayrı bir hastalık hakkında bilinçlenen bireyler sürekli hastalık ve sağlıkla meşgul edilir. Bu noktada paranoya derecesinde sağlıklı olma ve sağlıklı beden yaratma düşüncesi bireylerde gelişmektedir (Kaya,2011:130-142). Bu bağlamda televizyonun sağlık üzerindeki etkisi çift yönlü bir paradoks yaratmaktadır. Bir yandan bilinç düzeyini artırırken bir yandan da sağlığı bir tüketim aracı haline getirmektedir.

Gazete, medya tarihinde sınırlı ve kolay dönüştürülebilir bir formatta çok faklı enformasyon türlerini bir araya getirebildiği için önemli bir gelişmedir. Gazeteler, güncel olaylar, eğlence ve tüketim malları ile ilgili enformasyonu tek bir paket içinde taşıyabilmektedir. Son yarım yüzyıldır gazeteler enformasyonunu kamuya hızlı ve etkili bir biçimde yayılmasının temel biçimi olmuştur. Ancak radyonun ve özellikle de televizyonun ortaya çıkmasıyla etkisi azalmıştır (Giddens,2005:450-451). Diğer tüm alanlarda olduğu gibi medyanın önemli bir ayağını oluşturan yazılı basında da sağlık ile ilgili konular gittikçe daha sık yer almaktadır. Son yıllarda yapılan araştırmalar, Türkiye’de yazılı basında yayınlanan haberler içerisinde sağlık haberlerinin %14 okunurluk oranı ile ilk sırada yer aldığını ve okuyucuların en fazla bu haberlerden etkilendiğini göstermiştir (Demir,2010:3). Türkiye’de yazılı basına baktığımızda, sağlıkla ilgili genel haberlerin yanı sıra, doktorların köşe yazılarına, sağlık muhabirlerinin köşelerine, gazete eklerindeki sağlıkla ilgili tavsiyelere rastlanmaktadır. Sağlık konularında haberlerin, önerilerin vs. yer aldığı kadınlara yönelik dergiler de bu

konuda önemli rol üstlenmektedir. Ancak bu dergiler diğer yazılı basından çok daha fazla biçimde tüketime yönelik içerik sunmaktadır (Çınarlı,2008:103).

Son yıllarda iletişim ve enformasyon teknolojilerindeki gelişmeye bağlı olarak özellikle internet dünya genelinde hızla yaygınlaşmakta ve kullanılmaktadır. İnternet, iletişim ve etkileşimde yeni kanallar açarak ve giderek daha fazla günlük işin çevirim içinde halledilmesini sağlayarak, günlük yaşamın sınırlarını dönüştürmektedir (Giddens,2005:468). Buna bağlı olarak hemen her konuda olduğu gibi sağlık alanı ile ilgili bilgi paylaşımı internette hızla yayılmaktadır. Özellikle sağlıkla ilgili web siteleri, kullanıcılarına sağlıkla ilgili her türlü içeriği sunmaktadır. Bilgi ile yüklü olan internette, örneğin Amerika’da, tıbbi arama motorlarına başvuranların en sık araştırdıkları konuların başında –başvuranların yüzdesi olarak- alerji (%37), kanser(%35), kalp hastalıkları (%29), diyabet (%26), sindirim bozuklukları (%24), kolesterol (%22), migren (%20) ve astım (%19) gelmektedir. Yani insanlar hastalıkları hakkında ile ilgili istedikleri bilgilere internet üzerinden ulaşabilmektedir (Demir, 2010:1). Özellikle ABD ve Avrupa’da sağlık web siteleri hastalıklar, tedavi yöntemleri ve ilaçlarla ilgili bilgi sahibi olmak isteyen bireylerin ana hedefi konumundadır (Çınarlı,2008:104). Ancak internetten bilgiye ulaşmanın bazı sınırlılıkları ve olumsuzlukları vardır. Öncelikle yeterli bir donanım ve bağlantının şart olduğu internetin kullanımı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha yaygındır. Bunun yanında bir denetimin söz konusu olmadığı internette sağlıkla ilgili eksik, hatalı ve yanlış bilgilerin yer alması olumsuz etkiler yapabilmektedir.

Medyada sağlık haberlerinin yer almasının eğitici ve bilgilendirici olumlu yanının yanında, bol ama düşük kaliteli enformasyon sunması gibi olumsuz bir yönü de mevcuttur. Bilimsellikten uzak haberler, araştırmalar sonucu kesin sonuca ulaşılmadan aktarılan sansasyonel haberler, baskı ve çıkar gruplarının manipülasyonları ile “dikte ettirilen” haberler, gerçek yaşam göstergelerini yansıtmayan hastalık haberleri, tıbbileştirilmiş ve metalaştırılmış sağlık haberleri (Çınarlı,2008:146), sağlığın medyaya yansımada görülen olumsuzluklardır. Bu bağlamda, toplumun ve bireyin sağlığını ilgilendiren sağlık haberlerinin ve konularının medyada yer alması çok özen ve dikkat isteyen bir iştir.

1.4. Medikalizasyon/Tıbbileştirme

1.4.1. Medikalizasyonun Tanımı ve Özellikleri

Son dönemde sağlık alanında yaşanan pek çok gelişmenin sonucunda birçok hastalığın tedavisinde önemli gelişmeler sağlanmış, çoğunun tedavisi bulunmuş ve insanların beklenen yaşam süreleri uzamıştır. Bütün bu gelişmelerin tıp alanında yapılan çalışmalar ve ortaya çıkan gelişmelerin sonucu olduğu kabul edilmektedir. Günümüzde tıp, her geçen gün insan hayatına daha çok sirayet etmekte ve insan yaşamını daha fazla şekillendirmekte ve yönlendirmektedir. Buna bağlı olarak sağlık ile ilgili konular insan yaşamında daha çok yer almakta ve sağlık ve sağlıklı olmak günlük yaşamın rutinleri içinde daha önem verilen konular olmaktadır. Artık sağlık, günlük yaşamın ayrılmaz ve vazgeçilmez bir konusu haline gelmiştir. Yaşanan bu süreç bir yandan sağlık alanında bir bilinçlenme yaratırken, bir yandan da insan yaşamının önemli bir kısmının tıbbin ilgi alanına girmesine neden olmaktadır. İnsan yaşamının tıbbileşmesi yaşamın pek çok alanının ve döneminin tıbbi kontrol mekanizması içine girmesine, tıbbi terimlerle açıklanıp bir hastalık gibi muamele görmesine neden olmaktadır. Medikalizasyon/tıbbileştirme olarak adlandırılan bu süreç günümüz modern toplumların çoğunda görülen bir durumdur.

Sosyolojik bir kavram olarak medikalizasyon sosyal bilimler sözlüğüne yeni girmiş bir kavramdır. 1960'larda psikiyatrinin tıp alanındaki gelişimini açıklamak için kullanılan kavram, 1970'lerde de sosyal kontrol kavramlarıyla ilişkilendirilerek popülaritesi artmıştır. Medikalizasyon; genellikle hastalık ya da rahatsızlık bakımından tıbbi olarak tanımlanmayan problem ve tedavilerin tıbbi problemler olarak tanımlanmasını içerir. Medikalizasyon; örneğin, alkolizm, hiperaktivite vs. davranışların önce tıbbi olarak tanımlanması daha sonra da tıbbi destek sağlanacak bir problem haline gelmesini (Gabe-Bury-Elston,2004:59-60) anlatan bir kavramdır. Bundan yaklaşık 30-40 yıl öncesinde tıbbi literatürde ve günlük yaşam dilinde kullanılmayan; hiperaktivite (ADHD), anoreksiya, kronik yorgunluk sendromu (CFS), travma sonrası stres hastalığı (PTSD), panik atak, fetal alkol sendromu (PMS) vs. bir çok durum artık tıbbi profesyonellerin onları tanımlamasıyla beraber, yaygın olarak bilinen hastalık ya da rahatsızlık haline geldiler (Conrad,2007:3).

Medikalizasyon, bir meselenin tıbbi terimlerle tanımlanması, tıbbi dil kullanılarak tarif edilmesi, tıbbi çerçevenin meselelerin anlaşılmasında kullanılması ya da meselelerin tıbbi yaklaşımlarla 'tedavi' edilmesidir (Conrad,2007:5). Bu bağlamda

medikalizasyon, günlük yaşamın önemli bir kısmını tıbbın ilgi alanı içerisine çekerek, “sağlık” ve “hastalık” kavramlarını insan varlığının en önemli parçaları haline dönüştürmek suretiyle gerçekleştirilmiştir (Zola,1994: 43). Tıbbileştirme sürecinde, önceden tıbbi bir durum olarak ele alınmayan şeyler, daha sonra hastalık, işlev bozukluğu veya olası işlev bozukluğu sınıfına dâhil edilmekte ve dolayısıyla tıbbi tedavi kapsamına sokulmaktadır (Applbaum,2011:101). Geçmişte ahlak dışı, günah ya da suç olarak adlandırılan alkolizm, zihinsel bozukluklar, uyuşturucu bağımlılığı, yeme bozuklukları, cinsiyet farklılıkları, cinsel bozukluklar vs. durumlar, günümüzde kusurdan hastalığa doğru hareket ederek tıbbi anlamlar içermektedirler. Bunun yanında endişe, adet, doğum, menopoz, yaşlılık ve ölüm gibi (Conrad,2007:6) günlük yaşamda daha önceden tıbbi olarak tanımlanmayan pek çok durum ya da dönem artık tıbbi olarak tanımlanıp ele alınmakta ve çoğu zaman bir hastalık olarak görülerek tıbbi tedavi süreci uygulanmaktadır.

Medikalizasyon, en genel anlamıyla, belirli pratikleri, deneyimleri ve davranışları, tıbbın otorite alanına tabi kılmak olarak tanımlanabilir. Medikalizasyon sürecinde ilk olarak bazı davranış ya da durumların sağlığa ve hastalığa referans veren kavramlarla tanımlanmaya başlanır; bunun ardından tıp, toplum normlarına uymayan, “sorunlu” görülen deneyimleri kontrol altına almak için işe koyulur. Dolayısıyla, medikalizasyon kavramı, bedenler ve gündelik deneyimler üzerinde tıp yolu ile kontrol tesis edilmesine ilişkin çağrışımlarla yüklüdür (Cindioğlu-Cengiz,2010:53). Modern tıbbın ortaya çıkışı ve etkinliğinin artması sonucu ortaya çıkan tıbbileştirme, geleneksel toplumlarda normal olarak adlandırılan ve kabul edilen birçok durumun tıbbi alana dâhil edilip tanımlanması sürecini ifade eder. Bu süreç bazı bakımlardan olumlu karşılansa da çoğu bakımdan olumsuz bir durum olarak görülmekte ve toplumsal güç ilişkileri ve kontrol mekanizmaları bağlamında ele alınmaktadır. Örneğin I. Illich, yaşamımızın tüm yönleriyle tıbbın etkisi ve kontrolü içine girdiğini belirterek “yaşamın tıplaştırılması” sürecine vurgu yapmaktadır (Illich,1995). Illich’e göre, geleneksel kültürler acı, hastalık, sakatlık ve ölüm konusunda bireye bunlara katlanabileceği donanımı sağlamaktadır. Ancak tıplaştırma, geleneksel kültürlerin bu işlevini yok ederek her insanın ağrısı, hastalığı ve ölümü göğüsleyebilme gereksiniminin yadsınmasına dayalı bir bürokratik sistem oluşturur. Modern tıp böylece kültürel ve genetik miraslarının insanları kendi başlarına yapmaları için donattığı şeyleri onlar için yapma çabasını temsil etmektedir (Illich,1995:91). Böylece geleneksel toplumlarda yaşamın olağan

sürecinde yer alan durumlar tıbbi söylem ve tıbbi bürokratik yapı içine alınarak tıbbileştirilmekte ve bireyin modern tıptan yardım alarak kurtulması ya da tedavi etmesi gereken süreçler haline gelmektedir.

20. yy'da tıp bir sosyal kontrol aracı olarak genişlemiştir. Tıbbi sosyal kontrol genellikle anormal ya da sapkın olarak görülen davranışı hastalık olarak tanımlayarak ona müdahalelerde bulunup, düzeltmeye çalışır (Conrad-Schneider,1992:511-512). Turner da medikalizasyonu toplumsal kontrol mekanizması bağlamında ele almıştır. Turner'a göre; medikal modele dayalı bilimsel tıbbın gelişimi toplumun tıbbileşmesinin bir parçasını oluşturmuştur. Hastalık durumunun bir sosyal sapma biçimi olarak görülebileceği varsayılırsa, tıp mesleğinin de toplum içinde kontrolü sağlama işlevinden bahsedilebilir. "Bir sosyal kontrol biçimi olarak tıp" rahatsızlığın bürokratik birimler tarafından yönlendirilebilen olgular içinde standartlaşmasını gerektirir (Turner,2011:240). Turner hastalığı, Parsons'un yaklaşımına uygun olarak, bir sapma olarak kabul ederek, tıp kurumunun bir sosyal kontrol mekanizması olmasını tıbbileştirmenin bir yönü olarak kabul etmiştir. Bu bağlamda Turner'a göre modern tıp hastalıkları standartlaştırmaktadır.

Tıbbileştirme genel anlamda, özellikle tıp alanında yaşanan bilimsel gelişmeler ve bu gelişmelerin yayılmasıyla birlikte hasta ve hastalığa bakış açısının değişip kurumsallaşmasının bir sonucudur. Modern tıbbın gelişmesi ile birlikte geleneksel anlamda hasta ve hastalık kavramlarında bir kopuş yaşanmış ve bu kavramlar yeniden ele alınıp tanımlanmıştır. Tıbbın kurumsallaşması sürecinde, hastanelerin ortaya çıkışı ve hekimlerin sağlık/hastalık alanda tartışmasız tek otorite haline gelip hastalık sürecinden hastanın dışlanması modern tıbbın etkinliğini artırmasına neden olmuştur. Bunun sonucunda tıp kurumu ve tıp hekimleri sağlık/hastalık alanında tek otorite konumuna sahip olarak tıbbileştirme sürecine önemli katkılar sağlamışlardır.

Modern tıbbın ve tıp mesleğinin etkinliğinin artmasında diğer kaynakların ve kurumların etkinliğinin azalmasının önemli bir rolü vardır. Modernizm ile birlikte dinin ve kilisenin günlük hayat üzerindeki etkinliğinin azalması (Zola,1994:40-60), dinin boşalttığı alana modern tıbbın yerleşmesine neden olmuştur. Modern toplumda dinin etkisinin kaybolmasıyla birlikte tıp, onun boşalttığı ahlak ve ideoloji rolünü doldurmuş (Conrad,2007) ve modern toplumda önemli bir kurum haline gelmiştir. Toplumsal ve bireysel sağlık düzeylerinin yükselmesinde tıbbın rolü hep kutsanmış ve hekimlik mesleği her toplumda her zaman saygınlık görmüştür. Sağlıklı yaşamın tek ve gerçek

güvencesinin tıp kurumu olduğu inancı halka benimsetilerek (Güleç,1990:57) tıbbın güvenilirliği ve etkinliği artırılmış ve tıp sağlık alanında tek otorite haline gelmiştir.

Zola (1994:54) bu süreci dört başlık altında toplamıştır.

- *Tıp ile ilgili olabileceği düşünülen her nesne tıbbın ilgi alanına dâhil edilmiştir.*
- *Bazı teknik prosedürler bütünüyle tıbbın tekeline terk edilmiştir.*
- *Tıbbın at oynattığı sahalardan bazıları diğer disiplinler için bütünüyle tabu haline dönüştürülürken tıbbın önündeki tüm tabular yıkılmıştır.*
- *Tıbbın ilgi alanına dâhil edilen her şeyin sağlıklı bir yaşam için gerekli olduğu görüşü benimsenip benimsetilmiştir.*

Günümüzde tıbbileştirmenin doğası hakkında az çok bir fikir birliğine varılmışsa da sebepleri konusunda çeşitli görüşler vardır. Öncelikli görüş; medikalizasyonun tıbbi yetki alanının büyümesinin bir sonucu olarak, tıbbi profesyonel uygulamanın, profesyonel egemenliğin genişlemesi için sağlık ve hastalık üzerinde kurulan kontrol ve gücün (Gabe- Bury-Elston,2004:61) sonucu olduğudur. Buna bağlı olarak Illich'e göre, modern tıbbın genişlemesi bireylerin kendilerine bakabilme yetilerini ortadan kaldırmış ve doktorlara olan bağımlılığı artırmıştır. Medikalizasyon, endüstrileşme ile ilişkili olarak tıbbi kurumlardaki bürokratikleşme ve profesyonelleşmede artışı ifade etmektedir (Illich,1995). Zola'da medikalizasyonu, İllich paralele olarak, tıp uzmanlarına olan güven artışını ve karmaşık teknolojik ve bürokratik sistemin gelişerek kökleşmesi olarak ele almıştır. (Zola, 1994). Marksist yaklaşım ise medikalizasyonun tıbbi sosyal kontrol özelliğine vurgu yaparak, medikalizasyonu kapitalist sınıfın hükümdarlığının menfaatine yarayan en iyi servis olarak görmektedir. Buna göre, kapitalist sınıf tıba bağımlı müşteriler yaratmakta ve onları güdülemektedir (Gabe-Bury-Elston,2004:61).

Feminist yaklaşım da medikalizasyon konusunda önemli vurgulara sahiptir. Medikalizasyon, kadınların biyolojilerinden kaynaklanan deneyimleri için yaptığı açıklamalarda, kadınların biyolojilerinin sağlıklarını olumsuz etkilediğini tartışmaktadır. Bu yaklaşım aynı zamanda toplumdaki erkek ve kadın sağlığının farklarına da bir açıklama getirmektedir. Bu tür açıklamalar kadınların sürekli hasta olduğuna dikkat çekerek, kadınları hasta olarak tanımlar ve bu da medikalizaasyonun cinsiyetçi ideolojiye özel bir katkısıdır (Lee-Frayn,2008:117-118). Feminist yaklaşıma göre; tıbbi profesyoneller erkek egemendir ve artan bir şekilde kadın problemleri tıbbi terimlerle

tanımlanıp, tıbbi müdahalelere açık hale getirilmektedir. Doğum yapma, annelik, menstürasyon, menstürasyon öncesi sendromu, cinsellik, menopoz, doğum sonrası sendrom, hamilelik depresyonu, yeme bozuklukları vb. çoğu günlük yaşamın ve hayat evrelerinin olağan durumları tedavi edilmesi gereken hastalıklar olarak konumlandırılarak tıbbileştirilmektedir (Gabe-Bury-Elston,2004:61;User,2010:144-145;Kaya,2011:138-139;Savran,2010:27). Bu bağlamda, medikalizasyonun daha çok kadın üzerinden tanımlanması sık karşılaşılan bir durumdur. Tüketim kalıpları bağlamında kadın bedeninin kontrol ve denetimi erkek bedenine oranla çok daha fazla olması ve sağlığın kadınsılaştırılması medikalizasyonun süreçlerine vurgu yapmaktadır. “Erkekler ölür, kadınlar hasta olur” yargısıyla bağlantılı olarak, hastalığın daha çok kadına atfedilen bir durum olması, medikalizasyon sürecinde kadına çok önemli bir yer verilmesine neden olmuştur.

Ancak özellikle son dönemlerde erkeklerle ilgili konularda da tıbbileştirme söz konusudur. Erkeklerin gerek hastalandıklarında gerekse de hastalanmadan sağlıklı oldukları dönemde tıbbi izleme ve kontrole kadınlar kadar duyarlı olmadıkları inancı nedeniyle, tıbbileştirme söz konusu olduğunda erkeklerle ilgili konular genellikle dikkate alınmamaktadır. Ancak son yıllarda erkeklerle ilgili konuların da tıbbileştirildiği görülmektedir. Özellikle yaşlılık, antropoz, kellik gibi alanlar tıbbileştirilmekte ve her geçen gün pazar payını artırmaktadır.

Medikalizasyon pek çok bakımdan olumsuz bir süreç olarak kabul edilip eleştirilse de, bazı görüşler medikalizasyonun sembolik ve klinik faydalarına işaret etmektedir. Buna göre medikalizasyon; sosyal süreçler içeren yeni anlayışlar yaratmakta, tıbbi teşhis ve tedavide sorumluluk geliştirmekte ve sağlık hizmetleri, sağlık ve tıbbin analizinde sistem eleştirisi geliştirmektedir (Gabe-Bury-Elston,2004:61-62). Conrad ve Schneider (1992:511-512)’a göre medikalizasyon sayesinde daha önceden sapkın ya da anormal olarak kabul edilen davranışların tıbbi söylem içinde tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul edilmesi bu tür davranışlara daha insancıl bir yaklaşımı beraberinde getirir. Böylece bu tür davranışlar hastalık olarak kabul edilerek ayıplama ve kınama minimize edilmiş olur. Çünkü tıbbin sunduğu şeye daha iyimser bir yaklaşım vardır. Bunun yanında medikalizasyonun diğer sosyal kontrol araçlarına göre daha esnek olması onun olumlu yanları olarak gösterilebilir. Conrad ve Schneider (1992:512) medikalizasyonun olumsuz yanlarını ise şu şekilde özetlemişlerdir; sağlık ve hastalık üzerinde bireysel sorumluluğu azaltması, tıbbin

ahlaki tarafsızlık varsayımını olumsuz etkilemesi, uzman kontrolünün baskın oluşunun getirdiği problemler, güçlü medikal teknolojinin sosyal kontrol aracı olarak kullanımı, karmaşık sosyal problemlerin bireyselleşmesi, anormal/sapkın davranışların siyasallaşması.

Tıbbileştirme süreci, sağlık alanında bireysel bilinç düzeyinde artışa ve sistem üzerinde daha fazla bilgi sahibi olup sistemi eleştirilene açık hale getirmektedir. Ancak medikalizasyonun olumsuzlukları çok daha fazladır. Tıbbileştirme aslında tıp profesyonelleri ve tıp kurumu aracılığıyla bir sosyal kontrol mekanizması olarak işlev görür. Bu işlev toplumun genelinde günlük yaşama, diğer kurumlara, kişiler arası ilişkilere, bireylerin düşünme ve hareket tarzlarına yayılmıştır. Bunun sonucunda gündelik yaşam çok fazla medikalize olmuş ve tıp bir sosyal kontrol mekanizması haline gelmiştir. Bunun yanında hayatın normal evreleri ve bu evrelerde ortaya çıkan gelişme ve değişmelerin hastalık olarak kabul edilip tedaviye açık hale gelmesi ve gündelik yaşamın tıbbin otoritesi altına girmesi söz konusudur. Medikalizasyon sonucunda sağlığın tüketim endüstrisinin önemli bir kolu olması ve beden üzerinde ortaya çıkan denetim ve kontrol mekanizmaları medikalizasyonun bir diğer olumsuz yönünü ifade etmektedir.

1.4.2. Medikalizasyonun Süreçleri

1.4.2.1. Günlük Yaşamın Tıbbileştirilmesi

Medikalizasyon sürecinin en önemli ayaklarından biri günlük yaşamın tıbbileşmesidir. Medikalizasyon sürecine bağlı olarak günlük yaşam ve günlük yaşamın pratiklerinin tıbbileşmesinin iki yönü vardır. Birincisi sağlık ve hastalığın önemli bir hale gelmesi, ikincisi günlük yaşama dair birçok normal durumun tıbbi alan içinde tanımlanıp tıbbileştirilmesidir.

Zola'ya göre tıbbileştirme; günlük yaşamın önemli bir kısmını tıbbin ilgi alanı içine çekmek, “sağlık” ve “hastalık” kavramlarını insan varlığının en önemli parçaları haline dönüştürmek suretiyle gerçekleştirilmiştir (Zola,1994:43). Günlük yaşamın ve günlük yaşam pratiklerinin tıbbileşmesi sonucu sağlık ve hastalık kavramları günlük yaşamın en önemli konularından biri haline gelmiştir. Söz, eylem ve davranışlar sağlık ve hastalık temeli üzerinden ele alınmaya başlamış, tıbbi konular daha çok ilgi çekip bu konulara olan ilgi artmış ve bunun sonucunda bilinçlenme meydana gelirken bir yandan da tıp yaşamımızın içine her geçen gün daha fazla sızmış ve sirayet etmiştir. Gündelik

yaşam tıbbileşince bireylerin gündelik yaşamlarına ilişkin konuşmaları ve davranışları da tıbbileşmiştir.

Günlük yaşamın tıbbileşmesinde karşılaşılan ikinci durum ise standartlaşma ve daha önceden hastalık olarak kabul edilmeyen durumların hastalık olarak kabul edilmesidir. Daha önceden hastalık kabul edilmeyen hayata dair normal durumların yanında, geçmişte suç ya da günah olarak kabul edilen pek çok durum da tıbbileştirilerek hastalık kategorisine sokulmuştur. Günlük yaşamın medikalizasyonu sonucunda günlük yaşama dair pek çok normal durum, tıbbi alan içinde tanımlanıp, standartlaştırılmış ve tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul edilmiştir. Bu alanlar; doğum ve doğum öncesi ve sonrası süreçler, yaşlılık ve ölüm, ergenlik, beslenme, gençlik, beden ve bedenin görünümü, adet ve adet öncesi sendrom, duygu durum bozukluğu, endişe, mensturasyon, menopoz, akıl hastalıkları, transseksüellik, kumar bağımlılığı, uyuşturucu bağımlılığı vb. (Conrad,2007:6). Çoğu günlük yaşam içinde ve yaşam evreleri gereği normal yaşanan süreçler olan bu “hastalıklar” tıbbileşme ile birlikte tedavi edilmesi gereken normal olmayan durumlar olarak kabul edilmiştir.

Bu sürecin önemli bir noktası da standartlaşma/normalleştirmedir. Modern tıp tıbbileştirme süreciyle günlük yaşamda bireylere belli standartlar sunmaktadır. Bireyler, tansiyonları, kolesterol düzeyleri, beden ölçüleri, ruhsal ölçek puanları vb. ile standartlaşmaktadır. Bu standartlaşmanın sonunda modern tıp/doktorlar bireyleri çeşitli şekillerde etiketleyerek standartlara uymaya zorlamaktadır. Herkes sağlıklarının kontrol altında olması için bu standartlara uymak zorundadır. Bu standartlaşma sadece sağlık ve hastalık değil günlük yaşamda bedene ilişkin durumlarda da geçerli olmaktadır (Sezgin,2011b:65;Büken,2011:15). Modern tıp kurumsallaşarak hastalık/sağlık konularında birey üzerinde kurduğu otoriteyi standartlaşma sayesinde günlük yaşama da sirayet ettirerek tüm yaşam alanlarına standartlar koymakta ve bireyi bu standartlara uymaya zorlamaktadır. Bu standartlara uymayan bireyler ise bir yandan tıp kurumunun bir yandan da günlük yaşama sirayet etmiş tıbbi bilgilerin baskısı altına girmektedir. Sağlıklı olmak bireyselleştiği için hasta olan ya da standartların dışında kalan bireyler bu durumdan kendilerini suçlayarak standartlara uymak için çabalamaktadır.

Günlük yaşamın tıbbileştirilen alanlarına bakıldığında kadınlarla ilgili olan konuların öncelikli olduğu görülmektedir. Bu bağlamda, tıbbileştirmenin özellikle kadınlara ve kadın sorunlarına yönelik olduğu söylenebilir. Hamilelik, doğum öncesi ve sonrası süreçler, menopoz, adet ve adet öncesi sendrom gibi kadınlara yönelik alanlar

tıbbileştirilmeye çok açık ve dolayısıyla en fazla tıbbileştirilen alanlardır. Örneğin doğal bir süreç olan hamilelik ve doğum süreçleri tedavi edilmesi gereken hastalıklar olarak tıbbileştirilmiştir. Modern tıbbın hâkim olduğu pek çok ülkede önceden hastanelerin dışında ve tıbbi denetimden uzak olarak gerçekleşen doğum öncesi ve sonrası süreçler tamamen hastane çatısı altına girerek gerçekleşmektedir. Özellikle son on-on beş yılda hızla artan sezaryenle doğum tıbbileşmenin en yoğun yaşandığı alanlardan biridir. Türkiye’de de doğumun medikalizasyonu da çarpıcı bir artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) standartlarına göre, tüm doğumlar içinde sezaryenle doğum oranının yüzde 15’i geçmemesi tavsiye edilmektedir. Ancak ülkemizde sezaryenle doğum oranı her geçen yıl artmaktadır. Türkiye’de sezaryen ile yapılan doğumların tüm doğumlara oranı 1998 yılında %13,9, 2003 yılında %21,2 ve 2008 yılında %37,0’dır (Cindioğlu-Cengiz, 2010:54-55). Bu süreçte, tıbbın doğumu medikalize edip sezaryenle doğumu özendirmesinin yanında kadınların da normal doğumun bazı sıkıntılarından çekindikleri için sezaryenle doğumu tercih ettikleri görülmektedir. Normal doğumun bazı risklerinin olduğunun doktorlarca önemle belirtilmesi ve doğum esnasında oluşabilecek risklerden doktorların sorumluluk almaması kadınların normal doğum sürecine korkuyla bakıp yabancılaşmalarına ve doğumun medikalize edilmesine yol açmaktadır.

Medikalizasyon hemen tüm yaştakileri etkilemektedir fakat özellikle toplumdaki yaşlıları daha fazla etkiler. Toplumda genç bedenin pozisyonu normaldir, yaşlanmayla birlikte oluşan değişikliklerle olgunlaşan beden ise patolojik olarak etiketlenir (Joyce-Loe,2010:174). Bunun sonucunda yaşlanma doğanın bir gereği olmaktan çıkarılıp, mücadele edilmesi, geciktirilmesi gereken bir süreç, bir hastalık olarak gösterilir. Genç kalmak için çeşitli öneriler sunulmakta, bu önerilerin sözde bir “yaşsızlık” yaratacağı, her bireyin her yaşta istediğini yapabileceği söylenirken bir yandan da bu düşüncenin olanaksız olduğu da her fırsatta vurgulanmaktadır (Sezgin, 2011b:70-71).Doğal süreçler içinde beden yaşlanmaktadır ve bu süreci geri döndürecek bir çare de bulunmamaktadır. Ancak yaşlanma, geleneksel biyomedikal “çare” söylemine uymamaktadır (Bilton vd. 2008:368). Modern tıp tüm problemlere çare bulabileceği gibi bir iddiadan yola çıkarak yaşlılığı da bir hastalık olarak ele alıp çare bulmaya çalışmakta ya da en azından geciktirmeye çalışmaktadır. Yaşlılığın medikalizasyonunun diğer bir yönü de modern toplumlarda artan yaşlı nüfusuna bağlı olarak yaşlıların bakım ve sorumluluğunda artan

külfettir. Buna bağılı olarak ne kadar çok yaşılı bedenene daha dinç ve kendine bakabilir düzeyde olursa gerek ekonomik, gerekse de sosyal külfet azalacaktır.

Günümüzde medikalizasyonun en etkili olduğı alanlardan biri de psikiyatri alanıdır. Örneğın 18.yy'ın sonlarında tıbbileşen akıl hastalığı gibi sapkın ya da alışılmamış akli durumlar, daha önceden büyücülüğün veya şeytan girmesinin bir sonucu olarak görülürken, dinin yerini yavaşça psikiyatrinin yerine bırakmasıyla psikiyatrik durumlar olarak görülüp yeniden tanımlanmışlardır (Bilton vd. 2008:367). Bunun sonucunda, çok yakın bir zamana kadar tabu sayılan ruhsal problemlerde ilaç kullanımı artmış bulunmaktadır. Tıbbın bu alanda söz sahibi olma iddia ve kararlılığının sonucunda (Zola,1994:60) gittikçe tıbbileştirilen ruhsal problemlerin tedavisinde ilaç kullanımı çok yaygın bir normal bir durum haline gelmektedir. Örneğın “büyülü hap” olarak adlandırılan Ritalin'in kullanımı özellikle A.B.D ve Birıtanya'da hızla artmaktadır. Ritalin beş-on sekiz yaş arası çocukların DEHB (Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) tedavisinde kullanılan bir ilaçtır. DEHB, çocukların dikkat eksikliğine, yoğunlaşmada güçlüğü ve okulda öğrenmelerine engel olan bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır. İlaç, çocukların odaklanmalarına yardımcı olmak, onları sakinleştirip, etkin öğrenmelerine yardımcı olmaktadır. Ancak Ritalin karşıtları ilacın uzun dönem etkileri hakkında bir çalışma yapılmaması ve fiziksel olmayan bir problem için uygun “çözüm” olarak sunulması iddiasına karşıdır. Ritalin karşıtları DEHB'nin semptomlarının aslında çağcıl çocuk üzerinde artan baskı ve stresin –hızı giderek artan bir yaşam, bilgi teknolojilerinin kişi üzerindeki etkisi, beden eğitiminin yokluğu, yüksek şekerli gıdalar, aile yaşamındaki kavgalar- yansımaları olduğunu ileri sürmektedir. Tıp, ilgiyi gözlenen belirtilerin nedenlerine çekmek yerine Ritalin kullanımı yoluyla çocuk hiperaktifliği ve dikkatsizliğini “tıbbileştirmektedir” (Giddens,2005:157).

Sonuçta tıp, günlük yaşama dair normal sayılan pek çok süreci tıbbileştirmekte ve tedavi edilmesi gereken hastalıklar olarak etiketlemektedir. İlaç kullanımına gerek olmadan sosyal yaşam içinde düzeltilebilecek pek çok sorunu ilaçla tedavi yoluna giderek bir anlamda toplumda bireyler için var olan sosyal destek mekanizmalarını da etkisizleştirmekte ve bireyler giderek daha fazla tıbbın kontrolü altında birer sağlık tüketicisi haline gelmektedir. Tıp medikalizasyon yolu ile bir yandan kontrol mekanizması işlevini görürken biryandan da sağlıkta ticarileşmeye katkılar sağlamakta, hastalar birer sağlık tüketicisi konumuna gelmektedir.

1.4.2.2. Sağlığın Meta Haline Gelmesi

Sağlığın alınıp satılabilen bir meta haline gelmesi ve bir tüketim aracı olmasının birbiri ile bağlantılı ve biri diğeri takip eden iki yönü vardır. Birincisi; modern dönemde kapitalist üretim tarzının hâkim olması ile birlikte ortaya çıkan ekonomik gelişmeye bağlı olarak daha önceleri devletin sunduğu bir hizmet olan sağlık hizmetlerinin özelleşerek ticari olması. İkincisi; sağlığın bir tüketim aracı haline gelmesi ve hasta olsun veya olmasın bireylerin sağlık tüketicileri haline gelmeleri.

Sanayi İnkılâbı ve modernizmle birlikte ortaya çıkan ekonomik ve sosyal gelişmelere bağlı olarak nitelikli işgücü ve insana duyulan ihtiyaç toplumların özellikle eğitim ve sağlık alanına daha fazla yatırım yapmasına neden olmuştur. Toplumlar gerçek var olma savaşının nitelikli insan gücü ile kazanılabileceğinin farkına vardıklarında sağlık ve eğitime ayrılan payı harcama olarak görmemiş, bunların bir yatırım ögesi olduğu (Güler,1990:35) düşüncesinden hareketle sağlık ve eğitimi sosyal devlet anlayışı içinde ele almışlardır. Buna göre sağlıklı olmak bir insan hakkıdır ve sağlık büyük oranda ücretsiz bir şekilde devletçe karşılanan hizmettir. Birleşmiş Milletler tarafından 1978 yılında Alma Ata’da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konferansının sonuç bildirgesinin özü de budur; “herkes için sağlık”. Bu bağlamda sağlık ticarileştirilip alıp satılan bir şey değildir (Deppe,2011:53). Bunun sonucunda, sağlığın kâr ve sermaye birikimli bir “meta” ya dönüşmesi, bir sektöre dönüşüp endüstrileşmesi devletçe sınırlandırılmış, sağlık bir insan hakkı, sosyal bir hak olarak görülüp, hizmet sunumunda ve denetiminde devlet etkili olmuştur. Ancak 1980’li yıllardan itibaren ortaya çıkan neo-liberal politikaların bir sonucu olarak dünyada sağlık özel sermayenin ilgi alanında girmiş ve sağlıkta bir endüstri ortaya çıkmıştır (Sönmez,2011:70).

Neo-liberal politikaların temel amacı özelleştirmedir. 1990 sonrasında neo-liberal siyasetin kamu sağlık hizmetlerini özel sermayeye açması sağlık hizmetlerinin metalaşmasına yol açmıştır. Sosyal devlet çatısı altında piyasa ilişkilerinin müdahale etmesi düşünülmeyecek bir takım sağlık hizmetlerinin piyasada alınıp satılabilecek hale getirilmesi ile sağlık metalaşmıştır (Özdemir-Özdemir,2006:33). Neo-liberal politikalara göre sağlıkta diğer her şey gibi alınıp satılabilen bir metadır. Dolayısıyla sağlığın da arz talep dengesi içinde düşünülmesi gerekmektedir (Leys,2011:33; Yıldız,2008:32;Turner,2001:109). Arz talep dengesi içinde düşünülen sağlık ve sağlık hizmetlerinden devletin elini yavaş yavaş çekmesi ve boşalan alanlara özel sektörün

girmesi sonucunda sağlık metalaşmış, piyasa koşulları içinde alınıp satılabilen bir mal haline gelmiştir.

Sağlığın bir meta haline gelmesinin pek çok olumsuz sonucu bulunmaktadır. Sağlığın metalaşmasının bir sonucu olarak ortaya çıkan ve gittikçe büyüyen eşitsizliklere gün geçtikçe daha çok vurgu yapılmaktadır. Önceleri bir kamu sorumluluğu olan sağlığın piyasa koşullarınca belirlenen bir meta haline gelişi pek çok bakımdan eşitsizlikler yaratmaktadır. Öncelikle sağlık bir varoluşsal durumdur ve toplumun ortak varlığı olarak değerlendirilmektedir (Deppe,2011:45). Ancak sağlığın piyasa koşulları içinde arz talep dengesine indirgenmesi toplumda gruplar ve sınıflar arası bazı eşitsizliklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Günümüzde pek çok toplum “sağlık hakkı” na anayasalarında yer vermiştir. Sağlık hizmetlerinin gelir, servet, ırk, dil, din, cinsiyet, toplumsal statü gibi etmenlere bağlı olmadan sunulması gerektiği öngörülmekteyken, sağlığın piyasa koşullarına bırakılıp metalaşması geniş halk kesimlerinin sağlık hizmetlerine ulaşımını sınırlamaktadır. Buna göre sağlık hizmetleri gereksinime göre değil, satın alma gücüne göre belirlenmektedir. Bunun sonucunda bazı kesimler sağlık hizmetlerinden yetersiz yararlanmakta ya da hiç yararlanamamaktadır (Şenatalar,2003:26;Yıldız,2008:32). Bu bağlamda pek çok ülke sağlık hizmetlerinden yararlanmayan ya da yetersiz yararlanan kesimler için destekleyici bazı önlemler devreye sokarak bu eşitsizliği ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Ancak alınan bu önlemler her geçen gün daha fazla piyasa koşullarına teslim olan sağlık hizmetlerinin topluma eşit yayılması için yeterli olmamaktadır.

Klasik kapitalist düzen içinde üretimin tek gayesi bireylerin giderek genişleyen mallar dizisini satın alarak doyum sağlamaya çalıştıkları tüketimdir. Ancak batı tarzı kapitalizmde yirminci yüzyılın sonlarında ortaya çıkan tüketim olgusu klasik kapitalizmde olduğu gibi sadece yararcılık açısından ve ekonomik bir süreç olarak değil sosyal ve kültürel bir süreç olarak ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda tüketim; yeni ve daha büyük fırsatların yaratıldığı yeni pazarların inşa edilmesini ve bireylerin denetim ve manipüle edilerek tüketiciler haline gelmesini içeren bir süreç olmuştur (Featherstone, 1996:38-40;Bocock,2009:13). Geleneksel sanayi toplumlarında üretim temel gaye olarak her zaman öncelikli bir yere sahip olmuştur. Ancak değişen toplumsal yapı içinde çağdaş toplumlarda üretimin özel yerini yavaş yavaş tüketimin almaya başlamasıyla çağdaş ekonomiler üretime değil tüketime yönelik ekonomiler haline gelmiştir. Bunun sonucunda özellikle sağlık sektörü gibi kamusal alana ait ve sosyal devlet anlayışı

içinde devletin hâkim olduğu alanlarda, özel sektör giderek etkinliğini artırmış ve bu alanlarda büyük karların elde etmiş/etmektedir. Hayatın temel gayesi olan sağlık bir anda alınıp satılabilen bir mala, bireyler ise tüketiciler konumuna gelmiştir.

Kapitalist sistem içinde sağlık piyasadaki diğer metalar gibi bir mal haline getirilmekte ve sağlığın dağıtımı, kazanç gereksinimi ve verimlilik esaslarına göre şekillenmektedir (Turner,2001:109). Bugün tıp silah sanayinden sonra kârın en büyük olduğu alanı oluşturmaktadır. Sağlığın alınıp satılabilen bir meta olarak görüldüğü tıp, ekonomik bir olgu, bir süreç olarak tanımlanmakta ve kapitalist sistem içinde üretim sürecinin öğelerinden biri olarak görülmektedir (Ersoy,2001:73). “Tüketim toplumu” kavramı bağlamında özellikle batı ülkelerinde, insanlar sağlık ve hastalık konularında kendilerini uzman kişilere bırakmaya özendirilmiş ve güdülendirilmiştir. Sağlık ve hastalıkla ilgili her şeyi ele geçirmiş olan sağlık firmaları, tıbbi araç gereç üreticileri, insanları sağlıklı çevrede sağlıklı yaşama konusundaki temel insan haklarını ele geçirerek sağlığı bir meta haline getirmişlerdir (Güleç,1990:58). Sağlığın bir meta haline getirilmesinde en önemli süreç gündelik hayatın tıbbileştirilmesinden geçmektedir. Bedenlerin “sağlık” başlığı altında denetimlerinin sağlanıp bedene ve sağlığa ilişkin tüketimin artırılması için gündelik hayat tıbbileştirilmiştir. Buna göre; geçmişte doğal süreçler olarak kabul edilen doğum, ölüm, menopoza ve yaşlılık gibi kavramlar başta olmak üzere çok sayıda kavram ve konu tıbbileştirilmiştir. Günlük yaşam pratikleri içinde ayrı bir yere sahip olan sağlık konusu her birey için değerlidir. Tıbbileştirilen gündelik yaşam içinde sağlık çok değerli bir mala dönüştürülmekte ve bireye yeniden sunulmaktadır. Sağlıkla ilişkili olan ve olmayan konular sağlıkla ilişkilendirilerek tıbbi bir nitelik kazanmakta ve sağlığın ciddiye alınan değerli ve vazgeçilmez bir konu olması nedeniyle bireyler harcama yapmaktan kaçınmamaktadır. Gündelik yaşamın tıbbileşmesi her türlü tıbbi hegemonyayı artırmakta ve bu güç daha fazla kâr olarak sağlık sektörüne katkı sağlamaktadır. (Sezgin,2011a:21-58). Bu süreçte sağlık, piyasada sunulması gereken bir hizmet olarak kurgulanıp, bireyler sağlık piyasasında alış veriş yapan tüketiciler olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasa örgütlenmesi içinde önemli bir rol oynamaktadır (Özdemir-Özdemir,2006:35). Sağlığın piyasa koşullarında ele alınmasında sağlık hizmetlerinin kişiye özgü hale getirilmesi önemli bir rol oynamaktadır. Böylece birey kendi için gereken hizmetleri satın alan bir tüketici konumuna getirilmiş ve önemli bir pazar yaratılmıştır (Sezgin,2011a:16).

Sermayenin mal ürettiği dönemlerde tüketim kendiliğinden gerçekleşmekteydi. Oysa bugün hem tüketiciyi hem de talebi üretmek gerekmektedir. Bu durum malı üretmekten daha pahalıya mal olmaktadır (Baudrillard,2006:30). Bu yüzden hemen bütün alanlarda üretici firmalar araştırma ve geliştirme (arge) ve reklama üretimden çok daha fazla harcama yapmaktadır. Ürettikleri mal için ihtiyaç ve talep yaratmaksızın kapitalist sistemde hayatta kalmaları mümkün değildir. Kapitalist sistemin çarklarından biri haline gelen sağlık alanında da tüketiciyi ve talebi oluşturmak gerekir.

Sağlığın kâr sağlayan bir meta haline gelmesinin ve büyük paralar kazanılmasının en çarpıcı yolu hastalık yaratılıp, yaratılan hastalıkları tedavi eden ilaçların geliştirilmesidir. Günlük hayatın tıbbileştirilmesi “hastalık ticareti” olarak da adlandırılmaktadır. Tedavi satan ve sağlayanlar, pazarlarını genişletmek amacıyla tedavi edilebilir rahatsızlıkların sınırları genişletilmekte ve ilaç firmaları bu konuda sponsorluk yapıp ilaç tanıtımlarına (Çınarlı,2008:90) büyük paralar harcamaktadır. İlaç firmaları daha fazla ilaç satmak için hastalık icat etmekte, kendiliğinden geçebilecek önemsiz şikâyetleri ciddi hastalıklar olarak göstermekte, hayatın doğal dönemlerini ilaç kullanılması gereken hastalık dönemlerine dönüştürmektedir. Amaç herkesin bir hastalığının olması ve bu hastalık için ilaç kullanmalarının sağlanmasıdır (Küçükusta,2008:23). Bu amaçla günümüzde günlük yaşamın tüm iniş çıkışları artık tedaviye muhtaç psikolojik bozukluk kategorisine dâhil edilmektedir. Sıradan şikâyetler korkunç hastalıklar olarak gösterilmekte ve her geçen gün çok sayıda insan hasta olarak etiketlenmektedir (Moynihan-Cassels,2006).

Hastalık icat eden ve icat edilen hastalıklara ilaç geliştiren ilaç sektörü bu alanda oldukça başarılı olmuştur. Dünyanın en kârlı iş alanı olan ilaç sektörü her geçen yıl daha da büyümekte ve satışlarını artırmaktadır. Uluslararası boyut kazanan ilaç endüstrisinin satış rakamları bugün gelişmekte olan birçok ülkenin gayri safi yurt içi hasılasından daha büyüktür. İlaç harcamalarındaki inanılmaz yükseliş sağlık giderlerinin artışında büyük pay sahibidir. Sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların neredeyse %18’i ilaçlara gitmektedir. Bu oran özellikle gelişmiş ülkelerde çok daha yüksektir. Günümüzde ilaç harcamalarının büyük bölümünü az sayıda zengin ülke tek başına yapsa da gelişmekte olan ülkelere de rakamlar hızla yükselmektedir (Başkaya,2004:82; Busfield,2004:324; Applbaum,2011:100). İlaç sanayindeki gelişmeler günümüz dünyasında tedavi hizmetlerini ilaç hizmetlerine indirgemıştır. Bireylere sağlık alanında doğru bilgi, tutum ve davranışlar edindirmeye yönelik çabaların yetersizliği ve yetersiz sağlık

hizmetlerinin gizlenmesinde ilaç adeta bir kurtarıcı olmakta ve tüm hastalıkların ilaçla düzelebileceği inancı gereksiz ve aşırı ilaç kullanımı artırmaktadır (Şemin-Aras-Güldal,2004:117-118). Günümüzde korkunç bakım ve ilaç tüketimi artık denetlenemeyen bir durumdur ve bu süreç tıbbın toplumsal amaç ve erkelerinin ayağını kaydırmaktadır (Baudrillard,2006:43).

Günümüzde pek çok ülkede ilaçların reklamını yapmak yasaklanmıştır. Ancak ilaçların reklamını kitlelere yapmaktan daha etkili olan bir yol ilaç propagandasını doktorlara yaptırmaktır. Bu bağlamda, hastalık yaratma ve ilaç kullanma sürecinde en önemli görevlerden biri doktorlara ve dolayısıyla hastanelere düşmektedir. Ancak tıbbın bir tüketim aracı haline gelmesi, aşırı ilaç tüketimi ve sağlıkla ilgili üretim yapan firmalarının tıp üzerindeki etkisi gün geçtikçe tıptaki doktor hâkimiyetinin sorgulanır hale gelmesine neden olmaktadır. Baudrillard'a göre hekimler ne yaptıklarının ve ne olduklarının farkında olmadan, güdümlediklerini sandıkları bir sırada güdümlendiklerinin farkında değildirler (Baudrillard,2006:43-44). Bunun sonucunda artık modern tıpta, bireylerin hastalıklarına yabancılaşmalarının bir sonucu olarak, sağlık-hastalık alanında tek hâkim olan doktorlar, neyin hastalık olup neyin olmadığına ve hastalıkların nasıl tedavi edilmesi gerektiği konusunda karar veren ve uygulayan tek merci değildir. Ancak hastalık yaratma ve ilaç kullanma sürecinde bireylerin ikna edilmesinde doktorlara büyük görevler düşmektedir. Uzman olarak doktorların sağlık alanındaki egemenliği tıbbı olan güveni artırmakta bu güvenin sonucunda bireylerin sağlık alanında düşünmeden ve sorgulamadan harcamalar yapmasına ve sağlığın yüksek kâr getiren bir sektör olmasına yol açmaktadır.

Sağlık alanında yaşanan gelişmeler artık sağlığın tüketilen bir olgu olduğu gerçeğini göstermektedir. Sağlık sorunlarına da postmodern bakış açısının gelişmesi ile beraber insan sağlığı tüketim toplumunun temel taşlarından biri olmuştur (Cirhinlioğlu,2003:131). Hastalığın ön planda olduğu modern dönemin ardından sağlığın ve sağlıklı olmanın ön plana geçtiği postmodern dönemde sağlık da tüketilen bir nesne gibi algılanmış ve insanlar artık sağlıklı olmak için gereken şeyleri yapmaya başlamışlardır. Örneğin tıp içerikli birçok reklamda hastalanınca nasıl çare aranacağından çok hastalanmamak için neler yapılması gerektiğine dair ürünlerin reklamı yapılmaktadır. Bunun yanında spor ve spor ürünlerine yönelik reklamlar (Cirhinlioğlu,2003:143) sağlıklı olmak için bazı ürünlerin tüketilmesi gerektiğini

izleyiciye söylemektedir. Artık önemli olan sağlıklı kalabilmektir ve bunun da bazı kuralları vardır.

Modern tıp ve uygulamalarına ve sağlığın kapitalist yapı içinde bir meta haline gelmesine yönelik pek çok eleştiri bulunmaktadır. Bu eleştirilerin içinde en dikkat çekici olanları Capra (1992), Zola (1994) ve Illich (1988-1994-2006)' den gelmektedir. Eleştirilerin odaklandığı temel noktalar; modern tıpta oluşan uzman egemenliği, bu egemenliğe bağlı olarak yaratılan/duyulan modern tıba aşırı güven ve modern tıbbın kapitalizmle olan ilişkisidir.

Günümüzde modern tıba ve onun iyileştirici gücüne büyük bir güven duyulmaktadır. Bu güvenin temelinde günümüzde eskiye nazaran birçok hastalığın tedavisinin bulunmuş olması, ölüm oranlarındaki azalma ve beklenen yaşam süresinde meydana gelen artışlardır. Oysa modern tıp hastalıkların çoğunu açıklamaktan acizdir ve modern batı toplumlarında ölüm oranlarında ki azalmada modern tıbbın bir etkisi yoktur (Capra,1992;Illich,1988-1994). Illich'e (1988:13) göre: *“Ölüm ve hastalanma oranlarındaki bu göz alıcı düşüş, halk sağlığında, tarımda, pazarlamada ve hayata karşı genel tutumda meydana gelen değişmelerin sonucuydu.”* Buna göre, ölüm ve hastalanma oranlarındaki azalmada modern tıbbın ve doktorların etkisi abartıldığı kadar fazla değildir. Ancak meydana gelen iyileşmeler genel olarak modern tıp ve modern tıpta meydana gelen gelişmelere bağlanarak toplumda modern tıba bir güven ve bağımlılık yaratılmıştır. Bu bağımlılık sağlıkta tıp profesyonellerinin (doktorların) hâkimiyetine neden olmaktadır. Illich'e göre tıp kurumu sağlığa yönelik başlıca tehditlerin başında gelmektedir (Illich;2006:143;Illich,1994:11). Oluşan bu tehditte doktorların sağlık konusunda oluşan hâkimiyetlerinin önemli bir rolü vardır. Günümüzde neyin hastalık olduğunu, kimin hasta olduğunu ve nasıl tedavi edileceğini belirlemeye ilişkin ayrıcalık doktorlara verilmiştir. (Zola,1994:65;Illich,1994:14). Doktorların sağlık konusunda oluşan hakimiyetleri bir yandan bireylerin sağlık/hastalık olgusuna yabancılaşmalarına yol açarken bir yandan da Illich'e göre modern tıp kurumu sağlığa yönelik bir tehdit oluşturmaktadır: *“Onun müdahalesinden kaynaklanan depresyon, enfeksiyon, sakatlık ve uzuvların görevini yapamaması gibi rahatsızlıklar, günümüzde trafik ve endüstri kazalarından daha fazla acı ve ıstıraba neden olmaktadır. Doktorların sebep olduğu yetersiz sağlık ile ancak, endüstriyel tarzdaki yiyecek üretiminin organlara yönelik yaptığı hasar rekabet edebilmektedir. Dahası, sadece tıbbın kusurlarını endüstriyel olarak korumakla kalmayıp, aynı zamanda terapistin*

müşterisini sibernetiksel bir yöntemle de besleyen hastalıklı bir toplumun takviye etmesiyle de tıbbi uygulama, hastalığı himaye etmektedir. Nihayet sözde sağlık uzmanları, dolaylı bir hasta edici güce, yapısal olarak sağlıktan yoksun bırakıcı bir etkiye sahiptir. Bu uzmanlar acıyı, hastalığı ve ölümü kişisel bir savaşımdan çıkarıp, teknik bir problem haline getirirler; bu suretle de, insanların kendi insani durumlarıyla özerk bir yöntem için uğraşmalarını sağlayacak potansiyeli istismal ederler.” (Illich,2006:143-144).

Sağlığın bir meta haline gelip kapitalizmle ilişkisinin en belirginleştiği alan modern tıbbın teknoloji ile olan ilişkisinde ortaya çıkmaktadır. Illich (1994) ve Capra (1992)’nın dikkat çektiği gibi tıpta yüksek teknolojinin kullanımının pek çok tehlikesi vardır. Öncelikle tıpta yüksek teknolojinin kullanımı artan bir uzmanlaşma ve bağımlılık yaratmaktadır. Sağlık alanında artan harcamalara ve tıbbi müdahalenin verdiği zararların giderilmesi için yapılan harcamalar da eklenince modern toplumların sağlık harcamaları muazzam seviyelere ulaşmaktadır. Bu durum tıbbın bir sömürü aracı olarak tüketim toplumunun dinamiklerinden biri haline geldiğini göstermektedir.

1.4.2.3. Bedenin Endüstrileşmesi

Hastalık ve sağlığın gerçekleştiği mekân olan beden, tıp bilimi açısından birinci derecede önemli inceleme alanıdır. Uzun bir dönem kişinin sağlıklı veya hasta olması bedeninin gösterdiği tepkilere bağımlı olmuş, bedenin verdiği işaretler hastalık ve sağlığın göstergesi sayılmıştır. Ancak bu yaklaşım WHO’nun 1946 yılında yapmış olduğu sağlık tanımı ile değişmiş, bu tanımda sağlık; sadece bedensel değil ruhsal ve sosyal süreçleri de içeren bir olgu olarak tanımlanmıştır. Her ne kadar sosyal ve ruhsal süreç ve yaşantıların sağlığa etkileri görmezlikten gelinemez durumda olsa da özellikle tıp bilimi açısından sağlık ve hastalığın temel göstergeleri bedene yöneliktir ve beden temel inceleme alanıdır.

Modern tıbbın gelişmeye bağladığı Rönesans’a kadar bilimsel temelli olmayan tıp, beden ve ruh ayrımına gitmeden sağlık ve hastalık konusunda bütüncül ve geleneksel yaklaşımları benimsemiştir. Ancak Rönesans’la birlikte, özellikle Descartes’in ruh-beden ayrımı o zamana kadar ayrı düşünülmeyen ruh ve bedeni ayırarak bedeni ayrı bir inceleme alanı haline getirmiştir (Cirhinlioğlu,2001:90). Bu dönemde engellerin ortadan kalkması ile hızla artan tıbbi çalışmalar ve özellikle kadavralar üzerinde yapılan incelemeler (Porter-Vigarelli,2008:278-279) modern tıbbın önu alnamaz bir şekilde gelişimini ve hâkimiyetini sağlamıştır. Bedenin ayrı bir

inceleme alanı olması ve bedenin toplumsallaşması bedene yönelik bakışları ve yaklaşımları da tamamen değiştirerek bedenin toplumsallaşmasını ve iktidar ilişkileri bağlamında kontrol aracı olmasını (Foucault, 2000-2002-2010) sağlamıştır. Bireyin sahip olduğu beden artık sadece ona ait olan bir şey değildir. Günümüzde beden, denetlenen, kontrol edilen, manipüle edilen ve şekillendirilen toplumsal bir olgudur.

Modern dönemde üretim aracı ve bir bütün olarak düşünülen beden postmodernizmle birlikte parçalanmış ve kontrol edilip şekil verilebilen bir duruma gelmiştir. Bedenin kontrolünde ve şekil verilmesinde en önemli rol ise tıba düşmektedir. Tıp doğası ve amacı gereği bedene odaklanır ve müdahale eder. Ancak günümüzde bu müdahalenin kapsamı ve sınırları oldukça genişlemiştir. Tıbbın beden üzerindeki kontrolü sonucu bedenle toplum arasındaki sınırlar iyice muğlaklaşmakta ve beden toplum tarafından kontrol edilir bir hale gelmektedir (User,2010:138-139). Bedenin ele alınış tarzında meydana gelen bu değişiklikler tıbbi araştırmaların doğasını etkilediği gibi, bireysel/toplumsal değerler sistemini de etkilemektedir. Çağdan çağa ve kuramdan kurama değişen bedenin ele alınış tarzı bireysel ve toplumsal yaşamda (Cirhinlioğlu,2001:91) bedene yeni anlamlar yüklemekte, toplumsal yapı beden üzerinden yeniden şekillenip, oluşmaktadır.

Günümüzde çok önemli bir inceleme alanı olan beden sadece tıbbın değil sosyal bilimlerin, özellikle sosyoloji, ele aldığı konuların başında gelmektedir. Hatta günümüzde bedenin toplumsal yönü, biyolojik yönünden daha ön plana çıkmıştır. Çünkü toplumun değerleri ve ideolojisi tarafından şekillendirilen beden, sağlık, hastalık, gençlik, yaşlılık, güzellik gibi kavramların somutlaştığı alandır (Demez,2012:513). Günümüzde bedenin pozisyonu bedenin bireyselleşmesini yansıtmaktadır. Gittikçe artan sayıda insan, bedeni ile daha çok ilgilenmektedir. Beden sağlığın bir göstergesi olduğu kadar, bireylerin kişisel kimliklerini yansıtan bir simge olarak da görülmektedir (Shilling,1993:1). Bireylerin beden imajı, kendi bedenlerini bilinçli veya bilinçsiz tanımlaması ve kabul etmesidir. Bireye içinde yetiştiği toplum, bedenindeki çeşitli durumları algılama ve yorumlamayı öğretmektedir (Baltaş,2004:80-81). Bu bağlamda bedene ilişkin yaklaşımlarda sosyolojik bir bakış açısı kaçınılmaz olmaktadır. Bedene ilişkin sosyolojik bakış açısı ise “beden sosyolojisi” alanında ortaya çıkmaktadır.

