

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI
VE
ETKİ EDEN ETKENLER**

UZMANLIK TEZİ

Dr. RIFKI ÖNDER

DANIŞMAN

Prof. Dr. Okay BAŞAK

AYDIN - 2014

ÖNSÖZ

Bir toplumun geleceği, bilime verdiği değer ve önemle yakından bağlantılıdır. Bilimin tüm alanlarında yapılan özgün ve özen gösterilmiş çalışmalar geleceğin şekillenmesinde mutlak bir paya sahip olacaktır. Araştıran, sorgulayan, önyargısız ve hep doğruyu arayan beyinlere ihtiyaç her geçen gün artmaktadır. İnancıma göre bu beyinlerin ortaya çıkabilmesi için gerekli organizasyon ve önlemlerin alınması geleceğimizi garanti altına alacaktır. Gelecek; sadece kendi alanına sınırlı kalmadan, başka bilim dallarıyla koordinasyon içinde gerçekleştirilen ve bütünü kavramaya çalışan çalışmaların değer kazanacağı bir dönem olacaktır.

Bu tez çalışmamın bilimsel alanda küçük bir katkı ve yararlanma aracı olarak kullanılması bile benim adıma gurur ve mutluluk kaynağı olacaktır. Harcadığım zamanın ve emeklerimin karşılığını böylece alacağımdan eminim.

Tez çalışmamın tasarlanmasında ve çalışmanın gerçekleştirilmesinde; tez danışmanım olarak bana destek ve yardımları için Prof. Dr. Okay BAŞAK 'a teşekkür ederim. Ayrıca tezin oluşturulmasında sosyoloji alanındaki birikimlerinden danışmalık desteği aldığımız Prof. Dr. Kayhan DELİBAŞ ve Doç. Dr. Aylin Nazlı'ya da teşekkürlerimi sunarım. Tezin görüşme kısımlarına katılan tüm katılımcılara, bu görüşmelerin gerçekleşmesinde yardımcı olan ve emeklerini esirgemeyen tüm dost , arkadaş ve yakınlarıma da teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık öğrenciliğimin ilk bölümünde ortak bir ruh ve özveriyle birlikte çalıştığımız, aile hekimliğinin adındaki gibi bir aile ruhuna sahip olduğum başta Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN olmak üzere tüm uzman, asistan ve hemşire arkadaşlarıma da teşekkür ve sevgilerimi sunuyorum.

Bu uzmanlık tezini bir uzman doktor adayı olarak yazabiliyorsam , eğitimimin her aşamasında yer alan, bugünlere gelmemde bana destek ve yardımı olan öğretmen, eğitmen ve hocalarıma saygı ve şükranlarımı sunarım.

Aynı zamanda bir kişinin hayattaki yeri ve devamlılığının en büyük kaynağı ailesi olduğundan hareketle üzerimde emeği olan, bugün hayatta olan ve olmayan tüm aile fertlerime ve akrabalarımaya bu fırsatla teşekkür ederim.

En son ve en önemli olarak; varlıkları her zaman benim en büyük değerim ve desteğim olan, özveri ve sevgilerinden sürekli güç aldığım, oğulları olmaktan her zaman onur ve mutluluk duyduğum, varlığımın kaynakları annem ve babam Güzin & Şenol ÖNDER'e saygı, sevgi ve teşekkürlerin en büyüğünü sunuyorum ...

AYDIN, 2014

Dr. Rıfki ÖNDER

İÇİNDEKİLER

Tablo Dizini.....	VII
Şekil Dizini	VII
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. SAĞLIK ALGISINA GENEL BAKIŞ	5
2.1.1. Sağlık Kavramına Giriş	5
2.1.2. Sağlık Kavramının Gelişimi	6
2.1.3. Sağlığın Tanımı ve İçerdikleri	6
2.1.4. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün Sağlık Tanımı	11
2.1.5. Sağlık Açıklama Modelleri	12
2.2. HASTALIK KAVRAMINA GENEL BAKIŞ	15
2.2.1. Hastalık Kavramının Tarihsel Gelişimi	15
2.2.2. Hastalık Kavramının Tanımı	17
2.2.3. Hastalık Statüsü ve Hastalık Rolü	19
2.2.4. Hastalık Davranışı	20
2.2.4.1. Rahatsızlık Belirtilerini Algılama, Tanımlama ve Değerlendirme	22
2.2.4.2. Danışma Sistemi	25

2.2.4.3 Tıbbi Yardım Arama Davranış	27
2.3. BİREYİN SAĞLIK-HASTALIK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER ..	32
2.3.1. Biyolojik Faktörler	32
2.3.2. Psikolojik Faktörler	33
2.3.3. Çevresel Faktörler	34
2.3.4. Toplumsal ve Kültürel Faktörler	35
2.4. SAĞLIK STATÜSÜNÜN BELİRLEYİCİLERİ	36
2.4.1. Çevre	38
2.4.2. Yaşam Tarzı	38
2.4.3. Kalıtım	38
2.4.4. Sağlık Hizmetleri	39
2.4.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	39
2.4.4.2. Sağlık Hizmeti Kullanımı	42
2.5. SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI MODELLERİ	43
2.5.1. Sağlık İnanç Modeli	44
2.5.2. Gerekçeli Eylem Teorisi ve Planlı Davranış Teorisi	45
2.5.3. Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli	46
2.6. SAĞLIK KAVRAMINA TIP DIŞI DALLARDAN BAKIŞ	46
2.6.1. Sosyoloji ve Sağlık	47
2.6.2. Antropoloji ve Sağlık	48
3. GEREÇ-YÖNTEM	51
4. BULGULAR	53

5. TARTIŞMA	80
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	91
7. ÖZET	94
8. ABSTRACT	96
9. KAYNAKLAR	98
10. EKLER	
Ek-1: Özgeçmiş.....	102
Ek-2: Görüşme soruları ana akış şeması	104
Ek-3: Katılımcı demografik veri formu	105

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcı demografik verileri.....	54
--	----

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık ve çevre ekseninde kişisel iyilik durumunun görünümü (The Health Grid).....	8
Şekil 2. Sağlık : İç ve dış etmenlerin uyumu	10
Şekil 3. Çare arama sürecine sosyal faktörlerin etkisi	27
Şekil 4. Sağlık arama davranışı ve sağlık bakımına erişim	28
Şekil 5. Sağlık statüsünün belirleyicileri	37
Şekil 6. Epidemiyolojik üçlü	42
Şekil 7. Sağlık İnanç Modeli (The Health Belief Model)	44
Şekil 8. Planlı Davranış Teorisi (Theory of Planned Behaviour)	45
Şekil 9. Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli (The Health Care Utilisation Model)	46

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü
- WHO** : World Health Organisation
- BGOF** : Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
- CYBH** : Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- TDK** : Türk Dil Kurumu

1. GİRİŞ

İnsan yaşamı, doğum ve ölüm arasında geçen ve canlılığını sürdürdüğü sürenin, zaman boyutunda bir ifadesidir. Bu süreyi sadece zamansal bir değer olarak algılasak eksik tarif etmiş oluruz. Gerçekte insan için yaşam, canlılığın sürdürüldüğü süre kadar bu sürenin kalitesinin de bir ifadesidir. Bu sürenin kalitesini, kişiden kişiye çok farklı olarak tanımları olsa da basitçe; bedensel ve ruhsal iyilik ve sorunsuzluk, sosyal ve çevresel uyum, kendinden ve yaşamından hoşnutluk, düşünsel ve algısal bir denge ve uyumluluk halinde olmak şeklinde tarif edebiliriz. Bunların hepsine sahip bir insanın yaşamını "sağlıklı yaşam", bu fonksiyonları yerine getirebilen ve yaşamını bu eksenden sapmadan sürdürebilen kişiye de "sağlıklı insan" demek yanlış olmayacaktır.

İlkçağlarda tek amacı hayatta kalabilmek olan insanoğlu, dünya üzerinde egemenliğinin ve kontrolünün artmasıyla her geçen gün kendisi için daha fazlasını hedeflemeye başlamıştır. İnsanın dünya üzerindeki mutlak hakimiyeti, yaşam süresini artırdığı kadar, daha rahat ve kontrolü altında bir hayata sahip olmanın kapılarını da aralamıştır. Hayatta kalabilmek kadar bedeninde herhangi bir aksaklık ve sorun olmadan yaşamının kavramsal karşılığı ise "sağlık" kelimesinde kendini bulmuştur. Sağlık, kişinin kendi sağlığına sahip çıkması ve sağlıklı kalabilmek için tüm sorumluluğu alması, başka bir deyişle insanın kendi kaderine sahip çıkması olarak da düşünülebilir. Bu fark etme ve sahiplenme ile beraber insanoğlunun dünya üzerindeki varlığının ve devamlılığının en önemli göstergesi deyince "sağlık" kelimesi anlaşılır hale gelmiştir.

Uzun yıllar boyunca bedenin iyiliğinin bir ifadesi olarak dar bir çerçevede anlaşılan sağlık, zaman içinde ruhsal ve sosyal iyiliği de kapsayan bir anlama kavuşmuştur. Bu konuda en yetkili sağlık kuruluşu olan Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1947 yılında yaptığı ve günümüzde bile halen genel kabul gören tanımına göre "sağlık, sadece hastalıklardan ve mikroplardan korunma değil, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali" olarak tanımlanmıştır. Farklı araştırmacı, düşünür ve kurumlarca birçok tanımı yapılsa da temel içerik değişmemiştir. Günümüzde "sağlık", tüm insanların temel beklentisi ve ihtiyacı

olan mutlak iyilik halinin bir ifadesi olarak insan topluluklarının temel kavramlarından birine dönüşmüştür.

Sağlık bu kadar değerli ve önemli bir olgu iken, bozulma hissedildiğinde veya belirgin bir kayıp yaşandığında insanların neler hissettiği, neler düşündüğü ve nasıl davrandığı mutlak araştırılması gereken bir konu olarak karşımızda durmaktadır. Bireylerin sağlıkları ile ilgili sorunların çözümünde birçok önemli ipucunu içinde barındıran bu dinamik sürecin bilinmesinin önemi ve anlamı büyüktür. Bireyin sağlık arayışını kavrayabilmek için öncelikle "sağlık", "rahatsızlık" ve "hastalık" kavramlarının iyi anlaşılması gereklidir. Bu kavramların tıbbi ve sosyokültürel olarak farklı tanımları vardır. Hasta, hastalık ve rahatsızlık deyince genellikle bu kavramların tıbbi yönü anlaşılrsa da sosyokültürel açıdan da değerlendirmedikçe konu eksik kalacaktır. Bu nedenle bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal bir bütün olduğundan hareketle sağlık da bir bütün olarak anlaşılmalı ve sağlığı yorumlarken ona göre hareket edilmelidir. Bu hem akılcı hem de kişiye en faydalı yaklaşım tarzıdır.

Biliyoruz ki insanların tutum ve davranışları, onların yaşamlarının özünü oluşturmaktadır. Bu tutum ve davranışlar; kişinin yaşamı kavrama, anlamlandırma ve bu sonuçlara karşı tepkiler oluşturarak uyum sağlamanın göstergeleridir. İnsan davranışı birçok faktörden etkilenen, değişken ve karmaşık bir özellik göstermektedir. Kişiler benzer uyarılara karşı farklı davranışsal tepkiler oluşturabilmektedirler. Bu davranışları anlayabilmek için belli bir metodoloji ile değerlendirmek gereklidir. Sosyoloji bilimi bu davranışları ve bunların doğasını anlayabilmek ve açıklamak için çalışan bir bilim dalıdır. Bunun dışında tıp, psikoloji, antropoloji, halkla ilişkiler, bilişim, reklamcılık gibi birçok bilimsel ve uygulamalı alan da insan davranışı ile yakından ilgilenmekte, bu davranışların oluşumundaki dinamikleri, davranış şekillerini ve sonuçlarını kendi alanlarında her geçen gün daha fazla kullanmaya çalışmaktadırlar. Bu alanda gözlemsel ve deneysel olarak çalışmalar yapılmaktadır. Deneysel anlamda bile aynı uyarana karşı farklı davranış kalıpları ile cevap verebilen bir bireyin, toplumun iç içe geçmiş ilişkiler ve davranışlar yumağındaki davranışlarının anlamlandırılması zor olabilmektedir.

Bu çalışmanın planlanmasındaki ana amaçlardan biri de; biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak farklı dengelere oturmuş bir şekilde yaşamlarını sürdüren bireylerin, kendilerinde bir rahatsızlık veya anormallik hissettiklerinde gösterdikleri davranış kalıplarının benzerlikleri ve farklılıklarını anlamaya çalışmaktır. Bu davranışları ortaya çıkaran ortak

duygu ve düşünce tabanının iyi anlaşılması sayesinde "kişilerin sağlık arama davranışı kuramsal bir zemine oturtulabiliyor mu?" ve "kişilerin sağlıkları ile ilgili beklentileri nelerdir?" sorularına yanıtlar bulunabilecektir. Bu soruların yanıtları devletin sağlık politikaları açısından da önemli ipuçlarını içermektedir.

Bu çalışma; öncelikle kişilerin "sağlık", "rahatsızlık" ve "hastalık" kavramları hakkındaki algı ve düşüncelerinden yola çıkarak gene kendi ifadeleriyle sağlıklarında bir bozulma veya anormallik hissettiklerinde duygu ve düşüncelerini ve bundan sonraki süreçteki davranışlarının nasıl olduğunu öğrenmeye çalışmak şeklinde tasarlanmıştır. Bu davranışın oluşması sırasında karar aşamasını şekillendiren süreçler, danışma sisteminin nasıl kullanıldığı ve kararın nasıl alındığının anlaşılması da hedefler arasındadır. Özellikle sağlık arama davranışı kararı alınırken bireyleri etkileyen faktörlerin neler olduğu da anlaşılmaya çalışılacaktır. Davranışla ilgili temel hareket noktalarının öğrenilmesi sayesinde özel sağlık sorunları ile ilgili davranış ve tutumların saptanması amacıyla yapılacak başka çalışmalara temel oluşturabilecek sonuçlara ulaşılabilir. Özellikle davranış öncesindeki duygu ve düşüncelerin incelemesiyle hastalar kadar hasta yakınlarının da daha iyi anlaşılabilmesi mümkün olabilecektir.

Eğitim, kültür, din, sosyal güvence ve sahip olunan sağlık organizasyonu gibi birçok faktör kişilerin sağlık arama şekline etki etmektedir. Kişiler bu faktörlerin etkisi ve kullandıkları danışma sisteminin önerileriyle hareket ederek farklı tıp uygulamalarına yönelirler. Geleneksel, popüler ve modern tıp uygulamalarından bir veya birden fazlasını uygulayabilirler. Eskiden geleneksel yöntemler ağırlıklı olarak seçilen tıp uygulamaları iken günümüze gelinceye kadarki süreçte modern ve popüler tıbbın payı her geçen gün artmıştır. Modernden post-moderne doğru geçildiği düşünülen günümüzde, sağlık ve hastalık kavramlarına yüklenen anlamlar da değişmektedir. Her toplum kendi sağlık ve tıp anlayışını hastalık kavramından ziyade sağlık kavramı üzerinde yoğunlaştırmaktadır. Bu da özellikle popüler tıba olan ilgiyi artırmıştır. Bu çalışma ile bireylerin tıbbi uygulama seçimleri ve etkileyen faktörlerle ilgili ipuçları yakalanması hedeflenmiştir.

Özetleyecek olursak bu çalışmanın amacı; sağlıkta bozulma olduğunda veya hissedildiğinde bireylerin sağlık arama davranışı ve bunu etkileyen etkenleri anlamaktır. Bu amaca uygun olarak çalışmaya ait olarak oluşturulan ve bize kılavuzluk edecek ana çalışma sorusu ve alt çalışma soruları aşağıdadır:

Ana Çalışma Sorusu: Bireyler sağlıklarında bir bozulma olduğunu düşündüklerinde sağlık yardımı aramaya nasıl karar vermektedirler ve bu durumu hangi faktörler etkiler?

Alt Çalışma Sorusu 1) Bireyler için sağlık ve sağlıklı insan algısı nasıldır?

Alt Çalışma Sorusu 2) Bireyler sağlıklarında bozulma durumunu nasıl tanımlamakta ve nasıl farkına varmaktadırlar?

Alt Çalışma Sorusu 3) Bireylerin sağlıklarındaki bozulmayı yorumlamaları ve bu duruma karşı oluşturdukları tepkileri nasıldır?

Alt Çalışma Sorusu 4) Bireyler sağlıkları ile ilgili yardım alma kararını ne zaman ve nasıl almaktadırlar?

Alt Çalışma Sorusu 5) Bireylerin yardım arama davranışı hangi faktörlerden etkilenmektedir?

Alt Çalışma Sorusu 6) Bireylerin sağlık hizmetlerinin sunumu ve erişimi ile ilgili düşünceleri nasıldır?

Alt Çalışma Sorusu 7) Nitelikli ve yeterli sağlık hizmet sunumunu etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1 SAĞLIK ALGISINA GENEL BAKIŞ

2.1.1 Sağlık Kavramına Giriş

" Sağlık her şey değildir, ama sağlık olmadan her şey bir hiç... "

Filozof, yazar ve eğitimci kimlikleri olan *Arthur Schopenhauer* (1788-1860) bir aforizmasında sağlıktan bu şekilde bahseder. Bu söz, sağlığın bir kavram olarak insanlık tarihinde yer almaya başladığı zamanlardan beri hakkında söylenen birçok sözden sadece birisidir. Ama sözün içindeki paradoksa dikkat ettiğimizde " *hiçlik*" kavramı ile sağlığın tüm insanlar için ne kadar önemli ve değerli olduğunu gayet iyi anlattığını görüyoruz.

Dünyanın değişik yerlerinden insanlara da sağlığın kendilerin için ne anlama geldiği sorulsa çoğunluğu benzer şekilde bir önem ve değer atfeden ifadeler kullanacaklardır. Ama bu ifadeler insanların bu sözlerine uygun bir anlamda yaşadıkları anlamına gelmemelidir. Günlük hayata bakıldığında sağlık algısının insanların çoğunluğu için öncelikli olmadığı, genellikle kaybedildiğinde önemi anlaşılan ve öncelik kazanan bir durum olduğu anlaşılmaktadır. Kişiler güzellik, keyif, dış görünüme verilen önem, zenginlik, iş, kariyer, damak zevki, sorumluluklar, alışkanlıklar gibi bir çok neden yüzünden sağlıklarından taviz vermekte hatta sağlıksızlığı seçmektedirler. Bu konuda bir başka önemli çelişki de, mesleği sağlık ve hastalıkla uğraşmak olan, ömür boyu en karmaşık hastalıklara tanı koyup tedavi etmeyi, insanları sağlıklı yaşatmayı iş edinmiş olan profesyonellerin bile sağlık ve sağlıklı yaşamı gayet iyi tanımlasalar da bu durumun kendi hayatlarına yansımalarının aynı oranda başarılı olamamasıdır .

Her insan için bu kadar önemli olan sağlığı tek cümlede açıklamak gerçekten zor olabilir. Bunun nedeni sağlığın sadece objektif olarak ölçülebilen ve tanımlanabilen bir olgu olmamasındandır. İnsanlığın tarihsel gelişimi boyunca sağlık kavramı da insan yaşamındaki

gelişime paralel bir seyir izlemiştir. Kavramın sınırlarında ve içeriğinde zamanla değişiklikler olmuştur. Bu kavramın şekillenmesinde kuramsal açıklamaların oluşumu kadar bireylerin de sağlıkla ilgili algı ve beklentilerinin etkili olduğunu görmekteyiz. Aslında günümüzün sağlık algısını tüm bu açıklamaların bir bütünü olarak kabul edilebiliriz. Özetle sağlık; birçok boyutu olan bir kavram olarak farklı yönleri ile tanımlanmayı hak etmektedir.

2.1.2 Sağlık Kavramının Gelişimi

Sağlık kelimesinin temelini nereye dayandığına baktığımızda insanlık tarihi kadar eski olduğunu görmemiz zor olmayacaktır. İnsanın gelişmişliğe doğru yol alan sürecinde sağlık da diğer alanlar gibi gelişmiş ve anlamlandırılmıştır. İlkel insana baktığımızda hayatta kalmak ve neslini devam ettirme içgüdüsünün bir yansıması olarak bir sağlığını korumanın da bir içgüdü olarak var olduğunu görmekteyiz. Bu sadece insan değil tüm canlılar için benzer bir davranış tipidir. Hayvanlarda bir içgüdü düzeyinde kalan bu davranışlar, insanlarda zamana koşut olarak, gelişmiş istemli, bilinçli ve toplumsal davranışlar şekline dönüşmüştür. Sağlık hizmetleri de bu sağlık davranışının gelişimine paralel bir gelişim göstermiştir. Sağlık hizmetlerinin kapsamı ve profesyonel uygulayıcıları da zaman içinde oluşarak günümüz sağlık anlayışını oluşturmuştur (1) .

2.1.3 Sağlığın Tanımı ve İçerdikleri

" *Sağlık nedir?*" veya " *Sağlıklı insan deyince ne anlıyoruz?* " sorusuna verilen yanıtlar, kişinin sağlığında bozulma hissettiğindeki davranışlarını anlamamızda kilit rol oynamaktadır. Sağlık dediğimiz kavramı tanımlarken; bireylerin sahip oldukları bir değerleri olarak bu kavrama getirdiği açıklamalardan, bu alanda çalışan akademisyenlere kadar herkesin bakış açısı, bilgisi, geçmiş deneyimleri gibi faktörlere dayanan ve geniş bir perspektife yayılmış farklı tanımlamaları vardır. Bireylerin tanımları bu çalışmanın da birincil olarak ilgi alanına girmektedir. Bu bireysel tanımlamalar, universal anlamda kabul gören tanımlara paralel olabildiği gibi, kişilerin anlık veya geçmişe dayalı rahatsızlık/hastalık deneyimlerinden destek alan tamamen kişisel yorumları da olabilmektedir. Ayrıca kişilerin sağlık beklentilerinin yaşanılan yer, zaman ve şartlara göre değişken olabildiği de bilinmektedir. Sağlıkla ilgilenen farklı çalışma alanlarındaki profesyoneller ise sağlığı kendi alanlarına has bakış açısı ve ölçütlerle tanımlamışlardır.

Larson'a göre (2) sağlık, tanımlanması oldukça zor ve karmaşık kavramlardan biridir. Bu kavramın tanımlanması, tartışılmakta olduğu tarihsel döneme ve tanımlanmakta olduğu kültüre bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Son 150 yıldır, Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlığın tanımlanması ile ilgili olarak beklentilerin artış göstermesi bu kavramın kişilerin, "*yaşamlarını sürdürebilmelerinden*", "*hasta olmamalarına*", "*günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerine*", "*mutluluk duygusuna sahip olmalarına*" ve "*iyilik halinin sağlanmasına*" varıncaya kadar farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur.

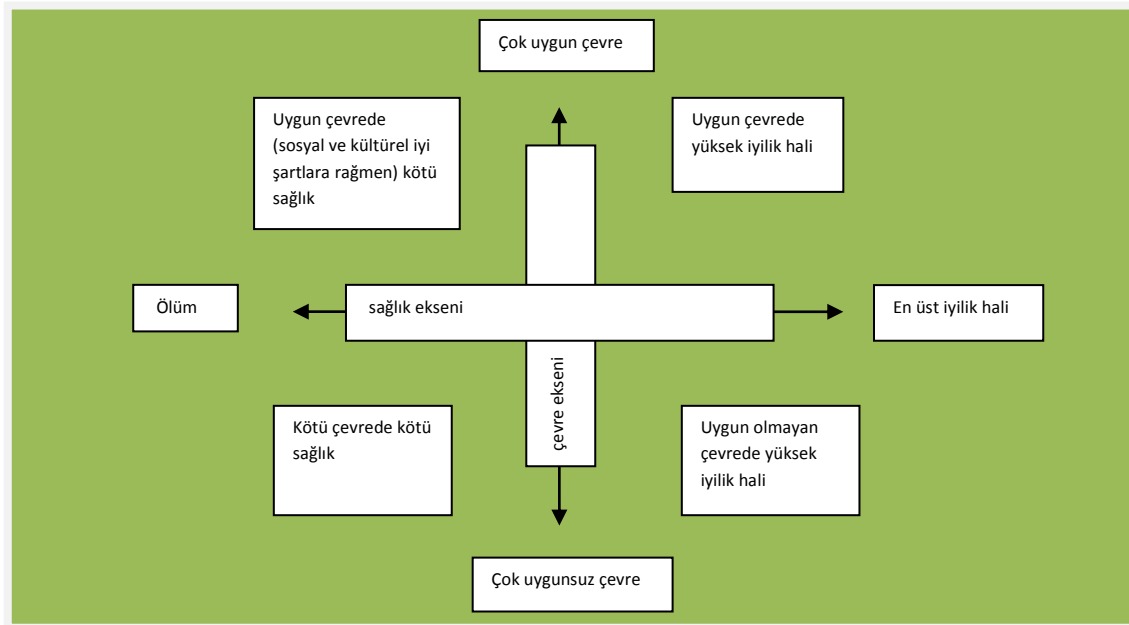
Sağlığın tanımlanması ile ilgili pek çok yol bulunmakla beraber en belirgin ayrımlardan biri "resmi tanımlar " ve "resmi olmayan tanımlar" şeklinde ayrılmasıdır. Resmi tanımlardan anlaşılan doktorlar ve diğer sağlık profesyonellerinin tanımları olup bunlar da kendi içinde pozitif ve negatif tanımlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Resmi olmayan tanımlar ise sağlıkla ilgili konularda profesyonel olmayan kişilerin sağlığa ilişkin algılamaları olarak anlamak gerekir (3). Kişilerin sağlıkla ilgili algıları zaman içinde değiştii gibi ülkeden ülkeye, kültürden kültüre farklılıklar göstermektedir. Bu farklar resmi olmayan tanımların çeşitliliği şeklinde kendini göstermektedir.

Sağlığın resmi tanımlarından olan negatif tanımlar, daha çok hastalık ya da rahatsızlığın yokluğu olarak tanımlanmıştır. Aggleton'a göre (3) sağlığın negatif tanımı iki ana şekilde gözlenmektedir. Birincisi; hastalık ya da bedensel anormalliğin yokluğu , diğeri ise rahatsızlığın yokluğu veya hastalığa eşlik etsin ya da etmesin sıkıntı, ağrı ve gerginlik duygularının olmaması olarak tarif edilebilir. Negatif tanımlar zaman içinde sağlığın net ve tam olarak tanımlanmasında yetersiz kalmıştır. Ayrıca güncel sağlık algısı ile de ayrıldığı noktalar oluşmuştur. Negatif tanımlar; sağlığın ancak bozulduktan sonra tanımlanabilmesine neden olduğu için "öncelikle insanların hastalanmasını önleme" ilkesiyle çelişmekte ve bu konu ile ilgili olarak yapılması düşünölen planlamalara ters düşmektedir. Negatif tanımlamalarla ilgili olarak ortaya çıkan en önemli problemlerden biri de evrensel olarak nitelendirilecek ve bireyin hasta (diseased) olarak kabul edilip edilmemesinde bir ölçüt olarak başvurulacak normların her zaman bulunmamasıdır.

Sağlığın resmi tanımlarından diğeri olan pozitif tanımlarını açıklamak ise daha zordur. Birçok kaynağa göre farklı bakış açıları ve yorumlar yapılabilmektedir. Robinson ve Elkan (4) "*kişilerin hayata katılabilme yeteneği*" olarak tanımlanırken , Bowling'e (5) göre ise, "*stresli durumlara karşı koyabilme, güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve*

korunması, toplumla entegrasyon, yüksek moral, hayattan duyulan tatmin ve psikolojik iyilik ve fiziksel uyum" şeklinde tanımlanmaktadır. Slee ve diğerleri de (6) sağlığın yaygın olarak "fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali" şeklinde tanımlandığını ve "günlük hayatın kaynağı" olarak görüldüğünü belirtmektedir. Hane halkı araştırmalarının sonuçlarına göre de Amerikalılar sağlığı, kişilerin neyi yapmaya ihtiyaç duyuyorlarsa onu yapabilme yeteneği olarak tanımlamaktadırlar (2).

Sağlığı doğru ve çok boyutlu bir şekilde tanımlayabilmek amacıyla bir günümüze kadar birçok yazı kaleme alınmıştır. Sağlığın etkileşimde olduğu alanlarla ilişkileri sağlığın kapsamını anlamak için önemlidir. Dunn, sağlık ve iyilik hali arasında bir farklılık olduğunu belirtir. Sağlık hali bireyin çevresine uyumunun pasif bir durumuyken, iyilik hali bireyin potansiyelini tam olarak kullanmasına yönelik dinamik bir gelişimi göstermektedir. İyilik hali kişinin doğası ve onun çevresi değiştikçe sürekli değişen bir durumdur. İyilik hali rahatlık, mutluluk, canlılık, enerjik olma, verimlilik gibi daha öznel yaşantıları içerir (7,8). Aynı makalede Dunn , yüksek düzey sağlık durumunun çevre ile ne kadar bağlantılı olduğunu göstermek amacıyla " *The Health Grid* " adı verilen güzel bir tablo kullanmıştır (Şekil 1). Bu tabloda çevre şartlarındaki değişimlerin bireylerin sağlığına etkisi şematize edilmiştir.

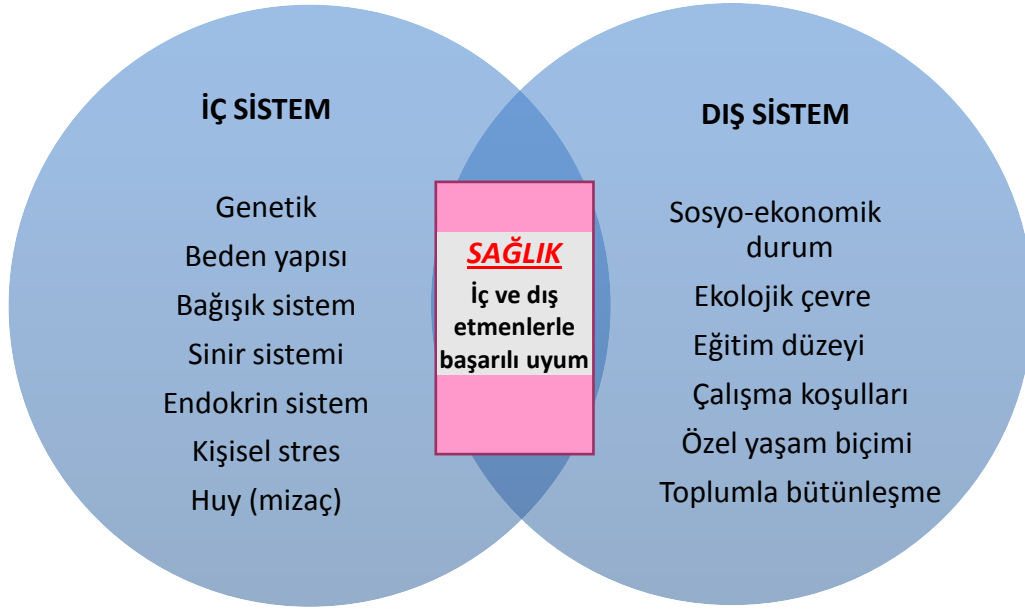


Şekil 1. Sağlık ve çevre eksenlerinde kişisel iyilik durumunun görünümü - The Health Grid (U. S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, National Office of Vital Statistics)

İllich'e göre (9) sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme, hastalandığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içerir. Burada sağlık, toplumun sosyo-kültürel yapısına, bireyin biyolojik gelişimi ile bu gelişim sürecinde ortaya çıkan değişimlere uyum sağlama süreci olarak değerlendirilmektedir (8).

Capra (10) ; bir insanın sağlığının canlı organizmaya ve onun çevresiyle ilişkisine bakış açısına bağlı olduğunu, zamana ve kültürlere göre bu bakış değiştikçe sağlık anlayışlarının da değişeceğini belirtir. Ona göre, sağlık kavramı bireysel, toplumsal ve ekolojik boyuta sahip olmakla birlikte, organizma olarak bir sistem ve onu çevreleyen bir sağlık sistemi anlayışı ile ele alınabilir. Capra, sağlığın bireysel düzeyde algılanma durumuna vurgu yapmakla birlikte, kişinin içinde bulunduğu çevre ve toplum değiştikçe sağlığa yüklenen anlamların da değişeceğini ileri sürmektedir. Capra'nın yaklaşımına göre bireyden toplum ve çevreye doğru genişleyen bir sağlık kavramı vardır ama içinde yaşanan zaman ve içinde yaşanan toplumun kültürel yapısının da sağlık algısı üzerinde büyük bir belirleyiciliği bulunmaktadır.

Sağlık algısının içinde yaşanan çevre ve toplumla ilişkisi çok iyi bilinmektedir. Sıradan bireylerden bu konuda araştırma yapanlara kadar birçok kişi buna vurgu yapmıştır. Kişinin kendi biyolojik ve psikolojik faktörlerden oluşan iç dengesinin, dış etmenler dediğimiz kendisi ve yaşadığı çevre ile ilgili tüm toplumsal ve çevresel faktörlerle olan uyumu ideal sağlık durumunun oluşumunda anahtar rol oynamaktadır. Bu nedenle sağlığın bir adaptasyon, var olan iyi durumun korunması şeklinde algılanması da farklı ama doğru bir tanım olarak kabul edilebilir. Burada dikkat edilmesi gereken bir nokta da; hem iç hem de dış dengenin bozulmasının ayrı ayrı sağlığın bozulmasına sebep olabileceği gibi, dış dengede oluşan bir bozulmanın kişinin iç dengesinde bir bozulma oluşturmaya ya da bunun oluşumunu kolaylaştırmaya yardımcı olabileceğinin bilinmesi gerektiğidir. İç ve dış sistemlerin dengesine dayalı sağlık tanımını aşağıdaki şekilde şematik olarak görmekteyiz (Şekil 2).



Şekil 2. Sağlık : İç ve dış etmenlerin uyumu

Sonuç olarak sağlık kavramı; birçok boyutu olan ve tek bir bakış açısı ile yaklaştığımızda açıklamalarımızın eksik kalacağı bir kavramı ifade etmektedir. Bu kavramı objektif ölçütlerle (tıbbi muayene, biyokimyasal ve görüntüleme tetkikleri, biyopsi, değişik testler ve ölçümler gibi) tanımlayabileceğimiz gibi, sübjektif bir değerlendirme (kişinin kendi hakkındaki düşünceleri ve hisleri) olarak da tanımlayabiliriz. Ancak tek başına bunlar yeterli olmayabilir. Örneğin kişi objektif bir hastalık bulgusuna sahipken sübjektif olarak kendini sağlıklı hissedebilir veya ifade edebilir. Sağlığı tüm boyutlarını ve ilişkide olduğu alanları da dikkate alarak bir bütün olarak değerlendirmek gerekir. Bu da sağlığa bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bireyin sağlığının bedensel, ruhsal ve sosyal yönden bir bütün olarak iyiliği ve hastalıkların oluşumundan tanı ve tedavisine kadar olan süreçte " bağlam " (context) faktörüne dikkat edilmesi bütüncül yaklaşımın özünü oluşturmaktadır. Özellikle aile hekimliği gibi birinci basamak hekimliği ile uğraşanların kişilerin sağlık - hastalık durumuna karar verirken bağlam faktörüne dikkat etmesi sayesinde hastalıkların atlanmaması , erken tanı konması, tanı konulamayan veya tanı süreci uzayan vakalarda çözümü kolaylaştırması gibi birçok faydayı da kazanmak mümkün olabilmektedir.

