Journal of Economy Culture and Society

ISSN: 2602-2656 / E-ISSN: 2645-8772

Araştırma Makalesi / Research Article

Sosyal Sermaye ve Sağlık Arasındaki İlişki: Ampirik Çalışmalar Ne Gösteriyor?

The Relation Between Social Capital and Health: What do Empirical Studies Show?

Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN[1]

[1]Dr. Öğr. Üyesi, Anadolu Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Eskişehir, Türkiye

Corresponding author:
Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN,
Anadolu Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Yunusemre Kampüsü, Tepebaşı, Eskişehir, Türkiye
E-mail: tgonc@anadolu.edu.tr

Received: 07.04.2018
Accepted: 16.04.2018

Citation: Gönç-Şavran, T. (2018). Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişki: Ampirik çalışmalar ne gösteriyor? *Journal of Economy Culture and Society,* 57, 53-91. https://doi.org/10.26650/JECS413503

ÖZ

Neoliberal ekonomi politikaları sonucunda devletin sağlık hizmetleri sunma görevinden geri çekilmeye başlaması ve sağlık sistemlerinin giderek serbest piyasanın parçası olması, toplum sağlığını iyileştirmek için yapısal reformlar yapmak yerine birey ve grupların kaynaklarına odaklanan bir bakış açısını beraberinde getirmiştir. Bu durum sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiye yönelik akademik ilginin artmasına neden olmuştur. Bu çalışma sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiyi ortaya koyan ampirik çalışmaların incelenmesini, bulguların ve kavramsal şemaların genel hatlarıyla ortaya konmasını ve eleştirel sosyolojik bir gözle değerlendirilmesini amaçlayan bir derleme çalışmasıdır. Bu çalışmanın, Türkiye'de son derece az çalışılmış bu alanda yapılacak olan ampirik araştırmalar için bir çerçeve oluşturması hedeflenmektedir. Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiyi ortaya koyan nicel ampirik çalışmaların büyük çoğunluğunun işlemselleştirme sürecinde sağladığı kolaylık nedeniyle Putnam'ın tanımını temel aldıkları ve genel olarak sosyal sermaye kavramını bir bütün olarak değil, boyutları ve biçimleri üzerinden ele aldıkları gözlenmiştir. Araştırmaların sonuçları sosyal sermayenin farklı boyut ve biçimlerinin sosyal destek, sosyal etki, sosyal kontrol, sosyal katkı, maddi kaynaklara erişim, güven ve kolektif eylem yarattığını ve bunların her birinin sağlık üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Her ne kadar sosyal sermayenin bazı biçimleri sağlık açısından olumuz sonuçlar yaratabiliyorsa da genel olarak sosyal sermayenin birey ve topluluk düzeyinde sağlığı bir dereceye kadar iyileştirme kapasitesinin olduğu görülmektedir. Sosyal sermayeye erişim yollarından biri olan kültürel sermaye kavramından türetilen kültürel sağlık sermayesi kavramı da sağlık eşitsizliklerinin belirli boyutlarında bireylerin kullanabileceği bir savunma mekanizması olarak işlemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal sermaye, kültürel sağlık sermayesi, sağlık

ABSTRACT

As a consequence of neoliberal economy politics, the states began to retreat

from providing health services and health systems began to be a part of free markets. This resulted in a focus on individual and societal assets and resources instead of on structural reforms which could improve health. As a result, academic interest in the relationship between social capital and health increased. This study is a critical review article that will examine, summarize, and evaluate the findings and conceptual framework of the empirical studies on the relationship between social capital and health from a critical sociological perspective. Due to the lack of empirical studies on this subject in Turkey, this study also aims to provide a framework for anticipated empirical research in Turkey. The quantitative empirical studies which examine the relationship between social capital and health are mainly based on Putnam's definition due to its convenient exposition of the operationalization process. These studies examine the dimensions and forms of social capital rather than discussing the concept in a holistic manner. The research shows that different dimensions and forms of social capital affect health by creating social support, social influence, social control, social participation, access to material resources, and trust and collective action, which all have more specific consequences on health. Although some forms of social capital may cause negative results on health, it seems that social capital in general has the potential to improve individual and societal health to some extent. Derived from cultural capital, cultural health capital is also an important concept within this topic. As one of the ways to access social capital, cultural health capital operates as a defense mechanism for individuals in certain processes as related to health inequalities.
Keywords: Social capital, cultural health capital, health

EXTENDED ABSTRACT

As a consequence of neoliberal economy politics, the states began to retreat from providing health services and health systems began to be a part of free markets. This resulted in a community health focus on individual and societal assets and resources instead of on structural reforms which could improve health. As a result, academic interest in the relationship between social capital and health increased. This study is a critical review article that will examine, summarize, and evaluate the empirical studies about the relationship between social capital and health from a critical sociological perspective. Due to the lack of empirical studies on this subject in Turkey, this study also aims to provide a framework for anticipated empirical research in Turkey.

The empirical studies which examine the relationship between social capital and health generally examine the dimensions and forms of social capital rather than studying the concept as a whole. The results of these studies show that different dimensions and forms of social capital have the potential to partially reduce health inequalities and improve individual and societal health. Individual social capital may affect health by creating social support, social influence, social control, social participation, and material resources. These outputs may have both positive and negative consequences on people's behaviors, skills, and habits. Collective social capital creates material

resources, trust, and collective action that may increase health by influencing norms, environments, and health information. Cognitive social capital (the perceived trust and reciprocity of people) and structural social capital (civil participation patterns) are found to be related to perceived physical pain and depression. Vertical and horizontal social capital is found to be related to oral and mental health. There are two forms of vertical social capital: bonding (depending on ties based on similarities) and bridging social capital (depending on ties that intersect similarities); these are also found to be related to depression and perceived health status. In addition, some studies emphasize cultural capital as a means to access social capital. Deriving from cultural capital, the concepts of health related cultural capital and cultural health capital are developed. Cultural health capital consists of cultural skills, competence, behaviors, attitudes, and interaction styles of patients and physicians. It helps patients use strategies to protect themselves from discrimination in the health seeking process. Cultural health capital is also important because it provides concrete examples for interaction among different forms of capital.

Although these results are quite valuable, there are a number of points that require criticism. First, splitting social capital into its dimensions and forms helps research make more decisive measurements. However, it weakens the contextual and whole comprehension of social capital in general. In addition, some quantitative empirical studies use different variables in order to measure the same concepts. From a social science perspective, this may not constitute a ground for criticism; however, most of this research is from health sciences, which has a positivist root. These studies may be expected either to adopt a wider perspective of science, which would advocate for qualitative research to complete their results, or to strictly follow the quantitative methodological rules for comparison and reliability. While Putnam provides a facilitating framework for operationalization as seen in these studies, Bourdieu provides a framework for linking different forms of capital, which is extremely important for health related studies. Another point is the danger of focusing on the relationship between social capital and health. First, as seen in the literature, there are some adverse effects of social capital on health. Therefore, emphasizing the positive results of social capital and implementing politics that rely on these notions may have unexpected and undesirable consequences. Second, the increasing interest in social capital and health relationship is a consequence of changing health politics on a global scale. This change mainly involves the downsizing of the State and abstains from making structural interventions to improve health at a societal level. The relationship between social capital and health is absolutely important, but it is also important not to use it in order to legitimize the neoliberal health discourse, which leaves people deprived of State support.

GİRİŞ

Sağlığın sosyal bilimlerin, özellikle de sosyolojinin konuları arasında girmesi 19. yy ortalarında başlar, ancak bu konuda sosyolojik çalışmaların artmaya başlaması 20. yy'ın ikinci yarısını bulur. İlk dönemlerde sosyoloji daha çok tıbbın sorunlarını çözmek için bir araç olarak kullanılır. Tıpta sosyoloji adı verilen bu dönemden sosyolojinin sağlığa kendi perspektifinden bakmaya başladığı eleştirel sağlık sosyolojisi dönemine ancak 1970'lerden itibaren geçilmiştir. Hem sağlık bilimlerinin kendi içinde, hem de sağlık sosyolojisinin ilk dönemlerinde hakim olan bakış açısı, sağlığın biyomedikal modeli olarak bilinen paradigmadır. Biyomedikal model bedeni ve zihni birbirinden ayıran, bedeni bir makineye, tedaviyi kimyasal ve mekanik müdahalelere, sağlığı ve hastalığı da toplumsal bağlamdan kopuk bireysel olgulara indirgeyen bir paradigmadır. Sağlığın ve hastalığın ekonomik, toplumsal ve politik belirleyicilerini görmezden gelen bu paradigmaya yönelik eleştiriler 20. yy ortalarından itibaren bir antitez olarak sağlığın sosyal modelinin geliştirilmesine yol açmıştır. Sağlığın fiziksel, zihinsel, duygusal ve toplumsal yönlerini bütüncül bir şekilde ele alan sosyal model giderek daha fazla benimsenmiş ve sağlığın sosyal yönleri ve sosyal belirleyicileri daha fazla ilgi görmeye başlamıştır.

Sağlığın sosyal belirleyicileri olarak bilinen faktörler[1] genelden özele doğru sıralanmakta ve daha genel faktörlerin sağlığı daha fazla etkilediği bilinmektedir (Dahlgren ve Whitehead, 1991). Bu bakımdan toplumun genel sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel koşulları sağlığı en yüksek düzeyde etkilemekte, bunu sırasıyla yaşama ve çalışma koşulları, sosyal ve topluluksal ağlar, bireysel yaşam tarzı faktörleri ve son olarak biyolojik özellikler izlemektedir. Bu durumda toplum genelinin yaşayışını etkileyen yapısal faktörlerde yapılacak iyileştirmelerin sağlık üzerinde daha olumlu ve hızlı sonuç vereceği açıktır. Sağlığın sosyal belirleyicileri ile sağlık arasındaki ilişkiye dair özellikle 1970 sonrasında yapılan çalışmalar çok büyük bir ampirik bilgi birikimi sağlamışsa da yapısal faktörlerin neoliberal politikalar altında değiştirilmesi son derece güçtür. Neoliberal eksende sağlık, toplumun kendi için sahip olduğu bir öz kaynak ya da bir insan hakkı olmaktan çok yüksek potansiyelli bir piyasa olarak görülmektedir.

1 Sağlığın sosyal belirleyicileri toplumun genel sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel koşulları, beslenme, eğitim, çevre kirliliği, gelir düzeyi, yaşama ve çalışma koşulları, barış ve insan hakları güvencesi, devlet tarafından iyi bir şekilde yönetilme, temiz su ve hijyenik kanalizasyona erişim, etkili sağlık hizmetlerine erişim, iyi barınma koşulları, sosyal ve topluluksal ağlar ve bireysel yaşam tarzı faktörlerinden oluşmaktadır (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Neoliberal söylem devletin küçülmesi, sağlık da dahil olmak üzere pek çok alanda hizmet verici rolünü terk etmesi ve yeni kamu yönetimi paradigması temelinde sağlık hizmetlerini kâra yönelik düzenlemesi gerektiğini savunur. Bir yandan sağlıktan ve sağlıksızlıktan bireyi sorumlu tutarak sağlığın sosyal belirleyicilerini görmezden gelir, diğer yandan sağlığı ahlaki bir durum olarak göstererek bireyi sağlıklı olmaya teşvik eder. Ancak artık sağlıklı olmak için bireysel davranışlar yeterli değildir. Sağlık risklerinin giderek arttığı ve her riske karşılık bir mal veya hizmetin piyasaya sürüldüğü bu sistemde birey sağlıklı kalmak için sürekli tüketmek zorundadır.

Devletin sağlık alanından geri çekilmesi sağlık eşitsizlikleri alanında ortaya konan ampirik bulguları kapsayıcı bir şekilde kavramsallaştıracak ve eşitsizlikleri azaltmak için yeni araçlar sunacak kavram ve teorilere yönelik bir arayışa yol açmıştır. Bu arayış ve Dünya Sağlık Örgütü'nün kamu sağlığını iyileştirmeye yönelik olarak bireylerin ve grupların kaynaklarının kullanılmasına işaret etmesi (Rocco & Suhrcke, 2012:iv) sağlık alanında sosyal sermaye kavramının kullanımının yaygınlaşmasını beraberinde getirmiştir. Bu yaygınlaşma, sağlığın sosyal belirleyicilerini kapsayıcı bir kavram altında birleştirmeye, sosyal sermaye ve kültürel sermaye kavramlarının boyutlarını ve değişkenlerini ortaya koymaya ve bu kavramlar üzerinden sağlık eşitsizliklerini anlamaya ve azaltma yolları bulmaya çalışan bir dizi çalışmada somut olarak görülmektedir.

Bu makale konuyla ilgili önde gelen ampirik çalışmalarda ortaya konan bulgular ve kavramsal şemalar üzerinden sosyal sermaye ile sağlık arasında kurulan ilişkiyi incelemeyi ve eleştirel sosyolojik bir gözle değerlendirmeyi hedeflemektedir. Çalışma bir derlemedir ve kapsamı da sağlık ve sosyal sermaye ve kültürel sermaye arasındaki ilişki üzerine yapılmış ampirik çalışmalardır. Türkiye'de sosyal sermayenin sağlıkla ilişkisi üzerine yapılan çalışmaların (Eryiğit Günler, 2014; Uçar, 2016) sayısı oldukça sınırlıdır. Bu derleme çalışmalarının varlığına rağmen Türkiye'de henüz ampirik olarak sağlıkla sosyal sermaye arasındaki ilişkiyi ölçmeyi amaçlayan bir çalışma yapılmamıştır. Bu nedenle bu çalışma ağırlıkla yabancı literatürden oluşmaktadır ve bu durum çalışmanın en önemli sınırlılığı olarak görülmektedir. Bununla birlikte bu çalışmanın bu konuda Türkiye'de yapılacak ampirik çalışmalar için yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu çerçevede bu çalışmanın amacı ampirik çalışmalarda elde edilen bulgular ve varılan sonuçlar üzerinden sosyal sermayenin sağlıkla ilişkisini ortaya koymak, eleştirmek ve Türkiye'de aynı konuda yapılacak çalışmalar için bir çerçeve oluşturmaktır.

Sağlık Alanında Sosyal Sermaye Kavramına Yönelik İlginin Çerçevesi

Sağlık bilimleri alanının önde gelen endekslerinden biri olan MEDLINE'da 1995 yılında sosyal sermaye ve sağlık ile ilgili beşten az makale varken bu sayı 2006 yılında 100'ün üzerine, 2010 yılında 479'a çıkmıştır (Eriksson, 2011). Şubat 2018 itibariyle anahtar kelimeleri arasında sosyal sermayenin yer aldığı 105,350'si makale olmak üzere 144,907 akademik yayın olduğu görülmektedir. Buna ek olarak aynı veri tabanında Şubat 2018 itibariyle kültürel sağlık sermayesi kavramıyla ilgili 794 akademik yayın yer almaktadır. Sağlık eşitsizlikleri konusundaki çalışmalarda sosyal sermaye kavramı ilk olarak varlık temelli (asset-based) yaklaşımlar çerçevesinde ele alınmış ve salutogen teoriyle ilişki içinde kullanılmıştır. Bu nedenle salutogen teori ve varlık temelli yaklaşımlar üzerinde kısaca durmak yararlı olacaktır.