“Beden” 1980’li yıllardan itibaren sosyolojinin konusu haline gelmiştir. Beden sosyolojisi bedeni toplumsal olarak yapılandırılmış bir olgu olarak ele alır. Beden sosyolojisi, bedenin toplumsal doğasını, bedenin toplumsal olarak üretilmesini, bedenin

toplumsal temsilini ve beden toplum ve kültür arasındaki ilişkileri incelemektedir (Cirhinlioğlu,2001:93). Beden sosyolojisi, bedenlerin toplumsal etkenler tarafından hangi yollardan etkilendiğini araştırmaktadır. Beden, toplumun dışında var olan, yalnızca fiziksel bir şey değildir. Beden bireylerin toplumsal deneyimleri sonucu olduğu kadar, ait olunan grubun normları ve değerleri tarafından da etkilenir (Giddens,2005:144). Bedene yönelik sosyolojik bakış açısı beraberinde tıp alanına da yönelmiştir. Tıp sosyolojisi olarak adlandırılan sosyoloji dalı, bu çerçevede beden sosyolojisinin bir parçası olarak değerlendirilebilir. Bu bağlamda beden sosyolojisi; bir yandan bedene bakışta tıbbi pratikler, kuramlar ve hastalıkları ele alırken, öte yandan bu alandaki dönüşümlerin ve yeni tekniklerin ortaya çıkardığı sonuçları da sosyolojik bir bakış açısıyla değerlendirmektedir. Örneğin bir hastalığın toplumsal ve fiziksel kaynaklarının ortaya konulması kadar, hastalığın sonuçları bağlamında oluşan şartlar da dikkate alınmalıdır (Işık,1998:157).

Beden günümüzdeki anlamına ulaşmaya kadar çeşitli evrelerden geçmiş, farklı anlamlarda ele alınmıştır. Örneğin ilkel dönemlerde beden doğanın bir parçası olarak görülmüştür (Çabuklu,2004:97;Nazlı,2006:2) ve beden insanın ilk ve doğal aleti olarak tanımlamıştır (Nazlı,2009:62). Ortaçağda ise dinin etkisinde kalan beden ruhun bir taşıyıcısı, kalıbı olduğu düşüncesinden hareketle kirli, aşağılanan, zaafı olan ve ruhun arınma aracı olarak ele alınmıştır (Nazlı:2009:10-62). Aydınlanma ile birlikte ayrılan ruh ve beden, iki ayrı inceleme alanı olarak ortaya çıkmış ve bedeni bir makineye benzeten Descartes'in izinde (Işık,1998:120) beden üzerindeki çalışmalar da artmıştır. Özellikle tıp alanının gelişmesi ile birlikte bedenin biyolojik yönü daha ön plana çıkmıştır.

Bedenin toplumsallaşması ve biyolojik niteliğinin arka plana itilmesi ise sosyal, kültürel ve ekonomik gelişmelerin rolü büyük olmuştur. Batı toplumlarında sekülerleşme ile birlikte bedenin dini kavramlarla tanımlanması ve sınırlandırılması zayıflamış ve dinin etkisinden kurtulan beden yeni otoritelerin etkisi altına girmiştir (Turner,2008). Bu yeni otoritelerden biri olan kapitalizmin etkisi ile kendine yeni bir tanımlanma alanı bulan modern beden artık “üretici-asker beden”dir. Sıkı yönetilen, akılcıca manipüle edilen ve biçimlendirilen beden temel ihtiyaçlarını karşılayarak sağlıklı olmak zorundadır. Bunun dışında kalan her şey ise lükstü ve savurganlığın ve sefaletin simgesidir (Bauman,2001:156). Modernizmin kısılacı ve kontrolü altında kalan beden disiplin altına alınması gereken bir olgudur artık. Modernizm bedeni

teknikleştirmeye çalışmaktadır. Özellikle tıp aracılığıyla bedeni tamiri mümkün bir makineye dönüştürmek istemektedir (Çabuklu,2004:98).

Modernizmin ardından gelen postmodern dönemde de beden toplumsal ve kültürel değişimlerin etkisi ile anlam değiştirmiştir. Aydınlanma ile birlikte ruhtan ayrılan beden modernizmle bulduğu tek ve bütüncül kalıptan, postmodern dönemde parçalara ayrılan bedene doğru evrilmiştir. Modern dönemden postmodern döneme geçişte parçalara ayrılan beden toplumsallaşarak yeni postmodern kültürün temel göstergelerini üzerinde taşıyan bir meta haline gelmiştir. Modern dönemle birlikte “üretici” konumundaki beden postmodern dönemle birlikte bu dönemin temel düsturu olan “tüketici” konumuna evrilmiştir. Postmodern dönemin çoklu kültür yapısı içinde bedene yönelik açıklamalar ve yaklaşımlar da farklılaşmakta ve beden farklı bakış açılarına ve yaklaşımlara maruz kalmaktadır. Bu yaklaşımlar genel anlamda, postmodern kültürde bedenin farklı anlamlarına ve oluşumlarına dikkat çekmektedir.

Örneğin bedenin, Foucault’nun bio-politika çözümlemesinde ve topluma bakışında temel rolü vardır. Foucault’nun güç ve iktidar merkezli açıklamalarında (Foucault,2000-2002-2010) beden çok önemli bir rol üstlenmektedir. Bedenin sosyal olarak inşa edildiğini ve şekillendirildiğini söyleyen Foucault’a göre iktidar bedeni disipliner kurumlar aracılığıyla (hastane, cinsellik, hapisane) kontrol altında tutmakta ve denetlemektedir. Bir toplumsal mücadele alanı olan beden iktidar ilişkileri bağlamında üretilip düzenlenmektedir.

Ellias, batı toplumlarının uygarlaşması ve rasyonelleşmesi sürecinde bedeni hem tamamlanmamış biyolojik bir süreç hem de devam eden toplumsal bir süreç olarak ele almıştır. Uygarlaşma toplumları etkilediği gibi bedenleri de etkilemektedir. Beden toplumsal bir olgudur ve toplumsalın içinde yer almaktadır. Kişiler arası etkileşim bedeni şekillendirmekte, bedenin dış görünümünü değiştirmektedir (Ellias,1999).

Bedenin toplumsallığı konusunda önemli bir vurgu da feminist hareketten gelmektedir. Feminist hareket cinsiyeti biyolojik kader olarak ele almayı reddederek, kadın bedeninin toplumsal olarak inşa edildiğini ileri sürmektedir. Kadın ve erkek bedeninin arasındaki biyolojik farklılığın yanı sıra toplumsal farklılık ve eşitsizliğin ataerkillik yolu ile üretildiği ve denetlendiğini savunan feminist hareket bu yönü ile kadın bedenine ve onun toplumsal olarak üretilip, denetlenip, şekillendirilmesine vurgu yapmaktadır.

Turner'a göre (2011:105) beden, insan toplumunu yansıtan ve temsil eden bir mikro-evren veya küçük dünyadır. Beden; tıp, ahlak, ticari söylemler yoluyla toplumsal olarak üretilir. Turner'a göre modern toplumda beden dört boyutta ele alınabilir: Yeniden üretim, sınırlama, düzenleme ve temsiliyet (Turner, 2008:82). Turner bedeni iç beden ve dış beden olarak ikiye ayırır. Dış beden, bedenın sosyal alanlarda ki temsili, düzenlenmesi ve denetimiyle ilgilidir. İç beden sorunu ise bedenın organizasyonu ve muhafazasıyla ilgilidir. İç beden toplumsal örgütlenme ve istikrarın çıkarları doğrultusunda arzu, tutku veya ihtiyaçların denetimi sorunudur. Geniş anlamda beden sosyolojisi de bedenın kişilik ve kimlik olarak nasıl temsil edildiği sorusuyla ilgilidir. (Turner,1992:58;Turner,2008:81-82). Dış beden daha çok bedenın temsili ve düzenlenmesi meselesine odaklanırken, iç beden ise daha çok bedenın işleyişine odaklanmaktadır.

Featherstone'nun bedene yaklaşımı Turner'ın iç beden ve dış beden ayırımına dayanmaktadır. Featherstone'a göre modern tüketim toplumunda beden metalaşarak bir göstergeler alanı olmuştur. Tüketim kültüründe bedenın bakımı ve görünümüne ilişkin iki temel kategori bulunmaktadır: İç ve dış beden. İç beden hastalığa ve sağlığa vurgu yaparken, dış beden sosyal alan içindeki bedenın görünümüne ilişkindir. Tüketim kültüründe dış bedenın gösterimi, görünümü ve yönetimi önemlidir. İç bedenın bakımının ana amacı dış bedenın görünümünün güzelleştirilmesidir. Güzel bir bedene sahip olabilmek de tüketim kültürü içinde tüketim yapmaktan geçer (Featherstone,1999, 171).

Bauman'da tüketim toplumunda bedenın görünümüne verilen önemi vurgulayarak, bedenın haz verme aracı olduğunu belirtir. Modern dönemde bedenın üretici-asker beden olarak sıkı yönetilen, akıllıca manipüle edilerek biçimlendirilen ve kurallı hareket ettirilen beden olduğunu belirterek postmodern dönemde bedene farklı anlamlar yüklendiğini belirtmiştir. Bauman'a göre postmodern beden her şeyden önce bir duyum alıcısıdır. Deneyimleri emer ve hazmeder. Beden bir haz aracıdır. Beden için bir uygunluk durumu vardır ve bu durum bedene haz vermektedir. Bunun tersi ise beden için arzu edilmeyen bir durumdur. Uygun bir beden, duyarlılığı yüksek ve tavında bir haz aracıdır. Bu haz tüketimle elde edilebilir ve her türlü hazzı kapsamaktadır (Bauman,2001:156-157).

Görüldüğü gibi postmodern dönemde toplumsallaşan, parçalanan beden bir meta haline gelmiştir. Bedenın toplumsallaşması onun toplumsal bir mücadele alanı haline

gelmesini sağlamıştır. Bu mücadele bedeni kontrol etme (iktidar) ve onu biçimlendirme (tüketim) alanlarında yoğunlaşmaktadır.

1.4.2.3.1. Kontrol Altına Alınan Beden

Sağlık/hastalık, tedavi yöntemleri ve tıp alanında geçmişten günümüze önemli gelişmeler yaşanmıştır. Her geçen yüzyılda hastalık anlayışları ve tedavi yöntemlerinde gelişmeler ve değişiklikler olmuş, hastalık ve hastalığın tedavisinde önemli adımlar atılmıştır. Belli bazı dönemler ise önemli değişikliklerin ve gelişmelerin yaşandığı dönemler olarak dikkat çekmektedir. Örneğin, hastalık ve hastalığın tedavisinde bilimsel yöntemlerin kullanılmaya başlanması ile modern tıbbın ortaya çıkışı ve kurumsallaşması bu dönemlerden biridir. İçinde yaşadığımız dönem de bu değişimlerin yaşandığı dönemlerden biridir. Yaşanan sosyo-kültürel ve ekonomik değişimlerle birlikte sağlık/hastalığa ve tıbbı olan bakış ve yaklaşım da değişmiş, bu değişiklikler beraberinde yeni dinamikler, toplumsal ve kültürel değişimler meydana getirmiştir.

İçinde yaşadığımız dönemde meydana gelen en büyük değişiklik hastalık kavramından çok tüketim ve sağlık kavramlarına doğru yaşanan kültürel bir değişimdir. Büyük saygı duyulan tıp kurumu ve hekimlik sağlığa ilişkin söylemlerden biri (Cirinlioğlu,2001:102) haline gelmiş, sağlık bireyselleştirilerek günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası olmuştur. Kendi sağlıklarından sorumlu olan bireyler için sağlık artık gereği yerine getirildiği zaman elde edilebilir bir olgu olarak yaşamın her alanına sirayet etmiş, bireylerin sağlık/hastalığa yönelik algılarını tamamen değiştirmiştir. Sağlık açısından normal olabilmek daha önce hiç bu kadar değiştirilebilir, geliştirilebilir, geleceğe ve ilerlemeye yönelik bir şey olarak görülmemiştir (Vigarell-Holt,2011:290).

Hastalıktan sağlığa olan bu kültürel değişim beraberinde yeni yaklaşımlar ve değişiklikler meydana getirmiştir. Bu değişikliklerden en önemlisi ise bedene olan bakışın değişmesidir. Hastalığın bedenin bir parçasının bozulması olan kabul edilerek bir makineye benzetilen beden, artık toplumsal ve kültürel bir olgu olarak toplumsal hayatın merkezinde yer almaya başlamıştır. Kültürel, siyasi ve ekonomik anlamda “vücuda gelen” beden, sağlık alanı başta olmak üzere sosyal ve kültürel alanın merkezinde yer almaya başlamıştır.

Beden söz konusu olduğunda ortaya çıkan en büyük gelişmelerden biri, bedenin sağlık aracılığıyla kontrolüdür. Bu durum gündelik yaşamın tıbbileşmesini ve sağlığın bireyselleşmesini beraberinde getirir (Sezgin,2011:25). Gündelik yaşam tıbbileşince ve

sağlık bireyselleşince hedef “sağlıklı beden” ve bu bedene ulaşma yolları olmaktadır. Gündelik yaşamda sağlıklı olmak temel hedef haline gelince, doğru zihinsel tutumla ve sağlıklı olmaya verilen önem her şeyi kapsayan bir gerekliliğe boyun eğmiştir. Bunun sonucunda ortaya çıkan nihai ürün ise daha iyi görünmektir (Coward,1989:22). Özellikle tıbbi alanda yaşanan gelişmeler ile birlikte beden, üzerinde seçeneklerin ve seçimlerin arttığı bir olgu haline gelmiştir. Bu gelişmeler ile birlikte pek çok insan kendi bedeninin kontrol edebildiği gibi, kendi bedeni başkaları tarafından da kontrol edilmektedir (Shilling,1993:3). “Beden kontrolü” teriminin popülerliği bedeninin bir makine gibi görüldüğünü göstermektedir. Tıpkı arabalar ve diğer tüketim eşyaları gibi beden de düzenli bakıma ve dikkate ihtiyaç duymaktadır (Featherstone,1999:182).

Yeni dönemde sağlık anlayışının değişmesi ile birlikte bedene olan bakış da değişmiştir. Toplumsallaşan beden kültürün bir parçası haline gelince beden yavaş yavaş keşfedilmeye başlamıştır. Denize girmenin yaygınlaşması, açık hava sporlarının popüler olması, kadınları hedef alan moda ve güzellik konuları yanında özel sağlık konularının da gündeme gelmesi bedene bakışı değiştirmiştir. Beden artık kol gücüyle yapılan işleri simgelememektedir. Beden; sağlıklı, üretken ve canlı bir organizmanın çarkıdır (Paquet,2007:78). Günümüzde beden seyirlik bir nesne, üzerinde çeşitli simgeler taşıyan bir meta olmuştur. Beden değişen anlamı ile birlikte standartlaşmış, standart ideal bir beden, ulaşılması gereken bir hedef olarak sunulmuştur. İdeal beden genç, esnek, sıkı tenli, hijyenik, formda bir bedendir. Deri düz, parlak olmalı, kırışıklıklar ve lekeler taşımamalıdır (Çabuklu,2004:102). Bu yeni dönemde, bin yıllık bir pürütanizm çağından sonra fiziksel ve cinsel özgürleşme biçiminde bedeninin “yeniden keşfi” ve reklamda, modada, kitle kültüründeki mutlak varlığı, bedeninin etrafını kuşatan sağlık, perhiz, tedavi kültü, gençlik saplantısı, bedenle ilgili bakımlar, rejimler bedeni kuşatan “arzu söylemi”; bunların hepsi bedeninin günümüzde kurtuluş nesnesine dönüştüğünün kanıtıdır (Baudrillard, 2004:163). Bütün bunların sonucunda beden yeniden keşfedilmiş, özgürleşmiş ve farklı anlamların yüklendiği bir nesne haline gelmiştir.

Baudrillard’a göre; bedeninin güncel tarihi, “...onu denetlemeye çalışan, parçalara bölen, farklılığı ve sahip olduğu çelişkili konumu değiştirip yadsıyarak yapısal bir gösterge/değiş tokuş malzemesi şeklinde örgütleyen, iz ve göstergelerden oluşan bir ağın tarihi demektir.”(Baudrillard,2011:176). Günümüz beden anlayışının ortaya çıkmasında özellikle batı toplumlarının yaşadığı sosyal ve ekonomik süreçlerin etkisi

büyüktür. Ulus devletlerin ortaya çıkışı ve sanayileşme ile birlikte insan nüfusu, ulusal servet ve gücü artırma sürecinin bir parçası olarak gözlenen ve düzenlenen bir kaynağa dönüşmüştür. Buna bağlı olarak, nüfusun sağlığı artan bir ilgiyle önemsenen ve düzenlenmeye ihtiyacı olan bir alan olarak görülmeye başlanmış. Bunun sonucunda, doğum ve ölüm oranları, ortalama evlilik ve çocuk sahibi yaşı, intihar oranları, yaşam beklentisi, beslenme, yaygın hastalıklar, ölüm nedenleri vs. gibi istatistikler tutulmaya başlanmıştır (Giddens,2005:153). Elias’a göre (2002) batının medenileşme süreci bedenın denetim altına alınıp, şekillendirilmesi sürecidir. Beden medenileşme sürecinde denetim altına alınıp, biçimlendirilmiştir. Özellikle hastane, okul, fabrika gibi kurumlar bedenın disipline edildiğı sosyal yerleşim birimleri olmuşlardır (Turner ,1999:166). Hewitt’e göre de; onyedinci yüzyıldan sonra özellikle de onsekizinci yüzyılda gelişen teknoloji ile birlikte bedenın yaşamını, sağlığını korumak ve düzenlemek için sağlık, cinsellik, eğitim vs. gibi çeşitli kontrol teknolojileri geliştirilmiştir (Hewitt,1999:232). Bu süreçte beden, başta tıp olmak üzere birçok farklı disiplinin gözetim ve kontrol biçiminin odağı haline gelmiştir. Kliniğın doğuşu ve tıbbi eğitim sürecinin hastaneye taşınması ile birlikte bireysel beden düzeyindeki hastalık durumu problemi, klinik ve hastane düzeyinde kurumsal düzenleme ve kontrolün gelişmesine ve devletin hayatın üretimi ve yeniden üretimine sürekli müdahalelerde bulunduğı biyo-politika ilkesinin gelişmesine neden olmuştur (Turner,2011:244). Bunun sonucunda beden günümüzde bir proje olmuştur. Bireylerin bedenlerinin görünümünü, boyutunu, biçimini ve hatta kapsamını yeniden inşa etmek için potansiyelleri vardır. Bunun en iyi örneğı sağlıklı bir beden için kişisel bakım ve beden inşasıdır. Beden için bireysel sorumluluk alıp, kişisel bakım rejimleri uygulayarak beden içten ve dıştan izlenebilen bir proje haline getirilmiştir (Shilling,1993:5). Artık beden, başta otorite olmak üzere pek çok kurum ve yapının denetlediğı, kontrol ettiğı bir olgu olarak toplumsallaşmıştır.

Bedenın kontrol ve denetimin konusunda en çarpıcı görüşlerden biri Foucault’ya aittir. Foucault (2000-2002-2010), bedenlerin özellikle iktidar tarafından denetlenip kontrol edilmesi üzerinde durmaktadır. Günümüz modern tıbbının da bu süreçte oynadığı anahtar role dikkat çekerek, moderniteye özgü olan günümüz iktidarını “biyo-iktidar” olarak adlandırmaktadır. 18. yy’da açıkça ortaya çıkan bu iktidar biçim eski iktidar biçimlerinden farklı olarak öldürme gücü yerine, bedenlerin yönetimine ve yaşamın hesapçı biçimde işletilmesine dayalıdır. Foucault’a göre, klasik çağ boyunca farklı disiplinler –dil, okullar, kolejler, kışlalar, atölyeler- ve siyasi ve iktisadi

gelişmeye bağlı olarak doğurganlık, uzun yaşama, kamu sağlığı, konut, göç gibi çeşitli sorunlar belirmiştir. Bunun sonucunda bedenlerin boyun eğmesini ve nüfusların denetimini sağlamak için çok sayıda teknik ortaya çıkmıştır. Foucault’a göre böylece devletin bedenleri kontrol altına aldığı “biyo-iktidar” çağı başlar (Foucault,2010:130). Foucault’a göre “biyo-iktidar” kapitalizmin gelişmesinin vazgeçilmez bir ögesidir; *“çünkü kapitalizm, bedenlerin denetimli bir biçimde üretim aygıtına sokulması ve nüfus olaylarının ekonomik süreçlere göre ayarlanmasıyla güvence altına alınmıştır.”* (Foucault,2010:130). Bu dönemde gelişen “kamu sağlığı” düşüncesi, devletin nüfusun yaşam koşullarını iyileştirme sorumluluğu ile nüfus içindeki olumsuzlukları yok etme çabası ile biçimlenmiştir. Sağlığı tehdit edici pek çok şey düzenlenerek, denetim ve gözlem altına alınmıştır. Hapishane, akıl hastanesi, okul, hastane gibi kurumlar insanları gözetim altında tutmak, denetlemek ve yeniden biçimlendirmek için girişilen çabanın birer parçası olarak ortaya çıkmıştır (Giddens,2005:154).

Bedenin kontrol edilip, denetlenmesinde tıp kurumunun rolü oldukça büyüktür. Yeni dönemde değişen sağlık anlayışı ile birlikte sağlığın bireyselleşmesi ve bir yaşam tarzı haline gelmesi, sağlıklı olmak için bedenın sürekli denetimi ve kontrolünü mecbur kılmaktadır. Temel söylemi “sağlıklı beden” olan bu yeni sağlık anlayışı, bireylere kendi sağlıklarından ve dolayısıyla bedenlerinden sorumlu olduğu mesajını sürekli yinelemektedir. Gündelik yaşamın tıbbileşmesi sonucu sağlıklı olmanın temel hedef haline geldiği günümüzde sağlık, hastalığın veya rahatsızlığın olmaması durumundan ziyade güzel ve sağlıklı görünme düzeyinde indirgenmiştir. Bedenin toplumsallaşarak bir merkez haline gelmesi gündelik yaşamın pek çok kodlarının beden üzerinden yürütmesine neden olmaktadır. Bu durum bireye, bedeni üzerinde kontrol ve denetim kurması zorunluluğunu ve baskısını da beraberinde getirir. Arzu edilen ve ideal bedene ulaşmak bireyin elindedir. Eğer birey buna ulaşamıyorsa bu bedeni üzerinde yeterli denetim ve baskı kurmamasından kaynaklıdır ki bu durum toplumsal baskıya neden olabilir.

Günümüzde sağlıklı yaşam söylemi beden kontrolüne indirgenmiştir ve söylem birçok iletişim kanalından sızarak “cinsel beden”, “sağlıklı beden”, “yaşlı beden”, “zinde beden”, “zayıf beden” ve “şişman beden” den bahsederek bireylere sürekli olarak bir bedene sahip olduklarını ve onu kontrol etmeleri gerektiğini hatırlatır. Sonuçta beden hayatımızı ne şekilde yaşadığımızın somut göstergesidir (Bozok,2011:44). Bedenin bir haz nesnesi ve seçkinlik simgesi haline dönüştüğü modern toplumda beden

tüm alanlarda öne çıkmıştır. Birçok alanda gerçekleşen beden üzerindeki müdahale sonucunda amaçlanan şey, sağlıklı ve genç görünümlü bedendir (Işık,1998:160). Beden üzerinde var olan bu denetim ve kontrol mekanizmalarıyla kontrol altına alınan sadece bedenler olmamakta, yaşamlar da kontrol altına alınarak planlanan ve biçimlendirilen bir sürece dönüşmektedir. Aynı zamanda bu süreç sadece bireyleri değil toplumların da denetimini içerir (Sezgin,2011:22). Fiske'ye göre artık sağlığın anlamı bedensel değil toplumsaldır, güzelliğin anlamı ise estetik değil siyasidir. Bu nedenle gerek sağlık gerekse de güzellik toplumsal iktidarı uygulamaya yönelik söylemlerdir (Fiske,1999:115).

Beden üzerinde uygulanan kontrol ve baskının dikkat çekici önemli bir yanı kadın bedeninin ön planda olması ve birçok alanda söylemlerin ve denetimin kadın bedenine yönelik olmasıdır. Bütün kültürler için beden hem toplumsal anlamları destekleyen anlam hem de simge üretiminin birincil kaynaklarından biridir. Söz konusu kadın bedeni olduğunda kadın bedeni üzerindeki atıflar daha da yoğunlaşmaktadır (Özbudun,2006:22). Özellikle batı kültüründe kadın bedeni, özel bir ilgi nesnesi ve yeni bir tür saplantı olmuştur. Bu yeni saplantı kadınları cinsellik ve sağlık hakkındaki bir dizi meşguliyetin taşıyıcısı yapmıştır (Coward,1989:20-21). Bunun sonucunda kadın bedeni baskı altına alınmakta ve standardize edilmeye çalışılmaktadır. Bu durumu örneğin feminizm ataerkillik kavramıyla açıklamakta ve bu kontrol ve baskının ataerkilli düzen tarafından oluşturulduğunu belirtmektedir. Turner bu konuda devletin rolüne de dikkat çekerek, Foucault'cu bir yaklaşım sergilemiştir. Turner'a göre; devletin kadınların bedeni üzerindeki teknik, siyasal ve ideolojik mücadelelere dâhil olduğu için, siyasi düzeyde bir ölçüde modern ataerkilliğin özelliklerini beslemektedir (Turner,2011:244).

Yeni dönemde ortaya çıkan sağlık anlayışının bedene yaklaşımında da kadın bedeninin ön planda olduğu görülmektedir. Hastalık gelmeden hastalığı önleme yaklaşımı sağlıklı bir beden inşası olarak dayatmaktadır. Sağlıklı bir beden için bedeni izlemek ve kontrol etmek gerekmektedir ki bu bedeni izleme ve kontrol etme davranışı daha çok kadına atfedilen bir davranıştır. Bedeni nesneye dönüştüren yeni sağlık anlayışının özellikle kadına uygun olduğu bir gerçektir (Kaya,2011:121-124). Bu durumun ortaya çıkmasında kadın ve kadın bedenine toplumsal bakışın rolü büyüktür. Hemen her toplumda kadın erkeğe göre konumlandırılmış ve tanımlanmıştır. Beden ve cinsellik söz konusu olduğunda akla ilk kadın bedeni gelmektedir. Kadını erkeğin eksik

bir kopyası olarak gören Hristiyan tıp bilgisinin, modern tıbbı miras kalan en belirgin etik algı olduğu söylenebilir (Köse,2009). Bu anlamda sağlık söz konusu olduğunda kadın her zaman hasta olarak tanımlanmakta ve kadının bedeni kendi kontrolü dışında kalmaktadır. Norm olan erkektir, kadın ise erkeğe göre tanımlanmaktadır. Bunun yanında kadın bedenin sunduğu mesajlar cinselliğin toplumsal tanımı için bir hazinedir. Erkek nötrdür, kadın ise her zaman tanımlanan cinstir (Coward,1989:29). Yapılan araştırmalar kadınların kendi vücutlarıyla ilgili görüşlerinin erkeklerinkinden daha olumsuz olduğunu göstermektedir. Kadınlar güzellik ve çekicilik konusunda eleştirilere maruz kalmakta ve sürekli seyrediliyor olmak huzursuzluk duygusunu beraberinde getirmektedir (İnceoğlu-Kar,2010:73-74). Kadın bedeninin seyirlik bir nesne haline getirilmesi ve bu konuda kadınlar üzerinde oluşan baskı, kadın bedenini daha fazla denetime ve kontrole açmaktadır.

Baudrillard’a göre de beden dışıdır. Bedenin estetik/erotik değişim değerine indirgenmesi sürecinde kadın kadar erkek de hedef alınsa da, estetik/erotik söylem kadın üzerinden hareketle düzenlenir. Çünkü cinsellik kadındır. Eskiden cinsiyet olarak köleleştirilen kadın günümüzde cinsiyet olarak “özgürleştiriliyor”. Özgürleştiği ölçüde de kendi bedeniyle karıştırılmaktadır. Böylece tüketmek amacıyla kadınlara “kadın” verilmiş olur (Baudrillard,2004:174-177). Böylece özgürleşen kadın bedeni üzerinde tasarruf etme hakkına sahip olmaktadır.

Günümüzde bedeni – özellikle kadın bedenini - kontrol etme ve düzenleme çok çeşitli yollar ve kanallardan yapılmaktadır. Bu yolların başında tıp kurumu gelirken, güzellik endüstrisi, kozmetik endüstrisi gibi alanlar çoğu zaman sağlıkla ilişkili olarak bedeni kontrol edip düzenlemeye çalışmaktadırlar. Bu süreçte ilk ortaya çıkan olgu “ideal beden” olgusudur. Moda, güzellik endüstrisi ve medya ideal bedeni belirleyen ana kaynaklardır. Bu kaynaklar, batılı, beyaz derili, genç ve ince bedeni ideal beden olarak sunmaktadır (Çakı,2011:319). Uzun bir süredir pek çok kanaldan bireylere ulaşan bir tek belirli ideal, mükemmel vücut ideali vardır. Kuralları katı ve sınırları çizilmiş olan bu ideal beden kadın bedenidir ve bu beden 168 cm ile 177 cm arasında bir uzunluğa sahip, uzun bacaklı, bronz tenli ve dinç bir görünüme sahiptir. 90-60-90, 38 beden, 0 beden, ideal kilo 55 normalleştirilen bedenin diğer ölçüleridir. İdeal beden en önemli özelliği ise bir dirhem fazla eti bulunmamasıdır ve ideal beden tam bir genç kız vücuduna da uygun değildir. Daha çok gençlik biçimini koruyan daha yaşlı bir kadın vücududur (Coward, 1989:38-40;Sezgin,2011a:73). Bedene olan yaklaşımda dikkat

çekici bir diğer yön ise postmodern toplumlarda modernizmin aksine beden birliğinin, bütünlüğünün sarsılmış olması, bedenin tercihe bağlı olarak her biri yenilenebilir, değiştirilebilir parçalardan oluşan bir kolaja dönüşmesidir (Çabuklu,2007:138). Beden artık parçalanmıştır ve çeşitli organları fetişler halinde seyirlik malzeme haline getirilmiştir (Savran,2010:24). Beden ölçülerinin bu şekilde standardize edilip bedenin seyirlik bir nesneye dönüştürülmesi pek çok sorunu beraberinde getirmektedir. Öncelikle farklı genetik özelliklere ve yaşam alışkanlıklarına sahip bireylerin aynı bedensel özelliklere sahip olması mümkün değildir. Ancak çeşitli kanallardan sürekli olarak tekrar edilip, empoze edilmeye çalışan “ideal beden”e ulaşma zorunluluğu, kadınlarda bir baskı unsuru olmakta ve kadınlar bu bedene ulaşmak için tıp başta olmak üzere pek çok farklı kaynağı kullanma zorunluluğu hissetmektedirler.

Günümüz toplumlarında güzellik anlayışı da ideal bedene bağlı olarak kontrol edilip şekillendirilmektedir. Güzellik olgusu tarihsel süreç içinde ve kültürden kültüre değişen ve farklı anlamlara sahip olan bir olgudur. Günümüzde ise güzellik ideal bedene bağlı olarak şekillendirilmeye çalışılmaktadır. Özellikle 1980’lerden sonra değişen güzellik olgusu, kadının her alanda toplumsal yaşama katılması ile birlikte erkeklerle girdiği mücadelede daha belirgin olmuştur. Güzellik artık siyasal, iktisadi ve toplumsal bir olgudur (Paquet,2007:88). Özellikle gelişmiş batı dünyasında hiçbir kadın artık güzellikten kaçamayacak durumdadır. Pacreau’ya göre “güzelliğin” bir kadının değerinin tek ölçütü olarak kullanılması aşağılık bir durumdur. Böyle bir kriter ise post-modern toplumlarda açıkça görülmektedir (Pacteau,2005:17-18). Feminist teorinin güzelliği ataerkilliğin yarattığı bir baskılama aracı olarak değerlendiren yönünü eleştiren K.Peiss, kadının basit bir anlatım ile toplumsal süreçlerde bir kurban olarak düşünülemeyeceğini vurgular. Peiss güzellik kültürünün tarihsel üretiminde kadının önemli bir rol oynadığını vurgular (Peiss’ten aktaran Işık,1998:62-63). Kadınların güzellik konusunda kurban olmaları ya da süreçte etkin olmaları bir yana güzelliğin toplumsal bir olgu olup, günümüzde önemli bir “değer” haline gelmesi itiraz edilemez bir gerçektir. Bu gerçeğin yarattığı önemli bir sonuç ise günümüz güzellik anlayışının kadınlar üzerinde bir baskı unsuru olması ve bu yolla bedenlerinin denetlenip, şekillendirilmesidir.

Güzelliğin artan biçimde farklı, çeşitli, heterojen bir görünüm arz ettiği günümüz toplumlarında güzel olmak imkânsız hale gelmektedir. Kişinin fiziksel görünümü ne olursa olsun sonunda yetersiz kalmaya mahkûm olmakta ve birey bedenini yeniden

değiştirme ihtiyacı duymaktadır (Çabuklu,2007:138-139). Bu değişimi sağlayan en etkili ve en hızlı yol ise estetik cerrahidir. Özellikle tıbbi teknolojinin gelişmesi ile birlikte bedene müdahalenin sınırları da oldukça genişlemiştir. Estetik cerrahinin gelişmesi ile birlikte beden üzerinde yapılan müdahale ve değişiklikler akıl almaz noktalara ulaşmış, çok kısa süre içinde etkili sonuç veren estetik cerrahi müdahaleleri oldukça yaygınlaşmıştır. Aydınlanma düşüncesinin beden ve ruhu ayırması, bireyin bedeninden sorumlu olduğu ve bedenini kontrol edebileceği fikri estetik cerrahinin gelişmesinin ideolojik önkoşulunu oluşturmuştur (Gilman’dan aktaran İnceoğlu-Kar,2010:77-78). Estetik cerrahi kültüründe estetik standartlar doğrultusunda kadınlar için bir kimlik inşa edilmektedir. Bu sistem kadınları disiplin altına alarak, güçsüzleştirmektedir. Kadınların bedenleri çirkin, kusurlu ve sürekli düzeltilmeye muhtaç bedenler olarak kurulmaktadır (Çabuklu,2007:139-140). Bu inşa sürecinin tamamlayıcı unsuru gelişen biyoteknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan estetik cerrahidir. “Kusursuz” bedene ulaşabilmenin tıbbi olanaklarla mümkün olduğu bilindiğinde, doğal beden olanaklarıyla yetinmek ve doğal bedene toplum içinde istenen bir statüye kavuşmak zorlaşacaktır. “Kusursuz” bedene ulaşabilmenin mümkün olabileceği düşüncesi her yaş ve toplumsal kesimdeki kadınlar üzerinde bir baskı unsuru yaratarak, estetik operasyonların sayısını her geçen gün artırmaktadır (User,2010:144). Estetik cerrahi yoluyla bedenler yeniden inşa edilerek, bedenlerin “kusurlu” yerleri standart güzellik anlayışına göre düzeltilmekte ve yeniden şekillenmektedir. Özellikle kitle iletişim araçları yoluyla sunulan “ideal beden”e ulaşmanın en etkili yolu olan estetik cerrahi uygulamaları, biyoteknolojinin gelişmesi ve yaygınlaşması ile birlikte hemen hemen herkesin ulaşabileceği seviyelere gelmiştir.

Günümüzde estetik cerrahi, bedeni kontrol etmede bedene yapılan doğrudan bir müdahale olması nedeniyle oldukça eleştirilmektedir. Ancak bazı görüşler estetik cerrahinin olumlu yanlarına da dikkat çekmekte ve bunun kadınlarca gönüllü olarak istendiğini savunmaktadır. Bu görüşlere göre, estetik cerrahi kadınların hayatlarına olumlu katkılar yapmaktadır. Bu operasyonların kadınlara zorla dayatılmadığını ve kadınların bunu şevkle istediğini savunan görüşler, bazı durumlarda ekonomik baskıların kadınları bu yöne ittiğini, yaşlı göründükleri gerekçesi ile iş başvuruları reddedilen kadınları bu yola başvurdıklarını söylemektedir (Çabuklu,2007:140). Bunun sonucunda estetik cerrahi gençlik ve çalışabilme süresini uzatan, yararlı bir olgu haline gelmektedir (Paquet,2007:81). Ancak günümüzde keskin sınırları olan bir güzellik ve

beden algısı, özellikle kitle iletişim araçlarıyla sunulmakta ve bu güzellik anlayışı özellikle kadınlarda takıntılı bir hale gelmektedir. Bu takıntılı güzellik anlayışına sahip kadınların bu güzelliğe erişmek için estetik operasyonlara zorlanmadıklarını söylemek çok doğru bir yaklaşım değildir. Gerek iş hayatında gerekse de toplumsal yaşamda kabullenilmenin ön koşullarından biri olan “ideal beden” baskısı toplumsal olarak kadınlar üzerinde yoğunlaşarak, onları estetik operasyon yaptırmaya bir anlamda zorlamaktadır.

İdeal bedene bağlı olarak ortaya çıkan başka bir standardizasyon da zayıflık olgusudur. 1968 yılındaki gençlik hareketleriyle birlikte, tarihte hiç görülmemiş bir zayıflık kültü yayılmaya başlamıştır. İngiliz model Twiggy bu akımın ikonu olmuş, kürdan gibi olmayan kadınlar için hayat bir kâbusa dönmüştür. Kitle iletişim araçlarının yaygınlaşmasıyla birlikte (İnceoğlu-Kar,2010:76) zayıflık ve zayıf kadın imajı ideal bedenin vazgeçilmezlerinden olmuştur. Bu dönemden itibaren bir dönemin istenilen, tercih edilen, sağlığın ve estetiğin simgesi sayılan şişmanlık (Baltaş,2004:83) hastalıkla eşdeğer tutularak, kadınlar üzerinde bir baskı unsuru olmuştur. Zayıflık sağlıkla eşdeğer tutularak zayıf beden imajı güçlendirilmiş, bu bedene ulaşmak için kadınlara her türlü çileyi ve zorluğu göğüsleyecek motivasyon ve baskı pek çok kanaldan yoğun bir biçimde uygulanmıştır.

Featherstone zayıf olmanın sağlıklı olmakla eşdeğer tutulmasına eleştirel bir yaklaşım getirmiştir. Featherstone’a göre tüketim kültüründe zayıflık sağlıklı olmanın bir göstergesiyken, şişmanlık ise sağlıksızlığın bir göstergesi olmuştur. Bu mesaj medya aracılığı ile sürekli yinelenmektedir. Ancak Featherstone’a göre; medyada yer alan bu mesajlar yarı bilimsel niteliktedir ve bazı çalışmalar kilolu olanların zayıf olanlardan daha uzun yaşadığını ortaya koymaktadır (Featherstone,1999:185).

Zayıf olmanın ideal olduğu günümüzde, zayıflığa ulaşmanın ve onu korumanın pek çok yolu vardır. Bunlar arasında spor yapma, cerrahi müdahaleler ve diyet başta gelenleridir. Özellikle diyet söylemi toplumda özelleştirilmiş bir disiplinin, öz kontrolün bir aracı olarak işlev görmektedir (Çabuklu,2004:146). Diyet bedeni kontrol edip, şekillendirmenin önemli bir aracı olarak görev yapmaktadır. Özellikle kapitalist toplumlarda genç yaşlarda başlayan diyet söylemi, uysal ve disiplinli bir bedenin üretiminde önemli bir rol üstlenmektedir (Turner,1999:164). Diyet yapmak özellikle kadınlar arasında çok yaygın bir davranıştır. Kadınların diyet yapmalarında ki en temel neden “iyi görünmektir”. İyi görünmek sadece sosyal kabul edilebilirlik için değil daha

heyecan verici bir yaşamın anahtarı olarak da gösterilmektedir (Featherstone,1999:185). Diyet yapmak artık gündelik yaşamın bir parçası haline gelmiştir. Beden kitle endeksi, yağ oranı, kalori, metabolizma hızı vs. kavramları günlük dile yerleşmiş ve sohbetlerin vazgeçilmez konuları ve kavramları haline gelmiştir. Diyet yapmak kadınlar başta olmak üzere her yaştan ve her kesimden pek çok bireyin günlük hayatının vazgeçilmezlerinden biri olmuştur.

Günümüzde sağlıklı olmak ile güzel görünmek arasındaki ilişki hemen her yaştaki insan için geçerli bir olgudur. Bedenin bir simgeye dönüşüp, bireyi yansıtmaması hemen her yaştaki insanın bedenini denetleyip, “ideal beden” standartlarına uygun hale getirmeye zorlamaktadır. Yaşamın normal döngüleri ve evrelerinin medikalize edilmesinin yanında kontrol edilip standartlaşmaya maruz bırakılmaktadır. Bunun en çarpıcı örneği ise yaşlılıktır. 18. ve 19. yüzyıllarda çekirdek ailenin gelişip toplumdan ve geleneksel akrabalık sisteminden kopması yaşlıların toplumsal tecridi ile sonuçlanmıştır. Ailede ve toplumda temel bir işleve sahip olmayan yaşlıların bilgelikleri ve tecrübeleri de rasyonelleşme ve entelektüel düzeyin yükselmesi ile birlikte zayıflamış ve sorgulanmıştır (Turner,2011:152). Geleneksel toplumlarda grubun simgesel merkezini temsil eden yaşlılık, sahip olunacak en prestijli statü iken (Baudrillard,2011:293) günümüz rasyonel toplumlarında zamanın gerisinde kalmış bilgelik yığını olarak (Giddens,2005:161) görülmektedir.

Yaşlı nüfusunun artması ve toplumsal bir yük gibi algılanması ile birlikte yaşlılık tıplaştırılmış ve doktorların emri altına sokulmuştur (Illich,1995:60-61). Yaşamın normal döngüsü içinde bir dönem olan yaşlılığın tıplaştırılması ve günümüz toplumlarında gençliğe ve genç görünüme verilen önemin artmasıyla yaşlılık durdurulabilir ve hatta geri döndürülebilir bir süreç olarak görülmeye başlamıştır. Gençliğin ve bireyciliğin hâkim olduğu toplumlarda yaşlılık önemli bir problem olmaktadır. Yaşlanma giderek artan bir şekilde doğal bir süreç olarak görülmemekte, tıbbın olanakları ve yaşam biçimlerinde yapılacak olan düzenlemelerle yaşlılık durdurulabilir bir olgu haline gelmektedir.

Günümüzde özellikle Batı kültürleri gençliği ve güzelliği ön planda tutan anlayışları nedeniyle, yaşlanmayı reddeden ve yaşlı görünen bedenleri dışlayan kültürlerdir (User,2010:146-147). Bu süreçten özellikle kadınların daha fazla etkilendiği söylenebilir. Erkeklerle oranla daha uzun yaşamaları ve dolayısıyla dulluk nedeniyle daha uzun bir kişisel soyutlanmışlık yaşamaları yaşlılığı kadınlar için daha

ciddi bir problem yapar (Turner,2011:153). Yaşanan bu süreçte her şeyden önce, yaşlılık kaçınılması gereken “olumsuz” bir süreç gibi sunulur ve sağlıklı ilişkilendirilmiş ve biyolojik olarak imkânsız olan genç kalmak veya yaşlanmamanın mümkün olduğu izlenimi yaratılmıştır (Sezgin,2011:22). Bunun yolu ise bedeni kontrol etmekten geçmektedir. Anti-aging ürünleri, spor yapmak, estetik operasyonlar, tıbbın nimetlerinden faydalanmak yaşlılığı önlemenin ve durdurmanın çeşitli yollarıdır. Sağlıklı olmak ile genç görünme arasında kurulan sorunlu ilişki yaşlılık söz konusu olduğunda da işlemekte, sağlıklı olmanın yolunun genç görünmekten geçtiği imajı gerçek sağlığın gözden kaçırılmasına neden olmaktadır.

1.4.2.3.2.Tüketim Aracı Olarak Beden

İnsanlık tarihi boyunca toplumların içinde yaşadığı tarihsel dönemler çeşitli şekillerde adlandırılmıştır. Bu adlandırmalarda özellikle o döneme hâkim olan ekonomik, siyasi veya kültürel olaylar etkin olmuştur. İçinde yaşadığımız çağ da çeşitli şekillerde tanımlanıp adlandırılrsa da sosyolojik anlamda tüketim çağı en çok kullanılan tanımlamalardan biridir. Bu bağlamda günümüz toplumları (özellikle batı toplumları) “tüketim toplumu” olarak adlandırılmaktadır. Kapitalizmin hâkim olduğu modern dönemde, bu dönemin temel değeri “üretim” olarak görülürken, içinde yaşadığımız neo-kapitalizmin hâkim olduğu modern sonrası ya da postmodern dönemin temel değeri “tüketim” dir. Tarihsel süreçte toplumların ekonomik, siyasi, sosyal ve kültürel yapılarını şekillendiren temel değerler, günlük yaşamdan toplumsal kurumlara kadar etkin ve belirleyici olmaktadır. Günümüz toplumları için de geçerli olan bu olguya göre, “tüketim” günümüzde hâkim olan değer olarak, bireylerin kimlik söyleminden günlük yaşamına, en küçük gruptan büyük kurumlara kadar etkin ve belirleyicidir.

Tüketim, günümüzde salt ekonomik bir olgu olmaktan ziyade daha çok kültürel anlamlar ve kodlar içeren bir kavram haline dönüşmüştür. Tüketime kültürel anlamlar kazanması II. Dünya Savaşından sonra özellikle ABD’de ortaya çıkan aşırı üretkenlik sonucu olmuştur. Tüketim, bir yaşam tarzı haline getirilerek malların satılması ve kullanılması bir ayine dönüştürülmüş ve manevi bir tatmin sağlamıştır (Durning,1998:5). Artık tüketim, ne yalnızca rasyonel bir hesaplama konusu ne de malların edinilmesiyle sona eren bir süreçtir. Tüketim her şeyden önce, tüketicinin satın alınan nesne üzerinde yoğunlaştığı ve onu yeniden anlamlandırdığı sosyal ve kültürel içeriklere sahip karmaşık bir süreçtir (Yanıklar,2006:24). Günümüzde tüketim, temel ihtiyaçların karşılanmasından çok kişilerin toplum içindeki yerini, konumunu belirleyen

bir gösterge niteliği taşımaktadır. Kişinin toplum içindeki geçerli konuma tüketim yoluyla ulaşabileceği ve tüketebildiklerinin bunun bir ölçütü olduğu fikri (Topçuoğlu,1995:210) gittikçe yerleşmiştir. Tüketim artık insanların kim oldukları, kim olmak istedikleri ile ilgili duyarlılıklarını ve bu duyarlılıkları korumalarını sağlayan yöntemleri etkilemekte ve kimlik duygusunun gelişimini çevreleyen olgularla iç içe geçmiş durumdadır. Bu nedenle tüketim ekonomik olduğu kadar aynı zamanda toplumsal, psikolojik ve kültürel bir olgudur (Bocock,1997:10).

Featherstone'a (1996:36-37) göre tüketim kültürü üzerine üç farklı bakış açısı bulunmaktadır. İlk bakış açısına göre; tüketim kültürü kapitalist meta üretiminin genişlemesinin bir sonucudur. Bu durumun bir yandan eşitçiliğe ve bireysel özgürlüğe neden olduğu söylenirken bir yandan da ideolojik manipülasyon ve toplumun baştan çıkarılması sonucu boş zaman ve tüketim faaliyetlerinin öne çıkmasına neden olduğu belirtilmektedir. İkincisi, tüketim faaliyetinin bir doyum sağladığı ve statü aracı olduğu görüşünden hareketle tüketim sayesinde insanların toplumsal bağlar ve ayrımlar yarattığı yollar üzerinde durulmaktadır. Son olarak ise, tüketimin çeşitli şekillerde dolaysız bedensel tahrik ve estetik hazlar yaratan, tüketicinin kültürel hayalinde ve tikel tüketim alanında coşkuyla karşılanır hale gelen tüketimin duygusal hazları, rüyalar ve arzular sorununu ortaya koyar.

Tüketimin temel değer haline geldiği günümüz toplumlarında bireyler tüketim yoluyla kendi kimliklerini oluşturabilmekte ve ifade edebilmektedir. Ekonomik olduğu kadar sosyal, kültürel ve psikolojik bir olgu olan tüketim bireylerin kimlik ifadesi haline gelmiştir. Artık tüketim, ihtiyaçların ve gerçek anlamda nesnelerin tüketilmesini değil sembolik anlam kazanmış ihtiyaçların ve nesnelerin tüketilmesini ifade eder. Bir nesnenin önemi onun bireyin ihtiyacını gerçek anlamda karşılayıp karşılamaması değildir. Bireye sağlayacağı prestij ve kimlik ifadesidir.

Tüketim toplumunun ve tüketim kültüründe beden merkezi bir konumdadır. Bunun temel nedenlerinden biri tüketim toplumunun hazcı yapısındaki temel nesnesinin beden olmasıdır. Bedenin daha güzel görünmesi, sağlığı ve kontrolü tüketim toplumunun temel hedefidir (Işık,1998:15). Bugün artık beden tartışmasız olarak bir özel mülktür ve bunun bakımı sahibine aittir (Bauman, 2001:159). Burry'e göre de insan bedeni kapitalist ekonomik düzenin ürünü olan tüketim toplumunun merkezinde yer alır (Bury,1997:185). Bu yeni yapı içinde beden, içinde bedensel ve yaşamsal arzuların, hazların deneyimlerin ve duyuların olduğu tüketim kapasitesi ile

değerlendirilir (Bauman,2000:227). Baudrillard’a göre, tüketilen şeyler arasında diğer nesnelerden daha güzel, daha kıymetli, daha eşsiz ve daha fazla yan anlamlar yüklü olan nesne “beden”dir. Bedenin yeniden keşfi ve reklamda, modada, kitle kültüründeki mutlak varlığı bedenin etrafını kuşatan sağlık, perhiz, tedavi kültü, gençlik, zariflik, erillik/dişilik saplantısı, bedenle ilgili bakımlar, rejimler, fedakârca uygulamalar bedenin bir kurtuluş nesnesi haline dönüştüğünün kanıtıdır. Beden ahlaki ve ideolojik olarak ruhun yerini almıştır (Baudrillard,2004:163).

Tüketim kültürü içinde bireylerin tüketici konuma geçmelerinde bireylerin kendi bedenlerine yönelik algılarının değiştirilmesinin başarılması ile mümkün olmuştur. Sağlıklı bir bedene sahip olmak için tüketim toplumunun bir parçası olmak ve bu kültürün gereklerini ya da harcamaları yapmak (Cirhinlioğlu-Cirhinlioğlu,2011:404) gerekliliği çeşitli kanallardan sürekli olarak bireye empoze edilerek beden bir tüketim nesnesi haline getirilmektedir. Bir tüketim nesnesi olan beden bu süreçte, başkalarını kıskırtıcı bir hal almış, bir nesne olarak eklemlenmiş parçalardan oluşan bir yapı durumuna getirilmiştir. Beden maddi değeri olan bir nesneye dönüştürülerek neredeyse bireyin bütün sermayesi haline gelmiştir (Kızılçelik,2003:90). Tüketim kültürü içinde reklam, basın, sinema filmleri vs. aracılığıyla ideal beden görünümü çoğaltılmaktadır. Buna ek olarak popüler medya sürekli vücut bakımı ve kozmetiklerin yararını vurgulamaktadır. İdeal bedene ulaşmada çileci beden çalışmalarının ödülü sağlıklı olmak ve manevi kurtuluş olmaktadır. Bedenin kabul edilebilir ideal bir görünüme ulaşması ve bedenin kendini ifade kapasitesinin gelişmesinin ön koşulu tüketim kültürü içinde yer almasıdır. İyi görünmek ve bedeni korumak satılabilir bir mal haline getirilerek tüketici yaşam tarzının vazgeçilmez bir parçası haline getirilmiştir (Featherstone,1999:170-171). Tüketim toplumunda beden, bir göstergeler ve simgeler toplamı olarak bireyin dünya görüşünü, kimliğini, ifade tarzını ve dolayısıyla kendisini ifade eden neredeyse tek gösterge olarak yüceltilmiştir. Bu süreçte beden ticari bir gösterge, ticari bir meta olarak tüketim projesinin merkezinde yer almıştır. Üreten bedenden tüketen bedene geçişte yaşanan algı değişikliğinin sonucunda beden bir tüketim nesnesi haline gelerek cinsel anlamlar yüklü seyirlik bir nesneye dönüştürülmüştür. Cinsel bir obje ve tüketim nesnesi olan beden ise kadın bedenidir. Çünkü bedene ilişkin vurgulanan, güzellik, çekicilik, incelik, gençlik vs. kavramlar kadınlara ilişkin ve kadınlarla ilişkilendirilen kavramlardır.

Bedenin tüketim aracı olmasında ve estetik/erotik değişim değerine indirgenmesi sürecinde kadın olduğu kadar erkek de hedef alınmaktadır. Ancak estetik/erotik söylem daha çok kadından hareketle düzenlenir. Cinsellik kadındır, çünkü cinsellik doğadır. Kadın ve bedeni tarihsel süreçte kötücül cinsellikle bir tutulmuş ve mahkûm edilmiştir. Bunun sonucunda kadın bedeninin baskı altına alınması ve kadının sömürülmesi söz konusudur. Ancak eskiden cinsiyet olarak köleleştirilen kadın günümüzde cinsiyet olarak “özgürleştiriliyor”. Bu özgürleştirilme sürecinde ele geçirilen kadın bedeni özgürleşmek için tüketmek zorundadır (Baudrillard,2004:175-176). Kadın bedeninin ön plana çıkmasında kadınların toplumsal yaşama katılımlarının da rolü büyüktür. Özellikle II. Dünya Savaşı’ndan sonra gittikçe daha çok iş yaşamına katılan kadınların hem kendileri adına hem de mesleki alanda erkeklerle yarışırken güzel kalma arzuları artmıştır. Üstelik güzellik harcamalarına ayıracakları paralarının artık olması (Paquet,2007:80) kadınların bedenlerine ilişkin tüketimlerini oldukça artırmış ve bu alandaki sektörler oldukça büyümüştür. Coward’a göre *“Bir kadın olmak, sürekli hitap edilmek, sürekli incelenmek, arzumuzun sürekli davet edilmesi demektir... Arzu durmadan tanımlanıyor ve uyarılıyor. Her yerde kadınlık arzuları araştırılıyor, satın alınıyor, paketleniyor ve tüketiliyor.”* (Coward,1989:14). Dolayısıyla toplumsal cinsiyet ve kimliğe ilişkin bir yeniden yapılanma sürecine giren beden, feminen bir nitelik taşımaktadır. Bedene yüklenen anlam ve değerlerin, tüketim kültürü içinde oluşturulan sağlık, diyet, estetik, güzellik, kozmetik gibi alanlarda yoğunlaşması bedenin feminen niteliğini ön plana çıkarmakta ve bedeni, özellikle de kadın bedenini, tüketimin temel nesnesi haline getirmektedir (Nazlı,2009:65). Gerek sağlıklı yaşam önerilerinde gerekse de bedene ilişkin söylemlerde kadın ön planda olması kadın bedeninin erkek bedenine oranla çok daha fazla metalaştırılıp, tüketim aracı haline gelmesine neden olmaktadır. Her ne kadar son dönemlerde erkek bedenine olan ilginin artmış olduğu gözlemlense de, cinselliğin kadın bedeninde vücut bulması, erkek bedenini bu bağlamda sınırlandırmakta ve kullanımını kısıtlamaktadır.

Bedenin tüketim aracı haline gelmesi sürecinde önemli bir nokta ideal beden ve ideal güzellik anlayışının yaratılması olmuştur. Baudrillard’a göre güzellik kadın için mutlak, dinsel bir buyruğa dönüşmüştür. Güzellik etiği bedenin tüm somut değerlerinin, tüm kullanım değerlerinin tek bir işlevsel değişim değerine indirgenmesidir. Bu değişim değeri, soyut biçimde görkemli eksiksiz beden, arzu ve haz fikrini kendinde toplar (Baudrillard,2004:168). Güzellik ve ideal beden bu şekilde sembolize edilip

standartlaştırılmış ve bireylere ulaşmaları gereken hedef olarak sunulmuştur. Ancak kişilerin farklı genetik özelliklere ve beden yapılarına sahip olmaları standartlaşmış bir beden ve güzellik anlayışının mümkün olamayacağını düşündürse de ideal beden ve güzelliğe ulaşmanın araçları ve yolları mevcuttur. Önemli olan bu standartlara ulaşmak için gösterilecek çaba ve harcanacak para miktarıdır. Bu standartlara ulaşmanın yolu beden için daha fazla tüketmekten geçmektedir. Tüketim toplumu bireylere hem bol miktarda, özellikle fast-food, yemelerini, ama aynı zamanda diyet ve spor yapmalarını, bunlarda başarılı olamazsa da estetik cerrahi ile istedikleri bedene ve güzelliğe ulaşabilecekleri mesajını sürekli yinelemektedir. Günümüz toplumlarında kişinin en önemli göstergesi artık bedeni ve görünüşü olmuştur. Buna ulaşmak ise bedene yönelik tüketimden geçmektedir.

Güzellik ve ideal beden her kadının için ulaşılması gereken ve ulaşılabilir noktalar ancak bazı meşakkatler ve öz veriler istemektedir. Bu özveriler ve meşakkatler doğal olarak daha fazla tüketmeyi ve bedeni kontrol altına almayı gerektirir. Ulaşılması gereken hedef olan “ideal beden”, tüketimin gereği olarak standartlaştırılmış bedendir ve temel dayanağı standart giysilerin standart beden gerektirmesidir. Kitlesele üretimin gereği olarak kataloglar, gazeteler, dergiler ve mankenler aracılığıyla standart beden kadınların sahip olması gereken beden olarak yansıtılmıştır (Yanıklar,2006:124-125). Yaratılan standart beden ve güzellik anlayışının oluşturduğu pek çok problemin başında, reklamlarda ve çeşitli kitle iletişim araçlarında yoğun olarak kullanılan kadın ögesi ve cinselliğin birtakım gereksinimleri tatmin etmek yerine tatminsizlik yaratmasıdır. Kadının ve kadın bedeninin bir cinsel obje olarak kullanılması zihinlerde yeni bir güzellik tanımı yaratmaktadır. Özellikle reklamlarda oynatılan fiziksel önceliklere sahip kadınlarla şu mesaj verilmek isteniyor; fiziksel güzelliğe sahip kadınlar her zaman mutlu, başarılı ve revaçtadır. Fiziksel yönden bir manken kadar etkileyici olmayan kadınlar ise dışlanmaktadır. Böylece dışsal ve geçici güzellik fetişize edilmektedir (Topçuoğlu,1995:212-213).

Güzelliğin mutlak bir buyruğa dönüştüğü tüketim toplumunda sağlıklı olmak da güzelliğe indirgenmiş durumdadır. Baudrillard’a göre sağlık günümüzde hayatta kalmaya bağlı biyolojik bir buyruktan çok statüye bağlı toplumsal bir buyruktur. Sağlık temel bir değerden çok bir değer yükleme olmuştur. Sağlık doğrudan doğruya güzelliğe eklenen “form”dur (Baudrillard,2004:178). Böylece sağlıklı olmak güzel görünmeyle

eşdeğer hale gelmiştir. Bunun sonucunda sağlık anlamını yitirmiş ve yeni bir anlam kazanmıştır.

Tüketim toplumunda bedene yönelik tüketim çok boyutlu bir görünüm arz eder. Öyle ki topluma bir yandan farklı ve değişik lezzetler tanıtılıp sunulurken, bir yandan da bedeni zinde ve dinç tutmak gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu süreçte ortaya başka bir ikilem postmodern toplumdaki tüketim gerçeğini daha açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Özellikle kadınların bir yandan zayıf, bakımlı ve gösterişli bir bedene sahip olmaları ve bu amaç için çabalamaları beklenirken bir yandan da karşı konulmaz lezzetler sunan yiyecekler ve fast-food tarzı yemek alışkanlıkları gittikçe artmaktadır. Özellikle 1980’li yıllarda diyet ürünlerinin yanı sıra egzersiz aletlerinin, estetik cerrahinin, fitness salonlarının popülerlik kazanmış olması ve diyet söyleminin bir öz kontrol aracı olarak işlev görmesi (Çabuklu,2004:146) ideal bedene ulaşma çabaları olarak dikkat çekmektedir. Bir yandan yemek yemesi teşvik edilen bedenden bir yandan da zayıflaması ve fit bir görünüm alması beklenmektedir. En çok satan kitaplar listeleri incelendiğinde iki tür kitabın değişmediği görülmektedir. Bir yanda en rafine, en egzotik, başka dünyalardan özel ve titiz yemek tarifleri sunan kitaplar, diğer yanda diyet/zayıflama kitapları. Yemek kitapları daha önce hiç tadılmamış tatları gözler, burun ve damak için en yüksek zevkleri vaat ederken, diyet/zayıflama kitapları ise yemeklerin vermiş olabileceği zararların nasıl giderilebileceğini anlatmaktadır (Bauman,2000:162). Bu durum çelişki gibi görülse de tüketimin mantığıyla birebir örtüşmektedir. Yemek yedikçe uzaklaşılan “ideal beden”e diyet ürünleri kullanarak, spor yaparak, estetik müdahalelerle yani daha çok tüketerek ulaşılabileceği gerçeği hemen hemen her gün zihinlere yerleştirilmeye çalışılmaktadır.

