

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SAĞLIĞIN SOSYAL
BELİRLEYİCİLERİ KONUSUNDA YAKLAŞIM VE
UYGULAMA FARKLILIKLARININ ARAŞTIRILMASI:
NİTEL BİR ÇALIŞMA**

UZMANLIK TEZİ
Dr. OLGU NUR DEREÇİ

ANKARA

OCAK 2017

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE SAĞLIĞIN SOSYAL
BELİRLEYİCİLERİ KONUSUNDA YAKLAŞIM VE
UYGULAMA FARKLILIKLARININ ARAŞTIRILMASI:
NİTEL BİR ÇALIŞMA**

UZMANLIK TEZİ

Dr. OLGU NUR DEREÇİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. SEÇİL ÖZKAN

ANKARA

OCAK 2017

KABUL ve ONAY

23/01/2017

Gazi üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Olgu Nur Dereci
Baba Adı	Orhan
Doğum Yeri/Tarihi	Çankaya 25/04/1987
Diploma Tarihi/Diploma No	30/06/2011/ 2011-09-0082
Mezun Olduğu Fakülte	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı	Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İhtisas Süresi	4 yıl
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Toplum Sağlığı Merkezlerinde Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Konusunda Yaklaşım ve Uygulama Farklılıklarının Araştırılması: Nitel Bir Çalışma

JÜRİ KARARI: UYGUN BULUNMUŞTUR.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN

Prof. Dr. F. Nur BARAN AKSAKAL

ÜYE

Prof. Dr. Seçil ÖZKAN

ÜYE

Prof. Dr. Birgül PİYAL

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL ve ONAY	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar.....	v
ŞEKİLLER	vi
KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sağlık ve Hastalık Kavramlarına Bir Bakış.....	5
2.2. Sağlık ve Hastalığın Belirleyicileri Nelerdir?	8
2.2.1. Biyolojik ve Genetik Etmenler	11
2.2.2. Davranışsal Belirleyiciler	14
2.2.3. Su ve Sanitasyon	20
2.2.4. Gıda ve Beslenme	25
2.2.5. Ulaşım ve Sağlık	32
2.2.6. Çevresel Belirleyiciler ve Küreselleşme.....	34
2.2.7. Sağlık Hizmetlerine Erişim.....	36
2.2.8. Yaşlılık ve Sağlık.....	37
2.3. Sağlığın Sosyal/Toplumsal Belirleyicileri	39
2.3.1. Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Tarihsel Bir Bakış	40
2.3.2. 2000’ler: Göz Ardı Edilemez Sağlıksızlık Belirtileri ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu İhtiyacı (DSÖ)	54
2.4. Sağlıkta Eşitsizlikler ve “Toplumsal Yokuş”	62
2.4.1. Toplumsal Sınıf ve Eşitsizlikler	64
2.4.2. Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Yönelik Müdahalelerin Kapsamı	67

2.5.	Dünya'dan Örnekler.....	67
2.5.1.	Birinci Basamakta Sağlığın Sosyal Belirleyicilerini Ele Almak	73
2.5.2.	Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	81
2.6.	Türkiye'de Belgelerde Sağlığın Sosyal Belirleyicileri	83
3.	GEREÇ ve YÖNTEM	87
3.1.	Araştırmanın Tasarımı.....	87
3.2.	Araştırma Grubu	88
3.3.	Araştırma Bölgesinin Tanıtılması:	90
3.4.	Araştırmanın Aşamaları	92
3.5.	Araştırmanın Uygulama Şekli	93
3.6.	Verilerin Toplanması	94
3.6.1.	Yarı-yapılandırılmış Görüşme Formunda Yer Alan Temel Sorular	95
3.7.	Veri Analizi ve Yorumlanması	97
3.8.	Araştırma Sürecinin Geçerlik ve Güvenirliği	98
3.9.	Araştırmanın Kısıtlılıkları	99
4.	BULGULAR	100
4.1.	Sağlık ve Hastalık Kavramlarına, Halk Sağlığına ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Bakış	104
4.2.	Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kavramına Bakış	107
4.2.1.	Sosyal Yardım Olarak SSB.....	109
4.2.2.	Biyolojik/Genetik ve Davranışsal Risk Faktörleri Olarak SSB	113
4.2.3.	Maddi Yaşam Koşulları Olarak SSB.....	121
4.2.4.	Sağlık Sisteminin Örgütlenme Biçimi Olarak SSB	128
4.2.5.	Kamu ve Sağlık Politikaları Olarak SSB	135
4.2.6.	Toplumda Güç ve Paranın Dağılımındaki Eşitsizliklerin Sonucu Olarak SSB .	137
4.3.	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İçerisinde Sağlığın Sosyal Belirleyicilerini Ele Almak	145
4.3.1.	Danışman/Yönlendirici Olarak Birinci Basamak Çalışanı.....	145
4.3.2.	Öncelikli Müdahale Alanı Olarak Sağlık Eğitimi.....	147
4.3.3.	Birinci Basamakta SSB'yi Ele Almanın Önündeki Engeller.....	149
5.	TARTIŞMA	156

5.1. Sağlığı “Sosyal Yönden” Tanımlamak.....	156
5.2. Halk Sağlığının Temeli: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Nereye Düşer?	159
5.3. Sağlık Çalışanlarının SSB'ye Yaklaşımı ve Halk Sağlığı Uygulamaları Üzerine Etkisi	164
5.3.1. Sağlık ve Sosyal Yardım İhtiyacı Anlamında SSB	165
5.3.2. Biyolojik ve Davranışsal Risk Faktörleri Olarak SSB.....	166
5.3.3. Maddi Yaşam Koşulları Olarak SSB.....	169
5.3.4. Ekonomik ve Politik Yapı Olarak SSB.....	170
5.3.5. Toplumsal Eşitsizlikler Olarak SSB: Sağlık Çalışanının Çaresizliği	172
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	177
7. KAYNAKLAR	182
8. ÖZET.....	196
9. SUMMARY	199
10. EKLER	202
EK-1	202
EK-2	204
EK-3	205
EK-4	206
11. ÖZGEÇMİŞ.....	208

TABLÖLAR

	Sayfa
Tablo 1. Katılımcıların Görev Yaptıkları İlçeler ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımı, Ankara, 2016.	92
Tablo 2. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ve Çalışma Deneyimleri, Ankara, 2016.	101
Tablo 3. Katılımcıların Çalıştıkları TSM Birimine Göre Dağılımı, Ankara, 2016.	102
Tablo 4. Sözü Edilen Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Başlıklarının Dağılımı, Ankara, 2016.	108

ŞEKİLLER

	Sayfa
Şekil 1. Sağlığın Belirleyicileri	10
Şekil 2. Sağlık, Hastalık, Yaralanma veya Ölüm Üzerinde Davranışların Üç Etki Yolu	16
Şekil 3. (Harita 1) Dünyada İyileştirilmiş İçme Suyu Kaynaklarına Erişim, 2015.	22
Şekil 4. (Harita 2) Dünyada İyileştirilmiş Sanitasyon Hizmetlere Erişim, 2015.	23
Şekil 5. F-Diyagramı, Su ve Sanitasyon.	24
Şekil 6. Bölgelere Göre Hastalık Yüğü (DALY) Dağılımı, 2004.	27
Şekil 7. Gıda Tercihi Üzerine Etkiler.	29
Şekil 8. Katılımcıların Görev Yaptıkları İlçeler, Ankara, 2016.	91
Şekil 9. Araştırmanın Aşamalarını Gösteren Akış Şeması.	93

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADSM	Aile Diş Sağlığı Merkezi
AH	Aile Hekimi
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BBSH	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FAO	Food and Agriculture Organization (Gıda ve Tarım Örgütü)
HSM	Halk Sağlığı Müdürlüğü
IMF	International Money Fund (Uluslararası Para Fonu)
METİP	Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Projesi

SSB	Sağlığın Sosyal Belirleyicileri
SSBK	Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu
SSR	Sağlık Sistemi Reformları
THSK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (Kurum)
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

1. GİRİŞ

Bireylerin sosyal iyilik haline vurgu yapan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 1948 tarihli sağlık tanımı günümüzde de yaygın olarak kabul görmektedir (1). Sağlık ve hastalığın belirleyicileri içinde sosyal etmenler, halk sağlığı alanında köşe taşları olan Alma-Ata Bildirgesi, Ottawa Sözleşmesinde yer almış, 2000'li yıllara gelindiğinde ise DSÖ'nün "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu" (SSBK) ile birlikte pek çok ülkede halk sağlığı içinde önemli araştırma ve müdahale alanlarından biri haline gelmiştir (2, 3, 4).

Bilimsel-tarihsel bir çerçevede değerlendirildiğinde, sağlığın sosyal belirleyicileri kavramının bugünkü kavranış biçiminin ilk çağlardan günümüze kadar dünya genelinde yaşanan toplumsal, politik, kültürel dönüşümlerin sonucunda şekillendiği söylenebilir. Bugün, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri (SSB); bireylerin doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı ortamların tamamında sağlık ve hastalık durumu üzerinde etkili olan sosyal etmenleri anlatmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin bireylerin ve toplumun sağlığı üzerinde doğrudan etkisi vardır ve sağlık düzeyinin en önemli ölçütüdür. Yaşam biçimini şekillendirir. Bu belirleyiciler; gelir ve toplumsal sınıf, ırk, etnik köken, toplumsal cinsiyet, cinsel yönelim, eğitim düzeyi, barınma durumu, yaşanan mahalle, sosyal çevre ve sosyal destek, sağlık hizmetlerine erişim konularını kapsamakta ve temelde ekonomik ve politik güçler tarafından şekillendirilmektedir (5, 6, 7). Geçtiğimiz on yılda sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler karşısında artan farkındalık ve bu eşitsizlikleri hedef alan girişimler göze çarpmaktadır. Toplumsal eşitsizlikler, sağlığın temel belirleyicisi kabul

edilmesine karşın bu eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına yönelik uygulamalar, sağlık hizmet kalitesinin artırılması, daha çok birey için kapsayıcı bakım sunulması gibi politikalarla sınırlı kalmakta; sağlık hizmet sunumunun iyileştirilmesi çabalarının dışına çıkamamaktadır (8).

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin toplumdaki eşitsiz dağılımı pek çok hastalığın temel nedeni olarak görülmektedir. Ancak sağlık ve hastalığın kökenlerinin sağlık hizmetine ulaşmadan çok önce ortaya çıktığı çoğu kez göz ardı edilmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri kavramını ele almada sağlık sistemi çerçevesinin içinde kalmak toplum sağlığını korumak ve geliştirmek için yeterli olmamaktadır.

Sağlık hizmetinin kapsayıcılığı, kalitesi ve etkililiği yanında sistem dışı bir yaklaşımla hastalıkların nedenlerinin nedenleri olarak belirtilen sosyal, ekonomik, politik belirleyiciler hedeflendiğinde hastalıkların azalması ve sağlık düzeyinin yükselmesi mümkün olmaktadır (8, 9).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunucusu olan toplum sağlığı merkezleri (TSM) ve aile hekimliği birimleri kötü sağlık düzeyi açısından risk altındaki toplum için koruyucu ve önleyici müdahalelerin temel kaynağı konumundadır. Etkili birinci basamak sağlık kurumları toplum ile birincil ve sürekli ilişkinin kurulacağı ortamları ve aynı zamanda bakım ve tedavi hizmetleri için eşgüdümünden sorumlu merkezleri ifade etmektedir (9). Tıbbi sorunların büyük kısmının çözüme ulaştığı yer olan birinci basamak sağlık kurumları sağlığın sosyal belirleyicileri ele alındığında beslenme yetersizliği, işsizlik, ruhsal bozukluklar, yoksulluk gibi tıbbi olmayan sorunlara da çözüm bulabilmektedir (5,

9). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağliğın sosyal belirleyicilerini iyileştirecek programlarla tamamlanması, toplumun sağlık düzeyine tıbbi bakımın tek başına sağladığından daha fazla katkı sağlamaktadır (10, 11).

Dünya genelinde sağliğın sosyal belirleyicileri konusu yaygın olarak araştırılmakta, halk sağliğı araştırmacıları ve çalışanlarının sorumluluğu olarak kabul edilmektedir. Ancak hem akademi hem de politika düzeyinde yürütölen halk sağliğı çalışmalarının çoğunda sağlıkta eşitsizlikler boyutuna değinilmemektedir. Yine pek çok ölkede halk sağliğı eğitim programında halk sağlıkçının mevcut siyasi güçler ve politikalar karşısındaki rolü eleştirel bir bakışla yansıtılmamaktadır (12).

Son on yıldır ölkeler SSB'yi sağlık politikalarında, devlet politikalarında ve sağlık meslekleri eğitiminde merkeze alma eğilimindedir. Ölkemizde de SSB, sağlık politikası ve sosyal politikada öncelikli hedeflerden biri olarak tanımlanmış, devlet politikasının bir parçası olarak son kalkınma planında yer bulmuştur (13, 14). Buna karşın gerek merkezdeki devlet kurumları gerekse yerel halk sağliğı birimleri SSB kavramını toplumun sağlığını iyileştirmek, geliştirmek, korumak için nasıl ele alacakları konusunda zorluk yaşamaktadır. On yıllardır sağliğın özü, temel kavramları ve belirleyicilerinin farklı düşünürler tarafından farklı şekillerde açıklandığı göz önünde bulundurulduğunda bu durum doğal karşılanmalıdır (12).

Son yirmi yılda biriktirilen SSB'ye dair teorik-akademik bilgi içinde, sağlık ve sağlıksızlık olgularının sosyal ve ekonomik politika temelli müdahaleler

ile ele alınmasını tek seçenek olarak tanımlanmış, sağlık sistemi içinde SSB hedefli bir mesleki pratiğin muhtemel katkısı göz ardı edilmiştir.

Söylem ve uygulama arasındaki boşluğu görmek ve SSB'nin kötüye gidişinde büyük ölçüde etkili olan gelir eşitsizliği uçurumu ile günden güne derinleşen yoksulluğu görünür kılmak gerekmektedir. Halk sağlığı birimlerinin SSB'yi ele almadaki yaklaşımları ve uygulamadaki farklılıkların araştırılması bu alanda çalışan bireylerin etkisi altında olduğu “biyomedikal” sağlık ve hastalık kavrayışı ile yapısal belirleyiciler arasında bir köprü kurmaya yardımcı olacaktır.

Sağlığın sosyal belirleyicilerini sağlığın ön koşulları arasında sayan dünya görüşünden yola çıkan bu çalışmada, Ankara ilindeki Toplum Sağlığı Merkezleri'nde SSB konusundaki yaklaşım ve uygulama farklılıklarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Sağlığın sosyal belirleyicileri kavramı birinci basamak sağlık çalışanları için ne ifade edilmektedir?
2. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında (Toplum Sağlığı Merkezleri çalışanlarının gözünden) sağlığın sosyal belirleyicilerinin yeri nedir, ele alınmasındaki farklılıklar nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık ve Hastalık Kavramlarına Bir Bakış

Sağlık ve hastalığın tanımı zaman içinde evrilmiştir. Sağlığa dair en eski tanımlar biyomedikal yaklaşımın izlerini taşımaktadır; bedenin bütünlüğü ve normal işlevlerin yerine getirilmesi sağlıklı olmak, bu işlevlerin zaman zaman aksaması ise hastalık olarak tanımlanmıştır (15). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1948’de yapılan tanım ise önceki tanımlardaki hastalığın olmaması koşulunun ötesinde bir iyilik/esenlik halini tartışmaya açmıştır. Bu tanımın "iyilik durumu"nın belirsizliği ve ölçülemezliği eleştirilen yanları olmuştur. Uzun bir süre boyunca bu tanım gerçekleştirilmesi olanaksız bir ideal olarak kalmış ve biyomedikal modelin uygulanabilirliği ile baş edememiştir. Biyomedikal sağlık; bireyin kendisi, ailesi, işi ve sosyal çevresi ile ilgili rolleri yerine getirme; fiziksel, biyolojik, psikolojik ve sosyal streslerle başa çıkma beceriler ile anatomik, fizyolojik ve psikolojik bütünlük halini anlatmaktadır. Sağlık bu yaklaşımla temelde hastalığın olmama durumuna indirgenmiş görünmektedir (16, 17). Hastalığın en bilinen tanımı ise bir epidemiyolog olan Susser tarafından 1973 yılında “öznel bir kötü hissetme durumu” şeklinde yapılmıştır. Hastalık, spesifik bir patolojiyi tanımlamamaktadır. Bireyin patolojik bir durumu nasıl deneyimlediğini (rahatsızlık, halsizlik, bitkinlik vb.) anlatmaktadır (18). Bireyin sahip olduğu belirtileri algılayıp dile getirme şekli ise bugün yaygın olarak kabul edildiği üzere kültürel ve toplumsal özellikleri tarafından belirlenmektedir.

Ancak sağlık ve hastalık kavramlarının gelişiminde toplumsal ve kültürel etkenler bilimsel tarihin büyük bölümünde göz ardı edilmiştir. Pasteur ve mikrobiyolojik devrim ile 19. yüzyıl ortalarında başlayan “biyomedikal dönem”de patolojik süreçlere odaklanılmış, hastalıkların fiziksel ve biyolojik olarak anlaşılıp, teşhis edilip, tedavi edilmesi amaçlamıştır. Tedeavinin esas amacı bireye fizyolojik bütünlük ve işlevlerini geri kazandırmaktır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1948 tarihli sağlık tanımı biyomedikal yaklaşımı sosyal yaklaşıma dönüştürmeyi amaçlamıştır. Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren sağlık sosyal ve kültürel bağlamında düşünölmeye başlanmıştır. Sağlığın “sosyal dönem”i olarak belirtilen bu süreç DSÖ’nün 1980’lerdeki sağlığın geliştirilmesi hareketiyle hız kazanmıştır. Sağlık artık bir iyi olma halinin ötesinde “yaşam için bir kaynak” olarak kabul edilmektedir. Sağlık, “Sosyal, bireysel ve fiziksel kapasitelerin geliştirilmesi anlamında günlük yaşam için bir amacın ötesinde bir kaynak”tır (19).

Bu dönemde sağlığın “biyopsikososyal model”i 1977 yılında psikiyatrist George Engel tarafından tanımlanmıştır. Engel hastalığı insan bedeninin çevresel ve sosyal uyaranlara verdiği fizyolojik yanıtlar olarak açıklamaktadır. Bu yanıtlar hasta kişinin inançları, kişisel ilişkileri, kültürel arka planı gibi unsurların etkisi altındadır. Çevresel faktörlerle baş etme becerisi Engel’in tanımlamasında önemli bir nokta olmuştur (20). Engel’den önce bu konu üzerine çalışmış olan ünlü ruhbilimci Freud tarafından yapılan sağlık tanımı ise bireyin “sevmek ve çalışmak” için sahip olduğu kapasiteye işaret etmektedir. Yirminci yüzyılın sonlarına gelindiğinde sağlık tanımı kesin bir biyopsikososyal durumdan görelî bir

“seçme becerisi”ne doğru kaymıştır. Bireyin özgürlüğü ve öznel yaşam kalitesi kavramları sağlık tanımını şekillendirmiştir; bir birey ciddi bir hastalığa sahip olabilir ancak hala hayatta yapmak istediklerini yapıyorsa kendisini görece sağlıklı hissedebilir. Bu örnek sağlığın bireyin yaşamını oluşturan unsurları birbiri ile uyumlu hale getirerek ulaştığı bir gerçeklik düzeyi olarak ortaya koymaktadır. Sağlıklı yaşlanma kavramı da benzer bir şekilde, bireyin doğal yaşlanma sürecine uyumu, sahip olduğu kapasite ile denge içinde yaşaması olarak açıklanmaktadır (21).

Sağlık tanımına “iyilik” durumunun girmesi ile birlikte biyomedikal tanım gerilemeye başlamış patolojinin olmaması sağlığı tanımlamak için yetersiz hale gelmiştir. Biyomedikal modelin yerini alan “ekolojik model” ise insanlar arasındaki karmaşık ilişkileri, bireysel özellikleri, çevreyi ve tüm bunların sağlık üzerindeki etkisini anlatmaktadır. Hancock’un sağlık mandalasını bu modeli göstermektedir: birey, beden, ruh ve aklı ile, merkezde olup sosyal ve fiziksel çevresi ile sarılmıştır. Çemberler genişledikçe kültürel, ekonomik ve toplumsal faktörlerin etkisi altına girer. Yakın zamanda bu çemberlere küresel iklim, ekonomik sistemler, savaşlar, hastalıkların yayılma hızında etkili olabilen ulaşım gibi yenileri eklenmiştir. Sağlığın sosyal belirleyicileri kavramını ise bu mandalanın en geniş çemberini oluşturmaktadır (22, 23).

Halk sağlığı bilimi de sağlık ve hastalık kavramlarının son iki yüzyıldaki değişiminin etkisi altında gelişme göstermiştir. Sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalık, sakatlık ve erken ölümlerin önlenmesi için organize toplum çabaları olarak anlatılan halk sağlığı yaklaşımı bu süreçte farklı isimler almıştır.

Ondokuzuncu yüzyılın son yarısına rastlayan “hijyen” döneminde sanitasyon ve çevresel etmenlere odaklanılmıştır. Yirminci yüzyılın başlarında ise küresel göçler ile hastalıkların hızlı yayılması söz konusu olmuş, “hastalıklardan korunma” önem kazanmıştır. Elliler ve altmışlara gelindiğinde yaşam biçimine bağlı hastalıklar gündeme gelmiş, “sağlık eğitimi” ile bireysel davranışlara ve sağlık ile ilgili seçimlere etkide bulunmak hedeflenmiştir. Sağlığın geliştirilmesinin halk sağlığı alanındaki yeri bugüne gelene dek artmış ve üniversitelerin “toplum sağlığı”, “sosyal tıp” bölümlerinin de katkısı ile sağlık ve hastalığın sosyal yönü görünür hale gelmiştir (24).

Bugün kabul gören sağlık yaklaşımı sağlık ve hastalık ile ilgili davranışsal özellikleri, altta yatan yaygın sosyal, ekonomik, kültürel belirleyicilerin görünür belirtileri olarak kabul etmekte; nedenlerin gerçek nedenleri üzerine müdahalede bulunmanın öneminin altını çizmektedir.

2.2. Sağlık ve Hastalığın Belirleyicileri Nelerdir?

Sağlığın ve hastalığın belirleyicileri şu dört ana başlık altında kategorize edilmektedir: davranışsal etmenler, fiziksel çevreye ait öğeler, genetik ve sosyal belirleyiciler (25). DSÖ bu listeyi üç başlıkta düzenleyerek genetik ve davranışsal özelliklere aynı başlık altında, bireylerin karakteri ve davranışları olarak yer verir (26). Kendi aralarında da etkileşim halinde olan bu temel belirleyiciler tarih boyunca toplumları çok yönlü etkilemişlerdir. Örneğin, bir ülkenin içinde başlayan bir çatışma hemen hiçbir zaman bu sınırlarda kalmaz. Savaşlar nedeniyle yerinden edilmiş topluluklar, barınma sorunu, gıda güvensizliği ve toplumsal dışlanmayı yaşamaktadırlar. Temel belirleyiciler alanı genişledikçe, sağlık

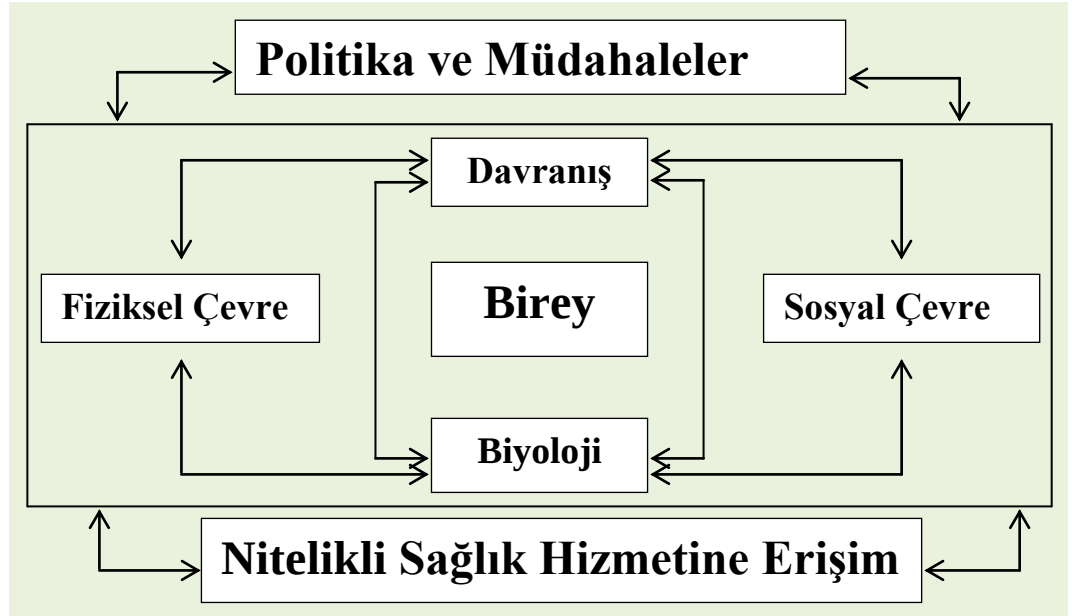
üzerinde geliştirici ve aynı zamanda zarar verici etkilere sahip olan politik ve kültürel etmenleri de içine almaktadır. Belirli bazı kültürel pratikler, bir toplumun belli bir hastalık için daha çok ya da daha az tehlike altında olmasının gerekçesi olabilir. Tütün kullanımı bu ilişki için örnek olarak gösterilebilir; tütün kullanımının kültürel yönünün anlaşılması, sigara içme davranışının değiştirilmesi, tütün kontrolü çalışmalarına toplumun tutumunun değişmesi için fırsat olarak değerlendirilmektedir (27, 28).

Ekonomik koşullar ise temel yaşamsal ihtiyaçları karşılamak anlamında sağlığın temel belirleyicilerinden birisidir (29). Yirminci yüzyılda hâkim olan refah dalgası ile birlikte konut durumunun iyileşmesi ile kalabalık yaşam ortamlarının azalması, gıda ve temiz suya ulaşımın artması, tehlikeli çalışma koşullarının azalması mümkün olmuştur (30). Bu gelişmeler ishali hastalıklar, tüberküloz, mesleki akciğer hastalıkları gibi çok sayıda hastalığın yaygınlığını düşürmüştür. Ancak aynı yüzyılın ortalarına gelindiğinde yeni toplum sağlığı riskleri görünür olmuştur. Aşırı kalori ve tuz tüketimi bunlardan birisidir. Görece ucuz olan hazır gıdaların içerdiği yüksek oranda şeker, yağ ve tuz bugün obezite, diyabet ve diğer kronik hastalık epidemileri ile ilişkilendirilmektedir (31). Diğer yandan ekonomik belirleyiciler yoksulluk ve onun sonuçlarını ifade etmektedir; sağlıksız barınma, yetersiz altyapı, yetersiz beslenme ve sağlıksız çalışma koşulları. İnsanı çevreleyen doğa da bir sağlık belirleyicisi olarak biyolojik hastalık etkenleri, toksik atıklar gibi negatif yanlarının dışında sağlığı geliştirme olanağı olarak ele alınmaya başlamıştır. İnsanın diğer canlılarla birlikte etkileşim

içinde bir yaşam sürdürmesi sağlığı belirleyen etmenlerden biri olarak görülmektedir (32).

Sağlığın belirleyicilerine dair bakış açısı genişledikçe bu belirleyicilerin listesi de genişlemektedir. Sağlık ve hastalığın, kolaylıkla ulaşılamayan bir yerde bulunduğu varsayılan belirleyicileri için merkezi belirleyiciler kavramı kullanılmaktadır. Bu merkezi belirleyiciler küreselleşme, iklim değişikliği, kentleşme gibi karmaşık sosyo-çevresel olguları içermektedir (25).

Aşağıdaki şekil, birbiriyle ve bireyle etkileşim içinde bulunan çevresel, davranışsal ve biyolojik belirleyiciler ile tüm bu ilişkileri etkileyen ve onlarda etkilenen politika ve planlar ile sağlık hizmetine erişimi bireyi sarmalayan sağlığın belirleyicileri kapsamında göstermektedir (Şekil 1.).



Şekil 1. Kaynak: US DHHS (2008)'den aktaran NSW Department of Health. (2010) NSW Health Public Health Classifications Project – Determinants of Health Phase Two: Final Report.

Temelde davranışsal, fiziksel/çevresel, genetik/biyolojik ve sosyal belirleyiciler olarak sınıflanan bu unsurlara bu bölümün devamında ayrıntılı olarak değinilecektir.

2.2.1. Biyolojik ve Genetik Etmenler

Genetik alanındaki önemli buluşlar ve teknolojik gelişmelerin etkisi altında 30.000 genden oluşan insan genomu uzunca bir süre sağlık ve hastalığın temel belirleyicisi olarak kabul edilmiştir. Ancak bu yaklaşım son birkaç on yılda değişmiştir. Günümüzde, genlerin sağlık ve hastalık temsiliyetinin kısıtlı bir alanda olduğu ve gerçek öneminin gen olarak var oluşlarının ötesinde sağlığın diğer belirleyicileri ile olan etkileşimlerinden ileri geldiği kabul görmektedir (33).

Bazı biyolojik ve genetik faktörler özellikle bazı bireyleri daha çok etkilemektedir. Örneğin adolesanlarla karşılaştırıldığında yaşlı bireyler yaşlanma sürecinin fiziksel ve kognitif etkileri sonucunda biyolojik olarak hasta olmaya meyillidir. Orak hücreli anemi önemli bir sağlığın genetik belirleyicisidir. Orak hücreler bu geni çekinik olarak taşıyan iki ebeveynden çocuğa geçer; bu nedenle hastalık, genetik orijinleri Akdeniz ülkeleri, Güney-Orta Amerika, Karayip Adaları, Hindistan, Suudi Arabistan ve Batı Afrika ülkelerinden gelen bireylerde daha sık görülür.

Biyolojik ve genetik belirleyicileri yaş, cinsiyet, orak hücreli anemi, hemofili, kistik fibroz gibi genetik geçişli hastalıklar, BRCA1 ve BRCA2 gibi meme ve over kanseri oluşma riskini artıran gen mutasyonları ve ailede kardiyovasküler hastalıklar olarak da sıralamak mümkündür (34).

Yakın zamana kadar belirli nadir tek gen hastalıkları için, tarama programları dışında, genetik, biyoloji ve halk sağlığı bilimlerinin bir araya gelmesi sık rastlanmayan bir durumdu. Bu birlikteliklerin ilki 1960’larda fenilketonüri hastalığı için geliştirilen biyokimyasal tarama ve diyagnostik testleridir. Bu genetik hastalık oldukça nadirdir ancak toplum taraması uygulaması halk sağlığı açısından bir sorumluluktur. Çünkü yenidoğanların erken tanı ve tedavisi ile toplumda ciddi mental ve fiziksel engellilikler önlenmiş olmaktadır.

Genetik bozukluklar için antenatal genetik testler gibi müdahaleler geçtiğimiz birkaç on yılda genetikçiler ve halk sağlıkçıları bir araya getirmeye devam etti. Yenidoğan taramalarındaki büyük başarıları takiben diğer hastalıklar için toplum taramalarının alanı genişledi. Yetişkin bireyleri kapsayacak bazı genetik bozukluklar için tarama programları geliştirildi. 1990’larda “İnsan Genomu Projesi” ile gen-hastalık ilişkisini araştıran genomik epidemiyoloji projelerine yeni bir veri-araç kaynağı sağlanmış oldu. Bu projeler sıklıkla geniş bir uluslar arası konsorsiyum ve yüz binlerce katılımcı ile yürütüldü. Biyobankalar konusunun tartışılmaya başlanması yine bu döneme rastlamaktadır. Genomik yapı biliminin gelişmesi, tip 2 diyabet, koroner kalp hastalığı ve meme kanseri ile ilişkili olup sık rastlanan genomik varyantların da keşfine olanak sağladı (35, 36).

Aynı dönem bilimsel alanda ilgi “normal” genetik varyasyonlara ve bununla birlikte veri-yoğun “omics” teknolojik platformlara (genomics, proteomics, metabolomics) yöneldi. Sık görülen hastalıklar için biyomarkerların belirlenmesi çalışmaları hız kazanmış oldu. Biyomarker, normal biyolojik süreç

ve patolojik süreçlerin yanı sıra farmakolojik tedaviye yanıtın da belirteci olarak ölçülüp değerlendirilebilen nitelikler olarak tanımlanmaktadır (37).

Genetik bilimi, heterojen riskler ve aşamalı müdahaleleri hedefleme konusunda halk sağlığı çalışanlarına yardımcı olabilecektir. Genetik faktörler ayrıca çevre sağlığı alanında halk sağlığı sorunlarının değerlendirilmesi ve yönetilmesi konusunda da katkı sağlayabilmektedir.

Sağlığın belirleyicilerinden biri olarak genetik, genler ve çevre arasındaki etkileşimi ifade etmektedir. Günümüzde genetiğin sağlık için anlamı giderek değişmekte; nadir görülen kalıtsal hastalıklarla ilgilenen küçük çaplı bir klinik servis hizmetinden sağlığı koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin tamamına yayılmış genomik bilgi ve teknolojilere dönüşmektedir. Halk sağlığı uygulamalarına genetiğin dâhil edilmesi diğer yandan, tüm paydaşların katıldığı çok katmanlı, kanıta dayalı bilimsel bir çerçeveyi gerekli kılmaktadır. Bilimsel geçerlilik, klinik yararlılık ve halk sağlığı etiği boyutlarının göz önünde bulundurulması temel gereklilikler olarak belirtilmektedir (37).

Halk sağlığı genetiği şöyle tanımlanmaktadır: “Genoma dayalı bilgi ve teknolojinin toplumun yararı için sorumlu ve etkili bir biçimde aktarılmasıdır.” (38). Ancak genetik ve halk sağlığı bir araya geldiğinde, zorlu bir tarihe sahip oldukları da unutulmamalıdır. Bunun nedeni büyük ölçüde öjenik uygulamalar ve bunların bilimsel temelleri için bu iki alanın bilimsel verilerinin kullanılmasıdır. Bugün halen birtakım etik kaygılar geçerliliğini korumaktadır. Halk sağlığının toplum düzeyindeki amaçları ile hassas ve kişisel genetik bilginin kullanımı arasında bir seçim söz konusu olabilmektedir.

Genetik ve biyolojik etmenler, sağlının belirleyicileri olarak obezite, epidemiler, çevresel toksin ve kirleticilerle etkilenim gibi önemli halk sağlığı sorunları için, günümüzde bu alandaki bilimsel araştırmalara konu edilmektedir.

2.2.2. Davranışsal Belirleyiciler

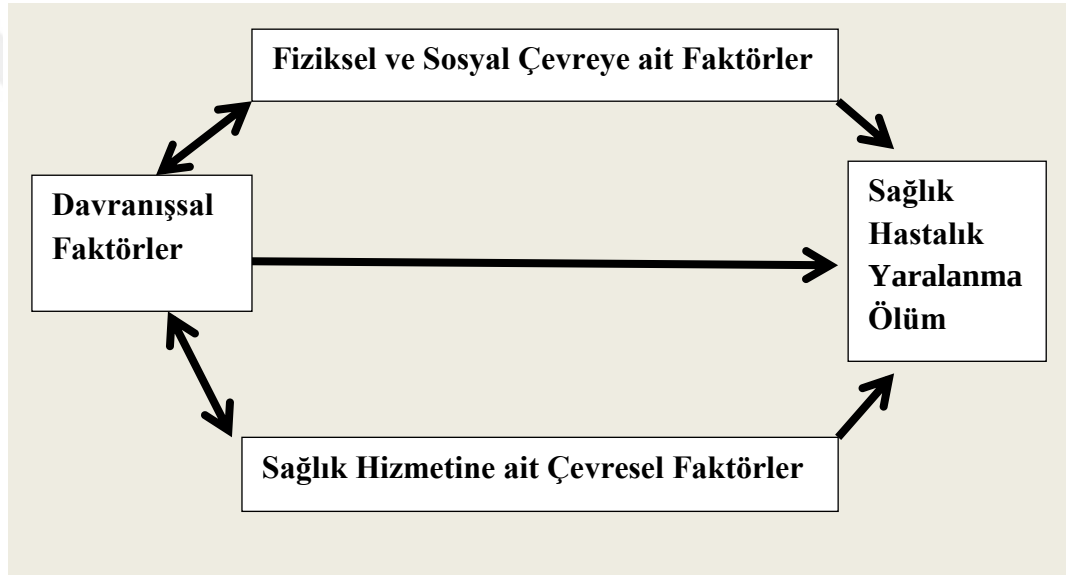
Davranışların sağlık ve hastalıklar üzerindeki etkisi zaman içinde değişiklik göstermiş bununla birlikte farklı terimler kullanılmaya başlanmıştır. Davranış biçimi her nasıl algılanırsa algılsın, ahlaki olarak nedenleri ve sonuçları anlamında kabul edilebilir ya da değil, sağlının belirleyicileri çerçevesinde üst düzey belirleyiciler ile alt düzey belirleyiciler arasındaki yolda kaçınılmaz olarak yer almaktadır. Tarihsel süreçte halk sağlığı yaklaşımları sağlıkla ilişkili davranışları kontrol altına alma, bireyleri diğer bireylerin davranışlarının zararlarından koruma ve toplulukların davranışlarını sağlık ile ilgili politikalar, kurumlar, sosyal ve fiziksel çevre üzerinde etkili olmak için harekete geçirme görevlerini yerine getirmiştir. Geçmişte belirli tek bir davranışın bir enfeksiyon hastalığına ya da bir yaralanmaya yol açtığı görüşü günümüzde “karmaşık” davranışların yarattığı etkiye dönüşmeye başlamıştır. Bu karmaşık davranışlar, yani “yaşam biçimi”, bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve mevcut iletişim yollarından çevresel ve sosyoekonomik koşullara, gündelik yaşam pratiklerinden aile ve diğer sosyal çevrelerinin geçmişine kadar onun yaşantısını anlatmaktadır. Sağlıkla ilişkili belirli davranışların sağlık eğitimi sayesinde değiştirilebildiği bilinmektedir. Ancak karmaşık davranışlar için bunu söylemek mümkün değildir. Yaşam biçimi, yavaş bir şekilde, eğitimsel, kurumsal,

ekonomik ve çevresel tüm faktörlerin birlikte müdahalesi ve desteği ile değiştirilebilmektedir.

Günümüzde toplumun tamamına müdahale edilmesi için teknolojik gelişmeleri beklemesi gereken obezite ve HIV-AIDS, sağlıkla ilişkili davranış konusuna uygun iki örnek teşkil etmektedir. Davranışlara müdahale ve yaşam biçimi değişimi bu aşamada rutin halk sağlığı uygulamaları olarak görülmektedir. Yani bir obezite önleyici aşı ya da bir HIV aşısı yaygın olarak kullanılabileceği kadar toplumda sağlıklı beslenme, fiziksel hareketlilik ve kondom kullanımı gibi davranışsal önleyici uygulamalar bunların yayılmasının önüne geçebilecek tek önemli stratejik araç olarak görülmektedir (39). Bu süreçte davranış değişikliğini destekleyen politikalar, çevresel değişim ve sağlık eğitimi programlarına ihtiyaç vardır. Benzer bir halk sağlığı başarısı tütün kontrol programlarında gerçekleşmiştir ve bu değişimlerin birlikteliğinin bireylerde sağlık davranışı geliştirmeye yardımcı olduğunu göstermektedir. Davranış ve sağlık durumu arasındaki bağlantıya bakıldığında nedensel ilişkinin az sayıda davranış ve hastalık veya sağlık sorunu arasında kurulabildiği görülmektedir. Bir enfeksiyon hastalığı için böyle bir ilişki kurmak görece daha kolaydır. Örneğin hijyen uygulamaları enfeksiyon hastalıkları için proksimal neden olarak kabul edilmektedir. Tek doz bir aşırı veya ilaç tedavisini almak böyle bir davranıştır. Diğer sağlık davranışları ise yaşamı uzatan, hastalık riskini azaltan ancak nedensel bağlantıları değişken, gecikmeli, birikimli veya dolaylı olan uygulamaları kapsamaktadır. Bu nedenle distal hastalık nedenleri olarak belirtilirler. Diyet ve

fiziksel aktivite modelleri bu tür davranışlara örnek verilebilir ve bu karmaşık davranışların sinerjistik etkileri olduğu gösterilmiştir (39).

Davranışsal faktörler sağlığın belirleyicisi olarak doğrudan sağlık/hastalık çıktılarını etkilemekte; fiziksel ve sosyal çevreye ait faktörlerle etkileşime girerek ya da sağlık hizmetlerine ait çevresel faktörlerle birlikte dolaylı yoldan hastalık ve sağlığı belirlemektedir.



Şekil 2. Sağlık, hastalık, yaralanma veya ölüm üzerinde davranışların üç etki yolu. Kaynak: Green L. W., Hiatt R. A., Hoefft K. S. (2015) Behavioral determinants of health and disease. Detels R., Gulliford M., Karim Q. A., Tan C. C. (eds) Oxford Textbook of Global Public Health Volume 1 (6th edition). United Kingdom: Oxford University Press.

Dünyada ve Türkiye’de ölüm nedenlerinin başında gelen kardiyovasküler sistem hastalıkları için seçilmiş risk etmenleri, tütün kullanımı, sedanter yaşam biçimi, yüksek serum kolesterol düzeyi, obezite ile diabetes mellitus ve hipertansiyon olarak belirtilmektedir (40, 41). Bu risk faktörlerine yönelik davranışsal faktörler ise sigara içmek, fiziksel hareketsizlik, yüksek yağlı diyet, yüksek kalorili diyet ve yüksek tuz içeren diyet olarak gösterilmektedir (42). Şekil

2'ye göre değerlendirildiğinde fiziksel ve sosyal çevreye ait faktörlerin hareket etmeyi olanaklı kılacak şekilde iyileştirilmesi sedanter yaşam tarzını değiştirmek için bireyi destekleyecektir. Serum kolesterol düzeyinin kontrol altına alınması için sağlık hizmetlerinin niteliği ve bireyin hizmete erişiminin kolay olması gerekmektedir. Sigarayı bırakması için ise hem fiziksel ve sosyal çevre hem de sağlık hizmetlerinin hem de kendisinin olumlu sağlık davranışı yönelimi birlikte rol oynayacaktır. Yüksek tuzlu diyet davranışı ise diğerlerine kıyasla bireyin doğrudan edinmesi daha olanaklı görünen bir riskli beslenme davranışıdır.

2.2.2.1. Davranışın Belirleyicileri İçin Halk Sağlığı Stratejileri

Halk sağlığı alanında sağlık davranışlarının değiştirilmesi yoluyla hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi müdahalelerinde üç tip stratejiye başvurulmaktadır:

- Eğitim stratejileri halkı çeşitli sağlık konularında bilgilendirip eğitmeyi amaçlamaktadır. Yanlış ilaç kullanımının zararları, emniyet kemerinin yararları, anne sütünün yararları gibi konulara odaklanılmaktadır.
- Sistematik-koruyucu stratejiler çevresel değişkenleri kontrol altına almak amacıyla uygulanmaktadır. Böylece bireyin sağlıklı kararlar verip davranması kolaylaştırılmış olur. Örnek olarak suların florlanması, çocukluk dönemi bağışıklama programının ulaşılabilir, ücretsiz ve herkes için olması verilebilir.
- Zorlayıcı stratejiler ise bireylerin davranışlarını yasal veya diğer resmi yollarla denetleyerek işlev görmektedir. Hastane çalışanlarının zorunlu tüberküloz testi yaptırmaları, alkollü araç kullanmanın hukuki

yaptırımlarının olması gibi uygulamalar bu strateji kapsamında değerlendirilebilir (39).

Yukarıdaki stratejilerin tamamının bir uygulama alanı olarak tütün kontrol programları gösterilebilir. Hem bilgilendirmek hem de yasal kısıtlamalar yoluyla insanları pasif sigara dumanı etkileniminin zararlarından koruma, sağlık kuruluşları aracılığıyla tütün kullanımının bırakılmasına uygun yardım önerme, tütün kullanımının zararları hakkında uyarma, tütün reklam, promosyon ve sponsorluklarını yasaklama müdahaleleri ile bu programlar pek çok ülkede en önemli halk sağlığı başarılarından birisi olarak gösterilmektedir (43).

Bir diğer sağlığı geliştirme örneği olan fiziksel aktivitenin artırılması programları da benzer şekilde karmaşık davranışların değişmesinde bütüncül yaklaşımın ve sektörler arası işbirliğinin önemini altını çizmektedir. Son yıllarda inşa edilmiş çevreyi hedef alan çalışmalar yapılmaktadır. Kaldırımların yürümeye uygun olması, mahallelerde farklı etkinlikler için alanların olması, dinlenme yerlerinin bulunması, toplu taşıma araçlarının kullanımının artırılması için çalışmalar yürütülmektedir.

2.2.2.2. Davranışın Çevre Üzerine Etkisi

Bireyler sağlıkları üzerinde etkisi olan çevresel faktörlerden bazılarını davranışsal seçimleri ya da eğitim ve diğer yollarla kontrol altında tutamazlar. Örneğin iklim değişikliği, ikinci el tütün etkilenimi ve ağır metal içeren boyalar gibi konularda bireyler bir araya gelip savunuculuk rolünü üstlenirler; boykot edip, mevcut politikaları daha sağlıklı hale getirebilirler ya da etkilenimlerini en az düzeye çekebilirler. Bireysel davranış çevresel faktörler karşısında harekete

geçebilmektedir. Yani bireyler onları etkileyen çevresel etmenler karşısında edilgen olmaktan uzaktır (39).

2.2.2.3. Sosyoekonomik Statü (SES) ve Sağlığın Davranışsal Belirleyicileri

Sağlık düzeyi ve bireysel sağlık davranışları ile etkileşime giren tüm faktörler içinde en derine nüfuz eden, en sağlam ve en tutarlı ilişki SES ile olmaktadır. SES hiyerarşisinde yukarılarda yer alanlar daha iyi sağlık düzeyi ve daha düşük mortalite beklentisine sahip olmaktadır. En aşağıda yer alanlar ise en kötü sağlık düzeyi ile yoksulluk içinde yaşayan bireylerdir. Bu hiyerarşik ilişki SES ölçütü değişse de aynı kalmaktadır. Ölçüt olarak sıklıkla kullanılan özellikler eğitim düzeyi, gelir, meslek ve ikamet edilen yerdir. SES'e atfedilen mortalite ve morbidite gradientinin nasıl sağlıkla ilişkili davranışlar, kültür ve çevre yoluyla belirlendiği sorusuna yanıt bulmak halk sağlığının temel amaçlarından birisi haline gelmiştir (39, 44). Dezavantajlar hayat boyu ve birikim göstererek aynı topluluklarda görünür hale gelmektedir. İnsanlar stresli ekonomik ve sosyal koşullar içinde yaşadıkları oranda fizyolojik olarak da hastalıklar nedeniyle acı çekmekte, sağlıklı yaşlılık dönemlerine sahip olmaları mümkün olmamaktadır. SES bireylerin eğitimleri, yaşadıkları yer ve yaptıkları iş aracılığıyla iyi ya da kötü yönde sağlıkla ilişkili davranış geliştirmeleri ile ilişkilidir. Daha iyi eğitilmiş ve iyi bir işi olan bireyler daha iyi kararlar, kaynaklar ve becerilere sahip olurlar. Ne kadar motive olursa olsun yeterli gelire ve çevresel koşullara sahip değilse sağlıklı olan davranış seçmesi olası değildir. Sözü edilen SES ve davranışsal olarak belirlenen sağlık sorunları arasındaki ilişki günümüzde obezite, fiziksel aktivite ve gıda tüketimi gibi konularda karıştırıcı faktörlerin çerçeveye

girmesiyle birlikte değişmeye başlamıştır. Daha sedanter çalışma ortamları ve sık seyahat etmekle karakterize iş biçimi, beyaz yakalı çalışanların sağlık düzeylerini, eğitim, gelir ve meslek faktörlerinin etkisine rağmen, olumsuz yönde etkilemektedir. Kanada’da örneğin analizi yapılan demografik özelliklerden gelir, meslek ve iş durumu obezite prevalansı ile ilişkisiz bulunmuştur (44, 45).

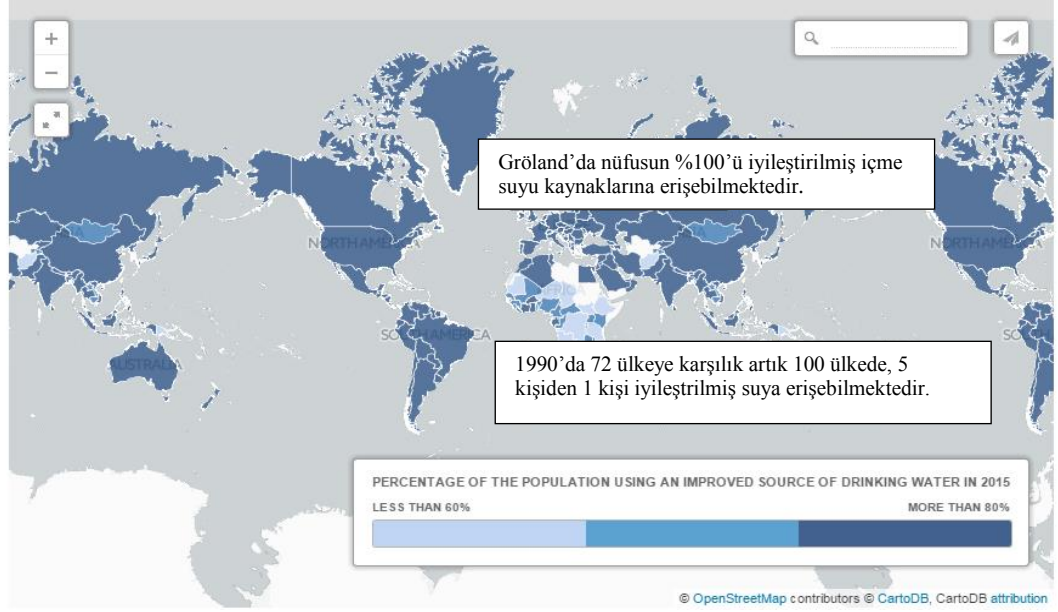
2.2.3. Su ve Sanitasyon

Güvenli içme suyunun sağlanması ve sanitasyon atıklarının zararsız hale getirilmesi halk sağlığının en önemli mdahalelerindendir. Epidemiyoloji biliminin temeli olarak kabul edilen çalışmanın sahibi İngiltereli Dr. John Snow, 19. Yüzyılda Londra’daki kolera salgınının haritasını çıkarmış; şehrin su şebekesini hedef alan bir halk sağlığı müdahalesi ile hastalığın su yoluyla bulaşını göstermiştir. Yetersiz kalitede su ve sanitasyonun neden olduğu hastalıklar yüksek gelir grubundaki ülkelerde giderek azalırken dünyanın diğer yerlerinde en önemli sağlık sorunlarından olmaya devam etmektedir (46). Özellikle küçük çocuklar, engelli, yaşlı ve yoksul bireyler ile immün yetmezliği olan ve yerinden edilmiş bireyler bu hastalıklar için risk altındadır. DSÖ, ishalleri hastalıkları dünya genelinde her yıl 760,000 beş yaş altı ocuk ile birlikte toplam 1,5 milyon insanın ölümünden sorumlu tutmaktadır (47).

