

T.C.
GAZI ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

DOKTORA
TEZİ

TÜRKİYE VE FİLİSTİN'DE SAĞLIK
BELİRLEYİCİLERİ KONUSUNDA İNANÇ
VE TUTUMLAR: ANKARA VE NABLUS ÖRNEĞİ

WAFAA A.T. MENAWİ



**TÜRKİYE VE FİLİSTİN'DE SAĞLIK BELİRLEYİCİLERİ KONUSUNDA
İNANÇ VE TUTUMLAR: ANKARA VE NABLUS ÖRNEĞİ**

Wafaa A. T. MENAWİ

**DOKTORA TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

NİSAN 2015

Wafaa A T Menawi tarafından hazırlanan "Türkiye ve Filistin'de Sağlık Belirleyicileri Konusunda İnanç ve Tutumlar: Ankara ve Nablus Örneği" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof.Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

İşletme, Atılım Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Başkan: Prof. Dr. Suna BAŞAK

Kamu Yönetimi, Gazi Üniversitesi

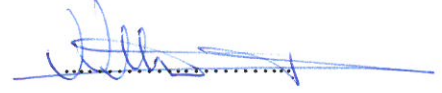
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu ~~onaylıyorum~~/onaylamıyorum



Üye: Prof. Dr. Nurettin PARILTI

İşletme, Gazi Üniversitesi

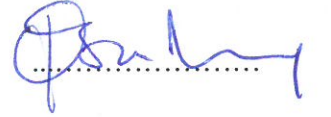
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Üye: Prof. Dr. H.Nejat BASIM

İşletme, Başkent Üniversitesi

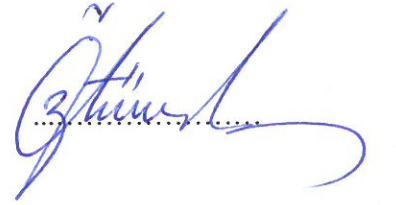
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Üye: Doç. Dr. Zekai ÖZTÜRK

Sağlık Yönetimi, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/~~onaylamıyorum~~



Tez Savunma Tarihi: 08 / 04 / 2015

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



Prof. Dr. Suna BAŞAK

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

()

(Wafaa A. T. Menawi)

(08. 04. 2015)

(Türkiye ve Filistin’de Sağlık Belirleyicileri Konusunda İnanç ve Tutumlar:
Ankara ve Nablus Örneği)

(Doktora Tezi)

Wafaa A. T. MENAWİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

NİSAN 2015

ÖZET

Bu araştırma, Türkiye ve Filistin’de araştırmaya katılan bireylerin sağlığını etkileyen inanç ve tutum faktörlerini, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlerini ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamında Ankara ve Nablus’ta toplam 4100 adet anket dağıtılmıştır. Her iki şehir popülasyonunun cinsiyet, yaş, eğitim, sağlık durumu, gelir ve son olarak ikamet yeri açısından oranları tespit edilmiş ve örneklem bu oranlar doğrultusunda tabakalandırılmıştır. Anketler Temmuz 2013 ile Mart 2014 tarihleri arasında dağıtılmıştır. Elde edilen veriler SPSS.18 programına girilerek kaydedilmiştir. Verilerin analizinde frekans dağılımı ve betimleme analizi uygulanmıştır. Gösterilen t-test sonuçlarında, sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar ile katılımcıların Türkiye ya da Filistin’de yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunduğu tespit edilmiştir. ($p<0,05$). Çalışma sonuçlarına göre, Türk vatandaşların, sigara içmek, stres, sağlık kurumlarına ulaşabilmek sağlığı en çok etkileyen faktörler olduğunu düşünmektedirler. Filistin’de ise gelir, eğitim, sigara içmenin sağlığı en çok etkileyen faktörler olduğu düşünülmektedir. Türk vatandaşlarına göre sigara, hava kirliliği, fakirlik ve işsizlik oranının azaltılması; Filistinlilere göre ise fakirlik, işsizlik, hava kirliliği, sigara tüketimi ve şiddetin azaltılması sağlığın geliştirilmesinde öncelikli rol oynamaktadır. Türkiye’den katılan bireylerin temiz ve pis malzemelerin ayrı yerlerde depolanması, personel tutum ve davranışının iyi olması; Filistin’den katılan bireyler ise ilaç bulunması, teşhis ve tedavi ile ilgili hasta / aile eğitimi konularının vatandaşların sağlık hizmeti alımını çok yüksek derecede etkileyen faktörlerden olduklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılanların, sağlığı etkileme, sağlığı geliştirme ve sağlık kurumları ile sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik verdikleri cevaplar, açık bir şekilde yaşadıkları sosyal ve siyasi gerçeği yansıtmaktadır.

BilimKodu : 1143.1.070

AnahtarKelimeler : Sağlık Belirleyicileri, İnanç, Tutum, Sağlık Hizmetleri, Sosyo ekonomik Faktörler, Politik Görüş, Sağlığı Geliştirme

SayfaAdedi : 255

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

(Beliefs and Attitudes Regarding Determinants of Health in Turkey and Palestine: The
Case of Ankara and Nablus)

(Ph. D. Thesis)

Wafaa A. T. MENAWI

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF EDUCATIONAL SCIENCES

APRİL 2015

ABSTRACT

A comparative study about beliefs and attitudes of the citizens have been surveyed in both Palestine and Turkey regarding determinants of health, to examine what are the factors that affect; health, health promotion and positive continuity between health institutions and citizens. To obtain a representative sample a large community survey was conducted to (4100) citizens as a total in Palestine (Nablus) and Turkey (Ankara). The obtained data was entered into SPSS18,0 program, and then frequency distributions and descriptive analysis were performed. In our research the attitudes and beliefs of citizens, indicate that the factors which affect health, health promotion and positive continuity between health care institutions and Citizens, showing statistically significant differences ($p < 0.05$) between Palestinian and Turkish Citizens. In this study, according to the beliefs and attitudes of Turkish citizens, smoking, stress, health care services, nutrition and exercise constitute the most influential factors on their health. While in the other side, income, education and smoking are believed to be the most influential factors on Palestinian health. According to Turkish citizens, by reducing the rate of; poverty, unemployment, cigarette consumption, air pollution and improving the sheltering quality, in the same veins the Palestinian's reducing of the rate of poverty, unemployment, pollution, cigarette consumption, and violence plays a role in the development of the health of the public. According to Turkish citizen's beliefs and attitudes, handling and storing of the clean and dirty materials in the appropriate manners, medical staff's attitude and behaviors while according to palestinian citizen's; presence of drugs and Patient / family education about the diagnosis and treatment of the disease was determined to be the most influencing factors that affect citizen's health service uptake. In the conclusion, according to the respondent's answers the factors that affect; health, health promotion and positive continuity between health institutions and citizens reflect the social and political circumstances they live in.

Science Code : 1143.1.070

Keywords : Health Determinants, Belief, Attitude, Health Services, Sosy Economic Factors, political Views, Health Promotion

Page Number : 255

Supervisor : Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

TEŞEKKÜR

Tezimi başarıyla bitirmek için sabrını benden esirgemeyen ve aydın fikriyle yolumu aydınlatan saygıdeğer Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU'na en derin şükranlarımı sunuyorum.

Gazi Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü saygıdeğer idari ve öğretim heyetlerine teşekkürlerimi sunuyorum.

Bu tezi en iyi şekilde tamamlamak için tüm kamu ve özel kurumlara, Türkiye'de ve Filistin'de ki insanlara teşekkürlerimi sunuyorum.

Son olarak yanımda duran, bilimsel ve pratik hayatımın tekerleğini ileriye itmeme desteklerini esirgemeyen yıldızlarım babama ve anneme, yedi gezegenlerim kardeşlerime, eşlerine ve çocuklarına sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xv
HARİTALARIN LİSTESİ.....	xvi
KISALTMALAR.....	xv
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIK VE SAĞLIK BELİRLEYİCİLERİ	9
2.1. Sağlıkın Sosyal ve Kültürel Belirleyicileri	9
2.1.1.Çeşitli coğrafi bölgelerdeki ortalama yaşam süresi.....	10
2.1.2. Sağlıkın tanımı	11
2.1.3. Sağlığa karşı sosyal yaklaşıma tarihsel genel bakış	13
2.1.4. Sağlıkın evrensel belirleyicilerini açıklayan modeller	14
2.1.5. Sağlıkın sosyal belirleyicileri	17
2.1.5.1. Sağlıklı yaşam koşulları	20
2.1.5.2. Eğitim, okur-yazarlık ve sağlık okur-yazarlığı.....	24
2.1.5.3. Stres	27
2.1.5.4. Hayatın ilk aşamaları	29
2.1.5.5. Sosyal olarak dışlanma	31
2.1.5.6. İş sahibi olma ve işsizlik.....	32
2.1.5.7. Yaş, cinsiyet ve kalıtım faktörleri.....	33
2.1.5.8. Kültür.....	34
2.1.5.9. Irkçılık ve ayrımcılık	36

	viii
2.1.5.10. Bilgiye ve uygun sağlık hizmetlerine ulaşma.....	39
2.1.5.11. Sosyal destekler ve sağlık hizmetine erişim	42
2.2. Sağliğın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Geliştirilmesinde Tutum ve İnançların Yeri.....	44
2.2.1. Sağlık, toplum ve sosyal politika	44
2.2.2. Sağlık eşitsizlikleri	46
2.2.3. Zorluklara karşı sağlığı geliştirme.....	52
2.2.4. Sağlık teşvik uygulaması.....	54
2.2.5. Sağlık teşvik politikaları.....	58
2.2.6. Sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyiciler ile m¼cadele eylemi.....	61
2.2.7. Politika oluşturma s¼recinde sağlık bileşenleri d¼hil olmak üzere fırsatlar ve zorluklar	72
2.3. Tutum ve İnançların Ağları ve Önemi	79
2.3.1. Tutum oluşturucu oğeler	88
2.3.2. Sağlık üzerinde tutumlar, inançlar ve davranışların etkisi	92
2.4. Sağlık Belirleyicileri Konusunda Toplumun İnanç ve Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Yapılmış Çalışmalar.....	94
3. YÖNTEM	95
3.1. Türkiye Sosyo-K¼lt¼rel Yapısı	95
3.1.1. Coğrafik konumu	97
3.1.2. İklim Koşulların	98
3.1.3. Etnik gruplar	99
3.1.4. Konuşulan diller	99
3.1.5. Din	100
3.1.6. Türkiye’de demografik göstergeler	100
3.1.7. Eğitim durumu.....	100
3.1.8. Sağlık durumu	101
3.1.9. Ekonomik durum.....	102

3.1.10. Politika ve hükümet.....	103
3.2. Filistin (Holy Land) Sosyo-Kültürel Yapısı	104
3.2.1. Coğrafik konumu.....	107
3.2.2. İklim	108
3.2.3. Etnik yapı, din ve dil	108
3.2.4. Filistin’de demografik dağılım	108
3.2.5. Eğitim durumu.....	110
3.2.6. Sağlık durumu	111
3.2.7. Ekonomik durum	112
3.2.8. Politika ve hükümet.....	113
3.3. Araştırmanın Modeli	114
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	115
3.5. Araştırmanın Yöntemi	116
3.6. Araştırmanın Hipotezleri	118
3.7. Verilerin Analizi	120
4. BULGULAR VE YORUMLAR.....	122
4.2. Sağlığı Etkileyen Faktörler	127
4.3. Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler.....	144
4.4. Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler.....	157
4.5. Sağlık Belirleyicileri Konusunda İnanç ve Tutumlar Çalışmasında Test Edilen Hipotez Sonuçları	173
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	195
KAYNAKLAR	212
EKLER.....	233
EK-1. Sağlık Belirleyicileri Konusunda Toplumun İnanç ve Tutumları İle İlgili Literatür İncelemesi	234
EK-2. Anket formu	248
ÖZGEÇMİŞ	253

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Anketin güvenilirlik test sonucu	120
Çizelge 3.2. Faktörlerin KMO ve Barlett testi değerinin dağılımı	120
Çizelge 4.1. Çalışmaya katılan bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımı	123
Çizelge 4.2. Çalışmaya katılan bireylerin ikamet yerinin dağılımı	124
Çizelge 4.3. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık durumu dağılımı ile ilgili bulgular.....	125
Çizelge 4.4. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile cinsiyete göre ki kare analizi dağılımı	128
Çizelge 4.5. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile yaşa göre ki kare analizi dağılımı	130
Çizelge 4.6. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile eğitim durumuna göre ki kare analizi dağılımı.....	131
Çizelge 4.7. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile gelir durumuna göre ki kare analizi dağılımı.....	132
Çizelge 4.8. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile sağlık durumuna göre ki kare analizi dağılımı.....	133
Çizelge 4.9. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile BKİ değerine göre ki kare analizi dağılımı	134
Çizelge 4.10. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile Türkiye ve Filistin politik görüş durumuna göre ki kare analizi dağılımı	135
Çizelge 4.11. Çalışmaya Türkiye'den katılan bireylerin sağlığı etkileme durumunun sosyo-demografik özelliklere göre ki kare analizi dağılımı	137
Çizelge 4.12. Çalışmaya Filistin'den katılan bireylerin sağlığı etkileme durumunun sosyo-demografik özelliklere göre ki kare analizi dağılımı	141
Çizelge 4.13. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile cinsiyete göre ki kare analizi dağılımı.....	145
Çizelge 4.14. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile yaşa göre ki kare analizi dağılımı.....	146

Çizelge 4.15. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemleri hakkındaki görüşleri ile eğitim durumuna göre ki kare analizi dağılımı	147
Çizelge 4.16. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile gelir durumuna göre ki kare analizi dağılımı	148
Çizelge 4.17. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile sağlık durumuna göre kikare analizi dağılımı	149
Çizelge 4.18. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile Türkiye ve Filistin politik görüş durumuna göre kikare analizi dağılımı	150
Çizelge 4.19. Çalışmaya Türkiye'den katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik etkilerin sosyo-demografik özelliklere göre ki kare analizi dağılımı	152
Çizelge 4.20. Çalışmaya Filistin'den katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik etkilerin sosyo-demografik özelliklere göre ki kare analizi dağılımı	155
Çizelge 4.21. Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile cinsiyete göre kikare analizi dağılımı	158
Çizelge 4.22. Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile yaşa göre kikare analizi dağılımı	160
Çizelge 4.23. Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile eğitim durumuna göre kikare analizi dağılımı	161
Çizelge 4.24. Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile gelir durumuna göre kikare analizi dağılımı	162
Çizelge 4.25. Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile sağlık duruma göre ki kare analizi dağılımı	163
Çizelge 4.26. Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile politik görüş durumuna göre ki kare analizi dağılımı	164
Çizelge 4.27. Çalışmaya Türkiye'den katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ki kare analizi dağılımı	166

Çizelge 4.28. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlerin Sosyo-demografik özelliklere göre ki kare analizi dağılımı	170
Çizelge 4.29. Türkiye ya da Filistin’de yaşama durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar	174
Çizelge 4.30. Cinsiyete göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar	174
Çizelge 4.31. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin cinsiyete göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları	175
Çizelge 4.32. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin cinsiyete göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları	176
Çizelge 4.33. Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda cinsiyet farklılığının Türkiye ve Filistin’e göre karşılaştırması	176
Çizelge 4.34. Yaş durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar	177
Çizelge 4.35. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin yaş durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları	178
Çizelge 4.36. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin yaş durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları	178
Çizelge 4.37. Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda yaş farklılığının Türkiye ve Filistin’e göre karşılaştırması	179
Çizelge 4.38. Eğitim durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar	180
Çizelge 4.39. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin eğitim düzeyine göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları	181

Çizelge 4.40. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin eğitim durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları.....	182
Çizelge 4.41. Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda eğitim düzeyi farklılığının Türkiye ve Filistin’e göre karşılaştırması	183
Çizelge 4.42. Gelir durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar	183
Çizelge 4.43. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin gelir durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları.....	184
Çizelge 4.44. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin gelir seviyesine göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları.....	185
Çizelge 4.45. Sağlık durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar	186
Çizelge 4.46. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin sağlık durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları.....	186
Çizelge 4.47. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin sağlık durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları.....	187
Çizelge 4.48. Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda sağlık durumu farklılığının Türkiye ve Filistin’e göre karşılaştırması	188
Çizelge4.49. BKİ değerlerine göre sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar	189
Çizelge4.50. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin BKİ değerlerine göre sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları.....	189
Çizelge 4.51. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin BKİ değerlerine göre sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları.....	190

Çizelge 4.52. Sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda BKİ değerlerinin Türkiye ve Filistin'e göre karşılaştırması	190
Çizelge 4.53. Politik Görüşe göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar	191
Çizelge 4.54. Çalışmaya Türkiye'den katılan bireylerin politik görüşe göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları.....	192
Çizelge 4.55. Çalışmaya Filistin'den katılan bireylerin politik görüşe göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar	193
Çizelge 4.56. Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda politik görüş farklılığının Türkiye ve Filistin'e göre karşılaştırması	194

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Sağlık belirleyicileri modeli	15
Şekil 2.2. Sağlığın alan modeli ve iyi olma hali	17
Şekil 3.1. Toplum sağlığını geliştirme modeli.....	117

HARİTALARIN LİSTESİ

Harita	Sayfa
Harita 3.1. Türkiyenin yedi bölgesi	98
Harita 3.2. Filistin 1948'den beri işğal edilen kutsal toprakları	107

KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler Açıklamalar

\$	Amerikan doları
NIS	İsrail Yeni şekel

Kısaltmalar Açıklamalar

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	Beden Kütle İndeksi
SSBK	Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu
SEED	Sağlık Eşitliği Etki Değerlendirmesi
ST	Sağlık Teşviki
Sİ 2010	Sağlıklı İnsanlar 2010
MKH'leri	Milenyum Kalkınma Hedefleri
USHRK	Ulusal Sağlık ve Hastane Reformu Komisyonu
EİKÖ	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SB	Sağlık Bakanlığı
SED	Sosyo Ekonomik Durumu
SESB	Sağlık Eşitsizliklerinin Sosyal Belirleyicileri
SSB	Sağlığın Sosyal Belirleyicileri
STÖ	Sivil Toplum Örgütü
BMYBA	Birleşmiş Milletler Yardım ve Bayındırlık Ajansı

1. GİRİŞ

1948 yılında yayımlanan DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tüzüğü sağığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değıl; fiziksel, toplumsal ve zihinsel tam bir esenlik durumu” olarak tanımlamıştır. 1986 yılında Ottawa sözleşmesi ile bu tanım daha ileriye götürülerek; sağık “bir birey ya da grubun bir yanda arzularını tanımlayıp gerçekleştirmeye ve gereksinimlerini karşılamaya, diğıer yanda çevresini değıştirmeye ve onunla baş etmeye muktedir olabilmesi” anlamını almıştır (Soysal, 2010).

Bu geniş ve kapsamlı sağık kavramı, sağığın belirleyicileri üzerine yazılmış zengin bilimsel yayın arşivi sayesinde daha iyi anlaşılakta ve bunun tam desteğini almaktadır. Sağık durumu ve sağık durumundaki farklılıklar, kişisel ve ailevi koşullar, gelir, eğitim, insanların yaşadıkları ve çalıştıkları yer ve nispeten sınırlı ölçüde sağık hizmetlerine bağılı genetik, çevresel, toplumsal ve ekonomik faktörlerden etkilenmektedir. Son yıllarda, sağığın toplumsal belirleyicilerinin önemi giderek daha çok anlaşılır olmuştur (Wilkinson ve Marmot, 2003: 31).

Bunun yanında sigara içme, boş zaman fizik aktivitesi ve diyet seçenekleri gibi sağık davranışlarındaki sosyoekonomik farklılıkların sağık üzerinde etkisi olduğı çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Sigara ve obezite ile mücadelede kampanyalarının sağıklı toplumlar oluşturma konusunda birçok ülkede başlatıldığı görülmektedir (Wardle ve Steptoe, 2003).

Eğitim almaya engel teşkil eden bireysel bilgi, tutum ve motivasyon faktörleri, hayat tecrübesi ve yerel sosyal çevresel faktörler sağık konusunda bilinç seviyesi ile alakalıdır (Wardle ve Steptoe, 2003).

İnsanların sağıksız ortamlarda çalışması ve kötü yerleşim koşulları, sağık hizmetlerine ulaşmalarında engeller bulunması, besin güvenliği ve güvensizliği, sağıklı suya erişimdeki güçlükler ve eğitimin bir bütün olarak sağık durumlarını etkilediğı kabul edilmektedir. Bu nedenle sağıklı bir toplum yaratma çabasının olumlu bir sonuca ulaşabilmesi için insanın içinde bulunduğu bütün çevresel koşullar göz önünde bulundurulmalıdır ve bütün bu çevresel koşullara iyileştirici müdahaleler yapılabilmelidir (Dannenberg ve diğıerleri, 2003).

DSÖ, son ekonomik krizin de etkisi ile dünyada giderek artan bulaşıcı hastalıklar, ulaşılamayan sağlık hizmetleri, satın alınamayan ilaçlar, önlenemez ölümler, bozulan sağlık düzeyi karşısında 2005 yılında Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonunu (SSBK) oluşturdu. Komisyonda DSÖ'nün Genel Direktörü Lee Jong tarafından yankılara neden olan bir rapor hazırlandı. Ağustos 2008 tarihinde yayınlanan rapor, insanların doğup büyüüp yaşlandığı koşulların ve sağlık sistemlerinin temelinde gücün, paranın ve kaynakların, yerel, ulusal ve uluslararası düzeylerde dağılım şeklinin bulunduğunu belirtmektedir. Raporda bu dağılımların da politik tercihlerden etkilendiği saptanmakta, bir ülke için ve ülkeler arasındaki önlenemez ve adaletsiz sağlık düzeyi farklılıklarından bu sosyal belirleyicilerin sorumlu olduğu ifade edilmiştir (Solar ve Irwin, 2010).

Türkiye'de düşük SED'un sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, yetersiz sosyal destek, kötü öznel sağlık algısı, kötü bilişsel durum, yüksek ölüm kaygısı, tedaviye uyum göstermeme, ihmal, kötü yaşam tatmini, yetersiz günlük yaşam aktivitesi, kötü yaşam kalitesi, yetersiz ilaç bilgisi konularında risk olduğunu gösteren çalışmaların sayısı daha fazladır. Yapılan çalışmalara göre yaşlılarda düşük öğrenim, sağlık eşitsizliklerinde önemli bir değişkendir. Türkiye'de yaşlı sağlığında eşitsizliklere ilişkin yöntem açısından standart çalışmaların yapılması, temelde tüm toplumda eşitsizliklerin önlenmesi, bireylerin yaşlılıkla birlikte artan eşitsizliklerden korunması önemlidir (Şimşek ve Uçku, 2012). Farklı bir araştırmada, yaşam kalitesini arttırdığı belirlenen bazı sosyo-demografik değişkenler; yükseköğrenim düzeyi, medeni durumun bekâr olması, gelir getiren bir işte çalışmak, herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmak ve göç etmemiş olmak olarak bulunmuştur (Bilir ve diğerleri, 2005).

Türkiye'nin son yıllarda sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da önemli gelişmeler katettiği gözlenmektedir. Genel anlamda yaşanan olumlu gelişmelerin toplumu oluşturan bireylerin sağlıkla ilgili inanç ve tutumlarında bir etkisi olup olmadığı konusunda çok fazla araştırmaya rastlanılmamıştır.

Çalışmamızda, dini inanç ve kültürel yapısı birbirine benzemekle beraber sosyo – ekonomik ve siyasi yapısı farklı iki ülke olan Türkiye ve Filistin'de inceleme yapılmıştır. Türkiye'de (Ankara ilinde) yaşayan bireylerin sağlığın belirleyicileri konusundaki inanç ve tutumlarının neler olduğu, ayrıca Türk toplumunun sağlık konusundaki inanç ve tutumları ile Filistin (Nablus ilinde) toplumunun inanç ve tutumları arasında bir farklılık olup olmadığı çalışmanın problemini oluşturmaktadır.

Araştırmacının amacı Türk ve Filistinli vatandaşlarının cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir, sağlık durumu, BKİ (Beden Kitle İndeksi) ve siyasi görüş durumlarına göre sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları, buna ek olarak, bu değişkenlerin Türk ve Filistinli vatandaşların sağlığı geliştirme ile ilişkili faktörlere yönelik inanç ve tutumlarını ve son olarak, Türk ve Filistinli vatandaşların sağlık hizmeti alımında etkili olan faktörlere yönelik inanç ve tutumlarını ortaya çıkarmaktır. Sonuçta, Türk toplumunun sağlık konusundaki inanç ve tutumları ile Filistin toplumunun inanç ve tutumları arasında bir farklılık olup olmadığı da belirlenmeye çalışılmıştır.

Sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda literatürde giderek artan bir ilgi olduğu görülmektedir. Bireylerin sağlık seviyelerinin yalnızca biyolojiye atfedilmemesi gerektiği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalar biyolojik faktörler yanında gelir, gelir eşitsizliği, sosyal bağlılık ve sosyal sermaye gibi faktörlerin sağlık ve hastalıkla ilgili olduğunu göstermektedir (Phillips, 2005).

Sağlığın niteliğini sağlık inançları ve alışkanlıkları etkilemektedir. Aynı zamanda sağlık kısmen kültürle şekillenmektedir. Sağlık inançlarına ve uygulamalarına kültürün etkisi yüksek düzeydedir. Sağlığın nihai hedefinin iyileştirme yerine hastalıkları önleme olduğu ve bu bağlamda sağlık teşviki konusunda daha fazla uluslararası çalışmalar vardır (Vaughn ve diğerleri, 2009).

Ek olarak, sağlık problemleri, biyolojik ve medikal teknoloji temini konularının da önemi artmaktadır. Bu durum yoksulluk, sosyal destek, medikal bağlılık/ uyum ile tedavi rejimi, kültürleşme, göç ve su kaynaklarını paylaşma gibi sağlıkta rol oynayan sosyokültürel, tutum ve çevre sektörleri ve toplum temelli yaklaşımın önemini göstermektedir (Vaughn ve diğerleri, 2009).

Anderson ve diğerlerinin (2002) tanımlarına göre Sağlık inançları “Sağlık davranışlarını etkileyen kişisel inançlar” olarak tanımlanır. Green (2002) sağlık inanç modeli konusunda yaptığı çalışmada insanların sağlığı algılama, sağlığı geliştirme ve sağlık uygulama şeklini sağlık inançları kapsamına almıştır. Aynı zamanda Tseng ve diğerlerine (2005) göre kültürel özellikler sağlık inançlarına etki etmektedir (Zhao, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2005 yılında kurulan *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu* (DSÖ-SSBK), çalışmalarını 2008 yılında tamamlayarak, sağlıktaki

eşitsizliklerin toplumdaki eşitsizlikler nedeniyle ortaya çıktığı ve sağlıktaki eşitsizliklere insanların içinde doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullardaki eşitsizliklerin neden olduğu sonucuna ulaşmıştır. İnsanları “*hastalıkların değil, eşitsizliklerin öldürdüğü*” gerçeğini kanıtlarıyla gözler önüne seren Komisyon, toplumsal eşitsizliklerin itici gücünün de *güç, para ve kaynaklardaki eşitsizlikler* olduğunu ilan etmiştir (Akalin, 2014).

Sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, sağlığı ve iyiliği şekillendiren bir dizi birbirleriyle karşılıklı etkileşim içinde olan etmenleri veya sağlığın toplumsal belirleyicilerini vurgulamaktadır. Bunlar, maddi koşullar, sosyal ortam, psikososyal etmenler, davranışlar ve biyolojik etmenleri kapsar. Bu etmenler, bireylerin sosyal konumu, eğitim düzeyleri, meslekleri, gelirleri, cinsiyetleri ve etnik kökenlerinden etkilenir. Bireylerin içinde yaşadığı sosyo-politik, kültürel ve toplumsal bağlamların da bunların hepsi üzerine etkileri vardır (Akalin, 2014).

Özetle sağlığın toplumsal belirleyicileri yaklaşımı *sorunu*, sosyal ve ekonomik *kaynaklara erişim sorunu* olarak tanımlamaktadır. İnsanların kaynaklara erişimi sağlanabilirse, diğer bir deyişle insanlar iyi bir işe sahip olur, eğitim düzeyleri yükselir, erken çocukluk bakımı sağlanır, sağlıklı barınma ve beslenme şartlarına kavuşur, toplumdaki ayrımcılıklar azaltılırsa sağlıktaki eşitsizlikler de azaltılabilecektir. SSBK, bunların başarılabilmesi için devletin *temel* hizmetleri sağlamasını, uluslararası kuruluşların bu konuda yardımcı olmasını ve devletin “yetemediği” yerlerde özel sektörün ve hayır kurumlarının da devreye girmesini önermektedir (Akalin, 2014).

Türkiye ve Filistin’de sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili inanç ve tutumlar konusunda yapılmış bir araştırma yoktur. Ancak konunun öneminin kavrandığını şu gelişmeler göstermiştir: 17-25 Haziran 2013 tarihleri arasında DSÖ Avrupa Bölge Ofisinin uzmanları ve Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi Temsilcilerinden oluşan bir ekibin katılımıyla bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik sağlık sisteminin etkisinin güçlendirilmesi, sağlığın sosyal belirleyicileri aracılığı ile bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik eylem planı hazırlanması için ilk ziyaretini gerçekleştirmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2013).

Aynı konu ile ilgili Nilüfer Belediye Başkanı Mustafa Bozbey (2013) “DSÖ Sağlıklı Kentler Ağı’nın da desteğiyle 2012 yılında Eşitsizlikleri Haritalamak adlı çalışmamız ile

Türkiye’deki sağlığın sosyal belirleyicilerini ve eşitsizlikleri görünür kılmaya çalıştık. Amacımız eşitsizliklerin varlığını görsel olarak anlatmak ve bir farkındalık yaratmaktı. şimdi bu çalışmanın bir benzerini ve daha kapsamlısını kentimiz için gerçekleştirmeye çalışıyoruz. Bu çalışma yerel düzeyde sağlığın sosyal belirleyicilerini ortaya koymak açısından bir ilttir. Türkiye’de daha önce konuyla ilgili yapılmış bir çalışma yok. Biz sadece sağlığın sosyal belirleyicilerini ortaya koymakla kalmayacağız. Aynı zamanda ortaya çıkan durumu değerlendirip politika da üreteceğiz,” şeklinde konuşmuştur (<http://www.nilufer.bel.tr>).

Batı şeria ve Gazze’de Filistin topluluğu ve FUO’nin sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde çok az denetimi vardır. Filistin ve İsrail arasında derin güç ve servet eşitsizlikleri vardır ve bunlardan ikincisi günlük hayatın birçok yönünü kontrol etmektedir. Filistinlilerin düşük bir sosyo ekonomik konumu vardır ve buna karşılık gelen düşük bir yaşam kalitesine sahiptirler (The Palestinian National Authority Ministry of Health, 2013: 9).

Bu çalışmanın önemi sağlık üzerinde etkisi olan siyasi ve sosyoekonomik açıdan benzemeyen toplumların sağlık inançları ve tutumları açısından görüşlerini bilmektir. Arıca siyasi görüşler Eroğlu ve Bayraktar’a göre zaman içinde herkesin sahip olduğu düşünölen, oluşumunda birçok faktörün etkili olduğu, uzun dönemli bir oluşum sürecine sahip olan ve zaman içinde değerışim gösterebilen tutum ve inançlar olarak kabul edilebilir. Bu alanda yapılacak olan araştırmalar; toplum sağlığının korunması, sürdürölmesi, yükseltilmesi ve sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesinde bir araç olan sağlık politikalarına yön vermesi açısından son derece önemlidir. Ek olarak bu toplumların sağlık, sosyal ve ekonomik açıdan kalkınmaları için hükümetlerin politika oluşturmasında ve sağlık programları geliştirmesinde rol oynayan öneriler ve tercihler sunmak istenmektedir. Çalışmanın, ileride bu konuda yapılabilecek çalışmalara kaynak teşkil etmesi bakımından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışma Türk ve Filistin toplumlarındaki sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik inanç ve tutumların tespiti ve karşılaştırılması konusunda atılan ilk adımdır. Araştırmanın kısıtlılıkları aşağıdaki gibidir:

1) Çalışma konumuz olan Türkiye ve Filistin’de sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda yapılmış araştırma çok azdır.

- 2) Örnek hacmi çok büyüktür. İki ülke ve iki şehir arasında yapılması gereken seyahatler, anketlerin dağıtımı ve geri toplanması takım çalışması gerektirmektedir.
- 3) Araştırmadan elde edilen sonuçlar, araştırma yapılan iller ile sınırlı olup ülkelere genellenemez.

Türk ve Filistinli vatandaşların sağlığın sosyal belirleyicileri açısından inançları ve tutumlarının karşılaştırılması Orta Doğu'da ele alınmamış ve yeni incelenen bir konudur. Araştırmanın varsayımları aşağıdaki gibidir:

- 1) Mevcut değişkenlerle ve örneklem sayısı ile bölgede yapılan ilk karşılaştırmalı çalışmadır (sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili Türk ve Filistinli vatandaşların inançları ve tutumları). Türk ve Filistin istatistik kurumları bu iki toplum ile ilgili demografik bilgileri (adres listesi) vermeye yardımcı olacaktır.
- 2) Yetkili ve karar merci sahibi olanlar katılımcı kişilere ulaşmak için yardımcı olacaklardır.
- 3) Bu çalışmanın sonuçları her ülkede ki sağlığın sosyal belirleyicileri ve vatandaşların sağlık hizmet alımı ile ilgili sağlık politikası oluşturulmasına katkıda bulunacaktır.
- 4) Ankete katılan bireylerin soruları içtenlikle doldurdukları varsayılmıştır.

Tanımlar

Sağlık, kişilerin iyi nitelikte bir yaşamın keyfini çıkartabilecekleri, etkin ve üretken bir yaşam sürdürebilecekleri bir süreç olarak görülür. Güçlendirme süreci ve insanın etkin katılımlı bir nesne olarak görülmesi yaşamsal önemdedir. Bu yaklaşım; yeni halk sağlığının özünü oluşturan sağlık bakış açısıyla, sağlığı geliştirme hareketini insan haklarının savunulması ve geliştirilmesine yöneltir (Erkoç ve diğerleri, 2011: 8).

Sağlığı geliştirme, insanları kendi sağlık belirleyicileri üzerinde kontrol sağlayarak, sağlıklarını iyileştirmeleri ve böylelikle etkin ve üretken bir yaşam sürdürebilmeleri için güçlendirme sürecidir (Erkoç ve diğerleri, 2011: 34).

Sağlık belirleyicileri, genellikle sağlık ve hastalıktan sorumlu olan sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel faktörler olarak tanımlanmakta olup büyük bölümü sağlık sektörünün dışındadır (Bonita ve diğerleri, 2006: 32).

Sağlık göstergesi, bir topluluk dâhilinde yaşayan insanların sağlık durumunu yansıtmak üzere, doğrudan ölçülebilen bir değişkendir. DSÖ, her yıl 50 sağlık göstergesine ilişkin en son verileri sunmaktadır. Sağlık göstergeleri, aynı zamanda daha geniş bir sosyal gelişim endeksinin hesaplanmasındaki bileşenler olarak da kullanılabilir. En iyi örnek ise her yıl ülkelerin ekonomik kalkınma, okuryazarlık, eğitim ve yaşam beklentisinin bir kombinasyonuna göre derecelendirildiği İnsani Gelişim Endeksi'dir (Bonita ve diğerleri, 2006: 32).

İnançlar, gündelik yaşantımızın kazandırdığı deneyimlere bağlı olarak gelişir, değişirler ve bu anlamda bir var olma biçimi şeklinde değerlendirilebilirler (Erdal ve Ok, 2012). İnançlar Eren'e (2000) göre " bireylerin kendi dünyalarının bir yönü ile ilgili algılarının ve tanımlarının meydana getirdiği sürekli duygular ağıdır". İnançlar çoğu durumda, bireysel ilkelerin kaynağı halindedir. Kişi bilgi, kanaat ve inançlarını açığa vurmak istediği zaman bunu davranış ve tutumlarıyla belli eder (Yalçın ve Koçak, 2012).

Tutumlar, kendileri gözlenemeyen, fakat gözlenebilen bazı davranışlara yol açtığı varsayılan bazı eğimlerdir. Bu nedenle, olayları incelemede ara değişken olarak kullanılabilir (Kağıtçıbaşı, 2006: 104). Tutum Alport'a göre " bireyin bütün nesnelere karşı göstereceği tepkiler ve durumlar üzerinde yönlendirici veya etkin bir güç oluşturan, ussal ve sinirsel bir davranışta bulunmaya hazır olma halidir". Burada tutum, bireyin tepkisini yönlendirici bir unsur olarak onun davranış biçimini belirlemektedir (İnceoğlu, 2010: 8).

Siyasal liberalizme dayanan bir anayasal düzende şiddeti savunmadığı, başkalarının özgürlüklerini boğmaya kalkmadığı sürece, (liberalizme düşman olanlar da dâhil) bütün ideolojilere yer vardır. Bireyler hangi fikri, inancı, kimliği, yaşam tarzını benimseyecekleri konusunda özgürdür, hiçbir dayatmaya tabi olamaz. Bütün bu konularda farklı tercihlere saygı, hoşgörü esastır (Alpay, 2013).

Milliyetçilik, dünya toplumlarının ulus öncesi oluşumlardan/yapılardan, ulus olma aşamasına varma çabasının hem bir ürünü, hem de ideolojik aracıdır. Milliyetçiliği hem ideolojik hem de duygusal alanda etkinliğini devam ettirmesi nedeniyle değişmez, tekdüze

bir ideoloji olmasından öte, ulus kavramının ortaya çıkışından günümüze kadar evrimleşmiş bir ideoloji olarak tanımlamaktadır (Şen, 2004: 70).

Muhafazakârlık Demir ve Acar'a (2005: 129) göre "Mevcut yapıya hayat veren geleneksel değer ve normları koruma taraftarlığı ya da hızlı değişimle geleneklerden kopulmasına karşı çıkmak anlamlarına gelen kavramsal olarak tanımlamaktadır". Michael Qakeshott (2004: 56 - 57) muhafazakâr duruşu şöyle tanımlar: "Muhafazakâr olmak, aşına olunanı bilinmeyene, denemişi denenmemişe, gerçeği gizeme, fiili olanı olası olana, sınırlıyı sınırlanmamışa, yakını uzağa, yeterliyi bolluğa, elverişliyi mükemmele ve şu anki gülüşü hayali neşeye tercih etmektir." Yine "muhafazakâr olmak, kendi şansına dayanmak, kendi araçlarının seviyesinde yaşamak, kendisine ve kendi şartlarına benzer daha büyük tekâmül isteği ile tatmin olmaktır"(Akkır, 2006: 5-9).

Sosyal demokrasi, evrensel değerlerle uyumlu olarak yurttaşların bireysel ve toplumsal gereksinimlerini sağlamayı hedefleyen devlet veya bu yöndeki politika ve kapitalist ekonomi içinde ortaklaşa uyum düzeni olarak da tanımlanmaktadır (Sejersted ve diğerleri, 2011: 1-12).

İlimli, genellikle hem liberal ve muhafazakâr ideolojilerinin bir karışımını temsil eder (Schlenker, Chambers ve Le, 2012).

Sokaktan geçen insanları durdurduğumuzda ve sağlıklarını sorduğumuzda (farklı yaş, cinsiyet, renk, din, dil, kültür, eğitim, gelir ve benzeri gruplardan örnek olarak bireyler alalım) göreceksiniz ki, insanların cevapları farklı olacaktır. Bireyin sağlığını belirleyen sadece hastalık yapan faktörler değil, beden, aklen ve ruhen etkileyen sosyal faktörler daha da önemli görünmektedir. Bu sosyal belirleyicilerin etkileri, insandan insana veya sosyal, ekonomik ve kültürel doğası tarafından yönetilen toplumdan topluma değişmektedir. Bu doğanın elbette bireylerin ve grupların sağlık düzeyinde etkisi vardır. "Sağlığım iyi" cevabını verene rastlanabileceği gibi "kötü" veya "orta düzeyde" diyenlere de rastlamak mümkündür.

2. SAĞLIK VE SAĞLIK BELİRLEYİCİLERİ

2.1. Sağlığın Sosyal ve Kültürel Belirleyicileri

Sağlıkla ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri (SSB) ile ilgili genel algıda birçok ortaklık vardır. Siyasi yelpaze içerisindeki birçok kişi, şahısları kendi sağlıkları ve refahları için öncelikli sorumlular olarak görürler (Robert ve diğerleri,2008). İnsan sağlığı ve sosyal sınıfa ve ırka /etnik kökene bağlı olan sağlık farklılıkları, bireysel davranışlardan ve sağlık hizmetlerinden etkilendiği gibi, aynı zamanda da Sağlığın Sosyal Belirleyicilerinden (SSB) de etkilenir. Ya da başka bir deyişle, bu farklılıklar “insanların doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı yerlere ve yaşlarına göre değişebilir”. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri tanımının içerisinde kişilerin sosyal durumları, eğitim durumları, çevresel etmenleri, sosyal destekleri, yaşadıkları yerler ve evlerinin durumu yer alır (Commission on Social Determinants of Health [CSDH], 2008: 26).

Viswanath ve Emmons (2006)'a göre, sağlık davranışları ve sağlık hizmetleri, karakteristik olarak sağlığın önemi üzerinde hâkimiyet kurmaktadır. Kim ve Willis (2007)'e göre ise, sağlık davranışları ve sağlık hizmetleri, sağlık nedenlerinin medya tasviri ve sorumluluğu üzerinde hâkimiyet kurmaktadır. Lantz ve diğerleri (2007)'de sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerinin kamu politikası üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir ve son olarak da Robert ve diğerleri (2008), sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerinin kamuoyu üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Kim ve Willis (2007)'e göre sağlığın sosyal belirleyicilerinin büyüyen farkındalıklarına ve kamusal sağlık örgütlerinin sağlık farklılıklarına rağmen, sağlık iletişimi uzmanları ve haber kanalları bu konuları oldukça az bir seviyede işlemişlerdir, Robert ve diğerleri (2008) de, toplumsal farkındalığın ve endişenin bu konular üzerinde oldukça düşük olduğunu belirtmiştir (Lundell ve diğerleri, 2013).

Sosyal adalet, yaşamın ve ölümün bir unsurudur. İnsanların yaşama şeklini, hastalıklarının tutarlı değişimlerini ve aynı zamanda da insanların zamanından önce ölme risklerini etkiler. Ülkelerde sağlık açısından çok büyük farklılıklar vardır. Bu farklılıklar, ülkelerin sosyal dezavantajları ile doğru orantılıdır. Ülkeler arasındaki bu büyük farklılıklar, basit bir şekilde söylemek gerekirse hiçbir zaman olmamalıdır (CSDH, 2008: 177). Fakat sağlık alanındaki eşitsizlikler, dünya genelinde büyük bir problem olarak görülmektedir (CSDH,2008: 177). Günümüzde sağlık göstergileri, azımsanamayacak kadar çok sayıda

sağlık eşitsizliği olduğunu gözler önüne sermektedir. Tüm popülasyon için sağlık riski vardır. Bir kişinin sosyal durumu ne kadar düşükse, sağlığı için bulunan risk de o kadar büyüktür. Ayrıca, sosyal durumu düşük olan kişilerin salgın bir hastalığa yakalanma riskleri ve kötü sağlık durumu sıkıntısı çekme riskleri de oldukça yüksektir (Sanders, 2007).

Birçok farklı coğrafik bölgeye göz attığımızda ve sağlığın tek bir belirleyicisine odaklandığımızda sağlığın sosyal belirleyicilerinin ülkelere ve kişilere göre nasıl değiştiğini ve kişileri nasıl etkileyebildiğini daha net bir şekilde görebiliriz. Bu belirleyiciler sağlık üzerinde oldukça etkin bir role sahiptirler.

2.1.1.Çeşitli coğrafi bölgelerdeki ortalama yaşam süresi

Hayat, insanların nerede doğduğuna ve büyüdüğüne göre değişim göstermektedir. Japonya'da ya da İsveç'te doğmuş ve orada yaşamakta olan bir kişinin 80 yıldan daha fazla yaşaması beklenir; Brezilya'da, ortalama yaşam süresi 72 yıldır, bu Hindistan'da 63 yıldır ve birçok Afrika ülkesinde de ortalama yaşam süresi 50 yıldan daha azdır (Marmot ve diğerleri, 2008), bununla birlikte Doğu Akdeniz Bölgesin nüfusu için tahmin edilen ortalama yaşam süresi 72 yıldır. Körfez Arap Ülkeleri İşbirliği Konseyi Ülkeleri'nden bazılarında ise (Kuveyt, Katar ve Birleşik Arap Emirlikleri) tahmin edilen ortalama yaşam süresi 78 yıldır. Buna karşılık, uzun yıllardır ülke içi karışıklık yaşayan ülkelerde (Afganistan, Somali, Sudan gibi) yaşayan insanların tahmin edilen ortalama yaşam süresi oldukça düşüktür. Bu ülkelerde yaşayan insanlar yaklaşık olarak 48 ile 59 yıl arası yaşarlar (Mandil ve diğerleri, 2013). Benzer olarak, yıllık olarak yayınlanan İnsan Hakları Raporu'nun 2012'de belirtildiği üzere, İsrail'de doğmuş olan ve İsrail'de hayatına devam eden bir kişinin ortalama yaşam süresi 81,6 yıldır ve işgal altında olan Filistin'de ise bu süre 72,8 yıldır (Amnesty International Report, 2012: 186). Avrupa Ekonomik İşbirliği Kalkınma ve Teşkilatı'nın raporlarına göre ise bu teşkilat içerisinde yer alan ülkeler arasında en az ortalama yaşam süresine sahip ülkelerin 74 yıla Türkiye ve 71 yıla Macaristan gelmektedir. Bu ülkeleri ortalama 75,2 yıla Slovakya izlemektedir (Today's Zaman, 2013).

Ülkeler bazında yaşam fırsatları arasında da oldukça fazla bir fark vardır. En fakir olan insanlar en ölümcül hastalıklara yakalanırlar. Tüm gelir gruplarındaki insanlar için, sağlık ve hastalık sosyal bir eğimi takip eder: daha düşük sosyo-ekonomik düzeyde olan kişinin sağlığı daha kötüdür (Marmot ve diğerleri, 2008).

Gelir seviyesi, eğitim düzeyi, iş alanı, konut türü ve yaşanılan çevre gibi birçok sağlık göstergesi insanların yaşamlarını etkilemektedir (Graham ve Kelly, 2004).

Kayda değer araştırmaların yapıldığı yerler, sağlığın sosyal ve fiziksel çevrenin etkisi altında kalmış olduğu yerlerdir. Bu karakteristik özellikler, ya da sağlık belirleyicileri, 1970'lerden itibaren Kanada politika söylemi olarak öne çıkmaktadır. Kanada halk sağlığı ajansı, 12 adet belirleyici kabul etmektedir, bunlar: 1) gelir düzeyi ve sosyal statü, 2) sosyal destek ağları, 3) eğitim seviyesi ve okuryazarlık, 4) çalışma koşulları, 5) sosyal çevre, 6) fiziksel çevre, 7) bireysel sağlık egzersizleri ve baş etme becerileri, 8) sağlıklı çocuk yetiştirme, 9) biyolojik ve genetik gelir sağlama, 10) sağlık hizmetleri, 11) cinsiyet ve 12) kültürdür (Public Health Agency of Canada, 2011).

Aynı alanda, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığın sosyal belirleyicileri üzerindeki araştırmaları, yukarıdakine benzer şekilde sağlık belirleyicilerini içeren bir liste oluşturulmasına yardımcı olmuştur. Fakat bu liste sosyo-ekonomik ve politik bağlamları da içermesi sebebiyle daha geniş kapsamlı bir liste olmuştur (Irwin ve Scali, 2010: 27).

Sağlığın belirtilmiş olan sosyal belirleyicilerinin üzerinde ayrıntılı şekilde durmadan önce, toplumsal bakış açısıyla sağlığa ışık tutmak zorundayız.

2.1.2. Sağlığın tanımı

Idler ve Benyamini (1997), öznel (kişisel) sağlık üzerine yaptıkları çalışmada, bizlere insanlara aldatıcı bir şekilde sorulmuş olan soruya verdikleri cevabı göstermektedir. Soru "genel olarak şuan ki sağlık durumunuzu nasıl tanımlarsınız?" dır. Soru algısal cevabı öngörmüştür ve diğer klinik sonuçları büyük ölçüde biyomedikal ve psikolojik değişken faktörlerle incelemiştir (Bishop ve Yardley, 2010).

Sağlık, çok boyutlu bileşenleriyle birlikte her zaman evrim geçiren bir alandır. Sağlık kelimesinin anlamı, her bir birey için farklılık gösterebilmektedir. Bununla birlikte, araştırma bulguları sağlığın açıklamasını ya da sağlığın anlamını, etnik ve ırksal benzerlikler doğrultusunda açıklamıştır. Avans Sağlık Direktifi (2000) sağlığı, "bir kişinin tam olarak, iyilik durumu" olarak tanımlamıştır ve daha sonra da şu bilgileri devamına eklemiştir: Optimal işleyiş ve sağlıklı olma durumu; normal olmamaktan kaynaklanan özgürlük ya da hastalık ve sesten, akıldan ve bedenden oluşmaktadır". Backett ve Davidson

(1992)'a göre, “sağlığın ve iyi olma, sağlıklı olmanın bu tanımları, kültürlerin uzun yıllar sonunda oluşturduğu değerlerle alakalıdır”. Belirli etnik gruplar için, sağlık, sağlıklı olmanın bir algısı olarak idrak edilir ve bu algı hastalık durumunun olmaması halinde bozulmaya yol açar (Jackson, 2010).

