

Sağlık Sosyolojisinde Yeni Bir Perspektif: Sağlık Sermayesi*

A New Perspective in the Sociology of Health: The Health Capital

Aksu Akçaoğlu¹

¹Dr. Öğr. Üyesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü
<https://orcid.org/0000-0002-8692-4698>

ÖZ

Bu makale, sağlığı, özellikle de son yıllarda sınırları giderek genişleyen sağlıkta deneyimlenen eşitsizliği, Fransız sosyolog Pierre Bourdieu'nün geliştirdiği kavramsal araçlarla ele alıyor. Makale, tıpkı ekonomik sermaye ya da kültürel sermaye gibi, sağlığın da özgün bir sermaye türü olarak kavramsallaştırılması mümkün mü sorusunu soruyor. Makale ilk olarak, sağlık sosyolojisinin ana hatlarına odaklanıp, Durkheim'dan Foucault'ya uzanan çizgide sağlığın nasıl ele alındığına açıklık getiriyor. Ardından da sağlık sosyolojisinin omurgasını teşkil eden üç ana araştırma alanına ışık tutuyor. Sosyolojinin temel olarak sağlığın toplumsal köklerine, sağlıktaki dizginlenemeyen metalaşma sürecine ve sağlığın iktidarla olan ilişkisine dair yürüttüğü araştırmaları örneklerle açıklıyor. Makalede üçüncü olarak, sağlık sosyolojisi külliyatına Pierre Bourdieu'nün geliştirdiği ilişkisel sosyoloji yaklaşımının yapabileceği katkılar tartışılıyor. Son olarak ise ilişkisel sosyolojinin merkezi kavramlarından biri olan sermayenin, özgün bir iktidar türü olarak sağlığı inceleyebilmek için sunabileceği imkanlara açıklık getiriliyor. Sağlık sermayesi, ekonomik sermayenin ve kültürel sermayenin dönüşmüş halidir; bedenini biyolojik varoluşunu kontrol edebilme kapasitesini, olası risklere karşı önceden önlem alma ayrıcalığını ve gerektiğinde nitelikli tedaviye ve uzman görüşüne ulaşabilme düzeyini ve hızını ifade eder. Böylesi bir yaklaşım, sağlık alanında muayene, tetkik, ameliyat, tedavi ve tavsiye biçiminde somutlaşan üretimin, toplumsal uzama dağılmasıyla oluşan eşitsizliğin ampirik olarak ölçülebilir gözlemlenebilmesini sağlar. Bu aynı zamanda, sağlığın hem ekonomik iktidardan bağımsız hem de yönetimselliğin dışında, özgün bir iktidar türü olarak yeniden düşünülmesine de mümkün kılar.

Anahtar Kelimeler: Sağlık sosyolojisi, Sermaye, Bourdieu, Eşitsizlik, Metalaşma

ABSTRACT

This article focuses on health, especially the inequality experienced in health, which have been widening in recent years, with the conceptual tools developed by the French sociologist Pierre Bourdieu. The article asks if it is possible to conceptualize health as a unique form of capital, just like economic capital or cultural capital? First, the article focuses on the main lines of the sociology of health and clarifies how health is examined in the line from Durkheim to Foucault. It then sheds light on the three main research areas that form the backbone of the sociology of health, namely the social roots of health, the unbridled commodification process in health, and the relationship between health and power. Thirdly, the contribution of the relational sociology which is developed by Pierre Bourdieu to the literature of the sociology of health is discussed in the article. Finally, it clarifies the possibilities that the concept of capital, one of the central concepts of relational sociology, can offer in order to examine health as a unique form of power. Health capital is the transformed form of economic capital and cultural capital. It refers to the body's capacity to control its biological existence, the privilege of taking precautionary measures against possible risks, and the level and speed of access to qualified treatment and expert opinion when necessary. Such an approach enables sociologists to observe or measure empirically the inequality created through the distribution of health in the form of examination, surgery, treatment, and advice. It is also an invitation for a rethinking of health as a unique form of power, both independent of economic power and outside of governmentality.

Keywords: Sociology of health, Capital, Bourdieu, Inequality, Commodification

*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2022;12(3):475-482

DOI: 10.31020/mutfd.1108050

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi - Received: 23 Nisan 2022; Kabul Tarihi - Accepted: 28 Haziran 2022