Bedene yönelik kontrol ve tüketimin ortaya çıktığı diğer bir alan da egzersiz/spor alanıdır. Spor yapmak yapılan bir şey olmaktan çok satın alınıp tüketilen bir şey olarak ticarileşmiştir. Egzersiz yaşamın bir parçası haline getirilmeye çalışılarak sağlıklı bir yaşam için yapılıyor görünse de “zayıf” ve “genç” bedenler için harcanan çabanın bir göstergesi olmaktadır. Egzersiz kadın için estetik ve zayıf olmak anlamına gelirken, erkekler için kaslı olmak anlamına gelmektedir. Gerek egzersiz için gerekse de egzersiz yapmak için tüketim yapılması gerekliliği ise kaçınılmaz bir durumdur (Sezgin,2011:186).

İdeal beden ve güzelliğe ulaşmada etkili bir yol estetik cerrahidir. Gündelik yaşamın tıbbileşmesiyle beraber tıp ideal bedene ve güzelliğe ulaşmanın bir aracı haline

gelmiştir. Genç görünmenin bir moda haline gelmesi, eskiye oranla daha ucuz olması, talebin artması ve bu tür operasyonları yapan hekim sayısının artması ile birlikte sayısı artan estetik operasyonlar bireylere arzuladıkları bedeni sunmaktadır. Özellikle kadınlar arasında daha yaygın olan bu operasyonlar son yıllarda erkekler arasında da rağbet görmekte, özellikle şişmanlıkla ve kellelikle ilgili operasyon sayısı hızla artmaktadır. Kadınlar ise estetik operasyonları daha çok kendilerini daha iyi hissetmek amacıyla yaptırmaktadırlar. İyi görünmek iyi hissetmektir.

Günümüz tüketim toplumlarında ideal güzel kadın, bir grup kadının bedenlerinin değişik parçalarının bir araya getirilmesine indirgenmiştir. Mali fırsatları çoğaltmak için beden parçalara ayrılmıştır. Estetik cerrahi ile birlikte de estetik standartlar doğrultusunda kadınlar için bir kimlik inşa edilmektedir. Kadınlara bedenlerine müdahale edilmediği takdirde, değersizleşeceği ve her şeyi kaybedeceği dayatılmaktadır. Bu sistem altında kadınlar disipline edilerek bedenleri çirkin, kusurlu ve sürekli düzeltilmeye ihtiyacı olan bedenler olarak kurulmaktadır (Çabuklu,2007:139-140). Bedenin parçalara ayrılmasının yanında güzellik anlayışı da parçalara ayrılmış ve bedenin belli noktalarına indirgenmiştir. Bu sayede bireylere bedenlerini tümünden değiştireme olanağı olmasa da beğenmedikleri ya da memnun olmadıkları bölgelere müdahale şansı vermektedir.

İdeal bedene ulaşma yolunda harcanan tüm çabalar ve meşakkatlerin hiç dile getirilmeyen bir sonucu; istenilen ideal bedene asla ulaşamayacağı gerçeğidir. Güzelliğin ve ideal bedenin gitgide artan bir biçimde farklı, çeşitli ve heterojen bir görünüm arz ettiği bu sistemde güzel olmak imkânsız hale gelmektedir. Kişinin fiziksel görünümü ne olursa olsun sonunda yetersiz kalmaya mahkûmdur ve birey bedenini yeniden değiştirme ihtiyacı duymaktadır (Çabuklu,2007:138-139). Bauman'a göre de (Bauman,2000:156-158) günümüzde beden bir duyum alıcısıdır deneyimleri emer, hazmeder ve uyarılma kapasitesi kendisini bir haz aracı kılar. Uygun bir beden duyarlılığı yüksek ve tavında bir haz aracıdır ve önemli olan bedenin aldığı duyumlardır. Tamamen öznel olan bu duyumlar herkesin anlayabileceği bir biçimde tanımlanmaktadır. Tüketicinin sağladığı bu duyumlar duyum konusunda bir sınır ve ölçüt olmaması yüzünden kişi hayatı boyunca kendi duyumlarının standartlara uyum uymadığı ya da öteki insanların ulaşabileceği zirveye kendi duyumlarının ulaşp ulaşmayacağı kuşkusuyla yaşamaya mahkûmdur. Duyumlar ne denli derin yaşanırsa yaşansın her zaman daha derin olabilirler. Bu durumda normallik düşüncesi hiçbir şey

ifade etmez ve sonsuz bir hoşnutsuzluk ve huzursuzluk verir. “Tamamen uygun” beden arayışı bu noktada asla ulaşılamamaya mahkûmdur. Dolayısıyla bedene ne denli özen gösterilirse gösterilsin, ne kadar eğitilirse eğitilsin kusurluluk düşüncesi atılamayacaktır.

Günlük yaşamın tıbbileştirilmesinin bir sonucu olarak yaşamın pek çok normal evresi ya da durumu tedaviye muhtaç bir hastalık olarak görülmektedir. Bu evrelerinden biri olan yaşlılık da günümüzde modern tıp tarafından tedavi edilebilir bir hastalık olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Tüketim toplumunun temel felsefesi olan “genç kal, güzel görün, uzun yaşa” (Featherstone,1999:182) sloganı, bireylere yaşlanmaması, yaşlansa da genç görünmesi gerektiğini her fırsatta vurgulamaktadır. Tüketim toplumunda geleneksel yaşlılık ve emekliliğe yer yoktur. Bunun yerine aktif emeklilik/yaşlılık kavramları ön plana çıkarılmaktadır. Tüketici kültürü içinde kaçınılmaz olan biyolojik yaş çeşitli şekillerde kontrol edilip hatta geri çekilebilecek bir olgu olarak sunulmaktadır. Böylece yeni ve güçlü bir pazar yaratılmıştır. Bu oluşturulan yeni durum kültürel anlamda büyük bir ivme kazanmış böylece tüketime yönelik olumlu yaşlılık teşvik edilmiştir. Bu üç süreçte oluşturulan bir olgudur. İlk olarak, yaşam tüketim yolu ile sürekli yeniden biçimlenmekte ve buna yapılan vurgu artmaktadır. İkinci sürekli olarak başta medya olmak üzere çeşitli kanallar aracılığıyla heyecan ve eğlenceler yaratılmaktadır. Üçüncü olarak da yeni değerler sistemi yaratılmaktadır. Böylece kronolojik olarak insanın doğup, olgunlaşıp, öldüğü gerçeği kabul edilmeyerek yaşlılığın izlerini silip genç bir bedene sahip olabilmek için bireyler önlerindeki seçeneklerden yararlanmaya zorlanmaktadır. Bu anlamda günümüzün değeri genç kalmak olmuştur. Yaşlılık çöküş demektir ve kabul edilemez. Bunu yapabilmek için de tüketim yapmak gerekmektedir (Featherstone-Hepworth,1999:374-376).

Günümüzde genç kadın ve genç erkek modeli ideal insan modeli olarak sunulmaktadır. Bu bedenlere ulaşmak için de özellikle yaşlılar için, beden üzerinde çeşitli işlemler gerekmektedir. Tıbbi araçların ve estetik cerrahinin gelişmesi ile birlikte bu artık daha kolay bir hale gelmiştir. Artık yaşlılık istenmeyen, engellenmesi mümkün olmasa da geciktirilmesi gereken bir evre olarak algılanmaktadır (Canatan,2011:327). Sağlıklı olmanın genç ve fit görünmeye indirgendiği günümüzde beden sağlıklı olabilmek adına tüketmek zorundadır. Bu yaklaşımın bir sonucu olarak yaşlılık, pasif, keyifsiz ve ölümü bekleyen imajından koparılarak mücadele edilmesi gereken bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu sürecin gerçekleştirilebilmesi için de yeni pazarlar oluşturulup yeni stratejiler geliştirilmektedir. Beden yaşlanırken, piyasa ekonomisi

koşulları da yaşlanmanın olumsuz yanlarına dikkat çekerek bedenin onarım sürecini başlatmaktadır (Sezgin,2011:189-190).

İKİNCİ BÖLÜM

2. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

2.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU VE AMACI

İnsan yaşamının en temel unsurlarından biri olan sağlık gerek bireysel gerekse toplumsal anlamda büyük bir önem taşımaktadır. Yaşayan her canlının yaşamını devam ettirebilmesinde bir ön koşul olan sağlık, bireysel olduğu kadar toplumsal bir olgu olarak da her zaman gündemde olmuştur. Sağlık ve sağlığın korunması her ne kadar bireysel bir eylem gibi görünse de bireysel olduğu kadar toplumsal bir konudur. Sağlık, bireylerin yaşadığı çevre ve koşullarla büyük oranda ilişkili olduğu için sağlığın korunmasında bireylere olduğu kadar toplumsal yönetimlere de iş düşmektedir. Bireylerin ve toplumun sağlığının korunmasında uygun koşulların ve gereken desteğin sağlanması yönetimlerin asli görevleri arasında yer almaktadır.

Sosyal bir kurum olan sağlık, tıpkı diğer sosyal kurumlar gibi içinde yer aldığı sosyal yapı tarafından şekillendirilmektedir ve diğer sosyal kurumlarla karşılıklı ilişki halindedir. Sosyal yapıda veya kurumlarda meydana gelen değişiklikler doğal olarak sağlık kurumunu ve sağlık kurumunun yapısını da etkilemekte ve değiştirmektedir. Bu bağlamda geçmişten günümüze sağlık farklı anlamlar içeren bir olgu olarak tıbbın konusu olduğu kadar sosyal bilimlerin ve özellikle sosyolojinin konusu olmuştur. Sağlığa sosyolojik bakış henüz çok yeni bir konu olsa da bu konuda önemli gelişmeler kaydedilmiş/kaydedilmektedir.

Sağlığa sosyolojik bir bakışın zorunluluğu artık tartışılmaz bir konudur. Sağlık ve hastalık her ne kadar tıbbın bir konusu gibi görülse de sağlığın sosyal yapının şekillendirdiği sosyal ve kültürel bir olgu olması ona sosyolojik bir bakışı zorunlu kılmaktadır. Bu bakımdan sağlık geçmişten günümüze kadar farklı anlamlar ve farklı bakış açıları içeren bir olgu olmuştur.

Sağlığın günümüzdeki anlamı ve sağlığa yaklaşımlar sosyal yapıdan bağımsız değildir. Sosyal yapıda meydana gelen önemli değişimler sağlık kurumunu da etkilemiş ve sağlık geçmişe göre günümüzde çok farklı anlamlar içeren bir olgu olmuştur. Özellikle Batı Avrupa’da ortaya çıkan aydınlanma dönemi ile birlikte bilimsel düşüncenin toplumsal yapıya hâkim olması beraberinde sağlığın da kurumsallaşmasına ve geleneksel tıbbi bilgiden koparak bilimsel bir disiplin olmasına neden olmuştur. Bu durum sağlık/hastalık kavramlarına bakışı da değiştirmiştir. Bu yeni dönemde beden ve ruh birbirinden ayrılarak, hastalık bedensel bulgulara indirgenmiştir. Modern dönemin

ardından gelen postmodern dönemde ise sağlık ortaya çıkan toplumsal değişimlerle birlikte yeni ve farklı anlamlar içeren bir konu olmuştur. Hastalıktan çok sağlıklı olmanın ön plana çıktığı bu dönemde sağlık, tüketim ve beden konularıyla daha çok anılır olmuştur.

Bu açıdan bir alan araştırması olan çalışmamızın konusu: teorik düzeyde sağlık ve hastalık kavramlarının toplumsal kavramlar olduğunun açıklanmasının yanında sağlık sosyolojisi ve sağlık sosyolojisinin temel kavramlarının açıklanmasını içermektedir. Bunun yanında kadın sağlığı ve kadın sağlığının öneminin vurgulanmasını içeren çalışmanın son kısmında ise sağlık bilgisinin toplumsallaşması iki farklı boyutta ele alınmaktadır. Bu boyutlardan ilki sağlık bilgisinin toplumsallaşarak daha kolay ulaşılabilirliğine vurgu yaparken, ikinci boyutta ise sağlığın medikalizasyonu süreci ele alınmaya çalışılmıştır. Araştırmamızın uygulamalı yönü ile de; sağlık bilgisinin halka inerek toplumsallaşmasının, sağlığa olan ilginin artması ve tıbbın tüketim aracı haline gelmesi sağlık ve beden sosyolojisi bağlamında çalışan kadınlar üzerinden irdelenerek ele alınmaya çalışılmaktadır.

Bu çalışmanın konusu: toplumun sağlığa olan ilgisinin artması ve sağlık bilgisinin halka inerek toplumsallaşmasının sosyolojik düzlemde irdelenmesinin yapılmasıdır. Toplumda sağlık-hastalık konusunda artan bir duyarlılık söz konusudur. Artan bu duyarlılıkla beraber toplumsal yaşamda sağlığa ilişkin bazı değişimler yaşanmıştır/yaşanmaktadır. Sağlığın postmodern dönemde geçirmiş olduğu dönüşüm ve bu dönüşümle birlikte tıbbın tüketim aracı haline gelmesi sağlık ve beden sosyolojisi bağlamında ele alınmaktadır. Bu bağlamda özellikle son dönemde kadınların sağlık konusuna daha fazla ilgili olmaları sorunun kadınlar üzerinden irdelenmesini gerekli kılmaktadır. Kadınların sağlık ve beden konularına ilgileri bir yandan daha sağlıklı olmak istemelerinden bir yandan da sağlıklı ve aynı zamanda güzel görünmeye dönük ilgilerindendir. Kadınlar arasında daha fazla görülen bu eğilim kadınların ekonomik özgürlüğe sahip olmaları ile birlikte sağlıklı olmanın yanında bedene yönelik ilginin de artmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada çalışan kadınların sağlık bilincinin artması, sağlığın toplumsallaşması, toplumun medikalizasyonu ve bedene yönelik artan ilginin düzeyi sosyolojik bir çerçevede irdelenmektedir.

“Çalışan Kadınların Sağlık Bilincinin Sosyolojik Analizi” konusundaki araştırmanın amacı; toplumda sağlık-hastalık konusunda artan duyarlılığın, ilginin, merakın boyutlarını ve niteliğini ortaya koymak ve bu çerçevede toplumsal hayattaki

değişime, toplumun yeniden organizasyonuna dikkat çekmektir. Toplumda sağlık-hastalık konusunda ortaya çıkan ilginin ve bu ilginin artmasındaki faktörlerin neler olduğunu ve tıp endüstrisinin ve medya sektörünün bu süreçteki rolünü ortaya koymak, bu araştırmanın amaçları arasındadır. Bunun yanında bu çalışma sağlık ve hastalığa dönük toplumsal ilgi ile toplumsal yapı, norm, değerler ve toplumsal değişkenler arasında bağlantı kurmak ve bu ilginin- sağlık ve hastalık konusunda- nasıl bir toplum ortaya çıkardığını, bunun medikal toplum ya da toplumun medikalizasyonu dediğimiz sürece karşılık gelip gelmediğini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Ayrıca tüm dünyada postmodern kültürün etkisiyle ortaya çıkan bir takım değerler ve bakış açılarının da toplumun medikalizasyonuna olan etkilerini ortaya koymak, beden, kimlik, zindelik, yaşlanma, gençlik vb. olgular etrafında konuyu irdelemek bu çalışmanın amaçları arasındadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Geçmişten günümüze sağlığın ne kadar önemli olduğunu belirten pek çok söz ve deyim toplumumuzda sık sık kullanılagelmiştir. Bütün bu söz ve deyimlerin ortak noktası sağlıktan daha önemli ve değerli bir şeyin olmadığı vurgusudur. Hemen her dönemde geçerli olan bu durum günümüzde daha da önem kazanmıştır. Özellikle Sanayileşme ve modernizm ile birlikte insan hayatına ve sağlığına etki eden çevresel faktörlerin çeşitlenmesi ve farklılaşması sağlığa verilen önemi daha da artırmıştır.

Aydınlanma, Sanayi İnkılabı ve Modernizm gibi toplumsal yapıda köklü ve büyük değişikliklere yol açan dönüşümler sağlık alanında da önemli gelişme ve dönüşümlere yol açmıştır. Modern tıbbın gelişimi ve çevresel koşulların iyileştirilmesi ile birlikte sık görülen ve önemli problemler yaratan birçok hastalığın tedavisi bulunmuş ve insanların beklenen yaşam süresi uzamıştır. Yaşam kalitesinde meydana gelen iyileşmeler ve sağlık alanında yaşanan önemli gelişmeler insanların yaşam sürelerini uzatırken, bir yandan da modern dönemlere ait yeni ve kronik hastalıkların gelişmesine neden olmuştur. Yaşam koşullarında ortaya çıkan değişikliklerle birlikte sağlık ve sağlıklı olmaya verilen önemin artması bu dönemde ortaya çıkan önemli başka bir gelişmedir. Bu gelişmelere bağlı olarak günümüzde hastalık kavramından çok sağlıklı yaşam kavramına doğru bir kültürel geçiş yaşanmaktadır.

Sağlık ve sağlıklı olmaya verilen önem günümüzde hayatın her alanına sirayet etmiştir. Bu süreçte sağlık, toplumsal yapıda ortaya çıkan diğer değişimlerden

etkilenmiş ve tıbbi olduğu kadar her zamankinden daha fazla sosyal ve kültürel anlamlar içeren bir olgu haline gelmiştir. Özellikle modern tıbbın gelişimi ile birlikte kurumsallaşan tıp kurumu sağlık ve hastalık konularını tekeline almış ve bu konuda kolay aşılamayan duvarlar örmüştür. Ancak sağlığın sosyal ve kültürel yönünün daha ön plana çıkması ve gelişen iletişim ağları sayesinde sağlık konusu bireyler için anlaşılabilir ve daha ulaşılabilir bir konuma gelmiştir. Sağlık alanında ortaya çıkan bu değişime ek olarak günümüz siyasi, kültürel ve ekonomik yapılanmasına bağlı olarak sağlık bir denetim ve kontrol aracı olduğu kadar bir tüketim aracı da olmuştur. Bunun yanında sağlık/hastalık kavramlarının geçirmiş olduğu kültürel değişime bağlı olarak beden ve bedenin görünümüne verilen önemin artması ile birlikte güzel görünmek sağlıklı olmakla eşdeğer hale gelmiştir.

Sağlık ve sağlıklı olmanın günümüzün temel konularından biri olması toplumun tüm bireylerini etkilediği gibi özellikle kadınları daha da fazla etkilediği söylenebilir. “Kadınlar hasta olur erkekler ölür” cümlesinde ifadesini bulan düşünceye göre kadınlar erkeklere göre zayıf, kırılgan ve güçsüzdür. Bu yüzden hastalıklara yakalanmaları ve yakalanma ihtimalleri daha yüksek olan kadınlara yönelik sağlıklı olmak söylemi hemen her alanda kendini daha fazla göstermektedir. Özellikle kitle iletişim araçları vasıtasıyla kadınlara daha fazla yönelen sağlıklı olmak söylemi bir yandan sağlığa verilen önemi ve bilinçlenme düzeyini artırırken biryanda da sağlık vasıtasıyla bedene ilişkin kontrol ve tüketimi de körüklemektedir.

Geçmişten beri kadın sağlığına yeteri önem verilmemiş ve kadın sağlığı üreme sağlığına indirgenmiştir. Toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak ortaya çıkan bu durum sonucunda hemen her alanda olduğu gibi sağlık alanında da kadının gereken öneme ve hizmetlere ulaşmada çeşitli sıkıntılar yaşamıştır. Bu bakımdan toplumsal cinsiyet rolleri gereği genellikle ikinci planda kalan kadın sağlığı ayrı bir önem taşımaktadır. Toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak eğitim, çalışma hayatı ve sosyal hayatta ikinci planda kalan kadın sağlık söz konusu olduğunda da aynı durumla karşı karşıya kalmış, kadın sağlığı üreme sağlığına indirgenerek yeterli önemi görmemiştir.

Sanayi İnkılabı sonrası çalışma hayatının çeşitli aşamalarında yer almaya başlayan kadının çalışması, beraberinde kadın için artan sorumluluklar ve sıkıntılar getirmiştir. Kadının asli görevini ve rollerinin ev yaşamı ile sınırlı olduğu bir dünyada kadının çalışması, kadınlara ev yaşamına ek olarak yeni sorumluluklar ve roller yüklemiştir. Bu bağlamda, ev yaşamına ilişkin rollere ek olarak çalışma yaşamının

zorlukları kadın sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktördür. Bunun yanında kadınların bir yandan kendi sağlıkları ile sorumlu iken diğer yandan ailenin diğer bireylerinin sağlıklarından birinci derecede sorumlu olmaları onların sağlığa ve sağlıklı olmaya ilişkin bakış açılarını etkilemektedir. Bütün bunların sonucunda kadının, özellikle çalışan kadının sağlığı ayrı bir önem teşkil etmekte, sağlıklı bireylerin sağlıklı bir toplumun ön koşulu olduğu düşünüldüğünde bu konunun önemi daha çok anlaşılmaktadır.

2.3. KONUYA İLİŞKİN ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

Özellikle II. Dünya Savaşından sonra bir ivme kazanan sağlık sosyolojisi alanındaki çalışmalara sosyologların ilgisi çok fazla olmamıştır. İlk çalışmalar daha çok tıp alanında çalışan bilim adamlarından gelse de özellikle dünya genelinde sağlığa sosyolojik bakış açısının geliştirilmesinde Batı Avrupa’da yapılan çalışmalar öncülük etmiştir.

Sağlık ve hastalığın sosyolojik anlamda ele alındığı ve bu konuda dönüm noktası olarak kabul edilen çalışma; Prasons’un “Social System” (1951) kitabında ele aldığı “hasta rolü” kavramı ve hastalığın sosyal sistemdeki rolüne ilişkin vurgularıdır. Dünya genelinde ki diğer çalışmalara bakıldığında; Fritjof Capra (1992) “Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası” adlı çalışmasında sağlık sistemine önemli bir yer ayırmıştır. Bunun yanında Ivan Illich (1995) “Sağlığın Gaspsı” çalışmasıyla sağlık sistemine eleştirel bir bakış açısı getirmiştir. Ayrıca; David Mechanic (1978) “Medical Sociology”, Rodney M. Coe (1978) “Sociology of Medicine” ve Michael Bury (1997) “Health and İllness in a Changing Society” çalışmaları sağlık sosyolojisi alanında dikkat çeken çalışmalar olmuştur.

Ülkemizde ise sağlık sosyolojisi alanında ilk dikkat çeken çalışma Orhan Türkdoğan (1991)’ın 1964-1965 yılları arasında Erzurum’un Ilıca kasabasına bağlı 37 köy üzerinde gerçekleştirdiği uygulamalı çalışma olmuştur. Bu çalışmada Türkdoğan, Doğu Anadolu Bölgesinde halk tababeti, modern tıp doktor ve hastaneyle ilgili tutumları, hasta ve hastalıkla sistemine ilişkin değer yargıları ve inanç sistemlerini ayrıntılı bir şekilde incelemiştir.

1980’li yıllarda ise Aytül Kasapoğlu’nun “Sağlık Örgütlerinde Personelin Sosyal İlişkileri”(1992) adlı doktora tezinin ardından çeşitli dergilerde yayınlanan makaleleri göze çarpmaktadır. 1990’lı yıllarda ise sağlık sosyolojisi alanında yapılan çalışmalarda

bir artış görülmüştür. Ülgen Oskay (1993)'ın, Belma Akşit (1995)'in ve Sevinç Özen (1993-1994) çalışmaları sağlığa sosyolojik bir bakışa katkıda bulunmaktadır. Sezgin Kızıılçelik'in (1995) "Kırsal kesim ve kentsel kesimdeki sağlık sisteminin sosyolojik açıdan karşılaştırmalı olarak incelenmesi" adlı doktora çalışması ve Nurşen Özçelik (Adak)'ın "Sağlık-hastalık sistemi ve kadın" adlı doktora çalışması bu alanda yapılan önemli çalışmalar olarak dikkat çekmektedir. İlker Belek (1998)'in Sınıf Sağlık Eşitsizlik ve Zafer Cirhinlioğlu (2001)'nun Sağlık Sosyolojisi adlı çalışması alana önemli katkılar sağlamaktadır.

Son yıllarda ise; Burhan Baloğlu (2006) "Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık" ve Deniz Sezgin (2011) "Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık" çalışmaları sağlık sosyolojisi alanına katkıda bulunan diğer çalışmalar olmuştur.

2.4. VARSAYIMLAR

Araştırmamızın temel varsayımı "Çalışan kadınların sağlık ve sağlıklı olmak konusunda bilinç düzeylerinin ve ilgilerinin arttığı" dır. Bununla bağlantılı olarak ortaya koyduğumuz alt varsayımlar ise şunlardır:

- Çalışan kadınların sağlık-hastalık konularına ilgileri artmaktadır.
- Çalışan kadınların sağlık konularına ilgilerinin artmasında kitle iletişim araçlarının önemli bir rolü vardır.
- Çalışan kadınlar sağlıklı olmaya önem vermektedir.
- Çalışan kadınlar diyet yapmaktadır.
- Çalışan kadınların spora verdikleri önem artmıştır.
- Çalışan kadınlar sağlıklı olabilmek için beslenmelerine dikkat etmektedir.
- Çalışan kadınların alternatif tıba olan ilgileri artmıştır.
- Çalışan kadınların alternatif tıbbın iyileştirici ve sağlığı koruduğuna dair inançları yüksektir.
- Alternatif tıp bilgilerini daha çok kitle iletişim araçlarından almaktadırlar.
- Çalışan kadınlar fiziksel görünümlerine önem vermektedirler.
- Çalışan kadınların büyük çoğunluğu kozmetik mamulleri kullanmaktadır.
- Çalışan kadınların gençliğe önem vermektedir.
- Çalışan kadınların yaşlılığa verdikleri anlam olumsuzdur.

2.5. YÖNTEM

2.5.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma betimleyici ve ilişki arayıcı nitelikte olup, bir saha çalışmasına dayanmaktadır. Bir yandan kadınların sağlık-hastalık konusundaki bilinç/farkındalık durumlarını ortaya koymakta, diğer yandan bunda etkili olan sosyal değişkenler ve sosyo-kültürel yapıyla ilişkisi kurulmaktadır.

2.5.2. Evren

Araştırmanın evrenini Malatya Merkez İlçedeki çalışan kadın nüfus oluşturmaktadır. Araştırma konusunun çalışan kadınlar olmasının çeşitli sebepleri vardır. Bu sebeplerden en önemlilerinden biri günümüzde sağlığın bir tüketim aracı olması ve bedene yönelik bakım ve ilgiyi de kapsamasıdır. Sağlığın tüketim aracı olması sağlık alanında kişisel harcamaların yapılmasını gerekli kılmaktadır. Bu kişisel harcamanın yapılabilmesi ise belli bir geliri ve bu gelirin bir kısmının kişisel olarak harcanmasını gerektirmektedir. Bu harcamayı ise ancak kendilerine ait bir geliri olan çalışan kadınların yapabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle araştırma evreni çalışan kadınlar olarak belirlenmiştir.

Araştırma evreni bazı meslekler seçilerek oluşturulmuştur. Buna göre araştırma evrenimiz sınırlandırılmış bir evrendir. Araştırma evrenimizin sınırlandırılmasında ve bazı mesleklerin seçilmesinde bazı özellikler göz önünde bulundurulmuştur. Öncelikle toplumsal cinsiyet ayrımlarına dayalı olarak bazı meslekler kadınlara daha uygun ve kadınsı işler olarak nitelendirilirken, bazı mesleklerin erkeklere daha uygun olduğu görüşü hâkimdir. Buna dayanarak daha çok kadınların yoğun olarak çalıştığı meslekler araştırma evrenini oluşturmaktadır. Bu meslekler; öğretmen, ebe-hemşire- öğretim üyesi-görevlisi, hâkim-savcı-avukat, doktor, eczacı ve memurdur.

Bir sonraki aşamada 2011 yılı esas alınarak seçilen mesleklerde çalışan kadınların sayısı, çalıştıkları kurum ve bağlı oldukları kurumlar aracılığıyla elde edilmiştir. Buna göre araştırma evrenimiz 6198 kişidir. 2011 yılı itibarıyla Malatya Merkez İlçede evreni oluşturmak amacıyla seçilen mesleklerde çalışan kadın sayısı aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 12: Araştırma Evrenini Oluşturan Mesleklerde Çalışan Kadın Sayısı

Meslek	Mesleğe ilişkin sayının alındığı kaynak	Sayı
1-Öğretmen	Malatya Milli Eğitim Müdürlüğü	2508
2-Ebe-hemşire	Malatya İl Sağlık Müdürlüğü	1756
3-Öğretim üyesi-görevlisi	İnönü Üniversitesi	385
4-Hâkim-Savcı-Avukat	Malatya Adliye Sarayı Malatya Barosu	96
5-Doktor	Malatya İl Sağlık Müdürlüğü	339
6-Eczacı	Malatya Eczacı Odası	92
7-Memur	Malatya ili ilgili kamu kurum ve kuruluşları	1022
Toplam		6198

2.5.3. Örneklem

6198 olarak belirlenen evrende %99 güven düzeyi + - 5 göz yumulabilir yanılğı payı (Sencer,1989:610) hesaplamasıyla araştırma örneklemini 620 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırmamızın örneklemini, evreni oluşturan her meslek grubu için %10 örnekleme yöntemi ile araştırma evreninden tesadüfi örnekleme metodu ile seçilmiştir. Tesadüfi örnekleme metodu ile seçilen örneklemin mesleklere göre dağılımı şu şekildedir.

Tablo 13: Araştırma Evreninin Örneklem Sayısı

Araştırma evrenini oluşturan mesleklerdeki toplam sayı	Araştırmam evreninden alınan örneklem sayısı
1-Öğretmen: 2508	244
2-Ebe-hemşire:1756	170
3-Öğretim üyesi-görevlisi:385	38
4- Hâkim-Savcı-Avukat:96	12
5-Doktor:339	34
6-Eczacı:92	12
7-Memur: 1022	110
Toplam: 6198	620

2.5.4. Bilgi Toplama Araçları

Araştırmada bilgi toplama aracı olarak “anket” kullanılmıştır. Konu ile ilgili olarak önceden hazırlanan teorik ve uygulamalı çalışmalar taranarak konu ile ilgili sorular hazırlanmıştır. Sorular tezin amacı ve varsayımları dikkate alınarak hazırlanmıştır ve varsayımları test etmek amacını gütmektedir. Ankette 38 kapalı uçlu, 30 yarı açık uçlu ve 2 tane de açık uçlu olmak üzere 69 soru bulunmaktadır.

Anket formundaki soruların içeriği şu şekildedir. Anketin ilk 7 sorusu çalışan kadınların kişisel ve sosyo-ekonomik niteliklerini tespit etmek amacıyla hazırlanmıştır. Ankette 8. soru ve 18. sorular arasında kalan sorular örneklemin sağlık ve hastalık konusundaki görüşleri, bilgi ve ilgi düzeyleri ve bilgileri nereden aldıklarını tespit etmek amacıyla hazırlanmıştır. 19. soru ve 21. sorular arasında kalan sorular, hastalık durumunda nasıl davrandıkları; 22. soru ve 43. sorular arasında kalan sorular, sağlık konusundaki duyarlılık düzeyleri; 44. soru ve 54. sorular arasında kalan sorular alternatif tıp yaklaşımları; 55. soru ve 70. sorular arasında kalan sorular ise beden konusundaki duyarlılık düzeylerini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır.

Anket soruları hazırlanırken, sorular herkes tarafından aynı şekilde anlaşılacak biçimde açık, kesin ve kısa olmasına gayret edilmiştir. Araştırma anketi hazırlandıktan sonra 20 kişiye bir ön uygulama yapılarak, anket sorularında anlaşılması güç ve sıkıntılı olanlar tespit edilip, bunlar sadeleştirilip düzeltildikten sonra anket uygulamasına geçilmiştir.

2.5.5. Ölçme Araçlarının Uygulanması ve Verilerin Toplanması

Araştırma anketi, Malatya il merkezinde 2011 yılında Mart – Haziran ayları arasında uygulanmıştır. Anket araştırmacı tarafından tesadüfî örnekleme tekniği ile belirlenen araştırma örneklemine bizzat uygulanmıştır. Anket, belirlenen meslek gruplarının çalışma alanlarına ve ofislerine gidilerek uygulanmıştır.

Örnekleme 620 kişiden oluşmaktadır. Örnekleme oluşturan öğretmenler için okullara, ebe-hemşireler için özel ve resmi sağlık kurumlarına, hâkim, savcı ve avukatlar için adliye, baro ve özel ofislere, öğretim üyesi ve görevlileri için üniversitelerindeki çalışma ofislerine, doktorlar için özel ve resmi sağlık kurumlarına, eczacılar için eczanelere ve memurlar için her bir kurumdan izin alınarak resmi kurum ve kuruluşlara gidilmiştir. Anketin uygulanacağı örnekleme meslek grupları ve hangi mesleğe kaç anket uygulanacağı önceden belirlenmiş, bunun akabinde anketi oluşturan örnekleme tesadüfî olarak seçilerek anket uygulanmıştır.

2.5.6. Verilerin Analizi

Uygulanan anketler, SPSS for Windows istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma varsayımlarının sınanmasında frekans dağılımları, bağımsız değişkenler olan yaş, medeni durum, gelir ve meslek değişkenlerine bağlı olarak çapraz tablolama ve Ki-kare (χ^2) testi kullanılmıştır.

Ki-kare testi iki ya da daha fazla değişken arasında bir ilişkinin olup olmadığını test etmeye yarayan bir istatistik tekniğidir (İslamoğlu,2011:228). Ki-kare testi, karşılaştırılan değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmek ve bulmak amacıyla kullanılır. Uygulamada elde edilen sonuçların teorik sonuçlarla ne kadar uyum sağladığı araştırılmaktadır (Gökçe,1992:163). Ki-kare testinde, test istatistikleri penceresinde görülen rakamlar, analizin anlamlılığını ifade etmek için ölçüt alınmaktadır. Tablonun istatistiki bir anlam ifade edebilmesi için test istatistikleri tablosunun altındaki yazıda bulunan yüzdelerin %20'yi geçmemesi gerekir. Aksi takdirde soru için ki-kare testinin kullanılamayacağı anlamına gelir. Ülkemizdeki çalışmalarda genel olarak bu oran %25 olarak kullanılmaktadır (Arslantürk-Arslantürk, 2010:255). Tezimiz için de bu oran %25 olarak kabul edilmiştir. Ancak %25'lik oranın üzerinde olduğu halde araştırmamız için anlamlı olduğunu düşündüğümüz bazı tablolar tezin içinde yer almaktadır. Bu tablolar için ki-kare testi anlamsız olduğu için ki-kare değerleri gösterilmemiştir.

Ki-kare testi uygulanan tablolarda, tabloların altında verilen χ^2 değeri gözlenen ve beklenen değerler arasındaki ilişkiyi ifade eder. Tabloların altında bulunan serbestlik derecesi (sd) değeri birer eksiltile satır ve sütun sayısının çarpımıyla elde edilmektedir. Yine tabloların altında bulunan p değeri, istatistiksel işlem sonucunda elde edilen sayısal sonucun, güven düzeyi ve göz yumulabilir hata payı karşısındaki konumunu ifade etmektedir. P değerinin 0.05'den yani göz yumulabilir hata payından küçük olması tablonun istatistiki olarak anlamlı olduğunu gösterir. P değerinin 0.05'den büyük olması ise tablonun istatistiki olarak anlamsız olduğunu göstermektedir.

2.6. ARAŞTIRMA ALANININ ÖZELLİKLERİ

Doğu, Güneydoğu ve Orta Anadolu bölgelerinin kesişme noktasında yer alan Malatya, tarih boyunca farklı din, dil, etnisite ve kültüre sahip medeniyet ve topluluklara ev sahipliği yaptığı için sosyal yapı açısından çeşitlilik ve zenginlik gösterir. Bu bakımdan, sosyal ve kültürel zenginlikleriyle Malatya Türkiye sosyal yapısını yansıtan bir şehir olarak dikkat çekmektedir.

Malatya'nın tarihi ve coğrafi genel özellikleri şöyledir (Malatya Vizyon 2023, Malatya İl Gelişim raporu, 2011) : Malatya'nın siyasi tarihi M.Ö. 1700 yıllarına dayanmakta ise de insanların ilk yerleşik hayata geçtikleri yerlerden biri olması nedeni ile bir yerleşim yeri olarak tarihi M.Ö. 6500 yıllarına dayanmaktadır. 12.412 km²'lik yüzölçümüyle Türkiye'nin 23. büyük vilayeti olan Malatya; 35 34' ve 39 03' Kuzey enlemleri ile 38 45 ' ve 39 08' Doğu boylamları arasında kalmaktadır. Çevresi, doğuda Elazığ ve Diyarbakır, güneyde Adıyaman, batıda Kahramanmaraş, kuzeyde Sivas ve Erzincan illeri ile çevrilidir.

Adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre 2012 yılı Malatya nüfusu 762.366 kişidir. Bu nüfusun 381.025'i erkek (%49,98), 381.341'i kadındır (%50,02). Malatya nüfusunun %66,21'lik kısmı il ve ilçe merkezlerinde, %33,79 kısmı ise köy ve beldelerde yaşamaktadır (<http://www.nufusu.com/il/malatya-nufusu>).

Malatya'nın ekonomisi genel olarak ele alındığında sektörel dağılım şu şekilde gerçekleşmiştir; tarım %13,3, sanayi %27,7 ve hizmet sektörü %59,0. Tarım sektörü ele alındığında, Malatya'da bitkisel üretim ağırlıklı olarak kayısıya dayalıdır. Türkiye, yılda yaklaşık 500.000 ton taze kayısı ve bunun önemli bir bölümünden 120.000 ton kuru kayısı üretimi gerçekleştirmektedir. Dünya yaş kayısı üretiminin %20'si, dünya pazarındaki kuru kayısının ise %80'i Türkiye tarafından sağlanmaktadır. Malatya ise Türkiye taze kayısı üretiminde %60, kuru kayısı üretiminde ise %90'lık bir paya sahiptir. Dünya genelinde ise yaş kayısı üretiminin %12'si, kuru kayısı üretiminin ise %70'i Malatya'da üretilmektedir. Malatya'da hayvancılık ise nispeten dar bir çerçevede gerçekleşmektedir. Dağlık alanlarda daha çok koyun besiciliği yapılırken, ovalık alanlarda ise büyükbaş hayvancılık yapılmaktadır. Arıcılık ise daha çok dağlık ve ormanlık alanlarda yapılmaktadır.

2009 yılı itibariyle Malatya'nın sanayisini birinci derecede tekstil sektörü, ikinci derecede ise kayısıya dayalı gıda sanayi şekillendirmektedir. Malatya'da sırasıyla gıda, tekstil ve inşaat sektörleri hem istihdam sayısı hem de şirket sayısı bakımından ön plandadır. Sanayi alanında toplam istihdamın %54'ü tekstil sektöründe, %26'sı ise gıda sektöründedir. İstihdam bakımından ele alındığında ise; 2010 yılı itibariyle İş-Kur kayıtlarına göre 21,487 kayıtlı işsiz vardır. Kayıtlı işsizlerin 15,353'ü erkek, 6,134'ü kadınlardan oluşmaktadır. SGK kayıtlarına göre 2010 yılı sonu itibariyle Malatya'da Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığına kayıtlı 144.338 çalışan mevcuttur.

Son yıllarda Malatya sağlık sisteminde, temel sağlık hizmetleri ve araç altyapısı alanında önemli gelişmeler kaydetmiştir. Sağlık İl Müdürlüğü'nün 2011 kayıtlarına göre Malatya'da 9 devlet hastanesi, 8 özel hastane, 1 üniversite hastanesi ve 1 askeri hastane bulunmak üzere toplam 19 hastane mevcuttur. Bu hastanelerde 617 uzman, 661 pratisyen hekim olmak üzere toplam 1278 hekim görev yapmaktadır. Yine ilde 1517 hemşire ve 738 ebe görev yapmaktadır. Malatya'da bulunan toplam hastane yatağı sayısı ise 1114'tür.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. ARAŞTIRMA BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞAN KADINLARIN SAĞLIK BİLİNCİNİN SOSYOLOJİK ANALİZİ

3.1. DEMOGRAFİK, SOSYO-KÜLTÜREL VE EKONOMİK ÖZELLİKLER

3.1.1. Yaş Durumları

Sağlık ve hastalık söz konusu olduğunda yaş faktörü önemli bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazı hastalıkların yaşa bağlı olarak görülme sıklığının artması ve yaş ilerledikçe artan sağlık sorunları araştırmamızın verilerini değerlendirmede yaş faktörünün göz önünde bulundurulmasının çok önemli olduğunu göstermektedir.

Tablo 14: Yaş Dağılımı

	N	%
20-29 yaş	116	18,7
30-39 yaş	312	50,3
40-49 yaş	167	26,9
50 yaş ve üzeri	25	4,0
Toplam	620	100,0

Araştırma sonuçlarına göre, örnekleme oluşturan 620 kişinin %18,7'si (116 kişi) 20-29 yaş aralığında, %50,3'ü (312 kişi) 30-39 yaş aralığında, %26,9'u (167 kişi) 40-49 yaş aralığında ve %4,0'ı (25 kişi) 50 yaş ve üzerindedir. Örneklemimizin yaş grupları dikkate alındığında en yüksek yoğunluğun 30-39 yaş ve 40-49 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Evrenimizi oluşturan meslekleri ele aldığımızda genel anlamda yükseköğrenim gerektiren meslekler olması dolayısıyla bu mesleklerde işe başlama yaşı daha yüksektir. Bu bağlamda 20-29 yaş arası yaş yoğunluğunun daha az olması anlamlıdır. Bunun yanında ülkemizde son yıllara kadar emeklilik yaşının, özellikle kadınlar için, düşük olması örneklemimizde 50 yaş ve üzeri yoğunluğunun düşük olmasını açıklayan bir bulgudur.

3.1.2. Eğitim Durumları

Sağlık ve hastalık söz konusu olduğunda bireylerin almış oldukları eğitim ve bilinç düzeyleri oldukça etkili olmaktadır. Eğitim seviyesi yükseldikçe kişinin kendisi ve çevresi ile ilgili bilinç düzeyinin yüksek olması beklenmektedir. Eğitim kişiye bazı

değerler kazandırdığı gibi, bilgiye ulaşma ve onu kullanma konusunda da önemli getiriler sağlamaktadır. Bu bağlamda sağlık ve hastalıkla ilgili bilgiye ulaşma, onu kullanma ve değerlendirmede eğitim düzeyi önemli bir değişkendir.

Tablo 15: Eğitim Durumu

	N	%
Lise	59	9,5
Üniversite	461	74,4
Lisansüstü (Y. Lisans – Doktora)	100	16,1
Toplam	620	100,0

Örnekleminizin %74,4'ü üniversite, %16,1'i lisansüstü eğitim ve %9,5'i lise mezunudur.

3.1.3. Gelir Durumları

İnsanların gelirleri yaşam koşullarını ve tarzlarını etkileyen en önemli değişkenlerden biridir. Yapılan işe bağlı olarak değişen gelir, sağlık ve hastalık söz konusu olduğunda çok önemli bir değişken olarak görülür. Özellikle günümüz neo-liberal politikaları sonucu gittikçe daha fazla özel sermayeye terk edilen sağlık sektörü ve alanları söz konusu olduğunda gelirin önemi daha da çok artmaktadır. Sağlık bir tüketim aracı olduğu günümüzde sağlık hizmetlerine ulaşmak için gelirden önemli bir kısmının sağlık harcamalarına ayrılması gerekliliği gelirin sağlıkla ilgili kaynaklara ulaşmada çok önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Tablo 16: Gelir Durumu

	N	%
751-1500 tl arası	47	7,6
1501-2500 tl arası	137	22,1
2501-3500 tl arası	135	21,8
3501-4500 tl arası	213	34,4
4501-5500 tl arası	52	8,4
5501 ve yukarısı	36	5,8
Toplam	620	100,0

Örnekleminizin gelir durumuna bakıldığında; %7,6'sı 750-1500 tl arası, %22,1'i 1501-2500 tl arası, %21,8'i 2501-3500 tl arası, %34,4'ü 3501-4500 tl arası, %8,4'ü 4501-5500 tl arası ve %5,8'i 5501 tl ve yukarısı bir gelire sahip olduğu görülmektedir. Örnekleminizi oluşturan grup ortalama bir gelire sahiptir. Sahip oldukları gelir itibarıyla de sağlık harcamalarında bulunabilecek bir düzeydedirler.

3.1.4. Mesleki Dağılım

Günümüzde meslek insanların yaşam biçimlerini ve standartlarını doğrudan etkilemektedir. Meslekler söz konusu olduğunda bazı meslekler kadınlara daha uygun görülmekte bazıları ise görülmemektedir. Geçmişte ve günümüzde büyük bir çoğunlukla kadınların asli görevlerinin ev ve ev işleri olduğu kabul edilmiştir. Bu bağlamda iş yaşamına katılmak kadınlar için sorumluluklarının ve yüklerinin artması anlamına gelmektedir. Bu nedenle kadınların yapacağı işlerin onların fiziksel ve sosyal özelliklerine uygun işler olması gerekliliği vurgulanmıştır. Bunun sonucunda toplumda bazı meslekler kadınlara daha uygun görülmüş ve kadınlar da daha çok o mesleklere yönelmiştir. Örneklemimizi oluşturan meslek grupları bu tanımlamalara uyan meslekler arasından seçilmiştir.

Tablo 17: Meslek Dağılımı

	N	%
Öğretmen	244	39,4
Hâkim, Savcı, Avukat	12	1,9
Öğretim üyesi-görevlisi	38	6,1
Memur	110	17,7
Doktor	34	5,5
Eczacı	12	1,9
Ebe-Hemşire	170	27,4
Toplam	620	100,0

Örneklemenin meslek dağılımı şu şekildedir; %39,4 öğretmen, %1,9 hâkim-savcı-avukat, %6,1 öğretim üyesi-görevlisi, %17,7 memur, %5,5 doktor, %1,9 eczacı ve %27,4 ebe-hemşire.

3.1.5. Medeni Durum, Eşin Mesleği ve Çocuk Sayısı

Bireylerin medeni durumları sağlıklarını ve sağlığa bakış açılarını etkileyen önemli bir değişkendir. Kadınların evli ya da bekâr olmaları öncelikle kendi sağlıklarını ve daha sonra aile bireylerinin sağlıklarını etkilemektedir. Bekârken sadece kendinden ve kendi sağlığından sorumlu olan kadın, evlendikten sonra kendi sağlığının yanında aile üyelerinin sağlığından da birinci dereceden sorumlu hale gelmektedir. Bu kadınların sağlığa ve sağlıkla ilgili durumlara ilgilerini artıracabilecek bir durumdur. Bunun yanında özellikle çalışan kadınların evlendikten sonra ev ve iş sorumluluklarını beraber götürme

zorunluluğu sağlıklarına olumsuz etki yaratabilecek bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 18: Medeni Durum

	N	%
Evli	485	78,2
Bekâr	119	19,2
Dul	16	2,6
Toplam	620	100,0

Örneklemimizin %78,2'si evli, %19,2'si bekâr ve %2,6'sı dul 'dur.

Tablo 19: Eşin Mesleği

	N	%
Öğretmen	153	24,7
Hâkim, Savcı, Avukat	8	1,3
Mühendis-Mimar	33	5,3
Öğretim üyesi-görevlisi	16	2,6
Memur	75	12,1
Doktor	40	6,5
Eczacı	6	1,0
Polis-Asker	66	10,6
Esnaf	34	5,5
Bekâr	134	21,6
Satış Temsilcisi-Pazarlamacı	5	,8
İşçi	8	1,3
Tekniker	9	1,5
Emekli	11	1,8
Özel Sektör çalışanı(işçi-memur)	9	1,5
İşsiz	4	,6
Üst Düzey Bürokrat	2	,3
Veteriner	7	1,1
Toplam	620	100,0

Örneklem in eşinin mesleğine bakıldığında ise hizmet sektöründe ve profesyonel mesleklerde çalışanların daha fazla olduğu görölmektedir. Bu bakımdan örneklemimizi oluşturan çalışan kadınların, evli olanlarının, orta sınıfa mensup aileler olduğu görölmektedir.

Tablo 20: Çocuk Sayısı

	N	%
Çocuk yok	180	29,0
1 çocuk	157	25,3
2 çocuk	236	38,1
3 çocuk	41	6,6
4 çocuk ve yukarısı	6	1,0
Toplam	620	100,0

Örnekleminizin sahip olduğu çocuk sayısı ise şöyledir; %29,0 çocuğu olmayan, %25,3 bir çocuk, %38,1 iki çocuk, %6,6 üç çocuk, %1,0 dört çocuk ve yukarısı.

3.2. SAĞLIK-HASTALIK KAVRAMINA BAKIŞ AÇILARI

3.2.1. Sağlık ya da Sağlıklı Olmak Nedir?

Sağlık kavramı gerek zaman içinde gerekse de kültürden kültüre değiştiği için tanımlanması zor bir kavramdır. En genel anlamda sağlığın, “herhangi bir hastalığın olmaması” olarak tanımlanması pek çok bakımdan eksik bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım sağlığı biyomedikal model açısından tanımlamakta ve patolojik süreçleri esas almaktadır. Oysaki sağlık, bireyin içinde yaşadığı toplumdan ve bireysel deneyimlerinden bağımsız olarak düşünülemez. Bu bağlamda, çok boyutlu bir yaklaşıma ve tanıma ihtiyacı olan sağlık kavramına ilişkin, eksiklikleri ve açık noktaları olsa da, Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün yapmış olduğu tanım çok boyutlu ve bütüncül bir yaklaşım taşır. WHO’ya göre sağlık “sadece hastalık ya da sakatlık hali olarak değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halidir” (Cockerham,2007:7). Bu tanım sağlığa çok boyutlu bir yaklaşım getirerek sağlığı sadece bedensel ve fiziksel bir sınırlılıktan kurtararak, sağlığın sosyal ve mental yönüne de vurgu yapmıştır.

Tablo 21: Sağlık ya da Sağlıklı Olmak Kavramından Anladıkları

	N	%
Bedensel açıdan herhangi bir eksikliğin ve rahatsızlığın olmaması	24	3,9
Ruhsal açıdan bir rahatsızlığın olmaması	4	,6
Hasta olmama durumu	16	2,6
Bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan rahatsızlığın olmaması	560	90,3
Günlük aktiviteleri yapabilme durumu	7	1,1
Sürekli bir "iyilik" hali	9	1,5
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %90,3’ü de sağlığı “bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan rahatsızlığın olmaması” şeklinde tanımlayarak WHO’nun yaklaşımının doğru bir yaklaşım olduğunu desteklemektedirler.

3.2.2. Hastalık ya da Hasta Olmak Nedir?

Tıpkı sağlık kavramı gibi, zaman içinde ve kültürden kültüre değişen hastalık kavramının da pek çok farklı tanımı ve farklı yaklaşımları vardır. Ancak farklı tanım ve yaklaşımlara rağmen hastalık kavramının ortak noktası, olumsuz bir anlama sahip olması ve olumsuzluğa vurgu yapmasıdır. Hastalık kavramı, tıpkı sağlıkta olduğu gibi, sosyal süreçlerden ve oluşumlardan soyutlanıp sadece fizyolojik süreçlere indirgenebilecek bir kavram değildir. Hastalık sosyo-kültürel faktörlerin etkisiyle şekillenmektedir. Hastalığın algısı ve hastalığa gösterilen tepki ve tutumlar kültürel ve kültürden kültüre değişmektedir. Bunun yanında, hastalığın tanımında diğer önemli faktör hastalığa dair kişisel deneyimlerdir. Bu noktada hastalık-rahatsızlık ayrımı ön plana çıkmaktadır. Hastalık (disease) patolojik süreçlerle açıklanabilen bir durumken, rahatsızlık (illness) insan deneyimleriyle açıklanmaktadır (Coe,1978:125). Bu yaklaşım hastalığa toplumsal ve bireysel bir boyut katar.

Tablo 22: Hastalık ya da Hasta Olma Kavramından Anladıkları

	N	%
Fizyolojik anlamda vücutta ve organlarda fiziksel değişme ve bozulma	37	6,0
Ruhsal açıdan bir rahatsızlığın olmaması	2	,3
Fizyolojik ve ruhsal açıdan bir bozukluk ve rahatsızlığın olmaması	544	87,7
Günlük aktiviteleri yerine getirememe	37	6,0
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %87,7'si hastalığı “fizyolojik ve ruhsal açıdan bir bozukluk ve rahatsızlığın olmaması” olarak tanımlayarak, hastalığın fizyolojik yönünün yanında bireysel boyutuna da vurgu yapmışlardır. Günümüzde sağlık-hastalık olguları açıklanırken tıbbi bilimsel yaklaşımın yanında sosyo-kültürel etken ve değişkenler de göz önünde bulundurulmaktadır. Sağlık-hastalığın sosyo-kültürel süreçlerle olan ilişkisi ve etkileşiminin etkileri araştırmaya katılanlar arasında da gözlenmektedir. Araştırmaya katılanların hastalığı fizyolojik ve ruhsal açıdan değerlendirmesi, bu konuda bir bilincin ve bilgi birikiminin oluştuğunu göstermektedir.

3.3. SAĞLIK VE SAĞLIKLI OLMAK KONUSUNDA BİLGİ/BİLİNÇ DÜZEYLERİ

3.3.1. Çalışan Kadınların Sağlık ve Sağlıklı Olmak Konusundaki Bilgi ve İlgili Düzeyleri

Tablo 23: Sağlık İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olup Olmama

	N	%
Evet, çok	307	49,5
Biraz	302	48,7
Çok az	11	1,8
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %49,5'i sağlıkla ilgili "çok" bilgisi olduğunu, %48,7'si sağlıkla ilgili "biraz" bilgisi olduğunu %1,8'i ise sağlıkla ilgili "çok az" bilgisi olduğunu söylemiştir. Bu durum, son dönemde hastalık yerine sağlık ve sağlıklı olmak kavramlarının ön plana çıkması, halk sağlığı ve önleyici tıp hizmetlerinin önem kazanıp yaygınlaşması ve hekimlerin hasta deneyimlerini ve toplumsal destek mekanizmalarını daha önemseyici yaklaşım sergilemeleri, hasta ve hasta deneyimlerini dışlayıcı ortodoks tıp anlayışından farklı olarak, sağlık-hastalık bilgisinin ve uygulamalarının topluma yayıldığı ve toplumsallaştığını göstermektedir. Pek çok kanaldan artık rahatlıkla ulaşılabilen sağlık bilgisi, topluma yayılmakta ve bunun sonucunda bilinç ve bilgi düzeyi yükselmektedir.

Tablo 24: Sağlık İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olup Olmama Eğitim Durumu İlişkisi

		Sağlık ile ilgili yeterli bilgiye sahip olup olmama			Toplam
		Evet, çok	Biraz	Çok az	
Eğitim Durumu	Lise	32	24	3	59
		54,2%	40,7%	5,1%	100,0%
		10,4%	7,9%	27,3%	9,5%
		5,2%	3,9%	,5%	9,5%
	Üniversite	221	234	6	461
		47,9%	50,8%	1,3%	100,0%
		72,0%	77,5%	54,5%	74,4%
		35,6%	37,7%	1,0%	74,4%
	Lisansüstü(Y.Lisans-Doktora)	54	44	2	100
		54,0%	44,0%	2,0%	100,0%
		17,6%	14,6%	18,2%	16,1%
		8,7%	7,1%	,3%	16,1%
Toplam	307	302	11	620	
	49,5%	48,7%	1,8%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	49,5%	48,7%	1,8%	100,0%	

$$\chi^2=6,791 \quad sd=4 \quad p>0,05$$

Sağlıkla ilgili artan bilinç ve bilgi düzeyi araştırmaya katılanların eğitim durumlarıyla bilgi düzeyleri arasındaki ilişkide de kendini göstermektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık bilgisinin artması beklenirken, araştırmaya katılan örneklemin farklı eğitim düzeyleri arasında sağlık bilgisine ilişkin bilgi düzeyleri arasında bir fark olmadığı; lise, üniversite ve lisansüstü eğitim alanların sağlık bilgisine ilişkin bilgi düzeyleri kanısının yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum sağlık bilgisinin ve bilincinin toplumun geneline yayılmış olduğunun göstergesi olabilir.

Tablo 25: Sağlık İle İlgili Yeterli Bilgiye Sahip Olup Olmama Yaş İlişkisi

		Sağlık ile ilgili yeterli bilgiye sahip olup olmama			Toplam
		Evet, çok	Biraz	Çok az	
Yaş	20-29 yaş	59	55	2	116
		50,9%	47,4%	1,7%	100,0%
		19,2%	18,2%	18,2%	18,7%
		9,5%	8,9%	,3%	18,7%
	30-39 yaş	149	158	5	312
		47,8%	50,6%	1,6%	100,0%
		48,5%	52,3%	45,5%	50,3%
		24,0%	25,5%	,8%	50,3%
	40-49 yaş	85	78	4	167
		50,9%	46,7%	2,4%	100,0%
		27,7%	25,8%	36,4%	26,9%
		13,7%	12,6%	,6%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	14	11	0	25
		56,0%	44,0%	,0%	100,0%
		4,6%	3,6%	,0%	4,0%
		2,3%	1,8%	,0%	4,0%
Toplam	307	302	11	620	
	49,5%	48,7%	1,8%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	49,5%	48,7%	1,8%	100,0%	

$$\chi^2 = 1,905 \quad sd=6 \quad p>0,05$$

Sağlık bilgisinin topluma yayılması ve bilincin yükselmesi durumu yaş faktörü göz önüne alındığında da görülmektedir. Genel anlamda, yaş ilerledikçe sağlık sorunlarının arttığı ve bilinçlenmenin yükseldiği düşünülebilir. Ancak araştırmaya katılanlara bakıldığında sağlık konusunda yeterli bilgiye sahip olma oranları bütün yaş düzeylerinde birbirine çok yakın ve yüksektir. Bu durum, bilinçlenmenin ve sağlık bilgisinin yayılmasının toplumun geneline yayıldığını göstermektedir.

3.3.2. Sağlık ve Sağlıklı Olmaya Dair Artan İlgi

Tablo 26: Sağlık ve Sağlıklı Olmak Kavramına Son Dönemde İlginin Artması

	N	%
Evet, çok	151	24,4
Biraz arttı	157	25,3
Artmadı, zaten ilgiliydim	264	42,6
Artmadı	48	7,7
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %42,6'sı son dönemde sağlık ve sağlıklı olmak kavramlarına ilgilerinin artmadığını, zaten ilgili olduğunu belirtirken, %25,3'ü biraz arttığını, %24,4'ü çok arttığını belirtmiştir. Sonuçta araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun sağlık ve sağlıklı olmak konusuna ilgilerinin olduğunu ve bu ilginin son dönemlerde arttığı görülmektedir.

