



**TC
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK-HASTALIK OLGUSU VE
TOPLUMSAL KÖKENLERİ
(Burdur Örneği)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe TEKİN

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Metin ÖZKUL**

Isparta, 2007

TC
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TEZLİ YÜKSEK LİSANS

TEZ SAVUNMASI VE SÖZLÜ SINAV TUTANAĞI

İLGİ: Enstitü Yönetim Kurulu'nun 720....Tarih ve/.....
Sayılı Kararı

Sosyoloji Anabilim Dalında ders dönemine ait Eğitim-Öğretim Programını başarı ile tamamlayan 0330209112 numaralı Ayşe TEKİN'in hazırladığı **Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri: Burdur Örneği** başlıklı TEZLİ YÜKSEK LİSANS TEZİ ile ilgili TEZ SAVUNMASI ve SÖZLÜ SINAVI Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin md.si uyarınca/..../2007 günü, saat’da yapılmış; sorulan sorular ve alınan cevaplar sonunda adayın tez savunmasının KABULÜNE / REDDİNE / DÜZELTME SÜRESİ VERİLMESİNE, OYBİRLİĞİYLE / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

SINAV JÜRİSİ

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

ÖZET

SAĞLIK-HASTALIK OLGUSU VE TOPLUMSAL KÖKENLERİ (BURDUR ÖRNEĞİ)

Ayşe TEKİN

Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,

Sosyoloji Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, ± 300 sayfa, Ağustos 2007

Danışman: Prof. Dr. Metin ÖZKUL

Bu çalışmanın amacı, Burdur il merkezinde yaşayan bireylerin sağlık-hastalık olgusuna ilişkin bilgi, tutum ve davranışları ile, toplumsal faktörlerin bu bilgi, tutum ve davranışları ne şekilde etkilediğini tespit etmektir.

Araştırma konusu, Sistem Yaklaşımından hareketle açıklanmaya çalışılmıştır. Amacına göre tanımlayıcı ve analitik olan saha araştırması niteliğindeki bu çalışmada Burdur İl merkezindeki tüm mahallelerden örnekleme girecek birey sayıları tabakalı rastlantısal örnekleme yöntemiyle 382 olarak tespit edilmiş; örnekleme giren haneler basit rastlantısal örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Veriler anket ve mülakat tekniği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS (15.0) kullanılmış; hipotezlerin sınanmasında Ki-Kare Önemlilik testinden yararlanılmıştır.

Sonuç olarak; toplumsal faktörler başlığı altında ele alınan toplumsal cinsiyet, medeni durum, aile, eğitim, meslek, gelir, statü ve sınıf, yaşama tarzı, din, sosyal çevre, kültürel değer ve normlar ile ilgili ortaya konulan bazı somut değişkenlerin Burdur'da yaşayan bireylerin sağlık ve hastalığı açıklama, rahatsızlığı algılama ve yardım arama, geleneksel iyileştiricilere gitme, ilaç kullanma, tedaviye uyum ve sağlık hizmetlerini kullanım durumları üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: *Sağlık ve Hastalık Kavramı, Hastalık Davranışı, Rahatsızlığı Algılama ve Yardım Arama, Geleneksel İyileştiricilere Başvurma, Sağlık Hizmetleri Kullanımı, İlaç Kullanımı, Tedaviye Uyum.*

ABSTRACT

HEALTH - ILLNESS FACT AND ITS SOCIAL ROOTS

(BURDUR STUDY)

Ayşe TEKİN

Süleyman Demirel University, The Institute of Social Sciences,

Department of Sociology

Master Thesis, ± 300 pages, August 2007

Supervising: Prof. Dr. Metin ÖZKUL

The aim of the present study was to determine knowledge, attitudes and behaviours of the individuals living in Burdur city center related to health-illness fact, and how social factors affect these knowledge, attitudes and behaviours.

The subject matter of the study was tried to be explained from the standpoint of System Approach. In the study which might be called as descriptive and analitic for its purpose, but field research for its type, the number of the individuals from all the streets in the city center of Burdur were found as 382 through the method of stratified random sampling, and the families participating in the sample were chosen by simple random sampling. Data were obtained by the method of survey and interview. SPSS was used in the analysis of data, and Chi-Square Significance test was made use in the testing of the hypotheses.

As a result; we came to the conclusion that some concrete variables related to gender, marital status, family, education, occupation, income, status and social class, life style, religion, social surroundings, cultural values and norms headed as social factors had effects on the conditions of people living in Burdur such as explanation of health and illness, perception of illness and seeking help, counselling traditional healers, taking drugs, complying with treatment and utilization of health services.

Keywords: *Concepts of Health and Illness, Illness Behaviour, Perception of Illness and Seeking Help, Counselling Traditional Healers, Utilization of Health Services, Drug Usage, Complying with Treatment.*

ÖNSÖZ

Hastalık örüntüleri, doğum ve ölüm oranları gibi pek çok bilgiyi içeren sağlık istatistikleri, toplum sağlık düzeyini önemli ölçüde yansıtan belgelerdir. Bu istatistikler yıldan yıla, ülkeden ülkeye, bir ülkenin kır-kent, doğu-batı gibi çeşitli kesimlerine göre farklılıklar göstermektedir. Sağlık düzeyiyle ilgili gözlenen bu farklılıkların temelinde ise büyük oranda toplumsal faktörler rol oynamaktadır.

Toplumsal faktörler bireylerin yaşam tarzları üzerindeki belirleyici rolü itibarıyla farklı hastalık örüntülerine neden olabildiği gibi; sağlık ve hastalığın tanımlanışı, rahatsızlığı algılama ve değerlendirme, hastalığa gösterilen tepkiler, tıbbi yardım aramaya karar verme, sağlık hizmetlerinden yararlanma, geleneksel ve popüler tedavi tercihleri gibi pek çok davranış üzerinde doğrudan ya da dolaylı etkiye sahiptir.

Bu çalışmada, Burdur örneğinden hareketle, bireylerin sosyal, kültürel ve ekonomik nitelikleri ile sağlık-hastalık olgularına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını tanımlayarak; bu faktörlerin birbirleriyle ilişkileri, sağlık ve hastalık davranışları üzerindeki etkileri analiz edilmeye çalışılmıştır.

Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri Sosyolojinin alt bilim dallarından biri olan Sağlık Sosyolojisi'nin konusudur. Gelişmiş ülkelerde sağlık-hastalık olgularının toplumsal temelleri uzun yıllardır araştırılmakta ve Sağlık Sosyolojisi alanında sürekli bilgi üretilmektedir. Ülkemizde önemli sağlık sorunları yaşanmasına karşın, bu alanda sosyolojik perspektifle yapılan çalışmaların çok az sayıda olduğu söylenebilir. Konunun belirlenmesi aşamasında özellikle bu alandaki eksiklik önemli oranda belirleyici olmuştur.

Bu çalışmada değerli fikirleriyle bana yol gösteren, teşvik ve desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Metin Özkul'a, değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. Kamil Kaya'ya, önerileriyle destek veren Prof. Dr. Hüseyin Bal'a ve diğer Sosyoloji Bölümü öğretim üyelerine teşekkürü bir borç bilirim.

Çalışmamın başlangıç aşamasından son noktayı koyduğum ana kadar bana sonsuz destek veren eşim Mahmut Tekin'e ve büyük bir sabırla çalışmamın bitmesini bekleyen 10 ile 1,5 yaşlarındaki kızlarım Ecemsu Tekin ve İdil Asya Tekin'e teşekkür ederim. Ayrıca, görüşme formlarının uygulama aşamasındaki desteklerinden dolayı Tevhide Kesik ve Sibel Güllen'e teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe TEKİN

BURDUR, 2007

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1. Araştırmanın Konusu.....	4
2. Araştırmanın Amacı	4
3. Araştırmanın Önemi	5
4. Araştırmanın Yaklaşımı.....	5
5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	8
6. Araştırmanın Hipotezleri	9
7. Araştırmanın Yöntem ve Teknikleri.....	10
7.1. Araştırmanın Türü ve Tipi.....	10
7.2. Evren ve Örneklem.....	10
7.3. Veri Toplama Teknikleri	12
7.4. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması	14
7.5. Süre ve Olanaklar	15

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN KURAMSAL ÇERÇEVESİ

1. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ	16
1.1. Sağlık Sosyolojisinin Doğuşu ve Gelişimi	16
1.2. Sağlık Sosyolojisinin Konu Alanları	19
2. BAZI TEMEL KAVRAMLAR.....	22
2.1. Sağlık Kavramı.....	22
2.2. Hastalık Kavramı.....	28
2.3. Hastalık Davranışı	32
2.3.1. Rahatsızlığı Algılama ve Yardım Arama	33
2.3.2. Hasta Rolü.....	36
2.3.3. Hekim-Hasta İlişkileri.....	38
3. TOPLUMSAL BİR HİZMET ALANI OLARAK SAĞLIK-HASTALIK SİSTEMİ	43
3.1. Sağlık Bakımı ve Sağlık Hizmetleri Kavramları.....	43
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	44
3.3. Sağlık Hizmetleri Kullanımı	45
3.4. Sağlık Hizmetlerinde Çoğulculuk	47
3.4.1. Geleneksel Tıp (Folk Tıp).....	47
3.4.2. Modern Tıp	49
3.4.3. Popüler Tıp (Güncel Tıp).....	50
4. SAĞLIK-HASTALIK OLGUSUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER	53
4.1. Biyolojik Faktörler	53

4.2. Psikolojik Faktörler	57
4.3. Çevresel Faktörler	60
4.4. Yerleşim Yeri Koşulları	63
4.5. Toplumsal Faktörler	67
4.5.1. Doğrudan Etkileyen Faktörler	68
4.5.1.1. Toplumsal Cinsiyet	68
4.5.1.2. Medeni Durum	70
4.5.1.3. Aile	73
4.5.1.4. Eğitim	76
4.5.1.5. İş ve Meslek	78
4.5.1.6. Gelir	81
4.5.1.7. Statü ve Sınıf	84
4.5.1.8. Yaşam Tarzı	86
4.5.2. Dolaylı Etkileyen Faktörler	89
4.5.2.1. Toplumsal Çevre	89
4.5.2.2. Kültürel Norm ve Değerler	93
4.5.2.3. Din	97
4.5.2.3.1. Dini İnanç ve Pratikler ile Biyolojik Sağlık	98
4.5.2.3.2. Dini İnanç ve Pratikler ile Psikolojik Sağlık	99
4.5.2.3.3. Toplumsal Bağlılık ve Sosyal Sağlık:	101
4.5.2.4. Siyasal Faktörler	103
4.5.2.4.1. 1920-1937 Dönemi	103
4.5.2.4.2. 1937-1960 Dönemi	105
4.5.2.4.3. 1961-1980 Dönemi	107
4.5.2.4.4. 1980’li yıllardan Günümüze	108
4.5.2.5. Makro-Ekonomik Koşullar	111
4.5.2.5.1. Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcamaları	115
4.5.2.5.2. Sosyal Güvenlik	116
4.5.2.6. Sağlık Hukuku ve Tıbbi Etik	117

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BURDUR’UN GENEL, SOSYAL, KÜLTÜREL VE EKONOMİK ÖZELLİKLERİ

1. Coğrafi Özellikleri ve İklim	121
2. Nüfus Yapısı	122
3. Sosyal ve Ekonomik Yapı	124
4. Sağlık	127

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE TARTIŞMA

1. GÖRÜŞÜLENLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	131
1.1. Cinsiyet	131
1.2. Medeni Durum	131
1.3. Yaş	132
1.4. Doğum Yeri	135
2. AİLE	135
2.1. Aile Yapısı	135
2.2. Evlilik Kurumu	137
2.3. Aile İçi İlişkiler	139
2.4. Toplumsal Cinsiyet Roller	141
3. SOSYO-EKONOMİK DURUM	143
3.1. Eğitim	143
3.2. İş ve Meslek	148

3.2.1. Meslek Türü	148
3.2.2. Eğitim ve Meslek	150
3.2.3. İşin Getirdiği Sıkıntılar	154
3.2.4. Sağlık Güvencesi	156
3.3. Gelir ve Gider	157
3.3.1. Gelir	157
3.3.2. Gider	161
3.4. Sosyo-Ekonomik Statü (SES)	162
4. YERLEŞİM YERİ VE KONUT	166
4.1. Yerleşim Yeri	166
4.2. Konut	168
5. YAŞAMA TARZI	170
5.1. Kronik Hastalık Varlığı	170
5.2. Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar	173
5.3. Kişisel Temizlik Alışkanlıkları	182
5.4. Beslenme Alışkanlığı	183
5.5. Boş Zamanları Değerlendirme	189
5.6. Fiziksel Aktivite	190
5.7. Dinlenme	191
6. TOPLUMSAL ÇEVRE	192
6.1. Toplumsal İlişki Ağları	192
6.2. Destek Tipleri	193
6.2.1. Maddi Destek	193
6.2.2. Araçsal Destek	196
6.2.3. Manevi Destek	198
7. KÜLTÜREL İNANÇ VE UYGULAMALAR	201
7.1. Lohusa ve Yenidoğanla İlgili Uygulamalar	201
7.2. Halk Arasında Sağlık ve Hastalıkla İlişkilendirilen Bazı İnanç ve Uygulamalar	203
7.3. Popüler Tedavi Tercihleri	205
7.4. Geleneksel İyileştiricilere Başvurma	210
8. DİNİ İNANÇ VE UYGULAMALAR	222
9. SAĞLIK VE HASTALIK DAVRANIŞI	225
9.1. Rahatsızlığı Algılama ve Yardım Arama	225
9.2. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma	234
9.3. İlaç Kullanma Davranışı	248
9.4. Doktor-Hasta İlişkileri	258
9.5. Sağlık ve Hastalığı Tanımlama	268
9.6. Sağlık ve Hastalığa İlişkin Bireysel Algılar	275
9.7. Hasta Haklarına İlişkin Bilgi ve Tutum	279

BEŞİNCİ BÖLÜM

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

280

BİBLİYOGRAFYA	291

EKLER	298

EK-1. SOSYO-EKONOMİK STATÜ MATRİKSİ	298
EK-2. TABLOLAR	299
EK-3. ANKET SORULARI	306
EK-4. ÖZGEÇMİŞ	313

KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
SB	Sağlık Bakanlığı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SES	Sosyo-ekonomik statü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
A.g.m.	Adı geçen makale
A.g.e.	Adı geçen eser
Akt.	Aktaran
Bkz.	Bakınız
s.	Sayfa

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Sağlık ve Tıpta Çağdaş Dönüşümler.....	21
Şekil 2.2. Yüksek Düzeyde İyilik Halinin Çevresel Faktörlerle Etkileşimi.....	24
Şekil 2.3. Sağlık-Hastalık Süreç Modeli.....	26
Şekil 2.4. Sağlık ve Hastalığın Ayrı Olarak Değerlendirilmesi.....	27
Şekil 2.5. Bölgesel Sağlık Bakım sistemi.	47
Şekil 2.6. Sağlık İnanç Modeli.....	58
Şekil 2.7. Yoksulluğun Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri.....	82
Şekil 2.8. Sosyal Destek Kaynakları ve İşlevleri.....	92
Şekil 2.9. Dini İnanç ve Uygulamalar ile Biyolojik, Psikolojik ve Toplumsal İyilik Hali Arasındaki İlişkiler.	98
Şekil 2.10. Yapısal Uyum Programlarının Sağlık Üzerine Etkileri.....	114

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo:1 Mahallelere Göre Evren ve Örneklem Dağılımı	12
Tablo:2 Toplam Nüfus, İlçe, Belde ve Köy Sayısı	122
Tablo:3 Nüfusun İlçe ve Yıllara Dağılımı	123
Tablo:4 Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (2004)	123
Tablo:5 Medeni Durum (2004)	124
Tablo:6 Nüfusun Cinsiyete Göre Eğitim Durumları (2004)	126
Tablo:7 Burdur İli'ne Ait Bazı Sağlık Göstergeleri(2004)	127
Tablo:8 Burdur İlinde Doğum ve Ölümün Yıllara Göre Dağılımı	128
Tablo:9 Doğumların Yapıldığı Yere ve Yardım Alma Durumuna Göre Dağılımı	128
Tablo:10 Aile Planlaması Yöntemleri	129
Tablo:11 Sağlık Tesisleri ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Çalışmaları	129
Tablo:12 Sağlık Personeli ve Personel Başına Kişi Sayısı	130
Tablo:13 Görüşülenlerin Cinsiyeti	131
Tablo:14 Görüşülenlerin Medeni Durumu	131
Tablo:15 Cinsiyetlerine Göre Görüşülenlerin Medeni Durumları	132
Tablo:16 Görüşülenlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	132
Tablo:17 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Cinsiyeti	133
Tablo:18 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Medeni Durumu	134
Tablo:19 Görüşülenlerin Doğum Yerine Göre Dağılımı	135
Tablo:20 Aile Tipi	136
Tablo:21 Görüşülenin Hane Nüfusu	136
Tablo:22 Görüşülenin Hanedeki Statüsü	137
Tablo:23 Görüşülenlerin İlk Evlenme Yaşı	138
Tablo:24 Görüşülenlerin Eşleriyle Akrabalık Durumu	138
Tablo:25 Dul / Boşanmış Olmanın Sağlığı Etkileme Durumu	138
Tablo:26 Görüşülenlerin Eşleriyle Aralarında Geçen Tartışmaların En Önemli Nedeni	139
Tablo:27 Ailede Şiddet Olgusunun Varlığı	140
Tablo:28 Şiddet Yaşanan Ailelerde Uygulanan Şiddet Çeşidi	140
Tablo:29 Ailede Yemek Yapma, Bulaşık-Çamaşır Yıkama vb. Ev İşlerini Genellikle Kimin Yaptığı	141
Tablo:30 Ailede Çocukların Beslenme, Giyim, Temizlik vb. Bakım Gereksinimlerini Genellikle Kimin Karşılادığı	142
Tablo:31 Ailede Çocuk Hastalandığında Çocuğa Genellikle Kimin Baktığı	142
Tablo:32 Ailede Önemli Kararları Genellikle Kimin Verdiği	143
Tablo:33 Görüşülenlerin Eğitim Durumu	144
Tablo:34 Görüşülenlerin Eşlerinin Eğitim Durumu	144
Tablo:35 Görüşülenlerin Annelerinin Eğitim Durumu	145
Tablo:36 Görüşülenlerin Babalarının Eğitim Durumu	145
Tablo:37 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Eğitim Düzeyi	146
Tablo:38 Doğum Yerine Göre Görüşülenlerin Eğitim Düzeyi	146
Tablo:39 Görüşülenlerin Gazete Okuma Durumu	147
Tablo:40 Görüşülenlerin Düzenli Olarak/Hiç Gazete Okumama Nedeni	147
Tablo:41 Görüşülenlerin Mesleklerine Göre Dağılımı	148
Tablo:42 Görüşülenlerin Eşlerinin Mesleği	149
Tablo:43 Görüşülenlerin Annelerinin Mesleği	149
Tablo:44 Görüşülenlerin Babalarının Mesleği	149
Tablo:45 Bir İşte Çalışmayanlara Göre Çalışmamanın Sağlık Üzerine Etkisi	150
Tablo:46 Çalışanlara Göre Yaptıkları İşin Aldıkları Eğitime Uygun Olup Olmadığı	151
Tablo:47 Çalışanların Mesleğini İsteyerek Seçip Seçmedikleri	151
Tablo:48 Mesleği İsteyerek Seçmeyenlerin Mesleği Seçme Nedeni	151
Tablo:49 Görüşülenlerin Mesleki Statülerine Göre Dağılımı	152
Tablo:50 Eğitim Durumuna Göre Çalışanların Mesleki Statüleri	153
Tablo:51 Çalışanlara Göre Mesleklerinin Toplumda İtibar Görüp Görmediği	153
Tablo:52 Çalışanların Mesleki Verimlerine İlişkin Düşünceleri	154
Tablo:53 Çalışanların İş Sorumluluğu ve İş Yüküne Bağlı Olarak Sıkıntı Yaşadığı Konular	154
Tablo:54 Çalışanların Yaptıkları İşe İlişkin Sağlık Riskinin Olup Olmadığı	155

Tablo:55 Çalışanların Yaptıkları İşe İlişkin Sağlık Riskleri.....	155
Tablo:56 Her iki Ebeveynin Çalıştığı Ailelerde Çocuklara Kimin Baktığı.....	155
Tablo:57 Çalışanların Ek İş Yapıp Yapmadığı.....	156
Tablo:58 Görüşülenlerin Sağlık Güvencesi Türü.....	156
Tablo:59 Görüşülenlerin Aylık Hane Gelirine Göre Dağılımı.....	157
Tablo:60 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Aylık Hane Geliri.....	158
Tablo:61 Mesleki Statülerine Göre Görüşülenlerin Aylık Hane Gelirleri.....	159
Tablo:62 Doğum Yerine Göre Görüşülenlerin Aylık Hane Geliri.....	160
Tablo:63 Görüşülenlerin Aylık Harcamaları.....	161
Tablo:64 Görüşülenlerin Aylık Gelir ve Gider Dengesine İlişkin Görüşleri.....	162
Tablo:65 Görüşülenlerin Gider Gelirden Fazla ise Geçimlerini Nasıl Sağladığı.....	162
Tablo:66 Görüşülenlerin Sosyo-Ekonomik Statüsü.....	163
Tablo:67 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Sosyo-Ekonomik Statüsü.....	163
Tablo:68 Yaşa Göre Görüşülenlerin Sosyo-Ekonomik Statüsü.....	164
Tablo:69 Ebeveynlerinin Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Sosyo-Ekonomik Statüsü.....	164
Tablo:70 Doğum Yerine Göre Görüşülenlerin Sosyo-Ekonomik Statüsü.....	166
Tablo:71 Görüşülenlerin Burdur İl Merkezine Göç Durumu ve Göçme Nedeni.....	166
Tablo:72 Görüşülenlerin İkamet Ettikleri Mahalleyi Tercih Nedeni.....	167
Tablo:73 Görüşülenlerin İkamet Ettiği Yerin Çevre Şartları.....	167
Tablo:74 Görüşülenlerin Oturduğu Evin Mülkiyeti.....	168
Tablo:75 Görüşülenlerin Oturduğu Evin Türü.....	168
Tablo:76 Görüşülenlerin Evdeki Oda Sayısını Yeterli Görüp Görmediği.....	168
Tablo:77 Görüşülenlerin Evi Isıtma Şekli.....	169
Tablo:78 Görüşülenlerin Evlerinin Fiziki Şartları.....	169
Tablo:79 Görüşülenlerin Sahip Olduğu Modern Eşyalar.....	169
Tablo:80 Görüşülenlerde Kronik Hastalık Varlığı ve Kronik Hastalık Türleri.....	171
Tablo:81 Cinsiyete Göre Görüşülenlerde Kronik Hastalık Varlığı.....	171
Tablo:82 Yaşa Göre Görüşülenlerde Kronik Hastalık Varlığı.....	172
Tablo:83 Sosyo-ekonomik Statüye Göre Görüşülenlerde Kronik Hastalık Varlığı.....	173
Tablo:84 Görüşülenlerin Sigara Kullanma Durumu.....	173
Tablo:85 Zararlı Olduğu Halde Neden Sigara Kullandığı.....	174
Tablo:86 Görüşülenlerin Ailelerinde Toplam Sigara Kullanan Kişi Sayısı.....	174
Tablo:87 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Sigara Kullanıp Kullanmadığı.....	174
Tablo:88 Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumuna Göre Görüşülenlerin Sigara Kullanıp Kullanmadığı.....	175
Tablo:89 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Sigara Kullanıp Kullanmadığı.....	176
Tablo:90 Hane Nüfusu ve Evde Sigara Kullanan Kişi Sayısına Göre Kışın Yatılan Oda Sayısı.....	177
Tablo:91 Görüşülenlerin Alkol Kullanma Durumu.....	178
Tablo:92 Alkolü Ne Sıklıkla Kullandığı.....	178
Tablo:93 Alkol Kullanmıyorsa Nedeni.....	178
Tablo:94 Görüşülenlerin Ailelerinde Toplam Alkol Kullanan Kişi Sayısı.....	179
Tablo:95 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Alkol Kullanıp Kullanmadığı.....	179
Tablo:96 Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumuna Göre Görüşülenlerin Alkol Kullanıp Kullanmadığı.....	180
Tablo:97 Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumuna Göre Alkol Kullanmayanların Kullanmama Nedenleri.....	181
Tablo:98 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Alkol Kullanıp Kullanmadığı.....	181
Tablo:99 Görüşülenlerin Diş Fırçalama Sıklığı.....	182
Tablo:100 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Diş Fırçalama Sıklığı.....	182
Tablo:101 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Diş Fırçalama Sıklığı.....	183
Tablo:102 Görüşülenlerin Sağlıklı Bir Yaşam İçin Gereken Besinleri Tüketme Durumu.....	184
Tablo:103 Sağlıklı Bir Yaşam İçin Gereken Besinleri Tüketmiyorsa Nedeni.....	184
Tablo:104 Görüşülenlerin Gelir Düzeyine Göre Sağlıklı Bir Yaşam İçin Gereken Besinleri Tüketme Durumu.....	185
Tablo:105 Görüşülenlerin Bazı Besin Gruplarını Ne sıklıkla Tükettiği.....	185
Tablo:106 Görüşülenlerin Diyet Yapma Durumu ve Yaptığı Diyet Türü.....	186
Tablo:107 Diyet Yapanların Diyet Dışına Çıkıp Çıkmadıkları.....	186

Tablo:108 Kronik Hastalığı Varlığı ve Türüne Göre Görüşülenlerin Diyet Yapma ve Diyetle Uyum Durumları	187
Tablo:109 Görüşülenlerin Kola, Cips, Şekerleme, Çikolata Gibi Yiyecekleri Nasıl Değerlendirdiği	188
Tablo:110 Bu Tür Yiyecekleri Ne Sıklıkla Tükettiği	188
Tablo:111 Görüşülenlerin Boş Zamanlarında Yaptıkları Aktiviteler	189
Tablo:112 Görüşülenlerin Egzersiz/Spor Yapma Durumu	190
Tablo:113 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Egzersiz Yapma Durumu	190
Tablo:114 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Egzersiz Yapma Durumu	191
Tablo:115 Görüşülenlerin Düzenli Olarak Tatil Yapma Durumları	192
Tablo:116 Düzenli Olarak Tatil Yapanların Tatillerini Nerede Geçirdiği	192
Tablo:117 Görüşülenlerin Akrabalar, Arkadaşlar ve Komşularıyla Görüşme Sıklığı	193
Tablo:118 Görüşülenlere Göre Hastalık Durumunda Çevresinde Maddi Destek Kaynaklarının Olup Olmadığı	193
Tablo:119 Görüşülenlere Göre Hastalık Durumunda Çevresinde Maddi Destek Sağlayabilecek Kişi /Kişiler	194
Tablo:120 Medeni duruma Göre Görüşülenlerin Hastalandığında Maddi Destek Sağlayacağını Belirttikleri İlk Kişi/Kişiler	195
Tablo:121 Görüşülenlere Göre Hastalık Durumunda Çevresinde Araçsal Destek Sağlayabilecek Kişi/Kişilerin Olup Olmadığı	196
Tablo:122 Görüşülenlere Göre Hastalık Durumunda Çevresinde Araçsal Destek Sağlayabilecek Kişi /Kişiler	196
Tablo:123 Medeni duruma Göre Görüşülenlerin Hastalandığında Araçsal Destek Sağlayacağını Belirttikleri İlk Kişi/Kişiler	198
Tablo:124 Görüşülenlere Göre Hastalık Durumunda Çevresinde Manevi Destek Sağlayabilecek Kişi/Kişilerin Olup Olmadığı	199
Tablo:125 Görüşülenlere Göre Hastalık Durumunda Çevresinde Manevi Destek Sağlayabilecek Kişi /Kişiler	199
Tablo:126 Medeni duruma Göre Görüşülenlerin Hastalandığında Manevi Destek Sağlayacağını Belirttikleri İlk Kişi/Kişiler	200
Tablo:127 Görüşülenlerin Çevrelerinde Lohusa Kadına Yönelik Geleneksel Uygulamalar	202
Tablo:128 Görüşülenlerin Çevrelerinde Yenidoğan Bebeğe Yönelik Ne Tür Uygulamalar Yapıldığı	203
Tablo:129 Görüşülenlerin Sağlık-Hastalıkla İlişkili Olduğunu Düşündükleri Bazı İnanç ve Uygulamalar	203
Tablo:130 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Kurşun Döktürme ve Sağlık İlişkisine Dair Görüşleri	204
Tablo:131 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Muska Taşıma ve Sağlık İlişkisine Dair Görüşleri	205
Tablo:132 Görüşülenlerin Rahatsızlık/Hastalık Durumunda Şifalı Bitkiler Kullanma Durumu	206
Tablo:133 Şifalı Bitkileri Kullanmayı Nasıl Öğrendiği	206
Tablo:134 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık/Hastalık Durumunda Şifalı Bitki Kullanma Durumu	207
Tablo:135 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık/Hastalık Durumunda Şifalı Bitki Kullanma Durumu	207
Tablo:136 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık/Hastalık Durumunda Şifalı Bitki Kullanma Durumu	208
Tablo:137 Doğum Yeri Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık/hastalık Durumunda Şifalı Bitki Kullanma Durumu	209
Tablo:138 Gelir Durumuna Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık/hastalık Durumunda Şifalı Bitki Kullanma Durumu	210
Tablo:139 Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmediği	211
Tablo:140 Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Hangi Rahatsızlık Nedeniyle Başvurduğu	211
Tablo:141 Geleneksel İyileştiricinin Nasıl Bir Tedavi Uyguladığı	212
Tablo:142 Geleneksel İyileştiricinin Rahatsızlığını İyileştirip İyileştirmediği	212
Tablo:143 Modern Tıbbi Tedaviden Yanıt Alamadığında Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmeyeceği	212
Tablo:144 Geleneksel İyileştiriciyi Ne Tür Rahatsızlıklarda Tercih Edeceği	213

Tablo:145 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmediği.....	213
Tablo:146 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmediği	214
Tablo:147 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmediği	215
Tablo:148 Gelir Düzeyine Göre Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmediği	215
Tablo:149 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmediği	216
Tablo:150 Dini İbadetleri Yerine Getirip Getirmemelerine Göre Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiricilere Başvurma Durumu	217
Tablo: 151 Geleneksel İyileştiriciye Gidenlerin Hangi Nedenle Gittiği, Geleneksel İyileştiricinin Hastalığını İyileştirip İyileştirmedeği ve Hangi Hastalıklarda Tercih Edeceği İlişkisi	218
Tablo:152 Görüşülenlerin Sağlık Amacıyla Yatır/Türbe Ziyareti Yapıp Yapmadığı	219
Tablo:153 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Sağlık Amacıyla Yatır/Türbe Ziyareti Yapıp Yapmadığı	219
Tablo:154 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Sağlık Amacıyla Yatır/Türbe Ziyareti Yapıp Yapmadığı	220
Tablo:155 Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumuna Göre Görüşülenlerin Sağlık Amacıyla Yatır/Türbe Ziyareti Yapıp Yapmadığı	221
Tablo:156 Görüşülenlerin Dini Uygulamaları Yerine Getirme Durumu.....	222
Tablo:157 Hastalandığında Dini Duygularında Değişiklik Fark Etme.....	222
Tablo:158 Hastalandığında Dini Duygularında Ne Şekilde Değişiklik Olduğu.....	223
Tablo:159 Görüşülenlerin Dini İbadetler Esnasında Sağlıklı Kalmak İçin Dua Edip Etmediği.....	223
Tablo:160 Görüşülenlere Göre Dini İnanç ve Uygulamaların Sağlık Açısından Yararının Olup Olmadığı.....	223
Tablo:161 Görüşülenlerin Dini İnanç ve Uygulamaların Sağlık Açısından Nasıl Bir Yarar Sağladığına İlişkin Düşünceleri.....	224
Tablo:162 Görüşülenlerin “Çocuk rızkıyla gelir, kürtaj yaptırmak günahtır” Düşüncesine İlişkin Görüşleri.....	224
Tablo:163 Görüşülenlerin Kendisini Hangi Durumda Doktora Gidecek Kadar Hasta Hissettiği	225
Tablo:164 Görüşülenlerin Bedeninde Rahatsızlık Hissettiğinde İlk Ne Yaptığı.....	226
Tablo:165 Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda Doktora/Sağlık Kuruluşuna Ne Kadar Süre Sonra Başvurduğu	226
Tablo:166 Görüşülenlerin Doktora/Sağlık Kuruluşlarına Başvuruyu Geciktirme Nedeni	227
Tablo:167 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda Doktora/Sağlık Kuruluşuna Başvurma Zamanı	228
Tablo:168 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda Doktora/Sağlık Kuruluşuna Başvurma Zamanı	228
Tablo:169 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda Doktora/Sağlık Kuruluşuna Başvurma Zamanı	229
Tablo:170 Mesleki Statülerine Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda Doktora/Sağlık Kuruluşuna Başvurma Zamanı	230
Tablo:171 Gelir Durumuna Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda Doktora/Sağlık Kuruluşuna Başvurma Zamanı	231
Tablo:172 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda Doktora/Sağlık Kuruluşuna Başvurma Zamanı	232
Tablo:173 Sağlık Güvencesi Türüne Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda Doktora/Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Zamanı.....	233
Tablo:174 Görüşülenlerin Sağlık ya da Hastalıkla İlgili Bilgiye İhtiyacı Olduğunda Kime Danıştığı	233
Tablo:175 Görüşülenlerin Hastalık Durumunda Hangi Sağlık Kuruluşunu Tercih Ettiği.....	234
Tablo:176 Görüşülenlere Göre Hastane Tercihini Etkileyen Faktörler.....	235
Tablo:177 Görüşülenlerin Düzenli Genel Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu.....	235
Tablo:178 Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırınların Kontrol Sıklığı.....	235
Tablo:179 Kronik Hastalık Varlığına Göre Görüşülenlerin Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırıp Yaptırmadığı	236
Tablo:180 Kronik Hastalık Türüne Göre Görüşülenlerin Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırıp Yaptırmadığı	237
Tablo:181 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırıp Yaptırmadığı	238

Tablo:182 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırıp Yaptırmadığı	238
Tablo:183 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırıp Yaptırmadığı	239
Tablo:184 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırıp Yaptırmadığı	240
Tablo:185 Sosyal Güvence Türüne Göre Görüşülenlerin Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırıp Yaptırmadığı	241
Tablo:186 Çocuğu Olanların Küçük Çocukları Hasta Olmadan Kontrol Amacıyla Doktora/Sağlık Kuruluşuna Götürüp Götürmediği.....	241
Tablo:187 Eğitim Durumuna Göre Çocuğu Olanların Küçük Çocukları Genel Sağlık Kontrollerine Götürüp Götürmediği	242
Tablo:188 Doğum Yerine Göre Çocuğu Olanların Küçük Çocukları Genel Sağlık Kontrollerine Götürüp Götürmediği	243
Tablo:189 Gelir Durumuna Göre Çocuğu Olanların Küçük Çocukları Hasta Olmadan Sağlık Kontrolüne Götürüp Götürmediği	243
Tablo:190 Görüşülenlerin Sosyal Güvencesi Olduğu Halde Doktorun Özel Muayenehanesine Gidip Gitmediği.....	244
Tablo:191 Doktorun Özel Muayenehanesini Tercih Nedeni.....	244
Tablo:192 Gelir Durumuna Göre Görüşülenlerin Doktorun Özel Muayenehanesine Gidip Gitmediği	246
Tablo:193 Görüşülenlerin Hastanede Karşılaştıkları Hastane Kaynaklı Sorunlar.....	246
Tablo:194 Görüşülenlere Göre Hastane Personeli Kaynaklı Sorunlar	247
Tablo:195 Doğurganlık Döneminde Bulunan Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanıp Kullanmadığı.....	248
Tablo:196 Kadınların Kullandığı Aile Planlaması Yöntemleri	248
Tablo:197 Görüşülenlerin Sağlık Kuruluşunun Tedavi İçin Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanıp Kullanmadığı.....	249
Tablo:198 Görüşülenlerin Doktorun Tedavisi İçin Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanmama Nedeni	249
Tablo:199 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Doktorun Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanıp Kullanmadığı.....	250
Tablo:200 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Hastalık Durumunda Doktorun Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanıp Kullanmadığı	251
Tablo:201 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Doktorun Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanıp Kullanmadığı.....	252
Tablo:202 Doğum Yerine Göre Görüşülenlerin Doktorun Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanıp Kullanmadığı.....	252
Tablo:203 Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumuna Göre Görüşülenlerin Doktorun Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanıp Kullanmadığı	253
Tablo:204 Görüşülenlerin Çevresinin Önerdiği İlaçları Kullanma Durumu	254
Tablo:205 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Çevresinin Önerdiği İlaçları Kullanma Durumu	254
Tablo:206 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Çevresinin Önerdiği İlaçları Kullanma Durumu	255
Tablo:207 Görüşülenlerin Doktora Danışmadan Evdeki veya Eczaneden Aldığı İlaçları Kullanma Durumu	255
Tablo:208 Doktora Danışmadan İlaç Kullananların Genellikle Ne Tür İlaçlar Kullandığı.....	256
Tablo:209 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Doktora Danışmadan Evdeki veya Eczaneden Aldığı İlaçları Kullanıp Kullanmadığı.....	256
Tablo:210 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Doktora Danışmadan Evdeki veya Eczaneden Aldığı İlaçları Kullanıp Kullanmadığı.....	257
Tablo:211 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Doktora Danışmadan Evdeki veya Eczaneden Aldığı İlaçları Kullanıp Kullanmadığı.....	258
Tablo:212 Görüşülenin Doktor Cinsiyeti Tercihi.....	258
Tablo:213 Neden Kadın/Erkek Tercih Ettiği.....	259
Tablo:214 Cinsiyet Gözetenler Arasında Cinsiyet ile Doktor Cinsiyeti Tercihi İlişkisi	259
Tablo:215 Görüşülenlerin Doktor Seçiminde Dikkat Ettiği Nitelikler.....	260
Tablo:216 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Doktor Seçiminde En Çok Dikkat Ettiği Nitelik	261
Tablo:217 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Doktor Seçiminde En Çok Dikkat Ettiği Kriter	262

Tablo:218 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Doktor Seçiminde En Çok Dikkat Ettiği Kriter.	263
Tablo:219 Sağlık Çalışanları İle Rahat Diyalog Kurabilme	264
Tablo:220 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Sağlık Çalışanları İle Rahat Diyalog Kurup Kuramadıkları.....	264
Tablo:221 Görüşülenlerin Hekimlerin Verdiği Bilgiyi Yeterli Görme Durumu	265
Tablo:222 Görüşülenlerin Hekimlerin Yaptığı Açıklamaları Anlayabilme Durumu	265
Tablo:223 Hekimlerin Yaptığı Açıklamaları Anlamama Nedenleri.....	265
Tablo:224 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Hekimlerin Yaptığı Açıklamaları Anlayıp Anlayamadığı	266
Tablo:225 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Hekimlerin Yaptığı Açıklamaları Anlayıp Anlayamadığı	267
Tablo:226 Görüşülenlerin Hemşirelerin Verdiği Bilgileri Yeterli Görüp Görmediği	267
Tablo:227 Görüşülenlerin “Sağlıklı İnsan”ı Tanımlayışları.....	268
Tablo:228 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin “Sağlıklı İnsan”ı Tanımlayışları.....	270
Tablo:229 Görüşülenlerin Hastalığı Tanımlayışları	271
Tablo:230 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Hastalığı Tanımlayışları	273
Tablo:231 Görüşülenlerin Sık Sık Hastalanan Kişiler Hakkındaki Düşünceleri	274
Tablo:232 Görüşülenlere Göre Hastalıkların Nedenleri.....	275
Tablo:233 Görüşülenlerin Kendi Sağlığını Nasıl Değerlendirdiği	276
Tablo:234 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Kendi Sağlığını Nasıl Değerlendirdiği	276
Tablo:235 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Kendi Sağlığını Nasıl Değerlendirdiği.....	277
Tablo:236 Sosyo-ekonomik Statülerine Göre Görüşülenlerin Kendi Sağlığını Nasıl Değerlendirdiği	278
Tablo:237 Görüşülenlerin “Allah doktora muhtaç etmesin, onsuz da bırakmasın” Düşüncesine Katılma Durumu.....	279
Tablo:238 Görüşülenlerin Yanlış Teşhis ve Tedaviye Maruz Kalma Durumu	280
Tablo:239 Yanlış Teşhis ve Tedaviye Maruz Kalanların Hukuki Girişimde Bulunup Bulunmadığı	280
Tablo:240 Görüşülenlerin Hasta Hakkı Kavramına İlişkin Düşünceleri	280

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Tarihsel süreç içerisinde, sosyal, politik ve ekonomik alanda hızlı toplumsal değişimlerin yaşanmasının yanı sıra modern tıp alanındaki gelişme ve ilerlemelerin etkisiyle ortalama yaşam süresi uzarken; hastalık türleri, hastalık nedenleri ve hastalığa özgü tedavi şekilleri de önemli ölçüde değişiklik geçirmiştir.

19. yy'da yoksulluk hastalıkları olarak bilinen; önemli ölçüde beslenme yetersizliği, olumsuz çevre koşulları ve tedavi olanaklarının olmaması nedeniyle kısa sürede salgınlar yoluyla çok sayıda kişinin ölmesine neden olan tifo, dizanteri, kolera gibi enfeksiyon hastalıkları yaygındı. Günümüz modern toplumlarında ise zenginlik hastalıkları olarak bilinen; aşırı beslenme, hareketsiz bir yaşam sürme, sigara kullanımı, alkol ve ilaç bağımlılığı, stresli iş ve yaşam koşulları gibi yaşam biçimine bağlı olarak görülebilen kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklar yaygınlaşmıştır. 19. yy'ın sonlarından günümüze değin modern tıp alanında, özellikle tanı, tedavi ve sağlığın korunmasına yönelik gelişmeler sayesinde enfeksiyon hastalıklarının önemli ölçüde azalmasına karşın; hastalıklara bağlı ölümlerin azalması ve ortalama yaşam süresinin artmasıyla toplumda daha fazla görülen kronik hastalıklar, insanlar için önemli bir sorun alanı olmuştur.

Sağlık ve hastalıkla ilgili olarak gözlenen bu değişikliklere paralel olarak, sağlık kavramı hastalık kavramına göre daha fazla önem kazanmış; toplum içerisinde hastalıkların tedavisinden çok hastalanmadan önce bireyleri koruma ve sağlığın geliştirilmesi kavramları öne çıkmıştır. Bu değişimler çeşitli disiplinlerin sağlık-hastalık olgusunda devamlılığı ve bozulmayı etkileyen etmenler üzerinde yoğunlaşmasına yol açmıştır.

Sağlık-hastalık olgusu içinde anlam kazandığı toplumdan soyutlanarak ele alınamaz. Biyolojik bir varlık olarak dünyaya gelen insan, toplumsallaşma süreci içerisinde psikolojik, çevresel ve sosyal faktörlerin etkisi altında kalmaktadır. Bu faktörler yaşam boyunca kişilerin sağlık-hastalık durumunu değişik derecelerde, iyi veya kötü yönde etkileyebilir; doğrudan hastalıklara neden olabildiği gibi hastalıkların seyrini etkileyebilirler. Diğer yandan kişilerin sağlık ve hastalık durumları da toplumsal hayatları üzerinde önemli ölçüde belirleyici olabilmektedir.

Toplumsal faktörlerin sağlık ve hastalık olguları üzerindeki nedensel rolü, etkileme sınırları ve dereceleri her zaman açık olmamakla birlikte, günümüzde bu faktörler ile sağlık ve hastalık olguları arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu kabul edilmektedir. İster gelişmiş ister geri kalmış olsun, tüm toplumlarda bu etkileşime ait sorunlar farklı düzeylerde görülmeye devam etmektedir. Toplum sağlığının korunması, sürdürülmesi, yükseltilmesi ve sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesinde bu etkileşimin ortaya konulması son derece önemlidir.

Toplumsal faktörlerin sağlık-hastalık olgusu üzerine etkilerini ortaya koymak amacıyla yapılan bu çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Çalışmamızın birinci bölümünde araştırmanın içeriği, izlenen metod, kullanılan yöntem ve teknikler hakkında bilgi verilmiştir.

Çalışmamızın kuramsal çerçevesinin yer aldığı ikinci bölüm kendi içinde dört alt bölümden oluşmaktadır. İlk olarak, konunun çalışıldığı alan olması itibariyle, Sosyolojinin alt dallarından biri olan Sağlık Sosyolojisi hakkında, özellikle doğuşu, gelişimi ve konu alanlarına yönelik kısa bir bilgi verilmiştir. İkinci olarak, çalışma boyunca sıkça kullanılacak olan sağlık, hastalık ve hastalık davranışı kavramlarının çeşitli disiplinlerce ele alınışı ve sosyolojideki anlamları irdelenmiştir. Üçüncü olarak, toplumsal bir hizmet alanı olarak sağlık-hastalık sistemi, tedavi amaçlı uygulama alanları ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve kullanımı yönünden açıklanmıştır. Dördüncü olarak, sağlık-hastalık olgusunu etkileyen faktörler hakkında bilgi verilmiştir. Gerek bireysel gerekse toplumsal düzeyde sağlığı etkileyen faktörler olarak biyolojik, psikolojik, çevresel faktörlere değinilmiş; toplumsal faktörler ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Sağlık-hastalık olgusunu etkileyen toplumsal faktörler, doğrudan ve dolaylı etkileri yönüyle ele alınmıştır. Doğrudan etkileyen faktörler olarak toplumsal cinsiyet, medeni durum, aile, eğitim, meslek, sınıf ve statü, yaşam tarzı; dolaylı etkileyen faktörler olarak sosyal çevre, kültürel değerler, din, siyasal koşullar, makro-ekonomik koşullar, sağlık hukuku ve tıbbi etik üzerinde durulmuştur.

Çalışmamızın üçüncü bölümünde araştırma alanı tanıtılmış; Burdur'un genel, sosyo-kültürel ve ekonomik nitelikleri ile genel sağlık düzeyi açıklanmaya çalışılmıştır.

Çalışmamızın dördüncü bölümünde, alan verileri ışığında elde edilen bulgular belli bir düzen takip edilerek sunulmuştur. Bu bölümde, örneklem grubunun demografik, sosyal, kültürel, ekonomik özellikleri ile sağlık-hastalığa ilişkin bilgi, tutum ve davranışları tanımlandıktan sonra bireylerin toplumsal özelliklerini yansıttığı düşünülen bazı değişkenlerin sağlık ve hastalık davranışı üzerindeki etkileri analiz edilmiştir.

Araştırmamızın son bölümünde, araştırma bulgularına yönelik genel bir değerlendirme yapılmıştır. Ayrıca bu bölümde araştırma hipotezlerinin doğrulanıp doğrulanmadığı değerlendirilmiş; desteklenmeyen hipotezler reddine ilişkin olası nedenleriyle birlikte tartışılmıştır.

1.Araştırmanın Konusu

Bu araştırmanın konusu, sağlık-hastalık olgusunu etkileyen toplumsal faktörler olarak belirlenmiştir.

Sağlık-hastalık olgusu ve bu olguyu etkileyen faktörler biyolojik, psikolojik, sosyal, ekonomik, kültürel boyutta ele alınabilir. Sağlık-hastalık olgusu sağlık sosyolojisinin yanısıra biyolojik bilimlerin ve onun alt dalları ile psikoloji, halk sağlığı, hemşirelik gibi disiplinlerin temel konuları arasındadır. Geniş kapsamlı bir konu olması nedeniyle, konunun incelenmesi disiplinlerarası işbirliğini gerektirir. Bu çalışmada sağlık-hastalık olgusunu etkileyen pek çok faktör konunun dışında tutulmuş, toplumsal faktörler üzerine yoğunlaşmıştır. Ayrıca, konu sağlık sosyolojisinin yanısıra çalışma sosyolojisi, din sosyolojisi gibi sosyolojinin alt dalları çerçevesinde incelenmeye çalışılmıştır.

Problem Cümlesi: Burdur il merkezinde yaşayan bireylerin sosyal, kültürel ve ekonomik nitelikleri, onların sağlık ve hastalığa ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını ne şekilde etkilemektedir?

2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın iki amacı vardır:

1. Birinci amacı, Burdur il merkezinde yaşayan bireylerin sosyal, kültürel ve ekonomik nitelikleri ile sağlık ve hastalığa ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını tanımlamaktır.
2. İkinci amacı, bireylerin toplumsallaşma süreciyle şekillenen toplumsal özelliklerinin sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını ne şekilde etkilediğini tespit etmektir.

Çalışmamızda, örneklem grubunun sosyal, kültürel ve ekonomik nitelikleri ile ilgili olarak ortaya konulan bazı değişkenlerin bireylerin sağlık ve hastalığı tanımlayışı, hastalık nedenlerine ilişkin düşünceleri, rahatsızlığı algılama ve yardım arama, modern-geleneksel ya da popüler tedavi tercihleri, sağlığı sürdürmeye yönelik alışkanlıklar, sağlık hizmeti kullanımı, tıbbi tedaviye uyum ve ilaç kullanma davranışları üzerindeki etkileri değerlendirilmek istenmektedir.

3. Araştırmanın Önemi

Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri Sosyolojinin alt bilim dallarından biri olan Sağlık Sosyolojisi'nin konusudur. Gelişmiş ülkelerde sağlık-hastalık olgusunun toplumsal temelleri uzun yıllardır araştırılmakta ve Sağlık Sosyolojisi alanında sürekli bilgi üretilmektedir. Ülkemizde önemli sağlık sorunları yaşanmasına karşın Sağlık Sosyolojisi alanında yapılan çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Özellikle literatür taraması sırasında karşılaştığım en büyük sıkıntı bu alana ait sosyolojik perspektifle yapılan incelemelerin ve kaynakların eksikliği olmuştur.

Sağlıklı toplum sağlıklı bireylerden oluşur. Bireylerin sağlıklı olmaları ise sağlık ve hastalığa gereken önemi vermeleri, sağlıklı davranışlar sergilemeleri, sağlık hizmetlerini gerektiği şekilde kullanmaları gibi bireysel ve davranışsal özelliklere bağlı olmasının yanı sıra toplumsal düzeyde aile, kültür, ekonomi, siyaset gibi kurumlarla yakından ilgilidir. İçinde bulunulan toplumsal yapıyı anlayabilmek ve sözü edilen karşılıklı ilişkileri ortaya koyabilmek için Sağlık Sosyolojisi alanında yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu alanda yapılacak olan araştırmalar; toplum sağlığının korunması, sürdürülmesi, yükseltilmesi ve sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesinde bir araç olan sağlık politikalarına yön vermesi açısından son derece önemlidir.

Araştırmanın, ileride bu konuda yapılabilecek çalışmalara kaynak teşkil etmesi bakımından yararlı olacağı düşünülmektedir.

4. Araştırmanın Yaklaşımı

Hastalık nedenleriyle ilgili olarak tek bir mikrobun tek bir hastalığa neden olduğu kabulünü içeren görüş zamanla yetersiz kalınca, mikrop-taşıyıcı-çevre ilişkisinin anlaşılmasıyla teorilerin çok nedenli açıklamalara doğru kaydığını görüyoruz. Tıptaki gelişmelere paralel olarak değişen hastalık modellerinin yanı sıra, hastalık ve ölümlülük örüntülerinin toplumlara göre farklılık göstermesiyle sağlık ve hastalık olgusunun toplumla yakın ilişkisinin olduğu anlaşılmış ve bu ilişkileri açıklamaya yönelik teoriler önem kazanmıştır. Özellikle araştırmacılar, bazı grupların sağlık açısından niçin dezavantajlı konumda olduğunu açıklayabilmek için, sosyal (yoksulluk, sosyal destek, iş ve işsizlik gibi), davranışsal(sigara kullanımı,

egzersiz ve beslenme pratikleri gibi) ve psikolojik (kişilik tipi, baş etme yetenekleri ve sağlık inançları gibi) faktörler üzerinde çalışmışlardır.¹

Sağlık-hastalık olgusu içinde anlam bulduğu toplum içerisinde, makro düzeyde (ekonomi, siyaset, hukuk ve sağlık ilişkisi yönünden) ve mikro düzeyde (bireylerin toplumsal özellikleri yönünden) incelemek oldukça güçtür, ayrıca bu faktörler arasında karmaşık ilişkiler söz konusudur. Ülkemizde konuyla ilgili yapılan çalışmalarda, karşılıklı etkileşim halinde bulunan çeşitli unsurlardan oluşan bir bütünü incelemede kolaylık sağlayan sistem yaklaşımından yararlanılmıştır.

Türkdoğan, “Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi” adlı kitabında Erzurum ili Ilıca kasabasına bağlı 37 köy üzerinde yaptığı araştırmayı sunmaktadır. Bu araştırma, sağlık-hastalık sisteminin Kültür Antropolojisi açısından ülkemizde gerçekleştirilmiş ilk araştırmadır. Medikal sosyolojinin alanını kapsayan konular uygulamalı bir tarzda tartışılmıştır. Böylece 1960’lı yıllarda Doğu Bölgesinin önemli ölçüde doktor, sağlık ocağı ve hastane bakımından büyük eksikliklerinin gözlemlendiği bir dönemde halkın tababeti, modern tıp, doktor ve hastaneye olan tutumları kadar, hasta ve hastalık sistemine olan tutumları, değer yargıları ve inanç sistemleri de ayrıntılı biçimde ele alınmıştır.²

Türkdoğan, La Play geleneği içinde Türk sosyologlarınca yapılan araştırmalarda sağlık ve hastalık probleminin hiçbir zaman sosyal sistemin bir parçası olarak görülmediğinden yakınıdır.³ Erzurum iline bağlı Ilıca Bölgesiyle köylerinin sağlık-hastalık problemlerini sosyal yönden ele alırken sosyal sistem yaklaşımını kullanır; sosyal sistemin unsurları olarak inanç, duygu, hedef, norm, statü-rol, rütbe, iktidar, yaptırım ve kolaylık imkanlarını inceler. Fertlerin sosyal sistem içinde hastalığa karşı olan vaziyet alışları, modern tıbbın gerektirdiği bilgileri edinmeleri ve geleneksel tedavi şekillerinden uzaklaşmalarıyla orantılı olarak farklılaşır. Bu bakımdan Türkdoğan, Ilıca Bölgesinde sosyal sistem ve onu meydana getiren unsurların bir cemaatin bünyesine nasıl intikal ettiği göstermeye çalışır.⁴

Kızılcıçelik, “Kırsal Kesim ve Kentsel Kesimdeki Sağlık Sisteminin Sosyolojik Açıdan Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi” adlı doktora tezinde konuyu sistem

¹ David Locker, “Social Causes of Disease”, **Sociology as Applied to Medicine**, Edit: Graham Scambler, Bailliere Tindall, Kent, 1991, s.18-21.

² Orhan Türkdoğan, **Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi**, MEB Yay., İstanbul, 1991, s.1-12.

³ **A.g.e.**, s. 1.

⁴ **A.g.e.**, s. 30-42.

yaklaşımından hareketle açıklamaya çalışır. Sosyal sistemin bir alt sistemi olarak sağlık sistemini sağlık kuruluşları, sağlık insan gücü, temel sağlık hizmetleri, sağlık politikaları ve sağlık harcamalarından oluşan bir bütün olarak ele alır. Ankara ilinde 16 semt ile Lalahan Kasabasında yaptığı çalışmada, sosyal sistem içerisinde yer alan sosyal kurumları (aile, eğitim, sağlık, siyaset, din, ekonomi) toplumun kırsal ve kentsel kesimlerdeki görünüm, işleyiş ve fonksiyonları açısından analiz eder.⁵ Kızılçelik, kırsal kesim ve kentsel kesimdeki sağlık sistemlerinin birbirinden farklılık arz ettiğini öne sürer. Bunu kırsal ve kentsel kesimlerdeki sosyal kurumların yapısı, işleyişi ve fonksiyonlarının farklılığına bağlar.

Adak, “Sağlık Sosyolojisi-Kadın ve Kentleşme” adlı kitabında yer alan, Antalya’da doğurganlık çağındaki kadınların sağlık ve hastalıkla ilgili tutum ve davranışlarını incelediği çalışmasında sistem yaklaşımından yararlanmıştır. Bu yaklaşımla kadınların sağlık ve hastalık kavramlarını nasıl algıladıkları ve bu konudaki tutum ve davranışlarının diğer sosyal ve kültürel etkenler (eğitim, yaş, gelir, medeni durum, ikamet edilen yer vb.) tarafından nasıl etkilendiğini incelemiştir.⁶

Sistem, belli bir amacı ya da amaçları gerçekleştirmek için birlikte çalışan, birbirlerini etkileyen ve birbirlerine karşılıklı olarak bağımlı parçalardan oluşan bir bütündür.⁷

Toplumu bir sosyal sistem olarak kabul edersek eğitim, sağlık, ekonomi, siyaset ve din kurumları birbirine bağlanmış unsurlar olarak birer alt sistemdir. Bir sistemin içinde yer alan daha küçük sistemler alt sistem olarak tanımlanır. Belli bir sisteme sistem veya alt sistem denilmesi sisteme bakış açısına göre değişir. Toplum sosyal bir sistem olarak ele alındığında sağlık sistemi onun bir alt sistemi; sağlık sistemi bir bütün olarak değerlendirildiğinde hastane sağlık sisteminin bir alt sistemidir.⁸

⁵ Sezgin Kızılçelik, **Kırsal Kesim ve Kentsel Kesimdeki Sağlık Sisteminin Sosyolojik Açıdan Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1995a, s. 5.

⁶ Nurşen Ö. Adak, **Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme**, Birey Yay., İstanbul, 2002, s. 206.

⁷ Sezgin Kızılçelik, 1995a, **a.g.e.**, s. 25.

⁸ Nurşen Ö. Adak, **a.g.e.**, s. 205.

Belirli bir “bütün” sistem yaklaşımıyla analiz edileceği zaman temel olarak şu noktalar üzerinde durulmalıdır⁹:

1. Bu sistemin önemli unsurları/alt sistemleri nelerdir?
2. Bu alt sistemler ile bütün arasındaki ilişkiler ve etkileşimler nelerdir?
3. Sistemi oluşturan alt sistemler arasındaki ilişki ve etkileşimin boyutları nasıldır?
4. Sistemin çevresi nelerden oluşmaktadır? Yani sistemi hangi sistemlerin çevrelediği ve bu sistemlerle ilişkisinin ne olduğu bilinmelidir.
5. Sistemi meydana getiren alt sistemleri birbirine bağlayan ve birbirleriyle uyumunu sağlayan süreçler nelerdir?
6. Bu alt sistemlerden hangisi sistemi etkilemesi bakımından dominanttır.

Araştırmamızda,

1. Sosyal sistemi oluşturan ve sağlık-hastalık olgusunu etkileyen aile, din, ekonomi, kültür vb. alt sistemleri incelemek,
2. Bu alt sistemler arasındaki ilişkileri incelemek,
3. Aile, eğitim, din vb. alt sistemlerin sağlık sistemiyle olan etkileşimini incelemek,
4. Sistemi meydana getiren alt sistemleri birbirine bağlayan ve birbirleriyle uyumunu sağlayan süreçleri incelemek,
5. Bu alt sistemlerin sağlık sistemini etkilemesi bakımından hangisinin baskın rol oynadığını saptayabilmek için sistem yaklaşımı benimsenmiştir.

5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Toplumsal faktörler adı altında ele alınan bazı değişkenlerin sağlık-hastalık olgusunu ne şekilde etkilediğini tespit etmeyi amaçlayan bu araştırmanın bulguları seçilen örneklem ve araştırma alanı ile sınırlıdır. Ulaşım gücü nedeniyle Burdur’un ilçe ve köyleri araştırma alanı dışında bırakılmış ve çalışma Burdur il merkezinde yürütülmüştür. Daha kapsamlı bir genelleme yapabilmek için, araştırma varsayımlarının daha geniş kitleler üzerinde test edilmesi gerekmektedir.

Veri toplama teknikleri görüşme formu ve mülakat ile sınırlanan bu araştırmanın alan uygulaması 15.11.2006 ve 15.02.2007 arasında yapılmıştır.

⁹ Sezgin Kızılcıkel, 1995a, **a.g.e.**, s.26, 27.

6. Araştırmanın Hipotezleri

Temel Hipotez 1. Sağlıklı yaşam alışkanlıkları bireylerin toplumsal özelliklerinin göreceli fakat toplam bir etkisi ile ortaya çıkar.

Alt Hipotezler

1. Toplumsal cinsiyet rolleri toplumsal bir yaşam tarzı oluşmasında etkilidir.
2. Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlığa zararlı davranışları engelleyici, sağlıklı davranışları destekleyici yönde etkili olur.
3. Din sağlığa zararlı davranışları engelleyerek daha sağlıklı yaşamaya katkıda bulunur.
4. Sağlıklı yaşam alışkanlıklarının eylemsel olarak sürdürülmesi gelirin bir fonksiyonudur.

Temel Hipotez 2. Bireylerin toplumsallaşma süreciyle kazanılan toplumsal özellikleri sağlık-hastalıkla ilgili tercih ve eylemlerini etkiler.

Alt Hipotezler

1. Bireylerin sağlık-hastalıkla ilgili tercih ve eylemleri cinsiyete göre farklılık gösterir.
2. Yaşlılar geleneksel ve popüler tedaviler yerine modern tıbbi tedavi yöntemlerini daha fazla benimserler.
3. Eğitim düzeyi yükseldikçe geleneksel ve popüler tedavi yöntemleri daha az kabul görür.
4. Dini ibadetlere önem verenler geleneksel tedavi yöntemlerini daha fazla tercih etme eğiliminde olurlar.
5. Bireylerin kent ve kır kökenli olmalarının getirdiği çevresel koşullar onların geleneksel ve popüler tedaviyle ilgili tercih ve eylemlerini etkiler.

Temel Hipotez 3. Bireylerin toplumsal özellikleri sağlık ve hastalığı tanımlamaları ve buna bağlı davranışlarını etkiler.

Alt Hipotezler

1. Erkek ve kadına toplumsal olarak verilen rol ve sorumluluklar bireylerin kendilerini hasta olarak değerlendirme ve sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışlarını etkiler.
2. Eğitim düzeyi, bireylerin kendilerini hasta olarak değerlendirme ve sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışlarını etkiler.

7. Araştırmanın Yöntem ve Teknikleri

7. 1. Araştırmanın Türü ve Tipi

Bu araştırma, amacına göre tanımlayıcı ve analitik, uygulamalı kısmı ile bir alan araştırmasıdır. Burdur il merkezinde yaşayan bireylerin sosyal, ekonomik ve kültürel özellikleri ile sağlık ve hastalığa ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını ortaya koymak amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Aynı zamanda, bu araştırma bireylerin toplumsal niteliklerinin sağlık ve hastalığı tanımlama, rahatsızlığı algılama ve yardım arama, modern-geleneksel ya da popüler tedavi tercihleri, tıbbi tedaviye uyum ve ilaç kullanma davranışı üzerindeki etkilerini ve bu etkileşimin nedenlerini belirlemesi bakımından analitik bir araştırmadır.

7.2. Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini Burdur il merkezinde ikamet edenler oluşturmaktadır. Uygulamaya başlamadan önce araştırma alanı olan Burdur il merkezindeki toplam hane sayısı, hane nüfusu ve bunların mahallelere dağılımı ile ilgili 2006 yılına ait veriler, Burdur İl Sağlık Müdürlüğü'nden temin edilmiştir. Elde edilen bu verilerden hareketle evren 61.313 kişi olarak tespit edilmiştir.

Araştırmanın başında mahallelerin sosyal yapı özellikleri dikkate alınarak alt, orta ve üst konum mahalleler olarak sınıflandırılması, benzer özellik gösteren mahallelerden bazılarının araştırma kapsamı dışında bırakılması planlanmıştır. Bu konuda bilgi almak üzere İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurulduğunda, ilgili kişilerden Burdur merkezde bulunan mahallelerin kendi içinde ekonomik ve sosyo-kültürel özellikler itibarıyla heterojen bir yapıda olduğu öğrenilmiştir. Üçlü bir sınıflamanın yeterli olmayacağı ve böyle bir sınıflandırma yapıldığı takdirde objektif bir değerlendirme yapılamayacağı düşünülerek, Burdur il merkezinde bulunan tüm mahalleler araştırmaya dahil edilmiştir.

Uygulama için ana kütleyi temsil edecek örnekleme girecek hane sayısı % 95 güven düzeyine göre, 0,05 göz yumulabilir yanlış payı ile aşağıdaki formül kullanılarak 377 olarak bulunmuştur.

Evren büyüklüğü belli olduğunda örneklem büyüklüğünün hesaplanması:¹⁰

$$n = \frac{Z^2 \cdot \pi \cdot (1-\pi) \cdot N}{Z^2 \cdot \pi \cdot (1-\pi) + (P-\pi) \cdot (N-1)}$$

$$n = 377$$

Burdur il merkezinde bulunan tüm mahallelerden örnekleme girecek birey sayıları *tabakalı rastlantısal örnekleme* yöntemiyle belirlenmiştir. Toplam 35 mahalleden örnekleme girecek hane sayıları, mahallelerin tabaka ağırlığına göre aşağıdaki formül kullanılarak tespit edilmiştir¹¹:

$$a_j (\text{Tabaka Ağırlığı}) = \frac{N_j (\text{Tabakadaki Birim Sayısı})}{N (\text{Evrendeki Birim Sayısı})}$$

Tabakadan Alınacak Eleman Sayısı= Örneklem Büyüklüğü x Tabakanın Ağırlığı

Hesaplamalar sırasında tam sayı çıkmayan bazı yaklaşık değerler yakın tam sayı olarak alınmış, örnekleme girecek hane sayısı 382'ye yükselmiştir. Burdur il merkezinde yer alan mahallelerden örnekleme giren haneler, *basit rastlantısal örnekleme* yöntemiyle seçilmiş, hane numaraları rastgele sayılar tablosu kullanılarak belirlenmiştir. Çalışma her haneden bir kişiyle görüşülerek yürütülmüştür.

¹⁰ Hüseyin Bal, **Bilimsel Araştırma Yöntem ve Teknikleri**, SDÜ Basımevi, Yayın No:20, Isparta, 2001, s. 113.

¹¹ **A.g.e.**, s. 120

Tablo:1 Mahallelere Göre Evren ve Örneklem Dağılımı

	Hane Sayısı / Hane Nüfusu	Sayı	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Yenimahalle	951 / 3033	19	5,0	5,0
İnönü	93 / 327	2	,5	5,5
Pazar	178 / 476	4	1,0	6,5
Akın	190 / 567	4	1,0	7,6
Üçdibek	209 / 577	4	1,0	8,6
Değirmenler	401 / 1151	8	2,1	10,7
Kuyu	113 / 372	2	,5	11,3
Burç	1344 / 4081	26	6,8	18,1
Bahçelievler	2242 / 7022	43	11,3	29,3
Armağan İlci	657 / 2228	13	3,4	32,7
Karasenir	788 / 2415	15	3,9	36,6
Menderes	630 / 2144	12	3,1	39,8
Sakarya	94 / 282	2	,5	40,3
Zafer	416 / 1206	8	2,1	42,4
Sinan	114 / 356	2	,5	42,9
Tepe	294 / 891	6	1,6	44,5
Necatibey	126 / 367	3	,8	45,3
Atatürk	991 / 3213	19	5,0	50,3
Emekçevler	1315 / 4342	26	6,8	57,1
Fevzi Çakmak	578 / 1805	11	2,9	59,9
Bozkurt	416 / 1295	8	2,1	62,0
Aydınlıkevler	556 / 1977	11	2,9	64,9
Özgür	722 / 1822	14	3,7	68,6
Şirinevler	1160 / 4317	23	6,0	74,6
Mehmet Akif	617 / 2200	12	3,1	77,7
Kışla	449 / 1483	9	2,4	80,1
Bağlar	325 / 1118	6	1,6	81,7
Şekerevler	423 / 1319	8	2,1	83,8
Hızırilyas	652 / 2233	13	3,4	87,2
Yenice	295 / 692	6	1,6	88,7
Recep	120 / 296	2	,5	89,3
Konak	879 / 2423	17	4,5	93,7
Çeşmedamı	139 / 405	3	,8	94,5
Cemil	851 / 2376	17	4,5	99,0
Dere	180 / 512	4	1,0	100,0
Toplam	19508 / 61313	382	100,0	

7.3. Veri Toplama Teknikleri

Araştırmada veri toplama teknikleri görüşme formu ve mülakat ile sınırlandırılmıştır. Görüşme formu hazırlanırken soruların amaca uygun olmasına, anlamlı bir biçimde sıralanmasına ve anlaşılabilir olmasına özen gösterilmiştir.

Araştırma konusuyla ilgili literatür taraması ve teorik bilginin yazımı aşamasında sorgulama alanları ve sorulması uygun görülen sorular not alınmıştır. Ayrıca, görüşme formu hazırlanırken daha önce yapılmış olan benzer araştırmaların soru formları da incelenmiş; bazı sorular aynen alınmış, bazıları değiştirilmiş, yeni sorular eklenmiştir. Görüşme formunda 60 kapalı uçlu, 39 yarı kapalı uçlu ve 33 açık uçlu olmak üzere 132 soru bulunmaktadır.

Soru formunun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla evrenden rasgele seçilen 15 kişiye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası görüşem formunda gerekli düzenlemeler yapılmış, kendisine ön uygulama yapılan bireyler araştırmanın kapsamı dışında bırakılmıştır.

Görüşme formlarının bir kısmı, araştırmacının kendisi tarafından, bir kısmı da iki görüşmeci tarafından uygulanmıştır. Görüşmeciler uygulama öncesi mülakatta ve görüşme formunu uygulamada hangi noktalara dikkat etmeleri gerektiği konusunda bilgilendirilmiş; sorularının anlaşılabilmesi gibi durumlar engellenmeye çalışılmıştır.

Hazırlanan görüşme formu, demografik özellikler, eğitim, meslek, gelir gibi bağımsız değişkenler ile bireylerin sağlık ve hastalığa ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını yansıtan bağımlı değişkenleri ve bu değişkenler arasındaki ilişkileri analiz etmeye yönelik soruları içermektedir.

Görüşme formunda yer alan soruların sorgulama alanları:

1. *Görüşülenlerin demografik özellikleri*
2. *Aile:* Aile yapısı, evlilik kurumu, aile içi ilişkiler, toplumsal cinsiyet rolleri
3. *Sosyo-ekonomik durum:* Eğitim, iş ve meslek, meslek türü, meslek tercihi ve mesleğin statüsü, işin getirdiği sıkıntılar, sosyal güvence, gelir durumu, aylık harcamalar
4. *Yaşama tarzı:* Kronik hastalık varlığı, sağlığa zararlı alışkanlıklar, kişisel temizlik alışkanlıkları, beslenme alışkanlığı, boş zamanları değerlendirme, egzersiz ve spor, dinlenme
5. *Yerleşim yeri ve yaşanan konutun özellikleri*
6. *Toplumsal çevre:* Toplumsal ilişki ağlarının yapısı ve hastalık durumunda sağlanan destek tipleri

7. *Kültürel inanç ve uygulamalar*: Lohusa ve yenidoğanla ilgili uygulamalar, halk arasında sağlık ve hastalıkla ilişkilendirilen bazı inançlar, geleneksel ve popüler tedavi uygulamaları, geleneksel iyileştiricilere başvurma

8. *Dini inanç ve uygulamalar*

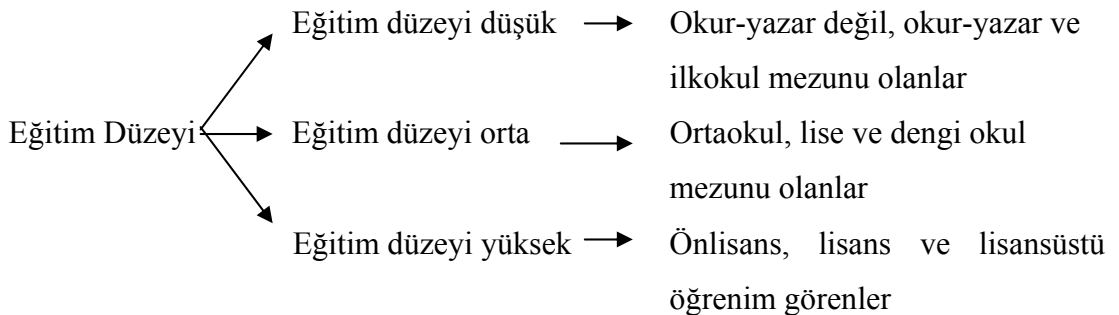
9. *Sağlık ve hastalık davranışı*: Rahatsızlığı algılama ve yardım arama, sağlık hizmetlerinden yararlanma, tedaviye uyum ve ilaç kullanma davranışı, kişilerin sağlık hizmetlerini nasıl değerlendirdikleri, kişilerin doktor-hasta ilişkilerini nasıl değerlendirdikleri, kişilerin sağlık ve hastalığı tanımlayışları, hastalık nedenlerine ilişkin düşünceleri, kendi sağlık durumlarını değerlendirişleri

7.4. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

Toplanan ham veriler bilgisayar ortamında sosyal bilimler için geliştirilmiş olan SPSS (Statistical Package for Social Sciences,15.0 versiyonu) programı kullanılarak, numerik olarak kodlanmış ve değerlendirilmiştir.

Veriler tablolara aktarıldıktan sonra sayı ve yüzdeler değerlendirilmiş ve sözel olarak ifade edilmiştir. Tanımlayıcı bilgi verildikten sonra ilgili çapraz tablolar yapılmıştır. Bağımsız değişkenlerle bağımlı değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığını değerlendirmede Ki-Kare önemlilik testi kullanılmıştır.

Önceden detaylı biçimde tanımlanan bazı değişkenler, hipotezlerimizin analizleri yapılırken kolaylık sağlaması bakımından gruplandırılmıştır. Bu değişkenlerin nasıl gruplandığına dair açıklamalar aşağıdadır:



Dinin bağımsız değişken olarak sağlık ve hastalık davranışı üzerindeki etkisini tespit etme amacıyla bir gruplandırma yapılmıştır. Ancak dinin inanç boyutunun saptanması zor olduğundan dolayı ibadet boyutu ele alınmış; bu amaçla hazırlanan sorumuzda bulunan -Kur'an okuma, namaz kılma, oruç tutma, zekat

verme, kurban kesme, (erkekler için) cumaya gitme- altı dini ibadeti yerine getirme durumuna göre gruplandırma yapılması uygun bulunmuştur.

1. *Dini ibadetleri tam olarak yerine getirenler*: Yukarıda sayılan ibadetlerden Kur'an okuma için "arasıra" ve "herzaman" seçeneklerinden birini ifade edenler ile diğer ibadetlerin tamamını "herzaman" yaptığını ifade edenler bu gruba girmektedir.
2. *Dini ibadetleri yerine getirmeyenler*: Yukarıda sayılan ibadetlerin en az dördünü hiç yerine getirmeyenler bu gruba dahil edilmiştir.
3. *Dini ibadetleri arasıra yerine getirenler*: 1 ve 2. kriter dışında kalanlar bu gruba dahil edilmiştir.

Örneklem grubumuzda sosyo-ekonomik statü gruplarının belirlenmesine yönelik bir çalışma yapılmış; eğitim düzeyi, gelir durumu ve mesleki statü değişkenleri gözönünde bulundurularak yardımcı bir tablo hazırlanmıştır.¹² Bu tablo kullanılarak görüşülenlerin sosyo-ekonomik statüleri belirlenmiştir.

7.5. Süre ve Olanaklar

Araştırma 15.09.2005 tarihinde başlayıp 10.07.2007 tarihinde sona ermiş, yaklaşık 22 ay sürmüştür. Araştırmanın başlangıcından itibaren önerinin hazırlanması, konuyla ilgili literatürün taranması ve kuramsal çerçevenin yazımı 15.09.2006 tarihinde tamamlanmıştır. Kuramsal çerçeve doğrultusunda anket soruları hazırlanıp ön uygulama yapıldıktan sonra, alan uygulaması için Burdur İl Valiliği'nden ve Burdur Emniyet Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Alan uygulaması 15.11.2006 ve 15.02.2007 tarihleri arasında yapılmış, verilerin SPSS programına girişi 15.03.2007 tarihinde tamamlanmıştır. Alan verilerinin değerlendirmesi ve yazımı 10.07.2007 tarihinde sona ermiştir.

Görüşmeler, çalışan bireyleri de evde bulabilmek amacıyla akşamüstleri ve hafta sonları yapılmıştır.

¹² Bkz. Ek-2.

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN KURAMSAL ÇERÇEVESİ

1. SAĞLIK SOSYOLOJİSİ

Sosyoloji insan davranışlarının ardında yatan anlamları ve nedenleri incelemektedir. Bu bağlamda, sağlık-hastalık olgularını etkileyen faktörlerin araştırılması sosyolojik bir bakışı gerekli kılmaktadır.¹³ Sosyolojik bakışla, kişinin içinde bulunduğu sosyal, kültürel ve ekonomik yapı ile birlikte sağlık ve hastalık olgularına yüklenen anlamların, hastalığa gösterilen tepkilerin, rahatsızlığı algılama ve yardım arama davranışının anlaşılması; sağlık sisteminin hastalar, sağlık çalışanları, sağlık politikaları, sağlık finansmanı ve diğer alanlarıyla analiz edilebilmesi ile ilgilenen sosyoloji dalı Sağlık Sosyolojisidir.

Sağlık Sosyolojisi, sosyolojinin diğer ilgi alanlarına benzemektedir. Sosyolojik terminolojide, aile, eğitim, politik sistem, ekonomi birer sosyal kurumdurlar. Bu kurumların sosyal yapıları vardır ve onlar insanların gereksinimlerini karşılarlar. Sosyolojik açıdan sosyal bir kurum olarak, sağlık kurumu da nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için gelişmiştir. Bu nedenle, sağlık kurumunun araştırılmasında sosyologlar sosyolojinin kavram ve kuramlarını kullanırlar.¹⁴

Sağlık Sosyolojisi, sağlık ve hastalık kavramlarını toplumsal ve kültürel yapı içine yerleştirerek inceleyen, toplum-sağlık alanında nedensellik ilişkileri kuran, bu ilişkileri araştırarak genellemelere ulaşmaya çalışan teorik ve uygulamalı bir sosyoloji dalıdır.¹⁵

1.1. Sağlık Sosyolojisinin Doğuşu ve Gelişimi

Sağlık Sosyolojisi yeni bir disiplin olmasına karşın tıp tarihinde sağlık ve hastalık üzerinde kültür ve sosyal davranışın etkileri bilinmekteydi. Avrupa’da, özellikle Fransa, Almanya ve İngiltere’de sağlık ve hastalığın sosyal görünüşleri 18.

¹³ Zafer Cırhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, Nobel Yay-Dağ., Ankara, 2001, s. 31.

¹⁴ Sevinç Özen, “Sosyolojide Bir Alan: Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık-Toplumsal Yapı İlişkileri”, **Sosyoloji Dergisi**, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:4, İzmir,1993, s.73.

¹⁵ A.g.m., s.74.

yy.’dan beri sosyal tıp, halk sağlığı ve antropoloji gibi disiplinler içerisinde çalışılmaktaydı.¹⁶

Sağlık Sosyolojisinin düşünsel ve felsefi ortamı yıllardan beri vardır; önemli olan, alanın kuramsal ve metodolojik yaklaşımlarının oluşmasıdır. Bu tür bir alt disiplin düşüncesinin başlangıç tarihi olarak 1800’ler verilebilir. Fransız Devrimi (1789-1799) ve Endüstri Devrimi (1760-1830) gibi sosyo-politik ve sosyo-ekonomik olaylar sağlık, hastalık ve sosyal çevre etkileşiminin anlaşılmasında da etkili olmuşlardır. 1897’de Durkheim’in yazdığı intihar konusundaki klasığı, sağlığı etkileyen sosyal faktörler konusunda öncü sayılmaktadır.¹⁷

Medikal Sosyoloji kelimesi ilk kez Charles McIntre tarafından yazılan ve sağlıkta sosyal faktörlerin önemine işaret eden makalesinde kullanılmıştır. Fakat modern Medikal Sosyoloji 1930’larda sosyolojik kavramların tıbbi uygulanmasıyla gelişmiştir.¹⁸

Bağımsız bir disiplin olarak Medikal Sosyoloji ABD’de 1940’lı yılların sonunda, Avrupa’da ise 1950’lerin sonunda ortaya çıkmıştır. Başlangıçta bu alandaki gelişme uygulamalı sosyoloji yönünde olmuş, 1951’de Parsons’ın “Sosyal Sistem” eserinin yayınlanmasından sonra teorik bir yaklaşım içerisine girmiştir.¹⁹

Türkiye’de, Orhan Türkdoğan’ın 1964-1965 yılları arasında Erzurum’a bağlı Ilıca Kasabası ve 37 köyü üzerinde sağlık-hastalık sistemi ile ilgili yapmış olduğu çalışma medikal sosyoloji alanında yapılan ilk çalışmadır. 1980’den sonra Aytül Kasapoğlu, 1990’dan sonra Bahattin Akşit, Sevinç Özen, Ülgen Oskay, Sezgin Kızılcıkel ve Zafer Cırhinlioğlu sağlık sosyolojisine katkıda bulunan sosyologlardır.

*Özen, Sağlık Sosyolojisinin gelişimini etkileyen faktörleri şöyle sıralar:*²⁰

1. Fransız Devrimi ve Endüstri Devrimi sosyolojinin gelişiminde ve özelde sağlık-toplum ilişkisinin kurulmasında etkili olmuşlardır.
2. Hastalık ve sağlık kavramlarının içinde bulunulan toplum ile yakından ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Hasta bireyin bir toplumun ve kültürün üyesi olması

¹⁶ Graham Scambler, **Sociological Theory & Medical Sociology**, Tavistock Publications, London and New York, 1987, s. 1.

¹⁷ Özen, 1993, **a.g.m.**, s.74.

¹⁸ Richard Kurtz ve Paul Chalfant, **The Sociology of Medicine and Illness**, Allyn-Bacon, Boston, 1991, s. 2, Aktaran: Sevinç Özen, 1993, **a.g.m.**, s. 75.

¹⁹ M. Aytül Kasapoğlu, **Sağlık Sosyolojisi-Türkiye’den Araştırmalar**, Sosyoloji Derneği Yayınları, Ankara, 1999, s. 1, 2.

²⁰ Sevinç Özen, 1993, **a.g.m.**, s. 76.

nedeniyle hastalığın algılanışı ve hastalığa tepkiler kültürel açıdan farklılaşmaktadır. Bu da *toplum-kültür-sağlık* ilişkisinin araştırılmasını gerektirmektedir.

3. Doktorların hasta ve hastalığa karşı davranışlarında zamanla değişimler olmuştur. Hastayı saran sosyal atmosferin anlaşılması ve kavranılması gerektiği düşüncesi ve “*Tıpta hastalık yok, hasta var*” felsefesi ile hastanın sadece fiziksel rahatsızlığı yönünden değil; sosyal faktörler, aile ilişkileri, topluluk tipi vs. ile bir bütün olarak ele alınması ön plana çıkmıştır.
4. DSÖ’nün (1947) “*Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir*” şeklindeki sağlık tanımı sağlığın aynı zamanda sosyal bir olgu olarak görülmesini sağlamıştır.
5. Hastalıkların dağılımını inceleyen epidemiyoloji alanındaki gelişmeler sağlık sosyolojisinin gelişimine zemin hazırlamıştır. Salgınların başlaması-sona ermesi sürecini anlamak ve nedenlerini ortaya koymak için koruyucu çalışmalara öncelik verilmiştir. Toplumun farklı kesimlerinin tanınması gerektiren bu çalışmalar tıp-sosyoloji ilişkisinin kurulması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.
6. Hastalıkların nedenlerini ve kaynaklarını inceleyen etyoloji alanında yapılan klinik araştırmalar ve istatistikler bize hastalıkların meydana gelmesinde biyolojik yapının, virüs ve bakteri faktörlerinin ötesinde sosyo-ekonomik faktörlerin de oldukça etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle ruhsal hastalıklar, intiharlar, kalp hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıkların sosyo-ekonomik ve kültürel faktörlerle yakından ilgili olduğu kabul edilmektedir.
7. Ölümlülük örüntüsündeki değişimler ve bunların nedenlerinin araştırılması toplumsal değişme ve sağlık ilişkisini gündeme getirmiştir. Demografik profildeki değişimler, yaşam beklentisine ilişkin değişimler toplumsal değişme süreciyle yakından ilişkilidir.
8. Koruyucu tıp ve toplum sağlığı alanındaki gelişmeler sağlık sosyolojisinin gelişiminde önemli bir adımı teşkil eder. Sosyal tıp anlayışının gelişmesiyle sağlık eğitimi, evde bakım programları, hasta bireylerin topluma uyumu vb.

konularda yapılan çalışmalarla sağlığın sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesinde önemli sonuçlar elde edilebilmektedir.

9. Sağlık sosyolojisinin ilk yandaşı Psikiyatri olmuştur. Ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında sosyal faktörlerin etkili olduğu anlaşılmış, bu anlayışla sosyolog ve psikiyatristlerin çok sayıda ortak çalışmaları olmuş ve çeşitli gelişmeler kaydedilmiştir.

Günümüzde stres, yaşam biçimi, gelir, işsizlik, konut, yoksulluk gibi sosyal faktörlerin ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında oldukça önemli olduğu, diğer yandan ruhsal bozuklukların iyileşme sürecinde aile, sosyal bağlar, meslek vb. sosyal faktörlerin olumlu etkilerinin olduğu kabul edilmektedir. İnsan sosyal bir varlıktır ve içinde yer aldığı toplumdan izole edilerek sağlıklı bir yaşam sürmesi beklenemez; bu nedenle uzun yıllar kapalı mekanlarda tutulan ruhsal bozukluğu olan kişiler için, günümüzde toplumdan tecrit etme yerine toplum içinde bakım görüşü önem kazanmıştır.

1.2. Sağlık Sosyolojisinin Konu Alanları

R. Straus, Sağlık Sosyolojisindeki çalışmaların iki kategoride ele alınabileceğini belirtmektedir; Tıbbın Sosyolojisi (Sociology of Medicine) ve Tıpta Sosyoloji (Sociology in Medicine). 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 sosyo-kültürel ve ekonomik yapıya bağlı olarak kişilerin sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışlarındaki farklılıkları ortaya koymakta ve bunun nedenlerini sorgulamaktadırlar.²¹

Medikal Sosyolojinin konu alanı temel olarak Sağlık Sosyolojisinin alanından büyük bir farklılık göstermemekle birlikte²², çalışmalarını daha çok R. Straus'un Tıbbın Sosyolojisi olarak adlandırdığı alanda yoğunlaştırmıştır. Günümüzde Tıbbın Sosyolojisi, Tıpta Sosyoloji ve Medikal Sosyoloji kavramlarının yerine Sağlık ve

²¹ Emily Mumford, **Medical Sociology; Patients, Providers and Policies**, Random House, 1983, s. 494, Akt. Nurşen Özçelik Adak, **a.g.e.**, s.19.

²² Zafer Cirhinlioğlu, **a.g.e.**, s.17.

Hastalık Sosyolojisi kavramının yaygın olarak kullanılmaya başlandığını söylemek mümkündür.²³

Sağlık Sosyolojisi; sağlık-hastalık ve toplumsal yapı ilişkisi, hastalıkların sosyal, ekonomik ve kültürel nedenleri, hastalıklara karşı kişilerin tutumları, yoksulluk, işsizlik, boşanma ve ölüm gibi sosyal olguların sağlık ve hastalığa etkileri ile çevre, içerisinde yaşanan konut, aile biçimi ve meslek gibi faktörlerin sağlık ve hastalık üzerindeki rolünü incelemektedir. Bu incelemeler sağlığı tıbbi boyutunun yanı sıra en az onun kadar önemli olan bir de sosyal boyutunun olduğunu ortaya koymaktadır.²⁴

*Mechanic Sağlık Sosyolojisinin üzerinde çalıştığı alanları şu şekilde belirlemiştir:*²⁵

1. Hastalıkların dağılımı ve etyolojisi
2. Sağlık ve hastalığa kültürel ve sosyal tepkiler
3. Tıbbi bakımın sosyo-kültürel yönleri
4. Ölümlülük
5. Sosyal epidemiyoloji
6. Tıbbi uygulamaların örgütlenmesi
7. İyileştirici mesleklerin sosyolojisi
8. Hastane sosyolojisi
9. Toplum sağlık örgütlenmesi
10. Sosyal değişme ve sağlık bakımı
11. Sağlık bakım örgütlerinin karşılaştırılması
12. Tıbbi eğitim
13. Sağlık hizmetlerinin kullanımı
14. Halk sağlığı
15. Stres, hastalık ve başa çıkma
16. Değişen sosyal davranış için yeni yöntemler kullanma (edimsel koşullanma, biyo-feedback mekanizması gibi)
17. Sosyal ve toplumsal psikiyatri
18. Yasal ve etik konular

²³ Aytül Kasapoğlu, **a.g.e.**, s. 11.

²⁴ Sezgin Kızılçelik, **Türkiye'nin Sağlık Sistemi**, Saray Kitabevleri, İzmir, 1995b, s. 16.

²⁵ David Mechanic, **Medical Sociology**, Second Edition, The Free Press, London, 1978, s. 3-22.

19. Tıbbi ekonominin sosyal yönleri
20. Tıbbi bakım sürecinde karşılaşılan davranış problemleri
21. Yarı profesyoneller
22. Siyaset ve sağlık politikaları

Hastalık kavramı, çağdaş dönüşümler sonucu sağlık kavramına göre önemini yitirirken; hastalıkların tedavisinden çok hastalanmadan önce bireyleri koruma ve sağlığın sürdürülmesi ön plana çıkmıştır. Akut hastalıklardan çok süreğen hastalıkların önemli bir sağlık sorunu olduğu günümüz toplumlarında, bu hastalıklarla yaşayan bireyler için izlem, bakım kalitesi, yaşam kalitesi gibi kavramlar sıkça kullanılmaya başlamıştır. Aynı zamanda bu dönüşüm, sağlık-hastalık olgusunda devamlılığı ve bozulmayı etkileyen etmenler üzerinde yoğunlaşmaya yol açmıştır.

Geleneksel Görüş	Çağdaş Görüş
Hasta	Birey
Hastalık	Sağlık
Hastane	Topluluk
Akut	Kronik
Bakım	Koruma
Müdahale	Gözetim
Tedavi	Bakım

Şekil 2.1. Sağlık ve Tıpta Çağdaş Dönüşümler²⁶

Günümüzde hastalık nedenleri değişmekte ve çoğunluğu da önlenabilir gözükmektedir. Artık sigara kullanımı, stres gibi yaşam biçimi faktörleri bireysel düzeyde; gelir, işsizlik, konut ve yoksulluk ise yapısal düzeyde önemli sağlık belirleyicileri olarak kabul edilmektedir. Böylece sosyoloji ve tıp, hastalık ve rahatsızlık yerine sağlık üzerinde odaklanmaktadır.²⁷

²⁶ Sarah Nettleton, **The Sociology of Health and Illness**, Cambridge, Polity Press, 1995, s. 12, Akt. Aytül Kasapoğlu, **a.g.e.**, s. 5.

²⁷ **A.g.e.**, s. 5.

2. BAZI TEMEL KAVRAMLAR

Sağlık ve hastalık kavramları tanımlanmaları oldukça güç kavramlardır. Sağlık ve hastalığa yüklenen anlamlar toplumdan topluma, hatta toplum içindeki farklı kesimlere göre değişiklik gösterebilmektedir. İnsanların sağlık ve hastalık durumunu algılamaları ve gösterdikleri tepkiler yaşa, cinsiyete, statüye, kültüre, hatta zamana göre farklı olabilmektedir.

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlıkla ilgili tanımlara bakıldığında ilk tanımların “hasta olmayan insan sağlıklıdır” şeklinde son derece basit bir şekilde yapıldığını görmekteyiz. 1900’lü yılların başından itibaren çeşitli bilimler, kendi perspektifleriyle sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlamaya çalışmışlar; bazı tanımlarda fiziksel, biyolojik alana vurgu yapılırken, bazı tanımlarda psikolojik, bazılarında da sosyal alana vurgu yapılmıştır.

Sağlık, bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişini başarabilmesi sürecidir²⁸. Bu tanıma bakıldığında sağlık sadece biyolojik açıdan ele alınmakta, diğer boyutlar ihmal edilmektedir.

T. Parsons’a göre, sağlık bireylerin işlevsel olma yeteneğidir. Toplumsal yaşam içerisinde her bireyin belirli rol ve sorumlulukları vardır. Birey bu rol ve sorumluluklarını yerine getirebiliyor ise sağlıklıdır.²⁹ Bu tanıma göre kişi işlev görebildiği sürece sağlıklıdır; oysaki bazı kişiler hastalık belirtilerini deneyimlemelerine rağmen kendilerini hasta olarak tanımlamayabilir. Ayrıca kronik hastalıklarda hastalığa ve tedaviye uyum sağlandıktan sonra günlük işlevlere dönme söz konusudur. Bu durum bireyin sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir.

1947’de, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) 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, sağlığı bütüncül bir yaklaşımla ele almaktadır.³⁰

²⁸ İlker Belek ve Diğerleri; **Türkiye İçin Sağlık Tezi**, Sorun Yay., İstanbul, 1998, s.25.

²⁹ Nurşen Ö. Adak, **a.g.e.**, s.23.

³⁰ Patricia Potter ve Anne Perry, **Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice**, Third Edition, Mosby Year Book, 1993, s. 39.

DSÖ'nün tanımına kadar sağlık, hep ölüm, hastalık ve sakatlık gibi sürece negatif yönden yaklaşan göstergelerin olmayışı olarak tanımlanmıştır. Yani olumsuz bazı durumların olmayışı pozitif bir olgunun göstergesi olarak kabul edilmiştir. Sağlık tanımlarında bu ölçütlere uzun süre bağlı kalmanın iki temel nedeni bulunmaktadır:³¹

a) Ölüm ve hastalık gibi negatif göstergelerin ölçülmesindeki kesinlik ve kolaylık,

b) Sağlığı pozitif yönden tanımlayabilecek, ölçülebilir nitelikteki pozitif göstergelerin bir türlü saptanamamış olması.

Ölüm ve hastalık bir sağlık göstergesi olsalar da ancak sonuca ilişkindirler. O noktaya gelinceye kadar yaşananların belirlenmesi ve bunlar üzerinden sağlık tanımı yapılması, özellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesine yapılan vurgunun artmasıyla birlikte öne çıkan bir gereksinim olmuştur.³²

Günümüzde DSÖ'nün tanımına da bazı eleştiriler getirilmektedir. Kişiler hangi kriterlere ulaştıkları takdirde sağlıklı olacaklar ya da hangi standartları yerine getirdiklerinde tam bir iyilik halinde olacaklardır? Bu tanıma göre kimin ne kadar sağlıklı olduğunu ölçmek mümkün olmamaktadır. Bir zamanlar güzel görünme uğruna, ayaklarının büyümesini önlemek için çok dar ve metalden yapılmış ayakkabılar giyen Japon kadınlar fiziksel olarak rahatsızken sosyal yönden tam bir iyilik halinde miydiler?³³ Ayrıca gelişmemiş ülkelerde bu tanımın -fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali- kullanılması durumunda, toplum içinde pek az sağlıklı insanın olduğu sonucuna varılabilir.

Dunn, sağlık ve iyilik hali arasında bir farklılık olduğunu belirtir. Sağlık hali bireyin çevresine uyumunun pasif bir durumuyken, iyilik hali bireyin potansiyelini tam olarak kullanmasına yönelik dinamik bir gelişimi göstermektedir. İyilik hali kişinin doğası ve onun çevresi değiştikçe sürekli değişen bir durumdur.³⁴ İyilik hali rahatlık, mutluluk, canlılık, enerjik olma, verimlilik gibi daha öznel yaşantıları içerir.

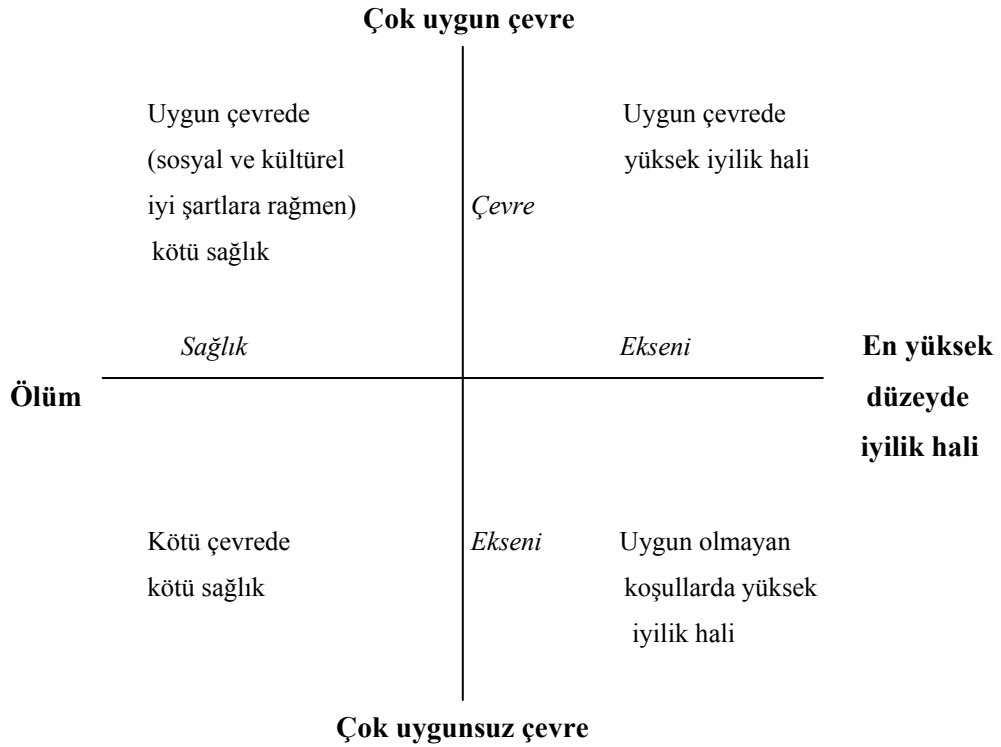
³¹ İlker Belek, **Sınıf Sağlık Eşitsizlik**, Sorun Yay. İstanbul, 1998, s. 24, 25.

³² **A.g.e.**; s. 25.

³³ M. Hulki Uz, "Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü'nün Tanımı Üzerine Düşünceler", **Yeni Türkiye**, Sayı. 39, Sağlık Özel Sayısı, Mayıs-Haziran 2001, s. 321-322.

³⁴ Halbert L. Dunn, "High Level Wellness for Man and Society", **American Journal of Public Health**, Vol. 49, No. 6, 1959, s. 788.

Kronik bir hastalık varlığında da iyilik halinden söz edilebilir. Kendi bakımını yerine getiren bir hasta getirmeyene göre fiziksel yönden iyilik halindedir.



Şekil 2.2. Yüksek Düzeyde İyilik Halinin Çevresel Faktörlerle Etkileşimi³⁵

Ekolojik yaklaşım, bireylerin sağlık ve hastalık durumlarının çevreleri ile etkileşimlerinin bir sonucu olduğunu ileri sürmektedir. Bireyin sağlık durumu iç ve dış çevresinin etkileşimi ve bütünleşmesiyle belirlenir. Burada önemli olan adaptasyon kavramıdır. Sağlıklı kişi, çevresine anlamlı ve başarılı bir biçimde uyum sağlayabilen kişidir.³⁶

Illich'e göre sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme, hastalandığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içerir.³⁷ Burada sağlık, toplumun sosyo-kültürel yapısına, bireyin biyolojik gelişimi ile bu gelişim sürecinde ortaya çıkan değişimlere uyum sağlama süreci olarak değerlendirilmektedir.

³⁵ A.g.m., s. 788

³⁶ Perihan Velioğlu, **Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar**, Alaş Ofset, 1999, İstanbul, s. 85.

³⁷ Ivan Illich, **Sağlığın Gaspi**, Ayrıntı Yay., İstanbul, 1995, s. 190.

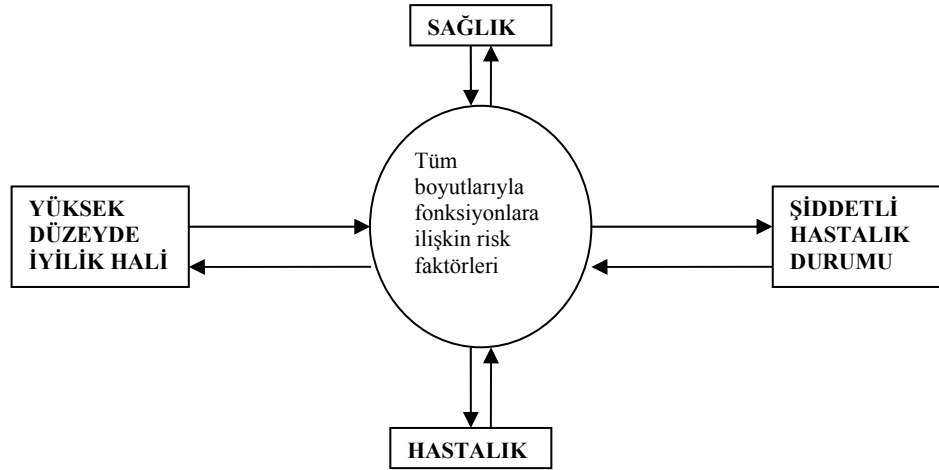
Adaptasyon, daha çok bireyin psikolojik yapısıyla ilişkilidir. Kişinin yaşamındaki değişikliklere ve çevresel koşullara uyum sağlayabilmesi ise sadece kendi başetme yeteneklerine bağlı olmayabilir. Kişinin üzerinde kontrol sağlayamadığı ağır çevresel ve toplumsal şartlar karşısında, zaman zaman zorlukların üstesinden gelmek ve uyum sağlamak için çabalaması yeterli gelmeyebilir.

Capra, sağlığın bir insanın canlı organizmaya ve onun çevresiyle ilişkisine bakış açısına bağlı olduğunu, zamana ve kültürle göre bu bakış değıştikçe sağlık anlayışlarının da değışeceğini belirtir. Ona göre, sağlık kavramı bireysel, toplumsal ve ekolojik boyuta sahip olmakla birlikte, organizma olarak bir sistem ve onu çevreleyen bir sağlık sistemi anlayışı ile ele alınabilir.³⁸ Capra, sağlığın bireysel düzeyde algılanma durumuna vurgu yapmakla birlikte, kişinin içinde bulunduğu çevre ve toplum değıştikçe sağlığa yüklenen anlamların da değışeceğini ileri sürmektedir. Ayrıca bu tanımda sistem yaklaşımıyla bireyin iç sistemi ile onun çevresini saran sistemlerin de sağlık üzerinde etkili olduğu dile getirilmektedir. İnsan bedeni çeşitli işlevler bakımından birbirini tamamlayan, aralarında kusursuz bir uyum ve işleyiş olan hücrelerden dokulara, dokulardan organlara, organlardan sistemlere doğru bir bütünlük gösterir. Herhangi bir birimden biri bile görevini yerine getirmediğinde rahatsızlıktan hastalığa, hastalıktan ölüme değin pek çok problem ortaya çıkabilir. Aynı zamanda, insanın bedeni dışında, onu çevreleyen toplumsal sistem ile bu sistemi oluşturan aile, ekonomi, kültür, din, sağlık sistemi gibi alt sistemler de kişinin sağlık ve hastalık durumu üzerine önemli tesirlerde bulunmaktadır.

Günümüzde sağlığı fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bütüncül bir yaklaşımla ele almanın yanı sıra bir de devamlılık kavramı tanımlanmaya başlamıştır. Sağlıkla ilgili şikayetler ortaya çıktığında insanın kendini iyi hissetmemesiyle başlayan, giderek kötü hissetmesine ve daha sonra tükenmişliğini ifade etmesine kadar uzanan bir dizi süreç yaşanmaktadır.³⁹

³⁸ Capra Fitjof, **Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası**, Çev. M. Armağan, İnsan Yay., İstanbul, 1989, s. 138.

³⁹ Patricia Potter ve Anne Perry, **a.g.e.**, s. 39.



Şekil 2.3. Sağlık-Hastalık Süreç Modeli⁴⁰

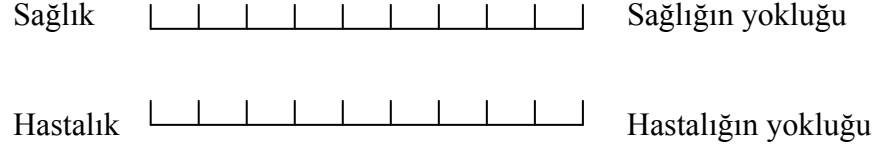
Sağlık-Hastalık Süreç Modeli, sağlık ya da hastalık durumunu bir ucunda yüksek düzeyde iyilik hali olan, diğer ucunda ise şiddetli hastalıkların hatta ölümün yer aldığı bir skala üzerinde derecelendirir. Bu modele göre sağlık; fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal, gelişimsel ve ruhsal iyilik halini sürdürmek için, bireyin iç ve dış çevresindeki değişikliklere uyumu olarak belirtilen ve sürekli değişen dinamik bir durumdur. Hastalık ise, kişinin fonksiyonlarında önceki durumuyla karşılaştırıldığında bir ya da daha fazla boyutta azalma ya da bozulmanın olduğu bir durumdur. Bireyin sağlık düzeyinin tanımlanmasında önem taşıyan yaş, yaşam tarzı, çevre gibi değişkenleri içeren risk faktörleri modelin ortasında yer almaktadır.⁴¹ Yüksek düzeyde iyilik haline doğru ilerlemek yaşam kalitesini artırırken, bunun karşısı yönünde ilerlemek insanı ölüme yaklaştırmaktadır.