2.1.4. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün Sağlık Tanımı :

DSÖ 'nün kurumsal kimliği ile 1947 yılında yaptığı sağlık tanımı ise sağlığın pozitif tanımları arasında günümüzde bile büyük bir çoğunluk tarafından kabul gören bir tanım olarak geçerliliğini sürdürmektedir. Bu tanıma göre " sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamıştır. Bu tanım sağlığın sadece fiziksel boyutu ile sınırlı kalmayıp ruhsal ve sosyal boyutlarına da vurgu yapmıştır. Bu tanım her ne kadar çağdaş sağlık algısının bütüncül boyutu ile örtüşmesine rağmen ölçülebilirlik yönünden sıkıntılar taşımaktadır. Özellikle " iyilik hali " ifadesinin subjektifliği ve tanımlama zorluğu bu tanımın zorluklarını oluşturmaktadır. Ancak özet bir tanım olmasına rağmen kurumsal kimliğe dayalı ve genel kabul gören bir tanım olarak hala geçerliliğini sürdürmektedir.

DSÖ 'nün sağlık tanımına yapılan eleştirilerden biraz ayrıntılı bakacak olursak ; bu tanımın gereğinden fazla basitleştirilmiş ve özet bir tanım olduğu ve oldukça idealist bir nitelik taşıması, sağlığı gereğinden fazla dar bir biçimde tanımladığından, ruhsal / manevi (spirituel) sağlık ve ekonomik iyilik hali gibi bireysel sağlık ile ilgili boyutlara yer vermemesiyle Larson tarafından eleştirilmiştir (2).

Diğer bir eleştiri ise kişilerin fiziksel iyilik, sosyal iyilik hali ve ruhsal iyilik hali ile ilgili görüşleri birbirinden farklı olduğu için hangi koşullar altında ideal bir sağlık durumunun yakalanacağı konusunda da bir netlik bulunmamasıdır. Bu durum herkes için ortak sağlık seviyesinin sağlanmasını ve sağlık amacının gerçekleştirilmesini zorlaştırmaktadır. Ayrıca hastalık tanısı alan ama medikal kontrol altında tüm parametreleri normal seyreden ve kendisini gayet sağlıklı olarak tanımlayan insanları açıklamakta bu tanım yetersiz kalabilmektedir. Eğer bu gibi durumları sağlıksız kabul edersek dünyadaki birçok insan sağlıksız kabul edilmek zorunda kalacaktır. Gene benzer olarak, ideal sağlık durumunun spesifik ve tanımlanabilir bir durum gibi ifade edilmesinin doğru olmadığı yönündedir. insanların farklı vücut yapılarına, yaşa ve geçmişe sahip olduğudur. Bu nedenle en uygun durumun sağlanması farklı kişiler için her seferinde farklı şartlara bağlı olacaktır (11).

2.1.5. Sağlık Açıklama Modelleri

Sağlığı daha iyi anlamak ve tanımlayabilmek için çeşitli yaklaşım modelleri geliştirilmiştir. Bu konuda tam bir görüş birliği sağlanamamasına ve modeller konusunda farklı yaklaşım şekilleri bulunmasına rağmen Larson'un "*The Measurement of Health. Concepts and Indicators*" (2) adlı kitabında da belirttiği başlıca modeller şunlardır (12) :

- a) Tıbbi Model (The Medical Model)
- b) Helistik Model (The Holistic Model)
- c) İyilik Modeli (The Wellness Model)
- d) Çevre Modeli (The Environmental Model)
- e) Derlenmiş (Eklektik) Model (The Eclectic Model)

Tıbbi Model (The Medical Model) :

Tıbbi model en geniş kabul gören modeldir. Bu modele göre sağlık ; hastalıkların (disease) yokluğu şeklinde basitçe tanımlanabilir. Sağlığı daha çok doktorlar ve sağlık profesyonellerinin tıbbi bakış açısıyla tanımlamaya çalışan bir modeldir. Bu modele göre hastalık yoksa sağlık vardır denebilir.

Tıbbi model sağlığı ölçmede aynı zamanda ölüm (mortality) kavramını kullanır. Çünkü ölüm net bir sonuçtur ve varlığında sağlıktan bahsetmek imkansızdır. Bu modelde sağlığın tanımı ölçülebilir kavramlar olan hastalık (disease) ve ölüm (mortality) gibi kavramları içermektedir. Bunlardan bebek ölüm hızı ve kaba ölüm hızı gibi ölüm istatistikleri özellikle gelişmekte olan ülkeler açısından ele alındığında uluslararası düzeyde sağlık statüsünün ölçümünde kullanılmaktadır (2,12) .

Tıbbi modeldeki bir diğer önemli öge hastalıkların sınıflandırılmasıdır. Hastalıkların sınıflandırılması, içinde bulunulan çağa ve yaşanılan ülkeye göre değişiklik göstermektedir. Tıbbi modelde hastalıkların sınıflandırılması, ölümden optimum sağlık durumuna kadar uzanan geniş bir yelpazede sağlık seviyesinin ölçülmesine izin vermektedir. Tıbbi model son yıllarda fonksiyonelliğin ölçümünü, yetersizliği ve aktivitelerdeki sınırlılıkları da kapsar hale gelmiştir. Bu ölçümler fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik ve ağrı göstergelerini içermektedir (2,12) .

Tüm bunlara rağmen tıbbi model tek başına sağlığı açıklamada yeterli değildir. Hastalıkların ve yetersizliklerin olmaması bir bireye sağlıklı diyebilmek için gereklidir ama yeterli değildir. Bireyin sağlığı birden fazla yöne sahiptir. Bu model sadece hastalık olmamasını baz alarak mortalite , morbidite ve fonksiyonel yeterliliklerin ölçümü ile sağlığı tarif etmeye yetmemektedir.

Modelin başka zayıf yönleri de vardır. Tıbbi model sosyal sağlığa ve diğer bireylerle sağlıklı etkileşime duyarlı değildir. Yine bu model hastalıkların sosyal nedenlerini ve hastalığın tanımlanmasındaki sosyal gelenekleri önemsememektedir.

Holistik Model :

Modele göre bireyin sağlığı; fiziksel sağlıkla beraber aynı zamanda sağlığın sosyal ve ruhsal yönlerini de içerecek şekilde bir insanın bütünüyle sağlıklı olma hali olarak tanımlanmaktadır. Bu model sağlığı, tıbbi modeldeki gibi hastalık ve zayıflık gibi negatif açılardan ele almak yerine, sağlığın pozitif yönü ve iyilik hali gibi kavramlar üzerinde odaklanmaktadır. Bu modeldeki sağlık tanımı daha idealist bir tanım niteliğindedir. Buna göre pozitif açıdan sağlık; iyilik hali, etkililik ve çalışmaya duyulan isteklilik olarak tanımlanmaktadır (2,12).

Holistik yaklaşımın temelde DSÖ'nün halen geçerliliğini koruyan sağlık tanımı ile fazlası ile örtüştüğünü görmekteyiz. Ancak ufak farklılıkları da bulunmaktadır. Özellikle spiritüel sağlık ve pozitif sağlığın teşvik edilmesinde holistik yaklaşım önemlidir.

İyilik Modeli :

Bu modelin sağlık tanımı DSÖ'nün tanımına benzer ancak "iyilik hali" üzerinden daha subjektif bir anlam içerir. Bu modelde sağlık, hissetme durumu olarak tanımlanmaktadır. Buna göre sağlık kavramı, profesyonel olmayan kişilerin sezgisine göre fiziksel iyilik hali, rahatlık, enerji ve faaliyetleri yerine getirebilme yeteneği olarak açıklanmaktadır.

İyilik modeline göre yüksek iyilik hali, kişilerin fonksiyonlarını yerine getirebilmeleri için yüksek bir potansiyele sahip olmalarını ve fonksiyonellik sürecinde ya da diğer bir deyişle görevleri yerine getirme sürecinde bireyin vücut, akıl ve ruh olarak bütünleşmesini ve bu şekilde hareket etmesini içermektedir. Bu modelde bireyi sürekli olarak

mükemmele doğru giden ve gelişen bir sistem olarak görme eğilimi söz konusudur. Bu modelle ilgili eleştiriye açık yönler başlıca iki tanedir ; birincisi kişilerin iyilik hali ile ilgili tercihlerinin ve algılamalarının yaşa ve kültürel koşullara bağlı olarak değişeceğinden fazlasıyla subjektif olması, ikincisi ise sağlığın tanımını mutluluğu ve yaşam kalitesini de içerecek şekilde genişlettiği için tanımın daha da güçleşmesidir (2,12) .

Çevre Modeli:

Çevre modeli *sistem teorisi*yle ilişkilidir. Sistem teorisi, kişilerin davranışlarını ve sistemleri daha geniş bir çevre bağlamda analiz eder. Sağlığın tanımında, çevre modelinin sistem modelinden daha fazla kullanılmasının nedeni, sistemin bileşenleri ile olan ilişkisinden daha çok bireyin çevre ile olan ilişkilerine odaklanmasındandır. Son zamanlarda tıpta meydana gelen ilerlemelerin, kişilerin sağlık statüleri üzerinde beklenilenden daha az etkiye sahip olduğunun ortaya çıkması, buna karşılık eğitim, sosyo-ekonomik koşullar ve çevre şartlarındaki ilerlemelerin kişilerin sağlık statüleri üzerinde olumlu birtakım etkilerinin bulunması çevre modelinin önemini artıran faktörlerdendir (2,12) .

Çevre modelinin önemli bir noktası da bireyin çevresinden tamamen soyutlanamayacağıdır. Çünkü bütün insanlar hem içinde yaşadıkları ortamı etkilerler, hem de sürekli olarak değişen çevreden ve dünyadan etkilenirler (11) .

Derlenmiş (Eklektik) Model :

Bu model diğer modellere uymayan ve tüm modellerden daha geniş kapsamlı açıklamalarının toplandığı grubu oluşturur. Bunlar sağlığın daha alışılmadık tanımlarıdır. Bugün derlenmiş olan bu tanımlar yarın norm haline dönüşebilir.

2.2. HASTALIK KAVRAMINA GENEL BAKIŞ

" *Sağlığın başlangıcı hastalığı tanımaktır* " (Miguel de Cervantes)

Hastalık kavramı insanlık kadar eski bir kavramdır. Kavram eskidir ancak kavramın içeriği ve insanlar için hastalıkların önemi, geçen zamana birlikte sürekli değişerek yenilenmiştir. Hastalığın tanımı, nedenleri, tanısı ile ilgili süreç ve işlemler ile hastalıkların tedavi yolları insanlığın düşünce yapısı ve teknolojideki gelişmelerden etkilenmiş ve günümüz sağlık-hastalık algısı içindeki bugünkü konumuna ulaşmıştır. Tanımsal olarak hastalık kavramını bugünün değerleri ile anlayabilmek için hastalığın tarihsel gelişimine bakmak gerekir.

2.2.1 Hastalık Kavramının Tarihsel Gelişimi

Yazılı tarihten önceki dönem için hastalık kavramı ile bilgiler genelde sınırlı olup genellikle antropoloji, arkeoloji bilimlerinin araştırma alanına girmektedir. Animistik (gizemci-büyüsel) düşüncenin egemen olduğu bu çağlardan Eski Yunan-Roma dönemine dek uzanan çağlar boyunca insanlar, hastalıkların nedenlerini doğüstü güçlere bağlamışlardır. Doğa karşısında çoğu kez güçsüz ve çaresiz kalan ilkel insan, derin korkular ve güvensizlik duyguları içinde doğa-üstü güçlerin varlığına ve birçok olayın nedeni olduğuna inanarak yaşamını sürdürmüştür. Hastalıkları ve doğal afetler gibi birçok kavramın nedeninde bu doğüstü güçler ve bu güçlerin insanoğlu ile ilişkisi sebep gösterilmiştir. Kendi gücü ve teknolojisi ile yenemeyince, kendi düşüncesinde bunları oluş biçimlerine, bunlardan nasıl kurtulabileceğine ve korunabileceğine ilişkin inançlar, kavramlar ve uygulamalar geliştirmiştir. Bütün açıklamalar, korunma ve tedavi yolları büyü ve doğüstü güçlere (cin, peri ve şeytan vb.) inanç doğrultusunda gelişmiştir. Bu düşünce biçiminin sonucu olarak da sağaltım yapanlar din adamları ve şamanlar olmuştur (8,13). Bunun yanında sınama-yanılma yöntemiyle ampirik müdahaleler de gelişmeye başlamıştır. İlk çağlarda çeşitli uygarlıklarda kendi özgü tedavi uygulamalarının yanı sıra hastalık ve sağlık kavramları doğrultusunda iyileştirici, koruyucu, sağlık verici tanrıların varlığına inanıldığını da gözlemekteyiz.

M.Ö. 4. yy da yaşayan ve tıp tarihi için çok önemli bir kişilik olan Hipokrat zamanına gelene kadar hastalıklar kötü ruhların, cinlerin yaptıklarına atfedilir veya insanlara kızan tanrıların onlara gönderdikleri bir ceza olduğu sanılırdı. Hipokrat bütün bunlara karşı çıktı ve hastalıkların daima doğal nedenlerden ileri geldiğini iddia etti. “*Doğa hastalıkların hekimidir*” düşüncesini temel alan Hipokrat, hastalıklar ve hastalara karşı “*yardım et veya en azından zarar verme*” ilkesini benimsemiştir. Hastalıkların oluş mekanizması olarak dünyayı oluşturduğu düşünülen dört temel elementten (hava, toprak , su , ateş) hareketle oluşturulan “*Beden sıvıları*” kuramını (*Theorié Humorale*) da kabul ediyordu. Buna göre hastalıklar vücuttaki kan, balgam, sarı safra ve kara safra denilen dört sıvının arasındaki dengenin ve uyumun bozulmasından kaynaklanmaktaydı. Hipokrat, bu dengeyi bozmamak için temiz hava, iyi beslenme, düzenli yaşam gibi sağlığı koruyucu esaslara uymanın şart olduğunu savunmuştur (14).

Hipokrat'la başlayan akılcı tıp döneminde ve sonrasında Razi ve İbni Sina'nın yaklaşımında da hastalık kavramı ampirik bir nedensellik ilkesine dayandırılmıştır. Ortaçağda İslam tıbbında özellikle hastalıkların açıklanması ve tedavi edilmesinde önemli gelişmeler yaşanırken, Avrupa'da kilisenin katı, dogmatik tutumu eski gelişmelerin de unutulmasına ya da isteyerek bırakılmasına yol açmış, yeniden büyüsel-gizemci düşünce egemenlik kazanmıştır (8).

İnsanı bir makine ve hastalığı da bu makinenin bölümlerindeki bir bozukluk olarak ele alan Descartes'cı düşüncenin (*Cartesien Düşünce*) benimsenmesi ve enfeksiyon hastalıklarının mikrobiyolojik kökenlerinin keşfini takiben ortaya çıkan "*spesifik etiyojoloji doktrini*" dir. 1882'de Koch, tüberküloz hastalığına yol açan mikrobu keşfetmiş, bunu takiben 20. yüzyıla kadar 22 çeşit mikrop keşfedilmiştir. Bu gelişim tek bir mikrobun tek bir hastalığa neden olduğu fikrini ortaya çıkarmıştır. Böylece hastalık nedenlerini açıklayan "*Mikrop Teorisi*" oluştu. Ancak hastalık ajanı ile karşılaşan herkesin mutlaka hasta olmaması üzerine başka faktörlerin de olabileceğinden hareketle teorinin hastalık etiyojisini açıklamaya yetmediği görülünce "*Epidemiyolojik Üçgen Teorisi*" ileri sürülmüştür. Bu teoriye göre hastalık; mikrop, taşıyıcı ve çevre değişkenlerinin aralarındaki etkileşimi sonucu oluşan dinamik bir durum olarak tanımlanmıştır. Ancak kronik hastalıklar ve enfeksiyonlar dışındaki başka hastalıkları yeterince açıklayamamasından dolayı yerini "*Çok Nedenli Yaklaşım*" teorisine bırakmıştır. Çok nedenli yaklaşım, hastalıkların biyolojik, sosyal ve psikolojik pek çok faktörün etkileşimi sonucu geliştiğini ileri sürmektedir Bu günümüzün sağlık anlayışının

da temellerini oluşturmuştur. Bunun da yeterli olmadığı bazı alanları açıklamak için "Genel Duyarlılık Teorisi" geliştirilmiştir. Bu teori güncel ve çağdaş tıp yaklaşımı olan bütüncül yaklaşımın özünü içeren, hastalıklarda bireyin içinde bulunduğu sınıfsal koşullar, yaşadığı mahalle, gelir düzeyi, eğitim, meslek gibi faktörler etkili olduğunu savunan bir teoridir (8).

2.2.2. Hastalık Kavramının Tanımı

Hastalık kelimesinin dilimizdeki anlamına bakacak olursak TDK Güncel Türkçe Sözlük'te hastalık; organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın bozulması durumu, rahatsızlık, çor, dert, sayrılık, illet, maraz, maraza, esenlik karşıtı olarak tanımlanmaktadır (15). Bu genel tanımda da görüldüğü gibi hastalık sağlığın yokluğu veya kaybolduğu bir durum olarak tanımlanmıştır. Ancak hastalık da aynen sağlık gibi farklı boyutları ile tanımlanmayı hak etmektedir.

Basitçe bir ayırım yaptığımızda hastalığı iki ayrı şekilde tanımlayabiliriz :

1) Tıbbi açıdan hastalık (disease),

Tıbbi açıdan hastalık, bedeni etkileyen birtakım faktörlere karşılık olarak oluşan, belirli işaret ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormalliği işaret eder. Doktorun hastayı muayene etmesi ve tıbbi literatüre göre kişinin sübjektif yakınmalarını bir hastalık tanısına bağlaması anlamına gelmektedir. Nesnel bir durumun ifadesi olup tıbbi olarak teşhis ve tedavi edilen bir durumu tarif eder.

2) Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak hastalık (illness),

Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak hastalık; bireyin ait olduğu sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik niteliğine, psikolojik durumuna uygun olarak rahatsızlığının / hastalığın ya da patolojik durumun sonuçlarının, gene birey tarafından öznel bir deneyim olarak algılanmasına, bireyin duyduğu acı, ağrı, vb. gibi durumlara işaret eder. Bireyin sahip olduğu demografik, ekonomik ve kültürel faktörlerle birebir etkileşim içinde hastalığın algılanması, değerlendirilmesi ve hastalığa verilen yanıt, farklılıklar gösterir. Hastalığın bu

boyutu kendi içinde sübjektiflik barındırır. Sübjektif olarak algılanan hastalık (illness), organik bozukluğun neden olduğu sonuçları değişik derecelerde etkiler ve bu sonuçlardan etkilenir. Hatta bu bağlamda yani sübjektif ve objektif anlamlarda hastalığın birlikteliği söz konusu olmayabilir. Patolojik bir anormallik olmadan birey kendisini sübjektif anlamda kötü hissedebileceği gibi, tam tersine sübjektif anlamda hasta ve rahatsız hissetmediği halde patolojik anlamda hasta olabilir (16,17) .

Tıp bilimi; konu alanına giren sağlık-hastalık algısının tanımlanması, yönetimi ve tedavisinde kendi sınırlarını çizirken, profesyonel bakış açısının bir yansıması ve pozitif bilimlere has metodolojiye uygun olarak ölçüm ve kanıtlarla desteklemeye çalışan bir özellik göstermektedir. Öznel ve geçerli bir tanımlamayı ilke edinerek hareket etmektedir. Yüzyıllara dayanan tıp literatürünün oluşması da bu ilkeye dayanmıştır. Hastalıklara ait genel kabul gören tanımlamalar yapabilmek için, bireysel farklı algı ve açıklamaların olabileceği dikkate alınsa da tüm insanları kapsayan genellemelere gidebilmek gerekli bir durumdur. Bu durum hastalık kavramı ve bunun yansımalarının anlamlandırılmasını sınırlandırmaktadır. Hastalığı daha iyi anlamak ve sağlıklı bir hayatın şifrelerini daha iyi çözebilmek için toplumsal-kültürel anlamda hastalık olgusunu da iyi anlamak gerekmektedir.

Hastalığın sosyo-kültürel tanımı içinde, hasta bireyin hastalığa bakışı ise tamamen farklıdır. Bu bireysel farklılığın ilk nedeni, öncelikle semptomların ortaya çıktığı yerin bireyin bedeni olması ve bu patolojilerin direkt olarak onun fiziksel bütünlüğünü tehdit etmesidir. Bunu takip eden diğer bir nedensel faktör ise, semptom ya da patolojileri bireyin algılamasının, bireyin 'sosyal atmosferi' doğrultusunda farklılık göstermesidir. Bireyin cinsiyeti, yaşı, eğitimi, mesleği/işi, ekonomik durumu, yaşadığı sosyal ortam/ coğrafi bölge (kır/kent), içselleştirdiği kültürel değerler, adetler, gelenekler vb. bireyin sahip olduğu sağlık/ hastalık tanımlaması içinde, semptomları çok farklı olarak algılamasına ve değerlendirmesine neden olur. Bu farklı algılama ve değerlendirme ise, hastalığa ilişkin tepkiyi ve hastalık davranışını etkiler (17,18) .

2.2.3 Hastalık Statüsü ve Hastalık Rolü

Hastalık; hem bireyin statülerini, rollerini ve sorumluluklarını, hem de bireyin sosyal çevresiyle olan ilişkilerini etkiler. İnsanın sosyal bir varlık olmasının aynı zamanda toplumsal statü ve rollerinin de olması sonucunu doğurduğundan hareketle hastalık durumuna ait " hastalık statüsü ve rolü" olduğundan bahsetmek yanlış olmayacaktır.

Hastalığı bu bağlamda teorileştiren T. Parsons'a göre (19) ; bireyin hastalığı, toplumsal sistem içinde 'hastalık statüsü ve rolü' aracılığıyla görünür hale gelir. Bu durumun en önemli sonucu toplumun, hastalık nedeniyle bireyi, her türlü görev ve sorumluluklarından tarafından muaf tutmasıdır.

Sosyal bakış açısıyla hasta olmak, bireyin suçu ya da kusuru değildir. Dolayısıyla da birey, hasta statüsüne girdiği andan itibaren, önceden sahip olduğu statü ve roller, hastalık dönemi boyunca işlerliğini/geçerliliğini yitirir. Kısaca bireyin normal statü ve rolleri askıya alınır. Eğer bu düzenleme yapılmamış olsaydı kişiden aynı statü ve rolleri sürdürmesi beklenecekti. Bunların gerçekleşmemesi ise sosyal ilişkilerdeki aksama yoluyla toplumun zararına işleyen bir duruma dönüşecekti (20) .

Hasta kişi içinde bulunduğu sosyal grubun varlığına fonksiyonel biçimde katkıda bulunmamakta, grubun kaynaklarını gereksiz yere tüketmektedir. Bu nedenle hastalık sosyal olarak kontrol edilmek zorundadır. Aksi takdirde hastalık sosyal düzen ve sosyal denge, dolayısıyla sosyal sistem için tehdit oluşturabilir. Hasta birey ve hastalık gibi sosyal yapı ilişkileri bozan bir durum sisteme dahil olduğunda yeni bir denge ve düzenleme durumunun sağlanması için hastalığın ve hasta kişinin sosyal olarak da onaylanması gerekmektedir. Bunun bireysel boyuta yansması, bireyin sahip olduğu statü ve rollerin içeriğindeki görev ve sorumlulukların, bireyin çevresindekiler/yakınları tarafından üstlenilmesiyle/paylaşılmasıyla gerçekleşir. Bu süreç de hastalık statüsünün toplumsal onayından, tıbbi onayına kadar uzanan bir süreçtir (17).

Hastalık durumu bireyin karakterine ve ruhsal sağlık durumuna göre ikincil kazançlar için kullanılabilir. Kişinin başa çıkamadığı durumlarla karşılaşması durumunda bir savunma mekanizması olarak, bireysel başarısızlığı rasyonalize etmek için, çevrenin dikkatini çekmek için kullanılabilirdiği gibi, kişinin çevresindekiler üzerinde psikolojik baskı uygulaması yoluyla bir sosyal kontrol aracı olarak da kullanılabilir (20).

Hasta rolü başka bir kaynakta da şu şekilde açıklanmıştır (21) :

- 1) Hasta birey hastalığı süresince normal sosyal rollerinden muafır. Toplum tarafından onaylanan bu muafiyet hekim tarafından yasallaştırılır. Normal rol performansı ve sorumlulukları hasta kişi kendini daha iyi hissedene kadar ertelenir. Muafiyetin derecesi hastalığın şiddeti ile direkt olarak değişir.
- 2) Hasta kişi hastalığından sorumlu değildir. Hastalık kişisel kontrolün dışındadır. Hasta dışındaki iyileştirici süreç hastanın tekrar iyilik haline dönmesi için gereklidir.
- 3) Hasta bireyin iyileşmek için çaba sarf etme sorumluluğu vardır. Hastalık sosyal olarak istenilmeyen bir durumdur ve bundan dolayı toplum hastanın sağlığına kavuşması için ona sorumluluk yükler (doktorun yardımı ile).
- 4) Hasta birey profesyonel tıbbi yardım görmeli ve kendine bakım verenlerle işbirliği içine girmelidir.

2.2.4 Hastalık Davranışı

Bireylerin sağlığında bozulma veya farklılık olduğundaki davranışları, kendi içinde değişik aşamalardan oluşan ve belli bir sırayı takip eden kompleks bir yapı gösterir. Kompleks ve basamaklı yapısı kişisel sosyo-kültürel, sosyo-ekonomik ve ruhsal yapılarındaki farklılıklarıyla beraber değerlendirildiğinde daha karmaşık bir duruma gelebilir. Davranışları inceleyen sosyoloji bilimi hastalık davranışını açıklamada da en etkili bilim dalı olmuştur. Özellikle medikal sosyoloji bu davranışın açıklanması ile uğraşmaktadır.

Mechanic'e (22) göre *hastalık davranışı (illness behaviour)*, fiziksel belirtilere gösterilen bireysel cevabın değişiklik gösteren yönlerini; bireylerin iç durumlarını nasıl izlediklerini, tanımladıklarını, hastalık belirtilerini nasıl açıkladıklarını, ne şekilde davrandıklarını, çare niteliğinde başvurdukları yöntemleri ve formal ve informal bakımın değişik kaynaklarını ne şekilde kullandıklarını açıklayan bir kavramdır (8).

Hastalık davranışının (illness behaviour) içeriğinde iki temel boyut vardır: Bunlar "*hastalık semptomlarını algılama / yorumlama*" ve "*hastalık için yardım arama / alma*" dır. Her iki boyut, birbiri ile yakından bağlantılıdır ve birindeki bir yönelim, diğerini de etkilemektedir. Bu iki boyutun, hem birbiri ile bağlantısını gösteren hem de içeriğini detaylandıran 10 temel basamak vardır (23) :

1. Anormal semptomların ve işaretlerin farkına varılması
2. Semptomların ciddi olarak algılanma derecesi
3. Semptomların aile, iş ve toplumsal yaşamı etkileme derecesi
4. Semptomların görülme sıklığı, kalıcılığı ve tekrar ortaya çıkış sıklığı(ısrarcılığı)
5. Semptomlara ilişkin tolerans eşiği (dayanabilme gücü)
6. Semptomları hakkındaki kişinin ön bilgisi, değerlendirme- tanımlama
7. İnkâr etme
8. Alternatif açıklamalar (Hastalık tepkileriyle mücadele)
9. Semptomlara yüklenen olası yorumlarla mücadele etmeye hazır olma
10. Tedavi kaynaklarına ulaşabilme durumu, fiziksel yakınlık, yardım almanın psikolojik ve parasal giderleri (yalnızca fiziksel mesafe, para, zaman ve çaba harcama yönünden değil, aynı zamanda küçük düşürülme duygusu, sosyal mesafe konması ve damgalanma gibi giderlerinin olması)

Zola (24) ; benzer bir sistematik ile hastalık davranışını açıklamaya çalışmış ve evrelere ayırmıştır :

1. Bireyin kendisine rahatsızlık veren semptomların farkına varması
2. Semptomların birey tarafından tolere edilmesi, reddedilmesi ya da sosyal yaşamı etkilediği yönünde değerlendirilmesi
3. Diğerlerine/yakınlara danışması (yani danışma sisteminin devreye girmesi)
4. Hastalığın bireyin sosyal yaşamını ve rollerini etkilemesi
5. Semptomların derecesel olarak görünürlüğünün ve etkisinin artışı olarak sıralanabilir

Bu süreçler sonunda hastalık davranışı, genellikle üç şekilde sonuçlanır : Birincisi semptomların algılanması sonrasında bireylerin bunları tolere etmeleri ve çok da önemsememeleridir. İkinci hastalık davranışı, semptomları algılama sonrası, evde bakım/tedavi gibi alternatif tekniklerle bunlarla baş etmeye çalışmalarıdır. Son hastalık davranışı ise tıbbi yardım arama talebidir (16).

2.2.4.1. Rahatsızlık Belirtilerini Algılama, Tanımlama ve Değerlendirme :

Genellikle hastalıkla ilgili belirti veya işaretlerin birey tarafından algılanması ile başladığı için bu süreç nesnel deneyimlere dayanan bir özellik taşır. Birey fiziksel görünümünde, beden işlevlerinde, duyularında, düşünce akışında vb. bir farklılık ya da bir rahatsızlık hissettiğinde, içinde bulunduğu kültürün , geçmiş hastalık deneyimlerinin ve bilgilerinin etkisiyle bir tepki geliştirir. Her insanın kendini algılama biçimi ve sağlık-hastalıkla ilgili bilgileri farklı olduğundan bu tepkiler bireyden bireye büyük farklılıklar gösterir.

Burada günlük hayatta ve tıp yazınında bazen birbirlerinin yerine ve yanlış olarak kullanılan " *rahatsızlık* " ve " *hastalık* " kavramlarını açıklamak yerinde olacaktır.

Rahatsızlık: Hastanın fiziksel veya ruhsal bir bozukluk nedeniyle yaşadığı kişisel deneyime denir. Başka bir deyişle hastanın kendinde var olan sağlık sorununa bakışı, onu algılayışı ve onunla başa çıkma çabasıdır. Hastanın kendi rahatsızlığını kavrayışında duygu, düşünce ve kaygıları ile herhangi bir hastalık epizodunun yaşam üzerindeki etkilerini önemli yer kaplar. Rahatsızlık algısının içeriği hastanın duyguları, algıları (özellikle korkuları), engelleri ve sıkıntıları, hekimlerine ve içinde buldukları duruma karşı tutumları, başlarına gelen durumun yaşamları ve ilişkileri üzerine etkileri, hekime başvuru nedenleri, beklentileri ve fikirleri ile şekillenmektedir.

Hastalık: Herhangi bir sağlık sorununun patofizyolojik olarak belirlenen biyomedikal nedenidir. Başka bir deyişle hekimin rahatsızlığı açıklamak üzere kullandığı patolojik süreçlere hastalık denir. Altta yatan hastalığın semptom ve belirtilerini araştırmak ve hastanın 'hastalığına' tanı koymak, hekimin geleneksel sorumluluğu ve görevidir

Bu kavramları daha iyi anlamak için başka ifadeler de kullanabiliriz. Rahatsızlığın daha çok hastanın yaşamı düzeyinde bir anlamı varken, hastalık patolojik bir süreç ya da durumu ifade etmek için kullanılır. Başka bir popüler söylem ise " Rahatsızlık hekime giderken , hastalık ise hekimden dönerken sahip olduğumuz şeydir " şeklindedir. Ayrıca " *hastalısız rahatsızlık* " denen mevcut yöntemlerin ve tanı süreçlerinin patolojiyi ortaya

koymada yetersiz kaldığı durumu ifade etmek için kullanılan bir tanımı da gözden kaçırmamak gerekir (25) .

Günümüzde İngilizce literatürün yaygın olarak kullanılmasından dolayı buna uygun olarak hastalık ve rahatsızlık kavramlarını daha iyi anlamak için farklı bir açıklama yapacak olursak: Doktora giderken bireyin hissettiği rahatsızlık durumu “*illness*”, doktorun saptadığı hastalık durumu “*disease*”, doktordan evine dönerken kişideki hastalık hali “*sickness*” olarak ifade edilmektedir. "*Sickness* " kelimesi bir anlamda doktorun tanımladığı " *disease* " durumu ile hastanın kendi sağlık sorununa getirdiği bakış açısı olan " *illness* " kavramlarının bütünü şeklinde bir anlama bürünmüştür denebilir.

Hekimlerce konulan hastalık tanısının, başka hekimlerce de gözlemlenebilen, ölçülebilen bazı belirti ve bulgulara dayanan bir durumu ifade etmesi gereklidir. Bireyler için ise “hastalık”, sübjektif bir durum olup bireyin olağan dışı semptomlarını algılaması ve değerlendirmesi ile ilgilidir. Bireyler genelde tıbbi anlamda tanı almadan önce kendileriyle ilgili " hasta, hastalık " kelimelerini kullandıklarında aslında kast ettikleri " rahatsızlıkları" olmaktadır. Bu algılama ve değerlendirme süreci bireyden bireye farklılık gösterdiği gibi birey ile hekim arasındaki iletişime ve hekimlerin güncel algısına göre farklı yorumlanabilmektedir. Yani, kendisini “hasta” hisseden bir kişiye hekim tarafından “sağlam” tanısı konulabildiği gibi, kendisini “sağlam” hisseden bir başka kişiye hekim tarafından ciddi şekilde “hasta” tanısı konulabilmektedir (26).

Rahatsızlık ile ilgili belirtilerin farkına varılması ile birlikte öncelikle birey sağlığında meydana gelen bu değişiklikleri anlamaya çalışır. Tüm bireylerin sağlık, rahatsızlık ve tıbbi tedavi şekilleri ile ilgili bilgi, tutum ve inanışları vardır. " Sağlık anlayışı" denen bu birikim, doğru ve gerekli bilgiler kadar gizemler, akılcı olmayan inanışlar, korkular, anlamı kaymış ifadeler gibi yanlış veya eksik bilgileri de içerir. Birey sağlık anlayışına bağlı olarak öncelikle böyle bir soruna sahip olma veya hastalığa yakalanma şansını kestirmeye çalışır. Bu sorunun ciddiyetini ve yaşamını ne kadar tehdit ettiğini öngörme aşaması hemen bu süreci takip eder. Bu süreç birbiri içine geçmiş bir sürü soruyu da içinde barındırır. Kişi kendi kendini sorguya çeker:

"*Bana ne oldu?*" , "*Niçin oldu?*" , "*Niçin başkasına değil de bana oldu?*" , "*Neden şimdi oldu?*" , "*Hiçbir şey yapılmazsa bana ne olur?*" , "*Bana olanların başkası/ başkaları üzerine olası etkileri neler olabilir?*" , "*Ne yapmalıyım?*" , "*Kime başvurmalıyım?*" (27)

Kişi bir yandan kendine bu soruları sorup yanıtlarıyla sağlığı hakkında bir karara ulaşmaya çalışırken bulduğu yanıtları doğrulamak veya yanıt bulamadıklarını sorabilmek için " danışma sistemi " denilen sistemi kullanmaya çalışır. Bu sistem yakından İnfomal sevk sistemi (lay referral system) olarak da adlandırılan bu iletişim zincirinin hastalık davranışı üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Sosyal ağların tıbbi yardım arama kararını vermede hem hızlandırıcı hem de geciktirici yönde işlev görebileceği belirtilmektedir.

