



SOSYAL SERMAYE VE SAĞLIK İLİŞKİSİNE DAİR BİR DEĞERLENDİRME EVALUATION ON SOCIAL CAPITAL AND HEALTH RELATIONSHIP

Hüseyin YADİGAROĞLU*

Öz

Başta sosyoloji olmak üzere siyaset, iktisat ve eğitim gibi alanlarda yararlanılan bir kavram olan sosyal sermaye, sağlık alanındaki çalışmalarda da kullanılmaktadır. Bu metinde, sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişki konu edildi. Sosyal sermaye, insanlar arasındaki karşılıklı etkileşim düzleminde ortaya çıkan ilişki tiplerini ifade etmektedir. Sosyal sermaye, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Metinde sosyal sermayenin sağlığın korunması ve geliştirilmesine olan katkılarını açıklamanın yanı sıra sağlık durumuna olan katkıları da açıklanmaya çalışıldı. Bu amaçla sosyal sermayenin farklı tanımlarına yer verilerek sağlıklı ilişkisi sağlık davranışı, yaşam kalitesi ve hastalıkların engellenmesi veya onlardan korunma başlıkları altında değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Sermaye, Sağlık, Hastalık.

Abstract

Social capital, which is a concept that is used primarily in areas such as sociology, politics, economics and education, is also used in studies in the field of health. In this text, the relationship between social capital and health was mentioned. Social capital refers to the types of relationships that occur in the plane of mutual interaction between people. Social capital is considered to be one of the social determinants of health, both at the individual and social level. In addition to explaining the contribution of the social capital to the protection and development of health, the contributions to health status were also tried to be explained. For this purpose, different definitions of social capital are given and health relatedness is evaluated under the headings of health behavior, prevention of quality of life and diseases, or protection against them.

Keywords: Social Capital, Health, Illness.

Giriş

Toplum, nicel olarak bir araya gelmiş insanların varlığından ibaret değildir. Toplum, kültür semsiyesi altında ortak değerler etrafında beraberce yaşama niteliği gösteren ve etkileşim halinde olan insan birliktelikleridir. Bu nedenle her kültürde, insanlara değerleriyle iyi ilişkiler kurmaları gerektiğini öğütleyen formel veya informal kaynaklar vardır. Kültürel kaynaklardaki bu vurgu, toplum olma bilincinin insanlara kazandırılma amacının somut göstergesidir. Örneğin “bin altının olacağına bir dostun olsun” ile “ne bildiğin değil, kimi tanıdığın önemlidir” Türk ve İngiliz atasözleri toplumsal bütün içinde insanlar arası ilişkilerinin önemini vurgulamaktadırlar.

Sosyal sermaye; değerli menfaatlere ve/veya kaynaklara erişim sağlayan bireyler, aileler, gruplar veya topluluklar arasındaki ilişkilerden kaynaklanır (Turner, 2006: 557). Sosyal sermaye teorisinin temel tezi “ilişkiler önemlidir” (Field, 2008: 1) önermesi üzerine kuruludur. Bu ilişkiler formel veya informal düzeylerde ortaya çıkan ve genellikle insanlara sağladığı faydalar üzerinden değerlendirilir. Böylece ağ bağ zemini bağlamında bireyler arası ilişki düzlemi olan sosyal sermaye; iktisat, eğitim, sağlık ve sosyoloji gibi farklı bilimsel disiplinler tarafından ele alınmıştır. Toplum içinde bireyi daha etkin kılan sosyal sermaye, bu metinde temel argümanlarıyla ele alınmakla birlikte metnin esas ilgisi, sosyal sermayenin sağlık durumuna ve hastalıklar karşısında bireye kazandırdığı avantajlar ve sahip olduğu işlevler üzerinedir. Böylece sosyal sermayeye sahip olmanın sağlığa olan katkıları irdelenirken, literatürde yer alan çalışmalara referansla bir değerlendirmeye tabi tutulacaktır.

1. Sağlık ve Hastalık Kavramları

* Arş. Gör., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, hyadigaroglu@ktu.edu.tr



Her toplumun kendine özgü sosyo-kültürel değerleri bağlamında sağlık ve hastalık olguları, şekillenmektedir. Böylelikle sağlık/hastalık ve kültür ilişkisi karşılıklı etkileşim içinde meydana gelen bir form bağlamında ele alınma ihtiyacı doğururken, sağlık durumunun biyolojik determinist¹ bakış açısının aksine holistik² bir bakışla değerlendirilmesinin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu bağlamda sağlığın dinamikliği, genetik yapı ve kalıtsallık gibi biyolojik özelliklerden; sınıf, eğitim durumu ve toplumsal cinsiyet gibi sosyal örüntülerden; sağlık hizmetleri, ideolojileri ve eşitsizlikleri gibi politikalardan; ve insanları arası karşılıklı etkileşim, bilgi alış veriş, güven/güvensizlik ve bağlılık süreçlerinden kaynaklanmaktadır. Sosyal sermaye de sağlığa dinamizm kazandıran önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, sadece hastalık veya rahatsızlığın olmaması değil; fiziksel, sosyal, zihinsel tam bir iyilik halidir (WHO, 2018). Sağlık; "bir hastalığın olmaması", "günlük aktivitelerin üstesinden gelebilme" ve "sağlıklı ve iyi bir durumda olma" durumlarını ifade etmektedir (Cirhinlioğlu, 2012: 22). Sosyolojik açıdan hastalık (illness) ise; bireyin yaşadığı hastalık belirtileri, ağrı ya da rahatsızlıkla ilgili sahip olduğu psikolojik farkındalıkla ilgili öznel bir durumdur. Deneyimlenen bu öznel durum neticesinde hasta sosyal davranışlarını değiştirir (Cockerham ve Ritchey, 1997: 71). Bu bağlamda sağlık (health), hastalık (illness) ve rahatsızlık (disease) sadece biyolojik ve psikolojik durumlar değil aynı zamanda sosyal bir durum olarak da kabul edilmektedir (Clarke, 2010: 1).

Bir deneyim türü olarak hastalık ve sağlık sosyal olgulardır. Bu olgular sosyal olarak inşa edilir ve her iki olgunun nasıl algılandığı ve tanımlandığı kültürden kültüre değişmektedir. Sağlık ve hastalık neyi sembolize etmektedir? Hasta nasıl davranmalıdır? Sağlık hizmetleri nasıl verilmelidir? Tüm bu sorular kültürün onayladığı ve tavsiye ettiği ilişkiler düzleminde şekillenmektedir. Söz konusu bu ilişkiler düzlemi bireylerin sahip olduğu bir kaynak olarak sosyal sermaye düzeyini belirlemektedir. Aynı zamanda sağlık ve hastalık, toplumsal örüntülerle de ilintilidir. Sosyal sınıf, ekonomik durum, toplumsal cinsiyet, çalışma durumu, din, toplumsal yapı ve etnik durum gibi unsurlar üzerinden inşa edilen sosyal sermaye de sağlık durumunu etkileyen olgulardan biridir.