Düşük gelirli ülkelerde ishalleri hastalıklar beş yaş altında en sık görülen üçüncü hastalıktır ve bu toplumlarda hastalık yükünün %11’ini taşımaktadır. DSÖ’nün verilerine göre düşük gelirli ülkelerde her yıl dünyaya gelen 120 milyon çocuğun yarısı iyileştirilmiş sanitasyon; beşte biri ise iyileştirilmiş içme suyu olanaklarına erişememekte, bu durum hayatta kalım ve toplumsal kalkınma için

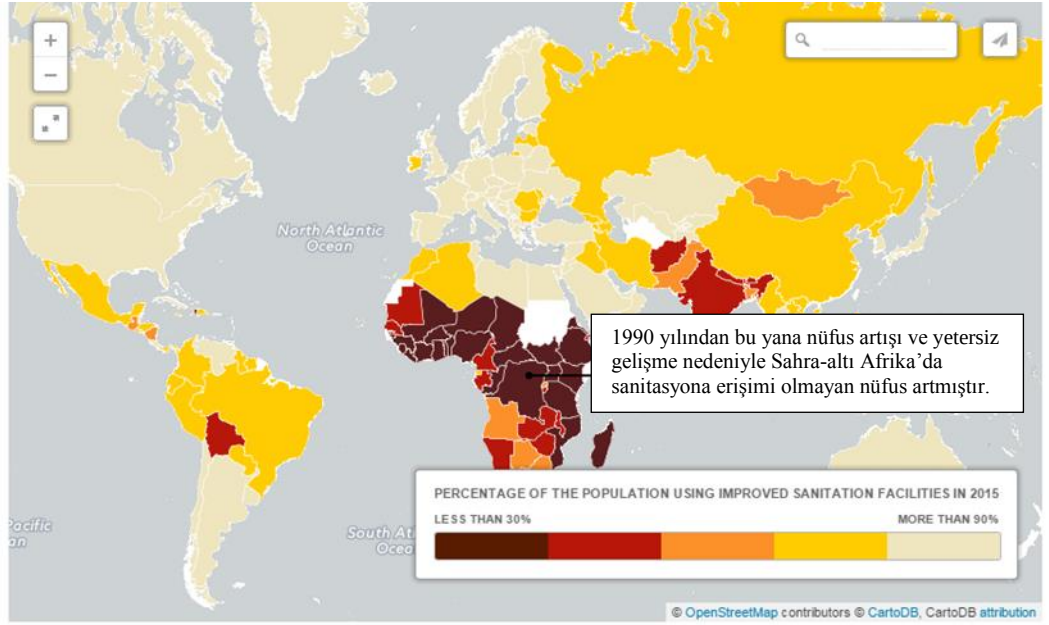
ciddi risk oluşturmaktadır. İshalli hastalıklardan ölümlerin %88'i güvenli olmayan içme suyu, hijyen için yetersiz miktarda su ve sanitasyonun olmamasına bağlanmaktadır (36, 38). Güvenli olmayan su ve yetersiz sanitasyonun sonuçları ishalleri hastalıklar ile sınırlı kalmamaktadır; bu durumlara atfedilen hastalık yükü malnütrisyon, parazit ve solucan enfeksiyonlarına, trahomdan tifo ve hepatit A'ya kadar uzanmaktadır. Sağlık hizmetleri de doğrudan bu koşullardan etkilenmekte, su olmayışı, su kirliliği ve sanitasyon yetersizliği zaten kırılabilir durumdaki hastalar açısından bir de enfeksiyon ve yeni hastalık riskleri getirmektedir (49).

Su ve sanitasyon yalnızca bir halk sağlığı sorunu değil aynı zamanda bir yoksulluk, eşitlik ve adalet sorunudur. Yoksulluk içinde yaşayan topluluklar su yoluyla bulaşan hastalık yükünü taşımakta ve hastalığın yol açtığı üretkenliğin azalması, karşılanması güç tedavi giderleri gibi etkenlerle yoksullukları derinleşmektedir. Yine su kaynaklarının uzaklığı, tarımsal sulama ve hayvanlar için yetersiz su miktarı da yoksulluğu pekiştiren faktörler olarak belirtilmektedir. Kırsal ve kentsel yerleşimler arasındaki su ve sanitasyon kaynaklı eşitsizliklerin yanında coğrafik özelliklere bağlı eşitsizlikler de çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Yetersiz su ve sanitasyon ayrıca yetersiz okullaşma düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (46, 50). Sözü edilen tüm bu nedenler ve sonuçları göz önüne alındığında güvenli su ve yeterli sanitasyona sahip olmak temel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir (51). Bir insan hakkı olarak ortaya çıkan su hakkı, tüm insanların yaşamlarını sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmelerini sağlayacak ölçüde güvenli suya erişmelerinin sağlanmasını ifade etmektedir.



Şekil 3. (Harita 1). Dünyada İyileştirilmiş İçme Suyu Kaynaklarına Erişim, 2015. **Kaynak:** The Guardian, 2015. <https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2015/jul/01/global-access-clean-water-sanitation-mapped>

İnsanların iyileştirilmiş içme suyuna erişimlerinin gösterildiği Harita 2’de Afrika ülkelerinin büyük çoğunluğunun temiz suya erişiminin %60’ın altında kaldığı, dünya nüfusunun geneline bakıldığında ise %80’nin temiz suya erişebildiği görülmektedir. Türkiye’nin ise 2015 verileri doğrultusunda %95 olan temiz suya erişim yüzdesi ile binyıl kalkınma hedeflerini yakalayan ülkeler arasında olduğu görülmektedir.

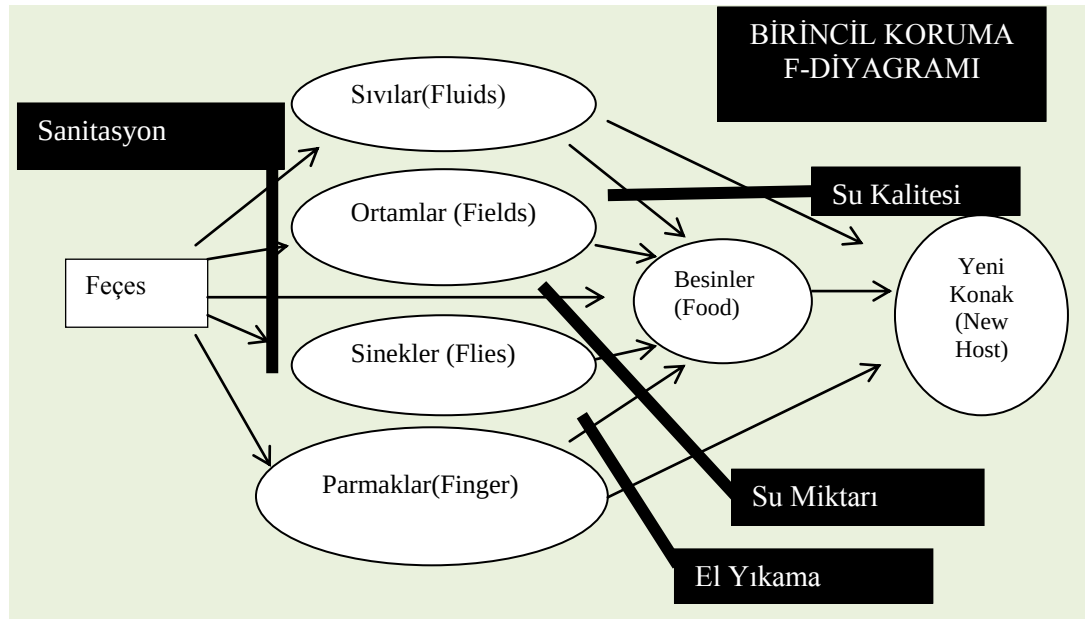


Şekil 4. (Harita 2). Dünyada İyileştirilmiş Sanitasyon Hizmetlere Erişim, 2015. **Kaynak:** The Guardian, 2015. <https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2015/jul/01/global-access-clean-water-sanitation-mapped>

Yeterli sanitasyona erişimi gösteren Harita 2’de Sahra-altı Afrika’da ülkelerinin çoğunda nüfusun %30’dan azının Binyıl Kalkınma Hedeflerinden olan sanitasyon erişiminin olduğu görülmektedir. 1990 yılından bu yana nüfus artışı ve yetersiz ilerlemenin sanitasyon hedefine ulaşmanın önünde engel olduğu belirtilmektedir.

Su ve sanitasyon yetersizliği nedeniyle dünya genelinde mortalite ve morbiditeye yol açan hastalıklar mikrobik ve kimyasal etkenlerle oluşanlar olarak gruplanabilir. Mikrobik olanlardan polyomiyelit, hepatit A ve E gibi aşı ve diğer çevresel olmayan müdahalelerle kontrol altına alınabilenleri bir yana koyarsak en önemli su ve sanitasyon kaynaklı hastalıklar; ishalli hastalıklar, şistosomiyazis, helmint enfeksiyonları, tifoid ve paratifoid ateşi, trahom ve malnütrisyon olarak belirtilebilmektedir. Bu hastalıkların önlenmesinde etkili su ve sanitasyon

uygulamaları ise temelde fekal-oral bulaşın engellenmesine dayanmaktadır. F-diyagramı ile gösterilen bu süreçte birincil bariyer olarak insan feçesinin insanlar, hayvanlar, böceklerin yaşadığı ortamlardan güvenli bir şekilde uzaklaştırılmadığı takdirde ikinci bariyer olan el yıkamanın önemi vurgulanmaktadır. Diğer bariyerler, su kalitesini artırıcı uygulamalar, su kaynağına yönelik kişisel hijyen için nicelik ve erişilebilirliği artırıcı müdahaleler, uygun gıda pişirme ve hazırlama yöntemleri ve sinek gibi vektörlerin kontrolü olarak sıralanabilmektedir (46).



Şekil 5. F-Diyagramı. **Kaynak:** Clasen T. Water and sanitation. (2015) Detels R., Gulliford M., Karim Q. A., Tan C. C. (eds) Oxford Textbook of Global Public Health Volume 1 (6th edition), (s. 162-174).United Kingdom: Oxford University Press.

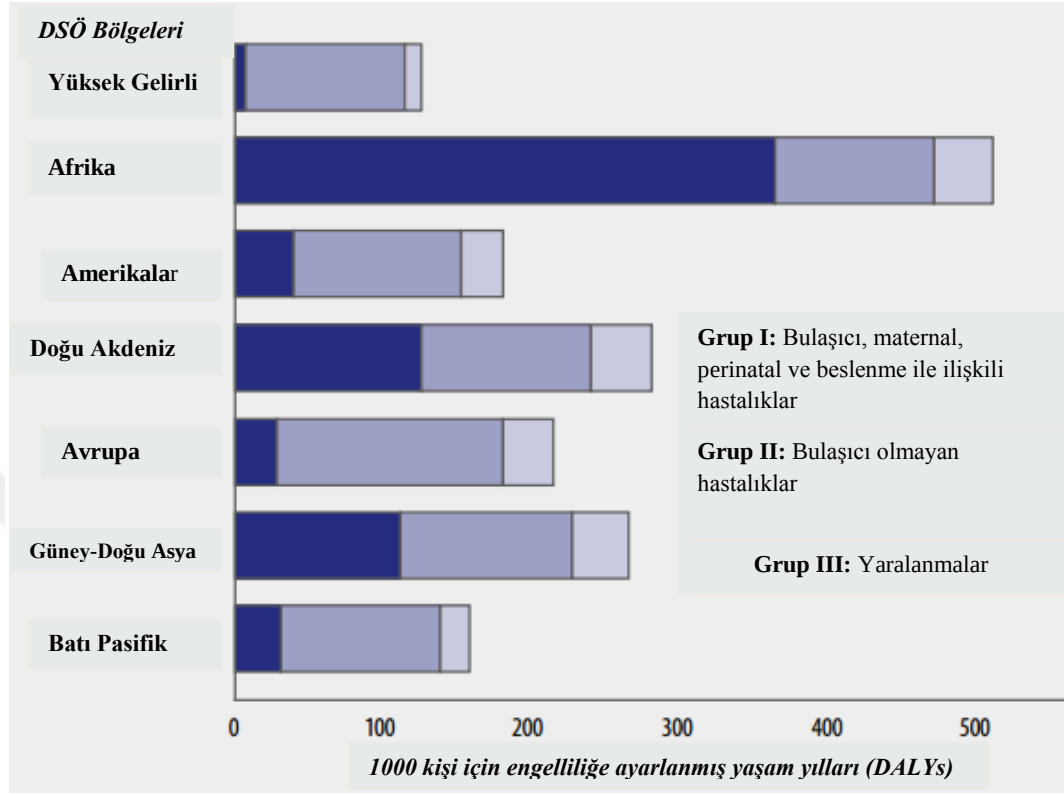
Sağlığın belirleyicileri arasında çözüm için gerekli müdahalelerin iyi bilindiği bir halk sağlığı sorunu olarak yetersiz su ve sanitasyon sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Yoksulluk içinde yaşayan

insanlar güvenli içme suyu ve temel sanitasýona erişmekte güçlük yaşamaktadır. Günümüzde halen yüzlerce milyon insanın bu temel sağlık gereksiniminden mahrum olması sağlığın belirleyicileri arasında yanlış önceliklerin üzerine gidildiğinin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda dünya genelinde bu ihtiyacın karşılanması yolunda önemli gelişmeler yaşandıysada yeterli görünmemektedir. Yoksul kesimler şebeke suyuna erişmeyi beklerken halk sağlığı camiasının görevi bu süreci etkin, hızlı, maliyet-etkin, sürdürülebilir şekilde sağlamak için strateji geliştirmek, değerlendirmek ve teşvik etmek olmalıdır. Bu çabaların karşısında güçlü politik, sosyal, ekonomik ve kalkınma ilişkili engeller bulunabilmektedir. Toplumun en kırılgan kesimleri için sürdürülebilirlik temelinde su ve sanitasyon hakkını savunmak ulusal ve bölgesel olmanın ötesinde en yüksek uluslararası düzeyde harekete geçmeyi zorunlu kılmaktadır (50, 51). Birleşmiş Milletler'in (BM) tahminlerine göre, su ve sanitasyon konusunda Binyıl Gelişme Hedefleri'nin minimum standartlarına ulaşmanın maliyeti 10-30 milyar dolardır. Böyle bir harcama şu anda bu hizmetlere ihtiyacı olanların yarısının ihtiyacını karşılamak için yeterli olacaktır. BM Gelişme Programı'na göre bu miktar para beş günlük küresel askeri harcamadan ve zengin ülkelerin şişe suyu için bir yılda harcadıklarının yarısından daha azdır (52).

2.2.4. Gıda ve Beslenme

Bireylerin beslenme alışkanlıkları sağlığın belirleyicilerinden önemli bir tanesidir. Sağlık ve beslenme etkileşimi karmaşıktır ve belirleyenleri daha geniş ekonomik, sosyal ve kültürel gündemleri içine alır. Doğru beslenem tercihleri yapmak, uygun besin maddelerini yeterli miktarlarda tüketmek ve gündelik

yaşamda beslenme ile ilişkili tüm davranışlar halk sağlığı açısından önemli sayılmaktadır. Çevresel sağlığın belirleyicileri içinde gıda ve beslenme öncelikli müdahale alanlarındandır. Yoksul ülkelerde önemli morbidite ve mortalite sebeplerinden beslenme yetersizlikleri günümüzde beslenme ile ilişkili kronik hastalıklarla birlikte görülmektedir. Gelişmekte olan toplumlar artık beslenme ile ilişkili sorunların çifte yükünü taşımaktadır. Bu hastalık ve erken ölüm yükü büyük oranda sosyal, ekonomik ve politik çevresel faktörlerin sonucudur. Kadınların toplum içindeki sosyal konumu ile eğitim düzeyi, tarım ve gıda sistemlerindeki değişimler, gıdaların erişebilirliği, etkili bağışıklama programlarının varlığı gibi durumlar sözü edilen çevresel koşullar arasındabelirtilmektedir. Güvenli, sağlıklı gıdaya erişmek, temiz ve sanitasyon imkanlarına sahip olmak, temiz barınma koşulları ve çevresel toksinlere maruz kalımın olmaması yönündeki çevresel değişimler organizmanın enfeksiyonlara karşı direncini arttırır ve sağlık düzeyini iyileştirir. Avrupa'da beslenmenin hastalık yükü üzerindeki etkisi (%41) kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet ve kanserlere bakıldığında göze çarpmaktadır. Hastalık yükünün %38'inden sorumlu olan ağız hastalıkları, immün yetmezliğe bağlı hastalıklar ve konjenital anomaliler ise beslenmenin büyük rol oynadığı hastalık grubu olarak görülmektedir (53).



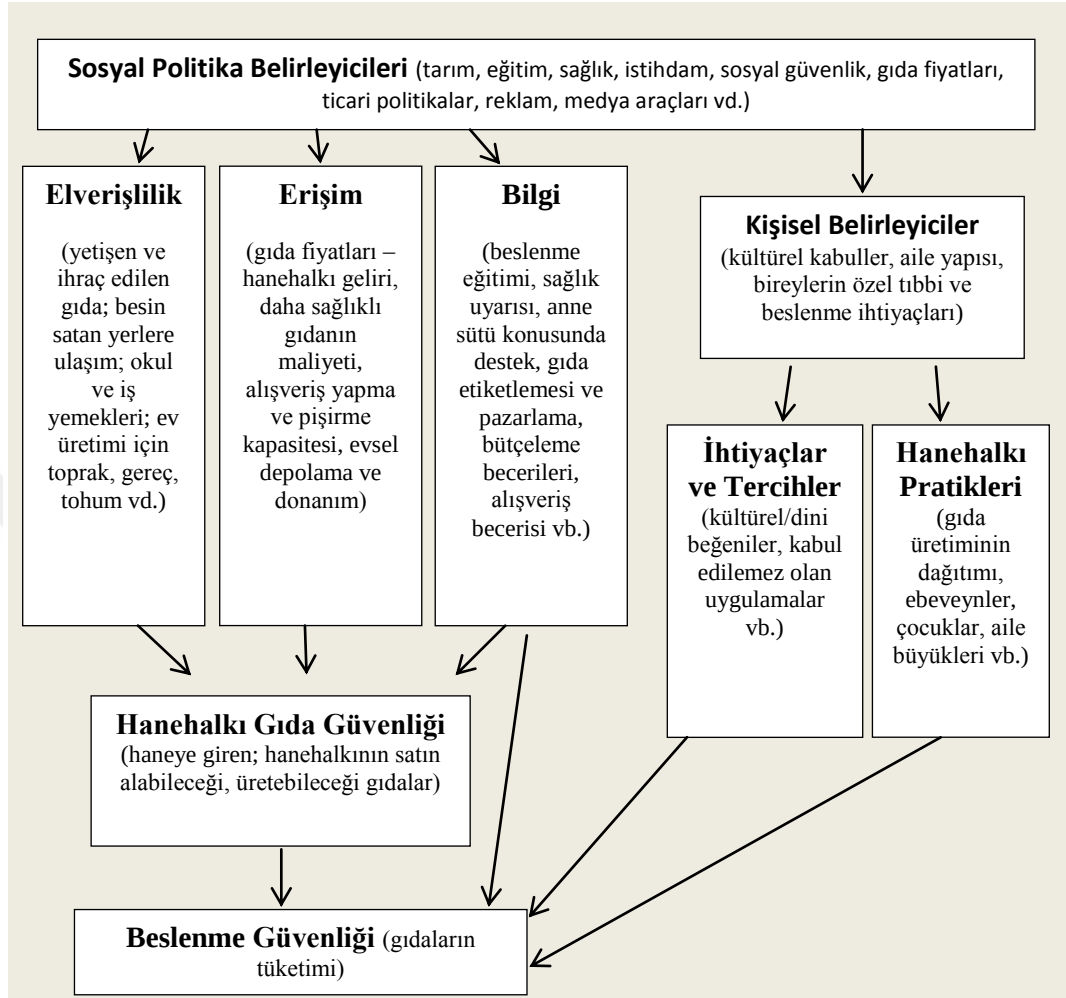
Şekil 6. Bölgelere Göre Hastalık Yüğü (DALY¹) Dağılımı, 2004. **Kaynak:** WHO. (2004) The Global Burden of Disease 2004 Update. Fig. 21, s 41.

2.2.4.1. Gıda Güvenliği

Gıda güvenliği, ülke ekonomisi, bölgesel ulaşılabilirlik, alım gücü, besin seçiminde yönlendiriciler ve bireysel tercihler gibi etkenlere bağlıdır. Gıda güvenli konusu ele alınırken başvurulacak pek çok strateji bulunmasına karşın kapsamlı ulusal gıda ve beslenme politikaları merkezi öneme sahiptir. Besin zincirinin denetimi ulusal düzeyde bir planlamayı gerektirmektedir. Okullarda, hastanelerde, diğer toplu yaşam alanlarındaki gıda hizmetlerini etkilemektedir.

¹ DALY bir sağlıklı yaşam yılını tarif etmektedir. Belirli bir hastalığın yükü, hastalıklı yaşam süresinin işlev kaybı ağırlığıyla çarpılması ve hastalık nedeniyle kaybedilen yıllarla toplanmasıyla elde edilmektedir.¹

Karar vericilerin halk sağlığını önceleyerek iyi uygulamaları teşvik etmesi gerekmektedir (53, 54). Güvenli olmayan gıdalar dünya geneli için halk sağlığı tehdidi oluşturmaktadır. Bebekler, ocuklar, gebe kadınlar, yaşlı bireyler ve altta yatan hastalığı bulunan kişiler özellikle risk altında sayılmaktadır. Güvenli olmayan gıdalar bir ishalleri hastalıklar ve beslenme yetersizliği kısır döngüsü yaratarak risk altındaki bireylerin yaşamlarını tehdit etmektedir. Beslenme kaynakları herkes için ulaşılabilir ve karşılanabilir maliyette olmadığında kimyasal, mikrobiyolojik ve diğer tehlikeler barındıran sağlıksız gıdaları seçme eğilimi göstermektedir (54, 55).



Şekil 7. Gıda Tercihi Üzerine Etkiler. Kaynak: WHO. (2004) Food and Health in Europe; A new basis for action report. Fig. 3.5, s 166.

Besinler üretim, dağıtım ve tüketim sürecinin herhangi bir aşamasında kontamine olabilmektedir. Birincil sorumluluk gıda üreticilerindedir. Besin kaynaklı hastalıkların büyük çoğunluğunda ise kaynak uygun olmayan saklama, hazırlama ve pişirme tekniklerinin sonucunda evler, yemek sektörü ya da marketlerdir. Gıda güvenliği yalnızca bireysel bir tercih değil gıda ve beslenme politikaları ile bir bütün olarak görülmektedir (Şekil 5). Beslenme güvenliğine her birey katkı sunabilmektedir. Karar vericilerin sorumluluğu, yeterli gıda sistemleri ve bunların denetimi için altyapının kurulmasıdır. Halk sağlığı, hayvan sağlığı,

tarım ve diğer sektörlerin katılımıyla çok sektörlü işbirliğinin sağlanması etkili sonuçlar alınmasını mümkün kılmaktadır. Bireyler ise kullandıkları gıdaları bilmek, etiketleri okumak, bilinçli tercihler yapmak, sık görülen besinle ilişkili risklerin farkında olmak, besinleri güvenli şekilde hazırlamak sorumlulukları ile beslenme zincirinde önemli bir yerde konumlanmaktadır (54).

2.2.4.2.Diyet, Beslenme ve Kronik/Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar

Beslenme ile kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet ve kanserlerin nedensel ilişkisini göstermeye yönelik çok sayıda ve farklı yöntemlerle epidemiyolojik araştırmalar yapılmıştır. Kısıtlılıklarına karşın iyi kurgulanmış bu çalışmaların genelinde anlamlı neden-sonuç ilişkisine işaret edilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar içinde en sık görülen grup diyetle ilişkili olan koroner kalp hastalığı ile hipertansiyondur. Hem ülkeler arası hem de ülke için topluluklara bakıldığında beş kata çıkan mortalite oranı farkı hastalığın etiyolojisinde beslenmenin diğer sosyal faktörlerle bir arada bulunduğunu göstermektedir. Sosyoekonomik statü, etnisite ve coğrafik konum beslenme özelliklerinin de belirleyicilerindendir. Göç edenlerde koroner kalp hastalığı sıklığının göç edilen bölgeye uyumlu olarak değişmesi çevresel belirleyicilerin nedenselliğini ortaya koymaktadır. Yine hipertansiyon ve beslenme arasındaki nedensel ilişki bulunmaktadır. Aşırı tuz tüketimi, doymuş yağ ağırlıklı beslenme, alkol ve kafein tüketilmesi ile düşük potasyum ve kalsiyumlu beslenme hipertansiyon etiyolojisinde yer alan faktörler olarak gösterilmiştir (55, 56).

Kanser ve beslenme ilişkisi ise farklı kanser türlerinde farklı beslenme özellikleriyle açıklanmaktadır. Dünyada en sık görülen kanserlerden bazıları için beslenme ile ilişkili belirleyiciler Amerikan Kanser Araştırmaları Merkezi (AICR) tarafından 2007 yılına ait raporda yer almış olup meme kanseri için laktasyon ve fiziksel aktivite koruyucu faktör; alkol ve obezite ise risk faktörüdür. Kolorektal kanserler için fiziksel aktivite, liften zengin diyet ve kalsiyum tüketimi koruyucu iken işlenmiş kırmızı et, alkol tüketimi ve obezite risk faktörleridir. Akciğer kanseri için ise meyve tüketimi ve fiziksel aktivite koruyucu iken yüksek dozda beta-karoten takviyesi tütün kullanımının yanında riskli beslenme şekli olarak karşımıza çıkmaktadır (57). Merkez, bu doğrultuda aşağıdaki önerilerde bulunmuştur:

- Vücut ağırlığının normal aralıkta tutmak
- Büyük oranda bitkisel besinler tüketmek, kırmızı et tüketimini kısıtlamak, işlenmiş et ürünlerinden kaçınmak
- Enerjiden yoğun besin maddelerinden uzak durmak, şekerli içecekler tüketmemek
- Alkol alımını kısıtlamak
- Tuz tüketimini kısıtlamak, salamura besinleri tüketmemek
- Anne sütünü teşvik etmek ve desteklemek

Obezite ve tip 2 diyabet için beslenme özelliği ve yaşam tarzı ile ilişkili kronik metabolik bozukluklardır. Obezite, tip 2 diyabet için majör risk faktörüdür ve hem süre hem de şiddeti ile doğrudan ilişkilidir. Sedanter yaşam tarzı, diyet içeriği, stres, şehirleşme ve sosyoekonomik konum gibi çevresel belirleyiciler

hastalık etiyojijisinde önemli rol oynamaktadır. Vejetaryen beslenme ve bitkisel ağırlıklı beslenme biçimi hastalıktan koruyucu etkiye sahiptir. Beslenme ve ağız-diş sağlığı arasındaki ilişkiye dair çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Düşük gelirli ve kalabalık aileler kötü ağız-diş sağlığı düzeyi ile ilişkilidir. Son yıllarda diş kayıplarının sayısında bir azalma görülmekte ancak toplumdaki eşitsizlikler azalmamaktadır (58). Ağız-diş tıbbi bakımı ile sosyoekonomik özellikler, özellikle de eğitim durumu, yaşanan bölge ve gelir düzeyi arasında nedensel ilişki saptanmıştır. Beslenme tercihleri ve gıda güvenliği benzer mekanizmalarla bu faktörlerden etkilenmekte ve onların ağız sağlığı ve toplumsal çıktıları üzerinde etki sahibi olmaktadır (59).

2.2.5. Ulaşım ve Sağlık

Sağlığın belirleyicilerinden biri olarak ulaşım ilgili yeni paradigma güvenlik vurgusunu sağlık yönüne kaydırmıştır. Sürdürülebilir kalkınma kavramının son yıllarda önem kazanmasıyla ulaşım ve sağlık konusu merkezi bir yer edinmiştir. Bu kavram ekonomik gelişmenin dünyanın tüm bölgelerinde süreceğini ve nüfus artışıyla birlikte sınırlı kaynaklar üzerinde bir baskı oluşacağını kabul etmektedir ve tartışmanın ana konularından biri de enerji kullanımınıdır. Küresel iklim değişikliği konferansları ile fosil yakıt kullanımının kontrol edilmesi için uluslararası anlaşmalar ortaya koymuşlardır. Batı ülkelerindeki otomobil kullanma alışkanlıkları gelişmekte olan ülkelerdeki insanlara aktarıldığı takdirde sürdürülebilir olmayan bir tablo ortaya çıkmaktadır.

Mevcut eğilimler olduğu şekliyle devam ederse aynı durumun hava yolu ulaşımı için de geçerli olacağı belirtilmektedir (60). Ulaşım, sağlık durumunu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkilemektedir. Ulaşım olanakları ve alışkanlıkları kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları, metabolik sendrom ve ruh sağlığı üzerinde etki sahibidir. Ulaşım araçlarının ne yoğunlukta kullanıldığı hava kirliliği kazalar ve gürültüye bağlı sağlık sorunları gibi geniş bir yelpazede sağlığı etkilemektedir. Bisiklet ve yürümenin teşvik edilmesi ile ulaşım sağlığın pozitif bir belirleyeni olmakta ancak fosil yakıtlı karayolu araçlarının yaygın kullanımı ile ulaşım yukarıda sıralanan sağlık sorunlarının çoğunun nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yolculuk alışkanlıklar salt bireysel davranışlar modellerine bağlanamaz; gelir düzeyi ve toplumsal konum ile ilişkilidir. Yolculuk sayısına bakıldığında toplumsal sınıflar arasında benzerlik görülse de düşük gelirli ailelerde insanlar çoğunlukla yürüyerek ve otobüsle daha uzun mesafeleri kat etmekte; yüksek gelirli aileler ise otomobille uzun mesafelere yolculuk yapmaktadır. Toplumsal sınıflara bağlı farklılıklardan bir tanesi de trafik kazası görülme biçimi ve sıklığıdır. Dünya genelinde trafik kazaları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %90'ı dünyadaki taşıtlarının yalnızca %48'ine sahip olan düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşanmaktadır. Birleşik Krallık'ta kazalardaki çocuk ölümleri en fakir kesimde en zenginlere kıyasla 4 kat daha sıktır. ABD'de yapılan bir araştırmada ise yoksul bölgelerde yaşayan şoförlerin kaza yapma sıklığı zengin bölgelerden olanlara kıyasla daha yüksektir. Trafik kazaları için yoksul ve savunmasız toplumlar ile daha zengin toplumlar arasındaki toplumsal uçurum her geçen gün

derinleşmektedir. Trafik kazalarının 2030 yılında en sık görülen beşinci ölüm nedeni olması öngörülmektedir (61).

Ulaşım politikaları ulusal politikaların bir parçasıdır ve toplum sağlığının doğrudan belirleyicisidir. Trafik kazaları ve diğer ulaşım ile ilişkili sağlık sorunlarına müdahalenin ilk adımı Ulaşımın planlanmasında önceliklerin belirlenmesidir. Bisiklet ve yürümenin teşvik edilmesi ulusal ekonomi ve arazi kullanımının bu doğrultuda düzenlenmesini gerektirmektedir. Trafik yoğunluğunun küçük şehirlere kaydırılması, kazaların kişisel ve altyapısal nedenlerinin ortadan kaldırılması, enerji tüketimini azaltacak ve çevreye zararlı etkileri en aza indirecek ulaşım seçeneklerinin teşvik edilmesi diğer müdahaleler arasında sayılmaktadır (62).

2.2.6. Çevresel Belirleyiciler ve Küreselleşme

Sağlığın çevresel belirleyicileri çeşitli düzeylerde ele alınmaktadır. Bireylerin yaşadıkları ev, iş ve okul gibi ortamlara ait özellikler ile yerel, ulusal ve küresel çevresel özellikler bu başlıkta değerlendirilmektedir. Evsel çevreyi kapsayan belirleyiciler önceki kısımlarda sözü edilen temiz su ve sanitasyon, gıda güvenliği ve hava kirliliğini de içine alan bir dizi durumu içine almaktadır. Yerel çevresel belirleyiciler ise su, daha geniş alanlarda toprak, gıda ve hava kirliliği ile atıkların yönetimini kapsamaktadır. Kötü yaşam koşulları hastalıkların sıklık ve şiddeti üzerinde etkili olup modern yaşam biçimi çevresel sağlık risklerini ortaya çıkarmaktadır (63).

Sağlık ve hastalığın merkezi belirleyicileri olarak ele alınan küreselleşme ile küresel çevresel olaylar halk sağlığının temel konuları içinde incelenmeye

başlamıştır. Ozon tabakasının incelmesi, küresel iklim değişikliği asit yağmurları gibi olaylar ile canlı türlerinin devamlılığını tehlikeye sokan, verimli arazilerin ortadan kalkmasına neden olan sanayi ağırlıklı şehirleşme bu konulara örnek verilebilir. Çevresel kirlenme ve bozulma ile hızlı nüfus artışı arasında çift yönlü bir neden sonuç ilişkisi bulunmaktadır. Belli bir bölgede nüfusun hızı artışı bu bölgedeki barınma, su, gıda ihtiyacının artması, yönetimle ilgili ihtiyaçları da farklılaştırmaktadır. Toplumsal eşitsizlikler çevresel risklerden etkilenimde de eşitsizlikler ortaya çıkarmakta; yoksul ve sosyal açıdan savunmasız olan bireyler olumsuz çevresel koşullar altında yaşamaya zorlanmaktadır. Küresel iklim değişikliği örneği küreselleşme-sağlık ilişkisini göstermede önemli bir örnek olarak görülebilir. İklim koşulları, aşırı sıcak, kuraklık, nem, mevsimlerin süre ve geçiş dönemlerindeki değişimler, hem çevresel-kurumsal temelde hem de sosyal-davranışsal temelde bir takım değişikliklere yol açmaktadır. İklim koşullarıyla birlikte bu değişimler enfeksiyon zincirinde bulaş yollarını etkilemektedir. Örneğin kolera/salmonella zincirini mevsimsel değişimler; patojen miktarındaki artışla birlikte gıdaların hazırlanması ve pişirilmesi işlemlerindeki yanlış uygulamalar birlikte etkilemektedir.

Çevresel belirleyiciler içinde incelenen bir diğer kavram bireylerin içine doğup, büyüdüğü, çalışıp, yaşlandığı sosyal çevredir. Sosyal çevre bireyi etkileyen ve onun üzerinde etki sahibi olduğu kültür, inanç, aile yapısı, dil, etnisite, gibi özellikleri kapsamaktadır. Bireyler yaşamlarını başka insanlar ile işbirliği ve dayanışma halinde sürdürebilirler. İlk etkileşim bireyin aile

yaşantısında görünmekte, zamanla okul, iş, eğlence ve diğer toplumsal amaçlarla daha geniş bir alanda karmaşık bir hal almaktadır.

2.2.7. Sağlık Hizmetlerine Erişim

Sağlık sistemleri, çoğunlukla üçüncül korumayı hedefleyen hastane ve hekimlerin ötesinde bir insan, kaynak ve uygulama bütünüdür. Tıbbi sağlık bakımı hizmeti sunumunun ötesinde; içinde tütün bıraktırma, fiziksel aktiviteyi arttırma, sağlıklı beslenmeyi teşvik etme çalışmalarının, bağışıklama programlarının, tehlikeli çevresel etkenlerin ortadan kaldırılması ve toplum tarama programları gibi ikincil koruma çalışmalarının da olduğu bir dizi uygulamaya katkı sağlayan diğer halk sağlığı hizmetleri ve politikalarının tamamına işaret etmektedir.

Sağlık hizmetlerine erişim kavramı bir sağlık sisteminin örgütlenmesinde merkezi konumda yer almaktadır ve bazı diğer kavramlarla ilişkilidir: elverişlilik, ulaşılabilirlik, uyumluluk, karşılanabilirlik ve kabul edilebilirlik. Elverişlilik, hizmetin boyutları ile hizmet talebi arasındaki ilişkiyi anlatmaktadır. Ulaşılabilirlik, ihtiyaç sahibi bireylerin bulunduğu ve hizmetin verildiği bölgeler arasındaki coğrafik ilişkileri ifade etmekte; hizmetin sunulma tarzı ile bireylerin bu hizmeti kabul etmelerinin önündeki engellerin ilişkisi ise uyumluluk unsuru olarak açıklanmaktadır. Hizmetin karşılanabilir olması maliyetler ile ihtiyaç sahibi bireylerin alım gücü arasındaki ilişkiyi; kabul edilebilirlik ise hizmetin hedefi bireylerin bu hizmeti kolay bir şekilde kullanabilmesini ifade etmektedir.

2.2.8. Yaşlılık ve Sağlık

Sağlık hizmetlerine erişim gündeminin önemli bir unsuru yaşlanan dünya nüfusudur. Yaşlanma, yaştın ilerlemesi ile birlikte ilerleyici fizyolojik değişikliklerin oluştuğu, hastalıkların görülme sıklığında da bir artışın gözlemlendiği normal bir süreçtir. 60 ve daha büyük yaştaki bireylerin dünya genelinde hızla artmakta olduğu belirtilmektedir. Tahminler göstermektedir ki 2025 yılında 60 yaş üzerindeki bireylerin sayısı 1,2 milyara ulaşacaktır. 2050 yılına gelindiğinde yaşam beklentilerine bakıldığında Türkiye için 78,5, Dünya geneli için ise 75,6 yıl yaşam öngörülmektedir (63). Türkiye’de de yaşlı sağlığı alanı sağlık hizmetleri organizasyonunun önemli başlıklarından birisi olarak görülmektedir. Yaşam boyu sağlığın sürdürülmesi, toplumun sağlığa yönelik risklerden korunması, yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacı ile öncelikli müdahale yaklaşımları şöyle belirlenmiştir: Bütün yaşlılar için egzersiz, fiziksel aktivite ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi; yaşlılara yönelik evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi; yaşlılıkta nöropsikiyatrik hastalıklar, yeti yitimi, yaşlı istismarı ve şiddet konularında planlamalar ve etkinlikler yapılması; yaşlılıkta tanı, tedavi ve izleme hizmetlerinin uygun ve etkili işleminin sağlanması; sağlık çalışanlarının, sağlık hizmeti verenlerin eğitiminin düzenlenmesi.

Yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerine tam erişiminin sağlanmasına yönelik hedef ve stratejiler ise şöyle sıralanmaktadır:

Yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi hedefi için stratejiler: koruyucu sağlık hizmet sunumunun sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi, yaşlı bireyler için teşhis ve tedavi hizmetlerinin niteliğinin artırılması,

rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi, yaşlılara verilecek sağlık, sosyal ve rehabilitasyon hizmetlerinde işbirliğinin sağlanarak yürütülmesi, yaşlılara sağlık hizmeti sunulan hastanelerde geriatri bilim dalları ve üniteleri, geriatri hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri, geriatrik bakım merkezleri ve yaşlı gündüz bakımevlerinin standartlarının iyileştirilmesi ve bu standartlara uygun merkezlerin açılması olarak belirtilmektedir.

Sağlık hizmetlerine tam erişimin sağlanması hedefi için ise yaşlıların sağlık ve bakım hizmetlerine evrensel standartlarda eşit olarak ulaşımının sağlanması, eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ve yaşlı bireylerin sağlık, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine erişiminde fiziksel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik sorunları olan yaşlılara öncelik verilmesi ile sağlık kurumlarında yaşlılara pozitif ayrımcılık yapılması stratejileri belirlenmiştir. Refahın artırılması için ise strateji sağlık hizmetlerinin kalitesi ile hizmet sunan ve hizmet alanların memnuniyetinin artırılmasıdır (64). Bu hedeflere ulaşılması için öncelikle eşitlik ve sosyal adaletin sağlanmış olması gerekmektedir. Son yıllardaki tıbbi teknoloji ve daha etkili tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen sağlık düzeyinin artması ve hastalıkların önlenmesi; toplumsal eşitsizlikler ve onların sağlık üzerindeki etkilerinde değişme olmadıkça mümkün olmayacaktır.

2.3. Sağlığın Sosyal/Toplumsal Belirleyicileri

Sağlığın sosyal faktörlerin etkisi altında olduğu düşüncesi yeni değildir. Fransız hekim Louis Rene Villerme 19. yüzyılın başlarında Paris'in farklı mahallelerinde yaptığı araştırmaları sonucu mortalite desenlerinin bireylerin yoksulluk dereceleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Yine İngiliz sosyal reformcu hekim Edwin Chadwick, 1842 İngiltere'sinde tüccar ve işçi sınıflarının yaşam koşullarının farklılık gösterdiğini, bu farklılıkların ise yaşam süreleriyle ilişkili olduğunu yayınlamıştır. 1848'e gelindiğinde ise Prusyalı ünlü patolojik-epidemiolog Rudolf Carl Virchow Yukarı Silezya'da yaşanan tifüs epidemisini araştırmak üzere üstlenmiştir. Virchow'un hazırladığı rapor, bu hastalığın ortaya çıkması ve yayılmasının insanların yaşama ve çalışma koşullarıyla –özellikle de yetersiz barınma, su ve gıda ile olan güçlü ilişkisini vurgulamaktadır. Virchow'un acil bir halk sağlığı sorunu olarak bu salgın için çözümü, toplumsal eşitsizliklerin etkisi altında ve kötü sağlık düzeyine sahip halka adalet, refah ve eğitim sağlanmasıdır. Sosyal tıbbın öncülerinin 1800'lerde başlayan çabaları bugün bu konuyu halk sağlığının merkezine taşımıştır (65). Sağlığın sosyal belirleyicileri insanların sağlığını hem yaşama, barınma, çalışma koşulları ve gelir durumu gibi maddi; hem de stres, toplumsal dayanışma, toplumsal sermaye ve göreceli yoksunluk, toplumsal dışlanma gibi biyopsikososyal yollardan etkilemektedir. Bu bölümde sağlığın sosyal belirleyicileri kavramının tarihsel gelişimi değerlendirilecektir.

2.3.1. Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Tarihsel Bir Bakış

2.3.1.1. Rudolf Virchow ve Sosyal Tıp

Sosyal tıbbın kurucularından sayılan Virchow, çağının en saygın patologlarından olmanın yanı sıra antropoloji ve arkeoloji ile de ilgilenmiş çok yönlü bir bilim insanı olmasıyla tanınmaktadır. Sosyal tıp kariyeri en az diğer alanlardaki bıraktığı etki kadar sağlamdır. Yukarıda sözü edilen “Yukarı Silezya’daki Tifüs Salgını Raporu” Eğitim Bakanının Virchow’dan bu Polonyalı yoksul köylü halkın yaşadığı koşulları incelemesini istemesi üzerine yazılmıştır.

Virchow, 190 sayfalık raporda bu salgını pek çok yönden araştırmış olmasına karşın son 30 sayfası en çok akılda kalan ve alıntılanan kısmıdır. Raporun bu kısmı hastalığın sosyal nedenlerine vurgu yapmakta ve Frederick Engels’in 1844 tarihli eseri “İngiltere’de İşçi Sınıfının Durumu” ile ortak çıkarımlarda bulunmaktadır. 1848’de Almanya’daki devrimci politik eylemlerde aktif olarak yer almış ve Sağlık Reformu adlı haftalık gazetenin kurucularından birisi olmuştur. Bu gazete “tıp bir sosyal bilimdir” ve “hekim yoksulun avukatıdır” başlıklarıyla sosyal tıbbi görünür hale getirmiştir. 1850’lerden itibaren Berlin’de şehir yönetiminde yer almış, ölümüne kadar özellikle sanitasyon hizmeti ve diğer halk sağlığı konularında reformlara imza atmışır (66, 67). Virchow hastalıkların sosyal nedenlerini ortaya koymasının yanında politik alanda, sağlık reformu alanında ve tıbbın sosyal kökenleri savunusunun öncülü olması açısından önemlidir. Sağlığın sosyal belirleyicileri kavramının kökenleri arandığında “sosyal tıp” çerçevesi bir başlangıç noktası olarak kabul edilmektedir.

2.3.1.2. Bir Sağlık Modeli Olarak Sosyal Tıp ve Dünya Sağlık Örgütü

Sağlık ile sosyal ve çevresel faktörlerin ilişkisi 19. Yüzyılın ortalarından itibaren hijyen ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü çalışmalarıyla tıp çalışmalarının merkezine yerleşmiştir. 1946 yılına gelindiğinde Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluşu ile sağlığın sosyal kökenleri örgüt anayasasında etkin tedavi edici hizmetlerin sunumunun yanında yerini bulmuştur. Örgütün sağlık tanımı sosyal iyilik halini içerir ve bu iyilik haline tüm insanların mümkün olan en yüksek düzeyde ulaşmasını hedefler (56*59). Örgütün esas işlevi; üye ülkelerin, ulusal ve uluslararası düzeyde özelleşmiş kurumlarla birlikte çalışarak beslenme, barınma, sanitasyon, rekreasyon, ekonomik durum, çalışma koşulları ile diğer tüm çevresel hijyen belirleyicilerini hedefleyen çalışmaların sağlığın geliştirilmesi için teşvik edilmesidir. DSÖ bu hedefleri yerine getirmek üzere sağlığa sosyal yaklaşımın biyomedikal/biyoteknolojik yaklaşımlarla entegrasyonuna vurgu yapmaktadır.

DSÖ anayasası, sağlık için “sosyal model”in evrensel insan hakları kavramı ile bağlantı kurulması için bir alan yaratmıştır. Ancak İkinci Dünya Savaşı sonrası, Soğuk Savaş döneminin politik ortamı ve dekolonizasyonun etkisi ile sağlıkta teknolojinin katkısı askeri gelişmeler odaklı olmuştur. Büyük ilaç şirketlerinin yükselişi, antibiyotiklerin keşfi ve yaygın kullanımının sağlanması ve aşı üretiminin artışı ile sağlık çalışanları küresel sağlık sorunlarının çözümünü teknolojik gelişmelerde aramaya başlamıştır. İlaç ve biyomedikal şirketler sağlık alanındaki güçlerini politik alana taşımış ulusal ve uluslararası sağlık politikaları üzerinde etki sahibi olmaya başlamıştır. Bir diğer savaş sonrası önemli politik değişim ise Sovyetler Birliği'nin ve diğer sosyalist ülkelerin Birleşmiş

Milletler'den 1949 yılında çekilmeleridir. Sovyetler'in çekilmesi ile DSÖ'nün de içinde bulunduğu BM kuruluşları Amerika Birleşik Devletleri'nin güçlü etkisi altına girmiştir. O dönemde sosyal tıbbın sosyalist toplumcu sağlık anlayışının ideolojik alt sesi olarak algılanması nedeniyle DSÖ anayasasının şekillendirilmesinde belirleyici rolü olmasına karşın Amerikan otoritelerince göz ardı edilmiştir.

1950'lerde gelişmekte olan ülkelerde kurulmaya başlanan sağlık modelleri kolonyalist dinamiklerin etkisi altında gelişmiştir. Afrika ve Asya ülkeleri Avrupalı politik güçlerin etkisi altında kırsal kesimlerin sağlık ihtiyacına karşın pahalı teknolojik tedavi edici yöntemlerin finanse edildiği sistemleri kurmuştur. Yoksul ve sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlı toplulukları hedefleyen halk sağlığı çabalarının düzeyi düşük kalmıştır. 1960'lı yıllara gelindiğinde koloniyal toplumların çoğu bağımsızlıklarını ilan etmiş ancak süregelen sağlık sistemleri üzerinde köklü değişiklikler gerçekleştirememişlerdir. Bu ülkelerde sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere devlet kurumlarının çoğunun finansmanı uluslararası kuruluşların desteği ile sürdürüldüğünden kent-tabanlı tedavi edici sağlık hizmetlerine akmaya devam etmiştir. Bu ülkelerden bir kısmında sağlığa ayrılan bütçelerinin yarısından fazlasına mal olan zengin şehirli kesimin hizmet aldığı büyük sağlık tesisleri kurulmuştur (69).

Küresel halk sağlığı anlayışı bu dönemde dikey sağlık örgütlenmesi görünümündedir ve yüksek mortalite ve morbidite nedeni olan belirli hastalıkları kısıtlı kaynaklar ve yetersiz insan gücü ile ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Finansman desteği verebilecek gönüllü kuruluşlar ve örgütlerle ise diğer yandan

dikey programları daha çok benimsenişlerdir. Çünkü özellikle bulaşıcı hastalıkların kontrolü için yapılan kampanyalarda daha gözle görülür ve kısa sürede sonuç alınmakta ve bu örgütler programların niteliği ve örgütlenmesi üzerinde söz sahibi olmaktadır. Bu programlar sonuçlarının hızlı görülmesi açısından savaş sonrası dönemin tercih edilen örgütlenme modeli olmuş –çiçek hastalığının eradike edilmesi gibi- ancak sağlığı sosyal bağlamından koparması nedeniyle kırsal kesimdeki yoksul toplulukları ciddi halk sağlığı sorunlarını çözümsüz bırakmıştır. Üstelik dikey örgütlenme örneklerinden bazıları –sıtma ve DDT kullanımı- teknolojiye bel bağlanmasının hem maliyet-etkinlik hem de halk sağlığı çıktıları açısından başarısızlıkla sonuçlanabileceğini göstermiştir (69, 70).