Herzlich, (1973) ve Williams (1983), çalışmalarında sağlıklı olma durumunun tanımı ile ilgili günümüzde hala mevcut olan kaliteli eserler vermişlerdir. Bu çalışmalarında düşüncelerini şu şekilde ifade etmişlerdir: “biliyoruz ki, insanlar sağlığa birçok şekilde ulaşabilmekte ve ayrıca sağlığın tüm bu çeşitli bileşenleri davranış için saklı olan anlamı taşımaktadır” (Bishop ve Yardley, 2010).

Lee Şehri Sağlık Departmanı çalışmalarında, sağlığın, çoklu belirleyicilerin bir sonucu olduğunu uygulamalı bir şekilde kişiden kişiye değişebilecek olan genetik, biyolojik, davranışsal, sosyal ve ekonomik bağlamlarda göstermiştir ve sağlık alanındaki gelişmelerin, bu bağlamlar arasındaki çoklu işlemlerin uyarlanabilir süreçlerinden oluştuğunu ve insan davranışlarını tanımlayan biyo-davranışsal düzenleyici sistemlerin bu sürece yardımcı olduğunu belirtmişlerdir (Halfon ve Hochstein, 2002).

Literatürde sağlık kavramı çok farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Ancak en çok kabul edilen DSÖ (1946) tarafından yapılan tanımdır. Buna göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu değil bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halleri olarak tanımlanmaktadır. Ana hatların çizildiği bu tanıma göre Çelik (2006) sağlığı, insanların ırk, din, politik görüş, ekonomik veya sosyal durumlarına göre herhangi bir şekilde ayırım yapılmaksızın sahip olması gereken en temel haklardan birisi olarak kabul etmektedir. Sağlık aynı zamanda, birey, grup ve toplumların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerini de ilgilendiren bir kavramdır. Bunun için sağlık sadece hastalık ve sakatlığın yokluğu olarak görülmemelidir. Sağlık tanımlanırken insanların günlük yaşamlarında çevreleriyle sürekli etkileşim içinde oldukları ve çevrenin özelliklerinden önemli oranda etkilendikleri gerçeği göz önünde bulundurulur”.

Son olarak Lerner ve Benson (2002); Boyce ve diğerleri (1998) sağlığı, bireyin, gelişim sürecinde, çevre, sosyal, psikolojik ve biyolojik sistemlerin nedenlerini, çok boyutluluğunu ve karmaşıklığını fark etmesi olarak tanımlamaktadır (Halfon ve Hochstein, 2002).

2.1.3. Sağlığa karşı sosyal yaklaşıma tarihsel genel bakış

Kronik hastalıkların, ölüm ve sakatlık gibi akut infeksiyonlara sebep olma ihtimalleri vardır ve bu oran az gelişmiş ülkelerde oldukça fazladır. Bu sebeple, hastalık biliminin teorisyenleri, tek bir hastalığa sebep olan (genellikle bir mikrop) tek bir faktörden, biyolojik ve genetik faktörlerin birleşmesinden oluşan ve çok yönlü davranışsal ve çevreye bağlı etkenden oluşan faktörlere kadar uzanan etkileri incelemiştir (House ve diğerleri, 1988).

McKeown'un analizleri (1976) "Nüfus'un Modern Yükselişi" çalışmasında ortaya koymaktadır ki, ahlakın önemli derecede eksilmesi, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar sebebiyle olmaktadır. Bu hastalıklar etkili medikal tedavilerin geliştirilmesinde önce oldukça yaygın olarak görülmekteydi. Buna karşılık, ahlaki eksilmenin diğerleri arkasındaki esas itici güç, yiyecek arzındaki ve yaşama koşullarındaki büyük değişimlerdir (Irwin ve Scali, 2010:5).

Sonuç olarak, Wanless (2004) "Tüm Nüfusa Yönelik İyi Sağlık" çalışmasında sağlık ve sağlıklı olma durumu, geçmiş ve mevcut davranışlardan, sağlık servislerinin gelişiminden ve sosyal, kültürel ve çevresel faktörleri de içeren "genişletilmiş belirleyicilerden" etkilenmektedir (Graham ve Kelly, 2004). O halde, sağlık biliminin sosyal kökeni nedir?

1800'lü yılların ortalarında, politik ekonomist Friedrich Engels, İngiltere'de enfeksiyon ve hastalıklardan kaynaklanan erken ölümlerin kötü yaşam koşullarıyla, kötü giyinme koşullarıyla, kötü beslenmeyle ve kötü hijyen çevresiyle nasıl bir ilişkisi olduğunu araştırmıştır. Engels (1845/1987) "İşçi Sınıfın Koşulları" adlı çalışmaya göre maddeci yaşam koşullarını günden güne artan stres ve sağlık alanındaki sosyal sınıf farklılıklarının temel iştirakçisi olan sağlık tehditlerine yol açacak hastalıklar olarak tanımlamıştır. Aynı zaman diliminde, Rudolf Virchow (1848/1985) da benzer araştırmalar yapmıştır. Rudolf Virchow "Halk Sağlığı ve Epidemiyoloji" isimli yayınladığı referansta sağlığın yaşam koşullarından nasıl etkilendiğini ve sosyal politika geliştirilmesinde nasıl kullandığını, bu bağlamda incelendiğinde de politika üzerinde nasıl bir rol oynayıp hastalıkların nasıl uzaklaştırıldığını açıklamıştır (Raphael, 2008: 3).

20. yüzyılın ikinci yarısında, sosyologlar da sağlık ve hastalık konusuna yönelmişlerdir. İnceledikleri alanlar iki ana tarihsel bölüme ayrılabilir. Bunlardan ilki "tarih öncesi" dönemdir. Bu dönem, Batı Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık

problemlerinin ve sosyal problemlerin birbirlerine bağılı olmasını içerir. İkinci bölüm ise “Savaş sonrası modern dönem”dir. Bu dönemde medikal sosyoloji bir uzmanlık alanı olarak oluşturulmuştur. Medikal sosyologların faaliyet alanı günümüzde sağlığın ve hastalıkların sosyal içeriklerinin araştırılmasını da içermektedir. Ayrıca, sağlık alanındaki gelişmeler ve sağlık hizmetleri, sosyal ilişkilerle ve sosyal örgütlerle ilişkilidir. Buna ek olarak, sağlıkla ilgili olan sosyal, ekonomik ve kültürel faktörlerle ilişkilidir. Medikal sosyoloji, sosyoloji disiplininin izini takip etmektedir ve bu açıdan bakıldığında, medikal sosyoloji, sosyoloji alanındaki gelişmeleri takip eder ve dikkatini bu yöne verir (Smith ve Shaw, 2004).

Bu bağlamda toplumsal sağlık alanındaki sosyal ve davranışsal bilimdeki uygulamaların artması, sağlığın 1948 yılında yeniden yapılanmış olan DSÖ tarafından yeniden tanımlanmasıyla güçlendirilmiştir. DSÖ sağlığı “fiziksel, mental ve sosyal oluşumun bir hali ve hastalığın ya da halsizliğin olmama durumu” olarak tanımlamıştır. O zamandan itibaren, DSÖ ve diğer ulusal ve uluslararası örgütler psikolojik olarak sağlıklı olmanın önemini ve sağlığın integral bileşenlerini kabul etmektedirler. Bu durum, birçok disiplin tarafından politikanın formüle edilmesi sağlık durumlarının geliştirilmesi için gereksinim duyulan sağlığın kavramsallaştırılmasını genişletmiştir. Sağlığın geliştirilmesindeki temel kapsam, 1986 yılında DSÖ’ne bağılı olan Ottawa Charter Sağlık Örgütü (1995) tarafından tekrar genişletilmiştir ve sağlık toplumu için gerekli olan temel kavramları tanımlamıştır. Bu kavramlar arasında; barış, sığınma hakkı, eğitim, beslenme, gelir düzeyi, sabit bir ekosistem, kullanılabilir doğal kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik bulunmaktadır. Bu durum, toplumsal sağlık içerisindeki sosyal bilimler için geniş kapsamlı bir rol oynamamasına sebep olmuştur. Kapsamlı, çok yönlü sektör yaklaşımlarının gereksinimleri için, küresel sağlık gelişimi yeniden tasdik edilmiştir ve daha sonra da 2005 yılında Bangkok Charter Sağlık Gelişimi Örgütü tarafından ana hatlarıyla belirlenmiştir (Coreil, 2008: 4).

2.1.4. Sağlığın evrensel belirleyicilerini açıklayan modeller

Dünya Sağlık Örgütü (1986), Sağlığın Geliştirilmesi için imzalanmış olan Ottawa Sözleşmesi’nde, “sağlık için gerekli ön şartları” barış, sığınmak, eğitim, yiyecek, gelir, durağan bir ekosistem, kullanılabilir doğal kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik olarak tanımlamıştır.

Sağlık için gerekli olan bu ön şartlar, toplumun yapısal görünüşü ve örgütlenmesi ve ekonomik ve sosyal kaynaklar ile ilgilidir. Richard ve diğerlerine (1996) göre, popülasyonumuzun sağlığı için katkıda bulunan elemanları ve işlemleri açıklayabilmek için, araştırmacılar tarafından birçok model geliştirildiğini belirtmiştir. Ortak görüşleri, müşterek davranışların ve etkileşimlerin çok düzeyli sistemlerinin kavramlarını, aileyi, toplumu, sosyal kuruluşları, devleti ve küresel sistemleri de içerecek daha geniş bir sosyal ağa doğru hareket ettirmektir. Ana tasarım, sistem entegrasyonunu, sistem değişimini ve fazla çalışma durumunda sistem adaptasyonunu içerir (Coreil, 2008: 14).

1992 yılında, Dahlgren ve Whitehead, sağlık belirleyicileri için geliştirmiş oldukları ve içerisinde “ yaşama ve çalışma durumlarını belirten bir yayın barındıran gökkuşağı modelini formüle etmiştir (Şekil 2.1). Bu model, tarımı ve yiyecek ürünlerini, eğitimi, çalışma ortamını, işsizliği, suyu ve sanitasyonu, sağlık hizmetlerini ve yaşam alanını sağlık için katkıda bulunan elemanlar olarak belirtir (Mikkonen ve Raphael,2010:9).



Şekil 2.1. Dahlgren ve Whitehead (1991), Sağlık belirleyicileri modeli (Mikkonen ve Raphael,2010:9)

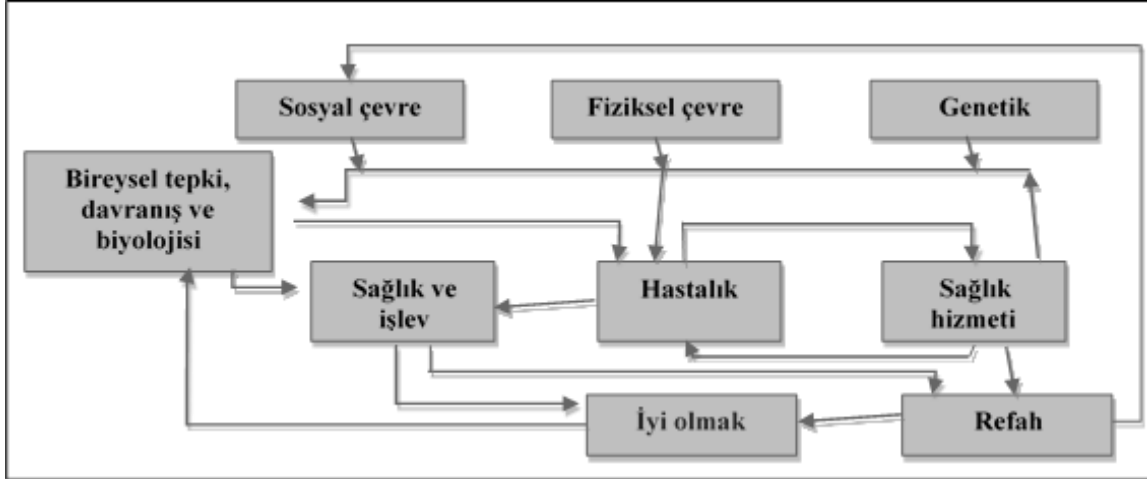
Şekil (2.1), farklı faktörlerin aynı resim içerisinde nasıl çözümlendiklerini faydalı bir şekilde sunmaktadır. Bireyleri, kendi sosyal ve çevresel bağlarına yaklaştırır. Şekilde gösterilen, bireylerin, yaşları, cinsiyetleri ve genetik yapıları resmin ortasında gösterilmektedir. Sağlığın *biyomedikal modeli* ve hastalığın bireylerin üzerindeki etkisi anlaşılırken orta bölümden başlar. Ancak bireylerin yaşam tarzı seçimleri de kendi sağlık durumlarını etkiler: hastalık süreçlerinin başlama nedeni, sigara içmek ve yiyecek seçimleri

olabileceği gibi davranışsal faktörler de hastalıklara sebep olabilir. İnsanlar, sağlıksız gıda, sigara veya sağlıksız yemek alışkanlıklarından dolayı, hastalıkların sosyal ve toplumsal etkilerinden zarar görebilirler. Peki, bu sosyal ve toplumsal koşulların arkasında ne yatıyor? Bu koşullar üzerinde, sağlık sektörünün ekonomik kaynaklarının dağılımında önemli rol oynayan ulusal devlet politikaları, tütün şirketleri ve piyasaları, Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi uluslararası kuruluşlar gibi geniş ekonomik ve politik faktörler yer almaktadır (Pascal, 2011: 412).

Whitehead (1995) “Eşitsizlikler İle Mücadele: Politika Girişimlerinde Bir Yorum” ve Dahlgren (1997) “Sağlık-Vizyonları ve Gerçekte Sosyal Eşitsizliklerin Azaltılmasına Yönelik Stratejileri” çalışmalarına göre Şekil (2.1)’de şu etkileşimlerin üzerinde durmuştur: Bireysel yaşam tarzları sosyal ve toplumsal ağlar içerisine yerleşmişlerdir ve yaşama ve çalışma koşulları, sırasıyla, daha geniş kültürel ve sosyo ekonomik çevreyle ilişkilendirilmiştir. Genel olarak ele alınmış olan bu modelin resmedilmesi, gelişmiş ülkelerdeki sağlık eşitsizliği üzerinde büyük rol oynayan bu belirleyiciler için oluşturulan politika seçenekleri üzerinde yoğunlaşmamızı gerektirmektedir. Ülkelere özel yapılan incelemeler, daha geniş bilgiler edinmek için her zaman gerekli olmaktadır, fakat bazı genel dersler Uluslararası Sağlık Eşitliği Girişimi tarafından toparlanmaktadır ve bu durumda daha etkili politikaların üretilmesini sağlamaktadır (Whitehead ve diğerleri, 2001: 313).

Evans ve Stoddart Lalonde Sağlık Alanı Modeli üzerinde bir model geliştirmişlerdir. Bu model sağlığı, kişilerin sağlık geçmişleri ve hastalıkları atlatma becerileri ile ilgili olan birçok “karmaşık” yapının birleşimi olarak tanımlamaktadır. Şekil (2.2) göstermektedir ki, sosyal, çevresel ve kişisel parçaların birbirlerine bağlı olma durumları, insanların sağlık geçmişlerini ve iyi olma durumlarını etkilemektedir (Cannon, 2008: 5).

Evans ve Stoddart (1990) sağlığın alan modeli (Şekil 2.2) setler halinde sağlığın bir çok farklı kavramını açıklamak için kullanılmıştır ve bununla bağlantılı olan faktörler direkt olarak ya da dolaylı olarak iletişim halindedirler. Bu setler, daha çok sayıda iken, sağlık alanlarının ruhunu aksettirmektedir. Bu alanlarda her bir kavram karmaşık içeriği tanımlayabilmek için tabii olmuştur (Morris ve diğerleri, 2006).



Şekil 2.2. Evans ve Stoddart (1990), Sağlık alan modeli ve iyi olma hali.(Cannon, 2008: 6).

Evans ve Stoddart (1990) klinik çabaların sağlığı biyo psikolojik terimlerle kavramsallaştırması gibi, alan modelleri de belirleyicileri, küresel faktörleri (fiziksel, çevresel, sosyo ekonomik vb), orta seviye faktörleri (sağlık hizmetleri, davranışsal müdahiller vb.) ve bireysel, küçük gruplara ait ve toplumsal faktörleri, hastalığın, sağlığın ve iyi olma halinin temellerini açıklamak için birçok farklı domainden (alandan) birbirine bağlamaktadır (Cannon, 2008: 5).

Buna bağlı olarak bu durum meşrulaştırılabilir. Örneğin, bu olay mevcut sağlık modelinden Gerçekte baktığımız zaman, fiziksel çevrenin doğası dış etkenlerden oldukça etkilenmektedir. Bu durum tarım, ulaşım ya da alan kullanımı açısından bir politika olabilir, fakat aynı zamanda da, kendi kökenlerinde ekonomik ya da kültürel bağlamlar olarak ya da bu etkili davranışların geçerli olduğu toplumsal normlarda, kısmen bu durum geçerli olabilir. Yüksek seviyedeki bu dış etkenler sağlık çevresini etkilemek için bir politika malzemesi olarak kullanılabilir, ya da belki de hali hazırda kullanılıyordur. Bu model, temsil ettiği hiyerarşi içerisinde kendini belli etmektedir (Morris ve diğerleri, 2006).

2.1.5. Sağlık sosyal belirleyicileri

Gelir düzeyi, eğitim seviyesi ya da meslek türü gibi sosyo ekonomik değişkenler, üzerinde fazla durulmasa da, düşük doğum ağırlığı, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, kemik kireçlenmesi ve kanser gibi sağlık problemlerini büyük ölçüde etkilemektedir. Düşük sosyo ekonomik durumda olan insanlar, yüksek inanca sahip

olmayla ilişkilendirilirler ve en büyük cinsel farklılıklar orta yaş grubunda (45-65 yaş arası) görülür (Adler ve Newman, 2002).

Gün geçtikçe yapılan araştırmalar göstermektedir ki, medikal hizmetlere ek olarak, sosyal, politik ve ekonomik faktörler de geniş düzeyde sağlığı etkilemektedir. İnsanların sağlık davranışlarının (örneğin, egzersiz yapma, diyet, sigara içme vb.), psikolojik etkileycilerinin ve bunların kaynaklarının ve yine kişilerin sosyo ekonomik durumlarının (eğitim seviyesi, gelir seviyesi, varlık durumu, iş prestiji vb.) sağlığı etkilediğine dair kanıtlar vardır. Ek olarak, insanların içerisinde yaşadığı, çalıştığı ve oynadığı sosyal, ekonomik, çevresel ve politik durumlar, insanların sağlıklı karar verebilmelerinde oldukça etkilidir ve insanları psikolojik yönden etkileyen unsurlar ve bunların kaynakları da yine bu durumlara göre değişebilmektedir (Robert ve Booske, 2011).

Kumanyika ve diğerleri (2005)'nin araştırmalarına göre, "Sağlığın Belirleyicileri" olarak da bilinen etkileyici sağlık faktörleri, kişilerin sağlık durumlarını etkilemek için ya da bireylerin, ailelerin, grupların ya da toplumların işleyiş durumlarını tespit etmek için dikkate alınan faktörlerdir (Jackson, 2010). Bu faktörler, sağlık üzerinde en önemli etkisi olan faktörler olarak tanımlanır. Bu faktörler şunlardır: biyolojik, kültürel, sosyo ekonomik, etnik yapı, dini inanış ve sosyal destek (Jackson, 2010).

Sağlığı etkileyen toplumsal faktörler, sağlık için gereken ön koşullar, sağlık belirleyicileri ve sağlığın sosyal belirleyicileri gibi çeşitli kavramlar olabilir ve buna ilaveten, bu konu ile ilgili yapılmış olan çok sayıdaki araştırma göstermektedir ki, bu faktörler hastalık ve popülasyon arasındaki çoğu varyasyonu açıklamaktadır (Raphael, 2003a).

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin, yapısal faktörleri arasındaki ve ülkeler içindeki sağlık eşitsizliklerinin önemli bir kısmından sorumlu olan temel unsur günlük yaşamın koşullarıdır (CSDH, 2008: 3).

Graham ve Kelly (2004), sağlık eşitsizliği belirleyicilerinin, sağlık belirleyicilerinden farklı olduklarını belirtmişlerdir. Marmot sağlığın sosyal belirleyicileri komisyonuna yönelik (2007) çalışmasına göre, sağlık eşitsizliği belirleyicileri "nedenlerin nedenleridir", buna karşın sağlığın belirleyicileri ise daha çok sağlık davranışları gibi sebeplerle ilgilidir (Sheiham ve diğerleri, 2011).

Sağlığın sosyal belirleyicileri, toplumlarda para, güç ve kaynakların dağılımı ile şekillenen veya sadece kişilerin sosyo ekonomik durumlarından kaynaklanan sağlık açığının kapatılması için hem Tıp Enstitüsüne (2010) göre ulusal hem de Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (2008) na göre uluslararası bir öncelik haline gelmiştir (Talih, 2013).

Graham sağlık eşitsizliklerinin anlaşılması konusunda (2000) yaptığı çalışmada sağlık yaklaşımlarının sosyal belirleyicileri nedensellik dilini kullanır. Bu, özellikle sosyal belirleyicileri adaletsiz sağlığın zararlı etkilerini tersine çevirmek için harekete geçirme bağlamında tamamen uygundur. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin faaliyet için mevcut olan yolları, araştırmalar için önemli bir çalışma alanıdır. Bu durum, toplumsal ve bireysel düzeyde kötü sağlığın, sosyal ve ekonomik açıdan dezavantajlı olmayla bağlantılı olduğunu açıklar. Gelir, istihdam, eğitim, konut ve çevre gibi sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerinin eşitsiz dağılımı, sağlık eşitsizliklerine neden olur. Braveman (2003) sağlık ve sağlık eşitliğinin izlenmesi konusunda yaptığı çalışmaya göre, belirleyicileri sistematik olarak sosyal dezavantajlarla ve marjinalleşme ile ilişkilendirmektedir (Kelly ve diğerleri, 2007: 10).

Health Canada (1998); gelir düzeyinin ve sosyal statünün, sosyal destek ağları, eğitim, istihdam ve çalışma koşulları, fiziksel ve sosyal çevre, biyoloji ve genetik bağış, kişisel sağlık uygulamaları ve başa çıkma becerileri, sağlıklı çocuk gelişimi, halk sağlığı hizmetleri, cinsiyet ve kültür gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinden birçoğunun üzerinde etkili olduğunu öne sürmüştür. Evans ve diğerleri (1994) bu belirleyicilerin Kanada İleri Araştırmalar Enstitüsü tarafından yapılan araştırmadan elde edilen verilerle oluşturulduğunu belirtmiştir (Raphael, 2008: 5). DSÖ (2003) e göre iş, işsizlik, erken ölüm, bağımlılık, gıda, ulaşım, stres, sosyal olarak dışlanma ve sosyal destek: toplum sağlığı, toplumsal maddi durum ve psikososyal faktörler için bir dizi katkı sunmaktadır (Wilkinson ve Marmot, 2003).

Hetzel ve diğerleri (2004), sağlıklı olma durumu ile ilgili birkaç temel saptamada bulunmuşlardır. Bu saptamalar için kullandıkları temel faktörlerse şunlardır: Sağlıklı yaşam koşulları, eğitim düzeyi ve sağlık okur-yazarlığı, stres, erken ölüm, sosyal dışlanma, istihdam ve işsizlik, yaş, cinsiyet ve kalıtım faktörleri, kültür, ırkçılık ve ayrımcılık, bilgi ve uygun sağlığa erişim, sosyal destekler ve ulaşım erişimidir (Cannon, 2008: 5).

2.1.5.1. Sağlıklı yaşam koşulları

İçinde yaşadığımız yaşam koşullarının sağlıklı olduğunu söylediğimizde, yaşadığımız çevreyi, evimizin fiziksel durumunu, sanayi bölgelerine olan uzaklığını, havalandırmasını, hava kirliliğini ve alerjik durum oluşturma ihtimalini birbirinden ayıramayız ve bunlara sağlıklı su imkânını ve bir ailenin bir evde rahatça yaşamasını sağlayacak olan sağlık durumlarının evimizde mevcut olup olmadığını düşünürüz.

Buna ek olarak, bu bağlamsal boyutlar gibi fiziksel tasarım, kaldırımlar ve yaralanma riski seviyesi ile ilişkili olan güvenlik yapıları da toplulukların yapısal özelliklerini kapsar. Atık bertaraf ve geri dönüşüm programları gibi çevresel kaliteye ilişkin hizmetler gibi arazi kullanım yönleri de, böyle büyük fiziksel aktivite düzeylerini kolaylaştırabilen kamusal alanlar ve parklar gibi kabul edilir (Hillemeier ve diğerleri, 2004: 27).

Barınma ve sağlık arasındaki ilişkiler çeşitli açılardan incelenmiştir. En somut, konut fiziksel özellikleri olumsuz sonuçlarla bağlantılı olmuştur. Örneğin, nem ve küf varlığı solunum ve diğer hastalıkların riskini attırmaktadır. Yerel alanda harap ve terk edilmiş konutlar ve bu konutların sakinleri arasında kaza yaralanma riski fazladır. Bu riskin artma sebebi duygusal stres ile ilişkilidir ve yüksek riskli davranışların durumsal özellikleri bu riskleri arttırabilir. Çocukluk döneminde kötü barınma koşulları sebebiyle olumsuz yönde etkilenen kişilerin sağlıkları hayatlarının geri kalan bölümünde olumsuz etkilenebilir ve bu konuda da bazı kanıtlar mevcuttur (Hillemeier ve diğerleri, 2004: 31). Buna bağlı olarak evsiz insanlar, sorunlarını geniş bir yelpazede çok daha büyük bir oranda yaşayabilirler. Evsiz insanlar arasında erken ölüm olasılığı genel nüfusa oranla 8-10 kat daha fazladır (Mikkonen ve Raphael, 2010: 30).

Sağlıklı yiyeceklere ve temiz içme suyuna ulaşım, bir insanın sağlığı ve iyi olma hali açısından da, özellikle hayatının ilk dönemlerinde, oldukça önemli bir yere sahiptir. Sağlıklı yiyeceklere ulaşmak, yiyeceklerin türüne göre değişmekte olup, coğrafik, sosyo ekonomik olarak bölgelerden de etkilenmektedir (Wilkinson ve Marmot, 2003). Sağlıksız besin tüketimi, uygunsuz yaşam yeri gibi olumsuz durumlar, kronik hastalıklara ve hastalıkların atlatılması sırasında zorluklar yaşanmasına sebep olabilir. Kalp hastalığı, diyabet, yüksek kan basıncı ve gıda alerjileri, yaş, cinsiyet, gelir ve eğitim gibi faktörler dikkate alındığında, olumsuz yaşam koşullarının sağlık üzerine ciddi etkileri olduğu

görülmektedir. Ayrıca, gıda güvensizliğinin stresi artıran ve sağlığı tehdit eden etkileri de vardır (Mikkonen ve Raphael, 2010: 26).

Günümüzde, kanıtlar incelendiğinde çocuklara yönelik olan sağlıksız gıdaların ve içeceklerin pazarlanma türü bu yiyeceklerin ilgi görmesini sağlamaktadır ve çocuklar arasında görülen obezite sorunu artışının da temel sebeplerindendir. Bu durum göz önüne alındığında, gıda sanayi ile ilgili mevcut bu olumsuz durum ile ilgili her hangi bir lider mevcut durumu engelleyecek bir politika benimsememiştir ya da önlem girişiminde bulunmamıştır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi endişe verici obezite eğilimleri, beslenme, fiziksel aktivite ve sağlık ile ilgili bir bildiri yayınlamıştır ve İstanbul'da 2006 Kasım ayında bakanlar konferansında planlandığı üzere, DSÖ'nün küresel stratejisinden esinlenerek obeziteye karşı savaş açılmıştır. Bu eylemdeki amaç, gıda sektöründeki arz ve talebin ele alınarak, sorunlara çözüm üretme ve Üye Devletlerde daha etkin eylemleri teşvik etmektir. Bu süreç ilerletilecek ve "sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin desteklenmesi: kiloluğun, obezite ve kronik hastalıkların önlenmesi için" Avrupa Komisyonu tarafından alınan kararlarla sağlanacaktır (Stahl ve diğerleri, 2006: 107).

Sağlık davranışları üzerindeki sosyo ekonomik farklılıklar, çocuklukta yaşanılmış tecrübeler, arka planda kalan anılar, eğitim, malzeme sıkıntısı ve sosyal entegrasyon gibi bir dizi faktör ile ilişkilidir. Bu faktörlerden bazıları, tutum, motivasyon, sağlık yararları, inançlar, öz yeterlilik ve sağlık davranışları gibi bireysel farklılıklar ile ilişkili olmaktadır. Tüm bu faktörlerin sağlıklı seçimler, aşılabilir engeller gibi davranışlar için daha uygun belirleyiciler yoluyla etkilerini göstermeleri muhtemeldir (Wardle ve Steptoe, 2003).

Yüksek sağlık belirleyicileri muhatapları, daha az sigara içmekte ve daha çok egzersiz yapıp, meyve ve sebze daha fazla tüketmektedir. Düşük sağlık belirleyicileri, daha kötü sağlık bilinçlilikleri (bazı kavramlar hakkında düşünmenin sağlık olduğuna inanmak gibi) sağlık durumlarını daha da kötü hale getirmektedir, sağlığın değişeceği üzerindeki güçlü inançlar, gelecekte hakkında daha az düşünmeye ve hayattan beklentinin düşmesine sebep olmaktadır. Bu tutumsal faktörler, sağlıksız davranış tercihlerine sebep olmaktadır. Bu yanlış tercihler genel olarak yaş, cinsiyet ve kişisel sağlık alanlarında yaşanmaktadır. Sonuçlar: Sağlık yaşamlarındaki sosyo ekonomik farklılıklar kişilerin sağlıklarındaki farklılıklarla alakalıdır. Daha fazla imkân ve fırsata sahip olan kişilerin sağlıkları daha iyi olmaktadır (Wardle ve Steptoe, 2003).

Bireysel sağlık davranışları, tamamen sosyo ekonomik durumları ile mortalite farklılıklarını yok ederken, riskin toplumsal kalıpları için de önemli bir belirleyicidir. Son epidemiyolojik çalışmaların ağırlık durumu, beslenme ve fiziksel aktivite ve sigara için halk sağlığı kurallarına uyulmasının kronik hastalık riskini büyük ölçüde azalttığını kanıtlamaktadır. Birden fazla sağlık davranışları karşısında, sosyoekonomik konumu ile oluşan riskler nispeten sabit kalır. Bu riskler şunlardır: Gelir ve eğitim seviyesi yüksek olan veya daha yüksek statüde çalışan kişilerin, düşük gelir ve eğitim seviyesine sahip ya da daha düşük statüde çalışan kişiler ile karşılaştırıldıklarında, hasta olma risklerinin daha az olduğu gözlenmektedir. Sağlık davranışları örüntüleri de ırk /etnik kökene göre farklılık gösterir. Irk / etnisite ve toplumsal sınıf bakımından tüm gruplar için yaşam deneyimleri farklılık göstermektedir (Sorensen ve diğerleri, 2003).

George ve diğerleri (2000) ve Jones (2004) sağlık ve din psikolojisi hakkında yaptıkları araştırmalarda *dinsel davranışların* ve *ruhsal inançların* bireyler üzerinde sosyal ve duygusal destek yarattığını bulmuşlardır (Murray, 2011).

Bergson “Ahlak ile Dinin İki Kaynağı” adlı makalesinde *din*, bireysel ve toplumsal açıdan çok geniş bir çerçevede işlev gören, insanların iç dünyalarındaki ahenk ve davranışlarının şeklini ve yönünü belirlemedeki denge sağlayıcı rolü itibariyle, bir varoluşsal çözümleme ve hayatı anlamlandırma misyonuna sahip güçlü bir olgudur. Böyle olduğu içindir ki, her devirde düşünürlerin ve bilim adamlarının ilgilerinden uzak olmamıştır. Temelinde insan ve insan yaşantıları olan psikoloji alanında çalışan bilim adamları da, psikoloji biliminin kurucusu kabul edilen Wundt’tan başlayarak bu konu üzerinde kafa yormuşlardır. Kimine göre din bir nevroz olarak görülürken, kimine göre ruhun vazgeçilmez gıdası gibi görülmüştür. Bu açıdan, zaman zaman çeşitli eleştirilere de uğrasa, tarih boyunca her dönemde var olagelmiş din olgusunu yok saymak mümkün olmamıştır. Çünkü bireysel ve toplumsal bir olgu olarak din, insanla beraber varolan ve yaşayan bir gerçektir (Karacoşkun, 2004).

Kuran-ı Kerim; Tin süresi.4 ayet Yüce Allah buyuruyor ki “Biz (Tanrı) insanı en kusursuz şekilde yarattık”. Hristiyanlık ve İslam tüm insanlığın beşte birini etkilemeyi başaran iki büyük dindir. İnsanları inançlar ve değerler konusunda birleştirmişlerdir. İslam bir manevi ve hukuki gelenek dinidir ve yoğun düşünceler ve sosyal etkileri Müslümanlar üzerinde etkilidir. İslami yasal çerçevenin merkezi ve amaçları topluma ve bireylere zarar riskini en aza indirmek ve aynı zamanda, kolektif ve bireysel refah için fırsatları en yükseğe

çıkarmaktır. Dini hukukun temel amaçları, ömrünü korumak, inancını korumak, akılını korumak, onurunu ve bütünlüğünü korumak ve mülkiyeti korumaktır (Gatrad ve Sheikh, 2001).

Braam ve diğerleri. (2004) ve Nisbet ve diğerleri (2000) tarafından yürütülen diğer çalışmalar, düzenli olarak kiliseye gidenlerde depresyon ve intihar düşünceleri gibi ruhsal sağlık sorunlarında azalmalar olduğunu fark etmişlerdir (Murray, 2011).

Gelir düzeyi, belki de sağlığın en önemli sosyal belirleyicisidir. Gelir düzeyi, genel yaşam koşullarını şekillendiren psikolojik işleyişi etkiler ve beslenme kalitesi, fiziksel aktivite, tütün kullanımı ve aşırı alkol kullanımı gibi etkenler sağlıkla ilgili davranışlarla doğrudan ilgilidir (Mikkonen ve Raphael, 2010: 12). *Gelir seviyesi* hayat koşullarının iyileştirilmesi için önemli bir faktördür. Gelir seviyesi bireylere sağlık açısından daha iyi bir hizmet alma fırsatı sunar. Richard Wilkinson'un (1996) yaptığı çalışmada sağlıksız toplulukları ve zengin ülke vatandaşlarını incelemiştir ve ulaştığı sonuca göre, zengin ülke ve fakir ülkede yaşayan bireylerin hayat beklentilerinde farklılıklar olmaktadır. Yoksul bir ülkede yaşayan bireylerin ortalama gelirleri ve hayattan beklentileri arasında oldukça az bir ilişki vardır, fakat zengin ülkedeki bireylerin gelir seviyeleri ile hayattan beklentileri arasındaki ilişki oldukça büyüktür. Wilkinson ve diğerleri (2000) bu bulmacanın çözünürlüklü bir toplum içindeki görelî konumunu, bu durumun bir ölçüsü olduğunu belirtmiştir. Bu durum mortalite ile ilişkili olmaktadır. Bütün toplumlar karşılaştırılırken, her statünün en az bir anlamı vardır. Bir ülkenin ortalama geliri, bir ülke içindeki insanların göreceli gelir düzeyi olarak aynı anlamı ifade etmemektedir çünkü ortalama gelir ve bir ülkenin yaşam beklentisi arasındaki ilişki her zaman birbirini tutmamaktadır (Marmot, 2002).

Gelir, bireyler ve aileleri için gerekli maddî kaynakları sağlar ve onların satın alma gücünü belirler. Böylece gelir, sağlığı korumada gerekli kaynaklara katkıda bulunmaktadır. (Lahelma ve diğerleri, 2004). Düşük gelir, maddî ve sosyal olarak yoksunluk yaşayan insanları tasvir etmektedir. Yoksunluğu daha fazla olan kişiler, muhtemel olarak daha az gıda, giyim ve barınma malzemeleri gibi sağlığın temel önkoşullarını kusursuz olarak yerine getiremezler. Yoksunluk sebebiyle, kültür, eğitim ve eğlence faaliyetlerine katılamayan insanlar sosyal olarak dışlanmış hissederler. Uzun vadede bakıldığında, sosyal dışlanma kişinin sağlığını etkiler ve günlük hayat içerisinde yaşaması gereken iyi olma halini yaşayamamasına sebep olur (Mikkonen ve Raphael, 2010: 12).

Yoksulluk içerisinde yaşamak, hem anekdotal bir şekilde hem de deneysel olarak sağlığın sosyal belirleyicilerini ortaya çıkarmaktadır. Sosyal ve ekonomik dezavantajlar yaşam çemberi içerisinde kişileri etkiler ve bu etkilenmeyi yaşayan insanların ciddi hastalıklara yakalanma ve zamanından önce ölme ihtimalleri iki katına çıkar (Wilkinson ve Marmot,2003). Düşük gelir, seçimleri sınırlayıcı bir etkiye sahiptir ve toplumsal desteği kazanmak için gerekli olan yeteneği azaltarak depresyon riskini ortaya çıkarır. Alçak ve güvensiz gelir de sağlıkla ilgili davranışları etkileyebilir (The National Advisory Committee on Health and Disability, 1998: 47).

Yoksullukla yaşayan kişiler ilaç almak da sıkıntı yaşarlar ve bu nedenle, evde bitkisel tedaviler çoğunlukla bireysel olarak ya da dini kişilerin yardımlarıyla geleneksel şifacılar tarafından sağlanır. Bunu göze alabilen kişiler olanlar doktora danışmadan yaygın hastalıkların tedavisi için yerel uyuşturucu mağazalardan ağrı kesici ve tonikler satın almaktadırlar (Aryeetey ve diğerleri, 2013). Sağlık hizmetlerinin satın alınması için bir araç sağlamanın yanı sıra, daha yüksek gelir daha iyi beslenme, barınma, eğitim ve rekreasyon sağlanabilir. Gerçek gelir düzeylerinden bağımsız, ülkeler ve devletler içindeki gelir dağılımını mortalite oranları ile bağlantılı olmuştur (Adler ve Newman, 2002).

Sram ve Ashton (1998), ABD'ndeki gelir eşitsizliklerini araştırmışlardır ve elde ettikleri sonuca göre yargılama sistemi ve olanaklar temel alındığında, ABD'de sağlık standartları oldukça düşüktür. Kawachi ve Kennedy (1997), yoksulluk ya da düşük gelire yaşayan insanların dahi eşit olmayan toplum içerisinde stres yaşabileceklerini ne sürmüşlerdir. Bu psiko-sosyal görünümde, insanların maddi ihtiyaçlarının karşılanması uygun olabilir, fakat onlar bu karşılaştırmalarla ilgili sağlık etkilerinden muzdarip gibi görünüyorlar. Bu görünümle ilgili sosyal uyumun azalması ve ilgili sağlık etkileri ile ilgili yasalar, sosyal sermaye derivasyonunu etkilediği için vatandaşların bu konudan uzaklaşmasına sebep olmaktadır. Lynch ve diğerleri (2000) adil olmayan yargının, yoksul ve düşük gelirli insanların daha fazla sayıda olan ek harcamalarını arttırdığını ve bu nedenle zayıf sosyal altyapı ve sosyal güvenlik ağlarına sahip olanların da daha iyi hizmetler alındığını ne sürmektedir (Raphael, 2003b).

2.1.5.2. Eğitim, okur-yazarlık ve sağlık okur-yazarlığı

Geçtiğimiz yüzyılda, halk sağlığı alanında başarılı olan insanların sağlık ve yaşam beklentisinde de büyük gelişmeler ve olumlu olaylar yaşanmıştır. Aşılama programları ve

daha iyi sanitasyon uygulamalarının ortadan kalkması ve birçok bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığının azalmasının yanı sıra güvenli gıda ve su kaynaklarında da artış görülmüştür. İş güvenliği alanındaki gelişmeler de olumlu yönde olmuştur ve işle ilgili yaralanmalar, hastalıklar ve ölümlerin sayısı azalmıştır. Son 30 yıl içerisinde, sigara, hareketsizlik ve kötü beslenme alışkanlıkları gibi davranışsal risk faktörlerinin azalması, bazı kronik hastalıkların ortaya çıkmalarını da engellemiştir (Brand ve diğerleri, 2008).

Eğitim ve Sağlık okur-yazarlığı, sağlığın temel belirleyicilerinden bir tanesidir. Nutbeam (1998) tarafından yapılmış olan sağlık okur-yazarlığının kullanışlı ve geniş kapsamlı bir tanımı şu şekildedir: *“Sağlık okur-yazarlığı, broşürleri okumaktan çok daha fazla bir anlama sahiptir ve atamaları kusursuz bir şekilde yapar. İnsanların sağlıkla ilgili bilgilere ulaşımını artırmak için ve kendi kapasitelerini faydalı bir şekilde kullanabilmeleri için, sağlık okuryazarlığı motive olmak için hayati bir önem taşımaktadır”*. Bu tanım, sağlık okur-yazarı olmak, sağlık ile ilgili bilgileri okumak ve doktor randevularına katılmak ile bitmemektedir. Sağlık okuryazarlığı geniş kapsamda kişisel ve toplumsal olarak faydalı olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı, daha yakından incelendiğinde görülmektedir ki, eleştirel sağlıkla ilgili bilginin geniş çerçevede kendi deneyiminin analiz yeteneği ile ilgilidir. Okuryazar ve sağlık okur-yazarı olmak sosyal güçlenmenin bir türüdür (Cannon, 2008: 9).

Japonya ve Çin doğumlu insanlar gibi bir grup, beyaz insanlara oranla daha düşük bebek ölüm oranına sahiptirler. Bununla birlikte, Hindistanlı Amerikalı ve Porto Rikolular gibi diğer bir grupta ise bu oran oldukça yüksektir. Bu durumun sebeplerini anlayabilmek için, Sorlie ve diğerleri farkına varmışlardır ki sosyo ekonomik durumun çeşitli türleri genel olarak birbirleriyle son derece ilintilidir. Bağlanım analizleri bu faktörlerin sağlık üzerinde kullanıldıkları zaman ne gibi sonuçlar doğurabileceğini açıklamaktadır ve sonuç itibarıyla, tahmin değişkenlerinin belirlenmeleri için oldukça önemlidir. Örnek olarak, birçok mekanizma, eğitimin düzeyi ile olgun insanlardaki erken ölüm arasındaki ilişkiyi saptayabilir. Prenatal yaşam yerinin materyal ve kültürel kaynakları çocukların eğitimsel başarıları için kuvvetli kestiricilerdir ve dolayısıyla eğitim çocukluk dönemi boyunca önemli bir etkinlik olmaktadır (Blane, 1995).

Eğitimin kazanımları olgunluk döneminin ilk yıllarında elde edilir. Eğitimin belirli doğası bilgidir ve materyal olmayan kaynaklar sağlıklı yaşam tarzları için teşvik edicidir. Ek olarak, eğitim sosyo ekonomik durumu artıracak olan resmi gereksinimleri sağlar ve bireylerin para kazanmalarına yardımcı olur (Lahelma ve diğerleri, 2004).

Eğitim, sağlık eşitsizliklerinin anahtarı olduğu ölçüde, eğitim alınan yıl sayısı daha çok önem kazanır ve erken çocukluk eğitimini destekleyen politikalar sağlık açısından yararları olabilir. Politika, eğitime erişimi artırmak için yöntemler üretir, fakat nadiren halkın sağlığını iyileştirmenin yollarını düşünür. Diğer taraftan, beşeri sermayenin artırılması verimliliğin artırılması, ömür boyu kazancın artırılması ve eğitim düzeyindeki iyileştirmeler insanların sosyalleşmesi üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır. Ancak bu alanda, diğerlerinde olduğu gibi, bu tür sağlık maliyetlerinin düşürülmesi gibi teminat faydaları da eğitimde artan yatırım ile ortaya çıkabilir (Adler ve Newman, 2002).

Talih (2013), “Sağlıkla ilgili olarak, sizleri uyarmalıyım ki, eğitim kendi sosyo ekonomik değerine indirgenemez; gelişmiş sağlık okuryazarlığını ele alalım, örneğin bu durum sağlıktaki gelişmeler için oldukça önemli bir konudur” demiştir.

Aynı zamanda, anneliğe ait eğitimin, bebek sağlığı hizmetleri üzerindeki etkisinin kanıtları da mevcuttur. Currie ve Moretti (2003) çalışmalarında, üniversitelerin kadın araştırmaları üzerindeki eğilimlerinin arttığını görmüşler ve bu durumun sağlık üzerine olan etkilerini araştırmışlardır. Kadınlar için açılan okulların da kadınlar üzerinde olumlu etkiler yarattığını ve yeni doğan bebeklerin daha sağlıklı olduğunu gözlemlemişlerdir. Sağlık alanındaki bu gelişmeler bazı hususlarda sonuçlanmıştır, çünkü bu kadınlar, hamilelik dönemlerinde daha sağlıklı egzersiz eğitimleri almışlardır (daha az sigara ve alkol içmişlerdir ve ebeveynlik üzerine daha fazla düşünme fırsatı bulmuşlardır) ve aynı zamanda da, aldıkları eğitim üreme ile ilgili davranışlarını değiştirdiği için: daha çok eğitim almış olan kadınlar daha geç evlenmiş ve daha az çocuğa sahip olmuştur. Muney (2005) yaptığı çalışmada Amerika birleşik devletlerinde eğitim ile yetişkin ölümlerinin arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için ABD’de 20. yüzyılın ilk kısmında görölmüş olan davaları incelemiştir ve sonuçta birçok eyalette çocukların zorunlu eğitim süreleri uzatılmıştır (Cutler ve Muney, 2006: 11).

Ayrıca, Muney bilmekteydi ki, bu eyaletlerde doğmuş olan çocuklar okula gitmeye zorlanıyorlardı, daha fazla eğitim almaya teşvik ediliyorlardı ve olgunluk dönemine hazırlanıyorlardı, ayrıca bu çocuklar hayatlarının geri kalan kısımlarında diğer kişilere göre daha az ahlak seviyesine sahip olmaktadır. Benzer olarak, Oreopoulos (2003) “Bir Zavallı Mahallede Büyümenin Etkileri”, Arendt (2005) “Daha İyi Bir Sağlık Nedeni Eğitim Mi?” ve Spasojevic (2003) “İsveç'teki Yetişkinlerin Sağlığı Üzerine Eğitim Etkileri” adlı makalelerinde de benzer kanunların İngiltere, İrlanda, Danimarka ve İsveç’te de mevcut

olduğunu ve bu yasaların toplum sağlığını olumlu yönde etkilediğini öne sürmüşlerdir (Cutler ve Muney, 2006: 11).

Bu yüzden gelir düzeyi ve eğitim seviyesi, sağlığın üretilmesi açısından bütünleyici öğelerdir. Örneğin, eğitim sayesinde insanlar yeni geliştirilen tedavi yöntemlerinden haberdar olurlar ve gelir seviyeleri de bu tedavi yöntemlerine ulaşmalarını sağlar (Cutler ve Muney, 2006: 11).

2.1.5.3. Stres

Fizyolojik ve psikolojik müdahale, bireylerin buldukları durumla mental olarak başa çıkabilme yeterlilikleri olmadığında uygulanır (Adler ve Rehkopf, 2008). Olumsuz sosyal ve maddi yaşam koşullarına maruz kalmış olan insanlar da psikolojik ve fizyolojik stresi yüksek seviyede deneyimlerler. Bu stresli deneyimler, düşük gelir, kötü yaşam koşulları, yiyecek yetersizliği, olumsuz çalışma koşulları, iş güvenliği olmayan çalışma alanı ve ilkel durumlara, yetersizliğe, cinsiyete ırka dayanan ayrımcılığın çeşitli halleri sebebiyle ortaya çıkmaktadır. İlişkilerde destekçi bir eşin olmaması, sosyal uzaklaşma ve diğer kişilere duyulan güvensizlik de stresi artırmaktadır. Kronik stres, fiziksel yapıyı, sürekli duyulan utanma duygusu, kendine güvensizlik hissi ve kendini değersiz hissetme, alkolün, sigaranın ve karbonhidratların aşırı derecede tüketimi gibi sağlıksız olan davranışlara alışkanlık kazanma gibi davranışlar sürdürülen biyolojik reaksiyonlar ile zarara uğratır (Mikkonen ve Raphael, 2010: 10).

Alameda County, California'da Berkman ve Syme tarafından, rastgele seçilmiş 6928 olgun kişi üzerinde bir araştırma yapılmıştır ve sonrasında araştırmaya 9 yıllık bir ara verilmiştir. Bulgularından çıkardıkları sonuç ise, toplumla bağlantısı olmayan insanların güçlü ilişkilere sahip olan insanlara göre ölme ihtimallerinin daha yüksek olmasıdır (Dixon ve Welch, 2000).

Wheaton (1985) yaptığı çalışmada gerilimle başa çıkma kaynakları konusunda stresin evrenini kavramsallaştırmıştır ve onu makro-mikro boyutları içeren bir ayrılığın süreci olarak işlevsel hale getirmiştir. Domaininin işlevsel hale gelmesi kronik stres etkileyicileri, olayları, günlük tartışmaları, çocukluk dönemi travmalarını ve hayal kırıklıklarını içermektedir (Aneshensel, 2009).