Salutogen teori, hastalığın nedenlerine ve tedavisine ağırlık veren patojenik teorinin aksine sağlığın ve esenliğin nedenleri üzerinde duran bir teoridir. Teoriyi geliştiren Antonovsky (1996) sağlık eşitsizlikleri ile ilgili pek çok ampirik veri olmasına rağmen bu konuda teorik bir yaklaşım geliştirilemediğini, bu nedenle verilerin sağlığın geliştirilmesine yönelik bir stratejiye dönüştürülemediğini vurgulamıştır. Tedavi edici tıbbın hastalarla, koruyucu tıbbın da hasta olma tehlikesiyle karşı karşıya olanlarla ilgilendiğini belirten Antonovsky'ye (1996) göre tıbbın sağlığı iyileştirmek için uğraşan bir alanı yoktur. Bu boşluğu gidermek, sağlığı iyileştirmek ve geliştirmek için salutogenik bir yönelim gerektiğini belirten Antonovsky'ye (1996, s. 13) göre bu genel olarak sosyal müdahaleyle, özel olarak da (a) bütün toplumsal kurumların toplumsal eylemin gerçekleştiği düzeyde risk faktörlerini en düşük düzeyde tutacak şekilde işlemesiyle ve (b) toplumsal koşulların bireylerin akılcı ve düşük riskli davranışlar göstermesini mümkün kılması ve kolaylaştırmasıyla mümkün olacaktır. Antonovsky biyomedikal paradigmanın sınırlarına yaklaşıldığının farkında olmakla birlikte paradigma değişiminin bir kaos yaratacağının ve böyle bütüncül bir yaklaşım için gerçekliğin daha güçlü bir şekilde kavranması gerektiğinin farkındadır. Bu nedenle paradigmayı değiştirmeksizin bu yeni yaklaşımla çalışmalar yapılmasını savunmuş, ölçüm sorunlarını çözmek için 'bütünlük duygusu' (sense of coherence) kavramını geliştirmiştir. İnsanların sağlıkla ilgili karşılaştıkları sorunların üstesinden gelmek için motive olması (anlamlılık), karşılarındaki sorunu anlayabilmeleri (kavrayış) ve sorunu çözmek için gerekli kaynakların ulaşılabilir olduğuna inanmaları (yönetebilirlik) boyutlarını içeren bu kavramın bir

bağımlı değişken haline geleceğini düşünen Antonovsky (1996, s. 15) bu değişkenin maniple edilmesiyle insanların daha sağlıklı davranışlara yönlendirilebileceğini ileri sürer. Diğer bir deyişle bütünlük duygusu kavramı daha iyi sağlığa ve esenliğe ulaştıran ölçülebilir kişisel ve kolektif bir kaynaktır.

Antonovsky'nin (1996) teorisi sağlık alanında varlık temelli yaklaşımlardan biri olarak kabul edilmektedir. Varlık temelli yaklaşımlar, insanların problemleri çözme gücünü, bağımsızlığını ve esenliğini artırmayı amaçlayan, ancak bu amaca yönelik olarak toplulukların ve toplulukları oluşturan bireylerin ihtiyaçlarına ve eksikliklerine değil, varlıklarına, becerilerine ve kapasitelerine odaklanan yaklaşımlara verilen genel isimdir (Rippon ve Hopkins, 2015, s. 4). 'Sağlık varlığı', bireylerin ve toplulukların sağlığı ve esenliği sağlayıp sürdürebilmelerini sağlayan fiziksel, zihinsel, maddi ve sosyal her tür kaynak ya da etken olarak tanımlanmaktadır (Rippon ve Hopkins, 2015, s. 3). Sağlığa ve esenliğe katkıda bulunan kaynaklar arasında topluluklar, sosyal ağlar, bağlantılılık, zorlukları yenme gücü ve psikososyal sağlık sayılmaktadır (Rippon ve Hopkins, 2015, s. 12–13). Varlık temelli yaklaşımlardan biri olan Salutogen teori kavramsal bir şemsiye olarak görülmekte ve sosyal sermaye ve kültürel sermaye de bu şemsiyenin altındaki çok sayıdaki kaynak ve varlık arasında kabul edilmektedir. Bununla birlikte varlık temelli yaklaşımları benimseyen çalışmalar içinde sosyal sermaye kavramının ağırlığı giderek artmaktadır.

Sosyal Sermayenin Tanımlanması

Sosyal sermaye ile ilgili öncü çalışmalar Bourdieu (1986), Coleman (1988) ve Putnam, Leonardi ve Nanetti (1993) tarafından yapılmış ve konuyla ilgili literatürün temellerini oluşturmuştur. Sosyal sermaye kavramının izi Durkheim'ın kolektif benlik üzerine yazdıklarına kadar sürülebilirse de kavramı ilk kullanan Pierre Bourdieu (1986) olmuştur. Bourdieu sosyal sermayeyi sosyal bağlantılardan, karşılıklı tanışıklıktan ve sosyal tanınmadan oluşan bir sermaye olarak tanımlamış, yani sosyal sermayeyi bireylerin sahip olabileceği bir kaynak olarak kavramsallaştırmıştır. İzleyen çalışmalarda Bourdieu'nun bireye yaptığı vurgunun aksine kolektif bir yaklaşım geliştirilmiş, sosyal sermayeye grupların ve toplulukların sahip olduğu bir nitelik olarak kavramsallaştırılmıştır. Örneğin Coleman (1988) toplumsal yapının bireylerin eylemlerini kolaylaştırabilecek her türlü özelliğini sosyal sermaye olarak görmektedir. Coleman'a göre (1990, s.

302) sosyal sermaye tek bir varlık değil, iki ortak özelliğe -sosyal yapının bazı yönlerinden oluşma ve bu yapının içindeki bireylerin belirli eylemlerini kolaylaştırma- sahip olan bir dizi varlıktan oluşan bir bütündür. Benzer şekilde Putnam, Leonardi ve Nanenetti (1993, s. 167) de sosyal sermayeyi "eşgüdümlü eylemleri kolaylaştırarak toplumun etkililiğini artıran güven, normlar ve ağlar gibi toplumsal örgütlenme özellikleri" olarak tanımlamaktadır.

Bourdieu'nun kavramsallaştırdığı biçimiyle sosyal sermayenin işlemselleştirilmesinin zor olması, sağlık eşitsizlikleri alanında kavramı Bourdieucu anlamda kullananların çok sınırlı kalmasına neden olmuştur (Song, 2013). Diğer taraftan Putnam vd.'nin sosyal sermayeyi daha iyi sosyal ve ekonomik çıktılar alabilmek için kullanılacak temel bir aygıt, eşgüdüm (koordinasyon) ve işbirliği için bir katalizör olarak görmesi ve işlemselleştirme sürecini görece kolaylaştıracak bir kavramsal çerçeve sunması sağlıkla ilgili çalışmaların büyük çoğunluğunda bu yaklaşımın benimsemesine yol açmıştır (Eriksson, 2011). Sağlık politikaları konusunda etkisi giderek artan Dünya Bankası da (1998, s. 5) sosyal sermaye kavramını kolektif olarak sahip olunan bir nitelik olarak ele almakta, sadece bir toplumun temelini oluşturan kurumların toplamından ibaret olmadığını, onları bir arada tutan yapıştırıcı olduğunu vurgulamaktadır. Sosyal sermayeyi Durkheimcı kolektif benliği bir arada tutan değerler sistemine benzer bir şekilde tanımlayan Dünya Bankası'na (1998, s. 5) göre sosyal sermaye sosyal yaşamın işleyişine dair paylaşılan değerlerinin ve kuralların kişiler arası ilişkilerde, güvende ve sivil sorumluluk anlayışında ifade edilmesidir ve toplumu bireylerin toplamından daha fazlası kılan da budur.

Sosyal sermayenin farklı tanımlarına dayanan yaklaşımlar birbirlerinden yöntem ve perspektif açısından da farklılaşmakta, kavramın farklı boyutlarını işlemselleştirerek sağlıkla ilgili spesifik sonuçlarını ortaya koymaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle sosyal sermaye ile sağlık arasındaki ilişkiyi bu biçim ve boyutlarla paralel olarak okumak daha açıklayıcı olacaktır.

Sosyal sermayenin düzeyleri, biçimleri, boyutları ve sağlık açısından sonuçları

Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmalar sosyal sermayenin sağlık üzerindeki etkilerini ortaya koymayı amaçladıkları için sosyal sermayenin farklı

boyutlarını birbirinden ayırma eğilimindedir. Bu ayrım en genel düzeyde bireysel ve kolektif sosyal sermaye biçimleri arasında ve sosyal sermayenin bilişsel ve yapısal boyutları arasında yapılmaktadır.

Bireysel ve Kolektif Sosyal Sermaye / Sosyal Ağ ve Sosyal Bağlılık Ekolleri

Bireysel ve kolektif sermaye arasındaki ayrım, temel olarak sosyal sermayeyi bireyin sahip olduğu bir nitelik olarak gören Bourdieucu perspektifle topluluğun sahip olduğu bir özellik olarak gören Coleman ve Putnam'cı perspektif arasındaki farktan kaynaklanır. Bireysel sosyal sermaye, bireylerin üye oldukları sosyal ağlar sayesinde edindikleri kazanımları garantiye alma becerileri olarak tanımlanmaktadır, bu kazanımların kaynağı bireyler arasında kurulan ilişkiler değil, sosyal ağların yapısıdır. Sosyal sermayeyi bireyin sosyal ağlarına gömülü olan kaynaklar, örneğin sosyal destek, bilgi edinme kanalları, sosyal yeterlilikler gibi özellikler çerçevesinde tanımlayan yaklaşımlar "sosyal ağ" ekolü olarak adlandırılır (Kawachi, Subramanian ve Kim, 2008, s. 3). Bu yaklaşımda sosyal sermaye hem bireysel olarak sahip olunan bir nitelik olarak hem de sosyal ağın, yani kolektifin bir niteliği olarak kavramsallaştırılır. Bu yaklaşımın kuramsal temellerini atan Bourdieu (1986) sosyal sermaye üzerinde gücün ve eşitsizliğin etkisini vurgulamış, sosyal ağların içinde yer almanın kendiliğinden elde edilen bir durum olmadığını, daha fazla kaynağa sahip olanlar daha güçlü ağlara katılmak üzere davet edildiklerini ve bazılarının da dışlandığını belirtmiştir.

Bireysel sosyal sermayenin ölçümü için geliştirilen çeşitli araçlar söz konusudur. Örneğin Van Der Gaag ve Webber (2008) bireysel sosyal sermayeyi bireylerin kendi sosyal ağları üzerinden erişebilecekleri değerleri kaynaklar olarak görür ve "Kaynak Üretici" (Resource Generator) kavramının değişkenleriyle ölçerler. Bu değerli kaynaklar özel yaşam ya da iş yaşamı gibi yaşamın çeşitli alanlarında edinilebilen, borç para bulmak gibi maddi kazanımlardan prestij ve etki sağlamak gibi sembolik kazanımlara dek geniş bir çeşitlilikte görülebilen kaynaklardır. Sosyal ağ ekolü içinde yer Nan Lin (2001) de benzer şekilde bireysel sosyal sermayeyi "Durum Üreticisi" (Position Generator) değişkeni ile ölçer. Lin bu ölçümü yapmak için bireylerden kendi sosyal ağları içinde değerli pozisyonlarda bulunan ve kendilerine tavsiye, prestij, politik bağlantı sağlayabilecek olan kişileri belirtmelerini ister. Bireyin kaynaklarını ölçmeye çalışan bu yaklaşımların yanında sosyal ağların tamamını haritalamaya çalışan yaklaşımlar da (Lakon,

Godette ve Hipp, 2008) söz konusudur. Bu haritalar belirli bir sosyal yapının, örneğin bir örgütün her üyesinin diğer üyelerle bağlantılarını ve bu bağlantıların özelliklerini gösteren sosyogramlardır ve grubun yapısal özelliklerinin betimlenmesinde yardımcı olurlar. Sosyal sermayeyi sosyometrik analizlerden elde edilen her tür yapısal ağ özelliğiyle denk görmenin bir hata olacağı belirtilmekle birlikte bu yaklaşım tarafından geliştirilen merkezilik, ağ köprüleri gibi bazı kavramların sosyal sermayeyle doğrudan ilgili olduğu ve ölçüm aracı olarak kullanılabilecekleri kabul edilmektedir (Kawachi, 2008, s. 4).

Bireysel sosyal sermaye yaklaşımını benimseyen Berkman ve Glass'ın (2000) sosyal ağlara gömülü olan kaynaklar ve sağlık arasındaki ilişkiyi ele aldıkları çalışmalarında en belirgin şekilde görülen bağlantı sosyal ağlara dahil olmanın çeşitli sosyal destek biçimleri sağladığı ve bu desteğin de stres faktörüne karşı tampon oluşturduğudur. Sosyal desteğin etkisini vurgulayan bir başka çalışmada (Merzel ve D'Afflitti, 2003) aynı ağı paylaşanların birbirlerini özellikle tütün kullanımı ve diyet gibi konularda etkiledikleri ve bu etkinin sağlık üzerinde olumlu sonuçlar yarattığı ortaya konmuştur. Merzel ve D'Afflitti'nin çalışmasının (2003) bulgularına göre sosyal katılım ayrıca hem bireye yeni beceriler kazandırarak hem de gruba aidiyeti güçlendirerek sağlığı etkilemekte ve grup üyelerinin istihdam olanakları ve sağlık hizmeti gibi sağlığı etkileyebilecek maddi kaynaklara ve hizmetlere erişmelerini kolaylaştırmaktadır.

Özellikle son on yılda sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya çalışan nicel çalışmaların (Islam, Merlo, Kawachi, Lindström ve Gertdham, 2006; D'Hombres, Rocco, Suhrcke ve Mckee, 2010) bulguları güçlü bir ilişkiyi işaret etse de Rocco ve Suhrcke (2012, s. 1) iki önemli soruya dikkat çekmektedir. İlk soru bu ilişkinin sosyal sermayenin sağlık üzerinde yarattığı etkiden mi, yoksa her iki değişkeni birden etkileyen başka faktörlerin etkisinden mi kaynaklandığı sorusudur. İkinci soru ise bu ilişkinin bireysel sosyal sermayeden mi, topluluk düzeyindeki sosyal sermayeden mi yoksa ikisinin belli bir düzeyde etkileşiminden mi kaynaklandığı sorusudur. Putnam ve arkadaşlarının (1993) sosyal sermaye tanımını temel alan Rocco ve Suhrcke (2012) 80.000'den fazla katılımcının yer aldığı Avrupa ölçekli bir çalışmayla bu soruyu yanıtlamaya çalışmışlardır. Çalışmada bireysel sosyal sermayenin ancak yüksek sosyal sermayeye sahip topluluklarda yaşayan ve birbirine güvenen bireyler için sağlığın bireysel bir göstergesi sayılabileceği, ortalama düzeyde sosyal sermayeye sahip topluluklarda

bireysel sosyal sermayenin sağlık üzerinde fazla bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Buna rağmen yazarlara göre topluluğun sosyal sermayesinin sağlık üzerinde özerk bir rolü yoktur, sağlık üzerindeki etkisi bireysel sosyal sermayeyi artırmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle sosyal sermaye aracılığıyla sağlığı iyileştirecek uygulamaların bireysel sosyal sermayeyi artırmaya yönelik olması gerektiğini, bu şekilde hem doğrudan bireysel sağlığın iyileşeceğini hem de topluluğun sosyal sermayesinin artacağını, bunun da bireysel sosyal sermayenin rolünü güçlendireceği sonucuna ulaşırlar.

