

T.C.
VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANA BİLİM DALI

ÇÖLYAK HASTALARI ÜZERİNE SOSYOLOJİK BİR ÇALIŞMA

-VAN ÖRNEĞİ-

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

FATİH KAKI


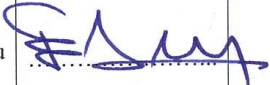


Danışman

DOÇ. DR. SUVAT PARİN

VAN-2020

KABUL VE ONAY SAYFASI (EK-4)

Fatih KAKI tarafından hazırlanan **ÇÖLYAK HASTALARI ÜZERİNE SOSYOLOJİK BİR ÇALIŞMA: VAN ÖRNEĞİ** adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü **SOSYOLOJİ** Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Suvat PARİN Sosyoloji Anabilim Dalı, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/ onaylamıyorum	
Başkan : Doç. Dr. Emin Yaşar DEMİRCİ Sosyoloji Anabilim Dalı, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/ onaylamıyorum	
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Emrullah TÜRK Sosyoloji Anabilim Dalı, Batman Üniversitesi Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/ onaylamıyorum	
Yedek Üye : Unvanı Adı SOYADI Anabilim Dalı, Üniversite Adı Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum
Yedek Üye : Unvanı Adı SOYADI Anabilim Dalı, Üniversite Adı Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum
Yedek Üye : Unvanı Adı SOYADI Anabilim Dalı, Üniversite Adı Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum
Tez Savunma Tarihi:	18.07.2019
Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini ve imzaların sahiplerine ait olduğunu onaylıyorum. Doç. Dr. Bekir KOCLAR Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü	

ETİK BEYAN SAYFASI

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü **Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;**

Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,

Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,

Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 06.01.2020

Fatih KAKI



Yüksek Lisans Tezi

Fatih KAKI

VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Ocak, 2020

ÇÖLYAK HASTALARI ÜZERİNE SOSYOLOJİK BİR ÇALIŞMA: VAN ÖRNEĞİ

ÖZET

Yerleşik hayata geçmenin sonucu olarak ortaya gelen yeni beslenme alışkanlıklarından kaynaklı olarak, gıdaların mide tarafından tolere edilememesi Çölyak gibi bazı hastalıklara sebebiyet verebilmektedir. Bu çalışma, gluten kaynaklı ve sıkı bir diyet dışında başkaca bir tedavisi henüz bulunmayan Çölyak hastalığının bir sosyolojik bakış açısıyla incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, söz konusu hastalığın sosyal yönleri ele alınmış ve sosyo-ekonomik ve demografik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Mevcut araştırmanın temel iddiası, buğday intoleransı kaynaklı genetik ve çevresel etkileri ile çölyak hastalığının düşük sosyo-ekonomik profil sergileyen toplumlarda oransal olarak daha fazla görüldüğü üzerine kurulmuştur. Bu açıdan bölgede bu hastaların başvuracağı en büyük sağlık kurumu olan Yüzüncü Yıl Üniversitesi Van Dursun Odabaş Tıp Merkezi temelli araştırma yapılarak 3088 kişilik hazır veri ile 81 kişi üzerine incelenme gerçekleştirilmiştir. Araştırmada sosyo-demografik, yaşam biçimleri, ekonomik durumları, tedaviye ilişkin algıları ve çevre ile ilişkileri gibi durumlarına dair 50 sorudan oluşan bir anket çalışması yapılarak bir hastalık haritası elde edilmiştir. Sosyoloji ve tıp bilimlerini buluşturması açısından büyük önem taşıyan mevcut çalışmam neticesinde düşük gelir grubu ile hastalık arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada, hastalığın durumu, Van şehrinin mahallelerinin sosyo-ekonomik özelliklerine nazaran kente sonradan eklenmiş ve göçler sonrası oluşmuş olan mahalleler açısından, Vangölünün güney ve kuzeyinde bulunan ilçeler açısından ve toplumsal cinsiyet açısından incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler : Çölyak, Hastalık, Sağlık, Tedavi, Diyet, Fakirlik.

Sayfa Adedi : XII+79

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Suvat Parin

Master of Science Thesis

Fatih KAKI

VAN YÜZÜNCÜ YIL UNIVERSITY
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES

July, 2019

A SOCIOLOGIC STUDY ON THE COELIAC DISEASE: VAN CASE

ABSTRACT

As a result of the new nutritional habits as a result of settled life, inability to tolerate food by the stomach may cause some diseases such as Celiac. The aim of this study is to evaluate social aspects of gluten-induced celiac disease that could not improve without a strict diet, in a socio-economic and demographic way. The main claim of the study is based on that, wheat intolerance sourced genetically and environmentally affected celiac disease is soon more frequently in societies with low socio-economic societies. The study has conducted a positive relation between the disease and low income groups sourced by ready data of 3088 people from Van Yüzüncü Yıl University Dursun Odabaş Medical Center which is the biggest medical center of the region and survey of 50 questions to 81 celiac patients. As a result of this study which is important in terms of bringing sociology and medical sciences together, it is concluded that there is a positive relationship between low income group and disease. In this study, the state of the disease was investigated regards the socio-economic characteristics of the neighborhoods of Van in terms of neighborhoods that were subsequently added to the city and those formed after migration, in terms of the south and north of Vangöl and gender.

Key Words: Coeliac, Disease, Health, Treatment, Diet, Poorness.

Number of pages : XII+79

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Suvat PARİN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE	4
1.1. Kavramsal Çerçeve	4
1.1.1. Hastalık Kavramı	4
1.1.2. Çölyak Hastalığı	6
1.2. Hastalık Olgusuna Sosyolojik Bakış	7
1.2.1. Sosyolojik Boyutu ile Hastalık	7
1.2.2. Sağlık Sosyolojisi	8
1.2.3 Çölyak Hastalığı	15
1.3. Türkiye’de ve Dünyada Çölyak Hastalığı	16
1.3.1. Dünyada Çölyak Hastalığı	16
1.3.2. Türkiye’de Çölyak Hastalığı	18
2. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ	22
2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	22
2.2. Araştırmanın Problemleri	23
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
2.4. Veri Toplama Teknikleri	23
2.5. Sınırlılıklar	23
2.6. Karşılaşılan Zorluklar	24
3. BÖLÜM: BULGULAR VE TARTIŞMA	25
3.1. İkincil Verilere Göre Van’da Çölyak Hastaları	25
3.1.1. Van’da Çölyak Hastalarının Sosyo-Demografik Yapısı	25
3.2. Birincil Verilere Göre Van’da Çölyak Hastaları	31
3.2.1. Görüşülen Kişilerin Sosyo-Demografik Yapısı	31

3.3. Görüşülen Hastaların Sosyo-Ekonomik Yapısı	38
3.4. Hastaların Çölyak Algısına İlişkin Yaklaşımları	54
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	65
KAYNAKÇA	67
ÖZGEÇMİŞ	
LİSANSÜSTÜ TEZ ORJİNALLİK RAPORU	



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Sosyolojik Teoride Sağlık ve Hastalık Yaklaşımları.....	10
Tablo 2. Nettleton'un Dönüşüm Şeması.....	11
Tablo 3. 2015 Nisan Ayı İtibariyle İllere Göre Çölyak Hastalığı Görülme Sıklığı.....	18
Tablo 4. Çölyak hastalarının cinsiyete göre dağılımı	23
Tablo 5. Çölyak Hastalarının Sosyal Güvence Dağılımı	24
Tablo 6. Çölyak hastalarının yaşa göre dağılımı 1	25
Tablo 7. Çölyak hastalarının yaşa göre dağılımı 2	26
Tablo 8. Çölyak hastalarının Van'daki mahallelere göre dağılımı	27
Tablo 9. Çölyak hastalarının doğum yerine göre görülme sıklığı	28
Tablo 10. Hastaların cinsiyete göre dağılımı	29
Tablo 11. Görüşülen hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.....	30
Tablo 12. Görüşülen hastaların eğitim durumlarının dağılımı	31
Tablo 13. Görüşülen hastaların medeni durumlarının dağılımı	31
Tablo 14. Görüşülen hastaların doğum yeri dağılımları	32
Tablo 15. Görüşülen hastalar içinde Van ili doğumlarının ilçelere dağılımı.....	33
Tablo 16. Görüşülen hastaların meslek bilgileri dağılımı.....	34
Tablo 17. Görüşülen Çölyak Hastalarının Sosyal Güvence Durumları.....	35
Tablo 18. Görüşülen evli hastaların evlenme yaşları kaçır?	36
Tablo 19. Görüşülen hastalarının eşlerinin eğitim durumlarının dağılımı.....	37
Tablo 20. Görüşülen hastaların eşlerinin mesleklerinin dağılımı	38
Tablo 21. Görüşülen hastaların evlenme şekillerinin dağılımı	39
Tablo 22. Görüşülen hastaların eşleriyle akrabalık durumunun dağılımı.....	39
Tablo 23. Görüşülen hastaların anne-baba eğitim durumunun dağılımı	40
Tablo 24. Görüşülen hastaların anne-babalarının mesleki dağılımı	41
Tablo 25. Görüşülen hastaların hane halkı sayılarının dağılımı	42
Tablo 26. Görüşülen hastaların çocuk sayılarının dağılımı	43
Tablo 27. Görüşülen hastalarının oturdukları konut durumu	43
Tablo 28. Görüşülen hastanın ailesinin aylık gelirinin dağılımı.....	44
Tablo 29. Görüşülen hastanın giderlerinin önceliklerinin dağılımı	45
Tablo 30. Çölyak hastalığınız nedeniyle herhangi bir ekonomik destek alıyor musunuz?	45

Tablo 31. “Ailenizde sizden başka Çölyak hastası var mı?”	46
Tablo 32. “Akraba evliliği yaptıysanız bunların zararlarını biliyor muydunuz?”	46
Tablo 33. Kaç yıldır Çölyak hastalığı tedavisi görmektesiniz?	47
Tablo 34. Görüşülen hastanın hastalığını öğrendiği yaş grubunun dağılımı	48
Tablo 35. Görüşülen hastanın diyet yapması dağılımı.....	48
Tablo 36. Diyet dışına çıkma sıklığınız nedir?	49
Tablo 37. Diyet uygulayanlar için diyet için ne kadar para harcıyorsunuz?	49
Tablo 38. Diyet yapmamanın nasıl sağlık sorunları oluşturacağı konusunda bilgi sahibi olma durumu.....	50
Tablo 39. “Hastalığınızdan dolayı toplumdan dışlandığınızı düşündünüz mü?	51
Tablo 40. “Evlendiğinizde eşiniz hastalığınızdan haberdar mıydı?”	51
Tablo 41. “Eşinizin ailesinin eşinizin sizinle evlenmesi konusunda tereddütleri oldu mu?”	52
Tablo 42. “Eşiniz hastalığınızdan haberdar olsaydı sizinle yine evlenir miydi?”	52
Tablo 43. “Eşinizin ailesinin hastalığınızı sorun ettiğini düşünüyor musunuz?”	53
Tablo 44. “Şu an sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?”	53
Tablo 45. “Düzenli sağlık kontrolü yaptırır mısınız?”	54
Tablo 46. “Bir işte çalışıyorsanız; işyerinizde Çölyak hastalığınıza uygun diyet yemeklerine ulaşım imkanınız var mı?”	54
Tablo 47. “Toplu yemek yenilen ortamlarda (lokanta, kantin, yemekhane vb.) yemek yer misiniz?”	55
Tablo 48. Görüşülen hastalar içinde toplu yerlerde diyetleri için istekte bulunmaları durumunun dağılımı.....	55
Tablo 49. Görüşülen hastalar içinde toplu yerlerde diyetlerine uydun davranılması için uyarılarının önemsenmesine dair durumunun dağılımı	56
Tablo 50. Cinsiyete göre kaç yıldır tedavi gördüğü?	56

ŞEKİLLER VE HARİTALAR DİZİNİ

Şekil 1. Van ilçelere göre Çölyak hastalarının sayısının ilçe nüfuslarına oranının dağılımı.....29



KISALTMALAR DİZİNİ

Age : Adı geçen eser

Bkz : Bakınız

ÇH : Çölyak Hastalığı

DOTM: Dursun Odabaş Tıp Merkezi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

S. : Sayfa

SB : Sağlık Bakanlığı

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

Üniv. : Üniversite

Vb. : Ve Benzeri

Vs : Ve saire

WHO : World Health Organisation

YYU : Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi

ÖNSÖZ

Sosyolojinin alt dalları içerisinde sağlık sosyoloji çalışmaları diğer alanlardan çok daha az yoğunlukta bulunmaktadır. Sağlık alanında 13 yıllık görev sürecimdeki saha gözlemlerimin ve almış olduğum sosyoloji lisans eğitimimin etkileriyle sosyolojinin hızla gelişen bu alanında çalışma isteği oluşmuştur. Çalışmaya başlamadan önce yaşadığımız yer olan Van içerisinde bazı hastalıkların sosyal yönden diğerlerinden farklılaştığı düşüncesi uyanmıştı. Bu çerçevede görüş alışverişi esnasında 3. Basamak sağlık kuruluğu olan Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi öğretim üyelerinin bu konudaki fikirlerine başvurulmuştur. Van'da sağlık alanında sosyolojik bir açıdan yapılacak çalışmanın bu açıdan bir ilk olduğu belirtilmelidir. Tıp alanında hastalıkların seyri, teşhisi, tedavisi gibi sağlık açısından yapılan çalışmaların dışında tıp ile sosyoloji bilimlerini birleştiren bu sağlık sosyolojisi çalışmasında konumuzun bölgenin özelliklerini yansıtacak özgünlükte olması amaçlanmıştır.

Konunun çölyak hastalığı üzerine olarak karar kılınmasında iki önemli neden vardır: Birincisi; bölgesel olarak ele alındığında Van ve çevresinde görülme sıklığının daha fazla olduğu, ikinci neden ise; devlet tarafından Sosyal Güvenlik Kurumu kanalıyla Çölyak diyeti için maddi destek sağlanmasıdır. Çölyak hastalığı bir ömür boyunca sıkı bir diyetle hiç gluten bulunmayan gıdalara ulaşarak devam edilmesi durumunda kontrol altında tutulabilmektedir ve bundan başka tedavisi bulunmamaktadır. Düşük gelir grubu içerisinde yer alan kişiler için bu diyetin sağlanması amacıyla hekim raporu ile SGK'ya başvurularak devlet desteği sağlanması bu noktada diyet için maddi imkânsızlıkları bulunan kişiler açısından çok önemlidir. Diğer hastalıklar açısından maddi durumu olmayan kişilere tıbbi destek, ilaç desteği, ulaşım desteği, yol yardımı vb. destekler sağlanırken birinci elden kişilerin glutensiz diyet yapabilmeleri açısından devlet nakdi olarak doğrudan destek sunmaktadır.

Çalışmamız teorik ve uygulamalı alanlar olarak iki temel bölümden oluşmuştur. Teorik aşamada; öncelikle özelde hastalık genelde sağlık sosyolojisi ile ilgili yapılmış çalışmalar üzerinde literatür taranmıştır. Uygulamalı kısımda ise; Çölyak hastalarının incelenmesine başlayıp hastane başvurusu olan tüm hastaların doğum yeri, ikamet, sosyal güvence, yaş, cinsiyet gibi temel kayıt bilgileri üzerinden

hazır verileri değerlendirilmiştir. Sonrasında 50 sorudan oluşan bir anket formu uygulanarak ölyak hastalarının analizi sağlanmıştır. Yapılan değerlendirmeler neticesinde 3 yıla dayanan yoğun bir çalışma süreci gerçekleşmiş olup, çalışmanın tüm saha koşulları sosyal hizmet alanında görev yaptığım Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi'nde gerçekleştiğinden tüm hastane yönetici ve çalışanlarına özellikle ölyak hastalığına dair konu seçimi tavsiyelerinden dolayı Doç.Dr. Ahmet Cumhuri Dülger'e teşekkürler ediyorum.

Bu çalışmanın hazırlanmasında, sabır ve destekleriyle büyük bir titizlik göstererek eleştirilerini ve katkılarını sunarak bu meşakkatli süreçte yapmış olduğu her Şey için değerli hocam ve danışmanım Doç. Dr. Suvat Parin'e teşekkürlerimi sunarım. Çalışma için gerekli olan anket için saha çalışmasını yapan arkadaşlarım İbrahim ve Aytekin'e de teşekkür etmek isterim. Hastalık gibi mahrem olan bir durumda görüşmekten çekinmeyen katılımcılara da güçlü olmaları hasebiyle de ayrıca minnet duygularımı iletir, tüm hastaların Őifa bulmalarını temenni ederim.

Annem, Babam, Eşim ve Kızım hep bana destek oldunuz.

Fatih KAKI

GİRİŞ

Sağlık alanı son dönemlere kadar sadece teşhis tedavi gibi fonksiyonları icra eden tamamen tıbbi perspektifte ele alınmış bir özellik göstermiştir. Oysa günümüzde artık hastaneler sağlık ve sosyal hizmet kurumları olarak isimlendirilip, hastanelerde tıbbi faaliyetler de dahil tüm alanların sosyalizasyonu sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu noktada daha fazla sayıda sosyal hizmet ve sosyoloji alanında eğitim almış personeller istihdam ederek şimdiye kadar yeterince gerekli görülmeyen hastalıkların sosyal yönüne dair pozitif politikalar benimsenmeye başlanmıştır. Bir hastane elbette sadece doktorlarla, hemşireler ve kayıt memurları ile de tıbbi faaliyette bulunabilir. Bir hasta hastaneye girdiği andan itibaren hizmet almaya başlar. Hastaneye intikal ile başlayan süreçte eğer kendi imkanlarıyla gelmişse park alanından itibaren başvurduğu kurumun kendisiyle konuştuğunu düşünür. Bu konuşma sakinleştirici, güven veren ve tatminkâr bir şekilde de olabilir. Tam tersi bir durum da söz konusudur; hastalığın vermiş olduğu ruh halinin tesiriyle kendisi gibi ortak amaç ve tedirginlikteki bir hasta yığınıyla beraber korku, endişe, çekinceler içerisinde ümitsizliğe varacağına dair bir konuşma da söz konusudur.

Tam da bu noktada; sağlık merkezleri, sadece muayene edilen, teşhis ve tedavi ile sınırlandırılabilir yerler olamaz. Artık gelişen dünya gerekleri bunun çok daha ötesinde yer almayı zorunlu kılmaktadır. Hizmet alan kimseler bu hizmeti en iyi kalitede en güzel sunumla beklemektedirler. Sağlık alanının sosyal alanlarla ilişkisi neticesinde kişiler hastaneleri tıbbi faaliyetlerin çok daha ötesinde sosyal imkânlar sunan kurumlar olarak değerlendirebilmektedirler.

Ülkemizde son 15 yıldaki gelişmelere bakıldığında ilk olarak sağlık merkezlerinde Hasta Hakları kavramının yerleşmesiyle ciddi bir sosyalleşme alanı açılmıştır. Hasta hakları birimlerinin tüm sağlık kuruluşlarında teşkil edilmesi neticesinde ülkemizde hastaların haklarının bulunduğu ve bunların ihlali durumunda ilk başvuruların birinci elden hastanelerde bulunduğu temeline dayanan sosyal bir sağlık politikası oluşturulmuştur. Ayrıca sağlık kuruluşlarına sosyal hizmet uzmanı, sosyolog gibi sağlık alanında sosyal faaliyet gösteren aktörlerin istihdamı her geçen gün artarak devam etmektedir. Toplumların kurumlardan beklentileri her geçen gün yeni ihtiyaçlar doğurmuştur ve bu ihtiyaçların önemsenmesi ile de sağlıkta sosyal

hizmet alanlarının geniş bir yelpazeye yayılmıştır. Artık sağlık kuruluşlarında hasta hakları birimi, halkla ilişkiler birimi, sosyal hizmet birimi gibi sosyal birimler yaygın olarak görülmektedir. Bunların yanında hasta hakları kavramlarının yanında hasta sorumlulukları da belirlenerek kişilerin hastanede riayet etmeleri gereken hususlar da etkili bir iletişim faaliyeti olarak hasta ve yakınlarına sunulmuştur. Burada sorulacak soru her şey bu kadar iyi dizayn edilmesine rağmen hastaneler neden hep çatışmalarla anılmaktadır? Toplumda herkesin en hassas olduğu konu şüphesiz kendisinin ve/veya sevdiklerinin sıhhatleriyle ilgili olumsuzluklardır. Kişilerin bir sağlık ihtiyacı sonrasında korku, üzüntü, kaygı, çekince vb. gibi çok farklı ruh haline girebilme ihtimali neticesinde hakları ve sorumluluklarının bilincinin dışında hareket etmelerinin ihtimal dâhilinde olduğu söylenmelidir. Aslında tam da burada tıp; sosyoloji, psikoloji, sosyal hizmet alanlarına ihtiyaç duymaktadır. Dünyanın en iyi cerrahı bile olsanız hasta/hasta yakınlarıyla iletişim kurarken sosyal desteğe büyük ihtiyaç duymanız gerekecektir.