3.3.3. Sağlık Konusunda İlginin Artmasının Nedenleri

Tablo 27: Sağlık ve Sağlıklı Olmak Kavramına Son Dönemde İlginin Artması Nedeni

	N	%
Çevremdeki kişilerin ilgisinin artması	22	3,5
Medyada bu konunun sürekli işlenmesi	114	18,4
Daha fazla bilinçlenmem	190	30,6
Artmadı	267	43,1
Aile ve kendimde sağlık sorunlarının ortaya çıkması	27	4,4
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlar, son dönemde ilginin artma nedeni olarak %30,6 oranında “daha fazla bilinçlenmem”, %18,4 oranında “medyada bu konunun sürekli işlenmesi”

olarak göstermişlerdir. Artmadı (%43,1) diyenler ise çok yüksek oranda zaten ilgilidirler. Sonuç olarak sağlık ve sağlıklı olmak kavramlarına son dönemde ilgi artmıştır. Bu durumun ortaya çıkmasında, hastalık yerine sağlık ve sağlıklı olmak kavramlarının ön plana çıkması ve bu durumun başta medya olmak üzere hemen her mecrada işlenmesidir.

Günümüzde sağlık ve sağlıklı olmak kültürel bir olgu haline gelmiştir. Yaşamın ayrılmaz bir parçası olan sağlık kavramının kültürel bir olgu haline gelmesi ona olan ilgiyi de artırmıştır. Sağlıklı olmak, sağlıklı olmaya çalışmak ve sağlıklı ve güzel görünmek konusunda toplumlarda artan eğilimler insanların bu konuda daha bilinçlenmesine ve bu konulara daha dikkat etmesine neden olmaktadır. Başta medya olmak üzere bu konuların sürekli işlenmesi, sağlık konusunda her geçen gün ortaya çıkan yeni eğilimler, sağlıklı olmanın ya da sağlıklı görünmenin yükselen değeri olması ve bu konuda toplumsal alanda yaşanan değişim ve dönüşümlerden araştırmaya katılanların da etkilendiği açıkça görülmektedir.

Tablo 28: Sağlık ve Sağlıklı Olmak Kavramına Son Dönemde İlginin Artması Eğitim Durumu İlişkisi

		Sağlık ve sağlıklı olmak kavramına son dönemde ilginin artması				Toplam
		Evet, çok	Biraz arttı	Artmadı, zaten ilgiliydim	Artmadı	
Eğitim Durumu	Lise	20	11	23	5	59
		33,9%	18,6%	39,0%	8,5%	100,0%
		13,2%	7,0%	8,7%	10,4%	9,5%
		3,2%	1,8%	3,7%	,8%	9,5%
	Üniversite	112	122	193	34	461
		24,3%	26,5%	41,9%	7,4%	100,0%
		74,2%	77,7%	73,1%	70,8%	74,4%
		18,1%	19,7%	31,1%	5,5%	74,4%
	Lisansüstü (Y.Lisans-Doktora)	19	24	48	9	100
		19,0%	24,0%	48,0%	9,0%	100,0%
		12,6%	15,3%	18,2%	18,8%	16,1%
		3,1%	3,9%	7,7%	1,5%	16,1%
Toplam	151	157	264	48	620	
	24,4%	25,3%	42,6%	7,7%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	24,4%	25,3%	42,6%	7,7%	100,0%	

$$\chi^2 = 5,980 \quad sd=6 \quad p>0,05$$

Eğitim durumları göz önüne alındığında sağlık ve sağlıklı olmak kavramlarına en fazla ilginin lise düzeyinde arttığı görülmektedir (%33,9). Onu, üniversite (%24,3) ve lisansüstü (%19,0) takip etmektedir. Artmadı, zaten ilgiliydim cevabında da tersi bir

durum yaşanmakta, hali hazırda ilgili olma durumu lisansüstü (%48,0), üniversite (%41,9) ve lise (%39,0) sıralamasını takip etmektedir. Uzun bir dönem sadece bilimsel alana ait bir bilgi olarak kalan tıbbi bilgi, modern tıbbın ve tıp profesyonellerinin tekelinde kalmıştır. Ancak günümüzde tıbbi bilginin topluma yayılmış olması ve başta medya olmak üzere pek çok kanaldan erişilebilir hale gelmesi, bu bilgiye ulaşmada eğitim düzeyindeki farklılıkları ortadan kaldırmıştır.

3.4. SAĞLIK VE HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLERE ULAŞMA DURUMLARI

3.4.1. Sağlık ve Hastalık Bilgisine Ulaşma Biçimi

Tablo 29: Sağlık ve Hastalıkla İlgili Bilgilerin En Çok Nereden Alındığı

	N	%
Hastane, doktor	269	43,4
Televizyon	108	17,4
İnternet	191	30,8
Aile büyükleri, komşu, akrabalar	6	1,0
Bilimsel kitap, dergi	34	5,5
Hepsi	12	1,9
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılan sağlık ve hastalıkla ilgili bilgileri en fazla hastane, doktor (%43,3), internet (%30,8) ve televizyondan almaktadır (%17,4). Her ne kadar sağlık ve hastalıkla ilgili bilgileri en fazla hastane, doktordan alsalar da, ikisi de bir kitle iletişim aracı olan internet ve televizyonun toplamı, hastane-doktordan fazladır. Tüm dünyada iletişim olanaklarının artması ve bilgiye ulaşmada, özellikle internet sayesinde, sınırların oldukça daralması sağlık-hastalık bilgisine erişimde kitle iletişim araçlarını ön plana çıkarmaktadır. Özellikle internetin dünya genelinde yaygın olarak kullanımı, interneti insanların bilgi edinmede neredeyse ilk başvurdukları kaynak haline getirmektedir. Bunun sonucunda hastalandıklarında veya rahatsızlık hissettiklerinde hastalıkları ya da rahatsızlıkları ile ilgili bilgi almak için olanakları dâhilinde önce kitle iletişim araçlarına başvurumaktadırlar. Ancak, sağlıkla ilgili bilgi edinmede ilk ulaşılan kaynağın hastane-doktor olması ve gerek televizyon gerekse de internetten erişilen bilgiler daha çok tıbbi profesyoneller ve kurumlar aracılığıyla verilmesi, modern tıbbın

etkinliğini göstermektedir. Eskisinden farklı olarak, sağlık bilgisi topluma yayılmış ve ulaşılabilir hale gelmiştir.

Tablo 30: Sağlık ve Hastalıkla İlgili Bilgilerin En Çok Nereden Alındığı Eğitim Durumu İlişkisi

	Sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilerin en çok nereden alındığı						Toplam
	Hastane , doktor	Televizyon	İnternet	Aile büyükleri, komşu, akrabalar	Bilimsel kitap, dergi	Hepsi	
Eğitim Durumu	Lise	33	7	19	0	0	59
		55,9%	11,9%	32,2%	,0%	,0%	100,0%
		12,3%	6,5%	9,9%	,0%	,0%	9,5%
		5,3%	1,1%	3,1%	,0%	,0%	9,5%
	Üniversite	204	92	129	5	21	461
		44,3%	20,0%	28,0%	1,1%	4,6%	100,0%
		75,8%	85,2%	67,5%	83,3%	61,8%	83,3%
		32,9%	14,8%	20,8%	,8%	3,4%	74,4%
	Lisans üstü(Y.Lisans- Doktora)	32	9	43	1	13	100
		32,0%	9,0%	43,0%	1,0%	13,0%	100,0%
		11,9%	8,3%	22,5%	16,7%	38,2%	16,1%
		5,2%	1,5%	6,9%	,2%	2,1%	16,1%
Toplam		269	108	191	6	34	620
		43,4%	17,4%	30,8%	1,0%	5,5%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		43,4%	17,4%	30,8%	1,0%	5,5%	100,0%

Sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilerin en çok nereden alındığının eğitim düzeyi ilişkisine baktığımızda; sağlık ve hastalıkla ilgili bilgileri hastane-doktordan alanlar en fazla lise mezunlarıdır (%55,9), onu üniversite mezunları (%44,3) ve lisansüstü mezunları (%32,0) izlemektedir. Sağlık ve hastalıkla ilgili bilgileri en fazla internetten alanlar ise lisansüstü mezunlarıdır (%43,0). Lisansüstü eğitim yapanlar, sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilere ulaşırken hastane-doktordan çok internete başvurmaktadır. Bunun yanında lisansüstü mezunların bilimsel kitap dergiye başvurma oranları diğer kategorilere göre de yüksek orandadır.

3.4.2. Sağlık/Hastalık Bilgisine Ulaşmada Kitle İletişim Araçlarının Rolü

Son 30-40 yıldır; bilginin üretimi, dağıtımı ve tüketiminde bir yöneliş süreci yaşanmaktadır. Kitle iletişim araçları bu döneme kadar kendi içlerine kapalı alanlar olmuşlarsa da bugün artık iç içe geçmiş durumdadırlar. Teknolojideki gelişmelere bağlı olarak büyük dönüşümler geçiren kitle iletişim araçları bireylerin yaşamlarında merkezi önemlerini sürdürmektedir. Bireylerin deneyimlerinde ve kamuoyu üzerinde geniş ve kapsamlı bir etkisi olan kitle iletişim araçlarının etkinliği, sadece tutumları belirli bir

biçimde etkilemelerinden değil, çoğu sosyal faaliyetlerin dayandığı bilgiye erişimi sağlamalarından da kaynaklanmaktadır (Giddens,2005:450). Günümüzde kitle iletişim araçlarının toplum ve bireyler üzerindeki etkisi oldukça fazladır. İletişim araçları, yaygın kullanımıyla medya; düşüncelerin, davranışların, değer yargılarının oluşmasında, toplumun kültürel ve sosyal yapısını belirlemede en güçlü araçlardır. (Kadın ve Medya Politika Dokümanı,2008,s.5).

Tablo 31: Sağlık ve Hastalıkla İlgili Bilgilerin En Çok Hangi Kitle İletişim Araçlarından Alındığı

	N	%
Televizyon	204	32,9
İnternet	364	58,7
Gazete, dergi, kitap	52	8,4
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlar sağlık ve hastalıkla ilgili bilgileri alırken kitle iletişim araçlarını etkin bir şekilde kullanmaktadır. Sağlık ve hastalıkla ilgili bilgileri alırken en fazla kullandıkları kitle iletişim aracı %58,7 ile internet, %32,9 ile televizyon ve %8,4 ile gazete, dergi ve kitaplardır.

Günümüzde bilim, iletişim ve teknoloji alanında yaşanan gelişmeler sonucu, özellikle internet kullanımı dünya genelinde ve ülkemizde oldukça yaygınlaşmıştır. IAB (Interactive Advertisement Bureau),’ın 2011 yılında yapmış olduğu Türkiye İnternet Ölçümleme Araştırması’na göre; Türkiye’de internet kullanıcıların %43’ünü kadınlar oluşturmaktadır. İnterneti etkin şekilde kullanan kadınlar, %69 oranında her gün veya haftada birkaç kez internete girmektedir (IAB, Türkiye İnternet Ölçümleme Araştırması,2011). Yaptığımız araştırma da göstermiştir ki, çalışan kadınlar sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilere ulaşmada kitle iletişim araçlarını etkin bir şekilde kullanmaktadır. En fazla kullandıkları kitle iletişim aracı ise internettir. İnternet tek tek bireylerin, çeşitli kurumların ya da kişilerin ürettiği/derlediği bilgileri yayımlayabilecekleri ve aynı zamanda gereksinim duydukları her türlü bilgiye kolayca ve hızlı ulaşabilecekleri bir ortam yaratmaktadır (Doğan,2007:449). Bu bakımdan internet, diğer kitle iletişim araçlarına göre her türlü bilgiye, istenilen formatta ve zaman sınırlaması olmaksızın ulaşılmasında daha etkili bir araçtır.

Tablo 32: Sağlık ve Hastalıkla İlgili Bilgilerin En Çok Hangi Kitle İletişim Araçlarından Alındığı Meslek İlişkisi

		Sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilerin en çok hangi kitle iletişim araçlarından alındığı			Toplam
		Televizyon	İnternet	Gazete, dergi, kitap	
Meslek	Öğretmen	104	125	15	244
		42,6%	51,2%	6,1%	100,0%
		51,0%	34,3%	28,8%	39,4%
		16,8%	20,2%	2,4%	39,4%
	Hâkim, Savcı, Avukat	3	9	0	12
		25,0%	75,0%	,0%	100,0%
		1,5%	2,5%	,0%	1,9%
		,5%	1,5%	,0%	1,9%
	Öğretim üyesi-görevlisi	10	26	2	38
		26,3%	68,4%	5,3%	100,0%
		4,9%	7,1%	3,8%	6,1%
		1,6%	4,2%	,3%	6,1%
	Memur	32	74	4	110
		29,1%	67,3%	3,6%	100,0%
		15,7%	20,3%	7,7%	17,7%
		5,2%	11,9%	,6%	17,7%
	Doktor	1	29	4	34
		2,9%	85,3%	11,8%	100,0%
		,5%	8,0%	7,7%	5,5%
		,2%	4,7%	,6%	5,5%
	Eczacı	1	9	2	12
		8,3%	75,0%	16,7%	100,0%
		,5%	2,5%	3,8%	1,9%
		,2%	1,5%	,3%	1,9%
	Ebe-Hemşire	53	92	25	170
		31,2%	54,1%	14,7%	100,0%
		26,0%	25,3%	48,1%	27,4%
		8,5%	14,8%	4,0%	27,4%
Toplam		204	364	52	620
		32,9%	58,7%	8,4%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		32,9%	58,7%	8,4%	100,0%

Araştırmaya katılan çalışan kadınların meslekleri ile sağlık bilgilerine ulaşmada kullandıkları kitle iletişim aracı ilişkisine baktığımızda; tüm meslek gruplarında en fazla internetin kullanıldığını görüyoruz. İnterneti en fazla doktorlar (%85,3), hâkim-savcı-avukat (%75,0), eczacı (%75,0) ve öğretim üyesi-görevlisi (%68,4) kullanmaktadır. Tıbbi eğitimden geçmiş doktorların ve buna en yakın olan eczacıların da sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilere ulaşmada interneti kullanması internetin günümüzde oldukça yaygın ve etkin olduğunu göstermektedir. Günümüzde en çok kullanılan kitle iletişim aracı olan televizyonu ise en fazla öğretmenler (%42,6) ve ebe-hemşireler (%31,2) kullanmaktadır. Sağlık ve hastalık bilgisine ulaşmada gazete-dergi-kitap ise diğer kitle iletişim araçlarına göre daha az tercih edilmektedir.

Tablo 33: Sağlık ve Hastalıkla İlgili Bilgilerin En Çok Hangi Kitle İletişim Araçlarından Alındığı Yaş İlişkisi

		Sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilerin en çok hangi kitle iletişim araçlarından alındığı			
		Televizyon	İnternet	Gazete, dergi, kitap	
Yaş	20-29 yaş	28	83	5	116
		24,1%	71,6%	4,3%	100,0%
		13,7%	22,8%	9,6%	18,7%
		4,5%	13,4%	,8%	18,7%
	30-39 yaş	98	194	20	312
		31,4%	62,2%	6,4%	100,0%
		48,0%	53,3%	38,5%	50,3%
		15,8%	31,3%	3,2%	50,3%
	40-49 yaş	66	79	22	167
		39,5%	47,3%	13,2%	100,0%
		32,4%	21,7%	42,3%	26,9%
		10,6%	12,7%	3,5%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	12	8	5	25
		48,0%	32,0%	20,0%	100,0%
		5,9%	2,2%	9,6%	4,0%
		1,9%	1,3%	,8%	4,0%
Toplam	204	364	52	620	
	32,9%	58,7%	8,4%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	32,9%	58,7%	8,4%	100,0%	

$$\chi^2=29,844 \quad sd=6 \quad p<0,05$$

Sağlık ve hastalıkla ilgili bilgileri almada kitle iletişim araçlarının kullanımı yaş değişkenine bağlı olarak da değişmektedir. Buna göre; televizyon izleme oranları yaş ilerledikçe artmaktayken, internet kullanım oranları da yaş ilerledikçe düşmektedir. Ayrıca, gazete, dergi ve kitaptan bilgi edinme oranları da yaş ilerledikçe artmaktadır.

Gelişen bilim ve iletişim teknolojisi sayesinde iletişim araçları da gelişmekte ve çoğalmaktadır. Günümüzde, özellikle internet kullanımı tüm dünyada hızlı bir şekilde artmakta ve yaygınlaşmaktadır. Tüm dünyayı bir iletişim ağıyla birbirine bağlayan internet özellikle 1990'larda kullanılmaya başlanmış ve 2000'li yıllarda oldukça yaygınlaşmıştır. Buna bağlı olarak özellikle genç nesil arasında daha yaygın ve etkin bir kullanım alanına sahip olan internet daha çok genç nesil tarafından tercih edilen bir iletişim ağıdır. IAB'ın 2011 yılında yapmış olduğu Türkiye İnternet Ölçümleme Araştırması'na göre internet kullanımının yaş gruplarına göre dağılımı şöyledir. 12-24 yaş %57, 25-34 yaş %24, 35-44 yaş %12, 45-54 yaş %5 ve 55 yaş ve üstü %2'dir (IAB, Türkiye İnternet Ölçümleme Araştırması,2011). Araştırma bulguları da bu durumu desteklemekte; sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi edinmede interneti; 20-29 yaş %71,6, 30-

39 yaş %62,2, 40-49 yaş 47,3 ve 50 yaş ve üzeri %32,0 oranında kullanmaktadır. Daha eski ve yaygın olarak kullanılan televizyonu ise üst yaş grupları daha fazla tercih etmektedir. Buna göre; sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi edinmede televizyonu; 20-29 yaş %24,1, 30-39 yaş %31,4, 40-49 yaş 39,5 ve 50 yaş ve üzeri %48,0 oranında kullanmaktadır.

3.4.3. Sağlık ve Hastalık Konusunda Kitle İletişim Araçlarına Güvenme Durumu

Tablo 34:Sağlıkla İlgili Kitle İletişim Araçlarından Alınan Bilgilere Güvenme Düzeyi

	N	%
Çok fazla	18	2,9
Büyük çoğunlukla	309	49,8
Biraz	240	38,7
Çok az	40	6,5
Hiç	13	2,1
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlar, genel anlamda sağlıkla ilgili kitle iletişim araçlarından aldıkları bilgilere güvenmektedir. Büyük çoğunlukla güvenenlerin oranı %49,5 iken, biraz güvenenlerin oranı %38,7'dir. Günümüzde önemli bir enformasyon kaynağı olan kitle iletişim araçlarının etkinliği göz önünde bulundurulduğunda, kitle iletişim araçlarından sağlıkla ilgili alınan bilgilere güvenme düzeyinin yüksek olması anlamlıdır.

RTÜK tarafından 2009 yılında ikincisi yapılan “Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması-2”ye göre; araştırmaya katılan deneklerin iletişim araçlarına güven düzeyleri hakkında oluşturulan soruya alınan cevaplarda, deneklerin % 47,1 ile en çok radyoya güvendikleri, ardından %46,3 ile internet, %45,7 ile gazete ve dergi ve % 42,2 ile de televizyon gelmektedir (RÜTÜK, Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması-2, 2009). Günümüzde kitle iletişim araçlarının insanların bilgiye ulaşmada en çok kullandıkları araçların başında geldiği göz önünde bulundurulduğunda araştırmaya katılanların kitle iletişim araçlarına güven duymaları anlamlıdır. Araştırma bulguları da bu durumu desteklemektedir.

Tablo 35: Sağlıkla İlgili Kitle İletişim Araçlarından Alınan Bilgilere Güvenme Düzeyi Eğitim Durumu İlişkisi

		Sağlıkla ilgili kitle iletişim araçlarından alınan bilgilere güvenme düzeyi					Toplam
		Çok fazla	Büyük çoğunlukla	Biraz	Çok az	Hiç	
Eğitim Durumu	Lise	3	19	29	6	2	59
		5,1%	32,2%	49,2%	10,2%	3,4%	100,0%
		16,7%	6,1%	12,1%	15,0%	15,4%	9,5%
		,5%	3,1%	4,7%	1,0%	,3%	9,5%
	Üniversite	10	245	173	27	6	461
		2,2%	53,1%	37,5%	5,9%	1,3%	100,0%
		55,6%	79,3%	72,1%	67,5%	46,2%	74,4%
		1,6%	39,5%	27,9%	4,4%	1,0%	74,4%
	Lisansüstü (Y. Lisans-Doktora)	5	45	38	7	5	100
		5,0%	45,0%	38,0%	7,0%	5,0%	100,0%
		27,8%	14,6%	15,8%	17,5%	38,5%	16,1%
		,8%	7,3%	6,1%	1,1%	,8%	16,1%
Toplam		18	309	240	40	13	620
		2,9%	49,8%	38,7%	6,5%	2,1%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		2,9%	49,8%	38,7%	6,5%	2,1%	100,0%

Sağlıkla ilgili kitle iletişim araçlarından alınan bilgilere büyük çoğunlukla güvenme düzeyi üniversite (%53,1) ve lisansüstü (%45,0) eğitim alanlarda, lise mezunlarından (%32,2) daha fazladır. Kişilerin eğitim seviyesi yükseldikçe farklı kaynakları kullanma ve ulaşma becerileri de artmaktadır. Bu bağlamda, her zaman geçerli ve güvenilir bir bilgi kaynağı olmayan kitle iletişim araçlarına büyük çoğunlukla güvenme düzeyinin yüksek eğitimde daha fazla olması, kitle iletişim araçlarının etkinliğinin yanı sıra toplumun medikalizasyonun da bir göstergesi olmaktadır. Öyle ki, sağlık ve sağlıklı olmak ile ilgili olarak verilen mesajlar toplumun tüm kesimine en etkili ve çabuk şekilde kitle iletişim araçlarından yapılan yayınlar vasıtasıyla ulaşmaktadır. Kitle iletişim araçlarının toplumu tüm kesimlerinde yaygın ve etkili şekilde kullanılması onu, medikalizasyonun en önemli araçlarından biri haline getirmektedir.

3.4.4. Kitle İletişim Araçları ya da Tıp Uzmanı Olmayan Kaynaklardan Sağlıkla İlgili Edinilen Bilgileri Uygulama Düzeyi

Modern tıba göre hastalıkların sebebi bedenın normal işleyişini bozan iç veya dış etkenlerdir. Fiziksel, kimyasal, mikrobik ya da genetik etkenler sağlıklı yapıya etki ederek onun normal işleyişini bozarlar. Tıp biliminin uygulayıcısı olan doktor, normal işleyiş bozan etkeni bularak buna uygun müdahaleyi yapar (Erbaydar,2001:50). Hastalık, ancak bilimsel tıbbi bilgilerle ve modern araç gereçlerle tedavi edilebilir. Bu anlamda, sağlık-hastalık bilgisinin kaynağı bilimsel bilgiyle donanımlı eğitilmiş tıp uzmanları ve kurumlarıdır. Bilimsel olmayan tıbbi uygulamalara ve tıp eğitimi almamış kişilere tedavi sürecinde yer yoktur. Ancak günümüzde özellikle alternatif tıbbın popülerleşmesi ve medikalizasyon sürecine bağlı olarak sağlıkla ilgili bilgilere çeşitli kaynaklardan ulaşılabilir. Bu kaynakların başında da kitle iletişim araçları gelmektedir. Kitle iletişim araçları ya da tıp uzmanı olmayan kaynaklardan sağlıkla ilgili edinilen bilgileri uygulama düzeyi, araştırmaya katılanlarda kısmen gerçekleşmektedir.

Tablo 36: Kitle İletişim Araçları ya da Tıp Uzmanı Olmayan Kaynaklardan Sağlıkla İlgili Edinilen Bilgileri Uygulama Düzeyi

	N	%
Evet, çok	11	1,8
Bazılarını	229	36,9
Çok azını	213	34,4
Hiç birini	167	26,9
Toplam	620	100,0

Tablo 36’da da görüldüğü üzere, araştırmaya katılanların %36,9’u modern tıp dışında edindikleri bilgilerin “bazılarını”, %34,4’ü ise “çok azını” uyguladıklarını belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %26,9’u ise modern tıp dışında edindikleri bilgilerin “hiçbirini” uygulamadıklarını belirtmiştir. Bu bağlamda modern tıp artık sağlık bilgisinin tek kaynağı olmaktan çıkmıştır. Sağlık bilgisinin yaygınlaşması sonucunda, sağlık-hastalık bilgisi ve uygulamaları çeşitli kaynaklardan ulaşılabilir hale gelmiştir.

Tablo 37: Kitle İletişim Araçları ya da Tıp Uzmanı Olmayan Kaynaklardan Sağlıkla İlgili Edinilen Bilgileri Uygulama Düzeyi Aylık Gelir İlişkisi

		Kitle iletişim araçları ya da tıp uzmanı olmayan kaynaklardan sağlıkla ilgili edinilen bilgileri uygulama düzeyi				Toplam
		Evet, çok	Bazılarını	Çok azını	Hiç birini	
Aylık Gelir	751-1500 tl arası	3	26	11	7	47
		6,4%	55,3%	23,4%	14,9%	100,0%
		27,3%	11,4%	5,2%	4,2%	7,6%
		,5%	4,2%	1,8%	1,1%	7,6%
	1501-2500 tl arası	1	48	53	35	137
		,7%	35,0%	38,7%	25,5%	100,0%
		9,1%	21,0%	24,9%	21,0%	22,1%
		,2%	7,7%	8,5%	5,6%	22,1%
	2501-3500 tl arası	2	53	44	36	135
		1,5%	39,3%	32,6%	26,7%	100,0%
		18,2%	23,1%	20,7%	21,6%	21,8%
		,3%	8,5%	7,1%	5,8%	21,8%
	3501-4500 tl arası	4	80	72	57	213
		1,9%	37,6%	33,8%	26,8%	100,0%
		36,4%	34,9%	33,8%	34,1%	34,4%
		,6%	12,9%	11,6%	9,2%	34,4%
	4501-5500 tl arası	0	18	20	14	52
		,0%	34,6%	38,5%	26,9%	100,0%
		,0%	7,9%	9,4%	8,4%	8,4%
		,0%	2,9%	3,2%	2,3%	8,4%
	5501 ve yukarısı	1	4	13	18	36
		2,8%	11,1%	36,1%	50,0%	100,0%
		9,1%	1,7%	6,1%	10,8%	5,8%
		,2%	,6%	2,1%	2,9%	5,8%
	Toplam	11	229	213	167	620
		1,8%	36,9%	34,4%	26,9%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		1,8%	36,9%	34,4%	26,9%	100,0%

$$\chi^2 = 31,465 \quad sd=15 \quad p<0,05$$

Sağlık bilgisinin toplumsallaşması ve medikalizasyon sürecinde kitle iletişim araçları ve bu araçlardan yapılan yayınlar özellikle etkili olmaktadır. Son yıllarda medyada, sağlık ve sağlıklı olmak konusu dikkate değer ölçüde işlenmeye başlamış ve sağlık konulu haber ve sunumlarda dikkate değer ölçüde artış yaşanmıştır. Medyada hem tıp uzmanı hem de tıp uzmanı olmayan kaynaklar yer almaktadır. Tıp uzmanı kaynaklar hastalığın teşhis ve tedavisinde son durak olarak uzman doktor ve sağlık kuruluşlarını göstermektedir. Medya ve medya dışında yer alan tıp uzmanı olmayan kaynaklar ise daha çok alternatif tıp ve alternatif tıp uygulamaları konusunda yoğunlaşmaktadır. Alternatif tıp uygulamalarının çoğu ise, hemen herkesin ulaşabileceği bitkisel içerikli uygulamalardır. Bu bağlamda, araştırmaya katılanların gelir değişkenine bağlı olarak kitle iletişim araçları ya da tıp uzmanı olmayan kaynaklardan sağlıkla ilgili edinilen bilgileri uygulama düzeyine bakıldığında, düşük

gelirden yüksek gelire gittikçe uygulamaların daha azaldığı görülmektedir. Tıp uzmanı olmayan kaynaklardan sağlıkla ilgili edinilen bilgileri uygulama düzeyine düşük gelirlielerde daha yüksektir. Bu durumun ortaya çıkmasında; modern tıbbın bazı uygulamalarının ve ilaçların pahalı olmasının yanında, alternatif tıp uygulamalarının büyük çoğunluğunu herkesin ulaşabileceği ve maliyetlerinin düşük olması önemli bir etkidir.

Tablo 38: Kitle İletişim Araçları ya da Tıp Uzmanı Olmayan Kaynaklardan Sağlıkla İlgili Edinilen Bilgileri Uygulama Düzeyi Meslek İlişkisi

		Kitle iletişim araçları ya da tıp uzmanı olmayan kaynaklardan sağlıkla ilgili edinilen bilgileri uygulama düzeyi				Toplam
		Evet, çok	Bazılarını	Çok azını	Hiç birini	
Meslek	Öğretmen	4	92	94	54	244
		1,6%	37,7%	38,5%	22,1%	100,0%
		36,4%	40,2%	44,1%	32,3%	39,4%
		,6%	14,8%	15,2%	8,7%	39,4%
	Hâkim, Savcı, Avukat	0	4	4	4	12
		,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
		,0%	1,7%	1,9%	2,4%	1,9%
		,0%	,6%	,6%	,6%	1,9%
	Öğretim üyesi-görevlisi	0	17	14	7	38
		,0%	44,7%	36,8%	18,4%	100,0%
		,0%	7,4%	6,6%	4,2%	6,1%
		,0%	2,7%	2,3%	1,1%	6,1%
	Memur	3	46	37	24	110
		2,7%	41,8%	33,6%	21,8%	100,0%
		27,3%	20,1%	17,4%	14,4%	17,7%
		,5%	7,4%	6,0%	3,9%	17,7%
	Doktor	0	5	11	18	34
		,0%	14,7%	32,4%	52,9%	100,0%
		,0%	2,2%	5,2%	10,8%	5,5%
		,0%	,8%	1,8%	2,9%	5,5%
	Eczacı	0	2	5	5	12
		,0%	16,7%	41,7%	41,7%	100,0%
		,0%	,9%	2,3%	3,0%	1,9%
		,0%	,3%	,8%	,8%	1,9%
	Ebe-Hemşire	4	63	48	55	170
		2,4%	37,1%	28,2%	32,4%	100,0%
		36,4%	27,5%	22,5%	32,9%	27,4%
		,6%	10,2%	7,7%	8,9%	27,4%
Toplam		11	229	213	167	620
		1,8%	36,9%	34,4%	26,9%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		1,8%	36,9%	34,4%	26,9%	100,0%

Araştırmaya katılanların kitle iletişim araçları ya da tıp uzmanı olmayan kişilerden edindikleri bilgileri uygulamasında mesleğe bağlı olarak farklılıklar bulunmaktadır. Doktor ve eczacıların kitle iletişim araçlarından aldıkları bilgileri ve tıp uzmanı olmayan kişilerin verdiği bilgileri uygulama düzeyleri diğer mesleklere göre daha düşüktür. Aldıkları eğitim gereği modern tıbbın uygulayıcıları olan doktorların ve eczacıların bu şekilde davranmaları doğaldır. Bunun yanında aynı şekilde modern tıp eğitiminin bir yönünü alan ebe-hemşirelerin ise doktor ve eczacılara göre bu tür uygulamalara daha sıcak baktığı görülmektedir.

Tablo 39: Kitle İletişim Araçları ya da Tıp Uzmanı Olmayan Kaynaklardan Sağlıkla İlgili Edinilen Bilgileri Uygulama Düzeyi Yaş İlişkisi

		Kitle iletişim araçları ya da tıp uzmanı olmayan kaynaklardan sağlıkla ilgili edinilen bilgileri uygulama düzeyi				Toplam
		Evet, çok	Bazılarını	Çok azını	Hiç birini	
Yaş	20-29 yaş	4	60	30	22	116
		3,4%	51,7%	25,9%	19,0%	100,0%
		36,4%	26,2%	14,1%	13,2%	18,7%
		,6%	9,7%	4,8%	3,5%	18,7%
	30-39 yaş	7	113	111	81	312
		2,2%	36,2%	35,6%	26,0%	100,0%
		63,6%	49,3%	52,1%	48,5%	50,3%
		1,1%	18,2%	17,9%	13,1%	50,3%
	40-49 yaş	0	51	61	55	167
		,0%	30,5%	36,5%	32,9%	100,0%
		,0%	22,3%	28,6%	32,9%	26,9%
		,0%	8,2%	9,8%	8,9%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	0	5	11	9	25
		,0%	20,0%	44,0%	36,0%	100,0%
		,0%	2,2%	5,2%	5,4%	4,0%
		,0%	,8%	1,8%	1,5%	4,0%
Toplam		11	229	213	167	620
		1,8%	36,9%	34,4%	26,9%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		1,8%	36,9%	34,4%	26,9%	100,0%

$$\chi^2=25,646 \quad sd=9 \quad p<0,05$$

Kitle iletişim araçları ya da tıp uzmanı olmayan kaynaklardan sağlıkla ilgili edinilen bilgileri uygulama düzeyi yaşa bağlı olarak da değişmektedir. Araştırma sonucuna göre yaş ilerledikçe tıp kaynaklı olmayan bilgileri uygulama düzeyi azalmaktadır. Tıp kaynaklı olmayan, özellikle alternatif tıp, bilgiler genel olarak kadınlar arasında erkeklerden daha fazla kullanılmaktadır. Kadınlar arasında da özellikle genç ve orta yaş arası, orta sınıftan gelen kadınlar tıp kaynaklı olmayan bilgileri daha fazla kullanmaktadır. (Giddens,2005:142;Hunt-Lightly,2010:155). Bu durumun ortaya çıkmasında, yaş ilerledikçe gerek hastalıkların sayısının, gerekse de şiddetinin artması bireyleri modern tıba daha bağımlı hale getirmesi etkili olabilir. Modern tıbbın ortalama yaşam süresini uzatmada ve bazı hastalıklarda göstermiş olduğu başarılar, bireylerin modern tıba olan inancını ve bağımlılığını yaş ilerledikçe artırmaktadır. Çünkü günümüzde kalp-damar rahatsızlıkları, kanser, kadınların biyolojik cinsiyetine bağlı sorunları ileriki yaşlarda artmakta ve tıp dışı uygulamalar bu alanlarda modern tıp kadar gözle görülür ve hızlı ilerlemeler sağlayamamaktadır. Bunun sonucunda, ileriki yaşlarda modern tıba olan bağımlılık ve inanç artmaktadır.

3.4.5. Televizyonlarda Sağlıkla İlgili Programları İzleme Durumu

Raymond Williams (1980) televizyonu “kamu dünyasının, evin özel alanıyla yeni ve harici yollardan uygun hale getirildiğini, mobil özelleştirmeyi mümkün kılan bir araç” olarak tanımlar (Williams’tan aktaran, Bilton vd., 2008:322). Tüm dünyada çok yaygın olarak kullanılan televizyon, tüm dünyayı ve enformasyonu eve taşıdığı gibi, evi de kamusal alanın bir parçası yapmaktadır. Günümüzde pek çok insan için dış dünyadan haberdar olma ve dış dünyaya açılma yolu televizyondan geçmektedir. En çok kullanılan kitle iletişim aracı olan televizyon çeşitli işlevlere sahiptir ve sunduğu çeşitli programlar aracılığıyla izleyicisine farklı alanlarda farklı içerikler sunmaktadır. Bu işlevlerden ve içeriklerden biri de izleyicisini bilgilendirme ve eğitme işlevidir.

RTÜK tarafından yapılan “Kadınların Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması” na göre; kadınların günlük televizyon izleme saati ortalama 4.43’tür. Kadınların yarıdan fazlası televizyonda en çok yerli dizileri izlemekte, yerli dizileri ise haber bültenleri, sabah kuşağı kadın programları takip etmektedir. En az izlenen programlar ise eğitici ve sağlık programlarıdır.. Kadınların TV’de yer verilmesini arzu ettiği programlar sıralamasında ise; sağlık programları %62,4 ile ilk sırada yer almakta, bunu %7,4 ile haber programları, %7,1 ile belgeseller, %5,3 ile kadın programları

izlemekte, diziler ise %0,2 ile son sıralarda yer almaktadır (RTÜK, Kadınların Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması, 2007).

Tablo 40:Televizyonlarda Sağlıkla İlgili Programları İzleme Durumu

	N	%
Evet, her zaman	15	2,4
Evet, sıklıkla	48	7,7
Evet, fırsat buldukça	452	72,9
Hayır, izlemiyorum	105	16,9
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlar; televizyonda yayınlanan sağlık programlarını %72,9 oranında fırsat buldukça izlediklerini belirtmiştir. Bu bağlamda, televizyonda yayınlanan sağlık programları bireylerin bilinçlenmesinde önemli bir ihtiyacı karşıladığı gibi, RTÜK’ ün araştırmasında da görüldüğü üzere en çok arzu edilen programlar arasında ilk sırada yer almaktadır.

Tablo 41: Televizyonlarda Sağlıkla İlgili Programları İzleme Eğitim Durumu İlişkisi

	Televizyonlarda sağlıkla ilgili programları izleme durumu				Toplam
	Evet, her zaman	Evet, sıklıkla	Evet, fırsat buldukça	Hayır, izlemiyorum	
Eğitim Lise Durumu	3	4	46	6	59
	5,1%	6,8%	78,0%	10,2%	100,0%
	20,0%	8,3%	10,2%	5,7%	9,5%
	,5%	,6%	7,4%	1,0%	9,5%
	9	35	347	70	461
	2,0%	7,6%	75,3%	15,2%	100,0%
	60,0%	72,9%	76,8%	66,7%	74,4%
	1,5%	5,6%	56,0%	11,3%	74,4%
	3	9	59	29	100
	3,0%	9,0%	59,0%	29,0%	100,0%
	20,0%	18,8%	13,1%	27,6%	16,1%
	,5%	1,5%	9,5%	4,7%	16,1%
Toplam	15	48	452	105	620
	2,4%	7,7%	72,9%	16,9%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	2,4%	7,7%	72,9%	16,9%	100,0%

$$\chi^2 = 16,813 \quad sd=6 \quad p<0,05$$

Televizyonlarda sağlıkla ilgili programları izleme durumu eğitim durumuna göre değişimi şu şekildedir; fırsat buldukça sağlık programlarını izleme durumu eğitim seviyesi yükseldikçe düşmektedir. Buna göre, lise mezunları %78,0, üniversite mezunları %75,3 ve lisansüstü mezunları ise %59,0 oranında televizyonda sağlık programlarını fırsat buldukça izlemektedir. Televizyonda sağlık programlarını izlemeyenlerin oranı ise eğitim durumu yükseldikçe artmaktadır.

Tablo 42: Televizyonlarda Sağlıkla İlgili Programları İzleme Medeni Durum İlişkisi

		Televizyonlarda sağlıkla ilgili programları izleme durumu				Toplam
		Evet, her zaman	Evet, sıklıkla	Evet, fırsat buldukça	Hayır, izlemiyorum	
Medeni Durum	Evli	11	37	367	70	485
		2,3%	7,6%	75,7%	14,4%	100,0%
		73,3%	77,1%	81,2%	66,7%	78,2%
		1,8%	6,0%	59,2%	11,3%	78,2%
	Bekâr	3	11	73	32	119
		2,5%	9,2%	61,3%	26,9%	100,0%
		20,0%	22,9%	16,2%	30,5%	19,2%
		,5%	1,8%	11,8%	5,2%	19,2%
	Dul	1	0	12	3	16
		6,3%	,0%	75,0%	18,8%	100,0%
		6,7%	,0%	2,7%	2,9%	2,6%
		,2%	,0%	1,9%	,5%	2,6%
Toplam		15	48	452	105	620
		2,4%	7,7%	72,9%	16,9%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		2,4%	7,7%	72,9%	16,9%	100,0%

Televizyonlarda sağlıkla ilgili programları izleme durumu medeni durum göz önüne alındığında da değişiklik göstermektedir. Buna göre, araştırmaya katılanlardan evli (%75,7) ve dul olanlar (%75,0), bekâr (%61,3) olanlara göre televizyonlarda sağlık programlarını fırsat buldukça daha yüksek oranda izlemektedir. Bu durumun ortaya çıkmasında, evli ve dul olanların kendileri dışında sağlıkla ilgili olarak bir de aile sorumluluklarını yüklenmiş olmaları gösterilebilir. Evli, çocuk sahibi kadın kendi sağlığı dışında, hatta bazen daha da fazla olarak, ailenin diğer üyelerinin sağlığından ve bakımından da sorumlu olması, sağlık-hastalık haberlerine ilgisini daha da artırmaktadır.

Tablo 43: Televizyonlarda Sağlıkla İlgili Programları İzleme Durumu Yaş İlişkisi

	Televizyonlarda sağlıkla ilgili programları izleme durumu				Toplam
	Evet, her zaman	Evet, sıklıkla	Evet, fırsat buldukça	Hayır, izlemiyorum	
Yaş 20-29 yaş	3 2,6% 20,0% ,5%	12 10,3% 25,0% 1,9%	77 66,4% 17,0% 12,4%	24 20,7% 22,9% 3,9%	116 100,0% 18,7% 18,7%
30-39 yaş	6 1,9% 40,0% 1,0%	20 6,4% 41,7% 3,2%	229 73,4% 50,7% 36,9%	57 18,3% 54,3% 9,2%	312 100,0% 50,3% 50,3%
40-49 yaş	4 2,4% 26,7% ,6%	13 7,8% 27,1% 2,1%	128 76,6% 28,3% 20,6%	22 13,2% 21,0% 3,5%	167 100,0% 26,9% 26,9%
50 yaş ve üzeri	2 8,0% 13,3% ,3%	3 12,0% 6,3% ,5%	18 72,0% 4,0% 2,9%	2 8,0% 1,9% ,3%	25 100,0% 4,0% 4,0%
Toplam	15 2,4% 100,0% 2,4%	48 7,7% 100,0% 7,7%	452 72,9% 100,0% 72,9%	105 16,9% 100,0% 16,9%	620 100,0% 100,0% 100,0%

Televizyonlarda sağlıkla ilgili programları izleme durumu yaşa bağlı olarak da değişmektedir. Buna göre, yaş ilerledikçe televizyonda sağlıkla ilgili programları izleme durumu da artmaktadır. Bu durumun ortaya çıkmasında, ilerleyen yaşla birlikte kadınların kendilerinin ve aile bireylerinin artan sağlık sorunları etkili olmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte sağlık sorunlarındaki artışlar, kadınların biyolojik yapılarına bağlı değişimler ve aile bireylerinin sağlık sorunlarından kadınların sorumlu olması, kadınların sağlık-hastalık konularına ilgilerini artırmaktadır.

3.5. ÇALIŞAN KADINLARIN SAĞLIK DURUMU

3.5.1. Sağlık Durumlarını Algılama Biçimleri

Tablo 44: Sağlık Durumu

	N	%
Mükemmel	34	5,5
İyi	359	57,9
Orta	212	34,2
Kötü	15	2,4
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlar sağlık durumlarını; %5,5 oranında mükemmel, %57,9 oranında iyi, %34,2 oranında orta ve %2,4 oranında kötü olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo 45: Sağlık Durumu Gelir İlişkisi

		Sağlık durumu				Toplam
		Mükemmel	İyi	Orta	Kötü	
Aylık Gelir	751-1500 tl arası	3	23	17	4	47
		6,4%	48,9%	36,2%	8,5%	100,0%
		8,8%	6,4%	8,0%	26,7%	7,6%
		,5%	3,7%	2,7%	,6%	7,6%
	1501-2500 tl arası	7	81	47	2	137
		5,1%	59,1%	34,3%	1,5%	100,0%
		20,6%	22,6%	22,2%	13,3%	22,1%
		1,1%	13,1%	7,6%	,3%	22,1%
	2501-3500 tl arası	4	73	57	1	135
		3,0%	54,1%	42,2%	,7%	100,0%
		11,8%	20,3%	26,9%	6,7%	21,8%
		,6%	11,8%	9,2%	,2%	21,8%
	3501-4500 tl arası	12	123	72	6	213
		5,6%	57,7%	33,8%	2,8%	100,0%
		35,3%	34,3%	34,0%	40,0%	34,4%
		1,9%	19,8%	11,6%	1,0%	34,4%
	4501-5500 tl arası	4	33	14	1	52
		7,7%	63,5%	26,9%	1,9%	100,0%
		11,8%	9,2%	6,6%	6,7%	8,4%
		,6%	5,3%	2,3%	,2%	8,4%
	5501 ve yukarısı	4	26	5	1	36
		11,1%	72,2%	13,9%	2,8%	100,0%
		11,8%	7,2%	2,4%	6,7%	5,8%
		,6%	4,2%	,8%	,2%	5,8%
	Toplam	34	359	212	15	620
		5,5%	57,9%	34,2%	2,4%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		5,5%	57,9%	34,2%	2,4%	100,0%

Günümüzde sağlık bir tüketim aracı haline gelmiştir. Sağlık artık bireyselleşerek kişinin sorumluluğuna bırakılan ve elde edilebilen bir olgudur. Sağlıklı olmanın bireylerin sorumluluğunda olmasının anlamı onun elde edilebilirliğine yapılan bir vurgudur. Sağlığı elde etmek ise tüketim yaparak mümkün olabilecek bir şeydir. Tüketime yapılabilmesi için de belli bir gelirin olması gerekmektedir. Bu bağlamda araştırmada, çalışan kadınların sağlık düzeylerinin gelirleriyle doğru orantılı bir şekilde arttığı görülmektedir. Çalışan kadınların gelir seviyesi yükseldikçe sağlık durumları da iyileşmektedir.

3.5.2. Kronik Rahatsızlık Durumu

Tablo 46: Kronik Rahatsızlık Durumu

	N	%
Kalp rahatsızlığı	14	2,3
Kronik rahatsızlığı yok	464	74,8
Varis	3	,5
Sinüzit	8	1,3
Troid hormonuna bağlı rahatsızlıklar	17	2,7
Böbrek rahatsızlıkları	7	1,1
Kemik erimesi	1	,2
Kansızlık	5	,8
Astım	10	1,6
Migren	9	1,5
Kolesterol	1	,2
Vertigo	5	,8
Bel-boyun fıtığı	27	4,4
Şeker	7	1,1
Ülser-Reflü	10	1,6
Kilo problemi	3	,5
Romatizma	4	,6
Behçet	1	,2
Bronşit	1	,2
Lenfoma	1	,2
Tansiyon	13	2,1
Hemofili	1	,2
Epilepsi	1	,2
Alerji	5	,8
Menier sendromu	1	,2
Hepatit	1	,2
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %74,8'i herhangi bir kronik rahatsızlığı olmadığını belirtirken, kronik bir rahatsızlığı olduğunu belirtenler arasında en fazla; %4,4 oranında bel-boyun fıtığı, %2,7 oranında troid hormonuna bağlı rahatsızlıklar, %2,3 oranında kalp rahatsızlığı ve %2,1 oranında tansiyon rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir.

3.5.3. Aileden Gelen Kronik Rahatsızlık Durumu

Tablo 47:Aileden Gelen Kronik Rahatsızlık

	N	%
Kalp rahatsızlığı	13	2,1
Aileden gelen kronik rahatsızlık yok	536	86,5
Anemi	2	,3
Şeker	14	2,3
Böbrek rahatsızlıkları	8	1,3
Kemik erimesi	1	,2
Astım	9	1,5
Troid hormonuna bağlı rahatsızlıklar	3	,5
Kolesterol	3	,5
Migren	1	,2
Tansiyon	17	2,7
Alerji	6	1,0
Otoimmün hepatit	1	,2
Kanser	1	,2
Hemofili	1	,2
Romatizma	3	,5
Ülser-Reflü	1	,2
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %86,5'i aileden gelen kronik rahatsızlığın olmadığını belirtmiştir. Geriye kalanların % 2,7'si tansiyon, %2,3'ü şeker ve %2,1'si de aileden gelen kronik kalp rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir.

3.6. ÇALIŞAN KADINLARIN SAĞLIK KONUSUNDAKİ DUYARLILIKLARI

3.6.1. Sağlıklarına Özen Gösterme Durumu

Günümüz sağlık anlayışı, hasta olmamaktan çok sağlıklı olmaya çalışmak yönünde bir vurguya sahiptir. Günümüzde sağlık kavramı hastalık kavramının önüne geçmiş, sağlık ve sağlıklı olmak günlük yaşamın vazgeçilmez konuları haline gelmiştir. Gerek bilinçlenme gerekse de toplumda ortaya çıkan medikalizasyonun etkisi ile sağlık ve sağlıklı olmaya çalışmak insanların yaşamlarının en temel hedeflerinden biri haline gelmiştir. Sağlığın bireyselleşmesinin bir sonucu olarak birey kendi sağlığından sorumludur ve sağlıklı bir yaşam sürmek için gereken özeni ve çabayı göstermelidir. Hasta olmak bireyin sağlıklı olmak adına yeterli çaba harcamadığını ve gerekli özeni göstermediğini gösterir.

Tablo 48: Sağlık Konusundaki Duyarlılık

	N	%
Sağlıklı olmaya çalışmak (ruhsal ve bedensel açıdan sağlıklı kalabilmek için gereken özeni göstermek)	467	75,3
Hasta olmamaya çalışmak (sağlıklı olmak için gereken özeni göstermeden hasta olmaktan kaçınmak)	153	24,7
Toplam	620	100,0

Günümüzde oluşan bu yeni sağlık anlayışının yansımalarını araştırmaya katılanlarda da görmekteyiz. Araştırmaya katılanların %75,3'ü sağlıklı olmaya çalışmak yani ruhsal ve bedensel açıdan sağlıklı kalabilmek için gerekli özeni göstermeye çalıştığını belirtirken, %24,7'si geleneksel anlayışa uygun olarak, hasta olmamaya çalışmak, yani sağlıklı olmak için gereken özeni göstermeden hasta olmamaya çalışmak konusunda çaba harcadıklarını belirtmiştir. Bu bağlamda, günümüz yeni sağlık anlayışının topluma yerleştiği ve kabul gördüğü söylenebilir.

Tablo 49: Sağlık Konusundaki Duyarlılık Yaş İlişkisi

	Sağlık konusundaki duyarlılık		Topla m
	Sağlıklı olmaya çalışmak (ruhsal ve bedensel açıdan sağlıklı kalabilmek için gereken özeni göstermek)	Hasta olmamaya çalışmak (sağlıklı olmak için gereken özeni göstermeden hasta olmaktan kaçınmak)	
Yaş 20-29 yaş	79	37	116
	68,1%	31,9%	100,0 %
	16,9%	24,2%	18,7%
	12,7%	6,0%	18,7%
30-39 yaş	238	74	312
	76,3%	23,7%	100,0 %
	51,0%	48,4%	50,3%
	38,4%	11,9%	50,3%
40-49 yaş	129	38	167
	77,2%	22,8%	100,0 %
	27,6%	24,8%	26,9%
	20,8%	6,1%	26,9%
50 yaş ve üzeri	21	4	25
	84,0%	16,0%	100,0 %
	4,5%	2,6%	4,0%
	3,4%	,6%	4,0%
Toplam	467	153	620
	75,3%	24,7%	100,0 %
	100,0%	100,0%	100,0 %
	75,3%	24,7%	100,0 %

$$\chi^2=4,752 \quad sd=3 \quad p>0,05$$

Sağlık konusundaki duyarlılık hemen tüm yaş gruplarında “sağlıklı olmaya çalışmak” yönünde yüksektir ve yaş ilerledikçe bu duyarlılık artmaktadır. Buna göre, sağlıklı olmaya çalışmak (ruhsal ve bedensel açıdan sağlıklı kalabilmek için gereken özeni göstermek) 20-29 yaş arasında %68,1, 30-39 yaş arasında %76,3, 40-49 yaş arasında %77,2 ve 50 yaş ve üzerinde %84,0’dır. Bu durumun ortaya çıkmasında yaş ilerledikçe sağlık sorunlarında meydana gelen artışlar, kadının kendi sağlığı yanında aile bireylerinin sağlığından da sorumlu olması yatmaktadır.

3.7. ÇALIŞAN KADINLARIN HASTALIK DURUMUNDAKİ DAVRANIŞ BİÇİMLERİ

3.7.1. Hastalanınca Başvurulan Yer Kişi

Tablo 50: Hastalanınca İlk Başvurulan Yer, Kişi

	N	%
Hastane, doktor	568	91,6
Geleneksel iyileştiriciler(Şifacı, aktar vb.)	14	2,3
Arkadaş, akraba, aile büyükleri	16	2,6
Kitle iletişim araçları	22	3,5
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlar hastalandıkları zaman ilk olarak; %91,6 oranında hastaneye başvurmaktadır. Günümüzde her ne kadar sağlık hastalık konusunda çok çeşitli kanallardan bilgi edinilse de hastalık durumunda hemen hemen tek ve en yetkin otorite hastane ve doktorlardır.

Tablo 51: Hastalanınca İlk Başvurulan Yer, Kişi Yaş İlişkisi

		Hastalanınca ilk başvuru yer, kişi				Toplam
		Hastane, doktor	Geleneksel iyileştiriciler(Şifacı, aktar vb.)	Arkadaş, akraba, aile büyükleri	Kitle iletişim araçları	
Yaş	20-29 yaş	102	4	7	3	116
		87,9%	3,4%	6,0%	2,6%	100,0%
		18,0%	28,6%	43,8%	13,6%	18,7%
		16,5%	,6%	1,1%	,5%	18,7%
	30-39 yaş	284	8	5	15	312
		91,0%	2,6%	1,6%	4,8%	100,0%
		50,0%	57,1%	31,3%	68,2%	50,3%
		45,8%	1,3%	,8%	2,4%	50,3%
	40-49 yaş	157	2	4	4	167
		94,0%	1,2%	2,4%	2,4%	100,0%
		27,6%	14,3%	25,0%	18,2%	26,9%
		25,3%	,3%	,6%	,6%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	25	0	0	0	25
		100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		4,4%	,0%	,0%	,0%	4,0%
		4,0%	,0%	,0%	,0%	4,0%
	Toplam	568	14	16	22	620
		91,6%	2,3%	2,6%	3,5%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		91,6%	2,3%	2,6%	3,5%	100,0%

Araştırmaya katılanlar hastalandıklarında ilk başvurdıkları yer, kişi olarak yüksek oranda hastane-doktor cevabını vermişlerdir. Yaş değişkeni dikkate alındığında

bu oran yaş ilerledikçe daha da artmaktadır. Buna göre ileriki yaşlarda hastane- doktora başvurma durumu düşük yaşlarda olduğundan çok daha fazladır ve bu durum yaşın ilerlemesiyle doğru orantılı olarak artmaktadır. Yaşın ilerlemesine bağlı olarak artan sağlık sorunlarının tedavisinde genel olarak tıp kurumları en önemli başvuru merkezi halindedir. Tıp kurumuna alternatif olan tedavi yöntemleri daha genç yaş gruplarında daha fazla tercih edilmektedir.

3.7.2. Doktora Başvurmadan İlaç Alma

Hastalıkların tedavisinde hemen hemen ilk akla gelen yöntem olan ilaç kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de oldukça yaygındır. İlaç kullanımı söz konusu olduğunda özellikle bir uzmana başvurmadan ilaç kullanımı önemli bazı problemlere yol açmaktadır. Bu problemlerin başında gereksiz ilaç kullanımının yaratacağı sağlık sorunlarının yanı sıra ülke ekonomisine yapacağı olumsuz katkılar başı çekmektedir. Bu konuda özellikle kitle iletişim araçlarından yapılan bilinçlendirici yayınlar toplumda belli bir bilinç yaratmayı hedeflese de bunun yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu konuda 2011 yılında yapılan “toplumda antibiyotik kullanımı sıklığı ve hekimlerin antibiyotik reçetesi yazma durumları ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi araştırması” na (İlhan,2011) göre;

- Son bir yılda kendi kendine ilaç kullanımı; % 48.1
- Evde antibiyotik bulundurma oranı % 25
- Doktordan antibiyotik talep etme oranı: % 17
- Doktor tavsiyesi olmadan antibiyotik kullanma oranı % 26
- Son bir yılda genel antibiyotik kullanım oranı; % 57
- Kendi kendine antibiyotik kullanım kullanımında en önemli gerekçe soğuk algınlığıdır ve % 51.3 oranındadır.
- Eczaneye danışarak ilaç kullanma oranı % 1.7’dir.
- Arkadaş, tanıdık tavsiyesi ile ilaç kullanma oranı % 0.6’dır.

Tablo 52: Hastalanınca Doktora Başvurmadan İlaç Alma Durumu

	N	%
Hayır	303	48,9
Evet, evde olan ilaçlardan	243	39,2
Evet, eczaneden	68	11,0
Evet, daha önce kullandığım ilaçlardan	6	1,0
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %48,9'u hastalandıklarında doktora başvurmadan ilaç almadıklarını belirtirken, %39,2'si hastalandıklarında doktora başvurmadan evde olan ilaçlardan ve % 11,0'i eczaneden aldıkları ilaçlardan kullandıklarını belirtmiştir. Bu oranlar ilaç kullanımı konusunda toplumda henüz yeterli bir bilinç düzeyi oluşturulamadığını göstermektedir. Araştırmaya katılanların yarısından fazlası hastalandıkları zaman doktora başvurmadan ilaç almaktadır. Bu oldukça yüksek bir orandır. Sağlık ve sağlıklı olmak konusunda artan bilinç ilaç kullanımı söz konusu olduğunda kendisini göstermemektedir.

3.7.3. Hastalanınca Başkalarından Bilgi Alıp Uygulama

Sağlık ve hastalık içinde bulundukları kültür tarafından şekillendirilirler. Bu durumda kültür, bireylerin sağlık ve hastalık algısını ve özellikle hastalık durumundaki tutum ve tavırlarını etkilemekte ve değiştirmektedir. Bunun sonucunda farklı kültürlerde sağlık anlayışı ve hastalık yaklaşımları farklılık göstermekte, neyin hastalık olarak kabul edilip neyin kabul edilmediği değişmekte ve hastalık durumundaki tavır ve tutumlar farklılık göstermektedir.

Tablo 53: Hastalanınca Aynı Hastalığı Geçirmiş Kişilerden Bilgi Alıp, Onların Tedavi Yöntemlerini Uygulama Durumu

	N	%
Evet, bilgi alır ve tedaviyi uygularım	57	9,2
Evet, bilgi alır ama tedaviyi uygulamam	278	44,8
Hayır	285	46,0
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlar hastalanınca aynı hastalığı geçirmiş kişilerden bilgi alıp, onların tedavi yöntemlerini uygulama durumuna; %46,0 oranında hayır, %44,8 oranında evet, bilgi alır ama tedaviyi uygulamam ve %9,2 oranında evet bilgi alır ve tedaviyi uygulamam şeklinde cevaplamışlardır.

İçinde yaşanan toplumun sağlık ve hastalık algılarını ve buna bağlı olarak gösterilen tutum ve tavırları etkilemesi tablo53'e yansımaktadır. Buna göre, araştırmaya katılanların yarısından fazlası hasta oldukları zaman çevrelerinde hastalıkları hakkında bilgi almaktadır. İçinde yaşadığımız toplumda batıdaki kadar bireyselleşmemiş bireyler büyük çoğunlukla bir aile çevresinde yaşamakta ve aile ilişkilerine önem vermektedir.

Bu yüzden hastalandıklarında da ilk etapta dost ve aile çevresinden bilgi alabilmektedir. Kültürümüzün bir özelliği olan bu durum sadece hastalık durumundan değil günlük yaşamın hemen her alanında sıkça görülen bir durumdur.

3.8. ÇALIŞAN KADINLARIN ALIŞKANLIKLARI VE BUNLARIN SAĞLIĞA OLAN ETKİLERİ

3.8.1. Çalışan Kadınların Sigara İçme Durumu

Günümüzde sigara, içenlerin gerek kendilerine gerekse de çevrelerine verdikleri zararlar düşünüldüğünde önemli sağlık sorunlarına yol açan zararlı bir alışkanlıktır. Dünya genelinde erkeklerin kadınlardan daha fazla sigara içtiği belirtilse de aradaki fark gün geçtikçe kapanmakta ve kadınlar her geçen gün daha fazla sigara alışkanlığı edinmektedir. Kadınların sigara içme oranlarında ortaya çıkan artışın nedeni; kadınların ekonomik bağımsızlıklarını kazanmalarına koşut olarak eskiye oranla sigaraya ulaşma olanaklarının artması ve kadınların sigara içmelerini özendirici ve artırmaya yönelik yapılan pazarlama girişimleri sayılabilir. Bunun sonucunda, sigara kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kadınlar arasında yaygınlaşmakta ve bunun sonucunda önemli sağlık sorunları yaşanmaktadır.