Stres, beden sađlığını, sađlıksal davranıřlara yaptıđı tesir vasıtasıyla dolaylı olarak ya da dođrudan etkileyebilmektedir. Her meslekten insan stresi deneyimlemektedir, bununla beraber dūřuk sosyo ekonomik duruma sahip kiřilerin yařadıkları alan ve iř yerlerindeki çevreleri daha fazla stresle doludur. Dr Eric Brunner, dūřuk sosyo ekonomik seviyelerdeki yūksək stres oranını açıklamak için içerisinde ekonomik sıkıntı iř gūvenliđi olmadan çalıřma, iř yerindeki yetersiz kontrol ve stres dolu bir hayat gibi bazı faktōrler ōne sūrmūřtur. Bu faktōrlerden kalabalık ve yūksək ses, iř yerinde yetersiz kontrol ve sosyal yalnızlık gibi bazıları daha ōnceden gōzden geçirilmiřtir ve bu faktōrler yūksək stres vasıtasıyla sađlıđı etkileyebilmektedirler. İnsanların stresle bařa çıkabilmeleri ve stresin psikolojik etkilerinin ūstesinden gelebilmeleri için geliřtirilmiř birçok mūdahale çeřidi, hastalık yūkūnūn azaltılması için ortaya konmuřtur (Adler ve Newman, 2002).

Giacaman ve diđerleri (2009) yaptıkları çalıřmada, Filistinli insanların deneyimlerini incelemiřlerdir ve gōzlemlerinde bu kiřilerin 45 yıl ōncesine gōre daha stresli bir hayat yařadıklarını fark etmiřlerdir. Bu stresin temel sebebi ise sūrekli deđiřen politik dūzen ve popūlasyonun hızının yūksək olmasıdır. Bu temele dayanarak, İsrail, Filistin halkını fiziksel olarak kısıtlayarak (dar sınırlar, ayırım bariyeri, askeri teřhis noktaları gibi), gūnlūk yařantılarına mūdahale ederek (sokađa çıkma yasađı, baskınlar, yasal olmayan engellemeler, ailelerin birbirinden ayrılması gibi), ekonomik zorluklar çıkararak (ūlkelerini iřgal etme, ūlkelerini yok etme, evlerinden atma gibi), ve sivil halka vahřice zulūm uygulayarak stres seviyelerini arttırmaktadır (Tawil, 2013).

Giacaman ve diđerlerine (2007) gōre, bu kısıtlamalar insan haklarını ihmal etmekte ve mental sađlıđın temel belirleyicilerini kapsamaktadır. Batniji ve diđerlerine (2009) gōre ise, gerçekte, İsrail'in Filistin ūzerindeki sınırlamaları zorla yapılmaktadır ve Filistinliler ūzerindeki bu hareketleri “insan gūvenliđinin ū psikolojik domainini etkilemektedir. Bu etki ev ve gūvenlik duygusunun yok edilmesi, aile iliřkilerinin ve toplumsal birliđin bozulması ve gelecek için olumlu dūřūncelere yer verilmemesi vasıtasıyla hayata geçirilmektedir”. Filistinlilerin haklarının her bir ihlalinin sonuçları çok fazladır ve gūnlūk yařantıları ūzerinde sayısız etki bırakmaktadır (Tawil, 2013).

Giacaman ve diğerleri (2010); Rabaia ve diğerleri (2010) yaptıkları araştırmalarda, “devam eden sosyal stres” terimini daha iyi bir şekilde tanımlamışlar ve bu terimi devam eden karışıklığın ve toplum ūzerine yapılan baskının stres ūzerine etkisi normal bir duruma gōre oldukça fazladır. Giacaman ve diğerleri (2009); Kleinman ve diğerleri (1997), ek olarak,

“devam eden sosyal stres” terimini, sađlđın sosyal faktörlere etkisi ve hastalık durumunun insanlar üzerindeki etkisiyle bağdaşan “sosyal acı” ile ilişkilendirmişlerdir (Tawil, 2013).

2.1.5.4. Hayatın ilk aşamaları

Erken çocukluk dönemi deneyimleri kişiler üzerinde oldukça etkili olur ve sağlık üzerindeki biyolojik, psikolojik ve sosyal etkileri uzun süre devam eder (Mikkonen ve Raphael, 2010: 23).

Najman ve diğerlerine (2004) göre, bir çocuğun doğumundan erken çocukluk dönemine kadar içerisinde yaşamış olduğu çevrenin sayısı ve uygunluğu, beyninin harekete geçme evresinin ve beyin gelişiminin seviyesini doğrudan etkiler. Beyin gelişimi okul performansı ve notsal başarı için hayati önem taşır ve çocuğun sosyal, ekonomik, eğitimsel ve sağlıkla ilgili sonuçlarının olgunluk dönemindeki etkileriyle doğrudan ilişkilidir (Cannon, 2008: 12).

Amerikan Kalp Derneği (2010) ne göre Dünyanın pek çok ülkesinde ölümlerin başlıca nedenlerini Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) oluşturmaktadır. Birch ve Fisher 1998; Branen ve Fletcher, 1999; Manios ve diğerleri (2004); Potts ve Mandleco (2002); Wimbush ve Peters (2000) çalışmalarına göre bilimsel çalışmalar KVH önlenmesi ve kontrolünde önemli bir risk faktörü olan sağlıksız beslenme alışkanlığının çocukluk döneminde gelişerek yaşam boyu devam ettiğini ortaya koymuştur (Haney ve Erdoğan, 2013).

Aynı konuda yapılan çalışmalarda çocukluk dönemindeki sosyal bağlamın etkisi göz önüne alındığında, araştırmalar göstermektedir ki, ölüm riski tıpkı çeşitli sağlık problemleri gibi ve kronik ve mental hastalıklar gibi oldukça dikkate değer bir husustur. Fransa’da, çocukluk dönemi durumları ölümlülikle, eksik sağlık hizmetleriyle, obezlikle ve kişilerin kendi sağlıklarına dikkat etmemesiyle ilişkilidir. Çocukluk dönemi sağlık etkileri yalnızca maddi olumsuzluklara değil aynı zamanda toplumdaki izole olmaya, sosyal destekle ve ilgiye göre değişmektedir (Cambois ve Jusot, 2010).

Sađlđın geliştirilmesi, bir kişinin hayatı için dönüm noktaları barındırdığı gibi, gelişim sürecinin önemini belirten birçok bağlamda bireyler ve toplumların deneyimlerinin kümülatif kavramlar tarafından tanımlanmasını sağlar. Çevre, dolaylı ya da dolaysız olarak bireyler üzerinde hasara neden olabilir ya da sosyal yollarla birlikte onlara yardımcı

olabilir. Örneğin, yoksul bir mahallede yaşayan bir çocuk, kişilerarası şiddete tanık olabilir, bu duruma daha yatkın olabilir ve aynı zamanda, kötü bir beslenme düzenine, geçinme zorluklarına ve çevresel olumsuzluklara daha fazla maruz kalabilir. Zamanla, aynı çocuğa ailesi tarafından evde birçok eğitim verilebilir ve bir okula gidip akranlarıyla birlikte daha iyi bir eğitim seviyesine de ulaşabilir. Çocuğun kendi yaşam yolu boyunca her bir geçişi ve dönüm noktasını aşarken, bu deneyimleri ve ortamların etkileri onun hayatında önemli yer tutar. Yoksul bir mahallede yetişip, kötü yaşam koşullarını deneyimlediği için, okuldaki başarısı diğer arkadaşlarına göre daha düşük olur ve sonraki yıllarda iş hayatında da aynı problemleri yaşaması olasıdır (Halfon ve Hochstein, 2002: 441).

Ebeveynler konusunda dezavantajlı olmak, ebeveynlerin düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olmalarıyla ilişkilidir. Düşük doğum ağırlıklı bebek, sırasıyla, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde dezavantajlı durumda olurlar. Çocukluk döneminden ergenliğin ilk dönemlerine kadar yaşanan süredeki dezavantajın birikmesi ve risk durumları, orta yaş dönemlerinde hastalık ve sağlık davranışlarında olumsuzluğa sebep olmaktadır. Buna ek olarak, düşük doğum ağırlıklı bebek, orta yaş döneminin sonlarına doğru birçok kronik hastalıkla da karşılaşma riski taşımaktadır (Blane, 1995).

Power ve Matthews (1997); Power ve diğerleri (1998) çalışmalarında olgunluk döneminin bazı kronik durumları, özellikle insüline bağımlı olmayan diyabet ve kardiyovasküler ve solunumla ilgili hastalıklar, düşük doğum ağırlığı ile ilişkilidir. Bu davranışlarla ilişkili olan diyet ve sigara içme gibi karşılaşılabilir diğer durumlar ise olgunluk döneminde kişiye hastalık olarak dönebilmektedir. Rutter'e (1989) göre, çocukluk dönemi faktörleri için geliştirilen aileden uzak kalma ya da aileden gereken ilgiyi görememe gibi bir durum, olgunluk döneminde kişide psikolojik sorunların olmasına neden olabilir. Bartley ve diğerleri (1997); Davey ve diğerleri (1997) bu çocukluk dönemi faktörlerini, erken hamilelik ve olgunluk döneminde ihtiyaç duyulan kadar destek görememe gibi olgunluk dönemi faktörleri tarafından birleştirildiğini öne sürmüşlerdir. Bu gibi durumlarda sosyo ekonomik yoksunluk ve bazı sağlık problemleri arasındaki ilişki, sosyo ekonomik faktörler ve sağlık arasındaki ilişkiye benzemektedir (The National Advisory Committee on Health and Disability, 1998: 47).

2.1.5.5. Sosyal olarak dışlanma

Bu durumu, kayıp, göç, izolasyon veya toplumsal çatışma gibi olumsuz durum süreçleri etkiler ve sağlık, sosyal ağlarda bir kesinti yoluyla zarara uğrayabilir. Fransa'da dışlanma ve sağlık alanındaki alışkanlıkları ve bu alandaki destekleri inceleyen araştırmalar göstermiştir ki, kötü sağlık durumu yalnızca evsizler ve ya ücretsiz sağlık-bakım merkezi kullanıcıları gibi belirli grupların değil, maddi kaynakları az olan, kötü yaşam koşullarında yaşayan, sağlığa zararlı davranışları olan kişilerin de sağlık durumları kötü olmaktadır. Fakat aynı zamanda, bu durum psiko sosyal faktörlere bağlı da olabilir. Ayrıca duygusal ve sosyal destek eksikliği gibi, öz saygı yitimi ve yaşamdaki kontrolsüz süreçler de sağlığı kötü yönde etkilemektedir (Cambois ve Jusot, 2010).

Sosyal dışlanmanın dört boyutu vardır. Bu dört boyut, sivil katılımının reddi, yasal yaptırım ve diğer kurumsal mekanizmaların bir sonucudur. Yasaların ve yönetmeliklerin olmadığı durumlarda, ırk, cinsiyet, etnik köken veya engellilik durumu ve ayrımcılık nedeniyle insanlar toplumun dışına itilirler. Dışlanma, toplumsal üretime katılamama ve sosyal ve kültürel faaliyetlere katkıda bulunamama gibi fırsat eşitsizliklerine sebep olur. Bireylerin ekonomik gelirleri ve ücretli iş imkanları gibi fırsatlara erişememeleri, kendilerini ekonomik olarak toplumdan dışlanmış hissetmelerine sebep olur (Mikkonen ve Raphael, 2010: 32).

Dreze ve Sen (1989) de Gilson (2000) yeniden eşitliğin adreslenmesi konusunda yaptığı araştırmada, bir toplumdaki her bir bireyin fırsatları değerlendirmek için mücadele etmesi gerektiğini, bu fırsatlardan yalnızca sesi daha yüksek çıkan insanların faydalanmaması gerektiğini ve bu durumun oluşabilmesi için de toplumdaki her bir bireyin birbirine yardımcı olup iş birliği içerisinde olması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu seviyede oluşturulan politika, sosyal refah sistemlerinin inşasını (herkesin yararlanabileceği ve katkıda bulunabileceği sistemler), güçlendirmek için herkesin uygulayacağı girişimleri ve toplumdaki sosyal iletişimi içerir. Ayrıca, insanları sağlık için birlikte çalışmaya yönlendirecek yükselme tabloları da bu politika içerisinde bulunmaktadır (Whitehead ve diğerleri, 2001: 316).

2.1.5.6. İş sahibi olma ve işsizlik

İş sahibi olma, geliri, kişinin toplumda bir yer edinmesini ve günlük yaşamını düzene sokmasını sağlar. İşsizlik ise sıklıkla maddi ve sosyal mahrumiyete, psikolojik strese ve sağlık bozulmalarına sebep olur. İş sahibi olmama, fiziksel ve depresyon, intihara teşebbüs ve kaygı gibi mental sağlık problemleriyle ilişkilendirilir (Mikkonen ve Raphael, 2010: 20).

Araştırmacılar, sağlığı şekillendiren öğeler ile ilgili birçok çalışma yapmıştır. Bu öğeler şu faktörleri içermektedir: 1) iş güvenliği; 2) iş ortamındaki fiziksel durum; 3) iş yükü ve stres; 4) çalışma saatleri; 5) bireysel gelişim için boş vakitler ve evde uygulanabilecek bireysel gelişim. Yüksek stresli işler, bireyleri yüksek kan basıncına, kardiyovasküler hastalıklara ve fiziksel, depresyon ve kaygı gibi psikolojik hastalıklara maruz bırakır (Mikkonen ve Raphael, 2010: 20).

Mevki derecesi ise çok daha karmaşık bir değişkendir ve ölçümleri bir kişinin çalışma hayatından beklediği teorik bakış açısına göre değişkenlik gösterir. Bir diğer bakış açısı ise sudur; daha basit ya da daha zor, önemli olan bir iş sahibi olmaktır. Çünkü iş sahibi olan kişilerin sağlık durumları işsiz olan kişilere göre daha iyidir. İşsizlik ve her hangi bir sigortaya sahip olmama da sağlığı etkileyebilir. Ralph Catalano ve Seth Serxner araştırmalarında, düşük doğum oranına sahip bölgelerde işsizlik oranının oldukça yüksek olduğunu keşfetmişlerdir. İşyeri kapatmadan ya da diğer işsizlik tehlikeleri, yüksek kan basıncına sebep olabilir, buna rağmen işsizlik durumu kronik bir sorun değildir. Çalışan kişilere baktığımızda, her birinin işleri, prestijleri, mevkileri, yeterlilikleri ve maaşları birbirlerinden farklıdır. Bu durum ahlaki bir riski doğurur. Daha düşük seviyede çalışan bir kişi fiziksel ve psikolojik olarak işçilerine kötü davranma riski taşır. Ayrıca bu kişilerin, çalışma hayatında sakatlanma riskleri daha fazladır ve zehirlenme durumları da yine aynı ölçüde artmaktadır. Buna ek olarak, gerginlik ve kontrolsüz davranma durumları daha düşük seviyede çalışan kişiler için oldukça fazladır. İngiliz devlet memurlarının yapmış olduğu Whitehall çalışmasında, kalp krizi farklılıklarının işsel farklılıklara dayandığı ortaya çıkmıştır. (Adler ve Newman, 2002).

Krieger ve Sidney (1997); Yen ve diğerleri (1999) yapmış oldukları çalışmalarda, ırksal, cinsel ve eşcinselliğe karşı olan ayrımcılığın da iş ortamında bir sınıra ulaştığını ve sağlık için strese bağlı olarak problemler çıkarabileceğini belirtmişlerdir. McQuiston ve diğerleri (1998) ise çalışma güvenliği düzenleme derecelerinin ve politikalarının iş yerinde ve

zorunlu olan ortamlarda etkili bir sıklıkta olduğunu ve bu ortamlarda çalışma ile ilgili sakatlanmaların yaşandığını belirtmişlerdir. Cheng ve diğerleri (2000); Jonge ve diğerleri (2000); A. L. Saltzstein ve diğerleri (2001) yaptıkları araştırmalarda, maaş, aile-arkadaş politikası ve işin talep/kontrol karakteristiğini içeren iş kalitesinin çalışanlar üzerine bir baskı oluşturabileceğini ya da aşırı strese sebep olabileceğini göstermişlerdir. Hirsch ve Macphersona (2001) göre de işçi sendikalarının mevcudiyetleri, daha uygun çalışma şartlarının sağlanmasına ve iş bulma şansının artmasına sebep olmaktadır (Hillemeier ve diğerleri, 2004: 11).

2.1.5.7. Yaş, cinsiyet ve kalıtım faktörleri

Hetzel ve diğerleri (2004) belirttikleri gibi genetik kalıtım, cinsiyet, büyüme şekli, yaşlanma ve bireysel psikolojinin işleyişi, bir kişinin sağlık ve iyi olma durumu tecrübeleri için oldukça önemlidir. Genetik kalıtım, eleştirel olarak adaletsizliğinin ve sağlık adaletsizliği isyanlarının önüne geçmiş bulunmaktadır (Cannon, 2008: 12).

Son 20 yılda, genom araştırmalardaki gelişmeler, kalıtımın sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini gözler önüne sermiştir. Şu günlerde, yaygın hastalıkların, DNA olarak bilinen ve milyonlarca kişiyi etkileyen yalnızca tek bir genin düzensizliğinden değil aynı zamanda da gen yapısı ve haplotip varyasyonlarıyla ilgili olan yatkınlıkla (hassaslık) alakalı olduğu ortaya çıkmıştır. Yeni teknoloji, araştırmacılara genomik birim düzeyinde genetik mutasyonları araştırma fırsatı vermiştir ve bu konunun daha iyi anlaşılabilmesi için, kimyasallar, besinler ve etiolojide insanların ilişkilerindeki davranışları gibi çevresel faktörlerin önemi ortaya çıkarılmıştır. Bu davranışlarla birlikte, kardiyovasküler hastalıklar, alerjiler, kanser, psikolojik sorunlar ya da bulaşıcı hastalıklar gibi rahatsızlıkların sebebi anlaşılmaya çalışılmıştır (Brand ve diğerleri, 2008).

Cinsiyet ve cins arasındaki ayrım sosyal bilimler için olağan bir denemedir. Etyoloji ve engellenmenin dili içerisinde filtre edilmek için başlamıştır ve sağlık hizmetleri içerisinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Sosyologlar, cinsiyeti erkek ya da dişi olmanın biyolojik değişmezliği olarak tanımlarlar. Buna karşın, cins bir toplum içerisindeki erkeklerin ve kadınların beklentileri ve zamana göre, mekâna göre ve hayat şekillerine göre değişmekte olan toplumsal rolleri anlamına gelmektedir (Phillips, 2005).

Hem erkeklerin hem de kadınların iş hayatlarındaki ve toplumdaki rolleri, sosyal normlar tarafından baskı altına alınır ve bu durum tehlikeli sonuçlar ve hastalıkları doğurabilir. Cinsiyet de cins de, birlikte sağlıkla tam olarak ilişkilendirilemez fakat her ikisi de birbirlerinden bağımsız olarak sağlıkla ilgilidir. Cins her toplumda biyolojinin araştırma alanına girer, buna rağmen bu iletişimin sonuçları ortamdaki ortama göre değişiklik gösterir (Phillips, 2005).

Her iki cinsin de sağlıkları, sosyal ve ekonomik kaynaklar tarafından şekillendirilir. Bu koşulların değişmesi sağlık hizmetleri ya da toplumsal hizmet sektörü tarafından gelecek yardımları doğurur. Gerekli eylemler yaşamak için gerekli para ve sosyal yardımları, yaşayabilmek ve çocuklara bakabilmek için gerekli parayı ve bunları daha kolay hale getirebilmek için çalışma sigortasını içerir. Eşit ödeme yasasının zorunlu halleri ve oluşumu ve ayrımcılık karşıtı kuralların zorunluluğu hayati önem taşımaktadır (Mikkonen ve Raphael, 2010: 45).

2.1.5.8. Kültür

Airhihenbuwa (2007) “Konforlu Olmaktan Rahatsız Olan”; Hahn (1999) “Halk Sağlığının Antropolojisi”; Kleinman (1980) “Kültür Bağlamında Hastalar ve Şifacılar”, Minkler (2004) “Sağlık İçin Toplumun Organizasyonu ve Topluluk Binası” isimli araştırmalarında, toplumda başarılı bir işbirliğine ulaşmak için içerisinde yer aldıkları mahallenin, dinsel kurumun, sağlık örgütünün, toplumsal organizasyonların ya da toplumsal sağlık kurumunun işlevini daha iyi anlayabilmelerini vurgulamışlardır. Bu anlayışın oluşmasındaki temel etken, kişinin *kendi kültürünü* ve bu kültürün kendi inançlarını nasıl şekillendirdiğini düşünmesi ve sağlık ve hastalık durumlarını idrak edebilmesidir (Silberberg ve diğerleri, 2011: 11).

Güvenç (1996) “İnsan ve Kültür” adlı kitabında şunu açıklamıştır: Toplumlar, insanların karmaşık bir biçimde gruplaşmalarından oluşmuştur. Her toplum, bireylerin belirli durumlarda karşılaştığı sorunları çözmek ve gereksinimlerini gidermek için birçok araçlara ihtiyaç duyar. Kişinin içinde bulunduğu çevre şartlarına ve toplu olarak yaşadığı insanlarla olan ilişkilerine göre, bu araçlar sınırlanmakta ve değişmektedir. Bu çerçevede, en basitinden en gelişmişine kadar her türlü insan topluluğunda kültür denilen ortak bir olguya rastlanmaktadır (Duran, 2011).

Güvenç (1996) kültürü, toplumun üyesi olarak, insan türünün öğrendiği, edindiği bilgi, sanat, gelenek-görenek ve benzeri yetenek, beceri ve alışkanlıkları içine alan karmaşık bir bütün olarak ele almaktadır. Yazara göre (1996), her sosyal / kültürel sistem var olabilmek için, kendi yaşama özelliklerine uygun yeterli bir doğal çevreye muhtaçtır. Kültürel sisteme ait hemen her şey bu çevrenin içinde, üstünde, altında ve çevresinde yer almaktadır (Duran, 2011).

Kültürün yüzlerce işe yarar tanımından biri, antropolog olan Christie Kiefer (2007) tarafından yapılmıştır: bir grup tarafından paylaşılan davranışların tümü ve aynı zamanda insanların davranışlarını ve gözlemlerini tamamıyla anlamamızı sağlayan bir sistemdir. Kültür kişilikleri şekillendirir ve bir toplumun düşüncelerini genişletir aynı zamanda bireylerin ve grupların birbirleriyle nasıl iletişime geçeceklerine yön verir, anlamın nasıl oluşturulduğunu ve gücün nasıl tanımlandığını bizlere gösterir. Bunlara ek olarak, kültür bireylerin arasındaki ilişkilerde fikirlerini şekillendirmelerine yardımcı olur, güven duygusunu yaratır. Bununla birlikte, kültür toplumsal sözleşmelerin işleyişini şekillendirir ve etkili sözleşme gereksinimleri kültür vasıtasıyla anlaşılır (Silberberg ve diğerleri, 2011: 10).

Örneğin, toplumsal anlaşma programları ve araştırmaları genellikle insanları üniversitelerden ya da sağlık kurumu çalışanları arasından seçer ve bu insanları “düşük geliri” ya da “risk altında” olarak tanımlar. Deneyim, kültür, gelir düzeyi ve eğitim seviyesi arkasındaki çeşitli bilgiler ve toplumun ırkçılığı, ayrımcılığı ve eşitsizliği nasıl değerlendirdiği bu programlar ve araştırmalar sayesinde daha iyi anlaşılır (Silberberg ve diğerleri, 2011: 11).

Kültür içerisindeki farklılıklar (ırk, etnik köken, doğum yeri, sosyo ekonomik durum, cinsiyet vb.) tüm iletişimin bir göstergesi olmaktadır. Bu farklılıklar daha ayrıntılı incelenmeli ve sağlık ile ilgili alınan kararlarda daha etkili olmalıdır (Vaughn ve diğerleri, 2009).

Her kültür grubunun sağlık ve şifa ile ilgili kendine özgü bir inanç sistemi vardır. Bu inanç sistemleri farklı hastalık modellerini, hastalık/sağlık paradigmasını (örneğin, Çin ilaçları, büyüsel-dinsel inançlar gibi), çeşitli kültüre özel hastalıkları ve rahatsızlıkları, sağlık hizmetleri sağlayıcıları hakkındaki düşünceleri ve Batıda kullanılan sağlık yöntemlerini içerir. Bununla birlikte geleneksel ve bir yere özgü olan sağlık yöntemlerini ve

yaklaşımlarını kullanırlar. Batılılar hastalığın sebeplerine bireysel olarak ya da tüm dünyayı etkileyen hastalıklar olarak yaklaşırlar, bununla birlikte sanayileşme sürecini tamamlamamış olan ülkelerdeki bireyler hastalığı sosyal ve doğüstü olayların sonuçları olarak tanımlarlar. Afrikalı Amerikalıların, Latinlerin ve Pasifik'te yaşayan insanların beyaz Amerikalılarla hastalığın sebepleri üzerine karşılaştırıldığı bir araştırmada, etnik olarak azınlık olan toplumların doğüstü inançlara beyaz Amerikalılardan daha fazla inandığını göstermiştir. Karşılaştırılan grupların hastalık sebepleri arasında hiçbir farkın olmadığı ve bu hastalık sebeplerinin kişisel stres, yaşam şekli, çevre ve olanaklar olduğu bildirilmiştir (Vaughn ve diğerleri, 2009).

Diez Roux (2007) “Yakın Çevredekiler ve Sağlık: Neredeyiz ve Buradan Nereye Gideceğiz?” Adlı çalışmasına göre, toplum sağlığı “karmaşık sistemlerin bir fonksiyonudur”, Braveman, Egerter ve Williams (2011)'a göre ise “bireylerin, örgütlerin, kurumların, toplumların ve yıllar boyunca dinamik, birbirine bağlı ve birbirini etkileyen alt sistemlerden oluşmaktadır”. Her bir belirleyicinin sonuçlandırılmak için birleştirilmesi, bu seviyelerin birleşmelerine sebep olur ve tüm bu faktörler arasındaki ilişkilerin potansiyel geri dönüşleri sağlanır. Aynı zamanda risklerin kuşaklar arası etkileşimleri ve birikimleri ve hizmet süresi boyunca sosyal dezavantajları, yine de Hawe ve Potvin (2009)'e göre, toplumsal sağlık araştırmaları için önemli bir araştırma konusu olmaktadır (Mahamoud ve diğerleri, 2013).

2.1.5.9. Irkçılık ve ayrımcılık

Mays ve diğerleri (2007); Shavers ve Shavers (2006) yaptıkları araştırmalarda, ırksal ve etnik azınlıklarda görülen olumsuz sağlık sonuçlarını açıklamaya çalışırken, bu araştırmacılar dikkatlerini büyük ölçüde *ırksal ve etnik ayrımcılığa* vermişlerdir. Baumeister ve diğerleri (2005) de Inzlicht ve diğerleri (2006) çalışmalarında ise *ırkçılığı*, sosyal dışlanma ve engellenmiş ekonomik fırsatlardan kaynaklanan potansiyel psikolojik bir stres etkeni olarak değerlendirmişlerdir. Bir dizi disiplinin araştırıldığı bir çalışma net bir şekilde göstermiştir ki, zarar vermek sosyal dışlanmanın ve ötekileştirilmenin tüm türleri tarafından tetiklenmektedir. Adler ve Snibbe (2003); Adler ve Rehkopf (2008) de Gallo ve Matthews (2003)'a göre, *ırkçılık* aynı zamanda sosyal, eğitimsel ve ekonomik kaynaklara ulaşmada adaletsizliğe sebep olmaktadır. Bu kaynaklar hem sağlık durumlarına doğrudan etki eder (sağlıklı yemek alışkanlıkları ve uygun sağlık hizmetleri vasıtasıyla)

hem de sağlık durumunu stres, psikolojik kaynaklar ve pozitif ve negatif duygular vasıtasıyla etkiler (Brondolo ve diğerleri, 2009).

Bu konu ile ilişkili kavramlara da değinelim. “Stigma”, fişlemenin, cinsiyet, ırk, statü ayrımcılığının güç kullanılarak orataya çıkması olarak tanımlanır. Stigma, ırkçılık ve ayrımcılık ile örtüşmektedir fakat bu yapıların birkaç anlayışına ters düşmektedir (Hatzenbuehler ve diğerleri, 2013).

İrkin/etnik kökenin stigmatik bir durum olmasına rağmen, stigma çoklu durumları ve cinsel eğilim, sakatlık, HIV durumu ve obesite karakteristik özelliklerini kapsamaktadır. Bu nedenle stigma, ırkçılıktan daha geniş kapsamlı bir kavram olarak görülebilir. Benzer olarak, ayrımcılık hem bireysel seviyede (bir sosyal grup içerisinde herkese eşit olmayan davranışlar) hem de yapısal seviyede (bireysel fırsatları, kaynakları ve iyi olma halini içeren toplumsal durumlar) stigmanın temel özelliklerinden biridir. Bununla birlikte, tüm stigma işleminin etiketleme ve cinsiyet rolü gibi birçok farklı elemanı kapsamamasından dolayı, stigma kavramı ayrımcılıktan daha geniş kapsamlı bir kavramdır (Hatzenbuehler ve diğerleri, 2013).

Ortaya ıkarılan yeni kanıtlar göstermektedir ki, stigma sağlık eşitsizliğine sebep olan tüm temel kriterlere uymaktadır. Stigma (1) ABD’lerinde milyonlarca insanı etkileyen birçok fiziksel ve psikolojik sağlık sonucuna doğrudan etki etmektedir, aynı zamanda stigma (2) kötü sağlık durumunu ortadan kaldırmak ya da en aza indirmek için kullanılan yapısal, kişisel ve psikolojik çoklu kaynaklara erişimi engeller ve son olarak da stigma (3) sosyal eşitsizlik oranının yüksek olduğu yerlerdeki insanlar arasında sağlık eşitsizliğinin artmasını sağlayan yeni, sürekli gelişen mekanizmaların üretilmesine olanak sağlar. Teorik ve statik modellerde stigmatı hesaba katmamak, hem kötü sağlığı azaltan sosyal faktörlerin düşük seviyesinde takdir görmelerine sebep olur hem de toplumsal sağlık müdahalelerini zayıflatır (Hatzenbuehler ve diğerleri, 2013).

İşlevsiz sağlık sisteminin kökenleri ve Güney Afrika’daki bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığı, ülkenin tarihi boyunca koloni döneminden apartheid sonrası dönemine kadar izlemiş olduğu politikalarda bulunabilir. İrksal ayrımı, göçmen işçi sistemi, aile hayatının yok edilmesi, gelir düzeyi eşitsizlikleri ve üst seviyedeki vahşet Güney Afrika’nın geçmişinde yaşamış oluğu bazı sıkıntılardır ve tüm bu sıkıntılar sağlığa ve sağlık hizmetlerine merhametsizce zarar vermiştir (Coovadia, 2009).

ABD’lerinde, sağlık eşitsizliği ırksal/etnik ve sosyo ekonomik durumla (SED) ilişkilidir. Bu eşitsizlikler, ölümden, coğrafi bölgeden ve modifiye edilebilen ve kaçınılabilen zamandan kaynaklanmaktadır. Sosyo ekonomik durumların seviyeleri arasındaki farklar, siyahi ve beyaz insanlar için birçok ırksal/etnik sağlık eşitsizliği oluşturduğu gibi, sosyo ekonomik olarak da ırksal/etnik ayrımcılık sosyo ekonomik durumların kapsamlı ölçümleri yapılmaksızın çizip atılamaz. Kanıtlar sosyo ekonomik durumların çoklu yöntemlerini ve ırk/etnik kökeni sağlık açısından göstermektedir; ayrımsallığın azaltılması için tek yöntem kronik stresin ve kronik stresin biyolojik yapıya verdiği zararı ortadan kaldırmaktır (Adler ve Rehkopf, 2008).

Sağlık eşitsizlikleri, ölüm oranıyla, ahlak seviyesiyle ve toplumsal gruplar arasında sağlık hizmetlerine ulaşabilmeye ilişkilidir ve sosyo ekonomik durum, cinsiyet, oturlan yer ve özellikle de “ırk” ve “etnik köken” ile tanımlanır. *Etnik köken*, temel grup farklılıklarını ve bu farklılıklar içerisindeki insan ilişkileri yapılarını tanımlayan sosyo kültürel sistemlerin bir boyutudur. Temel grup farklılıkları kriterleri kültürler arası sağlık durumları göstergelerine göre çeşitlilik gösterir (Dressler ve diğerleri, 2005).

İrkçilik, üç halde görülebilir. Bu üç halde sağlık üzerinde etkilidir. Kurumsallaşmış ırkçılık toplumun yapısı ile ilgilenir ve hukuk ve hükümet eylemsizliği gibi kavramlarla kodlanabilir. Kişisel olarak yapılan ırkçılık ise ayrımcılık ve önyargı olarak tanımlanır ve kendisini saygı eksikliği, şüphe, değer düşümü ve insanlıktan çıkma olarak gösterebilir. İçselleşmiş ırkçılık stigmatize olmuş kişilerin kendi yeteneklerinin ve yaratılışlarının değersiz olduğuna inanmaları durumudur (Mikkonen ve Raphael, 2010: 47).

Keppel ve diğerleri (2002) 1990 ve 1998 yılları arasında, *sağlıklı kişiler 2010 amaçları* ile ilişki olan 10 adet sağlık durumu göstergesi hakkında bilgiler toplamışlardır. Bu göstergeler bir dizi sağlık durumunu (kalp krizi, kanser, tüberküloz) ve intihar ve cinayet oranları gibi daha direkt sosyal göstergeleri içermektedir. Keppel ve diğerleri bu göstergeleri Amerika’da yaşamakta olan bazı ırksal ve etnik kategorilere göre incelemişlerdir. Bu kategoriler şöyledir: Hispanik olmayan beyazlar, hispanik olmayan siyahiler, hispanikler, Alaskalılar ve Asyalılar ya da Pasifikliler. 1990 ve 1998 yılları arasında hastalıklarla ve travmatik sakatlıklarla ilişkili olan ölüm oranı, tüm alt grup popülasyonlarının oranlarında inişe geçmiştir. İrksal ve etnik farklarla ilgili olarak, bu zaman aralıklarında siyahî Amerikalıların altı göstergedeki (ölüm oranı, kalp krizi, akciğer kanseri, göğüs kanseri, felç ve cinayet) oranları diğer grupların oranlarına nazaran yüzde 2,5 ile yüzde 10 arasında daha

fazladır. Diğer etnik grupların intihar (beyaz Amerikalılar) ve motorlu taşıt kazaları (Hindistanlı Amerikalılar ve Alaskalılar) göstergelerindeki oranları siyahi Amerikalılardan fazladır. Sonuç olarak, Asyalılar ve Pasifikliler en düşük ölüm oranına sahip etnik gruplardır. Bununla birlikte, Hispanikler’de en düşük felç oranına sahiptirler (Dressler ve diğerleri, 2005).

2.1.5.10. Bilgiye ve uygun sağlık hizmetlerine ulaşma

Tüm dünyada kabul edildiği üzere, en geniş anlamda geliştirilmiş sağlık her insan için gelişme sürecinin en temel göstergedir. Nobel ödülü kazanmış olan T. W. Schultz’un belirttiği üzere, "ülkelerin zenginlikleri, içerisinde yaşayan insanların eğitim seviyelerinden, tecrübelerinden, yeteneklerinden ve sağlıklarından doğar." Sağlık politikasının görevi açık olmak, gerçekçi olmak ve gelişme sürecinde faydalı ve etkili sağlık hizmeti üretmek için kullanılan ölçülebilir amaçları ortaya koymaktır (Jamison ve Mosley, 1991).

Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi (2000:1) sağlığı “insan haklarının olmazsa olmaz temel ihtiyacı” olarak tanımlamıştır ve sağlık hizmetlerinin herkese ulaşması için birbiriyle kesişen dört elemandan yola çıkmıştır: ulaşılabilirlik, uygunluk, kabul edilebilirlik ve kalite. Mannan ve diğerleri (2011) bu, adil sağlık hizmetinin Equitable projesi kapsamında ele alınan şartlardır ve sağlık politikası araştırmalarının çerçevesini oluşturan Equi Frame kalıbı içerisinde kullanılmaktadır (Schneider ve diğerleri,2013). ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı (2000) medikal bağlamsal boyut, “temel bakım, özel bakım, acil serviseler, evde bakım, mental sağlık hizmetleri, uzun dönem bakım, ağız sağlığı bakımı ve alternatif bakım içeren bir dizi sağlık hizmetini kapsamaktadır” (Hillemeier, 2004: 37).

İnsanlar için engellerin farkında olmak, adil sağlık hizmetlerine ulaşım açısından önemlidir ve sağlıklı olmak için en uygun olasılığı düşünmek ve sosyal adaletin sağlanması olmazsa olmazdır. Sakatlık bu engellerden bir tanesidir. Sakatlık günümüzde, vahşi çevresel engellerle donatılmış olan oldukça yaygın bir durumdur ve bu sorunu yaşayan kişiler adil sağlık hizmetlerinden sınırlı bir şekilde yararlanabilmektedirler. Sağlık hizmetlerine ulaşamama durumu hastalıkları daha da ilerletir ve insanlar hareket kabiliyetlerini gün geçtikçe kaybettikleri için kolayca engellenebilecek yeni hastalıkların ortaya çıkma riski artar (Schneider ve diğerleri, 2013).

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri de sağlık sistemidir. Hart (1971) yapmış olduğu “Inverse Hizmetlerin Hukuku” isimli çalışmada, temel gereksinim sağlık hizmetlerine yetersiz erişim, sağlık alanındaki sosyal adaletsizliklerden bir tanesidir. Adaletsizliğin ve eşit olmama durumunun sağlık hizmetleri üzerindeki durumu Inverse Bakım Kanunu, CSDH (2007) tarafından koruma altına alınmıştır. Bu kanunda “Toplumun ihtiyacı düzeyinde iyi bir medikal hizmeti sağlanır” ibaresi geçmektedir. Bununla birlikte, sağlık sistemi bilhassa hizmete ulaşım meselesi ve iyi kalitede bir hizmetin alınması üzerinde yoğunlaştırılmıştır. CSDH (2007) sağlık sisteminde eşitsizliğe karşı olan üç adet yükümlülük şunlardır: (1) mevcut ihtiyaçlar her bölgede yeterli kaynakla sağlanmalıdır; (2) farklı sosyal grupların sağlık hizmeti ihtiyaçları uygun bir şekilde karşılanmalıdır ve (3) hem ulusal hem de uluslararası alanda toplumsal sağlık politikasının geliştirilmesi için daha geniş ve daha stratejik planlar, sağlığın ve sosyal adaletin iyileştirilmesi için ortaya koyulmalıdır (Sheiham ve diğerleri, 2011).

Mevcut araştırma açıkça göstermektedir ki; gelişmekte olan sağlık hizmetlerinin en büyük yardımcısı bu hizmetlerin kullanılmasıdır. Her yaş grubundan insan, doktorları daha fazla ziyaret etmekte ve önceki zamanlara göre oldukça fazla sağlık hizmetlerini kullanmaktadır. Bu yüksek kullanım bazen oldukça faydalı olabilmektedir, fakat araştırmada elde edilen kanıtlar aynı zamanda göstermektedir ki, sistem içerisinde uygunsuz uygulamalar da vardır. Kanada'nın yüksek kaliteli, insanları mutlu eden ve her zaman gelişen bir sistemi olduğu konusunda genel bir fikir birliği vardır. Kanada'da çok sayıda sağlık hizmeti mevcut olup bu sağlık hizmetleri genel ücretlere göre de oldukça düşük ücretlere sahiptir. İdeal sistemin bu tanımı, ülke çapındaki ve politik çevredeki paydaşlar tarafından açıkça belirtilmektedir. Bu paydaşlardan biri de Toronto Dominion Bankası'nın eski müdürü Don Drummond'dur. Daha fazla teşvik etme, bu kusursuz sağlık sisteminin tüm sağlık hizmetleri harcamaları için bir umut ışığı olmaktadır. Daha yüksek kalitenin sağlanması, daha çok hastanın tedavi edilmesi ve daha düşük sağlık hizmetleri ücretleri gerçekleşmektedir ya da en azından gerçekleşme ihtimali oldukça yüksektir (McGrail, 2012).

Yaygın olan yanıltıcı bir varsayım da, Avrupa Ülkeleri'nin daha faydalı, daha uygun ve daha adil sağlık hizmetleri ücreti ve servisi politikası güttüğünü düşünmektir. İsveç, İsviçre, Fransa, Almanya ve Hollanda bu listenin en tepesinde yer alması gereken ülkelerdir. Bu ülkelerde hastaların sağlıkları için ücretler daha uygun hale getirilmeli, sağlık tedavilerindeki aktiviteler iyileştirilmeli ve sağlık hizmetleri seviyesi Kanada'dakine yakın bir seviyeye yükseltilmelidir. ABD'lerinde, âlimlerin Miras Kuruluşu ve *Wall Street*

Dergisi Temsilcisi Ryan, İsviçre'deki ve Hollanda'daki küresel sağlık hizmetleri düzenlemelerinin, insanların sağlık hizmeti almak zorunda olduğu (belli bir ücret ödeyerek) kendi programları için uygun olduğunu belirtmiştir. (Marmor, 2009).

“Sağlık hizmetlerinden faydalanmak kişilerin sağlık durumlarını %20 oranında etkilemektedir. Son yapılan tahminlere göre, Kanadalılar bu sektöre her yıl yaklaşık olarak 192 milyar dolar yatırarak, sağlık hizmetlerine ne kadar değer verdiklerini göstermektedirler. Bu ücret Microsoft şirketinin bütçesinin yaklaşık üç katı büyüklüğündedir. Kanadalılar küresel sağlık hizmetleri sektörümüzün gurur kaynağı olmuşlardır, fakat Kanada'dan gelen son raporlar, bu alandaki şöhretlerinin tehlike altında olduğunu belirtmektedir” (Flood, 2011).

Times of Israel Staff (2013) sitesinin yaptığı bir habere göre, Bloomberg tarafından ülkeler üç kritere göre sıralanmışlardır: Ortalama yaşam süresi; kişi başına düşen sağlık hizmeti ücretleri (ücretin yüzdesi); ve de kişi başına düşen net sağlık hizmeti ücreti (giderler önleyici eylemlerle ve sağlık hizmetleriyle, aile planlamasıyla, beslenmeyle ve ilk yardım hizmetleriyle ölçülür). Bahsi geçen ülkelerin nüfusları en az 5 milyon kişidir, ortalama yaşam süresi en az 70 yıldır ve kişi başına düşen yıllık gelir 5,000 dolardır. Hong Kong, Singapur ve Japonya sıralamada ilk üç sırada yer alan ülkelerdir. Onlardan sonra ise İsrail gelir. Sıralamada Birleşik Krallık 14, Kanada 17, İran 45. ve Birleşik Devletler ise 46. Sırada yer almaktadır.

Türkiye'de yaklaşık 10 sene önce, sağlık sistemi hem Avrupa EİKT (Ekonomik İşbirliği kalkınma ve Teşkilatı) ülkeleri tarafından hem de diğer orta düzey ülkeler tarafından sağlık sistemi oldukça yavaş ilerleyen bir sistem olarak değerlendiriliyordu. Tüm vatandaşların adil bir sağlık hizmeti almasının Anayasal destek bulamaması en büyük uyuşmazlık olarak görülüyordu. Sağlıkla ilgili konular politik takvimde en son sıralarda yer alıyordu. Günümüzde, Türkiye'deki sağlık sistemin biçimi değiştirilmiştir ve EİKT Ülkeleri'nin tamamından ve Avrupa Birliği Ülkeleri'nin birçoğundan daha olumlu bir seyir izlemeye başlamıştır, aynı zamanda sağlık neticeleri, cevap verebilirlik ve adil ücretlendirme konularında da Türkiye oldukça önemli adımlar atmıştır (Barış ve diğerleri, 2011).

Hamdan ve Defever'e (2002) göre, Filistin sağlık hizmetleri sistemi kritik bir “geçiş” döneminden geçmektedir. Ulusal Stratejik Sağlık Planı (1999) sağlık sektörü için harcanacak paranın adil sağlık hizmetleri sağlamada temel gereklilik olduğunu

savunmaktadır. Filistin Ekonomi Politikaları Araştırma Enstitüsü (2000), bununla birlikte, sosyal ve ekonomik devrimleri gerçekleştirmek için yeterli maddi kaynak bulamayan ülkeler sağlık hizmetlerine de gerekli harcamayı yapamamaktadır (Mataria ve diğerleri, 2004).

2.1.5.11. Sosyal destekler ve sağlık hizmetine erişim

Schirnding (1997) sağlık için sektörler arası eylem isimli çalışmada açıklamıştır ki Sağlık Bakanlığı, sosyal belirleyici yaklaşımlarına dikkat etmesi gereken kurumdur. Çünkü bu durum hem sağlık sektörü harcamaları için diğer kurumlardan gelen ücretlerin dışında yeni bir kapı açmakta ve hem de bilimsel ve politik konulardaki yetkililerin sağlık konusunda biraz daha yumuşak tavır göstermesine sebep olmaktadır. Sağlık konusunu "herkesin ilgi alanı" haline getirmek oldukça önemi bir gelişme olacaktır, fakat bununla beraber bu durum yetkide ve güçte bir azalma yaratabilir. Aynı zamanda, Amerika Sağlık Enstitüsü de daha önce elde edilmiş olan tecrübelerle göre, sağlıkla ilgisi olmayan Bakanlıklar ve hükümet yetkilileri, sağlık alanında çalışmalı, kaynakları kontrol etmeli ve bu konuya özen göstermelidirler (Irwin ve Scali, 2010: 31).

Sağlığın sosyal belirleyicileri yoksulluğu, iş sahibi olmayı, konut sahibi olmayı, sosyal desteği, suçu, stresi ve yaşanan çevreyi içermektedir (Wilkinson ve Marmot, 2003). Bu bağlamda, yukarıda bahsi geçen faktörlerin, refah içinde yaşayan vatandaşların dahayüksek sosyal mevkiye sahip olmaları sebebiyle daha iyi bir sağlık yaşadığı, daha az hasta olup daha çok yaşadığı bir yerdeki sağlığın sosyal kavramları üzerindeki etkileri oldukça yüksektir (Wilkinson ve Marmot, 2003).

Cobb (1976) “Sosyal Destek Moderatör Olarak Hayat Stresi” ve Thoits (1982) “Hayat Stresi, Sosyal Destek ve Psikolojik Boşluk” isimli araştırmalarında; sosyal desteğin, bir kişinin temel sosyal ihtiyaçlarıyla, ilgiyle, saygıyla, onaylanmayla, ait olma duygusuyla, tanımlanmayla ve güvenlikle alakalı olduğunu belirtmişlerdir ve bu kavramların diğer kişilerle kurulan iletişimde ortaya çıktığını gözlemlemişlerdir (Aneshensel, 2009).

Yüksek standartta sağlanan sağlık hizmetleri çok yüksek maliyetli olmaktadır ve bu durum sebebiyle AB (Avrupa Birliği) üye devletlerinin DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ve STÖ (Sivil Toplum Örgütü) ile çalışması sürpriz olmamaktadır. Bununla birlikte Avrupa’da yaşayan insanların daha uzun süreler yaşayabilmeleri için projeler geliştirilmektedir ve bu kişilerin

hayatlarını daha sağlıklı ve güvenli yaşayabilmelerini sağlamak temel amaçtır. Son Avrupa birliği ve Dünya Sağlık Örgütü politikaları, daha profesyonel, kuruluşlar arası ve sektörler arası bir işbirliğinin sağlık sektörünü daha ileriye taşıyacağı sebebiyle bu yönde oluşmuştur. Bu politika, aynı zamanda, politikaları sağlığı ve iyi olma halini ileri seviyeye taşımak olan çevreyle alakalı, ulaşım ile alakalı, tarımla alakalı olan diğer yönetimler daha kapsayıcı bir iş birliği içerisinde olunmasına yöneliktir (Tope ve Thomas, 2007: 4).

Sağlığın sosyal belirleyicilerini geliştirmek için harekete geçmek oldukça zor bir eylemdir. Çünkü bu belirleyiciler için sorumluluk almak, çok sayıda farklı hükümet departmanında ve kurumunda işlem yapmayı gerektirmektedir. Ek olarak, gelişmeleri etkileyen faktörler, politika, kaynak yaratma ve işlevsel seviye gibi birkaç seviyede (ulusal, bölgesel, yerel) işlenirler. Şu anki duruma baktığımızda, değer biçmeye, görünüme ve hükümet politikalarının uygunluğunu değerlendirmeye yardımcı olacak birkaç eşya ve mekanik sistem bulunmaktadır (McDonald ve diğerleri, 2013).

Ahmed ve diğerleri (2010); Minkler ve diğerleri (2008) yaptıkları çalışmalarında, topluma dâhil olmayı ve toplum üyeleriyle iş birliği içerisinde olmayı toplumsal sağlığın gelişimi açısından mihenk taşları olarak görmektedirler. Son yıllarda, örnek verecek olursak, toplumsal anlaşma ve seferberlik durumları, sigarayı bırakma, obezlik, kanser, kalp hastalıkları ve diğer sağlık sorunları açısından önemli projeler olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (1997), Son 20 yıl boyunca, sağlığın geliştirilmesiyle alakalı araştırmalar ve incelemeler göstermiştir ki, “birlikte çalışma işlevi ve insanların gruplar halinde coğrafik yakınlık, özel ilgiler ya da benzer durumlar tarafından bir araya gelmesi durumu” olarak tanımlanan toplumsal işbirliği, insanların hayatında önemli bir yer almıştır (Silberberg ve diğerleri, 2011).