2. Sosyal Sermaye Kavramı

Sosyal sermayeyi farklı şekillerde tanımlamak mümkündür. Bu tanımlamalardaki farklılığa esas alınan kriterler neden olmaktadır. Bazı düşünürler sosyal sermayenin üç temel bileşeni olduğunu söyler: Ağ bağ; grup üyeleri tarafından şekillendirilen beklentiler, değerler ve normların kümesi; ve yaptırımlardır (cezalar ve ödüller - ağ bağ ve normların devamlılığına yardımcı olur) (Halpern, 2005: 10). Bazı düşünürler ise, sosyal sermayenin sosyal destek, sosyal avantaj, informel sosyal kontrol ve komşuluk organizasyonlarına katılımı ilişkilendirerek açıklamaya çalışmaktadır (Carpiano, 2008: 85). Aynı zamanda sosyal sermayenin bileşenleri olarak güven, bağlantı ve karşılıklı davranışları (Ziersch vd. 2005: 71) kabul edenler de vardır.

James Coleman sosyal sermayeyi rasyonel eylem kuramı bağlamında açıklarken her aktörün belirli olaylar ve kaynaklarla ilişkilendiğini ve yine belirli kaynaklar üzerinde kontrole sahip olduğunu vurgular. Böylece sosyal sermayeyi, bir aktörün sahip olduğu mevcut kaynağın belirli bir türü ve işlevleri açısından tanımlar. Söz konusu kaynakların iki özelliği vardır: Kaynakların hepsi sosyal yapıların bazı yönlerinden oluşur ve yapı içindeki aktörlerin (kişiler veya kurumsal aktörler) eylemlerini kolaylaştırır. Diğer sermaye türleri gibi sosyal sermaye de üretkendir. Sosyal sermayenin yetersiz olduğu durumlarda insanların ulaşamadığı hedeflere sosyal sermayenin edinimiyle birlikte ulaşmaları kolaylaşmaktadır. Burada özellikle belirtmek gerekir ki, belli eylemleri kolaylaştırmak için değerli olan belirli bir sosyal sermaye biçimi, başkaları için işe yaramaz veya zararlı olabilir. Böylelikle sosyal sermayeyi belirleyen temel unsurlar toplumdan topluma ve kişiden kişiye farklı anlamlar taşır. Kısacası doğası gereği sosyal sermaye, aktörler ve aktörler arasındaki ilişki yapısı içinde form kazanmaktadır (Coleman, 1988: 98).

R. Putnam'a göre sosyal sermayenin iki türü vardır: Köprü kuran sosyal sermaye ve bağlayıcı sosyal sermaye. Köprü kuran sosyal sermaye, "aralarında toplumsal ayrımlar bulunan insanları birleştirir".

¹ Biyolojik determinizm, hastalığın ve onun belirtilerinin (semptomlar) doğa bilimlerinin metodolojileriyle tanımlanabileceğini savunur. Bu yaklaşımda hasta olma, organizmada meydana gelen biyolojik bir zarardan dolayı canlı türlerinin normlarından sapması sonucunda ortaya çıkan durum olarak tanımlanır (White, 2002: 17).

² Holistik tıp, "hastalıkların önlenmesinin üstünde duran ve bir insanın tüm fiziksel ve sosyal çevresini göz önünde tutan sağlık hizmetleri yaklaşımıdır" (Macionis, 2013: 553).



Bağlayıcı toplumsal sermaye ise, “ayrıcılık kimlikleri ve homojen grupları destekler” (Giddens, 2013: 721). Putnam için,

“sosyal sermaye teorisinin ana fikri, sosyal iletişim ağlarının bir değer olduğudur. Sosyal bağlar bireylerin ve grupların verimliliğini etkilemektedir”. Terimin kendisini “bireyler arasındaki iletişim ağları ve bundan ortaya çıkan karşılıklılık ve güvenilirlik normları gibi bağlantılara” gönderme yaparak tanımlar (Akt. Field, 2008: 45).

Ronald S. Burt sosyal sermayeyi, beşeri sermayenin bağlamsal tamamlayıcısı olarak görür. Sosyal sermaye, insanların bir şekilde birbirleriyle daha iyi bağlantı kurma süreçleriyle ilişkilidir. İnsan ya da gruplar diğerleriyle değişime bağlı olarak belirli bağlantılar kurar ve diğerlerine güvenirler. Bu değişim sürecinde oluşan yapı içinde belirli pozisyona sahip olma kazanç sağlayabilir. Bu kazanç sosyal sermaye (Burt, 2000: 347) olarak nitelendirilmektedir. Düzenli eylemleri kolaylaştırarak toplumun verimliliğini geliştiren güven, normlar ve ağ bağları gibi sosyal organizasyonların özellikleri sosyal sermaye olarak kabul edilmektedir (Burt, 2000: 348).

N. Lin iktisadi sermaye ile sosyal sermaye arasında ilişki kurar. Sosyal sermayeyi iktisadi sermaye kavramı üzerinden değerlendirerek açıklamaya çalışır. N. Lin’e göre sermaye, “piyasada getiri beklentisiyle kaynakların yatırımı”dır. Sermaye, kaynaklardır. Kaynaklar yatırım yapıldığında ve (bir amaç olarak) kâr amacıyla harekete geçirildiklerinde sermaye olur (Lin, 2003: 3). Lin sosyal sermayenin, sosyal ağ bağları içinde gömülü olan kaynaklardan elde edildiğini vurgular (1999: 28).

Sosyoloji alanında sosyal sermaye kuramına en önemli katkıları yapan düşünürlerden biri olan Pierre Bourdieu’ya göre sosyal sermaye, “karşılıklı aşına olunan ve tanınan, daha az veya daha fazla kurumsallaşmış sağlam (sürekli) ilişkilere sahip aktüel ya da potansiyel kaynakların kümesidir” (Bourdieu, 1986: 51; Bourdieu ve Wacquant, 2014: 108). Bir gruba üye olma, grup üyelerinin her birinin sahip oldukları kendi kolektif sermayelerini destekler. Buradan hareketle sosyal sermayenin kolektif bir yönü olduğunu söyleyebiliriz. Bireyin bir gruba üye olması veya grubun bireye kazandırdığı kolektif düşünce üzerinden sosyal sermaye biçim kazanmaktadır kısacası bir gruba üye olma ve üye olmanın sonucunda oluşan kolektif bilinç sosyal sermayeyi etkiler. Gruplar, üyelerinin her birine grubun sahip olduğu kolektif sermayeye ait sosyal sermaye desteği sağlar. Bu durum, “yeterlilik belgesi (credential)” gibi insanlara kredi kullanma hakkını verir. Sosyal sermayenin hacmi: İnsanların etkili bir şekilde harekete geçirebilecekleri ağ bağ bağlantılarının boyutlarına ve sahip oldukları sermayelerin miktarı ve türüne (ekonomik, kültürel ya da sembolik) bağlıdır (Bourdieu, 1986: 51). Bourdieu için ağ bağ ilişkileri, uzun ya da kısa dönemde doğrudan kullanılabilen koşullu ilişkilerin (komşuluk, iş yeri, ya da akrabalık gibi) yeniden üretilmesi ya da kurulması amacıyla kolektif ya da bireysel yatırım stratejilerinin ürünü olarak görür (Bourdieu, 1986: 52). Buradan hareketle Bourdieu’nun sosyal ilişkileri temel alarak sosyal sermayeyi açıkladığını söyleyebiliriz.