Rocco ve Suhrcke'ye (2012, s. 3) göre sosyal sermaye bireysel düzeyde sağlığın iyileşmesine en az üç mekanizmayla katkıda bulunur. Bu mekanizmalar şu şekilde özetlenebilir:

a) Sağlıkla ilgili bilgiye erişimin iyileşmesi: Bireylerin sosyal etkileşimi ne kadar kapsamlı olursa ve bireyler sürekli sosyal etkileşime ne derece katılırlarsa hastalıkları önleme ve tedavi etme, en iyi hastanenin veya en vasıflı doktorun hangisi olduğu gibi konularda daha fazla ve daha düşük maliyetli bilgiye sahip olurlar.
b) Hastalık durumunda sağlanabilecek enformel sağlık bakımı ve destek: Formel sağlık hizmetlerinin yaygın olduğu gelişmiş ülkelerde dahi enformel sağlık bakımı ve yardımı konusunda bir talep olduğunu belirten Rocco ve Suhrcke (2012) ev işleri, çocuk bakımı, cepten yapılan sağlık harcamaları gibi ihtiyaçların sistem tarafından karşılanmadığı durumlarda sistemi enformel ve örtük uygulamaların ikame ettiğini belirtir. Arkadaşlar veya komşular arasında bir karşılıklı yardımlaşma biçimi alabilecek olan bu mekanizmalar risklerin paylaşılmasını sağlayarak resmi sağlık sistemini destekleyen bir mekanizma haline gelirler. Sağlık sistemlerinin daha dar kapsamlı olduğu az gelişmiş ülkelerde bu mekanizmalar daha yaygın bir şekilde görülür ve daha çok hane halkı ve akraba grupları arasında işler.
c) Politik ekonomi mekanizmasında iyi örgütlenmiş, birbirine bağlı insanlardan oluşan grupların lobicilik faaliyetlerinde daha etkili olması: Sosyal sermaye insanların sağlık altyapısı, trafik düzenlemeleri, spor uygulamaları ve yeşil alanlar gibi sağlığı iyileştirecek kazanımlar elde

etmek için kamu otoriteleri üzerinde lobi faaliyetleri yapmalarını sağlayabilir. Bir bölgede birbirinden farklı topluluklar olacağı ve istekleri de farklılaşabileceği için bu faaliyetler çok etkili olmayabilir ve bölgesel düzeyde değil, köy gibi daha küçük birimler düzeyinde etkili olabilir.

Sosyal ağ yaklaşımından farklı olarak sosyal sermayeyi sosyal grupların üyelerinin kullanabildiği kaynaklar, örneğin güven, normlar, yaptırımlar gibi özellikler olarak gören yaklaşım sosyal sermayenin 'sosyal bağlılık' ekolü olarak adlandırılır (Kawachi, Subramanian ve Kim, 2008, s. 3). Bu yaklaşımda sosyal sermaye gruba üye olan bireylerin değil, grubun, topluluğun ya da örgütün kendi özelliği olarak kabul edilir. Dolayısıyla üyelerin birbirine güvendiği ve yardımcı olduğu bir ağda bir bireyin kendisi işbirliğine yanaşmasa ve kimseye güvenmese bile yine de topluluğun sahip olduğu kazanımlardan yararlanır. Örneğin daha temiz ve sağlıklı bir çevre edinmek için gönüllü çevre temizliği yapma etkinliği düzenleyen komşuları olan bir birey bu etkinliğe kendisi katılmasa da sonucundan faydalanmış olacaktır. Bu yaklaşımın temeli sosyal sermayeyi özel bir nitelik olmanın yanı sıra yüksek sosyal sermayeye sahip topluluklar içinde yaşayan ama kişisel olarak zayıf sosyal bağlantıları olan bireylerin de faydalanabileceği, kapsayıcı ve kolektif bir nitelik olarak tanımlayan Putnam'ın (2000) çalışmasına dayanır. Putnam'a (1993; 2000) göre sosyal sermayesi yüksek olan bir topluluk yoğun ve güçlü kuruluşlardan ve kamu yararını kişisel çıkarlarının önüne koyabilen, hepsi birbirinin eşiti olarak eylemde bulunan, birbirlerine yüksek düzeyde güvenen, aralarında yatay karşılıklılık ilişkisi bulunan aktif yurttaşlardan oluştur. Putnam'ın ardından sosyal bağlılık ekolü içinde yapılan çalışmalarda internetin ve bilgi toplumunun sosyal sermayeyi parçaladığını (Westlund, 2006), sadece bir topluluk içindeki sosyal bağların değil, yurttaşlar ve siyasi kurumlar arasındaki bağların da önemli olduğunu (Szretzer ve Woolcock, 2004) vurgulayan çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca sosyal sermayenin kaynaklarını ve sonuçlarını birbirinden ayırmak gerektiğini vurgulayan bazı çalışmalarda (Portes, 2000; Woolcock, 2001) güvenin, Putnam'ın savunduğu gibi işbirliği için gerekli bir ön koşul değil, sosyal sermayenin sonucu olduğu ileri sürülmektedir.

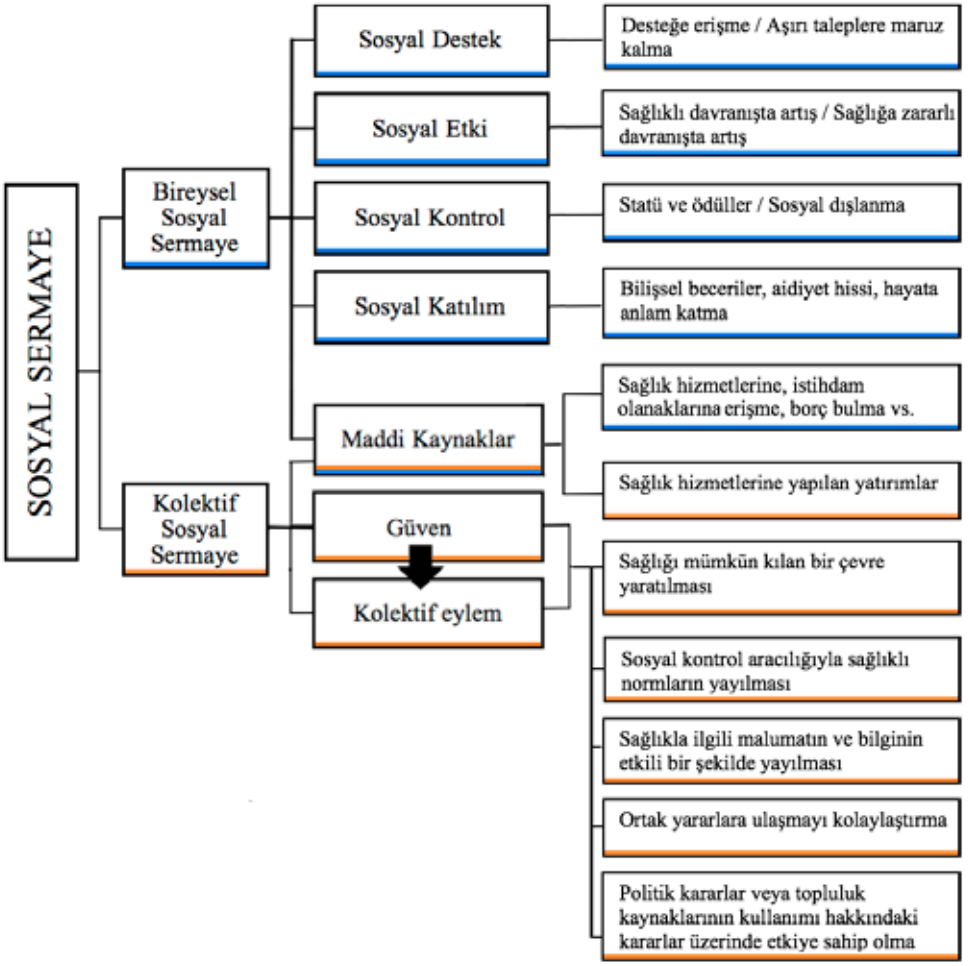
Kolektif sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkinin nasıl işlediğine dair iddialardan ilki Wilkinson'ın (1996) daha eşitlikçi toplumların daha sağlıklı olduğunu, sağlığın

sadece toplumun refahı ile değil, refahın eşit dağılımıyla da ilgili olduğunu ortaya koyduğu çalışmasıdır. Wilkinson'a (1996) göre gelir eşitliği, yurttaşlar arasında güvenin ve sosyal bağlılığın oluşabileceği bir ortam yaratır, bu nedenle eşitlikçi toplumlarda sosyal bağlılık eşitsiz toplumlara göre daha kuvvetlidir. Yurttaşlar arasındaki gelir ve statü eşitsizliklerin daha derin olduğu toplumlarda ise güvensizlik ve sosyal bağlılık azalırken suç ve sosyal endişe düzeyi artar. Turner (2008) gelir dağılımı ve sağlık arasındaki ilişkiye yönelik başka bir açıklama getirerek gelir eşitliğinin toplumdaki sosyal bağlılık kadar barınma, sağlık bakımı gibi alanlara yapılan kamu yatırımlarını da etkilediğini ve hem bireysel hem de toplumsal sağlığı bu şekilde iyileştirdiğini belirtir.

Sosyal bağlılık ekolü içinde yer alan Kawachi ve Berkman'a (2000) göre sosyal sermaye bireysel davranışlarını, sağlık hizmetlerine erişimlerini ve psikososyal süreçlerini etkileyerek sağlığı iyileştirmektedir. Bu çıkarımın sorunlu olduğunu belirten Eriksson'a (2011) göre sosyal sermayeyi tamamen kolektif nitelikte kabul eden bir yaklaşımın, sosyal sermayenin sağlık üzerinde de bireysel değil, daha kolektif etkilerini ortaya koyabilmesi gerekir. Eriksson'a (2011) göre sosyal bağlılık ekolünde görülen bu soruna Woolcock'un (2001) ve Grootaert ve Bastelaer'ın (2002) çalışmaları, güveni sosyal sermaye için işbirliğini kolaylaştıran bir ön koşul olarak gören Putnam'ın (1993, s. 171) aksine sosyal sermayenin sonucu olarak ele alarak bir çözüm sunmaktadır. Eriksson da bu bakış açısını benimser ve bireysel ve kolektif sermayenin sağlık üzerindeki etkilerini sınıflandırırken güveni ve kolektif eylemi sosyal sermayenin kolektif düzeydeki sonuçları arasına yerleştirir (Bkz. Şekil 1).

Eriksson'a (2011) göre bireysel ve kolektif sosyal sermayenin kaynakları aynı olsa da sonuçları farklıdır ve bu nedenle sağlığı da farklı yollardan etkilerler. Her iki sosyal sermaye türünün de kaynaklarını makro düzeyde sosyal ve politik koşullar ve gelir dağılımı, ağ özellikleri bakımından da içselleştirilmiş normlar, grup dayanışması ve karşılıklılık ilişkisi oluşturur. Bireysel düzeyde içselleştirilmiş normlar insanların diğerlerini desteklemek gibi doğru kabul edilen davranışlarda bulunmaya istekli ve zorunlu olmalarına neden olur, ayrıca dayanışma da insanların diğer insanlara yardım etme isteği duymasını sağlayabilir.

Şekil 1: Bireysel ve kolektif sosyal sermayenin sonuçları ve sağlığı etkileme biçimleri



Kaynak: Eriksson, 2011, s. 4'teki tablodan değiştirilerek uyarlanmıştır.

Eriksson (2011) bireysel sosyal sermayenin sonuçlarının sosyal destek, sosyal etki, sosyal kontrol, sosyal katılım ve maddi kaynaklara erişim olduğunu belirtir (Bkz. Şekil 1). Bu sonuçlardan ilk üçünün sağlık üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkileri olduğunu vurgulayan Eriksson'a (2011) göre sosyal destek bir yandan desteğe erişim sağlarken diğer yandan topluluğun ya da diğer bireylerin aşırı talepkar olmasıyla da sonuçlanabilir. Grup üyeleri güvene dayalı ilişkiler içinde birbirlerini rol model olarak alabilirler, bu nedenle grup üyeleri birbirlerinin davranışları üzerinde önemli bir etkiye

sahiptirler. Bu güçlü etkiyi ifade eden sosyal etki, grup içi normların neler olduğuna bağlı olarak değişik etkilere sahip olabilir, sağlığı iyileştirici bir etki de yaratabilir, sağlığa zarar verici davranışlara da neden olabilir. Benzer şekilde sosyal kontrol da grup normlarına bağlı kalanlara statü ve ödüller sağlayarak sağlığı iyileştirebileceği gibi normlara uymayanların dışlanmasına neden olarak sağlığa zarar verebilir. Sosyal katılımın sağlık üzerindeki etkileri bilişsel beceriler ve aidiyet duygusu sağlaması ve hayata anlam katmasıdır. Maddi kaynaklara ulaşabilmenin sağlık üzerindeki etkisi ise sağlık hizmetlerine, istihdam olanaklarına ve gerektiğinde borç paraya ulaşabilmelerini sağlamasıdır. Diğer taraftan aynı kaynaklardan beslenen kolektif sosyal sermayenin bireysel sermayeyle paylaştığı tek ortak sonucu maddi kaynaklara erişim sağlamasıdır, bu erişimin sonucu ise sağlık hizmetlerine yapılan yatırımdır. Sosyal sermayenin kolektif düzeydeki diğer sonuçları güven ve güven tarafından etkilenen ve daha kolay hale gelen kolektif eylemdir. Güvene dayalı bir çevrenin sağlığı iyileştirecek davranışları desteklediği, sağlık konusunda bilginin ve sağlıklı yaşam tarzına ilişkin normların daha kolay ev etkili bir şekilde yayıldığı düşünülmektedir (Eriksson, 2011). Bunun yanında kolektif eylemler sayesinde topluluk üyelerinin kendi yaşamları, çevreleri ve kaynaklara erişim üzerinde daha fazla kontrole sahip olabilecekleri, bunun da sağlıkla ilgili davranışları değiştirme potansiyelini artırdığı ileri sürülmektedir. Son olarak topluluktaki karşılıklılık normlarının sağlık hizmetlerine erişimi artırarak halk sağlığını iyileştirebilecek kamu yatırımlarının yapılmasını sağlayabileceği savunulmaktadır (Eriksson, 2011, s. 5).