İletişim - Correspondence Author: Aksu Akçaoğlu <aakcaoglu@comu.edu.tr>

Giriş

Sağlık, sosyoloji literatüründe uzunca bir süre toplumsal hayatın verili olduğu kabul edilen bir ön koşulu olarak kaldı. Klasik sosyoloji kuramlarının biçimlendiği XIX. yüzyıl ve XX. yüzyılın ilk çeyreği boyunca toplum, sağlıklı birey varsayımı üzerinden incelendi. Sosyolojinin bu klasik döneminde Durkheim'in klasikleşmiş eseri *İntihar* bir istisna olarak kabul edilebilir.¹ Tamamen bireysel ve psikolojik bir sorun olarak görülen intiharın altında yatan toplumsal nedenlere ışık tutan Durkheim'in çalışması, sağlık sosyolojisi için bir başlangıç olarak kabul edilebilir. XX. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, Durkheim'in açtığı patikadan ilerleyen sosyologlar, beden ve zihnin biyolojik işleyişinin bir tür yansıması olarak görülen sağlığın altında yatan toplumsal etkenlere ışık tuttu. Bugün devasa boyutlara ulaşan sağlık sosyolojisi literatürü bize, günümüzde insan hayatını en çok tehdit eden kronik hastalıkların, örneğin kalp-damar rahatsızlıklarının ya da kanserin çeşitli türlerinin, ortaya çıkışının toplumsal cinsiyet, eğitim, gelir durumu, hayat tarzı ve etno-ırksal köken gibi toplumsal koşullarla kuvvetli bağlantılara sahip olduğunu gösterir. Kısacası, sağlık sosyolojisi hastalıkların teşkilinde toplumsal koşulların oynadığı role odaklanır. Sağlığın bir sermaye türü olarak kavranışı ise sosyolojinin şimdiki dek sağlığı ele alış biçiminin tersyüz edilmesini ifade eder. Tıpkı gelir, eğitim, grup aidiyeti ve saygınlık gibi toplumsal hayatta etkin, değerli bir kaynak olarak sağlığın eşitsiz dağılımının, grupların sınıflandırılmasında ve failerin yapabileceklerinin sınırlandırılmasında oynadığı role ışık tutar. Peki sağlığı, tıpkı ekonomi ve kültür gibi bir sermaye türü olarak ele alabilir miyiz? Bu makalede, Pierre Bourdieu'nün geliştirdiği kavramsal araçların rehberliğinde, bu soruya cevap arıyorum. Fakat sağlığın bir sermaye türü olarak kavramsallaştırılmasının yaratacağı imkanların daha iyi kavranabilmesi için öncelikle sağlık sosyolojisindeki temel kuramsal yaklaşımları ve bu yaklaşımların çizdiği temel araştırma güzergahını ele alıyorum.

Sağlık Sosyolojisinde Temel Yaklaşımlar

Sağlık ve sosyoloji arasında güçlü bir ilişki bulunur. Her ne kadar Türkiye'de yakın bir geçmişe kadar yeterince çalışılmamış olsa da özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sağlık, sosyolojinin en önemli ve yaygın uygulama sahalarından biridir.² Sosyolojinin sağlığa dair ilgisinin oldukça anlaşılır temelleri vardır: İlk bakışta kendisini beden ve zihnin biyolojik ve fizyolojik durumu olarak sunan sağlığın altında yatan toplumsal etmenlere ışık tutmak, bir bilim olarak sosyolojinin en köklü araştırma programıyla mutlak bir şekilde uyumludur. Sağlık sosyolojisinin ilk örneği olarak Engels'in *İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu* başlıklı çalışmasını gösterebiliriz.³ Ünlü eserinde Engels, işçi sınıfı arasında yaygın olarak görülen bulaşıcı hastalıkların kaynağının, kötü barınma koşulları olduğunu belgelemiştir. Fakat sağlık sosyolojisinde esas büyük etkiyi üreten ve bir araştırma programı ortaya koyanın Durkheim'in ünlü *İntihar* başlıklı çalışması olduğunu söyleyebiliriz. Ünlü eseri *İntihar*'da Durkheim, medeni durum ve dini aidiyet gibi faktörlerin örneklendirdiği toplumsal bütünleşme düzeyinin ve bireyin toplumsal norm ve değerlerle aşırı bütünleşmesinin ya da tamamen kopuk olmasının biçimlendirdiği ahlaki düzenleme düzeyinin, bireysel intihar vakalarının altında yatan toplumsal düzlem olduğunu ileri sürer.¹ Böylelikle Durkheim, kusursuz bir bireysel edim gibi görülen intiharın altında yatan toplumsal nedenleri gün yüzüne çıkarır. Bu öncü tespit, XX. yüzyılın ikinci yarısından itibaren yoğunlaşan sağlık sosyolojisi çalışmalarına rehberlik etmiştir.

Durkheim'in ardından, sağlık sosyolojisine yön veren önemli sosyolog, Talcott Parsons olmuştur. Parsons sağlığı, toplumsal sistemin düzen üretebilmesi için hayati bir işlevi yerine getiren bir alt sistem olarak ele alır. Bu bakış açısında sağlık, biyolojik bir olgunun çok uzağında, toplumsal düzenin işleyebilmesini ve bireylerin diğer rollerini yerine getirebilmesini mümkün kılan bir tür ön-rol olarak karşımıza çıkar. Parsons'ın yapısal-ışlevselci bakış açısında sadece hastaneler, doktorlar, sağlık çalışanları, laboratuvarlar, tıp fakülteleri ve ilaç üreticileri değil, hastalar dahi işlevlerden örülmüş bağlarla toplumsal düzene sıkıca kenetlenmiş ve düzenin devamlılığı için özgün roller üstlenmiş durumdadır. Parsons'a göre, bir toplumsal rol olarak hastalık, bireyin ekonomik ve ailevi sorumluluklarından meşru bir şekilde feragat edebildiği geçici bir durumu ifade eder.⁴

Bireyin diğer tüm görevlerinden çekilmesine dayanan 'hasta-rolü'nde görev, uzmanlardan tıbbi destek olarak bir an önce sağlığa kavuşmak ve ara verilen görevlere geri dönerek, toplumsal düzende yerine getirilen işlevlerin başına geçmektir.