3. Sosyal Sermaye ve Sağlık

Sağlığı etkileyen birçok sosyal unsur vardır. Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre tarım ve gıda üretimi, eğitim, çalışma ortamı, işsizlik, su ve temizlik, sağlık bakım hizmetleri ve barınma gibi sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel koşullar; sosyal ve ortak ağ bağları; yaş, cinsiyet, kalıtsal özellikler gibi bireysel yaşam tarzı gibi faktörler sağlığın sosyal belirleyicileri olarak kabul edilmektedir (WHO, 2008). Sağlığı belirleyen bu unsurlar aynı zamanda sosyal sermayeyi belirleyen temel etkenler olarak da kabul edilebilir. DSÖ’ne göre, toplumsal düzeyde sosyal sermayenin yüksek olduğu toplumlarda yaşayanlar için bireysel sosyal sermaye hem sağlık durumuna katkı sağlamakta hem de sağlık durumunun en önemli belirleyicilerinden biri (Rocco ve Suhrcke, 2012: 13) olmaktadır.

Genellikle sosyal sermaye ve sağlık arasında karşılıklı bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin de pozitif yönde sağlık durumunu etkilediği belirtilmektedir. Burada özellikle belirtmemiz gerekir ki sosyal sermayenin sağlığa negatif etkileri olabileceğini de iddia eden düşünürler vardır. Alejandro Portes bunlardan biridir. Ona göre sosyal sermayenin dört olumsuz sonucu vardır: Yabancıların dışlanması, grup üyelerine karşı aşırı sahiplenme, bireysel özgürlükleri sınırlandırma ve normları aşağı seviyeye ayarlama (downward levelling norms)³ (1998: 15). Sermaye ve sağlık ilişkisini konu edinen bu metinde ise sadece sosyal sermayenin sağlığa yönelik olumlu etkilerine yer verilmiştir.

³ Normları aşağı seviyeye ayarlama (downward levelling norms): Toplumsal sıkıntılar ve topluma karşı muhalif olma grup dayanışmasını sağlamlaştırmaktadır. Bu durumlarda bireysel başarı hikâyeleri grup bütünlüğünü zayıflatabilir. Toplumsal normlara eleştirel yaklaşan veya uyum sağlamayan grup üyelerini bir arada tutmak için normlar onların düzeyine göre ayarlanır, tesviye edilir (Portes, 1998).



Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişki öncelikle sosyal sermaye içindeki ağ bağlar tarafından üretilen sağlık bilgisi, duygusal ve materyal desteği gibi kaynaklara erişim konusunda fayda sağlamaktadır. Buna bağlı olarak da sosyal sermayesi düşük olan insanların hasta olma ihtimallerinin daha yüksek (Mithen vd. 2015: 28) olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda, bireysel sağlık üzerine sosyal sermayenin pozitif etkisi olduğunu söylemek mümkündür. Öncelikle sosyal sermaye sağlıkla ilgili bilgilere erişimi kolaylaştırır, informal sağlık bakımı⁴ ve sosyal destek sağlar. Bununla birlikte sosyal sermaye gruplarla bağlantılı, iyi organize edilmiş siyasi ekonomik mekanizmalar içinde lobi faaliyetleri yapmayı daha etkili hale getirir (Rocco ve Suhrcke, 2012: 3).

Sağlık farklı nedensel mekanizmalar yoluyla da sosyal sermayeden etkilenir. İlki; sağlık davranışını etkileyen norm ve tutumlar, ikincisi; hem kendine saygı, güven ve kontrolün gelişmesine hizmet eden hem de biyolojik etkilere sahip olabilen psikososyal mekanizmalar, üçüncüsü; sağlık hizmetleri ve olanaklara erişime yönelik sosyal ağ bağları, dördüncüsü; suç oranları üzerinde azaltıcı etkiye sahip olmadır (Lindström, 2008: 218).

Sosyal sermayenin sağlığa etkilerini İ. Kawachi dört başlık altında değerlendirmektedir. İlk olarak; kaynaşmış gruplar kolektif eylemleri üstlenme konusunda daha donanımlıdır. Fast food restoranlarının yayılmasının engellenmesiyle ilgili imar kullanımı ya da kamusal alanda sigara içilmesinin sınırlandırılması, yerel hastanelerin (local hospital) kapatılmasına karşı protestoların organize edilmesi gibi toplum sağlığını ilgilendiren konular buna örnektir. Tüm bunlar “ortak yarar (collective efficacy)” olarak ifade edilen ve toplumsal düzeyde istenilen davranışlardır. İkinci olarak; sosyal sermaye, sosyal normları sürdürme ve kabul ettirme yeteneğine sahiptir. Örneğin ergenlerin sigara ve içki içme gibi sapma davranışlarına yetişkinlerin müdahale etmesi informal sosyal kontroldür (Kawachi, 2010: 19). Üçüncü olarak; insanlar arasında karşılıklı olarak ağ bağlarının değişimi sağlığı etkiler. Örneğin bir toplumda yaşayan insanlar birbirlerine yardımcı olurlar. Bunun nedeni karşılıklı güvenirlilik ve yardım etme davranışının onaylanmasıdır. Bu tür karşılıklı ilişkiler ağ bağlantılarının kurulmasını artırarak sosyal sermayenin gelişmesine katkı sağlar. Bu durum ise güvenirlilik ve yardım etme duygusunu yücelterek bireylerin sağlık konusunda bilinçlenmelerine katkı sağlar. Dördüncüsü; iletişim ağı içerisinde yer alan bilgi kanalları yeniliklerin yayılmasını sağlar. Böylelikle sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilere ulaşma kolaylaşır (Kawachi, 2010: 20).

⁴ İnförmel bakım (informel care): Hasta yakınlarının tedavi amaçlı olarak herhangi bir ücret beklemeden, düzenli olarak hem aile ilişkileri hem de kültürel sorumlulukları (örneğin hasta eşi olmak) göz önüne alarak yaptıkları bakımı ifade etmektedir (Hollinrake, 2013: 183-184).



Tablo 1. Bireysel ve Kolektif Sosyal Sermayenin Sağlığa Olan Etkileri (Eriksson, 2011: 4)

Bireysel Sosyal Sermaye			
Kaynaklar		Sonuçlar	Sağlığa Etkisi
Makro Yapı	Ağ Bağların Özellikleri		
Sosyal ve Siyasal Durumlar	İçselleştirilmiş Normlar	Sosyal Destek	Desteğe erişim/ Aşırı talep
Gelir Dağılımı	Grup Dayanışması	Sosyal Etki	Sağlık Gelişimi/ Zararlı davranış
		Sosyal Kontrol	Statü ve ödüller/ Sosyal Dışlanma
		Sosyal Katılım	Bilişsel yetenekler Aidiyet Yaşamın anlamı
	Karşılıklı Davranış	Materyal Kaynaklar	Sağlık hizmetlerine erişim, iş fırsatları, mali durum vb.
Kolektif Sosyal Sermaye			
Kaynaklar		Sonuçlar	Sağlığa Etkisi
Makro Yapı	Ağ Bağların Özellikleri		
Sosyal ve Siyasal Durumlar	İçselleştirilmiş Normlar	Güven	Sağlıklı bir ortam yaratma
Gelir Dağılımı	Grup Dayanışması	Kolektif eylem	Sosyal kontrol yoluyla sağlıklı normların yaygınlaşması
			Sağlık bilgisinin etkilimi dağılımı
	Karşılıklı Davranış	Materyal Kaynaklar	Sağlık hizmetlerine erişim, iş fırsatları, mali durum vb.