Sosyal sermayenin sağlığı iyileştirme stratejisi olarak kullanılması tartışmalarında bireysel sosyal sermayenin güçlendirilmesi ve kolektif sosyal sermayenin mobilize edilmesi ana stratejiler olarak öne çıkmaktadır. Sağlığı bireysel sermayeyi güçlendirerek iyileştirmeyi hedefleyen çalışmalar temel olarak sosyal ağlara müdahale fikri etrafında toplanmakta, kolektif sosyal sermayeyi harekete geçirerek iyileştirmeyi hedefleyen çalışmalar ise topluluk geliştirme yaklaşımı ile ilişkilenmektedir. Bireysel sermayenin güçlendirilmesi hem bireysel davranışları, hem önemli ötekilerin davranışlarını değiştirebilecek hem de sosyal ağlar içinde daha verimli bir iletişim kurulabilmesini sağlayabilecektir. Bu nedenle sosyal ağlara müdahale edilerek sağlığın iyileştirilebileceğini savunan çalışmalar (Heaney ve Israel, 2002) yapılmışsa da bu çalışmalar her ağa ya da topluluğa uyabilecek ortak bir müdahale modelinin ortaya konamayacağını vurgulamış, hedef topluluğun ihtiyaçlarına ve kaynaklarına göre tasarlanmış müdahaleler

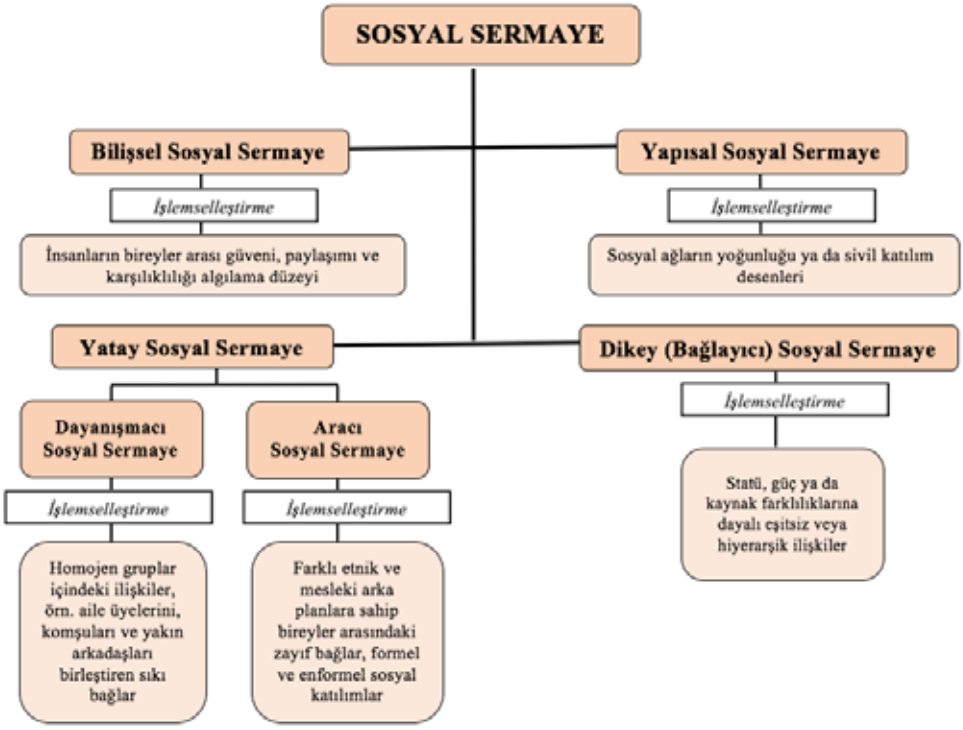
yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Topluluk geliştirme ilkeleri üzerine kurulan, yani sağlığı kolektif sermayeyi harekete geçirerek iyileştirmeye çalışan programlar belirli bir alanda sağlığı iyileştirmekten çok toplulukların kapasitelerini geliştirecek ve toplulukların kendi kendine büyüyüp gelişebilmesini sağlayabilecek ilkeler üzerinde durmaktadırlar. Bu açıdan temel hedefler destekleyici bir çevre ve etkili topluluk eylemi yaratmaktır (Eriksson, 2011). Destekleyici çevre kavramı insanların birbirlerini ve topluluklarını gözettikleri çevreleri ifade etmektedir ve bu tür çevreler yaratabilen topluluklar 'sağlığı mümkün kılan topluluklar' (health-enabling communities) olarak adlandırılmaktadır (Campbell ve Jovchelovitch, 2000). Etkili topluluk eylemleri ise sağlığı iyileştirmek için öncelikleri belirleyenlerin, stratejileri planlayanların ve uygulayanların topluluk üyeleri olduğu (World Health Organization, 1986) eylemlerdir.

Eriksson, Dahlgren ve Emmelin'in (2011) İsveç'te ve Kavanagh, Bentley, Turrell, Broom ve Subramanian'in (2006) Avustralya'da yaptıkları çalışmalar komşuların birbirleri ile konuştukları ve birbirlerini gözettikleri mahallelerde kadınların algılanan sağlığının daha iyi olduğunu, Stafford, Cummins, Macintyre, Ellaway ve Marmot' un (2005) İngiltere'de yaptığı çalışma mahallede güven ve bütünleşme düzeyi azaldıkça kadınların algılanan sağlığının kötüleştiğini göstermektedir. Eriksson (2010, s. 70 –74) yerel topluluklarda sosyal sermayenin harekete geçirilmesinde etkili olan başlıca kolektif aktörleri ideal tipler olarak ortaya koymuştur. Kolektif sosyal sermayenin harekete geçirilmesi süreci ağırlıkla bu kolektif aktörlerin etkisiyle gerçekleşmektedir ve özetle (a) çözülmesi gereken problemin belirlenmesi (b) güvenilen yerel aktörlerin mücadele gücünün kullanılması (c) topluluk içinde problemle ilgilenen ve önemli kaynaklara sahip olan kişilerin ustalıklarından faydalanılması ve (d) topluluktaki herkesin sürece dahil edilerek meşruiyetin ve topluluk desteğinin sağlanması ile gerçekleşmektedir. Yazar bu aşamaların yanı sıra topluluktan destek görmese bile bazı başarılara ulaşan güçlü bireylerin ve topluluk dışından olup kaynaklarını topluluğa sunan karizmatik bireylerin de etkili olduğunu vurgulamaktadır.

Bilişsel ve Yapısal Sosyal Sermaye

Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiye dair kapsamlı bir literatür taraması yapan Islam vd. (2006) sosyal sermayenin biçimlerini ve boyutlarını Şekil 2'de gösterildiği şekilde şematikleştirmektedir.

Şekil 2: Sosyal sermayenin alt kategorileri ve işlemselleştirilmeleri



Kaynak: Islam ve ark., 2006, s.5.

Çeşitli çalışmalar sosyal sermaye kavramının yapısal ve bilişsel bileşenlerini birbirinden ayırarak ele almaktadır (Coletta ve Cullen, 2000; Harpham, Grant ve Thomas, 2002; McKenzie, Whitley ve Weich, 2002; Uphoff, 2000). Yapısal bileşenler grup içindeki bireyleri birbirlerine bağlayan, farklı düzeyde güce ve etkiye sahip gruplar arasında köprü kurarak aracı olan ve sosyal kapsama düzeyini artıran roller, kurallar, teamüller, davranışlar, ağlar ve kurumlardır (McKenzie ve ark., 2002, s. 280). Diğer bir tanımla yapısal sosyal sermaye bireyleri hem yatay hem de dikey olarak birleştiren ilişkiler, ağlar, kuruluşlar ya da kurumsal yapılardır (Uphoff, 2000, s. 216). Bilişsel bileşenler ise "işbirliği davranışını üreten değerler, tutumlar ve inançlar" (Coletta ve Cullen, 2000) ya da "değerleri, normları, sivil sorumluluğu, beklenen karşılıklılığı, hayırseverliği, özgeciliği ve güveni" içeren bileşenler olarak tanımlanmakta ve "sosyal sermayenin görünürdeki

biçimlerinin ardında yatan itici güç" olarak görülmektedir (Coletta & Cullen, 2000,s. 3)[2]. Kısacası yapısal sosyal sermaye insanların ne yaptıkları ile, bilişsel sosyal sermaye ise sosyal ilişkileri konusunda ne hissettikleri ile ilgilidir (Harpham ve ark., 2002). Sağlıkla ilişkisi çerçevesinde bilişsel sosyal sermayenin mikro düzeyde gözlendiği ve risk davranışlarını kontrol ederek, karşılıklı yardım ve destek sağlayarak ve bilgi alışverişi için bir kanal oluşturarak davranış normlarını şekillendirdiği kabul edilmektedir (Cullen ve Whiteford, 2001).

Muckenhuber, Pollak, Stein ve Dorner (2016) Avusturya'da 15.000'in üzerindeki büyüklükte bir örneklem üzerinde yaptıkları çalışmada bilişsel sosyal sermaye azaldıkça hissedilen fiziksel acının arttığını, aralarında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Yazarlar bu ilişkinin yaş, eğitim ve kronik hastalık gibi acı düzeyini etkileyebilecek diğer değişkenler kontrol altındayken de varlığını sürdürdüğü bulgusunu elde etmişlerdir. Fiorillo ve Sabatini (2015) yapısal sosyal sermaye ve algılanan sağlık düzeyi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada değişken olarak arkadaşlarla buluşma sıklığını kullanmış ve arkadaşlarla buluşma sıklığı arttıkça bireylerin sağlıklarını daha iyi algıladıklarını ortaya koymuştur. Bu örneklere rağmen bilişsel ve yapısal sosyal sermaye ile sağlık arasındaki ilişkiye dair özellikle son on yılda yapılan çalışmaların çoğu zihinsel sağlıkla ilgilidir. Bu çalışmaların çoğunda bilişsel sermayenin zihin sağlığı ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Örneğin Cao, Li, Zhou ve Zhour (2015) Çin'de yaptığı araştırmada bilişsel sosyal sermayeyi güven ve karşılıklılık düzeyi ile ölçmüş ve yaşlılarda depresyonun bilişsel sosyal sermaye ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yapısal sosyal sermayeyi ise sosyal ağlar ve sosyal katılım ile ölçen bu çalışmada sosyal ağları ölçmek için Position Generator değişkeni kullanılmış, sosyal katılım ise bireyin son beş yılda katıldığı grup ya da örgüt sayısı ile ölçülmüştür. Bulgular depresyonun sosyal ağlarla ilişkili olduğu ancak sosyal katılımla ilişkili olmadığını göstermektedir. Forsman, Nyqvist, Schierenbeck, Gustafson ve Wahlbeck' in (2012) Finlandiya ve İsveç'te zihin sağlığı ve sosyal sermaye arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada hem bilişsel hem de yapısal sosyal sermayenin depresyonla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak bu ilişki sosyal ağın niteliğine göre değişmektedir, örneğin arkadaşlar

2 Çoğunlukla bilişsel sosyal sermaye kavramı kullanılsa da bu kavramı "işlevsel sosyal sermaye" olarak adlandıran çalışmalar da bulunmaktadır, örneğin Rouxel, P. vd. (2015) Is Social Capital a Determinant of Oral Health among Older Adults? Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. Plos One. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125557

arasındaki ağın bilişsel yönü depresyonla ilişkiliyken komşularla kurulan ağ depresyonla ilişkili değildir. Benzer bir çalışmayı ABD'de yapan Fujiwara ve Kawachi'nin (2008) bulgularında komşulara güven düzeyi değişkeni ile ölçtükleri bilişsel sosyal sermayenin majör depresyonla ilişkili olduğu, güven düzeyi arttıkça depresyon sıklığının azaldığı, ancak depresyonla yapısal sosyal sermaye arasında bir ilişki bulunamadığı ortaya konmuştur. St John (2017) Kanada'da yaptığı çalışmada sosyal sermayenin tümleşik bir bilişsel boyutu olduğu fikrini destekleyecek çok az ampirik veri olduğu, güven ve karşılıklılık gibi değişkenlerin sosyal bağları ölçmek için yetersiz olduğu ve sağlıkla ilişkileri bakımından güvenin ve karşılıklılığın ağ-tabanlı (yapısal) sosyal sermayeden kavramsal olarak farklı olduğu sonucuna ulaşmıştır. Buna dayanarak St John (2017) sosyal sermaye ve sağlık üzerine yapılan araştırmalarda mevcut sosyal bağlar ölçülürse kavramın muğlaklıktan kurtulabileceğini ve ilişkilerin daha net bir şekilde ortaya konabileceğini ileri sürer.

Bu çalışmalarda sosyal sermayenin dayanışmacı ve aracı yönlerini ölçmek için hangi değişkenlerin kullanıldığı incelendiğinde Nakamine ve arkadaşlarının (2017) katılınan sosyal etkinliklerin grup içi mi grup dışı mı olduğu bilgisi ile Iwase ve arkadaşlarının (2012) ise ait olunan gruplarda algılanan homojenlik düzeyi ile ölçtüğü görülmektedir. Kim, Subramanian ve Kawachi (2006) katılımcıların en önemli bulduğu grubun ırk, etnik durum, cinsiyet, eğitim kompozisyonunu sormuş ve ölçüm için bir önceki yılda farklı bir ırktan ya da etnik gruptan birileri tarafından evine çağrılma sayısını kullanmıştır. Poortinga (2012) mahallede algılanan güven ve aidiyet düzeylerini ölçmüş ve katılımcıların mahalledeki arkadaşlarının ne kadarının gelir açısından ya da etnik açıdan kendilerine benzer olduğu konusundaki görüşlerini sormuştur. Tamamı nicel olan bu çalışmaların bulgularındaki farklılığın bir kısmı bağımlı değişkenlerinin farklı olmasından kaynaklansa da sosyal sermayenin farklı boyutlarını ölçmek amacıyla farklı bağımsız değişkenler kullanmalarının da etkili olduğu söylenebilir.

Yatay ve Dikey Sosyal Sermaye

Yatay sosyal sermaye eşitler ya da eşite yakın olanlar arasındaki ilişkilerle, dikey sosyal sermaye ise güç ve kaynaklara erişim bakımından aralarında farklılıklar olan, hiyerarşik ya da eşitsiz ilişkilerle elde edilen kaynakları ifade etmektedir (Szretzer ve Woolcock, 2004; Coletta ve Cullen, 2000). Sağlık ve sosyal sermaye arasındaki ilişkiye dair

çalışmalarda yatay sosyal sermayenin farklı boyutları ile ilgili çok çalışma yapılmış olmasına karşılık doğrudan yatay ve dikey sosyal sermaye kavramları üzerinden analiz yapan çalışmalar oldukça sınırlı kalmıştır. Aida ve arkadaşları (2009) Japonya'da 5560 yaşlıdan oluşan bir örneklemle yaptıkları çalışmada yatay ve dikey sosyal sermayenin diş sağlığıyla ilişkisini incelemiş, bireysel yatay sermaye ile bireylerin ağzında kalan diş sayısı arasında bir ilişki olduğunu, bireysel ve topluluksal düzeyde diğer değişkenleri kontrol altında tuttuklarında bile bu ilişkinin sürdüğünü gözlemişlerdir. Ancak dikey sosyal sermayenin ne bireysel ne de topluluksal düzeyde diş sağlığı ile ilişkisi gözlemlenmemiştir. Oksanen, Kouvonen, Vahtera, Virtanen ve Kiimaki (2010) Finlandiya'da yaptıkları boylamsal çalışmada işyerinde yatay sosyal sermayesi de dikey sosyal sermayesi de düşük olanların depresyon teşhisi konma ve antidepresan tedavisi görme oranlarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuş ve çalışanların zihinsel sağlığı konusundaki çalışmalar için yatay ve dikey sosyal sermayenin iyi birer tahmin aracı olduğu sonucuna varmıştır.