Tablo 54: Sigara Kullanma Durumu

	N	%
Evet	146	23,5
Hayır	474	76,5
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %76,5'i sigara kullanmazken, %23,5'i sigara kullandığını belirtmiştir.

Tablo 55: Sigara Kullanma Sıklığı

	N	%
Günde bir ve birden fazla paket	27	4,4
Günde yarım paket	51	8,2
Günde birkaç tane	59	9,5
Haftada birkaç tane	5	,8
Ayda birkaç tane	4	,6
Kullanmıyor	474	76,5
Toplam	620	100,0

Sigara kullananların %9,5'i günde birkaç tane, %8,2'si günde yarım paket içmektedir. Günde bir ve birden fazla paket sigara içenlerin oranı ise %4,4'tür.

Tablo 56: Sigarayı Bırakmayı Düşünme Durumu

	N	%
Evet	57	9,2
Bazen	63	10,2
Hayır	26	4,2
Kullanmıyorum	474	76,5
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlardan sigara kullananların %9,2'si sigarayı bırakmayı düşünürken, %10,2'si ise bazen sigarayı bırakmayı düşünmektedir. Araştırmaya katılanların %4,2'si ise bırakmayı düşünmemektedir.

Tablo 57: Sigara Sağlığa Zararlı mı?

	N	%
Evet	603	97,3
Hayır	17	2,7
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %97,3'ü sigarayı sağlığa zararlı bulurken, %2,7'si sigaranın sağlığa zararlı olmadığını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu sigaranın sağlığa olan zararlarının bilincindedir. Bu bilinçlenmede özellikle kitle iletişim araçlarından yapılan yayınların etkisi fazladır. Sağlık ve sağlıklı olmak yönünde artan eğilim sigara söz konusu olduğunda da kendini göstermektedir.

Tablo 58: Sigara Kullanma Durumu Medeni Durum İlişkisi

		Sigara kullanma durumu		Toplam
		Evet	Hayır	
Medeni Durum	Evli	112	373	485
		23,1%	76,9%	100,0%
		76,7%	78,7%	78,2%
		18,1%	60,2%	78,2%
	Bekâr	28	91	119
		23,5%	76,5%	100,0%
		19,2%	19,2%	19,2%
		4,5%	14,7%	19,2%
	Dul	6	10	16
		37,5%	62,5%	100,0%
		4,1%	2,1%	2,6%
		1,0%	1,6%	2,6%
Toplam		146	474	620
		23,5%	76,5%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%
		23,5%	76,5%	100,0%

$$\chi^2=1,786 \quad sd=2 \quad p>0,05$$

Araştırmaya katılanlardan evli ve bekâr olanların sigara içme oranları birbirine yakınken, dullar sigara içme bakımından daha yüksek bir orana sahiptir.

Tablo 59: Sigara Kullanma Durumu Meslek İlişkisi

		Sigara kullanma durumu		Toplam
		Evet	Hayır	
Meslek	Öğretmen	37	207	244
		15,2%	84,8%	100,0%
		25,3%	43,7%	39,4%
		6,0%	33,4%	39,4%
	Hâkim, Savcı, Avukat	5	7	12
		41,7%	58,3%	100,0%
		3,4%	1,5%	1,9%
		,8%	1,1%	1,9%
	Öğretim üyesi-görevlisi	3	35	38
		7,9%	92,1%	100,0%
		2,1%	7,4%	6,1%
		,5%	5,6%	6,1%
	Memur	35	75	110
		31,8%	68,2%	100,0%
		24,0%	15,8%	17,7%
		5,6%	12,1%	17,7%
	Doktor	6	28	34
		17,6%	82,4%	100,0%
		4,1%	5,9%	5,5%
		1,0%	4,5%	5,5%
	Eczacı	3	9	12
		25,0%	75,0%	100,0%
		2,1%	1,9%	1,9%
		,5%	1,5%	1,9%
	Ebe-Hemşire	57	113	170
		33,5%	66,5%	100,0%
		39,0%	23,8%	27,4%
		9,2%	18,2%	27,4%
Toplam	146	474	620	
	23,5%	76,5%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	
	23,5%	76,5%	100,0%	

$$\chi^2=31,145 \quad sd=6 \quad p<0,05$$

Sigara içme durumu meslek değişkenine bağlı olarak da değişmektedir. Buna göre en fazla sigara içenler %41,7 ile hâkim-savcı-avukatlarken onu %33,5 ile ebe-hemşire, %31,8 ile memur, %25,0 ile eczacılar, %17,6 ile doktorlar izlemektedir. En az sigara kullananlar ise öğretim üyesi- görevlisi (%7,9) ve öğretmenler (%15,2)'dir. Burada dikkat çeken nokta tıp eğitimi aldıkları halde sağlık alanında çalışan doktor, eczacı ve ebe-hemşirelerin sigara içme oranlarının beklenenden yüksek olmasıdır. Bu

durumun ortaya çıkmasında yapılan işin yaratmış olduğu stres ve sıkıntıların etkin rol oynadığı düşünülmektedir.

Tablo 60: Sigara Kullanma Durumu Eğitim Durumu İlişkisi

		Sigara kullanma durumu		Toplam
		Evet	Hayır	
Eğitim Durumu	Lise	25	34	59
		42,4%	57,6%	100,0%
		17,1%	7,2%	9,5%
		4,0%	5,5%	9,5%
	Üniversite	112	349	461
		24,3%	75,7%	100,0%
		76,7%	73,6%	74,4%
		18,1%	56,3%	74,4%
	Lisans üstü(Y.Lisans-Doktora)	9	91	100
		9,0%	91,0%	100,0%
		6,2%	19,2%	16,1%
		1,5%	14,7%	16,1%
Toplam	146	474	620	
	23,5%	76,5%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	
	23,5%	76,5%	100,0%	

$$\chi^2=23,513 \quad sd=2 \quad p<0,05$$

1996 yılında yapılan bir çalışmaya göre, ülkemizde, kadınlar arasındaki sigara kullanma alışkanlığı eğitim düzeyi ile doğru orantılı bir ilişki içindedir. Eğitim düzeyi arttıkça sigara alışkanlığı da artmaktadır (Bilir,2003:216). Ancak araştırma sonuçları bu veriler ile uymamakta, araştırmaya göre eğitim düzeyi yükseldikçe sigara kullanma oranı azalmaktadır. Buna göre sigara kullanımı lise mezunlarında %42,4, üniversite mezunlarında %24,3 ve lisan üstü mezunlarında %9,0'dır. Bu oranların ortaya çıkmasında sigaranın zararları konusunda son yıllarda toplumun genelini kapsayacak şekilde yapılan kampanyalar sonucu oluşan bilinçlenme gösterilebilir.

3.8.2. Çalışan Kadınların Alkol Kullanma Durumu

Alkol sağlığa doğrudan olumsuz etki eden bir faktördür. Alkol kullanımı dünyada sağlık risklerine yol açan faktörlerin başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2011 yılında yayınladığı "Global Status Report on Alcohol and Health" raporuna göre; alkol, atmıştan fazla temel hastalığa doğrudan etki eden bir faktör olmasının yanında her yıl ortalama 2,5 milyon kişinin de ölümüne yol açmaktadır. Alkol kullanımının zararları özellikle genç yaş gruplarında ölümcüldür. Özellikle 15-59

yaş arasındaki ölümlerde alkol kullanımı dünyada yaygın bir risk faktörüdür (WHO, Global Status Report on Alcohol and Health,2011).

Ülkemizde alkol tüketimi özellikle diğer Avrupa ülkeleri kıstas alındığında düşük seviyededir. 15 yaş ve üzeri nüfus için 2003-2005 yılları arasında kişi başına alkol tüketimi ortalama 3,4 litredir. Bu oran Avrupa da 12,2 litre olarak ölçülmüştür (WHO, Global Status Report on Alcohol and Health,2011). Türkiye Sağlık Araştırması 2010 verilerine göre Türkiye’de kadınlar erkelere oranla çok daha az alkol tüketmektedir (Türkiye Sağlık Araştırması, 2010).

Tablo 61: Alkol Kullanma Durumu

	N	%
Evet	63	10,2
Hayır	557	89,8
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %10,2’si alkol kullandığını belirtirken, %89,8’i alkol kullanmadığını belirtmiştir. Ülkemizde özellikle kırsal kesimde alkol kullanımı çok yaygın değildir. Dünyanın pek çok yerinde kültürel anlamlar da içerek alkol kullanımının ülkemizde düşük olmasının en önemli nedenlerinden biri kültürel olarak olumsuz anlamlar içermesidir. Özellikle kadınların alkol kullanımı uygun bir davranış olarak görülmemektedir. Bu durum örneklemimize de yansımıştır.

Tablo 62: Alkol Kullanma Sıklığı

	N	%
Ayda bir	7	1,1
Haftada bir	4	,6
Sadece özel günlerde yılda birkaç kez	55	8,9
Kullanmıyorum	554	89,4
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlardan alkol kullandığını belirtenlerden en fazla alkol kullananlar %8,9 ile sadece özel günlerde yılda birkaç kez kullandıklarını belirtmiştir. Ülkemizde alkol kullanımı kadınlar arasında yaygın görülen bir davranış değildir. Alkol kullananlarda çok sık kullanmamakta, en çok özel günlerde ve yılda birkaç kez kullanmaktadır.

Tablo 63: Alkol Sağlığa Zararlı mı?

	N	%
Evet	577	93,1
Hayır	43	6,9
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %93,1'i alkolün sağlığa zararlı olduğunu belirtirken, %6,9'u alkolün sağlığa zararlı olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılanlar sigaranın sağlığa zararlı olduğu konusundaki görüşlerini alkol söz konusu olduğunda da tekrarlamaktadır. Sağlıklı olmanın temel değerlerden biri haline geldiği günümüz toplumlarında sigara gibi alkolünde zararları konusunda bir bilinçlenme söz konusudur.

Tablo:64 Alkol Kullanma Durumu Aylık Gelir İlişkisi

		Alkol kullanma durumu		
		Evet	Hayır	Toplam
Aylık Gelir	751-1500 tl arası	4	43	47
		8,5%	91,5%	100,0%
		6,3%	7,7%	7,6%
		,6%	6,9%	7,6%
	1501-2500 tl arası	10	127	137
		7,3%	92,7%	100,0%
		15,9%	22,8%	22,1%
		1,6%	20,5%	22,1%
	2501-3500 tl arası	16	119	135
		11,9%	88,1%	100,0%
		25,4%	21,4%	21,8%
		2,6%	19,2%	21,8%
	3501-4500 tl arası	19	194	213
		8,9%	91,1%	100,0%
		30,2%	34,8%	34,4%
		3,1%	31,3%	34,4%
	4501-5500 tl arası	7	45	52
		13,5%	86,5%	100,0%
		11,1%	8,1%	8,4%
		1,1%	7,3%	8,4%
	5501 ve yukarısı	7	29	36
		19,4%	80,6%	100,0%
		11,1%	5,2%	5,8%
		1,1%	4,7%	5,8%
	Toplam	63	557	620
		10,2%	89,8%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%
		10,2%	89,8%	100,0%

$$\chi^2 = 6,170 \quad sd=5 \quad p>0,05$$

Araştırmaya katılanların alkol kullanma durumları aylık gelirlerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Buna göre yüksek gelire sahiplerin alkol kullanma oranları düşük gelire sahip olanlardan daha fazladır. Bu durumun ortaya çıkmasında alkolün pahalı bir alışkanlık olmasının rolü vardır.

Tablo 65: Alkol Kullanma Durumu Eğitim Durumu İlişkisi

		Alkol kullanma durumu		Toplam
		Evet	Hayır	
Eğitim Durumu	Lise	4	55	59
		6,8%	93,2%	100,0%
		6,3%	9,9%	9,5%
		,6%	8,9%	9,5%
	Üniversite	45	416	461
		9,8%	90,2%	100,0%
		71,4%	74,7%	74,4%
		7,3%	67,1%	74,4%
	Lisansüstü(Y. Lisans-Doktora)	14	86	100
		14,0%	86,0%	100,0%
		22,2%	15,4%	16,1%
		2,3%	13,9%	16,1%
Toplam	63	557	620	
	10,2%	89,8%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	
	10,2%	89,8%	100,0%	

$$\chi^2=2,434 \quad sd=2 \quad p>0,05$$

Araştırmaya katılanlar arasında alkol kullanma durumu eğitim düzeyine bağlı olarak değişmektedir. Buna göre, alkol kullanma alışkanlığı eğitim seviyesi yükseldikçe artmaktadır.

3.9. ÇALIŞAN KADINLARIN BESLENME ALIŞKANLIKLARI

3.9.1. Sağlıklı Beslenme

Günümüzde temel değerlerden biri olan sağlıklı olabilmenin pek çok yolu vardır. Bunların başında beslenme alışkanlıkları gelmektedir. Sağlıklı beslenmek sağlıklı olabilmenin ön koşullarından biridir. Sağlıklı beslenmek ise yediklerine dikkat etmekten geçmektedir. Fast food yiyecekler, hormonlu ürünler, katkı maddeleri, kanserojen ürünler, genetiği değiştirilmiş ürünler, yiyecekleri mevsiminde tüketmek gibi konular hemen hemen tüm iletişim kanalları aracılığıyla topluma sağlıklı olmak için mutlaka dikkat edilmesi gereken noktalar olarak vurgulanmaktadır. Sağlıklı olabilmek için beslenme alışkanlıklarına yapılan bu vurgu toplumda bu konuda belli bir bilinç yaratmakta ve her geçen gün sağlıklı beslenme konuları, sağlıklı ve doğal yiyecekler, organik besinler hayatımızda daha çok yer almaktadır.

Tablo 66: Sağlıklı Beslenme Durumu

	N	%
Evet, çok	50	8,1
Genellikle dikkat ediyorum	403	65,0
Biraz	114	18,4
Hayır	53	8,5
Toplam	620	100,0

Sağlıklı beslenme konusunda yapılan vurgu ve bilinçlenme araştırmaya yansımış durumdadır. Buna göre araştırmaya katılanların sağlıklı beslenmeye dikkat etme oranları şöyledir: %8,1'i çok dikkat etmekteyken, %65,0'i genellikle dikkat ettiğini belirtmiş, %18,4'ü biraz dikkat ederken, %8,5'i dikkat etmediğini belirtmiştir. Sonuçta araştırmaya katılanlar büyük oranda sağlıklı beslenmeye dikkat etmektedir. Bu konulara yapılan vurgular ve bu konulardaki yayınlar bir bilinçlenme yaratmıştır.

Tablo 67: Sağlıklı Beslenme Durumu Aylık Gelir İlişkisi

		Sağlıklı beslenme durumu				
		Evet, çok	Genellikle dikkat ediyorum	Biraz	Hayır	
						Toplam
Aylık Gelir	751-1500 tl arası	3	21	15	8	47
		6,4%	44,7%	31,9%	17,0%	100,0%
		6,0%	5,2%	13,2%	15,1%	7,6%
		,5%	3,4%	2,4%	1,3%	7,6%
	1501-2500 tl arası	9	93	22	13	137
		6,6%	67,9%	16,1%	9,5%	100,0%
		18,0%	23,1%	19,3%	24,5%	22,1%
		1,5%	15,0%	3,5%	2,1%	22,1%
	2501-3500 tl arası	11	90	24	10	135
		8,1%	66,7%	17,8%	7,4%	100,0%
		22,0%	22,3%	21,1%	18,9%	21,8%
		1,8%	14,5%	3,9%	1,6%	21,8%
	3501-4500 tl arası	17	139	44	13	213
		8,0%	65,3%	20,7%	6,1%	100,0%
		34,0%	34,5%	38,6%	24,5%	34,4%
		2,7%	22,4%	7,1%	2,1%	34,4%
	4501-5500 tl arası	5	38	6	3	52
		9,6%	73,1%	11,5%	5,8%	100,0%
		10,0%	9,4%	5,3%	5,7%	8,4%
		,8%	6,1%	1,0%	,5%	8,4%
	5501 ve yukarısı	5	22	3	6	36
		13,9%	61,1%	8,3%	16,7%	100,0%
		10,0%	5,5%	2,6%	11,3%	5,8%
		,8%	3,5%	,5%	1,0%	5,8%
Toplam		50	403	114	53	620
		8,1%	65,0%	18,4%	8,5%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		8,1%	65,0%	18,4%	8,5%	100,0%

$$\chi^2 = 24,084 \quad sd=15 \quad p>0,05$$

Sağlıklı beslenebilmek için sağlıklı ve doğal yiyecekleri tüketmek gerekliliği sürekli vurgulanan bir durumdur. Günümüz beslenme alışkanlıkları ve beslenme sektörü dikkate alındığında sağlık açısından pek çok bakımdan güven vermeyen çeşitli uygulamalar ve durumlar söz konusudur. Özellikle günümüz koşullarında kadınların

çalışma hayatına girmesi ve çalışma hayatında eskiye oranla daha aktif rol almalarıyla birlikte hem iş hem de ev yaşamının bir arada götürülmesinde yaşanan zorluklar hazır yiyeceklerin kullanımını artırmaktadır. Hazır yiyeceklerde ve beslenme sektörünün pek çok alanında kullanılan koruyucu maddeler ve bunların yol açtığı zararlar, bu yiyeceklerin hazırlanma koşulları ve bunlarda kullanılan malzemelerin güvenilirliği hemen hemen her gün iletişim kanallarında konuşulan, tartışılan konuların başında gelmektedir. Bunun yanında özellikle sebze ve meyvelerin yetiştirilmesi safhasında kullanılan ilaçlar ve hormonlar gündemden düşmeyen önemli konular olmaktadır. Bu tarz yiyeceklerin kısa ve uzun vadede verebileceği zararlar konusunda gittikçe büyüyen bir bilgi birikimi ve bilinçlenme söz konusudur. Bu nedenle günümüzde doğal yiyeceklerle ve organik besinlere yönelik artan bir ilgi söz konusudur. Bu artan ilgi beraberinde bu besinlerin ve yiyeceklerin fiyatlarında yükselmeye yol açmıştır. Bunun sonucunda bunlara ulaşmak belli bir gelir seviyesi gerektirmektedir. Bu durum araştırmaya katılanlar arasında da görülmekte. Sağlıklı beslenme durumu gelire bağlı olarak yükselmektedir.

Tablo 68: Sağlıklı Beslenme Durumu Yaş İlişkisi

		Sağlıklı beslenme durumu				Toplam
		Evet, çok	Genellikle dikkat ediyorum	Biraz	Hayır	
Yaş	20-29 yaş	10	64	31	11	116
		8,6%	55,2%	26,7%	9,5%	100,0%
		20,0%	15,9%	27,2%	20,8%	18,7%
		1,6%	10,3%	5,0%	1,8%	18,7%
	30-39 yaş	26	207	50	29	312
		8,3%	66,3%	16,0%	9,3%	100,0%
		52,0%	51,4%	43,9%	54,7%	50,3%
		4,2%	33,4%	8,1%	4,7%	50,3%
	40-49 yaş	11	115	29	12	167
		6,6%	68,9%	17,4%	7,2%	100,0%
		22,0%	28,5%	25,4%	22,6%	26,9%
		1,8%	18,5%	4,7%	1,9%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	3	17	4	1	25
		12,0%	68,0%	16,0%	4,0%	100,0%
		6,0%	4,2%	3,5%	1,9%	4,0%
		,5%	2,7%	,6%	,2%	4,0%
Toplam	50	403	114	53	620	
	8,1%	65,0%	18,4%	8,5%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	8,1%	65,0%	18,4%	8,5%	100,0%	

$$\chi^2=10,026 \quad sd=9 \quad p>0,05$$

Sağlıklı beslenmeye verilen önem yaşa bağlı olarak da değişmektedir. Yaş ilerledikçe sağlık sorunlarının artması sağlıklı olmaya verilen önemin artmasına neden olmaktadır. Buna göre araştırmaya katılanlarda da yaş ilerledikçe sağlıklı beslenmeye verilen önem de artmaktadır.

3.9.2. Fast Food Alışkanlığı

Fast-food olarak adlandırılan hızlı bir şekilde hazırlanıp ve daha çok ayaküstü ve hızlı bir şekilde tüketilen yiyeceklerin günümüzde insan sağlığını tehdit eden yiyeceklerin başında geldiği kabul edilmektedir. Genellikle yüksek bir yağ oranı ve kaloriliye sahip olan bu yiyeceklere en fazla çocuk ve gençler rağbet etse de bu tarz yiyecekler her kesimden ve her yaştan insanın beslenme alışkanlıklarında önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle büyük şehirlerde ve yoğun iş temposunda çalışan insanların daha çok tercih ettiği fast-food, hızlı yaşam ve çalışma temposu içinde kısa sürede hazırlanması ve tüketilmesi dolayısıyla tercih edilmektedir. Ancak bu tarz yiyeceklerin sağlığa verdiği zararlar her geçen gün daha çok gündeme gelmekte ve bu konuda yapılan çalışmalarla bilinçlenme artmaktadır.

Tablo 69: Fast-Food Yiyecekleri Yeme Durumu

	N	%
Evet, çok sık	14	2,3
Genellikle	52	8,4
Bazen	462	74,5
Hiç	92	14,8
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların fast-food tarzı yemekleri çok fazla tercih etmedikleri görülmektedir. Sadece %2,3 oranında çok sık tüketirken, %8,4 oranında genellikle, %74,5 oranında bazen ve %14,8 oranında da hiç tüketmediklerini belirtmişlerdir. Bu bağlamda, araştırmaya katılan çalışan kadınlar fast-food tarzı beslenme alışkanlığına çok fazla sahip değildir. Bu durumun ortaya çıkmasında kültürümüzde fast-food tarzı yemek alışkanlıklarının ve yiyeceklerin çok yeri olmamasının rolü büyüktür. Kültürümüzde yemek yemek ihtiyacı karşılamının yanında tüm aile bireylerinin bir araya geldiği önemli bir olay olarak görülmektedir. Akşamları sofraya beraber oturmak, aile bireylerinin beraber yemek yemesi önemsenen ve değer verilen bir olgudur. Bu

bağlamda daha çok bireysel ve hızlı yemek yemeye dayalı fast-food çok tercih edilmemektedir. Bunun yanında fast-food tarzı yiyeceklerin zararları konusunda yapılan yayınlar ve bilinçlenme bu tarz yemek anlayışını ve yiyeceklerle mesafeli durulmasına neden olmaktadır. Tablo 70 bu durumları destekler nitelikte veriler sunmaktadır.

Tablo 70: Fast-Food Zararlı mı?

	N	%
Evet	594	95,8
Hayır	26	4,2
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %95,8'i fast-food tarzı yiyeceklerin zararlı olduğunu düşünmektedir. Bu oran bize bu konuda bilinçlenmenin varlığını göstermektedir. Ancak modern dünyanın hızlı ve tempolu yaşam koşullarında ne kadar zararlı olduğu bilinse de bu tarz yiyeceklerin tüketimi her geçen gün dikkate değer oranda artmaktadır.

Tablo 71: Fast-Food Yiyecekleri Yeme Durumu Yaş İlişkisi

		Fast-food yiyecekleri yeme durumu				Toplam
		Evet, çok sık	Genellikle	Bazen	Hiç	
Yaş	20-29 yaş	7	22	83	4	116
		6,0%	19,0%	71,6%	3,4%	100,0%
		50,0%	42,3%	18,0%	4,3%	18,7%
		1,1%	3,5%	13,4%	,6%	18,7%
	30-39 yaş	5	24	245	38	312
		1,6%	7,7%	78,5%	12,2%	100,0%
		35,7%	46,2%	53,0%	41,3%	50,3%
		,8%	3,9%	39,5%	6,1%	50,3%
	40-49 yaş	1	6	119	41	167
		,6%	3,6%	71,3%	24,6%	100,0%
		7,1%	11,5%	25,8%	44,6%	26,9%
		,2%	1,0%	19,2%	6,6%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	1	0	15	9	25
		4,0%	,0%	60,0%	36,0%	100,0%
		7,1%	,0%	3,2%	9,8%	4,0%
		,2%	,0%	2,4%	1,5%	4,0%
	Toplam	14	52	462	92	620
		2,3%	8,4%	74,5%	14,8%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		2,3%	8,4%	74,5%	14,8%	100,0%

Günümüzde fast-food tarzı yiyecekler daha çok gençler tarafından tercih edilmektedir. Bu durum araştırmaya katılanlar arasında da görülmektedir. Buna göre yaş ilerledikçe fast-food tarzı yiyeceklerin tüketimi azalmaktadır. Bu tarz yiyeceklerin tüketimi özellikle 20-29 yaş arasında daha yaygın görülmektedir. 40 yaş ve üzerinde ise

tüketim oldukça düşmektedir. Bu oranlar, yaş ilerledikçe çalışan kadınların sağlıklarına daha dikkat ettiklerinin göstergesidir.

Tablo 72: Fast-Food Yiyecekleri Yeme Durumu Medeni Durum İlişkisi

		Fast-food yiyecekleri yeme durumu				Toplam
		Evet, çok sık	Genellikle	Bazen	Hiç	
Medeni Durum	Evli	6	34	372	73	485
		1,2%	7,0%	76,7%	15,1%	100,0%
		42,9%	65,4%	80,5%	79,3%	78,2%
		1,0%	5,5%	60,0%	11,8%	78,2%
	Bekâr	8	18	77	16	119
		6,7%	15,1%	64,7%	13,4%	100,0%
		57,1%	34,6%	16,7%	17,4%	19,2%
		1,3%	2,9%	12,4%	2,6%	19,2%
	Dul	0	0	13	3	16
		,0%	,0%	81,3%	18,8%	100,0%
		,0%	,0%	2,8%	3,3%	2,6%
		,0%	,0%	2,1%	,5%	2,6%
Toplam		14	52	462	92	620
		2,3%	8,4%	74,5%	14,8%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		2,3%	8,4%	74,5%	14,8%	100,0%

Fast-food yiyeceklerin tüketimi medeni duruma bağlı olarak da değişmektedir. Araştırmaya katılanlara baktığımızda en çok bekârların fast-food yiyecekleri tercih ettiğini görüyoruz. Evli veya dul olanlar ise daha az tercih etmektedir. Bekârların kendileri dışında doğrudan sorumlu oldukları bir eş veya çocukları olmaması bunda etken olabilir. Evli veya dul çalışan kadınların özellikle kendi sağlığı yanında aile bireylerinin sağlığından da birinci derecede sorumlu olmaları sağlıklı olmaya ilişkin bakış açılarını daha da genişletmiştir.

3.9.3. Hormonlu Ürünlere Hassasiyet

Sağlıklı yiyecekler söz konusu olduğunda yiyeceklerin hormonlu olup olmaması da önemli bir konu olarak görülmektedir. Gelişen teknoloji insan sağlığına pek çok bakımdan olumlu katkılar sunsa da insan sağlığına olumsuz etkileri de azımsanmayacak kadar çoktur. İnsan sağlığına olumsuz etki eden hormonların özellikle sebze ve meyvelerin yetiştirilmesinde kullanılması günümüzde önemli bir sağlık problemi olarak

görülmektedir. Bu konuda iletişim araçlarından yapılan yayınlar toplumda belli bir bilinç düzeyi oluşturmuş durumdadır.

Tablo 73: Hormonlu Ürünlere Hassasiyet Durumu

	N	%
Evet, çok dikkat ederim	291	46,9
Hassasım ama dikkat etmem	297	47,9
Hayır, dikkat etmem	32	5,2
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlar da bu bilinci yansıtmaktadır. Araştırmaya katılanların %46,9'u hormonlu ürünlere çok dikkat ettiğini belirtirken, %47,9'u bu konuda hassas olduğunu ancak dikkat etmediğini belirtmiştir. %5,2 ise hormonlu ürünlere dikkat etmediğini belirtmiştir. Araştırma bize göstermektedir ki hormonlu ürünler ve onların zararları konusunda bir bilinçlenme ve hassasiyet mevcuttur. Özellikle kendi sağlığı yanında aile bireylerinin de sağlıklarından sorumlu olan kadınların bu konuda daha hassas oldukları söylenebilir.

Tablo 74: Hormonlu Ürünlere Hassasiyet Durumu Medeni Durum İlişkisi

		Hormonlu ürünlere hassasiyet durumu			Toplam
		Evet, çok dikkat ederim	Hassasım ama dikkat etmem	Hayır, dikkat etmem	
Medeni Durum	Evli	251	215	19	485
		51,8%	44,3%	3,9%	100,0%
		86,3%	72,4%	59,4%	78,2%
		40,5%	34,7%	3,1%	78,2%
	Bekâr	34	72	13	119
		28,6%	60,5%	10,9%	100,0%
		11,7%	24,2%	40,6%	19,2%
		5,5%	11,6%	2,1%	19,2%
	Dul	6	10	0	16
		37,5%	62,5%	,0%	100,0%
		2,1%	3,4%	,0%	2,6%
		1,0%	1,6%	,0%	2,6%
Toplam		291	297	32	620
		46,9%	47,9%	5,2%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		46,9%	47,9%	5,2%	100,0%

$$\chi^2=27,138 \quad sd=4 \quad p<0,05$$

Hormonlu ürünlere hassasiyet medeni duruma bağlı olarak değişmektedir. Araştırmaya göre evli çalışan kadınlar, bekâr ve dul olanlara göre hormonlu ürünlere daha dikkat etmektedir. Kendi sağlıkları yanında özellikle çocuklarının sağlığından da

birinci derecede sorumlu olan evli kadınların bu konuda hassas olmaları beklenen bir durumdur.

Tablo 75: Hormonlu Ürünlere Hassasiyet Durumu Yaş İlişkisi

		Hormonlu ürünlere hassasiyet durumu			Toplam
		Evet, çok dikkat ederim	Hassasım ama dikkat etmem	Hayır, dikkat etmem	
Yaş	20-29 yaş	38	65	13	116
		32,8%	56,0%	11,2%	100,0%
		13,1%	21,9%	40,6%	18,7%
		6,1%	10,5%	2,1%	18,7%
	30-39 yaş	149	153	10	312
		47,8%	49,0%	3,2%	100,0%
		51,2%	51,5%	31,3%	50,3%
		24,0%	24,7%	1,6%	50,3%
	40-49 yaş	88	70	9	167
		52,7%	41,9%	5,4%	100,0%
		30,2%	23,6%	28,1%	26,9%
		14,2%	11,3%	1,5%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	16	9	0	25
		64,0%	36,0%	,0%	100,0%
		5,5%	3,0%	,0%	4,0%
		2,6%	1,5%	,0%	4,0%
	Toplam	291	297	32	620
		46,9%	47,9%	5,2%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		46,9%	47,9%	5,2%	100,0%

$$\chi^2=23,252 \quad sd=6 \quad p<0,05$$

Hormonlu ürünlere hassasiyet yaşa bağlı olarak da değişmektedir. Araştırmaya katılanlarda yaş ilerledikçe hormonlu ürünlere hassasiyet oranları artmaktadır. Yaş ilerledikçe sağlık sorunlarının ve sağlığa verilen önemin artması bu sonuca neden olmaktadır.

3.9.4. Mevsimi Olmayan Sebze ve Meyve Tüketme

Günümüzde sağlıklı beslenme konusunda dikkat edilmesi gereken önemli bir diğer nokta da mevsiminde sebze ve meyve tüketimi konusudur. Tarım tekniklerinde ortaya çıkan gelişmeler sonucu artık sebze ve meyvelerin üretiminde mevsimsel etkiler en aza inmiş durumdadır. Artık rahatlıkla pek çok ürünün mevsimi olmadan yetiştirilmesi ve tüketilmesi söz konusudur. Ancak mevsimi olmayan sebze ve meyve yetiştirilmesinde insan sağlığına zararlı bazı hormon ve ilaçların kullanımı sık sık gündeme gelmektedir. Bu durumun sık işlenmesi bu konuda bir bilinçlenmeye neden olmuştur.

Tablo 76: Mevsimi Olmayan Sebze ve Meyve Tüketme Durumu

	N	%
Evet, sık sık	30	4,8
Bazen	225	36,3
Çok az	278	44,8
Asla	87	14,0
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlarda da bu bilinçlenme gözlemlenmektedir. Buna göre mevsimi olmayan sebze ve meyve tüketimini yapanların oranı %4,8'dir. Bazen tüketenler %36,3, çok az tüketenler %44,8 ve asla tüketmem diyenlerin oranı %14,0'dır. Bu veriler bu konuda ortaya çıkan bilinçlenmenin yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 77: Mevsimi Olmayan Sebze ve Meyve Tüketme Durumu Medeni Durum İlişkisi

		Mevsimi olmayan sebze ve meyve tüketme durumu				Toplam
		Evet, sık sık	Bazen	Çok az	Asla	
Medeni Durum	Evli	18	164	230	73	485
		3,7%	33,8%	47,4%	15,1%	100,0%
		60,0%	72,9%	82,7%	83,9%	78,2%
		2,9%	26,5%	37,1%	11,8%	78,2%
	Bekâr	11	55	42	11	119
		9,2%	46,2%	35,3%	9,2%	100,0%
		36,7%	24,4%	15,1%	12,6%	19,2%
		1,8%	8,9%	6,8%	1,8%	19,2%
	Dul	1	6	6	3	16
		6,3%	37,5%	37,5%	18,8%	100,0%
		3,3%	2,7%	2,2%	3,4%	2,6%
		,2%	1,0%	1,0%	,5%	2,6%
Toplam		30	225	278	87	620
		4,8%	36,3%	44,8%	14,0%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		4,8%	36,3%	44,8%	14,0%	100,0%

$$\chi^2=16,059 \quad sd=6 \quad p<0,05$$

Mevsimi olmayan sebze ve meyve tüketimi medeni duruma bağlı olarak değişmektedir. Buna göre mevsimi olmayan sebze ve meyve tüketimi en fazla bekârlar arasında görülmektedir. Bu durumun ortaya çıkmasında bekârların sağlık alanında sadece kendilerinden sorumlu olmaları yatmaktadır. Evli olanlar ise kendileri dışında sağlıklarından birinci dereceden sorumlu oldukları eş ve çocuklarının olması bu gibi konulara daha dikkat etmelerine neden olmaktadır.

3.9.5. Kanserojen Ürünlere Dikkat Etme

Günümüzde pek çok hastalığın tedavisi bulunmuş ve tedavilerinde önemli gelişmeler sağlanmıştır. Ancak hala tedavisi tam olarak bulunamayan ya da önemli gelişme sağlanmayan hastalıklar da mevcuttur. Bunların başında özellikle kanser ve bazı kanser türleri gelmektedir. Çağımızın en dikkat çeken hastalıklarından olan kanser vakalarında oldukça yüksek bir artış söz konusudur. Bu artışın ortaya çıkmasında çevresel etkenlerin de rolü büyüktür. Bu çevresel etkenlerin başında da beslenme alışkanlıkları gelmektedir. Beslenme alışkanlıkları kanserin oluşmasında ve gelişmesinde önemli bir etken olarak görülmektedir. Beslenme alışkanlıkları ve yediğimiz besinlerin bu açıdan önemli olduğu sürekli tekrar edilen bilgiler olarak insanların zihinlerinde yer etmiştir.

Tablo 78: Kanserojen Ürünlere Dikkat Etme Durumu

	N	%
Evet, çok	273	44,0
Bazen	290	46,8
Dikkat etmem	57	9,2
Toplam	620	100,0

Bu durum araştırmaya katılanlar arasında da gözlemlenmektedir. Buna göre araştırmaya katılanların %44,0'ü kanserojen ürünlere çok dikkat ederken, %46,8'i bazen dikkat etmekte ve %9,2'si ise dikkat etmemektedir.

Tablo 79: Kanserojen Ürünlere Dikkat Etme Durumu Yaş İlişkisi

		Kanserojen ürünlere dikkat etme durumu			Toplam
		Evet, çok	Bazen	Dikkat etmem	
Yaş	20-29 yaş	40	61	15	116
		34,5%	52,6%	12,9%	100,0%
		14,7%	21,0%	26,3%	18,7%
		6,5%	9,8%	2,4%	18,7%
	30-39 yaş	147	135	30	312
		47,1%	43,3%	9,6%	100,0%
		53,8%	46,6%	52,6%	50,3%
		23,7%	21,8%	4,8%	50,3%
	40-49 yaş	71	85	11	167
		42,5%	50,9%	6,6%	100,0%
		26,0%	29,3%	19,3%	26,9%
		11,5%	13,7%	1,8%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	15	9	1	25
		60,0%	36,0%	4,0%	100,0%
		5,5%	3,1%	1,8%	4,0%
		2,4%	1,5%	,2%	4,0%
	Toplam	273	290	57	620
		44,0%	46,8%	9,2%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		44,0%	46,8%	9,2%	100,0%

$$\chi^2 = 11,286 \quad sd=6 \quad p>0,05$$

Kanserojen ürünlere dikkat etme durumu yaşa bağlı olarak değişmektedir. Kanser hastalığının genel olarak yaş ilerledikçe ortaya çıkan bir hastalık olması özellikle yaşı ilerlemiş insanlarda daha çok görülmesi sebebiyle araştırmaya katılanlar arasında da yaş ilerledikçe kanserojen ürünlere dikkat etme oranları artmaktadır. Buna göre kanserojen ürünlere dikkat etme durumu en fazla 50 yaş ve üzerinde görülürken, yaş düştükçe dikkat etme oranları da azalmaktadır.

3.9.6. Genetiği Değiştirilmiş Ürünlere Hassasiyet

GDO, yani genetiği değiştirilmiş organizma, bir canlının genetik özelliklerinin insan eliyle laboratuvar ortamında değiştirilmesiyle elde edilir. GDO'lar genellikle bir canlı türünün doğal hayatta sahip olmadığı bir özelliğin bir başka canlıdan gen aracılığıyla aktarılmasıyla elde edilir. GDO teknolojisi günümüzde özellikle bazı sebze ve meyvelerin üretiminde kullanılmaktadır. Bu ürünlerin insan sağlığına olan zararları ise sık sık gündeme gelen ve tartışılan konuların başında gelmektedir. Kitle iletişim araçlarının etkin kullanıldığı günümüzde bu tarz ürünlerin özellikleri ve verdiği zararlar konusunda insanlar her geçen gün daha da bilinçlenmektedir.

Tablo 80: Genetiği Değiştirilmiş Ürünler Hakkında Bilgi Sahibi Olup Bunlara Dikkat Etme Durumu

	N	%
Evet, bilgim var ve hassas davranıyorum	332	53,5
Bilgim var ama dikkat etmiyorum	164	26,5
Çok fazla bilgim yok	118	19,0
Hiç bilgim yok	6	1,0
Toplam	620	100,0

Genetiği değiştirilmiş ürünler konusunda ortaya çıkan hassasiyet araştırmaya katılanlar arasında da gözlemlenmektedir. Genetiği değiştirilmiş ürünler hakkında bilgi sahibi olup bunlara dikkat edenlerin oranı %53,5'dir. Bilgisi olup da dikkat etmeyenlerin oranı ise %26,5'dir. Araştırmaya katılanların genel anlamda bu konuda bilgi sahibi olduğunu görüyoruz.

Tablo 81: Genetiği Değiştirilmiş Ürünler Hakkında Bilgi Sahibi Olup Bunlara Dikkat Etme Durumu Medeni Durum İlişkisi

		Genetiği değiştirilmiş ürünler hakkında bilgi sahibi olup bunlara dikkat etme durumu				Toplam
		Evet, bilğim var ve hassas davranıyorum	Bilğim var ama dikkat etmiyorum	Çok fazla bilğim yok	Hiç bilğim yok	
Medeni Durum	Evli	281	113	87	4	485
		57,9%	23,3%	17,9%	,8%	100,0%
		84,6%	68,9%	73,7%	66,7%	78,2%
		45,3%	18,2%	14,0%	,6%	78,2%
	Bekâr	45	46	27	1	119
		37,8%	38,7%	22,7%	,8%	100,0%
		13,6%	28,0%	22,9%	16,7%	19,2%
		7,3%	7,4%	4,4%	,2%	19,2%
	Dul	6	5	4	1	16
		37,5%	31,3%	25,0%	6,3%	100,0%
		1,8%	3,0%	3,4%	16,7%	2,6%
		1,0%	,8%	,6%	,2%	2,6%
Toplam		332	164	118	6	620
		53,5%	26,5%	19,0%	1,0%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		53,5%	26,5%	19,0%	1,0%	100,0%

Genetiği değiştirilmiş ürünler hakkında evliler bekâr ve dullara oranla daha fazla bilgi sahibidir ve daha hassas davranmaktadır. Evli olanların kendileri dışında sağlıklarından birinci dereceden sorumlu oldukları eş ve çocuklarının olması bu gibi konulara daha dikkat etmelerine neden olmaktadır.

Tablo 82: Genetiği Değiştirilmiş Ürünler Hakkında Bilgi Sahibi Olup Bunlara Dikkat Etme Durumu Yaş İlişkisi

		Genetiği değiştirilmiş ürünler hakkında bilgi sahibi olup bunlara dikkat etme durumu				Toplam
		Evet, bilğim var ve hassas davranıyorum	Bilğim var ama dikkat etmiyorum	Çok fazla bilğim yok	Hiç bilğim yok	
Yaş	20-29 yaş	55	40	20	1	116
		47,4%	34,5%	17,2%	,9%	100,0%
		16,6%	24,4%	16,9%	16,7%	18,7%
		8,9%	6,5%	3,2%	,2%	18,7%
	30-39 yaş	165	80	64	3	312
		52,9%	25,6%	20,5%	1,0%	100,0%
		49,7%	48,8%	54,2%	50,0%	50,3%
		26,6%	12,9%	10,3%	,5%	50,3%
	40-49 yaş	97	40	29	1	167
		58,1%	24,0%	17,4%	,6%	100,0%
		29,2%	24,4%	24,6%	16,7%	26,9%
		15,6%	6,5%	4,7%	,2%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	15	4	5	1	25
		60,0%	16,0%	20,0%	4,0%	100,0%
		4,5%	2,4%	4,2%	16,7%	4,0%
		2,4%	,6%	,8%	,2%	4,0%
Toplam	332	164	118	6	620	
	53,5%	26,5%	19,0%	1,0%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	53,5%	26,5%	19,0%	1,0%	100,0%	

Genetiği değiştirilmiş ürünler hakkında bilgi sahibi olup bunlara dikkat etme durumu yaşa bağlı olarak da değişmektedir. Buna göre yaş ilerledikçe genetiği değiştirilmiş ürünler hakkında bilgi sahibi olup bunlara dikkat etme oranları artmaktadır. Yaş ilerledikçe sağlıklı olmaya verilen önemin artmasına bağlı olarak sağlığı tehdit eden konular hakkından bilinçlenme ve bu konulara dikkat artmaktadır. Buna bağlı olarak araştırmaya katılan çalışan kadınların yaşının ilerledikçe GDO'lu ürünlere karşı bilinç düzeyinin artması ve dikkat etmeleri anlamlıdır.

3.9.7. Çalışan Kadınların Diyet Yapma Durumları

Günümüzde diyet yapmak ve diyet sonucu elde edilecek olan ideal beden sağlıklı olmak ile eş anlamlı olmuştur. Çünkü “iyi görünmek sağlıklı olmaktır” düşüncesinin yaygınlaşması ile birlikte diyet günlük yaşamın, özellikle kadınlar için, vazgeçilmez bir unsuru haline gelmiştir. Günlük yaşam içinde tıbbileştirilen diyet olgusu (Sezgin,2011a:62) ile diyet yapmak iyi görünmenin bir anahtarıdır. İyi görünmek ise sağlıklı olmaktır.

Tablo 83: Diyet Yapma Durumu

	N	%
Evet, pek çok kez	88	14,2
Evet, arada sırada	169	27,3
Çok az	154	24,8
Hiç	209	33,7
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların büyük bir kısmı diyet yapmaktadır/yapmıştır. Sadece %33,7'si hiç diyet yapmadığını belirtmiştir. Günümüzde iyi görünmenin zayıf olmakla eşdeğer ölçüde olduğu düşünüldüğünde, özellikle bir kadın için sosyal kabul edilebilirliğin artması, zayıf görünmesi ile doğru orantılıdır. Zayıf olabilmek için de en temel yollardan biri diyet yapmaktır.

Tablo 84: Diyet Yapma Sebebi

	N	%
Güzel görünmek	30	4,8
Sağlıklı olmak	125	20,2
Zayıflamak	262	42,3
Diyet yapmadı	203	32,7
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların diyet yapma sebeplerini ve oranları şunlardır: Zayıflamak (%42,3), sağlıklı olmak (%20,2) ve güzel görünmek (%4,8). Görüldüğü gibi araştırmaya katılanlar daha çok zayıflamak ve sağlıklı olmak için diyet yapmaktadır. Sağlıklı bir beden zayıf bir beden olduğu algısı toplumda iyice yerleşmiş durumdadır. Zayıflamak ve iyi görünmek, sosyal kabul edilebilirliği artırdığı gibi, sağlıklı olmanın da göstergesidir. Bu yüzden diyet yapmak ve zayıflamak, yanlış bir algıyla, sağlıklı olmak gibi algılanmaktadır.

Tablo 85: Diyet Yapma Sebebi Yaş İlişkisi

		Diyet yapma sebebi				Toplam
		Güzel görünmek	Sağlıklı olmak	Zayıflamak	Diyet yapmadı	
Yaş	20-29 yaş	10	15	47	44	116
		8,6%	12,9%	40,5%	37,9%	100,0%
		33,3%	12,0%	17,9%	21,7%	18,7%
		1,6%	2,4%	7,6%	7,1%	18,7%
	30-39 yaş	17	53	143	99	312
		5,4%	17,0%	45,8%	31,7%	100,0%
		56,7%	42,4%	54,6%	48,8%	50,3%
		2,7%	8,5%	23,1%	16,0%	50,3%
	40-49 yaş	3	48	64	52	167
		1,8%	28,7%	38,3%	31,1%	100,0%
		10,0%	38,4%	24,4%	25,6%	26,9%
		,5%	7,7%	10,3%	8,4%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	0	9	8	8	25
		,0%	36,0%	32,0%	32,0%	100,0%
		,0%	7,2%	3,1%	3,9%	4,0%
		,0%	1,5%	1,3%	1,3%	4,0%
	Toplam	30	125	262	203	620
		4,8%	20,2%	42,3%	32,7%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		4,8%	20,2%	42,3%	32,7%	100,0%

$$\chi^2=25,298 \quad sd=9 \quad p<0,05$$

Araştırmaya katılanlar arasında diyet yapma sebebi yaşa bağlı olarak değişmektedir. Buna göre güzel görünmek için diyet yapma oranları yaş düştükçe artmaktadır. Sağlıklı olmak için diyet yapma oranları ise yaş ilerledikçe artmaktadır. Yaş ilerledikçe kadınlarda kilo alma problemlerinin artması, sosyal kabul edilebilirlik seviyelerinin düşmesi ve sağlık problemlerinin artması dolayısıyla sağlıklı olmak için diyet yapma oranları artmaktadır.

3.9.8. Çalışan Kadınların Spor Yapma Durumları

Sağlıklı olmanın bir diğer yolu da spor yapmaktır. Hareketsiz bir yaşam, sağlıksız beslenme, günlük yaşamın getirdiği stres ve sıkıntılar bireylerin sağlığını bozan etkenlerdir. Bozulan bu sağlığı tamir etmenin en iyi yollarından biri de bedeni çalıştırmak yani spor yapmaktır.

Spor yapmak yaşam kalitesini yükseltmek ve sağlıklı bir yaşam için yapılmıyormuş gibi görünse de; ardında, “zayıf” ve “genç” bedenler için, çaba harcama planlarını da desteklemektedir. Kadınlar için egzersiz, estetik ve zayıf olmak anlamına gelirken, erkekler için kaslı olmak anlamına gelmektedir. Bu anlamlandırma içinde sağlık çok geri planda kalmaktadır (Sezgin,2011a;186).

Tablo 86: Spor Yapma Durumu

	N	%
Evet, düzenli olarak	35	5,6
Zaman buldukça sık sık	140	22,6
Çok az	341	55,0
Hiç	104	16,8
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %16,8’i hiç spor yapmazken, %55,0’ı çok az, %22,6’sı zaman buldukça sık sık ve %5,6’sı düzenli olarak spor yapmaktadır. Sağlıklı olmak konusunda önemi her geçen gün daha sık tekrar edilen spor yapmak ülkemizde yaygın değildir. Aynı zamanda kültürel bir olgu olan spor bir alışkanlık haline gelip gündelik yaşamda yerini alamamıştır. Bu durum spor yapmayı olumsuz etkilemektedir. Örneklemimiz de bu durumu desteklemektedir. Spor yapmayanların oranı oldukça yüksektir.

Tablo 87: Spor Yapma Nedeni

	N	%
Zayıflamak	149	24,0
Güzel görünmek	28	4,5
Sağlıklı olmak	350	56,5
Yapmıyor	93	15,0
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %56,5'i sağlıklı olmak, %24,0'ü zayıflamak ve %4,5'i güzel görünmek amacı ile spor yapmaktadır. Görüldüğü gibi sağlıklı olmak için spor yapmak gerekliliği bilinci yaygınlaşmış durumdadır. Ancak bu bilinçlenme eyleme geçmek söz konusu olduğunda kendini göstermemektedir. Tablo 86 verileri örneklemin çok az spor yaptığını göstermektedir.

Günümüzde spor yapmak, bedeni çalıştırmak sağlığın anahtarı olarak görülmektedir. Bunun yanında zayıflamak ve ideal bir bedene ulaşmak için de spor yapmak gerektiği düşüncesi de oldukça yüksektir. Günümüzde spor, zayıf ve ideal beden için mutlaka gereken bir şey olarak sunulmaktadır. Sağlıklı olmanın zayıf olmakla eş değer tutulması sağlıklı olmak ve zayıflamak adına spor yapanların sayısını her geçen gün artırmaktadır. Bu amaçla medyada her geçen gün spor önerileri çoğalmakta ve spor yapmak sağlıklı olmanın temel taşlarından biri olarak gösterilmektedir. Örneklemimiz içinde de sporu zayıflamak için ve güzel görünmek için yapanların oranı azımsanmayacak derecededir.

Tablo 88: Spor Yapma Nedeni Yaş İlişkisi

		Spor yapma nedeni				Toplam
		Zayıflamak	Güzel görünmek	Sağlıklı olmak	Yapmıyor	
Yaş	20-29 yaş	33	10	59	14	116
		28,4%	8,6%	50,9%	12,1%	100,0%
		22,1%	35,7%	16,9%	15,1%	18,7%
		5,3%	1,6%	9,5%	2,3%	18,7%
	30-39 yaş	79	17	162	54	312
		25,3%	5,4%	51,9%	17,3%	100,0%
		53,0%	60,7%	46,3%	58,1%	50,3%
		12,7%	2,7%	26,1%	8,7%	50,3%
	40-49 yaş	33	1	108	25	167
		19,8%	,6%	64,7%	15,0%	100,0%
		22,1%	3,6%	30,9%	26,9%	26,9%
		5,3%	,2%	17,4%	4,0%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	4	0	21	0	25
		16,0%	,0%	84,0%	,0%	100,0%
		2,7%	,0%	6,0%	,0%	4,0%
		,6%	,0%	3,4%	,0%	4,0%
Toplam		149	28	350	93	620
		24,0%	4,5%	56,5%	15,0%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		24,0%	4,5%	56,5%	15,0%	100,0%

$$\chi^2 = 27,485 \quad sd=9 \quad p < 0,05$$

Çalışan kadınların spor yapma nedenleri yaşa bağlı olarak değişmektedir. Buna göre zayıflamak için spor yapma oranları yaş düştükçe artmaktadır. Zayıflamak için spor yapmak daha genç yaş gruplarında diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek oranda görülmektedir. Aynı durum güzel görünmek için spor yapma oranlarında da görülmektedir. Buna göre tüm yaş gruplarında spor yapmak sağlıklı olmak için yapılırsa da genç yaşlarda zayıflamak ve güzel görünmek kaygısı da etken görülmektedir. Sağlıklı olmak için spor yapanların oranı ise yaş ilerledikçe artmaktadır. Yaş ilerledikçe artan sağlık sorunları ve zayıflama ihtiyacı sporu sağlık için yapmak oranlarını artırmaktadır.

Tablo 89: Yapılan Spor Türü

	N	%
Yürüyüş	419	67,6
Koşu	7	1,1
Salon sporları	42	6,8
Evde spor aletleriyle yapılan pasif sporlar	45	7,3
Yapmıyor	96	15,5
Plates	3	,5
Hemen hepsi	5	,8
Yüzme	3	,5
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlar en fazla (%67,6) yürüyüş yapmaktadır. Bunu salon sporları (%6,8) ve evde spor aletleriyle yapılan pasif sporlar (%7,3) takip etmektedir. Spor yapma kültürünün çok yaygın olmaması ve günümüz şartlarında çalışan kadınların gerek iş gerekse de ev sorumlulukları kendilerine yeterince zaman ayırabilmelerine engel olması spor yapma oranlarını düşürmektedir. Bu yüzden spor yapmak için yeterli zaman bulamayan çalışan kadınlar hem çok yorucu olmayan hem de rahatlıkla her ortamda yapabilecekleri spor olan yürüyüşü tercih etmektedirler.

3.10. ÇALIŞAN KADINLARIN ALTERNATİF TIBBA BAKIŞ AÇILARI

3.10.1. Alternatif Tıbbi Bakış Açısı

Alternatif tıbbin çeşitli tanımları mevcuttur, ancak en geniş tanımı Dünya Sağlık Örgütü sunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre alternatif tıp; resmi sağlık sektörünün dışında kalan tüm sağlık hizmetleridir. Bir başka yaklaşım ise alternatif tıbbi şöyle tanımlar; kabul görmüş pratiklerden farklı olan tıp uygulamalarıdır (Hunt-Lightly, 2010:148-149). Sonuçta alternatif tıp modern ya da ortodoks tıbbın dışında hareket

ederek iyileştirici bir güce sahip olduğunu iddia eden uygulamalar bütünüdür. Alternatif tıp sağlık piyasası içinde kendini “yumuşak”, “doğal”, “tamamlayıcı”, “paralel” olarak tanımlamakta ve yeni alternatif tedavi yaklaşımları sunmaktadır (Sandoz,2010:11).

Alternatif tıp uygulamaları günümüzde oldukça rağbet gören popüler uygulamalar olarak dikkat çekmektedir. Modern tıbbın hastalığa radikal, müdahaleci yapısı ve bazen elde ettiği olumsuz sonuçlar pek çok insanın alternatif tıba yönelmesine yol açmıştır. Kendini doğal ve tamamlayıcı olarak sunan alternatif tıp, uygulamalarındaki çeşitliliği ile çok geniş bir kesime hitap edebilmektedir. Özellikle kitle iletişim araçları vasıtasıyla etki alanını artıran alternatif tıp kendi pazarını oluşturarak sağlık sektörü içinde her geçen gün pazar payını artırmaktadır.

Tablo 90: Sizce Alternatif Tıp

	N	%
Modern tıbbın tamamlayıcısı	345	55,6
Modern tıptan ayrı ve iyileştirici bir alan	73	11,8
Para tuzağı	73	11,8
Popüler kültürün araçlarından biri	108	17,4
Fikrim yok	21	3,4
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların alternatif tıba bakış açıları şöyledir: %55,6’sı alternatif tıbbı modern tıbbın tamamlayıcısı, %17,4’ü popüler kültürün araçlarından biri, %11,8 i modern tıptan ayrı ve iyileştirici bir alan ve %11,8’i para tuzağı olarak görmektedir. Örneklem, alternatif tıbbın kendini modern tıbbın tamamlayıcısı olarak gören yaklaşımı desteklemektedir. Alternatif tıbbı önemsiz olarak görmeyerek onu yararlı bulmakta ve modern tıba destek olarak görmektedir. Bu durum örneklemin alternatif tıp konusunda bilinçli olduğunu göstermektedir. Bunun yanında alternatif tıba mesafeli olanlar onun kapitalist ekonomi ile olan yoğun ilişkisine dikkat çekmekte ve alternatif tıbbı para tuzağı ya da popüler kültür araçlarından biri olarak görmektedir. Sağlığın kapitalist ekonomi ile olan ilişkisi kendini alternatif tıp söz konusu olduğunda da göstermekte, özellikle medyada yapılan yayınlar ve reklamlar sonucu, sağlığın alınıp satılabilen bir olgu haline gelmesi alternatif tıp söz konusu olduğunda da kendini göstermektedir.

Tablo 91: Alternatif Tıbbi Bakış Açısı Yaş İlişkisi

		Sizce alternatif tıp					Toplam
		Modern tıbbın tamamlayıcısı	Modern tıptan ayrı ve iyileştirici bir alan	Para tuzağı	Popüler kültürün araçlarından biri	Fikrim yok	
Yaş	20-29 yaş	79	13	10	11	3	116
		68,1%	11,2%	8,6%	9,5%	2,6%	100,0%
		22,9%	17,8%	13,7%	10,2%	14,3%	18,7%
		12,7%	2,1%	1,6%	1,8%	,5%	18,7%
	30-39 yaş	178	35	31	59	9	312
		57,1%	11,2%	9,9%	18,9%	2,9%	100,0%
		51,6%	47,9%	42,5%	54,6%	42,9%	50,3%
		28,7%	5,6%	5,0%	9,5%	1,5%	50,3%
	40-49 yaş	79	20	24	36	8	167
		47,3%	12,0%	14,4%	21,6%	4,8%	100,0%
		22,9%	27,4%	32,9%	33,3%	38,1%	26,9%
		12,7%	3,2%	3,9%	5,8%	1,3%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	9	5	8	2	1	25
		36,0%	20,0%	32,0%	8,0%	4,0%	100,0%
		2,6%	6,8%	11,0%	1,9%	4,8%	4,0%
		1,5%	,8%	1,3%	,3%	,2%	4,0%
Toplam	345	73	73	108	21	620	
	55,6%	11,8%	11,8%	17,4%	3,4%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	55,6%	11,8%	11,8%	17,4%	3,4%	100,0%	

Araştırmaya katılanların alternatif tıbbi bakış açıları yaşa bağlı olarak değişmektedir. Alternatif tıbbi modern tıbbın tamamlayıcısı olarak görme eğilimi yaş ilerledikçe azalmaktadır. Yaş ilerledikçe artan ve kronikleşen hastalıklara bağlı olarak modern tıp ve uygulamalarına olan güven ve bağlılığın artması bu sonucu açıklayabilir. Buna paralel olarak alternatif tıbbi para tuzağı olarak görme eğilimi yaş ilerledikçe artmaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre gençlerin alternatif tıbbi olan ilgileri daha fazladır. Yapılan bazı araştırmalar da (Giddens,2005:142) gençler alternatif tıbbi olan ilgilerini ortaya koymaktadır. Yaş ilerledikçe kronik ve yaşa bağlı sağlık sorunlarında çeşitli artışlar görülmektedir. Bu durum ileri yaşlarda bulunan insanları modern tıbbi daha bağımlı hale getirmektedir. Genç yaşlarda ise karşılaşılan sağlık sorunlarının nispeten ileriki yaşlara göre daha az olması modern tıp dışında kalan sağlık uygulamalarına daha sıcak bakılmasına neden olabilir.

3.10.2. Alternatif Tıbbi İyileştirici Gücüne Dair Duyulan İnanç

Alternatif tıp genellikle modern tıbbın tamamlayıcısı ve ona destek olarak sunulmaktadır. Ancak özellikle günümüzde modern tıbbın zararları konusunda ortaya atılan tartışmalar ve modern tıbbi olan güvenin azalması, alternatif tıbbi olan ilgiyi de

artırmaktadır. Modern tıbbın otoriter ve müdahaleci yapısı, bazı hastalıkları iyileştirmede gösterdiği başarısızlıklar ve bedene verdiği zararlar modern tıba olan güvenin sarsılmasına yol açmıştır. Buna bağlı olarak modern tıbbın dışında kalan iyileştirici yöntemlerin hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna dair inanç artmaktadır.