Jahoda, sağlığın nitelik olarak hastalıktan farklı olduğunu ileri sürerek, sağlık ve hastalığın bir skalanın uçları arasında değil, ayrı skalalar üzerinde değerlendirilmesi gerektiğini ileri sürer.⁴²

⁴⁰ A.g.e., s. 40.

⁴¹ A.g.e., s. 39.

⁴² Perihan Velioğlu, a.g.e., s. 87.



Şekil 2.4. Sağlık ve Hastalığın Ayrı Olarak Değerlendirilmesi⁴³

İnsanların canlılık ve sağlık duygusu değişkenlik gösterir. Bazı sabahlar diğer sabahlardan daha enerjik ve güç dolu kalkarız. Bir insanın gün gün, saat saat kendini nasıl hissettiği onun sağlık durumu hakkında güçlü bir göstergedir. Birçok kişi sağlığı hasta ya da rahatsız olmanın karşıtı olarak düşünür. Bir insan ya bir durumdadır ya da diğer durumdadır şeklindeki düşünce tarzı katıdır, çünkü insan bir durumdan diğer duruma kolaylıkla geçebilmektedir.⁴⁴

Biyo-psiko-sosyal yönleriyle karmaşık bir yapı sergileyen insanı iyi-kötü, sağlıklı-sağlıksız, normal-anormal şeklinde değerlendirebilmek için ne sadece objektif ölçütler ne de subjektif ölçütler yeterli değildir.

Sonuç olarak sağlığı, subjektif açıdan belli bir zamanda kişinin kendini enerjik, canlı ve sağlıklı hissetmesi; objektif açıdan fiziki muayene ve laboratuvar sonuçları doğrultusunda bir bozukluk, yetersizlik ve hastalığının olmaması; fonksiyonel açıdan kişinin toplumsal yaşam içerisindeki rol ve sorumluluklarını bağımsız bir şekilde yerine getirebilmesi; ruhsal açıdan kişinin iç ve dış çevresini gerçekçi biçimde algılaması ve değerlendirmesi ve duygu-düşünce ve davranışlarını kontrol edebilmesi; sosyal yönden kişinin aile, meslek, gelir, statü, sosyal destek, yaşadığı sosyal ve kültürel çevre ve yaşam tarzının sağlıklı bir yaşam için gereken nitelikte olması; psikolojik yönden kişinin sosyal şartlara ilişkin olumlu algılara sahip olması, optimal sağlık düzeyini sürdürmesi için gerekli sağlığı koruyucu ve geliştirici alışkanlıklar kazanması ve iyilik halini artırma yönelimi içerisinde olması olarak tanımlayabiliriz.

⁴³ A.g.e., s. 87.

⁴⁴ Barbara W. Spradley, **Community Health Nursing Concepts and Practice**, Little Brown and Company, Boston, 1981, Akt. Perihan Velioğlu, a.g.e., s. 78.

2.2. Hastalık Kavramı

Tarihsel süreç içinde, hastalık kavramının yanı sıra hastalık nedenlerinin ve hastalığa özgü tedavi yollarının önemli ölçüde değişiklik geçirdiğini görmekteyiz. Tarım öncesi avcılık ve toplayıcılıkla uğraşan toplumlarda, insanlar hayatlarını genellikle çevresel nedenlerle ve av kazaları sonucu kaybetmiştir. Tarım toplumlarında hava, su, yiyecek ve vektörlerle bulaşan enfeksiyon hastalıkları yaygınlaşmış ve salgınlar çok sayıda insanın ölümüne yol açmıştır. Günümüz modern toplumlarında ise enfeksiyon hastalıkları yerine kronik hastalıklar yaygınlaşmış; dejeneratif hastalıklar, kalp hastalıkları ve kanser ölüm nedenlerinin başında yer almaya başlamıştır.⁴⁵

Animistik (gizemci-büyüsel) düşüncenin egemen olduğu Eski Yunan-Roma dönemine dek uzanan çağlarda insanlar, hastalıkların nedenlerini doğa-üstü güçlere bağlamışlardır. Doğa karşısında çoğu kez güçsüz ve çaresiz kalan ilkel insan, derin korkular ve güvensizlik duyguları içinde doğa-üstü güçlerin varlığına inanarak anlayamadığı bir olguyu açıklama, aydınlatma, anlayabilme ve bunlara göre savunma yolları aramıştır. Hastalıkları ve doğal yıkıcı güçleri kendi gücü ve teknolojisi ile yenemeyince, kendi düşüncesinde bunları oluş biçimlerine, bunlardan nasıl kurtulabileceğine ve korunabileceğine ilişkin inançlar, kavramlar ve uygulamalar geliştirmiştir. Bütün açıklamalar, korunma ve tedavi yolları büyü ve doğa-üstü güçlere (cin, peri ve şeytan vb.) inanç doğrultusunda gelişmiştir. Bu düşünce biçiminin sonucu olarak da sağaltım yapan din adamları ve şamanlar olmuştur.⁴⁶

Eski çağların sonlarına doğru, hastalıkların tanrısal etkiler dışında doğal nedenlere bağlı olarak meydana geldiği düşüncesi belirmeye başlamıştır. Toprak, bataklık ve pisliklerden çıkan zehirli maddelerin hastalıklara neden olduğunu öne süren Miasma teorisi ön plana çıkmıştır.

Hipokrat (MÖ 4. yy.) hastalıkların doğaüstü güçlere değil, doğal etkenlere bağlı olduğunu ileri sürmüştür; vücutta bulunan kan, balgam, sarı safra ve kara safradan herhangi birinin dengesi bozulduğunda hastalık oluştuğunu belirtmiştir. Bu dengeyi

⁴⁵ Ray M. Fitzpatrick, "Society and Changing Patterns of Disease", Edit. Graham Scambler, **Sociology as Applied to Medicine**, Bailliere Tindall, Kent, 1991, s.4, 5.

⁴⁶ M. Orhan Öztürk, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, s. 2.

bozmamak için temiz hava, iyi beslenme, düzenli yaşam gibi sağlığı koruyucu esaslara uymanın şart olduğunu savunmuştur.⁴⁷

Ortaçağda İslam tıbbında özellikle hastalıkların açıklanması ve tedavi edilmesinde önemli gelişmeler yaşanırken, Avrupa’da kilisenin katı, dogmatik tutumu eski gelişmelerin de unutulmasına ya da isteyerek bırakılmasına yol açmış, yeniden büyüsel-gizemci düşünce egemenlik kazanmıştır. Kentleri akıl almaz bir pislik sarmış ve enfeksiyon hastalıkları salgınlar yoluyla çok sayıda ölümlere yol açmıştır.⁴⁸ Ancak, pozitif bilimlerin gelişimiyle özellikle anatomi, biyokimya, fizyoloji gibi bilim dallarının gelişiminin yanı sıra mikroskobun keşfi gibi buluşlar 17. yüzyıldan sonra tıp alanında büyük değişikliklere yol açacak bir ortamın doğmasını sağlamıştır.

19. yüzyıl süresince hastalık hakkındaki düşünceler biyomekanik yaklaşım doğrultusunda felsefe ve deneysel alandaki gelişmelerden etkilenmiştir. Bu gelişmeler, Descartesci düşüncenin benimsenmesi ve enfeksiyon hastalıklarının mikrobiyolojik kökenlerinin keşfini takiben ortaya çıkan spesifik etyoloji doktrinidir. İnsanı bir makine ve hastalığı da bu makinenin bölümlerindeki bir bozukluk olarak ele alan Descartesci görüş doğrultusunda, akıl ve bedenin birbirinden ayrı olduğu öne sürülmüş, böylece hastalığın sosyal ve psikolojik etkileri inkar edilmiştir.⁴⁹

19. yüzyılın ikinci yarısında Ehrlich, Pasteur ve Koch’un çalışmaları yiyecek, hava, su ya da hayvan-böcek ısırmasıyla bedene giren, yaşayan mikroorganizmaların yaygın sağlık problemlerine neden olduğunu ortaya çıkarmıştır. 1882’de Koch Tüberküloz hastalığına yol açan mikrobu keşfetmiş, bunu takiben 20. yy.’a kadar 22 çeşit mikrop keşfedilmiştir. Bu gelişim tek bir mikrobun tek bir hastalığa neden olduğu fikrini ortaya çıkarmıştır.⁵⁰

Hastalık yapıcı etkene maruz kalan her kişinin hasta olmadığı görüldüğünde mikroorganizma ve hastalık arasında direkt bir ilişki olmadığı anlaşılmış ve epidemiyolojik üçgen teorisi ileri sürülmüştür. Bu teoriye göre hastalık; mikrop, taşıyıcı ve çevre değişkenlerinin dinamik etkileşimine bağlı olarak değişen bir durum olarak ele alınmıştır. Ancak enfeksiyon hastalıklarını açıklamada etkili olan bu

⁴⁷ İnci Erefe ve Diğerleri, “Tıbbın Tarihsel Gelişimi İçinde Halk Sağlığı Kavramı”, **Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları**, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, 1996, s. 2.

⁴⁸ A.g.e., s. 4.

⁴⁹ David Locker, a.g.e., s.19.

⁵⁰ A.g.e., s. 20.

yaklaşım kronik hastalıkların görülüş sıklığının artmasıyla ve bu hastalıkları yeterince açıklayamadığından dolayı yerini çok nedenli açıklamalara bırakmıştır. Çok nedenli yaklaşım, hastalıkların biyolojik, sosyal ve psikolojik pek çok faktörün etkileşimi sonucu geliştiğini ileri sürmektedir.⁵¹

Zamanla bu yaklaşımlar bazı toplumsal grupların diğerlerine göre hastalık ve ölümlere niçin duyarlı olduklarını açıklayamamıştır. Bunun üzerine geliştirilen genel hassasiyet teorileri bazı gruplarda hastalıklara yatkınlığı etkileyen faktörler üzerinde durmuştur.⁵² Bu yaklaşım doğrultusunda yapılan çok sayıda çalışma, bireyin içinde bulunduğu topluma özgü sınıfsal koşullar, yaşanılan yer, gelir düzeyi, eğitim, din, meslek, sosyal destek, medeni durum gibi faktörlerin sağlıkla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca bireylerin hayattan beklentileri, deneyimleri ve davranışları bu hassasiyeti etkileyebilmektedir.⁵³

*Hastalık kavram olarak iki farklı anlam içerir:*⁵⁴

1) Medikal açıdan hastalık (disease),

Tıbbi açıdan hastalık, doktorun bakış açısından veya nesnel anlamda bir durumu ifade etmektedir. Tıbbi açıdan hastalık, belirli işaret ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormallliği göstermekte, doktorun hastayı muayene etmesi ve tıbbi literatüre göre kişinin subjektif yakınmalarını bir hastalık tanısına bağlaması anlamına gelmektedir.

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

Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak hastalık, sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarının birey tarafından algılanması, bireyin ağrı, acı vb. duyma durumunu belirtir. Subjektif olarak algılanan hastalık (illness) organik bozukluğun neden olduğu sonuçları değişik derecelerde etkiler ve bu sonuçlardan etkilenir. Bu etkileme ve etkilenmenin değerlendirilmesi, hasta bireyin sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel ve psikolojik konumuna göre farklılıklar gösterir. Hatta bu bağlamda, subjektif ve objektif anlamda hastalığın birlikteliği söz konusu

⁵¹ A.g.e., s. 20.

⁵² A.g.e., s.20-21.

⁵³ A.g.e., s.20-21.

⁵⁴ David Field, "The Social Definition of İllness", **An İntroduction to Medical Sociology**, Edit. David Tuckett, Tavistock Publications, London, 1976, s.334-335, Akt. Ülgen Oskay, "Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar", **Sosyoloji Dergisi**, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yay., Sayı: 4, İzmir, 1993, s. 97.

olmayabilir. Patolojik bir anormallik olmadan birey kendisini subjektif anlamda kötü hissedebileceği gibi, tam tersine subjektif anlamda hasta ve rahatsız hissetmediği halde patolojik anlamda hasta olabilir.

Doktora giderken bireyin hissettiği rahatsızlık durumu “illness”⁵⁵, doktorun saptadığı hastalık durumu “disease”, doktordan evine dönerken kişideki hastalık hali “sickness” olarak ifade edilmektedir.

Hastalık durumu ikincil kazançlar için kullanılabilir. Kişinin başa çıkamadığı durumlarla karşılaşması durumunda bir savunma olarak, bireysel başarısızlığı rasyonalize etmek için, çevrenin dikkatini çekmek için kullanılabilirdiği gibi, kişinin çevresindekiler üzerinde psikolojik baskı uygulaması yoluyla bir sosyal kontrol aracı olarak da kullanılabilir.⁵⁶

Parsons’a göre hastalık, bir sosyal sistem içinde ferdin yerine getirmekle yükümlü olduğu rolleri oynama yeteneğini azaltan bir durumdur. Hasta kişi içinde bulunduğu sosyal grubun varlığına fonksiyonel biçimde katkıda bulunmamakta, grubun kaynaklarını gereksiz yere tüketmektedir. Bu nedenle hastalık sosyal olarak kontrol edilmek zorundadır. Aksi takdirde hastalık sosyal düzen ve sosyal denge, dolayısıyla sosyal sistem için tehdit oluşturabilir.⁵⁷

Hastalık, bireyin yaşamı açısından programlanmamış, irade dışı, istenmeyen bir durumdur. Hastalık durumunun niteliği, süresi, yoğunluk derecesi hastalık tiplerine göre farklılıklar gösterir.⁵⁸ Hastalık, biyolojik ve psikolojik olarak öncelikle bireyi etkiler. Özellikle kronik hastalıkla birlikte kişi çalışamaz duruma gelebilir, zamanla içinde bulunduğu aile de bu hastalık durumundan etkilenmeye başlar. Hastanın durumuna göre (ev, okul, fabrika vs.) kısa süreli ya da uzun süreli olarak değişimler planlamak gerekebilir. Görünürde tek bir kişiyi ilgilendirir gibi görünen hastalık, böylece zincirleme bir ileti ile topluma zarar vermektedir.⁵⁹

Toplumsal-kültürel farklılıklar içeren hastalık, ister subjektif ister objektif anlamda olsun, bireysel düzeyde ruhsal, fiziksel; toplumsal düzeyde de uyumsuzluk

⁵⁵ Eric J. Cassel, **The Healer’s Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship**, Lippincott, New York, 1976, s. 47-83, Akt. Nurşen Özçelik Adak, **a.g.e.**, s. 26.

⁵⁶ Ülgen Oskay, **a.g.m.**, s.102,103.

⁵⁷ Sezgin Kızılçelik, 1995a, **a.g.e.**, s. 65.

⁵⁸ Ülgen Oskay, **a.g.m.**, s. 100.

⁵⁹ İnci Erefe ve Diğerleri, **a.g.e.**, s. 9.

veya dengesizliği ifade eder. Bireyin hasta olarak tanımlanma sürecinde bireyin ve çevresindekilerin birlikte değerlendirilmeleri büyük önem taşımaktadır.⁶⁰

2.3. Hastalık Davranışı

Mechanic'e göre hastalık davranışı (illness behaviour), fiziksel belirtilere gösterilen bireysel cevabın değişiklik gösteren yönlerini; bireylerin iç durumlarını nasıl izlediklerini, tanımladıklarını, hastalık belirtilerini nasıl açıkladıklarını, ne şekilde davrandıklarını, çare niteliğinde başvurdukları yöntemleri ve formal ve informal bakımın değişik kaynaklarını ne şekilde kullandıklarını açıklayan bir kavramdır.⁶¹

Hastalık davranışı bireyden bireye farklılık gösterir. Bazı hastalık belirtilerini, örneğin yorgunluk, baş ağrısı, sırt ağrısı gibi kimileri normal yaşamın bir parçası olarak görüp önemsemezken, kimileri hemen doktora danışmakta, kimileri de bir doktora danışmaksızın kendi kendine çeşitli rahatlatıcı ve iyileştirici yöntemler kullanmaktadır. Hastalık bulgularını yorumlama, değerlendirme ve tıbbi yardım arama kararı bireylerin cinsiyeti, yaşı, mesleği, din, içinde yer aldığı sosyal sınıf, kültürel yapı gibi pek çok faktör tarafından etkilenmektedir.

Herlich insanların hastalıklara üç şekilde baktıklarını saptamıştır;⁶²

- a) Yıkıcı olarak hastalık
- b) Bir kurtarıcı olarak hastalık
- c) Bir iş olarak hastalık

Hastalık, bireylerin toplum içindeki normal rollerini sürdürmeye bir engel olarak görülüyorsa ve sosyal gruplardan dışlanma ile sonuçlanıyorsa yıkıcı olarak algılanmaktadır. Hastalığı bu şekilde algılayan insanlar sosyal izolasyonu sınırlamak amacıyla sıklıkla hasta olduklarını kabullenmezler ve bu nedenle genellikle doktora danışmazlar. İnsanlar sosyal yükümlülüklerinden muaf tutulduklarında hastalığı olumlu bir deneyim olarak algılamakta ve hastalığa kurtarıcı olarak bakmaktadırlar. Genellikle bu kişiler tıbbi yardımı hasta rolüne yasal girişi sağlamak için ararlar. Hastalık bir iş olarak görüldüğünde ev işleri veya para ödenen işlerde olduğu gibi

⁶⁰ Ülgen Oskay, **a.g.m.**, s.104.

⁶¹ David Mechanic, 'Sociological Dimensions of Illness Behavior', **Social Science and Medicine**, 1995, 41, s. 1208.

⁶² Claudine Herzlich, **Health and Illness, a Sociological Psychological Analysis**, Academic Press, London, 1973, Akt. Jane Pilcher, **Key Concepts in Medical Sociology**, Sage Publications Ltd, London, 2004, s. 66, <<http://site.ebrary.com/lib/suleyman/>>, Erişim Tarihi: 10.04.2006.

çalışma zorunluluğu olan bir şey olarak düşünülmektedir.⁶³ Özellikle kronik hastalığı olan bir birey, gününün önemli bir kısmını hastalığına ve tedavisine göre düzenlemeler yapmakla geçirir.

Epidemiyolojik çalışmalarda sıklıkla “klinik buzdağı” fenomeninden söz edilir. Bir hastalığa ilişkin olarak hastalık belirtilerinin farkına varıp, tıbbi yardım almanın gerekliliğine kanaat getiren ve tıbbi yardım alanlar buzdağının su üstündeki kısmını oluştururlar. Buzdağının su altında kalan kısmını ise hastalık belirtilerini önemsemeyenler ile belirtileri kendi kendilerine tedavi etmeye çalışan, bu doğrultuda geleneksel ya da popüler tıbbi kullanan kişiler oluşturur. Pek çok kişi hastalığa ilişkin öznel belirtileri deneyimlemesine rağmen bunlardan çok azı tıbbi yardım aramaktadır. Hastalık davranışı kişiden kişiye değişiklik gösteren kompleks bir davranıştır.

2.3.1. Rahatsızlığı Algılama ve Yardım Arama

Bireyler bazı öznel deneyimleri yaşayarak kendilerini rahatsız olarak tanımlayabilirler. Birey fiziksel görünümünde, beden işlevlerinde, duyularında vb. bir farklılık ya da bir rahatsızlık hissettiğinde içinde bulunduğu kültürün etkisiyle kazanmış olduğu sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilere göre tepki verir. Her insanın kendini algılama biçimi ve sağlık-hastalıkla ilgili bilgileri farklı olduğundan bu tepkiler bireyden bireye büyük farklılıklar gösterir.

Rahatsızlığın ilk aşamasında birey öncelikle durumunu kendi kendine değerlendirir. Kendine “ne oldu”, “neden oldu”, “neden bana oldu”, “neden şimdi oldu”, “bu rahatsızlıkla ilgili bir şey yapmazsam bana neler olabilir”, “eğer hiç bir şey yapmazsam çevremde ne gibi etkileri olur”, “ne yapmalıyım”, “kimden, nasıl yardım almalıyım” gibi sorular sorar.⁶⁴ Daha sonra çevresindeki kişilere danışır. Tıbbi yardım almanın gerekliliğine kanaat getirirse bir uzmana başvurur. Bireyler hastalık bulgularını en azından bir kişiyle tartışmaksızın nadiren tıbbi yardım ararlar. Pek çok çalışma insanların çoğunun bir doktora gitmeden önce aile üyeleri ve arkadaşları ile konuştuğunu göstermektedir. İnformal sevk sistemi (lay referral system) olarak adlandırılan hastalık hususundaki iletişim zincirinin hastalık davranışı

⁶³ Jane Pilcher, **a.g.e.**, s. 66.

⁶⁴ Cecil G. Helman, “Disease Versus İllness in General Practice”, **Journal of the Royal College of General Practitioners**, 31, 1981, s. 548-552.

üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Sosyal ağların tıbbi yardım arama kararını vermede hem acele edilmesi hem de geciktirilmesi yönünde işlev gördüğü belirtilmektedir.⁶⁵

Bireyin kendini hasta olarak algılamasında ve yardım aramaya karar vermesinde hastalık tipinin ve gözlenen belirtilerin önemi vardır. Aniden başlayan ve şiddetli belirtiler gösteren hastalıklarda bireyler yardım almanın gerekliliğine daha çabuk kanaat getirirler. Genellikle şiddetli ağrı ya da yüksek ateş gibi göze çarpan belirtiler gözlemlendiğinde birey durumu ciddi olarak algılar ve tıbbi yardım aramaya yönelir. Yavaş ilerleyen, günlük yaşam akışını bozmayan, hafif belirtilerle seyreden kronik hastalıkların başlangıç aşamasında ise bireyler doktora başvuru yapmayabilmektedir.

Hastalık sürecinin bir göstergesi olarak tanımlanan hastalık belirtileri bulunmasına rağmen bireyler hekime başvuru yapmayabilirler. Zola hastalık belirtileriyle baş etme yeteneğini hastalık davranışının önemli bir belirleyicisi olarak göstermiştir. O, insanların çok hasta olduklarında danışmaktan ziyade, hastalık belirtilerine uyum yetenekleri bozulduğunda daha sık danıştıklarını ileri sürmüştür.⁶⁶ Zola tıbbi bakıma karar verme sürecini etkileyen 5 “tetikleyici” saptamıştır.⁶⁷

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

Mechanic ve Volkart tıbbi yardım alma kararını etkileyen hastalığa ilişkin dört boyut saptamışlardır⁶⁸;

- a) Bir toplumda hastalığın ne sıklıkla ortaya çıktığı
- b) Hastalık bulgularının iyi bilinmesi

⁶⁵ Jane Pilcher, **a.g.e.**, s. 67.

⁶⁶ Irving K. Zola, “Patways to The Doctor: From Person to Patient”, **Social Science and Medicine**, 7, 1973, s. 677-689, Akt. Pilcher, **a.g.e.**, s. 66.

⁶⁷ Irving K. Zola, **a.g.m.**, Akt. Graham Scambler, **a.g.e.**, s. 40.

⁶⁸ David Mechanic ve Edmund H. Volcart, “Stres, İllness Behavior and Sick Role”, **American Sociological Review**, 26, 52, 1961, Akt. Jane Pilcher, **a.g.e.**, s. 65.

- c) Hastalık sonuçlarının tahmin edilebilirliği
- d) Hastalıktan kaynaklanması muhtemel kayıp ve tehdidin büyüklüğü

Bir toplumda bir hastalık sık görülüyor ve kötü sonuçlanıyorsa bireyin hastalık ve tedavisi hakkında daha fazla bilgiye sahip olması, kendini hastalık yönünden değerlendirmesi, hastalığa ilişkin belirtiler gözlediğinde tıbbi yardıma yönelmesi beklenebilir. Sık görülen hastalıklarda toplumun sağlık organizasyonu da konuya hassasiyet göstermektedir. Gerek sağlık çalışanları, gerek mas-medya kampanyaları yoluyla kişiler hastalık ve korunma yolları hakkında bilinçlendirilmeye çalışılmaktadır. Yine de kişiler her ne kadar bilgi sahibi olsalar da, sosyal ve ekonomik nedenlerle tıbbi yardıma başvuramayabilirler.

Bireylerin hekime başvurma sürecinde yalnızca hastalık varlığının değil aynı zamanda bireylerin hastalık belirtilerini nasıl yorumladıklarının anlaşılması önem taşır. Mechanic bireyin hastaneye gitme sürecini etkileyen 10 değişken belirlemiştir.⁶⁹

- a) Belirti ve işaretlerin olağandışı algılanması ya da bu belirti ve işaretlerin görünebilir, tanınabilir olması
- b) Belirtilerin ne ölçüde ciddi olarak algılandığı (yani kişinin şimdi ve gelecekteki olası tehlikeyi hesaplaması)
- c) Belirtilerin aile, çalışma yaşamı ve diğer sosyal aktivitelerini ne ölçüde bozduğu
- d) Belirti ve işaretlerin ortaya çıkış sıklığı ve ısrarcılığı
- e) İşaret ve belirtileri değerlendiren kişinin dayanma gücü
- f) Kişinin algıladığı belirtilere ilişkin ön bilgisi, kültürel tutum ve anlayışı
- g) Hastalığı reddetmeye neden olan temel ihtiyaçlar
- h) Hastalık tepkileriyle mücadele etmeye yönelik ihtiyaçlar
- i) Hastalık tanımlandığında, belirtilere atfedilen olası yorumlarla mücadele etmeye hazır olma
- j) Tedavi kaynaklarına ulaşabilme durumu, fiziksel yakınlık, yardım almanın psikolojik ve parasal giderleri (yalnızca fiziksel mesafe, para, zaman ve çaba harcama yönünden değil, aynı zamanda küçük düşürülme duygusu, sosyal mesafe konması ve damgalanma gibi giderlerinin olması)

⁶⁹ David Mechanic, **a.g.e.**, s. 268, 269.

Sonuç olarak, tıbbi tedaviye başvurma kararı sadece kişinin hastalık durumuyla bağıntılı değildir; bu karar kişinin inançları, algıları, beklentileri, geçmiş hastalık deneyimleri, aile ve arkadaş çevresinin görüşleri gibi pek çok faktör tarafından etkilenmektedir.

2.3.2. Hasta Rolü

Parsons'a göre hasta rolü (sick role), hasta-hekim ilişkileri ve içinde yer aldığı toplum kesimince biçimlendirilen, aşağıda yer alan sorumluluk ve görevlerle karakterize edilen sosyal bir roldür.⁷⁰

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

Parsons'un hasta rolü Durkheim ve Weber'in klasik sosyal teorisi ile Freud ve Alexander'ın psikoanalitik teorisi üzerine temellenmiştir. Hasta rolü kişiliğin psikoanalitik yapısı tarafından belirlenmektedir. Bilinçli davranış hastalıktan kurtulmayı hedeflediği halde burada günlük yaşamın güçlüklerinden muaf olmayı sürdürme ve iyileşmeme yoluyla ikincil kazançlar görülmesi bilinçdışı davranışlar

⁷⁰ William C. Cockerham, **Medical Sociology**, Upper Saddle River, New Jersey, Prentice-Hall, 2000, s. 161, Akt. Joseph T. Young, "Illness Behaviour: A Selective Review and Synthesis", **Sociology of Health and Illness**, Vol. 26, No. 1, 2004, s. 4.

olabilir.⁷¹ Durkheim'in ahlaki yetkenin fonksiyonuna ilişkin düşüncesi ve Weber'in din ve bürokrasinin gücüne ilişkin tartışmaları hekimin rolünü tanımlar. Doktor rol sistemi içinde sosyal kontrol fonksiyonu ile yetkilendirilmiştir. Hekimler hastanın hastalığının yasallaşması için karar vererek toplumsal iyilik hedefini destekler ve sapkın davranışın azalmasını sağlar.⁷² Burada ikincil kazançların söz konusu olduğu, hasta olmayı sürdürme ve iyileşmeye direnç gösterme davranışı sapkın davranış olarak görülmekte ve hekimlerin kimin hasta, kimin sağlıklı olduğuna karar verme gücünün bu tür davranışları kontrol ettiği belirtilmektedir.

Parsons'a göre, hasta ve doktorun içinde yer aldığı rol seti kısmen insanların sosyal olarak tanımlanmış davranış kalıplarıyla ilgili sosyal rolleri oynamalarıyla olmaktadır. Bir baba, öğretmen vs. olduğunda bireyler çocukluklarından itibaren öğrenmiş oldukları, bu mesleklerden beklenen belli davranış kalıplarına göre davranırlar. Doktor ve hastalar da sosyal olarak tanımlanmış davranış kalıplarına göre sosyal rolleri yerine getirmektedirler.⁷³ Parsons'a göre doktorun hastasını iyileştirme sorumluluğunun yanı sıra hastanın da bir an önce iyileşip toplumun kendisine yüklediği sosyal rolleri yerine getirme sorumluluğu söz konusudur. Bu nedenle, bir an önce profesyonel yardım alma ve doktor ile işbirliği yapma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu ilişkide hastanın doktoru ile tam bir işbirliği içinde olması beklenirken, doktorun da tüm uzman bilgi ve becerisini hasta yararına kullanması beklenmektedir.⁷⁴

Parsons, hasta rolünün geçici bir rol olduğunu ileri sürmüştür. Hastanın sorumluluğu tamamen iyileşmek için mümkün olan her şeyi yapmaktır. Bu açıklama, kronik hastalıklarda ya da ölüme yakın olan hastalarda hasta rolünün uygulanamadığı anlamına gelmektedir. Parsons'ın modelinde hasta rolüne geçişin doktor tarafından yasallaştırılması gerekmektedir, yani hasta rolü uzman yardımına başvuranlarla sınırlandırılmıştır. Nesnel anlamda hastalık belirtisi vermeyenler ile hastalık belirtilerini deneyimlemesine rağmen hasta olduğunu düşünmeyenler ve doktora gitmeyi geciktirenler değerlendirme dışı bırakılmaktadır. Ayrıca hasta rolünün

⁷¹ Uta Gerhardt, **İdeas About İllness: an İntellectual and Political History of Medical Sociology**, London: Macmillan, 1989, s. 36-39.

⁷² Joseph T. Young, **a.g.m.**, s. 4.

⁷³ Myfanwy Morgan, "The Doctor-Patient Relationship", **Sociology as Applied to Medicine**, Edit. Graham Scambler, Bailliere Tindall, Kent, 1991, s. 48.

⁷⁴ **A.g.e.**, s. 49.

bağımlı doğasına karşılık bağımsızlık eğiliminde olan psikiyatrik hastalar da hasta statüsüne karşıtlık göstermektedir.⁷⁵

2.3.3. Hekim-Hasta İlişkileri

Sağlık personelinin kullanabileceği inanılmaz teknolojik ve bilimsel ilerlemelere karşın, iletişim, hala hastalıkların teşhis ve tedavisinde klinik işlemlerin özü olarak görünür; çünkü hastaların sağlık personeliyle ilişkilerinin niteliği, kendilerine yapılan muameleden duydukları memnuniyeti güçlü bir biçimde etkiler.⁷⁶

Hekim-hasta ilişkileri hekimler açısından tanımlanabileceği gibi hasta açısından da tanımlanabilir. Hastayla karşı karşıya geldiğinde hekimin iletişim yeteneği, hastayı uygun bir şekilde karşılaması, hoşgörülü davranması, empati yeteneğine sahip olması, yeterli bilgiye sahip olması ve bunu hastaya aktarabilmesi hastanın hekime güven duymasını ve iyi bir izlenim edinmesini sağlar. Bu etkileşim ne kadar iyi olursa tedavi süreci de o kadar başarılı olacaktır.

İyileşme sürecinin başarılı olmasında tek bir tarafın uyumlu olması yeterli değildir. Hekimin karşısına gelen hastalar çok değişik davranışlar sergileyebilirler. Farklı sosyo-kültürel düzeylerden gelen hastalar kendini ifade etme, konuşma ve duygularını dışa vurmada farklılıklar gösterebilir. Hastanın hekimine karşı tutumu kişilik yapısıyla ve hastalığına bakış açısıyla da değişebilir. Hastalığını kendine verilen bir ceza olarak algılaması, hiçbir şekilde iyileşemeyeceğine inanması nedeniyle işbirlikçi bir tutum sergilemeyebilir ya da hastalığı kişilerarası ilişki kurma yolu olarak görüyorsa tamamen işbirliği yaparak, doktorun tüm önerilerine uyum gösterebilir. Otonomi kazanmamış, bağımlı kişilik özelliği gösteren hastalar tamamen hekimine bağımlı kalırken; çekingen hastalar yetersiz iletişim nedeniyle problemlerini anlatamayabilirler. Ağrı ve acıya dayanma eşiği düşük olan, sürekli yakınan hastalar olabilir. Tedaviden hoşnut kalmayan hastalar hekimi, hastaneyi ya da uygulanan tedaviyi eleştirebilir, doktorlarının yeterince iyi olmadığını düşünerek doktor değiştirebilirler.

Günümüzde, özellikle Türkiye’de hastanede çalışan hekimler hastane içinde veya dışında, özel muayenehanelerde hasta kabul etmektedir. Hekimlerin

⁷⁵ Ülgen Oskay, **a.g.m.**, s.115, 116.

⁷⁶ Thomas Gordon ve W. Sterling Edwards, **Doktor-Hasta İşbirliği**, Çev: Emel Aksay, Sistem Yay., İstanbul, 1997, s. 3.

bulundukları ortama göre hastaya davranış şekillerinin oldukça değişkenlik gösterdiği söylenebilir. Polikliniğe gelen hastalara daha az zaman ayıran, yeterli açıklamalar yapmayan hekimler özel muayenehanelerde aksine hastaya daha fazla zaman ayırmakta, gerekli açıklamaları yapmakta, iyi bir izlenim bırakma çabası içine girebilmektedir. Kişinin hasta olduğunda tekrar aynı doktoru tercih etmesi ve yakınlarına önermesi açısından muayeneden memnun kalması önemli olmaktadır. Hastaneye yatmak durumunda olan pek çok kişi hastanede bulunduğu sürede böyle bir ilgi görebilmek ve diğer hastalara göre öncelikli konumda bulunmak amacıyla önce hekimin özel muayenehanesini ziyaret edebilmektedir.

Freidson'un doktor-hasta ilişkisi modeline göre, doktor ile hastanın amaç farklılığı potansiyel bir çatışma ortamının oluşumuna sebep olmaktadır. Freidson, Parsons'ın modelinin gerçek davranışlardan çok ideal beklentilere dayandığını savunmuş ve her doktor-hasta ilişkisinde görüş açısı farklılıklarından kaynaklanan çatışmaların ortaya çıkma olasılığının bulunduğunu ileri sürmüştür. Freidson'a göre doktor ile hastası arasındaki çatışma, farklı ilgi ve önceliklerden kaynaklanmaktadır. Hasta sadece kendi hastalığı ve tedavisi ile ilgiliyken doktor çok sayıda hastanın ihtiyaçlarını dengeleme sorumluluğu ile karşı karşıyadır. Örneğin, hastanın problemlerini doktoruyla daha ayrıntılı tartışmak için görüşmeyi uzatma isteği ya da taburcu olma yerine hastanede bir süre daha kalma isteği, doktor tarafından bekleme odasında bekleyen hasta ya da hastanede yatmak için bekleyen hastaların ihtiyaçları göz önüne alınarak engellenebilmektedir.⁷⁷

Bu modele göre doktor ile hastası arasındaki bir başka çatışma kaynağı ise hastalığın ciddiyetine ilişkin değerlendirmelerden kaynaklanmaktadır. Hasta, kendi yaşadıkları nedeniyle hastalığını çok ciddiye alırken, doktor ise tıbbi bilgisi nedeniyle aynı derecede ciddiye almayabilmekte bu da çatışma kaynağı olmaktadır.⁷⁸

Parsons'ın hasta-hekim ilişkilerinde asimetrik güç ilişkilerinin doğruluğu da tartışılmaktadır. Parsons'un konfigürasyonu hastalığı iyileştirme gücünün bakım verenlerde olduğunu varsayar. Ancak güç ilişkilerinde, hekimin kontrolü kadar tıbbi

⁷⁷ Edward Krupat, "The Doctor-Patient Relationship: A Social Psychological Analysis", **Education for Health Administration**, Health Administration Press, Ann Arbor, 1979, Akt. Cevdet İşnas ve Mehtap Tatar, "Doktor-Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirmeleri", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, cilt. 3, s. 151, <<http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik/metinler/linkdetail>>, Erişim Tarihi: 05.09.2006.

⁷⁸ Cevdet İşnas ve Mehtap Tatar; **a.g.m.**, s. 151.

bilgi sistemleri ve internet kullanımının yaygınlaşması, kendi kendine yardım grupları ve reçetesiz ilaç kullanımının artması gibi toplumsal ilgiler nedeniyle hastaların da kontrolünün olması söz konusudur.⁷⁹ Ayrıca süregelen bir hastalığı olan hastadan, doktoruyla ilişkisinin süreklilik arzemesi, hastalık ve yönetimi konusunda çok şey bilmesi nedeniyle doktoruyla karşılıklı ilişki içinde olması beklenebilir.

Sağlık örgütlerinde personelin sosyal ilişkilerini araştıran Kasapoğlu, çalışmasında ‘bir insanın diğer bir insan üzerindeki etkisi olarak’ ele aldığı güç kavramından hareket etmiştir. Kasapoğlu, güç çeşitlerini French ve Roven’dan yararlanarak 5 kategoriye ayırmaktadır.⁸⁰

1. *Zorlayıcı güç*, ceza korkusuna dayanan bir güç çeşididir. Belirli bir davranışı göstermediği takdirde zarar göreceği kanısında olan bir kişi, o davranışı gösteriyorsa zorlama yoluyla etkilenmiş demektir.
2. *Ödüllendirici güç*, “ödül beklentisi” yaratma temeline dayanmaktadır. Bir insanın belirli bir biçimde davranmasıyla diğerinden bir yarar sağlama olasılığı, o insanı, o davranışı yapmaya itmektir.
3. *Uzmanlık gücü*, etkileyen kişiye üstün bilgi ve yetenek atfedilmesinden kaynaklanmaktadır. Bir başka deyişle, kişiye diğerinin saygısını kazandıran bu güç, onun uzmanlık, bilgi ve becerisine dayanmaktadır. Genel olarak insanlar belirli bir konuda bilgi ve beceriye sahip olan kişiden etkilenme eğilimi gösterirler.
4. *Sevgi ve özdeşim gücü*, gücü kullanan kişinin kişilik özelliklerine bağlıdır. Bu tür kişiler, kişilik özellikleri nedeniyle diğerleri tarafından sevilen ve çok beğenilen, takdir edilen kişilerdir. Bu seçme, beğenme, takdir edilme durumu diğerlerini etkilemede bir araç olmaktadır.
5. *Meşru güç*: Bir davranış ortaya çıktığı zaman yadırganmıyor, öyle olması doğal görülüyor, bu davranışın bu şekilde olmasında herhangi bir nedenle gereklilik bulunduğu inanılıyorsa, o davranış meşrudur.

⁷⁹ Michael Hardey, “Doctor in The House: The İnternet as a Source of Lay Health Knowledge and The Challenge to Expertise”, **Sociology of Health and İllness**, 21, 6, 1999, s. 820-835,

⁸⁰ Aytül Kasapoğlu, **a.g.e.**, s.28-32.

6. *Bilgi Gücü*: Bir insanın diğerine gerekli açıklamaları yaparak onun davranışlarını değiştirmesi veya yeni davranışlar kazandırması bilgi yoluyla etkilemedir.

Genel olarak hekim-hasta etkileşimi sırasında bir hekim tüm güç çeşitlerinin hepsini kullanabilir. Örneğin, hasta ve hastalık riski altındaki bireyleri dostluk ilişkileri içinde ve arkadaşça etkileyebilirken (sevgi ve özdeşim gücü); hastalarına hastalıklarını çok iyi bir şekilde anlatabilir, tedavi sürecini ve verdiği ilaçları nasıl kullanacağını, etkilerini, yan etkilerini açıklayabilir (bilgi gücü); hastaları eğer sözünü dinlemezse onları iyileşmemekle tehdit edebilir, azarlayabilir (zorlayıcı güç); isteklerini yerine getiren bireye güler yüz göstererek memnuniyetini gösterebilir (ödüllendirici güç); hastanın mutlak itaatini isteyebilir (meşru güç); gördüğü eğitimi vurgulayan konuşmalar yaparak, muayenehanesine tıbbi kitaplar, mecmualar, sertifika ve diplomalar koyarak uzmanlık gücünü kurmaya çalışabilir.⁸¹

Stewart ve Roter hasta-hekim ilişkilerini kontrol derecesine göre dört tipte ele almışlardır.⁸²

1. *Paternal İlişkiler*: Hekim kontrolünün yüksek, hasta kontrolünün düşük olduğu ilişki tipidir. Bu durumda hekim baskındır ve hastayı koruma altına alan bir “ebeveyn” gibi görülerek hekimin hasta hakkındaki en iyi kararı vereceğine inanılır.
2. *Karşılıklı İlişkiler*: Hem doktor hem de hasta karşılıklı olarak paylaşım içindedir; hekim kendi klinik yeteneklerini ve bilgisini, hastalar da deneyimlerini, beklentilerini ve hissettiklerini paylaşır.
3. *Tüketici yanlısı ilişkiler*: Bu ilişkilerde hasta aktif rol almış, aksine hekim pasif bir rol üstlenmiştir. Bu ilişkiler doktorların iş ve finansal güvenliğinin hastaların para ödemelerine bağlı olduğu, rekabete dayalı pazar ortamında daha çok görülür.
4. *Direnış gösteren ilişkiler*: Görüşmede doktor kontrolünü azalttığında bile hasta pasif rolü benimsemeye devam ediyorsa bu ilişkiden bahsedilebilir. Hastalar görüşmede utangaç ise ve diğer alternatiflerin farkında değilse bu ilişki ortaya çıkabilir.

⁸¹ A.g.e., s. 32-33.

⁸² Myfanwy Morgan, a.g.e., s. 52.

Doktor tarafından tavsiye, güven ve destek sağlanması hastaların sağlık problemlerinin üstesinden gelmesinde önemli bir rol oynayabilir, hatta ağrı ve yaşanan diğer belirtiler üzerinde olumlu bir etki yapabilir. Bu etki “plasebo etkisi” olarak adlandırılmaktadır.⁸³ Latince bir kelime olan ‘plasebo’, “hoşnut edeceğim” anlamına gelmekte; ilaç ya da deva niyetine alınan bir şeyin öznel olarak olumlu etkisini ima etmektedir. Onun tam tersi olan kavram ‘nocebo’dur, “zarar vereceğim” anlamına gelmekte ve olumsuz bir öznel yaşantıya göndermede bulunmaktadır.⁸⁴

Plasebo etkisi, hastanın aldığı bakıma karşı tutumunu ve yapılan işlemlerin gücüne inancını içermenin yanı sıra, Forrester’e göre, kliniğin ya da muayenehanenin havasını, hekimin karşılaştığı sorunlar karşısında akıl yürütme tarzını, hastayı yatıştırma çabalarını ve özellikle hekimle hastanın karşılaşmalarının uzun bir geçmişi varsa hekimin yarattığı güven ve anlayışı da kapsamaktadır. Forrester için plasebo etkisi güç ilişkileriyle bağlantılıdır. Ona göre hekimlik mesleğinin rolü ve hekimin hastasının daha iyi hissetmesini sağlama gücü de plasebo etkisinde rol oynamaktadır.⁸⁵

⁸³ A.g.e., s. 47,48.

⁸⁴ Peter C. Gotzsche, “Is There Logic in the Placebo?” *Lancet*, 344(1), 1994, s. 925-926, Akt. Erol Göka; “Plasebo Kavramı ve Plasebo Etkisi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 2002, s. 58-64.

⁸⁵ John Forrester, *Hakikat Oyunları*, Çev. Yılmaz A., Ayrıntı Yay., 1999, s. 83-91, Akt. Erol Göka, a.g.m., s. 58-64.

3. TOPLUMSAL BİR HİZMET ALANI OLARAK SAĞLIK-HASTALIK SİSTEMİ

Toplumların evrimsel süreçlerine baktığımızda, doğa-toplum-insan diyalektiği, gittikçe farklılaşan gereksinimleri karşılamaya yönelik çeşitli kurumsal yapılanmaları ortaya çıkartmıştır. Hastalığın tanısı ve tedavisi temel gereksinimlerden biri olarak her zaman önemli olmuştur. Bu işlevler hekim, kırık-çıkıkçı, hatta ilkel toplumlarda büyücüler gibi belirli kişi ve gruplar tarafından yerine getirilmiştir. Toplumlar büyüyüp karmaşıklaştıkça, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi uzmanlık alanı haline gelerek daha karmaşık örgütsel yapılar içinde kurumsallaşmıştır. Sağlık kurumunun işlevi, bireyler arasında sosyal, ekonomik ve kültürel farklılık gözetmeksizin sağlığını korumaktır. Bu işlev; hastalığın tanısı, tedavisi, sağlığı koruyucu önlemler vb. etkinliklerden oluşmaktadır.⁸⁶ Bu etkinlikler, toplumsal sistemin bir alt sistemi olarak, toplumun siyasi, ekonomik ve sosyo-kültürel yapısı ile yakından bağlantılı olan sağlık-hastalık sistemi tarafından yerine getirilmektedir.

Her insan sağlıklı bir şekilde yaşamak ister, ancak bebeklikten yaşlılığa değin birçok hastalıkla mücadele etmek zorunda kalabilir. Çok basit hastalıklarda bile neşesi kaçar, günlük hayatı altüst olur, gitmek istediği yerlere gidemez, yapmayı planladığı birçok işi ertelemek ya da iptal etmek zorunda kalabilir. Çoğu zaman ilaç alınması gerekebilir. Bireyler hastalıklarını anlamak ve iyileşmek amacıyla bir hekime ya da bir sağlık kuruluşuna gider. Sağlık kuruluşları hayatın önemli bir parçasıdır. Hiç kimse sağlık kurumlarına gitmeden hayatını devam ettiremez, sıklığı ve şiddeti kişiden kişiye değişmekle beraber bireyler yaşamları boyunca rahatsız veya hasta olabilir.⁸⁷

3.1. Sağlık Bakımı ve Sağlık Hizmetleri Kavramları

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan

⁸⁶ Ülgen Oskay, **a.g.m.**, s.94.

⁸⁷ Zafer Cırhinlioğlu, "Toplum ve Sağlık", **Sosyolojiye Giriş**, Editör: İhsan Sezal, Martı Yay., Ankara, 2003, s. 86.

yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir.⁸⁸

Türkçe literatürde sağlık bakımı ve sağlık hizmetleri kavramı çoğu kez aynı anlamda kullanılmaktadır. Sağlık bakımı, akut ya da süregelen hastalığı olanların bakımının yanı sıra, var olan sağlığı koruma ve geliştirme, hastalık ve sakatlıkların önlenmesi, erken tanı ve tedavi, rehabilitasyon ve sağlık eğitimi gibi tüm etkinlikleri kapsayan bir terimdir. Sağlık bakımı tıbbi bakım teriminden çok daha geniş kapsamlı bir kavramdır. İlgi alanı beşikten mezara, doğum öncesi bakımdan yaşlıların bakımına kadar uzanmaktadır.⁸⁹

Bizce sağlık bakımı denildiğinde, daha çok bireysel düzeyde, kişinin sağlıklı kalmak için sahip olduğu bilgiler doğrultusunda (çevresinde bulunan anne-baba, akraba, arkadaşlarından, kitaplardan, internetten veya sağlık personelinin edinmiş olduğu) kendini hastalık belirtileri yönünden gözlemesi ve bir rahatsızlık hissettiğinde rahatsızlık durumunu (evdeki ilaçları kullanma, istirahat etme, bitkilerden yararlanma gibi) kendince gidermeye çalışması; yeterli uyku, sağlıklı beslenme, ortama uygun giyinme gibi temel gereksinimler yönünden kendine gerekli özeni göstermesi; yaşamında sigarayı-alkolü bırakma, egzersiz yapma gibi düzenlemeler yapması; düzenli olarak sağlık kontrollerine gitmesi anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetleri denildiğinde ise planlı şekilde yürütülen, daha çok sağlık kuruluşları içinde verilen, sağlık çalışanları tarafından sağlam ya da hasta bireylere sunulan hizmetler anlaşılmaktadır.

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetleri topluma sunumuna göre koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üç başlık altında incelenebilir.⁹⁰

1. *Koruyucu Sağlık Hizmetleri*, çevreye ve kişiye yönelik hizmetleri kapsar. Çevreye yönelik hizmetler çevre sağlığını olumsuz yönde etkileyen fiziksel, biyolojik, kimyasal, sosyal, ekonomik vb. etmenleri yok ederek ya da bu etmenlerin kişileri olumsuz şekilde etkilemelerini önleyerek, çevreyi olumlu duruma getirmeye yönelik hizmetlerdir. Kişiye yönelik hizmetler; sağlık eğitimi, beslenme,

⁸⁸ Zafer Öztekin, “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, Sağlık Özel Sayısı, Sayı. 39, s. 295.

⁸⁹ Rahmi Dirican ve Nazan Bilgel, **Halk Sağlığı**, Uludağ Üniversitesi Basımevi, II. Baskı, 1993, s. 51.

⁹⁰ **A.g.e.**, s. 52, 53.

bağışıklama, aile planlaması, kişisel hijyen, hastalıkların erken tanı ve tedavi çalışmalarını kapsar.⁹¹

Birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından yürütülen, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarının çalışmalarını sağlıklı bir şekilde yürütmeleri ve etkin bir hizmet sunabilmeleri için bulundukları bölgenin yerleşim yeri özelliklerini, toplumun sosyal, kültürel ve ekonomik yapısını iyi tanımaları gerekmektedir.

2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,

- a) *Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri:* Hastanın ilk başvurduğu hekim ya da sağlık personeli tarafından sağlık kuruluşunda veya evde, ayakta muayene edilmesini ve tedavisini kapsar.
- b) *İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri:* Hastanın yataklı bir sağlık kuruluşunda ve uzmanlar tarafından muayene edilmesini ve tedavisini kapsar.
- c) *Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri:* Hastanın en üst düzeyde tıp teknolojisi uygulanan yataklı tedavi merkezinde tedavisini kapsar.

3. *Rehabilitasyon Hizmetleri,* sakat ve çalışma gücünü yitiren kişilere işgücü ve çalışma olanağı sağlamak için hekim ve diğer sağlık personeline yapılan tıbbi rehabilitasyon ile sosyal hizmet sunanlarca iş bulma, işe uyum sağlama gibi hususlarda yapılan sosyal rehabilitasyon hizmetlerini kapsar.

3.3. Sağlık Hizmetleri Kullanımı

Kişilerin sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen etmenler çeşitlilik gösterir. Sağlık arama davranışı toplumsal ve kültürel özelliklere, sağlığa ilişkin değer ve normlara, sağlık hizmeti olanaklarına göre farklılıklar gösterir. Bireyler özellikle günlük yaşamın gerektirdiği etkinlikleri yerine getiremediklerinde ve fiziksel hastalık belirtileri ortaya çıktığında sağlık arama davranışına yönelirler. Sağlığın değeri hasta olduğunda anlaşılmakta ve sağlıklı olma durumunda hastalık önemini yitirmektedir. Böyle bir anlayışla kişiler belirtiler kendilerini rahatsız etmedikçe sağlık kurumlarına başvurmamakta, bunun için zaman ve para harcamaktan

⁹¹ A.g.e., s. 52.

kaçınmaktadır. Bu nedenle çoğu ülkede koruyucu sağlık hizmetleri halka parasız olarak sunulmaktadır.⁹²

Kişiler sağlıklıyken sağlık hizmeti almanın gerekliliğine inanmış olsalar bile, gidilen sağlık kuruluşlarının tıbbi araç-gereç ve sağlık çalışanı yönünden donanımsız olması ve bu kuruluşlar içerisinde verilen hizmetlerin yetersizliği nedeniyle de koruyucu sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadırlar.

Penchansky ve Thomas sağlık hizmetlerinin kullanımında bu hizmetin sağlanması ve bu hizmetten yararlananlar arasındaki uyumu yansıtan, sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik beş özellik tanımlamışlardır.⁹³

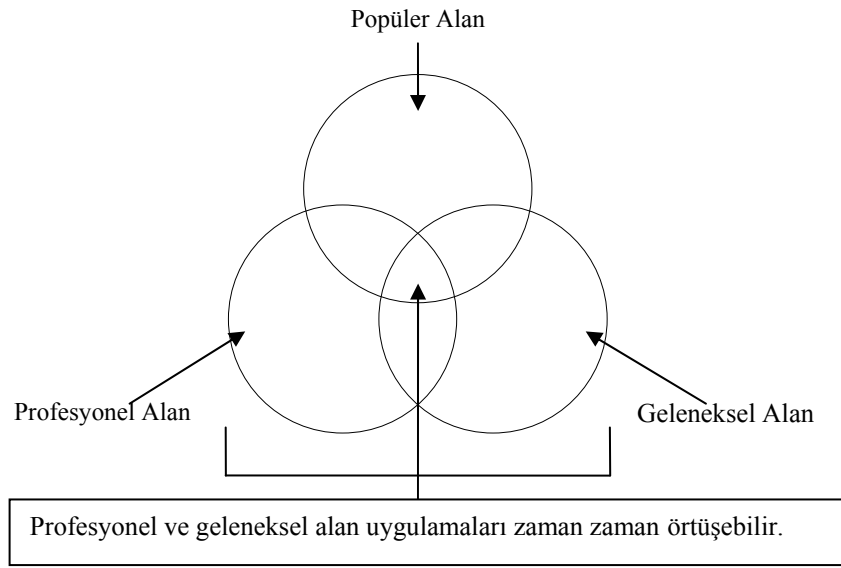
- a) *Mevcut olanaklar (availability)*: Başvuran kişilerin gereksinimlerini karşılamak üzere sağlık hizmeti sunan kuruluşların teknoloji, personel gibi gerekli kaynaklara ne ölçüde sahip olduğu hizmet kullanımını etkiler.
- b) *Ulaşılabilirlik (accessibility)*: Sağlık hizmetlerinin sunulduğu yer ile bu hizmetlere gereksinim duyanların bulunduğu yer arasındaki fiziki mesafe, ulaşımın maliyeti ve süresi hizmet kullanımını etkiler.
- c) *Kolaylık (accommodation)*: Sağlık hizmetlerinin işleyişi, hastaları kabul etmek üzere nasıl düzenlendiği hizmet kullanımını etkiler (telefonla randevu alma gibi).
- d) *Ödenebilir olma (affordability)*: Sağlık hizmetlerinin ödeme yönünden nasıl düzenlendiği, kişilerin cepten ödeme yapabilme gücü, sosyal güvence varlığı kişilerin hizmet kullanımını etkiler.
- e) *Kabul edilebilir olma (acceptability)*: Sağlık personelinin hastaların yaş, cinsiyet, sosyal sınıf gibi özelliklerine karşı tutumları ile hastaların sağlık personeline karşı tutumları hizmetin kabulünü etkiler. Ayrıca sunulan bir sağlık hizmeti içinde bulunulan toplumun dinsel ve kültürel değerlerine ters düşüyorsa kabul edilmeyebilir.

⁹² A.g.e., s. 53.

⁹³ Roy Penchansky ve J.William Thomas, "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction", **Medical Care**, 19(2), 1981, s. 127–40.

3.4. Sağlık Hizmetlerinde Çoğulculuk

Kleinman, “bölgesel sağlık bakım sistemi” olarak adlandırdığı bakımın üç temel alanı olduğunu belirtmektedir: popüler, folk ve profesyonel.⁹⁴ Bu alanlara ait uygulamalar kendi içinde belirli özelliklere sahip olmakla birlikte, bazı uygulamalar diğer alanlar içinde de yer alabilmektedir. Örneğin, popüler tıp alanında yer alan akupunktur, masaj terapileri gibi uygulamalar modern tıp içinde uzman hekimler tarafından da kullanılmaktadır.



Şekil 2.5. Bölgesel Sağlık Bakım sistemi.⁹⁵

3.4.1. Geleneksel Tıp (Folk Tıp)

Geleneksel tıp, kırsal kesimlerde kuşaktan kuşağa aktarılan dinsel inançlar, değerler ve diğer kültürel öğelerden hareketle elde edilen bilgiler sayesinde hastalıkları evde tedavi etme usullerine denir. Geleneksel tıp, genel olarak “ev tedavisi” olarak bilinmektedir.⁹⁶

Geleneksel tıp, ilk insanın doğa olayları karşısında takındıkları tavırlardan ve etkileşim şekillerinden doğmuştur. Burada sihir ve büyüün rolü büyük olmuştur. Hastalıklar iyi ve kötü kuvvetler fikrine bağlanmış; iyi ve kötü kuvvetlerin insan vücuduna musallat olması karşısında büyücüler ve şamanlar doğaüstü unsurlar ile

⁹⁴ Arthur Kleinman, “İndigenous Systems of Healing: Questions for Professional, Popular and Folk Care”, **Alternative Medicines: Popular and Policy Perspectives**, Edit. J. Salmon, London, Tavistock, 1985, Akt. Graham Scambler, **a.g.e.**, s. 45.

⁹⁵ **A.g.e.**, s. 45.

⁹⁶ Sezgin Kızılçelik, 1995a, **a.g.e.**, s. 69.

temasa geçmişlerdir. Böylece dinsel inançlar ile sihrin yönettiği bu geleneksel sistemlerde sağlık ve hastalık insan bedenine yabancı unsurların girmesi ve onların yaptıkları kötülüklerle izah edilmiş, hastalığın nedenleri ruhlar alemine ait güçlerle izah edilince tedavi pratikleri de bunları yok etmeye yönelik olarak geliştirilmiştir.⁹⁷

Geleneksel tıp genellikle kırsal kesimlerde yaygındır. Kırsal kesimdeki insanların geleneksel sağlık inanç ve uygulamalarını ön planda tutmaları, modern tıbbi yöntemlere ve tıbbi organizasyonlara karşı olan olumsuz tavırları kırsal kesimlerin muhafazakar yapısına, insanların eğitim düzeylerinin düşük oluşuna bağlanabilir.⁹⁸ Bununla birlikte sağlık kuruluşlarına olan uzaklık, sosyal güvencenin olmaması, sağlık hizmetlerini kullanımda zorluklar da bu tutumu pekiştirebilmektedir.

Geleneksel tıbbi pratikler uygulandığı topluluğun ortaklaşa malıdır. Bir kimsenin hastalık ve onun tedavisi hakkında bildikleri diğer bireyler tarafından da bilinmektedir. Sağlık inanç ve pratikleri geleneksel sistem içinde kök salmıştır, böylece bireyden bireye, nesilden nesile informal metodlarla aktarılmaktadır. Modern tıp nedensellik bağı içinde kesin bilgiye dayanırken geleneksel tıpta yaşanmış ampirik bilgiler rol oynamaktadır. Türkdoğan'a göre, bu bağlamda geleneksel tıp tesadüflere göre kurulmayıp, kendi içinde mükemmel şekilde örgütlenmiş bir tıp teorisi örneği vermektedir.⁹⁹

Geleneksel tıbbi uygulamaları yapan kişiler geleneksel iyileştirici olarak bilinmektedir. Geleneksel iyileştiricilik terimi iki anlamda kullanılmaktadır. Birinci anlamda geleneksel iyileştiricilik, doğada bulunan maddeler ve özellikle otlardan yapılan ilaçları ve bu ilaçlarla yapılan iyileştiriciliği tanımlamaktadır. İkinci anlamda geleneksel iyileştiricilik önemli ölçüde büyüsel, belli oranda dinsel unsurlar etkisinde kalmış, bir tür metafizik uygulamaları anlatmakta kullanılmaktadır.¹⁰⁰

⁹⁷ Orhan Türkdoğan, **a.g.e.**, s. 45.

⁹⁸ Judith Davidson, "The Survival of Traditional Medicine in a Peruvian Barriada", **Social Science and Medicine**, Vol. 17, No: 17, s. 1271-1280, Akt. Sezgin Kızılcelik, 1995a, **a.g.e.**, s. 72.

⁹⁹ Orhan Türkdoğan, **a.g.e.**, s.45,46.

¹⁰⁰ Sezgin Kızılcelik, 1995a, **a.g.e.**, s. 73.

3.4.2. Modern Tıp

Mikrop teorisi modern tıbbın esasını teşkil eder.¹⁰¹ 19. yüzyılda özellikle mikropların keşfinin yanı sıra biyoloji, fizyoloji, anatomi, patoloji gibi bilim dallarındaki gelişmelerle modern tıp alanında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. 20. yüzyılda penisilin ve antibiyotiklerin keşfiyle birlikte pek çok ilaç ve aşı geliştirilmiş, modern tıp tedavi alanında hızlı bir gelişme içine girmiştir.

Modern tıp, hastalıkların tedavisi ve korunma tedbirleri yönünden daha kesin ve rasyoneldir, çok sayıda deney ve araştırma sonucu elde edilen bilimsel bilgiye dayanmaktadır. Hastaların teşhis ve tedavisi sağlık konusunda eğitim görmüş uzman kişilerce yapılmakta, teşhis ve tedavi işlemlerinde modern teknolojik araç ve gereçler kullanılmaktadır.¹⁰²

Günümüzde modern tıp alanında devasa bir gelişme gözlenmektedir. Teknolojinin gelişimine paralel olarak görüntüleme tekniklerinin gelişimi, cerrahi alanında kullanılmak üzere minyatür aletlerin geliştirilmesi, lazer vs. kullanılmasından bazı müdahaleleri gerçekleştiren robotların geliştirilmesine kadar pek çok yenilik hastalıkların tanı ve tedavisini kolaylaştırmaktadır. Bir zamanlar yapılması imkansız görünen pek çok operasyon çok kısa bir sürede yapılabilmekte, başarılı organ nakilleri gerçekleştirilmektedir. İlaç sektöründeki gelişmeler doğrultusunda piyasaya sürülen yeni ilaçlar pek çok hastalığa çare olmaktadır. İçinde bulunduğumuz yüzyılın en büyük çalışmalarından biri olan İnsan Genom Projesi de insan gen haritasının çıkarılması, hastalık yapıcı genlerin belirlenmesi ve ileride pek çok hastalığın ortaya çıkmadan çok önce saptanıp ortadan kaldırılması yönünde umutlar vaad etmektedir.

Modern tıptaki bu büyük gelişmelere rağmen başta kanser olmak üzere bazı hastalıkların tedavisi halen mümkün olmamaktadır. Bu tür hastalıkların gelişiminde bireyin içinde yer aldığı sosyal çevrenin, bireyin seçimlerinin ve yaşam tarzının önemli bir faktör olduğu vurgulanmakta, riskli gruplar içinde bulunan bireylerin bu hastalıklar ortaya çıkmadan önce korunmasına yönelik alınması gereken önlemler üzerinde durulmaktadır. Bu arada devreye koruyucu tıp girmektedir. Modern tıp bütüncül yaklaşımı benimsemekte, hastalarının hastalık öyküsü alınırken sosyal,

¹⁰¹ Orhan Türkdoğan, **a.g.e.**, s. 63.

¹⁰² Sezgin Kızılcıkel, 1995a, **a.g.e.**, s.76.

kültürel ve ekonomik durumları da sorgulamakta, tedavi sürecinde bu alanlar da göz önünde bulundurulmaktadır.

Önceki yüzyıllarda binlerce kişinin ölümüne neden olan pek çok salgın hastalığın önüne geçilmiş, bazılarının kökü kazınmıştır. Pek çok bulaşıcı hastalık modern tıbbın aşılarıyla kontrol altına alınmıştır. Ancak günümüzde salgın hastalık tehdidi tamamen bitmiş değildir, son 20-30 yıl içinde ise insanları tehdit eden AIDS, SARS, Kuş Gribi gibi yeni hastalıklar ortaya çıkmıştır. Özellikle günümüzde bir salgının yaygın ulaşım ağları vasıtasıyla tüm dünyada kısa sürede yayılması oldukça muhtemeldir.

Öte yandan, küreselleşen dünyada özellikle gerek ekonomik gerek teknolojik yönden gelişmiş ülkelerin modern tıp aracılığıyla büyük karlar sağladığı belirtilmektedir. Sağlık alanında duyulan ihtiyaçlardan doğan talepleri karşılamada serbest piyasa koşullarında işletme mantığını ön planda tutarak, yüksek karlar elde etmeyi amaçlayan özel hastanelerin, tanı merkezleri ve laboratuvarların devreye girmesi; uluslar arası arenada birbiriyle rekabet eden ilaç firmalarının ihtiyaç duyulan yeni ilaçları piyasaya sürmeleri (özellikle kişilerin hasta olmaksızın kullanma eğiliminde oldukları vitaminler, cinsel güç veren, zayıflatan, mutluluk veren ilaçlar gibi) sıkça tartışılan konulardır.

3.4.3. Popüler Tıp (Güncel Tıp)

Sağlık bakımı uygulamalarının çoğu, profesyonel sağlık çalışanlarından bağımsız fonksiyon gören ve kendi kendine bakım, kendi kendine tedavi ve kendi kendine yardım gruplarını içine alan popüler sektörde yer almaktadır.¹⁰³

Popüler tıp, toplumdaki profesyonel ve uzmanlık sahibi olmayan kişilerce hastalığın ilk kez tanındığı, fark edildiği, tanımlandığı ve sağlık bakımıyla ilgili eylemlerin başlatıldığı halk tıp sistemidir. İnsanlara bir geleneksel iyileştiriciye ya da tıbbi profesyonele danışmadan kullanabileceği alternatifler sunmaktadır. Bu alternatifler, kendi kendine tedavi; akraba, arkadaş ve komşulardan alınan öğütler; iyileştirici grup faaliyetleri; hastalıkla ilgili özel deneyimi olan diğer bir kişiye danışma şeklinde olabilmektedir.¹⁰⁴

¹⁰³ Graham Scambler, a.g.e., s.44.

¹⁰⁴ Hülya Belek, **Ahatlı Gecekondu Bölgesinde Yaşayan Annelerin Çocuklarının Sağlığı ve Hastalıkları ile İlgili Düşünceleri, Algıları, İnançları ve Çare Arayışları**, Akdeniz Üniversitesi,

Popüler sektörün en önemli unsurlarından biri de II. Dünya Savaşından sonra oluşan ve giderek sayıca artış gösteren kendi kendine yardım gruplarıdır.¹⁰⁵ Benzer problemleri, hastalıkları yaşayan insanlar problemlerini paylaşmak, çözmek ve iyileşmek amacıyla bir araya gelmektedir. Tecrübe ve bilgi alışverişi, birbirlerine duygusal ve sosyal destek sağlama, vb. konularda bireyler birbirlerine yardım sağlamaktadır.

Modernden post-moderne doğru geçildiği düşünülen günümüzde, sağlık ve hastalık kavramlarına yüklenen anlamlar da değişmektedir. Her toplum kendi sağlık ve tıp anlayışını hastalık kavramından ziyade sağlık kavramı üzerinde yoğunlaştırmaktadır. Tıp içerikli pek çok reklam hastalanınca nasıl çare aranacağından çok hastalanmamak için neler yapılması gerektiğine yönelik ürünlerin reklamı olmaktadır. Gerek zayıflama gerek sağlık amaçlı önerilen spor ve spor ürünlerine ilişkin reklamların sayısı gün geçtikçe artmaktadır.¹⁰⁶

Modern tıbbaya yönelik eleştirilerinden biri de, insanların ilaç kullanma eğilimini artırmış olmasıdır. Amerika’da kişi başına yılda 225 tablet aspirin kullanılırken, İngiltere’de insanlar on gecede bir uyku ilacı almakta ve bir yıl içinde kadınların % 19’u, erkeklerin % 9’u reçeteye alınmış sakinleştirici kullanmaktadır.¹⁰⁷

Modernistler ağrı çekilmemesi, ağrının bedenden atılması gerektiğini düşünüp, bunun için ağrı kesiciler kullanırken, post-modernistler modern tıbbaya alternatif olarak sunulan, ilaçsız tedavi yöntemlerini benimsemektedirler. Ağrı kesici kullanmadan, ağrıya odaklanarak kendi kendine kesme yöntemi bu yöntemlerden biridir. İlaçların sağlığa yarardan ziyade zarar verdiği, ilaç firmalarının para kazanma amacı ile piyasada insan sağlığına zararlı ilaçlar sattığı, modern hayat tarzları yaratmak için bağımlılık yapıcı ilaçlar kullanıldığı vb. pek çok konu nedeniyle ilaç kullanmayı reddetmektedirler.¹⁰⁸

Antibiyotiklerin yaygın kullanımı bazı hastalık yapıcı etkenlerin direnç kazanmasına neden olabilmektedir. Hastanelerde direnç kazanmış hastalık yapıcı

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Antalya, 2000, s. 28, Akt. Nurşen Özçelik Adak, **a.g.e.**, s. 101.

¹⁰⁵ **A.g.e.**, s. 102.

¹⁰⁶ Zafer Cirhinlioğlu, “Post-modern Çözülüş ve Sağlık”, **Sosyal Bilimler Dergisi**, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Cilt. 5, Sayı. 1, Haziran, 2003, s. 141-143.

¹⁰⁷ Ivan Illich, **a.g.e.**, s. 54.

¹⁰⁸ Zafer Cirhinlioğlu, **a.g.m.**, s. 141-143.

etkenlerden dolayı hastane enfeksiyonları ve buna bağlı ölümler sık sık görülebilmektedir.

Post-modernizm her ne kadar modern tıbbı karşı bir takım eleştirel bakış açıları benimsemiş olsa da hastanelerde tıbbi tedaviye olan ihtiyaç hiçbir şekilde ortadan kalkmış değildir.¹⁰⁹ Günümüzde yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların daha fazla görülmesi hastanelere duyulan ihtiyacın giderek artmasına yol açmaktadır.

¹⁰⁹ A.g.m., s. 143.

4. SAĞLIK-HASTALIK OLGUSUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Biyolojik bir varlık olarak dünyaya gelen birey, toplumsallaşma süreci içerisinde psikolojik, çevresel, sosyal ve kültürel faktörlerin etkisi altında kalmakta, sağlık-hastalık olgusu da bu faktörlerden etkilenmektedir. Bu etkilenme düzeyi toplumdan topluma farklı olmakla birlikte, bireyden bireye de değişebilmektedir. Biyolojik olanın nerede bittiği, psikolojik olanın ya da sosyal olanın nerede başladığının sınırları belli olmamakla birlikte, bu faktörlerin tümü birden kişilerin sağlık durumunu etkilemektedir. İçinde bulunulan toplumsal yapı ile birlikte bu alanların tanımlanmaya çalışılması sağlık ve hastalık olgularının anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

4.1. Biyolojik Faktörler

Biyolojik yaklaşım geçmişten bu yana sağlık bilimlerinin en önemli konusu olmuş, hastalık ve vücut fonksiyonlarıyla ilgili biyolojik teoriler hekimlerin eğitiminin önemli bir bölümünü oluşturmuştur.¹¹⁰ Biyolojik yaklaşım, insan davranışlarını bedenin, özellikle de beyin ve sinir sisteminin içinde oluşan elektriksel ve kimyasal olaylarla ilişkilendirme çabasıdır.¹¹¹

İnsan gelişiminin ve davranışının en temel belirleyicisi, onun kalıtsal yapısıdır. Bu kalıtsal yapının bütün insanlığa özgü yanları olduğu gibi bireyden bireye, kuşaktan kuşağa, ırktan ırka değişen yanları da vardır.¹¹²

Hoebel'e göre ırk kavramı, belli genetik birleşimlerinin sonucunda, ortak bedensel yapı özelliklerine sahip olanların oluşturduğu büyük grupları ifade eder.¹¹³ İnsanları biyolojik bakımdan ırklara ayırmak ve yalın sınıflamalar yapmak kolay olmamakla ¹¹⁴ birlikte, tıbbi literatürde beyaz, sarı ve esmer tenli olan kişilerin bazı hastalıklara daha yatkın oldukları belirtilmektedir. Amerikan Kızılderilileri, Japonlar, Koreliler ve Taiwanlılar'ın diğer ırklara göre alkole karşı doğuştan daha dayanıksız oldukları bildirilmektedir.¹¹⁵ Bir sinir sistemi hastalığı olan Multiply Skleroz özellikle beyaz tenli kişilerde esmer olanlara oranla daha fazla görülebilmektedir.

¹¹⁰ David Mechanic, **a.g.e.**, s. 54.

¹¹¹ Rita L. Atkinson ve Diğerleri; **Psikolojiye Giriş**, Çev: Yavuz Alogan, Arkadaş Yay., Ankara, 2002, s. 11.

¹¹² Orhan Öztürk, **a.g.e.**, s. 17.

¹¹³ Bozkurt Güvenç, **İnsan ve Kültür**, Remzi Kitabevi, s. 43.

¹¹⁴ Anthony Giddens, **Sosyoloji**, Ayraç Yay., Ankara, 2000, s. 226.

¹¹⁵ Orhan Öztürk, **a.g.e.**, 396.

İnsan belirli bir gelişim çizgisine bağlı olarak gelişmekte, genetik yapı belli sınırlar içinde değişmezlik göstermektedir, fakat değişmezliği de sınırsız değildir. Yürüme, konuşma, gülme gibi işlevler sağlıklı bir bireyde öğrenmeden bağımsız olarak kendiliğinden gelişirler. Ancak bu tür gelişimsel davranışların biçimlenmeleri için uygun çevresel ortamın bulunması zorunludur. Bir davranış her ne kadar evrimsel olarak belirlenmişse de fiziksel ve psikososyal yaşam koşulları bu belirlenmişliği çok fazla etkileyebilmektedir.¹¹⁶ Günümüzde Şizofreni, kalp hastalıkları, Şeker Hastalığı gibi pek çok hastalığın kalıtım yolu ile aktarıldığı kabul edilmektedir. Ancak kişilerde belirli bir hastalığa yatkınlık bulunmasına rağmen yaşam boyu ortaya çıkmayabilmektedir. Hastalığa yatkınlığın yanı sıra kişilerde sigara-alkol kullanma, strese maruz kalma, dengesiz beslenme gibi hastalığı ortaya çıkarabilen risk faktörlerinin varlığı önemlidir. Örneğin, Şeker Hastalığı'nın ortaya çıkmasında şişmanlık ve stresin önemli ölçüde etkili olduğu belirtilmektedir.

Her organizmanın yaşamını sürdürebilmesi ve bir denge içinde kalabilmesi için karşılanması gereken gereksinimleri vardır. Açlık, susuzluk, cinsellik gibi biyolojik dürtüler doyurulmadan ruhsal bir gelişim ve toplumsal bir uyum ya da denge söz konusu olamaz. Ruhsal, toplumsal uyumunu yapamayan bir birey biyolojik gereksinimlerini karşılayamaz duruma gelebilir. İnsanda dengenin sağlanması yönünde koruyucu ve yaşamı sürdürücü bir takım karmaşık dizgeler vardır. Bunlar biyolojik, ruhsal ve toplumsal yönlerden ele alınabilir, fakat hepsi de birbiri ile bağlantılıdır. Biyolojik dizge daha çok organizmanın kalıtsal yapısı ile kurulmuş olan bir düzenektir. Bedene hastalık yapıcı bir mikrop girdiğinde kan hücrelerinde ve beden kimyasında hızlı değişimler ve organizmayı korumaya yönelik hazırlıklar başlar. Kanda akyuvarların çoğalmaya başlaması biyolojik bir savunmadır.¹¹⁷

İnsanda biyolojik düzenekler zamanla toplumsal ve çevresel etkenlerle değişebilir. Örneğin, son derece yüksek bir bölge olan Titicaca Gölü bölgesinde yaşayan Aymara Kızılderililerinin, ortamdaki oksijen düşüklüğünden dolayı büyük bir göğse sahip oldukları, çok derin solunum yaptıkları ve kanlarının hemoglobin

¹¹⁶ A.g.e 17,18.

¹¹⁷ A.g.e., s. 49-50.

bakımından zengin olduğu saptanmıştır. Biyolojik sistem dış koşullara fonksiyonel bir şekilde adapte olmaktadır.¹¹⁸

Strese neden olan herhangi bir durumda, insan bedeni kendini dengede tutmaya, korumaya ve enerji gereksinimini karşılamaya yönelik uyum reaksiyonları başlatmaktadır. Fizyolojik ve kimyasal değişiklikler meydana gelmekte, beden savaşılmaya ya da kaçmaya hazırlanmaktadır. Toplumsal baskılar, göçler, ekonomik kayıplar gibi sosyal faktörler de zaman zaman stres nedeni olabilirken, strese dayanma gücü ve gösterilen tepkiler kişinin içinde bulunduğu sosyo-kültürel faktörlerden etkilenmektedir.

Yaş ile sağlık-hastalık olgusu arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Pek çok hastalığın bedene etkisi, süresi ve tedavisi yaşa göre farklılık gösterir. Bazı hastalıklar biyolojik yapı ile ilgili olarak belirli bir yaş döneminde görülebilir. Yaşlanmayla birlikte bedende yapısal ve fonksiyonel bir takım yetersizliklerin ortaya çıkmasıyla yaşlılarda kronik hastalıklar daha fazla görülmektedir.

Genç insanlar enfeksiyon hastalıkları ve kazalar nedeniyle sağlık kuruluşlarını kullanırken; 18-45 yaş grubu doğum, kazalar, stres, psikiyatrik problemler nedeniyle; yaşlı insanlar ise koroner arter hastalıkları, felç, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar nedeniyle kullanılmaktadırlar.¹¹⁹ Her yaş grubunun özel bakım gereksinimleri vardır. Bir ülkenin genç nüfus ya da yaşlı nüfus olması, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve öncelikli bakım hedeflerinin belirlenmesinde önemli bir kriterdir.

Sağlık-hastalık olgusuyla ilgili olarak cinsiyet yönünden kadın ve erkek arasında farklılıklar gözlenmektedir. Cinsiyet(sex) genetik, fizyolojik ve biyolojik yönden kadınsı ve erkeksi doğal özellikleri ifade ederken, toplumsal cinsiyet (gender) sosyal yönden belirlenen rol ve sorumlulukları ifade eder.¹²⁰

Tüm toplumlarda, düşük ve ölü doğum oranları erkek fetüslerde daha yüksektir ve ölüm riski kız bebeklere oranla erkek bebeklerde ilk 6 ayda belirgin şekilde devam eder. Bu farklılığın kromozom yapısındaki değişikliklerden ve erkeklerin akciğerlerinin testosteronun etkisiyle daha geç olgunlaşmasından kaynaklandığı

¹¹⁸ David Mechanic, **a.g.e.**, s. 54.

¹¹⁹ Joseph T. Young, **a.g.m.**, s. 17.

¹²⁰ Ayşe Akın ve Simge Demirel, "Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri", **Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 25(4), 2003 Özel Eki, s. 73.

düşünülmektedir. Erişkin dönemde ise yine kadınlar menopoza dönemine kadar biyolojik bir avantaja sahiptir. Çünkü cinsiyet hormonları onları iskemik kalp hastalıklarından korumaktadır.¹²¹

Nathanson, “Kadınlar hastalanır, erkekler ölür” demek, erkeklerin kadınlara oranla daha kısa ortalama yaşam süresine sahip olduklarını belirtmektedir. Kadınlar daha sık sağlık problemleri yaşamakta, fakat görece hafif, kısa süreli hastalıklara maruz kalmaktadırlar. Halbuki erkekler daha az hastalanmakta, fakat daha ciddi, uzun süreli, yüksek oranda ölümle sonuçlanan hastalıklara maruz kalmaktadırlar.¹²²

Batı ülkelerinin çoğunda kadınlar erkeklere oranla ortalama 5-7 yıl daha fazla yaşarlar. Bu durum büyük ölçüde kadınların biyolojik avantajlarının bir sonucu ve erkeklerin sigara-alkol kullanma, tehlikeli sporlar, hızlı araba kullanma ve şiddet gibi riskli davranışları ile iş kazalarına bağlı ölümlerin daha yüksek olmasındandır. Batı ülkelerinde erkek ve kadınların yaşam tarzları birbirine yaklaşmakta; kadınların işgücüne katılması, sigara kullanım oranında erkeklere yaklaşması ölümlerde cinsiyete ilişkin farkın azalmasına neden olmaktadır.¹²³ Örneğin Bangladeş, Pakistan, Hindistan gibi bazı gelişmekte olan ülkelerde doğuştan yaşam beklentileri yönünden cinsiyetler arasında farklılık yok ya da çok azdır. Bu ülkelerde kadının sosyal statüsü çok düşüktür ve kadınların kötü beslenmesi, daha az sağlık bakımı görmesi ve sık doğum yapması daha olasıdır.¹²⁴

Kadınlar sağlık hizmetlerini erkeklere oranla daha fazla kullanmaktadırlar. Kullanım yaşla birlikte değişmektedir. Erkekler, çocukluklarında sağlık hizmetlerini daha fazla kullanırken, 18-45 yaş arası daha az kullanmakta, 45 yaşından sonra kullanım yine artmaktadır. Kadınlar çocukluklarında sağlık hizmetlerini oldukça az kullanırken, doğurganlık çağında daha fazla kullanmakta, 35-50 yaş arasında kısa bir düşüş yaşandıktan sonra kullanım 50 yaş üstü yine artmaktadır. Kadınlarda artrit, hipertansiyon, barsak ve safra kesesi problemleri, diyabet, üriner problemler ve migren daha fazla görülmektedir. Erkeklerde ise gut, amfizem, beden parçalarında

¹²¹ A.g.m., s. 74.

¹²² Cecile V. Wijk ve Annemarie M. Kolk; “Sex Difference in Physical Symptoms: The Contribution of Symptom Perception Theory”, **Social Science and Medicine**, vol. 45, No. 2, 1997, s.231.

¹²³ Jane Pilcher, a.g.e., s. 8.

¹²⁴ Lesley Doyal, **What Makes Women Sick: Gender and the Political Economy of Health**, London, MacMillan, 1995, Akt. Jane Pilcher, a.g.e., s. 8-9.

kayıp, AIDS ve koroner arter hastalıkları daha fazla görülmektedir. Burada cinsiyet, yaş ve hastalık arasında kompleks bir etkileşim olduğu öne sürülmektedir.¹²⁵

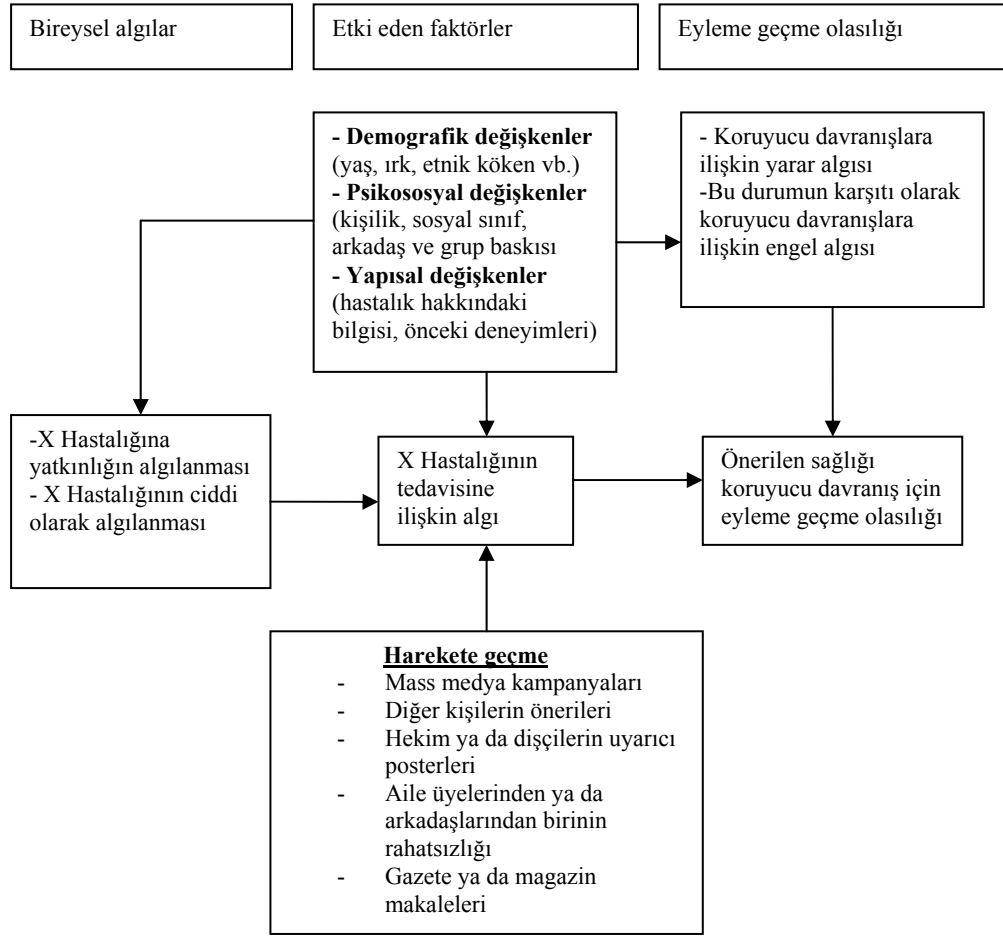
4.2. Psikolojik Faktörler

Her insanın diğer insanlardan farklı bir psikolojik yapısı, duygu ve düşünce dünyası vardır. Birbirlerinden farklı dürtüleri, eğilimleri, arzuları, algı ve beklentileri doğrultusunda tutum ve davranışları da farklılaşır. İnsanlar doğuştan farklı bir psikolojik yapıya sahip olmalarının yanı sıra bu yapı hayat boyu yaşanan olaylar ve çevrelerinde bulunan kişilerin de etkisiyle farklılaşmaya devam eder. Bu psikolojik yapı olumlu yaşantılar, olumlu bir çevre, olumlu anne-baba tutumları gibi psikolojik etkenlerin varlığında olumlu gelişme gösterirken; hastalık, taciz, şiddet gibi kötü yaşam olayları, anne ya da babanın ayrı olması, boşanması veya ölümü gibi psikolojik etmenlerin varlığında bozuk bir gelişme gösterebilmektedir. İnsanın psikolojik donanımı ile içinde yer aldığı fiziksel, sosyal ve psikolojik şartlar arasında karşılıklı bir etkileşim vardır. Farklı psikolojik donanıma sahip kişilerin bu şartlardan etkilenme ve onları etkileme dereceleri de farklı olmaktadır.

Biliş, bir nesnenin nesnel özelliklerine bağlı olarak değil, onun öznel olarak algılanışına bağlıdır. Bilişsel özellikler bireyin geçmiş yaşantıları, fizyolojik yapısı, yetiştiği ortam, ihtiyaç ve arzuları üzerine temellenen gerçeğe dair zihinsel bir inşadır.¹²⁶ Kişiler içten veya dıştan gelen uyarılara bilişsel dünyalarında yer alan algıları, gereksinim ve beklentileri doğrultusunda çeşitli anlamlar yükler.

¹²⁵ Joseph T. Young, **a.g.m.**, s. 18.

¹²⁶ Sibel A. Arkonaç, **Sosyal Psikoloji**, Alfa Yay., İstanbul, 1998, s. 90.



Şekil 2.6. Sağlık İnanç Modeli¹²⁷

Hastalık ve hastalığın tedavisine ilişkin algılar bireyden bireye değişir. Bireyin bir hastalığa yatkınlığa ilişkin beklenti içinde olması sağlık davranışlarını etkileyebilir.¹²⁸ Örneğin, bireyin anne-baba ve akrabalarında kuşaktan kuşağa süre giden bir hastalık varsa, birey bu hastalığın kendisinde de görülebileceği algısına sahip olabilir. Yine sigara kullanan bir kişi sağlık çalışanları, mass medya gibi kaynaklardan edindiği bilgiler doğrultusunda kendini akciğer kanseri yönünden riskli grup içinde algılayabilir. Bu algılar doğrultusunda koruyucu sağlık davranışlarına yönelebilir.

Aile üyelerinden birinin kaybedilmesi durumunda da bireyler kendilerinin de hasta olduğu ya da olacağı kaygısını taşıyabilirler; herhangi bir hastalık belirtisi

¹²⁷ Marshall H. Becker M.H. ve Lois A. Maiman, "Socio-behavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations", **Medical Care**, 13(1), 1975, s. 12, Akt. Patricia Potter ve Anne Perry, **a.g.e.**, s. 41.

¹²⁸ Patricia Potter ve Anne Perry, **a.g.e.**, s. 41.

deneyimlediklerinde, hastalığı yaşamı için bir tehdit olarak algılayabilir ve sağlık kuruluşlarına başvurabilirler. Bu algılar bireylerin biyolojik, psikolojik ve toplumsal özelliklerine göre değişiklik gösterebilir.

İnsanlar hastalığın ciddiyetini algılamış ve bireysel koruyucu önlemleri biliyor olsa da bazen gereken önlemleri almayabilmektedir. Örneğin, AIDS hastalığında virüsün bulaşması büyük oranda bireyin içinde yer aldığı toplumsal çevre, bireyin yaşam tarzı ve tercihleriyle ilişkilidir. Bazı bireyler korunmaksızın cinsel ilişkiye girerek hastalık riskini göze alabilmektedirler.

Bireyler yararına inanıyorlarsa sağlığı koruyucu davranışlara başlama olasılığı yüksektir. Sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar; bazı hastalıklar için koruyucu önlem alma (kondom kullanma, aşılanma gibi), yaşam tarzında değişiklikler yapma (egzersiz, sağlıklı beslenme, zararlı alışkanlıkları bırakma gibi), düzenli tıbbi kontrollere gitme, tıbbi tedaviyi araştırma konularını kapsar.

Hastalık süresince hastalarda bazı psikolojik etkiler gözlenebilir. Hastalık esnasında korku, kızgınlık, umutsuzluk, depresyon, kontrol kaybı gibi bir takım duygusal değişimler yaşanabilir. Hastalığa karşı gösterilen bu tepkiler hastalığın süresi, tipi, tedavi durumuna göre değişiklik gösterebildiği gibi kişilik yapısı, önceki yaşam deneyimleri ve baş etme yeteneğine bağlı olarak değişebilir.

Drugss, kronik hastalığı olan kişilerde altı genel sorun belirlemiştir.¹²⁹

- Bazı kişiler hastalıkların gerek gizli gerekse açık günahları için ilahi bir ceza olduğunu ve cezalandırmanın kendilerini sevmediğini düşünebilirler. Bu nedenle bazı hastalar hastalıklarını hak etmiş olduklarını düşünerek hastalıkla savaştıkları veya tedaviye yardımcı olmaz. Ayrıca aşırı suçluluk duyguları yaşayabilirler.
- Kişiler hastalanmayı rahatsızlık verici olmanın yanı sıra aşağılayıcı ve alçaltıcı bulabilirler. Hastalık işlevlerin sınırlandırılması, tedaviye muhtaç olma gibi nedenlerle kişiyi bağımlı bir duruma getirebilir. Statü ve kontrol kaybı çaresizlik duygularına katkıda bulunur.
- Bedenlerinin hatasız olmasını isteyen mükemmeliyetçi kişiler herhangi bir hastalık ve hatta yaşlanma sürecine bile katlanamazlar. Sürekli olarak “Neden

¹²⁹ Richard G. Druss, **Hastalığın Psikolojisi**, Compos Mentis Yay., Ankara, 1997, s. 3-16.

ben?” diye sorar ve hekime hastalığı belirlediği için, cerraha onu yarım bir insan olarak bıraktığı için vb. nedenlerle herkese öfkelenirler.

- Kişi için önemli olan bir organın kaybı durumunda değişen derecelerde krizler yaşanabilir. İçe kapanma, içinde bulunulan durumun inkar edilmesi, eksikliği telafi çabaları gibi başa çıkma yolları kullanılabilir.
- İlerleyici olan ve zaman içinde yıkıma neden olan hastalıklar özel sorunlara neden olabilir. Hastalığa göre günlük hayatı düzenleme çabaları, pek çok ayrıntıyı sürekli göz önünde bulundurma zorunluluğu zamanla kişinin aklını sürekli meşgul ederek, kişinin yaşamında merkezi bir noktayı oluşturur.
- Hastalık sürecinde iyiden kötüye bir değişim olduğunda ve bir kayıp ortaya çıktığında katlanılması zorlaşır. Doğuştan sağır olan bir kişinin 40 yaşında % 20’lik işitme duyusuna kavuşması kişiyi yaşam boyu minnettar bırakırken, normal işiten bir kişinin 40 yaşında % 80’lik işitme kaybı yaşaması ve aynı noktaya varması önemli bir kriz yaşamasına neden olabilir. Ağır doğumsal çarpıklıkları olan kişiler cerrahi girişimlere daha iyi katlanabilirler, başarı oranı düşük ve riskli ameliyatları bile göze alabilirler.

İnsanın psikolojik yapısı fiziksel ve ruhsal bir takım hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilirken, diğer yandan hastalıkların iyileşme sürecinde önemli bir rol oynayabilir. Bireyin dayanma gücü ve baş edebilme yetileri yeterli düzeyde ise hastalıkların üstesinden daha kolay gelebilir; bu yetiler yetersiz düzeyde olursa birey hastalığına uyum sağlayamaz ve durumu daha kötüye gidebilir.

4.3. Çevresel Faktörler

Organizmanın dışında bulunan ve onu etkileyen her şey çevresinin bir ögesidir. Bunlar ister fiziksel ve kimyasal, ister diğer canlılar olsun insan yaşamı ile çevre arasında yakın bir ilişki ve devamlı bir etkileşim vardır. İnsanoğlu var olduğu çağlardan beri çevrenin kendisini rahatsız eden etkilerini kontrol altına almaya çalışmıştır. İklimin etkilerinden korunmak için barınaklar kurmuş, giyinmiş, doğa koşullarına uygun şekilde beslenme yolları öğrenmiştir. Değişik çevrelerde yaşayan insanlar, yaşam biçimlerini doğa koşullarına uygun olarak düzenleyerek çevreye

uyum sağlamaya çalışmışlardır. Çevre insanı etkilerken, insan da çevreyi etkilemektedir.¹³⁰

Çevrede sağlığı doğrudan ya da dolaylı etkileyen etkenler bulunmaktadır. Aynı zamanda çevre yaşamı sürdürme ve sağlama sistemidir. Bu sistemin en temel öğeleri su, yiyecek ve barınaktır. Çevre sağlığı ile ilgili olarak çevrenin dört etkisi üzerinde durulmaktadır,¹³¹

1. Hastalıklar için zemin hazırlayabilir,
2. Doğrudan hastalık nedeni olabilir,
3. Bazı hastalıkların gidişini ve sonucu etkileyebilir,
4. Bazı hastalıkların da yayılmasını kolaylaştırabilir. Bütün çevre olumsuzlukları her dört etkiye de neden olabilir. Hava, su, toprak kirlenmesi doğrudan hastalık nedeni olabildiği gibi, bir kısım hastalıkların yayılımını kolaylaştırabilir ya da bir kısım hastalığın gidişini etkileyebilir.

Sıcaklık, soğuk, ışın, içme ve kullanma suyu, atıklar, konut sağlığı, iklim koşulları, hava ve su kirliliği, yiyeceklerimiz, kamuya açık yerler, sağlığa az ya da çok zarar verebilme olasılığı olan kuruluşlar, mezarlıklar insan sağlığı ile ilişkili başlıca fiziksel çevre öğeleridir. Çevrede bulunan ve sağlığı tehdit eden kimyasal öğelere zehirler, kanser oluşuna neden olan bazı etkenler örnek olarak verilebilir. Fizik çevreyi oluşturan inorganik ve organik maddeler, canlılar için enerji kaynağı olduğu gibi onların işlevlerini de etkilemektedir. Bazı maddeler vardır ki (Vitaminler, esansiyel aminoasitler veya yağ asitleri, mineraller gibi.) insanın sağlıklı olabilmesi ve yaşamsal olayların yürütülebilmesi için dışarıdan alınmaları gerekir. İnsanlar bunu vücudundaki temel yapı taşlarından sentez edemez.¹³² Bu maddeler fazla miktarda alındığında da sağlık için risk oluşturabilir.

Biyolojik çevreyi oluşturan üretici, tüketici ve ayrıştırıcılar da ekosistemlerin devamlılığı için çok önemli öğelerdir. Bir ekosistemde ışık enerjisini fotosentez yoluyla sürekli kimyasal enerjiye çeviren yeşil bitkiler olmasa, böyle bir sistem uzun süre bağımsız olarak varlığını sürdüremezdi.¹³³ Aynı zamanda bu çevreyi oluşturan mikroorganizmalar, asalaklar ve mantarlar canlılarda çeşitli hastalıklara neden

¹³⁰ İnci Erefe ve Diğerleri, **a.g.e.**, s. 36.

¹³¹ Çağatay Güler ve Doğan Benli, "Çevre Sağlığı", Edit. Münevver Bertan ve Çağatay Güler, **Halk Sağlığı**, Güneş Kitabevi, Ankara, 1997, s. 230, 231.

¹³² **A.g.e.**, s. 230, 231.

¹³³ Rahmi Dirican ve Nazan Bilgel, **a.g.e.**, s. 106.

olabilir.

İnsanoğlu var oluşundan bu yana doğa ile etkileşim içinde bulunmuş, toplumların sosyal ve ekonomik gelişimi büyük ölçüde doğal kaynakların kullanılmasına bağlı olarak gelişmiştir. Bununla birlikte doğanın kendini yenileme süreci bozulmaya başlamış, doğanın tepkisi, yeryüzünde insan ve toplum sağlığını da olumsuz yönde etkileyen süreçlerin hızlanması şeklinde olmuştur. Doğal kaynakların özellikle fosil yakıtların yaygın ve yoğun bir şekilde kullanımı, üretim ve tüketim süreçlerinde insan hayatını kolaylaştırıcı bir etki yapmakla birlikte, doğal ve toplumsal çevreyi etkileyerek, sonuçları öngörülemez sorunların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Dolayısıyla doğal kaynakların kullanımı modern yaşamın vazgeçilmez bir unsuru ve yarattığı etkiler bakımından hem ekonomik boyutu hem de toplumsal boyutu olan bir olgu durumuna gelmiştir.¹³⁴

Tüm dünyayı tehdit eden çevre sorunlarının en önemlisi küresel ısınmadır. Küresel ısınma iklim değişikliklerine yol açmakta, dünyanın iklim, atmosfer ve toprak yapısı telafi edilemeyecek şekilde olumsuz olarak değişmektedir. Küresel ısınmanın iki temel nedeni ozon tabakasındaki incelme ve atmosfere salınan hidro karbon emisyonlarıdır. Enerji üretimi, endüstri ve otomobiller fosil yakıtların başlıca kullanım alanlarıdır ve karbon emisyonlarının başlıca üreticileridir. Ancak fosil yakıtların kullanımındaki vazgeçilmezlik nedeniyle, özellikle sanayileşmiş ülkelerin çevresel önlemler almaya yanaşmadıkları görülmektedir. Nitekim sera gazlarının % 25'ini üreten Amerika sera etkisi yaratan gazların üretimine sınırlama getiren Kyoto Protokolüne uymayacağını açıklamıştır.¹³⁵

Baş döndürücü bir hızla artan sanayi ve teknolojiye gelişmelerin meydana getirdiği çevre kirliliği, nüfusun hızla artması ve buna bağlı olarak bitmez gibi görünen doğal kaynakların hızla tükenmesi çevre konusunu dünya gündeminin ilk sıralarına yerleştirmiştir. Çevre kirliliğinin sınır tanımaz özellikte oluşu da onu küresel bir sorun haline getirmiştir. Dünyadaki mevcut kirliliğin % 50'sinin son 35 yılda meydana geldiği düşünülürse olayın ciddiyeti daha iyi anlaşılmakta ve bütün

¹³⁴ Muammer Tuna, "Çevre ve Toplum", **Sosyolojiye Giriş**, Edit. İhsan Sezal, Martı Yay., Ankara, 2003, s. 365.

¹³⁵ **A.g.e.**, s. 387-388.

dünya ülkelerinin çevre sorunlarına karşı el birliği ile mücadele etme zarureti ortaya çıkarmaktadır.¹³⁶

İlk kez sağlıklı bir çevrede yaşama hakkının yer aldığı, 1972’de Stockholm’de düzenlenen Birleşmiş Milletler Çevre Konferansı’nın¹³⁷ düzenlenmesiyle başlayan bu süreç çevreyle ilgili uluslararası kongreler ve sözleşmelerin yanı sıra sivil toplum örgütlerinin de faaliyetleriyle günümüze kadar sürdürülmüştür. Tüm çabalara rağmen çevre kirliliği için alınan önlemler yetersiz kalmakta ve her geçen gün daha da artan kirlilik ve doğal tahribat tüm canlıların yaşamı için önemli bir tehdit oluşturmaktadır.

4.4. Yerleşim Yeri Koşulları

Kişilerin gelişmiş, gelişmekte olan, gelişmemiş ülkelerden hangisinde, ülkenin hangi bölgesinde, kırdan mı-kentte mi, kentte yaşıyorsa hangi mahallesinde yaşadığını bilmek o kişilerin sağlık durumları hakkında bize genel bir bilgi verebilir. Çocuk ölüm oranları, hastalık türleri, yaşam beklentisi, doğum ve ölüm oranları gibi sağlık göstergelerindeki farklılıklar sadece yaşanılan yerin mekansal özelliklerine bağlanamaz. Ancak bu göstergeler büyük oranda belli bir yerde yaşayan topluluğun karakteristiklerine bağlı olarak değişim gösterebilmektedir. Bu kısımda yerleşim yerinin özellikle ekonomik, sosyal, kültürel açılarından farklılaştığı kırsal ve kentsel kesimde yaşama ve sağlık arasındaki ilişkiler değerlendirilecektir.

Türkiye’de kırsal kesim-kentsel kesim ayrımı, ekonomik faaliyetlerin niteliği, işbölümü, dayanışma biçimleri, sosyal tabakalaşma, sosyal hareketlilik, insan ilişkilerinin niteliği, aile yapısı ve işleyişi, sağlık-hastalık anlayışları, dünya görüşü ve en genel anlamda temel toplumsal kurumların işleyişi bakımından iki değişik yaşam tarzını ortaya koymaktadır. Tarımsal faaliyetlerin ağırlığını koruduğu kırsal kesimde mekanik iş bölümü ve cemaat ruhunun canlı tuttuğu bir dayanışma ve muhafazakar dünya görüşü bulunmaktadır. Sanayi ve hizmetler sektörünün ağırlık kazandığı kentsel kesimde ise mesleki farklılaşma ve uzmanlaşma, ikincil sosyal

¹³⁶ Faruk Kaya, “Hızlı Kentleşme Sürecinde Çevre Sorunları, Önemli Boyutlara Ulaşan Şehirlere İlginç Bir Örnek: Ağrı”, **Kastamonu Eğitim Dergisi**, Cilt:13, No:1, 2005, s. 193-206

¹³⁷ Coşkun C. Aktan, “Sosyal sorumluluk ve Çevre Ahlakı”, <www.canaktan.org/>, Erişim Tarihi: 2.12.2006

ilişkiler, sosyal örgütlenmeye dayalı dayanışma biçimleri ve yenilikçi dünya görüşleri ön plandadır.¹³⁸

Kırsal ve kentsel kesim arasında, hastalığın varlığını kabullenme ve tedavi için başvurulacak yöntemler farklılık göstermektedir. Hastalık belirtisi olarak fiziksel belirtilere önem verme her iki kesimde de söz konusudur ancak, kentsel kesimde kentsel yaşama özgü değerler ve sağlık hizmetlerine ulaşabilme kolaylığı bireylerin semptomlar belli belirsizken hatta hiç yokken sağlık kontrollerine başvurularında etkili olmaktadır.¹³⁹ Kırsal kesimde, yeterli derecede sağlık kuruluşu ve sağlık insan gücünün olmaması, yakındaki sağlık kuruluşlarına olan mesafenin uzunluğunun yanı sıra gelir ve eğitim düzeyinin düşük olması temel sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz etkilemektedir. Bu faktörlerin yanı sıra dinin başatlığı kırsal kesimde yaşayan bireylerin geleneksel iyileştiricilere başvurmada etkili olmaktadır.¹⁴⁰

Kentsel kesimde eğitim, aile ve ekonomi kurumunun fonksiyonelliğinin etkisi ile insanlar sağlık konusunda daha duyarlıdır. Bu duyarlılığın temel göstergeleri arasında, kentteki insanların kırsal kesimde yaşayanlara göre sağlık-hastalık konusunda daha çok kitap-dergi vb. okumaları, hastalık durumunda hemen sağlık kuruluşlarına gitme eğiliminde olmaları, önerilen tüm ilaçları kullanmaları, sağlık kontrolü için sağlık kuruluşlarına daha sık gitmeleri, sağlıklı beslenmeye daha çok dikkat etmeleri gösterilebilir.¹⁴¹

Kentler istihdam olanaklarının yanı sıra kültür, sanat, spor, sağlık, eğlenme ve dinlenme faaliyetleri için çeşitli olanaklar sunar. Fakat kentte yaşayanların tümü bu olanaklardan eşit şekilde yararlanamamaktadır. Kentler giderek daha zengin olanların ve daha yoksul olanların belirginleştiği ve toplumsal eşitsizliklerin net olarak görüldüğü mekanlar olmakta ve bu durum madde bağımlılığı, suç ve şiddet oranlarında artışa ve bir güvensizlik ortamının oluşmasına zemin hazırlamaktadır.

Kentler kalabalık bir insan topluluğunu bir arada barındırmasına rağmen kişiler arası ilişkiler daha çok formel niteliğe bürünmektedir. İnsanlar yaşamlarını idame ettirebilmek üzere gelir sağlama amacıyla zamanlarının büyük bir kısmını işyerlerinde geçirmektedir. Kentleşme süreciyle birlikte değişen tüketim

¹³⁸ Sezgin Kızılcıkel, 1995a, **a.g.e.**, s. 1.

¹³⁹ Ülgen Oskay, **a.g.m.**, s. 106.

¹⁴⁰ Sezgin Kızılcıkel, 1995a, **a.g.e.**, s. 266, 267.