2.3.1.3. Topluma Tabanlı Sağlık Yaklaşımı: 1960’lar

Dünya genelinde 1960’ların ortalarında mevcut halk sağlığı modellerinin acil sağlık ihtiyacı olan yoksul ve savunmasız toplumları kapsamadığı görülmüştür. Bu toplumların büyük çoğunluğu gelişmemiş, düşük gelirli ülkelerinde yaşamaktaydı. Ancak endüstrileşmiş ülkelerin pek çoğunda kardiyovasküler hastalıklar gibi hastalık yükünden büyük oranda sorumlu bulaşıcı olmayan hastalıklardaki artış bu ülkeleri de harekete geçmeye teşvik etmiştir. Yerel topluluklar ve halk sağlığı çalışanları için hâkim dikey örgütlenmeye ve tedavi ağırlıklı kentsel sağlık sistemlerine alternatif geliştirme gerekliliği doğmuştur. Böylece sosyoekonomik ve politik boyutlarıyla bütüncül bir sağlık anlayışı arayışı görünür hale gelmiştir. Bu yıllardaki sağlık girişimleri karar verme süreçlerinde tabanın katılımı ve toplumun güçlendirilmesinin altını çizmektedir. Bireylerin katılımının sağlanamadığı bir toplum tabanlı program semptomatik

tedavinin ötesine geçememektedir. Bu programlar genellikle sağlık taleplerini ekonomik, sosyali politik, çevresel insan hakları çerçevesinde şekillendirmiştir. Pahalı tıbbi teknolojik yöntemlerin yüksek eğitimli sağlık personelinin ağırlığının azaltılıp yerel toplumun bilinç düzeyinin yükseltilmesi, bölgede yetişen halk sağlığı çalışanlarının eğitilmesi, toplum liderlerinin yetiştirilmesi, toplum tabanlı programlara geçişin önemli adımlarını oluşturmaktadır. Sağlık eğitimi ve hastalıkların önlenmesi bu adımların merkezinde yer almaktadır.

1960'lar ve 1970'lerin başlarında Çin, Bangladeş, Kosta-Rika, Hindistan gibi ülkeler toplum tabanlı sağlık programları yürütmüş ve başarılı sonuçlar elde etmişlerdir (69). 1970'lerin başında Finlandiya'daki Kuzey Karelia Projesi ve ABD'deki Stanford Üç-Toplum Çalışması kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için halk sağlığı alanına yeni bir yaklaşım sumuştur. Sosyal teoriyi halk sağlığı çalışmalarına aktararak çoklu müdahalelerin bir arada kullanılması için modeller geliştiren bu programlar bireylerde sosyal çevre ve bunun etkisi ile davranış değişikliği oluşturmayı hedeflemiştir. Bu çalışmalar kapsamlı toplum tabanlı sağlık eğitimi müdahalelerinin kardiyovasküler risk faktörlerini azaltıcı etkisini gösteren iyi tasarlanmış çalışmalardır (71). Ulusal bağımsız örnekler olarak başlayan topluma dayalı sağlık programları 1970'lerde uluslararası bir karakter kazanmıştır. Aralarında DSÖ liderlerinin de bulunduğu tanınmış halk sağlığı araştırmacıları ile uluslararası gelişim ve planlama uzmanları bu programların savunuculuğuna giriştiler. Bin dokuz yüz yetmişli yıllar DSÖ ve UNICEF gibi kuruluşların geliştirmekte olan ülkelerde sağlık ve toplum tabanlı müdahaleleri hedefleyen çalışmaları artmıştır. Bin dokuz yüz yetmiş altı yılına

gelindiğinde Dünya Sağlık Kongresi'nde DSÖ genel direktörü Halfdan Mahler, 2000 yılında “Herkes İçin Sağlık” hedefine ulaşmak yolunda yoksun/geri bırakılmış toplumlara temel sağlık hizmetlerinin sağlanması hedefinin yanında tıbbi olmayan sağlığın belirleyicilerini –başta toplumsal ve sağlıkta eşitsizlikler olmak üzere- hedef alan politikaların oluşturulması gerekliliğini vurgulamıştır. Dünyadaki tüm insanların, sosyal ve ekonomik açıdan verimli bir yaşam sürmelerine olanak tanıyacak bir sağlık düzeyine erişmeleri olarak tanımlanan “Herkes İçin Sağlık” kavramı, sağlık önündeki engellerin –beslenme yetersizliğinin, eğitimsizliğin, temiz su ve sanitasyon yetersizliğinin, yetersiz barınma koşullarının- ortadan kaldırılmasının en az tıbbi uygulamalar kadar önemli olduğu düşüncesine dayanmaktadır (72).

2.3.1.4. Alma-Ata: Temel Sağlık Hizmetleri

“Herkes İçin Sağlık” ile belirlenen yeni gündem, 1978’de Alma-Ata’da toplanan “Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı”nın bel kemiğini oluşturmuştur. Bu konferans bugün modern halk sağlığının köşe taşı sayılmaktadır. Bu konferanstan çıkan bildirge temel sağlık hizmetlerinin aracı rolü ile birlikte Halfdan Mahler’in herkes için sağlık hedefini benimsemiştir. Alma-Ata’da kabul edilen temel sağlık hizmetleri modeli yalnızca sağlık hizmetleri sunumuna odaklı bir sağlık stratejisini değil aynı zamanda altta yatan sosyal, ekonomik ve politik nedenleri kapsayan bütüncül bir sağlık modelini işaret etmektedir. Temel sağlık hizmetleri, pratik, bilimsel olarak geçerli ve sosyal olarak kabul edilebilir yöntemlerle, bir ülke veya toplumun ödeyebileceği bir maliyette erişilebilir kılınan zorunlu sağlık hizmetidir. Alma-Ata Bildirgesi’nde ayrıca herkesin temel

sağlık hizmetlerine erişiminin olması gerektiği ve herkesin buna dâhil olması gerektiği vurgulanmaktadır. Temel sağlık hizmetleri yaklaşımının içerdiği kilit bileşenler şunlardır: Hakkaniyet, topluluk katılımı, sektörler arası, teknolojinin uygunluğu ve karşılanabilir maliyetler. Etkinlik dizileri olarak temel sağlık hizmetleri en azından, sağlık problemlerinin büyüklüğü ve önemi ve bu problemlerin önlenmesi ve kontrol edilmesi yöntemleri hakkında bireyler ve tüm topluma yönelik sağlık eğitimi içermelidir. Diğer önemli etkinlikler arasında, yeterli gıda maddeleri ve uygun beslenmenin teşvik edilmesi; güvenli su ve temel sanitasyonun yeterli olması; aile hekimliği de dâhil olmak üzere ana ve çocuk sağlığı hizmetleri; bağışıklama; yaygın hastalık ve yaralanmaların uygun şekilde tedavi edilmesi ve temel ilaçların sağlanması. Bu tanıma göre temel sağlık hizmetleri, daha önce belirtilen birçok sağlık ön şartını ele almak için çok şey yapacaktır. Buna ek olarak, çok pratik bir düzeyde, temel sağlık hizmetleri personeli ve toplumdaki bireyler arasında günlük temas aracılığıyla hem planlı hem de kendiliğinden gelişen sağlık teşviki ve geliştirilmesi için büyük bir uygulama alanı bulunmaktadır. Toplumun sağlık eğitimi ve yerel toplulukların desteklenmesi yoluyla Temel Sağlık Hizmetleri personeli hem bireysel ihtiyaçları karşılamak hem de toplum sağlığını etkileyen politika ve programları etkilemek konusunda iyi bir konumdadır (72, 73).

2.3.1.5. Ottawa: Bir İnsan Hakkı Olarak Sağlık

Birinci Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı 1986 yılında Ottawa'da 2000 yılına kadar Herkes İçin Sağlık amacına ulaşmak için harekete geçmek üzere toplanmıştır. Konferansta sağlığın teşviki ve geliştirilmesi;

insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci olarak tanımlanmıştır. Tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik durumuna erişmek için bir birey veya grup amaç belirlemeli ve gerçekleştirmeli, ihtiyaçları karşılamalı ve çevreyi değiştirmeli veya çevreyle başa çıkmalıdır. Bundan dolayı sağlık, hayatın amacı değil, gündelik yaşam için bir kaynak kabul edilmelidir. Konferans sonuç bildirgesi sağlık tanımını geliştirmekte ve şöyle demektedir: Sağlık, sosyal ve kişisel kaynakların yanında fiziksel kapasiteleri ne çıkaran pozitif bir kavramdır. Bundan dolayı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, yalnızca sağlık sektörünün sorumluluğu değildir, sağlıklı yaşam tarzının ötesinde esenlik anlamına gelir.

Sağlık kavramını temel insan haklarından biri olarak ele alan Ottawa Sözleşmesi, huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, dengeli bir ekosistem, sürdürülebilir kaynak kullanımının yanında sosyal adalet ve hakkaniyeti içeren bazı n şartları vurgulamaktadır. Bu n şartların kabul edilmesi, sosyal ve ekonomik koşullar, fiziksel evre, bireysel yaşam tarzları ve sağlık arasındaki kaçınılmaz bağlantıları ne çıkarmaktadır. Bu bağlantılar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi tanımının merkezindeki bütüncül sağlık anlayışı için temel sunar. Sağlık, günlük yaşam içerisinde, öğrendikleri, çalıştıkları, eğlendikleri ve sevdikleri ortamlarda insanlar tarafından yaratılır ve yaşanır. Sağlık, birinin kendisine ve başka birilerine dikkat etmesiyle, yaşam şartları hakkında karar alabilme ve bu şartları kontrol edebilmekle ve içinde yaşadığı toplumun, tüm üyelerinin sağlığa erişmesine izin veren koşullar yaratmasını sağlayarak yaratılır. Sağlık bir insan hakkı olarak kabul edildiğinde, tüm

insanların temel sağlık kaynaklarına erişiminin sağlanması devletlerin yükümlülüğüdür. Kapsamlı bir sağlık anlayışına göre, sosyal ve ekonomik koşulları ve fiziksel çevreyi yöneten tüm sistem ve yapılar, faaliyetlerinin bireyin ve toplumun sağlığı ve esenliğı üzerindeki etkisinin sonuçlarını dikkate almalıdır (72*74).

2.3.1.6. Sağlığın Geliştirilmesi: Sağlığa Yönelik Sosyal Sorumluluk

Dördüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı 1997 yılında Jakarta'da toplanmış olup sağlık için ön koşulları genişleterek yoksulluk ve eşitsizliğin altını çizmiştir. Barış, barınma, eğitim, sosyal güvenlik, sosyal ilişkiler, gıda, gelir, kadınların güçlendirilmesi, istikrarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynak kullanımı, sosyal eşitlik, insan haklarına saygı ve hakkaniyet sağlık için ön şart olup hepsinden önemlisi, yoksulluk sağlık için en büyük tehdittir. Konferanstan çıkan sonuç bildirgesine göre: Şehirleşme, yaşlı nüfustaki hızlı artış ve kronik hastalıkların yüksek sıklığı gibi demografik eğilimler tüm ülkelerde yeni sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Sosyal, davranışsal ve biyolojik belirleyicilerle ilişkili olan sedanter yaşam, antibiyotik ve diğer yaygın ilaçlara karşı direnç, artan uyuşturucu bağımlılığı, toplumsal ve aile içi şiddet gibi durumlar yüz milyonlarca kişinin sağlığını tehdit etmektedir. Yeni ve yeniden ortaya çıkmakta olan bulaşıcı hastalıklar ile ruh hastalıklarına ilişkin artan farkındalık, daha hızlı yanıt verilmesini gerekli kılmaktadır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin yaklaşımların sağlık belirleyicilerinde meydana gelen değişimleri karşılayacak şekilde gelişmesi önemlidir.

Bildirge uluslararası faktörlerin etkisini de vurgulamaktadır. Küresel ekonomi, medya ve iletişim teknolojilerine daha yaygın erişim ile kaynakların sorumsuzca kullanılmasından kaynaklanan çevresel bozulma bu etkiler arasındadır. Bu değişimler, tüm dünyada yaşamları boyunca insanların değerlerini, yaşam biçimlerini ve koşullarını şekillendirmektedir.

Sağlığa yönelik sosyal sorumluluk, kamu ve özel sektördeki karar mekanizmalarının sağlığı teşvik edici ve koruyucu politika ve uygulamaları yürütme çabaları anlamına gelmektedir. Jakarta Bildirgesine göre kamu ve özel sektör tarafından yürütülen politika ve uygulamalar, bireylerin sağlığına zarar vermekten kaçınmalı; çevreyi korumalı ve kaynakların sürdürülebilir kullanımını sağlamalı; doğal olarak zararlı gıda ve maddelerin üretimini ve ticaretini sınırlamalı ve sağlıksız pazarlama uygulamalarını caydırmalı; pazarda vatandaş, iş yerinde bireyi korumalı ve hakkaniyete odaklı sağlık etki değerlendirmesini politika geliştirmenin ayrılmaz bir parçası olarak içermelidir.

Bu konferans ile birlikte özel sektörün sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin yanında sosyal ve ekonomik kalkınmanın sağlanmasındaki yerinden söz edilmiş, böylece 1990'ların hâkim neoliberal sosyopolitik söylemi uluslararası sağlık belgelerinde ve giderek artan oranda gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerini dönüştüren uygulamalarda yer bulmuştur.

Bildirge, sağlığın yatırım ve eylemler yoluyla teşviki ve geliştirilmesi ile insanlar için en yüksek sağlık kazanımının mümkün olduğu, sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılmasının sağlandığı, insan haklarını teşvik edilip sosyal

sermaye oluşturulduğu savunulmaktadır. Jakarta’da nihai hedef, sağlık beklentisinin arttırılması ve ülkeler ile gruplar arasındaki sağlık beklentisi farkının azaltılması olarak vurgulanmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlık alanında daha fazla eşitliğin sağlanmasına yönelik pratik bir yaklaşımdır. Ottawa Sözleşmesi’nde ifade edilen beş strateji burada da yinelenmiştir:

- Sağlıklı halk politikası oluşturma
- Destekleyici çevreler oluşturma
- Topluluk eylemlerinin güçlendirilmesi
- Kişisel yeteneklerin geliştirilmesi
- Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi

Bahsedilen stratejiler sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin temel unsurlarıdır ve tüm ülkeler için geçerlidir. Bildirge sağlığı geliştirme yatırımları üzerinde durmaktadır: “Hem kamu hem de özel sektör, sağlığı teşvik etmeli ve geliştirmelidir. Birçok ülkede mevcut sağlık yatırımları yetersiz ve sıklıkla etkili olmaktan uzaktır. Sağlığı geliştirmeye yönelik yatırımların arttırılması gerçek anlamda çok sektörlü bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bu yaklaşım, eğitim ve konut sektörlerinin yanı sıra sağlık sektörü için de ek kaynakları içermelidir. Sağlık yatırımları; kadınlar, çocuklar, yaşlılar, yerli halk, yoksul ve dışlanmış gruplar gibi belirli grupların ihtiyaçlarını karşılamalıdır.” (74, 75)

2.3.1.7. 1990'lar: Neoliberalizmin Yükselişi

Liberalizm ve serbest piyasa ekonomisini savunan bir ekonomik ve politik model olarak neoliberalizm 1980'lerde ABD hükümetleri, Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu öncülüğünde tüm dünyaya yayılmış bir dünya görüşünü anlatmaktadır. Bu görüşün merkezinde piyasaların devletin hiçbir müdahalesi olmadan sağlığın da içinde bulunduğu ortak iyiye katkıda bulunacağına olan inanç bulunmaktadır. Devlet denetimi tamamen ortadan kalkmalıdır çünkü devlet güdümlü süreçler yavaştır, zaman ve değer kaybı yaşatır ve yeniliğe kapalıdır. Neoliberal pencereden bir refah devleti piyasanın normal işleyişine bir müdahale demektir. Böylece piyasa işlevsiz hale gelir, para kaybına ve istenmeyen sonuçlara yol açar. Piyasanın sınırsız özgürlüğü toplumun tamamı için zenginlik ve refah sağlayacaktır. Seksenlerde ve doksanlarda hâkim neoliberal ekonomik ortodoksi için altın kural ekonomik büyümenin hızlı kalkınma ve dolayısıyla herkes için sağlık ve refah için anahtar olduğu idi. Bu nedenle ülkeler sosyal sonuçlarını göz önünde bulundurmaksızın hızlı bir şekilde büyümeyi hızlandırmayı hedeflemeliydiler. Büyümeyi güçlendirecek politikalar kısa vadede zorluklar –sosyal devlet harcamalarında kesintiler gibi- yaratsa da uzun vadede yatırım ortamını büyütmesi ve ekonomik büyümeyi hızlandırması açısından bu zararlar kabul edilebilir bulunacaktır. Seksenli yılların zengin ve politik olarak güçlü ülkelerinde teşvik edilen bu politikalar gelişmekte olan/geri bırakılmış ülkelere ise Dünya Bankası ve IMF gibi kuruluşların faaliyetleri ile girmiş oldu. ABD'de Ronald Reagan, İngiltere'de Margaret Thatcher ve Almanya'da Helmut Kohl önderliğinde uygulanan neoliberal politikalar dönemin uzamış ekonomik

durgunluk dönemi gelişmekte olan dünyayı bir borç krizine ve bunun sonucunda da ekonomik çöküş noktasına getirirnişti. Bu aşamada zengin ülkeler ve onların yönetimindeki finansman kuruluşlarının yardımı gelecekti: sürekli destek için yapılacak para yardımları ile ekonomi sistemlerini neoliberal reçetelere uygun bir şekilde yeniden şekillendirmek.

Neoliberal doktrinler sağlığı iki ana mekanizma ile etkilemiştir:

- Çok sayıda düşük ve orta gelirli ülkede 1980’lerde başlatılan sağlık sistemi reform politikaları
- Pek çok ülkede uygulanan ve borç yeniden yapılandırması, yeni kalkınma fonları elde etme ve diğier bazı uluslararası yardımlar alma gibi amaçlarla yaptırılan daha geniş çerçevedeki ekonomik uyum programları

Doksanlı yıllara gelindiğinde neoliberal paradigma propagandası araçlarına bir üçüncüsü eklenecektir: Uluslararası ticaret anlaşmaları ve Dünya Ticaret Örgütü tarafından belirlenen kurallar.

Neoliberal sağlık sistemi reformları (SSR), ülkelerin sağlık sistemlerinde yapısal iyileştirmeler yapmayı hedeflemiştir. Ancak özel sektörün ağırlığının ve etkisinin arttırılması, sistemin işlevlerine göre yönetilmesi, yetersiz altyapı ile desentralizasyon ve hakkaniyete değıil verime odaklanmak temelinde yürütölen bu programlar çoğunlukla başarısız olmuştur. Pek çok ülkede deneyimler daha çok eşitsizlik, daha az verimlilik, memnuniyetsizlik, bakım kalitesinin artmaması yönündedir. Dünya genelinde bu programlar Latin Amerika, Afrika ve Asya ülkelere benzer olumsuz sonuçlar doğurmuştur. Sonuçta piyasanın talep ettiğı devlet etkisinin en aza indiğı neoliberal büyüme modeli sağlığın sosyal

belirleyicilerini hedef alan müdahalelerle sağlığın geliştirilmesi için elverişli değildir. Çünkü serbest piyasa ve özel sektör her zaman kar amacı güdecektir. Şirketler, küresel kuzeyin bankaları, küresel yatırımcıları ve borç kuruluşları ile gelişmekte olan ülkelerdeki elit zümre dışında halkın genelinin bu ekonomi modelinden faydalanması mümkün görünmemektedir (69).

2.3.1.8.. Kalkınma ve Küreselleşme

1990'lar boyunca neoliberal ekonomik reçeteler yaygın bir biçimde uygulandı. Ancak 2000'e yaklaşıldığında özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve küresel kuzeyde kurulmuş bazı uluslararası kurumlarda sistemin işleyişine dair soru işaretleri oluşmaya başlamıştı. Bu dönem yerel ve bölgesel çok sayıda ekonomik krizin patlak vermesiyle bu ekonomik paradigmanın gerçek yaşam koşullarında gelip geçici olduğunu göstermeye başlamıştı. Krizler en çok yoksul ve savunmasız toplumları etkiledi ve küresel aktörler bu duruma müdahale etmekte başarısız ya da isteksiz görünmekteydi. Bu süregelen çekişmenin merkezindeki kavram ise "küreselleşme" idi. Eleştiriler ve protestolar mevcut istikrarsız ekonomik ortamın ulusal ekonomiler ve onların yoksul halkları için yıkıcı sonuçları olabileceğini dile getirmeye başlamıştı. Sıcak paranın anlık akışı için uygulanan kurallar dünya için bir tehdit oluşturmaktaydı. Bu tehdit tüm dünyada sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirmiştir. Teknolojideki gelişme, ulaşım, iletişim ve bilgi sistemlerinin maliyetini azaltmış; bu durum kurumların yapılanmalarında değişikliklere yol açmıştır. Artık uluslararası sermayenin daha değerli sayıldığı bir ticari özgürlük ortamı vardır. Devlet yardımları ve yerli yatırımlar bağımsız şirket sahipleri ve onların taşeron işletmeleri karşısında değer

kaybetmiştir. Bu durum da sağıkta devlet denetimini azaltmış, sağıkta eşitsizlikleri arttırmıştır.

Bu dönem okların hedefinde olan IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşların kendi yapılanmalarında birtakım değişiklikler yapmaları gerekliliğini doğurdu. “Yoksulluğun Azaltılması Projesi” bu dönemde ortaya çıkmıştır (69). DSÖ, 2002 tarihli raporuna göre ağır borç altındaki ülkeler için sağık ve eğitim alanına yeterli harcama yapıldığına dair bir kanıt yoktu. 2003 yılında ağır borç altındaki dünya ülkelerine ait dönem raporları sağık politikalarının yoksulluğu ortadan kaldırma stratejilerine entegrasyonu çok zayıf olduğunu göstermiştir. Hedeflenenin aksine bu raporlarda halk sağığı harcamalarının toplum içinde adaletli dağıtımına, yoksul kesim odaklı bir sağık sistemi örgütlenmesine rastlanmadığı belirtilmektedir (76).

2.3.2. 2000’ler: Göz Ardı Edilemez Sağıksızlık Belirtileri ve Sağığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu İhtiyacı (DSÖ)

Seksenli ve doksanlı yıllar boyunca Dünya Bankası yüksek bütçesi ile küresel sağıkta otorite konumunu DSÖ’nün elinden almıştır. Bu dönemde etkisinin azalmasına karşın sosyal ve çevresel belirleyiciler konusundaki çalışmaları ile bazı bölgelerde hakkaniyet hedefi yolunda ilerleme kaydetmiştir. 1998 yılına kadar etkin olan sağıkta hakkaniyet girişimi bu çabalardan en önemlisidir. Sektörler arasılığı vurgu yapan ve özel sektörü sağık ile ilgili yatırımlarda söz sahibi yapma kapısını aralayan 21. Yüzyılda herkes İçin Sağık girişimi ise 1986 Dünya Sağık Kongresinin savunularının bir yeniden tercümesiydi. 1998 yılında DSÖ’nün kurumsal gündeminde önemli değişiklikler

meydana geldi. Genel Direktör Brudtland'ın sıtma, tütün ve sağlık sistemleri üzerine yeniden düşünmek üzere önerdiği bu gündem DSÖ'nün küresel sağlık tartışmaları üzerindeki etkisini yeniden kazanmasına yardımcı olmuştur. Bu dönemde kurulan DSÖ komisyonu “Makroekonomi ve Sağlık” ağır hastalık yüküyle mücadele eden yoksul toplumların dünya ekonomisi üzerindeki yıkıcı etkisi küresel karar vericiler üzerinde etki yaratmıştır. Maliyet-etkililik penceresinden sağlığa ve neoliberal politikaları bir arada gören bu komisyonun çalışmaları gerçekçi ve pragmatik görülmüştür. Ancak diğer yandan önceki sağlık ekonomisi çabalarının etik değerler yöneliminin zayıfladığı söylenmektedir (77, 78).

Doksanlar ve 2000'li yılların başlarında Kanada, İngiltere, İsveç gibi ülkeler, 1970-1980'lerdeki “az paraya iyi sağlık” çabalarının ardından sağlığın sosyal belirleyicilerini ulusal sağlık politikaları düzeyinde çabalara taşımıştır. Halk sağlığı belgelerine bakıldığında SSB'nin kökenleri Kanada'nın Lalonde Raporu (1974) ile İngiltere'nin Black Raporu (1980) olarak kabul edilmektedir. 1990'lar akademik ilginin de artması sonucu sağlığın sosyal belirleyicilerini sosyal politikaların merkezine alınması için yollar aranmaya başlandı. Demokratik ulusların sağlık düzeyi nasıl yükseltilebilir- sorusuna yanıt arayan bir hareket oluştu. Bir terim olarak sağlığın sosyal belirleyicileri ilk olarak 1996 yılında Tarlov tarafından kullanılmaya başlandı. Tarlov, dört öncelikli kategori tanımlamıştır: genetik ve biyolojik faktörler, tıbbi bakım hizmetleri, bireysel sağlıkla ilişkili davranışlar ve içinde yaşanılan toplumsal koşullar. Toplumsal koşullar onun bakışına göre diğer belirleyicileri etkilemektedir.

Doksanlarda SSB'ye dair bilimsel bilgi İsveç gibi ülkelerin sağlık sistemlerinin bütünüyle sosyal faktörler odaklı düzenlemesine yol açtı. İngiltere'de ise işçi partisinin iktidara gelmesinin de etkisi ile sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi ve sosyal adaletin geliştirilmesi yolunda önemli adımlar atıldı. Avrupa dışında, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda'da da benzer halk sağlığı politikaları benimsendi. Bu çabalar zengin ülkeler ile sınırlı değildi. Bazı gelişmekte olan/ düşük gelirli ülkelerde de sağlığın sosyal kökenlerini hedef alan sağlık müdahaleleri gündeme taşındı.

Sağlığın sosyal belirleyicilerini ele almada hakim olan temel paradigma ve seçilen yöntemler “girdi noktaları” olarak açıklanmaktadır. Bu girdi noktaları SSB'yi hedef alan halk sağlığı çabalarını sınıflandırmak için önerilen bir tekniktir. İnsanların yaşamı bir sosyal üretim zinciri olarak kabul edildiğinde bu zincirde politika müdahalelerinin etkili olacağı alanlar “girdi noktalarıdır”:

- *Toplumsal sınıfları ortadan kaldırmak*; farklı sosyoekonomik statülerdeki insanlar arasındaki güç, prestij, gelir ve mülk sahibi olmanın getirdiği eşitsizliklerle mücadele etmek
- *Hastalık yapan faktörlere maruz kalmayı azaltmak*; yoksun ve savunmasız toplulukların görece daha riskli olduğunun farkında olmak
- Yoksun toplulukların sağlıksız durumlarla karşılaştıklarında *hastalık yapıcı faktörlerden zarar görme ihtimalini* azaltmak
- *Sağlık hizmetlerine müdahale* ederek hastalıkların eşitsiz çıktılarını azaltmaya çalışmak; hastalık durumunun zaten yoksun durumda olan bireylerin sosyoekonomik düzeylerinin daha da bozulmasına engel olmak

İlk sıradaki stratejiler radikal veya esas belirleyicileri hedef alan stratejilerdir. Sosyoekonomik hiyerarşinin kendisini ortadan kaldırmak, para ve gücün toplumda yeniden dağıtılmasını ifade etmektedir. İkinci ve üçüncü stratejiler ise ara müdahale noktaları olarak belirtilebilir. Dezavantajlı/yoksun grupları negatif sağlık çıktılarından korumak burada temel noktadır. Örneğin tütün kullanımının azaltılması yoluyla olası sağlık giderlerinin azaltılması, yaşam boyu kronik hastalık yükü ve erken yaşta ölümlerin önlenmesini sağlayabilmektedir. Dördüncü giriş noktasında ise hastalığa yakalanmış kişinin sosyoekonomik durumunun bu hastalık nedeniyle daha da kötüleşmesinin önlenmesi amaçlanmaktadır. Bu noktada sağlık sisteminin kapsayıcılığı stratejinin geçerliliğini de belirleyecektir. Yukarıda sözü edilen ülkeler 1990'lar ve 2000'lerin başlarında bu SSB için müdahale zincirini temel alarak sağlık sistemlerinin şekillendirmiştir.

DSÖ'nün sağlıkta eşitlik anlayışının ve sağlığın sosyal boyutu vurgusunun 2000'li yıllarda arttığı belirtilmektedir. 2003 yılında Genel Direktör Lee Jong-wook Herkes İçin Sağlık stratejilerinin yenilenmesi için çalışmaya başlamış ve Alma-Ata prensiplerinin bugünün ekonomik sosyal ve politik bağlamına uyarlanması gerektiğinin altını çizmiştir. Elli yedinci Dünya Sağlık Kongresi'nde ilk kez küresel bir sağlığın belirleyicileri komisyonun kurulmasından bahsedilmiştir. Böyle bir oluşum diğer DSÖ programlarına da yol gösterecek bir karakterde tanımlanmıştır.

Böylece Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu dünya genelinde eşitlik adalet ve sağlığın sosyal kökenlerini hedefleyen çabaların hız kazandığı dönemde ortaya çıkmıştır.

SSBK, sağlıkta eşitsizliklerin temel nedeni olarak ülkeler arasında ve toplumların kendi içindeki g, para ve kaynakların ulusal ve küresel adaletsiz dağıtılmasını işaret etmektedir. Sosyal adalet ve hak temelli bir sağlık yaklaşımı bu önlenebilir eşitsizlikleri ortadan kaldırmakta tek çözümdür. Komisyonun duruşunu şu üç nerisi göstermektedir: Günlük yaşam koşullarının iyileştirilmesi, g ve paranın eşitsiz dağılımı ile mücadele ve eylemlerin etkililiğinin bilimsel yöntemlerle tanımlanıp değerlendirilmesinin gerekliliği.

Komisyonun sağlıkta eşitsizliklerin nedeni olarak altını çizdiği g ve paranın dağıtımında adaletsizlik, bazı akademik çevrelerce radikal toplumsal ve politik eylem çağrısında bulunmaktan uzak olması gerekçesiyle eleştirilmiştir. Bu eleştirilerin temelinde komisyon raporlarında ekonomi ve sosyal koşullardan bahsedilmekle beraber neoliberal ekonomik sistemle doğrudan bir ilişki kuraktan kaçınılıyor oluşudur. Uluslararası ticaret anlaşmaları, ulusal vergilendirme ve borç politikalarının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri üzerinde değerlendirmeleri olmasına karşın Komisyon'un genel yaklaşımı sektörler arasılığı arttırıp sivil toluma daha fazla alan yaratarak bu olumsuz belirleyicilerin yıkıcı etkilerini önlemek değil yatıştırmaktır. Eşitsizliklerin belgelenmesi konusunda kapsamlı ve giderek artan kanıtlar bulunmakta ancak bu eşitsizliklerin nasıl azaltılacağı konusundaki yetersiz kavramsallaştırma müdahaleyi zorlaştırmaktadır. Eşitsizlik kavramına ülkelerin mortalite hızları arasındaki büyük fark veya toplumun en

yoksul kesiminin kötü sağlık düzeyi olarak bakılabilmektedir. Ancak sağlıkta eşitsizlikler hastalıkların nedenlerinin gerçek nedenleridir (69, 79, 80).

İki binli yılların sonlarına gelindiğinde SSB kavramı halk sağlığı çalışmalarının merkezine taşınmaya başlamıştır. Sağlık alışmaları yapan pek çok ulusal ve uluslararası kuruluşların çalışmaları sonucu ve bazı bilimsel yayınlarda bu kavrama ilişkin öncelikli başlıklar belirlenmiştir.

“Katı Gerçekler”e Göre SSB

DSÖ bünyesinde bir komisyon kurulmasından önce 1998 yılında bu gelişime hazırlık ve altyapı sayılabilecek bir çalışma yayınlanmıştı. Sonrasında Komisyona başkanlık yapacak olan Michael Marmot ve Richard Wilkinson’un editörlüğündeki bu yayın ile şu başlıklar incelenmiştir (62):

- Toplumsal yokuş (gradyan)
- Stres
- Erken yaşam
- Toplumsal dışlanma
- Çalışma/iş
- İşsizlik
- Sosyal destek
- Bağımlılık
- Gıda
- Ulaşım

Dünya Sağlık Örgütü’ne Göre SSB

Sağlığın sosyal belirleyicileri komisyonuna göre toplumsal etmenler şöyle sıralanmaktadır (81, 82):

- Ulaşım
- Gıda ve tarım
- Barınma/konut durumu
- Atık koşulları/yönetimi
- Enerji kullanımı/politikaları
- Sanayileşme düzeyi
- Şehirleşme özellikleri
- Temiz suya ulaşım
- Radyasyon
- Beslenme durumu

Kanada Tıp Birliği’ne Göre SSB

Lalonde Raporu’nun yayınlandığı 1974’ten bu yana Kanada sağlık düzeyinin yükseltmek için gerekli koşulların büyük oranda sosyal, ekonomik ve politik arka planları üzerinde çalışmaktadır. Kanada Halk Sağlığı Kurumu tarafından sağlığın belirleyicileri şu şekilde sıralanmaktadır (83):

- Gelir durumu ve sosyal statü
- Sosyal destek ağları
- Eğitim ve okuryazarlık durumu
- İş ve çalışma koşulları

- Sosyal çevresel faktörler
- Fiziki çevreye ait faktörler
- Bireysel sağlık davranışları ve becerileri
- Sağlıklı çocuk gelişimi
- Biyoloji ve genetik özellikler
- Sağlık hizmetleri
- Toplumsal cinsiyet
- Kültürel koşullar

“Kanada Gerçekleri”ne Göre SSB

Halk sağlığı alanında tanınmış araştırmacılardan olan aynı zamanda SSBK üyelerinden olan Raphael yürüttüğü çalışmalar sonucunda Kanada’nın sağlık durumu ve nedenlerini ortaya koymuştur (84):

- Gelir düzeyi ve toplumda nasıl bir dağılım gösterdiği
- Eğitim
- İşsizlik ve iş güvenliği
- Çalışma durumu ve çalışma koşulları
- Erken çocuk gelişimi
- Gıda güvenliği
- Konut durumu
- Sosyal dışlanma
- Sosyal güvenlik ağı
- Sağlık hizmetleri
- Toplumda etnik azınlık olma durumu

- Toplumsal cinsiyet
- Irksal özellikler
- Engelli olma durumu

Healthy People 2020’ye göre SSB

Sağlığın belirleyicileri için beş öncelik alanı belirlenmiştir (85):

- Ekonomik istikrarlılık; eğitim; toplumsal ve yerel bölgesel koşullar; sağlık bakımı hizmetlerinin özellikleri; mahalleler ve insan ürünü çevresel koşullar

2.4. Sağlıkta Eşitsizlikler ve “Toplumsal Yokuş”

Bu kaynaklara bakıldığında başat belirleyici olarak “toplumsal eşitsizlikler” göze çarpmaktadır. Eşitsizlikler ve toplumsal yokuş kavramı birlikte düşünülmesi gereken kavramlardır. Özgül bir toplumda bireylerin sosyal çıktıları ve sosyoekonomik durumları arasındaki ilişki- olarak tanımlanmaktadır. Wills’in aktardığına göre toplumsal eşitsizliklerin toplumda nasıl bir yokuş dağılımı gösterdiğine erken yaşamda rastlanmaktadır. Düşük gelir, eğitim, çalışma düzeyine sahip ebeveynleri olan çocuklar sosyoekonomik statüsü yüksek olan ebeveynleri olanlara kıyasla yetersiz bilişsel gelişme göstermektedir ve davranışsal sorunlar için risk altındadır. Bu çocuklar okula başladıklarında sorunlar daha da kötüleşmektedir; hem akademik olarak hem de diğer okul dışı etkinliklerde başarısız olma ihtimalleri diğer çocuklara kıyasla yüksektir. Uzun vadede okulu bırakmaya adaydırlar ve düşük eğitim düzeyleri onları iş ortamında zayıf çalışan adayları yapmaktadır. Düşük SES’li ailelerde yetişen adolesanlar

daha sıklıkla obez olmaktadır ve tütün ve madde kullanımı, güvenli olmayan cinsel ilişki gibi olumsuz sağlık davranışları edinmektedir. Bu adolesanlar diğer yaşlılarına kıyasla mental ve fiziksel sağlık sorunlarıyla daha sık karşılaşmaktadır (86).

SES ve sosyal çıktılar arasında yaşam boyu ilerleyici bir ilişki mevcuttur. Gelir, yoksulluk ve kötü yaşam koşulları bu konuda en sık araştırılmış faktörler olup özellikle de Marmot ve arkadaşlarının Whitehall çalışmasına atfedilen “toplumsal sınıf” yaklaşımı günümüzde ağırlık kazanmıştır. Önceki eğilim yoksulların ekonomik yoksunlukları nedeniyle gıda, barınma, sağlık hizmeti, eğitim gibi olanaklara erişememesini kötü sağlık düzeyi ile ilişkilendirmekteydi. Whitehall çalışması ile Marmot (1991) kamu görevlilerini incelediği bu çalışmada memur hiyerarşisindeki basamakların her birinde sağlık çıktıları farklılıkları göstermiştir. En alt basamakta çalışan ile en üst basamakta çalışan yönetici arasındaki fark yoksunluk modeliyle açıklanabilirken örneğin yönetici ile yardımcısı arasındaki sağlık çıktıları farkını bu şekilde açıklamak mümkün olmamaktadır (87). Willms ve Kawachi, sosyoekonomik yokuşun bireylerin gelir düzeyi, mesleği ve eğitim durumunu ana değişkenler olarak kabul eden yöntemlerle ölçülebileceğini belirtmişlerdir (86, 88).

Bu ölçüm yöntemlerinden en sık kullanılanlardan birisi meslek-temelli hesaplamalardır. Mackenbach tarafından önerilen bu yöntemde iş nedenli kaza ve hastalıklara maruz kalma riskinin yanı sıra kişilerin toplumsal hiyerarşideki yerinin belirleyicisi olmasının altı çizilmektedir. Navarro ise bireylerle içinde yaşadıkları toplumun geri kalanı arasındaki toplumsal mesafeyi yoksunluğun

açıklamakta yetersiz kaldığı sağlık düzeyini açıklamak için önermektedir. Yani daha kısıtlı maddi olanaklara sahip olmasına rağmen bazı ülkelerin daha iyi sağlık göstergelerine sahip oluşu sağlıksızlık durumunun maddi yetersizliklerle açıklanamayacağını göstermektedir (89).

2.4.1. Toplumsal Sınıf ve Eşitsizlikler

Toplumsal sınıf kavramı bireyler ve topluluklar arasındaki toplumsal yokuşun en önemli belirleyicisidir. Bireylerin üretim ilişkileri bağlamında konumlanışı (fiziksel, ekonomik ve kurumsal) olarak tanımlanabilen sınıf kavramı ekonomik eşitsizlikleri sağlığa etkileriyle birlikte açıklamayı olanaklı kılan mülkiyet, yönetim gibi ilişkisel mekanizmaları aydınlatmaktadır. Sınıf bakış açısı gelir ve gelirin eşitsiz dağılmasının altında yatan genel politik ve ekonomik koşulları görmeyi gerekli kılar. Hastalık ve sağlığın en güçlü belirleyicilerinden biridir. Sınıf analizinin temelinde yapısal faktörler ile bireysel/davranışsal faktörler arasındaki karşılıklı etkileşim bulunmaktadır. Ancak bu kavram çok sayıda demokratik kapitalist batı ülkesinde ikincil nedenlerin (cinsiyet, etnisite, yaşlılık vb.) ardında tartışılmaktadır. SSBK'ye göre sağlıkta eşitsizliklerin yapısal belirleyicileri ile sosyopolitik düzen arasında karşılıklı bir bağlantı söz konusudur.

Bu belirleyiciler toplumsal sınıfları yaratan veya sınıflı toplumsal yapıyı pekiştirirken bireylerin sosyoekonomik statülerini tanımlamaktadır. Bu bağlamda yapısal belirleyicilerin görünür olduğu koşullar belirli bir politik ve tarihsel sürecin yansımasıdır. Bu süreçler aydınlatılmadığı takdirde sağlıkta eşitsizliklerin tanımlanıp, uygun müdahale noktaları için değerlendirilmesi olanaksız görülmektedir. Çizilen kavramsal çerçevenin en dışında yönetim biçimleri,

makroekonomik politikalar ilgili sektörlerin katılımıyla sosyal politikalar yer almaktadır. Kavramsal yaklaşımlar, eğitim, çalışma ve sosyal alanlardaki politikaları içerir ve SES'in sağlık çıktıları üzerindeki etkilerine aracı olur. Bu kavramsal çerçeve diğer yandan toplumda güç, prestij ve maddi kaynaklara erişimin belli bir desende dağıtılmasına uygun ortam sağlar (79, 81).

Coburn'nun eşitsizlikler ve sağlık çıktılarını sosyolojik bir yaklaşımla ele aldığı çalışması göstermiştir ki ulusal ve uluslararası sosyopolitik eğilimler kapitalist sınıfın gücünü arttırırken işçi sınıfının gücünü azaltmaktadır. Bu eğilimlere eşlik eden neoliberal politikalar gelir eşitsizliğinin artışının yanı sıra yoksulluğun ve sağlık kaynaklarının tamamına erişimde eşitsizliklerin de artışına yol açmaktadır (90).

Özetle, sağlıkta eşitsizliklerin nedeni olan sosyal faktörler bir dizi aracı faktör ile sağlık çıktılarını şekillendirmektedir. Yapısal faktörler bu nedensel sıralamada önceliklidir. Aracı belirleyicilerin içinde maddi koşullar, psikosozal koşullar, davranışsal, biyoloji/genetik özellikler ve sağlık hizmetlerinin sunum şekli ve erişimi gibi faktörler sayılmaktadır. Maddi koşullar, barınma, yaşanılan mahalle, alım gücü ve çalışma ortamını; psikososyal koşullar, stresli yaşam biçimi ve ilişkiler ile sosyal destek ve baş etme becerisini; davranışsal ve biyolojik faktörler ise beslenme, fiziksel aktivite, tütün ve alkol kullanım durumu ile genetik özellikleri birlikte ifade etmektedir. Sağlık sisteminin roü öncelikle erişim aşamasında belirleyici olmaktadır. Hizmete erişim toplumdaki yoksun ve savunmasız kesimler açısından özellikle belirleyicidir. Sağlık sisteminin yanı sıra diğer sektörler de işbirliği içinde sağlığı amaçlaması gerektiği belirtilmektedir.

Birey, toplum, kurumlar ve çevrenin birlikte meydana getirdiği ilişkiler ağında sağlık sistemi toplumun sağlık çıktıları üzerinde düzenleyici/aracı bir rol üstlenmektedir. Sosyoekonomik statünün hem uluslararası düzeyde hem de ülke düzeyinde sağlık ve hastalık üzerindeki etkisi bilimsel araştırmalar ile gösterilmiştir. SES ayrıca bireylerin sağlık algısı ve hastalık süreçlerinde de belirleyici olmaktadır. Toplumlar kendi içinde gelir düzeyi, eğitim, meslek, cinsiyet, ırk/etnik köken gibi özelliklere göre tabakalara ayrılmakta; yukarıda sözü edilen aracı faktörler etkilemektedir. Sınıflı toplumlarda görülen bu toplumsal desen toplumsal eşitsizliklerle doğrudan mücadele etmeyi öncelemek müdahale için seçilecek yolu da belirlemektedir. Eğer hedeflenen sağlıkta sınıflar arasındaki farklılıklar ise anahtar müdahale toplumun en yoksul ve savunmasız kesiminin maddi yaşam koşullarını –beslenme, barınma, sosyal yardımlar- iyileştirmek olacaktır. Eğer daha geniş alanda sağlıkta sosyoekonomik yokuş anlamında sağlıkta eşitsizliklerle mücadele amaçlanıyorsa politika bu belirleyicilerin düzeyini varlıklı sınıfın yararlandığı düzeyde eşitlemeyi hedefleyecektir.

DSÖ Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması için üç yaklaşım belirlemiştir:

- Savunmasız/dezavantajlı topluluklara yönelik programlar
- Toplumda en kötü ve en iyi kesimleri arasındaki sağlık düzeyi farkını kapatmak
- Toplumun tamamını etkileyen toplumsal sağlık yokuşu hedef almak

Komisyon'a göre iyi kurgulanmış tutarlı eşitlik-temelli bir SSB yaklaşımı toplumsal yokuşa odaklanmalıdır. Ancak tüm yaklaşımlar etkileşim içindedir, birbiri üzerine inşa edilmektedir (82).

2.4.2. Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Yönelik Müdahalelerin Kapsamı

SSBK tarafından önerilen müdahale planı üç aşamalıdır (91):

- Günlük yaşam koşullarının iyileştirilmesi; insanların içinde doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı, yaşlandığı koşullar
- Günlük yaşam koşullarının belirleyicisi olan yapısal faktörler olarak güç, para ve kaynakların –yerel, ulusal, küresel- adaletsiz dağıtımının önüne geçilmesi
- Sorunun belirlenmesi; uygun eylemin değerlendirilmesi; bilgiye ulaşılması; SSB konusunda eğitilmiş bir çalışma ekibinin oluşturulması; toplumun SSB konusunda farkındalığının artırılması

2.5. Dünya'dan Örnekler

Küba'da “Çocucuğumla Büyüyorum” programı ülkenin ilkokul düzeyindeki okullaşma başarısında etkili olmuş bir uygulamadır. Erken çocuk gelişimini desteklemek amacıyla 1985'te başlatılan program, resmi olmayan, kurumsal olmayan, toplum-temelli, aile-merkezli olarak yürütülmektedir. Eğitim Bakanlığının yürüttüğü bu programa Sağlık, Kültür ve Spor Bakanlıkları, Kübalı Kadınlar Federasyonu, Küçük Çiftçiler Birliği ve Devrimi Savunma Ulusal Komitesi ile Öğrenci Birlikleri destek vermektedir. Öğretmenler, pedagoglar,

hekimler ve diğ er meslek grupları ile emekli çalışanlar, öğrenciler ve gönüllüleri kapsayan insan gücü 0-5 yaştaki çocukların %99,8'ine ulaşmaktadır (92).

UNICEF tarafından geliştirilen “ ocuk dostu okullar” programı ise sağlığın sosyal belirleyici olarak çocukluk dönemini hedeflemektedir. Bu girişim okullarda hak temelli bir eğitim yaklaşımının altını çizmektedir.  ocuk dostu okullar güvenli, sağlıklı, toplumsal cinsiyet duyarlı öğrenme ortamı yaratıp; aile ve toplum katılımını öncelemektedir. Böylece  ocuklar kaliteli eğitim sayesinde yaşam becerileri kazanmaktadır. Dünya genelinde 90'dan fazla ülke bu modeli uygulamaktadır (93).

Risk faktörleri olarak sağlığın belirleyicilerini hedef alan müdahalelere örnek olarak Avustralya'da y r t len “Fiziksel Aktivite İçin Destekleyici çevreler” çalışması gösterilebilir. Sağlığı teşvik eden çevresel düzenlemeleri anlamına gelen bu proje insanların yaşadığı, çalıştığı ve eğlendiği ortamların yürümeye, bisiklet sürmeye ve toplu taşıma araçlarına uygun olması amaçlanmaktadır (94).

Tayvan h k metinin sağlık bütçesinin bir bölümünü kırsal kesimdeki hastaneleri ve sağlık merkezlerini güçlendirmek için ayırması sağlık hizmetlerini ihtiyaç sahibi toplumu hedefleyecek şekilde geliştirme çalışmalarına iyi bir örnektir. Finansman desteğinin yanında halk sağlığı programlarının her basamakta entegrasyonu ( nleyici, hastalık kontrolü, sağlığı geliştirme) sağlanmaktadır. Bölge hastanelerinin işlevini arttıran bu program 1972'den bu yana

uygulanmaktadır. Hekimler, hemşireler, diş hekimleri ve eczacılar programın uygulanmasında görevlendirilmişlerdir (95).

Danimarka’da iş piyasası esnek kurallara sahip olup çalışanların yüksek yarar gözetmektedir. Çalışma güvenliğini önceleyen bu sistemin önemli unsurlarından birisi yaşam boyu öğrenme programıdır. Çalışma Bakanlığı ve Eğitim Bakanlığı’nın resmi sorumluluğu altında ancak sosyal paydaşlarla yrtlen bu program işçilere beceri kazandırmak amacıyla 1960’larda uygulamaya konulmuştur. 1980’lerde eğitim ile ilgili anlaşmalar devreye girmiştir; çalışanlar yılda iki hafta süreyle işleri ile ilgili eğitim almak için izinli sayılmaktadır. Devlet asıl finansman kaynağıdır. Finansman sistemi bu eğitim etkinliklerini işverenlere yansıtmamaktadır. Ağırlıklı olarak devlet bütçesi tarafından finanse edildiğinden bu sistem işçilerin genel bilgi ve becerilerini geliştirmekte, böylece iş piyasasının tamamına katkıda bulunmuş olmaktadır.

Yaşam koşullarını hedef alan ulusal müdahalelerden bir diğeri de Tayland’da Bangkok’daki yoksul kesimin yaşadığı mahallelere yönelik geçekleştirilmiştir. Otoyol inşaatı nedeniyle yaşam alanları tehlike altına giren halk ve devlet kurumlarının ortak çalışması ile çözüme ulaşılmıştır. Üniversiteden alınan teknik ve bilimsel destek ile 2006 yılında başlatılan bu çalışma toplumun katılımının sağlanması’nın önemini göstermesi açısından iyi bir örnektir (91).