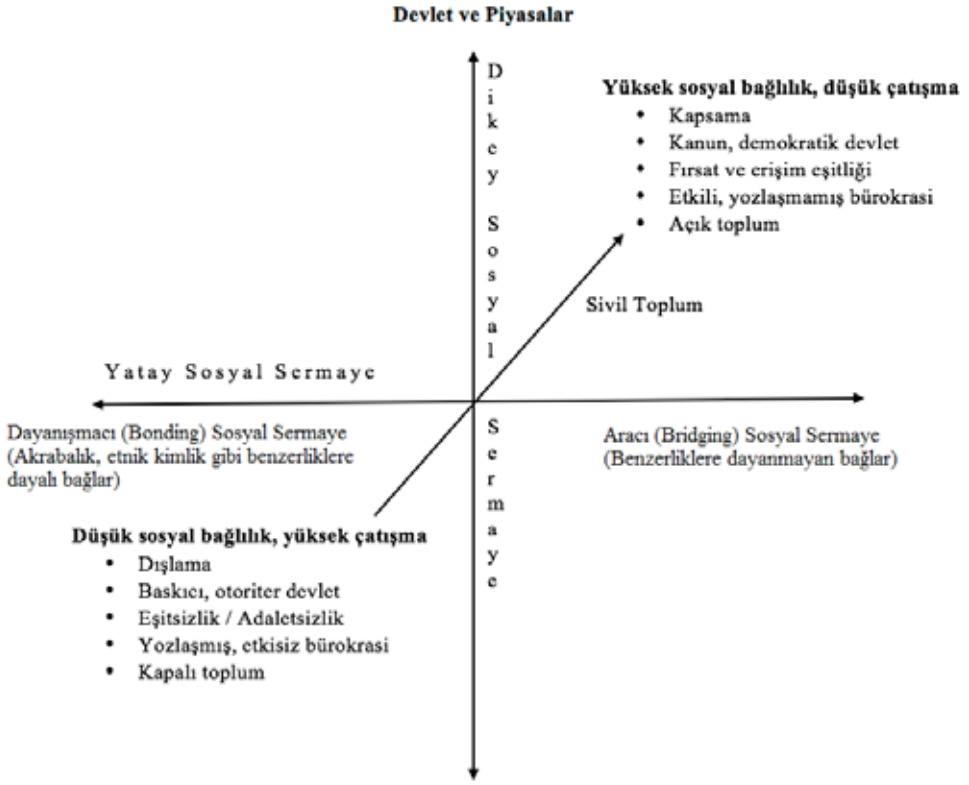
Dayanışmacı ve Aracı Sosyal Sermaye

İster sosyal ağ (bireysel sosyal sermaye) ister sosyal bağlılık (kolektif sosyal sermaye) ekolü açısından ele alınsın, yatay sosyal sermayenin dayanışmacı (bonding) ve aracı (bridging) yönleri arasında bir ayrım yapılmaktadır (Kawachi ve ark., 2008; Szrtzer ve Woolcock, 2004). Dayanışmacı sosyal sermaye üyelerin birbirine benzer sosyal kimliklere sahip olduğu, homojene yakın sosyal gruplarda erişilen kaynakları ifade ederken aracı sosyal sermaye sınıf, etnik grup gibi sosyal kimlik sınırlarını kesen bağlantıların kurulduğu gruplardaki kaynakları ifade etmektedir (Kawachi ve ark., 2008,s. 5). Cullen ve Whiteford (2001) dayanışmacı sosyal sermayenin sağlıklı normlar kurmak, anormal sosyal davranışı önlemek ve karşılıklı yardım üretmek açısından önemli olduğunu, aracı sosyal sermayenin ise sivil toplumun başarılı olması ve genel olarak toplum, topluluk ve birey düzeyinde diğer kazanımların elde edilmesi açısından önemli olduğunu belirtmektedir. Islam ve arkadaşları (2006) aracı sosyal sermayenin dezavantajlı grupların sosyal olarak avantajlı gruplarla bağlantıları sayesinde maddi kaynaklara erişmelerini sağlayarak sağlığın iyileştirilmesine katkıda bulunabileceğini vurgulamaktadır.

Coletta ve Cullen (2000, s. 5) yatay, dikey, dayanışmacı ve aracı sosyal sermayeyi Şekil 3'te gösterildiği şekilde şemalaştırmaktadır. Sosyal sermaye sosyal bağlılığın (social

cohesion) bir alt kümesidir ve sosyal bağlılık da toplumun iç içe geçmiş iki ana özelliğiyle meydana gelir (Berkman ve Kawachi 2000, s. 175). Bunlardan ilki gelir, etnik durum ya da politik temelli eşitsizlikler şeklinde görülen gizil çatışmanın olmamasıdır. İkincisi de toplumda güvene ve karşılıklılığa dayalı güçlü sosyal bağların, sorumlu demokrasinin, çatışma çözücü kurumların, sosyal bölünmeleri azaltacak şekilde köprüler kuran sivil toplum kuruluşlarının, yargının ve medyanın bağımsızlığının varlığıdır. Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkide de yatay ve dikey sosyal sermayenin birbirine paralel olarak artması sosyal bütünleşmeyi artırarak toplum sağlığını iyileştirme kapasitesine sahiptir. Çünkü Şekil 3'te de görüldüğü gibi sosyal bağlılığın azalması sağlığı olumsuz etkileyecek olan parçalanma, dışlama, kutuplaşma ve marjinalleştirme süreçlerine yol açacaktır.

Şekil 3: Yatay, dikey, dayanışmacı ve aracı sosyal sermayenin bütünleşmesi



Kaynak: Coletta ve Cullen, 2000, s. 5.

Nakamine ve arkadaşları (2017) Japonya'da 40.000'e yakın büyüklükte bir örneklemle yaptıkları çalışmada dayanışmacı ve aracı sosyal sermayeyi farklı sosyal etkinliklere katılım düzeyi ile ölçmüş, dayanışmacı sosyal sermaye arttıkça depresyonun azaldığı, ancak aracı sosyal sermaye ile depresyon arasında bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Iwase ve arkadaşları (2012) Japonya'da 4000 kişilik bir örneklemle yaptığı çalışmada aracı sosyal sermaye arttıkça algılanan sağlığın iyileştiğini, bu ilişkinin kadınlarda erkeklerden daha güçlü olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada aracı sosyal sermayenin algılanan sağlık üzerindeki etkisinin demografik etkenler, sosyoekonomik statü, tütün kullanımı ve aşırı kilo değişkenleri kontrol altında tutulduğunda bile varlığını sürdürdüğü gözlenmiş, diğer taraftan dayanışmacı sosyal sermayenin algılanan sağlıkla bir ilişkisi olduğuna dair bir bulgu elde edilmemiştir. Kim ve arkadaşları (2006) ABD'de 40 topluluk üzerinde yaptıkları çalışmada topluluk düzeyinde dayanışmacı ve aracı sosyal sermaye ile algılanan sağlık statüsü arasında bir ilişki olduğunu, sosyoekonomik ve sosyodemografik etkenleri kontrol altında tuttuklarında bile bu ilişkinin sürdüğünü, ayrıca topluluk düzeyinde dayanışmacı sosyal sermaye ile aracı sosyal sermaye arasında negatif korelasyon olduğunu gözlemlemişlerdir. Poortinga'nın (2012) İngiltere'de 17.500'ün üzerinde büyüklükteki bir örneklemle yaptığı çalışmada dayanışmacı, aracı ve ilişkilendirici (linking) sosyal sermayenin çoğu göstergesinin mahalle mahrumiyeti ile ve algılanan sağlık statüsü ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mahallenin mahrumiyet düzeyi değişkeni kontrol altında tutulduğunda da toplum sağlığını sosyal bağlılık, sivil katılım, heterojen sosyo-ekonomik ilişkiler, politik etkililik ve güven değişkenlerinin etkilediği gözlenmiştir. Poortinga'nın (2012) çalışmasında dayanışmacı sosyal sermaye topluluk içi sosyal bağlılık ve sivil katılımla, aracı sosyal sermaye gruplar arası sosyal bağlılık ve heterojen ilişkilerle, ilişkilendirici sosyal sermaye de politik katılım, aktivizm, etkililik ve güvenle ölçülmüştür. Çalışmasında sosyal sermayenin bu farklı boyutlarına ait değişkenlerin birbirleriyle çok zayıf bir ilişki içinde olduğunu gözlemleyen Poortinga'ya göre bu durum bu farklı boyutların toplumsal çevrenin farklı yönlerini yansıtmasından kaynaklanmaktadır.

Dayanışmacı sosyal sermayenin sağlık üzerinde çelişkili sonuçları olduğu da bilinmektedir. "Negatif sosyal sermaye" kavramıyla sosyal sermayenin olumsuz yönlerine dikkat çeken Portes (1998) bu yönleri grup üyelerinden üzerinde birbirlerini desteklemeye yönelik aşırı talepler, grup içinde çeşitliliğin hoş görülmemesine ve bireysel özgürlüğün kısıtlanmasına yol açabilecek şekilde üyelerin birbirlerine benzemelerine yönelik beklentiler, grup içi dayanışma nedeniyle grup dışı üyelerin dışlanması ve sıkı bir

şekilde bağlı bir grubun üyelerini aşağı çekerek toplumsal hareketliliği engellemesi şeklinde sıralamaktadır. Bu açıdan dayanışmacı sosyal sermaye özellikle dezavantajlı toplulukların üyeleri için bir hayatta kalma mekanizması olmakta, akrabalar arasındaki sıkı bağlar sosyal sermayesi yüksek gruplara ulaşmak için kullanılmaktadır (Kawachi ve ark., 2008, s. 6). Çeşitli çalışmalar (Mitchell ve LaGory, 2002; O'Brien Caughy, O'Campo ve Muntaner, 2003) negatif sosyal sermayeye sahip olan topluluklarda dayanışmacı sosyal sermayenin yüksek olduğu, yani birbirine benzer niteliklere sahip bireylerden oluşan gruplarda birbirine güvenin ve ilişkisel bağların artmasıyla birlikte zihinsel ve fiziksel sağlığın kötüleştiğini, bireyler üzerinde stresin arttığını göstermektedir. Kawachi ve arkadaşlarına (2008, s. 7) göre bu çalışmalar aracı sosyal sermayenin, yani bireylerin kendi sosyal çevrelerinin dışındaki kaynaklara ulaşma becerilerinin daha önemli olduğunu göstermektedir.

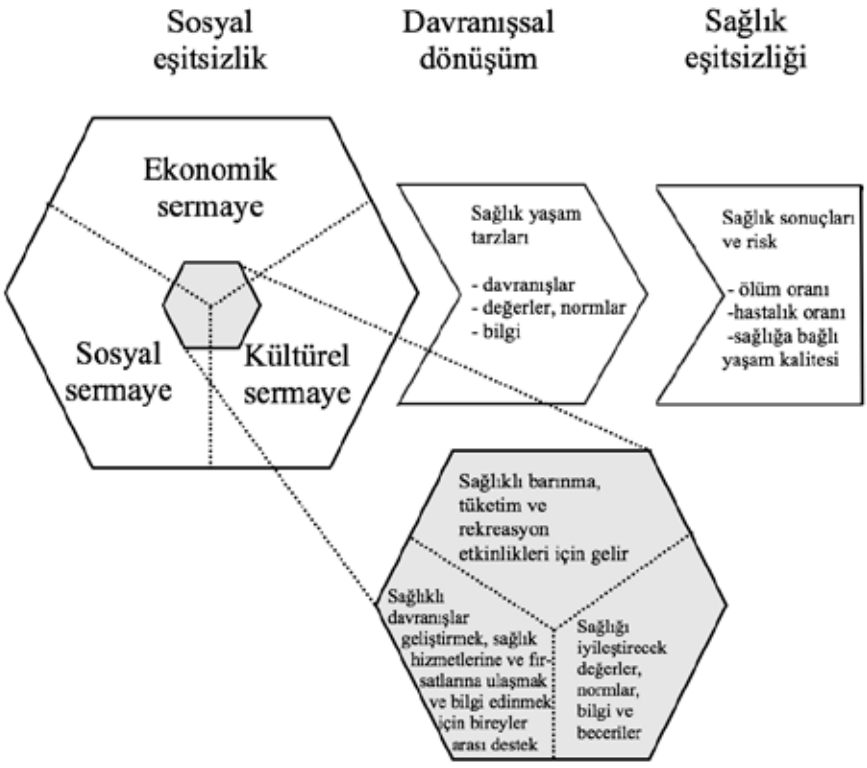
Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişki Putnamcı bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde şimdiye dek görüldüğü gibi sosyal sermayeyi farklı boyutları üzerinden geliştirilen değişkenlerle ölçen ve sermayenin diğer biçimlerinden görece bağımsız ele alan çalışmalar ortaya çıkmaktadır. Ancak sosyal sermaye Bourdieu'nun kavramsallaştırmasıyla ele alınırsa, farklı sermaye türlerinin sağlığı etkileme biçimlerinin birbirleriyle ilişkili olduğu görülebilir (Veenstra, 2007). Bu nedenle bu ilişkililiğe ve sağlık çalışmalarında kültürel sermaye kavramının kullanımına kısaca değinmekte fayda vardır. Çünkü kültürel sermayenin aynı zamanda ekonomik ve sosyal sermayenin kullanımını mümkün kılan bir etken olduğu ileri sürülmektedir (Abel, 2008).

Sosyal sermayenin oluşturulmasında bir araç olarak kültürel sermaye ve kültürel sağlık sermayesi kavramı

Sosyal sermaye türlerinin birbirleri ile ilişkilerinin göz adı edilmemesi gerektiğini belirten Abel'e (2008) göre ekonomik sermaye insanlara sağlık için gerekli harcamaları yapacak maddi olanakları sunsa da sağlıksız beslenme, tütün ve aşırı alkol tüketimi ya da hareketsizlik gibi konular ekonomik sermaye ile açıklanamaz. Abel (2008, s. 3) sağlığa değer verme, sağlıkla ilgili davranışları yönlendirme, sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerden hangilerinin satın alınacağına karar verme ya da hangi ürünlerle beslenmek gerektiğine yönelik tercihler konusunda kültürel sermayenin büyük önem taşıdığını düşünür. Ayrıca sosyal sermaye sağlayabilecek olan ağlara dahil olabilmek için belirli değerlere

sahip olmak ve belirli davranışlar göstermek gerekir ve bu gruplara girebilmek ve sosyal sermayeden faydalanabilmek için gerekli olan araçları kültürel sermaye sağlar. Bu nedenle Abel (2008, s. 3) sağlığı iyileştirebilecek sosyal sermayenin elde edilip kullanılabilmesi için kültürel sermayeye, özellikle belirli kültürel kaynaklara sahip olmanın bir zorunluluk olduğunu savunur. Abel (2008, s. 4) kolektif yaşam tarzı desenleri üzerinden yaşanan davranışsal dönüşümlere odaklanarak sosyal eşitsizliklerle sağlık eşitsizlikleri arasındaki ilişkiyi Şekil 4'te görüldüğü gibi görselleştirmektedir. Abel bu şekli özellikle sağlıklı yaşam tarzlarına ulaşmanın insanların sosyal sınıfı ve statüsü ile yakından ilişkili olduğu iddialarına (Blaxter, 1990; Cocherham, 2005; Frohlich, Corin ve Potvin, 2001;Williams, 1995) karşı geliştirmiş ve sağlıkla ilişkili ekonomik, sosyal ve kültürel kaynakları hem birbirinden ayırmaya hem de daha geniş bir desende birbirleri ile nasıl bütünleştiklerini göstermeye çalışmıştır.