¹⁴¹ **A.g.e.**, s. 269.

alışkanlıklarıyla birlikte daha fazla para kazanma, daha başarılı olma arzusu giderek bireyin yaşamında tek kaygı kaynağı durumuna gelebilmektedir. Gerek zamansızlık, gerekse güvensizlik ya da bencillik sonucu komşular, akraba ve arkadaşlarla kurulan yakın ilişkiler zayıflamakta ve bireyin aidiyet duygusu yok olmaktadır. Tüm bunların sonucu olarak bireyler daha fazla yalnız kalmaktadır. Yalnızlık duygusu ve toplumdan izole olma depresyona eğilimi artırabilmektedir.

Günümüzde sağlıklı ve güvenli kent yapısının oluşturulması, üzerinde sıklıkla durulan bir konu olmuştur. Artmış taşıt trafiği kentlerde bir yandan gerek gürültü, gerekse egzoz gazlarıyla çevresel kirlenmeye neden olurken, sürekli olarak taşıtlara rahat ulaşım sağlanması yönünde kolaylıklar sağlanması veya güvenliğini tehlikeye sokabilmektedir. İşitme sağlığını etkileyen, uyku bozuklukları, stres, iş yapabilme yeteneğinde bozulmaya yol açabilen; trafik yoğunluğu, işyerleri ve eğlence yerlerinden kaynaklanan gürültü kirliliği tüm toplum bireylerinin katılımını gerektiren önemli bir sorun haline gelmiştir.¹⁴²

Kırsal ve kentsel kesimde, konutlar da farklılaşmaktadır. Kişi yaşamının yaklaşık üçte ikisini konutta ya da onun yakın çevresinde geçirmektedir. Konutun değişik nitelikleriyle ilgili etmenler sağlığı çeşitli şekillerde etkilemektedir. Yeterince güneş ışığı alamayan konutlarda raşitik ve kısa boylu olanlara daha sık rastlanırken, bir konut içinde kalabalık bir nüfusun barınması kimi hastalıkların bulaşma olasılığını artırmakta, bireylerin özel yaşamları sınırlanmakta ve gençlerle yaşlılar arasında sürtüşmeler yaşanmaktadır.¹⁴³ Konut alanlarının niteliği, orada yaşayanların yaşam kalitesini, çevre koşullarını, eğitim ve iş olanaklarını, çocuklarının geleceğini doğrudan etkileyen faktörlerden biridir. Dolayısıyla salt barınak olmanın ötesinde, kısa ve uzun dönemli, çok boyutlu toplumsal etkileri olan mekanlardır.¹⁴⁴

Türkiye’de, kentleşmenin en önemli karakteristiklerinden birisini “gecekondu” oluşturmaktadır. Hazine arazisine veya şahıs arazisine haber vermeksizin, en kısa zamanda, en ucuza yapılan gecekondu da yaşayanlar her an yıkılma ve çıkarılma korkusu içinde yaşamaktadırlar.¹⁴⁵ Yoğun göç alan kentler hızla

¹⁴² Çağatay Güler ve Doğan Benli, **a.g.e.**, s. 252.

¹⁴³ Rahmi Dirican ve Nazan Bilgel, **a.g.e.**, s. 143.

¹⁴⁴ Sevinç Özen Güçlü, **Kentleşme ve Göç Sürecinde Antalya’da Kent Kültürü ve Kentlilik Bilinci**, T.C.Kültür Bakanlığı Yay., Ankara, 2002, s. 66, Akt. Kamil Kaya, **Türk Toplumunun Yaşama Tarzı, Isparta Örneği**, Fakülte Kitabevi, Isparta, 2003, s. 39, 40.

¹⁴⁵ İhsan Sezal, **Şehirleşme**, Ağaç Yay., İstanbul, 1992, s. 57.

büyümekte ve konuta duyulan ihtiyaç artmakta; konut arzının sınırlılığı kira ödentisinin yükselmesine neden olmaktadır.¹⁴⁶ Kırsal kesimden kentsel kesime göç edenler, yüksek kiralari ödeyecek gelire ve işe sahip olmadıkları için gerek kiralari düşük olması gerekse akrabalar ve hemşehrilerinin bulunması nedeniyle gecekondu bölgelerine yerleşmektedirler. Bu yerlerde bulunan ucuz malzemeden yapılmış konutlar; oda sayısı, aydınlatma, havalandırma, hijyen bakımından yetersizdir. Ayrıca bu yerlerde yaşayanlar elektrik, su, kanalizasyon, ulaşım gibi alt yapı hizmetlerinden yeterince yararlanmamaktadırlar. Bu kesimlerde bulaşıcı-paraziter hastalıklar ve beslenme bozuklukları yaygın olarak görülürken; kırsal bölgelerden gelen, dil, kültür farklılığı ve ekonomik yetersizlikler nedeniyle sıkıntı yaşayan kişilerin ruh sağlığı da bozulabilmektedir.

Türkiye nüfusunun kırsal ve kentsel alanlara dağılımında önemli değişimler olmuştur. 1950'lerden itibaren kırsal alanlardan kentsel alanlara özellikle iş, eğitim ve diğer olanaklar daha fazla olduğu büyük kentlere göçler yaşanmıştır. 1950'lerde nüfusun % 75'i kırsal alanda yaşarken 1997 sayımı sonuçlarına göre bu oran % 35'e düşmüş olup nüfusun üçte ikisi kentsel alanlarda yaşamaktadır.¹⁴⁷ Bu durum nüfus yoğunluğuna göre sağlık politikalarının gözden geçirilmesi ve yeniden planlama yapılmasını gerektirmektedir. Örneğin 1000 kişilik bir köye bir sağlık ocağı düşecek şekilde bir planlama yapılmışsa, birçok köy sağlık ocağından mahrum kalacak demektir. Nitekim sağlık hizmetlerinin ülkenin en ücra köşelerine kadar götürülmesini amaçlayan 1961 Sosyalizasyon kanunuyla köylere yapılan sağlık ocaklarının çoğu günümüzde boş kalmıştır. Kalabalıklaşan kentlerde ise hastanelerde yığılmalar gözlenmektedir. Sağlık hizmeti veren kuruluşlar kalabalık kent nüfusunun sağlık ihtiyaçlarını yeterince karşılayamamaktadır.

¹⁴⁶ Ercan Tatlıgil, " Kentleşme ve Göç", **Sosyolojiye Giriş**, Edit. İhsan Sezal, Martı Yay., Ankara, 2003, s. 358.

¹⁴⁷ Sebahat G. Tezcan, "Türkiye'nin Sağlık Düzeyi ve Bazı Sağlık Sorunları", **Yeni Türkiye**, Sayı. 39, Sağlık Özel Sayısı, 2001, s. 66.

4.5. Toplumsal Faktörler

Toplum, insan-doğa ve insan-insan etkileşiminin yol açtığı bir süreçtir. Toplumun onu oluşturan insanların ötesinde ve uzağında bir gerçekliği yoktur; tam tersine insanların kendilerinin oluşturduğu somut bir gerçektir. İnsanların tüm tinsel ve özdeksel yaşamları toplumun etkileşim düzeni içinde veya bu düzenin biçimlediği yapının özgül koşulları içinde belirlenir. Toplumsallaşma süreci içinde insan birey olur ve genelde toplumsal yapının sosyo-ekonomik düzeyiyle, özelde de kendi toplumsal konumuyla göreceli değer ve normlarla bezenmiş bir kişilik kazanır.¹⁴⁸

Doğa-toplum, insan-toplum ve hatta insan-insan ilişki zinciri içinde yer alan ilişkiler tek yönlü değildir. Doğa-toplum ilişkisinde toplum doğadan etkilendiği düzeyde onu etkiler, ondan etkilenip onu etkilediği düzeyde de belirli bir sosyo-ekonomik yapı içinde örgütlenir. Bu yapılanmanın temelinde insan potansiyeli yatmaktadır. İçinde bulunduğu toplumsal yapı içinde bireyselen insan, kendi toplumsal konumu doğrultusunda diğer insanlarla, gruplarla vb. etkileşimi yoluyla da toplumu etkiler, etkilediği ölçüde de etkilenir. Bu dinamizm bu şekilde sürüp gider.¹⁴⁹

Toplum, kurumsal bir sistem olarak değerlendirilebilir. Her bir kurum toplum içinde belli bir fonksiyonu yerine getirir veya toplumda belirli bir gereksinimi karşılar.¹⁵⁰ Sosyal bir kurum olarak sağlık kurumu, toplumun ve üyelerinin sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamak için oluşmuş yol ve biçimler, roller, etkileşimler, inançlar, değerler ve normları içerir. Toplumun sürekliliği sağlıklı bireylerle sağlanır. Sağlık kurumu toplumun eğitim, din, ekonomi, aile, siyasi kurumlarını etkilediği gibi, her toplumun sosyo-kültürel yapısına göre de diğer kurumlardan etkilenmekte ve onlar tarafından biçimlendirilmektedir.¹⁵¹

¹⁴⁸ Ülgen Oskay, **a.g.m.**, s. 90.

¹⁴⁹ **A.g.m.**, s. 91.

¹⁵⁰ **A.g.m.**, s. 92.

¹⁵¹ Sevinç Özen, "Sağlık ve Sosyo-kültürel Yapı Değişkenleri", **Sosyoloji Dergisi**, Ege Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Yay., Sayı. 5, İzmir, 1994, s.133.

4.5.1. Doğrudan Etkileyen Faktörler

Toplumsal faktörler sağlık-hastalık olgusunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkileyebilir. Örneğin, bir toplumda yaşanan ekonomik krize bağlı olarak bireylerin gelir kaybı ve mesleki statülerinde düşme yaşanmakta; bunun sonucunda kişiler beslenme, giyinme, barınma, eğitim ve sağlık giderlerinin karşılayamamaktadır. Tüm bu olumsuz hayat şartları hastalıklara yatkınlığı artırmaktadır. Burada yaşanan ekonomik kriz bireylerin gelirleri üzerinde doğrudan etkili olurken, gelir düşüklüğüne bağlı olarak yaşam şartlarının kötüleşmesi ve hastalıklara zemin hazırlama üzerinde dolaylı bir etkiye sahiptir diyebiliriz.

Bu çalışmamızda, sağlık-hastalık olgusunu doğrudan etkileyen faktörler olarak toplumsal cinsiyet, medeni durum, aile, eğitim, meslek, statü ve sınıf ile yaşama tarzı incelenecektir.

4.5.1.1. Toplumsal Cinsiyet

Cinsiyet rolleri toplumsal olarak yapılanır, bu nedenle zamana ve toplumdan topluma değişiklik gösterir.¹⁵² Bütün toplumlarda doğuştan gelen biyolojik farklılıklar kültürel olarak yorumlanıp değerlendirilir. Böylece hangi davranış ve faaliyetlerin kadınlar ve erkekler için uygun olduğuna, bu iki cinsin hangi haklara, kaynaklara ve güce ne derecede sahip olduğuna ya da olması gerektiğine ilişkin toplumsal beklentiler geliştirilir.¹⁵³ Örneğin, genelde kadınlardan çocukların bakımı ve ev işleriyle uğraşması, erkeklerden ise ekmek parası kazanması beklenir.

Sağlığın cinsiyet rollerine dayalı analizi yapılırken kadın ve erkek arasındaki sosyal ve ekonomik ilişkileri göz önünde bulundurmak ve hem kadın hem de erkeğin sağlığı üzerinde güç ve ekonomik kaynakların dağılımının etkisini tanımlamak gerekir.¹⁵⁴ Kadın ve erkekler arasında ev içi rol ve sorumluluklar, eğitim, meslek ve gelir açısından farklılıklar mevcuttur. “Kamusal alanda çalışma ve politika ‘doğal’ olarak erkek; ev işleri ve aile ile ilgili özel alanlar ‘doğal’ olarak kadın işidir” görüşü birçok toplum tarafından benimsenmiştir.¹⁵⁵

¹⁵² Jane Pilcher, **a.g.e.**, s. 9.

¹⁵³ Yıldız Ecevit, “Toplumsal Cinsiyetle Yoksulluk İlişkisi Nasıl Kurulabilir? Bu İlişki Nasıl Çalışabilir? ”, **C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, 25 (4), 2003 Özel Eki, s. 83.

¹⁵⁴ Jane Pilcher, **a.g.e.**, s. 9.

¹⁵⁵ Ayşe Akın ve Simge Demirel, **a.g.m.**, s. 73, 81.

Kadınların gerektiği zamanlarda anne-baba, eş ve çocuklarına sağlık bakımı ve ev işlerini sağlamada aile üyeleri için ücretsiz bakıcılar olmaları erkeklerden daha olasıdır. Aynı zamanda evde bulunan süreğen hastalığı olan çocuk veya yaşlının bakımını çoğunlukla kadınlar sağlar.¹⁵⁶ Kadınların bakım ve hizmet verme rolleri dolayısıyla ofis işleri, hizmet endüstrisi ve hemşirelik gibi iş alanlarında yoğunlaştıkları görülmektedir.¹⁵⁷

Kadın iş hayatına girmiş, ekmek parası kazanmaya başlamış, ancak geleneksel ev içi rol ve sorumluluklarını da sürdürmeye devam etmiştir. Pek çok kadın eve ait işler ve ücretli işler olmak üzere “çift vardiya” yapmaktadır.¹⁵⁸ Kadınlar için ek rollerin rol zenginliği ve sağlık yararları veya rol çatışması ve stres ile sonuçlanıp sonuçlanmadığına ilişkin tartışmalar vardır. Çoklu rollerin sağlık üzerindeki etkilerinin büyük oranda ödemeli işin doğasına ve kadının materyal şartlarına bağlı olduğu gelişen ortak kanıdır.¹⁵⁹

Aile içinde, eşler arasında eşit olmayan güç ilişkileri gözlenebilir. Eşlerden biri baskın ise diğeri ikinci planda kalmaktadır. Birinin kontrol duygusu azalırken diğerininki bu durumda artmaktadır. Geleneksel olarak gelenekler, örfler ve din evlilikte erkeğe daha fazla güç vermektedir. Hatta çalışan kadının kocası kadar fazla kazanması kabul edilemez. Pek çok evlilikte son kararı verme gücü erkekte bulunmaya, sıradan görevler kadınlara atfedilmeye devam etmektedir.¹⁶⁰

Ev içerisinde otorite figürünün erkek olduğu, karar verme yetkisinin erkeğe ait olduğu bazı ailelerde kadının sağlık hizmetleri kullanımı engellenebilir. Örneğin, kocası kadının tek başına dışarıya çıkmasına, hastaneye gitmesine, erkek doktora muayene olmasına müsaade etmeyebilir. Kadınların, yaşamadığı halde pozitif duygular göstermesi ya da negatif duyguları bastırması beklenebilir. Böylece duyguların inkar edilmesi ya da bastırılması benlik kaybına neden olabilir.¹⁶¹

Erkeklerin toplumsal cinsiyet rolleri ve bu rollerden beklentilerin yüksek olması onların sağlığını da olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Erkeklerden ailenin

¹⁵⁶ Jane Pilcher, **a.g.e.**, s. 11.

¹⁵⁷ Ayşe Akın ve Simge Demirel, **a.g.m.**, s. 73, 81.

¹⁵⁸ Jane Pilcher, **a.g.e.**, s. 11.

¹⁵⁹ **A.g.e.**, s. 11.

¹⁶⁰ Catherine E. Ross, “Marriage and the Sense of Control”, **Journal of Marriage and Family**, 53, 1991, s. 832.

¹⁶¹ Ayşe Akın ve Simge Demirel, **a.g.m.**, s. 81.

geçimini temin etmesi beklenen toplumlarda erkek, fiziksel ve mental sağlığını bozacak ölçüde çok uzun süre çalışabilmektedir. Benzer şekilde “gerçek erkek” konusundaki sosyal beklenti, erkeğin hasta olduğunda kendisini güçsüz hissedip yardım aramasını güçleştirebilmektedir.¹⁶² Erkeklik kimlikleri “dölleyici, geçindirici, koruyucu” özellikleri üzerine kurulur. Bu ölçütlerin önemlilik dereceleri toplumlara göre değişse de, erkeklik bu ölçülere cevap verebildiği sürece devam eder. Erkeklik ve ona bağlı roller çeşitli zorluklar barındırır ve bu zorluklar strese neden olabilir. Erkekler özellikle belirli bir sertliği ve katılığı taşımak zorundadırlar. Bu özelliklerini koruyamadığı düşünülen erkeğin ‘erkekliğinden’ şüphe duyulur ve bu durum ataerkil sistem ve onun toplumdaki konumu açısından yıkıcı etkiler doğurabilir. Erkekliğin sosyal bağlamda anlamlı olabilmesi için duygusal ve fiziksel acılara katlanabilmesi ve ‘şeref’ olgusuyla pekiştirilmesi gerekir.¹⁶³ Erkek ataerkil ağ içinde kendisinden beklenen davranışları gösteremediğinde, gerek hemcinsleri arasında kendini kanıtlamaya çalışmasının getirdiği sıkıntılar, gerek ailesine karşı duyduğu sorumlulukları yerine getirememenin verdiği sıkıntı ve zorluklar yaşayabilir.¹⁶⁴ Hastalık durumunda da erkekler kendilerinden beklenildiği gibi davranarak daha az şikayet etmekte, daha az duygusal tepki vermekte ve fiziksel acılara daha fazla katlanabilmektedirler.

4.5.1.2. Medeni Durum

Evlilik, farklı cinsten olan iki kişinin birlikte yaşamalarını sağlayan ve bu birlikteliği meşru kılan toplumsal bir sözleşmedir. Eş seçimi, evlenme, eş olma ve ailenin devamlılığı içinde bulunulan toplumun sosyal, ekonomik, kültürel ve dinsel öğeleriyle şekillenmektedir, bu nedenle toplumdan topluma değişiklik gösterebilmektedir. Batı toplumlarında evlilik olmaksızın birlikte yaşama olgusu yaygınlık kazanırken, geçmişe oranla boşanma oranlarında da önemli bir artış yaşanmaktadır.

Medeni durum ve sağlık ilişkisi üzerine yapılan araştırmalar, evli olanların olmayanlara göre yaşam başarısı, psikolojik iyilik hali, fiziksel sağlık, yaşam

¹⁶² A.g.m., s. 73.

¹⁶³ David D. Gilmore, **Manhood in the Making: Cultural Concepts of Masculinity**, London, Yale University Press, 1990, s. 223, 224, Akt. Çağdaş Demren, “Erkeklik, Ataerkillik ve İktidar İlişkileri”, <<http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3548.pdf>>, s. 6, Erişim Tarihi: 04.10.2006.

¹⁶⁴ Çağdaş Demren, a.g.m., s. 6.

beklentisi ve mutluluğu kapsayan çeşitli boyutlarda sağlık avantajlarına sahip olduğunu göstermektedir.¹⁶⁵ Evli kadınlar ve erkeklerin kendi sağlıklarını daha iyi değerlendirme eğiliminde oldukları, sağlık hizmetlerini daha az kullandıkları, uzun dönemli hastalık oranlarının düşük olduğu ve daha uzun yaşadıkları bildirilmektedir.¹⁶⁶

Evliliğin avantajları ile ilgili olarak birkaç açıklama yapılmaktadır. Sağlık üzerinde evliliğin sağladığı yararlar, büyük oranda evli olanlara sosyal destek ve ekonomik kaynak sağlamasından kaynaklanmaktadır.¹⁶⁷

Evlilik önemli sosyal ağlardan, duygusal ve araçsal destekten izole olmayı azaltarak sağlık üzerinde etkili olmaktadır.¹⁶⁸ Evli bireyler destek, samimiyet, dostluk, karşılıklı paylaşım ve kaynakların birleşmesinden doğan avantajlar bakımından eşleriyle olan ilişkilerinden yarar sağlamaktadırlar. Evlilik hastalık, kayıplar, yoksulluk gibi kötü yaşam olaylarına karşı “koruyucu” etkiye sahiptir.¹⁶⁹ Görece düzenlilik ve aile çevresinin bakım ve desteği bireyleri korumaktadır. Evlilik, stresli yaşam olayları ve sağlıkla ilgili durumlarda eşlerin başa çıkma yeteneklerini artırmakta, aynı zamanda eşlerde daha sağlıklı davranışlar görülmektedir.¹⁷⁰

Evlilik aynı zamanda ekonomik bir kaynaktır. Evli kişilerin hanehalkı geliri evli olmayanlara göre daha yüksektir.¹⁷¹ Evli kişiler özellikle kadınlar sosyo-ekonomik olanaklara erişebilme yoluyla sağlık avantajlarını evli olmayanlara göre daha fazla elde edebilirler. Özellikle kadın çalışmıyorsa, eşin gelirinin yanı sıra sağlık güvencesinden de yararlanabilmektedir.

Evlilik ve sağlık arasındaki ilişkilerle ilgili olarak “seleksiyon etkisi”nden de söz edilmekte, mutlu ve sağlıklı insanların evlilik için seçilmesinin daha muhtemel olduğu ileri sürülmektedir. Fiziksel ve mental yönden sağlıklı olanların evlilik için daha çekici olması ve evlilik seti içinde kalması daha olasıdır. Bundan dolayı sağlık

¹⁶⁵ Kathleen A. Lamb ve Gary R. Lee, “Union Formation and Depression: Selection and Relationship Effects”, s. 4, <<http://www.bgsu.edu/organizations/cfdr/research/pdf/2001/2001-08.pdf>>, Erişim Tarihi: 20. 10.2006

¹⁶⁶ Kristi Williams ve Debra Umberson, “Marital Status, Marital Transitions and Health: A Gendered Life Course Perspective”, <<http://www.spc.uchicago.edu/prc/pdfs/willia01.pdf>>, s. 4, Erişim Tarihi: 23.10.2006.

¹⁶⁷ Kristi Williams ve Debra Umberson, **a.g.m.** s. 5.

¹⁶⁸ Steve Xinhua Ren, “Marital Status and Quality of Relationships: The Impact on Health Perception”, **Social Science&Medicine**, Vol. 44, No. 2, 1997, s. 241.

¹⁶⁹ Kathleen A. Lamb ve Gary R. Lee, **a.g.m.**, 4, 5.

¹⁷⁰ Steve X. Ren, **a.g.m.**, s. 241

¹⁷¹ Catherine E. Ross, **a.g.m.**, 832.

evliliğin bir nedeni olabilir. Sağlıksız bireylerin sağlıksız partnerlerle evlenme olasılığı daha fazladır.¹⁷²

Evlilikle ilgili sosyal bütünleşme ve sosyal destek düzeyinin yüksek olmasına bağlı sağlık yararları erkekler için daha yüksektir. Evliliğin bitmesiyle bu kaynakların kaybı erkeklerin sağlığıyla ilgili güçlü bir negatif etkiye sahiptir. Evliliğin bitmesiyle beraber sosyal desteğin kaybı kadınların sağlığını çok az etkilemekte veya etkilememektedir. Kadınların evlilik yaşamı dışında sosyal ağlarının geniş olması daha muhtemeldir. Çalışmalar erkeklerin kadınlara oranla evliliğin fiziksel sağlık avantajlarını daha fazla yaşadıklarını göstermektedir. Evli olan ve olmayan erkekler arasındaki ölümle ilgili farklılıklar evli olan ve olmayan kadınlar arasındaki farklılıktan çok daha yüksektir. Bu farklılıkların büyük ölçüde toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanması olasıdır.¹⁷³

Evlilik sosyal ve ekonomik kaynakların artması yoluyla algılanan kontrolü artırabilir. Diğer yandan otonomi, özgürlük ve bağımsızlığı sınırlandırarak algılanan kontrolü azaltabilir. Her ikisi de doğrudur; evlilik artmış kaynaklar yoluyla kontrolü artırabilir fakat azalan otonomi yoluyla azaltabilir. Dahası bu görece etkiler erkekler ve kadınlara göre farklılık gösterebilir. Evlilik sosyal kontrol sağlayan bir kurumdur. Yalnız yaşayan, boşanmış, ya da eşi ölmüş kişilerin evli olanlara göre otonomileri daha fazladır ve evli olanlara göre davranışları üzerinde daha az zorlama vardır. Örneğin, evli erkeklerde evli olmayanlara göre aşırı alkol kullanımı, madde alma, hızlı araba kullanma ve diğer riskli davranışlar daha az görülebilir, çünkü eşlerin böyle davranışlar üzerinde kontrollerinin olması daha muhtemeldir. Bu durum sağlığın korunmasına katkıda bulunur.¹⁷⁴

Evlilik ilişkisinde eşler birbirlerine duygusal destek sağlar ve bu kişiler depresyona daha az yatkındır.¹⁷⁵ Fakat literatürde evli bireylerde, özellikle dışarıda çalışmayan ev kadınlarında depresyon ve anksiyete bozukluklarının yaygın olduğunu

¹⁷² Chris M. Wilson ve Andrew J. Oswald, "How Does Marriage Affect Physical and Psychological Health? A Survey of the Longitudinal Evidence", IZA Discussion Paper No. 1619, May 2005, s. 3, 4, <<http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/economics/research/papers/twerp728.pdf>>, Erişim Tarihi: 25.10.2006

¹⁷³ Kristi Williams ve Debra Umberson, *a.g.m.* s. 10.

¹⁷⁴ Catherine E. Ross, *a.g.m.*, s. 831, 832.

¹⁷⁵ Kathleen A. Lamb ve Gary R. Lee, *a.g.m.*, 7-8.

gösteren çalışmalar da mevcuttur.¹⁷⁶ Yemek pişirme, temizlik, çamaşır, bulaşık, çocukların bakımı, alış-veriş gibi sıradan, sıkıcı ve basmakalıp işlerin ekonomik ya da psikolojik ödülü yoktur, dolayısıyla ev işleri ve çocuk bakımıyla ilgilenen kişinin kontrol duygusu daha düşük olabilir. Evdeki çocuklar özgürlüğü sınırlandırabilir, baskı yükleyebilirler ve ebeveynlerde düzenli, önceden tahmin edilebilir ve kontrollü olma yeteneğini azaltabilir.¹⁷⁷

Evlilik kurumu, toplum içinde evlilik tipini ve ilişkilerini düzenler. Cinsel ilişkilere ilişkin yasaklar ve cinsel yaşamın düzenlemesi yoluyla toplum içinden riskli cinsel davranışlar da engellenmiş olur. Tek eşlilik sağlık açısından yararlar sunarken, çok eşlilik ise eşlerin sağlıklarını olumsuz etkileyebilir.

Akraba evlilikleri doğacak çocukların sağlığı açısından önemli riskler taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından akraba evliliklerinde, konjenital anomali, bebek ve çocuk ölümleri, zihinsel engellilik sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Sosyal, kültürel ve ekonomik nedenlerle yapılan akraba evliliği geleneksel toplumlarda önemini koruyarak kalıtsal hastalık yükünü attırmakta ve olumsuz sağlık sonuçlarının göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde diğer bölgelere göre akraba evliliği sıklığının yüksek olduğu ve çoğunlukla kırsal kesimde ve amca çocukları arasında yapıldığı bildirilmektedir.¹⁷⁸

Olumsuz aile yaşantısı olumlu yararlar getirmesinden öte sağlık için olumsuzluklar da sunabilir. Evlilik ilişkilerinin bozuk olması ve karşılıklı doyum sağlanmaması durumunda evlilik devam etse de sağlığı olumlu yönde etkileyici fonksiyonlarını kaybetmekte, hatta bu durum pek çok hastalığa zemin hazırlayabilmektedir.

4.5.1.3. Aile

Toplumsal yapının temel unsurlarından biri olan aile, insanlığın ilk devirlerden günümüze kadar hemen her toplumda varlığını sürdüren kurumlardan biri olmuştur. Aile, kültürün ve ona ilişkin değerlerin yaşatılması, toplumsal yapının

¹⁷⁶ Murat Özcan, Faruk Uğuz ve Ali S. Çilli; “Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 2006, s. 276-285.

¹⁷⁷ Catherine E. Ross, *a.g.m.*, s. 833.

¹⁷⁸ Miyaser Karahan ve Diğerleri; “Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki Akraba Evliliği Prevalansı ve 5 Yaş Altı Çocuk Ölümüne Etkisi”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (1), 2003, s. 1.

korunması ve sürdürülmesi yönünde önemli işlevlere sahiptir. Aile; toplumsal hayatın devamlılığıyla ilgili cinsel ilişkileri düzenlemek, çocukların doğum ve bakımı, karşılıklı sevgi ve güven gibi duygusal, sosyal ve ekonomik ihtiyaçları karşılamak amacıyla bir araya gelmiş kişilerden oluşan en küçük toplumsal birimdir.¹⁷⁹

Aile toplumsallaşma sürecinin en önemli parçasıdır. Aile bütün unsurları ile dengeli ve istikrarlı ise, bu özelliğini yeni yetişen kuşaklara da verecek ve onları da toplumun duygu, düşünce ve davranışları istikrarlı mensupları yapacaktır. Çünkü, çocuğun diğer insanlarla olan ilişkileri, davranış ve tutumları büyük oranda içinde bulunduğu aile tarafından şekillenir.¹⁸⁰ Ebeveynler çocuklarının bilgi aktarma yoluyla kültürel değer ve kuralların devamını sağlarlar. Çocuklar anne-babalarını model aldığı için aynı değerleri öğrenirler. Böylece de içinde bulundukları kültür ile çatışmayan, uygun davranışlara sahip olurlar. Tüm kültürlerde güvenli çocuk gelişimi ve eğitimi için aynı fikirde olunmasına rağmen, kültürel değer ve kurallar nedeni ile bazı farklılıklar yaşanır. Bu farklılıkların olması doğaldır. Bununla birlikte çocuk gelişimini ve eğitimi olumsuz yönde etkileyebilirler.¹⁸¹

Aile, kişinin sağlığını bozan değişik etmenlerin hazırlayıcısı ya da ortadan kaldıracısı olarak etkide bulunur.¹⁸² Ebeveynlik rolleri, çocuk yetiştirme tarzları ve çocuklarla olan ilişkiler ailenin içinde bulunduğu topluma göre değişiklikler göstermektedir. Ailenin çocuklarına karşı sevgi ve disiplin öğelerine dayanan tutumlarındaki farklılıklar çocuğun ruhsal ve toplumsal gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Aşırı koruyuculuk ya da ilgisizlik, disiplinsizlik ya da aşırı disiplin, anne-baba tutumları arasında tutarsızlık gibi tutumlar çocuğun sağlıklı ruhsal gelişimini engelleyebilmekte ve ruhsal bozukluklara zemin hazırlayabilmektedir.¹⁸³

Bireylerin işlerinden arta kalan boş zamanları değerlendirdikleri, dinlenme ve eğlenmenin gerçekleştiği en önemli yer ailedir.¹⁸⁴ Toplumsal değişimle birlikte aile sisteminde değişiklikler meydana gelmiştir. Günümüz toplumlarında anne-baba ve

¹⁷⁹ Joseph Fichter, **Sosyoloji Nedir?**, Çev. Nilgün Çelebi, Atilla Kitabevi, Ankara, 1996, s. 58, Akt. Kamil Kaya, 2003, **a.g.e.**, s. 38.

¹⁸⁰ İhsan Sezal, 2003, **a.g.e.**, s. 147.

¹⁸¹ Ayşe B. Aksoy, "Farklı Kültürlerde Ebeveynlik", **Kastamonu Eğitim Dergisi**, Cilt:13, No:2, Ekim 2005, s. 333-338

¹⁸² Rahmi Dirican ve Nazan Bilgel, **a.g.e.**, s. 211.

¹⁸³ Orhan Öztürk, **a.g.e.**, s. 422.

¹⁸⁴ Mustafa Aydın, **Kurumlar Sosyolojisi**, Vadi Yay., Ankara, 2000, s. 39.

çocuklardan oluşan çekirdek aile tipi yaygınlaşmış; aile ilişkilerinde, rol ve fonksiyonlarında da değişmeler olmuştur. Aile içerisinde kadının da çalışma hayatına katılması, eşlerin zamanlarının büyük kısmını işyerlerinde geçirmeleri sonucu, aile çocukların toplumsallaşma süreci dışında kalmaya başlamıştır. Çünkü çocuklar zamanlarının büyük kısmını aileden ayrı bakıcı yanında, kreş ve okullarda geçirmeye başlamışlardır. Bu nedenle aile üyelerinin birlikte oldukları zaman dilimlerini verimli geçirmeleri, ortak amaçlar doğrultusunda eğlendirici ve dinlendirici aktiviteler planlamaları çok önemlidir.

Olumsuz aile, kapalı kapılar ardında her türlü olumsuzlukların yaşandığı; aile ortamının korku, nefret ve öfkeye dönüştüğü ve nihayetinde kavga, dayak, şiddet, çocuk istismarı ve enstest ilişkilerin yer aldığı ailedir.¹⁸⁵

Aile içinde şiddet beş boyutta incelenmektedir. Fiziksel şiddet, kaba kuvvetin korkutma, sindirme ve yaptırım amacıyla kullanılmasıdır. Duygusal şiddet, duygusal ihtiyaçların ihmal edilmesinin yanı sıra, arkadaş ve aile bireyleri arasında sürekli aşağılanma ve küçük düşürücü davranışlarda bulunmayı içerir. Sözel şiddet, çeşitli lakaplar takma, küfürlü konuşmalarla alay etmeyi içerir. Ekonomik şiddet, harçlık vermeme, kısıtlı harçlık vermek, çalışmayı reddedip eşin gelirini harcamak şeklinde görülür. Cinsel şiddet, cinselliğin bir tehdit, sindirme ve kontrol etme aracı olarak kullanılmasıdır.¹⁸⁶

Şiddet, bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal yönden ciddi şekilde etkilemektedir. Şiddete maruz kalan kadınlarda fiziksel yaralanmalar, bilinç kaybı, ilaç ve alkol kullanımı, depresyon, kabus görme, güvensizlik, uykusuzluk, intihar girişimleri, sosyal izolasyon, komplike baş ağrıları gibi bozuklukların yüksek oranda görüldüğü ve bu bireylerin benlik saygısının daha düşük olduğu bildirilmektedir¹⁸⁷

Aile kurumunun sağlık üzerine etkisinin yanı sıra hastalıkların aile süreci üzerine önemli etkileri görülebilir. Aile üyelerinden birinin süregelen bir hastalığının olması durumunda aile üyelerinin sorumluluklarında, yaşam biçimlerinde değişiklikler planlanması gerekebilir. Özellikle evi geçindiren kişi hasta olduğunda

¹⁸⁵ İhsan Sezal, 2003, **a.g.e.**, 159.

¹⁸⁶ Gamze Akyüz ve Diğerleri, “Bir Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Evli Kadın Hastalarda Aile İçi Şiddet, Evlilik Sorunları, Başvuru Yakınması ve Psikiyatrik Tanı”, **Yeni Symposium**, 40(2), 2002, s. 42.

¹⁸⁷ Nuran Güler, Hatice Tel, Fatma Ö. Tuncay, “Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı”, **Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 27(2), 2005, s. 52.

işe devamsızlıklar nedeniyle işin kaybı söz konusu olabilir. Dolayısıyla gelir kaybına uğrayan ailede ekonomik sıkıntılar yaşanabilir. Özellikle bireylerin hastalık giderleri fazla ise bu durumda etkilenme daha fazla olacaktır. Aile içinde otorite olan erkek hastalıkla beraber eşinin ve çocuklarının bakımına ihtiyaç duyduğundan statü kaybına uğrayabilir. Zaman zaman aile içinde krizler yaşanabilir.

Süreğen ve akut bir hastalığı olan çocuğa sahip ailelerde olduğu gibi, özürlü çocuğa sahip olan ailelerde ekonomik problemler görülebildiği, pek çok anne-babanın artan düzeyde kaygı, depresyon, düşük benlik saygısı gösterdikleri, evlilik ilişkilerinde ve kişisel doyuma azalma olduğu ileri sürülmektedir.¹⁸⁸ Çocuğun süreğen hastalığı, anne-babaların çalışma gücünü ve dolayısı ile ailenin ekonomik statüsünü etkiler. Hareket kısıtlaması olan çocuğun taşınması, hastalığa ait özel tedaviler, gerekli servislere götürülmesi gibi işlemler aileler için normalden çok daha fazla evde bulunmalarını ve çalışmasını gerektirebilir.¹⁸⁹

4.5.1.4. Eğitim

Eğitimin sağlık üzerine etkisi olduğu gibi sağlık durumunun da eğitim süreci üzerine önemli etkileri vardır. Eğitim ve sağlık ilişkisi; eğitimin sosyal hayattaki yeri, sosyal hareketlilik, fırsat eşitliği, sosyal refah üzerinden sağlık üzerine etkileri ile sağlık ve hastalık durumlarının eğitim üzerindeki etkisi yönüyle incelenebilir.

Eğitim, eğitimden faydalananların sosyal tabakalaşma piramidinde yukarı doğru hareketlilik kazanmalarıyla elde edecekleri sosyal statü sayesinde meslek sahibi olmalarına da zemin hazırlamaktadır.¹⁹⁰ Feinstein ve Symons'a göre aile içerisinde ebeveynlerin eğitim düzeyi çocukların eğitim başarısı ve sağlık durumları üzerinde etkili olmaktadır. Ailenin eğitim düzeyi onların sosyal sınıf konumlarını belirlemekte, eğitim düzeyi yüksek olan ebeveynler üst sosyal sınıf içerisinde yer almakta ve çocukların eğitim durumu ve sağlıkları üzerinde sosyal sınıf üzerinden güçlü bir etkide bulunmaktadır.¹⁹¹ Power ve Hertzman, çocukluklarında alt sosyal

¹⁸⁸ Kazak AE.; "Families of chronically ill children: a system and social-ecological model of adaptation and challenge", **J Consult Clin Psychol**, 1989; 57: 25-30, Aktaran Melek Er; "Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler", **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, Cilt: 49, Sayı: 2, 2006, s. 163.

¹⁸⁹ A.g.m., s. 163.

¹⁹⁰ Mustafa E. Erkal, **Sosyoloji**, Der Yay., 11. Basım, İstanbul, 2000, s. 104.

¹⁹¹ Feinstein, L.; Symons, J.; "Attainment in Secondary Schools", **Oxford Econ. Pap.**;1999; 51; 300-321, Akt. Tarani Chandola ve Diğerleri, "Pathways Between Education and Health: a Causal Modelling Approach", s. 5, <ucl.ac.uk/epidemiology/educationhealth>, Erişim Tarihi: 16.05.2005.

sınıf içerisinde yer alan kişilerin ileriki yaşlarda hastalanma oranlarında artış görüldüğünü belirtmektedir.¹⁹² Öte yandan eğitim düzeyi yükseldikçe alt sosyal sınıfta bulunan bireylerin üst sosyal sınıflara doğru hareket edebilmeleri de kolaylaşmaktadır.

Dahl'a göre, eğitimin niteliği, mesleki statü ve gelir üzerine etkide bulunarak bireyin sağlığını etkileyebilmektedir. Yüksek eğitim yüksek mesleki başarıyı ve geliri sağlamakta, bu durum da sağlıklı olma şansını artırmaktadır.¹⁹³ Günümüzde, çalışma hayatında eğitim düzeyi önemli bir koşul olarak belirlemekte, düşük eğitilmiş kişilerin iş bulma şansları ve mesleklerinde ilerleme imkanları azalmaktadır.

Ross ve Wu'ya göre, eğitim düzeyi sağlık eğitimi mesajlarını alma durumu üzerine etki ederek (sigaranın tehlikeleri, düzenli sağlık kontrollerinin önemi vb.) sağlığı koruyucu davranışlar ve sağlıklı yaşam tarzı yoluyla yetişkin sağlığını etkilemektedir. Eğitim düzeyi yüksek olanların daha düşük oranda sigara ve alkol tükettikleri, daha bilinçli beslendikleri ve düzenli sağlık kontrolleri yaptırdıkları bildirilmektedir. Bununla birlikte sağlığı koruyucu davranışlar ve sağlıklı bir yaşam tarzı eğitim başarısını artırmaktadır.¹⁹⁴

Mirowsky ve Ross'a göre, eğitim, kişinin yaşamı üzerindeki kontrol duygusunu artırmakta ve kontrol duygusu sağlık üzerinde etkili olmaktadır. Eğitim süreci kişinin analiz ve iletişim yeteneklerini geliştirerek kişisel kontrol duygusunu artırmakta ve kontrol duygusu da sağlıklı davranışları artırarak ve bazı alışkanlıkları kontrol ederek sağlıklı olmayı sağlamaktadır.¹⁹⁵ Ayrıca kontrol duygusu bir hastalıkla ya da stressörle karşılaşıldığında bu durumla başa çıkma kapasitesini artırarak sağlıklı olma yönünde etkide bulunabilir.

Hotopf ve arkadaşları, çocukluk çağında hastalık deneyiminin eğitim başarısını düşürdüğünü ve bireysel eğilimleri sınırladığını ileri sürmektedir. Eğitim

¹⁹² Power, C.; Hertzman, C.; Social and Biological Pathways Linking Early Life and Adult Disease", **Brit. Med. Bull.**, 53, 1997, s. 210-222, Akt. Tarani Chandola ve diğerleri, **a.g.m.**, s. 5-6.

¹⁹³ Dahl, E.; "Social Inequalities in Ill Health: The Significance of Occupational Status, Education and Income-Results from a Norwegian Study", **Sociol. Health Ill.**, 1994; 16; 644-667, Akt. Tarani Chandola ve diğerleri, **a.g.m.**, s. 6.

¹⁹⁴ Ross, Catherina E.; Wu, Chia-Ling; "The Links Between Education and Health", **American Sociological Review**, 1995, Vol. 60, 719-745, Akt. Tarani Chandola ve diğerleri, **a.g.m.**, s. 6.

¹⁹⁵ Mirowsky, J.; Ross, C.E.; "Education, Personal Control, Lifestyle and Health: A Human Capital Hypothesis", **Res. Aging**, 1998; 20; 415-449, Akt. Tarani Chandola ve diğerleri, **a.g.m.**, s. 7.

sürecinde hastalık nedeniyle başarısızlıklar yaşayan, bu süreci tamamlayamayan bireylerin sosyal ve ruhsal yönden gelişimleri de engellenmiş olmaktadır.¹⁹⁶

Eğitim düzeyi yüksek olanların kitap, dergi, gazete okumaları ve internetten yararlanmaları daha olasıdır. Eğitim düzeyi yüksek olanlar geleneksel iyileştiriciler yerine sağlık kurumlarına başvurmaktadır.

Türkiye’de pek çok sağlık sorununun temelinde eğitim ya da eğitimle ilgili nedenler gösterilmektedir. Sağlığı sürdürebilmek ve daha iyiye götürebilmek için çevrenin olumsuz nitelikteki sosyal, ekonomik, biyolojik ve fiziksel etmenlerini ortadan kaldırmak; kişinin direncini artırmak; sağlık kontrolü ya da hastalığın tedavisi için sağlık kuruluşlarına başvurmak ve hekimin söylediklerini anlayıp uygulamak hususunda yararlanılacak en önemli araç eğitimidir.¹⁹⁷

4.5.1.5. İş ve Meslek

İnsanlar yaşamlarının büyük bir bölümünü işyerlerinde geçirmektedirler. İnsan öncelikle yeme, içme, barınma gibi fizyolojik gereksinimlerini karşılamak için çalışır. Birey bu aşamadan sonra korunma, geleceğini güvence altına alma gibi güvenlik gereksinimlerini karşılamak için çalışmaya yönelir. İlk iki basamakta temel gereksinimler karşılandıktan sonra birey, bir gruba girme, sevmek, sevilme, saygı görme gibi duygusal ve toplumsal gereksinimleri karşılamaya yönelecektir.¹⁹⁸ Bir meslek sahibi olan kişi, çalışması karşılığında bu gereksinimlerin karşılanması ile daha sağlıklı olacaktır.

İş önemli bir gelir kaynağıdır. Genellikle yapılan işin niteliğine göre değişen gelir düşük olduğu takdirde yeterli beslenme, giyinme, barınma gibi fiziksel gereksinimler yeteri derecede karşılanamayacağı için bireyler hastalıklara yakalanma yönünden risk altında bulunan grup içerisinde yer alacaklardır. Düzenli bir işe ve bir gelire sahip olmayan bireylerin hayat standardı düşmekte, bu bireyler toplum içerisinde sosyal destek görememekte, karşılaştığı sorunlar karşısında kendini güçsüz hissetmekte ve çeşitli ruhsal problemler yaşayabilmektedirler.

¹⁹⁶ Hotopf, M. ve diğerleri; “Childhood Risk Factors for Adults with Medically Unexplained Symptoms: Results from a National Birth Cohort Study”, **Am. J. Psychiatry**; 1999; 156; 1796-1800, Akt. Tarani Chandola ve diğerleri, **a.g.m.**, s. 8.

¹⁹⁷ Rahmi Dirican ve Nazan Bilgel, **a.g.e.**, s. 179

¹⁹⁸ Zeyyat Sabuncuoğlu ve Melek Tüz, **Örgütsel Psikoloji**, Bursa, 1995, s. 101,102, Akt. Serap Özen Kapız, “İşin Değişen Anlamı ve Birey Yaşamında Önemi”, **Çalışma Yaşamında Dönüşümler**, Der. Aşkın Keser, Ezgi Kitabevi, Bursa, 2002, s. 211.

Mesleğin toplum içindeki statüsü, o mesleğin prestijini belirlemektedir. Birey sahip olduğu meslek aracılığıyla saygı görmek ve sevilme istemekte ve toplum tarafından prestijli sayılan mesleklere yönelmektedir.¹⁹⁹ Toplum içerisinde bireyler zaman zaman meslekleri ile anılabilmektedir. Kişinin toplum içerisinde prestijli bir meslek grubunda bulunması kendine olan özgüvenini artırırken, özellikle toplumun olumsuz önyargılarının fazla olduğu bir mesleği icra etmesi ise aksine benlik saygısını düşürebilmektedir.

Bir kimsenin mesleği olabilir, ama işi olmayabilir; mesleğine uygun bir işte çalışmaması söz konusu olabilir. Özellikle Türkiye’de eğitim sistemindeki aksaklıklar ve meslek seçiminde rehberlik hizmetlerine yeterince önem verilmemesi gibi nedenler, kişilerin istemedikleri meslekleri icra etmelerine neden olabilmekte ve kişiler meslek yaşamlarında doyum sağlayamamaktadırlar.

Kişinin çalışma hayatı, yaşantısının hemen hemen tüm alanlarına etki eder. Kişi yaptığı meslekten ne kadar haz alıyor ve severek yapıyorsa mesleğinde doyum sağlayacak, mesleki doyumunu da yaşantısına yansıyacaktır. Birey yaptığı işin kendi kişiliğine ve yeteneklerine uygun olmadığını düşünüyorsa mesleki doyumunu da düşük olacaktır. Çalışma yaşamında çalışandan talep edilenlerin fazla olması, işi kaybetme korkusu, rollerde belirsizliklerin olması, olumsuz ast-üst ilişkileri, kişinin işi üzerinde karar verme yetkisinin olmaması, değerlendirme ve terfilere ilişkin adaletsizlikler gibi pek çok etken kişide strese neden olmaktadır. Kişi bu etkenlerle başa çıkamadığında; iş doyumunu sağlayamamakta, işi üzerindeki kontrol ve başarı duygusunu kaybetmekte, duyarsızlaşmakta ve sonuçta pek çok fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Literatürde başarısızlık hissi, yıpranma, yorgunluk, enerji ve güç kaybıyla karakterize edilen bu tablo tükenmişlik olarak ifade edilmektedir.²⁰⁰

Resmi olarak bir işte çalışmak sosyal güvenceyi de beraberinde getirmektedir. Sağlık güvencesi; kişinin kendini, çocuklarını ve eğer çalışmıyorsa eşini de kapsamakta, böylece hastalanan kişi koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanabilmektedir.²⁰¹ Kayıtdışı ekonomide çalışan ya da işsiz olan

¹⁹⁹ Selver Yıldız, “Kişilik, Meslek ve Mutluluk”, Der. Aşkın Keser, **a.g.e.**, s.282.

²⁰⁰ Gülay Budak ve Olcay Sürgevil, “Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama”, **D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt. 20, Sayı. 2, 2005, s. 95-108.

²⁰¹ Nurşen Ö. Adak, **a.g.e.**, s. 57.

pek çok kişi sağlık güvencesinden yoksun olduğu için sağlık hizmetlerini satın almaktadır. Günümüzde hastanelerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerinde de döner sermaye düşünülerek hasta kabul edilmesi, bu kişileri g    durumda bırakmaktadır. Sosyal güvenceye sahip olmayan ve belli bir ücret ödeyecek durumda olmayan kişiler sağlık hizmetlerinden yoksun kalmaktadır.

Pek çok kişi de işlerinin kişisel gelişim ve başarı sağladığı, yakın ilişkiler kurdukları, bazen de ikinci bir aileye sahip olduklarını hissettiklerini belirtmektedirler.²⁰² Yapılan iş bireyin sosyal çevresini önemli    de şekillendirmektedir.

Çalışma ortamında aşırı sıcak veya soğuk ortam, gürültü, yetersiz havalandırma ve aydınlanma gibi fiziksel etmenler; virüs, bakteri, mantar gibi biyolojik etmenler ve kurşun, civa, asit gibi kimyasal etmenler çalışanların sağlığını önemli    de etkilemektedir. Bu şartların kontrol altına alınması ve çalışanların koruyucu önlemler alması oldukça önemlidir.²⁰³ Bu etkenler kontrol altına alınmadığı hallerde ortaya çıkabilen meslek hastalıkları, kişilerin sadece hastalık ya da sakatlık şeklinde sağlıklarını değil, kimi zaman ölümle sonuçlanarak yaşamlarını önemli    de tehdit etmektedir.

Gelişen  retim teknolojisi aşırı bedensel yorgunluk, mesleksel toz hastalıkları, kurşun-benzen zehirlenmeleri, iş kazaları gibi kimi sorunlara çözüm getirmiştir. Ancak,  retimde insanın yaratıcı gücünün ve bu yolla sağlanan ruhsal doyumun engellenmesi, işinin tekdüze ve sürekli yinelen işleri yapması, çoğu kez bir gözlemci durumuna indirgenmesi psikosomatik rahatsızlıkların oluşmasına neden olmaktadır. Ayrıca, insan sağlığını nasıl etkilediği bilinmeden her yıl kullanıma sokulan yüzlerce kimyasal maddenin kanserojen etkileri de düşündürücüdür.²⁰⁴

Bireyler toplum içinde çeşitli statüleri işgal etmekte; okulda  ğretmen, okul dışında arkadaş, evde anne, eş gibi ve bu statülere ilişkin farklı rolleri yerine getirmektedirler. Çağımız toplumlarında bireyler çeşitli statüler ve roller gereği birçok sorumluluk taşımakta, bazen rol  atışması yaşayabilmektedirler. Kadınların hem ev içi rolü, hem çalışma yaşamı içerisindeki rolü fiziksel ve duygusal açıdan

²⁰² M. David Newman ve Liz Grauerholz, **Sociology of Families**, Second Edition, Pine Forge Press, London, 2002, s. 279.

²⁰³ Rahmi Dirican ve Nazan Bilgel, **a.g.e.**, s. 436.

²⁰⁴ **A.g.e.**, s. 433.

yıpranmasına yol açabilmektedir.²⁰⁵ Son zamanlarda aile içindeki her iki ebeveyn de bir işte çalışmaya başlamıştır. İnsanlar geçmişe oranla işlerinde daha uzun süreler kalmaktadır. Sonuç olarak iş yaşamı ile ev yaşamı arasındaki sınır zaman zaman bulanıklaşabilmektedir. Özellikle ebeveynlerden iş için talep edilenlerin fazla olması bazen onların çocuklarıyla ilişkilerini zorlayabilmekte, çeşitli sıkıntılar yaşamalarına neden olabilmektedir.²⁰⁶

4.5.1.6. Gelir

Kişinin yaşamını sürdürebilmesi ve ihtiyaç duyduğu temel gereksinimleri karşılayabilmesi için gereken, iş karşılığında veya yatırımlarından düzenli şekilde elde ettiği paraya gelir denir. Gelir ve sağlık arasındaki ilişkiler genellikle yoksulluk kavramı üzerinden tartışılmaktadır.

Çok boyutlu bir kavram olan yoksulluk mutlak, görelî, subjektif yoksulluk yaklaşımlarıyla incelenmektedir. Mutlak yoksulluk insanın hayatta kalabilmesi için gerekli minimum kalori miktarının belirlenmesi ile hesaplanmakta, günlük geliri bu besini almaya yetmeyen insanlar yoksul olarak tanımlanmaktadır.²⁰⁷

Her ülkenin kendine göre bir yaşam standardı vardır. Bu standardın altında olanlar yoksul kesimleri oluşturur. Bu durum ülkeden ülkeye değişebildiği gibi bir ülkenin bölgesel ve kırsal-kentsel alanları yönünden de değişiklik gösterebilir. Bu nedenle yoksulluk görelidir. Görelî yoksulluk, minimum kalori ihtiyacının yanı sıra barınma, eğitim, sağlık ve benzeri kültürel ve toplumsal gereksinimlerin de eklenerek yoksulluk sınırının belirlenmesini öngörmektedir. Görelî yoksulluk her ülkenin kendi yaşam standardına göre hesaplanmaktadır.²⁰⁸

Mutlak yoksulluk çizgisinin belirlenmesinde bireyin yaşamını idame ettirebilmesi için gerekli minimum ihtiyaçlar göz önüne alınırken, görelî yoksulluk çizgisinin belirlenmesinde toplumun ortalama gelir düzeyi göz önüne alınmaktadır. Subjektif yoksulluk çizgisi ise, toplumun görüşleri alınarak, kişilere yoksul olmamak, yeterli bir gelire sahip olmak gibi bazı özel hedeflere ulaşabilmek için yeterli olduğunu düşündükleri gelir miktarı sorularak belirlenmektedir.

²⁰⁵ Vildan Akan, "Birey ve Toplum", **Sosyolojiye Giriş**, Edit. İhsan Sezal, Martı Yay., Ankara, 2003, s. 86.

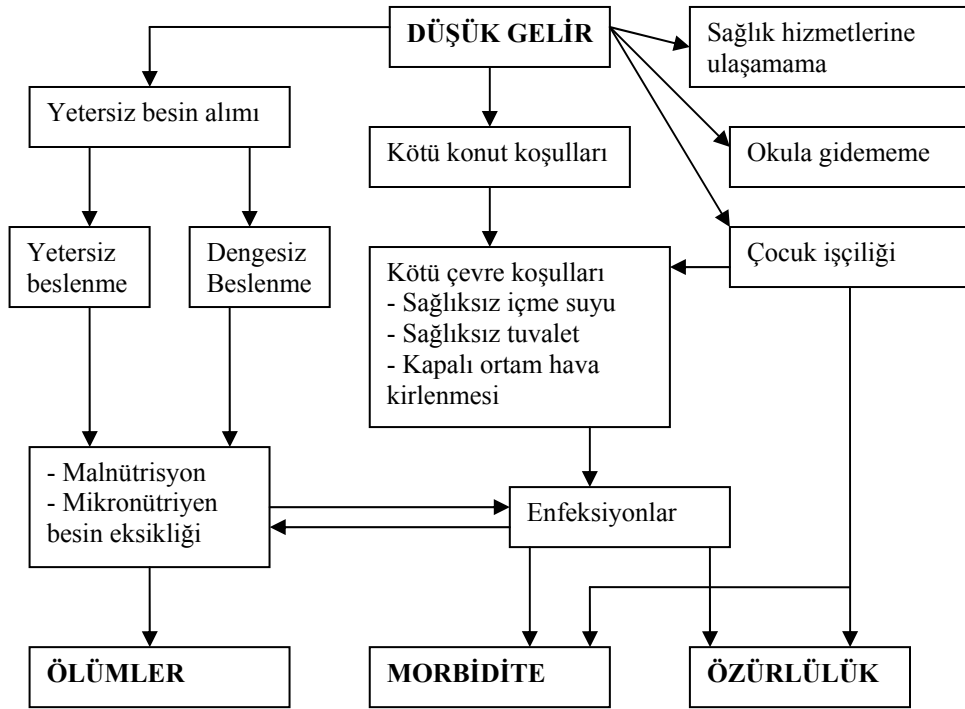
²⁰⁶ David Newman ve Liz Grauerholz, **a.g.e.**, s.279.

²⁰⁷ DPT, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı, Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele Özel İhtisas Komisyonu, Yoksullukla Mücadele Alt Komisyonu Raporu, Ankara, 2000.

²⁰⁸ DPT, **a.g.k.**.

Gelir ve sağlık arasındaki ilişki; biyolojik varlığı sŸrdŸrmek için gerekli materyal şartlar Ÿzerindeki etkisi ile sosyal katılım ve yaşam dŸngŸsŸ Ÿzerinde kontrol sağlama etkisi yŸnŸnden değerlendirilmektedir.²⁰⁹

Ŗzellikle iyi kalitede besinlerin tŸketimi ile gelir yakından ilintilidir. Satın alma gŸcŸ dŸřŸk olan kişiler yeterli ve dengeli beslenme yerine ucuz besinlerle karın doyurma yoluna gitmektedir. Çoğu ailede ailenin geçiminden tek kişi sorumludur ve aileler genellikle kalabalıktır. Dolayısıyla ailede birey sayısı arttıkça birey başına dŸřen gelir azalmakta, kalabalık ailelerde besin temini daha da gŸleřmektedir.²¹⁰ Yoksul ailelerde yoksulluğın dezavantajları en fazla çocukları etkilemektedir.



şekil 2.7. Yoksulluğın ocuk Sağlığı Ÿzerine Etkileri²¹¹

Yoksulluk sadece gelir ve satın alma gŸcŸ ile değerlendirilebilecek ekonomik anlamı olan bir terim değildir. Yoksullar yalnızca gelir ve kaynaklardan mahrum kalmazlar; bunun yanı sıra, fırsatlardan da yoksun kalırlar. İmkanlarının az olması ve sosyal dışlanma nedeniyle iş bulmaları ve piyasalara erişmeleri zorlaşır. Ŗte yandan,

²⁰⁹ Michael Marmot, "The Influence of Income on Health: Views of an Epidemiologist", **Health Affairs**, Vol. 21, No: 2, 2002, s. 31.

²¹⁰ Ayşe Baysal, **Beslenme**, Hatiboğu Yayınevi, Ankara, 2004, s. 13

²¹¹ řŸkrŸ Hatun, Nilay Etiler ve Erdem GŸnŸllŸ, "Yoksulluk ve ocuklar Ÿzerine Etkileri", **ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 46, 2003, s. 252.

eğitim düzeyinin yetersiz olması yoksulların iş bulma ve yaşam kalitelerini artıracak bilgiye erişim kabiliyetlerini olumsuz yönde etkiler. Yetersiz beslenme ve sağlık hizmetlerinden faydalanamamaları iş imkanlarına kavuşmalarını engeller ve akli ve fiziki sağlıklarını koruma olanaklarını ortadan kaldırır. Yoksulların içinde bulundukları bu durum, güvenliğin ortadan kalkması ile daha da kötüleşebilmektedir.²¹²

Yoksul kişiler, genellikle, kısıtlı tercihte bulunma ve seçim yapma hakkına sahiptirler ve başlarına gelen kötü şeyleri kontrol altına almak veya olumlu yönde değiştirmek için söz hakkına sahip değildirler. Güçsüzlük (powerlessness) yoksul kişi veya hane halkının sahip olduğu çok boyutlu dezavantajlardan kaynaklanır ve bu durum yoksulluktan kurtulmalarını da engeller. Kişilerin bilgi, varlık, finansman ve gerekli becerilere erişememeleri yeni fırsatlar elde etmelerini engellemekte ve ortaya çıkan güvensizlik yoksulluğun kronik bir hale gelmesine yol açmaktadır.²¹³

Türkiye’de ortalama eğitim düzeyinin çok düşük olması, işgücünün emek piyasasına daha çok kol gücü olarak çıkmasına neden olmaktadır. Bu tür iş imkanlarının daralması ve bu tür işlerde ödenen ücretlerin düşüklüğü, çok sayıda işsiz olmasına ortam hazırlamaktadır. Dolayısıyla yoksulluğun en önemli nedenlerinin başında yetersiz eğitim gelmektedir.²¹⁴

Ekonomide yaşanan krizler sonucu gelirin düşmesi hem bireysel sağlık düzeyini hem de sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemektedir. İşsizlik, gelirin azalması ve buna bağlı olarak yaşam standartlarının değişmesi sonucu beslenme bozuklukları, kazalar, ruhsal bozukluklar, bulaşıcı ve salgın hastalıklar daha fazla görülürken; sosyal güvenlik kaybı yaşanmakta, özel sağlık hizmeti satın alabilme gücü düşmekte, kamu sağlık hizmetlerine talep artmaktadır.²¹⁵

²¹² Coşkun C. Aktan ve İstiklal Y. Vural; “Yoksulluk: Terminoloji, Temel Kavramlar ve Ölçüm Yöntemleri”, Edit. Coşkun C. Aktan, **Yoksullukla Mücadele Stratejileri**, Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yay., 2002, <<http://www.canaktan.org/ekonomi/voksulluk/birinci-bol/aktan-vuralyoksulluk.pdf>>, Erişim Tarihi: 05. 05.2006

²¹³ Coşkun C. Aktan ve İstiklal Y. Vural, **a.g.k.**

²¹⁴ DPT, **A.g.k.**

²¹⁵ Aslı Davas ve Diğerleri, “2001 Ekonomik Krizin Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri”, s. 4-5, <http://www.ttb.org.tr/halk sagligi /kriz_raporu_2.pdf>, 14.05.2006.

4.5.1.7. Statü ve Sınıf

Ekonomik ve siyasal düzeni ne olursa olsun, bütün toplumlarda farklılaşmalar, tabakalaşmalar ve eşitsizlikler görülmektedir.²¹⁶ İnsanoğlu her zaman ve her yerde “kendini”, “ötekilerden” farklı görmüş, toplumsal eşitsizliğin hem öznesi hem de nesnesi olmuştur. Kendine ötekine göre farklı tanımlama gereksinimi kimi zaman yaş, ırk, cinsiyet, renk, boy gibi biyolojik kökenli ölçütlere dayandırırken, kimi zaman da evlilik, zenginlik, soyluluk, güçlülük, yöneticilik, kentlilik, ağalık ve sosyal sınıf gibi kategorilere göre tanımlamıştır. Bu tanımlamalar keyfiyetten değil, tamamen toplumsal duruşundan kaynaklanmaktadır. Sosyo-kültürel eşitsizliklerden bazıları, soyluluk ve kentlilik gibi kalıt (miras) yoluyla aileden gelirken; zenginlik, yöneticilik ya da meslek üyeliği gibi nitelikler ise, aileden miras yoluyla elde edilebilmekte ya da kişinin kendi çabalarıyla ortaya çıkmaktadır²¹⁷

İster geleneksel ya da modern, ister az gelişmiş ya da gelişmiş olsun, tüm toplumlarda sağlık alanında eşitsizlikler yaşanmaktadır ve sağlıkta eşitsizliklerin temelinde önemli ölçüde toplumsal tabakalaşma ve sınıf farklılıkları yer almaktadır. Sağlıkta eşitsizlik üzerine yapılan tartışmalarda genellikle statü ve sınıf kavramları üzerinde durulmaktadır. Statü kavramından hareketle yapılan analizler Max Weber’e, sınıf üzerinden yapılan analizler ise Karl Marx’a dayandırılmaktadır.

Weberci paradigmada toplumsal ilişkilerin belirlenmesinde sınıf konumuna statü konumunun arkasında bir yer verilmektedir. Sınıf üretim araçlarıyla ilişkiler bağlamında değil, piyasadaki konumlanış bağlamında ele alınmaktadır. Böylece piyasadaki bireysel olanakları da içeren statü konumu sınıf konumunu da belirlemektedir. Statü konumunu belirleyen ise meslek, gelir, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi ekonomik ve sosyal faktörlerdir.²¹⁸

Sosyal statü, toplumun tabakalaşmasını ya da bölünmesini ifade etmez. Çeşitli faktörlerin oluşturduğu sosyal pozisyonun bir derecesini göstermek için kullanılır. Bu faktörler ekonomik, siyasi, dini, ahlaki ya da bireye güç ve otorite sağlayan çeşitli değerler olabilir. Tüketim tercihleri, eğitim, aile geçmişi, grup içinde

²¹⁶ Eyüp Kemerlioğlu, **Toplumsal Tabakalaşma**, Saray Kitabevi, 1996, s. 2-3.

²¹⁷ Bozkurt Güvenç, a.g.e., 246.

²¹⁸ İlker Belek, a.g.e., s. 84.

sahip olunan durum ve hayat tarzı gibi faktörlerin de statüyü belirlediği kabul edilir.²¹⁹

Kişinin mesleki statüsü toplumca aranan ve ihtiyaç duyulan bir alanda yer alıyorsa; toplum içerisinde önemli ölçüde kabul görüyor ve beğeniliyorsa, kişinin kendisine saygısı artmakta ve psiko-sosyal açıdan daha sağlıklı olmasına katkıda bulunabilmektedir.

Marxist paradigmada sınıf konumunu belirleyen ölçüt, üretim araçları ile mülkiyet zemininde kurulan ilişkidir ve temel sınıflar üretim araçlarının sahibi olan burjuvazi ile üretim araçlarına sahip olmayıp emek güçlerini satarak üretim sürecine katılan işçilerdir. Çağdaş Marxist yazında sermayenin yönetimi ile ilgili bazı işlevlerini işçi sınıfına devretmesiyle ortaya çıkan ara sınıfları ayrıştırmaya yönelik bir çaba söz konusudur. Sınıf konumunu Marxist anlamda analiz edebilmek için meslek dışında, genel olarak üretim ilişkileri, dar anlamda da üretim ortamı içindeki konuma ilişkin bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu tür verilerin toplanması zor olduğundan dolayı eşitsizlik araştırmalarında Weberci sınıf ve statü yaklaşımı daha fazla kullanılmaktadır.²²⁰

Sosyal sınıfları oluşturan üç faktör vardır. Bunlar; benzer sosyal şartlar içinde bulunmak, benzer statüye sahip olmak ve benzer değerlere sahip olmaktır.²²¹ Bir sosyal sınıf içerisinde yer alan bireylerin belirli bir hayat tarzına sahip olmaları nedeniyle beklentileri, çocuk yetiştirme tarzları, gelir, konut, eğitim, boş zaman değerlendirme biçimleri²²² birbirine benzer özellikler göstermekte ve onların sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışları, hastalık örüntüleri de benzerdir. Alt sosyal sınıflarda hastalık ve ölümlülük oranları artarken, üst sosyal sınıflarda azalmaktadır. Sınıflar arasında hastalık örüntüleri de değişmekte, alt sosyal sınıflarda bulaşıcı hastalıklar, paraziter hastalıklar, beslenme bozuklukları; üst sosyal sınıflarda ise yaşam tarzına bağlı olarak şişmanlık, diyabet, kalp hastalığı gibi kronik hastalıklar daha fazla görülebilmektedir.

Yoksul bölgelerde yaşayan bireyler daha fazla sağlık sorunu yaşamaktadırlar. Bu durum iki şekilde açıklanmaktadır. Birinci açıklama gelirle ilgili bireysel

²¹⁹ Metin Özkul, **Çalışma Sosyolojisi, Çalışma İlişkileri ve İşgücünün Sosyolojisi**, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı, İstanbul, 2002, s.46.

²²⁰ İlker Belek, **a.g.e.**, s. 91-93.

²²¹ Mustafa Erkal, **a.g.e.**, s. 195.

²²² Metin Özkul, **a.g.e.**, s. 48.

faktörleri içermektedir. Çeşitli sağlık sorunları nedeniyle gelir kaybına uğrayan bireyler, yoksul bölgelerde yaşam şansı bulabilmektedir. Kiraların düşüklüğü bile tek başına bu bireyleri yoksul bölgelere çeken bir etki gösterebilmektedir (Kayma Varsayımı). Bu gruplar arasında sağlık sorunlarına daha sık rastlanmakta ve yoksul bölgelerde hastalık sıklığı artmaktadır. İkinci açıklama, yoksul bölgelerdeki yüksek hastalık ve ölüm oranlarını, bu bölgelerin bölgesel, yapısal ve sosyal özelliklerinden yola çıkarak, açıklamaktadır. Bu bölgelerde bulunan konutların fiziksel şartlarının kötü olması, alt yapı hizmetlerinin ve sosyal olanakların yetersiz olması nedeniyle sağlık sorunları daha fazla görülmektedir.²²³

Çalışma koşulları açısından sağlık alanındaki eşitsizliklere baktığımızda, düşük gelir grubundaki insanların daha tehlikeli işlerde çalıştıklarını, işyerlerinin çevresel düzenlemelerinin de belli standartların çok altında kaldığını, bu nedenle de çevre kirliliğine daha çok maruz kaldıkları söylenebilir.²²⁴

4.5.1.8. Yaşam Tarzı

Her toplumun kültürel yapısı doğrultusunda şekillenen bir yaşam tarzı vardır. Günlük yaşam yaşam akışı içinde bireylerin beslenme, dinlenme, giyinme, eğlenme gibi ihtiyaçları içinde bulunduğu toplumun yaşam tarzı doğrultusunda düzenlenir ve karşılanır.

Gelişmiş ülkelerde kalp hastalıkları, kanser, diyabet gibi kronik hastalıkların ve bu hastalıklardan ölümlerin artması ile yaşam biçimi davranışları arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Yaşam tarzı ile sağlık ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda genellikle beslenme, kahve-sigara-alkol gibi madde kullanımına yönelik tüketim alışkanlıkları, hareketsiz yaşam, fiziksel aktivite gibi konular üzerinde durulmaktadır.

Beslenme sağlığın temelini oluşturur. Sağlıklı büyüme ve gelişme için dengeli beslenme şarttır. Az gelişmiş ülkelerde yetersiz ve dengesiz beslenme ve buna bağlı sağlık sorunları görülürken; gelişmiş toplumlarda ise aşırı ve dengesiz beslenme sonucu şişmanlık ve buna bağlı sağlık sorunları görülmektedir. Şişmanlık beden algısının bozulması nedeniyle psikolojik sorunlara ve toplumsal

²²³ İlker Belek, “Sosyal Sınıf, Eğitim, Gelir ve Mahalle: Hangisi Sağlığın En Önemli Belirleyicidir? Antalya’da Bir Araştırma”, **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, Cilt. 2, Sayı. 1-2, 1999, s.56, Akt. Nurşen Ö. Adak, **a.g.e.**, s. 53-54.

²²⁴ Zafer Cırhinlipğlu, **a.g.e.**, s. 35-36.

uyumsuzluklara, hormonal ve metabolik hastalıklara, kalp ve damar hastalıklarına, vücut ağırlığının artmasına bağlı olarak iskelet ve kas hastalıklarına zemin hazırlayabilmektedir.²²⁵

Beslenme problemlerinin nedenleri birkaç grupta incelenmektedir. Besin üretimi, teknolojisi ve dağılımındaki yetersizlikler; satın alma gücünün düşük olması nedeniyle kaliteli besinlerin fiyatlarındaki artıştan dolayı, bu besinlere ulaşamayan pek çok bireyin daha ucuz olan, beslenme değeri düşük gıdaları tercih etmesi bireylerin beslenme alışkanlıklarını etkilemekte ve beslenme problemlerine neden olmaktadır. Bireylerin gelenek, görenek, değer yargıları ve inançları da büyük ölçüde beslenme alışkanlıklarını belirlemekte; besinlerin hazırlama, pişirme, saklama ve tüketilmesinde etkili olabilmektedir.²²⁶ Günümüzde hızlı yaşam akışı içinde yenilen besinler ile yemek hazırlama ve yeme şekilleri de değişmiştir. Yoğun iş temposu, zamanın büyük bölümünün evin dışında geçirilmesi gibi nedenlerden dolayı kolay, hızlı ve ucuz olarak ifade edilen ayakta yeme biçimi yaygınlaşmış; kurubaklagiller ve sebze-meyve tüketimi azalırken, şekerli ve unlu mamüller ile et tüketimi artmıştır. Yiyecek endüstrisindeki gelişmelerle beraber organik besinlerden çok, işlenmiş hazır gıdalara talep giderek artmaktadır. Bu değişimler sağlıksız ve dengesiz beslenmeye ve buna bağlı sorunlara yol açabilmektedir.

Alkol, sigara ve ilaç alışkanlığı tüm dünya ülkelerinde önemli bir sosyal sorundur. Engellenmeye dayanma gücü ve benlik saygısı düşük olan bireyler madde kullanmaya daha yatkındırlar. Şiddetli stressörlerle karşılaşan bireyler, karşı karşıya kaldıkları durumla başa edemediklerinde madde alma davranışı göstermektedirler. Toplumsal değerlerin ve toplumu oluşturan bireylerin madde almayı özendirici, teşvik edici tutumları da bağımlılıklara zemin hazırlamaktadır. Gençler akran grubu içinde grup onayını kaybetmemek için grubun madde alım davranışına katılabilmektedir.²²⁷ Stresli yaşam koşulları karşısında pek çok kişi yaşadıkları çökkünlük ve bunaltı duygusuyla baş edebilmek için alkol ve sigaraya yönelmekte, özellikle anksiyete gidericiler, antidepresanlar ve uyku ilaçları çok yaygın olarak

²²⁵ <www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/obezite.pdf>, Erişim Tarihi: 10.06.2007.

²²⁶ İnci Erefe ve Diğerleri, **a.g.e.**, s. 171-173.

²²⁷ Fatma Öz, "Madde Kullanım Bozuklukları", **Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı**, Editör. Nebahat Kum, Vehbi Koç Yay., İstanbul, 1996, s. 85, 86.

kullanılmaktadır. Bu tür davranışsal faktörler, sağlık için önemli bir risk oluşturmaktadır.

Bilgi ve iletişim alanındaki hızlı değişimlerin yaşandığı dünyada çalışma alanları ve çalışmanın yapısı da değişmiştir. Beden gücüne dayalı işler gittikçe azalırken bilgi ve uzmanlığa dayalı işler artmaktadır. İşyerinde hareketsiz bir yaşam sürdüren bireyler ev yaşamlarında da teknolojinin getirilerinden yararlanmaya devam etmektedir. Bireyler internet aracılığıyla alışveriş yapma, fatura ödeme gibi pek çok işlemi bilgisayar karşısında oturarak yapabilmektedir. Ev alanı içinde de yine çamaşır, bulaşık yıkama gibi pek çok işi teknolojik araçlar yerine getirmektedir. Uzak mesafeleri yakınlaştıran otomobillerin sayısı gün geçtikçe artmakta, insanların en yakın mesafeleri bile yürüyerek değil de otomobil ile katetmesi hareketsiz yaşamı pekiştirmektedir.

Hareketli bir yaşam sürme ve fiziksel aktivite kan ve lenf dolaşımını artırarak metabolizmayı hızlandırmakta hem vücut ağırlığının kontrolü hem de diğer mekanizmalarla kronik hastalık riskini azaltmaktadır. Fiziksel aktivitenin kalp-damar hastalıkları ve kanserden korunma ötesinde hemen hemen tüm organlarda olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir.²²⁸ Hareketsiz bir yaşam tarzı sürdüren bireylerin, sağlıklı bir yaşam için egzersiz alışkanlığı kazanması önemlidir.

Bireylerin boş zamanlarını değerlendirme davranışları da sağlık açısından önemlidir. Boş zaman, insanın hem kendisi hem de başkaları için bütün zorunluluk ya da bağlantılardan kurtulduğu ve kendi isteğiyle seçeceği bir faaliyetle uğraşacağı zamandır. Kısacası, insanın kesin olarak bağımsız ve özgür olduğu, iş yaşantısının dışında kalan zamandır.²²⁹ Boş zaman değerlendirme etkinlikleri arasında spor yapma, el sanatları, kitap-dergi-gazete okuma, müzik dinleme, televizyon-tiyatro izleme gibi etkinlikler yer alır. Günlük işlerin dışında bireyin eğlendirici ve dinlendirici meşguliyetlerde bulunması yetenekleri geliştirme ve kendini ifade etme fırsatı sağlar ve böylece bireylerin ruh sağlığını geliştirir. Ancak boş zamanların uzun süreler televizyon veya internet karşısında geçirilmesi hareketsiz yaşamı destekleyebilir. Diğer yandan tehlikeli sporlar yaralanmalara ve hastalıklara neden olabilir.

²²⁸ Z. Dilek Aydın, "Toplum ve Birey için Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü", **S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, 13(4), 2006, s. 44.

²²⁹ Mahmut Tezcan, **Boş Zamanları Değerlendirme Sosyolojisi**, Atilla Kitabevi, Ankara, 1994, s. 9.

4.5.2. Dolaylı Etkileyen Faktörler

Çalışmamızda sağlık-hastalık olgusunu dolaylı olarak etkilediği düşünülen sosyal çevre, kültürel değerler, din, makroekonomik koşullar, siyasal koşullar ve hukuki normlar incelenecektir.

4.5.2.1. Toplumsal Çevre

Pek çok çalışma bir destek ögesi olarak toplumsal çevrenin insan sağlığını olumlu yönde etkilediğini ve iyilik halini artırdığını belirtmektedir. Sosyal ilişkiler ve sağlık ilişkisi sosyal destek kavramı üzerinden tartışılmaktadır. Neden-sonuç ilişkileri üzerinde yapılan araştırmalarda, kötü sağlığın bir sonucu olarak sağlanan destek ya da bunun eksikliğinin kötü sağlığa neden olması hususu incelenmektedir.²³⁰

Sosyal ilişkiler ağı; aile, akrabalar, komşular, arkadaşlar ve ilişkide bulunan diğer bireyleri kapsar. Sosyal ilişkiler ağı, bir bireyin diğeriyle ilişkisinden başlayıp diğer bireylerin sosyal ilişkiler ağından başkalarına geçerek kuramsal olarak sonuçta tüm toplum üyelerinin birbirine bağlandığı bir örüntü oluşturur.²³¹

Her bireyin içinde yer aldığı sosyal ilişkiler ağının yapısı, genişliği ve ilişkilerin niteliği evli ya da bekar olma, çalışma ya da çalışmama gibi durumlara göre farklılıklar gösterebilir.

Evliliğe geçişle birlikte sosyal ilişki ağları kişinin eşini, eşinin annesi, babası, kardeşleri, akrabaları ve arkadaşlarını da içine alarak genişlemektedir. Pek çok yetişkin için birincil destek kaynağı olan evliliğin sağladığı yüksek düzeyde sosyal etkileşim ve destek, kalp hastalıklarına karşı koruyuculuğu da içeren pek çok sağlık yararıyla ilişkilendirilmektedir.²³²

Sosyal destek ağları; kişiler arasında ‘karşılıklı yardımlaşma’, ‘destek verme’, üzerine kurulu ilişkiler bütünüdür. Destek ağlarının temel özelliği benzer koşulları ya da sorunları paylaşan bireylerin sıkıntılarını paylaşma, sorunlar ile baş etme ya da sorunları çözme amacıyla oluşturduğu ilişkiler bütünü olmasıdır. Destek ağlarını oluşturan, bireyleri bir araya getiren, belli bir sözleşme ya da önceden belirlenmiş

²³⁰ Jane Pilcher, **a.g.e.**, s. 41.

²³¹ Vildan Akan, **a.g.e.**, s.94.

²³² Teresa E. Seeman, “Social ties and health: The benefits of social integration”, **Annals of Epidemiology**, 6, 1996, s. 442-551.

amaçlar değil; destek olma, paylaşma, yardım etme ve dayanışma gibi insani değerlerdir.²³³

Sosyal desteğin sağlık üzerinde temel etki ve koruyucu etki olmak üzere iki etkisinden söz edilmektedir. Temel etkisi; insanın sevmeye, sevilme, bir gruba girme, arkadaş edinme, saygı görme gibi toplumsal gereksinimlerinin sağlanmış olmasıdır.²³⁴ Bu yolla sosyal destek iyilik durumunu geliştirmekte, algılanan kontrol duygusunu artırmakta ve benlik saygısını güçlendirmektedir.²³⁵ Koruyucu etkisi, desteğin hastalık, yoksulluk gibi stresli yaşam olayları karşısında başa çıkmayı ve uyum sağlamayı kolaylaştırmasıdır.²³⁶

Sosyal bütünleşme ve sosyal dışlanma; sosyal bağların ve ilişkilerin varlığına, ilişki tiplerine (evlilik, arkadaşlık, akrabalık gibi), ilişkide bulunan kişi sayısının yanı sıra onlarla etkileşim sıklığına bağlıdır.²³⁷ Bireyin toplumsal ilişkiler ağına katılımı sosyal bütünleşme; bunun karşıtı ise sosyal dışlanma olarak ifade edilmektedir. Sosyal dışlanma ve ayrımcılıkta sosyal damgalama önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal damgalama, hastalığa yönelik yanlış inanç, tutum ve davranışları içermektedir. Özellikle HIV, AIDS gibi hastalıkları olan insanlar toplumsal tepkilerle karşılaşmaktadırlar. Aile, arkadaşlar, işverenler, iş arkadaşları ve sağlık personelinin toplumsal önyargıları, korkuları ayrımcılığa ve bireyin tecrit edilmesine neden olur. İnsanların böyle hastalardan kendilerini uzaklaştırmalarında hastalığın bulaşma korkusu önemli bir etkindir. Damgalamanın temeli bu gibi hastalıkların oluşmasında etkili olduğu düşünülen ve sapkınlık olarak nitelendirilen homoseksüellik, fahişelik, uyuşturucu madde kullanımı gibi davranışlar hakkındaki ön yargılara ve olumsuz tutumlara dayanmaktadır. Sonuçta hastalar toplum içinde ayrımcılığa maruz kalmakta, işlerinden-evlerinden çıkarılmakta, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamakta, tıbbi ya da diş tedavisi görememekte, sosyal destek sistemi daralmakta ve tüm bunların sonucunda hasta bireylerin fiziksel, sosyal ve ruhsal durumları bozulmaktadır. Böyle durumlarla karşı karşıya kalmamak

²³³ Yaprak N. Yurtseven, **Sosyal Destek Ağları: Cebeci Hastanesi Örneği**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2003, s. 60.

²³⁴ James S. House, Debra Umberson ve Karl R. Landis, "Structures and Processes of Social Support", **Annual Review Sociology**, 14, 1988, s. 294.

²³⁵ Veli Duyan, "HIV/AIDS'a İlişkin Damgalama ve Sosyal Destek", **Sağlık ve Toplum Dergisi**, Cilt: 11, Sayı: 1, 2001, s. 9.

²³⁶ James S. House, Debra Umberson ve Karl R. Landis, **a.g.m.**, s. 307.

²³⁷ **A.g.m.**, 302.

için bireyler maliyeti ne olursa olsun hastalıklarını uzun bir süre gizleme eğiliminde bulunabilmektedirler.²³⁸

Toplumsal ağların yapısı, ilişkiler setini belirleyen sosyal yapının özellikleriyle ilişkilidir. Bu yapısal özellikler, hem ikili ilişkilerde kişinin diğer kişi ile ilişkilerini karakterize eden karşılıklı ilişki, karşılıklı iletişim ya da sağlamlık gibi özelliklerin yanı sıra kişinin diğer kişilerle arasındaki ilişkileri karakterize eden sıklık, homojenlik, karşılıklılık ve yaygınlık/dağılım gibi özelliklerdir.²³⁹ Bir klinikte yatan hastaların ve refakatçilerin aynı kliniği, benzer sorunları paylaşmaları nedeniyle aralarında bir destek ağının oluşması muhtemeldir. Bu kişiler arasında benzer sosyokültürel özelliğe sahip olanlar daha fazla yakınlaşabilir. Aynı odada kalan hastalar arasında, hatta aynı oda içinde iki ya da üç kişi arasında daha yakın ilişkiler gözlenebilir.

Kişilerarası ilişkilerin kapsamı toplumsal ilişkilerin işlevsel doğası, niceliği, kaynakları (eş, arkadaş, iş arkadaşı gibi) ve ilişkilerin algılanan niteliği ile ilgilidir.²⁴⁰ Tüm toplumlarda işbirliği, rekabet, çatışma ve alış-veriş olmak üzere dört tip etkileşim biçimi vardır. Alış-veriş sadece ekonomik ilişkilerle sınırlı değildir. Komşular birbirlerine yardım alış-verişinde bulunurlarken, tartışmacılar fikir, meslektaşlar tavsiye, arkadaşlar sosyal destek, sevgililer sevgi alış-verişinde bulunurlar. Sosyal alış-verişe dayalı ilişkilerde, bireyin beklentileri olduğu için sosyal ilişkiye girdiği ve bu beklentiler gerçekleştiği sürece ilişkiyi sürdürdüğü belirtilir. Birey etkileşimde bulunduğu kimse ya da kimselerden fayda gördüğünde, karşılık verme zorunluluğu hisseder. Birey zorunluluklarını yerine getirmez veya karşılık vermezse nankör olarak nitelenecektir. Bu olumsuz nitelendirme, insanların zorunluluklarını unutmaması için sosyal yaptırım oluşturur.²⁴¹

Toplumsal ilişkilerin bir sonucu olarak sosyal kontrol, sağlığı destekleyen bireysel ve toplumsal davranışları düzenleyebilir. Sağlık davranışları üzerinde sosyal kontrolün dolaylı ve doğrudan etkisi olduğu belirtilmektedir. Dolaylı olarak sosyal kontrol, diğerlerine karşı sorumluluk duygusu gibi sosyal normlara uyma yoluyla kişinin kendini düzenlemesini sağlamaktadır. Doğrudan sosyal kontrol, tıbbi ya da

²³⁸ Veli Duyan, **a.g.m.**, s. 3-11.

²³⁹ James S. House, Debra Umberson ve Karl R. Landis, **a.g.m.**, 302.

²⁴⁰ **A.g.m.**, s. 302.

²⁴¹ Vildan Akan, **a.g.e.**, ss. 87-91.

geleneksel tedaviye başvurma, beslenme, sigara-alkol kullanma gibi sağlıkla ilgili davranışları düzenlemektedir.²⁴²

Eşler Arkadaşlar Aile	Meslek elemanları Paraprofesyoneller Bakım vericiler

Araçsal destek	Duygusal destek	Bilgi desteği
Alışveriş Ev işleri Ulaşım	Rahatlama Şefkat Sevgi	Tavsiye Haber Yanıt

Şekil 2.8. Sosyal Destek Kaynakları ve İşlevleri²⁴³

Sosyal destek çalışmalarında duygusal, bilgi ve araçsal ve destek olmak üzere üç tip destek üzerinde durulmaktadır. Özellikle sağlık-hastalık durumunda eş, aile fertleri, arkadaşlar tarafından sağlanan duygusal desteğin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Duygusal desteğin sevilme ve değer verilme olarak algılanması yalnızlık duygularını azaltmakta, benlik saygısını güçlendirmektedir. Hastalık durumunda, özellikle o alandaki uzmanların bilgi ve tavsiye desteği, hastalıkla baş etme ve hastalığın yönetiminde kontrol duygusunu artırarak etkili olmaktadır. Hastalık yönetiminin öğrenilmesiyle gelecekte oluşabilecek zararlar da azaltılmaktadır.²⁴⁴ Araçsal destek; günlük yaşam problemlerinin çözümünde gündelik ev işlerine yardım, maddi yardım gibi uygulamaları içermektedir.²⁴⁵ Önemli olan verilen duygusal, araçsal ve bilgi desteğinin yeterli olarak algılanmasıdır. Böylece bireyin ilgi görmüş, sevilmiş, bilgi verilmiş ve onaylanmış olma duygusu güçlenecektir.²⁴⁶ Sosyal desteğin değişik formları ve sosyal etkileşim kötü yaşam koşullarına karşı insanları korumaya yardımcı olabilir, ancak aynı nedenle onun yokluğu da stresi artırabilir.²⁴⁷

Sevgi ve anlayışın yakın dostluk ve arkadaşlıklar sonucu oluşan samimi ilişkilerin bir sonucu olması muhtemeldir. Şüphesiz desteklerin tüm formlarının pozitif sonuçları olmayabilir. Algılanan destek, karşılıklı ilişkinin beklentileri

²⁴² James S. House Debra Umberson ve Karl R. Landis, **a.g.m.**, 302.

²⁴³ Veli Duyan, **a.g.m.**, s. 9.

²⁴⁴ S.Vicki Helgeson ve Sheldon Cohen, "Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational and Intervention Research", **Health Psychology**, 15, 1996, s. 135-148.

²⁴⁵ Jane Pilcher, **a.g.e.**, 41.

²⁴⁶ Veli Duyan, **a.g.m.**, s. 9.

²⁴⁷ Jane Pilcher, **a.g.e.**, s. 42.

açısından kişi için ağır bedeller veya istenmeyen ve yapılması güç zorunluluklar oluşturabilir.²⁴⁸ Ayrıca hastalık ya da fiziksel yetersizliği olan kişilere uzun süre bakım verenlerin de desteğe gereksinimi olabilir.²⁴⁹

Türkiye’de, ziyaret saatlerinde hastaneler dolup taşmakta, ziyaret saatlerinin bitiminde personel ziyaretçileri çıkarmak için büyük çaba sarf etmektedir. Hasta ziyaretlerine kolonya, çiçek gibi hediyeler götürmek yaygın bir davranıştır. Hasta taburcu olduktan sonra ziyaretler evde de sürmektedir. Bu ziyaretler dayanışmayı sağlamaktadır.²⁵⁰ Ziyaretlerin genel olarak hastalar üzerinde olumlu etkilerinin bulunduğunu, bireylerin yalnızlık, değersizlik, terkedilmişlik gibi olumsuz duygulardan kurtularak rahatladıkları belirtilmektedir.²⁵¹ Tezcan, üst kesimlerde ziyaretlerin daha kısa tutulduğunu, hastanın yorulmamasına dikkat edildiğini, ancak alt kesimlerde bu ziyaretlerin uzun tutulduğunu belirtmektedir. Uzun süreli ziyaretler de hastayı sıkabilmekte ve dinlenmesine engel olabilmektedir.²⁵²

4.5.2.2. Kültürel Norm ve Değerler

Eliot’a göre kültür; doğumdan ölüme, sabahtan akşama kadar ve hatta uykuda bile halkın sahip olduğu inançlar toplamı, bir bakıma bütün bir yaşama şeklidir.²⁵³ Kültür, bir toplumun maddi ve manevi alanlarda oluşturduğu ürünlerin tümüdür.²⁵⁴ Dinamik bir yapıya sahip olan kültür, simgeler aracılığıyla öğrenilerek kuşaktan kuşağa aktarılmakta ve bir toplumu diğerlerinden ayıran bir değer sistemi oluşturmaktadır.²⁵⁵

Toplumsallaşma, bireylerin kendi toplumlarının değerlerini, tutumlarını, örf ve adetlerini kazandığı, içselleştirdiği bir süreçtir. Bu süreç kültürel veya alt-kültürel deneyimler, aile deneyimi, farklı gruplarda bulunma, farklı kişisel deneyimler, farklı genetik donanım gibi nedenlerden dolayı toplumda çok farklı kişiliklerin oluşmasına

²⁴⁸ Jane Pilcher, **a.g.e.**, s. 42.

²⁴⁹ **A.g.e.**, s. 44.

²⁵⁰ Mahmut Tezcan, **Kültürel Antropoloji**, T.C. Kültür Bakanlığı Yay., Ankara, 1997, s. 218.

²⁵¹ Emine Uslu Kol ve Selma Doğan, “Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hasta ve Yakınlarının Hasta Ziyaretine İlişkin Görüşleri ve Ziyaretlerin Hastaların Anksiyete Düzeyine Etkisi”, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 1(1), 1997, s. 31.

²⁵² **A.g.m.**, s. 218.

²⁵³ Naci Bostancı, “Toplum ve Kültür”, **Sosyolojiye Giriş**, Edit. İhsan Sezal, Martı Yay., Ankara, 2003, s. 111.

²⁵⁴ Sedat Veyis Örnek, **Etnoloji Sözlüğü**, Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi, Yay. No: 200, Ankara, 1971, s. 148.

²⁵⁵ Bozkurt Güvenç, **a.g.e.**, s. 101-103.

neden olur. Fakat bu farklılıklar toplumun kültürü çerçevesinde gerçekleşir.²⁵⁶ Sağlık ve hastalık da kültürel kalıplara göre anlam kazanır. Örneğin, ağrıya karşı kültürel tutumlar çocukluğun ilk yaşlarından itibaren ebeveyn ve akraba gruplarından öğrenilmek suretiyle bireye nakledilir. Böylece çocuk ağrıya, acıya karşı ne şekilde tepkide bulunacağını öğrenmektedir.²⁵⁷ Bu konuyla ilgili olarak, Zborowski 1952 yılında New York'ta yaptığı bir araştırmada, Yerli Amerikalıların ağrı karşısında objektif bir tavır sergilediklerini ve soğukkanlılıklarını koruduklarını, İrlandalıların ağrıyı neredeyse inkar ettikleri, İtalyan ve Yahudilerin ise aksine ağrıyı abarttıkları ve aşırı derecede şikayet ettiklerini saptamıştır.²⁵⁸ Burada hastanın ağrıya ilişkin tutumunu değerlendirmede sağlık personelinin kendi kültürel değer ve normlarının etkili olacağı belirtilebilir.

Hastalık olgusuna atfedilen değer kültürel açıdan farklılaşabilir. Hastalığa yakalanan bir kişi her yerde hasta sayılmayabilir. Örneğin, Trahom'un yaygın olduğu bir yerde, çocuk kör olduğu zaman aile "Çocuğumuz hafız olacak" diye sevinebilir. Kimi toplumlarda bazı kronik hastalıklara yakalananlar hasta sayılmayabilir, bu kişilerin günlük görevlerini yerine getirmeleri beklenebilir. Yaşam koşullarının zor ve erken ölümlerin çok olduğu bir toplumda ölüme karşı gösterilen davranış beklenenden farklı olabilir. Kimi toplumlarda hastalıktan acı çekmek ya da ölmek dinsel bir değer taşır.²⁵⁹

Kültürü biçimlendiren etmenler arasında töre, gelenek ve göreneğin önemli yeri vardır. Bunlar, toplumların benimseyip geliştirdiği ve kuşaktan kuşağa aktardığı inanç ve kuralların tümüdür. Bu kuralların bir bölümü yine sağlıkla ilgilidir.²⁶⁰ Hastalıkların sınıflandırılması, nedenlerine göre geleneksel tedavi yöntemlerinin seçilmesinde bu inanç ve kurallar etkilidir. Seçilen yöntemle hasta ya iyileşir ya da ölür. Hasta iyileşirse geleneksel yöntem itibar kazanır, ölürse yine de bu durum tedavinin etkili olmadığına bağlanmaz; durum genellikle dinsel inançlar doğrultusunda yorumlanır.²⁶¹

²⁵⁶ Vildan Akan, **a.g.e.**, s. 97.

²⁵⁷ Orhan Türkdoğan, **a.g.e.**, s. 5.

²⁵⁸ Graham Scambler, **a.g.e.**, s. 39.

²⁵⁹ Rahmi Dirican ve Nazan Bilgel, **a.g.e.**, s. 217, 218.

²⁶⁰ **A.g.e.**, s. 217, 218.

²⁶¹ Orhan Türkdoğan, **a.g.e.**, s. 46.

Toplunun kültürel pratikleri içinde yer alan geleneksel tedaviler genellikle hastalık nedenlerine göre planlanır. Hastalığın nedenleri sıcak veya soğuk havanın tesirine; kan, meni, idrar vb. vücut sıvılarındaki dengesizliğe; nazar değmesi, cin çarpması, tabunun ihlali, kötü ruhun musallat olması, korkma, hastalık nesnesinin vücuda nüfuzu gibi büyüyle ilgili etkenlere bağlanmaktadır. Hastalıkların nedenlerine göre beslenme, bakım ve tedavileri de farklı olmaktadır. Tedavi teknikleri içinde özel yiyecekler, evde hazırlanan ilaçlar, lapalar, merhemler, masajlar, banyolar, kupa çekme, sülük uygulama ve parpılama gibi uygulamalar sayılabilir. Büyü söz konusu olduğunda türbe ziyaretleri, seromoniler, bazı nesneleri koruyucu amaçla kullanma, yaşlı bir koca-karı ya da hocaya giderek muska-kağıt yazdırma, okutma gibi yöntemler izlenmektedir. Her teknik belirli bir değer oryantasyonuna, inanç ve bilgiler sistemine göre düzenlenmiştir.²⁶²

İnsan bir dil, bir anlam ağı içinde kalan bir varlıktır. Bilincinin açık olduğu her anda insan bir anlam dünyasının içindedir ve sürekli olarak yorum yapmakta, anlam üretmektedir. İnsan hastalığına ve bu hastalığı iyileştirmek için yapılan girişimlere de bir anlam yüklemektedir. Plasebo etkisinde belirleyici olan, gerek alınan ilacın ya da uygulanan tekniğin gerek hasta-hekim ilişkisinin ya da tedavi sürecine katılan herhangi bir şeyin ‘iyi geleceği’ düşüncesinin anlam ağına güçlü bir etken olarak katılmasıdır.²⁶³ Yaşan ve Gürgen’in çalışmasında psikiyatri polikliniğine başvuranlar içinde geleneksel yardım alanların % 26’sı kısmen yarar sağladığını, % 3’ü tam yarar sağladıklarını belirtmişlerdir.²⁶⁴ Geleneksel tedavilerden sağlanan yarar algısı üzerine plasebo etkisinden bahsedilirse, burada kültürel değer ve inançların etkisi kadar kişinin kırsal-kentsel kökenli olması, eğitim düzeyi, hastalık hakkındaki bilgisizliği, uygulanan yöntemlerin gizemliliği gibi faktörlerin önemli olduğu söylenebilir.

²⁶² A.g.e., s. 47-63.

²⁶³ Erol Göka, a.g.m., s. 58-64.

²⁶⁴ Aziz Yaşan ve Faruk Gürgen, “Psikiyatri ve Fizik Tedavi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Geleneksel Yardım Arama Davranışının Karşılaştırılması”, **Dicle Tıp Dergisi**, Cilt: 31, Sayı: 3, 2004, s. 26.

Claridge, bireyin üzerinde herhangi bir ilaçla yapılan tedavinin etkisini total ilaç etkisi olarak adlandırmakta ve ilacın farmakolojik özelliklerine ek olarak plasebo etkisinde rol oynayan bazı özelliklere değinmektedir. Bunlar:²⁶⁵

1. İlacın niteliği (rengi, şekli, tadı, adı gibi).
2. İlacı alan hastanın özelliği (deneyimi, kişiliği, eğitimi, sosyo-kültürel birikimi gibi).
3. İlacı öneren ya da hazırlayan kişinin özellikleri (kişiliği, mesleki statüsü, yetkesi gibi).
4. Önerilen ilacın hangi ortamda uygulandığı (doktorun muayenehanesi, laboratuvar, sosyal ortam gibi).

Türkdoğan, Ilica Bölgesinde yaptığı çalışmada doktorluk mesleğine yüksek bir mevki verildiğini belirtir. Sağlık sistemi içinde doktora atfedilen üstünlük, hastane idarecileri ve hemşirelerin üstündedir. Dindar, yaşlı ve mütevazı doktorlar tercih edilirken, doktorun emirlerine de uyulması gerektiği düşünülmektedir. Ancak reçetede yer alan ilaç türleri doktorun söylediklerini yerine getirme hususunda önemlidir. Ilica halkına göre, verilen ilaç hastalığı bir anda ortadan kaldırmıyorsa, ilaca verilen para boşa gitmiştir. Hastaya iğne veren doktor şurup veren doktora göre daha sağlam teşhis koymaktadır. Hasta doktorun verdiği ilacın iyi gelmediğine inanırsa ilacı bırakır ya da doktorun verdiği ilaçların yanı sıra ev ilaçlarını da kullanmaya devam eder. Burada doktora başvurma, doktorun önerilerine ve verdiği tedaviye uymada kültürel normların etkisi görülmektedir.²⁶⁶

Kültür inançlar ve değerler sistemi rahatsızlığın ifade biçimini etkiler. Çünkü her bir kültür, özellikle belirli bir zamanda sağlık-hastalık konuları etrafında geniş bir kelime hazinesi oluşturur. Bazı toplumların psikolojik rahatsızlığı tanımlayacak sözleri çok azdır veya hiç yoktur.²⁶⁷ Bireyler hastalığı kendi bilişsel dünyalarındaki kavramlara göre açıklamaya çalışırlar. Yardım isteğini sözel olarak belirtmek çeşitli nedenlerle zor olduğunda, kişiler imdat sinyalini çekmede bedenlerini kullanabilirler. Ruhsal sıkıntıları bedenselleştiren hastalar, belirtilerin biyolojik bir temeli olmadığı halde bunları gerçek olarak algırlar. Sıkıntıları, üzüntüleri ruhsal yerine bedensel

²⁶⁵ Cecil G. Helman, **Culture, Health and Illness**, An Introduction for Health Professionals, Butterworth and Heinemann, Oxford, 1990, s. 170.

²⁶⁶ Orhan Türkdoğan, **a.g.e.**, s. 35.

²⁶⁷ Carroll M. Brodsky, "Culture and Disability Behavior", **The Western Journal of Medicine**, 139, 6, 1983, s. 893.

yolla yaşamak ve iletme eğilimi aslında bütün toplumlarda ve toplum düzeylerinde yaygındır. Ayrıca bedensel hastalık her zaman, her yerde çevrenin ilgisini uyandıran, hoşgörüyü karşılanan ve hastalanan bireyin sorumlu tutulmadığı talihsiz bir durum olarak görülür.²⁶⁸

Sigara, çay, kahve, alkol ve psikotrop ilaçlar yaygın olarak kullanılan kimyasal rahatlatıcılardır ve sosyokültürel özellikler bu maddelerin kullanımında önemli rol oynamaktadır. Bu maddelerin kullanan kişilere göre sembolik anlamları olabilir. Sosyal ilişkilerde, iyileşme amacıyla ya da dinsel içerikli ritüellerde kullanılabilir.²⁶⁹

Bir toplumda sağlıkla yakından ilgili olan beslenme, temizlik alışkanlığı, giyim ve barınma tarzı da kültürel değerleri yansıtır. Örneğin, ayaküstü beslenmenin yaygın olduğu Amerikan toplumunda, önemli sağlık sorunlarından biri bu tarz beslenmenin neden olduğu şişmanlıktır.²⁷⁰ Toplamların benimsemiş olduğu giyim tarzları; çok dar ve sıkı elbiseler, korseler, düz ya da yüksek topuklu ayakkabılar, çok kapalı ya da çok koyu renk giysiler kişilerde rahatsızlıklara ve hastalıklara neden olabilir. Örneğin, yapılan bir araştırmada, çarşaf giyen ve peçe takan Yemenli kadınlarda osteomalazi, tüberküloz ve anemi insidansı çok yüksek bulunmuştur.²⁷¹

4.5.2.3. Din

Din, bireysel ve toplumsal açıdan çok geniş bir çerçevede işlev gören, insanların iç dünyalarındaki ahenk ve davranışlarının şeklini ve yönünü belirlemedeki denge sağlayıcı rolü itibarıyla, bir varoluşsal çözümleme ve hayatı anlamlandırma misyonuna sahip güçlü bir olgudur.²⁷²

Din, ne karmaşık modern toplumlarda ne de son derece homojen kültürlerde bütün insanlar için aynı anlama gelmemektedir. Bu nedenle araştırmacılar, birey ve onun dini ile ilgili araştırmalarda dini inanç, ibadet, tecrübe, bilgi ve etkileme boyutlarını incelemektedirler. İnanç boyutu ile, dindar her insanın belli inanç

²⁶⁸ Serap S. Babacan, "Hastalıkta Ruh ve Beden Etkileşimi", **Kastamonu Eğitim Dergisi**, Cilt:11, No:2, Ekim-2003 s. 519-524

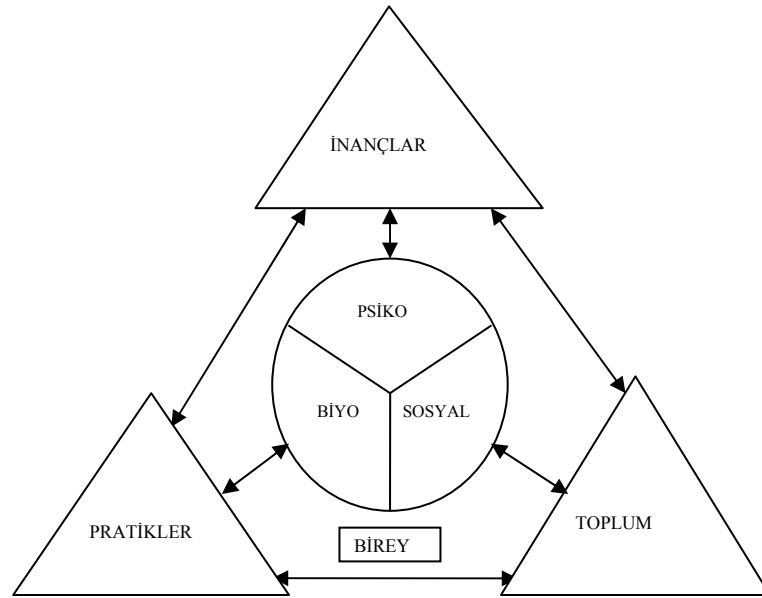
²⁶⁹ Cecil G. Helman, **a.g.e.**, s. 187-188.

²⁷⁰ Nurşen Ö. Adak, **a.g.e.**, s.77.

²⁷¹ Belma T. Akşit, "Toplum, Kültür ve Sağlık", Edit. Münevver Bertan ve Çağatay Güler, **Halk Sağlığı**, Güneş Kitabevi, Ankara, 1997, s. 22.