Caplan'a (1974) göre, sosyal ilişkiler ve sağlık üzerine yapılan araştırmalar 1970'li yılların ortalarına kadar “Sosyal Destek” adı verilen yeni bir bilimsel alan tarafından teşvik edilmiştir. Bu konsept ilk olarak, mental sağlık literatüründe kullanılmıştır ve fiziksel sağlığa, ‘Fizikçi-Epidemiolojist’ Cassel (1976) ve ‘Psikosomatik Med’ Cobb (1976) tarafından eklenmiştir. Cassel (1970) “Sosyal Stres” isimli makalesinde, hastalık ve sağlık etyolojilerindeki stres ve psikolojik faktörlerin ne kadar çabuk geliştiğini vurgulamıştır (House ve diğerleri, 1988). Gazeteler ve medya, sağlığın ve sosyal konuların tanımlandığı ve bu konularda çözümlerin üretildiği sembolik gücün işlevsel olarak oynadığı roldeki temel öğelerdir. Medya toplumsal tüketim için birçok sağlık hikâyesi yayınlar ve bu

hikâyeler hem yansıtma hem de toplumu bilgilendirme amacı taşır. Bu araştırma, hastalık risklerindeki benzer kapsamların önemlerini gösterir ve aynı zamanda da medikal atılımları ve profesyonel kaygıları gözler önüne serer (Hodgetts, 2012).

Fingerhut ve Warnere (1997) göre, toplumdaki taşıma sistemlerinin yeri bir yerde oturan insanların sağlıkları için çok yönlü çıkarımlara sahiptir. Bunların en doğrudan olanı, motorlu taşıtlardır. Motorlu taşıtlar Amerika Birleşik Devletleri'nde en çok sakatlığa sebep olan araç türleridir ve sakatlanmadan doğan tüm ölümlerin üçte biri motorlu taşıtlar sebebiyle olur. Sharpe'ın (1999) "Sağlıksız Yol" isimli çalışmasına göre ulaşım araçlarının doğası ve kullanım seviyeleri de oldukça etkilidir ve kirliliğin çokluğu çevre için büyük sorun oluşturmaktadır. Bu konudaki üçüncü bir yaklaşım da "Çalışma Engelleri" Pugh'a (1998) aittir. Son olarak, hükümetin toplumsal ulaşımına verdiği önem gibi ekonomik konular, toplumsal ulaşım ve kişisel sigorta oranları açısından önem arz etmektedir (Hillemeier, 2004: 57).

Genel olarak baktığımızda, her ne kadar aktörler ya da *kurumlar* insanlar için sağlık ihtiyaçlarına öncülük ediyor olsa da, bu konudaki bir değer önemli organ da *ebeveynlerdir*. *Ebeveynler* çocuklarının sağlıkları için oldukça fazla düşünürler. Aynı zamanda *okullar* da bu konuda oldukça önemli bir yere sahiptir. *Okullar* öğrencilere sağlık eğitimi, sağlıklı öğle yemekleri ve fiziksel aktiviteler için olanaklar veririler. Bu konuda diğer önemli olan unsurlar şu şekildedir: *işverenler* çalışanlarını çok fazla yormazlar ve onlara sağlık programları önerirler, *sosyal kuruluşlar* yerel örgütleri destekleyerek sağlığın gelişmesine yardımcı olurlar, *endüstri* daha sağlıklı seçenekler ve ucuz sağlık hizmetleri sunar, *hükümet* bir lider olarak ve bir politika olarak sağlığı düzene koyar ve son olarak da *toplum* bir toplumda herkes birbirinin sağlığı için tüm sorumluluğu alır (Lundell ve diğerleri, 2013).

2.2. Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlık Geliştirilmesinde Tutum ve İnançların Yeri

2.2.1. Sağlık, toplum ve sosyal politika

Sosyal belirleyiciler yaklaşımı altında, sağlık bir bireyin yaşamının tüm diğer yönleri gibi ayrı ve belirgin bir durum olarak görülmez. Sağlık, birey, aile, topluluk ve çevre gibi daha büyük sistemlere bağlıdır ve bunlara dayalıdır. Rahatsızlıklar, hastalıklar ve böyle durumlar bu sistemlerdeki dengesizliklerin sonucu olarak görülür. Tedaviler ve müdahaleler, bu sistemlerdeki rahatsızlıkların analizi aracılığıyla ve bunlara bağlı olan dengenin geri

kazandırılmasıyla bir bireyin sağlığını eski haline getirmeye çalışırlar. Bu analiz şu gerçeği hesaba katmaktadır ki, bir insan sadece kendi fiziksel varlığından oluşmaz. Bireylerin değerlendirilmesi gereken duygusal, zihinsel ve ruhsal yönleri vardır (Lamouche, 2012).

Boulding (1985) “İnsanın İyileştirilmesi” adlı kitabında, bir ekonomist ve filozof, insan iyileşmesinin tüm kültürler ve milletler içerisindeki herkes için uygun bir hedef olduğunu iddia etmektedir. İnsanın iyileşmesi veya herkes için yaşam kalitesindeki bir artış dört boyutta yansıtılmaktadır: ekonomik yeterliliği, adalet, özgürlük ve barış durumu (www.sagepub.com).

Sağlık, sağlık bakımı sisteminin ulaşabileceği yerin dışında olan birçok faktörle belirlenir. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri (SSB) bakış açısı, insanların içinde yaşadığı sosyal ve ekonomik koşullarla onların sağlığı arasındaki ilişkiye dikkat çeker. Sağlık eşitsizlikleri toplum düzeyinde sosyo ekonomik duruma bağlı olarak sağlık durumundaki değişikliklere karşılık gelir. Sağlık Eşitsizliklerinin Sosyal Belirleyicileri (SESB), kişilerin değişik sağlık ve hastalık oranlarında sosyal ve ekonomik koşulların rolünü vurgulamak için iki kavramı birleştirir. İnsanların içinde yaşadıkları sosyal ve ekonomik koşulları konu yapan politikalar ve eylemler sağlık dışındaki birçok sektörde formüle edilmektedir. Tüm politikalarda sağlık yaklaşımı, bu sağlık dışı sektörlerin vatandaşların sağlığı ve iyiliği üzerindeki kendi politikalarının ve eylemlerinin potansiyel etkilerini açık bir şekilde anlamalarına olanak tanır (Lavin ve Metcalfe, 2008).

Leininger (1991) “Kültürel Bakımın Çeşitliliği ve Evrenselliği” adlı makalenin konusunda Kültür “düşünceleri, kararları ve eylemleri kalıplaşmış yollarla yönlendiren belli bir grubun öğrenilmiş, paylaşılmış ve aktarılmış olan değerleri, normları ve yaşam deneyimleri” olarak tanımlanır. Buna karşın, Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı (2005)’te, Azınlık Sağlığı Bürosu’na göre “kültürel yeterlilik”, sağlık profesyonellerinin kültürler arası durumlarda etkili olarak çalışmalarına olanak tanıyan sağlıkla alakalı inançların ve kültürel değerlerin fark edilmesi ve bunlara tepki verilmesi yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Leininger (2000) “Hemşirelik, Kültürler Arası Hem Kendine Hem de Başkalarının Dünyasını Keşfeder”; Meleis (1999) “Kültürel Yetkili Bakımı”; Purnell (2000) “Kültürel Yeterlilikte Purnell Modelinin Açıklaması” ve Taylor (2005) “Kültürel Yeterlilik Engellerin Ele Alınması” isimli çalışmalarında, kültürel olarak yetkin bir kişinin bireyin sağlık durumuna etki eden çevresel etkiler arasındaki farkları, sosyal kültürel yönleri, sosyo ekonomik düzeyleri anlaması gerektiğini belirtmişlerdir. Buna ek olarak, birçok araştırmacı şunu

ortaya koymaktadır ki, bu aynı zamanda bireylerin veya grubun ihtiyaçlarını değerlendirme ve belirleme yeteneğini, uygun müdahaleler bulma yeteneğini ve çok elzem olan uygun bir şekilde tepki verme yeteneğini gerektiren davranışları da içermelidir (Jackson, 2010).

Bu bölümde, biz toplumun tutumları ve inançları ve sağlık üzerinde tutumların ve inançların etkisi, sağlık belirleyicileri konusunda toplumun inanç ve tutumlarını belirlemeye yönelik yapılmış çalışmalar ve sağlık bileşenlerinin politika yapım sürecine dâhil edilmesi için sağlık eşitsizlikleri, fırsatları ve zorluklarının sosyal belirleyicilerini aşmak ve bunlarla uğraşmak için gereken eylemler üzerindeki araştırmalara odaklanacağız.

2.2.2. Sağlık eşitsizlikleri

“Sağlık uyumsuzlukları”, “sağlık eşitsizlikleri” veya “sağlık eşitliği” terimlerinin anlamı üzerinde çok az fikir birliği vardır. Bu tanımların hükümetler ve uluslararası ajanslar tarafından izlenen ölçümleri ve sağlık uyumsuzluklarını / eşitsizliklerini veya sağlık eşitliğini konu almak için ayrılmış olan kaynaklar tarafından desteklenecek olan etkinlikleri belirleyen önemli pratik sonuçları olabilir. Bir sağlık uyumsuzluğu / eşitsizliği sağlıktaki özel tipte bir farklılıktır; bu sürekli ve kalıcı olarak sistematik bir şekilde sosyal dezavantajlara veya ayrımlara sahip olan ve dezavantajlı olan fakirler, ırksal/ etnik azınlıklar, kadınlar veya diğer grupların daha avantajlı sosyal gruplara kıyasla çok daha kötü sağlık koşullarını ve risklerini deneyimlemesine yol açan bir farklılıktır (“Sosyal avantaj” bir kişinin zenginlik, güç ve / veya prestijle belirlenecek şekilde sosyal hiyerarşideki göreceli konumu anlamına gelir). Sağlık uyumsuzlukları / eşitsizlikleri, verilen bir kategorideki en avantajlı grup ile örneğin en zengin, en güçlü ırksal / etnik grup tüm diğerleri arasındaki farklılıkları içerir, sadece en iyi ve en kötü gruplar arasındakileri değil (sheiham ve diğerleri, 2011).

Sağlığın belirleyicilerinin aksine, sağlık eşitliğinin belirleyicileri, yaşamın ve toplumun maddi, psiko-sosyal ve davranışsal yönleri arasındaki eşitsizliklerdir. Bunlar, gelir ve servetteki eşitsizlikleri, güçte ve sağlık ve yaşama şansları üzerindeki kontroldeki eşitsizlikleri, eğitime, bilgiye ve sağlık bakımına erişmedekileri, sosyal dâhil olmadaki, sosyal statüdeki ve bunun getirdiği ayrıcalıklardaki eşitsizlikleri, kültürdeki ve bunun davranış ve deneyim üzerindeki sayısız etkilerini içermektedir. Birçok eşitsizliğin derin tarihsel ve kültürel kökleri bulunmaktadır (Povall ve diğerleri, 2010: 57). Sağlık eşitliğini

aramak böyle sağlık uyumsuzluklarını / eşitsizliklerini elimine etmeye çalışmak anlamına gelir (Sheiham ve diğerleri, 2011).

SSBK (2008) sağlığın sosyal belirleyicilerini (SSB) ‘ülkelerdeki ve ülkelerin içerisindeki sağlık eşitsizliklerinin önemli bir kısmından sorumlu olan günlük hayatın yapısal belirleyicileri ve koşulları’ olarak tanımlamaktadır. Sağlık belirleyicileri sosyal ve fiziksel çevreyi, bireysel davranışları, genetiği ve sağlık bakım sistemini içerir. Sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyicileri (SESB) bu iki kavramı insanların farklı sağlık ve hastalık oranlarındaki sosyal ve ekonomik koşulların rolünü vurgulamak için birleştirir. (Sheiham ve diğerleri, 2011).

Benzeval, Judge ve Whitehead (1995); Gordon, Shaw, Dorling ve Davey Smith (1999); Pantazis ve Gordon (2000)’in bildirimlerine göre, Siyah Raporunun 1980 basımı ve Sağlık Bölünmesi raporunun Townsend tarafından 1992 basımı sosyal koşulların sağlığı nasıl şekillendirdiği konusunda ilgi uyandırmıştır. Bu Birleşik Krallık raporları, en düşük çalışma düzeyi gruplarının nasıl geniş sayıdaki hastalıklardan rahatsızlık çektiklerini ve yaşam döngülerinin her aşamasında hastalık veya sakatlıklardan dolayı prematüre olarak öldüklerini anlatırlar. Buna ek olarak, sağlık farklılıkları sosyo ekonomik sınırlarda profesyonellerin en iyi sağlık koşullarına sahip olması ve el işçilerinin en kötüsüne sahip olmaları gibi adım adım bir ilerleme ile gerçekleşmiştir (Raphael, 2008: 4).

Deneyimli ve becerikli işçilerin sağlığı iki uç nokta arasında ortada bir yerdedir. Bu sağlık farklılıkları, Birleşik Krallığın İkinci Dünya Savaşının sonunda evrensel olarak ulaşılabilir bir sağlık bakım sistemi geliştirmesine rağmen daha da ilerlememiştir. Bu iki rapor ve benzeri temaları izleyen diğer birçoğu sağlık eşitsizliği üzerindeki çalışmaları ve bu eşitsizlikleri belirleyen faktörleri yönlendirmiştir ve kamu politikalarının sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında veya arttırılmasında oynadığı role dikkat çekmiştir (Raphael, 2008: 4).

Sağlık uyumsuzluklarının / eşitsizliklerinin / eşitliliğinin en mantıklı ve ulaşılabilir tanımı 1990’ların başında Margaret Whitehead tarafından dile getirilmiştir. O şöyle yazmıştır: “Sağlıkta eşitlik şunu belirtir ki, ideal olarak herkesin kendi sağlık potansiyellerinin tam noktasına erişmek için eşit bir hakkı vardır ve kimse bu potansiyele erişememek için dezavantajlı olmamalıdır, eğer bundan sakınılabiliyorsa”. Kendisi sağlık bakımında eşitliği

“mümkün olan bakıma erişmek için eşit ihtiyaçlarda eşit erişim, eşit ihtiyaçlar için eşit koşullar ve herkes için eşit bakım kalitesi” olarak tanımlamıştır (Braveman, 2006).

Trivedi ve diğerleri (2005) Sağlık ve sağlık bakımındaki uyumsuzluklar karmaşıktır, çok yönlü fenomenler çoklu tanımlarla, çoklu potansiyel nedenlerle ve çeşitli müdahale noktalarıyla açıklanır. Braveman ve Gruskin'e (2003) göre sağlıktaki eşitsizlikler, değişik düzeylerdeki alta yatan sosyal avantaja / dezavantaja sahip olan gruplar arasında sağlık durumundaki sistematik uyumsuzluklar olarak tanımlanır, buna “zenginlik, güç veya saygınlık dâhildir” (Exworthy ve diğerleri, 2006).

Sağlık uyumsuzlukları “sosyal eşitsizlikleri yansıtan gruplar arasında sağlık sonuçları bakımından farklılıklardır” (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2011). “Sağlık uyumsuzlukları” hastalıkta, ölümden ve sağlık bakımına erişimde nüfus grupları arasındaki sosyoekonomik statü, cinsiyet, oturma yeri ve özellikle “ırk” veya “etnisite” gibi faktörlerle tanımlanmış olan farklılıklara karşılık gelir (Dressler ve diğerleri, 2005). Bununla aynı doğrultuda, Whitehead (1992) sağlık eşitliğinde kavramlar ve ilkeleri mekalesinde belirttiği gibi sağlık uyumsuzlukları gereksizdir ve onlardan sakınılabilir (Braveman, 2006).

Uluslararası İnsan Hakları Anlaşmaları aynı zamanda bir kişinin topluma katılma hakkını ve onurlu ve bir o kadar da güvenli çalışma koşullarına sahip olma hakkını da içerir. Şu an itibarıyla, dünyadaki neredeyse her ülke önemli sağlıkla ilgili hakları içeren bir ya da daha fazla anlaşmayı imzalamıştır (Braveman, 2006).

Graham (2000) yapmış olduğu çalışmada sağlık eşitsizliklerinin anlaşılması; yine de Marmot ve Wilkinson (1999); Shaw ve diğerleri (1999); Solar ve Irwin (2007) belirtmişlerdir ki; özellikle yüksek gelir düzeyli ülkelerde sağlık eşitsizliklerini ve sağlığın sosyal belirleyiciliğini tarif eden zengin bir literatür bulunmaktadır. Antonovsky'nin önceki çalışmalarında sosyal sınıflar, yaşam beklentisi ve genel ölüm oranı konusunda (1967) daha güncel verilerle birleşmiş olarak şunu belirtmektedir ki sağlık eşitsizlikleri uzun dönemli sosyal, politik ve ekonomik trendlerin bir bölümünü oluşturmaktadır (Kelly ve diğerleri, 2007: 10). Örneğin, Birleşik Krallık Hükümeti tarafından yayınlanmış son dönemli bir rapor sağlıkta bir sosyal derecelenmenin delillerini bir araya getirmiştir, en düşük sosyo ekonomik statüdekilerin en kötü sağlığa ve en yüksek statüdekilerin de en iyi sağlığa sahip olmaları gibi (Marmot, 2010). Diğer delillerde belirtildiği gibi Salzman ve Wender (2006) de White ve Holmes (2006) batı ülkelerinde cinsiyete göre hastalık ve ölüm oranları ortaya

koymaktadır ki, erkekler ve genç erkekler, kadınlar ve genç kızlardan daha zayıf sağlık koşullarına sahiptir (Wilson ve Cordier, 2013).

Bu konuda Amerikaya bakarsak Amerikalılar 2008 yılı ABD nüfus çok etnik gruplu bir toplumdur ve giderek daha artan bir şekilde farklılaşmaktadırlar (Minckler, 2008). İlçe ve İl Sağlık Görevlilerinin Ulusal Birliği'nin beyanlarına göre, "ABD'de sağlık durumlarındaki eşitsizlikler büyük, kalıcı ve artış halindedir". Araştırma belgeleri belirtmektedir ki, fakirlik, gelir ve servet eşitsizliği, düşük yaşam kalitesi, ırkçılık, cinsel ayrımcılık ve düşük sosyo ekonomik koşullar hastalıklar ve sağlık eşitsizlikleri için başlıca risk faktörleridir, öyle ki kirlenmiş çevre, yetersiz barınma, toplu taşıma eksikliği, eğitim ve iş bulma fırsatlarının azlığı ve güvensiz çalışma koşulları eşit olmayan sağlık sonuçlarını doğurmaktadır. Bu sistematik ve sakınılabılır dezavantajlar birbiriyle bağlıdır, birikim yapıcıdır, nesiller arasındadır ve topluma tam katılım açısından düşük kapasitelidir. Büyük sosyal maliyetler bu eşitsizlikten kaynaklanmaktadır, bunlar ekonomik gelişmeye, demokrasiye ve ulusun sosyal sağlığına karşı tehditler içermektedir (Brennan Ramirez ve diğerleri, 2008: 4).

Ek araştırmalarda işaret edildiği gibi; Charles'ın (2003) "İrkin Residential Ayrışma Dinamikleri" adlı çalışmasında Siyahlar, Amerikalı Kızılderililer, Hispanik Amerikalılar, Pasifik Adalılar ve bazı Asyalı Amerikalı gruplar ABD'deki sosyo ekonomik açıdan daha dezavantajlı gruplar arasında oransız olarak temsil edilmektedir. Bu durum, ırkın veya etnik kökenin bireyleri iş bulma, eğitim ve mülk edinme olanaklarından dışlaması için kullanıldığı uzun bir ırksal eşitsizlik tarihini yansıtmaktadır (Robert Wood Johnson Foundation, 2008: 13).

Murray ve diğerlerinin (1998) çalışması ABD kırsal bölgelerinde yaşam süresi beklentisinde dramatik uyumsuzluklar olduğunu göstermiştir ve özellikle ırksal veya etnik farklılıklar değerlendirildiğinde örneğin, kırsal bölgedeki siyahî erkekler en düşük yaşam süresi beklentisine sahiptir, sadece 58 yıl (birçok gelişen ülkedeki ortalama ömrün oldukça altında), ve kırsal bölgedeki beyaz erkekler, beyazlar için en yüksek olan 78 yıllık bir ömre sahiptirler bu da neredeyse iki on yıl daha uzundur. Şu andaki nüfus anketleri, 2005'ten 2007'ye kadar göstermiştir ki, ortalama hane geliri 2005 – 2006 arasında 37, 472 Dolar olan Louisiana'daki beyazların yaşa göre düzeltilmiş ölüm oranları ortalama hane geliri 56,102 Dolar olan Minnesota'daki beyazlardan %30 daha yüksektir. İki eyalet arasındaki uyumsuzluk siyahlar için daha da fazladır, Louisiana'daki siyahların ölüm oranı

Minnesota'daki siyahlardan %37 daha fazladır (Robert Wood Johnson Foundation, 2008: 23).

Charles (2003) ırkın insanları topluma katılmaktan alıkoymasını kanun dışı hale getirilmiş olsa bile, ırksal ayırımı sürmektedir. Buna ek olarak, ırk ayrımının baskısı ırk farklılığının ekonomik ve sosyal fırsatları sınırlandıran yerleşik kurumsal biçimleriyle beraber derisinin rengi farklı olan birçok insan için yaşama ve çalışma koşullarını şekillendirmeye devam etmektedir (Robert Wood Johnson Foundation, 2008: 13).

Kanada da sağlıkta genel olarak dramatik gelişmelere rağmen, Kanadalılar arasında belirgin eşitsizlikler devam etmektedir (Walburn ve diğerleri, 2009).

Türkiye'de düşük SED'un sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, yetersiz sosyal destek, kötü öznel sağlık algısı, kötü bilişsel durum, yüksek ölüm kaygısı, tedaviye uyum göstermeme, ihmal, kötü yaşam tatmini, yetersiz günlük yaşam aktivitesi, kötü yaşam kalitesi, yetersiz ilaç bilgisinde risk olduğunu gösteren çalışmaların sayısı daha fazladır. Yapılan çalışmalara göre yaşlılarda düşük öğrenim sağlık eşitsizliklerinde önemli bir değişkendir. Türkiye'de yaşlı sağlığında eşitsizliklere ilişkin yöntem açısından standart çalışmaların yapılması, temelde tüm toplumda eşitsizliklerin önlenmesi, bireylerin yaşlılıkla birlikte artan eşitsizliklerden korunması önemlidir (Şimşek ve Uçku, 2012). Farklı bir araştırmada, yaşam kalitesini arttırdığı belirlenen bazı sosyo-demografik değişkenler; yükseköğrenim düzeyi, medeni durumun bekâr olması, gelir getiren bir işte çalışmak, herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmak ve göç etmemiş olmak olarak bulunmuştur (Bilir ve diğerleri, 2005).

İsrail'deki sağlık belirteçleri, Yahudi toplumu ile kıyaslandığında Arap toplumunda düşük sosyoekonomik düzeylerde daha zayıf bir sağlık görüntüsü sunmaktadır (Israel Center for Disease Control, 2005). Örneğin Yahudi yaşam süresi beklentisi özellikle 60 yaşından sonra çok daha fazla ölüm oranlarıyla karşı karşıya olan Arapları geçmektedir. Buna ek olarak, Filistinli bebek ölüm oranı Yahudiler için olanın iki katıdır (Lendman, 2011b).

Mayıs 2011'de, Adva merkezi 1948'den günümüze İsrail'in toplumunu ve ekonomisini tartışmıştır ve şunu beyan etmiştir: "İsrail makro-ekonomik belirteçleri iyi olan ama hane halklarının çoğunun yılsonu kutlamalarına davet edilmediği bir ülkenin klasik örneğidir" (Lendman, 2011a). İsrail sanayileşmiş milletler arasında % 11'lik bir ortalamaya karşın %

21'lik bir fakirlik oranıyla en yüksek derecede fakir ülkelerden biridir ve en yoğun şekilde Doğu Kudüs ve Golan hariç tarihi vatanlarında yaşayan ve nüfusunun % 20'sini oluşturan fakir İsrailli Araplarla Yahudilerin en yoğun sosyal ve ekonomik farklılıkları yaşadığı bir toplumdur (Cruciati, 2014). Uluslararası kanunlar altında, bunlar ulusal, etnik, dilsel ve dinsel bir azınlık olarak kabul edilirler ama İsrail'in temel kanunları altında değil. Sonuç olarak, bunlar “bileşik ayrımla” karşı karşıyadırlar ve kurumsallaşmış eşitsizlik onları devletin kaynaklarından, hizmetlerinden ve güçlü konumlarından dışlamaktadır (Iendman, 2011b). Filistinli Araplar geniş ölçekteki bir işe alınma sektörlerinden dışlanmıştır ve Yahudi çalışanlardan % 30 – 40 daha az kazanırlar. Adiv not etmektedir ki, birçok Yahudi işveren Filistinlileri güvenlik nedeniyle işe almamaktadır: “Filistinlileri limanlarda, havaalanlarında, elektrik veya askeri sanayide göremezsiniz. Kamu veya özel şirketlerde hiçbir Filistinli yönetici bulunmaz ve bunlardan pek azı kendi işlerini kurmuşlardır. Kamu çalışanlarının sadece %5'i Arap Filistinlilerdir. Bunun tek istisnası sağlık sektörü içerisindeydir. İsrail hastanelerinde çalışan birçok Filistinli doktor ve hemşire bulunmaktadır çünkü ulusal sağlık sistemi çok gelişmiştir ve profesyonellere çok ihtiyaç vardır” (Cruciati, 2014).

Yahudi toplumunda da uyumsuzluklar bulunur, Asya'da, Afrika'da ve Avrupa'da doğmuş olan Yahudiler için ölüm oranları İsrail'de doğmuş olan Yahudilerden %70 daha fazladır. Zayıf sağlık sonuçları sıklıkla İsrail'deki daha geniş ekonomik eşitsizliklerin bir yansımasıdır. Örneğin, daha fakir (genellikle Arap) aileler hizmetlere olan erişimin ana merkezlerden daha zor olduğu Kuzeydeki ve Güneydeki daha çevresel alanlarda yoğunlaşmıştır. Ultra – Ortodoks Yahudiler arasında da yoğunlaşmış olan bir fakirlik vardır ve bunlar belirgin sağlık davranışları göstermektedirler (The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2012: 24).

Batı Şeria ve Gazze'de Filistin topluluğu ve FÜO'nun sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde çok az denetimi vardır. Filistin ve İsrail arasında derin güç ve servet eşitsizlikleri vardır ve bunlardan ikincisi günlük hayatın birçok yönünü kontrol etmektedir. Filistinlilerin düşük bir sosyo ekonomik konumu vardır ve buna karşılık gelen düşük bir yaşam kalitesine sahiptirler. İsrail askeri kapatmaları ve bunların etkileri Filistin'de 2006'dan beri gittikçe daha şiddetli hale gelmiştir. Benach ve diğerlerine göre (2007) bunlar kişi başına gayri safi milli hâsılanın 1999'daki değerinin % 60'ına düşmesine yol açan bir ekonomik krize neden olmaktadır ve artan işsizlik ve yaşam standartlarındaki ciddi bir düşüş, bunların hepsi olumsuz sağlık sonuçlarıyla birleşmektedir. Dahası, insanlar arasındaki eşitliğin

kaybolmasıdır. Sağlık olanaklarının coğrafi olarak eşit dağılımına yönelik yoğun çabalar olsa da, İsrail askeri bariyerleri ve yol kapatmaları tüm Filistinliler için sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmaktadır (The Palestinian National Authority Ministry of Health, 2013: 9).

Bir işte çalışmanın Filistinlilerin sağlığı üzerindeki etkisi direkt olarak fiziksel ve mental sağlık durumu üzerinde ve endirekt olarak sağlık bakım hizmetlerinin bozulması ve işsizlik ve yoksulluk aracılığıyla gösterilmiştir. Tek başına duran bir sosyal belirleyici olan fakirlik nüfusu uzun bir zamandır etkilemektedir. Ancak, son beş yıl süresince bozulmuş politik ve ekonomik durumla bağlantılı olarak derinleşmiş bir etkisi vardı. Fakirliğin açıkça beslenme durumu ve aneminin yayılması üzerine bir etkisi vardır. Cinsiyet eşitsizliği ulusal düzeyde verilerde sağlığın bir sosyal belirleyicisi olarak açıkça yansıtılmamıştır. Bu veriler erkek baskın Filistin topluluğunda var olan cinsiyet eşitsizliği problemini ve kadının düşük seviyedeki konumunu maskeleymiştir (Shaar ve Larenas, 2006).

Sağlık eşitsizlikleri problemi onu ortaya koymak isteyen birçok atılıma rağmen hala çözülmemiştir. Bu problem daha fazla araştırma gerektirmektedir ama hepsinin üstünde toplumdaki eşitsizliği azaltmak için olan politik istek bulunmalıdır. Uluslararası işbirliği ekonomik globalleşmeyle beraber çok daha fazla önemli hale gelmektedir. DSÖ uluslararası bazda sağlığı öne çıkarmak amacıyla diğer sektörlerle etkileşimi desteklemek için üye ülkelerden tüm desteklerini istemektedir (Fortin, 2012).

2.2.3. Zorluklara karşı sağlığı geliştirme

Sağlığı geliştirme, bireylerin sağlığını iyileştirmek için onların sağlıklarını etkileyen faktörler üzerinde kontrollerini arttırmayı sağlayan bir süreçtir. Bu nedenle sağlığı geliştirme stratejileri, hem bireylerin yetenek ve becerilerini geliştirmeye, hem de bireylerin ve toplumun sağlığını etkileyen sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları değiştirmeye odaklanır. Bireysel, kurumsal ve toplumsal güçlendirmeyi içeren güçlendirme yaklaşımı sağlığı geliştirme uygulamalarını yönlendiren anahtar yaklaşımdır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlığı geliştirme stratejilerinin beş alanı kapsadığı görülmektedir. Bunlar; 1) Bireysel güçlendirme (sağlık eğitimi, sağlık okur-yazarlığı), 2) Toplum güçlendirme, 3) Sağlık sistemini güçlendirme, 4) Sağlıklı toplum politikaları inşa etmek için sektörler arası işbirliği, 5) Sağlığı geliştirmede kapasiteyi arttırmaktır (Şimşek, 2013).

Dünya sağlık örgütü “herkes için sağlık” amacına erişmek yaklaşımını merkezileştirdiğinden beri başlıca sağlık bakımını 1978’den bile önce en üstte tutmuştur. Bu zamandan beri, dünya ve onunla ilgili olan temel sağlık bakımı dramatik olarak değişmiştir. Temel sağlık bakımını yenileme amacı ülkelerin kapasitesini varolan sağlık problemlerini atlatmak, yeni sağlık mücadelelerine hazırlanmak ve eşitliği geliştirmek için ülkelerin kapasitesini koordine olmuş, etkili ve sürdürülebilir bir strateji meydana getirmek için yeniden canlandırmaktır. Böyle bir isteğin amacı herkes için sürdürülebilir sağlık kazançları sağlamaktır (Pan American Health Organization Renewing Primary Health Care in the Americas, 2007: 17).

Eriksson ve Lindstrom (2008) belirttiklerine göre tarihsel olarak, sağlığın öne çıkarılması İkinci Dünya Savaşı’nın muhasebesine kadar geri götürülebilir. O zaman, dünyanın geniş kesimleri hızlı gelişen sanayileşme ve kentleşme dâhil olmak üzere kendi kültürel, maddi, teknolojik ve sosyal kapsamalarında hızlı değişiklikler yaşamıştır. Bu Batı post modern dünyasındaki hastalık yelpazesinde dramatik bir değişikliğe yol açmıştır. Ancak, birkaç savaştan, depresyondan ve sosyal adaletsizlikten sonra, ideal bir dünya hayali yeniden doğmuştur. Yine de Lindsström ve Eriksson’a (2006) göre bu, Birleşmiş Milletlerin ve Özel Ajansların yaratılmasıyla manifesto şekline dönüştü, bu aynı zamanda 7 Nisan 1948’de kurulan Dünya Sağlık Organizasyonunun yaratılması demektir (Taylor ve diğerleri, 2014).

Sağlığı Geliştirme bir konsept olarak ilk kez Kanada Ulusal Sağlık ve Refah Bakanı Marc Lalonde’nin “Kanadalıların Sağlığı Üzerine Yeni bir Bakış Açısı” adlı raporunda “Sağlığı Geliştirme” terimini ilk kez tanıttığında 1974 yılında ortaya çıkmıştır (Lalonde, 1974) ve 1986 yılında Ottawa’daki Sağlığın geliştirilmesi için İlk Uluslararası Konferansın bir ürünüdür. Ottawa Anlaşmasından çıkarılabilecek olan sağlık geliştirilmesinin üç anahtar prensibi aşağıdaki gibidir: (1) sağlığın ön koşulları olan politik ve ekonomik yapılar güçlendirilmelidir; (2) bireyler ve topluluklar sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini arttırmak için eylemlerde bulunabilirler ve (3) bu hamleler vatandaşlık ihtiyaçlarına yanıt veren bir sağlıklı toplum politikası yaratmak için birleştirilebilir. Sağlığı geliştirmek için baskın olarak yapısal olan yaklaşımıyla aynı çizgide olarak, Ottawa Anlaşması sağlığın ön koşulları olan barışın, barınmanın, gıdanın, gelirin, düzgün bir ekosistemin, sürdürülebilir kaynakların, sosyal adaletin ve eşitliğin özetini verir. Sağlığı geliştiren ve sağlığın bu ön koşullarını sağlayan kamu politikalarına mevzuat, mali önlemler, vergilendirme ve organizasyon değişikliği dâhildir (WHO, 1986).

Sonuçta; sağlığı geliştirmenin bu engin ve karışık soyağacı yeni halk sağlığının daha yeni elemanlar üzerinde durmasına yol açmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 9).

2.2.4. Sağlık teşvik uygulaması

1970'lerin son kısmında, Dünya Sağlık Örgütü kapsamlı bir sağlık politikasının geliştirilmesinde daha görünür bir rol adapte etti. Sağlık Bakım hizmetlerinin dışındaki aktörlerin öneminin Alma Ata'da 1978'deki Başlıca Sağlık Bakımı Konferansında altı çizildi. Bir sonraki yıl, DSÖ (1985) 2000 yılı gibi "Herkes İçin Sağlık" başlıklı bir rapor yayınladı, bu raporda sağlık için sektörler arası eylemler anahtar bir rol üstlenmiştir. Çalışma aynı zamanda amaçlar ve hedefler üzerine bir rapor yayınlayan DSÖ'nün Bölgesel Avrupa Bürosu tarafından da geliştirilmiştir. Bu hedeflere erişmek birçok sektörün girdi sağlamasını gerektiriyordu (Melkas, 2013).

Sağlık uyumsuzluklarına yol açan sosyal koşulların ekonomik etkileri, sağlığın ötesine uzanan diğer sosyal hastalıkların da temel sebebidir. Sağlık uyumsuzluklarının altında yatan sosyal koşulların ortadan kaldırılması aynı zamanda topluluğun gelişmesine, ekonomik zenginliğe, sosyal ve topluluk birleşmesine, suç ve güvenliğe ve toplumun sağlamlığına da etki edebilir. O halde, bu faydalara erişmek için gereken politikalar ve programlar masraflara neden olabilir. Açıkça, politika seçeneklerinin hem faydaları hem de masrafları tahmin edilmelidir. Dahası, böyle hesaplamalar sağlıkla alakalı olan ve olmayan tüm faydalar setini olduğu kadar masraflar setini de içermelidir (Robert Wood Johnson Foundation, 2008: 31).

Sağlık Bakımı Ödemeleri Danışma Komisyonu tarafından son zamanlarda yapılan bir analiz şunu bulmuştur ki, ABD'nin yüksek maliyetli alanlarındaki harcamalar (bu maliyete göre sıralandığında 90'ncı yüzdalık dilimdekiler demektir), çeşitli faktörleri kontrol altına aldıktan sonra bile düşük maliyetli alanlardakinden (10'uncu yüzdalık dilimdekiler) yüzde otuz daha fazla çıkmıştır. Bu aşırı değişiklik istenmeyen bir durumdur çünkü hem yüksek maliyetli alanlar gereksiz olarak masrafları arttırır hem de sonuçlar hastalar için çok zararlıdır. Dahası, yüksek maliyetler tipik olarak daha iyi bakım demek değildir ve bazen bunlar bunun tersi anlamına da gelebilir (Orszag, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000-2001 sırasında Cenevre'de hastalığın ekonomik sonuçlarını ve iyi sağlığın ekonomik faydalarını incelemek için kurulan Makroekonomi ve

Sağlık Komisyonu, geniş segmentleri hasta olan bir toplum için olağanüstü derecede gizli ekonomik maliyetlere dikkat çekmiştir. Dow ve Schoeni'ye göre (2008) Sağlıkta sosyal farklılıkların ekonomik etkileri çok büyüktür. Bu rapor için yapılan bir analizde, ekonomistler geniş olarak üzerinde çalışılan eğitim boyutu üzerinden kısa ömürlü ve kötü sağlıklı Amerikalıların kısa yaşamlarının ve kötü sağlıklarının ekonomik değerini tahmin etmişlerdir. Eğer düşük eğitilmiş tüm yetişkinler üniversite mezunlarının ölüm oranlarına ve sağlık durumlarına sahip olsalardı, bunun faydası yaklaşık olarak her yıl 1,007 trilyon dolar olacaktı (Robert Wood Johnson Foundation, 2008: 43).

Lee (2003) "Global Sağlık İyileştirme ve DSÖ" çalışmasında bugün global geliştirme gündemi, Eylül 2000'deki Birleşmiş Milletler Milenyum Zirvesini takiben 189 ülke tarafından uyarlanmış olan Milenyum Geliştirme Hedeflerinin (MDGs) tarafından artarak şekillendiğini bildirmiştir. 8 MDG; fakirlik ve açlığın azaltılması, eğitim, kadınların güçlendirilmesi, çocuk sağlığı, anne sağlığı, epidemik hastalıkların kontrolü, çevresel korunma ve adil bir global ticaret sisteminin kurulmasındaki niceliksel hedeflere ve belirteçlere bağlanıyor. Çok önemli olarak, MDGler koordine edilmiş çok sektörlü eylem ihtiyacı üzerinde dikkatleri yeniden yoğunlaştırmıştır. Sağlık bir gelişim meselesi olarak artan önemi, ülkeler arasında ve içerisindeki sağlık eşitsizliklerine olan alanın artan farkındalığıyla ve ilgisiyle eşleşiyor. Sağlık eşitsizlikleri hakkındaki ilgi, SSB üzerindeki eylemleri dengelemek için ek fırsatlar yaratıyor çünkü sosyal faktörler çoğu sağlık uyumsuzluğunun kökünde yatmaktadır (Irwin ve Scali, 2010: 25).

Aynı şekilde, erkeklerin sağlık inisiyatiflerinin geniş bir kısmının bir parçası olarak erkek barınakları, sağlığın sosyal belirleyicileri ortaya çıktığı zaman açığa çıkan cinsiyetli sağlık eşitsizliklerini çözmek için uluslararası odaklanmayla aynı zaman denk gelmektedir (CSDH, 2008: 16).

Destekleyici çabalardan hareketle, bu ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı tarafından "sağlıklı topluluklarda yaşayan sağlıklı insanlar" vizyonu ile geliştirilmiş olan Sağlıklı İnsanlar 2010 (HP 2010) gibi ulusal anahtarların geliştirilmesidir ve hedeflerini sağlıklı yaşamın kalitesini ve süresini arttırmak ve sağlık uyumsuzluklarını ortadan kaldırmak olarak belirler. Bu vizyona ulaşmak için, Sağlıklı İnsanlar 2010 "toplulukların, devletlerin ve ulusal kuruluşların sağlığı, barınmayı, emeği, adaleti, ulaştırmayı, tarımı ve çevreyi olduğu kadar veri toplamanın kendisini de geliştiren bir yaklaşımı içeren çok disiplinli bir

yaklaşım geliştirmesi gerekeceğini söylemektedir” (Brennan Ramirez ve diğerleri, 2008: 44).

Jousilahti (2006) yapmış olduğu kalp sağlığının öne alınması çalışmasında sağlık sektörünün ve diğer sektörlerin rolü hakkında canlı bir örneği ele almamıza izin verdi. Sağlık sektörü, kalp sağlığını destekleyen bir katalizör, koordinatör ve danışman görevi görerek çok elzem bir görev üstlenebilir. Eğitim, spor, inşaat, taşıma, çalışma ve toplum planlama gibi bir dizi politika alanı insanların fiziksel aktiviteleri üzerinde etkilidir. Kalp sağlığına katkıda bulunmasına ek olarak, dengeli bir diyet ve fiziksel etkinlikler hepsi Avrupa’da artan sağlık problemleri olan obeziteden, hipertansiyondan ve tip 2 diyabetten sakınmak için yardımcı olabilir (Stahl ve diğerleri, 2006: 48).

Jousilahti (2006) modern tıptaki avantajlara rağmen, kardiyovasküler hastalıklardan sakınmada sağlık bakımının rolü sınırlıdır. Laatikainen ve diğerleri (2005) tarafından son zamanlarda yapılmış olan bir çalışma göstermiştir ki, Finlandiya’da 1982 ile 1997 arasındaki Koroner kalp hastalığından ölüm oranındaki azalma serum kolesterol düzeylerinde ve kan basıncında bir azalmayla ve sigara alışkanlıklarındaki düşüşle açıklanmıştır. Gelişmiş tedaviler azalmanın %23’ünü açıklarken değişikliğin %24’ü analize dâhil edilmiş olan faktörler tarafından açıklanamamıştır (Stahl ve diğerleri, 2006: 46). Jousilahti (2006) tarımsal politikalar ve gıda üretimi, pazarlaması ve ticareti gibi diğer gıda ve beslenmeyle alakalı sektörlerin bir toplumun diyeti üzerinde belirgin bir etkisi vardır. Kalp sağlığını arttırmak için, düşük yağlı et ve düşük yağlı süt ürünleri, iyi bitkisel yağlar, meyveler ve fiber zengin tahıl ürünleri kullanıma hazır olmalı, etkili bir şekilde pazarlanmalı, düzgünce etiketlenmeli, lezzetli olmalı ve uygun fiyatlara sahip olmalıdır (Stahl ve diğerleri, 2006: 46).

Jousilahti (2006) Tütün politikası kalp sağlığını belirleyen ikinci başlıca alandır. Tütün içilmesini azaltmak için mümkün olduğunca geniş bir önlemler sınırı kullanılmalıdır. Bunlara fiyat ve vergi politikası, tütün ürünlerinin pazarlanması, ithal edilmesi ve satılması için sınırlandırmalar, yasadışı ithallerin yasaklanması, dumandan arındırılmış çevreler, tütün ürünleri üzerindeki sağlık uyarıları ve sigara bırakmaya destek dâhildir (Stahl ve diğerleri, 2006: 46).

DSÖ’nün (2004) “Diyet, Fiziksel Aktivite ve Sağlık Üzerine Global Stratejisi” fiziksel etkinlikleri öne çıkaran politikaları desteklemenin önemi hakkında açık bir mesaj yollar.

Buna ek olarak, Avrupa Birliği'nin Fiziksel Etkinlik Ana Hatları (2008) ve ABD Sağlık ve İnsan Hizmetlerinin Sağlıklı İnsanlar 2020 amaçları gibi bir dizi politika içeren belgeler, fiziksel aktiviteleri öne çıkarma inisiyatiflerinin güçlü bir desteğini iletmektedir (Rütten ve diğerleri, 2013). Heath ve diğerleri (2012) makalelerinde Rütten ve diğerleri (çıkma üzere) fiziksel hareketsizliğin kamu sağlığı meselesiyle uğraşmak için bir dizi kanıt dayalı müdahaleleri bulunmaktadır. Bunlar bireysel ve grup bazlı (örneğin egzersiz sınıfları) müdahaleleri, topluluk bazlı müdahaleleri (ör. uzunca bir zaman süresi boyunca bilgilerin geniş şekilde topluma yayılmasına odaklanmış olan müdahaleler), kitle medya kampanyaları, sağlık bakımını ortaya koyan müdahaleler (ör. Yeşil reçeteler), politika müdahaleleri (örneğin okul yönetimi tarafından zorunlu kılınan günlük beden eğitimi) ve çevresel müdahaleleri (bina kaldırımıları, spor tesisleri) içerir (Rütten ve diğerleri, 2013).

Bu konu üzerindeki tartışmamızı sağlığın geliştirilmesi üzerindeki çalışmalar ve araştırmalar tarafından oynanan etkin rolü ele alarak bitirelim; Banzi ve diğerleri (2011)Yeni Güney Galler (YGG), Sağlığı Geliştirme Gösterimi Araştırma Bursları Şeması (SGGABŞ), YGG Sağlık Bakanlığı Avustralya tarafından sakınma politikası öncelikleri içerisinde geniş ölçekli müdahale etkililiği üzerindeki kanıtların yetersizliğine tepki olarak tasarlanmıştır. Şemanın belirli amaçları, sağlığı geliştirme politikaları için bir kanıtlar temeli inşa eden uygulanabilir araştırmaları fonlamak, ortaklıklar geliştirmek ve sağlık bölgeleri, üniversiteler ve sağlık sektörü dışındaki kuruluşlar arasında sağlığı geliştirme araştırmaları için kapasite inşa etmektir (Milat ve diğerleri, 2013).

Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi stratejileri kapsamında hassas grupların özellikleri, ülkelerin sosyo-kültürel ve sağlık altyapısına uygun farklı sağlığı geliştirme araçları kullanılmaktadır. Türkiye'de halk sağlığının temel ilkelerinden olan sağlığa bütüncül yaklaşım, sektörler arası işbirliği ve toplum katılımına yönelik 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine dair kanun ve ilgili yasal düzenlemelerde sağlık personeline önemli görevler verilmiştir. Ancak uygulamalar ülke genelinde istenilen düzeye gelememiştir. Son yıllarda ise sağlığın geliştirilmesi çalışmaları kapsamında; bilimsel anlamda araştırmalar artmış ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlığı Geliştirme Genel Müdürlüğü kurulmuştur (Şimşek, 2013).

Sağlığı geliştirmeye yardımcı olabilecek ve topluluk çapında uygulamalarda kullanılması amaçlanan ve işyerleri ve okullar gibi topluluk yerleri içerisinde kullanılabilen Green ve Kreuter'in (1999) *Precede – Proceed Modeli* gibi birçok deneme modeli bulunur. Bir dizi

diğer model de geniş çapta kullanılır (Naidoo ve Wills, 2000: 361). Sanal olarak tüm sağlığı geliştirme deneme modelinde yaygın olarak kullanılan bir dizi özgün özellik vardır. İlk olarak, eylemden önce bir topluluğun ihtiyaçları, öz kaynakları, öncelikleri, tarihi ve yapısı üzerinde kayda değer bir süre boyunca dikkatlice çalışılır ve bu çalışma toplulukla yardımlaşma içinde yapılır. Bu stil bir “ona karşı yapma” felsefesinden ziyade “birlikte yapma” felsefesini temsil eder. İkincisi, bir eylem planı üzerinde anlaşılır, gerekli kaynaklar bir araya getirilir, uygulama başlar ve eylemlerin izlenmesi ve değişim süreçleri üstlenilir. Deneme modelleri yeni veya değişen koşulların taleplerini karşılamak için ve deneme üzerinde sürekli gözetim ve yansıma için ve daha iyi kalitede deneme elde etmek için süreçlerin ve sonuçların değiştirilmesi için planlama ve uygulamadaki akışkanlık ihtiyacını vurgularlar. Üçüncüsü, yayılma açımları olarak kalitenin sağlanması ve geliştirilmesine gösterilen dikkatle, bunlar en iyi denemelerin değerlendirilmesi ve yayılmasının önemine vurgu yaparlar (Herrman ve diğerleri, 2005: 24).

2.2.5. Sağlık teşvik politikaları

Harrington ve Estes'e (2004) göre bir politika bizim kolektif günlük hayatımızı kapsayan kararları, eylemleri ve kuralları ve düzenlemeleri etkilemek ve belirlemek amacını taşıyan bir plan veya eylemler dizisidir. Politikalar yerel, devlet veya eyalet düzeylerinde organizasyonlar, topluluklar veya hükümet tarafından yaratılabilir ve zorlayıcı olabilir Tones ve Tilfordun (2001: 43) düşüncelerine göre sağlığı geliştirme hem sağlık eğitimi hem de sağlıklı kamu politikası demektir (Herrman ve diğerleri, 2005: 25).

Koivusalo (2006) “Avrupa Gündeminde Daha Üst Sağlık Hareketi” isimli makalede Adelaide önerilerine göre (1988) sağlıklı kamu politikası “tüm politika alanlarında sağlık ve eşitlik için açık bir ilgiyle ve sağlık etkisi için güvenilirlikle karakterize edilir. Sağlıklı kamu politikasının temel amacı, insanların sağlıklı yaşamlar yaşamalarını mümkün kılmak için destekleyici bir ortam yaratmaktır. Böyle bir politika sağlık seçimlerini vatandaşlar için mümkün ve olası yapar. Sosyal ve fiziksel çevrenin geliştirilmesini sağlar” (Stahl ve diğerleri, 2006: 6).