Bireyin kendini hasta olarak algılamasında ve yardım aramaya karar vermesinde hastalık tipinin ve gözlenen belirtilerin önemi vardır Ani başlayan ve şiddetli belirtilerle (ağrı, kanama, yüksek ateş, kusma, ishal, fonksiyon kayıpları vb.) birlikte gözlenen hastalıklarda yardım arama kararı alma daha hızlı olabilirken günlük hayatı ve bireysel fonksiyonları aksatmayan belirtilerde bu süreç uzayabilmektedir.

Mechanic ve Volkart (28); tıbbi yardım alma kararını etkileyen hastalığa ilişkin dört boyut saptamışlardır

- a. Bir toplumda hastalığın ne sıklıkla ortaya çıktığı
- b. Hastalık bulgularının iyi bilinmesi
- c. Hastalık sonuçlarının tahmin edilebilirliği
- d. Hastalıktan kaynaklanması muhtemel kayıp ve tehdidin büyüklüğü

Gene bu konuda Zola (24), bireyin tıbbi yardım arama kararını almasında beş adet tetikleyici özellikten bahsetmiştir. Özellikle bu faktörler belirtileri beklemeye alan veya kendisi bu durumla baş etmeye çalışan kişilerde daha etkili olmaktadır:

- a. Kişisel bir krizin varlığı (örneğin, aile içinde bir ölüm gibi)
- b. Sosyal ve kişisel ilişkilerin engellendiğinin algılanması
- c. Yaptırımın olması (çevresindeki kişilerin yardım alması gerektiği konusunda baskı yapması)
- d. Mesleksi ya da fiziksel aktivitelerin engellendiğinin algılanması
- e. Belirtiler için zaman tanıma (son bir zaman belirleme, örneğin, eğer pazartesi de aynı şekilde hissedersengibi).

2.2.4.2 Danışma Sistemi :

Bireyin hastalık semptomlarını algılayıp kendi içinde bunları değerlendirme aşamasından sonra, bu bulguları en yakınındakilerle paylaşma, onların bilgisine başvurma davranışı, danışma sistemi olgusunu gündeme getirir. Danışma sistemi, istenilen ya da aranan tavsiyenin verileceği, bulguların değerlendirileceği, hasta bireyin birlikte yaşadığı ya da kendini en yakın hissettiği anne, baba, kardeş, eş, arkadaş vb. kişilerden oluşan bir sosyal gruptur (29) .

Bireyler, bu sistem içinde tıbbi yardım arama öncesi semptomların değerlendirilmesi, tıbbi yardım aramaya teşvik ya da semptomları/hastalığı giderici tekniklerden yararlanma ve evsel bakım alma gibi süreçlerle karşılaşır. Hastalık davranışının ortaya çıkma sürecinde hem bulguları hem de alternatif seçenekleri değerlendiren birey, danışma sisteminin vereceği tavsiyeler sonrasında tıbbi yardım arama onayına kavuşur ya da tersine bu onay çıkmadığında, geleneksel/evsel bakım tekniklerini kullanmaya yönelebilir.

Danışma sisteminin yapısı da önemlidir. Özellikle bu sistemi oluşturan kişilerin aralarındaki ilişki ağı ve hastalık konusundaki bilgi durumu danışma sisteminin etkisini belirlemektedir. Suchman'a göre (30) iki şekilde olabilir : *Dar görüşlü (Parochial)* ve *Kozmopolit (Cosmopolitan)*

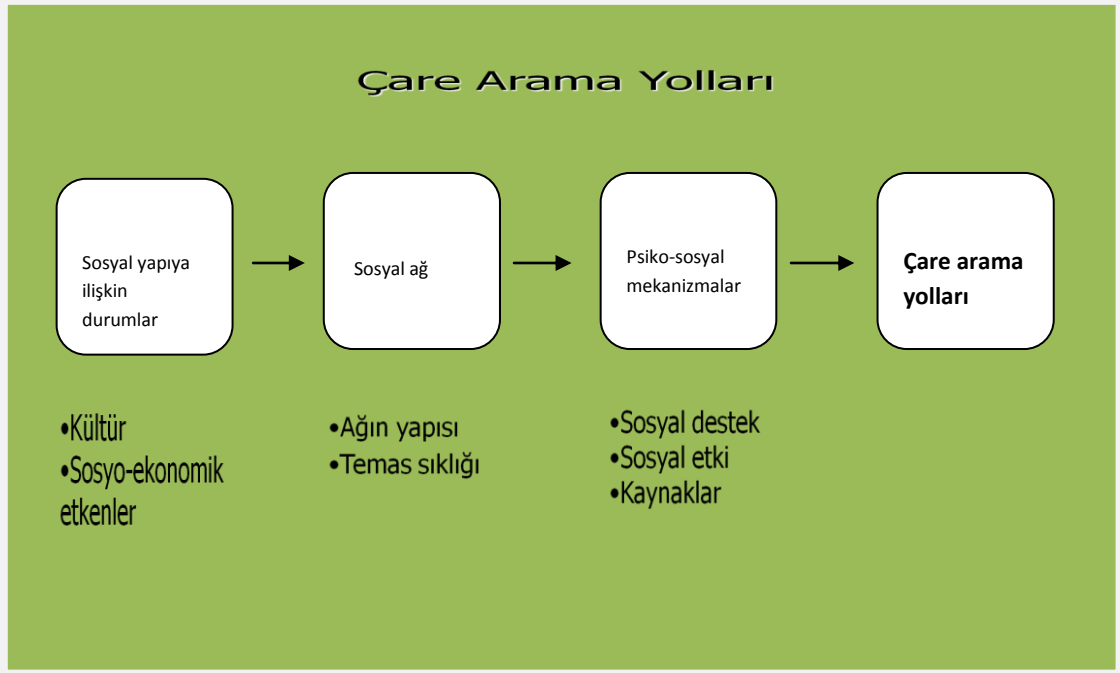
Dar görüşlü ilişkiler ağına sahip bir danışma sistemi çoğunlukla aile, arkadaşlar ve ait olunan kültürel grubun üyeleri ile sınırlıdır. bazı istisnai grupları saymazsak genelde bu üyelerin, hastalık bilgisinin oldukça sınırlı olduğu ve grup içinde de tıbbi bakımın yararlarına ilişkin bir şüphenin az ve çok daima var olduğu gözlenmiştir. Genelde geleneksel aile yapısına sahip, muhafazakar özellikte aile, arkadaş çevresi şeklindedir. Otoriter aile ilişkilerinin daha yaygın olduğu bu gruplarda, hastalık durumu esnasında birbirine bağımlılığın arttığı ve tüm bu nitelikler doğrultusunda tıbbi yardım alma kararının çok zor ya da hiç çıkmama olasılığının gündeme geldiği gözlenmektedir. Kozmopolit ilişkiler ağı ise tersine daha az kültürel benzerlik temeline dayalı, farklı gruplara da açık, daha az otoriter ve daha geniş çaplı bir ilişkiler ağıdır. Kentli yaşam tarzıyla beraber gözlenmeye başlayan ilişkiler ağı buna örnektir. Bu ilişkiler ağı içinde hastalıklarla ilgili ön bilgi daha fazla ve nitelikli olup, tıp personeline ve sistemine güven duyulur. Sağlık bakım sistemlerine de aşinalığın oldukça fazla olduğu bu gruplarda, hastalık durumundaki bağımlılık da oldukça düşüktür. Dolayısıyla da tıbbi bakım onayının çıkma olasılığı yüksektir (17) .

Danışma sisteminin önemli bir özelliği ise burada kullanılan bilginin niteliğidir. Bu bilgi; bireyin semptomlarına ilişkin değerlendirmelerinin/ yargılamalarının temelinde bulunan ve sağlık/hastalığa ilişkin olan uzmanlık dışı (lay knowledge) bilgidir.. İnsanların, sağlık ve hastalığa ilişkin yaşadıkları toplumdan, kültürün inanç ve değerlerinden, ailelerinden ve kendi deneyimlerinden vb. elde ettikleri bir bilgidir. Günümüzde genişleyerek yazılı ve görsel medya ile internetin de içine dahil olduğu geniş bir kapsama kavuşmuştur.

Danışma sisteminin önemli bir özelliği de tıbbi yardım arama ve alma basamağında bireyin hastalığını başlangıçta şartlı/geçici olarak , sonrasında kalıcı olarak onaylanmasıdır. Bu onayın verilmesi ile birlikte bireyin her türlü statü ve rollerine ilişkin görev ve sorumluluklarının, danışma grubu tarafından tıbbi bakım süreci boyunca devralınması gerekli olacaktır. Hasta statüsü, tıbbi boyutta hekim onayı ile formel hale gelir. Danışma sisteminin verdiği onay ise, birinci basamakta bireyin hasta statüsüne girişinin ‘sosyal onay’ıdır ve tıbbi onay açısından gerekli fakat yeterli olmayan bir basamaktır (17) .

Danışma sistemini oluşturan bireylerin sosyal ve ekonomik nitelikleri de, sahip oldukları uzmanlık dışı bilginin niteliğini ve dolayısıyla da tıbbi yardım arama davranışını etkilemektedir. Bu durum tedavi seçeneklerinden geleneksel, tıbbi ve alternatif tıp tekniklerine yönelmeyi belirlemektedir. Danışma sistemi onayın tıbbi yardım arama şeklinde çıkması ile birlikte, bireyin bir tıp kurumuna başvurusu gerçekleşir ve tıbbi konsültasyon sonrası birey, tıbbi açıdan hasta statüsüne girer (31) .

Aşağıdaki şekil (Şekil 3) kişinin tıbbi yardım arama kararını alma ve bu davranışı gerçekleştirme öncesi süreçte sosyal yapının ve bu yapı içindeki ilişkilerin etkisini göstermektedir. Sosyal yapı ve sosyal ilişki ağı kendisini oluşturan kişilerin sosyo-ekonomik durumu, ait olduğu kültürel yapı, inanç durumları, sosyal statü ve rollerine ile uygun olarak kişinin sağlık arama davranışını oluşturmaya doğrudan veya dolaylı bir şekilde etki etmektedir. Burada ilişkilerin sıklığı ve ilişkilere atfedilen önem de bağlayıcı rol oynamaktadır. Bu ilişki ağının yaptırım gücü kişinin sağlık arama davranışının zamanlaması üzerine etki ettiği gibi, bu davranışın yöneleceği sağlık talebinin niteliği üzerine de etkili olmaktadır.



Şekil 3. Çare Arama Sürecine Sosyal Faktörlerin Etkisi (Berkman L.F. and Glass T., Social integration, social networks, social support and health, in *Social Epidemiology*, ch:7, p: 143)

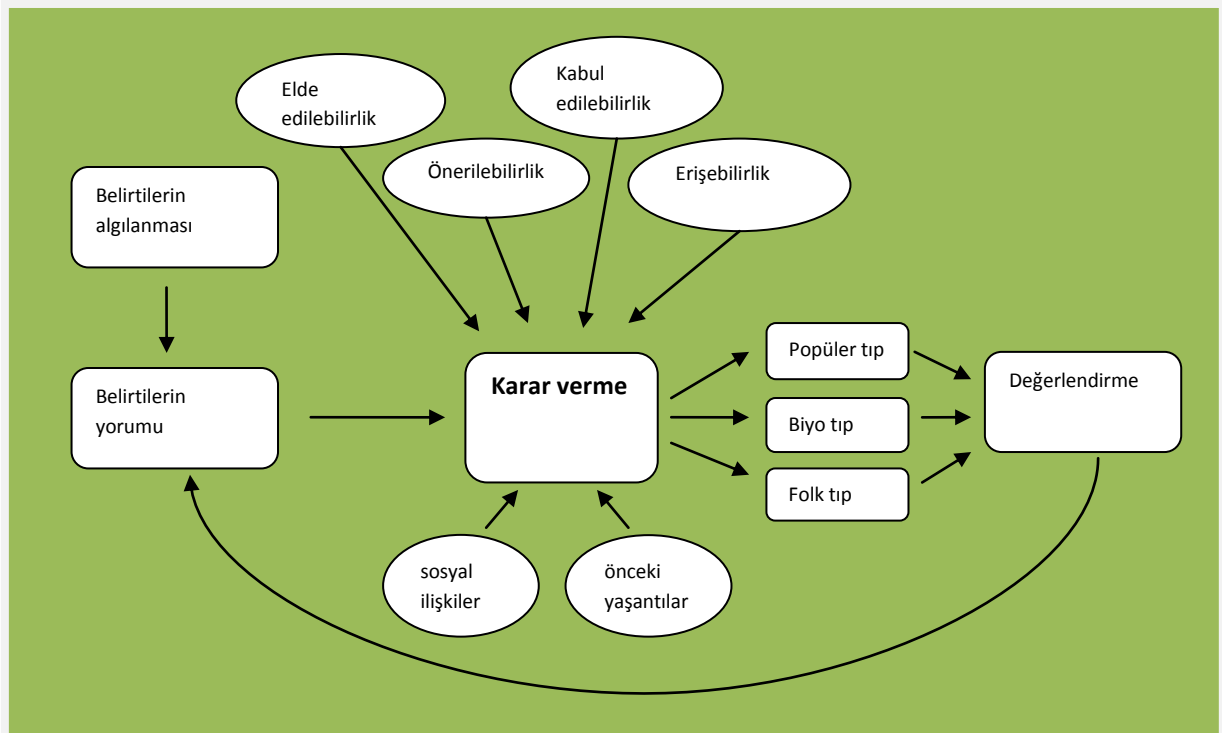
2.2.4.3 Tıbbi Yardım Arama Davranışı

Bireyin sağlığı ile ilgili rahatsızlık veya anormalliği algılayıp değerlendirmesinden ve danışma sistemini işletmesinden sonra sıra sağlık arama davranışının hastalık için yardım alma aşamasına gelinir. Bu aşama birçok öncül faktörün etkilediği bir sonuç aşamasıdır.

" *Karar Verme* " adını verebileceğimiz bu süreç başlıca dört faktörden etkilenir:

1. Kişiye ait faktörler
2. Hastalığa ait faktörler
3. Toplumsal ve sosyal faktörler
4. Sağlık hizmet sunumu ile ilgili faktörler

Kişiye ait faktörler arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek , gelir durumu gibi demografik veriler, kişinin duygu ve inanç dünyası, geçmiş hastalık deneyimleri, risk algısı gibi birçok faktörü sayabiliriz. Hastalık ile ilgili faktörler ise hastalığın ve belirtilerinin ciddiyeti, günlük hayatı aksatma derecesi, hastalığın tipi , derecesi, sağlığı ne oranda tehdit ettiği , bireye vereceği hasarın geri döndürülme oranı gibi birçok faktörden oluşmaktadır. Toplumsal ve sosyal faktörler deyince kişinin içinde yaşadığı toplumun yapısına uygun olarak geliştirilen ilişkiler ağının ve bunların yaptırım gücünün, rahatsızlıkların değerlendirildiği danışma sisteminin varlığının ve etkinliğinin, örf ve adetler, toplumun sağlık kültürü, toplumun inanç profili gibi birçok faktörden oluştuğunu görmekteyiz. Kısmen toplumsal faktörlerin içinde de yer alabilen sağlık hizmet sunumu profesyonel anlamda birey ve topluma sunulan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin tümünü kapsar. Bu hizmetler; oluşturulan teknik alt yapıdan hizmetleri yerine getiren insan faktörüne kadar geniş bir perspektifte değerlendirilebilir. Bu hizmetlerin varlığı kadar niteliği de önemlidir.



Şekil 4. Sağlık Arama Davranışı ve Sağlık Bakımına Erişim (Susanna Hausmann- Muela)

Karar verme aşamasına gelmiş olan birey tüm bu faktörlerin az ya da çok orandaki etkileri ile tedavi ile ilgili bir seçimde bulunur. Bu seçim genelde üç tıp alanından birini tercih etmek şeklinde olmaktadır (Şekil 4) :

1. *Geleneksel Tıp (Folk Tıp)*
2. *Modern Tıp (Profesyonel Tıp)*
3. *Popüler Tıp (Güncel Tıp)*

Geleneksel Tıp (Folk Tıp) :

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre “geleneksel tıp”, fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı (izahı yapılabilen veya yapılamayan) bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür. Bu yöntemler, bir ülkenin kendi geleneklerinin parçası olmayan ve hâkim sağlık sistemine entegre olmamış sağlık uygulamaları yelpazesini kapsadığı zaman “tamamlayıcı tıp” veya “alternatif tıp” olarak adlandırılır. Bazı ülkeler için “tamamlayıcı tıp”, Batı tıbbının dışında ama onunla birlikte kullanılan uygulamaları ifade ederken; “alternatif tıp”, Batı tıbbı yerine ikame edilen yöntemler anlamına gelebilmektedir (32).

Ayrıca günümüzde “restoratif tıp” da denen bir kombine bir tıp dalı da oluşmaktadır. AARM’ın (Association for the Advancement of Restorative Medicine) tanımlamasına göre restoratif tıp ; “*fizyolojik mekanizmalara en az müdahale ile yapı ve fonksiyon kayıplarını düzeltmeyi esas alan bazı tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini geçerli Batı tıbbi yöntemleri ile birlikte kapsayan bir terim olarak entegratif tıbbın bir alt grubu*” olarak ifade edilmektedir (33).

Geleneksel tıp, genellikle kırsal kesimlerde kuşaktan kuşağa aktarılan dinsel inançlar, değerler ve diğer kültürel öğelerden elde edilen bilgiler sayesinde hastalıkları evde tedavi etme usulleridir. Geleneksel tıp uygulamalarının kırsal kesimlerde yaygın olmasının nedeni genellikle bu bölge insanların geleneksel sağlık inanç ve uygulamalarını ön planda tutmalarına, modern tıbbi yöntemlere ve tıbbi organizasyonlara karşı olan olumsuz tavırlarına, kırsal kesimlerin muhafazakar yapısına, insanların eğitim düzeylerinin düşük oluşuna bağlanabilir. Bununla birlikte sağlık kuruluşlarına olan uzaklık, sosyal güvencenin olmaması, sağlık hizmetlerini kullanımda zorluklar da bu tutumu pekiştirebilmektedir (8).

Geleneksel tıbbi uygulamalar toplumun ortak malıdır. Bir kimsenin hastalık ve onun tedavisi hakkında bildikleri diğer bireyler tarafından da bilinmektedir. Sağlık inanç ve pratikleri geleneksel sistem içinde kök salmıştır, böylece bireyden bireye, nesilden nesile informal metotlarla aktarılmaktadır (8, 34).

Amerika Birleşik Devletleri'nde alternatif ve tamamlayıcı tıp için oluşturulan National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) adlı resmi bir kurum, sayıları düzineleri bulan bu uygulamalarını üç başlık altında toplamıştır:

1. Doğal ürünler (tıbbi bitkiler, probiyotikler vb.),
2. Zihin ve beden tıbbi (meditasyon, akupunktur vb.),
3. Fiziksel manipülasyona dayalı uygulamaları (masaj, osteopati vb.).

Tarihsel kökenleri ile bu geleneksel tedaviler, bir anlamda uzun yılların tecrübesine dayalı geleneğin güvencesi altındadır. Tamamlayıcı tıp uygulamaları, uygulama alanı bulduğu toplumun gelenekleri, alışkanlıkları ve bilgi birikimine yabancılığı oranında güvenli alandan uzaklaşmaktadır. Gerek toplumun ihtiyaçları, gerek uygulayıcıların bilgi ve donanımı, gerekse toplumun bu uygulamalar üzerindeki bilgi birimine dayanan kontrolünün eksikliği ciddi sorunlara yol açabilmektedir. DSÖ'nün geleneksel tıp/tamamlayıcı tıp ayırımı yapmaksızın, halk sağlığı adına toplumların birikimleri ve kabullerinden yararlanmaya çalıştığı, bu birikimlerin olumlu yönlerinin açığa çıkarılması için çaba harcadığı görülmektedir. Standardize edilmiş bilimsel metotlar kullanarak bu alanlarda araştırmalar yapılmasını teşvik etmekte, uygulamaların eğitilmiş ve lisanslı kişiler tarafından yapılmasını sağlamaya çalışmakta ve en önemlisi üye ülkelerin bu tıp anlayışlarını göz ardı etmeksizin, istismar edilmesine fırsat vermeyecek şekilde ulusal mevzuatlarını geliştirmelerine yardımcı olmaya çalışmaktadır (32).

Modern Tıp (Profesyonel Tıp)

Modern tıp dediğimiz kavram, aslında " Batı Tıbbı " da denen ve bu anlamıyla da günümüzde yaygın kullanılan temel tıp bilgisi ve uygulamalarının adıdır. Hastalıkların insan bedeninde oluşan değişimlerden kaynaklandığını savunan ve özellikle mikrobun laboratuvar ortamında keşfi ile ortaya çıktığı kabul edilen modern tıp anlayışı, yaklaşık son iki asırdır hakim olan yaygın tıp uygulamasının ifadesidir. Descartes ile başlayan " *cartesien düşünce* "

tarzının bir yansıması olarak insan vücudunun “ *iyi organize edilmiş bir makine* ” olarak algılanması modern tıbbın temel hareket kaynağını oluşturmuştur. Modern tıp, batıda ortaçağın sona ermesiyle birlikte kilisenin kontrolünü yitirmesi ve sonuçta rasyonel düşüncenin önem kazanmasıyla asıl gelişimine başlamıştır. Kilisenin gücünü yitirmesi sonrasında ortaya çıkan inanç boşluğu ortamında diğer bilim dalları gibi modern tıp da kısa zamanda batı insanının yeni kutsallarından biri hâlini almıştır. Bilim ve teknolojiadaki gelişmelerin tıp da kullanımının artmasıyla birlikte hakimiyet alanını ve gücünü pekiştiren modern tıp, çağımızın sosyal ve ekonomik olarak önemli fenomenlerinden biri haline dönüşmüştür. Ayrıca mevcut uygulama alanını akademik olarak da pekiştiren önemli bir bilimsel alan haline gelmiştir. Bu yeni akademik görüntüsüyle her yaptığı 'doğru' kabul edilmesi gereken bir fenomen hâline gelen modern tıp anlayışı diğer tıp alanlarına (geleneksel ve günümüzde popüler olan alternatif tıp uygulamaları vb.) mesafeli bakışını sürdürmektedir.

Modern tıp anlayışı da zaman içinde kendi içinde de metodolojik değişimler yaşamıştır. Önceleri tedavi edici tıp uygulamalarının hakimiyetinde olan modern tıp, çağımızda gerek hastalık nedenleri, gerek hastalıkların tedavisi sonrasındaki süreçlerde yaşananlar gerekse ekonomik ve sosyal gerekçelerle artık “ *koruyucu hekimlik* ” uygulamalarını ağırlık kazandığı bir alan olmuştur. Kronik hastalıklar ve onkolojik hastalarda tedavi ve rehabilitasyon süreçlerindeki zorluklar, özellikle bu hastalıklarda artan tedavi maliyetleri ve artan yaşam süreleri de koruyucu hekimliğin önem kazanmasında etkili olmuştur. Koruyucu tıp insanları hastalanmadan veya hastalıklar oluşmadan önlemlerin alındığı bir metot olarak her geçen gün önem ve etkinliğini artırmaktadır.

Popüler Tıp (Güncel Tıp)

Popüler tıp, toplumdaki profesyonel ve uzmanlık sahibi olmayan kişilerce hastalığın ilk kez tanındığı, fark edildiği, tanımlandığı ve sağlık bakımıyla ilgili eylemlerin başlatıldığı halk tıp sistemidir. İnsanlara bir geleneksel iyileştiriciye ya da tıbbi profesyonelle danışmadan kullanabileceği alternatifler sunmaktadır. Bu alternatifler, kendi kendine tedavi; akraba, arkadaş ve komşulardan alınan öğütler; iyileştirici grup faaliyetleri; hastalıkla ilgili özel deneyimi olan diğer bir kişiye danışma şeklinde olabilmektedir. Benzer problemleri, hastalıkları yaşayan insanların problemlerini paylaşmak, çözmek ve iyileşmek amacıyla bir araya gelerek oluşturdukları yardım grupları ve hastalık dernekleri popüler sağlık

uygulamalarının yaygınlaşmasında rolü olan merkezlerdir. Tecrübe ve bilgi alışverişi, birbirlerine duygusal ve sosyal destek sağlama, vb. konularda bireyler birbirlerine yardım sağlamaktadırlar (8) .

2.3. BİREYİN SAĞLIK-HASTALIK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bireylerin mevcut sağlık durumu ve sağlık durumları ile algıları, birçok faktörün etkisinde kalmaktadır. Bu faktörler; tek başlarına veya birden fazlası bir arada etki ederek, kişinin sağlık statüsünün belirlenmesinde doğrudan ve dolaylı olarak rol almaktadırlar. Bu her etkenin etki derecesi de farklı olabilmektedir. Kişilerin sağlık statüsünü belirleyicileri ile iç içe olan bu faktörlerin her birisi ayrı birer çalışma konusu olabilecek kadar geniştir. Tüm bu faktörler ilgilendirdikleri alanlara bağlı olarak çok sayıda inceleme, araştırma ve açıklamaya konu olmuşlardır. Bireylerin sağlık durumunu doğru anlayabilmek için bu faktörleri kısaca ve olabildiğince genel olarak özetleyecek olursak aşağıdaki gibi sınıflayabiliriz:

2.3.1. Biyolojik Faktörler:

Biyolojik faktörler dediğimizde kişinin sahip olduğu beden yapısı ve bedenin işleyişi ile ilgili tüm faktörleri anlayabiliriz. Bu beden yapısının temelinde kişinin sahip olduğu genetik yapının önemi büyüktür. Anne ve babadan aktarılan genetik yapı; hem kişinin mevcut sağlık durumunu oluşturduğu gibi, hem de gelecekte karşılaşılabileceği sağlık ile ilgili sorunlarda da payı büyük olacaktır. Kalıtsal yapının payı o kadar büyüktür ki; günümüzün en büyük sağlık sorunları olan kronik hastalıklar ve onkolojik problemlerin oluşmasında ve prognozlarında direkt etkileri artık çok iyi bilinmektedir. Gene günümüzün birçok hastalığında sorumlu ve hastalıkla mücadelede en etkili faktör olan bağışıklık sistemi de genetik yapımızla doğrudan bağlantılıdır.

Gene hastalıklara yatkınlık ve hastalıklarla baş etmede önemli bir faktör olan cinsiyet de genetik yapımızın bir özelliğidir. Burada kastedilen biyolojik cinsiyet olup toplumsal cinsiyet de gene etki eden bir faktör olarak toplumsal faktörler içinde yerini alacaktır. Cinsiyet hem bazı kalıtsal hastalıkların meydana çıkmasında etkili bir faktör olduğu gibi, hem de beden yapısının işleyişinde hormonal yapının da etkisiyle kişinin yaşam süresine doğrudan

etki edebilmektedir. Kadın ve erkeklerin beklenen yaşam süreleri başka faktörlerden etkilense bile sadece cinsiyet bile tek başına belirleyici olabilmektedir. “Kadınlar hastalanır, erkekler ölür” (Constance Nathanson, 1977) sözü kadın ve erkeklerin farklı sağlık ve ömür durumları arasındaki farka çok güzel bir açıklama olarak algılanabilir

Kişinin beden yapısının zaman içinde en çok etkilendiği faktörlerden biri de yaştır. Yaş, kişilerin sağlık durumu ve sağlık algıları ile direkt bağlantılı olan bir faktördür. Her yaş grubuna göre hastalıkların sıklık ve yatkınlıkları farklı farklı olabilmektedir. Özellikle yaşlılık dönemi kendine has sağlık sorunlarının olduğu ve yoğunlaştığı bir dönem olarak insan hayatında önemli bir dönem olarak gözlenir. Yaşlanmayla birlikte bedende yapısal ve fonksiyonel bir takım yetersizliklerin ortaya çıkmasıyla yaşlılarda kronik hastalıklar daha fazla görülmektedir. Günümüzde artan yaşam süresi ile beraber kronik hastalıklar; gerek maliyet gerekse tedavilerinde karşılaşılan güçlükler nedeniyle önemli toplumsal sağlık sorunları olarak her geçen gün ağırlığını hissettirmektedirler.

2.3.2. Psikolojik Faktörler:

Bireylerin doğumda var olan ve zaman içinde şekillenerek gelişen ruh dünyaları vardır. Bedenin iyiliği kadar ruhsal yapının da uyum iyiliği sağlık durumu için vazgeçilmez bir şarttır. Bireylerin psikolojik yapısı; duyguları, düşünceleri, algıları ve bunların yansımaları olarak gerçekleşen kontrollü veya kontrolsüz davranışlarından oluşan kompleks bir bütündür. Her insan doğuştan biyolojik yapısı ile iç içe geçmiş bir psikolojik yapıya sahiptir. Tüm hayatları boyunca yaşanan olaylar, karşılıklı etkileştikleri insanlar ve bedenlerindeki biyokimyasal olaylar, patolojik süreçler, geçirilen hastalıklar gibi bir çok faktör geçici ve kalıcı bir şekilde psikolojik durum üzerine etkili olmaktadır. İnsanın psikolojik donanımı ile içinde yer aldığı tüm fiziksel, sosyal ve psikolojik şartlarla karşılıklı bir etkileşim içindedir. Psikolojik donanımdaki farklılıklar bu şartlardan etkilenmeyi ve onları etkileme derecelerinin de farklı olmasına sebep olmaktadır.

Kişilerin sağlık durumlarındaki bozulmalar; doğrudan psikolojik durumu oluşturan duygu, düşünce ve algı süreçlerinde meydana gelen bir rahatsızlık sonucu ruh sağlığı ile ilgili bir bozukluk olarak ortaya çıktığı gibi kişinin beden yapısında meydana gelen bir rahatsızlığın psikolojik duruma yansımaları veya tersi şeklinde de gözlenebilmektedir. Ayrıca hastalık süresince kişilerde duygusal ve düşünsel bazı değişimler yaşanabilir. Kişiye hakim olan bu

değişimler ve hastalığa karşı gösterilen bu tepkiler; hastalığın süresi, tipi, tedavi durumuna göre değişiklik gösterebildiği gibi kişilik yapısı, önceki yaşam deneyimleri ve baş etme yeteneğine bağlı olarak değişebilmektedir.

Kişilerin psikolojik durumunun hastalığın oluşması ve algılanması süreçleriyle ilişkisi yoğun olmakla beraber hastalığın tanısından sonraki tedavi süreçlerinde de etkisi büyüktür. Özellikle kişilerin tedaviye inanma, kabullenme ve sürdürme süreçlerinde düşünce tarzlarının ve hastalıkla ilgili algılarının etkili olduğu bilinmektedir. Bundan hareketle oluşturulan bazı davranışsal modeller kişilerin sağlık arayışlarında özellikle tedaviye uyum ve sürdürebilmelerinde halen geçerliliklerini korumaktadırlar. Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model) bu modellerden en bilinenlerinden biridir (35 ,36).

2.3.3. Çevresel Faktörler :

İnsanlar hayatları boyunca mutlaka bir çevre içinde yaşarlar. Bu çevre fiziksel veya kimyasal bir çevre olabileceği gibi, onları çevreleyen insan toplulukları da çevresel bir faktör olarak nitelendirilebilir. Her birey bu çevre ile etkileşim halindedir. Çevre şartları doğrudan ve dolaylı olarak sağlık durumu üzerine etkili olabilmektedir. Çevre şartlarındaki değişimler hastalıkları oluşmasında kolaylaştırıcı olabileceği gibi kişinin çevre şartlarına uyumundaki eksiklikler de aynı şekilde hastalıkların oluşmasında kolaylaştırıcı etken olabilmektedir.

Çevre aynı zamanda insanın yaşamsal ihtiyaçları olan hava, su, yiyecek ve barınma hep yaşanan çevreden karşılanır. Bu kaynakların bozulması veya eksikliklerinde kişinin sağlığı hafiften ağıra kadar değişik oranlarda etkilenir.

Çevre sağlığı günümüzde sağlık bilimleri içerisinde önemli bir kavram olarak yerini almıştır. Özellikle insan sağlığında çevrenin belirleyici bir rolü olduğunun kavranmasıyla çevrenin korunması ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalar da artmıştır. Çevre sağlığı açısından kişilerdeki hastalıklarla ilgili olarak çevrenin başlıca dört etkisi üzerinde durulmaktadır (37) :

1. Doğrudan hastalık nedeni olabilir,
2. Hastalıklara yatkınlık (predispozan etki) oluşturabilir,
3. Bazı hastalıkların gidişini ve sonucu etkileyebilir (prognoza etki),
4. Bazı hastalıkların da yayılmasını kolaylaştırabilir.

Günümüzde çevre sağlığını tehdit eden birçok faktör vardır ve bunlar insan sağlığını da her geçen gün daha fazla tehdit eder bir duruma gelmişlerdir. Modern yaşam tarzı; refah, kolaylık ve gelişim kadar yaşanan çevrede bozulma ile ilgili birçok sorunu da beraberinde getirmiştir. Küresel iklim değişiklikleri ve çevre kirliliği, geleceği ilgilendiren en önemli sorunlar olarak karşımızda durmaktadırlar. Bunlara ek olarak nüfus artışı, doğal kaynakların her geçen gün tükenmesi, düzensiz ve aşırı yapılaşma , bozulan ekolojik denge , asit yağmurları, sera gazı etkisi, ozon tabakasında incelme ve delikte büyüme gibi küresel çapta çevresel sorunlar, çözülmeyi bekleyen büyük problemler olarak geleceğimizi şimdiden etkilemeye başlamışlardır.

2.3.4 Toplumsal ve Kültürel Faktörler :

Bu faktörler birbiri içine geçmiş ve birbiriyle büyük oranda etkileşen birçok faktörden oluşmaktadır. Bir anlamda çevresel etkenler arasında da sayılabilecek olan toplumsal ve kültürel faktörler, insanların topluluk yaşamları sırasında ve toplumsal rolleri nedeniyle etkilendikleri faktörlerdir. Bu nedenle tıbbi yönden bizim için önemleri aynı zamanda sosyolojik bir bakış açısından değerlendirildikçe tam anlamını bulamayacaktır. Toplum diyebilmek için sadece insanların bir arada olması yeterli değildir. Toplum dediğimizde; insanların her bir parçasını oluşturduğu, belli bir düzen içinde çalışan, devamlılığı olan ve parçaların birbiriyle uyum içinde çalıştığı gibi bireylerinde birbiriyle etkileşim halinde olduğu makine gibi kompleks bir yapıyı tarif ederiz. Toplumun aynı zamanda kurumsal bir yapısı vardır. Oluşturan birimleri ve fonksiyonları ile kurumsal yapısının bir yansımasıdır. Toplumsal bir kurum olarak sağlık kurumu, toplumun ve üyelerinin sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamak için oluşmuş yol ve biçimler, roller, etkileşimler, inançlar, değerler ve normları içerir. Toplumun sürekliliği sağlıklı bireylerle sağlanır. Sağlık kurumu toplumun eğitim, din, ekonomi, aile, siyasi kurumlarını etkilediği gibi, her toplumun

sosyo-kültürel yapısına göre de diğer kurumlardan etkilenmekte ve onlar tarafından biçimlendirilmektedir (38,39) .