Bolivya yaşlı nüfusun %52’sinin yoksulluk içinde yaşadığı bir ülkedir ve 65 yaş ve üstü vatandaşların %17’sinin herhangi bir emeklilik gelinine sahip değildir. Bu nedenle devlet tarafından yaşlılara yönelik bir para desteği

sağlanmaktadır. Ekonomik değerin yanında sosyal fayda da sağlayan, bireylerin aile içindeki konumlarını iyileştiren bu uygulama başka hiçbir geliri olmayanlar için fark yaratmıştır. Ancak kadınlar ve kırsal bölgelerde yaşayanlar en çok ihtiyaç duyan kesim olmalarına karşın bu hizmeti talep etmede sorunlar yaşamaktadır. Pek çok yaşlının kimlik belgeleri yoktur hatta kiminin doğum belgesi dahi hiç olmamıştır. Bu noktada sivil toplum kuruluşları (HelpAge International gibi) devreye girmiş ve bu yaşlılara resmi belgeler sağlamak konusunda çalışan sosyal-hukuk danışma merkezleri açmışlardır. Yaşlı sağlığını hedef alan bu örnek hem sivil toplum kuruluşlarının da içinde bulunduğu sektörler arasılığı vurgu yapması açısından önemli sayılmaktadır (91, 96).

Bir diğer önemli sağlığın sosyal belirleyicileri odaklı müdahale olarak Venezuela’da Barrio Adentro önderliğindeki geniş kapsamlı sosyal, politik, kültürel ve ekonomik yönleriyle sağlık sisteminin iyileştirilmesinden söz edilebilir. 2006 yılında nüfusun %70’ine ulaşan ücretsiz birinci basamak sağlık hizmeti sunumu bu programın temelini oluşturmaktadır. Öncelikli halk sağlığı sorunlarının belirlenmesinin ardından koruyucu ve önleyici müdahalelere odaklanılmıştır. Bu sorunların başında düşük okuryazarlık, beslenme yetersizliği belirlenmiş ve çözüm olarak “sosyal misyon” ile eğitim, barınma, kültürel kaynakların harekete geçirilmesi, yerli halkın tanınmasını arttırmak gibi çalışmalar başlatılmıştır. Bu program sonucunda 2003-2005 yılları arasında bebek ölümlerinde önemli bir düşüş elde edilmiş, yaygın çocukluk dönemi hastalıkları azalmış ve kronik hastalıkların tanımlanması ve etkin kontrolü sağlanmıştır (91, 97).

Dünya genelinde en önemli halk sağlığı sorunlardan birisi haline gelen obezitenin önlenmesi yaklaşımı için bazı stratejiler belirlenmiştir:

- Çevresel sürdürülebilirliği gözeten yeterli ve dengeli gıda desteğinin sağlanması
- Gıda güvenliği
- Sağlıklı besin üretimini teşvik eden habitatlar inşa etmek
- Fiziksel aktiviteye hem kurumsal hem de bireysel katılım
- Aile, okul ve iş ortamlarında sağlıklı yaşam biçiminin ve bireylerin sağlıklı tercihler yapmasının desteklenmesi

Bu stratejilerin ancak sınırlı bir bölümünde sağlık hizmet sektörünün belirleyici rolü bulunmaktadır. Obezite ile mücadelede anahtar müdahale sağlık ve sağlık dışı sektörlerin işbirliğini zorunlu kılmaktadır. Örneğin; sağlıklı şehir yaşamı için şehir planlamasının sağlığı öncelemesi gereklidir. Sağlıklı beslenmenin teşviki, yağ, şeker ve tuzdan zengin gıdaların reklamlarının çocuklar için hazırlanmış TV programlarında yasaklanmasını içermek zorundadır. Ticaret, tarım, eğitim alanları da bir küresel salgın olarak görülen obeziteyi hedefleyen çabaların paydaşı olmak durumundadır. Obezitenin ve diğer beslenme sorunlarının küresel hastalık yüküne olan etkisi hem ulusal hem küresel düzeyde önemli adımların atılmasını teşvik etmiştir. “Codex Alimentarius” uygulaması 1963 yılında FAO (Gıda ve Tarım Örgütü) ve DSÖ tarafından başlatılmıştır. Bu uygulama dünya genelinde uluslararası gıda standartları olarak bilinmekte; tüketicinin sağlığını korumak ve adil ticari faaliyetleri geliştirmek amacına hizmet etmektedir (98). Ulusal başarılarından bir tanesi Norveç’te 1975-1995 yılları

arasında yağ ve enerji yoğun diyet tersine çevrilmiştir. Doymuş yağ tüketimi %18 azalmış, kan kolesterol düzeyi %10 düşmüştür. Orta yaşlı erkek nüfusta koroner kalp hastalıklarından ölümlerin azaldığı gözlenmiştir. Gıda yardımları, fiyat düzenlemeleri, perakende satış ile ilgili düzenlemeler, açık gıda etiketlemesi ve eğitim çalışmaları bu programın temel müdahalelerini oluşturmaktadır (99).

Sözü edilen ulusal ve küresel uygulama örnekleri göstermektedir ki olumlu sağlık çıktıları (düşük mortalite ve morbidite hızları, yüksek refah düzeyi), sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik politika ağırlıklı müdahaleler ile kazanılmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicilerinden sağlık hizmetlerine erişim ise sağlık ve hastalığın kökenleri olarak belirtilen tüm faktörlerin demokratik refah devletlerinde görünür kısmının açıklaması olmaktadır. Sağlık sistemlerinin birinci basamak (koruyucu ve önleyici) hizmetler çevresinde kurgulanmış olması ise daha iyi sağlık çıktıları anlamına gelmektedir. Birinci basamak sağlık kurumları koruyucu ve önleyici halk sağlığı müdahalelerinin yürütüldüğü, sağlık sorunlarına/hastalıklara “nedenlerin nedenleri” hedeflenerek çözüm bulunduğu yerlerdir. Ülke düzeyindeki analizler göstermiştir ki birinci basamak hekimlerinin sayısının yeterli oluşu daha düşük mortalite ile ilişkilidir. Kentsel ve kırsal yerleşimler ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise birinci basamak hekimi sayısının daha fazla olduğu kırsal kesimde tüm nedenlere bağlı mortalite hızının %2, koroner kalp hastalığına bağlı mortalite hızının %4, kanser mortalite hızının ise %3 daha az olduğu gösterilmiştir. Bölge nüfusunun demografik özellikleri gibi diğer karıştırıcı faktörlerin etkisi hesaba katıldığında dahi toplum sağlığı daha fazla sayıda birinci basamak hekiminin bulunduğu bölgelerde daha iyidir (100).

Sağlık hizmetinin yönelimi (önleyici, koruyucu vb.) ile hizmeti alan bireylerin iyi sağlık düzeyi arasında da bir ilişki bulunmaktadır. Hastalıkları önleyici ve sağlıklı geliştirici yönü zayıf, tedavi edici yönü güçlü bir birinci basamak bu etkiyi yaratmaktan uzak kalmaktadır (91). Sağlık sistemi içinde birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığın sosyal belirleyicilerini hedefleyen halk sağlığı müdahaleleri için gerekli nicelik ve nitelikte insan gücü, ortam, kaynak ve iletişim olanaklarına sahip düzey olarak kabul edilmektedir.

2.5.1. Birinci Basamakta Sağlığın Sosyal Belirleyicilerini Ele Almak

- **Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Nedir?**

Birinci basamak sağlık hizmeti, bireyin çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumunu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmetini anlatmaktadır. Dünyada farklı ülkelerde, farklı şekillerde sunulmakla birlikte ortak bir özellikten söz edilebilir: Birinci basamak sağlık hizmeti, ülkelerin sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz parçasıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri iki başlık altında toplanır. Birinci başlık ulusal düzeydeki politika öncelikleri ile bağlantılı olan yapısal özelliklerdir. Bu başlık altında yer alan özellikler birinci basamağın alt yapı ve insan gücü olanaklarının dağılımı, finansman tipi, hizmetlerin verildiği yer ve birinci basamak sağlık hizmetinden sorumlu olan sağlık çalışanı tipidir. İkinci başlık ise birinci basamağın bu sistem özellikleri üzerine kurulu olan işlevlerini tanımlar: İlk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdüm. Birinci basamağın bireylerin sağlık sistemine ilk giriş aşaması olması ilk başvuru; az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri

sunması kapsayıcılık; hasta ile uzun erimli bir ilişki içinde bulunması süreklilik; sistemin diğer aşamaları ile arasında bilgi aktarımı gerçekleşmesi ise eşgüdüm özelliğini anlatmaktadır (100).

Birinci basamak, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlığın sürdürülmesi, danışmanlık, hasta eğitimi, tanı ve tedavi uygulamalarını kapsar; hekim ve diğer sağlık çalışanları tarafından yürütülür; gerektiğinde sevk ve konsültasyona başvurulur. Birinci basamakta hastaların ve toplumdaki tüm bireylerin sağlık sisteminin bir paydaşı olduğu kabul edilir. Starfield, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplum üzerindeki olumlu etkilerinin altı mekanizma ile açıklamaktadır (101):

- İhtiyaç duyulan hizmetlere erişimin sağlanması
- Daha iyi kalitede bakım hizmeti
- Önleyici yaklaşım odaklılık
- Sağlık sorunlarının erken saptanması
- Birinci basamak hizmetlerinin faydalarının birikici faydası
- Gereksiz ve zarar vermesi olası uzman bakımından kaçınmadaki rolü

Dünyada birinci basamak sağlık hizmetleri farklı yapılanmalarla farklı isimler alabilmekle birlikte topluma yaygın ve eşitlikçi bir biçimde ulaşmanın en etkin yolu kabul edilmektedir. Ancak sağlık sisteminin yapısal özellikleri – finansman, alt yapı ve insan gücü dağılımı gibi- toplumsal ve onun yansıması olan sağlıkta eşitsizlikler üzerinde ne oranda etkili olacağının belirtecidir. Örneğin kaynakların tüm topluma eşit ve coğrafi olarak dengeli dağıtıldığı Finlandiya,

İspanya, İsveç gibi ülkelerin sağlık sistemleri coğrafi temelli ve kaynaklar açısından eşitlikçi olduğundan sağlık ekibinin toplumun sağlık sorunları hakkında daha bilgili ve daha katılımcıdır. Finansman açısından ise sağlık sisteminin vergi ile finanse edilip edilmediği ve cepten ödemenin olup olmaması toplum sağlığı çıktılarını doğrudan etkilemektedir. Yoksul ülkelerde bunun sonucu hastalık yaygınlığında artış iken zengin ülkelerde hizmete ulaşım ve hizmet kullanım oranı zaten düşük olan savunmasız göçmen, eğitimsiz ve işsiz kesimin daha da yoksullaşması ve sağlıksızlaşması olmaktadır. Toplumsal eşitsizliklerin en derin olduğu bölgelerde bile, yaygın ve eşitlikçi biçimde sunulduğu takdirde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlığın geliştirilmesinde ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasındaki yeri gösterilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği hekim ile birlikte hemşire, ebe, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter, sosyal çalışmacı, psikolog, diş hekimi, diyetisyen, eczacı, fizyoterapist gibi diğer mesleklerden oluşan bir ekip çalışması yürütmesidir. Bu özellik, tıbbi bilginin yanında sosyal ve psikolojik becerilerin ortak kullanılması, sonuçta topluma yönelik hizmetin çerçevesinin genişlemesi, kapsayıcı bir bakış açısının gelişmesi, kesintisiz, maliyet-etkin, kaliteli bakımın verilmesini mümkün kılmaktadır.

Sağlık sistemi içinde birinci basamak hizmetlerinin uygulanışı aile hekimliği birimleri ile ya da toplum tabanlı merkezler yoluyla olabilmektedir. Süreklilik ilkesi açısından bu iki yöntem farklı özellikler taşımaktadır. Hasta ve birinci basamak arasındaki uzun erimli ilişkinin sağlanmasını anlatan süreklilik terimi, hizmet veren taraf açısından toplumu tanıma, gereksinimleri bilme, bu

gereksinimlerin karşılanma durumunu izleme ve değerlendirme anlamına gelmektedir. Coğrafik olarak tanımlanmış bir nüfusa hizmet veren birinci basamak kurumları hem sağlık hizmetlerinin planlanması için gerekli sağlık kayıtlarının sürekliliğinin sağlanmasında hem de halk sağlığı görevlerini yerine getirmesinde çok önemlidir. Coğrafik temelde örgütlenmeyen bir birinci basamak ise hekimlerin sadece kendilerine kayıtlı bireylere –liste sistemi ile- hizmet vermesi anlamına gelmektedir. Tüketici ilikilerine benzetilebilecek bu sistemde kişiler liste değiştirebilirler; bu durum ise hekimlerin hastalarını tanımak için çaba göstermelerine, hizmette sürekliliğin sağlanmasına engel oluşturmaktadır (100, 102).

Özetle, birinci basamak ağırlıklı sağlık sistemlerine sahip ülkelerde sağlık ile ilişkili maliyetler daha düşük olup toplumun sağlık düzeyi daha yüksektir. Ülke içinde ise birinci basamak hekimlerinin fazla olduğu bölgeler sağlık düzeyi açısından dah iyi durumdadır. Bu sonuç birinci basamak kurumlarının toplumsal eşitsizliklerin yıkıcı etkilerini azaltmasına bağlanmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumları/çalışanları bu özellikleri ile pek çok ülkede sağlığın sosyal belirleyicilerini hedefleyen halk sağlığı müdahalelerinin uygulayıcısı konumundadır.

Araştırmalar toplumun sağlık ve refah düzeyini geliştirmek konusunda sağlık hizmetlerinin etkisinin önemini vurgulamaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicilerini güçlendirmek/iyileştirmek ise sağlık hizmeti ortamında ele alınacak anahtar stratejiyi ifade etmektedir. Sağlık çalışanları, sağlık hizmetlerini daha ileriye götürme becerisine sahiptir. 1970'lerden bu yana araştırmacılar,

Çalışanlar ve politika yapıcılar sağlık hizmetlerindeki harcamaların azaltılması amacı ile kalite ve maliyet odaklı girişimlere yönelmiştir. Yukarıda sözü edildiği üzere sosyal, ekonomik ve çevresel koşullara müdahale edilerek sağlığın doğrudan birinci basamakta geliştirilmesi düşüncesi yakın zamana kadar göz ardı edilmiştir. Bu durum sağlık sisteminin akut ve uzmanlaşmış tıbbi tedavi yönünde finanse edilmesi sonucunu doğurmuştur.

Sağlığın sosyal belirleyicileri kavramı tıp mesleğinin tarihinde uzun bir geçmişe sahip olsa da günümüzde çok sayıda hekim ve diğer sağlık çalışanı konuyu tıbbi bakımın ötesinde ele almada kaynak, insan gücü, zaman açısından yetersizlik hissetmektedir. Ancak birinci basamak sağlık kurumları (halk/toplum sağlığı merkezleri) sorumlu olduğu bireylerin sağlığını tıbbi bakım hizmetinin ötesinde toplum tabanlı müdahalelerle etkilemektedir.

- **Birinci Basamakta Öncelikli Müdahale Alanları**

ABD’de Alternative Futures Enstitüsü’nün (103) yürüttüğü araştırmaya göre; bir toplum sağlığı merkezinin sağlığın sosyal belirleyicilerini hedefliyor olması, sağlık bakım hizmeti sunumunun ötesinde toplumun içinde yaşadığı sosyoekonomik koşulları değiştiriyor olması anlamına gelmektedir. Bu çerçevede müdahale alanlarına şunlar örnek verilebilir: Barınma, insan ürünü çevre, hava ve su kalitesi, eğitim ve beceri kazandırma, meslek ve çalışma durumu, gelir, aile yapısı, toplumsal dışlanma (ırk, toplumsal cinsiyet ve göçmenlik durumları), toplumun güçlendirilmesi, gıda güvenliği/gıdaya ulaşım, fiziksel aktivite, dinlenme/eğlence/oyun için uygun ortamların varlığı vb.

Koruyucu müdahaleler, tarama programları ve hastalıkların tedavi edilmesi ile sağlık hizmetine erişimi kolaylaştıran ve arttıran mobil bakım hizmetleri SSB odaklı çalışmalar kapsamında değerlendirilmemektedir (103).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin müdahale alanları şu başlıklar altında değerlendirilmektedir:

- *Eğitim*

Erken çocukluk dönemi gelişimini ve okula hazırlığı hedefleyen müdahalelerden çocuk bakımı, okul öncesi programlar, çocuk izlemlerini takiben aileye çocuklarıyla okuması için kitap verilmesi vb.

Gençlik dönemini hedefleyen örgün eğitim dışında eğitim ortamları, okul sonrası ve yaz dönemi için kursu vb. çalışmalar, müzik ve resim gibi aktiviteler için olanak sağlanması, okula devamlılığı teşvik etmek –ekonomik destek ile-; okul dışı aktiviteleri okul müfredatının entegrasyonu çalışmaları; danışmanlık için ebeveyn sınıfları oluşturulması; sağlık eğitiminin teşvik edilmesi, beslenme ve sağlıklı pişirme gibi konulara önem verilmesi; çalışan bireyler için yetişkin eğitimi verilmesi eğitim müdahaleleri arasında sayılmaktadır (104).

- *Çalışma ve İşgücüne Katılma*

İş arama ve yerleştirme konusunda destek olma; sağlık alanında, toplum sağlığı çalışanı gibi pozisyonlara kazandırma; gençlere yönelik ücretli/gönüllü çalışma imkanı yaratma birinci basamakta gerçekleştirilecek müdahalelerdendir.

- *Sağlıklı Beslenme*

Sağlıklı beslenme, gıda güvenliği –gıdaların alınması, saklanması ve hazırlanması- konularında gençler ve yetişkinlerin bilgilendirilmesi; sağlıklı ve ucuz gıdaya erişim olanaklarının artırılması –mahallelerde bahçeler kurulması ile-; yerel restoran, market, okullarda yemek seçiminin düzenlenmesi birinci basamakta yerel yönetimler ve gıda sektörü ile ortaklaşa yapılacak çalışmalarda sayılmaktadır.

- *Fiziksel Aktivite*

Hareketli yaşamı teşvik edecek fiziksel ve sosyal çevresel olanaklar yaratılması –egzersiz sınıfları, yürüme toplulukları, bahçelerde bitki yetiştirme vb aktiviteler gibi- sektörler arası yaklaşım sonucunda gerçekleştirilebilmektedir (105, 106).

- *Sosyal Koşullar*

Toplum yerleşiminin güvenliğinin, refahının ve katılımının sağlanması; güvenlik birimleriyle işbirliği yaparak şiddet olaylarını hedeflemek, yaşayanların gönüllü katkı sunabileceği olanaklar yaratmak öncelikle genç ve yaşlı bireyleri hedeflemek; kültürel özellikleri göz önünde bulundurmak, kültürel unsurların zenginleşmesine aracılık etmek; yerel okullarda ve toplumda aile katılımını teşvik etmek; özellikle yaşlılar için eğitimle ilgili ve sosyal aktiviteler yürütmek bu başlık altında yer alacak müdahalelerdendir.

- *Ekonomik Gelişme*

Toplumda yaşayan bireylerin ekonomik faaliyetleri için olanak yaratacak programların içinde bulunmak. Çiftçi, bahçecilik yapan yerel halkın ürünlerini

sağlıklı koşullarda satmasına olanak sağlamak hem sağlıklı yaşam alışkanlıkları açısından hem de ekonomik iyileşme açısından birinci basamak tarafından desteklenecek müdahalelerdendir (107).

- *Barınma, İnsan Ürünü Çevre*

Sağlıklı, güvenli ve karşılanabilir barınma olanağı sağlamak, birinci basamak tarafından yönetilmesi gereken bir süreçtir. Barınma koşullarının temiz, su ve sanitasyona erişimi tam, toksik atıklardan uzak olması sağlık çalışanlarınca denetlenmesini gerektirir. Birinci basamağa başvuran bireylerin ilgili parasal (kira yardımı, sosyal yardım, toplu konutlar vb.) kaynaklara yönlendirilmesi mümkün olmaktadır. Çevre şartlarının sağlığı desteklemesi öncelenerek mahallelerde parklar ve yeşil alanların artırılması çalışmalarına sağlık çalışanları ve halkı katmak da birinci basamağın etki alanlarından sayılmaktadır.

- *Savunuculuk ve Politika Geliştirme*

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi yönelimli sağlık sistemi, eğitim sistemi ile sosyal politikalar için yapılacak değişiklikler karşısında toplum katılımını ve savunuculuğunu sağlamak birinci basamağın önemli bir sorumluluğudur. Birinci basamak sağlık kurumları, tıbbi bakım hizmeti veren kurumlar ve sosyal hizmet kurumlarıyla işbirliği yaparak adaletli bir sağlık sistemini savunmaktadır (108).

- *Afetler ve Acil Durumlar*

Sorumlu olduğu bölgede bir acil durum planını oluşturup uygulamak ve bir acil durum ekibi ile toplumu acil durum hazırlığı konusunda bilgilendirmek birinci basamak hizmetleri arasında yer almaktadır (103).

2.5.2. Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de birinci basamak sağlık örgütlenmesinde en önemli adım 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi adlı yasanın uygulanmasıdır. Bu yasa ile hizmet sunacak esas personeller pratisyen hekim ve ebeler olarak belirlenmiş; basamaklandırılmış sağlık sistemi benimsenmiştir. Hizmetin bütüncül bir yaklaşımla, sağlık ocaklarında, ekip olarak, ücretsiz verilmesi öngörülmüştür. Uygulama 1960’larda ve 1970’lerde sürdürülürken Alma-Ata ile tüm dünyada tartışılmaya başlanan temel sağlık hizmetleri yaklaşımı Türkiye’de de yankı bulmuştu. Ancak 1980’lere gelindiğinde yukarıda da sözü edildiği üzere dünya genelinde uluslararası ekonomik güçlerin güdümündeki politik ve toplumsal eğilim ülkemizi de peşinden sürüklemeye başlamıştır. Bu dönemde kamu sağlık hizmetlerinin önemini yitirmeye başlaması, özel sektör ağırlığının tüm sektörlerde yaygın bir şekilde artmasıyla eş zamanlıdır.

Doksanlarda gündeme gelen reform tartışmalarıyla ise sağlık sistemi tercihinin bölge temelli, entegre, toplumcu, kapsamlı ve hakkaniyet odaklı birinci basamaktan liste temelli, tıbbi bakım ağırlıklı aile hekimliği yaklaşımına kaydığına tanık olunmuştur. 2000’lerin başlarında sözü edilmeye başlanan “Sağlıkta Dönüşüm” ise 1990’lardaki reform sürecinin bir benzeridir.

Genel sağlık sigortası ile başlayıp aile hekimliği örgütlenme modelinin tüm ülkeye yayınladıtırılması ile devam ettirilen ve son aşamada da hastanelerin finansal ve yönetsel olarak diğer sağlık kurumlarından ayrılmasını hedefleyen kamu Hastaneleri Birliklerinin kurulmasını öngören sağlıkta dönüşüm programı ülkemizde son 10 yılda sağlık alanında önemli değişikliklere yol açmıştır (109).

Bu süreçte meydana gelen en önemli değişim sağlık ocaklarında daha güçlü ve geniş bir ekip tarafından kişiye ve topluma yönelik olarak sunulan hem koruyucu hekimlik hem de tedavi hizmetlerinin kişi ve toplum sağlığı hizmetleri olarak ayrılmış olmasıdır. Halk Sağlığı Kurumu düzeyinde her ne kadar bir eşgüdüm hedeflenmişse de, ASM ve TSM bölünmesi ekip çalışmasını zayıflatmış, hatta yer yer iki birim arasında çatışmalara yol açmıştır. Bu durumun sonucu ise birinci basamak hizmetlerinin parçalı sunulması olmuştur. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin hedeflenmesi anlamında ise birinci basamak hizmetlerinin bu dönüşümü toplum katılımının azalması, bütüncül sağlık yaklaşımının zayıflaması, birey sağlığının toplumsal bağlamından kopması sonuçlarını doğurmuştur (109). Önceden bir ekip sorumluluğunda yürütölen hizmetler tek bir hekimin bilgi ve becerisine bağlanmaktadır. Bu durum hizmet sunucusu açısından da bir eşitsizlik nedeni gibi görünmektedir. Kaliteli denetim mekanizması bulunmadığı takdirde bu durum standart hizmet sunumuna engel oluşturmaktadır. Bu dönemde sağlık insan gücü anlamında da ciddi sorunlarla karşılaşılmıştır. Hekim ve diğer sağlık personeli açığına kapatmak adına uygulamaya konulan önlemler iş yükünü arttırmış ve hizmet kalitesinde azalmaya yol açmıştır. 2002-2012 yılları arasında pratisyen hekim sayısındaki atışın uzman hekim sayısındaki artışın çok gerisinde

olduğu belirtilmektedir. Bu dönemde 25 bin kadar uzmana karşın sekiz bin kadar pratisyen hekim artışı sağlanabilmiştir. Bu durum pratisyen hekim, hemşire ve ebelerin merkezi rol oynaması gereken birinci basamak hizmet sunumunda tedavi edici hizmetler yönünde bir kayma olduğuna işaret etmektedir (110).

2.6. Türkiye’de Belgelerde Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Dünya’da ve Türkiye’de yapılan araştırmalar göstermektedir ki sağlık düzeyi ve bunun bir ana bileşeni olan sağlık hizmetleri kullanımı eğitim düzeyi düşük olanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, yoksul bölgelerde yaşayanlarda, düşük gelirlielerde, göçmenlerde daha düşüktür. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kullanımındaki eşitsizlikler sosyal politikalarla yakından ilişkilidir. Türkiye’de toplumda ve bunun uzantısı olan sağlıkta eşitsizlikler konusundaki politika belgelerinde hâkim kavramsal çerçeve “dezavantajlılık” üzerine kurulmuştur. Türkiye’de 2014’te Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmış olup “dezavantajlı topluluklar” için sağlığın sosyal belirleyicilerini saptamak, izlemek, müdahale etmek ve değerlendirmek amacıyla çok sektörlü programları bir araya getirmeyi amaçlayan “Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı” bu konuda atılmış en önemli adım olarak görülmektedir. Bu projede sağlığa etkisi olan tüm unsurların bütüncül ve çok sektörlü yaklaşımla yeniden ele alınması öncelikli ilgi ve çalışma alanı olarak kurgulanmıştır. Bu çalışmanın önsözünde amaçları şöyle belirtilmektedir: “Program ile ülkenin alt yapısı, sağlık sistemi ve toplumun gelişme özelliklerini dikkate alarak koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin diğer sektörlerdeki paydaşlar ile yeniden tanımlanması, sağlık hizmetlerinin durumunun ve ihtiyaçlarının sektörel kapsayıcılık içinde belirlenmesi, paydaşların sağlık

hizmetlerinin sunumundaki görev tanımlarının, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması, iş akışlarının, kaynaklarının belirlenmesi, sunulan sağlık hizmetlerinin performans ölçütlerinin, bu ölçütlerin izleme değerlendirmesini yapacak paydaşların ve yaptırım yetkisi olan paydaşların belirlemesi hedeflenmektedir”. TBMM’de kabul edilen 2014-2018 Onuncu Kalkınma Planı’nda yer bulan “Bireylerin beden ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilecektir” ifadesi bu program için çıkış noktası olarak kabul edilmiştir. Böylece sağlığın sosyal belirleyicileri konusunun bir devlet politikası olarak kabul edilmesi için önemli bir adım atılmıştır (13).

Bu program kapsamında temel alınan “dezavantajlı topluluklar” tabiri, Batı dillerinden Türkçe’ye doğrudan tercüme edilmiştir. İçerisinde bulundukları toplumun temel ekonomik, kültürel ve sosyal kaynaklarından mahrum kalan veya mahrum bırakılan insanlar için kullanılmaktadır. Bu insanlar, sağlık hizmetlerine erişim açısından dezavantajlı sayılan kadınlar, yoksullar, eğitim düzeyi düşük olanlar, yaşlılar, engelliler, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği azınlıkları, etnik azınlıklar, göçmenler, suçlu ve hükümlüler, seks çalışanları ve toplum tarafından damgalanan bazı hastalıklara (HIV/AIDS gibi) sahip olan bireyler olarak belirtilmektedir. Dezavantajlılık kavramının işaret ettiği sağlığın sosyal belirleyicisi alanı temelde sağlık hizmetlerine erişim olarak görülmektedir. Dezavantaj bu noktada yapısal belirleyiciler alanlarında etkili olması beklenen bir bireysel unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Dezavantajlılığa yol açan faktörler,

cinsiyet, yaş, bedensel durum, sosyal tabaka, dinsel köken, eski hükümlü olmak, göçmen olmak, yaşlılık, eğitimsiz olmak şeklinde sıralanmaktadır. Dezavantajlılık durumunun olumsuz etkilerinin görüldüğü müdahale alanları ise eğitim, sağlık, ekonomi ve politik katılım olarak belirtilmektedir (13).

Yine Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından Ulusal İstihdam Stratejisi'nde "özel politika gerektiren gruplar" toplumda ayrımcılık ve dışlanmaya maruz kalan bireylere işaret etmektedir. Bu bireyler yoksulluk riski altındaki bireyler, engelli bireyler, Romanlar, zorunlu göç mağdurları, eski mahkûmlar olarak sıralanmaktadır (111).

Türkiye'de Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğüne bağlı Sağlığın Teşviki Daire Başkanlığının görevlerinden biri şöyle açıklanmaktadır: "Sağlığın Korunması, Geliştirilmesi ve Hastalıkların önlenmesi için öncelikli sorunların, sağlığın sosyal belirleyicilerinin ve risk gruplarının tespit edilmesine yönelik çalışmaları yönetmek" (112).

Son yıllarda Sağlık Bakanlığı ve sağlık politikaları ile ilişkili diğer paydaş kuruluşlarca üretilen çeşitli sağlık politikası ve sosyal politika belgelerinde dezavantajlılık kavramının yanı sıra sağlıkta hakkaniyet ve ayrımcılık konularına da rastlanmaktadır (113, 114).

Son 10 yıldır Türkiye'de sağlığın sosyal belirleyicileri konusunun hem politika hem de akademik araştırmalar kapsamında öncelikli olarak ele alındığı söylenebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri çatısı altında sosyal belirleyiciler bir devlet politikası olarak benimsenmiş ve uygulanmaya başlamıştır. Ancak henüz

sağlık sisteminde topluma en yakın, etkili ve sürekli hizmet özelliklerini taşıyan birinci basamak sağlık kurumlarını hedefleyen toplum tabanlı çalışmalara rastlanmamaktadır. Toplumun sağlık ve refah düzeyini arttırmak için sağlık çalışanlarının bu konudaki rollerini anlayıp değerlendirme ihtiyacı bulunmaktadır. Bu araştırma Türkiye’de birinci basamakta çalışan bireylerin SSB konusundaki yaklaşım ve uygulama farklılıklarını anlamayı amaçlamaktadır.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Nitel verilere dayanan bu çalışma fenomenolojik araştırma deseninde tasarlanmıştır. Fenomenoloji ile ilgili görüşlere bakıldığında felsefi varsayımların şu ortak zemine dayandığı görülmektedir: Kişilerin yaşam deneyimleri üzerinde çalışılması, bu deneyimlerin bilinçli olduğu görüşü, açıklama ve analizlerden ziyade bu deneyimlerin özüne ilişkin betimlemelerin geliştirilmesi. Fenomenolojik yaklaşım, farkında olunan, ama hakkında derin ve ayrıntılı bir bilgiye sahip olunmayan olguların anlaşılması ve araştırılması için uygun bir zemin oluşturmaktadır. Fenomenolojik araştırmaların temel amacı bir olgu hakkında insanların öznel yaşantılarını bir diğer ifade ile esas deneyimlerini anlamaya çalışmaktır. Fenomenoloji tanımlayıcı bir araştırmadır. Bu bağlamda genelleme yapmak değil, olguları tanımlamak önemlidir. Bu nedenle de veri kaynaklarını araştırmanın odaklandığı olguyu yaşayan ve bu olguyu dışa vurabilecek veya yansıtabilecek bireyler ya da gruplar oluşturur (115, 116). Bu araştırmada birinci basamak sağlık çalışanlarının sağlığın sosyal belirleyicileri kavramına yaklaşımı ve bu konudaki mesleki uygulamaları hakkındaki görüş ve deneyimlerinin anlaşılması; bu sayede ülkede birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu konuya dair mevcut durumun tanımlanması için en uygun araştırma deseni fenomenoloji olarak kabul edilmiştir. Araştırmada, derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı olan görüşme formu ile elde edilen veriler içerik analizi tekniği ile incelenmiştir.

3.2. Araştırma Grubu

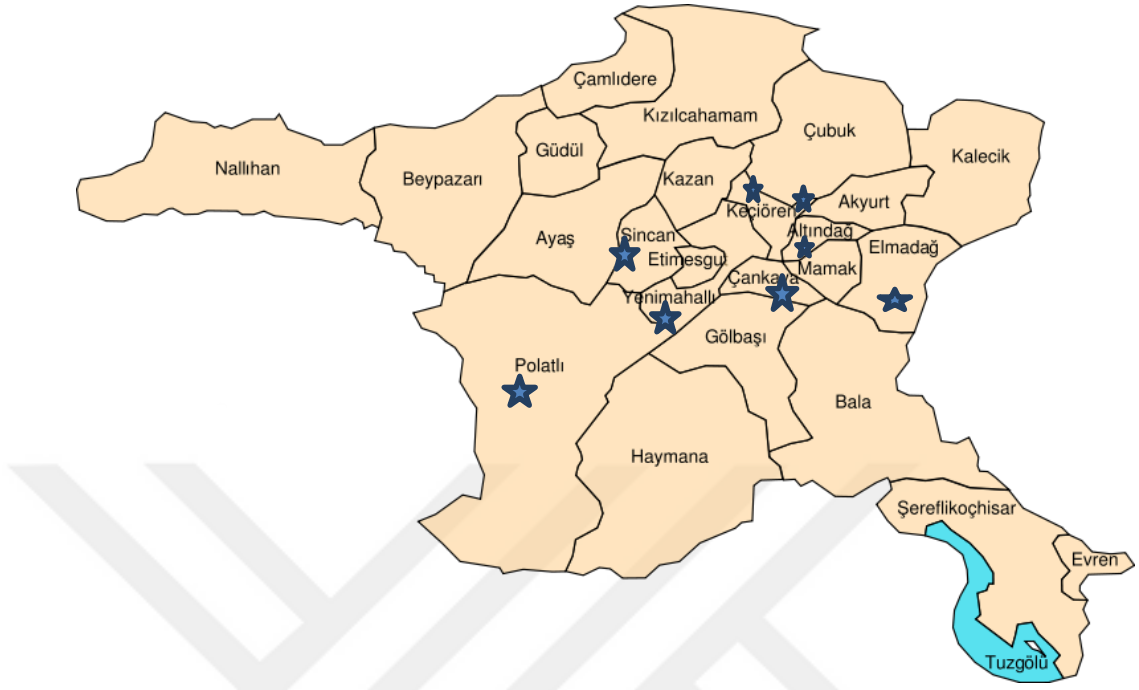
Örnekleme almak olasılık temelli örnekleme ve amaçlı örnekleme olmak üzere iki ana başlıkta incelenmektedir. Seçkisiz, sistematik, tabaka ve küme örnekleme yöntemleri “olasılıklı”; araştırmacının kimlerin seçileceği konusunda kendi yargısını kullandığı ve araştırmanın amacına en uygun olanları örnekleme yolunu seçtiği yöntemler ise amaçlı (yargısal) örnekleme olarak adlandırılmaktadır. Bu çalışmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik, kartopu ve kolay ulaşılabilir örneklemler bir arada kullanılmıştır. Araştırmanın fenomenolojik özelliği nedeniyle bulguların evrene geçerli bir şekilde genellenebilmesinden çok, araştırma konusunu derinlemesine aydınlatabilmesi amaçlanmıştır, bu nedenle maksimum çeşitlilik örnekleme benimsenmiştir. “Maksimum çeşitlilik örnekleme”ndeki amaç, çeşitliliği sağlamak yoluyla evrene genelleme yapmak değil, çeşitlilik oluşturan durumlar arasında ne tür ortaklıkların ve benzerliklerin var olduğunu bulmaktır. Bu çalışmada farklı meslek gruplarından sağlık çalışanları seçilirken “kartopu örnekleme”nin gerektirdiği bazı sorular yol gösterici olmuştur: “Bu konuda en çok bilgi sahibi kimler olabilir? Bu konuyla ilgili olarak kim veya kimlerle görüşmeliyiz?” Bu çalışmada Ankara iline bağlı ilçeler arasından seçim yapılırken benzer demografik, coğrafik ve sağlık ile ilgili özelliklere sahip bölgeler arasından merkeze yakın ve daha kolay ulaşılabilir olanlara öncelik tanınmış, böylece “kolay ulaşılabilir durum örnekleme”nden yararlanılmıştır (117). Bu çalışmada da tekniğin amacı ile uyumlu olarak genelleme yapmak için çeşitliliği sağlamak değil, tam aksine çeşitlilik gösteren durumlar arasında ortak ya da paylaşılan

olguların ve ayrılıkların olup olmadığını bulmaya çalışmak ve bu çeşitliliğe göre SSB kavramına yaklaşımın farklı boyutlarını ortaya koymak amaçlanmıştır. Araştırmaya TSM’lerde birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan ve görev yaptıkları birimler dolayısıyla SSB ağırlıklı müdahalelerde bulundukları varsayılan sağlık çalışanlarının dâhil edilmesine karar verilmiştir. Bu amaçla belirlenmiş Ankara iline bağlı sekiz TSM’nin başkanları veya başkan yardımcıları ile görüşülmüş onların işaret ettiği ve çalışmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanları araştırmaya dâhil edilmiştir. Sonuçta katılımcılar; TSM hekimleri (uzman veya pratisyen), TSM ebe/hemşireleri, TSM diğer sağlık çalışanları olarak gruplanmıştır. Ayrıca çalışma kapsamına alınan bir aile hekimi TSM hekimleri grubuna; bir aile sağlığı elemanı ise ebe/hemşire grubuna alınmıştır. Bu üç farklı grupta da görüşülen katılımcılar cinsiyet, yaş, cinsiyet, meslek deneyimi, sağlık ocağında çalışmış olma, uzman olma gibi özelliklere göre çeşitlilik göstermektedir. İlçelere göre çeşitliliğin sağlanması için ise Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü’nün önerileri dikkate alınmış, konuya uygun müdahale olanaklarının görece daha fazla bulunduğu bölgeler seçilmiştir. Dört TSM başkanı yoğun programları nedeniyle çalışmaya dahil edilememiştir. Çalışmaya aile hekimlerini de dahil etmek düşünülmüş olsa da yoğun mesai saatleri içinde görüşme planlamak mümkün olmamıştır. Yüz yüze görüşülemeyen TSM başkanlarına telefon aracılığıyla ulaşıp görüşme talebi ile yaklaşılabilecek kurum personeli belirlenmiştir. Her bir TSM’de veriler doygunluğa ulaşana ve yeni bilgi saptanmadığına emin olunana dek önceden belirlenen katılımcıların dâhil edilmesine devam edilmiş olup sonuçta; 10 TSM hekimi (diş hekimi, uzman

hekim ve pratisyen hekim), 18 TSM ebesi/hemşiresi, 8 TSM diğer sağlık çalışanı (sağlık memuru, diyetisyen, tıbbi sekreter, sosyal çalışmacı), 1 AH, 1 ASE (hemşire) olmak üzere toplam 38 kişi ile görüşülmüştür. Katılımcıların görev yaptıkları ilçeler Tablo 1’de sunulmuştur, Şekil 2’de de çalışmanın yürütüldüğü ilçelerin Ankara ili içindeki coğrafi konumları görsel olarak aktarılmıştır.

3.3. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması:

Araştırma Ankara iline 25 ilçenin sekizindeki TSM’lerde ve iki ASM’de yürütülmüştür: Altındağ, Çankaya, Elmadağ, Keçiören, Polatlı, Pursaklar, Sincan, Yenimahalle. Çankaya ve Keçiören nüfus bakımından en kalabalık ilçelerdir. Polatlı ve Elmadağ şehrin çevre ilçelerini oluşturmaktadır. Polatlı, geçici mevsimsel tarım işçilerinin en sık yaşadığı ilçedir. Altındağ ve Yenimahalle ilçeleri göçmen nüfusunun yoğun olduğu ve Göçmen Sağlığı Merkezlerinin bulunduğu ilçelerdir. Sincan, şehrin sanayi işletmelerinin yoğun olarak bulunduğu bir bölge olup Pursaklar komşu şehirlerden göç alması ile göze çarpmaktadır. Her bir ilçe sağlığın sosyal belirleyicileri konusunu araştırmak için uygun özelliklere sahip olduğundan araştırmaya dâhil edilmiştir. Raporun devamında bu ilçeler ve TSM’ler katılımcıların anonimliğini sağlamak amacıyla 1-8 arasında rastgele verilmiş numaralar ile adlandırılacaktır.



Şekil 8. Katılımcıların Görev Yaptıkları İlçeler, Ankara, 2016.

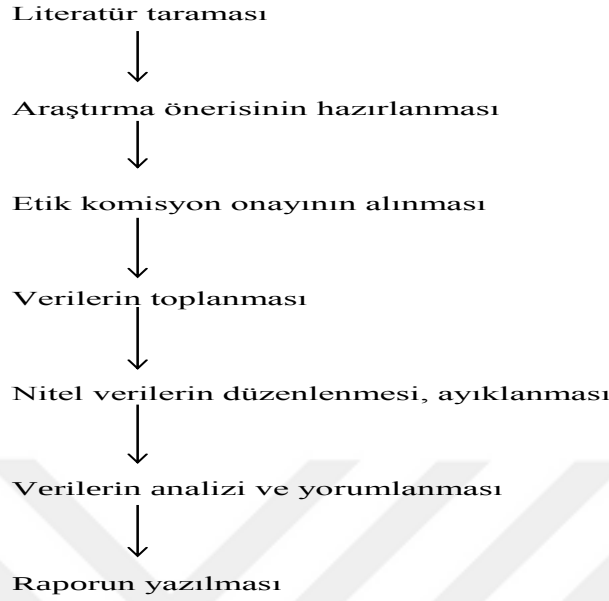
Tablo 1. Katılımcıların Görev Yaptıkları İlçeler ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımı, Ankara, 2016.

Toplum Sağlığı Merkezleri	TSM Hekimi	TSM Ebesi/Hemşiresi	TSM Diğer Sağlık Personeli	Aile Hekimi	Aile Sağlığı Elemanı
TSM-1	2	2	-	-	-
TSM-2	3	-	-	-	-
TSM-3	-	2	3	-	-
TSM-4	1	2	2	-	-
TSM-5	2	2	-	-	-
TSM-6	1	3	-	-	-
TSM-7	1	3	2	-	-
TSM-8	-	4	1	-	-
ASM-1 ve 2*	-	-	-	1	1
Toplam	10	18	8	1	1

*: Çalışmaya katılan bir AH TSM Hekimleri; bir ASE ise TSM ebe/hemşiresi grubuna dâhil edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Aşamaları

Şekil 2’de araştırmanın aşamalarını ve süreci gösteren akış şeması yer almaktadır.



Şekil 9. Araştırmanın Aşamalarını Gösteren Akış Şeması

3.5. Araştırmanın Uygulama Şekli

Araştırmanın Toplum Sağlığı Merkezleri ve bağlı birimlerinde uygulanabilmesi için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan izin alınmış olup izin belgeleri EK-1 ve EK-2'de sunulmuştur.

Derinlemesine yüz yüze görüşmeler yarı yapılandırılmış görüşme formu (EK-3) eşliğinde Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı araştırma görevlisi olan araştırmacı tarafından 1 Eylül 2016 ve 30 Kasım 2016 tarihleri arasında, belirlenmiş olan sekiz TSM'de ve bağlı birimlerinde uygulanmıştır. Görüşülecek kişiler belirlendikten sonra araştırmacı görüşmeler için randevu almıştır, TSM'ler en az iki en fazla üç kez ziyaret edilerek görüşmeler tamamlanmıştır. Görüşmenin başında katılımcılara çalışma açıklanmış, sözlü onam alınmıştır (EK-4). Kendisine yaklaşılacak çalışanlardan çalışmaya katılmayı reddeden olmamıştır. Araştırmacı tarafından görüşmelerin ses kayıtlarının alınması amaçlanmıştır; görüşmeci

tarafından izin verildiği takdirde ses kaydı alınmıştır. Katılımcılardan yedisi ses kaydı alınmasını istemezken üç kişi görüşme esnasında ses kaydının durdurulmasını istemiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmada, nitel araştırma yaklaşımı çerçevesinde görüşme tekniği kullanılmıştır. Çalışma grubunun genellikle küçük olarak tutulduğu nitel araştırmalar zengin ve kapsamlı bilgi toplamak için kullanılır. Fenomenolojik araştırmalarda başlıca veri toplama aracı derinlemesine görüşme tekniği olarak belirtilmektedir. Olgulara ilişkin yaşantıları ve anlamları ortaya çıkarmak için görüşmenin araştırmacılara sunduğu etkileşim, esneklik ve sonda görevi gören sorular gibi özelliklerden yararlanılması gerekmektedir (118). Creswell'e göre nitel araştırma yöntemi, bir ana olgu üzerine odaklanmakta ve katılımcıların görüşleri üzerine temellendirilmektedir (115).

Araştırma verileri, birinci basamak sağlık çalışanları ilçelerinde ziyaret edilerek toplanmıştır. Katılımcıların kendilerini daha rahat ifade edebilmeleri açısından veri toplama tekniği olarak derinlemesine görüşme tercih edilmiş (45 görüşme), Görüşmelerde yarı-yapılandırılmış soru formları kullanılmıştır. Bu formların beş temel sorusu tüm katılımcılar için aynı olup sağlığın sosyal belirleyicileri başlığı altındaki bir dizi kavramın birinci basamak sağlık çalışanı tarafından nasıl anlaşıldığını sorgulamayı amaçlamaktadır. Temel soruların yanında anlaşılabilirliği arttırmak ve konuyu açmak amacıyla sondaj sorular belirlenmiştir. Görüşme esnasında katılımcıların görevlerine/mesleklerine göre farklılaşan uygulamalarına ve çalışma koşullarına yönelik ek sorular da ortaya

çıkmiştir. Soru formunun hazırlanmasında sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda literatür taraması yapılarak belirlenen temalar temel alınmıştır. İki Halk Sağlığı Uzmanı Hekim, iki AH, iki TSM hekimi ile pilot görüşme yapılarak, soruların anlaşılabilirliği ve geçerliliği belirlenmiştir. Temel ve sondaj sorularının listesi aşağıda verilmiştir. Katılımcılarla mesai saatleri içinde veya öğle tatilinde, gizliliğin sağlanabildiği ve ses kaydı almaya uygun ortamlarda görüşülmüş, görüşmeler 30- 75 dakika sürmüştür. Görüşmelerin tamamı nitel araştırma teknikleri konusunda deneyim sahibi olan araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.6.1. Yarı-yapılandırılmış Görüşme Formunda Yer Alan Temel Sorular

1. Kendinizi çok kısaca tanıtır ve bundan önce hangi kurumlarda çalıştığınızı aktarır mısınız?

(Doğup büyüdükları yer, içinde yaşadıkları, okuyup çalıştıkları kültürel ve sosyoekonomik koşulları ile akademik özgeçmişlerini öğrenmeye yönelik sondaj sorularını da içermektedir.)

2. Sağlığın sosyal belirleyicilerini nasıl tanımlarsınız?

- a. Bu kavramla ilişkilendirdiğiniz başka kavramlar söyleyebilir misiniz?

3. Çalışmakta olduğunuz Toplum Sağlığı Merkezinde sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda ne gibi çalışmalar yapılıyor?

- a. Yukarıdaki soru ile şu başlıkların görüşmeci tarafından değerlendirilmesi amaçlanmaktadır:

- i. Sosyal çevreye ait faktörleri hedefleyen çalışmalar: gelir durumu/yoksulluk, eğitim düzeyi, gıda güvenliği, barınma durumu, dil engeli, sağlık okuryazarlığı, tek ebeveynli aileler, ayrımcılık, sürekli stres durumları, işsizlik, ev içi şiddet/cinsel istismar/madde bağımlılığı gibi ihmal ve istismar varlığı...
 - ii. Fiziksel çevreye ait faktörleri hedefleyen çalışmalar: sağlıksız veya düzensiz yaşam alanları, nüfus yoğunluğunda artışa bağlı durumlar, ulaşım olanaklarının yokluğu/yetersizliği, güvenli alanların yokluğu (oyun ve fiziksel aktivite için)...
 - iii. Sağlık hizmetlerine ilişkin faktörleri hedefleyen çalışmalar: sağlık güvencesi yokluğu/yetersizliği/bilgi eksikliği, kaliteli, eşit, ulaşılabilir sağlık hizmetlerine erişimde engel teşkil eden diğer tüm durumlar...
- b. Hangi birim ya da hangi meslek grubu bu çalışmalarda daha çok yer alıyor?
4. Sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda planlanacak müdahaleler için öncelikler/kaynaklar/kişiler kimler olmalıdır?
 5. Sağlığın sosyal belirleyicilerini hedefleyen bir programın temel nitelikleri nasıl olmalıdır?

3.7. Veri Analizi ve Yorumlanması

Fenomenoloji araştırmalarında veri analizi, yaşantıları ve anlamları ortaya çıkarmaya yöneliktir. Bu amaçla yapılan içerik analizinde verinin kavramsallaştırılması ve olguyu tanımlayabilecek temaların ortaya çıkarılması çabası vardır. Sonuçlar betimsel bir anlatımla sunulur. Bunun yanında ortaya çıkan temalar ve örüntüler çerçevesinde elde edilen bulgular açıklanır ve yorumlanır. Nitel çözümlemede verilerin içeriklerini keşfetmeye yönelik çözümleme için kodlama ilk ve aslı bir işlemdir. İçerik analizinde birbirine benzeyen verileri belli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları anlaşılabilir bir düzene sokarak yorumlamaktır. Nitel araştırmalarda kullanılan değerlendirme süreci kavramlara dayalı olarak parçaları bir araya getirip bir bütün yaratmayı gerektirmektedir. Fenomenolojik analiz; katılımcı tarafından tecrübe edilmiş bir olguya ilişkin kavramsal özü elde etmeye çalışır (116, 119).