Tüm bunlardan hareketle bu çalışma; Çölyak hastalığına dair Doğu Anadolu Bölgesinde hastaların teşhis, tedavi ve kontrolleri için kullanabilecekleri birkaç tane 3. Basamak sağlık merkezinden biri olan ve Vangölü havzasında Van, Bitlis, Hakkari, Ağrı illerinin tamamına komşuluklarındaki illerin de bir kısmının ulaşabileceği tek üniversite hastanesi olan Dursun Odabaş Tıp Merkezi'nde Gastroenteroloji bölümüne tedavi amaçlı gelen kişiler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Buraya gelen hastalara uygulanmak üzere sosyo-demografik, yaşam biçimleri, ekonomik durumları, tedaviye ilişkin algıları ve çevre ile ilişkileri gibi durumlarına dair 50 sorudan müteşekkil bir anket çalışması yapılarak 81 hastaya uygulanmıştır. Bunun yanında hastanede kayıtlı bulunan sistemde başvuran hastaların yerleşim yeri, doğum tarihi ve sosyal güvence gibi demografik bilgilerine ulaşılarak bir hastalık haritası çıkarılmıştır.

Çalışmamızın birinci bölümü kavramsal ve kuramsal çerçeveden ibaret olup, Çölyak kavramının açıklanması ile başlanılmış ve Çölyak hastalığına dair bilgiler verilmiştir. Hastalık olgusuna sosyolojik bakış açısıyla yaklaşılarak bu konuda literatür taraması yapılmış ve hastalığa ilişkin görüşler açıklanmıştır. Devamında

sağlık sosyolojisinin tarihsel olarak geçirdiği gelişim belirtilerek Türkiye’de ve dünyada lyak hastalığına dair bilgiler sunulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünü araştırmanın metodolojisi oluşturmaktadır. Araştırmanın amacı ve önemi, problemleri, evren ve örneklem, veri toplama teknikleri, sınırlılıklar ve karşılaşılan zorluklar adı altında maddeler oluşturulmuştur.

nc bölümde; Van’da lyak hastalarının sosyolojik arka planını ortaya koymak amacıyla verilerin analizi sürecine geçilmiş, gerek Van ilçeleri gerekse merkez mahalleleri bağlamında bir hastalık haritası çıkarılmıştır. Ayrıca görüşülen hastaların sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik yapıları tablolar halinde ortaya konulmuştur.

1. BÖLÜM: KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Kavramsal Çerçeve

1.1.1. Hastalık Kavramı

Tıp bilimi genel olarak; hastalık halini ortadan kaldırmayı hedeflemektedir. Bir olgu olarak karşımıza çıkan hastalık kavramına dair birçok tanım yapılmıştır. En temelde zıddı ile açıklanırsa çok daha anlamlı olmaktadır; Sağlık-Hastalık. Birinin olmadığı yerde diğerinin ortaya çıktığı bir dönüşümün savaşı. Tıp da bu savaşın kahramanı rolündedir.

Hastalık dilimizde zihnimizde hep olumsuzluklarla kötülüklerle sonucunda üzüntülerle anılan tasavvurlara sahiptir. Tarihsel açıdan bu tasavvur Empedokles tarafından evrene benzetilen insanın benzeyen yönleriyle açıklanmaya çalışılmıştır (Arda, 1996: 108). İnsan evrenin bir benzeridir ve evrenin kaynağını oluşturan maddeler insanın oluşumunda da aynıdır. Evrenin herhangi bir şekilde bozulmaya uğraması kendi içindeki ahengin yok olmasıyla açıklanabileceği gibi Empedokles insandaki düzenin bozulması ile sağlığın yok olarak hastalığın ortaya çıktığı düşüncesiyle büyük benzetme yapmıştır.

Arda (1996: 108) rasyonalist olarak tıp biliminin miadını başlattığını söylediği Hipokrat tıp döneminden itibaren hastalıklara epilepsi hastalığında olduğu gibi soyut manalar katmanın bir kenara bırakıldığı görülmektedir ve Razi ile İbni Sina tarafından de benimsenmiş olan bu anlayış ile hastalık anlamı somutlaştırılarak biyolojik yönü daha fazla ortaya çıkarılmıştır. (Arda, 1996: 108).

Tarihin ilk dönemlerinde hastalıklar toplumlar tarafından doğüstü nedenlerden kaynaklı olarak düşünülmüştür. Burada tedavi yöntemi olarak insan üstü metafizik kavramlara atıfta bulunulmuştur. Cin çarpması ve şeytan girmesi gibi anlamlar yüklenmiştir. Diğer yandan büyü sihir gibi etkenler toplumda geniş yerler bulmuş ve tedavi edici özelliklere Şaman kültürleri yayılmıştır (Öztürk, 1997). Bu anlamda tedavi ediciler de toplumun din adamı rolünü de üstlenerek nüfuz alanlarını artırmışlardır.

Hipokrat ise, hastalıkların metafizik kaynaklı değil, doğal yollardan ortaya çıktığını söylemiştir. Milattan önce 4. Yüzyılda hastalık kavramını “Vücutta bulunan kan, balgam, sarı safra ve kara safradan herhangi birinin dengesi bozulduğunda hastalık oluştuğunu” şeklinde tanımlamış ve vücudun düzeninin bol oksijen, yeterli gıda alımı, yaşam dengesinin sağlanması şeklindeki kurallara uyulması ile hastalıkların engellenebileceğini söylemiştir (Tekin, 2007: 28).

Avcı toplayıcı insanların yaşadığı dönemdeki hastalık kavramı ile günümüz modern toplumu arasında çok büyük bir değişim yaşanmıştır. İlkel dönem insanların hastalanma nedenleri genelde av kazaları, vahşi hayvan saldırıları gibi yerleşik hayata geçmemiş insanların karşılaşabileceği olumsuzluklardan müteşekkirdi. Göçebe hayata son verip tarımsal faaliyetle birlikte yerleşik düzene geçen insanların hastalık özellikleri de değişime uğramıştır. Salgın hastalıkların bu dönemde yaygın bir hal alması söz konusudur. Birbiriyle daha çok etkileşime giren insanlar genellikle enfeksiyon hastalıklarından rahatsızlanmışlardır. Modern toplumda ise kronik hastalıkların ve kanser vakaları en yaygın hastalık türleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Tekin, 2007: 28).

Günümüz modern insanı daha az hareket ederek kendisini hastalıklara açık ve bağışıklığı zayıf bir organizmaya dönüştürmüş durumdadır. Beslenme alışkanlıklarının değişmesi ile bir tüketim toplumu özelliği gösteren günümüz insanlığı Hipokratın tasvir ettiği dengeye dayalı modelin dengesini alt üst ettiğinden büyük tehlike altında bulunmaktadır.

John Macionis, toplum halk sağlığını dört ana başlıkta şu şekilde kategorize etmiştir: “Kültürel örüntülerin tanımladığı sağlık, kültürel standartlarının zaman içinde önemli değişikliğe uğradığı sağlık, toplumun teknolojisinin etkilediği sağlık, sosyal eşitsizliklerin etkilediği halk sağlığı olarak sınıflandırılmıştır” (Macionis, 2012: 544). Macionis’in kategorize ettiği halk sağlığı çeşitlerine örnek olarak; kültürel örüntüler açısından ele alındığında yakın zamana kadar Yaws hastalığı¹ Afrika kıtasında kimi toplumlarca normal bir şey olarak görülmekteydi. Kültürel etkileşim neticesi bu cilt hastalığı halk tarafından kabul görmüştür.

¹ Tropikal bölgelerde görülen bir cilt hastalığı.

İkinci olarak zaman içerisinde değişen kültürel standartlar açısından sigara içmek örnek olarak gösterilebilir. Burada sağlığı etkileyen özelliklerin farkındalığı ve oluşturduğu tehdit algısı değişim göstermektedir. Toplum teknolojisinin etkilediğı sağlık açısından ele alındığında endüstri toplumunun gelişen teknolojiyle beraber sağlığa ulaşım imkanları artmasına rağmen endüstriyel toplum da sağlık açısından yeni ve daha büyük sorunların da kaynağını oluşturmaktadır. Son olarak da zenginlerin sahip olduğu sağlık imkanları fakirlere göre çok daha fazladır ve bu sosyal eşitsizliğin sağlığa en büyük etkisi olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.1.2. Çölyak Hastalığı

Erinç (2018: 3), yerleşik hayata geçmek ile birlikte başlayan tarımsal üretim ile insan metabolizmasının beslenme alışkanlığının değiştirdiğinden bahseder ve yeni gıdalara uyum sağlarken bazı kimselerde gıdaların mide tarafından tolere edilememesi durumu ortaya çıktığını belirtmiştir. İlk olarak ikinci yüzyılda Anadolu'da bir tabip olan Aretaesus tarafından ifade edilmiş olan çölyak "Latince koiliakos (bağırsakların zarara uğraması)" anlamına gelmektedir (Nieto, 2014'ten aktaran Erinç, 2018: 3).

Çölyak için tek tedavi yöntemi sıkı bir diyettir. Gluten içeren besinlerin olmadığı bu diyetle hastalığın olumsuz etkilerinden uzak kalılabilmektedir. Çölyak hastalarının glutensiz diyet konusunda iyi eğitime tabi tutulması bu anlamda büyük önem arz etmektedir (Celiloğlu, 2011: 29). Az gıda alımının da Çölyak hastalarının hastalıklarının değişik belirtilerle sonuçlanması muhtemeldir. Hiç kesilmeden sıkı bir glutensiz diyet yapmak Çölyak hastaları için hayati öneme sahiptir. Biraz bile alınacak gluten hastalığı tekrar aktive etmek demektir. Sıkı bir diyet ile ince bağırsak eski sağlam halini geri kazanmaktadır. Ancak çok az bile olsa gluten alımı ile tekrar deformasyon başlamaktadır. "Diyetin bozulması veya terk edilmesi çok daha ciddi sağlık sorunlarına sebep olabilmekte, tedavi edilmemiş çölyak hastalığı kronik kötü sağlık, osteoporoz, kısırlık, düşük, depresyon gibi durumlara neden olabilirken, ince bağırsak kanseri ve lenf kanseri riskini de ciddi

oranda arttırmakta, çocuklarda ise boy kısalığı ve davranışsal sorunlara neden olmaktadır”.²

Genetik özellik gösteren Çölyak hastalığında; birinci derece akrabalarda görülme sıklığı %10-15 arasındadır (Neuhausen, 2002). ’den aktaran (Ün, 2003: 46). Çölyak hastalığında ilk belirtiler; “karın bölgesinde şişlik, kilo azlığı, kas zayıflığı, kansızlık, dışkılama sorunu ve ihtiyacının artması, kusma, bezginlik, iştahsızlık, gelişim geriliği, aft, gaz şikayetleri, eklem ağrıları, sinirlilik hali ve ciltte kaşıntılı döküntülerdir”.³ Çölyak hastalığı diyete glütenin eklenmesinden sonra herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Ancak beş yaşın altında ve 30-40’lı yaşlarda sıklığı artmaktadır (Lebenthal vd., 2008: 18).

1.2. Hastalık Olgusuna Sosyolojik Bakış

1.2.1. Sosyolojik Boyutu ile Hastalık

İnsanların en temel ihtiyaçlarından olan tedavi isteği yaşamın olduğu her dönemde çok önemsenmiştir. Hastalık, sağlık tabirleri kullanılırken akla her zaman ilk olarak hep hastaneler ve doktorlar gelmektedirler. Hekimin merkezde olduğu bu yapı içerisinde, hastalığın toplumsal özelliklerini sosyolojik olarak incelenmesi ile sağlık sosyolojisi çalışmaları başlamıştır. Günümüzde Amerika ve Avrupa’da önemi her geçen gün artan şekilde sağlık ve hastalık sosyolojisi çalışmaları hızlanmış durumdayken maalesef ülkemizde bu alan ile ilgili çalışmalar sınırlı ölçüde kalmıştır (Kasapoğlu, 1999).

Geleceğin toplumunu derinden etkileyen ve dengesiz beslenme, sigara alkol ve uyuşturucu bağımlılıkları gibi olumsuz alışkanlıkların artışı, gıdalardaki organik üretim azlığı ve maliyetinin yüksekliği vb. nedenlerin insan sağlığına topyekûn zararının artması ve kitleler halinde hastalıkların oransal olarak büyümesiyle her geçen gün daha fazla kişiyi etkileyen hastalık durumlarının toplumda sorunlar oluşturacağını öngörmek için kâhin olmak gerekmez. Günümüzde çeşitli kompto teorilerine açık olan, yaygın bir şekilde inanılan ve kanıtlanmasının zorluğuna

² <http://www.colyakmanisa.org.tr/uzun-vadede-riskler> (Erişim Tarihi: 05.01.2020).

³ <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/metabolizma-ve-colyak/%C3%A7%C3%B6lyak-belirtileri,tan%C4%B1s%C4%B1-ve-komplikasyonlar%C4%B1.html> (Erişim Tarihi:05.01.2020).

rağmen geniş bir kanaat oluşturan laboratuvarlarda üretilen virüsler olduğu düşüncesi, ilaç ekonomisinin büyüklüğü düşünüldüğünde yadsınamaz bir gerçektir. Daha farklı bir ifadeyle; hastalıklar sadece fizyolojik bir durumdan kaynaklanmamaktadırlar. Hastalıkların kaynaklarının gösterdiği farklılık çeşitliliği sağlığın sadece tıp ile açıklanabilmesini imkânsız kılmaktadır. Sağlık sorunlarının bir kısmının doğuştan ya da genetik kaynaklı olmasının yanında sosyal çevreden kaynaklı birçok hastalığın başladığının göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Sosyolojinin, sağlığı değerlendirmesinde esas teşkil eden husus; toplum yapısının hastalıkların başlangıç, ilerleyiş ve tedavisinde etkinlik durumunun değerlendirilmesidir; bu da sağlığın inceleme alanının anlam ve içerik olarak çok genişlemesi anlamına gelmektedir (Baloğlu, 2006).

Sağlık ve hastalık olgunun sosyolojinin konusu olması bilimsel sosyolojinin gelişiminden sonra gerçekleşmiş ancak gerektiği gelişmeyi ilk zamanlarda gösterememiştir. Sosyolojinin alt dalları içerisinde Sağlık Sosyolojisi dünyada 18. Yüzyılın sonlarından itibaren zikredilmeye başlanılmıştır. Sosyoloji ve tıbbın birçok ortak yönü vardır. Nettleton ve Gustafsson'un belirttiği gibi, farklı yollarla olmakla birlikte her ikisi de insanlarla, bedenle ve nüfusun refahı ile ilgilenmektedir. Ayrıca tıbbın tarihi sosyolojiden daha eskidir ve sosyolojinin doktorların kamu sağlığı adına nüfus hakkında topladıkları bilgilere dayalı olarak gelişmişliğine dair düşünceler oluşmuş, bu sosyo-demografik bilgilerin sosyolojik incelemenin başlamasına ön ayak oluşturduğu düşünülmüştür (Şavran, 2010).

1.2.2. Sağlık Sosyolojisi

Sağlık sosyolojisi terim olarak ilk kez 1894 yılında, sağlığı etkileyen toplumsal faktörleri incelediği çalışmasında Charles McIntyre tarafından kullanılmıştır (Kasapoğlu, 1999). Bu terim sekiz yıl sonra da, modern çağda tıp fakültesine ilk kabul edilen kadın olan Elizabeth Blackwell tarafından, tıp ve toplum arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında yeniden kullanılmıştır. Sağlık Sosyolojinin erken dönemlerinde yapılan çalışmalar toplum ve halk sağlığı ile ilgilenmiştir. Sosyolojik bakış açısıyla ortaya konulan ilk çalışma 1927'de Bernard Stern'in "Tıbbi Gelişimde Sosyal Etmenler" başlıklı çalışmasıdır (Kasapoğlu, 1999). Bu arada zikredilmesi gereken Emile Durkheim'in 1897 yılındaki "İntihar" adlı kitabıdır.

Engels'in İngiliz işçi sınıfındaki sağlık sorunlarının kapitalist üretim süreçlerine bağladığı çalışması da unutulmamalıdır ki sağlık sosyolojisinin konusuna giren hususlar içermektedir (Şavran, 2010).

Sağlık sosyolojisi çalışmaları, 20. yüzyılın ortalarında ciddi denilebilecek ölçüde eserlerle yoğun bir şekilde karşımıza çıkmaktadır. Bu dönem, sağlık sosyolojisinin artık önemini iyice kavranmasıyla konularının derinlemesine incelendiği bir çeşitlilikle karşımıza çıkmaktadır. Bu dönem tıptaki gelişmeler bu alanın önemini daha da arttırmıştır. İkinci Dünya Savaşının yıkıcı etkilerinin izlendiği bir noktada, ihtiyaca binaen önemliliği ciddi oranda artmıştır. Sağlık sosyolojisinin çalışmaları 1940 ve 1950'li yıllarda sadece uygulamalı sosyoloji alanında yoğunlaşmışken, 1951 yılında Parsons'ın "Sosyal Sistem" isimli kitabının çıkışıyla teorik bir yapıya da kavuşmuştur. Parsons bu eserinde Weber, Durkheim ve Freud'tan etkilenerek, sağlıklı olmanın toplumda bir değer taşımasından, hasta rolünün meşrulaşmasından, sağlık ve hastalık konularındaki değerlerin toplumsallaşma sürecinde bireylerin bilinçaltına itildiği gerçeğinden bahsetmiştir. Parsons'un teoride orta sınıf hasta ve doktor ilişkisiyle sınırlı olduğu ve hastalıkların tamamını kapsamayan hatta kronik hastalıkların içine katılmadığı şeklinde eleştirilerine maruz kalmıştır. En ağır eleştiri Freidson tarafından hasta doktor ilişkisinin uyumluluk değil çatışma esasına göre yapılması gerektiği şeklinde yapılmıştır (Kasapoğlu, 1999). Sağlığın sadece sosyoloji ile açıklanamayacağını belirten eleştirilerin aksine Cockerham (2016: 579), Parsons'un medikal sosyolojinin kuramsal temelini oluşturduğunu ve medikal sosyolojiye saygınlık kazandığını belirtmiş olması önemlidir (Kasapoğlu, 1999).

Tablo 1. Sosyolojik Teoride Sağlık ve Hastalık Yaklaşımları

Kuram	Toplum Modeli	Hastalığın Sebebi	Tıbbın Rolü
Marksist	Çatışma ve sömürüye dayalı	Kâr etme amacını sağlığın önüne koymak	Çalışan sınıfı disipline edip, kontrol etmek; bireyselleşmiş hastalık açıklamaları yapmak
Parsonscu	Uyumlu ve sabit bir şekilde birbirine bağlanmış sosyal rol ve yapılar	Sosyal rol taleplerinin yol açtığı zorlamalar	Bireylerin sosyal rollerini yerine getirebilmeleri için iyileştirmek
Foucaultcu	Güce dayalı ilişkiler ağı, tek baskın kaynak olmaksızın yönetimin gözetimi	Nüfusu kolayca kontrol edebilmek için, hastalık etiketini kullanarak onları sınıflandırmak ve ayırmak	Normal sosyal rollere uygun davranmaya zorlamak ve bu normların içselleştirildiğinde n emin olmak
Feminist	Ataerkil anlayış ile kadını sömüren ve baskı altına alan toplum	Sosyal rolleri yerine getirmesi için kadının zorlanması	Ataerkil normlar ile annelik ve kadınlığı uygunluğunu dayatmak

Kaynak: (White, 2002: 7den aktaran Aytaç, 2015: 247)

Sağlık Sosyolojisi, 20. Yüzyılın sonlarında tıp kurumunun eleştirisinin önemli bir dinamik oluşturduğunu söyleyebiliriz. Gerek sosyoloji bölümlerinde gerekse de sağlık örgütlerinde sosyologların çalışma sahası her zaman pratik alanlar olagelmiştir. Sağlığın temelinde de yer alan her türlü gündelik sorunsalın sosyolojinin inceleme alanı olması da son derece tabiidir. Medikal sosyolojinin son zamanlarda yapılan değerlendirmelerinde, uygulamalı sosyolojinin esas alındığını göstermektedir (Kasapoğlu, 1999). Kuramsal çerçevenin ötesinde, sahaya inilerek sağlığın güncelliği içerisinde sağlığın toplumsal koşullarının ekonomik, kültürel, yönetsel ilişkiler çerçevesinde daha somut verilerle değerlendirilmesini sağlamıştır.