Tablo 92: Alternatif Tıbbın Hastalıkları İyileştirip Sağlığı Koruduğuna Dair İnanç

	N	%
Evet	321	51,8
Hayır	299	48,2
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların da alternatif tıba olan inancının yüksek olduğunu görmekteyiz. Buna göre alternatif tıbbın hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna dair inanç %51,8 oranındadır. %48,2 ise bu düşünceye katılamamaktadır.

Yapılan araştırmalar kadınların erkeklere oranla alternatif tıbbı daha fazla kullandıklarını göstermektedir (Giddens,2005:142;Hunt-Lightly,2010:155). Kadınların erkeklere oranla daha çok hastalanmaları ya da hastalıklarını daha dikkate almaları nedeniyle modern tıp uygulamalarının yanında alternatif tıp uygulamalarını kullanmaları beklenen bir durumdur.

Tablo 93: Alternatif Tıbbın Hastalıkları İyileştirip Sağlığı Koruduğuna Dair İnanç Medeni Durum İlişkisi

		Alternatif tıbbın hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna dair inanç		Toplam
		Evet	Hayır	
Medeni Durum	Evlü	239	246	485
		49,3%	50,7%	100,0%
		74,5%	82,3%	78,2%
		38,5%	39,7%	78,2%
	Bekâr	75	44	119
		63,0%	37,0%	100,0%
		23,4%	14,7%	19,2%
		12,1%	7,1%	19,2%
	Dul	7	9	16
		43,8%	56,3%	100,0%
		2,2%	3,0%	2,6%
		1,1%	1,5%	2,6%
Toplam		321	299	620
		51,8%	48,2%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%
		51,8%	48,2%	100,0%

$$\chi^2=7,656 \quad sd=2 \quad p<0,05$$

Alternatif tıbbın hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna dair inanç medeni duruma bağlı olarak değişmektedir. Buna göre bekâr kadınlar evli ve dul kadınlara oranla alternatif tıbbın hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna daha çok inanmaktadır.

Tablo 94: Alternatif Tıbbın Hastalıkları İyileştirip Sağlığı Koruduğuna Dair İnanç Meslek İlişkisi

		Alternatif tıbbın hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna dair inanç		Toplam
		Evet	Hayır	
Meslek	Öğretmen	147	97	244
		60,2%	39,8%	100,0%
		45,8%	32,4%	39,4%
		23,7%	15,6%	39,4%
	Hâkim, Savcı, Avukat	9	3	12
		75,0%	25,0%	100,0%
		2,8%	1,0%	1,9%
		1,5%	,5%	1,9%
	Öğretim üyesi-görevlisi	16	22	38
		42,1%	57,9%	100,0%
		5,0%	7,4%	6,1%
		2,6%	3,5%	6,1%
	Memur	55	55	110
		50,0%	50,0%	100,0%
		17,1%	18,4%	17,7%
		8,9%	8,9%	17,7%
	Doktor	8	26	34
		23,5%	76,5%	100,0%
		2,5%	8,7%	5,5%
		1,3%	4,2%	5,5%
	Eczacı	9	3	12
		75,0%	25,0%	100,0%
		2,8%	1,0%	1,9%
		1,5%	,5%	1,9%
	Ebe-Hemşire	77	93	170
		45,3%	54,7%	100,0%
		24,0%	31,1%	27,4%
		12,4%	15,0%	27,4%
Toplam		321	299	620
		51,8%	48,2%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%
		51,8%	48,2%	100,0%

$$\chi^2=27,483 \quad sd=6 \quad p < 0,05$$

Alternatif tıbbın hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna dair inanç mesleklere bağlı olarak da değişmektedir. Hâkim-savcı-avukat ve eczacı (%75,0), öğretmen (%60,0) ve memur (%50) mesleklerine mensup çalışan kadınların yarısı ve daha fazlası alternatif tıbbın hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna inanmaktayken; ebe-hemşire (%45,3), öğretim üyesi-görevlisi (%42,1) ve doktor (%23,5) mesleklerine mensup çalışan kadınların yarısından azı alternatif tıbbın hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna inanmaktadır. Bu oranlarda dikkat çeken nokta doktorların alternatif tıba bakış açılarının olumsuz olmasıdır. Bu normal bir durumdur. Çünkü modern tıp eğitimi alan doktorlar hastalıkların tedavisinde bilimsel yöntemleri ve modern tıbbı kullanmaktadır. Modern tıp ve bilimsel yöntemlerin dışında kalan alternatif tıp

uygulamaları her ne kadar modern tıbbın uygulamalarına “tamamlayıcı” ve “paralel” gibi görünse de ortodoks tıp bu uygulamaları reddetmekte ve çoğu zaman aşağılamaktadır. Bunun sonucunda doktorların alternatif tıba bakışı olumsuz olmaktadır.

Alternatif tıbbın hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna dair inancın eczacılık mesleğine mensup kadınların arasındaki oranın da dikkat çekicidir. Modern tıba paralel bir eğitim veren eczacılık fakülteleri, hastalıkların tedavisinde ilaçların egemenliğini pekiştirmektedir. Ancak araştırma sonuçlarına göre alternatif tıbbın hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna en çok inanan grup eczacılık mesleğine mensup kadınlardır. Bu durum bir çelişki gibi görölse de temelinde sağlığın metalaşması ve piyasa koşullarında alınıp satılan bir mal haline gelmesinin rolü büyüktür. Günümüzde ticari bir işletme şeklinde çalışan eczaneler alternatif tıp ürünlerinin en çok satıldığı yerlerdir. Bunun sonucunda alternatif tıp ürünlerini satan eczacıların bu ürünlere olan inancının yüksek olması doğaldır.

Tablo 95: Alternatif Tıbbın Hastalıkları İyileştirip Sağlığı Koruduğuna Dair İnanç Yaş İlişkisi

		Alternatif tıbbın hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna dair inanç		Toplam
		Evet	Hayır	
Yaş	20-29 yaş	78	38	116
		67,2%	32,8%	100,0%
		24,3%	12,7%	18,7%
		12,6%	6,1%	18,7%
	30-39 yaş	165	147	312
		52,9%	47,1%	100,0%
		51,4%	49,2%	50,3%
		26,6%	23,7%	50,3%
	40-49 yaş	71	96	167
		42,5%	57,5%	100,0%
		22,1%	32,1%	26,9%
		11,5%	15,5%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	7	18	25
		28,0%	72,0%	100,0%
		2,2%	6,0%	4,0%
		1,1%	2,9%	4,0%
Toplam	321	299	620	
	51,8%	48,2%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	
	51,8%	48,2%	100,0%	

$$\chi^2=22,662 \quad sd=3 \quad p<0,05$$

Yapılan araştırmalara göre kadınlar arasında özellikle genç ve orta yaş arası, orta sınıftan gelen kadınlar tıp kaynaklı olmayan bilgileri daha fazla kullanmaktadır. (Giddens,2005:142;Hunt-Lightly,2010:155). Bu durum araştırmaya katılanlar arasında da gözlenen bir durumdur. Buna göre alternatif tıbbın hastalıkları iyileştirip sağlığı

koruduğuna dair inanç yaş ılerledikçe azalmaktadır. Yaş ılerledikçe kronik hastalıkların artması bireyleri modern tıba daha bağımlı hale getirmektedir. Modern tıbbın ortalama yaşam süresini uzatmada ve bazı hastalıkları iyileştirmede göstermiş olduğu başarılar bireylerin modern tıba olan inancını ve bağımlılığını yaş ılerledikçe artırmaktadır. Günümüzde kalp-damar hastalıkları, kanser, kadınların biyolojik cinsiyetine bağı sorunları ileri yaşlarda artmakta ve tıp dışı uygulamalar bu alanlarda modern tıp kadar gözle görölür ve hızlı ilerlemeler sağlayamamaktadır. Bunun sonucunda, ileri yaşlarda modern tıba olan bağımlılık ve inanç artmaktadır.

3.10.3. Uygulanan Alternatif Tıp Yöntemleri ve Uygulamaları

Alternatif tıp günümüzde popöler hale gelip etkinliğini artırsa da modern tıba olan inanç yüksek düzeylerdeydir. Çünkü alternatif tıp daha çok tamamlayıcı ve destekleyici olarak işlev görmektedir.

Tablo 96: Hastalanınca Hastaneye Gitmeden Alternatif Tıpla İyileşme Düşüncesi

	N	%
Evet	202	32,6
Hayır	418	67,4
Toplam	620	100,0

Bu durum araştırmaya katılanlar arasında görölmektedir. Hastalanınca hastaneye gitmeden alternatif tıpla iyileşme düşüncesi %67,4 oranında kabul görmezken, bu düşünce %32,6 oranında destek bulmuştur.

Tablo 97: Hastalanınca Hastaneye Gitmeden Alternatif Tıpla İyileşme Düşüncesi Yaş İlişkisi

		Hastalanınca hastaneye gitmeden alternatif tıpla iyileşme düşüncesi		Toplam
		Evet	Hayır	
Yaş	20-29 yaş	49	67	116
		42,2%	57,8%	100,0%
		24,3%	16,0%	18,7%
		7,9%	10,8%	18,7%
	30-39 yaş	103	209	312
		33,0%	67,0%	100,0%
		51,0%	50,0%	50,3%
		16,6%	33,7%	50,3%
	40-49 yaş	44	123	167
		26,3%	73,7%	100,0%
		21,8%	29,4%	26,9%
		7,1%	19,8%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	6	19	25
		24,0%	76,0%	100,0%
		3,0%	4,5%	4,0%
		1,0%	3,1%	4,0%
Toplam	202	418	620	
	32,6%	67,4%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	
	32,6%	67,4%	100,0%	

$$\chi^2=8,747 \quad sd=3 \quad p<0,05$$

Hastalanınca hastaneye gitmeden alternatif tıpla iyileşme düşüncesi alternatif tıbbın iyileştirici gücüne olan inançla paralel olarak yaş ilerledikçe düşmektedir. Yaş ilerledikçe artan ve kronikleşen hastalıkların tedavisinde modern tıp daha etkin bir rol oynamaktadır. Genç yaşlarda ki çalışan kadınlar ise modern tıp dışındaki uygulamalara daha açıktır.

Günümüzde alternatif tıp sağlıklı olmak ve sağlığı korumakta önemli bir araç olarak sunulmaktadır. Modern tıbbın tamamlayıcısı olarak görülen alternatif tıp uygulamaları genel olarak sağlığı korumak için ve hastalık durumunda modern tıba destek olmak için kullanılmaktadır.

Tablo 98: Alternatif Tıbbı En Çok Kullandıkları Alan

	N	%
Hastalanınca	155	25,0
Hastalanmamak için	88	14,2
Sağlıklı olmak için	131	21,1
Zayıflamak için	56	9,0
Bedensel görünüşüme dikkat etmek ve korumak için	32	5,2
Kullanmıyor	157	25,3
Hemen hepsi	1	,2
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılan kadınların alternatif tıbbı en çok kullandıkları alan ise %25,0 ile hastalandıktan sonra hastalığı tedavi edici veya destekleyici uygulamalardır. Bunun yanında sağlıklı olmak (%21,1) ve hastalanmamak (%14,2) için de alternatif tıp kullanılmaktadır. Araştırmaya katılanların sadece %25,3'ü alternatif tıbbı kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Bu oran bize alternatif tıbbın yaygın bir şekilde kullanıldığını göstermektedir.

Dünya üzerinde uygulanan pek çok alternatif tıp yöntemi vardır. Bunlar kültürden kültüre farklılık gösterse de alternatif tıpta en çok bitkiler ve bitkilerin iyileştirici gücü kullanılmaktadır. Bunun yanında bedene yönelik bazı uygulamalar en çok kullanılan yöntemlerin başında gelir.

Tablo 99: Uygulanan Alternatif Tıp Yöntemleri

	N	%
Bitkiler	362	58,4
Bitkilerden hazırlanan ilaçlar	58	9,4
Fizik tedavi uygulamaları (masaj, spa vb.)	46	7,4
İyileştirici veya iyi hissettirici taş vb. maddeler	7	1,1
Hiçbiri	147	23,7
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların en çok uyguladıkları alternatif tıp yöntemi bitkilerdir. Genellikle bitkileri kullanarak evde yapılan içecekler ve uygulamalar daha çok tercih edilmektedir. Daha ucuz, pratik ve zahmetsiz olarak yapılan bu uygulamalar hemen herkesin ulaşabileceği ve yapabileceği tariflerdir ve en çok kullanılan alternatif tıp uygulaması olarak dikkat çekmektedir.

3.10.4. Alternatif Tıp Bilgilerine Ulaşma Durumu

Alternatif tıp günümüzde eskiye oranla daha dikkat çekmekte ve daha popüler olmaktadır. Bu durumun ortaya çıkmasında modern tıbbın otoriter ve bedene müdahaleci yapısı, modern tıbbın ve ilaçların verdiği zararlar, sağlıklı olmanın kültürel anlamda ön plana çıkıp ve bu konuda alternatif tıp uygulamalarının popüler olması ve alternatif tıbbın kapitalist ekonomik sistemin bir aracı haline gelmesi sayılabilir. Bütün bunların sonucunda alternatif tıp günümüzde eskiye nazaran daha çok ilgi çekmekte ve kullanılmaktadır.

Tablo 100: Alternatif tıbbın eskiye göre daha çok ilgi çekme durumu

	N	%
Hayır	204	32,9
Evet, kitle iletişim araçlarındaki yayınlar yüzünden	228	36,8
Evet, modern tıp ve ilaçların verdiği zararlar yüzünden	87	14,0
Evet, çevremde oluşan ilgi yüzünden	38	6,1
Evet, sağlıklı olmak konusunda daha iyi bir yol olduğunu düşündüğüm için	63	10,2
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların % 67,1'i alternatif tıbbın eskiye göre daha çok ilgisini çektiğini belirtmiştir. Alternatif tıba olan bu ilginin artış sebepleri; %36,8 ile kitle iletişim araçlarından yapılan yayınlar, %14,0 ile modern tıp ve ilaçların verdiği zararlar, %10,2 ile sağlıklı olmak konusunda daha iyi bir yol olduğunun düşünülmesi ve % 6,1 ile çevrede oluşan ilgidir. Sonuçta son dönemde alternatif tıba olan ilgi oldukça artmış durumdadır. Bu artışın en temel sebebi kitle iletişim araçlarında yapılan yayınlar ve bu konuda oluşan bilgi düzeyinin artmasıdır. Yapılan yayınlar ve bilgi düzeyindeki artış alternatif tıba olan ilgiyi de artırmaktadır.

3.10.5. Alternatif Tıp Bilgilerine Ulaşma Biçimi

Alternatif tıba olan ilginin artmasının en temel sebeplerinden biri kitle iletişim araçlarından yapılan yayınlardır. Sağlıklı olmanın kültürel bir değer haline geldiği günümüzde sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmanın pek çok yolu vardır. Sağlık modern tıbbın tekelinden çıkarak kültürel hayatın bir parçası haline gelince, sosyal ve kültürel hayatın pek çok alanında dikkate değer ölçüde yer almaya başlamıştır. Özellikle son dönemlerde kitle iletişim araçlarından yapılan yayınlarda alternatif tıbbın çok fazla yer aldığı ve bu konuda özel programların yapıldığı gözlemlenmektedir. Bu anlamda alternatif tıp bilgilerine ulaşmada birinci kaynak kitle iletişim araçları olmaktadır.

Tablo 101: Alternatif Tıpla İlgili Bilgileri Nereden Aldığı

	N	%
Televizyon	286	46,1
İnternet	200	32,3
Kitaplar ve dergiler	62	10,0
Aktarlar	26	4,2
Bilimsel yayın	4	,6
Takip etmiyor	24	3,9
Bütün hepsi	9	1,5
Çevremden	9	1,5
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanlar da bu düşüncüyü desteklemektedir. Araştırmaya katılanların %46,1'i alternatif tıpla ilgili bilgileri televizyondan alırken, %32,3'ü internetten almaktadır. %10,0'luk bir kesim ise alternatif tıpla ilgili bilgileri kitap ve

dergilerden almaktadır. Günümüzde kitle iletişim araçlarının etkinliği tartışılmaz bir konudur. Sağlık konusunda da oldukça etkili olan kitle iletişim araçları çoğu insanın hemen hemen ilk olarak başvurduğu kaynak durumundadır. Bu durumun alternatif tıp bilgilerine erişimde de geçerli olduğu görülmektedir.

Tablo 102: Alternatif Tıpla İlgili Bilgileri Nereden Aldığı Yaş İlişkisi

	Alternatif tıpla ilgili bilgileri nereden aldığı								Toplam
	Televizyon	İnternet	Kitaplar ve dergiler	Aktarlar	Bilimsel yayın	Takip etmiyor	Bütün hepsi	Çevrem den	
Yaş 20-29 yaş	46	46	8	7	0	4	2	3	116
	39,7%	39,7%	6,9%	6,0%	,0%	3,4%	1,7%	2,6%	100,0%
	16,1%	23,0%	12,9%	26,9%	,0%	16,7%	22,2%	33,3%	18,7%
	7,4%	7,4%	1,3%	1,1%	,0%	,6%	,3%	,5%	18,7%
30-39 yaş	142	106	32	9	2	12	4	5	312
	45,5%	34,0%	10,3%	2,9%	,6%	3,8%	1,3%	1,6%	100,0%
	49,7%	53,0%	51,6%	34,6%	50,0%	50,0%	44,4%	55,6%	50,3%
	22,9%	17,1%	5,2%	1,5%	,3%	1,9%	,6%	,8%	50,3%
40-49 yaş	82	44	19	8	2	8	3	1	167
	49,1%	26,3%	11,4%	4,8%	1,2%	4,8%	1,8%	,6%	100,0%
	28,7%	22,0%	30,6%	30,8%	50,0%	33,3%	33,3%	11,1%	26,9%
	13,2%	7,1%	3,1%	1,3%	,3%	1,3%	,5%	,2%	26,9%
50 yaş ve üzeri	16	4	3	2	0	0	0	0	25
	64,0%	16,0%	12,0%	8,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	5,6%	2,0%	4,8%	7,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	4,0%
	2,6%	,6%	,5%	,3%	,0%	,0%	,0%	,0%	4,0%
Toplam	286	200	62	26	4	24	9	9	620
	46,1%	32,3%	10,0%	4,2%	,6%	3,9%	1,5%	1,5%	100,0%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	46,1%	32,3%	10,0%	4,2%	,6%	3,9%	1,5%	1,5%	100,0%

Alternatif tıpla ilgili bilgilere ulaşma yaşa bağlı olarak değişmektedir. En çok kullanılan kitle iletişim aracı olan televizyon yaş ilerledikçe artmaktadır. Bunun aksine internet kullanımı ise yaş düştükçe artmaktadır. Buna göre ileriki yaşlarda televizyon tercih edilirken, genç yaşlarda daha çok internet tercih edilmektedir. İnternetin son on onbeş yılda daha çok yaygınlaştığı düşünüldüğünde, genç yaş gruplarını internetle olan aşinalığı ve interneti tercih etmeleri doğal karşılanmalıdır. İnterneti gençler kadar etkin kullanmayan daha ileriki yaş gruplarının ise ilk tercihi televizyon olmaktadır. Aynı

durum alternatif tıpla ilgili bilgilere ulaşmada kitap ve dergilerin kullanımında da görülmektedir. Buna göre kitap ve dergilerin kullanımı yaş ilerledikçe artmaktadır.

3.10.6. Televizyonda Alternatif Tıp Programlarını İzleme Durumu ve En Çok Kabul Gören Alternatif Tıp Uzmanı

Günümüzde en yaygın olarak kullanılan kitle iletişim aracı televizyondur. Hemen her evde bulunan televizyon işlevleri bakımından çeşitlilik gösterse de en çok eğlendirme ve bilgilendirme işlevleriyle dikkat çekmektedir. Gittikçe küreselleşen dünyada televizyon, gerek haber ve bilgiye ulaşmada gerekse eğlence de diğer kitle iletişim araçlarının önüne geçmiş, diğer kitle iletişim araçlarına oranla daha çok kullanılmaktadır. Sağlıklı olmaya verilen değerin artması bu konunun televizyonlarda da sık sık işlenmesine ve bu konuda programlar yapılmasına neden olmaktadır. Bu programlar arasında en çok dikkat çekenler alternatif tıp konusunun işlendiği programlardır.

Tablo 103:Televizyonda Alternatif Tıp Programlarını İzleme

	N	%
Evet, her zaman	4	,6
Evet, sıklıkla	29	4,7
Evet, fırsat buldukça	411	66,3
Hayır, izlemiyorum	176	28,4
Toplam	620	100,0

Alternatif tıpla ilgili bilgilere ulaşmada en çok kullanılan kitle iletişim aracı olan televizyonda alternatif tıp programlarını izleme oranları yüksektir. Araştırmaya katılanların % 71,6'sı televizyonda alternatif tıp programlarını izlediklerini belirtirken, %28,4'ü izlemediklerini belirtmiştir. Sağlıkla ilgili programların genellikle hafta içi ve sabah kuşağında yayınlanması ve araştırmaya katılan çalışan kadınların büyük çoğunluğunun bu saatler içinde çalıştığı göz önüne alındığında televizyonda alternatif tıp programlarını izleme oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu yüzden araştırmaya katılanların içinde en yüksek oranda (%66,3) bu programları ancak fırsat buldukça izlediklerini belirtmiştir.

Tablo 104: Televizyonda Alternatif Tıp Programlarını İzleme Yaş İlişkisi

		Televizyonda alternatif tıp programlarını izleme				Toplam
		Evet, her zaman	Evet, sıklıkla	Evet, fırsat buldukça	Hayır, izlemiyorum	
Yaş	20-29 yaş	0	4	77	35	116
		,0%	3,4%	66,4%	30,2%	100,0%
		,0%	13,8%	18,7%	19,9%	18,7%
		,0%	,6%	12,4%	5,6%	18,7%
	30-39 yaş	4	11	194	103	312
		1,3%	3,5%	62,2%	33,0%	100,0%
		100,0%	37,9%	47,2%	58,5%	50,3%
		,6%	1,8%	31,3%	16,6%	50,3%
	40-49 yaş	0	9	123	35	167
		,0%	5,4%	73,7%	21,0%	100,0%
		,0%	31,0%	29,9%	19,9%	26,9%
		,0%	1,5%	19,8%	5,6%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	0	5	17	3	25
		,0%	20,0%	68,0%	12,0%	100,0%
		,0%	17,2%	4,1%	1,7%	4,0%
		,0%	,8%	2,7%	,5%	4,0%
Toplam		4	29	411	176	620
		,6%	4,7%	66,3%	28,4%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		,6%	4,7%	66,3%	28,4%	100,0%

Televizyonda alternatif tıp programlarını izleme durumu yaşa bağlı olarak değişmektedir. Alternatif tıpla ilgili bilgileri en çok televizyondan alan ileriki yaş grubunun televizyonda alternatif tıp programlarını izleme durumu doğal olarak diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir.

Tablo 105: Alternatif Tıp İle İlgili En Çok İzledikleri Kişi

	N	%
Ahmet Maranki	112	18,1
İbrahim Saraçoğlu	152	24,5
Ender Saraç	112	18,1
Fark etmez hangisi olursa	103	16,6
Hiçbirini	141	22,7
Toplam	620	100,0

Televizyonlarda yayınlanan alternatif tıp programlarında genellikle aynı kişiler konuk edilmektedir. Bu kişilerin biri hariç (Ender Saraç) diğerleri tıp eğitimi almamıştır. Oldukça popüler olan bu kişilerin televizyon yayınları dikkat çekmekte ve izleyicilerce tercih edilmektedir. Araştırmaya katılanlar da çok büyük fark gözetmeksizin bu kişilerin programlarını izlediklerini belirtmişlerdir.

3.10.7. Televizyonlardan Edinilen Bitkisel İçerikli Formülleri Uygulama Durumu

Özellikle son yıllarda alternatif tıp ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili televizyon programları oldukça artmıştır. Dikkat çeken ve izlenen bu programlarda genellikle sağlıklı olmak ve sağlığı korumak adına pek çok öneri ve tavsiyelerde bulunmaktadır. Bu tavsiyeler genel anlamda bitkilerin faydaları, hangi hastalıklara iyi geldiği ve bitkilerden oluşan çeşitli karışımlar ve bu karışımların nerelerde kullanılacağına ilişkindir. Oldukça ilgi çeken bu programlar ve programlarda anlatılanlar doğal hayata ve bitkilere olan talebi de artırmıştır. Pek çok kadın sağlıktan güzelliğe, beden bakımından zayıflamaya kadar geniş bir alanda bilgi ve çeşitli öneriler sunan bu programlarda tarif edilen uygulamaları merakla takip etmekte ve uygulamaktadır

Tablo 106: Televizyonlarda Tarif Edilen Bitkisel İçerikli Öneri Ve Uygulamaları Uygulama Durumu

	N	%
Evet, her zaman	7	1,1
Evet, arada sırada	197	31,8
Evet, çok nadir	151	24,4
Hayır	265	42,7
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %57,3'ü televizyonlarda tarif edilen bitkisel içerikli öneri ve uygulamaları uygularken, %42,7'si uygulamadığını belirtmiştir. Uygulayanlar ise %1,1 ile her zaman, %31,8 ile arada sırada ve %24,4 ile çok nadir olarak uyguladıklarını belirtmiştir. Çalışan kadınların gerek televizyon izleme fırsatları gerekse de buralarda tarif edilen uygulamalar için zaman kısıtlılığı göz önüne alındığında televizyonda tarif edilen bitkisel içerikli önerileri dikkate aldığı söylenebilir.

3.10.8. Reklamlarda Yayınlanan Alternatif Tıp İlaçlarını Alıp Kullanma

Gittikçe dikkat çeken bir alan olan alternatif tıp bir yandan insanlara sağlıklı olmanın farklı yollarını sunarken bir yandan da pazar payını genişletmektedir. Bitkisel içerikli ilaçlar ve çeşitli uygulamalar insanlara sağlıklı olmanın yanında ideal bir beden ve güzellikte vadetmektedir.

Tablo 107: Reklamlarda Yayınlanan Alternatif Tıp İlaçlarını Alıp Kullanma Durumu

	N	%
Hayır	528	85,2
Evet, zayıflamak için	52	8,4
Evet, cilt ve vücut bakımı için	25	4,0
Evet, hastalık için	14	2,3
Evet, sigarayı bırakmak için	1	,2
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %85,2'si alternatif tıp ilaçlarını alıp kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Bu durum bu ilaçların henüz çok yeni olması ve etkilerinin ve yan etkilerinin kestirilememesinin yanında, ilaçlar konusunda modern tıbbın olan bağlılığın ve bağımlılığı göstermektedir.

Alternatif tıp ilaçlarının daha çok cilt ve vücut bakımı ve zayıflamak amaçlı ilaçlar olduğu görülmektedir. Hastalığı tedavi edici özellikte ilaçlardan ziyade destekleyici ve tamamlayıcı ilaçların var olması alternatif tıbbın doğasına uygun görülmektedir. Beden kontrolü ve bedene yönelik tüketim söz konusu olduğunda alternatif tıbbın da ekonomik sistem içinde yerini aldığı görülmektedir. Araştırmaya katılan ve alternatif tıp ilaçlarını alıp kullananların oranı %14,9'dur. Bu oran içinde %8,4 zayıflamak için, %4,0 ise cilt ve vücut bakımı için bu ilaçları kullanmıştır.

3.11. ÇALIŞAN KADINLARIN BEDENE VE BEDENİN GÖRÜNÜMÜNE İLİŞKİN BAKIŞ AÇILARI

3.11.1. Çalışan Kadınların Fiziksel Görünümlerine İlişkin Görüşleri

İçinde yaşadığımız dönemde güzellik ve fiziksel görünüme verilen önem, özellikle kadınlar için, oldukça artmıştır. Güzelliğin kadın bedenine indirgenmesi sonucunda güzel görünme ve fiziksel görünüme önem verme kadınlar için mutlak bir buyruğa dönüşmüştür. Bu buyruğun en önemli sonuçlarından biri; güzel görünme ve fiziksel görünüme önem vermenin kadınlar üzerinde baskı yaratmasıdır. Bu baskı toplumsal yaşamın hemen her alanında kendini hissettirmekte ve kadınlar genç ve güzel görünmek için ellerinden geleni yapmaktadır. Hemen her alanda kadınlara güzel ve bakımlı görünmeleri gerekliliği hatırlatılarak bunu yapmayan ya da yapamayanlar kendilerini suçlu hissetmekte ve sosyal kabul edilebilirlikleri zayıflamaktadır.

Tablo 108: Fiziksel Görünüşe Önem Verme

	N	%
Evet, her zaman	214	34,5
Genellikle	306	49,4
Bazen	77	12,4
Çok nadir	18	2,9
Hiç	5	,8
Toplam	620	100,0

Bu durum araştırmaya katılanlar arasında da gözlemlenmektedir. Buna göre araştırmaya katılanların %34,5'i her zaman, %49,4'ü genellikle %12,4'ü bazen fiziksel görünüşüne önem vermektedir. Mutlak güzellik ve ideal beden vurgusu hemen hemen bütün kadınları etkilemekte ve yönlendirmektedir. Fiziksel görünüm her zaman önemli olmuştur ama günümüzde moda, kozmetik endüstrisi ve estetik cerrahi gibi araçlarla hem kadınlar hem de erkekler baskı altına alınmakta, ideal bir güzellik anlayışı yaratılarak güzel görünmek bir eğilim haline getirilmektedir. Özellikle kadın bedeninin metalaştırılarak, güzel görünmenin mutlak bir buyruk haline getirilmesi onun daha fazla baskı altına alınmasına neden olmuştur. Bu eğilim örneklemimize de yansımaktadır. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu görünüşüne önem vermektedir.

Tablo 109: Fiziksel Görünüşe Önem Verme Medeni Durum İlişkisi

		Fiziksel görünüşe önem verme					Toplam
		Evet, her zaman	Genellikle	Bazen	Çok nadir	Hiç	
Medeni Durum	Evli	163	244	62	12	4	485
		33,6%	50,3%	12,8%	2,5%	,8%	100,0%
		76,2%	79,7%	80,5%	66,7%	80,0%	78,2%
		26,3%	39,4%	10,0%	1,9%	,6%	78,2%
	Bekâr	47	55	11	5	1	119
		39,5%	46,2%	9,2%	4,2%	,8%	100,0%
		22,0%	18,0%	14,3%	27,8%	20,0%	19,2%
		7,6%	8,9%	1,8%	,8%	,2%	19,2%
	Dul	4	7	4	1	0	16
		25,0%	43,8%	25,0%	6,3%	,0%	100,0%
		1,9%	2,3%	5,2%	5,6%	,0%	2,6%
		,6%	1,1%	,6%	,2%	,0%	2,6%
Toplam		214	306	77	18	5	620
		34,5%	49,4%	12,4%	2,9%	,8%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		34,5%	49,4%	12,4%	2,9%	,8%	100,0%

Fiziksel görünüşe önem verme medeni durum ilişkisine bakıldığında; bekâr çalışan kadınları evli ve dul çalışan kadınlara göre daha fazla fiziksel görünüşlerine önem verdikleri görülmektedir. Bu sonucun ortaya çıkmasında bekâr çalışan kadınların bir ev ve aile sorumlulukları olmadığı için kendilerine daha fazla zaman ayırabilmeleri yatmaktadır.

Tablo 110: Fiziksel Görünüşe Önem Verme Yaş İlişkisi

		Fiziksel görünüşe önem verme					Toplam
		Evet, her zaman	Genellikle	Bazen	Çok nadir	Hiç	
Yaş	20-29 yaş	48	57	7	3	1	116
		41,4%	49,1%	6,0%	2,6%	,9%	100,0%
		22,4%	18,6%	9,1%	16,7%	20,0%	18,7%
		7,7%	9,2%	1,1%	,5%	,2%	18,7%
	30-39 yaş	112	155	35	6	4	312
		35,9%	49,7%	11,2%	1,9%	1,3%	100,0%
		52,3%	50,7%	45,5%	33,3%	80,0%	50,3%
		18,1%	25,0%	5,6%	1,0%	,6%	50,3%
	40-49 yaş	47	84	28	8	0	167
		28,1%	50,3%	16,8%	4,8%	,0%	100,0%
		22,0%	27,5%	36,4%	44,4%	,0%	26,9%
		7,6%	13,5%	4,5%	1,3%	,0%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	7	10	7	1	0	25
		28,0%	40,0%	28,0%	4,0%	,0%	100,0%
		3,3%	3,3%	9,1%	5,6%	,0%	4,0%
		1,1%	1,6%	1,1%	,2%	,0%	4,0%
Toplam	214	306	77	18	5	620	
	34,5%	49,4%	12,4%	2,9%	,8%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	34,5%	49,4%	12,4%	2,9%	,8%	100,0%	

Yaş değişkeni ele alındığında ise fiziksel görünüme önem verme durumu hemen tüm yaş gruplarında yüksek bir orandadır. Ancak yaş ilerledikçe fiziksel görünüşe verilen önemin azaldığı görülmektedir. Daha genç yaşlarda fiziksel görünüşlerine önem veren çalışan kadınlar yaş ilerledikçe fiziksel görünüşlerine önem verme durumu daha azalmaktadır. Genel anlamda yaşı ilerlemesi ve gençliğin izlerinin yavaş yavaş kaybolmasıyla kadınların fiziksel görünüşlerine daha da önem vereceği düşünülürken tam aksi bir sonucun ortaya çıkmasında; çalışan kadınların yaşları ilerledikçe artan iş ve aile sorumlulukları ile beraber kendilerine yeterince zaman ayıramamaları yatmaktadır.

Tablo 111: Fiziksel Görünüşe Önem Verme Nedeni

	N	%
Güzel görünmek için	47	7,6
Kendimi iyi hissetmek için	552	89,0
Başkalarına güzel görünmek için	3	,5
Önem vermiyorum	18	2,9
Toplam	620	100,0

Çalışan kadınlar fiziksel görünüşlerine önem verme nedeni olarak en fazla (%89,0) “kendimi iyi hissetmek için” cevabını vermişlerdir. Bu sonuç bize kadınlar üzerinde yaratılan mutlak güzellik buyruğunun ve baskısının ne denli etkili olduğunu göstermektedir. Çünkü güzel görünmeyen kadın kendini iyi hissetmemektedir. Mutlak güzellik vurgusuyla baskı altına alınan günümüz kadınlarının kendilerini iyi hissetmelerinin yolu güzel görünmek ve ideal bedene ulaşmaktan geçmektedir. Kadınların mutlak güzellik buyruğuyla bir yandan bedenleri denetlenip, kontrol altına alınırken, bir yanda da bedenleri bir tüketim aracı haline getirilmektedir. Bu durum özellikle kadın bedeni söz konusu olduğunda daha belirgindir. Böylece beden tüketim toplumunun en temel göstergelerinden biri durumuna gelmiştir. Bu yaratılan sistem içinde işin en ironik yanı bedenleri denetlenip, kontrol edilen ve tüketim aracı haline getirilen kadınların fiziksel görünüşlerine önem verdikçe ve güzelleştikçe kendilerini daha iyi hissetmeleridir.

Tablo 112: Fiziksel Görünüşe Önem Verme Nedeni Yaş İlişkisi

		Fiziksel görünüşe önem verme nedeni				Toplam
		Güzel görünmek için	Kendimi iyi hissetmek için	Başkalarına güzel görünmek için	Önem vermiyorum	
Yaş	20-29 yaş	13	100	0	3	116
		11,2%	86,2%	,0%	2,6%	100,0%
		27,7%	18,1%	,0%	16,7%	18,7%
		2,1%	16,1%	,0%	,5%	18,7%
	30-39 yaş	22	279	2	9	312
		7,1%	89,4%	,6%	2,9%	100,0%
		46,8%	50,5%	66,7%	50,0%	50,3%
		3,5%	45,0%	,3%	1,5%	50,3%
	40-49 yaş	8	154	1	4	167
		4,8%	92,2%	,6%	2,4%	100,0%
		17,0%	27,9%	33,3%	22,2%	26,9%
		1,3%	24,8%	,2%	,6%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	4	19	0	2	25
		16,0%	76,0%	,0%	8,0%	100,0%
		8,5%	3,4%	,0%	11,1%	4,0%
		,6%	3,1%	,0%	,3%	4,0%
	Toplam	47	552	3	18	620
		7,6%	89,0%	,5%	2,9%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		7,6%	89,0%	,5%	2,9%	100,0%

Fiziksel görünüşe önem verme nedenleri yaşa bağlı olarak değişmektedir. Tüm yaş gruplarında “kendimi iyi hissetmek için” cevabı yüksek oranda olsa da, diğer yaş gruplarına oranla 20-29 yaş ve 50 yaş ve üzerinde “güzel görünmek için” cevabı daha yüksektir. Bu cevap özellikle 50 yaş ve üzeri çalışan kadınlar için anlamlıdır. Yaşlılığın bir kusur sayılıp, gençliğin ve genç kalmanın yüceltildiği günümüzde güzellik sadece gençliğe ait değil tüm yaş gruplarının elde edebileceği bir olgu haline getirilmiştir.

Yaşlılık hayatın normal bir evresi gibi görülmeyip, geciktirilmesi ve izlerinin silinmesi mümkün bir dönem olunca bu dönem için genç ve güzel görünmek daha bir önem kazanmaktadır.

Tablo 113: Fiziksel Görünüşten Memnun Olma

	N	%
Evet	242	39,0
Büyük çoğunlukla	304	49,0
Çok az	68	11,0
Hiç	6	1,0
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılan çalışan kadınlar büyük oranda fiziksel görünümlerine önem verirken, yine aynı şekilde fiziksel görünümlerinden de memnundurlar. %39,0'u tamamen memnunken, %49,0'ı büyük çoğunlukla memnundur.

Tablo 114: Fiziksel Görünüşten Memnun Olma Medeni Durum İlişkisi

		Fiziksel görünüşten memnun olma				Toplam
		Evett	Büyük çoğunlukla	Çok az	Hiç	
Medeni Durum	Evli	174	249	56	6	485
		35,9%	51,3%	11,5%	1,2%	100,0%
		71,9%	81,9%	82,4%	100,0%	78,2%
		28,1%	40,2%	9,0%	1,0%	78,2%
	Bekâr	62	48	9	0	119
		52,1%	40,3%	7,6%	,0%	100,0%
		25,6%	15,8%	13,2%	,0%	19,2%
		10,0%	7,7%	1,5%	,0%	19,2%
	Dul	6	7	3	0	16
		37,5%	43,8%	18,8%	,0%	100,0%
		2,5%	2,3%	4,4%	,0%	2,6%
		1,0%	1,1%	,5%	,0%	2,6%
Toplam	242	304	68	6	620	
	39,0%	49,0%	11,0%	1,0%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	39,0%	49,0%	11,0%	1,0%	100,0%	

Fiziksel görünüşünden memnun olma durumu çalışan kadınların medeni durumlarına göre değişmektedir. Buna göre bekâr çalışan kadınlar evli ve dul olanlara göre fiziksel görünüşlerinden daha memnundurlar. Kendilerine ayıracak daha fazla zamanı olan, bir ev ve aile sorumluluğu olmayan ve gelirini kendisine daha fazla harcama fırsatı olan bekâr çalışan kadınların fizikse görünümlerine daha dikkat etmeleri olağan bir durumdur.

Tablo 115: Fiziksel Görünüşten Memnun Olma Yaş İlişkisi

		Fiziksel görünüşten memnun olma				Toplam
		Evet	Büyük çoğunlukla	Çok az	Hiç	
Yaş	20-29 yaş	59	50	7	0	116
		50,9%	43,1%	6,0%	,0%	100,0%
		24,4%	16,4%	10,3%	,0%	18,7%
		9,5%	8,1%	1,1%	,0%	18,7%
	30-39 yaş	106	169	34	3	312
		34,0%	54,2%	10,9%	1,0%	100,0%
		43,8%	55,6%	50,0%	50,0%	50,3%
		17,1%	27,3%	5,5%	,5%	50,3%
	40-49 yaş	59	81	25	2	167
		35,3%	48,5%	15,0%	1,2%	100,0%
		24,4%	26,6%	36,8%	33,3%	26,9%
		9,5%	13,1%	4,0%	,3%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	18	4	2	1	25
		72,0%	16,0%	8,0%	4,0%	100,0%
		7,4%	1,3%	2,9%	16,7%	4,0%
		2,9%	,6%	,3%	,2%	4,0%
Toplam	242	304	68	6	620	
	39,0%	49,0%	11,0%	1,0%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	39,0%	49,0%	11,0%	1,0%	100,0%	

Yaş değişkenine baktığımızda ise; fiziksel görünüşünden memnun olma durumu en çok 20-29 yaş (%50,9) ve 50 yaş ve üzerinde (%72,0) görülmektedir. Özellikle 50 yaş ve üzerinde fiziksel görünüşünden memnun olma durumunun yüksek çıkması anlamlıdır. Yaşlılığın kabullenilmediği günümüzde genç görünmenin temel değer olması 50 yaş ve üzerindeki çalışan kadınların yaşlılığı kabullenmediğinin göstergesidir. Araştırmaya katılan çalışan kadınlardan 50 yaş ve üzerindekiilerin fiziksel görünüşlerine en az diğer yaş grupları kadar önem vermeleri ve fiziksel görünüşlerine kendilerini iyi hissetmek için önem verdiklerini belirtmeleri bu tespiti güçlendirmektedir.

3.11.2. Çalışan Kadınların Fiziksel Görünüşlerinin İş Hayatına Etkileri

Günümüzde kişilerin fiziksel görünümü çok önemlidir. Öyle ki fiziksel görünüş kişinin aynası olmuştur ve fiziksel görünüşle bırakılacak ilk izlenimin ne kadar önemli olduğu sürekli tekrar edilen ve vurgulanan bir durumdur. Bu durum hemen hemen tüm kişisel ve sosyal ilişkilerde geçerli olan bir durum olarak günlük yaşamın önemli bir parçası haline gelmiştir. Özellikle kadınlar için geçerli olan bu durum günlük yaşamın hemen her alanında kendini göstermekte ve kadınlar üzerinde bir baskı unsuru olmaktadır.

İş yaşamı söz konusu olduğunda kadınların fiziksel görünümü onların avantajı veya dezavantajı olarak karşılırlarına çıkmaktadır. Kadınların II. Dünya Savaşından sonra iş yaşamında daha etkin rol almaları ile güzelliğin anlamı değişmiş, güzellik iş yaşamında kadınlar için önemli bir etken haline gelmiştir. Yapılan bazı araştırmalara

göre çalışanın görünüşü önemli ve fark yaratmaktadır. İşveren, iyi görünüşlü olanlardan yana davranıyor, fiziksel olarak daha az çekici olanları ise cezalandıracak biçimde ayrımcılık yapıyor. Bu ayrımcılık işe alma ve seçme aşamasında, işte yükselmede ve kazançta belirgin biçimde kendisini göstermektedir (Torunoğlu,2010:202).

Tablo 116: Yapılan İş İçin Fiziksel Görünüşün Önemi

	N	%
Evet	299	48,2
Hayır	321	51,8
Toplam	620	100,0

Fiziksel görünümün yapılan iş için önemli olup olmadığı konusunda; araştırmaya katılanların %48,2'si fiziksel görünümün önemli olduğunu belirtirken, %51,8'i önemli olmadığını belirtmiştir. Sonuçta iş ve meslek söz konusu olduğunda temel alınacak kriterler; eğitim ve bilgi düzeyi, tecrübe vb. gibi etkenler olması gerekirken, özellikle kadınlar için fiziksel görünümün de etkin olması düşündürücü bir gerçektir. Güzelliğin ve fiziksel görünümün sosyal kabul edilebilirlikte önemli bir etken olduğu bu sonuçlarda da görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların hemen hemen yarısı da bu şekilde düşünmektedir.

Tablo 117: Yapılan İş İçin Fiziksel Görünüşün Önemi Eğitim Durumu İlişkisi

		Yapılan iş için fiziksel görünüşün önemi		Toplam
		Evet	Hayır	
Eğitim Durumu	Lise	21	38	59
		35,6%	64,4%	100,0%
		7,0%	11,8%	9,5%
		3,4%	6,1%	9,5%
	Üniversite	221	240	461
		47,9%	52,1%	100,0%
		73,9%	74,8%	74,4%
		35,6%	38,7%	74,4%
	Lisansüstü (Y.Lisans- Doktora)	57	43	100
		57,0%	43,0%	100,0%
		19,1%	13,4%	16,1%
		9,2%	6,9%	16,1%
Toplam	299	321	620	
	48,2%	51,8%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	
	48,2%	51,8%	100,0%	

$$\chi^2=6,869 \quad sd=2 \quad p<0,05$$

Yapılan işte fiziksel görünümün önemli olup olmadığı araştırmaya katılanların eğitim düzeylerine göre değişmektedir. Yapılan işte fiziksel görünümün önemli olduğu düşüncesi eğitim düzeyi artıkça yükselmektedir. Lise mezunları %35,6 oranında,

üniversite mezunları %47,9 oranında ve lisansüstü mezunları %57,0 oranında bu görüşe katılmaktadır.

Kadınlar ve erkekler arasında var olan toplumsal cinsiyet ayrımları özellikle iş yaşamı söz konusu olduğunda daha da belirgin olmaktadır. İş hayatına katıldıkları andan itibaren kadınlar iş yaşamında çeşitli ayrımlara maruz kalmış, daha çok düşük ücretli ve düşük statülü işlerde istihdam edilmişlerdir. Bunun sonucunda çok fazla eğitim ve özellik gerektirmeyen bazı işler ve meslekler kadınlara daha uygun görülmüş ve kadınlar da daha çok bu mesleklere yönelmiştir. Daha vasıf gerektiren yüksek nitelikli işler ise daha erkekler tarafından yapılmakta ve erkekler bu meslekler için tercih edilmektedir. Araştırma sonuçlarına göre eğitim düzeyi yükseldikçe kadınların fiziksel görünümünün önemi daha da artmaktadır. Bu sonucun ortaya çıkmasında kadınların eğitim düzeyleri yükseldikçe daha vasıflı ve üst düzey mesleklerde çalışmalarının rolü büyüktür. Eğitim düzeyi yükseldikçe daha üst düzeyde işlerde ve mesleklerde çalışan kadınlar bu mesleklerde daha çok erkeklerle mücadele etmektedir. Çünkü genel anlamda üst düzey mesleklerin erkeklere daha uygun olduğu düşüncesi vardır. Bunun sonucunda bu mesleklerde çalışan kadınlar daha alt düzeydeki mesleklerde çalışan kadınlara oranla daha çok ayrıma maruz kalmaktadır. Bu bağlamda kadınların fiziksel görünümleri bu meslekler için diğer mesleklere oranla kendilerine daha fazla avantaj veya dezavantaj kazandıracaktır.

Tablo 118: Yapılan İş İçin Fiziksel Görünüşün Önemi Yaş İlişkisi

		Yapılan iş için fiziksel görünüşün önemi		Toplam
		Evet	Hayır	
Yaş	20-29 yaş	48	68	116
		41,4%	58,6%	100,0%
		16,1%	21,2%	18,7%
		7,7%	11,0%	18,7%
	30-39 yaş	156	156	312
		50,0%	50,0%	100,0%
		52,2%	48,6%	50,3%
		25,2%	25,2%	50,3%
	40-49 yaş	82	85	167
		49,1%	50,9%	100,0%
		27,4%	26,5%	26,9%
		13,2%	13,7%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	13	12	25
		52,0%	48,0%	100,0%
		4,3%	3,7%	4,0%
		2,1%	1,9%	4,0%
Toplam	299	321	620	
	48,2%	51,8%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	
	48,2%	51,8%	100,0%	

$$\chi^2 = 2,765 \quad sd=3 \quad p>0,05$$

Yapılan işte fiziksel görünüşün önemi konusunda yaş değişkenine baktığımızda ise; yaş ilerledikçe yapılan işte fiziksel görünüşün önemli olduğu düşüncesi artmaktadır. Yaşın ilerlemesine bağlı olarak yaşlanan ve yıpranan bedenle birlikte fiziksel görünüş ve çekicilik düzeyleri de azalmaktadır. Buna bağlı olarak ilerleyen yaşlarda fiziksel görünümünden dolayı ayrımcılığa uğrayan veya üzerinde baskı hisseden kadınların sayısının artması beklenen bir durum olmaktadır. Araştırmada elde edilen veriler de bu düşüncüyü desteklemektedir.

3.11.3. Çalışan Kadınların Fiziksel Görünümlerini İyileştirmeye Yönelik Davranışları

Güzellik ve fiziksel görünüm günümüzde, özellikle kadınlar için, pek çok bakımdan önemli bir mesele haline gelmiştir. Birçok kadın, başta kitle iletişim araçları olmak üzere pek çok kanaldan empoze edilen standartlaştırılmış bir güzellik ve beden algısının yoğun baskısı altında, ideal güzellik ve bedene ulaşmak için çaba harcamakta ve bedenlerini şekillendirmeye çalışmaktadır. Bu yoğun baskı altında bedenlerine yönelen kadınlar için genç ve güzel görünmek hayatın temel gayesi haline gelmiş durumdadır. Slogan ise açıktır “genç görün mutlu ol”. Genç, sıkı, formda ve pürüzsüz beden ideal beden olarak standartlaştırıldıktan sonra amaç bu bedene ulaşmaktır. Bu bedene ulaşmak ise bedeni denetlemek, kontrol etmek ve bedene yönelik tüketim yapmaktan geçmektedir.

Tablo 119: Fiziksel Görünüşü İyileştirmek İçin Yapılan Şey

	N	%
Spor	217	35,0
Diyet	101	16,3
Makyaj	201	32,4
Estetik	6	1,0
Hiçbir şey yapmıyor	77	12,4
Sağlıklı beslenme	6	1,0
Temiz, güzel giyinme, düzenli olma	12	1,9
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılan çalışan kadınların %87,6’sı fiziksel görünümünü iyileştirmek için çaba harcarken sadece %12,4’ü bu konuda bir şey yapmamaktadır. Fiziksel görünümünü iyileştirmek için çaba harcayan çalışan kadınların %35,0’i spor, %32,4’ü makyaj ve %16,3’ü diyet yapmaktadır.

Sağlıklı olmanın ve sağlıklı bir bedene ulaşmanın en başta gelen yollarında birinin spor yapmak olduğu bir gerçektir. Ancak günümüzde sağlık güzel görünmeyle ilişkilendirildiği için spor sağlıklı olmaktan çok güzel görünmenin bir aracı haline gelmiştir. Sonuçta spor yapmak ideal bedene ulaşmanın en etkili yollarından biridir. Bu durum araştırmaya katılan çalışan kadınlar arasında da gözlenmekte, çalışan kadınların %35,0'i fiziksel görünümünü iyileştirmek için spor yaptığını belirtmektedir.

Aynı durum diyet söz konusu olduğunda da geçerli olmaktadır. Günümüzde bir öz kontrol ve disiplin aracı olan diyet ideal bedene ulaşmak için harcanan çabaların başında gelmektedir. Diyet söylemi sağlıklı olmanın ötesinde güzel görünmenin ve ideal bedene ulaşmanın bir aracı olmuştur. Araştırmaya katılan çalışan kadınların %16,3'ü fiziksel görünümünü iyileştirmek için diyet yaptığını belirterek bu düşüncüyü desteklemektedir.

Tablo 120: Fiziksel Görünüşü İyileştirmek İçin Yapılan Şey Yaş İlişkisi

	Fiziksel görünüşü iyileştirmek için yapılan şey							Toplam
	Spor	Diyet	Makyaj	Estetik	Hiçbir şey yapmıyor	Sağlıklı beslenme	Temiz, güzel giyinme, düzenli olma	
Yaş 20-29 yaş	42	17	48	1	4	1	3	116
	36,2%	14,7%	41,4%	,9%	3,4%	,9%	2,6%	100,0%
	19,4%	16,8%	23,9%	16,7%	5,2%	16,7%	25,0%	18,7%
	6,8%	2,7%	7,7%	,2%	,6%	,2%	,5%	18,7%
30-39 yaş	95	52	106	3	45	4	7	312
	30,4%	16,7%	34,0%	1,0%	14,4%	1,3%	2,2%	100,0%
	43,8%	51,5%	52,7%	50,0%	58,4%	66,7%	58,3%	50,3%
	15,3%	8,4%	17,1%	,5%	7,3%	,6%	1,1%	50,3%
40-49 yaş	65	28	43	2	26	1	2	167
	38,9%	16,8%	25,7%	1,2%	15,6%	,6%	1,2%	100,0%
	30,0%	27,7%	21,4%	33,3%	33,8%	16,7%	16,7%	26,9%
	10,5%	4,5%	6,9%	,3%	4,2%	,2%	,3%	26,9%
50 yaş ve üzeri	15	4	4	0	2	0	0	25
	60,0%	16,0%	16,0%	,0%	8,0%	,0%	,0%	100,0%
	6,9%	4,0%	2,0%	,0%	2,6%	,0%	,0%	4,0%
	2,4%	,6%	,6%	,0%	,3%	,0%	,0%	4,0%
Toplam	217	101	201	6	77	6	12	620
	35,0%	16,3%	32,4%	1,0%	12,4%	1,0%	1,9%	100,0%
	1,0E2%	1,0E2%	1,0E2%	1,0E2%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	35,0%	16,3%	32,4%	1,0%	12,4%	1,0%	1,9%	100,0%

Fiziksel görünüşü iyileştirmek için yapılan şeyler yaşa bağlı olarak değişmektedir. Spor yapma oranları yaş ilerledikçe artmaktadır. Sonuçta günümüzün temel değeri gençlik ve genç görünmektir. Yaşlanmak arzu edilmeyen olumsuz bir durumdur. Yaşlanmamak için de spor yapmak gerekliliği özellikle yaşlılara önerilmekte, bu sayede yaşlılığın etkilerinin azaltılacağı ve genç görüneceği mesajı sürekli tekrar edilmektedir. Özellikle yaş ilerledikçe sporun önemi daha çok vurgulanmaktadır. Bu durum araştırmada elde edilen verilerle de desteklenmektedir.

Diyet söylemi ise her yaş grubunda etkindir. Günümüzde diyet yapmak genç yaşlı herkes için tavsiye edilmekte, ideal bedene ulaşmanın en etkili yollarından biri olduğu sürekli tekrar edilmektedir. Araştırmaya katılanlarda da her yaş grubunda diyet söyleminin etkili olduğu görülmektedir.

Fiziksel görünümü iyileştirmenin etkili yollarından biri olan makyaj ise tüm kadınlar için vazgeçilmez bir araçtır. Bu durum araştırmaya katılanlar arasında da görülmektedir. Ancak makyaj yapmak özellikle gençlerin daha çok tercih ettiği bir yol olarak görülmektedir. Buna göre yaş ilerledikçe makyaj yapma oranları düşmektedir.

Güzel ve bakımlı görünmenin en etkili yollarından biri olan kozmetik ürünleri büyük bir sektördür. Kimyacı Berthelot tarafından organik kütlelerin bileşiminin keşfedilmesi, iç salgıların biyokimyasal tanımları, hormonlar ve tıp bilgisinin gelişimi 19.yy'ın sonundan başlayarak yeni kozmetiklerin ve ilaçların ortaya çıkmasını sağladı (Paquet,2007:78). O günden bu zamana hızla artan kozmetik ürünlerin kullanımı günümüzde kadınlar için vazgeçilmez ürünlerdir. Kadınlar genellikle makyajsızken ya da kötü giyindiklerinde kendilerini güçsüz ya da güçsüzleşmiş hissettiklerini söylemektedirler. Bilinç altında, sürekli bakılan nesne olma dürtüsüyle hareket eden kadın, kendisi olmaktan çok başkalarının gözünde izlenen bir nesne olma konumunu önemser (İnceoğlu-Kar,2010:68). Bu durum kozmetik ürünlerinin kadınlar tarafında sıklıkla kullanılmasına neden olmaktadır. Bu durum araştırmaya katılanlar arasında da görülmektedir.

3.11.4. Kozmetik Mamulleri Kullanma Durumu

Günümüzde oldukça geniş bir pazar payına ve ilgiye sahip olan kozmetik sanayi, güzel görünmek için kadınlar tarafından vazgeçilmez bir araç olarak görülmektedir. Kadınlar arasında hemen her yaştaki kesime hitap eden kozmetik sanayi, pazarını daha da genişleterek günümüzde hedef kitle olarak kendisine erkekleri de seçmiştir. Ancak

kozmetik denince akla kadınlar ve güzellik gelmektedir. Kozmetik, güzel ve bakımlı görünmenin en kolay ve ucuz yollarından biridir. Özellikle makyaj yapmak kadınlar arasında çok yaygın bir davranış olduğu için kozmetik mamullerin kullanımı kadınlar arasında oldukça yaygındır.

Tablo 121: Kozmetik mamulleri kullanma durumu

	N	%
Evet, düzenli olarak	143	23,1
Evet, sık sık	84	13,5
Evet, arada sırada	305	49,2
Hiç	88	14,2
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların % 85,8'i kozmetik mamulleri kullandığını belirtirken, %14,2'si kullanmadığını belirtmiştir. Kozmetikleri kullananların %23,1'i düzenli, %13,5'i sık sık ve %49,2'si arada sırada kullanmaktadır. Görüldüğü gibi örneklemin çok büyük bir kısmı kozmetik mamulleri kullanmakta, kendilerine sunulan mutlak güzellik buyruğunu takip etmektedirler. Güzel olmanın ve güzel görünmenin temel değerlerden biri olduğu günümüzde kadınların çok büyük kısmı buna uymaktadır.

Tablo 122: Kozmetik Mamulleri Kullanma Durumu Yaş İlişkisi

		Kozmetik mamulleri kullanma durumu				
		Evet, düzenli olarak	Evet, sık sık	Evet, arada sırada	Hiç	Toplam
Yaş	20-29 yaş	28	22	55	11	116
		24,1%	19,0%	47,4%	9,5%	100,0%
		19,6%	26,2%	18,0%	12,5%	18,7%
		4,5%	3,5%	8,9%	1,8%	18,7%
	30-39 yaş	77	44	148	43	312
		24,7%	14,1%	47,4%	13,8%	100,0%
		53,8%	52,4%	48,5%	48,9%	50,3%
		12,4%	7,1%	23,9%	6,9%	50,3%
	40-49 yaş	36	16	93	22	167
		21,6%	9,6%	55,7%	13,2%	100,0%
		25,2%	19,0%	30,5%	25,0%	26,9%
		5,8%	2,6%	15,0%	3,5%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	2	2	9	12	25
		8,0%	8,0%	36,0%	48,0%	100,0%
		1,4%	2,4%	3,0%	13,6%	4,0%
		,3%	,3%	1,5%	1,9%	4,0%
	Toplam	143	84	305	88	620
		23,1%	13,5%	49,2%	14,2%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		23,1%	13,5%	49,2%	14,2%	100,0%

$$\chi^2=32,818 \quad sd=9 \quad p<0,05$$

Kozmetik ürünleri kullanma durumu araştırmaya katılanlar arasında yaşa bağlı olarak değişmektedir. Ellili yaşlara kadar kozmetik ürünlerin kullanımı hemen hemen sabit bir oran takip ederken ellili yaşlardan sonra kullanım oranları düşmektedir. Makyaj yapmak ve kozmetik ürünleri kullanmak daha çok genç yaş gruplarına uygun görülmektedir. Toplumun bu algısının yüksek olması nedeniyle ilerleyen yaşlarda kadınların makyaj yapması ve kozmetik ürünler kullanması toplumumuzda hoş karşılanmamaktadır. Bu durumun yaratmış olduğu baskı ellili yaşlardan sonra makyaj ve kozmetik ürünlerin kullanımını düşürmektedir.

