



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü

**DEĞİŞEN TOPLUM YAPISINDA HEKİM VE HASTALAR
AÇISINDAN SAĞLIK VE HASTALIĞIN ANLAMI**

Doktora Tezi

Ferhat DEĞER

Sosyoloji Anabilim Dalı

İZMİR

2019

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü

**DEĞİŞEN TOPLUM YAPISINDA HEKİM VE HASTALAR
AÇISINDAN SAĞLIK VE HASTALIĞIN ANLAMI**

Doktora Tezi

Ferhat DEĞER

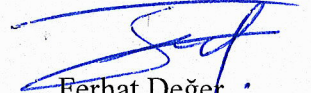
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aylin NAZLI

Sosyoloji Anabilim Dalı

Kurumlar Sosyolojisi Doktora Programı

ETİK KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne sunduğum “DEĞİŞEN TOPLUM YAPISINDA HEKİM VE HASTALAR AÇISINDAN SAĞLIK VE HASTALIĞIN ANLAM” adlı doktora tezinin tarafımdan bilimsel, ahlak ve normlara uygun bir şekilde hazırlandığını, tezimde yararlandığım kaynakları bibliyografyada ve dipnotlarda gösterdiğimi onurumla doğrularım.


Ferhat Değer



T.C.EGE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



DOKTORA
TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

ÖĞRENCİNİN

Adı Soyadı : Ferhat Değer
Numarası : 92110005683
Anabilim Dalı : Sosyoloji
Tez Başlığı (Türkçe) : Değişen Toplum Yapısında Hekim ve Hastanın Açısından Sağlık ve Hastalığın Anlamı
Tez Başlığı (İngilizce) : The Meaning of Health and Disease for Physicians and Patients in Changing Society Structure
Tez Savunma Tarihi : 10.05.2019

Tez Başlığı Değişikliği Varsa Yeni Başlık:

JÜRİ ÜYELERİ

Jüri Başkanı

Unvan, Adı, Soyadı : Prof. Dr. Aylin Nazlı
Karar : ☒ Başarılı ☐ Başarısız ☐ Düzeltme
İmza :

Jüri Üyesi (Tez İzleme Komitesi Üyesi)

Unvan, Adı, Soyadı : Prof. Dr. Nurgün Oktik
Karar : ☒ Başarılı ☐ Başarısız ☐ Düzeltme
İmza :

Jüri Üyesi (Tez İzleme Komitesi Üyesi)

Unvan, Adı, Soyadı : Dr. Öğretim Üyesi Pelin Önder Erol
Karar : ☒ Başarılı ☐ Başarısız ☐ Düzeltme
İmza :

Jüri Üyesi

Unvan, Adı, Soyadı : Prof. Dr. Esin Çeber Turfan
Karar : ☒ Başarılı ☐ Başarısız ☐ Düzeltme
İmza :

Jüri Üyesi

Unvan, Adı, Soyadı : Dr. Öğretim Üyesi Derya Şaşman Kaylı
Karar : ☒ Başarılı ☐ Başarısız ☐ Düzeltme
İmza :

TEZ HAKKINDA JÜRİNİN GENEL GÖRÜŞÜ

(Jüri Başkanı Tarafından Doldurulacaktır)

Tez savunması sonucunda öğrenci tarafından hazırlanan çalışma;

Oybirliğiyle

Oy çokluğuyla

Başarılıdır

Düzeltilmelidir

Başarısızdır

ÖNSÖZ

Sağlığın ve hastalığın anlamı çağdan çağa ve toplumdan topluma farklılık göstermiştir. Modern Tıp ile birlikte sağlığa ve hastalığa dair belirlenen mutlak sınırlar, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948 yılında yaptığı tanımlamayla esnemeye ve kırılmaya başlamıştır. Hasta olmama durumunun, sağlıklı olmak için yeterli görülmediği bu tanımlamada, bireyin bedensel ve zihinsel açıdan iyi olma halinin yanında, sosyal etkileşimlerinin yeterliliğine de vurgu yapılmaktadır. DSÖ'nün bu tanımlaması, sağlık ve hastalığa dair anlamlandırmanın Tıp disiplini içinde de değişmeye başladığının bir göstergesidir. Tüketim kültürünün etkisiyle değişip dönüşen toplumsal yapı, Tıp alanındaki mevcut sınırları ve tanımlamaları da etkileyebilmektedir. Bu çalışmada da, yaşanan bu değişimin hekimler ve hastalar açısından nasıl anlamlandırıldığı üzerinde durulmuştur.

Sosyal gerçekliğe dair ipuçlarını yakalayabilmek, geçmişten günümüze değişen toplum yapısını anlayabilmek ve yorumlayabilmek, bitmek bilmeyen, oldukça zor, karmaşık ama bir o kadar da heyecan verici bir yolculuktur. Bu yolculukta bana elini uzatan iki önemli kişiye teşekkür etmek istiyorum.

Doktora süresince büyük bir sabırla, kuram, metodoloji ve alanın bütünselliğini kavramamı sağlayan değerli danışmanım Prof. Dr. Aylin Nazlı'ya, danıştığım her konuda bilgi birikimini, fikirlerini ve deneyimlerini hiç çekinmeden, son derece nazik ve kibar bir biçimde paylaştığı için, farkındalığımı her görüşmemizde bir üst seviyeye taşıdığı için teşekkürü bir borç bilirim.

17 yaşımdan bu yana müthiş bir heyecanla, gerek alan çalışmalarında, gerek bölüm koridorunda, gerekse sempozyum ve konferanslarda –kelimenin tam anlamıyla– sosyolojinin “tozunu yutmamı” sağlayan, bana sosyolojiyi sevdiren ve kendi potansiyelimi tanıma fırsatını tanıyan değerli hocam Prof. Dr. Nurgün Oktik'e saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım. Türkiye'deki en iyi iki sosyologla çalıştığımı inanıyorum ve bu yüzden kendimi çok şanslı hissediyorum. Benden sonraki doktora adaylarının da aynı duygu ve motivasyonla çalışmalarını sürdürmeleri ve bilim dünyasına katkıda bulunmaları dileğiyle...

İZMİR, 2019

Ferhat Değer

ÖZET

Sağlık, hastalık, tıp ve toplum alanları tarih boyunca sürekli birbirinin içine nüfuz etmiş ve birbiriyle etkileşim halinde olmuştur. Sağlık alanında egemenliğini ilan etmiş olan Tıp disiplini içinde hastalıkların ortaya çıkışı, tanımı ve tedavisinde sosyal, kültürel ve ekonomik faktörlerin önemi günden güne artmıştır. Sağlık alanındaki olgu ve faktörler hem hastalıkla ilgili olgularla hem de toplumsal alandaki olgu ve faktörlerle karşılıklı etkileşim halindedir. Bu sebeple sağlık, hastalık ve toplum birbirinden farklı ama birbirinin içine geçmiş üç alan olarak değerlendirilmektedir. Yeni toplumsal sistemin ruhunu oluşturan tüketim kültürü, sağlık ve hastalık olgularının anlamını değiştirirken, bu olgulara ilişkin kavramların da içeriğini farklılaştırmıştır. Modern tıbbın doğuşu ile birlikte tıbbi bilginin niteliğinin bir yansıması olan Biyomedikal model, sonrasında görülen toplumsal değişimlere paralel olarak hastalık ve tedaviye ilişkin bakış ve uygulamalarda sosyokültürel faktörlerin ağırlık kazanmasıyla ortaya çıkan Biyokültürel model, bu adı geçen değişimin tıbbi alandaki yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sürecin, hekim ve hastaların sağlık ve hastalığa dair anlamlandırmasındaki etkisini gösterebilmek, bu çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır.

ABSTRACT

Health, disease, medicine, and society have always permeated and interacted with each other throughout history. The importance of social, cultural and economic factors has increased day by day in the emergence, definition and treatment of diseases within the medical discipline, which has declared its sovereignty in the field of health. The phenomena and factors in the field of health are in interaction with both the phenomena and the factors in the social sphere. Therefore, health, disease and society are considered as three different but intertwined areas. The consumption culture, which forms the spirit of the new social system, has changed the meaning of the health and disease phenomena and differentiated the content of the concepts related to these phenomena. Biomedical model, which is a reflection of the nature of medical knowledge with the birth of modern medicine, and then the Biocultural model, which emerged because of sociocultural factors gaining importance in disease and treatment approaches in parallel with social changes, are the reflection of this change in the medical discipline. The main purpose of this study is to determine the effect of this process on health and disease perception of physicians and patients.

İÇİNDEKİLER

ETİK KURALLARA UYGUNLUK BEYANI	i
DOKTORA TEZ SAVUNMA TUTANAĞI.....	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
GİRİŞ	1
1. KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE	5
1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları: Güncel Tanımlamalar	5
1.2. Sağlık ve Hastalığa Pozitivist Bakış: Sağlık ve Hastalığın Biyomedikal Modeli.....	10
1.3. 20. Yüzyıl Sonu Sağlık, Hastalık ve Toplum Etkileşiminde Değişim: Sağlık ve Hastalığın Biyokültürel Modeli	15
1.4. Tüketim Kültürü: Bir Tüketim Metası Olarak Beden, Sağlık ve Hastalık.....	19
1.5. Sosyal İnşa: Tüketime Gölgesinde Sağlık ve Hastalığa İlişkin Sosyal Anlamlar	26
2. YÖNTEM	33
2.1. Evren ve Örneklem	34
2.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Alan, Araştırma Süreci ve Araştırmanın Temel Varsayımları.....	35
2.3. Derinlemesine Görüşmelerden Elde Edilen Verilerin İçerik Analizi.....	44
2.3.1. Verilerin Kodlanması	44
2.3.2. Temaların Oluşturulması.....	45
2.3.3. Verilerin Alt ve Üst Temalara Göre Düzenlenmesi	47
2.4. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği.....	48
3. ALT VE ÜST TEMALARA KARŞILIK GELEN NİTEL VERİLERİN YERLEŞTİRİLMESİ VE YORUMLANMASI	50
3.1. Sağlıkın Sosyal Anlamlandırılmasına İlişkin Alt ve Üst Temalar	51
3.1.1. Sağlığa Dair Anlamlandırma (A).....	51
3.1.2. Beslenme Alışkanlığı (B).....	56
3.1.3. Beden İmgesi (C)	61
3.1.4. Sağlık Kontrolü (D)	69
3.1.5. Gündelik Hayatta Sağlık Deneyimleri (E)	75
3.2. Hastalığın Sosyal Anlamlandırılmasına İlişkin Alt ve Üst Temalar	81

3.2.1	Hastalığa Dair Anlamlandırma (F).....	81
3.2.2.	Sektöre Dair Güven (G)	89
3.2.3.	“Müşteri Hasta” (H).....	95
3.2.4.	Tedaviye Dair Deneyim ve Anlamlandırma (I)	101
4.	SAHA ÇALIŞMASINDA ELDE EDİLEN VERİLERİN YORUMLANMASI.....	105
4.1.	Hastalar Açısından Sağlık Deneyimi ve Sağlıklı Yaşamın Sosyal İnşası	106
4.2.	Hekimler Açısından Sağlık Deneyimi ve Sağlıklı Yaşamın Sosyal İnşası	109
4.3.	Hastalar Açısından Hastalık Deneyimi ve Hastalığın Sosyal İnşası	112
4.4.	Hekimler Açısından Hastalık Deneyimi ve Hastalığın Sosyal İnşası	113
	SONUÇ VE DEĞERLENDİRME.....	116
	KAYNAKÇA.....	120
	EK-1: NVIVO YAZILIMININ KISACA NASIL KULLANILDIĞI.....	125
	ÖZGEÇMİŞ	127

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Ritzer'in Sosyal Gerçeklik Düzeyleri	28
Tablo 2. Alan Çalışmasının Gerçekleştirildiği Sağlık Kuruluşları	36
Tablo 3. Katılımcılar (Hasta Bireyler)	37
Tablo 4. Katılımcılar (Hekimler)	38
Tablo 5. Hekim ve Hastalar Açısından Sağlık ve Hastalığın Sosyal Anlamlandırma Düzeyleri	106



DEĞİŞEN TOPLUM YAPISINDA HEKİM VE HASTALAR AÇISINDAN SAĞLIK VE HASTALIĞIN ANLAMI

GİRİŞ

Sağlık, hastalık, tıp ve toplum alanları tarih boyunca sürekli birbirinin içine nüfuz etmiş ve birbiriyle etkileşim halinde olmuştur. Toplumun ekonomik, kültürel, sosyal, siyasal ve coğrafi niteliklerinin içinde biçimlendiği son iki yüzyıl içinde sağlık ve hastalık, daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır. Sağlık alanında egemenliğini ilan etmiş olan Tıp disiplini içinde hastalıkların ortaya çıkışı, tanımı ve tedavisinde sosyal, kültürel ve ekonomik faktörlerin önemi günden güne artmıştır. Sağlık alanındaki olgu ve faktörler hem hastalıkla ilgili olgularla hem de toplumsal alandaki olgu ve faktörlerle karşılıklı etkileşim halindedir. Bu sebeple sağlık, hastalık ve toplum birbirinden farklı ama birbirinin içine geçmiş üç alan olarak değerlendirilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, mental, ruhsal ve sosyal anlamda tam bir iyilik hali şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanımlamada iyilik hali; rahatlık, mutluluk, canlılık, verimlilik gibi öznel bir anlam taşımaktadır. Birey mutlu, canlı, verimli başka bir deyişle tam bir iyilik hali içinde olabilir ya da fiziksel aktivitelerle ihtiyaçlarını karşılayabilen bir hasta kendini iyi olarak tanımlayabilir, fakat bu durum onların sağlıklı olduğu anlamına gelmeyebilir. Dolayısıyla sağlığın anlamlandırılmasında iyilik hali kişiden kişiye, toplumdan topluma ve zamana göre değişiklik gösterdiğinden, bu konuda mutlak bir genelleme yapmak doğru olmayacaktır. DSÖ'nün sağlığa dair bu güncel tanımlaması, sağlık ve hastalığın, yalnızca tıbbi değil toplumsal yaşamın da bir parçası olarak kabul edilmesi anlamını taşımaktadır. Sağlık ve hastalık durumu üzerinde etkili olan sosyokültürel ve sosyoekonomik faktörler, sağlık-hastalık-toplum etkileşimindeki en belirgin öğeler haline gelmiştir. Sağlıklı yaşama dair düzenli beslenme, diyet, egzersiz, stresle başa çıkma, bağımlılıklardan uzak durma gibi belirli formüller tasarlanmıştır. Bu gelişme, tüketimin üretimden daha öncül bir değer halini almasıyla paralellik göstermektedir. Hasta olmama durumundan sağlıklı olma durumuna doğru geçiş sürecinde belirlenen “iyi olma hali”, bir sürekliliğe işaret

etmektedir. Bu süreklilik ise tüketim kültürü tarafından beden aracılığıyla yeniden yapılandırılmaktadır.

Yeni toplumsal sistemin ruhunu oluşturan tüketim kültürü, sağlık ve hastalık olgularının anlamını değiştirirken, bu olgulara ilişkin kavramların da içeriğini farklılaştırmıştır. Tüketim kültürü, sağlığı bir meta haline dönüştürmüş, gerek sağlık gerekse hastalık kavramlarının anlamlarını ve bu olgulara dair toplumsal anlamlandırmayı değiştirmiştir. Diğer toplumsal alanlar gibi Tıp da kültürden bağımsız bir alan olmamakla birlikte, küresel boyutta yaşanan kültürel değişim, Tıp disiplininin de sağlığı ve hastalığa yönelik yaklaşımını, politikalarını ve uygulamalarını değiştirmiştir. Modern tıbbın doğuşu ile birlikte tıbbi bilginin niteliğinin bir yansıması olan Biyomedikal model, sonrasında görülen toplumsal değişimlere paralel olarak hastalık ve tedaviye ilişkin bakış ve uygulamalarda sosyokültürel faktörlerin ağırlık kazanmasıyla ortaya çıkan Biyokültürel model, bu adı geçen değişimin tıbbi alandaki yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlığın zamanla Tıp uzmanlarının egemenliğindeki bir alan olduğu düşüncesinin değişmesi, sağlığın sosyal boyutunun ve sağlığı etkileyen sosyal etmenlerin fark edilmesi ve öneminin artması, sağlık ve hastalığın, değişen toplumun sosyokültürel yapıyla olan etkileşimine dair en belirgin göstergesidir.

Yukarıda belirtilen ifadeler çerçevesinde bu çalışma, sağlık, hastalık ve toplum arasındaki ilişkinin, yalnızca bürokratik hizmet veya tıbbi tedavi sürecini kapsamayan, sosyal bir dünyasının da olduğu öngörüsüyle tasarlanmıştır. Bu öngörün temelinde çalışmanın tüketim kültürünün sağlık, hastalık ve toplum ilişkisinde yer alan sosyal dünyayı değiştirip dönüştürdüğü varsayımı yer almaktadır. “Değişen Toplum Yapısında Hekim ve Hastalar Açısından Sağlık ve Hastalığın Anlamı” başlıklı bu çalışmada toplum yapısının değişime uğradığı ve bu değişimde de tüketim kültürünün başrolü oynadığı varsayılmakta, dolayısıyla da toplumsal alanda yer alan sağlık ve hastalık olgularının da tüketim kültürüyle bir değişime uğradığı öngörülmektedir. 20. yüzyıl sonlarına doğru tüketimin başat bir değer halini almasıyla birlikte beslenme, diyet, kişisel bakım, düzenli egzersiz, spor faaliyetleri gibi “yaşam tarzı” unsurları da sağlık alanına nüfuz etmeye başlamıştır. Bu sürecin hekim ve hastaların olağan yaşamına nasıl yansıdığı ve teşhis, tedavi ve kontrol sürecinde sonuçta, sağlığı ve hastalığa dair nasıl bir anlamlandırmaya yol açtığı da bu çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır.

Bahsedilen bu amaç temelinde çalışmanın ilk bölümünü kavramsal ve kuramsal çerçeve oluşturmaktadır. Bu bölümde ilk olarak farklı düşünürler aracılığıyla, sağlık ve hastalık kavramlarının sınırları çizilmeye çalışılmıştır. Tıp alanında Modernden Postmoderne geçiş aşamasında, sağlık ve hastalığa yönelik Biyomedikal modelden Biyokültürel modele doğru yaşanan değişim süreci incelenmiştir. Bu geçiş sürecinde toplumsal alanda da yaşamın bir parçası haline gelen tüketim kültürünün ortaya çıkışı ve nitelikleri bağlamında, beden aracılığıyla sağlık ve hastalık olgularına nasıl yansıdığı ele alınmıştır. Sosyal inşa kuramı ise iki farklı konumda yer alan hekim ve hastaların anlama, yorumlama süreçlerinin uzlaşan ve çatışan noktalarını ortaya koyma açısından uygun bir referans olarak görülmüştür. Sağlık ve hastalığın göreliliğinden yola çıkılarak her toplumun kendi kültürel değer ve normları çerçevesinde sağlık ve hastalığın sosyal olarak nasıl inşa edildiği hakkında yol gösterici olmuştur. Gerçekliğin varlığının kesin olmayıp kişiye, zamana ve mekana göre değişebileceğine dair izafi bir bakışa dayalı olan bu kuram, sağlık ve hastalık olgularının hekim ile hasta açısından nasıl anlamlandırıldığına ve yorumlandığına ilişkin gerçekleştirilen alan araştırması dahilinde elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve yorumlanmasında oldukça yardımcı olmuştur.

İkinci bölümde yöntem yer almaktadır. Bu bölümde alan araştırmasının yapısı dahilinde evren ve örneklem, araştırmanın gerçekleştirildiği alan ve araştırma süreci, çalışmanın amacıyla örtüşecek biçimde planlanmış ve aktarılmıştır. Sorular, tablolar aracılığıyla daha anlaşılır kılınmıştır. Derinlemesine görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizinin basamakları da yine bu bölümde detaylı olarak anlatılmıştır. Verilerin kodlanması, kodlanan verileri analiz etmek için alt ve üst temalar oluşturulması, bu temaların oluşturulma süreci, verilerin alt ve üst temalara göre nasıl düzenlendiği açıklanmıştır. Bu bölümde yine araştırmanın temel varsayımları ile araştırmanın geçerlik ve güvenilirliği de yer almaktadır.

Üçüncü bölümde, alt ve üst temalara karşılık gelen nitel verilerin yerleştirilmesi ve verilerin anlaşılması için kısa yorumlar ve karşılaştırmalar yer almaktadır. Oluşturulan alt ve üst temalar; sırasıyla, sağlığın ve hastalığın sosyal anlamlandırmasına ilişkin başlıklara yerleştirilmiştir. Bu yerleştirme süreci hekim ve hastalar temelinde de bir ayrıma gidilerek yapılmış ve tablolar aracılığıyla daha anlaşılır kılınmıştır.

Dördüncü bölümde, veriler çalışmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesi temel alınarak sosyal inşa kuramı eşliğinde yorumlanmaya çalışılmıştır. Sırasıyla, hastalar ve hekimler açısından sağlık deneyimi ve sağlıklı yaşamın sosyal inşası, hemen ardından hastalık deneyimi ve hastalığın sosyal inşası yorumlanmıştır.

Sonuç kısmında ise tüm bu çalışma neticesinde ortaya nasıl bir tablo çıktığı anlatılmıştır. Tüm bu süreçte, tüketim kültürü, ekonomi, sağlık ve hastalık gibi değişkenler ayrı ayrı, birbirinden bağımsız olarak incelenmemiş, aksine bu değişkenlerin birlikteliği ön plana çıkarılmaya çalışılmıştır.

Sağlık ve hastalığın anlamlandırması konusunda hekim ve hastalar arasında gizli bir duvarın olduğu, bir farklılığın yer aldığı düşüncesi, bu çalışmanın sorunsalını ve ilk adımını oluşturmaktadır. Sonuç kısmında, elde edilen bulgular çerçevesinde, hekim ve hastaların içinde bulundukları çevrenin özellikleri ve bu özelliklerin hekim ve hastaların sağlık ve hastalığa dair fikirlerini nasıl etkilediği, bütüncül bir yaklaşımla ele alınıp incelenmeye ve araştırma sonuçları çalışmanın temel varsayımları bağlamında yorumlanmaya çalışılmıştır.

1. KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları: Güncel Tanımlamalar

Sağlık ve hastalığa dair herkesin kabul ettiği ortak bir tanım yapmak oldukça güçtür. Sağlık ve hastalık kavramlarının literatürde sıklıkla bir arada görülmesi, bu iki kavramın dünyalarının birbirine yakın olmasıyla alakalıdır.

Sağlık ve hastalık; aile, eğitim, politik sistem, ekonomi gibi bir kurumdur ve sosyal yapıları vardır. Kasapoğlu'na göre sağlık ve hastalık, Sağlık Sosyolojisi içinde, temelde Uygulamalı Sosyoloji alanına dahil olmakla beraber, sorunlara çözüm üretmek yerine daha makro ve kurumsal düzeyde çalışmaların yapılabilmesiyle Kurumlar Sosyolojisi içinde de düşünülebilir (Kasapoğlu, 2001:23).

Sağlık ve hastalığın anlamlandırılması kültürden kültüre farklılık göstermekte (Özçelik Adak, 2002:74), dolayısıyla toplumun sağlık ve hastalık hakkındaki değer yargıları, konumlanmaları ve inançları da kültürün özelliklerini yansıtmaktadır. Özçelik Adak'a göre kültürler arasındaki farklılıklar, sağlık-hastalık sisteminde bir görelilik sorununa sebebiyet vermektedir. Her toplumun kültürü, sosyal organizasyonu, sağlık ve hastalık problemini kendi değerler sistemine göre geliştirmekte, sağlık ve hastalık, kültür biçimlerine göre anlam kazanmaktadır. Sağlık, tıptan veya doğadan ziyade toplumun bir ürünü olmaktadır (Özçelik Adak, 2002:9).

1948'de, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Bu tanım, sağlığın tek boyutlu değil, çok boyutlu bir olgu olduğunu vurgulamakta ve böylece sağlığı bütüncül (holistik) bir yaklaşımla ele almaktadır. Bu tanım aracılığıyla Tıp, sosyal çevreyle de etkileşime geçmiş, sosyal faktörlerin önemi Tıp tarafından onaylanmıştır. Hastalığı ve hastayı saran sosyal atmosferin, Tıp personeli tarafından dikkate alınması gerekliliği anlaşılmıştır. "Tıpta hasta yoktur, hastalık vardır" anlayışı "Tıpta hastalık yoktur, hasta vardır" anlayışına doğru evrilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından "sadece hastalık ve sakatlık hali olmayıp, bedensel, ruhsal ve sosyal

yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanan sağlık, yalnızca tıbbi bir konu olmaktan çıkıp toplumsal yaşamın bir parçası olarak kabul edilir hale gelmiştir (Özen, 1994: 72).

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına kadar sağlık hep hastalık, sakatlık ve ölüm gibi “negatif göstergelerin olmayışı” şeklinde tanımlanarak pozitif bir olgunun göstergesi olarak kabul edilmiştir. Sağlığa ilişkin tanımlamanın hayat sonlanana kadar yaşananların belirlenmesi üzerinden yapılması, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yapılan vurgunun artmasıyla birlikte öne çıkan bir gereksinim olmuştur (Belek, 1998:24-25).

Okyayuz’a göre sağlık, hücre içyapısından başlayarak, mikrodan makroya yönelik süreci içinde bütünü oluşturan parçaların, gerek fizyolojik ve gerekse biyolojik düzeyde birbiriyle karşılıklı olarak işlevsel ve organik bir bütünlük içinde oluşturduğu bir sistemdir. Hastalık ise, tıbbi anlamda, sağlığın yerinde olmayışı, sağlık durumunun bozulması, organizmada olumsuz değişikliklerin olmasıyla gözlemlenen bozulma halidir (Okyayuz, 1999:10-11). Yüncü ise sağlığı, bedenin, aklın ve ruhun iyi, dinç ve zinde oluşu şeklinde açıklamaktadır (Yüncü, 1993:94).

Işık, sağlığın hücrenin ve çevrenin biyolojik ve fiziksel ortamının sosyal ve psikolojik değişkenlerinden oluşan, bireyden topluma uzanan ve bunların tümünü kapsayan bir bütün olduğunu savunmaktadır (Işık, 2001:3). Chris Knight, sağlığın dünyanın yapısını oluşturan ve zıt kutuplar olarak kavramsallaştırılan durumlar arasındaki doğru dengenin sürdürülmesine bağlı olduğunu belirtmektedir (Knight, 1985:671). Bu açıklamalar insan vücudunun bir dengeden oluştuğuna, bu dengenin bir şekilde bozulduğu anda sağlığın yitirildiğine işaret etmektedir.

Türkdoğan’a göre sosyal sistem, fikirlerin organizasyonudur, birtakım genel kavramlar veya genelleştirmelerden ibaret olan ideal tiplerdir. Bu tipleştirme veya modeller sosyal kurumlara uygulanır. Bu bakımdan din, ekonomi, siyaset ve sağlık birer sosyal sistemdir. Bu sosyal sistem içerisinde hastalık; biyolojik bir sistem olan canlının durumu ile şahsın sosyal intibakını temin eden normal görevin bozulma halidir. Bu tanımda hastalığın kısmen biyolojik kısmen de sosyal bir yapıya sahip olduğu aşıkardır (Türkdoğan, 1972:23-24).

Bircher, sağlığı yaş, kültür ve kişisel sorumluluk ile orantılı olarak yaşam taleplerini karşılayan fiziksel, zihinsel ve sosyal bir potansiyel ile karakterize eden dinamik bir “iyi olma durumu” olarak tanımlamaktadır. Hastalık ise, bahsi geçen

potansiyelin mevcut talepleri karşılamak için yeterli olmadığı durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bircher'e göre potansiyel, biyolojik olarak verilmiş ve bizzat edinilmiş kısmi potansiyel olarak iki grupta ele alınmakta ve bu oranlar yaşam döngüsü boyunca değişmektedir. Bireylerin biyolojik olarak verilen kısmi potansiyeli, başlangıçtaki genetik yapılarından ve doğum öncesi gelişiminden kaynaklanmakta ve biyolojinin adaletsizliğinin bir parçası olarak kişiden kişiye değişmektedir (Bircher, 2005:336).

Stull'a göre üç temel sağlık kavramsallaştırılması mevcuttur. Bunların ilki tıbbi ya da fiziksel modeldir. Bu modele göre sağlık "hastaların kişisel ifadeleri, tıbbi personelin gözlemleri ve tıbbi testlerin belirlediği bir birleşim olarak tanımlanan hastalığın yokluğu" biçiminde tanımlanır. Buna göre sağlık, belirli bir toplumda hastalanmayan bireylerin sayısı ya da yüzdesi alınarak ölçülmektedir. İkinci model, işlevsel modeldir. Temeli Parsons'ın görüşlerinden oluşan bu yaklaşıma göre sağlıklı olma, bireylerin sosyal olarak işlevsel olması demektir. Bir toplumda kendisinden beklenen rolleri tam olarak sergileyen birey sağlıklı, rollerinin bir kısmını veya hiçbirisini yerine getiremeyen birey ise hasta olarak tanımlanmaktadır. Üçüncü model ise öznel modeldir. Bu modelde sağlığa, kişilerin kendi durumları hakkındaki öznel değerlendirmeleri açısından bakılmaktadır. Sağlık ve hastalığa ilişkin değerlendirmelerde, bireylerin yaşadıkları ortamların göz önünde bulundurulması gerektiği görüşü yaygındır. Medikal ve işlevselci modelin aksine bu modelde birey üzerine odaklanılmaktadır (Kasapoğlu, 2001: 32).

Illich, sağlığı çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme, hastalandığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme güçlerini kapsayan bir olgu olarak tanımlamaktadır. Sağlık, toplum tarafından yaratılmış gerçeklere karşı içgüdüsel olmayan, otonom ve kültür tarafından şekillendirilmiş bir tepkidir. Illich tarafından toplumun sosyokültürel yapısına, bireyin biyolojik gelişimiyle değişimlere uyum sağlama süreci olarak tanımlanan sağlık, acıyı ve acıyla birlikte yaşamak için gerekli dirayeti de içinde barındırmaktadır (Illich, 2011:182-183).

Biyolojik ve sosyal açıklamaları harmanlayan Graham'ın sağlık tanımında, yaşamla alakalı biyolojik özelliklerin; güç, kondisyon ve dayanma gücünün, bağışıklık ve tekrar üretim kapasitesinin, organizmanın dönüm noktalarına ve topluma göre

değiştii belirtilmektedir. Sosyal roller de statülere ve toplumlara göre farklı anlamlar içermektedir. Biyolojik değişmeye gösterilen sosyolojik karşılık sürekli etkileşim halindedir. Sosyolojik faktörler ve sağlıklı biyolojik durum her yönüyle sıkı bir etkileşim halindedir. Bu faktörlerden biri olan bireyin çevresi, bireyi rahatsızlık rolüne sokabilir. Graham'e göre hastalık kavramının tanımlamasından önce sağlıklı durumun ne olduğu belirlenmekte, daha sonra hastalığın varlığı açıklanıp, koruyucu tedbirlerle yavaşlatılmaya çalışılmaktadır (Graham, 1964:580-587).

Dahlgren ve Whitehead, bireylerin sağlığının, önemli ölçüde, içinde bulundukları sosyal faktörler tarafından biçimlendiğini savunmaktadır. Bu faktörler genelden özele doğru; sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel koşullar, beslenme, eğitim, çevre kirliliği, gelir düzeyi, yaşama ve çalışma koşulları, barış ve insan hakları güvencesi, devlet tarafından iyi bir şekilde yönetilme, temiz su ve hijyenik altyapıya erişim, etkili sağlık hizmetlerine erişim, iyi barınma koşulları, sosyal ağlar, bireysel yaşam tarzı faktörleri, yaş, cinsiyet ve kalıtsal faktörlerdir (Dahlgren & Whitehead, 1991:11).

Oskay, sağlığı canlı metabolizmasının maddesel bütünlüğünü sürdürmesi ve üst düzeyde bütünlüklerin oluşturulması şeklinde tanımlamaktadır (Oskay, 1993:94). Tıbbi patolojide hastalık “*disease*”; bir hastanın yaşadığı öznellik taşıyan yakınmalar ise “*illness*” olarak kavramsallaştırılmıştır. Bedendeki organik bozukluğa ek olarak, sosyokültürel ve psikolojik öğeler de eklenmiştir. Oskay'a göre bireydeki organik ve patolojik bozukluklar yalnız bireyi değil sosyal çevresini de etkilemektedir. Bu etkileşim, eğitime, kültür düzeyine, etnik kökene, geçmiş yaşama, sosyalizasyon sürecine, dinsel bağlılığa göre farklılık göstermektedir. Etkileşim ve farklılaşma açıklamalarındaki sosyal boyut, sağlık ve hastalığa klinik alanın ötesinde bir bakış açısı sağlamaktadır (Oskay, 1993:110-111).

Coe, hastalığı (*disease*), vücudun içsel işleyişini etkileyen değişikliklere veya birtakım bozukluk durumlarına verilen tepki olarak tanımlamaktadır. Bu noktada hastalık biyolojik bir organizma olarak vücudun işlevlerini değiştiren nesnel bir durumu ortaya çıkarmaktadır. Belirtileri “aşıkâr” olan hastalık, organizmanın çalışma durumuna dair anatomi bilgisiyle ilgili, sadece gözlenebilen bir gizli süreçtir (Coe,1978:96).

Bury'ye göre sağlığın ne olduğu bir bilmecedir. Sağlık fikri geniş ve dar uygulama alanına sahiptir ve hem olumsuz hem de olumlu şekilde tanımlanabilir. İnsan sağlığı iyi

de olabilir kötü de. Sağlık yalnızca gündelik yaşamımızın bir parçası da değildir, siyasi görünümde de sık sık ortaya çıkmaktadır. Birçok kişi için, sağlık riskleri giderek artmaktadır (Bury, 2005:1). Sağlık, insan yaşamının çok yönlü bir boyutu olarak ve bireylerin güttüğü amaçları ve eylemleri yararına canlılığın, formda ve güçlü olmanın (psikolojik veya bedensel veya her ikisi) “yedek stoku” (Blaxter^{1 2} 2003, 2004; akt. Bury, 2005:20) olarak görülebilir. Bury, sosyolojik bir bakış açısıyla sağlığın, biyolojik ve sosyal faktörleri aynı anda barındıran, hem bir “özellik” hem de bir “ilişki” olarak görülebileceğini savunur. Bu, biyografik ve tarihsel zaman boyunca değişen sağlık ve hastalığa (*illness*) dair bir dinamik bakış açısı sunmaktadır. Sağlık deneyimi çoğunlukla, hem olumlu hem olumsuz açıdan, insanların içinde doğup büyüdüğü hayatın farklı evrelerinde hüküm süren durumların ve eylemlerin koşullarından etkilenmektedir. Böylelikle sağlık ve hastalık (*illness*) biyografi ve tarihin kritik bir kesişme noktasında yer alır (Bury, 2005:20).

Kültürel değer ve normlar değiştikçe sağlık ve hastalığın tanımı da değişmektedir. Capra, sağlık ve hastalık anlayışının kültürden kültüre ve çağdan çağa değişiklik gösterebileceğini savunarak bu dinamizme ve göreliliğe vurgu yapmaktadır. Capra’nın sağlık ve hastalığı bir süreç olarak ele alan bu görüşüne göre sağlık, tam iyi olma halinin statik bir durumu olarak tasvir edilse de, aslında sürekli etkinlik ve bir değişmeye işaret eder. Eğer bireyin durumu doğal ve toplumsal çevreyle etkileşim halindeyse, bireyin sağlığı da bu faktörlerden bağımsız düşünülmemelidir. Capra’ya göre bireyin organizmasının dinamik çevreyle olan etkileşimi, doğal olarak sağlığındaki bozuklukların belirli aşamalarını da içerecektir. Bu yüzden sağlık ve hastalık arasında keskin bir çizgi çizmek imkansız olacaktır (Capra, 1992: 138). Capra’nın sağlık ve hastalığa dair bu tanımlaması, sağlığın fizyolojik yönünün ön plana çıkarılmasıyla yetinmeyip, sosyokültürel yönlerine de vurgu yaparak, sağlık ve hastalık arasındaki sınırların belirsizliğine dikkat çekmektedir.

Tüm bu ifadeler doğrultusunda, sağlık ve hastalığa dair mutlak / evrensel bir tanımlama yapmak yerine, var olan tıbbi anlamına ek olarak içindeki toplumsal anlama

¹ Blaxter, M. (2003) “Biology, social class and inequalities in health: their synthesis in ‘health capital’” in S. J. Williams, L. Birke and G. A. Bendelow (eds), *Debating Biology: Sociological Reflections on Health, Medicine and Disease*, London: Routledge, 69-83.

² Blaxter, M. (2004) *Health*, Cambridge: Polity

da vurgu yapıldığı görülmektedir. Sağlık ve hastalık olgularının toplumsal bir tabanının oluşu ve aralarındaki etkileşim, sosyolojik bakış açısı sayesinde daha görünür kılınmaktadır.

1.2. Sağlık ve Hastalığa Pozitivist Bakış: Sağlık ve Hastalığın Biyomedikal Modeli

Sağlık ve hastalığa bakış, özellikle din ve aile kurumlarının baskın olduğu modern-öncesi toplumlardan, Aydınlanma hareketine, bilginin referansının değişmesi ve ulus-devlet kavramının ortaya çıkmasıyla birlikte değişmeye başlamış ve bu süreçte daha pozitivist bir içerik kazanmaya başlamıştır.

Adı geçen sürecin başında, Orta çağ sonrası Descartes'ın akıl ve beden ayrımıyla beraber, aklın ön plana çıkması ve hastalığın yeniden sorgulanması vardır. Descartes, insan bedeninin iki şekilde ele alınması gerektiğini savunmuştur. Beden / vücut tanımlamasının cisimleştiği fiziki taraf ve düşünme / yaratıcılığı temsil eden ruh / akıl tarafı olarak şekillendirilmiştir. Bu tanımlamaya kadar insan bedeni bir bütün olarak düşünülmüş ve hem fiziki hem de ruhsal ihtiyaçları aynı türden ihtiyaçlarmış gibi görülmüştür. Fiziksel olarak insan bedenine nüfuz edildiği takdirde insanın kutsal / akılsal / dinsel olan yanına zarar geleceğine dair bir inanış hakimdir. Tarihte ilk kez Descartes'cı (Kartezyen) görüşün yaygınlık kazanmasıyla birlikte insan bedeni incelenbilir hale gelmiştir (Cirhinlioğlu, 2003:136). Descartes'a kadar "akıl aracılığıyla kendi kararını alma" diye bir şey söz konusu değilken, Descartes bu anlayışı yıkmıştır: "düşünüyorum, öyleyse varım" sözündeki "var oluş", "bireye" işaret etmektedir. Kartezyen düşüncenin özü olan "beden ve akıl ayrımı" bu anlayışla vurgulanır: Düşünme yeteneği olan "akıl", mekanda yer kaplayan varlık olarak "beden" ve mekanik evren – beden metaforunun ortaya çıkması bu şekilde başlamaktadır.

Modern, kıta Avrupası'nda yapılan tıbbi çalışmaların daha da gelişmesi, tekniğin ilerlemesi ve kadavra üzerinde daha rahat çalışmaların yapılabilmesi, sağlık ve hastalığa dair tanımlamalarda, pozitivist kültürün yarattığı bilimsel metaforları ortaya çıkarmıştır. Winslow, beden örneğinde, yapılan tanımlamaların bir bütün değil, parçalara ve eklemlere ayrılmış yapıda olduğunu belirtir. Bu durum, beden hareketinin tıbbi olarak

açıklanması ve insan davranışın da tıbbi yönden tanımlanmasına önayak olmuştur. Descartes ile başlayan mekanik ve düalistik felsefeye denk düşen tıbbi görüşte, bedenin doğal eylemleri, kimyasal ve mekanik hareketlerden meydana gelmektedir (Vigarello, Corbin ve Courtine, 2008:265-266). Kartezyen felsefenin etkisiyle fizik, matematik, astronomi ve biyolojide hakim olan “mekanik dünya” görüşü, Tıp üzerinde de hakim olmaya başlamış, sağlık ve hastalık bu görüşe uygun anlayışla ele alınmaya başlanmıştır (Nazlı, 2008:4-5).

Ulus-devletin ortaya çıkışıyla birlikte artık belirli bir sınır dahilinde yaşayan nüfusa karşı tutumda bir değişim başlamış, nüfusun sağlığı siyasi otoriteyi artık daha fazla ilgilendirir hale gelmiştir. Böylece sağlık ve hastalık da değişen bilgi paradigmasına uygun bir şekilde nesnel olarak belirlenebilir belirtilere göre tanımlanır olmuştur (Giddens, 2005: 153-154).

Aydınlanmanın akla verdiği önem ve Descartes ile birlikte oluşan makineleşmiş dünya ve beden anlayışı, tüm modern disiplinleri etkisi altına almıştır. Anatomik ve biyolojik çalışmalarla Tıp da bu eğilimden etkilenmiş ve sağlık ve hastalığa ilişkin kavramsallaştırmalar, mekanik dünya içinde ele alınmaya başlanmıştır. İnsan organizması, işlevi ve hastalıklarının incelenmesi, süregelen bilgi birikimi ve uzmanlaşmayla birlikte daha detaylı incelenebilir, dolayısıyla tanımlanabilir olmuştur. Tıbbın insan organizmasını daha tanımlanabilir kılması, organizmanın işlevinin dışına çıkan her durumu “normalden sapma” olarak görme refleksini doğurmuştur. Dolayısıyla “normalden sapma eşittir hastalık” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlamada hekime mevcut işlevsel bozukluğu tamir etme görevi biçilmiştir. Modernite sürecinde kurumsallaşan Tıp, akıl ile yönetilen yeni toplumsal sistemde meydana gelebilecek her türlü düzensizliğe müdahale etmeye hazır bir mekanizma rolünü üstlenmiştir (Nazlı, 2004:119).

Tıbbın üstlendiği bu “kontrol mekanizması” rolü, modernite ile özdeşleşmiş olan pozitivist paradigmanın sayıltıları üzerine inşa edilmiştir. Modernite, sağlık ve hastalığı tıbbi bir içeriğe sokmuş, hastaları da özel mekanlara (hastaneler, akıl hastaneleri...) yerleştirmiştir. Üst boyutta tıbbın sosyal denetim işlevi yürüten bir kurum halini alması, alt boyutta ise hekimin hasta bireyi ve hastalığı (*disease*) teşhis, tedavi ve tecrit etme ayrıcalığına sahip olması, biyomedikal modeli ortaya çıkarmıştır. Biyomedikal bakış,

kurumsal, belirli normlara dayalı ve akılcıdır. Medikalizasyon süreciyle gelenekselde ya da Aydınlanma Dönemi'nde oluşan "sapan / anormal" olanı belirleme yetkisinin tüm süreçleri hekimin eline geçmiş, hastalık hem kavramsal olarak hem de içerik olarak tamamen tıbbileşmiştir (Nazlı, 2004:120).

Sağlık ve hastalığın biyomedikal modelinde sağlıklı olmak, toplumsal huzuru sembolize ederken, hasta olmak, toplumun merkezi kültürel aygıtlarından veya rutin pratiklerinden uzak kalmak anlamını taşımaktadır (Turner, 2011:104-105). Dolayısıyla toplumun kültürel örüntülerinden uzak kalma durumunun devamlılığı, biyomedikal modelde bir sapma davranışı olarak nitelendirilmiştir. Bu nitelendirmede hastalık durumunun sürekliliği, bireyin hasta rolüne bürünmesi, sosyal rollerin yerine getirilmemesi açısından bir sapkınlık örneği olarak görülmektedir.

Sağlık ve hastalığa dair sosyolojinin o dönemdeki perspektifini Parsons'ın bakış açısı net bir biçimde yansıtmaktadır. Parsons, sağlık ve hastalığı bir sosyal sistem içinde ele almaktadır. Parsons'a göre hastalık, toplumsal rol ve sorumluluklarımızdan kaçışın en önemli formlarından biridir (Parsons, 1964:31). İnsanın bireysel ve toplumsal uyumunu sağlayan fonksiyonun bozulması durumudur (1964: 430).