Nettleton, günümüz batı toplumlarında sağlığın kültürün bir parçası haline geldiğini belirtmektedir (Nettleton, 1995). Son dönemlerde gelişen sağlık anlayışı, hastalık sonrası algı yerine artık sağlığın hastalıklara karşı korunması şeklini almıştır. Günümüz organik tarım üretimleri kavramı ve insanların doğala dönüşü 2000 sonrası çok hızlanmış ve insanlar sağlığını koruyabilmek için çok daha yüksek ücretler ödemeyi göze alırken, politika yapıcılar her geçen gün artan sağlık harcamaları ve bunun kendilerine olan aşırı etkilerine karşı tebaaları için önleyici çalışmalar başlatmışlardır. Bunun en bariz örneği tüm dünyada hızla artan obezitedir. Hareketsizlik ve aşırı gıda tüketimi, hazır yiyecekler ve asitli içecekler gibi günümüz hayatının en çok talep gören alışkanlıklarının hem ferde hem de içinde bulunduğu topluma etkisi çok büyük olmaktadır. Sağlığını korumak isteyen kişilerin yoğunlaştığı spor salonları gibi mekanlarda veya hobi amacının dışında sağlık açısından spor faaliyetlerinin içinde yer almak gibi çok arttırılabilecek günümüz sağlık alışkanlıkları 2000 öncesi dönemden başlı başına ayrılmaktadır. Burada Nettleton hastalık olgusunun sağlık olarak dönüştüğünü vurgulamaktadır ve aşağıdaki dönüşümler tablosunu yapmaktadır (Nettleton, 1995)

Tablo 2. Nettleton'un Dönüşüm Şeması

HASTALIK	SAĞLIK
HASTANE	TOPLULUK
AKUT	KRONİK
BAKIM	KORUMA
MÜDAHALE	GÖZETİM
TEDAVİ	BAKIM
HASTA	KİŞİ

Kaynak: Nettleton, 1995

Sağlık ve hastalığın dönemsel olarak gelişimi incelendiğinde tedavinin en önemli aktörü olarak hekimlik, sanayi devrimine kadar insanlık tarihi boyunca geleneksel yöntemleri esas alan bir tedavi anlayışı içerisinde süre gelmişti (Dirican, 1993). Burada insanın temel ihtiyaçlarına kısmi bir cevap verilmeye çalışılmış ve bir yönetime dayanmayan tamamen usta-çırak eğitimi çerçevesinde kendinden sonrakilere aktarılmıştır. Burada en belirleyici olan sağlık ihtiyacı duyan halk kitlelerinin kırsal nüfus oranının çok yüksek olmasıdır. Kırsalda yaşayan kişilerin daha az etkileşimde olması ve olabilecek sıkıntılarının tedavilerinde de geleneksel iyileştirici kişilere başvurma istekleri, tecrübe olarak toplumdaki diğer fertlerin

üstünde olan bilge kişiler, büyücüler veya dini özelliği olan kişilerin sağlık konusunda da otorite kurmaları ile sonuçlanmıştır. Ama özellikle ortaçağda zirve yapan bulaşıcı hastalıklara karşı aciz kalan geleneksel tedavi yöntemleri kitleler halinde insanların yok olmasını engelleyememiştir.

Sanayi Devrimi ile birlikte işgücü ihtiyacının karşılanması için insanların üretim alanlarına mobilizasyonu ile birlikte ve üretim aşamalarının etkisiyle geleneksel hekimlik tek başına yeterli olmayınca bu dönem modern tıba geçişi de sağlayacak profesyonel hekimliğin ilk örnekleri de hayata geçmeye başlamıştır. Bu aşamada hastalıkların toplumsal etkileri çok daha gözlenmiş olduğu söylenmelidir. Dönemin şartlarının ağırlığı ve kentleşmenin ilk döneminin olumsuz hayat koşulları sonucu doğurması toplum fertlerinin ciddi bir oranını tehdit etmiş ve akabinde sosyal yaralar açmıştır. Bu dönemde sağlık alanındaki ilerlemeler, hastalığın oluştuktan sonraki tedavisi üzerine yoğunlaşmış ve ilaçlardan tıbbi teknolojilere kadar hızlı ve yoğun bir bilinç düzeyine ulaşıldı.

Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin esas alındığı modern tıp döneminde hastalıklar ortaya çıkmadan müdahale etmek esas alınmaktadır. Bireyin sağlığı kavramında artık toplum sağlığı kavramı hâkim olmuş ve başta WHO Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere bütün sosyal organizasyonlar temelde bu esas altında hayata geçirilmiştir.

İşte sağlığın ve hastalığın tedavi süreçlerindeki süreçler sonucunda sağlık sosyolojisi, sosyolojinin en önemli alt dallarından biri olmayı modern tıp ile birlikte sağlamıştır. Çünkü değişen ihtiyaçlar ölçüsünde başta sadece hekimler tarafından değerlendirilen sağlığın ve hastalığın toplumsal yönü, çok daha güçlü bir bilimsellikle günümüz sosyologlarının en yoğun şekilde inceleme alanına girmiştir. Özellikle Batı gelişmiş toplumlarında çok daha önemsenen Almanya ve İngiltere’de birinci, Amerika’da ikinci sırada sosyolojinin alt dalı haline gelen, genel adıyla sağlık sosyolojisi nispeten gelişmekte olan ülkelerde ve çoğunlukla gelişmemiş ülkelerde olması gerekenden daha az çalışılmaktadır.

Twaddle’ye göre; sağlık sosyolojisinin gelişimi başlıca üç dönemde incelenebilir (Şavran, 2010);

- a) Tıpta Sosyoloji
- b) Tıp Sosyolojisi
- c) Sağlık ve Hastalık Sosyolojisi.

1960'lı yıllara kadar olan dönemde Tıpta sosyoloji, genel olarak incelenmiş sağlık sosyolojisinin terim olarak ilk ortaya çıkışı, bu alanda ilk eserlerin verilmesi, sağlığın sosyal yönünün bilimsel olarak incelenmesi gözlenmektedir. Başka bir deyişle; hastalıkların nedenleri ve dağılımı, bireylerin sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışlarındaki değişimi, hekim yetiştirilmesini, eğitilmesini, tıbbi organizasyonları ve toplum sağlığının geliştirilmesini konu edinmektedir (Baloğlu, 2006). Bu dönemin en belirgin özelliği, bu dönemdeki çalışmaların tıp kurumunun eleştirisinin yapılmasından kaçınılması, sadece sağlık açısından sorun olarak görülen hususların araştırma konusu yapılmış olmasıdır (Baloğlu, 2006). Dolayısıyla nesnellikten uzak bir dönem olduğu eleştirisi yapılabilir.

Tıp sosyolojisi ya da medikal sosyoloji adıyla da genişletilebilen dönem, tıpta sosyoloji anlayışının yerini 1960 yıllarından itibaren almıştır. 1970 sonuna kadar devam eden bu dönemin en önemli ayırıcı unsuru tıp eleştirisini temeline yerleştirmesi ve ciddi anlamda birincil etkiyi sosyolojinin kendi üzerine almış olmasıdır. Başka bir deyişle sorgulama dönemi de denilebilir.

Modern zamanın etkisiyle insanların bir arada daha çok yaşamasının da etkisinin büyük olduğu kronik hastalıklar bu dönem tıbbının en büyük problemi halindedir. Bu dönem tıbbının en önemli hareket noktası olan hastalığa bakışın, insan vücuduna giren virüslerin sonucu olduğu savına dayanan medikal model oluşur (Şavran, 2010). Sosyologların temel düşünce yaklaşımını olan hastalıkların sosyal yönünün de incelenmesinin elzemliği yaklaşımın dışında kalan bu anlayışın tıpta sosyolojinin çıkmazı olan temellendirmenin hekimler tarafından halen tasavvur edildiğini göstermektedir.

Tıp sosyolojisi tıbbi çabanın karşısında sosyolojik çabanın önceliğini kabul eder ve incelemede sağlığın tıbbi yönüyle ilgili parametreler yerine, ekonomik, sosyal ve eğitimle ilgili yönler ağırlık verilmesi gerektiği ve tıp mesleğinin diğer

mesleklerle bağlantılarının araştırılması gerektiği üzerinde durulmalıdır (Marshall, 1999).

Sağlık ve Hastalık Sosyolojisi, Postmodern dönem içerisinde 1970'ler sonrasındaki günümüze kadar olan sağlık sosyolojisinin şu ana kadar en bilinçli şekilde çalışıldığı ve üzerinde eserler verildiği dönemdir. Bu çalışmalar içerisinde geçiş döneminde yer alan aksaklıklar azalmış ve biyomedikal modelin hastanın salt klinik yönünün düzeltilmesi ve sadece sağlığa atfedilen anlamlarının çok ötesinde sosyal gerçeklikler ön plana çıkmıştır. White'a göre; bu dönemde sosyologlar genel olarak sağlık ve hastalığa ilişkin biyomedikal modeli sorgulamaya başlayarak sosyal modeli geliştirmiştir, biyolojik zemin ile kişilerin sağlık ve hastalığa ilişkin toplumsal deneyimleri arasında tek yönlü bir ilişki olmadığını göstermişlerdir (Şavran, 2010).

20. yüzyıl sonlarına kadar kronik hastalık hızında yaşanan artış sağlık problemlerine bakış açısını değiştirmiştir ve bu yeni sağlık kavramı da kendini halk sağlığı olarak ifade etmiş ve kitlelerin sağlığı ile ilgilenmiştir (Kasapoğlu, 1999). Fakir insanların sağlığa ulaşımının zor ve hatta bazı durumlarda imkânsız olduğu düşüncesi yabana atılmamalıdır. Bugün Afrika ülkelerinin fiili olarak olmasa da sosyal, ekonomik, yönetsel olarak sömürge durumlarını göz önüne getirdiğimizde halklarının fakirliğinin onların sağlık hizmetlerine ulaşamaması nedeniyle hele kadınlarda ortalama yaşam süresinin 40 yaş altına düştüğü ülkelerin varlığı bunu güzel şekilde açıklamaktadır. Diğer yandan müreffeh imkanlara sahip Japon kadınlarının ortalama 87 yıl yaşamasının sağlık ve hastalık sosyolojisinin içerisinde değerlendirilmesi gerektiği açık bir gerçekliktir.

Sonuç olarak; sağlık sadece tıbbın etkisiyle şekillenemeyecek kadar geniş etkilenme ve nüfuza sahip çok geniş bir belirleyici alandır. Bu alanın temelinde tıp başrolüdür. Ancak diğer disiplinler ile ilişki içinde olmadan kendini geliştirmesi imkanı bulunmadığı gibi, bu anlamda içinde yaşadığı toplumun her yönüyle inceleyen sosyolojiden maksimum şekilde yararlanması elzemdir. Bu ihtiyaç bir alt dal olarak sağlık sosyolojisinin varlığına ve gelişime ön ayak olmuştur. Biz toplumu anlayamadan, alışkanlıklarını, kültürünü, üretim ve yönetim biçimlerini bilmeden kısacası onları tanımadan sadece ağırlarını dindirmeyi veya ameliyat edip sorunlu

parçayı almayı prensip edinen bir tıp anlayışıyla insanları sadece günlük olarak kurtarabiliriz. Oysa sağlık sosyolojisi, insana hasta odaklı değil toplumda yaşayan bir birey olarak bakıp, onun medikal sıkıntılarının tüm yönleriyle tespitine yoğunlaşmaktadır. Sağlığın sosyolojiye olan ihtiyacı gelişmiş batı toplumlarında yavaş yavaş hak ettiği ilgiyi bulmaya başlamıştır. Geleceğin tıp biliminin önemli bir ayağı sağlık ve hastalığın sosyolojik olarak değerlendirilmesi olacaktır.

Yakın zamana kadar Yaws hastalığı⁴ Afrika kıtasında kimi toplumlarca normal bir şey olarak görülüyordu. Kültürel etkileşim neticesi bu cilt hastalığı halk tarafından kabul görmüştür. Yıllar içerisinde değişim gösteren sağlık anlayışının etkisiyle sigara içmenin örnek olarak gösterilebileceği gibi sağlığı etkileyen özelliklerin farkındalığı ve oluşturduğu tehdit algısı değişim göstermektedir. Endüstri toplumunun gelişen teknolojisiyle beraber sağlığa ulaşım imkanları artmıştır. Buna rağmen endüstriyel toplum da sağlık açısından yeni ve daha büyük sorunların da kaynağını oluşturmaktadır. Son olarak da zenginlerin sahip olduğu sağlık imkanları fakirlere göre çok daha fazladır ve bu sosyal eşitsizliğin sağlığa en büyük etkisi olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.2.3 Çölyak Hastalığı

Çölyak Hastalığı, glutene karşı aşırı duyarlılığın genetik olarak duyarlı bireylerde ince barsakta hasara ve iltihaba neden olduğu kronik bir otoimmün bozukluktur (Fera vd., 2003). Çölyak hastalarına tedavinin temeli olarak ömür boyu sürecek sıkı glutensiz diyet önerilmektedir. Hastalara ve ailelerine, hastanın diyetinde buğday, arpa ve çavdardan kesin bir şekilde kaçınılması konusunda gerekli eğitim ve gluten içeren ve içermeyen gıdaların ayrıntılı listesi verilmelidir. Çölyak hastalarının eğitiminde, tükettikleri besinlerin etiketlerini okuyarak içeriklerini öğrenmeleri ve bunu hayat tarzı haline getirmeleri, glutensiz besin hazırlama teknikleri yer almalıdır (Celiloğlu, 2011).

Çölyak hastalığı ince bağırsağın, buğday, arpa, çavdar ve yulaf gibi tahıllarda bulunan gluten adlı proteine karşı ömür boyu süren kronikleşmiş alerji durumudur. Bu hastalık ile alınan gıdaların emilimleri giderek azalır ve ince bağırsak giderek

⁴ Tropikal bölgelerde görülen bir cilt hastalığı.

küçülür. Beslenme yetersizliği ile sonuçlanan bu durum hastalığın diğer belirtilerine sebebiyet verir. Bu hastalık her yaşta tespit edilebilen bir özellik göstermektedir. Tek tedavi şekli olan glutensiz diyetin ömür boyu sürdürülmesi zorunludur. Sıkı bir diyet ile ince bağırsak eski sağlam halini geri kazanmaktadır. Ancak çok az bile olsa gluten alımı ile tekrar deformasyon başlamaktadır. Diyetin bozulması veya terk edilmesi çok daha ciddi sağlık sorunlarına sebep olabilmektedir. Tedavi edilmemiş çölyak hastalığı kronik kötü sağlık, osteoporoz, kısırlık, düşük, depresyon gibi durumlara neden olabilirken, ince bağırsak kanseri ve lenfoma riskini de ciddi oranda arttırmaktadır. Çocuklarda ise boy kısalığı ve davranışsal sorunlara neden olmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Tedavi edilmemiş durumdaki kişiler ince bağırsak yüzeyindeki küçük parmak benzeri projeksiyonlardaki (villus) kısmi veya tamamen atrofiye bağlı olarak bağırsak malabsorpsiyona maruz kalırlar. Bu durumun etkisiyle, aynı zamanda kadınlarda osteoporoz ve doğurganlık sorunlarıyla karşı karşıya kalma riski sıkça görülmektedir (Jones, 2009) ve gastrointestinal kanser ve non-Hodgkin lenfoma riski artmıştır.

Çölyak hastalığında ilk belirtiler, karın bölgesinde şişlik, kilo azlığı, kas zayıflığı, kansızlık, dışkılama sorunu ve ihtiyacının artması, kusma, bezginlik, iştahsızlık, gelişim geriliği, aft, gaz şikayetleri, eklem ağrıları, sinirlilik hali ve ciltte kaşıntılı döküntüdür (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Yapılan çeşitli çalışmalarda çölyak hastalarında hala en sık belirti olarak ishal bildirilmiştir (Kuloglu vd., 2009).

Çölyak hastalığı diyete glutenin eklenmesinden sonra herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Ancak beş yaşın altında ve 30-40'lı yaşlarda sıklığı artmaktadır (Lebenthal vd., 2008).

1.3. Türkiye'de ve Dünyada Çölyak Hastalığı

1.3.1. Dünyada Çölyak Hastalığı

Bugün bilinen şekliyle hastalığın klinik bulguları 1887 yılında Samuel Gee tarafından tanımlanmıştır (Celiloğlu, 2011). Hastalığın görüldüğü çocuklar üzerinde buğday ve çavdar gibi tahılların (Ertekin, 2008) zararlı etkisi, Dicke tarafından

gözlemlenmiştir (Dicke, 1953). Hastalığın nedeninin gluten olduğu, glutensiz diyet ile kript hiperplazisi, villus atrofi ve artmış intraepitelyal lenfositler gibi karakteristik histopatolojik bulguların düzelmesi ile kanıtlanmıştır. ÇH tanı kriterleri 1969 yılında Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) tarafından belirlenmiş ve 1990 yılında bu kriterler gözden geçirilmiştir (Ertekin, 2008).

Ülkeler ve ırklar arasında hastalığın görülme sıklığı açısından belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Diyetle gluten bulunmadığı sürece Çölyak hastalığı ortaya çıkmayacağından buğdayın besin öğelerinde önemli oranda yer aldığı Avrupa, Kuzey Amerika, Avustralya gibi ülkelerde Çölyak hastalığı sık görülürken ve Çin ve Japonya’da hemen hiç görülmemektedir (Ertekin, 2008).

Dünyanın değişik bölgelerinden yapılan çalışmalarda ÇH sıklığı 1:99-1:210 arasında bildirilmektedir (Maki vd., 2003). Hastalık, kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. (Roy vd., 1995). Çölyak hastalığının tek yumurta ikizlerde ve birinci derece akrabalar arasında görülme sıklığının 10 kat kadar yüksek olarak bildirilmiştir. (Roy vd., 1995) Avrupa’da, Çölyak hastalığı 1980’li yıllara kadar görülme sıklığı 1/1000 - 6500 arasında değişen nadir bir hastalık olarak değerlendirilmekteyken (Swinson CM, 1980), günümüzde Avrupa ülkelerinde ve Amerika Birleşik Devletleri’nde Çölyak hastalığı görülme sıklığı 1/100- 150 arasında olduğu saptanmıştır (Celiloğlu, 2011).

Daha önceden birincil “malabsorpsiyon” hastalığı olarak bilinen Çölyak hastalığı artık sindirim sistemine ait ve sindirim sistemi dışı belirtiler verebilen sistemik otoimmün hastalık olarak kabul edilmektedir. Çocukluk çağının en yaygın “malabsorpsiyon” nedeni olan bu hastalık, çocukları ve yetişkinleri yaşam boyu etkilemektedir (Roy vd., 1995). Hastalık buğdayın beslenmede önemli yer tuttuğu Avrupa, Kuzey Amerika, Avustralya, Güney Batı Asya’da Afrika ve Uzak Doğu’ya göre daha sık görülmektedir (Marsh, 1992). Uluslararası literatürde çölyak hastalarının birinci derece yakınlarında ÇH sıklığı %4-5 oranında bildirilmiştir (Hill, 2005). Toplumlar arası farklılığın nedeni genetik etmenlerin yanı sıra, anne sütünün verilme süresi, glutenle karşılaşma yaşı, alınan gluten miktarı, mamaların içeriği ve geçirilmiş viral enfeksiyonlar gibi çevresel etkenlere bağlı olabilir (Marsh., 1992).