Sağlığı geliştirme problemleriyle ilgilenmek için karmaşık bir çevresel yaklaşım, Yeni Zelanda'daki Pasifikliler ve düşük gelirli insanlar arasında gıda güvenliğini ve fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için bir bilgilendirme politikasını icat etmiştir. Bu çok fazla araştırma, literatür gözden geçirmelerini, odak gruplarını, hissedar atölyelerini ve anahtar

bilgilendirici görüşmeleri kullanmıştır. Katılımcılar etkilenmiş toplulukların üyelerinden, politika yapanlardan ve akademiklerden oluşmuştur. Sonuçlar şunu önermektedir ki, yiyecek güvenliği ve fiziksel aktivite karmaşık sistemlerden kaynaklanmaktadır. Müdahale için anahtar alanlar hane halkı içerisinde paranın kullanımı, gıda masrafları, şehirleşme tasarımındaki gelişmeler ve kültürel olarak özel olan fiziksel aktivite programlarını içerir (Signal ve diğerleri, 2012).

Esping-Andersen (1990); Esping-Andersen (1999); Saint-Arnaud ve Bernard (2003) çalışmalarında zengin batılı ülkelerin politik ekonomileri veya refah devleti biçimleri dört genel refah rejiminde öbeklenir: sosyal demokrat, muhafazakâr, Latin ve liberal. Yine de Esping Andersen (1999); Saint-Arnaud ve Bernard (2003); Eikemo ve Bamba (2008) beyan etmişlerdir ki; sosyal demokrat refah devletleri vatandaşların ekonomik ve sosyal güvenliklerinin devletçe sağlanmasına olan bağlılıklarıyla ayrılırlar, sağlığın ön koşullarının sağlanmasıyla yakından ilgili olarak gözüken bir kavram. Liberal refah devletleri ise, ekonomik ve sosyal kaynakların dağıtımı için ekonomik Pazar yerine güvenirlere. Muhafazakâr ve daha az gelişmiş olan Latin refah devletleri de, maaş alanların ekonomik ve sosyal risklerini azaltan sosyal güvenlik programlarına vurgu yapmalarıyla öne çıkarlar (Raphael, 2011). Raphael ve Bryant (2010) çalışmalarında İlginç bir şekilde, bu vatandaş destek boyutunun ters uçlarına düşen milletler, liberal (ör. Kanada, ve İngiltere) ve sosyal demokratik refah devletleri (ör. Norveç, İsveç ve Finlandiya) sağlığı öne çıkarma aktiviteleri aracılığıyla sağlığın ön koşullarına olan açık hükümet bağlılıkları en güçlü olanlardır (Raphael, 2011).

Sağlık statüsündeki farklılıkların ve bu sağlık farklılıklarının Kanada, ABD ve İsveç arasında varsayılan sosyal belirleyicileri arasındaki bir kıyaslama, Kanada'nın, ABD'nin ve İsveç'in nasıl toplum sağlığının bir dizi sosyal belirleyicisi ve belirteci üzerine gittiğini gösterir. Araştırmacılar şunu not etmiştir ki, ABD çeşitli formda güvenliklerin (işe alınma, gıda, gelir ve barınma) sağlanmasında bırakınız yapsınlar tarzında bir yaklaşıma giderken, İsveç refah devleti güvenlik ve hizmetleri sağlamak için olağanüstü bir çaba göstermektedir (Raphael ve Bryant, 2006).

İsveç kamu sağlığı politikasının toplamdaki amaçlarından birisi, sağlık bakış açısından en dezavantajlı toplum grupları için sağlığı geliştirmektir. Halen değişik sosyo ekonomik gruplar, etnik gruplar ve coğrafi alanlar arasında ve erkeklerle kadınlar arasında hasta sağlıkta başlıca uyumsuzluklar bulunmaktadır (The National Institute of Public Health,

2002: 4). 2000'in sonunda, 18 ulusal kamu sağlığı hedefi için önerilerle birlikte bir yeşil sayfa yayımlandı. Bu hedefler, sağlık belirleyici koşullarında ve sakıncı işler için temel altyapılarla birlikte formüle edildi. Bir kanun tasarısı 2002'de parlamentoya sunulmuştur. Komitenin ana kararı, hedefleri sağlık belirleyicileri koşullarında ifade etmektir. Yeni politika, geliştirilmiş sağlığı tüm İsveç hükümet politikası için merkez bir hedef yapacaktır. Toplumun tüm düzeylerindeki tüm kamu yetkilileri, ekonomik politika, sosyal refah, emek pazarı, tarım, taşıma ve çevre gibi bir dizi değişik alanı kapsayan hedeflerle yönlendirilecektir. Buradaki temel amaç, sosyal sınıfa ve cinsiyete göre ilgili tüm politika ve eylem alanlarını etkileyerek daha eşit düzeyde bir kamu sağlığına erişmektir (The National Institute of Public Health, 2002: 3).

Koivusalo (2006) Avrupa politikaları sağlığın belirleyicilerini etkilerler ama şu da daha fazla açık hale gelmektedir ki, Avrupa politikalarının etkisi, sağlığı koruma ve sağlığı geliştirmek için ulusal ve Avrupalı politika alanının kapsamı için daha da fazla önemli olma eğilimi taşır ve bu eşitliği, çapraz sübvansiyonu ve sağlık sistemlerinde gider içermeyi garanti eden mekanizmalar için de geçerlidir. Avrupa Komisyonunun (2005) isteğiyle, Sağlık Güvenliği Komitesi 2001'de kuruldu ve kamu sağlığı hazırlıklı olma durumları ve biyolojik, kimyasal ve radyo – nükleer maddelerin salınmasına tepki vermek için bir koordinasyon platformu olarak hizmet verdi. Avrupa politikalarının rolü, özellikle tüketimi engelleme kapsamında önemlidir ve bu zararlıdır. Tüm Politikalarda Sağlık: Sağlıkta başarı beklentileri ve potansiyelleri; alkol ve tütün sıradan mallar gibi görülemezler. Alkolün ve tütünün vergilendirilmesinin tüketim kalıplarında açık ve etkin etkileri vardır, dahası üye ülkelerin bu stratejiyi izlemeleri iç pazarlarla alakalı gerekliliklerle arayı bulabilir. Avrupa politikaları sadece Avrupalı vatandaşların sağlık durumlarını etkilemez ama üye devletlerin sağlık alanında sahip oldukları finansman, organizasyon ve düzenleyici politika alanını da etkiler (Stahl ve diğerleri, 2006: 9).

Türkiye'deki insanların sağlık durumları son yıllarda belirgin bir şekilde gelişmiştir. Sağlık durumundaki gelişmeler en çok sağlık reformunun ("Önce İnsan" etiketli Sağlık Dönüşüm Programına) başarısına bağlanabilir. Türkiye hükümeti, sağlık sektörünün kapsamını, verimliliğini ve kalitesini geliştirmeyi amaçlayan başlıca bir sağlık sektörü reformunun ikinci fazını uygulamaktadır. Sağlık Bakanlığını yeniden yapılandırarak ve onun birimlerini ve yan kuruluşlarını yeniden organize eden yeni bir düzenlemeyle birlikte sağlık reformu çerçevesi içerisinde seri bir yasal değişiklik çıkarılmıştır. Yeniden yapılandırma, bakanlığın yöneticilik fonksiyonunu güçlendirmeyi ve sağlık sistemi politikaları geliştirilmesindeki,

planlamadaki, uygulamanın denetimindeki, izlemedeki ve değerlendirmedeki rolünü arttırmayı hedefler. Yeni bir kamu sağlık kurumu Sağlık Bakanlığının sakinici sağlık bakım hizmetlerindeki işlerini desteklemek için kurulmuştur (World Health Organization [WHO], 2013).

Akıl sağlığı ve bulaşıcı olmayan hastalıkları içeren ama bunlarla sınırlı olmayan önemli kamu sağlığı meseleleriyle ilgilenmek için yeni politikalar ve programlar geliştirildi ve başlatıldı. Bir topluluk tabanlı akıl sağlığı modeli uygulandı, tamamlayıcı bir güvenlik geliri kapsamı altında hizmet verilecek olan hastalar için gerekli ayarlamalar yapıldı ve 44 ilde 50 topluluk akıl sağlığı merkezi açıldı. Kronik hastalıkları engellemek için, Türkiye’de Kardiyovasküler hastalıklardan korunum ve kontrol programı ve diyabetten sakınım ve kontrol programı dâhil olmak üzere programlar başlamıştır. Tütüne karşı savaşta, Türkiye’ye DSÖ’nün uluslararası değerlendirme kriterlerine göre en yüksek uygulama notu verildi. Hükümet tütün kontrolündeki başarısını kronik hastalıklar ve sakatlıklar, obeziteye karşı hareket, kanserin erken teşhisi, diyabetten sakınım, yol trafik güvenliği vb. gibi diğer kamu sağlığı alanlarında tekrarlamak için çok isteklidir (WHO, 2013).

O halde, sağlık politika yapımcılarının sağlık uygulamalarıyla politikalarını izlemek ve diğer alanlarda liderlerle birlikte uygulamalara girişmek için sistemlere ihtiyacı vardır. Birçok sağlık kuruluşu, yargı yetkisine ilişkin sınırlarını genişletmeden sosyal meseleleri ele alamaz (Woolf, 2009).

2.2.6. Sağlık eşitsizliklerinin sosyal belirleyiciler ile mücadele eylemi

DSÖ (2002) artan globalleşmeyle birlikte, sağlık uyumsuzluklarını global olarak ele almanın önemini daha çok farkına vardı. Spiegel ve diğerleri (2003) çalışmalarına göre 1990’larda kurumsal bağlılıklarda ve global sağlık uyumsuzluklarını düzeltmek amacıyla geliştirme ve araştırmaların fonlanmasındaki geniş ölçekteki bir azalmayı takiben, olumlu gelişmeler gelmektedir. Bu konudaki özellikle cesaret verici bir adım Kanada’daki Global Sağlık Araştırması inisiyatifidir, bu vesileyle Kanada Sağlık Araştırmaları Enstitüleri (KSAE), Uluslararası Geliştirme Araştırma Merkezi (UGAM), Kanada Uluslararası Geliştirme Ajansı (KUGA) ve Kanada Sağlığı, global sağlık uyumsuzluklarını düzeltmek için güçlendirilmiş ve koordine edilmiş bir sağlık araştırması fonlanması üzerinde anlaşmışlardır (Poureslami ve diğerleri, 2004).

Ülkeler arasındaki sağlık eşitsizliklerine global ve ulusal olarak gücün, gelirin, malların ve hizmetlerin eşit olmayan dağılımı, bunu izleyen insanların hemen görülebilir yaşam koşulları, bunların sağlık bakımına ve eğitime olan erişimleri, çalışma ve dinlenme koşulları, evleri, toplulukları, şehirleri veya kentleri ve rahat bir yaşama şansları neden olur. Bu sağlığa zarar veren deneyimlerin eşitsiz dağılımı, hiçbir manada doğal bir fenomen değildir ama bu zayıf sosyal politikaların ve programların, adaletsiz ekonomik düzenlemelerin ve kötü politikaların bir birleşiminin sonucudur. Birlikte, günlük yaşamın yapısal belirleyicileri ve koşulları ülkeler arasındaki ve içerisindeki sağlık eşitsizliğinin çoğuna neden olur (Marmot ve diğerleri, 2008).

Sağlık değişim dereceleriyle uğraşmak uluslararası sağlık politikasıyla aynı çizgidedir. DSÖ'nün kurulma prensibi şudur ki, ulaşılabilir en yüksek seviyede sağlığın keyfini çıkarmak temel bir insan hakkıdır ve 'ırksal, dinsel, politik, inançsal, ekonomik ve sosyal koşullarda ayırım olmaksızın' herkesin ulaşabileceği bir şey olmalıdır (Kelly ve diğerleri, 2007: 24).

DSÖ, Dünya Sağlık Raporu 2000'de sağlık sisteminin birincil araçlarını, görevi sağlığı geliştirmek, korumak ve onarmak olan tüm organizasyonlar, kişiler ve eylemler olarak tanımlamıştır (WHO, 2007).

1999'da, Kongre Sağlık Araştırmaları ve Kalitesi için Federal Ajansın düşük gelirli grupları, azınlık toplumlarını, kadınları, çocukları, yaşlıları ve özel sağlık ihtiyaçları olan kişileri hedefleyen Ulusal Sağlık Bakımı Uyumsuzluklar Raporunu çıkarmıştır. Raporun amacı sağlık bakımındaki ırksal, etnik, sosyo ekonomik ve coğrafi uyumsuzluklar için farkındalığı yükseltmek ve bu vesileyle sağlık politikası yapıcılarını bunları elimine etmek için stratejiler hazırlamalarına rehberlik etmektir (Agency for Healthcare Research and Quality, 2006: 126).

Carr ve diğerleri (1999) çalışmalarına göre Şili sosyo ekonomik, eğitimsel ve ölüm oranı ile ilgili verileri toplama yoluyla sağlık durumunun devamlı olarak değerlendirilmesi sistemini kurmuştur. Brezilya'da sağlık eşitsizlikleri bölgesel ve devlet düzeyinde değerlendirilir. Brezilya'daki sağlık eşitliği değerlendirme sistemi değişik kaynaklardan gelen verilere dayalıdır ve insan kaynakları, sağlık sistemi kapasitesi, erişebilirlik, kullanım ile ilgili belirteçlere ve tıbbi hizmetlerin kalitesine, sağlık durumuna ve yaşam koşullarına odaklanmıştır (Beheshtian ve diğerleri, 2013).

Bu uyumsuzlukları hedeflemek ayrıca başlıca bir politika önceliği olarak da değerlendirilir (Bleich ve diğerleri, 2013). Sihto ve diğerleri (2006) Sağlık eşitsizliklerini azaltmak, belli sağlık problemlerini etkilemekten çok daha farklı yaklaşımları gerektirebilir. Bu önce şunu belirtir ki, bir uzun vadeli politika sağlamada perspektif ve eğitimsel baz önemlidir; ikincisi, bazı meselelerde yasal ve daha geniş politika ölçütleri kampanyalardan daha önemlidir ve üçüncüsü, daha geniş kapsamlı politikalar çok nadir olarak bir seferlik önlemlerle değiştirilir (Stahl ve diğerleri, 2006: 14).

Sağlık uyumsuzluklarını etkili olarak hedeflemek, yaşama ve çalışma koşullarını geliştirmek için, bebeklikten üniversiteye kadar çocuk ve genç gelişimini ve eğitimini öne çıkarmak için ve ekonomik gelişmeyi öne çıkarmak ve yoksulluğu azaltmak için gerekli olan stratejilerin değerlendirilmesini gerektirecektir (Robert Wood Johnson Foundation, 2008: 68).

Araştırmacılar arasında Lynch ve diğerleri (1997); Ross ve diğerleri (2000); Wilkins ve diğerlerine (2002) göre genel bir fikir birliği vardır ki, sosyal değişkenleri hedeflemenin etkili yolu günlük hayatın sosyo ekonomik koşullarını geliştirmektir (Collins ve Hayes, 2007). Aynı konuda Beckfield ve Krieger (2009); Mackenbach ve diğerleri (2003) sağlık eşitsizliklerinin sosyo ekonomik politikalardan kuvvetle etkilendiği ve değişikliklerin çok hızlı olabileceği hakkında kanıtlar ileri sürmüşlerdir (Mccartney ve diğerleri, 2013).

Sağlık eşitsizliklerini elimine etmek, tüm sosyo ekonomik durumun bileşenlerine ve bunların sağlığı etkiledikleri yollara dikkat edilmesini gerektirecektir. Bunlardan bazıları zaten tartışma ve eylemin odağındadırlar. ABD sağlık bakımına ve sigortasız olanların problemlerine çok fazla dikkat göstermiştir ama cesaret kırıcı şekilde çok az ilerleme kaydetmiştir. Acheson Komisyonunun erken yaşama odaklanmasını yansıtarak, bir ilk adım çocuklar için evrensel kapsam olarak atılabilir. Birçok eyalet Medicaid ve Devlet Çocuk Sağlık Sigortası Programı (MDSSP) altında düşük gelirli çocuklar için kapsam sağlamaktadır. Erişim problemlerine ve sigortalı olanların tedavilerine hala dikkat gösterilmesi gerekecektir. Uluslararası kapsam sağlamış olsak bile, sosyo ekonomik durumun artanını izleyen hastalık kalıpları ve sakatlıklar geniş olarak yerinde kalacaktır. Birleşmenin çoğu hastalığın oluşmasında SED etkilerinden dolayıdır ve SED etkilerini azaltmak için politikaların daha önceden tartışılan tüm kapsam gruplarını vurgulaması gerekir (Adler ve Newman, 2002).

Sağlık eşitsizliklerini azaltmak için yapılan bazı müdahaleler olasılıkla yüksek derecede maliyet etkilidir, örneğin sigara içmeyi azaltmak için müdahaleler, su kaynaklarının florlanması ve güvenli içme suyunun sağlanması gibi (National Advisory Committee on Health and Disability,1998). Sistemleri değiştirmeyi hedefleyen müdahalelerin ekonomik değerlendirmesi yeni düşünce yolları gerektirir, ekolojik teoriye, mikro düzeyde ve makro düzeyde değişkenler arasındaki etkileşime, lineer olmayan durumlara, çarpan etkilerine ve bireysel değerlerin değerlendirmek istediğimiz müdahalelerce ve değiştirmek istediğimiz kapsamlarca şekillendirilmiş olduğu gerçeğine karşı hassas olan düşünce yollarını gerektirir (Shiell ve diğerleri, 2008).

DSÖ, Bravman ve diğerlerine göre (1996) 1995'te Cenevre'de DSÖ ana merkezinde çıkarılan Sağlıkta ve Sağlık Bakımında Eşitlik üzerine bir global inisiyatif, sağlık eşitliği meselesini tüm kişi başına ekonomik düzeylerindeki ülkeler içerisinde ve uluslar arası ajansların ve ulusal hükümetlerin politika ajandalarında daha yüksek olan değişik kişi başına ekonomik düzeyli ülkeler arasında yerleştirmeye odaklandı. DSÖ'nün Avrupa'daki çabalarını tamamlayarak, global çaba, düşük gelirli ülkeler arasında sağlık eşitliğini izlemek için kapasiteyi güçlendirmeye odaklandı (Braveman, 2006).

Böyle sosyal belirleyicilerle uğraşmak o halde sosyal eşitsizlikleri üreten ve sağlayan süreçlerin daha iyi şekilde anlaşılmasını ve daha sonra bu süreçlere en etkili noktalarında müdahale etmeyi gerektirmektedir (Dahlgren ve Whitehead, 2007: 21). Hızlı globalleşme değerlendirmeye alındığında, eşitsizlikler üretmekteki yoğunluğuyla, bir eşitlik gözlüğünden bakılarak acilen analiz edilmesi gereken zengin bir meseleler gündemi vardır. İnsan sağlığı üzerinde global ekolojik değişikliklerin etkisi (iklim değişiklikleri, gıda stokları dahil kaynakların tükenmesi, artan ekonomik aktiviteden kaynaklanan çevresel zararlar gibi) örnek olarak gösterilebilir (Whitehead ve diğerleri,2001:312). Dahası, en büyük tehlike negatif etkileri olan daha geniş makro politikalarda yatıyor olabilir, çünkü bunlar sağlıkla ilişkili olarak görülmezler (Dahlgren ve Whitehead, 2007: 35).

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Üzerine Komisyonun analizi üç eylem prensibine yol açar: günlük yaşamın koşullarını geliştirme (ör. insanların içinde doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullar); gücün, paranın ve kaynakların (günlük yaşamın o koşullarının yapısal sürücüleri) eşitsiz bir biçimde dağıtımıyla global, ulusal ve yerel olarak mücadele etme ve problemi ölçme, eylemleri değerlendirme, bilgi tabanını genişletme,

sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde eğitilmiş olan bir işgücü oluşturma ve bu belirleyiciler hakkında kamu farkındalığı yaratma (Marmot ve diğerleri, 2008).

Margaret Whitehead sağlıkta sosyal eşitsizliklerle mücadele etmek için dört eylem kategorisi belirlemiştir: bireyleri güçlendirmek, toplulukları güçlendirmek, yaşama ve çalışma koşullarını geliştirmek ve sağlıklı makro politikaları öne çıkarmak (Whitehead,2007). Hilary Graham ise sağlık eşitsizliklerini azaltmak için üç strateji belirlemiştir: politikaları ve programları dezavantaja odaklamak, en fakir gruplarla en zengin veya ortalama arasındaki farkı daraltmak, sağlık sonuçlarındaki sosyal derece farkını azaltmaya çalışmak (Graham, 2004).

Kavramsal olarak, sağlık farklılıklarını daraltmak en fakir olanın sağlığını en hızlı arttırmak anlamına gelir. Bu hem en fakir olanın sağlığını geliştirmeyi hem de bunu toplumun geneli için olan hızı çok fazla geçecek şekilde yapmayı gerektirir. Bu önemli bir politika hedefi olabilir. Şu gerçeğe dikkatleri çeker ki, sağlıkta toplumdaki kazançlar, sosyo ekonomik gruplar ve alanlar arasında ısrar eden ve genişleyen eşitsizlikler pahasına olmuştur. Bu hedef belirlemeyi öne çıkarır. İzleme ve değerlendirme için açık kriterler sağlar. Etkili bir politika, en fakir grupların sağlığında hem mutlak hem de göreceli bir gelişme sağlayandır (Kelly ve diğerleri, 2007: 23).

Graham'ın yaklaşımlarının özeti; tüm sosyo ekonomik konumların spektrumu üzerinde sağlığın sosyo ekonomik farklılık dereceleriyle mücadele etmek, toplum çapında bir hedef teşkil eder. Bu sağlık eşitsizlikleri üzerinde eylem için daha kapsamlı bir modeldir çünkü diğer önceki hedefleri de kullanır. Buradaki amaç, en alttaki sosyal sınıfta en büyük sağlık kazancı oranına sahip olmak, bir sonraki en alt sosyal sınıfta bir sonraki en büyük kazancı sağlamak ve böyle giderek sosyal hiyerarşi üzerinde sağlık sonuçlarının düzeyini yükseltmektir. Temel politika avantajı şudur ki, bu tüm toplumu içermektedir. Aynı zamanda, bu dikkati en fakir gruplardan uzağa çeker ve gücün ve kaynakların yukarı doğru yoğunlaşması anlamına gelen eşitsiz yapıya odaklanır. Marmot'un Review (2010) de Norveç Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı'na (2007) göre değişim derecelerini ele almak için kamu politikası eylemleri politik olarak karmaşık ve masraflı olabilir ve sadece uzun vadede tatmin edici sonuçlar verir. Buna rağmen, tüm değişim ölçüleri sınırlarına odaklanmak amacıyla sağlık eşitsizliklerine odaklanmak için bu avantajlar gerçek anlamda eşitlik temelli bir yaklaşımı davet eder (Benach ve diğerleri, 2013).

Başka bir deyişle uyumsuzlukları azaltmak, sosyal olarak dezavantajlı olanların yaşadığı ve çalıştığı ekonomik, sosyal ve fiziksel ortamları geliştirmek için ulusal, devlet ve yerel hükümetler tarafından ve özel ve kar amacı gütmeyen sektörler tarafından dikkate alınmalıdır (Lantz, Lichtenstein ve Pollack, 2007).

Dünya etrafında bir yolculuğa çıkalım ve deneysel olarak insan sağlığını ve iyi olma durumunu vurgulamak için değişik coğrafi ülkelerde, stratejilerde, politikalarda sağlık eşitsizlikleriyle nasıl mücadele ediyorlarmış ona bir bakalım.

Ağustos 2008’de Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri üzerine DSÖ komisyonu (SSBK) bir nesil için bir açıklığı ve farkı kapatan son raporunu yayınladı. Rapor kendisinin temel önerilerinden biri olan SEED (Sağlık Eşitliği Etki Değerlendirmesi) dediği şeyin kurumsallaştırılmasını yaptı, SEED’ni “finans dâhil tüm hükümet politikaları” olarak tanımladı (Povall ve diğerleri, 2010: 1).

SEED (Sağlık Eşitliği Etki Değerlendirmesi): Belli bir toplum içerisinde sağlık veya sağlık belirleyicilerinin dağıtılması üzerindeki yerel/ bölgesel/ ulusal/ global politikanın potansiyelini ve bazen istenmeyen etkilerini sistematik olarak değerlendiren prosedürlerin, yöntemlerin ve araçların bir bileşimidir. SEED politika geliştirmesinin bir parçası olarak o politikanın potansiyel negatif etkilerini belirlemek ve minimize etmek ve sağlık eşitliği üzerinde potansiyel olumlu etkilerini arttırmak için kullanılabilir (Povall ve diğerleri,2010:6). Sağlık etki değerlendirme, sağlık dışı sektördeki projelerin ve politikaların sağlık sonuçlarını değerlendirmek ve geliştirmek için yapılandırılmış bir yöntemdir. Bir dizi niteliksel ve niceliksel kanıtı bir karar verme çerçevesi içerisinde birleştiren çok disiplinli bir süreçtir. Uygulamalar ulusal politikaların değerlendirilmesini, yerel kentsel planlamayı, taşımayı ve su ve tarımsal projeleri içerir. Faydaları gelişmiş ajanslar arası işbirliğini ve kamu katılımını ve bir HIA sürecinde değerlendirilen sağlığın potansiyel belirleyicilerini içerir (Lock ve Sussex, 2000).

AB ve ulusal düzeylerdeki sağlık organları bu sektörler arası geçiş sürecinde sağlığı geliştirme çabalarında ve sağlık eşitliğinin hedeflenmesinde daha fazla dâhil edilebilir. AB bütçesinin %36’sı AB bölgeleri arasında daha fazla eşitliği sağlamak için yapısal geliştirme programlarına harcanmaktadır. Sağlık ilk kez yeni yapısal fon politikasında (2007 – 2013) harici bir fonlama alanı olarak dâhil edildi. AB’nin üye ülkelerde işe alma kanunu ve çalışan hakları üzerinde belirgin bir etkisi vardır ve ayrımcılık, eşit ödeme, sağlık ve

güvenlik ve çalışma zamanları üzerinde başka meselelerle beraber yönergeler geliştirmiştir. Sosyal koruma (sosyal dahil etme, emeklilikler ve sağlık ve uzun dönemli bakım) alanlarında AB Açık Koordinasyon Yöntemi (AKY), ülkelerin hedefler kurmasını ve bu alanlarda entegre politika amaçları geliştirmesini cesaretlendirir (Lavin ve Metcalfe, 2008: 26).

Sağlık dışı hissedarlarla işbirliği Avrupa Komisyonunun tüm politikalarda sağlık iş akışını motive eder. SEED'e göre "taşınma, barınma, çevre, eğitim, mali politikalar, vergi politikaları ve ekonomik politikalar gibi tüm politikaları hedefler". DSÖ'nün sağlık için çok sektörlü eylemi için yaptığı çağrıda ki benzer olan değerlere ve prensiplere ve sağlıklı kamu politikaları inşa etme konseptine veya tüm hükümet yaklaşımına dayalıdır. Bu koşulların farklı kökleri olabilir ama bunlar sağlık değerlendirmelerini sağlık sektörü ötesindeki diğer politikalara ve sektörlerle entegre etme ihtiyacının merkezi mesajını paylaşırlar (Stahl ve diğerleri, 2006: 4).

İletişim araştırmacılarının sağlık uyumsuzluklarını azaltmak için gösterilen çabaların birçoğunda oynayacak açık bir rolleri vardır. Freimuth ve Quinn (2004) sağlık iletişim araştırmacılarının nasıl kitle medya kampanyalarında, eğlence – eğitim programlarında, medya destek çabalarında, yeni teknoloji inisiyatiflerinde ve kişiler arası müdahalelerde, örneğin hasta – sağlayıcı iletişimi eğitimi gibi tüm uyumsuzlukları azaltmak için stratejilerin geliştirilmesi, test edilmesi ve uygulanmasını kapsayacak olan bu durumlar üzerinde uzmanlık sahibi olduklarını tartışmışlardır (Harrington, 2013).

Aynı anlayışla, Sağlık Uyumsuzlukları Hakkında İletişim için Sonuçlar ve Dinleyicilerin on yıllar boyunca süren teori ve araştırmaları belirtmektedir ki, iletişim hem kamu hem de özel sektör üzerinde birkaç politikayla ilgili sonucu şekillendirebilir (hükümet yetkilileri ve kar amaçlı ve kar amaçlı olmayan grupların liderleri dâhil sağlık uyumsuzluklarını etkileyen kurallar, prosedürler veya politikalar yaratmak için yerleşik otorite olan kişileri kapsamaları için geniş bir şekilde tanımlanmış olan): 1) Belli sosyal gruplar arasındaki sağlık uyumsuzluklarının düpedüz varlığı hakkında farkındalığı arttırmak 2) Sağlık uyumsuzluklarının dikkate değer ciddi bir mesele olduğu hakkındaki algıları yükseltmek 3) Sağlık uyumsuzluklarını hedefleyerek toplum güçlerinin ve aktörlerinin neden olduğu inançları yükseltmek, 4) Sağlık uyumsuzluklarını azaltma potansiyeli olan politikalar için desteği ön plana çıkarmak 5) Sosyal değişikliğin savunuculuğunu yapması için toplumu hareketlendirmek (Niederdeppe ve diğerleri, 2013).

Norveç'te, Sağlıkta Sosyal Eşitsizlikler Beyaz Sayfası (2007) Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı tarafından altı diğer bakanlıkla işbirliği içerisinde geliştirildi: Finans, Eğitim ve Araştırma, Çalışma ve Sosyal Dahiliyet, Çocuklar ve eşitlik, Adalet ve polis ve yerel hükümet ve bölgesel geliştirme. Buna ek olarak, STÖ'lerden, emek organizasyonlarından, araştırma enstitülerinden ve bölgesel ve yerel otoritelerden gelen 80'den fazla aktör atölye çalışmaları aracılığıyla giriş sağlamışlardır. Daha genel olarak, Norveç Çalışma ve Sosyal Dahiliyet Bakanlığı, fakirliği konu alan politikaların formülasyonuna katılımı garanti etmek için yıllık bir bazda 'fakirlik duyularını' organize etmektedir (Lavin ve Metcalfe, 2008: 14).

Finlandiya, temel sosyopolitik politikaları ile Nordik modeline göre refah devletidir. Bu artan vergilendirmeli, hastalık, çalışma yetersizliği veya işsizlik veya yaşlanma durumunda kapsamlı sosyal güvenlik tesis eden, çocuklu ailelere destek veren, herkes için temel ücretsiz eğitim sağlayan ve çıraklık eğitimi veren ve hesaplı sağlık hizmetleri fiyatları sağlayan ve tüketici korunumuna olanak veren bir sistemden meydana gelir (Melkas, 2013).

ABD'de ise eşitsizlikleri elimine için "Sağlıklı İnsanlar 2010, 2020" projesi Kongre tarafından ortaya koyulan ABD ulusal sağlık gündeminin temel bir hedefidir (U.S. Department of Health and Human Services, 2010)

Sağlıklı İnsanlar 2020 uyumsuzlukları elimine etmek amacıyla ABD için bir hedef belirlemiş ve Hasta Koruma ve Katlanılabilir Bakım Anlaşması, uyumsuzlukların süregiden gözetimini değerlendirmek için ırk/ etnisite ile artan veri toplanması amacı için gerekli olan şartları kapsamıştır. Ocak 2011'de Hastalık Kontrolü ve Sakınımı (CDC) için ABD Merkezleri, sağlık uyumsuzluklarını ırk/ etnisite, sosyo ekonomik durum (SED) ve cinsiyet ile biçimlendiren bir dönüm noktası raporu çıkarmışlardır (CDC, 2011).

Pan Amerikan Sağlık Örgütü 2005'te Yedinci Sağlıkta İnsan Kaynakları Gözlem Evleri Bölgesel Toplantısı Toronto, Kanada'da yapıldı ve 28 ülke ve birçok işbirliği ajansı katıldı. Toplantı sırasında, "hem ulusal hem de uluslararası alanda sağlık sektörünün ve diğer ilgili sektörlerin ve sivil toplumun kurumsal aktörlerini mobilize etmek, hem politika hem de müdahaleler aracılığıyla sağlıktaki insan kaynaklarını kolektif olarak güçlendirmek, milenyum gelişme hedeflerine erişmek için ve ulusal sağlık önceliklerine göre 2015 yılı gibi Amerika'daki tüm insanlar için sağlık hizmetlerine erişim sağlamak" amacını taşıyan Toronto Eylem Çağrısının taslağı hazırlanmıştır (Kabene, 2011).

Sağlık eşitsizliklerini azaltmak için kullanılan müdahalelerin giriş noktaları nedensellik yolu üzerinde çeşitli yerlerde bulunabilir. Burstrom ve diğerlerine göre (2005) Stockholm'deki tarihsel araştırma göstermektedir ki; büyük olasılıkla kamu hijyen ölçütleriyle birleşik olarak borulardan geçen suya evrensel erişim ve kanalizasyon sistemleri bu şehirdeki ishalden ölüm oranından kaynaklanan eşitsizlikleri sanal olarak elimine etmiştir. Rivera ve diğerleri (2004) Diğer müdahaleler, düşük sosyo ekonomik gruplar arasındaki sakıncı ve tedavi edici hizmetler için olan talebi düzenlemeye odaklanmıştır. Nathan ve diğerleri (2004) Tanzania'daki bir sosyal pazarlama kampanyası ile böcek ilaçlı yatak ağlarının sahipliğindeki göreceli eşitsizlikleri azaltmıştır (Houweling ve Kunst, 2010).

Teksöz ve diğerlerinin (2009) sunduklarına göre Türkiye'de yapılan araştırmalar kanıtlamaktadır ki, değişik çalışma durumlarındaki gruplar için kişi başına sağlık harcamaları arasındaki fark zaman geçtikçe daralmaktadır (Yılmaz, 2013).

Türkiye'nin sağlık bakım sistemi belirgin bir dönüşümden geçmektedir. Bir taraftan tüm kamu sağlık sigortası planlarının evrensel bir sağlık sigortası planı altında birleşmesiyle ve kamu tarafından sigortalı olan herkes için fayda paketlerinin eşitlenmesiyle, program sağlık hizmetlerine erişimde iş statüsü tabanlı eşitsizlikleri ortadan kaldırmakta başarılı olmuştur (Yılmaz, 2013).

İsrail büyük ve karmaşık eşitsizlikleri işaret etmek için övgüye değer çabalar harcamışken, sağlık bakımı kapasitesindeki ısrarcı sosyo ekonomik uyumsuzluklar ve bölgesel farklılıklar halen devam eden çabaları baltalayabilir ve cepten çıkan giderlerin artması gibi son zamanlarda ortaya çıkan bir eğilim, ödeme kapasitesi olmayanların dezavantajına olabilir (OECD, 2012).

Ama Filistin'deki işgal ve çatışma, ekonomik ve sosyal ilerlemenin olmayışı kadar sağlık bakımındaki uygunsuzlukların temel sebebi olmaktadır. Filistinlilerin her nerede yaşıyorsa yerel topluma ulaşabilen bir temel bakım sistemine ihtiyacı vardır. Bunun olması için, İsrailin doktorların ve tıbbi kaynakların hareketi üzerindeki sınırlandırmalarını kaldırması gereklidir (Mahmoud, 2013). Filistin'de, sağlığın sosyal belirleyicilerini dikkate alan politikaların yaklaşan siyasi krizlere büyük ölçüde prosedürel ve programatik bir tepki oluşturarak çatışmanın etkisiyle uyuşabilecek şekilde tasarlanmış olması gerekir. Ülkedeki sağlık sektörünün canlı kalmasını desteklemede etkili olmuş olsalar bile, bunlar politika ve

uzun dönemli sürdürülebilir stratejiler olmaktan uzaktırlar. Fakirliği hedefleyen politikalar daha geniş olan sosyal güvenlik kapsamının içerisine girerler ve şu anda bunlar Sosyal Konular Bakanlığı içerisinde diğer bakanlıklarla ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği içerisinde geliştirilmektedirler. Cinsiyet eşitsizliğini konu alan politikalar halen geniş olarak teorik düzeyde işlemektedir ama ülkedeki kadınların büyüyen ihtiyaçlarına cevap verecek olan pratik araçlar olarak kullanılamazlar (Shaar ve Larenas, 2006). Ülkedeki sağlığın sosyal belirleyicilerini hedef alan geniş bir sınırdaki programatik müdahale bulunmaktadır. Bu programatik müdahaleler ülke çapına yayılmıştır ve çatışma ve fakirliğin etkisiyle uyuşmada toplulukları desteklemede belirgin bir etkileri olmuştur (Shaar ve Larenas, 2006).

Son olarak, sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine dünya konferansı (2011), Genel Direktörden sosyal belirleyicileri sadece sağlık için olan global ihtiyacın değerlendirilmesinde kullanmasını, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Üzerine Rio politik Deklarasyonunu uygulamaları için üye ülkelere destek sağlamasını, Üye Ülkelere danışmanlık, araştırma, kapasite inşası ve direkt teknik destek üzerine Birleşmiş Milletler sistemi içindeki diğer organizasyonlarla yakından çalışmasını ve öne çıkan Birleşmiş Milletler üyesi ülkelere sağlık perspektiflerinin sosyal belirleyicilerinin entegre edilmesinin önemini iletmeye ve önermeye devam etmesini ve sağlığa ve / veya sosyal gelişmeyle ilgili diğer yüksek düzeyde toplantılar düzenlemesini istemişlerdir. Bazı aktivite örnekleri aşağıdakileri içerir (WHO, 2012):

- Doğu Akdeniz için Bölgesel Ofis, Rio Politik Beyannamesini işlevsel kılmak için bölgesel bir stratejik yön belirlemiştir.
- İran İslam Cumhuriyetinde, sağlığın sosyal belirleyicileri için ulusal bir eylem planı uygulanmaktadır ve Sağlık ve Tıbbi Eğitim Bakanlığı il düzeyinde tüm tıp bilimleri ve sağlık hizmetleri üniversitelerinden var olan eşitlik farkı için kanıt toplamak ve tepkileri tasarlamak için sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde araştırma merkezleri kurmalarını istemiştir.
- Sağlık 2020, Avrupalı ülkelerin sağlık belirleyicilerini “hükümetin tümü” ve “toplumun tümü” yaklaşımlarıyla ve sağlık için geliştirilmiş kapsam aracılığıyla hedeflediği sağlığın öne çıkarılması ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılması için kendi belirli kapsamlarına adapte edebilecekleri rehberlik eden bir çerçeve sağlar.

- Pakistan Planlama Komisyonu (2012), sekreterlikten de destek alarak il düzeyinde sağlık yetkililerinin kıdemli memurları için sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde eyleme girişmek amacıyla bir kurumsal çerçeve tasarlamak için ulusal bir atölye çalışması düzenlemiştir.
- Avrupa Bölgesel Ofisi, fikirlerin ve deneyimlerin değiş tokuşunu arttırmak için ve sağlığın sosyal belirleyicilerini alt etmek amacıyla gereken yollar hakkında uzmanlık oluşturmak için ve ulus düzeyinde ilgili sağlık eşitsizliklerini yeniden düzenlemek için özel birçok yıllık program olarak sağlık ağı için bölgeleri yenilemiştir.
- DSÖ'nün Hindistan'daki Ülke Bürosu, sağlık bakımına erişimi etkileyen sağlığın daha geniş sosyal belirleyicilerini analiz etmek amacıyla seçilmiş kronik hastalık hizmetleri için sağlık hizmetlerine erişimdeki engeller üzerinde bir çalışma yürütmeye başlamıştır.
- Tayland'da 2012'de yapılacak olan Ulusal Sağlık Asamblesi, belirleyicilerin ve sağlık etkilerinin geniş sınırlarını hedeflemek için tüm politikalarda sağlığın uygulanması üzerine olacaktır.
- Tüm politikalarda ve fırsatlarda ikincisini genişletmek için sektörler arası eylemlerin ve sağlığın bölgesel olarak değerlendirilmesi Afrika ve Amerika, Güneydoğu Asya Bölgesel Ofisi ve Batı Pasifik Bölgesel Ofisi için yürütülmektedir.
- Afrika bölgesindeki dört ülke olan Botswana, Kenya, Uganda ve Zambiya kamu ve özel sektörlerdeki, Birleşmiş Milletler sistemindeki, akademik çevrelerdeki ve sivil toplumdaki temsilcilerle toplumların sağlığını ve iyi olma durumlarını geliştirmek için sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicileri üzerinde nasıl çalışabileceklerini incelemek amacıyla çoklu hissedar toplantıları organize etmişlerdir.
- Kobe, Japonya'daki Sağlık Gelişimi için DSÖ merkezi, yerel düzeyde sağlığın sosyal belirleyicilerine yapılan özel bir vurguyla yerel kentsel sağlık gözlemleri kurmak ve sürdürmek için ana hatlar geliştirmek için çalışmaya başlamıştır.

SSBK (2005) üzerine, SSBK üyelerinin içerisinde sürecin erken aşamalarında stratejik kararlar alması gereken dört anahtar mesele alanının altı çizilmiştir. (1) Bunlardan ilki, komisyonun öne çıkarmaya çalışacağı değişim kapsamı ve uygun politika giriş noktaları

hakkındadır.(2) SSBK mesajlarına yapılacak potansiyel bir direniş birkaç oluşum tarafından umulabilir, bu durumda komisyon temkinli olarak davranma yolunu seçecektir. (3) CSDH aynı zamanda fevkalade politik fırsatlardan fayda da sağlayacaktır. Kendisini MDGLere bağlı olan global ve ulusal süreçler içerisinde etkili olarak konumlandıracaktır. Hem iş topluluğuyla hem de sivil toplumla yapılacak ortaklıklar olasıdır ama birbiriyle rekabet eden çıkarların yönetilmesi gerekecektir. (4) Sağlam kanıtlara ek olarak, komisyonun kanıtların içerisinde gömülebileceği ve paylaşılabilceği sağlığın sosyal belirleyicileri hakkında kollektif olarak sahip olunan ve zorlu bir “olay örgüsüne” ihtiyacı vardır. Sonuç olarak, komisyon kalabilecek aileleri korumak ve hastalıkları ve sıkıntıları kökeninde çözmek için global bir çabaya öncülük edecektir (Irwin ve Scali, 2010).

2.2.7. Politika oluşturma sürecinde sağlık bileşenleri dâhil olmak üzere fırsatlar ve zorluklar

Sağlık, sağlığın yaratılmasının bireylerin ve onların çevrelerinin dâhili ve harici kaynakları arasındaki bir etkileşim süreci olarak varsayıldığı, “rahatlık” ve “hastalık” arasında bir dinamik devamlılık olarak kavramlaştırılmıştır (Eriksson ve Lindsström, 2008).

DSÖ, sağlık sistemini, temel amacı sağlığı geliştirmek, sağlamak veya düzeltmek olan tüm organizasyonlardan, bireylerden ve eylemlerden meydana gelen bir yapı olarak tanımlamıştır. Bu, sağlık belirleyicilerini etkileyecek olan eylemler ve sağlık durumunu geliştirecek olan eylemleri de kapsar. DSÖ’nün tanımı altında, sağlık kuruluşlarına, evde sağlık bakımına, özel tedarikçilere, hastalık vektörlerini kontrol için olan kampanyalara, sağlık sigortacılarına vb. ek olarak, sağlık sistemi aynı zamanda diğer sektörler tarafından gerçekleştirilen sağlığı etkileyen etmenlere de uzanır (WHO, 2006a).

Bilginin tercüme edilmesine olan bağlılık, sağlık eşitsizliklerini azaltmak için temel bir fırsatı temsil eder. Bilginin tercüme edilmesi şöyle tanımlanır: “sağlık sistemlerini güçlendirmede global ve yerel yenilikçiliğin faydalarını hızlandırmak ve insanların sağlığını geliştirmek için ilgili hissedarlar tarafından bilginin sentezlenmesi, değiş tokuşu ve uygulanması” (Pablos-Mendez ve Shademani,2006). ABD Hükümetinin Azınlık Sağlığı ve Sağlık Uyumsuzlukları üzerine Ulusal Merkezi tarafından tavsiye edilen paradigma şudur ki, çevrimsel, dönüşümsel ve disiplinler arası araştırmaların bir entegrasyonuna doğru bir kayma olacaktır (National Center on Minority of Health and Health Diparities [NCMHD], 2008).

Kasım 2006, Sağlık geliştirilmesi için Ottawa Anlaşmasının ve Kanada'nın Doğu Prairie Nüfus Raporunun 20'inci yıl dönümü olmuştur. Sağlık geliştirilmesinin ilkelerini kapsayarak, bu yayınlar sağlık eşitsizliklerini azaltmak için bir vizyonu dile getirmiştir ve bu vizyona ulaşmak için bir politika çerçevesi tarif etmiştir. Kanada'da toplumdaki sağlık eşitsizliklerini azaltmak için birçok mücadele verilmesi gereklidir. Bilgisel zorluklar (*Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi / toplum sağlığı eşitsizlikleri*) kanıtlarının karmaşıklığını ve geleneksel hedeflerin ötesinde yetersiz bilgi tercümesi içerir. Kurumsal zorlukları azaltmanın fonlanması için sağlık bakım sektörünün görece bağıksıklığını ve politika sorumluluklarının silolarda düzenlenmesini, "Sağlık emperyalizmi" hakkında sağlık dışı sektörlerin beklentileri ve hükümetler arası gerilimler çıkarlarla alakalı zorluklar, ideolojik zorluklar sağlık eşitsizlikleri üzerine medyanın söylemlerinin yokluğunu ve güçlü bir neoliberal politik ortamı içerir (Collins ve Hayes, 2007).

Kanada'da sağlık eşitsizliklerini azaltmaya yönelik kazançlar elde edilmiştir. *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi / toplum sağlığı eşitsizlikleri* söylemleri ülke çapındaki akademik ve politika kürelerinde dümdüz bir şekilde kemikleşmişken birkaç sektörler arası politik inisiyatif şu anda devam etmektedir. Araştırmacılar tıp ve sağlık dışındaki diğer araştırmacılarla, sağlık bakımı dışındaki politika yapıcılarıyla ve genel olarak kamuyla sağlık eşitsizlikleri bilgi tabanı üzerinde medyada karşı karşıya gelerek bilgi – çeviri ve tercüme küresinde daha proaktif olabilmektedir (Collins ve Hayes, 2007).

Öte yandan, halk ve devletler arasındaki sorumlulukların bölünmesinin parçalanmış ve plansız bir sağlık sistemi yapısı ile sonuçlanması büyük oranda kabul edilmiştir. Birçok inceleme var olan yapısal ayarlamaların israf, kopyalama ve birbirinden ayrı yapısal 'silolar' yetki alanları arasında maliyet kayması finansman ve hizmet koşulları etrafında hizmet bileşenlerinin en uygun karışımı ile bütünsel bir sağlık hizmeti alan bireylere önemli engeller yaratarak katkıda bulunduğunu belirlemiştir. Avustralya'nın sağlık sistemini ıslah etmek için yapılan en son çabalar 2009'un sonlarında Avustralya Hükümetine rapor veren USHRK (Ulusal Sağlık ve Hastane Reformu Komisyonu) ile başlamıştır. USHRK raporu önceki önemli sağlık sistemi incelemelerinin sonuçlarını vurgulamıştır. Çünkü performans gelişimlerinin Avustralya sağlık sisteminin finansmanı ve yetki alanı sorumluluklarına yapısal iyileştirmeler olmaksızın elde edilmesi olası değildir (National Health and Hospitals Reform Commission [NHHRC], 2009).

Bu kadar farklı engellerden bahsetmek gerekirse, sağlık hizmetine adaletli bir erişim hem sağlık – odaklı hem de hassasiyet – odaklı politika dokümanları meseleleri bütünleşmiş yürütme planlı tekil politika dokümanlarına dönüştüğü zaman daha mümkün görünmektedir. Bu, hassaslık konularının özel bir vaka ve ayrı ve genelde sonradan akla gelen bir konu olarak işlenmesinden çok anayola girmesini ve tüm kararlara dâhil edilmesini garanti eder. Biz karar dokümanları aşamasında anayola sokmanın gerçekten herkes için sağlık hizmetine adil erişimi garanti etme yönünde bir adım olduğunu iddia ediyoruz (Schneider ve diğerleri, 2013). Mannan ve diğerleri (2011) Birleşmiş Milletler Ekonomik, sosyal ve kültürel haklar Komitesi (2000:1) sağlığı ‘ *diğer insan haklarının uygulanabilmesi için vazgeçilemez bir insan hakkı* ’ olarak tarif eder. Ve sağlık hizmetlerine adil erişimi sağlayan dört kesişim ögesini düzenler: erişilebilirlik, kullanılabilirlik, kabul edilebilirlik ve nitelik. Bu Equitable projesi tarafından üstlenilmiş olan sağlık hizmetine adil erişimin tanımıdır ve Equi Frame denilen karar analizi çatısının gelişiminde kullanılmıştır (Schneider ve diğerleri, 2013).

Güney Afrika’daki işlemeyen sağlık sistemi ve bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalık salgınlarının çarpışmasının kökleri ülkenin tarihinin dönemlerinden politikalardan, sömürgeci boyun eğdirmeden, apartheid mülksüzleştirmeden, apartheid – sonrası döneme kadar bulunabilir. Irksal ve cinsel ayrımcılık, göçmen işçi sistemi, aile hayatının yok edilmesi, geniş gelir eşitsizlikleri ve aşırı şiddet Güney Afrika’nın sorunlu geçmişinin kısımlarını oluşturur ve her biri de sağlık ve sağlık hizmetlerini merhametsizce etkilemiştir. 1994 yılında apartheid sona erdiğinde, sağlık sistemi birçoğu hala mevcut olan çok büyük engellerle karşılaşmıştır. Makroekonomik politikalar, yeniden bölüşüm yerine büyümeyi teşvik, sosyal bağışlarda büyük genişlemeye rağmen ırklar arasında ekonomik ayrılıkların kalmasına katkıda bulunmuştur. Halk sağlığı sistemi bütünleşmiş, kapsamlı bir ulusal hizmete dönüşmüş fakat liderlik ve yöneticilikteki başarısızlıklar ile zayıf yönetim genelde iyi olan politikaların yetersiz uygulanmasına yol açmıştır. Temel Sağlık sisteminin en önemli yönleri yerinde değildir ve sağlık sisteminin karşısında hatırı sayılır bir insan kaynakları krizi bulunmaktadır. HIV salgını bu engellere katkı yapmış ve arttırmıştır (Coovadia ve diğerleri, 2009).