Her biri ayrı bir çalışma konusu olabilecek bu faktörleri ana başlıklar olarak belirtecek olursak :

- a) Toplumsal cinsiyet :
- b) Medeni durum :
- c) Eğitim durumu
- d) Aile durumu
- e) İş, meslek ve uğraş alanı
- f) Gelir durumu
- g) Sosyo- ekonomik statü ve sınıf
- h) Sosyal güvence, sosyal destek yardım yapılanması ile ilgili faktörler
- ı) Cinsel tutum, anlayış ve davranışlar
- J) Hamilelik, doğum ve doğurganlıkla ilgili tutum, anlayış ve davranışlar
- k) Beslenme ve giyim tarzıyla ilgili faktörler
- l) Konut , barınma ve yaşanılan yer ile ilgili faktörler
- m) Din ve inanç sistemleri ile ilgili faktörler
- n) Sigara, alkol, madde ve diğer alışkanlıklar ile ilgili faktörler
- o) Vücut imajı ve güncel sağlık algısı ile ilgili faktörler
- p) Yaşam tarzı ile ilgili faktörler
- r) Kültürel değer ve normlar ile ilgili faktörler

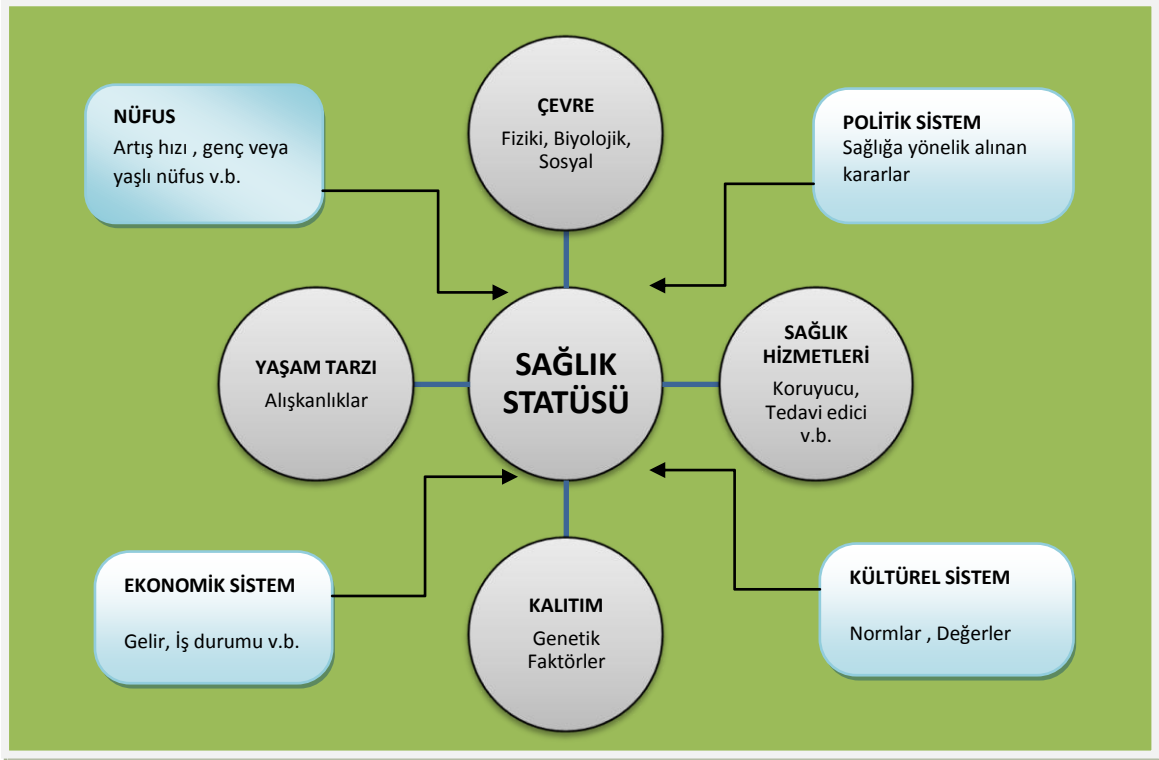
2.4. SAĞLIK STATÜSÜNÜN BELİRLEYİCİLERİ

Sağlığın tanımlanmasında da görüldüğü gibi çok boyutlu bir yapısı vardır. Bu çok boyutlu yapısı aynı zamanda birden çok alanla ilişkisini gündeme getirmektedir. Bireyin sağlık durumu birçok faktör tarafından etkilenmektedir.

Bütüncül bakış açısına uygun olarak incelendiğinde sağlığın bir çok alandan değişik oranda etkiler aldığı görülecektir. Henrik L. Blum, (40) bireyin sağlık statüsünün belirleyicileri olarak başlıca dört faktörün öne çıktığını belirtmiştir. Bu faktörler:

1. Çevre
2. Yaşam tarzı
3. Kalıtım
4. Sağlık Hizmetleri

Blum'a göre bu faktörler arasında en fazla çevre ön planda olup bunu sırasıyla yaşam tarzı, kalıtım ve sağlık hizmetleri takip etmektedir. Bu dört faktörün dışında politik sistem, ekonomik sistem, kültürel sistem, nüfus v.b. gibi bir çok değişik etki gücündeki faktör de bu faktörleri etkilemektedir. (Şekil 5)



Şekil 5. Sağlık Statüsünün Belirleyicileri

2.4.1. Çevre:

Bireyin içinde yaşadığı ve yaşamını sürdürmesi için etkili olan dış güçlerin tümü olarak adlandırılabilir. Doğrudan veya dolaylı olarak bireyin sağlığını etkilemektedir. Kendi içerisinde biyolojik, fiziki ve sosyal çevre olarak sınıflandırılabilir.

Biyolojik Çevre: Hastalıklara yol açan mikroorganizmalar, vektörler (eklem bacaklılar, kemiriciler v.b) , bitkiler hayvanlar gibi çevremizdeki tüm canlılar biyolojik çevreyi oluşturmaktadır.

Fiziki Çevre: İklim, hava kirliliği, toprağın yapısı, atıklar, doğal afetler v.b. gibi sağlığı etkileyen bir çok faktör fiziki çevre içinde yer almaktadır. Bu çevre etkileri sonucunda akut ya da kronik bir çok sağlık sorununa yol açabilmektedir. Aksine dengeli, doğal ve temiz olması ile sağlığın iyi olmasında katkısı da büyük olan bir faktördür.

Sosyal Çevre: Bireylerin içinde yaşadığı insan topluluklarının yapısı ve ilişkileri ile ilgili olan nüfus artışı, yoksulluk, eğitim düzeyi, örf ve adetler gibi bir çok faktörden oluşur. Sosyal çevrenin sağlığın hem devam ettirilmesinde hem de bozulmasında rol alabileceği söylenebilir. Bu etkiler direkt ve dolaylı yoldan özellikle diğer faktörlerle de etkileşerek sağlık statüsü üzerinde etkili olurlar.

2.4.2. Yaşam Tarzı :

Bireyin tüm hayatı boyunca bakış açısına paralel olarak geliştirdiği her türlü değer, tutum , alışkanlık ve davranışı kapsar. Bireyin hem sağlığı algılaması, hem de sağlığına sahip çıkması üzerine etkisi olan önemli bir faktördür. Sağlıkla ilgili davranışlarda devamlılık ve tutarlılığı da belirleyen bir faktör olarak göze çarpmaktadır.

2.4.3. Kalıtım :

Bireyin anne ve babasından aktarılan genetik yapısına biyolojik ve organik şifresi diyebiliriz. Bu genetik yapı bireyin fiziksel görünümünü olduğu kadar zekasını, yeteneklerini, kişiliğini, hastalıklara yatkınlığını dolayısıyla bütün olarak sağlığını etkileyen bir faktördür. Özellikle hastalıkların kuşaktan kuşağa aktarımında en önemli faktör olarak göze çarpar. Günümüzde genetik çalışmalardaki yenilikler ve gelişmelerle etkisi daha da artmıştır. Bilim

dünyasında ve toplumda bu faktörün koruyucu ve tedavi edici yönde daha çok etkinlik kazanabileceği yönünde bir beklenti de oluşmuştur.

2.4.4. Sağlık Hizmetleri :

Sağlık hizmetleri; hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yürütülen faaliyetler yanında hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin bütünü olarak ifade edilebilir. Diğer bir ifadeyle bireylerin sağlıkla ilgili beklentilerinin karşılanması amacıyla sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen tüm hizmetlere şeklinde de tanımlayabiliriz. DSÖ de sağlık hizmetlerine yönelik yaptığı açıklamada benzer bir vurgu yaparak, gerek bireylerin gerekse toplumun sağlığa ilişkin beklentilerini karşılamak için, sağlık kuruluşlarında görev alan sağlık personeli tarafından yürütülen her türlü koruyucu ve tedavi edici hizmet olarak tanımlamıştır (40).

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge'ye göre de sağlık hizmetleri aşağıdaki gibi tarif edilmektedir (41) :

"İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir "

Tüm bu tanımlar incelendiğinde sağlık hizmetlerinin geniş kapsamlı ve çok boyutlu bir yapısı olduğu gözlenmektedir. Bunun nedeni bireyin ve toplumun sağlık statüsünün bir çok faktörden etkilenmesidir. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunu ve kapsamını her geçen gün büyütmektedir. Diğer bir deyişle hizmet beklentileri çok farklı bireylerin varlığı hatta zaman içinde aynı bireylerde bile yeni beklentiler oluşması ile toplumdaki sağlık hizmetlerinin kapsamı giderek genişlemiştir (40) .

2.4.4.1 Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Sağlık hizmetleri, bir içgüdü şeklinde başlayarak, istemli, bilinçli ve toplumsal bir davranış haline dönüşmekle kalmamış, geçen zamanla birlikte sürekli ve düzenli bir değişim göstermiştir. Diğer bir anlatımla, sağlık hizmetleri, gerek teknolojik düzey ve gerekse hizmet sunma biçim ve anlayışı yönünden sürekli bir değişim ve gelişim içinde olmuştur. Bu gelişim

ve değişimde, bilimdeki gelişim ve birikimle birlikte (bilimsel dinamik), toplumların içinde bulunduğu üretim ilişkileri ve düzeyi (toplumsal dinamik) belirleyici bir rol oynamıştır.

Sağlık hizmetleri, bilimsel dinamiğin etkisiyle, mistik, polifarmasi, etiyolojik tedavi ve çağdaş dönem olarak adlandırılabilir dördü dönem ve süreç geçirmiştir (1) .

a) Mistik Dönem: İnsanlığın ilk çağlarında, her türlü iyilik ve kötülük hali birtakım doğa üstü güçlere ve olaylara dayandırılarak açıklanmaya çalışılmıştır. Kıtık, kuraklık, afet gibi doğal olaylardan tutun kişilerin yaşamları , başlarına gelenler ve sağlıkları gibi durumlara kadar birçok olay, doğaüstü güçlere bağlanmıştır. Bu olaylar bazı tanrıların küstürülmesi, kızdırılması, insanların hastalanması ise, onların içine bazı kötü ruhların girmesi veya başka yollarla zarar vermesi olarak yorumlanmıştır. Bu nedenle de, her türlü sağlığı koruma ve hastalıkları iyileştirme işlemlerinin esasını; kötü ruhları kovma, doğa üstü güçlere adak sunma, tapınma ve benzeri mistik eylemler oluşturmuştur. Bu dönemde, bu anlamdaki, sağlık hizmet ve yardımları büyücüler ve din adamları tarafından götürülmüş ve yürütülmüştür. Bu dönemin etkileri hala toplum içinde örf-adet ve geleneksel tıp uygulamaları şeklinde varlığını sürdürmektedir .

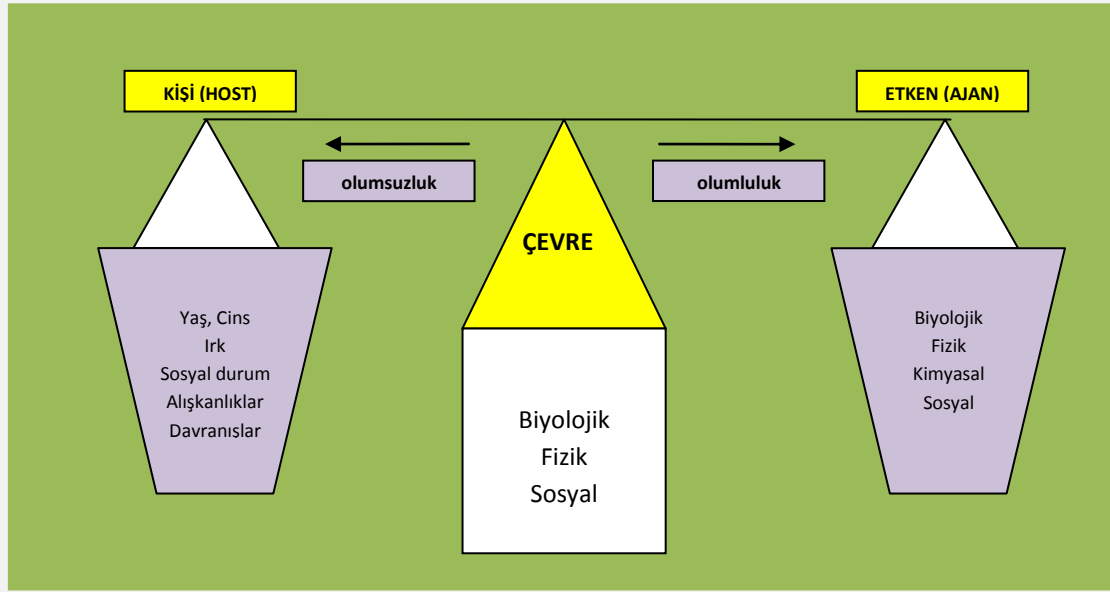
b) Polifarmasi Dönemi : İnsanlar rastlantılar veya çaresizce yapılan denemeler sonucunda bazı maddelerin , bitkilerin , gıdaların ve uygulamaların kişilerin sıkıntı ve rahatsızlıklarına iyi geldiğini gözlemiştir. Bu gözlemler, zamanla tekrarlayan uygulama ve denemelerle zenginleştirilmiş, böylece acı ve sıkıntıların bazı maddelerle giderilmesi veya hafifletilmesi bir teknik olarak kabul edilmiştir. Bugün kullandığımız standart tedavi ve ilaç kavramı gelişinceye kadar yaygın bir kullanımı olan bu dönem insanlık tarihi boyunca deneme-yanılma metodunun sıkça uygulandığı ve birikimin kuşaktan kuşağa aktarıldığı bir dönem olarak devam etmiştir. İlaç olarak birçok madde kullanmış olup bu uygulamalarda madde ve hastalık ayırımı kesin olarak yapılmamıştır. Yani, aynı hastalıkta çok çeşitli maddenin veya aynı maddenin değişik hastalıklarda kullanılması söz konusudur. Bu nedenle de, bu dönemin çok ilaçlı dönem (polifarmasi dönemi) olarak adlandırılması yanlış olmayacaktır. Sağlığın düzeltilmesi ve hastalıkların iyileştirilmesinin de ilaç benzeri formların kullanımıyla birlikte din adamları ve ruhani kişilerden şifacı ve tedavi uygulayıcılara geçtiğini görüyoruz .

c) **Etiyolojik Tedavi Dönemi** : Özellikle 19. yüzyılla birlikte bilimdeki gelişmeler sağlık alanını da etkilemiştir. Mikroskobun icadı ile birlikte hastalık etkenleri olan mikroorganizmaların gözlenmesi bu sürece yeni bir yön verdi. Hastalıkların birbirinden ayrı birer antite / olgu olduğu anlaşılmıştır. Her hastalığın birbirinden ayrı bir antite olması, bunların tedavilerinin de farklı olmasını gerektirmiş ve düşündürmüştür. Böylece, hastalık etkeni veya oluş mekanizmasına yönelik tedaviler geliştirilmiştir. Bu gelişmenin sonunda, hastalıklar için etkene ve oluş mekanizmasına yönelik ayrı tedavilerin uygulandığı bir dönem başlamıştır. Sağlıkta bilimselliğin artması hekimlik mesleğini ve eğitimini de beraberinde getirmiş, böylece sağlık hizmetleri hekimler yani gerçek sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen bir hizmet haline gelmiştir. Bu dönemin sloganı olarak “hasta kişi yok, hastalık var” anlayışını kabul edebiliriz. Bu dönemde hastalanan kişinin ailesiyle, toplumla ve çevresiyle bütünleşmiş bir varlık olduğu kavranamamış, kişiye yalnızca bir hastalık tablosu gözüyle bakılmıştır.

d) **Çağdaş Dönem**: Zamanla hastalıkların etiyojisine yönelik açıklamaların ve tespitlerin her zaman onları açıklamaya yetmediği görüldü. Örneğin bazı hastalıkların etkeni saptanamıyordu veya bazı hastalıkları oluşturan etken başka bir kişiyi hastalandırmayabiliyordu. Buradan hareketle gelişen epidemiyoloji bilimi hastalıkların nedenleri ile ilgili daha ayrıntılı çalışılması gereğini ortaya koydu. Bu çalışmalara göre; hastalıkların oluşması için mutlaka bulunması gereken bu faktör veya faktörler **gerekli neden (etken)** , bu etkenin varlığında hastalık oluşma riskini artıran ya da etkenin kişileri yenmesini kolaylaştıran diğer faktörlerin tamamı **yeterli neden** olarak adlandırmıştır. Bu yeterli nedenlerin hemen hepsi çevre (fiziki, biyolojik ve sosyal) kaynaklıdır. Yeterli nedenlerin eksikliği veya yokluğunda, etken var olsa bile, kişilerde hastalıklar oluşma riskini veya toplumlarda görülme sıklığı ve şiddeti azalmış olarak gözlenmiştir. Bu gözlemler sonucunda anlaşılmıştır ki; hastalıkların etiyojisiyle yani etkenleri ve oluşum mekanizmalarıyla mücadele etmek sağlığı iyileştirmek için yeterli değildir. Günümüzdeki tanımına göre, etiyojisi; bir hastalığın gelişmesinde rol alan faktörler bütünü ya da yumağıdır. Hastalıklar, **epidemiyojik üçlü** olarak adlandırılan, *etken (ajan)* , *kişi (host)* ve *çevre* adlandırılan üç grup faktörün aralarındaki ilişkiler ve etkileşimler sonucunda oluşmaktadır.

Eğer "epidemiyojik üçlü"yü şematize edecek olursak (Şekil 6) daha kolaylıkla anlaşılabilir. Denge esasına dayalı bu şekilde hastalıklar; etkenlerin ve kişinin birer uça

olduğu, çevrenin bunu dengelediği terazi benzeri bir mekanizmada oluşur. Çevredeki olumlu ya da olumsuz gelişmeler hastalıkların ortaya çıkmasını doğrudan etkilerler.



Şekil 6. Epidemiyolojik Üçlü

Ayrıca, sosyal bilimler ve tıp birlikte çalışarak göstermişlerdir ki; tek tek kişileri tedavi ederek, toplumun tümünü sağlıklı kılmak ya da toplumun sağlık düzeyini yükseltmek olanaksızdır. Buna karşılık, çevredeki bazı olumsuzlukların giderilmesi bazı hastalıkların sıklığını (prevalans, insidans) düşürerek toplumun sağlık düzeyini hızla yükseltmektedir. Sonuçta tedavi edici sağlık hizmeti anlayışı ve dönemi sona ermiş , koruyucu sağlık hizmetleri kavramı gelişerek ve her geçen gün daha da önemli ve öncelikli bir yer edinmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinde, öncelikle kişileri sağlam iken korumak, buna rağmen hastalanır ise tedavi etmek ve gereğinde rehabilite etmek diye tanımlanabilecek çağdaş sağlık anlayışı dönemine geçilmiştir (1).

2.4.4.2. Sağlık Hizmeti Kullanımı

Sağlık arama davranışı toplumsal ve kültürel özelliklere, sağlığa ilişkin değer ve normlara, sağlık hizmeti olanaklarına göre farklılıklar gösterir. Kişiler sağlıklı iken sağlık hizmet sunumu ve kaynakların kullanımı hakkında duyarlı olmayabilirler. Ancak sağlık arama

davranışı içine girdiklerinde bu hizmetlerin varlığı , niteliği, bunlara erişim ve kullanım şartları gibi faktörler önem kazanır.

Penchansky ve Thomas (42); sağlık hizmetlerinin kullanımında bu hizmetin sağlanması ve bu hizmetten yararlananlar arasındaki uyumu yansıtan, sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik beş özellik tanımlamışlardır:

a) Mevcut olanaklar (availability): Başvuran kişilerin gereksinimlerini karşılamak üzere sağlık hizmeti sunan kuruluşların teknoloji, personel gibi gerekli kaynaklara ne ölçüde sahip olduğu hizmet kullanımını etkiler.

b) Ulaşılabilirlik (accessibility): Sağlık hizmetlerinin sunulduğu yer ile bu hizmetlere gereksinim duyanların bulunduğu yer arasındaki fiziki mesafe, ulaşımın maliyeti ve süresi hizmet kullanımını etkiler.

c) Kolaylık (accommodation): Sağlık hizmetlerinin işleyişi, hastaları kabul etmek üzere nasıl düzenlendiği hizmet kullanımını etkiler (telefonla randevu alma gibi).

d) Ödenebilir olma (affordability): Sağlık hizmetlerinin ödeme yönünden nasıl düzenlendiği, kişilerin cepten ödeme yapabilme gücü, sosyal güvence varlığı kişilerin hizmet kullanımını etkiler

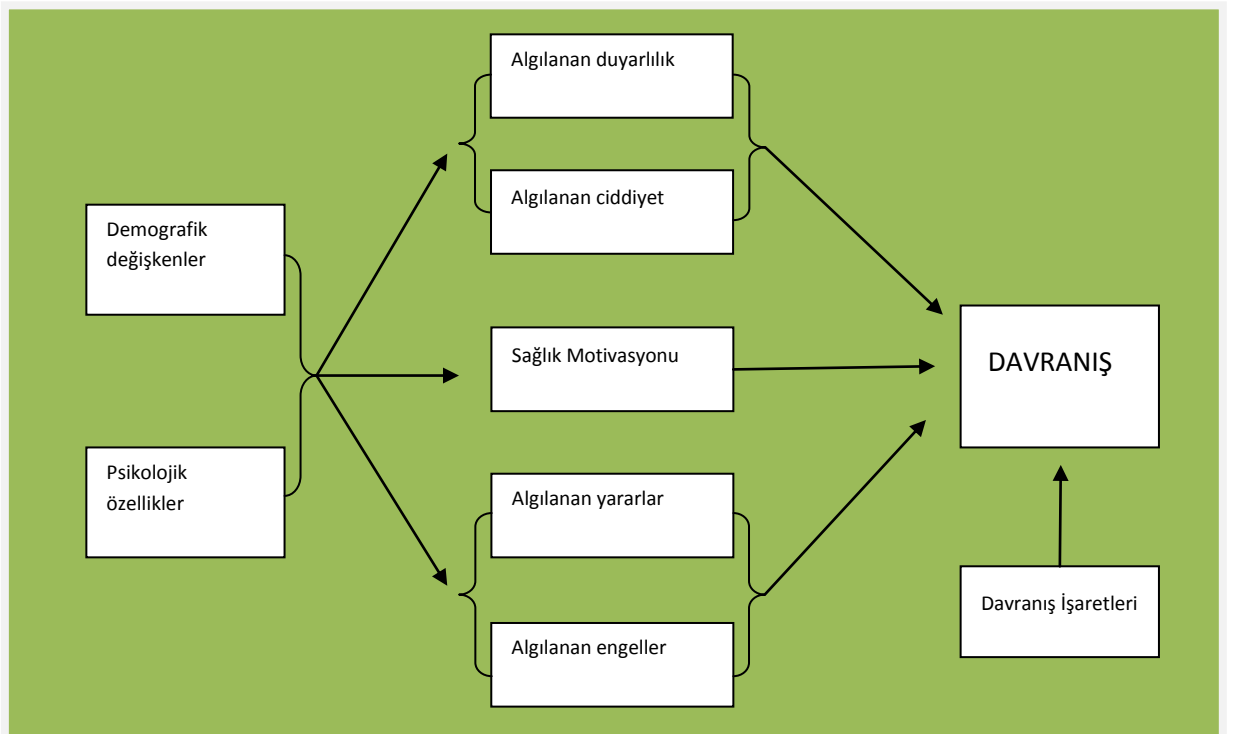
e) Kabul edilebilir olma (acceptability): Sağlık personelinin hastaların yaş, cinsiyet, sosyal sınıf gibi özelliklerine karşı tutumları ile hastaların sağlık personeline karşı tutumları hizmetin kabulünü etkiler. Ayrıca sunulan bir sağlık hizmeti içinde bulunulan toplumun dinsel ve kültürel değerlerine ters düşüyorsa kabul edilmeyebilir.

2.5. SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI MODELLERİ

Sağlık ve tedavi arama davranışları; sadece tıp alanında değil özellikle sosyal psikoloji, tıbbi sosyoloji ve tıbbi antropoloji alanlarındaki çalışmalar sonucunda ortaya çıkmış modellerdir. Kişilerin davranışları ve bu davranışların ardında yatan dinamikleri anlamaya çalışan çalışmalar sonucunda geliştirilen bu modeller, sağlıkla ilgili sorunlarda kişi davranışlarının modeller ile açıklanabilmesi amacıyla geliştirildi. Tüm bu modeller sağlık arama davranışlarını açıklamaya veya tahmin etmeye yarayan değişken bileşenleri içeriyorlar. Bu modellerin en bilinenleri şunlardır (43) :

2.5.1. Sağlık İnanç Modeli (The Health Belief Model) :

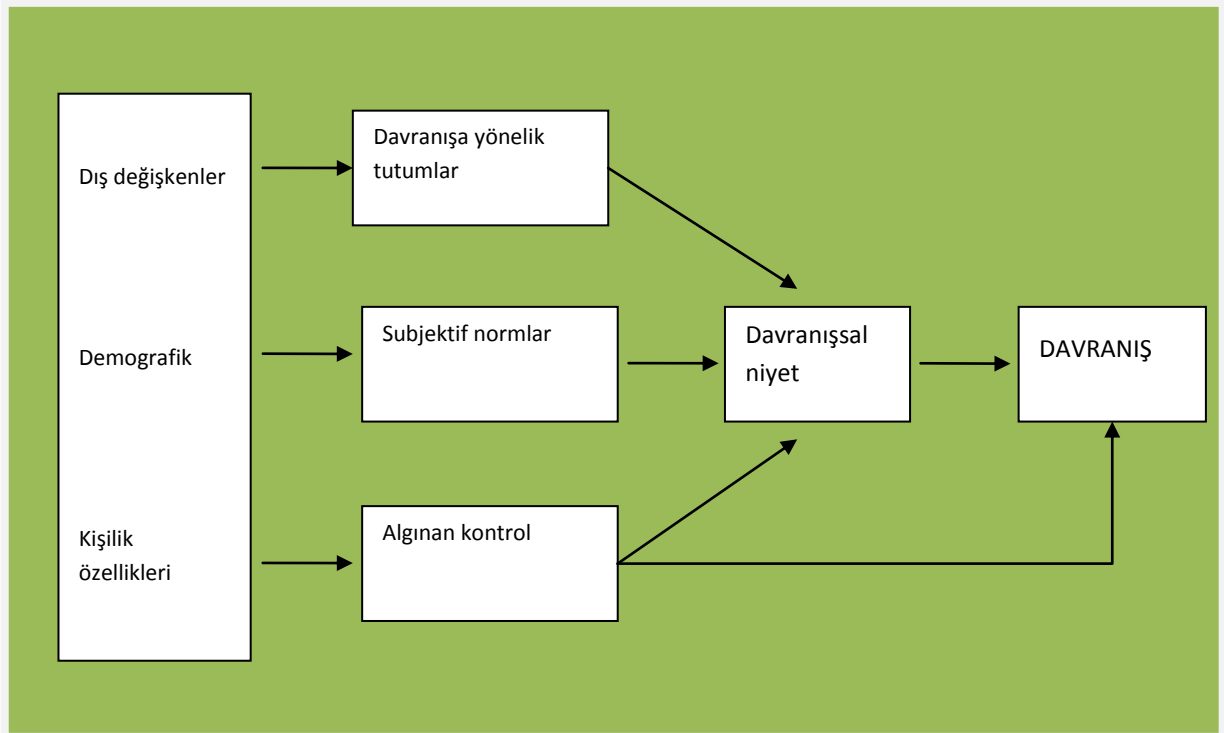
1950'lerde Amerika'da halk sağlığı servisinde çalışan psikologlar tarafından geliştirilen bu model; sağlığı koruyan, geliştiren davranışların yanı sıra pek çok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu neyin motive ettiğini ya da engellediğini açıklamada ve ölçmede etkin bir rehberdir. Rosenstock, 1966'da Sağlık İnanç Modelini ilk kez kullanılabilir şekilde geliştirmiştir. Bu model sonraki yıllarda Becker ve meslektaşlarının çalışmalarıyla genişletilmiştir. Sağlık inanç modeli (SİM) bireyin sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri, medikal davranışlarını ve semptom yönetimini anlamak için kullanılan en eski, belki de en çok kullanılan model olarak bilinmektedir. Bu model; dört temel (algılanan duyarlılık , algılanan ciddiyet, algılanan yararlar, algılanan engeller) ve sonradan eklenen iki ek bileşen (sağlık motivasyonu ve öz-etkililik) ile beraber toplam altı bileşene sahiptir (Şekil 7). Bireyin sosyo-demografik farklılıklarının ile psikolojik karakteristiklerinin de hazırlayıcı bireysel faktörler olarak davranışın başlangıcında rolleri bulunmaktadır. Ayrıca bireysel algılar , pozitif beklentilere sahip olma ve eylem olasılığı faktörleri de sağlık davranışını benimsemede etkili olan etkenler olarak bu modelin içinde yer aldığı düşünülen faktörlerdir. Bu model de zaten içinde geliştirilmesine rağmen davranışları açıklamada zayıf kaldığı bazı yönler bulunmaktadır (35,36,43) .



Şekil 7. Sağlık İnanç Modeli (The Health Belief Model) Sheeran & Abraham, 1995

2.5.2. Gerekçeli Eylem Teorisi ve Planlı Davranış Teorisi (The Theory of Reasoned Action and the Theory of Planned Behaviour) :

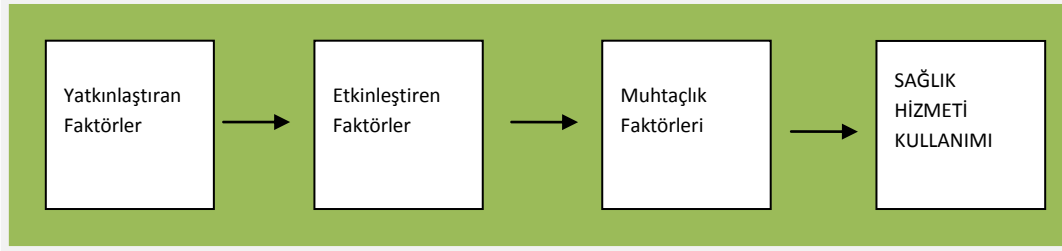
Planlı Davranış Teorisi (Şekil 8) , Gerekçeli Eylem Teorisi'nin daha önceki uzantısıdır. Eylem Teorisi bir davranış teorisidir, 1967 yılında Fishbein tarafından oluşturulmuş ve daha sonra Fishbein ve Ajzen tarafından geliştirilmiş olup, teori inanç, tutum, niyet ve davranışlar arasındaki ilişkiyi inceler. Eylem Teorisi'ne göre davranışlar niyet sonucu oluşmaktadır. Niyetler ölçülerek, bireylerin davranışları önceden tahmin edilebilir ve koruyucu önlemler zamanında alınabilir. Niyetleri etkileyen iki faktör vardır. Bunlar; kişilerin kişisel normları ve tutumlarıdır. Tutumlar, bireyin kendi duygu ve düşüncelerini çevresindeki kişilere ifade etme biçimi iken, kişisel normlar kişinin sosyal kuralları algılamasıdır. Ayrıca algılanan kontrol de önemlidir. TPB' de sosyal ağlar ve akran baskısı etkisinin kişisel hastalık kontrolünün motivasyona bağlı özelliği nedeniyle avantaj olarak karşımıza çıkar. Ama bu teoriler AIDS/ CYBH çalışmaları dışında pek kullanım alanı bulmamıştır (43 , 44).



Şekil 8. Planlı Davranış Teorisi (Theory of Planned Behaviour) following Conner & Sparks, 1995

2.5.3. Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli (The Health Care Utilisation Model) :

Sosyo-davranışsal ya da Andersen modeli (Andersen & Newman, 1973) sağlık davranışlarını etkileyebilecek mantık dizininde üç küme veya faktör kategorilerinden (yatkinlaştıran, etkinleştiren ve muhtaçlık faktörleri) oluşur (Şekil 9). Bu model özellikle biyomedikal sağlık hizmetlerinin kullanımını araştırmak için geliştirilmiştir. Bu modelde yatkinlaştıran faktörler (yaş, cinsiyet, din, küresel sağlık değerlendirmesi, hastalık ile önceki deneyimler, örgün eğitim, sağlık hizmetlerine yönelik genel tutumlar, hastalık hakkında bilgi vb) , etkinleştiren faktörler (hizmetlerin kullanılabilirliği, hizmet satın almak için mali kaynaklar, sağlık sigortası, sosyal ağ desteği vb.) ve muhtaçlık faktörleri (şiddet algısı , bildirilen hastalık için toplam hasta gün sayısı, yatakta geçirilen toplam gün sayısı , okul ve işte kaçırılan gün sayısı , bakım için dışarıdan yardım vb.) gibi faktörlerin birbirini ardışık olarak etkilemesiyle sağlık servis kullanımının gerçekleştiğine işaret eder. Bu model özellikle tedavi seçimi ile ilgili olarak kullanılır. Ayrıca sağlık hizmeti kullanımında farklı faktörlerin ağırlığına kanıtlamak için kullanılmıştır (43) .



Şekil 9. Sağlık Hizmeti Kullanım Modeli (The Health Care Utilisation Model)

2.6. SAĞLIK KAVRAMINA TIP DIŞI DALLARDAN BAKIŞ

İnsan davranışlarının doğası ve nedenleri, tarih boyunca hep merak konusu olmuştur. Bu konu özellikle sosyoloji, antropoloji, psikoloji ve tıp bilimleri tarafından sahiplenilmiş ve araştırılmıştır. Bu araştırmalar sayesinde, kendi alanları ile ilgili kuramsal sonuçlara ulaşmaya çalışılmıştır. Reklamcılık, politika, pazarlama, finans gibi alanlarda da bu araştırmalara ve sonuçlarına zaman içinde ilgi artmıştır. Sağlık kavramı da aynı zamanda davranış modeli olduğu için davranış inceleme bilim dallarının ilgi alanına girmektedir.

2.6.1 Sosyoloji ve Sağlık

Sosyoloji; toplumsal ilişkileri ve bireysel tercihleri, bunların yönlendirdiği davranışları, bu davranışların doğasını, ardında yatan anlam ve nedenleri inceler. Kısaca söylersek, sosyoloji insan davranışlarının ardında yatan anlamları ve nedenleri incelemektedir. Bu bağlamda, sağlık-hastalık olgularını etkileyen faktörlerin araştırılması sosyolojik bir bakışı gerekli kılmaktadır (45) .