²⁷² M. Doğan Karacoşkun, "Dini İnanç-Dini Davranış İlişkisine Sosyo-Psikolojik Yaklaşımlar", **Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi IV**, sayı. 2, 2004, s. 23.

ilkelerini kabul edeceğine yönelik beklentiler ifade edilmektedir. Bu inanç ilkelerinin içeriği farklı dinlerde farklı olmakla birlikte, aynı dini geleneğin içinde de fark görülebilir. İbadet boyutu ile bir dine ait tüm dini pratikler kastedilmektedir. Dini tecrübe, insanların herhangi bir zamanda dini bir duyguyu tecrübe edip etmemeleri ile korku, boyun eğme, mutluluk ve huzur gibi duygu tarzlarını içermektedir. Bilgi boyutu ile kişilerin dinlerin temel öğretilerini ve kutsal metinlerini bilmesi ve onlara güvenmesi kastedilmektedir. Etkileme boyutu, insanın inanç, ibadet, tecrübe ve bilgisinin bütün seküler sonuçlarını kapsamaktadır. Dinin genel talimatlarını kullanma ve yorumlama ile günlük davranışlarda dinin etkisi kişilere göre değişebilmektedir.²⁷³



Şekil 2.9. Dini İnanç ve Uygulamalar ile Biyolojik, Psikolojik ve Sosyal İyilik Hali Arasındaki İlişkiler.²⁷⁴

4.5.2.3.1. Dini İnanç ve Pratikler ile Biyolojik Sağlık

Dini inançlar sıklıkla dini pratikler tarafından açıkça ortaya konulur ya da güçlendirilir²⁷⁵. Din, güçlü bir sosyal kontrol aracıdır. Bazı davranışlara kutsallık vererek, bu davranışların yapılma isteğini güçlendirirken; suç olan bazı davranışlara

²⁷³ Charles Y. Glock, “Dindarlığın Boyutları Üzerine”, **Din Sosyolojisi**, Der. Yasin Aktay, M.Emin Köktaş, Vadi Yay., Ankara, 1998, s.252-255.

²⁷⁴ Loren Marks, “Religion and Bio-Psiko-Social Health: A Review and Conceptual Model”, **Journal of Religion and Health**, Vol: 44, No. 2, 2005, s. 176.

²⁷⁵ A.g.m., s. 176.

da günah fikrini bağlayarak insanların bunları yapmaktan kaçınmalarını sağlar.²⁷⁶ Dini inançların, bazı sağlık problemleri için risk oluşturabilen alkol, sigara, ilaç kullanımı, riskli cinsel ilişki gibi negatif sağlık davranışlarından kaçınma yönünde etkili olduğu ve sağlıklı davranışları pekiştirdiği öne sürülmektedir.²⁷⁷

Yüksek riskli seksüel davranış, din ve sağlık ilişkisi açısından sunulan araştırma alanlarından biridir. Dindarlığın kadınların AIDS ile ilgili riskli davranışlarında güçlü bir belirleyici olduğu, en yüksek riski dini yönden zayıf olan kadınların taşıdığı bulunmuştur. Bu riskli davranışlar yalnızca seksüel olmayıp aynı zamanda madde kullanımıyla da ilişkilidir.²⁷⁸

Din, alkol ve ilacın kötüye kullanımında caydırıcı olabildiği gibi, çalışmalar maddeyi kötüye kullananlarda dini bağlılık ne kadar fazla ise daha başarılı bir rehabilitasyon sağlandığını göstermektedir.²⁷⁹ Alkol ve ilaç faktörleri yalnızca kişinin sağlığıyla direkt ilişki açısından önem arz etmez, aynı zamanda aile içi şiddetin % 65-80'i alkolün kötüye kullanımıyla ilişkilidir.²⁸⁰

Bazı dini gruplarda (Mormonlar gibi) kanser oranlarının önemli ölçüde düşük olduğu, daha iyi bir sağlığa sahip oldukları ve yaşam umudunun yüksek olduğu gözlenmektedir.²⁸¹ Dini olarak aktif olup haftada birden fazla kiliseye giden Afrikan Amerikalıların gitmeyenlere oranla ortalama yaşam sürelerinin yaklaşık 14 yıl arttığı saptanmıştır.²⁸²

4.5.2.3.2. Dini İnanç ve Pratikler ile Psikolojik Sağlık

Dinsel inançlar özellikle stres, kriz ya da büyük kayıpların olduğu anlarda psikolojik başa çıkma etkisi yoluyla sosyal, duygusal ve moral destek sağlayarak

²⁷⁶ Sezgin Kızılcıkel, 1995a, **a.g.e.**, s. 39.

²⁷⁷ Christopher G. Ellison ve Diğerleri, "Religious Involvement, Stres and Mental Health", **Social Forces**, 80: 1, September, 2001, s. 216-223.

²⁷⁸ Elifson, K.W., Klein, H. and Sterk, C.E., "Religiosity and HIV risk behavior involvement among 'at risk' women", **Journal of Religion and Health**, 42, 2003, 47-66. Akt. Loren Marks, **a.g.m.**, s. 177.

²⁷⁹ Koenig, H.G., McCullough, M.E. and Larson, D.B., **Handbook of Religion and Health**, New York: Oxford University Press, 2001, Akt. Loren Marks, **a.g.m.**, s. 177.

²⁸⁰ Gallagher, B.J., **The Sociology of Mental Illness**, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall., 1987, Akt. Loren Marks, **a.g.m.**, s. 177.

²⁸¹ Simmerman, S.R., "The Mormon health traditions: An evolving view of modern medicine", **Journal of Religion and Health**, 32, 1993, 189-196, Akt. Loren Marks, **a.g.m.**, s. 178.

²⁸² Hummer, R., Rogers, R., Nam, C. and Ellison, C.G., "Religious involvement and U.S. adult mortality", **Demography**, 36, 1999, 273-285, Akt. Loren Marks, **a.g.m.**, s. 178s.

toplumsal bir bağıllık sağlayabilir.²⁸³ Bununla birlikte toplumsal bağıllığı devam ettiren inançlarca kabul edilmeyen davranışların sonuçlarından kaynaklanan sıkıntılar bazı stres çeşitlerini şiddetlendirebilir.²⁸⁴

Toplumsal yaşamın karışık zamanlarında ve kaos ortamlarında en güçlü insanlar bile güçlü varlıklara sığınma ihtiyacı duyarlar. Zaten din de bu gereksinimden doğmuştur.²⁸⁵ Din, doğal kuvvetler ve hayatın olumsuz şartları karşısında moral kaynağı olarak bireye gönül rahatlığı sağlayabilmektedir.²⁸⁶ İnsanlar kendilerini çaresiz ve güçsüz hissettiklerinde, hastalandıklarında aşkın bir varlığa daha çok dua ve ibadet etmektedirler.

Dini inançlar ile yaşamda karşılaşılan günlük stresle başa çıkma arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Kişisel mutluluk, artmış benlik saygısı ve depresyona eğilimin azalması gibi birkaç spesifik alanda olumlu ruhsal sağlık sonuçlarıyla dinselilik arasında ilişki saptanmıştır.²⁸⁷ Dini inançlar yararlı bir psikolojik başa çıkma kaynağı olarak ruhsal sağlığın korunmasını sağlar. Meditasyon, ibadete odaklanma ve düşünceye dalma aktiviteleri gibi dini pratiklerin çoğunun, literatürde “gevşeme tepkisi” olarak adlandırılan sempatik sinir sistemi aktivasyonunda azalma, kaslarda gevşeme, kan basıncı ve nabızda düşmeye katkıda bulunduğu gösterilmiştir.²⁸⁸

Stack, dine bağlanma/dini inanç ve intihar arasındaki ilişkiyi ortaya koyduğu teorisinin temel önermelerini şu şekilde belirlemiştir.²⁸⁹

1. Ahiret hayatı mutluluk vadettiği için işsizlik, boşanma, fakirlik gibi nedenlerden dolayı strese giren insanlardaki sıkıntıyı pozitif yönde dengeleyebilir.

²⁸³ Bennet, T., Deleuca, D.A. and Allen, R.W., “Religion and children with disabilities”, **Journal of Religion and Health**, 34,1995, 301–312, Akt. Loren Marks, **a.g.m.**, s. 176.

²⁸⁴ Loren Marks, **a.g.m.**, s. 176.

²⁸⁵ Sezgin Kızılcıkelik, 1995a, **a.g.e.**, s. 39.

²⁸⁶ Mustafa Aydın, **a.g.e.**, s.111, 112.

²⁸⁷ Pargament, K.I., **The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, and Practice**, New York: Guilford, 1997, Akt. Loren Marks, **a.g.m.**, s. 180.

²⁸⁸ Benson, H., **Timeless Healing**, New York: Scribner, 1996, Akt. James W. Jones, “Religion, Health, and the Psychology of Religion; How Research on Religion and Health Helps Us Understand Religion”, **Journal of Religion and Health**, Vol. 43, No. 4, 2004, s. 318.

²⁸⁹ Steven Stack, “The effect of religious commitment on suicide: A cross-national analysis”, **Journal of Health and Social Behaviour**, 24, 1983, s.362-374, Akt. Talip Küçükcan, “Dindarlık, Depresyon, ve İntihar”, **Akademik Araştırmalar Dergisi**, sayı 7-8, Kasım 2000-Nisan 2001, s. 75-85, <<http://www.academical.org/dergi/MAKALE/s7dindarlikdepresyon.htm>>, Erişim Tarihi: 02.02.2006.

2. Elem ve keder bir mana içeriyor olabilir. Başa gelen kötülüklerin bir başka anlamı da, hüznün ve kederlere gösterilen sabır ve başa çıkmanın değerini göstermede yatmaktadır.
3. Tanrı'nın gözetlediğine ve insanların elemelerini bildiğine olan inanç insanları daha tahammüllü kılar.
4. Din, toplumun materyalist anlayışa dayalı sınıflandırma sistemine alternatif olarak kutsal bir rütbe ya da sınıflandırma sistemi sunar. Dolayısıyla birey öz saygısını, özellikle toplumun hiyerarşik düzeninde başarısız olmuşsa, ruhsal açıdan başarılı olma hedefiyle geliştirebilir.
5. Duyan ve isteklere cevap veren bir Tanrı'ya olan inanç bazı insanların sıkıntılı hayat şartlarını başarıyla atlatmalarını sağlayabilir.
6. Din genellikle fakirlikten övgüyle bahseder.
7. Şeytan'ın varlığına olan inanç kişiyi kötülüklerle karşı mücadeleyle sevkeder.
8. Dinler ideal rol modelleri takdim ederler (Örneğin, peygamberler). Bu "model"deki insanlar, elem ve sıkıntılara göğüs germişler ve zorluklar karşısında intihara teşebbüs etmemişlerdir.

Dini inançlar ve ruhsal sağlık arasındaki ilişkiler üzerinde yapılan araştırmalar sıklıkla pozitif bir ilişkiyi gösterebilir de durum daima böyle olmayabilir. Arterburn ve Felton klinik vaka çalışmalarında sağlıklı inançların antitezi, “zehirleyici inançlar” olarak karakterize ettikleri birkaç zararlı dini inanç saptamışlardır. Dinin bütünleştirici ve yardımcı bir kaynak olmasına karşın bazı dini inançlar çözümden ziyade sorunlarla başa çıkmada problem ortaya koyabilmektedir.²⁹⁰ Din, gereklerine uyulmadığı takdirde suçluluk duygularına neden olmakta ve sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir.²⁹¹

4.5.2.3.3. Toplumsal Bağlılık ve Sosyal Sağlık:

Dünya inançlarının çoğunda özel dini pratikler toplum tarafından desteklenir. En ilkel dinlerden en gelişmişlerine kadar hemen her dine göre değişen ve genellikle birleştirici bir unsur olarak ortaya çıkan ibadetler, dini örf ve adetler, doğum, evlilik ve ölüm gibi hallerde yapılan dini merasimler hem fert hem de toplum hayatında

²⁹⁰ Arterburn, S. and Felton, J., **Toxic faith**, Colorado Springs, CO: Waterbrook, 2001, Akt. Loren Marks, **a.g.m.**, s. 180.

²⁹¹ Christopher G. Ellison ve Diğerleri, s. 216-223.

önemli yeri olan dönüm noktaları olarak mütalaa edilmektedir.²⁹² Din, sosyal sistem içerisinde birlik bilincini doğurarak bütüne bağlılık hissini güçlendirmekte ve sosyal bütünleşmeyi sağlamaktadır.²⁹³ Din, toplumu düzenleyici birtakım normları kapsamakta, bu değer ve normlar da topluma çeki düzen vermekte, sosyal yapıyı düzenlemektedir. Zekat gibi dini vazifeler zenginden fakire transferlerle sınıf çatışmalarını önlemektedir.²⁹⁴ Toplumun birlik ve beraberliğinin sağlanmasında ve bunun fertlerin bilincinde yer etmesini temin etmede dini bayramlar da önemli bir rol oynamaktadır.²⁹⁵

Din ve sağlık arasındaki ilişkileri inceleyen Amerikalı araştırmacılar, kiliseye gitme durumunun sosyal destek ve sosyal bütünleşmenin bir kaynağı olarak dayanışmayı artırdığını belirtmektedirler.²⁹⁶ Araştırmalar bir dini pratikle ilgilenen insanlar arasında artmış sosyal desteğin ruhsal ve fiziksel sağlık üzerinde önemli rol oynadığını göstermektedir. Dinin geniş sosyal destek ağları sağladığı ve artmış sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik sağlık sonuçları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur.²⁹⁷ Bununla birlikte din ve sağlık arasında dolaylı bir ilişki olarak sosyal destek konusu daha karmaşıktır. Bir dini grup içinde olumlu kişilerarası deneyimler yaşanmasına karşılık, din adamları ile muhafazakar gruplar arasında yaşanan olumsuz, çatışmalı ilişkiler sağlığa açıkça katkıda bulunmanın ötesinde sağlık üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir.²⁹⁸

Din ile diğer kurumların görevleri arasında sıkı bağlar vardır. Din kurumu, değişik varyasyonlarına ve içinde bulunduğu topluma göre değişmekle birlikte, bazı kurumların görevini pekiştirici özelliğe sahiptir. Örneğin, soyun sürdürülmesi ailesel bir işlemdir, din bunu değer boyutunda teşvik etmektedir. Bunun yanı sıra ekonomik çalışmayı ibadet, öğrenmeyi manevi bir görev olarak vurgulamaktadır.²⁹⁹

²⁹² Kamil Kaya, **Sosyolojik Açıdan Türkiye’de Din-Devlet İlişkileri ve Diyanet İşleri Başkanlığı**, Emre Matbaası, 1998, İstanbul, s. 34-35.

²⁹³ Sezgin Kızılcılık, 1995a, **a.g.e.**, s. 39.

²⁹⁴ Kamil Kaya, 1998, **a.g.e.**, s.51.

²⁹⁵ **A.g.e.**, s. 34-35.

²⁹⁶ Christopher G. Ellison ve Diğerleri, **a.g.m.**, s. 216-223.

²⁹⁷ Strawbridge, W., Shema, S., Cohen, R., and Kaplan, G., “Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships”, **Annals of Behavioral Medicine**, 23, 2001, 68–74. Akt. James W. Jones, **a.g.m.**, s. 318.

²⁹⁸ Exline, J., “Stumbling Blocks on the Religious Road” **Psychological Inquiry**, 13(3), 2002, 182–189. Akt. James W. Jones, **a.g.m.**, s. 318.

²⁹⁹ Mustafa Aydın, **a.g.e.**, s.111, 112.

4.5.2.4. Siyasal Faktörler

Hemen hemen her partinin siyasal programında daha iyi sağlık hizmetleri sunabilmenin yollarını gösteren programlar yer almaktadır. Sağlık politikaları siyasal partilerin en önemli vaad alanlarından biri olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ancak siyasi kararlarla olabilmekte, sağlık hizmetleri ülkenin finansal kaynaklarını bu alana ayırabildikleri ölçüde iyileşmekte ya da kötüleşmektedir.³⁰⁰ İzlenen ekonomik politikalara bağlı olarak sağlık politikaları da değişmekte; örgütlenme düzeyinde, sağlık insan gücü politikalarında, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık harcamaları ve sosyal güvenlik gibi pek çok alanda alınan siyasi kararlar etkili olmaktadır.

Sağlık sisteminin etkin bir şekilde işleyebilmesi ve toplum için fonksiyonel olabilmesi için değişen koşullara ve toplumsal yeniden yapılanmalara koşut olarak sağlık politikalarının geliştirilmesi gerekir. Sağlık politikalarının fonksiyonel olarak oluşturulabilmesi de toplum içindeki siyaset kurumlarının etkin ve rasyonel çalışmasına bağlıdır.³⁰¹

Türkiye’de sağlık politikaları, 1920’de Sağlık Bakanlığının kurulmasından günümüze değin sağlık hizmetlerinin sunumu ve ilkelerindeki farklılıklar yönünden dört dönemde incelenebilir.

4.5.2.4.1. 1920-1937 Dönemi

Türkiye’de Cumhuriyetin ilk yıllarında, ülkede salgın hastalıkların yaygın olması, sağlık hizmeti verecek kuruluşların ve sağlık insan gücünün bulunmaması sağlık hizmetlerinin bir devlet görevi olarak ele alınmasına neden olmuştur.³⁰²

Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam kısa bir süre dışında 1937’ye kadar bu görevini sürdürmüştür. Saydam’a göre hastaları iyileştirmekten çok, sağlıklı olanların bu durumlarının korunması daha önemliydi, bu nedenle koruyucu hizmetlere öncelik vermiş, tedavi edici hizmetleri yerel yönetimlere bırakmıştır. Belediyelere hastane işletmesi konusunda eğitici örnekler olması

³⁰⁰ Zafer Cırhinlioğlu, **a.g.e.**, s. 57.

³⁰¹ Sezgin Kızılcıkel, 1995a, **a.g.e.**, s. 100.

³⁰² Zafer Öztekin, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, Sağlık Özel Sayısı, Sayı. 39, s. 60-64.

amacıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da Numune Hastaneleri açmıştır.³⁰³

Bu dönemde, Sıtma, Frengi ve Trahom gibi bulaşıcı hastalıkların son derece yaygın olması, savaşların neden olduğu sosyo-ekonomik yıpranma sağlık sorunlarının çözümünü zorlaştırması, tüm bu şartlara karşılık sağlık hizmetleri örgütlenmesi ve sağlık insan gücü son derece yetersiz olması önemli sorunlardır.³⁰⁴ Yaygın bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve sosyal yardım örgütünün köylere kadar ulaştırılmasında iki yöntem izlenmiştir. Birincisi en azından her il ve ilçede birer hekim istihdam edilmiş, sağlık hizmetlerini ziyaretler yoluyla köylere kadar götürecek 'seyyar tabiblikler' oluşturulmuş, hastanesi bulunmayan yerlerde muayene ve tedavi evleri kurulmuştur.³⁰⁵ İkincisi, tek bir hastalıkla savaşan örgütlerin söz konusu olduğu dikey örgütlenme yoluyla sıtma, trahom, frengi ve lepra hastalıklarıyla savaşan örgütler kurulmuştur.³⁰⁶

Hekim gereksinimlerini karşılamak için hükümet tıp öğrencilerinin yeme, içme, giyinme ve barınma gereksinimlerini sağlamak amacı ile tıp öğrenci yurtları kurmuştur. Öğrenciler bu yurtlara para ödememekte, mezun olduktan sonra dört yıl Sağlık Bakanlığı Teşkilatında zorunlu hizmet yapmakta idiler.³⁰⁷ Bir diğer sorun da koruyucu hizmetlerde, özellikle kırsal bölgelerde çalışabilecek hekim dışı sağlık personelinin yetersizliğiydi. Bu dönemde temel eğitim almış genç kız bulmanın zorluğu yanında, kadınların bu tür işlerde çalışmaları toplum tarafından hoş karşılanmıyordu, özellikle de kırsal bölgelerde çalışmaları çok zordu. Bu nedenle bu dönemde 'sağlık memurluğu' bölümü açılmıştır.³⁰⁸

Kamu sektöründe çalışacak sağlık personelinin atama, terfi ve cezalandırma işi tek elde, Sağlık Bakanlığı'nda toplanmış; hastanelerde hekimlere daha az, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışanlara yüksek maaş ödemeleri yapılmıştır.³⁰⁹

Bu dönemde gerçekleştirilen en önemli başarılarından birisi sağlık ve sosyal yardımla ilgili çok sayıda yasa ve mevzuatın çıkarılması ve yürürlüğe konmasıdır.

³⁰³ A.g.m., s. 60, 61.

³⁰⁴ Nusret Fişek, "TC Hükümetlerinde Sağlık Politikaları" **Toplum ve Hekim**, Sayı: 48, Aralık 1991, s. 1, <http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html>, Erişim Tarihi: 02.02.2006

³⁰⁵ Yusuf Ekrem Özdemir, "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyet'in Kuruluşundan 1980'li yıllara Sağlık Politikaları", **Yeni Türkiye**, Sayı: 39, Mayıs-Haziran 2001, s. 260.

³⁰⁶ Zafer Öztekin, a.g.m., s. 61.

³⁰⁷ Nusret Fişek, a.g.m., s. 2.

³⁰⁸ Zafer Öztekin, a.g.m., s. 61.

³⁰⁹ Nusret Fişek, a.g.m., s. 2.

Bunların başlıcaları, tıp mensuplarının görev ve yetkilerini tanımlayan 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928), kamu sağlığı konusunda geniş yasal düzenlemeleri içeren Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930), Sağlık Bakanlığının görev ve yetkilerini düzenleyen SSYB Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936), Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun (1927)'dur.³¹⁰

4.5.2.4.2. 1937-1960 Dönemi

Bu dönemde yaşanan önemli bir gelişme 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu'nun kurulmasıdır. Bu kurum 1952'den itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açmaya başlamıştır. 1952 yılında daha önce kurulmuş dikey örgütlenmelere Ana-Çocuk Sağlığı hizmetleri de eklenerek, AÇS Merkezleri hizmete sokulmuştur.³¹¹

Bu dönemde Saydam'ın ilkesinden vazgeçilerek yataklı tedavi hizmetlerinin de Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu altında olduğu ilkesi benimsenmiş ve bazı il ve ilçelerde devlet hastaneleri açılmıştır. Belediye hastanelerinin önemli kısmı Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Uzmanlar pratisyenlere oranla daha yüksek maaşlar almaya başlamışlar, uzman hekim sayısı artmaya başlamıştır. Hastanecilik hizmetlerinin gelişimi ve bu hizmetlere verilen önem sonucu koruyucu hizmetlerde ve kırsalda çalışan pratisyen hekimler kentlerdeki hastanelere akmaya başlamışlardır.³¹²

Behçet Uz 1946-1948 yılları ve 1954-1955 yılları arasında iki defa Sağlık Bakanlığı yapmıştır. Sağlık Bakanı olduğu dönemlerde birer Sağlık Planı hazırlamıştır. 1946'da, mali boyutu ve personel yetersizliği nedeniyle 10 yıllık bir sürede tamamlanması öngörülen “Birinci 10 Yıllık Milli Sağlık Planı” adlı bir programı kamuoyuna duyurmuştur. 1954 yılında ikinci kez Sağlık Bakanı olduğunda “Milli Sağlık Planı” adıyla ikinci bir programı gündeme getirmiştir.³¹³

Plana göre, Türkiye yedi sağlık bölgesine ayrılacak, bunların her birinde 21 muhtelif sağlık ve sosyal yardım kuruluşu oluşturulacaktı. Bunlar arasında 500 yataklı hastane, 200 yataklı bir doğum hastanesi, çocuk hastanesi, akıl ve sinir

³¹⁰ Yusuf E. Özdemir, **a.g.m.**, s. 261.

³¹¹ Zafer Öztekin, **a.g.m.**, s. 62.

³¹² **A.g.m.**, s. 62.

³¹³ Yusuf E. Özdemir, **a.g.m.**, s. 261-262.

hastalıkları hastanesi, verem hastanesi, yaşlılar ve düşkünler evi,³¹⁴ yetimhane, her fakülte bünyesinde hastanenin besin ihtiyacını sağlamak üzere bir çiftlik olması tasarlanmıştı. Ayrıca Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi için bir Sağlık Bankası düşünülmüştü.³¹⁵ Kırsal alan sağlık örgütlenmesi de yeniden düzenleniyordu. Her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezinin kurulması, her on köye de bir sağlık memuru ve ebeğin görevlendirilmesi düşünülmüyordu. Buralarda çalıştırılacak personelin eğitimi için yeni tıp fakültelerinin, sağlık memuru-ebe ve hemşire okullarının açılması planlanmıştı. Ülkedeki tüm sağlık merkezleri koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir arada verecek ve dikey örgütlenmeye gerek kalmayacaktı. Her sağlık merkezi sağlık hizmetlerinin her yere ulaşması için birer taşıta sahip olacaktı.³¹⁶

Her iki program da hayata geçirilememiş, gerçekçi olmadıkları şeklinde eleştiriler almıştır. Hükümetlerin planın yasalaşması için yeterince çaba harcamamalarında başka nedenler de vardır. Özellikle planın ele aldığı, ilaç sanayinin denetlenmesi, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçların Bakanlık olanaklarıyla üretilmesi, süt-mama gibi çocuk beslenmesi için gerekli tesislerin kurulması ve işletilmesi gibi konular sermayedarların çıkarlarını zedeleyecek nitelikteydi.³¹⁷

DP iktidarları döneminde yerel idarelere bağlı olan hastaneler Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş ve genel bütçeden finanse edilmesi ilkesi kabul edilmiştir. Genel Sağlık Sigortası kurulması için çalışmalar başlatılmış, uluslararası kuruluşlar ile ve özellikle Dünya Sağlık Teşkilatı ve UNİCEF ile işbirliğine ve bu kurumlardan yardım sağlanmasına önem verilmiştir.³¹⁸ 1950-1960 yılları arasında koruyucu hizmetler geri planda kalmış, hastanecilik hizmetlerine önem verilmiştir. Dış borçlanmaya gidilerek büyük devlet hastaneleri yapılmıştır.³¹⁹

³¹⁴ A.g.m., s. 262.

³¹⁵ Zafer Öztek, a.g.m., s. 62.

³¹⁶ Erdem Aydın, “Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi”, **Toplum ve Hekim**, 12(80), 1997, s. 21-44.

³¹⁷ Rahmi Dirican ve Nazan Bilgel, a.g.e., s. 547-548.

³¹⁸ Nusret Fişek, a.g.m., s. 2, 3.

³¹⁹ Zafer Öztek, a.g.m., s. 60-64.

4.5.2.4.3. 1961-1980 Dönemi

1960'lı yılların sağlık politikalarına ve örgütlenmesine damgasını vuran gelişme, 1961 yılında “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun”un yürürlüğe girmesidir. Sosyalleştirme kavramıyla ifade edilen sistem, sağlık hizmetlerinin tüm toplum kesimlerine sosyal adalet ilkesine uygun olarak götürülmesini öngörüyor; en önemlisi bunu devlet görevi olarak gören bir anlayışa dayanıyordu.³²⁰

Bu kanunun ilkeleri şunlardır:³²¹

1. *Eşit ve sürekli hizmet:* Sağlık hizmeti herkese, her zaman ve her yerde verilmelidir. Bu nedenle halkın yaşadığı en uç noktadaki köylere kadar ulaşabilecek bir hizmet ağı kurulması öngörülmüştür.
2. *Entegre Hizmet:* Koruyucu ve iyileştirici hizmetler aynı birim tarafından verilecektir.
3. *Kademeli Hizmet:* Hastalar önce birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına başvuracaklar, burada evde ve ayakta teşhis ve tedavi edilmeyenler ikinci basamak olan hastanelere sevk edileceklerdir.
4. *Katılımlı Hizmet:* Halk sağlık hizmetlerini benimser ve ona sahip çıkarsa başarı artar. Bu nedenle hizmetin planlanması ve uygulanması aşamalarında o hizmetleri alacak kişilerle ilişki kurmak ve onları karar mekanizmasına katmak esastır. Bu amaçla sağlık ocakları içinde “sağlık ocağı sağlık kurulu” kurulacak, bu kurulda muhtar, imam, okul müdürü gibi toplum liderleri bulunacak ve bu kurul üç ayda bir toplanıp bölgedeki sağlık hizmetleri hakkında alınan kararlara katılacaktır.
5. *Nüfusa Göre Hizmet:* Her 5-10.000 kişi için bir sağlık ocağı, bölgedeki köylerde ya da mahallelerde 2.500 kişi bir sağlık evi kurulacaktır.
6. *Diğer hususlar:*³²² Kamuda çalışan hekimler özel olarak hekimlik yapamayacak, sözleşmeli olarak çalışacak ve serbest çalışan hekimlerin kazandığı ücret düzeyinde ücret alacaklardır. Hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı kamu sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafin bir kısmına iştirak ederek yararlanacaklardır ve -ücretini

³²⁰ Yusuf E. Özdemir, **a.g.m.**, s. 264.

³²¹ Zafer Öztekin, **a.g.m.**, s. 63.

³²² Nusret Fişek, **a.g.m.**, s. 3.

ödeme koşulu- ile istediği hekimi veya sağlık kurumunu seçebilirler. Bir bölgede sağlık hizmetinin iyi bir şekilde yürütülmesi için gerekli tesisler, lojmanlar, malzeme, araç ve personel temin edilecektir.

1962 yılında kabul edilen Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık alanında, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasanın ilkeleri esas kabul edilmiş ve 1963 yılında yasa Muş ilinde uygulanmaya başlanmıştır. 1965 yılında TBMM'de kabul edilen Devlet Personel Kanunu ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sözleşme ile çalıştırılması ilkesi yürürlükten kaldırılmıştır. Bunun sonucu olarak da tam süre çalışma ilkesi uygulanamamıştır. Bu, yasanın başarı ile uygulanamamasının ilk önemli nedenidir. Hükümetler sağlık hizmetinde birinci basamağın önemini anlamamışlar ve sağlık ocakları, hastane ve sağlık merkezlerinin yanında niteliksiz hizmet veren kurumlar olarak kalmışlardır. Uzun yıllar ocakların çoğuna hekim atanmamıştır. Devlet hizmet yükümlülüğü yasası bu açığı kapatmak üzere kabul edilmiştir. Ocaklarda hekim açığı kapatılmış, ancak yasa gereği ilaç, araç, gereç, lojman, bina gibi gereksinimler ile ocak-hastane işbirliği sağlanmadığından beklenen sonuç alınamamıştır. Hekim dışı sağlık personelinin yetiştirilmesine gereken önem verilememiş, halkın hizmete katkısını sağlama amacı ile öngörülen kurullar kurulamamıştır.³²³

Bu hedeflere, yöneticiler tarafından sosyalleştirme kavramının yeterince anlaşılabilmesi, sağlık alanına yeterli miktarda mali kaynak sağlanmaması, başa gelen iktidarların benimsediği neo-liberal politikaların sosyalizasyon yasasıyla çelişmesi gibi nedenlerle tam anlamı ile ulaşılabildiğini iddia etmek güç olmakla birlikte, önemli gelişmeler yaşandığı da bir gerçektir. Halk sağlığı hizmetleri alanında önemli gelişmeler yaşanmış, bu hizmetlere ulaşılabilirlik belirli ölçülerde arttırılabilmektedir.³²⁴

4.5.2.4.4. 1980'li yıllardan Günümüze

1961 Anayasasında kabul edilen 224 sayılı kanun sağlığın bir insan hakkı olduğu ve bu hakkın devlet tarafından güvence altına alındığı belirtirken, bu sosyal

³²³ Nusret Fişek, **a.g.m.**, s. 4.

³²⁴ Yusuf E. Özdemir, **a.g.m.**, s.270-273.

devletçi anlayış değişmiş, 1982 Anayasasının 56. maddesiyle devletin sorumlu değil, düzenleyici ve denetleyici olduğunu ifade eden bir anlayış ön plana çıkmıştır.³²⁵

1980 sonrasında hemen her iktidar, sağlık reformu adı altında sağlık hizmetlerine yönelik yeniden yapılandırma çalışmaları yürütmüştür. Bu reformların yanı sıra 80’li yıllarda sağlık alanında yaşanan başka bir gelişme de, devlet tarafından sağlanan teşviklerin de yardımıyla, özel sektörün sağlık alanındaki ağırlığını hissettirmeye başlamasıdır.³²⁶

1980’li yılların sonlarına kadar az sayıda olan özel hastanelerin çoğu azınlıklar ve yabancılar tarafından, çoğunlukla da İstanbul’da kurulmuşlardı.³²⁷ 1980’li yıllardan itibaren sağlık sektörü Türkiye’de yeni liberal politikalardan en çok etkilenen ve özel sektörün en çok geliştiği alanlardan biri olmuştur. Sağlık alanında kamu yatırımları azalırken, özel sektör yatırımcılığı artmıştır. Devlet bazı kolaylıklar sağlayarak özel sağlık sektörünün gelişmesini desteklemiştir.³²⁸ Günümüzde sayısı gittikçe artan bu hastaneler tanı ve tedavi hizmetlerinde son derece lüks koşullara sahiptirler. Özel hastane sektöründeki gelişmelere paralel olarak özel poliklinikler, laboratuvar ve tanı merkezleri de açılmıştır.³²⁹

1980’li yılların sonunda Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü ile başlayan sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırma çalışmalarını sağlık projeleri izlemiştir. Sağlık reformuyla ilgili konular 1992 yılında, ilgili kurumlardan, sektörlerden, üniversitelerden ve meslek kuruluşlarından yaklaşık 500 delegenin 34 çalışma grubu halinde katıldığı Birinci Ulusal Sağlık Kongresi’nde geniş bir şekilde ele alınarak tartışılmıştır.³³⁰ 1993 yılında yapılan İkinci Ulusal Sağlık Kongresi’ni takiben Türk sağlık reformu stratejileri hükümet programlarında yer almaya başlamıştır.³³¹

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması kapsamında Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı birlikte 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm

³²⁵ Ata Soyer, “1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 2000, cilt. 15, sayı. 4, s. 259, 260.

³²⁶ B. Serdar Savaş, “Türkiye Sağlık Sistemine Kısa Genel Bir Bakış”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, Sağlık Özel Sayısı, Sayı. 39, s. 94.

³²⁷ Serdar Savaş, **a.g.m.**, s. 99-100.

³²⁸ Songül Sallan Gül, **Sosyal Devlet Bitti, Yaşamın Piyasa**, Etik Yay., İstanbul, 2004, s. 294.

³²⁹ Serdar Savaş, **a.g.m.**, s. 100-102.

³³⁰ **A.g.m.**, s. 92.

³³¹ Yusuf E. Özdemir, **a.g.m.**, s. 287.

Programı” adıyla yeni bir program başlatmıştır. Bu program doğrultusunda yapılmak istenenler.³³²

1. Sağlık Bakanlığı, planlayıcı ve denetleyici fonksiyon görecek şekilde yeniden yapılacaktır.
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası oluşturulacak. Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenecektir.
3. Koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecek; etkili ve kademeli bir sevk zinciri için “aile hekimliği” sistemi oluşturulacaktır.
4. Ülkemizdeki hastaneler idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri haline getirilecek; her hastane kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu olacaktır.
5. Sağlık sektöründe çalışanların görev yetki ve sorumlulukları tanımlanacak; sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını sağlamak için isteğe bağlı sözleşmeli personel uygulamasına geçilecektir.
6. Dönüşümü gerçekleştirmede ihtiyaç duyulan, sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek; eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturulacaktır. Bu uygulamalar Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturulacaktır.
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanmaya önem verilecektir. Bu amaçla;
 - İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere "Ulusal İlaç Kurumu"nın oluşturulması sağlanacaktır.

³³² Sağlık Bakanlığı İzleme ve Değerlendirme Birimi, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm>, Erişim Tarihi: 11.11.2006.

- Daha çok ithalata dayalı olan tıbbi cihaz ve sarf malzeme açısından ulusal standartların belirlenmesi yerli üretime kolaylık sağlayacaktır. Hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip “Tıbbi Cihaz Kurumu”nun kurulması planlanmaktadır.
8. Sağlık hizmetlerinde eş güdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır.

Türkiye’de sağlık sisteminde yaşanan sorunlar toplumun sağlık düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Bazı çevreler tarafından sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırma çalışmalarıyla yapılmak istenenler umut vadeden gelişmeler olarak değerlendirilirken, bazı kesimlerce eleştirilmektedir.

4.5.2.5. Makro-Ekonomik Koşullar

Japonya’da doğan bir kız çocuğunun 85 yaşına kadar yaşamayı, yeterli düzeyde besin almayı, gerekli aşılınmayı ve iyi bir eğitim görmeyi, sağlığı için her yıl ortalama 550 dolar para harcamayı beklediği belirtilmektedir. Oysa bu kız Sierra Leone’de dünyaya gelseydi, yaşam beklentisinin sadece 36 yıl olması, hastalıklara karşı yeterince bağışıklanmamış olması, yetersiz beslenmesi, eğer çocukluk çağından sağ olarak çıkabilirse bir genç kızken evlenmesi ve çok sayıda çocuk doğurması, çocuklarından biri ya da daha fazlasını bebekken kaybetmesi, yılda sadece 3 dolar tutarında sağlık harcaması yapması beklenecekti.³³³

Ülkeler bütünüyle dikkate alındığında ve gelişmişlik düzeyleri karşılaştırıldığında yüksek, orta ve düşük gelirli ülkeler olarak sınıflandırılmakta, bu ülkelerin sağlık göstergeleri arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. 2002 yılı itibariyle Amerika’da kişi başına sağlık harcaması 5.274 Dolar, Almanya’da 2.817 Dolar iken, Türkiye’de sadece 420 Dolardır. Aynı yıl kamu sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı Amerika’da % 6.6, Almanya’da % 8.6, Türkiye’de % 4.3’tür.³³⁴

³³³ Barry Mason; “Dünya Sağlık Raporu: Yaşam Beklentisi En Yoksul Ülkelerde Geriliyor”, <www.wsos.org/tr/2004>, Erişim Tarihi: 05.01.2007

³³⁴ Onur Hamzaoglu ve Umut Özcan, **Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006**, Türk Tabipler Birliği Yay., Ankara, 2005, s. 101-102.

Türkiye bazı göstergeler açısından ortalamanın altında seyretmektedir. Oysa ülkelerin sağlığa ayırdığı pay arttığı ölçüde toplum sağlığı yükselebilecektir.

19. yüzyılda modern devletlerin, merkeziyetçi yapılanmaları ve sınıflar arası çatışmaları uzlaştırma çabaları devletin toplumsal alana, özellikle ekonomiye müdahalelerini artırarak sosyal devlet anlayışını doğurmuştur. Bu oluşumda, gelişen sanayi kapitalizminin ağır çalışma koşullarını iyileştirme ve çalışanları ekonomik risklere karşı koruma çabalarının yanı sıra salgın hastalıkları önleme, kamu sağlığını koruma ve düzenlemeyi amaçlayan bir takım düzenlemeler etkili olmuştur. 20. yüzyılda yaşanan savaşların yanı sıra diğer siyasal ve ekonomik olaylar da bu süreci pekiştirmiş ve toplumdaki dezavantajlı grupların korunması gerektiği anlayışı, modern devleti toplumsal alanın her alanına müdahale eder hale getirmiştir. Keynesci refah devleti anlayışının hakim olduğu bu dönemde devletin kalkınmada öncü rolü oynaması, gerekli altyapı yatırımlarını gerçekleştirmesi, tam istihdamı sağlayıcı ve çalışma ilişkilerini düzenleyici önlemleri alması, eğitim-konut ve sağlık gibi temel kamu hizmetlerini sunması yaygın kabul görmüştür.³³⁵

Özellikle gelişmekte olan ülkeler, 1970'lerin sonlarında dünyada görülen petrol krizi ve ülke içinde izlenen yanlış ekonomi politikalarının sonucunda ekonomik krizlerle karşı karşıya kalmışlardır.³³⁶ Ekonomik, politik ve sosyal alanlardaki değişimlerle birlikte sosyal devlet anlayışı tartışılmaya başlanmış, eşitsizlikleri giderme ve sosyal adaleti gerçekleştirmede yeterince başarılı olamadığı, topluma ve ekonomiye müdahalesi sonucu etkinliği ve verimliliği düşürdüğü, bürokratik hantallık, bedavacılığı teşvik ettiği gibi eleştiriler artmıştır. Dünya genelinde devletin etkinliği alanında önemli değişimler yaşanmış; sosyal devletin küçülmesi gerektiğini savunan, serbest piyasa sistemine dayalı ve özelleştirme uygulamalarının ön plana çıktığı bir yapılanmayı gerektiren Neo-liberal politikalar gündeme gelmiştir.

1980'lerle birlikte Türkiye'de yeni liberal politikalar uygulanmaya başlanmış ve Özalizm olarak da adlandırılan bu anlayış sosyal devlet anlayışının

³³⁵ Songül Sallan Gül, **a.g.e.**, s. 301-302.

³³⁶ H. Hüseyin Yıldırım, "Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları için Çıkarılacak Dersler", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 5, Sayı 1, 2000, s. 1, <www.absaglik.com>, Erişim Tarihi: 22.02.2007.

sınırlandırılması ve serbest piyasa temelli dışa açık büyüme modelinin egemen kılınmasını amaçlamıştır.³³⁷

Günümüzde sağlıkla ilgili olarak, sosyal devlet tartışmalarında özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinde kamu sağlık harcamalarının sürekli artan mali yüküne ve sosyal güvenlik harcamalarının artışına dikkat çekilmektedir. Sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturan tıbbi teknoloji ve ilaç konusunda maliyetlerin sürekli yükselmesi, maliyetleri kısma ve sağlık sistemini yeniden yapılandırma konularının ağırlık kazanmasına neden olmaktadır. Yapılan düzenlemelerle herkesin sağlık hizmetlerinden eşit yararlanacağı, daha kaliteli hizmet verileceği, hastaların bakım kalitesinin ve memnuniyetinin artacağı ifade edilmektedir.

Sağlık alanında yaşanan problemler karşısında da son dönem sağlık politikalarıyla kamu alanı daraltılmakta, piyasa yönelimli düzenlemeler yapılmaktadır. Türkiye’de 1990’lı yılların başından itibaren yapısal uyum programları temelli projeler çerçevesinde, sağlık sisteminin sunum ve finansman unsurları kısmen de olsa özelleştirilmeye çalışılmaktadır.³³⁸

Ülkede yaşanan ekonomik krizlerin ve “kemer sıkma politikalarını” içeren yapısal uyum programlarının uygulanmasının sağlık üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri söz konusudur.³³⁹ Gelirde azalma yani yoksullaşma etkisi yüzünden ekonomik krizlerin neden olduğu sağlık etkileri “doğrudan etkiler”, sağlık sistemi üzerine etkileri sonucunda toplum sağlığının etkilenmesi ise “dolaylı etkiler” olarak gruplandırılabilir.³⁴⁰

Ekonomik krizler nedeniyle işsizlik, gelirin azalması ve buna bağlı olarak yaşanan yoksullukla birlikte yaşam standartları düşmektedir. Yoksul kişilerde beslenme bozuklukları, kazalar, ruhsal bozukluklar, bulaşıcı ve salgın hastalıklar daha fazla görülmektedir. Aynı zamanda sosyal güvenlik kaybı yaşanmakta, özel sağlık hizmeti satın alabilme gücü düşmekte, diğer yandan kamu sağlık hizmetlerine talep artmaktadır.³⁴¹

³³⁷ Songül Sallan Gül, **a.g.e.**, s. 302-303.

³³⁸ H. Hüseyin Yıldırım, 2000, **a.g.m.**, s. 7, 21

³³⁹ **A.g.m.**, s. 13.

³⁴⁰ Aslı Davas ve Diğerleri, **a.g.m.**, s. 4-5.

³⁴¹ **A.g.m.**, s. 4-5.

Doğrudan Etkiler	Dolaylı Etkiler
Sağlık hizmetleri ve maliyetleri üzerine olan etkileri	- Finansal Etkiler - İşsizlik artışı - Sosyal hizmet alanlarında devletin katkısının zamanla azalması
Sağlık statüsü üzerine olan etkileri	Finansal olmayan etkiler (suçların, yasadışı olayların, göçlerin ve bulaşıcı hastalıkların zamanla artması)
- Sağlığın diğer girdileri vasıtasıyla sağlık üzerine etkileri - Beslenme - Barınma - Eğitim - Çevre	Sağlık politikasında devletin sosyal sorumluluk fonksiyonu daraltılıp onun yerine sağlıkta bireysel sorumluluğun ön plana çıkarılması

Şekil 2.10. Yapısal Uyum Programlarının Sağlık Üzerine Etkileri³⁴²

Sağlık hizmetlerinin piyasaya bırakılması sonucunda ortaya çıkabilecek bazı sakıncalardan bahsedilmektedir. Günümüzde yaygın kabul gören eşitlik anlayışı ve adalet yorumu, sağlık hizmetinin gelir, servet, ırk, din, dil, cinsiyet, toplumsal statü gibi etkenlere bağımlı olmayan bir şekilde sunulmasını öngörmektedir. Sağlık hizmetinin tümüyle piyasaya bırakılması demek, bundan yararlanmanın gereksinime göre değil, satın alma gücüne göre belirlenmesi demek olacaktır. Bu da gelir ve servet farklarına göre büyük eşitsizlikler yaratacağı gibi, düşük gelirli kesimlerin bazı hizmetlerden hiç yararlanamaması sonucuna yol açacaktır.³⁴³

Özel sağlık kuruluşları hizmetlerini karsız ya da az kar getiren sağlık alanlarından, koruyucu hizmetlerden en çok kar getiren sağlık hizmetlerine kaydıracaklardır. Örneğin, estetik cerrahi, zayıflama tedavileri vb. önem kazanacaktır.³⁴⁴ Özel şirketler el cerrahisi, fizik tedavi, göz cerrahisi gibi alanlarda ‘uzmanlaşmış hastaneler’ uygulamalarıyla tekelleşme eğilimi gösterebilir, böylece en vasıflı personeli istihdam edebilme ve istediği fiyatı belirleme olanağını ele geçirebilirler.³⁴⁵

³⁴² H. Hüseyin Yıldırım, 2000, **a.g.m.**, s. 13.

³⁴³ Burhan Şenatalar, “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, **C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, 25(4), 2003 Özel Eki, s. 26

³⁴⁴ İlker Belek ve Ata Soyer; **Sağlıkta Özelleştirme**, Sorun Yayınları, İstanbul, 1995, s. 57.

³⁴⁵ **A.g.e.**, s. 78.

Özel sağlık kuruluşları en fazla kar edecekleri bölgelerde ve şehirlerde kurulmaktadır. Kurulacağı şehir nüfusunun niteliksel özelliğinden çok niceliksel özellikleri göz önünde tutularak yapılan değerlendirmeler sonucu, özel sağlık hizmeti veren kuruluşların, özellikle sağlığı satın alma kapasitesi yüksek olan kesimin bulunduğu illerde kümелendiği görülmektedir.³⁴⁶ Bu durum da sağlık hizmetlerine ulaşma ve kullanma bakımından bölgesel eşitsizliklere neden olabilmektedir.

4.5.2.5.1. Sağlık Finansmanı ve Sağlık Harcamaları

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi için gereken mali kaynakların nereden sağlandığı, bu kaynaklardan kimlerin yararlandığı ve bu işleyişin yönetimi konularını kapsar.

Sağlık hizmetleri, vergi gelirleri ile oluşturulan devlet bütçesi; SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı üyelerinin katkılarını içeren sosyal güvenlik primleri; özel kuruluşlara yapılan doğrudan ödemeler ile özel sağlık sigortasına ödenen primlerden oluşan cepten ödemeler olmak üzere üç ana kaynaktan finanse edilmektedir. Bu kaynakların dışında Dünya Bankası da sağlık hizmetlerinin finansmanına katkıda bulunan en önemli uluslararası kuruluştur.³⁴⁷

En büyük sağlık hizmeti sunucusu Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı'nın harcamalarının ana finansman kaynağı devlet bütçesidir. Sağlık Bakanlığı bütçesinin % 80'i genel bütçeden gelen gelirlerden oluşmaktadır. Bir diğer finansman kaynağı da döner sermaye gelirleridir. Sigortalayanlar ve kişilerin yaptıkları ödemelerle oluşturulan bu fon da gün geçtikçe önemli bir gelir kaynağı haline gelmektedir.³⁴⁸

Sağlık harcamaları, sağlık sistemi içinde yer alan temel sağlık hizmetlerinin fonksiyonel ve etkin bir şekilde toplumun tüm kesimlerine ulaşması için yapılan harcamalara denir. Sağlık harcamaları, sağlık sisteminin uyumlu ve dengeli bir biçimde varlığını sürdürmesinde ve toplum için fonksiyonel olmasında önemli bir yer tutar.³⁴⁹

Devlet bütçesi vasıtasıyla gelen vergi gelirleri temel olarak Sağlık Bakanlığı'na, üniversite hastanelerine, Milli Savunma Bakanlığı'na ve diğer kamu

³⁴⁶ Eşref Bakır, "Türkiye'de Sağlık Sektörü", <<http://www.ses.org.tr/dosya/12.htm>>, Erişim Tarihi: 08.12.2006.

³⁴⁷ Serdar Savaş, **a.g.m.**, s. 103-107.

³⁴⁸ **A.g.m.**, s. 108.

³⁴⁹ Sezgin Kızılcıkel, 1995a, **a.g.e.**, s. 113.

kurumlarına memurların sağlık harcamaları için aktarılır.³⁵⁰ Sağlık harcamaları içinde sosyal güvenlik kurumlarının yapmış olduğu harcamalar önemli yer tutmaktadır. Türkiye’de özellikle son yıllarda toplam sağlık harcamalarının neredeyse yarısı bu kurumlar tarafından gerçekleştirilmektedir.³⁵¹

Sağlık Bakanlığının harcamalarının en büyük kısmı hastane hizmetlerine ayrılırken bunu ayakta hasta hizmetleri, eğitim ve yönetim harcamaları ve ilaç harcamaları takip etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerini yürüten tek kurum olan Sağlık Bakanlığı bu hizmetlere ise çok küçük bir pay ayırmaktadır.³⁵² Sağlık Bakanlığı, ilaç başta olmak üzere tıbbi araç-gereç, teknolojik donanım ve malzemenin daha yoğun kullanıldığı tedavi edici sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak aktarmaktadır.

4.5.2.5.2. Sosyal Güvenlik

Hastalık, doğum, iş kazası, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal problemlere karşı önlem alınması yoluyla toplumun kendi üyelerini koruması sosyal güvenlik olarak adlandırılmaktadır. Bu tıbbi bakım ve yardımı, çocuk yardımı gibi konuları kapsayabileceği gibi, belirtilen durumlarda bireylere düzenli gelir sağlamayı da amaç edinebilmektedir.³⁵³

Sağlık hizmetleri alanında; ileri teknoloji gerektiren bakım ünitelerinde tanı, tedavi, anestezi, ilaç, ameliyat, organ nakli gibi işlemler yüksek maliyetlidir ve gelir düzeyi çok iyi olanlar dışındaki bireylerin bu maliyetleri doğrudan karşılaması güçtür. Bu durum hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkeler için geçerlidir. Bu harcamalar büyük fonlarla karşılanabileceğinden dolayı genel veya özel sigortalar aracılığıyla finanse edilmektedir.³⁵⁴

Türkiye’de 2004 yılı itibariyle nüfusun % 90,42’si sosyal sigorta kapsamındadır. Sosyal sigorta kapsamında olanların % 14,67’si Emekli Sandığı kapsamındadır. Emekli Sandığı halen çalışmakta olan ve emekliye ayrılmış devlet memurları ile onların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık harcamalarını

³⁵⁰ Serdar Savaş, **a.g.m.**, s. 107.

³⁵¹ Mehmet Top, Menderes Tarcan; “Türkiye Sağlık Harcamalarına Kamu Ekseninde Bir Bakış, 2001-2003 Dönemi Değerlendirmesi”, **İktisat, İşletme ve Finans Dergisi**, Sayı: 228, 2005, s. 109-124.

³⁵² Serdar Savaş, **a.g.m.**, s. 109.

³⁵³ Can A. Coşkun ve Kadir A. Işık, “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Alternatif Yöntemler”, <<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf>>, s. 1, Erişim Tarihi: 10.11.2006.

³⁵⁴ **A.g.m.**, s. 3.

karşılacaktır. Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı olanların oranı % 52,72'dir. Bağımsız çalışanları ve onların bakmakla yükümlü oldukları kişileri kapsayan Bağ-Kur'a bağlı olanların oranı % 22,61'dir.³⁵⁵

Çarpıcı bir saptama da, Türk toplumunda sigortalı kesim içinde eksik sigortalı olarak nitelendirilenlerin oranının oldukça yüksek olmasıdır. Eksik sigortalılık; sigortalı olduğu halde herhangi bir sağlık ihtiyacı durumunda bu sigortalılık haliyle sigorta hizmetlerinden yeterince yararlanamaması durumudur. Sigortalı bu açığını ya ikinci bir sigorta yaptırarak ya da doğrudan kişisel ödemeler yoluyla telafi etmeye çalışmaktadır.³⁵⁶

Diğer yandan piyasa mekanizması gönüllülük esasına dayalı özel sağlık sigortasının oluşturulması eğilimindedir. Özel sağlık sigortası kar amaçlı bir sistem olduğundan yüksek risk gruplarını dışlama eğilimi taşır. Risk yükseldikçe, ödenmesi gereken prim de yükseleceğinden düşük gelirlilerin dezavantajlı olması kaçınılmazdır. Ayrıca sigortaya başvurduğunda kesinleşmiş sağlık sorunu olanların sistem içine alınması ve sistemden yararlanması olanaksızdır.³⁵⁷

4.5.2.6. Sağlık Hukuku ve Tıbbi Etik

Günümüzde “sağlıklı bir gebelikten sonra, sağlıklı bir çevrede doğmak ve yaşamını sürdürmek doğuştan kazanılan, devredilemez ve vazgeçilemez bir insan hakkı” sayılmaktadır.³⁵⁸ Türkiye’de 1961’de kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla yükümlüdür. Devlet yoksul ya da dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.” şeklinde sağlığın bir insan hakkı olduğu ve bu hakkın devlet tarafından güvence altına alındığı belirtilmektedir.³⁵⁹

Bireyin sağlığı, kişilik haklarının asli unsurlarından birisidir. Hukuk, bireyin sağlığına rızası dışında müdahaleleri yasaklamanın yanı sıra ahlaka ve yasaya aykırı bir biçimde sağlık hakkının çiğnenmesine izin veren bireyin rızasına da geçerlilik

³⁵⁵ Onur Hamzaoglu ve Umut Özcan, **a.g.e.**, s. 95.

³⁵⁶ H. Hüseyin Yıldırım, “Türkiye’de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, Sağlık ve Siyaset, 26. 04.2006, <[www. absaglik.com](http://www.absaglik.com)>, Erişim Tarihi: 10.02.2007.

³⁵⁷ Burhan Şenatalar; **a.g.m.**, s. 26.

³⁵⁸ Nevzat Eren ve Sibel Kalaça, “Tıp Ahlakı”, **Halk Sağlığı Temel Bilgiler**, Edit. Münevver Bertan, Çağatay Güler, Güneş Kitabevi, Ankara, 1997, s. 437.

³⁵⁹ Songül Sallan Gül, **a.g.e.**, s. 259, 260.

tanımaz. Sözgelimi, bile bile tıbbi deneye tabi tutulmasına rıza gösteren ya da organını satan bireyin iradesine serbestlik tanınmaz ve bu irade açıklaması batıl addedilir. Kısaca her bireyin sağlığı hem kendisine hem de başkasına karşı korunmuştur, yasaya veya ahlaka ya da kamu düzenine aykırı bütün müdahaleler yasalarla yasaklanmıştır.³⁶⁰

Sağlık hukuku alanında; kanun, tüzük ve yönetmeliklerle hekimlerin hak ve sorumlulukları, hasta hakları, işçi sağlığı, ilaç hukuku, gen hukuku, sosyal güvenlik ve çevre sağlığı alanlarında sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik haklar, görevler, yetki ve sorumluluklar belirtilmektedir.

Modern dünyada bireyler, ihlal edildiğini düşündükleri haklarını hukuki yollarla arama yoluna başvurmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde yaşayan bireyler hastanelerden ve dolayısıyla devletten neler talep edeceklerini ayrıntıları ile bilirlerken, azgelişmiş ülkelerde bireyler hasta olarak ne tür hakları olduğunun bilincinde değildirler. Türkiye’de bireyler toplumsal sorunlara kendi alanları/kendileri ile ilgili olduğu sürece ilgi göstermektedirler.³⁶¹

Bir ülkede hekimlik düzeyinin düşük oluşu, bir yandan hastaların yanlış teşhis ve tedaviyle sonuçlanan durumlara sık sık maruz kalmalarına, diğer yandan hastaların da hekimlere karşı güvenlerinin yavaş yavaş azalmasına neden olmaktadır. Pek çok birey rahatsızlık durumunda tek bir hekimin koyduğu tanıya güvenmeyerek, başka bir doktora tanıyı onaylatma gereksinimi duymaktadır.

Sağlık hizmetleri alanında, hekimlerin mesleklerini tam olarak icra edebilmeleri için gereken şartların sağlanamaması nedeniyle hastaların yanlış teşhis ve tedaviye maruz kalmaları muhtemeldir. Örneğin, hasta yoğunluğu nedeniyle hastalara muayene için gerekli zamanın ayrılamaması, sağlık kuruluşunun ultrason cihazı, EKG cihazı vb. tanı için gerekli tıbbi araç ve gereçlerin yokluğu ya da yetersizliği gibi nedenlerden dolayı hekimler zaman zaman güçlük yaşayabilmektedirler.

Pek çok birey, çevresine mağdur olduğunu sözel olarak ifade etse de, hakları konusunda yeterince bilgili olmamasının yanısıra Hasta Hakları merkezlerinin

³⁶⁰ Erkin Göçmen, “Hastaların Bilgilenme Hakkının Kapsamı”, <<http://www.hukuki.net/www.saglikhukuku.net/bilgi/a028.asp>> 14.05.2005

³⁶¹ Zafer Cihrioğlu, a.g.e., s. 111.

işlevselliğine duydukları şüphe nedeniyle de karşılaştıkları olumsuz durumlarda sessiz kalmayı tercih edebilmektedir.

Tıbbi etik, tıp uğraşının değişik yönlerinin yürütülmesi sırasında ortaya çıkan değer sorunları ve çatışmaların araştırıldığı, tartışıldığı ve çözüm yollarının arandığı bir etkinlik ve disiplindir. Türkiye’de tıbbi etik ile ilgili kuralları uygulama görevi “1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun” uyarınca Türk Tabipleri Birliği’ne verilmiştir.³⁶²

Etik konusu kapsamında halen tartışılan önemli konular vardır. Bunlardan bazıları,³⁶³

- *Hastaya gerçeği söylemek:* Yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısını hastaya açıklamak, bazı durumlarda hastanın kalan yaşam süresi içinde kendince önemli işleri yapmasına olanak tanıdığı için olumlu bulunmaktadır. Bazı durumlarda ise olumsuz psikolojik etkiler yaşanması nedeniyle hastanın ömrünü daha da kısalttığı görülebilmektedir.
- *Ötenazi:* “rahat bir ölüm sağlamak için bireye yardım etme” konusunun hekimlerce yerine getirilip getirilmemesi tartışılmaktadır.
- *Kürtajlar:* Bazılarınca gebeliğin isteğe göre sonlandırılması “hukuksal kişiliğini kazanmış bir canlının yaşamına son verme” biçiminde algılanabilmektedir.
- *Organ ve doku aktarımı:* Rızası alınan canlı kişiden doku ve organ alınmasının kişinin bütünsel sağlığını bozması nedeniyle tıp ahlakı ile nedeli uyduğu konusunda görüş birliği sağlanamamaktadır.

İnsan Genomu Projesi ile genetik hastalıkların birçoğunun ortaya çıkmadan, hatta doğumdan önce teşhis edilebileceği ve önleneceği öngörülmektedir. Genetik alandaki ilerlemenin olumlu ve olumsuz getirilerine ilişkin varsayımlar üretilmekte, genetik ve etik alanında yapılan tartışmaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Koyun Dolly’nin kopyalanmasını takiben, bu teknolojinin insanlarda da kullanılabile

³⁶² Nevzat Eren ve Sibel Kalaça, *a.g.e.*, s. 435, 440.

³⁶³ *A.g.e.*, s. 438.

ihtimali gündeme gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü insan klonlanmasının etik olarak kabul edilemeyeceğini belirtmektedir.³⁶⁴

Genetik alandaki ilerlemelerle birlikte henüz embriyo aşamasında hastalığa neden olan genlerin tespit edilip çıkarılmasıyla doğacak, ‘tasarımlanmış bebekler’³⁶⁵ konusu, bu teknolojinin kullanım amacı ve doğacak sonuçları açısından tartışılmaktadır. Üzerinde sıklıkla tartışılan konulardan biri de embriyo seçimi konusudur. Pek çok ülkede yasak olmakla birlikte, bazı ülkelerde çiftlerin isteği doğrultusunda istenmeyen cinsiyet durumunda döllenmenin sona erdirilmesi ya da çiftlerin hasta olan kardeşe ilik nakli amacıyla dokusu uyacak bir ‘ısmarlama bebek’³⁶⁶ istemi doğrultusunda embriyo seçimi yapılması kamuoyuna yansımış ve etik tartışmalara yol açmıştır.

³⁶⁴ Dünya Tabibler Birliği Bildirgesi, “İnsan Genomu Projesi”, <<http://www.tip.deu.edu.tr/>>, Erişim Tarihi: 12.01.2007.

³⁶⁵ Anthony Giddens, **Sosyoloji**, Ayraç Yay., Ankara, 2000, s.130.

³⁶⁶ Aslıhan Tolun, “Genetik Araştırma ve Uygulamada Etik”, s. 6, <http://www.tuba.gov.tr/files_tr/haberler/etik.pdf>, Erişim Tarihi: 15.12.2006

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BURDUR'UN GENEL, SOSYAL, KÜLTÜREL VE EKONOMİK ÖZELLİKLERİ

1. Coğrafi Özellikleri ve İklim

Burdur ili; Güney-Batı Anadolu'da, Göller Bölgesi olarak da adlandırılan Batı Akdeniz Bölgesinde yer alır. Yüzölçümü 6.887 km² olup, ülke topraklarının % 0.88'ini kaplamaktadır. İlin doğusunda ve güneyinde Antalya, güney batısında Muğla, batısında Denizli, kuzeyinde Afyon ve Isparta illeri bulunmaktadır. Kütahya, Afyon ve Isparta illerini Antalya Limanına bağlayan yollar üzerindeki konumuyla Burdur, Batı ve Orta Anadolu'nun Güneybatı Anadolu ile ilişkisini sağlamaktadır.³⁶⁷

Genel olarak Torosların iç kısmında yer alan Burdur, dalgalı plato görünümündedir. Yüzey şekilleri açısından; İl topraklarını çevreleyen dağlar ve aralarına sıkışmış düzlükler, güney ve güneydoğudaki yüksek yaylalar ve güneybatıdaki taban kesimi ovalık engebeli plato olmak üzere üç ana bölüme ayrılabilir. İl arazisinin yüzde 60.6'sı dağlık alan, yüzde 2.7'si yayla, yüzde 19'u ova ve yüzde 17.6'sı ise platodur. İl toprakları tektonik ve karstik çöküntü alanlarını kapsamaktadır. Bu nedenle sularla dolu çöküntü çanaklarının, vadilerin, mağaraların, inlerin ve dehlizlerin bulunduğu bölge göller bölgesi adını almıştır.³⁶⁸

Ege, Akdeniz ve Orta Anadolu arasında bir geçit alanı olması nedeniyle Burdur iklimi değişik bir karakter gösterir. Güneybatı ve batıda yükselen dağlar, denizlerden gelen ılık ve nemli havanın iç kısımlara girmesine engel olur. İç kısımlarda yer yer yükselen dağlar ve tepeler de iklimi biraz sertleştirir. Burdur'da iklim yazları sıcak, kışları soğuk kara iklimi gösterse de yağış bakımından Akdeniz iklimini andırır. Yıllık ortalama sıcaklık derecesi 13.2°C'dir. En sıcak ay ortalaması 24.8°C, en soğuk ay ortalaması 0.2°C'dir. Burdur ili merkezinde yıllık yağış tutarı 241.5 milimetredir. İl'de rakım 500 metreden 1400 metreye değişir.³⁶⁹

³⁶⁷ DPT, **Burdur İli Raporu**, Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Yayın No. DPT: 2463, Eylül 1996, s. 3, <<http://www.ekutup.dpt.gov.tr/iller/burdur/1996.pdf>>, Erişim Tarihi: 21.01.2007

³⁶⁸ DPT, **a.g.e.**, s. 3.

³⁶⁹ DPT, **a.g.e.**, s. 6.

2. Nüfus Yapısı

Burdur 1923 yılından bu yana il statüsünde olup, merkez ilçe dahil olmak üzere 11 ilçesi, 2 bucağı, 183 köyü ve 30 belediyesi mevcuttur.³⁷⁰

Tablo:2 Toplam Nüfus, İlçe, Belde ve Köy Sayısı

	SAYI
Toplam Nüfus	235.204
Nüfus Yoğunluğu (kişi/km ²)	34.15
Kent Nüfusu	127005
Kır Nüfusu	108.199
Kır Nüfusu Oranı (%)	0.85
Toplam Hane Sayısı	72.675
Hane Başına Düşen Ortalama Nüfus	3.24
10.000 kişiye Düşen Yatak Sayısı	27
İlçe Sayısı	11
Belde Sayısı	18
Köy Sayısı	182

Kaynak: Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004.

Burdur ilinin nüfusu, 1985-1990 yılları arasında % 2.7 artmıştır. Aynı dönemde, il ve ilçe merkezlerinde yaşayan nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının % 30 artmış olması, buna karşın köylerde yaşayan nüfusun % 15 azalmış olması geç de olsa ilin, kentleşme olgusunu yaşamaya başladığının en önemli kanıtıdır. 2000 yılında yapılan Genel Nüfus Sayımı sonuçlarına göre Burdur ilinin 1990-2000 döneminde yıllık nüfus artış oranı % 1.158'dir ve bu oran Türkiye'nin yıllık nüfus artış oranı olan % 2.726'nın çok altındadır. Burdur'un yıllık nüfus artış hızının Türkiye ortalamasının altında kalmış olmasının sebebi, ilden diğer illere doğru olan nüfus hareketidir. Burdur'da kentleşmenin geniş alanlara yayıldığı ve kent merkezinin nüfus ve işgücünü yeterli ölçüde çekemediği anlaşılmaktadır.³⁷¹

³⁷⁰ Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004

³⁷¹ Burdur Valiliği, "Ekonomik ve Sosyal Yapı", <<http://www.burdur.gov.tr>> Erişim Tarihi: 20.01.2007

Tablo:3 Nüfusun İlçe ve Yıllara Dağılımı

	2001	2002	2003	2004
Merkez	84.488	84.373	85.084	84.905
Ağlasun	9.490	9.575	9.525	9.286
Altınyayla	6.545	5.917	5.809	5.475
Bucak	54.570	54.706	54.259	53.735
Çavdır	13.595	13.766	13.673	13.663
Çeltikçi	7.791	7.791	7.713	7.758
Göhlhisar	20.563	20.720	21.016	20.801
Karamanlı	8.037	7.804	7.750	7.557
Kemer	3.688	3.700	3.627	3.506
Tefenni	10.687	10.626	10.490	10.349
Yeşilova	18.992	18.718	18.360	18.169
Toplam	238.446	237.696	237.306	235.204

Kaynak: Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004.

Nüfusun ilçelere dağılımına bakıldığında en fazla Bucak ilçesinde toplandığı görülmektedir. Bucak'ı sırasıyla Göhlhisar, Yeşilova, Çavdır ilçeleri izlemektedir.

Tablo:4 Nüfusun Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (2004)

	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-12 ay	1.555	0.66	1.462	0.62	3.017	1.28
1-4	6.396	2.72	6.016	2.56	12.412	5.28
5-9	8.364	3.56	8.240	3.50	16.604	7.06
10-14	8.803	3.74	8.655	3.68	17.458	7.42
15-19	9.257	3.94	8.879	3.78	18.136	7.71
20-24	9.801	4.17	9.306	3.96	19.107	8.12
25-29	9.144	3.89	8.574	3.65	17.718	7.53
30-34	8.374	3.56	8.699	3.70	17.073	7.26
35-39	8.510	3.62	8.620	3.66	17.130	7.28
40-44	8.939	3.80	9.044	3.85	17.983	7.65
45-49	7.804	3.32	7.907	3.36	15.711	6.68
50-54	6.813	2.90	7.007	2.98	13.820	5.88
55-59	5.292	2.25	6.014	2.56	11.306	4.81
60-64	4.538	1.93	5.362	2.28	9.900	4.21
65-69	4.276	1.82	5.289	2.25	9.565	4.07
70-74	4.313	1.83	5.026	2.14	9.339	3.97
75-79	2.419	1.03	2.957	1.26	5.376	2.29
80-84	919	0.39	1.273	0.54	2.192	0.93
85 +	512	0.22	845	0.36	1.357	0.58
Toplam	116.029	49.33	119.175	50.67	235.204	100.00

Kaynak: Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004.

2004 yılı verilerine göre nüfusun % 8.12 oranla 20-24 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir. Bunun nedeni fakülte ve yüksekokullarda öğrenim gören öğrenciler olabilir.

İldeki nüfus gelişimi içinde cinsiyet bakımından erkek ve kadın nüfusların yarı yarıya olduğu gözlenmektedir. Ancak bazı nüfus sayımlarında kadın nüfusunun erkek nüfusa oranla fazla olduğu görülmüştür. Bunun sebebi ildeki erkek nüfusunun askerlik veya çalışma maksadıyla sayımlar esnasında il hudutları dışında bulunması olabilir.³⁷²

Tablo:5 Medeni Durum (2004)

	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çocuk	21.118	18.20	20.137	16.90	41.255	17.54
Bekar	26.916	23.20	20.173	16.93	47.089	20.02
Evli	65.126	56.13	65.742	55.16	130.868	55.64
Dul	2.364	2.04	12.041	10.10	14.405	6.12
Boşanmış	505	0.44	1.082	0.91	1.587	0.68
Toplam	116.029	100.00	119.175	100.00	235.204	100.00

Kaynak: Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004.

Toplam nüfusun % 55.64' ünü evli erkek ve kadınlar oluşturmaktadır. Tabloda dikkat çeken bir diğer nokta dul kadınların dul erkeklerden çok sayıda olmasıdır. Dul erkekler nüfusun % 2.04'ünü oluştururken, dul kadınlar % 10.10'unu oluşturmaktadır.

3. Sosyal ve Ekonomik Yapı

Burdur'da iktisaden faal nüfusun yaklaşık % 61'i tarım sektörü (tarım ve hayvancılık) ile ormancılık sektöründe istihdam edilmektedir. Bu değerle Burdur, 76 il içinde 23. sırayı almaktadır. Bu sektördeki istihdamın % 98.4'ü ise tarım iş kolunda yoğunlaşmaktadır. Burdur'da istihdamın yoğun olduğu ikinci sektör olarak hizmetler sektörü yer almaktadır. Bu sektörde toplam iş gücünün % 24.8'i istihdam edilmektedir. Bu iş gücünün yaklaşık % 61.5'i toplum hizmetleri, sosyal ve kişisel hizmetler iş kolunda, % 18'i toptan ve perakende ticaret iş kolunda, % 15.2'si ulaştırma-haberleşme ve depolama iş kolunda, % 5.3'ü de mali kurumlar ve yardımcı hizmetler iş kolunda istihdam edilmektedir. Burdur, sanayi

³⁷² Yusuf Ekinci, Burdur, 1995, s. 31

işkolunda çalışanların toplam istihdam içindeki oranı açısından 76 il içinde 21. sıradadır. İldeki iş gücünün dağılımında imalat sanayi yaklaşık % 10'luk bir payla üçüncü sıradadır. İmalat sanayinde iş gücünün iş kollarına göre dağılımında ise dokuma, giyim eşyası ve deri sanayi iş kolu % 49.3 ile ilk sırada yer alırken, onu % 21 ile gıda sanayi, % 12 ile metal eşya, makine ve teçhizat sanayi ve % 11 ile orman ürünleri ve mobilya sanayi izlemektedir. Burdur ilinde mevcut sanayi tesisleri, genelde ilin tarım ve hayvancılık potansiyelini değerlendirmeye yönelik olarak gıda sanayinde faaliyet göstermektedir.³⁷³

Burdur ili yeterli içme suyu olan nüfus oranına göre sıralamada % 94 ile Türkiye ortalamasının (yüzde 74.8) çok üzerinde ve 76 il içinde 6. sıradadır. Enterkonnekte sisteme bağlı olarak Burdur ilinde tüm yerleşme birimlerinde elektrik vardır.³⁷⁴

Burdur, Batı Akdeniz Bölgesinde Afyon ile Ege Bölgesi, Isparta ile İç Anadolu Bölgesine açılan karayolları bağlantılarını sağlayan çok önemli bir coğrafi konumdadır. Kütahya-Afyon üzerinden gelen karayolu Burdur'dan geçerek Antalya'ya ulaşır. Bu yolda yük ve yolcu taşımacılığı oldukça yoğundur. İl hudutları içinde 553 km karayolu bulunmaktadır. Bunun 360 km'si devlet yolu, 193 km'si ise il yoludur.³⁷⁵

Sosyal bakımdan oldukça homojen bir yapıya sahip olan Burdur'da suç işleme oranının çok düşük olduğu belirtilmektedir.³⁷⁶

³⁷³ DPT, **a.g.e.**, s. 9-10.

³⁷⁴ DPT, **a.g.e.**, s. 13-14.

³⁷⁵ DPT, **a.g.e.**, s. 12.

³⁷⁶ Burdur Valiliği, "Ekonomik ve Sosyal Yapı", <<http://www.burdur.gov.tr>> Erişim Tarihi: 20.01.2007

Tablo:6 Nüfusun Cinsiyete Göre Eğitim Durumları (2004)

	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okul çağında değil	11.847	10.21	11.221	9.42	23.068	9.81
Okur-yazar değil	2.431	2.09	10.922	9.16	13.353	5.68
Okur-yazar	8.013	6.91	10.832	9.09	18.845	8.01
İlkokul	57.318	49.40	61.942	51.98	119.260	50.70
Ortaokul	13.610	11.73	9.525	7.99	23.135	9.84
Lise	15.705	13.54	10.634	8.92	26.339	11.20
Üniversite	7.105	6.12	4.099	3.44	11.204	4.76
Toplam	116.029	100.00	119.175	100.00	235.204	100.00

Kaynak: Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004.

Tabloya göre, Burdur’da erkeklerin eğitim düzeyinin kadınlara oranla daha yüksek olduğu söylenebilir. Burdur’da öğrenim görmemiş ve ilkokul mezunu kadınların oranı erkeklerden yüksek iken, özellikle üniversite düzeyinde eğitim gören erkeklerin oranının kadınlardan yaklaşık iki kat fazla olduğu görülmektedir.

Burdur’da Milli Eğitim Bakanlığına bağlı olarak 157 İlköğretim Okulu, 156 Anasınıfı, 8 Bağımsız Anaokulu, 17 Genel Lise, 26 Meslek Lisesi, 4 Anadolu Lisesi, 2 Anadolu Öğretmen Lisesi ve 1 Fen Lisesi olmak üzere toplam 51 Lise bulunmaktadır. İldeki okullarda okul öncesinde 3495 öğrenci, 279 öğretmen, ilköğretim okullarında 28376 öğrenci, 1431 öğretmen, orta öğretimde 9919 öğrenci, 752 öğretmen mevcuttur. Sınıf başına düşen öğrenci sayısı, okul öncesi 14, ilköğretim 17, orta öğretim 18’dir. Burdur’da okullaşma oranı okul öncesi % 49.33, ilköğretim % 99.20, ortaöğretim % 91.89 olup, okuryazarlık oranı % 98’dir. Öğretmen başına düşen öğrenci sayısı okul öncesi 14, ilköğretim 20, orta öğretim 13 öğrencidir. İlköğretimde taşınmalı sistem çerçevesinde, il genelinde, 210 okuldan 49 okula 7660 öğrenci taşınmaktadır. Burdur’da Mehmet Akif Ersoy Üniversitesine bağlı Eğitim Fakültesi, Veteriner Fakültesi, Burdur Ağlasun, Bucak (2) ve Gölhisar Meslek Yüksekokulları ile Sağlık Yüksekokulu bulunmaktadır. Bu fakülte ve yüksekokullarda 204 akademik personel, 11818 öğrenci ve 88 idari personel bulunmaktadır.³⁷⁷

³⁷⁷ Burdur Valiliği, “Ekonomik ve Sosyal Yapı”, <<http://www.burdur.gov.tr>> Erişim Tarihi: 20.01.2007

4. Sağlık

2005 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'na ait hastanelerin devredilmesiyle Burdur SSK Hastanesi Burdur Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olarak hizmet vermeye başlamış, ilde kamuya ait hastane sayısı 5'e (Burdur 2, Bucak, Gölhisar ve Yeşilova), yatak sayısı 700'e yükselmiştir. Bunların dışında 3 sağlık merkezi (Tefenni, Ağlasun, Çavdır), 46 sağlık ocağı ve 88 sağlık evi bulunmaktadır. Burdur'da özel yataklı tedavi tesisleri olmamakla birlikte, Özel Uzman Doktorlar Polikliniği ve Özel Bucak Polikliniği poliklinik hizmeti veren özel kuruluşlardır.³⁷⁸

Tablo:7 Burdur İli'ne Ait Bazı Sağlık Göstergeleri(2004)

	(%0)
Kaba Doğum Hızı	11.93
Düşük Ağırlıklı Doğum Oranı	24.94
Bebek Ölüm Oranı	9.98
Kaba Ölüm Hızı	5.49
0-4 Yaş Ölüm Oranı	12.11
Neonatal Ölüm Hızı	4.63
Anne Ölüm Hızı	0.00
Düşük Hızı	34.91
Ölü Doğum Hızı	8.91
45 Yaş Üzeri Ölüm Hızı	96.13
Genel Doğurganlık Hızı	45.99
Doğal Nüfus Artışı	6.44

Kaynak: Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004.

2003 yılı itibariyle Türkiye'de Kaba Doğum Hızı binde 19.7, bebek ölüm hızı binde 29, beş yaş altı çocuk ölüm hızı binde 37'dir.³⁷⁹ Türkiye geneliyle karşılaştırıldığında Burdur'da kaba doğum hızının, bebek ve 5 yaş altı çocuk ölüm oranının düşük olduğu belirtilebilir.

2000-2003 yılları Türkiye'de kaba ölüm hızı binde 7,1'dir.³⁸⁰ Yine Türkiye geneline göre Burdur'da kaba ölüm hızının düşük olduğu belirtilebilir.

³⁷⁸ Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004

³⁷⁹ Onur Hamzaoglu ve Umut Özcan, **a.g.e.**, s. 27, 45.

³⁸⁰ **A.g.e.**, s. 49.

Tablo:8 Burdur İlinde Doğum ve Ölümünün Yıllara Göre Dağılımı

	2001	2002	2003	2004
Canlı Doğum Sayısı	3.352	2.730	2.840	2.788
Ölü Doğum Sayısı	38	36	26	98
Bebek Ölüm Sayısı	52	43	40	28
Anne Ölüm Sayısı	0	1	0	0
Tüm Ölüm	1.175	1.344	1.374	1.292
Bölge Nüfusu	238.446	237.696	237.306	235.204

Kaynak: Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004.

Yıllara göre bebek ölümlerine bakıldığında ölüm sayısında azalma olduğu 2001’de 52’den 2004’te 28’e düştüğü, ancak yıllara göre ölü doğum sayıları incelendiğinde 2004’te ölü doğum sayısının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Canlı doğum sayısında da yıllar itibariyle azalma olduğu görülmektedir.

Tablo:9 Doğumların Yapıldığı Yere ve Yardım Alma Durumuna Göre Dağılımı

YAPILDIĞI YER	DOĞUMA YARDIM	SAYI
Hastanede	Sağlık Personeli yardımıyla	2.725
Evde	Ebe ve diğer sağlık personeli yardımıyla	42
	Sağlık personeli olmadan	21
Toplam		2.788

Kaynak: Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004

Doğumların hastanede sağlık personeli yardımıyla yapılması annenin ve bebeğin sağlığı açısından oldukça önemlidir. Kadın sağlığını tehdit eden en önemli risklerden biri doğum sonrası gelişen komplikasyonlardır ve anne ölümlerinin önemli bir kısmından sorumludur. Doğumların hastanede yapılması, doğum sırasında sağlık personeli tarafından acil müdahale imkanı sağlar. Böylece doğum sonu oluşabilecek komplikasyonlar en aza iner. Türkiye genelinde 2003 yılı itibariyle doğumların % 78.8’i hastanede, % 21.2’si evde gerçekleşmektedir. Evde, kendi kendine doğum yapanların oranı binde 5’tir.³⁸¹ Burdur’da, 2004 yılı itibariyle hastanede gerçekleşen doğum oranı 97.7, evde gerçekleşen doğum oranı % 2.3’tür. Burdur’da hastanede

³⁸¹ A.g.e., s. 34.

gerçekleşen doğum oranının evde gerçekleşen doğum oranına göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo:10 Aile Planlaması Yöntemleri

	SAYI
Hap	3.296
Kondom	15.275
RİA	24.837
Enjeksiyon	300
Tüp Ligasyonu	4.464
Vazektomi	25
Diğer	75
Kullanmayan	24.952
Toplam	73.224

Kaynak: Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004.

Tabloya göre, Burdur’da 2004 yılı modern aile planlaması yöntemi kullanım oranı % 66’dır. 2003 yılı Türkiye’de modern yöntem kullanma oranı 42.5, geleneksel yöntem kullanma oranı 28.5’tir. Burdur’da modern aile planlaması yöntemleri kullanım oranının Türkiye ile karşılaştırıldığında yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo:11 Sağlık Tesisleri ve Yataklı Tedavi Kurumlarının Çalışmaları

SAĞLIK TESİSLERİ			TOPLAM
Sağlık Ocağı sayısı			51
Köy Sağlık Evi sayısı			91
AÇSAP Merkezi sayısı			1
Halk Sağlığı Laboratuvarı sayısı			1
Verem Savaş Dispanseri sayısı			1
Yataklı Tedavi Kurumları	Hastane Sayısı		4
	Kadro yatak sayısı		625
	Fiili yatak sayısı		533
	Poliklinik Sayısı		572.466
	Acil poliklinik sayısı		141.625
	Yapılan Ameliyat	Büyük	5.548
		Orta	2.363
		Küçük	1.185
	Yapılan Doğum	Normal	1.457
		Müdahaleli	1.541

Kaynak: Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004.

2005 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu’na ait hastanelerin devredilmesiyle Burdur SSK Hastanesi Burdur Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olarak hizmet

vermeye başlamış, ilde kamuya ait hastane sayısı 5'e, yatak sayısı 700'e yükselmiştir. Burdur'da özel yataklı tedavi tesisleri olmamakla birlikte, Özel Uzman Doktorlar Polikliniği ve Özel Bucak Polikliniği poliklinik hizmeti veren özel kuruluşlardır.

Tablo:12 Sağlık Personeli ve Personel Başına Kişi Sayısı

	Sağlık Personeli Sayısı	Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus*
Uzman Hekim	100	2.352
Pratisyen Hekim	168	1.400
Diş Hekimi	51	4.611
Sağlık Memuru	317	741
Hemşire	384	612
Ebe	382	615
Eczacı	99	2.375

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu, <<http://www.tuik.gov.tr/> Sağlık İstatistikleri /2004>

* Sağlık Personeli başına düşen nüfus elde hesaplanmıştır.

Burdur'da sağlık personeli başına düşen nüfusa baktığımızda 2.352 kişiye bir uzman hekim düştüğü, 1.400 kişiye bir pratisyen hekim düştüğü görülmektedir. 2002 yılı itibariyle Türkiye'de 1.571 kişiye bir uzman hekim, 1.331 kişiye bir pratisyen hekim, 4.010 kişiye bir diş hekimi, 868 kişiye bir hemşire düşmektedir.³⁸² Türkiye geneliyle karşılaştırıldığında Burdur'da hekim başına düşen nüfusun fazla olduğu görülmektedir.

³⁸² A.g.e., s. 66.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR VE TARTIŞMA

1. GÖRÜŞÜLENLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1.1. Cinsiyet

Örneklem grubumuzun % 74,9'u kadın, % 25,1'i erkektir. Görüşülenler içerisinde kadınların oranının erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum, anketörlerin bayan olması; görüşme yapmak amacıyla gidilen hanelerin bir kısmında soruları özellikle bayanların cevaplandırmak istemeleri; görüşmeler akşamüstleri ve hafta sonları yapılmasına karşın bazı hanelerde erkeklerin evde bulunmaması nedeniyle sorulara kadınların cevap vermelerine bağlanabilir (Tablo:13).

Tablo:13 Görüşülenlerin Cinsiyeti

	Sayı	Yüzde
Kadın	286	74,9
Erkek	96	25,1
Toplam	382	100,0

1.2. Medeni Durum

Görüşülenlerin % 91,1'inin evli, % 2, 9'unun bekar, % 4,7'sinin dul ve % 1,3'ünün ayrılmış olduğu görülmektedir. Evlilik kurumu ülkemizde yaygın olarak kabul gören bir kurumdur. Görüşme yapmak üzere gidilen hanelerde ikamet edenlerin büyük çoğunluğunu evli bireyler oluşturmaktadır (Tablo:14).

Tablo:14 Görüşülenlerin Medeni Durumu

	Sayı	Yüzde
Evli	348	91,1
Bekar	11	2,9
Dul	18	4,7
Ayrılmış	5	1,3
Toplam	382	100,0

Tablo:15 Cinsiyetlerine Göre Görüşülenlerin Medeni Durumları

			Cinsiyet		Toplam
			Kadın	Erkek	
Medeni Durum	Evli	Sayı	263	85	348
		% Medeni Hali	75,6%	24,4%	100,0%
		% Cinsiyet	92,0%	88,5%	91,1%
		% Toplam	68,8%	22,3%	91,1%
	Bekar	Sayı	2	9	11
		% Medeni Hali	18,2%	81,8%	100,0%
		% Cinsiyet	,7%	9,4%	2,9%
		% Toplam	,5%	2,4%	2,9%
	Dul	Sayı	17	1	18
		% Medeni Hali	94,4%	5,6%	100,0%
		% Cinsiyet	5,9%	1,0%	4,7%
		% Toplam	4,5%	,3%	4,7%
	Ayrılmış	Sayı	4	1	5
		% Medeni Hali	80,0%	20,0%	100,0%
		% Cinsiyet	1,4%	1,0%	1,3%
		% Toplam	1,0%	,3%	1,3%
Toplam		Sayı	286	96	382
		% Medeni Hali	74,9%	25,1%	100,0%
		% Cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	74,9%	25,1%	100,0%

Görüşülen kadınların % 92'sinin, erkeklerin ise % 88,5'inin evli olduğu tespit edilmiştir. Örneklem grubu içinde dul olan kadınların oranı % 5,9 iken, dul olan erkeklerin oranı ise % 1'dir. Örneklem grubumuzda evli olan kadın ve erkek oranları birbirine yakınken, dul olan kadınların erkeklere oranla daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo:15).

1.3. Yaş

Tablo:16 Görüşülenlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde	Yığılımlı Yüzde
20-24 yaş	20	5,2	5,2
25-29 yaş	46	12,0	17,3
30-34 yaş	56	14,7	31,9
35-39 yaş	56	14,7	46,6
40-44 yaş	57	14,9	61,5
45-49 yaş	45	11,8	73,3
50-54 yaş	42	11,0	84,3
55-59 yaş	35	9,2	93,5
60 yaş ve üstü	25	6,5	100,0
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin % 14,7'sinin 30-34 yaş grubu, % 14,7'sinin 35-39 yaş grubu, % 14,9'unun 40-44 yaş grubunda yer alarak, en çok 30-44 yaş arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Bunu sırasıyla % 12 oranla 25-29 yaş grubu, %11 oranla 50-54 yaş grubu, % 9,4 oranla 55-59 yaş grubu, % 6,5 oranla 60 yaş ve üzeri, % 5,2 oranla 20-24 yaş grubu takip etmektedir (Tablo:16).

Tablo:17 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Cinsiyeti

			Cinsiyet		Toplam
			Kadın	Erkek	
Görüşülenlerin Yaşları	20-24 Yaş	Sayı	13	7	20
		% Yaş grupları	65,0%	35,0%	100,0%
		% Cinsiyet	4,5%	7,3%	5,2%
		% Toplam	3,4%	1,8%	5,2%
	25-29 Yaş	Sayı	30	16	46
		% Yaş Grupları	65,2%	34,8%	100,0%
		% Cinsiyet	10,4%	17,0%	12,0%
		% Toplam	7,9%	4,2%	12,0%
	30-34 Yaş	Sayı	41	15	56
		% Yaş Grupları	73,2%	26,8%	100,0%
		% Cinsiyet	14,3%	15,6%	14,7%
		% Toplam	10,7%	3,9%	14,7%
	35-39 Yaş	Sayı	47	9	56
		% Yaş Grupları	83,9%	16,1%	100,0%
		% Cinsiyet	16,3%	9,6%	14,7%
		% Toplam	12,3%	2,4%	14,7%
	40-44 Yaş	Sayı	46	11	57
		% Yaş Grupları	80,7%	19,3%	100,0%
		% Cinsiyet	16,0%	11,7%	14,9%
		% Toplam	12,0%	2,9%	14,9%
	45-49 Yaş	Sayı	35	10	45
		% Yaş grupları	77,8%	22,2%	100,0%
		% Cinsiyet	12,2%	10,6%	11,8%
		% Toplam	9,2%	2,6%	11,8%
	50-54 Yaş	Sayı	31	11	42
		% Yaş Grupları	73,8%	26,2%	100,0%
		% Cinsiyet	10,8%	11,7%	11,0%
		% Toplam	8,1%	2,9%	11,0%
	55-59 Yaş	Sayı	26	9	35
		% Yaş Grupları	74,3%	25,7%	100,0%
		% Cinsiyet	9,0%	9,6%	9,2%
		% Toplam	6,8%	2,4%	9,2%
	60 yaş ve üstü	Sayı	17	8	25
		% Yaş Grupları	68,0%	32,0%	100,0%
		% Cinsiyet	5,9%	8,5%	6,5%
		% Toplam	4,5%	2,1%	6,5%
Toplam		Sayı	286	96	382
		% Yaş Grupları	74,9%	25,1%	100,0%
		% Cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	74,9%	25,1%	100,0%

Cinsiyet ve yaş dağılımı incelendiğinde, örneklem grubumuzdaki erkeklerin % 17 oranla en fazla 25-29 yaş grubu ve % 15,6 oranla 30-34 yaş grubu içine

girdikleri görülmektedir. Kadınların ise, % 16,3 oranla 35-39 yaş grubu ve % 16 oranla 40-44 yaş grubu içerisinde yoğunlaştığı görülmektedir (Tablo:17).

Tablo:18 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Medeni Durumu

			Medeni Durum				Toplam
			Evli	Bekar	Dul	Ayrılmış	
Yaş Grupları	20-24 Yaş	Sayı	16	4	0	0	20
		% Yaş Grubu	80,0%	20,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	4,6%	36,4%	,0%	,0%	5,2%
		% Toplam	4,2%	1,0%	,0%	,0%	5,2%
	25-29 Yaş	Sayı	38	6	0	2	46
		% Yaş Grubu	82,6%	13,0%	,0%	4,3%	100,0%
		% Medeni Hali	10,9%	54,5%	,0%	40,0%	12,0%
		% Toplam	9,9%	1,6%	,0%	,5%	12,0%
	30-34 Yaş	Sayı	55	0	0	1	56
		% Yaş Grubu	98,2%	,0%	,0%	1,8%	100,0%
		% Medeni Hali	15,8%	,0%	,0%	20,0%	14,7%
		% Toplam	14,4%	,0%	,0%	,3%	14,7%
	35-39 Yaş	Sayı	55	0	0	1	56
		% Yaş Grubu	98,2%	,0%	,0%	1,8%	100,0%
		% Medeni Hali	15,8%	,0%	,0%	20,0%	14,7%
		% Toplam	14,4%	,0%	,0%	,3%	14,7%
	40-44 Yaş	Sayı	56	0	1	0	57
		% Yaş Grubu	98,2%	,0%	1,8%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	16,1%	,0%	5,6%	,0%	14,9%
		% Toplam	14,7%	,0%	,3%	,0%	14,9%
	45-49 Yaş	Sayı	39	1	4	1	45
		% Yaş Grubu	86,7%	2,2%	8,9%	2,2%	100,0%
		% Medeni Hali	11,2%	9,1%	22,2%	20,0%	11,8%
		% Toplam	10,2%	,3%	1,0%	,3%	11,8%
	50-54 Yaş	Sayı	38	0	4	0	42
		% Yaş Grubu	90,5%	,0%	9,5%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	10,9%	,0%	22,2%	,0%	11,0%
		% Toplam	9,9%	,0%	1,0%	,0%	11,0%
55-59 Yaş	Sayı	31	0	4	0	35	
	% Yaş Grubu	88,6%	,0%	11,4%	,0%	100,0%	
	% Medeni Hali	8,9%	,0%	22,2%	,0%	9,2%	
	% Toplam	8,1%	,0%	1,0%	,0%	9,2%	
60 Yaş Ve Üstü	Sayı	20	0	5	0	25	
	% Yaş Grubu	80,0%	,0%	20,0%	,0%	100,0%	
	% Medeni Hali	5,7%	,0%	27,8%	,0%	6,5%	
	% Toplam	5,2%	,0%	1,3%	,0%	6,5%	
Toplam		Sayı	348	11	18	5	382
		% Yaş Grubu	91,1%	2,9%	4,7%	1,3%	100,0%
		% Medeni Hali	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	91,1%	2,9%	4,7%	1,3%	100,0%

Yaş gruplarına göre görüşülenlerin medeni durumları incelendiğinde, evli olanların % 15,8'inin 30-34 yaş grubu, % 15,8'inin 35-39 yaş grubu, % 16,1'inin 40-44 yaş grubunda yer alarak, en çok 30-44 yaşları arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Bekar olanların % 54,5'unun 25-29 yaş grubunda, % 36,4'ünün 20-24 yaş grubunda yer aldığı ve 20-29 yaşlar arasında yoğunlaştığı görülmektedir. Dul

olanların ise % 22,2'si 45-49 yaş grubu, % 22,2'si 50-54 yaş grubu, % 22,2'si 55-59 yaş grubu, % 27,8'i 60 yaş ve üzeri grupta yer almakta ve 45 yaş üstünde yoğunlaşmaktadır. Ayrılmış olanların ise yoğun olarak % 40'ının 25-29 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir (Tablo: 18).

1.4. Doğum Yeri

Görüşülenlerin % 37,7'sinin il merkezinde, % 21,7'sinin ilçede, % 40,6'sının köyde doğduğu tespit edilmiştir (Tablo:19).

Tablo:19 Görüşülenlerin Doğum Yerine Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde	Kümülatif Yüzde
İl merkezi	144	37,7	37,7
İlçe merkezi	83	21,7	21,7
Köy	155	40,6	40,6
Toplam	382	100,0	100,0

2. AİLE

İnsanların gözünü açtığı, toplumsal hayata başladığı ilk yer ailedir. Çocuğun diğer insanlarla olan ilişkileri, davranış ve tutumları büyük oranda içinde bulunduğu aile tarafından şekillenir. Sağlık ve hastalığa verilen değer, hastalık karşısındaki tavır alış, kullanılan iyileştirici yöntemler önemli ölçüde aile ve onun içinde yer aldığı kültürel çevre tarafından biçimlenir.

Hastalık karşısında gösterilen tepkilerin büyük oranda ebeveynlerin hastalığa karşı tutumları doğrultusunda şekillendiği; hastalık belirtilerini daha fazla destekleyen ebeveynlerin çocuklarının, yetişkin dönemde hastalık belirtilerini daha şiddetli algıladıkları belirtilmektedir.³⁸³

2.1. Aile Yapısı

Toplumsal değişimle birlikte aile yapısı ve büyüklüğünde de değişimler olmuştur. Geleneksel geniş aile tipinden kadın-erkek ve çocuklardan oluşan çekirdek aile tipine doğru bir dönüşüm yaşanmaktadır.

³⁸³ Catherine Crane ve Maryanne Martin, "Adult Illness Behaviour: The Impact Of Childhood Experience", **Personality and Individual Differences**, 2002:32, s. 787

Tablo:20 Aile Tipi

	Sayı	Yüzde
Çekirdek Aile	335	87,7
Geniş Aile	20	5,2
Parçalanmış Aile	21	5,5
Diğer	6	1,6
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin içinde yer aldığı aile tipleri incelendiğinde, % 87,7'sinin çekirdek aile, % 5,2'sinin geniş aile, % 5,5'inin parçalanmış aile özelliği gösterdiği görülmektedir (Tablo:20). Örneklem grubumuzda çekirdek aile yapısının oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Geniş aile olarak karşımıza çıkan ailelerde genellikle eşi öldüğü için çocuklarının yanında kalan yaşlı ebeveynler bulunmaktadır.

Tablo:21 Görüşülenin Hane Nüfusu

	Sayı	Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Bir	13	3,4	3,4
İki	100	26,2	29,6
Üç	104	27,2	56,8
Dört	125	32,7	89,5
Beş	37	9,7	99,2
Altı ve üzeri	3	,8	100,0
Toplam	382	100,0	Mean: 3,21 Median: 3,00

Görüşülenlerin hane nüfusları incelendiğinde, % 32,7'sinin hane nüfusu dört kişiden oluşurken, % 27,2'sinin üç kişiden, % 26,2'sinin iki kişiden, % 9,7'si beş kişiden, % 3,4'ü bir kişiden, % 0,8'i altı ve daha fazla kişiden oluşmaktadır. Yığılımlı yüzdelere bakıldığında % 99,2'sinin hane nüfusunun beş ve daha az kişiden oluştuğu görülmektedir. Ortalama hane nüfusu 3,21 olarak tespit edilmiştir (Tablo:21).

Tablo:22 Görüşülenin Hanedeki Statüsü

	Sayı	Yüzde
H.R. Erkek-Baba	85	22,3
H.R.'nin Eşi-Annesi	268	70,2
H.R.'nin Oğlu	6	1,6
H.R.'nin Kızı	2	,5
H.R. Kadın	7	1,8
Diğer	14	3,7
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin hane reisine göre hanedeki statüsünü incelediğimizde, hane reisinin eşi ya da annesi statüsünde olanlar % 70,2 olarak tespit edilmiştir. Bunu % 22,3 ile hane reisi erkek-baba statüsünde olanlar, %1,6 ile hane reisinin oğlu olanlar, %1,8 ile hane reisi kadın olanlar, % 0,5 ile hane reisinin kızı olanlar takip etmektedir. Görüşülenler içerisinde yaşlı, yalnız ve dul olanların yanı sıra yalnız ya da arkadaşlarıyla birlikte kalan ve bekar olan bazı çalışanlar ile öğrencilerin oranı düşük olduğundan dolayı “Diğer” yüzdesi içinde gösterilmiştir (Tablo: 22).

2.2. Evlilik Kurumu

Kadınlar arasında evlenme yaşının küçük olması, evlilikle birlikte gelen bazı sorumlulukları erken yaşta üstlenmesi ve erken yaşta anne olması anlamına gelmektedir. Henüz ebeveynliğe hazır olmayan, genç yaşta anne olan kadınlar, eklenen statüler gereği beklenen sorumluluk ve rolleri uygun bir şekilde yerine getiremeyebilir. Bir yandan kadının yaşadığı rol karmaşası kadının sağlığını, diğer yandan çocuğun bakım gereksinimlerini uygun bir şekilde karşılayamaması ise çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir.

Örneklem grubumuzda evlenmiş olan bireylerin ilk evlenme yaşı incelendiğinde, evlilik olgusunun en fazla % 44,4 ile 20-24 yaşlar arasında gerçekleştiği görülmektedir. Bunu % 41 ile 15-19 yaş grubu, % 11,6 ile 25-29 yaş grubu izlemektedir. Yığılımlı yüzdelere bakıldığında görüşülenlerin % 86,5'inin 24 yaş ve altında, % 42,1'inin 19 yaş ve altında evlendiği görülmektedir. Örneklem grubumuzun evlilik yaşı ortalamasının 20,6 olduğu saptanmıştır (Tablo:23).

Tablo:23 Görüşülenlerin İlk Evlenme Yaşı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılımlı Yüzde
14 yaş ve altı	4	1,0	1,1	1,0
15-19 yaş	152	39,8	41,0	42,1
20-24 yaş	165	43,2	44,4	86,5
25-29 yaş	43	11,3	11,6	98,1
30 yaş ve üstü	7	1,8	1,9	100,0
Toplam	371	97,1	100,0	
Cevapsız	11	2,9		
Toplam	382	100,0		Mean: 20,6 Median: 20,0

Örneklem grubumuzda evlenmiş olanların % 81,1'inin eşleriyle aralarında akrabalık bağı bulunmadığı, % 8,1'inin eşleriyle yakın akraba, % 10,8'inin de eşleriyle uzaktan akraba olduğu saptanmıştır. Yığılımlı yüzdelere bakıldığında % 18,9'unun eşleriyle aralarında akrabalık bağı olduğu görülmektedir (Tablo:24). Akraba evlilikleri, özellikle genetik pek çok hastalığın doğacak çocuklara aktarılması açısından önem taşıyan bir olgudur.

Tablo:24 Görüşülenlerin Eşleriyle Akrabalık Durumu

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Yakın akraba	30	7,9	8,1	8,1
Uzak akraba	40	10,5	10,8	18,9
Akraba değil	301	78,8	81,1	100,0
Toplam	371	97,1	100,0	
Cevapsız	11	2,9		
Toplam	382	100,0		

Örneklem grubumuzdaki dul ve boşanmış olanların % 26,1'i dul/boşanmış olmanın sağlığını etkilemediğini, %13'ü sağlığını iyi yönde etkilediğini, % 60,9'u sağlığını kötü yönde etkilediğini belirtmişlerdir (Tablo:25). Sağlığını iyi yönde etkilediğini belirtenlerin tamamı eşlerinden ayrılmış kişilerdir.

Tablo:25 Dul / Boşanmış Olmanın Sağlığı Etkileme Durumu

	Sayı	Yüzde
Etkilemedi	6	26,1
İyi yönde etkiledi	3	13,0
Kötü yönde etkiledi	14	60,9
Toplam	23	100,0

2.3. Aile İçi İlişkiler

Aile içinde sevgi, saygı ve güven bağlarının varlığı, aile üyeleri arasında etkili iletişim, birliktelik ve sorumlulukların paylaşılması olumlu bir aile yaşantısı yaratacaktır. Huzurlu bir aile yaşantısı eşlerin ve çocukların sağlığını olumlu yönde etkilerken, çatışmalı ve huzursuz aile ortamları eşlerde ve çocuklarda başta psikolojik olmak üzere çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir.

Tablo:26 Görüşülenlerin Eşleriyle Aralarında Geçen Tartışmaların En Önemli Nedeni

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Ekonomik sorunlar	156	40,8	54,5
Çocukların yetiştirilmesi ile ilgili konular	52	13,6	18,2
Düşünce ayrılıkları	44	11,5	15,4
Eşler arasında sevgi ve saygının olmaması	2	,5	,7
Eşlerin ailelerinden kaynaklanan sorunlar	32	8,4	11,2
Toplam	286	74,9	100,0
Hiç tartışılmaz	62	16,2	
Cevapsız	34	8,9	
Toplam	382	100,0	

Görüşülenler arasında evli olanların % 16,2'si eşleriyle hiç tartışmadıklarını belirtmiştir. Tartışma nedenlerine bakıldığında, en fazla % 54,5'inin ekonomik sıkıntılar nedeniyle, % 18,2'inin çocukların yetiştirilmesi ile ilgili konular nedeniyle, % 15,4'ünün eşleriyle aralarında olan düşünce farklılıkları nedeniyle, % 11,2'sinin eşlerin ailelerinden kaynaklanan sorunlar nedeniyle tartıştıkları görülmektedir (Tablo:26).

Ev içi şiddet dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın görülmekte, fakat doğrudan dile getirilmemektedir. Şiddet yaşayan bireyler genellikle travmalar ve diğer sağlık sorunları ile sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Hastanelerin acil

servisine gelen kadınların % 22-35'ini ev içi şiddet sonucu yaralanmış kadınlar oluşturmaktadır.³⁸⁴

Tablo:27 Ailede Şiddet Olgusunun Varlığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Var	28	7,3	8,0
Yok	320	83,8	92,0
Toplam	348	91,1	100,0
Cevapsız	34	8,9	
Toplam	382	100,0	

Evli olanlar arasında, aile içinde şiddet yaşandığını belirtenlerin oranı % 8, hiçbir şekilde şiddet yaşanmadığını belirtenlerin oranı ise % 92'dir (Tablo:27).

Tablo:28 Şiddet Yaşanan Ailelerde Uygulanan Şiddet Çeşidi

	Sayı	Yüzde
Fiziksel şiddet	21	75
Sözel- duygusal şiddet	7	25
Ekonomik Şiddet	0	0
Cinsel	0	0
Toplam	28	100,0

Şiddet yaşanan ailelerde en fazla % 75 oranla fiziksel şiddet yaşandığı, % 25 oranla sözel-duygusal şiddet yaşandığı tespit edilmiştir (Tablo:28). Çalışmamızda sözel-duygusal şiddet yaşayanların oranı düşük çıkarken, cinsel ve ekonomik şiddet yaşadığını ifade eden olmamıştır.