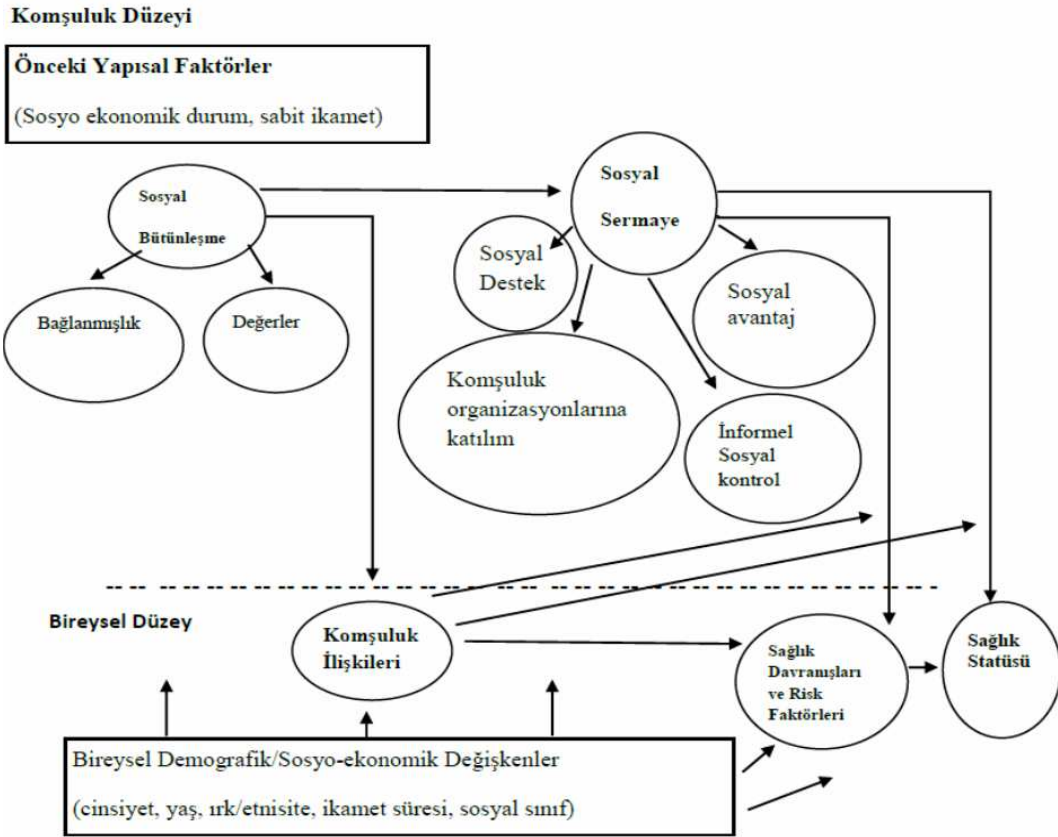
Tablo 1'e bakıldığında bireysel ve kolektif sosyal sermaye ayrımı yapıldığı görülmektedir. Bireysel sosyal sermaye kaynakları olarak değerlendirilen makro yapı ve ağ bağlar bireylerin sosyal desteğe erişimini kolaylaştırmakla birlikte zararlı davranışlardan onları alıkoymakta, statü ve aidiyet kazandırmakta ve onlara sağlık hizmetleri ile istihdam ve ekonomik avantaj sağladığı görülmektedir. Sağladığı tüm bu imkânlar doğrultusunda sosyal sermaye bireysel sağlık durumunu etkilemektedir. Kolektif sosyal sermaye kaynakları bireysel sosyal sermaye kaynakları ile aynıdır. Bu kaynaklara sahip olmak güven, kolektif eylem ve maddi kaynakları ortaya çıkarmaktadır. Sağlıklı bir ortam yaratma, sosyal kontrol yoluyla sağlıklı normların yaygınlaşması, sağlık bilgisinin etkili dağılımı ve kolektif etkinlik olanakları noktasında bu kaynaklar sağlığı belirlemektedir.

Sosyal sermaye ve sağlık ilişkisini konu edinen çalışmalarda genellikle R. Putnam'ın sosyal sermaye teorisine daha fazla yer verildiği görülmektedir. Teori ağırlıklı olarak kişiler arası güven ve karşılıklı normların önemsiz olduğunun üzerinde durmakta ve bununla birlikte güç dinamikleri ve insanların kaynaklara nasıl eriştiğini göz ardı etmektedir. Bu nedenle başta sosyoloji olmak üzere çeşitli disiplinler



tarafından eleştirilmiştir. Aslında normlar, kolektif ya da bireysel eylem için kullanılabilen sosyal ağ bağlarının doğasındaki potansiyel kaynaklardır. Oysaki Bourdieu'nun sosyal sermaye teorisi, direkt olarak kaynaklara ve bu kaynaklara erişime odaklanır. Onun düşüncesi, sosyal sınıf ve eşitsizlik formlarının nasıl yeniden üretildiğiyle ilgilidir. Bu bağlamda sosyal sermaye, insanların diğerleriyle bağlantı kurmalarıyla elde ettikleri kaynaklardan oluşur (Carpiano, 2008: 83-84). Carpiano sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiyle ilgili görüşlerini aşağıdaki tablo ile özetlemektedir.

Tablo 2. Sosyal Sermaye Süreçlerinin Bireysel Sağlığa Etkileri (Carpiano, 2008: 85).



Tablo 2'ye bakıldığında Carpiano'nun komşuluk ve bireysel düzeylerdeki ilişkilere bağlı olarak sosyal sermayeyi ele aldığı görülmektedir. Ona göre, sosyal sermaye sosyal destek, komşuluk organizasyonlarına katılım, informal sosyal kontrol ve sosyal avantajdan⁵ oluşmaktadır. Bu oluşumlar sağlık davranışları ve risk faktörleri ile sağlık statüsünü etkilemektedir.

Sosyal sermaye ve sağlık ilişkisi birçok açıdan ele alınabilmektedir. Söz konusu ilişki sosyal iletişim ağını, sosyal desteği, sosyal kontrolü ve yaşam biçimini etkileyerek sağlık statüsünü belirler (Eryiğit Günler, 2014). Bu metinde sağlık/hastalık davranışı, yaşam kalitesi ve hastalıkların sosyal sermayeyle olan ilişkileri üzerinde durulmuştur.