Çalışma alanı gereği sosyoloji; sağlık arama davranışlarını, ardında yatan ve etkileyen nedenleri anlamamızda da kuşkusuz bize en büyük yardımı verebilecek daldır. Sosyoloji , çalışma alanının genişliği ve diğer insanı araştıran bilim dallarının konularıyla ilişkisi gereği de kendi içinde bazı spesifik dallara ayrılmıştır. Özellikle; sağlık ve hastalık kavramlarını toplumsal ve kültürel yapı içine yerleştirerek inceleyen, toplum ve sağlık kavramları arasında nedensellik ilişkileri kuran, bu ilişkileri araştırarak genellemelere ulaşmaya çalışan teorik ve uygulamalı bir sosyoloji dalı olan Sağlık Sosyolojisi özelleşmiş alanıyla daha tıbbın da en büyük yardımcılarından biridir (46).

Sağlık Sosyolojisi; sağlık - hastalık ve toplumsal yapı ilişkisi, hastalıkların sosyal, ekonomik ve kültürel nedenleri, hastalıklara karşı kişilerin tutumları, yoksulluk, işsizlik, boşanma ve ölüm gibi sosyal olguların sağlık ve hastalığa etkileri ile çevre, içerisinde yaşanan konut, aile biçimi ve meslek gibi faktörlerin sağlık ve hastalık üzerindeki rolünü incelemektedir. Bu incelemeler sağlığın tıbbi boyutunun yanı sıra en az onun kadar önemli olan bir de sosyal boyutunun olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle sağlık sorunları açısından bireyi sadece tıp ekseninde değerlendirmenin sorunların çözümünde eksik kalacağı açıktır (47) .

Mechanic'e göre Sağlık Sosyolojisinin üzerinde çalıştığı alanlar şunlardır (23) :

1. Hastalıkların dağılımı ve etiyolojisi
2. Sağlık ve hastalığa kültürel ve sosyal tepkiler
3. Tıbbi bakımın sosyo-kültürel yönleri
4. Ölümlülük
5. Sosyal epidemiyoloji
6. Tıbbi uygulamaların örgütlenmesi
7. İyileştirici mesleklerin sosyolojisi

8. Hastane sosyolojisi
9. Toplum sağlık örgütlenmesi
10. Sosyal değişme ve sağlık bakımı
11. Sağlık bakım örgütlerinin karşılaştırılması
12. Tıbbi eğitim
13. Sağlık hizmetlerinin kullanımı
14. Halk sağlığı
15. Stres, hastalık ve başa çıkma
16. Değişen sosyal davranış için yeni yöntemler kullanma (edimsel koşullanma, biyofeedback mekanizması gibi)
17. Sosyal ve toplumsal psikiyatri
18. Yasal ve etik konular
19. Tıbbi ekonominin sosyal yönleri
20. Tıbbi bakım sürecinde karşılaşılan davranış problemleri
21. Yarı profesyoneller
22. Siyaset ve sağlık politikaları

Sağlık sadece tıp ve biyoloji bilimlerinin konusu olmayıp kültürel, sosyal, ekonomik ve politik olarak da incelenmesi ve yorumlanması gereken yönlerde sahiptir. Tüm bu faktörlerin birbirleriyle de etkileşimi olabileceği düşünülürse sağlığın sosyal yön başta olmak üzere çok boyutlu ele alınması ile tıbbi sağlık sorunlarına da alternatif çözümler bulunabilecektir.

2.6.2 Antropoloji ve Sağlık

Antropoloji ve çalışma alanlarını iyi anlamak için kültür kelimesini anlamak çok önemlidir. Kültür, bir toplumun yaşama biçimidir. Diğer bir anlatımla kültür; bir toplumu oluşturan tüm bireylerin düşüncelerinden davranışlarına, giyim kuşam tarzlarından yeme içme alışkanlıklarına, evlenme şekillerinden düğünlerine, hastalıkları tedavi etmelerinden ölüm sonrası tören ve davranışlarına kadar birçok farklı alanda ama hayatın tamamında nasıl yaşadıklarını gösteren tüm unsurların toplamıdır. Kültür özellikle sosyal antropolojinin çalışma alanıdır. Antropolojinin sağlık ve ilgili kavramları açıklamakta yararlanacağımız dalı

olan tıbbi antropoloji sosyal antropolojinin bir dalı olup toplumda yoğunluk gösteren sağlık sorunlarının kültürün diğer kısımları ile aile yapısı, dinsel inanç, ekonomik yapı, yerleşme ve çevre ile ilişkilerini etki ve etkileşimlerini inceler. Sorunun neden ve niçinlerini arar. Farklı sosyo-kültürel yapılarda hastalık ve sağlık anlayışının, tedavi usullerinin nasıl farklılaştığını gösterir.

Tıbbi antropoloji; gerek antropologların toplumsal kültürün bir parçası olan sağlık ve hastalık kavramları üzerinde çalışmaları, gerekse tıp mensuplarının sağlığa bütüncül yaklaşımla birlikte antropolojinin toplumsal verilerine ilgi duymaları sonucu gelişimini sağlamıştır. Geçen yüzyılın başından itibaren bu alandaki çalışmaların artmaya başladığını görüyoruz (48) .

Tıp bilimi 1950'lerden sonra halk sağlığı ve epidemiyolojideki gelişmeler sonucunda sosyal bilimlerin araştırma verilerini kullanmaya başladı. Özellikle topluma sunulan modern sağlık hizmetlerinin benimsenmesi ve kullanımındaki zorluklar sosyal bilimlerle işbirliği yapmayı ve yararlanmayı teşvik etmiştir. Ülkemizde hem antropologların , hem halk sağlığılarının araştırma alanına giren tıbbi antropoloji çalışmaları henüz gerekli ilgiyi görememektedir (49).

Sağlık arama davranışlarının anlaşılmasında en önemli konulardan biri de toplumların farklı sağlık ve hastalık algılarının anlaşılmasıdır. Tıbbi antropologların temel çalışma alanlarından biri olan bu konu öncelikle sağlığın neden bozulduğunu ve oluşan hastalıkların sınıflandırılması ile uğraşır. Bu sınıflamalar halkın tanıdığı belirtilere veya hastalığın hissedildiği bedenin kısımlarına yada insanların inandığı hastalık nedenlerine göre yapılmaktadır. Dünya üzerinde toplumlara ait birçok farklı örnek verilebilir. Genellikle görülen sonuç, geleneksel toplumlarda hastalıkların sadece biyolojik faktörlerle açıklanmadığıdır. Çevrenin bir parçası sayılan doğüstü nedenler ve diğer insanlar da hastalığa neden olabilirler. Geleneksel toplumlarda hastalık tanısı alanlar gene büyük oranda geleneksel tedavilerle karşılaşmaktadırlar. Geleneksel tedavide hastalığı iyileştirmek için izlenecek yolu , hastalığın bağlandığı neden ve nedenler bütünü belirlemektedir. Bu yüzden bir kişinin hasta olduğuna karar verilmişse, hastalık neden oldu , niçin oldu sorusunun yanıtı aranır. Bu kararın sonucunda da hastalık tedavisini kim veya kimlerin yapacağına karar verilir. Geleneksel toplumlarda hastalık doğüstü güçlere ve insanlardan gelen tehlikelere

(nazar,büyü) bağlanmışsa, geleneksel usullerle tedavi edilir. Mikrop gibi biyolojik nedenlere bağlanmışsa modern tıp sistemlerine başvurulur (49)

Ayrıca geleneksel hasta - hekim ilişkisi, beslenme ve ilaçlar konuları da tıbbi antropolojinin çalışma alanlarıdır. Geleneksel hasta - hekim ilişkisinin gücü ve temelleri ile günümüze bunun nasıl adapte edilebileceği önemli bir konu olarak durmaktadır. Özellikle hasta ve hekim arasındaki kültürel boşluğun giderilmesinde ve güvenin sağlanmasında bu alandaki çalışmaların yararı olacağı düşünülebilir. İnsanlar hasta olduklarında önce geleneksel tıbbı mı, batı tıbbına mı başvururlar? İyileşmezlerse ne yaparlar? Hangi kurumlar hangi hastalıklarda tercih edilmektedir? Hekimin, hastanın cinsiyeti, sosyo-ekonomik durumları tedavi olmayı etkiler mi? bu soruların yanıtları özellikle sağlık hizmet kullanım kültürünü de ortaya koyarak bu hizmetlerin organizasyonunda ve halkın bu hizmetlerden memnuniyetinde önemli ipuçları verebilir. Bu konuların tamamı antropolojik çalışmaların temel alanları olduğu için sağlık ile özellikle halk sağlığı ile ilgili konularda antropolojinin her zaman söyleyecek bir sözü vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Tasarımı

Çalışma niteliksel araştırma olarak tasarlandı. Verilerin toplanmasında yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği, analizinde ise tematik analiz yöntemi kullanıldı.

Çalışma evreni Aydın'da yaşayan 18 yaşın üzerindeki erişkinler olarak tanımlandı. Örneklem büyüklüğü; çalışmanın niteliksel özellikte olması ve çalışma alanını temsil eden örneklem sayısı ile ilgili belirgin bir sınırlamanın olmaması da dikkate alınarak en az 30 erişkin kişi olarak belirlendi. Katılımcılar amaca yönelik örnekleme yöntemiyle seçildi. Katılımcıların seçiminde; 18 yaşından büyük olmaları, örneklemede maksimum çeşitlilik sağlanması için yaş, cinsiyet, meslek ve yerleşim bölgesi açısından toplumun farklı sosyo-demografik gruplarını temsil edebilecek özellik taşımaları, görüşmeleri yürütebilmek için zihinsel ve ruhsal olarak uygun, çalışmaya katılmaya istekli ve yazılı olarak onam veren, konuyla ilgili bilgi, görüş ve deneyimlerini paylaşmaya açık kişiler olmalarına dikkat edildi. Katılımcılar aktif sağlık arama davranışı içerisinde olmayan kişiler arasından seçilmeye çalışıldı. Kırsal yöreden de katılım sağlanması amacıyla köy ve ilçelerde görüşmeler yapıldı. Araştırmacıların ve anabilim dalımızda çalışanların toplum içindeki yakın ilişkileri temelinde üniversite hastanesine gelen hasta yakınları arasından da konuyla ilgili söyleyeceği sözü olan, olduğu bilinen kişilere araştırmaya katılım daveti yapıldı.

Görüşmeler, katılımcıların evlerinde, iş yerlerinde, kahvehanelerde vb. topluma açık alanlarda ya da anabilim dalı mekanlarında, iki araştırmacı tarafından Eylül – Aralık 2014 tarihleri arasındaki dönemde yapıldı. Bir araştırmacı görüşmeyi gerçekleştirirken, diğeri görüşmenin ses kaydını aldı ve süreci gözlemledi. Araştırmanın danışmanlarından Doç. Dr. Aylin Nazlı'nın insanların sağlık çare arayışı davranışlarına yönelik sağlık danışma sistemi modeli çerçevesinde bir görüşme kılavuzu hazırlandı. Bu kılavuz temelinde yarı yapılandırılmış olarak gerçekleştirilen her görüşme ortalama 20 dakika sürdü. Görüşme kılavuzu araştırmacının görüşme sırasında araştırdığı konuyla ilgili beş alt başlığı içermekteydi: *sağlıklı olma algısı, sağlıktaki bozulmanın farkına varılması, sağlıktaki bozulmayı yorumlama ve oluşturulan tepkiler, yardım arama davranışı ve sağlık hizmeti*

kullanımı. Bu başlıkların altında görüşme sırasında katılımcının görüşlerini ifade etmesini kolaylaştırmak amacıyla kullanabileceği sorular bulunmaktaydı (Ek-2).

Oluşturulan bir veri toplama formuyla, katılımcıların temel demografik bilgileri toplandı (Ek-3). Bu formlar görüşme öncesinde, gerekçesi katılımcıya anlatılarak ve olur alındıktan sonra dolduruldu. Bilgiler toplanırken kişisel gizliliğe sadık kalındı.

Çalışmada toplanan verilerin değerlendirilmesinde tematik analiz yöntemi kullanıldı. Önce kayda alınan tüm görüşmelerin yazılı dökümü yapıldı. Dökümü yapılan görüşme metinleri birkaç kez okundu ve kodlar oluşturuldu. İkinci aşamada ortaya çıkan temalar yakalanmaya çalışıldı. Daha sonra oluşturulan temalar arasında açıklayıcı ilişkiler belirlendi. Görüşme kayıtlarının yazılı dökümü tez sahibi araştırmacı, verilerin analizi ise araştırmacı ile birlikte danışman öğretim üyesi tarafından yapıldı.

ADÜ Fen Edebiyat Fakültesi ile Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji bölümlerinde sağlık sosyolojisi konusunda çalışan iki öğretim üyesi, çalışmanın tasarımı ve yürütülmesi süreçlerine danışman olarak katıldı. Çalışma için ADÜ Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin alındı (12.06.2014 tarihli, 2014/388 protokol numaralı ve 2 no'lu karar). Çalışmada elde edilen verilerin gizliliği sağlandı. Katılımcılar çalışma konusunda bilgilendirildi ve yazılı onamları alındı.

4. BULGULAR

KATILIMCILARIN DEMOGRAFİK VERİLERİNİN GÖRÜNÜMÜ

Çalışmamıza Aydın'da yaşayan 18 yaşından büyük erişkin nüfustan 30 kişi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 44,3±11,5 olarak saptandı. En genç katılımcı 23, en yaşlı katılımcı 62 yaşındaydı. Katılımcıların 8'i kadın (% 26,7), 22'si erkek (% 73,3)'ti. Katılımcıların, 26'sı evli (% 86,7), 4'ü bekar (% 13,3). Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımında ise; 10 kişi 12 yıldan fazla (% 33,3) , 8 kişi 9 - 12 yıl arası (% 26,7), 8 kişi 9 yıldan az (% 26,7), 3 kişi yüksek lisans ve doktora (% 10) eğitim durumundayken , 1 kişi de okuryazar değildi (% 3,3). Mesleklere göre dağılımda ise; 10 kişi memur (% 33,3), 4 kişi çiftçi (% 13,3), 3 kişi emekli (% 10), 3 kişi ev hanımı (% 10), 2 kişi öğrenci (% 6,7), 2 kişi serbest meslek (% 6,7), 2 kişi esnaf (%6,7), 1 kişi sanatkar (%3,3) , 3 kişi diğer meslek gruplarına (% 10) aitti. Şu an aktif olarak bir işte çalışanlar 27 kişi (% 90) olarak saptandı. Kendisi veya ailesinin sabit bir geliri olduğunu belirten 20 kişi (% 66,7) ile çoğunluğu oluşturduğu ekonomik durum ile ilgili sorularda gelir dağılımı (aile toplam geliri) yönünden bakıldığında; 1050 - 3400 TL arası 18 kişi (% 60), 3400 TL'den fazla 9 kişi (% 30), 1050 TL'den az 3 kişi (%10) saptandı. Kendisini ve ailesinin ait olduğunu düşündüğü sosyoekonomik statü için ise; 25 kişi orta (% 83,3), 4 kişi düşük (% 13,3),1 kişi ise yüksek (% 3,3) görüşünü belirtti. Katılımcılardan 28 kişi (% 93,3) SGK (Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur) kapsamında sosyal güvenceye sahipken, 2 kişinin (% 6,7) sosyal güvencesi yoktu. Yaşanılan yere göre katılımcılardan; il ve ilçe merkezinde 22 kişi (%73,3) , eski statüye göre belde ve köylerde yaşayan 8 kişi (% 26,7) bulunmaktaydı. Hanede yayan kişi sayısına göre; 3-5 kişi arası 24 kişi (% 80), 3 kişiden az olanlar 5 kişi (% 16,7), 5 kişiden fazla ise 1 kişi (% 3,3) olarak belirtti. Katılımcılardan 19 kişi (% 63,3) apartman dairesinde, 11 kişi (% 36,7) ise müstakil evde yaşıyordu.

Tüm katılımcılara ait demografik verilerin dökümü tablo olarak aşağıda verilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1 : Katılımcı demografik verileri

Demografik Veriler		Sayı	Yüzde
Yaş	Ortalama±SS	44,3±11,5	
	En düşük - en yüksek	23 - 62	
Cinsiyet	Kadın	8	26,7
	Erkek	22	73,3
Medeni durum	Bekar	4	13,3
	Evli	26	86,7
	Dul- Boşanmış	-	-
Eğitim durumu	Okuryazar değil	1	3,3
	Okuryazar	-	-
	9 yıldan az	8	26,7
	9 - 12 yıl arası	8	26,7
	12 yıldan fazla	13	43,3
Meslek	Memur	10	33,3
	Esnaf	2	6,7
	Sanatkar	1	3,3
	Çiftçi	4	13,3
	Serbest meslek	2	6,7
	Öğrenci	2	6,7
	Ev hanımı	3	10,0
	Emekli	3	10,0
	Diğer	3	10,0
İş durumu (Şu an bir işte çalışıp çalışmadığı)	Çalışmıyor	5	16,7
	Çalışıyor	27	90,0
Kendisinin/ailesinin sabit bir geliri var mı?	Evet	20	66,7
	Hayır	10	33,3
Gelir düzeyi (Aile toplam geliri)	1050 TL' den az	3	10,0
	1050 - 3400 TL arası	18	60,0
	3400 TL 'den fazla	9	30,0
Kendini/ailesini ait gördüğü sosyoekonomik gelir grubu	Düşük	4	13,3
	Orta	25	83,3
	Yüksek	1	3,3
Sosyal güvence durumu	SGK (Emekli Sandığı, SSK, Bağkur)	28	93,3
	Yeşil kart	-	-
	Özel sağlık sigortası	-	-
	Yok	2	6,7
Yaşanılan yer	İl ve ilçe merkezi	22	73,3
	Belde ve köy	8	26,7
Yaşanılan hanede yaşayan kişi sayısı	3'ten az	5	16,7
	3 - 5 arası	24	80,0
	5 'ten fazla	1	3,3
Yaşanılan hane	Müstakil ev	11	36,7
	Apartman dairesi	19	63,3
	Toplu yaşanılan yer	-	-

ÇALIŞMANIN TEMATİK ANALİZİ

Çalışmamız için katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmelerin aslına sadık kalınarak birebir kayda geçirilen dökümlerinden çalışma konusuna uygun olarak temaları saptandı. Tüm bu temalar üzerinden yapılan tematik analizler sonucunda saptanan açıklayıcı ilişkilere ait bulguları özet şeklinde belirtecek olursak :

1. Katılımcılar sağlığı kapsayıcı bir şekilde anlamlandırmaktadırlar ve kendileri için öneminin farkındadırlar.
2. Katılımcılar sağlıklarında bir bozulma olduğunda kendilerini dinlemekte, bedenindeki değişimleri anlamaya ve kendini tanımaya çalışmaktadırlar.
3. Hissedilen sağlık sorunu ile ilgili ciddiye algısı, sağlık arama davranışının önemli bir belirleyicisi olmaktadır.
4. Bir sağlık sorunu geliştiğinde önce kendi geleceğini ve daha sonra bu sorunun yakın çevresine olan etkilerini düşünmektedirler.
5. Katılımcılar sorunun nerede çözülebileceğini bilememekte , buna rağmen nereye gitmesi gerektiğine kendisi karar vermek zorunda kalmaktadır.
6. Bir sağlık sorunu geliştiğinde çare arama davranışı çeşitlilik göstermektedir.
 - ❖ Bazı katılımcılar herhangi bir kişiye danışmadan ve vakit geçirmeden, doğrudan doktora gitmektedir.
 - ❖ Bazıları önce kendi sağlık anlayışına göre kendisi çare bulmaya çalışmakta, çözüm bulamazsa doktora gitmektedir.
 - ❖ Katılımcıların alternatif çare arayışları sınırlıdır.
 - ❖ Katılımcılar genellikle hissettikleri rahatsızlıkla ilgili olarak internette araştırmalar yapmakta ancak internete güvenmemektedirler.
 - ❖ Başta ailesi olmak üzere yakın çevresi , o sorunlarıyla ilgili olarak deneyimli gördükleri kişiler ve daha önce benzer rahatsızlığı olanlar sağlık danışma sistemini oluşturmaktadırlar.
7. Sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen en önemli etkenler para, sağlık güvencesi, ulaşım sorunları, yardım edebilecek birilerinin olması, eğitim, bürokratik süreçler ve sistemsel engellerdir. Hekimlerin ilaç yazma kısıtlılıkları da hizmet almayı zorlaştırmaktadır.
8. Sağlık hizmeti almada hasta ile hekim arasındaki iletişim önemli rol oynamaktadır.

Bu temalar ile görüşme kayıtları eşliğinde yaptığımız tematik analizin ayrıntılı sonuçları aşağıdaki görülmektedir:

SAĞLIĞA YAKLAŞIM ve SAĞLIK ALGISI

Katılımcılar sağlığın bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir iyilik hali olma özelliğini işlevsellik, yaşam biçimi ve yaşam kalitesi düzeyinde değerlendirmektedirler.

Bazı katılımcılar sağlığı, insanın herhangi bir rahatsızlık ve engel hissetmeden ve yardım gerektirmeden bedensel ve ruhsal işlevlerini yerine getirerek günlük yaşantısını sürdürebilmesi ve toplum içindeki görevlerini rahat ve düzgün bir şekilde yapabilmesi olarak tanımlamaktadırlar. Bazıları ise onu huzur, düzen ve mutluluk ile ilişkilendirerek yaşamın kendisi olarak görmektedirler. Bu anlamda sağlık insan için bir yaşam biçimi, toplum için kalite göstergesidir.

Katılımcılara göre yalnızca herhangi bir yakınması, rahatsızlığı ve hastalığı olmayan değil, kendini fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak iyi hisseden kişi sağlıklıdır. Sağlıklı kişi fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tüm işlevlerini yerine getirebilir, her konuda günlük işlerini yapabilir ve kendi kendine yetebilir. Sağlıklı insanın en önemli göstergesi çevresine uyum sağlayabilmesidir. Başkalarına yardım eder, ailesiyle ve çevresindekilerle iyi ilişkiler kurar ve olumlu ya da olumsuz beklenmedik gelişmelere uyum sağlar. Bazı katılımcılar sağlıklı insanı yaşamında dengeleri kurabilen, çalışabilen, kötü alışkanlığı olmayan, stresi olmayan, spor yapan, yaşamını planlayarak düzenli beslenen, uyuyan ve yaşayan, fiziği düzgün ve dinç görünen, çok yönlü sosyal bir varlık olarak görmektedir.

“ Sağlık... bi insan için, yani benim için... anladığım... insanın beden sağlığı ve ruh sağlığının yani hepsinin iyi olması... hem bedenem hem ruhen. Yani genel olarak bir sağlık hali... sağlık o... İkisinden birinde bir eksiklik, aksaklık olduğu zaman sonuçta sağlık kaybolmuş olur.” (G-2)

Aynı katılımcı sağlıklı insanı tarif ederken sağlık kavramının içeriğini genişleterek ve sağlıklı insanı birçok perspektifiyle bir bütün olarak tanımlamaktadır. Buna başka katılımcılar da benzer ifadelerle katılmışlardır.

" İşte dediğim gibi... hem bedenen , hem ruhen, ondan sonra... sosyal alanlarda , iyi sosyal becerileri olan, asosyal olmayan... ruh sağlığı olarak iyi durumda olan... ondan sonra... iletişim kabiliyeti güçlü , bedenen de bir sıkıntısı olmayan kişi " (G-2)

" Sağlıklı insan, normal fizyolojik organlarının çalışması yanında iyi düşünen, başkalarına yardım eden, mutlu olabilen, günlük yaşamda dengeleri kurabilen, çok yönlü... sosyal faaliyetleriyle, davranışlarıyla tamamlayabilen bir varlık." (G-6)

" Sağlık bana göre insanın bir yaşam biçimidir... Bir kalitedir toplum için. Sağlık sadece yeme içme, bir ortamda bulunma değil, giyiminden yaşam şeklinden kalıcı bir örnektir." (G-17)

" İnsanın vücut sağlığı ile alakalı olarak, ruh sağlığı da önemli tabi. Ne bileyim aile içi iletişim, çevre ile, arkadaşları ile iletişim ... bunlarda insanın sağlığında önemli. İlişkilerde önemli benim için..." (G-18)

Bazıları sağlıklı insanın düşünen, mutlu olabilen, neşeli, huzurlu ve pozitif enerji veren yönlerine de vurgu yapmaktadır.

" Herhangi bir uzvunda, vücudunun bir organında herhangi rahatsızlık hissetmeden, toplumun içerisinde yapması gereken görevleri... daha iyi , rahat bir şekilde... Yani bütün görevlerini yerine getirebilmesi... artı kendisinin de mutlu olması yani ... mutlu ve huzurlu olması. Yani toplumun içerisinde kişi rahatsızsa mutlaka çevresine yansır, bunu hissettirir. Ne kadar saklamaya çalışsa da hissettirir. Ama kendisi rahatsa, bir rahatsızlığı yoksa , bu pozitif olarak çevresine yansır..." (G-5)

" Neşeli, mutlu, aklına hastanenin doktorun, başka şeylerin gelmeyeceği bir insan." (G-28)

Katılımcılar sağlığı korumanın doğumdan itibaren başlamasının, ailenin sağlık açısından bilinçli olmasının ve çocukların sağlıklı bir ortamda büyümesinin önemine dikkat çekmektedirler.

" Ebeveynlerin bebeğe bakış açısı, ekonomik sorunlar, sağlık sistemi... bunların hepsi bireyin gelişiminde etkili oluyor. Yani bu olaylar bebeklikten başlıyor. Ailenin bebeğe karşı sağlık açısından bilinçlenmesinden başlıyor... Devletin çocuğa karşı

sağlık politikasından başlıyor. Hem devlet, hem de aileden başlıyor. Çocuk sağlıklı bir aile ortamında büyürse başka türlü oluyor " (G-12)

Oysa giderek daha çok hastalanıp daha çok ilaç kullandığımızı ve toplumun sağlığının bozulduğunu, bu anlamda sağlık politikalarının iflas ettiğini düşünmektedirler.

" Sağlık insana yapılan en güzel yatırımdır. Ama hükümetlerin politikaları sonucu sağlık iflas etmiştir. Geçmiş yıllarda sayıyla ilaç alıyorduk, şimdi torbayla ilaç alıyoruz. Ama ne hikmetse insanlar daha çok hasta oluyorlar, kanser oluyorlar. Duymadığımız hastalıklara yakalanıyorlar. Ama bu beslenmeden midir? yoksa kullanılan ilaçların yan etkilerinden midir? tabi o benim işim değil ..." (G-1)

Sağlığın tanımlama istediğinde kısa ve çarpıcı yorumlayanlar da vardı .

"Yaşamın bütünü, ta kendisi diyebilirim... Herşey..." (G-13)

"Sağlık olmadıktan sonra dünya senin olsa ne olur..." (G-15)

"Sağlık benim için mutluluk. Ben sağlıklıysam mutlu oluyorum " (G - 25)

Sağlığı kişinin görünümüyle özdeşleştiren katılımcılar da vardır. Kişinin görünümdeki düzgünlük ve yaşam faaliyetlerindeki düzen sağlığın göstergesi olarak algılanmaktadır.

" Sağlıklı insan deyince obez olmayan, normal vücut ölçülerinde... sağlıklı görünen , dinç görünen insanlar aklıma geliyor. Düzenli yaşayan, sporunu yapan , düzenli beslenen, düzenli uyuyan... ne bileyim hayatında belli bir... yani belli bir programı olan insanlar geliyor yani..." (G-26)

" Sağlık deyince... spor yapan... fiziği düzgün insan gibi geliyor bana. Etrafımda çocuklarım sporcu, baldızım sporcu falan. Fiziği düzgün insan , sağlıklı insan gibi aklıma geliyor. Sağlık deyince doktordur, hastanedir hiç aklıma gelmiyor mesela." (G-11)

Bazı katılımcılara göre sağlık gençken dikkat edilmeyen, yaşlılıkta insanın aklına gelen bir şeydir. Sağlığın önemini yaşayarak öğrendiğimizi, sağlığı korumanın daha önemli olduğunu, oysa hastalanınca hemen doktora koştuğumuzu düşünmektedirler.

" Gençliğimizde çok sağlıklı olamadığımızdan dolayı yaşlılığımızda da çok sağlıklı olamıyoruz. Sürekli rahatsız oluyoruz, rahatsız oluyoruz, hastanelerde de geziniyoruz " (G-1)

SAĞLIKTA BOZULMAYI YORUMLAMA

Katılımcılar günlük işlerini yapmada sıkıntı çekmeye başladıklarında sağlıklarında bir bozulma olduğunun farkına varmaktadırlar. Ancak bazen farkına varmadan da rahatsızlık belirtileri ortaya çıkabilmektedir.

" Günlük yaptığım işleri yapamaz hale gelirim... aynı şekilde buna bağlı düşüncelerim de değişirse sağlığım iyi gitmiyor derim. " (G-6)

" Günlük yaşantımı ne derecede etkilediği olabilir. Mesela bazı işler zor olsa da insanların yeteneği, gücü sayesinde yapıyo. Fakat bu işleri yapmakta ... yapabildiğim işleri yapamaz hale gelirim demek ki ciddi bir durum var ortada." (G-5)

Katılımcılar sağlıklarında bir bozulma olduğunda önce kendini dinlemekte ve rahatsızlığının nerede olduğunu bulmaya, bedenindeki gelişmeleri anlamaya ve kendini tanımaya çalışmaktadır.

En başta ben kendimi tanımaya çalışırım. Fiziken de ne benim için iyi? ne benim için kötü? Önce bir kendimi dinlerim. Rutinin dışına, belli oranda, orta şiddette bir çıkış varsa zaten ... nedir bu? örneğin kulağım mı ağrıyor, başımda bir ağrı mı var, kasım mı tutuldu, her zaman olmayan bir şekilde karnıma ağrı mı girdi... Bunun nedenini hemen sorgularım. Mesela midem ağrıyor... yediğim bişeyden mi, üşüttüm mü vesaire... Bu belli bir süre geçer hala geçmiyorsa o zaman zaten bir hekime gözükme fikrim uyanır. Ama hafif şekilde olup , hele hele uykuya dalıp ertesi sabah geçtiyse zaten vücut onu tolere etmiş demektir. Onun haricinde hala geçmiyorsa, belli şeyler devam ediyorsa, belirtiler ya da rahatsızlıklar o zaman da çekinmem... doktor korkum yoktur. Hekime giderim. " (G-27)

Bazı katılımcılar bu tanıma sürecinde sağlıklarıyla ilgili korku, ciddi bir hastalık olma kaygısı ve gerginlik yaşamakta ya da karamsarlıkla olabileceklerin en kötüsünü düşünmekte

ve tanı konuluncaya kadarki belirsizlik onları rahatsız etmektedir. Bu tanıma sürecinde kendini suçlayan bazı katılımcılar ise öncelikle moral çöküntü yaşamakta, sonra kendini sorgulamakta ve geçmiş davranışları için kendini yargulamakta ve ardından nasıl tedavi edebileceğini, ne yapabileceğini düşünmektedir.

" Yani biraz önce dedim ya... bişeylerin olumsuz gittiğini anladığım anda ister istemez bir korku kaygı , aşırı derecede hissetmeye başlıyorum... Sonrasında tabi olay daha da ciddiye... ben annemi kanser hastalığından kaybettim... hani insanın aklına ister istemez o anlamda olumsuz şeyler de gelmiyor değil. Günümüzün hastalığı olduğundan dolayı biraz da... O anlamda karamsar oluyoruz o konularda... iyi duygular hissetmiyoruz açıkçası. " (G-24)

" Kendimde böyle bişey görsem öncelikle aklıma en kötüsü gelir. Ya öyleyse diye korkuyla giderim. Ama bir yandan da en sık olabilecek şeyleri göz önünde bulundurmaya çalışırım. İlk önce aklıma en kötüsü gelir her zaman. Sonra daha olabilir , herkeste olabilecek şeyleri düşünmeye başlarım , kendimi rahatlatmak için... " (G-28)

Bir katılımcı en küçük bir rahatsızlığı bile kötüye yordugunu, soğukkanlı davranmadığını ve bunun da bir rahatsızlık olduğunu ifade etmiştir.

"Eee, genelde hemen kötüye yorumlarım. Günümüzde hani andığımız yerden irak kanser vakaları bayağı bir revaçta. Yani böyle bir yere gidebilir mi bu hastalığın sonu diye direk onu düşürüm. Yani çok böyle soğukkanlılıkla karşılayamam. İşte öyle de bir... onu ben kendimde de bir rahatsızlık olarak kabul ediyorum. Hemen işte inancımızı, dini inancımızı da düşünerek olacağı yere varır derim kesinlikle... Bunun ilahi yönden de mukayesesini yaparım ama çok da soğukkanlı olamam... Evhamlı olurum. Heyecanlı olurum. İşte güvendiğim bir hekimden tamam bundan bişey çıkmaz, gelip geçici bişey, tamam bu önemli bişey değil gibi cevapları duyduğum zaman çok büyük bir rahatlama hissederim. Ama onu duyuncaya kadar, analizlerin sonuçları çıkıncaya kadar... İşte belli tetkikler sonuçlanıncaya kadar heyecanlı olurum..." (G-30)

Öte yandan bir rahatsızlık geliştiğinde fazla büyütmeyen, soğukkanlı davranan, panik yapmayan katılımcılar da vardır. Bir katılımcı kanser tanısı aldığıında kabullenmekte

zorlanmıştır; ancak sonrasındaki ameliyat, kemoterapi ve saçlarının dökülmesini de dahil hepsini hızla kabullendiğini belirtmiştir.

" İnsan öncelikle bir şeyleri seziyor ama kendisine konduramıyor hastalığı. Hayır diyor... Reddediyorsunuz ama bakıyorsunuz iş ciddiye doğru gidiyor. ...gittiğim doktor anında tanıyı koydu ve beni yönlendirdi. ... Tabi ilk anda çöktüm. Çökmek hiç mümkün değil. Kanser olduğunuzu öğreniyorsunuz çünkü. Ama sonra toparladım. Ben bunu yeneceğim dedim. Ağlamanın hiçbir yararı yok. Ve de öyle yaptım. Ameliyat oldum, çıktım, kemoterapiye gittim. ...saçlarım döküldü. Doktorların psikolojik olarak yaklaşımı da çok önemli... Oradaki onkologlar gerçekten çok, yani onlar aynı zamanda psikiyatr yani benim için. Bana dedi ki; saçlarınız dökülecek ama size çok yakışacak. Çünkü minyon bir suratınız var, gayet de hoş olacak. Ve ben buna inandım gerçekten. Hiç umursamadım..." (G-13)

Aynı katılımcı hayata küsmemek gerektiğini de düşünmektedir.

" Hayata küsmemek ve o aralığı boş bırakmamak. Makyaj yapıyordum, ...yürüyordum, ...işte bir topluma girmem gerekiyorsa çekinmeden girdim. İnsanlar bana bakacak falan demedim. Sonra saçlarım bir santim oldu, ben o saçla dışarı çıktım. Ve hiç de bir eksiklik veya hastalandığımda, niye ben demedim. Ben değilsem bir başkası olacak ya da oluyor. Ha şunu söyledim; iyi ki evlatlarım değil ben, onu söyledim." (G-13)

SORUNUN CİDDİYETİ ALGISI

Bir katılımcının ifadesiyle gelişen rahatsızlığa ilişkin ciddilik algısı çare arayışına yönelten en önemli etkidir. Katılımcılar yaşadıkları rahatsızlığın ciddiyetini günlük yaşantılarını ne derecede etkilediği ile değerlendirmekte, günlük işlerini yapamaz hale gelirlerse, sorunun ciddi olduğunu düşünmektedirler.