Parsons da diğer işlevselciler gibi, toplumların bireylerinin sağlıklı olması koşuluyla ilerleyebileceğini düşünmektedir. Birey, sosyal rollerini yerine getirebilmek için iyi bir sağlığa sahip olmalıdır. Parsons'a göre hastalık, bireyin toplum içinde yerine getirmekle yükümlü olduğu rolleri yerine getirme yeteneğini azaltır. Hasta, grubun varlığına iyi bir şekilde, işlevsel olarak katkıda bulunacağı yerde, ait olduğu sosyal grubun kaynaklarını gereksiz yere tüketir. Bundan dolayı Parsons, hastalığın sosyal olarak kontrol edilmek zorunda olduğunu iddia eder. Aksi halde hastalık, sosyal düzen ve sosyal denge, dolayısıyla da sosyal sistem için tehdit oluşturacaktır (Kızılcı, 1996:82). Bu durumda birey, toplumsal sorumluluklarını yerine getirmek ve iyileşmekle yükümlüdür ve bir sağlık profesyonelinden yardım (sağlık hizmeti) almak durumundadır. Parsons, burada hastalık (*sickness*) rolünü bir sapkın davranış olarak niteler ve sosyal kontrol gerektirdiği konusunda dikkat çeker. Parsons'a göre tıbbi uygulamaların amacı da hastayı eski toplumsal rolüne döndürebilmektir (Turner, 2011:50-51).

Nazlı'ya göre Parsons'ın tanımladığı "sickness" kavramı hastalık durumunun, toplumsal yaşamla ne kadar da iç içe olduğunu ortaya koymaktadır: Bireysel bir

rahatsızlık durumunun sosyal roller, haklar ve sorumluluklar temelinde, bireyi ve bireyin etkileşimde bulunduğu sosyal ağı ve dolayısıyla da “sosyal sistem”i nasıl etkilediğini göstermektedir. Nazlı, “*sickness*” kavramının, hasta bireyin hastalık deneyimlerine, “*illness*” kavramının ise hastanın bireysel sosyal atmosferine dikkat çektiğini ve her iki kavramın, toplumsal sorumluluk ve hakları da içine alan statü veya rol merkezli boyutuna işaret ettiğini, dolayısıyla da bir anlamda tamamlayıcı olduklarını vurgulamaktadır. Sosyolojik bakış açısıyla, bireyin hasta olarak davranmaya başlamasıyla birlikte, hastalık süreci de başlamış olmaktadır (Nazlı, 2008:9).

Parsons, hekimleri hasta rolüne girişi denetleyen bir sosyal kontrol memuru olarak görmektedir. Hekimler temel olarak hasta rolüne geçişi denetleyen konumdadır, hastalık durumunun doğruluğunu onaylamaktan sorumludur. Hekimlerin onaylama işlemleri resmi veya gayri resmi olabilmektedir. Örneğin çekirdek aile ortamında bir özel hekimin, bir kişiye hasta olduğunu sözel olarak ifade etmesi, kişinin hasta rolüne geçmesi için yeterli olabilir. Ancak, sanayide, askeriyede ya da bir başka iş kolunda çalışanlar hastalıklarını ispatlamak için doktor tarafından onaylanan resmi bir belgeye ihtiyaç duymaktadırlar (Demirci, 2000: 20).

Sağlığa ilişkin her şeyin yalnızca hekimler tarafından bilindiği varsayılan biyomedikal modelde, beden sağlığının, klinik verilerin nesnel gözlemine dayandırılmış rasyonel bilgi sayesinde anlaşılıp korunduğu düşünülmektedir. Bundan dolayı hastanın sağlığına karşı tek otorite ve sorumluluk salt hekime ait olup, hastalığı belirleme ve “iyileştirme hakkı” ve gücü hekime bahşedilmektedir (Illich, 2011:22-26).

Parsons’ın söylemleri doğrultusunda, sağlık ve hastalığın mevcut kültürel sistem ve iktidar ilişkilerinden bağımsız olarak düşünülemeyeceği, sosyolojik perspektifte de hastalığın normalin dışında olan sapan bir davranış olarak kavramsallaştırıldığı görülmektedir.

Pozitivist paradigmanın sağlık ve hastalık alanındaki yansıması olan biyomedikal bakış, hastalığı “*disease*” olarak kavramsallaştırmakta, onu bir işaretler ve belirtiler seti aracılığıyla ortaya çıkan patolojik bir durum olarak nitelemektedir (Nazlı, 2008:7). Bu model, tıbbi bilginin nesnel ve yansız olduğunu, zihnin ve bedenin birbirinden ayrı olduğunu ve bedenin makineler gibi tamir edilebilecek mekanik bir düzenek olduğunu varsaymaktadır.

Yalnızca tıbbi birer olgu olduğu düşünülen sağlık ve hastalığın içindeki toplumsallığı ön plana çıkarmayı amaçlayan sosyolojik bakışla birlikte, sağlık ve hastalık deneyiminin hangi faktörlerden etkilendiği ve nasıl şekillendiğine dair farklı perspektifler ortaya çıkmıştır.

Sağlık, hastalık ve toplum etkileşiminin ilk basamağı, bu kavramların içerildiği çalışma alanları tarafından oluşturulmuştur. Tıp tarihinde sağlık ve hastalık üzerinde kültür ve sosyal davranışın etkileri Avrupa’da, özellikle Fransa, Almanya ve İngiltere’de, sağlık ve hastalığın sosyal görünümleri olarak 18. yüzyıldan beri Sosyal Tıp, Sosyal Hijyen, Sosyal Epidemiyoloji ve Halk Sağlığı aracılığıyla gelişmiştir (Özçelik Adak, 2002; Kızılçelik, 1996; Cirhinlioğlu, 2001).

İlk kez 1894 yılında, sağlığı etkileyen toplumsal faktörleri inceleyen ve önemine işaret eden çalışmasında Charles McIntire tarafından isimlendirilen “Medikal Sosyoloji”, daha sonra Elizabeth Blackwell tarafından 1902’de Halk Sağlığı ve sosyal çalışma ile ilgili makalelerinin bir koleksiyonuna başlık olarak kullanmıştır (McIntire, 1991; Blackwell, 1902; Kasapoğlu, 1999:1).

Turner, “Medical Power and Social Knowledge” adlı çalışmasında “Tıpta Sosyoloji” ile “Tıp Sosyolojisi” arasında bir ayrıma gitmektedir. Tıpta Sosyolojinin (Sociology-in-Medicine) tıbbi değerler ve mesleki ihtiyaçlarca domine edilmesiyle tanımlandığını, halbuki Tıp Sosyolojisinin salt sosyoloji içinde bir çalışma olduğunu vurgulamaktadır (Turner, 1995:12). Sağlık Sosyolojisi’nin modern çağdaki gelişim sürecinin ilk basamaklarından olan Tıpta Sosyoloji (Sociology in Medicine) tıba ilişkin sosyolojik çalışmaların yapılmaya başlandığı Tıp ve Sosyoloji arasındaki etkileşimin yeni bir dönemi olarak kabul edilir. Yine de Sosyoloji’nin konumlandırılması ikinci plandadır; ele alınan problemler, tıbbın ihtiyaçlarına göre tanımlanmaktadır (Turner, 2011:9-11).

Bu ayrıma göre, tıbbın sosyolojisi ile ilgilenen sosyologlar, genellikle sağlık örgütleri üzerinde durmakta, doktor-hasta ve hemşire-hasta ilişkileri, hastane yönetimi, Tıp eğitimi, Tıp mesleğine ilişkin doktor adaylarının değer ve tutumları gibi konuları inceleme alanı olarak seçmektedirler. Tıpta Sosyoloji ile ilgilenen sosyologlar ise bir toplumdaki sosyokültürel ve ekonomik yapıya bağlı olarak kişilerin sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışlarındaki farklılıkları ortaya koymakta ve bunun nedenlerini sorgulamaktadırlar (Mumford, 1983:494).

Benzer bir biçimde Kendal ve Reader, Sağlık Sosyolojisi'nin çalışma alanlarını kategorize ederken, Tıpta Sosyolojiye hastalığın etiyolojisini, ekolojisini ve sağlık-hastalığa ilişkin tutum ve davranıştaki değişimleri eklerken; tıbbın sosyolojisine ise hekimlerin yetiştirilmesi, hekimlerin eğitimi, hekimlerin rol seti içindeki diğerleriyle ilişkileri, tıbbi organizasyon ve toplum sağlığının gelişmesi konularına da değinmektedir (Frederick, 1987:4).

White (2002) sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişimini Turner'ın söylemine uyacak biçimde, "Tıpta Sosyoloji (Sociology in Medicine)", "Tıp Sosyolojisi (Sociology of Medicine / Medical Sociology)" ve "Sağlık ve Hastalık Sosyolojisi (Sociology of Health and Illness)" olmak üzere üç dönemde incelemektedir:

Sağlıkla ilgili 1960'lı yıllara değin gerçekleşen sosyolojik çalışmalarda, tıbbın kendi paradigması ve biyomedikal modelin baskın olduğu görülmektedir. Bu dönemde Sosyoloji, Tıp yanlısıdır ve ikincil konumdadır. 1960 ve 1970'li yıllar boyunca yapılan çalışmaları kapsayan dönemde modern tıbbın meşruiyeti, Tıp mesleğinin sınırları ve tıbbi örgütlerin işlev ve işleyişleri sosyolojik olarak sorgulanmış, sağlığa ve hastalığa ilişkin, tıbbi iktidarın görüşleri yanında, sıradan insanların yaklaşımları da değer kazanmaya başlamıştır. 1970'li yılların sonlarından itibaren sağlığın diğer toplumsal kurumlarla olan etkileşimine odaklanılmıştır (White, 2002:34-37). Sağlık ve Hastalık Sosyolojisi'nde sosyologlar, genel olarak, sağlığa ve hastalığa ilişkin biyomedikal modeli analiz etmeye ve sorgulamaya çalışırken, süreç içinde değişen topluma paralel olarak Tıbbın içinde Biyokültürel modelin gelişimi de hem toplumun hem de tıbbın büyük bir değişim süreci içinde olduğunu gösterecek ve Sosyoloji alanına yeni bir analiz konusu daha ekleyecektir.

1.3. 20. Yüzyıl Sonu Sağlık, Hastalık ve Toplum Etkileşiminde Değişim: Sağlık ve Hastalığın Biyokültürel Modeli

1980'li yıllarla birlikte özellikle ekonomik ve toplumsal alanda yaşanan değişimlere paralel olarak Tıp alanında da bazı değişimler meydana gelmiştir. Tıbbi bakış içinde, hastalıktan ziyade sağlığın ön plana çıktığı, sağlıklı olma tanımının genişlediği ve kültürel faktörlerin önem kazandığı yeni bir model ortaya çıkmıştır. Sağlık ve hastalığın

biyokültürel modeli olarak adlandırılan bu model, sağlık, hastalık ve toplum etkileşiminde de modernden postmoderne geçişi sembolize etmektedir.

Bu modelde sağlık, hastalık ve toplum birbirinden farklı ama birbirinin içine geçmiş üç alan olarak değerlendirilmektedir. Sağlık alanındaki olgu ve faktörler hem hastalıkla ilgili olgularla hem de toplumsal alandaki olgu ve toplumsal faktörlerle karşılıklı etkileşim halindedir. Strauss'a göre kavramlar, olguların anlaşılmasını sağlar (Strauss³, 1987; akt. Nazlı, 2008). Bu nedenle, her iki alanda da, hastalığın nasıl anlamlandırıldığı, kavramların doğru kullanılıp kullanılmadığı ve bu kavramların hangi toplumsal olgulara işaret ettiği önem kazanmaktadır.

Sağlık, hastalık ve toplum etkileşiminin en belirgin öğeleri, sağlık ve hastalık durumu üzerinde etkili olan sosyokültürel ve sosyoekonomik faktörlerdir. Bu faktörlerin etkisi bireyin sağlık ve hastalığa dair anlamlandırmasından, hekim-hasta etkileşimine kadar birçok alanda hissedilmektedir. Sosyokültürel ve sosyoekonomik faktörler bazında, bireyin deneyimlemeye başladığı hastalık durumu; tıbbın işaret ettiği hastalık durumundan farklı bir içeriğe sahip olabilmektedir. Modern Tıpta hala egemenliğini sürdüren medikal açıdan hastalık (*disease*), hekimin bakış açısıyla teşhis edilen ve şekillenen, belirli semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormallik durum olarak tanımlanmaktayken, biyokültürel bakış açısına göre hastalık (*illness*), hastanın durumunun organik, biyolojik veya fiziksel sonuçlarının, hasta birey tarafından nasıl anlamlandırıldığına yönelik sübjektif deneyimi olarak tanımlanmıştır. Bu bakış açısı, hastalık sürecinde, hastanın bedeni kadar sosyal yaşamının da etkilendiğini kabul etmektedir (Kızılcılık, 1996:80).

Biyomedikal modelde hastalıkların sebebinin biyolojik olduğu ve hastalıkların birbirlerinden bağımsız olarak meydana geldiği savunulurken, sosyal değişkenlerin göz ardı edildiği düşünülmektedir. Sağlık ve hastalığın biyokültürel modeli, biyomedikal modelden daha farklı bir tanımlama sunmakta ve hastayı merkeze koymaktadır. Bu model, benimsediği holistik (bütüncül) bakış açısı temelinde Kartezyen akıl / beden ayırımına karşı gelmekte ve bireyi, kendi sosyal çevresi içinde bir bütün olarak kabul edip, hastalık durumuna bu sosyal ve kültürel bütünlük içinden bakmaktadır. Sosyokültürel

³ Strauss, A., L. (1987) *Qualitative Analysis for Social Scientist*, Cambridge: Cambridge University.

faktörlerin ön plana çıkarıldığı biyokültürel bakışta, tıba ait tüm kavram ve değerlendirmeler, toplum ve kültürün bir ürünü olarak ele alınmaktadır. Dolayısıyla bu model, hastalığı tek bir nedensel faktörle açıklamakla yetinmeyip, birbirinden farklı sosyokültürel ve psikolojik faktörleri de birer hastalık nedeni olarak kabul etmektedir (Nazlı, 2008:8-9).

Nazlı, sağlık ve hastalığa dair biyomedikal ve biyokültürel modelin dayandığı bilginin kaynağı farklı olduğu için, sağlık ve hastalığa olan yaklaşımlarının içeriğinin de birbiriyle zıt düştüğünü belirtmektedir. Biyomedikal modelde, tıbbın ve tıbbi ölçümlerin işaret ettiği bilgi, objektif (tarafsız) iken, hastanın hissettiği ve aktardığı bilgi sübjektif (tarafı) olarak kabul edilmektedir. Yine aynı bakış açısına göre hekim, hastalığı “bilen” ve mevcut durumu “tanımlayan” konumundayken, hasta ise “hisseden” ve bu durumdan “şikayet eden” konumundadır. Biyokültürel model ise, bu varsayımları tersine çevirmektedir (Nazlı, 2008:9).

Biyokültürel modelin, sağlık ve hastalığa ilişkin bakış açısının ön plana çıkardığı kültürel temel, Dünya Sağlık Örgütü’nün 1948 yılında yapmış olduğu tanımlamada kendini göstermektedir. Buna göre sağlıklı olmak, “sadece bedenlen hasta olmamak değil, fiziksel, akılsal ve sosyal açıdan da tam bir iyilik hali içinde olma” durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, sağlığın sadece biyomedikal bir yönü olmadığını ve çok daha geniş bir anlamda ele alınması gerektiğini vurgulayan bir tanımdır. Yani belirtilen iyilik hali, kişinin öznel anlamlandırmasına da yer vermektedir. Hasta olma durumu ile iyi olma durumu farklı boyutlarda değerlendirilmektedir. Sağlık kavramının daha geniş bir anlamda ele alınması, aslında, sağlık konusunun tıbbi alanda sınırlı tutulamayacağı anlamına da gelmektedir (Erbaydar, 2003: 45).

Diğer yandan bu tanımlamaya göre, sağlıklı olmanın tek koşulu “hasta olmamak” değildir. Ya da tam tersi; hasta olmamak, sağlıklı olmak için yeterli bir koşul da değildir. Buna ek olarak, Biyokültürel modelin tanımladığı hasta olma durumu gibi, sağlıklı olma durumu da tamamen kültürel niteliklidir. Diğer bir deyişle, hastalık gibi sağlık da yalnızca biyolojik veriler çerçevesinde değil, biyolojik verilere kültürel verilerin de eşlik ettiği bir çerçevede değerlendirilmelidir. Nazlı’ya göre, bu değerlendirmenin toplum içindeki en önemli görünümü, hasta olma yerine sağlıklı olma durumunun gündemi oluşturması ve

günümüz kültüründe sağlıklı yaşam ve insan bedenine verilen önemin gittikçe artmasıdır (Nazlı, 2008:19).

İnsan biyolojisi ve kültür arasındaki ilişkiyi konu edinen Biyokültürel modelde, hastalıkların ve sosyal değişkenlerin birbirlerini etkiledikleri ve hatta birbirlerinden bağımsız olarak düşünülemeyecekleri savunulmaktadır. Bir başka ifadeyle, “hastalık” kavramının egemenliği kırılıp “sağlık ve kültür” kavramlarına doğru bir geçiş yaşanmıştır. Bu geçişle birlikte hastalık, bireyden ayrı tutulan, tedavi edilmesi gereken bir sorun değil, tam tersine içinde o bireyin statüsünü, işini, sosyal konumunu da barındıran bütüncül bir mesele olarak ele alınmaya başlanmıştır. Hastalığın, hastanın sosyal durumu ve sosyal çevresi olmadan anlamsız olacağı görüşü önem kazanmıştır (Oskay, 1993:110-111).

Cassell, biyomedikal modelin tanımladığı hastalık anlayışıyla (*disease*), biyokültürel modelin tanımladığı hastalık (*illness*) anlayışı arasındaki farkı şu şekilde örneklendirmektedir: Tedavi için hekime giden bireyin hissettiği rahatsızlık durumu “*illness*”, hekimin birey üzerinde saptadığı rahatsızlık durumu ise “*disease*” olarak düşünülebilir. Tıbbi (nesnel) anlamda hastalık kavramı, herhangi bir organdaki işlevsel bozukluğu veya uyumsuzluğu ifade ederken, birey (öznel) açısından hastalık, bir rahatsızlık hissini ve bu duruma kendisinin ve çevresindekilerin nasıl tepki verdiğini kapsamaktadır. Bu açıdan, sağlık ve hastalığa ilişkin hekim ve hastanın yaklaşımları farklılaşmış olur (Cassell, 1976: 47-83).

Turner, bu konuda Foucault’nun “Şeylerin Düzeni” adlı çalışmasında (1974) ortaya koyduğu epistemolojik iddiaya atıfta bulunur. Foucault’ya göre şeylerin ne oldukları onların nasıl tanımlandıklarına bağlıdır ve şeylerin nasıl tanımlandıkları da genel kültürün olguları, geleneğin içine nasıl yerleştirildikleriyle ilgilidir. Bu bilgi benimsendiğinde, hastalığın doğada yer alan patolojik bir varlık değil, aksine toplumsal ve tarihsel süreçlerin bir sonucu olduğu bilgisine ulaşılır (Turner, 2011:11). Burada, sağlık ve hastalığın kavramsallaştırılma biçimlerinin, yaygın kültürel sistemin ve egemen söylemlerle ilişkili güç yapısının yansımaları olduğu vurgulanmaktadır. Sağlık ve hastalık kavramsallaştırması mevcut kültürel sistem ve iktidar ilişkileriyle doğrudan ya da dolaylı olarak etkileşim halindedir (Turner, 2011:105).

Biyokültürel model, postmodern dönemin kabul ettiği sağlık anlayışına tekabül etmesi açısından önemli bir geçişi simgelemektedir. Beden, hastalığın alanı içindeki pasif konumdan çıkıp, daha baskın bir konuma yerleşmiştir. Hastalıktan ziyade sağlık ön plana çıkmıştır. Sağlıklı olma, genel bir çerçeveye oturtulması zor bir tanım haline gelmiştir. Bu noktada, Biyomedikal modelin keskin tanımlamaları, yerini geniş bir yelpazede “sağlıklı olma” konseptine bırakmaktadır. Birey bağlamında, “üreten” bireyden “tüketen” bireye bir geçiş yaşanmaktadır. Sağlıklı olma adına, “sağlıklı” beslenmeden, “sağlıklı” dış görünüme kadar yaşanan tüm değişim, aslında tüketim kültürünün içeriğini işaret etmekte ve tüketimi beslemektedir (Bauman, 1998:226-227).

1.4. Tüketim Kültürü: Bir Tüketim Metası Olarak Beden, Sağlık ve Hastalık

Fransızca ve İngilizce’de 14. yüzyıldan beri kullanılan tüketim ve tüketici kavramları ilk kullanımından bu yana belli bir olumsuzluğa işaret etmiştir. Tüketim, bir şeyi sarf etmek, ortadan kaldırmak, tahrip etmek, harcamak, israf etmek, bitirmek ya da zarar etmeyi nitelerken, bu tür bir eylemin kendisi bir olumsuzluk olarak anlaşılmıştır (Williams, 2007:95; Featherstone, 1996:49).

Tüketim, basit anlamıyla ihtiyaçların giderilmesi olarak nitelendirilse de; ihtiyaç, tarihsel süreç içinde farklılık gösteren, bireysel ve biyolojik olmasının yanında aynı zamanda toplumsal bir kavramdır. Dolayısıyla yalnızca bireysel ve biyolojik gereksinimler temelinde değil, toplumsal olarak da belirlenmektedir (Ercan, 1998:48). Bu anlamda iktisadi olaylara farklı ülkelerin ve kültürlerin farklı şekiller verdiği görülür. Üretim ve tüketim süreci, daha çok toplumun sosyal normlarından ve kültüründen etkilenmesi açısından, her zaman rasyonel nitelikteki faaliyetleri oluşturmamaktadır. Tüketim tarihsel ve toplumsal olması açısından aynı zamanda üretime bağlı ve üretimi belirleyen bir özelliğe sahiptir. Toplumda süregelen üretim faaliyetinin devamı adına tüketim gerçekleşmektedir. Üretim adına tüketim, üretim araçlarının yenilenmesini ve geliştirilmesini sağlamaktadır (Ercan, 1998:121-122).

Postmodern toplumda kültürün öneminin giderek arttığı söylenebilir. 1970’li yıllarda Forzizm’den Post-Fordizm’e geçişle beraber, tüketim olgusunun üretim

olgusunun önüne geçmesi, ilkesel olarak çok çalışan insanın artık çok tüketen hale de gelmesi tüketiciye göre, talebe göre üretimin esas alınmasına neden olmuştur. Tüketicinin sosyokültürel niteliklerinin ön plana çıkması ve bireyin, özellikle de bedeninin taleplerinin önem kazanması bu sürecin en önemli sonuçlarıdır (Baudrillard, 1997:90-99).

Modern ve postmodern yapı analizi için temel kavram, yine kapitalizmin kendisidir. Değişim, özel sermayenin egemen olduğu ekonomik sistemin içinde gerçekleşmektedir. Çeşitli alanlardaki hizmetler, yatırımlar hükümetler tarafından değil; özel sermaye tarafından gerçekleştirilmektedir (Bocock, 2005:40). Burada postmodern teoriye duyulan ilgi, toplumdaki geniş grupların gündelik tecrübe ve kültürel pratiklerdeki değişimleri anlatmasından kaynaklanmaktadır (Featherstone, 1996:33).

John Tomlinson, “Kültürel Emperyalizm” isimli kitabında, “Marlboro ve Coca Cola içmek bizim kültürel yazgımız mı?” sorusuyla tüketim ve kültür etkileşimini sorgulamaktadır. Bunu yaparken de Stuart Hall gibi pek çok kuramcının, otantik kültürlerin Batı’nın (özellikle de Amerika’nın) gelişkin kapitalist kültürü tarafından işgal edilerek “popüler” hale getirildiğini savunduklarını hatırlatmaktadır (Tomlinson, 2010). Jean Baudrillard da Batı kültürünün bir dizi simülasyon modeli ya da düzeni olarak gelişmiş olduğu yönündeki teziyle, reklamların vaat ettiği kişiselleştirici farkların tam tersine kişiler arasındaki gerçek farkları yok ederek kişileri ve ürünleri türdeşleştirdiğini savunmaktadır; gerçek imkanları “cılızlaşan” ve denetim altında sıkışan beden yüceltilmektedir (Baudrillard, 1997:107).

Bauman, tüketim toplumunda üretim ve tüketim çarkını faal tutmak için, satın alma hevesinin kaybolmasına asla izin verilmeyeceğini savunmaktadır (Bauman, 2009:228). Postman, bir metanın pazarlanmasında kültürel ve toplumsal anlamlar kullanıldığından, günümüzde bu metaların niteliğiyle ilgili bilgi verilmediğini, esasen metayı tüketecek bireylerin niteliğine odaklanıldığını belirtmektedir (Postman, 2004:144-145). Burada önemli olan ürünlerin değerli bulunması değil, kişinin kendini değerli hissetmesidir.

Tüketim kültürü kavramı, tüketim mallarının büyük miktarda birikmesine yol açan kapitalist meta üretiminin genişlemesine dayanmaktadır. Featherstone, bu durumun eşitçilik ve bireysel özgürlük getirdiği gerekçesiyle destek gördüğünü fakat toplumsal

ilişkilerden uzaklaştırdığı ve tüketim faaliyetlerini daha da ön plana çıkardığı gerekçesiyle eleştirildiğini belirtmektedir (Featherstone, 1996:36).

Bocock, kapitalist toplumlarda üretimin değil tüketimin, sosyal bütünleşmeyi sağlayan bir unsur haline geldiğini, sosyokültürel oluşumların tüketim etrafında şekillendiğini savunmaktadır. Bocock'a göre, 1980'li yılların sonunda kapitalizm daha geçerli ve meşru hale gelmeye başlamış, bu durum metaların yaygın üretimine ve tüketimine bağlanmıştır (Bocock, 2005:18-20). Bu dönemde sağlık alanını da kapsayan birçok yatırım, hükümetlerden ziyade özel sermaye tarafından gerçekleştirilmiştir (Bocock, 2005:40).

Illich, insanların daha önce günlük hayatta yapabildikleri her türlü tüketim etkinliğinin dışarıdan paketlenerek sunulduğunu iddia etmektedir. Illich'e göre piyasa yoğunluklu toplumlarda ilerleme, üretilen bu tüketim metalarının miktarı, çeşitliliği ve bu metalara ulaşabilme olanağıyla tanımlanmıştır. Birey ihtiyacı olan her şeye piyasa aracılığıyla ulaşmaktadır (Illich, 2002:24-25). Illich'e göre ürünlerin ve hizmetlerin profesyoneller tarafından planlanarak hazırlandığı, kullanım değerlerinin kültürel olarak belirlendiği çağdaş toplumlarda kişinin öz yetenekleriyle toplumsal ve çevresel koşulları kullanma imkanı daralmıştır (Illich, 2002:10). Modern toplumda birey, karşı karşıya kaldığı bireysel sorunların farkında olsa da çoğunu kişisel başarısızlıklar ve şanssızlıklar olarak değerlendirebilir (Mills, 1974:446). Bu durum kişiyi, kendini geliştirmeyi sağlayacak, sosyal ilişkilerini düzenleyecek ve istediği hayat tarzı hakkında öneriler verecek yaşam tarzı araçlarına (dergi, gazete, kitap ve televizyon programları, yaşam koçları... vs) yönlendirmektedir (Featherstone, 1996:45). Eğer birey kendi yaşamında mutlu olamazsa, sorunu çözmede yetersiz olduğu savunulmaktadır (Bauman, 2009:231).

Tüketimin insanlığın doğuşuyla başladığı söylene de tüketim toplumunun taşıdığı anlam bu tür bir tüketim modelinden farklıdır. Baudrillard, tüketim kültürünün küresel hale gelmesiyle beraber, gerçek ihtiyaçlar ile sahte ihtiyaçlar arasındaki ayrımın ortadan kalktığını savunmaktadır. Baudrillard'a göre bireyin tüketim mallarını satın alıp göstermesi, onun için toplumsal bir itibar unsurudur. İnsan bu süreçte bir yandan kendini toplumsal olarak diğerlerinden ayırt ettiğine inanırken, diğer yandan tüketim toplumuyla bütünleşmiş olur (Baudrillard, 1997:45). Baudrillard, ihtiyaçların artık dışsal faktörler tarafından belirlendiğini, neye ihtiyacı olduğunu düşünecek zamanı bulamayan

tüketicinin bilinçsiz bir şekilde cevaplar aradığını savunmaktadır. Postmodern tüketici, günlük mutluluk peşinde koşan, anında tatmin isteyen, geleceğe dair düşünmek yerine bugüncü, kendisini tüketime hazır bir imaj haline getirmiş tüketicidir: “Bireyin narsizmi ayrıksılığın hazzı değil, kolektif niteliklerin kırılıp yayılmasıdır” (Baudrillard, 1997:107).

Baudrillard, tüketim olgusunun artık toplumların ortak dili haline geldiğini savunmaktadır. Baudrillard’a göre bireysel ihtiyaçlar ve hazlar bu dile bağlı olarak sözden ibarettir (1997:88). Birey etkin bir şekilde tüketime yönelmelidir, aksi halde toplum dışı kalma tehlikesiyle karşılaşabilir. Dışlanmak, itilmek istemeyen her birey çalışma piyasasına uygun olarak giyim kuşamından genel kültürüne kadar her şeyine dikkat etmek zorundadır. Baudrillard, tüketim toplumunda ruhun yerini bedenın aldığını, tutkunun dışlandığını savunur. Baudrillard’a göre bedenın etrafı “sağlık”, “perhiz”, “tedavi”, “arzu” gibi edilgen söylemler tarafından kuşatılmıştır (1997:161).

Mutluluk kavramının ideolojik gücü toplumsal ve tarihsel olarak modern toplumlarda mutluluk söyleminin eşitlik söylemini canlandıran söylem olmasından ileri gelir. Eşitlik söylemi, Sanayi Devrimi sonrasında üstlendiği politik ve sosyolojik güç ile mutluluk kavramına devredilmiştir. Mutluluk, eşitlik olarak lanse edildiğinde, bu kavrama ölçülebilirlik katma ihtiyacı doğmuştur. Alexis de Tocqueville, mutluluk için nesneler, göstergeler ve konfor aracılığıyla ölçülebilir refah tanımlamasında bulunur. Kanıtlara ihtiyaç duymayan içsel mutluluk kavramı, tüketim toplumu inanişında hemen dışlanmaktadır. Mutluluk, öncelikle eşitlik (ya da ayrıcalık) talebidir ve bu yüzden kendini görünür ölçütler bakımından göstermek zorundadır (Baudrillard, 1997:52-53).

Baudrillard’a göre toplumun dili tüketimin dilidir; “bireysel ihtiyaçlar ve hazlar bu dile bağlı olarak sözden ibarettir” (Baudrillard, 1997:88). Haz zevk olarak değil ama vatandaşlık görevi olarak kurumsallaşmıştır. Birey etkin bir şekilde kendini tüketmeye hasretmelidir, aksi takdirde toplum dışı kalma tehlikesiyle karşılaşır. Marjinal konuma düşmek istemeyen her birey çalışma piyasasına uygun bilgi ve beceri birikimini her an yenilemek, “işin içinde olmak”, giyim kuşamından genel kültürüne kadar her şeyine dikkat etmek zorundadır (Baudrillard, 1997:91).

Tüketim, modern çağda tek tipleştirici bir yapıyı desteklerken, postmodern çağda farklılıkları vurgulayan esnek bir yapıya bürünmektedir. Dolayısıyla bu durum, üretim yapısında da bir esnekliğe gidilmesine sebebiyet vermektedir. Üretim biçimindeki

esnekleşme, tüm alanlara yayılmakta ve “bireyselleşme” ön plana çıkmaktadır. Birey “özgürdür”, kendi seçimlerini yapabilir. Tüketim, yaşam gerekliliği için bir araç değil, bir amaç haline dönüşmüş, yaşam tarzı haline gelmiştir (Baudrillard, 1997:90-99).

Tüketim kültürü, sağlığı ulaşılması gereken bir hedef olmanın ötesine taşımıştır. Sağlık, üzerinden kar elde edilebilecek bir tüketim aracına dönüşmüştür (Karakuş ve Adak, 2015:49-50). Hastalar ise statü olarak tüketici konumuna indirgenmiş ve tüketilecek bir meta olarak sunulan sağlık bakımı, tüketici hastalar tarafından olağan bir biçimde satın alınmaya başlamıştır (Horton, 2007:3).

Zamanın koşullarına göre şekillenen bir süreç olması, modern dünyadaki sınırlarının, anlamının ve tüketim eksenli ortaya çıkan kavramların muğlaklığı, tüketimin karşılıklı etkileşimlerle sürekli değişen ve yenilenen bir olgu olduğu sonucunu doğurmaktadır. Yenilenen bu olgu ve ilgili kavramlar Tüketim Sosyolojisi’nin içeriğini oluşturmaktadır. Tüketim ve tüketim araçları, nasıl ki mal ve hizmetlerle ilgili üretim, dağıtım, reklam, pazarlama, moda, stil gibi daha geniş kapsamlı süreçlerin parçası haline gelmişse, Tıp disiplininin taşıdığı sağlık ve hastalık olguları da bu süreçlerin kaynağı haline gelmiş, bir biçimde “metalaşmıştır”. Sağlık ve hastalık, Tıp ve toplum alanları tarih boyunca hep birbirinin içine girmiş ve etkileşim halinde olmuştur. Chaney, uluslararası piyasanın genişlemesi, moda ve lüks eşyalardaki artış, şehirli toplumsal sınıfların yaygınlaşması ve bu olaylarla ilgili yeni araştırmaların ve yeni tartışma konularının ele alınmasının, modern dönemde toplumsal değişmeyi sağlamada etkili olan süreçler olduğunu belirtmektedir (Chaney, 1999:25).

Sağlık, ulaşılması gereken bir hedef olmanın ötesinde, üzerinden kar elde edilebilecek bir kurum haline dönüşmüştür. Tüketim toplumunda artık hastalıkların tedavisinden ziyade sağlığı koruma ve geliştirme önem kazanmıştır. Sağlığın korunup geliştirilmesi de diyet ve spor yapmak, vitamin ve besin takviyesi almak, koruyucu Tıptan yararlanmak gibi tüketim kültürüne ait değerlerin yerine getirilmesi şartıyla gerçekleşebilir (Karakuş ve Adak, 2015: 49).

Tüketimin üretimden daha öncül bir değer olmasıyla birlikte “hasta olmama” durumundan “sağlıklı olma” durumuna kültürel bir geçiş yaşanmıştır. Sağlıklı olma, sağlıklı yaşama dair sunulan “formüllere” istinaden (düzenli beslenme, diyet, egzersiz, stresle başa çıkma, bağımlılıklardan uzak durma...) toplum da bireylerden sağlıklı yaşam

adına “uzman” görüşlerini benimseyip yaşamlarını buna göre düzenlemesini istemektedir. Birey için sağlıklı olma, belirli kurallara göre, doğru yapılması gerekenlerin yardımıyla her gün yeniden üretilen bir durum haline gelmiştir. Artık “sağlıklı olmak = hasta olmamak” eşitliği parçalanmıştır. Hasta olmamak sağlıklı olmak için artık yeterli değildir (Cirhinlioğlu, 2003:131). Bauman’ın dediği gibi, “sağlıklı olmak, her gün üretilmesi gereken bir durum”dur. Tüketim kültürü – sağlık ve beden üçgeni dahilinde birey, sağlıklı olma adına inşa edilen bir yaşam tarzına olan bağlılığı ve bunun sağlanması adına yapılan dolaylı ya da dolaysız tüketimi sürdürmek zorundadır. “Sağlıklı birey”, genç, fit ve çekici görünmelidir. Sağlık, biyolojik bir gereklilikken, tüketim ve sağlık bağlantısı içinde bireyin statüsüne bağlı olarak, tüketim temelli bir gereklilik haline dönüşmektedir (Bauman, 2001:223).

Salt tek bir gerçek, otoriter bir sav ya da makro bilgiler, “grand” teoriler yerine, farklı bakış açılarının, kültürel çoğulculuğun ve anlatıya dayalı bilginin ön plana çıktığı postmodern toplumlarda, kültürel zenginliği ve yerellik vurgulanmaktadır. Nazlı, bireyin üretiminin değil, tüketiminin ön plana geçtiği bu tür toplumlarda, toplumla bütünleşmenin en önemli ölçütlerinden birinin tüketim olduğunu vurgulamaktadır. Sadece maddi materyallere değil, yaşamın her alanına damgasını vuran tüketim kültürü, bireyi, bedenini ve bedeni aracılığıyla yaşadığı duyguları, heyecanı, zevkleri bir tüketim metası haline dönüştürmektedir. Dolayısıyla bu niteliklere az çok sahip olan toplumlarda, bireyin önem kazanan sosyokültürel nitelikleri doğrultusunda, birey ve bedeni daha ön plana çıkmaktadır. Çok daha farklı alanlarda da kendisini hissettiren bu sürecin tıbbi bakışa yansması ise hastalık nedenlerinin sosyal ve kültürel faktörlerden üst düzeyde etkilenebileceğinin kabulü ile gerçekleşmektedir (Nazlı, 2008:8).

Beden imgesi, Featherstone’a göre vücut şekline, vücudun duygusal motor kapasitesine gönderme yapan bir fenomendir. Beden imgesi aslında kendi varlığını hissetmektir. Kişinin dış görünüşüne dayanmakta olup bir ayna vazifesi görmektedir. Featherstone, beden şeklinin, bedenin tüm deneyim ve duyularıyla bütüncül bir anlamlandırma olduğunu savunmaktadır. Bu bütüncül deneyimle oluşan beden imgesi, kişinin içinde bulunduğu kültürü yansıtmaktadır. Buna göre bireyin görünüşü, sosyal kabulünü ve statüsünü sağlamaktadır ve beden imgesi tüketim kültürü açısından temel bir araç halini almıştır. Bedenin süreklilik arz eden “iyilik hali”, tüketim kültürü tarafından

yeniden yapılandırılmaktadır (Featherstone, 2010:194-195). Tüketim kültürüne ait değerler sistemi içinde sağlığın, bedenin dış görünüşüne, güzelliğine eklenmesi, sağlıklı bedenin sosyal olarak kabul edilecek biçimde inşa edilmiş, tanımlanmış bir statüye sahip olmasına yol açmaktadır (Nazlı, 2008:84-85).

Beden, yavaş yavaş bir ilgi ve haz nesnesi; seçkinlik simgesi haline dönüşmüştür. Bedeni koruma artık iyi görünmenin, yaşam tarzının ve sağlıklı olmanın bir ögesi haline gelmiştir. Birçok reklamın bedensel hazza vurgu yapması, Baudrillard'ın "Beden sattırır. Güzellik sattırır. Cinsellik sattırır." (Baudrillard, 1997:163) mottosunu haklı kılmaktadır. Sağlıklı olmak adına tüketmesi gereken beden ve tüketmek adına sağlıklı olması gereken beden arasında bir dikotomi kurulmuştur; örneğin diyet yapmak, o diyeteye uygun özel bir alışverişin yapılması açısından masraflı bir iştir.

Sağlıklı olmak, zinde olmak, zayıf olmak gibi sağlıkla ilgili kavramlar ve sağlıkla ilgili ürünler kapitalist sistemde yeni bir pazar yaratarak tüketimin yeni araçları arasına girmiş, sağlık, günümüzde hayatta kalmaya bağlı biyolojik bir buyruktan statüye bağlı toplumsal bir buyruğa dönüşmüştür. Baudrillard'a göre sağlık temel bir değer değil, bir statü zorunluluğu halini almış, rekabetçi mantığın içine dahil olmuş bir yüklemidir. Bu sebeple sağlık, potansiyel olarak sınırsız bir tıbbi hizmet talebine dönüşerek bir tüketim nesnesi halini almıştır (Baudrillard, 1997:177). Örneğin, kitle iletişiminde sık kullanılan nitelermelerden "şişmanlığın" sanki herkesin bir sorunuymuş gibi sunulması, politik hale getirilmesini kolaylaştırmaktadır. Modernitenin normalleştirici pratikleriyle birlikte düşünüldüğünde bu politik hale gelme zamanla vücut üzerinde iktidar kurmaya başlar. "Şişmanlık" tıbbi tespitlerin mutlaklığı yoluyla bedenin ölüm karşısındaki zayıflığı ile özdeşleştirilince toplumda şişmanlığa ilişkin oluşan anlamlandırma Bauman'ın ifadeleriyle (Bauman 2000b: 55) "bedenin içinde ama ona ait olmayan" bir olguya dönüşmektedir.

Turner'a göre tüketim kültürüyle kontrol altında tutulan ve şekillenen bedenden beklenen sağlıklı olma hali, tüketen bedeni toplumsal hiyerarşide üst sıralara taşımaktadır. Sağlıklı olma durumu, yüklenen yeni değerlerle birlikte bedenin görünümüne ayrı bir önem katmıştır. Birey, bu yeni kültürün gereği olarak yaşlanmamak, canlı, hareketli ve formda olabilmek için sürekli bir şeyler yapmak durumundadır (Turner, 2011:243-244).

Featherstone, tüketim kültürünün bireyi şişman, uyuşuk, modası geçmiş, kendine bakmayan bir görünüm yerine onu sürekli çekici olmasını zorunlu kıldığını savunmaktadır. Tüketim kültürü gereğince insanın dış görünümü gerçeğinden daha çekici olmalıdır. Bunu sağlamaya çalışmak, onu geliştirmek ise bireyi tüketici bedeni ile uyumlu hale getirecektir. Böylece sosyal çevresi genişleyecek, yaşamında yeni fırsatlar yakalayacaktır. Dış görünüşü etkileyen faktörlerden bir diğeri giyimdir; beden şeklini oluşturan en önemli araçlardan biridir. Bununla birlikte bir diğer faktör bedenin duruş şeklidir; baş, eller ve kolların duruşu veya şekli, yürüyüş tarzı da dış görünüşü etkilemektedir. Dolayısıyla beden imgesi sadece bireyin aynadaki görüntüsü olmayıp, karizma adı altında büyük bir dünyadır. Bu dünya, bireyin yaşamını değiştirebilecek kadar etkili, sosyal ilişkilerini etkileyecek kadar güçlüdür (Featherstone, 2010:196-198).

Featherstone'a göre tüketim kültürü, bireyin kendinden daha üst sosyoekonomik sınıfların yaşam şeklinin, aktivitelerinin hatta deneyimlerinin alınmasını teşvik etmektedir. Daha “mutlu”, “elegant” ve “sosyal” olunabileceği konusundaki bu teşvik, popüler kültür ve kitle iletişim araçları aracılığıyla sağlığın maksimizasyonunu da zorunlu kılar. Sağlığın maksimizasyonu adına bedenin yeniden şekillendirilmesi, “bronzlaşması”, enerjik kılınması şarttır. Popüler kültür endüstrisinin yıldızları kendi deneyimleri aracılığıyla kitlelerin beden imgesini tasarlamaktadır (Featherstone, 2010:200-201).

1.5. Sosyal İnşa: Tüketimin Gölgesinde Sağlık ve Hastalığa İlişkin Sosyal Anlamlar

Sosyal bilimlerde disiplinler farklılaştıkça, inceleme nesneleri olan sosyal olgunun bilimsel anlamlandırmaya ilişkin yöntemi de farklılaşmaktadır. Bu farklılaşma, sosyal bilimlerin kuramsal inceleme nesnesini farklı kavramasından kaynaklanmakta ve sosyolojiye iki farklı bakış açısıyla yansımaktadır. İlk bakış açısına göre topluma yönelen bilgi etkinlikleri doğa bilimlerindeki gibi düzenlenmelidir. İkincisi ise topluma yönelecek bir bilimin doğa bilimlerine göre düzenlenemeyeceğini, hem konu hem de yöntem bakımından farklı bir düzenleme gerektirdiğini savunmaktadır. Bu eğilimlerin ilkinde tek bilim ve bilimin birliği, ikincisinde ise “doğal gerçeklik” ve “sosyal gerçeklik”

farklılığından hareketle iki tür bilim değil, tamamen farkı iki ayrı cins bilimin olduğu kabul edilmektedir (Sunar, 1986:15).

Fenomenolojik bakış açısına göre “şeylerin içinde saklı olan öz”ün bilgisine, inceleme nesnesinin doğrudan nesnel gerçekliğe dair veriler aracılığıyla değil fakat insanın bu realiteyle ilişkiye girerken kullandığı bilinç süreci aracılığıyla ulaşılabileceği düşünülmektedir. Bu sürecin, doğal bilimsel yöntem aracılığıyla kavranamayacağı ve sürece ilişkin bilgilerin diğer tüm benzer durumlar için yasalar halinde genellenemeyeceği savunulmaktadır (Solomon, 1972:143).