3.1. Sosyal Sermaye ve Sağlık/Hastalık Davranışı

Sağlık/hastalık davranışı, bireylerin kendi sağlık durumlarını algılama, değerlendirme, karşılık verme ve deneyimleme yollarını ifade eder (Pilowsky, 1997: 10). Sağlık davranışı (health behaviour) hastalıkların önlenmesi ya da herhangi bir hastalık belirtisine sahip olmayan (asemptomatik) aşamada

⁵ Sosyal avantaj (social leverage): Briggs temel iki form içerdiğini söyler: Sosyal destek (social support) ve sosyal avantaj (social leverage). Sosyal avantaj, insanların ilerleme kaydetmesinde (get ahead) veya iş bilgisine erişimini sağlayarak fırsata erişimini artırmaktadır. Bu form, prestije (clout) erişimle ilgilidir (Briggs, 1998: 178). Bireylere azim veren ve onların gelişimini artırmaya yardımcı olan ağ bağları içindeki bağlantılardır. Bu bağlantılar eğitim ve istihdama erişimi sağlayarak dikey hareketliliği destekleyebilir (Dominguez ve Watkins, 2003: 113). Sosyal avantaj, belli bir yerde ikamet edenlere istihdama ilişkin bilgilere erişimde, çocuk bakımında, iyilik halini veya sağlığı negatif yönde etkileyen sosyo-ekonomik zorluklarla baş etmede veya ekonomik zorlukları asgari düzeye indirerek maddi gücünü artırmada yardımcı olan sosyal sermayedir (Carpiano, 2008: 85).



hastalığın belirlenmesi amacıyla kendini sağlıklı hissetmeyi amaçlayan birey tarafından yapılan herhangi bir aktivitedir. Hastalık davranışı (illness behaviour) ise, uygun bir çare bulma ve sağlık durumunu tanımlama adına kendini hasta hisseden birey tarafından yapılan herhangi bir aktivitedir. Bu durum hasta rolü (sick role) davranışını ortaya koymaktır (Kasl, Kobb ve Arbor, 1966: 531). Kısacası sağlık davranışını mevcut sağlıklı durumun devam ettirilmesi veya geliştirilmesi amacıyla yapılan her türlü etkinlikler olarak ifade edebiliriz. Hastalık davranışını ise (bireyin kendi durumunu algılaması ve yorumlamasına bağlı olarak) hastalıkların engellenmesi veya yok edilmesi amacıyla ortaya koyulan rol ve eylemler olarak tanımlamak mümkündür.

Sosyal sermaye spesifik sağlık davranışları üzerinde etkilidir. Sağlam aile yapısı, ebeveynlerin çocuklarını izlemesi gibi psikososyal durumların belirlediği inançlar, değerler ve normlar hem gençleri hem de yetişkinleri sigara, alkol, uyuşturucu ve fast food beslenme gibi sağlığa zararlı davranışlara karşı koruyucu bir etkiye sahiptir. Fiziksel aktiviteler de sağlıklı bir yaşam için önemlidir. Sosyo-kültürel yapıya bağlı olarak boş zamanları değerlendirme aktiviteleri sosyal sermaye üzerinden anlamlandırılmaktadır. Burada bireylerin sahip oldukları sosyal ağ bağlarının boş zamanları değerlendirme aktiviteleriyle olan ilişkileri söz konusudur. Özellikle komşuluk düzeyinde ve insanlar arasında genelleştirilmiş güven, boş zamanların nasıl değerlendirileceğini etkiler. Benzer şekilde diyet ve beslenme davranışları da sosyal sermayeye bağlı olarak değişebilmekte hatta bu söyleme paralel olarak sosyal sermayenin varlığı veya yokluğu beslenme alışkanlıklarını etkilemektedir. Sosyal sermayeden cinsel davranışları da belirlemektedir. Örneğin bekâr ve evlenmemiş insanlar arasında cinsel serbestlik daha yaygın olduğu için HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların yaygınlaşması daha kolaydır. Böylelikle sosyal sermayenin, riskli cinsel davranışlarla negatif, koruyucu cinsel davranışlarla pozitif ilişkiye sahip (Lindström, 2008) olduğunu söyleyebiliriz.

Bir anlaşma üzerinde inşa edilen aile kurumu ve bu kurumun içinde yer alan uzak ya da yakın bireyler arasında ağ bağlantısı güçlü olduğundan dolayı bireyler psikolojik, biyolojik ve sosyolojik açılardan tatmin edilmektedir. Böylece ailesel bir yaşam tarzına sahip olanların sosyal sermayeleri sağlık açısından pozitif yönde katkı yaparken bireysel yaşam tarzına sahip olanların ağ bağlantıları zayıf olmasından dolayı negatif yönde bireysel sağlığı etkiler.

3.2. Sosyal Sermaye ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi iki boyutta ele alınabilir. Bir boyutu ile konut, gelir, eğitim ve diğer yaşamsal ve çevresel koşullar gibi maddi unsurları içerirken diğer boyutu ile yaşam tatmini, mutluluk ve refah gibi yaşam kalitesini ifade eden göstergeler ve değerler ile bireysel deneyimler ve tüm yaşamın nasıl algılandığını kapsayan manevi boyutu içerir (Bowling, 2004: 7). Yaşam kalitesi, insanların yaşamlarını devam ettirmeleri için gerekli maddi olanakları ve sahip olunan bu maddi olanakların insanlar tarafından nasıl algılandığını ifade eder. Söz konusu maddi (konut vb.) ve manevi (psikolojik tatmin vb.) öğeler sosyal sermayeden bağımsız değildir. Çünkü sosyal sermaye bireylerin hem maddi imkânlarla erişimini kolaylaştırmakta hem de var olan imkânlardan tatmin olmayı artırmaktadır. Bu bağlamda zihinsel ve bedensel yönlerden bireyin tam bir iyilik haline sahip olmasında sosyal sermayenin önemi göz ardı edilemez. Dolayısıyla sosyal sermaye yaşam kalitesini artırdığı gibi sağlık durumunu da geliştirmektedir.

Sosyal sermaye ve yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki vardır. Sosyal sermayesi yüksek olan adölesanların yaşam kaliteleri de yüksektir (Campos vd. 2013: 973). Benzer durum yaşlılar için de geçerlidir. Yaşlı insanların sosyal sermayelerinin düşük düzeyde olması onların yaşam kalitelerinin düşük olduğunun ön göstergesidir (Nilsson vd. 2006: 432). Bu göstergeden hareketle sosyal sermayenin hangi yaş aralığında olursa olsun bireylerin yaşam kalitelerine sahip olduğu nitelik ve niceliğine göre katkı yaptığını söyleyebiliriz. Böylece sosyal sermaye ve yaşam kalitesi arasında doğrusal bir orantı olduğu çıkarımında bulunabiliriz.

Bir toplumsal sistemin sahip olduğu sosyo-kültürel değerler ve bu değerler üzerinden sosyalleşen bireyler, içinde yaşadıkları toplumun örüntülerine göre davranış eğiliminde bulunurlar. Bu davranışlar içinde yaşanan toplumsal değerleri özümseme ya da reddetme biçiminde ortaya çıkabilir. Özümseme ya da kabullenme mutluluğu, reddetme ise mutsuzluğu ortaya çıkarır. Özellikle kültürel unsurlar üzerinden şekillenen ve informal ilişkilerin olduğu sosyal sistemlerde bireyler daha fazla mutlu olmaktadır. Aksine formal ilişkilerin olduğu toplumsal sistemlerde bireylerin daha mutsuz olduğunu da görebilmekteyiz.