" Günlük yaşamdan, daha önce yapabildiğim, şartları yerine getirememek ilk başta sağlığımla ilgili olumsuz bir düşünce olduğunu belirtir. Bunu yerine getirebilmek için belirli bir süre mücadele etsek de... eğer yaşam kalitesini etkiliyorsa, günlük verimliliği etkiliyorsa bir yardım almak gerektiği kanısına varırım. Ve sağlıkla ilgili bir uzmana giderim." (G-6)

Rahatsızlığın geliştiği organ ve yakınmalar bakımından da kalp ve beyinle ilgili sorunları, ağrıyı, birkaç belirti birden varsa, her zamankinden daha şiddetli ya da ilk kez karşılaşılan bir durum ise ciddi sorun olarak görmekte ve arayış içine girmektedirler.

"Halk arasında gene hastalığın belirtisi olarak nitelendirilen işte kalple ilgili sorunlar, işte kol ağrısı vesaire , işte beyinle ilgili baş dönmesi vesaire gibi böyle gerisinde ciddi rahatsızlıkların olabileceği belirtiler olduğu zaman bu bizi biraz strese sokuyor. O zaman bir arayış içerisine girebiliyoruz. " (G-21)

SAĞLIKTAKİ BOZULMANIN NEDENLERİ ve BUNA TEPKİLER

Bazı katılımcılara göre geçmişte yaşanan sıkıntılar, stres ve kötü çalışma koşulları yaş ilerledikçe birike birike ortaya çıkmaktadır. Yaşadıkları bölgede sağlığın bozulmasındaki en önemli etkenlerin iklim, soğukta ya da sıcakta fazla kalmak, ekonomik sıkıntılar, bilinçsiz yaşam ve spor yaparken gösterilen sağlıksız davranışlar olduğunu düşünmektedirler.

" Yaşın vermiş olduğu... geçmişte yaşadığımız sıkıntılar... stres... çalışma koşulları... bunlar hep birikip birikip ... belli bir yaştan sonra artık... ne de olsa yaş kırkdört ... yavaş yavaş bunlar bi anlamda ortaya çıkacak. Mesela askerlikte yağın yağmurun altında bekledik mesela, diz boyu karın içinde bekledik... Ee ne olacak yani... çalıştığımız ortamlarında kötülüğünden dolayı. Bunlar birike birike bi zaman gelecek bişeyler çıkacak..." (G-8)

" Benim sağlığım çok iyi değil. Bilinçsiz spor yapmalar sonucunda, bilinçli yaşam oluşmadığından dolayı ... Gençliğimizde çok sağlıklı olamadığımızdan dolayı yaşlılığımızda da çok sağlıklı olamıyoruz. Sürekli rahatsız oluyoruz, rahatsız oluyoruz, hastanelerde de geziniyoruz " (G-1)

Belli bir rahatsızlık geliştiğinde önce biraz beklemekte ve nedenlerini anlamaya çalışmaktadırlar. Bazı katılımcılar sorunun nedenini kendinde bulmaya çalıştığını ifade etmiştir.

"Mesela o an hissettiklerim... yani bir yerim ağrıyorsa neden ağrıdığını düşünürüm kendim. Son günlerde yaptığım şeylere, yediklerime içtiklerime, son

günlerdeki yaşantıma bakarım. Eğer bu yaşantım dahilinde o anki rahatsızlığımla mantığımı bağdaştırabilirsem benim böyle bir rahatsızlığım var, olabilir derim yani. ...ve tedavi yoluna giderim, araştırma yoluna giderim." (G-5)

"Üzüntü yaşıyorum. Hasta oldum, kendime dikkat edemedim mi, niye böyle oldu, tarzında düşünürüm. Ama hani o anda önce kendimi o durumdan kurtarmayı düşünürüm yani. Bundan nasıl kurtulabilirim? Bu rahatsızlığı nasıl atlatabilirim? Ne yapmalıyım? Bunu düşünürüm..." (G-27)

Bir başka katılımcı neden araştırmasına gitmediğini, bunu da inancına bağladığını ifade etmiştir.

"Şöyle bir şey söyleyeyim. İnanç gereği her şeyin Allahahtan olduğuna, bunun da bir imtihan olduğuna şey yaparaktan, çok fazla panikleyip şey yapmam yani, neden oldu, neden benim başıma geldi diye. Bazıları mesela koşturur profesöre gider, şuraya gider, buraya gider... bir telaş, bir panik... Mesela kanser oluyor kişi. ...panikliyor kişi, ölçem mi kalcam mı? Ölebiliriz da yani, sonuçta yaşam bu. ...dediğim gibi inanç gereği, hayatta imtihandayız yani." (G-8)

SAĞLIĞINDAKİ BOZULMANIN ETKİLERİ / SONUÇLARI

Katılımcılar bir sağlık sorunu geliştiğinde önce genellikle kendi geleceğini düşünmektedir. Yeniden eski sağlığına kavuşup kavuşamayacağı, başkasına bağımlı kalma riski konusunda kaygı ve karamsarlık yaşamakta, ölüm de aklına gelmektedir.

" Valla bi daha eski sağlığıma kavuşabilir miyim diye düşünüyorum... yoksa aşığı gider miyim diye düşünüyorum yani... Onu düşünüyorum, başka bişey düşünmüyorum..." (G-7)

" İnsanların zaten morali bozulur önce. Psikolojik olarak çöküyorsun. Bazı şeyleri yapamıyorsun. Moralin bozulunca daha kötü şeyler de düşünebiliyorsun. Acaba hani bişey mi olacak? sakat mı kalcam? arızalı mı olcam? o zaten yıpratıyor. İyileşme umudu varsa bile o onu psikolojik olarak erteliyor. Tamamen bozuluyor. Belki geçmesi gereken ufak bir ağrıdır ama başka bişey aklına geliyor... mesela şu an bazı

hastalıklar çoğaldı, kanser gibi... acaba böyle bişey mi var düşüncesi insanı daha kötü etkiliyor. " (G-10)

Daha sonra başta çocukları olmak üzere ailesini ve hatta arkadaşlarını, ekonomik sorunlarını ve ibadetini düşünmektedir.

Bir katılımcı bu kaygıyı şöyle dile getirmiştir.

" Ee şu olabilir, çocuklar biraz küçük. Bana bir şey olsa ... çocuk açısından biraz sıkıntı olabilir. Tek düşüncem o olabilir yani. Yoksa diğer türlü, dedim ya maneviyat açısından... Onun dışında ha bugün de ölebiliriz, yarın da ölebiliriz, yirmi sene sonra da ölebiliriz. Cenabı Hak bir ömür takdir etmiştir, her şey onun takdiridir." (G-8)

Bazı katılımcılar sağlıktaki bozulmanın insanın yaşamının her alanına ve çevresi ile ilişkilerine yansıdığını düşünmektedirler. Onlara göre kişi sağlıksızsa mutsuz olur, çalışma verimliliği düşer, ekonomik kaygılar gelişir, huzuru kalmaz ve aile düzeni bozulur. Öte yandan sağlıklı insanın iyi bir yaşamı vardır ve daha iyi düşünür, daha iyi üretir.

"Sağlıklı insan daha iyi düşünür, daha iyi üretir, daha iyi yaşam koşullarında nefes alır, nefes verir. Sağlık her şeydir. Bir insanın vücudunda ağrısı sızısı olmadı mı her şeyde, sporda, ticaretle her şeyde daha çok başarılı olur... En temel işlevdir sağlık. Her şeyin başı sağlık derler ya... Ben sağlığımı kaybettiğim zaman, her işi bıraktım sağlığımı kazanmak için çaba harcadım." (G-1)

KARAR VERME

Katılımcılar bir rahatsızlık geliştiğinde genelde, ne yapmaları gerektiği konusunda kararsızlık yaşamaktadırlar. Bir katılımcı başlangıçta yaşadığı şaşkınlığı şöyle ifade etmiştir.

"...birisi daha önce dişim ağrıyor veyahut da şöyle oluyor, böyle oluyor dediği zaman gülüyordum. Aynı şey kendi başıma gelince nereye gideceğimi de şaşırdım, ne yapacağımı da şaşırdım. Mecburen doktora gittik, tedavimizi yaptırдық. Şimdi rahatız yani... Bayağı bir sıkıntı yaşadım yani, iki gün..." (G-4)

Olası ameliyatın sonuçları ya da doktora giderse bir hastalık çıkacağı ve ilaç bağımlısı olacağı konusundaki kaygıları kararsızlıklarını artırmakta ve bu nedenle doktora gitmekten vazgeçebilmektedirler. En büyük sorun, sorununun nerede çözülebileceğini, nitelikli hizmeti nereden alabileceğini bilememek, hangi hekime başvuracağına kendisi karar vermek zorunda kalmaktır.

" Moral çok önemli. Şimdi orda doktorun deçeği şey mesela... İşte sende şu şu var...Bundan sonra acı yemiyen, şeker yemiyen, tatlı yemiyen diye bi sürü yasaklıycak... moralin bozulcak zatinden. Eee benim doktora gitmeden evvel neşem yerindeydi, doktora gidik geldikten sonra... E tabi düşünüyorsun... tabi doktorun dediklerinde ciddi bişey var galiba diye, vesvese yapıyorsun... diye ondan pek önemsemiyorum yani. " (G-7)

YARDIM ARAMA

DOĞRUDAN BİR SAĞLIK ÇALIŞANINA/KURULUŞUNA GİTME

Hekime başvurma kararını vermede en etkili etken kişinin kendi hissettiği rahatsızlıktır. Katılımcıların çoğu yaşadığı rahatsızlık nedeniyle günlük verimliliğinin ve yaşam kalitesinin etkilenmesi ile genellikle hemen bir doktora gitmektedir.

Doktor tercihleri ise değişebilmektedir ve bu konuda katılımcılar oldukça farklı yaklaşımlar göstermektedirler. Bazı katılımcılar zaman kaybetmeden tanıdık bir doktora ya da aile hekimine danışmakta ve onun yönlendirmesine göre hastaneye ve uzman hekime gitmektedir. Bir katılımcı başkalarıyla paylaşmadan, başka arayışlara girmeden doğrudan sağlık hizmeti alma davranışı göstermekle birlikte doktorun her dediğini yapma eğiliminde olmadığını ifade etmiştir.

"...bir bel rahatsızlığım oldu. Doktoruma gittim. Bel rahatsızlığımı fitik olarak tanımlayalım. Sinir hastalıkları doktoruna gittim, direkman ameliyat dedi. Hemen ameliyat günü, ne zaman olacaksın diye konuşmaya başladı. Bel fitiğundan ameliyat olan kişilerin ileride çok dikkat etmesi gerektiğini de biliyorum. Çünkü bel çok önemli... Sonra normal yollardan tedavimi oldum. Allah'ıma şükürler olsun, şimdi dikkat ediyorum, bir rahatsızlığım yok."(G-16)

Bir başka katılımcı sorunlarının çözümü için doktorlara gitmeyi tercih ettiğini, farklı doktorların görüşünü alıp karşılaştırdığını belirtmiştir.

"...sağlık konusu olunca, en iyi hastanın halinden doktorlar anlar. Her doktor her hastalığı anlayacak diye bir şart, bir garanti de yok. Fakat ben tanıdığım kadarıyla hekimlerden ... aldığım cevaplarla başka tanıdığım hekimlerden aldığım cevapları kıyaslarım. Kendim de uygun gördüğüm, bağdaştırdığım noktalarda, demek ki bu adam doğru söylüyormuş diyebilirim yani. Evet, bu adam şöyle bir teşhis koydu, ...ben bunları kendimde hissediyorum. Demek ki bu adamın teşhisi doğru diyebilirim yani, kendi açımdan." (G-5)

Yerel hekimlerin yetersiz olduğunu düşünen ve kendisinin ve yakın çevresinin daha önce onlardan çektikleri sıkıntıları dikkate alarak üniversite ya da özel hastaneler için büyük şehirlere gittiğini ifade eden katılımcılar da olmuştur. Küçük sağlık sorunlarında bile doğrudan doktora giden bazı katılımcılar, bilgi amaçlı olarak başkalarına danışabilmekte ya da medyadan ön bilgi alabilmektedir. Bir katılımcı başkalarına danışmaya kesinlikle karşıdır.

"...kesinlikle öyle bir hareketim olmaz. Çünkü o tarz hareketlere girdiği zaman insanlar alması gereken tedaviyi de alamazlar. İşte biri bir şey söyler onu yapar, birisi başka bir hekimi tavsiye eder oraya gider. Her hekim olayı baştan alır, aynı yerlerden geçer. Bunun sağlıklı bir karar olduğunu düşünmem. Kendim de uygulamam, uygulayanlara da kızarım." (G-30)

Katılımcıların bir kısmı bir süre bekledikten sonra ya da rahatsızlığı artınca doktora gitmektedir. Aşırı bir ağrı, sancı olmadıkça rahatsızlığını önemsememekte, ağrı dayanılmaz bir hal alınca doktora gitmekte, hangi doktora gideceği konusunda kararsızlık yaşamaktadır. Bir katılımcı bir süre geçer diye beklediğini, geçmezse hekime gittiğini belirtmiştir.

"Ben genelde kendimi dinleyen bir insanımdır. Herkes ilk önce kendini bir iyi tanımalı ki eksikliğini ya da neler yolunda gitmiyor... Çünkü herkesin fizyolojik yapısı da farklı... Biri bir şey yiyor ona bir şey olmuyor, ama aynı şeyi ben yiyorum beni rahatsız edebiliyor. En başta ben kendimi tanımaya çalışırım. Fizîken de ne benim için iyi, ne ... kötü? Önce bir kendimi dinlerim. Rutinin dışına, belli oranda, orta şiddette bir çıkış varsa zaten ... bunun nedenini hemen sorgularım. Mesela midem ağrıyor. ...yediğim bir şeyden mi, üşüttüm mü vesaire... Bu belli bir süre geçer, hala

geçmiyorsa o zaman zaten bir hekime gözükmek fikrim uyanır. Ama hafif şekilde olup, hele hele uykuya dalıp ertesi sabah geçtiyse zaten vücut onu tolere etmiş demektir. Onun haricinde hala geçmiyorsa, belli şeyler devam ediyorsa, belirtiler ya da rahatsızlıklar o zaman da çekinmem, doktor korkum yoktur, hekime giderim." (G-27)

KENDİ KENDİNE BAKIM

Bir sağlık sorunu geliştiğinde bazı katılımcılar özellikle küçük rahatsızlıkları önemsememektedir ve doktora gitmekten ve ilaç kullanmaktan yana değildir. Bazı katılımcılar ise insanın en iyi doktorunun kendisi olduğu ve kendine bakması gerektiği düşüncesindedirler. Önce kendisinin neler yapabileceğini düşünmekte ve başka birine danışmadan kendisi bir çare bulmaya çalışmaktadır. Birkaç gün bekleme, dinlenme, daha önce doktorun verdiği ilaçları kullanma ve ağrı söz konusu olduğunda bir-iki ağrı kesici olarak ağrıyı geçirmeye çalışma genellikle kendi kendilerine yaptıkları çare arayışlarıdır. Böyle bir yaklaşım gösteren katılımcılar aldığı önlemler işe yaramazsa, ağrı artarsa ya da sıkıntının büyüdüğünü hissederse o zaman duruma göre acil servise, aile hekimine ya da uzman hekime başvurumaktadırlar.

"Kendi tedavimi kendim yapıyor gibiyim. Şu yaşıma kadar geldim öyleyim. Mesela cumartesi akşamı düğüne katıldık. Orada düğünde yediğim pasta beni bozdu sanıyorum. Gece saat dörtte midem yanıyor, midem ekşiyor dedim kalktım. İstifra ettim. Ne yemek çıktı, ne başka bir şey çıktı, direk pasta çıktı. Sabahleyin de ishal olmuşum. Bütün gün, dün kuru ekmeğe yedim peynirle beraber, tuzsuz yağsız peynirle. İki gün öyle geçirdim. Biraz limonlu su, ihlamur içtim, başka hiç kimyasal ilaç almadan. Bugün çok şükür iyiyim." (G-22)

" İlk başta kendim bir takım önlemler almaya çalışıyorum. Daha önce doktorlarımın verdiği tavsiyelere göre. O şekilde önlemler... Bildiğim ağrı kesici ya da mide koruyucu olarak... hani o tarz önlemler almaya çalışıyorum. Yediğime içtiğime dikkat edip, spor falan , onlara dikkat ederek ... kendimi rahatlatıcı şeyler... Dinlenmeye dikkat etmeye çalışıyorum. Baktım olmazsa aile hekimime danışıyorum. Baktım olmadı onun yönlendirmesiyle diğer sağlık basamaklarına başvuruyorum..." (G-26)

" Herhalde son ana kadar beklerim... son ana kadar... yani böyle iyice artık ilaç kullanmadan nasıl yapabilirim? ne edebilirim diye... eee dediğim gibi doğal yollardan nasıl halledebilirim, bir ilaca bağlı kalmadan nasıl halledebilirim... spora başlarım ... en son bu işin kaçınılmaz noktasına geldiğinde doktor kontrolünden çıkmam artık o saatten sonra ..." (G-11)

ALTERNATİF TEDAVİLER

Bir rahatsızlık geliştiğinde bazı katılımcılar doktora gitmeden önce sorunu ilaç kullanmadan, doğal yollardan çözmeye çalışmakta, bitkisel tedavileri denemektedirler. Bir katılımcı migren ağrısı için başkalarının önerisi doğrultusunda aktarlarda satılan bir sıvı kullandığını ifade etmiştir, ancak bunların kandırmaca olduğunu düşünmektedir.

"Kullandım, çünkü kullanmadan ne olduğunu bilemezsin. İçeriğinde de kötü bir şey olmadığı için. Zaten içinde mentol var, nane şeyi... Onu şakaklarına sürerek, şakağı yakıyor zaten ... Şakağı yaktığı için orası, başın ağrıyıyormuş gibi yani, aklın oraya gidiyor, sanki ağrı azalmış gibi. Ağrıya bir şey yaptığı yok tabii, kandırmaca..."(G-2)

Katılımcıların bazısı ise doktordan çare bulamayınca "kocakarı" ilaçları, ot kaynatıp içme gibi halk arasındaki alternatif arayışlara girmektedirler. Ancak bunların ciddi durumların atlanmasına ve ilerlemesine neden olacağından kaygılanmakta ve sık kullanmamaktadırlar.

"Alternatif tıp dersiniz, çok alternatif tıp meraklısı değilim. Ama benim çok hekim arkadaşım var, beraber okuduğum, işte yüksekokulda, lisede... Bunların bile ben, alternatif tıptan ... Karaciğer yağlanmasına ne iyi geliyor, mesela ananas iyi geliyor. Ananas yemeye çalışıyorum aklıma geldikçe. Vay benim karaciğerim yağlandı, büyüdü, her gün ananas yiyeyim... Böyle bir saplantım yok. (G-22)

"Bu, alternatif tıpla ilgili çalışmalara istinaden İzmir'de bir kliniğe müracaatım olmuştu. Tedavi süreci ile ilgili... Fakat o uzun vadeli bir tedavi süreci olduğu için pek sağlıklı götüremedik. On beş yirmi günde bırakmak zorunda kaldık. Bizler alışmışız bir tabletle, bir iğneyle işi halletmeye. O tür iş bize biraz uzun vadeli geldi. (G-21)

" Valla şimdiye kadar hiç öyle bişeyim olmadı. Ot çöp diyorlar ama biz içecek çay gibi bişeyler kullanıyoruz... öbür türlü başka bişey kullanmıyoruz. " (G-19)

YAKIN ÇEVRENİN ETKİSİ

Bir rahatsızlık geliştiğinde kimseye danışmadan doğrudan sağlık hizmeti alımına yönelen katılımcıların yanı sıra bazıları önce kendince bazı önlemler almakta, daha sonra çevresinde kendine yardım edebilecek birilerine danışarak karar vermekte ve doktora gitmektedir.

"Çevredeki insanlara insan ister istemez anlatıyor. Yanındaki annene, babana, tanıdıklarına, arkadaşlarına falan... Hani böyle böyle bir şey oldu, onun da olmuş mu? En azından o an bir rahatlamak açısından... Bir fikri var mı? Şuraya git, buraya git ya da şunu yap geçiyor, bir şey olmaz gibisinden. Sorma gereksinimi hissediyor insan..." (G-28)

Katılımcıların ilk danıştıkları yakın çevresi, ailesi, annesi, babası ya da eşi olmaktadır. Buna karşın bazı katılımcılar ne yapacağına kendisi karar vermekte, önce aile hekimine ve onun yönlendirmesi ile ilgili hekime ya da hastaneye başvurmaktadır. Öte yandan yakın arkadaşlarına ya da bazen tanıdığı bir doktora danışanlar da vardır.

"...diyelim ki içinden çıkamadığım bir rahatsızlığım oldu. ...devlet hastanesinden, örnek veriyorum, A doktoru... Merhaba dediğimiz kişi veya biraz samimi olduğum biri varsa giderim ondan bilgi alırım yani. Ne yapmam gerektiği konusunda. A doktoruna mı gideceğiz? B doktoruna mı gideceğiz? Ondan bilgi alırım yani. Rasgele bir şeyden bilgi almak istemem yani." (G-4)

Bazı katılımcılar daha çok yaşadıklarıyla sağlık konusunda deneyim kazanmış kişilerin görüşlerini almakta, onlara güvenmektedir. Bazıları ise çevresinde benzer rahatsızlığı daha önce yaşamış olan birinden rahatsızlık ve sonuçları hakkında bilgi almakta, ona göre doktora gitme kararı vermektedir.

"...mesela aynı hastalığı ya da benzer hastalığı değişik insanların, değişik hayat şartlarında, değişik koşullarda yaşamış, geçirmiş olabilir. Belki yaşayıp atlatamamış insanlar da olabilir. Onların söylediklerini de dinlerim. Dinlerim ama hekimlerin dediği benim için daha önemlidir."

Çevresinden birilerine danışan katılımcılar, onların kim olduğuna ve aldığı yanıtı göre etkilenmektedir, ancak, onların önerilerine tam olarak uymamaktadır. Daha çok gidebileceği doktor konusundaki önerilerine uyarken bel çektirme, kupa vurdurma gibi alternatif önerilerini dikkate almamaktadır.

Özellikle kırsal bölgede yaşayan bazı katılımcılar ise hastanelere gidip kapı kapı dolaşmak yerine bakkaldan ya da rastgele yerlerden buldukları haplarla küçük sorunlarını geçiştirmeye çalışmaktadırlar.

" Genelde çok hatalar var... yapıyorlar. Ha benim buram ağrıyor diyor, şuram ağrıyor diyor adam. Aslında gidip hemen kontürolünü ettirmesi lazım. Ne yapıyor? Eskiden ordan bi gripin alıyordu. Huram ağrıyor ... at... aslında iyi bişey değil. Bak... iyi bişey değil. Vücudundaki hastalığın nereden geldiğini de bilemiyor adam. Önce sağlık merkezine, en yakın sağlık merkezine gitmesi lazım " (G-15)

İNTERNET ve MEDYANIN ETKİSİ

Sağlık sorunlarına çare arayışı sürecinde internet, medya ve kitaplar da kullanılmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu bir sağlık sorunu geliştiğinde doktora gitmeden önce ya da doktorun koyduğu tanıyı internette araştırmaktadır. Ancak yine büyük çoğunluğu internete güvenmemektedir.

"En yakın örnek, annemde böyle bir şey çıktığında telefonda elim hemen internete gitmişti yani. Bu ne demek, nasıl olur diye kitapları karıştırmıştım. Ama internete de çok güvenmemem gerektiğini öğrendim. Her hastanın izleyişi, devam edişi aynı olmuyor sonuçta. Çok güvenmiyorum ama yine de tanısını, tedavisini görmek için, ön bilgi için bakıyorum." (G-28)

"Valla o kadar değil yani. Ben onlara çok fazla inanıp güvenmiyorum. Çünkü nasıl söyleyeyim... ...herkesin kendine göre bir vücut yapısı olduğu için, şu rahatsızlıktan dolayı şunları şunları kullanırsın veya şöyle yaparsın falan... Kişilerin vücudu, bünye yapısı hep aynı olmayabilir. Ondan dolayı benim tercihim hekimdir." (G-14)

Medya ve televizyon programları takip edilmekte ancak onlara da güvenilmemektedir.

"(televizyon, gazete ve dergilerden bahsettikten sonra) ...çünkü onlar da genelleme yapıyorlar. Tamam, mesela bir hastalık hakkında fikir sunabilirler, tedavisi hakkında fikir sunabilirler ama her hastalık her bedende aynı şekilde seyretmez. Her bünyede her ilaç aynı etkiyi göstermeyebilir. Buna dikkat ederim." (G-5)

Az sayıda katılımcı ise Google'ın verdiği bilgilere güvenmekte, televizyon programları ve internet, alacağı kararları etkilemektedir.

" Tabi tabi. Google amcaya bir sorarız tabi. Bir hastalık adı duyduğumuz zaman google amcadan bunun ne olduğunu bir öğreniriz. Tabi tıbbi terimler , şunlar bunlar bizim dışımızda ama en azından ne olduğunu anlamaya çalışırız." (G-22)

Bir katılımcı internete bakarak varis ameliyatından vazgeçmiştir.

" İnternet günümüzün şeyi artık... benim varis ameliyatından vazgeçmemde sebep belki de internet. O varis ameliyatı nasıl oluyormuş diye ben bir açıp izleyeyim dedim internetten." (G-24)

DOKTORA GİTMekten KAÇINMA DAVRANIŞI

Bu arada bazı katılımcılar doktora gitmekten kaçınma davranışı göstermektedirler. Parasal sorunlar, hastanede karşılaşılan durumlar, sıra beklemler, doktorların davranışları ve başka güne ertelemeler katılımcıların çare arama davranışını etkilemektedir. Katılımcılardan biri bu nedenle doktorlara ve hastanelere güveni kalmadığını ifade etmiştir.

"Çünkü ben dediğim gibi çok kereler doktora gittim, ama doktor çok kere yeri geldi muayene etmeden reçete yazdı gönderdi. Ben bunu çok yaşadım. Bir kere, iki kere değil, defalarca ben bunu hastanelerde yaşadığım için artık hastaneye gitmekten vazgeçtim. Direk eczaneye gidiyorum, anlatıyorum... Karnım ağrıyor, başım ağrıyor, dişim ağrıyor diye veya o günkü sorunum neyse... Eczacı bana ilacı veriyor. ... Reçetesiz aldığımız ilaçlar var mesela, ağrı kesiciler, antibiyotikler; onları alabiliyorum. Haa, çok zorda kalırsam, reçete yazılması gerekiyorsa sağlık ocağına gittiğimde doktor yazıveriyor. Ben öyle buluyorum sağlığın çözümünü..." (G-10)

En ilginç olanı da bir katılımcının da ifade ettiği gibi, bir hastalık bulacaklar ve birçok kısıtlama, yasak getirecekler, neşesi kaçacak, morali bozulacak diye doktora gitmekten korkmadır.

" Valla düşünüyorum, düşünüyorum ama vaz geçiveriyorum. Şimdi oraya gidersem farklı farklı şeyler derler, temelli üzülürüm de hastalığa çevirir gibisiyle doktora gidesim de gelmiyor yani. Bayağı bu prostat şeysi var, bazı idrarımda sızlamalar oluyor. Şimdi gideceğim oraya... Babam da prostattan ameliyat olduğundan... .. Ben de gideceğim şimdi, doktor doksan dokuz türlü şey bulacak orda bize, hastalık bulacak veya bir şeyler diyecek. Onu yeme, bunu giyme diye bir şeyler konuşacak olduğundan, dolayısıyla ben de önemsemiyorum yani. " (G-7)

YARDIM ALMA

Sağlık hizmetlerine erişim ve hizmet alma konusunda katılımcılar çok çeşitli görüşleri sürmüşlerdir. Bazılarına göre sağlık hizmetlerine ulaşmada sıkıntı çekilmemekte ve hizmet kullanımı yıllar içinde giderek artmaktadır. Bir katılımcı basamaklandırılmış sağlık hizmeti sunumunun iyi işlediğini düşünmektedir.

"Şu andaki sağlık hizmetleri... aile sağlığı, aile hekimliği hizmetleri, sonrasındaki basamaklandırma hizmetleri gayet güzel işliyor. Hastaların haklarını bilmesi, sorumluluklarını da bilmesi... Doktorlardan gerektiği şekilde bilgileri alabilmesi, hastalığı hakkında, tedavisi hakkında..." (G-29)

Bir diğeri sağlık hizmetlerinin Türkiye’de iyi bir yerde olduğunu ve erişimin kolay olduğunu düşünmektedir.

"Cumhuriyetin ilanından beri bu işin çok güzel düşünülmüş yapıldığına inanan bir insanım. İşte Atatürk, zamanında köyde sağlık evini kurmuş, ebe koymuş başına... İlçeye gelmiş, sağlık ocağı, küçük tedavilerin yapılabileceği birkaç yataklı kurumlar oluşturulmuş... Devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri şeklinde çok güzel bir silsile kurulmuş. ... Artık insanlar istediği yere, istediği şekilde gidebiliyorlar."(G-30)

HASTA-HEKİM İLİŞKİLERİ

Sağlık hizmeti almada hasta ile doktor arasındaki iletişim önemli bir rol oynamaktadır. Bazı katılımcılar hasta ile doktor arasındaki iletişimde sıkıntılar olduğunu, hasta ve doktorun birbirini anlaması gerektiğini düşünmektedir.

"...Kişiler artık biraz hekimleri mi anlayacaklar, hekimler kişileri mi anlayacak? Zannedersen orda bazı sıkıntılar oluyor. Çünkü hasta derdini güzel anlatabilirse, hekim o kadar iyi teşhis koyabilme şansına sahip. İnsan derdini anlatamazsa hekimin de şansı azalıyor. Yani anlattığı kadarıyla bilgisini toparlayıp bir şeyler aktarmaya çalışıyor, ama önemli olan hastanın halini güzel anlatabilmesi..."(G-5)

"İyi bir sağlık hizmeti... Bence hastayı anlayan bir hekim olmalı. Hastayı iyi anladıktan sonra gerisi teknik işler. Tahlilleri iyi okuyabilmek... Bir de derdini iyi anlatabilen bir hasta ve konulan teşhisin sonrasında tedaviyi aynen doktorun tarif ettiği şekilde uygulayabilecek bir hasta olması lazım." (G-5)

Yurttaş farkındalığının artması, hizmetlerin hala yetersiz olması hekim ile hasta arasındaki ilişkileri de zorlamaktadır.

"İletişim kolaylaştı.. Şikayet etme, taleplerini bildirme, yurttaşın farkındalığı, beklentileri... Daha talepkar hale geldi. Onlarda bir artış gözlemliyorum. Ama bununla beraber verilen hizmetlerde de biraz artış var ama hala yeterli değil. Dediğim gibi bu çift yönlü bir şey. Son döneme baktığımızda hekime yönelik şiddet de arttı mesela... Nedir bu? Çok iyi hizmet alan bir insan bu hale gelmez. Eminim ki doktor da daha iyi hizmet vermek isteyecektir, ama o da elinde olmayan koşullardan dolayı... On hastaya, yirmi hastaya iyi bakacakken, elli altmış tane hasta gelirse ona nasıl bakabilir ... nasıl ilgilenebilir iyi bir şekilde?" (G-22)

Hastanın doktora güvenmesinin tedaviyi yarı yarıya etkilediğini düşünen bazı katılımcılar insanların daha çok alıştıkları doktora gitmek istediğini ifade etmektedirler. Bir katılımcı doktorlardan güler yüz, iyi bir bilgilendirme ve eşit hizmet beklemektedir.

"İyi bir sağlık hizmeti benim için iki şekilde var. Bir, güler yüz... Ben hastalığımı öğrenmeye gidiyorum, karşımdaki kişi de bana somurtkan bir şekilde oturursa hem psikolojik açıdan hem de başka açılardan beni de etkiler. İlk önce güler yüz görmeliyiz

bence. İkincisi de bilgilendirme... ...karşımızdaki doktor bizi çok az bilgilendiriyor. Tamam, gerekli olanı yapıyor olabilir ama bana da neyi neden yaptığını anlatması, benim de içimi en azından rahatlatılabilir. Bunu isterim. Daha sonra ... herkesin eşit şekilde olmasını isterim. Onun yakını, bunun yakını diye ya da başka şekilde bakılan insanların benimle aynı düzeyde olmasını isterdim." (G-28)

İletişimin en önemli faktörlerinden biri olan göz temasının önemine ve bunda eksik olan doktorların varlığına da vurgu yapan katılımcılar oldu.

" Yani ciddi anlamda doktorlar yeterliliklerini geliştirdiler ama hala hastasının yüzüne bakmayan, kafasını reçeteden kaldırmayıp ilaç yazıp gönderen doktorlarımız var. Bizim camiamızda kötü öğretmen örnekleri olduğu gibi sizin camianızda da kötü doktor örneklerinin olması beni üzüyor. O ayrıntıyı da söylemem gerekiyor." (G-24)

Ayrıca doktorun giyimi, temizliği ve konuşma şeklinin iletişimde ne kadar önemli olduğu da vurgulandı

" Doktorların kendi üstlerine başlarına dikkat etmelerini (gülerek) çok önemsiyorum. Doktorların konuşması, size yaklaşımı, güven veriyor...önce ona güvenmelisiniz... Ha öyle şık, salon adamı gibi olmasını beklemiyoruz ama en azından bi düzgün olmalı. Konuşması, davranışı... etkiliyor." (G-13)

SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM

Katılımcıların bir kısmı sağlık hizmetlerine erişimin iyi olduğunu, kendilerinin ekonomik durum ve sağlık güvencesi anlamında sorun yaşamadıklarını belirtmiştir. Eskiden hastanelerdeki kuyrukların sağlık hizmetlerine erişimi engellediğini, şimdi ise sağlık hizmetlerine köylerde bile kolay ulaşılmakta olduğunu düşünmektedirler.

Öte yandan katılımcıların önemli bir kısmına göre sağlık hizmetlerine erişim azalmıştır.

"Mesela eskiden her köyde sağlık evi vardı, sağlık ocağı vardı, ebesi vardı. Şimdi merkeze alındı bunlar. ... Daha önce her gün hekime ulaşabilen kişiler şimdi haftada bir kere hekime ulaşabiliyor ya da kendi araç gereçleriyle köyden şehre inip ancak o

*şekilde hizmet alabiliyorlar. ... Bana göre Türkiye'de ilk dönemki sağlık ocaklarının...
...yani yerinde hizmet verme durumu iyiydi. Şimdi aile sağlığı hizmetine geçince işin
tamamen performansa ve paraya dönük olmasından dolayı, yani bence önceki
dönemde verilen hizmetler şu ankinden daha kaliteliydi ve iyiydi..." (G-14)*

Bir katılımcıya göre sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen en önemli faktörler ekonomik güç, tanıdık birinin ya da çevresinin olması, kişinin karakteridir.

*"...kişilerin ekonomik gücü, tanıdığıının olması, çevresi, bunların hepsi etkilidir
diye düşünüyorum. Bunun dışında insanların biraz da kendilerinin pimpirik olması...
Mesela benim öyle arkadaşlarım var ki bir doktor teşhis koydu mu o doktorun
teşhisine güvenip kesinlikle ameliyat olurlar ya da tedavi neyse onu uygularlar. Ama
ben o tarzda birisi değilim. Kişinin karakterinin de etkilediğini düşünüyorum o
anlamda."*

Sağlık hizmeti almada en temel sorunlar para, ulaşım sorunları, sağlık güvencesi, yardımcı olabilecek birilerini bulamama ve eğitimidir. Katılımcılardan biri sağlık güvencesinin olmaması nedeniyle sağlık hizmetlerini yeterince kullanamamakta ve ilaçları kendi parasıyla almaktadır. Bir diğerine göre ise parasızlık özel doktordan sağlık hizmeti almak için de en büyük engeldir. Hekimlerin ilaç yazma kısıtlılıkları da hizmet almayı zorlaştırmaktadır.