Parsons'ın bir sosyal rol olarak sağlık ve hastalık kavrayışı, sağlığın pratik gerçekliğine dair kapı aralamış olsa da bu konuda asıl yol açan sembolik etkileşimci sosyoloji geleneği oldu. Kısaca ifade etmek gerekirse sembolik etkileşimcilik, sembollerin (düşüncelerin, anlamın ve yorumun) bireyler arası etkileşimi yönlendirerek, toplumsal gerçekliği aktif bir şekilde inşa ettiğini ileri sürer.⁵ Bu kavrayışın, sağlık alanında yürüttüğü araştırma programı, sağlığın temelinde yer alan tıbbi bilginin toplumsal kökenlerine ışık tuttu. Becker ve arkadaşları, bir tıp fakültesi öğrencisini doktora dönüştüren tıp eğitiminin özgün sosyalleşme ve etkileşim kalıplarını incelediler.⁶ Tıp eğitimini diğer eğitimlerden ayıran özgün nitelik olarak, öğrencilerin yüksek idealizmini ve hastalara yardım etme motivasyonunu vurguladılar. Özellikle eğitimin ilk yılına damgasını vuran bu yüksek idealizmin, mezun oluncaya kadar yok olmamakla birlikte, tıp eğitiminin dayandığı sonsuz bilgi ufku karşısında formel bir niteliğe bürünerek, kurumun talepleri ve beklentileri tarafından dönüştürüldüğünü gösterdiler. Sembolik etkileşimci geleneğin sağlık sosyolojisi açısından en çok ses getiren çalışması, Erving Goffman'ın sağlık ve iktidar ilişkisine ışık tutan *Tımarhaneler* başlıklı kitabıdır. Goffman etnografik yöntemle içeriden gözlemlediği akıl hastanesini, bireyi geçmişinden, sosyal çevresinden, rollerinden ve saygınlığından kopararak tüm varoluşu kuşatan bir tahakkümü en yalın haliyle uygulayan, kendisi dışındaki toplumsal dünyadan net sınırlarla ayrılmış bir total kurum olarak ele alır.⁷ Şüphesiz, akıl hastaneleri genel sağlık sistemi içinde özgün bir konumdadır ve sahip olduğu özellikler diğer sağlık kurumlarına genellenemez. Fakat yine de Goffman'ın akıl hastaneleri üzerinden yürüttüğü tartışma, sağlık sisteminin hastalıkla mücadele etmek ve iyileştirmek dışındaki işlevlerine dair eleştirel çalışmaların fitilini ateşlemiştir.

Sağlık ve iktidar ilişkisini Goffman'ın bıraktığı noktadan daha ileriye taşıyan ve sosyal bilimlerde daha çok ses getiren, Michel Foucault'nun çalışmaları olmuştur. Foucault'nun araştırma programında sağlığın taşıdığı önem, yönetsel aklın modern toplumda geçirmiş olduğu bir dizi dönüşümden kaynaklanmaktadır. Foucault XVIII. yüzyıldan itibaren yönetilmesi gereken bir kategori olarak nüfusun ortaya çıkmasıyla, yönetsel aklın büyük bir dönüşümden geçtiğini ileri sürer.⁸ Buna göre daha önce hükümdarın elinde toplanan iktidar, modern yönetsel akılda hastane, hapisane ve okul gibi kurumların ürettiği söylemler üzerinden tüm bireysel varoluşu kuşatan, disipline edici bir nitelik kazanır. Foucault'ya göre modern iktidar, adeta kılcal damarlar gibi bütün toplumsal hayatı kuşatır.⁹ Bu yaklaşımda hastaneler ve doktorlar, hastalığı tanımlayıp sınıflandırarak normal ve anormal beden sınırlarını çizip, benliği biçimlendirirler. Düzenli muayeneler ve tetkiklerle nüfusun sağlık istatistiklerini oluşturarak, modern yönetsel aklın kalbinde yer alan gözetim işlevini yerine getirirler.¹⁰ Benzer şekilde, hastalara verdikleri tavsiyeler üzerinden sağlıklı bir hayatın nasıl yaşanması gerektiğine dair normatif baskı üretirler.¹¹ Foucault'nun bakış açısında sağlık, bireye nasıl yaşaması gerektiğini söyleyerek hayatı üzerinde kontrol kuran iktidar teknolojilerinden biridir.

Son olarak, klasik sosyolojinin iki önemli figürü, Marx ve Weber doğrudan sağlık üzerine çalışmamışlarsa da onların bakış açısını benimseyen ardılları, sağlık sosyolojisine önemli katkıda bulunmuşlardır. Marx'ın kapitalist toplumlarda metalaşmanın ve sermaye birikiminin yol açabileceği sınıfsal çatışmaya dair tespitleri, sağlıkta metalaşmanın yarattığı sınıfsal eşitsizliklere ve piyasa ideolojisinin genel sağlık ideolojisine dönüşmesine dikkatleri çekmiştir.² Weber'in, akılcılığın modern toplumlara yönelik tehditlerine dair tespitleri, araçsal akılcılığın sağlık bürokrasisi üzerindeki etkilerine dikkat çekerken, sınıftan ayrı bir tabakalaşma mekanizması olarak statüye dair incelemeleri, bir meslek olarak hekimliğin piyasa baskıları neticesinde sağlık üzerinde azalan kontrolüne ve dolayısıyla statü kaybına işaret etmiştir.