Çölyak hastalığının ortaya çıkmasında aile öyküsü önemli bir etkidir. Birinci derece akrabasında ÇH bulunan çocuklarda hastalığın görülme olasılığı %1-18 arasındadır (Fasano A, 2003). Amerika’da yaşları 1-60 arasında değişen çölyak hastalarında yapılan çalışmada, hastalığın sıklığı birinci derecede akrabalarda 1:39, ikinci derecede akrabalarda 1:56 olarak bildirilmiştir (Fasano vd., 2003).

1.3.2. Türkiye’de Çölyak Hastalığı

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde Çölyak hastalığı görülme sıklığı yüzde 1 ile binde 3 arasında değişmekte olup Türkiye’de 250 bin ile 750 bin arasında çölyak hastası tahmin edilmekte iken ancak yüzde 10’nuna tanı konulduğu dikkate alındığında 25 bin ile 75 bin arasında tanı almış hasta beklenmektedir. Toplumda tanı almamış hastalar buzdağının görünmeyen kısmıdır. Bakanlığımızın Sağlık Bilgi Sistemlerinde nisan ayı Çölyak hastalığı raporu alan hasta sayısı 2015 verilerine göre 67.683 olarak bilinmekte ve bu hastaların illere dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir (Isparta Sağlık Müdürlüğü, 2019):

Tablo 3. 2015 Nisan Ayı İtibariyle İllere Göre Çölyak Hastalığı Görülme Sıklığı

İl Adı	Hasta Sayısı	Nüfus	Sıklık %	İl Adı	Hasta Sayısı	Nüfus	Sıklık %
ADANA	4.562	2.174.352	0,21	KAYSERİ	657	1.334.531	0,05
ADYAMAN	996	596.973	0,17	KIRIKKALE	225	271.376	0,08
AFYONKARAHİSAR	322	703.370	0,05	KIRKLARELİ	112	339.328	0,03
AKSARAY	186	388.042	0,05	KİRŞEHİR	136	230.264	0,06
AMASYA	254	327.695	0,08	KOCAELİ	1.376	1.725.982	0,08
ANKARA	6.766	5.098.601	0,13	KONYA	1.719	2.134.254	0,08
ANTALYA	1.189	2.209.594	0,05	KÜTAHYA	244	566.473	0,04
ARDAHAN	33	104.694	0,03	KİLİS	181	129.768	0,14
ARTVİN	65	169.738	0,04	MALATYA	622	771.860	0,08
AYDIN	473	1.018.020	0,05	MANİSA	475	1.365.095	0,03
AĞRI	476	527.808	0,09	MARDİN	664	759.610	0,09
BALIKESİR	415	1.159.054	0,04	MERSİN	1.164	1.739.790	0,07
BARTIN	157	189.970	0,08	MUĞLA	345	908.693	0,04
BATMAN	722	545.075	0,13	MUŞ	366	398.600	0,09
BAYBURT	33	78.718	0,04	NEVŞEHİR	115	294.724	0,04
BOLU	154	288.417	0,05	NİĞDE	148	341.295	0,04
BURDUR	102	253.567	0,04	ORDU	392	692.676	0,06
BURSA	1.997	2.817.679	0,07	OSMANİYE	282	512.735	0,05
BİLECİK	177	210.745	0,08	RİZE	252	325.738	0,08
BİNGÖL	234	263.507	0,09	SAKARYA	364	936.635	0,04
BİTLİS	600	332.484	0,18	SAMSUN	835	1.258.753	0,07
DENİZLİ	1.075	975.816	0,11	SİNOP	134	196.563	0,07
DÜZCE	166	351.702	0,05	SİVAS	272	607.460	0,04
DİYARBAKIR	3.823	1.610.170	0,24	SİİRT	256	312.944	0,08
EDİRNE	221	395.833	0,06	TEKİRDAĞ	412	899.323	0,05
ELAZIĞ	396	580.164	0,07	TOKAT	394	575.299	0,07
ERZURUM	755	767.005	0,1	TRABZON	1.163	777.028	0,15
ERZİNCAN	192	224.209	0,09	TUNCELİ	64	74.628	0,09
ESKİŞEHİR	928	801.994	0,12	UŞAK	156	360.277	0,04
GAZİANTEP	2.613	1.895.050	0,14	VAN	2.053	1.059.054	0,19
GÜMÜŞHANE	56	122.085	0,05	YALOVA	124	217.217	0,06
GİRESUN	183	417.189	0,04	YOZGAT	201	429.132	0,05
HAKKARİ	252	243.584	0,1	ZONGULDAK	232	597.918	0,04
HATAY	538	1.517.244	0,04	ÇANAKKALE	217	487.388	0,04
ISPARTA	276	421.930	0,07	ÇANKIRI	137	160.143	0,09
IĞDIR	128	195.626	0,07	ÇORUM	598	523.912	0,11
KAHRAMANMARAŞ	539	1.079.708	0,05	İSTANBUL	10.834	14.205.459	0,08
KARABÜK	135	228.751	0,06	İZMİR	4.401	4.072.272	0,11
KARAMAN	163	242.770	0,07	ŞANLIURFA	2.264	1.847.163	0,12
KARS	210	285.919	0,07	ŞIRNAK	326	475.021	0,07
KASTAMONU	209	346.002	0,06	Genel Toplam	67.683	77.077.235	0,09

Tabloya göre; araştırma alanımızı teşkil eden Van ili, 0,24 ile Diyarbakır ve 0,21 ile Adana'nın hemen ardından 0,19'luk yüksek oran ile ilk üç il arasındadır. Van ilini yine Dursun Odabaş Tıp Merkezi'ne en çok başvuran komşu illerden biri olan Bitlis 0.18 ile dördüncü sıradan izlemektedir. Hakkari %0,1 ile 17 sırada, Ağrı %0,09 ile 18. Sıradadır. 81 il içerisinde Çölyak görülme oranı en düşük iller sırası ile Manisa, Kırklareli ve Ardahan illeridir (%0,03). Genel toplamda tanısı konulan 67683 Çölyak hastasının tüm Türkiye nüfusuna oranı %0.09'dur. Ancak bu rakamlar hastalığından habersiz olan kişiler değerlendirilmeden yapılmış olduğundan sadece kayıtlı hastaların değerlendirilmesi ile belirlenmiştir.

Ülkemizde sağlıklı çocuklarda Çölyak hastalığı görülme sıklığını araştıran ilk çalışma Erzurum merkezinde, 6-17 yaş aralığındaki okul çağı çocuklarında yapılmıştır. Çalışmada, Çölyak hastalığı görülme sıklığı 1/115 olarak bulunmuş, yapılan endoskopi ve biyopsiler neticesinde biyopsi ile kanıtlanmış Çölyak hastalığı görülme sıklığı 1/158 olarak saptanmıştır (Ertekin, 2008).

Ülkemizde Çölyak hastalığının çocuklarda görülme sıklığı ve sosyal etmenleri üzerine yapılmış önemli bir çalışma olan; Türk çocuklarında çölyak hastalığı ile ilişkili olası etmen ve belirtilerin değerlendirilmesi isimli çalışmada; Türkiye'de 6-17 yaş grubu okul çağı çocuklarında çölyak hastalığının ortaya çıkışını etkileyebilecek etmenler ve hastalığı işaret edebilecek belirtilerin araştırılması amaçlanmış ve 2006-2008 yılları arasında Türkiye'de 63 ilde, 139 okulda, yaşları 6-17 arasında toplam 20190 okul çağı çocuğunun çalışmaya alınmış, antikor testlerinde pozitiflik saptanan 489 olgudan 215'inin yapılan ince bağırsak biyopsisi sonucunda Türkiye'de literatüre benzer şekilde hastalığın kız cinsiyette daha fazla olduğu tespitine ulaşılmıştır (Dalgıç, 2010). Toplumsal cinsiyet açısından ele alındığında anlamlı bir sonuca ulaştırabilecek bu çalışmada aynı zamanda yapılan anket neticesinde düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip olanların iştahsızlık, boy kısalığı, pika, ishal, karın ağrısı, kilo kaybı, kusma ve karın şişliği sorularına daha fazla 'evet' yanıtı verdiğini ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandığı ifade edilmiştir. Bu çalışmanın neticesinde Buket Dalgıç ve arkadaşlarının Türk Çölyak Çalışma grubu ile beraber ulaştıkları en önemli sonuç; çölyak hastalığı ile pika hastalığı varlığı, kız cinsiyet, iştahsızlık ve boy kısalığı arasında pozitif ilişki olduğu

saptanmasıdır (Dalgıç, 2010) Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada çölyak hastalığı olan çocukların anne babalarında %7,1 ve kardeşlerinde %9,3 oranında çölyak hastalığı saptanmıştır (Sarı, 2006).



2. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Çölyak hastalığı ile yaşayan kişilerin toplumsal sorunlarına ve yaşam kalitelerini etkileyen sorunlarına değinmek için yapılan bu çalışmada kendilerine yönelteceğimiz sorular ile sorunlarının çeşitlendirilmesi ilk kez yapılacaktır. En büyük problemlerden biri olarak değlendirebileceğimiz yaşamları boyunca toplum baskısı oluşup oluşmadığı, oluşmuşsa bunun yansıması olarak tezahür eden sorunları birer birer ayrıntılı olarak açıklanmaya çalışılacaktır. Çölyak hastalığının sosyo-ekonomik ve demografik olarak inceleneceği bu çalışmada, hastalığın tek tedavi şekli olan glütensiz yiyeceklerden oluşan diyet yapma zorunluluğunun ekonomik yansımaları, hastanın bu noktada yaşadığı ekonomik, sosyal sorunlarının ortaya konuşması öncelikli amaçlar arasındadır. Özellikle çocukluk ve kızlık döneminden itibaren ortaya çıkmasıyla beraber genç yaşta hastalığın farkına varılmasının, kadınların bekar kalma nedeni olabileceği düşünülmüştür. Bu durumun kadınların evlilik kurumuna katılımını ne şekilde etkilemektedir. Eş seçme noktasında erkeklerin ve erkek ailesinin yaklaşımının ne şekilde olduğu anlaşılmaya çalışılacaktır.

Çölyak hastalığının buğday ve türevlerinin aşırı tüketildiği lokasyonlarda çok sıklıkla görülmesinden hareketle Dünya ve Türkiye ortalamalarına oranla Doğu Anadolu Bölgesinde çok daha fazla görülmesinin altında yatan sosyo-ekonomik faktörler incelenmeye çalışılacaktır. Çölyak hastalarının toplumda beslenme sırasında yaşadıkları sorunlara toplumun reflekslerinin ne şekilde olduğuna dair kanaatleri ortaya konulacaktır.

Sağlık sosyolojisi açısından ele alındığında özellikle Türkiye’de literatür son derece azdır. Çölyak hastalığı Van’da buğdaya dayalı ürünlerin çok tüketilmesi neticesinde mevcut hasta sayıları esas alınarak Türkiye ortalamasının yaklaşık 2,5 katı olarak görülmektedir. Sosyoekonomik düzeyi düşük olduğu için hastalığından habersiz olma ihtimali olan ciddi bir oranın ise bu hastalığın riski altında olabileceği düşünülmelidir.

2.2. Araştırmanın Problemleri

1. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezine başvuran Çölyak hastalarının sosyo-ekonomik durumları nasıl bir profil göstermektedir?
2. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezine başvuran Çölyak hastaları arasında sınıfsal bir farklılaşma var mıdır?
3. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezine başvuran Çölyak hastaları, toplumsal cinsiyet ve yaşa göre farklılık göstermekte midir?
4. Çölyak hastalarının yaşam şartlarının hastalıklarına etkileri nelerdir?

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma evreni, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezine 2005-2015 yılları arasında Çölyak hastalığı tanısı ile başvuran tüm hastalardır. Araştırma örneklemini, olasılığa dayalı olmayan amaçlı örneklem kapsamında sosyo-ekonomik ve demografik olarak evreni temsil edebilecek 82 çölyak hastası oluşturmaktadır. Araştırmada, 82 Çölyak hastası ile birebir görüşme ve izinlerinin alınması suretiyle anket yapılmıştır.

2.4. Veri Toplama Teknikleri

Araştırmada, veri toplama aracı olarak anket tekniği ile hazır veri kullanılmıştır. Saha araştırmasında elde edilen bulguların yanı sıra bu çalışmada; hastane tıbbi verileri, yazılı ve görsel datalar kullanılmıştır.

Hastaneye 2005-2015 yılları arasında başvurmuş ve Çölyak hastalığı tanısı konulmuş 3088 hastanın verileri çalışmamızın hazır verilerini teşkil etmektedir.

2.5. Sınırlılıklar

Türkiye’de yeni gelişmeye başlayan Sağlık Sosyolojisine ilişkin fazla bilgi bulunmaması, özellikle çalışmamızın konusu olan Çölyak hastalığı ile ilgili yapılmış dünya üzerinde sayısız araştırmaya rağmen bu hastalığın sosyal yönüne yönelik çok sınırlı çalışmaların yer alması nedeniyle kaynak bulma, çalışmamızın sınırlılıkları olarak karşımıza çıkmıştır.

Hastaneye başvuran hastalar üzerinde yapılan anket çalışmasında hastalığın ilk teşhis yaşlarının 5 ile 9 yaş arasında yoğunlaşmasına rağmen anket çalışmalarına katılmalarının güçlüğünden kaynaklı olarak örneklem seçiminde yetişkin polikliniğine başvuran hastalar dikkate alınmak durumunda kalmıştır.

2.6. Karşılaşılan Zorluklar

Hastaların hastane şartlarında anket çalışmasına yaklaşımlarının olumsuzluğu, okuma yazma bilmeyen hastaların varlığı ve sorulan sorulara cevap verirken sık tekrarlamalar ve kesin doğruluğu bilinmeden verilen cevapların olabileceği karşılaşılan temel zorluklardır. Bunların yanında Çölyak hastalarının toplum içerisinde kendilerini soyutlamaları neticesinde Çölyak hastalarının ancak hastaneye başvurmaları neticesinde kendilerine ulaşılmalarının mümkün olmasından kaynaklı ankete katılan hasta sayısı için bir yıla yakın çalışma yapılmıştır. Anket için görüşülen çölyak hastalarının ciddi bir kısmının ankete katılmama kararı da burada karşımıza çıkan bir başka önemli zorluk olmuştur.

3. BÖLÜM: BULGULAR VE TARTIŞMA

3.1. İkincil Verilere Göre Van'da Çölyak Hastaları

3.1.1. Van'da Çölyak Hastalarının Sosyo-Demografik Yapısı

Bu bölümde Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaşı Tıp Merkezi'ne gelen ve çölyak hastası teşhisi konulan bireylerin cinsiyet, yaş, sosyal güvence ve ikamet yerlerine ilişkin betimleyici bir çerçeve yer almaktadır.

Tablo 4. Çölyak hastalarının cinsiyete göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Kadın	1658	53,7
Erkek	1430	46,3
Toplam	3088	100,0

Dursun Odabaşı Tıp Merkezi'nde Çölyak hastalığı teşhisi konulan hastaların cinsiyetlerine bakıldığında kadınların %7,4 oranında erkeklerden fazla olduğu görülmektedir.

Tablo 5. Çölyak Hastalarının Sosyal Güvence Dağılımı

Çölyak Hastalarının Sosyal Güvencesi	Sayı	Yüzde
18 Yaş Altı	146	4,7
65 Yaş Üstü	9	,3
Askeri Kurumlar	2	,1
BAĞKUR (Çalışan)	185	6,0
BAĞKUR (Emekli)	23	,7
Çocuk Esirgeme	2	,1
Emekli Sandığı	63	2,0
Emekli Sandığı (Çalışan)	292	9,5
Hizmet Alımı Kurum	12	,4
İsteğe Tabi Sigortalı	62	2,0
İşsizlik Ödeneği	10	,3
Resmi Kurumlar	17	,6
SSK (Çalışan)	1053	34,1
SSK (Emekli ve Yakını)	24	,8
Ücretli	10	,3
Ücretsiz (Gazi – Gazi Şehit Yakını)	53	1,7
Yeşilkart	1125	36,4
Toplam	3088	100,0

Tabloda en belirgin olarak öne çıkan özellik hastaneye başvuran çölyak hastalarının %36,4'ü Yeşil Kartlı hasta grubu. Sosyal güvencesi bulunmadığı için 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olarak değerlendirilen %5'lik kısım da eklendiğinde sosyal güvencesi bulunmayan düşük sosyo-ekonomik düzeyde olan hasta oranı yarıya yakın bir oranda karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 6. Çölyak hastalarının yaşa göre dağılımı 1

	Sayı	Yüzde
0-4	182	5,9
5-9	790	25,6
10-14	591	19,1
15-19	617	20,0
20-24	303	9,8
25-29	161	5,2
30-34	123	4,0
35-39	112	3,6
40-44	62	2,0
45-49	47	1,5
50-54	41	1,3
55-59	20	,6
60-64	14	,5
65-69	12	,4
70 üstü	13	,4
Toplam	3088	100,0

Hastaneye başvuran hastalar içerisinde en yüksek oranın 5-9 yaş aralığında gerçekleştiği görülmektedir. 5 ile 20 yaş arasında en yüksek oranların bulunması hastalığın teşhis ve tedavisi için hastaneye başvuran kişilerin çoğunlukla genç nüfusu oluşturan bireylerden oluştuğunu gözler önüne sermektedir.

Tablo 7. Çölyak hastalarının yaşa göre dağılımı 2

	Sayı	Yüzde
18 Yaş Altı	1979	64,1
18-28	628	20,3
29-35	180	5,8
36-49	201	6,5
50-64	75	2,4
65 ve üzeri	25	,8
Toplam	3088	100,0

Bir önceki tablonun daha farklı bir sınıflandırılması ile değerlendirilmesi neticesinde; özellikle 18 yaş altı çölyak hastası oranının yaklaşık 2/3 oranında olduğu karşımıza çıkmaktadır. Böyle yüksek bir oranın ortaya çıkmasının en önemli çıkarımı özellikle genç hastalığı olduğu olarak ifade edilebilir.

Tablo 8. Çölyak hastalarının Van'daki mahallelere göre dağılımı

	Van'daki mahallelere göre hasta yüzdesi	Hasta sayısı	Yüzde	Mahalle nüfusu	Görülme Sıklığı %
1	HACİBEKİR MAHALLESİ	94	7,87	18207	0,52
2	ŞABANİYE MAHALLESİ	78	6,53	19216	0,41
3	KARŞIYAKA MAHALLESİ	72	6,03	24484	0,29
4	YENİ MAHALLE	62	5,19	15646	0,40
5	ABDURRAHMANGAZİ MAHALLESİ	55	4,61	17473	0,31
6	EMİNPAŞA MAHALLESİ	48	4,02	18001	0,27
7	SEYRANTEPE MAHALLESİ	48	4,02	18485	0,26
8	SÜPHAN MAHALLESİ	48	4,02	17910	0,27
9	CUMHURİYET MAHALLESİ	45	3,77	7190	0,63
10	SELİMBEY MAHALLESİ	44	3,69	19107	0,23
11	İSTASYON MAHALLESİ	43	3,60	11793	0,36
12	BEYÜZÜMÜ MAHALLESİ	42	3,52	11447	0,37
13	ALTINTEPE MAHALLESİ	38	3,18	13815	0,28
14	AKKÖPRÜ MAHALLESİ	36	3,02	12981	0,28
15	İSKELE MAHALLESİ	36	3,02	11263	0,32
16	SEYİT FEHİM ARVASI MAHALLESİ	34	2,85	16028	0,21
17	SERHAT MAHALLESİ	32	2,68	9588	0,33
18	ŞEREFİYE MAHALLESİ	32	2,68	13117	0,24
19	HALİLAĞA MAHALLESİ	30	2,51	16917	0,18
20	ALİPAŞA MAHALLESİ	29	2,43	15997	0,18
21	CEVDETPAŞA MAHALLESİ	29	2,43	18908	0,15
22	VALİ MİTHAT BEY MAHALLESİ	28	2,35	17098	0,16
23	BOSTANIÇI MAHALLESİ	24	2,01	29342	0,08
24	HAFİZİYE MAHALLESİ	24	2,01	11830	0,20
25	ŞEMSİBEY MAHALLESİ	22	1,84	4443	0,50
26	HATUNİYE MAHALLESİ	18	1,51	7846	0,23
27	KIŞLA MAHALLESİ	16	1,34	6856	0,23
28	YEŞİLOVA MAHALLESİ	15	1,26	9755	0,15
29	BARDAKÇI MAHALLESİ	14	1,17	12686	0,11
30	YALI MAHALLESİ	14	1,17	9167	0,15
31	KALEÇİK MAHALLESİ	13	1,09	13509	0,10
32	BAHÇIVAN MAHALLESİ	11	0,92	7293	0,15
33	ESENTEPE MAHALLESİ	10	0,84	7385	0,14
34	VANYOLU MAHALLESİ	10	0,84	9852	0,10
		1194	100,00	474635	0,25

Mahallelere göre hastane verilerinin sıralaması alınarak en fazla görülen mahalleler yukarıdaki tabloda rakamsal olarak verilmiştir. En fazla çölyak hastası Hacıbekir Mahallesi'nde 94 rakamı ile karşımıza çıkmaktadır. Bu mahalleyi Şabaniye ve Karşıyaka mahalleleri izlemektedir. Özellikle göçlerle oluşan kente eklemleme noktasında sosyo ekonomik ve kültürel açıdan ciddi handikapları bulunan Hacıbekir mahallesi nüfusa oranla en yüksek hastalık yüzdesine sahip olmasıyla bu tablo açısından çölyak hastalığının düşük sosyo ekonomik profil gösteren kişilerde daha fazla görüldüğünü göstermektedir.