Örneğin K. Marx yabancılaşma kavramı ile modern kapitalist ekonomik sistemin birey üzerinde yarattığı psikolojik ve sosyolojik etkileri ifade etmektedir. Marx yabancılaşmayı şu şekilde ifade etmektedir:

İşçi ne kadar çok zenginlik üretir, üretimi erk ve hacim bakımından ne kadar artarsa, o kadar yoksul duruma gelir. Ne kadar çok meta üretirse, o kadar ucuz bir meta olur. İnsanların, dünyasının *değersizleşmesi*, nesnelerin dünyasının *değer kazanması* ile orantılı olarak artar. (...) Emegün ürettiği nesne, onun ürünü, yabancı bir varlık olarak, üreticiden bağımsız bir erk olarak, ona karşı koyar. Emek ürünü, bir nesne içinde saptanmış, bir nesne içinde somutlaşmış emektir, *emeğin nesneleştirilmesidir*. (...) Ekonomi politik alanında, emegün bu gerçekleşmesi, işçi için *gerçekliğin yitirilmesi* olarak, nesneleşme nesnenin yitirilmesi ya da nesneye kölelik olarak, sahiplenme *yabancılaşma, yoksunlaşma* olarak görülür (Marx, 2000: 21).

Marx'ın deyimiyle, yabancılaşmış emekle birlikte "insan insana yabancılaşmıştır" (2000: 29). Dolayısıyla ilişkilerin formel düzeyde yaşandığı modern kapitalist toplumlarda birey hayal gücünü yitirmekte, ürettiği ürün üzerindeki kontrolünü kaybetmekte ve emek-ürün ilişkisinde kendi bilincinin farkına varamamaktadır. Böylelikle insan kapitalist sistem tarafından sömürülmekte ve mutsuz olmaktadır.

Kültürel değerlerin oluşturulması, aktarılması, bu değerleri öğrenme veya öğretme ve tüm bunların içselleştirilmesinde anlatılardan yararlanır. Anlatısı olmayan toplum, kültür yoktur. Anlatı üretmeye dair eğilim, "insanı duygusal, zihinsel ve davranışsal açıdan çepeçevre saran varoluşsal bir mahiyet arz etmektedir" (Topaloğlu, 2018: 24). Dolayısıyla anlatılar sosyal sermayeyi de inşa etmektedir. Tarihsel ve kültürel nitelikleri içinde barındıran anlatılar, post modernizm ile birlikte etkisini yitirmeye başlamıştır. Bu hususta J. François Lyotard, eski büyük anlatıların post modern dönemde değerini kaybettiğini iddia etmektedir. Büyük anlatılar içinde yer alan büyük kahraman, büyük tehlike, büyük seyahat ve anlatıların büyük amacı da değer kaybetmiştir (Lyotard, 1984: xxiv). Lyotard'a göre, "görünenlerin ardında hem aklın gücüne hem de bilim insanı/teknologun gücüne meydan okuyacak ve onu yıkacak bir yabancılaşma, bir hoşnutsuzluk ve öfke gelişmektedir" (Slattery, 2010: 449). Bu bağlamda Lyotard'ın büyük anlatıların işlevlerini kaybettiğine dair fikirleriyle Marx'ın yabancılaşma kavramını göz önüne aldığımızda, formel ilişkiler üzerine kurulu modern ve post modern toplumlarda bireylerin çevreleri ve toplumla karşılıklı ilişki ve bağlantı kurmaları sorunludur. Yabancılaşma ile kendinden uzaklaşan birey, büyük anlatıların değer kaybetmesiyle de toplumdan uzaklaşmaktadır. Tüm bunlar bireyin hem kendi içinde hem de toplumla gerilim yaşamasına neden olmaktadır. Sonuçta yaşam kalitesinin düşmesi ve mutsuzluk gibi sağlık sorunlarını deneyimleme ihtimali artmaktadır.

Sosyal sermaye ve mutluluk arasında da pozitif bir ilişki vardır. Bu ilişki, kadın ve erkekler arasında benzer sonuçlara sahiptir (Ghamari, 2012: 353). Söz konusu ilişki ülkeler için de geçerlidir. Bazı ülkelerin diğerlerine göre neden daha mutlu oldukları sosyal sermayenin niceliğine bağlıdır. Ayrıca sosyal sermaye ile yaşam memnuniyeti arasında da pozitif bir ilişki vardır (Bjornskov, 2003). TÜİK tarafından yapılan yaşam memnuniyeti araştırmasında mutluluk kaynağı olarak sağlıklı olma ilk sırada yer almıştır. Araştırmada insanların %68'inin kendilerini en çok sağlıklı olmanın mutlu ettiğini belirttiği görülmüştür (TÜİK, 2018).

3.3. Sosyal Sermaye ve Hastalık

Sosyal sermayenin niteliği veya niceliği insanların sağlıkla ilgili bilgilere erişimlerini kolaylaştırmaktadır. Burada sağlıkla ilgili bilgiden kastedilen, hem yerel kültür düzeyinde ortaya çıkan geleneksel bilgi hem de biyoloji ve tıp gibi bilim dallarının ortaya koyduğu bilimsel bilgidir. Hangi besinleri tüketmek yararlıdır? Sağlığın korunması için neleri dikkat edilmelidir? Veya hastalık durumlarında neler yapılmalıdır? Hangi tür bitkiler veya besinler şifalıdır? Gibi soruların cevabı toplumsallaşma sürecinde kazanılan bilgi ve pratiklerle bağlantılıdır. Bilimsel bilgiye erişim ise enformasyon teknolojisinin gelişimi başta olmak üzere sağlık uzmanlarıyla güven odaklı kurulan ilişkiler sonucunda oluşan deneyimle de bağlantılıdır. Örneğin bir doktor arkadaşın olması insanların hem bilgiye hem de sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmaktadır. Bu durum bireyin sosyal sermayesi ile yakından ilişkilidir. "Ne bildiğin değil; kimi tanıdığın önemlidir" atasözünün insanlara verdiği mesaj bu bağlamda söylenenleri destekler niteliktedir.

Sosyal sermaye, sosyo-ekonomik durumdan kaynaklanan olumsuzlukların etkisini azaltır. Ağ bağları yoluyla paylaşılan ilişkiler (aile, arkadaşlar, çalışma arkadaşları gibi) insanlara manevi destek sağlamaktadır. Bu destek, günlük yaşamın zorluklarından kaynaklanan sorunlarla mücadelede insanlara güç vermektedir. Sağlam sosyal ilişkileri ve bu ilişkiler doğrultusunda şekillenen ağ bağlantılarına sahip bireylerin depresyon, stres gibi rahatsızlıkların sürelerini ve şiddet düzeylerini azaltmaktadır. Aynı zamanda manevi destek, kronik hastalıkların ortaya çıkmasını da sınırlandırıcı bir etkiye sahiptir (Poder, 2010: 4). Örneğin E. Durkheim'ın intihar kuramında yer verdiği bencil intihar türü, bireyin ait olduğu



toplumla bütünleşememesinden kaynaklanır. Durkheim, dini, ailevi ve siyasal toplulukların bütünleşme ölçüsüyle intiharın ters orantılı (2002: 235) olarak değiştiğini savunmaktadır. Ona göre, “üyeleri arasındaki alışveriş ne kadar etkin ve sürekli olursa, yığının birliği direnci de o ölçüde büyük olur. ... aile intihara karşı güçlü bir koruyucu olduğu gibi, kuruluşu ne denli sağlamsa bu koruma gücü de o ölçüde yüksek olmaktadır”(2002: 227-228). Bu ise sosyal ağ bağlarıyla şekillenen sosyal sermayenin, bireylerin sapkın davranış eğilimleri göstermesini engellediğinin bir kanıtı niteliğindedir.