Politik durum Filistin’de insan haklarını ve adaleti etkileyen, sağlığın anahtar belirleyicilerinden biridir. Modern tarihteki en uzun işgal olan İsrailin işgali dâhil olmak üzere Batı Şeria, Gazze ve Doğu Kudüs boyunca ezici adaletsizliklerin göstergeleri, İsrail yerleşimlerinin genişlemesi ve inşası, apartheid duvarının varlığı, kuşatmalar, askeri

bariyerler ve tarımsal ve diğer ürünlerin nereye gidip gitmeyeceği üzerine diğer kısıtlamalar, Filistinlilerin yaşam kalitesi üzerinde etkilerini devam ettirmektedir. Ehliyetli, sorunlara cevap veren bir sağlık sistemi ve sağlık için etkin olarak işleyen bir kamu sektörü kurumu inşa etme girişimleri neredeyse eşi görülmemiş zorluklarla karşılaşmaktadır. İsrailin kısıtlamaları ve saldırganlığı Filistin Kurtuluş Örgütünün bir devleti yönetme ve inşa etme yetisi üzerinde ağır sınırlar koymaktadır (The Palestinian National Authority Ministry of Health, 2013).

Şu anda, Batı Şeria'da ve Gazze'de sağlık hizmetleri alanında çalışan dört çeşit sağlayıcı vardır: Gazze'deki hükümet veya Filistin sağlık bakanlığının doğrudan gözetimi altındaki devlet tesisleri, Filistin resmi olmayan kuruluşlar, BMYBA (Birleşmiş Milletler Yardım ve Bayındırlık Ajansı) ve birçok özel sektör, sağlayıcı durumundadır (Mahmoud, 2013). Vahim ekonomik koşullar sağlık istatistiklerinin gösterdiği gibi özellikle güçlü bir rol oynamaktadır. Sağlık ve ekonomik refah arasında doğrudan ilişki vardır. Örneğin Batı Şeria'da nüfusun en zengin % 20 bölümünde doğan bir çocuğun yaşamının ilk yılını çıkarabilme şansı Gazze'de fakir bir ailede doğan bir çocuğunkinden hemen hemen iki kat fazladır. Bu farklılık mevcudiyet ve yeterli sağlık hizmetlerinin işlemesine bağlı olabilirse de bu Filistin nüfusuna hizmet planlayan ve sağlayanlara sistemik bir engel teşkil etmektedir (Mahmoud, 2013).

Yine de sağlık sektörü reformlarının önceliklerinin bağlamsal bir analiz dâhilinde belirlenmesi için ve toplumun her seviyesinde toplumsal tartışmayı desteklemek için bağışçı yardımı sınırlamalarının ve belirli gündemlerin farkında olmak çok önemlidir. Filistinlilerin sağlığı teşvik edici bir çevre içeren bir kavrayış üzerine dayanan ve toplum ile gerçekten danışılarak formüle edilen, net bir uzak görüşlülüğe ve kapsamlı bir sağlık politikasına ihtiyacı vardır. Sonuçta gerekli olan etkinlik veya reform süreci değil, Filistin vatandaşları için nitelik ve eşitlik içeren, sağlık gelişimi sosyal hakkını teşvik edecek bir sağlık sisteminin inşasıdır (Giacaman ve diğerleri, 2003).

Dahlgren ve Whitehead (2006) SSB ile ilişkili olarak bir potansiyel politika başarısızlık dökümü önermektedir. Sağlıktaki adaletsizlikleri azaltmak için politika beyanları ve bu hedefe ulaşmak için gerekli eylemler arasında belirgin bir boşluk olduğunu iddia etmektedirler. Örneğin politik irade, bilgi, mali kaynaklar, koordinasyon ve yönetim kapasitesi, mülkiyet eksikliği ve politika teftiş ve değerlendirme yoksunluğu. Şunu iddia ederler ki: Bu hedefe ulaşmak için sağlıktaki sosyal eşitsizlikleri azaltmaya yönelik politika

beyanları ile gereken eylemler arasında sıklıkla belirgin bir fark vardır (Dahlgren ve Whitehead, 2006).

Dr Julio Frenk başarılı reform için ‘ABKTD Ajandası’ dediği bir öneri sunmaktadır:

A. Ajanda (Agenda): dikkat ve kamu kaynakları için rekabet içerisinde bir sağlık gündemini teşvik. Sağlık memurlarının iyi işleyen bir sağlık sisteminin toplumun genel refahına, fakirliği azaltarak, üretkenliği geliştirerek, eğitim becerilerini arttırarak, insan sermayesini geliştirerek, iş yaratarak, yatırımları ve varlıkları koruyarak, rekabeti çoğaltarak ve zenginliğin daha adil dağıtılması ile ekonomik büyümeyi doğrudan canlandırarak katkıda bulunduğunu gösteren küresel delilleri kullanabileceğini iddia eder.

B. Bütçe (Budget):sağlığı bir öncelik yapmak bütçesel destek arayışında olan bakanların pazarlık gücünü arttırır. ‘Gelişim için sağlığın değeri üzerine delillerin kullanımı politika yapıcıları sağlık için daha fazla parayı seferber etmeye ikna edebilir ama para için daha fazla sağlık alma kapasitesi de gösterilmelidir’.

K. Kapasite (Capacity):sağlık sisteminde ve araştırma altyapısında kapasiteyi geliştirmek. Bunlardan ilki fiziksel altyapıya ve en önemlisi, insan kaynaklarında yapılan yatırımlar yolu ile sağlık – hizmeti ulaştırmaya işaret eder. İkincisinin ise politikalar için sağlam delil üretecek gerekli araştırmayı üstlenebilecek kurumların gelişimiyle alakası vardır’.

T. Teslimatlar (Deliveries): öncelikli hastalık ve risk faktörleri üzerine odaklanarak belirli faydaları teşhis etmek ve iletmek. Bu şekilde, halk soyut ve yönetsel kavramları somut olarak birbirine bağlayabilir.

D. Delil (Evidence): bilgiyi yaratmak ve yaymak sağlık gelişimi için en temel güç kaynaklarından biridir. İlk ve en açık olarak, bilgi, ilaçlar, aşılar ve teşhis yöntemleri gibi yeni ve daha iyi teknolojilere dönüşür. İkincisi, bilgi, onu sağlık bilgisi, beslenme alışkanlıkları, cinsel davranışlar ve çocuk yetiştirme şekilleri gibi kilit alanlarda gündelik davranışlarını yapılandırmak için bireyler tarafından da edinilir. Üçüncüsü, bilgi hem sağlık hizmetlerinin ulaştırılmasında hem de kamu politikalarının formüle edilmesinde karar verilmesi için bilimsel bir temel sağlayan delillere dönüşür. (Bonney ve diğerleri, 2007).

Dahası, Ziglio ve diğerlerine (2003) göre sağlık hizmetlerinin ödeme yükü fakirliğin büyüyen bir sebebidir. Özellikle de toplumsal olarak kırılgan gruplar için ve etkin olarak

hitap edebileceği sağlık sektörünün özel bir sorumluluğudur (ve fırsatı) (Whitehead ve Dahlgren,2006). Öte yandan, özel sağlık sistemleri birçok sorun getirmektedir: insafsız, (sağlık ihtiyacı daha fazla olan en çok parayı öder), maliyet kontrolü için zayıf teşvik tedbirleri vardır, yönetim maliyetleri yüksektir ve uygun kullanımı engeller (Wanless, 2002: 141). Birçok düşük gelirli ülkenin doğrudan vergi kurumları ve mekanizmaları zayıftır ve işgücünün büyük kısmı kayıt dışı istihdam edilmiştir. Bu ülkeler genel olarak devlet gelirleri için gümrük vergileri gibi dolaylı vergilere dayalıdır. Güçlendirilmiş ilerlemeci vergi kapasitesi her tür gümrük vergisi kesici anlaşmaların gerekli bir ön şartıdır (Marmot ve diğerleri, 2008).

Başka bir fikirle kaliteli sağlık sistemine ulaşmaktaki engelleri kaldırmak ve aynı zamanda sağlık sisteminin kendisini fakirliğe katkı yapmaktan ve diğer ters sonuçlardan korumak amacı ile tersine bakım kanununa erişimin birkaç boyutunun işlediği görülmektedir (Whitehead ve diğerleri, 2001: 318):

- Finansal erişim: kullanıcı ücretlendirmeleri genelde yasaklayıcıdır. Yüksek kullanıcı ücretleri sağlık hizmetlerinin kullanımı ve erişimini sadece azaltmaz aynı zamanda insanların tıbbi personel, ilaç ihtiyacı durumunda es geçmelerine sebep olur. Dahası, ekonomik büyüme sağlık hizmetlerine erişimi artırmak için yeterli değildir. Aslında, Asya'daki son deneyimler trendin tersine işaret eder, yani hızlı ekonomik büyüme erişimde haksızlıkların artmasını üretir ve teşvik eder.
- Coğrafi ve fiziksel erişim: şehir ve köylerde eşit olmayan bir dağılım olabilir, en keskin biçimde ağırlıklı olarak tarımsal bir toplumda veya sistem üçüncül hizmetleri küçük bir gruba sağlama üzerine yoğunlaşırken birçok kişiye yarar sağlayacak birincil bakım hizmetleri ihmal edilmektedir.
- Kültürel erişim: sağlık çalışanlarının fakir insanlara olumsuz davranışları fakir insanları bu hizmetleri kullanmaktan sıklıkla caydırmaktadır.

Topluluk temelli sağlık sigortası (TTS) sağlık sistemi için mali kaynaklar üretme mekanizmasıdır. Aynen diğer sigorta türleri gibi (özel, kar-için veya sosyal sigorta gibi), sağlayıcı ödeme metotları TTS'de sağlayıcının ve hastanın davranışını etkileyebilir ve böylece yeterli kaynakların sağlanmasının teminine ve sınırlı kaynakların etkin biçimde kullanımına katkıda bulunur (Bennett, 2004). TTS gönüllü olarak rol alan ve genelde resmi

olmayan sektörlerde çalışan insanlardan kaynak toplar. TTS böylece vergilerin ulusal gelirlerin sadece küçük bir kısmında ödenen ortamlarda sağlık sistemi için bir alternatif sunar (Bennett, 2004).

Tıp Enstitüsü (2001); Montagu (2002) “Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Franchising” isimli makalesinde ve Dzau ve diğerlerinin (2000) yapmış oldukları çalışmalarında Franchise düşük ve orta gelirli ülkelerde olduğu kadar yüksek gelirli ülkelerde de örgütsel bir model olarak sağlık sektöründe birçok zorluğun üstesinden gelmek için artarak keşfedilmektedir. Birçok ülke erişimde ve sağlıkta eşitsizlik sonuçları ile yüzleşmektedir. Yine de Montagu (2002); Lonroth ve diğerleri (2007) çeşitli yazarlar düşük ve orta gelirli ülkelerde, bu ülkelerdeki Franchise birçoğunda açıkça belirlenmiş ürün ve hizmetler, dağıtım standartları, eğitim, kaliteli gözetim ve bağışçı tarafından kaynak sağlanan veya desteklenen sistemin, teoride, tüm vatandaşların erişilebilir, yüksek kalitede bakımda hızlı bir açılımına yol açarak akabinde yerel ve toplumsal seviyelerde sağlık gelişimlerine sebep olacaktır (Nijmeijer, Fabbricotti ve Huijsman, 2014).

Sağlık müdahaleleri veya hareketleri bireylerin ve onların çevrelerinin sağlığını iyileştirme, koruma veya düzeltme amacı veya kalıcı engelliliğin karşılanması için bakımını sağlık araçlarının kamusal, devlet tarafından, devlet tarafından olmayan veya özel olup olmamasından bağımsız olarak benimser (Pan American Health Organization, 2002).

Tugwell ve diğerleri (2006) ve White ve diğerlerinin (2009) çalışmalarına göre, müdahaleler, nüfus bazında sağlığın iyileşmesinde başarılı olduğu yerlerde bile, sağlık eşitsizliklerini artırabilir. Bu bir müdahalenin dezavantajlı (yüksek risk) gruplardan ziyade avantajlı (düşük risk) gruplara daha fazla sağladığı yerlerde meydana gelebilir. Öte yandan, birçok halk sağlığı araştırmasının teorik altyapı temellerinin zayıf olduğu hissedilmiştir. Politikaların ve diğer müdahalelerin etkinliği ve maliyet – etkinliğinin değerlendirmeleri sağlıktaki eşitsizliklerdeki fazladan boşlukları kanıt bazında ortaya çıkarmıştır. Gilvie ve Petticrew (2004) bunlar, tahminci araştırma ve yöntemsel araştırma için müdahale kümelerinin sağlık üzerindeki etkisini değerlendirmek üzere daha fazla yöntem geliştirmesi ihtiyacını belirlemiştir (Lorenç ve diğerleri, 2012). Birçok araştırmacı araştırma delilinin sistemli incelemesinin araştırma kaynakçasının beş bileşeni (açık bir soru; araştırma stratejisinin açık bir tanımı; ne tür araştırma delilinin dâhil edilip edilmediğine dair açık bir beyan; incelemeye dâhil edilen çalışmaların kalitesinin titiz bir sorgulaması ve araştırmaya dâhil edilen çalışma bulgularının yorumlanması süreci hakkında titiz ve anlaşılır bir

yazışma) olduğunu kabul etmektedir. Bu bileşenler karar verme mekanizması için en son ve en fazla yayınlanmış araştırma çalışmasından daha uygun bir araştırma delili sayılır (Lavis ve diğerleri, 2005).

Sağlık ve refah sistemleri de, halk sağlığı politikaları gibi hala ulusal düzeyde yönetilmektedir ve böylece ağırlıklı olarak ulusal bir düzeyde karar alıcılar tarafından değerlendirilir. Karar alıcılar için, Stone (1981) ulusal olarak sınırlı karar değerlendirme konusunda bir çıkar için bazı nedenler tarif etmiştir. İlk olarak, başka herhangi bir yerde faydalı olduğu kanıtlanmış sağlık politikalarını uygulamak için her tür çabayı boşa çıkararak, çoğu ulus kendisini “biricik” kabul eder. İkinci olarak, karar alıcılar sıklıkla sağlık sistemi özelliklerinin bu türden politikaların uluslararası olarak koordine edilen politika çabalarınınca dönüştürme potansiyelini sınırlandırarak bireylerin davranış ve seçimlerince şekillendiğini algılamışlardır. Böyle bir algılama sağlık davranışı ve belirleyicileri veya sağlık politikasının etkinliği üzerine karşılaştırmalı veriye göreceli olarak düşük bir taleple sonuçlanmıştır (Abu – Omar, 2001).

2.3. Tutum ve İnançların Ağları ve Önemi

İnsan, beden ve ruhu ile birlikte insandır. Beden, insanın maddi boyutunun kendisiyle temsil edildiği tarafıdır. İnsanın ruhu da manevi tarafının temsil edildiği yönüdür. Ayrıca bu iki tarafı sağlıklı olduğunda insan tam ve sorumluluk sahibi olur. İnsanın bu iki tarafının nasıl sağlıklı olacağı hususu oldukça geniş bir konudur (Sarıkavak, 2011). İnsanların sağlıkla ilgili inanç ve uygulamaları, içinde yaşadığı toplumun kültürünün bir parçasıdır. Kültür, sağlık ve hastalık birbiri ile ilişkili kavramlardır (Beytut ve diğerleri, 2009).

Taylor ve diğerlerine (1997) göre sağlık ve sağlıklı kavramı her kişi için ayrı ayrı tanımlanmalı ve kişiyi oluşturan fiziksel, entelektüel, ruhsal, sosyokültürel, dinsel ve verimlilik durumları boyutlarından değerlendirilmelidir (Bolsoy ve Sevil, 2006). İnsanın ruh yapısının en belirgin özelliği de bir varlığa inanmaktır. Yeryüzünde günümüze kadar inanma ihtiyacı duymamış bir topluluk yoktur. Bunu insanlığın kültür, sanat ve geleneklerinde görmekteyiz (Aydın, 2009).

Din ile toplum arasındaki ilişki, genel olarak karşılıklı etki esasına dayanmakta olup, bu etki, birinci derecede dinin toplum üzerindeki etkisi şeklinde tezahür etmektedir. Şüphesiz her yeni din, az ya da çok değişmiş bir toplum modeli sunmakta; sunulan bu değişim

modeli, toplumsal hayatın, hatta bireysel davranışların yeniden şekillenmesine sebep olmaktadır. Bu bağlamda, örneğin, toplumsal örgütlenme, biçim ve davranışların şekil ve karakteri ile doğal ve yerel birlikler, dinin yoğun etkisi altında bulunmaktadır. Aynı şekilde din, toplumlara belli bir zihniyet kazandırma, toplumsal kontrol, toplumu yeniden yapılandırma ve sembolik bütünleşmeyi sağlama gibi bir takım temel toplumsal fonksiyonları da üstlenmektedir. Kısaca Freyer'e göre din, hayatta karşılaşılabilecek pek çok mühim meseleler ile alakalı hal tarzları, insanları ilgilendiren çeşitli hususlar ve problemlere karşı bir takım tutum ve davranışlar ihtiva etmektedir (Keskin, 2004).

Çalışmamızda iki Müslüman toplumu incelemekteyiz. Müslüman birey tek bir yaratıcıya olan inancından dolayı, olumsuzluklardan etkilenmez ve kendini yetersiz hissetmez. Dolayısıyla inancından kaynaklanan bu ruhsal dinginlik onun fiziksel sağlığına da etki eder. Bugün kendisini kuşatılmış hissedenden insanın yapması gereken şey, daha fazla kayıplar yaşamadan fitratına (yaratılışına) uygun dine dönmesi ve ona uygun yaşamasıdır. Öte yandan inanç maddî hayatımızla da ilişkilidir. İnsanın zorluklara ve güçlüklerle karşı dayanıklı olmasını sağlar. İnsana çalışma, yaşama ve başarıma gücü verir. İnsan, hayata inançla başlar ve onunla değer kazanır. İnancı olan kişi, bu inancının gereği olarak ya da aldığı motivasyonla kendisine ve birlikte yaşadığı insanlara faydalı olur. İnanç insanı yeni bilgiler kazanmaya götürür. Kişi inancını kuvvetlendirmek için pek çok şeyi öğrenmek, öğrendiklerini düşünüp değerlendirmek ve böylece hayatını düzene sokmak durumundadır. İyiyi, kötüyü, güzeli ve çirkini inancı sayesinde ayırt edebilir. Açıkçası inanç, bir ihtiyaç olarak kendini hissettirir (Aydın, 2009).

İster dini boyutta ister genel anlamda olsun, insanların belirli bir inanç doğrultusunda çeşitli tutum ve davranışları benimsemeleri ve bunların kendi hayatları ve gelecekleri üzerinde denetime sahip olduğu düşüncesi tarih öncesi çağlara kadar uzanır. Marshall (1998) dinin, kutsal fikrine dayalı olan ve müminleri bir sosyo-dinsel topluluk içinde birleştiren bir inançlar, semboller ve pratikler kümesi olduğunu söylerken Cevizci (2010), din olgusunun insan yaşamının varoluşuyla ilgili çok temelli üç yönüne vurgu yapar. Bunları, “insan varoluşunun kaynağını sorgulaması, insan doğasının ve yazgısının kaynağını sorgulaması, insanın değerler cetvelinin belirleyicisi ve gündelik yaşamdaki yol göstericisi olarak tanrı kavramıyla ilişkili yanıtlar arayan bir inançlar sistemi olması” şeklinde ifade eder (Erdal ve Ok, 2012).

İnsanın ruh sağlığını bozabilecek birtakım olumsuzluklar sonucunda ortaya çıkabilen stres, depresyon ve anlamsızlık hislerine karşı dinî iman âdeta bir ilaç gibidir. Saygılı (2001) “Strese Son” adlı kitabında belirttiği Amerika’da 4000 yaşlı üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, uzun süre düzenli olarak dinî ibadetlere katılanların, katılmayanlara oranlar daha az depresyona girdikleri tespit edilmiştir. Öyle anlaşılıyor ki, inanma ve bir dine bağlanma duygusu sağlıklı bir ruhsal yaşam için gereklidir (Aydın, 2009). Zira İslâm düşünürlerinin fikirlerinin oluşmasında Kur’an-ı Kerim’in ve Hz. Peygamberin hadisleri en ağırlıklı yeri teşkil etmektedir. Öncelikle Kur’an-ı Kerim’de Yüce Allah, insanın kendisini tehlikeye atmaması, kendini tehlikelerden koruması gerektiğini şu şekilde beyan buyurmaktadır: Bakara Suresi, ayet 195’te “Kendi kendinizi tehlikeye atmayın...” Buradan anlaşılacağı gibi insanın her ne halde olursa olsun, kendini tehlikeye atmaması gerekir; ancak bu tehlikenin şumulu oldukça geniştir; zira burada hem maddi, hem de manevi tehlikeden insanın kendisini koruması gerekir. İnsanın maddi tehlikelerden korunması bağlamında insanın beden sağlığını koruması da buna dâhildir. Beden sağlığının korunması elbette tıbbi açıdan önemli bir yere sahiptir; fakat tıbbın dışında koruyucu sağlık açısından beden eğitimi ve spor da beden sağlığının korunması için gereklidir. Yüce Allah, bu anlamda da insanın beden sağlığını koruması için tehlikelerden kaçınması gerektiğini beyan etmektedir. (Sarıkavak, 2011).

Hız. Peygamber de hadislerinde insanın beden sağlığı için önemli olan bazı beden eğitimi ve spor faaliyetlerinin yapılmasını tavsiye etmektedir (Sarıkavak, 2011). Sahih-i Buhari Muhtasarında Sahabeden Seleme vasıtasıyla Hız. Peygamber’in şöyle buyurduğu beyan edilir: “...Seleme demiştir ki: Bir kere Elsem oğullarından bir cemaat ok talim müsabakası yaparken Nebi (s.a.v.) yanlarına uğradığında: Ey İsmail (Peygamberin) oğulları ok atınız! Sizin (bu büyük) babanız da (maharetli) bir atıcı idi. Siz de atınız! (Bu müsabaka da) ben de Mihcen İbn-i Edra’ (kolu) ile beraberdim, buyurdu.” Bu hadis-i şeriften anlaşılacağı gibi Hız. Peygamber ok atmayı mübah görmüş, hatta teşvik etmiştir. Ok atma her ne kadar harpte lazım olan bir maharetse de, aynı zamanda beden sağlığının gelişmesinde de önemli katkıları olan bir beden eğitimi, bir spordur. Dolayısıyla Hız. Peygamber beden gelişmesine, sağlıklı kalmasına yardımcı olan sporları yasaklamamış, hatta bu sporların yapılmasını teşvik etmiştir (Sarıkavak, 2011).

Özen çalışmasında söz ettiği gibi din, sosyal sistem içinde sosyo- kültürel yapının bir parçasıdır. Sağlık- hastalık yönelimi dini hayat görüşleri ile iç içedir. Dini hayat çoğu kez hastanın dünyasına etkide bulunur. Callster’ın bahsettiği aynı konuda İslamiyet’te alkolün

günah sayılması alkolizmden ve alkol sonucu oluşabilecek hastalıklardan korunurken, içinde alkol olması düşüncesiyle hekim tarafından önerilen şurubun çocuğa içirilmemesi sağlık açısından sakınca yaratabilmektedir. Bazı durumlarda, kadere ve hastalığın Allah'tan geldiğine inanmak hastalıkla baş etmeyi kolaylaştırırken bazı kişilerde bu kaderciliğin aşırı olması hastalığın tedavisine yönelmemesine neden olabilmektedir (Bolsoy ve Sevil, 2006).

Çağdaş halk sağlığı anlayışını benimseyen, sağlığı bütüncül bir yaklaşımla değerlendiren, bireylerin katılımcılığına fırsat veren, uygun tercihlerle sorun çözme becerisine sahip bireyler ancak sağlığı destekleyen, değer, bilgi, tutum, davranış ve normlardan oluşan kültürel yapılanmaların ürünü olabilir (Bolsoy ve Sevil, 2006).

Özen (1994), Karadakovan (1998), ve Öncel (1997) çalışmalarında söz etikleri gibi halka istenen düzeyde sağlık hizmeti sunulabilmesi, hizmetlerin, hizmeti alacak olan toplum tarafından kabul edilmesi, katılım sağlanması ve konu ile ilgili eğitilebilmeleri için sağlık personelinin toplumun kültürel özelliklerini çok iyi bilmesi kaçınılmaz bir koşuldur. Callster (2001) ve Bekar'ın (2001) çalışmalarına göre Amerikan Hemşireler Derneği'nde hemşire-hasta beraberliğinde karşılıklı üç etkileşim belirtilmiştir: “hemşirenin kültürü”, “hastanın kültürü” ve “ortamın kültürü”. Hemşireler kendi gelenek, inanç ve değerlerini bu “üçlü transkültürel ilişki” içinde taşırlar. Hemşirenin kendini anlaması, kültürel olarak hastayı anlamak için başlama noktası olabilir. Hemşirenin kültürel yönden kendini anlamadan, kültürel bir çatışmaya olumsuz tepkisi, kültürel körlük ve empoze şeklinde olabilir (Bolsoy ve Sevil, 2006).

Kültürün yüzlerce işe yarar tanımından biri, antropolog olan Christie Kiefer (2007) tarafından yapılmıştır: “düşüncelerin karmaşık bir bütün içerisindeki sistemi, bir grup tarafından paylaşılan davranışların tümü ve aynı zamanda insanların davranışlarını ve gözlemlerini tamamıyla anlamamızı sağlayan bir sistemdir” (Silberberg ve diğerleri, 2011: 10).

Güvenç'e göre dinamik bir yapıya sahip olan kültür, simgeler aracılığıyla öğrenilerek kuşaktan kuşağa aktarılmakta ve bir toplumu diğerlerinden ayıran bir değer sistemi oluşturmaktadır. Akan'a göre toplumsallaşma, bireylerin kendi toplumlarının değerlerini, tutumlarını, örf ve adetlerini kazandığı, içselleştirdiği bir süreçtir. Bu süreç kültürel veya alt-kültürel deneyimler, aile deneyimi, farklı gruplarda bulunma, farklı kişisel deneyimler,

farklı genetik donanım gibi nedenlerden dolayı toplumda çok farklı kişiliklerin oluşmasına neden olur (Tekin, 2007).

Türkdoğan'a göre sağlık ve hastalık da kültürel kalıplara yönelik anlam kazanır. Örneğin, ağrıya karşı kültürel tutumlar çocukluğun ilk yaşlarından itibaren ebeveyn ve akraba gruplarından öğrenilmek suretiyle bireye nakledilir. Böylece çocuk ağrıya, acıya karşı ne şekilde tepkide bulunacağını öğrenmektedir. Scambler (1991) bu konuyla ilgili olarak, Zborowski 1952 yılında New York'ta yaptığı bir araştırmada, yerli Amerikalıların ağrı karşısında objektif bir tavır sergilediklerini ve soğukkanlılıklarını koruduklarını, İrlandalıların ağrıyı neredeyse inkâr ettikleri, İtalyan ve Yahudilerin ise aksine ağrıyı abarttıkları ve aşırı derecede şikâyet ettiklerini saptamıştır. Burada hastanın ağrıya ilişkin tutumunu değerlendirmede sağlık personelinin kendi kültürel değer ve normlarının etkili olacağı belirtilebilir (Tekin, 2007).

Dirican ve Bilgel'e göre hastalık olgusuna atfedilen değer kültürel açıdan farklılaşabilir. Hastalığa yakalanan bir kişi her yerde hasta sayılmayabilir. Örneğin, Trahom'un yaygın olduğu bir yerde, çocuk kör olduğu zaman aile "Çocuğumuz hafız olacak" diye sevinebilir. Kimi toplumlarda bazı kronik hastalıklara yakalananlar hasta sayılmayabilir, bu kişilerin günlük görevlerini yerine getirmeleri beklenebilir. Yaşam koşullarının zor ve erken ölümlerin çok olduğu bir toplumda ölüme karşı gösterilen davranış beklenenden farklı olabilir. Kimi toplumlarda hastalıktan acı çekmek ya da ölmek dinsel bir değer taşıır. Kültürü biçimlendiren etmenler arasında töre, gelenek ve göreneğin önemli yeri vardır. Bunlar, toplumların benimseyip geliştirdiği ve kuşaktan kuşağa aktardığı inanç ve kuralların tümüdür. Bu kuralların bir bölümü yine sağlıkla ilgilidir. Türkdoğan'a göre hastalıkların sınıflandırılması, nedenlerine göre geleneksel tedavi yöntemlerinin seçilmesinde bu inanç ve kurallar etkilidir (Tekin, 2007).

Lynch ve diğerleri, Stronks ve diğerlerinin (1997) yaptıkları çalışmalara göre sağlık tutumlarındaki sosyo ekonomik farklılıklar çocukluk arka planı, maddi zorluklar ve sosyal bütünleşme gibi birçok etmenle ilişkilendirilmiştir. Fishbein ve diğerlerine (2001) göre bu faktörlerin bazıları etkilerini tutumlar, güdülenme, sağlık yararları, inanç, öz yeterlik ve sağlıklı seçimler olarak algılanan engeller gibi daha yakın davranış belirleyiciler yoluyla göstermeleri olasıdır (Wardle ve Steptoe, 2003).

İnançlar ve tutumlar, insanlar için birçok önemli hizmetlerde bulunur. Bunların belli başlıları, insan kişiliğine ve kararlarına devamlılık kazandırma, günlük çeşitli olayları ve faaliyetleri yorumlamak yoluyla anlama kavuşturma ve kişisel amaçlara ulaşmak için mevcut alternatif yolları karşılaştırma ve bu yolların seçimine yardımcı olma olarak belirlenebilir (Kayaoğlu ve diğerleri, 2011: 74). Tutumlar, tutumun konusu olan objeye yönelik inançlardan kaynaklanır. Özgüven (2000) Tutumlarla inançlar daima birlikte bulunurlar. Yani insanlar, duygu ve inançlarına uygun olarak hareket etme eğilimindedirler (Kavas,2013).

Smith ve diğerleri (1956) sosyal psikologların inanç ve tutumlar hakkında yaptıkları araştırmalar, inançların çoğu kez bilişsel ihtiyacı tatmin ettiğini göstermektedir. Şöyle ki, inançlar uyumlu, dengeli, anlaşılabilir, kısmen rasyonel bir değerlendirme anlayışı sunar. İnanç sistemleri varlığını devam ettirir. Çünkü bireylerin özel hayal ve imajları bu kültürel geleneklerle uygunluk arz eder (Kuşat, Korkmaz ve Güllü, 2004).

Eren'in (1998) örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi ile ilgili yaptığı çalışmada insanlar, yaşanan olaylar karşısında tutumlarını, bazı inançlarına göre şekillendirirler. İnançlar, bireylerin kendi duygularının (iç âlemlerinin) bir yönü ile ilgili algıların ve tanımların meydana getirdiği sürekli duygular ağıdır. İnsanlarda ilk inançlar, doğa olaylarının iyi ve kötü şekilde cereyan etmesini algılanıp, zihinlerde yer etmesinden doğmuştur. İnsanlar, sırrına eremedikleri baskı, korku, dehşet olaylarından ya da aksine onlara iyi şeyler sağlayan hareket ve olaylardan etkilenerek tutumlarına yön vermişlerdir. Ancak, tutumların oluşmasında çevresel olaylardan etkilenmeyi belirleyen, doğuştan kazanılan yeteneklerin de rolü vardır. İnançlar, bilgi, kanaat ve imanı kapsayan psikolojik bir olaydır. İnançlar, çoğu hallerde bireysel ilkelerin kaynağı haline gelirler. Bizler bilgi, kanaat ve inançlarımızı açığa vurmaya istediğimiz zaman, bunu davranış ve tutumlarımızla belli etmeye çalışırız. O halde, tutumlar belirli değer yargılarının ve inançların arkasında gizlidirler (Kayaoğlu ve diğerleri, 2011: 74).

Cevizci (2010: 856) üç farklı inanma biçiminden bahseder. “(1. Bildiğinden şaşmama olarak inanç: İnanılan şeyin karşıtı hakkında kanıtlar olduğu halde, aynı şeye inanmaya devam etmekle oluşur. Bu inanç türü yeni veri ve kanıtlarla karşılaşınca, onları olduğu gibi yorumlamayı reddeder, (2. İnanma isteği olarak inanç: Bir görüşün benimsenmesi söz konusu olduğu zaman ortada görüşü ne destekleyen ne de yalanlayan kanıt yoksa buradaki inanç, kanıtlara rağmen değil de, ortada kanıtlar olmadığı için, inanma arzusuna bağlı

olarak inanmadır, (3. Deneyime dayalı beklenti olarak inanç: Burada ise, kanıta dayanarak inanma anlamına gelir. Bu tür bir inanç, geçmişte doğru olduğu görülen şeyin gelecekte de kanıtlar tarafından desteklenmeye devam edeceği umut ve beklentisini içerir” (Erdal ve Ok, 2012).

Ajzen ve Fishbein (1980) inançları, teorik olarak “ kavramsal binamızın temel yapı taşları” diye tanımlar. Doğrudan gözlem temelinde veya dış kaynaklardan elde edilen bilgi veya çeşitli çıkarım süreçleri yoluyla, bir kişi bir nesne hakkındaki bilgiyi bir takım inançlardan öğrenir.” Harkness ve Super (1996) buna ek olarak, inançlar “davranışlar üzerinde etki eden bir kaynak olarak iş görür” demişlerdir (Njie – Carr, 2008).

Ok (2012) inanç aşamaları ve şemaları 6 ana boyut olarak düşünülmüştür. Konu kapsamında boyutların açılımı kısaca şöyledir: (1. *Mitsel-Literal İnanç*, kesin inanç olarak da ifade edilen bu boyutta, soyut düşünce yerine somut düşünme ağırlıklıdır. (2. *Yapay-Konvansiyonel İnanç*, bu inanç biçiminde farkındalısız bir taklidilik söz konusudur. Soyut düşünme sınırlıdır, çelişkili konular dışlanarak çözülür. (3. *Yoğun İnanç*, bu boyutta kişi geleneksel inanca sahiptir ancak bu inanç farkındalığı beraberinde getirir. Kişi halk için yazılmış geleneksel kaynaklara ilgi duyarak kendine özgü bir yaklaşımla okumakta ve şuurlanmaktadır. (4. *Gerilimli İnanç*, geçici bir süreç olarak gerilimli inanç, arayış, sorgulama, şüphe ve çelişkili dönemleri ifade etmektedir. Özellikle ergenlik ve üniversite dönemlerinde belirginleşmekle birlikte 30’lu yaşlara kadar yaygın olabileceği kabul edilmektedir. (5. *Bireysel-Düşünsel İnanç*, bu inanç biçiminde kişi, soyut ve bilinçli düşünür. Düşünce üzerine düşünce yürütebilir ancak olgu ya da olaylar kendisi tarafından benimsenmiş bir tarzla tek yönlü düşünülür. Orta düzeyde empati kurabilir, farklı görüşler bilinir ancak onları kendi düşüncelerini korumaya yönelik olarak dile getirir. Diğer insanlar bir sistemin ya da ideolojinin uzantısı olarak görülür. (6. *Birleştirici İnanç*, genel kapsam itibarıyla en gelişmiş inanç aşamasıdır. Eleştirel ve analitik düşünce yapısına sahiptir. Olgular derinlemesine kavranmaya çalışılır ve bu kişiler karmaşık deneyimlere açıktır. Burada önemli bir nokta, yukarıda verilen aşama ve şemaların birbirinden tamamen bağımsız düşünülmemesi gerektiğidir. Yani bir aşamanın özellikleri dönemsel olarak diğer başka bir aşamanın özellikleriyle belirli bir yönde ilişkili olabilir. Örneğin “bir kişinin inancının belli bir yönü Mitsel-Literal İnanç şemasında bulunurken diğer başka bir konuda her hangi bir Bireysel-Düşünsel İnanç şemasına sahip olabilir” (Erdal ve Ok, 2012).

Ajzen (1985) “Planlı Davranışın Teorisi” çalışmasında insanların inançlarının belli davranışları uygulama niyetlerini belirlediğini iddia eder. İnançlar, bu yazar tarafından açıklandığı gibi, davranışsal, kuralcı ve kontrollü inançları yönetir. Davranışsal inançlar insanların tavırlarını sergiler; kuralcı inançlar insanların hayat arkadaşlarının desteğini nasıl algıladığı ve toplumun davranışları yapmak veya yapmamayı tercihini ortaya koyar ve kontrollü inançlar, insanların sahip olduğu araçlar ve fırsatları temel alan algılanan davranışsal inançlara dayanır. Bunlar davranışı gerçekleştirme niyetini motive eder. Eğer insanların tavır ve inançları davranışlarını belirliyorsa, bu davranışı yapma niyetlerine yansiyacaktır. Bu gönderceler sosyal, manevi ve kültürel inançlardan oluşur (Njie – Carr, 2008).

Tezbaşaran (1997) “Ölçek Geliştirme Kılavuzu” adlı makalesinde tutumlarla görüşleri birbirine benzemekle birlikte; görüşler, genellenebilirlik derecesi ve ölçme tekniği bakımından tutumlardan farklıdır. Görüşler, belirli oluşumlara veya durumlara gösterilen kişisel tepkilerdir. Tutumlar ise daha geniş çapta olaylar grubuna veya insan topluluklarına karşı bireyin tepkilerindeki etkileri bakımından daha geneldir. İnsanlar görüşlerinin farkındadır ama tutumlarının tam olarak farkında olmayabilirler. Robbins ise (1994) davranışın temelleri çalışmasına göre değerler, karşıt davranış durumlarının kişisel ya da toplumsal olarak tercih edilip edilmediği hakkındaki inançları temsil etmektedir (Yalçın ve Koçak, 2012).

Pratkanis ve diğerlerinin (1989) görüşlerine göre tutumlar hem sosyal algımızı hem de davranışlarımızı etkilemektedir. Tutum konusunda sosyal psikologların yapmış oldukları pek çok tanım bulunmaktadır. Kağıtçıbaşı (2008) günümüzde insan ve insanlar isimli çalışmasında; tutumu, bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan eğilimdir, şeklinde tanımlamaktadır (Kayaoğlu ve diğerleri, 2011: 73). Bir tutum, “dünyamızdaki bazı sembol, cisim veya yönlerini olumlu veya olumsuz bir tavır içinde değerlendirmeye olan eğilimimizdir” (Arnold ve Sullivan, 2011).

Araştırmacılar tutumların değerlendirilebilir özelliğini, duygusal kısmı asli bir unsur olarak vurgulamaktadır: “tutumlar tutkular ve nefreti, çekimi ve iticiliği, beğeniyi ve hoşnutsuzluğu” ifade eder (Eagly ve Chaiken, 1998: 269).

Değerler ise “insanların, kavramların veya şeylerin değeri veya önemi hakkındaki tutumlardır” (Arnold ve Sullivan, 2011). Değerler “öz veya merkezi inançlarımızın içinde köklenmiştir” (Malphurs, 2004: 66).

Tutum kavramında da belirtildiği gibi, tutumun davranışa yol açtığını ve davranışın gözlemi sonucu tutumun var olduğu söylenebilir. Tutumların davranışları etkilemesi sürecinde normlar, değerler, alışkanlıklar, kişilik, öğrenme süreçleri ve çevresel faktörler rol oynamaktadırlar (Kayaoğlu ve diğerleri, 2011: 74). 1950’den beri, araştırmacılar insanların neyi niye yaptıklarını anlamaya ve açıklamaya çalışmışlardır. Dayandırma teorisi ilk defa Heidler (1958) “İnterpersonel İlişkilerinin Psikolojisi” isimli çalışmada “naif psikoloji” olarak insanların hareketleri için olağan açıklamalar yaptıkları yolları açıklayarak kişilerin davranışlarını anlatmaya çalışır. Heidler insanların iki davranışsal güdüsü olduğuna inanmıştır: (1) etraflarındaki dünyayı anlama ihtiyacı ve (2) çevrelerini kontrol etme ihtiyacı. Heidler insanların inançlarının geçerli olsa da olmasa da bu inançlar temelinde hareket ettiklerini öne sürmüştür (Pickens, 2005: 56).

Albert Bandura, tutum ve davranışlarımızın içinde yaşadığımız sosyal dünya ile kurduğumuz ilişkiler aracılığı ile öğrendiğimizi söyler. Tutumlarımız, inançlarımız, değerlerimiz ve davranışlarımız sosyal dünyamızdaki diğer insanlardan öğrenilmeye, daha doğrusu taklit edilmeye meyillidir. Gagne ve Skinner, ödüllendirilen ve pekiştirilen davranışlar, fikirler ve tutumların tekrarlanması olasıdır ve sonuçta kişisel değerler bütünü ve davranış rutinimiz içerisine nüfuz eder (Johnston, 2011).

Birey Psikolojisi kuramını geliştiren Viyana’lı bir doktor olan Alfred Adler (1870 – 1937), bir kişinin çevresine karşı tutumunun davranışları üzerinde önemli etkisi olduğunu vurgulamıştır (Pickens, 2005: 44). Fishbein ve Ajzen (1975) tutum ve davranış arasındaki bağın çok sıralı olduğunu öne sürmüştür: 1) Kişinin davranışı niyetinden tahmin edilebilir.2) Niyetler kişinin davranışa karşı olan tutumundan ve diğerlerinin kişinin ne yapması gerektiğini düşündüğü algısından tahmin edilebilir. 3) Tutum kişinin hareketlerinin getirisinin diğerleri tarafından karşılanmasını nasıl algıladığının bir işlevidir (Moore ve Asay, 2012).

Adler, bir kişinin düşünceleri, duyguları ve davranışları onun fiziksel ve sosyal çevreleri ile alış verişleri olduğunu ve etkinin yönünün iki taraflı olduğunu öne sürmüştür; tutumlarımız sosyal dünyamız tarafından etkilenir ve sosyal dünyamız da tutumlarımızdan

etkilenir. Bu etkileşimler, ancak, kişinin tutumları ve davranışları arasında çatışmaya sebep olabilir. Bu çatışma Bilişsel Uyumsuzluk olarak adlandırılır. Bilişsel Uyumsuzluk kişinin iki veya daha fazla tutum arasındaki veya onun tutum ve davranışı arasında algıladığı her türden istikrarsızlığa işaret eder (Pickens, 2005: 44). Uyumsuzluk, doğru olduğuna inandığımız bir şeyin doğru olmayabileceğini fark ettiğimizde hissettiğimiz rahatsızlık hissidir (Johnston, 2011).

Fazekas ve diğerleri (2001); Jemmott ve diğerleri (2002) ve Mitton (2000)'in deneysel bir verisindeki beyanı tutumlar ve inançların onların sağlık – arayan davranışlarını belirlediğini destekler. Buna ek olarak, çalışmalar Mcquinston ve diğerleri (2000) davranışın bilgi, Manhart ve diğerleri (2000) algılanmış duyarlılık, Manhart ve diğerleri (2002) ve Werner (2004) kendilik kimliği, geçmiş davranışlar ve alışkanlıklar, algılanan sosyal destek, etki ve algılanan ahlaki zorunluluk gibi başka belirleyicileri olduğunu iddia eder (Njie – Carr, 2008).

Bandura (1986) (öz – etkinlik), Fishbein (1993) (tutumlar ve inançlar) bir davranışı sergilemek için kişisel seçimlerin olduğu kadar kişilerin yaşamlarında etkili olan diğerlerinin belli davranışlarının önemi hakkındaki inançlarını ve davranışı sergilemenin fayda ve zararları hakkındaki inançları da dâhil eder. Rosenstock ve Kirscht'e (1974) göre bu psiko sosyal bağdaştırıcı değişkenler büyük oranda davranışı değişme olasılığı ile büyük oranda ilişkili sayılan değiştirme niyetlerini etkiler (Sorensen ve diğerleri, 2003).

2.3.1. Tutum oluşturuıcı öğeler

Freedman ve diğerleri (1993) bir kişiyi, sağcı ya da solcu, tutucu ya da liberal, inanan ya da tanrı tanımaz kılan şey nedir?. Niçin bazı insanlar Yahudi aleyhtarı, diğerleri ırkçı , diğer bazıları da önyargısızdırlar?. İnsanlar, niçin bir ürün hakkında en iyisi budur diyebilir ya da uyuşturuıcı maddelerin korkunç olduğuna karar verirler?. İyi dediği ürün hakkında ya da uyuşturuıcılar konusunda, bir bireyin düşüncesini değiştirip değiştirmeyeceğini belirleyen şey nedir? Bunlar, birçok seneler, ABD'de, bir anlamda sosyal psikolojinin merkezi konusu olan tutumların oluşumu ve değişimi üzerine, pek çok sayıda araştırma ve çalışma için temel oluşturan sorulardır". İşte bu soruların hedefi, tutumların oluşma süreci ve gerektiğinde değişme sürecinin varlığını görmektir (Barut, 2005).

Katz, tutumların, aşağıdaki dört amaca veya işleve hizmet ettiğini belirtmektedir: 1) *Ego-Savunucu İşlev*, tutumların bir fonksiyonu olarak insanların kendileri hakkındaki benlik imajlarını korumalarına hizmet etmeleridir. 2) *Değer İfade Etme (Açıklama) İşlevi*, bu işlev, kişilerin tutumlarını benimseme nedeni olarak, “kendisinin nasıl bir insan olduğunu” açıklama, ifade etme ihtiyacını vurgular. 3) *Araçsal veya Yarararcı İşlev*, bazı tutumların benimsenmesindeki temel işlev ise bunların kişiler için araçsal bir görev görmesi ve menfaatlerini maksimize etmek (en üst noktaya çıkarmak) için birer araç görevi görmeleridir. 4) *Tutumların Bilgi Kazandırıcı İşlevi*, bu işlev, tutumların, insanların dünyalarını yapılandırdıkları temel çerçeveyi sağlama ve yeni bilgileri değerlendirmeye yardım eden ve yargılara varmayı kolaylaştıran bir bilgi temeli oluşturma yönünü ifade eder (Barut, 2005).

Tutumlar doğuştan gelmediğine ve sonradan öğrenildiğine göre, tutumların öğrenilmesi sosyalleşme sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır. İnsanlar, bir tutum nesnesiyle karşılaşır ve onunla ilgili olumlu ya da olumsuz bir deneyim yaşar. Bu ise kısmen insanların o nesneye yönelik tutumlarını biçimlendirir. Yani daha önce o kişinin başından geçmiş olay ve deneyimler tutumlara yön verir. Bu tecrübelerin yaşanmasında doğup yaşadığı çevre, cinsiyet, eğitim, sosyal mevki vb. çevresel etmenler önemli rol oynar. Kağıtçıbaşı (2010) medya hem tutum oluşumuna, hem de var olan tutumların pekişmesine etki eder der. Peker’e göre (2008) din görevlileriyle ve dindarlarla ilişkiler, dinî tutumların oluşumu ve gelişimi, hatta değişimi açısından önemli fonksiyona sahiptir. İnceoğlu ise (2000) bireyin kişiliği ile tutumları arasında karşılıklı etkileşim vardır, bunun yanında genetik faktörlerin yanı sıra, geçici fizyolojik koşullar da bireysel ve bireylerarası tutum farklılaşmasına neden olabilir görüşündedir (Kavas, 2013).

Cüceloğlu belirttiği gibi tutumlar uzun sürelidirler. Geçici olarak bireyin gösterdiği bazı eğilimleri, o bireyin tutumu olarak görmemeliyiz. Bu eğilimlerin tutum olabilmesi için, bireyin o eğilimi oldukça uzun süreli olarak göstermesi gerekir (Kavas, 2013).

Tutumların zihinsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere üç oluşturuç ögesi vardır ve bu öğeler arasında genellikle örgütlenme, dolayısıyla da iç tutarlılık olduğu varsayılmaktadır (Breckler, 1984; İnceoğlu, 2010: 20). Bu varsayıma göre, bireyin bir konu hakkında bildikleri (zihinsel öge,) ona nasıl bir duyguyla yaklaşacağını (olumlu, olumsuz) ve ona karşı nasıl bir tavır ortaya koyacağını (davranışsal öge) belirler. Bireyin bir nesne, durum ya da kişi hakkında zihinsel, duygusal ve davranışsal anlamda ortaya koyduğu duruş onun

tutumunu yansıtır. Dolayısıyla da tutumun oluşması için söz konusu üç öge arasında örgütsel ve uyumlu bir ilişki ve eş güdüm olmak zorundadır (İnceoğlu, 2010: 20).

Zihinsel, duygusal ve davranışsal ögeler arasında bir iç uyum ve örgütlenme, yani eşgüdüm olmadığı sürece tutumun oluşması da mümkün değildir. O halde oluşturucu ögeler açısından ele alındığında tutum, söz konusu üç ögenin kendi aralarındaki örgütlenmeleri sonucunda ortaya çıkan bir duruş, tavır alıştır (İnceoğlu, 2010: 20).