Sosyal problemleri çalışırken sembolik etkileşimci yaklaşımın kabullerinden hareket edildiğinde, bu çaba artık “Sosyal İnşa” adını almaktadır. Sosyal inşa kuramcılarına göre, organize insan yaşamının tüm diğer yönleri gibi, sosyal sorunlar da insan ürünüdürler ve yaratıcıları insanlardır. Onlar belirli bir toplumda insanların çevrelerinde olup bitenleri anlamlandırmaları, olay ve objelere değer yüklemeleri sonucunda ortaya çıkarlar. Sosyal sorunlar bazı grupların belirli ortamları ahlaki olarak anlamlandırmaları ve tanımlamalarından bağımsız bir şekilde var olmazlar. Onlar ancak bağımsız biri tarafından kötü ve yanlış oldukları şeklinde yorumlandıktan ve tepki aldıktan sonra o hale gelirler. Sosyal problemlerin öznel ve nesnel bölümlerinin bulunduğu tartışması burada tekrar anımsanmalıdır (Kasapoğlu, 2001:29).

Sosyal İnşa teorileri, bireysel ajanlar ve sosyal inşalar yoluyla olaydan daha çok süreçle ilgilenmektedir. Hastaların aileleri ve arkadaşları, anıları medya ve hastanedekiler tarafından nasıl etkilenmiş olacağını gösterirler. Sosyal inşa teorilerinin bir problemi, genellemelere ulaşamamasıdır. Sosyal inşa teorileri derinliğine görüşme veya odak grup çalışmaları gibi daha küçük gruplarla yapılacak çalışmalar için oldukça uygundur. Sosyolojide çok sayıda paradigmanın bulunması, sosyal gerçekliğin çok karmaşık olmasıyla ve değişik düzeylerde ele alınıp incelenmesinin olanaklı oluşuyla alakalıdır. Sosyal gerçeklik mikro ve makro boyutlar arasında bir süreklilik gösterdiği gibi öznel ve nesnel boyutlar arasında dünya sistemleri, sosyal, örgütler, gruplar, etkileşim, bireysel düşünce ve eylem noktalarını içeren bir sürekliliğe de sahiptir. Makro ve mikro düzeyler de kendi içlerinde öznel ve nesnel boyutlara sahip olabildiğinden, sosyologların sosyal gerçekliğin hangi yönünü nasıl inceledikleri doğal olarak farklılaşmaktadır. Ritzer’in

örnek gösterdiği makro ve mikro örnekler ile öznellik ve nesnellik boyutunun oluşturduğu matris aracılığıyla konuya açıklık getirilebilir (Ritzer, 1983:441).

Tablo 1. Ritzer'in Sosyal Gerçeklik Düzeyleri	
I. Makro-nesnel örnekler	II. Makro-özel örnekler
Toplum	Kültür
Hukuk	Normlar
Bürokrasi	Değerler
Teknoloji	
Dil	
III. Mikro-nesnel örnekler	IV. Mikro-özel örnekler
Davranış örüntüleri	Gerçekliğin toplumsal inşası
Eylem ve etkileşim	

Berger ve Luckmann, 1966'da yayımladıkları “Gerçekliğin Sosyal İnşası” adlı çalışmalarında, sosyal inşanın sosyal bir kaynaktan ortaya çıktığını ve insan bilgisine dair tüm kavramların, kuramların, bilimsel pratiklerin ve tüm bilgi bütünselliklerinin sosyal bir dünyada oluşturulduğunu vurgulamışlardır. Buna göre herhangi bir olgu ya da süreç, kaynağını sosyal bağlamdan alıyorsa, nedenselliğin temel varsayımlarına karşıt olarak, bilgide bir sabitlik ya da vazgeçilmezlikten söz edilememektedir. Bu kuram, içinde yaşanılan dünyayı açıklama ve yorumlama süreci olarak tanımlanabilir: “...iddiamız şudur, bilgi sosyolojisi, bilginin nihai geçerliliğine ya da geçersizliğine bakmaksızın, bir toplumda ‘bilgi’ olarak kabul gören her ne varsa, bizzat ilgilenmelidir. Bütün insani bilginin sosyal durumlar içinde geliştirilmesi, nakledilmesi ve korunması ölçüsünde, bilgi sosyolojisi, bunu ortaya çıkaran süreçleri anlamaya çalışmalıdır. Bir başka deyişle bilgi sosyolojisi, ‘gerçekliğin sosyal inşasını analiz etmekle ilgilenir.’” (Berger & Luckmann, 2008:6).

Sosyal inşacı yaklaşımın kuram ve yöntem genelinde postmodern olduğu söylenebilir. Bu yaklaşım, kesin gözü ile bakılan bilgilere yönelik eleştirel bir bakış açısına sahiptir. Tarihe ve kültüre özgü olma, bilginin sosyal süreçler aracılığıyla sürdürülmesi, bilginin ve sosyal eylemin bir arada hareket etmesi unsurlarını barındırmaktadır. Kaynağını da modern gerçekçilik karşıtı Bilim Felsefesi’nden, Dil Felsefesi’nden, Bilgi Sosyolojisi’nden, Post Yapısalcılık’tan, Sosyal Fenomenoloji’den,

Antropoloji'den, Feminist çalışmalardan, post-pozitivist bilim anlayışından ve bunun gibi daha nice interdisipliner alanlardan almaktadır (Burr⁴, 1995; akt. Stam, 2001:294).

Berger ve Luckmann'a göre toplum, eylemde bulunan insanın ürünüdür. Gerçeklik ise, eyleyenler tarafından günlük yaşam içinde üretilmektedir. Günlük yaşam, insanlar tarafından yorumlanan, düşünce ve eylemleri ortaya çıkaran ve bu düşünce ve eylemler aracılığıyla öznel olarak anlamlandırılan bir gerçekliktir. Bu gerçekliğin paylaşımı yüz yüze iletişimi gerekli kılan bir sosyal etkileşimdir. Bu etkileşimde ötekinin kavranma sürecine karşılıklı kategorizasyon süreci de dahil olmaktadır (Nazlı, 2008:49-50).

Berger ve Luckmann'a göre objektif bir gerçeklik olarak gündelik yaşam, diğer insanlarla paylaşılan ve etkileşimde bulunulan bir dünyadır. Bu gerçeklik zamansal ve mekansal açıdan şu anda ve burada olan varlığıyla şekillenen bir gerçekliktir. Bu gerçeklik gündelik yaşam içinde bireyin durumunu belirleyen tarihsel bir gerçeklik konumundadır (Berger & Luckmann, 2008:27).

Sosyal inşacı anlayışa göre sosyal bir araştırmanın odağı, bireylerin gerçekleştirdikleri sosyal pratiklerin ve birbirleriyle kurdukları etkileşimlerin merkezidir. Merkeze insanların ve toplulukların doğasının anlaşılmasından ziyade, kişilerarası etkileşim çerçevesinde çeşitli olguların ve durumların nasıl gerçekleştiği yerleştirilmektedir. Bilgi, bireyin sahip olup olmadığı bir özellik olarak değil, kişilerin birliktelikleri aracılığıyla yaptıkları bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Bireylerin etkileşime geçtikleri ve ötekinin de özne olduğu bu ortak eylem alanındaki sosyal etkileşim, gerçekliğin inşasının başlangıcıdır: *“Gündelik hayatın gerçekliğini, düzenlenmiş bir gerçeklik olarak kavrarım. Gündelik hayatın fenomenleri, onlara dair kavrayışımın bağımsız görünen ve kendilerini kavrayışımı dayatan örüntüler içinde önceden düzenlenmiştir.”* (Berger & Luckmann, 2008:35).

Luckman ve Berger sağlık konusunda, insanın biyolojik olarak diğer insanlarla birlikte bir dünya inşa ettiğini ve inşa edilen bu dünya içinde yaşadıklarını söylemektedir. İçinde yaşanılan bu dünya, insan için hakim ve kesin gerçeklik haline gelmekte ve bu sosyal olarak inşa edilmiş dünyada insan organizması, bir dönüşüm yaşamaktadır. Birey

⁴ Burr, V. (1995) *An introduction to social constructionism*, London: Routledge.

gerçekliği üretmekte ve bu yolla kendini de üretmektedir (Luckman ve Berger, 2008:263-264).

Sosyal inşacı yaklaşım, tıbbi bilginin sosyal inşası üzerinde durmuş, tıbbın pozitivist paradigma içinde doğa bilimi olmasından kaynaklanan ayrıcalıklı pozisyonunu eleştirmiş, tıbbın sosyolojinin inceleme konusu olmasına büyük bir katkı sağlamıştır. Sosyal inşacı yaklaşımda, hastalıkların basit gerçekler olmadığı, sosyal muhakeme ve sosyal pratikler sonucu meydana geldiği iddia edilmektedir. Bu yaklaşıma göre beden, bedene ilişkin tanımlara bağlıdır. Bu açıdan, teşhisi konulan hastalıkların gerçekliği de şüpheli hale gelmektedir (White, 2002:19). White’a göre, hasta bireylerin bedenleri aracılığıyla kendilerine biçilen tüketici rolünü benimsemeleri, sağlık alanındaki bireysel tüketimi teşvik edecektir (White, 2002:61).

Görselliğin iletişimin temel aracı olduğu ve tüketimin hakim olduğu bir dünyada artık her pratik, sağlık ve hastalıkla ilişkilendirilebilir hale gelmeye başlamıştır. Lyotard’ın deyimiyle bilgi, satılmak üzere üretilecek ve yeni bir üretimde kıymetlendirilmek üzere tüketilecektir (Lyotard, 2000:20).

20. yüzyıl ortalarından itibaren netleşmeye başlayan postmodernliğin biyokültürel yaklaşımı, farklı bir hastalık anlayışının da içeriğini belirlemiş ve salt biyolojik olandan kültürel olana doğru bir dönüşümü vurgulamıştır. Morris’e göre (1998:70) bu dönüşüm, “postmodern hastalık” (*postmodern illness*) olarak ifade ettiği yeni bir hastalık profilini yaratmıştır. Postmodern hastalık, biyolojik durumu göz ardı etmemekle birlikte hastanın hastalık deneyimlerini daha da ön plana çıkarmaktadır. Hastalığın nesnel (tıbbi) ve sübjektif (öznel) boyutları, kültürel bir çerçeve içine dahil edilmiştir. Günümüz toplumunda, sağlık ve hastalığın biyomedikal ve biyokültürel modeline ilişkin tanımlamaları birleştiren postmodern hastalıklar ve buna ilişkin değerler ortaya çıkmıştır. Morris, postmodern hastalık tanımında, hastanın hastalığa ilişkin her türlü anlamlandırma ve deneyiminin önemine vurgu yapmaktadır. Bu tanımlamada modern tıbbın birbirinden ayırdığı iki boyut olan nesnel ve sübjektif boyut bir araya gelmiştir. Hem sağlık ve hastalık, hem de onu deneyimleyen birey açısından kültürün egemenliğinin etkileri artmaktadır (Morris, 1998:70-71; Nazlı, 2014:112).

Nazlı’ya göre postmodern hastalık kavramı, hastalığa bir üst çerçeveden, gerçekliğin sosyal inşası içinden bakmaktadır. Deneyimlenen bu dünya, kültürel unsurlar

tarafından oluşturulup şekillendirildiği bir dünyadır. İnsan yaşamının içeriğini şekillendiren sosyokültürel unsurlar, yine insan yaşamının önemli bir parçası olan sağlık ve hastalık üzerinde de aynı etkiye sahiptir. Biyokültürel açıdan postmodern hastalık kavramı, insan biyolojisini, kültürün toplumsal ilişkileri içinde uyarlamaktadır. Nazlı, biyokültürel faktörlerin biyolojik ve sosyal alan arasındaki farklı kombinasyonları ortaya çıkaran bir çerçeveye sahip olduğunu ifade etmektedir (Nazlı, 2008:56).

Hastalık ve tedavisinin icat edilebilir bir olgu haline gelmesi, bir anlamda sağlık ve hastalığa ilişkin pratiklerin sosyal bir inşa olduğunu da göstermektedir (Thomas, 2003:4-5). Aynı olgu bir toplumda ya da farklı zaman dilimlerinde normal bir durum olarak anlamlandırılırken, farklı bir toplumda ve zaman da hastalık kategorisine dahil edilebilmektedir. Örneğin, premenstrual syndrome, belli dönemlerde ve farklı topluluklarda normal bir durum olarak görülürken özellikle günümüzde dinlenme gerektiren ve tıbbi ilgiye tabi tutulan bir “hastalık” olarak görülmektedir. Benzer durum hamilelik için de söylenebilir ve bu söylem yine tıbbi alan dahilindedir (Thomas, 2003:5).

Hastalık deneyimi, hasta birey için ne kadar zorsa, bireyin sosyal çevresi ve yakınları için de o kadar zor olabilmektedir (Nazlı, 2008:102-103). Cornwell, yaptığı araştırmalarda bireylerin, hastalık nedeniyle çalışamayacak ve topluma katkıda bulunamayacak duruma gelmenin kendilerini ahlaki olarak sorunlu göstereceğini düşündükleri için ve sağlıklı olmak, ahlaki olarak doğru kabul edildiği için birçok insanın ciddi sağlık sorunları olmasına rağmen hastalıklarını reddettikleri ve kendilerini “sağlıklı” olarak tanımladığını belirtmektedir (Cornwell, 1984:124).

Sosyal inşacı yaklaşım içinde, çeşitli hastalıklar için benzer analizler yapılmıştır. Bu yaklaşıma göre, bilginin kendisi, inşa edilen bir şey olduğu için tıbbi inanç sistemi, diğer inanç sistemlerinden farklı değildir. İçerikleri de uygulamaları da kültürel ve toplumsaldır. Bu nedenle, söz konusu yaklaşıma göre, diğer iyileştirme sistemleri gibi modern tıbbın sağlamlığının da sorgulanmaksızın kabul edilmemesi, bir sosyal ve kültürel sistem olarak incelenmesi gerekmektedir (Comaroff, 1978:247).

Bireyin fiziksel benliği hakkındaki öznel değerlendirmeleri de kapsadığı düşünüldüğünde, beden imgesi doğada olan bir gerçeklikten de öte, sosyal olarak inşa edilmektedir. Biyokültürel hastalık ve sağlık kavramlarının kapsamında bedenin ön planda bulunması, her türlü duygu, haz ve arzuyu hisseden bedenin, hastalık deneyimi

içinde de, acı ve ağrıları üst düzeyde deneyimleyeceği, hissedeceği anlayışını geliştirmektedir. Hastalığı her türlü durum içinde duyumsayan beden, acı ve ağrıyı da en üst düzeyde duyumsadığını sosyal olarak belli edecektir. Duyguların sosyal hayatta artan egemenliği, sağlık ve hastalık deneyimleri içinde de kendini göstermektedir. Sağlık ve hastalığa ilişkin bedenin duyumsadığı her türlü duygusal durum, hastalığın biyokültürel çerçevesi içinde, hastalık anlatıları aracılığıyla dışa vurulmaktadır (Nazlı, 2008:59).



2. YÖNTEM

İlişkilerin, aktivitelerin, durumların ya da materyallerin kalitesini inceleyen araştırma çalışmaları, genellikle nitel araştırma olarak adlandırılmaktadır. Nitel araştırmanın en belirgin özelliği, üzerinde araştırma yapılan kişilerin bakış açılarıyla araştırma yapılan olay, olgu, norm ve değerlerin incelenmesidir. Bu inceleme sırasında, araştırma yapılan kişilerin oluşturdukları ve kullandıkları özel bir dil, anlam, kavramlar üzerinde durup onları anlamak ve bunların araştırılan kişiler için ne anlamlar ifade ettiklerini ortaya çıkarmaya çalışmak önemli bir stratejidir. Sosyal bilimlerde yaşanan yöntemsel tartışmalar, insan ve insana özgü olanı açıklamadaki yetersizlik, pozitivistten post-pozitivizme paradigma açısından bir dönüşüm yaratmış, bu da araştırmalarda nitel tekniklerin kullanımının yaygınlaşmasına yol açmıştır (Sağlam Arı ve diğerleri, 2009:122-134).

Sosyal bilimlerde, insan davranışı ancak esnek ve bütüncül bir yaklaşımla araştırılabilir ve bu yaklaşımda araştırmaya dahil olan bireylerin görüşleri ve deneyimleri büyük önem taşımaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016: 45).

Niteliksel tekniğe dayalı araştırma yapanlar (Neuman, 2003:146), çalışmaya konu olan bireylerin ve bağlamların dilini kullanırlar. Bireyleri ve sosyal süreçleri kendi gerçeklikleri içinde analiz ederken anlamların yaratılmasına ya da yorumlama biçimine odaklanırlar. Bu anlayış temelinde araştırmada kullanılan niteliksel yaklaşımın, sosyal hayatı ve sorunları farklı bakış açılarıyla okuma ve anlama çabası olduğu söylenebilir. Neuman, saha araştırmacılarının araştırmayı aynı zamanda toplumsal dünyanın bir betimlemesi ve bir parçası olarak gördüğünü belirtir (Neuman, 2012:545). Bu nedenle de niteliksel araştırmada görüşmelerden elde edilen verilerin çözümlenmesinde, niceliksel araştırmada olduğu gibi sayısal ve sözel bir genelleme kaygısı yerine, “bütüne dair bir resim çizme” ve “derinlemesine betimleme” önemsenmektedir (Ritchie ve Lewis, 2003:3).

Belirtilen bu açıklamalar temelinde, bu çalışmanın metodolojik yönelimi, araştırmanın amaçlarına ulaşmada gereksinim duyulan derinlemesine kavrayışa olanak tanınması nedeniyle, niteliksel yaklaşıma dayalıdır. Araştırmanın temel amacı, tüketim

kültürünün hekim ve hastaların sağlık ve hastalığa dair anlamlandırma sürecini nasıl etkilediğini irdelemektir. Bu süreçte sağlık ve hastalığa dair hekim ve hastaların sosyal anlamlandırmalarına, değişen tüketim olgusu dahilinde daha geniş bir perspektiften bakmak gerekmektedir. “Sağlık ve tüketim kültürü etkileşimi” üst çerçevesinden, tüketim kültürüyle beraber değişim ve dönüşüme uğrayan “Tıp alanı” alt çerçevesine doğru yeni bir biçim kazanan sağlık ve hastalık olguları, hekim ve hastaların sosyal anlamlandırmaları özelinde dikkate alınmıştır.

“Değişen Toplum Yapısında Hekim ve Hastalar Açısından Sağlık ve Hastalığın Anlamı” başlığı, bu çalışmanın ana hatlarını kendi içinde barındırmaktadır. 20. yüzyıl sonlarına doğru tüketimin başat bir değer haline almasıyla birlikte sağlık alanına nüfuz eden beslenme, diyet, kişisel bakım, düzenli egzersiz, spor faaliyetleri gibi “yaşam tarzı” unsurlarının, gerek hasta bireyin gerekse hekimin olağan yaşamına nasıl yansıdığı ve bu yansımanın teşhis, tedavi ve kontrol sürecinde sağlık ve hastalığa dair nasıl bir sosyal anlamlandırmaya yol açtığı, bu çalışmanın amacını belirleyen ana çerçevedir.

Çalışmanın örnekleme olan hekim ve hastalar yukarıdaki ana çerçeveye örtüşecek biçimde belirlenmiş, sorular da bu çerçeve dahilinde oluşturulmuş ve veriler elde edilmiştir. Hekim ve hastalara yöneltilen soruların hazırlanması ve alan araştırmasında elde edilen verilerin yorumlanma aşamaları, çalışmanın kavramsal ve kuramsal çerçevesi temel alınarak gerçekleştirilmiştir.

2.1. Evren ve Örneklem

Evrenini tüm hekim ve hastaların oluşturduğu bu çalışmanın, araştırmanın katılımcılarına ulaşmada, niteliksel araştırma tekniği temelinde amaçlı örnekleme oluşturulması gerekmiştir. Bu teknikte katılımcılar, araştırmanın kuramsal altyapısı ve amaçlarına bağlı olarak araştırmacı tarafından belirli niteliklere göre belirlenmiştir.

Bu çalışmanın örnekleminin belirlenmesinde, hastanelerin farklı departmanlarında tedavi veren hekimlerin ve tedavi gören hastaların sosyal anlamlandırmaları arasındaki ortak ya da farklılaşan yönleri ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Durumun daha geniş bir çerçevede betimlenmesi için, amaçsal örnekleme tekniklerinden biri olan ölçüt örnekleme tekniği kullanılmıştır. Bu tür bir örneklemede

genelleme kaygısı olmamakla birlikte, problemle ilgili önceden belirlenmiş durumların örnekleme alınması nedeniyle, evren değerleri hakkında önemli ipuçları vereceği düşünülmektedir. Burada temel amaç, araştırmanın amacıyla tutarlı sosyal örüntülerin ortaya çıkartılmasıdır (Büyüköztürk ve diğerleri, 2008:79; Yıldırım ve Şimşek, 2016:108).

Bu çalışmada odak noktası bütüncül bir çerçevede, “sağlıklı ve hasta olmanın” sosyal ve kültürel bağlamı ve hastalık sürecinde işleyen güç dinamikleridir. Bu bağlamda, farklı hastalık türlerini deneyimleyen bireylerle derinlemesine görüşme yapmanın araştırmanın sonuçlarına katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Niteliksel tekniğe dayalı araştırmalarda veri toplama aracı olarak derinlemesine görüşme uygulamasının tercih edildiği durumlarda görüşülen kişinin cevaplarını rahatlıkla ve özenle alabilmek görüşmecinin sorumluluğundadır (Kümbetoğlu, 2005:72). Stewart ve Cash (1985) derinlemesine görüşmeyi, “önceden belirlenmiş ve ciddi bir amaç için yapılan, soru sorma ve yanıtlama tarzına dayalı karşılıklı ve etkileşimli bir süreç” olarak tanımlamaktadır (Stewart ve Cash, 1985:7).

Niteliksel araştırma literatüründe paylaşılan genel kanıya göre, araştırmanın amacına ulaşmak için birey ve derinlemesine görüşme sayısı konusunda bir sınırlama yoktur. Bireylerin gözünden çeşitli sosyokültürel konuları ve öznel deneyimleri anlamayı amaçlayan düşünce odaklı araştırmaların, ortalama birer saat süren ve en çok 25-30 katılımcı ile yapılacak derinlemesine görüşmelerle gerçekleşeceği ifade edilmektedir (Johnson, 2001:113).

2.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Alan, Araştırma Süreci ve Araştırmanın Temel Varsayımları

Araştırmanın katılımcılarına İzmir ilinde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Yeşilyurt Devlet Hastanesi, Eşrefpaşa Devlet Hastanesi, Medical Park İzmir, Kent Hastanesi ve Altınordu Hastanesi’nde ulaşılmıştır. Bu hastanelerin tercih edilmesinin nedeni, özel ve kamu alanında profil olarak birbirine denk gelen sağlık kuruluşları olmaları ve tüketim kültürünün etkisi açısından önemli bir karşılaştırma

imkanı sağlamasıdır. Bu karşılaştırmada farklı sosyoekonomik ve sosyokültürel öğelerin de ortaya çıkabileceği düşüncesi önemli bir kabullenme olarak yer almıştır.

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Kent Hastanesi'nde Haziran 2016 – Ağustos 2016 tarihleri arası pilot çalışma yürütülmüştür. Gerçekleştirilen pilot çalışmada hem alan hakkında bilgi sahibi olunmuş ve gözlem yapma imkanı doğmuş, hem de alanda karşılaşılabilecek problemler hakkında fikir edinilmiştir. Pilot çalışma sonrası elde edilen geri dönüşler, görüşme formunun olgunlaşmasında ve eksikliklerin giderilmesinde etkili olmuştur. Bu geri dönüşler, çalışmanın kuramsal çerçevesi ve amacı doğrultusunda, görüşme formunun yeni haline şekil vermiştir.

Görüşme formunun nihai haline ulaşmasıyla birlikte Eylül 2016 tarihinden itibaren çalışmanın alan araştırması süreci başlamıştır. Araştırma süreci için belirlenen bir takvim olsa da, araştırmanın katılımcıları olan hekim ve hastaların müsait olma durumlarına göre takvimde esneklikler yaşanmıştır. Nisan 2017'de görüşmeler sonlandırılmıştır.

Tablo 2. Alan çalışmasının gerçekleştirildiği sağlık kuruluşları		
	Özel Hastaneler	Devlet Hastaneleri
Büyük ölçekli	Medical Park	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Orta ölçekli	Kent Hastanesi	Yeşilyurt Devlet Hastanesi
Küçük ölçekli	Altınordu Hastanesi	Eşrefpaşa Devlet Hastanesi

Alan araştırması için görüşme sürecine, daha öncesinde temasta olunan hekimlerle doğrudan iletişime geçilerek başlanmıştır. Araştırmanın bu evresinde, amaçlı örnekleme tekniklerinin alt tekniği olan kartopu örnekleme tekniği kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek: 2016:122). Çalışmanın amacına uygun olarak kimlerle görüşüleceği konusunda daha önce ulaşılmış olan hekim ve hastaların önerilerinden yola çıkılmıştır. Bu sayede daha geniş bir örnekleme ulaşılabilmektedir.

Hastanelere her gidişte bir ya da iki görüşme yapılabilmektedir. Yapılan her görüşme için araştırmanın örneklemini oluşturan hekim ve hastalardan bizzat izin alınmış ve bir hafta öncesinden randevular ayarlanmıştır. Araştırmacı tarafından örneklem dahilindeki tüm hekim ve hastalar, çalışmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgilendirilmiştir.

Görüşme yapılan kişilere dair temel bilgiler, aşağıdaki iki farklı tabloda (Tablo 3. ve Tablo 4.) gösterilmektedir. Bu iki tabloda, görüşme yapılan hasta ve hekimlerin cinsiyeti, yaşı, tedavi gördükleri / tedavi verdikleri sağlık kuruluşu ve tedavi gördükleri / tedavi verdikleri branş hakkında bilgiler yer almaktadır.

Tablo 3. Katılımcılar (Hasta bireyler)				
Kod	Cinsiyet	Yaş	Tedavi görülen sağlık kuruluşu	Tedavi görülen branş
HA_01	Erkek	23	Kamuya ait	Enfeksiyon Hastalıkları
HA_02	Erkek	27	Kamuya ait	Kulak Burun ve Boğaz
HA_03	Erkek	33	Kamuya ait	Tıbbi Patoloji
HA_04	Erkek	35	Kamuya ait	Göğüs Hastalıkları
HA_05	Kadın	35	Kamuya ait	Göğüs Hastalıkları
HA_06	Kadın	36	Kamuya ait	Dermatoloji
HA_07	Erkek	38	Kamuya ait	Gastroenteroloji
HA_08	Erkek	47	Kamuya ait	Üroloji
HA_09	Kadın	51	Kamuya ait	Kulak Burun ve Boğaz
HA_10	Erkek	20	Özel	Hipertansiyon (Kardiyoloji)
HA_11	Kadın	27	Özel	Enfeksiyon Hastalıkları
HA_12	Kadın	28	Özel	Göğüs Hastalıkları
HA_13	Kadın	34	Özel	Jinekoloji
HA_14	Kadın	35	Özel	Kulak Burun ve Boğaz
HA_15	Erkek	43	Özel	Göğüs Hastalıkları
HA_16	Kadın	50	Özel	Gastroenteroloji
HA_17	Kadın	51	Özel	Gastroenteroloji
HA_18	Kadın	61	Özel	Kardiyoloji

Hekim ve hastaların sağlık ve hastalık hakkında ne anladıklarını, bu süreci nasıl deneyimlediklerini, baş etme stratejilerinin nasıl biçimlendiğini ve hangi unsurları içerdiğini sosyal inşa kuramı içinde anlayabilmek adına derinlemesine görüşme tekniğinin yararlı ve etkili olacağı düşünülmüştür. Araştırmanın katılımcılarıyla, hastanelerdeki görüşme odalarında ve hekimlerin hastane içindeki ofislerinde gerçekleştirilen derinlemesine görüşmeler 25 ila 60 dakika arasında sürmüştür; 15 hekim ve 18 hasta olmak üzere toplam 33 katılımcıyla derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir. Elde edilen nitel verilerin tezin amacıyla örtüşmesi ve tekrar etmeye başlamasıyla birlikte, 15. hekim ve 18. hastayla gerçekleştirilen görüşmenin ardından derinlemesine mülakatlar

sonlandırılmıştır. Derinlemesine mülakatlar esnasında araştırmanın katılımcılarından izin alınarak ses kaydı alınmıştır. Görüşmelerin tamamlanmasıyla birlikte ses kayıtları transkript edilmiş ve metne dönüştürülmüştür.

Tablo 4. Katılımcılar (Hekimler)				
Kod	Cinsiyet	Yaş	Tedavi verilen sağlık kuruluşu	Tedavi verilen branş
HE_01	Erkek	52	Kamuya ait	Dahiliye
HE_02	Kadın	54	Kamuya ait	Enfeksiyon Hastalıkları
HE_03	Kadın	55	Kamuya ait	Psikiyatri
HE_04	Kadın	56	Kamuya ait	Cerrahi Branşlar Servisi
HE_05	Erkek	60	Kamuya ait	Kulak Burun ve Boğaz
HE_06	Kadın	60	Kamuya ait	Gastroenteroloji
HE_07	Erkek	61	Kamuya ait	Psikiyatri
HE_08	Erkek	30	Özel	Kulak Burun ve Boğaz
HE_09	Kadın	30	Özel	Dahiliye
HE_10	Kadın	33	Özel	Nöroloji
HE_11	Erkek	36	Özel	Göğüs Hastalıkları
HE_12	Kadın	42	Özel	Psikiyatri
HE_13	Erkek	44	Özel	Nöroloji
HE_14	Erkek	51	Özel	Klinik Mikrobiyoloji
HE_15	Erkek	56	Özel	Psikiyatri

Görüşmelerde hastaların birçoğunun duygu ve düşüncelerini aktarmada oldukça istekli oldukları gözlenirken, hekimlerin görece daha hızlı / çabuk bir biçimde görüşmeyi bitirme çabaları göze çarpmıştır. Araştırmacı tarafından olabildiğince kısa, yalın ve açık uçlu sorularla ve yine oldukça az müdahale ile görüşmeler ilerlemiştir. Yargı ve yönlendirme içeren soru ve ifadelerden kaçınılmış, araştırmanın amacına uygun olarak hazırlanan görüşme yönergesindeki alt başlıklara uygun bir form ile görüşme ilerlemiştir. Katılımcıların paylaşmaktan kaçındığı kimi konularda ise o konunun açılmasını çabalayan ısrarcı sorulardan kaçınılmıştır.

Hekim ve hastalarla gerçekleştirilen görüşmelerin aracı olan açık uçlu görüşme formu örneği dört farklı başlıkta aşağıdaki sıralamayla uygulanmıştır:

1.1. Hastalara Yöneltilecek Sağlığa Dair Sorular

1.2. Hastalara Yöneltilecek Hastalığa Dair Sorular

2.1. Hekimlere Yöneltilecek Sağlığa Dair Sorular

2.2. Hekimlere Yöneltilecek Hastalığa Dair Sorular

1.1 Hastalara Yöneltilecek Sağlığa Dair Sorular		
	Alt temalar (taslak)	Üst temalar (taslak)
1. Sizin için “sağlıklı olmak” ne demektir?	Sağlık tanımı	1) Sağlığa dair anlamlandırma
2. Kendinizi sağlıklı görüyor musunuz?	Sağlık deneyimi	
3. Tükettiğiniz gıda ürünlerine sağlık açısından dikkat eder misiniz? Açıklar mısınız?	Beslenme ve sağlık	2) Beslenme alışkanlığı
4. Beslenme alışkanlığınız nasıl? Son bir hafta içinde nasıl beslendiniz?	Beslenme rutini	
5. Sağlığınız için rejim veya özel bir diyet yapıyor musunuz? (evetse) Niçin?	Beslenme, diyet ve giderler	
6. Sizce “çirkin / güzel & yakışıklı” veya “kilolu & zayıf / fit” olmanın sağlıkla bir bağlantısı var mıdır? Açıklar mısınız?	Güzellik ve çirkinlik	3) Beden imgesi
7. Dış görünümünüz sosyal hayatınızı etkiliyor mu? Açıklar mısınız?	Beden imgesi ve sosyal çevre	
8. Kendi bedeninizi sağlık açısından gözlemler misiniz? Belirtebilir misiniz?	Beden deneyimi	
9. Spor / egzersiz yapar mısınız? Örneğin bir spor salonuna üyeliğiniz var mı?	Spor rutini ve giderler	
10. En son ne zaman bir sağlık kontrolüne gittiniz? Sağlık kontrolü rutininiz nedir?	Sağlık kontrol rutini	4) Sağlık kontrolü
11. Bir sağlık kuruluşuna niçin gidilir, fikrinizi öğrenebilir miyim?	Tedavi veya kontrol amaçlı	
12. Sağlık sisteminin değişmesini nasıl yorumluyorsunuz? Sizi etkileyip etkilemediğini açıklayabilir misiniz?	Sağlık sigortası deneyimi	5) Gündelik hayatta sağlık deneyimleri
13. Gıda, giyim, barınma gibi ihtiyaçlar ele alındığında, sağlık giderlerinizi hangi sıraya koyarsınız / nasıl bir öncelik ayırırsınız?	Giderlerin önem sırası	
14. Bireysel hijyen ve bakım konusunda neler düşünüyorsunuz? Bu konuda masraf yapıyor musunuz? Açıklar mısınız?	Bireysel bakım ve giderler	

1.2. Hastalara Yöneltilcek Hastalığa Dair Sorular		
	Alt temalar (taslak)	Üst temalar (taslak)
1. Sizin için “hasta olmak” ne demektir?	Hastalık tanımı	1) Hastalığa dair anlamlandırma
2. Hastalığınız yüzünden ailenizin ve sosyal çevrenizin etkilendiğini düşünüyor musunuz?	Hastalık ve sosyal grup	
3. Hastalığınız yüzünden işinizin ve ekonomik durumunuzun etkilendiğini düşünüyor musunuz?	Hastalık ve ekonomik durum	
4. Bir hastalık durumunda kamuya ait bir sağlık kuruluşunda mı yoksa özel bir sağlık kuruluşunda mı tedavi olmayı tercih edersiniz?	Güven açısından sektörel kıyaslama	2) Sektöre dair güven
5. Özel ya da kamuya ait bir sağlık kuruluşunda gördüğünüz tedaviyi birbiriyle kıyaslayabilir misiniz? Nasıl?	Tedavi açısından sektörel kıyaslama	
6. Görüşmeye gittiğiniz hekimle ilgili bir beklentiniz var mı? Varsa açıklayabilir misiniz?	İdeal hekim / beklenti	3) “Müşteri hasta”
7. Hasta olduğunuz zaman hekiminiz sizi dinliyor mu? Açıklar mısınız?	Hekimle iletişim	
8. Hekimlerin size karşı tavırlarını nasıl yorumluyorsunuz?	İdeal hekim ve iletişim	
9. Özel ya da kamuya ait bir sağlık kuruluşundan beklentileriniz nelerdir?	İdeal sağlık kuruluşu / beklenti	
10. Bir hekim tarafından tanı konduğunda, ne anlıyorsunuz / hekim size o tanıyı açıklayabiliyor mu?	Teşhis süreci	4) Tedaviye dair deneyim ve anlamlandırma
11. Tedavi sürecinde neler yaşadığınızdan kısaca bahsedebilir misiniz?	Tedavi süreci	

Hastalığın mahrem bir kavram olduğu düşüncesiyle ve hastalığa dair anlamlandırmaları doğrudan yakalayabilme adına, hasta bireylere hastalıklarının ne olduğu sorulmamıştır. Kartopu örnekleme tekniğiyle katılımcılara ulaşıldığı için, katılımcıların eğitim ve gelir düzeyleri, meslekleri gibi sosyodemografik bilgileri alınmamıştır. Buradaki temel ölçüt, kliniklerde tedavi gören hastalar şeklinde sınırlandırılmıştır (bkz. Tablo 3.). Hasta birey açısından hastalığın nasıl anlamlandırıldığı öğrenilmeye çalışıldığı için hastalıklar arası farklılıklar tezin kapsamına dahil edilmemiştir. Hastalığın şiddeti / derecesi elbette önemli bir değişkendir fakat bu değişken, örneklemin klinikler düzeyine indirgenmesiyle birlikte, sınırlandırılmıştır. Dolayısıyla, aile hekiminde ayakta tedavi gören veya polikliniğe ilaç yazdırmak için gelmiş olan hasta birey, araştırmanın örneklemine dahil edilmemiştir.

2.1 Hekimlere Yöneltilcek Sağlığa Dair Sorular		
	Alt temalar (taslak)	Üst temalar (taslak)
1. Sizin için “sağlıklı olmak” ne demektir?	Sağlık tanımı	1) Sağlığa dair anlamlandırma
2. Kendinizi sağlıklı görüyor musunuz?	Sağlık deneyimi	
3. Tükettiğiniz gıda ürünlerine sağlık açısından dikkat eder misiniz? Açıklar mısınız?	Beslenme ve sağlık	2) Beslenme alışkanlığı ve sağlık
4. Beslenme alışkanlığınız nasıl? Son bir hafta nasıl beslendiniz?	Beslenme rutini	
5. Sağlığınız için rejim veya özel bir diyet yapıyor musunuz? (evetse) Niçin?	Beslenme, diyet ve giderler	
6. Sizce “çirkin / güzel & yakışıklı” veya “kilolu & zayıf / fit” olmanın sağlıkla bir bağlantısı var mıdır? Açıklar mısınız?	Güzellik ve çirkinlik	3) Beden imgesi ve sağlık
7. Dış görünümünüz sosyal hayatınızı etkiliyor mu? Açıklar mısınız?	Beden imgesi ve sosyal çevre ilişkisi	
8. Kendi bedeninizi sağlık açısından gözlemler misiniz? Belirtebilir misiniz?	Beden deneyimi	
9. Spor / egzersiz yapar mısınız? Örneğin bir spor salonuna üyeliğiniz var mı?	Spor rutini ve giderler	4) Sağlık kontrolü motivasyonu
10. Bir sağlık kuruluşuna niçin gidilir, fikrinizi öğrenebilir miyim?	Sağlık kontrolü motivasyonu	
11. Konsültasyon / tedavi sonrası tedavinin devamlılığını ister misiniz? Niçin?	Tedavi sürecinin devamlılığı	
12. Sağlık sisteminizi nasıl yorumluyorsunuz?	Sağlık sigortası deneyimi	5) Gündelik hayatta sağlık deneyimleri
13. Gıda, giyim, barınma gibi ihtiyaçlar ele alındığında, sağlık giderlerinizi hangi sıraya koyarsınız?	Giderlerin önem sırası	
14. Bireysel hijyen ve bakım konusunda neler düşünüyorsunuz? Bu konuda masraf yapıyor musunuz? Açıklar mısınız?	Bireysel bakım ve giderler	

2.2. Hekimlere Yöneltilcek Hastalığa Dair Sorular		
	Alt temalar (taslak)	Üst temalar (taslak)
1. Sizin için “hasta olmak” ne demektir?	Hastalık tanımı	1) Hastalığa dair anlamlandırma
2. Eğer hasta olsaydınız, sizce bu durumdan aileniz ve sosyal çevreniz etkilenir miydi?	Hastalık ve sosyal grup	
3. Eğer hasta olsaydınız, sizce bu durumdan işiniz ve ekonomik durumunuz etkilenir miydi?	Hastalık ve ekonomik durum	
4. Eğer hasta olsaydınız, kamu veya özel sektöre ait sağlık kuruluşlarından hangisine gitmeyi tercih ederiniz?	Güven açısından sektörel kıyaslama	2) Sektöre dair güven
5. Deneyimlerin göz önünde bulundurulduğunda, özel ya da kamuya ait sağlık kuruluşlarında verilen tedaviyi birbiriyle kıyaslayabilir misiniz? Nasıl?	Tedavi açısından sektörel kıyaslama	
6. Size gelen hastaların kaygı ve korku durumları hakkında ne düşünüyorsunuz?	Hastalara dair görüş	3) “Müşteri hasta”
7. Size gelen hastaların size karşı güven duymaları konusunda neler söyleyebilirsiniz?	Hastalara dair görüş	
8. Size gelen hastaların sosyoekonomik ve sosyo-demografik profilini kısaca özetleyebilir misiniz?	Hasta profili	
9. Hastalığın teşhisi ve tedavisi aşamaları sırasında neleri dikkate alırsınız?	Teşhis ve tedavi süreci	4) Tedaviye dair deneyim ve anlamlandırma
10. Size gelen hastalara ne kadar vakit ayırabiliyorsunuz? Anlatır mısınız?	Tedavide ortalama süre	
11. Sizce tedavi için gelenlerin hastalık durumu, o kişilerin sosyal yaşantılarını etkilemekte midir? Anlatır mısınız?	Hastalara dair görüş	

Sorular, tüketim olgusuyla olan etkileşimde iki farklı sosyal anlamlandırma olan sağlık ve hastalık anlamlandırmasının, hekim ve hastalar tarafından nasıl inşa edildiğini öğrenmeye yönelik olarak oluşturulmuştur. Bu nedenle, araştırmanın örneklemini oluşturan iki farklı grup olan hekim ve hastalara ayrı formlar hazırlanmış, her iki gruba da hem sağlık hem hastalık anlamlandırmaları üzerine benzer sorular yöneltilmiştir.

Soruların oluşturulmasında, görüşmecilerin sağlık ve hastalığı nasıl anlamlandırdıkları irdelenmek üzere sosyal inşacı yaklaşım temelinde Berger ve Luckmann’ın görüşleri referans alınırken, tüketim olgusuyla ilgili olarak özellikle Baudrillard, Featherstone ve Bauman’ın yaklaşımları temel alınmıştır.

Araştırmanın Temel Varsayımları:

Bu çalışmada, küreselleşme ve sonrasında ortaya çıkan tüketim kültürünün, sağlık ve hastalığın, değişen sosyokültürel yapıyla olan etkileşiminde, nerede yer aldığı ve kültürel değişimin, hem Tıp kurumunun hem de hastaların sağlık ve hastalığa yönelik tanımlamalarını ve yaklaşımını ne ölçüde etkilediği önem kazanmaktadır. Adı geçen bu bağlamda çalışmanın temel kabullenmeleri aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Sağlık ve hastalık ile toplum, birbiri ile etkileşim içindedir.
- Tüketim kültürü, toplumun sosyokültürel ve sosyoekonomik yapısında çeşitli değişim ve dönüşümlere yol açmıştır.
- Sağlık – hastalık – toplum etkileşimi çerçevesinde, tüketim kültürünün etkisiyle, sağlık ve hastalık anlayışlarında da değişime neden olmuştur.

Araştırmanın temel amacı da, tüketim kültürünün hekim ve hastaların sağlık ve hastalığa dair anlamlandırma sürecini nasıl etkilediğini irdelemektir. Bu amaç doğrultusunda araştırmanın temel varsayımlarını da şu şekilde ifade etmek olasıdır:

- Tüketim kültürünün etkisiyle Tıp alanında, sağlık ve hastalığın Biyomedikal modelinin değerlerinden, Biyokültürel modelin değerlerine doğru bir değişim yaşanmaktadır.
- Bu değişim sürecinde, hekim ve hastaların sağlık ve hastalık anlayışları, her iki Tıbbi modelin değerleri temelinde, farklılıklar göstermektedir:
 - Hastaların, sağlık ve hastalığa ilişkin anlamlandırmalarında, bu değişim sürecinin farklı etkileri görülmektedir.
 - Hekimlerin, sağlık ve hastalığa ilişkin anlamlandırmalarında bu değişim sürecinin farklı etkileri görülmektedir.

2.3. Derinlemesine Görüşmelerden Elde Edilen Verilerin İçerik Analizi

İçerik analizinin özünde sistemli bir inceleme vardır. Önceden belirlenen ölçüm değerlerinin bir sistem içinde uygulanmasıdır. İçerik analizi, insanların söyledikleri ve yazdıklarının açık talimatlara uygun olarak kodlanıp, temalaştırılmasıdır (Balcı, 2001:209). İçerik analizi sadece bir betimleme analizi ve tasvir aracı ya da tekniği değil, aksine çıkarım yapma yoluyla sosyal gerçeğin belirli boyutlarını araştıran bir tekniktir (Gökçe, 2006: 19). İçerik analizinin özünde söylenenlerin temalaştırılması ve ne sıklıkla vurgulandığının belirlenmesi yatmaktadır (Böke, 2009: 345). İçerik analizinde temel amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmak; birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir biçimde düzenleyerek yorumlamaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2016:242).