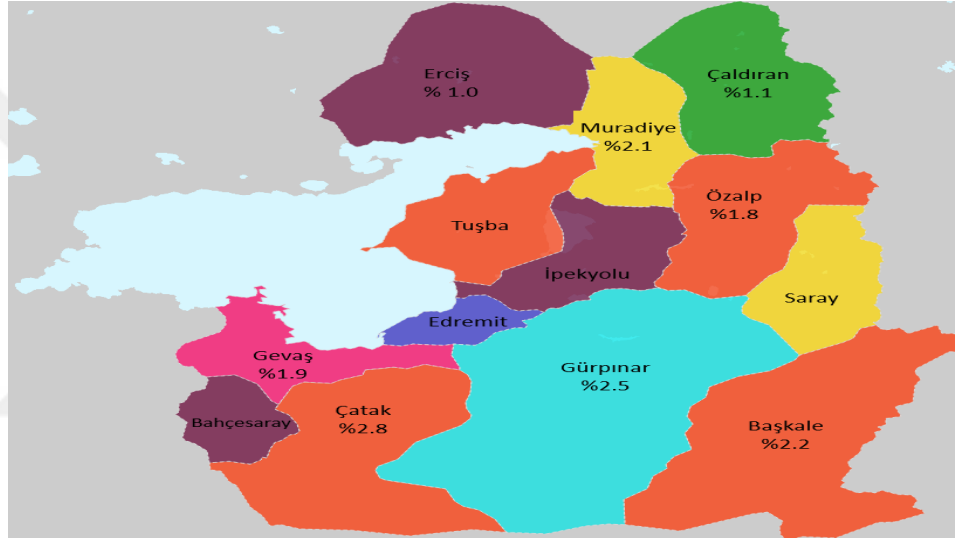
Tablo 9. Çölyak hastalarının doğum yerine göre görülme sıklığı

	Frekans	Yüzde	İlçe nüfusu	Görülme sıklığı
Çatak	59	1,9	21251	277,634
Gürpınar	92	3,0	36133	2,546,149
Başkale	117	3,8	54204	2,158,512
Muradiye	105	3,4	50542	207,748
Gevaş	55	1,8	28311	1,942,708
Hakkari	145	4,7	76933	1,884,757
Özalp	120	3,9	68491	1,752,055
Yüksekova	146	4,7	112826	1,294,028
Çaldıran	72	2,3	65059	1,106,688
Erciş	173	5,6	173203	0,998828
Patnos	95	3,1	122672	0,774423
Tatvan	67	2,2	88643	0,755841
Şemdinli	35	1,1	62577	0,559311
Edremit	39	1,3	121437	0,321154

3088 çölyak hastası içinden yüzde 1 üzeri olan ilçeler değerlendirilmeye tabi tutulmuştur.

Hastaneye 2006-2015 yılları arasında başvuran 3088 Çölyak Hastalığı tanısı veya ön tanısı konulan hastanın adres bilgilerinin sınıflandırılarak hastalığın nüfusa göre görülme sıklığı bilgisi çıkarıldığından Vangölü güneyindeki oranın kuzeyindeki verilerin sayısal olarak çok büyük olduğu ve hastalığın görülme sıklığında belirgin bir farklılık gösterdiği bilgisine ulaşılmıştır. Merkez ilçeler olan Edremit, Tuşba ve

İpekyolu ilçelerinin bu ilçelerdeki adreslerin çoğunluğunun Van merkez olarak belirtilmesi nedeniyle sağlıklı bilgilere ulaşılamayacağından hareketle değerlendirmemizde bunlar göz ardı edilmektedir. Ancak Çatak, Gürpınar, Gevaş gibi ilçelerle Erciş, Patnos gibi ilçeler arasında oransal farklılık belirgin bir şekilde ortadadır. 2015 yılı çölyak hasta dağılımına göre tüm ülkede 3. Sırada bulunan Van ilinde %0,19 oranda bulunan Çölyak sıklığı, bu tablomuzda Çatak ilçesinde %0,28 olarak en yüksek oranı bize vermiştir. Hastaların nüfusa göre görülme sıklığı hesaplanırken başvuran hastanın hangi ilçede doğduğu bilgisi sınıflandırılmış ve bu adres bilgisi toplam ilçe nüfusuna bölünüp 100 rakamı ile çarpılmıştır.



Şekil 1. Van ilçelere göre Çölyak hastalarının sayısının ilçe nüfuslarına oranının dağılımı

3.2. Birincil Verilere Göre Van'da Çölyak Hastaları

3.2.1. Görüşülen Kişilerin Sosyo-Demografik Yapısı

Bu bölümde Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi'ne gelen çölyak hastalarının sosyo-demografik yapılarına ilişkin betimleyici bir çerçeve bulunmaktadır. Söz konusu çerçevede cinsiyet, yaş, eğitim durumu, doğum yeri, medeni durum, sosyal güvence, meslek dağılımları tablolar halinde incelenmiştir.

Tablo 10. Hastaların cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Kadın	51	63,0
Erkek	30	37,0
Toplam	81	100,0

Görüşülen hastaların %63'lük kısmı kadın, %37'lük kısmı ise erkek olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınların oranının erkeklerin iki katına yakın sonuçlanması çok çarpıcıdır.

Tablo 11. Görüşülen hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
18 yaş altı	2	2,5
18-28 yaş arası	39	48,1
29-35 yaş arası	16	19,8
36-49 yaş arası	18	22,2
50-64 yaş arası	5	6,2
65 yaş ve üstü	1	1,2
Toplam	81	100,0

Çölyak hastalarının yaş dağılımlarını yansıtan tabloya bakıldığında; yaş yoğunlaşması özellikle 18 – 39 yaş aralıklarında %90 oranıyla görülmektedir. %48 ile en yüksek yüzdeli yaş aralığı 18 ile 28 yaş aralığında oluşmaktadır. İkinci yüksek

oran %22,2 ile 36-49 yaş aralığı olurken, bunu 29-35 yaş aralığı %19,8 ile takip etmektedir. 65 yaş üstü sadece %1,2 oranında gerçekleşmiştir. Bir anket çalışmasında koordine kurulabilecek yaşlar itibariyle ele alındığında hastalığın ilk teşhis edildiği çocukluk yaşlarındaki hastalarla anket düzenlemenin zorluğu, verilecek cevapların doğruluğu düşünülerek özellikle yetişkin hastalıkları için başvuran 16 yaş üzeri bireylerle görüşmeler yapılmıştır.

Tablo 12. Görüşülen hastaların eğitim durumlarının dağılımı

	Sayı	Yüzde
Okur-yazar değil	15	18,5
Okur-yazar	6	7,4
İlkokul mezunu	10	12,3
Ortaokul mezunu	12	14,8
Lise mezunu	18	22,2
Yüksekokul mezunu	4	4,9
Üniversite lisans mezunu	15	18,5
Yüksek lisans mezunu	1	1,2
Toplam	81	100,0

Çölyak hastalarının mezuniyet esas alınarak eğitim durumları incelendiğinde; ilkökul eğitimi almamış okur-yazar olmayan ve okur-yazar cevabı verenlerin toplam oranı %25,9'dur. Üniversite altı eğitim almış hastaların oranı ise toplamda %49,3 olarak kaydedilmiştir. Üniversite mezunlarının oranı ise %24,6 olarak görülmektedir. En fazla sıklık %22,2 ile Lise mezunu cevabında, en az sıklık ise %1,2 ile Yüksek Lisans mezunu cevabında alınmıştır.

Tablo 13. Görüşülen hastaların medeni durumlarının dağılımı

	Sayı	Yüzde
Evli	47	58,0
Bekâr (hiç evlenmemiş)	34	42,0
Toplam	81	100,0

Görüşülen Çölyaklı hastalarının medeni durumlarına bakıldığında; %58'inin evli, %42'sinin ise bekar olduğu bilgisine ulaşılmıştır.

Tablo 14. Görüşülen hastaların doğum yeri dağılımları

	Sayı	Yüzde
Van İli merkez ilçeler	20	24,7
Van İli merkez dışı ilçeler	44	54,3
Van İline sınırı olan iller	9	11,1
Van İline sınırı olmayan iller	7	8,6
Yurtdışı	1	1,2
Toplam	81	100,0

Çalışmamıza katılan hastaların doğum yeri bilgilerine ilişkin olarak; Van doğumlu olanların oranı %79'dur. Van'ın ilçeleri içerisindeki temel ayrımında merkez ilçeler olan Tuşba, İpekyolu ve Edremit doğumluların oranı %24,7 olurken, bu ilçeler dışındaki ilçeler doğumluların oranı ise çok daha yüksek bir oranda %54,3 görülmektedir. Van komşuluğundaki illerdeki doğumlu hasta oranı %11,1 ve diğer iller doğumlular ise %8,6 oranında görülmektedir.

Tablo 15. Görüşülen hastalar içinde Van ili doğumluların ilçelere dağılımı

	Sayı	Yüzde
Bahçesaray	1	1,6
Başkale	2	3,1
Çaldıran	2	3,1
Çatak	5	7,8
Erciş	4	6,3
Gevaş	3	4,7
Gürpınar	14	21,9
Merkez ⁵	20	31,3
Muradiye	6	9,4
Özalp	5	7,8
Saray	2	3,1
Toplam	64	100,0

Görüşülen Van İli doğumlu olan Çölyak hastalarının ilçelere dağılımı incelendiğinde ise ilçeler içinde Gürpınar'ın %22'lik oranıyla tüm tabloda çarpıcı bir değerlendirme sunduğu gözlenmiştir. Van merkez ilçelerin %31,3'lük oranından sonra Gürpınar ve ardından %9,4 ile Muradiye doğumlu hastalar görülmektedir. En düşük sıklık ise %1,6 oran ile Bahçesaray'da gözlenmektedir.

⁵ Van ili büyükşehir olduktan sonra Tuşba, İpekyolu ve Edremit ilçeleri Merkez ilçe olarak algılandığından tasnif edilirken Merkez ilçeler beraber değerlendirilmiştir.

Tablo 16. Görüşülen hastaların meslek bilgileri dağılımı

	Sayı	Yüzde
Çiftçi	1	1,5
Emekli	1	1,5
Ev hanımı	25	38,5
Fırıncı	1	1,5
Güvenlik görevlisi	1	1,5
Hayvancılık	1	1,5
Hemşire	1	1,5
İnşaat işçisi	4	6,2
İşçi	4	6,2
İşsiz	4	6,2
Kasap	1	1,5
Köy korucusu	2	3,1
Memur	4	6,2
Öğrenci	10	15,4
Öğretmen	2	3,1
Serbest meslek	3	4,6
Toplam	65	100,0

Çölyak hastalarının mesleklerinin dağılımına baktığımızda; bir bordrolu işe sahip olan hastalarımızın oranının %12,4 olduğu görülmektedir. Bu tabloda %6,2 oranındaki hastaların kendisini işsiz olarak belirttiği görülmektedir. İşsiz hastalara ek olarak tablonun en yoğun sıklıktaki oranı “Ev Hanımı” cevabı veren hastaların %38,5 olduğunu ve %15,4'lük öğrenci oranı olduğunu düşünürsek; %40'lık bir oranın üretim ilişkileri içerisinde olduğu sonucuna ulaşabiliriz. Bu noktada mesleklerin büyük çoğunluğunun düşük orta profil bir yapıyı işaret ettiğini söyleyebiliriz.

Türkiye Mesleki İtibar Endeksinde en yüksek itibar olan 4. Sıradaki öğretmenlik mesleğinin oranı %3,1 ve 21. İtibar sıralamasındaki hemşirelik ise %1,5 oranlarındadır. Bunlara en yakın itibarlı meslek 53. Sıra ile çiftçilik olmuş. Diğer mesleklerin tamamı 70 ve altındaki itibarlardadır.

Tablo 17. Görüşülen Çölyak Hastalarının Sosyal Güvence Durumları

	Sayı	Yüzde
SSK	32	39,5
Bağ-Kur	4	4,9
Emekli sandığı	11	13,6
Yeşil Kart	34	42,0
Toplam	81	100,0

Tabloda görüşme sağlanan Çölyaklı hastaların sosyal güvenceleri büyük ölçüde Yeşil Kart ve SSK olarak cevaplanmıştır. %42 ile ciddi bir oran olarak karşımıza çıkan Yeşilkartlı hasta profili düşük gelir grubunun ankete yansımadır. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından aile üyelerine yapılan gelir testinden, hane halkı ortalama gelirinin asgari ücretin 1/3'ünden daha az olduğu tespit edilenlerin hiçbir sağlık primi ödemediği sağlık hizmetlerine ulaşmaları için kendilerine Yeşilkart

statüsü verilmiştir. Tablodan hareketle en temel ifadesiyle Çölyak bir yoksulluk hastalığı olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.3. Görüşülen Hastaların Sosyo-Ekonomik Yapısı

Bu bölümde Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaşı Tıp Merkezi'ne gelen çölyak hastalarının aile yapılarına ilişkin betimleyici bir çerçeve bulunmaktadır. Söz konusu çerçevede evlenme yaşları, eşlerinin eğitim ve meslek durumları, anne-babanın eğitim,ve meslek durumları, evlilik biçimleri, akraba evliliği durumları, hane halkı sayısı ve geliri durumları ile yaşanan konut özelliklerine dair dağılımlar tablolar halinde ortaya konulmuştur. Sosyo-ekonomik ve demografik özellikler ekseninde çalışmamızda yer alan Çölyak hastalarının nasıl bir profil oluşturdukları, anne-baba ve eş profillerinin eğitimden gelire kadar derinlemesine incelendiği bu bölümde hastalığın etki ettiği hasta profilinin derinlemesine analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 18. Görüşülen evli hastaların evlenme yaşları kaçtır?

	Sayı	Yüzde
18 yaş altı	8	17,4
18-21 yaş arası	26	56,5
22-25 yaş arası	8	17,4
26-29 yaş arası	4	8,7
Toplam	46	100,0

Tabloda görüşülen Çölyaklı evli hastaların kaç yaşında evlendiklerine dair sorumuza cevap verenlerin %56,5'luk oranı 18-21 yaş arası evlenmiştir. Reşit olamadan evlenme de %17,4 oranı ile göz ardı edilemez. 22 Yaş altı evlilik oranının yaklaşık %74 olması erken yaşta evliliğin yoğunluğunu göstermektedir. 30 yaş üstü evlenen hiç kimse yoktur.

Tablo 19. Görüşülen hastalarının eşlerinin eğitim durumlarının dağılımı

	Sayı	Yüzde
Okur-yazar değil	6	12,8
Okur-yazar	5	10,6
İlkokul mezunu	19	40,4
Ortaokul mezunu	7	14,9
Lise mezunu	6	12,8
Üniversite lisans mezunu	4	8,5
Toplam	47	100,0

Çölyaklı hastaların eşlerinin eğitim durumlarına ilişkin olarak; eğitim almamış eşlerin oranının %23,4 olduğu, üniversiteye kadar eğitim almış eşlerin oranının %68,1 olduğu, Üniversite mezunu eş oranının %8,5 olduğu ortaya çıkmıştır. En büyük yoğunluk %40,4 ile ilkokul mezunu eş oranında gerçekleşmiştir. Çölyak hastalarının eğitim durumlarını incelediğimiz Tablo-3'deki dağılım ile kıyasladığımızda; eşlerin eğitim seviyeleri İlkokul-Lise arasında daha yoğunken, hastalarda bu oran yaklaşık %18 kadar daha az olarak görülmektedir. Üniversiteli eş oranı %8,5 iken üniversiteli hasta oranı %25 civarındadır. İlköğretim görmeyenler arasında ise birbirine yakın oranlar söz konusudur.

Tablo 20. Görüşülen hastaların eşlerinin mesleklerinin dağılımı

	Sayı	Yüzde
Bahçıvan	1	2,2
Çiftçi	3	6,7
Emekli	1	2,2
Ev hanımı	12	26,7
Fırıncı	1	2,2
İnşaat işçisi	5	11,1
İşçi	4	8,9
İşsiz	2	4,4
Memur	3	6,7
Öğretmen	1	2,2
Serbest meslek	12	26,7
Toplam	45	100,0

Eşlerin meslek dağılımı içerisinde %26,7'lik oranlarla Ev hanımı ve serbest meslek olarak karşımıza çıkmaktadır. Serbest meslek tabiri; kendini tanımlayan ve belirli bir mesleği olmayan, kayıt dışı ekonomi içerisinde yer alan kişilerin kendilerini halk dilinde ifade etme biçimi olarak ifade edilmektedir. Kamuda memur oranı ise %10 altında kalmıştır. Tablo-7'de yer alan hastaların meslek dağılımları ile bu tablomuzdaki eş meslekleri karşılaştırıldığında ise; Devlet görevi olduğunu belirtenler iki tabloda da birbirine yakın oranda çıkarken, en yoğun sıklıkla “Ev

Hanımı” cevabı hasta mesleği kategorisinde %38,5 iken eş meslek kategorisinde %26,7 olarak karşımıza çıkmaktadır.

Her iki tablonun da ortaya koyduğu en önemli vurgu; gerek hastaların kendilerinin gerekse eşlerin mesleklerin düşük-orta sosyo-ekonomik profile karşılık geldiğidir.

Tablo 21. Görüşülen hastaların evlenme şekillerinin dağılımı

	Sayı	Yüzde
Tanışarak	21	44,7
Görücü usulü	26	55,3
Toplam	47	100,0

Görüşülen evli hastaların %55,3’ü görücü usulü olarak, %44,7’si ise tanışarak evlendiğini söylemiştir. Geleneksel ilişkilerin yoğun şekilde yaşanıldığı Doğu Anadolu Bölgesinde yaygın olarak görülen görücü usulü evlilik olgusu görüşülen hastaların çoğunlunun tercihi olarak karşımıza çıkmıştır.

Tablo 22. Görüşülen hastaların eşleriyle akrabalık durumunun dağılımı

	Sayı	Yüzde
Akrabalık yok	25	53,2
Yakın akraba	14	29,8
Uzak akraba	8	17,0
Toplam	47	100,0

Görüşülen hastaların akraba evliliği yapıp yapmadıklarına ilişkin değerlendirmede; %47'lik oranla hastaların akraba evliliği yaptığı görülmüştür. Yaklaşık %30 yakın akraba evliliği yapmıştır. Özellikle yarıya yakın bir oranda akraba evliliğinin bulunması bölgenin özelliklerini yansıtmaktadır. Kapalı toplum özelliğine sahip olunan Van ve çevresinde günümüz modern toplumlarının aksine aile yapısı, evlilik biçimleri, sosyal kültürel çevre ile iş koşulları bulunmaktadır. Özellikle aşiret yapısının devamının etkisiyle şekillenen bu yapı zaman içerisinde şehirlerde etkisini azaltmasına rağmen özellikle kırsal yerlerde çok güçlü konumdadır. Geleneksel ilişkiler ağının bu güçlü etkisinden kaynaklı olarak akraba evliliği, erken yaşta evlilik, zorla evlendirilme, ekonomik gücü zayıf çok çocuklu aileler gibi sosyal sorunlarla sık sık karşılaşmaktadır.