Sağlık Sosyolojisinde Temel Araştırma Rotaları

Sosyolojinin bir alt disiplini olarak sağlık sosyolojisinin II. Dünya Savaşı sonrasında ivme kazandığını düşünecek olursak, geride kalan 80 yılda sağlık alanında yürütülen araştırmaların üç temel rotada öbekleştiğini söyleyebiliriz. Bu üç temel araştırma konusu sırasıyla, sağlıkta eşitsizlik, sağlıkta metalaşma ve sağlık ve iktidar ilişkisinden oluşur. Temel rotalardan ilki olan sağlıkta eşitsizlik, nitelikli sağlık hizmetlerine erişimi biçimlendiren ve sağlığın farklı toplumsal kesimlere eşitsiz bir şekilde dağılmasına sebep olan toplumsal nedenlere odaklanır. Gelir, eğitim, etno-ırksal köken, toplumsal cinsiyet ve hayat tarzı gibi toplumsal faktörlerin, sağlık ve hastalığın eşitsiz dağılımı üzerindeki etkileri, bu ilk araştırma rotasının omurgasını teşkil eder. Sağlıkta gözlemlenen eşitsizliğin, sosyal sınıflar arasındaki eşitsizliğe etkisi, bu alandaki çalışmaların bir diğer önemli düğüm noktasıdır. Bu grupta toplanabilecek araştırmalara örnek olarak, Miech ve arkadaşlarının ABD'deki 40-64 yaş arası yetişkinlerde ölüme sebebiyet veren hastalıklara dair yürüttükleri çalışma gösterilebilir.¹² Miech ve arkadaşları, incelenen yaş grubunda ölüme sebebiyet veren hastalıkların %96'sının önlenemez olduğunu ve böyle bir önlemin hayata geçebilmesinde, eğitim düzeyinin kilit önemde olduğunu gösterirler. Bu aynı zamanda ABD'de sağlıkta görülen eşitsizliklerin, eğitimdeki eşitsizliklerle paralel olduğuna dair de önemli bir tespittir. Bir diğer araştırmadaysa Courtenay sağlıklı hayat tarzlarının erkeklerden ziyade kadınlar arasında daha yaygın olarak görülmesinin, eril kültürün hastalık, yaralanma ve ölüme sonuçlanabilecek otuz riskli davranışa eğilimli olmasıyla ilişkili olduğunu ileri sürer.¹³ Espelt ve arkadaşlarıysa sağlıkta görülen eşitsizliğin sınıfsal kökenlerine dair yürüttükleri karşılaştırmalı araştırmada, ülkelerin sosyal politika geleneklerinin sağlığın sınıflar arasında eşitsiz dağılımını biçimlendirdiğini gösterip, özellikle Yunanistan ve Portekiz gibi geç demokratikleşmiş Avrupa ülkelerinde sınıfsal eşitsizliklerin daha belirgin olduğunu vurgulamışlardır.¹⁴ Türkiye'de de Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün düzenli olarak yürüttüğü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) da bu grupta değerlendirilebilir. Örneğin 2018 TNSA raporuna göre eğitim düzeyi ve kadın doğum oranları arasında kuvvetli bir bağ bulunmaktadır. Buna göre, ilk okul ve daha altı düzeyde eğitime sahip olan kadınlarda ortalama doğum oranı 4,2 iken lise ve üzeri eğitime sahip olan kadınlarda bu oran 1,8'e gerilemektedir. Yine aynı rapor, kadınların sosyo-ekonomik refah düzeyi düştükçe aşırı kilo ve şişmanlık riskinin arttığını gösteriyor.¹⁵

Sağlık sosyolojisinde ön plana çıkan ikinci araştırma konusu olan sağlıkta metalaşma ise özellikle 1980 sonrası yaygınlaşan özelleştirme dalgasının sağlıkta yarattığı tahribatı gözler önüne serer. Hastaneleri işletmeye, doktorları çalışana, hastalarıysa müşteriye dönüştüren bu neo-liberal planlama, piyasa mantığının akılcılık, verimlilik, kontrol edilebilirlik ve üretkenlik gibi ilkelerinin sağlık alanına uygulanmasını ifade eder.¹⁶ Dünya geneline yayılmış bu akımın etkileri, Türkiye'deki sağlık sosyolojisi çalışmalarının merkezi olarak görülebilir. Kasapoğlu Türkiye'de 1980 sonrası uygulamaya koyulan neo-liberal politikaların sağlık sistemine temel etkisinin, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması olduğunu belirtir.¹⁷ Bunun bir yansıması olarak da kar baskısının sağlık işlemlerinde gerekliliklerin yerine yüksek getirili işlemlere yoğunlaşma tehlikesinin ortaya çıktığını vurgular. Sağlıkta dönüşüm süreciyle "hayata geçirilen prim temelli sosyal güvenlik fonları ve kullanıcı ödentileri, özellikle düşük gelir seviyesine sahip ülkelerde uzun vadede medikal yoksulluk tuzağı olarak adlandırılan tedavi edilmemiş hastalık oranında artışa, sağlık hizmetlerini kullanmada azalmaya, bilinçsiz ilaç tüketimine ve yoksullaşmaya neden olmaktadır".¹⁸ Sağlık hizmetlerine erişimde artan eşitsizliğin tetiklediği bir diğer sorun da sağlık çalışanlarına yönelik şiddettir.