Bu araştırmada görüşme sorularıyla elde edilen veriler içerik analizi ile incelenmiştir. İnceleme sırasında yorumlama ve çıkarımlarda bulunma yolları ile derinlemesine analiz yapılmaya çalışılmıştır. Ses kaydı ve görüşme notları çözümlenmiştir. Çözümlenmiş veriler, araştırmacı tarafından okunmuş, temaların kavramsal erevesi belirlemiştir. Her bir kavram için kodlar belirlenmiş, ardından da bu kodlar gruplandırılarak tema başlıkları altında birleştirilmiştir. Bunu, katılımcılardan yapılacak alıntıların seçilmesi izlemiştir. Görüşme formu ile elde edilen verilerin analizi işlemlerinde aşağıdaki kodlama ve tanımlama tekniği

kullanılmıştır: TSM-1, TSM-2....: Araştırmanın yürütüldüğü toplum sağlığı merkezlerini, K1, K2....: Görüşüne başvurulmuş sağlık çalışanlarını göstermektedir.

Temaların raporlanması sırasında her tema için açıklamalar yapılmış ve katılımcılardan elde edilen bulgular özetlenmiştir. Temalarla ilgili alıntılar ifadenin sıklığına ya da özgün olup olmadığına, katılımcının diğer ifadeleri ile ya da diğer katılımcıların ifadeleri ile uyumlu ya da uyumsuz olup olmadığına göre seçilmiştir. Bunun yanı sıra, ifadelerin çok tipik ya da çok çarpıcı olması da, temaya ilişkin bir alıntı olarak seçilip seçilmemesinde etkili olmuştur.

3.8. Araştırma Sürecinin Geçerlik ve Güvenirliği

Bu araştırma sürecinde geçerlilik ve güvenirliliğin sağlanması için aşağıda sıralanan uygulamalara başvurulmuştur (119):

- Araştırmanın yöntemi, süreci ve sonuçlarına yönelik çalışmalar açık ve ayrıntılı bir biçimde açıklanmıştır.
- Derinlemesine araştırma ve inceleme anlayışı (verilerin toplanması, analiz edilmesi ve değerlendirilmesi) benimsenmiştir.
- Verilerin toplanmasından analiz edilip sonuçlara ulaşılmasına kadar birbiriyle bağlantılı ve tutarlı bir süreç takip edilmiştir.
- Çalışma grubu belirlenirken amaçlı örnekleme tekniği tercih edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmayı uygulama sürecinde bazı katılımcılar ses kaydı alınmasını kabul etmemiştir. Bazıları ise ses kaydının varlığından fazlasıyla farkında bulunmuştur. Bu durumun görüşmenin özünü etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Kamu personeli olan çalışanlar arasında amir/yöneticilerin bu görüşmelerin içeriğini öğrenecekleri düşüncesi (onam formunun okunması esnasında altı çizilmesine karşın) hissedilmiştir. Çalışma 25 ilçenin ağırlıklı olarak merkezi konumlanmış sekizinde uygulanmıştır. Kırsal özellikleri baskın olan ilçelerin örnekleme yer almaması çalışmanın kısıtlılıklarından sayılmaktadır.

4. BULGULAR

Bu araştırmada toplam 38 birinci basamak sağlık çalışanı ile görüşülmüştür. Görüşmelerin büyük bölümünde sağlık çalışanları rahat ve içtenlikle sorulara yanıt vermiştir. Ancak üç hemşire ile yapılan görüşme sırasında ses kaydı durdurulmuştur. Özellikle hemşire ve ebelerle yapılan görüşmeler esnasında yönetim ile ilgili konuların daha dikkatle konuşulduğu hissedilmiştir. Görüşmeyi kabul etmeyen dört TSM başkanı neden olarak iş yoğunluğunu göstermiştir veya kendilerine bu nedenle ulaşılamamıştır. Tablo 2’de katılımcıların demografik özellikleri ve çalışma deneyimleri sunulmuştur. Buna göre katılımcılar arasında kadınların, 30-49 yaş grubunun, en az 20 yıllık mesleki deneyimine sahip olanlar ile sağlık ocağı deneyimine sahip olanların çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir. Hekimlerin ikisi aile hekimliği, ikisi halk sağlığı, biri kadın hastalıkları ve doğum uzmanıdır. Hekim dışı çalışanlardan dördü sağlık yönetimi ve iletişim alanlarında lisansüstü dereceye sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çalıştığı birimler ise Tablo 3’teki gibi dağılım göstermektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ve Çalışma Deneyimleri, Ankara, 2016.

Tanımlayıcı Özellik (n=38)		TSM Hekimi*	TSM Ebe/Hemşiresi	TSM Diğer Sağlık Personeli**	Toplam
Cinsiyet	Kadın	7	19	3	29
	Erkek	4	0	5	9
Yaş Grubu	≤29	1	2	1	4
	30-49	10	14	6	30
	≥50	1	3	0	4
Meslekte Geçirilen Yıl	≤4	1	2	1	4
	5-19	6	8	2	16
	≥20	5	9	4	18
Bu TSM’de Çalışılan Süre	≤1	4	4	0	8
	2-5	4	6	5	15
	≥6	4	9	2	15
ASM Deneyimi	Var	1	7	0	8
	Yok	10	12	8	30
Sağlık Ocağı/Sağlık Evi Deneyimi	Var	8	19	6	33
	Yok	3	0	2	5

*ASM hekimi TSM hekimi grubunda, bir aile sağlığı elemanı ise TSM ebe/hemşiresi grubuna dâhil edilmiştir.

**Diğer sağlık çalışanları içinde sağlık memuru, tıbbi sekreter, diyetisyen, sosyal çalışmacı olan hekim ve hemşire/ebe dışı sağlık çalışanları dâhil edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Çalıştıkları TSM Birimine Göre Dağılımı, Ankara, 2016.

TSM Birimi	Sayı (n=38)	%
Bulaşıcı Hastalıklar ve Bağışıklama	8	21,1
Çevre Sağlığı/Tütün Kontrolü/İdari İşler	7	18,4
Aile Planlaması ve Ana-Çocuk Sağlığı	5	13,2
Sağlıklı Yaşam Merkezi/ Ağız ve Diş Sağlığı/ KETEM/ Evde Bakım/ İş Sağlığı	9	23,7
Eğitim	5	13,2
TSM Başkanı	4	10,5

%%: Sütun yüzdesidir.

Bulguların sunumunda görüşmelerden yapılan alıntılarının yanında her bir katılımcı için araştırmacı tarafından belirlenen numaralar verilmiştir. İlçe sıralaması ve ilçedeki kişilerin sıralanması numaralandırma yöntemi olarak kabul edilmiştir (Örn: TSM-1.2, birinci TSM’den ikinci görüşmecidir.).

Betimsel ve sistematik veri analizi sonucunda çalışmanın bulguları üç ana başlık altında toplanmıştır. Kodlama yapılırken ilgili literatürde öne çıkan kavramlar göz önüne alınmış, aynı zamanda görüşme verilerinden çıkarılan kavramlardan da yararlanılmıştır. İlk kategori *sağlık ve hastalık kavramlarının görüşmeciler için anlamını değerlendiren* temaları kapsamaktadır. İkinci kategori kapsamında *sağlığın sosyal belirleyicilerini ele almada farklı kavramsal yaklaşımlar* bir araya getirilmektedir. Bu ana kategoriye ait alt temalar şöyle sıralanmıştır:

- İhtiyacı Olan Bireylere Sosyal Yardım Sağlanması Olarak SSB

- Biyolojik/Genetik ve Davranışsal Risk Faktörleri Olarak SSB
- Maddi Yaşam Koşulları Olarak SSB
 - Fiziksel Çevre, Yoksulluk, Göç
- Sağlık Sisteminin Örgütlenme Biçimi Olarak SSB
 - Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yapısı
 - Meslek Tanımı Dışında Çalışmaya Bağlı Yabancılaşma
- Kamu ve Sağlık Politikaları Olarak SSB
- Toplumdaki Güç ve Paranın Dağılımındaki Eşitsizliklerin Sonucu Olarak SSB
 - Toplumsal Sınıf, Toplumsal Cinsiyet, Hizmete Erişimde Eşitsizlikler

Bulgu olarak değerlendirilen üçüncü ana kategori ise *birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde sağlığın sosyal belirleyicilerini ele alma olanakları ve önündeki engellere* ilişkin temaları içermektedir. Bu temaya ait alt temalar şöyle belirlenmiştir:

- Danışman/Yönlendirici Olarak Birinci Basamak Çalışanı
- Öncelikli Müdahale Alanı Olarak Sağlık Eğitimi
- Birinci Basamakta SSB’yi Ele Almanın Önündeki Engeller
 - Bireylerin Kültürel/İnanç Özellikleri
 - Çalışanın SSB’ye Yaklaşımı
 - Kurum/Yönetici/Mevzuat Engelleri

4.1. Sağlık ve Hastalık Kavramlarına, Halk Sağlığına ve Birinci Basamak

Sağlık Hizmetlerine Bakış

Görüşmecilerin büyük çoğunluğu DSÖ'nün sağlık tanımını yinelemiş olup sıklıkla fiziksel ve psikolojik/ruhsal iyilik hali dile getirilmiştir. Hastalık üzerine daha az görüş dile getirilmiştir. Bunun yanı sıra, fiziksel ve ruhsal sağlıklı olma haline ek olarak çalışma ortamı, monotonluğun olmaması, maddi olarak iyi olmak gibi düşünceler ifade edilmiştir. Sağlığı anlatırken insanın çevresi ile ilişkisine değinen görüşmeciler olmuştur. Bir sağlık memuru kötü sağlığı şehirleşme ve stres ile açıklarken dört ebe/hemşire fiziksel ve ruhsal etkenlerin yanı sıra maddi iyilik hali/sosyoekonomik durumu dile getirmiştir.

Ruhsal ve bedensel iyilik halidir sağlık. Ruh sağlığını her şey etkileyebilir. Ülkenin ekonomisi siyaset, günlük gündemimiz psikolojiyi etkiliyor. (6.2)

İnsanı işinden çalışmasından engel olan durumlar. Sağlık her yerdedir, işte evde... insan işinde kendisine uygun olmayan davranışlarla karşılaşırsa uygun olmayan iş bedensel ve ruhsal hastalıklar getirir. Monotonluk da öyle. (6.3)

Fiziksel ve zihinsel tam bir iyilik halidir. Maddi olarak iyiysen hastalığın yoksa iyisindir. (7.2)

Bedenin ruhun ve sosyoekonomik durumun iyi olmasıdır. Tıp günümüzde daha çok beden sağlığı ile ilgili... Psikolojik boyut göz ardı ediliyor. Alternatif tıp önemli endüstri alanı ama çok gelişmiş olmasına rağmen göz ardı ediliyor. Tıbbi tedavi demek sağlık günümüzde. Tıp eğitiminde ikinci planda ruhsal yönü de sosyal yönü de. Psikososyal yön yok yani. (6.4)

Sağlık tasasız şekilde nefes almaktır. Acı çekmeden... beden için acıdan uzak ruh için tasasız olmaktan başka doğanın bizden isteği yok. Bunu Lucretius söylemiş. Bunu etkileyen neler olabilir. Yolda yürürken birinin yere tükürmesi bile bizi strese sokar. Kimini strese sokar kimini etkilemez. Strese girerseniz ruh sağlığını etkilenmiş olur. Kişiden kişiye değişir sağlık tanımı yani. Aldırış etmeyebilir birisi. Ama hastalık hastası olabilir bazı insanlar bu onların acısıdır tasasıdır.
(3.5)

Halk sağlığı kavramı ise görüşmecilerin tamamı tarafından koruyucu hizmetler çerçevesinde yorumlanmıştır. Görüşmecilerin belirttiği temel sağlık hizmetlerine ait özellikler bu başlık altında toplanmıştır.

Yaşanmadan önce bir olay, onu önlemek çözümünü bulmak gerekiyor. (6.2)

Koruyucu hizmetler öncelikli tabii ki ama tedavi edici hizmetler de önemli ASM'lerin kontrolünü sağlamak gerekiyor. Onlara daha çok görev düşüyor. Hastalarına onlar birinci basamakta verilen hizmetleri anlatsalar etkili olur. Toplumla iç içe olan onlar çünkü. Biz çok iç içe değiliz. (2.2)

Koruyucu hizmetlerdir halk sağlığının özü. Kırsalda yürüme mesafesinde olmalı bir koruyucu sağlık hizmeti. (7.4)

Birinci basamakta ekip çalışması, bütüncül yaklaşım ve koruyucu hizmetlere dair bir bulgu olarak aynı binada hizmet veren çalışanlardan biri şunları ifade etmiştir:

Buraya gelen kişiler aile hekimine gelmişse örneğin beni görüyor burada ya da KETEM'i görüyor. Bir arada olması faydalı bu anlamda bu koruyucu hizmet sunan birimlerin. Bir ekip işi koruyucu hizmetler. Sonraki nesillerde çok iyi sonuçlar alınacak. (2.3)

Aşılama hizmetleri gibi koruyucu hizmetlerin öncelikli olması da belirliyor sağlığı. (4.2)

Birinci basamak sağlık hizmet sunucusu kurumlar olarak TSM'ler aracılığıyla sağlığa bakış görüşmecilerin çalışma deneyimlerine göre farklılık göstermektedir. Öncesinde sağlık ocağı deneyimi olmayan hekimler burada çalışmaya başladıktan sonra verilen hizmetlerin farkına vardıklarını belirtmiştir.

TSM'yi pek bilmiyordum doğrusu ama halkı bilgilendirmek gibi olduğunu gördüm gelince. Çok bilmiyordum. Evde bakım, evlilik raporları ve danışmanlığı, aile hekimliklerinin denetlenmesi, birinci basamağın doğru çalışıp çalışmaması aslında buraya bağlı. Ama gelmeden önce bilmiyordum bunları. Hep hasta bakıp ilaç yazmak gibi düşünüyordum ama burası farklı iletişim çok önemli. Halkla iletişim daha çok tavsiye üzerine kurulu gibi. (2.2)

Önce aile hekimlerine gidiyor kişiler sonra bize geliyorlar. Biz şu kişide bu var deyip gitmiyoruz. Toplumun tamamını hedef alıyoruz biz. Yapılan işler çok daha büyük koruyuculuk anlamında. (5.1)

Örneğin şiddet aile içi, maddi sosyal yardım... hakları neler nasıl yardım alabilir nereye başvuracak bunlar için yönlendiriyoruz. (7.3)

Kendimize ancak müdahale edebiliriz. Topluma ise eğitim vererek ancak. Biz sağlık çalışanı olarak ancak danışmanlık rolüne sahibiz. (8.5)

Doğrusu ben acilde çalışırken hastalara daha çok hak verirdim. Ama buraya gelince gördüm ki burada gerçekten çok şey yapılıyor. Aile hekiminin pansumanını beğenmiyor. Ve devlet ona buradan ekip gönderiyor pansuman için. Yani aslında TSM çok iyi iş yapıyor. Yani gidemeyecek gerçekten ihtiyacı olan kişilere gidip bakımını yapıyoruz. Ben bunu gördükten sonra bunun olabileceğine inanıyorum. Ama burada yalnızca devlet değil... halkın da biraz eğitilmiş olması lazım. Sürekli talep eden değil de elde olanın kıymetini bilip dengeli kullanan. Yani gerçekten ihtiyacı olanın istemesi gerekiyor. (2.2)

Ben diğ hekim olarak burada TSM’de çalışmaya başladıktan sonra farkına vardım bu hizmetlerin genişliğinin. (1.2)

Biz burada çok sayıda işi birlikte yürütüyoruz; iş sağlığı, evlilik danışmanlığı, rapor verme, evlere gidip fiziksel koşullara müdahale ediyoruz, evde bakım asıl işin yanında böyle yol gösteriyor bize. (5.1)

4.2. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kavramına Bakış

Sağlığın sosyal belirleyicileri dendiğinde aklınıza ilk gelen başlıklar nelerdir-sorusuna verilen 31 yanıtın dağılımı Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 4. Sözü Edilen Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Başlıklarının Dağılımı, Ankara, 2016.

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri	Sayı* (n=151)
Sosyoekonomik Düzey/Gelir/Maddi Durum	22
Yaşam Koşulları (Mahalle, Konut, Isınma, Beslenme, Hijyen, Ulaşım)	22
Sağlık Sisteminin Örgütlenme Biçimi ve Mevzuat	20
Aile Yapısı/İlişkileri, Toplumsal Cinsiyet ve Kültürel Özellikler	19
Eğitim	17
Genetik, Biyolojik ve Davranışsal Faktörler	15
Daha Geniş Bir Çerçeve Devlet Politikaları ve Siyasi İlişkiler	8
Yaş/Yaşlılık	8
Toplumsal Eşitsizlikler ve Sosyal Sınıf/Konum/Statü	6
Ruhsal/Psikolojik Faktörler ve Stres	6
Televizyon, İnternet ve Kamu Spotları	5
İş/Çalışma Durumu	3

*: Derinlemesine görüşme verilerinin içerik analizi sonucunda elde edilmiş olan SSB kavramlarının sayısıdır.

Sağlık çalışanlarının sağlığın sosyal belirleyicileri kavramına yaklaşımını değerlendiren bu kategori kapsamında altı alt tema yer almaktadır. İlk alt başlık ihtiyacı olan toplum kesimi için sunulan sosyal yardım hizmetleri olarak SSB'yi kapsamaktadır. Toplumdaki savunmasız, dezavantajlı, yoksun kesimi hedef kişiler olarak ele alan bu yaklaşım literatürde baskın SSB söylemlerinden biri olup bu araştırmada da görüşmecilerin büyük kısmınca ifade edilmiştir. Diğer alt başlıklar ise biyolojik/genetik ve davranışlar risk faktörleri olarak SSB; maddi yaşam koşulları olarak SSB; sağlık ve sosyal politikaları olarak SSB ile toplumda güç ve paranın dağılımındaki eşitsizlikler olarak SSB şeklinde belirlenmiş olup görüşme formunda yer alan soru sıralaması ile uyumludur.

4.2.1. Sosyal Yardım Olarak SSB

Dört TSM'nin sağlık çalışanları sağlıklı olmanın koşullarından birisi olarak bireylerin maddi olanaklarını çeşitli devlet kurumlarının yardım faaliyetleri olarak ifade etmiştir. Bu yaklaşım bu sosyal yardım çalışmaları olarak SSB teması olarak değerlendirilmiştir. Bireylerin yaşam koşullarının sağlığı belirleyiciliğini belirten görüşmeciler etkili müdahale yolu olarak “ihtiyacı olanlara yardımda bulunma”yı önermektedir. Bu yardımların gerçekten ihtiyacı olan kesime ulaşması ise sağlık çalışanlarının birinci basamakta doğru yönlendirmesine ve güçlü bir kurumlar arası iletişime bağlanmıştır. Yönetici olan ve daha önce yöneticilik yapmış görüşmeciler kurumlar arasındaki iletişimin gerekliliğinin altını çizmektedir.

İhtiyaçlarını karşılamayan kesime ulaşmak gerekir bunun için. Giyinme barınma ısınma beslenme ihtiyaçlarının sağlanması gerekir öncelikle... maddi durum var en başta en öncelikli belirleyici olarak. ...Eskiden sağlık ocağında kişiler geliyordu, biz kaymakamlığa gerekli gördüğümüzde bildiriyorduk. Kişileri de yönlendiriyorduk şuraya git diye. Aylık bildirim de yapıyorduk. Bunun temeli şu düşünce, kişi sağlığını önemsiyor sağlık ocağına geliyor ama durumu yok maddi olarak yetersiz... bu kişiye yardım etmek gerekiyor. (7.2)

Bu bölgede bir kurumsal yapı var mı ilgilenecek bu durumla, yok. Geliyor sosyal yardım konusu ama hala yetersiz. Siz gidiyorsunuz bir muayene yaptınız akut bir durum var müdahale ettik ama bu insanların yaşam standardını yükseltmezseniz tek başına ne yapabilir ki? Depresyona da girer, diğer çocuklara da iyi bakılamaz. Alın size sosyokültürel faktörler. Bunları görüyoruz biz. Sosyal

yardımlaşma vakfı var örneğin kaymakamlığın, yavaş yavaş oluşmaya başladı kurumlar ama daha hızlı ve etkin olmalı. Ve sağlık çalışanları olarak bizi daha çok dinleyen ciddiye alan bir kurumsal yapı olmalı. (1.1)

Yani sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı, huzurevleri, belediyeler ve halkla genel olarak bir temas halindeyiz burada. İş bulma, konut, eşya sağlanması gibi konularda maddi destek veriliyor bu işbirliği sayesinde. Evde sağlık hizmeti sırasında sağlık personeli yardıma ihtiyacı olan evleri tespit ediyorlar. Bildiriyoruz bunları. Sonrasında maddi yardım, kömür, giysi, okul yardımı yapılıyor. Bu bölgede bir diğer önemli sorun bağımlılık yapıcı maddeler, AMATEM ile de ortak çalışıyoruz. SGK müdürlüğü le iletişim halindeyiz. Bağımlı bir genci bulduk ve bu merkeze götürülüyor, 20 dk içinde biz hemen iletişim kurup sigortasını yaptırabiliyoruz. Kurumların bu güçlü ilişkileri çok önemli. (5.2)

Ekonomik durumu kötü ise yardımlar yapılıyor, devlet destek veriyor, böyle iyileştirilebilir maddi durum. Kaymakamlık çalışıyor bu amaçla. (5.4)

Ben örneğin küçük uzak bir mahalleye gidiyorum iki gün haftada. 5 çocuklu bir bayan vardı bir gidişimde muhtar bu durumu iletti. Aşılarını biz yaptık. Kaymakamlığa muhtar başvurmasını teşvik ediyor. (5.1)

İki görüşmeci sosyal yardım kapsamında sağlık çalışanının tıbbi bakım hizmeti sunmanın ötesinde sorumlulukları olduğunu dile getirmiştir. Sözü edilen güçlü kurumsal iletişim ağlarının tek başına yeterli olmadığı durumlarda çalışanın bireysel çabasının gereğinin altı çizilmiştir.

Devletimiz sosyal bir devlet olma yolunda çalışıyor. Ancak herkese yardım ulaştırıyor. Bazen tek bir kadın hasta buluyorsunuz mağdur, devletin haberdar olmasını sağlıyorsunuz. Bazen 18 yaş altı gebelik tespit ediyorsunuz sosyal korumaya alınmasını sağlamanız gerekiyor. Yalnızca sağlık hizmeti sunucusu değil sevgi merhamet ve koruma sağlayıcısı da olmak zorundasınız. Bizim kendi aramızda küçük fonlarımız var. Üçer beşer... ramazan paketi... kullanılmamış elbiseler, kız erkek çocuklar diye belirtilip ulaştırılıyor ihtiyaç sahiplerine. Bazılarını sosyal yardımlaşma vakfı ile çözüyorsunuz, bazen de siz o gün çözüyorsunuz. Medya, muhtarlık, sağlık personeli arasındaki iletişim ağı... bunlar sayesinde işte ihtiyacı olan kişilere ulaşabiliyoruz. Etrafına bakarsanız görürsünüz zaten. Ama sizin doğal çevreniz belli restoran AVM lüks bir çevreden oluşuyorsa o zaman görmüyorsunuz. Sosyal farkındalığınız gelişmişse görüyorsunuz. Benim buna ihtiyacım yok diyorsunuz (telefonunu kaldırıp masaya tekrar koydu). (4.3)

Benim buradan başka çalıştığım bir derneğimiz var. Elimizden geldiğince maddi durumu kötü kişilere ailelere yardım ulaştırıyoruz. Ben bu aracımı büyük diye bir buzdolabını taşıyabiliyorum diye aldım. (4.4)

Bu tema altında bir diğer bakış ise sağlığı etkileyen konuların bir kısmını diğer kurumlara bırakmak gerektiğidir. Kurumlar arası işbirliği ve sağlık çalışanının birinci basamaktaki iş yükü değerlendirmeleri bu başlık altında değerlendirilmiştir.

Ama ekonomik düzeyi tek başına değiştiremezsiniz. Kaymakamlık Belediye ile işbirliği yapmak gerek. Sosyal yardım konuların yönlendirilebilir kişiler bu kurumlara. Yine sağlık politikaları doğrudan etkili hizmete ama bizim etkimiz yok. Gelişmeleri iyi gelişmeleri kullanmamız gerekiyor. EBYS sistemi gibi. Aile hekimliğinin iyi yanları gibi... hekimler hastalarını tanıyor artık. Bağışıklama programı çok önemseniyor. Ama bu sistem aile hekimliği TSM'ler hala yeni ve tam olarak benimsenmiş değil. Tüm sosyal konular da sağlığın görevi olmamalı, diğer kurumların alanı olan konular sağlığı etkiliyor. (7.1)

Bazen yönlendirerek bilgilendirerek ücretsiz hizmet verilen yerleri önererek işimizi yapıyoruz. Evi ile ilgili de ancak havalandıralım, şöyle temizlik yapalım, çarşafı değiştirelim gibi önerilerde bulunuyoruz. Çok da karışmıyoruz çünkü eleştirel olabilir o zaman sanki. (2.1)

Kanser taramaları ülkemizde çok başarılı oldu. Ben hastalarımı uygun yaşta olanları bu taramalar için KETEM'lere yönlendiriyorum. Ülkemize obezite programı ve tütünle mücadele de çok başarılı oldu. Spor yapılabilecek yerler önermeye çalışıyorum. (4.5)

Sosyal faktörlere müdahale edilebilir. Örneğin obeziteye, fiziksel aktiviteye, tütüne müdahale edilebilir. Kişilerin ekonomik durumlarına müdahale edilebilir, kaymakamlık aracılığıyla. Belediye ile işbirliği çerçevesinde yine... muhtarla da işbirliği gerekiyor. (5.1)

Belediye milli eğitim emniyet jandarma hatta karayollarının birlikte çalışması gerekiyor. Tek TSM olmaz. İşbirliği yapılması gerekiyor. (8.1)

Hizmet çok önemli ama diğer faktörler de önemli. Belediyeler kaymakamlıklarla birlikte çalışmak gerekir. BELMEK gibi kurslar da faydalı olur. Maddi imkânsızlıkları düzeltebilir. Bu da sağlık üzerinde etkili tabii. (3.1)

Desteklenmesi lazım. Eğitimden ne olur ki demesi ile tabii yapalım okullarla iletişime geçelim deyip yaklaşması aynı değil. Okul yöneticisi vakit ayıramam derse farklı bu büyük fırsat hoş geldiniz ne gün yapalım nasıl yapalım deyip ortak bir paydada buluşursa sizinle farklı olur. Kaymakamlıkla temasa geçmeyi düşündüğümde ben oradakilerin bakışı çok önemli. İlkokulların anaokulların tespiti mesafesi ulaşımı konusunda onların yönlendirmesi kolaylaştırıcı olur. (2.3)

4.2.2. Biyolojik/Genetik ve Davranışsal Risk Faktörleri Olarak SSB

Görüşmecilerden yalnızca ikisi sağlığın sosyal belirleyicileri içinde genetik/biyolojik faktörlerin altını çizmiştir. Genetik özelliklerin öncelikli olduğunu belirten bu görüşmecilerle birlikte tüm çalışanlar bireylerin davranışsal özelliklerinin sağlık ile ilgili konularda belirleyici olduğunu belirtmiştir. Bu bölümde yer alan diğer temalar ile ilişkisi müdahale önerisinde ortaya çıkmaktadır. Bireysel özellikler, davranışlar ve alışkanlıklardan söz eden görüşmecilerin büyük çoğunluğu aynı zamanda “sağlık eğitimi”nin faydalı olduğunu düşünmektedir. Sıklıkla yinelenen bir diğer düşünce ise bireylerin sağlıklarına ilişkin bilinçli olması/benimsemesi/sorumlu olması olarak görülmektedir.

Tabii tıbbi bakım en sona kalsın isteriz. Koruyucu sağlık hizmetleri... sosyal şartları iyileştirelim. Belki de tıbbi bakıma ihtiyaç kalmadan uzun sağlıklı yıllar

geçirebiliriz. Önem sırası böyle koruyuculuk ön planda olmalı, sosyal yaşantımızı değiştirerek başa çıkamayacağımız durumlar da var. Kızamık, ne kadar engel olabilirsiniz? Bir tetanosa engel olabilirsiniz ama kızamık virüsüne olamazsınız. O kısmı bir bitirelim, bağışıklamay. Sonra sosyal yaşantımızı değiştirebilirsek deriz. Tıbbi bakım da en sona kalmalı. Böyle sıralarım... Genetik faktörler tabii ki araya girer de onları ayrı tutarak söylüyorum. (1.4)

Öncelikle genetik faktörler var sonra maddi durum var ki diyetini beslenmeni o belirleyecek, tatilini yaşadığın yeri o belirleyecek. Genetikten sonra maddi durum var. (4.2)

Yaşla da değişir nasıl davrandığımız. Yaşlılar daha alışkanlıklara bağlı olabilir vaz geçemeyebilir sağlıklı şeylerden. (8.2)

Evde bakımda çünkü gözle görülür elle tutulur bir şeyler var. Tedavi pansuman ne ise yapılıyor. Ama sağlıklı beslenmede yok egzersiz için yok uzun süre içinde fayda görecektir kişi... kişinin kişilik özelliği etkili bunda. (7.4)

Beslenme örneğin, sağlıklı dengeli beslenmesi gerekiyor, biz şöyle yap şunu ye diyoruz ama alışkanlık sonuçta. El yıkamayı anlatıyoruz yine alışkanlıklar. Yıkamıyor, yemiyor... insanlar başına gelince hasta olunca bir şeyleri değiştirmeye çalışıyor. Kanseri şüphesi olursa sigarayı bırakıyor. (8.5)

Bana bir şey olmaz düşüncesi bizim halkımızda çok var. Bir kronik hastalığı varsa bir kişinin onunla ilgili ilacı takipleri diğer önlemleri daha çok öğrenmeye çalışacaktır. Yani sağlık durumunun kendisi de eğitimi etkiler. (5.3)

Bunlar (Kişisel faktörler) sağlık hizmetlerine ulaşımı da etkiliyor. Ulaşıyor ama bizim yapmamız gerekenler dışında bir de kendi yapması gerekenler var. O kendi yapması gerekenleri yapmıyorsa bu da sağlıksızlığa neden olabiliyor... Ekonomik durumum yok deniyor, ulaşım sorun olabiliyor, yakınım yok deniyor. Yakını bakmak istemeyebiliyor. Ben niye bakıyorum diyebiliyor. Çok var böyle diyen. Hep ben bakıyorum diyen çok var. Zaten sağlıklı bir yaşlılık da yok. Kendine bakmış spor yapmış sağlıklı bir yaşlı değil bu. Sürekli ilaç yazdırmış. Kronik hastalıkları olan bir profil olduğu için onun yanında hep bir yakınının olması gerekiyor. Ama burada yalnızca devlet değil... Halkın da biraz eğitilmiş olması lazım Sürekli talep eden değil de elde olanın kıymetini bilip dengeli kullanan. Yani gerçekten ihtiyacı olanın istemesi gerekiyor... İhtiyacı olan istesin sağlık hizmetini. Mesela diyor ki ben annemi götüremiyorum. İnanmıyorum çünkü yeni ev almış. (2.1)

(Evlilik danışmanlığında) Talasemi için tetkik yapılıyor kan alınıyor. O esnada cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda konuşuyoruz. Ama çiftler istediğimiz gibi kendileri gelmeyip akrabalarını gönderebiliyor. Bir kitapçık da var onlara veriyoruz ve onlara anlatıyoruz bunları iletin evlenecek çifte diye. Kitabı da ne kadar okurlar bilmiyorum. Pek okuma alışkanlığı yok toplumda... Asıl kişilere sağlıklarının sorumluluğunun onlarda olduğunu anlatmak lazım. Yani kişi farkında değilse bunun bizim de ulaşmamız zor. Öyle bir sistem kurmalıyız ki hastaya her halükarda ulaşmalıyız. Sağlık kişinin kendi sağlığı hekimden daha çok önemsemeli. Yani hekim tabii gidecek ve ikna edecek ama önce kişinin

umursaması gerek kendi sağlığını koruması lazım. Bu açıdan toplumun bilinçlendirilmesi gerekiyor. (2.2.)

Şimdi evlilik danışmanlığı diye talasemi testi yapılıyor ardından diyoruz ki çiftlere karşı odada aile planlanması ile ilgili bilgi verecek hemşiremiz oraya uğrayın. Yok 10 çiftten sekizi uğramadan çıkıyor. Biliyoruz diyorlar. İlgilenmiyorlar. (4.1)

Görüşmecilerin belirttiği, bireylerin sağlık davranışları üzerinde etkili aile yapısı, kültürel özellikler, ailede kadın ve çocuğun konumu gibi belirleyiciler de bu başlık altında değerlendirilmiştir.

Çocuğun, ailenin önemsemesi benimsemesi çok önemli. Kendine değer vermesi, önemsemesi demek... (2.3)

Kişilik etkili olabilir. Kişinin kendi özellikleri, yetiştirilme tarzıyla, kendine güveniyle ilgili olabilir. Eğitiminin de etkisi olabilir. Hem aile hem de okul eğitimi anlamında. Aile faktörü çok önemli. (5.4)

Eğitimli kişilerin yakınlarıyla ilişkileri de iyi oluyor. Ama eğitimsiz yaşlılar daha sağlıksız daha kötü oluyor. Yani gençliği de yaşlılığı da kötü oluyor. (2.1)

Bakın şöyle bir şey, bir program başlatıldı birkaç yıl önce. Bir yıl kadar sürdü. Çocukların psikososyal gelişmesinin değerlendirilmesi projesi, ÇPGD... insanlar hiç duyarlı değildi. Çocuğunuz için konuşacağız sizinle eşinizle karınızla kocanızla gelin diyorduk. Niye gelecekmiş kocamız diyorlardı. Ailenin karı kocanın durumu da etkiliyor bu işleri. (4.3)

Kişisel tercihler önemlidir. Beslenme biçimi yine çok önemli. Telefon kullanımı büyük sorun, tercih ediyor, daha iyisini daha dayanıklısını alayım diyor örneğin. Ama gelir iki şekilde de etkileyebilir. Parası var ve yine de sağlıklı besleniyor, tüketiyor. Parası var ama obez olabilir. (5.2)

Hizmet talebi işte halkın bu özelliklerinden kaynaklanıyor. Tedaviyi almayı etkiliyor. Kültürel düzeyi insanın hizmetten ne kadar yararlanacağını belirler. Bir şey olmaz gerek yok diyorsa gitmez hekime aşıyı reddeder aile planlamasını reddeder... (6.4)

İnsanlar bir de parayla hizmet alacağını düşünmeye başladı... o da sağlığı etkiliyor. Para vermezse kötüdür kalitesizdir diye düşünüyor. (7.4)

Yaşam tarzı öncelik. Paranın da çözemeyeceği şeyler de vardır. (3.4)

Evet hayata bakış açısı nasıl beslendiğini de etkiler. Maddi imkâna doğrudan bağlı olmayabilir. Maddi durumu iyi olup sağlıklı da olabilir insan. Yaşayış tarzı seçtiği şeyler değiştirebilir bunu... İmkânı olanlar daha sağlıklı ortamda bulunabilirler. Ama yine de kişinin çaba göstermesi tembellik yapmaması gerekiyor. (3.4)

En başta önemsemek, bir şeyi istesek mazeret üretmeyiz. Ama istemiyorsak bin türlü bahane buluruz. (8.3)

Örneğin kişiler özel çalışan bir diyetisyene gidip 500 lira verebiliyor. Daha kıymetli oluyor. Bir kan vermek zor bazı kişiler için, gerçekten isteyenlerin

dışındakileri elemiş oluyoruz. Bir gelip sonra hiç gelmiyor ya da dört ay sonra geliyor. Buraya ulaşım çok kolay kıymetli olmuyor. (3.2)

Eğitici yayınlar yapılmalı. İnsanların davranışları değişebilir. (8.1)

Hem çalışana hem halka sağlık eğitimi... davranış biçimi anlatılmalı. İnsanların hakları ne zaman nereye başvuracakları anlatılmalı. Şiddet konusu anlatılmalı, çok büyük sorun... insanlar doktoru devirmeyi amaç edinmiş. İnternet kötü bir araç yanlış bilgi veriyor. (8.4)

Çevresinin temizliğinden tutun da insanların rolleri kendi günlük alışkanlıkları davranışları belirler. Yeme içmeden tutun ruhsal durumuna kadar hepsi bu kişilerin davranışları. (5.1)

Eğitim durumu çok önemli. Sadece zenginlik değil. Zengin olup eğitim durumu düşük bir insan da tavrı davranışı sağlıkla ilgili bilmeyebiliyor. Marketten alır gibi tedavi almak isteyebiliyor. Beni iyileştir diyor. Şu an şimdi beni iyileştir. Serum mu takacaksın tak. Bilmiyor ama serumun içeriğini, ilacın içeriğini. Eğitim durumu bunun sebebi. Farkı görüyorsun. Bir öğretmen ile mesleği olmayan birinin farkını görüyorsun. Bu sıra beklerken ilaç yazarken hep görüldüğü... Parası olabilir ama spora vakit ayırmıyordur. Ama iki başlı etmen var hasta profili açısından: eğitim durumu ve gelir durumu... bunlar davranışı ve sağlık durumunu belirliyor... Eğitim burada yine önemli. Siz kendiniz gidebiliyorsanız hastaneye TSM'yi aramazsınız. Bunu yaptıran da bilgidir. (2.1)

Eğitime geleceğim yine. Bebeklikten çocukluktan gelen aileden başlayan bir eğitim önemli. Erişkin yaş grubunda daha zor bu şekilde bir bilince ulaştırmak. Çocukluktan başlanırsa yararlı olabilir. (2.2)

Aile ve sosyal çevre anlamında bir şekilde anlatılıp değiştirilebilir. Sosyal çevresini değiştirmesi için teşvik edilebilir. (5.4)

Bebeğin bir hastalığı var mı? Hastaysa ailenin bir ihmali var mı? Hastaneye götürdü mü ailesi? Hastanedeki tetkikler yeterli mi tam mı? Hastanede de ihmal olabilir. Ama ailelerde götürmeme gibi bir durum denk gelmedi. Emzirme eğitimi, yatma şekli bunlar önemli aspirasyonla ölümün nedenleri bunlar. Biz bunların eğitimini veriyoruz. Ama uzun zamandır böyle bir ölüm görmedim. Son bir vaka vardı. Kadın kalp hastası, beşinci gebeliği... Doktoru korunmasını önermiş. Ama kadın hamile kalıyor. Çünkü bebek istiyor, çocukları seviyor. Yapacak bir şey yok. Bile bile ölme gitmek gibi bir şey. (1.3)

...daha ayrıntılı bilgi alabilse belki bakış açısı değişir. (1.4)

Benim belli bir nüfusum var, ailelerim var ve gerçekten bir aile bireyi gibi görüyorlar beni. O yüzden onlarla iletişimimde sosyoekonomik faktörler gibi konuları dile getirmemeye çalışırım. Uzak dururum. Çünkü dünya görüşü, yaşam tarzı, inançları, dini görüşleri birbirinden çok farklı insanlar var ailelerim içinde. Bu konuları, yani sen beslenemiyorsun, senin eğitimin, gelirin böyle çünkü sistem bunu destekliyor diye açıklamıyorum. Bunu politikacılara bırakıyorum. Ben bunu yerine sağlık eğitimine ve kişisel çabalara yöneliyorum. (4.5)

Toplumun eğitilmiş olması gerekiyor. Küçüklükten gelen bir şey bu. Sevgi saygı bu. Karşındakine saygı duymalı. Bu işi o yapıyor. Sen bilmiyorsun. Eskiden daha saygılıydık doktora karşı biz... Daha vahşileşti. Saygısızca yapınca bir şeyi saldırganlıkla elde edebileceğini düşünüyor bir şeyleri. (2.1)

Toplumun sağlık davranışı üzerinde televizyon ve internet gibi kitle iletişim araçlarının etkisi de bu tema altında değerlendirilmiştir.

Tv medya sağlık skandalı veriyor sürekli... Şiddet konusu anlatılmalı, çok büyük sorun... Reklamlardaki gibi değil işleyişi. (7.4)

Şiddet büyük sorun... insanlar doktoru devirmeyi amaç edinmiş. İnternet kötü bir araç yanlış bilgi veriyor... medya doğru kullanılmalı. Aşı reddindeki gibi kötü etkiliyor. Savcı çıkıp ben yaptırmam diyor. Hemşire ebe dil döküyor ASM'de TSM'de... ama insanlar medyanın da etkisiyle devlete güvensizliklerini sağlık personeline yansıtıyor. (8.4)

Geliri yüksek demek sağlıklı demek de değil aslında. Beslenme, parası var diye iyi belenecek diye bir kural yok tam tersine nasıl pişirip nasıl yiyeceğini bilmiyordur. TV çok etkili bu haber bülteni sunucuları... kurban bayramında şöyle pişirmek böyle saklamak gerekiyor şeklindeki bilgiler çok faydalı. Doğru bilgi verildiği takdirde medyanın büyük etkisi var. (5.1)

Şöyle düşünelim obez bir kişi var. Sağlığını olumsuz etkileyecek bir durum var. Kişiye birinci basamakta ne yapabiliriz? Bizim doğrudan kontağımız olmadığından aile hekimi önemli burada. Hekimin onu görüp durumun ciddiyetinin farkına varması lazım. Hekimin tütününü bırak demesi bile çok kısa net

bir mesaj ama hekimler olarak unu pek yapmıyoruz. Hekimin obeziteyi saptaması, yönlendirmesi, bir üst basamağa göndermesi. Beslenme alışkanlıkları üzerine, tütün kullanımı üzerine önerilerde bulunabiliriz. Hep bir üst basamağa yönlendirmek de sorunu çözmiyor. (2.2)

(SSB'ye müdahale etmek) Mümkün. Eğitim ile mümkün. İnsanların davranışlarını hijyen beslenme ve diğer sağlık eğitimleriyle değiştirebilirsiniz. Ama ekonomik düzeyi tek başına değiştiremezsiniz. (7.1)

Her insan eğitilmiş olmalı. Eğitilmiş olan insanın işi olur. Maddi olarak düzeyi yükselir eğitime ve sağlığa ayırdığı zaman ve kaynak artar. Ulaşılabilirliği arttığı için sağlığa gösterdiği özen de artar. Olması gereken budur. Ama şimdi insanlar ne kadar eğitilmiş ve maddi durumlu olsa da genel kültür düzeyine ulaşamadıkları için kalabiliyorlar bir yerde. Eğitim önceliklidir. Ama okuryazarlık değil tek yanı sıra sosyal açıdan da eğitilmiş olması gerekiyor insanların. İnsanların değer bilgisi, nerde nasıl davranacağına kadar her şeydir. (5.3)

Hepsi birbiriyle bir bütün. Eğitim düzeyi yine sağlıklı olmayı etkiliyor. Kişilere bir cesaret girişimcilik sağlıyor eğitim durumu. Bazen ise kişilerin karakterleriyle ilgili oluyor eğitimi düşük ama kaymakamın kapısına kadar gidiyor sormaya. (7.2)

4.2.3. Maddi Yaşam Koşulları Olarak SSB

Bu başlık altında sağlığın sosyal belirleyicileri olarak fiziksel çevresel koşullar, gelir/ekonomik durum ile toplumda bu koşulların dağılımına ilişkin görüşlere yer verilmiştir.

Eğitim tek çözüm yolu değil. Ben yaşam koşullarının da düzeltilmesi gerektiğini düşünüyorum. Maddiyat yoksa biraz zor. (1.3)

Biz yönlendiriyoruz bu insanları, kaymakamlığa örneğin. Ama gitmeyebiliyor da. Bazıları var ev verilmiş ev var gireceği ama gitmemiş kalmamış çünkü adamın işi zaten kağıt toplamak işine uygun yerde kalmaya çalışıyor. Verilen ev başka semtte. Sürekli çoğalıyorlar bir de. (6.4)

Fiziksel aktivitelerimiz de azaldı teknolojiyle. Artık yürümüyoruz spor yapmıyoruz. Eskiden dışarıda çocuklar oynar bisiklete binerdi şimdi sayısı azaldı. Oynama yerleri yok çünkü. (1.4)

Sosyal ve fiziksel çevre... beslenme gıdalar... hijyen, hava kirliliği... bunlar hep sağlığı etkiler. Trafik... trafik etkiler. (8.2)

Bulunulan çevre çok önemli. Kişilerin kültürel yapısı da önemli. Yaşadığınız iklim bile önemli, ona göre sağlık sorunları belirlendiği için ona göre de çözüm aranması gerekir. Sıcak havada ishal vakaları daha sık görülür, kirliliği havalı yerlerde solunum hastalıkları... fiziksel çevreyi kastediyorum. (1.3)

kişilerin yaşantıları belirler, çevresi belirler, yaşadığı alan, ekonomik durumu belirler... (1.4)

İşin içine girdikçe farklı görüyorsunuz. Mesela bir köy düşünün, sağlıksız bir köy, temiz suyu yok, yapılar uygun değil, tuvaletler fosseptik... şimdi siz buraya geliyorsunuz sağlık getirmeye çalışıyorsunuz, önce alt yapıyı düzeltmeniz lazım. Sonra diğer eğitim sosyoekonomik düzeyi ile ilgilenebilirsiniz. Sonra kişiler sağlık

hizmetinden faydalanabilir. Bunlar da etkiliyor... kişilerin bulunduğu ortam, alt yapısı... sağlık hizmetleri dışındaki hizmetler... okul var mı? Okulalaşma düzeyi ne? Biz şimdi çok güzel bir ortamdayız, toplum sağlığı merkezi olarak, her yere ulaşabiliyoruz. Ama başka bir yeri düşününce çok önemli ortam, yaşanılan yerin alt yapısı. Temel şartlar çok önemli. (1.1)

Yaşam koşulları ve bireylerin gelir durumu (maddiyat/ekonomik durum) görüşmecilerin tamamınca birbiri ile ilişkili görülmektedir. Görüşmecilerin çoğunluğu ekonomik düzeyi bireyler özelinde değerlendirmektedir. İki hekim ise ülkelerin ekonomik durumunu ayrı tutmuştur.

Çok fakir, sosyoekonomik düzeyi düşük bir insan da hastalık görülme olasılığı daha fazla, sakatlık görülme olasılığı daha fazla... gittiğimiz zaman sosyoekonomik düzeyi düşük insanlar çok ciddi hastalıklarla mücadele ediyor. Evde bir sürü çocuk var, bir de hastaya, yaşlıya, özürlü birine... bakmaya çalışıyorlar. (1.1)

Bir insanın cebinde beş lira olsa yeter ama yoksa o beş lira bir dolmuş binip de evden işe hastaneye gidemez. Bu kadar temel bir şekilde etkili. Genel olarak birinci basamak sağlığa ulaşma sorunu yok insanların. Aile hekimlerine gidiyorlar. (7.1)

Gittiğimiz yerlerde insanlar asgari ücretin de altında ücretlerle geçiniyorlar. 800 lirayla... bu hayatı durma noktasına getiriyor. Memur var işçi var tamam ama bir de hiçbir olanağı olmayan çocuğunu zar zor okutmaya çalışan insanlar var. (7.2)

Bebekten 70 yaşına kadar herkese gidiyoruz. Şu şu tahlilleri yaptır diyoruz ama şu kadar para verilecek... sağlığa ayıracak paramız yok diyorlar. (7.3)

Zengin hastaneye gittiğinde bir doktor daha iyi ilgileniyor işin açığı. Fakire ise başka ilgileniyor. Zenginin zaten özele gitmesi mümkün onu saymazsak durum böyle. (3.5)

Sosyal devletin gerekleri nedir, kişiye sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulmasıdır, birinci basamakta koruyucu tedbirlerin alınması, hastalık durumunda ikinci ve üçüncü basamaklarda tedavi olanaklarının sağlanması... Bunların tamamı ülkenin ve kişinin ekonomisi ile ilgilidir. Ama kastettiğim ekonomik durum derken parayla ilişkilendirmekten ziyade sosyal devletin tanımı gereği hizmetin ücretsiz sunulması ama ülkenin belli bir ekonomisinin olması gerek ki kişiye bunu sunabilsin. Devlet eğer gerçekten sosyal bir devletse politikalarını bu şekilde kuracaktır. Kişinin cebinde parasının olup olmaması değil demek istediğim asıl. (2.2)

Maddi yaşam koşulları temasıyla bağlantılı olarak ifade edilen bir diğer tema ise “göç” ve doğurduğu sağlıkla ilişkili ve sosyal sorunlar belirlenmiştir. Özellikle göçmen nüfusun yoğun olarak ikamet ettiği ilçelerde görev yapan sağlık çalışanları, göçmen bireyler için yaşam koşullarını davranışsal faktörlerden daha öncelikli görmektedir. Göç üzerine belirtilen düşüncelere bakıldığında görüşmecilerin Suriyeli göçmen bireyler ile Türkiye vatandaşı bireyler arasında ekonomik ve sosyal haklar konusunda karşılaştırma yaptıkları saptanmıştır.

