



# Eğitim ve Sağlık İlişkisi Konusunda Kritik Bir Kavram: Kültürel Sağlık Sermayesi

Temmuz Gönç Şavran

Eğitim ile sağlığın çeşitli göstergeleri arasındaki ilişki çok uzun zamandır literatürde tartışılıyor. Örneğin eğitim düzeyi azaldıkça bütün nedenlere bağlı ölüm oranlarının (1) ve yaşamı kısıtlayan hastalıklara yakalanma oranının arttığı (2) biliniyor. Ancak bu çalışmaların büyük kısmında eğitimi ölçmek için standart bir değişken olarak eğitim düzeyi kullanılıyor ve kategoriler de genellikle de en son mezun olunan okulu içerecek şekilde düzenleniyor.

Sosyolog Pierre Bourdieu (3) eğitimi toplumsal eşitsizlikleri azaltan değil, meşrulaştıran ve kuşaklar arasında aktarılmasını sağlayan bir sistem olarak görür. Toplumsal farklılıklar eğitim sistemi aracılığıyla akademik farklılıklara dönüşür, bu fark liyakatten kaynaklanıyormuş gibi görünür ve sosyal üstünlük sağlamanın bir aracı olur. Örneğin orta-okul düzeyinde öğrenciler yabancı dil öğrenmeye başladıklarında ebeveynlerin yabancı dil bildiği orta sınıf ailelerin çocukları daha başarılı olacaktır, çünkü bir kısmı yabancı dili öğrenmeye zaten başlamış olacaktır ve öğrenme sürecinde ebeveynlerinden destek alabileceklerdir. Bu durum sadece belirli derslerle ilgili değildir. Ailedeki enformel öğrenme sürecinde sanatla, edebiyatla ilgilenen, kütüphanesi olan, tatillere, gezilere çıkan, belgesel programlar izleyen ebeveynlerin çocukları diğer ço-

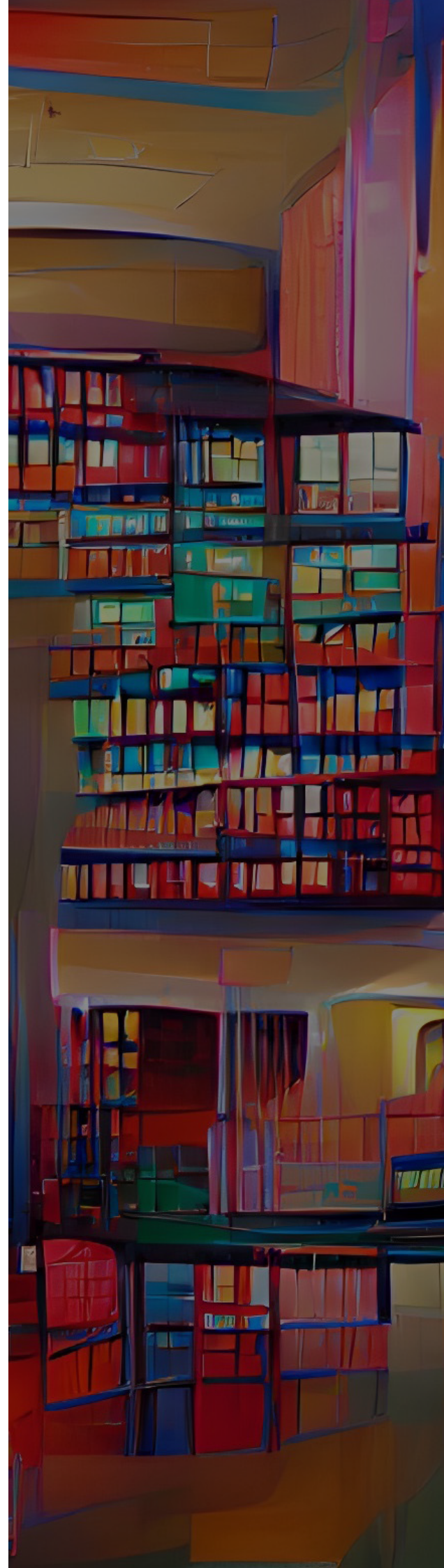
cuklardan farklı olarak çok çeşitli deneyimler edinecek, bu sayede okul kültürüne daha kolay uyum sağlayacaktır. Kısacası toplumsal sınıfın beğeni ve alışkanlıkları, yaşam tarzı, kültürel ve entelektüel mirası aile içindeki eğitimle çocuğa aktarılır ve bu sayede çocuk okul eğitiminde daha başarılı olur.