Tablo 23. Görüşülen hastaların anne-baba eğitim durumunun dağılımı

	Baba Eğitim Durumu		Anne Eğitim Durumu	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Okur-yazar değil	26	32,1	62	76,5
Okur-yazar	10	12,3	7	8,6
İlkokul mezunu	32	39,5	10	12,3
Ortaokul mezunu	4	4,9	0	0,0
Lise mezunu	6	7,4	2	2,5
Yüksekokul mezunu	2	2,5	0	0,0
Üniversite lisans mezunu	1	1,2	0	0,0
Toplam	81	100,0	81	100,0

Tabloda hastaların anne eğitim düzeyine ilişkin en önemli oran, okur yazar olmayan anne oranının % 76,5 ile çok çarpıcı bir sonuç karşımıza çıkarmıştır. Bir

başka önemli veri ise hiç üniversite mezunu annenin bulunmaması. Görüşülen hastaların baba eğitim durumları açısından; büyük oranda %39,5 ile ilkokul mezunu baba oranı karşımıza çıkmakta, ilkokul üstünde toplam yüzde ise %16'da kalmaktadır. Özellikle eğitimsiz anne oranının çok yüksek olması sosyo-ekonomik olarak hastaların profilini göstermesi açısından çok önemlidir. Erkeklerin eğitime ulaşma durumunun kadınlardan çok daha fazla olduğu görülmektedir. Eğitime ulaşan anne oranının sadece %15 olduğu, babalar da ise bu oranın %55'ler civarında olduğu görülmektedir.

Tablo 24. Görüşülen hastaların anne-babalarının mesleki dağılımı

	Anne Meslek Dağılımı		Baba Meslek Dağılımı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çiftçi	0	0,0	17	23,3
Emekli	1	1,4	13	17,8
Esnaf	0	0,0	1	1,4
Ev hanımı	73	98,6	0	0,0
Fırıncı	0	0,0	1	1,4
İşçi	0	0,0	7	9,5
İşsiz	0	0,0	5	6,8
Memur	0	0,0	4	5,5
Muhtar	0	0,0	1	1,4
Serbest meslek	0	0,0	24	32,9
Toplam	74	100,0	73	100,0

Çalışmamıza katılan Çölyaklı hastaların anne meslekleri sorulduğunda sadece bir annenin memur emeklisi olduğu ve %98,6 oranında ev hanımı oranı bulunduğu gözlenmektedir. Hastaların baba mesleğinin dağılımı ise serbest meslek olarak kendini tanımlandıran ve belirli bir mesleği olmayan, kayıt dışı ekonomi içerisinde yer alan kişilerin oranı %32,9, çiftçi %23,3, emekli %17,8 olarak ilk üç meslek sırasını oluşturmuştur.

Anne ve baba mesleklerini bir bütün olarak değerlendirdiğimizde sosyo-ekonomik açıdan son derece düşük bir profil karşımıza çıkmaktadır. Bu tablodan anlaşılacak çok daha önemli çıkarım ise; kadınların neredeyse tamamının ekonomik ilişkiler içinde olmayışıdır. Buna rağmen baba meslek dağılımından anlaşılacağı üzere işsiz olan küçük bir oran dışında bir mesleğe sahip olanların oranının %90 üstü olduğudur.

Mesleki saygınlık endeksine(Ek2) göre, 53. Saygınlık sırasında bulunan çiftçilik, hastalarımız tarafından %23 oranında baba mesleği olarak belirtilmiştir.

Tablo 25. Görüşülen hastaların hane halkı sayılarının dağılımı

	Sayı	Yüzde
2	2	2,5
3	3	3,7
4	12	14,8
5	16	19,8
6	15	18,5
7	15	18,5
8	11	13,6
9	3	3,7
10	1	1,2
11	3	3,7
Toplam	81	100,0

Hastanemize başvuran hastalar üzerinde yaptığımız çalışmamızda; hane halkı sayıları ile ilgili olarak; 2 ile 11 kişi arası değişen nüfus aralığından en çok beyan edilen 4-6 kişi arası aile hane büyüklüğü oranının yaklaşık %58 civarındadır. 6-10 kişi arası aile hane büyüklüğü oranı ise yaklaşık %40 olarak karşımıza çıkmaktadır. Anketimizdeki ortalama hane büyüklüğü 6,1 olarak hesaplanmıştır. TÜİK 2013-2014 Van İli ortalama hane büyüklüğü araştırması⁶ verileri ile karşılaştırıldığında benzerlik görülmektedir. 2013 Van ortalama hane büyüklüğü 6,0, 2014 yılı Van ortalama hane büyüklüğü 5,8 olarak açıklanmıştır.

Tablo 26. Görüşülen hastaların çocuk sayılarının dağılımı

	Sayı	Yüzde
0	3	6,2
1	3	6,2
2	13	27,1
3	10	20,8
4	7	14,6
5	6	12,5
6	2	4,2
7	4	8,3
Toplam	48	100,0

Tabloda hastaların kaç çocuğu olduğu sorusuna en yüksek karşılık %27,1 ile 2 çocuk, sonra %20,8 ile 3 çocuk gelmektedir. %25 civarında bir profilin ise 5-6-7

⁶ Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2013-2014

çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Tüm katılımcıların beyan ettiği çocuk sayılarının ortalaması alındığında çocuklu hastalarımızın ortalama çocuk sayısı 3,3 olarak hesap edilmiştir.

Tablo 27. Görüşülen hastalarının oturdukları konut durumu

Ev Mülkiyet Durumu			Ev Tipi			Evin Oda Sayısı		
	Sa yı	Yüz de		Sa yı	Yü zde		Sa yı	Yüzd e
Kendi malı	46	56,8	Apartma n Dairesi	18	22, 2	2+1	2 6	32,1
Kira	33	40,7	Müstakil Ev	63	77, 8	3+1	4 9	60,5
Ücretsiz/lojman	2	2,5				4+1	6	7,4
Toplam	81	100, 0	Toplam	81	10 0,0	Topla m	8 1	100,0

Çölyak hastalarının ikamet ettikleri konutun mülkiyeti işle ilgili soruya verdikleri cevaplar çerçevesinde hastaların % 56,7'si oturduğu evin mülkiyetine sahip durumdadır. %40,7 oranında ise kiracı hastalar karşımıza çıkmaktadır.

Görüşülen hastaların %77,8'lik büyük oranla müstakil evde yaşamlarını sürdürdüklerini söylemişlerdir. Ancak %22,2'lik kısmı apartman dairesinde yaşamaktadır.

Hastaların evlerinin %60,5 oranı en yaygın konut planı olarak 3+1 evde ikamet ettikleri görülmektedir. %32,1 oranıyla 2+1 odalı evde ikamet edilmektedir. Geniş bir ev olarak ifade edilebilecek 4+1 evde ikamet edenlerin oranı ise %7,4 olarak görülmektedir.

Hastaların oturdukları konut ile ilgili genel bir kanaatte bulunmak gerekirse; Tablo-16'da belirttiğimiz hastaların ortalama hane büyüklüğü olan 6,1 kişi ortalaması göz önünde bulundurulduğunda ailelerin 3+1 konutlarda yoğun olarak oturduğu ve çoğunlukla müstakil evlerde yaşamlarını sürdürdükleri anlaşılmaktadır.

Diğer tablolardaki çıkarımlarla örtüşen düşük sosyo-ekonomik profil yaşam alanlarının değerlendirilmesinde de karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 28. Görüşülen Hastanın Ailesinin Aylık Gelirinin Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Geliri yok	19	23,5
1-1000 tl arası	20	24,7
1001-2000 tl arası	27	33,3
2001-3000 tl arası	12	14,8
3000 tl üzeri	3	3,7
Toplam	81	100,0

Hastaların aile ekonomik geliri açısından yaklaşıldığında; hane geliri 3000 TL üzeri sadece%3,7'lik bir oran karşımıza çıkmaktadır. Buna karşılık hiç geliri olmadığını söyleyen %23,5 gibi ciddi bir oran mevcuttur. En yüksek frekans sıklığı ise %33,3 ile 1001-2000 TL arası gelir grubundadır. 3000 TL'ye kadar geliri olduğu söyleyen Çölyaklı hasta oranı %72,8'dir. Türk-İş'in Nisan 2017 tarihli araştırmasında; 4 kişilik bir ailenin yoksulluk sınırı 4945 TL olarak tespit edilmiştir. Gerek hane halkı büyüklüğü ve gerek tablodaki okumalarımızla çalışmamıza katılan hastaların ailelerinin neredeyse tamamı bu veriler eşliğinde yoksulluk sınırının altındadır. Yine aynı araştırmanın açlık sınırı verilerine göre ankete katılan hastalarının ailelerinin yarısından fazlası açlık sınırının altında kalmaktadır.

Tablo 29. Görüşülen Hastanın Giderlerinin Önceliklerinin Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Gıda	30	40,5
Eğitim	10	13,5
Ulaşım	4	5,4
Faturalar	9	12,2
Sağlık	14	18,9
Kira	7	9,5
Toplam	74	100,0

Görüşülen hastaların öncelikli harcama kalemlerinin değerlendirilmesinde en yüksek harcama payının %40,5 ile gıda harcamaları olduğu, ikinci sırada sağlık harcama kalemi %18,9 ve üçüncü sırada da %13,5 ile eğitim gelmektedir.

Tablo 30. Çölyak Hastalığınız Nedeniyle Herhangi Bir Ekonomik Destek Alıyor Musunuz?

	Sayı	Yüzde
Hayır	47	58,0
Evet	34	42,0
Toplam	81	100,0

Çalışmamıza katılan hastalar arasında Çölyak hastalığından dolayı ekonomik destek aldığını ifade edenlerin oranı %42'dir. Hiçbir destek almayanlar %58 ile

çoğunlukta olduğu görülmektedir. Çölyak hastalarına en yaygın destek Sosyal Güvenlik Kurumunca sağlanmaktadır. Bu yıl itibariyle Sağlık Uygulama Tebliği ile 0-5 yaş arası hastalara 78,75 TL, 5-15 yaş arası hastalara 120 TL, 15 yaş üstü hastalara 108,75 TL diyet desteği vermektedir. Hastaların diyetleri için bu ödenen desteği çok yeterli görmemeleri ve SGK bünyesindeki sağlık kurulu raporu alma ve diğer bürokratik işlemlerin her yıl tekrarlanması gibi etkenler bu oranın yüksek olmasının en temel sebepleridir.

Tablo 31. “Ailenizde Sizden Başka Çölyak Hastası Var Mı?”

	Sayı	Yüzde
Hayır	69	85,2
Evet	12	14,8
Toplam	81	100,0

Çölyak hastalığının genetik etkilerinin gözlemlenmesi amacıyla hareket edip, yukarıdaki ulaştığımız veriler ışığında; Hastaların yakınları içerisinde yine Çölyak hastası olma oranı %14,8 olarak belirtilmiştir. Bunların büyük kısmı birinci derece baba, anne, kardeş gibi akrabalarından oluşmaktadır.

Tablo 32. “Akraba Evliliği Yaptıysanız Bunların Zararlarını Biliyor Muydunuz?”

	Sayı	Yüzde
Evet	11	36,7
Hayır	19	63,3
Toplam	30	100,0

Çalışmamızda evlilik tercihlerinin yansımaları ve bölgemizde sıklıkla görülen akraba evliliği yapma alışkanlığının Çölyak hastalarına yansımalarının ve mevcut bilinç durumunun incelenmesi amacıyla hareketle tablodaki verilerden anlaşıldığı üzere; akraba evliliği yapan hastalar arasında akraba evliliğinin zararlarının bilenlerin oranı %36,7'dir. Akraba evliliği yapan hastaların neredeyse 2/3'ü bu konuda herhangi bir bilince sahip değildir. Bu da toplumsal açıdan eğitimsiz bir hasta profilinin karşımızda olduğunu gözler önüne sermektedir.

Çölyak Hastalığının Belirti, Teşhis ve Tedavi Süreci

Bu bölümde Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaşı Tıp Merkezi'ne gelen çölyak hastalarının hastalığının ilk belirtileri ile başlayan, teşhis ve tedavi süreçlerini içine alan bir çerçeve ele alınmaktadır. Söz konusu çerçevede tedavi süresi, hastalığı öğrenme zamanı, tek tedavi yolu olan diyet yapıp yapmadığı, diyet için harcanan ekonomi, diyeti bozma gibi dağılımlar tablolar halinde incelenmiştir. Burada hastaların toplumsal ilişkiler ağında yaşamlarını sürdürürken çevresel etkilerin çeşitliliği, yaşanan güçlükler, kendilerini ifade ediş biçimleri, bu etkileşim isteğinin nasıl karşılık bulduğu, hastaların kendilerini toplumda nerede konumlandıkları, eşlerle ve/veya eş aileleriyle hastalık eksenli etkileşimleri ve bunların tamamının hastalara yansımalarının oluşturduğu etkiler tespit edilmeye çalışılmıştır. Anketimizdeki soruların daha iyi anlaşılması amacıyla sorular olduğu gibi tablolarda yer almaktadır.

Tablo 33. Kaç Yıldır Çölyak Hastalığı Tedavisi Görmektesiniz?

	Sayı	Yüzde
1	18	23,7
2	10	13,2
3	9	11,8
4	7	9,2
5	6	7,9
6	7	9,2
7	6	7,9
8	3	3,9
9	2	2,6
10	3	3,9
11	1	1,3
12	2	2,6
13	1	1,3
15	1	1,3
Toplam	76	100,0

Hastalığın teshis aşaması sonrasında tedavisine sıkı bir Çölyak diyeti ile başlanan hasta grubu içerisinde; Dursun Odabaş Tıp Merkezinde tedavi görmeye devam eden ve çalışmamıza katılan hastaların büyük kısmının tedaviye son birkaç yıl içinde başladığı görülmektedir. Birinci yıl %23,7, ikinci yıl %13,2, üçüncü yıl %11,8 diğer yıllar da giderek düşme eğilimi göstermiştir. 3 yıldan daha uzun süre tedavi görenlerin toplam oranı 3 yıldır tedavi görenlerin oranı ile yaklaşık olarak aynıdır. Buradan hastalığını yakın dönem öğrenen hastaların, tedaviye daha yatkın bir grup oluşturduğu, zaman geçtikçe hastalıkla mücadele anlayışında zayıflama yaşandığı sonucu çıkarılabilir.

Tablo 34. Görüşülen Hastanın Hastalığını Öğrendiği Yaş Grubunun Dağılımı

	Sayı	Yüzde
18 yaş altı	14	18,9
18-28 yaş arası	31	41,9
29-35 yaş arası	16	21,6
36-49 yaş arası	9	12,2
50-64 yaş arası	4	5,4
Toplam	74	100,0

Çölyak tanısı konulan hastalardan çalışmamızda yer alanların hastalıklarını öğrenme yaşı ile ilgili olarak; 18 ile 28 yaş aralığı %41,9 ile öne çıkmaktadır. 18 yaş altındaki oran araştırmanın bir yetişkin polikliniği olduğu ve sadece 16 yaş üstü kişiler arasında değerlendirme yapıldığı göz önüne alınırsa %18,9 oranı ile önemsenmelidir. 18-35 yaş arası hastalığını öğrenmiş hastalarımızın oranı ise toplamda %63,5'dir. Hastalığın kanser hastalığı gibi hastalıkların aksine erken belirtilerle ortaya çıkması ve genç yaşta tanısı konulmasının erken tedavi yoluna gidilmesi hastalıkla mücadelenin daha ciddi yapılmasını ve diyetten çıkılmaması durumunda sağlığı olumsuz etkilemesi önemlidir.

Tablo 35. Görüşülen Hastanın Diyet Yapması Dağılımı (Çölyak diyeti yapıyor musunuz?)

	Sayı	Yüzde
Evet	67	82,7
Hayır	14	17,3
Toplam	81	100,0

Görüşülen hastaların %82,7 si diyet yaptığını söylemiştir. Ancak bu orana rağmen hastalığının tek tedavisi olan diyeti yapmadığını söyleyen %17,32'lük hasta profilinin tedaviyi reddetmesinin ciddi olumsuz bir tutum olduğunu söylemek gerekir.

Tablo 36. Diyet Dışına Çıkma Sıklığınız Nedir?

	Sayı	Yüzde
Sık sık	9	12,3
Nadiren	43	58,9
Hiçbir zaman	21	28,8
Toplam	73	100,0

Görüşülen hastaların içinden diyeti hiç bozmadığını belirtenlerin oranı yüzde 28,8'dir. Sıklıkla diyeti bozanların oranı %12,3 ile sınırlıdır. Nadiren bozma oranı ise %58,9'dur. Çevresel etkiler, glutensiz ürün bulmakta zorlanma, çevresinden farklı hareket etmeme isteği, dışlanma endişesi gibi etkenler hastaların olayın ciddiyetini bilmesine rağmen kimi zaman diyeti aksatmalarına sebebiyet vermektedir.

Tablo 37. Diyet Uygulayanlar İçin Diyet İçin Ne Kadar Para Harcıyorsunuz?

	Sayı	Yüzde
1-100 tl arası	7	12,3
101-200 tl arası	15	26,3
201-300 tl arası	18	31,6
301-400 tl arası	9	15,8
401-600 tl arası	8	14,0
Toplam	57	100,0

Diyet için harcanan paranın yaklaşık 100 ile 300 TL arası yoğunlaştığı söylenebilir. En yüksek oran %31,6 ile 201-300 TL arası gerçekleşen tabloda harcanan ücret 600 TL'ye kadar çıkmaktadır. Maksimum 120 TL olan SGK desteği ile kıyaslanırsa çalışmamızın içinde yer alan hastaların sosyo-ekonomik durumlarına rağmen diyet için harcadıkları paranın çok daha yüksek olduğu söylenebilir. İmkansızlığı nedeniyle hiç diyet yapamayan hastaların ilerleyen zaman içinde hastalıkları nedeniyle çok daha ciddi sağlık sorunları oluşturması halk sağlığı açısından ele alındığında, diyet yapmama alışkanlığının önüne geçilmesi gereken önleyici bir sağlık politikası belirlenmesine ve kamu kaynaklarından bu hastalığa ayrılan ücretlerin yeniden değerlendirmesine gereksinim vardır.

3.4. Hastaların Çölyak Algısına İlişkin Yaklaşımları

Bu bölümde Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaşı Tıp Merkezi'ne gelen çölyak hastalarının kendi hastalıklarına ilişkin algı ve tutumlarını, toplumsal yaşam içinde hastalıklarının nasıl algılandığı irdelenmektedir. Söz konusu çerçevede diyet yapmamanın sonuçları, hastalığından dolayı toplumsal geri dönüşler, eşler ve eş ailesinin kişinin hastalığı öncesi ve sonrası yaklaşımları, sağlığını değerlendirme, toplu yemek yerlerindeki algı ve tutumlar gibi dağılımlar tablolar halinde incelenmiştir. Bu araştırmada sadece biyolojik yönleriyle değerlendirilmiş hastalık olgusunun Çölyak hastalığı özelinde psiko-sosyal algılanış biçimlerinin hastalığın sosyal yönüyle irdelenerek; hastaların en yakın etkileşim ağındaki çevrelerine göre ve kendilerini konumlandırışlarıyla kendilerine yansıyan bir algı analizi gerçekleştirilmiştir.

Tablo 38. Diyet Yapmamanın Nasıl Sağlık Sorunları Oluşturacağı Konusunda Bilgi Sahibi Olma Durumu

	Sayı	Yüzde
Evet	54	66,7
Hayır	11	13,6
Kısmen	16	19,8
Toplam	81	100,0

Bu tabloda bilinen tek tedavi yolu olan diyet yapmamanın sonuçları hakkında görüülen çölyaklı hastalar tarafından bilinç düzeyi araştırılmış, %66,7 lik bir oranda sonuçları bildikleri görülmüştür. Hiç bilmediğini ifade edenlerin oranı ise %13,6'dır. Bu oran tedaviyi hastaların anlayan ve sonuçlarının da tasavvur edemeyen bir kitlenin mevcudiyetini gösterir. Bu konuda eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük kişilerin de hastalığı anlama ve kavrama süreçlerinin geliştirmesine ihtiyaç bulunduğu ve dış destek sağlanması ve bunun takibinin sürekliliği gibi gereksinimler oluşmalıdır.