Bu çalışmanın içerik analizi sürecinde aşağıdaki aşamalar kaydedilmiştir:

2.3.1. Verilerin Kodlanması

Çalışmanın içerik analizine veri kodlama aşamasıyla başlanmıştır. Verilerin kodlanması, araştırmanın amacı çerçevesinde anlamlı bölümlere ayrılması ve her bölümün kavramsal olarak ne anlam ifade ettiğinin ortaya çıkarılması sürecidir. Farklı bölümlerde benzer anlamlara denk gelen veriler, aynı kavramlarla kodlanarak birbirleriyle ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmanın kodlama süreci, genel bir çerçeve içinde yapılan kodlama türüne göre (Yıldırım ve Şimşek, 2016:246) sürdürülmüştür: Araştırmadan elde edilen verilerin kodlama süreci öncesinde, açık uçlu görüşme formunu yönlendiren genel bir kavramsal yapı oluşturulmuştur. Her ne kadar önceden oluşturulan kavramsal yapıya göre kodlamaya başlansa da ortaya çıkan yeni kavramlar da kodlama listesine dahil edilmiştir. Bu şekilde önceden belirlenen kod listesi içerik analizini yönlendirirken, tümevarımcı bir anlayışla, verilerin incelenmesi sonucu ortaya çıkan yeni kavramlar da daha önceden oluşturulan kod listesine eklenmiştir.

Görüşmelerden elde edilen veriler çözümlenmiş metinler üzerinde satır satır okunurken, katılımcıların sosyal deneyimlerini anlamaya ve açıklamaya dönük bir çaba sarf edilmiş; elde edilen veriler, sosyal inşa kuramı aracılığıyla yorumlanmaya çalışılmıştır. Veri analizi sürecinden elde edilen bulguların sayısal dökümü ve genelleştirilmesi yerine hekim ve hastalar tarafından inşa edilen öznel gerçeklik, sağlık ve hastalık anlatısı kavranmaya çalışılmıştır. Aşağıda bir hekimle yapılan görüşmenin transkripsiyonu ve tematik analizinin ilk aşaması örnek olarak yer almaktadır:

Şekil 1 - Yapılan görüşmelerin transkripsiyonuna dair bir örnek

1. Sizin için “sağlıklı olmak” ne demektir?	
- <i>sağlıklı olmak bir şikayetin olmaması, normal hayatı günlük hayatı sürdürebilmek</i>	Açıklama [FD1]: Şikayetin olmaması, normal hayat
2. Kendinizi sağlıklı görüyor musunuz?	
- <i>Eh, bir takım hastalıklarım var ama günlük yaşamımı oldukça iyi sürdürebiliyorum.</i>	Açıklama [FD2]: Hastalığa rağmen sağlıklı
3. Tükettiğiniz gıda ürünlerine sağlık açısından dikkat eder misiniz? Açıklar mısınız?	
- <i>Ederim, baya ederim hatta bu konuda çalışıyorum o yüzden daha çok ederim.</i>	Açıklama [FD3]: Gıda sağlık bağlantısı
4. Beslenme alışkanlığınız nasıl? Son bir hafta içinde nasıl beslendiniz?	
- <i>Genellikle iki öğün besleniyorum. 9 gibi kahvaltı ve 5 gibi de akşam öğünü. Ara öğün olarak kuruyemiş ya da yoğurt tüketiyorum. Meyve pek yemiyorum.</i>	Açıklama [FD4]: İki ana öğün, ara öğün, meyve yok
5. Sağlığınız için rejim veya özel bir diyet yapıyor musunuz? (evetse) Niçin?	
- <i>Zaman zaman, çoğu zaman hatta, aklıma gelir hep (rejim yapmak).</i>	Açıklama [FD5]: Sıklıkla rejim yapıyor
6. Sizce “çirkin / güzel & yakışıklı” veya “kilolu & zayıf / fit” olmanın sağlıkla bir bağlantısı var mıdır? Açıklar mısınız?	
- <i>Yani çok kilolu olursanız sağlıklı olmanız mümkün değil, çok kolay yoruluyorsanız sağlıklı olmak mümkün değil, her zaman fit olmak sağlıklı olmak anlamına gelmiyor ama fit olmak sağlıklı olmak için yollardan önemli birisi</i>	Açıklama [FD6]: Bedensel güzellik sağlık bağlantısı, fit olma faktörü

2.3.2. Temaların Oluşturulması

İçerik analizinin bu basamağında, temaların saptanması amacıyla, bir araya getirilen kavramlar arasında ortak yönler bulunmaya çalışılmıştır. Bu aşamada, ortaya çıkan kavramlardan hareketle, verileri genel düzeyde açıklayabilen ve kavramları belirli kategoriler altında toplayabilen temaların bulunması gerektiği için, önce kavramlar incelenmiş ve aralarındaki ortak yönler bulunmaya çalışılmıştır. Bu, aslında temaların oluşturulma işlemidir ve toplanan verilerin kavramlar aracılığıyla kategorize edilmesiyle gerçekleşir. Oluşturulan temalar, daha genel bir olguya işaret etmesi durumunda, ortaya

ıkan kavramların benzerlik ve farklılıkları saptanmaya çalışılmış ve birbiriyle ilişkili olan kavramları bir araya getirebilecek türden temalar belirlenmiştir. Böylece, bu kavramları düzenli bir şekilde içeren, birbirine göre alt veya st düzeylerde temalar oluşturulmuştur (Yıldırım ve şimşek, 2016:249-250).

Analiz sürecinde tezin konusuyla ilgili ifade edilen kavramların ve düşüncelerin temalaştırılması, görüşmenin çözümlendiği metnin tekrar tekrar okunması ile gerçekleşmiş; bu temalar araştırmanın alt amaçlarına göre kodlanıp gruplandırılmıştır. Tematik analiz, katılımcıların sağlık ve hastalık anlatılarına ilişkin oluşturulan kavramsal şema esas alınarak gerçekleştirilmiştir. Örneğin bireyin tedavi süreci ile ilgili paylaşımlarının yer aldığı ifadeler kendi içinde de alt gruplara konulmak koşuluyla “Hastalığa Dair Anlamlandırma” st teması içinde değerlendirilmiştir. Bireyin diğer alanlardaki anlatılarının analizinde de aynı teknik izlenmiştir. Okuma, gruplandırma, temalaştırma aşamalarında NVivo yazılımından da yararlanılmış; belirli alt konuları karşılayan anahtar kavramlar kullanılarak görüşme metinleri taranmıştır.

NVivo’da nitel verinin sayısallaştırılması da mümkün olmakla beraber buradaki amaç güvenirliği arttırmak ve yanlılığı azaltmaktır. Bu sayede her ne kadar mutlak nesnel bir yorum yapılamayacak olsa dahi yanlılıktan olabildiğince uzaklaşılmaktadır. Sade bir şekilde anlatmak gerekirse; NVivo yazılımıyla, kodların özel temalar altında toplanması sonrası, veriler ile temalar arası bağlantı kurulması sağlanmıştir. NVivo yazılımının nasıl kullanıldığına dair kısa bir bilgi, çalışmanın “Ekler” kısmında ilave edilmiştir.

Bu doğrultuda görüşme formunda yer alan açık uçlu sorulara verilen cevaplar incelenmiş, hekim ve hastaların yanıtlarına karşılık gelen kavramlar oluşturulmuş, daha sonra bu kavramlar incelererek anlam açısından benzerlik gösterenler bir araya getirilmiş ve farklı temalara yerleştirilmiştir. Kavramların belirlenen temalarda toplanması işleminde, veriler aracılığıyla oluşturulan kavramların doğal haliyle temalara yerleştirilmesi, yani belirlenen tüm temalardan bir veya birden fazlası ile ilişkilendirilmesi söz konusudur. Bu işlem gerçekleştirilirken, verilerin salt bir tema ile ilişkilendirilmesi yönünde bir zorlamaya gidilmemiş, ilgili olabileceği tüm anlamlar değerlendirilmiştir.

2.3.3. Verilerin Alt ve Üst Temalara Göre Düzenlenmesi

İlk aşamada ayrıntılı kodlama ve ikinci aşamada temaların oluşturulması sonucunda toplanan veriler, alt ve üst temalar olarak belirli bir sistem içinde düzenlenerek yorumlamaya hazır hale getirilmiştir. Bu aşamada veriler yalnızca işlenmiş olup araştırmacının kendi görüş ve yorumlarına yer verilmemiştir. Oluşturulan temalar, toplanan verilerin derinliğine ve kapsamına göre alt ve üst düzeylerde kategorize edilmiştir. Üst temalar, kavramları bir araya getiren alt temaların ortak ilişkilerinden yola çıkarak sınıflandırılmıştır:

ÜST TEMA	ALT TEMA	
	a. Hastalar açısından	b. Hekimler açısından
A. Sağlığa dair anlamlandırma	A.1.a. “Sağlık eşittir hayat”	A.1.b. Hayatın sürdürülebilirliği, devamlılığı
	A.2.a. Yaşam kontrolü	A.2.b. Yaşama dair farkındalık
B. Beslenme alışkanlığı	B.1.a. Diyet: “hayatta kalma adına mecburiyet”	B.1.b. Koşullara uyum sağlama
	B.2.a. Diyet programına uyum	B.2.b. Dengeli beslenmeye özen gösterilmesi
C. Beden imgesi	C.1.a. “Kilo yaşamı etkiliyor”	C.1.b. “Kilo sağlığı etkiler”
	C.2.a. Dış görünüm - sağlık ilişkisi	C.2.b. Dış görünüm - sağlık ilişkisi
	C.3.a. Egzersiz, spor alışkanlığı	C.3.b. Egzersiz, spor alışkanlığı
D. Sağlık kontrolü	D.1.a. “Hastaysan gitmelisin”	D.1.b. “Her şey için kontrole gidilmeli”
	D.2.a. “Sağlık için gidilmeli”	D.2.b. Tedavinin takibi ve devamlılığı
E. Gündelik hayatta sağlık deneyimleri	E.1.a. Sağlık harcamaları “mecburen” ilk sırada	E.1.b. Gıda, barınma ve giyim-kuşam
	E.2.a. Kişisel bakım masrafları yüksek	E.2.b. Basit hijyenik bakım
F. Hastalığa dair anlamlandırma	F.1.a. “Hastalık kendini yok hissetmektir”	F.1.b. “Toplumdan kopuş”
	F.2.a. Hastalık ve sosyal durum	F.2.b. Hastalık ve sosyal durum
	F.3.a. Hastalık ve ekonomik durum	F.3.b. Hastalık ve ekonomik durum
G. Sektöre dair güven	G.1.a. Kuruma inanma meselesi	G.1.b. Özel hastanelerin ticari kaygısı
	G.2.a. “Özeli tercih ederdim”	G.2.b. “Birinci tercihim kamudur”
H. Müşteri hasta	H.1.a. “İletişim çok önemli”	H.1.b. “Güven en önemli şey!”
	H.2.a. İdeal sağlık kuruluşu	H.2.b. Hasta profili
I. Tedaviye dair deneyim ve anlamlandırma	I.1.a. Teşhis ve tedavi süreci	I.1.b. Teşhis ve tedavi süreci

2.4. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Nitel araştırmalarda, geçerlik ve güvenirlğe dair niceliksel tekniklerden daha farklı ölçme araçları kullanılmaktadır (Kirk ve Miller, 1986; Miles ve Huberman, 1994; Lincoln ve Guba, 2003; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bunun sebebi –daha önce de belirtildiği gibi– nitel araştırmaların, araştırma yapılan olay, olgu, norm ve değerlerin varlığının ve anlamına odaklanmasıdır. Niteliksel araştırma teknikleri, geçerlik açısından önemli artılar ortaya koymakta ve araştırmacıya araştırmanın niteliğine uygun stratejiler belirleme fırsatı sunmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016:270).

Bu çalışmanın gerçekleştirildiği alan, araştırma süreci ve bu süreçte elde edilen veriler, geçerliğin önemini arttıracak biçimde tüm ayrıntılarıyla raporlanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, araştırmanın alanı ve ortamıyla uyumlu görünmektedir. Elde edilen veriler, araştırmanın amacına uygun bir biçimde bölümlere ayrılmış ve kavramsal olarak ne anlam ifade ettikleri ortaya çıkarılmıştır. Ortaya çıkan bu ifadeler, iç geçerlik açısından kavramsal çerçeveye uyum sağlamaktadır. Bir başka deyişle, çalışmanın kavramsal çerçevesi, veri toplama sürecine rehberlik etmiştir (Miles ve Huberman, 1994:18-22).

Nicel araştırmalarda araştırma sonuçlarının benzer ortam ve durumlar için doğrudan genellenebilmesi, nitel araştırmalarda deneyimler ve örnekler aracılığıyla dolaylı yoldan gerçekleştirilebilmektedir (Miles ve Huberman, 1994:278-279). Bu çalışmada örneklem ve içinde bulunduğu ortamın özellikleri, karşılaştırma yapılabilecek şekilde ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Araştırmanın her aşamasının tüm ayrıntılarıyla sunulması, bu çalışmanın niteliksel açıdan genellenebilirliğini arttırmaktadır.

Sosyal gerçeklik, sürekli bir değişim içinde olduğu için, benzer ortamda benzer katılımcılarla gerçekleştirilen nitel araştırmalar, aynı sonuçları vermeyebilir. Bu yüzden, sosyal bir olgu ya da olayın aynı zaman diliminde birden fazla araştırmacı tarafından benzer biçimde ölçülmesi, nitel çalışmanın güvenirlğini arttırmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2016:272-273). Bu çalışmanın bugüne kadarki ilerleme sürecinde, başta tez danışmanı ardından da tez izleme jürisindeki bilim insanları, önceden edinmiş oldukları gözlem ve deneyimleri araştırmacıyla paylaşmışlardır. Bununla birlikte, tüm araştırma

sürecinin nasıl işlediğine tanık olmuşlar ve stratejik açıdan yönlendirmişlerdir. Bu yönlendirmeler, araştırmanın güvenilirliğini güçlendirecek niteliktedir.

Güvenirlik açısından diğer bir önemli unsur, veri toplama ve analiz esnasında kullanılan tekniklerin nasıl aktarıldığıdır (Miles ve Huberman, 1994:37-38). Yöntem başlığı altında, verilerin nasıl kaydedildiği, aşamaları, nasıl işlendiği ve nasıl yorumlandığı en ince ayrıntısına kadar aktarılmıştır. Elde edilen verilerin derinliği ve kapsamıyla alakalı olarak temaların nasıl oluşturulduğu, oluşturulan temaların birbirleriyle alt ve üst düzeylerde nasıl kategorize edildiği de bir sonraki bölüm olan nitel verilerin yorumlanması kısmında tüm detaylarıyla anlatılmıştır.



3. ALT VE ÜST TEMALARA KARŞILIK GELEN NİTEL VERİLERİN YERLEŞTİRİLMESİ VE YORUMLANMASI

Veri analizi sürecinde, elde edilen bulguların sayısal dökümü ve genelleştirilmesi yerine, hekim ve hastalar tarafından inşa edilen öznel gerçeklik, sağlık ve hastalık anlatısı kavranmaya çalışılmıştır.

Temaların oluşturulması aşamasında, temaların saptanması amacıyla bir araya getirilen kavramlar arasında ortak yönler bulunmaya çalışılmıştır. Burada ortaya çıkan kavramların benzerlik ve farklılıkları saptanmaya çalışılmış ve birbiriyle ilişkili olan kavramları bir araya getirebilecek türden temalar belirlenmiştir.

Verilerin alt ve üst temalara göre düzenlenmesi aşamasında, oluşturulan temalar, toplanan verilerin derinliğine ve kapsamına göre alt ve üst düzeylerde kategorize edilmiştir. Üst temalar, kavramları bir araya getiren alt temaların ortak ilişkilerinden yola çıkarak sınıflandırılmıştır.

Bu aşamada, toplanan verilere anlam kazandırılmış ve bulgular arasındaki ilişkiler yorumlanmaya çalışılmıştır. Toplanan verilere anlam kazandırmak ve bulgular arasındaki ilişkileri yorumlamak üzere açık uçlu sorulara verilen yanıtlardan alıntılar yapılmış, bu alıntıların yapıldığı kişilere dair bilgiler de alıntının sonunda şifrelenerek belirtilmiştir. Şifreleme sırasıyla şu biçimdedir:

- Hasta / hekim: “HA / HE”
- Özel / kamuya ait sağlık kuruluşu: “ÖZL / KAM”
- Cinsiyet: “K / E”
- Yaş: #

Örneğin özel bir poliklinikte görüşme yapılan 27 yaşındaki kadın hastadan alınan cevaplara yapılan alıntı (HA, ÖZL, K, 27) kısaltmasıyla gösterilmiştir.

Bulguların yorumlanması aşamasında, her üst temaya ait alt temalar farklı alt başlıklar halinde sunulmuş olup önce (a.) Hastalar açısından, sonra da (b.) Hekimler açısından değerlendirmeye alınmıştır.

Daha net bir ifadeyle, aşağıda da görüleceği gibi “A. Sağlığa Dair Anlamlandırma” üst temasıyla ilintili olan “A.1.a. Sağlık eşittir hayat” alt teması hastaların ifadelerinden oluşturulan bir tema olduğu için ilgili başlığın numaralandırmasına (a.) harfi eklenmiştir. Benzer bir biçimde “A.1.b. Hayatın sürdürebilirliği, devamlılığı” alt teması hekimlerin ifadelerinden oluşturulan bir tema olduğu için ilgili başlığın numaralandırılmasına (b.) harfi eklenmiştir.

Buradaki amaç tezin de başlığına uygun olacak şekilde, sağlık ve hastalığın hastalar ve hekimler açısından nasıl anlamlandırıldığını bulmaya çalışmak, hastalar ve hekimler arasındaki sosyal anlam farklılıklarını yakalayabilmektir.

3.1. Sağlığın Sosyal Anlamlandırılmasına İlişkin Alt ve Üst Temalar

3.1.1. Sağlığa Dair Anlamlandırma (A)

Hekim ve hastalara, onlar için sağlıklı olmanın ne demek olduğu ve kendilerini sağlıklı görüp görmedikleri sorulmuş, gelen yanıtlar sağlığa dair anlamlandırma üst teması dahilinde alt başlıklara ayrılmıştır.

A.1.a. “Sağlık eşittir hayat”

“İnsan hayatın ne demek olduğunu bilmiyor, herkes Allah’a dua ediyor, para pul için, mutlu olmak huzurlu olmak için, ben de böyle dua ederdim, arabam olsun evim olsun. Şu an sağlıktan başka bir şey istemiyorum. Sağlık demek hayat demek. İnsan sağlıklı olduğu müddetçe para kazanabilir, gezip tozabilir, istediğini alabilir. İnsan anca hasta olduğunda sağlığın en değerli şey olduğunu anlıyor maalesef” (HA, KAM, E, 35).

“Şu hayattaki en önemli şey, her gün binlerce kez şükredilmesi gerekir. Bir yakınınızın hatta sizin başınıza amansız bir hastalık geldiğinde fark ediyorsunuz ki hayatta sağlığın ötesinde hiçbir şey yok. Sevdiklerinizin yanınızda olması bile bazen o kadar geride kalıyor ki” (HA, KAM, K, 51).

“Hasta oldum olalı sağlıklı olmayı unuttum, sağlıklı olduğum zamanki kendimden utandım, çünkü değerini hiç bilmiyordum” (HA, KAM, E, 33).

“Kaliteli yaşamaktır” (HA, ÖZL, K, 35).

“Ben sağlık konusuna çok takılmıyorum çünkü bu Allah ’ın verdiği bir Şey, derdim varsa çekeceğim diyorum. Hasta olduğumda üzlmyorum, ağlamıyorum. Böyle kendimi canlı hissediyorum, sağlıklı olduğumu dŕnp rahatlıyorum” (HA, KAM, E, 38).

“Ruhsal, zihinsel ve bedensel olarak yaŖamsal faaliyetlerini karŖılayabilen, dengede olan insan sağlıklıdır” (HA, ÖZL, K, 34).

“Paran var mı yok mu, insanlar seni seviyor mu, grnŖn güzel mi çirkin mi, iŖin düzgün m değil mi... eğer sağlıklı değilsen bunların hepsi boŖ” (HA, KAM, E, 47).

“Sağlığın yokken çok mutsuz oluyorsun. Ne yapacağını bilmediğin için çaresiz bekliyorsun” (HA, ÖZL, E, 43).

“Sağlık en önemli Şey. Ben de diğer herkes gibi sağlıklı olsaydım diye geceleri ağlıyorum. Allah ’a dua ediyorum” (HA, ÖZL, K, 28).

Sağlığın, hasta bireyin hayatında sadece biyolojik bir öğe olmadığı, daha geniŖ bir çerçeveyi; sosyal, ekonomik ve kültürel bir bütünselliği ifade ettiği görülmektedir. Birey *“...sağlık demek, hayat demek”* derken, tıbbi bir durumdan öte, sosyoekonomik ve sosyokültürel etkileŖimlerin de dahil olduğu bir bütünselliği kastetmektedir.

Sağlık, hasta bireyin yaŖamının çok yönlü bir boyutu olarak görülmektedir. Hasta bireyin gttğu amaçları ve eylemleri yararına canlılığın, formda ve güçlü olmanın (yukarıdaki grŖmelere istinaden ruhsal ve / veya bedensel açıdan) bir yansıması olarak karŖımıza çıkmaktadır.

Hasta birey sağlığı, kendisini ve sosyal çevresini birbiriyle etkileŖim halinde gören bakıŖ açısıyla değerlendirmektedir. Bu bakıŖ açısına göre birey, sağlığı, devam eden günlük yaŖam pratikleriyle bağlantılı bir “organizmanın parçası” gibi görmektedir. Bu parçanın iŖleyiŖi sekteye uğradığında, bireyin içinde bulunduğu tüm sosyal etkileŖimler de sekteye uğramaktadır. Dolayısıyla burada bir süreklilikten bahsedilmektedir; sağlık, bireyin olağan yaŖamının sürekliliği içinde yer alan bir öğe olarak resmedilmektedir.

A.2.a. YaŖam kontrolü

“Benim kontrolüm dıŖında herhangi bir yerimde bir Şeyin çıkmaması, yani ben kontrol edebilmeliyim vücudumda bir Şeyleri ama edememek sağlıksız olmak. (sağlıklı olmak bunu edebilmek mi oluyor?) evet. Hayır, kendimi bildim bileli hastayım çünkü. En

olmadı hiçbir şeyim yoksa gribim, özellikle kış aylarında, kış başlamaya yakın şu anda olduğu gibi ya öksürürüm, ya burnum akar, ya hapşururum, bunlar en hafifleri (öksürür). Üstüne de öksürdüm.” (HA, ÖZL, K, 27).

“Sağlığın yoksa yapamazsın, olmazsa olmaz, tutunamazsın, kendini küçük görürsün. Ben kendimi küçük görüyor muyum? (sessiz kaldı)” (HA, KAM, E, 27).

“Rahat rahat gezip tozmak, hatta rahatça yatıp uyuyabilmek... Mesela devamlı bu şekilde yatmak zorunda olmamak” (HA, ÖZL, E, 20).

“Buraya anca sabahları gelebildiğim için okula geç kalıyorum. Bu yüzden dersleri kaçıyorum bazen sınavları kaçırdığım da oluyor. Bunu telafi etmek için çok çalışmam gerekiyor. Sağlığım okulumu etkiliyor, okulumu etkileyin de beni etkiliyor” (HA, KAM, E, 23).

“İnsan hastalandığında anlıyor sağlıklı olmanın değerini. ‘bi şunu da atlatayım bak ne kadar güzel olacak her şey’ diyor ama sonra günlük olağan işlerle başımızı ağrıtmaya devam ediyoruz. Kontrolü yitirmeden (sağlığın) değer biçilemeyecek bir lütuf olduğunun farkına varmak lazım” (HA, ÖZL, K, 61).

“Hastanenin dışarısındaki hayatı biliyorsun ama o hayatın bir parçası değilsin, aklında canlanan tüm yakınlarının, arkadaşlarının yapabildiği olağan şeyleri yaparken duyduğun fiziksel acı çekme durumu, huzurunu da kaçırıyor. Bazen cevabı olmayan bir soruymuş gibi geliyor sağlık bana” (HA, KAM, K, 36).

Sağlığın, hasta bireyin olağan yaşamının sürekliliği içinde bir öge olarak resmedilmesi, hasta bireyin sağlığa bu sürekliliği kontrol altında tutmaya ilişkin bir rol yüklediği anlamı taşımaktadır. “...sağlıklı olmak demek, benim kontrolüm dışında (bedenimde) herhangi bir şeyin vuku bulmaması” söylemi, sağlık ile yaşam kontrolü arasında bir bağ kurmaktadır. Hasta birey için sağlıklı olmak, hayatı kontrol altında tutmak demek olsa da birey bu anlamlandırmaya ilk başta bedeni aracılığıyla ulaşmaktadır.

A.1.b. Hayatın sürdürülebilirliği, devamlılığı

“Fiziksel açıdan sağlam, ruhsal açıdan güçlü olmak. Tabi bu bir devamlılık meselesi. Dengeli beslenme, hareketli yaşama, kaliteli uyku, düzenli sağlık kontrolü gibi... Kaliteli yaşamak, ı sağlık, kaliteli bir yaşam için birinci şart” (HE, ÖZL, K, 42).

“Anatomik, fizyolojik ve ruhsal açıdan hastalıklı olmama halidir. Tüm hücre, doku ve organların yerli yerinde, stabil ve sistemlerin fonksiyonlarını yerine getirebiliyor olmalarıdır” (HE, ÖZL, E, 51).

“Sağlıklı olmak bir şikayetin olmaması, normal hayatı günlük hayatı sürdürebilmek” (HE, KAM, K, 56).

“Sağlıklı olmak yalnızca hasta olmamak demek değildir. Eh, birtakım hastalıklarım var ama günlük yaşamımı oldukça iyi sürdürebiliyorum” (HE, KAM, K, 54).

“Her şeydir, aile ilişkilerinden tut, arkadaş ilişkilerine, ruh sağlığından tut ekonomiye kadar çok geniş kapsamlı bir kavramdır” (HE, ÖZL, K, 33).

“Hepimizin dikkat etmesi gereken bir olgu sağlık. Maalesef insanlar bu dikkat etmeyi hastalıktan kaçınma olarak algılıyor. İyi de sağlıklı beslenmeyi önemsemeyen, yediklerine dikkat etmeyen, abur cubur her şeyi yiyen insan, belli bir yaştan itibaren, yok dolaşım problemi, yok eklem problemi diye geliyor buraya” (HE, KAM, K, 60).

“Fiziken iyi hissetmek. Fiziken ruhen iyi hissetmek” (HE, ÖZL, E, 44).

Hekimler açısından sağlık, günlük yaşamın aksamaması, olağan yaşamda olumsuz bir durumun yaşanmaması, herhangi bir şikayetin olmaması olarak ifade edilmiştir. Biyolojik işlevsellik, özellikle tıbbi açıdan iyi olma durumu üzerine odaklanılmış, sağlık, günlük hayatın devamlılığına indirgenmiştir.

A.2.b. Yaşama dair farkındalık

“Yaşamın, yaşamanın farkına varmaktır. Farkına vardıkça biraz daha hoş gelmesidir yani nasıl olsa bir şey olmaz deyip kaybettiğinde kıymete binen bir olgu olmamalıdır sağlık” (HE, ÖZL, E, 51).

“Bedensel ve ruhsal olarak tam bir bütünlük içinde olmaktır” (HE, ÖZL, K, 30).

“İyi olmaktır, dikkat edildiği müddetçe insanın kendinin daha iyi olacağını bilmesidir. İnsanın hayatında kontrol edemeyeceği bir değişiklik yaşamamasıdır. Hayatını rahatlıkla idame ettirebilmesidir, ne bileyim, işine rahatça gidebilmesi, çocuklarıyla güzelce ilgilenebilmesi, tatile çıkabilmesidir” (HE, ÖZL, E, 56).

“Olumlu bir bakış açısına sahip olma, samimi olma, güçlü otokontrol, geçmişe saplanmama, hoşgörülü olma, coşkuyla ve tutkuyla bu hayatta var olma, yaşamaktan haz duyma, hayatı hissetme, öfkeden uzak durma, sosyal olma, bunların tümü sağlıklı bir yaşamın anahtarıdır” (HE, KAM, E, 52).

“İnsanın kaliteli ve verimli bir hayat yaşayıp toplumda var olabilmesi için, aynı şekilde toplumun da devamlılığı için, bünyesindeki bireylerin sahip olması gereken farkındalık. Huzurlu, yaşam koşullarının güvenli olduğu, hak ve özgürlüklerin korunduğu, bireylerin temel sosyal hizmetlere erişebildiği bir hayat sağlıklıdır” (HE, KAM, K, 60).

“İnsan iyi olmak için bir şeyler yapmalıdır, böyle mutlu olur çünkü. Acı duymadan ve yorulmadan kendini gerçekleştirebilmelidir. Dengeli yemeyi, egzersiz yapmayı, iyi uyumayı, doğaya çıkıp temiz hava solumayı, yakınlarıyla gülüp eğlenebilmeyi, bunların hepsini kapsar sağlık” (HE, KAM, K, 54).

Hekimler sağlıklı olmayı bir farkındalık çerçevesine dahil etmişlerdir. Hayata karşı açıklık, hayatın farkına varma, hayata odaklanmanın olduğu bir beden ve ruh durumunu betimlemektedirler. Yaşama dair farkındalık hekimler açısından bir anlamda, uyanma, bireyin kendisiyle temasa geçmesi ve yaşamın her anının içeriğini değerlendirebilmesi olarak ifade edilmiştir. Hekimlere göre bu, bedensel ve ruhsal bütünlüğü geliştirmenin ve yaşamsal tatmini arttırmanın bir aracıdır.

“Sağlığa Dair Anlamlandırma” üst teması temelinde sağlık, hastalar için geniş bir çerçeveyi; sosyal, ekonomik ve kültürel bir bütünselliği ifade etmektedir. Sağlık, hastalar açısından, günlük yaşamın sürekliliğinin bir parçası olarak görülmektedir. Sağlıklı olmak da bu sürekliliğin kontrol altında tutulduğu anlamına gelmektedir. Hekimler açısından sağlık tanımında bir süreklilik vurgusu yer alsa da, biyolojik işlevsellik, özellikle tıbbi açıdan iyi olma durumu daha ön plana çıkarılmıştır. Sağlıklı olmak, hayattan alınan tatmini arttırmak demektir.

3.1.2 Beslenme Alışkanlığı (B)

Hekim ve hastaların tükettikleri gıda ürünlerine sağlık açısından nasıl yaklaştıkları, beslenme alışkanlıkları ve rejim ya da özel bir diyet uygulayıp uygulamadıkları sorulmuş, verilen cevaplar beslenme alışkanlığı üst teması içinde yorumlanmıştır.

B.1.a. Diyet: “hayatta kalma adına mecburiyet”

“Hasta olduğum için mecburen diyetle başladım, doktor zorunlu kıldı daha doğrusu. Her işte bir hayır vardır derler, hasta olmasaydım belki aşırı kilo alcaktım, hareketsiz kalcaktım. İyi bir vesile oldu. Diyeti düzgün uygularsam belki hayatımıza, etrafımıza bir faydası dokunur. Artık yediklerime dikkat edicem. Sadece boğazımdan geçeni değil, yatma saatimden kalorime, her şeyi ayarlıyorum, dikkat ediyorum” (HA, ÖZL, E, 43).

“Dikkatli beslenmek zorundayım. Zorunda olma durumundan başka bir söz bulamıyorum çünkü mecburum. Mesela tuzlu yememem gerekiyor, çok su tüketmemem gerekiyor yoksa kötü etkiliyor. Her ne kadar canım istese de mecburiyet işte...” (HA, KAM, K, 35).

“Ben diyet yapmam ablacım, yemek yapmayı da yemeyi de çok severim. Sonunda da hasta olduk, günümüzü gördük. E hastalık da iyice pisboğaz etti bizi...” (HA, KAM, K, 36).

“Hekim hocalar diyet verdi, az diyet dediler. Tatlıyı keseceksin dediler. Biz fakir fukarayız nasıl yapcaz? Yapamadık. Gece konduda oturuyoruz, tonla sıkıntı var, bu kadar sıkıntıyla, bunca borçla nasıl diyet yapayım ben? Muayeneye gelene kadar aklımda ne hastalık vardı ne diyet” (HA, KAM, E, 47).

“Hayır, (beslenmeme) dikkat etsem de bir şey değişmeyeceğine inandığım için olabilir, artık koyverdim biraz da ... yani yine hasta oluyorum, dikkat ettiğim zaman da oluyor ama yine hasta oluyorum bu da benim için ya tamam artık n'apsam ben olucam bunu düşüncesiyle yaklaşıp “amaan” deyip koyveriyorum” (HA, ÖZL, K, 27).

Hasta bireylerin beslenme alışkanlıkları, hastalıklarının teşhisinin yarattığı etkiyle veya doğrudan gördükleri tedavinin etkisiyle formal bir diyet programına tabi olma şeklinde yorumlanabilir. Uygulanan diyet programları, hasta bireyler tarafından “sağlıklı yaşam”larını sürdürmelerinin veya sağlıklarına kavuşmanın “olmazsa olmazı” olarak görülmektedir. Bu noktada diyetle uyum sağlama veya direnç gösterme ikilemi ortaya çıkmaktadır: Nesilden nesile aktarılan yemek / mutfak kültürü, sağlığın tıbbi gereksinimleriyle harmanlanmış diyet programıyla çakışabilmekte, uygulanacak olan diyetin maliyeti hasta bireyi zorlayabilmektedir.

Diyet programını uygulamaktan memnun olan hasta bireyler yalnızca yemek yeme alışkanlıklarına değil, uyku saatleri, egzersizleri gibi diğer “iyi olma” koşullarına da adapte olmaya çalışmaktadırlar. Bu açıdan tükettikleri gıda ürünlerine sağlık açısından dikkat etme durumunu kendilerince bir fırsata çevirdikleri de görülmektedir. (“...Her işte bir hayır vardır derler, hasta olmasaydım belki aşırı kilo alcaktım, hareketsiz kalcaktım”)

Beslenme alışkanlıkları açısından nefse hakim olamama veya uygulanacak diyetin maddi imkanları zorlaması, diyetle direnç gösterme veya diyeti yok sayma olasılığını kuvvetlendirmektedir. (“...biz fakir fukarayız nasıl yapcaz?”)

Diyeti kabullenen veya ona direnç gösteren hasta bireylerin ortak tutumu, diyetin; daha doğrusu beslenme alışkanlıklarının tıbbi otoritelerce belirli kurallara sokulmasının, sağlığın sürdürülebilmesi veya sağlığa yeniden kavuşulması açısından mutlak bir gereklilik olduğu yönündedir. (“Zorunda olma durumundan başka bir söz bulamıyorum çünkü mecburum”).

B.2.a. Diyet programına uyum

“Örneklere uygun değilim. Sabah kahvaltısı edemem. Günde 2 öğün, karbonhidrat ve protein öncelikli besleniyorum. Bu nedenle aralara sebze ve gıda takviyesi yapmaya dikkat ediyorum” (HA, ÖZL, K, 51).

“İşte, yüzde yüz olmasa da, yüzde yetmiş – seksen diyet programına uymaya çalışıyoruz. Arada baklava börek kaçamağı oluyor tabi ama diyetle uymasak daha kötü ya” (HA, ÖZL, K, 50).

“Diyetime genelde uyuyorum. Arada şımarıklık yapabiliyorum ama genelde uyuyorum diyebilirim. Doktorumun bana verdiği diyet konusunda bilinçliyim, bununla

ilgili kimse de bana karışmadı. Yemek yaparken diyetle uygun tüm gıda ürünlerim hazır. Eşim de anlayışlı sağolsun, ben varken tatlı yemiyor” (HA, ÖZL, K, 61).

“Kendi kendime yaptığım bir şey sadece dün doktora gittim bununla ilgili, her akşam artık süt içmem gerektiğini filan söyledi, süt peynir, süt ürünlerini tüketmem gerektiğini söyledi, u boynumda kitle çıktı. Yani vardı zaten ama başka yerde tekrar çıktı, onla ilgili gittim doktora o zaman söyledi, şimdi ilaç kullanmaya başlıyorum onunla ilgili de bi de ilaçlar ağır gelecekmış galiba o yüzden süt içmemi söyledi, mideme zararı olmaması için” (HA, KAM, E, 33).

“Hem doktorum hem de doktorumun yönlendirdiği bir diyetisyen neleri özellikle yememi ve nelere dikkat etmem gerektiğini bana açıkladılar. Ben de internetten araştırdım. Şimdi her şeyin doğal olanından yemeye çok dikkat ediyorum. Bir de özellikle hormonlu gıdalardan kesinlikle uzak duruyorum... Yani kendime dikkat ediyorum... Bu beni daha iyi hissettiriyor” (HA, ÖZL, K, 51).

“Diyetisyenin verdiği kitaplardan, hep onların dediklerini yemeye çalışıyorum. Her gün meyve-sebze yemeye çalışıyorum, zararlı olduğunu düşündüğüm şeyleri yememeye çalışıyorum” (HA, ÖZL, E, 43).

Diyet programına uyum konusunda, hasta bireyler her ne zorlukla karşılaşırlarsa karşılaşınsınlar, beslenme alışkanlıklarını bir biçimde diyetisyenlerinin veya doktorlarının önerdiği programa adapte etmeye çalışmaktadırlar.

Diyetisyenler ve diyet programları internet, sosyal medya veya geleneksel medya gibi yayın organlarında daha da görünür olmaya başlamış ve kitleler tarafından kolay erişilebilir bir hale gelmiştir. Bu açıdan, hasta bireyler diyet programını bir yaşam tarzı olarak benimsemiş görünmektedirler. Eğer sağlık, yaşamın kontrolünü ve sürekliliğini sağlayan bir öğeyse, sağlıklı beslenme ile bu süreklilik karşılıklı güvence altına alınmış olacaktır.

Sağlıklı yaşama adına diyet yapmanın etkileri, yalnızca tıbben “iyi olma”yı veya bireysel yaşam pratiklerini değil aynı zamanda hasta bireyin sosyal etkileşimlerine de sıçrayabilmektedir. (“Eşim de anlayışlı sağolsun, ben varken tatlı yemiyor”).

B.1.b. Koşullara uyum sağlama

“Ben yemek yemeyi bir keyif olarak görüyorum. Yemek benim için keyif, eğer geçiştireceksem hiç yemek yemem. Mesela ne zamandır burada nöbetteyim yemek yemedim doğru düzgün. Diyet önemli tabi, hele ki bizim gibi sağlıklıysan, e biz de öğünümüzü diyet olsun diye harcamak istemiyoruz” (HE, KAM, E, 52).

“Zaman zaman, çoğu zaman hatta, aklıma gelir hep (rejim yapmak) (gülüyor)” (HE, KAM, E, 61).

“Günde beş adet sigara tüketiyorum ve sosyal olarak alkol kullanıyorum. Öğünlerin besin değerleri açısından dengeli olmasına dikkat ediyorum. Her öğünde sebze bulunmasına, daha çok ızgara kullanmaya ve market ürününden çok doğal ürün kullanmaya çalışıyorum” (HE, ÖZL, K, 30).

“Yemek yeme ama doğru ve düzenli beslenme çok önemli. Doğru beslenilmediği takdirde ya da alışkanlık haline getirilmediği takdirde, istediğiniz kadar tedavi görün, hiçbir işe yaramaz, sonrasında yeniden gelirsiniz hastaneye” (HE, KAM, E, 60).

“Genellikle iki öğün besleniyorum. 9 gibi kahvaltı ve 5 gibi de akşam öğünü. Ara öğün olarak kuruyemiş ya da yoğurt tüketiyorum. Meyve pek yemiyorum” (HE, ÖZL, K, 33).

“Kendi beslenmemizi yönetmek durumundayız. Bu yüzden ben bunu başarabilmeye gayret ediyorum. Bunu başardığımızda yalnızca hastalıklara değil, sağlığımızla alakalı tüm durumlara verdiğimiz tepkileri lehimize çevirebiliriz” (HE, ÖZL, K, 42).

Hekimlerin beslenme alışkanlığı, koşullara uyum sağlama amacını gütmektedir. Kimi hekim kendi beslenme alışkanlığını bir disiplin altına almış durumdayken kimi hekim ise bu durumun farkında olsa bile diyetini geçiştirdiğini ifade etmektedir. Genel olarak uygulanan beslenme programının belirli, sınırlandırılmış ve sayılı olması dikkat çekmektedir. Bu sınırlandırma, sağlıkları açısından olumsuz olduğu halde tükettikleri ürünler için bile geçerlidir. (*“Günde beş adet sigara tüketiyorum ve sosyal olarak alkol kullanıyorum”*).

B.2.b. Dengeli beslenmeye özen gösterilmesi

“Beden kitle indeksim ‘overweight’ sınırında olduğu için kilo vermek ya da kilo almamak için yediklerime dikkat ediyorum. Protein ağırlıklı beslenmeye ve kahvaltı dışında karbonhidrat tüketmemeye çalışıyorum” (HE, ÖZL, K, 33).

“Diyet yaparım evet genelde sebze türü... Sabah kahvaltımı yaparım – kahvaltısız olmaz. Peynir, zeytin, yumurta, bal, hep yerim. Öğlen yemeği de zaten çalıştığım kuruluştaki çıkıyor, gayet güzel, sağlıklı. Akşam eve geldiğimde de eşimin yaptığı güzel yemekleri yiyorum, tatlıyla aram yok bir tek, onu da light dondurma gibi ee light sütlü tatlı gibi şeylerle geçiştiriyorum” (HE, ÖZL, K, 42).

“Ederim, baya ederim hatta bu konuda çalışıyorum o yüzden daha çok ederim” (HE, KAM, K, 60).

“Diyet, uygulayacak olanların kendi bünyelerine göre belirlenmesi gereken bir şey. Pek anlamam ama şu popüler olan hazır diyetlerin yararlı olduğuna da kesinlikle inanmam. Neticede her insanın bünyesi farklı, dolayısıyla bünyenin göstereceği reaksiyonda farklı. Kalorisi düşük olan yüzlerce meyve, sebze var, ben hep böyle yiyorum” (HE, KAM, E, 52).

“Evet dikkat ederiz ve genelde sebze ürünleri, dengeli beslenmeye çalışırız” (HE, ÖZL, E, 36).

Hekimler genel olarak dengeli beslenmeye özen gösterdiklerini belirtmişlerdir. Belirli bir diyet programına tabi olmasalar da sebze yemeğe ağırlık verdiklerini ve kilolarına dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Tükettikleri gıdanın vitamin, mineral, protein veya karbonhidrat ağırlıklı olup olmadığı konusunda seçici bir tutum sergilemektedirler. Hekimlerin beslenme alışkanlıklarının, günlük, haftalık veya aylık programlara tabi tutulduğu görülmektedir.

“Beslenme Alışkanlığı” hasta bireyler tarafından sağlıklı yaşamın sürdürülmesinde önemli bir pratik olarak görülmektedir. Geleneksel yemek kültürü alışkanlığı ve diyetin maliyeti, hasta bireylerin diyetlerini uygulamasındaki en önemli iki zorluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Hekimler açısından ise uygulansın ya da

uygulanmasın, bir diyet programı belirlenmiştir ve sınırları çizilmiştir. Hekimler, tükettikleri tüm gıdaları besin değeri, niceliği ve niteliği açısından değerlendirmektedir.

3.1.3. Beden İmgesi (C)

Hekim ve hastalara yöneltilen güzellik / çirkinliğe dair sosyal anlamlandırma ve dış görüntünün sağlıkla ilişkisi sorulduğunda, beden ve bedene dair bu deneyimler “beden imgesi” üst temasında yorumlanmıştır.

C.1.a. “Kilo yaşamı etkiliyor”

“Ben yediklerimin bana bu kadar dokunacağını nereden bilirdim? Bundan böyle mümkün olduğu kadar diyetime dikkat edeceğim, gerekirse neyim var neyim yok tüm paramı egzersize ve diyeteye vereceğim yeter ki sağlığım yerine gelsin, kilolarım gitsin. Bu benim için bir u yaşam hedefi oldu artık” (HA, ÖZL, K, 61).

“Bu bedenle her yerde büyük zorluk çekiyorum farkındayım. Yürümek istiyor insan yürüyemiyor, bir halsizlik hali... Egzersiz yapıyodum eskiden ama artık onu da yapamıyorum. Zayıf olmak sadece güzel olmak değil ki evladım, sağlık da demek” (HA, KAM, K, 51).

“ı-ıh hayır. (etkiler mi normal insanı) kişiden kişiye değişir ki bu (mesela, sizi niye etkilemiyor) kilom şu anki dış görünümümü etkilemiyor – benim de dış görünümümde bir değişiklik olsa içimdeki hastalıktan dolayı ben de etkilenirim, yani rahatsızlandığımda ilk endişe ettiğim şey, daha önce yaşamış olduğum zamanlarda ya saçım dökülürse, ya kaşım dökülürse, ya kemoterapi alırsam gerginliği direkt onu düşünmüştüm yani, ya saçıma bir şey olursa, sanki saçlarım var oluş nedenimmiş gibi...” (HA, KAM, K, 35).

“Tabi ki kiloyla sağlığın alakası var. Ailemde kalp rahatsızlığından vefat edenleri gördüm, hepsi de fazla kilodan... fazla kilo ile bağlantısını bildiğim halde kendimi o yolda görmek çok can sıkıcı” (HA, KAM, E, 27).