Eğitimi bu açıdan ele aldığımızda diploma üzerinden ölçmenin yetersiz olacağı da oldukça açık. Bu nedenle kısaca Bourdieu'nun (3) eğitim kavramına değinmek, bunun için de sermaye türlerine göz atmak yerinde olur. Bourdieu toplumsal sınıf kavramını kabul eder ama sınıfları kesin ve sadece ekonomik özelliklerle ayrılan kümeler olarak görmez. Toplumsal sınıf ekonomik, sosyal ve kültürel sermayenin miktarına ve bileşimine göre yapılanan bir alandır. Çok genel hatlarıyla tanımlanacak olursa ekonomik sermaye kazanç sağlayan veya sağlayabilecek olan maddi kaynaklardan ve mülkiyet haklarından, sosyal sermaye ise sosyal bağlantılardan oluşur. Kültürel sermaye de sahip olana çeşitli avantajlar sağlayan, insanların yüksek statü sembolü olarak bulundurup paylaştıkları sembolik ve maddi olmayan bilgi birikiminden oluşur. Dolayısıyla eğitim kültürel sermayenin bileşenidir. Kültürel sermaye üç biçimde görülür, bunlardan ilki nesneleşmiş kültürel sermayedir ve

kitap, dergi, resim, bilgisayar gibi aktarılabılır nitelikteki kültürel ürünlerin tüketimini ifade eder. İkincisi içselleştirilmiş kültürel sermayedir, bu sermaye türü nesneleşmiş kültürel sermayeyi oluşturan ürünlerin kullanılıp içselleştirilmesi sonucunda oluşur ve insanların bilgi, değer, tercih, beğeni ve davranışlarında görülür. Sonuncusu olan kurumsallaşmış kültürel sermaye de içselleştirilmiş kültürel sermayeyi kurumsal olarak belgeleyen diploma, sertifika ve benzeri kurumsal onay belgelerinden oluşur.

Eğitim ve sağlık arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmaların büyük kısmında sadece kurumsallaşmış kültürel sermayeye odaklandığı söylenebilir. Diğer taraftan içselleştirilmiş kültürel sermaye özellikle sağlık eşitsizliklerine yol açan davranışların açıklanmasında (4) oldukça etkili bir kavramdır. Örneğin Wall'a (5) göre kültürel sermaye sürekli bilgi edinebilir olma kapasitesini ve bireylerin iyi bilgilendirilmelerini sağlayan bir beceriyi ifade eder ve kültürel sermayesi yüksek olanlar halk sağlığına yönelik koruyucu sağlık önlemlerden daha iyi faydalanırlar. Kültürel sermayeyi belirli bir toplumsal çevrede bireysel avantaj elde etmeyi sağlayan bilgi ve davranışlar olarak tanımlayan Malat (6) da tıbbi tedavi sürecinde ırka bağlı çatışmalar söz konusu olduğunda beyaz olmayanların daha iyi tedavi elde edebilmek için kültürel sermayelerini harekete geçirmeleri gerektiği sonucuna varır. Harekete geçirilecek kültürel sermaye, sahip oldukları bilgiyi kullanarak başka testler ve işlemler talep edip etmemek, aldıkları tedavinin yeterliliğini ve sağlık personelinin kendilerine yönelik davranışlarını değerlendirebilmek gibi konularla ilgilidir (6).

Sağlık ve kültürel sermaye ilişkisinde işlevsel kavramlardan biri de Shim'in (7) geliştirdiği kültürel sağlık sermayesi kavramıdır. Bu kavram Blaxter'in (8) sağlığın birikimsel bir deseni olduğunu göstermek için kullandığı sağlık sermayesi kavramından tamamen farklı olan, Abel'in 2008 yılında geliştirdiği sağlıkla ilişkili kültürel sermaye kavramı üzerinden geliştirilmiş bir kavramdır. Shim'e göre kültürel sağlık sermayesi formel eğitim süreci dışında öğrenilir, sağlık okuryazarlığı, öz yeterlik, kendine güven, kendi kendine yardım edebilme gibi nitelik, beceri ve yetkinliklerle ilgilidir ve bir



## ... daha iyi muamele görmek için “ancak bir kitaptan okunabilecek sözlerle” konuşmak ...

yandan sağlıkla ilgili riskleri azaltacak davranışlara dönüşür, diğer yandan da sağlık personeli ile hasta iletişiminin iyileşmesine katkıda bulunur. Bu katkı kültürel sağlık sermayesi sayesinde hastaların sağlık personelinin ne beklediğini, ne gibi tarzlara değer verdiğini anlaması, buna göre kendilerini sunma biçimlerini değiştirebilmeleri ve kültürel kaynaklarını sağlık bakımı açısından avantaja dönüştürmeleri şeklinde gerçekleşir (7). Buradan da anlaşıldığı üzere kültürel sağlık sermayesi sağlık bakımı alanında görülebilecek eşitsizlikleri ve ayrımcılıkları ortadan kaldırmaz, ama hastalara ayrımcılık karşısında direnmeyi sağlayabilecek eylem stratejileri sağlayabilir.