Tablo 39. “Hastalığınızdan Dolayı Toplumdan Dışlandığınızı Düşündünüz Mü?”

	Sayı	Yüzde
Evet	27	35,5
Hayır	49	64,5
Toplam	76	100,0

Hastalıklarının toplumsal etkileri ile ilgili soruda; %35,5 oranında toplumdan dışlandığını belirten azımsanmayacak bir sonuca ulaşılmıştır. %64,5 oranında toplumsal bir dışlama yaşamadığını belirten hasta grubu olmasına rağmen, Evet oranının yüksekliği günümüz şartlarında ciddi bir kanaat olarak ortadadır. Bir kez bile olsa hastanın bilinç altına yer eden ciddi bir etkilenme oluşturabilecek toplumdan dışlanma hissi çalışmamız katılımcısı hastalar üzerinde küçümsenmeyecek bir oran arz etmektedir. Bu anlamda Çölyaklı hastaları önemseyen özel sektör gıda işletmelerinin arttırılması ve kamuda Çölyak hastalarının ciddiye alındığını göstermesi birey ve toplum olarak bu hastalığın geniş kitlelerce önemsendiğini göstermesi açısından çok önemlidir.

Tablo 40. “Evlendiğinizde Eşiniz Hastalığınızdan Haberdar Mıydı?”

	Sayı	Yüzde
Evet	9	19,1
Hayır	38	80,9
Toplam	47	100,0

Evlilik ilişkilerinin incelemek amaçlı olarak hastalığından evlilikten önce haberdar olunmasının oranlarını ele aldığımızda; hastalarımızın %80,9'unun eşinin hastalığını bilmediği sonucuna ulaşılmaktadır. Erken yaş evliliklerin de etkisiyle yüksek oranda bir haberdar olmama oranı karşımıza çıkmıştır.

Tablo 41. “Eşinizin Ailesinin Eşinizin Sizinle Evlenmesi Konusunda Tereddütleri Oldu Mu?”

	Sayı	Yüzde
Evet	4	14,3
Hayır	24	85,7
Toplam	28	100,0

Eş ailesinin hastalığa ilişkin yaklaşımı incelendiğinde Çölyak hastalarının %85,7 oranında eşinin ailesi tarafından hastalığına tereddütsüz yaklaşıldığı görülmektedir.

Tablo 42. “Eşiniz Hastalığınızdan Haberdar Olsaydı Sizinle Yine Evlenir Miydi?”

	Sayı	Yüzde
Evet	27	60,0
Hayır	3	6,7
Bilmiyorum	15	33,3
Toplam	45	100,0

Eşlerin, özellikle ekonomik olarak ciddi etkileri olan bu hastalığı bilmeleri durumunda yine kendisiyle evlenip evlenmeyeceğine dair görüşülen hastaların verdiği cevaplarda sadece %6,7 oranında evlenmez diye ifade edildiği görülmektedir. %60 oranında evlenir diyen ve %33,3 oranında da kararsız kalan hastalar olmuştur. Bu soruya her üç hastadan biri kanaat ortaya koymayan bir cevap vermiştir. Önemli bir oran oluşturan bu hastaların sorunla yüzleşmekten kaçındıkları söylenebilir.

Tablo 43. “Eşinizin Ailesinin Hastalığınızı Sorun Ettiğini Düşünüyor Musunuz?”

	Sayı	Yüzde
Evet	5	10,6
Hayır	31	66,0
Bilmiyorum	11	23,4
Toplam	47	100,0

Hastalığın eş ailesinde uyandırdığı etkiyi ölçmek amaçlı olarak değerlendirdiğimiz bu tabloda; sadece %10,6 oranında eşinin ailesinin hastalığını

sorun ettiğini düşünenler bulunmaktadır. Sorun etmediğini belirtenler ise %66 oranında gerçekleşmiştir. Bir önceki tablo ile benzerlik gösteren bir oranda da sorundan kaçış sergileyen hastaların varlığı ifade edilebilir.

Tablo 44. “Şu An Sağlığınızı Nasıl Değerlendirirsiniz?”

	Sayı	Yüzde
Mükemmel	6	7,4
İyi	21	25,9
Orta	40	49,4
Kötü	14	17,3
Toplam	81	100,0

Görüşülen hastaların kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdiklerini açıklayan tablomuzda; yaklaşık yarımın “Orta” ile kesinlik arz etmeyen bir cevap verdikleri görülürken, sağlığını “Kötü” olarak görenlerin oranı %17,3, “İyi” ve “Mükemmel” cevabını verenler ise toplamda %33,3 olarak görülmektedir. Hastalarımızın genel sağlık durumlarına bakışlarında karamsar yaklaşım sergileyenlerin oranı nisbi olarak daha az görülmektedir.

Tablo 45. “Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırır Mısınız?”

	Sayı	Yüzde
Hayır	17	21,0
Evet	64	79,0
Toplam	81	100,0

Tablomuzda; çalışmamıza katılan Çölyak hastalarının düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırır mısınız sorusuna %79 oranında “Evet” cevabı verdiği, “Hayır” diyenlerin %21 olduğu görülmektedir. Ciddi oranda yüksek çıkan düzenli sağlık kontrolü yaptırmanın hastalığın kontrol altında tutulması ve hastaların bilinç düzeyi açısından önemli olduğu söylenmelidir.

Tablo 46. “Bir İşte Çalışıyorsanız; İşyerinizde Çölyak Hastalığına Uygun Diyet emeklerine Ulaşım İmkancınız Var Mı?”

	Sayı	Yüzde
Evet	3	5,8
Hayır	49	94,2
Toplam	52	100,0

İşyerinde hastalığına uygun yemek yeme şartlarına sahip olan hastaların oranı sadece %5,8’dir. %94,2 oranında hastalar iş yaşamında diyetlerine uygun yemeğe ulaşamamaktadırlar. Yüksek oranda çıkan ulaşamama durumunun hastalar açısından hastalıkla mücadelenin olumsuz etkileneceğini söylemek gerekir. Dışarıdan diyetle uygun yemek ihtiyacını karşılayamayan hastaların iş hayatında yemeklerini evden getirmeleri gibi çözümler üretmeye zorlamaktadır.

Tablo 47. “Toplu Yemek Yenilen Ortamlarda (lokanta, kantin, yemekhane vb.) Yemek Yer Misiniz?”

	Sayı	Yüzde
Evet	34	42,0
Hayır	47	58,0
Toplam	81	100,0

Görüşülen hastalar içinde toplu yerlerde yemek yeme alışkanlığı %58 oranında “Hayır” olarak cevaplanmıştır. Buradan hareketler hastaların sosyal hayat içerisinde toplu ortamlarda yemek yemekten kaçınmalarının kendi ilişkilerine olumsuz yansıdığı söylenebilir. Dışarıda lokanta vb. yerlerde yemek yiyenlerin oranı %42 olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu oran hastaların önemli bir kısmının zorluklara rağmen normal hayat aktivitelerini sürdürmeye devam etme isteği ile açıklanabilir.

Tablo 48. Görüşülen Hastalar İçinde Toplu Yerlerde Diyetleri İçin İstekte Bulunmaları Durumunun Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Evet	41	77,4
Hayır	12	22,6
Toplam	53	100,0

Çölyak hastalarının toplu yerlerde yemek yerken diyetlerini ifade etmeleri ve buna uygun davranılmasını istemeleri oranı %77,4'dir. Hiç hastalığını ifade etmeyenlerin oranı ise %22,6 olarak görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu hastalığı ifade etmeye çalışırken azımsanmayacak bir kitlenin ise çekincelerinin bulunduğu ve kendini ifade sorunu yaşadığını belirtmeliyiz.

Tablo 49. Görüşülen Hastalar İçinde Toplu Yerlerde Diyetlerine Uygun Davranılması İçin Uyarılarının Önemsenmesine Dair Durumunun Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Evet	21	29,6
Hayır	48	67,6
Kısmen	2	2,8
Toplam	71	100,0

Bu tablomuzla lokanta, yemekhane vb. yerlerde yemek yerken diyetlerine uygun davranılması isteklerinin önemsenmesi oranının sadece %29,6 oranında kaldığı belirtilmiştir. %67,6 oranında karşı taraflarca hastalığına uygun davranılmadığı kanaati oluşmuştur.

Tablo 50. Cinsiyete Göre Kaç Yıldır Tedavi Gördüğü?

		1-3 YIL	4-6 YIL	7-9 YIL	10 YIL ÜSTÜ	
Kadın	Sayı	26	12	5	5	48
	Yüzde	54,20%	25,00%	10,40%	10,40%	100,00%
Erkek	Sayı	11	8	6	3	28
	Yüzde	39,30%	28,60%	21,40%	10,70%	100,00%
Toplam	Sayı	37	20	11	8	76
	Yüzde	48,70%	26,30%	14,50%	10,50%	100,00%

Çölyak hastalığının tedavisi görme süresini yıllar arasında kategorize ederek cinsiyet açısından baktığımızda; anketimize katılan kadın hastaların yüzde 54,2 oranında 1 ile 3 yıl içerisinde tedavi gördükleri görülmektedir. Erkeklerde ise tedavinin ilk 3 yılında olanların oranı yüzde 39,3 olarak gerçekleşmektedir. Her iki cinsiyet beraber ele alındığında ikisinde de tedavi yılları yeniden eskiye doğru oransal olarak azalmaktadır.

Cinsiyetin diğer değişkenler üzerinde oluşturduğu değişikliklere baktığımızda; cinsiyete bağlı olarak Çölyak diyeti yapma oranlarında birbirine benzer oranlarla karşılaşmaktayız. Kadınların diyet yapma oranı %82,4 iken erkeklerde de çok yakın olarak %83,3 görülmektedir. Her iki cinsiyet açısından da diyet yapmaya yatkınlığın benzer oranlarda çıkması toplumsal cinsiyet açısından bir farklılığın bulunmadığını göstermektedir.

Çölyak diyeti yaptığını ifade eden hastaların diyet için ne kadar ücret harcayabildiklerine ilişkin çıkan verilerin cinsiyet ile karşılaştırılmasında kadınlarda 101-200TL arası (%25) ile 201-300 TL arası (%38,9) bir yoğunlaşma görülürken, erkeklerde bu dağılımın daha fazla dağıldığı görülmektedir. 401-600 TL ayırabilen erkeklerin oranı %23,8 iken kadınların %8,3'lük oranı bu açıdan önemli bir veri olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada erkeklerin ekonomik özgürlüğünün bulunması ve ankete katılan kadınların büyük bölümünün ev hanımı olmasından dolayı erkeklerin diyete ayırabildiği ücretin daha fazla olduğu görülmektedir.

Diyet dışına çıkma durumu cinsiyet açısından ele alındığında ise; diyet dışına sık çıkma erkeklerde kadınlara oranla biraz daha fazla (%14,8 ve %10,9) iken nadiren çıkma durumunda ise kadınlar erkeklerden yaklaşık aynı oranda fazla bir karşılık bulmuştur (%60,9 ve %55,6). Hiç diyeti bozmayanların oranı cinsiyetler arasında daha yakın oranlarda gerçekleşmiştir. Buna göre kadınların; %28,3'ü erkeklerin ise; %29,6'sı hiç diyet bozmamaktadır.

Toplumsal ilişkiler ağı içerisinde hastaların kendilerinin toplumdan dışlanmış olarak görüp görmediklerine ilişkin kanaatleriyle ilgili verilerin cinsiyet açısından incelendiğinde kadınlardaki toplumdan dışlanmadığına dair düşünceler erkeklere oranlar daha yüksek çıkmıştır. Kadınların %69,6'sı toplumdan dışlanmadığını belirtirken, erkekler de bu oran %56,7 olarak görülmektedir. Toplumdan dışlandığını düşünen kadın oranı %30,4 iken erkek oranı %43,3'tür. Buradan anlaşılacağı üzere; hastalığın toplumsal cinsiyet açısından her zaman dezavantajlı tarafı olan kadınların toplum tarafından daha fazla benimsendiklerine dair düşünceleri çok önemli olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamıza katılan evli hastaların; evliliklerinin başında hastalıklarından eşlerinin bilgisinin olup olmadığının cinsiyet açısından incelendiğinde evli erkek hastaların %92,9'unun evlenirken eşinin hastalığını bilmediğini belirtmiş, kadınlarda ise %75,8 ile erkeklere oranla daha az olarak görülmektedir. Eşi tarafından Çölyak hastalığı olduğundan haberdar olma kadınlarda %24,2, erkeklerde %7,1'dir. Buradan hareketle hastalık kavramını eşine söylemek hususunda kadınlar erkeklerden çok daha yüksek oranda karşımıza çıkmaktadır.

Eşlerin ailesinin hastaların evlilik döneminde bir tereddüt yaşayıp yaşamadıklarına ilişkin sonuçların cinsiyet ile dağılımları açısından baktığımızda; erkek hastaların bu soruda ağız birliği etmişçesine %100 oranında tereddüt edilmediğine dair cevap verdikleri kayıtlıdır. Kadın hastaların %20'lik kısmı kocalarının ailesinin bir tereddüdünün olduğunu belirtmişlerdir. Buradan hareketle; hastalığın kadınlar üzerinde bir baskı unsuru olduğuna dair önemli bir tespit yapmak gerekmektedir. Erkeklerde hastalık, çok net bir şekilde eşinin ailesi tarafından bir endişe kaynağı olarak düşünülmemektedir. Kadınların eşlerinin ailesi tarafından hastalıklarından kaynaklı nisbi olarak ufak bir olumsuzluk yaşadıkları söylenebilir. Çok keskin olmamakla ve ankete katılanlar tarafından açıkça zikredilmemesine rağmen diyetin ekonomik etkileri kadınlar açısından ciddi bir engel oluşturmaktadır.

Kadınlar ve erkeklerin kendi sağlıklarına ilişkin kanaatlerinin nasıl olduğuna bakıldığında; erkeklerin daha karamsar bir tablo çizdiğini görebiliriz. Kadınların %15,7 si kendi sağlığını kötü görürken erkeklerde bu oran %20'ye çıkmaktadır. Sağlığını iyi ve mükemmel olarak değerlendirenlerde kadınlar %41,2 iken, erkekler %20'dir.

Düzenli sağlık kontrolü yaptıran hastaların cinsiyet dağılımlarının karşılaştırılmasında; cinsiyetler arasında herhangi bir oransal farklılık gözlenmemektedir. Hastaların tümünde %79 oranında düzenli sağlık kontrolüne gitme genel bir istatistik olarak karşımıza çıkmaktadır.

İşyerinde Çölyak diyetine uygun yemeklere ulaşım imkanının cinsiyetler arasında bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin olarak; erkeklerin sadece %3,7'si, kadınların ise %8'si iş yerinde Çölyak diyetine uygun yemek bulabildiğini belirtmiştir. Kadınlar ve erkeklerin çalışma alanları göz önüne alındığında erkeklerin Çölyak diyeti açısından daha fazla zorlandığını bu veriler ışığında söylemek mümkündür. Büyük resimde ise %94,2 ile büyük çoğunluğun diyete uygun yemeğe ulaşma imkanının olmaması ne kadar ciddi bir sorun oluşturduğunu göstermektedir.

Toplu yerlerde yemek alışkanlığı ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde; kadınlarda yaklaşık yarı yarıya çıkan oran erkeklerde %23,3

olarak gerekleŒmiŒtir. Toplu yemek ortamlarında kadınlar erkeklerin(%13) iki katı oranda bulduklarını beyan etmektedirler.

Toplu yemek yenilen ortamlarda ölyak diyetinin gerektirdiği hassasiyete uygun davranması gereken hastaların bu hassasiyetlerini ifade etme durumlarının cinsiyetler arasındaki olası farklılıkları araştırılmak istendiğinde ise; kadınların erkeklere oranla kendilerini daha fazla ifade ettikleri ortaya ıkmıŒtır. Erkeklerin %35'i bu konuda iletiŒimden kamaktayken kadınlarda bu oran %15,2'dir.



SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Bu çalışma kapsamında yaklaşık 4 milyon kişilik bir coğrafyaya hitap eden tek 3. Basamak sağlık kuruluşu olan Van YYU Dursun Odabaş Tıp Merkezi'ne başvuruda bulunmuş Çölyak hastalarının bölgesel bir haritası çıkarılmaya çalışılmış olup bu anlamda hastaların toplum içerisinde yaşamış oldukları sorunları sosyolojik açıdan ifade edilmeye çalışılmıştır.

Yapılan analizler ve değerlendirmeler neticesinde elde edilen bulgulardan hareketle çıkarılan sonuçlar şu şekilde listelenmiştir:

- Van şehir merkezinde yer alan mahallelerin sosyo-ekonomik özellikleri düşünüldüğünde kente sonradan eklenmiş ve göçler sonrası oluşmuş olan mahallelerde hastalığın görülme sıklığı daha fazladır. Bu çerçevede kent yoksulluğu ile Çölyak hastalığı doğru orantılı olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı tablo hastaların sosyal güvenlik durumlarında da karşımıza çıkarken en yüksek oran Yeşilkart/Genel Sağlık Sigortalılarda görülmektedir.
- Van ilçeleri açısından çıkarılan hastalık haritası ile Vangölünün güneyi ile kuzeyinde bulunan ilçeler arasında bir farklılaşma tespit edilmiştir. Özellikle Çatak ve Gürpınar ilçelerinde çıkan yüksek yüzde Türkiye ortalamasının çok üstünde yer almaktadır. Çölyak hastalığının nüfusa göre oranı ele alındığında en düşük oranlı ilçe olan Erciş ile en yüksek yüzdeli Çatak ilçesi arasında %280 oranında belirgin olan farklılık anlamlı bulunmuş olup, buradan hastalığın coğrafi etkenlerden kaynaklı olduğuna dair kanaat oluşmuştur.
- Toplumsal cinsiyet açısından ele alındığında ankete katılan kadınların oranı erkeklerin oranından daha yüksek çıkmış olup burada anlamlı bir farklılık görülmektedir.
- Araştırma bulguları ışığında hane halkı gelirine göre ailelerin çok büyük oranının yoksulluk sınırı altında buldukları tespit edilmiş olup, bu amaçla Çölyak diyeti için Devlet tarafından verilen destekleme ile Çölyak hastalarının diyetlerine katkı sağlanmış olması çok önemlidir. Ayrıca Çölyak hastaları dışında Devlet tarafından doğrudan nakdi destekleme yapılan ikinci bir hastalık grubunun bulunduğu dair bir bilgiye ulaşılamamıştır. Bu

noktadan hareketle sosyal yaşamda her türlü beslenme anında dikkat edilmesi gereken bu diyetin zorunluğunun hastalar üzerinde bir baskı unsuru olduğu ve bu kişiler kimi zaman toplumda kendilerini ifade etmekte zorlanmaktadır.

- Tüm Türkiye’deki tanı konulmuş Çölyak hastalarının illere göre oranlarının incelenmesiyle Türkiye’de tüm nüfusa göre Çölyak görülme ortalaması 0,09’dur. Araştıma alanımız olan Van ilinde bu oran 0,19 olarak görölmektedir. Türkiye’de Diyarbakır ve Adana illerinden sonra en yüksek yüzde olarak karşımıza çıkmıştır. Bu oranın Türkiye ortalamasının iki katından daha fazla oluşması açısından demografik olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir.