Şekil 4: Sermayelerin etkileşimi, yaşam tarzları ve sağlık eşitsizliği



Kaynak: Abel, 2008, s. 4

Sermaye türlerinin birbiriyle ilişkililiğinin merkezindeki kavramlardan biri sağlıkla ilgili bilgidir. Sosyal sermayenin sağlığı etkileme biçiminde sağlıkla ilgili bilginin etkili bir şekilde yayılması önemli bir etkiye sahip görünmektedir. Ancak eğitimin sağlığı etkileme biçiminin bir yönü sağlıklı davranışlar geliştirmekse diğer yönü de bu bilgiyi sağlık hizmeti veren profesyonellere göstermek, aldıkları tedavi hakkında kişisel kararlar verebilmektir. Sosyal sermaye ile sağlık arasındaki çalışmalar bireylerin kendilerine sosyal destek verecek grupları edinmelerinin ve gruplar içinde öğrenilen bilginin önemini göstermektedir, ancak bu bilginin birey tarafından kullanılma yoluna değinmemektedir. Sağlıkla ilgi formel ya da enformel bilgiyi kullanmanın sağlıkla ilişkisi kültürel sermaye kavramıyla açıklanabilir.

Kültürel sermaye genel düzeyde insanların yüksek statü sembolü olarak bulundurup paylaştıkları sembolik ve maddi olmayan bilgi birikimini ifade eder. Bourdieu'nın (1986) kavramsallaştırmasında kültürel sermaye nesneleşmiş, içselleştirilmiş ve kurumsallaşmış olmak üzere üç formda görülür. Nesneleşmiş kültürel sermaye kitap, resim, bilgisayar gibi devredilebilir, aktarılabilir kültürel ürünlerin tüketimini içerir. Nesneleşmiş kültürel sermayeyi oluşturan bu ürünlerin içselleştirilmesi sonucunda insanların değer, bilgi, tercih ve davranışlarını içeren içselleştirilmiş kültürel sermaye oluşur. Kurumsallaşmış kültürel sermaye ise içselleştirilmiş kültürel sermayeyi kurumsal düzeyde belgeleyen diploma ya da sertifikalardan oluşur (Bourdieu, 1986).

Sağlık çalışmaları açısından kültürel sermaye kavramı özellikle sağlık ve eğitim arasında ortaya konan ilişkiyi açıklama açısından önemlidir. Sağlığı etkileyen diğer değişkenlerin etkisini kontrol altında tutan bazı çalışmalarda eğitim düzeyi azaldıkça hem yaşamı kısaltan hastalıklara yakalanma oranının (Dadoniene, Stropuviene, Stukas, Venalis ve Sokka-Isler, 2015) hem de bütün nedenlere bağlı ölüm oranının arttığını (Ullits ve ark., 2015) ortaya konmuştur. Lleras-Muney'yin (2005) çalışması bir bölgede zorunlu eğitim süresinin uzunluğu ile çocukların hayatta kalma oranları arasında doğru orantı olduğunu göstermiştir. Kültürel sermaye ağır alkol tüketimi, tütün kullanımı ve diyete uymama gibi sağlıkla ilgili davranışların da iyi bir göstergesi kabul edilmektedir (Cutler ve Lleras-Muney, 2010). Ancak bu çalışmaların hepsi kültürel sermayeyi eğitim düzeyiyle ölçmekte, yani kurumsallaşmış kültürel sermaye ile sınırlı kalmaktadır. Nesneleştirilmiş kültürel sermayeye ile sağlık arasındaki ilişkiyi ele alan az sayıda çalışma (Kamin, Kolar ve Steiner, 2013; Oncini ve Guetto, 2017) sağlığın iyileştirilmesi konusunda kültürel sermayenin en az ekonomik sermaye kadar etkili olduğu sonucuna ulaşmaktadır.

Bu bulgulara rağmen Abel'in (2008) yaptığı vurguya kadar içselleştirilmiş kültürel sermayenin sağlıkla ilişkisi üzerinde durulmamıştır. Abel'e (2008) göre insanların sağlık eşitsizliklerine yol açan davranışları ancak içselleştirilmiş kültürel sermaye ile açıklanabilir, bu nedenle eğitimi yalnızca edinilen diplomalarla ölçmek, diğer bir deyişle sadece kurumsallaşmış kültürel sermayenin etkilerine odaklanmak yetersizdir. Örneğin Lareau'nun (2003) çalışması çocukların eğitimleriyle ilgili sorunlar olduğunda orta sınıf ailelerin kültürel sermayelerini işçi sınıfı ailelerinden daha etkili bir şekilde kullandıklarını göstererek içselleştirilmiş kültürel sermayenin hem kurumsallaşmış kültürel sermaye üzerindeki etkisini hem de toplumsal sınıfların sağlığı etkileme kapasitesini ortaya koymuştur. Wall'a (1995:660) göre kültürel sermaye bireylerin sosyal etkileşimlerden nerelerde kazanımlar sağlanabileceği konusunda kendilerini iyi bilgilendirmelerini sağlayan üstün bir beceridir ve bu sayede iyi eğitimliler ve orta sınıflar halk sağlığına yönelik koruyucu sağlık önlemelerden daha iyi faydalanabilmektedirler. Diğer bir deyişle Wall'a göre kültürel sermaye sürekli bilgi edinebilir olabilme kapasitesidir, bu nedenle de daha eğitimli olanlar ve finansal olarak daha güvende olanlar bu sermayeden daha fazla yararlanırlar. Malat (2006, s. 305–309) kültürel sermayeyi belirli bir sosyal çevrede bireysel avantaja sahip olmayı sağlayan bilgi ve davranışlar olarak tanımlar ve tıbbi tedavilerdeki ırksal eşitsizlikler konusunda oldukça açıklayıcı bir kavram olduğunu savunur. Malat (2006) sosyal ağlardaki ırksal farklılıkların tıbbi tedavi sürecinde ırka bağlı ihtilaflara yol açabildiği ve beyaz olmayanların daha iyi tedavi sonuçları elde etmek için kültürel sermayelerini harekete geçirmeleri gerektiği sonucuna varmıştır. Malat'a (2006, s. 310 –311) göre harekete geçirilecek bu kültürel sermaye hastaların doktorun tavsiye ettiklerinin dışında test ve işlemler talep etmeyi kendi hakları olarak görüp görmedikleri, istenen tedaviyi alıp alamadıkları, aldıkları tedavinin yeterli olup olmadığı konusundaki düşünceleri, sağlık personeline nasıl davrandıkları ve onların kendilerine yönelik davranışlarını nasıl algıladıkları ile ilgilidir.

Kültürel sermayenin içselleştirilmiş boyutuna ilişkin bu çalışmaların da gösterdiği gibi, kültürel sermayenin eğitim düzeyine indirgenmesi sağlıkla arasındaki ilişkinin anlaşılmasını sınırlamaktadır. Abel (2008) sağlıkla ilişkisi üzerinden kültürel sermayenin sadece kurumsallaşmış kültürel sermaye olarak ele alınmasının yarattığı yetersizliği aşmak için yeni bir kavram geliştirmiş, iyi bir eğitim almayı, ekonomik açıdan güvende olmayı ve halk sağlığı ile ilgili kamusal bilgilerden faydalanabiliyor olmayı, yani sağlığı iyileştirmek için kullanılabilecek kültürel sermaye kaynaklarını ***"sağlıkla ilişkili kültürel sermaye"*** olarak tanımlamıştır. Abel'in bu kavramı ilk kez kullanmasından iki yıl sonra Shim (2010)

"kültürel sağlık sermayesi" [3] kavramını geliştirmiştir. Kültürel sağlık sermayesi, hastaların ve doktorların kültürel becerilerinden, sözlü ve sözsüz yetkinliklerinden, tutum, davranış ve etkileşim tarzlarından oluşan birikimdir (Shim, 2010, s. 1). Kültürel sağlık sermayesi sağlık okuryazarlığı, kendi kendine yardım gibi kavramlarla ilişkilidir, hastalar kendi habitusları içindeki deneyimleri sırasında bunları öğrenir, sağlıklarını takip etmeye ve sağlıkla ilgili riskleri azaltmaya yönelik davranışlarda bulunmaya başlarlar. Bu nedenle Shim'e (2010) göre kültürel sağlık sermayesinin artması sağlık bakımı sürecindeki ilişkilerin, özellikle de doktor-hasta iletişiminin iyileşmesini sağlayacaktır.

Kültürel sağlık sermayesi kavramı, sağlık hizmetini sunanlarla talep edenler arasındaki iletişimin ve etkileşimin niteliğinin sosyal olarak aktarılan ve toplumda farklı şekilde dağılmış olan kaynaklar tarafından şekillendirildiğini ifade etmesi bakımından önemlidir. Shim (2010) hastalarla sağlık bakımı sağlayanlar arasındaki karşılaşmaların toplumsal yapılardan, kurumsal düzenlemelerden ve toplumsal yaşamdan sızan eşitsizliklerin tezahürü olduğunu belirtir. Maynard'ın (1991, s. 449) çalışmasının gösterdiği gibi kliniklerdeki etkileşim gündelik yaşamdan daha otoriter ve daha katı şekilde gerçekleşmekte, üstelik hastalarla sağlık personeli arasındaki asimetri doğrudan yukarıdan dayatılmamakta, etkileşim içinde meydana gelmektedir ve Shim'e (2010, s. 9) göre kültürel sağlık sermayesi bu asimetriyi ortadan kaldırabilir. Sağlık hizmeti verenleri "okuyabilen", ne gibi kişilerarası tarzlara değer verdiklerini anlayabilen, kendilerini hızla çeşitli şekillerde sunabilecek esnekliğe sahip olan hastaların kültürel kaynaklarını sağlık bakımıyla ilgili avantajlara çevirme ihtimalleri yüksektir (Shim, 2010, s. 11).

Shim'e (2010) göre kültürel sağlık sermayesini oluşturan bilişsel, davranışsal, sosyal ve kültürel kaynaklar hastaların benlik sunumlarında etkili olmakta ve sağlık bakımı sürecindeki eşitsizlikler ve ayrımcılıklar karşısında eylem stratejileri oluştururken kullanılmaktadır. Kültürel sermaye kavramı sadece kurumsal düzenlemeleri şekillendiren

3 İktisatçı Michael Grossman'ın ilk olarak 1972 yılında yayınladığı bir makalede (On the concept of health capital and the demand for health, Journal of Political Economy, 80(2):223-255) geçen sağlık sermayesi kavramı beşeri sermaye ile ve ekonomik modellemeyle ilgilidir ve bu çalışmada bahsedilen kültürel sağlık sermayesi kavramıyla içerik olarak örtüşmez. Margaret Blaxter'ın (2004) geliştirdiği sağlık sermayesi kavramı da sağlığın insanların sosyal pozisyonlarına, günlük yaşam deneyimlerine ve kullandıkları kaynaklara bağlı olarak birikimsel bir desende oluştuğunu ifade eden bir kavramdır. Nasıl ekonomik sermaye parasal değerle ifade ediliyorsa sağlık sermayesi de zindelik, güç, direnç, bağışıklık, genetik olarak aktarılmış özellikler gibi niteliklerden oluşan, yaşam boyu yitirilebilecek veya çoğaltılabilecek olan bir sermaye türüdür (Blaxter, 2004:66-67). Bu makalede ele alınan kültürel sağlık sermayesi kavramı Blaxter'ın kavramından farklı olarak sosyal sermaye edinmeyi kolaylaştıracak bir araç, bir kültürel sermaye türüdür.

baskın sosyal gruplarla değil, bu bağlamlarda anlam taşıyan etkinliklerin, kaynakların ve davranışların neler olduğunun tanımlanması ile de ilişkilidir (Shim, 2010, s. 4).

Shim (2010, s. 6) için kültürel sağlık sermayesi ile ilgili önemli kavramlardan biri sağlık okuryazarlığıdır. Sağlık okuryazarlığı, "bireylerin sağlıkla ilgili uygun kararlar verebilmek için gereksinim duydukları temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesi" olarak tanımlanmaktadır (Ratzan ve Parker, 2000, s. 6). Shim (2010) sağlık okuryazarlığının yoksullar, göçmenler ve etnik azınlıklarda daha düşük düzeyde olduğunu hatırlatarak sağlık bakımındaki sosyal eşitsizliklerin oluşmasında önemli bir rol oynadığını vurgular. Kültürel sağlık sermayesi ile ilgili diğer önemli kavramlar ise öz yeterlik, kontrol ve kendine güvendir (Shim, 2010:7).

Sağlıktaki etnik eşitsizlikler üzerine çalışan ve kültürel sermayenin hastaların tüketici davranışlarını, girişimciliğini, öz-gözetimlerini etkileyen tarihsel ve kültürel momentle ilişkili olduğunu vurgulayan Sacks (2018) bu perspektifi kültürel sağlık sermayesi kavramının sağlayabileceği sonucuna varmıştır. Sacks (2018) kültürel sağlık sermayesinin sağlık eşitsizliklerini azaltacak bir müdahale yarattığını savunmaz ama bulgularına göre sağlık eşitsizlikleri, ırksal/etnik stereotipleştirme ve ayrımcılık karşısında direnmek için bir araç olarak kullanılmaktadır. Çalışmada özellikle yoksul olmayan Afrika kökenli kadınların kültürel sağlık sermayesi becerilerinin asimetrik hasta-hizmet sağlayıcı ilişkisi bağlamı içinde bir kendini savunma biçimi oluşturduğuna dikkat çekmektedir. Bu kültürel beceriler arasında diplomalar ve bilimsel bilgi kadar sözlü iletişim becerileri ve giyinme tarzı da yer almaktadır. Sacks'ın (2018) görüştüğü kadınlara göre kıyafetleri, takıları, genel görünümleri, akıllı ve eğitimli olduklarını belli etme yolları gibi özellikler, doktorların kendilerine yönelik algılarını (örneğin şikayet edebilecek biri olup olmadıkları yönünde) ve davranışlarını etkilemekte ve alacakları tedaviyi farklılaştırmaktadır. Başka çalışmalar da biyomedikal kavramları ve dili kullanarak iletişim kuran hastaların doktorlardan ilgi ve tedavi görme ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Mishler, 1984; Stimson ve Webb, 1975).

Eleştiriler

Genel olarak varlık temelli yaklaşımlara ve özel olarak sağlık alanında sosyal sermaye kavramına dayalı analizlere yöneltilen eleştiriler büyük ölçüde örtüşmektedir. Bu

eleştiriler temel olarak neoliberal piyasanın ve mevcut sosyoekonomik sistemin yarattığı tahrip edici sonuçları tartışmamak ve ekonomik ve toplumsal sorunların yapısal nedenlerini görmezden gelmek (Ferragina ve Arrigoni, 2017) etrafında toplanmaktadır. Bu eleştirilere göre kendi kendine yetmenin vurgulanması kurumsal hesap verme sorumluluğuyla temel bir çelişki yaratmaktadır. Topluluk üyeleri toplumsal yapıdaki eşitsizliklerden kaynaklanan engelleri kendi kaynaklarını ve ilişkilerini kullanarak aşmak yönünde cesaretlendirilirse yerel, bölgesel ve ulusal politikaları planlayanlar yapısal engelleri azaltacak politikalar geliştirme yönünde bir baskı hissetmeyeceklerdir (Rippon ve Hopkins, 2015:20). Varlık temelli yaklaşımların en büyük zayıflığının kamu hizmetleri, topluluklar ve şirket çıkarları arasındaki güç ilişkilerini sorgulayamamaları olduğunu belirten Friedli'ye (2012) göre bu yaklaşımlar halk sağlığının ve kamu genelinin iyileştirilmesi için devlet tarafından yapılacak olan yasal müdahalelerin gerilemesini destekler gibi görünmektedir. Friedli (2012) ve Marmot (2010) gibi yazarlar asgari ücretin, kendi evine sahip olmanın, finansal politikaların, kademeli vergilendirmenin sağlık eşitsizlikleri azaltmak için daha önemli olduğunu vurgulamaktadırlar. Friedli (2012) varlık temelli programlarının bireyselleştirme ve özelleştirme gibi neoliberal değerler için verilen kapitülasyonlar olduğunu, bu yaklaşımların neoliberal ekonomi analizine bağlı bir refah devleti eleştirisi ile bunun sonucunda piyasanın daha da serbestleşmesini ve yurttaşların sosyal haklarının azalmasını savunan halk sağlığına yönelik saldırılar arasında bir ayrım yapamadıklarını belirtmektedir.