Sacks (9) sağlık bakımındaki ırksal eşitsizlikler konusunda yaptığı çalışmada Afrika kökenli yoksul olmayan kadınların kültürel sermayelerini kullanarak yoksul ve eğitimsiz Afrikalı kadınlara yönelik kalıp yargı ve ayrımcılıktan korumaya çalıştıkları görülür. Çalışmadaki Afrikalı kadınlar giyimleriyle, aksesuar ve takılarıyla, kullandıkları dille ve genel tavırlarıyla eğitim ve gelir düzeylerinin yüksek olduğunu vurgulayarak kendilerini ayrımcılığın hedefi olan kitleden ayırmaya çalışmaktadır. Katılımcıların kendi sözleriyle birey olduklarını, akıllı olduklarını, gerekirse şikayette bulunabilecek biri olduklarını gösterip daha iyi muamele görmek için

çabalamakta, kendi deyimleriyle “bilgiyle silahlanmakta”, “ancak bir kitaptan okunabilecek sözlerle” konuşmakta ve tüm bunların alacakları tedavinin niteliğini farklılaştırdığını düşünmektedirler. Maden’in (10) çalışmasında ABD-Meksika sınırında yaşayan toplulukların sağlık hizmetlerine erişme konusunda yaşadıkları bürokratik ve yasal sınırlılık ve dezavantajları kültürel sağlık sermayesi ile aşmaya çalıştıkları görülmektedir. Kültürel sağlık sermayesinin kullanılmasının Chang vd’nin (11) çalışmasında madde kullanımıyla ilgili klinik görüşmelerde damgalanmaktan korunmayı, Novisky’nin (12) çalışmasında hapisanedeki yaşlı mahkumlara avanta sağlamayı, Næss’in (13) çalışmasında da Norveç’te yaşayan Somali göçmenlerinin sağlık sistemine adapte olmalarını sağladığı görülmektedir.

Bu çalışmalar üzerinden kültürel sağlık sermayesinin bireylerin özellikle eşitsiz ve ayrımcı yapılara karşı kendilerini savunmak için kullanabilecekleri bir kaynak olduğu söylenebilir. Eşitsizlik ve ayrımcılık yapısal sorunlardır ve çözümünü de bireysel başa çıkma stratejilerinde değil, yapısal düzenlemelerde aranmalıdır. Bununla beraber kültürel sağlık sermayesi ile ilgili çalışmalarının birkaç noktada çok faydalı olduğu söylenebilir. İlk olarak bu çalışmalar ayrımcılığı ve eşitsizliği daha görünür kılmakta, yapısal düzeyde görünmeyen veya fark edilmeyen boyutlarının altını çizmektedir. İkincisi, bu çalışmalar hastaların sağlık sistemlerinin pasif alıcıları olmadığını göstermekte, yapı ve özne arasındaki ilişkinin önemini vurgulamaktadır. Son olarak sağlık ve eğitim arasındaki ilişkinin oldukça karmaşık olduğunu ve eğitimin diploma düzeyinde bir değişkene indirgenerek değil, geniş kapsamlı bir kavram olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir.



## Kaynaklar

1. 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.
2. Ullits, L.R.; Ejlskov, L.; Mortensen, R.N.; Hansesn, S.M.; Kramer, S. R. J.; Vardinghus-Nielsen, H. ve diğ. (2015). Socioeconomic inequality and mortality - a regional Danish cohort study. *BMC Public Health*. 15(490):1-9.
3. Bourdieu P. The forms of capital. (1986). Richardson J. (Ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood. 241–58.
4. Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 62(13):1-5.
5. Wall, S. (1995). *Epidemiology for Prevention*. *International Journal of Epidemiology*. 24:655–64.
6. Malat, J. (2006). Expanding Research on the Racial Disparity in Medical Treatment with Ideas from Sociology. *Health*. 10:303–21.
7. Shim, J.K. (2010). Cultural Health Capital: A Theoretical Approach to Understanding Health Care Interactions and the Dynamics of Unequal Treatment. *Journal of Health and Social Behavior*. 51(1): 1–15.
8. Blaxter M. *Health and lifestyles*. London: Routledge Press, 1990
9. Sacks, T.K. (2018). Performing Black womanhood: a qualitative study of stereotypes and the healthcare encounter. *Critical Public Health*. 28(1): 59-69.
10. Madden, E.F. (2015). Cultural Health Capital on the margins: Cultural resources for navigating healthcare in communities with limited Access. *Social Science & Medicine*. 133: 145-152
11. Chang, J., Dubbin, L ve J. Shim (2016). Negotiating substance use stigma: the role of cultural health capital in provider–patient interactions. *Sociology of Health and Illness*. 38(1):90-108.
12. Novisky, M.A. (2018). Avoiding The Runaround: The Link Between Cultural Health Capital And Health Management Among Older Prisoners. *Criminology* 56(4):643-78
13. Næss, A. (2019) Trust, Cultural Health Capital, and Immigrants' Health Care Integration in Norway. *Sociology*. 53(2):297-313.