“Benim için kilo çok önemli. Karşı cinsin benimle ilgilenmesi için kilo vermem gerektiğini biliyorum. Geleceğim için aslında, çünkü hem iş yerinde hem de özel meselelerde fazla kilolar olumsuzluk yaratabiliyor” (HA, ÖZL, K, 28).

“Sağlığım için bitkisel çaylar, özel kapsüller, diyet ürünleri ne varsa kullanıyorum. Diyetisyene gidiyorum, özel bir rejimim var fakat bir kilo versem beş kilo alıyorum, napıcam bilmiyorum” (HA, ÖZL, K, 50).

“Sağlıkla fazla kilonun alakası var mı bilmiyorum fakat ruh sağlığıyla var. Mağazada kendime uygun, bedenime uygun kıyafet bulamıyorum, insan içine çıkamaz oldum” (HA, KAM, K, 36).

“Sağlıklı mı değil mi bilmiyorum ama alışverişe çıktığımda rahat rahat pantolon seçebilmek istiyorum, acaba aldıktan sonra ne zaman yırtılacak, ne kadar dayanır diye kafaya takmak istemiyorum” (HA, ÖZL, K, 34).

Bireyin toplumsal alandaki her türlü etkileşiminde, beden sosyal bir dayanak olarak ortaya çıkmaktadır. Bedenin bu sosyal varlığının giderek ön plana çıkması, bireyin sosyal inşa sürecini de etkilemektedir. Bu açıdan, kiloyla bağlantılı fiziksel görünüm, olağan hayatı anlamlandırmayı, birey ve beden açısından farklı bir boyuta taşımaktadır. Özel hastanede tedavi gören hasta bireyler, sağlıklarına kavuşmak adına maddi açıdan gereken tüm harcamalara açık olduklarını dile getirmişlerdir. (*“gerekirse neyim var neyim yok tüm paramı egzersize ve diyetle vereceğim yeter ki sağlığım yerine gelsin”, “sağlığım için bitkisel çaylar, özel kapsüller, diyet ürünleri ne varsa kullanıyorum”*).

Görüşme yapılan hasta bireyler kilo ve sağlık ilişkisini farklı boyutlarda anlamlandırmışlardır; kilo-sağlık ilişkisinin biyolojik bir dengede olması gerektiğini savunmaların yanında, bu durumun sosyal ilişkilere hatta ekonomik etkileşimlere yansıtacağı da ifade edilmiştir. (*“kalp rahatsızlığından vefat edenleri gördüm, hepsi de fazla kilodan”, “karşı cinsin benimle ilgilenmesi için kilo vermem gerektiğini biliyorum”*).

Günümüzde neredeyse bir standart halini almış en yaygın tüketim faaliyetlerinden biri olan alışverişe çıkma süreci, hasta bireylerce kilo ve sağlık ilişkisi içine dahil edilmiştir. (*“Mağazada kendime uygun, bedenime uygun kıyafet bulamıyorum”, “alışverişe çıktığımda rahat rahat pantolon seçebilmek istiyorum”*).

Bu bölümde, beden imgesi ve sağlık ilişkisinin kadın hastalarda daha fazla vurgulandığı göze çarpmaktadır.

C.2.a. Dış görünüm - sağlık ilişkisi

“Hastalığının tek hayırlı tarafı kilo vermeme vesile olması” (HA, KAM, E, 33).

“Zayıf olmanın sağlıkla alakası bence var. Daha az kilolu olmak isterdim ben de... Keşke daha zayıf olsaydım. Diyet de yapsam maalesef uzun zamandır bu kilodayım. Kimse bana bakmıyor, yanaşmıyor, benden sadece beş kilo zayıf hemşire bile telefonda birileriyle haşır neşir, bana ilgi duyan kimse yok” (HA, KAM, E, 35).

“Ben kendimi hiç sağlıklı hissetmiyorum çünkü yüzümü hiç beğenmiyorum, Allah’ın gücüne gitmesin ama aynaya bakmaya korkuyorum” (HA, ÖZL, K, 28).

“Dış güzellikle sağlık arasında bir bağlantı olamaz, hani elmanın dışı güzel görünse de içi kurt dolu çıkar ya o hesap. Bu hastalık olmadan önce de kiloluydum ve benden daha zayıf, daha genç olanlardan daha iyi görünüyordum, daha güçlüyüydüm” (HA, KAM, E, 38).

“Dış görüntü etkilemiyor, dış görünüm sosyal hayatı etkilemez. Bence tek açıklaması hepimizdeki sempatik, bakımlı, güven telkin eden görüntüdeki kişiliklere yaklaşmak, birlikte olmak isteği...” (HA, ÖZL, K, 34).

“Psikolojik olarak kötü etkiliyor fazla kilolarım. Alışveriş yapamıyorum, kendime kıyafet bulamıyorum, aynaya baktığımda gördüğüm görüntü beni rahatsız ediyor” (HA, KAM, E, 38)

“Bağlantı var, her şeyin çoğu zarar, çok zayıfın da zarar, çok şişmanın da zarar, her şey normal dengesinde olmalı diye düşünüyorum, (kilolu ve zayıf olmak ikisi de sağlıksız) aynen öyle. (çirkin olmak) sağlıksız değil, (güzel olmak) yani herkes güzel olmak ister ama tabi ki de sağlık açısından bir şey değil bu, (sağlıkla bağlantılı değil) ama sağlıksızlıktan kaynaklı bir çirkinlik olabilir: kanser hastası mesela atıyorum, bir süre sonra çirkinleşmeye başlıyor ya da verem hastası. İşte saç dökülmesi, kirpik dökülmesi, kaşlar, zayıflaması, aşırı zayıflaması anoreksiya hastaları mesela, onlar da çirkinleşiyorlar. (Bedenle bağlantısı var) aynen öyle, içerdeki aslında, içimizdeki rahatsızlıkların dışımıza vurmasının güzellikle veya çirkinlikle alakası olabileceğini düşünüyorum, içimiz çürüdükçe dışımız da çürüyor yani. Bu öksürüklü bir ses kaydı...” (HA, ÖZL, K, 27).

Bu başlık altında yine belirli bir mutlak değerin üzerinde ya da altındaki kilonun sağlıkla ilişkisi kurulmuş fakat bu ilişkide bedenın biyolojik işlevinden ziyade fiziksel görünümünün bireyde yaşattığı deneyimler ön plana çıkarılmıştır. Beden ve dış görünüm kimi bireyler tarafından üst düzeyde bir soruna dönüşebilmektedir. (“ben kendimi hiç sağlıklı hissetmiyorum çünkü yüzümü hiç beğenmiyorum”).

Dış görünümün iyi olmasının sağlıkla olan ilişkisi, daha çok sosyal çevreyle etkileşime girebilme üzerinden kurulmuştur. (“keşke daha zayıf olsaydım ... kimse bana bakmıyor, yanaşmıyor”). Dış görünümün bireyin ruh haline yansıması, birey tarafından olumsuz nitelendirilebilmektedir. (“...aynaya baktığımda gördüğüm görüntü beni rahatsız ediyor”). Bununla birlikte dış görünüm ve sağlık arasında bir ilişki olmadığını öne süren bireylerin ortak noktası, bireyin güçlü hissetmesinin veya güven telkin etmesinin dış görünüşten bağımsız olarak sosyal ilişkiler temelinde yattığı fikridir. (“bu hastalık olmadan önce de kiloluydum ... daha güçlüydüm”).

C.3.a. Egzersiz, spor alışkanlığı

“Hayatıma devam ediyorum, spor yapıyorum, parka gidiyorum orada aletler var. Onları severek kullanıyorum iyi ki koymuşlar. Önceden bu aletlerin hiçbiri yoktu” (HA, KAM, E, 47).

“Eğer bu hastalık yani beni yiyorsa o beni yiyeceğine ben onu yerim, bu yüzden vücudumu güçlendiriyorum. Spor yaptığımda her zaman daha güçlü oluyorum, sanki hastalığımı yeniyormuşum gibi hissediyorum” (HA, ÖZL, E, 43).

“Spor yapmam, evden çıkmıyorum ki! Evin işi anca bitiyor zaten süpürge tutuyorsun, yoruluyorsun e o bitince bir saat dinlenmen lazım. Çamaşır, bulaşık yıkasan yine bir yarım saat dinlenmen lazım yani yoksa oran buran ağrır çok fena” (HA, KAM, K, 51).

“Şöyle söyleyeyim, kalp kapakçığımda doğuştan trikuspid yetmezliği var ee bunun için ilkokul, ortaokul ve lise hayatı boyunca beden derslerinde raporluydum, hiç giremedim. Çünkü koşmam yasaktı, kendimi yorucak her şey yasaktı. ilkokulda çok bayılmalarım olduğunda fark etmiştik kalbimdeki problemi sonra bir ilaç tedavisi gördüm, kapakçıklar tamamen o açıklık kapanmadı ama beni çok zorlamıyacak noktaya getirdiler kullandığım ilaçlarla. Ama daha sonra, yıllar sonra reformer yaptım plates,

onda da kendimi çok yormadığım için, tamamen kasım artsın vücudumda biraz kas dengem olsun diye yapmıştım. (süre) 7-8 ay filan, ama direkt etkisini görmüştüm yani bi vücudum toparlanmıştı aslında vücudumun spora çok ihtiyacı var ama bisiklete binsem bile çok yoruluyorum, merdiven çıkarken bile yoruluyorum yani nefes nefese kalabiliyorum (vücudumun spora çok ihtiyacı var derken?) Herkesin spor yapması gerektiğini düşündüğüm için bunu söylüyorum (niçin) ileriki yaşlar için, yani ölmezsek erken yaşta... yaşlandığımız zamana yatırım yapıyoruz aslında spor yaparak” (HA, ÖZL, K, 27).

“Bu egzersiz hadisesi, bende kontrolsüz bi iştaha yol açıyordu. Evde aç aç dolaşıp önüme gelen ne varsa hepsini yememe sebep oluyordu, ben onu biliyorum. Buradaki hocalarım da düzenli egzersiz yapmamam için kendi kendime ürettiğim bir bahane sanıyor” (HA, ÖZL, E, 20).

Bireylerin spor ve egzersiz pratiklerinde hastalık teşhisi konması ile bir bağlantı olduğu öğrenilmiştir. Bireyler spor yapmayı, sağlıklı olma durumunun sürdürülebilmesi adına günlük rutin aktivitelerden ziyade sağlığa yeniden kavuşma adına hastalıklarıyla mücadele ettikleri bir alan olarak görmekte ve bu mücadeleyi de bedenleri üzerinden yürütmektedirler. (“...bu hastalık yani beni yiyorsa, o beni yiyeceğine ben onu yerim, bu yüzden vücudumu güçlendiriyorum”).

Diğer yandan hasta bireylerin kamusal alandaki spor aletlerini kullanmaları ve bunu iyi bir uygulama olarak değerlendirmeleri, sağlığın sürdürülebilirliğinin kamusal alanda görünür hale gelmesine örnek teşkil etmektedir. Kamusal ya da özel alanda egzersiz ve spor faaliyeti gerçekleştiren bireylerin sağlık ve spor alışkanlığı konusunda, fiziksel olarak kendilerini güçlü hissettirmesi açısından pozitif bir tutum sergiledikleri görülmektedir. (“...yaşlandığımız zamana yatırım yapıyoruz aslında spor yaparak”)

C.1.b. “Kilo sağlığı etkiler”

“Yani çok kilolu olursanız sağlıklı olmanız mümkün değil, çok kolay yoruluyorsanız sağlıklı olmak mümkün değil, her zaman fit olmak sağlıklı olmak anlamına gelmiyor ama fit olmak sağlıklı olmak için yollardan önemli birisi” (HE, KAM, K, 60).

“Tabi ki, biraz ertelerim (diyeti) çoğu zaman ee doktor işlerini ertelerim ama zaten beden gözlem meselesinde kendini duyurur, o sesini verir” (HE, KAM, K, 55).

“Sık ve hızlı kilo alıp veren biri olmakla birlikte geçmişte sık spor yaptığım ve kaslarım sağlıklı olduğu için kendimi bedensel olarak zinde hissediyorum. Stresli dönemlerimde ise sırt ağrıları hissediyorum. Bunun primer olarak bedensel olmadığını, daha çok psikosomatik olduğunu gözlemledim. Düzgün beslendiğim zamanlar uykumun düzeldiğini ve halsizliğimin olmadığını fark ettim. Çocukluktan gelen kronik bir böbrek rahatsızlığım dışında kontrol gerektiren bir durumum yok” (HE, ÖZL, K, 42).

“Güzellik değil ama kilolu veya zayıf olmanın sağlıkla direkt ilişkili olduğu görüşünden yanayım. Yapabileceğim en basit hatırlatma obez birinin koşamayacağı veya bazı sağlıkla ilintili hareketleri yapamayacağı gerçeği” (HE, ÖZL, E, 36).

“Haftalarca yediklerinize dikkat edip diyet yaparak kilo verdikten sonra yine bakıyorsunuz fark yok. Egzersiz yapmazsan olmaz, sağlığın için oldukça faydalı olduğuna inanıyorum ben” (HE, KAM, E, 52).

“Fazla kilo sağlığı tabi ki etkiler, bu yüzden her yaşa ve her kondisyona göre farklılaşan, çok da fazla zorlamadan, sadece yürüyüş ve esneme hareketleriyle birlikte uygulanabilen basit bir egzersiz programı takip edilmelidir. Olağan kilo problemlerinden çok daha önemlisi, ilerleyen yaşlarda zinde ve sağlıklı olabilmek için devamı sağlanmalıdır” (HE, ÖZL, E, 44).

Hekimler, genel itibarıyla, (fazla) kilonun sağlığı olumsuz yönde etkilediği konusunda hemfikir görünmektedirler. Sağlıklı olma durumunun sürdürülebilirliğinin önem derecesi üst düzeydedir. Sağlık açısından iyi olma durumunun sürdürülebilirliği için dengeli / fit olmak en önemli öğedir. Günlük hayat pratikleri içinde bedensel aktiviteler dahilinde dayanıklılık, hekimler açısından sağlıklı olmanın önemli bir göstergesi konumundadır. (“...çok kolay yoruluyorsanız sağlıklı olmak mümkün değil”, “obez birinin ... sağlıkla ilintili hareketleri yapamayacağı gerçeği”).

C.2.b. Dış görünüm - sağlık ilişkisi

“Etkiler. Çok etkiler, güzelseniz bu sizin için bir artıdır, ya da bir deformiteniz varsa, fiziki deformiteniz varsa bu bir etiketlenmeye neden olabilir ya da sizi kendinizi

kişisel olarak zorluk yaşatabilir bunlar aşıladabilir. Ama herhalde bu deformitenin derecesine, kişinin ee kişilik yapılanmasına göre böyle bir etkilenme olasıdır” (HE, KAM, K, 54).

“Güzellik çirkinlik olmasa da fit olmanın sağlıkla doğrudan alakası var. Çirkin demeyelim ama güzel görünmeyen ya da kendini güzel hissetmeyen fakat sağlığı gayet yerinde olan hastalarım var. Kontrole geliyorlar, kimisi hiç aksatmıyor. Önemli olan belli değerlerin dışına çıkmamak, ha bu da dikkatle olacak iş. Gıdана dikkat ediceksin, sporunu yapacaksın, çok zayıf ya da çok kilolu birinin sağlıklı olduğunu söylemek ne kadar doğru olur ki?” (HE, ÖZL, E, 44).

“Kısmen, çok düşük oranda da olsa, aslında kendi kişisel yaklaşımım, yani bir şeyim yok engel olduğunu düşünmüyorum, avantaj mıdır, o da ortalama” (HE, KAM, K, 56).

“Etkiliyor. Bir bayan olarak makyaj yaptığım, klasik giyindiğim günler hastalar tarafından daha dikkate alındığımı; öte yandan sade olduğum günler daha az dikkate alındığımı düşünüyorum” (HE, ÖZL, K, 33).

“Kısmen. Güzel ya da çirkin değil de kilo tabi sağlıkla doğrudan orantılı. Çok zayıf ya da çok ağır kilolu ama uygun yaşla uyumlu beden kütle endeksine sahip olmak yeterli” (HE, KAM, E, 52).

“Sağlıklı olmanın güzel ya da yakışıklı olmakla alakası olduğunu düşünüyorum fakat kilolu, zayıf, fit ile güzellik kavramının göreceli olduğuna inanıyorum. Güzellik veya yakışıklılık kavramı eş seçimiyle ilgili evrimsel bir algı olduğundan sağlıklı olmakla daha çok ilintili olduğu kanaatindeyim” (HE, ÖZL, K, 30).

Hekimler, dış görünümün sağlıkla bağlantılı olduğu konusunda da ortak bir görüş paylaşmaktadırlar. Dış görünümün sağlık açısından doktorlarda yarattığı olumlu izlenim, yalnızca tek boyutlu değildir. Hekimler, dış görünümü iyi olan bireyin sağlıklı olma izlenimine, dış görünüme etki eden sportif faaliyetler, uygulanan diyet ve beslenme alışkanlıkları gibi faktörler aracılığıyla ulaşmaktadırlar. (“...gıdана dikkat ediceksin, sporunu yapacaksın, çok zayıf ya da çok kilolu birinin sağlıklı olduğunu söylemek ne kadar doğru olur ki?”).

Dış görünümün yalnızca biyolojik açıdan değil psikolojik açıdan da sağlığı etkilediği görüşüne rastlanmaktadır. (“...fiziki deformiteniz varsa bu bir etiketlenmeye neden olabilir ya da sizi kendinizi kişisel olarak zorluk yaşatabilir”). Burada ruhen iyi olma hali bedenın dış görünümünü üzerinden sosyal çevreyle etkileşim boyutunda devreye girmektedir.

Hekimler, yalnızca hasta bireyler açısından değil, kendi profesyonel yaşantılarında da dış görünümün önemli bir unsur olduğuna değinmişlerdir. (“makyaj yaptığım, klasik giyindiğim günler hastalar tarafından daha dikkate alındığımı... düşünüyorum”).

Az ya da fazla kilolu olma durumu, hekimler tarafından dış görünümle ilişkilendirilmiş durumdadır. Dolayısıyla hekimler tarafından dış görünüm ve sağlık arasında ilişki kurulmasında kilonun bir etkisi bulunmaktadır. (“güzel ya da çirkin değil de kilo tabi sağlıkla doğrudan orantılı...”).

C.3.b. Egzersiz, spor alışkanlığı

“Spor salonuna üyeliğim yok fakat evim göl kenarına çok yakın olduğu için haftada birkaç gün apartmanımızın köpeğiyle yürüyüş yapıyorum. Ayda bir doğa yürüyüşü yapıyoruz. Şehir merkezinde yaşadığım zamanlar bir üniversitenin spor salonuna üyeydim. Şu an değilim” (HE, ÖZL, E, 56).

“Düzenli olarak egzersiz yaparım tabi. Egzersiz yapmak vücudun zinde kalmasını sağlar ve karın bölgesindeki yağları yok eder. Öyle günde üç-dört saat yapılması da şart değil, günde yarım saat bile yeterli, yeter ki bir düzene otursun” (HE, KAM, K, 54).

“Spor yaparım, çok da büyütmemek lazım. Yani spor denilen şey sadece spor salonlarında yapılmaz, evimde, sokakta, hatta burada bile bilgisayarımın başındayken bile yapabileceğim bir şeydir” (HE, KAM, E, 52).

“Düşer (spor salonuna yolum düşer), spor egzersiz yaparım” (HE, ÖZL, K, 42).

“Spor salonu üyeliğim var. Onun dışında evde de vakit buldukça egzersiz yapıyorum. Ben uzman bir diyetisyenim ve bana gelen hastamın beni fit görmesini isterim, yoksa kendi söküğünü dikemeyen terziye hangi hasta gelir?” (HE, ÖZL, E, 36).

“Düzenli (spor yaparım). Evet, (spor salonu) üyeliğim var” (HE, KAM, E, 60).

Hekimlerin neredeyse tümünün spor salonu üyeliklerinin olması ve düzenli spor aktivitelerinde bulunmaları, sağlığın bir süreklilik, bedensel bir efor gerektirdiği konusunda hemfikir olduklarına dair ipucu vermektedir. Diğer yandan sağlıklı olma durumunun, hekimlerin kendilerini hastalara göre konumlandırmasında rol oynadığı da söylenebilir. Kontrol, teşhis veya tedavi için kendilerini ziyaret eden hasta bireye karşı “hasta görünmek” istenmeyen bir durum olarak yansıtılmıştır. (“...bana gelen hastamın beni fit görmesini isterim, yoksa kendi söküğünü dikemeyen terziye hangi hasta gelir?”).

“Beden İmgesi” üst teması kapsamında, hasta bireyler açısından fazla kilo, yaşamlarını etkileyen sosyal bir problem olarak anlaşılmaktadır. Beden ve dış görünümün sağlıkla olan ilişkisi, sosyal çevreyle etkileşime girebilme üzerinden kurulmuştur. Hasta bireyler, sağlıklarına yeniden kavuşma amacıyla spor ve egzersiz yapmaktadır. Hekimler ise fazla kilonun sağlığı olumsuz yönde etkilediği görüşündedir. Hekimlere göre sağlığın ve iyi olma durumunun sürdürülebilmesi için “fit” olunması gerekmektedir. Dış görünüm ve sağlık arasındaki ilişkide ise kilonun bir etkisi olduğu ifade edilmektedir.

3.1.4. Sağlık Kontrolü (D)

Sağlık kontrolü üst temasında hastalara sağlık kontrolüne gitme rutini ve niçin gittikleri; hekimlere de konsültasyon sonrası tedavinin devamlılığını isteyip istemedikleri sorulmuştur.

D.1.a. “Hastaysan gitmelisin”

“İki yıl önce çalıştığım kurum sağlık kontrolü sağlamıştı, onu hatırlıyorum... Hastalık sebebiyle gidilir hastaneye, başka niçin gidilsin ki?” (HA, KAM, E, 23).

“Kendimi sağlıklı gördüğüm için doktora gitmeye hiç gerek duymadım, yani ne bileyim ağır hasta olmadığım için kontrole hiç gerek duymadım ama ağır hasta olsam giderdim” (HA, KAM, E, 47).

“Ben pek öyle hastaneymiş, doktora gitmekmiş, yapmam. Tansiyon ilaçlarım raporla verilir, üç ayda bir bittiği zaman giderim yazdırırım ama rapor biter, o zaman tıpış tıpış giderim doktora, raporumu yazdırırım. Hasta olmadığım zaman gitmem ne diye gidip doktorun başını ağrıtayım? kontrol diye gitmek lüks bence” (HA, KAM, E, 38).

“Bu hastalığı yaşıyana kadar ne yalan söyleyeyim hiç gitmedim hastaneye... bizim milletin huyu böyle, hiç bilmeden etmeden anca başına bir şey gelirse gidiyor doktora, hah işte ille başına bir şey gelicek ki hastaneye gitsin” (HA, KAM, E, 35).

“Aslında altı ayda bir gitmem gerekiyor doktorların söylediğine göre, tabi ki de gitmiyorum (neden?) çünkü nefret ediyorum doktora gitmekten (niçin?) fazla duygusal bir insan olduğum için direkt psikolojimi etkiliyor bu olay ve kendimi böyle “kanser hastasıyım ben” tribine soktuğum için ki olmadığım halde, sadece bir kere şüphelenildiğinden dolayı bi süre çok rahatsızlandığım için, değerlerim çok lenfoma ya da göğüs kanseri olabileceğim şeklinde çıkınca, bir de sevmiyorum hastaneleri, o yüzden gitmiyorum (özel sebebi var mı?) yo, kim sever ki?” (HA, KAM, K, 35).

“En son iki yıl olmuştur, düzenli sağlık kontrolü yaptırmıyorum fakat istediğim zaman doktora gidebilirim, Allah’a çok şükür epey doktor arkadaşım var yoksa hiç gitmem” (HA, KAM, E, 33).

“Bazı tahlillerim için gittiğim tanıdık hekim hocaları var. Sağ olsunlar onların sayesinde zorluk yaşamadan işimi hallediyorum. Tabi onlar olmasa inanın sağlık kontrolüne gitmem. Allah’ın belası bu politika, bu sosyal güvence... insanlar hani her koşulda eşitti? Bunu bozan toplumdur, çevredir fakat sağlık politikası bu durumu perişan etmedi mi? Param parça etti hem de. Ne sağlık güvencesi kaldı ne de adam akıllı hastane...” (HA, KAM, E, 38).

Kamuya ait sağlık kuruluşlarında görüşme yapılan hasta bireylerin sağlık kontrolüne gitme eğilimlerinde, sağlıklı olma ve önceden bahsedilen iyi olma halini sürdürme durumundan ziyade, hasta olmama anlayışı yansıtılmaktadır. Bireylerin kendilerine dair psikolojik, fiziksel ve sosyal açıdan değerlendirmelerinin, sağlık kontrolüne gitme tutumunda etkili olduğu görülmektedir. (“...kendimi sağlıklı gördüğüm için doktora gitmeye hiç gerek duymadım”).

Sağlık durumlarının kötüye gitmesi, hastalıklarının şiddetinin görünür hale gelmesi ve günlük pratiklerini etkilemesi, bireyleri hastaneye getiren temel tetikleyici unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık kontrolünün devamlılığının, hastalığın tedavi süreciyle birlikte başladığı göze çarpmaktadır. (“...anca başına bir şey gelirse gidiyor doktora”).

Sağlık kontrolüne gitme anlayışının, psikolojik anlamda çekingenlik, hastane sözcüğünün hasta birey tarafından olumsuz bir anlamlandırmayla eşleştirilmesi gibi anlamlandırmalar taşıdığı görülmektedir. (“...tabi ki de gitmiyorum (neden?) çünkü nefret ediyorum doktora gitmekten (niçin?) fazla duygusal bir insan olduğum için direkt psikolojimi etkiliyor bu olay”; “...hastalık sebebiyle gidilir hastaneye, başka niçin gidilsin ki?”).

Görüşme yapılan bireylerin sağlık kontrolüne gitme düşüncesinde “tanıdık” bir hekim ya da sağlık personelinin olması, teşvik edici bir durum yaratmaktadır. Hasta bireylerin sağlığı anlamlandırmada söylemiş oldukları bütünselliğin içinde yer alan sosyal etkileşimler, sağlık kontrolü alanına da yansımaktadır. (“...Allah’a çok şükür epey doktor arkadaşım var yoksa hiç gitmem”; “...onlar olmasa inanın sağlık kontrolüne gitmem.”; “...hocalarımı tanıyorum, eksik olmasınlar çok şefkatli yaklaşıyorlar”).

D.2.a. “Sağlık için gidilmeli”

“Doktorlar sağlık konusunda beni uyarıyorlar sürekli. Ben de onların söylediklerine her zaman uyum sağlarım. Haziran 2016 son kontrol tarihim. Altı aylık periyotlarda kontrolümü yaptırırım” (HA, ÖZL, E, 43).

“(Sağlık kuruluşuna) Sağlık kontrolü için gidilmelidir. Ancak bana göre, bu işlemin durup dururken yapılabilmesi zor ve zaman isteyen bir durum. Özetle ani bir şey olmadıkça gidilmesini akıllıca bulmuyorum. Kaldı ki, büyüklerimizin de acil servislere niye gidildiğine dair basın açıklaması bulunmakta (o dönem basına yansımış olan “oğluna gelin bakan” insanları kastediyor). Bu tarz, çirkin konulara malzeme olma riski de söz konusu olduğundan, mecburiyet nedeniyle evrak takibi, rapor onaylatma vb. işlemler için gidilmesi daha mantıklı...” (HA, ÖZL, K, 28).

“En son dün gittim sağlık kontrolüne, çok üstüne denk geldi. Boynumdaki kitleyle alakalı, onu da Çarşamba günü akşamı fark ettim otururken, ki bu kitlelerin, vücudumda çıkan kitleleri de böyle bir gün bir arkadaşım ile otururken fark etmiştim 2008 yılında, kulağımın arkasında fark ettim orali olmadım, şu anki iki akşam önce fark ettiğimin büyüklüğündeydi, böyle bilye kadardı, bir ay sonra, bir gece böyle otururken, saçımı normalde toplamam ben, saçım topluydu ve kulağımın arkasında ceviz büyüklüğünde olduğunu fark ettikten sonra gitmiştim, ilk öyle ortaya çıkmıştı. Dün yine tekrarladı ama

zaten ben daha önceden bir operasyon da geçirmiştım bununla ilgili göğsümden çıktı, boynumdan çıktı, kasıklarım da çıktı, göğsümden ve boynumdan oldum. İki kez göğsümden, bir kez boynumdan aldırđım, eğer bu yeni çıkan büyümezse aldırđıcam artık başka. Şu an mevcut zaten göğsümdede sekiz tane var” (HA, ÖZL, K, 34).

“Erken teşhisin önemine inandığım için altı ayda bir kontrolüme giderim. Klinikteki hocalarımı tanıyorum, eksik olmasınlar çok şefkatli yaklaşıyorlar, özel sigortam da kontrollerimin bir kısmını karşılıyor (memnun bir ifadeyle). Bu yaşımızdan sonra inşallah bir dert almayalım diye uğraşıyoruz işte...” (HA, ÖZL, K, 61).

“İlla hasta olmak gerekmez, kontrol amaçlı da gidilebilir, ziyaret amaçlı da gidilebilir. Yani hiçbir şeyim yok benim, gitmeme gerek yok demek mantıksız çünkü fark etmeden birçok şeyimiz olabilir, bilemeyebiliriz içerden içten içe olabilir, mesela ben boynumdakini fark etmeseydim göğsümdelikileri asla fark etmeyecektim. Çünkü göğsümdelikileri elle, kendimi kontrol etmiyordum, muayene etmiyordum, sonradan gittikçe kendim göğsümü kontrol etmem gerektiğini fark ettim, onu da doktor gösterdi falan. Ama onun öncesinde eğer boynumda bir şişliğin olduğunu fark etmeseydim ki göğsümdelikinin alt yapısı daha eskiymiş, daha önceden oluşan bir şeymiş onları hiç fark etmicektim. İlk gittiğimde doktor göğüslerine ve kasıklarına da bakın, bir şey varsa genel cerrahiye gidin dediğinde öyle yönlendim, yoksa farkında bile değildim yani bir şey olduğunun. Farkında olabilmek için gitmek gerek yani” (HA, ÖZL, K, 35).

Özel sağlık kuruluşlarında görüşme yapılan hasta bireylerin sağlık kontrolüne gitme eğilimleri, iyi olma durumunu sürdürmeye yönelik bir amaç taşımaktadır. Hastalık durumunun ortadan kaldırılması veya tedavinin sonuçlandırılmasından ziyade sağlıklı olma durumuna vurgu yapılması, kamu kuruluşuna giden hasta bireylerinkinden farklı bir sosyal anlamlandırmayı işaret etmektedir. (“...altı aylık periyotlarda kontrolümü yaptırırım”; “...erken teşhisin önemine inandığım için altı ayda bir kontrolüme giderim”; “...illa hasta olmak gerekmez, kontrol amaçlı da gidilebilir”).

Fiziksel veya ruhsal açıdan “iyi” hissedilse bile bedenın, “sürprizlerle dolu” bir varlıkmiş gibi anlamlandırılması, sağlık kontrolüne dair anlamlandırmalardan bir diğeri olarak karşımıza çıkmaktadır. (“...gitmeme gerek yok demek mantıksız çünkü fark etmeden birçok şeyimiz olabilir, bilemeyebiliriz içerden içten içe olabilir”). Bununla

birlikte herhangi bir ekonomik desteğin varlığı da, sağlık kontrolünün devamlılığında etkili bir unsur olarak görünmektedir. (“...özel sigortam da kontrollerimin bir kısmını karşılıyor”).

D.1.b. “Her şey için kontrole gidilmeli”

“Yolunda gitmeyen bir şey vardır, yani vücudunuzda da hayatınızda da bir şeyler yolunda değildir, sağlık kuruluşuna gidip ondan olur herhalde” (HE, KAM, K, 56).

“Hasta olmasanız bile sağlığınızın iyi olduğundan emin olmak için belirli aralıklarla sağlık kontrollerine gidilmesi gerekir. Biz özellikle 40 yaşını geçmiş olan her bireye bir sağlık kontrolü programı sunuyoruz. Kontrollerde karşılaşılabilecek herhangi bir durum, geç kalınmış tedaviden daha kolay ve daha masrafsız olacaktır” (HE, ÖZL, K, 30).

“Her şey için gidilir! Ani ve şiddetli başlayan ya da uzun süreli ve devamlı olan rahatsızlıklar için, idari amaçlar için ehliyettir, evliliğidir falan bu tarz raporlar, tahliller için, her şey için” (HE, KAM, K, 54).

“Genel olarak hastalandığında gidilir. Ama kimi kişiler bir hastalık geçirmiş olabilir – kontrolleri için gidebilirler veya hiçbir hastalığı yoktur, rutin kontrolü için gidebilir, o gelişimiyle alakalı veya o yaş dönemiyle alakalı rutin kontrolü için gidebilir” (HE, ÖZL, K, 33).

“Hastalarda semptomlar yavaş yavaş oluşur. Örneğin Türkiye gibi sigara içme oranının yüksek olduğu ülkelerde bu semptomlar sinsidir ve önemsenmez. Aksırık, tıksırık denir geçilir. Hasta da maalesef kontrole gelmediği için tedaviye geldiğinde aslında geç kalmış oluyor. Kontrole gitmeyen hastaların hepsi ne yazık ki geç tanımlanıyor” (HE, ÖZL, E, 36).

Bireyin günlük hayatta sergilediği her türlü faaliyetin “sağlıklı” olması ve sürdürülebilirliği açısından sağlık kontrolüne gidilmesi düşüncesi, hekimler açısından sağlık kavramının toplumsal alana nasıl sirayet ettiğine dair ipuçları vermektedir. Sadece fiziksel ya da ruhsal rahatsızlıklar için değil, idari ve bürokratik işlemler için de sağlık kontrolüne gidilmesinin altının çizilmesi, Tıp olgusunun toplumsal alandaki baskınlığının devam ettiğini gösterir niteliktedir. (“her şey için gidilir... rahatsızlıklar için, idari

amaçlar için ehliyettir, evliliği falan bu tarz raporlar, tahliller için”). Sağlık kontrolüne gelmek için illa ki hasta olmaya gerek görülmemektedir, bireyin belirli bir döneminin gözlenmesi veya gelişiminin takip edilmesi için de sağlık kontrolü hekimler tarafından gerekli görülmektedir. (“...hiçbir hastalığı yoktur, o gelişimiyle ilgili alakalı veya o yaş dönemiyle alakalı rutin kontrolü için gidebilir”).

Soyut lineer bir zaman çizgisinde, belli bir noktada açığa çıkmış olan hastalığın tedavisi için değil, öncesinde bunu hazırlayan faktörlerin belirlenmesi ve sonrasında da hastalığın gidişatının kontrolü için sağlık kontrolüne gidilmesi gerektiği belirtilmiştir. Sağlık kontrolü, “geç kalmama” adına hastalığa karşı alınacak önlemlerden biri olarak da yansıtılmaktadır. (“...hasta da maalesef kontrole gelmediği için tedaviye geldiğinde aslında geç kalmış oluyor.”; “...kontrole gitmeyen hastaların hepsi ne yazık ki geç tanımlanıyor”).

D.2.b. Tedavinin takibi ve devamlılığı

“İsterim çünkü tedavinin başarısını görmenin yanı sıra başarısızlığına müdahale edip tedavi değişikliğine gitmek isterim. Veya hastayı üst basamağa yönlendirmek, bilgilendirmek isterim” (HE, KAM, K, 60).

“Gerekliyse tabi ki isterim, her şey için aslında, kontroller uzun dönem, yani işimi de öyle yapmak isterim, kendim için de öyle yapmak isterim” (HE, KAM, K, 55).

“Hasta memleketine gidiyor haber bile vermeden veya araya uzun bir bayram giriyor. Sonra bakıyorum elinde ilaç çıkıyor. Demek ki, daha önce ilaçlarını kullanmamış. Ne yapabilirim ki ben? Fark edince bildiriyorum ama gerisine bakamıyorum” (HE, KAM, E, 52).

“Bu sistemde hastaların ilaçlara erişimi maalesef çok sıkıntılı. Ben mesela, bana gelen hastaların çoğu sularını yanında taşır. Muayeneden hemen sonra hem rapor yazıp elden ilaçlarını veriyorum, verir vermez içerler, yanımda fazladan varsa evde içmeleri için de ilaveten veririm” (HE, KAM, E, 60).

“Normal koşullarda durumu hasta, yani hastanın kendisi gelecek sonra hastanede bizim gözetimimiz altında durumunu değerlendireceğiz fakat işte her hasta gelemeyebiliyor, o zaman da eşine akrabasına veriyoruz reçeteyi. Bu da açıkçası içime sinmiyor çünkü düzenli bir takip olmamış oluyor” (HE, ÖZL, E, 56).

“Hastalığının tedavisi sürecinde aktif olarak bizimle kooperasyon halinde bulunan hastamız, taburcu olduğunda her şeyi bir anda unutabiliyor. Diyetini uygulamadan, fiziksel egzersizlerini yapmadan yeniden geliyor, böyle olunca da takip zorlaşıyor tabii” (HE, ÖZL, K, 33).

Hekimler açısından tedavinin takibi, hastalığa karşı verilen “mücadele” ile eşleştirilmiş durumdadır. Bu mücadele, kaydedilmesi gereken başarıların bir anahtarı olarak nitelendirilmesinin yanı sıra, tedavi sürecinin başarısız olma ihtimalinin de kontrolü için gerekli görülmektedir. (*“...tedavinin başarısını görmenin yanı sıra başarısızlığına müdahale edip tedavi değişikliğine gitmek isterim”*).

Tedavinin takip edilme süreci, hekimler tarafından istenen ve onaylanan bir durum olarak yansıtılsa da, bu sürecin tek taraflı işlemediği görülmektedir. Her ne kadar hekim, tedavinin sürecini takip etmeye çalışsa da, hasta bireye günlük yaşamında uyması gereken bir kurallar dizgesi tanımlanmakta ve bu dizgeye uyum beklenmektedir. (*“...daha önce ilaçlarını kullanmamış. Ne yapabilirim ki ben?”*; *“...diyetini uygulamadan, fiziksel egzersizlerini yapmadan yeniden geliyor, böyle olunca da takip zorlaşıyor tabii”*; *“düzenli bir takip olmamış oluyor”*).

“Sağlık Kontrolü” üst temasıyla ilgili hasta bireylerin sosyal anlamlandırmaları, özel ve kamuya ait sağlık kuruluşuna gidenler açısından farklılıklar göstermektedir. Kamuya ait sağlık kuruluşunda görüşme yapılan hasta bireyler, hastalığın takibi adına; özel

sağlık kuruluşundakiler ise sağlığın devamı adına kontrole gidilmesi gerektiği belirtmiştir. Sağlık kontrolü, hekimler açısından daha geniş ve kapsayıcı bir anlam ifade etmektedir. Hekimlere göre sadece fiziksel ya da ruhsal rahatsızlıklar için değil, idari ve bürokratik işlemler için dahi sağlık kontrolüne gidilmelidir.

3.1.5. Gündelik Hayatta Sağlık Deneyimleri (E)

Hekim ve hastalara genel anlamda sağlık sistemini nasıl yorumladıkları, sağlığa dair ihtiyaçlarını nereye koydukları ve kişisel hijyen / bakım konusunda nasıl bir masraf yaptıkları sorulmuştur. Bu şekilde görüşme yapılan kişilerin gündelik hayatta sağlık deneyimlerine dair bir harita çıkarılmaya çalışılmıştır.

E.1.a. Sağlık harcamaları “mecburen” ilk sırada

“Önceliklerin beklentiler sonucu edinimlerle, sosyal koşullar, eğitim ve yaş ile etkili olduğunu düşünürsek (sağlık harcamaları) benim için ilk sırada yer alıyor” (HA, ÖZL, K, 51).

“Sağlık sistemii... şimdi bana ilaç veriyorlar. Bir sene boyunca kullandım. E bitince kala-kalıyorum. Alamıyorum ilacı, e param da yok. Raporu her zaman yazdıramıyorsun ki!” (HA, KAM, K, 51).

“En yüksek giderim ilaç, öyle her zaman rapor yazdıramıyorum, gidip parasıyla alıyorum ilaçları mecburen. Gün içinde ona yakın ilaç kullanıyorum. Hasta olduğun zaman en kıymetli şey sağlığın; giyim–kuşam, yeme–içme, gezme–tozma değil yani” (HA, KAM, E, 35).

“Sağlık giderleri açısından mesela ilaçlar mı? (Olabilir) Ben ilaçlara güveniyorum, diyet haplarıma güveniyorum, tüm paramı ona harcıyorum. Yemeği kaçırınca hap içiyorum, içmesem halim yaman” (HA, ÖZL, K, 50).

“Tamamen siyasi yorumluyorum. Çıkarlar doğrultusunda her şeyi değiştiriyorlar, ama çok da takip etmiyorum açıkçası. (sizi etkiliyor mu?) yok hayır, ilaç faktörü falan etkiliyordur muhtemelen de çok üstünde durmuyorum. Ciddi, çünkü daha önceye nazaran çok daha fazla veriyoruz ilaçlara ücret, daha eski yıllara (nazaran)” (HA, KAM, K, 35).

Hasta bireyler, diğer harcamalarıyla kıyasladıklarında sağlık harcamalarını ilk sıraya koyduklarını belirtmişlerdir. (“...benim için ilk sırada yer alıyor”). Sağlık gideri dendiğinde hasta bireylerin ilk akıllarına gelen, ilaç masrafı olmuştur. Sağlık harcaması kapsamında en çok dile getirilen ifadelerden biri ilaç alma ve ilaç almaya yönelik mecburiyettir. Bireylerin dile getirdiği mecbur durum, kendi içinde bir şikayet hissi de taşımaktadır (“...en yüksek giderim ilaç, öyle her zaman rapor yazdıramıyorum, gidip parasıyla alıyorum ilaçları mecburen”; “...daha önceye nazaran çok daha fazla veriyoruz ilaçlara ücret”).

Hasta bireyin anlamlandığı bu “mecburi” masraf, yalnızca hastalığın tedavisi için değil, bedenin dış görünümünün “iyi” görünmesi için de gerçekleştirilmektedir. Fazla

kilo veya dış görünüm için masraf yapılması, birey açısından sağlık gideri olarak anlamlandırılmaktadır. (“...diyet haplarıma güveniyorum, tüm paramı ona harcıyorum”).

E.2.a. Kişisel bakım masrafları yüksek

“Kişisel bakımın kesinlikle dikkat edilmesi gereken ve asla ihmal edilemez olduğunu düşünüyorum. Bunun için tabi ki gereken masrafı yapıyorum. Açıklaması için ise fazla özel ve kişiye göre değişken olduğunu düşündüğümde susma hakkımı kullanıyorum” (HA, ÖZL, K, 34).

“Bireysel hijyen ve bakımın çok önemli olduğunu düşünüyorum bu konuda tabi ki masrafım çok...” (HA, ÖZL, K, 28).

“Sağlık sisteminde olumlu bir iyileştirme gibi gözükmese rağmen benim gözümde yanlış, gereksiz yaklaşımlarla dolu. Kişisel takıntılarım nedeniyle kendim için düzenlediğim program çerçevesinde hareket ettiğimden, olumlu-olumsuz beni etkilemesi söz konusu değil” (HA, ÖZL, K, 51).

“Sağlık ilk üçtedir. (ilk üçte hangileri var?) temel ihtiyaçlar, işte ev giderleri, gıda giderleri, sağlık ve alışveriş, kıyafet, ayakkabı, her bayanın olduğu gibi, gerçi her bayan böyle değil ya” (HA, KAM, K, 36).

“Olmazsa olmaz. (masraf) tabi ki de. Yani, hijyene dair her şey ürünü alıyorum, kendi cilt bakımımıyla alakalı da o şekilde. Yüklü de olsa, ama önemli deyip hiçbir masraftan kaçınmıyorum. Buna deterjan filan da dahil ama yani kişisel haricinde yaşadığım alanın temiz olması için de kaçınmıyorum, evimin banyomun tuvaletimin” (HA, ÖZL, K, 27).

Görüşme yapılan bireyler açısından kişisel bakım ve temizlik ürünleri de sağlık gideri kategorisinde değerlendirilmektedir. Bu anlamlandırma, tüketim kültürünün, “iyi”, “güzel” veya “temiz” görünme gibi değerler aracılığıyla sağlık alanına yansımaya da örnek gösterilebilir. (“kişisel bakımın ... asla ihmal edilemez olduğunu düşünüyorum”; “bireysel hijyen ve bakımın çok önemli olduğunu düşünüyorum”; “olmazsa olmaz”).