KAYNAKÇA

- Arda, B. (1996). "Hastalık Olgusunun Tarihsel Açıklanışında Önemli Bir Kavram: Etki Göçü". *Ankara Tıp Fakültesi Mecmuası I*, 4(2), 105-112.
- Aytaç, Ö. K. M. (2015). "Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi". *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250.
- Baloğlu, B. (2006). *Ekonomik ve Sosyal Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık*. (1. Baskı). İstanbul: Der Yayınları.
- Celiloğlu, Ö. S. (2011). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Çölyak Hastalığı Sıklığı*. Uzmanlık Tezi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya.
- Cockerman, W. (2016). *Medical Sociology*. (13. Baskı). New York: Routledge.
- Çölyak Organik Beslenme Derneği. Uzun Vadede Riskler. www.colyakmanisa.org.tr. URL:<http://www.colyakmanisa.org.tr/uzun-vadede-riskler>. (Erişim Tarihi 05.01.2020).
- Dalgıç, B. S. (2010). "Türk çocuklarında çölyak hastalığı ile ilişkili olası etmen ve belirtilerin değerlendirilmesi", *T.C Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı ve Türk Pediatri Derneği*. Ankara
- Dicke, W. K., Weijers, H. A., Kamer, J. V. D. (1953). "Coeliac Disease The Presence in Wheat of a Factor Having a Deleterious Effect in Cases of Coeliac Disease". *Acta Paediatrica*, 42(1), 34-42.
- Dirican, R. (1993). *Toplum Hekimliği*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları.
- Erinç, K. (2018). *Ankara İl Merkezindeki 8-18 Yaş Arası Çölyak Hastalarının Tıbbi İzlem Durumunun ve Diyete Uyum Oranının Belirlenmesi, Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Ertekin, V. (2008). *Dünyada ve Türkiye’de Çölyak Hastalığı Prevalansı*. İstanbul: Logos Tıp Yayınları.
- Fasano, A., Berti, I., Gerarduzzi, T., Not, T., Colletti, R. B., Drago, S., Pietzak, M. (2003). "Prevalence of celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study". *Archives of Internal Medicine*, 163(3), 286-292.
- Fera, T., Cascio, B., Angelini, G., Martini, S., Guidetti, C.S. (2003). "Affective disorders and quality of life in adult coeliac disease patients on a gluten-free diet". *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 15 (12), 1287-1292.
- García Nieto, V. M. (2014). "A History of Celiac Disease. Celiac Disease and Non-Celiac Gluten Sensivity".
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı, Metabolizma ve Çölyak, Çölyak Belirtileri, Tanısı ve Komplikasyonları.

hsgm.saglik.gov.tr.URL:https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/metabolizma-ve-colyak/%C3%A7%C3%B6lyak-belirtileri,tan%C4%B1s%C4%B1-ve-komplikasyonlar%C4%B1.html.(Erişim Tarihi:05.01.2020)

- Hill, I. D., Dirks, M. H., Liptak, G. S., Colletti, R. B., Fasano, A., Guandalini, S., Seidman, E. G. (2005). "Guideline for the diagnosis and treatment of celiac disease in children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition". *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 40(1), 1-19.
- Jones, R., Sleeth, S. (2009). "Coeliac Disease". *British Medical Journal*, a3058.
- Kasapoğlu, A. (1999). *Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar*. Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları.
- Kuloglu Z., Kırsaçlıoğlu C.T., Kansu, A., Ensari, A., Girgin, N. (2009). "Celiac Disease: Presentation of 109 Children". *Yonsei Medical Journal*, 50(5), 617-23.
- Lebenthal, E., Shteyer, E. ve Branski, D. (2008). "The Changing Clinical Presentation of Celiac Disease". *Pediatr Adolesc Medicine*, 12, 18–22.
- Macionis, J. J. (2012). *Sosyoloji*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Mäki M., Mustalahti K., Kokkonen J., Kulmala P., Haapalahti M., Karttunen T., Ilonen J., Laurila K., Dahlbom I., Hansson T., Höpfl P., Knip M. (2003). "Prevalence of celiac disease among children in Finland. N England Journal Medical Abstracts, 348(25): 2517-24.
- Marsh, M. N. (1992). "Gluten, major histocompatibility complex, and the small intestine: a molecular and immunobiologic approach to the spectrum of gluten sensitivity ('celiac sprue')". *Gastroenterology*, 102(1), 330-354.
- Marshall, G. (1999). *Sosyoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Nettleton, S. (1995). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Neuhausen, S. L., Weizman, Z., Camp, N. J., Elbedour, K., Sheffield, V. C., Zone, J. J., Carmi, R. (2002). "HLA DQA1-DQB1 genotypes in Bedouin families with celiac disease". *Human immunology*, 63(6), 502-507.
- Nieto, G. V. M. (2014). A History of Celiac Disease. L. Rodrigo ve A. S. Peña.(Editörler). *Celiac Disease and Non-Celiac Gluten Sensitivity*. Barcelona: Omnia Science, 45-59.
- Öztürk, M. O. (1997). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Roy CC., Silverman A., Alagille D. (1995). *Malabsorption Syndrome. Pediatric clinical gastroenterology*. (Fourth Printing). Missouri: Mosby-Year Book.
- Roy CC., Silverman A. (1995). *Semin Gastrointestinal Diseases. Pediatric Clinic Gastroenterology*. (Fourth Printing).
- Sarı, S. D. (2006). Çölyak hastalarının birinci derece yakınlarında çölyak hastalığı sıklığı. Ulusal Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Kongresi (s. 257). İzmir: Poster No:56.

- Şavran, T. G. (2010). *Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık: Eskişehir’de Sosyolojik Bir Araştırma*, Doktora Tezi, Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Swinson, C. M., Levi, A. J. (1980). “Is coeliac disease underdiagnosed?”. *British Medical Journal*, 281(6250), 1258.
- Tekin, A. (2007). *Sağlık Hastalık Olgusunun Toplumsal Kökenleri*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı, Metabolizma ve Çölyak, Çölyak Belirtileri, Tanısı ve Komplikasyonları. <https://hsgm.saglik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 2019-11-12.)
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Isparta İl Sağlık Müdürlüğü, Dünya Çölyak Günü, <https://ispartaism.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi: 2019-11-12.
- Ün, C. (2003). “Çölyak hastalığının moleküler genetik temelleri”. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46, 75-79.
- White, K. (2002). *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. Londra: Sage Publications.

K 1: Anket Formu

Bu araştırmanın amacı, son dönemlerde adını sıkça duymaya başladığımız birey olarak bizleri ve toplumu tehdit eden çölyak hastalığına yakalanan kişilerin sosyo-ekonomik profillerini, hastalığın teşhis ve tedavi sürecinde karşılaşılan zorlukları ve genel olarak hastalık olgusuna özel olarak da çölyak hastalığına ilişkin tutum ve beklentilerini ortaya koymaktadır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı'nda konuyla ilgili yapılan bir yüksek lisans tez çalışmasında kullanılacaktır. Samimi ve içten cevaplarınız için teşekkürler.

A. Görüşülen Kişinin Sosyo-Demografik Bilgileri

1. Cinsiyeti? [1] Kadın [2] Erkek
2. Yaş? [1] 18 Yaş Altı [2] 18-28 [3] 29-35 [4] 36-49 [5] 50-64 [6] 65 ve üzeri
3. Medeni durumu?
[1] Evli [2] Bekar (Hiç Evlenmemiş) [3] Bekar (Eşi ölmüş /Boşanmış) [4] Diğer.....
4. Eğitim Durumu?
[1] Okur-yazar değil [2] Okur-yazar [3] İlkokul [4] Ortaokul
[5] Lise [6] Yüksekokul [7] Üniversite
[8] Yüksek lisans [9] Doktora [10] Diğer.....
5. Doğum yeri? İl..... İlçe.....
6. Kaç yaşında evlendiniz?(Evlilere sorulacak)
7. Mesleğiniz nedir?
8. Sağlık güvenceniz? [1]SSK [2]BAĞ-KUR [3]EMEKLİ SANDIĞI [4]YEŞİL KART []
9. Eşinizin eğitim durumu? (Evlilere sorulacak)
[1] Okur-yazar değil [2] Okur-yazar [3] İlkokul [4] ortaokul
[5] Lise [6] Yüksekokul [7] Üniversite
[8] Yüksek lisans [9] Doktora [10] Diğer.....
10. (Evliszeniz) Eşinizin mesleği nedir?
.....

11. Eşinizle nasıl evlendiniz? (Evlilere sorulacak)
 [1] Tanışarak [2] Görücü Usulü [3] Zorla (Kaçırılma) /Diğer
12. Eşinizle akrabalık durumunuz nedir?
 [1] Akrabalık Yok [2] Yakın Akraba [3] Uzak Akraba
13. Annenizin eğitim durumu nedir?
 [1] Okur-yazar değil [2] Okur-yazar [3] İlkokul [4] ortaokul
 [5] Lise [6] Yüksekokul [7] Üniversite
 [8] Yüksek lisans [9] Doktora [10] Diğer.....
14. Baba eğitim durumu nedir?
 [1] Okur-yazar değil [2] Okur-yazar [3] İlkokul [4] ortaokul
 [5] Lise [6] Yüksekokul [7] Üniversite
 [8] Yüksek lisans [9] Doktora [10] Diğer.....
15. Annenizin mesleği nedir?
16. Babanızın mesleği nedir?

B. Görüşülen Kişinin Hane Halkı Bilgileri

17. Hanenizde kaç kişi yaşıyor?
18. Kaç çocuğunuz var?(Evlilere sorulacak)
19. Evinizin mülkiyet durumu nedir? [1] Kendi malımız [2] Kira [3] Ücretsiz/Lojman
20. Oturduğunuz evin türü? [1] Apartman dairesi [2] Müstakil ev
21. Oturulabilir oda sayısı? [1] 2+1 [2] 3+1 [3] 4+1 [4] Diğer.....
22. Hanenizin aylık toplam geliri ne kadardır?
(TL)
23. Aylık harcamalarınızda en büyük pay nereye gitmektedir? (En çok üç şikkı önem sırasına göre 1,2,3 şeklinde işaretleyiniz)
 () Gıda () Eğitim () Ulaşım () Faturalar () Sağlık () Kira () Diğer
24. İkamet ettiğiniz? İl..... İlçe.....
Mahalle.....
25. Evin ısıtması neyle sağlanıyor? [1] Kalorifer [2] Soba [3] Diğer.....
26. Aileniz, herhangi bir resmi kurum ya da STKdan destek alıyor mu?

[1]Hayır [2] Evet Evet İse Nerden:Ne
Kadar?

27. Çölyak hastalığınız nedeniyle herhangi bir ekonomik destek alıyor musunuz?

[1]Hayır [2] Evet Evet İse Nerden:Ne
Kadar?

28. Ailenizde sizden başka çölyak hastası var mı? Kaç kişi? [1] Hayır [2]Evet

29. Varsa akrabalık derecelerini yazınız:

.....

30. Akraba evliliği yaptıysanız bunun zararlarını biliyor muydunuz? [1]Evet [2] Hayır

31. Cevabınız Evet ise neden evlendiniz?

.....

C. Çölyak Hastalığının Belirti, Teşhis ve Tedavi Süreci

32. Ne kadar süredir tedavi görüyorsunuz?

.....Yıl.....Ay

33. Hastalığınızı kaç yaşında öğrendiniz?

.....

34. Çölyak diyeti yapıyor musunuz? [1]Evet [2] Hayır

35. (Cevap Evet ise) Diyet için ayda ne kadar para harcıyorsunuz?

.....TL

36. Diyet uyguluyorsanız diyetin dışına çıkma durumu? [1]Sık sık [2] Nadiren [3]Hiçbir zaman

37. Diyeti bozuyorsanız bozma nedeniniz nedir?

.....

38. Diyet yapmamanın nasıl sağlık sorunları oluşturacağı konusunda bilgi sahibi misiniz?

[1]Evet [2] Hayır [3]Kısmen [3]Bilmiyorum

D. Genel ve Özelde Kişinin Sağlığa İlişkin Algı ve Tutumları

39. Hastalığınızdan dolayı toplumdan dışlandığınızı düşündüğünüz oldu mu? [1]Evet [2] Hayır

40. Evlendiğinizde eşiniz hastalığınızdan haberdar mıydı? [1]Evet [2] Hayır

41. (Cevap Evet ise) Eşinizin ailesinin sizinle evlenme konusunda tereddütleri oldu mu?

[1]Evet [2] Hayır

42. (Cevap Hayır ise) Haberdar olsaydı yine de sizinle evlenir miydi?

[1]Evet [2] Hayır [3]Bilmiyorum

43. Eşinizin ailesinin hastalığınızı sorun ettiğini düşünüyor musunuz?

[1]Evet [2] Hayır [3]Bilmiyorum

44. Şu an sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? [1]Mükemmel [2]İyi [3]Orta [4]Kötü

45. Düzenli sağlık kontrolü yaptırır mısınız? [1]Hayır [2] Evet
Sıklığı:Ayda Bir

46. Bir işte çalışıyorsanız, işyerinizde çölyak hastalığınıza uygun diyet yemeklerine ulaşım imkânınız var mı? [1]Evet [2] Hayır

47. (Cevap hayır ise) Çalışırken yemek ihtiyacınızı nasıl karşılıyorsunuz?

.....

48. Toplu yemek yenilen ortamlarda (lokanta, kantin, yemekhane vb.) yemek yer misiniz?

[1]Evet [2] Hayır

49. (Cevap evet ise) Buralarda diyetinize uygun davranmaları için uyarılarda bulunur musunuz?

[1]Evet [2] Hayır

50. Diyete uygun davranma isteğinizin lokantalarda önemsendiğini düşünüyor musunuz?

[1]Evet [2] Hayır

Anketör :.....

Görüşme Tarihi:...../...../2015

EK 2: TÜRKİYE MESLEKİ İTİBAR ENDEKSİ

TÜRKİYE MESLEKİ İTİBAR ENDEKSİ

ARAŞTIRMADA YER ALAN 126 MESLEĞİN İTİBAR SIRALAMASI

SIRA	MESLEK	RT. SKOR
1	Tıp Doktoru	8,3
2	Üniversite Profesörü	3,32
3	Hakim	2,17
4	Öğretmen	0,98
5	Diş Hekimi	9,5
6	General	8,31
7	Vali	8,15
8	Yüzbaşı	7,9
9	Büyükelçi	6,68
10	Mimar	6,23
11	Eczacı	5,79
12	Psikolog	5,55
13	Makine Mühendisi	5,26
14	Genel Müdür (Kamu)	3,42
15	Elektrik Mühendisi	3,1
16	Avukat	2,87
17	Araştırma Görevlisi	2,84
18	Belediye Başkanı	

		2,78
19	İnşaat Mühendisi	2,69
20	Astsubay	0,73
21	Hemşire	0,57
22	Milletvekili	9,72
23	Polis Memuru	9,66
24	Genel Müdür (Özel Sektör)	8,83
25	Yazar	8,64
26	İtfaiyeci	8,2
27	Veteriner	7,66
28	İmam	7,61
29	Özel Şirkette Müdür	6,66
30	Bilgisayar Yazılımı ve Uygulama Geliştiricisi	6,11
31	Biyolog	5,24
32	Ekonomist	4,94
33	Fizyoterapist	4,41
34	Muhasebeci	4,23
35	Sosyolog	4,05
36	Halkla İlişkiler Uzmanı	3,88
37	Kimyager	3,86
38	Web Tasarımcısı	2,63
39	Ebe	2,16
40	İnsan Kaynakları Uzmanı	1,8
41	Otel ve Restoran Müdürü	1,56

42	Mağaza Müdürü	1,28
43	Gemi Makinisti	0,82
44	Çevirmen	0,77
45	Gazeteci	0,7
46	Laborant	0,59
47	Vergi Memuru	9,95
48	İstatistikçi	9,21
49	Sosyal Hizmet Uzmanı	9,1
50	Teknisyen	8,94
51	Maden İşçisi	8,83
52	Vinç vb. Operatörü	8,62
53	Çiftçi	8,41
54	Spor Antrenörü	7,74
55	Süt Ürünleri İmalatçısı	7,47
56	Makine Operatörü	7,43
57	Futbol Hakemi	7,08
58	Aktör	7,07
59	Dekoratör	6,86
60	Aşçı	6,47
61	Mekanik ve Elektronik Makine Montajcısı	6,47
62	Kütüphaneci	6,44
63	Lokomotif Sürücüsü	6,32
64	Postacı	6,22
65	Reklam ve Pazarlama Uzmanı	

		6
66	Spiker	5,75
67	Muhtar	5,72
68	Kameraman	5,54
69	Otobüs Şoförü	5,39
70	Fırıncı	5,24
71	İnşaat Ustası	4,8
72	Şantiye Şefi	4,74
73	Ahşap Mobilya İmalatçısı	4,6
74	Seyahat Rehberi	4,46
75	Broker (Menkul Kıymetler ve Finans Alım Satımcıları ve Aracıları)	4,32
76	Marangoz	4,25
77	Vezenedar	4,05
78	Tesisatçı (Elektrik, Su, Bina)	3,95
79	Güvenlik Görevlisi	3,85
80	Yönetici Sekreteri	3,72
81	Hastabakıcı	3,66
82	Kasap	3,48
83	Basımcı (Matbaacı)	3,4
84	Ormancı	3,37
85	Terzi	3,37
86	Gardiyan	3,1
87	Gemi Tayfası	2,94
88	İnşaat İşçisi	

		2,69
89	Anketör	2,47
90	Besici	2,45
91	Sigorta Satış Temsilcisi	2,03
92	Oto Tamircisi	1,91
93	Kaynakçı	1,61
94	Çocuk Bakıcısı	1,59
95	Arıci	1,31
96	Emlakçı	1,11
97	Taksi Şoförü	1,07
98	Kuaför	1,01
99	Mağaza Satış Elemanı	0,71
100	Stüdyo Fotoğrafçısı	0,51
101	Resepsiyonist	0,37
102	Çöpçü	0,09
103	Ayakkabı Yapımcısı / Tamircisi	0,07
104	Tarım İşçisi / Irgat	0,07
105	Sekreter	9,61
106	Garson	9,54
107	Pazarcı	8,95
108	Sıvacı	8,91
109	Balıkçı (Balık avlayan kişi)	8,87
110	Daktilograf	8,82
111	Boyacı	8,67

112	Demirci	8,66
113	Tabelacı	8,34
114	Bahçivan	8,08
115	Büro Elemanı / Ofisboy	7,87
116	Kasiyer	7,8
117	Evlerde Çalışan Temizlikçi	7,54
118	Bulaşıkçı	6,73
119	Bina-Büro Temizlikçisi	5,87
120	Ayakkabı Boyacısı	5,63
121	Çamaşırıcı	4,65
122	Hamal	4,17
123	Otopark Görevlisi	4,11
124	Sokak Satıcısı / Seyyar Satıcı	1,45
125	Astrolog/Falcı	7,41
126	Dansöz	6,82

Kaynak: Lütfi Sunar ve ark. <http://turkeyses.net/meslekiitibar/>

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgilerim:

Ad, Soyad: Fatih Kaki

Uyruğu :Türkiye Cumhuriyeti

Doğum Tarihi ve Yeri : 01.06.1979 - Bitlis

Telefon :00905058146216

E-mail :fatihkaki@hotmail.com

Eğitim Bilgilerim:

Tatvan Anadolu Lisesi - 1997

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü 2004

İş Deneyimlerim:

Marmara Üniversitesi Memur

Van YYU Tatvan Meslek Yüksekokulu Memur

Van YYU Dursun Odabaş Tıp Merkezi Sosyal Çalışmacı

Türkiye Maarif Vakfı Arnavutluk Geçici Görevlendirme Yurt Müdürü

Yayımlarım:

2005-2009 yılları arasında Van Aile Mahkemesi'nde görülen boşanma davalarında kadına yönelik şiddet olgularının incelenmesi hakkında çalışma



VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

LİSANSÜSTÜ TEZ ORJİNALLİK RAPORU

.01./07/2019

Tez Başlığı / Konusu:

Çölyak Hastaları Üzerine Sosyolojik Bir Çalışma - Van Örneği -

Yukarıda başlığı/konusu belirlenen tez çalışmamın Kapak sayfası, Giriş, Ana bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan toplam 79 sayfalık kısmına ilişkin, .01./07/2019 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından TURNİTİN intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtreleme uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 10 (.....07.....) dır.

Uygulanan Filtreler Aşağıda Verilmiştir:

- Kabul ve onay sayfası hariç,
- Teşekkür hariç,
- İçindekiler hariç,
- Simge ve kısaltmalar hariç,
- Gereç ve yöntemler hariç,
- Kaynakça hariç,
- Alıntılar hariç,
- Tezden çıkan yayınlar hariç,
- 7 kelimededen daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 7 words)

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Lisansüstü Tez Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılmasına İlişkin Yönergeyi İnceledim ve bu yönergede belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içemediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

.01./07/2019
Fatih KAKI
Adı, Soyadı, İmza

Adı Soyadı : Fatih KAKI

Öğrenci No : 139201081

Anabilim Dalı : Sosyoloji

Programı :

Statüsü : Y. Lisans Doktora

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sema PARLAK

.01./07/2019

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR

.01./07/2019

Doç. Dr. Bekir KOÇLAR
Enstitü Müdür