Sağlık hizmetlerine ulaşmanın önündeki en büyük engel parasızlıktır.

*"En başta maddiyat hala çok önemli... Bir kere özel muayenehane var, özel
hastane var, kamu hastanesi var, sıra var, kuyruk var. İnsanlar hala bunları sorun
ediyor. Tıpta çok ciddi bilimsel, teknolojik yenilikler var. Eskilerin çok zor hastalıkları
şimdi basit oldu. Ama bunların yanında nüfus arttı. Hekim, nitelikli hekim, hekim
sayısı artıyor deniliyor ama demek ki nüfus hala çok, yetmiyor. Ben hala şeyden çok
rahatsızım. Maddi durumu iyi olmayan bir insanın muayenehaneye gidip bir tedavi
görmesi imkansız..." (G-27)*

*" İyi bir sağlık hizmeti? her şey maddiyata dayanıyor doktorum işte...
maddiyatınız varsa bakılıyorsunuz veya daha iyi bir sağlık hizmeti alıyorsunuz. ama
diğer türlü normal bir vatandaşın Türkiye'nin her yerinde olduğu gibi ... adliyesinde
de bu sorun, hastanelerinde de bu sorun... pek ilgilenildiğini zannetmiyorum " (G-11)*

Sağlık hizmetlerine erişimin önünde sağlık kuruluşlarındaki bürokratik süreçler ve sistemsal engeller de vardır.

“...oradaki bürokratik süreçler; hasta hasta o işlerin peşinden koşturuyorsun. Bir rahatsızlığın var, çok sıra bekliyorsun. Hele hele iş hayatındaki genç insan için zaman kaybı. Yaşının zaten dermanı yok. Hala gelişmekte olan bir ülkeyiz. Gelişmiş bir ülke olsak daha az kuyruk, daha az sıra, daha çok ilgi doktordan. ... Eee, doktorların da işi zor. Tek yönlü bakıyorum ben hasta olarak. Bir de doktoru düşünün. On tane hastayla çok daha nitelikli ilgileneceğine elli tane hasta geliyor. Şimdi bu elli tane hastayı bir günde bakmak zorunda bırakırsan doktoru, on taneye kaliteli bakabilecekken elli rakamını dayarsan tabi ki gel geç diyecektir. Yani sistemsal olarak bazı sorunlarımız hala var.(G-27)

Bir katılımcı özellikle ruhsal sorunları için sağlık hizmetlerinden yarar göremediklerini düşünmektedir.

“...şoförler altı ayda bir psikolojik tedaviye gidiyorlarmış... ...hepimizin gitmesi lazım. ... Ama biz ne yapıyoruz? Biz cuma namazında dua ediyoruz. Bizim Türk insanının, yani Müslüman insanın psikolojik tedavisi dua, inanç, bu tür şeyler... Kendi kendimizi tedavi ediyoruz. Gidiyorsunuz mesela psikoloğa derdinizi anlatıyorsunuz, direkt size ilaç veriyor adam. Ee, ben beynimin uyuşturulmasını istemiyorum. Gider eczaneden alırım bir hap, hap uyuşturur. Benim derdimi anlatacağım, bana sözlü olarak yardım edecek kişi lazım. Öyle bir sistem yok Türkiye’de. Bizim bütün ruh hastalarının, ne diyorsunuz, psikiyatri doktorlarımızın tamamı uyuşturuyor insanları. Böyle doktorluğu herkes yapar. (G-22)

Sağlık kuruluşlarındaki hasta yığılmalarının nedenini insanların en küçük bir sorun için bile hekime gitmesidir.

“Ben toplumda şey bilincinin daha tam oluşmadığını düşünüyorum. ...aile hekimliği, daha sonra devlet hastanesi, daha sonra üçüncü basamak üniversite hastaneleri gibi... Bunun daha çok oturmadığını düşünüyorum. Bu da belki gereksiz birçok hastanın devlet hastanelerinde, gereksiz kalabalık oluşturup, orada gerçekten oraya ihtiyacı olan insanların da vaktini aldığını düşünüyorum. O yönde belki düzenlemeler daha artırılabilir. İnsanlarda onun bilincinin oluşturulması gerektiğini düşünüyorum. Çevremde gördüğüm, insanların diyabeti var, tansiyonu var... Bunu aile hekimi ile takip etmesi gerektiğinin farkında değil hastalar. Birçoğu bu nedenle takipsiz...”(G-26)

Bir rahatsızlığı olduğunda insanlar uygun sağlık hizmetini nereden alabileceklerini bilememekte, ancak kararı kendileri vermektedirler. Oysa bunu bir uzmanın yapması gerektiğini düşünmektedirler. Basamaklandırılmış sağlık hizmeti alma bilinci toplumda yeterince oluşmamıştır.

" Bunla ilgili bir yardım ihtiyacı hissediyor isem en büyük problem orda başlıyor bence bireysel olarak. Çünkü müracaat edeceğim yerin benim bu problemimi çözecek nitelikte, vasıfta bir yer veya kurumun olması gerektiğine inanıyorum... Şu anda biz toplumda birey olarak en büyük sıkıntıyı burada çekiyoruz gibime geliyor. Kime müracaat edeceğimiz konusunda, doğru kişi olup olması konusunda çok çelişkide kalıyoruz. Çoğunda bir iki deneme yoluyla doğru kişiyi bulma yoluna gidiyoruz problemlerimizin çözümü için. En büyük problem o geliyor... sağlığımızdaki problemi hissettikten sonra ... " (G-21)

"İnsanlar ne rahatsızlığı olduğuna kendisi karar verip o alana kendisi gidiyor. Ben bu konuda bir sıkıntı görüyorum. Şöyle ki mesela başı ağrıyan bir kişi önce nereye başvurması gerektiğine kendi karar veriyor. İşte ben diyor önce aile hekimine gideyim, aile hekimi yönlendirir. Belki yönlendirmiyorsa da diyor ki ben bir beyin cerrahına gideyim. Bunları bence yönlendirici bir uzman olmalı." (G-25)

Bir katılımcıya göre performans sistemi sağlıkta kaliteyi düşürmekte, hekim hastasına daha az zaman ayırmaktadır.

"Tedavinin kalitesi artırılmalı, ama bu konuda da şu anki sistem açısından doktorların da yapabileceği çok bir şeyleri yok bence. Çünkü performans sistemi denen bir şey var. Belli bakılması gereken hasta sayısı var. Doktorlar ister istemez hastasına ayırması gereken zamanı ayıramıyor. Bu şekilde de hastasıyla ne kadar ilgilenebilir? ... Günlük belli bir hasta sayısı olmalı, doktorlar bence o kadar bakmalı. O şekilde daha iyi sağlık hizmeti verilebileceğini düşünüyorum.

"...doktor aynı zamanda nöbet tutmuş da olabiliyor. 24 saat nöbet tutup, üstüne 12 saat daha çalışacak... İnternette çok görmüştüm, 33 saat uykusuz kalmış bir pilotun kullandığı uçağa binmek ister misiniz diye... Ama insanlar 33 saat uykusuz kalmış bir doktora kendilerini rahatça emanet edip sonra da hata yapmamasını bekliyorlar.

Bunlar bence dikkate alınmalı hani. Sağlık hizmetlerinin şu anda dört dörtlük olduğunu düşünmüyorum ben." (G-26)

"Türkiye'de ilk dönemki sağlık ocaklarının açılması ve belli bir nüfusa hizmet eden sağlık ocaklarının... yani yerinde hizmet verme durumu iyiydi. Şimdi aile sağlığı hizmetine geçince işin tamamen performans ve paraya dönük olmasından dolayı, yani bence önceki dönemde verilen hizmetler şu an kinden daha kaliteliydi ve iyiydi..." (G-14)

KAMU / ÖZEL SEKTÖR TERCİHLERİ

Katılımcılar sağlık hizmeti almada kamu ya da özel sağlık kuruluşlarını kullanma konusunda farklı düşünmektedirler. Bazı katılımcılar özellikle ciddi durumlarda kamu hastanelerini tercih etmekte, özel hastanelere güvenmemektedirler. Bunun temelinde buralarda gereksiz tetkiklerin yapıldığı algısı yatmaktadır.

Öte yandan bazıları ise özellikle zaman sorunu nedeniyle özel sektörü tercih etmektedir. Devlet hastanelerinde hasta fazlalığı nedeniyle doktorlar yeterince zaman ayıramamaktadır, oysa özel sektörde daha iyi davranılmaktadır. Sağlık kurumu seçimindeki kamu ve özel sektör ikilemi hala devam eden bir sorundur. Katılımcılar bu konuda kararsızdır.

" İlk önce sosyal güvencemize bağlı olarak... kurumumuzun hekimleriyle ilgili yani SGK ortamında... devletin herhangi bir uzmanına başvururum. Buralardan sonuç alamadığım takdirde yakın çevremden aynı hastalıkla ilgili olan var mı? onların bilgileri doğrultusunda başka kaynaklar aramaya çalışırım..." (G-6)

"Genelde zaman problemi olduğu için özel sektör tercih ederim. Çünkü biraz önce bahsettiğim devlet hastanelerindeki uzmanların hasta yoğunluğu yüzünden... orada günlük zamanımın kaybolmasının bende yaratacağı sıkıntıları düşünürüm. " (G-6)

"Üniversite hastanelerinin durumu bile ortada... Gidiyoruz , bir röntgen çek gel, bakıyor bişey yok... Ama aynısını özele gittiğinizde daha çok ilgi alaka görüyorsunuz. Bunun farkı ne? zaman, para. " (G-27)

" Devlet hastaneleri ile özel hastaneler... Türkiye'de iki ayrı şey oluştu yani. Özel hastaneye gittiğiniz zaman belki çok daha fazla ilgilenmeye başladılar ya da belki de sizin paranızı alabilmek için çok fazla tahlil yapmaya başladılar.. Mesela özel hastaneye gittiğinizde ufacık bişey için bile işte şu tahlili yaptırmamız lazım, şu MR'ı çektirmemiz lazım, tomografiye girseniz iyi olur gibi çeşitli şeyler size sunarak belki sizin bir şekilde paranızı... belki sizden almıyorlar ama devletten o parayı alacağını bildiği için bu tür şeyleri size sunuyorlar. Aynı kişi , aynı şey için hastaneye gittiği zaman bunlarla karşılaşmıyor. Bu sefer diyor ki vatandaş; ya ben özel hastaneye gittim, kırk türlü bana hizmet sundular, devlet hastanesinde iki dinledi, iki ilaç yazdı gönderdi. Yani özel hastanelerle devlet hastanelerindeki standartlar birbirini tutmuyor gibi düşünüyorum." (G-22)

"Yani hastanın olduğu kadar, hekimin de eğitilmiş olması lazım... mesleki açıdan değil, ilişkiler açısından. Tabi özel sektörde... kamuda, yani hastanelerde buna pek rastlamıyoruz da... özel sektörde o ilişkiler biraz daha iyi oluyor hastaya davranış. Davranış ve yaklaşım biraz daha farklı oluyor. Ama hizmet bakımından dediğim gibi kamu benim için daha önde geliyor. " (G-12)

5. TARTIŞMA

Çalışmamız; insanların sağlıklarında bir bozulma olduğunda ya da bir rahatsızlık hissettiklerinde çare arama davranışlarını ve bu davranışlarına etki eden etkenleri anlamayı hedeflemiştir. Her yaş, cinsiyet, statü ve konumdan insanlar sağlıkları ile ilgili olarak belirli ya da belirsiz bir durum değerlendirmesine ve beklentiye sahiptirler. Kişiler; yaşamları boyunca az ya da çok, ağır veya hafif, önemli veya önemsiz olduğu düşünülen sağlık sorunları ile mutlaka karşılaşmaktadırlar. Canlılıkları ve yaşam kalitelerinin devamı bu sağlık sorunlarını algılama, değerlendirme ve başa çıkma becerileri ile doğrudan ilişkilidir. Kişilerin sağlığı anlama şekli ve verdiği değer, sağlığına sahip çıkabilmesi ve sağlıkla ilgili sorunları çözebilmesinde anahtar rolü vardır. İşte bu nedenle çalışmamıza öncelikle kişilerin sağlık algısı öğrenmeye çalışarak başladık.

SAĞLIK ALGISI

Sağlığa Yaklaşım ve Sağlık Algısı

Çalışmamızın başlangıç noktasını kişilerin sağlık kavramına yükledikleri anlam oluşturmaktadır. Sağlık yapısı gereği bir durumun, bir ilişkiler bütünüdür tarifi olduğu için kişisel olarak tanımlı sorulduğunda genelde öznel bir anlam taşıdığı görülmektedir. Bu nedenle sağlığı tanımlamak aslında zor ve bir o kadar da karmaşık olabilmektedir. Her ne kadar DSÖ tarafından genel bir tanımlı yapılmış olsa da kişilerin sağlık kelimesine yaklaşımı bireysel olarak farklılıklar göstermektedir. Ayrıca kişilerin yaşadığı tarihsel döneme ve tanımlanmakta olduğu kültüre göre de farklı sağlık tanımlamaları olabilmektedir. Sağlık; kişilerin, "*yaşamlarını sürdürebilmelerinden*", "*hasta olmamalarına*", "*günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterliliklerine*", "*mutluluk duygusuna sahip olmalarına*" ve "*iyilik halinin sağlanmasına*" varıncaya kadar farklı şekillerde ve çok sayıda tanımlanmıştır (2,12).

Çalışmamızda katılımcıların sağlığın bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir iyilik hali olma özelliğine genel anlamda katıldıkları ve bunu daha çok işlevsellik, yaşam biçimi ve yaşam kalitesi düzeyinde değerlendirdikleri görüldü. Genel anlamda en çok

vurgulan temalar olarak; herhangi bir rahatsızlık ve engel hissetmeden ve yardım gerektirmeden bedensel ve ruhsal işlevlerini yerine getirerek günlük yaşantısını sürdürebilme, toplum içindeki görevlerini rahat ve düzgün bir şekilde yapabilme, hatta aynen ifade edildiği şekliyle " *yaşamın kendisi* " olarak belirginleştiğini görmekteyiz. Gene çalışmada sağlıkla ilişkilendirilen en önemli kelimelerden biri de *uyum* kelimesidir. Sağlık hayatın her alanına uyum olarak ve bu uyumda gösterilen başarının bir göstergesi olarak da tanımlanmıştır. Bu tanımlamaların kavramsal açıdan sağlığı açıklamak için akademisyenler tarafından yapılmış olan tanımlamalar ile de uyduğu görülmektedir. (4,5,6,9,12)

Bu alanda 2010 yılında Eskişehir'de yapılan bir araştırmada, kırsal ve kentsel düşük gelir ve statü grupları ile orta-üst gelir ve statü gruplarını temsil eden üç gruptan benzer bir şekilde sağlığı tanımlamaları istenmiştir. Ait oldukları sınıf ve statülere göre kişilerin sağlık yaklaşımlarının farklı olduğu gözlenmiştir. Kırsal bölgeyi temsil eden gruplarda bedeni korumak, uygun beslenme ve giyim koşullarını gerçekleştirmek şeklinde günlük hayata göndermeler yapılan sağlık tanımlamalarının sık olduğu ve genelde bu tanımlamaların bütüncül ve doğaya içkin olarak oluşturulduğu saptanmıştır. Kentli düşük gelir ve statüye sahip grupta ise sağlık "hastalığın yokluğu" olarak ağırlıklı şekilde tanımlanırken, işgücü ve bu sayede kazanılan ekonomik güç sayesinde elde edilen veya erişilen rahatlık (stressizlik) durumu olarak da sıkça tarif edilmiştir. Orta - üst gelir ve statüye sahip kentli grupta ise sağlık genellikle, gündelik hayatın tümüne içkin olarak algılanmakta günlük yaşam aktivitelerini tam bir performansla yerine getirebilmeyi, sosyal yaşama etkin bir şekilde katılmayı, görev ve sorumlulukları etkili bir biçimde yerine getirmeyi sağlayan bir durum şeklinde günlük yaşamın tamamına yayılan bir tanımlama yapmanın ağırlık kazandığı görülmektedir (50).

Çalışmamızda katılımcılar sağlığı daha çok "*sağlıklı insan*" ekseninde anlamlandırmaya çalışmışlardır. Sağlıklı insanı tarif ederken Fiziksel ve ruhsal olduğu kadar sosyal alana ve sağlığın çok boyutlu yapısına vurgular yapılmıştır. Sağlığın sadece pasif bir süreç olarak algılanmaması gerektiği, mevcut iyilik durumunun devam ettirilmesinin aslında aktif ve etkileşime dayanan bir süreç olduğunu destekleyen ipuçları da vardır. Bu durum aynen Dunn'ın (7) da belirttiği gibi; "iyilik hali kişinin doğası ve onun çevresi değiştiğinde sürekli değişen bir durumdur ve bu iyilik hali rahatlık, mutluluk, canlılık, enerjik olma, verimlilik gibi daha öznel yaşantıları içerir".

YORUMLAMA

Sağlıkta Bozulmayı Yorumlama ve Ciddiyet Algısı

Sağlıkta bozulma olduğunun hissedilmesi öznel bir durumdur ve düşünce ve algılara dayanmaktadır. Nesnel bulguların tersine, öznel yakınmalar genellikle bekleme ve ihmal edilme süreçlerinin de sıkça rastlandığı bir özellik göstermektedir. Bu durumun gelişmesinin en önemli nedeni de sağlıktaki bozulmayı yorumlama sürecinin çoğunlukla kişisel algı ve değerlendirmelere dayanan yapısından kaynaklanmaktadır. Kişi bu süreçte en çok geçmiş hastalık deneyimlerinden yararlanmaktadır.

Çalışmamızda katılımcılar genellikle günlük işlerini yapmada sıkıntı çekmeye başladıklarında sağlıklarında bir bozulma olduğunun farkına vardıklarını belirtmişlerdir. Sağlıklarında bir bozulma olduğunda veya hissettiklerinde önce kendini dinleme, rahatsızlığın nedeni ve yeri ile ilgili bir saptama yapmaya çalışma, bedenindeki gelişmeleri anlama ve kendini tanımaya çalışma şeklinde bir süreç işlemektedir. Bu süreç aslında bir gözden geçirme ve sorgulama süreci şeklinde gerçekleşmektedir. Kişinin kendi kendine sorduğu birçok soru bu sürecin en önemli bileşenleri olarak göze çarpmaktadır. Bunu *kendini sorguya çekme süreci* olarak da adlandırabiliriz (27).

Kişilerin sağlıklarındaki bozulmayı yorumlamasında dikkat edilmesi gereken noktalardan biri de *o andaki ruhsal durum* ve *mizaç yapısıdır*. Korku, kaygı, gerginlik, karamsarlık, kötüye yorma, belirsizlikten kaynaklanan endişe, kendini suçlama gibi duyguların egemen olduğu bir ruh halinin yanı sıra; soğukkanlı, rasyonel, kendine umut ve moral aşılama çalışan, iyimser ruh hali de gözlenmiştir. Buradan da görüldüğü gibi sağlıkta bozulmayı yorumlama süreci başlangıçta benzer olsa da sonrasında kişisel faktörlere bağılı olarak çeşitlenen bir tutum, anlayış ve davranış tarzını içermektedir.

Sağlıktaki bozulmayı yorumlama sürecinde en önemli faktörlerden biri de *hastalık tipi* ve *gözlenen belirtilerin önemi hakkında sahip olunan ciddiyet algısıdır*. Katılımcıların ciddiyetle ilgili düşünceleri genelde heterojen bir yapı gösterse de en sık vurgu yapılan faktör *günlük yaşantılarını ne derecede etkilediği* olmuştur. Bunu dışında ağrı, birden fazla belirtinin eşlik etmesi, her zamankinden daha şiddetli ya da ilk kez karşılaşılan bir durum olması, beyin veya kalp gibi hayati olduğu bilinen organlarla ilgili yakınmalar ciddi olarak değerlendirilmektedir. Burada Mechanic'in rahatsızlık davranışı (illness behaviour) tanımını

anımsamak yerinde olacaktır (22). Rahatsızlık davranışının iki temel boyutundan birincisi olan yorumlama ve algılama sürecidir. Kişi bu süreçten sonraki boyutta sağlığı ile ilgili yardım alıp almayacağına karar verir (23).

Sağlıkta Bozulmanın Nedenleri

Sağlıkta bozulmanın nedenleri konusunda katılımcıların farklı düşüncelere sahip oldukları gözlenmiştir. Kendi yaşam deneyimleri ve öğrenilmiş doğrularına uygun bir dağılımda değişik nedenler belirtilmiş olmakla beraber çevresel, ekonomik ve sosyal etkenlere de vurgu yapılmış olması ayrıca önem taşımaktadır. Ayrıca inanç durumuna ve dinsel aidiyetlerine göre sağlığındaki bozulmanın ve bunun izleyeceği sürecin değerlendirildiği ve onaylandığı da bazı katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Dinsel inanış şekli, hastalığı olduğu gibi kabullenme ve nedenini sorgulamaktan uzak kalma şeklinde de gözlenebilmektedir. Bu açıklamalarda yapılan *kader* vurgusu da önem verilmesi gereken bir faktör olarak dikkati çekmektedir.

Sağlıktaki Bozulmanın Etkileri ve Sonuçları

İnsanlar hastalandıkları zaman hastalık nedenlerinden bağımsız olarak, geçmiş deneyimlerinden sağlıkla ilgili olarak elde ettikleri tutum ve değerler şemasına uygun olarak tepki gösterirler. Bu tepkiler açık veya üstü kapalı şekilde olabilmektedir (51, 52). Özellikle yarar beklentileri, rahatsızlığın ciddiliğine ilişkin inanışlar ve kişinin sağlık durumu üzerinde kontrol isteği gibi açık inanışların hasta uyumuna aracılık ettiği saptanmıştır (52,53).

Katılımcılar sağlıklarında bozulma hissettiklerinde, önce kendileri ile ilgili olarak eski sağlığına kavuşup kavuşamayacağı, başkasına bağımlı kalıp kalmayacağı, sonra başta çocukları olmak üzere ailesinin neler yaşayabileceği, hastalığın getireceği maddi ve manevi kayıplar gibi kaygı, karamsarlık ve mutsuzluk yaratan düşüncelere kapıldıklarını belirtmişlerdir. Hatta ölüm bile sık akla gelen bir olasılık olarak değerlendirilebilmektedir. Bu süreçleri sağlık gibi yaşamsal bir değer kaybı veya eksikliğine yönelik doğal ruhsal ve düşünsel süreçler olarak değerlendirmek uygun olacaktır. Ama bu ruhsal ve düşünsel

süreçlerde uzama, başa çıkamama veya düşünce ekseninde oluşabilecek kaymalar psikiyatrik bazı sorunların ortaya çıkmasına ve daha ağır sağlık sorunlarıyla karşılaşmaya sebep olabilir.

Yardım Almaya Karar Verme

Bu aşamada karar verme sürecindeki en önemli sorun, sağlıktaki bozulmanın neden ve nereden kaynaklandığından çok, ne yapmaları ve nereye başvurmaları konusunda yaşanan kararsızlıktır. Daha önceki sağlık arama davranışları ile ilgili deneyimleri, hastalıklar ve sonuçları ile ilgili önceden sahip olunan bilgi birikimi, çevresel etkiler ve ekonomik durum gibi faktörler de bu kararsızlığın oluşumunda etkili olmaktadır.

Kişilerin sağlıklarındaki bozulma ile ilgili karar vermesinde başlıca dört faktör etkili olmaktadır: *Kişiyeye ait faktörler, hastalığa ait faktörler, toplumsal ve sosyal faktörler, sağlık hizmet sunumu ile ilgili faktörler.*

Sağlık hizmeti için başvuru kararı almada en çok zorlanılan konular olarak; sorununun nerede çözülebileceğini, nitelikli hizmeti nereden alabileceğini bilememek, hangi hekime başvuracağına kendisi karar vermek zorunda kalmak şeklinde tarif edilmesi, özellikle ülkemizde sağlık sisteminin işleyişi ve örgütlenmesi ile ilgili hala büyük eksikliklerin olduğunu ve kişilerin bu hizmetleri talep ederken kendi başlarına kalmanın sıkıntısını çektiklerini göstermesi açısından önemli olarak değerlendirilebilir.

YARDIM ARAMA

Doğrudan Bir Sağlık Çalışanına/Kuruluşuna Gitme (Bilimsel Sağlık Arayışı)

İnsanların çare arayıp aramadıkları ya da niçin aradıklarına ilişkin konular birçok kez araştırılmıştır. Ağrının giderilmesi tedavi aramada başlıca harekete geçirici etmen olarak gözlenmiştir (54). Çalışmamızda katılımcılar çoğunlukla yaşadığı rahatsızlık nedeniyle günlük verimliliğinin ve yaşam kalitesinin etkilenmesi sonucu genellikle hemen bir doktora gittiklerini belirtmişlerdir. Katılımcılar arasında kırsal veya kentsel olarak bu yanıtı verenler arasında anlamlı bir fark yoktur. "*Aile hekimine giderim*" veya "*Önce aile hekimine gider danışırım, sonra o beni yönlendirir*" şeklinde yanıtlara çalışma grubumuzda sık rastladık.

Bununla birlikte diğer doktor seçimleri özellikle dal uzmanları ve hastane seçimleri konusunda çok değişken ifadelere de yer almıştır. Gene ilk başvuru doktor olarak "*tanıdık doktor veya sağlık çalışanı*" ifadelerine rastlanması da dikkate değer ve incelenmesi gereken bir durum olarak görülebilir. Bu ifade ülkemizde sağlık hizmeti kullanımında ve erişiminde hala yakınlık esasına dayalı oryantal bir bakışın ve işleyişin egemen olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Başka bir çalışmada sağlık profesyonelleri bir hastayı sıklıkla tedavi aramaya sevk eden dört neden saptamışlardır: Yakınmaların daha da kötüleşeceği korkusu, hekimin istediği izlem görüşmesi, günlük yaşamı etkileyen yakınmalar ve kendi kendine yapılan sağaltımın etkisizliği (55). Burada özellikle günlük yaşamı etkileyen yakınmaların doktora başvuru sebebi olması bizim çalışmamız için de geçerli nedenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızda en küçük sağlık sorunlarında bile doktora gitme ve doktorlar dışında başka kimseye danışmamak gerektiği yaklaşımları olduğu gibi, sağlık sorunlarında bir süre bekleme, ancak yakınmaları geçmezse ya da artarsa doktora gitme yaklaşımları da ifade edilmiştir. Bunun toplumun geneli için de bir örnek olabileceğini düşünürsek, bu alanda daha ayrıntılı ve özelleştirilmiş çalışmaların planlamasıyla sağlık kurumlarına veya doktora başvuru dinamiklerinin daha iyi anlaşılabilceğini söyleyebiliriz.

Kendi Kendine Bakım ve Alternatif Tedaviler

İnsanın kendi kendine bakması hem sağlık bozulmadan hem de sağlıkta bozulma meydana geldikten sonraki süreçte gayet önemlidir. Gerek koruyucu gerekse tedavi edici bu bakım, bireyin tarif etmekte ve bunları başkalarının anlamlandırmasında zorlandığı yakınmaları için daha da önem kazanmaktadır. "*Kişinin en iyi doktoru kendisidir*" ilkesinden hareketle genelde sağlık sorunlarında ilk ve en etkili müdahale gene kişinin kendisinden gelmektedir. Hastalık hakkında düşünme ile başlayan bu süreç, değerlendirme, bekleme, dinlenme, benzer durumlarda daha önce doktor tarafından verilen ilaçları kullanma, bildiği veya daha önceden önerilen geleneksel tedavi yöntemlerini uygulama yaklaşımlarından bir veya birkaçının denenmesi yönünde ilerleyebilmektedir. Çalışmamızda da benzer ifadelere rastlanmıştır. Kendi kendine tedavide daha çok pratik, etkili, yan etkisi olmadığı ya da az

olduğu düşünölen, kısa süreli ve doğal olan tedaviler arasından seçimler yapıldığı da dikkati çekmektedir.

Burada son yıllarda popölaritesi artan alternatif tedavi arayışları da sorgulanmıştır. Katılımcıların kendi kendine tedavide alternatif ve geleneksel tıptan yararlandıkları ama ciddi durumların atlanmasına ve ilerlemesine neden olacağından duyulan kaygı nedeniyle mesafeli yaklaştıkları söylenebilir.

Yakın Çevrenin Etkisi

Kişilerin sağlıklarında meydana gelen bozulmayı gerek açıklamak gerekse çözümlmek amacıyla ilk başvurduğu yerlerden biri genelde yakın çevresi olmaktadır. *Danışma sistemi* olarak da adlandırılan bu yakın çevre; sağlık sorunu ile ilgili istenilen ya da aranan tavsiyenin verileceği, bulguların değerlendirileceği, hasta bireyin birlikte yaşıadığı ya da kendini en yakın hissettiği anne, baba, kardeş, eş, arkadaş vb. kişilerden oluşan bir sosyal gruptur (29). İlk olarak buraya başvurmanın gerekçesi hem yakın çevreye olan güven, hem onların bilgi ve deneyimlerinden yararlanmadaki kolaylık, hem de yakınlarla olan ilişkilerin yarattığı desteklenme ve önemsenme dürtülerinin doyurulması olarak düşünölebilir. Danışma sistemi başlıca tıbbi tedavi öncesi süreçlerde etkili olduğu kadar tedavi sırasında ve sonrasındaki süreçlerde de etkili olabilmektedir. Danışma sistemi hastalığın toplumsal onayından hangi sağlık kurumuna ve ne zaman başvurulacağına kadar olan süreçlerde etkili olmaktadır (17). Danışma sistemi Suchman (30) tarafından kişiler arası ilişkiler ağı ve hastalık hakkındaki bilgi birikimlerine göre iki gruba ayrılmıştır: *Dar görüşlü (Parochial)* ve *Kozmopolit (Cosmopolitan)*. Bu grupların yapıları ve oluşturan kişiler nedeniyle en önemli etkisi, sağlık hizmeti alma onayının çıkması üzerine olmaktadır (17).

Danışma sisteminde en önemli şeylerden biri de kullanılan bilginin *uzmanlık dışı (lay knowledge) bilgi* olmasıdır. İnsanların sağlık ve hastalığa ilişkin yaşadıkları toplumdan, kültürün inanç ve değerlerinden, ailelerinden ve kendi deneyimlerinden vb. elde ettikleri bir bilgidir. Bu bilgi eskiden sadece yakın çevresi ile sınırlı iken, günümüzde önemi ve kullanımı her geçen gün artan kitle iletişim araçları sayesinde daha yaygın bir hale kavuşmuştur diyebiliriz. Hatta danışma sisteminin sınırları fiziki alanın dışına çıkarak dost ve arkadaş grubuna sanal arkadaşlıklar da dahil olmuştur. Bunların içinde belgeli ya da belgesiz

uzmanlaşmış kişilerinde olmasıyla danışma sisteminin yapısı giderek daha karmaşık bir hal almıştır.

Çalışmamızdaki yakın çevre de danışma sisteminin klasik tanımlarındakine uygun kişilerden oluşmaktadır. Katılımcılar ayrıca sağlık konusunda deneyimleri ve güvendikleri kişilerin önerilerini önemsediklerini ve ona göre hareketlerini düzenlediklerini de belirtmişlerdir. Doktora gitme, hangi doktoru seçme yönündeki öneriler daha çok rağbet görürken, alternatif tedavi alma önerileri daha temkinli karşılanmaktadır.

İnternet ve Medyanın Etkisi

Daha önceki yüzyıllar nasıl kitapların etkisinde şekillenmişse, 20. yüzyıl yazılı ve görsel basının hakimiyeti ele geçirdiği bir zaman dilimi olmuştur. 21. yüzyıl ise şimdiden internetin hakimiyeti ele geçirdiğinin işaretlerini taşımaktadır. Bu etkili ve güçlü iletişim araçlarının tüm insanlığı ilgilendiren sağlık gibi bir kavramdan uzak kalması düşünülemez. Hem tıp bilimi hem de uzmanlık dışı sağlık alanlarında etkin bir kullanım alanına sahip olan bu iletişim araçları bilgi yoğunluğu kadar bilgi kirliliğini de içinde barındırmaktadır.

Çalışmamızda da katılımcılara sağlık sorunlarında internet ve medyadan yaralanma durumları soruldu. Katılımcıların büyük çoğunluğu bir sağlık sorunu geliştiğinde doktora gitmeden önce ya da doktorun koyduğu tanıyı internette araştırdıklarını ancak yine büyük çoğunluğu internete güvenmediklerini belirtmişlerdir. Benzer şekilde televizyon, gazete ve dergiler için de aynı düşüncelere sahiptirler. Burada en çarpıcı güvenmeme gerekçelerden birisi de "onların genelleme yapmaları, hastalıkların ve ilaçlarının her bünyede farklı seyir ve etkilerinin olabileceği" görüşlerine dayanmaktadır. Ancak tedavi süreçleri ve seçenekleri ile ilgili seçimlerde internetin her geçen gün artan bir etkisi de gözlenmektedir.

Doktora Gitmekten Kaçınma Davranışı

Sağlıkla ilgili sorunlarda doktorlara veya sağlık kurumlarına gitme ve onlardan yardım alma davranışı ne kadar doğal ve sık uygulanan bir davranış olsa da, doktora gitmekten kaçınma da azımsanmayacak oranda gözlenmektedir. Bunun oluşmasında etkili olan değişik faktörler vardır. Çalışmamızda parasal sorunlar, hastanede karşılaşılan durumlar, sıra beklemeler, doktorların davranışları ve başka güne ertelemeler, katılımcıların çare arama davranışını etkileyerek doktora gitmekten vazgeçmesine yol açan nedenler olarak gözlenmiştir.

YARDIM ALMA

Hasta - Hekim İlişkileri

Çalışmamızda bu alanda en önemli sorunun hasta ve doktor arasındaki iletişim eksikliği olduğu vurgulanmış. Hastanın derdini iyi anlatabilmesi, hekimin de bunu doğru ve hızlı anlayabilmesi beklentisi olmakla birlikte bunun çözümüne yönelik öneriler sınırlı kalmaktadır. Bu alan, hastaların hizmet memnuniyetsizliğini ve sağlıkta şiddeti de düşündüğümüzde araştırılmaya aday bir alan olarak karşımızda durmaktadır.

Yurttaş farkındalığının artması ile birlikte hastalarda artan beklenti düzeyi ve sağlık personeli de dahil olmak üzere sağlık alt yapısının buna cevap vermede yetersiz kalması sonucu hasta hekim ilişkileri zorlanmaktadır. Burada hastalar genellikle hekimleri doğrudan suçlamak yerine sistemin eksikliklerine vurgu yaparak eleştiri getirmektedirler. Bu eksiklikler hakkını arama veya doktora gitmekten kaçınma şeklinde sonuçlanabilmektedir.