Bu konuda yapılan masrafın yüksek olduğu dile getirilse de günlük hayatın “olmazsa olmaz” giderleri arasında yer ettiği ifade edilmiştir. (...“bu konuda tabi ki

masrafım çok”; “...hijyene dair her şey ürünü alıyorum”; “temel ihtiyaçlar, işte ev giderleri, gıda giderleri, sağlık ve alışveriş...”).

E.1.b. Gıda, barınma ve giyim-kuşam

“Gıda ve barınma herhalde öncelik, ne bileyim bir şehrin favori yerinde oturma değil de o kişinin yaşam koşullarına uygun yerde oturabilmeyi çok önemli görüyorum, gıdayı çok önemli görüyorum, e giyim sanıyorum birçok kişi artık ihtiyaç dışındadır alışverişleri onu çok önemli görmüyorum ama giyimin örneğin insanların çok da dikkat etmediği bir şey, giyimin kumaşının niteliğini favori bir marka olmasından daha önemli görüyorum ama tabi ki bunların da bir katkısı, tabi ki (sağlık)” (HE, KAM, K, 55).

“Ortalama diyim, tabi ki hijyen çok önemli ama ağır hijyenik önlemlerin de böyle bir ee aşırı titizliğin de bir genel toplumda dönen mikroplarla karşılaşmama noktasıysa onu yararlı bulmam ama tabi ki temiz olması iyi bir insanın ne bileyim temiz bir giyimle karşınıza çıkması iyi bir şey, bir hasta bir hekimin önlüğünün nasıl gözüktüğüne bakar ya da giyiminin bir hekime ne kadar uyduğuna, gerçi bunun da şöyle olduğunu düşünüyorum, aslında repütasyon çok önemli, repütasyon için, şanınız namınız nasıl gidiyor, eğer çok özel bir hekimseniz isterseniz şortla da hasta muayene edin kimse size o ismi duyarak gelmiştir ama daha az bilindik bir isimle karşıya çıkıyorsanız giyim ya da görüntüdeki hijyen çok daha öne çıkar ee bu açıdan temiz-paklık birinci geliyor ama çok özellikli giyimlerin de baştan faza farklı bir mesaj verdiğini de düşünürüm. Ne bileyim çok mesela çok frapan ya da çok döküntü gözükmek de bir başka mesaj verir, yani hekimden hastanın beklentisi daha, belli bir tanımlanmış bir şeyler içindedir ve bunun bir kredi notu vardır yani hasta kapıdan girince nasıl davranıyor, yüzü gülüyor mu, nasıl giyinmiş buna da bakar, temiz pak mı elleri kirli bir kişiyle el sıkışması daha zordur, odanın temizliği ya da pisliği ya da pisliği, tozlu oluşu itici gelebilir, ama bunların hep bir ölçüsü olması gerektiğini düşünüyorum yani iki tarafa da saldırılmamalı...” (HE, KAM, K, 60).

“Rahat olabileceği giyim, ya da ne bileyim, hepimizin zamanında yaptığı şey ayakkabılar, ayak yapısını bozacak ayakkabılar, bunlar cazip aslında, bunları da yapıyoruz, kendim de yaptım ama ne kadar az yapılsa o kadar iyi diye de düşünürüm ya da öbür ayakkabıların daha moda tutulması daha şey olur ya da sağlığını bozacak

biçimde giyinme, ne bileyim renkler, boyalar, alerjik şeyler bunlar çok önemli olur ama bunların aslında ulusal politikalar düzeyinde hayata taşınması gerektiğini düşünüyorum, bireylerin inisiyatifine kalmış u şeylerin başarılı olma şansı daha düşük” (HE, ÖZL, K, 56).

“(harcama konusunda) Ya çok aşırı titiz davranan insanlar oluşuyor ki onlar da ayrı bir sağlık endişesi içinde insanlar, o da ayrı bir ruhsal sorun gibi görüyorum ama çok titiz olmadan, normal olan günlük hayatta akıp giden keşke daha sağlıklı seçimlere yol açsa. Onun için hükümet politikalarının ya da sağlık politikalarımızın bu yönde olması gerekli... ulusal, uluslararası, bireysel (başarıdan kastı) daha sağlıklı yaşayabilme, neyse her bedenin imkanları var, her beden sonsuz olanaklar içinde değil. Yani ben 5 yaşında da çalışmaya başlasam, ne bileyim bir yüksek atlayıcı olamazdım, benim bedenimin imkanları içinde en iyi yaşayabilmemi sunacak bir toplum içinde yaşamam iyi olur” (HE, KAM, K, 56).

Hekimler, gıda ve barınma masraflarının diğer giderlere göre öncelik taşıdığını, gıda ve barınma koşullarının, sağlığın sürdürülebilirliği açısından önem teşkil ettiğini ifade etmişlerdir. Giyim-kuşama yönelik harcamalar, bedenin kıyafetle olan sürekli teması, rahatlık, konfor ve hijyenik olması açısından değerlendirilmiştir. (“giyimin kumaşının niteliğini favori bir marka olmasından daha önemli görüyorum”; “...sağlığınızı bozacak biçimde giyinme, ne bileyim renkler, boyalar, alerjik şeyler bunlar çok önemli”).

Yukarıda geçen bu değerlendirmede giyim-kuşamın hijyenik, temiz; dolayısıyla sağlıklı olması, bireyin dış görünümü aracılığıyla ayrı bir sosyal anlamlandırma inşa etmektedir. Toplumsal alanda birbiriyle etkileşime geçen bireylerin birbirlerini nasıl gördükleri, kendilerini nasıl yansıttıkları, görüşme yapılan hekimler açısından önem taşımaktadır. Tedaviye gelen hasta bireylerin kendilerini nasıl gördükleri hekimler için ayrı bir anlam ifade etmektedir. (“...bir insanın ne bileyim temiz bir giyimle karşınıza çıkması iyi bir şey, bir hasta bir hekimin önlüğünün nasıl gözüktüğüne bakar ya da giyiminin bir hekime ne kadar uyduğuna”).

Bu noktada hekimlerce, şan ve itibar anlamı çerçevesinde kullanılan “repütasyon” kavramı ile giyim-kuşamın yarattığı sosyal anlamlandırma, bir denge içindedir.

(“repütasyon çok önemli... eğer çok özel bir hekimseniz isterseniz şortla da hasta muayene edin kimse size o ismi duyarak gelmiştir ama daha az bilindik bir isimle karşıya çıkıyorsanız giyim ya da görüntüdeki hijyen çok daha öne çıkar”).

E.2.b. Basit hijyenik bakım

“Çok sık hasta olmadığım için bazı aylar sağlıkla ilgili hiç para harcamamakla birlikte gıda, giyim, barınma, entelektüel ihtiyaçlardan sonra yer alıyor” (HE, ÖZL, E, 30).

“Bireysel hijyenin özellikle el yıkamanın en basit ve en önemli sağlık kuralı olduğunu düşünüyorum. Ardından solunum ve sindirim hastalıklarını korumak açısından ağız bakımı çok önemli. Kişisel olarak sabun, şampuan, diş macunu vs dışında kozmetik temizlik ve ev temizlik ürünlerine de her ay bütçe ayırıyorum” (HE, ÖZL, K, 33).

“(sağlık giderleri) çok sınırlı, en alt sıradadır. Ama tabi spora gidiyorum bu da sağlığım için bunu sayacak mıyız? (gülüyor) yani her gün duş alıyorum, sağlığım için güzel beslenmeye gayret ediyorum. Buna büyük bir aslında baktığınız zaman o zaman en baş sırada, hani ama ilaç almıyorum yani ilaç masrafımsa en alt sırada hani bu çok göreceli bir şey” (HE, KAM, K, 54).

“Tabi ki diş macunu, sabun, odur budur, yani bunlar ee diş fırçasıdır, bunların özellikleridir, yan yüz fırçasıdır, ara yüz fırçasıdır şudur budur bunlara özen gösterir ve alırım ama bunu da abartmam aşırıya gitmem yani” (HE, ÖZL, K, 30).

“Aslında benim hayatımdaki birincil önceliktir. Her sabah duş almak, deodorant veya parfüm sıkamak, tabi sağlıklı olanlarını u ağız bakımı, diş fırçalamak, elleri sıklıkla sabunlamak, dezenfekte etmek, kıyafetlerin düzenli yıkanması, sıklıkla temiz çamaşır giyilmesi gibi” (HE, KAM, E, 52).

Hekimlerle gündelik hayattaki sağlık deneyimleri üzerine konuşulduğunda, hijyenik ürünlerine yapılan harcamaların diğer harcamalara nazaran daha geride olduğu ifade edilmiştir. (“...sağlıkla ilgili hiç para harcamamakla birlikte gıda, giyim, barınma, entelektüel ihtiyaçlardan sonra yer alıyor”; “...çok sınırlı, en alt sıradadır”; “...ilaç masrafımsa en alt sırada”).

Düzenli el yıkama, düzenli ağız bakımı gibi basit hijyenik bakım, sağlıklı olmak için temel bir gereksinim olarak addedilmiş, sağlıklı olmanın gerektirdiği sürekliliğe dahil edilmiştir. (“...el yıkamanın en basit ve en önemli sağlık kuralı olduğunu düşünüyorum”; “diş macunu, sabun, odur budur... özen gösterir ve alırım”).

Her gün duş alma, dengeli beslenme, spor salonuna gitme gibi faaliyetlerin sağlıklı olma için gerekli olduğu düşünülürse, bu tip harcamaların ilk sıraya çıkacağı belirtilmiştir. (“...her gün duş alıyorum, sağlığım için güzel beslenmeye gayret ediyorum”; “...spora gidiyorum bu da sağlığım için bunu sayacak mıyız?”).

“Gündelik Hayatta Sağlık Deneyimleri” üst teması temelinde, hasta bireyler sağlık harcamalarını ilk sırada ve mecburi bir masraf olarak anlamlandırmaktadır. Diğer yandan kişisel bakım masraflarından kaçınmadıkları görülmektedir. Hekimler açısından ise gıda ve barınma harcamaları ilk sıralardadır. Hem hekimler hem de hastalar açısından giyim-kuşamın hijyenik ve temiz olması gerektiği, sağlığa dair ortak bir sosyal anlamlandırma olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.2. Hastalığın Sosyal Anlamlandırılmasına İlişkin Alt ve Üst Temalar

3.2.1 Hastalığa Dair Anlamlandırma (F)

Hekim ve hastaların hastalık olgusunu nasıl anlamlandırdıklarına dair fikir edinmek amacıyla hastalığın ne demek olduğu, hastalık yüzünden ailelerinin, sosyal çevrelerinin ve ekonomik durumlarının etkilenip etkilenmediği sorularına gelen yanıtlar aşağıdaki gibi temalaştırılmıştır.

F.1.a. “Hastalık kendini yok hissetmektir”

“Hastalık, kendini yok hissetmektir” (HA, KAM, E, 27).

“Hasta olmak demek halsiz olmak demek. (açıklayabilir misiniz?) gücümün olmaması, ayakta duramamak, yorgun olmak, çabuk yorulmak” (HA, ÖZL, E, 20).

“Sağlığımızın kıymetini bilmemiz için yapılan uyarı. Hasta olduğumda anlıyorum sağlığımın kıymetini” (HA, ÖZL, E, 43).

“Dünyada hastalık kadar kötü bir şey olmadığını düşünüyorum, geriye kalan her şeyin telafisi var ama hastalığın yok” (HA, KAM, E, 33).

“Hastalık insanın kendini yarım hissetmesidir. Eli olmadan kolu olmadan tam olur mu insan? Bu da böyle bir şey, benim kalbim rahatsız, yarım hissediyorum kendimi” (HA, ÖZL, K, 61).

“Sürekli tedirginlik demek... (açabilir misiniz?) Özel olacak ama bir kız arkadaşım var ve hasta olduğumu bilmiyor. Eğer öğrenirse beni terk eder mi bilmiyorum, hep tedirginim” (HA, KAM, E, 23).

“İnsanın başına gelebilecek en hayırsız şey. Hayatını hastalığına göre düzene sokuyorsun. Doktorun sana üzölmeyeceksin der, stres altında kalmayacaksın, direncini yüksek tutacaksın der. Sigara zaten yasak, spor yapacakmışım, dengeli beslenecekmişim” (HA, KAM, E, 47).

Hastalığın ne anlama geldiğiyle ilgili, tıpkı sağlığa dair anlamlandırma temasında yer alan “sağlık eşittir hayat” alt temasındaki söylemlere denk düşen ifadeler kullanılmıştır. Hasta bireyler açısından nasıl ki sağlık, hayatı bir bütün olarak ifade etmekteyse, hastalık da bir yok oluş, yokluk, yarım kalma, noksanlık, kötölük ve tedirginlik hissi olarak anlamlandırılmıştır. Bu sosyal anlamlandırma sürecinde hastalığa yüklenen anlamlar, genel olarak olumsuz ve istenilmeyen bir olgu olarak yansıtılmıştır.

F.2.a. Hastalık ve sosyal durum

“Annem çok etkilendi, Kadında ülser çıktı. Sosyal çevrem de tabi ki etkilendi. Mesela en ufak bir şeyde, buna yakın bir şey olduğunda arayıp soruyorlar, sende noolmuştı, nasıl olmuştu nasıl geçmişti bu süreç’ diye, ben de geçmiyor bu süreç diyorum. (etkiliyor mu, annenizle olan ilişkinizi?) Başlarda şöyle, çok üstüme titriyordu annem, ee sonra artık kullandığımı mı düşündü bunu naaptıysa, ben bu kızı bu kadar şımartmayayım diyerek ‘ya bu önemli bir şey değil, sonuçta kötü bir şey yok’ şeklinde beni sakinleştiriyor” (HA, ÖZL, K, 27).

“Beni en çok motive edenler başta ailem ve yakın arkadaşlarım oldu. Onlar bu kadar uğraşıyorken eğer ben de gayret göstermezsem, sanki onlara ihanet edecektmişim

gibi hissediyordum. En az benim kadar endişeliler, çaba sarf ediyorlar Allah razı olsun” (HA, ÖZL, K, 34).

“Sosyal açıdan mesela eş dost ziyaretine gidiyorum, ilaç kullanacağım zaman tuvalete gidip orada içip geri dönüyorum, onların önünde iç...içemiyorum” (HA, ÖZL, K, 35).

“Farklı açılardan bakıldığında hastalığın önemli ve önemsiz yanları var. Mesela benim için hasta olmak çok önemli değilken çocuklarım için çok önemli. Hastalığımın beri çocuklarımda bir panik hali... Kızım uyumuyor, geceleri iyi miyim değil miyim hep bakıyor” (HA, ÖZL, K, 51).

“Bende şeker var ve bunu ailem, akrabalarım falan bilir ama arkadaşlarım bilmez. Onlarla bir yere gittiğimizde tatlı söylüyorlar ortaya. Yemesen yanlış anlaşılır, yesen e şekerin var. Bu yüzden artık eskisi kadar sık buluşmuyoruz” (HA, KAM, E, 38).

“Hastalığım ailemle olan ilişkilerimi etkiledi, çok büyük bir dayanışma oldu ailede. Hiç arayıp sormayan akrabalarım arar sorar oldu, yemekler getirdi, maddi manevi destek olmak istedi... bunlar güzel şeyler. ‘bu hastalığı hep birlikte yenicez’ diyor herkes” (HA, KAM, E, 33).

“Birkaç aydır ufak çaplı bir hastalıkla haşır neşirim ve fark ediyorum ki ne zaman bunu paylaştım farklı bir muamele görüyorum, insanlar hemen farklı bir dünyadan geliyormuşum gibi yaklaşmaya başlıyorlar bana. Korkuyorlar, çekiniyorlar, oysa ben de iyi kotu herkes gibiyim” (HA, KAM, K, 35).

Hastalık deneyimi, yalnızca hasta bireyi değil sosyal çevresini de etkilemektedir. Hastalık sürecinde bireyin ailesi başta olmak üzere sosyal çevresiyle olan etkileşimi olumlu yönde yansıtılmış fakat kimi örneklerde hastalık durumun paylaşılması durumu hasta birey tarafından baskılanmıştır. Bu baskılama-içe atma durumu, bireyin sosyal çevresi tarafından “hasta” olarak yaftalanması ihtimalini engelleme amaçlıdır. (“...eş dost ziyaretine gidiyorum, ilaç kullanacağım zaman tuvalete gidip orada içip geri dönüyorum”; “...ne zaman bunu paylaştım farklı bir muamele görüyorum, insanlar hemen farklı bir dünyadan geliyormuşum gibi yaklaşmaya başlıyorlar”). Bu anlamda hastalık, bireyin yalnızca bedenini, biyolojisini veya iç dünyasını değil, sosyal çevresini de etkileyen bir olgu olarak anlaşılmaktadır. (“beni en çok motive edenler başta

ailem ve yakın arkadaşlarım oldu”; “...benim için hasta olmak çok önemli değilken çocuklarım için çok önemli”; “hastalığım ailemle olan ilişkilerimi etkiledi, çok büyük bir dayanışma oldu ailede”).

F.3.a. Hastalık ve ekonomik durum

“Etkilemez mi? Hem ailemizi hem maddi durumumuzu etkiledi. Annem çok üzüldü kahroldu, babamın da midesine vurdu, ülser oldu adamcağız. Buraya gelmek zaten para” (HA, KAM, K, 36).

“Valla ekonomik açıdan etkiliyor tabi. Bütçe de yapsanız, harcamaları da kıssanız, kemer de sıksanız, bu illet yüzünden maaşın tümü gidiyor. Hastanede kafeteryadan yiyorsun. Taşeron işçiyim zaten, fazla masraf çıkmasın diye beklemen gerektiğinde banklarda kestiriyorsun” (HA, KAM, E, 47).

“E tabi, hastayken her Allah’ın günü hastaneye gelip gitmek zor oluyor, yol parası ayrı masraf...” (HA, KAM, K, 51).

“Evet, birebir ilişkili çalıştığımndan işim, işimin getirisi ve müşterilerimin beklentisi zaman kaybına maruz kalıyor. Eğer ölümcül, geri dönemeyeceğim bir hastalık söz konusu değilse ekonomik olarak etkilenmemek üzere hayati tedbirlerim mevcut” (HA, ÖZL, K, 50).

“Yani ekonomik durum, ameliyat olduğumda, ilk ameliyatı olmamam gerekiyormuş aslında. O zamanın parasıyla çok yüklü miktar para vermiştik. Doktorum devlet hastanesinde çalışıyor olmasına rağmen özelde yaptı ameliyatımı, annem biraz pımpirikli olduğu için tamam iyiye olsun, özelde olsun, rahat edelim’ bakış açısıyla yaptı, o zaman evet, ekonomik açıdan fazla gereksiz ve verilmemesi gereken bir parayı vermiştim ama onun haricinde bir şey engellemiyor. İşimle ilgili de arada rapor almak zorunda kalıyorum, ama bağışıklık sistemim de çok düşük olduğu için sürekli grip oluyorum hiçbir şey olmasam. O zaman da tabi işimi etkiliyor” (HA, ÖZL, K, 28).

“Hastalık nasıl etkiledi... şimdi evden işe – işten eve, kafan başka bir yerde, öyle gezip tozma durumu da yok. Maddi açıdan da sıkıntı, yol masrafı, hastane masrafı, ilaç masrafı... Hastalıktan sonra hiçbir şey eskisi gibi olmuyor” (HA, KAM, K, 35).

Hastalık durumunun, bireyin sosyal etkileşimi dışında ekonomik durumunu da etkilediği belirtilmiştir. Hastalık – ekonomik durum etkileşimi temelde üç aşamada kendini göstermektedir; ilki, hastaneye ulaşım ve yol masrafı, ikincisi, özel veya kamuya ait sağlık kuruluşuna ödenen tedavi masrafı ve üçüncüsü ise ilaç masrafıdır. (“...buraya gelmek zaten para”; “...yol parası ayrı masraf”; “Maddi açıdan da sıkıntı, yol masrafı, hastane masrafı, ilaç masrafı”; “...o zamanın parasıyla çok yüklü miktar para vermiştik”).

F.1.b. “Toplumdan kopuş”

“Toplumdan kopmak demek aslında... Hasta olan ve sağlıklı, sağlam olan arasında başka bir şey var, grip bile olsanız başkasının yanında hapsurmayım diye o gün işe gitmezsiniz, ya da başkasının yanında hapsurursanız diğeri şöyle biraz dik durup 5 santim geri çekilir yani sizi hasta olmayandan farklı kılan bir şey hasta olmak her şeyde, ya da u ne bileyim günlük yaşamımızı bozar bir anne olarak bir çalışan olarak yani bir diyabeti olan kişi olarak belli saatte yemeğini yemesi gerekiyor, insülin yaptıysa sonrasında yemeğini yemesi gerekiyor o da ben diyabet olmayan kişide ben farklıyım diye duygu uyandırır o kişide yani u ve bi aslında izolasyona da yol açar, ayrılaşmaya” (HE, KAM, E, 52).

“Hastalık seni ayırır toplumdan, başkalarından. Hastalık, farklı olmak demek. Aslında bi de incinmiş olmak demek, yani yaralanmışsındır, bir örselenme demek, zayıf hissedebilme demek, birçok insan için zayıf karnına bir darbe yemek gibi ya da açık yumuşak karnının açıkta olması gibi bir şeydir ee kişisel olarak evet yani bir yerlerde risk demek, hayat riski demek, bilinmezlik demek, bir gelecekte neler olacak, bu hastalık nasıl gidecek, özgürlüğün kaybı demek, bağımsızlığın kaybolma riski demek” (HE, KAM, K, 55).

“Her insanın doğumdan ölüme kadar olan süreçte yaşadığı duraklamalar, onarım süreci, bağışıklık sistemi takviyesidir. Ama bazen şanssızlık, bazen bakımsızlık bazen de ihmaldir” (HE, ÖZL, E, 56).

“Bedensel ve ruhsal olarak “iyi” olmama hali ve işlevselliğin bozulmasıdır” (HE, ÖZL, K, 33).

“E hasta olmak bi tıbben anlamı var yani etyopatogenezi gösterilmiş herhangi bir işte klinik belirtilere tanımlanmış bir bulguları belirtileri laboratuvarla ya da klinikle desteklenmiş bir durum varsa hastalık yani, etiyolojisi bellidir işte bi klinik belirtileri ortaya çıkmıştır, o zaman hastasınızdır. (sizin açınızdan) ya bu hasta olmak budur herhalde di mi? Yani etkeni belirlenmiş ve bu etkene bağlı birtakım belirtilerin ve bulguların yaşandığı bir durumdur” (HE, ÖZL, E, 51).

Görüşme yapılan hekimler açısından hastalığın anlamı farklılıklar göstermektedir. Özel sağlık kuruluşunda çalışan hekimler, hastalığa klinik bir tanımlamayla yaklaşmakta ve hastalığı bedenin işlevselliğinin bozulması, aksaması veya laboratuvardaki klinik testlerle örtüşmesi olarak anlamlandırmaktadır. (*“...yaşadığı duraklamalar, onarım süreci, bağışıklık sistemi takviyesidir”; “...işlevselliğin bozulmasıdır”; “etiyojisi bellidir ... klinik belirtileri ortaya çıkmıştır, o zaman hastasınızdır”*).

Kamuya ait sağlık kuruluşunda çalışan hekimler ise hastalığa daha çok toplumsal bir perspektiften bakmaktadır. Pozitivist anlamda sağlıklı olan – hastalıklı olan dikotomisindeki gibi sağlam olan – bozuk olan ikililiğine ters düşecek bir biçimde, daha geniş ve daha derin bir anlam içerdiğini düşünmektedirler. (*“Hasta olan ve sağlıklı, sağlam olan arasında başka bir şey var”*). Bu anlamlandırma, hastalığın, bireyi toplumsal dünyayla olan etkileşiminden kopardığı yönündedir. (*“hastalık seni ayırır toplumdan, başkalarından”; “toplumdan kopmak demek aslında”; “hasta olmak ... günlük yaşamımızı bozar”; “hastalık, farklı olmak demek”*).

F.2.b. Hastalık ve sosyal durum

“(varsayalım hastasınız) hastalığına göre değişir, benim birtakım rahatsızlıklarım ve bunlar beni çevreden ayırmıyor ama ne bileyim belim ağrıdığı zaman evet yani, belim ağrıyorsa o gün arkadaşlarımla gitmem, planladığım akşam yemeğinde oturamam o yüzden de gidemem, ya da ne bileyim hastalığın ciddi açık ağır olduğu dönemlerde yapmak istediğim işime gidemem” (HE, ÖZL, E, 51).

“Her hastalık etkilemez ama her hastalık yine de bir şekilde etkiler. Diyelim ki yüz yılın hipertansiyonuyum ama yine de ilacımı alıcam, o ilacın yan etkisi vardır, yorgunluğu vardır, e arada tansiyonunuzun yükselmesinin verdiği topluma adapte

olamaması vardır insanın, ee dikkat etmesi gereken koşullar vardır, örneğin hep beraber öğlen yemeğine gideriz. E öğlen yemeğinde ben başka bir şey yemek durumunda kalıyorum” (HE, ÖZL, K, 42).

“(hastalıktan sosyal yaşantı) Etkilenirdi. Ev düzenim, arkadaşlarımla aktivitelerim ve iş yapabilme kapasitem azalırdı” (HE, KAM, K, 60).

“Hastalık durumu sosyal hayatı, o hastalığın şiddetine göre etkiler. Kimi üç gün evde istirahat ediyor, kimi aylarca işine gidemiyor, sosyal hayatına devam edemiyor” (HE, KAM, E, 52).

“Hastalık durumu, sosyal yaşantıyı tabi ki etkiler. Zaten sağlık dediğiniz şey budur yani hastalık dediğiniz şey budur. Hastalığın belirtileri bulguları vardır, bedeninde belli bölgeyi etkiler, yaşamını etkiler. Ayağı kırıldığında yürüyemez, depresyona girer işine gidemez. Konsantre olamaz, evinin bakımını yapamaz, kitap okuyorsa okuyamaz arkadaşıyla görüşemez, her alanı etkiler” (HE, KAM, E, 60).

Hekimlerle yapılan görüşmelerde hastalık durumunun sosyal yaşamı etkilediği konusunda büyük ölçüde hemfikir olduğu görülmektedir. Bu konuda özel sağlık kuruluşlarında görüşme yapılan hekimler görece daha kararsız bir tanımlama yaparken (“hastalığına göre değişir”; “her hastalık etkilemez ama her hastalık yine de bir şekilde etkiler”), kamuya ait sağlık kuruluşunda görüşme yapılan hekimler, hastalığın sosyal yaşamı etkilemesi hususunda daha kesin tanımlamalarda bulunmuşlardır (“etkilenirdi”; “hastalık durumu, sosyal yaşantıyı tabi ki etkiler”).

Geçirilen hastalığın şiddetinin, bu süreci ne derecede etkileyeceği bir diğer anlamlandırma olarak ortaya çıkmaktadır. Görüşme yapılan hekimlere göre şiddeti görece daha düşük olan hastalığın, bireyi sosyal çevresinden veya sosyal faaliyetlerinden daha az alıkoyacağı; şiddetli bir hastalığın ise bireyi sosyal çevresinden tamamen koparacağı düşünülmektedir. (“...belim ağrıyorsa o gün arkadaşlarımla gitmem, planladığım akşam yemeğinde oturamam”; “o hastalığın şiddetine göre etkiler. Kimi üç gün evde istirahat ediyor, kimi aylarca işine gidemiyor”).

F.3.b. Hastalık ve ekonomik durum

“(Günlük yaşam hastalıktan) Muhakkak etkilenir. E etkilenir, harcamalar artar, siz yapabildiğiniz işleri yapamaz hale gelirsiniz, bu işlerin dağıtılması gerekebilir veya o işler yapılmaz hale gelir veya sizin hastalığınız nedeniyle bi’ de yardım edilmesi gerekiyorsa o artık o bi faciadır yani (yani ekonomik durum da etkilenebilir diyorsunuz) ekonomik durum etkilenir, siz yaptığınız işi yapamazsınız, oradan ekonomi etkilenebilir ya da çocuğa bakıyorsanız bakamazsınız, e bi de siz bakıma ihtiyacınız varsa bırak yapamadığınız işi bir kişinin de sizin başınıza getirilmesi gerekir” (HE, KAM, K, 56).

“İşlevselliğim bozulacağı için bir doktor olarak; işe devam ediyorsam baktığım hasta sayısı azalacağı için, raporluysam kesinti olacağı için maaşımda azalma olurdu. Daha ciddi ve uzun süreli hastalıklarda ise ücretsiz izin almak zorunda kaldım ve gelirim olmazdı. Özel sektörde ise birçok kişinin işten çıkarıldığını gözlemledim” (HE, KAM, K, 54).

“Kişiye bağlı, yansıtmayabilir ama bir biçimde etkiler, öyle hastam var ki en ağır tedavi alırken bile bütün işini yapmıştır, bu çok nadir ama bu da var, kemoterapi alırken normal işine gücüne giden, yani gelip burda kemoterapisini alıp öğleden sonra ya da ertesi gün işine giden hastalarım da oldu. Aylarca raporu olup bütün hayattan kendini soyutlamış olan da oldu. Yani daha çok olanı aslında iş güç belirli etkilenir, hastalık ağırlaştıkça etkilenme oranı artar” (HE, ÖZL, E, 56).

“Evet, hasta birinin bir sağlık kuruluşuna gelip tedavi olması, tedavi esnasında gereken tetkikler için talep edilen bedel pahalı olabilir fakat sonrasında, hastalığın şiddetinin artması durumunda karşılaşılabilecek olan masraf daha ağır olacaktır” (HE, ÖZL, E, 36).

Görüşme yapılan hekimler, hastalığın bireyin ekonomik faaliyetlerini de etkileyeceğini belirtmişlerdir. Durumu hem kendileri açısından hem de hasta bireyler açısından değerlendirdiklerinde varılan ortak nokta, hastalık yüzünden günlük faaliyetlerin aksaması, işin duraksaması, masrafların artması ve bu yüzden finansal dengenin olumsuz yönde etkilenmesi üzerinedir. Hekimler, hastalık sürecinde hasta bireyler kadar kendilerinin de bu olumsuzluklardan etkileneceğini ifade etmektedir. (“...harcamalar artar, siz yapabildiğiniz işleri yapamaz hale gelirsiniz”; “...yaptığınız

*iş i yapamazsınız, oradan ekonomi etkilenebilir ya da çocu ğ a bakıyorsanız bakamazsınız”;
“...ücretsiz izin almak zorunda kalırdım ve gelirim olmazdı”).*

“Hastalı ğ a Dair Anlamlandırma” üst teması kapsamında, bireylerin hastalı ğ ı bir yok oluş, yokluk olarak anlamlandırırdı ğ ı görölmektedir. Hasta bireylere göre hastalık, sosyal çevreyi ve ekonomik durumu da olumsuz etkilemektedir. Hekimler açısından hastalık ise bedenin işlevinin aksamasından da öte, bireyin toplumdan kopması olarak anlamlandırılmaktadır. Hastalı ğ ın sosyal çevreyi ve ekonomik durumu olumsuz etkileyece ğ i konusunda hasta bireylerle benzer bir anlamlandırma söz konusudur.

3.2.2. Sektöre Dair Güven (G)

Hekim ve hastaların gitmeyi tercih ettikleri sa ğ lık kuruluş unda görev yapan personele ne kadar güvendikleri öğrenilmeye çalış ılmış, bu doğrultuda kendilerine hastalık durumunda kamu ya da özel sektöre ait bir sa ğ lık kuruluş undan hangisine gitmek istedikleri sorulmuştur. Özel ve kamu sa ğ lık kuruluş una dair güven, deneyim kıyaslama konusunda hekimlere de ihtiyatlı yaklaşılmış; olası bir hastalık durumunda hangi kuruluş un tercih edilece ğ i sorulmuştur. Kendi deneyimleri göz önüne alındı ğ ında özel ve kamuya ait sa ğ lık kuruluş unda sunulan tedaviyi kıyaslamaları istenmiştir:

G.1.a. Kuruma inanma meselesi

“Özele sadece bir defa gittim, bir daha da gitmem. Yok kan testi, yok idrar testi, yok ş unun testi yok bunun analizi... Hepsi için ayrı ayrı fatura kesiyorlar bi de. Burada (kamu) hastalı ğ ım neyse o, ona göre tetkik yapılıyor, ona göre ilaç yazılıyor. Güveniyorum da, güvenmez miyim?” (HA, KAM, K, 51).

“Ş u ana kadar yapılan tahlillerden emin de ğ ilim, buradan sonra birkaç farklı yerde hekim görece ğ im. Burası Türkiye, tek bir tahlille hareket edemem. Şeker iş te altı ay önce normalden yüksek çıkmış tı, fakat hasta oldu ğ uma inanmıyorum. Yakınlarıma da bilerek haber vermedim, ben bi emin olayım, sonra söylerim” (HA, KAM, E, 38).

“Rahatsızlı ğ ımın sebebini öğrenince tahlillerin yanlış olabilece ğ i ihtimaliyle farklı kuruluş larda da tahliller yaptırdım, özele de gittim. Ne yazık ki her yerde aynı çıktı” (HA, KAM, E, 35).

“Buradaki sağlık çalışanlarına epey güveniyorum lakin söylediklerine de keşke uysaymışım. Ama artık dikkat edeceğim, yoksa gidiş hayrı alamet değil” (HA, KAM, E, 47).

“Benim devlet hastanesinde kendi doktorum var ama aile dostumuz, o yüzden bana çok özenli davranıyor ama başka bir devlet hastanesine, uzun zamandır başka bir devlet hastanesine başka birine gitmiyorum, yine aynı devlet hastanesine gidiyorum, başka bir hastalığım varsa yine tanıdığım bir doktorun doktor arkadaşına gittiğim için herhangi bir sorun olmuyor yani yine tanıdık olduğum için ama başka insanlara nasıl davranılıyor bilmiyorum, tabi duyuyoruz çok şey ama ben kendi açımdan; tanıdık olmasaydı eminim srnrdm devlette. Özellikle araştırma hastaneleri çok kötü geliyor (niçin) yani kendileri bir şey araştırıcaz diye karşısındaki insanı delik deşik edebiliyorlar, bi dersleri uğruna olabiliyor bu, ya biraz kobay fare gibi hissediyoruz devletteki araştırma hastanelerinde kendimizi” (HA, KAM, K, 35).

“Bi kere özel hastaneye verecek param yok. Ayrıca devlet hastanesindeki hocalarım çok gayretliler. Hele acil servistekiler, kaç defa geldim acile, büyük bir efor harcadılar ilk müdahalede” (HA, KAM, E, 27).

Hasta bireylerin kamuya ait sağlık kuruluşlarında tedavi olmak istemelerinin altında yatan faktörlerden biri düşük maliyet olarak dile getirilse de, hekimlere olan güven bir diğer önemli tercih sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. (“...özel hastaneye verecek param yok”; “güveniyorum da, güvenmez miyim?”; “...hele acil servistekiler”).

Diğer yandan kuruma duyulan güven, hastalığın teşhisinin doğru olup olmadığına inanma gibi faktörler, hasta bireylerin kamu kuruluşları dışında özel sağlık kuruluşlarına da yönlenmelerine sebep olabilmektedir. (“...tahlillerden emin değilim, buradan sonra birkaç farklı yerde hekim göreceğim”; “...tahlillerin yanlış olabileceği ihtimaliyle farklı kuruluşlarda da tahliller yaptırđım, özele de gittim”).

G.2.a. “zeli tercih ederdim”

“zele ait daha uygun fiyat açısından (nasıl?) zeldeki özeni isterim ama kamudaki cretsizliği almak isterim. Özel hastanede ücret ödediğiniz için daha farklı bir muamele görüyorsunuz (nasıl bir muamele?) daha özenli davranıyorlar. Devlette kasap

dükkanı gibi yani çok fena. kan verdiğim yerde bile o sedyelerin pisliği, ultrasona girdiğim yerde yatırdıkları yatak bile ben oraya gidip başka bir şey örtmek durumunda filan kalıyorum, hiçbir şey yoksa peçetelerle yatacağım yeri kapatmak zorunda kalıyorum en son ultrasona girdiğimde böyle bir rezillikle çünkü karşılaşmıştım. ama özele gittiğimde böyle bir şey yok tabi ki de temiz oluyorlar her defasında o yatağın örtüsü değişiyor her kişiye göre. Zaten oraya giden insanlar hasta ve hastalık çok bulaşıcı... olan da var olmayan da var ve herkese aynı şeyi yaptıklarında, tuvaletlerin pisliğinden, lavaboda elimi yıkayacağım yerdeki gördüğüm manzara, sabunsuzluk bile devlette sinir bozucu ki devlete verdiğimiz para ortadayken hizmet alamamamız” (HA, ÖZL, K, 27).

“Kamu sektöründeki sağlık çalışanlarına güvenmiyorum. Sizi adam yerine koymuyorlar. Hayatınızın kıymeti yok sanki böyle nasıl faydaları dokunsun ki? Onların (hekimlerin) eline düşmemek için daha dikkatli oluyorum artık, yiyeceğimi içeceğimi her şeyimi dengeliyorum. Kontrole de buraya (özel poliklinik) geliyorum, çok da pahalı değil ama hiç olmazsa adam yerine koyuyorlar (özelde)” (HA, ÖZL, K, 50).

“Kamuya ait demek isterdim, çünkü ben iyi bir vatandaş olarak, vergi, SGK gibi devlet ödeneklerini tam ve zamanında yapıyorum. Bunu yapabilmek için sağlıklı olmam, sağlık konusunda risk almamam gerektiğini düşünüyorum. Bu yüzden özel sağlık kuruluşlarını ve seçtiğim doktorları tercih ediyorum” (HA, ÖZL, K, 51).

“Kamu kuruluşunda randevunuza rağmen tedavi için doktora ulaşmadan önce geçen uzun bir bekleyiş söz konusu, sonra evrak kısmı var, bu arada beklerken her şeyi net olarak gözlemleme şansınız var. Mesela sizden önceki hasta doktorun yanından çıktıktan sonra, ‘yaşasın sıram geldi’ diye duyduğunuz bir heyecan, heyecanınızın hemen ardından ‘hala neden beni çağırmadılar’. Doktor içeride ne yapıyor?’ düşüncesinden oluşan merak duygusu. Duyguların değişkenliği, iniş çıkış hızı anlatılamaz yaşanır. Hijyen konusunu ve doktora ulaşip derdinizi anlattıktan sonraki sürati anlatmak istemiyorum. Doktorlar kapasite üstü hasta bakmak zorunda olduğundan galiba, muayene, tanı inanılmaz süratli. Bu arada herhangi bir çekim, işte röntgen, MR falan gerekmezse iyileşme şansınız var gibi. Yok gerekirse minimum altı ay dayanma gücünüz olmalı. Özel sağlık kuruluşunda bunları yaşamak zor. Birileri sizin için koşuşturuyor. Her şey süratli. Doktorun hasta sayısı ve ayıracağı süre baştan belirlenmiş olduğundan kimse kimseyi beklemiyor” (HA, ÖZL, K, 35).

“Özele gittiğimde hekimler ve hemşireler, herkesin benimle ilgilendiklerini hissediyorum. Beni küçümsemediklerini düşünüyorum, bu da beni tatmin ediyor” (HA, ÖZL, K, 34).

“Özel bir sağlık kuruluşunu tercih ederim. Özel sağlık kuruluşunda daha kısa sürede ve daha özenli tedavi edilebileceğimi düşünüyorum” (HA, ÖZL, E, 20).

Hasta bireyler, tedavi için özel sağlık kuruluşlarını tercih etmeleri konusunda ilk olarak özel kuruluştaki sağlık ekibinin kendileriyle olan iletişiminden bahsetmişlerdir. Bireyler, görüşmek istedikleri hekimlere, kamuya nazaran daha rahat ulaştıklarını, daha az beklediklerini ve daha özenli bakıldıklarını ifade etmişlerdir. Hasta bireylerin ifade ettiği “insan yerine konulma”, kurum ve sağlık personeli tarafından “özel oldukları hissi”, sözü edilen diğer tercih sebepleri arasındadır. (“...(özelde) daha özenli davranıyorlar-devlette kasap dükkanı gibi”; “...sizi adam yerine koymuyorlar-hayatınızın kıymeti yok sanki”; “Kamu kuruluşunda randevunuza rağmen tedavi için doktora ulaşmadan önce geçen uzun bir bekleme söz konusu ... özel sağlık kuruluşunda bunları yaşamak zor. Birileri sizin için koşuşturuyor. Her şey süratli”).

Bununla birlikte, güzellik, temizlik, bakımlı olma durumunun hem sağlık personeline hem de kurumda aranması, özel sağlık kuruluşunun tercih edilmesinde bir başka unsur olarak düşünülmektedir. (“...kan verdiğim yerde bile o sedyelerin pisliği”; “...özele gittiğimde böyle bir şey yok tabi ki de temiz oluyorlar”).

G.1.b. Özel hastanelerin ticari kaygısı

“Kurumumuzda neredeyse her hastamız için sedye veya tekerlekli sandalye mevcuttur, personelimiz hastamızı odaya götürür, yatağa yatırır ve tahlil için gereken kan alma gibi işlemler hemen başlatılır. Tahlil sonuçları en kısa süre içinde iletilir. Gerek görüldüğü takdirde hastamızın ne yiyip ne yemeyeceğine dair bir diyet listesi hazırlanır ve uzman kadromuz tarafından uygun görüldüğünde hastamız taburcu edilir. Yani, devlet kurumunda çalışan meslektaşlarımla herhangi bir kıyaslama yapmam doğru olmaz fakat orada bu hızı bulamayabilirsiniz” (HE, ÖZL, E, 56).

“(varsayalım hasta oldunuz) Hastalığıma bakar, değişir. Parama bakar. ı ben onların şeye bakarım yani, gideceğim yerin fiziki ortamına bakarım bi de ordaki

hekimlerin bu konudaki uzmanlaşmış olup olmamalarına bakarım yani bu alanda uzmanlaşmış hekimlere ulaşmaya çalışırım” (HE, ÖZL, K, 42).

“Çok kıyaslanmaz bir şey, çok kıyaslanmaz bir şey. Çok duruma özel değerlendirilmesi gerekiyor. (birisi öbüründen daha iyi gibi bir şey söyleyemem diyorsunuz) Öyle bir şey söylenemez, öyle bir şey söylenemez” (HE, ÖZL, K, 33).

“Doktorluk da neticede para karşılığında yapılan bir meslek dalıdır. Bir doktorun hayatını kazanması için özel poliklinik ya da kamu hastanesi fark etmeksizin çalışması gerekir. Dolayısıyla özel ya da kamu sağlık kuruluşu arasında bir ayrım yapamıcam. Eğer ki hasta olsaydım, her iki kuruluşa da giderdim, neticede o da doktor, öbürü de doktor” (HE, ÖZL, E, 36).

“Şimdi kamuya ait hastanelerde bir yığılma var ama özelde böyle bir şey söz konusu değil. Örneğin MR gibi tetkiklerde bu yığılmanın sebebi, performans sistemi veya hastaların açabileceği davalardan çekinen doktorların her vakaya tetkik istemesi ve sağlık ekonomisinin mevcut katkısıyla alakalı. Hem doktor açığımız var hem de çok fazla hasta var. Bu açıdan kamuda çalışan meslektaşlarımı da anlayabiliyorum” (HE, ÖZL, E, 44).

Özel sağlık kuruluşunda görüşme yapılan hekimler, o kuruluşa çalışan hekim kadrosunun uzmanlığını, tesisin fiziki yeterliliğini ve tedavi sürecindeki hızı ön plana çıkartmaktadırlar. (“...her hastamız için sedye veya tekerlekli sandalye mevcuttur”; “...hastamızın ne yiyip ne yemeyeceğine dair bir diyet listesi hazırlanır”; “orada bu hızı bulamayabilirsiniz”; “...ordaki hekimlerin bu konudaki uzmanlaşmış olup olmamalarına bakarım”).

Bununla birlikte sağlık sektörüne güven açısından, kamu sektöründe çalışan meslektaşlarıyla bir kıyaslamaya girmekten kaçınılmaktadırlar. (“...devlet kurumunda çalışan meslektaşlarımla herhangi bir kıyaslama yapmam doğru olmaz”; “çok kıyaslanmaz bir şey”; “...özel ya da kamu sağlık kuruluşu arasında bir ayrım yapamıcam”).

G.2.b. “Birinci tercihim kamudur”

“Ben kamuda çalışıyorum, kamuda. Çok nadir özele gittiğim vardır ama çok nadirdir, özel bir doktor vardır tek o işin en önemli ismidir öyle nadiren özel tercih ettim ama birinci tercihim kamudur. Özel bir durum vardır yani o işle ilgili özel bir şey vardır o zaman özele giderim, birinci tercihim hep kamudur” (HE, KAM, K, 56).