Vatandaşlık verilecek nasıl olacak? Hiçbir yerde kaydı olmayan gebeler buluyoruz. Her şey alt üst olmuş durumda sağlık sisteminde. Biz afiş basıyorduk halk için artık Arapça basıyoruz. Angarya gibi oldu artık bu iş. Çalışanlarda yulğunluk oluyor. (4.4)

Sağlığın sosyal belirleyicisi olarak bir de göçmenler var şu an. Göçmenler belirliyor sağlığımızı. Getirdikleri bulaşıcı hastalıklar bir, el ağız hastalığı, kızamık gibi hastalıklar... salgın hastalıklar yönünden önemli. Aşılama açısından takipleri çok önemli. Evlenebiliyorlar burada. Sosyal profil değişiyor. Onların ırkıyla genetik yapısıyla ilgili burada evlendikleri kişilerle gen alışverişi yapılacak ve değişecek. Başvurular olduğu sürece göçmenlerle ilgili sorunlara müdahale ediliyor. (5.1)

Bulaşıcı hastalıklar konusunda göçmenler çok kötü durumdalar. Çöpün içinde yaşıyorlar. Polio, layşmanya yeni yeni risk oluşturmaya başladı. Bunlar yoktu eskiden. TB hastamız var, kayıp bu hastaların bir kısmı bir doz tedavi almış sonra gitmiş. (4.4)

Bu bölgede 25 bin Suriyeli ve diğer göçmenler var. Ruh sağlığı ve evde sağlık hizmetlerini onlara yönelik bu büro çatısında veriyoruz. Yani göçmenlere yönelik hizmetlerin sağlık ayağını biz veriyoruz. Aile hekimleriyle irtibatlandırıyoruz. Eğer aile hekimi yok ise evde sağlık aracılığıyla tedavi hizmetini ve gebe, çocukların takibini yerine getiriyoruz. (5.2)

Yeni bir yere alışmak zor. Fiziksel şartlar, iklim şartları değişiyor. Çevreye, sosyal çevreye uyum sorunu olabilir, stres yaratır bu. Genelde aile hekimlerine

kayıtlı oluyor buradaki göçmenler. Onlar ASM tarafından takip ediliyor. Sağlık hizmeti anlamında, kanser taramaları için uygulamalar pek değişmiyor. (5.4)

Burada METİP var, çalışmaya geliyor insanlar çadırlarda kalıyorlar... yol yok ısınma yok beslenme yok... çocuklar çok kötü durumda ayakları çıplak dolaşıyorlar... para en başta gelen belirleyici olabilir. Ama nasıl göç etti bu insanlar. Şimdi Antepliler Urfalılar bir de Suriyeliler var onlar artık hiç gitmiyor, buradalar yaz kış. Daha ucuza çalışıyorlar. Bu insanlar savaştan kaçtı terörden kaçtı göç etti. Terör de bir sosyal belirleyici. Kan davası var nüfus artışı ondan oluyor doğuracak ki daha çok sayıda olsun... (8.1)

METİP'e gidiyoruz burada biz. Göç edip tarlalarda çalışan işçiler... 6 ay kalıyorlar. İnsanların kültürleri de etkili. Mesela bu işçilere kaymakamlık ilgilendi AB desteğiyle yapıldı bu, ev verildi, çadır daha doğrusu ama sağlıklı koşullarda çamaşır makinesi buzdolabı olan... çoğu çıktı kalmadı oralarda. Çünkü işine yakın yere gidecek adam. Zaten eskiden olduğu gibi tek tek ücret almıyorlar. Dönüm başına para veriliyor. E yol parası mı versin adam tarlaya gitmeye... (8.2)

Burada METİP ile ilgileniyoruz. Çok doğurganlık var. 8-10 çocukları var her ailenin. Aile planlaması temel hizmet olacak. Bu kadar çocuk olmaması lazım. Ben yazı yazdım müdürlüğe kim yazdı bunu diyor oradaki doktor. Devletin en önemli politikası bu olacak. Kadın hakkı diye bir şey yok. Buralarda kadın gebe mi bebekli mi peşinde 10 tane çocuk mu var demeden tarlada çalışıyor. Bildirmiyorlar gebeyi çünkü bilinirse yasak çalışamaz tarlada. Esas önemli olan

tarlada çalışıp para kazanmak. Suriyeliler geldi bu bölgede tarlalarda onlar çalışıyor. Aşısı yok bu çocukların. Onları arıyoruz tarla tarla dolaşıp. Bir çocuğun aşısı yoksa benim 20 yıllık çabam boşa gidiyor demektir. Ev veriliyor evde oturmuyor. Tarla uzakta oraya gitmesi gerek. Gidiyor yakın yere çadır kuruyor sağlıklı hijyen yok... 15-20 kişi bir çadırda. Toplu çadırlar yapıldı birkaç sene önce... tuvaletleri mutfakları umumi çadırları yaşamaya uygun... yine istemeyenler oldu çünkü birlikte yaşamak istemiyor. Gidiyor dağın tepesine tek bir çadır kuruyor. Tuvalet yok toprağa yapıyorlar. Sağlıkları doğrudan etkileniyor en çok kadınlarda hijyen olmadığından sistit, deri enfeksiyonları, göz enfeksiyonları, el ayak parazit hastalıkları var. Çocuklarda ishal, pnömoni... deri hastalıkları yine... layşmanyoz var mesela. (8.3)

Onlar için öncelikler değişecektir... barınma, korunma bunlar öncelik olacaktır. İş barınak korunak onlar için öncelikken benim için değil örneğin. (3.4)

Sağlık koşulları inanılmaz kötü durumda. Ne yapabiliriz? Bu insanların iyi şartlarda barınmaları sağlanması, aile bireyleri ile birleşmesi ancak bir komün oluşturmalarına da izin verilmemesi, olumlu yönleri ortaya çıkarılıp Türk toplumuna entegre edilmesi, kendi içlerinde dile kapanıyorlar, sağlıklı koşullarda diretebiliyorlar. Dil öğrenmek çok önemli karşılıklı. Göçmen sağlığı poliklinikleri çok önemli tedavi edici hizmet ve aşılama için çok önemli psikiyatrik problemler başladı. Maddi engeller var bu kişilerin yaşam koşullarının iyileşmesinin önünde. Kendi ülkelerinde çok daha iyi koşullarda yaşayan insanlar. Hava kuvvetleri subayı bir beyefendi burada gelersiz bir şekilde yaşıyor. (4.3)

4.2.4. Sağlık Sisteminin Örgütlenme Biçimi Olarak SSB

Görüşmecilerin büyük bölümü koruyucu hizmetleri hedefleyen bir sağlık sisteminin gerekli olduğunu düşünmektedir. Sağlık sistemi ve sağlık ile ilgili mevzuatın sağlık çalışanının sağlık ve hastalık yaklaşımı üzerindeki etkisini dile getiren hemşire/ebe görüşmecilerin en çok dile getirdiği konu bağışıklama hizmetleridir. Bağışıklama hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri içinde öncelikli müdahale alanı olarak ifade edilmiştir.

(SSB içinde) sağlık hizmetinin durumu nasıl sunulduğu da var. (7.4)

Yani koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren politika varsa bu toplumun sağlığını koruyan iyileştiren bir faktör oluyor. (4.5)

Sağlık sistemi de doğrudan etkili bu kavramlar üzerinde. Bulunduğunuz sağlık sistemi eşitlikçi bir sistemse, herkese her zaman ulaşılabilir olanaklar sağlıyorsa orada tabii kişilerin sağlıktan faydalanma düzeyi daha yüksek olacaktır. Ama eğer sağlık sistemi bunu hedeflemiyorsa o zaman orada sağlık düzeyinde kişiler arasında farklılık ortaya çıkacaktır. (1.1)

Kişiye sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması, birinci basamakta koruyucu tedbirlerin alınması, hastalık durumunda ikinci ve üçüncü basamaklarda tedavi olanaklarının sağlanmasıdır sağlık sisteminin temeli, sosyal bir devlette olması gereken budur. (2.2)

Hizmeti veren personel etkiliyor sağlığı. Personel eksik, araç yok bunlar da etkili. Mesela evde bakım hizmetine gitme konusunda bir eksiklik var... Personelin yarısı

şu an burada yok örneğin. Hepsi HSM'de, Kurum'da geçici görevlendirmede... TSM'nin yaptırım gücü yok. Devletin sağlık sistemini iyi kurması gerekiyor. (7.5)

Mesela tetraksim dediğimiz aşı var şimdi, daha önce üçlü karma yapıyorduk. Yan etki çok oluyordu, ağrı ateş. Satın alabilen alıyordu yan etkisi az olanı ama bir hasta gelmişti hastaneden demişler bunu bir daha yaptırma demişler ama benim diğerini almam mümkün değil bunu yine yaptıracağım diye... şimdi bütün aşılar karşılanıyor. Filyasyon çalışmaları da öyle şimdi. Artık bir bulaşıcı hastalık sorunu varsa didik didik ediyoruz. (4.2)

Mevzuat olarak, resmi olarak böyle (SSB'ye yönelik) bir sosyal çalışma yok. Açıkça gördük sağlığın sosyal belirleyicileri o kadar önemli ki sağlık hizmeti sunucularının hastalıkları tedavi etme görevini oldukça küçük ölçülere indirmeniz mümkün. Mevzuatla değil eğitimle insanlıkla gelenekle görenekle sağlanacak bir şey bu, sosyal farkındalık. ASM'nin bulunduğu semte göre dahi değişecektir. Size hekim olarak bir uyarın gelmiyorsa, talep yoksa arz da olmayacaktır. (4.3)

Ancak sağlık hizmeti verilebiliyor. Aşı yapabilir ancak o kadar başka da bir şey yapamaz. Türkiye'de sağlık çalışanının tek başına inisiyatif alması zor. Nasıl iletişim kuracaksınız ki; telefonunuzu veriyorsunuz böyle böyle bir şey olursa arayın diye, taciz ediyor adam. Ya da aramayın beni rahatsız ediyorsunuz diyorlar. Aşı reddi konusu örneğin... biz aramak anlatmak zorundayız, arıyoruz bizi şikayet ediyorlar arayıp rahatsız ediyorlar diye. Mevzuat bir kere sağlıklı değil. Git ikna et evine git ara diyor bize. Böyle olmaması gerek. (6.2)

Sistem sizin tek başınıza burada inisiyatif almanıza izin vermez. Yukarıdan gelen bilgi neyse onu uygularız. Yukarıdan gelen sistematize edilmiş verilen görevler yapılır. Ama bu sistemin dışına çıkacak çok az sayıda çalışan bulabileceğinizi düşünüyorum. Yani farklı bir fikri var onu uygulamak istiyor. Birçok kişinin çekincesi sonuçlar oluyor. Olumsuz geri dönüşler alma ihtimali etkili oluyor. Ama böyle mevcut görevlerin dışında çalışmalar hem çalışma arkadaşlarınız hem yöneticiler hatta belki de hukuki anlamda bazı sıkıntılara yol açabilir. (1.2)

Ama gitgide iyileşiyor sağlık hizmetleri. Örneğin biz ilk sağlık ocağına başladığımızda pansuman malzemesi dahi bulamazdık. Kendi çabalarımızla temin etmiştik iki arkadaş. Ambulans içi boş bir araç idi. Öyle sevkiyat yapıldı. Şimdi ama aşıların nasıl saklanması gerektiğini dahi bilmezken biz eğitimler aldık ve öğrendik. Giderek iyileşiyor. Tabii ki yeterli değil ama iyiye gidiyor. Cihazlar arttı değişiklik gösterdi. İntraketi bilmezken şimdi otomatik serum setleri kullanılıyor.(1.4)

Önce aile hekimlerine gidiyor kişiler sonra bize geliyorlar. Biz şu kişide bu var deyip gitmiyoruz. (5.1)

Eğitim verdiğimiz kişilere tekrar ulaşmıyoruz. Aynı yere gitmiyoruz ki her yere ulaşalım. O yüzden eğitimden nasıl yarar gördü ne değiştirdi bunu sorup takip etme şansımız yok. (3.3)

Tophum Sağlığı Merkezinde hiçbir şey yapılmıyor gibi görünüyor ama aslında çok şey yapılıyor. Yapılan tüm işler zincirleme bir etki oluşturuyor. Eğitim, bağışıklama, bulaşıcı hastalıkların bildirimi için yeni bilgi sistemleri... Herkes

ulaşabiliyor aslında. Ücretsiz ve herkes için burada olan bir şey. Süper bir hizmet... keşke bana anlatsaydı birileri zamanında... (1.1)

Biz (birinci basamakta sağlıklı yaşam merkezinde) eğitim ayağını, diğer TSM birimleri uygulama ayağını oluşturuyor. ADSM'ler de tedavi ayağını oluşturuyor. Böylece hizmetler birbirini tamamlıyor. (2.3)

Görüşmecilerden sağlık ocağı ve ASM deneyimi olanlar karşılaştırma yaparak birinci basamak sağlık hizmetleri anlamında yorumlamıştır. Özellikle hemşire/ebeler ile sağlık memurları Aile Hekimliği Sistemi ile birlikte mesleklerinin gereklerini yerine getiremediklerinden söz etmişler; sağlık sisteminin hekim odaklı olduğunu, personel eksikliği yaşandığı takdirde ihtiyacın hekim dışı sağlık personeli tarafından karşılandığını vurgulamışlardır.

(Sağlık evinde) Tektim. Ev halkı tespit fişlerinden sorumluydum. Kırsal kesimde köylerde temelde ana çocuk sağlığı, gebe takipleri idi işimiz. Bilgisayar yoktu. Her şeye hâkim olmak zorundaydın. Her şeyi dosyalıyorduk... (3.4)

Önceden sağlık ocaklarındaydı bu ve daha az okul oluyordu her bir kuruma. şimdi aile hekimliğine geçilince tüm yük TSM'nin omuzlarında. (4.2)

Ama bu sistem aile hekimliği TSM'ler hala yeni ve tam olarak benimsenmiş değil. Tüm sosyal konular da sağlığın görevi olmamalı, diğer kurumların alanı olan konular sağlığı etkiliyor. (7.1)

Çalışma şartları ok iyi değil maalesef. Yönergede yazılanlar gerçekte yok. Odamız gerekli mahremiyeti sağlamıyor. Tartı ve boy ölçerleri kendi çabamızla edindik.

Ben buraya ilk geldim, birkaç ay beklememi istediler şartların olgunlaşması için. Baktım böyle bir şey olmayacak başladım görüşmelerime randevularıma. Eğitime gitmek mümkün tabii ama ancak iki gününü alır eğitimler. Bizim esas işimizi ise bire bir görüşmelerimiz oluşturuyor. Bekleseydim başlangıçta şimdi hala bekliyor olurdum. (3.2)

Daha önce çalıştığım ASM'lerde çok kötü davranışlarla karşılaştım. Hekim aile hekimi yani hemşireye ebeye sanki sahibiymiş gibi davranıyordu. Ben bir süre izin aldım sonra döndüğümde işte doğuracak mısın dediler... bunun gibi şeyler. Yoruldum ben de TSM'ye geçmek istedim. ASM'de işler hemşire ebe üzerinden yürüyor çünkü. Aile danışmanlığı yüksek lisanasım var. Bunu kullanıp bir görev yapmak istiyordum ama bakan değişti ve şu an hiçbir faydası yok bana bu özelliğimin. Üvey evlat gibi oldum yani. Öyle hissediyorum. (6.3)

Bu göreve nasıl atandım, talip oldum... aile hekiminin yanında çalışırken yoruldum. Hastalar gülümsemedin diyor sorun çıkarıyor. Yeni fazladan ne iş olsa hekimin yanında çalışan personelin görevi oluyor. Nerdeyse sonunda hafta sonu toz almaya da gelin gibi bir duruma girdik. Ben e bıraktım orayı ve TSM'ye geçmek istedim. (6.2)

TSM kadın çalışan olarak daha avantajlı ASM'ye kıyasla. ASM koşulları daha ağır ve hak ettiği ekonomik duruma sahip olamıyor hekim dışındaki personel. (8.2)

Sağlık çalışanlarını teşvik etmek için de iş yükünü dengelemek gerekiyor. Ekonomik olarak tatmin olması gerek çalışanın da... TSM'den her türlü eksiklik

aksaklık durumunda ASM'lere personel gidiyor. Bir yer doldurma işlevi görüyor kimi durumlarda TSM çalışanları. Ama TSM'yi zaten doktorlar parasal açıdan kötü olduğu için tercih etmiyorlar. Yani doktor az ama bir açık olduğunda yine TSM'den gidiliyor. Bir de hasta birinin hastası oluyor oysa ki diğer doktorun da bakması daha uygun olacaktır. Ama TSM o açığı dolduruyor. (5.1)

Ben oyuncak eğitimine gittim. Oyuncak denetçisi yetiştirdiler. Sonra mevzuat tam oturmadı sonra aldılar gümrük bakanlığına verdiler. Mesela mevzuatın böyle çok ayaklı olması şöyle bir durum çıkarıyor. Bir markette su satılıyor biz bakıyoruz, gıdaya gıda tarım ...fırında suya biz una gıda tarım... böyle bir karmaşa. Portör muayenesini, milli eğitim hijyen belgesi veriyor. Bir görev karmaşası var. Yetişmiş elemanı yoktu bu görev değişimi olduğunda diğer bakanlıkların. (3.5)

Örneğin benim okullara gidip sıralarda flor uygulamak, muayene yapmak hoşuma gitmiyor. Böyle daha ucuz daha kolay ama küçük de olsa bir klinik ortamı gerekli. ... Burada yaptığımı aktif çalışıyorum diyemem aktif diş hekimliği yapmıyorum çünkü. (1.2)

Çevre sağlığı biriminde bizim sorumlu olduğumuz işler çok sınırlandı 2005'ten bu yana. Şu an sadece su ve tütün ile ilgili denetimler bizde. Bu konularla doğrudan ilgilenmiyoruz yani meslek olarak burada... kişisel düşünceler oluyor bu söylediklerim daha çok. (3.5)

Ben bir de ölüm bildirimlerine bakıyorum... Biraz mesleğin dışında gibi ama böyle teknik bir iş yapıyorum. Biraz mesleğimi yapamıyor olmanın sıkıntısı var ama yine de severek yapıyorum. (1.4)

TSM joker eleman gibi. ASM'lere geçici görev ile gidebiliyoruz. TSM'nin iş yükünü soran yok. Oysaki orada aile hekimlerinin anlaşması çözmesi gerek yerine kimin çalışacağını. (4.1)

Yukarıdakiler ne derse onu yapıyoruz. Ben kendi mesleğimi yapmıyorum örneğin. Benim acilde çalışmam gerekir aslında. Eskiden ne iş yaptığımı bilirdim sıkıntı yoktu. Sonra toplum sağlığı memuru olarak atandım bu duruma geldik. (7.5)

Yani bir ebe olarak ya da bir hemşire hekim olarak sağlığın sosyal belirleyicisi olan faktörlere bakmak için 1000 hasta olması gerek. 3000-4000 hastayla bu olmaz. Bu faktörleri sordukça hasta kişisel yardım bekliyor. Ekonomik durum eğitim durumu bunları nasıl değiştireceksiniz birinci basamakta... (6.2)

Özellikle hemşire/ebe ve diğer sağlık çalışanları tarafından dile getirilen bir diğer konu ise birinci basamağa/sahaya hâkim olmayan kişilerin yönetici pozisyonunda bulunması ile ilgilidir. Hemşire/ebelere göre yönetim birimlerinin hekim ağırlıklı olması sahada hekim dışı personelin çalışmalarına olumsuz yansımaktadır.

Herkesin işini iyi bilmesi yukarıdan gelen emrin görevin doğru geleceği anlamına geliyor... orada da işini iyi bilecek çalışanlar. (6.3)

Üstten başlar müdahale alta birinci basamağa iner. Yani önce belli kurumlar birimler kuracaksınız sonra hekim ebe diyecek ki hastaya sen şuraya başvur buraya git. En son aşamada aile hekimi görev almış olacak. (6.2)

Müdürlük bakanlık yetkililerine söylüyoruz ama yapılmıyor bir şey. (4.2)

TSM üzerindeki yük çok fazla. Belki de branşlaşmanın artması gerekiyor. Asm'lerde halk sağlığı uzmanı, beslenme uzmanı ve psikoloğun da bulunması gerekiyor. ASM'ler yetersiz geliyor. İnsanlar hastalık olarak görünüyor. Nüfus çok fazla. Mesleki bir bilgi eksikliği var bence ASM'lerde. Sosyal faktörlere müdahale etmek için kaynak bulmak ekip bulmak çok zor. Örneğin kağıt için bile aşı izin kağıdı için tanıdık kişiler arası ilişkilerle çözmeye çalışıyoruz. Aile hekimlerinin okul aşılmasını yapması gerekiyor. Beş yaşında bir çocuğun izlemi yapılırken tetraksim de KKK da yapılabilir. Günde 5 araç 28 kişilik ekip çıkıyor okul aşısı için. Ücretsiz bir hizmet gereksiz yere çok pahalıya mal oluyor. (5.3)

Sağlık personeli de eğitimsiz. Sistem değişti ASM'ler eksik kaldı koruyucu hizmetler bilgisi açısından... onları eğitmek gerekiyor. (8.1)

Üstten başlaması lazım değişimin. Arıyorsunuz istiyorsunuz istediğiniz malzeme gelmiyor mesela... yönetimle ilgili sorunlar var. İnsanlar ne yaptığını bilmiyor. Üsttekiler yönettikleri kurumların ne iş yaptığını bilmiyor. Aile hekimliğinde gördüğüm şey işin iyi bir iş yapmak için değil de yalnızca daha çok para gelecek şekilde yapmak... TSM'de olan ise maddi yetersizlik. Burada da çalışan hak ettiğini almıyor. Eğitim eksik, duyarlılık yok... çünkü maddiyet her şey. Sağlık hizmetleri gelişti ama daha iyi olabilir. Bunu yapacak kişiler ise engelleniyor. Çalışanlar desteklenmiyor. (8.4)

4.2.5. Kamu ve Sağlık Politikaları Olarak SSB

Görüşmecilerden iki hekim, üç hemşire ve bir sağlık memuru “sosyal devlet” terimini kullanmıştır. Sosyal devletin gereklilikleri topluma ücretsiz,

erişilebilir, sürekli hizmet olarak ifade edilmiştir. Görüşmecilerin büyük bölümü sağlığın sosyal belirleyicileri kavramını sağlık sistemi ve sağlık hizmeti sunumuyla birlikte devlet politikaları ile açıklamaktadır. “Devletin sorumluluğu” bu tema altında sıklıkla yinelenmektedir.

Sosyal devletin gerekleri nedir, kişiye sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulmasıdır, birinci basamakta koruyucu tedbirlerin alınması, hastalık durumunda ikinci ve üçüncü basamaklarda tedavi olanaklarının sağlanması... (2.2)

Devletin buna göre organize olması gerek. Devlet sorumlu çevresel koşullardan eğitim sağlık politikalarından. (7.2)

(Örneğin) aşının içinde ne var?- aşı Türkiye’de üretilmiyor mu?- Bu iki sorunun cevabını açık ve net olarak Sağlık Bakanlığının vermesi gerekiyor. Biz açıkladığımızda inanmıyorlar. Ama bir kamu spotu olabilir. Yönetmelik çıkarılabilir. Yani eğitimle değiştiremiyorsunuz. (1.1)

Kâğıt üstünde sağlıkla oynuyorlar yukarıdakiler. Yaptık oldu diyorlar. Değişikliğin sağlık politikası üzerinde yapılması gerekiyor. Şimdi binalar kiralık personele değer verilmiyor. (7.6)

Devlet politikasının buna göre yapılması gerekir. Yukarıdakiler lüks arabalarına bineceklerine bunlarla politika yapmakla ilgilensinler. Yukarıdan gelen iş böyle olunca çalışan da özverili olmuyor. (8.3)

Politikalar belirleyicidir. Eğitim sistemi için de sağlık sistemi için de böyledir. Gelişmekte olan ülkelerde politikalar esastır. Diğer gelişmiş ülkelerde ise bir

takım sorunları çözmüş yerlerde böyle olmayabilir. Hem sosyal politikalar hem de sağlık politikaları sağlığın belirleyicisi konumundadır. (1.2)

Bir ülkenin gelirinin %70-80'i faize gidiyorsa o ülkede sağlık alanında yatırım yapılmıyorsa, eğitimde, sanayide yatırım yapılmıyorsa o ülke ilerlemez. ... ama eğitimi devlet verecek. Devlet çocuktan sorumu olacak. Devlet sana vermek zorunda. Devlet aileyi korumak zorunda. Sen sağlıklı birisi olacaksın. Fiziksel ruhsal olarak tam olarak iyi olacaksın böylece. Biri olmazsa öbürü de olmuyor bunlar hep birbirine bağlı. Temel sorumlu devlet. (4.4)

4.2.6. Toplumda Güç ve Paranın Dağılımındaki Eşitsizliklerin Sonucu

Olarak SSB

Bu kategori altında toplumsal sınıf, toplumsal cinsiyet, hizmete erişimde eşitsizlikler alt temaları toplanmıştır. Toplumsal sınıf yaklaşımı genellikle ekonomik/gelir düzeyi farklılıkları ile iç içe geçmiş olarak dile getirilmektedir. Toplumsal sınıf kavramının bu araştırmadaki diğer ifade ediliş şekilleri “sosyal konum”, “sosyal statü”, sosyoekonomik konum” olup toplumsal eşitsizliklerle birlikte ele alınmıştır. Sağlık ve diğer sosyal hizmetlere erişimdeki eşitsizlikler bakış açısı ise görüşmeler ilerledikçe fark edilmiş; ayrı bir alt tema olarak belirlenmiştir.

4.2.6.1. Toplumsal Cinsiyet

Ama ben yaşadığım mahallede bir erkek olarak spor yaparım, eşim koşmaya başladı mı dedikodular yükselmeye başlar. (3.5)

Kaynana kayınbaba ile yaşama var hala ve onlar karşı çıkabiliyor. HPV örneğin... müstehcen bir olay olarak görebiliyor insanlar. Erkekse zaten istemiyorlar... bazen ben hemşire hanıma bakıyorum hep onun almasını istiyorum diyen oluyor. Gidip biz alıyoruz biz bu örneği. (5.4)

Ben araba kullanıyorum. Tek kullanıyorum sıkıştırıyor erkek sürücüler. Genç oğlumla gidiyorum o bile fark ediyor. Kırmızı kabanım var onunla sürmüyorum artık tek başıma araba. Cinsiyet de etkiliyor. Kadın olmak trafikte tek başına ruh sağlığını etkiler insanın. (8.2)

Yani emniyet diyelim, bir kadın hastanın evde şiddete uğradığını düşündük emniyete yönlendirdik. Erkek polisler orada hafife alabiliyor, sözlü şiddet diyorsunuz gülüyorlar. Benim yakınımnda başımıza geldi bunlar. Ondan biliyorum. Yani şiddet deyince aynı şey anlaması gerek polisin de sağlık çalışanının da. Eğitilmesi gerek polislerin de. (6.2)

Ama kadına anlatarak öğreterek olmaz bu. Erkeğe asıl anlatılacak. İmamlara eğitim verildi burada eğitici eğitimi gibi. Ama bir faydası olmadı. Muhtarlar yine önemli ama yok uzaktalar içine girmek gerekiyor bu insanların. TSM'de erkek sağlık personelinin sahaya çıkması lazım. Erkek personel aile planlaması konusunda eğitim veremiyor, konuşamıyor. Eğitilmesi gerek.(8.3)

Bayanlar daha çekimser sağlık konusunda. Eşime sorayım diyor mesela smear konusunda... farklı şeyler duyduk biz diyorlar. Kulaktan dolma şeylerle çekiniyorlar. Kadınlar hep çocuklarla da ilgileniyor. Çocuğu bile bir hastaneye

götürmesi gerekiyor kocama sorayım diyor yine. Okusalardı daha iyi olurdu tabii.

Şu işi yapıyorum deyip de güvenselerdi farklı olurdu tabii. (3.1)

Eğitim düzeyi düşük olsa bile bayanlar kuran kurslarına devam ediyorlar genellikle. Halk eğitim kurslarına ulaşıyoruz. Eğitim düzeyi zaten düşük olan bayanlar oluyor. Biz zaten alt tabakaya ulaşıyoruz. Eğitim ve gelir düzeyi orta ve düşük olan ailelere ulaşıyoruz. (3.3) Bayanların birlikte aktive yapacakları ortamlar faydalı olabilir. Ama çocuklar var eşin çok desteği yok. Çocuğu okula bırak al küçük çocuk var... bunlar engel yaşam tarzı için yapılacaklara. (3.1)

Şöyle bir şey var, çok kalabalık aileler, erkek çalışıyor. Ekonomik durum kötü. Anne tek başına gitmesi gerekiyor. Baba çalışmak zorunda kalıyor. Çalışmayan bir bayan elinde çocuklarla hastanelerde geziyor. Sorun yaşıyorlar sağlık hizmeti alırken. (2.1)

4.2.6.2. Toplumsal Sınıf

Gelir durumu düşük olan biri tabii ki gecekonduda duruyor. Gecekonduda duran biri çok kişiyle yaşıyor. Eğitim zaten yok. Eğitim olsa işi iyi olurdu. İş olsa evi iyi olurdu. Evi iyi olsa sağlık hizmetine ulaşımı iyi olurdu. (2.1)

Öncelikle insanların barınması, gıdası fizyolojik ihtiyaçları gelir. Sonrasında eğitim gelir. Sonrasında ise sağlık hizmeti ile ilgili konular gelir... İş insanın psikolojisini doğrudan etkiler. İş yoksa mesela önce işi olsun ister bir insan. Sonra doyum gelir. Maddi olarak iyi olmalı önce işine kolay ulaşabilmeli. Ekonomik durumunu bu belirler. Sosyal konumu da buna bağlı... (6.3)

Eğer günde 2-3 otobüs değiştirip gidiyorsa birisi işine ruh sağlığı bozulacaktır. Yaşadığı bölge de çok önemli kişinin. Ulaşım etkili insanın sağlığını etkiliyor.
(3.5)

Maddiyat önemli. Mesela eğitime gidiyoruz anlatıyoruz. Dinliyor anlıyorlar ama param yok alamam yapamam diyor. Eğitim çok önemli bir faktör ama maddiyat da eşit derecede önemli bence. Öyle hastalıklar var ki sosyal güvencesi olsa bile karşılanmıyor mesela fizik tedavi alması gerek... daha iyi olacak daha sağlıklı olacak ama üç seans karşılıyor gerisi kendi cebinden... veremiyor yarıda kesmek zorunda kalıyor tedaviyi. (7.3)

Sosyoekonomik durum... belli bir parası varsa ailesinin beslenmesini sağlar. Barınmasını sağlar. Sosyoekonomik durumu iyi olursa en iyi sağlık hizmetini de alırsın, en iyi şekilde ailen beslersin de. Parası olunca mutlu da olur. Eğitim de öyle, paran varsa en iyi okula gönderirsin. (4.1)

İnsanlar kutuplaştırılmış durumda. Burada göçmenler var örneğin Antepli, gecekonduarda yaşamaya çalışıyorlar. Lüks evlerin, sitelerin bir cadde ötesinde... bir tarafta o yüksek lüks binalar bir tarafta bu gecekonduar. Fakir ile zengin arasındaki uçurum arttı. Bu uçurum kültürel olarak da arttı. Uzlaşma, anlaşma, dinleme ortadan kalktı insanlar arasında. (6.4)

Önce insanın çocuğunun sağlığı sonra kendisinin oluyor. Okul yiyecek kıyafet... sonra ancak kendi beslenmesine geliyor. Bazı insanların karnının doyması yetmek zorunda. Almak istiyor ama alamıyor. (7.3)

Önce yaptığın iş, sonra o işe uygun bir yerde yaşarsın. O yaşadığın şehir olur köy olur. Sonra gelip gitme ulaşım durumu... ondan sonra dallanır budaklanır... spor beslenme bunlar gelir. (3.5)

Örneğin asgari ücretle geçinen birisi ne kadar sosyal anlamda kendine zaman ayırır? Sağlığı için bile neleri yapabilir? Ama maddi olarak geliri yüksek kişiler her şeyi yapabilir gezebilir tiyatrosuna gidebilir seyahate çıkabilir sağlığı için de bir şeyler yapabilir. (1.4) Kendilerini herkesle eşit görürlerse iyi olur insanlar. Ekonomik olarak yeterli olursa durumları stres de azalacak ve yine iyi olacaktır. (5.4)

İnsanların eşit şartlarda gelirlere eşit yaşam koşullarına sahip olduklarında mümkün olur. Eşit barınmanın olduğu ve işsizliğin olmadığı bir çevrede ancak insanlar evet artık eğitim ve sağlık durumuma bakabilirim diyebilir. Eşitlik istiyoruz eşit şartlar diyoruz ama şu an bakınca en eşit sistem sağlık gibi duruyor ülkemizde. Çok zengin bir insanın da çok fakir bir insanın da aile hekimi var şu an. Eğitim ve iş alanında ise eşitlik hiç yok. Yani özel hastanede dahi hasta seçimi falan yapamıyorlar artık zengin de fakir de gidiyor. Yapılan işe verilen ücretlerin eşit olması gerek iş alanında. Sağlık politikaları eksi ve artılarıyla etki sahibi tabii ki ama şu an eşitlik statüsüne en yakın alan gibi duruyor. 5.3

Ama bu koku (Hayvanların kesilmesine bağlı bir koku) örneğin Çankaya'da olsaydı bir saat bile sürmezdi hemen hallolurdu. Ama kırsal sayılacak benim mahalleimde böyle değil. Yani zenginlerin tarafı fakirlerin tarafı... bir zengin fakir

olayı var. Gelir eşitsizliğine bağlı oluşan bir yerleşim var. Yerel yönetim de ayrı muamele görüyor.... (3.5)

Girdiğiniz bir ortamda belli oluyor. Kişilerin mesleğine göre ağırlanması, saygı görmesi... veli toplantısında bile böyle oluyor çocuğun okulunda... (6.3)

Ailenin belli bir statüsü maddi durumu olursa eğitim alabilir bir çocuk, olmazsa da belki alır belki almaz. Sonrası da sağlığı belirler. Sağlık bozulursa maddi duruma ve bu statüye göre doktora gideriz mantığı oluyor. Mesela gecekonduya yaşayan bir ailenin çocuğunun gördüğü çevre çok farklıdır daha iyi konutlarda mahallede yaşayan bir diğerine kıyasla. Orada sağlığa önem vermekten önce önem verilmesi gereken başka konular vardır. Karnını doyurmak gibi, iş bulmak, çalışmak, faturalarını ödemek gibi... (5.3)

Aşıya gidiyoruz ve okullar sınıf mevcudu ve aile öğretmen sağlık kurumu iletişimi bakımından çok gelişmiş olsa da bölgeler, mahalleler arası farklılıklar göze çarpıyor. Velilerin yaklaşımı, öğrencilerin davranışları ve öğretmenlerin tutumu karşılaştırılmaz bazı mahalleler arasında. (5.3)

Galiba şartlar insanları ekonomi sosyal düzey yaşadığı çevresini belirliyor. Bir sanayi bölgesinde yaşayan birinin sağlığı ile elit bir yerde her açıdan iyi temiz bir çevrede yaşayan biriyle aynı olamaz. (1.4)

Ekonomiye göre sosyal statü belirleniyor. İnsanlar senin maddi durumuna göre sana toplumsa sosyal bir konum veriyorlar. Ye kürküm ye bu. Güzel giyinip gitsen sana davranışı da değişir. Para belirliyor bütün dengeleri dünyada da böyle. Amerika'nın parası var da böyle söz sahibi. (4.1)

4.2.6.3. Hizmete Erişimde Eşitsizlik

Bulunduđunuz sađlık sistemi eřitlikçi bir sistemse, herkese her zaman ulařılabilir olanaklar sađlıyorsa orada tabii kiřilerin sađlıktan faydalanma dűzeyi daha yűksek olacaktır. Ama eđer sađlık sistemi bunu hedeflemiyorsa o zaman orada sađlık dűzeyinde kiřiler arasında farklılık ortaya çıkacaktır. O zaman eđitim ve gelir dűzeyi burada primer rol oynamaya bařlar. (1.1)

Kırsal kesimde sağlığa ulaşım daha sıkıntılı olabilir. Nűfus, demografik yapı farklı. Yaşlılar artmış durumda. Yardım olmadan doktora ulaşamıyor. Ama ilçede şehirde parası olmasa da fakir halk bir şekilde ulaşmayı başarıyor. Kimi az alıyor parasına bilincine bilgisine gűre kimi ise çok alıyor sağlık hizmetini. (3.5)

Belediyelerin yerleri –spor salonu- var burada, çok cűzi miktarlar vererek bu olanađa ulařabiliyor halk. Hatta doktorundan maddi durumuna dair bir belge gűtűrűrse para alınmayabiliyor. Ama bařka bir yerde bűyle olanaklara sahip deđilse kiřiler çıkıp dıřarıda spor yapmak sık yapılan bir řey deđil. (3.2)

Sađlık hizmeti alacađım alıyorum devlet hastanesinden ama űbűrű gidip en űstűn dűzeydeki hastanede bastırarak parayı. Bu bűyle olamaz. Sosyal devlette bu olamaz. (4.4)

Yoksulluk deđil, vicdansızlık. Hizmeti verenlerin vicdansızlıđı... yoksul olabilir birisi ama o hizmeti veren eřit muamele etse o yoksulluk faktűrű ortadan kalkmıř olur. Eřitsizlik var yani... (3.5)

Bir kere eğitimde eşit fırsatlara sahip olunmalı. Tüm çocuklar eşit imkânlarla sahip olursa hayatları farklı olur. İyi bir işe girer iyi bir evlilik yapar... çocuklarını da böyle yetiştirir. Eğitimde eşitlik olmalı. Çalışanlara da eşitlik olmalı, gelir çalışma koşulları... hepsi birbiriyle ilişkili. (4.1)

Bazı görüşmecilere göre toplumun hizmetlere erişimi ile ilgili bir sorun olmadığı bazı durumlarda sağlık kurumlarına güvensizlik nedeniyle hizmet sunumunun olumsuz etkilenmesi söz konusu olmaktadır.

(Aşı için yürütülen çalışmalarda) Ters tepki verenler de oluyor. Diyelim aile hekimi yok, ya da eksik aşı var aradı bizi, biz arıyoruz kişiyi. Bu sefer niye arıyorsunuz diyor, güvenmeyebiliyor. TC soruyoruz çünkü. Haklı bence. Bir de Suriyelilerle olan bir sorunumuz var. Dil sorunu var. Aşı olmak istemeyebiliyor aileler. O zaman aşı red tutanağı tutuluyor. Doktorlar arıyor aileleri. Okul aşıları yine bir sorun. KKK ve tetrasim yapılıyor okulda birinci sınıfta. Çok büyük yük TSM için müdürlük için... ASM'de yapılırsa oysa okula bu aşı kartıyla kaydolsa? Böyle olması gerek. Özel okullarda daha iyi çocuklar için pırpışlıyorlar tabii ama devlette durum karmaşa, curcuna. Sağlıklı bir ortam olmuyor. Eğitim eşitliği kalmıyor o zaman. Nerde eşitlik? Önceden sağlık ocaklarındaydı bu ve daha az okul oluyordu her bir kuruma. Şimdi aile hekimliğine geçilince tüm yük TSM'nin omuzlarında. (4.2)

Çocuklar hayata bir sıfır yenik başlıyorlar zaten orada. İki aile var birisi en iyi özel okula gönderiyor. Diğeri devlet okuluna gidiyor. Orda yol ayrımı başlıyor. (4.1)

Eşit değiller. Maddi durum burada etkili olabiliyor. Maaşım daha yüksek olsa örneğin spor salonuna giderim. İmkânı olanlar daha sağlıklı ortamda bulunabilirler. (3.4)

4.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İçerisinde Sağlığın Sosyal

Belirleyicilerini Ele Almak

Görüşmecilerin mevcut TSM ve ASM koşullarında sağlığın sosyal belirleyicilerini ele alan müdahaleleri; sağlık çalışanı olarak kendi rollerine ilişkin görüşleri; bu amaca yönelik çalışmalara engel oluşturabilecek durumlar bu kategorinin içeriğini oluşturmaktadır. Çalışanın rolüne ilişkin belirtilen görüşler iki alt temaya ayrılmıştır: danışman/yönlendirici olarak birinci basamak çalışanı ile öncelikli müdahale alanı olarak sağlık eğitimi.

4.3.1. Danışman/Yönlendirici Olarak Birinci Basamak Çalışanı

Birinci basamakta hastaları ve toplumdaki diğer bireyleri ihtiyaç duydukları davranış, aktivite ve yardıma yönlendirmek çalışanın temel görevlerinden birisi olarak belirtilmektedir. Bu tema “iletişim” kavramı ile iç içe geçmekte, birlikte değerlendirilmektedir.

Biz anlatıyoruz her şeyi elimizden geldiğince. Şu dede torun hikâyesinde olduğu gibi. Ama bir yere kadar... bilgilendirme sınırsız burada. (7.3)

Burası farklı (diğer sağlık kurumlarından) iletişim çok önemli. Halkla iletişim daha çok tavsiye üzerine kurulu gibi. (2.1)

Birincisi eğitim ve bilgilendirme yapmak, güncel iletişim araçlarıyla. (6.3)

Kişinin yaşadığı, okuduğu, çalıştığı, seyahat ettiği, alışveriş yaptığı yerler. Fiziksel aktivite yapmak çok önemli. Ama bunu yap şunu yap demek değil. Ben buyum bunları yapıyorum. Sizin için de şunu deneyelim. 15 gün şunları yiyelim. Ayakkabı konusu. Giysi konusu. Nasıl ne ile yürümesi gerekiyor. Bunları ve hekim olarak tek tek anlatıyorum. Komşularımla yürüyorum. Hep eğitime geliyoruz ama. Siz insanlarla iletişim halinde olan bir meslek sahibi iseniz o kadar çok insana toplumda öğretebilirsiniz. (4.3)

Hekimin ve diğer sağlık çalışanının örnek davranış sergilemesi çok önemli. Spor yap diyorsan spor yapman gerek. Sigarayı bırak diyorsan sigara içmemen gerek. Sağlığın psikolojik kısmını atlamamak gerekiyor. Hastalarımızın bir kısmında asıl sorun iletişimsizlik olabiliyor. Baba sürekli seyahatte çocuğuyla hiç zaman geçirmiyor hiç oynamıyor... ve çocuğun muayeneye geldiğinde davranışlarından bunu anlıyorsunuz başka herhangi bir sebeple gelmiş dahi olsa. (4.5)

İletişim çok önemli sağlıkta. İnsanlar en ufak negatif bir şeyden şüphe ediyor. (8.1)

gerçekten neden aşının yapılması gerekli bunların çok iyi anlatılması gerek insanlara. Bilmesi gerekiyor ki hizmeti alsın biz de sunalım. Gerçek bir iletişim yok artık teknoloji arttı çünkü... (6.3)

İşini iyi yapmak, güler yüzlü yapmak, isteyerek severek yapmak sosyal olarak iyi yönde etkiler insanları... halkın sağlık çalışanlarına bakışı farklı olur. (6.3)

Aileyle birlikte çalışmak çok önemli. Daha obezite diyabet ortaya çıkmadan önlemek mümkün oluyor böyle. Bütün aile bireyleri ile iletişim halinde olmak çok önemli bir nokta. (6.5)

Ben kişilere yapacakları şeyler öneriyorum. Spor salonuna gidemeyebilir, evde aç müziği dans et halay çek diyorum örneğin. Çocuğu var küçük çık dışarı yürüyüş yap denemez. Durumlarına göre evde yapabileceği şeylere yönlendiriyorum. (3.2)

Kendimize ancak müdahale edebiliriz. Topluma ise eğitim vererek ancak. Biz sağlık çalışanı olarak ancak danışmanlık rolüne sahibiz. (8.5)

Hekimin tütünü bırak demesi bile çok kısa net bir mesaj ama hekimler olarak unu pek yapmıyoruz. Hekimin obeziteyi saptaması, yönlendirmesi, bir üst basamağa göndermesi. Beslenme alışkanlıkları üzerine, tütün kullanımı üzerine önerilerde bulunabiliriz. (3.2)

Ben hastalarımı uygun yaşta olanları bu taramalar için KETEM'lere yönlendiriyorum. Ülkemize obezite programı ve tütünle mücadele de çok başarılı oldu. Spor yapılabilecek yerler önermeye çalışıyorum. (4.5)

4.3.2. Öncelikli Müdahale Alanı Olarak Sağlık Eğitimi

Eğitim. Bireyin ve sağlık hizmeti sunanın eğitimi. Okul çağında okul öncesi eğitimle başlayıp üniversiteye kadar verilebilir bu eğitim. Ama basın var sosyal medya var görsel yazılı basın ile kişilere ulaşabilirsiniz. Böylece eğitim hem toplumun genelini hem de sağlık çalışanlarına ulaşmış olur. (4.3)

Sağlık çalışanlarının nitelikleri aldıkları eğitim de halka yansıyor doğrudan. (8.4)

Eğitim. Bireyin ve sağlık hizmeti sunanın eğitimi. Okul çağında okul öncesi eğitimle başlayıp üniversiteye kadar verilebilir bu eğitim. Ama basın var sosyal medya var görsel yazılı basın ile kişilere ulaşabilirsiniz. Böylece eğitim hem toplumun genelini hem de sağlık çalışanlarına ulaşmış olur. (4.3)

Her insan eğitilmiş olmalı. Eğitilmiş olan insanın işi olur. Maddi olarak düzeyi yükselir eğitime ve sağlığa ayırdığı zaman ve kaynak artar. Ulaşabilirliği arttığı için sağlığa gösterdiği özen de artar. Olması gereken budur. Ama şimdi insanlar ne kadar eğitilmiş ve maddi durumlu olsa da genel kültür düzeyine ulaşamadıkları için kalabiliyorlar bir yerde. Eğitim önceliklidir. Ama okuryazarlık değil tek yanı sıra sosyal açıdan da eğitilmiş olması gerekiyor insanların. İnsanların değer bilgisi, nerde nasıl davranacağına kadar her şeydir.

Eğitim ve sağlığı güçlendirirseniz diğer kısımlar da yükselecektir. (7.3)

Eğitimle de ilgili insanların davranışı... (7.4)

Devletin üst düzey çalışanları eğitim almalı doktorlar eğitim almalı... (7.5)

Eğitime döndük yine. İlkokul ana okul çocuklarını götürüp gösterirseniz onlar öğreniyor iki elması varsa birini vermeyi öğreniyor. Daha yalın bir hayat sürdürmeyi öğreniyor. (4.3)

Yetişkin bile okumuyor... İnterneti feys diye kullanıyoruz. Amacı bu mu? Eğitim vereceksiniz. Eğitim en önemli araç... (4.4)

4.3.3. Birinci Basamakta SSB'yi Ele Almanın Önündeki Engeller

Birinci basamakta sađlđđın sosyal belirleyicilerine y6nelik m6dahalelerde bulunmanın 6n6nde birtakım engeller tanımlanmaktadır. Bunlardan en sık s6z6 edilenler 6ç başlık altında toplanmıştır: Bireylerin k6lt6rel/inanç 6zellikleri, 7alışanın SSB'ye yaklaşımı, kurum/y6netici/mevzuat engelleri.

4.3.3.1. Bireylerin K6lt6rel/İnanç 6zellikleri

Para vereceğini d6ř6n6yorlar... ulaşım servisler, hizmet tamamen parasız bunu iyice anlattıktan sonra ve diğer onu bağlayan şeyleri yoluna koyduktan sonra ancak tamam gideriz diyorlar. Eşi var 7ocuğu bebeği var evde kaynana var belki... bunlar bağlıyor kadını tabii. (7.3)

Kişilik 6zelliği de etkili tabii. S6ylenenlere inanma var. S6ylentiler oluyor devlette yanlış iğne yanlış aşı olmuş 6lm6ř ř6yle b6yle... 6zel hastane daha 7ok ilgilenecek sanılıyor. TV medya sağlık skandalı veriyor s6rekli... sağlığa bakışı insanların, alışkanlıkları gelenekleri hep sağlığı belirler. (7.4)

İnsanların internetten gereksiz yanlış bilgi edinmesi şu an yaptđđım işin en zor kısmı. 7eşitli dini gruplara 6ye insanlar liderden haram g6nah olarak kabul edip toplu halde reddedebiliyordu. şimdi iki kere arıyoruz aşı ile ilgili endişeleri olan ebeveynleri. Buradan doktorlarımız gidip yerinde konuşabiliyorlar gerekirse bu ebeveynlerle. (5.3)

Sağlık 7alışanı değil kişiler kendileri 6nemsiz g6r6yor. Kişilerin 6zelliklerinden kaynaklanıyor. Y6zde 70 b6yle derim. Telefon geliyor falanca yerde eğitim var. Ben ilgilensem araştırırım bunu. İlgilenmiyor. (3.3)

Personel eksikse KETEM'den TSM'den destek oluyor. ASM ulaşamazsa biz arıyoruz tekrar. Ama olursa erişememe hastadan kaynaklıdır daha çok. (5.4)

Eğitim deyince bir şey öğrenirim deyip durmuyor da kaçıyorlar. Vakit kaybı olarak görüyorlar. Gereksiz görüyorlar. Araştırmaya meyilli değiliz. Bilgili insana burun kıvırıyoruz. Bilgiyi hafife alıyoruz. İyi dinleyici değiliz. Meraklı değiliz. (3.3)

Bir de şöyle bir profil de oluyordu bizde gün içinde üç doktor gezmiş bir de sağlık ocağına geliyor. Tatminsizlik var insanlarda. (1.4)

Küçüklükten gelen bir şey sevgi, saygı. Karşıdakine saygı duymalı. Bu işi o yapıyor. Sen bilmiyorsun. Eskiden daha saygılıydık doktora karşı biz. Artık toplum daha vahşileşti. Saygısızca yapınca bir şeyi saldırganlıkla elde edebileceğini düşünüyor bir şeyleri. (2.1)

Üzüyor bu beni... eğitim verdiğimde böyle karşılık almak, elimden bir şey gelmediğinden üzüliyorum. (toplumun direnç göstermesi) (7.3)

4.3.3.2. Çalışanın SSB'ye Yaklaşımı

Belli bir yaştan sonra kaptırıp gidiyorsunuz. Kabulleniyorsunuz. Pek fazla hareket şansı tanımıyorsunuz herhalde... Ben sınırlarım varmış gibi hissediyorum... Yaptığınız her uygulamada hekim olarak sorumluluk sizde. Bu ciddi bir sıkıntı. (1.2)

Evet öyle olmalı ama genellikle zaman yetersiz oluyor. Örneğin bir çocuk annesiyle aşıya geldiğinde annesine farklı konularda da bilgi vermek gerekir. (1.4)

Mevcut işleyişin dışına çıkmak için kişinin perspektifi olması gerekir... Ben bir şey söylersem bir şeyleri değiştirebilirim. Birilerine faydalı olabilirim.- düşüncesi varsa o zaman o konunun üzerine gidebilir. (1.1)

Sosyal koşullara müdahale edilebilir. Örneğin obeziteye, fiziksel aktiviteye, tütüne müdahale edilebilir. Kişilerin ekonomik durumlarına müdahale edilebilir, kaymakamlık aracılığıyla. Belediye ile işbirliği çerçevesinde yine... muhtarla da işbirliği gerekiyor. (5.1)

Bana kalsa mümkün sosyal faktörleri ele almak ama... devlet desteği önemli. (5.4)

Önceliklerin belirlenmesi gerekir. Ben sosyoekonomik düzey ile ilgili bir çalışma yapmak isterim sosyal belirleyiciler için... (5.3)

Bence bu sosyal faktörlere de müdahale etmeliyiz, edebilmeliyiz. Bu yetki ve yeterliliğe sahip personel olmalı. (1.2)

Açıkça gördük sağlığın sosyal belirleyicileri o kadar önemli ki sağlık hizmeti sunucularının hastalıkları tedavi etme görevini oldukça küçük ölçülere indirmeniz mümkün. Sosyal faktörleri başa koymak gerekiyor... Standart memur zihniyeti ile sosyal konulara eğilmek mümkün değil. Mesai saatlerinde yaparım demek, ailem önce gelir, öğle arası bir saat yaparım... birazcık mesai saatlerini aşmak gerekiyor. (4.3)

Ama hasta sayısı çoksa rutin muayene kısmı yoğunsa çok sayıda veriyi girmeniz gerekiyorsa SSB gibi konulara zaman ayırmak zor oluyor. Hastalara vereceğiniz bilgi azalır. Yeterince anlatamayabilirsiniz. Birinci basamakta böyle (Aile hekimlerini kast ediyor.) Burada TSM’de ise zaten herkes eğitim ile ilgili işlere isteklidir. Gelen yazılar dikkatlice incelenir. (1.1)

4.3.3.3. Kurum/Yönetici/Mevzuat Engelleri

Ancak asıl bu aşamadan sonra desteklenirse devamı gelir ama boşver sen kendi rutin işine bak- derse birisi ona ya da girişimleri sonuçsuz kalırsa üzerine gitmeyecektir. Yani çalıştığınız kurumun sizi destekleyip desteklememesi burada önemli. (1.1)

Yukarıdan gelen iş böyle olunca çalışan da özverili olmuyor. Ben Diyarbakır’da çalıştım özveriyle yapardık işimizi bütün çocukları bulur aşılarıydık. Gebeleri kaçırmazdık hiç. (8.3)

Üst makamlardan zorlama ile kaynak elde edileceğini bilmek gerekiyor. Her şeyi açık ve net olarak anlatmak gerekiyor üst makama. (4.3)

Sorun şu, işi bilen oturmuyor o görevde. İş bilen yapmalı. İş ehline vereceksin. (4.2)

Sağlık siyasileşmiş, doktor ayağına gelsin diyor. Bakanlıktan birini tanıyorsan sırtın yere gelmez. Tehditkâr bir hava var ortalıkta.