Bu eleştirilerin haklılığı Dünya Bankası ile işbirliği içinde olan Dünya Sağlık Örgütü'nün de sağlığı iyileştirmek için varlık temelli yaklaşımları desteklemesinde kendisini göstermektedir. Sağlık alanındaki neoliberal dönüşümün gerçekleşmesinde önde gelen kurumlardan olan Dünya Bankası, 1980'lerden itibaren sağlık alanında daha fazla etkiye sahip olmuş, bütçe kısıtlamaları gibi yapısal sınırlılıklarla zorlanan Dünya Sağlık Örgütü de Dünya Bankası ile işbirliği yapmaya başlamıştır (Youde, 2012; 29–63). Sağlık eşitsizliklerinin giderek arttığının farkında olan Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölgesindeki eşitsizlikleri azaltmak için "Sağlık 2020" adında yeni bir sağlık politikası geliştirmiş ve bu yeni politikanın planlanmasında sağlık alanındaki geleneksel yaklaşımlardan farklı olarak varlık temelli yaklaşımlara ve sosyal sermayeye ağırlık vermiştir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı ve esenliği sağlayıp koruyacak faktörlerin neler olduğunu varlık-temelli yaklaşımların belirlediğini, sosyal sermayenin de bu faktörlerden biri olduğunu belirtmektedir (Rocco ve Suhrcke, 2012, s. 4). Bu yeni politika çerçevesinde

hastalıklarla mücadele etmekten sağlığı iyileştirmeye yönelmiş, sağlığı topluluğa ait bir kaynak ve varlık olarak değerlendirmiş ve salutogen kaynakların birey ve toplulukların kendine güven, direnç ve başa çıkma becerilerini artırma kapasitesine dikkat çekmiştir (World Health Organization, 2013; Rocco ve Suhrcke, 2012). Bu çerçevede sağlık eşitsizlikleri alanında yapılacak çalışmalarda varlık temelli yaklaşımların, özellikle sosyal sermayenin önemi artacak görünmektedir.

Kültürel sağlık sermayesi de sistematik eşitsizlikler tarafından kısıtlanmış, yapısal olarak sınırlı bir sermayedir, ancak kavramı geliştiren Shim (2010, s. 4) de bunun farkındadır. Shim'in kavramsallaştırmasına yönelik daha şiddetli eleştiriler yapılmakta, örneğin kültürel sağlık sermayesinin sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmayıp aksine artıracağı da ileri sürülmektedir. Dubbin, Chang ve Shim (2013, s. 12 –13) kültürel sağlık sermayesinin bireysel algılanmaması gerektiğini, bunun Bourdieu'nun mirasını gözardı etmek anlamına geleceğini vurgular ve kültürel kaynak ve pratiklerin toplumsal tabakalaşmanın oluşup sürdürülmesine katkıda bulunduğunu ve sermayenin bütün biçimlerinin kalıcı sosyal hiyerarşi ve eşitsizliklere bağlı olduğunu hatırlatırlar. Dubbin ve arkadaşlarına (2013) göre kültürel sağlık sermayesiyle ilgili çalışmalardaki ortak nokta sağlık bakımı sürecinde bakımı verenlerden de hastalardan da giderek daha fazla şey talep edilmesi, bu nedenle kültürel becerilerin ve kaynakların Batı toplumlarında çağdaş sağlık bakımı sürecinde giderek daha fazla önem kazanmasıdır. Sağlık bakımı sunanlardan daha az kaynakla daha fazla şey yapmaları beklenmekte, hastalardan da sağlık bakımı arayan kişiler değil, tıbbi hizmetler hakkında bilgi sahibi olan tüketiciler olmaları beklenmektedir. Bu tip bir tüketimci mantık gittikçe karmaşıklaşan sağlık bakımı ortamında hareket edebilmek için hastaların da sağlık bakımı verenlerin de bir dizi beceriye ve örgütsel deneyime sahip olmasını gerektirmektedir (Clarke vd., 2003). Dubbin ve arkadaşları (2013) kültürel sağlık sermayesine ilişkin bu davranış veya becerilerin eğitimle yaratılmasının sağlık bakımının tabakalaşmış, eşitsiz yapısını düzelteceğinin iddia edilemeyeceğini, aksine bu tip stratejilerin bireysel olarak hastalar ve bakım verenlere yönelik beklenti ve talepleri artıracağını, bu nedenle de sağlık eşitsizliklerini artıracağını ileri sürerler.

Değerlendirme

Sağlık ve sosyal sermaye arasındaki ilişkiye dair yapılan araştırmalar sosyal sermayenin genel olarak sosyal destek, sosyal etki, sosyal kontrol, sosyal katılım, maddi

kaynaklara erişim, güven ve kolektif eylem yaratarak sağlıkla ilgili bilgiye erişim, sağlıklı davranışlar geliştirme, sağlıklı çevreler yaratma, kamu sağlığının iyileştirilmesi için politik karar alma süreçlerini etkileme gibi sonuçlar üzerinden sağlığı etkilediğini göstermektedir. Araştırma bulguları sosyal ilişkilerin ve sosyal ağların sağlık üzerinde, özellikle algılanan sağlık statüsü ve depresyon gibi sağlık değişkenleri üzerinde etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışmalar sağlığın sadece maddi eşitsizliklere göre şekillenmediği konusunda geniş bir ampirik bilgi birikimi sağlamaları ve sağlığın sosyal modelinin farklı disiplinler tarafından giderek artan biçimde benimsendiğini göstermeleri bakımından önemlidir.

Bununla birlikte sağlıkla ilgili konularda sosyal sermayenin aşırı vurgulanması, sağlığı etkileyen yapısal koşulların etkisini ve önemini gizleme işlevi görebilir. Sağlığı iyileştirmek için bireylerin ve toplulukların kaynaklarının harekete geçirilmesini vurgulamak, devletin yurttaşlarına sağlıklı bir yaşam için gerekli koşulları sağlama sorumluluğunun görmezden gelinmesine neden olmamalıdır. Sosyal sermaye güçlü bir kavram olmakla birlikte sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldıracak bir sihirli değnek değildir. Aksine, sosyal sermayenin kavramsal gücüne olan ilgi ve ihtiyaç aslında işsizlik, düşük ücretler, kötü yaşam koşulları, ekonomik, sosyal ve politik eşitsizlikten kaynaklanan stres ve dışlanmışlık gibi yapısal nedenlerle sağlık bozuldukça ve sağlık sistemlerinin piyasalaşması nedeniyle sağlık bilgisine ve hizmetlerine erişim kısıtlandıkça artmaktadır. Sosyal sermaye sağlık eşitsizliklerinin bazı kısımlarını ve sadece bazı gruplar için azaltabilir. Türkiye'de bunu gösterecek ampirik çalışmaların yapılması elbette çok önemlidir. Ancak sosyal sermaye sağlığı toplum düzeyinde iyileştirecek ya da Neoliberalizmin sağlık üzerinde yarattığı tahribatı büyük ölçüde ortadan kaldırabilecek bir mekanizma olarak görülmemelidir. Kaldı ki sosyal sermaye içinde kurulan ağlar, etkileşim ve paylaşılan bilgi doğrudan sağlıkla ilgili değil de, örneğin yoksullukla baş etme konusuyla ilgili olursa, ya da bu yönleri ağır basarsa, sağlıksız değer ve normların desteklenmesi de söz konusu olabilir. Örneğin Türkiye'de sıklıkla görülen komşuya iyi gelen ilacı kullanmak, kulaktan dolma bilgilerle kendini tedavi etmeye çalışmak ya da doktor tarafından önerilen tedaviyi sonlandırmak da sosyal sermaye üzerinden edinilen davranışlar olarak açıklanabilir. Yoksulluğa rağmen hayatta kalmak, sağlıklı yaşamdan daha önemli bir hedef olabilir ve bu durumda bireyler ve topluluklar sağlığa olan zararı dikkate alınmaksızın hayatı sürdürmenin daha düşük maliyetleri yollarına odaklanabilirler. Benzer şekilde sağlık konusunda bireylerin bilgi, davranış ve etkileşimlerin

aşırı vurgulanması sağlıksızlıktan doğrudan bireyleri ve küçük toplulukları sorumlu tutan neoliberal sağlık söylemini güçlendirebilir. Son yıllarda tütün kullananların sigorta primlerini yükselten ya da prim ödediği halde tütün kullanımına bağlı hastalıklar söz konusu olduğunda tedavi masraflarını karşılamayan devletler olduğu dikkate alındığında bu konunun önemi belirginleşir. Çünkü tütün kullanımının sınıfsal bir deseni olduğu uzun zaman önce çok sayıda araştırmayla ortaya konmuştur. Benzer şekilde obezite sınıfsal olduğu halde diyetisyenin verdiği diyete uymayanların tedavilerinin sigorta tarafından karşılanmaması gerektiğine ilişkin iddialar 2000'lerin ikinci yarısından beri gündemdedir. Bu tip uygulamalar bireylerin sağlığını daha fazla bozmanın yanı sıra normları neoliberalizm tarafından belirlenen bir yeni sağlık düzeninin distopik görünümünün birer parçasıdır. Sosyal sermaye üzerinden sağlığı bozucu davranışların kişisel veya topluluksal özellikler olarak görülmesi bu davranışların ardındaki sınıfsal deseni gizlemeye yardımcı olacak şekilde kullanılabilir. Diğer bir deyişle bu durum bazı bireyleri çeşitli davranışları nedeniyle sağlık sisteminden dışlama gibi uygulamaların bilimsel ideoloji tarafından desteklenmesine ve hastalığın nedenini bireysel yaşam tarzı faktörlerine indirgeme eğiliminde olan neoliberal sağlık söyleminin meşrulaştırılmasına yol açabilir. Hâlbuki neoliberal sistemlerde görülen bu tip uygulamaların ardındaki nedenler toplum sağlığını iyileştirme gayretinden çok devletin sağlık alanındaki sorumluluklarından geri çekilmesi, sağlığın serbest piyasa koşullarına uygun bir alan olarak kurulması, özelleştirilmesi ve şirketleştirilmesi ile ilgilidir. Bu nedenle sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiye dair çalışma ve tartışmalarda neoliberal sağlık paradigmasının özellikleri iyi okunmalı, bireylerin kaynakları, etkileşimleri ve davranışları sağlığı bozan yapısal faktörlerden tamamen ayrılmamalıdır.

Sağlık ve sosyal sermaye arasındaki ilişkiye dair araştırmalarda işlemselleştirme süreci üzerinde çok durulmakla birlikte aynı kavramı çok farklı şekillerde ölçerek yapılan ampirik çalışmalar olduğu görülmektedir. Şüphesiz bilimsel bilgi birikimseldir ve bu verilere dayanarak kapsayıcı bir teori geliştirme olanağı her zaman var olacaktır, ancak büyük çoğunluğu nicel yöntemle yürütülen bu çalışmaların nicel mantığa aykırı bir şekilde aynı kavramı farklı değişkenlerle ölçmeleri aralarında nicel bir karşılaştırma yapmayı imkansız kılmaktadır. Sosyal sermayenin ölçümü günümüzde kendi başına bir literatür oluşturmuştur ve elbette ki bir kavram birden fazla değişkenle ölçülebilir. Burada vurgulanmak istenen, bilim anlayışı ile yöntem arasındaki tutarlılık meselesidir. Eğer sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiye dair bir çalışma sadece

işlemselleştirmeye daha az uygun olduğu için Bourdieu'cu anlamda sosyal sermayeye ve sosyal sermayenin diğer sermaye türleriyle ilişkisine neredeyse hiç değinmeden yapılıyorsa, o halde verilerin karşılaştırılması ve güvenirlik gibi nicel yöntemin merkezî konularında daha hassas olmaları ve ölçümlerini karşılaştırılabilecek şekilde yapmaları beklenir. Diğer taraftan bu konuda yapılacak çalışmaları asıl güçlendirecek olanın daha katı nicel ölçümler değil, kavramı daha geniş bir perspektifle ele alabilen çalışmalar ve nitel yöntemle yapılacak olan araştırmalar olduğu düşünülmektedir. Eğer bu konudaki çalışmalar Putnam'ı olduğu kadar Bourdieu'yu da dikkate alırsa ve işlemselleştirme sürecine olduğu kadar bağlam bütünlüğüne de önem verirse daha etkili sonuçlar alınabilir. Sosyal sermaye ve kültürel sermaye kavramlarının sağlık açısından kesişen sonuçları da böyle bir bütüncül yaklaşımın gerekliğini göstermektedir. Örneğin doğru sağlık bilgisine erişim, sağlıklı davranış konusunda rol model alma gibi konular, incelenen çalışmalarda görüldüğü gibi hem sosyal hem de kültürel sağlık sermayesiyle ilişkilidir ve ekonomik sermayeden de bağımsız değildir.

Özellikle sağlık bilimlerinde sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmaların kavramı bu şekilde ele alışında en önemli etken, sahip oldukları pozitivist mirastır. Neoliberal sağlık paradigmasının sağlıkta bireyin ve toplulukların önemini vurgulamasının az sayıdaki olumlu etkilerinden biri sağlık alanındaki çalışmaların bu ilişkileri ortaya koyacak yeni teori ve kavramlara yönelmesini sağlaması olmuştur. Çünkü bireylere ve topluluklara yapılan bu vurgu bireyin pasif bir alıcıdan ibaret olmadığı, etkin bir özne olduğu sosyal bilim paradigmalarına dikkat çekmektedir. Bireyi bir özne olarak görmeye çalışmak, uzun zaman boyunca Pozitivizm dışındaki yöntemsel yaklaşımları ve nitel araştırma desenlerini benimseyen çalışmaları neredeyse bilimden bile saymayan biyomedikal ve pozitivist paradigmalara yönelik eleştirilerin çoğalmasını sağlamış, bu paradigmaların sınırlarına ilişkin tartışmaları artırmıştır. Bu sorgulamanın kendisi de, sosyal sermaye gibi sosyal bilim kavramlarının sağlıkla ilgili disiplinler arası literatürün merkezine girmesi de elbette son derece değerli gelişmelerdir. Öte yandan biyomedikal paradigmanın etkisinden kurtulmadan ya da onu eleştirmeden yapılacak çalışmalarda sosyal sermaye kavramını kolaylıkla değişkenlere indirgenebilecek ve kesin olarak ölçülebilecek bir kavram olarak görmek tehlikesi de vardır. Sosyal sermayeyi havada kalmış, bağlamına oturtulmamış değişkenlerle (örneğin sadece arkadaşlara güvenme düzeyi veya komşularla görüşme sıklığı ile ölçen çalışmalarda olduğu gibi) ölçen çalışmaların elde edeceği bilgiler bütünlüklü bir kavrayışı

mümkün kılamaz. Eğer amaç gerçekten birey ve toplulukların sahip olduğu kaynaklar çerçevesinde girdikleri etkileşimlerin sağlıkla ilişkisini görmekse, bu karmaşık ve çok boyutlu konunun tekil değişkenlere indirgenmesinin çalışmaların genelleme gücü ve güvenirlik düzeylerinden bağımsız olarak çok sınırlı bir sonuç vereceği hatırda tutulmalıdır. Kısacası sosyal bilimlerde kullanılan temel kavramların sağlık alanında etkili bir şekilde kullanılabilmesi için sosyal bilimlerin çok boyutlu bakış açısının benimsenmesi ve kavramların daha kapsayıcı bir çerçeve içinde kullanılması gerekir.