Çeşitli araştırmalarca sözel şiddetin fiziksel şiddete oranla daha fazla yaşandığı dile getirilmektedir. Kültürel ve bireysel özellikler nedeniyle şiddet kavramının algılanması ve yorumlanmasında farklılıklar söz konusu olabilir. Söylenen kötü, aşağılayıcı sözler ve küfürler ya da küçük görücü davranışlar kişiler tarafından şiddet olarak algılanmayabilir. Ayrıca kişiler cinsel şiddeti açık bir şekilde ifade etmekten kaçınabilirler.

³⁸⁴ Havva Tel, "Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları", **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 2002, 6(2), s. 2.

2.4. Toplumsal Cinsiyet Roller

Sağlık ve hastalık olgularıyla ilgili bazı değerlendirmeler yapılırken cinsiyetten kaynaklanan farklılıkların göz önünde bulundurulması oldukça önemlidir. Kadınlar ve erkekler arasında doğuştan beklenen yaşam süresi, hastalık örüntüleri, ölüm oranları ve ölüm nedenleri yönünden gözlenen farklılıklar toplumdan topluma değişmektedir.

Bu farklılıklar kadın ve erkeğin biyolojik özelliklerinin yanı sıra önemli oranda toplumsal cinsiyet kavramıyla ifade edilen ve içinde bulunduğu toplum tarafından kadın ve erkeğe biçilmiş bir takım roller, beklentiler, statü ve sorumluluklardan kaynaklanabilir. Sağlık ve hastalık algıları, sağlıklı yaşam alışkanlıkları, hastalığa gösterilen tepkiler, sağlık hizmetlerini kullanma gibi sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışlar önemli oranda toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak şekillenir.

Tablo:29 Ailede Yemek Yapma, Bulaşık-Çamaşır Yıkama vb. Ev İşlerini Genellikle Kimin Yaptığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Kadın	338	88,5	91,9
Erkek	2	,5	,5
Ortaklaşa	22	5,8	6,0
Diğer	6	1,6	1,6
Toplam	368	96,3	100,0
Cevapsız	14	3,7	
Toplam	382	100,0	

Örneklem grubumuzda bulunan ailelerde, yemek yapma, bulaşık-çamaşır yıkama vb. ev işlerini yapanların % 91,9'unun kadın, % 0,5'inin erkek olduğu, % 6'sının ev işlerini ortaklaşa yaptığı, % 1,6'sının ev işlerini yapması için evde ücretli bir kişi çalıştırdığı görülmektedir. Yalnız yaşayanlar bu soruya yanıt vermemiştir. Görüşülen aileler içinde ev alanı ile ilgili işleri çoğunlukla kadınların yaptıkları görülmektedir (Tablo:29).

Tablo:30 Ailede Çocukların Beslenme, Giyim, Temizlik vb. Bakım Gereksinimlerini Genellikle Kimin Karşılıdığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Kadın	180	47,1	67,7
Erkek	1	0,3	0,4
Ortaklaşa	32	8,4	12,0
Çocuklar büyük	51	13,4	19,2
Diğer	2	0,5	0,7
Toplam	266	69,6	100,0
Cevapsız	116	30,4	
Toplam	382	100,0	

Örneklem grubumuzda, çocuğu olan ailelerin % 67,7'si ailede çocukların beslenme, giyim, temizlik vb. bakım gereksinimlerini kadının karşıladığını, % 0,4'ü erkeğin karşıladığını, % 12'si ortaklaşa karşılandığını, % 0,7'si evde sürekli bakıcı bulunduğunu ve bu kişinin ilgilendiğini ifade etmiştir. Çocuğu olan aileler içinde çocukların bakım gereksinimlerini karşılayanların büyük oranda kadın olduğu söylenebilir (Tablo:30) .

Tablo:31 Ailede Çocuk Hastalandığında Çocuğa Genellikle Kimin Baktığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Kadın	127	33,3	47,7
Erkek	2	,5	0,8
Ortaklaşa	137	35,9	51,5
Toplam	266	69,6	100,0
Cevapsız	116	30,4	
Toplam	382	100,0	

Çocuklu ailelerin % 47,7'si çocuk hastalandığında genellikle kadının baktığını, % 0,8'i erkeğin baktığını, % 51,5'i hasta çocuğun bakımında ortaklaşa sorumluluk alındığını ifade etmiştir (Tablo:31).

Kuramsal çerçevede belirtildiği üzere, literatürde “Hasta bakıcı” rolünün genellikle kadınlara biçildiği belirtilmektedir. Örneklem grubumuzda bulunan çocuklu aileler içinde, çocuk hastalandığında ortaklaşa bakanların oranının oldukça yüksek olduğu gözlenmektedir. Günümüzde özellikle hastalık durumunda çocuklarla ilgili sorumlulukların daha fazla paylaşıldığı söylenebilir.

Tablo:32 Ailede Önemli Kararları Genellikle Kimin Verdiği

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Kadın	17	4,5	4,6
Erkek	98	25,7	26,6
Ortaklaşa	253	66,2	68,8
Toplam	368	96,3	100,0
Cevapsız	14	3,7	
Toplam	382	100,0	

Görüşülen aileler içinde % 4,6'sı ailede önemli kararları kadının verdiğini, % 26, 6'sı erkeğin verdiğini, % 68,8'i ortaklaşa karar alındığını ifade etmiştir. Ailede önemli kararları kadının verdiğini belirtenler genellikle çocuklarıyla yaşayan dul ve ayrılmış kadınlardır.

Geleneksel toplumlarda gelenekler, örf ve adetler erkeğe daha fazla güç vermekte, son kararı verme gücü erkekte bulunmaktadır. Aile içinde önemli kararların ortaklaşa alındığını belirtenlerin oranının yüksek çıkmasına bağlı olarak, Burdur'da karar alma bakımından demokratik bir aile yapısının yaygın olduğunu söyleyebiliriz (Tablo:32).

3.SOSYO-EKONOMİK DURUM

3.1. Eğitim

Eğitim ve sağlık arasında yakın bir ilişki söz konusudur. Eğitim düzeyi yükseldikçe iyi bir mesleğe ve gelire sahip olma olasılığı artar ve bu insanlardan daha sağlıklı bir yaşam sürmeleri beklenir. Ayrıca eğitim düzeyi yüksek olanların sağlık hizmetlerini gerektiği şekilde kullandıkları, tedaviye daha kolay uyum sağladıkları, sağlık mesajlarını daha çabuk anlayıp uygulayabildikleri belirtilmektedir.

Örneklem grubundaki bireylerin eğitim durumları incelendiğinde; % 47,1'inin ilkokul mezunu, % 22,8'inin lise ve dengi okul mezunu olduğu görülmektedir. Üniversite düzeyinde eğitim görenlerin oranlarına baktığımızda % 14,9'unun Lisans, % 3,7'sinin Ön Lisans, % 2,1'inin Yüksek Lisans/ Doktora düzeyinde öğrenim gördüğü tespit edilmiştir (Tablo:33).

Tablo:33 Görüşülenlerin Eğitim Durumu

	Sayı	Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Okur-yazar değil	3	,8	,8
Okur-yazar	2	,5	1,3
İlkokul	180	47,1	48,4
Ortaokul	31	8,1	56,5
Lise ve dengi okul	87	22,8	79,3
Ön Lisans	14	3,7	83,0
Lisans	57	14,9	97,9
Yüksek Lisans/Doktora	8	2,1	100,0
Toplam	382	100,0	

Burdur’da nüfusun % 4,8’inin üniversite mezunu olduğu bildirilmektedir.³⁸⁵ Örneklem grubumuzda üniversite mezunu olanların oranının yüksek çıkması, çalışmanın il merkezinde yapılmasına bağlanabilir.

Tablo:34 Görüşülenlerin Eşlerinin Eğitim Durumu

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Okur-yazar değil	1	,3	,3	,3
İlkokul	132	34,5	38,0	38,3
Ortaokul	29	7,6	8,3	46,6
Lise ve dengi okul	107	28,0	30,7	77,3
Üniversite	76	19,9	21,8	99,1
Yüksek Lisans/Doktora	3	,8	0,9	100,0
Toplam	348	91,2	100,0	
Cevapsız	34	8,9		
Toplam	382	100,0		

Görüşülen kişilerin eşlerinin % 34,5’i ilkokul mezunu, % 28,0’i lise ve dengi okul mezunu, %19,9’u üniversite mezunudur (Tablo:34).

Görüşülenlerin annelerinin % 26,4’ünün okur-yazar olmadığı ve % 4,7’sinin okur-yazar olduğu, % 61,3’ünün annesinin ilkokul mezunu, % 2,1’inin ortaokul, % 3,4’ünün lise ve dengi okul, % 2,1’inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo:35).

³⁸⁵ Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004.

Tablo:35 Görüşülenlerin Annelerinin Eğitim Durumu

	Sayı	Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Okur-yazar değil	101	26,4	26,4
Okur-yazar	18	4,7	31,2
İlkokul	234	61,3	92,4
Ortaokul	8	2,1	94,5
Lise ve dengi okul	13	3,4	97,9
Üniversite	8	2,1	100,0
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin babalarının % 12,3'ünün okur yazar olmadığı ve % 6,3'ünün okur yazar olduğu görülmektedir. % 60,2'sinin babasının ilkokul mezunu, % 7,6'nın ortaokul, % 6,5'inin lise ve dengi okul, % 7,1'inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo:36).

Tablo:36 Görüşülenlerin Babalarının Eğitim Durumu

	Sayı	Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Okur-yazar değil	47	12,3	12,3
Okur-yazar	24	6,3	18,6
İlkokul	230	60,2	78,8
Ortaokul	29	7,6	86,4
Lise ve dengi okul	25	6,5	92,9
Üniversite	27	7,1	100,0
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin eğitim durumları ile ebeveynlerinin eğitim durumlarına baktığımızda bir önceki kuşağa göre eğitim düzeyinin yükseldiği görülmektedir. Ayrıca görüşülenlerin babalarının eğitim düzeylerinin, annelerinkine göre daha yüksek olduğu söylenebilir (Tablo:34, 35, 36).

Çocukların bakım gereksinimlerini çoğunlukla karşılayan kişi olması bakımından annenin eğitim düzeyinin yüksek olması, özellikle çocukların iyi bir şekilde yetiştirilmesi, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesinde oldukça önemlidir.

Tablo:37 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Eğitim Düzeyi

			Cinsiyet		Toplam
			Kadın	Erkek	
Görüşülenlerin Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	167	18	185
		% Eğitim Düzeyi	90,3%	9,7%	100,0%
		% Cinsiyet	58,4%	18,8%	48,4%
		% Toplam	43,7%	4,7%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	78	40	118
		% Eğitim Düzeyi	66,1%	33,9%	100,0%
		% Cinsiyet	27,3%	41,7%	30,9%
		% Toplam	20,4%	10,5%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	41	38	79
		% Eğitim Düzeyi	51,9%	48,1%	100,0%
		% Cinsiyet	14,3%	39,6%	20,7%
		% Toplam	10,7%	9,9%	20,7%
Toplam		Sayı	286	96	382
		% Eğitim Düzeyi	74,9%	25,1%	100,0%
		% Cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	74,9%	25,1%	100,0%

Örneklem grubumuzdaki kadınların % 58,4'ünün, erkeklerin % 18,8'inin eğitim düzeyinin düşük olduğu görülürken; kadınların % 14,3'ünün, erkeklerin ise % 39,6'sının eğitim düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. (Tablo:37). Kadın ve erkekler arasında eğitim düzeyi bakımından farklılık vardır [$\chi^2 = 50,297$, $p < 0,05$]. Örneklem grubumuzdaki erkeklerin eğitim düzeyi kadınlarınkine göre daha yüksektir.

Tablo:38 Doğum Yerine Göre Görüşülenlerin Eğitim Düzeyi

			Doğum Yeri			Toplam
			İl Merkezi	İlçe	Köy	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	37	37	111	185
		% Eğitim Düzeyi	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
		% Doğum Yeri	25,7%	44,6%	71,6%	48,4%
		% Toplam	9,7%	9,7%	29,1%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	59	29	30	118
		% Eğitim Düzeyi	50,0%	24,6%	25,4%	100,0%
		% Doğum Yeri	41,0%	34,9%	19,4%	30,9%
		% Toplam	15,4%	7,6%	7,9%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	48	17	14	79
		% Eğitim Düzeyi	60,8%	21,5%	17,7%	100,0%
		% Doğum Yeri	33,3%	20,5%	9,0%	20,7%
		% Toplam	12,6%	4,5%	3,7%	20,7%
Toplam		Sayı	144	83	155	382
		% Eğitim Düzeyi	37,7%	21,7%	40,6%	100,0%
		% Doğum Yeri	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	37,7%	21,7%	40,6%	100,0%

Örneklem grubumuzda, il merkezinde doğanların % 25,7'sinin, ilçede doğanların % 44,6'sının, köyde doğanlarının ise % 71,6'sının eğitim düzeyinin düşük olduğu görülürken; il merkezinde doğanların % 33,3'ünün, ilçede doğanların % 20,5'inin, köyde doğanlarının ise % 9'unun eğitim düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir (Tablo:38).

Bireylerin doğup büyüdüğü yer sunduğu olanaklar bakımından bireylerin sosyal ve ekonomik durumlarını etkileyebilmektedir. Görüşülenlerin doğum yeri ile eğitim düzeyleri arasında ilişki vardır [$\chi^2 = 65,999$, $p < 0,05$]. Örneklem grubumuzda il merkezinde doğanların eğitim düzeyi ilçe ve köy doğumlu olanlara göre daha yüksektir.

Tablo:39 Görüşülenlerin Gazete Okuma Durumu

	Sayı	Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Düzenli okur	133	34,8	34,8
Arasıra, eline geçtikçe okur	173	45,3	80,1
Hiç okumaz	76	19,9	100,0
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin % 45,3'ü arasıra, % 34,8'i düzenli olarak gazete okuduğunu, % 19,4'ü ise hiç gazete okumadığını belirtmiştir (Tablo:39).

Düzenli gazete okumak bireylerin yaşam tarzı alışkanlıklarından biridir. Yazılı basın içinde gazetelerin önemli bir yeri vardır. Özellikle sağlık ve hastalıklarla ilgili bilgilerin, uyarıların ve tıbbi gelişmelerin takibi açısından önemli bir yere sahiptir.

Tablo:40 Görüşülenlerin Düzenli Olarak/Hiç Gazete Okumama Nedeni

	Sayı	Yüzde
Ekonomik neden	69	27,7
Okumaya vakti yok	43	17,3
Gazeteleri beğenmiyor	4	1,6
İnternette takip ediyor	5	2,0
TV'den takip ediyor	20	8,0
Alışkanlık olmadığından	97	39,0
Diğer	11	4,4
Toplam	249	100,0

Düzenli gazete okumayan bireylerin % 39'u alışkanlık olmadığı için, %

27,7'si ekonomik nedenlerden, % 17,3'ü vakti olmadığı için, % 8'i TV'den takip ettiği için düzenli olarak gazete okumadığını ifade etmiştir. Görme problemi olduğundan ve okuma yazma bilmediğinden okumadığını belirtenler “Diğer” seçeneğinde gösterilmiştir (Tablo:40).

3.2. İş ve Meslek

3.2.1. Meslek Türü

Meslek önemli bir gelir kaynağı olmasının yanı sıra kişiye sağladığı sosyal statü ve sağlık güvencesi bakımından onların sağlıklı olmaları, sağlıklarını sürdürmeleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

Özellikle alınan eğitim doğrultusunda sevilerek yapılan, yüksek statü ve gelir sağlayan ve daha az sağlık riski taşıyan meslekleri icra edenlerin; statüsü düşük, her an işten çıkarılma riski bulunan, sağlık güvencesi sağlamayan, çalışma karşılığı ücretlerin düşük olduğu ve sağlık riski bulunan işlerde çalışanlara göre sağlık düzeyinin yüksek olması daha olasıdır.

Tablo:41 Görüşülenlerin Mesleklerine Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Ev Hanımı	211	55,2	55,2
Serbest meslek	3	,8	56,0
Memur	78	20,4	76,4
İşçi	39	10,2	86,6
Esnaf/tüccar	13	3,4	90,1
Çiftçi	4	1,0	91,1
İşsiz	3	,8	91,9
Emekli	29	7,6	99,5
Diğer	2	,5	100,0
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin % 55,2'sinin ev hanımı olduğu görülmektedir. Bunu en çok % 20,4 oranla memur, % 10,2 oranla işçi grubunda yer alanlar izlemektedir (Tablo:41). Araştırma grubumuzda ev hanımları dışında büyük çoğunluğun memur olduğu görülmektedir. Burdur'da tarımdan sonra en fazla istihdam sağlayan alan hizmet sektörüdür. Çalışmamız il merkezinde yapıldığından dolayı hizmet sektöründe yer alan memurların oranının diğer meslek gruplarına göre yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo:42 Görüşülenlerin Eşlerinin Mesleği

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Ev Hanımı	52	13,6	14,9
Serbest meslek	5	1,3	1,4
Memur	83	21,7	23,8
İşçi	79	20,7	22,7
Esnaf/tüccar	55	14,4	15,8
Çiftçi	4	1,0	1,2
İşsiz	4	1,0	1,2
Emekli	66	17,3	19,0
Toplam	348	91,1	100,0
Cevapsız	34	8,9	
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin eşlerinin % 14,9'unun ev hanımı, % 1,4'ünün serbest meslek sahibi, % 23,8'inin memur, % 22,7'sinin işçi, % 15,8'inin esnaf, % 1,2'sinin çiftçi, % 1,2'sinin işsiz ve % 19'unun emekli olduğu tespit edilmiştir (Tablo:42).

Tablo:43 Görüşülenlerin Annelerinin Mesleği

	Sayı	Yüzde
Ev Hanımı	358	93,7
Serbest Meslek	1	,3
Memur	7	1,8
İşçi	2	,5
Esnaf/tüccar	1	,3
Çiftçi	7	1,8
Emekli	6	1,6
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 93,7'sinin annesinin ev hanımı, % 1,8'nin çiftçi ve %1,8'nin memur olduğu görülmektedir (Tablo:43).

Tablo:44 Görüşülenlerin Babalarının Mesleği

	Sayı	Yüzde
İşsiz	2	,5
Serbest meslek	10	2,6
Memur	29	7,6
İşçi	13	3,4
Esnaf/Tüccar	41	10,7
Çiftçi	157	41,1
Emekli	130	34,0
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin babalarının % 41,1'inin çiftçi, % 34'ünün emekli, % 7,6 'sının memur olduğu görülmektedir (Tablo:44).

Ebeveynlerinin ve eşlerin meslekleri bireylerin yaşam tarzları üzerinde önemli ölçüde belirleyici olabilir. Görüşülenlerin meslek dağılımları ile ebeveynlerinin meslek dağılımlarına baktığımızda bir önceki kuşağa göre mesleklerin farklılaştığı görülmektedir. Özellikle görüşülenlerin babalarının % 41,1 oranla çiftçi olduğu görülürken, görüşülenlerin ve eşlerinin mesleklerine bakıldığında çiftçilikle uğraşanların oranının oldukça düşük olduğu görülmektedir (Tablo: 41, 42).

Tablo:45 Bir İşte Çalışmayanlara Göre Çalışmamanın Sağlık Üzerine Etkisi

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
İyi yönde etkiliyor	7	1,8	2,9
Kötü yönde etkiliyor	54	14,1	22,0
Etkilemiyor	182	47,6	74,3
Toplam	243	63,6	100,0
Cevapsız	139	36,4	
Toplam	382	100,0	

Bir işte çalışmayanların % 74,3'ü bu durumun genel sağlık durumunu etkilemediğini, % 22'si kötü yönde etkilediğini ve % 2,9'u iyi yönde etkilediğini ifade etmiştir. Bu soruya emekli olup bir işte çalışmayanlar da cevap vermiştir (Tablo:45).

3.2.2. Eğitim ve Meslek

Eğitim ile meslek arasında yakın bir ilişki vardır. Eğitim düzeyi yüksek olanların yüksek statü verilen mesleklerde yer almaları, daha fazla gelire sahip olmaları daha olasıdır.

Mesleği isteyerek seçme ve alınan eğitime uygun bir işte çalışma hem iş verimi açısından hem de iş doyumu açısından önemli konulardır. İş doyumunun yetersiz olması bireylerin zamanla tükenmişlik yaşamalarına neden olabilirken, uzun süreli tükenmişlik ise fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir.

Tablo:46 Çalışanlara Göre Yaptıkları İşin Aldıkları Eğitime Uygun Olup Olmadığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Evet	88	23,0	64,2
Hayır	49	12,8	35,8
Toplam	137	35,9	100,0
Cevapsız	245	64,1	
Toplam	382	100,0	

Bir işte çalışanların % 64,2'si eğitimlerine uygun bir işte çalıştığını, % 35,8'i eğitimlerine uygun bir işte çalışmadığını ifade etmiştir (Tablo:46).

Tablo:47 Çalışanların Mesleğini İsteyerek Seçip Seçmedikleri

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Evet	101	26,4	73,7
Hayır	36	9,4	26,3
Toplam	137	35,9	100,0
Cevapsız	245	64,1	
Toplam	382	100,0	

Çalışanların %73,7'si mesleklerini isteyerek seçtiklerini, % 26,3'ü isteksiz seçtiklerini belirtmişlerdir (Tablo:47).

Tablo:48 Mesleği İsteyerek Seçmeyenlerin Mesleği Seçme Nedeni

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Ailemin etkisi	6	1,6	16,7
Bol kazancı olduğundan	4	1,0	11,1
Tesadüfen	4	1,0	11,1
Tercih şansım yoktu	22	5,8	61,1
Toplam	36	9,4	100,0
Cevapsız	346	90,6	
Toplam	382	100,0	

Mesleklerini isteyerek seçmeyenlerin % 61,1'i tercih şansını olmadığını ifade ederken, % 16,7'si ailesinin etkisiyle, % 11,1 'i bol kazancı olduğundan, % 11,1'i ise tesadüfen mesleklerini seçtiklerini ifade etmişlerdir (Tablo:48).

Tablo:49 Görüşülenlerin Mesleki Statülerine Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Profesyonel, Üst-Orta Düzey Yönetici	6	1,6	4,4
Yarı Profesyonel, Alt Düzey Yönetici	52	13,6	38,0
Büro Çalışanı, Memur, Satış Elemanı	23	6,0	16,8
Küçük İşyeri Sahibi	13	3,4	9,5
Vasıflı İşçi	18	4,7	13,1
Vasıfsız-Yarı Vasıflı İşçi	25	6,5	18,2
Toplam	137	35,9	100,0
İşsiz	3	,8	
Emekli	29	7,6	
Ev Hanımı	211	55,2	
Öğrenci	2	,5	
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin mesleki statülerine bakıldığında çalışanların en fazla % 38 oranla yarı profesyonel mesleklerde yoğunlaştığı görülmektedir. Bunu % 18,2 oranla yarı vasıflı-vasıfsız işçi grubu ile % 16,8 oranla büro çalışanı ve memur grubu izlemektedir. Örneklem grubumuzda profesyonel meslek sahibi, üst-orta düzey yönetici konumunda yer alanların oranı % 4,4'tür (Tablo:49).

Eğitim ve meslek arasında yakın bir ilişki vardır. Eğitim düzeyinin yükselmesine paralel olarak bireyler kariyer sağlayan mesleklerde yoğunlaşmaktadır. Örneklem grubumuzda, profesyonel meslek sahibi, üst-orta düzey yönetici statüsünde bulunanların % 100'ünün, yarı-profesyonel meslek sahibi, alt düzey yönetici statüsünde bulunanların % 80,8'inin eğitim düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Vasıfsız ve yarı vasıflı işçi konumunda olanların % 72'sinin ve bir işte çalışmayanların % 70,6'sının eğitim düzeyinin düşük olduğu görülmektedir (Tablo:50). Eğitim düzeyi farklı bireylerin mesleki statülerinde farklılık gözlenmektedir. Bulgularımız doğrultusunda eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin yüksek statü sağlayan mesleklerde yer aldığı söylenebilir.

Tablo:50 Eğitim Durumuna Göre Çalışanların Mesleki Statüleri

			Eğitim Durumu			Toplam
			Eğitim Düzeyi Düşük	Eğitim Düzeyi Orta	Eğitim Düzeyi Yüksek	
Mesleki Statü	Profesyonel, Üst-Orta Düzey Yönetici, İşadamı	Sayı	0	0	6	6
		% Mesleki Statü	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	,0%	,0%	7,6%	1,6%
		% Toplam	,0%	,0%	1,6%	1,6%
	Yarı Profesyonel, Alt Düzey Yönetici	Sayı	0	10	42	52
		% Mesleki Statü	,0%	19,2%	80,8%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	,0%	8,5%	53,2%	13,6%
		% Toplam	,0%	2,6%	11,0%	13,6%
	Büro Çalışanı, Memur, Satış Elemanı	Sayı	3	9	11	23
		% Mesleki Statü	13,0%	39,1%	47,8%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	1,6%	7,6%	13,9%	6,0%
		% Toplam	,8%	2,4%	2,9%	6,0%
	Küçük İşyeri Sahipleri	Sayı	3	7	3	13
		% Mesleki Statü	23,1%	53,8%	23,1%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	1,6%	5,9%	3,8%	3,4%
		% Toplam	,8%	1,8%	,8%	3,4%
	Vasıflı İşçi	Sayı	4	11	3	18
		% Mesleki Statü	22,2%	61,1%	16,7%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	2,2%	9,3%	3,8%	4,7%
		% Toplam	1,0%	2,9%	,8%	4,7%
	Vasıfsız işçi, Yarı Vasıflı İşçi	Sayı	18	7	0	25
		% Mesleki Statü	72,0%	28,0%	,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	9,7%	5,9%	,0%	6,5%
		% Toplam	4,7%	1,8%	,0%	6,5%
	Çalışmıyor	Sayı	157	74	14	245
		% Mesleki Statü	64,1%	30,2%	5,7%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	84,9%	62,7%	17,7%	64,1%
		% Toplam	41,1%	19,4%	3,7%	64,1%
Toplam		Sayı	185	118	79	382
		% Mesleki Statü	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%

Tablo:51 Çalışanlara Göre Mesleklerinin Toplumda İtibar Görüp Görmediği

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
İtibar Görüyor	97	25,4	70,8
İtibar Görmüyor	40	10,5	29,2
Toplam	137	35,9	100,0
Cevapsız	245	64,1	
Toplam	382	100,0	

Çalışanların % 70,8'i mesleklerinin toplumda itibar gördüğünü , % 29,2'si ise mesleklerinin toplumda itibar görmediğini belirtmişlerdir (Tablo:51).

3.2.3. İşin Getirdiği Sıkıntılar

Kişiler çalışma koşullarının fiziksel, biyolojik ve kimyasal özelliklerinin sağlık açısından uygun nitelikte olmaması nedeniyle meslek hastalıkları olarak bilinen hastalıklar yönünden risk altında olabilirler. Bunun yanı sıra işten talep edilenlerin fazla olması, ücret düşüklüğü, statü düşüklüğü, olumsuz ve adilane olmayan değerlendirmeler gibi pek çok neden kişiler üzerinde baskı oluşturabilir ve başta ruhsal olmak üzere ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir.

Tablo:52 Çalışanların Mesleki Verimlerine İlişkin Düşünceleri

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Düşük	3	,8	2,2
Orta	63	16,5	46,0
Yüksek	71	18,6	51,8
Toplam	137	35,9	100,0
Cevapsız	245	64,1	
Toplam	382	100,0	

Çalışanların % 51,8'i mesleki performansını yüksek, % 46'sı orta ve % 2,2'si düşük olarak değerlendirmiştir (Tablo:52).

Tablo:53 Çalışanların İş Sorumluluğu ve İş Yüküne Bağlı Olarak Sıkıntı Yaşadığı Konular

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Ailevi sorumluluklarını yerine getiremiyor	25	6,5	18,2	18,2
Sosyal ilişkilerini zayıflatıyor	23	6,0	16,8	35,0
Kendine zaman ayıramıyor	54	14,1	39,4	74,4
Sağlığını olumsuz etkiliyor	18	4,7	13,1	87,5
Sıkıntı yaşamıyor	17	4,5	12,4	100,0
Toplam	137	35,9	100,0	
Cevapsız	245	64,1		
Toplam	382	100,0		

Çalışanların % 39,4'ü iş sorumluluğu ve iş yüküne bağlı olarak kendine zaman ayıramadığını, % 18,2'si ailevi sorumlulukları yerine getiremediğini, % 16,8'i sosyal ilişkilerini zayıflattığını ifade etmiştir. Yığılımlı yüzdelere baktığımızda çalışanların % 87,5'i sıkıntı yaşadığını ifade ederken, % 12,4'ü herhangi bir sıkıntı yaşamadığını belirtmiştir (Tablo:53).

Tablo:54 Çalışanların Yaptıkları İşe İlişkin Sağlık Riskinin Olup Olmadığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Evet	60	15,7	43,8
Hayır	77	20,2	56,2
Toplam	137	35,9	100,0
Cevapsız	245	64,1	
Toplam	382	100,0	

Çalışanların % 43,8 ‘i yaptıkları işten kaynaklanan sağlık riskinin olduğunu, % 56,2’si herhangi bir sağlık riskinin olmadığını ifade etmişlerdir (Tablo:54).

Tablo:55 Çalışanların Yaptıkları İşe İlişkin Sağlık Riskleri

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Enfeksiyon bulaşı	25	6,5	41,7
Kimyasallarla temasa bağlı sorunlar	5	1,3	8,3
Kaza ve yaralanma/ölüm riski	9	2,4	15
Fizyolojik problemler	12	3,1	20,0
Stres ve buna bağlı sağlık problemleri	9	2,4	15,0
Toplam	60	15,7	100,0
Cevapsız	322	84,3	
Toplam	382	100,0	

Yaptıkları işin sağlık açısından risk taşıdığını belirtenlerin % 41,7’si enfeksiyon bulaşı, % 20’si sırt-bel ağrıları, fıtık vb. rahatsızlıklar gibi fizyolojik problemler, % 15’i kaza ve yaralanma riski , % 15’i strese bağlı sağlık problemleri ve % 8,3’ü kimyasallarla temasa bağlı sağlık problemleri yönünden risk altında olduklarını belirtmişlerdir (Tablo:55).

Tablo:56 Her iki Ebeveynin Çalıştığı Ailelerde Çocuklara Kimin Baktığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Bakıcı	9	2,4	13,2
Akrabalar	15	3,9	22,1
Kreş	8	2,1	11,8
Çocuklar büyük	34	8,9	50,0
İşi evde, gerek yok	2	,5	2,9
Toplam	68	17,8	100,0
Cevapsız	314	82,2	
Toplam	382	100,0	

Her iki ebeveynin çalıştığı ailelerde görüşülenlerin % 22,1’i çocuğuna

akrabaların, % 13,2'si bakıcının baktığını, % 11,8'i çocuğunu kreşe bıraktığını belirtmiştir. Görüşmeler sırasında akrabalarının baktığını belirtenlerin büyük çoğunluğu çocuğuna anne-babasının baktığını ifade etmiştir (Tablo:56).

Tablo:57 Çalışanların Ek İş Yapıp Yapmadığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Evet	17	4,5	12,4
Hayır	120	31,4	87,6
Toplam	137	35,9	100,0
Cevapsız	245	64,1	
Toplam	382	100,0	

Çalışanların % 12,4'ü gelir getirici başka bir iş yaptığını, % 87,6'sı yapmadığını belirtmiştir (Tablo:57). Görüşmeler sırasında ek iş yaptığını belirtenlerin büyük çoğunluğunun pazarlamacılık, nakliye işi ve pazarcılık yaptığı öğrenilmiştir.

3.2.4.Sağlık Güvencesi

Mesleğin sağladığı yararlarından biri de sağlık güvencesidir. Sağlık güvencesi olmayanlar sağlık hizmetleri için cepten ödeme yapmak durumunda kalmakta ve bu nedenle sağlık hizmetlerini gerektiği ölçüde kullanamamaktadırlar.

Tablo: 58 Görüşülenlerin Sağlık Güvencesi Türü

	Sayı	Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Emekli Sandığı	138	36,1	36,1
SSK	155	40,6	76,7
Bağ-kur	73	19,1	95,8
Özel Sigorta	3	,8	96,6
Yeşil kart	4	1,0	97,6
Sağlık Güvencesi yok	9	2,4	100,0
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin % 36,1'inin Emekli Sandığı, % 40,6'sının SSK, % 19,1'inin Bağ-Kur kapsamında olduğu görülmektedir. Özel sigortası olanların oranı % 0,8 ve Yeşil Kart'ı olanların oranı % 1'dir. Görüşülenlerin % 2,4'ünün sağlık güvencesi yoktur. Yığılımlı yüzdelere baktığımızda, örneklem grubumuzun % 97,6'sının sağlık güvencesinin olduğu görülmektedir (Tablo:58).

3.3.Gelir ve Gider

3.3.1. Gelir

Düzenli bir gelire sahip olmak insanların yaşamak için gerekli yeme, içme, barınma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanması açısından oldukça önemlidir. Düşük gelire sahip bireylerin sağlıklı beslenme, sağlıklı bir ortamda yaşama ihtiyaçları karşılanamayacağı için hastalıkların görülme sıklığı artar ve sağlıklı bir yaşam sürmeleri olanaksız hale gelir. Bir yandan hastalık sıklığı artarken, diğer yandan en fazla gereksinim duyan grup olmasına rağmen gelir düşüklüğü ve sağlık güvencesinin yokluğu nedeniyle bu kişiler sağlık hizmetlerinden de yeteri kadar yararlanamamaktadır. Ayrıca yoksullar temel gereksinimleri karşılayamamanın yanı sıra güvensizlik, saygı görmeme gibi nedenlerden dolayı duygusal ve toplumsal ihtiyaçlarını da karşılayamamaktadır.

Tablo:59 Görüşülenlerin Aylık Hane Gelirine Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde	Yığılımlı Yüzde
0-250 YTL	3	,8	,8
251-500 YTL	78	20,4	21,2
501-750 YTL	89	23,3	44,5
751-1000 YTL	76	19,9	64,4
1001-1500 YTL	57	14,9	79,3
1501-2000 YTL	27	7,1	86,4
2001-2500 YTL	33	8,6	95,0
2501-3000 YTL	8	2,1	97,1
3001 YTL ve üstü	11	2,9	100,0
Toplam	382	100,0	

Örneklem grubumuzdaki bireylerin en fazla % 23,3 oranla 501-750 YTL gelir grubu içinde bulunduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla % 20,4 oranla 251-500 YTL gelir grubunda bulunanlar ile % 19,9 oranla 751-1000 YTL gelir grubunda bulunanlar izlemektedir. Yığılımlı yüzdelere baktığımızda % 64,4'ünün aylık hane geliri 1000 YTL ve altındadır (Tablo:59).

Tablo:60 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Aylık Hane Geliri

			Eğitim Düzeyi			Toplam
			Eğitim Düzeyi Düşük	Eğitim Düzeyi Orta	Eğitim Düzeyi Yüksek	
Aylık Hane Geliri	100-500 YTL	Sayı	59	19	3	81
		% Gelir Durumu	72,8%	23,5%	3,7%	100,0%
		% EğitimDüzeyi	31,9%	16,1%	3,8%	21,2%
		% Toplam	15,4%	5,0%	,8%	21,2%
	501-1000 YTL	Sayı	96	61	8	165
		% Gelir Durumu	58,2%	37,0%	4,8%	100,0%
		% EğitimDüzeyi	51,9%	51,7%	10,1%	43,2%
		% Toplam	25,1%	16,0%	2,1%	43,2%
	1001-2000 YTL	Sayı	30	28	26	84
		% Gelir Durumu	35,7%	33,3%	31,0%	100,0%
		% EğitimDüzeyi	16,2%	23,7%	32,9%	22,0%
		% Toplam	7,9%	7,3%	6,8%	22,0%
	2001YTL ve üstü	Sayı	0	10	42	52
		% Gelir Durumu	,0%	19,2%	80,8%	100,0%
		% EğitimDüzeyi	,0%	8,5%	53,2%	13,6%
		% Toplam	,0%	2,6%	11,0%	13,6%
Toplam		Sayı	185	118	79	382
		% Gelir Durumu	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%
		% EğitimDüzeyi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%

Eğitim düzeylerine göre görüşülenlerin aylık hane gelirleri incelendiğinde, eğitim düzeyi düşük olanların daha çok % 51,9 oranla 100-500 YTL gelir grubu içinde; eğitim düzeyi orta olanların daha çok % 51,7 oranla 501-1000 YTL gelir grubu içinde yer aldığı; eğitim düzeyi yüksek olanların ise daha çok % 53,2 oranla 2001 YTL ve üstü aylık hane gelirine sahip olduğu görülmektedir (Tablo:60). Eğitim düzeyi farklı olan bireylerin aylık hane gelirleri arasında farklılık vardır [$X^2= 173,428$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre eğitim düzeyinin yükselmesine paralel olarak gelir düzeyi de artmaktadır.

Tablo:61 Mesleki Statülerine Göre Görüşülenlerin Aylık Hane Gelirleri

			Aylık Hane Geliri					Toplam
			50-500 YTL	501-1000 YTL	1001-2000 YTL	2001-3000 YTL	3001 YTL ve üstü	
Mesleki Statü	Profesyonel, Üst-Orta Düzey Yönetici	Sayı	0	0	0	2	4	6
		% Mesleki Statü	,0%	,0%	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
		% Gelir Düzeyi	,0%	,0%	,0%	5,0%	33,3%	1,6%
		% Toplam	,0%	,0%	,0%	,5%	1,0%	1,6%
	Yarı Profesyonel, Alt Düzey Yönetici	Sayı	1	2	15	30	4	52
		% Mesleki Statü	1,9%	3,8%	28,8%	57,7%	7,7%	100,0%
		% Gelir Düzeyi	1,2%	1,2%	17,9%	75,0%	33,3%	13,6%
		% Toplam	,3%	,5%	3,9%	7,9%	1,0%	13,6%
	Büro Çalışanı, Memur, Satış Elemanı	Sayı	0	8	11	3	1	23
		% Mesleki Statü	,0%	34,8%	47,8%	13,0%	4,3%	100,0%
		% Gelir Düzeyi	,0%	4,8%	13,1%	7,5%	8,3%	6,0%
		% Toplam	,0%	2,1%	2,9%	,8%	,3%	6,0%
	Küçük İşyeri Sahipleri	Sayı	0	5	7	1	0	13
		% Mesleki Statü	,0%	38,5%	53,8%	7,7%	,0%	100,0%
		% Gelir Düzeyi	,0%	3,0%	8,3%	2,5%	,0%	3,4%
		% Toplam	,0%	1,3%	1,8%	,3%	,0%	3,4%
	Vasıflı İşçi	Sayı	4	7	4	1	2	18
		% Mesleki Statü	22,2%	38,9%	22,2%	5,6%	11,1%	100,0%
		% Gelir Düzeyi	4,9%	4,2%	4,8%	2,5%	16,7%	4,7%
		% Toplam	1,0%	1,8%	1,0%	,3%	,5%	4,7%
	Vasıfsız-Yarı Vasıflı İşçi	Sayı	12	10	3	0	0	25
		% Mesleki Statü	48,0%	40,0%	12,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Gelir Düzeyi	14,8%	6,1%	3,6%	,0%	,0%	6,5%
		% Toplam	3,1%	2,6%	,8%	,0%	,0%	6,5%
	Çalışmıyor	Sayı	64	133	44	3	1	245
		% Mesleki Statü	26,1%	54,3%	18,0%	1,2%	,4%	100,0%
		% Gelir Düzeyi	79,0%	80,6%	52,4%	7,5%	8,3%	64,1%
		% Toplam	16,8%	34,8%	11,5%	,8%	,3%	64,1%
Toplam		Sayı	81	165	84	40	12	382
		% Mesleki Statü	21,2%	43,2%	22,0%	10,5%	3,1%	100,0%
		% Gelir Düzeyi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	21,2%	43,2%	22,0%	10,5%	3,1%	100,0%

Mesleki statü ile aylık hane gelirinin incelendiği tabloya göre, yüksek statülü meslek olarak değerlendirebileceğimiz ilk iki satıra baktığımızda profesyonel meslek sahibi, üst-orta düzey yönetici konumunda olanların daha çok % 66,7 oranla 3001 YTL ve üstü gelir grubunda, yarı profesyonel meslek sahibi ve alt düzey yönetici konumunda olanların daha çok % 57,7 oranla 2001-3000 YTL gelir grubunda olduğu görülmektedir. Orta derecede statü sağlayan meslek olarak değerlendirebileceğimiz üçüncü ve dördüncü satıra baktığımızda büro çalışanı, memur ve satış elemanı konumunda olanların daha çok % 47,8 oranla 1001-2000 YTL gelir grubunda, küçük iş yeri sahiplerinin daha çok % 53,8 oranla 1001-2000 YTL gelir grubunda olduğu görülmektedir. Düşük statülü meslek olarak değerlendirebileceğimiz beşinci ve altıncı satırlara baktığımızda vasıflı işçi konumunda olanların daha çok % 38,9 oranla 501-1000 YTL gelir grubunda, yarı vasıflı ve vasıfsız işçi konumunda olanların daha çok % 48 oranla 100-500 YTL gelir

grubunda yer aldığı görülmektedir. Çalışmayanların ise daha çok % 54,3 oranla 501-1000 YTL gelir grubunda yer aldığı görülmektedir (Tablo:61). Mesleki statüsü farklı bireyler arasında aylık hane geliri yönünden farklılık vardır. Bulgularımıza göre üst mesleki statülerde yer alanların aylık hane gelirlerinin daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Tablo:62 Doğum Yerine Göre Görüşülenlerin Aylık Hane Geliri

			Doğum Yeri			Toplam
			İl Merkezi	İlçe	Köy	
Aylık Hane Geliri	100-500 YTL	Sayı	22	13	46	81
		% Gelir Grubu	27,2%	16,0%	56,8%	100,0%
		% Doğum Yeri	15,3%	15,7%	29,7%	21,2%
		% Toplam	5,8%	3,4%	12,0%	21,2%
	501-1000 YTL	Sayı	51	38	76	165
		% Gelir Grubu	30,9%	23,0%	46,1%	100,0%
		% Doğum Yeri	35,4%	45,8%	49,0%	43,2%
		% Toplam	13,4%	9,9%	19,9%	43,2%
	1001-2000 YTL	Sayı	44	18	22	84
		% Gelir Grubu	52,4%	21,4%	26,2%	100,0%
		% Doğum Yeri	30,6%	21,7%	14,2%	22,0%
		% Toplam	11,5%	4,7%	5,8%	22,0%
	2001YTL ve üstü	Sayı	27	14	11	52
		% Gelir Grubu	51,9%	26,9%	21,2%	100,0%
		% Doğum Yeri	18,8%	16,9%	7,1%	13,6%
		% Toplam	7,1%	3,7%	2,9%	13,6%
Toplam		Sayı	144	83	155	382
		% Gelir Grubu	37,7%	21,7%	40,6%	100,0%
		% Doğum Yeri	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	37,7%	21,7%	40,6%	100,0%

Doğum yerlerine göre görüşülenlerin aylık hane gelirlerine baktığımızda, 100-500 YTL gelir grubunda yer alanların en çok % 56,8 oranla, 501-1000 YTL gelir grubunda yer alanların % 46,1 oranla köy doğumlu olduğu görülürken; 1001-2000 YTL gelir grubunda yer alanların en çok % 52,4 oranla, 2001 YTL ve üstü aylık hane gelirine sahip olanların % 51,9 oranla il doğumlu olduğu görülmektedir (Tablo:62). Doğum yeri ile gelir düzeyi arasında yakın bir ilişki vardır [$\chi^2 = 29,569$, $p < 0,05$]. Örneklem grubumuzda il doğumlu olanların özellikle köy doğumlu olanlara göre gelir düzeyleri daha yüksektir.

3.3.2.Gider

İnsanlar elde ettikleri geliri çeşitli ihtiyaçları doğrultusunda değerlendirirler. Bireylerin harcama yaptıkları alanlar ve bu alanlara gelirlerinin ne kadarını ayırdıkları gelir durumuna ve ihtiyacın önemine göre değişmekle birlikte, kişinin içinde yer aldığı sosyokültürel çevreye göre de değişir. İhtiyaçlara ilişkin algılar kişiden kişiye farklılık gösterir; bazı insanlar gelirin önemli bir bölümünü gıda gibi ihtiyaç duyulan bir alana ayırırken, bazıları giyim gibi fazla ihtiyaç olmayan bir alana ayırabilir, bazıları tasarruf amaçlı kullanabilir.

Tablo:63 Görüşülenlerin Aylık Harcamaları

	En Fazla Aylık Harcama Payı		İkinci En Fazla Aylık Harcama Payı		Üçüncü En Fazla Aylık Harcama Payı		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Cevap Sayısı	Kişi Yüzde	Cevap Sayısı Yüzde
Gıda	239	62,6	104	27,2	13	3,4	356	93,2	38,5
Eğitim	24	6,3	76	19,9	39	10,2	139	36,4	15,0
Ulaşım	7	1,8	16	4,2	24	6,3	47	12,3	5,1
Giyim	3	,8	18	4,7	19	5,0	40	10,5	4,3
Elektrik-su	13	3,4	69	18,1	40	10,5	122	31,9	13,2
Sağlık	2	,5	15	3,9	22	5,8	39	10,2	4,2
Haberleşme	4	1,0	13	3,4	15	3,9	32	8,4	3,5
Ev Eşyası	5	1,3	10	2,6	15	3,9	30	7,9	3,2
Kira	85	22,3	25	6,5	9	2,4	119	31,2	12,9
Cevapsız	-	-	36	9,4	186	48,7	-	-	-
Toplam	382	100,0	382	100,0	382	100,0	924	-	100,0

Görüşülenlerin % 62,6'sı en fazla aylık harcama yaptıkları alanın gıda, % 22,3'ü kira bedeli, % 6,3'ü eğitim olduğunu belirtmişlerdir. Cevap sayılarına göre en fazla harcama yapılan alan % 38,5 oranla gıda ve yiyecek maddeleridir. Bunu sırasıyla % 15 oranla eğitim harcamaları, % 13,2 oranla elektrik-su harcamaları, % 12,9 oranla kira harcaması, % 5,1 oranla ulaşım, % 4,3 oranla giyim, % 4,2 oranla sağlık, % 3,5 oranla haberleşme ve % 3,2 oranla ev eşyası harcamaları izlemektedir. Örneklem grubumuzun % 0,5'i en fazla aylık harcama yaptıkları alanın sağlık olduğunu, % 3,9'u ikinci, % 5,8'i üçüncü en fazla aylık harcama payının sağlık harcamaları olduğunu ifade etmiştir. (Tablo:63).

Tablo:64 Görüşülenlerin Aylık Gelir ve Gider Dengesine İlişkin Görüşleri

	Sayı	Yüzde
Gelir giderden fazla	37	9,7
Gelir ve gider eşit	222	58,1
Gider gelirden fazla	123	32,2
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin gelir ve gider dengesine ilişkin düşünceleri incelendiğinde, % 9,7'sinin aylık hane gelirinin giderden fazla olduğunu, % 58,1'inin gelir ve giderin eşit olduğunu, % 32,2'sinin giderin gelirden fazla olduğunu ifade ettiği görülmektedir (Tablo:64).

Tablo:65 Görüşülenlerin Gider Gelirden Fazla ise Geçimlerini Nasıl Sağladığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Kredi kartları	66	17,3	53,7
Borç nakit para	19	5,0	15,4
Yardım kuruluşları	1	,3	,8
Komşu, akraba desteği	18	4,7	14,6
Borç yazdırma	9	2,4	7,3
Diğer	10	2,6	8,1
Toplam	123	32,2	100,0
Cevapsız	259	67,8	
Total	382	100,0	

Giderin gelirden fazla olduğunu ifade edenlerin % 53,7'si kredi kartı kullanarak, % 15,4'ü borç nakit para kullanarak, % 14,6'sı akraba ve komşu desteği ile geçimlerini sürdürdüklerini belirtmişlerdir. “Ayın sonuna kadar hiçbir şey almıyoruz”, “Ayağımızı yorgana göre uzatmaya çalışıyoruz” gibi ifadeler “Diğer” seçeneğinde gösterilmiştir (Tablo:65).

3.4.Sosyo-Ekonomik Statü (SES)

Çağdaş bilim adamlarının çoğu, mesleklerin dikey sıralamasının aynı zamanda sosyal sınıf ve tabakalaşmayı ifade ettiği görüşündedir.³⁸⁶ Bazı araştırma şirketleri ve araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalarda, sosyo-ekonomik statü analizi bireylerin meslekleri, eğitim düzeyleri, eşlerinin ve ebeveylelerinin eğitim

³⁸⁶ Öksüz, Enis; Sosyal Gelişme-Sanayileşen Türkiye İlişkileri, Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, İstanbul, 1980, 43-44, Akt. Metin Özkul, **a.g.e.**, s. 61.

düzeyleri, gelir düzeyleri, evlerinde bulunan bazı modern eşyalar gibi değişkenler göz önünde tutularak yapılmaktadır.³⁸⁷

Çalışmamızda ev hanımı olanların sayısının fazla olması dolayısıyla, bireylerin mesleki statü, eğitim ve gelir düzeyleri dikkate alınarak sosyo-ekonomik statü (SES) gruplarının tespitine çalışılmıştır. Sosyo-ekonomik statü gruplarının belirlenmesinde, örneklem grubunun niteliklerine uygun olarak düzenlenen Sosyo-ekonomik Statü Matriksi kullanılmıştır.³⁸⁸

Tablo:66 Görüşülenlerin Sosyo-Ekonomik Statüsü

	Sayı	Yüzde
Üst Sosyo-ekonomik Statü	33	8,6
Üst-alt Sosyo-ekonomik Statü	60	15,7
Orta Sosyo-ekonomik Statü	54	14,1
Orta-alt Sosyo-ekonomik Statü	99	25,9
Alt Sosyo-ekonomik Statü	136	35,6
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 8,6'sı üst, % 15,7'si üst-alt sosyo-ekonomik statü grubu içinde yer alırken, % 14,1'inin orta, % 25,9'unun orta-alt ve % 35,6'sının alt sosyo-ekonomik statü grubunda olduğu görülmektedir (Tablo:66).

Tablo:67 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Sosyo-Ekonomik Statüsü

			Cinsiyet		Toplam
			Kadın	Erkek	
SES	Üst Sosyo-ekonomik Statü	Sayı	51	42	93
		% Sosyo-ekonomik Statü	54,8%	45,2%	100,0%
		% Cinsiyet	17,8%	43,8%	24,3%
		% Toplam	13,4%	11,0%	24,3%
	Orta Sosyo-ekonomik Statü	Sayı	104	49	153
		% Sosyo-ekonomik Statü	68,0%	32,0%	100,0%
		% Cinsiyet	36,4%	51,0%	40,1%
		% Toplam	27,2%	12,8%	40,1%
	Alt Sosyo-ekonomik Statü	Sayı	131	5	136
		% Sosyo-ekonomik Statü	96,3%	3,7%	100,0%
		% Cinsiyet	45,8%	5,2%	35,6%
		% Toplam	34,3%	1,3%	35,6%
Toplam		Sayı	286	96	382
		% Sosyo-ekonomik Statü	74,9%	25,1%	100,0%
		% Cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	74,9%	25,1%	100,0%

Cinsiyete göre görüşülenlerin sosyo-ekonomik statülerine bakıldığında

³⁸⁷ <http://www.arastirmacilar.org/>

³⁸⁸ Bkz, Ek:2,

örneklem grubumuzdaki kadınların % 17,8'inin, erkeklerin ise % 43,8'inin üst sosyo-ekonomik statü grubu içinde yer aldığı görülmektedir. Kadınlardan % 36,4'ü, erkeklerden % 51', orta sosyo-ekonomik statü grubu içinde yer almaktadır. Kadınların % 45,8'inin, erkeklerin ise % 5,2'sinin alt sosyo-ekonomik statü grubunda yer aldığı görülmektedir (Tablo:67). Örneklem grubumuzdaki kadın ve erkeklerin sosyo-ekonomik statüleri arasında farklılık vardır [$\chi^2 = 56,968$, $p < 0,05$]. Örneklem grubumuzdaki kadınların sosyo-ekonomik statüleri erkeklere göre daha düşüktür.

Tablo:68 Yaşa Göre Görüşülenlerin Sosyo-Ekonomik Statüsü

			SES			Toplam
			Üst Sosyo-ekonomik Statü	Orta Sosyo-ekonomik Statü	Alt Sosyo-ekonomik Statü	
Yaş Grupları	20-29 yaş	Sayı	24	27	15	66
		% Yaş Grubu	36,4%	40,9%	22,7%	100,0%
		% Sosyo-ekonomik Statü	25,8%	17,6%	11,0%	17,3%
		% Toplam	6,3%	7,1%	3,9%	17,3%
	30-39 yaş	Sayı	31	53	28	112
		% Yaş Grubu	27,7%	47,3%	25,0%	100,0%
		% Sosyo-ekonomik Statü	33,3%	34,6%	20,6%	29,3%
		% Toplam	8,1%	13,9%	7,3%	29,3%
	40-49 yaş	Sayı	23	45	34	102
		% Yaş Grubu	22,5%	44,1%	33,3%	100,0%
		% Sosyo-ekonomik Statü	24,7%	29,4%	25,0%	26,7%
		% Toplam	6,0%	11,8%	8,9%	26,7%
	50 yaş ve üstü	Sayı	15	28	59	102
		% Yaş Grubu	14,7%	27,5%	57,8%	100,0%
		% Sosyo-ekonomik Statü	16,1%	18,3%	43,4%	26,7%
		% Toplam	3,9%	7,3%	15,4%	26,7%
Toplam	Sayı	93	153	136	382	
	% Yaş Grubu	24,3%	40,1%	35,6%	100,0%	
	% Sosyo-ekonomik Statü	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Toplam	24,3%	40,1%	35,6%	100,0%	

Örneklem grubumuzda sosyo-ekonomik statüsü düşük olanların en fazla % 43,4 oranla 50 yaş ve üstü grupta yoğunlaştığı ve bu gruptakilerin % 57,8'inin düşük sosyo-ekonomik statüde bulunduğu tespit edilmiştir. Sosyo-ekonomik statüsü yüksek olanların ise en fazla % 33,3 oranla 30-39 yaş grubunda bulunduğu görülmektedir (Tablo:68). Örneklem grubumuzda yaş grupları arasında sosyo-ekonomik statü yönünden farklılık vardır [$\chi^2 = 35,338$, $p < 0,05$]. Yaşlılar daha çok düşük sosyo-ekonomik statüde yer alırken, genç yetişkinler daha çok yüksek sosyo-ekonomik statüde yer almaktadır. Bu durum, genç yetişkinlerin eğitim düzeyinin önceki kuşağa

göre artmış olmasına, dolayısıyla mesleki statü ve gelirlerinin yükselmesine bağlanabilir.

Tablo:69 Ebeveynlerinin Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Sosyo-Ekonomik Statüsü

			SES			Toplam
			Üst Sosyo-ekonomik Statü	Orta Sosyo-ekonomik Statü	Alt Sosyo-ekonomik Statü	
Ebeveynlerin Eğitim Durumu	İki ebeveyn de öğrenim görmemiş	Sayı	7	20	40	67
		% Ebeveyn. Eğitim D.	10,4%	29,9%	59,7%	100,0%
		% Sosyo-ekonomik Statü	7,5%	13,1%	29,4%	17,5%
		% Toplam	1,8%	5,2%	10,5%	17,5%
	Ebeveynlerden en az biri ilkokul mezunu	Sayı	42	99	92	233
		% Ebeveyn. Eğitim D.	18,0%	42,5%	39,5%	100,0%
		% Sosyo-ekonomik Statü	45,2%	64,7%	67,6%	61,0%
		% Toplam	11,0%	25,9%	24,1%	61,0%
	Ebeveynlerden en az biri ortaokul ya da lise mezunu	Sayı	21	29	4	54
		% Ebeveyn. Eğitim D.	38,9%	53,7%	7,4%	100,0%
		% Sosyo-ekonomik Statü	22,6%	19,0%	2,9%	14,1%
		% Toplam	5,5%	7,6%	1,0%	14,1%
	Ebeveynlerden en az biri üniversite mezunu	Sayı	23	5	0	28
		% Ebeveyn. Eğitim D.	82,1%	17,9%	,0%	100,0%
		% Sosyo-ekonomik Statü	24,7%	3,3%	,0%	7,3%
		% Toplam	6,0%	1,3%	,0%	7,3%
Toplam		Sayı	93	153	136	382
		% Ebeveyn. Eğitim D.	24,3%	40,1%	35,6%	100,0%
		% Sosyo-ekonomik Statü	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	24,3%	40,1%	35,6%	100,0%

Ebeveynlerin eğitim durumlarına göre görüşülenlerin sosyo-ekonomik statüleri incelendiğinde, ebeveynlerinden en az biri üniversite mezunu olan bireylerin % 82,1'i üst sosyo-ekonomik statü grubu içinde yer alırken, ebeveynlerinden en az biri ilkokul mezunu olanların % 59,7'sinin alt sosyo-ekonomik statü grubu içinde yer aldığı görülmektedir (Tablo:69). Ebeveynlerin eğitim durumu çocuklarının sosyo-ekonomik statüleri üzerinde oldukça belirleyici olabilmektedir. Örneklem grubumuzda ebeveynlerinin eğitim düzeyi yüksek olan bireyler daha çok üst sosyo-ekonomik statü grubu içinde yer almaktadır [$\chi^2 = 94,234$, $p < 0,05$].

Görüşülenlerin doğum yerine göre içinde yer aldığı sosyo-ekonomik statüleri incelendiğinde, ilde doğanların % 38,2'si, köy doğumlu olanların ise % 12,9'u üst sosyo-ekonomik statü grubu içinde yer almaktadır. İl merkezinde doğanların % 20,1'inin, köy doğumluların ise % 55,5'inin alt sosyo-ekonomik statü grubu içinde yer aldıkları görülmektedir (Tablo:70).

Bireylerin doğup büyüdüğü yer, onların sosyo-ekonomik statüleri üzerinde belirleyici olabilmektedir. Örneklem grubumuzda doğum yeri il olanlar daha çok üst sosyo-ekonomik statü grubu içinde yer almaktadır [$\chi^2= 55,606$, $p<0,05$].

Tablo:70 Doğum Yeri Göre Görüşülenlerin Sosyo-Ekonomik Statüsü

			Doğum Yeri			Toplam
			İl Merkezi	İlçe	Köy	
SES	Üst Sosyo-ekonomik Statü	Sayı	55	18	20	93
		% Sosyo-ekonomik Statü	59,1%	19,4%	21,5%	100,0%
		% Doğum Yeri	38,2%	21,7%	12,9%	24,3%
		% Toplam	14,4%	4,7%	5,2%	24,3%
	Orta Sosyo-ekonomik Statü	Sayı	60	44	49	153
		% Sosyo-ekonomik Statü	39,2%	28,8%	32,0%	100,0%
		% Doğum Yeri	41,7%	53,0%	31,6%	40,1%
		% Toplam	15,7%	11,5%	12,8%	40,1%
	Alt Sosyo-ekonomik Statü	Sayı	29	21	86	136
		% Sosyo-ekonomik Statü	21,3%	15,4%	63,2%	100,0%
		% Doğum Yeri	20,1%	25,3%	55,5%	35,6%
		% Toplam	7,6%	5,5%	22,5%	35,6%
Toplam	Sayı	144	83	155	382	
	% Sosyo-ekonomik Statü	37,7%	21,7%	40,6%	100,0%	
	% Doğum Yeri	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Toplam	37,7%	21,7%	40,6%	100,0%	

4. YERLEŞİM YERİ VE KONUT

4.1. Yerleşim Yeri

Bireylerin ikamet ettiği yerleşim yerinin fiziksel, sosyo-kültürel ve ekonomik özellikleri bireylerin sağlığını doğrudan ve dolaylı yollardan etkileyebilmektedir. Bu bölümde görüşülenlerin ikamet ettiği yere göç edip etmediği ve oyun-dinlenme alanlarının varlığı, enfeksiyonlara elverişlilik, kaza odaklarının bulunması gibi çevrenin düzenlenişi ile ilgili özellikler açıklanmaya çalışılmıştır.

Tablo:71 Görüşülenlerin Burdur İl Merkezine Göç Durumu ve Göçme Nedeni

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Evlilik nedeniyle	118	30,9	50,7
Tayin	47	12,3	20,2
İşsizlik ve geçim sıkıntısı	68	17,8	29,1
Toplam	233	61,0	100
Göçmemiş	149	39,0	
Toplam	382	100,0	

Burdur il merkezinde ikamet edenlerin % 61'i göç ettiğini, % 39'u göç etmediğini ifade etmiştir. Göç nedenlerine baktığımızda göçenlerin % 50,7'sinin evlilik nedeniyle, % 29,1'sinin işsizlik ve geçim sıkıntısı nedeniyle % 20,2'sinin tayin nedeniyle göç ettiği saptanmıştır (Tablo:71).

Tablo:72 Görüşülenlerin İkamet Ettikleri Mahalleyi Tercih Nedeni

	Sayı	Yüzde
Kiralar uygun olduğu için	28	7,3
Tesadüfen/burada ev bulabildiğinden	249	65,2
Akrabalara yakın	68	17,8
İşyerine yakın	22	5,8
Mahallenin konumunu sevdiğinden	6	1,6
Diğer	9	2,4
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 7,3'ü ikamet ettiği mahalleyi kiraların uygun olmasından, % 65,2'si tesadüfen ya da o mahallede ev bulabildiğinden, % 17,8'i akrabalara yakın olduğundan, % 5,8'i işyerine yakın olduğundan, % 1,6'sı mahallenin konumunu sevdiğinden tercih ettiğini belirtmiştir. Çocuğun okuluna, garaja, köy yoluna yakın olduğu için tercih edenler ve ailesinin evinde kaldığından dolayı tercih şansı olmadığını belirtenler "Diğer" seçeneğinde belirtilmiştir (Tablo:72).

Tablo:73 Görüşülenlerin İkamet Ettiği Yerin Çevre Şartları

	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çöpler düzenli toplanır mı	332	86,9	50	13,1	382	100,0
Kaza odağı var mı	40	10,5	342	89,5	382	100,0
Ahır ve gübre yığını var mı	44	11,5	338	88,5	382	100,0
Haşare var mı	49	12,8	333	87,2	382	100,0
Düzenli ulaşım ağı var mı	333	87,2	49	12,8	382	100,0
Oyun ve dinlenme alanı var mı	223	58,4	159	41,6	382	100,0

Görüşülenlerin % 86,9'u bulundukları bölgede çöplerin düzenli toplandığını, % 87,2'si düzenli ulaşım ağının olduğunu, % 58,4'ü oyun ve dinlenme alanı bulunduğunu belirtirken, % 10,5'i çevrede kaza odaklarının olduğunu, % 11,5'i ahır ve gübre yığınlarının bulunduğunu, % 12,8'i fare, hamamböceği, sivrisinek vb. haşarelerin bulunduğunu ifade etmiştir (Tablo:73).

4.2. Konut

Oda sayısının yetersiz olması, yetersiz havalandırma, temiz içme ve kullanma suyunun olmaması, yeterli güneş ışığı almaması, rutubetli olması, haşerelerin bulunması gibi pek çok nedenden dolayı yaşanan konutun yapısal nitelikleri içinde barınan kişilerin sağlıklarını doğrudan etkileyebilmektedir. Yeterli güneş ışığı almayan hanelerde çocukların raşitik olduğu, yeterli hijyenin sağlanamadığı hanelerde paraziter hastalıkların daha fazla görüldüğü bilinmektedir.

Tablo:74 Görüşülenlerin Oturduğu Evin Mülkiyeti

	Sayı	Yüzde
Kiracı	134	35,1
Ev sahibi	245	64,1
Ailesine ait	3	0,8
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 35,1'i kiracı konumunda olduğunu, % 64,1'i ev sahibi konumunda olduğunu ifade etmiştir. Örneklem grubumuzda ev sahipliği oranının yüksek olduğu gözlenmektedir (Tablo:74).

Tablo:75 Görüşülenlerin Oturduğu Evin Türü

	Sayı	Yüzde
Müstakil	168	44,0
Apartman dairesi	214	56,0
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 44'ünün müstakil evde, % 56'sının apartman dairesinde oturduğu tespit edilmiştir (Tablo:75).

Tablo:76 Görüşülenlerin Evdeki Oda Sayısını Yeterli Görüp Görmediği

	Sayı	Yüzde
Evet	356	93,2
Hayır	26	6,8
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 93,2'si evdeki oda sayısının birey sayısına göre yeterli olduğunu belirtirken, % 6,8'i yetersiz olduğunu belirtmiştir (Tablo:76).

Tablo:77 Görüşülenlerin Evi Isıtma Şekli

	Sayı	Yüzde
Kalorifer	158	41,4
Kömür sobası	220	57,6
Diğer	4	1,0
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 41,4'ü evinin kalorifer sistemiyle, % 57,6'sı kömür sobası ile ısındığını ifade etmiştir (Tablo:77).

Tablo:78 Görüşülenlerin Evlerinin Fiziki Şartları

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evin Kiremit Çatısı	370	96,9	12	3,1	382	100,0
Evde Kullanma Suyu	381	99,7	1	,3	382	100,0
Evde Lağım Sistemi	378	99,0	4	1,0	382	100,0
Evde Elektrik	382	100,0	-	-	382	100,0
Evde Banyo	379	99,2	3	,8	382	100,0
Evde Tuvalet	378	99,0	4	1,0	382	100,0

Görüşülenlerin % 96,9'u evinin kiremit çatısının, % 99,7'si kullanma suyunun, % 99'u lağım sisteminin, % 99,2'si banyosunun, % 99'u tuvaletinin olduğunu belirtmiştir. Görüşülen hanelerin hepsinde elektrik bağlantısının olduğu tespit edilmiştir (Tablo:78).

Tablo:79 Görüşülenlerin Sahip Olduğu Modern Eşyalar

	Var		Yok		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Buzdolabı	381	99,7	1	,3	382	100,0
Fırın	360	94,2	22	5,8	382	100,0
Çamaşır makinesi	374	97,9	8	2,1	382	100,0
Bulaşık makinesi	167	43,7	215	56,3	382	100,0
Elektrik süpürgesi	375	98,2	7	1,8	382	100,0
Mikrodalga fırın	67	17,5	315	82,5	382	100,0
VCD/DVD	257	67,3	125	32,7	382	100,0
Müzik seti	192	50,3	190	49,7	382	100,0
Derin dondurucu	98	25,7	284	74,3	382	100,0
Uydu anteni	256	67,0	126	33,0	382	100,0
Bilgisayar	139	36,4	243	63,6	382	100,0
Televizyon	381	99,7	1	,3	382	100,0
Ev telefonu	338	88,5	44	11,5	382	100,0
Cep Telefonu	368	96,3	14	3,7	382	100,0
Otomobil	211	55,2	171	44,8	382	100,0

Toplumumuzda daha çok beyaz eşya olarak adlandırılan eşyalara sahip olmak teknolojinin yaygınlaşmadığı dönemlerde gelirin ve sosyal statünün bir göstergesiydi. Günümüzde teknolojik gelişmelerin çok hızlı bir şekilde yaşanması, her geçen gün bir başka modelin geliştirilerek piyasaya sürülmesi, eski modellerin fiyatlarının düşmesi ve başka nedenlerden dolayı satın alım gücü düşük olanlar için de bu tür eşyalara ulaşım artmıştır. Grubumuzun % 99,7'sinin evinde en az bir buzdolabı vardır. Olmadığını belirten 1 kişi üniversite öğrencisidir.

Her ne kadar bireylerin bu tür eşyalara ulaşabilmelerinin kolaylaşmışsa da gereksinim algısının bu eşyaları almada çok önemli olduğu söylenebilir. Tabloya baktığımızda bilgisayar, mikrodalga fırın, bulaşık makinası, derin dondurucu gibi eşyalara sahip olma oranlarının çok yüksek olmadığı görülmektedir.

Diğer yandan evde yaşamı kolaylaştırıcı beyaz eşyaların varlığının ve ulaşımın büyük oranda otomobille yapılıyor olmasının hareketsiz bir yaşam tarzını desteklediği söylenebilir. Örneklem grubumuzun % 55,2'sinin otomobili vardır (Tablo:79).

5. YAŞAMA TARZI

Toplumun yaşam tarzı doğrultusunda şekillenen, günlük yaşam akışı içinde alışkanlık haline gelmiş uyuma, beslenme, giyinme, dinlenme, eğlenme vb. bazı davranışların sağlık ve hastalıklarla yakın ilişkisi söz konusudur. Sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıklardan uzak kalan, yeterli uyuyan, yeterli ve dengeli beslenen, sağlığa uygun giyinen, hareketli bir yaşam süren, dinlenmeye ve kendini geliştirmeye yeterli zaman ayıran kişilerin sağlık düzeyinin yüksek olması daha muhtemeldir.

5.1.Kronik Hastalık Varlığı

Kronik hastalığı olan bireyler yaşam biçimlerini hastalığa göre düzenlemek zorunda kalırlar. Diyet yapıyorsa öğün sayılarını ve içeriğini ayarlamak; diyaliz gibi özel bir tedavi şekli söz konusu ise tedavi sürecine bağlı olarak işini, evini ya da ev düzenini değiştirmek durumunda kalabilirler. Yaşam biçiminin hastalığını tipine ve seyrine uygun bir şekilde düzenlenmesi yaşam kalitesini artırarak hastalığın daha ağır seyretmesini ve istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını önemli ölçüde engeller.

Tablo:80 Görüşülenlerde Kronik Hastalık Varlığı ve Kronik Hastalık Türleri

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Nörolojik Hastalıklar (Epilepsi, MS, vs)	4	1,0	3,1
Ruhsal Hastalıklar (Depresyon, şizofreni, vs.)	7	1,8	5,3
Kalp-Damar Hastalıkları (Hipertansiyon,vs)	72	18,8	55,0
Metabolik Hastalıklar (Diyabet, Hiperlipid. vs)	16	4,2	12,2
Pulmoner Hastalıklar (Astım, Tbc. vs)	3	,8	2,3
Sindirim Sistemi Hastalıkları (Ülser, Kolit, vs)	4	1,0	3,1
İskelet-Kas Hastalıkları (Artrit, Osteoporoz, vs)	14	3,7	10,7
Bağıışıklık Sistemi Hastalıkları	9	2,4	6,9
Üreme Organlarına İlişkin Hastalıklar	2	,5	1,5
Toplam	131	34,3	100,0
Hastalık Yok	251	65,7	
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin % 34,3'ünün kronik bir hastalığının olduğu, % 65,7'sinin olmadığı saptanmıştır. Kronik hastalığı olanların % 55'inde kalp-damar hastalıkları olduğu görülmektedir. Özellikle bu grup içerisinde yer alanların önemli bir kısmı Hipertansiyonu olduğunu ifade etmiştir. Kalp-damar hastalıklarını %12,2 oranla metabolik hastalıklar, % 10,7 oranla iskelet ve kas hastalıkları takip etmektedir (Tablo:80). Görüşmeler sırasında, metabolik hastalıklar içinde daha çok Diyabet ve Hiperlipidemi; iskelet ve kas hastalıkları içinde Romatizma ve Osteoporoz; ruhsal hastalıklar içinde daha çok Depresyon ifade edilmiştir.

Tablo:81 Cinsiyete Göre Görüşülenlerde Kronik Hastalık Varlığı

			Kronik Hastalık Durumu		Toplam
			Var	Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	112	174	286
		% Cinsiyet	39,2%	60,8%	100,0%
		% Kronik Hastalık	85,5%	69,3%	74,9%
		% Toplam	29,3%	45,5%	74,9%
	Erkek	Sayı	19	77	96
		% Cinsiyet	19,8%	80,2%	100,0%
		% Kronik Hastalık	14,5%	30,7%	25,1%
		% Toplam	5,0%	20,2%	25,1%
Toplam	Sayı	131	251	382	
	% Cinsiyet	34,3%	65,7%	100,0%	
	% Kronik Hastalık	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Toplam	34,3%	65,7%	100,0%	

Cinsiyete göre kronik hastalık varlığı incelendiğinde kadınların % 39,2'sinde, erkeklerin 19,8'inde kronik hastalık olduğu görülmektedir (Tablo:81). kronik hastalık varlığı yönünden kadın ve erkekler arasında farklılık vardır [$\chi^2= 11,967$,

$p<0,05$]. Örneklem grubumuzda kronik hastalık görülme oranı kadınlar arasında daha yüksektir.

Tablo:82 Yaşa Göre Görüşülenlerde Kronik Hastalık Varlığı

			Kronik Hastalık Durumu		Toplam
			Var	Yok	
Yaş Grupları	20-29 yaş	Sayı	7	59	66
		% Yaş	10,6%	89,4%	100,0%
		% Kronik Hastalık	5,3%	23,5%	17,3%
		% Toplam	1,8%	15,4%	17,3%
	30-39 yaş	Sayı	23	89	112
		% Yaş	20,5%	79,5%	100,0%
		% Kronik Hastalık	17,6%	35,5%	29,3%
		% Toplam	6,0%	23,3%	29,3%
	40-49 yaş	Sayı	29	73	102
		% Yaş	28,4%	71,6%	100,0%
		% Kronik Hastalık	22,1%	29,1%	26,7%
		% Toplam	7,6%	19,1%	26,7%
	50 Yaş Ve Üstü	Sayı	72	30	102
		% Yaş	70,6%	29,4%	100,0%
		% Kronik Hastalık	55,0%	12,0%	26,7%
		% Toplam	18,8%	7,9%	26,7%
Toplam		Sayı	131	251	382
		% Yaş	34,3%	65,7%	100,0%
		% Kronik Hastalık	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	34,3%	65,7%	100,0%

Yaşa göre kronik hastalık varlığı incelendiğinde, kronik hastalığı olanların en fazla % 55 oranla 50 yaş ve üstü grupta yoğunlaştığı ve bu gruptakilerin % 70,6'sında kronik bir hastalık olduğu görülmektedir (Tablo:82). Kronik hastalık varlığı yönünden yaş grupları arasında farklılık vardır [$\chi^2 = 87,029$, $p<0,05$]. Yaş arttıkça kronik hastalık sıklığı artmaktadır.

Kronik hastalık varlığı ile sosyo-ekonomik düzey ilişkisi incelendiğinde, üst sosyo-ekonomik statüde bulunanların % 16,1'inde, orta sosyo-ekonomik statüde olanların % 30,1'inde; alt sosyo-ekonomik statüde yer alanların % 51,5'inde kronik bir hastalık olduğu görülmektedir (Tablo:83)). Kronik hastalık varlığı yönünden sosyo-ekonomik statü grupları arasında farklılık vardır [$\chi^2 = 32,640$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre sosyo-ekonomik statüsü düşük grupta bulunanlar arasında kronik hastalıklar daha fazla görülmektedir.

Tablo:83 Sosyo-ekonomik Statüye Göre Görüşülenlerde Kronik Hastalık Varlığı

			Kronik Hastalık Durumu		Toplam
			Var	Yok	
SES	Üst Sosyo-Ekonomik Statü	Sayı	15	78	93
		% Sosyo-Ekonomik Statü	16,1%	83,9%	100,0%
		% Kronik Hastalık	11,5%	31,1%	24,3%
		% Toplam	3,9%	20,4%	24,3%
	Orta Sosyo-Ekonomik Statü	Sayı	46	107	153
		% Sosyo-Ekonomik Statü	30,1%	69,9%	100,0%
		% Kronik Hastalık	35,1%	42,6%	40,1%
		% Toplam	12,0%	28,0%	40,1%
	Alt Sosyo-Ekonomik Statü	Sayı	70	66	136
		% Sosyo-Ekonomik Statü	51,5%	48,5%	100,0%
		% Kronik Hastalık	53,4%	26,3%	35,6%
		% Toplam	18,3%	17,3%	35,6%
Toplam		Sayı	131	251	382
		% Sosyo-Ekonomik Statü	34,3%	65,7%	100,0%
		% Kronik Hastalık	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	34,3%	65,7%	100,0%

5.2.Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar

Çay, kahve, sigara ve alkol alışkanlığı başta olmak üzere keyif verici etkilerinden dolayı kullanılan bazı maddelerin bazı hastalıkların oluşumunda önemli derecede rol oynadığı kabul edilmektedir. Sigaranın solunum ve dolaşım sistemi hastalıklarına; alkolün başta fiziksel rahatsızlıklar olmak üzere ruhsal ve sosyal pek çok rahatsızlığa neden olduğu her gün gerek sağlık kuruluşları, gerek kitle iletişim araçları yoluyla topluma duyurulmaya çalışılmaktadır.

Tablo:84 Görüşülenlerin Sigara Kullanma Durumu

	Sayı	Yüzde
Sigara Kullanan	101	26,4
Sigara Kullanmayan	281	73,6
Toplam	382	100,0

Örneklem grubumuzdaki bireylerin % 26,4'ünün sigara kullandığı, % 73,6'sının kullanmadığı tespit edilmiştir (Tablo:84).

Sigara kullananların % 50,5'i alışkanlık olduğundan dolayı, % 25,7'si içerken keyif aldığından dolayı, % 16,8'i sıkıntılarını hafiflettiği için sigara kullandığını ifade etmiştir (Tablo:85).

Tablo:85 Zararlı Olduğu Halde Neden Sigara Kullandığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Keyif alıyorum	26	6,8	25,7
Özenti	6	1,6	6,0
Sıkıntılarımı hafifletiyor	17	4,5	16,8
Alışkanlık	51	13,4	50,5
Diğer	1	,3	1,0
Toplam	101	26,4	100
Cevapsız	281	73,6	
Toplam	382	100,0	

Tablo:86 Görüşülenlerin Ailelerinde Toplam Sigara Kullanan Kişi Sayısı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Bir	153	40,1	83,6
İki	25	6,5	13,7
Üç	5	1,3	2,7
Toplam	183	47,9	100,0
Cevapsız	199	52,1	
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin kendisi de dahil olmak üzere ailelerinde sigara içen kişi sayısına baktığımızda % 83,6'sının ailesinde bir kişi, % 13,7'sinin ailesinde iki, % 2,7'sinin ailesinde üç kişinin sigara içtiği görülmektedir. Ailede hiç sigara içilmediğini belirtenlerin oranı % 52,1'dir (Tablo:86).

Tablo:87 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Sigara Kullanıp Kullanmadığı

			Cinsiyet		Toplam
			Kadın	Erkek	
Sigara Kullanma Durumu	Evet	Sayı	51	50	101
		% Sigara İçme	50,5%	49,5%	100,0%
		% Cinsiyet	17,8%	52,1%	26,4%
		% Toplam	13,4%	13,1%	26,4%
	Hayır	Sayı	235	46	281
		% Sigara İçme	83,6%	16,4%	100,0%
		% Cinsiyet	82,2%	47,9%	73,6%
		% Toplam	61,5%	12,0%	73,6%
Toplam		Sayı	286	96	382
		% Sigara İçme	74,9%	25,1%	100,0%
		% Cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	74,9%	25,1%	100,0%

Cinsiyete ile sigara kullanma durumu incelendiğinde, kadınların % 17,8'inin, erkeklerin ise % 52,1'inin sigara kullandığı görülmektedir (Tablo:87). Kadınlar ve erkekler arasında sigara kullanma yönünden farklılık vardır [$\chi^2= 43,353$, $p<0,05$]. Örneklem grubumuzdaki erkekler kadınlara göre daha fazla sigara kullanma alışkanlığına sahiptir.

Sigara ve alkol toplumsal statünün, erkekliğin bir göstergesi olarak kullanılabilir. Tarihsel süreçte keyfiyet olgusunun daha çok erkeklerle yakıştırılması nedeniyle keyif verici etkileri olan sigara, alkol ve kahve gibi maddeleri erkekler kullanagelmıştır. Günümüzde kadınların eğitim düzeyinin yükselmesi ve çalışma yaşamına katılmasıyla birlikte toplumsal baskının azalması sonucu kadınlar arasında da bu tür maddelerin kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır.

Tablo:88 Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumuna Göre Görüşülenlerin Sigara Kullanıp Kullanmadığı

			Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumu			Toplam
			Tam Olarak Yerine Getirenler	Ara Sıra Yerine Getirenler	Yerine Getirmeyenler	
Sigara Kullanma Durumu	Evet	Sayı	15	71	15	101
		% Sigara Kullanma	14,9%	70,3%	14,9%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	13,0%	29,2%	62,5%	26,4%
		% Toplam	3,9%	18,6%	3,9%	26,4%
	Hayır	Sayı	100	172	9	281
		% Sigara Kullanma	35,6%	61,2%	3,2%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	87,0%	70,8%	37,5%	73,6%
		% Toplam	26,2%	45,0%	2,4%	73,6%
Toplam		Sayı	115	243	24	382
		% Sigara Kullanma	30,1%	63,6%	6,3%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	30,1%	63,6%	6,3%	100,0%

Dini ibadetleri yerine getirme durumuna göre görüşülenlerin sigara kullanıp kullanmadığı incelendiğinde, dini ibadetleri tam olarak yerine getirenlerin % 13'ünün, arasıra yerine getirenlerin % 29,2'sinin, yerine getirmeyenlerin % 62,5'inin sigara kullandığı görülmektedir (Tablo:88). Dini ibadetleri yerine getirme durumu ile sigara kullanma arasında yakın bir ilişki vardır [$\chi^2= 27,622$, $p<0,05$]. Örneklem grubumuzda dini ibadetleri tam olarak yerine getirenler arasında sigara kullanım oranı daha düşüktür.

Tablo:89 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Sigara Kullanıp Kullanmadığı

			Eğitim Durumu			Toplam
			Eğitim Düzeyi Düşük	Eğitim Düzeyi Orta	Eğitim Düzeyi Yüksek	
Sigara Kullanma Durumu	Evet	Sayı	24	47	30	101
		% Sigara İçme	23,8%	46,5%	29,7%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	13,0%	39,8%	38,0%	26,4%
		% Toplam	6,3%	12,3%	7,9%	26,4%
	Hayır	Sayı	161	71	49	281
		% Sigara İçme	57,3%	25,3%	17,4%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	87,0%	60,2%	62,0%	73,6%
		% Toplam	42,1%	18,6%	12,8%	73,6%
Toplam		Sayı	185	118	79	382
		% Sigara İçme	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%

Eğitim düzeyi ve sigara kullanma durumu incelendiğinde, eğitim düzeyi düşük olanların % 13'ü sigara kullanırken, eğitim düzeyi orta olanların % 39,8'i, eğitim düzeyi yüksek olanların % 38'inin sigara kullandığı görülmektedir (Tablo:89). Eğitim düzeyi farklı olan bireyler arasında sigara kullanma yönünden farklılık vardır [$\chi^2= 33,534$, $p<0,05$]. Örneklem grubumuzda eğitim düzeyi düşük olanlar arasında sigara kullanma alışkanlığı daha azdır. Sigara alışkanlığı eğitim düzeyi orta olanlar arasında daha yaygındır.

Hane nüfusu kalabalık olan ve kalorifer sistemi olmayan evlerde, bireylerin çoğunlukla bir oda kullanmaları nedeniyle kapalı ortam hava kirlenmesine maruz kalmaları daha olasıdır. Özellikle de evde sigara içildiğinde çocukların pasif içici olarak sigaradan daha fazla etkilendikleri belirtilmektedir.

Tablo:90 Hane Nüfusu ve Evde Sigara Kullanan Kişi Sayısına Göre Kışın Yatılan Oda Sayısı

			Kışın Yatılan Oda Sayısı			Toplam
			Bir	İki ve üzeri	Cevapsız*	
Ailede bir kişi sigara içiyor	Hane nüfusu üç kişiden az	Sayı	22	4	8	34
		% Hane Nüfusu	64,7%	11,8%	23,5%	100,0%
		% Kışın Yat. Oda	56,4%	7,0%	14,0%	22,2%
		% Toplam	14,4%	2,6%	5,2%	22,2%
	Hane nüfusu üç kişi ve daha fazla	Sayı	17	53	49	119
		% Hane Nüfusu	14,3%	44,5%	41,2%	100,0%
		% Kışın Yat. Oda	43,6%	93,0%	86,0%	77,8%
		% Toplam	11,1%	34,6%	32,0%	77,8%
	Toplam	Sayı	39	57	57	153
		% Hane Nüfusu	25,5%	37,3%	37,3%	100,0%
		% Kışın Yat. Oda	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	25,5%	37,3%	37,3%	100,0%
Ailede iki kişi sigara içiyor	Hane nüfusu üç kişiden az	Sayı	2	0	0	2
		% Hane Nüfusu	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Kışın Yat. Oda	40,0%	,0%	,0%	8,0%
		% Toplam	8,0%	,0%	,0%	8,0%
	Hane nüfusu üç kişi ve daha fazla	Sayı	3	16	4	23
		% Hane Nüfusu	13,0%	69,6%	17,4%	100,0%
		% Kışın Yat. Oda	60,0%	100,0%	100,0%	92,0%
		% Toplam	12,0%	64,0%	16,0%	92,0%
	Toplam	Sayı	5	16	4	25
		% Hane Nüfusu	20,0%	64,0%	16,0%	100,0%
		% Kışın Yat. Oda	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	20,0%	64,0%	16,0%	100,0%
Ailede üç kişi sigara içiyor	Hane nüfusu üç kişi ve daha fazla	Sayı	1	1	3	5
		% Hane Nüfusu	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
		% Kışın Yat. Oda	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
	Toplam	Sayı	1	1	3	5
		% Hane Nüfusu	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
		% Kışın Yat. Oda	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
Ailede sigara içilmiyor	Hane nüfusu üç kişiden az	Sayı	41	6	30	77
		% Hane Nüfusu	53,2%	7,8%	39,0%	100,0%
		% Kışın Yat. Oda	67,2%	13,6%	31,9%	38,7%
		% Toplam	20,6%	3,0%	15,1%	38,7%
	Hane nüfusu üç kişi ve daha fazla	Sayı	20	38	64	122
		% Hane Nüfusu	16,4%	31,1%	52,5%	100,0%
		% Kışın Yat. Oda	32,8%	86,4%	68,1%	61,3%
		% Toplam	10,1%	19,1%	32,2%	61,3%
	Toplam	Sayı	61	44	94	199
		% Hane Nüfusu	30,7%	22,1%	47,2%	100,0%
		% Kışın Yat. Oda	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	30,7%	22,1%	47,2%	100,0%

* Isınmayı kalorifer sistemi ile sağlayanlardan kışın yatmak için kullanılan oda sayısını belirtmeleri istenmediğinden “cevapsız” olarak belirtilmiştir.

Hane nüfusu, evde sigara kullanan kişi sayısı ve kışın yatılan oda sayısının incelendiği tabloya baktığımızda, ailede bir kişinin sigara içtiği ve hane nüfusu üç ve daha fazla kişiden oluşan evlerde, kışın yatmak için bir oda kullananların oranı % 14,3’tür. Ailede iki kişinin sigara içtiği ve hane sayısı üç ve daha fazla kişiden oluşan hanelerde kışın yatmak için bir oda kullananların oranı % 13’tür.

Tablo:91 Görüşülenlerin Alkol Kullanma Durumu

	Sayı	Yüzde
Alkol Kullanan	29	7,6
Alkol Kullanmayan	353	92,4
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 7,6'sı alkol kullandığını, % 92,4'ü kullanmadığını belirtmiştir (Tablo:91).

Alkol kullandığını ifade edenlerin % 27'6'sı haftada birkez, % 72,4'ü özel gün ve gecelerde aldığını belirtmiştir (Tablo:92).

Tablo:92 Alkolü Ne Sıklıkla Kullandığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Haftada bir kez	8	2,1	27,6
Özel günlerde	21	5,5	72,4
Toplam	29	7,6	100,0
Cevapsız	353	92,4	
Toplam	382	100,0	

Tablo:93 Alkol Kullanmıyorsa Nedeni

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Sağlığa zararlı olduğu için	166	43,5	47,0
Haram olduğu için	143	37,4	40,5
Toplum baskısından dolayı	1	,3	,3
Aile baskısından dolayı	3	,8	,9
Diğer	40	10,5	11,3
Toplam	353	92,4	100,0
Cevapsız	29	7,6	
Toplam	382	100,0	

Alkol kullanmayanların büyük bir çoğunluğu % 47 oranla sağlığına zarar verdiği için, % 40,5 oranla haram olduğu için alkol kullanmadığını ifade etmiştir. % 11,3 oranla “Diğer” seçeneğinde gösterilenlerin çoğunluğu “Alışkanlık olmadığından” alkol kullanmadığını, bir kısmı da “Tadını sevmediğinden” alkol kullanmadığını ifade etmiştir (Tablo:93).

Tablo:94 Görüşülenlerin Ailelerinde Toplam Alkol Kullanan Kişi Sayısı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Bir	51	13,4	91,1
İki	5	1,3	8,9
Toplam	56	14,7	100,0
Cevapsız	326	85,3	
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin kendisi de dahil olmak üzere % 14,7'si hanede en az bir kişinin alkol kullandığını ifade etmiştir. Alkol kullanıldığını ifade eden bireylerin ailelerinde alkol kullanan kişi sayısına baktığımızda % 91,1'inin ailesinde bir kişi, % 8,9'unun ailesinde iki kişinin alkol kullandığı görülmektedir. Ailede hiç alkol kullanılmadığını belirtenlerin oranı % 85,3'tür (Tablo:94).

Tablo:95 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Alkol Kullanıp Kullanmadığı

			Cinsiyet		Toplam
			Kadın	Erkek	
Alkol Kullanma Durumu	Evet	Sayı	5	24	29
		% Alkol Kullanma	17,2%	82,8%	100,0%
		% Cinsiyet	1,7%	25,0%	7,6%
		% Toplam	1,3%	6,3%	7,6%
	Hayır	Sayı	281	72	353
		% Alkol Kullanma	79,6%	20,4%	100,0%
		% Cinsiyet	98,3%	75,0%	92,4%
		% Toplam	73,6%	18,8%	92,4%
Toplam		Sayı	286	96	382
		% Alkol Kullanma	74,9%	25,1%	100,0%
		% Cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	74,9%	25,1%	100,0%

Cinsiyete göre alkol kullanma durumuna bakıldığında, kadınların % 1,7'sinin, erkeklerin ise % 25'inin alkol kullandığı görülmektedir (Tablo:95). Kadınlar ve erkekler arasında alkol kullanma yönünden farklılık vardır [$\chi^2 = 55,391$, $p < 0,05$]. Örneklem grubumuzda erkekler kadınlara göre daha fazla alkol kullanma alışkanlığına sahiptir.

Tablo:96 Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumuna Göre Görüşülenlerin Alkol Kullanıp Kullanmadığı

			Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumu			Toplam
			Tam Olarak Yerine Getirenler	Ara Sıra Yerine Getirenler	Yerine Getirmeyenler	
Alkol Kullanma Durumu	Evet	Sayı	1	18	10	29
		% Alkol Kullanma	3,4%	62,1%	34,5%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	,9%	7,4%	41,7%	7,6%
		% Toplam	,3%	4,7%	2,6%	7,6%
	Hayır	Sayı	114	225	14	353
		% Alkol Kullanma	32,3%	63,7%	4,0%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	99,1%	92,6%	58,3%	92,4%
		% Toplam	29,8%	58,9%	3,7%	92,4%
Toplam		Sayı	115	243	24	382
		% Alkol Kullanma	30,1%	63,6%	6,3%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	30,1%	63,6%	6,3%	100,0%

Dini ibadetleri yerine getirme durumuna göre görüşülenlerin alkol kullanma durumları incelendiğinde, dini ibadetleri tam olarak yerine getirenlerin % 3,4'ünün, arasıra yerine getirenlerin % 7,4'ünün, yerine getirmeyenlerin % 41,7'sinin alkol kullandığı görülmektedir (Tablo:96). Dini ibadetleri yerine getirme durumu ile alkol kullanma arasında yakın bir ilişki vardır [$\chi^2= 47,142$, $p<0,05$]. Örneklem grubumuzda dini ibadetleri yerine getirmeyenler arasında alkol kullanma alışkanlığı daha fazla görülmektedir.

Dini ibadetleri yapma durumuna göre alkol kullanmama nedenleri incelendiğinde, alkol kullanmayanlar arasında dini ibadetlerini tam olarak yerine getirenlerin daha çok % 56,1 oranla haram olduğu için kullanmadığı; dini ibadetleri yerine getirmeyenlerin ise daha çok % 46,7 oranla sağlığa zararlı olduğu için kullanmadığı tespit edilmiştir (Tablo:97). Dini ibadetlere önem verme durumuna göre alkol kullanmama nedenleri farklılık göstermektedir [$\chi^2= 23,269$, $p<0,05$]. Dini yasaklar bazı sağlığa zararlı davranışları engelleyici yönde fonksiyon görmektedir.

Tablo:97 Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumuna Göre Alkol Kullanmayanların Kullanmama Nedenleri

			Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumu			Toplam
			Tam Olarak Yerine Getirenler	Ara Sıra Yerine Getirenler	Yerine Getirmeyenler	
Alkol Kullanmama Nedeni	Sağlığa Zararlı Olduğundan	Sayı	39	115	11	165
		% Kullanmama Nedeni	23,6%	69,7%	6,7%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	34,2%	51,1%	78,6%	46,7%
		% Toplam	11,0%	32,6%	3,1%	46,7%
	Haram Olduğundan	Sayı	64	78	2	144
		% Kullanmama Nedeni	44,4%	54,2%	1,4%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	56,1%	34,7%	14,3%	40,8%
		% Toplam	18,1%	22,1%	,6%	40,8%
	Toplum Baskısından	Sayı	0	1	0	1
		% Kullanmama Nedeni	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	,0%	,4%	,0%	,3%
		% Toplam	,0%	,3%	,0%	,3%
	Aile Baskısından	Sayı	2	1	0	3
		% Kullanmama Nedeni	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	1,8%	,4%	,0%	,8%
		% Toplam	,6%	,3%	,0%	,8%
Diğer	Sayı	9	30	1	40	
	% Kullanmama Nedeni	22,5%	75,0%	2,5%	100,0%	
	% Dini İbadet Yap.	7,9%	13,3%	7,1%	11,3%	
	% Toplam	2,5%	8,5%	,3%	11,3%	
Toplam		Sayı	114	225	14	353
		% Kullanmama Nedeni	32,3%	63,7%	4,0%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	32,3%	63,7%	4,0%	100,0%

Tablo:98 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Alkol Kullanıp Kullanmadığı

			Eğitim Durumu			Toplam
			Eğitim Düzeyi Düşük	Eğitim Düzeyi Orta	Eğitim Düzeyi Yüksek	
Alkol Kullanma Durum	Evet	Sayı	3	12	14	29
		% Alkol Kullanma	10,3%	41,4%	48,3%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	1,6%	10,2%	17,7%	7,6%
		% Toplam	,8%	3,1%	3,7%	7,6%
	Hayır	Sayı	182	106	65	353
		% Alkol Kullanma	51,6%	30,0%	18,4%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	98,4%	89,8%	82,3%	92,4%
		% Toplam	47,6%	27,7%	17,0%	92,4%
Toplam		Sayı	185	118	79	382
		% Alkol Kullanma	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%

Eğitim düzeyi ile alkol kullanma durumunun incelendiği tabloya göre, eğitim düzeyi düşük olanların % 1,6'sının, eğitim düzeyi orta olanların % 10,2'sinin, eğitim düzeyi yüksek olanların ise 17,7'sinin alkol kullandığı görülmektedir (Tablo:98). Eğitim düzeyi farklı olan bireyler arasında alkol kullanma yönünden farklılık vardır

[$\chi^2 = 22,072$, $p < 0,05$]. Örneklem grubumuzda eğitim düzeyi yükseldikçe alkol kullanma alışkanlığı artmaktadır.

5.3. Kişisel Temizlik Alışkanlıkları

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında kişisel temizlik alışkanlıklarının önemli bir yeri vardır. Beden temizliği ve bakımı, kişisel eşyaların temiz olması, mikroorganizmaların bedenden uzaklaştırılmasını sağlayan en basit ve en etkili yöntemlerdendir. Bu çalışmada banyo sıklığı, diş fırçalama alışkanlığı, el yıkama gibi kişisel temizlik alışkanlıklarından diş fırçalama sıklığı sorgulanmıştır.

Tablo:99 Görüşülenlerin Diş Fırçalama Sıklığı

	Sayı	Yüzde
Düzenli fırçalayan	192	50,3
Ara sıra fırçalayan	159	41,6
Hiç fırçalamayan	31	8,1
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 50,3'ü dişlerini düzenli fırçaladığını, % 41,6'sı ara sıra fırçaladığını, % 8,1'i hiç fırçalamadığını ifade etmiştir (Tablo:99).

Tablo:100 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Diş Fırçalama Sıklığı

			Diş Fırçalama Durumu			Toplam
			Düzenli Fırçalar	Ara sıra Fırçalar	Hiç Fırçalamaz	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	148	122	16	286
		% Cinsiyet	51,7%	42,7%	5,6%	100,0%
		% Diş Fırçalama	77,1%	76,7%	51,6%	74,9%
		% Toplam	38,7%	31,9%	4,2%	74,9%
	Erkek	Sayı	44	37	15	96
		% Cinsiyet	45,8%	38,5%	15,6%	100,0%
		% Diş Fırçalama	22,9%	23,3%	48,4%	25,1%
		% Toplam	11,5%	9,7%	3,9%	25,1%
Toplam		Sayı	192	159	31	382
		% Cinsiyet	50,3%	41,6%	8,1%	100,0%
		% Diş Fırçalama	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	50,3%	41,6%	8,1%	100,0%

Görüşülenlerin cinsiyetlerine göre diş fırçalama alışkanlıklarına baktığımızda, kadınların % 51,7'sinin dişlerini düzenli fırçaladığı, % 5,6'sının hiç fırçalamadığı; erkeklerin % 45,8'inin dişlerini düzenli fırçaladığı, % 15,6'sının hiç fırçalamadığı görülmektedir (Tablo:100). Kadınlar ve erkekler arasında diş fırçalama alışkanlığı

bakımından farklılık vardır [$\chi^2 = 9,704$, $p < 0,05$]. Örneklem grubumuzda kadınlar arasında düzenli diş fırçalama alışkanlığı daha yaygındır.

Görüşülenlerin eğitim düzeylerine göre diş fırçalama alışkanlıklarına baktığımızda, eğitim düzeyi düşük olanların % 41,1'inin dişlerini düzenli fırçaladığı, eğitim düzeyi orta olanların % 47,5'inin düzenli fırçaladığı, eğitim düzeyi yüksek olanların % 75,9'unun düzenli fırçaladığı görülmektedir (Tablo:101). Eğitim ve diş fırçalama alışkanlığı arasında yakın bir ilişki vardır [$\chi^2 = 28,288$, $p < 0,05$]. Örneklem grubumuzda eğitim düzeyi yükseldikçe düzenli diş fırçalama alışkanlığı artmaktadır.

Tablo:101 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Diş Fırçalama Sıklığı

			Diş Fırçalama Durumu			Toplam
			Düzenli fırçalar	Ara sıra fırçalar	Hiç fırçalamaz	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	76	90	19	185
		% Eğitim Dur.	41,1%	48,6%	10,3%	100,0%
		% Diş Fırçalama	39,6%	56,6%	61,3%	48,4%
		% Toplam	19,9%	23,6%	5,0%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	56	54	8	118
		% Eğitim Dur.	47,5%	45,8%	6,8%	100,0%
		% Diş Fırçalama	29,2%	34,0%	25,8%	30,9%
		% Toplam	14,7%	14,1%	2,1%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	60	15	4	79
		% Eğitim Dur.	75,9%	19,0%	5,1%	100,0%
		% Diş Fırçalama	31,3%	9,4%	12,9%	20,7%
		% Toplam	15,7%	3,9%	1,0%	20,7%
Toplam		Sayı	192	159	31	382
		% Eğitim Dur.	50,3%	41,6%	8,1%	100,0%
		% Diş Fırçalama	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	50,3%	41,6%	8,1%	100,0%

5.4. Beslenme Alışkanlığı

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında yer alan beslenme alışkanlıkları sağlıkla yakından ilişkilidir. Yetersiz beslenen toplumlarda çocuk ölüm hızının yeterli beslenen toplumlardan on kat daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Vücudun çalışır durumda olabilmesi ve milyarlarca hücrenin görevlerini yapabilecek şekilde büyümesi ve işlevlerini yapabilmesi için dışarıdan besin alımı gereklidir. Vücut gerekli olan besinleri alamadığında savunma sisteminin işlevi bozulur ve hastalıklara direç azalır. Büyüme ve gelişme geriliğinin yanısıra pek çok bozukluk ortaya çıkar. Besin öğelerinin aşırı alınması durumunda da yağ kütlesinin artması ile pek çok

sağlık sorunu ortaya çıkabilir. Bu bozukluklar dolaylı olarak bireylerin sosyal ve ekonomik yaşamını da etkiler.³⁸⁹

Tablo:102 Görüşülenlerin Sağlıklı Bir Yaşam İçin Gereken Besinleri Tüketme Durumu

	Sayı	Yüzde
Evet	344	90,1
Hayır	38	9,9
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 90,1'i sağlıklı bir yaşam için gereken besinleri tükettiğini, % 9,9'u tüketmediğini düşünmektedir (Tablo:102).

Tablo:103 Sağlıklı Bir Yaşam İçin Gereken Besinleri Tüketmiyorsa Nedeni

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Ekonomik Yetersizlik	34	8,9	89,4
Bilgisizlik	2	,5	5,3
Diğer	2	,5	5,3
Toplam	38	9,9	100,0
Cevapsız	344	90,1	
Toplam	382	100,0	

Sağlıklı kalmak için gerekli besinleri tüketemediğini belirtenlerin 89,4'ü sağlık için gerekli ve sağlığa uygun besinleri satın alma gücü yetersiz olduğundan dolayı tüketemediğini ifade etmiştir (Tablo:103).

Gelir düzeyine göre sağlıklı bir yaşam için gereken besinleri tüketme durumu incelendiğinde, bu besinleri tüketemediğini belirtenlerin % 68,4'ünün 100-500 YTL, % 28,9'unun 501-1000 YTL gelir grubu içinde bulunduğu görülmektedir. Aylık hane geliri 2001 YTL üstünde olanlar arasında sağlık için gerekli besinleri tüketemediğini belirten olmamıştır (Tablo:104).

³⁸⁹ Ayşe Baysal, **a.g.e.**, s. 10-17.

Tablo:104 Görüşülenlerin Gelir Düzeyine Göre Sağlıklı Bir Yaşam İçin Gereken Besinleri Tüketme Durumu

			Sağlıklı Bir Yaşam İçin Gereken Besinleri Tüketebiliyor mu		Toplam
			Evet	Hayır	
Gelir Düzeyi	100-500 YTL	Sayı	55	26	81
		% Gelir Durumu	67,9%	32,1%	100,0%
		% Dengeli Beslenme	16,0%	68,4%	21,2%
		% Toplam	14,4%	6,8%	21,2%
	501-1000 YTL	Sayı	154	11	165
		% Gelir Durumu	93,3%	6,7%	100,0%
		% Dengeli Beslenme	44,8%	28,9%	43,2%
		% Toplam	40,3%	2,9%	43,2%
	1001-2000 YTL	Sayı	83	1	84
		% Gelir Durumu	98,8%	1,2%	100,0%
		% Dengeli Beslenme	24,1%	2,6%	22,0%
		% Toplam	21,7%	,3%	22,0%
	2001-3000 YTL	Sayı	52	0	52
		% Gelir Durumu	100,0%	,0%	100,0%
		% Dengeli Beslenme	15,1%	,0%	13,6%
		% Toplam	13,6%	,0%	13,6%
Toplam		Sayı	344	38	382
		% Gelir Durumu	90,1%	9,9%	100,0%
		% Dengeli Beslenme	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	90,1%	9,9%	100,0%

Gelir düzeyi farklı bireyler arasında sağlıklı bir yaşam için gerekli besinlerin tüketimine ilişkin düşünceler farklılaşmaktadır [$\chi^2= 59,285$, $p<0,05$]. Örneklem grubumuzda gelir düzeyi düşük olanlar gelir düzeyi yüksek olanlara göre sağlıklı bir yaşam için gereken besinleri daha az tükettiğini ifade etmiştir.

Tablo:105 Görüşülenlerin Bazı Besin Gruplarını Ne sıklıkla Tükettiği

	Her gün		Gün aşırı		Haftada Bir		Ayda Bir-iki kez		Hiç tüketilmez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Toplam	%
Kırmızı et	7	1,8	28	7,3	111	29,1	211	55,2	25	6,5	382	100,0
Beyaz et	5	1,3	77	20,2	211	55,2	86	22,5	3	,8	382	100,0
Pastır.-sucuk	4	1,0	14	3,7	108	28,3	144	37,7	112	29,3	382	100,0
Süt ve süt ür.	292	76,4	62	16,2	22	5,8	1	,3	5	1,3	382	100,0
Sebzeler	291	76,2	78	20,4	13	3,4	-	-	-	-	382	100,0
Meyveler	325	85,1	49	12,8	7	1,8	-	-	1	,3	382	100,0
Kurubaklagil	15	3,9	43	11,3	258	67,5	64	16,7	2	,5	382	100,0
Fast-food Y.	1	,3	5	1,3	15	3,9	110	28,8	251	65,7	382	100,0
D. Hazır Gıda	1	,3	1	,3	10	2,6	56	14,6	314	82,2	382	100,0

Örneklem grubumuzda süt ve süt ürünleri tüketimine baktığımızda % 76,4'ünün hergün tükettiği; kırmızı eti % 55,2'sinin ayda bir-iki kez, % 29,1'inin

haftada bir kez tükettiği; beyaz eti ise % 55,2'sinin haftada bir, % 20,2'sinin gün aşırı, % 22,5'inin ayda bir-iki kez tükettiği görülmektedir. Kurubaklagillerin en çok % 67,5 oranla haftada bir kez tüketildiği, sebzelerin en çok % 76,2 oranla her gün tüketildiği, meyvelerin en çok % 85,1 oranla hergün tüketildiği görülmektedir. Fast-food yiyecek grubunun en çok % 28,8 oranla ayda bir-iki kez tüketildiği tespit edilmiştir. Bu tür yiyeceklerin hiç tüketilmediğini ifade edenlerin oranı % 65,7'dir (Tablo:105).