Yüksek düzeyde sosyal sermaye, ruh sağlığını hem bireysel hem de toplumsal düzeyde gelişmesini sağlamaktadır (Basset ve Moore, 2013: 685). Arkadaşları ve aileleriyle yakın ilişkileri olan insanlarda diğerlerine göre depresyon daha az görülür. Aynı zamanda fiziksel hastalıklar daha az görülmekte ve diğerlerinden daha uzun yaşayabilmektedirler (Erickson, 2003: 28). Komşuluk sosyal sermayesi ve genel sosyal güvenin düşük düzeyli olması depresyon, kas-iskelet ağrısı ve psikosomatik⁶ belirtilerin yüksek oranda görülmesiyle ilintilidir. Bireysel düzeydeki genel sosyal güvenin düşük olması, depresyona yakalanma olasılığını ve psikosomatik belirtileri üç kat artırmakta, çoğu kas-iskelet ağrılarını da iki kat artırdığı görülmüştür (Aslund vd. 2010). Sosyal ilişkileri kuvvetli olan insanlar diğerleriyle daha fazla etkileşim içinde olur. Bu etkileşimde onları ruhsal ve fiziksel olarak rahatlatır.

Çağın en yaygın hastalıklarından biri obezitedir. DSÖ'ne göre 2016 yılında 1.9 milyardan fazla 18 yaş ve üstü yetişkinin aşırı kilodur. Aşırı kilolu olanların 650 milyondan fazlası da obezitedir (WHO, 2018). İnsanların obezite hastalığına yakalanma olasılıkları ile sosyal sermaye arasında ters ilişki vardır. Buna karşın düşük düzeyde sosyal sermayeye sahip olma obezite riskini artırmaktadır. Bu durum, obezite olmayı engelleyen ve sosyal sermayeyle bağlantılı olan sosyal aktivitelerin önemini göstermektedir (Muckenhuber vd. 2015). Hatta sosyal sermaye düzeyinin daha iyi olması obezitenin yanı sıra diyabet hastalığına karşı da koruyucudur (Holtgrave vd. 2006).

Sağlık/hastalık davranışını etkileyen sosyal sermaye, cinsel hastalıklara yakalanmayı engellemekte veya bu hastalıklardan korunmayı belirlemektedir. Buna göre, toplumsal düzeyde sosyal sermayenin yüksek olduğu toplumlarda bel soğukluğu ve frengi gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların görülme oranı düşmektedir (Semann vd. 2007). Bu düşüşün nedeni, yetişkinlerin yetişmekte olan gençleri informal biçimde kontrol etmeleri ve sağlık açısından riskli davranışlar hakkında bilgi sahibi olmalarıdır. Buna göre sosyal sermaye, adölesans dönemindeki bireylerin riskli cinsel davranışlarıyla negatif, koruyucu cinsel davranışlarıyla da pozitif yönde ilintili olduğu görülür (Crosby vd. 2003: 245).

Sosyal sermayenin kalp ve damar hastalıklarından kaynaklı ölümleri azalttığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda, sosyal sermaye düzeyi yüksek olan toplumsal mekanlarda yaşayanlarda kalp ve damar hastalıklarından kaynaklı ölüm oranlarının azaldığı görülmüştür. Ayrıca toplumsal düzeydeki sosyal sermayenin düşük gelirli insanlar arasındaki akut koroner sendromuna bağlı kalp ve damar hastalıklarının tekrarlanmasının yüksek olduğu görülmüştür (Scheffler vd. 2008: 1603). Özetle bireyler arası ilişki düzleminde form kazanan güven, sosyal destek, sosyal organizasyonlara katılım, komşuluk ve inşa edilen norm ve değerler gibi olgulardan oluşan sosyal sermayenin, hastalıklardan korunma ve tedavide faydalı bir kaynak olduğunu söyleyebiliriz.

Sonuç

Ağ bağ zemininde şekillenen, bireysel ve toplumsal düzeylerde kaynak olarak kullanılabilen bir olgu olarak sosyal sermaye; birçok yönden fayda sağlamanın yanı sıra sağlık durumuna da pozitif ya da negatif yönde etki etmektedir. Bu etki, insanların kendilerini sağlıklı hissettikleri dönemlerde ve hasta olduklarında ilişkilerin ne kadar hayati önemde olduğunu göstermektedir. Böylece burada önem taşıyan unsur, hangi ilişkilerin fayda sağladığı sorunsalı olduğu gibi, birey açısından önem taşıyan unsur olarak onun karşılıklı güven temelinde kendine kaynaklık edebilecek kişilerle ilişki kurabilmesidir. Bu türden ilişkiler getirmiş olduğu avantajlarla sağlık durumuna fayda sağlamaktadır.

Sosyal destek, güven ve karşılıklı bağlılık zemini üzerinde inşa edilen sosyal sermaye bireylerin sağlık durumlarına yönelik davranışlarını şekillendirmekte, yaşam kalitelerini artırmakta, belirli hastalıklara yakalanma riskini düşürmekte veya belirli hastalıklara karşı koruyucu olmaktadır. Kısacası kaynak ya da avantaj olarak kabul edebileceğimiz sosyal sermaye, bilişsel ve eylemsel pratiklere yön vererek hem sağlık

⁶ Psikosomatik kelimesi, Yunanca “psych - ruh, duman, soluk” ve beden anlamına gelen “soma” kelimesinden türemiştir. Ruhsal hastalıklardan kaynaklanan bedensel hastalıklara ise psikosomatik hastalıklar denilmektedir (Maden, 2018).



durumunun iyilik halinin devam ettirilmesini hem de hastalıklar karşısında insanların konumunu sağlamlaştırmaktadır.