Sağlık sosyolojisinde üçüncü temel konu olarak ele aldığımız sağlık ve iktidar ilişkisi büyük oranda bir önceki bölümde değindiğimiz Foucault'nun çalışmalarının etkisinde gelişmiştir. Foucault'ya göre iktidar sadece yapılmaması gereken şeyleri söyleyip birey üzerinde baskı üretmez; aynı zamanda bilgiyi, söylemi veya hazı üreterek kontrol altına alır.¹⁹ Bu perspektif sağlık alanına uygulandığında tıp, hastaları hastalıklarını nasıl anlamaları gerektiği, hastalıklarıyla nasıl mücadele etmeleri gerektiği ve sağlıklı bir hayatı nasıl yaşamaları

gerektiği konusunda ikna ederek işleyen disipline edici bir iktidar biçimidir. Böylelikle tıbbi iktidar, yasaklar üzerinden değil, tavsiyeler ya da sağlıklı hayata dair bilgiler üzerinden işleyen bir kontrol mekanizması olarak karşımıza çıkar. Bu yaklaşım doktor-hasta etkileşiminden, normal olarak kabul edilen bedenin üretimine kadar çeşitli alanlarda uygulanmıştır. Örneğin Petersen obezite söyleminin yeme düzenini, egzersiz düzeyini ve bedene yönelik (liposuction gibi) tıbbi müdahaleleri biçimlendirerek yeni bir özne tipi olarak *kilosuyla takıntılı sorumlu vatandaşı* nasıl ürettiğini inceler.²⁰ Bu yaklaşımın Türkiye’de ürettiği önemli çalışmalardan birinde Bozok, popüler sağlıklı yaşam söylemleri üzerinden inşa edilen ve beden üzerinde kontrol kurmaya dayanan bir öznellik anlayışının, tüketim etiğiyle ilişkisine ışık tutar.²¹

Sağlık Sosyolojisini Pierre Bourdieu ile Düşünmek

Yukarıda tartıştığımız bakış açılarının ve figürlerin dışında, sağlık sosyolojisine katkıda bulunabilecek fakat literatürde yeterince tartışılmayan bir diğer önemli figür de Pierre Bourdieu’dür. Fransız sosyolog, eğitimden devlete, kültürel tüketime, sanata ve eril tahakküme uzanan inceleme alanlarında kaleme aldığı 32 kitap ve dört yüzün üzerinde makaleyle, XX. yüzyılın ikinci yarısına damga vurmuş en önemli sosyologlar arasındadır. Bourdieu, toplumsal uzam, alan, sermaye, habitus, sembolik iktidar, düşünümSELLİK ve sembolik şiddet gibi kavramlarla, daha önce birbiriyle çeliştiği düşünülen toplumsal yapılarla bedensel eğilimleri, iktidar mücadeleleriyle anlam ilişkilerini, toplumsal hayatın eşit derecede önemli boyutları olarak ele alan özgün bir ilişkisel sosyoloji yaklaşımı geliştirdi.²² Bourdieu sosyolojisinin ayrıntılı bir tarifi bu makalenin sınırlarını aşıyor. Fakat, Fransız sosyoloğun geliştirdiği bakış açısının sağlık sosyolojisi için sunduğu imkanları tartışabilmek için, geliştirdiği kavramsal araçlardan özellikle bu makalede yararlanacağım, sermaye, alan ve habitusun, çizdiği toplumsal manzarayı kısaca özetlemek faydalı olabilir.

Her şeyden önce Bourdieu’nün toplumsal dünya vizyonu çatışmacıdır: Toplumsal dünyanın gerçekliği iktidar mücadeleleri tarafından biçimlendirilir. Pratik iktidar mücadelelerinin zeminini oluşturan *toplumsal uzam*, çeşitli sermaye türlerinin eşitsiz dağılımıyla oluşmuş bir konumlar topografyasıdır. *Sermaye*, toplumsal hayatta etkili değerli kaynakları ifade eder. Bourdieu’ye göre sermaye çoğuldur. Başka bir deyişle, toplumsal hayatta değerli kaynaklar, sadece ekonomik değildir. Ekonomik sermayenin dışında, temel üç sermaye türü daha vardır: kültürel sermaye, sosyal sermaye ve sembolik sermaye. Dahası, toplumların tarihsel güzergahlarına göre, siyasi sermaye ya da dini sermaye gibi sermaye türleri de toplumsal hayatı biçimlendirebilir. Bourdieu, toplumsal uzamda belirli bir *sermaye* türünün yoğunlaştığı mahalle *alan* adını veriyor. Alanlar, ilgili sermaye türü üzerinde tekel kurmak ve bu sermaye türünün meşru tanımını üretmek üzere birbiriyle rekabet eden konumlardan ve bu konumları işgal eden faillerden oluşur. Çeşitli alanlardan taşan sermaye türleri, toplumsal uzamın çeşitli noktalarında farklı içerik ve hacimde birikerek, toplumsal konumları teşkil eder. Toplumsal konumlar aynı zamanda içinde yaşadığımız varoluş koşullarıdır. Özellikle erken sosyalleşme sürecinde uzun süre maruz kalınan bu varoluş koşulları, eğilimler seti biçiminde içselleştirilerek, algı, beğeni, eylem ve düşünce şablonlarına dönüşür. İşte bu eğilimler seti, *habitusu* ifade eder. Habitus, failin işgal ettiği toplumsal konuma dair bir farkındalık ürettiği kadar, failin dışındaki insanlara, ürünlere ve nesnelere dair bir sınıflandırma mekanizması olarak da işlev görür. Habitus, failin toplumsal konumuyla uyumlu hayat tarzını önemli ölçüde biçimlendirmekle kalmaz; aynı zamanda, birbiriyle ilişkisiz gibi görünen tercihleri (örneğin mobilya tercihi ve arkadaş tercihi) benzer şekilde stilize eder.²³