Özellikle kentlerde yoğun iş temposu içinde hızlı yemek anlamına gelen fast-food tarzı hamburger, sandviç, tost, pizza vb. yiyeceklerin çabuk hazırlanması ve ucuz olması nedeniyle sık tüketildiği bilinmektedir. Örneklem grubumuzda bu oran düşük çıkmıştır. Dikkati çeken bir başka bulgu da kırmızı et tüketimine göre beyaz et tüketiminin yüksek çıkmasıdır. Bunun nedeni beyaz et fiyatının kırmızı ete göre daha uygun olmasının yanı sıra, gerek yazılı gerek görsel medya yoluyla kırmızı etin çok fazla tüketilmesinin kalp ve damar hastalıklarına yol açtığına ilişkin bilgilerin sık sık gündeme gelmesine bağlı olabilir.

Tablo:106 Görüşülenlerin Diyet Yapma Durumu ve Yaptığı Diyet Türü

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Zayıflamaya yönelik diyet	53	13,9	43,4
Hastalığa özel diyet	55	14,4	45,1
Sağlıklı kalmaya yönelik diyet	14	3,7	11,5
Toplam	122	31,9	100,0
Diyet yapmıyor	260	68,1	
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin % 68,1'i diyet yapmadığını belirtirken, % 13,9'u zayıflamaya yönelik diyet yaptığını, % 14,4'ü hastalığa özel diyet yaptığını, % 3,7'si sağlıklı kalmaya yönelik sağlıklı besinlerden oluşan diyet yaptığını belirtmiştir (Tablo:106).

Tablo:107 Diyet Yapanların Diyet Dışına Çıkıp Çıkmadıkları

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Evet	80	20,9	66,6
Hayır	42	11,0	34,4
Toplam	122	31,9	100,0

Diyet yaptığını belirtenlerin % 66,6'sı sık sık diyet dışına çıktığını ifade ederken, % 34,4'ü diyetle tam uyduğunu ifade etmiştir (Tablo:107).

Tablo:108 Kronik Hastalığı Varlığı ve Türüne Göre Görüşülenlerin Diyet Yapma ve Diyete Uyum Durumları

			Diyet Uygulama Durumu				Toplam
			Diyet Yapmıyor	Zayıflama ya Yönelik Diyet	Hastalığa Özel Diyet	Sağlıklı Kalmaya Yönelik Diyet	
Hastalık Yok	Sık sık diyet dışına çıkar	Sayı	0	32		6	38
		% Diyet dışına çık.	,0%	84,2%		15,8%	100,0%
		% Diyet uygulama	,0%	80,0%		46,2%	15,1%
		% Toplam	,0%	12,7%		2,4%	15,1%
	Diyetine dikkat eder	Sayı	0	8		7	15
		% Diyet dışına çık.	,0%	53,3%		46,7%	100,0%
		% Diyet uygulama	,0%	20,0%		53,8%	6,0%
		% Toplam	,0%	3,2%		2,8%	6,0%
	Toplam	Sayı	198	40		13	251
		% Diyet dışına çık.	78,9%	15,9%		5,2%	100,0%
		% Diyet uygulama	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%
		% Toplam	78,9%	15,9%		5,2%	100,0%
Kalp-Damar Hast.	Sık sık diyet dışına çıkar	Sayı	0	4	24		28
		% Diyet dışına çık.	,0%	14,3%	85,7%		100,0%
		% Diyet uygulama	,0%	80,0%	55,8%		38,9%
		% Toplam	,0%	5,6%	33,3%		38,9%
	Diyetine dikkat eder	Sayı	0	1	19		20
		% Diyet dışına çık.	,0%	5,0%	95,0%		100,0%
		% Diyet uygulama	,0%	20,0%	44,2%		27,8%
		% Toplam	,0%	1,4%	26,4%		27,8%
	Toplam	Sayı	24	5	43		72
		% Diyet dışına çık.	33,3%	6,9%	59,7%		100,0%
		% Diyet uygulama	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%
		% Toplam	33,3%	6,9%	59,7%		100,0%
Metabolik Hast.	Sık sık diyet dışına çıkar	Sayı	0		5		5
		% Diyet dışına çık.	,0%		100,0%		100,0%
		% Diyet uygulama	,0%		55,6%		31,3%
		% Toplam	,0%		31,3%		31,3%
	Diyetine dikkat eder	Sayı	0		4		4
		% Diyet dışına çık.	,0%		100,0%		100,0%
		% Diyet uygulama	,0%		44,4%		25,0%
		% Toplam	,0%		25,0%		25,0%
	Toplam	Sayı	7		9		16
		% Diyet dışına çık.	43,8%		56,3%		100,0%
		% Diyet uygulama	100,0%		100,0%		100,0%
		% Toplam	43,8%		56,3%		100,0%
Diğer Hast.	Sık sık diyet dışına çıkar	Sayı	0	7	1	1	9
		% Diyet dışına çık.	,0%	77,8%	11,1%	11,1%	100,0%
		% Diyet uygulama	,0%	87,5%	33,3%	100,0%	20,9%
		% Toplam	,0%	16,3%	2,3%	2,3%	20,9%
	Diyetine dikkat eder	Sayı	0	1	2	0	3
		% Diyet dışına çık.	,0%	33,3%	66,7%	,0%	100,0%
		% Diyet uygulama	,0%	12,5%	66,7%	,0%	7,0%
		% Toplam	,0%	2,3%	4,7%	,0%	7,0%
	Toplam	Sayı	31	8	3	1	43
		% Diyet dışına çık.	72,1%	18,6%	7,0%	2,3%	100,0%
		% Diyet uygulama	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	72,1%	18,6%	7,0%	2,3%	100,0%

Özellikle diyet yapılması gereken kalp-damar hastalıkları ve metabolik hastalıklar ile diyet yapma ve diyete uyum durumlarının incelendiği tabloya göre kalp-damar hastalıkları olanların %33,3'ü diyet yapmadığını, % 6,9'u zayıflamaya

yönelik diyet yaptığını, % 59,7'sinin hastalığa özel diyet yaptığı, ancak hastalığa özel diyet yapanlardan ise % 55,8'inin sık sık diyet dışına çıktığı görülmektedir .

Metabolik hastalığı olanların % 43,8'inin diyet yapmadığı, % 56,2'sinin hastalığa özel diyet uyguladığı ancak hastalığa özel diyet uygulayanların ise % 55,6'sının sık sık diyet dışına çıktığı görülmektedir (Tablo:108). Gerek kalp-damar hastalığı, gerekse metabolik hastalığı olanların önemli bir kısmının diyet yapmadığı, yapanların önemli bir kısmının da sık sık diyet dışına çıktığı söylenebilir. Oysa bu tür rahatsızlıklarda diyet hayati önem taşıyabilmektedir.

Dikkat çeken bir diğer nokta hastalığı olmayanların % 15,9'unun zayıflamaya yönelik diyet yaptığıdır (Tablo:108). Özellikle kadınların ince görünme uğruna, diyetisyene danışmadan yaptığı sıkı diyetler, kontrolsüz kullanılan zayıflama ilaçları onların sağlığını zaman zaman tehdit edebilmektedir.

Tablo:109 Görüşülenlerin Kola, Cips, Şekerleme, Çikolata Gibi Yiyecekleri Nasıl Değerlendirdiği

	Sayı	Yüzde
Faydalı	6	1,6
Zararlı	367	96,1
Bilgim yok	9	2,3
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 96,1'i kola, şekerleme, cips, çikolata gibi yiyecek maddelerini sağlık açısından zararlı görmektedir (Tablo:109).

Kola, şekerleme, cips, çikolata türü yiyeceklerin içerdiği yüksek yağ ve şeker oranları nedeniyle bir yandan vücutta yağ birikimine neden olduğu, diğer yandan fazla şeker alımının diş çürüklerine yol açtığı bilinmektedir.

Tablo:110 Bu Tür Yiyecekleri Ne Sıklıkla Tükettiği

	Sayı	Yüzde
Sıklıkla	53	13,9
Ara sıra	228	59,7
Hiç almayız	101	26,4
Toplam	382	100,0

Örneklem grubumuzda kola, cips, çikolata türü yiyeceklerin sıklıkla tüketildiğini belirtenlerin oranı % 13,9, arasıra tüketildiğini belirtenlerin oranı % 59,7, hiç tüketilmediğini belirtenlerin oranı % 26,4'tür (Tablo:110).

5.5. Boş Zamanları Değerlendirme

Günlük işlerin dışında bireyin eğlendirici ve dinlendirici meşguliyetlerde bulunması yetenekleri geliştirme ve kendini ifade etme fırsatı sağlar ve böylece bireylerin ruh sağlığına katkıda bulunur. Ayrıca aile üyelerinin birlikte planladığı aktiviteler aile üyelerinin birlikte zaman geçirmelerine, aralarındaki bağların kuvvetlenmesine olanak sağlar.

Tablo:111 Görüşülenlerin Boş Zamanlarında Yaptıkları Aktiviteler

	Boş Zamanlarda En Çok Yapılan Etkinlik		Boş Zamanlarda İkinci En Çok Yapılan Etkinlik		Boş Zamanlarda Üçüncü En Çok Yapılan Etkinlik		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Cevap Sayısı	Kişi Yüzde	Cevap Sayısı Yüzde
TV izleme	129	33,8	104	27,2	42	11,0	275	72	30,7
Kit./gazete Oku.	36	9,4	38	9,9	15	3,9	89	23,3	9,9
Sinema/ tiyatro	1	,3	6	1,6	6	1,6	13	3,4	1,5
Kahveye gitme	12	3,1	7	1,8	3	,8	22	5,8	2,5
Müzik Dinleme	7	1,8	14	3,7	9	2,4	30	7,9	3,3
Egzersiz/Spor	5	1,3	9	2,4	3	,8	17	4,5	1,9
Akr./ark. ziyareti	59	15,4	86	22,5	60	15,7	205	53,7	22,9
El işi/el sanatları	100	26,2	53	13,9	32	8,4	185	48,4	20,6
Çocuklarla ilgilen.	13	3,4	3	,8	3	,8	19	5,0	2,1
Diğer	20	5,2	13	3,4	8	2,1	41	10,7	4,6
Cevapsız	-	-	49	12,8	201	52,6	-	-	-
Toplam	382	100,0	382	100,0	382	100,0	896	-	100,0

Görüşülenlerin boş zamanlarında en çok yaptıkları etkinlikler incelendiğinde, % 33,8'inin televizyon izlemeyi tercih ettiği, % 26,2'sinin el sanatları, oya-örgü vb. el işlerini yaptığı, % 15,4'ünün akraba ve arkadaşlarıyla sohbet ettiği görülmektedir. Cevap sayılarına baktığımızda en çok yapılan aktivitenin % 30,7 oranla televizyon izleme olduğu görülmektedir. Bunu % 22,9 oranla akraba ve arkadaş ziyareti yaparak onlarla sohbet etme, % 20,6 oranla el sanatları ve el işleri yapma izlemektedir (Tablo:111).

5.6. Fiziksel Aktivite

Teknolojik gelişmelere paralel olarak pek çok işin teknolojik araç-gereçlerle yapılması, ulaşım aracı sayısının ve kullanımının artması, işyerlerinde oturarak iş yapma gibi nedenlerle hareketsiz yaşam tarzı yaygınlaşmıştır. Hareketsiz bir yaşam süren kişilerin kan ve lenf dolaşımının yavaşladığı ve bu durumun bazı hastalıklara zemin hazırladığı bilinmektedir. Özellikle bu tür bir yaşam tarzına sahip kişilerin düzenli egzersiz yaparak olası sağlık risklerini en aza indirmesi gerekir.

Tablo:112 Görüşülenlerin Egzersiz/Spor Yapma Durumu

	Sayı	Yüzde
Düzenli olarak yapar	37	9,7
Ara sıra yapar	122	31,9
Hiç yapmaz	223	58,4
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 9,7'si düzenli olarak egzersiz yaptığını, % 31,9'u ara sıra yaptığını, % 58,4'ü hiç yapmadığını ifade etmiştir (Tablo:112).

Tablo:113 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Egzersiz Yapma Durumu

			Egzersiz/Spor Yapma Durumu			Toplam
			Düzenli yapar	Ara sıra yapar	Hiç Yapmaz	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	21	92	173	286
		% Cinsiyet	7,3%	32,2%	60,5%	100,0%
		% Egzersiz	56,8%	75,4%	77,6%	74,9%
		% Toplam	5,5%	24,1%	45,3%	74,9%
	Erkek	Sayı	16	30	50	96
		% Cinsiyet	16,7%	31,3%	52,1%	100,0%
		% Egzersiz	43,2%	24,6%	22,4%	25,1%
		% Toplam	4,2%	7,9%	13,1%	25,1%
Toplam		Sayı	37	122	223	382
		% Cinsiyet	9,7%	31,9%	58,4%	100,0%
		% Egzersiz	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	9,7%	31,9%	58,4%	100,0%

Örneklem grubundaki kadınların % 7,3'ünün, erkeklerin ise % 16,7'sinin düzenli egzersiz yaptığı görülmektedir. Kadınların % 60,5'i, erkeklerin % 52,1'i hiç egzersiz yapmadığını ifade etmiştir (Tablo:113). Kadınlar ve erkekler arasında egzersiz yapma bakımından farklılık vardır [$\chi^2 = 7,340$, $p < 0,05$]. Bulgularımıza göre erkeklerin kadınlara göre daha fazla düzenli egzersiz yapma alışkanlığına sahip olduğu söylenebilir.

Tablo:114 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Egzersiz Yapma Durumu

			Egzersiz Yapma			Toplam
			Düzenli yapar	Ara sıra yapar	Hiç Yapmaz	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	14	48	123	185
		% Eğitim Düzeyi	7,6%	25,9%	66,5%	100,0%
		% Egzersiz Yap.	37,8%	39,3%	55,2%	48,4%
		% Toplam	3,7%	12,6%	32,2%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	11	40	67	118
		% Eğitim Düzeyi	9,3%	33,9%	56,8%	100,0%
		% Egzersiz Yap.	29,7%	32,8%	30,0%	30,9%
		% Toplam	2,9%	10,5%	17,5%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	12	34	33	79
		% Eğitim Düzeyi	15,2%	43,0%	41,8%	100,0%
		% Egzersiz Yap.	32,4%	27,9%	14,8%	20,7%
		% Toplam	3,1%	8,9%	8,6%	20,7%
Toplam		Sayı	37	122	223	382
		% Eğitim Düzeyi	9,7%	31,9%	58,4%	100,0%
		% Egzersiz Yap.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	9,7%	31,9%	58,4%	100,0%

Eğitim düzeyine göre görüşülenlerin egzersiz yapma durumları incelendiğinde, eğitim düzeyi düşük olanların % 7,6'sının, eğitim düzeyi orta olanların % 9,3'ünün, eğitim düzeyi yüksek olanların % 12,7'sinin düzenli egzersiz yaptığı görülmektedir (Tablo:114). Eğitim düzeyi farklı bireyler arasında egzersiz yapma yönünden gözlenen farklılık anlamlıdır [$X^2= 14,480$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre eğitim düzeyi yüksek olanların daha fazla düzenli egzersiz yapma alışkanlığına sahip olduğu söylenebilir.

5.7.Dinlenme

İnsanlar tatillerini yaşam tarzlarına uygun olarak farklı şekillerde geçirirler. Bazıları tatilini sahil kenarlarında denize girerek geçirmeyi tercih ederken, bazıları yaylada ya da yıl boyu uzak kaldığı akrabalarının yanında geçirmeyi tercih eder. Ne şekilde olursa olsun tatiller kişilerin dinlenmesi, kendine ve ailesine zaman ayırması, kısa süre de olsa iş yükünden ve stresinden uzak kalmayı sağlaması bakımından önem taşımaktadır.

Tablo:115 Görüşülenlerin Düzenli Olarak Tatil Yapma Durumları

	Sayı	Yüzde
Evet	114	29,8
Hayır	268	70,2
Toplam	382	100

Görüşülenlerin % 29,8'i düzenli olarak her yıl tatil yaptığını belirtirken, % 70,2'si yapmadığını belirtmiştir (Tablo:115). Kaya'nın "Türk Toplumunun Yaşama Tarzı" adlı Isparta çalışmasında da düzenli tatil yapanların oranı % 23,8 olarak tespit edilmiştir.³⁹⁰

Düzenli olarak tatil yapanların % 81,6'sı tatillerini sahil bölgelerinde geçirirken, % 16,7'si akrabaların yanında geçirmektedir (Tablo:116). Örneklem grubu içinde tatilini yurtdışında ve yaylada geçirenlere rastlanmamıştır.

Tablo:116 Düzenli Olarak Tatil Yapanların Tatillerini Nerede Geçirdiği

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Akrabaların yanında	19	5,0	16,7
Sahil bölgelerinde	93	24,3	81,6
Diğer	2	,5	1,7
Toplam	114	29,8	100,0
Cevapsız	268	70,2	
Toplam	382	100,0	

6. TOPLUMSAL ÇEVRE

6.1. Toplumsal İlişki Ağları

Kuramsal çereçeve kısmında belirtildiği üzere, toplumsal ilişki ağları kişilerin duygusal ve sosyal gereksinimlerini karşılayarak sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkıda bulunur. Bireylerin içinde yer aldığı ilişki ağlarının yapısı analiz edilirken; kimlerden oluştuğu, kişi sayısı, ilişkilerin niteliği, beraber yapılan aktivitelerin sıklığı gibi özellikler göz önünde tutulmaktadır. Bu bölümde akrabalar, arkadaşlar ve komşularla görüşme sıklığı incelenmiştir.

³⁹⁰ Kamil Kaya, 2003, a.g.e., s. 126.

Tablo:117 Görüşülenlerin Akrabalar, Arkadaşlar ve Komşularıyla Görüşme Sıklığı

	Haftada bir-iki kez		Ayda bir-iki kez		Özel Gün ve Bayramlarda		Hiç görüşmez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Akrabalar	153	40,1	160	41,9	67	17,5	2	,5	382	100,0
Arkadaşlar	212	55,5	150	39,3	15	3,9	5	1,3	382	100,0
Komşular	232	60,7	115	30,1	22	5,8	13	3,4	382	100,0

Görüşülenlerin % 40,1'i akrabalarla haftada bir-iki kez, % 41,9'u ayda bir-iki kez, % 17,5'i özel gün ve bayramlarda görüştüğünü belirtirken, % 0,5'i hiç görüşmediğini belirtmiştir. Görüşülenlerin % 55,5'i arkadaşlarla haftada bir-iki kez, % 39,3'ü ayda bir-iki kez, % 3,9'u özel gün ve bayramlarda görüştüğünü belirtirken, % 1,3'ü hiç görüşmediğini belirtmiştir. Komşularla görüşme sıklığına bakıldığında % 60,7'si haftada bir-iki kez, % 30,1'i ayda bir-iki kez, % 5,8'i özel gün ve bayramlarda görüştüğünü belirtirken, % 3,4'ü hiç görüşmediğini ifade etmiştir (Tablo:117).

6.2. Destek Tipleri

6.2.1. Maddi Destek

Hastalık durumunda gerektiğinde parasal yardım sağlayabilecek, hastalık giderlerini karşılayabilecek kişilerin varlığı ve hasta olan bireyin bu kişilere ulaşabileceğine ilişkin olumlu algıya sahip olması tedavi sürecini ve hastalıkla başetmeyi destekler. Özellikle gelir düzeyi düşük olan ve hastalık durumunda cepten ödeme yapmak zorunda kalan bireyler için konu daha fazla önem kazanabilmektedir.

Tablo:118 Görüşülenlere Göre Hastalık Durumunda Çevresinde Maddi Destek Kaynaklarının Olup Olmadığı

	Sayı	Yüzde
Var	304	79,6
Yok	78	20,4
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 79,6'sı çevresinde hastalık durumunda kendisine maddi destek sağlayabilecek kişi ya da kişilerin olduğunu belirtirken, % 20,4'ü hiç kimsenin olmadığını belirtmiştir (Tablo:118).

Tablo:119 Görüşülenlere Göre Hastalık Durumunda Çevresinde Maddi Destek Sağlayabilecek Kişi /Kişiler

	Birinci Maddi Destek Kaynağı		İkinci Maddi Destek Kaynağı		Üçüncü Maddi Destek Kaynağı		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Cevap Sayısı	Kişi Yüzde	Cevap Sayısı Yüzde
Eş	213	55,8	3	,8	-	-	216	56,5	54,0
Anne-baba	64	16,8	38	9,9	1	,3	103	27,0	25,8
Çocuklar	18	4,7	16	4,2	-	-	34	8,9	8,5
Kardeş	3	,8	7	1,8	1	,3	11	2,9	2,7
Diğer Akrabalar	5	1,6	14	3,4	3	,8	22	5,8	5,5
Arkadaşlar	1	,3	7	1,8	3	,8	11	2,9	2,7
Komşular	-	-	2	,5	1	,3	3	,8	,8
Cevapsız	78	20,4	295	77,2	373	97,6	-	-	-
Toplam	382	100,0	382	100,0	382	100,0	400	-	100,0

Çevresinde hastalık durumunda maddi destek sağlayabileceği kişilerin olduğunu belirtenlerin % 55,8'i öncelikle eşlerinin, % 16,8'i anne ve babasının, % 4,7'si, çocuklarının, % 1,6'sı diğer akrabalarının kendisine destek olabileceğini belirtmiştir. Cevap sayısı yüzdelere baktığımızda % 25,8 oranla hastalık durumunda anne-babasının, % 2,7 oranla kardeşin, % 2,7 oranla arkadaşların, en az % 0,8 oranla komşuların maddi destek sağlayabileceği belirtilmiştir (Tablo:119).

Tabloya bakıldığında, bireylerin toplumsal çevrelerinden maddi destek beklentilerinin, özellikle hastalık gibi önemli bir durumda oldukça düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Burdur'da toplumsal ilişki ağları ve karşılıklı yardımlaşma bakımından geleneksel yapının zayıfladığı söylenebilir. Ancak, burada özellikle parasal yardıma vurgu yapıldığından, bireyin çevresindeki kişilerden maddi destek beklentisinin düşük olmasında kredi kartları gibi ödeme kolaylığı sağlayan araçların yaygınlaşmasının da etkili olduğu kanatindeyiz.

Medeni durum ile sağlık arasında yakın bir ilişki vardır. Bekar, boşanmış ya da dul olanlarda evli olanlara göre yaşa bağlı ölüm oranının yüksek olduğu, sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları, psikolojik sıkıntıları daha fazla yaşadıkları belirtilmektedir. Görece düzenlilik ve aile çevresinin bakım ve desteği bireyleri korumaktadır. Evlilik, stresli yaşam olayları ve hastalık durumunda eşlerin başa

çıkma yeteneklerini artırmakta, aynı zamanda eşlerde daha sağlıklı davranışlar görülmektedir.³⁹¹

Tablo:120 Medeni duruma Göre Görüşülenlerin Hastalandığında Maddi Destek Sağlayacağını Belirttikleri İlk Kişi/Kişiler

			Medeni Hali				Toplam
			Evli	Bekar	Dul	Ayrılmış	
Hastalandığında Maddi Destek Sağlayacağı Belirtilen İlk Kişi/Kişiler	Eşi	Sayı	215	0	0	0	215
		% Maddi Dest.	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	61,8%	,0%	,0%	,0%	56,3%
		% Toplam	56,3%	,0%	,0%	,0%	56,3%
	Anne-Babası	Sayı	52	6	1	3	62
		% Maddi Dest.	83,9%	9,7%	1,6%	4,8%	100,0%
		% Medeni Hali	14,9%	54,5%	5,6%	60,0%	16,2%
		% Toplam	13,6%	1,6%	,3%	,8%	16,2%
	Kardeşi	Sayı	1	2	0	0	3
		% Maddi Dest.	33,3%	66,7%	,0%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	,3%	18,2%	,0%	,0%	,8%
		% Toplam	,3%	,5%	,0%	,0%	,8%
	Çocukları	Sayı	10	0	8	0	18
		% Maddi Dest.	55,6%	,0%	44,4%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	2,9%	,0%	44,4%	,0%	4,7%
		% Toplam	2,6%	,0%	2,1%	,0%	4,7%
	Arkadaşları	Sayı	1	0	0	0	1
		% Maddi Dest.	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	,3%	,0%	,0%	,0%	,3%
		% Toplam	,3%	,0%	,0%	,0%	,3%
	Diğer Akrabalar	Sayı	2	1	1	1	5
		% Maddi Dest.	40,0%	20,0%	20,0%	20,0%	100,0%
		% Medeni Hali	,6%	9,1%	5,6%	20,0%	1,3%
		% Toplam	,5%	,3%	,3%	,3%	1,3%
	Yok	Sayı	67	2	8	1	78
		% Maddi Dest.	85,9%	2,6%	10,3%	1,3%	100,0%
		% Medeni Hali	19,3%	18,2%	44,4%	20,0%	20,4%
		% Toplam	17,5%	,5%	2,1%	,3%	20,4%
Toplam		Sayı	348	11	18	5	382
		% Maddi Dest.	91,1%	2,9%	4,7%	1,3%	100,0%
		% Medeni Hali	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	91,1%	2,9%	4,7%	1,3%	100,0%

Medeni duruma göre görüşülenlerin hastalandığında maddi destek sağlayacağını belirttiği kişilere bakıldığında, evlilerin % 61,8'i birincil destek kaynağının eşi olduğunu belirtmiştir. Ayrılmış olanların % 60'ı, bekarların % 54'ü en önemli maddi destek kaynağının anne-babası olduğunu belirtmiştir. Dul olanların % 44,4'ü birincil destek kaynağının çocukları olduğunu, % 44,4'ü maddi destek sağlayan hiç kimsenin olmadığını ifade etmiştir (Tablo:120). Bulgularımıza göre evlilerin en çok eşlerinden, bekar ve ayrılmış olanların en çok anne-babasından, dulların ise en çok çocuklarından maddi destek gördüğünü söyleyebiliriz.

³⁹¹ Steve Xinhua Ren, **a.g.m.**, s. 241

Burada, evliler arasında özellikle çalışmayan kadınların harcamayı eşleri yapacağından daha çok eşlerini, erkeklerin ise çalışmayan eşlerinden bu yönde bir beklentileri olmadığı için daha çok anne-babasını belirtmiş olması da muhtemeldir.

6.2.2. Araçsal Destek

Hastalık durumunda gerektiğinde sağlık kuruluşuna ulaşımı sağlayabilecek, refakat edebilecek; evde ev işlerinin yapılması, çocukların bakımı gibi hasta kişinin yapamadığı günlük işlerin yapılmasına yardım edebilecek kişilerin varlığı ve bireyin bu kişilere ulaşabileceğine ilişkin olumlu algıya sahip olması hastalıkla başetmesini desteleyecektir.

Tablo:121 Görüşülenlere Göre Hastalık Durumunda Çevresinde Araçsal Destek Sağlayabilecek Kişi/Kişilerin Olup Olmadığı

	Sayı	Yüzde
Var	346	90,6
Yok	36	9,4
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 90,6'sı çevresinde hastalık durumunda kendisine araçsal destek sağlayabilecek kişi ya da kişilerin olduğunu belirtirken, % 9,6'sı hiç kimsenin olmadığını belirtmiştir (Tablo:121)

Tablo:122 Görüşülenlere Göre Hastalık Durumunda Çevresinde Araçsal Destek Sağlayabilecek Kişi /Kişiler

	Birinci Araçsal Destek Kaynağı		İkinci Araçsal Destek Kaynağı		Üçüncü Araçsal Destek Kaynağı		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Cevap Sayısı	Kişi Yüzde	Cevap Sayısı Yüzde
Eş	182	47,6	20	5,2	-	-	202	52,9	41,8
Anne-baba	47	12,3	26	6,8	2	,5	75	19,6	15,5
Çocuklar	84	22,0	36	9,4	2	,5	122	31,9	25,2
Kardeş	10	2,6	9	2,4	4	1,0	23	6,0	4,8
Diğer Akrabalar	9	2,4	19	5,0	7	1,8	35	9,2	7,3
Arkadaşlar	5	1,3	2	,5	2	,5	9	2,5	1,9
Komşular	9	2,4	8	2,1	-	-	17	4,5	3,5
Cevapsız	36	9,4	262	68,6	365	95,5	-	-	-
Toplam	382	100,0	382	100,0	382	100,0	483	-	100,0

Çevresinde hastalık durumundan araçsal destek sağlayabileceği kişilerin olduğunu belirtenlerin % 47,6'sı öncelikle eşlerinin, % 22'si çocuklarının, % 12,3'ü anne ve babasının kendisine araçsal destek sağlayabileceğini belirtmiştir. Cevap sayısı yüzdelere baktığımızda en az % 1,9 oranla arkadaşların, % 3,5 oranla komşuların, % 4,8, oranla kardeşin, % 7,3 oranla diğer akrabaların araçsal destek sağlayabileceği belirtilmiştir (Tablo:122).

Örneklem grubumuzda hastalık durumunda gerek arkadaşların ve komşuların gerek kardeş ve akrabaların araçsal destek sağlayabileceğini belirtenlerin oranı oldukça düşüktür. Oysa hasta olduğu sürece bireye ev işlerinin yapımı, çocukların bakımı, evin alışverişinin yapılması gibi araçsal destek sağlayabilecek kişilerin varlığı, özellikle fiziksel aktivite kısıtlaması olan bireyler için oldukça önem taşımaktadır. Araçsal destek sağlayabilecek kişilerin varlığı ve desteğe ilişkin olumlu algılar hasta bireyin hastalığa ve tedavisine daha fazla uyum sağlamasına ve iyileşme sürecinin hızlanmasına yardımcı olur.

Geleneksel yapı özellikleri taşıyan topluluklarda “Ev alma komşu al” atasözünün önemli bir yeri vardır. Arkadaşlık, dostluk, yardımlaşma, dayanışma gibi kavramların daha çok geleneksel değerleri yansıttığı, bu bakımdan örneklem grubumuzda geleneksel değerlerde bir çözülme yaşandığı söylenebilir. Özellikle örneklem grubumuzun çoğunluğunu oluşturan evlilerin daha çok eş ve çocuklarından destek bekleme eğiliminde olduğu görülmektedir. Destek ağlarının aile içinde dar bir çerçevede işlev gördüğü, insanların bireysel yaşamaya başladıkları ifade edilebilir.

Medeni duruma göre görüşülenlerin hastalandığında araçsal destek sağlayacağını belirttiği kişilere baktığımızda evlilerin % 52,3'ü birincil destek kaynağının eşi olduğunu ifade etmiştir. Ayrılmış olanların % 80'i, bekarların % 72,3'ü en önemli araçsal destek kaynağının anne-babası olduğunu belirtmiştir. Dul olanların % 66,7'si birincil araçsal destek kaynağının çocukları olduğunu ifade etmiştir (Tablo:123). Bulgularımıza göre evlilerin en çok eşlerinden, bekar ve ayrılmış olanların en çok anne-babasından, dul olanların en çok çocuklarından araçsal destek gördüğünü söyleyebiliriz.

Tablo:123 Medeni duruma Göre Görüşülenlerin Hastalandığında Araçsal Destek Sağlayacağını Belirttikleri İlk Kişi/Kişiler

			Medeni Hali				Toplam
			Evli	Bekar	Dul	Ayrılmış	
Hastalandığında Araçsal Destek Sağlayacağı Belirtilen İlk Kişi/Kişiler	Eş	Sayı	182	0	0	0	182
		% Araçsal Dest.	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	52,3%	,0%	,0%	,0%	47,6%
		% Toplam	47,6%	,0%	,0%	,0%	47,6%
	Anne- Baba	Sayı	34	8	1	4	47
		% Araçsal Dest.	72,3%	17,0%	2,1%	8,5%	100,0%
		% Medeni Hali	9,8%	72,7%	5,6%	80,0%	12,3%
		% Toplam	8,9%	2,1%	,3%	1,0%	12,3%
	Kardeş	Sayı	10	0	0	0	10
		% Araçsal Dest.	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	2,9%	,0%	,0%	,0%	2,6%
		% Toplam	2,6%	,0%	,0%	,0%	2,6%
	Çocuklar	Sayı	73	0	12	0	85
		% Araçsal Dest.	85,9%	,0%	14,1%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	21,0%	,0%	66,7%	,0%	22,3%
		% Toplam	19,1%	,0%	3,1%	,0%	22,3%
	Komşular	Sayı	7	0	2	0	9
		% Araçsal Dest.	77,8%	,0%	22,2%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	2,0%	,0%	11,1%	,0%	2,4%
		% Toplam	1,8%	,0%	,5%	,0%	2,4%
	Arkadaşlar	Sayı	4	0	0	1	5
		% Araçsal Dest.	80,0%	,0%	,0%	20,0%	100,0%
		% Medeni Hali	1,1%	,0%	,0%	20,0%	1,3%
		% Toplam	1,0%	,0%	,0%	,3%	1,3%
	Diğer Akrabalar	Sayı	8	0	1	0	9
		% Araçsal Dest.	88,9%	,0%	11,1%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	2,3%	,0%	5,6%	,0%	2,4%
		% Toplam	2,1%	,0%	,3%	,0%	2,4%
	Yok	Sayı	30	3	2	0	35
		% Araçsal Dest.	85,7%	8,6%	5,7%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	8,6%	27,3%	11,1%	,0%	9,2%
		% Toplam	7,9%	,8%	,5%	,0%	9,2%
Toplam		Sayı	348	11	18	5	382
		% Araçsal Dest.	91,1%	2,9%	4,7%	1,3%	100,0%
		% Medeni Hali	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	91,1%	2,9%	4,7%	1,3%	100,0%

6.2.3. Manevi Destek

Hastalık durumunda bireyin, gerektiğinde konuşabileceği, sorunlarını paylaşabileceği, kendisini arayacak, ziyaret ederek duygusal yönden destek sağlayacak kişilerin varlığına ilişkin olumlu algılara sahip olması iyileşme süreci ve hastalıkla başetmede oldukça önemlidir.

Tablo:124 Görüşülenlere Göre Hastalık Durumunda Çevresinde Manevi Destek Sağlayabilecek Kişi/Kişilerin Olup Olmadığı

	Sayı	Yüzde
Var	372	97,4
Yok	10	2,6
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 97,4'ü çevresinde hastalık durumunda kendisine manevi destek sağlayabilecek, halini hatrını soracak kişi ya da kişilerin olduğunu belirtirken, % 2,6'sı hiç kimsenin olmadığını belirtmiştir (Tablo:124).

Tablo:125 Görüşülenlere Göre Hastalık Durumunda Çevresinde Manevi Destek Sağlayabilecek Kişi /Kişiler

	Birinci Manevi Destek Kaynağı		İkinci Manevi Destek Kaynağı		Üçüncü Manevi Destek Kaynağı		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Cevap Sayısı	Kişi Yüzde	Cevap Sayısı Yüzde
Eş	61	16,0	27	7,1	1	,3	89	23,3	13,3
Anne-baba	129	33,8	34	8,9	5	1,3	168	44,0	25,1
Çocuklar	75	19,6	20	5,2	3	,8	98	25,7	14,7
Kardeş	26	6,8	24	6,3	4	1,0	54	14,1	8,1
Diğer Akrabalar	38	9,9	50	13,1	14	3,7	102	26,7	15,3
Arkadaşlar	24	6,3	43	11,3	16	4,2	83	21,7	12,4
Komşular	19	5,0	39	10,2	16	4,2	74	19,4	11,1
Cevapsız	10	2,6	145	38,0	323	84,6	-	-	-
Toplam	382	100,0	382	100,0	382	100,0	668	-	100,0

Hastalık durumunda, çevresinde manevi destek sağlayabileceği kişilerin olduğunu belirtenlerin % 33,8'i öncelikle anne-babasının, % 19,6'sı çocuklarının, % 16'sı eşinin, % 9,9'u diğer akrabaların kendisine manevi destek sağlayabileceğini belirtmiştir. Cevap sayısı yüzdelere baktığımızda en az % 8,1 oranla kardeşin, % 11,1 oranla komşuların, % 12,4 oranla arkadaşların manevi destek sağlayabileceği belirtilmiştir (Tablo:125).

Hastalık durumunda maddi ve araçsal destekle ilgili verilerden farklı olarak, komşu, akraba ve arkadaşların manevi destek sağlayabileceğine ilişkin beklentilerin artmış olduğu gözleniyorsa da maddi ve araçsal destek için yapılan yorumlar burada da geçerlidir (Tablo:119-122).

Tablo:126 Medeni duruma Göre Görüşülenlerin Hastalandığında Manevi Destek Sağlayacağını Belirttikleri İlk Kişi/Kişiler

			Medeni Hali				Toplam
			Evli	Bekar	Dul	Ayrılmış	
Hastalandığında Manevi Destek Sağlayacağı Belirtilen İlk Kişi/Kişiler	Eşi	Sayı	61	0	0	0	61
		% Manevi Dest.	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	17,5%	,0%	,0%	,0%	16,0%
		% Toplam	16,0%	,0%	,0%	,0%	16,0%
	Anne- Babası	Sayı	117	8	1	3	129
		% Manevi Dest.	90,7%	6,2%	,8%	2,3%	100,0%
		% Medeni Hali	33,6%	72,7%	5,6%	60,0%	33,8%
		% Toplam	30,6%	2,1%	,3%	,8%	33,8%
	Kardeşi	Sayı	23	1	0	0	24
		% Manevi Dest.	95,8%	4,2%	,0%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	6,6%	9,1%	,0%	,0%	6,3%
		% Toplam	6,0%	,3%	,0%	,0%	6,3%
	Çocukları	Sayı	64	1	12	0	77
		% Manevi Dest.	83,1%	1,3%	15,6%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	18,4%	9,1%	66,7%	,0%	20,2%
		% Toplam	16,8%	,3%	3,1%	,0%	20,2%
	Komşuları	Sayı	18	0	1	0	19
		% Manevi Dest.	94,7%	,0%	5,3%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	5,2%	,0%	5,6%	,0%	5,0%
		% Toplam	4,7%	,0%	,3%	,0%	5,0%
	Arkadaşlar	Sayı	22	1	0	1	24
		% Manevi Dest.	91,7%	4,2%	,0%	4,2%	100,0%
		% Medeni Hali	6,3%	9,1%	,0%	20,0%	6,3%
		% Toplam	5,8%	,3%	,0%	,3%	6,3%
	Diğer Akrabalar	Sayı	37	0	1	0	38
		% Manevi Dest.	97,4%	,0%	2,6%	,0%	100,0%
		% Medeni Hali	10,6%	,0%	5,6%	,0%	9,9%
		% Toplam	9,7%	,0%	,3%	,0%	9,9%
	Yok	Sayı	6	0	3	1	10
		% Manevi Dest.	60,0%	,0%	30,0%	10,0%	100,0%
		% Medeni Hali	1,7%	,0%	16,7%	20,0%	2,6%
		% Toplam	1,6%	,0%	,8%	,3%	2,6%
Toplam		Sayı	348	11	18	5	382
		% Manevi Dest.	91,1%	2,9%	4,7%	1,3%	100,0%
		% Medeni Hali	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	91,1%	2,9%	4,7%	1,3%	100,0%

Medeni duruma göre görüşülenlerin hastalandığında manevi destek sağlayacağını belirttiği kişilere baktığımızda evlilerin en fazla % 33,6 oranla, bekarların % 72,7 oranla ve ayrılmışların % 60 oranla birincil manevi destek kaynağı olarak ebeveynlerini gördükleri saptanmıştır. Dul olanların % 66,7'si birincil manevi destek kaynağının çocukları olduğunu ifade etmiştir (Tablo:126). Bulgularımıza göre evli, bekar ve ayrılmış olanların en çok ebeveynlerinden, dulların en çok çocuklarından manevi destek destek gördüğünü söyleyebiliriz.

Örneklem grubumuzdaki evliler arasında birincil manevi destek kaynağı olarak eşini belirtenlerin oranı beklendiğinden düşük çıkarken, ebeveynlerini belirtenlerin oranı yüksek çıkmıştır. Bunun nedeni ankette yer alan konuyla ilgili

soruda “manevi destek” kavramını açıklayan “ziyaret etme, telefonla arama, hal hatır sorma, ilgi gösterme” şeklindeki açıklama cümlesi olabilir. Ayrıca yaş ne kadar ilerlemiş olursa olsun hastalık durumunda ebeveynlere sığınma, onlardan ilgi ve şevkat bekleme toplumsallaşma sürecinde şekillenen bir tepkidir.

7. KÜLTÜREL İNANÇ VE UYGULAMALAR

Her toplum kendi kültürel yapısı doğrultusunda sağlık ve hastalıkla ilgili inanç ve uygulamalar geliştirmiştir. Bu amprik uygulamalar geleneksel tıbbın temelini, geleneksel tıp ise modern tıbbın temelini oluşturmaktadır.

Kültürel yapı içinde sağlık ve hastalıkla ilgili kültürel inanç ve uygulamalar hastalık nedenleri, tedavi yöntemleri, kullanılan iyileştirici materyaller gibi pek çok alan gözönünde tutularak analiz edilebilir. Burada görüşülenlerin lohusa ve yenidoğanla ilgili uygulamaları, bazı inanç ve uygulamalara ilişkin düşünceleri, şifalı bitki kullanımı ve geleneksel iyileştiriciye başvurma davranışı incelenmiştir.

7.1. Lohusa ve Yenidoğanla İlgili Uygulamalar

Sağlık ve hastalığa ilişkin geleneksel uygulamaların bazıları yarar sağlamaktan ziyade zarar verebilmektedir. Zaman zaman sağlık personeli lohusa ve yenidoğana bazı zararlı uygulamaların yapıldığını görebilmektedir. Örneğin, yenidoğanın bağışıklık sistemi için çok büyük bir önem taşıyan “ağız sütü” olarak bilinen kolostrum halk arasında “cadı sütü” olarak nitelendirildiği ve bebeğe verilmediği görülmektedir. Bazı annelerin bebeklerini sıkı bir şekilde kundakladığı bilinmektedir; kundaklama ise kalça çıkıklarına neden olabilmektedir. Buna benzer örnekler çoğaltılabilir. Diğer yandan geleneksel değerler doğrultusunda yapılan yenidoğan ve lohusayı ziyaret etme, hediye götürme gibi yardım ve dayanışma örneklerinin ise toplumsal bağlılığı kuvvetlendirerek duygusal ve toplumsal ihtiyaçları karşılamada oldukça yararlı olduğu söylenebilir.

Tablo:127 Görüşülenlerin Çevrelerinde Lohusa Kadına Yönelik Geleneksel Uygulamalar

	Sayı	Yüzde
Ziyaret edilir	47	12,3
Anneye hediye götürülür	11	2,9
Çorba/pelte/ komposto götürülür	111	29,0
Dinlenmesi için yardımcı olunur	15	3,9
Anne sıcak tutulur	13	3,4
Diğer	17	4,5
Bir şey yapılmaz	69	18,1
Fikrim yok	99	25,9
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 29'u lohusa kadına çorba, pelte, komposto vb. yiyecekler götürüldüğünü, % 12,3'ü ziyaret edildiğini, % 2,9'u hediye götürüldüğünü, % 3,9'u dinlenmesi ve rahat etmesi için gereken ne varsa yapıldığını, % 3,4'ü annenin sıcak tutulduğunu belirtirken, % 18,1'i hiç birşey yapılmadığını ifade etmiştir (Tablo:127). Sayıca az değişik ifadeler "Diğer" seçeneğinde gösterilmiştir. Bunlardan bazıları şöyledir:

"Anne kırk gün dışarı çıkarılmaz"

"Karnı sıkıca sarılır"

"Nazar boncuğu takılır"

Lohusa kadına yönelik geleneksel uygulamalarla ilgili olarak "Fikrim yok" diyenlerin çoğunluğu erkektir. Cinsiyete göre değerlendirme yapıldığında erkeklerin % 50'sinin, kadınların ise % 17,5'inin bu konuyla ilgili bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir.³⁹² Loğusa ve bebekle ilgili geleneksel uygulamalar daha çok kadınlar arasında bilinmekte ve uygulanmaktadır.

Örneklem grubumuzda, yenidoğan bebeğe yönelik geleneksel uygulamalar incelendiğinde, görüşülenlerin % 22'si bebeğin tuzlandığını, % 17,5'i hediye götürüldüğünü, % 3,9'u kırklandığını, % 2,9'u kulağına ezan okunduğunu, % 1,3'ü kundaklandığını belirtmiştir (Tablo:128).

³⁹² Bkz. EK-2, Tablo:5.

Tablo:128 Görüşülenlerin Çevrelerinde Yenidoğan Bebeğe Yönelik Ne Tür Uygulamalar Yapıldığı

	Sayı	Yüzde
Kundaklanır	5	1,3
Kırklanır	15	3,9
İlk ay tuzlanır	84	22,0
Kulağına ezan okunur	11	2,9
Şekerli su verilir	3	,8
Hediye götürülür	67	17,5
Diğer	5	1,3
Bir şey yapılmaz	93	24,3
Fikrim yok	99	25,9
Toplam	382	100,0

Yenidoğan bebeğe yönelik geleneksel uygulamalarla ilgili olarak “Diğer” seçeneğinde yer alan ifadelerden bazıları şöyledir:

“Bebek kırk gün dışarı çıkarılmaz”

“Nazar boncuğu takılır”

“Kıza al yazma, erkeğe sarı yazma örtülür”

7.2. Halk Arasında Sağlık ve Hastalıkla İlişkilendirilen Bazı İnanç ve Uygulamalar

Nazar değmesi, cin çarpması, tabunun ihlali, kötü ruhun musallat olması, korkma gibi daha çok hastalık nedeninin büyüyle ilişkilendirildiği durumlarda kurşun döktürme, muska-kağıt yazdırma ve okutma gibi, türbe-yatır ziyareti yapma gibi geleneksel uygulamalar yapılabilmektedir.³⁹³

Tablo:129 Görüşülenlerin Sağlık-Hastalıkla İlişkili Olduğunu Düşündükleri Bazı İnanç ve Uygulamalar

	Sağlık-hastalıkla ilişkili olduğunu düşünüyor		Sağlık-hastalıkla ilişkili olduğunu düşünmüyor		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Nazar Değmesi	300	78,5	82	21,5	382	100,0
Cin Çarpması	41	10,7	341	89,3	382	100,0
Kurşun Döktürme	42	11,0	340	89,0	382	100,0
Muska Taşıma	60	15,7	322	84,3	382	100,0

³⁹³ Orhan Türkdoğan, a.g.e., s. 47-63.

Görüşülenlerin % 78,5'i nazar değmesinin sağlık-hastalıkla ilişkili olduğunu, % 21,5'i ise olmadığını; % 10,7'si cin çarpmasının sağlık-hastalıkla ilişkili olduğunu, % 89,3'ü ise olmadığını; % 11'i kurşun döktürmenin sağlık-hastalıkla ilişkili olduğunu, % 89'u ise olmadığını; % 15,7'si muska taşımanın sağlık-hastalıkla ilişkili olduğunu, % 84,3'ü olmadığını ifade etmiştir (Tablo:129).

Tablo:130 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Kurşun Döktürme ve Sağlık İlişkisine Dair Görüşleri

			Kurşun Döktürme Sağlık-Hastalıkla İlişkili mi		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	27	158	185
		% Eğitim Düzeyi	14,6%	85,4%	100,0%
		% Kurşun Dök. İnan.	64,3%	46,5%	48,4%
		% Toplam	7,1%	41,4%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	12	106	118
		% Eğitim Düzeyi	10,2%	89,8%	100,0%
		% Kurşun Dök. İnan.	28,6%	31,2%	30,9%
		% Toplam	3,1%	27,7%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	3	76	79
		% Eğitim Düzeyi	3,8%	96,2%	100,0%
		% Kurşun Dök. İnan.	7,1%	22,4%	20,7%
		% Toplam	,8%	19,9%	20,7%
Toplam		Sayı	42	340	382
		% Eğitim Düzeyi	11,0%	89,0%	100,0%
		% Kurşun Dök. İnan.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	11,0%	89,0%	100,0%

Eğitim düzeyi düşük olanların % 14,6'sı, eğitim düzeyi orta olanların % 10,2'si, eğitim düzeyi yüksek olanların % 3,8'i kurşun döktürmenin sağlık-hastalık ile ilişkili olduğunu düşünmektedir (Tablo:130). Örneklem grubumuzda eğitim düzeyleri farklı bireyler arasında kurşun döktürmeyi sağlık-hastalıkla ilişkilendirme yönünden farklılık vardır [$\chi^2 = 6,714$, $p < 0,05$]. Eğitim düzeyi yüksek olanlar arasında kurşun döktürme uygulaması daha az kabul görmektedir.

Tablo:131 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Muska Taşıma ve Sağlık İlişkisine Dair Görüşleri

			Muska Taşıma Sağlık-Hastalıkla İlişkili mi		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	29	156	185
		% Eğitim Düzeyi	15,7%	84,3%	100,0%
		% Muskaya inanma	48,3%	48,4%	48,4%
		% Toplam	7,6%	40,8%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	21	97	118
		% Eğitim Düzeyi	17,8%	82,2%	100,0%
		% Muskaya inanma	35,0%	30,1%	30,9%
		% Toplam	5,5%	25,4%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	10	69	79
		% Eğitim Düzeyi	12,7%	87,3%	100,0%
		% Muskaya inanma	16,7%	21,4%	20,7%
		% Toplam	2,6%	18,1%	20,7%
Toplam		Sayı	60	322	382
		% Eğitim Düzeyi	15,7%	84,3%	100,0%
		% Muskaya inanma	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	15,7%	84,3%	100,0%

Muska taşımanın sağlık ve hastalık durumuyla ilişkili olduğunu ifade edenlerin % 48,3'ünün eğitim düzeyi düşük iken, % 35'inin orta ve % 16,7'sinin yüksek olduğu görülmektedir. Geleneksel uygulamalar içinde yer alan sağlık ve hastalığa tesirde bulunduğu düşünülen “muska taşıma” davranışının eğitim düzeyi düşük olanlar arasında daha çok kabul gördüğü söylenebilir. (Tablo:131). Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin hastalıklar için daha rasyonel sebebler ileri sürerek bazı geleneksel uygulamalara karşı tavır aldıkları söylenebilir.

Tablo incelendiğinde eğitim düzeyi arttıkça muska taşımayı sağlık-hastalıkla ilişkilendirme yönündeki eğilimin göreceli olarak düştüğü söylenebilirse de, eğitim düzeyleri farklı bireyler arasında gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2=0,944$, $p>0,05$].

7.3. Popüler Uygulamalar

Günümüzde kültürel yapı içinde kök salmış, sağlık ve hastalığa ait geleneksel pek çok inanç ve uygulama modern tıba karşı varlığını hala devam ettirmektedir. Bu inanç ve uygulamalardan bazıları modern tıbbi çeşitli yönlerden eleştiren, ona alternatifler sunan popüler tıp içinde yer almaktadır. Geleneksel uygulamalar arasında yer alan kökleri çok eskiye dayanan “şifa amaçlı otların kullanılması”,

popüler tıp içinde “fitoterapi” olarak adlandırılmakta ve daha çok bu alanda eğitim alan kişilere, internete ve kitaplara danışılarak kullanılmaktadır.

Doktora danışmaksızın ilaç kullanma davranışı da alternatif tıp alanına girmekle birlikte, bu bölümde sadece şifalı bitki kullanımına değinilecek; ilaç kullanma davranışına ilerleyen bölümlerde yer verilecektir.

Tablo:132 Görüşülenlerin Rahatsızlık/Hastalık Durumunda Şifalı Bitkiler Kullanma Durumu

	Sayı	Yüzde
Evet	274	71,7
Hayır	108	28,3
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 71,7’si rahatsızlık/hastalık durumunda şifalı bitkiler kullandığını, % 28,3’ü kullanmadığını belirtmiştir (Tablo:132).

Tablo:133 Şifalı Bitkileri Kullanmayı Nasıl Öğrendiği

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Televizyondan	53	13,9	19,3	19,3
Gazete/Kitap	54	14,1	19,7	39,0
İnternette	7	1,8	2,6	41,6
Büyüklerden / yaşlılardan	94	24,6	34,3	75,9
Ailemden	38	9,9	13,9	89,8
Arkadaşımdan	21	5,5	7,7	97,5
Geleneksel iyileştiricilerden	4	1,0	1,5	99,0
Aktardan	3	,8	1,0	100,0
Toplam	274	71,7	100,0	
Cevapsız	108	28,3		
Toplam	382	100,0		

Şifalı bitki kullananların % 34,3’ü sağlık amaçlı bitki kullanmayı büyüklerden/yaşlılardan öğrendiğini, % 19,7’si yazılı basından öğrendiğini, % 19,3’ü televizyondan öğrendiğini, % 13,9’u ailesinden öğrendiğini ifade etmiştir. Yığılımlı yüzdelere baktığımızda şifalı bitki kullananların % 41,6’sının bu bitkileri kullanmayı yazılı ve görsel basın yoluyla öğrendiği görülmektedir (Tablo:133).

Tablo:134 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık/Hastalık Durumunda Şifalı Bitki Kullanma Durumu

			Şifalı Bitkiler Kullanma		Toplam
			Evet	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	217	69	286
		% Cinsiyet	75,9%	24,1%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	79,2%	63,9%	74,9%
		% Toplam	56,8%	18,1%	74,9%
	Erkek	Sayı	57	39	96
		% Cinsiyet	59,4%	40,6%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	20,8%	36,1%	25,1%
		% Toplam	14,9%	10,2%	25,1%
Toplam		Sayı	274	108	382
		% Cinsiyet	71,7%	28,3%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	71,7%	28,3%	100,0%

Rahatsızlık/hastalık durumunda kadınların % 75,9'unun, erkeklerin % 59,4'ünün şifalı bitki kullandığı görülmektedir (Tablo:134). Kadınlar ve erkekler arasında şifalı bitki kullanma yönünden farklılık vardır [$\chi^2= 9,648$, $p<0,05$]. Örneklem grubumuzda kadınlar şifalı bitkileri erkeklere göre daha fazla tercih etmektedir.

Tablo:135 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık/Hastalık Durumunda Şifalı Bitki Kullanma Durumu

			Şifalı Bitki Kullanma		Toplam
			Evet	Hayır	
Görüşülenlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	20-29 yaş	Sayı	44	22	66
		% Yaş	66,7%	33,3%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	16,1%	20,4%	17,3%
		% Toplam	11,5%	5,8%	17,3%
	30-39 yaş	Sayı	84	28	112
		% Yaş	75,0%	25,0%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	30,7%	25,9%	29,3%
		% Toplam	22,0%	7,3%	29,3%
	40-49 yaş	Sayı	72	30	102
		% Yaş	70,6%	29,4%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	26,3%	27,8%	26,7%
		% Toplam	18,8%	7,9%	26,7%
	50 yaş ve üstü	Sayı	74	28	102
		% Yaş	72,5%	27,5%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	27,0%	25,9%	26,7%
		% Toplam	19,4%	7,3%	26,7%
Toplam		Sayı	274	108	382
		% Yaş	71,7%	28,3%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	71,7%	28,3%	100,0%

Sağlık ve hastalık olgularını açıklama çabası içerisinde yaş ile ilgili değerlendirmeler önemli bir yere sahiptir. Yaş yükseldikçe bireylerin edindikleri tecrübelerin yanısıra kronik hastalık sıklığının ve sağlık bakım gereksinimlerinin artması doğrultusunda genç yaştaakilere göre sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışları farklılaşabilmektedir. Özellikle yaşlıların kültürel geçmişleri doğrultusunda, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisiyle ilgili sahip olduğu gelenek ve görenekleri nedeniyle geleneksel uygulamaları daha fazla tercih etmeleri olasıdır.

Yaş gruplarına göre şifalı bitki kullanımının incelendiği tabloya bakıldığında, değişik yaş gruplarında rahatsızlık/hastalık durumunda şifalı bitki kullanımı oranlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir (Tablo:135). Örneklem grubumuzda yaş grupları arasında şifalı bitki kullanma yönünden gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2 = 1,524$, $p > 0,05$].

Tablo:136 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık/Hastalık Durumunda Şifalı Bitki Kullanma Durumu

			Şifalı Bitkiler Kullanma		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	135	50	185
		% Eğitim Düzeyi	73,0%	27,0%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	49,3%	46,3%	48,4%
		% Toplam	35,3%	13,1%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	90	28	118
		% Eğitim Düzeyi	76,3%	23,7%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	32,8%	25,9%	30,9%
		% Toplam	23,6%	7,3%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	49	30	79
		% Eğitim Düzeyi	62,0%	38,0%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	17,9%	27,8%	20,7%
		% Toplam	12,8%	7,9%	20,7%
Toplam		Sayı	274	108	382
		% Eğitim Düzeyi	71,7%	28,3%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	71,7%	28,3%	100,0%

Görüşülenlerin eğitim düzeylerine göre şifalı bitki kullanma durumu incelendiğinde, eğitim düzeyi düşük olanların % 73'ünün, eğitim düzeyi orta olanların % 76,3'ünün, eğitim düzeyi yüksek olanların % 62'sinin rahatsızlık/hastalık durumunda şifalı bitki kullandığı görülmektedir (Tablo:136). Eğitim düzeyleri farklı

bireyler arasında şifalı bitki kullanma yönünden gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$X^2= 5,01$, $p>0,05$].

Tablo:137 Doğum Yeriine Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık/hastalık Durumunda Şifalı Bitki Kullanma Durumu

			Şifalı Bitkiler Kullanma		Toplam
			Evet	Hayır	
Doğum Yeri	İl Merkezi	Sayı	103	41	144
		% Doğum Yeri	71,5%	28,5%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	37,6%	38,0%	37,7%
		% Toplam	27,0%	10,7%	37,7%
	İlçe	Sayı	57	26	83
		% Doğum Yeri	68,7%	31,3%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	20,8%	24,1%	21,7%
		% Toplam	14,9%	6,8%	21,7%
	Köy	Sayı	114	41	155
		% Doğum Yeri	73,5%	26,5%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	41,6%	38,0%	40,6%
		% Toplam	29,8%	10,7%	40,6%
Toplam		Sayı	274	108	382
		% Doğum Yeri	71,7%	28,3%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	71,7%	28,3%	100,0%

Rahatsızlık/hastalık durumunda ilde doğanların % 71,5'inin, ilçede doğanların % 68,7'sinin, köyde doğanların 73,5'inin rahatsızlık durumunda şifalı bitki kullandığı görülmektedir (Tablo:137). Bulgularımız doğrultusunda kırsal kökenli bireylerin rahatsızlık durumunda şifalı bitki kullanmayı daha fazla tercih ettikleri söylenebilirse de doğum yeri farklı bireyler arasında gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$X^2= 0,638$, $p>0,05$].

Tablo:138 Gelir Durumuna Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık/hastalık Durumunda Şifalı Bitki Kullanma Durumu

			Şifalı Bitkiler Kullanma		Toplam
			Evet	Evet	
Gelir Grubu	100-500 YTL	Sayı	55	26	81
		% Gelir Grubu	67,9%	32,1%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	20,1%	24,1%	21,2%
		% Toplam	14,4%	6,8%	21,2%
	501-1000 YTL	Sayı	123	42	165
		% Gelir Grubu	74,5%	25,5%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	44,9%	38,9%	43,2%
		% Toplam	32,2%	11,0%	43,2%
	1001-2000 YTL	Sayı	61	23	84
		% Gelir Grubu	72,6%	27,4%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	22,3%	21,3%	22,0%
		% Toplam	16,0%	6,0%	22,0%
	2001 YTL ve üstü	Sayı	35	17	52
		% Gelir Grubu	67,3%	32,7%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	12,8%	15,7%	13,6%
		% Toplam	9,2%	4,5%	13,6%
Toplam		Sayı	274	108	382
		% Gelir Grubu	71,7%	28,3%	100,0%
		% Şifalı Bitki Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	71,7%	28,3%	100,0%

Örneklem grubumuzda, farklı gelir düzeyine sahip bireyler arasında rahatsızlık durumunda şifalı bitki kullanma yönünden oranların birbirine yakın olduğu görülmektedir (Tablo:138). Gelir düzeyi ile şifalı bitki kullanma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [$\chi^2 = 1,765$, $p > 0,05$].

7.4. Geleneksel İyileştiricilere Başvurma

Kökenini sihir, büyü ve otlardan yapılan ilaç tedavilerinden alan geleneksel iyileştiricilik çağlar boyunca hastalığın tedavisi için kazanılan bilgilerin babadan oğula, ustadan çırağa, yaşlıdan gence aktarılmasıyla gelişmiştir.³⁹⁴ İnsanların geleneksel iyileştiricilere başvurmasında pek çok etken rol oynayabilir. Geleneksel iyileştiricilere başvurma davranışı, bireyin sağlık problemine ve sosyo-kültürel donanımına bağlı olabileceği gibi sağlık güvencesinin olmaması, sağlık kuruluşlarına olan mesafe, hastaların sağlık kuruluşlarından yeterince yararlanmaları için gereken kolaylıkların sağlanmaması, hasta-hekim ilişkilerinde beklentilerin karşılanmaması gibi sağlık sisteminin işleyişiyle ilgili olumsuzluklardan da etkilenebilir.

³⁹⁴ Sezgin Kızılcelik, 1995a, **a.g.e.**, s. 74.

Tablo:139 Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmediği

	Sayı	Yüzde
Evet	76	19,9
Hayır	306	80,1
Toplam	382	100,0

Örneklem grubumuzdaki bireylerin % 19,9'unun geleneksel iyileştiriciye gittiği, % 80,1'inin gitmediği tespit edilmiştir.

Yaşan ve Gürgen, Diyarbakır Devlet Hastanesi'nde yapmış oldukları araştırmada psikiyatri polikliniğine başvuranların % 58'inde, fizik tedavi polikliniğine başvuranların % 15'inde geleneksel yardım arama davranışı tespit etmişlerdir. Psikiyatri polikliniğine başvuran ve geleneksel yardım alanların hastalık nedenlerine ilişkin yorumlarının korku, cin-peri ve düşünme olduğunu; en çok başvurdukları yerlerin dini motif özellikleri olan kişi ve mekanlar; buralarda uygulanan tedavilerin ise muska, yatırda yatırma, özel yiyecek ve içecekler kullanma olduğunu saptamışlardır.³⁹⁵

Tablo:140 Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Hangi Rahatsızlık Nedeniyle Başvurduğu

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Kırık, çıkık/burkulma	60	15,7	78,9
Fizyolojik problemler	11	2,9	14,5
Ruhsal problemler	4	1,0	5,3
Cilt problemleri	1	,3	1,3
Toplam	76	19,9	100,0
Cevapsız	306	80,1	
Toplam	382	100,0	

Geleneksel iyileştiricilere gidenlerin en çok % 78,9 oranla kırık-çıkık, burkulma gibi nedenlerle başvurduğu, % 14,5'inin fitik, romatizma, sırt-bel ağrısı, mide problemleri gibi fizyolojik sorunlar nedeniyle, % 5,3'ünün korku hali, depresyon gibi ruhsal problemler nedeniyle başvurduğu saptanmıştır. Cilt problemleri içinde gösterilen bir kişi siğil tedavisi için gittiğini belirtmiştir (Tablo:140).

³⁹⁵ Aziz Yaşan ve Faruk Gürgen, **a.g.m.**, s. 22.

Tablo:141 Geleneksel İyileştiricinin Nasıl Bir Tedavi Uyguladığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Okuma	5	1,3	6,6
İlaç hazırlama	9	2,4	11,8
El manüplasyonu	59	15,4	77,7
Kirli kanı temizleme	1	,3	1,3
Doktora gönderdi	2	,5	2,6
Toplam	76	19,9	100
Cevapsız	306	80,1	
Toplam	382	100,0	

Geleneksel iyileştiriciye gidenlerin % 77,7'si geleneksel iyileştiricinin masaj, sarma, çekme, yerine yerleştirme gibi el manüplasyonuna dayalı uygulamalar yaptığını, % 11,8'i ilaç hazırladığını, % 6,6'sı birşeyler okuduğunu belirtirken, bir kişi de sülük yapııştırarak pis kanı çektiğini ifade etmiştir (Tablo:141). İlginç olan diğer bir bulgu da iki kişinin gittiği kırık-çıkıkçının kendilerini doktora sevketmesidir.

Tablo:142 Geleneksel İyileştiricinin Rahatsızlığını İyileştirip İyileştirmediği

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Evet	47	12,3	61,8
Hayır	29	7,6	38,2
Toplam	76	19,9	100
Cevapsız	306	80,1	
Toplam	382	100,0	

Geleneksel iyileştiriciye gidenlerin % 61,8'i geleneksel iyileştiricinin rahatsızlığını iyileştirdiğini, % 38,2'si iyileştiremediğini ifade etmiştir (Tablo:142).

Tablo:143 Modern Tıbbi Tedaviden Yanıt Alamadığında Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmeyeceği

	Sayı	Yüzde
Evet	87	22,8
Hayır	295	77,2
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 22,8'i modern tıbbi tedaviden olumlu yanıt alamadığında geleneksel iyileştiriciye gidebileceğini % 77,2'si gitmeyeceğini ifade etmiştir

Tablo:144 Geleneksel İyileştiriciyi Ne Tür Rahatsızlıklarda Tercih Edeceği

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Kırık, çıkık ve burkulma	60	15,7	69,0
Fizyolojik rahatsızlıklar	3	,8	3,4
Ruhsal rahatsızlıklar	3	,8	3,4
Tıbbın tedavi edemediği hastalıklar	20	5,2	23,0
Diğer	1	,3	1,2
Toplam	87	22,8	100
Cevapsız	295	77,2	
Toplam	382	100,0	

Modern tıbbi tedaviden yanıt alamadığında geleneksel iyileştiriciyi tercih edebileceğini belirtenlerin % 69'u kırık, çıkık ve burkulma durumunda, % 23'ü tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda, % 3,4'ü fizyolojik hastalıklar ve % 3,4'ü ruhsal rahatsızlıklarda geleneksel iyileştiriciye gidebileceğini belirtmiştir (Tablo:144).

Tablo:145 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmediği

			Geleneksel İyileştiriciye Gitme Durumu		Toplam
			Evett	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	55	231	286
		% Cinsiyet	19,2%	80,8%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	72,4%	75,5%	74,9%
		% Toplam	14,4%	60,5%	74,9%
	Erkek	Sayı	21	75	96
		% Cinsiyet	21,9%	78,1%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	27,6%	24,5%	25,1%
		% Toplam	5,5%	19,6%	25,1%
Toplam		Sayı	76	306	382
		% Cinsiyet	19,9%	80,1%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	19,9%	80,1%	100,0%

Cinsiyet ile geleneksel iyileştiriciye gitme ilişkisinin incelendiği tabloya göre kadınların % 19,2'sinin, erkeklerin ise % 21,9'unun geleneksel iyileştiriciye gittiği görülmektedir (Tablo:145). Kadınlar ve erkekler arasında geleneksel iyileştiriciye gitme yönünden gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2= 0,315$, $p>0,05$].

Tablo:146 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmediği

			Geleneksel İyileştiriciye Gitme		Toplam
			Evet	Hayır	
Yaş Grubu	20-29 Yaş	Sayı	12	54	66
		% Yaş Grubu	18,2%	81,8%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	15,8%	17,6%	17,3%
		% Toplam	3,1%	14,1%	17,3%
	30-39 Yaş	Sayı	14	98	112
		% Yaş Grubu	12,5%	87,5%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	18,4%	32,0%	29,3%
		% Toplam	3,7%	25,7%	29,3%
	40-49 Yaş	Sayı	23	79	102
		% Yaş Grubu	22,5%	77,5%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	30,3%	25,8%	26,7%
		% Toplam	6,0%	20,7%	26,7%
	50 Yaş ve üstü	Sayı	27	75	102
		% Yaş Grubu	26,5%	73,5%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	35,5%	24,5%	26,7%
		% Toplam	7,1%	19,6%	26,7%
Toplam		Sayı	76	306	382
		% Yaş Grubu	19,9%	80,1%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	19,9%	80,1%	100,0%

Yaş grupları ile geleneksel iyileştiriciye başvurma ilişkisinin incelendiği tabloya bakıldığında, geleneksel iyileştiriciye gidenlerin en fazla % 35,5 oranla 50 yaş ve üstü grupta yoğunlaştığı görülmektedir. Geleneksel iyileştiriciye gidenler arasında 50 yaş ve üzerindeki % 30,3 oranla 40-49 yaş grubu izlemektedir (Tablo:146). Örneklem grubumuzda yaşlıların geleneksel iyileştiricileri daha fazla tercih ettiği söylenebilirse de gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2= 7,183$, $p>0,05$].

Eğitim düzeyi ile geleneksel iyileştiriciye gitme ilişkisinin incelendiği tabloya göre, eğitim düzeyi düşük olanların % 23,2'sinin, eğitim düzeyi orta olanların % 19,5'inin, eğitim düzeyi yüksek olanların % 12,7'sinin geleneksel iyileştiriciye gittiği görülmektedir (Tablo:147). Örneklem grubunda eğitim düzeyi arttıkça geleneksel iyileştiriciye gitme oranlarında bir azalma görülmekte ise de gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2= 3,909$, $p>0,05$].

Tablo:147 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmediği

			Geleneksel İyileştiriciye Gitme		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	43	142	185
		% Eğitim Düzeyi	23,2%	76,8%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	56,6%	46,4%	48,4%
		% Toplam	11,3%	37,2%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	23	95	118
		% Eğitim Düzeyi	19,5%	80,5%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	30,3%	31,0%	30,9%
		% Toplam	6,0%	24,9%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	10	69	79
		% Eğitim Düzeyi	12,7%	87,3%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	13,2%	22,5%	20,7%
		% Toplam	2,6%	18,1%	20,7%
Toplam		Sayı	76	306	382
		% Eğitim Düzeyi	19,9%	80,1%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	19,9%	80,1%	100,0%

Tablo:148 Gelir Düzeyine Göre Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmediği

			Geleneksel İyileştiriciye Gitme		Toplam
			Evet	Hayır	
Gelir Grubu	100-500 YTL	Sayı	22	59	81
		% Gelir Grubu	27,2%	72,8%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	28,9%	19,3%	21,2%
		% Toplam	5,8%	15,4%	21,2%
	501-1000 YTL	Sayı	33	132	165
		% Gelir Grubu	20,0%	80,0%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	43,4%	43,1%	43,2%
		% Toplam	8,6%	34,6%	43,2%
	1001-2000 YTL	Sayı	15	69	84
		% Gelir Grubu	17,9%	82,1%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	19,7%	22,5%	22,0%
		% Toplam	3,9%	18,1%	22,0%
	2001 YTL ve üstü	Sayı	6	46	52
		% Gelir Grubu	11,5%	88,5%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	7,9%	15,0%	13,6%
		% Toplam	1,6%	12,0%	13,6%
Toplam		Sayı	76	306	382
		% Gelir Grubu	19,9%	80,1%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	19,9%	80,1%	100,0%

Tabloya bakıldığında, gelir grupları arasında en çok 100-500 YTL gelir grubunda bulunanların % 27,2 oranla geleneksel iyileştiriciye başvurduğu görülmektedir (Tablo:148). Bulgularımıza göre düşük gelir grubundakilerin

geleneksel iyileştiriciye daha fazla başvurma eğiliminde olduğu söylenebilirse de, gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2= 5,181$, $p>0,05$].

Tablo:149 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiriciye Gidip Gitmediği

			Geleneksel İyileştiriciye Gitme		Toplam
			Evett	Hayır	
Doğum Yeri	İl Merkezi	Sayı	20	124	144
		% Doğum Yeri	13,9%	86,1%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	26,3%	40,5%	37,7%
		% Toplam	5,2%	32,5%	37,7%
	İlçe	Sayı	16	67	83
		% Doğum Yeri	19,3%	80,7%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	21,1%	21,9%	21,7%
		% Toplam	4,2%	17,5%	21,7%
	Köy	Sayı	40	115	155
		% Doğum Yeri	25,8%	74,2%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	52,6%	37,6%	40,6%
		% Toplam	10,5%	30,1%	40,6%
Toplam		Sayı	76	306	382
		% Doğum Yeri	19,9%	80,1%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	19,9%	80,1%	100,0%

Doğum yeri ile geleneksel iyileştiriciye başvurma ilişkisinin incelendiği tabloya bakıldığında doğum yeri köy olanların % 25,8'inin, doğum yeri ilçe olanların % 19,3'ünün, doğum yeri il merkezi olanların % 13,9'unun geleneksel iyileştiriciye gittiği görülmektedir (Tablo:149). Örneklem grubumuzda doğum yeri farklı olan bireyler arasında geleneksel iyileştiriciye başvurma yönünden farklılık vardır [$\chi^2= 6,678$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre kırsal kökenliler geleneksel iyileştiricileri daha fazla tercih etmektedir.

Kırsal kesimde sosyal olanakların yetersiz olması nedeniyle eğitim düzeyi daha düşüktür ve bunun sonucu burada yaşayanların hayatlarında din daha başattır. Kırsal kökenliler arasında dini kültürün bir sonucu olarak geleneksel iyileştiricilerin tercih edilmesi daha muhtemeldir.

Tablo:150 Dini İbadetleri Yerine Getirip Getirmemelerine Göre Görüşülenlerin Geleneksel İyileştiricilere Başvurma Durumu

			Geleneksel İyileştiriciye Gitme		Toplam
			Evet	Hayır	
Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumu	Tam Olarak Yerine Getirenler	Sayı	32	83	115
		% Dini Uyg. Yapma	27,8%	72,2%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	42,1%	27,1%	30,1%
		% Toplam	8,4%	21,7%	30,1%
	Arasıra Yerine Getirenler	Sayı	41	202	243
		% Dini Uyg. Yapma	16,9%	83,1%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	53,9%	66,0%	63,6%
		% Toplam	10,7%	52,9%	63,6%
	Hiç Yerine Getirmeyenler	Sayı	3	21	24
		% Dini Uyg. Yapma	12,5%	87,5%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	3,9%	6,9%	6,3%
		% Toplam	,8%	5,5%	6,3%
Toplam		Sayı	76	306	382
		% Dini Uyg. Yapma	19,9%	80,1%	100,0%
		% Gel. İyileşt. Gitme.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	19,9%	80,1%	100,0%

Dini ibadetleri yerine getirme durumuna göre görüşülenlerin geleneksel iyileştiricilere gidip gitmedikleri incelendiğinde, dini ibadetleri tam olarak yerine getirenlerin % 27,8'inin, arasıra yerine getirenlerin % 16,9'unun, yerien getirmeyenlerin % 12,3'ünün geleneksel iyileştiriciye gittiği görülmektedir (Tablo:150). Örneklem grubumuzda, dini ibadetleri yerine getirme durumu ile geleneksel iyileştiriciye başvurma arasında ilişki vardır [$\chi^2= 6,755$, $p<0,05$].

Ancak, dini ibadetleri hiç yerine getirmediğini ifade edenlerin bulunduğu satırda 5'ten küçük beklenen değer olduğundan dolayı, iki ve üçüncü satırların birleştirilmesiyle yeniden Ki-Kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda dini ibadetlerini tam olarak yerine getirenler ile arasıra yerine getirenler/yerine getirmeyenler arasında geleneksel iyileştiricilere başvurma bakımından gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$\chi^2= 6,493$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre dini ibadetleri tam olarak yerine getirenler geleneksel iyileştiricileri daha fazla tercih etmektedir.

**Tablo: 151 Geleneksel İyileştiriciye Gidenlerin Hangi Nedenle Gittiği,
Geleneksel İyileştiricinin Hastalığını İyileştirip İyileştirmediği ve Hangi
Hastalıklarda Tercih Edeceği İlişkisi**

			Geleneksel İyileştiriciyi Hangi Hastalıklarda Tercih Eder						Toplam
Gitme Nedeni	Gel. İyi Hast.nı İyileştir miş mi?		Tedavisi mümkün olmayan hast.	Kırık-Çıkık/ Burk.	Fiziksel Hast.	Ruhsal Hast.	Cilt Hast.	Hiç gitmez	
Kırık-Çıkık/ Burk.	Evet	Sayı	0	40				0	40
		% Hast. İyileştirme	,0%	100,0%				,0%	100,0%
		% Hangi H. Tercih	,0%	72,7%				,0%	66,7%
		% Toplam	,0%	66,7%				,0%	66,7%
	Hayır	Sayı	3	15				2	20
		% Hast. İyileştirme	15,0%	75,0%				10,0%	100,0%
		% Hangi H. Tercih	100,0%	27,3%				100,0%	33,3%
		% Toplam	5,0%	25,0%				3,3%	33,3%
	Toplam	Sayı	3	55				2	60
		% Hast. İyileştirme	5,0%	91,7%				3,3%	100,0%
		% Hangi H. Tercih	100,0%	100,0%				100,0%	100,0%
		% Toplam	5,0%	91,7%				3,3%	100,0%
Fizyolojik Hast.	Evet	Sayı	0	2	3				5
		% Hast. İyileştirme	,0%	40,0%	60,0%				100,0%
		% Hangi H. Tercih	,0%	40,0%	100,0%				45,5%
		% Toplam	,0%	18,2%	27,3%				45,5%
	Hayır	Sayı	3	3	0				6
		% Hast. İyileştirme	50,0%	50,0%	,0%				100,0%
		% Hangi H. Tercih	100,0%	60,0%	,0%				54,5%
		% Toplam	27,3%	27,3%	,0%				54,5%
	Toplam	Sayı	3	5	3				11
		% Hast. İyileştirme	27,3%	45,5%	27,3%				100,0%
		% Hangi H. Tercih	100,0%	100,0%	100,0%				100,0%
		% Toplam	27,3%	45,5%	27,3%				100,0%
Ruhsal Hast.	Evet	Sayı	0			1			1
		% Hast. İyileştirme	,0%			100,0%			100,0%
		% Hangi H. Tercih	,0%			33,3%			25,0%
		% Toplam	,0%			25,0%			25,0%
	Hayır	Sayı	1		2				3
		% Hast. İyileştirme	33,3%		66,7%				100,0%
		% Hangi H. Tercih	100,0%		66,7%				75,0%
		% Toplam	25,0%		50,0%				75,0%
	Toplam	Sayı	1		3				4
		% Hast. İyileştirme	25,0%		75,0%				100,0%
		% Hangi H. Tercih	100,0%		100,0%				100,0%
		% Toplam	25,0%		75,0%				100,0%
Cilt Hast.	Evet	Sayı					1		1
		% Hast. İyileştirme					100,0%		100,0%
		% Hangi H. Tercih					100,0%		100,0%
		% Toplam					100,0%		100,0%
Hiç Gitmemiş		Sayı	13					293	306
		% Hast. İyileştirme	4,2%					95,8%	100,0%
		% Hangi H. Tercih	100,0%					100,0%	100,0%
		% Toplam	4,2%					95,8%	100,0%

Tabloya bakıldığında kırık, çıkık ve burkulma nedeniyle geleneksel iyileştiriciye gidenlerden, geleneksel iyileştiricinin hastalığını iyileştirmediğini ifade edenlerin % 75'i tekrar kırık, çıkık ve burkulma durumunda geleneksel iyileştiriciyi tercih edebileceğini belirtmiştir (Tablo:151).

Türkdoğan, Ilıca Kasabasında yaptığı araştırmada halkın geleneksel tedaviden olumlu sonuç alamadığında, bu durumu tedavinin başarısızlığına bağlamadığını, dinsel inançları doğrultusunda bazı değerlendirmeler yaptığını belirtmektedir.³⁹⁶ Çalışmamızda da hastalığını iyileştirmediği halde tekrar aynı nedenle geleneksel iyileştiriciyi tercih edeceklerini ifade edenlerin aynı tutum içinde oldukları söylenebilir.

Tablo:152 Görüşülenlerin Sağlık Amacıyla Yatır/Türbe Ziyareti Yapıp Yapmadığı

	Sayı	Yüzde
Evet	32	8,4
Hayır	350	91,6
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 8,4'ü sağlık amacıyla yatır/türbe ziyareti yapmış, % 91,6'sı yapmamıştır (Tablo:152).

Tablo:153 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Sağlık Amacıyla Yatır/Türbe Ziyareti Yapıp Yapmadığı

			Sağlık Amacıyla Yatır- Türbe Ziyareti Yapma		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	24	161	185
		% Eğitim Düzeyi	13,0%	87,0%	100,0%
		% Yatır-türbe Ziy.	75,0%	46,0%	48,4%
		% Toplam	6,3%	42,1%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	6	112	118
		% Eğitim Düzeyi	5,1%	94,9%	100,0%
		% Yatır-türbe Ziy.	18,8%	32,0%	30,9%
		% Toplam	1,6%	29,3%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	2	77	79
		% Eğitim Düzeyi	2,5%	97,5%	100,0%
		% Yatır-türbe Ziy.	6,3%	22,0%	20,7%
		% Toplam	,5%	20,2%	20,7%
Toplam		Sayı	32	350	382
		% Eğitim Düzeyi	8,4%	91,6%	100,0%
		% Yatır-türbe Ziy.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	8,4%	91,6%	100,0%

Eğitim düzeyine göre görüşülenlerin sağlık amacıyla yatır/türbe ziyareti yapıp yapmadıkları incelendiğinde, eğitim düzeyi düşük olanların % 12,4'ünün, eğitim

³⁹⁶ Türkdoğan, a.g.e., s. 46.

düzeyi orta olanların % 5,9'unun, eğitim düzeyi yüksek olanların % 2,6'sının sağlık amaçlı yatır/türbe ziyareti yaptığı görülmektedir (Tablo:153). Örneklem grubumuzda eğitim düzeyleri farklı bireyler arasında sağlık amacıyla yatır/türbe ziyareti yapma yönünden farklılık vardır [$\chi^2= 10,275$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre eğitim düzeyi düşük olanlar sağlık amaçlı yatır-türbe ziyareti yapmayı daha fazla tercih etmektedirler.

Tablo:154 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Sağlık Amacıyla Yatır/Türbe Ziyareti Yapıp Yapmadığı

			Sağlık Amacıyla Yatır- Türbe Ziyareti Yapma		Toplam
			Evet	Hayır	
Doğum Yeri	İl Merkezi	Sayı	5	139	144
		% Doğum Yeri	3,5%	96,5%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziy.	15,6%	39,7%	37,7%
		% Toplam	1,3%	36,4%	37,7%
	İlçe	Sayı	8	75	83
		% Doğum Yeri	9,6%	90,4%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziy.	25,0%	21,4%	21,7%
		% Toplam	2,1%	19,6%	21,7%
	Köy	Sayı	19	136	155
		% Doğum Yeri	12,3%	87,7%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziy.	59,4%	38,9%	40,6%
		% Toplam	5,0%	35,6%	40,6%
Toplam		Sayı	32	350	382
		% Doğum Yeri	8,4%	91,6%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziy.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	8,4%	91,6%	100,0%

İnsanların doğup büyüdüğü yer insanların dünya görüşlerini, yaşam tarzlarını, sağlık ve hastalığı algılama ve değerlendirme biçimlerini, sağlık ve hastalık karşısındaki tutum ve davranışlarını belirleyen önemli faktörlerden biridir.

Doğum yeri ile sağlık amacıyla yatır/türbe ziyareti yapma ilişkisinin incelendiği tabloya bakıldığında, il merkezinde doğanların % 3,5'inin, ilçede doğanların % 9,6'sının, köyde doğanların % 12,3'ünün sağlık amacıyla yatır/türbe ziyareti yaptığı görülmektedir (Tablo:154). Örneklem grubumuzda doğum yeri farklı bireyler arasında sağlık amaçlı yatır/türbe ziyareti yapma bakımından farklılık vardır [$\chi^2= 7,727$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre kentsel kökenli bireyler sağlık amacıyla yatır-türbe ziyareti yapmayı daha az tercih etmektedirler.

Tablo:155 Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumuna Göre Görüşülenlerin Sağlık Amacıyla Yatır/Türbe Ziyareti Yapıp Yapmadığı

			Sağlık Amacıyla Yatır- Türbe Ziyareti Yapmış mı?		Toplam
			Evet	Hayır	
Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumu	Tam Olarak Yerine Getirenler	Sayı	18	97	115
		% Dini İbadet Yapma	15,7%	84,3%	100,0%
		% Yatır-türbe Ziyareti	56,3%	27,7%	30,1%
		% Toplam	4,7%	25,4%	30,1%
	Arasıra Yerine Getirenler	Sayı	13	230	243
		% Dini İbadet Yapma	5,3%	94,7%	100,0%
		% Yatır-türbe Ziyareti	40,6%	65,7%	63,6%
		% Toplam	3,4%	60,2%	63,6%
	Yerine Getirmeyenler	Sayı	1	23	24
		% Dini İbadet Yapma	4,2%	95,8%	100,0%
		% Yatır-türbe Ziyareti	3,1%	6,6%	6,3%
		% Toplam	,3%	6,0%	6,3%
Toplam		Sayı	32	350	382
		% Dini İbadet Yapma	8,4%	91,6%	100,0%
		% Yatır-türbe Ziyareti	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	8,4%	91,6%	100,0%

Dini ibadetleri yerine getirme durumuna göre görüşülenlerin sağlık amacıyla yatır-türbe ziyareti yapma durumları incelendiğinde, dini ibadetleri tam olarak yerine getirenlerin % 15,7'sinin, arasıra yerine getirenlerin % 5,3'ünün, hiç yerine getirmeyenlerin % 4,2'sinin sağlık amacıyla yatır veya türbe ziyareti yaptığı görülmektedir (Tablo:155). Örneklem grubumuzda dini ibadetleri yerine getirme durumu ile sağlık amaçlı yatır-türbe ziyareti yapma arasında ilişki vardır [$\chi^2=11,386$, $p<0,05$].

Ancak, dini ibadetleri hiç yerine getirmediğini ifade edenlerin bulunduğu satırda, bir gözde 5'ten küçük beklenen değer olduğundan dolayı, iki ve üçüncü satırlar birleştirilerek yeniden Ki-Kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda dini ibadetlerini tam olarak yerine getirenler ile arasıra yerine getirenler/yerine getirmeyenler arasında sağlık amaçlı yatır-türbe ziyareti yapma bakımından gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [$\chi^2=11,346$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre dini ibadetleri tam olarak yapanlar sağlık amaçlı yatır-türbe ziyaretlerini daha fazla tercih etmektedir.

8. DİNİ İNANÇ VE UYGULAMALAR

Kuramsal çerçeve kısmında belirtildiği üzere din ve sağlık ilişkisi üzerine yapılan pek çok araştırma dini inanç ve uygulamalar ile sağlık arasında yakın bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Dini inançların sağlığa zararlı davranışları engellediği, gönül rahatlığı sağlayarak ruh sağlığına katkıda bulunduğu; dini bayramlar, zekat, camiye gitme gibi uygulamaların toplumsal bağlılığı güçlendirdiği; namaz, abdest ve dua etme gibi dini pratiklerin fiziksel sağlığa olumlu katkıda bulunduğu belirtilmektedir.

Tablo:156 Görüşülenlerin Dini Uygulamaları Yerine Getirme Durumu

	Her zaman		Ara sıra		Hiçbir zaman		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kuran Okuma	94	24,6	134	35,1	154	40,3	382	100,0
Namaz kılma	179	46,9	145	38,0	58	15,2	382	100,0
Oruç tutma	308	80,6	51	13,4	23	6,0	382	100,0
Zekat verme	265	69,4	50	13,1	67	17,5	382	100,0
Kurban kesme	269	70,4	65	17,0	48	12,6	382	100,0
Cuma namazına gitme	54	14,1	21	5,5	307	80,4	382	100,0
Dini toplantılara katılma	20	5,2	52	13,6	310	81,2	382	100,0
Mevlüt okutma	8	2,1	125	32,7	249	65,2	382	100,0

Görüşülenlerin % 24,6'sı her gün düzenli olarak Kuran okuduğunu, % 35,1'i ara sıra okuduğunu, % 40,3'ü hiç okumadığını ifade etmiştir. Görüşülenlerin % 46,9'u her gün düzenli namaz kıldığını, % 38'i ara sıra kıldığını, % 15,2'si hiç kılmadığını ifade etmiştir. Oruç tutanların oranlarına baktığımızda, % 80,6'sının düzenli olarak tuttuğu, % 13,4'ünün ara sıra tuttuğu görülmektedir (Tablo:156).

Tablo:157 Hastalandığında Dini Duygularında Değişiklik Fark Etme

	Sayı	Yüzde
Evet	210	55,0
Hayır	172	45,0
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 55'i hastalandığında dini duygularında değişiklik olduğunu, % 45'i bir değişiklik olmadığını belirtmiştir (Tablo:157).

Tablo:158 Hastalandığında Dini Duygularında Ne Şekilde Değişiklik Olduğu

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Ölüm aklıma geliyor/ ölüm korkusu kaplıyor	61	16,0	29,0
Allah'a daha çok dua edip, namaz kılıyorum	62	16,2	29,5
Kendimi Allah'a daha yakın hissediyorum/ Dini duygularım yoğunlaşıyor	56	14,7	26,6
Sağlığın kıymetini anlayıp daha kötü olmadığımı için şükrediyorum	13	3,4	6,3
Hastalığı günahlarımın bedeli olarak düşünüyorum, suçluluk hissediyorum	15	3,9	7,2
Dini görevlerimi yerine getiremediğim için üzülüyorum	3	,8	1,4
Toplam	210	55,0	100,0
Cevapsız	172	45,0	
Toplam	382	100,0	

Hastalandığında dini duygularında değişiklik olduğunu belirtenlerin % 29'u ölüm korkusu hissettiğini, % 29,5', iyileşmek için Allah'a daha çok dua edip, daha çok namaz kıldığını, % 26,6'sı kendisini Allah'a daha yakın hissettiğini ve dini duygularının yoğunlaştığını, % 6,3'ü sağlıklı olmanın kıymetini anlayıp daha kötü olmadığı için şükrettiğini, % 7,2'si hastalığı günahlarının bedeli olarak düşünüp suçluluk hissettiğini ifade etmiştir (Tablo:158).

Tablo:159 Görüşülenlerin Dini İbadetler Esnasında Sağlıklı Kalmak İçin Dua Edip Etmediği

	Sayı	Yüzde
Evet	361	94,5
Hayır	21	5,5
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 94,5'i dini ibadetler sırasında sağlıklı kalmak için dua ettiğini, % 5,5'i dua etmediğini ifade etmiştir (Tablo:159).

Tablo:160 Görüşülenlere Göre Dini İnanç ve Uygulamaların Sağlık Açısından Yararının Olup Olmadığı

	Sayı	Yüzde
Evet	269	70,4
Hayır	113	29,6
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 70,4’ü dini inanç ve uygulamaların sağlık açısından yararlarının olduğunu, % 29,6’sı yararının olmadığını belirtmiştir (Tablo:160).

Tablo:161 Görüşülenlerin Dini İnanç ve Uygulamaların Sağlık Açısından Nasıl Bir Yarar Sağladığına İlişkin Düşünceleri

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Dini inançlar gönül rahatlığı sağlayarak ruh sağlığına olumlu katkıda bulunur	154	40,3	57,2
Dini ibadetler fiziksel sağlığa olumlu katkıda bulunur	73	19,1	27,1
Dini ibadetler ruhsal yönden rahatlatır	29	7,6	10,8
Dini yasaklar sağlığa zararlı davranışları engeller	4	1,0	1,5
Diğer	9	2,4	3,3
Toplam	269	70,4	100,0
Cevapsız	113	29,6	
Toplam	382	100,0	

Dini inanç ve uygulamaların sağlık açısından yararları olduğunu belirtenlerin % 57,2’si dini inançların gönül rahatlığı sağlayarak ruh sağlığına katkıda bulunduğunu; % 27,1’i abdest alma, namaz kılma ve oruç tutmanın fiziksel sağlığa olumlu katkıda bulunduğunu; % 10,8’i namaz kılma, Kuran okuma ve oruç tutmanın ruhsal yönden rahatlattığını, huzur verdiğini; % 1,5’i dini yasakların sağlığa zararlı davranışları engellediğini belirtmiştir (Tablo:161). Örneklem grubumuzda dini inanç ve ibadetlerin toplumsal bağlılığı güçlendirdiği ve sosyal sağlığa katkıda bulunduğunu belirten olmamıştır.

Tablo:162 Görüşülenlerin “Çocuk rızıkıyla gelir, kürtaj yaptırmak günahtır” Düşüncesine İlişkin Görüşleri

	Sayı	Yüzde
Fikrime uygun	225	58,9
Fikrime aykırı	99	25,9
Fikrim yok	58	15,2
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerden % 58,9’u “Çocuk rızıkıyla gelir, kürtaj yaptırmak günahtır” düşüncesinin fikrine uygun olduğunu, % 25,9’u fikrine aykırı olduğunu, % 15,2’si bu

konuda fikrinin olmadığını belirtmiştir (Tablo:162). Görüşmeler sırasında fikrine uygun olduğunu belirten iki kişi kürtaj yaptırdığını ifade etmiştir.

9. SAĞLIK VE HASTALIK DAVRANIŞI

9.1. Rahatsızlığı Algılama ve Yardım Arama

Bireyler bedeninde bir farklılık ya da bir rahatsızlık hissettiğinde sağlık ve hastalıkla ilgili deneyimlerine ve bilgilerine göre tepki vermektedir. Bir çok kişi sağlığındaki bozulma belirtilerini, belirtiler görünür hale gelinceye kadar tanımlayamayabilir. Bazı bireyler rahatsızlıklara karşı daha duyarlı olabilir, bedeninde ufak bir değişiklikte çare aramaya yönelir, bazıları ise görünür ve rahatsız edici hastalık belirtilerini deneyimlemesine rağmen çare aramayı geciktirir ya da rahatsızlığını kendi bildiği yöntemlerle tedavi etmeye çalışır.

Tablo:163 Görüşülenlerin Kendisini Hangi Durumda Doktora Gidecek Kadar Hasta Hissettiği

	Sayı	Yüzde
Ağrı, ateş, halsizlik vb. Hastalık belirtilerini gözlemlediğinde	133	34,8
Şiddetli ağrısı olduğunda	41	10,7
Günlük işlerini yapamadığında	23	6,0
Rahatsızlığı geçmiyor ve giderek şiddetleniyorsa	46	12,0
Yatağa düştüğünde	99	25,9
Ancak çok ciddi bir durum / Hayati tehlike olduğunu düşündüğünde	33	8,6
Cevapsız	7	1,8
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 34,8'i ağrı, ateş, halsizlik gibi hastalık belirtileri deneyimlediğinde, % 25,9'u yatağa düştüğünde, % 12'si rahatsızlığı geçmiyor ve giderek şiddetleniyorsa, % 10,7'si şiddetli ağrısı olduğunda, % 8,6'sı hayati tehlike ya da çok ciddi bir durum olduğunu düşündüğünde, % 6'sı günlük işlerini yapamadığında kendisini doktora gidecek kadar hasta hissettiğini ifade etmiştir (Tablo:163).

Tablo:164 Görüşülenlerin Bedeninde Rahatsızlık Hissettiğinde İlk Ne Yaptığı

	Sayı	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Sağlık kuruluşlarına gider	116	30,4	30,4
İstirahat eder, geçmesini bekler	195	51,0	81,4
Evdeki ilaçları kullanır	63	16,5	98,0
Eczaneden ilaç alır	2	,5	98,5
Şifalı bitkiler kullanır	2	,5	99,0
Diğer	4	1,0	100,0
Toplam	382	100,0	

Görüşülenlerin % 30,4'ü bedeninde rahatsızlık hissettiğinde ilk olarak sağlık kuruluşlarına gittiğini, % 51'i rahatsızlığın geçmesini beklediğini, % 16,5'i evdeki ilaçları kullandığını, % 0,5'i eczaneden ilaç aldığını, % 0,5'i şifalı bitkiler kullandığını ifade etmiştir (Tablo:164).

Örneklem grubumuzun yaklaşık % 70'i rahatsızlık hissettiğinde sağlık kuruluşlarına başvurmayıp, kendine rahatsızlığı değerlendirme için belli bir süre tanımaktadır. Bu sürede ya dinlenerek hastalığın geçmesini beklemekte ya da kendi kendini bildiği yöntemlerle tedavi etmeye çalışmaktadır.

Tablo:165 Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda Doktora/Sağlık Kuruluşuna Ne Kadar Süre Sonra Başvurduğu

	Sayı	Yüzde
Hemen gider	92	24,1
Birkaç gün bekler	205	53,7
Bir hafta sonra gider	10	2,6
Rahatsızlığın ciddiyetine göre hareket eder	72	18,8
Hiç gitmez	3	,8
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 53,7'si rahatsızlık hissettiğinde sağlık kuruluşuna gitmeden önce genellikle birkaç gün beklediğini, % 24,1'i hemen gittiğini, % 18,8'i rahatsızlığın derecesine göre hareket ettiğini, % 2,6'sı bir hafta sonra gittiğini, % 0,8'i de hiç gitmediğini belirtmiştir (Tablo:165).

Rahatsızlığın derecesine göre hareket ettiğini ifade edenler, hafif olarak nitelendirdikleri hastalık belirtilerini deneyimlediğinde başvuruyu geciktirip, ağır belirtilerle seyreden hastalıklarda sağlık kuruluşlarına daha çabuk

başvurabilmektedir. Bu kişilerin rahatsızlık durumunun derecesini değerlendirmek için yine de bir süre bekledikleri ve sağlık kuruluşlarına başvuruyu geciktirdikleri söylenebilir. Bu nedenle 167. tablodan 173. tabloya kadar rahatsızlığın ciddiyetine göre hareket ettiğini belirtenler “sağlık kuruluşlarına başvuruyu geciktirenler” içinde değerlendirilmiştir.

Tablo:166 Görüşülenlerin Doktora/Sağlık Kuruluşlarına Başvuruyu Geciktirme Nedeni

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Hastalığının ciddi olduğunu düşünmediğimden	69	18,1	23,8
Sağlık sigortam yok	6	1,6	2,0
Sağlık kuruluşlarına güvenmiyorum	4	1,0	1,4
Sağlık kuruluşları pahalı	5	1,3	1,7
Sağlık kuruluşu bulunduğum yere uzak	20	5,2	6,9
İşlemler uzun sürüyor ve zaman kaybı çok oluyor	151	39,5	52,0
İyi muamele görmediğimden gitmek istemiyorum	11	2,9	3,8
Doktordan korkuyorum	8	2,1	2,8
Hastane ortamı rahatsız ediyor/sıkıntı veriyor	12	3,1	4,2
Diğer	4	1,0	1,4
Toplam	290	75,9	100
Cevapsız	92	24,1	
Toplam	382	100,0	

Rahatsızlandığında sağlık kuruluşuna gitmeyen ya da gitmeyi geciktirenlerin gecikme nedenlerine bakıldığında, en çok % 52 oranla hastanedeki işlemlerin uzun sürmesi ve zaman kaybının çok olması nedeniyle geciktirdikleri, % 23,8 oranla rahatsızlığının ciddi olduğunu düşünmediğinden geciktirdikleri, % 6,9 oranla sağlık kuruluşunun bulunduğu yere uzak olmasından dolayı geciktirdikleri, % 4,2’sinin hastane ortamından rahatsız oldukları için geciktirdikleri görülmektedir. (Tablo:166).

Görüşülenlerin cinsiyetlerine göre rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına başvurma zamanının incelendiği tabloya bakıldığında, kadınların % 22,4’ünün hemen başvurduğu, % 77,6’sının başvuruyu geciktirdiği; erkeklerin ise % 29,2’sinin

hemen başvurduğu, % 70,8'inin başvuruyu geciktirdiği görülmektedir (Tablo:167). Kadınlar ve erkekler arasında sağlık kuruluşlarına başvurma zamanı yönünden gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2 = 1,812$, $p > 0,05$].

**Tablo:167 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda
Doktora/Sağlık Kuruluşuna Başvurma Zamanı**

			Cinsiyet		Toplam
			Kadın	Erkek	
Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Zamanı	Hemen Başvurur	Sayı	64	28	92
		% Dr.a Başvurma Zamanı	69,6%	30,4%	100,0%
		% Cinsiyet	22,4%	29,2%	24,1%
		% Toplam	16,8%	7,3%	24,1%
	Başvuruyu Geciktirir/ Hiç Gitmez	Sayı	222	68	290
		% Dr.a Başvurma Zamanı	76,6%	23,4%	100,0%
		% Cinsiyet	77,6%	70,8%	75,9%
		% Toplam	58,1%	17,8%	75,9%
Toplam		Sayı	286	96	382
		% Dr.a Başvurma Zamanı	74,9%	25,1%	100,0%
		% Cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	74,9%	25,1%	100,0%

**Tablo:168 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda
Doktora/Sağlık Kuruluşuna Başvurma Zamanı**

			Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Zamanı		Toplam
			Hemen Başvurur	Başvuruyu Geciktirir/ Hiç Gitmez	
Yaş Grubu	20-29 yaş	Sayı	20	46	66
		% Yaş Grubu	30,3%	69,7%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	21,7%	15,9%	17,3%
		% Toplam	5,2%	12,0%	17,3%
	30-39 yaş	Sayı	19	93	112
		% Yaş Grubu	17,0%	83,0%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	20,7%	32,1%	29,3%
		% Toplam	5,0%	24,3%	29,3%
	40-49 yaş	Sayı	21	81	102
		% Yaş Grubu	20,6%	79,4%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	22,8%	27,9%	26,7%
		% Toplam	5,5%	21,2%	26,7%
	50-59 yaş	Sayı	21	56	77
		% Yaş Grubu	27,3%	72,7%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	22,8%	19,3%	20,2%
		% Toplam	5,5%	14,7%	20,2%
60 yaş ve üstü	Sayı	11	14	25	
	% Yaş Grubu	44,0%	56,0%	100,0%	
	% Dr.a Başvurma Zamanı	12,0%	4,8%	6,5%	
	% Toplam	2,9%	3,7%	6,5%	
Toplam		Sayı	92	290	382
		% Yaş Grubu	24,1%	75,9%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	24,1%	75,9%	100,0%

Görüşülenlerin yaş gruplarına göre rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına başvurma zamanının incelendiği tabloya bakıldığında diğer yaş gruplarına göre 60 yaş ve üstündekilerin en çok % 44 oranla hemen başvurduğu, % 52'sinin başvuruyu geciktirdiği görülmektedir. Yaşlı grubu takiben 20-29 yaş grubundakilerin % 30,3 oranla hemen başvurduğu gözlenirken, orta yaş grubunun başvuruyu geciktirme eğiliminde olduğu görülmektedir (Tablo:168). Örneklem grubumuzda yaş grupları arasında rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına başvurma zamanı yönünden farklılık vardır [$\chi^2= 11,035$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre yaşlılar rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına daha çabuk başvurmaktadır.

Tablo:169 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda Doktora/Sağlık Kuruluşuna Başvurma Zamanı

			Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Zamanı		Toplam
			Hemen Başvurur	Başvuruyu Geciktirir/ Hiç Gitmez	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	46	139	185
		% Eğitim Düzeyi	24,9%	75,1%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	50,0%	47,9%	48,4%
		% Toplam	12,0%	36,4%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	30	88	118
		% Eğitim Düzeyi	25,4%	74,6%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	32,6%	30,3%	30,9%
		% Toplam	7,9%	23,0%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	16	63	79
		% Eğitim Düzeyi	20,3%	79,7%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	17,4%	21,7%	20,7%
		% Toplam	4,2%	16,5%	20,7%
Toplam		Sayı	92	290	382
		% Eğitim Düzeyi	24,1%	75,9%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	24,1%	75,9%	100,0%

Görüşülenlerin eğitim düzeylerine göre rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına başvurma zamanının incelendiği tabloya bakıldığında, eğitim düzeyi yüksek olanların % 79,7'sinin, eğitim düzeyi orta olanların % 74,6'sının, eğitim düzeyi düşük olanların % 75,1'inin rahatsızlık hissettiğinde sağlık kuruluşuna başvuruyu geciktirdiği görülmektedir (Tablo:169). Eğitim düzeyleri farklı bireyler arasında sağlık kuruluşuna başvurma zamanı bakımından gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2= 0,812$, $p>0,05$].

**Tablo:170 Mesleki Statülerine Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda
Doktora/Sağlık Kuruluşuna Başvurma Zamanı**

			Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Zamanı		Toplam
			Hemen Başvurur	Başvuruyu Geciktirir/ Hiç Gitmez	
Mesleki Statü	Profesyonel, Üst-Orta Düzey Yönetici	Sayı	2	4	6
		% Mesleki Statü	33,3%	66,7%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	2,2%	1,4%	1,6%
		% Toplam	,5%	1,0%	1,6%
	Yarı Profesyonel, Alt Düzey Yönetici	Sayı	9	43	52
		% Mesleki Statü	17,3%	82,7%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	9,8%	14,8%	13,6%
		% Toplam	2,4%	11,3%	13,6%
	Büro Çalışanı, Memur, Satış Elemanı	Sayı	3	20	23
		% Mesleki Statü	13,0%	87,0%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	3,3%	6,9%	6,0%
		% Toplam	,8%	5,2%	6,0%
	Küçük İşyeri Sahipleri	Sayı	2	11	13
		% Mesleki Statü	15,4%	84,6%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	2,2%	3,8%	3,4%
		% Toplam	,5%	2,9%	3,4%
	Vasıflı İşçi	Sayı	1	17	18
		% Mesleki Statü	5,6%	94,4%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	1,1%	5,9%	4,7%
		% Toplam	,3%	4,5%	4,7%
	Vasıfsız-Yarı Vasıflı İşçi	Sayı	6	19	25
		% Mesleki Statü	24,0%	76,0%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	6,5%	6,6%	6,5%
		% Toplam	1,6%	5,0%	6,5%
	İşsiz	Sayı	1	2	3
		% Mesleki Statü	33,3%	66,7%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	1,1%	,7%	,8%
		% Toplam	,3%	,5%	,8%
	Emekli	Sayı	15	14	29
		% Mesleki Statü	51,7%	48,3%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	16,3%	4,8%	7,6%
		% Toplam	3,9%	3,7%	7,6%
	Ev Hanımı	Sayı	52	159	211
		% Mesleki Statü	24,6%	75,4%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	56,5%	54,8%	55,2%
		% Toplam	13,6%	41,6%	55,2%
	Öğrenci	Sayı	1	1	2
		% Mesleki Statü	50,0%	50,0%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	1,1%	,3%	,5%
		% Toplam	,3%	,3%	,5%
Toplam		Sayı	92	290	382
		% Mesleki Statü	24,1%	75,9%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	24,1%	75,9%	100,0%

Sağlık kuruluşuna başvurma gereksinimiyle çekişen ihtiyaçların veya işlerin olması başvurunun gecikmesinde etkili olabilir. Mesleki statüyle bağlantılı olarak zaman ve para kaybı yaşayacaklarını düşünen bireyler, sağlık kuruluşuna başvuruyu geciktirebilirler. Aynı zamanda, işten uzaklaşmak isteyen bazı kişiler, hasta statüsüne girebilmek için hastalık belirtilerini görür görmez sağlık kuruluşlarına başvurabilirler.