Duygusal öge aynı zamanda bireyin değerler sistemi ile de yakından ilişkilidir. Davranışsal öge genellikle duygusal ögenin sonucu biçiminde yansır. Tutumun zihinsel ögesi, bireyin genellikle çevresindeki uyarıcılara ilişkin olarak yaşadığı deneyimlerden kaynağını alan bilgi birikimine dayanır. Davranışsal öge, bireyin belli bir uyarıcı grubundaki tutum konusuna karşı davranış eğilimini yansıtır. Bu davranış eğilimleri sözler ya da diğer hareketlerden gözlemlenebilir. Bunlar bireyin alışkanlıkları, normları ve söz konusu tutum nesnesi ile doğrudan ilişkili olmayan tutumlarının da etkisi altındadır (İnceoğlu, 2010: 21).

Tutumların ögeleri arasındaki tutarsızlık bireyde çelişki ve rahatsızlık meydana getirecektir. Bu tutarsızlığın giderilememesi durumunda bireyde psikolojik ve fizyolojik bazı tepkimelerin oluşması kaçınılmazdır. Yani bilişsel (inanç), duygusal ve davranışsal ögeler arasındaki kuvvetli tutarlılık bireyin ruh ve beden sağlığı açısından da önemlidir (Kavas, 2013).

Tutumlar yaşantı yoluyla öğrenildiğini belirten Tolan ve Diğerleri (1985)'ne göre ise Çocukluk döneminde anne ve babayı taklit ederek, oynadığı çevreden etkilenerek, ödüllendirilerek, okul döneminde öğretmen ve arkadaşlarının davranışlarını ve düşüncelerini yorumlayarak tutum oluşturur. Buraya kadar tutum homojen bir yapı gösterir. Üniversite döneminde ve askerde değerleri ve normları çok farklı kişilerle ilişki kurmalarıyla tutumlarda değişimler gözlenir. Toplumsal norm ve ilişkilerin etkisiyle şekillenen tutumlar, geçmiş yaşantılar ya da toplumsal etkilerle oluşmuş önyargıların etkisi altında kalır ve örgütlenmiş düşünce yapısı oluşur (Demirci, 2006: 23).

Atkinson (2010) Tutumlar, güçlü ve tutarlı olduklarında, tahmin edilen davranışla ilişkili olduklarında, kişinin doğrudan deneyimini temel aldıklarında ve kişi kendi tutumlarının farkında olduğunda bu durum en iyi davranış göstergesidir. Güçlü ve tutarlı tutumlar; davranışı, zayıf ya da belirsiz tutumlara göre daha kuvvetli yönlendirirler. Özellikle

deneyimi temel alan tutumlar davranışı, işitme ve okumanın oluşturduğu tutumlardan daha iyi gösterirler (Kavas, 2013).

Kişi, tutumunun İnceoğlu'na göre (1993), bilişsel ve duygusal olarak davranışından etkilendiğini ve kişinin değişik bir davranışta bulunduğu, tutumunun da değiştiğini ilk olarak ileri süren Festinger olmuştur (Barut, 2005).

Bandura (1982) bireylerin inançları, onların tutumlarının oluşmasında önemli rol oynadığı için davranışlarıyla da yakından ilişkilidirler. Ancak, Pajares (1992) inançların doğrudan gözlenemeyeceğini, inançlar hakkında, insanların söylediklerinden, niyetlerinden ve yaptıklarından yola çıkarak bir yargıya varılabileceğini belirtmiştir. Tutum, inanç ve davranış arasındaki bu ilişki nedeniyle, tutumdaki herhangi bir değişme inanç ve davranış ilişkisinin de değişmesine neden olacaktır (Çapri ve Çelikkaleli, 2008).

Tutumlar, insanların bir nesne veya fikre karşı sürdürdüğü olumlu veya olumsuz değerlemeleri, duygusallıkları veya lehte aleyhte eyleme geçme eğilimleridir. Bireylerin zamanla edindikleri deneyimlere ve grup ilişkilerine dayanırlar ve değişime karşı bir hayli direnç gösterirler (Eroğlu ve Bayraktar, 2008).

Tutum değişmesi konusunda ilk sistematik çalışmalar Cari Hovland ve arkadaşları tarafından başlatılmıştır. Hovland ve arkadaşları tutum değişmesinde etkili olabilecek üç faktör açıklamışlardır. Bunlar bilgi kaynağı, mesaj ve hedeftir (Demirci, 2006: 24). Hotaman'a göre (1995) bilgi kaynağı, tutum değişmesine yol açmak için verilen bilginin kim tarafından verildiğine; mesaj, bu bilginin nasıl verildiğine; hedef ise bu bilginin yöneltildiği, yani tutumu değiştirmesi amaçlanan kişi veya kişilere işaret eder (Demirci, 2006: 24).

Tutum üç ana yaklaşım ile değişir; bilişsel, sosyal ve davranışsal. Bilişsel yaklaşımlar insanların bir tutum nesnesi hakkında düşünme şeklini değiştirmeye dayanır. Çok sıklıkla bu, eski tutum ve yeni tutum arasındaki çatışma veya uyumsuzluğu işin içine katarak bu bilgiyi veya ikna edici iletişimi kullanarak yapılır. Davranışsal yaklaşımlar ödül ve cezalara dayanır. Ödüllendirilen davranışlarımızı tekrarlamaya meyilli olduğumuz için bu yaklaşım ifade edildiği şekilde olumlu tutumların bilinçli ödülü gerektirir. Ödül tutumun yeniden ifade edilmesi şansını artırır ve sonuçta bireyin inanç sistemi içerisinde bütünleşir. Sosyal yaklaşımlar gıpta ettiğimiz diğer insanların inanç ve davranışlarını taklit etme eğilimimize

dayanır. İnsanlar, özellikle de çocuklar, çekici rol modellerinin dışı vurduğu tutumlara maruz kaldıklarında bu tutumları kendilerininmiş gibi üstlenirler. Ve böyle yaparak ödüllendirilirlerse zamanla bunu sürekli hale getirirler (Johnston, 2011).

2.3.2. Sağlık üzerinde tutumlar, inançlar ve davranışların etkisi

Ekonomik ve sosyal kaynakların sağlık getirilerinin eşitsiz dağıtımına katkıda bulunduğu bilinmektedir. Genel davranışlar kültürle ilişkili etmenlerin de sağlık durumu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Abel, 2008). Wardle ve Steptoe sağlıklı yaşam biçimindeki sosyo ekonomik farklılıkların yaşam süresi boyunca ortaya çıkabilecek hayat fırsatları ve maddi zorluklara maruz kalma ve hastalık gibi değişimler yoluyla ortaya çıkabilecek sağlığa karşı tutumlardaki farklılıklarla ilişkili olduğunu beyan etmişlerdir (Wardle ve Steptoe, 2003).

Sağlık ve hastalığın her toplumun kültürünün bir parçası olması nedeniyle, toplumun hastalık hakkındaki değer yargıları, inanç ve tutumları o kültürün özelliklerini taşır. Hastalık evrensel bir olgu iken, hastalığın algılanışı ve tedavi usulleri kültürler arası farklılıklar dolayısıyla, toplumdan topluma farklılık gösterir (Adak, 2002: 9-10). Örneğin, bazı yiyeceklerin yenmesi serbestken bazıları yasaktır. Bu, İslam dininde sevap, günah/haram kavramlarıyla belirlenir. Ağrı konusunda dini ve mitik açıklamalar vardır. Müslümanlar için yazgı, Hindular için karma, yani geçmişteki reenkarnasyonlardan kalan bir yük, Hıristiyanlar için ise, günahın kutsal kara kamçısıdır. Hastalıkların tedavisinde de dinden yararlanılmaktadır (Adak, 2002: 78-79).

Marmot İngiltere'deki sağlık eşitsizlikleri incelemesinde ilgi sadece kötü sağlık sebepleri üzerine değil aynı zamanda 'sebeplerin sebepleri' üzerinedir (Marmot, 2010). İnsanların yaptığı davranışsal seçimlerin kökleri sosyal ve ekonomik çevrelerinde bulunur (Marmot, 2010).

Kassarjian ve Cohen (1965) sigara içenlerin bu davranışı nasıl mantığa uydurduklarını analiz etmeye çalışmışlardır. Sigara içenlerin sigaraya devam etmelerini meşrulaştırmak için: (1) davranışları için sorumluluğu ortadan kaldırarak ("Bırakamıyorum" veya "bırakmak için çok büyük çaba gerekiyor"); (2) inkâr, çarpıtma, sağlık tehlikesinin seviyesini yanlış algılama veya azımsama ("birçok içici çok uzun yaşıyor" veya "başka birçok şey de tehlikeli"); ve/ veya (3) içicinin davranışının tutarsızlığını azaltan bilgileri seçip çıkartma " sigara içmek aşırı yemekten ve içmekten daha iyi" veya " sigara içmek

sinir hastası olmaktan daha iyidir” ifadelerine başvurduklarını söylemişlerdir (Pickens, 2005: 47).

Kovess ve Lazarus (1999); Parizot ve Chauvin (2003) de Pascal ve diğerlerinin (2009) beyanlarına göre mahrumiyet ve sağlık alanlarında Fransa’da yapılan araştırma evsiz insanlar veya ücretsiz sağlık hizmeti kullanıcıları gibi belirli grupların kötü sağlık durumlarının sadece maddi kaynak eksikliği, kötü yaşam koşulları, sağlık bakımına yetersiz erişim ve sağlığa zarar veren davranışlar ile açıklanamayacağını göstermiştir. Ancak duygusal ve sosyal destek eksikliği, kendine güven ve yaşamı üzerinde kontrol eksikliği gibi psiko sosyal etmenlere de dayanmaktadır (Cambois ve Jusot, 2010).

Stampfer ve diğerleri (2000), Hu ve diğerleri (2001) ve en son epidemiyoloji çalışmaları kilo durumu, diyet ve fiziksel aktivite ve sigara kullanımı için halk sağlığı yönergelerine uymanın kronik hastalıkların dramatik olarak azalmasını belgeler (Sorensen ve diğerleri, 2003).

Douglass ve diğerleri (1995) inançlar, tutumlar ve çevresel ortam davranışı etkileyebilir. Drayton – Brooks ve White (2004) sağlığı iyileştirici davranışlar, sağlığı düzeltici ve yaşamı tehdit eden hastalıkları önlemeyi ispatlayan davranışlar olarak kabul edilebilir. Tarımın Amerika Birleşik devlet departmanı (2005) tarafından tavsiye edilen, günlük meyve, sebze ve tam tahıl tüketimi, tuz ve doymuş yağ alımını azaltma ve haftanın birkaç günü fiziksel aktivitede bulunmayı içeren sağlıklı davranışlar, kalp hastalıkları, tip 2 şeker hastalığı, hipertansiyon, kalp krizi ve bazı kanser türleri gibi yaşamı tehdit eden hastalıkların riskini azaltabilir (Murray, 2009). Yardımcı davranışlar SSB hedefleyen sağlık politikalarını desteklemeyi içerebilir (Lundell ve diğerleri, 2013). Bolam ve meslektaşları (2004) sağlığın belirlenmesinde sosyal sınıfın önemine karşı rekabetçi tutumlar takındığını, bunun etkisini bireylerle tartıştıklarında reddettiklerini fakat daha geniş yapısal ve politik konulardan bahsedildiğinde kabul ettiklerini bulmuşlardır. Bir sıra çalışma, nitelilerin konuşma sırasında tarif edilen sabit bilişsel süreçler olarak kabul edilmemesi gerektiğini; bunların bir ortam veya çevre içerisinde belirli işlevlere hizmet etmeye uyarlanabildiklerini iddia etmektedir (Lundell ve diğerleri, 2013).

Humphreys ve Rolley’in (1991) çalışmalarında görünüyor ki ‘potansiyel tüketicinin’ bakım istemeye olan istekliliği kısmen bireyin sağlığa karşı olan tutumları, sağlık hizmeti hakkındaki bilgisi, hastalığın öğrenilmiş tanımları (sosyal ve kültürel) ve sağlık hizmetine

olan ihtiyacını algılayışına dayanır. Schmidt ve Strong (1997) acı veya kozmetik çekicilik üzerine olan endişelerden çok ‘performans veya üreticiliği sağlamak önemlidir demektir (Dixon ve Welch, 2000).

Son olarak, temelde etkili davranış değişikliği müdahalelerinin geliştirilmesinde Fishbein (1995) nedensel olmasa bile, sağlık bilgisi ve tutumlarındaki değişimler zaman içinde bireysel ve toplumsal davranış değişimlerine katkıda bulunabilir (Taylor ve diğerleri, 2006:14). Sigara bırakma, egzersiz, diyet ve HIV risk kontrolü gibi alanlardaki sağlık-davranış değişimi (SDD) müdahalelerin akciğer kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), kardiyovasküler hastalık (KH) ve edinilmiş – bağışıklık sendromu (AIDS) gibi hastalıklardan ölüm ve ölümcüllüğü azalttığı açıktır (Taylor ve diğerleri, 2006: 15).

2.4. Sağlık Belirleyicileri Konusunda Toplumun İnanç ve Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Yapılmış Çalışmalar

Araştırmacı çalışmanın konusu ile ilişkili sağlıkla ilgili veri tabanlarını ve elektronik çalışmaların bütününe kullanarak arama motorlarını gezmiş ve sonra bu çalışmaları EK-1 (çizelge 2.4.1) de özetlemiştir.

3. YÖNTEM

Bu çalışmada Türkiye ve Filistin’de yaşayan bireylerin sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili inanç ve tutumlarını ortaya koymak, siyasi ve ekonomik durumları değişik olmalarına bakılmaksızın coğrafi, iklim ve din benzerliğine rağmen sağlığı algılama konusunda görüşlerde benzerlik veya değişiklik olup olmadığı belirlenmeye çalışılmaktadır. Çalışma konusu dört ana eksen oluşmaktadır; 1) sağlığın sosyal belirleyicileri, 2) kültürel unsurlar “Toplumun İnanç ve Tutum Ağları”, 3) mekânsal boyutu “Türkiye ve Filistin”, 4) birinci ve ikinci eksen çalışmanın mekânsal boyutu açısından; Türkiye’de (Ankara) ve Filistin’de (Nablus valilik) karşılaştırmasıdır.

Araştırmacı bu çalışmanın ikinci bölümünde bireylerin ve toplumların arasındaki sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili farklılıkların ve eşitsizliklerin nedenlerini detaylı olarak açıklamıştır. Ve bu farklılıkları ve eşitsizlikleri azaltmak için bazı devletlerin ve büyük örgütlerin çabaları ve rolleri ile kullanılan değişik mekanizmalar incelenmiştir. Bireylerin ve toplumların sağlığı ile ilgili farklılıkların nedenleri üzerinde durulmuştur. İlâveten, siyasetçilerin sağlık politikalarını koyma engelleri de incelenmiştir. Bu sağlık politikalarının uygulaması ve uygunluğu ile ilgili kolaylaştırıcı fırsatlara yer verilmiştir. Aynı zamanda sağlık kavramına ve bu toplumların doğru ve pozitif düşüncelerinde rol oynayan kültür faktörleri (inanç-tutum ağları) ihmal edilmemiştir.

Bu bölümde Türkiye ve Filistin yerel ekseni hakkında bilgi verilecektir. Sonra; araştırma yöntemine ilişkin açıklamalara yer verilmektedir. Ayrıca araştırma evreninin özelliklerine, araştırmanın veri toplama aracı, yöntemi ve ölçeklere ilişkin bilgi verilmektedir.

3.1. Türkiye Sosyo-Kültürel Yapısı

Çalışma sonuçlarına göre Türkiye Avrupa Birliğinin belirlediği kriterlerin gerisinde olmasına rağmen iyiye ve ileriye doğru ilerlediği aşikârdır. Adil olabilmek için duruma kuş bakışı bakmamız gerekmektedir. Tüm tabloyu gören bir bakış ile değerlendirip ana eksenleri tanımış oluruz.

Türkiye’nin yıllar itibariyle sürekli bir gelişme gösterdiği görülmektedir. Ancak Türkiye Eğitim Endeksi, Sağlık Endeksi, İnsani Gelişme Endeksi gibi birçok endekste; AB aday

ülkelerinin gerisinde kalırken, sadece Gelir Endeksi ve Kişi Başına Gayri Safi Gelir Endeksinde daha iyi sonuçlara sahiptir. Dolayısıyla ortaya konulan veriler, Türkiye'deki gelişmelerin yetersiz kaldığını ve bu konularda daha somut adımların atılması gerektiği sonucunu ortaya koymaktadır (Ünal, 2013).

Farklı bir çalışmada refahın ölçülmesinde alternatif bir yaklaşım olarak sunulan Daha İyi Yaşam Endeksi'ni Türkiye açısından değerlendirilmektedir. EİKÖ (2013) tarafından uygulamaya konulan bu endeks konut, gelir, iş, iletişim ve toplum, eğitim, çevre, sivil katılım ve yönetim, sağlık, yaşam memnuniyeti, güvenlik ve iş yaşam dengesi kriterlerine göre oluşturulmaktadır. Çalışma sonuçları Türkiye'nin EİKÖ (2013) ülkeleri arasında daha iyi Yaşam Endeks değeri en düşük ülke olduğunu göstermektedir ve Türkiye'nin durumu kısaca şöyledir (Akar, 2014);

- Konut: EİKÖ üyesi ülkelerin hane halkının büyük çoğunluğu (% 87) konutlarından memnundur. Türkiye'de endekse göre konut kriteri 10 puan üzerinden 2,2 değerini almıştır.
- Gelir: yılda ortalama 23.938 dolar ile EİKÖ ortalamasından düşüktür. Bu nedenle endeks değeri, 0,6'dır.
- İş: İstihdam açısından bakıldığında, 15–64 yaş çalışabilir nüfusun %49'u ücretli işe sahiptir. EİKÖ ülkelerinde ortalama istihdam oranı %65'tir. Türkiye bu kriterde EİKÖ ülke ortalamasının altında yer almaktadır. Endeks değeri, 4,3 olarak gerçekleşmiştir.
- İletişim: Türkiye'nin sosyal iletişim ve kişisel ilişkiler açısından almış olduğu değer 3,8'dir.
- Eğitim: İyi bir eğitim, iyi bir iş için gerekli ön koşuldur. Türkiye'de 25–64 yaş aralığında olan yetişkinlerin %32'si lise derecesine sahiptir. EİKÖ ülke ortalaması ise bu %75'tir. EİKÖ ülkeleri arasında Türkiye eğitim açısından en düşük orana sahip ülkedir. Bu kriterin endeks değeri 2,5'tir.

- Çevre: Türkiye ayrıca, su kalitesi açısından da EİKÖ ortalamasının altındadır. Bireylerin %60'ı su kalitesinden memnun iken, EİKÖ de bu oran %84'tür. Çevre kriterinin değeri 2,9'dur.
- Sivil katılım: Türkiye'de sivil katılım %79 ile EİKÖ ortalamasının (%89) altında olmasına rağmen yine de yüksek düzeyde gerçekleştiği ileri sürülebilir. Endeks değeri 6,2'dir.
- Sağlık: Türkiye yaşam beklentisi 75 yıl ile EİKÖ ortalamasından (80 yıl) 5 yıl gerisinde bulunmaktadır. Bu nedenle endeks değeri diğer ülkelere kıyasla düşük seviyededir. Sağlık kriterinin değeri 5,2 olarak gerçekleşmiştir.
- Yaşam memnuniyeti: Türkiye'de yaşayan bireyler hayatlarından EİKÖ ortalamasına göre daha az memnundur. Türkiye'de yaşam kalitesinden memnun olan bireyler %61 iken, EİKÖ de bu oran %76'dır. Türkiye'de bu kriter değeri 0.5'tir.
- Güvenlik: EİKÖ ülkelerinde bireylerin sadece %3,9'u kişisel güvenliğin olmadığını ve saldırıya uğradıklarını ifade etmektedir. Türkiye'de güvenlik kriteri 7,8'dir
- İş yaşam dengesi: Türkiye'de bireyler yılda 1.855 saat çalışmaktadır. EİKÖ ülkelerinde bu oran yılda ortalama 1.765 saattir. Diğer bir deyişle Türkiye'deki bireyler daha fazla çalışma saatlerine sahiptir. Endeks değeri, 0,0'dır.

3.1.1.Coğrafik konumu

Harita (3.1)'de görüldüğü üzere, Trakya yani Türkiye'nin en batısı ve Avrupa'daki kesimi Avrupa'nın güneydoğudaki en uç kısmını ve Bulgaristan'ın ve Yunanistan'ın doğusunu oluşturmaktadır (Library of Congress, 2008).

Türkiye'nin yüzölçümünün yüzde 8 kadarı Trakya'dadır. Türkiye yüzölçümünün en büyük parçasını oluşturan Anadolu Kuzeyde Karadeniz ile Güneyde Akdeniz arasında konumlanmış olan bir yarımadadır. Trakya ve Anadolu birbirinden Marmara Deniziyle ve stratejik Çanakkale ve İstanbul boğazlarıyla ayrılırlar. Türkiye'nin toplam alanı 780.580

kilometrekaredir ve buna 9.820 kilometrekare su alanı dâhildir. Buna ek olarak, Türkiye'nin kara sınırları yandaki gibidir: Suriye ile 822 kilometre, İran'la 499 kilometre, Irak'la 352 kilometre, Ermenistan'la 268 kilometre, Gürcistan'la 252 kilometre, Bulgaristan'la 240 kilometre, Yunanistan'la 206 kilometre ve Azerbaycan'la 9 kilometre (Library of Congress, 2008).



Harita 3.1. Türkiye'nin yedi bölgesi

3.1.2. İklim Koşulları

Ege ve Akdeniz sahil bölgeleri soğuk ve yağmurlu kış mevsimine ve sıcak ve orta derecede kuru yaz mevsimine sahiptir ve yıllık yağış 580 ile 1,300 mm arasındadır. Karadeniz sahil bölgesinin sıcaklık sınırları diğer sahil bölgelerinden daha düşüktür ve yılda ortalama 1,400 mm yağışla Türkiye'nin en yağışlı bölgesidir. Türkiye'nin dağ sıraları tarafından denizden bloke edilmiş olduğu için, Anadolu Platosu şiddetli bir karasal iklime sahiptir ve kışın aşırı derecede soğuktur (-40°C 'ye kadar düşen sıcaklıklarla) ve yazın aşırı derecede sıcaktır. Yıllık yağış ortalaması 400 mm dir. Doğu'daki yüksek araziler sıcak ve kuru bir yaz mevsimine ve ağır kar yağışlı ve çok soğuk kış mevsimine sahiptir (Library of Congress, 2008).

3.1.3. Etnik gruplar

Nüfusun yaklaşık % 80'ni Türk'tür ve Güney doğu'da yoğunlaşan yaklaşık % 17'si Kürt'tür. Daha küçük azınlık grupları Araplardan, Ermenilerden, Rumlardan, Yahudilerden ve Dönmelerden (Edirne ve İstanbul'da yoğun olarak yaşayan ve ataları Yahudilikten dönmüş olan küçük ve ayrı bir grup Müslüman) oluşur. Son yıllarda, Ermeni, Rum ve Yahudi nüfusları sabit bir şekilde azalmıştır. Sayıları ve coğrafi yoğunlukları nedeniyle Kürtler açık arayla en önemli etnik azınlık olmuşlardır. Buradaki anahtar meseleler Kürtlerin serbestlik ve otonomi istekleri ve Kürtçe öğretimin yasak olmasından ve geleneklerini ve adetlerini bırakmaya zorlandıklarından şikâyet etmeleridir (Library of Congress, 2008).

3.1.4. Konuşulan diller

Türkiye için listelenmiş olan bireysel diller 36 tanedir. Bunlardan 35'i yaşamaktadır ve 1'i kaybolmuştur. Yaşayan dillerden 3'ü kurumsal, 14'ü gelişmekte, 7'si etkin, 10'u sorunlu ve 1 tanesi ölmektedir (Lewis ve diğerleri, 2014).

Resmi dil Türkçedir ve bu dil on birinci yüzyılda Anadolu'ya gelen Selçuklu Türklerinin mirası olan Eski Anadolu Türkçe 'sinin devamıdır. Yüzyıllar boyunca, bu dile bölgedeki diğer dillerden birçok ödünç kelime girmiştir. Kürtçe, Bulgarca, Ermenice, Balkan Gagavuz Türkçesi, Domari, Ladino ve Romani dilleri de kayda değer sayıda insan tarafından konuşulmaktadır (Library of Congress, 2008).

Lingüistik Derneği Başkanı Nadir Engin Uzun'a göre, "Türkçe 'den sonra Kürtçe en çok konuşulan dildir, Ethnologue'nin 2009 verilerine göre yaklaşık 15 milyon kişi bu dili konuşmaktadır. Temel olarak Güneydoğu ve Orta Anadolu kentlerinde yaklaşık olarak 1,6 milyondan fazla kişi tarafından konuşulan Zaza'ca Kürtçeyi takip eder. Dördüncü en yaygın dil Kayseri, Samsun, Amasya ve Çorum illerinde yaşayan yaklaşık 1 milyon kişinin konuştuğu Çerkezcedir ve diğer bir Çerkez dili olan Adige yaklaşık olarak 278.000 kişi tarafından konuşulmakta ve en son temel olarak Suriye'ye sınır olan kentlerde Türkiye'nin güney doğusunda yaşayan 500.000 kişi tarafından konuşulan ve en yaygın dillerden biri olan Arapça gelir" (Ünal, 2013).

3.1.5. Din

Nüfusun yüzde 99'undan fazlası Müslüman ve çoğunlukla Sünni'dir. Hristiyanlık (Rum Ortodoks ve Ermeni Apostollüğü) ve Yahudilik diğer mevcut dinlerdir ama Müslüman olmayan nüfus 2000'lerin erken dönemlerinde azalmıştır. 1980'lerden başlayarak, devlette dinin rolü bölücü bir mesele olmuştur çünkü etkisel gruplar Kemalizm'le gelen tam laikliğe karşı gelmişlerdir ve İslami uygulamalar oldukça çok biçimde yeniden canlanmıştır. 2000'lerin erken döneminde, İslami gruplar artan şiddetle laik devlet kavramına karşı gelmişlerdir ve Erdoğan hükümeti 2003 yılında bu meseleyi ılımlı bir hale getirmiştir. 2008 yılında, Diyanet İşleri Başkanlığı (Türkiye'deki tüm dinsel etkinlikleri yürüten hükümet kuruluşu) Türkiye'deki dinler ve kültürler arasında uzlaşmayı teşvik etmek ve İslam'ın ülke dışında anlaşılmasını arttırmak için uluslararası bir teoloji fakültesi kurulmasını önermiştir (Library of Congress, 2008).

3.1.6. Türkiye'de demografik göstergeler

Türkiye İstatistik Kurumu 29.01.2014 tarihinde 2013 yılı "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçlarına göre 31 Aralık 2013 tarihi itibarıyla; Türkiye'de ikamet eden nüfus 2013 yılında 76.667.864 kişi olmuştur. Toplam nüfus içinde erkek nüfusun oranı % 50,2, kadın nüfusun oranı % 49,8 olarak gerçekleşmiştir. Yıllık nüfus artış hızı 2012 yılında binde 12 iken 2013 yılında binde 13,7'ye yükselmiştir. En çok nüfusa sahip il 14.160.467 kişi ile İstanbul olmuştur. Türkiye nüfusunun % 18,5'i İstanbul'da yaşarken bunu % 6,6 ile Ankara, % 5,3 ile İzmir, % 3,6 ile Bursa ve %2,8 ile Antalya takip etmiştir. Bayburt ili % 0,1 ile en az nüfusun ikamet ettiği il durumundadır. Türkiye'de 2013 yılında ortalama yaş 30,4 olmuştur (TÜİK,2014). Türkiye nüfusunun % 8,5'ini 30-34 yaş arası nüfus grubu oluşturmaktadır. 30-34 yaş grubunu % 8,4 oranı ile ikinci sırada 15-19 yaş nüfus grubu izlemektedir. 15-64 yaş grubunda bulunan çalışma çağındaki nüfusun oranı % 67,7 olarak gerçekleşmiştir. Çocuk yaş grubundaki 0-14 nüfusun oranı ise %24,6'ya gerilerken, 65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun oranı da % 7,7'ye yükselmiştir (TÜİK, 2014).

3.1.7. Eğitim durumu

TÜİK'in Nisan 2013 eğitim verilerine göre Türkiye genelinde (6-13), (14-17) yaş gruplarında okuma yazma bilmeyenlerin oranı binde bir'lerin altında kalıp, 18- 21 yaş grubunda da yüzde

1'lere inerken, 50- 54 yaş arasında okuma yazma bilmeyenlerin oranı 4,61 olurken, bu oran 65 yaş ve üzerinde 25,37'e çıkmaktadır. Türkiye'de 15 yaş üzeri eğitim durumuna göre nüfus dağılımı ise şöyle okuma yazma bilmeyen % 5, okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen %7 insan var. İlkokul mezunu oranı % 28. İlköğretim diplomasına sahip olanların oranı % 21. % 5 ortaokul veya dengi okul mezunları, % 22 lise veya dengi okul mezunları var. Yüksekokul veya fakülte mezunlarının oranı % 11, Yüksek lisans mezunu % 1, doktora mezunu ise 122.619dur. Bu sonuçlara önceki yıllara göre baktığında Türkiye genelinde başlatılan okuma-yazma kampanyalarıyla okuryazar oranının arttığı gözlenmiştir (TÜİK, 2013).

3.1.8. Sağlık durumu

Türkiye'deki sağlık bakımı eskiden Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen merkezi bir devlet sistemine büyük ölçüde bağımlıydı. 2003 yılında, iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi özel sağlık hizmetlerinin devlet sağlık hizmetlerine oranını arttırmayı hedefleyen ve sağlık bakımını toplumun daha büyük bir kesimi için olanaklı kılan baştan sona bir sağlık reformu programı başlattı (Colliers International, 2014).

Türkiye İstatistik Kurumunun 2012 yılı sağlık harcamaları ile ilgili göstergileri belirtmektedir ki, genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2009 yılında % 81, 2010 yılında % 78,6, 2011 yılında % 79,6 ve 2012 yılında ise % 76,8 olarak gerçekleşti. Hanehalkları tarafından yapılan cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2009 yılında % 14,1, 2010 yılında % 16,3, 2011 ve 2012 yıllarında % 15,4 olarak gerçekleşti, kişi başı toplam sağlık harcaması (Nominal, TL) 1.020, toplam sağlık harcamasının, gayri safi yurtiçi hasılaya oranı %5,4 (TÜİK, 2013).

Türkiye İstatistik Kurumu 2012 verilerine göre; toplam sağlık kurumu sayısı 29. 960, 1000 kişi başına düşen yatak sayısı 2,65, hekim başına düşen kişi sayısı 583 olmaktadır (TÜİK, 2013). Sürdürülebilir kalkınma 2012-2013 hazırlanan raporu göstergelerine göre doğumda beklenen yaşam süresi 76,8 (TÜİK, 2014), 2012 yılında ölüm istatistiklerine göre bebek ölüm hızı 1000 canlı doğum başına 11,6 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2013).

2012 yılı verilerine göre; Türkiye'de 832'si Sağlık Bakanlığı, 65'i üniversite, 541'i özel, 45'i diğer (diğer kamu kuruluşları ve yerel idarelere ait hastaneleri kapsamaktadır.) olmak üzere

1483 hastane bulunmaktadır. Kadrolu yatak sayısı sağlık bakanlığı hastanelerinde 122.322, üniversite hastanelerinde 35.150, özel hastanelerde 35.767, diğer (diğer kamu kuruluşları ve yerel idarelere ait hastaneleri kapsamaktadır.) hastanelerde 6.833 olmak üzere toplam 200.072'dir. Sağlık personeli 2012 yılında 129.772 olan hekim sayısının 70.103'ü uzman hekim, 38.877'si pratisyen hekim, 20.792'si asistan hekimdir. Diş hekimisi sayısı ise 21.404'tür. Diğer sağlık personeli sayısı 122.663, hemşire sayısı 134.906'dır (TÜİK'te Rakamlar Ne Diyor, 2014: 8).

2013 yılında ölüme sebep olan ilk altı hastalık grubu sırasıyla; % 39,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları, % 21,3 ile iyi ve kötü huylu tümörler, % 9,8 ile solunum sistemi hastalıkları, % 5,6 ile endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar, % 5,5 ile dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler, % 4,1 ile sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları olarak görülmektedir (TÜİK'te Rakamlar Ne Diyor, 2014: 8).

Ek olarak TÜİK tarafından gerçekleştirilen çalışmaya göre sağlıkta dönüşüm sürecinin olumlu bir sonucu olarak kamu sağlık hizmetlerindeki memnuniyet 2003 yılında % 39,5'ten 2010 yılında % 73'e 2012'de de 80'lere ulaştığı lakin 2013'te bu durumun 79'la düştüğü de gösterilmektedir. Şüphesiz sağlık hizmetlerinin vatandaş tarafından daha fazla kullanılması, kamu sağlık sektörü finansmanının önemini arttırmaktadır. Ancak sağlık sisteminde gerek genel sağlık sigortasının kapsamının genişliği, gerek değişen demografik ve ekonomik göstergeler neticesinde artan kamu maliyetleri göz önüne alındığında kaliteli bir sisteme erişimin sürdürülebilirliğinin oldukça zorlaştığı görülmektedir. Sonuç olarak, her bir alt sektöre yönelik geliştirilen önerilerin, kaliteli ve sürdürülebilir bir sağlık sistemin geliştirilmesi adına tek bir çatı altında toplanarak uygulanabilmesi için, sektörün tüm paydaşları (kamu ve özel sektör temsilcileri) ile bilim adamlarının katılımı ile Türkiye Sağlık Sektörü Yol Haritasının oluşturulması önerilmektedir (Yazgı, 2013).

3.1.9. Ekonomik durum

Türkiye'de son yıllarda ekonomideki yapısal reformlara büyük önem verilmektedir. Geçtiğimiz dönemde özelleştirme süreci hızlandırılmış, kamu maliyesine düzen getirilmiş, ayrıca mali piyasalardan başlamak üzere tarım, sosyal güvenlik, enerji, turizm ve iletişim sektörlerinde önemli reformlar gerçekleştirilmiştir. Reformlar sayesinde ekonomik kurumların altyapısı güçlendirilmiş, özerk kurumlar oluşturulması suretiyle uluslararası

piyasalarda meydana gelebilecek dalgalanmalara karşı ekonomi daha dayanıklı hale getirilmiştir. Sermaye piyasaları modern çağın anlayışına uygun şekilde yeniden düzenlenmiş, çoğu bürokratik engel ya kaldırılmış, ya da asgarî ölçülere getirilmiştir (T.C Dış İşleri Bakanlığı Bakanlığı, 2014).

Türkiye, küresel ekonomik krizden en hızlı çıkan ve son dönemlerdeki küresel ekonomik belirsizlikten görece olarak az etkilenen ülkelerdendir. 2003-2013 döneminde yıllık ortalama büyüme oranı % 5 olmuştur. 2014 ilk çeyrekte Türkiye ekonomisi % 4,3 oranında büyümüştür. 2013 yılı itibarıyla Türkiye Dünya'nın 17'nci, Avrupa'nın 6'ncı büyük ekonomisidir (T.C Dış İşleri Bakanlığı Bakanlığı, 2014).

2014 Ağustos ayında kapasite kullanım oranı %74,7 olarak gerçekleşmiştir. Kişi başına gayri safi yurtiçi hâsıla, 2013 yılında, 2002 yılına göre 3 kattan fazla artarak 3.492 dolardan 10.782 dolara yükselmiştir. 2014 Mayıs döneminde işsizlik oranı % 8,8, mevsim etkisinden arındırılmış işsizlik oranı ise % 9,5 düzeyinde gerçekleşmiştir. Dünya Bankası (2012) verilerine göre Türkiye; Rusya, Almanya, İngiltere ve Fransa'dan sonra Avrupa'daki 5. büyük işgücüne sahip ülkedir (T.C Dış İşleri Bakanlığı, 2014).

3.1.10. Politika ve hükümet

1980 askeri darbesinin ardından ordu tarafından çıkarılan 1982 anayasası Türkiye'nin hükümet sisteminin demokratik, laik ve parlamenter olduğunu ilan etmiştir. Başbakan hükümetin başı olarak hizmet verir ve cumhurbaşkanı da devletin başıdır. Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin 550 üyesi vardır ve bunlar oy oranı temsiline göre beş yıllık bir süre için seçilirler ve seçilmeleri % 10'luk bir oy barajına bağlıdır (Library of Congress, 2008).

Türkiyenin 1946 yılından beri çok partili bir sistemi vardır ama yeni partilerin kurulmasına getirilen sınırlandırmalar ve yargının partileri dağıtma potansiyeli tartışmalı meseleler olmuştur. 1995 ve 2001'deki anayasal değişiklikler Anayasa Mahkemesinin bir partiyi dağıtma yetkisini sınırlandırmıştır. 2002'deki parlamento seçimleri parti güçlerinde büyük bir kaymaya neden oldu ve sadece iki parti – CHP ve AKP parlamentoda sandalye sahibi oldular. 2007 seçimlerinde, ultra-milliyetçi parti Milliyetçi Hareket Partisi 71 sandalye kazanarak parlamentodaki üçüncü parti oldu. AKP bir önceki seçime göre 23 sandalye kaybetmesine rağmen çoğunluğu elinde tuttu (550 sandalyeden 341 sandalye). 2003'te olduğu gibi, partinin

başkanı Recep Tayyip Erdoğan 2007 seçimlerinin ardından başbakan oldu (Library of Congress, 2008).

2014 tarihinde düzenlenen Cumhurbaşkanlığı seçiminin *Recep Tayyip Erdoğan* Türkiye Cumhuriyeti'nin 12. Cumhurbaşkanı seçildi ve partinin genel başkanlığına Dışişleri Bakanı *Ahmet Davutoğlu* seçildi (Aljazeera, 2014).

Türkiye profilini kapatmadan önce Türkiye'nin üye olduğu uluslararası kuruluşlar şunlardır: Asya Kalkınma Bankası, Uluslararası Ödeme Bankası, Karadeniz Ekonomik İşbirliği Paketi, Avrupa Konseyi, Ekonomik İşbirliği Teşkilatı, Avrupa Atlantik Ortaklık Konseyi, Avrupa İmar ve Kalkınma Bankası, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, Gıda ve Tarım Kuruluşu, Uluslararası Atom Enerjisi Ajansı, Uluslararası İmar ve Kalkınma Bankası, Uluslararası Sivil Havacılık Kuruluşu, Uluslararası Kriminal Polis Teşkilatı (Interpol), Uluslararası Kalkınma Birliği, Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Federasyonu, Uluslararası Finans Teşkilatı, Tarımsal Kalkınma Uluslararası Fonu, Uluslararası Çalışma Örgütü, Uluslararası Denizcilik Teşkilatı, Uluslararası Para Fonu, Uluslararası Göç Teşkilatı, Uluslararası Telekomünikasyon Birliği, İslami Kalkınma Bankası, Kuzey Atlantik Antlaşması Örgütü, Nükleer Enerji Ajansı, Nükleer Tedarikçiler Grubu, Kimyasal Silahların Yasaklanması Teşkilatı, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı, Avrupa'da Güvenlik ve İşbirliği Teşkilatı, İslami Konferans Teşkilatı, Kirliliği Kontrol Ajansı, Ticaret ve Kalkınma için Birleşmiş Milletler Komitesi, Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Organizasyonu, Birleşmiş Milletler Endüstriyel Kalkınma Organizasyonu, Evrensel Posta Birliği, Dünya Gümrük Birliği, Ticaret Birlikleri Dünya Federasyonu, Dünya Sağlık Teşkilatı, Dünya Entelektüel Mülk Teşkilatı, Dünya Turizm Teşkilatı ve Dünya Ticaret Kuruluşu (Library of Congress,2008).

3.2. Filistin (Holy Land) Sosyo-Kültürel Yapısı

Filistin, hem Hz. İbrahim'in kendisi gibi peygamber olan iki oğlu Hz. İsmail ve Hz. İshak'ın soyundan gelen Müslüman ve Yahudiler (İsrail oğulları) için hem de Hz. İsa'nın doğum ve mücadele yeri olması özelliği ile Hristiyanlar için kutsal bir coğrafyadır (Yaşar ve diğerleri, 2010: 17).

I. Dünya Savaşı sırasında Ortadoğu'nun paylaşımını öngören İngiltere ve Fransa arasındaki Sykes-Picot Anlaşması ve bir sene sonra 1917 Balfour Deklarasyonu, Yahudilere Filistin

topraklarını resmen açarken, İngiliz mandası (1920-48) ile birlikte bölge, yavaş yavaş anarşinin kucağına bırakılıyordu. II. Abdülhamid'i aşmayı başaramayan Yahudiler, Padişah'ın büyük önlemler aldığı bu topraklarda artık Haganah (1920-48), Stern / Lehi (1940-48) ve Irgun (1931-48) gibi çetelerle Müslümanlara karşı her türlü saldırıyı sistematik bir biçimde sürdürmeye başlamıştı (Yaşar ve diğerleri, 2010: 18).

II. Dünya Savaşı sonrasında bölgede İngiltere'nin yerini ABD aldı. 1948 yılı Mayıs'ında Filistin topraklarında Batı desteği ile İsrail devleti kuruldu. Bu devlet daha kurulmadan önce bölgede gerçekleştirilen Deir Yasin gibi katliamlar ise aslında Ortadoğu'da yeni ve daha büyük bir istikrarsızlığın habercisiydi. 1948'den itibaren yaşanan Arap-İsrail savaşları, Yahudilerin arkasındaki güçlü Batı desteğinin yanı sıra Arap ülkelerinin Filistin konusundaki tutarsızlıklarını ve samimiyetsizliklerini de ortaya koymaktaydı (Yaşar ve diğerleri, 2010: 18).

İsrail, 1967 Savaşı ile Kudüs dâhil tüm Filistin'i ele geçirerek topraklarını üç misli genişletti. 1973 Savaşı ise İsrail'in elini iyice güçlendirdi. Her savaş ve katliam sonrasında Filistinli mülteciler kervanına yenileri eklendi. Birleşmiş Milletler (BM)'de alınan 200'ün üzerinde karar ise ya Güvenlik Konseyi'nden ABD vetosuyla döndü ya da herhangi bir yaptırım olmayan bu kararlar İsrail'in keyfî uygulamaları ile su üzerine yazılmış maddeler olarak kaldı (Yaşar ve diğerleri, 2010: 18).

1987 yılında İntifada'yı başladı. Bu dönemde İntifada'nın güçlü etkisi ile ABD'nin küresel aktör olma çabaları birleşince İsrail masaya oturtuldu ve Ortadoğu Barış Süreci başladı. Oslo anlaşmaları ile önemli bir ivme kazandığı sürekli olarak tekrarlanan Ortadoğu Barış Süreci'nde Filistin tarafı çok önemli tavizler vermeye zorlandı. Bu noktada Oslo Anlaşması'nın imzalandığı 1993'te Doğu Kudüs, Gazze ve Batı Şeria'da yasa dışı 269.000 Yahudi yerleşimci varken, barış sürecinin sona erdiği 2000 yılında bu sayı 372.000'e çıkmış ve 2010'da Doğu Kudüs ile Batı Şeria'daki yerleşimci nüfusu 500.000'e ulaşmıştır. Yahudi yerleşimcilerin sayısı bu şekilde Filistin bölgelerinde çığ gibi artarken, bugün 6 milyon Filistinli mülteci çok zor şartlar altında, her türlü mahrumiyet içerisinde yaşam mücadelesi vermektedir. Filistinlilerin 2000 yılı Eylül'ünde İkinci İntifada'yı başlatmalarının en önemli nedenlerinden biri hiç kuşkusuz Oslo Anlaşmalarının getirdiği söz konusu adaletsiz ve tatminsiz ortamıdır (Yaşar ve diğerleri, 2010: 19).

İsrail İkinci İntifada sürecinde baskı ve katliam politikalarından geri adım atmayı hiç düşünmedi. Bilakis ABD'nin sözde “teröre karşı savaş” ittifakının en güçlü destekçisi olan İsrail, Filistin kentlerine en gelişmiş silahlarla girdi. Refah, Gazze, Cenin, Nablus, el-Halil ve daha birçok yerde gerçekleştirdiği katliamlar karşısında ise BM soruşturma açmayı bile başaramadı; çünkü İsrail BM gözlemcilerini kabul etmedi (Yaşar ve diğerleri, 2010: 20).

2003 Nisan'ına gelindiğinde “Ortadoğu Dörtlüsü” adı verilen ABD, AB, BM ve Rusya tarafından iki devletli bir çözüm önerisi sunan Ortadoğu Yol Haritası masaya kondu. Diğerleri gibi mevcut durumu meşrulaştırmaya çalışan, İsrail'in işgalini değil Filistinlilerin direnişini problem olarak gören ve Filistinlilerin elini kolunu tamamen bağlamayı hedefleyen bu plan, barıştan ziyade bir pasifleştirme planıydı. İsrail, bu plana çekincelerle birlikte imza koysa da, planda öngörülenin aksine yeni Yahudi yerleşim birimleri inşa etmeye devam etti; dahası insanlık dışı olan ve eşi benzeri görülmemiş bir duvar projesini uygulamaya koydu. 8 metre yüksekliğinde ve 700 küsur kilometre uzunluğunda olması planlanan duvar, Batı Şeria'yı dünyadan tamamen tecrit ederken, İsrail bu yolla Filistinli intihar eylemcilerini durdurmayı hedeflediğini iddia ediyordu. Tamamlandığında 200.000 Filistinliyi mağdur edecek olan duvar, aynı zamanda Batı Şeria'nın % 45'inin İsrail kontrolüne geçmesine imkân verecek. Tıpkı etrafı duvarlarla örülen Batı Şeria gibi İsrail, Gazze'yi de hava, deniz ve karadan kuşatarak bir açık hava hapisanesi hâline getirdi (Yaşar ve diğerleri, 2010: 20).

2014 yılında yıkılan Gazze 2008, 2010 ve 2012 yaralarını unutmadı. Çünkü ölüm kokuları halen buradan ve oradan yayılmaya devam etmektedir. Kan rengi, binlerce şehidin parçaları, yıkılan evler, camiler, okullar, hastaneler, oyun sahaları ve kan hikâyesi devam etmektedir.

3.2.1. Coğrafik konumu

Filistin'in herkes tarafından kabul edilen "çekirdek alanı" doğuda Galilee Denizine dâhil olan Ürdün Nehri ve batıda Akdeniz arasında uzanır. Güney sınırı Ölüdeniz ve Gazze şehri arasındaki bir çizgi boyunca uzanan modern öncesi bir ikamet alanıyken kuzey çizgisi Galilee alanında Akra ve Ürdün Nehri arasındaki bir yer boyunca uzanır. Bu tanım dünyanın bu kısmı için Kutsal Toprak tanımını kullanan dinler tarafından kabul edilmektedir (Biger, 2014).



Harita 3.2. Filistin 1948'den beri işgal edilen kutsal toprakları

Politik bir anlaşmaya bağlı olarak Müslümanlar 1920'de kurulduğu üzere tüm İngiliz Filistini alanının Vakfın (Müslüman Vakıf Teşkilatı) yetkisi altında olduğunu ve bu alanın sadece içinde oturanlara değil ama tüm Müslümanlara ait olduğunu beyan ettiler. Bu durum altındaki bir arazi kimseye satılamazdı, özellikle Müslüman olmayanlara. Yine aynı şekilde bu alan Müslüman olmayanlarca kullanılamazdı (Biger, 2014). Harita (3.2)'de görüldüğü üzere, Filistin Akdeniz'in doğusunda, Ürdün'ün batısında ve Lübnan'ın güneyinde yer almaktadır. En önemli akarsuları Şeria Nehri olarak da adlandırılan Ürdün Nehri ile Yermük Nehri'dir. İsrail işgali altındaki Filistin topraklarıyla Ürdün toprakları arasında sınır oluşturan Ürdün Nehri'nin doğusu Doğu Yaka, batısı Batı Yaka (Batı Şeria) olarak adlandırılmaktadır. Her iki yaka da tarıma elverişlidir. Ürdün Nehri, batısı İsrail işgali altında, doğusu Ürdün'ün elinde

olan Lut Gölü'ne akmaktadır. Ölü Deniz olarak da adlandırılan Lut Gölü tuz ve fosfat bakımından zengindir (Yaşar ve diğerleri, 2010: 28).

3.2.2. İklim

Bölgede yılın en sıcak ayı Ağustos olup gün içinde sıcaklık farklılıkları fazla olabilmektedir. Günlük ortalama en düşük ve en yüksek sıcaklıklar 12 °C ve 29 °C arasındadır. Yılın en soğuk ayı Ocak olup gün içinde sıcaklık 4 ile 11 °C derece arasında değişmektedir. En az yağış görülen dönem Mayıs-Eylül dönemi olup hemen hemen hiç yağmur görülmez. En çok yağış Ocak ayında görülmekte ve ortalama yağış 121 mm civarındadır. Yazları sıcak ve kurak geçmektedir. Filistin coğrafyasındaki iklim kış aylarının son safhasından itibaren yaz aylarında üretilen sebze ve meyvelerin yetiştirilmesini mümkün kılar. Bölgedeki kayalık olan dağ ve tepeler ağaç yetişmesine de elverişli olup çoğunlukla zeytin ağaçları bulunmaktadır. Filistin topraklarının bazı bölümleri de arpa, buğday ve mercimek üretimi için uygundur (Yağış, 2011).