Bu kavramsal çerçeveden, sağlık sosyolojisi özelinde en çok faydalanılan, habitus ve hayat tarzı kavramları oldu. Özellikle, Bourdieu’nün *Ayrım*’da çizdiği genel şablon, sağlıklı hayat tarzlarına dair yürütülen araştırmalara rehberlik etti. Fransız sosyolog *Ayrım*’da, hayat tarzlarını meydana getiren bireysel tercihlerin toplumsal konumla olan güçlü bağlarına ışık tutar. Bourdieu’ye göre, sermaye karmaşı ve hacmi değiştikçe, bireylerin eş seçimleri, mobilya tercihleri, sevdikleri yemekler, hoşlandıkları müzikler ya da yaptıkları sporlar değişir.²⁴ Bu bakış açısını sağlık alanına tercüme eden çalışmalar, toplumsal konum değiştikçe sağlığa dair

bakış açılarının ve pratiklerin değiştiğini gösterir. Buna göre ekonomik sermaye ve kültürel sermaye arttıkça, sağlıklı hayat tarzlarına sahip olma eğilimi de artmaktadır. Örneğin, toplumsal hiyerarşide üst noktalara yaklaştıkça, spor ve sağlıklı beslenmek gibi hastalığı önleyici pratikler yaygınlaşırken, toplumsal hiyerarşinin alt kesimlerinde bu ve benzeri pratikler seyrekleşir.²⁵ Böylelikle, sağlık ve hastalığın toplumsal dağılımının sınıfsal konumla olan sıkı bağlarına işaret edilmiş olur. Fakat Bourdieu sosyolojisinin sunduğu imkanlar sağlığın toplumsal kökenlerine ve sermaye türleriyle olan yakın ilişkisine dair ayrıntılı bir sorgulama yürütmekten ibaret değildir. Bourdieu sosyolojisi, bize sağlığı özgün bir sermaye türü olarak kavramsallaştırma olanağı da sunar.

Bir Sermaye Türü Olarak Sağlık

Sağlığı tıpkı ekonomi ve kültür gibi bir iktidar biçimi olarak kavramsallaştırabilir miyiz? Böylesi bir kavramsallaştırma, sağlığın eşitsiz dağılımının faileri sınıflandırarak, toplumsal hiyerarşiyi özgün bir biçimde şekillendirdiği anlamına gelir. Esasında Bourdieu'ye göre sermaye, farklı türleri olan çoğul bir kavram olmanın ötesinde, çoğalabilme özelliğine de sahiptir. Başka bir deyişle, toplumsal hayat üzerinde ayırım üretme kapasitesine sahip olan ne kadar değerli kaynak varsa, o kadar çok sermaye türü olabilir.²⁶ Fakat yine de bir sermaye türü olarak sağlıktan bahsederken ihtiyatlı olmamızı gerektiren birtakım sebepler vardır. Her şeyden önce sağlık bir eşitsizlik kaynağı olmanın yanında, toplumsal hayatın ön koşulu olarak kabul edilen bir ortaklık zemini değil midir? Özellikle, güçlü bir refah devleti mirasına sahip olan ülkelerde, sağlık kolektif bir hak değil midir? Pek çok ülkenin sosyal politika sistemi, asgari düzeyde de olsa, bir halk sağlığı anlayışına sahip değil midir? Bu üç soruya verdiğimiz cevap olumlu olsa da sağlığın toplumsal hayatın ortak zemini olma özelliğinin özellikle son kırk yılda ciddi biçimde aşındığını söyleyebiliriz. Bourdieu'nün belirttiği gibi, küresel çapta etkili olan neo-liberalleşme neticesinde, sağlık hizmetlerinin kapsamı ve bütçesi piyasa talepleri doğrultusunda daraltılmakta ve içsel yapısı piyasa mantığıyla uyumlulaştırılmaktadır.²⁷ Küresel çapta uygulanan, sağlıkta dönüşüm politikaları neticesinde, sağlık hızla metalaşmakta ve toplumsal konumları birbirinden ayıran değerli bir kaynağa dönüşmektedir. Giderek daha da keskinleşen bu süreç, en net şekilde, özel sektörün sağlık hizmetleri sunumunda artan payı üzerinden incelenebilir. Sağlık Bakanlığı'nın 2020 için hazırladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre, Türkiye'deki kamu hastanelerinin sayısı 900 iken, özel hastanelerin sayısı 566'ya ulaşmıştır.²⁸ 2002-2016 yılları arasında, Türkiye'deki kamu hastanelerinin sayısındaki artış %13 iken, özel hastane sayısı %108 artmıştır.²⁹ Sağlıkta metalaşmanın bir diğer önemli sonucu da hastalıklara tanı konmasında sıklıkla kullanılan yüksek bütçeli tıbbi cihazların özel hastanelerde yoğunlaşmasıdır. Buna göre, 2016'da kamu hastanelerinde 299 adet MR cihazı bulunurken, aynı sayı özel hastanelerde 428'dir. Tüm bu süreci taçlandıran ise, özel hastanelerde istihdam edilen hekim sayısındaki artışla birlikte, tıbbi bilgi ve deneyimin de metalaşmasıdır. Böylelikle, ihtiyaç duyulduğu anda nitelikli sağlık hizmetlerine erişim bir vatandaşlık hakkı olma vasfını hızlı bir şekilde yitirmekte ve bir ayrıcalığa dönüşmektedir. Sağlık sermayesi, ekonomik sermayenin ve kültürel sermayenin dönüşmüş halidir; beden biyolojik varoluşunu kontrol edebilme kapasitesini, olası risklere karşı önceden önlem alma ayrıcalığını ve gerektiğinde nitelikli tedaviye ve uzman görüşüne ulaşabilme düzeyini ve hızını ifade eder.