KAYNAKÇA

- Aslund, Cecilia, vd. (2010). Social in relation to depression, musculoskeletal pain, and psychosomatic symptoms: a cross-sectional study of a large population based cohort of Swedish adolescents. *BMC Public Health*, S. 10, s. 1-10.
- Basset, Emma ve Moore, Spencer (2013). Mental Health and Social Capital: Social Capital as a Promising Initiative to Improving the Mental of Communities, Alfonso J. Rodriguez-Morales (Ed.), *Current Topics in Public Health* içinde (ss. 685-707). 22 Mart 2016. <https://www.intechopen.com/books/current-topics-in-public-health/mental-health-and-social-capital-social-capital-as-a-promising-initiative-to-improving-the-mental-he>.
- Bjorsnsky, Christian (2008). Social Capital and Happiness in the United States. *Applied Research Quality of Life*, S. 3, s. 43-62.
- Bourdieu, Pierre (1986). The Forms of Capital, J. E. Richardson (Ed.), *The Handbook of Theory of Research for he Sociology of Education* içinde (ss. 46-58), USA: Greenwood Publishing Group.
- Bourdieu, Pierre ve Wacquant, Loic (2014). *Düşünümsel Bir Antropoloji İçin Cevaplar* (Çev. Nazlı Ökten). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Bowling, Ann (2004). A Taxonomy and overview of quality of life, Jackie Brown, Ann Bowling and Terry Flynn (Ed.). *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*. 08 Nisan 2018. <https://lemosandcrane.co.uk/resources/European%20Forum%20on%20Population%20Ageing%20Research%20-%20Models%20of%20Quality%20of%20Life.pdf>.
- Briggs, Xavier de Souza (1998). Brown Kids in White Suburbs: Housing Mobility and the Many Faces of Social Capital. *Housing Policy Debate*, S. 1 (9), ss. 177-221.
- Burt, Ronald S. (2000). The Network Structure of Social Capital. *Research in Organizational Behaviour*, S. 22, s. 345-423.
- Campos, Ana Cristina Viana, vd. (2013). Social Capital and quality of life in adolescent apprentices in Brazil: An exploratory study. *Health*, S. 5, s. 973-980.
- Carpiano, Richard M. (2008). Actual or Potential Neighborhood Resources for Health: What Can Bourdieu Offer for Understanding Mechanisms Linking Social Capital to Health?. Ichiro Kawachi ve Daniel Kim (Ed.), *Social Capital* içinde (ss. 83-94), New York: Springer.
- Cirhinlioğlu, Zafer (2012). *Sağlık Sosyolojisi*. (Üçüncü Baskı). Ankara: Nobel Yayın- Dağıtım.
- Clarke, Alan (2010). *The Sociology of Healthcare*. (Second Edition). Harlow: Pearson.
- Cockerham, William ve Ritchey, F. J. (1997). *Dictionary of Medical Sociology*. London: Greenwood Press.
- Coleman, James S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *The American Journal of Sociology*, S. 94, s. 95-120.
- Crosby, Richard A. vd. (2003). Social Capital as Predictor of Adolescents' Sexual Risk Behaviour: A State- Level Exploratory Study. *AIDS and Behaviour*, S. 7, s. 245-252.
- Dominguez, Silvia ve Watkins, Celeste (2003). Creating Networks for Survival and Mobility: Social Capital Among African- American and Latin-American Low-Income Mothers. *Social Problems*, S. 50 (1), s. 111-135.
- Durkheim, Émile (2002). *İntihar* (Çev. Özer Ozankaya). İstanbul: Cem Yayınevi.
- Erickson, Bonnie (2003). Social Networks: The Value of Variety. *Contexts*, S. 2, s. 25-31.
- Eriksson, Malin (2011). Social Capital and Health- implications for health promotion, *Global Health Action*, S. 4. 09 Mart 2016. <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/5611/7004>.
- FİELD, John (2008). *Sosyal Sermaye* (Çev. Bahar Bilgen ve Bayram Şen). İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Ghamari, Mohammad (2012). The Relationship of Social Capital and Happiness among High School Students of Karaj City. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, S. 2, s. 353-363.
- Giddens, Anthony (2013). *Sosyoloji* (Çev. Muttalip Özcan). İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Günler, Funda E. (2014). Sosyal Sermaye, Sağlık ve Hastalık. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, S.16 (26), s. 107-113.
- Halpern, David (2005). *Social Capital*. USA: Polity Press.
- Hollinrake, S. (2013). Informal Care. Jonathan Gabe ve Lee F. Monaghan (Ed.). *Key Concepts in Medical Sociology* içinde (ss. 183-188), Los Angeles: Sage Publications.
- Holtgrave, David R., vd. (2006). Is social capital protective factor against obesity and diabetes? Findigs from a exploratory study. *Annals of Epidemiology*, S. 16, s. 406-408.
- Kasl, Stanislav V. ve Cobb, Sidney (1966). Health Behaviour, Illnes Behavior, and Sick Role. *Arc Environ Health*, S. 12, ss. 531-541.
- Kawachi, Ichiro (2010). Social Capital and Health. Chloe E. Bird, Peter Conrad, Allen M. Fremont ve Stefan Timmermans (Ed.), *Handbook of Medical Sociology* içinde (ss. 18-32), Narshville: Vanderbilt University Press.
- Lin, Nan (1999). Building a Network Theory of Social Capital. *Connections*, S. 1, s. 28-51.
- Lin, Nan (2003). *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*. New York: Cambridge University Press.
- Lindström, Martin (2008). Social Capital and Health- Related Behaviours. Ichiro Kawachi ve Daniel Kim (Ed.), *Social Capital* içinde (ss. 215-238), New York: Springer.
- Lyotard, Jean-François (1984). *The Post Modern Condition: A Report on Knowledge*. Geoff Bennington ve Brian Massumi (Haz.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Maden, H. Ahmet (1991). Psikosomatik Hastalıklar ve Kültür. *Ankara Üniversitesi Dil-Tarih ve Coğrafya Fakültesi Dergisi*, S. 2 (35), ss. 193-195.
- Marx, Karl (2000). *Yabancılaşma* (Çev.K. Somer, A. Kardam, S. Belli, A. Gelen, Y. Fincancı, A. Bilgi). Barışta Erdost (Ed). (3. Baskı). İstanbul: Birikim Yayınları.
- Macionis, John J. (2013). *Sosyoloji* (Çev. Hale Okçay). (13. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Mithen, Johanna vd. (2015). Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. *Social Science & Medicine*, S. 126, ss. 26-35.
- Muckenhuber, J. Maria vd. (2015). Low Social Capital as a Predictor for the Risk of Obesity. *Health & Social Work*, S. 40, s. 51-58.
- Nilsson, Jan vd. (2006). Social Capital and Quality of Life in Old Age. *Journal of Ageing and Health*, S. 18, s. 419-434.
- Pilowsky, Issy (1997). *Abnormal Illness Behaviour*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Poder, Thomas G. (2010). Social Capital and Health: What the Empirical Literature Teaches Us?. *Global Journal of Health Science*, S. 2, s. 3-7.



- Portes, Alejandro (1998). Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Review of Sociology*, S. 24, s.1-24.
- Rocco, Lorenzo ve Suhrcke, Marc (2012). *Is Social Capital Good for Health? A European Perspective*. Copenhagen: WHO.
- Scheffer, Richard M. vd. (2008). Community-level social capital and recurrence of acute coronary syndrome, *Social Science & Medicine*, S. 66, s. 1603-1613.
- Semann, Salaam, vd. (2007). Social Capital and rates of gonorrhoea and syphilis in the United States: Spatial regression analyses of state-level associations. *Social Science & Medicine*, S. 64, s. 2324-2341.
- Topaloğlu, Fatih (2018). *Din Felsefesi Açısından Kutsal Anlatı*. Ankara: Elis Yayınları.
- Turner, Bryan S. (2006). *Social Capital*. Bryan S. Turner (Ed.), *The Cambridge dictionary of sociology* içinde (ss. 557-559). Cambridge: Cambridge University Press.
- TÜİK (2018). Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2017. 08 Nisan 2018. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27590>.
- White, Kevin (2002). *An introduction to the sociology of health and illness*. (First Publication). London: Sage Publication.
- Ziersch, Anna M., vd. (2005). Neighborhood Life and Social Capital: the implications for health. *Social Science & Medicine*, S. 60, s. 71-86. <http://www.who.int/about/mission/en/>. 04 Mart 2018.
- WHO (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. 05 Nisan 2018. http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_en.pdf.
- WHO (2018). Obesity and Overweight. 05 Nisan 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.