Çalışılan kurumda amir de çok önemli, sert olmalı ve kurallar belirli kesin olmalı. Siyasi kişiler hemen gelip her şeyi dağıtabilirler. Sağlam durmak gerekiyor. (8.4)

Devletin düzelteceği şeyler sağlığı etkileyen faktörler. Sosyal devletin yapacağı şeyler vardır. Yalnızca Suriyelileri barındırmak değil ama bunlar. İnsanlar değersiz hissediyor bu durumda. Kime sorarsanız sorun insanlar Suriyeliler konusunda böyle düşünüyor. Devlet bunun böyle olmadığını göstermesi gerek. Biz şimdi müdahale etsek mesela çocuk geldi hastamız şiddet şüphesi oluştu, rapor tuttuk gerekli yerlere ilettik... biz de tehlikedeyiz. Nasıl koruyacağız kendimizi?

(6.2)

Evde bakım hizmetinde örneğin, arıyor herkes... kuralların net olması gerek mevzuatın buna uygun olması gerek. Hep sağlık çalışanının aleyhine kullanılıyor belirsizlikler. Reklamlardaki gibi değil işleyişi. (7.4)

Saha çok farklı. Masa başındaki gibi olmuyor. İyi hizmetler var ama uygulamada sorunlar oluyor. Evde sağlık çok iyi yine genel sağlık sigortası çok şeyleri iyileştirdi... düşünce güzel ama uygulama farklı oluyor bazen. (7.5)

Bir yaşlının aile hekimine gitmesi gelmesi çok zor. Ulaşılabilir değil yani. Mobil hizmet en önemli hizmetlerden biridir ama bu sistem aldı onu aile hekimlerine verdi. Sağlık evleri var kırsalda köylerde hekim gidiyor orda duruyor. Aslında gelemeyen ulaşamayana gitmesi gerek. Burada kapanıyor bu sağlık evleri de artık. Sistemle ilgili bir sorun bu. (7.5)

İşi yapan personel yani hemşire ebe... yukarıdan emri veren ise doktor. Hekim hekimi kolluyor. Aile hekimini yormayalım o halkı memnun etsin biz de oyu alalım deyip TSM iş yükü ve devlete de ciddi bir ekonomik yük olarak dönüyor. Siyasi bir

yönü de var yani bu durumun. Sağlık meslekleri arasında da bir eşitsizlik var. Pamuğun bile hesabı yapılıyor ASM'lerde... (5.3)

Adama göre iş var bizde ama asıl işe göre adam olması lazım. Adam kayırma var çok bariz. İş bilmeyen insanı niye oraya getiriyorsun?! Görevde yükselme diye bir şey oldu burada sınav yapıldı falan sonra kendi adamları kazandı nasıl oluyorsa. (8.3)

Sağlık hem devletin sorumluluğunda hem de devletin dışında bir şey. Sağlığı siyasete karıştırmamak gerek. Gelişen iyileşen sağlıkla ilgili şeyler siyaset haline geliyor. (8.5)

Sistem sizin tek başınıza burada inisiyatif almanıza izin vermez. Yukarıdan gelen bilgi neyse onu uygularız. Yukarıdan gelen sistematize edilmiş verilen görevler yapılır. Ama bu sistemin dışına çıkacak çok az sayıda çalışan bulabileceğinizi düşünüyorum. Yani farklı bir fikri var onu uygulamak istiyor. Birçok kişinin çekincesi sonuçlar oluyor. Olumsuz geri dönüşler alma ihtimali etkili oluyor. Ama böyle mevcut görevlerin dışında çalışmalar hem çalışma arkadaşlarınız hem yöneticiler hatta belki de hukuki anlamda bazı sıkıntılara yol açabilir. (1.2)

Toplum sağlığı çalışanı olarak yaptığınız her şey size verilen görevler demek oluyor. Politikalar ve hiyerarşi... Kağıt üzerinde oturup herkese kolayca görev tanımı yazabilirsiniz. Ama iş ki indiğiniz saha her seferinde farklılık gösterir. Oralarda bu şartlarda uygulayabilmek esas olan o görevleri. Uygulayacak personelin o yeterlilikte olmasını sağlamaktır. Ani kararlar verebilmek ve o sorumluluğu almasını sağlamak önemli... Burada materyal insan olunca çok

küçük şeylerden bile malpraktis çıkabilir. Sağlık çalışanı için bence bu ürkütücü bir şey. (1.2)

Burada neler yapabilirim diye bir program yaptım bir dosya hazırladım, gittim müdürlüğe. Dedim ki bana bir iş tanımı verin. Dosyayı göstermeye fırsat bile bulamadım. Ben dert yanmaya gittim bana dert yanmış oldular. Kendileri böyle dedi. TSM, ASM diyor ki yukarıdakiler bizi dinlemiyor. Müdürlük de aynı şekilde, bakanlık da bizi dinlemiyor diyor. (6.2)

Sosyal faktörlere eğilmek için destek gerekir. Yalnızca maddi değil çalışanların yöneticinin desteği de çok önemli. Ben benim gibi düşünen arkadaşlarımdan destek isterdim. (5.4)

Burada da çalışan hak ettiğini almıyor. Eğitim eksik, duyarlılık yok... çünkü maddiyet her şey. Sağlık hizmetleri gelişti ama daha iyi olabilir. Bunu yapacak kişiler ise engelleniyor. Çalışanlar desteklenmiyor. Ülkemizde çalışkan başarılı insanlar genel olarak desteklenmiyor. (8.4)

Diğer sağlık kurumlarıyla iletişim kurmak biraz zor. Benim için örneğin aile hekimliği birimleriyle birlikte çalışmam çok zor. Bir örnek vereyim bir proje var 0-3 yaş grubunda koruyucu diş hekimliği uygulamalarını içeren aile sağlığı merkezleriyle yürütülecek bir program. Gebelikten itibaren takip etmeyi içeriyor. Ama muayene şartları sağlanmıyor. Ben pek yürüyeceğini düşünmüyorum bu programın. (1.2)

5. TARTIŞMA

Bu araştırma birinci basamak sağlık hizmetleri içinde sağlığın sosyal belirleyicilerini ele almanın olanaklarını ortaya koymak üzere çalışanların yaklaşım ve deneyimlerini anlamının gereğinin altını çizmektedir. Nitel verilere dayanan bu çalışma, günümüzde halk sağlığı alanyazınında merkezi bir konuma sahip olan sağlığın sosyal belirleyicileri kavramının Türkiye’de birinci basamak sağlık çalışanları tarafından nasıl kavrandığı ve buna bağlı olarak uygulamaların nasıl şekillendiği; sağlık sisteminin kendisi olarak SSB’nin temel sağlık hizmetleri ilkeleri açısından nasıl konumlandırıldığı; diğer hangi halk sağlığı kavramlarıyla – ve hangi bağlamlarda ilişkilendirildiği ve hizmetler içindeki öncelik sıralamasının sağlık sisteminde meydana gelen yapısal değişimlerle nasıl değiştiği konuları hakkında derinlemesine bilgiler elde edilmiştir.

5.1. Sağlığı “Sosyal Yönden” Tanımlamak

DSÖ tarafından 1948 yılında yapılmış olan sağlık tanımı görüşmecilerin çoğunluğu tarafından dile getirilmiştir ancak bu görüşler sağlık ve hastalık kavramlarına özgün bir yaklaşım gibi değil öğrenim yaşamı boyunca tekrarlanan ve sağlık çalışanınca bilinmesi beklenen bir tanım olarak algılandığını düşündürmüştür. Bu tanımın fiziksel ve ruhsal yönden iyi olmak bölümü bütün görüşmecilerce dile getirilirken “sosyal yönden” iyilik hali göz ardı edilmektedir. Bazı görüşmecilerin sosyal/toplumsal sözcüklerine yer vermeden maddi iyilik, ekonomik olarak rahat olmak gibi açıklamalar yapması “sosyal” kavramının kolayca dile getirilecek denli benimsenmiş olmadığının göstergesidir.

Bu durumu açıklamak için sağlık ve hastalık kavramlarının tarihsel gelişimine göz atmak gerekmektedir. Sağlık çalışanları, toplumun geri kalanı gibi, doğup büyüdüğü, okuyup çalıştıkları ve eğlendikleri fiziksel ve sosyal çevreden bağımsız düşünülemez. Bir hekim ya da bir ebe, mevcut sağlık sisteminin, sağlık hizmet sunumu modelinin, kabul edilen sağlık meslekleri eğitim müfredatının sınırları içinde, dünyanın genelinde hâkim ekonomik ve politik ortamının etkisi altında yetişmektedir. Hekimlik ve halk sağlığı uygulamaları 19. yüzyıldan başlayarak toplumun tamamının bir gereksinimi ve giderek bir hak olarak kabul görmeye başlamıştır. Ancak tıbbın halk sağlığı dönemi olarak adlandırılan dönemin 1950'lerden itibaren DSÖ'nün kuruluşunun da katkısı ile başladığı kabul edilmektedir. Halk sağlığının klinik dönemi olarak adlandırılan ve bireysel farklılıkların hastalıkların oluşmasını ve gidişatını etkilediğı düşüncesinin baskın olduğu 1950'ler öncesinde ise sağlık, hasta olmamak olarak anlaşılmaktadır (24). Bu çalışmada ise günümüzde dünyada sağlık alanında hâkim olması beklenen halk sağlığı yaklaşımından çok klinik yaklaşım eğilimi göze çarpmaktadır. Biyomedikal yaklaşım olarak da adlandırılan bu yaklaşım toplumun sağlık eğitimini hastalıkların önlenmesi ve sağlığı korumada temel araç olarak kabul etmektedir. Bireylerin sağlıklarını kazanmaları ve bunun için bir mücadele yürütmeleri gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının rolü ise bireylere yol göstermek, eğitim vermek, onları sağlıklı yaşama çağırarak, hasta olanları tedavi etmenin ötesine geçememektedir. Bu tartışma Raphael (2003) tarafından sağlık alanında kavramsal düzeyde meydana gelen paradigma değişimlerinin gerçek yaşamdaki görünümünün farklı oluşu üzerine yapılmış ve varlığın özüne ilişkin bireysel

yaklaşımların daha genel dünya görüşlerini benimsemede engel oluşturduğu şeklinde yorumlanmıştır (120).

Sağlığın fiziksel yönüne dair sağlam bir ön kabul olmasına karşın ruhsal iyilik hali veya psikolojik durumun iyi oluşu anlamında sağlık daha az sayıda görüşmeci tarafından dile getirilmiştir. Sağlığın toplumsal yönü ise ayrı tutulmaktadır. Bu durum sağlık çalışanlarının ancak her günkü mesleki uygulamalarında karşı karşıya kaldığı tanı konulabilir ve tıbbi olarak tedavi edilebilir sorunları kolaylıkla tanımlayabildiklerini göstermektedir. Sağlığın tıplaştırılması olarak da açıklanabilen bu durum 1980'lerden itibaren stresin hastalıkların nedeni hatta zaman içinde hastalığın kendisi olarak tanımlanmaya başlanmasıyla günümüzde gözle görülür elle tutulur süreçlerden ziyade bu süreçlerin altında yatan asıl neden olarak sağlığın toplumsal yönünü retoriğe indirgemıştır (121). Oysa büyük ölçekte sosyal ekonomik ve politik koşulların hem fiziksel hem de ruhsal sağlık üzerindeki etkisi pek çok çalışmada gösterilmiştir. Yirmi altı Avrupa ülkesini kapsayan 37 yıllık bir kohort çalışmasının sonuçlarından birisi işsizlik yaygınlığındaki her %1'lik artışa karşılık 65 yaş altı nüfusta intihar sıklığında %0,79'luk bir artış saptanmıştır. Çek Cumhuriyeti, Rusya Federasyonu ve Polonya'da yapılan, yaşam boyu depresyon sıklığı ve sosyoekonomik düzeyi ele alan kesitsel bir araştırmada sosyal yoksunluk erkek ve kadınlarda depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Eski Sovyetler Birliği ülkelerinde yapılmış bir diğer çalışmada ise şiddetli psikolojik stres ile yoksulluk, işsizlik, düşük eğitim düzeyi, engellilik, diğer insanlara güvensizlik ve sosyal destek eksikliği gibi sosyoekonomik koşullar arasında güçlü ilişki

gösterilmiştir (122). Sağlığın fiziksel ve ruhsal iyilik hali sosyal yönden iyilik halinin sonucu olmaktadır. Bu yargıyı destekleyen bir diğer örnek ise Yüzyıl Gelişme Hedeflerinde doğrudan ruh sağlığını ele alan bir müdahaleden söz edilmemekle birlikte sağlığın sosyal anlamına yönelik hedeflere yer verilmesidir (123).

5.2. Halk Sağlığının Temeli: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Nereye Düşer?

Bu çalışmada birinci basamak çalışanları halk sağlığının merkezi olarak "koruyucu hizmetler"i vurgulamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel unsurlarına bakıldığında bu bulgu şaşırtıcı değildir. Starfield (1998), birinci basamak sağlık hizmetlerini bir sağlık sisteminin bireylerin tüm yeni gereksinimlerinde sisteme ilk girişlerini sağlayan, çok az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti veren, bireylerle ve toplumla herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız, tüm yaşam boyu devam eden ve uzun erimli ilişki kuran, başka kurumlar veya kişiler tarafından sunulan hizmetlerin eşgüdümünü sağlayan aşaması şeklinde tanımlanmıştır (124). Bu tanım aslında birinci basamağın kendisini sağlık sisteminin diğer basamaklarından ayıran temel işlevlerini açıklamaktadır: ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdüm. Bu işlevlerin yerine getirilmesi BBSH'nin kendisine özgü olan üç yapısal özelliğinin varlığına bağlıdır; eşit kaynak dağılımı, uygun finansman yöntemi ve birinci basamağa uygun sağlık çalışanı ekibi. Bir sağlık sisteminin toplum yönelimli olması ve sağlıkta eşitsizlikleri önleyip sosyal adalete katkıda bulunma özellikleri kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada a sıkça dile getirilen bir diğer sağlık hizmetlerine dair özellik grubu ise

hastanın/toplumun memnuniyeti, uygun kayıtların varlığı, hizmet kalitesi gibi diğer basamakların da değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler oluşturur.

Bu özellikler bir araya geldiğinde birinci basamak çalışanlarının sağlığını sosyal belirleyicilerini ele almada öncelikli role sahip olduğu söylenebilir. ABD’de yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre aile hekimlerinin %87’si hastalıkların kaynağını karşılanmamış sosyal ihtiyaçlar olarak belirtirken bu sosyal belirleyicilerin en az tıbbi durumlar kadar önemli olduğunu düşünenler katılımcıların %85’ini oluşturmaktadır. Aynı çalışmaya göre Amerikalı birinci basamak hekimleri hastalarını etkileyen sağlığın sosyal belirleyicilerine müdahale etmenin mümkün olmadığını düşünmektedir. Hekimler bu sosyal ihtiyaçların kaliteli tıbbi bakım hizmeti sunmanın önünde engel oluşturduğuna ancak kendi kontrollerinin dışında olduğuna inanmaktadır (125).

Gottlieb'e göre (2013) halk sağlığına içkin bir konu olan sağlığın sosyal belirleyicileri birinci basamakta üç düzeyde ele alınabilmektedir: bireysel, kurumsal, toplumsal (126). Bir pratisyen hekim veya aile hekimi bireysel düzeyde hastalarını değerlendirirken sosyoekonomik koşullarını da sorgulayabilir, hastalarına temel yaşamsal ihtiyaçları reçete edebilir, onlara yeterli gıda, barınma, ısınma olanaklarına ulaşmada yardımcı olması için sosyal çalışmacı ile birlikte çalışabilir. Ancak hasta bireyler düzeyinde bir çaba hekimin günlük klinik rutiniyle, iş yükü, mevcut kaynak ve beceriler ile doğrudan bağlantılıdır. Kurumsal ve toplumsal düzeyde SSB'yi ele almak ise ekibin diğer üyelerini kazanmak ve yoksun bölgelerde sağlığın geliştirilmesi çabalarını içermektedir. Sağlık düzeyi düşük, risk faktörü sıklığı yüksek olan bölgelere öncelik vermek,

sağlıkta ve sosyal koşullar için eşitlik savunuculuğu yapmak toplum düzeyindeki çabalara örnek verilmektedir (127, 128).

Bu üç düzeydeki SSB müdahalelerin tamamı ne bir ülkedeki sağlık sisteminin örgütlenme biçiminden ne de diğer devlet politikalarından bağımsız düşünülebilir. BBSH çalışanları için hastaların hastalık öyküleri, ayrıntılı aile ve sosyal çevreye dair bilgiler, sağlık hizmetlerinin diğer basamaklarıyla, meslek ve sivil toplum kuruluşlarıyla karşılıklı ilişkileri SSB'yi gündeme getirmede kaynak olarak sayılabilir. Bu çalışmada SSB'yi ele almak ağırlıklı olarak bireysel düzeyde anlaşılmıştır. TSM çalışanlarından ikisi ilçelerinde maddi yaşam koşullarını iyileştirmek amacı ile birtakım yardım fonları oluşturmakta, dernek çalışması yürütmektedir. Kurumsal ve toplumsal düzeyde çabalar çoğunluk için mümkün görünmemektedir. Sağlık ocağı deneyimi olan görüşmecilerin görüşleri değerlendirdiğinde, aile hekimliği sistemine geçişle birlikte özellikle hekim dışı sağlık çalışanlarının mesleklerine yabancılaştığı görülmektedir. Bu durum çalışanların tıbbi bakımın dışına çıkan konuları ele almada isteksiz olması sonucunu doğurmaktadır. Görüşmecilerin büyük bölümü iş yoğunluğundan fırsat bulup SSB konularıyla ilgilenmeye zaman ve güç bulmanın imkansız olduğunu düşünmektedir. "Kendi mesleğini yapıyor gibi hissetmeyen" birinci basamak çalışanlarının SSB'yi ele alma rolünden söz etmek bu noktada gerçekçi görünmemektedir. Görüşmeciler, aile hekimliği sistemine geçişte yaşanan meslek tanımı değişiminin birinci basamakta yürütülen koruyucu hizmetler konusunda yetkin olan çalışanın bilgi ve beceri eksiği olan yöneticilerin altında çalışmak durumunda kaldığını, görev dağılımının mesleki yeterlilik ve eğitim durumundan

ziyade birtakım siyasi, sendikal ilişkiler ile belirlendiğini belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının büyük bölümü halk sağlığının merkezine koruyucu hizmetleri koymakta ancak hem hizmetlerin kalitesinde azalma yaşanmakta hem de bu kavramın altında yalnızca birkaç uygulamanın yer aldığı göze çarpmaktadır. Bağışıklama, sağlık eğitimi, kanserle mücadele (KETEM) en sık sözü edilen müdahale alanlarıdır. Aile hekimliği sistemi halk sağlığı yaklaşımını bağışıklama ve sağlık eğitime indirgemıştır. Bağışıklama dışındaki halk sağlığı uygulamaları için performans baskısı yaşamayan birinci basamak çalışanları sosyal faktörlerin öneminin farkında olmakla birlikte bu konuda bir etki oluşturulabileceğine inanmamaktadır. TSM'ler görüşmeciler için yukarıda sözü edilen belirli koruyucu hizmet başlıkları dışında sağlık hizmeti üreten değil, gerekli olduğunda boş pozisyonlara personel sağlama işlevi gören idari birimlerdir. Aile hekimliği sisteminde, bölge tabanlı, bütüncül ve sürekli sağlık hizmeti dağılmıştır; hastalar ve hizmetler sayısal olarak ifade edilebilmekte ancak hizmetlerin kalitesini tanımlamak zorlaşmaktadır.

Birinci basamağın temelini oluşturan diğer bazı halk sağlığı kavramlarının görüşmeciler tarafından hiç dile getirilmemiş olması da tartışılması gereken noktalardandır. Sağlık okuryazarlığı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlık iletişimi gibi kavramların alanyazında sıkça karşılaşılmakla birlikte sağlık personeli tarafından "koruyucu hizmetler" terimi kadar benimsenmediği söylenebilir. Sağlık Bakanlığı tarafından üzerinde en sık durulan müdahale alanları olan sağlıklı beslenme, obezite ile mücadele, fiziksel aktivite ve tütünle mücadele risk faktörleri yaklaşımının daha genel sosyal-ekonomik-politik

belirleyiciler yaklaşımına baskın olduğunu göstermektedir (13). Sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı ise bu iki kavramın ortasında bir yerde konumlanmaktadır. Sağlık iletişimi, sağlık okuryazarlığı, sağlık öz sorumluluğu gibi diğer kavramlar ise bir yol olarak bireyin sağlıkla olan ilişkisinin farklı durakları olarak betimlenebilir. Bu araştırmada elde edilen bulgular ülkenin sağlık politikalarının temel yaklaşımının birinci basamak çalışanlarının bakış açısının önemli bir belirleyicisi olduğu şeklinde yorumlanabilir. Diğer yandan sağlık politikalarının sahaya aktarılması konusunda çalışanlar hızla gerçekleştirilen dönüşümleri kabullenmede zorluk yaşıyor gibi görünmektedir. Türkiye'de son 10 yıllık dönemde aile hekimliği sistemine geçilmiş, dikey örgütlenme kurumları giderek azalmış, belli halk sağlığı hizmetleri ağırlık kazanmıştır. Artık sağlık çalışanının birinci basamaktaki yükümlülüğü HSM ve Kurum tarafından öncelenen bu belirli konular ile ilgili görevleri yerine getirmektir. Görüşmecilerin yönetim ve denetim ile ilgili görüşleri bu durumu yansıtmaktadır. "İşi bilen in başta olması" birinci basamak çalışanlarınca toplum sağlığı hizmetlerinin, dolayısıyla toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi için ön koşullardan birisi olarak belirtilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin örgütlenme modeli bir ülkede sağlığın sosyal belirleyicileri kavramının nasıl ele alındığının önemli bir göstergesidir. Temel sağlık hizmetleri örgütlenme ilkelerini benimseyen bir sistemde yaygın, sürekli, karşılanabilir ve bütüncül birinci basamak sağlık kurumları sağlık hizmetlerinin çekirdeğini oluşturmaktadır. Türkiye'de sağlığın sosyalleştirilmesi kanunu ile başlayan süreçte ülke genelinde TSH'yi gerçekleştirmek üzere sağlık ocakları

kurulmuştur. 1980'lerle başlayan ve tüm dünyada sosyal devletlerinde köklü değişimler meydana getiren neoliberal ideolojik akımın sonucu olarak kamu hizmetleri sermayeye terk edilmeye başlamıştır. Bugün halk sağlık hizmetleri tıbbi bakım hizmetleri dışındaki belirleyicilerden ayrıştırılmış görünmektedir. Halk sağlığının temel bileşenlerinden olan çevre, iş, gıda ve tarım alanları sağlıktan koparılmış aradaki organik bağ ortadan kaldırılmıştır. Bu araştırmada çevre sağlığı birimlerinde görev yapan görüşmeciler bu bağın önemini vurgulamaktadır. Çevre sağlığı hizmetleri son 10 yıllık sürecin sonunda iş su ve tütün denetimi konularıyla sınırlanmıştır. Birinci basamak çalışanları, mesleklerine yabancılaşmıştır. Benzer bir çalışmada aile hekimlerinin çoğunluğu (%80) hastalarının sosyal ihtiyaçlarının bilip önemsemekle birlikte bu durumun hekim olarak müdahale olanaklarının dışında olduğunu düşünmektedir. Aynı çalışmada hekimlerin yarıdan fazlası ise hastalarının sağlıklı olmak için gerekli kaynaklara sahip olmadığını düşünmekte ancak bu durumun kontrollerinin dışında olarak tanımlamaktadır (125). Şimdiki çalışmada da ortaya çıkan “elinden bir şey gelmemesi duygusu”, toplum tabanlı olmaktan giderek uzaklaşan bir sağlık sisteminin kaçınılmaz sonucu olarak yorumlanmaktadır.

5.3. Sağlık Çalışanlarının SSB'ye Yaklaşımı ve Halk Sağlığı Uygulamaları Üzerine Etkisi

Görüşmecilerin sağlığın sosyal belirleyicilerine yaklaşımı Raphael'in (2013) yedi SSB söyleminden yararlanılarak tartışılmıştır. Bu söylem tipolojisi her bir söylem için anahtar kavramları, hâkim araştırma alanlarını, müdahaleye yönelik paradigmaları ve müdahale örneklerini içermektedir. Bu tipolojide

bilimsel alanın hâkim paradigmalarının yerine eleştirel bir söylem analizine başvurulmaktadır. Bu konuda yapılmış çalışma sayısı oldukça azdır ve ekonomik, politik, sınıfsal güç dengelerinin sağlığı belirleyici etkisi görece azınlıktadır (129).

Bu araştırmada görüşmeciler için birincil öneme sahip sosyal belirleyiciler, sosyoekonomik düzey/gelir ve maddi yaşam koşullarıdır (Bkz. Tablo 3). Genetik, biyolojik ve davranışsal faktörler ile aile yapısı, toplumsal cinsiyet ve kültürel faktörler görüşmeciler tarafından ilişkili bulunmaktadır. Daha düşük bir sıklıkla sözü edilen belirleyici grubu ise sağlıkta/toplumda eşitsizlikler olarak saptanmış olup Raphael'in yapısal SSB söylemi tanımıyla uyumlu olarak yorumlanmıştır. Araştırmaya katılan görüşmecilerin SSB'ye yaklaşımları aşağıda altı başlık altında tartışılmıştır:

5.3.1. Sağlık ve Sosyal Yardım İhtiyacı Anlamında SSB

Bu çalışmada görüşmelerde halk sağlığı çalışanının sağlığın sosyal yönüne dair sorumluluğu konusunda belirtilen görüşler TSM'nin yönlendirici, danışılan, eğitici rolleri çevresinde odaklanmaktadır. Toplumda hastalıkların ve sağlık sorunlarının ortaya çıkması ve ancak bu aşamadan sonra birinci basamakta bireyleri ihtiyaçlarını karşılamak üzere yönlendirmek söz konusudur. Kötü düzeyde SSB'ye sahip olan -çocuk büyüme ve gelişmesi için uygun olmayan koşullar, işsizlik, güvencesizlik, yeterli eğitim ortamına erişememe gibi- bireyler ve topluluklar ihtiyaçları doğrultusunda yönlendirilebilirler. Evsiz bireylerin tıbbi bakımlarının sağlanması, yüksek prevalanslı kronik hastalıklar için kontrol programları yürütülmesi ve göçmen topluluklar için tarama ve erken tanı programlarının teşvik edilmesi bu yaklaşım altında sayılabilecek müdahalelerdir

(130). Halk sağlığı kurumları koruyucu sağlık hizmetlerini sunarken sosyal hizmetler risk altında olduğu düşünölen birey ve gruplara destek sağlamaktadır ancak bu yaklaşım diğer profesyonel aktiviteleri, bilimsel araştırmaları tıbbi bakımın sınırları içinde tutma tehlikesi taşımaktadır. Sonuçta bakım ve sosyal yardım ihtiyacı olarak gözlenen sağlık sorunlarının asıl nedenleri -yetersiz ve sağlıksız yaşam koşulları gibi- göz ardı edilmektedir. Bu SSB söylemi Raphael tarafından hâlihazırda baskın konumda olan tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini daha da güçlendiren, sosyal belirleyicilerin eşitsiz dağılımını görmeye engel olan bir yaklaşım olarak açıklanmaktadır (129).

5.3.2. Biyolojik ve Davranışsal Risk Faktörleri Olarak SSB

Geleneksel epidemiyolojik ve biyomedikal yaklaşım, tütün kullanımı, alkol aşırı tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite ve sağlıksız beslenmeyi içeren bir dizi yaşam biçimine dayanan risk faktörüne odaklanmaktadır. Bu yaklaşıma göre yaşam biçimi seçimi diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar gibi çoğu kronik, bulaşıcı olmayan hastalıkların asıl nedenidir (131).

Risk faktörü yaklaşımı olarak belirtilebilen bu paradigmatik görüşün çerçevesi son yıllarda genişlemiş; sosyal destek, stres, bireyin aile ve arkadaş çevresi gibi özellikler de bireyin kontrolünde, onun bireysel iletişim ve başa çıkma becerileri dâhilinde ele alınmaya başlamıştır. Toplumun bir parçası olarak sağlık çalışanları da hâkim biyomedikal söylemden bağımsız sayılamaz. Bu çalışmada görüşmecilerin büyük bölümü sağlıklı yaşam biçimi edinmede risk faktörleri üzerinde bireyin sorumlu olduğunu belirtmiştir. Bu risk faktörlerini belirleyen asıl nedenlerden -çevre, gelir, sınıf- söz edenler olmuştur ancak son

çözümlemede bireyin kendi yaşamından ve sağlığından sorumlu olduğu düşüncesi hâkimdir.

Bu SSB söyleminde temel varsayım kötü sağlık çıktılarıyla karşı karşıya kalan bireyler ve toplulukların aşırı/sağlıksız biyolojik ve davranışsal özellikler gösterdikleridir. Bazı bireyler veya gruplar yüksek kan şekeri ve kolesterol düzeyine sahip olduğu için ya da fiziksel hareketsiz olup sağlıksız gıdalar seçtiği, tütün kullanıp, alkol tükettiği için diğerlerine kıyasla daha sağlıksız olmaktadır.

Bu söylemde "yardım" söylemine kıyasla daha olumsuz bir anlam taşımaktadır. Öncelikle söz konusu risk faktörleri, yetersiz maddi yaşam koşullarına göre, kötü sağlık çıktılarının ancak küçük bir kısmından sorumludur (132). Bu yaklaşımda bireyler sağlıklı yaşam biçimlerini seçebilme yeteneğine sahip kabul edildiğinden hasta oldukları takdirde bu sonuç kişinin başarısız olduğu anlamına gelecektir. Benzer şekilde bu yaklaşımda da bireylerin davranış biçimleri üzerinde etkili olan yaşam koşulları ve maddi olanakları ihmal edilmekte ve önem açısından ikinci plana atılmaktadır (133).

Bu araştırmada görüşmecilerin tamamı maddi yaşam koşullarının önemini dile getirmiştir. Ancak sosyal belirleyicileri kendi içinde ağırlıklandırmaları istendiğinde kişisel davranışlar/özellikler başta gelmektedir. Bu durum TSM'nin sağlık eğitimi görevinin diğer koruyucu hizmetler içinde baskın olması ile açıklanabilir. Sağlık çalışanlarının çoğunluğu, eğitim konusunda nitelikli ve deneyimli olduğundan bu uygulamayı daha kolay, uygun ortamda ve kaynakla yerine getirebilmektedir. Öncelikli çalışma bir yönde yürütüldüğünde uygulayıcıların aynı yönde elde edilmesi muhtemel sonucu savunmaları doğal

karşılanmalıdır. Üstelik TSM'ler tarafından verilen okul ve halk eğitimlerinin etkilerini değerlendirmeye yönelik sistematik bir çabanın olmayışından da söz edilmektedir. Halk eğitim alır, ancak bu eğitimi sağlıklı yaşam tarzı seçimi için kullanıp kullanmamak kişiye kalmıştır. Sağlık çalışanı ise eğitim verme görevini yerine getirmiştir. Bu çalışmada sağlığın sosyal belirleyicilerini iyileştirmek için birinci basamakta elinden gelen her şeyi yaptığını belirten görüşmeciler bir noktadan sonra toplumun sağlık durumunun kişisel özelliklere bağlı olduğunu belirtmiştir. Yani mevcut sağlık hizmet sunumu yoluyla ulaşamayan her bir kötü sağlık/hastalık durumu kişinin başarısızlığı; sağlık sistemi için ise yapılacak bir şeyin kalmadığı durumlardır. Alanyazında sağlığın geliştirilmesi için önerilen çok düzeyli müdahale planlarında ise "eğitim" piramidin en üst basamağını oluşturmaktadır. Frieden tarafından geliştirilen 5-katlı piramidin tabanı olası etkisi en yüksek sosyoekonomik belirleyicilerden oluşurken üst katlara çıkıldıkça bireysel çabanın arttığı, buna karşılık sağlık düzeyi üzerine etkinin azaldığı sağlıklı davranış seçimine uygun ortamların yaratılması, uzun etkili koruyucu müdahaleler ve tıbbi müdahaleleri içermektedir. Halk sağlığı çalışanlarınca eylemin merkezi olarak görülen eğitim ve danışmanlık Frieden'e göre etkisi görece en az ve çalışanın bireysel çabasına en fazla bağımlı halk sağlığı müdahalesidir. Bu araştırmanın bulgularınca da desteklenen bu durumun nedeni eğitim çalışmalarının en kolay planlanabilir ve uygulanabilir oluşu; aynı zamanda politik bağlamdan uzak ele alınabilmesidir. Ancak eğitim bir halk sağlığı müdahalesi olarak sürekli ve tekrarlı bir şekilde uygulandığı takdirde sağlıklı

davranış geliştirilmesi -dolayısıyla sağlık düzeyinin yükseltilmesi- hedefine ulaşabilmektedir (134).

5.3.3. Maddi Yaşam Koşulları Olarak SSB

Görüşmecilerin büyük bölümü gelir, yaşanılan yer, fiziksel aktivite ve beslenme olanakları başta olmak üzere maddi yaşam koşulları olarak sağlığın sosyal belirleyicilerinin önemini belirtmiştir. Ancak sağlık ve yaşam koşulları ilişkisi, psikolojik ve davranışsal süreçlerden ayırdedilememektedir. Yaşam koşullarını ortaya çıkaran faktörler daha geniş toplumsal ekonomik ve politik bağlamlarda -çalışma koşulları, işsizlik, sosyal güvenlik gibi- değil ailesel, kültürel olarak algılanmaktadır. SSB'yi temelde "yaşanılan ortam" olarak ele alan bu söylem kamu politikaları vurgusu taşımaktadır. Ancak kamu politikalarının toplumun yaşam koşullarını belirleyici etkisi kimi zaman göz ardı edilmektedir. Bu araştırmada görüşmecilerin bir kısmı öncelikli sosyal faktörler olarak yaşanılan mahalle, ev ve fiziksel çevreyi belirtmiş ancak sorular derinleştirildiğinde bu koşulların bireyler tarafından değiştirilmesinin -örneğin daha iyi bir mahalleye taşınarak, daha iyi bir okula giderek- mümkün olduğu görüşü ortaya çıkmıştır. Bu söylem temelde hükümetlerin yanında sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetlerin rolünü altını çizmektedir. Örneğin erken çocukluk döneminin sağlıklı geçirilmesi sağlık hizmetlerinin yanında okullarda ve okul dışı ortamlarda fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme için sağlanacak çevresel ve parasal desteğe bağlıdır. Sağlık çalışanlarından bazıları kurumların birlikte çalışmasına vurgu yapmıştır. Sağlık hizmetleri dışındaki kurumların toplum sağlığı programlarına destek olması gerektiği görüşmecilerin ortak görüşüdür.

Sağlığın geliştirilmesi kavramının da temel ilkelerinden olan sağlığı destekleyen çevreler için politika desteğinin sağlanması bu çalışmada öne çıkan SSB yaklaşımları içinde maddi yaşam koşulları yaklaşımı sağlığın geliştirilmesi kavramsal çerçevesine en yakın olandır.

Bu çalışmada maddi koşullar içinde en çok gelir dile getirilmiştir. Gelir düzeyi, sosyoekonomik düzey, maddiyat aynı anlamda kullanılan sözlerdir. Gelir durumu ve diğer çevresel koşullara maruz kalmanın toplumda değişkenlik gösterdiği de görüşmecilerin sözünü ettiği bir konudur. Bu başlıkta sağlığı belirleyen koşullar toplumsal sınıf, toplumsal cinsiyet, etnik köken, ırk gibi faktörlerle birlikte tanımlanmaktadır ancak toplumsal eşitsizlik yaklaşımından ayrı değerlendirilmektedir. Bunun nedeni var olan farklı etkilenimler kabul edilse dahi bu farklılıklara eğilirken izlenen yolun eğitim ve danışmanlık ağırlıklı müdahaleler olmasıdır. Görüşmecilerin deneyimlerinden örnek verilecek olursa; sosyoekonomik düzeyi düşük olan kadınların günlük yaşamda ev dışında bir etkinlikte bulunmamasına karşın Kur-an kurslarına devam etmektedir. TSM programları kapsamında sağlık eğitimi vermek için bu kurslar uygun yerlerdir. Şu soru sorulmadığı takdirde yaşam koşulları yaklaşımı, bireysel risk faktörleri yaklaşımına daha yakın konumlanacaktır: Neden kadınlara, özellikle de evli, orta yaşlı, öğrenim düzeyi düşük, mesleği, işi, sosyal çevresi olmayan kadınlara- yalnızca bu kurslarda ulaşma imkânı bulunmaktadır?

5.3.4. Ekonomik ve Politik Yapı Olarak SSB

Görüşmecilerden kamu ve sağlık politikalarını dile getirenlerin "sosyal devlet" kavramına vurgu yaptıkları dikkat çekmektedir. Bu yaklaşıma göre sağlık

tıbbi bakım hizmetinin yanı sıra -ve daha etkin bir biçimde- ülkenin hâkim politik söylemi ile uygulanan sağlık ve kamu politikaları tarafından belirlenmektedir. Sağlık sisteminin temel sağlık hizmetleri odaklı olup olmaması, eğitim hizmetlerinin eşitlikçi bir bakışla verilip verilmemesi, sosyoekonomik ihtiyaçları olanların devlet kurumlarınca destek görüp görmediği görüşmecilerin sosyal devlet tanımı için kullandığı bilgilerdir. Bu araştırmada görüşmecilerin çoğu sistem içinde öncü olup yeni bir görüşü savunmanın olanaksızlığını dile getirmiştir. Yönetici pozisyonundaki kişilerin yaklaşımı birinci basamaktaki uygulamaları belirlemektedir. Bu noktada sağlığı yönlendiren, yöneten ve denetleyenlerin sağlığa ve onun asıl belirleyicilerine bakışı toplumun sağlık düzeyinden doğrudan sorumlu tutulmaktadır. Bu çalışmanın önemli bulgularından birisi sağlık çalışanlarının sağlık sisteminin yönetilmesine ilişkin kaygıdır. "İşi bilmeyenin başa gelmesi" üzerinde sıkça durulan bir konudur.

Yapısal koşullar olarak SSB yaklaşımı temelde şu varsayım etrafında şekillenmektedir: Sağlık düzeyinin iyileştirilmesi ve SSB'nin düzeltilip daha adaletli dağıtılması kamu ve sağlık politikaları aracılığıyla olanaklıdır (129). Sağlık sisteminin kendisi bir sosyal belirleyici olarak toplumun sosyal koşullarını ele almada hem engel hem de kolaylaştırıcı olabilmektedir.

Bu yaklaşım DSÖ-SSBK ve başka araştırmacılar tarafından da ortaya konulmuştur. Türkiye'de Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programının eylem alanlarına bakıldığında da politika merkezli bir SSB yaklaşımına rastlanmaktadır (2, 13)

Erken yaşam döneminde deneyimlenen sağlığın sosyal belirleyicileri, yeterli eğitim, beslenme ve barınma gibi temel maddi koşulların hangi ölçüde sağlandığına göre şekillenmektedir. Bu koşullar ise doğrudan ailenin çalışma durumuna, gelirine, çalışma koşullarına ve kaliteli çocuk bakımının sağlanmasına bağlıdır. Bu faktörlerin tamamının kamu politikaları ile ilişkili olduğu görülmektedir ve bu politikaların belirlenmesi veya değiştirilmesi bireysel müdahalelerle ya da toplum tabanlı halk sağlığı programlarıyla mümkün olmamaktadır. Sağlığın belirleyicisi olarak ekonomik ve politik yapıların toplum sağlığını önceleyen bir bakışla ele alınması gerekmektedir (130).

5.3.5. Toplumsal Eşitsizlikler Olarak SSB: Sağlık Çalışanının Çaresizliği

Ekonomik ve sosyal kaynakların toplum içindeki dağılımını konu edinen ekonomi-politik yaklaşımın merkezinde bu eşitsiz dağılımı belirleyen parasal ve siyasi güçler yer almaktadır. Gelir eşitsizliği, çalışma fırsatlarındaki eşitsizlikler, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, eğitim olanaklarında eşitsizlikler sağlığın belirleyicilerinin en etkili olanı olarak belirtilebilir. Bazı yazarlar bu toplumsal eşitsizlikleri farklı sosyoekonomik statülerdeki insanların farklı fırsatlar elde etmesi şeklinde açıklamaktadır. Sosyal belirleyiciler için fırsatlar düzleminde hangi noktada nerede yer alacakları kişilerin toplumda bulundukları sınıfsal konumla belirlenmektedir. Sosyal sermaye kavramı ise bu sınıfsal konumlanışın sonucu olarak edinilmektedir. Bireyin sosyal çevresi içinde, ilişki ağında bağlantılarıdır. Bazı yazarlar sosyal sermayeyi sağlığın sosyal belirleyicileri içinde belirtmekte ancak sınıfsal bağlamı dışında yorumlamaktadır. Yani sosyal sermaye daha genel ekonomik ve toplumsal kaynakların adaletsiz dağıtımının

sonucu değil daha ziyade bireyin sosyal yeteneğine bağlı güvene dayalı ilişkilerinin sonucudur (131).

Bu araştırmada oldukça az sayıda görüşmeci toplumdaki –ve sağlıktaki- eşitsizliklerden doğrudan söz etmiştir. Ancak çok sayıda görüş toplumdaki farklı eşitsizliklere işaret etmektedir: fakir-zengin mahallelerin varlığı, fakir ve eğitimsiz bireylerin daha çok hasta olması, özellikle kadınların işsiz ve eğitimsiz olması gibi görüşler örnek verilebilir. “Eşitsizlik” yaklaşımında hâkim ekonomik ve politik yapılar ile onların meşru ideolojilerinin doğurduğu SSB ve bu belirleyicilerin toplum içindeki dağılımı söz konusudur (132). SSB, arka planında bulunan kamu politikaları ile birlikte tanımlandığında eşitsiz dağılımı görünür hale gelmektedir. Yani ülkelerin geleneksel siyasi yapıları SSB politikalarının eşitliksizlikleri yaratma ya da önleme konusundaki çabalarını gizleyebilmektedir (133). Sosyal demokrat ülkelerde iyi düzeyde SSB ve erişiminin olduğu görülürken liberal ekonomi-politik geleneklerin olan ülkeler toplumda kaynakların adaletli dağıtılması anlamında oldukça geri kalmaktadır. Devlet müdahalesinin en aza indirilip piyasanın güçlenmesini destekleyen liberal dünya görüşüne sahip ülkelerin sağlığın sosyal belirleyicilerinin geliştirilip adaletli dağıtılması konusunda başarısız olmaları doğal karşılanmaktadır. Bu araştırmada “gelişmiş ülkelerin sağlık düzeyleri olarak da gelişmiş olduğu” şeklindeki bir yorum bu yaklaşım içinde tartışılmalıdır. Bu görüş, sosyal refah devletlerinin sağlık ve onun belirleyicisi sosyal koşullar için koruyucu ve destekleyici rolüne işaret etmektedir. Sosyal devlet olmanın gereklerinden söz eden görüşmeciler ise SSB’nin sağlık hizmetlerinin dışında kamu politikalarının özü anlamında etkin oluşunu

vurgulamaktadır. Raphael, Kanada, ABD, İrlanda gibi liberal siyasi geleneklerin toplumsal adalete karşın piyasayı önceleyen anlayışlarının SSB üzerinde hedeflenen gelişimin sağlanamamasının nedeni olarak göstermektedir (133, 134).

Bu son SSB yaklaşımında vurgu eşitsizliklerin kaynağına yapılmaktadır; toplumdaki eşitsizlikler tek başına hastalıkların ve ölümlerin nedeni değildir, bu eşitsizlikleri yaratıp onlardan fayda sağlayanlardır. Bu kişiler ya da gruplar ülkelerde vergi sistemlerinin sermaye sınıfının –zengin kesimin- çıkarına düzenlenmesi; kamusal harcama düzeyini düşürmek; ücretleri ve istihdam koşullarını kontrol altında tutmak; çalışmayı sosyal güvenlik mekanizmalarını esnekleştirmek için lobi yapmaktadır (135, 136). Bu araştırmada yalnızca iki görüşmeci sağlığın sosyal belirleyicileri olarak bu siyasi güç sahibi gruplardan söz etmiştir. Bu kişi ve grupların kendi çıkarları için kamu politikalarını yönlendirme gücüne karşı durulması ise mümkün görülmemektedir. Toplumun genelinin sağlığın sosyal belirleyicilerinin, toplumsal eşitsizliklerin kimlerce ve kimlerin yararına yaratıldığının farkında olması için eğitilmesi gerekmektedir (137). Toplumsal düzeyde bir karşı duruş olmadığı takdirde sağlıkta eşitsizlikler içinde yaşamak “insanın doğası” görüşüne indirgenecektir. Bu noktada retorik önem kazanmaktadır: toplumsal eşitsizliklerin azaltılması mı yoksa ortadan kaldırılması mı?

Bu soruya verilecek yanıt SSB’yi ele almada izlenecek yolu belirleyecektir. Sağlık hizmetleri sunucuları, bütün iş yerleri, eğitim kurumları, akademi eşitsizlikleri yaratanlara –böylece yoksulluğun sürmesini sağlayanlara-

karşı durmak için çalışması gereken alanlardır. Sendikal ve mesleki örgütlerin toplumsal (sağlıkta ve çalışmada) eşitsizlikleri önceleyecek şekilde örgütlenmesi gerekmektedir (138). Bu çalışmada birinci basamakta SSB'yi ele almaya engel olan durumlar içinde dürüst olmayan sendikal ilişkiler dile getirilmiştir. Mesleki pek çok sorundan söz edilmesine karşın görüşmecilerin çoğunluğunun mesleki dernek ve kuruluşlara üye olmadıkları görülmektedir. Devlet kurumlarının yönetici kesiminin SSB kavramına dirençli olduğu; halkın ise sosyal faktörlerin farkında olmadığı bir durumda sağlık çalışanlarının yaşamları boyunca içselleştirdikleri biyomedikal yaklaşımın dışına çıkmaları mümkün görünmemektedir. Bu çalışmada görüşmeciler mevcut sağlık sistemi içinde toplumun sağlığını düzeltmenin, insanları fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyileştirmenin mümkün olduğuna inanmamaktadır. Toplumda bazı kesimler – yoksul, eğitimsiz, göçmen gibi- için yapabilecek bir şeyin olmadığını düşünenlerin sayısı görece fazladır. Bu çalışma altta yatan esas neden olarak toplumsal eşitsizliklerin farkında olunduğunu ancak bu konuda yeterli beceriye ve kaynağa sahip olunmadığı düşüncesinin hâkim olduğunu göstermiştir. Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanı kendisini yetersiz ve çaresiz hissetmektedir. Benzer bir çalışmada da başvuruların sosyal ihtiyaçlarına cevap vermekte hekimlerin beşte dördünün kendisini yetersiz hissederken üçte ikisi mevcut sağlık sisteminin eşitlikçi olmayışını bu durumun asıl nedeni olarak göstermiştir (125). DSÖ Avrupa Bölgesi toplantısından çıkan “Sağlık 2020” sağlık ve refah için Avrupa çerçeve sözleşmesinde sağlıkta hakkaniyet bir değer olarak

benimsenmiştir. Bu politik çerçevede sağlıkta eşitsizliğin ortadan kaldırılması değil eşitsizliklerin azaltılması odak noktasıdır (139).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak bu çalışmada, çoğunluğu TSM çalışanı olmak üzere (36 kişi) toplam 38 kişiyle sağlığın sosyal belirleyicileri kavramı üzerine derinlemesine yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler esnasında, deneyim anlamında en sık sözü edilen halk sağlığı müdahaleleri; sağlık eğitimi, bağışıklama, aile planlaması ve göçmenlere yönelik uygulamalar olarak sıralanabilir.