Örneklem grubumuzda, en çok emekli olanlar % 51,7 oranla rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına hemen başvurduğunu belirtirken, en çok vasıflı işçiler % 94,4 oranla rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına başvuruyu geciktirdiklerini ifade etmişlerdir (Tablo:170).

Tablo:171 Gelir Durumuna Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda Doktora/Sağlık Kuruluşuna Başvurma Zamanı

			Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Zamanı		Toplam
			Hemen Başvurur	Başvuruyu Geciktirir/ Hiç Gitmez	
Gelir Grubu	100-500 YTL	Sayı	21	60	81
		% Gelir Grubu	25,9%	74,1%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	22,8%	20,7%	21,2%
		% Toplam	5,5%	15,7%	21,2%
	501-1000 YTL	Sayı	41	124	165
		% Gelir Grubu	24,8%	75,2%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	44,6%	42,8%	43,2%
		% Toplam	10,7%	32,5%	43,2%
	1001-2000 YTL	Sayı	21	63	84
		% Gelir Grubu	25,0%	75,0%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	22,8%	21,7%	22,0%
		% Toplam	5,5%	16,5%	22,0%
	2001 YTL ve üstü	Sayı	9	43	52
		% Gelir Grubu	17,3%	82,7%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	9,8%	14,8%	13,6%
		% Toplam	2,4%	11,3%	13,6%
Toplam		Sayı	92	290	382
		% Gelir Grubu	24,1%	75,9%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	24,1%	75,9%	100,0%

Örneklem grubumuzda, farklı gelir düzeyine sahip bireyler arasında rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına başvurma davranışı yönünden oranların birbirine yakın olduğu görülmektedir. Gelir düzeyi ile sağlık kuruluşuna başvurma zamanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [$X^2= 1,548$, $p>0,05$].

**Tablo:172 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda
Doktora/Sağlık Kuruluşuna Başvurma Zamanı**

			Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Zamanı		Toplam
			Hemen Başvurur	Başvuruyu Geciktirir/ Hiç Gitmez	
Doğum Yeri	İl merkezi	Sayı	34	110	144
		% Doğum yeri	23,6%	76,4%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	37,0%	37,9%	37,7%
		% Toplam	8,9%	28,8%	37,7%
	İlçe	Sayı	20	63	83
		% Doğum yeri	24,1%	75,9%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	21,7%	21,7%	21,7%
		% Toplam	5,2%	16,5%	21,7%
	Köy	Sayı	38	117	155
		% Doğum yeri	24,5%	75,5%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	41,3%	40,3%	40,6%
		% Toplam	9,9%	30,6%	40,6%
Toplam		Sayı	92	290	382
		% Doğum yeri	24,1%	75,9%	100,0%
		% Dr.a Başvurma Zamanı	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	24,1%	75,9%	100,0%

Görüşülenlerin doğum yerine göre rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına başvurma zamanının incelendiği tabloya göre, köyde doğanların % 75,5'inin, il merkezinde doğanların % 75,9'unun, ilçede doğanların % 76,4'ünün rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına başvuruyu geciktirdiği görülmektedir (Tablo:172). Doğum yeri farklı bireyler arasında rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına başvurma zamanı yönünden gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2 = 0,033$, $p > 0,05$].

Görüşülenlerin sahip olduğu sosyal güvence türüne göre sağlık kuruluşlarına başvurma zamanının incelendiği tabloya göre Emekli Sandığına mensup olanların % 79,7'sinin, SSK'ya mensup olanların % 72,4'ünün, Bağ-Kur'a mensup olanların % 69,9'unun, Yeşil Kart kapsamındakilerin % 75'inin rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına başvuruyu geciktirdiği görülmektedir. Özel sigorta kapsamındakilerin % 100'ünün, sağlık güvencesi olmayanların ise % 88,9'unun sağlık kuruluşlarına başvuruyu geciktirdiği görülmektedir (Tablo:173). Bulgularımıza göre sağlık güvencesi olmayanların sağlık güvencesi olanlara göre rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına daha geç başvurduğunu söyleyebiliriz.

Tablo:173 Sağlık Güvencesi Türüne Göre Görüşülenlerin Rahatsızlık Durumunda Doktora/Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Zamanı

			Doktora Başvurma Zamanı			Toplam
			Hemen Başvurur	Başvuruyu geciktirir	Hiç Gitmez	
Sağlık Güvencesi	Emekli Sandığı	Sayı	26	102	0	128
		% Sağlık Güvencesi	20,3%	79,7%	,0%	100,0%
		% Doktora Başvuru	28,3%	35,5%	,0%	33,5%
		% Toplam	6,8%	26,7%	,0%	33,5%
	SSK	Sayı	43	118	2	163
		% Sağlık Güvencesi	26,4%	72,4%	1,2%	100,0%
		% Doktora Başvuru	46,7%	41,1%	66,7%	42,7%
		% Toplam	11,3%	30,9%	,5%	42,7%
	Bağ-Kur	Sayı	21	51	1	73
		% Sağlık Güvencesi	28,8%	69,9%	1,4%	100,0%
		% Doktora Başvuru	22,8%	17,8%	33,3%	19,1%
		% Toplam	5,5%	13,4%	,3%	19,1%
	Özel Sigorta	Sayı	0	5	0	5
		% Sağlık Güvencesi	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		% Doktora Başvuru	,0%	1,7%	,0%	1,3%
		% Toplam	,0%	1,3%	,0%	1,3%
	Yeşil Kart	Sayı	1	3	0	4
		% Sağlık Güvencesi	25,0%	75,0%	,0%	100,0%
		% Doktora Başvuru	1,1%	1,0%	,0%	1,0%
		% Toplam	,3%	,8%	,0%	1,0%
	Sağlık Güvencesi Yok	Sayı	1	8	0	9
		% Sağlık Güvencesi	11,1%	88,9%	,0%	100,0%
		% Doktora Başvuru	1,1%	2,8%	,0%	2,4%
		% Toplam	,3%	2,1%	,0%	2,4%
Toplam		Sayı	92	287	3	382
		% Sağlık Güvencesi	24,1%	75,1%	,8%	100,0%
		% Doktora Başvuru	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	24,1%	75,1%	,8%	100,0%

Tablo:174 Görüşülenlerin Sağlık ya da Hastalıkla İlgili Bilgiye İhtiyacı Olduğunda Kime Danıştığı

	Sayı	Yüzde
Sağlık alanında çalışanlar	296	77,5
Ailesi	43	11,3
Kitap, ansiklopedi	20	5,2
Arkadaşlar	12	3,1
İnternet	8	2,1
Diğer	3	,9
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin sağlık ya da hastalıkla ilgili bilgiye ihtiyacı olduğunda % 77,5'inin sağlık alanında çalışanlara danıştığı, % 11,3'ünün ailesine danıştığı, % 5,2'sinin kitap ve ansiklopedilere, % 3,1'inin arkadaşlarına, % 2,1'inin internete başvurduğu görülmektedir (Tablo:174). Ailesine danışanlar arasında, ebeveynlerine danışanların yanı sıra çocukları büyük olup çocuklarına danışanlar da vardır.

9.2. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma

Bireyler sağlık hizmetlerine gereksinim duymalarına rağmen talepte bulunmayabilirler. Bunun nedeni bireysel olabileceği gibi sağlık sisteminin hastalar açısından düzenlenişine de bağlı olabilir. Sağlık güvencesinin olmaması, sağlık hizmeti ve ilaç giderlerini ödeme şekli, sağlık kuruluşlarının teknik donanımı, personelin niteliği vb. konularda yaşanan hoşnutsuzluklar bu talebi olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Tablo:175 Görüşülenlerin Hastalık Durumunda Hangi Sağlık Kuruluşunu Tercih Ettiği

	Sayı	Yüzde
Üniversite hastanesi	26	6,8
Devlet hastanesi	314	82,2
Özel hastane	9	2,4
Dr. Özel muayenehanesi	10	2,6
Sağlık ocağı	20	5,2
Diğer	3	,8
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 82,2'si hastalık durumunda devlet hastanesini tercih ederken, % 6,8'i üniversite hastanesini, % 5,2'si sağlık ocağını tercih ettiğini belirtmiştir (Tablo:175).

Örneklem grubumuzda devlet hastanesinin daha çok tercih edilmesinin nedeni Burdur'da üniversite hastanesinin ve donanımlı bir özel hastanenin olmamasına bağlanabilir. Burdur'da öncelikli olarak devlet hastanesini tercih edenlerin bir kısmının, özellikle ciddi bir hastalık tanısı durumunda Burdur'a yakın olan Isparta, Antalya ve Denizli'deki üniversite hastaneleri ile diğer özel hastanelere başvurdukları kanatındayız.

Görüşülenlerin hastane seçiminde dikkat ettikleri kriterler sorgulandığında % 17,8'i hastanenin güven vermesinin, % 14,9'u personelin ilgi göstermesinin, % 6'sı hastanede işlemlerin çabuk bitmesinin hastane tercihlerini etkilediğini ifade etmişlerdir. % 59,9'u ise seçme şansının olmadığını belirtmiştir (Tablo:176).

Tablo:176 Görüşülenlere Göre Hastane Tercihini Etkileyen Faktörler

	Sayı	Yüzde
Seçme Şansım Yok	229	59,9
Güven Vermesi	68	17,8
İşlemlerin Çabuk Bitmesi	23	6,0
Tavsiye Edilmesi	4	1,0
İlgi Gösterilmesi	57	14,9
Diğer	1	,3
Toplam	382	100,0

Tablo:177 Görüşülenlerin Düzenli Genel Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumu

	Sayı	Yüzde
Evet	65	17,0
Hayır	317	83,0
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 17'si düzenli olarak genel sağlık kontrolü yaptırdığını, % 83'ü yaptırmadığını ifade etmiştir (Tablo:177).

Tablo:178 Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptıranların Kontrol Sıklığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Ayda bir	1	,3	1,5	1,5
Üç ayda bir	5	1,3	7,7	9,2
Altı ayda bir	18	4,7	27,7	36,9
Yılda bir	36	9,4	55,4	92,3
İki yılda bir	4	1,0	6,2	98,5
Beş yılda bir	1	,3	1,5	100,0
Toplam	65	17,0	100,0	
Cevapsız	317	83,0		
Toplam	382	100,0		

Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların % 55,4'ü yılda bir kez, % 27,7'si altı ayda bir, % 7,7'si üç ayda bir, % 6,2'si iki yılda bir kez yaptırdığını ifade etmiştir (Tablo:178).

Tablo:179 Kronik Hastalık Varlığına Göre Görüşülenlerin Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırıp Yaptırmadığı

			Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırır mı		Toplam
			Evet	Hayır	
Kronik Hastalık Varlığı	Kronik Hastalığı Var	Sayı	38	93	131
		% Kronik Hastalık	29,0%	71,0%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	58,5%	29,3%	34,3%
		% Toplam	9,9%	24,3%	34,3%
	Kronik Hastalığı Yok	Sayı	27	224	251
		% Kronik Hastalık	10,8%	89,2%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	41,5%	70,7%	65,7%
		% Toplam	7,1%	58,6%	65,7%
Toplam		Sayı	65	317	382
		% Kronik Hastalık	17,0%	83,0%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	17,0%	83,0%	100,0%

Kronik hastalık varlığına göre görüşülenlerin düzenli olarak genel sağlık kontrolü yaptırma durumunun incelendiği tabloya göre, kronik hastalığı olanların % 29'unun, kronik hastalığı olmayanların ise % 10,8'inin düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı görülmektedir (Tablo:179). Kronik hastalık varlığı ile düzenli sağlık kontrolü yaptırma arasında anlamlı bir ilişki vardır [$X^2= 20,305$, $p<0,05$]. Örneklem grubumuzda kronik hastalığı olanların kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazla düzenli olarak genel sağlık kontrolü yaptırdığı söylenebilir.

Özellikle ilerleyen yaşla birlikte, bir hastalık durumu olmaksızın düzenli sağlık kontrollerinin yaptırılması; olası risklere karşı bireylerin bilgilendirilmesi, korunması ve gerekiyorsa yaşam tarzının düzenlenmesi açısından büyük bir öneme sahiptir. Ancak bireyler herhangi bir hastalık olmaksızın nadiren sağlık kontrolü yaptırmaktadır. Örneklem grubumuzda da kronik hastalığı olmayanların düzenli sağlık kontrolü yaptırma oranının çok düşük olduğu görülmektedir.

Kronik hastalık söz konusu olduğunda sağlık kontrolleri çok daha fazla önem kazanır. Örneklem grubumuzda kronik hastalığı olanların düzenli sağlık kontrolleri yaptırma oranı beklendiğinden düşük çıkmıştır (Tablo:180).

Kronik hastalık türüne göre düzenli olarak genel sağlık kontrolü yaptırma durumu incelendiğinde, özellikle düzenli sağlık kontrollerinin çok önemli olduğu kalp-damar hastalıkları ve metabolik hastalıklarda sağlık kontrolü oranlarının düşük olduğunu söyleyebiliriz. Kalp-damar hastalığı olduğunu belirtenlerin % 26,4'ünün

düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı, % 73,6'sının ise yaptırmadığı; metabolik hastalığı olanların % 37,5'inin düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı, % 62,5'inin yaptırmadığı görülmektedir. Nörolojik hastalığı olanların % 50'si düzenli sağlık kontrolü yaptırırken, ruhsal hastalığı olanların hiçbiri düzenli sağlık kontrollerine gitmediğini ifade etmiştir (Tablo:180).

Tablo:180 Kronik Hastalık Türüne Göre Görüşülenlerin Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırıp Yaptırmadığı

			Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırır mı		Toplam
			Evet	Hayır	
Kronik Hastalık Türü	Nörolojik Hastalıklar	Sayı	2	2	4
		% Kronik Hastalık	50,0%	50,0%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	3,1%	,6%	1,0%
		% Toplam	,5%	,5%	1,0%
	Ruhsal Hastalıklar	Sayı	0	7	7
		% Kronik Hastalık	,0%	100,0%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	,0%	2,2%	1,8%
		% Toplam	,0%	1,8%	1,8%
	Kalp-Damar Hastalıkları	Sayı	19	53	72
		% Kronik Hastalık	26,4%	73,6%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	29,2%	16,7%	18,8%
		% Toplam	5,0%	13,9%	18,8%
	Metabolik Hastalıklar	Sayı	6	10	16
		% Kronik Hastalık	37,5%	62,5%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	9,2%	3,2%	4,2%
		% Toplam	1,6%	2,6%	4,2%
	Pulmoner Hastalıklar	Sayı	1	2	3
		% Kronik Hastalık	33,3%	66,7%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	1,5%	,6%	,8%
		% Toplam	,3%	,5%	,8%
	Sindirim Sist. Hastalıkları	Sayı	0	4	4
		% Kronik Hastalık	,0%	100,0%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	,0%	1,3%	1,0%
		% Toplam	,0%	1,0%	1,0%
	İskelet-Kas Hastalıkları	Sayı	5	9	14
		% Kronik Hastalık	35,7%	64,3%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	7,7%	2,8%	3,7%
		% Toplam	1,3%	2,4%	3,7%
	Bağışıklık Sist. Hastalıkları	Sayı	5	4	9
		% Kronik Hastalık	55,6%	44,4%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	7,7%	1,3%	2,4%
		% Toplam	1,3%	1,0%	2,4%
Üreme Organlarının Hastalıkları	Sayı	0	2	2	
	% Kronik Hastalık	,0%	100,0%	100,0%	
	% Genel Sağlık Kont.	,0%	,6%	,5%	
	% Toplam	,0%	,5%	,5%	
Hastalık Yok	Sayı	27	224	251	
	% Kronik Hastalık	10,8%	89,2%	100,0%	
	% Genel Sağlık Kont.	41,5%	70,7%	65,7%	
	% Toplam	7,1%	58,6%	65,7%	
Toplam		Sayı	65	317	382
		% Kronik Hastalık	17,0%	83,0%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	17,0%	83,0%	100,0%

Tablo:181 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırıp Yaptırmadığı

			Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırır mı		Toplam
			Evet	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	50	236	286
		% Cinsiyet	17,5%	82,5%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	76,9%	74,4%	74,9%
		% Toplam	13,1%	61,8%	74,9%
	Erkek	Sayı	15	81	96
		% Cinsiyet	15,6%	84,4%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	23,1%	25,6%	25,1%
		% Toplam	3,9%	21,2%	25,1%
Toplam		Sayı	65	317	382
		% Cinsiyet	17,0%	83,0%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	17,0%	83,0%	100,0%

Cinsiyet ile düzenli genel sağlık kontrolü yaptırma ilişkisi incelendiğinde, kadınların % 17,5'inin, erkeklerin % 15,6'sının düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı görülmektedir (Tablo:181). Kadınların erkeklere göre düzenli sağlık kontrolü yaptırma oranının daha yüksek olduğu gözleniyorsa da, cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2 = 0,176$, $p > 0,05$].

Tablo:182 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırıp Yaptırmadığı

			Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırır mı		Toplam
			Evet	Hayır	
Yaş Grubu	20-29 Yaş	Sayı	7	59	66
		% Yaş Grubu	10,6%	89,4%	100,0%
		% Düzenli Sağlık Kontrolü	10,8%	18,6%	17,3%
		% Toplam	1,8%	15,4%	17,3%
	30-39 Yaş	Sayı	13	99	112
		% Yaş Grubu	11,6%	88,4%	100,0%
		% Düzenli Sağlık Kontrolü	20,0%	31,2%	29,3%
		% Toplam	3,4%	25,9%	29,3%
	40-49 Yaş	Sayı	18	84	102
		% Yaş Grubu	17,6%	82,4%	100,0%
		% Düzenli Sağlık Kontrolü	27,7%	26,5%	26,7%
		% Toplam	4,7%	22,0%	26,7%
	50-59 Yaş	Sayı	27	75	102
		% Yaş Grubu	26,5%	73,5%	100,0%
		% Düzenli Sağlık Kontrolü	41,5%	23,7%	26,7%
		% Toplam	7,1%	19,6%	26,7%
Toplam		Sayı	65	317	382
		% Yaş Grubu	17,0%	83,0%	100,0%
		% Düzenli Sağlık Kontrolü	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	17,0%	83,0%	100,0%

Yaş ile düzenli olarak genel sağlık kontrolü yaptıрма ilişkisinin incelendiği tabloya göre, 20-29 yaş grubundakilerin % 10,6'sı, 30-39 yaş grubundakilerin % 11,6'sı, 40-49 yaş grubundakilerin % 17,6'sı, 50-59 yaş grubundakilerin % 24,7'si, 60 yaş ve üstü bireylerin % 32'si düzenli sağlık kontrolü yaptırmaktadır (Tablo:182). Örneklem grubumuzda yaş grupları arasında düzenli sağlık kontrolüne gitme yönünden farklılık vardır [$X^2= 10,727$, $p<0,05$]. Yaş arttıkça düzenli olarak genel sağlık kontrolü yaptıрма eğilimi artmaktadır.

Tablo:183 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırıp Yaptırmadığı

			Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırır mı		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	29	156	185
		% Eğitim Düzeyi	15,7%	84,3%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	44,6%	49,2%	48,4%
		% Toplam	7,6%	40,8%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	15	103	118
		% Eğitim Düzeyi	12,7%	87,3%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	23,1%	32,5%	30,9%
		% Toplam	3,9%	27,0%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	21	58	79
		% Eğitim Düzeyi	26,6%	73,4%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	32,3%	18,3%	20,7%
		% Toplam	5,5%	15,2%	20,7%
Toplam		Sayı	65	317	382
		% Eğitim Düzeyi	17,0%	83,0%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	17,0%	83,0%	100,0%

Eğitim durumu ve genel sağlık kontrolü yaptıрма ilişkisinin incelendiği tabloya göre, eğitim düzeyi düşük olanların % 15,7'sinin, eğitim düzeyi orta olanların % 12,7'sinin, eğitim düzeyi yüksek olanların % 26,6'sının düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı görülmektedir (Tablo:183). Eğitim düzeyleri arasında düzenli genel sağlık kontrolü yaptıрма yönünden farklılık vardır [$X^2= 6,903$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre eğitim düzeyi yüksek olanların daha fazla genel sağlık kontrolü yaptırdığını söyleyebiliriz.

Tablo:184 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırıp Yaptırmadığı

			Düzenli Olarak Genel Sağlık Kontrolü Yaptırır mı		Toplam
			Evet	Hayır	
Doğum Yeri	İl Merkezi	Sayı	22	122	144
		% Doğum Yeri	15,3%	84,7%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	33,8%	38,5%	37,7%
		% Toplam	5,8%	31,9%	37,7%
	İlçe	Sayı	16	67	83
		% Doğum Yeri	19,3%	80,7%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	24,6%	21,1%	21,7%
		% Toplam	4,2%	17,5%	21,7%
	Köy	Sayı	27	128	155
		% Doğum Yeri	17,4%	82,6%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	41,5%	40,4%	40,6%
		% Toplam	7,1%	33,5%	40,6%
Toplam		Sayı	65	317	382
		% Doğum Yeri	17,0%	83,0%	100,0%
		% Genel Sağlık Kont.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	17,0%	83,0%	100,0%

Doğum yeri ve düzenli olarak genel sağlık kontrolü yaptırma ilişkisi incelendiğinde il merkezinde doğanların % 15,3'ünün, ilçede doğanların % 19,3'ünün, köyde doğanların % 17,4'ünün düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı görülmektedir (Tablo:184). Doğum yeri farklı bireyler arasında düzenli sağlık kontrolü yaptırma yönünden gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2 = 0,627$, $p > 0,05$].

Görüşülenlerin sahip olduğu sağlık güvencesi türüne göre düzenli sağlık kontrollerine gitme durumu incelendiğinde, Emekli Sandığı'na mensup olanların % 29'unun, SSK'ya bağlı olanların % 11'inin, Bağ-Kur kapsamında olanların % 11'inin düzenli sağlık kontrolü yaptırdığı, Özel Sigorta, Yeşil Kart sahibi olanların ve sağlık güvencesi olmayanların ise hastalanmaksızın genel sağlık kontrolü yaptırmadığı görülmektedir (Tablo:185). Sosyal güvence türüne göre düzenli sağlık kontrolü yaptırma davranışı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Bulgularımıza göre Emekli Sandığına mensup olanlar arasında düzenli genel sağlık kontrolü yaptırma eğilimi daha fazla iken Yeşil Kartlılar ve sağlık güvencesi olmayanlar arasında düşüktür.

Tablo:185 Sosyal Güvence Türüne Göre Görüşülenlerin Düzenli Sağlık Kontrolleri Yaptırıp Yaptırmadığı

			Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırır mı		Toplam
			Evet	Hayır	
Sağlık Güvencesi	Emekli Sandığı	Sayı	40	98	138
		% Sağlık güvencesi	29,0%	71,0%	100,0%
		% Düzenli sağlık kontrolü	61,5%	30,9%	36,1%
		% Toplam	10,5%	25,7%	36,1%
	SSK	Sayı	17	138	155
		% Sağlık güvencesi	11,0%	89,0%	100,0%
		% Düzenli sağlık kontrolü	26,2%	43,5%	40,6%
		% Toplam	4,5%	36,1%	40,6%
	Bağ-Kur	Sayı	8	65	73
		% Sağlık güvencesi	11,0%	89,0%	100,0%
		% Düzenli sağlık kontrolü	12,3%	20,5%	19,1%
		% Toplam	2,1%	17,0%	19,1%
	Özel Sigorta	Sayı	0	3	3
		% Sağlık güvencesi	,0%	100,0%	100,0%
		% Düzenli sağlık kontrolü	,0%	,9%	,8%
		% Toplam	,0%	,8%	,8%
	Yeşil Kart	Sayı	0	4	4
		% Sağlık güvencesi	,0%	100,0%	100,0%
		% Düzenli sağlık kontrolü	,0%	1,3%	1,0%
		% Toplam	,0%	1,0%	1,0%
Sağlık Güvencesi Yok	Sayı	0	9	9	
	% Sağlık güvencesi	,0%	100,0%	100,0%	
	% Düzenli sağlık kontrolü	,0%	2,8%	2,4%	
	% Toplam	,0%	2,4%	2,4%	
Toplam		Sayı	65	317	382
		% Sağlık güvencesi	17,0%	83,0%	100,0%
		% Düzenli sağlık kontrolü	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	17,0%	83,0%	100,0%

Tablo:186 Çocuğu Olanların Küçük Çocukları Hasta Olmadan Kontrol Amacıyla Doktora/Sağlık Kuruluşuna Götürüp Götürmediği

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Evet	99	25,9	47,4
Hayır	110	28,8	52,6
Toplam	209	54,7	100,0
Cevapsız	173	45,3	
Toplam	382	100,0	

Küçük çocuğu olanların % 47,4'ü çocuğunu hasta olmadan kontrol amacıyla doktora/sağlık kuruluşuna götürdüğünü, % 52,6'sı götürmediğini ifade etmiştir (Tablo:186).

Tablo:187 Eğitim Durumuna Göre Çocuğu Olanların Küçük Çocukları Genel Sağlık Kontrollerine Götürüp Götürmediği

			Çocukları Hasta Olmadığı Halde Sağlık Kontrolüne Götürür mü		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	25	56	81
		% Eğitim Düzeyi	30,9%	69,1%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	25,3%	50,9%	38,8%
		% Toplam	12,0%	26,8%	38,8%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	39	38	77
		% Eğitim Düzeyi	50,6%	49,4%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	39,4%	34,5%	36,8%
		% Toplam	18,7%	18,2%	36,8%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	35	16	51
		% Eğitim Düzeyi	68,6%	31,4%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	35,4%	14,5%	24,4%
		% Toplam	16,7%	7,7%	24,4%
Toplam		Sayı	99	110	209
		% Eğitim Düzeyi	47,4%	52,6%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	47,4%	52,6%	100,0%

Küçük çocuğu olanlar arasında, eğitim düzeyi düşük olanların % 30,9'u, eğitim düzeyi orta olanların % 50,6'sı, eğitim düzeyi yüksek olanların % 68,6'sı çocuklarını hasta olmaksızın sağlık kontrollerine götürmektedir (Tablo:187). Eğitim düzeyleri arasında çocuklarını sağlık kontrollerine götürme davranışı yönünden farklılık vardır [$\chi^2= 18,428$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre eğitim düzeyi yüksek olanların çocuklarını hasta olmaksızın sağlık kontrollerine götürme oranı daha yüksektir. Eğitim düzeyi arttıkça ebeveynler çocuklarının sağlığı konusunda daha duyarlı davranmakta ve hasta olmadan çocukları kontrol amacıyla doktora götürmektedir.

Doğum yeri il merkezi olup küçük çocuğu olanlardan % 64,4'ü, doğum yeri ilçe olanların % 45,7'si, köy doğumlu olanların % 27,4'ü çocuklarını hasta olmaksızın sağlık kontrollerine götürmektedir (Tablo:188). Bireylerin doğum yerlerine göre çocuklarını sağlık kontrollerine götürme davranışı yönünden farklılık vardır [$\chi^2= 22,259$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre il merkezinde doğanların çocuklarını hasta olmaksızın sağlık kontrollerine götürme oranı daha yüksektir. Kentsel kökenli olanların çocuklarının sağlığı konusunda daha duyarlı davrandıklarını, hasta olmadan çocukları kontrol amacıyla doktora götürdüklerini söyleyebiliriz.

Tablo:188 Doğum Yeriine Göre Çocuğu Olanların Küçük Çocukları Genel Sağlık Kontrollerine Götürüp Götürmediği

			Çocukları Hasta Olmadığı Halde Sağlık Kontrolüne Götürür mü		Toplam
			Evet	Hayır	
Doğum Yeri	İl Merkezi	Sayı	58	32	90
		% Doğum Yeri	64,4%	35,6%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	58,6%	29,1%	43,1%
		% Toplam	27,8%	15,3%	43,1%
	İlçe	Sayı	21	25	46
		% Doğum Yeri	45,7%	54,3%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	21,2%	22,7%	22,0%
		% Toplam	10,0%	12,0%	22,0%
	Köy	Sayı	20	53	73
		% Doğum Yeri	27,4%	72,6%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	20,2%	48,2%	34,9%
		% Toplam	9,6%	25,4%	34,9%
Toplam		Sayı	99	110	209
		% Doğum Yeri	47,4%	52,6%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	47,4%	52,6%	100,0%

Tablo:189 Gelir Durumuna Göre Çocuğu Olanların Küçük Çocukları Hasta Olmadan Sağlık Kontrolüne Götürüp Götürmediği

			Çocukları Hasta Olmadığı Halde Sağlık Kontrolüne Götürme		Toplam
			Evet	Hayır	
Aylık Gelir Grubu	100-500 YTL	Sayı	10	24	34
		% Aylık Gelir Grubu	29,4%	70,6%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	10,1%	21,8%	16,3%
		% Toplam	4,8%	11,5%	16,3%
	501-1000 YTL	Sayı	35	53	88
		% Aylık Gelir Grubu	39,8%	60,2%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	35,4%	48,2%	42,1%
		% Toplam	16,7%	25,4%	42,1%
	1001-2000 YTL	Sayı	31	21	52
		% Aylık Gelir Grubu	59,6%	40,4%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	31,3%	19,1%	24,9%
		% Toplam	14,8%	10,0%	24,9%
	2001 YTL ve üstü	Sayı	23	12	35
		% Aylık Gelir Grubu	65,7%	34,3%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	23,2%	10,9%	16,7%
		% Toplam	11,0%	5,7%	16,7%
Toplam		Sayı	99	110	209
		% Aylık Gelir Grubu	47,4%	52,6%	100,0%
		% Çocuğu Sağ. Kont. Götürme	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	47,4%	52,6%	100,0%

100-500 YTL gelir grubu içinde olup küçük çocuğu olanların % 29,4'ü, 501-1000 YTL gelir grubunda olanların % 39,8'i, 1001-2000 YTL gelir grubunda

olanların % 59,6'sı, 2001 YTL ve üstü gelire sahip olanların % 65,7'si çocuklarını genel sağlık kontrollerine götürmektedir (Tablo:189). Örneklem grubumuzda, gelir grupları arasında küçük çocukları sağlık kontrollerine götürme davranışı yönünden farklılık vardır [$\chi^2= 14,287$, $p<0,05$]. Yüksek gelir grubundakiler çocuklarını hasta olmaksızın sağlık kontrollerine daha fazla götürmektedir.

Burada eğitimin, bireylerin çocukların sağlığı konusunda duyarlı olma ve hastalanmadan sağlık kontrolü yaptırma davranışı üzerinde dolaylı etkisinin daha kuvvetli olduğu söylenebilir. Eğitimin doğrudan etkisi doğrultusunda gelirin artması sonucu bu şekilde bir sonucun çıkması daha olasıdır.

Tablo:190 Görüşülenlerin Sosyal Güvencesi Olduğu Halde Doktorun Özel Muayenehanesine Gidip Gitmediği

	Sayı	Yüzde
Evet	168	44,0
Hayır	214	56,0
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 44'ü sosyal güvencesi olduğu halde doktorun özel muayenehanesine gittiğini, % 56'sı ise gitmediğini ifade etmiştir (Tablo:190).

Tablo:191 Doktorun Özel Muayenehanesini Tercih Nedeni

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Yığılımlı Yüzde
Daha çok ilgi/ daha iyi muamele nedeniyle	90	23,6	53,6	53,6
Muayenehanesine gittikten sonra hastanede ayrıcalık tanındığından	28	7,3	16,7	70,3
Daha detaylı muayene ettiğinden	35	9,2	20,8	91,1
Zaman kaybetmemek için	12	3,1	7,1	98,2
Diğer	3	,8	1,8	100
Toplam	168	44		
Cevapsız	214	56,0		
Toplam	382	100,0		

Örneklem grubumuzda sağlık güvencesi olduğu halde doktorun özel muayenehanesini tercih edenlerin oranı oldukça yüksek çıkmıştır. Özel muayenehanesinde doktorun daha çok ilgi göstermesi ve insanca davranması en önemli tercih nedenidir (Tablo:191). Son dönem sağlık politikalarıyla hastalar lehine sağlık hizmetlerinin sunumu açısından bazı kolaylıklar düzenlenmişse de, özellikle devlet hastanelerinde hasta-hekim ilişkilerindeki sorunların devam ettiği söylenebilir.

Doktorun özel muayenesini tercih edenlerin % 20,8'i kendi muayenehanesinde doktorun daha detaylı muayene ettiğini ve bu nedenle tercih ettiklerini belirtmiştir. Görüşülenlerin % 16,7'si hastaneye gittiklerinde yeterli ilgi görebilmek, diğer hastalara göre ayrıcalıklı konumda olabilmek için tercih ederken, % 7,1'i de zaman kaybetmemek için tercih etmiştir (Tablo:191).

Hekimlerin çalıştıkları hastane dışında, özel muayenehanelerinde hasta kabul edebilmeleri, öncelikli olarak kendi menfaatlerini göz önünde bulundurmalarına neden olabilmektedir. Kendilerini tercih eden hastaların muayeneden memnun kalmaları ise son derece önemlidir. Bu nedenle hasta, yataklı tedavi kuruluşunda da “hekimin özel hastası” olmaya devam etmekte ve taburcu olana kadar gerekli ilgi ve bakımı almaktadır. Hastaların da zaman zaman kendi menfaatlerini düşünerek doktorların bu tutumlarını pekiştirici davranışlar sergilemeleri söz konusudur. Tedaviden memnun kalan pek çok hasta, doktor istekte bulunmadığı halde gönüllü olarak para verme davranışında bulunmaktadır.

Gelir durumuna göre görüşülenlerin doktorun özel muayenehanesine gitme durumlarının incelendiği tabloya baktığımızda, 100-500 YTL gelir grubundakilerin % 28,4'ünün, 2001-3000 YTL gelir grubundakilerin % 72,5'inin, 3001 YTL ve üstü gelir grubundakilerin % 75'inin özel doktor muayenehanesini tercih ettiği görülmektedir (Tablo:192). Gelir düzeyi farklı bireyler arasında doktorun özel muayenehanesini tercih etme yönünden farklılık vardır [$\chi^2= 42,177$, $p<0,05$]. Gelir düzeyi yüksek bireyler doktorun özel muayenehanesini daha fazla tercih etmektedir.

Tablo:192 Gelir Durumuna Göre Görüşülenlerin Doktorun Özel Muayenehanesine Gidip Gitmediği

			Doktorun Özel Muayenehanesine Gidiyor mu?		Toplam
			Evet	Hayır	
Gelir Düzeyi	100-500 YTL	Sayı	23	58	81
		% Gelir Durumu	28,4%	71,6%	100,0%
		% Cinsiyet	13,7%	27,1%	21,2%
		% Toplam	6,0%	15,2%	21,2%
	501-1000 YTL	Sayı	56	109	165
		% Gelir Durumu	33,9%	66,1%	100,0%
		% Cinsiyet	33,3%	50,9%	43,2%
		% Toplam	14,7%	28,5%	43,2%
	1001-2000 YTL	Sayı	51	33	84
		% Gelir Durumu	60,7%	39,3%	100,0%
		% Cinsiyet	30,4%	15,4%	22,0%
		% Toplam	13,4%	8,6%	22,0%
	2001-3000 YTL	Sayı	29	11	40
		% Gelir Durumu	72,5%	27,5%	100,0%
		% Cinsiyet	17,3%	5,1%	10,5%
		% Toplam	7,6%	2,9%	10,5%
3001 YTL ve üstü	Sayı	9	3	12	
	% Gelir Durumu	75,0%	25,0%	100,0%	
	% Cinsiyet	5,4%	1,4%	3,1%	
	% Toplam	2,4%	,8%	3,1%	
Toplam		Sayı	168	214	382
		% Gelir Durumu	44,0%	56,0%	100,0%
		% Cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	44,0%	56,0%	100,0%

Tablo:193 Görüşülenlerin Hastanede Karşılaştıkları Hastane Kaynaklı Sorunlar

	En çok Rahatsız Oldukları Sorun		İkinci En Çok Rahatsız Oldukları Sorun		Üçüncü En Çok Rahatsız Oldukları Sorun		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Cevap Sayısı	Kişi Yüzde	Cevap Sayısı Yüzde
Bür. işlem./uzun kuyruklar	239	62,6	43	11,3	15	3,9	297	77,7	38,6
Kalabalık ve gürültü	80	20,9	105	27,5	23	6,0	208	54,5	27,0
Araç-gereç yetersizliği	4	1,0	6	1,6	8	2,1	18	4,7	2,3
Gereksiz tahlil istenmesi	3	,8	8	2,1	5	1,3	16	4,2	2,1
Uzak tarihe randevu	34	8,9	129	33,8	41	10,7	204	54,5	26,5
Yetersiz Hijyen	6	1,6	10	2,6	10	2,6	26	6,8	3,5
Toplam	382	100,0	382	100,0	382	100,0	769	-	100,0

Görüşülenlerin hastanede karşılaştıkları hastane kaynaklı sorunların incelendiği tabloya göre, cevap sayısı yüzdelere baktığımızda görüşülenlerin en

çok % 38,6 oranla bürokratik işlemler ve uzun kuyruklardan rahatsız oldukları, % 27 oranla kalabalık ve gürültüden rahatsız oldukları, % 26,5 oranla özellikle bazı tetkikler için uzak tarihe gün verilmesinden rahatsızlık duydukları görülmektedir (Tablo:193).

Görüşülenlerin büyük çoğunluğu bürokratik işlemlerden ve kuyruklardan şikayetçidir. Özellikle Burdur'da SSK'ya bağlı hastanenin Sağlık Bakanlığı'na devriyle birlikte Kadın Hastalıkları, Doğum ve Çocuk Hastanesi olarak hizmet vermeye başlamasıyla, bu kuruluştan sağlık hizmeti alanların Burdur Devlet Hastanesine başvurması sonucu bir yoğunluk yaşanmıştır. Görüşülenlerin uzun kuyruklardan şikayet etmesinin en önemli nedeninin bu yoğunluğa bağlı olduğu kanatindeyiz.

Tablo:194 Görüşülenlere Göre Hastane Personeli Kaynaklı Sorunlar

	En çok Rahatsız Oldukları Sorun		İkinci En Çok Rahatsız Oldukları Sorun		Üçüncü En Çok Rahatsız Oldukları Sorun		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Cevap Sayısı	Kişi Yüzde	Cevap Sayısı Yüzde
Personelin ilgisizliği	174	45,5	13	3,4	-	-	187	48,9	29,3
Yeterli zaman ayırmaması	43	11,3	105	27,5	9	2,4	157	41,1	24,6
Bilgi eksikliği	5	1,3	12	3,1	14	3,7	30	7,8	4,7
Güleryüzlü olmaması	32	8,4	41	10,7	37	9,7	110	28,8	17,2
Per. Yakınının kayırılması	60	15,7	54	14,1	40	10,5	154	40,3	24,2
Toplam	382	100,0	382	100,0	382	100,0	638	-	100,0

Görüşülenlerin hastanede karşılaştıkları sağlık personeli kaynaklı sorunların incelendiği tabloya göre, cevap sayısı yüzdelere baktığımızda görüşülenlerin en çok % 29,3 oranla personelin ilgisizliğinden, % 24,6 oranla personelin özellikle de doktorun kendilerine yeterli zaman ayırmadığından, % 24,2 oranla sağlık personelinin kendi yakınlarını kayırması ve öncelik tanınmasından, % 17,2 oranla güleryüzlü davranmadıklarından rahatsız oldukları görülmektedir (Tablo:194).

Tabloya bakıldığında dikkat çeken önemli bir nokta, görüşülenlerin sağlık personeliyle ilgili belirttikleri sorunlar arasında gösterilen “bilgi eksikliği” oranının oldukça düşük olmasıdır. Hastaların bilgiden ziyade ilgi, alaka, insanca muamele görmeyi ve ayrımcılığa maruz kalmamayı bekledikleri söylenebilir.

Tablo:195 Doğurganlık Döneminde Bulunan Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanıp Kullanmadığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Evet	153	40,1	76,1
Hayır	48	12,6	23,9
Toplam	201	52,6	100
Cevapsız	181	47,4	
Toplam	382	100,0	

Örneklem grubumuzdaki kadınların % 76,1'inin aile planlaması yöntemi kullandığı, % 23,9'unun kullanmadığı saptanmıştır (Tablo:195).

Tablo:196 Kadınların Kullandığı Aile Planlaması Yöntemleri

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Hap	12	3,1	7,8
Rahim içi araç	70	18,3	45,8
Kondom	62	16,2	40,5
Tübligasyon	8	2,1	5,2
Etkisiz yöntem	1	,3	,7
Toplam	153	40,1	100
Cevapsız	229	59,9	
Total	382	100,0	

Kadınların kullandığı aile planlaması yöntemlerine göre dağılımı incelendiğinde, kadınların % 45,8 oranla en fazla rahim içi araç kullandıkları, % 40,5'inin eşinin korunduğu (kondom), % 7,8'inin hap kullandığı, % 5,2'sinin tübligasyon yaptırdığı görülmektedir (Tablo:196).

9.3. İlaç Kullanma Davranışı

Halk arasında ilaç kullanma davranışı yönünden farklılıklar görülmektedir. Gelişigüzel, çevreden duyulan ilaçları kullanma, eczaneden-internette hatta bakkaldan doktor önermeksizin ilaç alma, evde ilaç depolama, doktorun önerdiği ilaçların üzerine ne için iyi geldiğini yazarak daha sonra yine aynı rahatsızlığı hissettiğinde bu ilaçları kullanma ve çevresindekilere önerme, böyle ilaçların kutularını biriktirme ve hekime aynı ilaçları yazması için istemde bulunma gibi pek çok davranış biçiminden bahsedilebilir. İlaç kullanma ve tedaviye uyum davranışı

bireyin biyolojik, psikolojik, sosyo-ekonomik ve kültürel niteliklerine göre değişebilir.

Sağlık sisteminin ilaç yönünden düzenlenişi de ilaç kullanma davranışın tesir edebilmektedir. İlaçların dört kalem reçete edilmesi, yüzde alınması, sürekli kullanılan ilaçlar için rapor istenmesi ve bu ilaçların kullanma süresinin takip edilmesi vb. uygulamalar bireylerin ilaç tüketimini etkileyebilmektedir. Ayrıca hekim ve eczacıların promosyon baskısı altında bazı ilaçları yazma eğilimleri ve gereksiz yere ilaç yazmaları da bireylerin ilaç konusundaki tutumlarını etkileyebilmektedir.

Tablo:197 Görüşülenlerin Sağlık Kuruluşunun Tedavi İçin Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanıp Kullanmadığı

	Sayı	Yüzde
Evet	233	61,0
Hayır	149	39,0
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 61'i sağlık kuruluşunun önerdiği ilaçların tümünü kullanırken, % 39'u kullanmadığını belirtmiştir (Tablo:197).

Tablo:198 Görüşülenlerin Doktorun Tedavisi İçin Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanmama Nedeni

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Kendini iyi hissettiğinde gerek görmediğinden	129	33,8	86,6
Tümünü kullanması gerektiğini bilmediğinden	5	1,3	3,4
İstediği etkiyi göstermediğinden bırakıyor	5	1,3	3,4
Fazla ilacın zararlı olduğunu düşündüğünden	9	2,4	6,0
Gerektiğinde tekrar kullanabilmek için	1	,3	0,6
Toplam	149	39,0	100
Cevapsız	233	61,0	
Toplam	382	100,0	

Sağlık kuruluşunun tedavi için önerdiği ilaçların tümünü kullanmadığını ifade edenlerin % 86,6'sı kendini iyi hissettiğinde gerek görmediğinden kullanmayı

bıraktığını, % 6'sı fazla ilacın bedenine zarar verdiğini düşündüğünden bıraktığını, % 3,4'ü önerilen ilaçların tümünün kullanılması gerektiğini bilmediğinden bıraktığını, % 3,4'ü ise istediği etkiyi göstermediğinde bıraktığını ifade etmiştir (Tablo:198).

Örneklem grubumuzda ilaçları düzenli kullanmadığını belirtenlerin çoğu kendini iyi hissettiğinde ilaç tedavisini sonlandırmaktadır. Özellikle antibiyotik tedavisinde ilaçların tamamının kullanılmaması, enfeksiyonların tekrarlamasına yol açabilmektedir. İlaçların doğru bir şekilde kullanılmaması kişiler açısından hastalık durumunun devamına neden olurken, sağlık sistemi açısından da sağlık hizmetlerinin gereksiz yere kullanılmasına ve ilaç israfına neden olmaktadır.

Tablo:199 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Doktorun Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanıp Kullanmadığı

			Doktorun Tedavi İçin Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanma		Toplam
			Evett	Hayırr	
Yaş grubu	20-29 Yaş	Sayı	37	29	66
		% Yaş Grubu	56,1%	43,9%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümünü Kull.	15,9%	19,5%	17,3%
		% Toplam	9,7%	7,6%	17,3%
	30-39 Yaş	Sayı	59	53	112
		% Yaş Grubu	52,7%	47,3%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümünü Kull.	25,3%	35,6%	29,3%
		% Toplam	15,4%	13,9%	29,3%
	40-49 Yaş	Sayı	62	40	102
		% Yaş Grubu	60,8%	39,2%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümünü Kull.	26,6%	26,8%	26,7%
		% Toplam	16,2%	10,5%	26,7%
	50-59 Yaş	Sayı	54	23	77
		% Yaş Grubu	70,1%	29,9%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümünü Kull.	23,2%	15,4%	20,2%
		% Toplam	14,1%	6,0%	20,2%
	60 Yaş ve üstü	Sayı	21	4	25
		% Yaş Grubu	84,0%	16,0%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümünü Kull.	9,0%	2,7%	6,5%
		% Toplam	5,5%	1,0%	6,5%
Toplam		Sayı	233	149	382
		% Yaş Grubu	61,0%	39,0%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümünü Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	61,0%	39,0%	100,0%

Yaş ile doktorun önerdiği ilaçların tümünü kullanma davranışı ilişkisi incelendiğinde, 20-29 yaş grubundakilerin % 56,1'inin, 30-39 yaş grubundakilerin % 52,7'sinin, 40-49 yaş grubundakilerin % 60,8'inin, 50-59 yaş grubundakilerin % 70,1'inin, 60 yaş ve üstü olanların % 84'ünün önerilen ilaçların tümünü kullandığı görülmektedir (Tablo:199). Yaş grupları arasında önerilen ilaçları düzenli kullanma yönünden farklılık vardır [$X^2= 12,195$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre önerilen ilaçları

düzenli kullanma oranı yaşla paralel olarak artış göstermektedir. Bu durum yaş ilerledikçe kronik hastalık sıklığının artması ve kronik hastalıkların hayat boyu düzenli ilaç kullanımını gerektirmesine bağlanabilir.

Tablo:200 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Hastalık Durumunda Doktorun Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanıp Kullanmadığı

			Doktorun Tedavi İçin Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanma		Toplam
			Evet	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	177	109	286
		% Cinsiyeti	61,9%	38,1%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümünü Kull.	76,0%	73,2%	74,9%
		% Toplam	46,3%	28,5%	74,9%
	Erkek	Sayı	56	40	96
		% Cinsiyeti	58,3%	41,7%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümünü Kull.	24,0%	26,8%	25,1%
		% Toplam	14,7%	10,5%	25,1%
Toplam		Sayı	233	149	382
		% Cinsiyeti	61,0%	39,0%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümünü Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	61,0%	39,0%	100,0%

Cinsiyete göre doktorun tedavi için önerdiği ilaçları kullanma durumu incelendiğinde, kadınların % 61,9'unun, erkeklerin % 58,3'ünün doktorun önerdiği ilaçların tümünü kullandığı görülmektedir (Tablo:200). Kadınların erkeklere göre doktorun önerdiği ilaçları daha düzenli kullanma eğiliminde oldukları gözleniyorsa da, cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$X^2= 0,382$, $p>0,05$].

Eğitim düzeyi ve doktorun önerdiği ilaçların tümünü kullanma ilişkisinin incelendiği tabloya göre, eğitim düzeyi düşük olanların % 61,1'inin, eğitim düzeyi orta olanların % 59,3'ünün, eğitim düzeyi yüksek olanların % 63,3'ünün doktorun tedavisi için önerdiği ilaçların tümünü kullandığı görülmektedir (Tablo:201). Örneklem grubumuzda eğitim düzeyi yüksek olanların doktorun önerdiği ilaçları daha düzenli kullandıkları söylenebilirse de, eğitim düzeyleri farklı bireyler arasında ilaç kullanma davranışı yönünden gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$X^2= 0,314$, $p>0,05$].

Tablo:201 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Doktorun Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanıp Kullanmadığı

			Doktorun Tedavi İçin Önerdiği İlaçların Tümü­nü Kullanma		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	113	72	185
		% Eğitim Düzeyi	61,1%	38,9%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümü­nü Kull.	48,5%	48,3%	48,4%
		% Toplam	29,6%	18,8%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	70	48	118
		% Eğitim Düzeyi	59,3%	40,7%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümü­nü Kull.	30,0%	32,2%	30,9%
		% Toplam	18,3%	12,6%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	50	29	79
		% Eğitim Düzeyi	63,3%	36,7%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümü­nü Kull.	21,5%	19,5%	20,7%
		% Toplam	13,1%	7,6%	20,7%
Toplam		Sayı	233	149	382
		% Eğitim Düzeyi	61,0%	39,0%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümü­nü Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	61,0%	39,0%	100,0%

Tablo:202 Doğum Yeri Göre Görüşülenlerin Doktorun Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanıp Kullanmadığı

			Doktorun Tedavi İçin Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanma		Toplam
			Evet	Hayır	
Doğum Yeri	İl Merkezi	Sayı	82	62	144
		% Doğum yeri	56,9%	43,1%	100,0%
		% Önerilen ilaçların tümünü kull.	35,2%	41,6%	37,7%
		% Toplam	21,5%	16,2%	37,7%
	İlçe	Sayı	54	29	83
		% Doğum yeri	65,1%	34,9%	100,0%
		% Önerilen ilaçların tümünü kull.	23,2%	19,5%	21,7%
		% Toplam	14,1%	7,6%	21,7%
	Köy	Sayı	97	58	155
		% Doğum yeri	62,6%	37,4%	100,0%
		% Önerilen ilaçların tümünü kull.	41,6%	38,9%	40,6%
		% Toplam	25,4%	15,2%	40,6%
Toplam		Sayı	233	149	382
		% Doğum yeri	61,0%	39,0%	100,0%
		% Önerilen ilaçların tümünü kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	61,0%	39,0%	100,0%

Görüşülenlerin doğdukları yere göre doktorun önerdiği ilaçların tümünü kullanma durumu incelendiğinde il merkezinde doğanların % 56,9'unun, ilçede doğanların % 65,1'inin, köyde doğanların % 62,6'sının doktorun tedavisi için önerdiği ilaçların tümünü kullandığı görülmektedir (Tablo:202). Doğum yeri farklı

bireyler arasında tedavi için önerilen ilaçları düzenli kullanma davranışı yönünden gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$X^2= 1,733$, $p>0,05$].

Tablo:203 Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumuna Göre Görüşülenlerin Doktorun Önerdiği İlaçların Tümünü Kullanıp Kullanmadığı

			Doktorun Tedavi İçin Önerdiği İlaçların Tümü­nü Kullanma		Toplam
			Evet	Hayır	
Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumu	Tam Olarak yerine getirenler	Sayı	82	33	115
		% Eğitim durumu	71,3%	28,7%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümü­nü Kull.	35,2%	22,1%	30,1%
		% Toplam	21,5%	8,6%	30,1%
	Arasına Yerine Getirenler	Sayı	140	103	243
		% Eğitim durumu	57,6%	42,4%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümü­nü Kull.	60,1%	69,1%	63,6%
		% Toplam	36,6%	27,0%	63,6%
	Yerine Getirmeyenler	Sayı	11	13	24
		% Eğitim durumu	45,8%	54,2%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümü­nü Kull.	4,7%	8,7%	6,3%
		% Toplam	2,9%	3,4%	6,3%
Toplam		Sayı	233	149	382
		% Eğitim durumu	61,0%	39,0%	100,0%
		% Önerilen İlaçların Tümü­nü Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	61,0%	39,0%	100,0%

Literatürde dindar olanların tıbbi tedaviye ve doktorun önerilerine daha fazla uyum gösterdikleri belirtilmektedir. Dini ibadetleri yerine getirme durumu ile görüşülenlerin doktorun tedavi için önerdiği ilaçları kullanıp kullanmadığı incelendiğinde, dini ibadetlerini tam olarak yapanların % 71,3'ünün, arasıra yapanların % 57,6'sının, hiç yapmayanların % 45,8'inin doktorun tedavisi için önerdiği ilaçların tamamını kullandığı görülmektedir (Tablo:203). Bulgularımıza göre, dini ibadetleri yerine getirme durumu ile hastalık durumunda doktor tarafından önerilen ilaçları kullanma davranışı arasında anlamlı bir ilişki vardır [$X^2= 8,624$, $p<0,05$]. Dini ibadetleri tam olarak yerine getirenler tedavisi için önerilen ilaçların tümünü kullanma eğiliminde olup, ilaç tedavisine daha fazla uyum göstermektedir. Ancak, örneklem grubumuzda dini ibadetleri tam olarak yerine getirenlerin yaklaşık yarısını 50 yaş ve üstü bireyler oluşturmakta, aynı zamanda bu bireyler arasında kronik hastalıklar daha sık görülmektedir. Din ve ilaç kullanma arasında pozitif bir ilişkinin çıkmış olması bu duruma bağlanabilir.

Tablo:204 Görüşülenlerin Çevresinin Önerdiği İlaçları Kullanma Durumu

	Sayı	Yüzde
Evet	79	20,7
Hayır	303	79,3
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 20,7'si aynı rahatsızlığı paylaştığını belirten bir başkasının önerdiği ilaçları kullanabileceğini, % 79,3'ü kullanmayacağını ifade etmiştir (Tablo:204).

Doktor kontrolü olmaksızın ilaç kullanma davranışı popüler alan uygulamaları içinde değerlendirilmektedir. Bu davranışın ise sağlık açısından ciddi problemlere yol açması muhtemeldir. Özellikle çevrelerinde bulunan kişilerden duydukları ilaçları gelişigüzel kullanan bazı kişiler için bu risk daha büyük olabilir.

Tablo:205 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Çevresinin Önerdiği İlaçları Kullanma Durumu

			Aynı Rahatsızlığı Paylaşan Başka Bir Kişinin Önerdiği İlaç Kullanır mı		Toplam
			Evett	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	54	232	286
		% Cinsiyet	18,9%	81,1%	100,0%
		% Çevrenin Önerdiği İlaç Kull.	68,4%	76,6%	74,9%
		% Toplam	14,1%	60,7%	74,9%
	Erkek	Sayı	25	71	96
		% Cinsiyet	26,0%	74,0%	100,0%
		% Çevrenin Önerdiği İlaç Kull.	31,6%	23,4%	25,1%
		% Toplam	6,5%	18,6%	25,1%
Toplam		Sayı	79	303	382
		% Cinsiyet	20,7%	79,3%	100,0%
		% Çevrenin Önerdiği İlaç Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	20,7%	79,3%	100,0%

Cinsiyete göre görüşülenlerin çevresinin önerdiği ilaçları kullanma durumu incelendiğinde, kadınların % 18,9'unun, erkeklerin % 26'sının aynı rahatsızlığı paylaştığını belirten kişi ya da kişilerden duyduğu ilaçları kullanabileceklerini belirttikleri görülmektedir (Tablo:205). Kadınlar ve erkekler arasında çevrenin önerdiği ilaçları kullanma davranışı bakımından gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2 = 2,247$, $p > 0,05$].

Tablo:206 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Çevresinin Önerdiği İlaçları Kullanma Durumu

			Aynı Rahatsızlığı Paylaşan Başka Bir Kişinin Önerdiği İlaç Kullanır mı		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	44	141	185
		% Eğitim Düzeyi	23,8%	76,2%	100,0%
		% Çevrenin Önerdiği İlaç Kull.	55,7%	46,5%	48,4%
		% Toplam	11,5%	36,9%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	19	99	118
		% Eğitim Düzeyi	16,1%	83,9%	100,0%
		% Çevrenin Önerdiği İlaç Kull.	24,1%	32,7%	30,9%
		% Toplam	5,0%	25,9%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	16	63	79
		% Eğitim Düzeyi	20,3%	79,7%	100,0%
		% Çevrenin Önerdiği İlaç Kull.	20,3%	20,8%	20,7%
		% Toplam	4,2%	16,5%	20,7%
Toplam		Sayı	79	303	382
		% Eğitim Düzeyi	20,7%	79,3%	100,0%
		% Çevrenin Önerdiği İlaç Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	20,7%	79,3%	100,0%

Eğitim düzeyi ile görüşülenlerin çevresinin önerdiği ilaçları kullanma ilişkisinin incelendiği tabloya göre, eğitim düzeyi düşük olanların % 23,8'i, eğitim düzeyi orta olanların % 16,1'i, eğitim düzeyi yüksek olanların % 20,3'ü aynı rahatsızlığı paylaştığını belirten kişi ya da kişilerden duyduğu ilaçları kullanabileceklerini belirtmiştir (Tablo:206). Eğitim düzeyleri farklı bireyler arasında çevreden duyulan ilaçları kullanma yönünden gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$X^2=2,603$, $p>0,05$].

Tablo:207 Görüşülenlerin Doktora Danışmadan Evdeki veya Eczaneden Aldığı İlaçları Kullanma Durumu

	Sayı	Yüzde
Evet	282	73,8
Hayır	100	26,2
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 73,8'i doktora danışmaksızın evdeki veya eczaneden aldığı ilaçları kullandığını, % 26,2'si kullanmadığını belirtmiştir (Tablo:207). Örneklem grubumuzun büyük çoğunluğu doktor önerisi olmaksızın ilaç kullanmaktadır.

Doktora danışmadan ilaç kullananların bir kısmı geçmiş deneyimleri ve bilgileri doğrultusunda hareket etmektedir. Bu kişiler rahatsızlandıklarında, doktorun kendilerine daha önce benzer bir rahatsızlıkta vermiş olduğu ilaçları kullanmaktadır.

Bir kısmı da eczacıya hastalık belirtilerini anlatarak, eczacının önerisi doğrultusunda ilaç almakta ve kullanmaktadır.

Tablo:208 Doktora Danışmadan İlaç Kullananların Genellikle Ne Tür İlaçlar Kullandığı

	Cevap Sayısı	Kişi Yüzde	Cevap Sayısı yüzde
Ağrı kesiciler	276	97,9	80,5
Mide ilaçları	32	11,3	9,3
Antibiyotikler	26	9,2	7,6
Sakinleştirici İlaçlar	7	2,5	2,0
Diğer	2	,7	0,6
Toplam cevap	343	-	100,0
Toplam kişi	282	100,0	

Doktora danışmadan evdeki veya eczaneden aldığı ilaçları kullananların % 97,9'u ağrı kesiciler, % 11,3'ü mide ilaçları, % 9,2'si antibiyotikler, % 2,5'i sakinleştirici ilaçlar kullandıklarını ifade etmişlerdir (Tablo:208).

Doktora danışmaksızın kullanılan ilaçların başında ağrı kesici ilaçlar gelmektedir. Genellikle bireyler geçmiş deneyimlerine dayanarak belirli ağrı kesici ilaçlara yönelmekte, hatta hekimlere de bu ilaçları yazmaları için ısrar etmektedirler. Ağrı kesici pek çok ilacın ise ciddi yan etkileri vardır ve sık kullanıldığında kişilerin sağlığına yarardan çok zarar verebilirler. Ayrıca aşırı ağrı kesici kullananlarda ilacın zamanla ağrıyı kesmede yetersiz kalması sözkonusudur.

Tablo:209 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Doktora Danışmadan Evdeki veya Eczaneden Aldığı İlaçları Kullanıp Kullanmadığı

			Doktora Danışmadan İlaç Kullanma		Toplam
			Evet	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	212	74	286
		% Cinsiyet	74,1%	25,9%	100,0%
		% Dr.'a Danışmadan İlaç Kull.	75,2%	74,0%	74,9%
		% Toplam	55,5%	19,4%	74,9%
	Erkek	Sayı	70	26	96
		% Cinsiyet	72,9%	27,1%	100,0%
		% Dr.'a Danışmadan İlaç Kull.	24,8%	26,0%	25,1%
		% Toplam	18,3%	6,8%	25,1%
Toplam		Sayı	282	100	382
		% Cinsiyet	73,8%	26,2%	100,0%
		% Dr.'a Danışmadan İlaç Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	73,8%	26,2%	100,0%

Doktora danışmadan evdeki veya eczaneden aldığı ilaçları kullandığını ifade eden kadınların % 74,1 iken, erkeklerin oranı % 72,9'dur (Tablo:209). Kadın ve erkekler arasında doktora danışmaksızın ilaç kullanma davranışı yönünden gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$X^2= 0,054$, $p>0,05$].

Tablo:210 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Doktora Danışmadan Evdeki veya Eczaneden Aldığı İlaçları Kullanıp Kullanmadığı

			Doktora Danışmadan İlaç Kullanma		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	136	49	185
		% Eğitim Düzeyi	73,5%	26,5%	100,0%
		% Dr.'a Danışmadan İlaç Kull.	48,2%	49,0%	48,4%
		% Toplam	35,6%	12,8%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	89	29	118
		% Eğitim Düzeyi	75,4%	24,6%	100,0%
		% Dr.'a Danışmadan İlaç Kull.	31,6%	29,0%	30,9%
		% Toplam	23,3%	7,6%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	57	22	79
		% Eğitim Düzeyi	72,2%	27,8%	100,0%
		% Dr.'a Danışmadan İlaç Kull.	20,2%	22,0%	20,7%
		% Toplam	14,9%	5,8%	20,7%
Toplam		Sayı	282	100	382
		% Eğitim Düzeyi	73,8%	26,2%	100,0%
		% Dr.'a Danışmadan İlaç Kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	73,8%	26,2%	100,0%

Doktora danışmadan evdeki veya eczaneden aldığı ilaçları kullandığını ifade edenler içinde eğitim düzeyi düşük olanların oranı % 73,5, eğitim düzeyi orta olanların oranı % 75,4, eğitim düzeyi yüksek olanların oranı % 72,2'dir (Tablo:210). Eğitim düzeyleri farklı bireyler arasında doktora danışmaksızın ilaç kullanma davranışı yönünden gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$X^2= 0,280$, $p>0,05$].

İl merkezinde doğanlar arasında doktora danışmadan evdeki veya eczaneden aldığı ilaçları kullandığını ifade edenlerin oranı, % 68,8, ilçede doğanlar arasında % 80,7, köyde doğanlar arasında % 74,8'dir (Tablo:211). Doğum yeri farklı bireyler arasında doktora danışmaksızın ilaç kullanma davranışı yönünden gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$X^2= 4,045$, $p>0,05$].

Tablo:211 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Doktora Danışmadan Evdeki veya Eczaneden Aldığı İlaçları Kullanıp Kullanmadığı

			Doktora Danışmadan İlaç Kullanma		Toplam
			Evet	Hayır	
Doğum yeri	İl Merkezi	Sayı	99	45	144
		% Doğum Yeri	68,8%	31,3%	100,0%
		% Dr.'a danışmadan ilaç kull.	35,1%	45,0%	37,7%
		% Toplam	25,9%	11,8%	37,7%
	İlçe Merkezi	Sayı	67	16	83
		% Doğum Yeri	80,7%	19,3%	100,0%
		% Dr.'a danışmadan ilaç kull.	23,8%	16,0%	21,7%
		% Toplam	17,5%	4,2%	21,7%
	Köy	Sayı	116	39	155
		% Doğum Yeri	74,8%	25,2%	100,0%
		% Dr.'a danışmadan ilaç kull.	41,1%	39,0%	40,6%
		% Toplam	30,4%	10,2%	40,6%
Toplam		Sayı	282	100	382
		% Doğum Yeri	73,8%	26,2%	100,0%
		% Dr.'a danışmadan ilaç kull.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	73,8%	26,2%	100,0%

9.4. Doktor-Hasta İlişkileri

Doktorun uyguladığı tedavinin yanı sıra hastayla iletişimi, kullandığı dil, hastaya karşı tutumu ve davranışları endişe ve korku içinde olan hastanın rahatlamasını sağlayarak tedavi sürecini olumlu yönde etkileyecektir. Özellikle kanser, Diyabet gibi bazı kronik hastalıklarda hasta-doktor etkileşiminin niteliği ve sürekliliği oldukça önem kazanmaktadır. Bu tür hastaların doktoruna ihtiyaç duyduğunda ulaşabileceği ve tüm sorunlarını rahat bir şekilde paylaşabileceği hususunda olumlu algılara olması hastalığın seyrini etkileyecektir.

Bu bölümde doktor-hasta etkileşimiyle ilgili olarak doktor tercihinde dikkat edilen kriterler, görüşülenlerin doktorların verdikleri bilgileri yeterli bulup bulmadıkları, yapılan açıklamaları anlayabilme durumları incelenmiştir.

Tablo:212 Görüşülenin Doktor Cinsiyeti Tercihi

	Sayı	Yüzde
Erkek Tercih Ederim	6	1,6
Kadın Tercih Ederim	15	3,9
Cinsiyet Önemli Değil	361	94,5
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 3,9'u kadın doktor, % 1,6'sı erkek doktor tercih etmekte, %

94,5'i cinsiyet tercihi yapmamaktadır (Tablo:212).

Tablo:213 Neden Kadın/Erkek Tercih Ettiği

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Kendi cinsiyetiyle daha rahat iletişim kurabiliyor	13	3,4	61,9
Karşı cinsiyet namahrem	2	,5	9,5
Karşı cinsiyetle daha rahat iletişim kurabiliyor	3	,8	14,3
Eşi erkek doktora izin vermiyor	1	,3	4,8
Sadece Kadın Hastalıklarında kadın doktor tercih eder	2	,5	9,5
Toplam	21	5,5	100
Cevapsız	361	94,5	
Toplam	382	100,0	

Görüşülenler arasında doktor cinsiyetine önem verenlerin % 61,9'u kendi cinsiyetiyle daha rahat iletişim kurabildiği için kendi cinsiyetini tercih ettiğini, % 14,3'ü karşı cinsiyetle daha rahat iletişim kurabildiği için karşı cinsiyeti tercih ettiğini, % 9,5'i karşı cinsiyet namahrem olduğu için kendi cinsiyetini tercih ettiğini, % 9,5'i sadece kadın hastalıklarıyla ilgili probleminde kadın tercih ettiğini, % 4,8'i eşi izin vermediği için kadın doktora gittiğini ifade etmiştir (Tablo:213).

Tablo:214 Cinsiyet Gözetenler Arasında Cinsiyet ile Doktor Cinsiyeti Tercihi İlişkisi

			Doktor Cinsiyeti Tercihi		Toplam
			Erkek tercih eder	Kadın tercih eder	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	1	13	14
		% Cinsiyet	7,1%	92,9%	100,0%
		% Dr. Cinsiyeti Tercihi	16,7%	86,7%	66,7%
		% Toplam	4,8%	61,9%	66,7%
	Erkek	Sayı	5	2	7
		% Cinsiyet	71,4%	28,6%	100,0%
		% Dr. Cinsiyeti Tercihi	83,3%	13,3%	33,3%
		% Toplam	23,8%	9,5%	33,3%
Toplam		Sayı	6	15	21
		% Cinsiyet	1,6%	3,9%	100,0%
		% Dr. Cinsiyeti Tercihi	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	1,6%	3,9%	100,0%

Cinsiyet ve doktor cinsiyeti tercihi ilişkisinin incelendiği tabloya göre cinsiyet tercihi yapan kadınların % 92,9'u kadın doktoru tercih ederken, erkeklerin % 71,4'ü erkek doktor tercih etmektedir (Tablo:214).

Cinsiyet tercihi yapan kadınlar ve erkekler arasında doktor cinsiyeti tercihi farklılaşmaktadır. Cinsiyet tercihi yaptığını belirtenler arasında kadınlar daha çok kadın doktoru tercih ederken, erkekler de daha çok erkek doktoru tercih etmektedir. Çoğu dini inançları doğrultusunda değil de daha rahat iletişim kurabildiği için kendi cinsiyetini tercih ettiğini belirtmiştir. Burada kadın ve erkeğin cinsiyet tercihinin ilişkin tutumunun daha çok geleneksel değerler doğrultusunda biçimlendiği belirtilebilir.

Tablo:215 Görüşülenlerin Doktor Seçiminde Dikkat Ettiği Nitelikler

	En Çok Tercih Edilen Nitelik		İkinci Tercih Edilen Nitelik		Üçüncü Tercih Edilen Nitelik		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Cevap Sayısı	Kişi Yüzde	Cevap Sayısı Yüzde
Uzmanlık	229	59,9	42	11,0	5	1,3	276	72,3	35,7
Yaşlı olması	2	,5	1	,3	1	,3	4	1,0	,5
Tanıdık olması	23	6,0	24	6,3	2	,5	49	12,8	6,3
Dindar olması	1	,3	-	-	2	,5	3	,7	,4
İlgili davranması	11	2,9	23	6,0	15	3,9	49	12,8	6,3
Detaylı bilgi vermesi	95	24,9	145	38,0	35	9,2	275	72,0	35,5
Tavsiye edilmiş olması	18	4,7	63	16,5	34	8,9	115	30,1	14,9
Farketmez	3	,8	-	-	-	-	3	,7	,4
Toplam	382	100,0	382	100,0	382	100,0	774	-	100,0

Görüşülenlerin en çok % 59,9 oranla doktor seçiminde dikkat ettiği en önemli kriter, doktorun uzmanlık alanında kendini kanıtlamış olmasıdır. Bunu sırasıyla izleyen nitelikler % 24,9 oranla detaylı bilgi vermesi, % 6 oranla tanıdık olması, % 4,7 oranla tavsiye edilmiş olmasıdır. Cevap sayısı yüzdelere baktığımızda da doktor seçiminde dikkat edilen en önemli kriter doktorun uzmanlık alanında kendini kanıtlamış olmasıyken, ikinci kriter hastalara detaylı bilgi vermesi, üçüncü kriter doktorun tavsiye edilmiş olmasıdır (Tablo:215).

Bireylerin, kendi sağlığı söz konusu olunca hekimlerin davranışından ziyade, uzmanlık alanındaki bilgilerine önem verdikleri söylenebilir. Buna karşılık hekimler de muayenelerinde diploma, katılım belgeleri ve sertifikalarını duvara asarak bilgi gücünü kullanmaya çalışmaktadır.

**Tablo:216 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Doktor Seçiminde En Çok Dikkat
Ettiği Nitelik**

			Cinsiyet		Toplam
			Kadın	Erkek	
Doktor Seçiminde En Çok Dikkat Edilen Nitelik	Uzmanlık	Sayı	158	71	229
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	69,0%	31,0%	100,0%
		% Cinsiyet	55,2%	74,0%	59,9%
		% Toplam	41,4%	18,6%	59,9%
	Yaşlı	Sayı	1	1	2
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	50,0%	50,0%	100,0%
		% Cinsiyet	,3%	1,0%	,5%
		% Toplam	,3%	,3%	,5%
	Tanıdık	Sayı	17	6	23
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	73,9%	26,1%	100,0%
		% Cinsiyet	5,9%	6,3%	6,0%
		% Toplam	4,5%	1,6%	6,0%
	Dindar	Sayı	1	0	1
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	100,0%	,0%	100,0%
		% Cinsiyet	,3%	,0%	,3%
		% Toplam	,3%	,0%	,3%
	İyi Muamele	Sayı	7	4	11
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	63,6%	36,4%	100,0%
		% Cinsiyet	2,4%	4,2%	2,9%
		% Toplam	1,8%	1,0%	2,9%
	Bilgi Verme	Sayı	84	11	95
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	88,4%	11,6%	100,0%
		% Cinsiyet	29,4%	11,5%	24,9%
		% Toplam	22,0%	2,9%	24,9%
	Tavsiye Edilmesi	Sayı	15	3	18
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	83,3%	16,7%	100,0%
		% Cinsiyet	5,2%	3,1%	4,7%
		% Toplam	3,9%	,8%	4,7%
	Farketmez	Sayı	3	0	3
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	100,0%	,0%	100,0%
		% Cinsiyet	1,0%	,0%	,8%
		% Toplam	,8%	,0%	,8%
Toplam		Sayı	286	96	382
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	74,9%	25,1%	100,0%
		% Cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	74,9%	25,1%	100,0%

Cinsiyete göre görüşülenlerin doktor seçiminde en çok dikkat ettiği kriter incelendiğinde kadınların % 55,2'sinin, erkeklerin ise % 74'ünün doktorun uzmanlık alanında kendini kanıtlamış olmasına dikkat ettiği, kadınların % 29,4'ünün, erkeklerin ise % 11,5'sinin doktorun hastalığı hakkında yeterli bilgi vermesine dikkat ettiği görülmektedir (Tablo:216). Kadın ve erkekler arasında doktor tercihinde dikkat edilen kriterler bakımından farklılık vardır. Erkekler doktorun uzmanlık alanında kendini kanıtlamış olmasına kadınlardan daha fazla önem verirken, kadınlar doktorun hastalık hakkında yeterli bilgi vermesine erkeklerden daha çok önem vermektedir. Bu farklılık, örneklem grubumuzdaki kadınların eğitim düzeyinin

erkeklerden düşük olmasına bağlanabilir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin bilgiye ve uzmanlığa daha fazla önem vermeleri muhtemeldir.

Tablo:217 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Doktor Seçiminde En Çok Dikkat Ettiği Kriter

			Eğitim Düzeyi			Toplam
			Eğitim Düzeyi Düşük	Eğitim Düzeyi Orta	Eğitim Düzeyi Yüksek	
Doktor Seçiminde En Çok Dikkat Edilen Nitelik	Uzmanlık	Sayı	87	79	63	229
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	38,0%	34,5%	27,5%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	47,0%	66,9%	79,7%	59,9%
		% Toplam	22,8%	20,7%	16,5%	59,9%
	Yaşlı	Sayı	1	0	1	2
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	,5%	,0%	1,3%	,5%
		% Toplam	,3%	,0%	,3%	,5%
	Tanıdık	Sayı	13	9	1	23
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	56,5%	39,1%	4,3%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	7,0%	7,6%	1,3%	6,0%
		% Toplam	3,4%	2,4%	,3%	6,0%
	Dindar	Sayı	0	0	1	1
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	,0%	,0%	100,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	,0%	,0%	1,3%	,3%
		% Toplam	,0%	,0%	,3%	,3%
	İyi muamele	Sayı	2	6	3	11
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	18,2%	54,5%	27,3%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	1,1%	5,1%	3,8%	2,9%
		% Toplam	,5%	1,6%	,8%	2,9%
	Bilgi verme	Sayı	68	20	7	95
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	71,6%	21,1%	7,4%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	36,8%	16,9%	8,9%	24,9%
		% Toplam	17,8%	5,2%	1,8%	24,9%
	Tavsiye edilmesi	Sayı	12	3	3	18
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	6,5%	2,5%	3,8%	4,7%
		% Toplam	3,1%	,8%	,8%	4,7%
	Farketmez	Sayı	2	1	0	3
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	1,1%	,8%	,0%	,8%
		% Toplam	,5%	,3%	,0%	,8%
Toplam		Sayı	185	118	79	382
		% Dr. Seç. En Önemli Nit.	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%

Eğitim durumuna göre görüşülenlerin doktor seçiminde en çok dikkat ettiği kriter incelendiğinde eğitim düzeyi düşük olanların % 47'sinin, eğitim düzeyi orta olanların % 66,9'unun, eğitim düzeyi yüksek olanların % 79,7'sinin doktorun uzmanlık alanında kendini kanıtlamış olmasına daha çok önem verdiği görülmektedir. Eğitim düzeyi düşük olanların % 36,8'inin, eğitim düzeyi orta olanların % 16,9'unun, eğitim düzeyi yüksek olanların % 8,9'unun doktorun hastalık hakkında yeterli bilgi vermesine dikkat ettiği görülmektedir (Tablo:217).

Görüşülenlerin eğitim düzeyine göre doktor seçiminde dikkat edilen kriterler farklılaşmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olanlar doktorun uzmanlık alanındaki yeterliliğine daha fazla önem vermektedir.

Tablo:218 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Doktor Seçiminde En Çok Dikkat Ettiği Kriter

			Doğum yeri			Toplam
			İl merkezi	İlçe merkezi	Köy	
Doktor Seçiminde En Çok Dikkat Edilen Nitelik	Uzmanlık	Sayı	99	52	78	229
		% Tercih nedeni	43,2%	22,7%	34,1%	100,0%
		% Doğum yeri	68,8%	62,7%	50,3%	59,9%
		% Toplam	25,9%	13,6%	20,4%	59,9%
	Yaşlı	Sayı	1	0	1	2
		% Tercih nedeni	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
		% Doğum yeri	,7%	,0%	,6%	,5%
		% Toplam	,3%	,0%	,3%	,5%
	Tanıdık	Sayı	6	9	8	23
		% Tercih nedeni	26,1%	39,1%	34,8%	100,0%
		% Doğum yeri	4,2%	10,8%	5,2%	6,0%
		% Toplam	1,6%	2,4%	2,1%	6,0%
	Dindar	Sayı	1	0	0	1
		% Tercih nedeni	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Doğum yeri	,7%	,0%	,0%	,3%
		% Toplam	,3%	,0%	,0%	,3%
	İyi muamele	Sayı	6	4	1	11
		% Tercih nedeni	54,5%	36,4%	9,1%	100,0%
		% Doğum yeri	4,2%	4,8%	,6%	2,9%
		% Toplam	1,6%	1,0%	,3%	2,9%
	Bilgi verme	Sayı	24	16	55	95
		% Tercih nedeni	25,3%	16,8%	57,9%	100,0%
		% Doğum yeri	16,7%	19,3%	35,5%	24,9%
		% Toplam	6,3%	4,2%	14,4%	24,9%
	Tavsiye edilmesi	Sayı	7	1	10	18
		% Tercih nedeni	38,9%	5,6%	55,6%	100,0%
		% Doğum yeri	4,9%	1,2%	6,5%	4,7%
		% Toplam	1,8%	,3%	2,6%	4,7%
	Farketmez	Sayı	0	1	2	3
		% Tercih nedeni	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
		% Doğum yeri	,0%	1,2%	1,3%	,8%
		% Toplam	,0%	,3%	,5%	,8%
Toplam		Sayı	144	83	155	382
		% Tercih nedeni	37,7%	21,7%	40,6%	100,0%
		% Doğum yeri	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	37,7%	21,7%	40,6%	100,0%

Doğum yerlerine göre görüşülenlerin doktor seçiminde en çok dikkat ettiği kriter incelendiğinde il merkezinde doğanların % 68,8'inin, ilçede doğanların % 62,7'sinin, köyde doğanların % 50,3'ünün doktorun uzmanlık alanında kendini kanıtlamış olmasına daha çok önem verdiği görülmektedir. En çok önem verilen ikinci kriter olan doktorun hastalık hakkında yeterli bilgi vermesine il merkezinde doğanların % 16,7'sinin, ilçede doğanların % 19,3'ünün, köyde doğanların % 35,5'inin önem verdiği görülmektedir (Tablo:218). Kentsel kökenli bireylerin

doktorun uzmanlık alanında kendini kanıtlamış olmasına daha fazla önem verdiği söylenebilir.

Tablo:219 Sağlık Çalışanları İle Rahat Diyalog Kurabilme

	Sayı	Yüzde
Evet	320	83,8
Hayır	62	16,2
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 83,8'i sağlık çalışanları ile rahat diyalog kurduğunu ifade ederken, % 16,2'si kuramadığını belirtmiştir (Tablo:219).

Tablo:220 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Sağlık Çalışanları İle Rahat Diyalog Kurup Kuramadıkları

			Sağlık Personeli ile Rahat Diyalog Kurabiliyor mu		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	152	33	185
		% Eğitim Düzeyi	82,2%	17,8%	100,0%
		% Rahat Diyalog Kur.	47,5%	53,2%	48,4%
		% Toplam	39,8%	8,6%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	100	18	118
		% Eğitim Düzeyi	84,7%	15,3%	100,0%
		% Rahat Diyalog Kur.	31,3%	29,0%	30,9%
		% Toplam	26,2%	4,7%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	68	11	79
		% Eğitim Düzeyi	86,1%	13,9%	100,0%
		% Rahat Diyalog Kur.	21,3%	17,7%	20,7%
		% Toplam	17,8%	2,9%	20,7%
Toplam		Sayı	320	62	382
		% Eğitim Düzeyi	83,8%	16,2%	100,0%
		% Rahat Diyalog Kur.	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	83,8%	16,2%	100,0%

Eğitim durumuna göre görüşülenlerin sağlık çalışanlarıyla rahat diyalog kurup kuramadıkları incelendiğinde, eğitim düzeyi düşük olanların % 82,2'sinin, eğitim düzeyi orta olanların % 84,7'sinin, eğitim düzeyi yüksek olanların % 86,1'inin sağlık çalışanlarıyla rahat diyalog kurabildiklerini belirttikleri görülmektedir (Tablo:220). Bulgularımıza göre görüşülenlerin eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık personeli ile daha rahat iletişim kurabildikleri söylenebilir de, gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [$\chi^2 = 0,743$, $p > 0,05$].

Tablo:221 Görüşülenlerin Hekimlerin Verdiği Bilgileri Yeterli Görme Durumu

	Sayı	Yüzde
Evet	234	61,3
Hayır	148	38,7
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 61,3'ü hekimlerin verdiği bilgileri yeterli gördüğünü, % 38,7'si yeterli görmediğini ifade etmiştir (Tablo:221).

Örneklem grubumuzun çoğunluğu hekimlerin verdiği bilgileri yeterli bulmaktadır. Hekimlerin verdiği bilgileri yeterli bulma durumu ise daha çok bireylerin beklentileriyle ilgilidir. Uzun yıllar çok kısa süreli muayene ve kısa açıklamalara alışmış olan bireyler, hekimlerin bu tür davranışlarını meşru olarak değerlendirdikleri için açıklamaları yeterli görme eğiliminde olabilirler.

Tablo:222 Görüşülenlerin Hekimlerin Yaptığı Açıklamaları Anlayabilme Durumu

	Sayı	Yüzde
Evet	257	67,3
Hayır	125	32,7
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 67,3'ü hekimlerin yaptığı açıklamaları anlayabildiğini, % 32,7'si anlayamadığını ifade etmiştir (Tablo:222).

Tablo:223 Hekimlerin Yaptığı Açıklamaları Anlayamama Nedenleri

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Tıbbi literatür kullanıyorlar	48	12,6	38,4
Yeterince anlatmıyor/anlatamıyorlar	68	17,8	54,4
Diğer	9	2,4	7,2
Toplam	125	32,7	100
Cevapsız	257	67,3	
Toplam	382	100,0	

Hekimin yaptığı açıklamaları anlayamadığını belirtenlerin % 38,4'ü tıbbi literatür kullandığından dolayı, % 54,4'ü yeterince anlatmadıkları veya anlatamadıkları için anlamakta güçlük yaşadığını ifade etmiştir. Yaşlı olduğu için ya

da kulakları yavaş işittiğinden dolayı anlamadığını belirtenler “Diğer” seçeneğinde gösterilmiştir (Tablo:223).

Tablo:224 Eğitim Durumuna Göre Görüşülenlerin Hekimlerin Yaptığı Açıklamaları Anlayıp Anlayamadığı

			Doktorun yaptığı Açıklamaları Anlayabiliyor mu		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi	Eğitim Düzeyi Düşük	Sayı	116	69	185
		% Eğitim Düzeyi	62,7%	37,3%	100,0%
		% Dr. 'un Açıklamalarını Anlama	45,1%	55,2%	48,4%
		% Toplam	30,4%	18,1%	48,4%
	Eğitim Düzeyi Orta	Sayı	78	40	118
		% Eğitim Düzeyi	66,1%	33,9%	100,0%
		% Dr. 'un Açıklamalarını Anlama	30,4%	32,0%	30,9%
		% Toplam	20,4%	10,5%	30,9%
	Eğitim Düzeyi Yüksek	Sayı	63	16	79
		% Eğitim Düzeyi	79,7%	20,3%	100,0%
		% Dr. 'un Açıklamalarını Anlama	24,5%	12,8%	20,7%
		% Toplam	16,5%	4,2%	20,7%
Toplam		Sayı	257	125	382
		% Eğitim Düzeyi	67,3%	32,7%	100,0%
		% Dr. 'un Açıklamalarını Anlama	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	67,3%	32,7%	100,0%

Eğitim düzeyine göre hekimlerin yaptığı açıklamaları anlayabilme durumu incelendiğinde eğitim düzeyi düşük olanların % 55,2'sinin, eğitim düzeyi orta olanların % 33,9'unun, eğitim düzeyi yüksek olanların % 20,3'ünün açıklamaları anlamakta güçlük yaşadığı görülmektedir (Tablo:224). Eğitim düzeyi farklı olan bireyler arasında hekimin yaptığı açıklamaları anlayabilme bakımından farklılık vardır [$\chi^2 = 7,412$, $p < 0,05$]. Eğitim düzeyi yükseldikçe hekimin yaptığı açıklamaları anlayabilenlerin oranı artmaktadır.

Tablo:225 Doğum Yerlerine Göre Görüşülenlerin Hekimlerin Yaptığı Açıklamaları Anlayıp Anlayamadığı

			Doktorun Yaptığı Açıklamaları Anlayabiliyor mu		Toplam
			Evet	Hayır	
Doğum Yeri	İl Merkezi	Sayı	103	41	144
		% Doğum Yeri	71,5%	28,5%	100,0%
		% Dr. ’un Açıklamalarını Anlama	40,1%	32,8%	37,7%
		% Toplam	27,0%	10,7%	37,7%
	İlçe Merkezi	Sayı	65	18	83
		% Doğum Yeri	78,3%	21,7%	100,0%
		% Dr. ’un Açıklamalarını Anlama	25,3%	14,4%	21,7%
		% Toplam	17,0%	4,7%	21,7%
	Köy	Sayı	89	66	155
		% Doğum Yeri	57,4%	42,6%	100,0%
		% Dr. ’un Açıklamalarını Anlama	34,6%	52,8%	40,6%
		% Toplam	23,3%	17,3%	40,6%
Toplam	Sayı	257	125	382	
	% Doğum Yeri	67,3%	32,7%	100,0%	
	% Dr. ’un Açıklamalarını Anlama	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Toplam	67,3%	32,7%	100,0%	

Doğum yerine göre hekimin yaptığı açıklamaları anlayabilme durumu incelendiğinde il merkezinde doğanların % 28,5'inin, ilçede doğanların % 21,7'sinin, köyde doğanların % 42,6'sının hekimin söylediklerini anlamakta güçlük yaşadığı görülmektedir (Tablo:225). Doğum yeri farklı olan bireyler arasında hekimin açıklamalarını anlayabilme bakımından farklılık vardır [$\chi^2= 12,616$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre kırsal kökenli bireyler doktorun yaptığı açıklamaları anlamakta daha çok güçlük yaşamaktadırlar.

Tablo:226 Görüşülenlerin Hemşirelerin Verdiği Bilgileri Yeterli Görme Durumu

	Sayı	Yüzde
Evet	201	52,6
Hayır	181	47,4
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 52,6'sı hemşirelerin kendilerine verdikleri bilgileri yeterli gördüğünü, % 47,4'ü yeterli görmediklerini ifade etmiştir (Tablo:226)

Ülkemizde hasta bakımına ilişkin hemşirelik uygulamalarının istendik düzeyde olmadığı belirtilebilir. Ülkemizdeki sağlık kuruluşları sağlık çalışanlarının niteliği, çalışma ilkeleri vb. bakımından farklılaşmakta; hemşireler, çalıştıkları kuruluşa bağlı olarak, servislerde iş yükünün fazla olması ve hemşire sayısının

yetersiz olması nedeniyle daha çok iş merkezli çalışmakta, hastalara daha az zaman ayırmaktadır. Ayrıca hemşireler arasında öğrenim farklılıklarının yanısıra mesleğe bakış ve mesleki uygulamalara ilişkin farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar hasta bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini etkilemektedir. Örneklem grubumuzun yarıya yakını hemşirelerin verdiği bilgileri yeterli bulmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin hastayı bilgilendirme işlevini yeterince yerine getirmediği söylenebilir.

9.5. Sağlık ve Hastalığı Tanımlama

Sağlık ve hastalık kavramlarının açıklanış biçimleri bireylerin sosyal ve kültürel özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir.

Tablo:227 Görüşülenlerin “Sağlıklı İnsan”ı Tanımlayışları

	Sayı	Yüzde
Bedenen ve ruhen sağlıklı olan	60	15,7
Hastalık ve rahatsızlığı olmayan	119	31,2
Bedenin güçlü olması/ vücut fonksiyonlarının yeterli olması	43	11,3
İşlevsel yönden iyi olan	26	6,8
Psikolojik yönden iyi olan	95	24,9
Sosyal yönden iyi olan	2	,5
Ekonomik yönden iyi olan	4	1,0
Sağlıklı bir yaşam tarzı süren	17	4,5
Çevresel yönden iyi olan	5	1,3
Fikrim yok	11	2,9
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerden “sağlıklı insan”ı tanımlamaları istendiğinde en çok % 31,2 oranla “herhangi bir rahatsızlık veya hastalığı olmayan insan” şeklinde tanımladıkları görülmüştür (Tablo:227).

% 24,9’u “psikolojik iyilik içinde olan insan” olarak tanımlamıştır. Psikolojik iyilik kavramı içine konulan bazı ifadeler aşağıdadır:

- “Psikolojisi iyi olan”
- “stressiz bir yaşam süren”
- “iç sıkıntısı olmayan

- “huzurlu olan”
- “huzurlu ve rahat olan”
- “başı kaygısız olan”
- “kafasına bir şey takmayan” vb.

Örneklem grubumuzda sağlığı psikolojik yönden tanımlayanların oranı oldukça yüksek çıkmıştır. Özellikle “stres” kavramının çok fazla kullanıldığı tespit edilmiştir. Hastalıkların en önemli nedeni olarak “stres” gösterilmekte (Tablo:232), hastalık dendiğinde de bireylere bu kavramı çağrıştırmaktadır (Tablo:229). Burada mass medyanın kitle iletişim araçlarının etkisinden sözedilebilir. Son zamanlarda gerek yazılı gerek görsel basında “stres” kavramı üzerinde sıkça durulmakta, stresin pek çok hastalığa zemin hazırladığı duyurulmakta, sıkıntıların üstesinden gelme ve gevşeme yöntemleri konusunda bilgiler verilmektedir.

Görüşülenlerin % 15,7’si “beden ve ruh sağlığı yerinde olan insan” olarak tanımlamıştır.

% 11,3’ü fiziksel yönden sağlıklı olmaya vurgu yapmış, sağlıklı insanı “bedeni güçlü, dinç olan, vücut fonksiyonlarında bozukluk olmayan insan” olarak tanımlamıştır.

% 6,8’i “işlevsel yönden sağlıklı olan insan” şeklinde tanımlamıştır. İşlevsel sağlık kavramı içine dahil edilen bazı ifadeler aşağıdadır:

- “evinin işini yapabilen”
- “işine gidebilen”
- “eli ayağı tutan” vb.

% 3,5’i “sağlıklı bir yaşam tarzı süren insan” olarak tanımlamıştır. Sağlıklı yaşam tarzı kavramının içine dahil edilen bazı ifadeler aşağıdadır:

- “beslenmesine dikkat eden”
- “spor yapan”
- “sigara/alkol kullanmayan” vb.

Tablo:228 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin “Sağlıklı İnsan”ı Tanımlayışları

			Eğitim Düzeyi			Toplam
			Eğitim Düzeyi Düşük	Eğitim Düzeyi Orta	Eğitim Düzeyi Yüksek	
Sağlıklı İnsan Deyince Ne Anladığı	Bedenen ve Ruhen Sağlıklı Olan	Sayı	8	19	33	60
		% Sağlıklı İnsan Kimdir	13,3%	31,7%	55,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	4,3%	16,1%	41,8%	15,7%
		% Toplam	2,1%	5,0%	8,6%	15,7%
	Hastalık ve Rahatsızlığı Olmayan	Sayı	69	30	20	119
		% Sağlıklı İnsan Kimdir	58,0%	25,2%	16,8%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	37,3%	25,4%	25,3%	31,2%
		% Toplam	18,1%	7,9%	5,2%	31,2%
	Bedensel İyilik	Sayı	21	17	5	43
		% Sağlıklı İnsan Kimdir	48,8%	39,5%	11,6%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	11,4%	14,4%	6,3%	11,3%
		% Toplam	5,5%	4,5%	1,3%	11,3%
	İşlevsel İyilik	Sayı	16	7	3	26
		% Sağlıklı İnsan Kimdir	61,5%	26,9%	11,5%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	8,6%	5,9%	3,8%	6,8%
		% Toplam	4,2%	1,8%	,8%	6,8%
	Psikolojik İyilik	Sayı	50	30	15	95
		% Sağlıklı İnsan Kimdir	52,6%	31,6%	15,8%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	27,0%	25,4%	19,0%	24,9%
		% Toplam	13,1%	7,9%	3,9%	24,9%
	Sosyal İyilik	Sayı	2	0	0	2
		% Sağlıklı İnsan Kimdir	100,0%	,0%	,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	1,1%	,0%	,0%	,5%
		% Toplam	,5%	,0%	,0%	,5%
	Ekonomik İyilik	Sayı	2	1	1	4
		% Sağlıklı İnsan Kimdir	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	1,1%	,8%	1,3%	1,0%
		% Toplam	,5%	,3%	,3%	1,0%
	Sağlıklı Bir Yaşam Tarzı Olan	Sayı	10	6	1	17
		% Sağlıklı İnsan Kimdir	58,8%	35,3%	5,9%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	5,4%	5,1%	1,3%	4,5%
		% Toplam	2,6%	1,6%	,3%	4,5%
	Çevresel İyilik	Sayı	2	3	0	5
		% Sağlıklı İnsan Kimdir	40,0%	60,0%	,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	1,1%	2,5%	,0%	1,3%
		% Toplam	,5%	,8%	,0%	1,3%
	Fikrim Yok	Sayı	5	5	1	11
		% Sağlıklı İnsan Kimdir	45,5%	45,5%	9,1%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	2,7%	4,2%	1,3%	2,9%
		% Toplam	1,3%	1,3%	,3%	2,9%
Toplam		Sayı	185	118	79	382
		% Sağlıklı İnsan Kimdir	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%

Görüşülenlerin eğitim düzeyine göre “sağlıklı insan”ı tanımlayışlarına bakıldığında, eğitim düzeyi yüksek olanların daha çok % 41,8 oranla “bedenen ve ruhen sağlıklı olan insan”, % 25,3 oranla “rahatsızlık veya hastalığı olmayan insan” şeklinde bir tanımlama yaptıkları görülmektedir. Eğitim düzeyi orta olanların daha çok % 25,4 oranla “rahatsızlık veya hastalığı olmayan insan”, % 25,4 oranla “psikolojik yönden iyi olan insan” şeklinde tanımlama yaptıkları; eğitim düzeyi

düşük olanların ise en çok % 37,3 oranla “rahatsızlık veya hastalığı olmayan insan”, % 27 oranla “psikolojik yönden iyi olan insan” şeklinde tanımlama yaptıkları görülmektedir (Tablo:228).

Bulgularımıza göre, özellikle eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin Dünya Sağlık Örgütü’nün “biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklindeki sağlık tanımına yaklaştıkları görülmektedir.

Tablo:229 Görüşülenlerin Hastalığı Tanımlayışları

	Sayı	Yüzde
Sağlığın yokluğu/ bir hastalığın-hastalık belirtilerinin söz konusu olması	191	50,0
Bedenin güçsüz, zayıf olması/vücut fonksiyonlarının yetersiz olması	25	6,5
İşlevsel kayıp	25	6,5
Psikolojik yönden hastalık	62	16,2
Sosyal kayıp	8	2,1
Ekonomik kayıp	1	,3
Ruhani yönden	21	5,5
Ruhsal ve bedensel yönden rahatsız olmak	27	7,1
Çevresel yetersizlik	11	2,9
Fikrim yok	11	2,9
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerden “hastalık” kavramını tanımlamaları istendiğinde en çok % 50 oranla “hastalığın yokluğu, bir hastalığın ya da hastalık belirtilerinin olmaması” şeklinde tanımladıkları görülmektedir.

% 16,2’si “psikolojik yönden rahatsız olma” şeklinde tanımlamıştır. Psikolojik rahatsızlık kavramı içine dahil edilen bazı ifadeler aşağıdadır:

- “hayattan zevk almayan insan”
- “huzursuzluk”
- “stresten ileri gelir”
- “kafasına herşeyi takan hasta olur”
- “içi sıkılan insan” vb.

Sağlıklı insanın tanımlanışında olduğu gibi hastalığı psikolojik yönden tanımlayanların da oranı yüksek çıkmıştır. Burada da “stres” kavramının sıkça kullanıldığı tespit edilmiştir.

% 7,1’i “bedensel ve ruhsal yönden rahatsız olmak” şeklinde tanımlamıştır.

% 6,5’i “bünyenin zayıf olması, bedenin güçsüz olması, vücut fonksiyonlarının yeterli olmaması” şeklinde tanımlamıştır.

% 6,5’i “işlevsel kayıp” olarak tanımlamıştır. İşlevsel kayıp içine dahil edilen bazı ifadeler aşağıdadır:

- “işlerini yapamayan”
- “yatalak olan”
- “başkalarının bakımına muhtaç olan”
- “sakat olan” vb.

% 5,5’i ruhani yönden bir tanımlama yapmıştır. Bu seçenek içine dahil edilen bazı ifadeler aşağıdadır:

- “günahların bedeli”
- “Allahın kullarını imtihanıdır”
- “ölüme yaklaşma” vb.

% 2,9’u “çevre koşullarının yetersizliğine bağlı bir durum” olarak tanımlamıştır. Çevresel yetersizlik kavramı içine dahil edilen bazı ifadeler

- “mikropların neden olduğu durum”
- “pislik ve bakımsızlıktan olur”
- “çevresini temiz tutmayan” vb

Tablo:230 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Hastalığı Tanımlayışları

			Eğitim Düzeyi			Toplam
			Eğitim Düzeyi Düşük	Eğitim Düzeyi Orta	Eğitim Düzeyi Yüksek	
Hastalık Deyince Ne Anladığı	Sağlığın yokluğu	Sayı	106	54	31	191
		% Hastalık nedir	55,5%	28,3%	16,2%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	57,3%	45,8%	39,2%	50,0%
		% Toplam	27,7%	14,1%	8,1%	50,0%
	Bedenin güçsüz, zayıf olması	Sayı	8	10	7	25
		% Hastalık nedir	32,0%	40,0%	28,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	4,3%	8,5%	8,9%	6,5%
		% Toplam	2,1%	2,6%	1,8%	6,5%
	İşlevsel kayıp	Sayı	12	10	3	25
		% Hastalık nedir	48,0%	40,0%	12,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	6,5%	8,5%	3,8%	6,5%
		% Toplam	3,1%	2,6%	,8%	6,5%
	Psikolojik yönden hastalık	Sayı	30	19	13	62
		% Hastalık nedir	48,4%	30,6%	21,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	16,2%	16,1%	16,5%	16,2%
		% Toplam	7,9%	5,0%	3,4%	16,2%
	Sosyal Kayıp	Sayı	4	2	2	8
		% Hastalık nedir	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	2,2%	1,7%	2,5%	2,1%
		% Toplam	1,0%	,5%	,5%	2,1%
	Ekonomik kayıp	Sayı	0	1	0	1
		% Hastalık nedir	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	,0%	,8%	,0%	,3%
		% Toplam	,0%	,3%	,0%	,3%
	Ruhani yönden	Sayı	16	4	1	21
		% Hastalık nedir	76,2%	19,0%	4,8%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	8,6%	3,4%	1,3%	5,5%
		% Toplam	4,2%	1,0%	,3%	5,5%
	Ruhsal, bedensel hastalık	Sayı	2	8	17	27
		% Hastalık nedir	7,4%	29,6%	63,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	1,1%	6,8%	21,5%	7,1%
		% Toplam	,5%	2,1%	4,5%	7,1%
	Mikroplar	Sayı	2	5	4	11
		% Hastalık nedir	18,2%	45,5%	36,4%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	1,1%	4,2%	5,1%	2,9%
		% Toplam	,5%	1,3%	1,0%	2,9%
	Fikrim yok	Sayı	5	5	1	11
		% Hastalık nedir	45,5%	45,5%	9,1%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	2,7%	4,2%	1,3%	2,9%
		% Toplam	1,3%	1,3%	,3%	2,9%
Toplam		Sayı	185	118	79	382
		% Hastalık nedir	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%

Görüşülenlerin eğitim düzeyine göre hastalık kavramını tanımlayışlarına bakıldığında, eğitim düzeyi yüksek olanların en çok % 39,2 oranla, eğitim düzeyi orta olanların % 45,8 oranla ve eğitim düzeyi düşük olanların % 57,3 oranla “sağlığın yokluğu, hastalık belirtilerinin görülmesi” şeklinde bir tanımlama yaptıkları görülmektedir. Ruhani yönden tanımlama yapanların çoğunun % 76,2 oranla eğitim düzeyi düşük iken, “Ruhsal ve bedensel yönden rahatsızlık” olarak tanımlayanların

çoğunun % 63 eğitim düzeyi yüksektir (Tablo:230). Örneklem grubumuzda eğitim düzeyleri farklı bireylerin “hastalık” kavramını tanımlayışları arasında farklılık vardır.

Tablo:231 Görüşülenlerin Sık Sık Hastalanan Kişiler Hakkındaki Düşünceleri

	Sayı	Yüzde
Bünyesi zayıf/dirençsiz/bağıışıklık sistemi zayıf	46	12,0
Psikolojisinin bozuk olduğunu düşünürüm	60	15,7
Ciddi/kronik bir hastalığı olduğunu düşünürüm	116	30,4
Sürekli kendini dinleyen/pimpirikli bir insan olduğunu düşünürüm	9	2,4
Kendine iyi bakmadığını/kendini korumadığını/iyi beslenmediğini düşünürüm	51	13,4
İlgi/dikkat çekmek için hastalığı kullandığını düşünürüm	7	1,8
Hastalık hastası olduğunu düşünürüm	65	17,0
Bir şey düşünmem	28	7,3
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin sık sık hastalanan kişilere ilişkin düşüncelerine bakıldığında, % 30,4’ü böyle kişilerin ciddi/kronik bir hastalığı olduğunu, % 17’si “hastalık hastası” olduğunu, % 15,7’si psikolojisinin bozuk olduğunu, % 13,4’ü kendine iyi bakmadığını/ korunmadığını/iyi beslenmediğini, % 12’si bünyesinin zayıf ve dirençsiz olduğunu, % 2,4’ü sürekli kendini dinleyen, pimpirikli insanlar olduğunu düşünmektedir. Görüşülenlerin % 7,3’ü ise böyle kişiler için bir şey düşünmediğini belirtmiştir. (Tablo:231).

Tablo:232 Görüşülenlere Göre Hastalıkların Nedenleri

	Birinci Neden		İkinci Neden		Üçüncü Neden		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Cevap Sayısı	Kişi Yüzde	Cevap Sayısı Yüzde
Dengeli Beslenememe	84	22,0	47	12,3	31	8,1	162	42,4	21,8
Mikroplar	65	17,0	67	17,5	19	5,0	151	39,5	20,4
Stres	197	51,6	61	16,0	25	6,5	283	74,1	38,1
Zararlı Alışkanlıklar	19	5,0	43	11,3	24	6,3	86	22,5	11,6
Soğuk Hava	8	2,1	14	3,7	9	2,4	31	8,0	4,2
Kalıtım	9	2,4	13	3,4	8	2,1	29	7,6	3,9
Toplam	382	100,0	382	100,0	382	100,0	742	-	100,0

Görüşülenlerin % 51,6'sı hastalıkların en önemli nedeninin stres olduğunu, % 22'si dengeli beslenememe olduğunu, % 17'si mikroplardan kaynaklandığını belirtmiştir. Cevap sayısı yüzdelere baktığımızda hastalık nedeni olarak % 38,1 oranla stres gösterilirken, bunu % 21,8 oranla dengeli beslenememe, % 20,4 oranla mikroplar, % 11,6 oranla zararlı alışkanlıklar, % 4,2 oranla soğuk hava, % 3,9 oranla kalıtım izlemektedir (Tablo:232).