“Hastalığının durumuna göre. Basit ve hızlı çözülebileceğini düşündüğüm durumlarda özel üniversite hastanelerini tercih etmekle birlikte araştırma gerektiren, ciddi hastalıklarda eğitim araştırma kamu hastanelerini tercih ediyorum” (HE, KAM, E, 52).

“Aslında bunların hakkaten şeyle ilgili olduğunu düşünüyorum, aa hastalık ve duruma özel bir şey olduğunu düşünüyorum, genellikle çok yoğun bir poliklinikte çok kısa bir görüşme almıyorsanız kaliteler arasında bi yani daha iyi daha kötü diyemeyeceğim ama yani şunu da düşünürüm her zaman, özel kuruluşlar aslında ticarethanedir, özel tedavilerde ticari kaygıların olmamasını düşünemiyorum ama zaman ayırma konusunda da özel bir ortam, avantajlı olabilir ee her duruma göre seçmenin daha makul olabileceğini düşünüyorum, yani hastaların lehine olan şeyin aslında duruma göre seçmeyi ya da ikinci bir fikir almanın iyi bir şey olacağını düşünüyorum. Özel kuruluştaki bir operasyon öneriyorlar, ben genellikle kamuda danışırım, gerçekten o biçimde mi olmalı başka türlü olabilir mi ya da bir terapi alacaksam da özel bir yeri tercih ederim çünkü orada birebir zaman ayırma gerektiren bir şey, kamu kuruluşunda terapi biraz zor. benim nasıl çalıştığımı gördünüz, o koşulda üç kere telefonum çalar, iki kere birisi kafasını uzatır” (HE, KAM, K, 55).

“Hastalık ve sağlık aslında bir bütün. Hekimin ilk başta bu ön kabulde hastalara yaklaşması lazım, (hastayı) iyi dinlemesi, iyi gözlemlemesi, iyi iletişime geçmesi lazım. Bu sayede hastanın sağlık durumu veya hastalığı hakkında doğru bir analizle karar verilmiş olur. Bu anlayışı maalesef her iki farklı sektörde de görmek zor. Kamuda gördüğümüz gibi yoğun talepten ötürü zaman sıkıntısı var, imkan sıkıntısı var; özel de hizmet sektörü gibi. Sizden kota bekleniyor, hastaların sizden memnun ayrılması bekleniyor, bunu her zaman yerine getiremezsiniz. Ben her iki kurumda da çalışmış biri olarak, kamuya bağlı araştırma hastanelerinde tedavi olmayı tercih ederim hep. Bilimsel ilerleme tedavinin kendisi kadar önemlidir çünkü” (HE, KAM, K, 60).

“Kamu hastanelerinde keşmekeş olmasına rağmen maddi olarak hastaları zorlamıyor. Özel hastaneler ise daha çok otel hizmeti verir gibi çalışmakta ve maddi götürüsü de fazla olmaktadır. Özel hastanelerde gereksiz tetkik istenme riski fazladır fakat tedavi açısından iki tip kurumda da tedavinin başarısının kurumlardan bağımsız olarak doktorun kendisine bağlı olduğunu düşünüyorum” (HE, KAM, K, 54).

Kamuya ait sağlık kuruluşunda görüşülen hekimler açısından sağlık sektörüne güven ve tercih edilebilirlik konusunda, bireyin maddi imkanları ve o kuruluştaki çalışan hekim kadrosunun uzmanlığı önem kazanmaktadır. (*“...özel kuruluşlar aslında ticarethanedir”*; *“...özel (sektör) de hizmet sektörü gibi-sizden kota bekleniyor, hastaların sizden memnun ayrılması bekleniyor”*).

Herhangi bir hastalık durumunda hangi kuruluşun tercih edileceği konusunda ilk söylenen kamu kuruluşu olmuştur. Görüşme yapılan hekimler, özel sağlık kuruluşlarındaki finansal modelin, güven konusunda olumsuz bir izlenim yarattığını belirtmişlerdir. (*“birinci tercihim kamudur”*; *“... ciddi hastalıklarda eğitim araştırma kamu hastanelerini tercih ediyorum”*; *“...özel tedavilerde ticari kaygıların olmamasını düşünemiyorum”*; *“...özel hastaneler ise daha çok otel hizmeti verir gibi çalışmakta”*).

“Sektöre Dair Güven” üst temasında, düşük maliyet ve kamuya ait sağlık kuruluşundaki hekime duyulan güven, hastaların öne çıkan anlamlandırmalarıdır. Özel sağlık kuruluşunda tedavi gören hastalar için, hekimin kendileriyle olan iletişimi ve kurumun hijyen koşulları ön plandadır. Hekim tarafında ise, özel sağlık kuruluşundaki hekimler, tedavi sürecindeki hızı ve tesisin fiziki koşullarını ön planda tutarken, kamuya ait sağlık kuruluşundaki hekimler, hastaların maddi imkanlarına vurgu yapmıştır. Kamuya ait sağlık kuruluşundaki hekimler açısından özel sağlık kuruluşlarındaki finansal model, güven konusunda olumsuz bir anlamlandırma yaratmaktadır.

3.2.3. “Müşteri Hasta” (H)

Bu üst temada, görüşme yapılan hastaların gittikleri sağlık kuruluşlarından ve bu kuruluşlara bağlı sağlık personeline yönelik beklentileri sorulmuş, hekimlerin kendilerine karşı tavır ve tutumlarının nasıl olduğunun aktarılması istenmiştir. Hekimlere de kendilerine tedavi veya kontrol amaçlı gelen hastaların kaygı ve korku düzeyleri hakkında

ne düşündükleri sorulmuş, hastanın güvenini sağlamayı ne kadar önemsedikleri ve hastaların sosyo-demografik profilleri hakkında bilgi vermeleri istenmiştir.

H.1.a. “İletişim çok önemli”

“Tedavi için görüldüğüm hekim beni dinliyor, kıyamam hatta çok dinliyor. (bununla ilgili bir probleminiz yok?) ı-ih, olsaydı onu hekim olarak seçmezdim kendime. Daha çok hasta olurum. Beni dinlemeyecek olan hekime gitmezdim, çözemez çünkü, yani çok iyi olabilir, ama çok iyi olması zaten en temelinde iletişim kurmayla olur diye düşünüyorum çünkü ben ona düzgünce anlatmalıyım ki o anlamalı dinlemezse de anlamaz yani” (HA, KAM, K, 35).

“Görüşmeye gittiğim hekimden tabi ki beklentim var. Beni, sakın, güler yüzlü, dikkatli, ilgilendiğini belli eden, sıkıntılı bir görüntü vermeden dinleyerek paylaşımcı bir yaklaşım sergilemesini isterim. Gittiğim hekim beni dinliyor sağ olsun. Detay sorguluyor ve açıklamalarda bulunuyor” (HA, ÖZL, K, 35).

“Hekim gereken açıklamayı yapıyor. Yani şöyle diyor, ne yapıldığını söyleyeyim, örnek vereyim, konulan tanıda; kistik bir bünkem olduğunu, vücudumun kitle ürettiğini, bunun bünkemini yaptığı, öyle bir yapıya sahip olduğunu söylüyorlar, iyi de bu durdurulması gerek bu hep böyle mi olacak diyorum. Cevap evet, tamam bu böyle olabilir, ama bi çözümü de olmalı'ya gidiyor, onu da işte, ileride çocuk yapınca, anne olunca, bezlerin çalışınca geçceğini söylüyorlar. Çok tatmin oluyor muyum? Çok olmuyorum, görcez diyorum” (HA, ÖZL, K, 28).

“Güler yüzlü, iletişimi kuvvetli, dinleyen, dinleten ve hastalığımla ilgili teşhis/tedavi sürecini detaylı bir şekilde anlatmasını isterim çünkü genelde kısa soru cevaplarla tanı koyarak hemen göndermeye çalışıyorlar, çok ilgili ve özenli davrandıklarını düşünmüyorum” (HA, KAM, E, 35).

“Mesela şu anki doktorum çok iyi, ilk gittiğim ameliyatımı yapan doktor da iyiydi aslında o da tanıdık bir doktordu ama o tamamen parasal açıdan olaya yaklaştığı içinmiş onun o özeni diye düşünüyorum. Her muayenede ücret ödedim, ameliyatımda ücret ödedim, devlette çalışıyor olmasına rağmen özelde yaptı ameliyatımı, gibi gibi... yani benim kitlelerimle ilgili kitlelerin dışı olduğunu kanserli olmadığını sonradan öğrendim ama yani o kısımda eğer yapılmasaymış ilk ameliyatım bunların hiçbirisi olmayacaktı”

diye de bir bilgi aldım bilmiyorum ne kadar doğru ama sonrakilerin yorumlaması o şekildeydi” (HA, ÖZL, K, 27).

“Hekimlerin tutumlarının sıcak olduğu zamanlar da oluyor ama bazen de aşırı soğuklar. Hasta olmuşsun diye oradasın ama sanki neden oradasın dercesine tavır alıyorlar, bu da rahatsız edebiliyor, keşke hastaneye gelmeseydim diyor insan” (HA, KAM, E, 27).

“Tabi ki var, neyse söyleyecekler. (Bununla ilgili herhangi bir sıkıntı çektiniz mi?) bilmiyor da olabilir ne olduğunu bendeki rahatsızlığın ama bilip de ya tamam hani dur bi anlayalım’ demicek, yaşattığı bana her mesela yaptığı her tahlilin nedenini bana açıklasın isterim. Her aşamayı bana düzgün düzgün anlatmalı. Kan veriyorsam bu kan vermemin sebebi şu diye ben bilmeliyim. Çünkü can bu, üzerimde yaptıkları her şeyden haberdar olmak isterim, canımı yani. Hastadan gizlemek, o bana, ya da bilgi vermemek tamamen antipati uyandırır o doktora karşı” (HA, KAM, K, 36).

Görüşme yapılan hasta bireylerin hekimlerden beklentileri konusunda, temelde iletişimin önemine vurgu yapılmaktadır. Hastalığın teşhisi ne olursa olsun, birey hekimin kendisini dinlemesini ve “anlamasını” beklemektedir. (“...dinleyerek paylaşımcı bir yaklaşım sergilemesini isterim”; “genelde kısa soru cevaplarla tanı koyarak hemen göndermeye çalışıyorlar”). Bu noktada, hasta birey ile iletişimini iyi kuramayan hekimin, hasta bireyin hastalığına da çözüm bulamayacağı fikri yansıtılmıştır. (“...çözemez çünkü, yani çok iyi olabilir, ama çok iyi olması zaten en temelinde iletişim kurmayla olur”; “Çok tatmin oluyor muyum? Çok olmuyorum”).

Hasta bireyin tedavi sürecindeki birincil beklentisi, hekimin kendisiyle iletişimini iyi kurması şeklinde aktarılırken, bu iletişimde dürüstlük, şeffaflık gibi değerler de aranmaktadır. (“...tamamen parasal açıdan olaya yaklaştığı içinmiş onun o özeni diye düşünüyorum-her muayenede ücret ödedim”; “...hastadan gizlemek, ya da bilgi vermemek tamamen antipati uyandırır o doktora karşı”).

H.2.a. İdeal sağlık kuruluşu

“Temiz, hijyenik bir ortam ve konusunda uzman, iletişimi güçlü hekimler... bunun dışında hiçbir beklentim yok” (HA, KAM, K, 51).

“Kamu kurumlarında, hiç tanımadığım, ilk karşılaştığım hekimlere alıştıklarının dışında, kesinlikle itici ve aykırı geliyorum. Bu nedenle zorlama bir tavır içerisine giriyorlar sanki. Özel ya da kamuya ait sağlık kuruluşu fark etmez, her iki taraf için de sadece gereğinin yapılmasını bekliyorum” (HA, ÖZL, K, 34).

“Devlettekine nazaran özeldeki personelin hiç olmazsa ellerinden geleni yaptıklarına inanıyorsun. Doktorlar, hatta hemşireler bile daha nazik; ‘bunları yapman lazım ablacım’, ‘şunları yapman lazım kardeşim’ diye hem telkinde bulunuyorlar hem de moral vermeye çalışıyorlar. Aynı şeyle keşke devlettekinde de karşılaştık” (HA, ÖZL, E, 20).

“Eşit olsun. Çünkü ben özelde muayene olabiliyorum, bu benim ekonomik durumumdan kaynaklı, ama ekonomik durumu çok kötü olan insanlar gidemiyorlar diye devlette kötü muamele yapılmasın, devlette gerekli hijyen ortamı sağlansın. Yani sınıfsal ayrımcılık olmamalı” (HA, ÖZL, K, 28).

“Burada (kamuda) hastasıdır, diğerinde müşteri. Buradaki doktorların hepsi idealist ve istekli olsa zaten özel hastanelere kimse gitmez, ama maalesef buradaki doktorların da hemşirelerin de birçoğu memur zihniyetinde. Hemşirelerle laklak, çay koy, öğle yemeği saati geldi, akşam olsa da eve gitsek... Düzgün bir hastanede böyle şeyler olmaz” (HA, KAM, E, 47).

Bir sağlık kuruluşundan ne beklendiği konusu, yalnızca hekimlerin değil o kuruluştaki tüm çalışanların iletişiminin iyi olması gerektiği şeklinde yansıtılmıştır. Bununla birlikte, tedavi görülen kuruluşun hijyen koşulları da hasta bireyler açısından önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. (*“temiz, hijyenik bir ortam ... iletişimi güçlü hekimler”*; *“devlette gerekli hijyen ortamı sağlansın”*; *“Kamu kurumlarında...zorlama bir tavır içerisine giriyorlar”*; *“(özelde) doktorlar, hatta hemşireler bile daha nazik”*).

Bir diğer temel beklenti ise, tedavi masrafları ya gidilen sağlık kuruluşunun yaratacağı maddi yük olarak ifade edilmektedir. (*“Eşit olsun...ekonomik durumu çok kötü olan insanlar gidemiyorlar diye devlette kötü muamele yapılmasın”*; *“Burada hastasıdır, diğerinde müşteri”*).

H.1.b. “Güven en önemli şey!”

“(hiç beklemeden ve vurgulayarak) *en önemli şey! Hasta güven duymazsa bitti, hiçbir tedavi yapamazsın o da biraz hastayla ilgili bir şey. Önemli bir kısmı da hekimle ilgili bir şey*” (HE, KAM, K, 56).

“*Hastalar tanıdıkça güvenir ya da isminizi çok bildiyse, iyileşen bir hasta onu gönderdiyse güvenir. Genelde güvenlerini iyi buluyorum, çok nadir, o da hastalığı gereği güvenmeyen hastalar vardır, bunların güvenini de oluşturmak için biraz çabalarız. Hastalığı kuşkuculuk olan birisi tabi ki size de güvenmeyecektir*” (HE, KAM, K, 55).

“*Hastaların çoğunda psikosomatik köken olduğunu düşündüğümden ‘güler yüzlü doktor’ profilinin başarıyı etkilediğine inanıyorum. Hasta size güvenirse tedaviye devamlılığa da sağlanıyor. Hastayı aydınlatmanın da önemi fazla*” (HE, ÖZL, K, 33).

“*Kaygı ve korku, biz bunların uzmanıyız, yani bu tür kaygıları ve korkuları güncel durumla aşırı daha kontrol edilemez olan kimseler bize tedavi için başvuruyorlar, bunlar ruhsal hastalıklar*” (HE, ÖZL, E, 56).

“*Eğer haklı olduklarını düşünüyorsam onları (hastaları) rahatlatmak için elimden geldiğince, belki defalarca, sakın bir ses tonuyla açıklamalar yapıyorum. Abartı bir kaygı görürsem kısa açıklamalarda bulunuyorum*” (HE, ÖZL, K, 42).

“*Hastaların kaygı ve korku durumları, bize öyleleri gelir ki zaten. Hepsi kaygılı ve korkulular. Kaygısı korkusu olmayanın ne işi var burada?*” (HE, KAM, E, 61).

Hekimler, kendilerine muayeneye veya tedaviye gelen hastaların iyileşme sürecine katkıda bulunma hususunda en önemli ayağın “güven sağlama” olduğunu ifade etmişlerdir. Hasta bireylerde sağlanan güven duygusunun, tedavinin seyrinde olumlu etki yarattığı belirtilmiştir. (“*Hasta güven duymazsa bitti, hiçbir tedavi yapamazsın*”; “*Hasta size güvenirse tedaviye devamlılığa da sağlanıyor*”).

Güven sağlama, yalnızca sıfırdan başlatılan bir etkileşim süreci olmayıp, hekimin itibarı, şanı, tanınırlığı gibi sosyal statüsüyle de alakalı bir süreç olarak devam etmektedir. Bu noktada, daha önceden tedavi olmuş ve bu tedaviden memnun kalmış bir hasta bireyin, tedavi gördüğü hekimi, kendi sosyal çevresindeki bir yakınına anlatması, tavsiye etmesi de güven sağlama sürecine katkı sağlamaktadır. (“*Hastalar tanıdıkça güvenir ya da isminizi çok bildiyse, iyileşen bir hasta onu gönderdiyse güvenir*”).

H.2.b. Hasta profili

“Bizim çok geniş, Ağrı ’dan Van ’dan da hastamız var, ee bu taraflara geldiğinde insanlar bi de buranın hastanesine gitmek ister, ee çok alt sosyoekonomik düzeyden, yeşil kartlı ya da işte en düşük gelir düzeyinden de hastalarımız var, en üst gelir düzeyinde de çünkü ee bazen isme gelen insanlar var” (HE, KAM, K, 56).

“Burada normalde ee kamuya daha az gelen maddi olanakları yüksek insanlar çok kamuya gelmezler. Onlar da var çünkü belli alanlarda uzmanlaşmamız var, o nedenle de gelen var o uzmanlaştığımız alanlarda... ee çok geniş yelpaze yani. Ama orta, iyi eğitilmiş orta gelir düzeyi belki en yüksek ama genelde çok geniş bir kısım” (HE, KAM, K, 54).

“Buraya gelen çoğu hasta genelde işçiler ve yakınları. Düşük ve orta sosyoekonomik seviyedeler. Sade yaşayan ve küçük yerde yaşamının verdiği kolaylıkla mutlu bir topluluklar” (HE, KAM, E, 52).

“Buraya gelen hastalarımızın profili ekonomik açıdan orta-üst seviye, bu yüzden sanki daha sakın ve kibar diyebilirim. Ben devlette de çalıştım, şöyle diyim birçok devlet hastanesinde, sıra beklerken mutlaka tatsızlık çıkartacak biri olur. Argo tabirle araya kaynamak isteyen, bir şey sorup çıkacağım deyip doktorun odasını işgal eden, diğer vatandaşların hakkını yiyen mutlaka çıkar. Burada hiç böyle bir şey yaşanmadı” (HE, ÖZL, E, 56).

“Orta düzey diyelim, orta düzey ve üzeri hatta. Düzenli geliri olan memur da var çok üst olmasa da tahminen geliri ortalamadan daha iyi olanlar da var” (HE, ÖZL, E, 44).

“Aşırı olmayabilir ama u genel olarak iyi bir eğitim seviyesine sahip bilinçli u orta düzey, orta sosyoekonomik düzey” (HE, ÖZL, K, 42).

Hekimlerden, kendilerini ziyarete gelen hastaların sosyoekonomik ve sosyokültürel profili hakkında görüşleri istendiğinde, özel hastaneler ile kamuya ait hastanelerde tedavi gören hastaların profilleri birbirinden farklı yansıtılmıştır. Kamuya ait sağlık kuruluşuna giden hastaların profili, hekimlerce orta, orta-alt sosyoekonomik düzeyde tarif edilmiştir. (*“çok alt sosyoekonomik düzeyden...en düşük gelir düzeyinden*

de hastalarımız var”; “...maddi olanakları yüksek insanlar çok kamuya gelmezler”; “düşük ve orta sosyoekonomik seviyedeler”). Özel sağlık kuruluşunda görüşme yapılan hekimler, orada tedavi gören hastalar için orta, orta-üst sosyoekonomik bir profil çizmişlerdir. (“hastalarımızın profili ekonomik açıdan orta-üst seviye”; “...orta düzey ve üzeri hatta”; “iyi bir eğitim seviyesine sahip bilinçli orta düzey”).

3.2.4. Tedaviye Dair Deneyim ve Anlamlandırma (I)

Tedaviye dair hastaların ve hekimlerin deneyimlerini öğrenmek amacıyla, bu süreçte nelerin dikkate alındığı ve nelerin yaşandığına dair bilgiler edinmeye çalışılmıştır. Tedaviye dair deneyim ve anlamlandırma konusunda hastalar ve hekimler teşhis ve tedavi sürecine yönelik düşüncelerini aktarmış, bu süreçte birbirlerine dair görüşlerini belirtmişlerdir.

I.1.a. Teşhis ve tedavi süreci

“Hastalığı yenme düşüncesi insanı güçlü hissettiriyor bu yüzden sadece hekimden, yapacağı tedaviden ya da vereceği ilaçtan medet ummak faydasız. Eğer kötüm serseniz, negatifseniz istediğiniz doktora gidin, istediğiniz ilacı kullanın size faydası olmaz, ben buna inanıyorum” (HA, KAM, K, 35).

“Ortamdan ve sağlık ekibinden kaynaklanan bir sıkıntı yoksa, çok ağrı çekmiyorsam eğer; genel olarak, olayın eğlenceli kısmını ön plana alırım. Hem kendi moralimi hem de bakımımı üstlenmiş olan ekibin moralini bozmadan netice alınması için elimden geleni yapar, her müdahalenin komik kısmını bulurum” (HA, ÖZL, E, 20).

“Genelde Tıp terimleriyle konuştukları için anlamakta zorlanıyorum, teşhisin açıklanması kısmı sıkıntılı yani” (HA, KAM, K, 51).

“Tedavi nasıl olursa olsun, ağrısız sızısız geçmesini isterim çünkü ağrı çekmekten nefret ederim, ağrımın acil dindirilmesi isterim” (HA, ÖZL, K, 34).

“Ee stress çok fazla yaşadım, yani ölmek korkusu gibi değildi, o yaşayacağım süreçteki dönem daha çok beni gerendi, yani evet bir hastalık olur, hastalık iyileşmezse insanlar ölür, ama ölmeye gelene kadarki acı, uğraşmalar, sürekli operasyonlar, onlar beni çok korkutmuştu ilk başta, sonra kanser olabilir mi şüphesi olduğunda, ‘ben kansersem şimdi ne olacak?’ endişesi çok fazlaydı. Bu endişeyle zaten çok fazla kilo kaybı

oldu, iştahım kesildi, sonra en son biyopsi yapıldığında, göğsümden, göğüs ucumdan kan geliyordu, o biyopside çok canım acıdı ee böyle etimin, canımdan can koptuğunu, etten kemiğin ayrıldığını filan hissettim, çok kötüydü. Bir daha kendime bu kadar eziyet ettirmeyeceğimi söylemiştim. Sonrasında zaten kontrollerimi aksattım, dört yıl kadar gitmedim. Dört yılın sonucunda sekiz tane kitle olduğunu öğrendim” (HA, ÖZL, K, 27).

Teşhis ve tedavi sürecinin hasta bireylerce nasıl anlamlandırıldığı konusunda farklılıklar görülmektedir. Bireysel açıdan deneyimlenen hastalık durumu tıbbi otoritelerce teşhis edilip onaylanmış olsa da hasta bireyin bunu kabullenmesi veya içselleştirmesi kimi zaman daha kısa, kimi zaman ise daha uzun sürebilmektedir. (“Genelde Tıp terimleriyle konuştukları için anlamakta zorlanıyorum, teşhisin açıklanması kısmı sıkıntılı yani”).

Teşhisin öğrenilme sürecinin görece daha sert geçmesi, hasta bireyde endişe ve korku gibi duygu durumlarına sebebiyet verebilmektedir. (“...acı, uğraşmalar, sürekli operasyonlar, onlar beni çok korkutmuştu”; “...’ben kansersem şimdi noolcak?’ endişesi çok fazlaydı”).

Hastalığın teşhisinin konulmasının ardından bireyin yaşadığı anlamlandırma sürecinde farklı mücadele biçimleri görülmektedir. (“Hastalığı yenme düşüncesi insanı güçlü hissettiriyor”; “...olayın eğlenceli kısmını ön plana alırım”; “tedavi nasıl olursa olsun, ağrısız sızısız geçmesini isterim”).

I.1.b. Teşhis ve tedavi süreci

“Hastalığın teşhisi ve tedavisi aşamasında önce bütün hikayeyi almayı, yani o an söylenen şey değil, kesitten çok bütün süreci öğrenmeyi, ikincisi ee yaşam koşulları, geldiği nokta, aile hikayesi, bunlara... kişinin bazen direnç dediğimiz bizim doktorların bağlantı kurmadan önce onayı ön yargıları vardır, kendi durumuyla ilgili ön yargıları vardır, onlar nedeniyle yanlış eksik bilgi olup olmamasına, mümkün olduğunca çok bilgi almaya inanırım. Sonra bazen ee gözlemler bilgileri kuvvetlendirir ya da izlemeye inanırım. Genellikle ilk görüşmelerde bir tanı açıklığa kavuşur ama kavuşmazsa da bir süre izleriz, tedavi yanıtına bakarız” (HE, KAM, K, 55).

“Ayırıcı tanıları düşünerek muayene ederim ve önemli olabilecek durumları hastaya anlatırım. Tedavisini belirlerken mevcut hastalıklarını ve ilaçlarını, ilaç alerjisini, gebelik-emzirme durumunu sorgularım” (HE, ÖZL, K, 33).

“Neleri dikkate alırım? Doğru tanı koymak, uygun tedavi vermek ve bu tedavinin hasta tarafından anlaşılabilir olması, uygulanabilir olması, bu.” (HE, KAM, E, 61).

“40, yarım saat ile 45 dakika arası, çok nadir on on beş dakika da ayırdığım olur ama 30-45 dk arasındır. Ben şanslıyım, poliklinik düzeyinde çalışmıyorum” (HE, ÖZL, E, 51).

“Genelde basit rahatsızlıklara 6-7 dakika yeterli oluyor fakat komplike olabilecek vakalarda 15 dakika muayene süresi, bir de üzerine tetkikleri vesaire derken bu süre artabiliyor” (HE, ÖZL, E, 56).

“Değişiyor. Ne kadar gerekiyorsa o kadar ayırıyoruz. İki çünkü biz ıı yan, biz sıradan hastayla uğraşmıyoruz, yani üçüncü basamak sağlık kuruluşuyuz. Normal ee diğer bölümlerde tedavi olamamış, tedavisi sonuçlanmamış hastalarla uğraşıyoruz. Yani ben öyle oluyor ki haftada bir gördüğüm hasta var, onu sağlık sistemi ödemez, hasta da ödeyemez ama hastalığın tedavisi onu gerektiriyorsa ben görürüm haftada bir, kapının önü ortada!” (HE, KAM, K, 54).

Görüşme yapılan hekimler açısından hastalığın teşhisinin doğru yapılması, en önemli unsur olarak görülmektedir. Teşhisin yapılması aşamasında, görüşme yapılan sağlık kuruluşlarındaki hekimler, hasta bireylerin anamnezine önem verdiklerini ve edindikleri bilgilerin tedavi aşamasına yardımcı olacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bu ifadeler, hasta ve hastalığa ilişkin bakışın niteliği açısından ipuçları vermektedir.

Doğru tanıyı koyma adına hastalığı, hastayı ve onun sosyal dünyasını bir bütün olarak gören hekimlerin ifadeleri, biyokültürel modele ait bir bakış açısı sergilemektedir. (*“o an söylenen şey değil, kesitten çok bütün süreci öğrenme”*; *“...görüşmelerde bir tanı açıklığa kavuşur ama kavuşmazsa da bir süre izleriz”*; *“ayırıcı tanıları düşünerek muayene ederim ve önemli olabilecek durumları hastaya anlatırım”*).

Tanı koyma konusunda “harcanan” vakti ön plana koyan, yalnızca hastalığın kendisine odaklanmış bir teknikle bu süreci başlattığını belirten hekimlerin ifadeleri ise

biyomedikal modelin varlığının devam ettiğini göstermektedir. (*“Doğru tanı koymak, uygun tedavi vermek ve bu tedavinin hasta tarafından anlaşılabilir olması, uygulanabilir olması, bu”*; *“basit rahatsızlıklara 6-7 dakika yeterli oluyor”*).



4. SAHA ÇALIŞMASINDA ELDE EDİLEN VERİLERİN YORUMLANMASI

Çalışmanın temel sorunsalı, kavramsal ve kuramsal çerçevede de altı çizildiği üzere, modern toplum yapısından postmodern toplum yapısına geçişte, sağlık ve hastalığın anlamının da değiştiği şeklinde kurgulanmıştır.

Biyomedikal model, modern tıbbın doğuşu ile birlikte, pozitivist bilimsel bilginin tıbbi alanda sahip olduğu egemenliğin bir yansıması olarak ortaya çıkmıştır. 20. yüzyıl sonlarına doğru, ortaya çıkan toplumsal değişimlere paralel olarak tıp alanında hastalık ve tedaviye ilişkin bakış ve uygulamalarda sosyokültürel faktörlerin ağırlık kazanmasıyla birlikte biyokültürel modele doğru bir geçiş yaşanmıştır. Bu geçişte görülen tüketim kültürünün etkileri, bu çalışmanın bulgularında da kendini göstermektedir.

Bu bulgular iki alt kategoride yorumlanmaya çalışılmıştır. Birinci alt kategori “Sağlık deneyimi ve sağlıklı yaşamın sosyal inşası” kategorisidir. Bu kategoride, önceki bölümde elde edilen verilerin sunulduğu sağlık ve sağlıklı yaşama dair üst temalar yer almaktadır. Bunlar; sağlığa dair anlamlandırma, beslenme alışkanlığı, beden imgesi, sağlık kontrolü ve gündelik hayatta sağlık deneyimleri üst temalarıdır.

Elde edilen bulguların yorumlandığı ikinci alt kategori ise “Hastalık deneyimi ve hastalığın sosyal inşası” başlığını taşımaktadır. Burada da hastalığa dair anlamlandırma, sağlık sektörüne güven, müşteri hasta ve tedaviye dair deneyim ve anlamlandırma üst temaları yer almaktadır.

Alt ve üst temalar içinde sistematik bir biçimde sunulan bulguların, çalışmanın amacına ve kavramsal çerçevesine göre ne ifade ettiği, bu bölümde yorumlanmaktadır. Hekim ve hastalar açısından sağlık deneyimi ve sağlıklı yaşamın sosyal inşası, hemen ardından hastalık deneyimi ve hastalığın sosyal inşası, daha net bir karşılaştırma yapılabilmesi amacıyla aşağıdaki gibi tablolandırılmıştır:

Tablo 5. Hekim ve Hastalar Açısından Sağlık ve Hastalığın Sosyal Anlamlandırma Düzeyleri	
Sağlık Deneyimi ve Sağlıklı Yaşamın Sosyal İnşası	
<u>Hastalar açısından sağlık deneyimi ve sağlıklı yaşamın sosyal inşası</u>	<u>Hekimler açısından sağlık deneyimi ve sağlıklı yaşamın sosyal inşası</u>
Sağlık, hastalar açısından sosyal, ekonomik ve kültürel bir bütünselliği barındıran geniş bir anlam	Biyolojik ve fizyolojik işlevselliğin ön planda tutulduğu bir süreklilik
Günlük yaşamın sürekliliğinin bir parçası	Hayattan alınan tatmin
Beslenme ve diyet, sağlığa kavuşmak için zorunlu bir pratik	Beslenme ve diyet, iyi olma halinin sürdürülmesi için gerekli bir pratik
Beden, hem fizyolojik hem de sosyal açıdan sağlıkla bağlantılı	Beden, fit ise sağlıklı
Sağlık kontrolü, kamuda hastalığın takibi, özelde sağlığın devamı	Sağlık kontrolü geniş ve kapsayıcı. Toplumsal işleyiş için gerekli
Sağlık harcamaları ilk sırada ve mecburi	Sağlık harcamaları, gıda ve barınmadan sonra gelmekte
Dış görünümün, giyim kuşamın temiz olması "sağlıklı"	Dış görünümün, giyim kuşamın temiz olması "sağlıklı"
Hastalık Deneyimi ve Hastalığın Sosyal İnşası	
<u>Hastalar açısından hastalık deneyimi ve hastalığın sosyal inşası</u>	<u>Hekimler açısından hastalık deneyimi ve hastalığın sosyal inşası</u>
Hastalık; yok oluş, yokluk, eksiklik	Hastalık; bireyin toplumdan kopması
Sosyal çevreyi ve ekonomik durumu olumsuz etkileyen bir olgu	Sosyal çevreyi ve ekonomik durumu olumsuz etkileyen bir olgu
Kamuda tedavi gören hastalar için, düşük maliyet ve kamuda çalışan hekime güven ön planda	Kamuda tedavi veren hekimler açısından hasta bireyin maddi durumu en önemli faktör
Özel kurumda tedavi gören hastalar için, hekimin hastayla olan iletişimi, kurumun hijyen koşulları ön planda	Özel kurumda tedavi veren hekimler için, hastayla olan iletişim ve kurumun hijyen koşulları ön planda
Hastalığın teşhisi ne olursa olsun, hasta birey anlaşılacak istiyor	Hastaların iyileşme sürecine en büyük katkı, güven sağlama
Teşhis ve tedavinin içselleştirilme süreci zaman alabiliyor	Tedavide doğru teşhis için hasta bireyin hikayesi önemli

4.1. Hastalar Açısından Sağlık Deneyimi ve Sağlıklı Yaşamın Sosyal İnşası

Sağlığa dair anlamlandırma başlığı altında, hasta bireylerin, sağlık olgusunu sosyal, ekonomik ve kültürel bir bütünsellik içinde anlamlandırmaları, hem ruhsal hem bedensel açıdan canlılığın bir yansıması olarak görmeleri, sağlığı günlük pratiklerinde ve sosyal çevreleriyle olan etkileşimde önemli bir konuma yerleştirdiklerini göstermektedir. Bu önemli konumlamada herhangi bir sıkıntının yaşanması, görüşmelerde ifade edilen

sürekliliğin de aksayacağı anlamını taşımaktadır. Bu anlamlandırma, DSÖ'nün sağlığa dair yapmış olduğu güncel tanımlamayla uyusmaktadır (DSÖ, 1948). Hasta bireyler açısından sağlığın “hasta olmamak”tan ibaret olmadığı görülmektedir.

Hasta birey sağlık olgusuna, kendi yaşamını kontrol eden önemli bir unsur rolünü biçmektedir. Bireyin günlük yaşam pratiklerinin sürdürülmesinde hayati bir konuma yerleştirilen sağlık ve atıfta bulunulan yaşam kontrolü söylemi, beden üzerinde cisimleşmektedir. Diğer bir değişle, hasta bireyin sağlığı ve hastalığı anlamlandırması, öncelikle beden üzerinden gerçekleşmektedir. Sağlık konusunda da sosyal olarak inşa edilmiş yaşam dünyası, hakim ve kesin gerçeklik haline gelmekte ve bu gerçeklik içinde beden, bir dönüşüm yaşamaktadır.

Hasta bireylerle beslenme alışkanlıkları ve sağlık ilişkisi üzerine gerçekleştirilen görüşmelerde, hastalıklarıyla alakalı, tedavilerine uygun bir diyet programı deneyimi yansıtılmıştır. Kendilerine önerilen diyetle uyulsun ya da uyulmasın, tüm hasta bireyler sağlıklı yaşamlarını sürdürmede diyet programının önemli olduğunu düşünmektedir. Özel sağlık kuruluşlarında tedavi gören hasta bireyler, hekimler tarafından önerilen diyet programına uyduklarını belirtirmiş bu konuda kamuya ait sağlık kuruluşlarında tedavi gören hasta bireylere nazaran gözle görülür bir direnç gösterilmediği kaydedilmiştir. Özel hastanede tedavi gören hasta bireyler, yalnızca diyet programına değil, hekimlerinin önerdiği fiziksel egzersiz, uyku saatlerini düzenleme gibi diğer günlük faaliyetlere de uyum sağlamaktadırlar. Kamuya ait sağlık kuruluşlarında tedavi gören hastaların diyet programına uyma konusunda en fazla direnç gösterdikleri unsur, işin maddi tarafıdır. Bireylerin diyetle uygun beslenme için yapacakları gıda ve takviye alışverişinin, ilave bir masraf gerektireceği düşüncesi, diyetle direnç gösterme veya diyeti yok sayma olasılığını kuvvetlendirmektedir. Bu durum, obezitenin düşük sosyoekonomik profil ile ilişkilendirilmesine dair genel bulguyla uyum sağlamaktadır (Uğur ve Eser, 2015; Atamtürk, 2009; TC Sağlık Bakanlığı, 2010).

Gelişen teknoloji ve teknolojik imkanların yaygınlaşmasıyla birlikte, internet, sosyal medya veya geleneksel medya gibi yayın organlarında birbirinden farklı birçok konsept gibi beslenme ve diyet de daha kolay erişilebilir hale gelmiş ve bir yaşam tarzı olarak benimsenmeye başlamıştır. Sağlıklı beslenme, sağlığın ve yaşam kontrolünün sürekliliğini sağlayan bir güvence olarak görülmektedir.

Sağlık ve hastalık kavramları yalnızca fizyolojik bir olgu olarak değil, sosyokültürel bir olgu olarak ele alındığında, postmodern toplum yapısında yeni bir pazar alanına, dolayısıyla tüketimin yeni araçları arasına girmiştir. Toplum, sağlık ve hastalık ilişkisi, rekabetçi mantığın içinde tıbbi bir hizmet talebi ilişkisine dönüşebilmektedir.

Beden imgesi üzerine hasta bireylerle yapılan görüşmelerde, kiloyla bağlantılı fiziksel görünümün, günlük hayatı anlamlandırmada önemli bir konumda olduğu kaydedilmiştir. Özel sağlık kuruluşlarında tedavi gören bireyler, kilo kontrolü aracılığıyla bedenlerini kendileri için uygun görülen bir şekle sokma konusunda istekli görünmektedirler. “Sağlıklarına yeniden kavuşma” olarak anlamlandırılan bu süreçte hasta bireyler tüm harcamalara hazır olduğunu belirtmişlerdir. Kamuya ait sağlık kuruluşlarında görüşme yapılan hasta bireylerde bu tarz bir anlamlandırmaya rastlanmamaktadır.

Fiziksel görünümün sağlıkla olan ilişkisi üzerine yapılan görüşmelerde, konunun hasta bireylerin sosyal çevreleriyle etkileşime girebilmeleri üzerinden inşa edildiği anlaşılmaktadır. “Fazla kilo” nedeniyle bedenin fiziksel görünümündeki değişme, sağlık, beden ve dış görünüm çerçevesinde bir sorun olarak anlamlandırılmaktadır. Bunun altında yatan en büyük faktör, tüketim kültürünün “dış görünüşün güzelliği” adı altında beden aracılığıyla sağlığa yüklediği değerdir. Dolayısıyla sağlıklı bedenin toplumsal olarak kabul edilmiş olan sosyal inşası burada da karşımıza çıkmaktadır.

Hasta bireylerin sağlık kontrolüne gidip gitmemeleri hususunda, kamuya ait sağlık kuruluşunda tedavi gören hastalar ile özel sağlık kuruluşunda tedavi gören hastalar arasında söylemsel farklılıklar göze çarpmaktadır. Kamuya ait sağlık kuruluşlarındaki hasta bireyler bir daha hasta olmama düşüncesiyle kontrole gittiklerini belirtmektedirler. Burada dikkat çeken anlamlandırma, birçok hasta bireyin, hastalığın teşhis ve tedavisi öncesi, kendilerini sağlıklı gördükleri ve bu yüzden sağlık kontrolüne gitmeye ihtiyaç duymadıkları yönündedir. Dolayısıyla sağlık kontrolüne kendilerini adapte etmeleri ve devam etmeleri süreci, hastalığın teşhisi ve tedavi süreciyle birlikte başlamaktadır. Kamuda tedavi gören hasta bireyler açısından sağlık kontrolüne gitmek, hasta olunmasa bile hastalığı çağrıştırdığı düşüncesiyle, sosyal açıdan olumsuz bir şeymiş gibi anlamlandırılmaktadır.

Buna karşın, özel sağlık kuruluşlarında tedavi gören hasta bireylerin sağlık kontrollerine gitme konusunda daha istekli olduğu, görüşmelere yansımıştır. Hasta bireyler, hekimlerinin önerdikleri randevu programına uygun bir biçimde, belirli aralıklarla kontrollerini sürdürmektedir.

Hasta bireylerle günlük masrafları ve sağlığa dair harcamaların bu masrafların neresinde olduğu hakkındaki deneyimleri konuşulduğunda, sağlık harcamalarının diğer harcamalara nazaran ilk sırada olduğu ifade edilmiştir. Kamuya ait sağlık kuruluşunda tedavi gören hasta bireyler için maddi açıdan en yüklü harcama ilaç harcamalarıdır. İlaç fiyatlarının yükselmesi ve rapor almanın zorlaşması gibi faktörler, bireylerin en çok şikayet ettiği hususlardır. Özel sağlık kuruluşunda tedavi gören hastalar ise hastane, sağlık kontrolü, ilaç giderleri gibi masrafları daha doğal karşılamakta, sağlığın sürdürülebilmesi için bireyin kendine yapacağı bir yatırımmış gibi anlamlandırmaktadır. Özel sağlık kuruluşunda tedavi gören bireylerin fiziksel görünümleri için yaptırdıkları burun ameliyatı (*rhinoplasty*), kilo kaybı (*liposuction*, *gastrik band*, *gastrik bypass*) gibi tedaviler de sağlık masrafı olarak belirtilmiştir.

Kişisel bakım ürünleri ve hijyenik ürünler için yapılan harcamalar konusunda hasta bireyler, bu tarz harcamaları düzenli olarak yaptıklarını ifade ederken, bu harcamaların kendi sağlıklarını korumak için bir gereklilik olduğunu savunmaktadırlar.

4.2. Hekimler Açısından Sağlık Deneyimi ve Sağlıklı Yaşamın Sosyal İnşası

Görüşme yapılan hekimler sağlık konusuna daha işlevsel bir bakış açısıyla yaklaşmış, sağlığı biyolojik işlevsellikle ve tıbbi açıdan iyi olma haliyle bir tutmuşlardır. Burada değinilen “tıbbi açıdan iyi olma hali”, biyolojik / fizyolojik açıdan bir şikayetin olmayışı olarak ifade edilmiştir. Buradaki sağlık görüşü, biyomedikal modelde tasvir edilen bedensel mekanizmaların düzgün çalışması tanımlamasıyla paralellik göstermektedir.

Hasta bireyin sosyal inşa sürecinde yer alan yaşam kontrolü kavramı, hekimler açısından, yaşama dair farkındalık olarak anlamlandırılmaktadır. Sağlık olgusu, bu farkındalık çerçevesine dahil edilmiştir. “Hayatın farkına varma” güdüsünü içeren bu anlamlandırma, bedensel ve ruhsal bütünlüğü geliştirmenin gerekliliklerinden biridir.

Tüketim kültürünün değer sisteminde yer alan beslenme, diyet, kişisel bakım, düzenli egzersiz, spor faaliyetleri gibi “yaşam tarzı” unsurlarının, üst çerçevede sağlık ve hastalığa, alt çerçevede ise hekim ve hastanın olağan yaşamına nüfuz ettiği varsayımına, bu çalışmada elde edilen bulgularda da rastlamak mümkündür.

Beslenme alışkanlığı ve diyet üzerine hekimlerle yapılan görüşmelerde, bir diyet programının mutlaka uygulandığı ve uygulanan diyet programının belirli, sınırlandırılmış ve sayılı olduğu kaydedilmiştir. Hekimler, beslenme tarzının sağlığı etkilediği yönünde hemfikirdir. Onlara göre “faydalı” gıdaların düzenli bir biçimde tüketilmemesi ya da “zararlı” gıdaların fazla tüketilmesi, sağlığın bozulmasında önemli rol oynamaktadır.

Görüşme yapılan hekimlere göre beslenme gibi günlük, olağan bir davranış örüntüsünün, bir (tıbbi) otorite tarafından belirli bir programa tabi tutulmaması, sağlığın korunmasının güçleşmesine ve hastalığın ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

Görüşme yapılan hekimler, orantısız kilonun sağlığı olumsuz yönde etkilediği konusunda hemfikirdir. Hekimlere göre bu orantısızlık, olağan yaşam içinde yer alan bedensel aktiviteleri ve dolayısıyla sağlığın sürekliliğini sekteye uğratmaktadır.