Sağlığın bir sermaye türü olarak kavramsallaştırırken dikkatle ele alınması gereken bir başka konu da sağlığın biyolojik varoluşla olan güçlü bağlarıdır. Sağlık ve hastalık, toplumsal koşullarla güçlü bir şekilde ilintili olsa da tamamen toplumun ürünü değildir. Dolayısıyla, sağlık sermayesinin yüksek olması failerin hastalıktan muaf olmaları anlamına gelmediği gibi, düşük olması hastalıkta boğulmalarını ifade etmez. Sağlık sermayesi ilk olarak, hastanelerde, laboratuvarlarda, tıp fakültelerinde, ilaç fabrikalarında ve özel muayenehanelerde üretilen bir hizmet olarak sağlığa erişme kapasitesini ifade ediyor. Bu ilk düzlemde sağlık sermayesi, dahil olunan sigorta sistemi ya da yapılan sağlık harcamaları üzerinden kolaylıkla ölçülebilir. İkinci düzlemde ise sağlık sermayesi, sağlığa dair pratik bilgileri içselleştirme kapasitesini ifade eder. Sağlığı bir hayat tarzı olarak

deneyimlemeyi ifade eden bu düzlem, en net olarak gıda tüketiminde ve spor için harcanan zaman, bütçe ve emekte somutlaşır.

Sağlık sermayesi, tıpkı kültürel sermaye gibi üç boyutta, bedenselleşmiş, kurumsallaşmış ve nesnelleşmiş sağlık sermayesi olarak ele alınabilir. Bedenselleşmiş sağlık sermayesi, sağlığın bir tür eğilim seti olarak içselleştirilmiş halini ve parçası olunan toplumsal koşulları sağlıklı kılma becerilerini ifade eder. Fiziksel egzersizler, organik gıda tüketimi ve çeşitli hastalıklara karşı önlem olarak düzenli hastane ziyaretleri, bedenselleşmiş sağlık sermayesinin örneği olarak görülebilir. Kurumsallaşmış sağlık sermayesi ise temel olarak sahip olunan sağlık sigortasının türünü (özel ya da devlet) ve kapsamını ifade eder. Sigortanın dışında, hasta olduğunda gidilen kurumlar da kurumsallaşmış sağlık sermayesinin bir türü olarak ele alınabilir. Nesnelleşmiş sağlık sermayesi, sağlıklı bir hayat tarzını simgeleyen fiziksel egzersiz aletleri gibi sahip olunan nesnelere veya bağışıklık sistemini güçlendirmek ve yoğun günlerde bedensel dayanıklılığı artırmak için kullanılan ilaç desteklerini ifade eder.

Alanda verilen mücadelelerin ürettiği sağlığın eşitsiz dağılımı, sınıfları yeniden sınıflayarak toplumsal ayrımları pekiştirir. Dizginlenemeyen metalaşma süreci, nüfusun ekonomik ve kültürel sermaye açısından en yoksun kesimlerini sağlık açısından güvencesizleştirirken, toplumsal hiyerarşinin üst kesimlerini ayrıcalıklı kılar. Sağlığı bir sermaye türü olarak kavramsallaştırmak, sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri, kapitalist ekonominin doğrudan bir sonucu olarak gören Marksist yaklaşımdan ve sağlık ve iktidar ilişkisini yönetimsellik üzerinden kavrayan Foucaultcu yaklaşımdan ayrışır. Ekonomi alanından farklı, kendine özgü bir üretim mantığı bulunan bir alanda verilen mücadelelerin sonucunda grupları birbirinden ayıran değerli bir kaynak olarak sağlık sermayesi, mevcut eşitsizliklerin üretiminde sağlığın oynadığı aktif rolü görmemizi kolaylaştırır. Sağlık sermayesi, tıpkı ekonomik, kültürel veya sosyal sermaye gibi bireyleri, grupları veya sınıfları birbirinden ayıran değerli bir kaynaktır. Fakat sağlık sermayesi, etkisi itibarıyla diğer sermaye türlerinden ayrılır. Ekonomik, kültürel ya da sosyal sermayenin az ya da çok olması toplumsal hiyerarşide yukarı ya da aşağı yönde hareketi doğrudan etkilerken, sağlık sermayesinin hacmi toplumsal hiyerarşiye doğrudan etki etmez. Sağlık sermayesinin asıl etkisi, hastalık riskine karşı önlem alma kapasitesinde ve hastalık durumunda nitelikli uzman görüşüne ve tedavisine hızlı bir biçimde ulaşma gücünde görülür.