Örneklem grubumuzda hastalıkların en önemli nedeni olarak “stres” gösterilmekte, sağlık ve hastalık tanımlarında da bu hastalık nedenine göre bir tanımlama yapıldığı görülmektedir (Tablo:227-229)

9.6. Sağlık ve Hastalığa İlişkin Bireysel Algılar

Sağlık ve hastalığa ilişkin bireysel algılar bireylerin sosyo-kültürel özelliklerine bağlı olarak kişiden kişiye değişiklik gösterebilmektedir. Bazı kişiler hastalık nedeniyle kötü bir durumda olsalar dahi “Nasılsınız?” şeklindeki soruya “İyi” diyebilmektedir. Bu daha çok bireyin psikolojik donanımıyla ilişkili bir durumdur. Bireyin geçmiş deneyimleri, durumunu değerlendirme biçimi ve şimdiki beklentileri bu cevabı etkiler. Soruyu soran kişiye göre de cevap farklılaşabilir.

Tablo:233 Görüşülenlerin Kendi Sağlığını Nasıl Değerlendirdiği

	Sayı	Yüzde
Mükemmel	14	3,7
İyi	256	67,0
Orta	108	28,3
Kötü	4	1,0
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 67'si sağlığını “iyi”, % 28,3'ü “orta”, % 3,7'si “mükemmel”, % 1'i “kötü” olarak değerlendirmiştir (Tablo:233).

Tablo:234 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Kendi Sağlığını Nasıl Değerlendirdiği

			Sağlığını Nasıl Değerlendiriyor				Toplam
			Mükemmel	İyi	Orta	Kötü	
Cinsiyet	Kadın	Sayı	6	188	88	4	286
		% Cinsiyet	2,1%	65,7%	30,8%	1,4%	100,0%
		% Sağlığını nasıl değ.	42,9%	73,4%	81,5%	100,0%	74,9%
		% Toplam	1,6%	49,2%	23,0%	1,0%	74,9%
	Erkek	Sayı	8	68	20	0	96
		% Cinsiyet	8,3%	70,8%	20,8%	,0%	100,0%
		% Sağlığını nasıl değ.	57,1%	26,6%	18,5%	,0%	25,1%
		% Toplam	2,1%	17,8%	5,2%	,0%	25,1%
Toplam		Sayı	14	256	108	4	382
		% Cinsiyet	3,7%	67,0%	28,3%	1,0%	100,0%
		% Sağlığını nasıl değ.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	3,7%	67,0%	28,3%	1,0%	100,0%

Görüşülenlerin cinsiyetine göre kendi sağlığını nasıl değerlendirdiği incelendiğinde kadınların % 65,7'si, erkeklerin ise % 70,8'i sağlığını “iyi” olarak değerlendirmekte; kadınların % 30,8'i, erkeklerin 20,8'i “orta” olarak değerlendirmekte; kadınların % 2,1'i, erkeklerin ise % 8,3'ü mükemmel olarak değerlendirmektedir. Sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin tamamı kadın olup, erkeklerden sağlığını “kötü” olarak değerlendiren olmamıştır (Tablo:234). Kadınlar ve erkekler arasında kendi sağlıklarını değerlendirme yönünden farklılık gözlenmektedir [$X^2=11,756$, $p<0,05$].

Ancak, sağlığını mükemmel ve kötü olarak değerlendirenlerin bulunduğu kolonlarda, üç gözde beklenen değerlerin 5'ten küçük olduğu tespit edilmiştir. Bunun üzerine sağlığını mükemmel olarak değerlendirenlerin bulunduğu birinci kolon ile sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin bulunduğu dördüncü kolon tablodan çıkarılarak yeniden Ki-Kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda kadın ve erkekler

arasında kendi sağlığını iyi ve orta olarak değerlendirme bakımından gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur [$X^2= 2,681$, $p>0,05$].

Tablo:235 Yaş Gruplarına Göre Görüşülenlerin Kendi Sağlığını Nasıl Değerlendirdiği

			Sağlığını Nasıl Değerlendiriyor				Toplam
			Mükemmel	İyi	Orta	Kötü	
Yaş Grubu	20-29 Yaş	Sayı	1	49	16	0	66
		% Yaş grubu	1,5%	74,2%	24,2%	,0%	100,0%
		% Sağlığını nasıl değ	7,1%	19,1%	14,8%	,0%	17,3%
		% Toplam	,3%	12,8%	4,2%	,0%	17,3%
	30-39 Yaş	Sayı	5	80	27	0	112
		% Yaş grubu	4,5%	71,4%	24,1%	,0%	100,0%
		% Sağlığını nasıl değ	35,7%	31,3%	25,0%	,0%	29,3%
		% Toplam	1,3%	20,9%	7,1%	,0%	29,3%
	40-49 Yaş	Sayı	5	80	15	2	102
		% Yaş grubu	4,9%	78,4%	14,7%	2,0%	100,0%
		% Sağlığını nasıl değ	35,7%	31,3%	13,9%	50,0%	26,7%
		% Toplam	1,3%	20,9%	3,9%	,5%	26,7%
	50 Yaş ve üstü	Sayı	3	47	50	2	102
		% Yaş grubu	2,9%	46,1%	49,0%	2,0%	100,0%
		% Sağlığını nasıl değ	21,4%	18,4%	46,3%	50,0%	26,7%
		% Toplam	,8%	12,3%	13,1%	,5%	26,7%
Toplam	Sayı		14	256	108	4	382
	% Yaş grubu		3,7%	67,0%	28,3%	1,0%	100,0%
	% Sağlığını nasıl değ		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam		3,7%	67,0%	28,3%	1,0%	100,0%

Yaş gruplarına göre görüşülenlerin kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdiklerine bakıldığında 20-29 yaş grubundakilerin % 74'ünün, 30-39 yaş grubundakilerin % 71,4'ünün, 40-49 yaş grubundakilerin % 78,4'ünün kendi sağlığını “iyi” olarak değerlendirdikleri; 50 yaş üstündekilerin % 46,1'inin kendi sağlıklarını “iyi” olarak, % 49'unun “orta” olarak değerlendirdikleri görülmektedir (Tablo:235).Yaş grupları arasında kendi sağlığını değerlendirme yönünden farklılık vardır [$X^2= 37,821$, $p<0,05$].

Ancak, sağlığını mükemmel ve kötü olarak değerlendirenlerin bulunduğu kolonlarda, gözlerin çoğunda beklenen değerlerin 5'ten küçük olduğu tespit edilmiştir. Bunun üzerine sağlığını mükemmel olarak değerlendirenlerin bulunduğu birinci kolon ile sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin bulunduğu dördüncü kolon tablodan çıkarılarak yeniden Ki-Kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda yaş grupları arasında kendi sağlığını “iyi” ve “orta” olarak değerlendirme bakımından gözlenen farklılık anlamlı bulunmuştur [$X^2= 32,860$, $p<0,05$]. Görüşülenlerin özellikle 50 yaşına kadar genel sağlık durumunu çoğunlukla “iyi” olarak, 50 yaş ve üstündekilerin ise “orta” olarak değerlendirme eğiliminde oldukları görülmektedir.

Tablo:236 Sosyo-ekonomik Statülerine Göre Görüşülenlerin Kendi Sağlığını Nasıl Değerlendirdiği

			Sağlığını Nasıl Değerlendiriyor				Toplam
			Mükemmel	İyi	Orta	Kötü	
SES	Yüksek Sosyo-ekonomik Statü	Sayı	5	71	17	0	93
		% Sosyo-ekonomik Statü	5,4%	76,3%	18,3%	,0%	100,0%
		% Sağlığını Nasıl Değ.	35,7%	27,7%	15,7%	,0%	24,3%
		% Toplam	1,3%	18,6%	4,5%	,0%	24,3%
	Orta Sosyo-ekonomik Statü	Sayı	5	110	38	0	153
		% Sosyo-ekonomik Statü	3,3%	71,9%	24,8%	,0%	100,0%
		% Sağlığını Nasıl Değ.	35,7%	43,0%	35,2%	,0%	40,1%
		% Toplam	1,3%	28,8%	9,9%	,0%	40,1%
	Düşük Sosyo-ekonomik Statü	Sayı	4	75	53	4	136
		% Sosyo-ekonomik Statü	2,9%	55,1%	39,0%	2,9%	100,0%
		% Sağlığını Nasıl Değ.	28,6%	29,3%	49,1%	100,0%	35,6%
		% Toplam	1,0%	19,6%	13,9%	1,0%	35,6%
Toplam		Sayı	14	256	108	4	382
		% Sosyo-ekonomik Statü	3,7%	67,0%	28,3%	1,0%	100,0%
		% Sağlığını Nasıl Değ.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	3,7%	67,0%	28,3%	1,0%	100,0%

Sosyo-ekonomik statülerine göre görüşülenlerin kendi sağlığını nasıl değerlendirdiği incelendiğinde, yüksek sosyo-ekonomik statü grubundakilerin % 76,3'ünün, orta sosyo-ekonomik statü grubundakilerin % 71,9'unun, düşük sosyo-ekonomik statü grubundakilerin % 55,1'inin kendi sağlığını "iyi" olarak değerlendirdiği görülmektedir. Düşük sosyo-ekonomik statüde yer alan bireylerin % 39'u kendi sağlığını "orta" olarak değerlendirirken, "kötü" olarak değerlendirenlerin tamamı yine bu grup içinde yer almaktadır (Tablo:236). Sosyo-ekonomik statüsü farklı bireyler arasında genel sağlık durumunu değerlendirme yönünden farklılık vardır [$X^2= 22,278$, $p<0,05$].

Ancak, sağlığını "mükemmel" ve "kötü" olarak değerlendirenlerin bulunduğu kolonlarda, gözlerin çoğunda beklenen değerlerin 5'ten küçük olduğu tespit edilmiştir. Bunun üzerine sağlığını "mükemmel" olarak değerlendirenlerin bulunduğu birinci kolon ile sağlığını "kötü" olarak değerlendirenlerin bulunduğu dördüncü kolon tablodan çıkarılarak yeniden Ki-Kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda yaş grupları arasında kendi sağlığını "iyi" ve "orta" olarak değerlendirme bakımından gözlenen farklılık anlamlı bulunmuştur [$X^2= 14,1$, $p<0,05$]. Bulgularımıza göre yüksek sosyo-ekonomik statüde yer alanlar düşük sosyo-ekonomik statüde yer alanlara göre genel sağlık durumlarını daha çok "iyi" olarak değerlendirme eğilimindedir.

Tablo:237 Görüşülenlerin “Allah doktora muhtaç etmesin, onsuz da bırakmasın” Düşüncesine Katılma Durumu

	Sayı	Yüzde
Fikrime uygun	355	92,9
Fikrim yok	14	3,7
Fikrime aykırı	13	3,4
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 92,9’u “Allah doktora muhtaç etmesin, onsuz da bırakmasın” düşüncesinin fikrine uygun olduğunu, % 3,4’ü fikrine uygun olmadığını, % 3,7’si ise bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiştir (Tablo:237). Örneklem grubundaki bireylerin hastalandıklarında sağlık kuruluşlarıyla ve doktorla karşı karşıya gelmek istemedikleri; iyileşmek için kendinin dışında bir başka kişiye muhtaç durumda olmak istemedikleri, ancak ciddi bir rahatsızlık durumunda da doktorun varlığının elzem olduğunu düşündükleri söylenebilir.

9.7. Hasta Haklarına İlişkin Bilgi ve Tutum

Özellikle serbest piyasa alanında sağlık hizmeti veren kuruluşlarda kalite kavramının ön plana çıkarılması ve hastaların tüketici olarak görülmesi hasta hakları, hasta memnuniyeti gibi kavramların son yıllarda oldukça sık kullanılmaya başlamasına neden olmuştur. Toplumun eğitim düzeyinin yükselmesi de bireylerin teşhis ve tedaviye katılma, daha fazla bilgi edinme isteği vb. daha fazla talepte bulunmalarında etkili bir faktördür.

Hastanelerde farklı nedenlerle mağdur olan pek çok birey hasta hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasının yanısıra baştan dikkate alınmayacağını düşünerek şikayette bulunmaktan çekinmektedir. Yine de son yıllarda yanlış teşhis ve tedavi nedeniyle sakatlığa ya da ölüme sebebiyetten, hasta ya da yakınları tarafından açılan davaların sayılarında artış olduğu belirtilmektedir.

Tablo:238 Görüşülenlerin Yanlış Teşhis ve Tedaviye Maruz Kalma Durumu

	Sayı	Yüzde
Evet	97	25,4
Hayır	285	74,6
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 25,4'ü kendilerinin veya yakınlarının herhangi bir yanlış teşhis ve tedaviye maruz kaldığını, % 74,6'sı maruz kalmadığını ifade etmiştir (Tablo:238).

Tablo:239 Yanlış Teşhis ve Tedaviye Maruz Kalanların Hukuki Girişimde Bulunup Bulunmadığı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde
Evet	6	1,6	6,2
Hayır	91	23,8	93,8
Toplam	97	25,4	100
Cevapsız	285	74,6	
Toplam	382	100,0	

Yanlış teşhis ve tedaviye maruz kaldıklarını belirtenlerin % 6,2'si hukuki bir girişimde bulunulduğunu, % 93,8'i bulunulmadığını belirtmiştir (Tablo:239).

Tablo:240 Görüşülenlerin Hasta Hakkı Kavramına İlişkin Düşünceleri

	Sayı	Yüzde
Doktorunu seçme hakkı vardır	2	,5
Hastalığını ve tedavisini bilme hakkı vardır	289	75,7
Hastane seçme hakkı vardır	3	,8
Bilgim yok	88	23,0
Toplam	382	100,0

Görüşülenlerin % 75,7'si hastaların hastalığının ne olduğunu ve tedavisini öğrenme, kendine gereken açıklamaların yapılması hakkının olduğunu, % 0,8'i hastane seçme hakkının olduğunu, % 0,5'i doktor seçme hakkının olduğunu belirtirken, % 23'ü bu konuda bilgisinin olmadığını belirtmiştir (Tablo:240). Örneklem grubumuzdaki bireylerin “hasta hakları” kavramını ve içeriğini sadece sağlık kuruluşlarında kendilerini ilgilendiren bazı kolaylıklar ve beklentiler açısından değerlendirdikleri söylenebilir

BEŞİNCİ BÖLÜM

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Araştırmamızda, sistem yaklaşımından hareketle Burdur il merkezindeki sağlık sisteminin sosyolojik analizini yapmaya çalıştık.

Araştırma grubumuzun demografik, sosyal ve ekonomik özellikleri ile sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışları şu şekilde özetlenebilir:

Araştırmaya katılanların yaklaşık dörtte üçü kadınlardan oluşmaktadır. Örneklem grubumuzun büyük çoğunluğu evli olup büyük oranda çekirdek aile tipinin yaygın olduğu tespit edilmiştir. Ailelerde ortalama hane nüfusu 3'tür.

Ailenin kökeni, sosyo-ekonomik konumu, aile üyeleri arasındaki ilişkiler bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Ebeveynlerin eğitim düzeyi yükseldikçe bireyler daha çok üst sosyo-ekonomik statü içinde yer almaktadır (Tablo:69).

Toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili olarak ev işleri ve çocuk bakımı gibi ev alanıyla ilgili sorumlulukları büyük oranda kadınların üstlendiği, aile içinde önemli kararların ise çoğunlukla ortaklaşa alındığı tespit edilmiştir (Tablo:29-32).

Yaklaşık olarak görüşülenlerin beşte ikisi il merkezinde, beşte biri ilçe ve beşte ikisi köyde doğmuştur. Bireylerin doğup büyüdüğü yer onların eğitim olanaklarını doğrudan etkiler. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireyler yüksek statü verilen mesleklerde yoğunlaşır ve paralelinde gelir düzeyleri de yükselir (Tablo:50, 60, 61). Doğum yeri bireylerin sosyo-ekonomik statüleri üzerinde dolaylı bir etkiye sahiptir (Tablo:70). Ayrıca bireylerin sosyalleşme sürecinde benimsemiş oldukları, kırsal ve kentsel kesimi yansıtan sosyal ve kültürel özellikleri yaşam tarzlarında önemli ölçüde devam ettirdikleri görülmektedir.

Araştırmaya katılanların yarıya yakını ilkokul mezunu olup, beşte biri lise ve dengi okul mezunu, beşte biri üniversite mezunudur. Örneklem grubumuzda kadınların eğitim düzeyinin erkeklere göre daha düşük olduğu (Tablo:37), buna bağlı olarak sosyo-ekonomik durumlarının daha kötü olduğu tespit edilmiştir (Tablo:67). Erkek ve kadına toplumsal olarak biçilen roller bireylerin sosyo-ekonomik statülerini etkilemektedir. Erkeğin evi geçindirme, "Ekmeğ parası" kazanma sorumluluğu onların formal eğitim sürecine daha fazla katılmalarına ve dolayısıyla sosyo-

ekonomik statülerinin daha yüksek olmasına etkide bulunur. Ayrıca eğitimin bireylere sağladığı sosyal ve ekonomik yararların yanı sıra bilişsel ve davranışsal yetenekleri geliştirmesi doğrultusunda bireylerin daha sağlıklı olmaları söz konusudur.

Görüşülenlerin yaklaşık yarısına yakını 501-1000 YTL gelir grubu içinde yer alırken, beşte biri 100-500 YTL ve beşte biri 1001-2000 YTL gelir grubu içinde yer almaktadır. Gelir bireylerin yaşam tarzlarını sürdürmeleri üzerinde önemli etkiye sahiptir.

Görüşülenlerin yarıya yakını ev hanımıdır. Örneklem grubumuzda çalışanlar içinde kadınların oranı düşüktür. Çalışan kesim çoğunlukla hizmet sektöründe istihdam edilmiştir. Görüşülenlerin büyük çoğunluğunun sağlık güvencesi vardır, sağlık güvencesi olmayanlar (% 2,4) ile Yeşil Kartlı olanların oranı (% 1) çok düşüktür.

Araştırma grubumuzun dörtte biri sigara kullanmaktadır. Alkol kullananların oranı ise % 7,6'dır. Görüşülenlerin yarısı düzenli diş fırçalama alışkanlığına, yaklaşık onda biri düzenli fiziksel aktivite alışkanlığına sahiptir. Süt ve süt ürünleri, sebze ve meyve tüketimi yüksek düzeyde, fast-food besin tüketimi düşük düzeydedir. Örneklem grubumuzun sağlıklı beslenme eğiliminde olduğu, ancak fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu söylenebilir. Ayrıca otomobil sahipliği oranının yüksek olmasının ve boş zamanlarını televizyon izleme yönünde değerlendirme eğiliminin hareketsiz yaşam tarzını desteklediği ifade edilebilir. Günümüzde kronik hastalıklarla ilişkilendirilen yaşam tarzının sağlık yönünde düzenlenmesi pek çok hastalığın önlenmesi açısından büyük öneme sahiptir.

Görüşülenlerin komşu, akraba ve arkadaşlarıyla sık görüştükleri tespit edilmesine rağmen hastalık durumunda bu kişilerden gerek maddi gerek manevi ve araçsal destek beklentisinin düşük düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo:118-126). Günümüzde bireylerin içinde yer aldığı sosyal ilişkiler ağı genişlemiş olsa da kişiler arası ilişkilerin daha çok formal niteliğe büründüğü ve bu ilişkiler ağının dayanışma, yardımlaşma, destek yönünde fonksiyon görmekten uzaklaştığı belirtilebilir.

Sosyal destek ve medeni durumla ilgili yapılan çalışmalar evli olanların bazı sağlık avantajlarını daha fazla yaşadıklarını belirtmektedir. Bu yönde yapılması düşünülen bazı analizler, örneklem grubumuzda bulunan bekar, dul ve ayrılmış

olanların, sayılarının yetersiz olması nedeniyle grubu temsil yeteneği düşük olduğundan dolayı yapılamamıştır.

Örneklem grubumuzda kültürel yapı içinde değerlendirebileceğimiz sağlık ve hastalıkla ilgili bazı inanç ve uygulamalar önemini halen korumaktadır. Loğusa ve yenidoğana yönelik sağlığa zarar verebilen geleneksel uygulamalara rastlanmamıştır. Hastalıkları nazarla ilişkilendirenlerin oranı oldukça yüksek olup (% 78,5), popüler ve geleneksel uygulamalar içinde önemli yer tutan şifalı bitki kullanımı oldukça yaygın bir davranıştır (% 71,7). Görüşülenlerin yaklaşık onda birinin sağlık amaçlı yatır-türbe ziyareti yaptığı, beşte birinin sağlık amacıyla geleneksel iyileştiricilere başvurduğu, en çok başvuru nedeninin kırık-çıkık ve burkulma olduğu, geleneksel iyileştiricilerin daha çok el manuplasyonuna dayalı iyileştirici yöntemler kullandığı tespit edilmiştir.

Örneklem grubumuzda zekat, kurban ve oruç ibadetlerini yerine getirenlerin oranı oldukça yüksek olup, grubun yaklaşık yarısının düzenli namaz kıldığı, dörtte birinin düzenli Kur'an okuduğu saptanmıştır. Görüşülenlerin yaklaşık dörtte üçü dinin sağlık açısından faydalı olduğunu ifade ederken, yarıya yakını hastalık durumunda dini duygularında değişiklik tanımlamıştır. Örneklem grubumuzda dinin gerek inanç, gerek ibadet boyutuyla katı bir şekilde yaşanmadığı ifade edilebilir.

Örneklem grubumuzun dörtte üçü rahatsızlık durumunda sağlık kuruluşlarına gitmeyi geciktirmektedir. Genellikle birkaç gün bekleme eğilimde olan bireylerin önemli bir kısmı istirahat ederek hastalığın geçmesini beklemekte, bir kısmı da kendi kendini evde bulunan ilaçlarla tedavi etmeye çalışmaktadır. Sağlık kuruluşlarına geç başvuranların yarısı hastanede işlemlerin uzun sürmesi ve zaman kaybının çok olması nedeniyle başvuruyu geciktirdiğini ifade etmiştir. Sağlık kuruluşlarına başvurunun gecikmesi büyük oranda sağlık hizmetleri sunumunun hastalar açısından kolaylık sağlayabilecek şekilde düzenlenmemesine bağlıdır.

Örneklem grubumuzun beşte dördü rahatsızlık durumunda, Burdur il merkezinde üniversite hastanesinin ve donanımlı bir özel hastanesinin olmaması nedeniyle devlet hastanesini tercih etmektedir. Tercih şansı olmadığını belirtenler dışında bireylerin hastane tercihlerinde güven faktörünün ve hastalara ilgi gösterilmesinin önemli olduğu tespit edilmiştir. Görüşülenlerin beşte üçü hastanede en çok bürokratik işlemler ve uzun kuyruklardan, yarıya yakını sağlık personelinin

ilgisizliğinden şikayet etmektedir. Burdur'da SSK'ya bağlı hastanenin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi ve ardından Kadın Hastalıkları-Doğum ve Çocuk Hastanesi olarak hizmet vermeye başlaması sonucu, daha önce bu hastaneden sağlık hizmeti alanların devlet hastanesine başvurmasıyla devlet hastanesinde hasta yoğunluğu artmıştır.

Örnekleme grubumuzun yaklaşık beşte biri düzenli olarak genel sağlık kontrolü yaptırmaktadır. Görüşülenlerin yarısına yakını daha çok ilgi ve iyi muamele gördüklerinden dolayı sosyal güvencesi olduğu halde doktorun özel muayenehanesini tercih etmektedir. Son dönem sağlık politikalarıyla hastalar lehine sağlık hizmetlerin sunumu bakımından kolaylıklar sağlanmış olsa da hasta-hekim ilişkilerinde beklenen düzeyde bir iyileşmenin yaşanmadığı söylenebilir.

Örnekleme grubumuzda doğurganlık çağındaki kadınların dörtte üçü aile planlaması yöntemi kullanmakta; aile planlaması yöntemi kullananların tamamına yakını modern korunma yöntemlerini tercih etmektedir.

Örnekleme grubumuzun beşte üçü doktorun önerdiği ilaç tedaviye uyum göstermektedir. Beşte ikisi ise çoğunlukla kendisini iyi hissettiğinde gerek görmediğinden ilaç kullanımını bırakmaktadır. Oysa özellikle antibiyotiklerin bu şekilde kullanımı enfeksiyon tekrarlarına yol açabilmektedir. İlaçların doğru kullanılmaması kişiler açısından hastalık durumunun devamına, sağlık sistemi açısından sağlık hizmetlerinin fazladan kullanımına ve ilaç israfına yol açabilmektedir.

Örnekleme grubumuzun beşte birinin çevresinden duyduğu ilaçları kullandığı, dörtte üçünün doktora danışmaksızın evde bulunan ya da eczaneden aldığı ilaçları kullandığı tespit edilmiştir. Doktora danışmadan kullanılan ilaçlar arasında en fazla % 80,5 oranla ağrı kesiciler alınmaktadır.

Örnekleme grubumuzun doktor seçiminde en çok dikkat ettiği kriter % 60 oranla doktorun uzmanlık alanında kendini kanıtlamış olmasıdır. Görüşülenlerin yaklaşık beşte dördü hekimle rahat diyalog kurabildiğini, beşte üçü hekimin kendisine hastalığı konusunda verdiği bilgileri yeterli gördüğünü ifade etmiştir. Hekimin yaptığı açıklamaları anlayamadığını belirtenlerin oranı % 67,3 olup, anlamama nedeni olarak doktorların yeterince açıklama yapmamalarını ve tıbbi literatür kullanmalarını göstermişlerdir.

Araştırmaya katılanların % 67'si genel sağlık durumunu iyi olarak değerlendirmiştir. Örneklem grubumuzda “sağlıklı insan” daha çok “hastalık ve rahatsızlığı olmayan insan” şeklinde tanımlanmıştır. Bunu “psikolojik yönden iyi olan insan” şeklindeki tanımlama izlemektedir. “Hastalık” ise daha çok “sağlığın yokluğu/hastalık belirtilerinin varlığı” şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanıımı “psikolojik yönden hasta olan” şeklindeki tanım izlemektedir. Görüşülenler arasında hastalık nedeni olarak en fazla birinci sırada “stres” etkeni, ikinci sırada “dengeli ve düzenli beslenememe” gösterilmiştir. Bireylerin sağlık ve hastalıkla ilgili değerlendirmeleri üzerinde mass medyanın oldukça etkili olduğu söylenebilir. Özellikle son yıllarda gerek yazılı gerek görsel basın vasıtasıyla sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik yazılar, programlar ve reklamlar gündemden düşmemektedir. “stres” kavramı üzerinde sıkça durulmakta, stresin pek çok hastalığa zemin hazırladığı duyurulmakta, sıkıntıların üstesinden gelme ve gevşeme yöntemleri konusunda bilgiler verilmektedir

Hastanelerde farklı nedenlerle mağdur olan pek çok kişi gerek hasta haklarıyla ilgili bilgidен yoksun olma gerek bu haklarını koruyan kurullara duydukları güvensizlik nedeniyle haklarını aramamaktadır. Görüşmeler sırasında duyulan şu ifadeler dikkat çekicidir:

“Şikayet kutularına atılan belgeleri okumadan yok ediyorlardır”

“ İt iti ısırmaz, kimi kime şikayet edeceksin”

Araştırmaya katılanların dörtte birinin yanlış teşhis ve tedaviye maruz kaldığı, bu kişilerden sadece % 6,2'sinin hukuki girişimde bulunduğu tespit edilmiştir. Görüşülenlerin dörtte biri “Hasta Hakkı” kavramına ilişkin bilgisinin olmadığını belirtmiştir.

Araştırma hipotezlerimizin doğrulanıp doğrulanmadığına yönelik yapılan analizler sonucunda aşağıdaki bulgulara ulaştık:

Temel Hipotez 1. Sağlıklı yaşam alışkanlıkları bireylerin toplumsal özelliklerinin göreceli fakat toplam bir etkisi ile ortaya çıkar.

Birinci temel hipotezimize bağlı olarak kurduğumuz ***“Toplumsal cinsiyet rolleri toplumsal bir yaşam tarzı oluşmasında etkilidir.”*** şeklindeki 1. alt hipotezimiz doğrulanmıştır.

Örneklem grubumuzdaki kadın ve erkekler arasında sağlığa zararlı alışkanlıklar bakımından farklılık olduğu, erkekler arasında sigara ve alkol kullanımının daha yaygın olduğu saptanmıştır (Tablo:87, 95). Erkek ve kadına toplumsal olarak biçilen roller doğrultusunda, erkekler arasında toplumsal statünün bir göstergesi olarak sigara ve alkol kullanımının daha yaygın olduğu söylenebilir. Günümüzde kadınların eğitim düzeyinin yükselmesi ve çalışma yaşamına katılmasıyla birlikte toplumsal baskının azalması sonucu, kadınlar arasında da bu tür maddelerin kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. Örneklem grubumuzda kadınlar arasında eğitim düzeyi yükseldikçe sigara ve alkol kullanımının arttığı saptanmıştır (Ek-2, Tablo:1, 2).

Örneklem grubumuzda kadınlar arasında düzenli diş fırçalama alışkanlığının daha yaygınken (Tablo:100), erkekler arasında düzenli fiziksel aktivite alışkanlığının daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (Tablo:113).

Birinci temel hipotezimize bağlı olarak kurduğumuz ***“Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlığa zararlı davranışları engelleyici, sağlıklı davranışları destekleyici yönde etkili olur.”*** şeklindeki 2. alt hipotezimiz doğrulanmıştır.

Örneklem grubumuzda eğitim düzeyi yüksek olanlar arasında düzenli diş fırçalama alışkanlığı daha yaygındır (Tablo:101). Eğitim düzeyi yükseldikçe düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlığı da yaygınlaşmaktadır (Tablo:114).

Örneklem grubumuzda eğitim düzeyi düşük olanlar arasında sigara kullanma oranı düşük iken, eğitim düzeyi orta olanlar arasında çok yüksektir (Tablo:89).

Ancak, eğitim düzeyi yükseldikçe alkol kullanma oranının arttığı, eğitim düzeyi yüksek olanlar arasında alkol kullanma alışkanlığının daha yaygın olduğu saptanmıştır (Tablo:98).

Eğitim düzeyi yüksek bireyler arasında sigara ve alkol kullanma oranlarının beklenenden yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu tür maddelerin kullanımının eğitim düzeyiyle orantılı olarak artması eğitim düzeyi yükseldikçe toplumsal baskının azalmasına bağlanabilir.

Eğitim düzeyi yükseldikçe bireyler başlarına gelen olayların, hastalıkların veya bazı davranışların nedenlerine ilişkin daha rasyonel sebepler; eğitim düzeyi düşük olan ve daha çok dini kültürün etkisinde kalmış bireyler dini ve mistik sebepler gösterme eğiliminde olurlar. Örneklem grubumuzda eğitim düzeyi yüksek olan bireyler ise daha çok sağlığa zararlı olduğu için, eğitim düzeyi düşük olan bireyler

ise daha çok haram olduğu için alkol kullanmadıklarını ifade etmişlerdir (Ek-2, Tablo:6).

Birinci temel hipotezimize bağılı olarak kurduğumuz **“Din sağığına zararlı davranışları engelleyerek daha sağııklı yaşamaya katkıda bulunur.”** şeklindeki 3. alt hipotezimiz doğrulanmıştır.

Örneklem grubumuzda dini ibadetlere önem verenler ile önem vermeyenler arasında sağığına zararlı alışkanlıklar bakımından farklılık vardır. Dini ibadetleri hiç yerine getirmeyenler arasında sigara ve alkol kullanımının daha yaygın olduğu saptanmıştır (Tablo:88, 96).

Dini ibadetlerini tam olarak yerine getiren bireyler daha çok “günah” olduğu için, dini ibadetlerini yerine getirmeyen bireyler ise daha çok sağığına zararlı olduğu için alkol kullanmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo:97).

Birinci temel hipotezimize bağılı olarak kurduğumuz **“Sağııklı yaşam alışkanlıklarının eylemsel olarak sürdürölmesi gelirin bir fonksiyonudur.”** şeklindeki 4. alt hipotezimiz doğrulanmıştır.

Ekonomik olarak asgari yaşam standartlarına ulaşamamış ve başta barınma, beslenme, giyinme gibi temel gereksinimlerini yeterince karşılayamayan bireylerin sağııklı bir yaşam sürmeleri de olanaksız hale gelmektedir. Bireylerin gelir durumları ile dengeli beslenme, sağııklı ve kaliteli besinleri tüketme arasında ilişki vardır. Örneklem grubumuzda sağııklı bir yaşam için gerekli besinleri tüketemediklerini ifade edenlerin çoğunun düşük gelire sahip olduğu saptanmıştır (Tablo:104).

Yüksek gelir grubunda yer alan bireyler çocuklarını hasta olmaksızın düzenli olarak genel sağıık kontrollerine götürmektedir (Tablo:189).

Temel Hipotez 2. Bireyin toplumsallaşma süreciyle kazanılan toplumsal özellikleri sağıık-hastalıkla ilgili tercih ve eylemlerini etkiler.

İkinci temel hipotezimize bağılı olarak kurduğumuz **“Bireylerin sağıık-hastalıkla ilgili tercih ve eylemleri cinsiyete göre farklılık gösterir”** şeklindeki 1. alt hipotezimiz doğrulanmamıştır.

Kadınların erkeklere göre sosyal çevrelerinin daha geniş olması nedeniyle özellikle popüler tedavi yöntemlerini tercih etmeleri daha olasıdır. Örneklem grubumuzda, kadınlar arasında şifalı bitki kullanımı daha yaygın olmasına karşın kadın ve erkekler arasında geleneksel iyileştiricilere başvurma ve evde bulunan ya da

çevreden önerilen ilaçları kullanma davranışı yönünden farklılık görülmemiştir (Tablo:134, 145, 205, 209). Kadın ve erkekler arasında özellikle popüler tedavilerin yaygın olarak kabul gördüğü söylenebilir.

İkinci temel hipotezimize bağlı olarak kurduğumuz **“Yaşlılar geleneksel ve popüler tedaviler yerine modern tedavi yöntemlerini daha fazla benimserler.”** şeklindeki 2. alt hipotezimiz doğrulanmıştır.

Günümüzde ortalama yaşam süresinin uzaması ve yaşam tarzındaki değişmelere (aşırı beslenme, hareketsiz yaşam gibi) paralel olarak artış gösteren kronik hastalıklar tüm toplumları tehdit etmektedir. Kronik hastalık bakımından riskli grupların belirlenmesi ve olası sağlık risklerinin en aza indirilmesi için bireylerin zaman zaman hastalık olmaksızın sağlık kontrolleri yaptırmaları büyük bir öneme sahiptir. Özellikle kanser konusunda erken tanının önemi mass-medya aracılığıyla sürekli duyurulmaya çalışılmaktadır. Ancak, bireylerin hastalık söz konusu olmaksızın nadiren hekime başvurduğuna dair yaygın bir kanı vardır.

Konuyla ilgili hipotezimizde, kronik hastalığı olanların hastalığı olmayanlara göre sağlığı konusunda daha duyarlı olduğu ve düzenli olarak genel sağlık kontrolü yaptırdığı saptanmıştır (Tablo:179). Diğer yandan örneklem grubumuzda, hastalık söz konusu olsun veya olmasın düzenli olarak sağlık kontrolü yaptıranların oranının düşük olduğu söylenebilir.

Örneklem grubumuzda yaşlıların sağlık kuruluşlarına daha çabuk başvurduğu (Tablo:168). 50 yaş ve üstü bireyler arasında düzenli olarak genel sağlık kontrolü yaptırma eğiliminin fazla olduğu bulunmuştur (Tablo:182). Konuyla ilgili bu hipotezimizin, kronik hastalıkların ilerleyen yaşla birlikte artması, kronik hastalığı olanların ise daha fazla genel sağlık kontrolü yaptırma eğiliminde olmasına paralel olarak desteklenmiş olması muhtemeldir

İkinci temel hipotezimize bağlı olarak kurduğumuz **“Eğitim düzeyi yükseldikçe geleneksel ve popüler tedavi yöntemleri daha az kabul görür”** şeklindeki 3. alt hipotezimiz doğrulanmamıştır.

Örneklem grubumuzda eğitim düzeyi ile rahatsızlık durumunda şifalı bitki kullanma davranışı arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo:136). Eğitim düzeyi farklı bireyler arasında evde bulunan veya çevreden önerilen ilaçları kullanma davranışı yönünden farklılık saptanmamıştır (Tablo:206, 210).

Eğitim düzeyi arttıkça geleneksel iyileştiriciye gitme oranlarında bir azalma görülmekte ise de gözlenen farklılık anlamlı bulunmamıştır (Tablo:147), ancak sağlık amacıyla yatır-türbe ziyaretini büyük oranda eğitim düzeyi düşük kişilerin tercih ettiği saptanmıştır (Tablo:153).

İkinci temel hipotezimize bağlı olarak kurduğumuz **“Dini ibadetlere önem verenler geleneksel tedavi yöntemlerini daha fazla tercih etme eğiliminde olurlar.”** şeklindeki 4. alt hipotezimiz doğrulanmıştır.

Örneklem grubumuzda geleneksel iyileştiricilere gidenlerin ve sağlık amacıyla yatır/türbe ziyareti yapanların büyük çoğunluğunu dini ibadetleri tam olarak yerine getiren bireyler oluşturmaktadır (Tablo: 150, 155).

Dini ibadetlere önem verenlerin dini kültüre daha yakın olmasına karşılık, özellikle bazı geleneksel iyileştiricilerin de dini motifleri kullanma eğiliminde olduğu ve bu iki durumun birbirini etkilediği söylenebilir. Özellikle bireyler hastalıkları büyü, tabunun ihlali, cin, nazar gibi nedenlere bağlıyor ise dini özellik taşıyan kişilere ya da yerlere başvurmaları daha olasıdır.

Eğitim düzeyi düşük olup dini ibadetleri tam yapanların % 22,2’si sağlık amaçlı yatır türbe ziyareti yapmıştır. Buna karşılık eğitim düzeyi yüksek olup, dini ibadetleri tam yapanlardan böyle bir uygulamaya başvuran olmamıştır (Ek-2, Tablo:4). Din ile doğrudan ilgili olmayıp dini kültür içinde yaşatılan bazı batıl inanç ve hurafelerin eğitim düzeyi yükseldikçe dindar olan bireyler arasında da kabul görmediği söylenebilir.

İkinci temel hipotezimize bağlı olarak kurduğumuz **“Bireylerin kent ve kır kökenli olmalarının getirdiği çevresel koşullar onların sağlık-hastalık tercihlerini ve eylemlerini etkiler.”** şeklindeki 5. alt hipotezimiz doğrulanmıştır.

Örneklem grubumuzda kırsal kökenli bireylerin geleneksel iyileştiricileri daha fazla tercih ettiği saptanmıştır (Tablo:149). Ayrıca sağlık amacıyla yatır/türbe ziyareti yapanların çoğu kırsal kökenli bireylerdir (Tablo: 154).

Temel Hipotez 3. Bireylerin toplumsal özellikleri sağlık ve hastalığı tanımlamaları ile buna bağlı davranışlarını etkiler.

Üçüncü temel hipotezimize bağlı olarak kurduğumuz **“Erkek ve kadına toplumsal olarak verilen rol ve sorumluluklar bireylerin kendilerini hasta olarak**

değerlendirme ve sağlık kuruluşlarına başvurma davranışlarını etkiler.” şeklindeki 1. alt hipotezimiz doğrulanmamıştır.

Araştırmamızda kadın ve erkekler arasında doktorun önerdiği ilaç tedavisine uyum gösterme, sağlık kuruluşlarına başvurma zamanı, genel sağlık kontrolü yaptırma bakımından farklılık bulunmamıştır (Tablo:167, 181, 200).

Üçüncü temel hipotezimize bağlı olarak kurduğumuz ***“Eğitim düzeyi, bireylerin kendilerini hasta olarak değerlendirme ve sağlık hizmetlerinden yararlanma davranışlarını etkiler.***” şeklindeki 2. alt hipotezimiz doğrulanmıştır.

Araştırmamızda eğitim düzeyi yüksek olan bireyler hekimin yaptığı açıklamaları daha kolay anladığını ifade etmiştir (Tablo:224). Eğitim düzeyi yüksek olanlar arasında düzenli olarak genel sağlık kontrolü yaptırma eğilimi daha fazladır (Tablo:183) ve eğitim düzeyi yükseldikçe ebeveynler çocuklarının sağlığı konusunda daha duyarlı davranmakta, küçük çocukları için düzenli olarak genel sağlık kontrolü yaptırmaktadırlar (Tablo:187).

Sonuç olarak, Burdur il merkezinde yaşayan bireylerin demografik, sosyo-kültürel ve ekonomik özelliklerinin bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını önemli ölçüde etkilediği sonucuna vardık.

Sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi tutum ve davranışlar pek çok faktörün toplam etkisi sonucu şekillenir. Biyolojik ve psikolojik özelliklerin yanı sıra bireyin içinde bulunduğu fiziksel, sosyal ve kültürel çevre özellikleri bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıkları, hastalığı tanımlama, rahatsızlığı algılama ve yardım arama, sağlık hizmetlerinden yararlanma, modern-geleneksel veya popüler tedavi tercihleri, tedaviye uyum ve ilaç kullanma davranışları üzerinde ortak etki gösterir.

Toplumsal faktörler ile sağlık-hastalık olgusu arasında karmaşık ilişkiler mevcuttur ve bu ilişkilerin net olarak ortaya konulması oldukça güçtür. Örneğin, gelir düzeyinin sağlık ve hastalıkla ilgili pek çok davranış üzerinde etkili olduğu istatistiksel olarak doğrulanabilir, ancak gelir doğrudan etkili olabileceği gibi eğitim üzerinden dolaylı bir etkiye sahip olabilir. Bu nedenle, toplumsal faktörler ve sağlık-hastalık olgusu arasındaki ilişkilerin çok dikkatli bir şekilde analiz edilmesi önemlidir.

BİBLİYOGRAFYA

KİTAPLAR:

- ADAK, N. Ö.; **Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme**, Birey Yay., İstanbul, 2002 Ankara, 2003.
- ARKONAÇ, S. A.; **Sosyal Psikoloji**, Alfa Yay., İstanbul, 1998.
- ATKINSON, R.L. ve diğerleri; **Psikolojiye Giriş**, Çev: Yavuz Alogan, Arkadaş Yay., Ankara, 2002.
- AYDIN, M.; **Kurumlar Sosyolojisi**, Vadi Yay., Ankara, 2000.
- BAL, H. ; “**Bilimsel Araştırma Yöntem ve Teknikleri**”, Süleyman Demirel Üniversitesi Yayını, Isparta, 2001
- BAYMUR, F.; **Genel Psikoloji**, Inkılap Kitabevi, 11. Baskı, İstanbul, 1994.
- BAYSAL, A.; **Beslenme**, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2004
- BELEK, İ.; **Sınıf Sağlık Eşitsizlik**, Sorun Yay. İstanbul, 1998.
- BELEK, İ.; NALÇACI, E.; ONUROĞULLARI, H.; ARDIÇ, F.; **Türkiye İçin Sağlık Tezi**, Sorun Yay., İstanbul, 1998.
- BELEK, İ.; SOYER, A.; “**Sağlıkta Özelleştirme**”, Sorun Yayınları, İstanbul, 1995
- BERTAN, M.; ÇAĞATAY, G.; **Halk Sağlığı**, Güneş Kitabevi, Ankara, 1997.
- BOZKURT, G.; “**İnsan ve Kültür**”, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2003
- CAPRA, F.; **Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası**, Çev. M. Armağan, İnsan Yay., İstanbul, 1989
- CİRHİNLİOĞLU, Z.; “**Sağlık Sosyolojisi**”, Nobel Yay-Dağ., Ankara, 2001
- DİRİCAN, R.; BİLGEL, N.; **Halk Sağlığı**, Uludağ Üniversitesi Basımevi, II. Baskı, 1993.
- DRUSS, R.G.; **Hastalığın Psikolojisi**, Compos Mentis Yay., Ankara, 1997
- EKİNCİ, Y.; **Burdur**, 1995.
- EREFİ, İ.; BAYIK, A. ; KOCAMAN, G. ; BAHAR, Z.; AYDEMİR, G.; **Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Notları**, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir, 1996.
- EREN, N. ; KALAÇA, S. ; “Tıp Ahlakı”, “**Halk Sağlığı Temel Bilgiler**”, Edit. Münevver Bertan, Çağatay Güler, Güneş Kitabevi, Ankara, 1997
- ERKAL, M. E.; **Sosyoloji**, Der Yay., 11. Basım, İstanbul, 2000.
- GERHARDT, U.; **İdeas About İllness: an Intellectual and Political History of Medical Sociology**, London: Macmillan, 1989,
- GİDDENS, A.; **Sosyoloji**, Ayraç Yay., Ankara, 2000
- GLOCK, C.Y.; “Dindarlığın Boyutları Üzerine”, **Din Sosyolojisi**, Der. Yasin Aktay-M.Emin Köktaş, Vadi Yay., Ankara, 1998.
- GORDON, T.; EDWARDS, W. S.; **Doktor-Hasta İşbirliği**, Çev: Emel Aksay, Sistem Yay., İstanbul, 1997
- GÜVENÇ, B.; **İnsan ve Kültür**, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2003

- HAMZAOĞLU, O. ; ÖZCAN, U.; “**Türkiye Sağlık İstatistikleri**”, Türk Tabibler Birliği Yay, Ankara, 2005
- HELMAN, C.G.; **Culture, Health and İllness**, An İntroduction for Health Professionals, Butterworth and Heinemann, Oxford, 1990,
- İLLİCH, I.; **Sağlığın Gaspı**, Ayrıntı Yay., İstanbul, 1995,
- KASAPOĞLU, M. A.; “**Sağlık Sosyolojisi-Türkiye’den Araştırmalar**”, Sosyoloji Derneği Yayınları, Ankara, 1999
- KAYA, K.; **Türk Toplumunun Yaşama Tarzı, Isparta Örneği**, Fakülte Kitabevi, Isparta, 2003.
- _____; **Sosyolojik Açıdan Türkiye’de Din-Devlet İlişkileri ve Diyanet İşleri Başkanlığı**, Emre Matbaası, 1998, İstanbul
- KEMERLİOĞLU, E. ; “**Toplumsal Tabakalaşma**”, Saray Kitabevleri, 1996
- KESER, A.; **Çalışma Yaşamında Dönüşümler**, Derleme, Ezgi Kitabevi, Bursa, 2002.
- KIZILÇELİK, S.; **Türkiye’nin Sağlık Sistemi**, Saray Kitabevleri, İzmir, 1995
- _____; **Kırsal Kesim ve Kentsel Kesimdeki Sağlık Sisteminin Sosyolojik Açıdan Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 1995.
- MECHANİC, D.; **Medical Sociology**, The Free Pres, New York, 1978.
- NEWMAN, M. D.; GRAUERHOLZ, L.; **Sociology of Families**, Second Edition, Pine Forge Press, London, 2002.
- ÖRNEK, S.V.; **Etnoloji Sözlüğü**, Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi, Yay. No: 200, Ankara, 1971.
- ÖZ, F.; “Madde Kullanım Bozuklukları”, **Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı**, Editör. Nebahat Kum, Vehbi Koç Yay., İstanbul, 1996.
- ÖZKUL, M.; **Çalışma Sosyolojisi, Çalışma İlişkileri ve İşgücünün Sosyolojisi**, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı, İstanbul, 2002
- ÖZTÜRK, M.O.; Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, **Hekimler Yayın Birliği**, Ankara, 1997, s. 17,18.
- POTTER, P.;PERRY, A.; **Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice**, Third Edition, Mosby Year Book, 1993
- SALLAN GÜL, S.; **Sosyal Devlet Bitti, Yaşasın Piyasa**, Etik Yay., İstanbul, 2004.
- SCAMBLER, G.; “**Sociological Theory & Medical Sociology**”, Tavistock Publications, London and New York, 1987
- SCAMBLER, G.; **Sociology as Applied to Medicine**, Bailliere Tindall, Kent, 1991.
- SEZAL, İ.; **Şehirleşme**, Ağaç Yay., İstanbul, 1992.
- _____; **Sosyolojiye Giriş**, Martı Yay., Ankara, 2003.
- TEZCAN, M.; **Boş Zamanları Değerlendirme Sosyolojisi**, Atilla Kitabevi, Ankara, 1994.
- _____, M.; **Kültürel Antropoloji**, T.C. Kültür Bakanlığı Yay., Ankara, 1997.
- THOMAS, G. ; EDWARDS, W. S. ; “**Doktor-Hasta İşbirliği**”, Çev: Emel Aksay, Sistem Yay., İstanbul, 1997

TÜRKDOĞAN, O.; **Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi**, Milli Eğitim Bakanlığı Yay., İstanbul, 1991.

VELİOĞLU, P.; **Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar**, Alaş Ofset, İstanbul, 1999.

YURTSEVEN, N. Y., **Sosyal Destek Ağları: Cebeci Hastanesi Örneği**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Ankara, 2003.

Sağlık Bakanlığı, Burdur Sağlık Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2004

MAKALELER:

AKIN, A.; DEMİREL, S.; “Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri”, **Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 25(4), 2003, 73-82

AKSOY, A. B. ; “Farklı Kültürlerde Ebeveynlik”, **Kastamonu Eğitim Dergisi**, Cilt:13, No:2, Ekim 2005, 333-338

AKYÜZ, G. ve Diğerleri, “Bir Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Evli Kadın Hastalarda Aile İçi Şiddet, Evlilik Sorunları, Başvuru Yakınması ve Psikiyatrik Tanı”, **Yeni Symposium**, 40(2), 2002, 41-48

AYDIN, E., “Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi”, **Toplum ve Hekim**, 12(80), 1997, 21-44

AYDIN, Z. D.; “Toplum ve Birey için Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü”, **S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, 13(4), 2006, 43-48

BABACAN, S. S.; “Hastalıkta Ruh ve Beden Etkileşimi”, **Kastamonu Eğitim Dergisi**, Cilt:11, No:2, Ekim-2003, 519-524

BRODSKY, C. M.; “Culture and Disability Behavior”, **The Western Journal of Medicine**, 139:6, 1983, 892-899

BUDAK, G.; SÜRGEVİL, O.; “Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama”, **D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi**, Cilt. 20, Sayı. 2, 2005, 95-108

CRANE, C.; MARTİN, M.; “Adult Illness Behaviour: The Impact Of Childhood Experience”, **Personality and Individual Differences**, 32, 2002, 785-798

CATHERİNE, E. R.; “Marriage and the Sense of Control”, **Journal of Marriage and Family**, 53, 1991, 831-838

CİRHİNLİOĞLU, Z.; “Post-modern Çözülüş ve Sağlık”, **Sosyal Bilimler Dergisi**, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Cilt. 5, Sayı. 1, Haziran 2003, 141-143

DUNN, H.L.; “High Level Wellness for Man and Society”, **American Journal of Puplic Health**, Vol. 49, No. 6, 1959, 786-792

DUYAN, V.; “HIV/AIDS’a İlişkin Damgalama ve Sosyal Destek”, **Sağlık ve Toplum Dergisi**, Cilt: 11, Sayı: 1, 2001, s. 3-12

ECEVİT, Y.; “Toplumsal Cinsiyetle Yoksulluk İlişkisi Nasıl Kurulabilir? Bu İlişki Nasıl Çalışabilir? ”, **C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, 25(4), 2003, 83-88

- ELLİSON, C. G.; JASON, D. B.; WILLİAMS, D. R.; JAMES, S. J.; "Religious İnvolverment, Stres and Mental Health", **Social Forces**, , 80: 1, September 2001, 216-223
- ER, M.; Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler", **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, Cilt: 49, Sayı: 2, 2006, 155-168
- GÖKA, E.; "Plasebo Kavramı ve Plasebo Etkisi", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 13(1), 2002, 58-64.
- GÜLER, N.;TEL, H.; TUNCAY, F.Ö.; "Kadının Aile İçinde Yaşanan Şiddete Bakışı", **Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 27(2); 2005, 51-56.
- HARDEY, M.; "Doctor in The House: The İnternet as a Source of Lay Health Knowledge and The Challenge to Expertise", **Sociology of Health and İllness**, 21, 6, 1999, 820-835
- HATUN, Ş.; ETİLER, N.; GÖNÜLLÜ, E.; "Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri", **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, 46, 2003, 251-260
- HELGESON, S.V.; COHEN, S.; "Social Support and Adjustment to Canser: Reconciling Descriptive, Correlational and İntervention Research", **Health Psychology**, 15, 1996, 135-148.
- HELMAN, C.G., "Disease Versus İllness in General Practice", **Journal of the Royal College of General Practitioners**, 31, 1981, 548-552
- HOUSE, J.S.; UMBERSON, D.; LANDİS, K.R.; "Structures and Processes of Social Support", **Annual Review Sociology**, 14, 1988, 293-318
- JONES, J.W.; "Religion, Health, and the Psychology of Religion; How Research on Religion and Health Helps Us Understand Religion", **Journal of Religion and Health**, Vol. 43, No. 4, 2004, 317-328.
- KARACOŞKUN, M. D.; "Dini İnanç-Dini Davranış İlişkisine Sosyo-Psikolojik Yaklaşımlar", **Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi IV**, Sayı:2, 2004, 23-36
- KARAHAN, M. ve diğerleri; "Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki Akraba Evliliği Prevalansı ve 5 Yaş Altı Çocuk Ölümüne Etkisi", **C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 7 (1), 2003, 1-5
- KAYA, F.; "Hızlı Kentleşme Sürecinde Çevre Sorunları, Önemli Boyutlara Ulaşan Şehirlere İlginç Bir Örnek: Ağrı", **Kastamonu Eğitim Dergisi**, Cilt:13, No:1, 2005, 193-206
- MARKS, L. ; "Religion and Bio-Psiko-Social Health: A Review and Conceptual Model", **Journal of Religion and Health**, Vol: 44, No. 2, 2005, 173-186
- MARMOT, M.; "The İnfluence of İncome on Health: Views of an Epidemiologist", **Health Affairs**, Vol. 21, No: 2, 2002, 31-46
- MECHANİC, D.; 'Sociological Dimensions of İllness Behavior', **Social Science and Medicine**, 41, 1995, 1207-1216
- OSKAY, Ü.; "Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar", **Sosyoloji Dergisi**, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yay., Sayı. 4, İzmir, 1993, 89-140
- ÖZCAN, M.; UĞUZ, F., ÇİLLİ, A. S.; "Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 17(4), 2006, 276-285

- ÖZDEMİR, Y. E.; “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları-Cumhuriyet’in Kuruluşundan 1980’li yıllara Sağlık Politikaları”, **Yeni Türkiye**, Sayı: 39, Sağlık Özel Sayısı, Mayıs-Haziran 2001, s. 257-293
- ÖZEN, S.; “Sağlık ve Sosyo-kültürel Yapı Değişkenleri”, **Sosyoloji Dergisi**, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yay., Sayı. 5, İzmir, 1994
- _____; “Sosyolojide Bir Alan: Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık-Toplumsal Yapı İlişkileri”, **Sosyoloji Dergisi**, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:4, İzmir, 1993, 73-85
- ÖZTEK, Z.; “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, Sayı. 39, Sağlık Özel Sayısı, Mayıs-Haziran 2001, s. 294-298.
- _____; “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, Sayı. 39, Sağlık Özel Sayısı, Mayıs-Haziran 2001, s. 60-64
- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J.W.; “The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”, **Medical Care**, 19(2), 1981, 127-140
- REN, S. X.; “Marital Status and Quality of Relationships: The Impact on Health Perception”, **Social Science&Medicine**, Vol. 44, No. 2, 1997, 241-249
- ROSS, C.E.; “Marriage and the Sense of Control”, **Journal of Marriage and Family**, 53, 1991, 831-838
- SAVAŞ, B. S. ; “Türkiye’nin Sağlık Sistemi’ne Kısa Bir Genel Bakış”, **Yeni Türkiye**, Sayı. 39, Sağlık Özel Sayısı, Mayıs-Haziran 2001, s. 87-128
- SEEMAN T. E.; “Social ties and health: The benefits of social integration”, **Annals of Epidemiology**, 6, 1996, 442-551
- SOYER, A., “1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?”, **Toplum ve Hekim**, cilt. 15, sayı. 4, Temmuz-Ağustos 2000, 259-264
- ŞENATALAR, B.; “Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış”, **C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, 25(4), 2003 Özel Eki, 25-30
- TEL, H. ; “Gizli Sağlık Sorunu: Ev İçi Şiddet ve Hemşirelik Yaklaşımları”, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 6(2), 2002, 1-9.
- TEZCAN, S. G.; “Türkiye’nin Sağlık Düzeyi ve Bazı Sağlık Sorunları”, **Yeni Türkiye**, sayı. 39, Sağlık Özel Sayısı, 2001, 65-80.
- TOP, M.; MENDERES, T. ; “Türkiye Sağlık Harcamalarına Kamu Ekseninde Bir Bakış, 2001-2003 Dönemi Değerlendirmesi”, **İktisat, İşletme ve Finans Dergisi**, Sayı: 228, 2005, 109-124
- USLU KOL, E. ; DOĞAN, S. ; “Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hasta ve Yakınlarının Hasta Ziyaretine İlişkin Görüşleri ve Ziyaretlerin Hastaların Anksiyete Düzeyine Etkisi”, **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 1(1), 1997, 31-40
- UZ, M.H; “Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü’nün Tanımı Üzerine Düşünceler”, **Yeni Türkiye**, Sayı. 39, Sağlık Özel Sayısı, Mayıs-Haziran 2001, s. 321-322

- WIJK, C.V.; KOLK, A.M.; “Sex Difference in Physical Symptoms: The Contribution of Symptom Perception Theory”, **Social Science and Medicine**, vol. 45, No. 2, 1997, 231-246
- YAŞAN, A.; GÜRGEN, F.; “Psikiyatri ve Fizik Tedavi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Geleneksel Yardım Arama Davranışının Karşılaştırılması”, **Dicle Tıp Dergisi**, Cilt: 31, Sayı: 3, 2004, 20-28
- YILDIZ, E.; “Toplumsal Cinsiyetle Yoksulluk İlişkisi Nasıl Kurulabilir? Bu İlişki Nasıl Çalışabilir? ”, **C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, 25;4, 2003, 83-87
- YOUNG, J.T., “Illness Behaviour: A Selective Review and Synthesis”, **Sociology of Health&Illness**, Vol. 26, No. 1, 2004, 1-31

İNTERNET KAYNAKLARI

- AKTAN, C. C. ; İSTİKLAL, Y. V. ; “Yoksulluk: Terminoloji, Temel Kavramlar ve Ölçüm Yöntemleri”, Edit. C.C. Aktan, **Yoksullukla Mücadele Stratejileri**, Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayını, 2002, <<http://www.canaktan.org/ekonomi/yoksulluk/birinci-bol/aktan-vural-yoksulluk.pdf>>, Erişim Tarihi: 05. 05.2006
- AKTAN, C.C.; IŞIK, K.A., “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Alternatif Yöntemler”, <<http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf>>, s. 1, Erişim Tarihi: 10.11.2006.
- AKTAN, C. C.; “Sosyal sorumluluk ve Çevre Ahlakı”, <www.canaktan.org/>, Erişim Tarihi: 2.12.2006
- BAKIR, E.; “Türkiye’de Sağlık Sektörü”, <<http://www.ses.org.tr/dosya/12.htm>>, Erişim Tarihi: 08.12.2006.
- CHANDOLA, T. ve Diğerleri; “Pathways Between Education and Health: a causal modelling approach”, <[ucl.ac.uk/epidemiology/education health](http://ucl.ac.uk/epidemiology/education_health)>, Erişim Tarihi: 16.05.2005.
- DAVAS, A. ve Diğerleri; “2001 Ekonomik Krizin Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri”, <[http://www.ttb.org.tr/halk sagligi /kriz raporu 2.pdf](http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/kriz_raporu_2.pdf)>, s. 4-5, 14.05.2006.
- DEMREN, Ç.; “Erkeklik, Ataerkillik ve İktidar İlişkileri”, <<http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3548.pdf>>, Erişim Tarihi: 04.10.2006.
- FİŞEK, N.; “T.C. Hükümetlerinde Sağlık Politikaları”, **Toplum ve Hekim**, Sayı. 48, Aralık 1991. <http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/13.html>, Erişim Tarihi: 02.02.2006
- GÖÇMEN, E.; “Hastaların Bilgilenme Hakkının Kapsamı”, <[http://www.hukuki.net /www.saglikhukuku.net/bilgi/a028.asp](http://www.hukuki.net/www.saglikhukuku.net/bilgi/a028.asp)>, 14.05.2005
- İŞNAŞ, C.; TATAR, M.; “Doktor-Hasta İlişkisi: Ankara Numune Hastanesi Ortopedi Kliniklerinde Yatan Hastaların Değerlendirmeleri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, cilt. 3, 147-159, <[http://www.sabem.saglik. gov.tr/akademik_metinler /linkdetail](http://www.sabem.saglik.gov.tr/akademik_metinler/linkdetail)>, Erişim Tarihi: 5.09.2006

- KRİSTİ, W.; UMBERSON, D.; “Marital Status, Marital Transitions and Health: A Gendered Life Course Perspective”, <<http://www.spc.uchicago.edu/prc/pdfs/willia01.pdf>>, Erişim Tarihi: 23.10.2006.
- KÜÇÜKCAN, T.; “Dindarlık, Depresyon, ve İntihar”, **Akademik Araştırmalar Dergisi**, sayı 7-8, Kasım 2000-Nisan 2001, 75-85, <<http://www.academical.org/dergi/MAKALE/s7dindarlikdepresyon.htm>>, Erişim Tarihi: 02.02.2006.
- LAMB, K. A.; LEE, G. R.; “Union Formation and Depression: Selection and Relationship Effects”, s. 4, <<http://www.bgsu.edu/organizations/cfdr/research/pdf/2001/2001-08.pdf>>, Erişim Tarihi: 20.10.2006
- MASON, B.; “Dünya Sağlık Raporu: Yaşam Beklentisi En Yoksul Ülkelerde Geriliyor”, <www.wsws.org/tr/2004>, Erişim Tarihi: 05.01.2007
- PİLCHEER, J.; **Key Concepts in Medical Sociology**, Sage Publications Ltd, London, 2004, e-kitap <<http://site.ebrary.com/lib/suleyman/>>, Erişim Tarihi: 10.04.2006.
- TARANİ, C. ve Diğerleri; “Pathways Between Education and Health: a causal modelling approach”, <ucl.ac.uk/epidemiology/educationhealth>, Erişim Tarihi: 16.05.2005
- TOLUN, A.; “Genetik Araştırma ve Uygulamada Etik”, <http://www.tuba.gov.tr/files_tr/haberler/etik.pdf>, Erişim Tarihi: 15.12.2006
- WILLIAMS, K.; UMBERSON, D.; “Marital Status, Marital Transitions and Health: A Gendered Life Course Perspective”, <<http://www.spc.uchicago.edu/prc/pdfs/willia01.pdf>>, Erişim Tarihi: 23.10.2006.
- WILSON, C.M.; OSWALD, A.J.; “How Does Marriage Affect Physical and Psychological Health? A Survey of the Longitudinal Evidence”, IZA Discussion Paper No. 1619, May 2005, <<http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/economics/research/papers/twerp728.pdf>>, Erişim Tarihi: 25.10.200644.
- YILDIRIM, H.H.; “Türkiye’de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, Sağlık ve Siyaset, <www.absaglik.com>, Erişim Tarihi: 10.02.2007.
- YILDIRIM, H.H.; “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları için Çıkarılacak Dersler”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 5, Sayı 1, 2000, <www.absaglik.com>, Erişim Tarihi: 22.02.2007.
- Burdur Valiliği, “Ekonomik ve Sosyal Yapı”, <<http://www.burdur.gov.tr>> Erişim Tarihi: 20.01.2007
- Devlet Planlama Teşkilatı, Burdur İli Raporu, Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü, Yayın No. DPT: 2463, Eylül 1996, s. 3, <<http://www.ekutup.dpt.gov.tr/iller/burdur/1996.pdf>>, Erişim Tarihi: 21.01.2007
- Devlet Planlama Teşkilatı, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı; “Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele Özel İhtisas Komisyonu, Yoksullukla Mücadele” **Alt Komisyonu Raporu**, Ankara, 2000 <<http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gelirdag/oik610.pdf>>, Erişim Tarihi: 10.10.2006.

Dünya Tabibler Birliği Bildirgesi; “İnsan Genomu Projesi”, <<http://www.tip.deu.edu.tr/>>, Erişim Tarihi: 12.01.2007.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı İzleme ve Değerlendirme Birimi, “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, <<http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm>>, Erişim Tarihi: 11.11.2006.

<www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/obezite.pdf>, Erişim Tarihi: 10.06.2007.
<http://www.arastirmacilar.org/>

EKLER

EK-1. SOSYO-EKONOMİK STATÜ MATRİKSİ

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-ekonomik statüleri, mesleki statü-gelir ve eğitim durumlarına göre biçimlendirilen aşağıdaki tablo yardımıyla tespit edilmiştir.

MESLEKİ STATÜ	AYLIK HANE GELİRİ	EĞİTİM DURUMU						
		Öğrenimi Yok	İlkokul	Ortaokul	Lise ve Dengi Okul	Ön Lisans	Lisans	Yüksek Lisans- Doktora
Profesyonel, Üst Düzey Yönetici	50-500 YTL	C	C	C	B	B	B	A
	501-1000 YTL	C	C	B	B	B	B	A
	1001-2000 YTL	B	B	B	B	B	A	A
	2001-3000 YTL	B	B	B	B	B	A	A
	3001 YTL ve üstü	B	B	B	B	A	A	A
Yarı Profesyonel, Alt Düzey Yönetici	50-500 YTL	C	C	C	C	B	B	A
	501-1000 YTL	C	C	C	B	B	B	A
	1001-2000 YTL	C	C	B	B	B	B	A
	2001-3000 YTL	B	B	B	B	B	A	A
	3001 YTL ve üstü	B	B	B	B	B	A	A
Büro Çalışanı, Memur, Satış Elemanı	50-500 YTL	C	C	C	C	C	B	B
	501-1000 YTL	C	C	C	C	C	B	B
	1001-2000 YTL	C	C	C	C	B	B	A
	2001-3000 YTL	C	C	C	B	B	B	A
	3001 YTL ve üstü	C	C	B	B	B	B	A
Küçük İşyeri Sahipleri,	50-500 YTL	D	D	C	C	C	C	B
	501-1000 YTL	C	C	C	C	C	B	B
	1001-2000 YTL	C	C	C	C	C	B	B
	2001-3000 YTL	C	C	C	C	B	B	A
	3001 YTL ve üstü	C	C	C	B	B	B	A
Vasıflı İşçi	50-500 YTL	D	D	D	C	C	C	B
	501-1000 YTL	D	D	C	C	C	C	B
	1001-2000 YTL	C	C	C	C	C	B	B
	2001-3000 YTL	C	C	C	C	C	B	B
	3001 YTL ve üstü	C	C	C	C	B	B	A
Vasıfsız, Yarı Vasıflı İşçi	50-500 YTL	E	E	D	D	C	C	B
	501-1000 YTL	D	D	D	C	C	C	B
	1001-2000 YTL	D	D	C	C	C	C	B
	2001-3000 YTL	C	C	C	C	C	B	B
	3001 YTL ve üstü	C	C	C	C	C	B	B
Çalışmıyor (Ev hanımı, işsiz ve öğrenci)	50-500 YTL	E	E	E	D	D	C	C
	501-1000 YTL	E	E	D	D	C	C	B
	1001-2000 YTL	D	D	D	C	C	C	B
	2001-3000 YTL	D	D	C	C	C	C	B
	3001 YTL ve üstü	C	C	C	C	C	C	B

A: Üst Sosyo-ekonomik Düzey

B: Üst-alt Sosyo-ekonomik Düzey

C: Orta Sosyo-ekonomik Düzey

D: Orta-alt Sosyo-ekonomik Düzey

E: Alt Sosyo-ekonomik Düzey

Tablo:2 Eğitim ve Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Alkol Kullanma Durumu

			Alkol Kullanma Durumu		Toplam
			Evett	Hayır	
Eğitim Düzeyi Düşük X ² =28,292, P<0,05	Kadın	Sayı	0	167	167
		% Cinsiyet	,0%	100,0%	100,0%
		% Alkol İçme Durumu	,0%	91,8%	90,3%
		% Toplam	,0%	90,3%	90,3%
	Erkek	Sayı	3	15	18
		% Cinsiyet	16,7%	83,3%	100,0%
		% Alkol İçme Durumu	100,0%	8,2%	9,7%
		% Toplam	1,6%	8,1%	9,7%
	Toplam	Sayı	3	182	185
		% Cinsiyet	1,6%	98,4%	100,0%
		% Alkol İçme Durumu	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	1,6%	98,4%	100,0%
Eğitim Düzeyi Orta X ² =6,401, P<0,05	Kadın	Sayı	4	74	78
		% Cinsiyet	5,1%	94,9%	100,0%
		% Alkol İçme Durumu	33,3%	69,8%	66,1%
		% Toplam	3,4%	62,7%	66,1%
	Erkek	Sayı	8	32	40
		% Cinsiyet	20,0%	80,0%	100,0%
		% Alkol İçme Durumu	66,7%	30,2%	33,9%
		% Toplam	6,8%	27,1%	33,9%
	Toplam	Sayı	12	106	118
		% Cinsiyet	10,2%	89,8%	100,0%
		% Alkol İçme Durumu	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	10,2%	89,8%	100,0%
Eğitim Düzeyi Yüksek X ² =13,653, P<0,05	Kadın	Sayı	1	40	41
		% Cinsiyet	2,4%	97,6%	100,0%
		% Alkol İçme Durumu	7,1%	61,5%	51,9%
		% Toplam	1,3%	50,6%	51,9%
	Erkek	Sayı	13	25	38
		% Cinsiyet	34,2%	65,8%	100,0%
		% Alkol İçme Durumu	92,9%	38,5%	48,1%
		% Toplam	16,5%	31,6%	48,1%
	Toplam	Sayı	14	65	79
		% Cinsiyet	17,7%	82,3%	100,0%
		% Alkol İçme Durumu	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	17,7%	82,3%	100,0%

Tablo:3 Yaş Grubuna Göre Görüşülenlerin Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumu

			Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumu			Toplam
			Tam Olarak Yerine Getirenler	Ara Sıra Yerine Getirenler	Yerine Getirmeyenler	
Yaş Grubu	20-29 yaş	Sayı	9	46	11	66
		% Yaş Grubu	13,6%	69,7%	16,7%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	7,8%	18,9%	45,8%	17,3%
		% Toplam	2,4%	12,0%	2,9%	17,3%
	30-39 yaş	Sayı	19	87	6	112
		% Yaş Grubu	17,0%	77,7%	5,4%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	16,5%	35,8%	25,0%	29,3%
		% Toplam	5,0%	22,8%	1,6%	29,3%
	40-49 yaş	Sayı	31	68	3	102
		% Yaş Grubu	30,4%	66,7%	2,9%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	27,0%	28,0%	12,5%	26,7%
		% Toplam	8,1%	17,8%	,8%	26,7%
	50 yaş ve üstü	Sayı	56	42	4	102
		% Yaş Grubu	54,9%	41,2%	3,9%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	48,7%	17,3%	16,7%	26,7%
		% Toplam	14,7%	11,0%	1,0%	26,7%
Toplam		Sayı	115	243	24	382
		% Yaş Grubu	30,1%	63,6%	6,3%	100,0%
		% Dini İbadet Yap.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	30,1%	63,6%	6,3%	100,0%

$$X^2=59,493, P<0,05$$

Tablo:4 Eğitim Düzeyi ve Dini İbadetleri Yerine Getirme Durumuna Göre Görüşülenlerin Sağlık Amacıyla Yatır/Türbe Ziyareti Yapıp Yapmadığı

			Sağlık Amacıyla Yatır-Türbe Ziyareti Yapmış mı?		Toplam
			Evet	Hayır	
Eğitim Düzeyi Düşük	Dini İbadetleri Tam Olarak Yerine Getiriyor	Sayı	16	56	72
		% Dini İbadetleri Yapma	22,2%	77,8%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziyareti	66,7%	34,8%	38,9%
		% Toplam	8,6%	30,3%	38,9%
	Dini İbadetleri Arasında Yerine Getiriyor	Sayı	8	101	109
		% Dini İbadetleri Yapma	7,3%	92,7%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziyareti	33,3%	62,7%	58,9%
		% Toplam	4,3%	54,6%	58,9%
	Dini İbadetleri Hiç Yerine Getirmiyor	Sayı	0	4	4
		% Dini İbadetleri Yapma	,0%	100,0%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziyareti	,0%	2,5%	2,2%
		% Toplam	,0%	2,2%	2,2%
	Toplam	Sayı	24	161	185
		% Dini İbadetleri Yapma	13,0%	87,0%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziyareti	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	13,0%	87,0%	100,0%
Eğitim Düzeyi Orta	Dini İbadetleri Tam Olarak Yerine Getiriyor	Sayı	2	25	27
		% Dini İbadetleri Yapma	7,4%	92,6%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziyareti	33,3%	22,3%	22,9%
		% Toplam	1,7%	21,2%	22,9%
	Dini İbadetleri Arasında Yerine Getiriyor	Sayı	4	80	84
		% Dini İbadetleri Yapma	4,8%	95,2%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziyareti	66,7%	71,4%	71,2%
		% Toplam	3,4%	67,8%	71,2%
	Dini İbadetleri Hiç Yerine Getirmiyor	Sayı	0	7	7
		% Dini İbadetleri Yapma	,0%	100,0%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziyareti	,0%	6,3%	5,9%
		% Toplam	,0%	5,9%	5,9%
	Toplam	Sayı	6	112	118
		% Dini İbadetleri Yapma	5,1%	94,9%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziyareti	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	5,1%	94,9%	100,0%
Eğitim Düzeyi Yüksek	Dini İbadetleri Tam Olarak Yerine Getiriyor	Sayı	0	16	16
		% Dini İbadetleri Yapma	,0%	100,0%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziyareti	,0%	20,8%	20,3%
		% Toplam	,0%	20,3%	20,3%
	Dini İbadetleri Arasında Yerine Getiriyor	Sayı	1	49	50
		% Dini İbadetleri Yapma	2,0%	98,0%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziyareti	50,0%	63,6%	63,3%
		% Toplam	1,3%	62,0%	63,3%
	Dini İbadetleri Hiç Yerine Getirmiyor	Sayı	1	12	13
		% Dini İbadetleri Yapma	7,7%	92,3%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziyareti	50,0%	15,6%	16,5%
		% Toplam	1,3%	15,2%	16,5%
	Toplam	Sayı	2	77	79
		% Dini İbadetleri Yapma	2,5%	97,5%	100,0%
		% Yatır-Türbe Ziyareti	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	2,5%	97,5%	100,0%

Tablo:5 Cinsiyete Göre Görüşülenlerin Çevrelerinde Lohusa Kadına Yönelik Geleneksel Ne Tür Uygulamalar Yapıldığı

			Cinsiyet		Toplam
			Kadın	Erkek	
Loğusa Kadına Yönelik Geleneksel Uygulamalar	Anneye hediye götürülür	Sayı	4	7	11
		% Lohusayla ilgili Gel. Uyg.	36,4%	63,6%	100,0%
		% Cinsiyet	1,4%	7,3%	2,9%
		% Toplam	1,0%	1,8%	2,9%
	çorba/pelte/ komposto götürülür	Sayı	100	11	111
		% Lohusayla ilgili Gel. Uyg.	90,1%	9,9%	100,0%
		% Cinsiyet	35,0%	11,5%	29,1%
		% Toplam	26,2%	2,9%	29,1%
	Dinlenmesi için yardımcı olunur	Sayı	12	3	15
		% Lohusayla ilgili Gel. Uyg.	80,0%	20,0%	100,0%
		% Cinsiyet	4,2%	3,1%	3,9%
		% Toplam	3,1%	,8%	3,9%
	Anne ziyaret edilir	Sayı	38	9	47
		% Lohusayla ilgili Gel. Uyg.	80,9%	19,1%	100,0%
		% Cinsiyet	13,3%	9,4%	12,3%
		% Toplam	9,9%	2,4%	12,3%
	Anne sıcak tutulur	Sayı	13	0	13
		% Lohusayla ilgili Gel. Uyg.	100,0%	,0%	100,0%
		% Cinsiyet	4,5%	,0%	3,4%
		% Toplam	3,4%	,0%	3,4%
	Diğer	Sayı	13	4	17
		% Lohusayla ilgili Gel. Uyg.	76,5%	23,5%	100,0%
		% Cinsiyet	4,5%	4,2%	4,5%
		% Toplam	3,4%	1,0%	4,5%
	Birşey yapılmaz	Sayı	56	13	69
		% Lohusayla ilgili Gel. Uyg.	81,2%	18,8%	100,0%
		% Cinsiyet	19,6%	13,5%	18,1%
		% Toplam	14,7%	3,4%	18,1%
	Fikrim yok	Sayı	50	49	99
		% Lohusayla ilgili Gel. Uyg.	50,5%	49,5%	100,0%
		% Cinsiyet	17,5%	51,0%	25,9%
		% Toplam	13,1%	12,8%	25,9%
Toplam		Sayı	286	96	382
		% Lohusayla ilgili Gel. Uyg.	74,9%	25,1%	100,0%
		% Cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	74,9%	25,1%	100,0%

Tablo:6 Eğitim Düzeyine Göre Görüşülenlerin Alkol Kullanmama Nedenleri

			Eğitim Düzeyi			Toplam
			Eğitim Düzeyi Düşük	Eğitim Düzeyi Orta	Eğitim Düzeyi Yüksek	
Alkol Kullanmama Nedeni	Sağlığa zararlı olduğundan	Sayı	72	55	38	165
		% Alkol Kullanmama Ned.	43,6%	33,3%	23,0%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	38,9%	46,6%	48,1%	43,2%
		% Toplam	18,8%	14,4%	9,9%	43,2%
	Hararm olduğundan	Sayı	88	36	20	144
		% Alkol Kullanmama Ned.	61,1%	25,0%	13,9%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	47,6%	30,5%	25,3%	37,7%
		% Toplam	23,0%	9,4%	5,2%	37,7%
	Toplum baskısından	Sayı	22	15	7	44
		% Alkol Kullanmama Ned.	50,0%	34,1%	15,9%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	11,9%	12,7%	8,9%	11,5%
		% Toplam	5,8%	3,9%	1,8%	11,5%
	Diğer	Sayı	3	12	14	29
		% Alkol Kullanmama Ned.	10,3%	41,4%	48,3%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	1,6%	10,2%	17,7%	7,6%
		% Toplam	,8%	3,1%	3,7%	7,6%
Toplam		Sayı	185	118	79	382
		% Alkol Kullanmama Ned.	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%
		% Eğitim Düzeyi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	48,4%	30,9%	20,7%	100,0%

$$X^2=32,203, P<0,05$$

EK-3. ANKET SORULARI
SAĞLIK-HASTALIK OLGUSU VE TOPLUMSAL KÖKENLERİ
ANKET FORMU

ANKETÖR:.....

GÖRÜŞME TARİHİ:.....

1. Hane nüfusunuz kaç kişi.....

2. Görüşülene göre hanede oturanların:

Hanedeki Statüsü	Cinsiyeti		Yaşı	Doğum Yeri			Eğitim Düzeyi	Medeni Hali				İşi
	E	K		İl	Merk.	İlçe	Köy	E	B	D	A	
.....	()	()		()	()	()		()	()	()	()	
.....	()	()		()	()	()		()	()	()	()	
.....	()	()		()	()	()		()	()	()	()	
.....	()	()		()	()	()		()	()	()	()	
.....	()	()		()	()	()		()	()	()	()	
.....	()	()		()	()	()		()	()	()	()	
.....	()	()		()	()	()		()	()	()	()	
.....	()	()		()	()	()		()	()	()	()	
.....	()	()		()	()	()		()	()	()	()	
.....	()	()		()	()	()		()	()	()	()	
.....	()	()		()	()	()		()	()	()	()	

3. Eşinizle aranızda akrabalık durumu nedir?

a) Akraba değil b) Yakın akraba c) Uzaktan akraba

4. İlk evlenme yaşı: ...

5. Evde yemek yapma, bulaşık ve çamaşır yıkama vb. ev işlerini genellikle kim yapar?

a) Kadın b) Erkek c) Ortaklaşa d) Diğer aile fertleri e) Diğer

6. Ailenizde önemli kararları genellikle kim\ kimler verir?

a) Kadın b) Erkek c) Ortaklaşa d) Diğer aile fertleri e) Diğer

7. (Çocuğu var ise) Çocuğunuzun yemek, giyim, temizlik vb bakım gereksinimlerini genellikle kim karşılar?

a) Kadın b) Erkek c) Ortaklaşa d) Diğer aile fertleri
e) Çocuklar büyük, bakıma ihtiyacı yok f) Diğer.....

8. Çocuklarınız hastalandığı zaman onlara kim bakar?

a) Kadın b) Erkek c) Ortaklaşa d) Diğer aile fertleri e) Diğer.....

9. Eşinizle aranızda yaşanan tartışmaların en önemli nedeni nedir?

a) Ekonomik sıkıntılar b) Çocukların yetiştirilmesi ile ilgili konular
c) Düşünce ayrılıkları d) Eşler arasında sevgi ve saygının olmaması
e) Eşlerin ailelerinden kaynaklanan tartışmalar f) Hiç tartışmayız
g) Diğer.....

10. Ailenizde (siz dahil) aile üyelerine şiddet uygulayan var mı? a) Evet b) Hayır

11. Evet ise, kim kimlere uyguluyor?.....

12. Genellikle ne tür şiddet uygulanıyor?

a) Fiziksel (tokat, dayak, bıçakla tehdit vb.)
b) Sözel-Duygusal (Küümsemek, küfür etmek, aşağılayıcı sözler söylemek vb.)
c) Ekonomik şiddet (Harçlık vermemek, dışarıda çalışmasına izin vermemek vb.)
d) Cinsel şiddet (cinsel birleşmeye zorlamak vb.)

13. Dul / boşanmış olmak sağlığını ne şekilde etkiliyor?

a) Etkilemedi b) İyi yönde c) Kötü yönde

14. Annenizin eğitim durumu nedir?

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul
e) Lise ve dengi okul f) Üniversite

15. Babanızın eğitim durumu nedir?

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul
e) Lise ve dengi okul f) Üniversite

16. Ne sıklıkla gazete okursunuz?

a) Düzenli olarak okurum 2- Ara sıra/ elime geçtikçe okurum 3- Hiç okumam

17. Düzenli olarak gazete okumamanızın nedeni nedir?

a) Ekonomik sebeplerden dolayı alamıyorum b) Okumaya vaktim yok
c) Gazeteleri beğenmiyorum d) İnternette takip ediyorum
e) TV'den takip ediyorum f) Alışmamışım
g) Diğer

18. Annenizin mesleği nedir?
 a) Ev hanımı b) Serbest meslek c) Memur d) İşçi
 e) Esnaf/Tüccar f) Çiftçi g) İşsiz h) Emekli
 i) Diğer
19. Babanızın mesleği nedir?
 a) Ev hanımı b) Serbest meslek c) Memur d) İşçi
 e) Esnaf/Tüccar f) Çiftçi g) İşsiz h) Emekli
 i) Diğer
20. (Çalışmıyorsa) Çalışmıyor olmanız sağlığını ne şekilde etkiliyor?
 a) Etkilemiyor b) Olumsuz yönde etkiliyor c) Olumlu yönde etkiliyor
21. (Bir işte çalışıyorsa) İşinizden kaynaklanan herhangi bir sağlık riskine sahip misiniz?
 a) Evet b) Hayır
22. Evet ise, nasıl bir risk?.....
23. Aldığınız eğitime uygun bir işte mi çalışıyorsunuz? a) Evet b) Hayır
24. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz? a) Evet b) Hayır
25. Hayır ise, mesleği seçme nedeniniz nedir?
 a) Ailemin etkisiyle b) Kazancı bol olduğu için c) Tesadüf sonucu
 d) Tercih şansım yoktu e) Diğer.....
26. Son çalıştığınız işteki toplam hizmet süreniz ne kadar?.....
27. Sizce mesleğiniz toplumda itibar görüyor mu? a) Evet b) Hayır
28. Mesleki veriminizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
 a) Düşük derecede b) Orta derecede c) Yüksek derecede
29. Mesleki veriminizi düşük olarak değerlendiriyorsanız, size göre bunun nedeni nedir?
 a) Olumsuz çalışma şartları b) İş karşılığı olan ücretin düşük olması
 c) Olumsuz ast-üst ilişkileri d) Aşırı iş yükü
 e) Rollerdeki belirsizlik f) Terfi ve derecelendirmelerde adilane davranılmaması
 g) Diğer.....
30. Mesleğinizin yanı sıra gelir getirici ek bir işte çalışıyor musunuz? a) Evet b) Hayır
31. İşinizin üzerinizdeki sorumluluk ve yük sizi ne gibi sıkıntılara sokuyor?
 a) Aileme karşı sorumluluklarımı yerine getiremiyorum
 b) Sosyal ilişkilerimi zayıflatıyor
 c) Kendime zaman ayıramıyorum
 d) Sağlığımı olumsuz etkiliyor
 e) Diğer.....
32. (Her iki ebeveyn çalışıyorsa) Siz çalışırken çocuklarınıza kim bakıyor?
 a) Bakıcı b) Komşular c) Akrabalar d) Kreş
 e) Arkadaşlar f) Çocuklar büyük, bakıma ihtiyacı yok
 g) İş evde, çocuğun bakılmasına gerek yok
33. Ailenizin aylık geliri aşağıdakilerden hangi gruba girmektedir?
 a) 0-250 YTL b) 251-500 YTL c) 501-750 YTL
 d) 751-1000 YTL e) 1001-1250 YTL f) 1251-1500 YTL
 g) 1501-1750 YTL h) 1751-2000 YTL i) 2001-2500 YTL
 j) 2501-3000 YTL k) 3001 YTL ve üstü
34. Ailenizin geliri hangi kaynak ve/veya kaynaklardan sağlanmaktadır?
 Miktar
 - Maaş.....
 - Serbest kazanç geliri (Kazanç kaynağı yazılsın).....
 - Gündelik veya haftalık.....
 - Kira geliri.....
 - Faiz geliri.....
 - Yaşlılık aylığı.....
 - Diğer.....
35. Aylık harcamalarınızda en büyük payı nereye ayırıyorsunuz? (En çok üç şıkkı önem sırasına göre işaretleyin)
 a) Gıda () b) Eğitim () c) Ulaşım () d) Giyim ()
 e) Elektrik-su faturaları f) Sağlık () g) Haberleşme ()
 h) Ev eşyası () i) Kira () j) Diğer.....
36. Aylık gelirinizle ilgili olarak aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
 a) Gelir giderden fazla b) Gelir ve gider eşit c) Gider gelirden fazla
37. Gider gelirden fazla ise geçiminizi nasıl sürdürüyorsunuz?
 a) Kredi kartları ile b) Borç nakit para kullanarak
 c) Yardım kuruluşlarının yardımı ile d) Komşu, akraba ve arkadaş desteği ile
 e) Borç yazdırma usulü ile f) Diğer.....

38. Oturduğunuz mahalle.....
39. Neden bu mahalleyi seçtiniz?
- a) Kiralar uygundu b) Tesadüfen burada ev buldum
- c) Akrabalarımın yakın olduğu için d) İş yerine yakın olduğu için
- e) Mahallenin konumunu sevdiğim için f) Diğer.....
40. Oturduğunuz ev,
- a) Kira b) Bize ait c) Lojman d) Diğer.....
41. Oturduğunuz evin türü,
- a) Müstakil ev b) Apartman dairesi c) Gecekondu
42. Evde yaşayan birey sayısına göre oda sayısı yeterli mi? a) Evet b) Hayır
43. Evinizi kışın nasıl ısıtılıyorsunuz?
- a) Kaldırıcı b) Kömür sobası c) Diğer
44. Kaldırıcı değilse, evinizde kışın yatmak için kaç oda kullanılıyor?
- a) Bir b) İki c) Üç ve üzeri
45. Evinizin fiziki şartları;
- | | Var | Yok |
|--|-----|-----|
| - Evin kiremit çatısı var mı? | () | () |
| - Evin içinde kullanma suyu var mı? | () | () |
| - Evin örtülü çukur ve kanalizasyon türü lağım sistemi var mı? | () | () |
| - Evde elektrik var mı? | () | () |
| - Evin banyosu var mı? | () | () |
| - Evin içinde tuvalet var mı? | () | () |
46. Evin bulunduğu çevre şartları
- | | Evet | Hayır |
|---|------|-------|
| - Evin çevresinde çöpler düzenli toplanıyor mu? | () | () |
| - Evin çevresinde çukur, açık elektrik teli, yoğun kavşaklar gibi kaza odakları var mı? | () | () |
| - Sağlığa zararlı olabilecek ahır veya gübre yığını var mı? | () | () |
| - Rahatsız edecek kadar karasinek, sivrisinek türü haşere var mı? | () | () |
| - Yaşamı kolaylaştırıcı düzenli ulaşım sistemi var mı? | () | () |
| - Evinize yakın oyun ve dinlenme alanı var mı? | () | () |
47. Boş zamanlarınızı genellikle nasıl değerlendiriyorsunuz? (En çok üç şıkki önem sırasına göre işaretleyin)
- a) TV izlerim () b) Kitap/Dergi/Gazete okurum ()
- c) Sinemaya giderim () d) Kahveye giderim ()
- e) Evde müzik dinlerim () f) Spor yaparım ()
- g) Akraba/arkadaş ziyaret ederim () h) El işleri (oya, örgü vs.) yaparım ()
- i) Diğer.....
48. Sigara içiyor musunuz? a) Evet b) Hayır
49. Evet ise, sağlığınıza zararlı olduğu halde niçin içiyorsunuz?
- a) Keyif alıyorum b) Özentisi c) Stres ve sıkıntıyı hafifletiyor
- d) Alışkanlık e) Diğer.....
50. Alkol alışkanlığınız var mı? a) Evet b) Hayır
51. Evet ise, ne sıklıkla alkol alıyorsunuz?
- a) Her akşam b) Haftada bir c) Özel gün ve gecelerde d) Diğer.....
52. Hayır ise, alkol kullanmayışınızın en önemli sebebi nedir?
- a) Sağlığa zarar verdiği için b) Haram olduğu için c) Toplum baskısından dolayı
- d) Aile baskısından dolayı e) Diğer.....
53. Ailenizde sigara kullanan başka kişi var mı? a) Evet b) Hayır
54. Evet ise, sigara kullanan kişi
- Alkol kullanan kişi
55. Dişlerinizi düzenli olarak fırçalar mısınız?
- a) Düzenli fırçalarım b) Ara sıra fırçalarım c) Fırçalamıyorum
56. Sağlığınız için gerekli olan besinleri alıp yiyebiliyor musunuz? a) Evet b) Hayır
57. Hayır ise, neden?.....

58. Aşağıdaki gıdaları ne sıklıkta tüketiyorsunuz?

	<u>Her gün</u>	<u>Gün aşırı</u>	<u>Haftada bir</u>	<u>Ayda birkaç kez</u>	<u>Hiç tüketilmez</u>
- Kırmızı et					
- Beyaz et					
- Pastırma, sucuk, sosis					
- Süt ve süt ürünleri					
- Sebzeler					
- Meyveler					
- Kurubaklagiller					
- Hamburger, pizza, sandviç vs.					
- Dondurulmuş hazır gıdalar					

59. Sağlıklı yaşamak için aşağıdaki diyetlerden uyguladığınız var mı?

- a) Diyet yapmıyorum
b) Zayıflamaya yönelik diyet
c) Hastalığa özel diyetler(Kalp hastalığı, kolesterol vb.)
d) Sağlıklı kalmak için sağlıklı besinlerden oluşan bir diyet
e) Diğer.....

60. Diyet uyguluyorsanız, sık sık diyetinizin dışına çıkar mısınız? a) Evet b) Hayır

61. Kola, cips, şeker, çikolata gibi yiyecekleri sağlık açısından nasıl buluyorsunuz?

- a) Faydalı b) Zararlı c) Fikrim yok

62. Bunları ne sıklıkla tüketiyorsunuz?

- a) Sıklıkla b) Ara sıra c) Hiç almayız

63. Sağlıklı kalmak için spor yapıyor musunuz?

- a) Düzenli olarak yapıyorum b) Ara sıra yapıyorum c) Yapmıyorum

64. Düzenli olarak her yıl tatil yapıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

65. Evet ise, tatilinizi nerede geçirirsiniz?.....

66. (Başka bir yerden geldi ise) Göçme nedeniniz nedir?

- a) Evlenme b) Tayin c) Geçim sıkıntısı d) İşsizlik e) Diğer.....

67. Evinizde aşağıdakilerden hangileri var?

- Buzdolabı () - Elektrik süpürgesi () - Müzik seti ()
- Derin dondurucu () - Bulaşık makinesi () - Telefon ()
- Fırın () - Mikrodalga fırın () - Uydu anteni ()
- Çamaşır makinesi () - TV(adeti) () - Bilgisayar ()
- VCD/ DVD () - Cep Telefonu (adet).....
- Araba (binek amaçlı) ()

68. Hastalandığınızda size maddi destek (para yardımı, sağlık giderlerini karşılama gibi) sağlayabilecek kişileri önem sırasına göre belirtiniz.

- 1-.....
2-.....
3-.....

69. Hastalandığınızda ev işlerine yardım, yemek yapma, çocukların bakımı vs. sağlayabilecek kişileri önem sırasına göre belirtiniz.

- 1-.....
2-.....
3-.....

70. Hastalandığınız zaman size manevi destek (ziyaret etme, telefonla arama, hal hatır sorma, ilgi gösterme gibi) sağlayabilecek kişileri önem sırasına göre belirtiniz.

- 1-.....
2-.....
3-.....

71. Akrabalarınızla ne sıklıkla görüşürsünüz?

- a) Haftada bir-iki kez b) Ayda bir-iki kez
c) Özel günlerde ve bayramlarda d) Diğer.....

72. Arkadaşlarınızla ne sıklıkla görüşürsünüz?

- a) Haftada bir-iki kez b) Ayda bir-iki kez
c) Özel günlerde ve bayramlarda d) Diğer.....

73. Komşularınızla ne sıklıkla görüşürsünüz?

- a) Haftada bir-iki kez b) Ayda bir-iki kez
c) Özel günlerde ve bayramlarda d) Diğer.....

74. Yeni doğan bebeğe ve loğusa kadına sizin adetlerinize göre neler yapılır?

- Yenidoğan.....
Lohusa.....

75. Aşağıda yer alan bazı inanç ve uygulamalardan sağlık yada hastalıkla ilişkili olduğunu düşündüklerinizi işaretleyiniz.

- Nazar değmesi () - Cin çarpması ()
 - Kurşun döktürme () - Muska taşıma ()
 - Diğer.....

76. Rahatsızlandığınızda tedavi amacıyla şifalı bitkiler kullanır mısınız?

- a) Evet b) Hayır

77. Şifalı bitkiler kullanmayı nasıl öğrendiniz?.....

78. Sağlık amacıyla yatır, türbe vb. ziyareti yaptınız mı? a) Evet b) Hayır

79. Tedavi amacıyla gittiğiniz sağlık kuruluşlarında tedaviye yanıt alamadığınızda geleneksel iyileştiricilere (kırık-çıkıkçı, muskacı, hoca vs.) gider misiniz? a) Evet b) Hayır

80. Hiç geleneksel iyileştiriciye gittiniz mi? a) Evet b) Hayır

81. Evet ise, hangi nedenden dolayı gittiniz?.....

82. Size nasıl bir tedavi uyguladı?.....

83. Tedavi için gittiğiniz geleneksel iyileştirici rahatsızlığınızı iyileştirdi mi?

- a) Evet b) Hayır

84. Geleneksel tedavi yöntemlerini ne tür hastalıklarda kullanırsınız?

.....

85. Aşağıdaki dini faaliyetlerin hangilerini yapıyorsunuz?

	Ara sıra	Her zaman	Yapmıyorum
1- Kur'an okumak			
2- Namaz kılmak			
3- Oruç tutmak			
4- Zekat vermek			
5- Kurban kesmek			
6- Cumaya gitmek			
7- Dini toplantılara katılmak			
8- Mevlüt okutmak			

86. Hastalandığınız zamanlarda dini duygularınızda değişiklik olduğunu fark ediyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

87. Evet ise, ne şekilde olduğunu açıklar mısınız?.....

88. Sizce dini faaliyetlerin sağlık açısından yararı var mıdır? a) Evet b) Hayır

89. Evet ise, ne şekilde olduğunu açıklar mısınız?.....

90. Dini ibadetleriniz sırasında sağlıklı kalmak için dua okur musunuz? a) Evet b) Hayır

91. "Çocuk rızıkyla gelir, kürtaj yaptırmak günahıdır." derler, siz ne dersiniz?

- a) Fikrime uygun b) Fikrim yok c) Fikrime aykırı

92. Uzun dönemli bir hastalık veya sakatlığa sahip misiniz? a) Evet b) Hayır

93. (Evet ise) Hastalık veya rahatsızlığınız?.....

94. Herhangi bir sağlık güvencesine sahip misiniz? a) Evet b) Hayır

95. Evet ise, hangisine sahipsiniz?

- a) Emekli Sandığı b) SSK c) Bağ-Kur d) Özel Sigorta e) Yeşil Kart

96. Bedeninizde rahatsızlık hissettiğinizde genellikle ilk olarak ne yaparsınız?

- a) İstirahat eder, geçmesini beklerim
 b) Evdeki ilaçları kullanırım c) Eczaneden ilaç alırım
 d) Sağlık kuruluşlarına giderim e) Geleneksel iyileştiricilere giderim
 f) Şifalı bitkiler kullanırım g) Diğer.....

97. Hastalandığınızda sağlık kuruluşuna genellikle ne kadar süre sonra başvurursunuz?

- a) Hemen giderim
 b) Birkaç gün beklerim
 c) Bir hafta sonra giderim
 d) Hiç gitmem
 e) Diğer.....

98. Sağlık kuruluşlarına gitmeme ya da gitmeyi geciktirme nedeniniz nedir?

- a) Sağlık sigortam yok
 b) Sağlık kuruluşlarına güvenmiyorum
 c) Sağlık kuruluşları çok pahalı
 d) Sağlık kuruluşları bulduğum yere uzak
 e) Sağlık kuruluşunda işlemlerin uzun sürmesi ve zaman kaybının çok olmasından
 f) Sağlık çalışanları iyi muamele etmediğinden g) Diğer.....

99. Sağlık-hastalıkla ilgili bilgilere ihtiyacınız olduğunda kimlere ya da hangi yollara başvurursunuz?

- a) Aileme () b) Yaşlılara () c) Geleneksel iyileştiricilere ()
 d) Öğretmen vb. eğitimli insanlara () e) Sağlık alanında çalışanlara ()
 f) Arkadaşlara () g) İnternete ()
 h) Basın-Yayın organlarına (TV, kitap, ansiklopedi, gazete) () i) Diğer.....

100. Hangi sağlık kurumunu tercih edersiniz?
 a) Üniversite Hastanesi b) Devlet Hastanesi c) Özel hastane
 d) Doktorun kendi muayenehanesi e) Sağlık ocakları f) Diğer.....
101. Düzenli olarak genel sağlık kontrolü (check up) yaptırır mısınız?
 a) Evet b) Hayır
102. Evet ise, ne sıklıkla yaptırıyorsunuz?
 a) Ayda bir b) Üç ayda bir c) Altı ayda bir d) Yılda bir
 e) İki yılda bir f) Beş yılda bir g) Diğer.....
103. Ailenizde küçük çocukları hasta olmadan doktora veya herhangi bir sağlık kuruluşuna kontrol amacıyla götürür müsünüz?
 a) Evet b) Hayır
104. Sosyal güvenceniz olduğu halde özel doktora gider misiniz? a) Evet b) Hayır
 Evet ise, neden?.....
105. Hastaneye geldiğinizde karşılaştığınız hastaneden kaynaklanan sorunlar nelerdir? (önem sırasına göre numaralandırınız)
 a) Bürokratik işlemlerin uzun zaman alması ve uzun süreler sırada beklemek ()
 b) Kalabalık ve gürültü ()
 c) Hastanedeki alet, araç-gereç yetersizliği ()
 d) Çok fazla tahlil istenmesi ()
 e) Ultrason, tomografi gibi işlemler için geç bir tarihe gün verilmesi ()
 f) Hastanenin pis olması ()
 g) Diğer.....
106. Size göre hastane personelinden kaynaklanan sorunlar nelerdir?
 a) Hasta ile yeterince ilgilenmiyorlar () b) Bilgi bakımından yetersizler ()
 c) Hastalara yeterli zaman ayırmıyor () d) Güler yüzlü değililer ()
 e) Personel yakınlarına öncelik verilip, hasta kayırıyorlar () f) Diğer.....
107. (Kadınlara sorulacak) Herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanıyor musunuz?
 a) Evet b) Hayır
108. Evet ise, hangisi.....
109. Herhangi bir sağlık kuruluşunun tedaviniz için önerdiği ilaçların tümünü kullanıyor musunuz?
 a) Evet b) Hayır
110. Hayır ise, neden kullanmıyorsunuz?
 a) Kendimi iyi hissettiğimde gerek görmüyorum
 b) İstedğim etkiyi sağlamadığından bırakıyorum
 c) Fazla ilacın vücuduma zararlı olduğunu düşündüğümden kullanmıyorum
 d) Hepsini kullanmam gerektiğini bilmiyordum
 f) Diğer.....
111. Sizinle aynı rahatsızlığı paylaştığını söyleyen ya da güvendiğiniz bir kişiden duyduğunuz ilaçları kullanır mısınız?
 a) Evet b) Hayır
112. Doktora danışmadan, evde bulunan veya eczaneden aldığınız ilaçları kullanır mısınız?
 a) Evet b) Hayır
113. Evet ise, aşağıdaki ilaçlardan hangilerini kullanıyorsunuz?
 a) Ağrı kesiciler () b) Mide ilaçları () c) Uyku ilaçları ()
 d) Antibiyotikler () e) Sakinleştiriciler () f) Diğer.....
114. Sağlık çalışanları ile rahat diyalog kurabiliyor musunuz?
 a) Evet b) Hayır
115. Hekimlerin hastalığınızla ilgili verdikleri bilgileri yeterli görüyor musunuz?
 a) Evet b) Hayır
116. Hemşirelerin hastalığınızla ilgili verdikleri bilgileri yeterli görüyor musunuz?
 a) Evet b) Hayır
117. Sağlık personelinin size rahatsızlığınızla ilgili olarak yaptıkları açıklamaları anlayabiliyor musunuz?
 a) Evet b) Hayır
118. Hayır ise, nedeni.....
119. Hastane seçiminizi etkileyen en etkili faktör aşağıdakilerden hangisidir?
 a) Seçme şansım yok b) Güven vermesi
 c) İşlemlerin çabuk bitmesi d) Tavsiye edilmesi
 f) İlgi gösterilmesi g) Diğer.....
120. Doktor seçme konusunda doktorun kadın veya erkek olması sizin için önem arz eder mi?
 a) Erkek doktor tercih ederdim b) Kadın doktor tercih ederdim
 c) Doktorun cinsiyeti önemli değil
121. Neden kadın/ erkek tercih ediyorsunuz?.....

122. Doktor seçerken dikkat ettiğiniz diğer önemli kriterler nelerdir? (En çok üç şıkkı önem sırasına göre işaretleyin)

- a) Uzmanlık alanında kendini kanıtlamış olması ()
- b) Yaşlı olması ()
- c) Tanıdığım biri olması ()
- d) Dindar olması ()
- e) Azarlamaması, insan muamelesi göstermesi ()
- f) Durumum hakkında detaylı bilgi vermesi ()
- g) Güvendiğim birisi tarafından tavsiye edilmiş olması ()
- h) Diğer.....

123. “Sağlıklı insan” deyince ne anlıyorsunuz?

.....

124. “Hastalık” deyince aklınıza ne geliyor?

.....

125. Sık sık hastalanan kişiler hakkında ne düşünüyorsunuz?

.....

126. Kendinizi hangi durumlarda doktora başvuracak kadar hasta hissedersiniz?

.....

127. Size göre hastalıkların nedeni/nedenleri nelerdir? (Önem sırasına göre belirtiniz)

- a) İyi beslenememe b) Mikroplar c) Stres
- d) Zararlı alışkanlıklar e) Soğuk f) Kalıtım g) Diğer

128. Şu an sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Mükemmel b) İyi c) Orta d) Kötü

129. “Allah doktora muhtaç etmesin, onsuz da bırakmasın.” derler, siz ne dersiniz?

- a) Fikrime uygun b) Fikrime aykırı c) Fikrim yok

130. Siz ya da yakınlarınız herhangi bir yanlış teşhis ve tedaviye maruz kaldı mı?

- a) Evet b) Hayır

131. Evet ise, bu konuda hukuki girişimlerde bulunuldu mu? a) Evet

b) Hayır

132. Hasta hakkı kavramı size ne ifade etmektedir?

.....

EK-4. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Ayşe TEKİN

Doğum Yeri : Denizli

Doğum Tarihi: 1975

Medeni Hali : Evli

Eğitim Durumu

Lise : 1989-1992 Burdur Cumhuriyet Lisesi

Lisans : 1996-2000 Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Yabancı dil(ler) ve düzeyi

1. İngilizce UDS (50.00)

İş Deneyimi:

1997-2001 : MEB Harmanlı İlköğretim Okulu–Burdur

2001-..... : Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu- Burdur

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar:

A. Diğer bilimsel dergilerde yayımlanan teknik not, editöre mektup, tartışma, vaka takdimi ve özet türünden yayınlar dışındaki makale

1. Özbek S, Kaya E, **Tekin A**, Doğan Ş,: “Yaşlılarda Tedaviye Uyum”, **Türk Geriatri Dergisi**, 2006, 9(3):177-181,

B. Uluslararası toplantıda poster, sözlü sunum ile gösterimleri

1. Kaya E, Özbek S, Ergin S, Yaman A, **Tekin A**, "I.Uluslararası Evde Bakım Kongresi",10, İzmir, 2006.