Kırsal ve kentsel alan sakinlerinin tıbbi bakım aradıklarındaki üstü kapalı ve açık tutumlarının karşılaştırılması konulu bir çalışmada; her iki grupta kötü sağlık yönelimli şemaların hastane korkusu ve doktorlara güvensizlik ile ilişkili olduğu, doktorlara karşı hissedilen duyguların sağlık pratiklerini düzeltmediği gözlenmiştir. Doktorlara güvensizlik hem açık hem de üstü kapalı olarak ifade edilirken, hem uyumsuzlukla hem de düzensiz sağlık alışkanlıklarıyla ilişkili bulunmuştur. Güvensizlik kötü sağlık pratiklerinin bir işareti olabilir denilirken, birinin doktorunu beğenmesinin de uygun sağlık pratiklerine yol açmadığı belirtilmiştir (52).

Çalışmamızda katılımcıların doktora duyulan güven ve aynı doktora gitmenin yarattığı tedaviye uyum konusundaki saptamaları dikkate değerdir. En çarpıcı ifade olarak bir katılımcının sağlık hizmetinden beklentisini; *güler yüz, bilgilendirme ve eşit hizmet alma* olarak basit, anlaşılır ve herkesçe kabul edilebilir bir şekilde ifade etmesi de sağlık çalışanları için gayet anlamlı bir mesaj anlamı taşımaktadır.

Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık hizmetleri bireylerin sağlıkla ilgili beklentilerini karşılamaya yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici tüm hizmetleri içermektedir (40,41). Bu hizmetlerin düzgün olarak verilebilmesi bir sağlık sistemine ve bu sistemin sahip olduğu sağlıkla ilgili politikalara ihtiyaç gösterir. Tüm sağlık sistemlerinde stratejik politika oluşturma; sağlığı geliştirme, sağlık arama ve sağlık hizmetlerini kullanma davranışlarıyla ilişkili bilgiye dayandırılmalıdır. Tüm bu sağlık ile ilgili davranışları belirleyen etkenler değişik bağlamlarda görülebilmektedir: Fiziksel, sosyo-ekonomik, kültürel ve politik (56). Bu nedenle tüm sağlık sisteminin kullanılması sosyo-demografik özellikler, sosyal yapılar, eğitim düzeyi, kültürel inanışlar ve uygulamalar, cinsiyet ayrımı, kadınların durumu, ekonomik ve politik sistemler, çevresel koşullar ve hastalık paterni ve sağlık sisteminin bizzat kendisine bağlı olabilir (57).

Sağlık sorunlarında sağlık hizmeti alma kararını vermek ne kadar önemliyse bu hizmetlere erişim de o kadar önemli bir yere sahiptir. Kişiler sağlık arama davranışı içine girdiklerinde bu hizmetlerin varlığı, niteliği, bunlara erişim ve kullanım şartları gibi faktörler önem kazanmaktadır. Penchansky ve Thomas (42) bu konuda beş önemli faktörden bahsetmişlerdir: *Mevcut olanaklar (availability), ulaşılabilirlik (accessibility), kolaylık (accommodation), ödenebilir olma (affordability), kabul edilebilir olma (acceptability)*.

Çalışmamızda sağlık hizmeti almada en temel sorunlar para, ulaşım sorunları, sağlık güvencesi, yardımcı olabilecek birilerini bulamama ve eğitim olarak gözlenmiştir. Hekimlerin reçetelere ilaç yazmalarındaki kısıtlılıklar da hizmet almayı zorlaştırmaktadır. Sağlık kuruluşlarındaki bürokratik süreçler ve sistemsel engellerden yakınlar da olmuştur. Bu sistem yakınmaları içerisinde hasta sayısındaki artış özellikle vurgulanırken bu nedenle doktorların işinin de zor olduğu şeklinde bir empati geliştirilmiştir. Bu yığılmalara sebep olarak ise insanların en küçük sorunlarında bile doktora gitmesi gösterilmiştir.

Basamaklandırılmış sağlık hizmeti alma bilincinin toplumda yeterince oturmadığını, bu nedenle insanlar hangi sağlık kurumuna gidecekleri kararını kendileri vermek zorunda kaldıklarını ve bunun kişilerde kararsızlık ve şaşkınlığa sebep olduğu katılımcılar tarafından belirtilen bir başka özellik olarak söylenebilir. Katılımcılar ciddi ve maliyeti yüksek olabilecek sorunlarda kamuyu tercih ederken, zaman (muayene süreçlerinde yeterince zaman ayrılması, diğer süreçlerin ise hızlı atlatılması), kişiye özel hizmet, nazik ve ilgili davranış beklentisiyle özel sektörü tercih edebilmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Kişilerin sağlıklarında bir bozulma olduğunda veya hissettiklerinde geliştirdikleri sağlık arama davranışlarını anlama amacıyla gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada; kişilerin sağlık hakkındaki algı ve değerlendirmeleri öncelikle öğrenilerek, bu değerlendirmeden hareketle sağlıklarındaki bir bozulmayı ne şekilde algıladıkları ve değerlendirdikleri, bu sorunu çözme amacıyla ne şekilde davrandıkları öğrenilmeye çalışılmıştır. Sağlığın tanımı herkes için farklılık gösterebilmektedir ama önemi ve değerinin yüksek olduğu konusunda tüm katılımcılar fikir ortaklığı göstermiştir. Bu yüksek farkındalık kişilerin sağlıklarını iyi durumda tutabilmeleri konusunda motivasyon sağladığı gibi bireysel ve toplumsal iyi sağlık hedeflerine ulaşmada başlangıç noktası olarak da kullanılabilir.

Kişilerin kendilerinde bir rahatsızlık hissettiklerinde ve sağlık hizmeti almaya karar verdiklerinde yaşadıkları en büyük sorunlar olarak; bu sorununun nerede çözülebileceğini ve nitelikli hizmeti nereden alabileceğini bilememek, hangi hekime başvuracağına kendisi karar vermek zorunda kalmak şeklinde ifade edilmiştir. Birçok kişi bu aşamada karşılaşılan sorunlar nedeniyle hizmeti almayı ertelemekte veya vazgeçmektedir. Erken tanı ve tedavinin öneminin artık çok iyi bilindiği günümüzde bu aşamada kişilere verilecek danışmanlık hizmetinin birçok sorunun çözümünde olumlu etkisi olacağı açıktır. Bu danışmanlık hizmetinin en iyi ve nitelikli verileceği yer olarak da birinci basamaktaki merkezi konumu ile aile hekimliği birimleri gösterilebilir. Kişilerin sağlıklarında bozulma olduğunda ilk başvuru noktası konusundaki sıkıntısı, sağlık hizmetlerinin akış şemasına ciddi zarar vermektedir. Bu alanda ilk başvuru noktası konusunda belirsizliğin kaldırılması da başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere sağlık hizmeti planlayıcılarına düşmektedir. Günlük politikalar yerine birimler arası koordinasyonun sağlandığı, hasta kadar sağlık uygulayıcılarının da memnuniyetinin esas olduğu bir sağlık sisteminin sağlanması gerekliliği açıkça görülmektedir.

Sağlık hizmeti almaya karar verme süreci bazen modern ve etkileri bilinen tedavi yöntemleri yerine alternatif tedavi arayışlarına veya riskli davranışlara kayma şeklinde bir potansiyel taşımaktadır. Nitelikli, yeterli ve herkesi kapsayan bir sağlık hizmetinin varlığı, alternatif tedavi arayışlarının önünde en önemli engel olarak görülebilir. Günümüzde

alternatif tedavilerin standardizasyonunda halen devam eden sıkıntıları da düşünürsek kişileri modern tıp çerçevesinde tutabilmek için sağlık arama davranışı profillerini iyi bilmek önemlidir. Çalışmamızda alternatif çare arayışlarının sınırlı olduğu şeklinde bir bulguya sahip olsak da, toplumun genelindeki yaygınlığı ve eğilimi anlamak için daha kapsamlı çalışmaların yapılması uygun olacaktır.

Kişilerin sağlıklarındaki bozulma konusunda karar verme ve hastalık davranışı geliştirmelerinde danışma sistemi olarak adlandırılan en yakınındaki kişilerden daha uzaktakilere doğru genişleyerek ilerleyen sistemin rolü vardır. Bu sistem bulguların değerlendirilmesi, tedavi kararının alınması ve şeklinin belirlenmesi, hastalık statüsünün kabulünde etkili görünmektedir. Çalışmamızda danışma sisteminin varlığı katılımcılar tarafından onaylanırken, hastalık ve sağlık arama sürecinde kararların genelde kendileri tarafından verildiği gözlenmiştir. Burada geçmiş hastalık deneyimlerinin rolü daha büyük olup yakın çevrenin etkisi sınırlı kalmaktadır.

Kişilerin sağlıklarında bir bozulma olduğunda başvurdukları danışma sistemi bugün sınırlarını oldukça genişletmiş görünmektedir. Günümüzde her alandan ve her gruptan kişiler arasında kullanımı giderek yaygınlaşan internet, kişilerin sağlıkla ilgili sorunlarında da önemli bir başvuru ve danışma kaynağı haline dönüşmüştür. Aynı şekilde yazılı ve görsel basın yaygın kullanılmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların çoğu internetten yararlandığını ama güvenmediklerini belirtmiştir. Bu duruma göre kişilerin internetten göreceği fayda ya da zarar; geçmiş deneyimlerine ve kişisel algı-sezgi durumlarına kalmış gibi görülmektedir. Ayrıca kişiler interneti daha çok nereye başvuracağı ve hekim / hastane seçiminde bir kriter olarak kullanma eğilimindedir. Kendine uygulayacağı teknik ve tedavi önerilerini daha az dikkate almaktadırlar. Giderek hayatın içine işleyen internet kullanımının sağlığa olan diğer etkileri de daha kapsamlı çalışmalara konu olabilecek kadar önemlidir.

Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin sağlık arama davranışının belirlenmesinde önemli bir faktör olarak yer almaktadır. Bu hizmete erişimi de birçok faktör etkilemektedir. Çalışmamızda; ekonomik durum, sağlık güvencesi, tanıdık biri veya çevresinin olması, ulaşım ile ilgili sorunlar, sıra ve randevu alma ile ilgili sorunlar, bürokratik süreçler, sistemsel engeller hatta kişinin karakteri gibi nedenlerin bu erişimi etkilediğine vurgu yapılmıştır. Tüm bu etkenlerle mücadele etmek sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarını artıracaktır.

Sağlıkta buna yönelik stratejik ve devamlılığı olan bir politikanın geliştirilmesi ve uygulanması önem taşımaktadır.

Çalışmamızda hasta-hekim ilişkilerindeki aksaklıklar da sık olarak dile getirilmiştir. Ancak katılımcıların bu ilişkilerdeki aksaklıklar konusunda sistemsal sorunların etkisinin farkında oldukları, her iki tarafında olumlu yaklaşımıyla bunun halledileceğine inandıkları ve iyimserliklerini korudukları gözlenmiştir.

Çalışmamızda niteliksel bir çalışmanın anlamlı olmasına yetecek sayıda ve nitelikte katılımcı yer almıştır. Katılımcı sayısı ile ilgili bir sorun olmamakla birlikte sağlık arama davranışları ile ilgili literatürde çok fazla yayın olmaması bu konuda karşılaştırılmalı sonuçların alınmasını zorlaştırdı. Daha çok belirli sağlık sorunlarındaki tutum ve davranış şekilleri ile ilgili olan bu çalışmalar, genel sağlık arama davranışı için tam bir örnek oluşturmuyordu. Sağlık arama davranışının tüm bileşenlerini kapsayan, genellemelerin yapılabilmesine daha çok olanak veren yeni niceliksel çalışmalar tasarlanması ve bunların sonuçlarının bizim çalışmamızla beraber değerlendirilmesi, çalışma konusuyla ilgili daha ayrıntılı sonuçların alınmasını sağlayacaktır. Bu anlamda bizim çalışmamız bir "öncü çalışma" olarak düşünülebilir. Ülke genelinde farklı demografik özelliklere sahip kişilerde bu çalışmaların tekrarlanması ve genişletilmesi bizim de beklentimizdir.

7. ÖZET

SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI VE ETKİ EDEN ETKENLER

Giriş ve Amaç

Sağlık; yaşamının devamlığı ve kalitesinin en önemli ve değerli göstergesidir. Günümüzde sağlık; bedensel, ruhsal ve sosyal yönleriyle tüm insanların temel beklentisi ve ihtiyacı olan mutlak iyilik halinin bir ifadesi olarak kabul edilmektedir.

Bu çalışmanın amacı; bireyler için " sağlık " ve "sağlıklı olma" kavramın ne anlama geldiği, sağlıklarında bir bozulma veya anormallik hissettiklerinde oluşan duygu ve düşünceler, bundan sonraki süreçte sağlık arama davranışlarının nasıl olduğunu öğrenmeye çalışmak şeklinde belirlenmiştir. Ek olarak sağlık arama davranışının oluşmasında ve sürdürülmesinde etkili olan faktörler, kişilerin hastalık davranışı sırasında kullandıkları danışma sistemi ve etkilerini anlamaya çalıştık. Ayrıca kişilerin sağlık hizmeti kullanımını ile ilgili düşünce ve beklentilerini kavramaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma niteliksel araştırma olarak tasarlandı. Veriler yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin analizinde ise tematik analiz yöntemi kullanıldı. Çalışma evreni Aydın'da yaşayan 18 yaşın üzerindeki erişkinler olarak tanımlandı. Örneklem büyüklüğü en az 30 erişkin kişi olarak belirlendi. Görüşmeler, iki araştırmacı tarafından Eylül – Aralık 2014 tarihleri arasında ve yüz yüze bireysel görüşme şeklinde gerçekleştirildi. Sesli kayda alınan tüm görüşmeler yazılı dokümanlara çevrildi. Bu dokümanlar birkaç kez okundu ve temalar saptandı. Bu temalar arasında açıklayıcı ilişkiler belirlendi ve bulgulara ulaşmaya çalışıldı.

Bulgular

Çalışmamıza Aydın'da yaşayan 18 yaşından büyük erişkin nüfustan 30 kişi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 44,3±11,5 olarak saptandı. Katılımcıların 8'i kadın (% 26,7), 22'si erkek (% 73,3)'ti. Görüşmeler sırasında katılımcılardan konuyla ilgili beş temel başlık hakkında bilgi alınmaya çalışıldı: *sağlıklı olma algısı, sağlıktaki bozulmanın farkına*

varılması, sağlıktaki bozulmayı yorumlama ve oluşturulan tepkiler, yardım arama davranışı ve sağlık hizmeti kullanımı. Başlıca bulgular olarak : Katılımcılar sağlığı kapsayıcı bir şekilde anlamlandırmaktadırlar ve kendileri için öneminin farkındadırlar. Sağlıklarında bir bozulma olduğunda kendilerini dinlemekte, bedenlerindeki değişimleri anlamaya ve kendini tanımaya çalışmaktadırlar. Katılımcıların sıkıntı çektikleri en önemli sorunları; sorunun ne olduğunu anlayamamak, bir sağlık sorunu olduğunda nereye gideceğini ve nerede çözüm bulacağını bilememektir. Tüm sağlık sorunlarında çare arama davranışı çeşitlilik göstermektedir. Çare arama davranışında, internet kullanımı ve danışma sisteminin işletilmesi davranışı etkileyen önemli faktörlerdendir. Sağlık hizmeti almada en temel sorunlar ; para, ulaşım sorunları, sağlık güvencesi, yardımcı olabilecek birilerini bulamama , bürokratik süreçler ve sistemsel engeller olarak gözlenmiştir. Hasta ile doktor arasındaki iletişim sağlık hizmeti almada önemli rol oynamaktadır.

Sonuç

Sağlığın tanımı herkes için farklılık göstermektedir. Ancak önemi ve değerinin yüksek olduğu konusunda tüm katılımcılar fikir ortaklığı göstermiştir. Bu yüksek farkındalık kişilere sağlıklarını iyi durumda tutabilme konusunda motivasyon sağlamaktadır. Bu farkındalık bireysel ve toplumsal iyi sağlık hedeflerine ulaşmada başlangıç noktası olarak kullanılabilir. Kişilerin sağlıklarında bozulma olduğunda ilk başvuru noktası konusundaki sıkıntıları sağlık hizmetlerinin akış şemasına ciddi zarar vermektedir. Sağlık hizmeti sunumu, kişilerin sağlık arama davranışının belirlenmesinde önemli bir faktördür. Sağlık hizmet sunumuna ulaşmayı ve ondan yararlanmayı engelleyen etkenlerin azaltılması sağlık arama davranışını olumlu olarak etkileyecektir. Sağlık arama davranışının tüm bileşenlerini kapsayan yeni niceliksel çalışmalar tasarlanması ve bunların sonuçlarının bizim çalışmamızla beraber değerlendirilmesi, çalışma alanımızla ilgili daha ayrıntılı sonuçların alınmasını sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Sağlık arama davranışı, hastalık davranışı, sağlık hizmeti kullanımı , sağlıklı olma , sağlıkta bozulma

8. ABSTRACT

HEALTH SEEKING BEHAVIOR AND AFFECTING FACTORS

Introduction and Aim

Health is the most important and valuable indicator of the continuity and quality of life. It can be said that, today, with health physical, mental and social aspects most fundamental expectation and needs, is an expression of absolute well-being of all people

The purpose of this study is to understand what it means the concepts like "health" and "being healthy" for individuals, feelings and thoughts when there is a deterioration or abnormalities in their health and after that to understand how the process of health seeking behaviour is being shaped. In additionally, we will try to understand the factors that affects the formation and sustaining of health seeking behaviour and the consultation systems during their illness behaviour and its effects. Likewise to grasp, the perception and expectations of individuals when they need health services.

Materials and Methods

The study was designed as a qualitative research. Data were collected through in-depth semi-structured interview technique. The thematic analysis technique being used to analyse the data. The study universe was defined as adults over the age of 18 living in Aydın. The sample size was defined as at least 30 adult persons. Interviews were carried out by two researchers in between September and December, 2014 as face to face individual interviews. All interviews were recorded as audio recording and later they were transcribed into Word documents. In order to determine the main themes these documents were read several times. We defined explanatory relations between at these themes, and tried to reach to findings of study

Results

We had 30 participants living in Aydın aged 18 years older and above adults. The average age of participants was found to be 44.3 ± 11.5 . Participants are 8 female (26.7%) and 22 men (73.3%). In the interviews we tried to gather information on five main topics:

perception of being healthy, to realize the deterioration in health, interpretation of deterioration of health and the reactions, help-seeking behaviour and health service usage. The main findings: Participants expressed a sense of the overarching health and they are aware of the importance for themselves. They listen to themselves when there is a deterioration of health and try to understand the changes in their bodies, are trying to recognize their own bodies. The most important challenge for the participants is the difficulty of knowing what is the problem, where to go and to seek for the solution when there is a health issue. In all health problems there is diversity in health seeking behaviour. In all kinds of health seeking behaviour, internet usage and consulting system are the most important factors. In terms of using health services the most basic problems have been observed as: the money, transportation issues, health insurance, inability to find someone who can help, bureaucratic processes, systemic barriers. The communication between patient and doctor plays an important role in terms of taking health care.

Conclusion

The definition of health is different for everyone. However, all participants shares the thought of its importance and value for them. This awareness to high level, provide the motivation to keep in good condition in their health. At the same time this awareness can be as a starting point in order to reaching individual and social good health targets. The difficulty with the first point contact of health care services when there is a deterioration in health, gives great damage to the scheme of health service provision. Health care presentation is in itself an important factor in the formation of health-seeking behaviour. The reduction of obstacles in front of the health service delivery and access to it will have a positive effect in terms of health seeking behaviour. New quantitative studies designed to cover all components of the health-seeking behaviour and evaluate them with the results of our study will provide more detail understanding of subject matter under consideration.

Keywords:

Health seeking behaviour, illness behaviour, health care usage, being healthy , deterioration of health

9. KAYNAKLAR

1. Akdur R. *Çağdaş Sağlık ve Sağlık Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler*. Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A, *Halk sağlığı*, Ankara, Antip AŞ Tıp Kitapları Ve Bilimsel Yayınlar, (1998), No:26, S:6-11
2. Larson JL. *The Measurement of health. Concepts and Indicators.*, Greenwood Press, US, (1991), p:1
3. Aggleton P. *Health*. London J&L Composition Ltd., (1990) , p: 4-25
4. Robinson J , Elkan R. *Health Needs Assessment*. New York, Pearson Professional Limited. (1996)
5. Bowling A. *Measuring Health*. Milton Keynes, Open University Press, (1991)
6. Slee V.N. *Health Care Terms.*, Saint Paul, Minnesota, Tringa Press, (1996)
7. Dunn HL. *High Level Wellness for Man and Society, American Journal of Public Health*, Vol. 49, No. 6, 1959, p:787 -790
8. Tekin A. *Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, SDÜ , Sosyoloji AD, 2007, s:23 -24
9. Illich I. *Sağlığın Gaspi (Limits to Medicine Medical Nemesis: The Exproprtion of Health)*, Çev. Sertabiboğlu S , İstanbul ,Ayrıntı Yayınları, 1995, s:190
10. Capra F. *Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası*, Çev. Armağan M , İstanbul, İnsan Yayınları, 1989, s:138
11. Seedhouse D. *Health: The Foundations for Achivement*, West Sussex England, John Wiley & Sons Ltd, 2001, p:5-15
12. Somunoğlu S. *Kavramsal Açıdan Sağlık* , Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Sonbahar 1999, Cilt: 4, Sayı: 1 , S:51-62
13. Öztürk M O. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997, s:2
14. Felsefe Taşı-Düşünce platformu, <http://www.felsefetası.org/hipokrat-ve-galen> , erişim tarihi :10.10.2014
15. Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük, <<http://www.tdk.gov.tr/index.php> > Erişim tarihi:12.10.2014
16. Field D. *The Social Definition of İllness, An İntroduction to Medical Sociology*, Edit. David Tuckett, London, Tavistock Publications, 1976, s.334-335

17. Nazlı A. *Tıbbi Yardım Aramada Etkili Bir Sosyal Olgu: Danışma Sistemi*, Sağlık ve Toplum Dergisi , Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayınları, 2007, sayı:1
18. Coe R M. *Sociology of Medicine*, New York, Mac Graw Hill Inc. , 1978, p:95-6
19. Parsons T. *Sağlık ve Hastalık: Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi*, Toplum Bilim Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, 2001, 13:103-4
20. Oskay Ü. *Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar*, Sosyoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yay., İzmir, 1993, Sayı: 4, s. 91,102-103
21. Cockerham W C. *Medical Sociology*, Upper Saddle River, New Jersey, Prentice-Hall, 2000, s:161, Akt. Young J T. *İllness Behaviour: A Selective Review and Synthesis*, Sociology of Health and İllness, , 2004, Vol. 26, No:1, s: 4
22. Mechanic D. *Sociological Dimensions of İllness Behavior*, Social Science and Medicine, 1995, 41, s:1208
23. Mechanic D. *Medical Sociology*, New York, The Free Press, 1978
24. Zola, I K. *Pathways to the Doctor From Person to Patient*, Social Science and Medicine, 1973, 7 : 677-85
25. Mc.Whinney I.R. , Freeman T. , Çeviri Editörü: Güldal D. , Aile Hekimliği , Medikal Akademi Yayıncılık , 2012, s:140-141
26. Hayran O. *Sağlık ve Hastalık* , Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Haziran-Temmuz-Ağustos 2011-2012, sayı:23, s: 82-85
27. Başak O, Ünal PC, Özçakar N. *Aile Hekimliğinde Hastayla Görüşmeden Öğrenme - Öğrenenler için Kılavuz Kitap "Effective Learning from Consultation in Family Practice - Guidebook for Trainees"* , FamilyMed Project , Çeviri Editörü: Başak O., Aydın, Çağajans Tanıtım Yayıncılık Hizmetleri, 2009 , S:69
28. Mechanic D, Volcart E H. *Stres, İllness Behavior and Sick Role*, American Sociological Review, 1961, 26, s:52
29. Thomas, R.K. *Society and Health: Sociology of Health Professionals*, Kluwer A.P., 2003 , p:100-112
30. Suchman E.A. *Social Patterns of İllness and Medical Care*, Journal of Health and Social Behavior, 1965, 6:2-16
31. Wellman B. *Lay Referral Networks:Using Conventional Medicine and Alternative Therapies for Low Back Pain*, Sociology of Health Care, 1995, p:125-145
32. WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005, World Health Organization , Geneva

33. Tokaç M. *Geleneksel Tıbbı Akademik Yaklaşım: GETTAM* , SD - Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi , Sonbahar 2013 , Sayı:28, S:82-84
34. Türkdoğan O. *Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi*, İstanbul, Milli Eğitim Bakanlığı Yay., 1991, S:45-46
35. Rosenstock I M, Strecher V J, Becker M H. *Social Learning Theory and the Health Belief Model*, Health Education Quarterly ,Summer 1988 , Vol.15(2) :175-183
36. Çenesiz E, Atak N. *Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi*, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007; 6 (6): 427-434
37. Akdur R. *Ekolojik denge, çevre kirliliği ve insan sağlığı* , Çöl M, Işık A, İdil A, Durmuşoğlu M, Tunçbilek A, *Halk sağlığı*, Ankara, Antıp AŞ Tıp Kitapları Ve Bilimsel Yayınlar, 1998, No:26, S:58-59
38. Özen S. Sağlık ve *Sosyo-kültürel Yapı Değişkenleri*, Sosyoloji Dergisi, İzmir, Ege Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Yayınları, 1994, Sayı. 5, s.133
39. Bolsoy N, Sevil Ü. *Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi , 2006, Cilt: 9 Sayı: 3:78-87
40. Somunoğlu S. *Sağlık- Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi*. Tatar M.(editör) , Sağlık Kurumları Yönetimi-1, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No:2631 , Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset tesisleri, 2012 : 6-8
41. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge , Madde:4/b , <http://www.ihsm.gov.tr/yonergeler.aspx>. 19.12.2014
42. Panchansky R, Thomas JW. *The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction* , Medical Care , 1981, 19(2), s. 127-40.
43. Hausmann-Muela S, Muela Ribera J, Nyamongo I , *Health-seeking behaviour and the health system response* , 2003, DCPD Working Paper No. 14
44. Hisar F. Tüberküloz Hemşireliğinde Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisi , Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 2011;3(1):38-44
45. Cırhinlioğlu Z. Sağlık Sosyolojisi, Ankara , Nobel Yay-Dağ., 1981, s. 31
46. Özen S. *Sosyolojide Bir Alan: Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık-Toplumsal Yapı İlişkileri* , Sosyoloji Dergisi, İzmir, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, 1993, Sayı:4, s.74
47. Kızılcılık S. *Türkiye’nin Sağlık Sistemi*, İzmir, Saray Kitabevleri, 1995, s.16
48. Emiroğlu V. *Tıbbi Antropolojinin Gelişimi, Alanı ve Tıbbi Antropolojide Kuramsal Yaklaşımlar*, H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi, Ankara, 1987, 2-3

49. Elmacı N. *Tıbbi Antropolojinin Araştırma Alanları Ve Toplum Sağlığına Katkıları*, Folklor ve Edebiyat Dergisi, Ankara , 2000, V111.22-2
50. Gönç-Şavran T. *Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık , Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır (Ed. Elbek O.)* , İstanbul , Hayykitap, 2013 , No:225 , s:57-70
51. Markus H. *Self-schemata and processing information about the self*. J Pers Soc Psychol. 1977 ; 35 : 63 - 78
52. Harju BL, Wuensh KL, Kuhl EA and Cross NJ. *Comparison of rural and urban residents' implicit and explicit attitudes related to seeking medical care*. The Journal of Rural Health, 2006; 22(4): 359 – 63
53. Lynch DJ , Birk TH , Weaver MT , et al. *Adherence to exercise interventions in the treatment of hypercholesterolemia*. J Behav Med. 1992; 15 : 365 - 377 .
54. Safer MA , Tharps QJ , Jackson TC , Leventhal H. *Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical care clinic*. Med Care. 1979 ; 17 : 11 - 29
55. Martin E , Russell D , Goodwin S , Chapman R , Sheridan P. *Why patients consult and what happens when they do*. BMJ. 1991 ; 303 : 289 - 292
56. Kroeger A. *Anthropological and socio-medical health care research in developing countries*. Soc Sci Med 1983; 17: 147–161.
57. Shaikh BT, Hatcher J. *Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers*. J Public Health 2004; 27(1): 49 – 54.

8. EKLER

Ek-1. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Rıfki ÖNDER

Doğum yeri, tarihi: Sultanhisar, 30.07.1970

Medeni durumu: Bekar

İletişim:

Adres: ADÜ Aile Hekimliği AD

ADÜ Tıp Fakültesi Hastanesi / AYDIN

e-mail: rifkionder@hotmail.com

Tlf: 0 542 2321710

Eğitim:

- 1976 - 1981 Sultanhisar Kurtuluş İlkokulu / AYDIN
- 1981 - 1984 Sultanhisar Y.L.L. Ortaokulu / AYDIN
- 1984 - 1987 Sultanhisar Y.L. Lisesi / AYDIN
- 1987 - 1993 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi / İZMİR
- 2011 - 2014 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği
- 2014 - Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği A.D. Araştırma görevlisi (Naklen geçiş)

Sertifikalar:

- Rahim İçi Araç (RİA) Uygulayıcı Sertifikası
- Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Sertifikası
- İlkyardım Eğitimci Sertifikası
- İşyeri Hekimliği Sertifikası
- Tütün Kontrolü ve Tütün Bağımlılığı Tedavisi Sertifikası

İş deneyimi:

- 1993 - 2011 TCDD Sağlık Dairesi Sivas ve İzmir Merkez Hekimlikleri,
- **(Kurum Hekimi)**
- 2011 - 2014 İKÇÜ Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği **(Asistan Dr.)**
- 2014 - Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği A.D. **(Arş. Gör.)**

Katıldığı bilimsel programlar

- 16 Mayıs 2009 Spor Yaralanmaları ve Lisans Muayeneleri Kursu
- 15-19 Mayıs 2013 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi
- 29 Mayıs 2013 Temel Araştırma Yöntemleri Kursu
- 13 Haziran 2013 “İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Eğitim Sempozyumu -1”
- 24 -29 Nisan 2014 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi

Bilimsel yayınlar

- Çakır Y. T., Sonbahar M., Can H., Kurnaz M. A., Önder R. , Drug usage habits and multiple drug usage of elderly individuals in nursing homes , Turkish Journal of Geriatrics , 2014, 17(2) , 172-179

Üyelikler

- Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (**TAHUD**), İzmir Şb. üyeliği
- Vasco da Gama Movement (**VdGM**) çalışma grubu üyesi.
- Türk Tabipleri Birliği İzmir Tabip Odası üyeliği

EK-2. GÖRÜŞME SORULARI ANA AKIŞ ŞEMASI

‘SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI VE ETKİ EDEN ETKENLER’ ARAŞTIRMASI GÖRÜŞME KILAVUZU (TEMEL SORULAR)

ALGILAMA

Sağlıklı olma algısı

1. Sağlığa bakışınızı tanımlar mısınız?
 - Sağlık ve sağlıklı insan deyince ne anlıyorsunuz?
 -

Anormal semptomların (sağlıktaki bozulmanın) farkına varılması

2. Son zamanlarda yaşadığınız bir bozulma/rahatsızlık/yakınma durumunda sağlığınızda bir bozulma olduğunu nasıl algıladınız/fark ettiniz?

YORUMLAMA

Semptomların (sağlıktaki bozulmanın) ciddi olarak algılanma derecesi

Semptomların aile, iş ve toplumsal yaşamı etkileme derecesi

Semptomların görülme sıklığı, kalıcılığı ve tekrar ortaya çıkış sıklığı

Semptomlara ilişkin tolerans eşiği

Semptomları değerlendirme- tanımlama

İnkar etme

Alternatif açıklamalar

3. Sağlığınızdaki bozulmanın ciddiliğini değerlendirmede neler etkilidir? Sağlığınızdaki bozulmaya karşı ne gibi tepkiler verirsiniz?

YARDIM ARAMA

Popüler çare arayışı

Bilimsel çare arayışı

Sağlık danışma sistemi

Bireysel etkenler

4. Sağlığınızdaki bozulma için ne zaman yardım aramaya başlarsınız? Yardım arayışına girdiğinizde nasıl hareket edersiniz?
 - Nereye veya kime başvurursunuz?
 - Yardım arama kararınızı neler etkiler?

YARDIM ALMA

Hizmetin varlığı

Hizmete ulaşma (coğrafi, ekonomik, kültürel etkenler)

5. Sağlık sorunlarımız için sağlık hizmeti kullanımımızı / hizmete erişiminizi neler etkiler?

EK-3. DEMOGRAFİK VERİ FORMU

SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI VE ETKİ EDEN ETKENLER

AÇIKLAMA: Bu araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araş. Gör. Dr. Rifki ÖNDER'e ait tez çalışmasıdır. Çalışma, Aydın'da yaşayan halkın sağlık arama davranışları ve buna etki eden etmenler üzerine planlanmış olup amacı bireylerin kendilerinde veya yakınlarında rahatsızlık hissettiklerinde veya saptadıklarında nasıl davrandıklarını araştırmaktır. Elde edilen veriler çalışma amaçları dışında kullanılmayacak ve her hangi bir üçüncü tarafla paylaşılmayacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Okay BAŞAK
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

DEMOGRAFİK VERİ FORMU

AD SOYAD :

YAŞ: ...

CİNSİYET: (1) Kadın (2) Erkek

MEDENİ DURUM: (1) Bekar (2) Evli (3) Dul / Boşanmış (4) Diğer

EĞİTİM DURUMU:

- (1) Okuryazar değil
- (2) Okuryazar (resmi eğitim almamış)
- (3) 9 yıldan az
- (4) 9-12 yıl arası
- (5) 12 yıldan fazla
- (6) Y. Lisans - Doktora

MESLEK:

- (1) Belli bir mesleği yok (10) Yönetici, İşveren
- (2) Ev Hanımı (11) Çiftçi
- (3) Memur (12) Diğer
- (4) İşçi
- (5) Esnaf
- (6) Sanatkar
- (7) Öğrenci
- (8) Emekli
- (9) Serbest meslek

İŞ DURUMU (BİR İŞTE ŞU AN ÇALIŞIP ÇALIŞMADIĞI)

- (1) Çalışmıyor (emekliler dışında)
(2) Çalışıyor

Çalıştığı yer / Çalıştığı alan...

KENDİSİNİN / AİLENİN SABİT BİR GELİRİ VAR MI?

- (1) Evet (2) Hayır

GELİR DÜZEYİ (AİLENİN TOPLAM GELİRİ):

- (1) 1050 TL'den az (2) 1050 - 3400 TL arası (3) 3400 TL'den fazla

KENDİNİZİ/AİLENİZİ AŞAĞIDAKİ SOSYOEKONOMİK GELİR GRUPLARINDAN HANGİSİNE AİT GÖRÜYORSUNUZ?

- (1) Düşük (2) Orta (3) Yüksek (4) Diğer

SOSYAL GÜVENCE DURUMU:

- (1) SGK (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-kur) (2) YEŞİLKART (3) Özel Sağlık Sigortası (4) Yok
(5) Diğer (.....)

YAŞANILAN YER:

- (1) İl ve ilçe merkezi
(2) Belde ve köy
(3) Diğer (.....)

YAŞANILAN HANEDE KAÇ KİŞİ YAŞIYOR?

- (1) 3'ten az (2) 3-5 arası (3) 5'ten fazla

YAŞANILAN HANE:

- (1) Müstakil ev (2) Apartman Dairesi (3) Yurt, Huzurevi vb. toplu yaşanılan yer
(4) Diğer (.....)