Görüşmecilerin sağlığın sosyal yönünü ifade etmede fiziksel ve ruhsal sağlık kadar rahat olmadıkları gözlenmiştir. Sosyal yönden sağlık veya sağlığı belirleyen sosyal etmenler biyomedikal tıp anlayışının etkisi altındaki sağlık çalışanları için belirsiz bir kavram olarak görünmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicileri başlığı altında ağırlıklı olarak dile getirilen kavramlar gelir durumu, barınma, beslenme, ısınma gibi fiziksel yaşam koşulları ile eğitim düzeyidir. Genetik/biyolojik ve davranışsal özellikler, sağlık sistemi ve hizmet sunumuna dair özellikler ile sağlık politikaları ise sıkça sözü edilen diğer konular olmuştur. Eşitsizlik/eşitlik kavramı ise az sayıda görüşmeci tarafından gündeme getirilmiştir. Bu bulgular sonucunda sağlık çalışanlarının baskın olarak yansıttığı SSB yaklaşımı, bireysel/davranışsal risk faktörleri yaklaşımı olarak belirlenmiştir.

TSM çalışanları sağlığın sosyal belirleyicilerini sağlık hizmet sunumu sürecinde ele alırken birçok engelle karşılaşmaktadır. Bu engeller doğrudan çalışanın dünya görüşüne, birinci basamaktaki çalışma ortamına/olanaklarına, yönetsel birimlerle ilişkilere/yöneticilerin konuya bakışına bağlı olarak ortaya çıktığı gibi hizmetlerin hedefi olan bireylerin kültürel özellikleri, alışkanlıkları, eğitim durumu ile ilişkili olabilmektedir. Bu çalışmada SSB'nin birinci basamak

sağlık hizmetleri çerçevesinde de ele alınması gerektiği ancak sözü edilen engeller nedeniyle yeterince ele alınamadığı görüşü ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanları, sağlığın sosyal belirleyicilerinin öneminin farkındadır ancak bireysel yaşantıları boyunca etkisi altında oldukları liberal ideolojik söylem onları “sağlıksızlığın asıl nedeni olarak toplumsal eşitsizlikler” karşısında “bireyin sağlıklı olma sorumluluğu” görüşüne yakınlaştırmaktadır.

DSÖ’nün 70 yıldır yinelenen “fiziken, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak sağlık tanımını hedeflemek toplumsal adaleti savunmak ile eşdeğerdir. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin düzeltilmesi için ilk adım sağlık sisteminin hak temelli bir yaklaşımla örgütlenmesidir. Halk sağlığı programlarının planlanması ve uygulanmasında öncelik eşitsizlik ve ayrımcılığı önlemek olmalıdır. Ulusal kamu politikaları ancak sınıfsal eşitsizliğin ortadan kaldırılması temelinde şekillendirdiğinde sağlık düzeyinin yükselmesi mümkün olacaktır.

Birinci basamakta SSB’nin etkin ele alınması için bu araştırmada elde edilen bulgular ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- SSB kavramı hâlihazırda Sağlık Bakanlığının eylem planlarında yer bulmaktadır. Ancak halkla doğrudan iletişim halinde olan birinci basamak çalışanları bu programdaki rollerinden haberdar değildir. Bakanlık, Kurum ve İl Halk Sağlığı Müdürlükleri düzeyinde sağlık yöneticilerinin SSB’yi bütüncül bir yaklaşımla ele almak için sağlık çalışanlarının sahaya ilişkin gözlem ve deneyimlerinden yararlanması gerekmektedir.

- Aile hekimleri için hastaların sosyal ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik değerlendirme araçları geliştirilmelidir. Riskli sağlık davranışlarının varlığı, maddi yaşam koşulları, sosyoekonomik statü gibi özellikler saptanmalı, analiz edilmeli, müdahale olanakları tartışılmalı ve takip edilmelidir. TSM ve Müdürlükler diğer kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleriyle ilişki içinde olmalı; bireylerin sosyal sağlıklarının bildirimi elektronik bilgi sistemlerine entegre edilmelidir. Örneğin bir aile hekimine kayıtlı yaşlı bir bireyi düşünelim, diyabet hastası bir bireyin birinci basamak sağlık kurumuyla tek ilişkisi ilaçlarını reçete ettirmek için ASM'ye gelmekten ibaret olmamalıdır. Hastalık kaydının yanında AH, hastası hakkında başka bilgiler de edinmelidir; yaşadığı ev ve kişiler, ısınma durumu, ulaşım durumu, gelir durumu, sosyal çevre ve fiziksel aktivite durumu, beslenme durumu. Bu bilgiler birinci basamakta SSB olarak yaşlılığı ele almanın ilk aşamasıdır. TSM eşgüdümünde kurgulanacak bir SSB hizmetler ağı içinde Eğitim, Aile, Çalışma, Çevre, Gıda Bakanlıkları ile Kaymakamlıklar ve Belediyelerin sosyal yardım birimleri ve sosyal dayanışma dernekleri yer almalıdır. SSB'ye yönelik çabalar tıbbi bakım hizmetlerinden ayrı tutulmamalı, eşgüdüm, süreklilik ve denetimin sağlanması esas olmalıdır.
- Sağlık meslekleri eğitiminde SSB'ye yer verilmelidir. SSB'yi önceleyen bir halk sağlığı liderlik kılavuzu oluşturulmalıdır. SSB bilgisi standardize edilmediği takdirde sağlık kurumlarının konuyu ele alışında yönetici pozisyonundaki kişilerin dünya görüşü yönlendirici olmaktadır. Bu

araştırmada da bazı görüşmeciler üstten gelen, masa başında alınan kararlar toplum sağlığına nüfuz etmekten uzaktır. Sağlığın sosyal belirleyicilerine ancak tabandan güç alan halkı ve birinci basamağı bir araya getiren katılımcı bir yaklaşımla müdahale edilebilir. Sağlık ocağı sisteminde yürütülen halk sağlığı komiteleri böyle bir uygulamanın örneğidir. Ancak aile hekimliği sistemi koruyucu hizmetleri poliklinik hizmetlerinin içinde dar bir alana indirgeyip ekip çalışmasını zayıflattığından böyle bir uygulama zor görünmektedir.

- Özellikle ebe/hemşireler ve sağlık memurları aile hekimliği modeliyle birlikte mesleklerine yabancılaşmıştır. Sağlık mesleklerinin görev tanımları SSB kavramsal çerçevesi temelinde yeniden yapılmalıdır.
- Kötü sağlık durumunu ve sağlıkta eşitsizlikleri yaratan toplumsal yapıyı dönüştürmede etki oluşturmak için hem halk sağlığı uzmanlarının hem de birinci basamak çalışanlarının etkili iletişime önem vermesi gerekmektedir. Halk ve politika yapıcılarla kurulacak iyi iletişim SSB'yi ele almada önemli bir aşamadır. Halka SSB'yi anlatmak görüldüğü kadar kolay değildir; insanlar kişilik özellikleri, davranışları ve kötü çevresel koşullarıyla doğrudan yüzleştiklerinde olumsuz tepki vermektedir. Hangi sözcüklerle hangi kavramsal çerçevede konuşulduğu dahi müdahalelerin sonucunu etkilemektedir.
- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi halk sağlığı alanyazınında sağlıkta eşitsizlikler olarak SSB'ye kıyasla daha büyük bir yere sahiptir. Sağlığın geliştirilmesi için toplumsal adalet ve sağlık hakkını savunmak halk

sağlığı çalışanlarının amacı olmalıdır. Bunu başarmak için sağlık okuryazarlık, sağlıklı yaşam biçimi seçimi, sağlık özsorumluluğu gibi kavramların birey eğilimli anlamlarından uzaklaştırılıp toplumsal sınıf temelli eşitsizlikler bağlamında değerlendirilmesi gerekir. Sağlık Bakanlığı son yıllarda "sağlığın teşviki ve geliştirilmesi" konusunda etkili çalışmalar gerçekleştirmiştir.

- Sağlığın sosyal belirleyicileri Türkiye’de halk sağlığı araştırmaları gündeminde daha çok yer almalıdır. SSB’ye ilişkin verilerin düzenli ve sürekli bir biçimde toplanması için ulusal düzeyde bir bilgi sisteminin oluşturulması bu araştırmaları ileriye taşıyacaktır.
- Birinci basamakta sağlığın sosyal belirleyicilerini iyileştirmeyi hedefleyen eylem çalışmaları yürütülmeli, örnek müdahaleler sağlık politikalarının eşitlik temelinde düzenlenmesi için kullanılmalıdır.
- Birinci basamakta tedavi edici sağlık hizmetinden sorumlu olan ASM'ler hastalarının sosyal ihtiyaçlarını belirlemek için kısa ve uygulaması kolay kontrol listelerinden yararlanabilir. Tıbbi bakım almak üzere hekime başvuran bireyler böylece hastalıklarının altında yatan asıl nedenler açısından sorgulanmış olacaktır. Bu uygulamayla "sosyal belirleyicilere yönelik ihtiyaç analizi"nin standardize edilmesi; ülke genelinde aile hekimlerinin günlük mesleki pratikleri içine girmesi amaçlanmaktadır. TSM'ler bu uygulamanın yürütücüsü ve denetleyici olmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization: Principles. Geneva: World Health Organization, 1948.
2. World Health Organization. A Background Paper Prepared for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2005a. Erişim 20.10.2016, http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf
3. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO Press, 1986. Erişim 24.10.2016, <http://www.who.dk/policy/ottawa.html>
4. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO Press, 2005.
5. World Health Organization. The World Health Report 2008, Primary health care: now more than ever. Geneva: WHO Press, 2008.
6. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. CSDH final report. Geneva: WHO Press, 2008.
7. Marmot M. Health in an unequal world. Lancet 2006;368(9552):2081-2094.
8. Williams DR, Costa MV, Odunlami AO, Mohammed SA, Moving Upstream: How Interventions that Address the Social Determinants of Health can Improve Health and Reduce Disparities. J Public Health Manag Pract 2008;14(Suppl): S8–17.
9. Gottlieb L, Sandel M, Adler NE. Collecting and applying data on social determinants of health in health care settings. JAMA Intern Med. 2013;173:1017-20.
10. Bodenheimer T, Pham HH. Primary care: Current problems and proposed solutions. Health Affairs 2010;29(5):799-805.
11. Sadana R, Blas E. What can public health programs do to improve health equity? Public Health Reports 2013;128(Suppl. 3), 12–20.

12. Brassolotto J, Raphael D, Baldeo N. Epistemological barriers to addressing the social determinants of health among public health professionals in Ontario, Canada: a qualitative inquiry, *Critical Public Health* 2014; 24:3, 321-336.
13. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013 – 2023 Sağlığın Sosyal Belirleyicilerinin Geliştirilmesi “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım”. Ankara, Bakanlık Yayın No: 975; 2014.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı. Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi. Ankara; 2011.
15. Biri İ. Modern batı tıbbının epistemolojik dayanakları üzerine sosyolojik bir inceleme. Basılmamış Doktora Tezi, Aylin Görgün Baran (Dan.). Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Bölümü, Sosyoloji Anabilim Dalı; 2009.
16. Deppe HU. Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaşmaya Karşı Dayanışma, Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları. Ed. Leo Panitch - Colin Leys. Çev. Umut Haskan, İstanbul: Yordam Kitap; 2011.
17. The Association of Faculties of Medicine of Canada Public Health Educators’ Network. Primer on Population Health.”Part 1 - Theory: Thinking About Health, Chapter 1 Concepts of Health and Illness”. Erişim 04.12.2016, <http://www.afmc-phprimer.ca/Part1-TheoryThinkingAboutHealth/Chapter1ConceptsOfHealthAndIllness/IllnessBehaviourandNeedforCare>
18. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health* 1996;86(5), 674–677.
19. Williamson DL, Carr J. Health as a resource for everyday life: advancing the conceptualization. *Critical Public Health* 2009;19:1, 107-122.

20. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *General Hospital Psychiatry* 1979;1:2; 156–165.
21. Hansen-Kyle L. A Concept Analysis of Healthy Aging. *Nursing Forum* 2006;40:2.
22. Hancock T. Ecologic Sanity and Social Justice: Public Health in the Age of Orisis. *Alternatives* 1981;9(4). 11-18.
23. Hancock T. The Mandala of Health: A Model of the Human Ecosystem. *Family & Community Health* 1985;8(3):1-10.
24. Öztekin Z, Üner S, Eren N. Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi. Çağatay Güler (ed.) *Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1. Cilt içinde*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2012.
25. Remais JV, Jackson RJ. Determinants Of Health: Overview. Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC. (eds) *Oxford Textbook of Global Public Health Volume 1 (6th edition)*, (s. 81-84).United Kingdom: Oxford University Press; 2015.
26. World Health Organization. Health Impact Assessment, The determinants of health. Geneva: WHO; 2016. Erişim 10.11.2016, <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
27. Carroll MV, Chang J, Sidani JE, Barnett TE, Soule E, Balbach E, and Primack BA. Reigniting Tobacco Ritual: Waterpipe Tobacco Smoking Establishment Culture in the United States. *Nicotine Tob Res* 2014;16(12): 1549-1558.
28. Mishra S, Mishra MB. Tobacco: Its historical, cultural, oral, and periodontal health association. *J Int Soc Prev Community Dent* 2013;Jan;3(1):12-8.
29. Belek İ. Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik. İstanbul: Sorun Yayınları, 1998.
30. Erdoğan S, Kutlu D. Dünyada ve Türkiye’de Çalışan Yoksulluğu: İşgücü Piyasası ve Sosyal Koruma Politikaları Bağlamında Bir Değerlendirme. *Çalışma ve Toplum* 2014;2:64-67.

31. World Health Organization. Chronic diseases and health promotion, Part Two. The urgent need for action, Chapter Two. Chronic diseases and poverty. Geneva: WHO; 2016. Erişim 25.10.2016, http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part2_ch2/en/
32. Frumkin H. Beyond toxicity: human health and the natural environment. *Am J Prev Med* 2011;Apr;20(3):234-40.
33. Bortz WM. Biological Basis of Determinants of Health. *American Journal of Public Health* 2005;95(3), 389–392.
34. Healty People 2020. Determinants of Health. Erişim 28.10.2016, <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health>
35. Public Health Genomics Foundation. Editorial. Erişim 14.11.2016, <http://www.phgfoundation.org/>
36. Public Population Genomic Project in Genomics and Society. 2016. Erişim 14.11.2016, <http://www.p3g.org/programmes>
37. Özdemir V, Burke W, Koury MJ, Knoppers BM, Zimmern R. Genomics and public health. Detels R, Gulliford M, Karim AQ, Tan CC. (eds.) *Oxford Textbook of Public Health* (6th edition) içinde (s. 140-161). United Kingdom: Oxford University Press, 2015.
38. Bellagio Group. Genome-based Research and Population Health. Report of an expert workshop held at the Rockefeller Foundation Study and Conference Centre Bellagio, Italy, 14–20 April 2005.
39. Green LW, Hiatt RA, Hoeft KS. Behavioral determinants of health and disease. Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan CC. (ed.) *Oxford Textbook of Global Public Health Volume 1* (6th ed.), (s. 218-225). United Kingdom: Oxford University Press, 2015.
40. World Health Organization. Top 10 causes of death. 2015. Online erişim 14.11.2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
41. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedenleri İstatistikleri. 2014. Erişim 15.11.2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>

42. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease : pocket guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: WHO, 2007.
43. World Health Organization. Küresel Tütün Salgını Raporu: MPOWER Paketi. Çev. Ed. Nazmi Bilir. Geneva: WHO, 2008.
44. Wilkinson R, Marmot M, (eds) Social determinants of health: The solid facts [Internet]. 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization, 2003a. Erişim 28.10.2016, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
45. Mikkonen J, Raphael D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto: York University, School of Health Policy and Management, 2010. Erişim 15.11.2016, www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf
46. Clasen T. Water and sanitation. Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan C C. (eds) Oxford Textbook of Global Public Health Volume 1 (6th edition), (s. 162-174).United Kingdom: Oxford University Press, 2015.
47. World Health Organization. Fact sheet N. 330. Diarrhoeal disease. 2013. Erişim 16.11.2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/>
48. UNICEF. Progress for Children: A Report Card On Water And Sanitation. New York: UNICEF, 2006.
49. UNICEF. Progress on Drinking Water and Sanitation 2014 Update. Geneva: WHO press, 2014.
50. World Health Organization. Investing in water and sanitation: Increasing access, reducing inequalities. GLAAS 2014 Findings; Special Report For Africa. Geneva: WHO press, 2015.
51. UN-Water Decade Programme on Advocacy and Communication (UNW-DPAC). The Human Right to Water and Sanitation Milestones. 2011. Erişim 17.11.2016, http://www.un.org/waterforlifedecade/pdf/human_right_to_water_and_sanitation_milestones.pdf

52. Barlow M. Su Hakkı: Suyu İnsanlar ve Gezegen İçin Sonsuza Kadar Korumak. Arife Köse (Çev.). İstanbul: Yeni İnsan, 2016.
53. Robertson A, Brunner E, Sheiham A. Gıda Politik Bir Meseledir. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri içinde (Ed: Michael Marmot, Richard G. Wilkinson). İlker Kayı, Yeşim Yasin (Çev.). İstanbul: İnsev, 2009.
54. World Health Organization. Food Safety Fact Sheet N. 399. 2015. Erişim: 19.11.2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs399/en/>
55. World Health Organization. Healthy Diet Fact Sheet N. 394. 2015. Erişim 19.11.2016, http://www.who.int/elena/healthy_diet_fact_sheet_394.pdf?ua=1
56. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. 2003. Erişim 20.11.2016, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf?ua=1
57. Shetty PS. Food and Nutrition. Detels R, Gulliford M, Karim QA, Tan C C. (eds.) Oxford Textbook of Global Public Health Volume 1 (6th ed.), (s. 192).United Kingdom: Oxford University Press, 2015.
58. Silveira Pinto R, Roncalli AG, Nogueira MH, Abreu G, Vargas A. Use of Public Oral Health Services by the Adult Population: A Multilevel Analysis. PLoS ONE 2016;11(1): e0145149.
59. Trohel G, Bertaut-Gounot V, Soler M, Chauvin P, Grimaud O. Socioeconomic Determinants of the Need for Dental Care in Adults. PLoS ONE 2016;11(7): e0158842.
60. McCarty M. Ulaşım ve Sağlık. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri içinde. (Eds: Michael Marmot, Richard G. Wilkinson). İlker Kayı, Yeşim Yasin (Çev.). İstanbul: İnsev, 2009.
61. World Health Organization. Global status report on road safety 2015. Geneva: WHO, 2015. Erişim 20.11.2016, http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/

62. Wilkinson R, Marmot M, eds Social determinants of health: The solid facts. 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization. 2003b. Erişim 28.10.2016,
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
63. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼. T¼rkiye’de Yaşlıların Durumu Ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. Ankara, 2013.
64. T.C. Sağlık Bakanlığı. T¼rkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020.Yayın No 960. Ankara, 2015.
65. Waitzkin H. The social origins of illness: a neglected history. Int J Health Serv 1981;11(1):77-103.
66. Brown TM, Fee E. Report on the typhus epidemic in Upper Silesia Voices From the Past. American Journal of Public Health 2006;Vol. 96, No. 12.
67. Pridan D. Rudolf Virchow and Social Medicine in Historical Perspective. Medical History 1964;Vol. 8:274–278.
68. Constitution of World health Organization. 1948. Erişim 24.11.2016,
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
69. World Health Organization. Action on the Social Determinants of Health: Learning From Previous Experiences. A background paper prepared fort the Commission on Social Determinants of Health. 2005b. Erişim 20.10.2016,
http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf
70. Etiler N. Sağlık Hizmetlerinde Yatay ve Dikey Örg¼tlenme. Erişim 26.11.2016, http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2002/sayi_3/baslik2.pdf
71. Merzel C, D’Afflitti J. Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential. American Journal of Public Health 2003;93(4), 557–574.
72. World Heath Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata. 1978. Çev. Türk Tabipleri Birliği, 2007. Erişim 23.11.2016,
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1

https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=521:temel-saik-hmetleruluslararası-konferansi-bdalmata&catid=6:uluslararasılge&Itemid=36

73. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Cenevre, 1998.
- Çev. 2011. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, <http://www.who.ch/hep>
74. World Health Organization. Milestones in health promotion. Çev. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler. 2009.
75. World Health Organization. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century. 1997. Erişim 27.11.2016, <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
76. WHO. (2002) Health in PRSPs: WHO Submission to World Bank/IMF review of PRSPs. Geneva: WHO.
77. World Health Organization. Intersectoral action for health: a cornerstone for Health for All in Twenty-first century. Geneva: WHO, 1997.
78. World Health Organization. Health: The Courage to Care. Geneva: WHO, 1997.
79. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization: Geneva, 2008.
80. Green J. The WHO Commission on Social Determinants of Health. Critical Public Health 2010;20:1, 1-4.
81. World Health Organization. Social Determinants of Health. 2016. Erişim 20.11.2016, http://www.who.int/social_determinants/en/
82. World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. CSDH Conceptual Framework of Action. Geneva: WHO, 2005.

83. Canadian Medical Association. Health equity and the social determinants of health. 2016. Erişim 17.11.2016, <https://www.cma.ca/En/Pages/health-equity.aspx>
84. Raphael D, Mikkonen J. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. 2010.
85. Healthy People 2020. An Opportunity to Address the Societal Determinants of Health in the United States. 2010. Erişim 20.11.2016, <http://www.healthypeople.gov/2010/hp2020/advisory/SocietalDeterminantsHealth.htm>
86. Willms JD. Ten Hypotheses about Socioeconomic Gradients and Community Differences in Children's Developmental Outcomes. Kanada: Canadian Research Institute for Social Policy University of New Brunswick, 2002.
87. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991;337, pp. 1387–1393.
88. Kawachi I , Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health* 1997;87;1491–1499.
89. Navarro V. Neoliberalism, globalization, unemployment, inequalities, and the welfare state. *International Journal of Health Services* 1998;28(4),607–682.
90. Coburn D. Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science & Medicine* 2004;58, 41–56.
91. World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.
92. Tinajero AR. Wolfensohn Center For Development Working Paper: Scaling-Up Early Child Development In Cuba Cuba's Educate Your Child Program: Strategies And Lessons From The Expansion Process. 2010.

- Erişim 26.11.2016,
https://www.oise.utoronto.ca/humandevlopment/UserFiles/File/Cuba_Article_2.pdf
93. UNICEF. Basic Education And Gender Equality: Child-Friendly Schools. 2010. Erişim 27.11.2016,
https://www.unicef.org/education/index_focus_schools.html
94. National Heart Foundation of Australia. Healthy by Design: A guide to planning environments for active living in Victoria. Melbourne: National Heart Foundation of Australia. 2012. Erişim, 27.11.2016,
www.heartfoundation.org.au.
95. Lu JR, Chiang T. Cambridge University Press Evolution of Taiwan's health care system. Health Economics, Policy and Law 2011;6, 85–107.
96. HelpAge International. Latin Amerika/Bolivya'da Yürütölen Programlar. 2016. Erişim 26.11.2016, <http://www.helpage.org/where-we-work/latin-america/bolivia/>
97. Armada F, Muntaner C, Chung H, Williams-Brennan L, Benach J. Barrio Adentro And The Reduction Of Health Inequalities In Venezuela: An Appraisal Of The First Years. Int J Health Serv 2009;39(1):161-87.
98. Food and Agriculture Organization of United Nations. Codex Alimentarius International Food Standards. Erişim 28.11.2016,
<http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/en/>
99. Friel S, Chopra M, Satcher D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. BMJ : British Medical Journal 2007;335(7632), 1241–1243. <http://doi.org/10.1136/bmj.39377.622882.47>
100. Öcek Z, Soyer A. Türkiye'de Birinci Basmak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı Birinci Baskı. Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2007.
101. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly 2005;83(3), 457–502.
102. Starfield B. Primary care, equity and health in an international context. A work-in-progress seminar on health and healthcare in changing

- environments: the Malaysian experience. Primary Care, Equity, and Health in An International Context. 2000. Erişim 29.11.2016, http://www.prn.usm.my/old_website/chi/barbara.html
103. Institute for Alternative Futures. Community Health Centers Leveraging the Social Determinants of Health. Alexandria VA. 2012. Erişim 27.12.2016, <http://www.altfutures.org/pubs/leveragingSDH/IAF-CHCsLeveragingSDH.pdf>
104. World Health Organization. Education For Health: A Manual on Health Education in Primary Health Care. Geneva: WHO, 1988.
105. Jacobson DM, Strohecker L, Compton MT, Katz DL. Physical activity counseling in the adult primary care setting: position statement of the American College of Preventive Medicine. Am J Prev Med. 2005;29(2):158–162.
106. Smith BJ. Promotion of physical activity in primary health care: update of the evidence on interventions. J Sci Med Sport 2004;7(1, Suppl):67–73.
107. Enns J, Rose A, Vries J, Hayes J. A Seat at The Table: A resource guide for local governments to promote food secure communities. Community Food Action Initiative. 2008. Erişim 30.11.2016, <http://www.phsa.ca/Documents/aseatatthetableresourceguideforlocalgovernmentstop.pdf>
108. The College of Family Physicians of Canada. Best Advice Social Determinants of Health. 2015. Erişim 04.12.2016, http://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BA_SocialD_ENG_WEB.pdf
109. Akman M. TAHUD 2014 Durum Raporu: Türkiye’de Birinci Basamağın Gücü. Türk Aile Hek Derg 2014;18 (2): 70-78.
110. Erigüç G. Türkiye’de 2002-2012 Döneminde Hekim Yoğunluğu ve Sayıları: Makro Sağlık İnsangücü Planlaması Açısından Bir Değerlendirme: International Conference on Eurasian Economies. 2014.

111. Raphael D. Barriers to addressing the determinants of health: public health units and poverty in Ontario, Canada. Health Promotion International. 2003;18:397–405.
112. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. JAMA 2007;298(14):1685-7
113. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014. Erişim 03.01.2017, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1
114. World Health Organization. World health Statistics. Geneva: World Health Organization, 2010. Erişim 03.01.2017, http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/
115. Cresswell JW. Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşıma Göre Nitel Araştırma Ve Araştırma Deseni. 2. Baskı, Çev. Mesut Bütün, Selçuk Beşir Demir. Ankara: Siyasal, 2011
116. Bal H. Nitel Araştırma Yöntem ve Teknikleri. Bursa: Sentez, 2016.
117. Yıldırım A, şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2004.
118. Merriam SB. Nitel Araştırma: Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber. Üçüncü Basımdan Çev. Selahattin Turan. Ankara: Nobel, 2013.
119. Miles MB, Huberman AM Nitel Veri Analizi. İkinci Baskıdan Çev. Sadegül Akbaba, Altun-Ali Ersoy. 2015, Ankara: Pegem Akademi.
120. Raphael D. Barriers to addressing the determinants of health: public health units and poverty in Ontario, Canada. Health Promotion International. 2003;18:397–405.
121. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. JAMA 2007;298(14):1685-7
122. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization,

2014. Erişim 03.01.2017, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1
123. World Health Organization. World health statistics. Geneva: World Health Organization, 2010. Erişim 03.01.2017, http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/en/
124. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. The Milbank Quarterly 2005;83(3):457-502.
125. Robert Wood Johnson Foundation. Health Care's Blind Side The Overlooked Connection between Social Needs and Good Health. 2011. Erişim 03.01.2017, <http://www.rwjf.org/content/dam/web-assets/2011/11/2011-physicians--daily-life-report>
126. Gottlieb L, Sandel M, Adler NE. Collecting Data on Social Determinants of Health in Health Care Settings. JAMA Internal Medicine. 2013b;173(11):1017-1020.
127. Gottlieb L, Hessler D, Long D, Amaya A, Adler NE. A Randomized Trial on Screening for Social Determinants of Health: The iScreen Study. Pediatrics 2014;134(6):1611-1618.
128. Belek İ. Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik. İstanbul: Sorun Yayınları,1998.
129. This Best Advice Guide, Social Determinants of Health. The College of Family Physicians of Canada. 2015. Erişim 04.01.2017, http://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BA_SocialD_ENG_WEB.pdf
130. Raphael D. A discourse analysis of the social determinants of health, Critical Public Health 2011;21:2, 221-236.
131. Fitzpatrick-Lewis D, Ganann R, Krishnaratne S, Ciliska D, Kouyoumdjian F, Hwang SW. Effectiveness of interventions to improve the health and housing status of homeless people: a rapid systematic review. BMC Public Health 2011;11:638.
132. Şimşek A, Kılıç B. Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(2).

133. Raphael D, Farrell ES. Beyond medicine and lifestyle: addressing the societal determinants of cardiovascular disease in North America. *Leadership in Health Services*. 2002;15:1–5.
134. Raphael D, Brassolotto J, Baldeo N. Ideological and Organizational Components of Differing Public Health Strategies to Address the Social Determinants of Health. Toronto: York University School of Health Policy and Management, 2013.
135. Raphael D, Curry-Stevens A, Bryant T. Barriers to addressing the social determinants of health: insights from the Canadian experience. *Health Policy* 2008;88, 222–235.
136. Pantich L., Leys C. Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları. Çev. Umut Haskan. İstanbul: Yordam, 2011.
137. Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. "Am J Public Health." 2010;100(4):590-595.
138. Raphael D. “Reducing Social and Health Inequalities Requires Building Social and Political Movements.” *Humanity and Society* 2009;33 (1–2): 145–165.
139. World Health Organization. Health 2020: The European policy for health and well-being. 2012. Erişim 04.01.2017, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>

8. ÖZET

Toplum Sağlığı Merkezlerinde Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Konusunda Yaklaşım Ve Uygulama Farklılıklarının Araştırılması: Nitel Bir Çalışma

Sağlık insanların doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, eğlendiği ve yaşlandığı ortamların tamamında fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyi olma hali olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık hizmetinin kapsayıcılığı, kalitesi ve etkinliği yanında sistem dışı bir yaklaşımla hastalıkların nedenlerinin nedenleri olarak belirtilen sosyal, ekonomik, politik belirleyiciler hedeflendiğinde hastalıkların azalması ve sağlık düzeyinin yükselmesi mümkün olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunucusu olan toplum sağlığı merkezleri (TSM) kötü sağlık düzeyi açısından risk altındaki toplum için koruyucu ve önleyici müdahalelerin temel kaynağı konumundadır.

Sağlığın sosyal belirleyicilerini ele almak bu anlamda birinci basamak sağlık çalışanının mesleki pratiğinin odak noktası olmalıdır. Türkiye'de birinci basamakta ağırlıklı olarak yapılan çalışmalara bakıldığında, devlet politikası olarak tanımlanmış olmasına karşın sağlığın sosyal belirleyicilerini ele almada bazı zorluklar yaşanıyor gibi görünmektedir. Bu araştırma, TSM çalışanlarının sağlığın sosyal belirleyicileri kavramına nasıl yaklaştığını ve yaklaşım türlerinin birinci basamakta yürütülen halk sağlığı uygulamaları üzerindeki etkisini anlamayı amaçlamaktadır.

Nitel verilere dayanan bu çalışma fenomenolojik araştırma deseninde tasarlanmıştır. Ankara iline bağlı sekiz ilçede amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik, kartopu ve kolay ulaşılabilir örnekleme yöntemleri ile belirlenen TSM ve ASM çalışanı 38 kişiyle yüz yüze derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Görüşmecilerin çoğunun sağlığı fiziksel ve ruhsal bir hastalığın olmaması olarak tanımladığı görülmüştür. Çalışanların sağlık hizmetleri içindeki deneyimleri sağlık ve hastalığa bakış üzerinde etki sahibidir. Sağlığın sosyal belirleyicilerine yaklaşımları altı tema altında yorumlanmıştır: sosyal yardım, davranışsal faktörler, maddi yaşam koşulları, sağlık sisteminin örgütlenme biçimi, sağlık ve kamu politikaları ile güç ve paranın toplumdaki eşitsiz dağılımı olarak SSB. TSM çalışmaları içinde SSB'nin en sık konu edildiği müdahaleler sağlık eğitimi, bağışıklama ve aile planlaması olarak bildirilmiştir. Bireysel davranışsal özellikler olarak SSB yaklaşımı görüşmecilerin büyük bölümü tarafından benimsenmiş görünmektedir. SSB'yi ele almayı zorlaştıran faktörler ise yönetici desteğinin ve liderliğinin yeterli olmaması, sağlık çalışanının gerekli bakış açısına sahip olmaması ve halkın sağlığa bakışının sağlığı koruyup geliştirmenin önünde engel oluşturmasıdır. Sağlık kurumları içinde görevlendirme ve terfilerin iş için bilgili ve deneyimli olmanın dışında birtakım kriterlerle belirleniyor olması sağlık çalışanlarının genel anlamda mesleklerine yabancılaşmasına, SSB konusunun ise ikinci plana atmasına neden olmaktadır.

Sağlığı belirleyen esas nedenler bireysel, fiziksel ve hizmet sunumuna ilişkin özelliklerin ötesinde toplumda güç ve paranın eşitsiz dağıtılmasıdır. Sağlık

Çalışanları zerindeki gl etkisi hissedilen biyomedikal sağlık anlayışı ise toplumsal, politik ve ekonomik yapısal ilişkileri bireyin sağlık sorumluluğu perdesi ardına gizlemektedir. Sağlık alışanları toplumsal belirleyicilerin farkındadır ancak birinci basamakta müdahale etmek için yetersiz hissetmektedir.

TSM ve ASM'lerin hedeflendiği bir eylem çalışması ile hem çalışanın SSB için rolü belirlenmeli hem de toplumun tıbbi bakım dışındaki uygulamalara katılımı sağlanmalıdır. Aile hekimlerinin kullanması için standart Sosyal İhtiyaç Listeleri oluşturulması birinci basamağın etkin alışmasına katkı sağlayacaktır.

9. SUMMARY

An Investigation of Approach and Practice Differences on Social Determinants of Health in Community Health Centers: A Qualitative Inquiry

Health is defined as the state of physical, mental and social well-being of all the environments in which people are born, grown up, worked, played and aged.

It is possible to reduce illnesses and increase the level of health when the social, economic and political determinants of the causes of diseases are aimed beyond the non-systemic approach with the inclusion, quality and efficiency of the health care service. Besides, the community health centers (TSM), the provider of primary health services, Is the main source of preventive and preventive interventions for the community.

Addressing the social determinants of health should be the focus of the professional practice of the primary health care worker in this sense. When we look at the studies carried out mainly in primary level in Turkey, it seems that there are some difficulties in dealing with the social determinants of health although it is well-defined in state policy. This research aims to understand how TSM workers approach the concept of social determinants of health and the impact of the types of approaches on public health practices carried out in primary health care institutions.

This study is designed in the phenomenological research design based on qualitative data. In the eight provinces of Ankara, face-to-face interviews were

conducted with 38 TSM and ASM employees with maximum diversity, snowball and easy-to-reach sampling methods.

Most interviewees have seen health as a lack of physical and mental illness. The experience of employees in health care services has an impact on health and disease point of view. Approaches to the social determinants of health are interpreted under six themes: social assistance, behavioral factors, material living conditions, health system organization type, health and public policies, and unequal distribution of power and money in society. The most frequent interventions in TSM were reported as health education, immunization and family planning. SDH approach as individual behavioral characteristics seems to have been adopted by most of the interviewers. Factors that make SDH difficult to handle are the lack of managerial support and leadership, the lack of a health worker's perspective, and the public's view of health as an obstacle to maintaining and developing health. The fact that appointments and appointments in health institutions are determined by some criteria other than being knowledgeable and experienced for the job cause the health workers to alienate to their profession in general and to push SDH into the background.

The main health determinants are unequal distribution of power and money in society, beyond individual, physical and service delivery characteristics. The strong influence of biomedical standpoint on healthcare workers hides the social, political and economic structural relationship behind the individual's responsibility for health. Health workers are aware of the social determinants but feel insufficient to intervene in the primary care or other settings.

An action study targeted by the TSM and ASM may both determine the role of the employee for the SDH and ensure that the community participates in non-medical practices. The establishment of standardized Social Requirement Lists for use by family physicians may contribute to the effective operation of the primary healthcare interventions.



10. EKLER

EK-1



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş.Gör Olgu Nur DEREÇİ'nin Tıpta uzmanlık tez çalışması olan *"Toplum Sağlığı Merkezlerinde Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Konusunda Yaklaşım ve Uygulama Farklılıklarının Araştırılması: Nitel Bir Çalışma"* Komisyonumuzun **21.06.2016** tarih ve **09** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

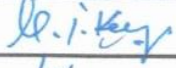
Çalışmanızın Altındağ, Çankaya, Elmadağ, Keçiören, Polatlı, Pursaklar, Sincan, Yenimahalle Toplum Sağlığı merkezlerinde yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN
Komisyon Başkanı

EK :
1 Liste

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 21.06.2016		TOPLANTI SAYISI : 09	
ADI-SOYADI		İMZA	
Prof.Dr.Aysu DUYAN ÇAMURDAN (Başkan)			
Prof.Dr.Hülya KASAPOĞLU ÇENGEL		KATILAMADI	
Prof.Dr.F.Bilge TANRIBİLİR			
Prof.Dr.F. Nur BARAN AKSAKAL		KATILAMADI	
Prof.Dr.Adnan KAN			
Prof.Dr.Oya BALA			
Doç.Dr.Mustafa İsmail KAYA			
Doç.Dr.Müjde AKTÜRK			
Doç.Dr.Ramazan YILDIZ			
Doç.Dr.Ayşe Bikem HACİÖMEROĞLU			
Doç.Dr. Çiğdem VAROL ÖZDEN			
Doç.Dr. Mustafa ÖZKAN			
Doç.Dr.Naile BİLGİLİ			

EK-2



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 62693856/799
Konu : Araştırma İzin Talebi(Prof.Dr. Seçil ÖZKAN)

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Tıp Fakültesi Dekanlığı)
(Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı)

İlgi : 30/05/2016 tarihli ve 18787 sayılı yazı

Üniversitenizin Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof.Dr. Seçil ÖZKAN'ın danışmanlığında Araştırma Görevlisi Dr.Olgu Nur DERECİ'nin yardımcı araştırmacı olduğu"Toplum Sağlığı Merkezlerinde Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Konusunda Yaklaşım ve Uygulama Farklılıklarının Araştırılması:Nitel Bir Çalışma"konulu çalışmanın yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Dr. A. Çiğdem ŞİMSEK
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

GÖRÜŞME FORMU

“Toplum Sağlığı Merkezlerinde Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Konusunda Yaklaşım ve Uygulama Farklılıklarının Araştırılması: Nitel Bir Çalışma” adlı tıpta uzmanlık tezi araştırması için görüşme soruları:

1. Kendinizi tanıtır mısınız? (Doğup büyüdükları yer, içinde yaşadıkları, okuyup çalıştıkları kültürel ve sosyo-ekonomik koşulları ile akademik özgeçmişlerinin öğrenmeye yönelik sorulardan oluşacak bölüm.)
2. Sağlığın sosyal belirleyicilerini nasıl tanımlarsınız?
 - a. Bu kavramla ilişkilendirdiğiniz başka kavramlar söyleyebilir misiniz?
3. Çalışmakta olduğunuz Toplum Sağlığı Merkezinde sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda ne gibi çalışmalar yapıyor?
 - a. Yukarıdaki soru ile şu başlıkların görüşmeci tarafından değerlendirilmesi amaçlanmaktadır:
 - i. Sosyal çevreye ait faktörleri hedefleyen çalışmalar: gelir durumu/yoksulluk, eğitim düzeyi, gıda güvenliği, barınma durumu, dil engeli, sağlık okuryazarlığı, tek ebeveynli aileler, ayrımcılık, sürekli stres durumları, işsizlik, ev içi şiddet/cinsel istismar/madde bağımlılığı gibi ihmal ve istismar varlığı...
 - ii. Fiziksel çevreye ait faktörleri hedefleyen çalışmalar: sağlıksız veya düzensiz yaşam alanları, nüfus yoğunluğunda artışa bağlı durumlar, ulaşım olanaklarının yokluğu/yetersizliği, güvenli alanların yokluğu (oyun ve fiziksel aktivite için)...
 - iii. Sağlık hizmetlerine ilişkin faktörleri hedefleyen çalışmalar: sağlık güvencesi yokluğu/yetersizliği/bilgi eksikliği, kaliteli, eşit, ulaşılabilir sağlık hizmetlerine erişimde engel teşkil eden diğer tüm durumlar...
 - b. Hangi birim ya da hangi meslek grubu bu çalışmalarda daha çok yer alıyor?
4. Sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda planlanacak müdahaleler için öncelikler/kaynaklar/kişiler kimler olmalıdır?
5. Sağlığın sosyal belirleyicilerini hedefleyen bir programın temel nitelikleri nasıl olmalıdır?

Sorumlu Araştırmacı
(Prof. Dr. Seçil ÖZKAN)

Yardımcı Araştırmacı
(Arş Gör. Dr. Olgu Nur DEREÇİ)

ONAM FORMU

Giriş

İsmim Olgu Nur Dereci (Arş. Gör. Dr.). Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında tıpta uzmanlık öğrencisiyim. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri kavramını kapsamlı olarak ele alacağım bir araştırmayı tez danışmanım Prof. Dr. Seçil Özkan sorumluluğunda yapıyorum (Araştırma başlığı: Toplum Sağlığı Merkezlerinde Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Konusunda Yaklaşım ve Uygulama Farklılıklarının Araştırılması: Nitel Bir Çalışma).

Bu çalışmayı tıpta uzmanlık tezim için yapıyorum. Araştırma, Türkiye’de bulunan herhangi bir devlet ya da sivil toplum kuruluşuna bağlı olarak yürütülmemekte veya herhangi bir kuruluş tarafından finanse edilmemektedir. Araştırma Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu tarafından onaylanmıştır.

Bu formda size araştırma ile ilgili bilgiler aktarılacak ve sonrasında imzalı onayınızı vererek bu araştırmaya katılmanız teklif edilecek. Bu formun bir kopyasını saklayabilirsiniz. Formda belirtilenlerden daha fazla bilgi almak isterseniz lütfen sorunuz.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarından olan Toplum Sağlığı Merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının sağlığın sosyal belirleyicileri konusundaki yaklaşım ve uygulama farklılıklarını anlamak amaçlamaktadır. Sizin deneyim ve görüşleriniz, bu konunun sahadaki yeri ve müdahalelerin kapsamı ile uygulama kısıtlılıkları ve sonuçları hakkında kapsamlı bir anlayış geliştirebilmek bakımından bu araştırma için çok değerli görülmektedir.

Bu araştırmanın bulguları, bir tıpta uzmanlık tezi ve ilgili akademik yayınlar üretmek üzere kullanılacak ve erişilebilir hale getirilecektir. Dolayısıyla araştırma, Türkiye’de sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili araştırma ve politika geliştirme alanlarındaki ihtiyaçları ve öncelikli konuları belirlemeye katkı sağlayabilecek bilimsel bilgi üretmeyi amaçlamaktadır.

Araştırmaya katılmayı reddetme ya da katılmaktan vazgeçme hakkı

Araştırmaya katılmanız tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Eğer katılmamayı ya da araştırma süresince herhangi bir anda onayınızı geri çekmeyi tercih ederseniz bu durum sizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Eğer katılmayı seçerseniz görüşmemizi gerçekleştirmek için size uygun bir yer ve zaman kararlaştıracamız. Görüşme sırasında, herhangi bir soruyu yanıtlamama ya da verdiğiniz bir cevabı ya da bilgiyi geri alma hakkına sahipsiniz.

Araştırma süreci

Sizi 1-1,5 saat kadar sürecek olan bir görüşme yapmak üzere ziyaret etmek istiyorum. Eğer izin verirsiniz görüşmemiz ses kayıt cihazı ile kaydedilecek. İstedığınız zaman kaydı durdurma hakkına sahipsiniz. Ayrıca eğer bir kopyasını saklamak ya da gözden geçirmek isterseniz, size görüşmemizin yazılı bir kopyasını talep edebilirsiniz.

Yarı yapılandırılmış görüşme için sorular:

1. Kendinizi tanıtır mısınız?

2. Sağlığın sosyal belirleyicilerini nasıl tanımlarsınız? Bu kavramla ilişkilendirdiğiniz başka kavramlar söyleyebilir misiniz?
3. Çalışmakta olduğunuz Toplum Sağlığı Merkezinde ağılığın sosyal belirleyicileri konusunda ne gibi çalışmalar yapılıyor? Hangi birim ya da hangi meslek grubu bu çalışmalarda daha çok yer alıyor?
4. Sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda planlanacak müdahaleler için öncelikler/kaynaklar/kişiler kimler olmalıdır? Sağlığın sosyal belirleyicilerini hedefleyen bir program nasıl olmalıdır?
5. Sağlığın sosyal belirleyicilerini hedefleyen bir programın temel nitelikleri nasıl olmalıdır?

Gizlilik

Sizin isminiz bu araştırmanın hiçbir noktasında yazılı olarak yer almayacaktır. Sizin ve kurumunuzun bu araştırmada anonim olarak yer almanızı sağlamaya özel önem gösterilecektir. Görüşme sırasında bahsettiğiniz isimlerin (meslektaşlarınızın isimleri ya da kurum ve yer isimleri de dâhil olmak üzere), kurumunuzdaki pozisyonunuzun ya da kimliğinizi açıkça belli edecek herhangi bir başka bilginin kullanılmamasına özellikle dikkat edilecektir.

Verdiğiniz tüm yanıtlar gizli tutulacak ve üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Görüşme kayıtları, yalnızca benim erişebileceğim kilitli dolapta veya bilgisayarda şifreli bir dosyada tutulacak; ses kayıtları ve sizin isminizi içeren herhangi bir belge araştırma sonunda yok edilecektir.

Risk

Bu araştırmaya katılmanın size yönelik herhangi bir risk oluşturması beklenmemektedir. Gizlilik ve anonimliğin sağlanması için her türlü çaba sarf edilecektir.

Başka bir sorunuz varsa

Bu araştırma sırasında başka herhangi bir sorunuz olursa bana aşağıdaki iletişim yollarından ulaşabilirsiniz.

Onay

Araştırma hakkında bilgi bana okundu / okudum ve açıkça anlatıldı. Anlamadığım konular açıklandı ve tüm sorularım cevaplandı.

Kişi araştırmaya katılmayı onaylıyor: [] evet [] hayır

Araştırmacının imzası: _____ Tarih: _____

Katılımcının imzası: _____ Tarih: _____

11. ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: Olgu Nur DERECİ

Doğum Tarihi ve Yeri: 25/04/1987, Ankara

Telefon: 0505 269 66 09

E-mail: olgudereci@hotmail.com

Eğitimi:

2013-2017: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2013-Halen: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Tezli

Yüksek Lisans Programı

2012: Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı (Arş Gör. istifa)

2004-2011: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

2001-2004: Ortaca Lisesi

1993-2001: Cengiz Topel İlköğretim Okulu

Yabancı Dili: İngilizce, İtalyanca

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: TTB, HASUDER

Bilimsel Etkinlikleri:**Poster:**

İlhan M., Aydemir Ö., Dereci O., Özdemirkan T., Aygün R. Bir Üniversite Hastanesine Başvuranların Aile Hekimliğine İlişkin Bilgi Tutum ve Memnuniyet Düzeylerinin Araştırılması. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Sağlığın Geliştirilmesi) 27-31 Ekim 2013 Beldibi, Antalya.

Sözlü Sunum:

13. Nevzat Eren Ulusal Halk Sağlığı Sempozyumu- Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi İçinde Bulaşıcı Hastalıklar Konusu, Dünyadan Örnekler, Ankara, 2014.

Applied Short Course in Cancer Epidemiology, "A non-randomized, controlled interventional trial towards increasing attendance to smoking cessation clinics among a selected group of smoking newlyweds" Ankara, 1-2 Nisan 2015.

Katılım:

Çocuk ve Güvenlik Kongresi: Çocuk ve İnternet, Ankara, 2013.

Sağlık Haklarımız Sempozyumu, Sağlık İçin Sosyal Bilimler Derneği, İstanbul, 2013.

Eğitim Becerileri Formasyon Eğitimi, Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü, 3-7 Haziran 2013.

Beslenme Dostu Okullar Projesi Eğitici Eğitimi, Ankara, 2013.

ICOH Meeting: Aware, beware, take care! New insights in occupational health surveillance, Boloya, İtalya, 2014

Summer School of Occupational and Environmental Determinants of Disease, Brescia İtalya 2013

Executive Committee meeting of the European Network of Medical Residents in Public Health, Milan, İtalya, 2015.

Türkiye Sağlık Çalışanları Sağlık Okuryazarlığı Davranış Geliştirme Programları Eğitici Eğitimi, Ankara, 14-16 Kasım 2016.

Tıpta İletişim Becerileri Temel Eğitimi, Ankara, 20-21 Ocak 2016.

Sağlıklı Yaşam İçin İşbirliği ve Güçbirliği Çalıştayı- 1. Harektli Yaşamı Teşvik, Ankara, 9-10 Aralık 2016.

Savaş, Göç ve Sağlık Sempozyumu, İstanbul, 26-27 Şubat 2016.

İlgi Alanları

Sağlık Eğitimi, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, Nitel Araştırma Yöntemleri, Çevre Sağlığı