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık ve sosyal sermaye arasındaki ilişkiye dair çalışmaların son derece az olduğu, henüz bu konuda ampirik veri toplanmadığı, dolayısıyla karşılaştırmayı mümkün kılan bir literatürün henüz oluşmadığı görülmektedir. Türkiye'de sosyal sermayenin özellikle prim borçları nedeniyle sigorta kapsamı dışında kalan, muayene ve ilaçlar için ödenen katkı ve katılım payları gibi cepten yapılan harcamaları karşılayamayan, ulaşım masrafları veya başka nedenlerle sağlık sisteminden etkili bir şekilde yararlanamayan grupların sağlık davranışları ve sağlıkları üzerindeki etkilerinin ortaya konması öznelerin değişen yapısal koşullara nasıl tepki gösterdiklerini anlamak açısından yararlı olabilir. Türkiye'de sağlık sisteminin özel sektör tarafından tamamlanan bir sistem olduğu ve mal ve hizmetlerde özel sektörün payının giderek arttığı dikkate alındığında önümüzdeki yıllarda sosyal sermayenin grupların ve toplulukların sağlıklarını artırmak için bir kaynak olarak öneminin artacağı açıktır. Eğer bu konuda yapılacak araştırmalarda (a) nicel yöntemin yanı sıra nitel yöntemi de benimseyen çalışmalar yapılırsa, (b) tek bir disiplinin perspektifiyle bakmak yerine disiplinler arası çalışmalara ağırlık verilirse ve (c) işlemselleştirme kolaylığı nedeniyle sosyal sermayenin belirli tanımlarıyla sınırlı kalınmazsa başta sağlık sosyolojisi olmak üzere sağlıkla ilgilenen pek çok disiplin ve alan için çok değerli bir bilgi birikimi elde edilebilir. Elbette toplum sağlığını iyileştirmek için gerekli yapısal değişiklikler birey veya topluluk düzeyinde gerçekleştirilemez. Bununla birlikte neoliberal politikaların etkisi altında bu değişimlerin uzunca bir süre gerçekleşmeyebileceği hesaba katılmalıdır. Dolayısıyla yapısal bir değişim gerçekleşene dek en azından topluluk düzeyinde sağlığı iyileştirebilecek yolların ortaya konması ve öznelerin yapıyı etkileyebilecek mekanizmalar oluşturabilmeleri açısından sosyal sermayenin ve kültürel sağlık sermayesinin sağlıkla ilişkisini ortaya koymayı amaçlayan çalışmaların yapılması büyük önem taşımaktadır.

Kaynakça

Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *62*(13), 1–5.

Aida J., Hanibuchi, T., Nakade, M., Hiral, H., Osaka, K., & Kondo, K. (2009). The different effects of vertical social capital and horizontal social capital on dental status: a multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, *69*(4), 512–518.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, *111*, 11–18.

Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137–173). New York, NY: Oxford University Press.

Berkman, L. & Kawachi, I. (2000). Social cohesion, social capital, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 174–190). New York, NY: Oxford University Press.

Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London, UK: Routledge Press.

Bourdieu P. (1986). The forms of capital. In J. Richardson (Ed.) *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241–258). New York, NY: Greenwood.

Campbell, C., & Jovchelovitch, S. (2000). Health, community and development: Towards a social psychology of participation. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, *10*, 255–270.

Cao, W., Li, L., Zhou, X., & Zhour, C. (2015). Social capital and depression: Evidence from urban elderly in China. *Aging & Mental Health*, *195*, 418–429.

Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L. & diğ. (2003). Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, *68*(2),161–185.

Cockerham W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, *46*(1), 51–67.

Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology.* 94:95–120.

Coleman, J. S. (1990). *Foundations of social theory*. London, UK: Harcard University Press.

Coletta, N. J., & Cullen, M. L. (2000). *The nexus between violent conflict, social capital and social cohesion: Case studies from Camboida and Rwanda*. Washington, DC: The World Bank.

Cullen, M., & Whiteford, H. (2001). *The Interrelations of Social Capital with Health and Mental Health*. Australia: The Commonwealth of Australia.

Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, *29*(1), 1–28.

D'Hombres, B., Rocco, L., Suhrcke, M., & Mckee, M. (2010). Does social capital determine health? Evidence from eight transition countries. *Health Economics*, *19*(1), 56–74.

Dadoniene, J., Stropuviene, S., Stukas, R., Venalis, A., & Sokka-Isler, T. (2015). Predictors of mortality in patients with rheumatoid arthritis in Lithuania: Data from a cohort study over 10 years. *Medicina*, *51*(1), 25–31.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, SE: Institute for Futures Studies.

Dubbin, L. A., Chang, J. S., & Shim, J. K. (2013). Cultural health capital and the interactional dynamics of patient-centered care. *Social Science & Medicine*, *93*, 113–120.

Dünya Bankası. (1998). The Initiative on Defining, Monitoring and Measuring Social Capital. Social Capital Initiative Working Paper No.2. http://siteresources.worldbank.org/INTSOCIALCAPITAL/Resources/SCI-WPS-02.pdf Erişim: 12.02.2018

Eriksson, M. (2010). *Social capital, health and community action - implications for health promotion* (Doctoral dissertation, Umea University, Sweden). Retrieved from http://www.social-capital.net/docs/Social_Capital_Health_and_Community_Action.pdf

Eriksson, M. (2011). Social capital and health: Implications for health. *Global Health Action*, *4*(5611), 1–11.

Eriksson, M., Dahlgren, L., & Emmelin, M. (2011) Collective actors as driving forces for mobilizing social capital in a local community: What can be learned for health promotion? In H. Westlund & K. Kobayashi (Eds.), *Social capital and rural development in the knowledge society* (pp. 273–298). Northampton, UK: Edward Elgar Publishing.

Eryiğit Günler, O. (2014). Sosyal sermaye, sağlık ve hastalık. *Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, *16*(26), 107–113.

Ferragina, E., & Arrigoni, A. (2017). The rise and fall of social capital: Requiem for a theory? *Political Studies Review*, *15*(3), 355–367.

Fiorillo, D., & Sabatini, F. (2015). Structural social capital and health in Italy. *Economics & Human Biology*, *17*(1), 129–142.

Forsman, A. K., Nyqvist, F., Schierenbeck, I., Gustafson, Y., & Wahlbeck, K. (2012). Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions. *Aging Men Health*, *166*, 771–779.

Friedli, L. (2012). What we've tried, hasn't worked: The politics of assets based public health. *Critical Public Health*, *23*(2), 131–145.

Frohlich, K. L., Corin, E., & Potvin, L. (2001). A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of Health & Illnes*s, *23*(6), 776–797.

Fujiwara, T., & Kawachi, I. (2008). A prospective study of individual-level social capital and major depression in the United States. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *62*(7), 627–633.

Grootaert, C., & Van Bastelaer, T. (2002). *Understanding and measuring social capital – a multidisciplinary tool for practitioners*. Washington, DC: The World Bank.

Harpham, T., Grant, E., & Thomas, E. (2002). Measuring social capital within health surveys: Key issues. *Health Policy and Planning*, *17*(1), 106–111.

Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2002). Social networks and social support. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. M. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education Theory, research, and practice* (pp. 185–209). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., & Gertdham, U. (2006). Social capital and health. Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, *5*(3), 1–28.

Iwase T., Suzuki, E., Fujiwara, T., Takao, S., Doi, H., & Kawachı, I. (2012). Do bonding and bridging social capital have differential effects on self-rated health? A community based study in Japan. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *66*(6), 557–562.

Kamin, T., Kolar, A., & Steiner, P. M. (2013). The role of cultural capital in producing good health: A propensity score study. *Slovenian Journal of Public Health*, *52*(2), 108–118.

Kavanagh, A. M., Bentley, R., Turrell, G., Broom, D. H., & Subramanian, S. V.(2006). Does gender modify associations between self-rated health and the social and economic characteristics of local environments? *Journal of Epidemiology and Community Health*, *60*(2), 490–495.

Kawachi, I., & Berkman L. (2000). Social cohesion, social capital, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 174–190). New York, NY: Oxford University Press.

Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Kim, D. (2008). Social capital and health: A decade of progress and beyond. In I. Kawachi, S. V. Subramanian & D. Kim (Eds.), *Social capital and health* (pp. 1–29). New York, NY: Springer.

Kim, D., Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2006). Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: A multilevel analysis of 40 US communities. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60*, 116–122.

Lakon, C. M., Godette, D. C., & Hipp, J. R. (2008). Network-based approaches for measuring social capital. In I. Kawachi, S.V. Subramanian & D. Kim (Eds.), *Social capital and health* (pp. 63–82). New York, NY: Springer.

Lareau, A. (2003). *Unequal Childhoods*. Berkeley: University of California Press.

Lin, N. (2001). *Social capital: A theory of social structure and action*. New York, NY: Cambridge University Press.

Lleras-Muney, A. (2005). The relationship between education and adult mortality in the U.S.. *Review of Economic Studies*, *72*(1), 189–221.

Malat, J. (2006). Expanding research on the racial disparity in medical treatment with ideas from sociology. *Health*, *10*, 303–321.

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010.* London, UK: The Marmot Review.

Maynard, D. W. (1991). Interaction and asymmetry in clinical discourse. *American Journal of Sociology*, *97*(2), 448–495.

McKenzie, K., Whitley, R., & Weich, S. (2002). Social capital and mental health. *British Journal of Psychiatry. 181*, 280–283.

Merzel, C., & D'Afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93, 557–574.

Mishler, E. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical ınterviews*. Norwood, UK: Ablex Publishing.

Mitchell, C. U., & LaGory, M. (2002). Social capital and mental distress in an impoverished community. *City & Community, 1*(2), 199–222.

Muckenhuber, J., Pollak, L., Stein, K.V., & Dorner, T. E. (2016). Individual cognitive social capital and its relationship with pain and sick leave due to pain in the austrian population. *PLoS One, 11*(6), e0157909. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157909

Nakamine, S., Tachikawa, H., Aiba, M., Takashi, S., Noguchi, H., Takahashi, H., & Tamiya, N. (2017). Changes in social capital and depressive states of middle-aged adults in Japan. *PLoS One*, *12*(12), e0189112. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189112

O'Brien Caughy, M., O'Campo, P. J., & Muntaner, C. (2003). When being alone might be better: Neighborhood poverty, social capital, and child mental health. *Social Science & Medicine*, *57*(1), 227–237.

Oksanen, T., Kouvonen, A., Vahtera, J., Virtanen, M., & Kiimaki, M. (2010). Prospective study of workplace social capital and depression: Are vertical and horizontal components equally important? *Journal of Epidemiology & Community Health*, *64*(8), 684–689.

Oncini, F., & Guetto, R. (2018). Cultural capital and gender differences in health behaviours: A study on eating, smoking and drinking patterns. *Health Sociology Review*, *27*(1), 15–30.

Poortinga, W. (2012). Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital. *Health & Place*, *182*, 286–295.

Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, *24*, 1–24.

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York, NY: Simon & Schuster.

Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. Y. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). Introduction. In C. Selden, M. Zorn, S. Ratzan & R. Parker (Eds.), *National library of medicine current bibliographies in medicine: Health literac* (pp. 5–7). Bethesda, MD: National Institutes of Health.

Rippon, S., & Hopkins, T. (2015). *Head, hands and heart: Asset-based approaches in health care.* London, UK: The Health Foundation.

Rocco , L., & Suhrcke, M. (2012). *Is social capital good for health? A European perspective*. Copenhagen, DK: World Health Organization Regional Office.

Sacks, T. K. (2018). Performing black womanhood: A qualitative study of stereotypes and the healthcare encounter. *Critical Public Health*, *28*(1), 59–69.

Shim, J. K. (2010). Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care ınteractions and the dynamics of unequal treatment. *Journal of Health and Social Behavior*, *51*(1), 1–15.

Song, L. (2013). Social capital and health. In W. C. Cockerham (Ed.), *Medical sociology on the move: New directions in theory* (pp. 233–257). London: Springer.

St John, Daniel (2017). *Evaluating Cognitive Social Capital: The Roles of Trust and Reciprocity in Health Research* (Thesis, Uppsala University, Swedish). Retrieved from http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1150103/FULLTEXT01.pdf

Stafford, M., Cummins, S., Macintyre, S., Ellaway, A., & Marmot, M. (2005). Gender differences in the associations between health and neighborhood environment. *Social Science & Medicine*, *60*, 1681–1692.

Stimson, G., & Webb, B. (1975). *Going to see the doctor: The consultation process in general practice*. London: Routledge and Kegan Paul.

Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, *33*(4), 650–667.

Turner, H., & Schieman, S. (2008). Stress processes across the life course: Introduction and overview. *Advances in Life Course Research*, *13*(1), 1–15.

Uçar, E. (2016). Sosyal sermaye, politika, ekonomi, sağlık ve eğitim arasındaki ilişkiler. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *8*(17), 518–533.

Ullits, L. R., Ejlskov, L., Mortensen, R. N., Hansen, S. M., Kramer, S. R., Vardhingus-Nielsen H. … Overgaard, C. (2015). Socioeconomic inequality and mortality - a regional Danish cohort study. *BMC Public Health*, *15*(490), 1–9.

Uphoff, N. (2000). Understanding social capital: Learning from the analysis and experience of participation. In P. Dasgupta & I. Serageldin (Eds.), *Social capital: A multifaceted perspective* (pp. 215–249). Washington, DC: World Bank.

Van Der Gaag, M., & Webber, M. (2008). Measurement of individual social capital: Questions, instruments, and measures. In I. Kawachi, S. V. Subramanian & D. Kim (Eds.), *Social capital and health* (pp. 29–50). New York, NY: Springer.

Veenstra G. (2007). Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada. *Health Place*, *13*, 14–31.

Wall, S. (1995). Epidemiology for prevention. *International Journal of Epidemiology*, *24*, 655–664.

Westlund, H. (2006). Social *capital in the knowledge economy. Theory and empirics*. Berlin, DE: Springer.

World Health Organization. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Geneva, CH: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *Health 2020: European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.* Copenhagen, DK: World Health Organization.

Wilkinson, R. G. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London: Routledge.

Williams, G. H. (1995). Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of Health and Illness*, *17*, 577–604.

Woolcock, M. (2001). The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *Isuma: Canadian Journal of Policy Research*, *2*(1), 11–17.

Youde, J. (2012). *Global health governance*. Cambridge, UK: Polity Press.