Sonuç

Bu makalede, sağlığı bir sermaye türü olarak kavramsallaştırmanın sunabileceği imkanları ele aldım. Neredeyse küresel çapta gözlemlenen sağlıktaki dönüşümlerin ve metalaşmanın yarattığı eşitsizlik, uzunca bir süredir sosyal bilimler literatüründe tartışılmakta. Sağlığın bir iktidar türü olarak kavramsallaştırılması, özellikle iki açıdan önem taşır. İlk olarak, sağlığı sağlık alanı içinde ele alma girişimi, sağlıktaki eşitsizlikleri soyut ve sınırları geniş bir ekonomi piyasası içinde açıklama eğiliminin yerine, sağlığın ve eşitsizliklerin pratik mantığını kavramamızı sağlar. Bu aynı zamanda, sağlığı kaynağı belirsiz bir iktidar biçimi olarak ele almak yerine, belirli bir merkezi olan ve alan içi mücadelelerden kaynaklanan bir iktidar türü olarak kavramamızı da mümkün kılar. İkinci olarak da bir sermaye türü olarak sağlık, ölçülebilen ya da gözlemlenebilen bir sağlık tanımı geliştirilmesini de mümkün kılar. Tüm bu imkanların gerçek anlamda sağlığın pratik gerçekliğiyle ne ölçüde bağdaştığını görebilmemiz için, burada geliştirmeye çalıştığımız bakış açısının ampirik araştırmalarla test edilmesi gerekmektedir.

Bilgi

Çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırmayı destekleyen kurum ve kuruluş bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Durkheim E. İntihar. 1. Baskı. İstanbul: Pozitif Yayınları; 2015.
2. Cockerham WC. The New Blackwell Companion to Medical Sociology. 1st Ed. Wiley-Blackwell; 2010.

3. Engels F. İngiltere’de Emekçi Sınıfların Durumu. 1. Baskı. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2013.
4. Parsons T. The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. TMMFQ 1975;53(3):257-278.
5. Blumer H. Symbolic Interactionism: Perspective and Method. 1st Ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1969.
6. Becker HS, et al. Boys in White: Student Culture in Medical School. 11th Ed. The University of Chicago Press; 2009.
7. Goffman E. Tımarhaneler: Akıl Hastalarının ve Kapatılmış Diğer Kişilerin Durumu Üzerine Denemeler. 1. Baskı. Heretik Yayınları; 2013.
8. Foucault M. Territory, Security, Population: Lectures at the College de France 1977-1978. Palgrave-Macmillan; 2007.
9. Foucault M. Discipline and Punish: The Birth of the Prison. London: Vintage Books; 1995.
10. Armstrong D. Foucault and the Sociology of Health and Medicine: A Prismatic Reading. 1st Ed. In: Petersen, A., Bunton, R., editors. Foucault, Health and Medicine. New York: Routledge; 1997. pp:15-30.
11. Turner BS. Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology. 1st Ed. London: Routledge; 1992.
12. Miech R, et al. The Enduring Association Between Education and Mortality: The Role of Widening and Narrowing Disparities. Am Sociol Rev 2011;76(6):913-934.
13. Courtenay MH. Construction of Masculinity and Their Influence on Men’s Well-Being: A Theory of Gender and Health. SS&M 2000;50:1385-1401.
14. Espelt A, et al. Inequalities in Health by Social Class Dimensions in European Countries of Different Political Traditions. IJE 2008; 37:1095-1105.
15. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması: Temel bulgular. 1. baskı. Ankara; 2019.
16. Dorsey ER, Ritzer G. The McDonaldization of Medicine. JAMA Neurol 2016;73(1):15-6.
17. Kasapoğlu A. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. SAD 2016;19(2):131-174.
18. Elbek O, Adaş EB. Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. TPDB 2009;12(1):33-44.
19. Foucault M. Power: The Essential Works of Michel Foucault 1954-1984. 1st Ed. London: Penguin; 2019.
20. Petersen A. The Body in Question: A Socio-Cultural Approach. 1st Ed. London: Routledge; 2007.
21. Bozok N. Biyoiktidara Özgü Bir Öznelleşme Pratiği Olarak Popüler Sağlıklı Yaşam Söylemi. TB 2011; 122: 37-52.
22. Bourdieu P, Wacquant L. Düşünümsel Bir Antropoloji İçin Cevaplar. 2. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları; 2007.
23. Bourdieu P. Social Space and Symbolic Power. ST 1989;7(1):14-25.
24. Bourdieu P. Ayrım: Beğeni Yargısının Toplumsal Eleştirisi. 1. Baskı. Ankara: Heretik Yayınları; 2015.
25. Scambler S. Bourdieu and the Impact of Health and Illness in the Lifeworld. In: Scambler, G., editor. Contemporary Theorists for Medical Sociology. New York: Routledge; 2012. pp:71-86.
26. Wacquant L, Akçaoğlu A. Practice and Symbolic Power in Bourdieu: The View From Berkeley. JCS 2017;17(1):55-69.
27. Bourdieu P. Karşı Ateşler. 1. Baskı. İstanbul: YKY; 2006.
28. Başara BB, ve ark. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni. T.C. Sağlık Bakanlığı; 2021.
29. Yıldırım HH, Konca M. Türkiye’de Özel Sağlık Kurumları Sektörü: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. 1. Baskı. Ankara: TUSPE Yayınları; 2018.