Tablo 123: Kozmetik Mamulleri Kullanma Amacı

	N	%
Güzel ve bakımlı görünmek için	462	74,5
Etrafındaki çoğu kadın kullandığı için	4	,6
Sağlıklı görünmek için	74	11,9
Kullanmıyor	80	12,9
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılan çalışan kadınlar kozmetik ürünleri %74,5 oranında güzel ve bakımlı görünmek amacıyla kullanmaktadır. %11,9 oranında ise sağlıklı görünmek için kullananlar vardır. Sonuçta güzel ve bakımlı görünmek kadınlar için çok önemli bir durumdur. Sürekli gözetlenen olmanın yaratmış olduğu baskıyla görünümlerine dikkat eden kadınlar güzel ve bakımlı görünmek için oldukça fazla çaba harcamaktadırlar. Bunun yanında kozmetik ürünleri sağlıklı görünmek için kullananların oranı da azımsanmayacak derecededir. Bu durum sağlığın güzel görünmekle eşdeğer olmasının bir kanıtıdır.

Tablo 124:Kullanılan Kozmetik Markası

	N	%		N	%
Vichy	107	17,3	Olay	2	,3
Dior	8	1,3	Lancome	8	1,3
Chanel	12	1,9	Loreal	15	2,4
Bioderma	15	2,4	Sebamed	5	,8
Dermalogica	16	2,6	Garnier	1	,2
Babe	36	5,8	Max Factor	5	,8
Nivea	66	10,6	Farketmiyor	18	2,9
Avon	172	27,7	Amway	6	1,0
Babor	4	,6	Estee Lauder	1	,2
DDF	5	,8	Vazeline	1	,2
Clinique	18	2,9	Bioterm	1	,2
Avene	11	1,8	Oriflame	2	,3
Mustela	1	,2	Neutrogena	1	,2
Kullanmıyor	77	12,4	Darphin	2	,3
La Roche	4	,6	Toplam	620	100,0

Yukarıdaki tabloda araştırmaya katılan çalışan kadınların kullandıkları kozmetik ürünlerin sayısı bu sektörün ne kadar büyük ve gelişmiş bir sektör olduğunun göstergesidir. Ürünlerin sayıca çok ve çeşitli olduğu bu sektörde 2008 yılı verilerine göre dünya genelinde 150-200 milyar dolar civarında yıllık harcama yapıldığı belirtilmektedir. Türkiye'deki kozmetik pazarı ise 1.5-2 milyar dolarlık bir büyüklüktedir. B'IOTA Laboratuvarları'nın yaptığı kozmetik araştırmasına göre; 2008 yılında Türkiye'de kadınların sadece yüzde 3'ü kozmetik kullanmaktadır, Avrupa'da ise yüzde 47. Ülkemizde kişi başına düşen kozmetik harcaması 17,5 euro düzeyindedir. Türkiye'de 1.8 milyon dolar yıllık kozmetik harcaması yapılmaktadır. Yapılan araştırmalara göre Avrupa'da kişi başına düşen kozmetik harcaması 149 euro iken ABD'de 150 dolar civarındadır. Türkiye'de ise kişi başı harcama 17.5 euro'dur. Ancak bu rakamın içine sadece kişisel temizlik ürünleri olan şampuan, sabun, diş macunu gibi temel kullanım maddeleri yer almaktadır. Türk kadınının henüz sadece yüzde 3'ü kozmetik ürünleri kullanmaktadır. Avrupa'da ise bu oran yüzde 47'dir. Uzmanlar, bu durumu Türkiye'de kişisel gelirin AB ortalamasıyla kıyaslandığında çok geride olmasına bağlamaktadır. (Yeni Şafak, 5 Mart 2008, <http://yenisafak.com.tr/ekonomi/?t=05.03.2008&i=103789>). 2012 yılında ise Türkiye'de kozmetik sektörü yüzde 15 büyümüştür. 2008 yılında kozmetiğe harcanan 17,5 euro iken bu rakam 2012 yılda 30 dolar olmuştur (<http://www.ekonomigundemi.com/haber/Dogu-da-kozmetik-harcamasi-artiyor/71287>). 2008 yılı döviz kurlarına göre Türkiye'de yıllık kozmetik harcaması 30 TL civarında iken, 2012 yılı döviz kurlarına göre yıllık kozmetik harcaması 53 TL civarındadır. Bu rakamlara göre 2008 yılından 2012 yılına Türkiye'de kozmetik harcaması yaklaşık %80 oranında artış göstermiştir.

Araştırmaya katılanlar en fazla %27,7 oranında Avon, %17,3 oranında Vichy ve %10,6 oranında Nivea marka ürünleri kullanmaktadır. Yukarıdaki tabloda yer alan ürünlerin bir kısmı cilde zararlı olmayan hatta onarıcı ve iyileştirici doğal bakım ürünleri olarak tanınırken, bazıları da sadece makyaj ürünleri olarak bilinmektedir. En çok kullanılanlar arasında yer alan Avon markası makyaj ürünlerinin yer aldığı bir marka iken, Vichy ve Nivea ise bakım ürünlerinin oldukça ağırlıklı olduğu markalardır. Görüldüğü gibi çalışan kadınlar daha çok bakım ürünlerini tercih etmektedir.

1990'lı yıllarda makyaj ürünlerinin satışında bir düşüş yaşanmıştır. Kadınlar git gide makyaj ürünlerindense bakım ürünlerini tercih etmektedirler. "Doğal bir güzellik"

kazanmaya can atan tüketiciler daha çok bakım ürünlerini seçerek sağlıklı bir bedenine düşmüşlerdir (Paquet, 2007:90). Araştırma sonucunda çalışan kadınların da daha çok bakım ürünlerini tercih etmeleri bu bulguyu destekleyen bir durumdur.

3.11.5. Estetik Yaptırma Durumu ve Estetik Yaptırma İsteği

Bedeni şekillendirmenin ve bedene istenilen özellikleri kazandırmanın en etkili yollarından biri olan estetik operasyonlar günümüzde oldukça yaygınlaşmıştır. Askeri hastanelerde doğup Fransa'ya Doktor Raymond Passot tarafından getirilen estetik cerrahi o günden bu yana hızla gelişmiştir (Paquet,2007:80-81). Artık çok kısa sürelerde hatta öğle arası tatillerinde bile yapılabilen bazı operasyonlarıyla estetik cerrahi eskiye göre yaygın, ucuz ve daha az sancılı olması dolayısıyla pek çok kadın tarafından tercih edilmektedir.

Estetik operasyonlara başvuranlar iş kökenli, çevre kökenli ve kişinin kendisi kökenli olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Estetik operasyon için başvuranların hem erkek hem de kadın olduğu ancak saç ekimi dışında büyük çoğunluğun kadınlar olduğu belirtilmektedir. İş grupları içinde sahne sanatlarında çalışanlar daha fazla bir orandayken, hatırı sayılır bir oranda hasta grubunun iş ortamında daha çok beğenilmek, patronuna iyi gözükme, kendi eşitleri arasında yerini sağlamlaştırmak ve/veya terfi ve daha iyi ücret alabilmek amacıyla estetik operasyon yaptırdığı belirtilmektedir (Torunoğlu,2010:201).

Günümüzde kişinin bedenini sürekli değişen estetik standartlara uyarlaması bir yaşam tarzına dönüşmüştür. Bedenin doğallığı ve değişmez organikliği gözden düşmüştür (Çabuklu,2007:138). Beden sürekli yenilenmeye muhtaç ve eksik olarak tanımlanarak bedene olan müdahaleler artmış, tıpkı moda da olduğu gibi bedenin görünümüne dair yeni trendler ortaya çıkarak bireylerin bedenlerine yabancılaşmaları problemi ortaya çıkmıştır. Estetik operasyonlar da bedene müdahalenin en etkili yollarından biri olarak bedenin denetlenmesinde ve şekillendirilmesinde etkili rol oynamaktadır.

Estetik operasyonlar genel anlamda sağlıklı ilgisi olmayan, tamamen kişinin dış görünümünü değiştirmesine yönelik operasyonlar olarak görülmektedir. Ancak bazı görüşler estetik operasyonları topluma ve hatta sağlığa yararlı görmektedir. İlk olarak estetik cerrahi, gençlik ve çalışabilme süresini uzattığı için, topluma yararlı bir olgu haline gelebilir (Paquet,2007:81) görüşü vardır. Bunun yanında estetik cerrahinin

sağlığa faydalı olması konusunda WHO'nun sağlık tanımından yararlanılmaktadır. WHO'nun sağlık tanımına göre sağlık; fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi olma durumudur. Estetik cerrahi sonucunda birey kendini iyi hissedecekse, vücudunun yeniden şekillendirilen kısmından memnunsa ve kendini bu yüzden daha iyi hissediyorsa (Torunoğlu,2010:201) estetik cerrahi sağlık açısından faydalı demektir. Bu görüş estetik operasyonlara getirilen eleştirileri bertaraf etmeye çalışmaktadır.

Ancak bu bakış açısı pek çok bakımdan eksik bir bakış açısıdır. Öncelikle estetik operasyonlara toplumun ve bireylerin bakışı farklı etkenlere bağlı olarak değişebilmektedir. Toplumun ve bireylerin değerleri, içinde bulunulan grubun ve grupları değer yapısı, bireylerin maddi olanakları, vb. etmenler kişiden kişiye değiştiği için estetik operasyonlara bakış da değişmektedir. Günümüzde bedene yönelik kontrol, biçimlendirme ve tüketim olgularından hareketle standartlaştırılan ve idealize edilen beden hemen tüm iletişim kanalları aracılığıyla bireylere empoze edilmektedir. Bu sayede bireylere bir ideal beden sunulup ona ulaşması gerekliliği vurgulanmaktadır. Ancak çeşitli faktörlerin etkisi ile estetik operasyon yaptırma imkânı olmayan ya da yaptıramayan bireyler kendilerine sunulan ve istedikleri ideal bedene ulaşma imkânları olmayınca sağlıkları bozulabilmektedir. Bu bağlamda estetik operasyonların gerek bireysel gerekse de toplumsal olarak faydadan çok zararı olduğu söylenebilir.

Uluslararası Estetik Cerrahlar Birliği (ISAPS) araştırmasına göre, 2011 yılında dünya çapında toplam 15 milyon kişi estetik operasyondan geçerken, en çok estetik ameliyat yaptıranlar Güney Koreliler olmuştur. Bu ülkede her 77 kişiden biri estetik operasyondan geçmiştir. Estetik operasyonda en diplerde yer alan Türkiye'de de en fazla göğüs büyütme operasyonlarının yapıldığı belirtilmektedir. (<http://www.radikal.com.tr/Radikal.aspx?aType=RadikalDetayV3&ArticleID=1119598&CategoryID=118>). Türkiye'de 2011'de yaklaşık 270 bin estetik operasyon gerçekleştirilmiştir. Türkiye, operasyon sayısı nüfusa oranlandığında listede Suudi Arabistan'dan sonra 19'uncu sırada yer almaktadır. Türkiye'yi 211 bin estetik operasyon ile İngiltere 20'nci sırada takip etmiştir (<http://gundem.milliyet.com.tr/dunya-siralamasinda-estetik-te-19uncuyuz/gundem/gundemdetay/02.02.2013/1663491/default.htm9>). Türkiye'de yılda 50 bin kadar estetik operasyon yapılmaktadır. Bu rakam da 2011 yılı itibarıyla yaklaşık 650 milyon TL 'lik bir iş hacmi oluşturmaktadır. Bölgeler göre yaşam alışkanlıkları değiştiğinden, yaptırılan estetik

operasyonlar da değişiklik göstermektedir. (http://www.talyatip.com/haber/detay/turkiye_nin_estetik_haritasi).

Tablo 125:Estetik Yaptırma Durumu

	N	%
Evet, göğüs	3	,5
Hayır	600	96,8
Evet	2	,3
Evet, burun	14	2,3
Evet, kaş estetiği	1	,2
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların sadece %3,2'si estetik yaptırmış, %96,8'i yaptırmamıştır. Estetik yaptıranlar ise en fazla burun estetiğini yaptırmıştır. Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu estetik yaptırmamıştır. Bu durumun ortaya çıkmasında değer yargılarının ve toplumun estetik operasyonlara olan olumsuz bakış açısının etkisi olabilir. Araştırma evrenimiz olan Malatya ili Anadolu kültürünün ve değerlerinin hâkim olduğu bir bölgedir. Buna bağlı olarak bu ve buna benzer bölgelerde estetik operasyonlar gibi bedene aşırı müdahaleci yaklaşımlar hoş karşılanmamakta ve çoğu zaman küçümsenmektedir. Araştırmaya katılanların estetik operasyon yaptırmaması ya da yaptırmak istememesi (Bkn. Tablo 126) içinde bulundukları toplumun ve kendi değer yargılarının bir sonucu olabilir.

Tablo 126:Estetik Yaptırma İsteği

	N	%
Evet, kaş kaldırma	1	,2
Hayır	529	85,3
Evet, karın	10	1,6
Evet, yağ aldırma	12	1,9
Evet, burun	24	3,9
Evet	26	4,2
Evet, botox	3	,5
Evet, dudak	1	,2
Evet, göğüs	6	1,0
Evet, yüz gerdirme	7	1,1
Evet, göz kapağı	1	,2
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılan çalışan kadınların sadece %3,2'si estetik yaptırmışken, estetik yaptırmak isteyenlerin oranı %14,8'dir. Estetik yaptırmak isteyenlerin sayısının çok fazla olmadığı görülmektedir. Estetik operasyon yaptırmamalarında ya da yaptıramamalarında farklı etkenler hâkim olsa da, araştırma bulgularımız Türkiye'de yapılan estetik operasyonlarla ilgili verileri desteklemektedir. Bu bağlamda Türkiye'de estetik operasyonlar çok tercih edilmemektedir. Çok tercih edilmemesinde toplumun ve bireyin içinde yer aldığı grupların değer yargıları ve estetik operasyonlara olan olumsuz bakış açısının etkisi büyüktür.

3.11.6. İdeal Beden Algısı

Günümüz tüketim toplumunun güzellik anlayışının değişmez parçası incelik tutkusudur. Tüketim toplumunda güzellik incelikten ayrılamaz. Bunun sonucunda pek çok insan kendi bedenlerini standartlaştırılan ince bedenle kıyaslayarak şişman ya da kilolu olduklarını düşünmektedir. Bireylerin sağlıklarının fiziksel görümlerine bağlı olduğu günümüzde, ince olmayan ya da şişman olarak değerlendirilen bireyler aynı zamanda sağlıklı olarak da etiketlenmektedir. Şişmanlık ya da kilolu olmak sağlıklı olmanın bir göstergesidir ve sağlıklı olabilmek için zayıflamak gerekliliği sürekli tekrar edilen bir mesajla bireylerin bilinçaltına yerleşmektedir. Oysa sağlıklı olmak bireylerin kendilerine dair algılarının ve kendi beden ve ruh durumlarına dair tıbbi söylemlere bağlıdır.

Tablo 127: Kilo Durumu

	N	%
Zayıf	33	5,3
Normal	328	52,9
Biraz fazla	229	36,9
Çok fazla	30	4,8
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılan çalışan kadınların %5,3'ü kendilerini zayıf olarak değerlendirirken, %52,9'u normal, %36,9'u biraz fazla kilolu ve %4,8'i çok fazla kilolu olarak değerlendirmiştir. Bu değerlendirmeleri yapabilmeleri bedene ilişkin bir standardın olması gerekmektedir. Bu standart aslında kişiden kişiye değişen bir durumdur. Bireylerin genetik yapısı, fiziksel özellikleri ve sağlık durumu her bir bireyin

kilosu için bireye ait bir standart verir. Oysa günümüzde herkes için belli bir kilo standardı getirilip, kişilerin bu standarda uymaları beklenmektedir.

Tablo 128: Kilo Durumu Yaş İlişkisi

		Kilo durumu				Toplam
		Zayıfım	Normal	Biraz fazla	Çok fazla	
Yaş	20-29 yaş	11	77	24	4	116
		9,5%	66,4%	20,7%	3,4%	100,0%
		33,3%	23,5%	10,5%	13,3%	18,7%
		1,8%	12,4%	3,9%	,6%	18,7%
	30-39 yaş	20	161	116	15	312
		6,4%	51,6%	37,2%	4,8%	100,0%
		60,6%	49,1%	50,7%	50,0%	50,3%
		3,2%	26,0%	18,7%	2,4%	50,3%
	40-49 yaş	2	78	77	10	167
		1,2%	46,7%	46,1%	6,0%	100,0%
		6,1%	23,8%	33,6%	33,3%	26,9%
		,3%	12,6%	12,4%	1,6%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	0	12	12	1	25
		,0%	48,0%	48,0%	4,0%	100,0%
		,0%	3,7%	5,2%	3,3%	4,0%
		,0%	1,9%	1,9%	,2%	4,0%
Toplam		33	328	229	30	620
		5,3%	52,9%	36,9%	4,8%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		5,3%	52,9%	36,9%	4,8%	100,0%

$$\chi^2=30,425 \quad sd=9 \quad p<0,05$$

Araştırmaya katılanların kiloları hakkındaki düşünceleri yaşa bağlı olarak değişmektedir. Kilolarının biraz fazla olduğunu düşünenler yaş ilerledikçe artmaktadır.

Günümüzde bedene dair söylemlerin en büyüğü “ideal beden”dir. İdeal beden bir dirhem yağı olmayan bir kadın bedenidir. İdeal beden “sorunlu alanlar” ın yok edilmesinden sonra kalan siluettir (Coward, 1989:38). İdeal beden söylemi her yerde karşımıza çıkmaktadır. Özellikle kadınlara yönelik olan bu söylem kadınlara öncelikle bir bedenlerinin olduğunu hatırlatır. Kadınlar sahip oldukları bedenlere tasarruf etme hakkına sahip oldukları için özgürdüler ve onu istedikleri gibi şekillendirebilirler. Bedeni şekillendirmede de kendilerine sunulan bir “ideal beden” imgesi vardır ve normal olan bu imgedir. Sonuçta beden için bir standart yaratılmıştır.

Yaratılan bu standardın bir yönü medya ayaklıdır ve burada yaratılan standart, manken ölçüleri olarak da adlandırılan 90-60-90 vücut ölçüleridir. Baudrillaird’a göre manken bedeni arzunun nesnesi değil, işlevsel nesne, modanın ve estetiğin birbirine

karıştığı göstergeler formudur. Manken bedeni bir beden değildir, biçimdir (Baudrillard,2004:170). Bu beden ideal beden olarak sunulur ve kadınların bu bedene ulaşması konusunda çeşitli yollarla baskı altına alınır. Ancak bu beden Baudrillard'ın da belirttiği gibi gerçek bir beden değildir, bir biçimdir. Bu yüzden ulaşılamayacak olan bir bedendir. Kadın bedeni bu sayede kontrol altına alınmakta ve tüketim toplumunda bir meta haline gelmektedir.

Beden için yaratılan bir diğer standart ise tıp kurumundan gelmektedir. Beden kitle endeksi (ağırlığın boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile elde edilen bir parametre) olarak adlandırılan bu standart, sağlığın medikalizasyonunun ve günlük yaşamın tıbbileştirilmesinin bir sonucu olarak kişilerin bedenlerine ve kilolarına bir standart getirmektedir. Bu standarda göre zayıf, normal veya kilolusunuzdur. Bu ölçütler aynı zamanda sağlığa da yansımakta, kiloluysanız sağlıksızsınız ve zayıflamalısınız anlamına gelmektedir. Bireylerin genetik özelliklerini ve yaşam koşullarını dikkate almadan bedenlerine bu şekilde standart getirmenin çok doğru sonuçlar vermeyeceği aşikârdır. Sonuçta günümüzde bireylerin bedenleri farklı yollarla ve farklı şekillerde kontrol altına alınıp şekillendirilmeye çalışılmaktadır.

Tablo 129:İdeal Beden Ölçüsü

	N	%
Manken ölçüleri(90-60-90)	34	5,5
Tıbbın belirlediği Beden Kitle Endeksi	363	58,5
Kişiden kişiye değişir	223	36,0
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılan çalışan kadınlar için de ideal beden ölçüsü en fazla (%58,5) tıbbın belirlediği beden kitle endeksi olmuştur. Bu sonuç günlük yaşamın tıbbileştirilmesi ve bedenın tıp kurumu aracılığıyla denetlenmesini destekleyen bir bulgudur. Bu veriyi ideal beden kişiden kişiye değişir (%36,0) ile manken ölçüleri (%5,5) takip etmektedir.

Tablo 130: İdeal Beden Ölçüsü Yaş İlişkisi

		deal beden ölçüsü			
		Manken ölçüleri(90-60-90)	Tıbbın belirlediği Beden Kitle Endeksi	Kışiden kişiye değişir	
Yaş	20-29 yaş	12	74	30	116
		10,3%	63,8%	25,9%	100,0%
		35,3%	20,4%	13,5%	18,7%
		1,9%	11,9%	4,8%	18,7%
	30-39 yaş	11	187	114	312
		3,5%	59,9%	36,5%	100,0%
		32,4%	51,5%	51,1%	50,3%
		1,8%	30,2%	18,4%	50,3%
	40-49 yaş	8	91	68	167
		4,8%	54,5%	40,7%	100,0%
		23,5%	25,1%	30,5%	26,9%
		1,3%	14,7%	11,0%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	3	11	11	25
		12,0%	44,0%	44,0%	100,0%
		8,8%	3,0%	4,9%	4,0%
		,5%	1,8%	1,8%	4,0%
Toplam	34	363	223	620	
	5,5%	58,5%	36,0%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	5,5%	58,5%	36,0%	100,0%	

$$\chi^2=16,101 \quad sd=6 \quad p<0,05$$

İdeal beden ölçüsü yaşa bağlı olarak değişmektedir. Hemen her yaş grubunda ideal beden tıbbın belirlediği beden kitle endekisi olduğu düşüncesi hâkim olmakla birlikte; manken ölçülerinin ideal beden ölçüleri olduğunu en fazla elli yaş ve üzeri kesim düşünmektedir. Bunu 20-29 yaş arası kesim takip etmektedir. Yaş ilerledikçe ideal bedenden uzaklaşma durumu elli yaş ve üzerini ideal beden konusunda daha baskı altına almaktadır. Bunun yanında ideal beden olarak gösterilen manken ölçüleri ve bu bedene sahip mankenler 18-25 yaş arası olduğu için 20-29 yaş arası kadınların ideal beden olarak manken ölçülerinin gösterilmesinden daha çok etkilenmektedir.

İdeal beden vurgusu her ne kadar günümüzde çok etkin olsa da ondan daha etkili olan vurgu sağlık ve sağlıklı olmaktır. Tıbbi anlamda da hastalık kavramından sağlık kavramına geçişle gerek bireysel gerekse de toplumsal sağlığa verilen önem oldukça artmıştır. Sağlıklı olmak, sağlıklı beslenmek, sağlıklı bir yaşam gibi söylemlerle sağlık insanların hemen hemen ilk hedefi haline gelmiştir.

Tablo 131: Hangisini Tercih Ederdiniz?

	N	%
Çok sağlıklı olmayan fakat güzel ve bakımlı beden	59	9,5
Sağlıklı fakat ideal olmayan beden	519	83,7
Cevap yok	42	6,8
Toplam	620	100,0

Bu durum araştırma sonuçlarında da kendisini göstermektedir. Araştırmaya katılan çalışan kadınların %83,7'si tek tercih hakları olsa “sağlıklı fakat ideal olmayan bir beden”i tercih etmektedir.

Tablo 132: Bedene Yönelik Tercih Yaş İlişkisi

		Hangisini tercih ederdiniz?			Toplam
		Çok sağlıklı olmayan fakat güzel ve bakımlı beden	Sağlıklı fakat ideal olmayan beden	Cevap yok	
Yaş	20-29 yaş	21	89	6	116
		18,1%	76,7%	5,2%	100,0%
		35,6%	17,1%	14,3%	18,7%
		3,4%	14,4%	1,0%	18,7%
	30-39 yaş	24	264	24	312
		7,7%	84,6%	7,7%	100,0%
		40,7%	50,9%	57,1%	50,3%
		3,9%	42,6%	3,9%	50,3%
	40-49 yaş	14	143	10	167
		8,4%	85,6%	6,0%	100,0%
		23,7%	27,6%	23,8%	26,9%
		2,3%	23,1%	1,6%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	0	23	2	25
		,0%	92,0%	8,0%	100,0%
		,0%	4,4%	4,8%	4,0%
		,0%	3,7%	,3%	4,0%
Toplam		59	519	42	620
		9,5%	83,7%	6,8%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		9,5%	83,7%	6,8%	100,0%

$$\chi^2=14,705 \quad sd=6 \quad p<0,05$$

Çalışan kadınların beden tercihleri yaşa bağlı olarak da değişmektedir. Tek tercih hakları olsa daha çok sağlıklı olmayan fakat güzel ve bakımlı beden tercihi yaş

ilerledikçe azalmaktadır. Özellikle 20-29 yaş arasında bu tercih diğer yaş guruplarına oranla yüksektir. 20-29 yaş arasında çok fazla ve kronik sağlık problemlerinin olmaması ve bu yaş guruplarının ideal beden söylemine daha çok maruz kalması bu sonucun doğmasına neden olmaktadır. Bunun yanında sağlıklı fakat ideal olmayan beden isteği yaş ilerledikçe artmaktadır. Yaş ilerledikçe artan ve kronikleşen sağlık problemleri dolayısıyla daha üst yaş guruplarında sağlık söylemleri ve sağlıklı olmak istekleri daha artmaktadır.

Tablo 133: Bakımlı ve Güzel Görünmek Sağlık İlişkisi

	N	%
Evet	265	42,7
Hayır	347	56,0
Cevap yok	8	1,3
Toplam	620	100,0

Günümüzde sağlıklı olmak güzel görünmek ile eşdeğer hale gelmiş durumdadır. Bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olmak yerine sağlıklı ve genç görünmek daha önemli olmuştur. Sağlık olmanın sağlıklı görünmek anlamına gelmesi pek çok bakımdan bireylerin sağlığa ilişkin yanlış kanı ve uygulamaların zeminin hazırlamaktadır. Araştırmaya katılan çalışan kadınların da %42,7'sinin bakımlı ve güzel görünmenin sağlıklı olmanın bir göstergesi olduğunu belirmesi, sağlıklı olmanın güzel görünmek anlamına geldiğini destekleyici bir veridir.

3.11.7. Gençlik Algısı

Günümüzün yükselen değeri gençliktir. Genç olmak ve genç kalmak aynı zamanda sağlıklı olmak ve arzu edilir olmak anlamına gelmektedir. Kontrol edilen ve tüketim toplumunda bir meta haline gelen bedenlerin nihai amacı genç görünmektir. Günümüz toplumlarında gençliğe ve genç görünmeye büyük önem verilmektedir.

Tablo 134: Gençlik Algısı

	N	%
Sağlıklı olmak	117	18,9
Hayatın bir evresi	275	44,4
Hep kalınması istenilen dönem	228	36,8
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların %44,4’ü gençliği hayatın bir evresi olarak tanımlarken, %55,7’si günümüz gençlik vurgusuna uygun olarak sağlıklı olmak (%18,9) ve hep kalınması istenilen dönem (%36,8) olarak tanımlamıştır. Sonuçta günümüzde sağlıklı olmak genç olmak anlamına gelirken, gençlik ve genç görünmek hemen her yaş grubunun arzu ettiği bir olgu olmaktadır.

Tablo 135: Gençliğe Dair Algı Yaş İlişkisi

		Sizce gençlik			Toplam
		Sağlıklı olmak	Hayatın bir evresi	Hep kalınması istenilen dönem	
Yaş	20-29 yaş	23	44	49	116
		19,8%	37,9%	42,2%	100,0%
		19,7%	16,0%	21,5%	18,7%
		3,7%	7,1%	7,9%	18,7%
	30-39 yaş	54	141	117	312
		17,3%	45,2%	37,5%	100,0%
		46,2%	51,3%	51,3%	50,3%
		8,7%	22,7%	18,9%	50,3%
	40-49 yaş	34	79	54	167
		20,4%	47,3%	32,3%	100,0%
		29,1%	28,7%	23,7%	26,9%
		5,5%	12,7%	8,7%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	6	11	8	25
		24,0%	44,0%	32,0%	100,0%
		5,1%	4,0%	3,5%	4,0%
		1,0%	1,8%	1,3%	4,0%
Toplam	117	275	228	620	
	18,9%	44,4%	36,8%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	18,9%	44,4%	36,8%	100,0%	

$$\chi^2=4,499 \quad sd=6 \quad p>0,05$$

Araştırmaya katılanlar arasında gençliğin sağlıklı olmak olduğu düşüncesi en çok 50 yaş ve üzeri kesimde görülmektedir. Bu yaşlarda artan sağlık problemleri ve gençliğin sağlıklı olmakla eş değer tutulması, bu yaş grubunda diğer yaş gruplarına oranla gençliğin sağlıklı olmak olduğu düşüncesinin fazla olmasına neden olmaktadır. Gençliğin “hep kalınması istenilen dönem” olarak tanımlanması ise en çok 20-29 yaş aralığında görülmektedir. Gençliğin günümüzde yükselen değer olması bu sonucu doğurmaktadır. Yaşlılığın hastalıkla ya da ölümlerle birlikte anıldığı dönemler olması özellikle gençler için bu dönemleri daha ürkütücü kılmaktadır. Bu nedenle gençlerin gençliği “hep kalınması istenilen dönem” olarak tanımlaması doğal bir durumdur.

3.11.8. Yaşlılık Algısı

Günümüzde gençlik nasıl ki yükselen değerse, yaşlılık da olumsuz anlamlar yüklü olan ve arzu edilmeyen bir dönem olarak gösterilmektedir. Yaşlılık kuşkulu bir ayrıcalık ya da acınacak bir son olarak görülür. Geçmişte bir hastalık olarak nitelendirilmezken günümüzde hastalık haline gelmiştir (Illich,1995:60). Böylece yaşamın normal bir evresi olan yaşlılık tıplaştırılarak bir hastalık olmuştur. Bunun yanında yaşlılık, geciktirilmesi ya da kaçınılması gereken bir durum olarak gösterilip bir yandan yaşlı bedenler kontrol altına alınırken bir yandan da tüketim toplumunun hizmetine sokulmaktadır. Sosyolojik anlamda bir kategori olan yaşlılığın geleneksel anlamları bir bir yok edilerek, biyolojik olarak mümkün olmayan genç kalmak ya da yaşlanmamanın mümkün olabileceği izlenimi oluşturulmuştur.

Tablo 136: Yaşlılık Algısı

	N	%
Hastalıklarla boğuşulan dönem	62	10,0
Hayatın bir evresi	367	59,2
Mümkün olduğunca geciktirilmesi gereken bir dönem	159	25,6
Ölümün habercisi	31	5,0
Huzur dönemi	1	,2
Toplam	620	100,0

Araştırmaya katılanların yaşlılığı tanımlamalarına baktığımızda ise; %59,2’lik bir kesimin yaşlılığı hayatın bir evresi olarak tanımlayarak yaşlılığa ilişkin yukarıdaki açıklamalara katılmadığını görüyoruz. Yaşlılığı mümkün olduğunca geciktirilmesi gereken bir dönem olarak görenlerin oranı ise %25,0’dır. Yaşlılığı, hastalıklarla boğuşulan bir dönem olarak tanımlayanlar ise %10,0 oranındadır.

Araştırmaya katılanlar arasında yaşlılığın hayatın bir evresi olarak görülmesi içinde yaşadığımız kültürün bir yansımasıdır. Türk toplumunda yaşlılara ve yaşlılığa saygı duymak temel değerlerden biri olarak kabul edilmektedir. Batı toplumlarındaki gibi çözülmemiş aile yapısı içinde yaşlılar oldukça saygı duyulan ve değer verilen kişilerdir. Bu bağlamda batı toplumlarında hâkim olan bireycilik, yaşlılığı ve yaşlıları bir yük olarak görmekte ve olumsuz değerlendirmektedir. Ancak ülkemizde böyle bir değerlendirme söz konusu değildir. Ancak yaşlılığı “mümkün olduğunca geciktirilmesi gereken bir dönem” ve “hastalıklarla boğuşulan bir dönem” olarak görenlerin oranı da

az değildir. Bu durum yaşlılığa olumsuz anlamlar yükleyen ve arzu edilmeyen bir dönem olarak gösteren anlayışın etkili olduğuna dair bir kanıttır.

Tablo 137: Yaşlılığa Dair Algı Yaş İlişkisi

		Sizce yaşlılık					Toplam
		Hastalıklarla boğuşulan dönem	Hayatın bir evresi	Mümkün olduğunca geciktirilmesi gerekten bir dönem	Ölümün habercisi	Huzur dönemi	
Yaş	20-29 yaş	16	63	28	9	0	116
		13,8%	54,3%	24,1%	7,8%	,0%	100,0%
		25,8%	17,2%	17,6%	29,0%	,0%	18,7%
		2,6%	10,2%	4,5%	1,5%	,0%	18,7%
	30-39 yaş	31	187	77	17	0	312
		9,9%	59,9%	24,7%	5,4%	,0%	100,0%
		50,0%	51,0%	48,4%	54,8%	,0%	50,3%
		5,0%	30,2%	12,4%	2,7%	,0%	50,3%
	40-49 yaş	15	99	47	5	1	167
		9,0%	59,3%	28,1%	3,0%	,6%	100,0%
		24,2%	27,0%	29,6%	16,1%	100,0%	26,9%
		2,4%	16,0%	7,6%	,8%	,2%	26,9%
	50 yaş ve üzeri	0	18	7	0	0	25
		,0%	72,0%	28,0%	,0%	,0%	100,0%
		,0%	4,9%	4,4%	,0%	,0%	4,0%
		,0%	2,9%	1,1%	,0%	,0%	4,0%
Toplam	62	367	159	31	1	620	
	10,0%	59,2%	25,6%	5,0%	,2%	100,0%	
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	10,0%	59,2%	25,6%	5,0%	,2%	100,0%	

Yaşlının tüm yaş kesimlerinde “hayatın bir evresi” olduğu düşüncesi hâkimdir ve bu düşünce en yaş ilerledikçe artmaktadır. Yaşlılığın “hayatın bir evresi” olduğu düşüncesi en çok 50 yaş ve üzeri (%72,0) kesimde fazladır. 50 yaş ve üzeri kesim yaşlılığa en yakın kesim olduğundan bu dönemi kabullenmeleri doğal görülmektedir. Ancak bu dönemde yer alan çalışan kadınların %28,0’inin yaşlılığı “mümkün olduğunca geciktirilmesi gereken bir dönem” olarak tanımlaması yaşlılığa dair yapılan olumsuz vurguların ve gençliğin bir değer olarak sunulmasının işe yaradığının bir göstergesidir.

Yaşlılığa olumsuz anlamlar yükleme ise diğer yaş gruplarına oranla en çok 20-29 yaş arası kesimde görülmektedir. Bu yaş grubunun %54,3’ü yaşlılığı “hayatın bir evresi”, %24,1’i “mümkün olduğunca geciktirilmesi gereken bir dönem” %13,8’i “hastalıklarla boğuşulan dönem” ve %7,8’i “ölümün habercisi” olarak tanımlamıştır. Bu yaş kesiminin içinde bulunduğu dönem itibarıyla genç olmaları ve arzu edilen bir dönemi yaşamları olumsuz anlamlar yüklenen yaşlılık dönemine daha olumsuz bakmalarına neden olmaktadır. Sonuçta elde edilen veriler günümüz toplumlarında yaşlılığa ilişkin yapılan olumsuz vurguların toplumu etkilediğini göstermektedir.

SONUÇ

Sağlık ve hastalık konuları öncelikli -hatta neredeyse tek olarak- tıbbın konusu görülmekte ve bu konudaki çözümler ve çözüm arayışları bu bakışın dışına çıkamamaktadır. Oysa sağlık ve hastalık, sosyal ve kültürel olgulardır. Bu yüzden sağlığın; tıbbi, sosyal, kültürel ve ekonomik bakış açılarını gerektiren çok boyutlu bir yaklaşıma ihtiyacı vardır. Günümüzde sağlık; hastalıkların önlenmesini, hastalıklara neden olan faktörlerin yok edilmesini ve sağlıklı olabilmek için gereken önlemleri içermesiyle çok boyutlu ve farklı bakış açılarını gerektiren bir olgu haline gelmiştir. Bu bakımdan sosyal ve kültürel bir olgu olarak sağlık söz konusu olduğunda sosyolojik bir bakış açısı ve yaklaşım kaçınılmaz olarak çok önemli hale gelmektedir. Çünkü günümüzde hemen hemen her toplumda sağlık sorunları en önde gelen toplumsal sorunların başında gelmektedir. Ülkemizde çok uzun zamandır çözüme kavuşturulması gereken sorunların başında gelen sağlık ve sağlık sisteminin sorunları, sosyal yapı içerisinde çözüme ulaştırabilecek sorunlar olarak sosyolojik araştırmalara ve bu araştırmaların sonuçlarına ihtiyaç duymaktadır. Çünkü sosyoloji sağlığın korunması, sürdürülmesi ve sorunların çözümünde sosyolojik verilerden yararlanır. Bu bakış açısı sağlığı toplumsal sistemin bir parçası haline getirerek diğer toplumsal kurumlarla olan ilişkisini göz önüne sermektedir.

Sağlık ve hastalık, toplumun yapısı ve kültürü tarafından şekillendirilir ve her toplumun kendi değerler sistemine göre gelişir ve anlam kazanır. Sosyal bir kurum olarak sağlık ve hastalık diğer kurumlarla ilişki halindedir. Sağlık kurumunun temel hedefi ise sağlıklı bireyler ve sağlıklı bir toplum oluşturmaktır. Sağlık ve hastalığa tıbbi bakış açısı hastalığı biyolojik bir süreç olarak görmekte ve bedende oluşan ve normal olmayan semptomlar temel vurgusu olmaktadır. Oysa günümüzde hastalık sadece tedavi edilmesi gereken bedensel bir anormallikten çok önlenebilen ve önlenmesi gereken sosyal ve çevresel faktörlerin daha ön planda olduğu bir olgu olarak görülmektedir. Hastalıkların önlenmesinde insanların yaşadığı sosyal, fiziksel çevrenin ve koşulların iyileştirilmesinin önemli bir yeri vardır. Bu noktada sosyolojiye ve sosyolojinin bir alt disiplini olan sağlık sosyolojisine önemli görevler düşmektedir. Sağlık ve hastalığa sosyolojik bir yaklaşım sergileyen sağlık sosyolojisi; sağlık ve hastalığın kökenleri, etkileri ve tedavisi konularına sosyal faktörler açısından yaklaşarak, sağlık ve sağlık hizmetlerini sosyal sistemin bir parçası olarak görmektedir.

Sağlık her zaman tüm insanlar için en temel ihtiyaçlardan ve haklardan biri olmuştur. Günümüzde ulusal ve uluslararası kanunlarla da temel haklardan biri olarak kabul edilen sağlık, çoğu ülkede yasalarla da korunma altına alınmıştır. 21. yy'da sağlık alanında “herkes için sağlık” sloganı temel hedef haline gelmiştir ve bu alanda yapılan çalışmalar herhangi bir ayırım gözetmeksizin tüm insanların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını amaçlamaktadır. Ancak yapılan bazı çalışmalarda ve sağlık ile ilgili bazı tartışmalarda kadın sağlığı ve kadınların sağlık sorunları daha öncelikli ele alınmaktadır. Bu durumun temel bazı sebepleri vardır. Öncelikle kadın sağlığı üreme sağlığına indirgenmiş ve bu durum beraberinde pek çok sorun yaratmıştır. Bunun yanında kadının toplumsal konumu ve toplumsal cinsiyet rolleri sağlığına olumsuz etki eden pek çok faktörü içinde barındırmaktadır. Kadının asli görevlerinin doğurmak ve ev işleri ile ilgilenmek olduğu düşüncesi ve toplumsal cinsiyet rolleri sonucu erkeklere göre daha düşük konumda yer almaları kadınların pek çok alanda olduğu gibi sağlık alanında da kaynaklara erişme ve onları kullanmalarında çeşitli sorunlara neden olmaktadır.

Hemen hemen her toplumda kadının temel rolü annelik olarak belirlenmiştir. Ne kadar iyi bir eğitim almış ve ne kadar iyi bir işte çalışıyor olursa olsun kadının doğurganlığı ve buna bağlı olarak annelik rolü ön plandadır. Bu yüzden kadın sağlığı öncelikli olarak üreme sağlığına indirgenmiş durumdadır. Bunun yanında toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklı sorunlar kadın sağlığına yeterli derecede önem verilmesini engellemektedir. Bu yüzden kadın sağlığı geçmişten beri hak ettiği önemi görememiş ve bu konuda yeterince çalışma yapılamamıştır.

Kadın sağlığının önemli olmasının bir başka nedeni ise kadının özellikle günümüz koşulları dikkate alındığında sosyal ve ekonomik yaşama daha fazla katılması sonucu sorumluluklarının artması ve bunun sonucunda yaşadığı sağlık sıkıntılarıdır. Özellikle çalışan kadın bir yandan ev ve aile sorumluluklarının yerine getirirken bir yandan da iş yaşamının sorumlulukları ve koşulları ile baş etmeye çalışmaktadır. Bu durum kadınların sağlıklarına özel bir önem verme zorunluluğu doğurmaktadır. Aile ve iş sorumluluklarının ve yaşamlarının beraber yürütülmeye çalışılması kadın sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Hem aile sorumluluğunu hem de iş sorumluluğunu bir arada yürütmeye çalışan kadın için bu durum sağlığı için bir tehdit oluşturmaktadır. Bu bakımdan kadın sağlığı ve kadın sağlığı alanında yapılacak çalışmalar özel bir önem arz etmektedir.

Günümüzde sağlık alanında sosyolojik anlamda dikkate değer pek çok gelişme yaşanmaktadır. Yaşanan bu gelişmelerin etkisi gerek bireysel gerekse de toplumsal alanda oldukça yoğun bir biçimde hissedilmektedir. Sağlık bilgisinin toplumsallaşması bu gelişmelerin en önemlilerinden biridir. Özellikle modern tıbbın gelişmesi ile birlikte çok uzun bir dönem sağlık/hastalık bilgisi tıbbi profesyonellerin egemenliğinde ve aşılmaz duvarlar olarak kalmıştır. Hastalık ve sağlık klinik süreçlere indirgenmiş ve hasta bu sürecin dışında bırakılmıştır. Bunun sonucunda sağlık/hastalık bilgisinin toplumsallaşması uzun bir dönem mümkün olmamıştır. Ancak günümüzde yaşanan sosyal ve kültürel değişimler sağlık ve hastalık bilgisinin toplumsallaşmasına neden olmuştur. Bu konuda yaşanan en büyük değişim, hastalık kavramından çok sağlıklı yaşam kavramına doğru bir kültürel geçiştir. Bu geçişin sonucunda sağlık ve sağlıklı olmaya verilen önem artmakta ve bu konuda bireyler özel bir çaba sarf etmektedir. Sağlığa ve sağlıklı olmaya verilen önemin artması araştırma sonuçlarına da yansımıştır. Araştırmaya katılanların büyük bir kısmı sağlıklı olmaya çalışmaktadır. Yani ruhsal ve bedensel açıdan sağlıklı kalabilmek için gerekli özeni göstermeye çalıştığını belirtmiştir. Bu bağlamda, günümüz yeni sağlık anlayışı topluma yerleşmiş ve kabul görmüştür. Araştırmaya göre bu yeni anlayış yaş ilerledikçe daha da belirgin hale gelmektedir. Yaş ilerledikçe sağlık sorunlarının artması, sağlığa verilen önemin artmasına neden olmaktadır.

Sağlığın toplumsallaşmasında sağlık/hastalığa bakış açısının değişmesinin önemli bir rolü vardır. Uzun bir dönem sağlık, bedensel olarak bir hastalığın ya da eksiliğin olmaması olarak kabul edilirken son dönemde sağlığın tanımlanmasında bedensel, sosyal ve ruhsal bir eksikliğin olmaması anlayışı hâkim olmuştur. Sağlığa olan yaklaşıma ruhsal ve sosyal faktörlerin etkisi aynı zamanda sağlığın toplumsallaşmasında önemli katkılar sağlamıştır. Böylece sağlık bilgisi eskiden farklı olarak sosyal ve kültürel süreçlerin de etkin olduğu bir anlayışa kavuşmuştur. Araştırma bulguları da bu durumu desteklemektedir. Araştırmaya katılanlar sağlığın sosyal ve kültürel bir olgu olduğunu desteklemektedir. Sağlık ve hastalığın sosyal ve kültürel bir olgu olması onun toplumsallaşmasına büyük katkı sağlamıştır.

Sağlık bilgisinin yayılması ve toplumsallaşması beraberinde bireylerin sağlık ve hastalık konularında ilgi ve bilgilerinin artmasını da beraberinde getirmektedir. Hastalık yerine sağlık ve sağlıklı olmak kavramlarının ön plana çıkması beraberinde halk sağlığı

ve önleyici tıp hizmetlerinin önem kazanıp yaygınlaşmasına neden olmuştur. Hasta deneyimleri ve toplumsal destek mekanizmalarını daha önemseyici yaklaşımların gelişmesi, sağlık-hastalık bilgisinin ve uygulamalarının topluma yayılmasına ve toplumsallaşmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda farklı pek çok kanaldan artık rahatlıkla ulaşılabilen sağlık bilgisi, topluma yayılmakta ve bunun sonucunda bilinç ve bilgi düzeyi yükselmektedir. Araştırma sonuçlarına göre çalışan kadınların sağlıkla ilgili bilgi düzeyleri yüksektir.

Sağlık konusunda ortaya çıkan bilgi düzeyinin artmasında günümüzde sağlıklı olmak yönünde gelişen kültürel geçişin ve anlayışın büyük etkisi vardır. Sağlıklı olmaya verilen önem bireylerde sağlık konularına ilginin artmasını da beraberinde getirmektedir. Araştırmaya göre, çalışan kadınların sağlık ve sağlıklı olmak konusuna son dönemde ilgileri artmıştır. Artan bu ilginin çeşitli sebepleri vardır. Bu sebeplerin başında ise sağlık bilgisinin toplumsallaşması ve sağlık ve sağlıklı olmak yönünde gelişen anlayıştır. Bu gelişmelere bağlı olarak sağlık konusunda bir bilinçlenme ortaya çıkmıştır. Bunun yanında medyada sağlıkla ilgili konuların sürekli işlenmesi de ilgiyi artırmaktadır. Araştırma sonucu ortaya çıkan bu durum “çalışan kadınların sağlık-hastalık konularına ilgileri artmaktadır” ve “çalışan kadınların sağlıklı olmaya önem vermektedir” varsayımlarımızın doğruluğunu göstermektedir.

Araştırma sonuçlarına göre, sağlık ve sağlıklı olmak konusunda artan bilinç ve ilgi sağlık ile ilgili bilgilere ulaşma düzeyini artırmaktadır. Bu konudaki kaynaklar her ne kadar günümüzde çoğalmış olsa da modern tıp, dolayısıyla doktorlar hala en temel ve birincil kaynaklar olmaktadır. Bunu kitle iletişim kitle iletişim araçları, özellikle internet ve televizyon izlemektedir. Sağlık ve hastalık bilgisi her ne kadar yaygınlaşmış ve farklı kanallardan ulaşılabiliriyor olsa da günümüzde modern tıp hala bu konuda en etkin ve yetkin otoritedir. Bireyler sağlıklı olmak konusunda farklı bilgi kaynaklarına ulaşabilseler de hastalandıklarında ilk başvurdıkları kaynak hastane ve doktor olmaktadır. Modern tıba olan bu güven ve bağımlılık araştırmamıza göre yaş ilerledikçe artmaktadır. Yaş ilerledikçe sağlık sorunlarının sayısının ve şiddetinin artması bireyleri modern tıba daha bağımlı kılmaktadır. Modern tıbbın bazı hastalıkları tedavide gösterdiği başarı, ortalama insan ömrünün uzamasında modern tıbbın olumlu etkilerine dair söylemler ve modern tıbbın hastalılara kısa sürede ve etkili müdahalesi

yaş ilerledikçe sağlık sorunları artan bireyler için modern tıbbi en güvenilir kaynak haline getirmektedir.

Günümüz iletişim çağı olarak da adlandırılmakta ve özellikle kitle iletişim araçlarının etkinliği önemle vurgulanmaktadır. Sağlık bilgisinin toplumsallaşması ve bu konuda ilginin ve bilginin artmasında kitle iletişim araçlarının rolü büyüktür. Araştırma sonuçlarına göre de bu konuda özellikle internet ve televizyon en önde gelen kitle iletişim araçları olarak göze çarpmaktadır. Bireyler ve dolayısıyla kamuoyu üzerinde oldukça etkili olan kitle iletişim araçları düşüncelerin, davranışların ve değer yargılarının oluşumunda oldukça etkilidir. Günümüzde bilgiye ulaşmada da oldukça etkili olan kitle iletişim araçları sağlık söz konusu olduğunda da oldukça etkili kullanılmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre tüm meslekler içinde en fazla kullanılan internet, sağlık bilgisine ulaşmada en çok kullanılan kitle iletişim aracıdır. İnterneti genç yaş grupları daha fazla kullanırken, televizyonu ise daha yüksek yaş grupları kullanmaktadır. Araştırma sonuçları “çalışan kadınların sağlık konularına ilgilerinin artmasında kitle iletişim araçlarının önemli bir rolü vardır” varsayımımızı doğrulamaktadır.

Sağlıklı olmak konusunda artan bilinç insanların alışkanlıklarını gözden geçirmelerine ve bazı konulara dikkat etmelerine neden olmaktadır. Bu bağlamda günümüzde özellikle zararlı alışkanlıkların sağlığa etkileri ve sağlığa verdiği zarar sıklıkla işlenen konuların başında gelmektedir. Özellikle sigara ve alkol kullanımının sağlığa olumsuz etkileri konusunda sürekli yapılan yayınlar ve çalışmalar bu konuda bir bilinç yaratmış durumdadır. Araştırma sonuçları da bu durumu desteklemektedir. Çalışan kadınların büyük bir kısmı sigara ve alkol kullanmamaktadır. Bunun yanında sigara ve alkolün sağlığa olan zararları konusundan da bilinçlidirler.

Sağlığı etkileyen önemli bir diğer etken de beslenme alışkanlıklarıdır. Sağlıklı yaşama yapılan vurguda sağlıklı beslenme konusu oldukça önem taşımaktadır. Fast food yiyecekler, hormonlu ürünler, katkı maddeleri, kanserojen ürünler, genetiği değiştirilmiş ürünler, yiyecekleri mevsiminde tüketmek gibi konular sağlıklı olmak için mutlaka dikkat edilmesi gereken noktalar olarak vurgulanmaktadır. Sağlıklı olabilmek için beslenme alışkanlıklarına yapılan bu vurgu toplumda bu konuda belli bir bilinç yaratmakta ve her geçen gün sağlıklı beslenme konuları insan yaşamının vazgeçilmez konuları arasında yer almaktadır. Araştırma sonuçları da çalışan kadınların büyük

oranda sağlıklı beslenmeye dikkat ettiğini göstermektedir. Sağlıklı beslenmeye verilen önem, gelir yükseldikçe ve yaş ilerledikçe daha da artmaktadır.

Sağlıklı beslenmek söz konusu olduğunda günümüzde özellikle fast food tarzı yiyecekler, hormonlu, kanserojen ve GDO'lu ürünler insan sağlığını tehdit etmektedir. Bu konularda yapılan bilimsel çalışmalar bu ürünlerin kısa ve uzun vadede insan sağlığına verdiği zararları ortaya koymaktadır. Bu konuların medyada da sık sık işlenmesi bu konuda toplumda bir bilinç yaratılmasına neden olmuştur. Araştırma sonuçları da bu bilinçlenmenin varlığını desteklemektedir. Çalışan kadınlar fast food tarzı yiyecekler, hormonlu, kanserojen ve GDO'lu ürünlerin kullanımı konusunda büyük oranda bilinç sahibi olduklarını ve bilinçli davrandıklarını belirtmişlerdir. Araştırma sonuçlarına göre bu ürünlerin kullanımı özellikle yaş ve medeni duruma bağlı olarak değişmektedir. Yaş ilerledikçe bu ürünlerin kullanımı düşmekte ve bu konudaki bilinç artmaktadır. Bu durumun ortaya çıkmasında yaş ilerledikçe artan sağlık sorunları ve buna bağlı olarak sağlıklı olmak konusunda artan istek etkindir. Bu ürünler konusundaki bilinç ve kullanım medeni duruma bağlı olarak da değişmektedir. Özellikle evli kadınlar bu ürünler konusunda bekâr kadınlara göre daha bilinçli ve hassas davranmaktadır. Bu durumun ortaya çıkmasında evli kadınların sağlık söz konusu olduğunda sadece kendi sağlıkları değil aile bireylerinin sağlığından da birinci derecede sorumlu olmaları etkindir. Araştırma sonuçları “Çalışan kadınlar sağlıklı olabilmek için beslenmelerine ve yediklerine dikkat etmektedirler” varsayımımızı desteklemektedir.

Günümüz sağlık anlayışında sağlıklı olmak ve bu konuda çaba harcamak oldukça önemli hale gelmiştir. Günümüzde modern tıbbın tekelinden kurtulmuş olan sağlık, modern tıbbında dâhil olduğu farklı alanlar ve uygulamalar içeren popüler bir konu haline gelmiştir. Kişisel çaba ve bilinci gerektiren sağlıklı olmak isteği bu konuda farklı uygulamaların ortaya çıkmasına ya da var olanların popüler olmasına neden olmuştur. Bu alanlardan biri de alternatif tıptır. Resmi sağlık sektörü dışında kalan sağlık uygulamaları olan alternatif tıp ve alternatif tıp uygulamaları günümüzde sağlık alanında popüler uygulamalar olarak dikkat çekmektedir. Alternatif tıp, sağlık alanında daha doğal ve zararsız olduğu düşünülen uygulamaları dolayısıyla bugün pek çok insan tarafından tercih edilmektedir. Her ne kadar alternatif tıp modern tıp tarafından çok fazla kabul edilmeyip çoğu zaman yok sayılsada günümüzde sağlık alanında kendisine oldukça geniş bir yer edinmiş durumdadır. Alternatif tıp genellikle kendini; doğal,

tamamlayıcı ve paralel olarak tanımlayarak modern tıbbın destekçisi olarak algılanmasına neden olmaktadır. Bu durum araştırma sonuçlarıyla da desteklenmektedir. Alternatif tıbbı modern tıbbın tamamlayıcısı olarak görenlerin oranı yüksektir. Bunun yanında alternatif tıp uygulamaları sağlıklı olmak yolunda tercih edilen uygulamalar olarak da dikkat çekmektedir. Araştırma sonuçlarına göre çalışan kadınlar alternatif tıbbı en çok; hastalanınca, sağlıklı olmak için ve hastalanmamak için kullanmaktadır. Sonuçta alternatif tıp modern tıbbın destekçisi ya da sağlıklı olmak yolunda tercih edilen uygulamalar olarak da algılansa, büyük oranda hastalıkları iyileştirip sağlığı koruduğuna inanılmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre bu oran çalışan kadınlar arasında yüksektir. Araştırma sonuçları “çalışan kadınların alternatif tıba olan ilgileri artmıştır” ve “ çalışan kadınların alternatif tıbbın iyileştirici ve sağlığı koruduğuna dair inançları yüksektir” varsayımlarını desteklemektedir.

Alternatif tıbbın popüler hale gelmesinde en önemli etki ise kitle iletişim araçlarına aittir. Özellikle televizyon, internet ve kitap ve dergiler de konunun sık sık işlenmesi alternatif tıba olan ilgiyi de artırmıştır. Araştırma sonuçlarına göre de çalışan kadınlar alternatif tıp bilgilerini en çok televizyondan almaktadır. Televizyonu sırasıyla internet ve kitap-dergiler takip etmektedir. Araştırma sonuçları “çalışan kadınlar alternatif tıp bilgilerini daha çok kitle iletişim araçlarından almaktadırlar” varsayımını desteklemektedir.

Araştırma sonuçlarına göre bekâr çalışan kadınlar, evli ve dul olanlara göre alternatif tıbbın iyileştirici gücüne daha çok inanmaktadır. Bunun yanında yaş ilerledikçe alternatif tıbbın iyileştirici gücüne olan inanç azalmaktadır. Yaş ilerledikçe artan ve kronikleşen sağlık sorunları ve bu sorunlarda modern tıbbın kısa sürede ve etkili çözümleri ve çözüm önerileri, ilerleyen yaşlarda modern tıba olan bağımlılığı ve güveni artırmaktadır. Araştırma verileri de bu sonucu desteklemektedir. Örneklemimizde yaş ilerledikçe alternatif tıbbın iyileştirici gücüne olan inanç azalmaktadır. Bu sonuç, örneklemimiz içinde yaş ilerledikçe modern tıba olan inancın ve güvenin artmasıyla paralellik göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalara göre, kadınlar arasında daha çok, genç ve orta yaş arası ve orta sınıftan gelen kadınlar alternatif tıp bilgilerini daha çok kullanmaktadır. Bu çalışmalar da araştırma verilerimizi desteklemektedir.

Sağlık konusunda ortaya çıkan sosyal ve kültürel gelişmelere bağlı olarak oluşan yeni sağlık anlayışı ve algısı sağlıklı olmak konusunda bir bilinçlenme yaratmış olsa da beraberinde bazı problemler de taşımaktadır. Sağlık bilgisinin toplumsallaşmasının çift yönlü bir etkisi vardır. Sağlık bilgisinin toplumsallaşması bir yönüyle sağlık konusunda bilinçlenme yaratırken, diğer yönü de toplumun medikalizasyonu sürecine denk gelmektedir. Medikalizasyon ya da tıbbileştirme; insan yaşamının önemli bir kısmının tıbbin ilgi alanına girmesi ve yaşamın pek çok alanının ve döneminin tıbbi kontrol mekanizması içinde değerlendirilmesi sürecidir. Bu süreçte insan yaşamının pek çok alanı ve evresi tıbbi terimlerle açıklanıp bir hastalık gibi muamele görmektedir. Medikalizasyon sürecinin birbiri ile bağlantılı ve birbirini destekleyen bazı aşamaları vardır. Bunlar; sağlığın bireyselleşmesi, günlük yaşamın tıplaştırılması, sağlığın ticarileşmesi, bedenin kontrolü ve bedenin bir meta haline gelmesi süreçleridir.

Gelişen yeni sağlık anlayışının en büyük vurgularından biri beden üzerinedir. Sağlığın ticarileşmesi ve bir kontrol aracı olarak kullanılması süreçleriyle bağlantılı olarak sağlıklı olma iyi ve güzel görünmeye indirgenmiş durumdadır. Araştırma bulgularımıza göre de böyle düşünenlerin oranı yüksektir. Bunun sonucunda bakımlı ve güzel görünmek özellikle kadınlar oldukça önemli bir hale gelmiştir. Çünkü artık bakımlı ve güzel görünmek sağlıklı olmayla eş anlamlıdır. Bu yüzden günümüzde kadınlar fiziksel görünümlerine oldukça önem vermektedirler. Çünkü kadınlara güzel görünmeleri ve bedenlerine dikkat etmeleri gerekliliği sürekli olarak tekrar edilmektedir. Araştırmaya sonuçlarına göre de kadınların fiziksel görünüşlerine yüksek oranda önem verdiği görülmektedir. Güzellik günümüzde mutlak bir buyruğa dönüşmüştür. Bu buyruğa uymayan kadınlar ise kendilerini dışlanmış, suçlu hissetmekte ve sosyal kabul edirlilikleri azalmaktadır. Bu nedenle güzel görünmek kadınların kendilerini iyi hissetmesine neden olmaktadır. Araştırmaya göre böyle düşünen kadınların oranı çok yüksektir. Güzel görünmeyen kadın kendini iyi hissetmemektedir. Bu durum kadınlar üzerinde oluşturulan güzellik ve bakım baskısının ne denli kuvvetli olduğunu gösterir. Bu baskının özellikle 20-29 yaş arası ve 50 yaş ve üzeri kesimde daha yoğun olduğu söylenebilir. Araştırma bulgularımız “çalışan kadınlar fiziksel görünümlerine önem vermektedirler” varsayımını desteklemektedir.

Güzel ve bakımlı görünmenin kadınlar üzerinde yaratmış olduğu baskı, hayatın hemen hemen bütün alanlarında görülmektedir. Ancak bu baskı kadınların sosyal hayata

daha çok katıldıkları iş yaşamında daha da belirgin olmaktadır. Araştırmaya göre de kadınların büyük bir kısmı yapılan iş için fiziksel görünümün önemli olduğunu düşünmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalar da kadınların fiziksel görünümünün iş hayatına olumlu katkılar sağladığını söylemektedir.

Toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak toplumda bazı meslekler ve meslek grupları kadınlara, bazıları ise erkeklere uygun görülmüştür. Özellikle üst düzey mesleklerde kadınların istihdamının erkekler kadar yüksek sayıda olmadığı görülmektedir. Bunun sonucunda üst düzey mesleklerde çalışan kadınlar diğerlerine göre daha fazla ayrımcılığa maruz kalabilmektedirler. Araştırma sonuçları da eğitim seviyesi yükseldikçe yapılan iş için fiziksel görünümün önemli olduğunu düşünenlerin oranının arttığını göstermektedir. Eğitim seviyesi yükseldikçe kadınların daha üst düzey mesleklerde çalıştığı düşünülecek olursa, bu mesleklerin daha çok erkeklere uygun olduğu düşüncesine bağlı olarak kadınlar, fiziksel görünümünün kendilerine avantaj ya da dezavantaj sağladığını düşünmektedir.

Günümüzde sağlıklı olmak adına, fiziksel görünüme dolayısıyla güzelliğe ve ideal bedene verilen önem kadınların ideal güzellik ve ideal bedene ulaşmak için çaba harcamalarına yol açmaktadır. Bu sayede denetlenen ve kontrol altına alınan beden sağlıklı olmak adına aynı zamanda tüketmek zorundadır. Araştırma sonuçlarına göre kadınlar bedenlerini ideal bedene ulaştırmak için çeşitli yöntemler kullanmaktadır. Kullanılan bu yöntemlerin başında sırasıyla spor, makyaj ve diyet gelmektedir. Sağlıklı olmakla eş anlama gelen güzel ve bakımlı görünmek ve ideal bedene ulaşmanın yaratmış olduğu baskıyla kadınlar bedenlerini standartlara uydurmaya çalışmakta ve bunu sağlıklı olmak adına yapmaktadır. Spor daha çok ileri yaş gruplarının tercih ettiği bir araçken, makyaj ise daha çok genç yaş grupları tarafından tercih edilmektedir. Kozmetik mamullerini en çok güzel ve bakımlı görünmek için kullanan kadınlar arasında genç yaş grupları makyaj ve kozmetik mamullerinin kullanımı daha çok tercih etmektedir. 50 yaş ve üzeri yaş grubunda makyaj ve kozmetik kullanımı diğer yaş gruplarına oranla daha düşüktür.

Araştırma sonuçları; “çalışan kadınlar diyet yapmaktadır”, “çalışan kadınların spora verdikleri önem artmıştır” ve “çalışan kadınların büyük çoğunluğu kozmetik mamulleri kullanmaktadır.” varsayımlarını destekler niteliktedir.

Çeşitli kanallar aracılığıyla sunulan ve empoze edilen ideal beden ve güzellik algısı kadınlar üzerinde etkili olmaktadır. İdeal beden ve güzellik algısı iki kaynaktan gelmektedir. Birincisi popüler kültür aracılığıyla sunulan ve daha çok manken bedeninin standartlaştırılmasıyla oluşan bir beden algısıdır. İkincisi ise tıp kurumunun standartlaştırdığı bir beden algısıdır. Birinci beden algısı medyada yer alan ve sıfır beden veya 90-60-90 olarak tabir edilen beden ölçülerinin standartlaştırılmasıyla oluşmaktadır. Bu beden ideal beden olarak sunulmaktadır ama ulaşılması neredeyse mümkün olmayan bir beden olması bakımından kadınlar üzerinde bir baskı unsuru oluşturmaktadır. İkinci beden ise tıp kurumunun standartlaştırdığı bir bedendir ve beden kitle endeksine dayanmaktadır. Ağırlığın boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile elde edilen bir parametre olan beden kitle endeksi de bedene bir standart getirerek bu standarda uyan bedenleri sağlıklı olarak değerlendirmektedir.

Araştırma bulguları bu standartlaştırılan iki beden algısından örneklemimiz üzerinde tıbbın belirlediği beden ölçüsünün daha etkin olduğunu göstermiştir. Çalışan kadınlar ideal beden olarak daha çok beden kitle endeksini dikkate almaktadırlar, manken ölçüleri ise ideal beden olarak görülmemektedir. Bu durum tıbbın toplum üzerindeki etkinliğini ve gücünü göstermektedir.

Bu veriyi destekleyen başka sonuç da bedene yönelik tercihte ortaya çıkmaktadır. Günümüzde sağlığa verilen önemin oldukça arttığı gözlenen bir durumdur. Bu çalışan kadınların beden tercihinine de yansımaktadır. Çalışan kadınların çok büyük bir oranı “ideal olmayan ama sağlıklı bir beden”i tercih etmektedir. Bu tercih evli olan kadınlar da bekâr ve dul olanlara oranla daha yüksektir. Aynı zamanda yaş ilerledikçe sağlıklı bir beden isteği de artmaktadır.

Günümüzde sağlık alanında oluşan yeni algı ve toplumun medikalizasyonuna bağlı olarak gençlik ve yaşlılık algıları değişmiştir. Gençlik ve genç görünmek yükselen değer olurken, yaşlılık istenilmeyen, mümkün olduğunca geciktirilmesi gereken bir dönem olarak ön plana çıkmıştır. Bu süreçlerin oluşumunda sağlığın bireyselleştirilmesinin, toplumun medikalizasyonunun, sağlığın ticarileşmesinin ve bedeninin kontrolünün etkileri büyüktür. Gençlik sağlıklı olmak ile eşdeğer olunca genç olmak ya da genç görünmek hep istenilen bir durum olarak ortaya çıkmaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre gençlik, arzu edilen bir dönem olarak daha çok sağlıklı olmakla ilişkilendirilmiştir. Bu durum yaşa bağlı olarak değişmektedir. Gençliğin sağlıklı olmak anlamına gelmesi yaş ilerlerken artmaktayken, hep kalınması istenilen dönem olması yaş ilerledikçe düşmektedir. Buna göre ileri yaşlarda gençlik sağlıklı daha çok eşdeğer tutulurken, genç yaşlarda ise bu dönemin bitmemesi istenmektedir. Bu veriler “çalışan kadınların gençliğe önem vermektedir” varsayımını desteklemektedir.

Günümüzde yaşlılık arzu edilmeyen, olumsuz anlamlar yüklü olan ve istenilmeyen bir dönem olarak görülmektedir. Yaşlılığa bu şekilde anlamlar yüklenmesinde yaşlılıkta oluşan pasiflik durumunun büyük etkisi vardır. Eski dönemlerde bilgi ve tecrübelerinden faydalanan kişiler olan yaşlılar günümüzde pasif ve değersiz olarak görülmekte, sosyal ve ekonomik anlamda yük olarak kabul edilmektedirler. Bu yüzden hayatın normal bir evresi olan yaşlılık evresi izleri silinmeye çalışılan ve mümkün olduğunca geciktirilmesi gereken bir evre haline gelmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre örneklemimizin çoğunluğu yaşlılığı hayatın normal bir evresi olarak görmektedir. Bunu sırasıyla “mümkün olduğunca geciktirilmesi gerek bir dönem”, “ölümün habercisi” ve “hastalıklarla boğuşulan dönem” olarak görenler takip etmektedir. Bu sonucun ortaya çıkmasında kültürümüzün yaşlı ve yaşlılara verdiği önem ve değer büyük etkisi vardır. Toplumumuzda hala çok önemli bir yapı olan aile içinde yaşlılara verilen değer ve saygı, yaşlılığa batı toplumlarının çoğunda olduğu gibi olumsuz anlamlar yüklenmesine ve yük olarak görülmesine engel olmaktadır. Ancak, yaşlılığı “mümkün olduğunca geciktirilmesi gereken bir dönem” ve “hastalıklarla boğuşulan bir dönem” olarak görenlerin oranı da az değildir. Bu durum yaşlılığa olumsuz anlamlar yükleyen ve arzu edilmeyen bir dönem olarak gösteren anlayışın etkili olduğuna dair bir kanıttır. Araştırma bulguları bu bağlamda “çalışan kadınların yaşlılığa verdikleri anlam olumsuzdur” varsayımımızı desteklememektedir.

Yaşlılığı hayatın normal bir evresi görenlerin oranı yaş ilerledikçe artarken, yaşlılığı hastalıklarla eş değer tutanların oranı yaş düştükçe artmaktadır. Yaşlılığa en olumsuz anlamlar yükleyenler genç yaş grubuna mensup olanlar olurken, özellikle 50 yaş ve üzerinin yaşlılığı diğer yaş gruplarına oranla daha kabul edilir buldukları görülmektedir.

Sonuçta sağlık söz konusu olduğunda toplumda artan bir bilinçlenme ve sağlık bilgisinin toplumsallaşması söz konusudur. Bu durum özellikle kitle iletişim araçlarının yaygınlığıyla doğru orantılı olarak ilerlemektedir. Sağlık alanında yaşanan kültürel değişim, hastalık geldiği zaman tedavi olmak yerine hastalık gelmeden önleme ve sağlıklı olmaya çalışmak yönündedir. Doğal olarak bu durum beraberinde sağlığa bakış açısında ve bireylerin bu konulardaki davranışlarında değişmelere yol açmıştır. Sağlık bilgisinin toplumsallaşmasının diğer bir boyutu da toplumun medikalizasyonudur. Bu süreç yaşamın pek çok alanının tıbbın konusu içine girmesine ve tıbbi müdahalelere açık olmasına yol açmıştır. Sağlığın endüstrileşmesine de yol açan bu süreçte sağlık piyasa koşulları içinde değerlendirilir bir hale gelmiştir. Sağlıkla ilgili olarak özellikle beden ve bedenin görünümünün ön plana çıkması, tıbbın bir sosyal kontrol aracı olması ve tüketim toplumunun önemli bir parçası haline gelişini de gözler önüne sermektedir. Bu bağlamda sağlık bilgisinin yaygınlaşması ve sağlıklı olmaya verilen önemin artması gerek bireysel gerekse de toplumsal anlamda olumlu gelişmeler olarak kabul edilmesi gerekirken, toplumun medikalizasyonu bağlamında ortaya çıkan gelişmeler bu sürecin olumsuzluklarını göstermektedir. Sağlık piyasa koşullarına ve tüketim toplumu dinamiklerine terk edilemeyecek kadar önemli bir konudur. Bu yüzden sağlık alanında devletin denetimi ve desteğinin bireysel ve toplumsal sağlık adına çok önemli olduğu gerçeği hiçbir zaman yadsınmaması gereken bir durumdur.

KAYNAKÇA

- Adak, Nurşen (2002a): **Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme**, Birey Yayıncılık, İstanbul.
- Adak, Nurşen (2002b): **“Kadın ve Sağlık”**, Sağlık ve Toplum, Yıl:12, Sayı:3, sh:15-21.
- Aggleton, Peter (1990) : **Health**, Routledge, London.
- Akın, Ayşe vd. (2008): **Kadının Statüsü ve Sağlığı İle ilgili Gerçekler** (Hazırlayan: Ayşe Akın vd.), T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Akın, A. - Aslan, D. (2001): **“Kadın Sağlığı”**, Yeni Türkiye, Mayıs-Haziran 2001, Yıl:7, Sayı:39, sh:524-534.
- Akın, A. - Demirel, S. (2003): **“Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri”**, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4) Özel Eki, sh:73-82.
- Akın, A. - Esin, Ç. - Çelik, K. (2003): **“Kadın Sağlık Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa’da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı”**, Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın (Editör: Ayşe Akın), HÜKSAM, Hacette Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Akın, A. - Mıhçıokur, S (2003): **“Kadının Statüsü ve Anne Ölümleri”**, Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın (Editör: Ayşe Akın), HÜKSAM, Hacette Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Akşit, Belma T. (1995): **“Toplum, Kültür ve Sağlık”**, Halk Sağlığı (Editörler: Münevver Bertan - Çağatay Güler), Güneş Kitapevi, Ankara.
- Applbaum, Kalman (2011): **“Sağlıkta Küresel Pazarlama: İlaç Entrikaları”**, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları, (Hazırlayan: Leo Panitch - Colin Leys),(Çeviren: Umut Haskan), Yordam Kitap, İstanbul.
- Arslantürk, Zeki – Arslantürk E. Hamit (2010): **Uygulamalı Sosyal Araştırma Kavramlar-Metotlar-Teknikler Bilgisayar Uygulamaları**, Çamlıca Yayınları, İstanbul.
- Aslan, Dilek (2003): **“Bir Sağlık Sorunu Olarak Kadın ve Beslenme”**, Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın (Editör: Ayşe Akın), HÜKSAM, Hacette Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Atilla, Sema (2003): **“Kadın Sağlığı ve Beslenme (Obezite)”**, Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın (Editör: Ayşe Akın), HÜKSAM, Hacette Üniversitesi Yayınları, Ankara.

- Ay, S. - Eser, E. - Özcan, C. (2004): **“Türkiye’de Kadın ve Çocuk Sağlığı İle İlgili Bazı Ölçütler İle Sosyo-Ekonomik Değişkenler Arasındaki İlişki: Bir Ekolojik Çalışma”**, Toplum ve Hekim, Cilt:19, Sayı:2, sh:83-91.
- Baer, Hans, A (2010) : **“Complementary and Alternative Medicine:Processes of Legimation, Professionalization and Cooption”**, Medical Sociology (Edited: William C. Coockerman), Wiley-Blackwell.
- Baltaş, Zuhale (2004): **Sağlık Psikolojisi**, Remzi Kitapevi, 2.Basım, İstanbul.
- Baloğlu, Burhan (2006): **Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık**, Der Yayınları, İstanbul.
- Başkaya, Cengiz (2004): **“İlaç Sektöründe Kartelleşme”**, Kapitalist Tıp ve /veya Sağlığın Sefaleti, Özgür Üniversite Formu, Sayı:26-27.
- Baudrillard, Jean (2004): **Tüketim Toplumu** (Çeviren: H. Deliceçaylı - F. Keskin), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Baudrillard, Jean (2006): **Sessiz Yığınların Gölgesinde Toplumsalın Sonu** (Çeviren: Oğuz Adanır), Doğu Batı Yayınları, Ankara.
- Baudrillard, Jean (2011): **Simgesel Değiş Tokuş ve Ölüm** (Çeviren: Oğuz Adanır), Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul.
- Bauman, Zygmunt (2000): **Postmodernlik ve Hoşnutsuzlukları** (Çeviren: İsmail Türkmen), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Bauman, Zygmunt (2001): **Parçalanmış Hayat Postmodern Ahlâk Denemeleri** (Çeviren: İsmail Türkmen), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Belek, İlker (1998): **Sınıf Sağlık Eşitsizlik**, Sorun Yayınları, İstanbul.
- Bilgel, Nazan (1997): **Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı**, Güneş & Nobel, İstanbul.
- Bilir, Nazmi (2003): **“Sigara Kullanımının Kadın Sağlığına Etkileri ve Kontrolü”**, Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın (Editör: Ayşe Akın), HÜKSAM, Hacette Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Bilton, Tony vd. (2008): **Sosyoloji**, (Çeviri Editörü: Kemal İnal), Siyasal Yayınevi, İstanbul.
- Bloom, W. Samuel (2002): **The Word as Scalpel: A History of Medical Sociology**, Oxford University Press, New York.
- Bocock, Robert (2009): **Tüketim** (Çeviren: İrem Kutluk), Dost Kitapevi Yayınları, Ankara.

- Bozok, Nihan (2011): **“Biyoktidara Özgü Bir Özne(İ)leşme Pratiği Olarak Popüler Sağlıklı Yaşam Söylemi”**, Toplum ve Bilim, Sayı:122, sh:37-52.
- Briggs, A. – Burke, P. (2004): **Medyanın Toplumsal Tarihi** (Çeviren: İbrahim Şener), İzdüşüm Yayınları, İstanbul.
- Bulduklu, Yasin (2010): **“Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyicileri”**, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 24, sh: 75-85.
- Busfield, Joan (2004): **“Küreselleşme ve Küreselleşme Bağlamında Yeniden Ele Alınan İlaç Endüstrisi”**, (Çeviren: Ersin Yarış), Toplum ve Hekim, Cilt:19, Sayı:5.
- Bury, Michael (1986): **“Social Constructionism and The Development Of Medical Sociology”**, Sociology of Health & Illness, Volume 8, Page 137-169.
- Bury, Michael (1997): **Health and Illness in a Changing Society**, Routledge, London.
- Butler, Judith (1998): **Cinsiyet Belası**, (Çeviren: Başak Ertürk), Metis Yayınları, İstanbul.
- Büken, N.Ö. (2011): **“Kadın Bedeninin Tıbbileştirilmesi”**, Sağlıkın Sesi Gazetesi, Ağustos – Eylül 2011, sh 15.
- Calnan, Michael - Johnson, Barbara (1985): **“Health, Health Risks and Inequalities: An Exploratory Study of Women’s Perceptions”**, Sociology of Health and Illness, Vol:7, No:1.
- Canatan, Kadir (2011): **“Çağdaş Toplumlarda ve Kültürlerde ‘Yaşlılık’ Algıları”**, Beden Sosyolojisi (Editör: Kadir Canatan), Açılımkitap, İstanbul.
- Capra, Fitjof (1992): **Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası**, Çeviren: M. Armağan, İnsan Yayınları, İstanbul.
- Cindioğlu, D - Cengiz F.S. (2010): **“Türkiye’de Doğumların Medikalizasyonu; Feminist Bir Bakışla Sezaryen Problemini Düşünmek”**, II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi “Kadını Görmeyen Bilim ve Sağlık Politikaları” Kongre Kitabı, sh:51-64.
- Cirhinlioğlu, Zafer (2001): **Sağlık Sosyolojisi**, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul.
- Cirhinlioğlu, Z. - Mutlu, S. (2002): **“Postmodern Söylemde Sağlık”**, Toplum ve Hekim, Cilt:17. Sayı:5, sh.350-357.

- Cirhinlioğlu, Zafer (2003): **“Post-Modern Çözülüş ve Sağlık”**, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt V, Sayı:1, 131-148.
- Cirhinlioğlu, Z. – Cirhinlioğlu F, G. (2011): **“Postmodern Sağlıkın Yükselişi ve Düşüşü”**, Beden Sosyolojisi (Editör: Kadir Canatan), Açılım Kitapevi, İstanbul.
- Coburn, David (2011): **“Eşitsizlik ve Sağlık”**, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları, (Hazırlayan: Leo Panitch - Colin Leys), (Çeviren: Umut Haskan), Yordam Kitap, İstanbul.
- Cockerham, William, C. - Ritchet, Ferris, C. (1997): **Dictionary of Medical Sociology**, Greenwood Pres, Westport.
- Cockerham, William, C (2007): **Medical Sociology**, Tenth Edition, Pearson Prentice Hall.
- Cockerham W. C. - Scambler G. (2010): **“Medical Sociology and Sociological Theory”**, Medical Sociology (Edited: W. C. Cockerham), Wiley-Blackwell.
- Coe, Rodney M. (1978): **Sociology of Medicine**, Second Edition, McGraw-Hill Book Company.
- Conrad, Peter - Schneider, Joseph (1992): **“Medicine as an Institution of Social Control: Consequences for Society”**, **Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness**. Expanded ed. Temple University Press, Philadelphia.
- Conrad, Peter (2007): **The Medicalization of Society**, The Johns Hopkins University Press, USA.
- Coward, Rosalind (1989): **Kadınlık Arzuları “Günümüzde Kadın Cinselliği”** (Çeviren: Alev Türker), Ayrıntı Yayınevi, İstanbul.
- Cumhuriyetimizin 75. Yılında Türkiye’de Kadının Durumu** (1998): T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Çabuklu, Yaşar (2004): **Toplumsalın Sınırında Beden**, Kanat Kitap, İstanbul.
- Çabuklu, Yaşar (2007): **Toplumsal Kurgular ve Cinsiyetçilik**, Everest Yayınları, İstanbul.
- Çakı, Fahri (2011): **“Batı-Dışı Toplumlarda Gençlik ve Beden İmajı”**, Beden Sosyolojisi (Editör: Kadir Canatan), Açılımkitap, İstanbul.
- Çınarlı, İnci (2008a): **Sağlık İletişimi ve Medya**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Çınarlı, İnci (2008b): **“Bilim ve Sağlık Haberciliği: Kamu Yararına Doğru, Ulaşılabilir ve Kullanılabilir Enformasyon İletimi ve Sorumluluklar”**, Tüm

- Yönleriyle Medya ve İletişim (Editörler: Metin Işık-Ayhan Erdem), Eğitim Kitapevi Yayınları, Konya.
- Dedeoğlu, Saniye (2000): **“Toplumsal Cinsiyet Rollerini Açısından Türkiye’de Aile ve Kadın Emeği”**, Toplum ve Bilim 86 Güz, Birikim Yayınları.
- Demez, Gönül (2012): **“Medyada Yeni Sağlık Anlayışları ve Kadın Bedenin Temsili”**, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, Cilt:9, Sayı:1.
- Demir, Müge (2010): **Sağlık Haberleri ve Medya Gerçeği**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Demirer, Yücel (2006): **“Kültür ve Siyaset Ekseninde Sağlık’ta Kavramsallaştırma: “Hasta” ve “Hastalık” Örnekleri”**, Toplum ve Hekim, Cilt:21, Sayı:1, sh:25-31.
- Deppe, Hans - Ulrich (2011): **“Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaşmaya Karşı Dayanışma”**, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları, (Hazırlayan: Leo Panitch - Colin Leys) (Çeviren: Umut Haskan), Yordam Kitap, İstanbul.
- Doğan, İsmail (2007): **Sosyoloji Kavramları ve Sorunları**, Pegem Yayıncılık, Ankara.
- Doğramacı, Emel (1989): **Türkiye’de Kadının Dünyası ve Bugünü**, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Ankara.
- Durning, A. (1998): **Ne Kadarı Yeterli? Tüketim Toplumu ve Dünyanın Geleceği** (Çeviren: S. Çağlayan), TUBİTAK-TEMA Vakfı Yayınları, Ankara.
- Elias, Norbert (2002): **Uygarlık Süreci: Sosyo-Oluşumsal ve Psiko-Oluşumsal İncelemeler Cilt:1** (Çeviren: Ender Ateşman), iletişim Yayınları, İstanbul.
- Erbaydar, Tuğrul (2001): **“Sağlık: Kimin İçin?”**, Toplumbilim, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, Sayı:13, Bağlam Yayınları, İstanbul.
- Erkal, Mustafa (1995): **Sosyoloji (Toplumbilimi)**, Der Yayınları, İstanbul.
- Ersoy, Tolga (2001): **“Tıp ve Yabancılaşma”**, Toplumbilim, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, Sayı:13, Bağlam Yayınları, İstanbul.
- Featherstone, Mike (1996): **Postmodernizm ve Tüketim Kültürü**, (Çeviren: Mehmet Küçük), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Featherstone, Mike (1999): **“The Body in Consumer Culture”**, The Body Social Process and Cultural Theory, Edited by: Mike Featherstone, Mike Hepworth, Bryan S.Turner, Sage Publications.
- Featherstone, Mike – Hepworth Mike (1999): **“The Mask of Ageing and the Postmodern Life Course”**, The Body Social Process and Cultural Theory,

- Edited by: Mike Featherstone, Mike Hepworth, Bryan S.Turner, Sage Publications.
- Fiske, John (1999): **Popüler Kültürü Anlamak** (Çeviren: Süleyman İrvan), Ark Yayınları, Ankara.
- Fişek, Nusret, H (1983): **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniv. - Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, Ankara.
- Fişek, Gürhan, A. (2001): “**Sosyal Barışıklığın Tutkaları: Sağlık**”, Yeni Türkiye, Mayıs-Haziran 2001, Yıl:7, Sayı:39, ss:312-320.
- Foucault, Michel (2000): **Hapishanenin Doğuşu** (Çeviren: Mehmet Ali Kılıçbay), İmge Kitapevi, Ankara.
- Foucault, Michel (2002): **Kliniğin Doğuşu** (Çeviren: Temel Keşoğlu), Doruk Yayıncılık, İstanbul.
- Foucault, Michel (2010): **Cinselliğin Tarihi** (Çeviren: Hülya Uğur Tanrıöven), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Gabe, J - Bury, M - Elston, M (2004): **Key Concepts in Medical Sociology**, Sage Publications, London.
- German, Lindsey (2006): **Cinsiyet, Sınıf ve Sosyalizm**, (Çeviren: Yıldız Önen), Babil Yayınları, İstanbul.
- Giddens, Anthony (2005): **Sosyoloji**, (Yayına Hazırlayan: Cemal Güzel), Ayraç Yayınevi, Ankara.
- Giddens, Anthony (2010): “**Sosyolojinin Kapsamı**”, Sosyoloji Başlangıç Okumaları (Editör: Anthony Giddens), Say Yayınları, Ankara.
- Gökçe, Birsen (1992): **Toplumsal Bilimlerde Araştırma**, Savaş Yayınları, Ankara.
- Güleç, Cengiz (1990): “**Tıp Eğitimi, Hekim Kimliği ve Sağlık Bilinci**”, Sağlık ve Toplum, Sayı:1, Ankara.
- Güler, Çağatay (1990): “**İnsan Ekonomi ve Sağlık**”, Sağlık ve Toplum, Sayı:4, Ankara.
- Heater, Derek (2007): **Yurttaşlığın Kısa Tarihi**, (Çeviren: Meral Delikara Üst), İmge Kitapevi, Ankara.
- Hewitt, Martin (1999): “**Bio-politics and Social Policy: Foucault's Account of Welfare**”, The Body Social Process and Cultural Theory, Edited by: Mike Featherstone, Mike Hepworth, Bryan S.Turner, Sage Publications.

- Hunt, S - Lightly, N (2010): “ **‘Tamamlayıcı’ Tıp Sosyolojisi: Alternatif Tıp Sağlıklı Bir Alternatif mi Sunuyor**”, Sosyoloji Başlangıç Okumaları (Editör: Anthony Giddens), (Çeviren: Günseli Atalar), Say Yayınları, Ankara.
- Işık, Emre (1998): **Beden ve Toplum Kuramı**, Bağlam Yayınları, İstanbul.
- Illich, Ivan (1988): **Şenlikli Toplum** (Çeviren: Ahmet Tok), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Illich, Ivan (1995): **Sağlığın Gaspı**, (Çeviren: Süha Sertabiboğlu), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Illich, Ivan (2006): **Tüketim Köleliği**, (Çeviren: Mesut Karaşahan), Pınar Yayınları, İstanbul.
- İnceoğlu, Yasemin – Kar, Altan (2010): “**Yeni Güzellik İkonları: İnsan Bedeninin Özgürlüğü mü?, Mahkûmiyeti mi?**”, Dişilik Güzellik ve Şiddet Sarmalında Kadın ve Bedeni, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- İslamoğlu, A. Hamdi (2011): **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (SPSS Uygulamalı)**, Beta Basım, İstanbul.
- Joyce, K – Loe M. (2010): “**A Sociological Approach to Ageing, Technology and Health**”, Sociologh of Health & Illness, Vol;32, No:2, sh:171-180.
- Kadın**, Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Yayın No:DPT:2358-ÖİK:426, Ankara 1994.
- Kadın ve Medya Politika Dokümanı**, T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008.
- Kasapoğlu, Aytül (1999): **Sağlık Sosyolojisi: Türkiye’den Araştırmalar**, Sosyoloji Derneği Yayınları, Ankara.
- Kasapoğlu, Aytül (2001): “**Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık**”, Toplumbilim, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, Sayı:13, Bağlam Yayınları, İstanbul.
- Kaya, Şehriban, Ş. (2011): “**Televizyonda Kadın, Sağlık ve Hastalık**”, Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, Cilt:14, Sayı:2, sh:118-150.
- Kızılçelik, Sezgin (1995): “**Postmodernizm ve Alternatif Tıp I**”, Birikim Dergisi, Sayı:80, ss:38-47.
- Kızılçelik, Sezgin (1996a): **Türkiye’nin Sağlık Sistemi Bir Medikal Sosyoloji Denemesi**, Saray Kitapevleri, İzmir.
- Kızılçelik, Sezgin (1996b): “**Postmodernizm ve Alternatif Tıp II**”, Birikim Dergisi, Sayı:81, ss:66-73.

- Kızılçelik, Sezgin (1996c): **“Geleneksel İyileştirici’ler Üzerine Bir Araştırma”**, Birikim Dergisi, Sayı:83, ss:76-83.
- Kızılçelik, Sezgin (2003): **“Küreselleşme, Beden ve Şizofreni”**, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4) Özel Eki.
- Kızılçelik, Sezgin (2005): **Batı Bataklığı**, Anı Yayıncılık, Ankara.
- Köse, Elifhan (2009): **“Bir Keşif Olarak Modern Kadınlık: tıp, beden ve cinsellik”**, Fe Dergi 1, no.2, sh 71-78.
- Küçükusta, A. Rasim (2008): **Biri Bizi Hasta Ediyor**, Hayy Kitap, İstanbul.
- Lee E. - Frayn E. (2008): **“The ‘Feminisation’ of Health”, A Sociology of Health** (Edited by David Wainwright), Sage Publications,
- Leys, Colin (2011): **“Sağlık ve Kapitalizm”**, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları, (Hazırlayan: Leo Panitch - Colin Leys), (Çeviren: Umut Haskan), Yordam Kitap, İstanbul.
- Lundby, K. – Ronning H. (2002): **“Medya-Kültür-İletişim: Medya Kültürü Aracılığıyla Modernliğin Yorumlanması”** (Çeviren: Nilgün Gürkan), Medya Kültür Siyaset (Derleyen: Süleyman İrvan), Alp Yayınevi, Ankara.
- Lupton, Deborah (2003): **Medicine as Culture Illness, Disease and Body in Western Societies**, Second Edition, Sage Publications, London.
- Malatya Vizyon 2023** (Malatya İl Gelişim Raporu) (Editör: İbrahim Gezer) Bilsam Araştırma Raporları 2, Bilsam Yayınları, 2011.
- Mechanic, David (1978): **Medical Sociology**, The Free Press, New York.
- Moynihan R. – Cassels A. (2006): **“Daha Çok İlaç Satmak İçin Hastalıklar İcat Edelim”**, (Çeviren: Fikret Başkaya), (http://www.sendika.org /yazi.php?yazi_no=7501)(Erişim Tarihi: 05.05.2012).
- Nazlı, Aylin (2006): **“Bedenin Ölümü: Modern Öncesinden Postmodern Beden ve Ölüm”**, Sosyoloji Dergisi, Sayı:16.
- Nazlı, Aylin (2009): **“Sosyolojik Bakışın Eşiğindeki Beden”**, Toplumbilim Beden Sosyolojisi Özel Sayısı, Sayı:24.
- Oskay, Ülgen (1993): **“Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar”**, Sosyoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:4, ss:89-140.
- Oskay, Ülgen (1994): **“Çalışan Kadının Türk Toplum Yaşamında Konumu”**, Sosyoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:5, ss:111-125.

- Özbudun, Sibel (2006): **“Toplumsal-Cinsiyet Hiyerarşi Mekânı Olarak İnsan Bedeni”**, Toplum ve Hekim, Cilt:21, Sayı:1.
- Özdemir G. Y – ÖZDEMİR A. M. (2006): **“Medya ve Sağlık: Patolojik Bir İlişki”**, Toplum ve Hekim, Cilt:21, Sayı:1.
- Özen, Sevinç (1993): **“Sosyolojide Bir Alan: Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık-Toplumsal Yapı İlişkileri”**, Sosyoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:4, ss:73-89.
- Özen, Sevinç (1994): **“Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri”**, Sosyoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:5, ss:133-145.
- Özkazanç, Alev (2010): **“Bilim ve Toplumsal Cinsiyet”**, II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi Kadını Görmeyen Bilim ve Sağlık Politikaları Kongre Kitabı, Başak Matbaacılık Ltd., Ankara.
- Özsan, Gül (2001): **“Geleneksel ve Modern Tıp Üzerine”**, Toplumbilim, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, Sayı:13, Bağlam Yayınları, İstanbul.
- Öztek, Zafer (2001): **“Sağlıkta Kavramlar Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”**, Yeni Türkiye, Mayıs-Haziran 2001, Yıl:7, Sayı:39, ss:294-298.
- Öztürk M. Y - Ergüneş N. (2011): **“Türkiye’de Kadın İstihdamı ve Kadın Emeği: Sağlık Sektöründe Kadın Emeği İçin İpuçları”**, Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Sağlıkta Kadın Emeği Sempozyum Kitabı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Özvarış, Ş. B. (2008): **“Toplumsal Cinsiyet-Sağlık İlişkisi ve Türkiye’de Durum”**, 1. Kadın Sağlığı Kongresi “Kadına Yönelik Şiddet” Kongre Kitabı, sh:37-42.
- Pacteau, Francette (2005): **Güzellik Semptomu** (Çeviren: Banu Erol), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Paquet, Domimique (2007): **Ayna Ayna, Güzel Ayna...Bir Güzellik Öyküsü** (Çeviren: Orçun Türkay), Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
- Parsons, Talcott (1951): **The Social System**, Free Pres, New York.
- Parsons, Talcott (2001): **“Sağlık ve Hastalık: Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi”**, (Çeviren: Tülin Kurtarıcı), Toplumbilim, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, Sayı:13, Bağlam Yayınları, İstanbul.
- Pelizzon, S. M. (2009): **Kadının Konumu Nasıl Değişti? Feodalizmden Kapitalizme**, (Çevirenler: İ.Ercan Sadi-Cem Somel), İmge Kitapevi, Ankara.

- Pilcher, Jane (2010): **“Cinsiyet ve Cinsiyet Eşitsizlikleri Üzerine Açıklamalar”**, Sosyoloji Başlangıç Okumaları (Editör: Anthony Giddens) (Çeviren: G.Altaylar), Say Yayınları, Ankara.
- Porter, Ray - Vigarello, Georges (2008): **“Beden, Sağlık ve Hastalıklar”**, Bedenin Tarihi 1 Rönesans’tan Aydınlanma’ya (Hazırlayanlar: Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello) (Çeviren: Saadet Özen),Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
- Sandoz, Thomas (2010): **Alternatif Tıp Tarihi**, (Çeviren: Çağrı Eroğlu), Dost Kitapevi Yayınları, Ankara.
- Savran, Gülnur (2010): **“Modern Tıp ve Bilimin Kadın Bedenini Denetleme Biçimi”**, II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi “Kadını Görmeyen Bilim ve Sağlık Politikaları” Kongre Kitabı, sh:23-30.
- Scott W, Joan (2007): **Toplumsal Cinsiyet: Faydalı Bir Tarihsel Analiz Kategorisi**, (Çeviren: Aytunç Tunç Kılıç), Agora Kitaplığı, İstanbul.
- Sencer, Muzaffer (1989): **Toplumbilimlerinde Yöntem**, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Sezal, İhsan (2012): **“Neden Sosyoloji?”**, Sosyolojiye Giriş (Editör: İhsan Sezal), Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Sezgin, Deniz (2011a): **Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık**, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Sezgin, Deniz (2011b): **“Yaşam Tarzı Önerileri Bakımında Sağlık Haberlerinin Analizi”**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(2), sh:52-77.
- Shilling, Chris (1993): **The Body and Social Theory**, SAGE Publications.
- Sontag, Susan (2005): **Metafor Olarak Hastalık AIDS ve Metaforları**, (Çeviren: Osman Akınhay), Agora Kitaplığı, İstanbul.
- Sönmez, Mustafa (2011): **Paran Kadar Sağlık Türkiye’de Sağlığın Ticarileşmesi**, Yordam Kitap, İstanbul.
- Spector, E. Rachel (2004): **Cultural Diversity in Health and Illness**, Sixth Edition, Pearson Pretice Hall,New Jersey.
- Şemin, S. – Aras, Ş. – Güldal D. (2004): **“Toplum Sağlığı ve Etik Açısından İlaç Reklamı”**, Toplum ve Hekim, Cilt:19, Sayı:2.
- Şenatalar, Burhan (2003): **“Sağlık Ekonomisine Genel Bakış”**, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4) Özel Eki.

- Şimşek, Mevlüdiye (2008): **Küreselleşen Dünyada Kadının Ekonomik Konumu Türkiye ve Diğer Dünya Ülkelerinden Örneklerle Kadın Sorunlarının Ekonomik Boyutu ve Kadın Yoksulluğu**, Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa.
- Sütlaş, Mustafa (2007): **Sağlık İçin Medya Medya İçin Sağlık**, Bas-Haş Yay., İstanbul.
- Tekelioğlu, Orhan (2003): **Foucault Sosyolojisi**, Alfa-Aktüel Kitapevi, Bursa.
- Thomas, Richard K. (2003): **Society and Health Sociology for Health Professionals**, Kluwer Academic Publishers, New York.
- Thompson, John B. (2010): **“Kitle İletişimi, Simgesel Mallar ve Medya Ürünleri”**, Sosyoloji Başlangıç Okumaları (Editör: Anthony Giddens), (Çeviren: Günseli Atalar), Say Yayınları, Ankara.
- Topçuoğlu, N. N. (1995): **Basında Reklam ve Tüketim Olgusu**, Vadi Yayınları, Konya.
- Torunoğlu, Dilek (2010): **“Çalışma Yaşamı ve Dış Görünüş”**, Dişilik Güzellik ve Şiddet Sarmalında Kadın ve Bedeni, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Touraine, Alain (2007): **Kadınların Dünyası**, (Çeviren:Mehmet Moralı), Kırmızı Yayınları, İstanbul.
- Turner, S. Bryan (1990): **“The Interdisciplinary Curriculum: From Social Medicine to Postmodernism”**, Sociology of Health & Illness, Volume 12.
- Turner, Bryan, S. (1992): **Regulating Bodies Essays in Medical Sociology**, Routledge, London.
- Turner, S. Bryan (1999): **“The Discourse of Diet”**, The Body Social Process and Cultural Theory, Edited by: Mike Featherstone, Mike Hepworth, Bryan S.Turner, Sage Publications.
- Turner, S.Bryan (2001): **“Kapitalizm Sınıf ve Hastalık”** (Çeviren: Aylın Dikmen), Toplumbilim Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, Sayı:13
- Turner, Bryan, S. (2008): **The Body & Society Explorations in Social Theory**, 3rd Edition, Sage Publications.
- Turner, Bryan, S. (2011): **Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi** (Çeviren: Ümit Tatlıcan), Sentez Yayıncılık, Bursa.
- Türkiye’de Kadını Durumu** (2011): T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara.

- Türkdoğan, Orhan (1991): **Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi**, MEB Yayınları, İstanbul.
- Türkmen, Tomris (2003): **“Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı”**, Toplumsal Cinsiyet Sağlık ve Kadın (Editör: Ayşe Akın), HÜKSAM, Hacette Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- User, İnci (2010): **“Biyoteknolojiler ve Kadın Bedeni”**, Dişilik Güzellik ve Şiddet Sarmalında Kadın ve Bedeni, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Üçkuyu, Yavuz (2006): **“Toplumsal Yapı ve Sağlık Sistemleri: Sağlık Sistemlerine Nasıl Bakılmalı”**, Toplum ve Hekim, Cilt:21,Sayı:5-6 ,ss:325-330.
- Vigarelo, G. – Holt R. (2011): **“İşlenen Beden, 19. yüzyılda Jimnastikçiler ve sporcular”**, Bedenin Tarihi 2 Fransız Devrimi’nden Büyük Savaş’a (Hazırlayanlar: Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello) (Çeviren: Orçun Türkay),Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
- White, Kevin (2002): **Sociology of Health and Illness**, Sage Publications, London,
- Yanıklar, C. (2006): **Tüketimin Sosyolojisi**, Birey Yayıncılık, İstanbul.
- Yıldız, Özkan (2008): **“Küreselleşme Sağlık ve Toplum”**, Gaziantep Tıp Dergisi, Cilt:14, Sayı:1.
- Yıldız, Safnaz, A. (2009): **“Sağlıklı Yaşam ve Egzersiz”**, Uluslararası – Disiplinlerarası Kadın Çalışmaları Kongresi Kongre Bildirileri – III. Cilt, Sakarya Üniv. Basımevi, sh 215-220.
- Yumuşak, İbrahim G. (2009): **Kadın Eğitiminin İktisadi Analizi**, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Zola, Irving, K (1994): **“Sağlık ve Köreltilci Tıp”**, Profesyoneller İktidarı (Çeviren: Cevdet Cerit), Pınar Yayınları, İstanbul.

RAPORLAR ve ARAŞTIRMALAR

Global Status Report on Alcohol and Health, WHO, 2011.

IAB (Interactive Advertisement Bureau), Türkiye İnternet Ölçümleme Araştırması,2011 (<http://www.iab-turkiye.org/internet-olcumleme-arastirmasi.php>) (Erişim tarihi: 15.01.2012).

Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık, Türk Tabipleri Birliği, Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu, Rapor, 2008. (<http://www.ttb.org.tr/en/index.php/tuem-haberler-blog/44-yeni-raporlar/945-qtuerkiyede-toplumsal-cinsiyet-kadn-ve-salkq-rapor>) (Erişim tarihi: 10.11.2011).

Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe, Endorsed at a WHO meeting
Copenhagen, 5–7 February 2001.

The European Tobacco Control Report, WHO; 2007

RTÜK “Kadınların Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması” 2007

RTÜK “Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması-2” 2009

Toplumda Antibiyotik Kullanımı Sıklığı Ve Hekimlerin Antibiyotik Reçetesi Yazma
Durumları İle İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi Araştırması, (Hazırlayan: Doç. Dr.
Mustafa N. İlhan), T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi
Başkanlığı, Ankara, 2011

TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Sonuçları 2011

TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları 2011

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri
Enstitüsü, 2008.

Türkiye Sağlık Araştırması 2010-TÜİK

İNTERNET KAYNAKLARI

<http://www.nufusu.com/il/malatya-nufusu> (Erişim Tarihi: 10.01.2013)

<http://yenisafak.com.tr/ekonomi/?t=05.03.2008&i=103789>, Yeni Şafak, 5 Mart 2008,
(Erişim Tarihi: 09.10.2012)

<http://www.ekonomigundemi.com/haber/Dogu-da-kozmetik-harcamasi-artiyor/71287>
(Erişim Tarihi: 09.10.2012)

[http://www.radikal.com.tr/Radikal.aspx?aType=RadikalDetayV3&ArticleID=1119598
&CategoryID=118](http://www.radikal.com.tr/Radikal.aspx?aType=RadikalDetayV3&ArticleID=1119598&CategoryID=118) (Erişim Tarihi: 09.10.2012)

[http://gundem.milliyet.com.tr/dunya-siralamasinda-estetik-te-19uncuyuz/gundem/
gundemdetay/02.02.2013/1663491/default.htm9](http://gundem.milliyet.com.tr/dunya-siralamasinda-estetik-te-19uncuyuz/gundem/gundemdetay/02.02.2013/1663491/default.htm9) (Erişim Tarihi: 09.10.2012)

http://www.talyatip.com/haber/detay/turkiye_nin_estetik_haritasi (Erişim Tarihi:
09.10.2012)

EK: ANKET FORMU

Değerli çalışan kadınlarımız,

Günümüz modern dünyasında hem ev işleri hem de çalışma yaşamını bir arada devam ettirmeye çalışan kadınların yükü oldukça ağırdır. Bu yoğun ve yorucu temponun devam edebilmesi için sağlıklı bireyler olmak gerekmektedir. Doktora tezi olacak olan bu çalışmada çalışan kadınlarımızın sağlık ve hastalık konusundaki bilgi düzeylerini ve hassasiyetlerini ölçmek istedik. Anketimize ad ve soyad yazılmayacaktır ve soruları samimiyetle cevaplandıracağınızı umar şimdiden teşekkür ederiz.

M.Çağlar KURTDAS

Fırat Üniv.Sosyal Bil. Ens.

Malatya Bilim ve Sanat Merkezi

1- Yaşınız

2- Eğitim durumunuz

1() İlköğretim 2() Lise 3() Üniversite 4() Lisan üstü (Y.Lisans-Doktora)

3- Ailenizin aylık geliri

1() 0- 750 TL arası 2() 750-1500 TL arası 3() 1500-2500 TL arası
4() 2500-3500 TL arası 5() 3500-4500 TL arası 6() 4500-5500 TL arası
7() 5500 TL ve yukarısı

4- Mesleğiniz

1() Öğretmen 2() Hâkim, savcı, avukat 3() Öğretim görevlisi
4() Memur 5() Doktor 6() Eczacı
7() Ebe-Hemşire

5- Medeni durumunuz

1() Evli 2() Bekar 3() Dul

6- Çocuk sayısı.....

7- Eşinizin mesleği

1() Öğretmen 2() Hâkim savcı, avukat 3() Mühendis- Mimar
4() Öğretim görevlisi 5() Memur 6() Doktor
7() Eczacı 8() Polis-Asker 9() Diğer (belirtiniz)

8- Sağlık ya da sağlıklı olmak deyince ne anlıyorsunuz.

1() Bedensel açıdan herhangi bir eksikliğin ve rahatsızlığın olmaması durumu
2() Ruhsal açıdan bir rahatsızlığın olmaması durumu
3() Hasta olmama durumu
4() Bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan rahatsızlığın olmaması durumu
5() Günlük aktiviteleri yapabilme durumu
6() Sürekli bir "iyilik" hali
7() Diğer (belirtiniz)

9- Hastalık ya da hasta olma deyince ne anlıyorsunuz.

- 1() Fizyolojik anlamda vücutta ve organlarda fiziksel değişme ve bozulma
- 2() Ruhsal açıdan bir rahatsızlığın olması
- 3() Fizyolojik ve ruhsal açıdan bir bozukluğun ya da rahatsızlığın olması
- 4() Günlük aktiviteleri yerine getirememme durumu
- 5() Diğer (belirtiniz)

10- Sağlık ile ilgili yeterli bilgiye sahip misiniz?

- 1() Evet, çok
- 2() Biraz
- 3() Çok az

11- Sağlık ve sağlıklı olmak kavramlarına son dönemde ilginiz artı mı?

- 1() Evet çok
- 2() Biraz arttı
- 3() Artmadı zaten ilgiliydim
- 4() Artmadı

12- İlginiz arttı ise bunun en önemli nedenleri

- 1() Çevremdeki kişilerin artan ilgisi
- 2() Medyada bu konuyu sürekli işlenmesi
- 3() Daha bilinçlenmem
- 4() Artmadı
- 5() Diğer (belirtiniz)

13- Sağlık ve hastalıkla ilgili bilgileri en çok nereden alıyorsunuz?

- 1() Hastane, doktor
- 2() Televizyon
- 3() İnternet
- 4() Aile büyükleri, komşu veya akrabalar
- 5() Diğer (belirtiniz)

14- Sağlıkla ve hastalıkla ilgili bilgileri en fazla hangi kitle iletişim araçlarından alıyorsunuz?

- 1() Televizyon
- 2() İnternet
- 3() Gazete ve Dergi
- 4() Diğer (belirtiniz)

15- Sağlıkla ilgili kitle iletişim araçlarından aldığınız bilgilere ne kadar güveniyorsunuz?

- 1() Çok fazla
- 2() Büyük çoğunlukla
- 3() Biraz
- 4() Çok az
- 5() Hiç

16- Kitle iletişim araçları ya da bunların dışında ve tıp uzmanı olmayan kaynaklardan sağlıkla ilgili edindiğiniz bilgileri uyguluyor musunuz?

- 1() Evet çok
- 2() Bazılarını
- 3() Çok azını
- 4() Hiç birini

17- Televizyonlarda sağlık ile ilgili olan programları izliyor musunuz, ne sıklıkla izliyorsunuz?

- 1() Evet, her zaman
- 2() Evet, sıklıkla
- 3() Evet, fırsat buldukça
- 4() Hayır, izlemiyorum

18- Aşağıdakilerden hangisini yapmaya çalışıyorsunuz.

1() Sağlıklı olmaya çalışmak (ruhsal ve bedensel açıdan sağlıklı kalabilmek için gereken özeni göstermek ve gerekli şeyleri yapmak)

2() Hasta olmamaya çalışmak (sağlıklı olmak ve sağlıklı kalabilmek için gereken özeni göstermeden hasta olmaktan kaçınmak)

19- Hastalanınca hastalığınız hakkında ilk önce hangisine başvurursunuz?

1() Hastane, doktor

2() Geleneksel iyileştiriciler (şifacı, kırık-çıkıkçı, aktar vb.)

3() Arkadaş, akraba, aile büyükleri

4() Kitle iletişim araçları (İnternet, tv, gazete vb.)

5() Diğer (belirtiniz)

20- Hastalandığınız zaman doktora başvurmadan önce ilaç alırmısınız? Evetse nereden?

1() Hayır

2() Evet, evde olan ilaçlardan

3() Evet, eczaneden

4() Evet, tanıdıkların önerdiği ilaçlardan

5() Evet, (belirtiniz).....

21- Hastalandığınızda sizinle aynı hastalığı geçirmiş kişilerden bilgi alıp, onların uyguladığı tedavi yöntemlerini (ilaç vb.) uygularmısınız?

1() Evet

2() Evet, bilgi alır ancak tedaviyi (ilaç vb.) uygulamam

3() Hayır

22- Yaşınız ve sağlık durumunuzu dikkate aldığınızda sağlığınız için ne söylersiniz

1() Mükemmel

2() İyi

3() Orta

4() Kötü

23- Uzun süreli bir hastalığınız var mı? Varsa nedir?

1() Evet (belirtiniz).....

2() Hayır

24- Aileden gelen kronik bir rahatsızlığınız var mı? Varsa nedir?

1() Evet (belirtiniz).....

2() Hayır

25- Sigara kullanıyor musunuz?

1() Evet

2() Hayır

26- Kullanıyorsanız ne kadar sıklıkla

1() Günde bir ve birden fazla paket

2() Günde yarım paket

3() Günde birkaç tane

4() Haftada birkaç tane

5() Ayda birkaç tane

6() Diğer (belirtiniz).....

27- Bırakmayı düşünüyor musunuz?

1() Evet

2() Bazen

3() Hayır

28- Sizce sigara sağlığına zararlı mı?

- 1() Evet 2() Hayır

29- Alkol kullanıyor musunuz?

- 1() Evet 2() Hayır

30- Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz?

- 1() Her gün, 2() İki üç günde bir
3() Ayda bir 4() Haftada bir
5() Sadece özel günlerde yılda birkaç kez 6() Kullanmıyorum

31- Sizce alkol sağlığına zararlı mı?

- 1() Evet 2() Hayır

32- Bu güne kadar hiç diyet yaptınız mı?

- 1() Evet, pek çok kez
2() Evet, arada sırada
3() Çok az
4() Hiç

33- Diyet yapma sebebiniz neydi?

- 1() Güzel görünmek
2() Sağlıklı olmak
3() Zayıflamak
4() Diğer (belirtiniz)

34- Fast-food (hamburger, pizza, kola, patates cipsi vb.) yiyecekleri yiyor musunuz?

- 1() Evet, çok sık
2() Genelde
3() Bazen
4() Hiç

35- Fast-food (hamburger, pizza, kola, patates cipsi vb.) yiyecekleri sizce sağlığına zararlı mı?

- 1() Evet 2() Hayır

36- Spor yapıyor musunuz?

- 1() Evet, düzenli olarak
2() Zaman buldukça sık sık
3() Çok az
4() Hiç

37- Hangi sporu yapıyorsunuz?

- 1() Yürüyüş
2() Koşu
3() Salon sporları
4() Evde spor aletiyle yapılan pasif sporlar
5() Diğer (belirtiniz)

38- Spor yapma nedeniniz nedir?

- 1() Zayıflamak için
 2() Güzel görünmek için
 3() Sağlıklı olmak için
 4() Diğer (belirtiniz)

39- Sizce sağlıklı besleniyor musunuz?

- 1() Evet, çok
 2() Genellikle dikkat etmeye çalışıyorum
 3() Biraz
 4() Hayır

40- Alışveriş yaparken aldığınız ürünlerin hormonlu olup olmadığı konusunda bir hassasiyetiniz var mı?

- 1() Evet, çok dikkat ederim
 2() Hassasım ama çok dikkat etmem
 3() Hayır, dikkat etmem

41- Mevsimi olmayan sebze ve meyveleri tüketir misiniz?

- 1() Evet, sık sık
 2() Bazen
 3() Çok az
 4() Asla

42- Aldığınız ürünlerin etiketlerini inceler ürünlerin içindeki maddelere dikkat eder misiniz?

Kansorejen ürünler konusunda hassas davranıyor musunuz?

- 1() Evet, çok
 2() Bazen
 3() Dikkat etmem

43- Genetiği Değiştirilmiş Ürünler (GDO) ile ilgili bir hassasiyetiniz ve bilginiz var mı?

- 1() Evet, Bilgim var ve hassas davranıyorum
 2() Bilgim var ama dikkat etmiyorum
 3() Çok fazla bilğim yok
 4() Hiç bilğim yok

44- Alternatif tıbbın (daha çok doğal bitkileri, iyileştirici gücü olduğu düşünöler taşları vb. ve akupunktur vb. tedavi yöntemlerini kullanarak tedavi etmeyi amaçlayan ancak güvenilirliği ve etkinliği kontrollü deneylerle ispatlanmamış yöntemler) hastalıkları iyileştirip, sağlığı koruduğuna inanıyor musunuz?

- 1() Evet
 2() Hayır

45- Hastalandığınız zaman hastaneye gitmeden önce alternatif tıp ile iyileşmeyi dener misiniz?

- 1() Evet
 2() Hayır

46- Alternatif tıp ile ilgili bilgileri en çok nereden alıyorsunuz?

- 1() Televizyon
 2() İnternet
 3() Kitaplar ve dergiler
 4() Aktarlar
 5() Diğer (belirtiniz).....

47- Televizyonlarda alternatif tıp ile ilgili olan programları izliyor musunuz, ne sıklıkla izliyorsunuz?

- 1() Evet, her zaman
 2() Evet, sıklıkla
 3() Evet, fırsat buldukça
 4() Hayır, izlemiyorum

48- Televizyonlarda tarif edilen alternatif tıp ile bağlantılı bitkisel içerikli önerileri ve uygulamaları uyguluyor musunuz?

- 1() Evet, her zaman 2() Evet, arada sırada
 3() Evet, çok nadir 4() Hayır

49- Alternatif tıp ile ilgilenen ve televizyonlardaki programlara çıkan kişilerden en fazla hangisini takip ediyorsunuz?

- 1() Ahmet Maranki
 2() İbrahim Saraçoğlu
 3() Ender Saraç
 4() Diğer (belirtiniz)

50- Reklamlarda yayınlanan alternatif tıp ilaçlarından alıp kullandınız mı? Ne amaçla kullandınız?

- 1() Hayır
 2() Evet, zayıflamak için
 3() Evet, cilt ve vücut bakımı için
 4() Evet, Diğer (belirtiniz)

51- Alternatif tıp eskiye nazaran daha çok ilginizi çekiyor mu? Neden?

- 1() Hayır
 2() Evet, kitle iletişim araçlarından yapılan yayınlar yüzünden
 3() Evet, modern tıp ve ilaçların verdiği zararlar yüzünden
 4() Evet, çevremde oluşan ilgi yüzünden
 5() Evet, sağlıklı olmak konusunda daha iyi bir yol olduğunu düşündüğüm için
 6() Evet, Diğer (belirtiniz).....

52- Sizce alternatif tıp;

- 1() Modern tıbbın tamamlayıcısı
 2() Modern tıptan ayrı ve iyileştirici bir alan
 3() Para tuzağı
 4() Popüler kültürün en yeni araçlarından biri
 5() Diğer (belirtiniz).....

53- Aşağıdaki alternatif tıp uygulamalarından en fazla hangisini uyguladınız ya da uyguluyorsunuz?

- 1 () Bitkiler
 2 () Bitkilerden hazırlanan ilaçlar
 3 () Fizik tedavi uygulamaları (masaj, spa vb.)
 4 () İyileştirici ve iyi hissettirici gücü olan taş vb. maddeler
 5 () Diğer (belirtiniz).....

54- Alternatif tıbbi en fazla hangi alanda kullanıyorsunuz?

- 1() Hastalanınca
- 2() Hastalanmamak için
- 3() Sağlıklı olmak için
- 4() Zayıflamak için
- 5() Bedensel görünüşüme dikkat etmek ve korumak için
- 6() Diğer (belirtiniz).

55- Fiziksel görünüşünüze önem verir misiniz?

- 1() Evet, her zaman
- 2() Genellikle
- 3() Bazen
- 4() Çok nadir
- 5() Hiç

56- Fiziksel görünüşünüze neden önem veriyorsunuz?

- 1() Güzel görünmek için
- 2() Kendimi iyi hissetmek için
- 3() Başkalarına güzel görünmek için
- 4() Önem vermiyorum
- 5() Diğer (belirtiniz).

57- Fiziksel görünüşünüzden memnun musunuz?

- 1() Evet
- 2() Büyük çoğunlukla
- 3() Çok az
- 4() Hiç

58- Yaptığınız iş için fiziksel görünüş önemli mi?

- 1() Evet
- 2() Hayır

59- Fiziksel görünüşünüzü iyileştirmek en çok kullandığınız yöntem hangisi?

- 1() Spor
- 2() Diyet
- 3() Makyaj
- 4() Estetik
- 5() Diğer (belirtiniz).

60- Kilonuz sizce;

- 1() Zayıfım
- 2() Normal
- 3() Biraz fazla
- 4() Çok fazla

61- Kozmetik mamulleri kullanıyor musunuz?

- 1() Evet, düzenli olarak
- 2() Evet, sık sık
- 3() Evet, arada sırada
- 4() Hayır

62- Kozmetik mamullerini ne amaçla kullanıyorsunuz?

- 1() Güzel ve bakımlı görünmek için
- 2() Etrafımdaki çoğu kadın kullandığın için
- 3() Sağlıklı görünmek için
- 4() Diğer (belirtiniz)

63- Hangi kozmetik markasını tercih edersiniz?

- 1() Vichy
- 2() Dior
- 3() Chanel
- 4() Bioderma
- 5() Dermalogica
- 6() Babe
- 7() Nivea
- 8() Avon
- 9() Diğer (belirtiniz)

64- Hiç estetik yaptırdınız mı? Ne estetiği yaptırdınız?

- 1() Evet (belirtiniz)
2() Hayır

65- Estetik yaptırmayı ister misiniz? Ne estetiği istersiniz?

- 1() Evet (belirtiniz)
2() Hayır

66- Sizce ideal (tercih edilen) beden hangisidir;

- 1() Manken ölçüleri (90-60-90)
2() Tıp biliminin belirlediği beden kitle endeksi ölçüleri (Ağırlığın (kg) boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesi ile elde edilen bir parametre)
3() Kişiden kişiye değişir.
4() Diğer (belirtiniz).....

67- Tek tercih hakkınız olsa hangisini tercih edersiniz?

- 1() Çok sağlıklı olmayan fakat güzel ve bakımlı beden
2() Sağlıklı fakat ideal olmayan bir beden

68- Bakımlı ve güzel görünmek sağlıklı olmanın bir göstergesi midir?

- 1() Evet 2() Hayır

69- Sizce gençlik?

- 1() Sağlıklı olmak
2() Hayatın bir evresi
3() Hep kalınması istenilen bir dönem
4() Diğer (belirtiniz).....

70- Sizce yaşlılık?

- 1() Hastalıklarla boğuşulan dönem
2() Hayatın bir evresi
3() Mümkün olduğunca geciktirilmesi gereken bir dönem
4() Ölümün habercisi
5() Diğer (belirtiniz).....

Anketimiz bitti

Teşekkür ederiz

ÖZGEÇMİŞ

Muzaffer Çağlar KURTDAS, 1976 yılında Malatya’da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Malatya’da tamamladıktan sonra İnönü Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümünü 1998 yılında bitirmiştir.

2003 yılında İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalında Yüksel Lisansı bitirmiştir.

2007 yılında Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim dalında doktora öğrenimine başlamıştır.

Halen Malatya Bilim ve Sanat Merkezinde Felsefe Danışmanı olarak görev yapmaktadır.