Hasta bireyler, fiziksel görünümün sağlıkla bağlantısını, sosyal çevreleriyle olan etkileşimin potansiyeli üzerinden anlamlandırırken, hekimler, dış görünümün doğrudan sağlıkla bağlantılı olduğu konusunda ortak bir görüş paylaşmaktadırlar. Burada fizyolojik işlevselliğin baskınlığı devreye girmektedir; bir bireyin fiziksel görünümü, belirlenen kıstaslara uyuyorsa, hekimlere göre o birey muhtemelen spor yapıyordur, diyetini uyguluyordur ve bu yüzden sağlıklıdır. Diğer yandan, görüşme yapılan hekimlerin neredeyse tamamının spor salonu üyeliklerinin olması ve belirttikleri kadarıyla düzenli spor aktivitelerinde bulunmaları, sağlığın bedensel görünümle bağlantısı fikrine kendilerince uyum sağladıklarını da göstermektedir. İyi olma halinin işaret ettiği süreklilik, tüketim kültürü tarafından beden aracılığıyla yeniden yapılandırılmaktadır. Bireyin fiziksel görünümünün, sosyal kabul ve statü açısından etkili olduğu söylenebilir.

Beden imgelemi konusunda, bireyin topluma kendini tanıtmayı, sosyal rollerini yerine getirmesi ve diğerleri ile sosyal etkileşimde bulunması, kendi bedensel varlığına ve bedensel imajına dayalı sosyal ve psikolojik bir çerçeve içinde ortaya çıkmaktadır. Sosyal inşa süreci, günlük yaşamdaki sosyal varlığının ve görünürlüğünün artmasıyla birlikte beden üzerinden işlemektedir. Sağlığın, bedenin dış görünüşüne ve güzelliğine

eklenmesi, sağlıklı bedenın sosyal açıdan kabulünü sağlayan bir statüye sahip olmasına yol açmaktadır.

Hekimler açısından sağlık kontrolü olgusu, gündelik yaşamdaki “her şey” için gerekli görülmekle birlikte tıbbi otoritenin baskınlığının bir yansıması olarak inşa edilmektedir. Sadece bedensel veya ruhsal hastalıklar için değil, idari ve bürokratik işlemler için de sağlık kontrolüne gidilmesi, tıbbi bilginin toplumsal alandaki baskınlığının devam ettiğini göstermektedir. Hekimlere göre yalnızca görünür hale gelen hastalığın tedavisi için değil, hem öncesinde erken teşhis amacıyla, hem de sonrasında tedavinin sürekliliği amacıyla sağlık kontrolüne gidilmelidir. Burada bahsedilen tedavinin takibi ve sürekliliği, salt tek taraflı işlememektedir. Hekimin tedavi sürecini takip ettiği esnada, hasta bireyin de, hekim tarafından hazırlanan, günlük yaşamda yapılması gerekenler listesine uyum sağlaması gerekmektedir. Bu açıdan hekimlerin, davranış normlarını ve yaşam tarzlarını oluşturup, bu normlar üzerinden hasta bireylere nasıl davranmaları gerektiği konusunda söz sahibi olma durumu devam etmektedir.

Hekimlerin sağlık kontrolü üzerine inşa ettiği bu bakış açısı, sağlığa dair her şeyin yalnızca hekimler tarafından bilindiği varsayılan biyomedikal model ile örtüşmektedir. Tümüyle ölçülebilir olan beden ve sağlık, klinik verilerin nesnel bir gözlemine dayandırılmış rasyonel ve bilimsel bilgi sayesinde anlaşılıp korunabilmektedir. Bu açıdan hekimler kendilerini, hasta bireyin sağlığıyla alakalı yegane otorite olarak görebilmektedir.

Sağlık harcamaları konusunun hekimler açısından farklı bir perspektifte ele alındığı görülmektedir. Hekimler, gıda ve barınma masraflarını diğer masrafların üzerinde tutarken, bunun yine sağlık için gerekli olduğu görüşünü paylaşmışlardır. Tüketilen gıdanın sağlıklı olması gerekmektedir, yaşanılan evin, barınma koşullarının sağlıklı olması gerekmektedir ve giyilen kıyafetin temiz / hijyenik olması gerekmektedir. Bu değerlendirmede giyim-kuşamın hijyenik ve temiz olması, bireyin dış görünümü aracılığıyla gireceği sosyal etkileşimlerinin de “sağlıklı” olacağı anlamını inşa etmektedir.

Hekimler açısından, hijyenik bakım tanımlamasına dahil ettikleri diş fırçalama, sıklıkla el yıkama, her gün duş alma gibi faaliyetler için gerekli alışverişin yapılması yeterli görülmektedir. Hasta bireyler açısından bakıldığında, statüsel olarak tüketici

konumunda görülmeleri ve tüketilecek bir meta olarak sunulan sağlık bakımının, hasta bireyler tarafından olağan bir biçimde satın alınması, neo-liberal sağlık politikalarıyla örtüşmektedir.

4.3. Hastalar Açısından Hastalık Deneyimi ve Hastalığın Sosyal İnşası

Hasta bireyler açısından hastalığın sosyal anlamı, “sağlığın elden gidiyor” olması biçiminde anlamlandırılmaktadır. Hayata dair bir bütünselliği ve sürekliliği ifade eden sağlığın elden gitmesiyle birlikte, hayatın kendisinin yarım kaldığı ve hastalığın bir eksikliği simgelediği, bütünselliği bozan, olumsuz, istenmeyen bir unsur olarak inşa edildiği anlaşılmaktadır.

Hasta bireylerin hastalığın sosyal inşasındaki anlamlandırmaları önem kazanmaktadır. Görüşme yapılan hasta bireyler, hastalığı yalnızca kendilerini değil sosyal çevrelerini de etkileyen bir unsur olarak anlamlandırmaktadırlar. Bireyin yaşadığı hastalık deneyimi, yakın sosyal çevresini de kendisine çekmektedir. Hastalık deneyimi, hasta birey için ne kadar zorsa, bireyin sosyal çevresi ve yakınları için de o kadar zor görünmektedir. Hastalık deneyiminin sosyal çevre tarafından “duyulması”, hastalığın aynı zamanda bireyin sosyal çevresini de etkileyen bir olgu olduğunu göstermektedir.

Sağlık sektörüne duyulan güven konusunda, kamuya ait sağlık kuruluşlarında tedavi gören hasta bireylerin burayı istemelerinin altında yatan en temel faktör, düşük maliyet olarak görülmekte, kamuda çalışan hekimlere olan güven bir diğer önemli tercih sebebi olarak yansıtılmaktadır. Özel sağlık kuruluşunda tedavi olmayı tercih eden hasta bireyler ise ilk önce buradaki sağlık ekibiyle olan iletişim rahatlığını vurgulamaktadırlar. Sağlık ekibine daha rahat ulaşabilme, işlemler için daha az bekleme, daha özenli iletişim ve daha iyi hijyenik koşullar, hasta bireyler tarafından özel sağlık kuruluşlarının tercih edilme sebebi konusunda öne çıkan faktörler olarak kaydedilmiştir.

Görüşme yapılan hasta bireylerin tedavi oldukları sağlık kuruluşlarından ve hekimlerden beklentileri konusunda ilk değindikleri nokta iletişimdir. Hasta birey, hekimin kendisini dinlemesini ve anlamasını istemektedir. Bu anlamlandırmaya göre, bireyi anlamayan hekim, bireyin hastalığını da anlayamayacak, dolayısıyla hastalığına çözüm bulamayacaktır.

4.4. Hekimler Açısından Hastalık Deneyimi ve Hastalığın Sosyal İnşası

Hastalık deneyimi ve hastalığın sosyal inşası konusunda görüşme yapılan hekimler de hasta bireylerle benzer anlamlandırmalara sahiptir. Hastalığın sosyal etkileşimleri etkileyeceği düşüncesi, kamuya ait sağlık kuruluşunda görüşme yapılan hekimlerde daha baskın bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Hastalık deneyiminin ekonomik açıdan yansımaları hem hasta birey hem de hekim açısından olağan ekonomik faaliyetlerin aksaması, çalışılan işin duraksaması ve ek maliyetlerin ortaya çıkması olarak anlamlandırılmaktadır.

Hekimlerin hastalığı farklı boyutlarda anlamlandırdığı görülmektedir. Özel sağlık kuruluşunda çalışan hekimlerle yapılan görüşmelerde, hastalığa dair klinik bir tanımlamayla karşılaşmış, hastalık, bedenin işlevselliğinin bozulması olarak nitelendirilmiştir. Kamuya ait sağlık kuruluşunda çalışan hekimlerle yapılan görüşmelerde ise bedensel işlevden öte, hastalığın bireyi sosyal etkileşiminden kopardığı daha toplumsal bir bakış açısı kaydedilmiştir.

Modern toplum yapısından postmodern yapıya geçişte, hastalığın anlamının ve hastalığa yönelik tıbbi tutumun değişmesi durumu (biyomedikal modelden biyokültürel modele geçiş), görüşme yapılan hekimlerin hastalığı anlamlandırması boyutunda net bir biçimde yaşanmamıştır. Hasta birey hastalığı günlük olağan pratiklerini aksatan bir unsur olarak inşa ederken, görüşme yapılan kimi hekimlerin hasta beden üzerinde klinik tanımlamalara odaklandığı görülmektedir.

Özel sağlık kuruluşlarında görüşme yapılan hekimlerin, kamu kuruluşlarındaki hekimlere kıyasla biyolojik / işlevsel bir sosyal anlamlandırmaya sahip olmaları, hastalığa dair tıbbi ve bireysel boyutların kendi aralarındaki dengesini göstermektedir. Hastanın geri planda, pasif konumlanması ve hastalığa odaklanması gibi modern topluma has sayılılar, postmodern toplumda yumuşamaya başlamışsa da, bu çalışmada bu sayılıların tam olarak ortadan kalktığını söylemek oldukça güçtür. Çalışmada, hastayı ve onun sosyal dünyasını bir bütün olarak gören hekimlerin anlamlandırmaları, biyokültürel modeli yansıtmaktayken, yalnızca hastalığa odaklanmış bir biçimde bu süreci aktaran hekimlerin anlamlandırmaları ise biyomedikal modele işaret etmektedir.

Hekimlerin hastalığın sosyal inşası konusunda birbirine yakın durdukları husus, hastalığın şiddetinin, hasta bireyin günlük faaliyetlerinden alıkonması durumunu etkileyeceği üzerinedir. Hastalığın şiddetine göre günlük faaliyetlerin aksama sıklığı artacak ya da azalacaktır. Hekimlerin bu anlamlandırması, bireyin sosyal olarak işlevlerini yerine getirebilme yeteneğiyle bağdaştırılmıştır. Bu görüşe göre hastalık durumunda birey, işlevselliğini yitirebileceği için, hekimlerden yardım alma durumunda kalabilir.

Hekimler açısından sağlık sektörüne güven durumu farklı boyutlarda anlamlandırılmaktadır. Özel sağlık kuruluşunda görüşme yapılan hekimler, sağlık ekibinin uzmanlığını, tesisin fiziki koşullarını ve tedavi sürecindeki hızı ön plana çıkartırken, kamu sektöründe çalışan meslektaşlarıyla bir kıyaslamaya girmekten kaçınmaktadırlar. Kamuya ait sağlık kuruluşunda çalışan hekimler, kamuyu tercih eden hasta bireylerin bu tercihlerinde maddi imkanların önemli rol oynadığını kabul ederken, kendilerinin karşılaşacağı herhangi bir hastalık durumunda öncelikle kamuya ait sağlık kuruluşunu tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Bunun altında yatan neden, özel sağlık kuruluşlarındaki finansal modelin, güven konusunda olumsuz bir izlenim yarattığı düşüncesi olarak ortaya çıkmaktadır.

Hekimler tarafından hasta bireylerde sağlanan güven duygusunun, tedavinin seyrinde olumlu etki yaratacağı düşünülmektedir. Buradaki güven, hekimin itibarı, şanı, tanınırlığı gibi sosyal statüsüyle alakalı bir süreç olarak anlamlandırılmaktadır. Bu durum, özel sağlık kuruluşlarında istihdam edilen hekimler için bir “altın bilezik” niteliğindedir.

Özel hastaneler ile kamuya ait hastanelerde tedavi gören hastaların profilleri, buralarda çalışan hekimler tarafından farklı tablolarda sunulmuştur. Kamuya ait sağlık kuruluşunda tedavi hastalar orta, orta-alt sosyoekonomik düzeyde, özel sağlık kuruluşunda tedavi gören hastalar da orta, orta-üst sosyoekonomik düzeyde aktarılmıştır.

Daha önceden de ifade edildiği gibi, postmodern toplumda kültürün öneminin giderek artmasıyla birlikte tüketim olgusunun üretim olgusunun önüne geçmesi, insanın daha çok tüketen hale gelmesi yukarıdaki bulgulara da hissedilmektedir. Sağlık hizmetlerinin tüketiciye göre, talebe göre belirlenmesi, bireyin ve bedeninin sosyokültürel niteliklerinin önem kazanması, nitel verilerde ortaya çıkan önemli yansımalar. Hijyen koşulları, temizlik, bakım, sağlık ekibine ulaşılabilirlik, rahat

iletişim gibi standartların, sağlık hizmetleri kapsamında, özel sağlık kuruluşlarının “cezb edici” faktörleri olarak yansıtılması, özel sermayenin kar etme amacının, sağlık alanına da nüfuz ettiğini göstermektedir.

Teşhis ve tedavi sürecinin anlamlandırılması sürecinde, hekimler tarafından konulan tanının hasta bireylerce kabullenilmesi veya içselleştirilmesi, kendi içinde birbirinden farklı inşa süreçlerini barındırmaktadır. Hastalığın hasta bireylerce kabullenilmesi kimi zaman daha uzun, kimi zaman da daha sert geçebilmektedir. Diğer taraftan, doğru teşhis, görüşme yapılan hekimler açısından en önemli unsur olarak yansıtılmaktadır.



SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık ve hastalık olgularının toplumsal faktörlerin de etkisinde olduğu ve bu olguların tıbbi olduğu kadar sosyoekonomik ve sosyokültürel bir içeriğe sahip olduğunun ortaya çıkmasıyla birlikte, modern toplumda kesin sınırlar çizilerek tanımlanan hastalık ve “pasifize” edilen hasta profili, postmodern toplumda esnemeye, hastalığın teşhis ve tedavisine katkı sağlayabileceği düşünülen aktif bir profile dönüşmeye başlamıştır.

Bu noktadan hareketle, tüketim olgusunun, yaşam gerekliliği için artık bir araç olmaktan çıkıp amaç haline gelmesiyle, tüketime ait değerler sağlık alanına, “sağlıklı yaşam tarzı” biçiminde nüfuz etmeye başlamıştır. Tüketime sağlık ve hastalık alanına sirayet etmesiyle birlikte, hekimler ve hastalar açısından sağlık ve hastalığın anlamlandırılmasında da bir değişim yaşanmış, hastalar ve hekimler arasında sosyal anlamlandırmaya yönelik farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bir başka deyişle, bu anlamlandırma farklılığını ortaya çıkaran, tüketim kültürünün değerler sistemidir. Tüketim kültürünün değerler sistemi içinde tıbbın, normal davranışın tanımlanması yetkisini kendi kontrolünde tutma isteği halen devam etmektedir. Bu noktada, “toplumsal normlara uyum”, bireyleri zorlamamakla birlikte, şekil değiştirmiştir: Hasta birey, tüketici konumuna indirgenmiştir.

Çalışmada elde edilen nitel veriler, hastalar açısından sağlık deneyimi ve sağlıklı yaşamın sosyal inşasının, hekimlerinkiyle bazı noktalarda farklı olduğunu göstermiştir. Hastalar açısından sağlık ve hastalığın sosyal anlamlandırmalarının, hekimlere nazaran, genel olarak biyokültürel modele daha yakın olduğu söylenebilir. Elde edilen nitel veriler doğrultusunda, hasta bireylerin, sağlık konusunda sosyal, ekonomik ve kültürel bütünselliğe vurgu yapması, biyomedikal modelden biyokültürel modele doğru dönüşüm sürecinde, biyokültürel modelin değerlerine daha yakın durduklarını göstermiştir.

Hekimler açısından ise, sağlığın anlamlandırılmasında biyolojik ve fizyolojik işlevselliğe önem verilmesi, adı geçen değişim sürecinde bile biyomedikal bakış açısının ve değerlerinin etkinliğine, varlığının sürdüğüne işaret etmektedir. Bedenin biyolojik ve fizyolojik işlevselliğine verilen önem, hekimlerin sağlığa ilişkin anlamlandırmalarında hastalarla aralarında farklılık olduğunu da göstermiştir. Bu farklılık ise hekimlerin meslek

eđitimi, teřhis ve tedavi gibi tıbbi sűrelerinde, biyomedikal modelin deęerlerinin etkinlięi ile açıklanabilir.

Hasta bireylerin hastalık deneyimi ve hastalıęın sosyal inřası, hekimlerinkiyle kimi noktalarda farklılıklar gstermektedir. Hasta bireyler açısından hastalık, hayatlarında bir eksiklięi simgeleyen, bűtűnsellięi bozan, olumsuz, istenmeyen bir unsur olarak anlamlandırılmaktadır. Hasta bireyin deneyimledięi hastalıęın erevesi, yalnızca fizyolojik / biyolojik bir sınırı deęil, bireyin sosyal çevresini de kapsamaktadır. Hasta bireylerin benimsedikleri bu anlayıř, hastalıęa dair biyokűltűrel bakıřa ait deęerlerle rtűřmektedir.

Hekimler arasında hastalık anlayıřı açısından bazı farklılıklar gze çarpmaktadır. Hekimlerin bir kısmı hastalıęı, biyokűltűrel modeli iřaret edecek řekilde, bireyi toplumdaki koparan, bireyin sosyal çevresini ve ekonomik durumunu olumsuz etkileyen bir olgu olarak anlamlandırmaktadır. te yandan hekimlerin bazıları da hastalıęı, klinik analizleri temel alacak biçimde, bedenini iřlevsellięinin yitirilmesi gibi biyomedikal modeli yansıtan deęerler űzerinden anlamlandırmaktadır. Hastalıęa dair gerek hastaların gerekse hekimlerin kendi anlayıřları arasındaki bu farklılık, tıptaki biyomedikal bakıř açısından biyokűltűrel bakıř açısına dnűřűm sűrecinde, mesleki deęerlere yerleřmiř olan biyomedikal modele ait ęelerin ve ęretilerin terk edilmesinin zor olmasıyla açıklanabilir.

20 - 61 yař aralığındaki 8 erkek ve 10 kadın hasta birey ile 30 – 61 yař aralığındaki 8 erkek ve 7 kadın hekimin sağlık ve hastalıkla ilgili ortaya çıkan değişim, dnűřűm ve farkındalıkların oluşturduğu sosyal anlamlandırmalar, aşağıdaki gibi zetlenebilir:

- Hasta bireylerin saęlık anlamlandırmasındaki bűtűnsel bakıř, DS’nűn (1948) gűncel tanımına uygun ve biyokűltűrel modeli temsil eder niteliktedir. Grűřme yapılan hiçbir hasta birey için saęlık, yalnızca hasta olmamaktan ibaret deęildir. Hasta bireyler açısından saęlık, olaęan gűnlűk yařamın sűrekliilięini sembolize ederken, hastalık ise bu olaęan rutini bozan bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır.
- Hekimlerin sağlık tanımlaması biyomedikal modele daha yakın grűnmektedir. Sağlık, bu açıdan bir normalliği yansıtmakta, hastalık ise bu normalliği kırmaktadır. İyi olma hali, işlevsel bir bakışla, bedenini tıbbi açıdan iyi olması şeklinde yorumlanmaktadır.

- Hasta birey açısından sağlığa atfedilen kontrolcü rol, beden üzerinde kendini göstermektedir. Birey, sosyal gerçekliğini bedeni aracılığıyla inşa etmektedir.
- Tüketim toplumunda hayatta kalmaya yönelik biyolojik bir değerden ziyade statüye bağlı toplumsal bir değer olarak nitelenen sağlık anlamlandırılmasına, bu çalışmanın bulgularında da rastlanmaktadır. Tüketim kültürünce pazarlanan yaşam tarzı unsurlarının, hekim ve hastaların sağlık ve hastalığa dair bakış açılarına da yansıdığı görülmektedir. Gerek hasta bireyler gerekse hekimler, beslenme, diyet programı, kişisel bakım, düzenli egzersiz, spor faaliyetleri, dış görünüm gibi faktörleri sağlık olgusu içinde tutmakta ve önemli görmektedir.
- Sağlığın, bireyin sosyal etkileşimlerini kapsadığı ve hastalığın, bireyin sosyal çevresini de etkilediğine yönelik anlamlandırma, dış güzellik veya fiziksel görünüm kavramlarını da sağlık-hastalık-toplum üçgenine dahil etmektedir. Sosyal çevresiyle etkileşime geçme konusunda yaşanan sıkıntıları dış görünüme atfeden birey, bu durumu “iyileştirmek” için sağlık kurumuna başvurabilmekte ve dış güzelliğine katkıda bulunacağı faaliyetleri tüketebilmektedir.
- Tüketime, sağlık-hastalık-toplum üçgenindeki unsurlarını doğrudan hedefi olan beden, hasta birey için başta fiziksel, ardından da sosyal açıdan ön plandadır.
- Hekimlere göre spor yapan, organik gıda tüketen beden işlevseldir, bu açıdan spor salonu üyeliği, diyetisyene gidilmesi gibi yaşam tarzı unsurlarını tüketen birey sağlıklı kabul edilmektedir. Sözü geçen bu tüketim pratiğinin hekimler tarafından teşvik edilmesi, sağlık alanında bireylerin tüketici rolünü benimsemelerini de teşvik etmektedir.
- Hasta bireyler, fiziksel görünümün sağlıkla bağlantısını, sosyal çevreleriyle olan etkileşimin potansiyeli üzerinden anlamlandırırken, hekimler, dış görünümün doğrudan sağlıkla bağlantılı olduğu konusunda ortak bir görüş paylaşmaktadırlar. Buradaki sosyal anlamlandırma, tüketim kültürüne ait değerler sistemi içinde inşa edilmektedir.
- Kamuya ait sağlık kuruluşunda tedavi gören hasta bireyler, tedavileri için; özel sağlık kuruluşundaki hasta bireyler de, sağlıklarının sürekliliği için sağlık kontrolüne devam etmektedirler.
- Hekimlere göre ise sağlığın sürdürülmesinden, hastalığın erken teşhisine, idari işlerin yerine getirilmesinden bürokratik yeterliliğe kadar, bireyin “her şey” için sağlık kontrolüne gelmesi, daha doğrusu “hekimlerin kontrolüne” tabi olması gerekmektedir.

Kamuya ve özel sektöre ait sağlık kuruluşların tercihi konusunda, hasta bireyler tarafından kamunun seşilmesinde temel sebep maddi faktörler, özelin seşilmesinde temel neden ise iletişim ve sağlık tesisinin fiziki imkanlarıdır.

- Kamuya ait sağlık kuruluşunda tedavi veren hekimlerin kamuyu tercih etmesindeki temel faktör “aidiyet” olarak karşımıza çıkarken, özel sağlık kuruluşunda tedavi veren hekimler, burada tedavi olan hastaların fikirlerine benzer bir biçimde, tesisin fiziki koşulları ve tedavi sürecindeki hızı ana sebeplerden biri olarak göstermektedir.
- Hasta bireyin hekimden en temel beklentisi, hekimin kendisini anlamasıdır.

Berger ve Luckman’ın Sosyal İnşa kuramı, hekim ve hastaların anlama, yorumlama sürecinin uzlaşan ve çatışan noktalarını ortaya koyması aēısından uygun bir referans ve hareket noktası olmuştur.

Sonuē olarak, sağlık ve hastalık olgularının bireysel ve tıbbi niteliklerinin toplumla olan baēlantısı sosyal anlamlandırmalar aracılıēıyla kurulmuştur. Hekim ve hastalar tarafından anlamlandırılan sağlık ve hastalık olgularına, hem fizyolojik ve biyolojik etkenler hem de sosyokültürel ve sosyoekonomik etkenler dahil olmaktadır. Bununla birlikte sosyal çevrenin, beslenme alışkanlıklarının, beden imgesinin, sağlık kontrolü rutininin, sağlığa dair harcamaların, sağlık kuruluşuna olan güvenin ve tedavi sürecinin, sağlığın ve hastalığın sosyal inşasında güçlü bir etkisinin olduēu görölmektedir. Sağlığın bütünselliēine ve sürekliliēine vurgu yapan tüm bu unsurlar, tüketim kültürünü işaret etmektedir. Bu çalışmada da tüketim kültürünün sağlık, hastalık ve toplum ilişkisinde yer alan sosyal dünyayı deēiřtirip dönüřtürdüēu görölebilmektedir.

Bu alışma, doēası gereēi niteliksel bir tabandan hareketle gerçekleştirilmiştir. Bu aēıdan, “sosyal mühendislik” gayesi içinde, makro ölçekte bir geri-bildirim iddiası yer almamaktadır. Bununla birlikte bu araştırma, ileride yapılacak daha özgül çalışmalar için alt yapı oluşturabilir. Hastalığın eēidi, sosyodemografik faktörler, yeni ölçütler olarak getirilebilir ve daha kendine özgül araştırmalar gerçekleştirilebilir. Özellikle beden imgesi - sağlık ve cinsiyet arasında nasıl bir baēlantı olduēuna dair daha kapsamlı çalışmalar yapılabilir. Uygulama alanında ise örneēin; “Hekim-Hasta İletişim Bürosu” gibi bir yapılanmaya gidilebilir, bu konuda sağlık çalışanlarına hizmet içi eēitim verilebilir.

KAYNAKÇA

- Atamtürk, D. (2009). Alt Sosyoekonomik Düzeyde Yer Alan Çocuklarda Aşırı Kiloluğun ve Obezitenin Yaygınlığı, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 15(2), s.10-14.
- Balcı A. (2001). *Sosyal Bilimlerde Araştırma*, (3. Basım), Ankara: Pegem.
- Baudrillard, J. (1997). *Tüketim Toplumu*, İstanbul: Ayrıntı.
- Bauman, Z. (1998). “Postmodern adventures of life and death” *Modernity, Medicine and Health, Medical Sociology Towards 2000*, Scambler, G. & Higgs, P. (ed), London: Routledge.
- Bauman, Z. (2001). *Parçalanmış Hayat Postmodern Ahlak Denemeleri*, Çev. İsmail Türkmen, İstanbul: Ayrıntı.
- Bauman, Z. (2009). *Sosyolojik Düşünmek*, İstanbul: Ayrıntı.
- Belek, İ. (1998). *Sınıf Sağlık Eşitsizlik*, İstanbul: Sorun.
- Berger, P., L. ve Luckmann, T. (2008). *Gerçekliğin Sosyal İnşası Bir Bilgi Sosyolojisi İncelemesi*, (çev. Vefa Saygın Öğütle), İstanbul: Paradigma.
- Bircher, J. (2005). *Medicine, Health Care and Philosophy*. Vol. 8 (335-341).
- Bocock, R. (2005). *Tüketim*, (çev. İrem Kutluk), Ankara: Dost.
- Böke, K. (2009). Örneklem, K. Böke (Ed.), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*, Birinci Baskı. İstanbul: Alfa, s. 103-149.
- Bury, M. (2005). *Health and Illness*, Short Introductions, Cambridge: Polity Press.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E.K., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2008). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Pegem.
- Capra, F. (1992). *Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası*, Çev. M. Armağan, İstanbul: İnsan.
- Cassell, E., J., (1976). *The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship*, New York: Lippincott.
- Chaney, D. (1999). *Yaşam Tarzları*, (çev. İrem Kutluk), Ankara: Dost.
- Cirhinlioğlu, Z. (2001). *Sağlık Sosyolojisi*, Ankara: Nobel.
- Cirhinlioğlu, Z. (2003). Postmodern Çözülüş ve Sağlık, *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, cilt:5, sayı:1, s. 131-148., Afyon.

- Coe, R., M. (1978). *Sosyology Of Medicine*, Mc Braw Hill Book Company, New York.
- Comaroff, J. (1978). Medicine and Culture: Some Anthropological Perspectives. *Social Science and Medicine*. 12B, 247-254.
- Cornwell, J. (1984). *Hard-earned Lives: Accounts of Health and Illness from East London*, London: Tavistock Publications Limited.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies And Strategies to Promote Social Equity in Health*. Institute of Futures Studies, Stockholm.
- Demirci, S. (2000). *Modern Tıbbın Ötesi*, İstanbul: İnsan.
- Erbaydar, T. (2003). Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi. *C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4 Özel ek): 45-51.
- Ercan, F. (1998). *Toplumlar ve Ekonomiler*, İstanbul: Sarmal.
- Featherstone, M. (1996). *Postmodernizm ve Tüketim Kültürü*, İstanbul: Ayrıntı.
- Featherstone, M. (2010). *Body Society*, March 2010, vol.16, no.1, p.193-221.
- Frederick, W. (1987). "The Nature of the Field", *Dominant, Issues in Medical Sociology*, Edit by. Hovard D. Schwartz, Random House, New York, s. 4.
- Giddens, A. (2005). *Sosyoloji*, Ankara: Ayraç.
- Gökçe, O. (2006). *İçerik Analizi Kuramsal ve Pratik Bilgiler*, Ankara: Siyasal.
- Graham, S. (1964). Lactation and Menstrual Function as Related to Cancer of the Breast, Risk of Breast Cancer, *Public Health Nations Health*, 1964 Apr, V.54, N.4, pp. 580-587.
- Horton, E. (2007). Neo-liberalism and the Australian Healthcare System (Factory), Queensland University of Technology, In *Proceedings 2007 Conference of the Philosophy of Education Society of Australasia*, Wellington, New Zealand.
- Illich, I. (2002). *Tüketim Köleliği*, İstanbul: Pınar.
- Illich, I. (2011). *Sağlığın Gasplı*, İstanbul: Ayrıntı.
- Işık, E. (2001). Batı Toplumlarında Rasyonelleşme, Tımarhanenin ve Homo-Medicus'un Doğuşu, *Toplumbilim*, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, İstanbul.
- Johnson, J. M. (2001). In-Depth Interviewing. In F. Jaber, J. F. Gubrium ve J. A. Holstein (Eds.), *Handbook of Interview Research: Context and Method* (ss. 103-119). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Karakuş E., Adak N. (2015). “Sağlık-Hastalığın Değişen Görünümü ve Tüketim Toplumunda Tıbbileşme”, *Hasta Toplum Cinsiyetçilik, Tıbbileştirme ve Tüketime Dair Sağlık Çözümlemeleri*, Alptekin. Duygu, (Ed.) Ankara:Nobel, ss.39-53.

Kasapoğlu, A. (1999). *Sağlık Sosyolojisi: Türkiye’den Araştırmalar*, Ankara: Sosyoloji Derneği.

Kasapoğlu, A. (2001). “Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık”, *Toplumbilim*, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, Sayı 13, Temmuz, s. 29.

Kızılçelik, S. (1996). *Türkiye’nin Sağlık Sistemi, Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*, İzmir: Saray.

Kirk, J., Miler, M., L. (1986). *Reliability and validity in qualitative research*, Beverly Hills: Sage.

Knight, C. (1985). *Menstruation As Medicine, Social Sciences and Medicine*, Vol. 21, No. 6, Elsevier. pp. 671-683.

Kümbetoğlu, B. (2005). *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Teknik ve Araştırma*. İstanbul: Bağlam Yayınları.

Lincoln, Y., S., Guba, E., G. (2003). Ethics: The Failure of Positivist Science, (in) *Turning Points in Qualitative Research: Tying Knots in a Handkerchief*, (ed) Y. S. Lincoln & N. K. Denzin, Walnut Creek: Altamira.

Lyotard, J., F. (2000). *Postmodern Durum, Bilgi Üzerine Bir Rapor*, Üçüncü Baskı, Çev.: Ahmet Çiğdem, Vadi Yayınları, Ankara

McIntire, C. (1991). “The Importance of the Study of Medical Sociology” *Sociological Practice*: Vol. 9: Iss. 1, Article 5.

Miles, M., B., Huberman, A., M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*, 2nd Ed., Thousand Oaks: Sage.

Mills, C., W. (1974). *İktidar Seçkinleri*, (çev. Ünsal Oskay), Ankara: Bilgi.

Morris, D., B. (1998). *Illness And Culture In The Postmodern Age*, Berkeley: University of California Press.

Mumford, E. (1983). *Medical Sociology, Patients, Providers and Policies*, Random Hause, s. 494.

Nazlı, A. (2004). *Beden ve Tüketim: Tüketim Kültürü İçinde Kadın Bedenine Bir Bakış*, Sivil Toplum, N:2(8), s.25-34.

- Nazlı, A. (2008). *Hastalık ve Hasta Bedenin Sosyal İnşası: Meme Kanseri Örneği*, İzmir: Güven.
- Nazlı, A. (2014). *Hastalık Sağlık Tıp ve Toplum, Sağlık Sosyolojisi*, İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.
- Neuman, L.W. (2003). *Social Research Methods Qualitative and Quantitative Approaches*, Fifth Edition, Allyn and Bacon.
- Neuman, W. L. (2012). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar I-II. Cilt (5. Basım)*. İstanbul: Yayın Odası.
- Okyayuz, Ü. (1999). *Sağlık Psikolojine Giriş*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No: 19, Ankara.
- Oskay, Ü. (1993). “Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar”, *Sosyoloji Dergisi*, E. Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını, sayı: 4, İzmir.
- Özçelik Adak, N. (2002). *Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme*, İstanbul: Birey.
- Özen, S. (1994). *Sağlık ve Sosyokültürel Yapı Değişkenleri*, Sayı: 5, Ege Üniversitesi Yayınları, İzmir.
- Parsons, T. (1964). *The Social System*, New York: The Free Press of Glencoe.
- Postman, N. (2004). *Televizyon: Öldüren Eğlence*, (çev: Osman Akınhay), İstanbul: Ayrıntı.
- Ritchie, J., Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Practice*, London: Sage.
- Ritzer, G. (1983). *Sociological Theory*, New York: Alfred A. Knopf.
- Sağlam Arı, G., Armutlu, C., Güneri Tosunoğlu, N., Yücel Toy, B. (2009). Pozitivist ve Postpozitivist Paradigmalar Çerçevesinde Metodoloji Tartışmalarının Yönetim ve Pazarlama Alanlarına Yansımaları, *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 27, Sayı 1, 2009, s. 113-141.
- Solomon, C., R. (1972). *From Rationalism to Existentialism: The Existentialists and Their Nineteenth-Century Backgrounds*, London: Harper & Row.
- Stam, H., J. (2001). Intrduction: Social Constructionism and Its Critics, *Theory and Psychology*, London: Sage.
- Stewart, C. J. ve Cash, W. B. (1985). *Interviewing: Principles and Practices* (4th ed.). Dubuque, IO, WM: C. Brown Pub.
- Sunar, İ. (1986). *Düşün ve Toplum*, Ankara: Birey ve Toplum.

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2010). Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele ve Kontrol Programı, 2010-2014, Yayın no:773, Ankara.
- Thomas, R., K. (2003). *Society: Sociology for Health Professionals*, Kluwer Academic Publisher, USA
- Tomlinson, J. (2010). *Kültürel Emperyalizm*, İstanbul; Ayrıntı.
- Turner, B., S. (1995). *Medical Power and Social Knowledge*, Second Edition, London: Sage.
- Turner, B., S. (2011). *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*, (çev. Ümit Tatlıcan), Bursa: Sentez.
- Türkdoğan, O. (1972). *Doğu Anadolu'da Sağlık-Hastalık Sistemlerinin Toplumsal Araştırması*, Atatürk Üniversitesi Yayınları N:161, Erzurum.
- Uğur, Y., V., Ş., Eser, E. (2015). Manisa İlinde Yarıkentsel Bir Bölgede Yaşayan Erişkin Kadınlarda Obezite ve Sosyoekonomik Durumun Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2015:14(2), s.121-130.
- Vigarello, G., Corbin, A., Courtine, J., J. (2008). *Bedenin Tarihi Rönesans'tan Aydınlanma'ya*, Cilt 1, İstanbul: YKY.
- White, K. (2002). *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: Sage.
- Williams, R. (2007). *Anahtar Sözcükler*, İstanbul: İletişim.
- Yıldırım, A., Şimşek, H. (2016). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Ankara: Seçkin.
- Yüncü, F. (1993). *Sağlık Hizmetlerinde Yönetim*, Ankara: Kadioğlu.

EK-1: NVIVO YAZILIMININ KISACA NASIL KULLANILDIĞI

NVivo, bir araştırmada toplanan nitel verilerin bir arada, bir bütün olarak görülebilmesine ve kendi içinde karşılaştırmalar yapılabilmesine olanak tanıyan, QSR firmasının geliştirdiği bir yazılımdır.

NVivo esnek bir yazılım olup; araştırmacının belirlediği araştırma deseni ve araştırma sorusu, analiz sürecini doğrudan etkilemektedir. NVivo yalnızca analiz kısmında değil, araştırma sürecinin en başından itibaren uygulanabilir.

NVivo'da araştırmanın bütününe parçalara bölmeden önce, genel anlamın çıkarılması daha uygun olacaktır. Detayları araştırmak ve veriler üzerinde çeşitli notlar alabilmek adına, çeşitli şema / matris ve diyagramlar oluşturarak çalışmak, araştırmacının işini kolaylaştıracaktır.

The screenshot displays the NVivo 12 Pro software interface. The top menu bar includes File, Home, Import, Create, Explore, Share, and Node Tools. The left sidebar shows the Quick Access panel with links to Files, Memos, and Nodes. The main area is divided into two panes. The left pane, titled 'Tree Nodes', contains a table listing nodes and their associated files and references. The right pane shows the content of the selected node, '1-Sağlığa dair anlamlandırma', with a coverage of 0.42%.

Name	Files	References
Hastalar açısından	0	0
1-Sağlığa dair anlamlandırma	6	13
2-Beslenme alışkanlığı	7	47
3-Beden imgesi	8	62
4-Sağlık kontrolü	5	12
5-Gündelik hayatta sağlık deneyimle	7	20
6-Hastalığa dair anlamlandırma	9	115
7-Sektöre dair güven	7	53
8-Müşteri hasta	8	52
9-Tedaviye dair deneyim ve anlama	7	19
Hekimler açısından	0	0
1-Sağlığa dair anlamlandırma	3	4
2-Beslenme alışkanlığı	3	7
3-Beden imgesi	3	12
4-Sağlık kontrolü	4	12
5-Gündelik hayatta sağlık deneyimle	3	9
6-Hastalığa dair anlamlandırma	3	9
7-Sektöre dair güven	5	18
8-Müşteri hasta	5	20
9-Tedaviye dair deneyim ve anlama	5	25

Reference 1 - 0.42% Coverage

Ben böyle hastalığı istemiyorum. Hem her tarafımı bozuyor. Bak hep şekerden. Ah kızım bundan dolayı altına kaçınıyorum. Sakatlar işiyorum. Ah ne olacak benim halim. Kimselere söyleyemiyorum.

Reference 2 - 0.09% Coverage

"Bu hastalığın tek iyi yönü kilo vermem oldu.

Reference 3 - 0.40% Coverage

Bundan sonra mümkün olduğu kadar diyetime dikkat edeceğim, eg Yaşamak ve daha kötü olmamak için mücadele edeceğim. Ben bu ha ederim etmesine ama ileride ne olur diye düşünüyorum.

Reference 4 - 0.38% Coverage

Bu hastalıkla her yerde zorluk çekiyorum. Yürüyeyim diyorum yürü halsizlik var. Egzersiz yapıyordum evde bazen ayağımı kaldırıp koyuy yapamıyorum fitik ameliyatı geçirdim

Reference 5 - 0.59% Coverage

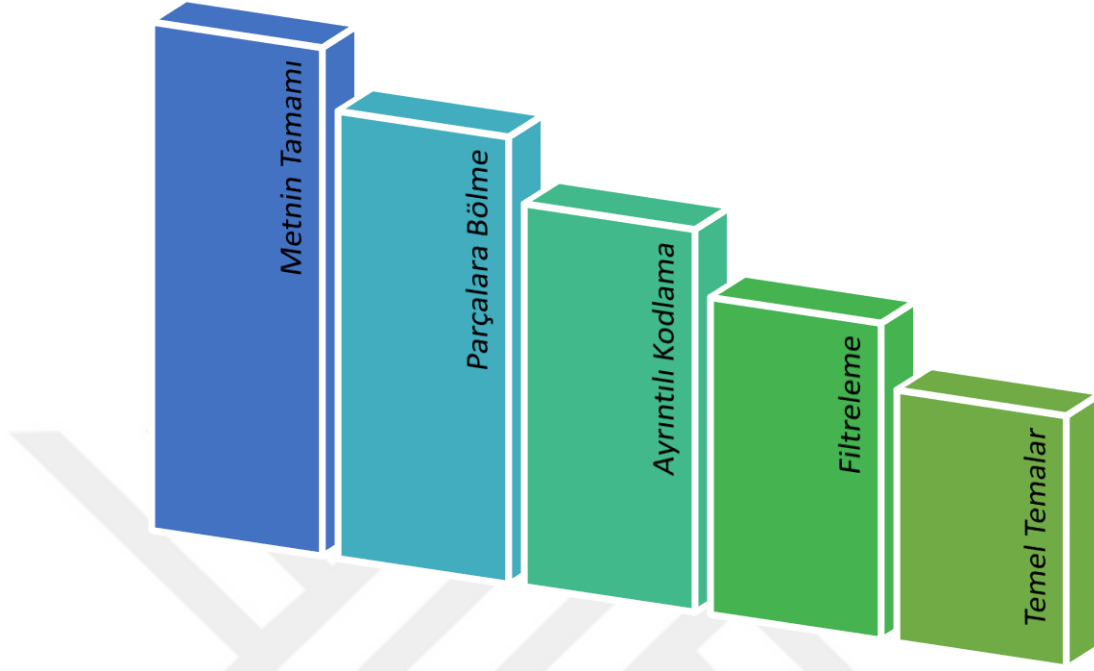
(ayak amputasyonu var) "Bazen Allah'a, Allah'ım bir yürüsem diyo son söyledim. Allah'tan ikinci bir şans istiyorum. Son pişmanlık fayda ama... Diğer hastalar perhizine çok dikkat etmeliler, yoksa kötü gider. Al ondan sonra her şeye dikkat ederim. Her şeye uyarım."

Reference 6 - 0.22% Coverage

Allah kısmet eder de daha uzun yaşarsak kendimize iyi bakma rahatsızlığa yakalanmam beni üzdü biraz.

Reference 7 - 0.17% Coverage

"Bu hastalık hayatıma güzel getirdi. Açıkım vardı, oldu. Eski



Basit şekliyle süreç şöyle işlemektedir: Alan araştırmasında elde edilen niteliksel verilerin transkripsiyonu ile oluşturulan metnin tamamı, parçalara bölünerek çok sayıda koda ulaşılır. İndirgeme yapılarak kod sayısı azaltılır ve temel temalara ulaşılır. Ayrıntılı kodlama ve temaların oluşturulması sonucunda toplanan veriler, alt ve üst temalar olarak belirli bir sistem içinde düzenlenerek yorumlamaya hazır hale getirilir. Oluşturulan temalar, toplanan verilerin derinliğine ve kapsamına göre alt ve üst düzeylerde kategorize edilir. Üst temalar, genel olarak kavramları bir araya getiren alt temaların ortak ilişkilerinden yola çıkarak sınıflandırılır.

Bu aşamada dikkat edilmesi gereken nokta, transkript edilen metnin anlamlı parçalara bölünmesidir. Burada, temalar kodlar için şemsiye rolü görmektedir. Tema sayısının, -doğası gereği- kod sayısından daha az olması gerekmektedir. Elde edilen veri seti, artık tekrar etmeye başlıyorsa, o çalışmanın doyum noktasına ulaştığı söylenebilir ve o andan itibaren analiz süreci bitmiş kabul edilebilir.

ÖZGEÇMİŞ

1983 İzmir doğumlu Ferhat Değer'in sosyoloji alanında lisans ve yüksek lisans diploması bulunmaktadır. Kariyerine Muğla Üniversitesi'nde Araştırma Görevlisi olarak başlayan Değer, bir süre sonra İzmir Büyükşehir Belediyesi bünyesinde çalışmalarını sürdürmüştür. Ardından, Şili Cumhuriyeti Dışişleri Bakanlığına bağlı İstanbul Şili Ticaret Ofisi'nde (ProChile) Ticaret Temsilcisi olarak kariyerine devam etmiştir. Daha sonra, Kosta Rika Cumhuriyeti Dış Ticaret Bakanlığına bağlı İstanbul Kosta Rika Ticaret Ofisi'nde (PROCOMER) İş Geliştirme Yöneticisi olarak çalışmaya başlamıştır. Yurt içi ve yurt dışında sosyolojik ve multidisipliner birçok araştırma projesinde yer alan Değer'in çeşitli dergi ve kitaplarda yayımlanmış çalışmaları bulunmaktadır.