3.2.3. Etnik yapı, din ve dil

Filistin Merkezî İstatistik Bürosu verilerine göre (2009); Filistin Ulusal Otoritesi'ne bağlı Batı Şeria ve Gazze bölgelerinde nüfus yapısı birbirinden kısmen farklıdır. Batı Şeria'da toplumun etnik olarak % 83'ünü Filistinli Araplar oluştururken geri kalan % 17'lik kısım Yahudi'dir. Dinî açıdan nüfusun % 75'i Müslüman, % 17'si Yahudi ve % 8'i de Hristiyan ve diğer dinlere inananlardan oluşmaktadır. Dil açısından bakıldığında ise, etnik yapıya uygun olarak Filistinli Arapların tamamına yakını Arapça, Yahudiler İbranice ve İngilizce konuşmaktadır. İsrail'in 2005 yılında geri çekilmesinden önce Gazze Şeridi'nde etnik olarak nüfusun %99,4'ünü Araplar, % 0,6'sını Yahudiler oluşturmaktaydı. Bölgede yaşayan halkın %98,7'si Müslüman, %0,7'si Hristiyan ve % 0,6'sı Yahudi idi. 2005'ten sonra bölgede hiç Yahudi kalmamıştır (Yaşar ve diğerleri, 2010: 28).

3.2.4. Filistin'de demografik dağılım

Filistin nüfusunun artış oranı Batı Şeria'da % 2,6 ve Gazze Şeridinde % 3,4'dür (Palestinian Central Bureau of Statistics [PCBS], 2014a: 43). İsrail'deki Filistinlilerin artış oranı %

2,4iken, bu resmi istatistiklere göre İsraili Yahudilerin artış oranı olan % 1,8'yi geçmektedir (Chamie, 2014).

Aralık 2013 tarihinde Maan Haber Ajansın yayımladığı haberde İstatistik Kurumu Başkanı Ula Awad'ın demecine göre tarihi Filistin topraklarında 2013 yılın sonuna göre 5,9 milyon Filistinli yaşamaktadır. İsrail İstatistik kurumunun 2012 yılın sonuna göre 6,0 milyon Yahudi yaşamaktadır. Dünya'da yaşayan Filistinler ise 11,8 milyon olup 5,9 Milyon Filistin'de yaşamaktadır 2,8 Batı Şeria'da, 1,7 milyon Gazze'de, her 100 kadına 103,3 erkek bulunmaktadır. 1,4 milyon Filistinli İsrail'de yaşamaktadır. 5,2 milyon Filistinli Arap ülkelerinde ve 665.000 yabancı ülkelerde yaşamaktadırlar. Filistin'de yaşayan Filistinlilerin % 44,2'si mülteci konumunda yaşamaktadırlar. Batı Şeria'da % 41,2 ve Gazze'de % 58,8'dir (Maan Ajansı, 2013).

2014 yılının yarısına kadar nüfusun % 73,9'u şehirlerde yaşamaktadır. % 16,7 kırsalda yaşamaktadır. Mülteci kamplarında ise oran % 9,4'dür (PCBS, 2014b). El-Halil ili nüfus bakımından Batı Şeria'nın en büyük şehridir. 2014 yılının yarısında nüfusu 684.000 kişidir. En az ise Eriha ve Aguar bölgeleri 51.000 kişidir. Gazze şehri ise Gazze' şeridinin en fazla olan şehir nüfusu ise 607.000 kişidir. Rafah şehri ise en az nüfuslu olan şehir nüfusu 218.000 kişidir (PCBS, 2014b). Filistin'de genel olarak Gazze'de özel olarak nüfus yoğunluğu yüksektir. Nedeni ise 1,76 milyon kişi 365 km² içinde yaşamalarıdır. Gazze'de ki nüfus, çoğu 1948 yılındaki işgalden sonra iltica edenlerden oluşmaktadır. 2014 yılında Filistin'de 756 kişi/km² artış oranı vardı. Batı Şeria'da 493 kişi/ km² , Gazze'de ise 4,822 kişi / km² olmuştur (PCBS, 2014b).

Filistin'de ikamet eden nüfus genç bir nüfustur. On beş yaş ve altı oluşturan piramidin kaidesi geniştir. Diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Gazze'de ki nüfus Batı Şeria'dan daha genç bir nüfustur. 2014 yılın yarısında bu beş yaş ve altı gurubu Filistin'in % 14,9 olup Batı Şeria'da % 13,7 ve Gazze'de % 16,7'dir. 0-14 yaş grubu ise Filistin'in % 39,7'si olup Batı Şeria % 37,6 ve Gazze'de % 43,2 oranındadır. 65 yaş ve üstü olan gurup ise çok düşüktür. Yaşlı nüfus 2014 yılın yarısında Filistin'in % 2,9'u olup Batı Şeria'da % 3,2 ve Gazze'de % 2,4 oranındadır. Batı Şeria ile Gazze arasında orta yaş guruplarında belirgin bir fark vardır. Orta yaş, Filistin'in 19,6'sını oluşturmakta ve bu oran Batı Şeria'da 20,6 ve Gazze'de 18,1'dir (PCBS, 2014a).

3.2.5. Eğitim durumu

Eğitim Bakanlığı devlet okullarını idare etme sorumluluğunu taşır (özel sektör tarafından işletilen okulların düzenli olarak gözden geçirilmesi dâhil olmak üzere) ve toplam Filistinli öğrenci sayısının % 67,08'ini gözetir. BMYBA (Birleşmiş Milletler Yardım ve Barındırılık Ajansı) toplam genel eğitimdeki öğrenci nüfusunun % 24,07'sini gözetirken özel sektör toplam genel eğitimdeki öğrenci nüfusunun % 8,85'ini gözetir. Okul sayısı 2.478, okul öğretmeni sayısı 53.883, okullardaki öğrenci sayısı 1.151.702'dir (Education Development Strategic Plan [EDSP], 2014).

2013 yılının verilerine göre (15 yaş üstü) lisans ve üstü eğitim alanların oranı % 12,1 olup hiçbir eğitim aşamaları bitirmeyenlerin oranı % 9,4'tür. Bu verilere göre erkeklerin eğitim düzeyi kadınlara göre daha yüksektir (PCBS, 2014b). Lisans eğitimi bitiren erkek oranı % 12,4 kadın oranı % 11,7 olmuştur. Eğitim aşamaları bitirmeyen erkeklerin oranı % 7,1 olurken kadınlarda ise % 11,9'dur (PCBS, 2014b).

2013 verilerine göre Filistin'de on beş yaş ve üstü olan gurupta okuma yazması olmayanların oranı % 3,7'dir. Bu oranda erkekler ile kadınlar arasında büyük bir uçurum vardır. Oran, erkeklerde % 1,6 olurken kadınlarda % 5,9'dur. Okuma yazma olmayanların oranı ile ilgili Batı Şeria ile Gazze arasında farklılık görülmektedir. Bu oran, Batı Şeria'da % 4,0 olurken Gazze'de %3,2'dir. Fakat erkekler arasında önemli fark görülmemektedir (Batı Şeria'da % 1,7; Gazze'de % 1,5'tir). Kadınlar arasında farklılık vardır (Batı Şeria'da % 6,5Gazze'de % 4,8'dir). Bu farklılığın Gazze'de yaşayan mülteciler nedeni ile çıktığı düşünülmüştür. Çünkü Gazze'de ki mültecilerin sayısı çok yüksek ve Nakba (1948) den hemen sonra Birleşmiş Milletlere bağlı Yardım ve Çalıştırma ajansı okullar açmıştır ve aynı dönemde Batı Şeria'da kırsal bölgelerde okul bulunmamaktadır. Batı Şeria'nın kırsal bölgelerinde yaşayanlar, nüfusun yoğunluğunu teşkil etmektedir (PCBS, 2014b).

2012/ 2013 akademik yılı verilerine göre Filistin'de lisans veren 15 üniversite ve 18 fakülte bulunup 201.308 erkek ve kız öğrenci okumaktadır. Filistin'de ki yükseköğretim sayısı 20 olup 12.273 öğrenci okumaktadır (PCBS, 2014b).

3.2.6. Sağlık durumu

Filistin'deki beş ana sağlık hizmetleri sağlayıcısı Sağlık Bakanlığı (SB), Birleşmiş Milletler Yardım ve Bayındırlık Ajansı, Sivil toplum Örgütleri, Filistin Tıp Hizmetleri ve kar amacı güden özel kuruluşlardır. SB sorumluluğu olduğundan dolayı en ağır yükü taşımaktadır. Gazze şeridinde 54 temel sağlık bakım merkezi vardır ve Batı Şeria'da da 406 temel bakım merkezi bulunur. Sağlık hizmetleri Filistin içerisine yayılmıştır. Buna ek olarak SB sağlık eğitimi, topluluğun dâhil olması, okul sağlığı, bağışıklık kazandırma, insan kaynakları gelişimi ve hastaların SB olmayan olanaklara başvurması gibi (hükümet olanaklarında hizmetlerin bulunmadığı durumlarda) bir dizi özel sağlık programı sağlamaktadır. BMYBA Gazze şeridindeki sekiz mülteci kampına dağılmış olan 20 temel sağlık bakım merkezini işletir ve Batı Şeria'da 140 sağlık bakım merkezi çalıştırırken Filistin Tıbbi Askeri Hizmetleri 23 sağlık bakım merkezini ve kliniği işletir ve bunlardan 7'si Gazze Şeridindeyken 16 tanesi Batı Şeria'daki değişik mahallelere dağılmıştır (Palestinian Health Information Center, 2014: 50).

Filistin'de 80 tane hastane vardır; 50 tanesi Batı Şeria'da ve 30 tanesi Gazze Şeridinde ve hükümet ve hükümet dışı hastanelerde toplam yatak sayısı 5.619 tanedir; % 58,1 Batı Şeria'da ve % 41,9 Gazze Şeridinde. Bunların % 76,4 kadarı genel yataktır, % 14,8 kadarı özel yataktır, % 3,8 kadarı rehabilitasyon yatağıdır ve % 5,7 hamilelik dönemi yatağıdır. Filistin'de 10.000 kişilik nüfus başına 12,5 yatak bulunur; Batı Şeria'da 11,8 yatak ve Gazze Şeridinde 13,6 yatak bulunmaktadır (Palestinian Health Information Center, 2014: 51).

1000 kişilik nüfus başına doktor sayısı 1,6. SB'nın 2013'deki harcamaları 1.299.581.555 NIS'dir. Maaşlar toplam harcamanın % 51,9 kadarıdır (Palestinian Health Information Center, 2014: 52).

Filistin'de Erkekler / kadınlar için beklenen yaşam süresi 71,5/ 74,4, bebek ölüm oranı 1000 canlı doğumda 12,9 kadardır ve Filistin'deki anne ölüm oranı 24,1/100.000 canlı doğum. Filistin için kaba ölüm oranı 1.000 kişilik nüfus başına 2013'de 2,5 kadardır (Palestinian Health Information Center, 2014: 20). 2013'de Batı Şeria'daki ölüme yol açan ilk on durum şunlardır: 1) Kalp Hastalığı % 31,9, 2) Kanserden ölüm % 13,3, 3) Beyin damar hastalıkları %12,2, 4) Diyabet % 6,1, 5) Bebek ölümleri ve doğum öncesi koşullar % 5,5, 6) Kazalar

%5,5, 7) Solunum sistemi hastalıkları % 5,1, 8) Böbrek yetmezliği % 4,6, 9) Enfeksiyonlu hastalık % 3,3, 10) Yaşlılık % 3,0 (Palestinian Health Information Center, 2014: 49).

3.2.7. Ekonomik durum

İklimsel çeşitlilikten dolayı çok fazla ürünün yetişebildiği Filistin toprakları, İsrail'in uyguladığı baskıdan dolayı tam kapasite ve verimlilikle kullanılamamaktadır (Karagöl,2014:2). Buna bağlı olarak Filistin ekonomisinde yaşanan temel sorunlarından; doğal kaynaklar üzerinde tasarruf yetkisi sorunu, ekonomik üretim yapısının hem tarım hem sanayi ürünlerinde gelişmemiş olması, ekonomik gelişmeyi destekleyecek istikrar ve siyasi iradenin yokluğu, siyasi nedenlerle ticari ilişkilerin doğrudan gerçekleştirilememesidir (Yağış, 2010).

Filistin Merkezi İstatistik Bürosu tarafından açıklanan rapora göre, 2013 yılında GSYH (Milyar \$) 6,8, işgücü nüfusunun yaklaşık 1.1 milyon olduğu Filistin'de, işsizlik oranı % 23,4, İşgücüne Katılım Oranı % 43,6, Gazze'de yoksulluk oranı % 21, Batı Şeria'da ise % 7,8'dir. Hane halkı tüketim harcamalarına göre derin yoksulluk oranı mülteci kampında yaşayanlar için 2011 yılında % 16,2 olarak gerçekleşmiştir. Yine de Filistin Merkezi İstatistik Bürosu 2014 verilerine göre Filistin'de ekonomik aktivitenin inşaat, iletişim, hizmet ve sanayi olduğu ekonomik üretimin, İsrail'in saldırıları ve baskısı altında gerçekleşmesi nedeniyle Filistin ekonomisinin diğer ülkelerle bağlantısını kendi hâkimiyeti altına alan İsrail, Filistin'e yapılan ithalat oranında en yüksek paya sahip ülkedir ve Mart 2014'te Filistin'in yaptığı toplam ithalat miktarının % 68,4'ü İsrail'den karşılanmıştır (Karagöl, 2014).

Bu zorluklara rağmen Türkiye, Filistin halkıyla geçmişten gelen tarihsel bağları, adalet ve hak anlayışı kapsamında Filistin Devleti'ne en büyük desteği veren ülke konumundadır.

İsrail işgalinden kaynaklanan ekonomik sıkıntılar nedeniyle, Türkiye-Filistin ekonomik ve ticari ilişkileri, geçici Serbest Ticaret Anlaşması akdedilmiş olmasına rağmen mütevazı bir düzeyde kalmıştır. 2013 yılında Filistin'e Türkiye ihracatları 76 milyon ABD Doları, ithalatları ise 1 milyon ABD Doları olarak gerçekleşmiştir. Bazı İsraili firmaların Türkiye'den ithal ettikleri malları yeniden ihraç (re-export) yoluyla Filistin'de mukim firmalara sattıkları göz önünde bulundurulduğunda, ticaret göstergelerinin kayıtlı rakamlardan daha yüksek olduğu değerlendirilmektedir (T.C. Dış İşleri Bakanlığı, 2011).

Filistin’de Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA) Program Koordinasyon Ofisi 2 Mayıs 2005 tarihinde açılmıştır. TİKA tarafından sağlık, teknik yardım, kültürel mirasın korunması alanları ve su temini, okul inşası, eğitim bursu sağlanması başta olmak üzere Filistin’de birçok proje yürütülmektedir. Türkiye-Filistin Gazze Dostluk Hastanesi ve Tubas Türk Hastanesi, Filistin’e yaptıkları yardımlarda öne çıkan projelerdir (T.C. Dış İşleri Bakanlığı, 2011).

Dış yardımlarla ayakta kalmaya çalışan Filistin ekonomisine 2013 yılında TC Dışişleri Bakanlığı’nın “Filistin’in Ekonomisi” verilerine göre Türkiye’den toplam 69,5 milyon dolar resmi kalkınma yardımı gönderilmiştir ve 2004-2013 yılları kapsayan dönemde ise Türkiye’den Filistin’e gönderilen toplam yardım miktarı 293,2 Milyon Dolardır (Karagöl, 2014).

3.2.8. Politika ve hükümet

1948’den beri İsrail’in işgaline karşı Filistin halkının yürüttüğü bağımsızlık mücadelesi kendi siyasi yapılarını ve aktörlerini yaratmıştır. 1 Ekim 1948’de ilk hükümetlerini kuran Filistinlilerin, bundan sonraki süreçte uluslararası kamuoyundan ve Arap ülkelerinden bekledikleri desteği göremeyince örgütlenme ihtiyaçları artmış ve Yaser Arafat önderliğinde Filistin halkının mücadelesinde öncü hale gelecek El Fetih kurulmuştur. 2 Haziran 1964’te Filistin Kurtuluş Örgütü’nün (FKÖ) kuruluşu ve 1987’de yaşanan I. İntifada ile birlikte Filistin siyasetinin diğer önemli aktörü Hamas’ın doğuşu Filistin mücadelesine rekabeti de getirmiştir. Oslo Anlaşması ile birlikte Filistin siyasetinde yeni bir evreye girilir. Filistin Otoritesi’nin kuruluşu ve 1996’da Yaser Arafat’ı başkanlığa getiren ilk seçimlerin yapılması Filistin’in siyasi dinamiklerini daha önemli hale getirmiştir. 2006 yılında gerçekleştirilen ikinci genel seçimler ise tam bir kırılmayı ifade etmektedir. Seçimlerin galibinin Hamas olması ve iktidardan uzaklaştırılması ile başlayan süreç, Filistin Sorunu’nu İsrail-Filistin sorunu kadar El Fetih-Hamas sorunu haline getirmiştir (Demir ve diğerleri, 2012).

Abbas ve Hamas lideri Halid Meşal, 6 Şubat 2012’de Katar’ın başkenti Doha’da, emir Hamad bin Halife El Tani’nin arabuluculuğunda bir anlaşma imzalamıştı. Birlik hükümeti fikrine sert bir şekilde karşı çıkan İsrail hükümeti ise Gazze’deki Hamas yönetiminin başbakanı İsmail Heniye hükümetin kurulmasıyla ilgili şu açıklamayı yaptı: “*Bundan sonra medyada ayrılık haberleri okumayacaksınız artık, tek halk olarak devam edeceğiz, bu an tarihi bir andır.*”

Diyalog çabalarımız başarılı oldu. Yedi yıllık ayrışmayı bitirdik, yeni bir aşamaya geldik, ortak siyasete kapı açtık. Biz ve Ramallah'taki kardeşlerimiz haklar ve özgürlükleri esas almak noktasında uzlaştık. Geçen süre içerisinde bazı gelişmeler bizi engelledi ama halkın iradesi güçlü olduğu için zorlukları aştık. Tüm zorluklara rağmen birlikte durmayı sürdürmemiz gerekiyor. Üzerimizde büyük sorumluluk var. Tüm şehitlerimize ve esirlerimize selam yolluyorum” ve yeni hükümetin Filistin Devlet Başkanı Mahmud Abbas ile Başbakan ve İçişleri Bakanı Rami Hamdallah ilan edildi (Al Jazeera ve Anadolu Ajansı, 2014).

İşgal ortamındaki Filistin’de, siyasi partilerden ziyade siyasal hareketler çerçevesinde faaliyet gösterme eğilimi öne çıkmaktadır. Önemli Filistin siyasi parti ve grupları arasında, Filistin Ulusal Kurtuluş Hareketi (FETİH) ve İslami Direniş Hareketi (HAMAS) yanında Filistin Halk Partisi, Filistin Demokratik Kurtuluş Cephesi, Filistin Halk Kurtuluş Cephesi, Filistin Ulusal Girişimi ve İslami Cihad sayılabilecektir (Demire ve diğerleri, 2012).

Filistin Profilimizi kapatmadan Filistin Üyesi Olduğu Uluslararası Kuruluşlar şunlardır; Afrika’da Ekonomik Kalkınma Arap Bankası, Arap Ekonomik ve Sosyal Kalkınma Fonu, Arap Ligi, Arap Para Fonu, Afrika Birliği (gözlemci), Arap Ekonomik Konseyi Birliği, Uluslararası Sivil Havacılık Örgütü (gözlemci), Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Hareketi, İslami Kalkınma Bankası, Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu, Uluslararası Çalışma Örgütü (gözlemci), Uluslararası Olimpiyat Komitesi, Filistin Amerikan Köprüsü, İslami Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü, Uluslararası Standardizasyon Örgütü, Uluslararası Sendikalar Konfederasyonu, Bağlantısızlar Hareketi, İslam Konferansı örgütü, Birleşmiş Milletler (gözlemci), Deniz Hukuku Birleşmiş Milletler Sözleşmesi (gözlemci), Birleşmiş Milletler Yardım ve Bayındırlık Ajansı (gözlemci), Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü (gözlemci), Dünya İşçi Sendikaları Federasyonu (Yağış, 2011) ve son olarak Dünyada 130’den fazla ülke Filistin’i bağımsız bir ülke olarak tanımış bulunmaktadır (TRT Haber, 2014).

3.3. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma betimsel tarama modeli ile yürütülmüştür. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır (Karasar, 2012: 77).

Bu nedenle, sosyal sağlık belirleyicileri konusunda toplumun inanç ve tutumları: Türkiye ve Filistin karşılaştırması farklı değişkenler açısından belirlemeyi amaçladığından bu araştırmada betimsel tarama modelinde ilişkişel tarama yöntemi kullanılmıştır. Betimsel tarama modelleri kendi içinde iki bölüme ayrılmaktadır. Bu bölümler; genel tarama ve örnek olay taramalarıdır. İlişkişel tarama modeli genel tarama yöntemi içine giren bir yöntemdir. Genel tarama modelleri; çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkındaki genel yargıya varmak amacı ile evrenin tümü ya da ondan alınacak bir grup örnek ya da örneklem üzerinde yapılan tarama düzenlemeleridir (Karasar, 2012: 79). Bu grup içinde yer alan ilişkişel tarama modelleri ise; iki ve daha çok değişken arasındaki birlikte değişim varlığını veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleri için kullanıldığından bu tür araştırmalar için uygun görülmektedir (Karasar, 2012: 81).

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Evren, araştırmacının çalışma alanını oluşturan ve içinden örnek seçerek elde ettiği sonuçları genelleştireceği grup olarak tanımlanabilir. Tanımlanmış bir evren kendisini diğer gruplardan ayıran en az bir özelliğe sahiptir. Evren çok geniş bir coğrafi alanı kapsayabileceği gibi, çok dar kapsamlı olarak da düşünülebilir (Altunışık ve diğerleri, 2007: 123).

Örneklem, belli kurallara göre, belli bir evrenden seçilmiş ve seçildiği evreni temsil yeterliği kabul edilen küçük kümedir. Araştırmalar çoğunlukla örneklem kümeler üzerinde yapılır ve elde edilen sonuçlar ilgili evrenlere genellenir (Karasar, 2012: 110). Örneklem evrenin bir parçası olup hem araştırma, hem de istatistiksel bakımdan büyük önem taşır. Örneklemenin önemli özelliği yansız ve temsili olmasıdır (Kaptan, 1983: 135).

Tabakalı örnekleme, yöntemin tesadüfi olmayan biçimidir. Genellikle mülakatlar için kullanılır. Yine evrenin özelliklerini belirlediğine inanılan belli değişkenler dikkate alınarak, örnek kütleinin oluşturulması hedeflenir (Altunışık ve diğerleri, 2007: 133).

Örneklem büyüklüğünü etkileyen belirleyici faktörler; örnekleme hatası, güven düzeyi ve oranlardır. Örneklem büyüklüğünün hesaplamasında, 0,05 anlamlılık düzeyinde ve 0,05 örneklem hatasında belirtilen 100.000'den büyük evren büyüklüklerinde hesaplama yapılmış ve örnek sayısının 384 olması gerektiği saptanmıştır (Altunışık ve diğerleri, 2007: 127).

Araştırmayı gerçekleştirdiğimiz şehirlerden Ankara'nın nüfusu 2013 yılına göre 5.045.083, ve Nablus'un nüfusu 336.380 dir. Toplumunu temsil eden büyük örnek elde etmek için 4100 anket dağıtıldı (2600 Türkiye'de "Ankara" ve 1500 anket Filistin'de "Nablus"). Geri dönüşüm ise Ankara'da % 60,4 (1570 anket) ve Nablus'ta % 78 (1171 anket) olarak gerçekleşti. Araştırmacı örneğin doğru ve toplumu temsil edecek niteliğe sahip olması için Türk ve Filistin İstatistik Kurumlarından yardım aldı. Her iki şehir popülasyonununun ayrı bir şekilde cinsiyet, yaş, eğitim, sağlık durumu, gelir ve son olarak ikamet yeri açısından oranları tespit edilmiş ve örneklem her iki şehirde bu oranlar doğrultusunda tabakalandırılmıştır. Anketler Temmuz 2013 ile Mart 2014 tarihler arasında dağıtılmıştır.

Araştırmacı süreci kolaylaştırmak için Adalet ve Kalkınma Partisi, belediyeler, özel ve kamu şirket müdürleri, Ankara'daki Filistin Büyükelçiliği, Gazi üniversite hocaları, İş ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, dernek başkanları gibi kamu kurumlarından yardım almıştır.

3.5. Araştırmanın Yöntemi

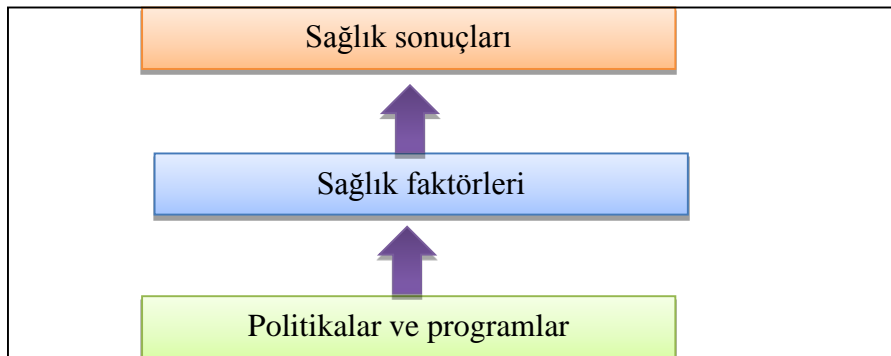
Araştırmanın amaçlarına ulaşabilmek için öncelikle ilgili literatür taranarak araştırma konusuyla ilgili ikincil verilerin analizi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bilgilere dayanılarak tezin kuramsal çerçevesi oluşturulmuş ve araştırma konusuyla ilgili çalışmalar özetlenmiştir. Araştırmanın amacı, önemi, yöntemi, kapsam ve sınırlılıkları belirlendikten sonra verilerin toplanması aşamasına geçilmiştir. Bilindiği üzere, verilerin toplanması amacıyla anket, gözlem, deney vb. yöntemler kullanılabilir. Bu araştırmada, veri toplama yöntemi olarak yapılandırılmış anket formunun kullanılmasına karar verilmiştir. Anket veri toplamada kullanılan en etkili yöntemlerden biri olmasının yanında, ulaşılmak istenen bilgilere kısa sürede ulaşılmasına olanak vermektedir (Tütüncü, 2001: 84).

Sağlıkla alakalı tüm araştırmaların en son hedefi toplumun sağlığını iyileştirmek ve Sağlıklı İnsanlar 2020 vizyonuna ulaşmaktır (U.S. Department of Health and Human Services, 2009).

Sağlık belirleyicilerinin 4 kategorisi vardır: davranışlar, topluluk ve çevre, politika ve klinik bakım. Bu 4 grup bir devletteki daha yaşlı yetişkin nüfusunun sağlık sonuçları üzerindeki etkileri ölçer ve bu girdilerin geliştirilmesi sonuçları zaman geçtikçe daha da iyileştirecektir. Çoğu önlem 4 kategorinin tümünü etkiler. Örneğin sigara içilmesinin yaygın olması topluluk

ve çevre tarafından güçlü bir biçimde etkilenen bir davranıştır, vergilendirme ve kamuya açık yerlerde sigara içmenin yasaklanması dâhil olmak üzere toplum politikalarıyla ve tütünle birleşik olan davranışsal bağımlılıkları tedavi etmek için bu önlemler kullanılmaktadır (United Health Foundation, 2014: 13).

Eyalet Sağlık Sıralamaları ve Yol Haritaları programı 2010'da çıkarılmış olan Eyalet Sağlığı Sıralamaları projesini ve sağlığı geliştirmek için tüm sektörler çapındaki yerel toplulukları, ulusal ortakları ve liderleri harekete geçiren daha yeni olan yol haritalarını içerir. Program bu toplum sağlığını geliştirme modeline (Şekil 3.1) dayalıdır: Bu modelde sağlık sonuçları bir ülkenin geçerli olan sağlık durumunu tarif eden ölçütlerdir. Bu sağlık sonuçları bir dizi sağlık faktörü tarafından etkilenir. Eyaletler etkili, kanıt bilgilendirmeli politikalar ve programlar yoluyla tüm sağlık faktörlerini hedefleyerek sağlık sonuçlarını geliştirebilir (University of Wisconsin Population Health Institute, 2013:1).



Şekil 3.1. Toplum sağlığını geliştirme modeli (University of Wisconsin Population Health Institute, 2013:1)

Bir bilimsel araştırmada ölçme /ölçek araştırmanın konusunu oluşturan içsel özelliği (duygu, düşünce, bilgi, inanç, kanaat, tutum vb.) gözlenebilir / somut hale getirir. Çok daha önemlisi ölçme/ölçekler olgular dünyasının (araştırma konusunu) kategoriler ve / veya sayılarla kaydedilmesini mümkün hale getirir. Bu durum, yani gözlenebilirlik ve sayısallaştırma imkânı ise uygulamalı araştırmaların özüdür. Daha açık bir ifade ile "ölçme / ölçek" bir araştırmada "kuramsal olan" ile "nesnel olan" arasında ilişki kurmayı mümkün kılan araçtır. Likert türü ölçekleme tekniği ise uygulamalı sosyal bilim araştırmalarında en sık kullanılan ölçekleme tekniği olup, kuruluşu ve uygulaması konusundaki titizlik araştırmanın sonuçlarının doğruluğu için önemlidir (Bayat, 2014).

Anket formu, Wisconsin'de ve ABD'de daha önceden yapılan bir kamu görüş anketi ve literatürden faydalanılarak oluşturulmuştur (Robert ve diğerleri, 2008; Robert ve Booske, 2011; WHO: Quality of Care, 2006b).

Araştırmacı çalışmasını dört temel bölüme dayandırmıştır (Ek-2):

- 1) Birinci bölüm katılımcıların demografik yapısını (cinsiyet, yaş, ikamet yeri, eğitim düzeyi, geliri, sağlık durumu ve siyasi görüşü) tespit etmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.
- 2) İkinci bölümde ise sağlığın belirleyicilerden oluşan 23 ifade bulunmaktadır. Katılımcı kendi inançlarına ve tutumlarına göre cevap vermiştir ve ifadelerde belirtilen durumların sağlıklarını ne kadar etkilediğini düşündüklerini derecelendirmişlerdir (derecelendirme 0-10 arasında yapılmıştır).
- 3) Üçüncü bölümde sağlığın geliştirilmesi ile ilgili olarak 13 ifade vardır ve katılımcıların bu ifadeleri sağlığı geliştirmeye olan etkilerine göre derecelendirmeleri istenmektedir. Katılımcılar kendi inançlarına ve tutumlarına göre cevap vermişlerdir (derecelendirme 0 ile 10 arasında yapılmıştır).
- 4) Dördüncü bölümde vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile ilgili 19 ifade bulunmaktadır. Katılımcılar kendi inançlarına ve tutumlarına göre cevap vermişlerdir ve her bir maddenin sağlık kuruluşlarına devamlılığı ne kadar etkilediğini derecelendirmişlerdir (derecelendirme 0 ile 10 arasında yapılmıştır).

Araştırmanın ilk aşamasında anket sorularının anlaşılıp anlaşılmadığını gözlemlemek için ön uygulama yapılmış ve 50 anket dağıtılmış ve dil engelleri düzeltilip anket daha anlaşılır hale getirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırma soruları çerçevesinde aşağıdaki hipotezler test edilecektir:

H1: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ya da Filistin’de bulunduğu yere göre farklılık vardır.

H2: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda cinsiyete göre farklılık vardır.

H3: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda yaş durumuna göre farklılık vardır.

H4: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda eğitim durumuna göre farklılık vardır.

H5: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda gelir durumuna göre farklılık vardır.

H6: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda sağlık durumuna göre farklılık vardır.

H7: Sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda BKİ değerlerine göre farklılık vardır.

H8: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda politik görüşe göre farklılık vardır.

3.7. Verilerin Analizi

Bu araştırma Filistin ve Türkiye arasında karşılaştırmalı olarak çalışmaya katılan bireylerin sağlığını etkileyen faktörleri, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemleri ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Bu araştırma için Filistin ve Türkiye'de 4100 anket yapılmıştır. Filistin'de 1500 kişiye anket ulaştırılmış, 1171 kişiden dönüt alınmış, Türkiye'de ise 2500 anket ulaştırılmış ancak 1570 kişiden dönüt alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18,0 paket programı kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS programına girilmiştir. Verilerin analizinde frekans dağılımı ve betimleme analizi, sosyodemografik özelliklerin gruplara göre ve grupların ölçek puanlarına göre karşılaştırılmasında ki-kare testi ve bağımsız gruplarda student t testi ve iki yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Çizelge 3.1. Anketin güvenilirlik test sonucu

Cronbach's Alpha	N
0,966	55

Güvenilirlik analizi sonunda, anketteki sağlığı belirleyen unsurlar hakkında tüketici görüşleri ile ilgili 55 ifadenin alpha değeri 0,966 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuç, anketler ile toplanan verilerin güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Bir başka deyişle, anket formlarının iç uyumu kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğundan, anketler ile elde edilen veriler kullanılabilir durumdadır.

Çizelge 3.2. Faktörlerin KMO ve Bartlett testi değerinin dağılımı

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği Ölçümü.		0.972
	Yaklaşık Chi-Kare	50291,312
Bartlett'in Küresellik Testi	Serbestlik derecesi	1485
	Sig	0.000

KMO testi örneklem büyüklüğünün uygunluğuyla ilgilidir. 0,972 bu veriler için faktör analizinin mükemmel bir biçimde kullanılabilirliğini göstermektedir.

Ön uygulamadan sonra 13 Temmuz 2013 – 25 Mart 2014 dönemini kapsayan yaklaşık 8 aylık dönemde, asıl uygulama için anketlerin sosyal sağlık belirleyicileri konusunda toplumun inanç ve tutumları: Türkiye ve Filistin karşılaştırması tüketici görüşlerine karşı karşıya dağıtılmasına devam edilmiştir. Anketlerde işaretlenmemiş ya da yanlış işaretlenmiş soruların fazlalığı sorun yaratabilmektedir. Özellikle eksik veri oranının % 10'un üzerinde olması durumunda sorun daha fazla ciddiye alınmalıdır (Altunışık ve diğerleri, 2007: 143). Anket yoluyla elde edilen verilerin analize hazırlanması amacıyla şu işlemler yapılmıştır: Çok sayıda eksik veri içeren ve aşırı uç değerler bulunan anketler devre dışı bırakılmıştır. Herhangi bir kodlama hatası yapıp yapılmadığı tekrar gözden geçirilmiş, önemli derecede eksik veriye sahip anket kalıp kalmadığı da tekrar kontrol edilmiştir.

4. BULGULAR VE YORUMLAR

Araştırmada elde edilen verilerin analizinden sonra ulaşılan bulgular aşağıda belirttiğimiz gibi bildirilmiştir:

Bu bölümde araştırmacı, 4.1- 4.3 çizelgelerde çalışmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri ve genel sağlık verilerini bildirmiştir. 4.4 – 4.12 arasında gösterilen çizelgelerde, ifade edilen belirleyicilerin kişilerin inanç ve tutumlarına göre sağlık üzerindeki etkileri belirtilmiştir. Kişilerin inanç ve tutumlarına göre sağlığın geliştirilmesinde etkili olan önlemler ile ilgili bulgular ise izelge 4.13-4.20 de verilmiştir. Çizelge 4.21 – 4.28 de ise katılımcılar ile sağlık kurumları arasındaki iletişim ve pozitif devamlılık ile ilgili bulgulara yer verilmiştir. Son olarak, izelge 4.29 – 4.56 da araştırmanın genel ve alt hipotezleri test edilmiştir.

Çizelge 4.1. Çalışmaya katılan bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımı (n=2741)

Değişken	Filistin		Türkiye		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Cinsiyet						
Kadın	603	51,5	786	50,1	1389	50,7
Erkek	568	48,5	784	49,9	1352	49,3
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100,0
Eğitim Durumu						
Okuryazar Değil	38	3,2	18	1,1	56	2,0
Okuryazar	0	0,0	24	1,5	24	0,9
İlköğretim	205	17,5	99	6,3	304	11,1
Orta Öğretim	367	31,3	382	24,3	749	27,3
Ön Lisans	168	14,3	231	14,7	399	14,6
Lisans	356	30,4	642	40,9	998	36,4
Lisansüstü ve Üzeri	37	3,2	174	11,1	211	7,7
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100,0
Yaş Dağılımı						
18-35	639	54,6	863	55,0	1502	54,8
36-55	434	37,1	598	38,1	1032	37,6
56-65	74	6,3	79	5,0	153	5,65
66 ve üzere	24	2,0	30	1,9	54	1,95
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100,0
Gelir Durumu (TL)						
1000 ve daha az	346	29,5	281	17,9	627	23,7
1001-3000	594	50,7	801	51,0	1395	50,9
3001 ve üzeri	231	19,7	488	31,1	719	25,4
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100
Maddi Sorun Yaşama Durumu						
Evet	907	77,5	793	50,5	1700	62,0
Hayır	264	22,5	777	49,5	1041	38,0
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100,0
Mesken Mülkiyetini Durumu						
Evet	914	78,1	862	54,9	1776	66,5
Hayır	257	21,9	708	45,1	965	33,5
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100,0
Mesken Yeterli Olma Durumu						
Evet	722	61,7	1111	70,8	1833	66,9
Hayır	301	25,7	188	12,0	489	17,8
Kısmen	148	12,6	271	17,3	419	15,3
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100,0
Meslek Durumu						
Memur	209	17,8	464	29,6	673	24,6
İşçi	197	16,8	244	15,5	441	16,1
Serbest Meslek	69	5,9	186	11,8	255	9,3
Emekli	16	1,4	91	5,8	107	3,9
Ev Hanımı	231	19,7	188	12,0	419	15,3
Öğrenci	124	10,6	291	18,5	415	15,1
İşsiz	81	6,9	43	2,7	124	4,5
Diğer	244	20,8	63	4,0	307	11,2
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100,0
Politik Görüş Durumu						
Muhafazakâr	253	21,6	455	29,0	708	25,8
İlmli	530	45,3	227	14,5	757	27,6
Liberal	20	1,7	71	4,5	91	3,3
Sosyal Demokrat	167	14,3	179	11,4	346	12,7
Milliyetçi	35	3,0	201	12,8	236	8,6
Fikrim Yok	166	14,2	437	27,8	603	22,0
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; bireylerin % 42,7'sinin Filistin'de yaşadığı, % 57,3'ünün ise Türkiye'de yaşadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların % 50,7'sinin kadın olduğu, % 49,3'ünün erkek, % 41,3'ünün orta öğretim eğitimi aldığı, % 44,1'inin lisans ve üzeri eğitim aldığı, % 14,6'sının ön lisans eğitimi, % 54,8'inin 35 yaş ve altında, % 45,2'sinin 36 yaş ve üzerinde, % 50,9'sinin gelir durumunun 1001-3000TL arasında olduğu, % 62'sinin maddi sorun yaşadığı, % 66,9'unun yaşadığı konutun ailesi için yeterli olduğu tespit edilmiş, katılımcıların % 24,6'sının memur, % 15,3'ünün ev hanımı, % 16,1'inin işçi, % 15,1'inin öğrenci olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin % 27,6'sının politik görüşünün ılımlı olduğu, % 25,8'inin muhafazakâr olduğu, % 12,7'sinin sosyal demokrat olduğu, % 8,6'sının milliyetçi olduğu, % 3,3'ünün politik görüşünün liberal olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.2. Çalışmaya katılan bireylerin ikamet yerinin dağılımı (n=2741)

İkamet Durumu Türkiye			İkamet durumu Filistin		
Ankara	F	%	Nablus	F	%
Altındağ	147	9,4	Nablus	621	53,0
Mamak	106	6,8	Nablus'ta mülteci	152	13,0
Yenimahalle	367	23,4	Nablus'un kırsalı	326	27,8
Keçiören	269	17,1	Diğer	72	6,1
Çankaya	453	28,9			
Diğer	228	14,5			
Toplam	1570	100,0	Toplam	1171	100,0

Araştırmaya Türkiye'den katılan bireylerin % 28,9'unun Çankaya'da, % 23,4'ünün Yenimahalle'de, % 17,1'inin Keçiören'de ikamet ettiği, Filistin'den katılan bireylerin % 53'ünün Nablus'ta, % 27,8'inin Nablus'un kırsalında ikamet ettiği, % 13'ü Nablus'ta mülteci olarak yaşadığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık durumu dağılımı ile ilgili bulgular (n=2741)

Değişken	Filistin		Türkiye		Toplam	
	F	%	F	%	F	%
Bireylerin BKİ Değerleri						
<18,50	35	3,2	56	4,1	91	3,7
18,50-24,90	442	41,0	758	55,0	1200	48,8
25-29,9	393	36,4	432	31,3	825	33,6
>30	209	19,4	133	9,6	342	13,9
Toplam	1079	100,0	1379	100,0	2458	100,0
Ailedeki Kronik Hastalığı Olma Durumu						
Evet	394	33,6	496	31,6	890	32,5
Hayır	777	66,4	1074	68,4	1851	67,5
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100,0
Bireylerin Sağlık Durumu						
Kötü	97	8,3	62	3,9	159	5,8
İyi	694	59,3	1200	76,4	1894	69,1
Çok iyi	380	32,5	308	19,6	688	25,1
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100,0
Herhangi Bir Sağlık Sorunu Yaşama Durumu						
Evet	743	47,3	519	44,3	1262	46,1
Hayır	827	52,7	652	55,7	1479	53,9
Toplam	1570	100,0	1570	100,0	2741	100,0
Sağlık Sorunu Yaşama Durumu Dağılımı						
Konjestif kalp yetmezliği	23	5,2	28	7,1	51	6,1
Kronik obstrüatif akciğer hastalığı	11	2,5	22	5,5	33	4
Bağ dokusu/ romatizma hastalığı	21	4,8	56	14,2	77	9,5
Peptik ülser hastalığı	62	14,1	40	10,1	102	12,1
Karaciğer hastalığı	5	1,1	24	6,1	29	3,6
Şeker hastalığı	86	19,5	53	13,4	139	16,5
Kanser	13	3,0	13	3,3	26	3,1
Hipertansiyon	96	21,8	57	14,4	153	18,1
Bulaşıcı ve parazit hastalığı	24	5,5	22	5,6	46	5,5
Depresyon	74	16,8	72	18,2	146	17,5
Psikoz	6	1,4	3	0,8	9	1,1
Madde suiistimali	19	4,3	5	1,3	24	2,8
Toplam	440	100,0	395	100,0	835	100,0
Son Bir Yıl İçerisinde Ayaktan Tedavi Alma Durumu						
Bir Sefer	111	9,5	290	18,5	401	14,6
2-3	148	12,6	373	23,8	521	19,0
4-5	122	10,4	133	8,5	255	9,3
> 6	155	13,2	51	3,2	206	7,5
Hayır	635	54,2	723	46,1	1358	49,6
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100,0
Son Bir Yıl İçerisinde Acil Servise Başvurma Durumu						
Bir Sefer	250	21,3	379	24,1	629	22,9
2-3	161	13,7	341	21,7	502	18,3
>4 ve daha fazla	95	8,1	77	4,9	172	6,3
Hayır	665	56,8	773	49,2	1438	52,5
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100

Çizelge 4.3. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık durumu dağılımı ile ilgili bulgular (Devamıdır)

Bireylerin Acil Servise Başvurma Nedeni						
Yaralanma, Zehirlenme veya Başka Siyasi Nedenlerden	58	5,0	94	6,0	152	5,5
Sindirim Sistemi Hastalıkları	71	6,1	115	7,3	186	6,8
Solunum Sistemi Hastalıkları	77	6,6	207	13,2	284	10,4
Gebelik, Doğum ve Sonrası	38	3,2	36	2,3	74	2,7
Ruh Sağlığı ve Davranış Hastalıkları	24	2,0	17	1,1	41	1,5
Diğer	903	77,1	1101	70,1	2004	73,1
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100
Herhangi Bir Hastaneye Tedaviye Başvurma Nedeni						
Yaralanma, Zehirlenme veya Başka Siyasi Nedenlerden	45	3,8	72	4,6	117	4,3
Sindirim Sistemi Hastalıkları	56	4,8	181	11,5	237	8,6
Solunum Sistemi Hastalıkları	42	3,6	248	15,8	290	10,6
Gebelik, Doğum ve Sonrası	37	3,2	76	4,8	113	4,1
Ruh Sağlığı ve Davranış Hastalıkları	19	1,6	38	2,4	57	2,1
Diğer	972	83,0	955	60,8	1927	70,3
Toplam	1171	100,0	1570	100,0	2741	100,0

Katılımcıların % 48,8'inin BKİ değerinin 18,5-24,9 olduğu, % 33,6'sının BKİ değerinin 25-29,9 olduğu, % 13,9'unun BKİ değerinin 30'un üzerinde olduğu, bunun yanında katılımcıların % 69,1'inin sağlık durumunun iyi olduğu, % 25,1'inin sağlık durumunun çok iyi olduğu, % 53,9'unun sağlık sorunu yaşamadığı, % 46,1'inin sağlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir.

Çalışmaya Türkiye'den katılan bireylerin % 18,2'sinin depresyon yaşadığı, % 14,4'ünün hipertansiyon hastası olduğu, % 14,2'sinin bağ dokusu romatizma hastalığı olduğu, % 13,4'ünün şeker hastası olduğu, % 10,1'inin peptik ülser hastası olduğu, % 7,1'inde konjestif kalp yetmezliği olduğu belirlenmiştir. Filistin'den katılan bireylerin ise % 21,8'inin hipertansiyon hastası olduğu, % 19,5'inin şeker hastası olduğu, % 16,8'inin depresyon hastası olduğu, % 14,1'inin peptik ülser hastası olduğu, % 5,5'inde bulaşıcı ve parazit hastalığı bulunduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların % 49,6'sı son bir yıl içerisinde ayaktan tedavi almadığını, % 19'u son bir yıl içerisinde 2-3 kez ayaktan tedavi aldığını, % 14,6'sı son bir yıl içerisinde bir sefer ayaktan tedavi aldığını belirtmişlerdir. Katılımcıların % 52,5'inin son bir yıl içerisinde acil servise başvurmadığı, % 22,9'unun son bir yıl içerisinde bir sefer acil servise başvurduğu, % 18,3'ünün son bir yıl içerisinde 2-3 kez acil servise başvurduğu belirlenmiştir. Katılımcıların acil servise başvurma nedenleri sırayla % 10,4 oranında solunum sistemi hastalıkları, % 6,8 oranında sindirim sistemi hastalıkları, % 5,5 oranında yaralanma, zehirlenme veya siyasi eylemlerden

dolayı olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların % 10,6'sının solunum sistemi hastalıkları nedeniyle, % 8,6'sının sindirim sistemi hastalıkları nedeniyle, % 4,3'ünün yaralanma, zehirlenme veya siyasi eylemlerden dolayı hastaneye tedavi için başvurduğu belirlenmiştir.

4.2. Sağlığı Etkileyen Faktörler

Katılımcılara sağlık durumu üzerinde etkili potansiyel 23 faktör sunulmuştur. 0'dan 10'a kadar olmak üzere derecelendirme yapılması istenmiş ve 0'ın "hiçbir etkisi yok" ve 10'un "çok güçlü bir etkiye sahip" anlamına geldiği belirtilmiştir. Derecelendirme yaparken önyargı etkisini azaltmak için ifadelerin sırası rastgele seçilmiştir. Çizelge 4.4-4.12 de, 23 faktörün sağlığa olan etkilerini ölçerken 8-10 değerleri güçlü etkiye sahip olarak ele alınmış ve bulgular buna göre özetlenmiştir. Bulgular değerlendirilirken alt örnekler, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir, yerleşim, beden kitle indeksi ve siyasi görüşler temelinde değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.4. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile cinsiyete göre ki kare analizi dağılımı

Sağlık Üzerinde Etkili Olan Faktörler	Türkiye Cinsiyet (%)			Filistin Cinsiyet (%)		
	Toplam %	Kadın %	Erkek %	Toplam %	Kadın %	Erkek %
Sigara kullanımı	83,2	85,5*	80,8	68,0	71,1	64,6
Kişisel sağlık uygulamaları	53,3	56,6*	50,0	63,7	70,0*	57,0
Uygun sağlık hizmetine ulaşım	65,7	72,3*	59,0	64,7	73,0*	56,0
Stres	78,8	83,8*	73,7	65,4	71,0*	59,5
Sağlık bilgisi	54,7	59,1*	50,3	60,4	68,2*	52,3
Fiziksel çevre	56,7	60,5*	52,8	62,8	69,5*	55,7
Sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları	64,0	68,3*	59,8	60,4	66,0*	54,5
Sağlık sigortasının olması	50,8	56,5*	45,0	58,8	62,7*	54,7
İşe sahip olma	50,5	53,8*	47,2	65,6	70,7*	60,1
Sosyal destek miktarı	47,5	50,9*	44,2	53,5	58,9*	47,7
Ebeveynlerden geçen genetik yapı	60,7	64,7*	56,6	53,3	58,5*	47,7
Gelir	53,4	56,3*	50,6	68,1	72,5*	63,5
Toplum güvenliği	45,2	49,5*	40,9	64,8	71,3*	57,9
Barınma kalitesi	54,1	57,7*	50,5	69,3	75,6*	62,6
Eğitim	49,0	51,2	46,8	66,9	72,1*	61,4
Meslek türü	52,0	51,2	52,8	59,8	63,0*	56,5
Kişinin yaşadığı yer	53,4	54,7	52,1	57,5	64,6*	49,9
Dini inanış/maneviyat	42,7	44,5	41,0	53,3	55,5	51,0
İrk/etnik köken	22,8	25,8*	19,8	28,8	30,7	26,9
Politik istikrar	26,9	28,0	25,8	56,4	60,0*	52,5
Özgürlük	43,8	43,6	44,1	65,4	68,4*	62,3
Ego tatmin etmek	25,4	28,3*	22,5	59,9	63,9*	55,7
Karşı tarafı kabullenme	32,1	35,6*	28,7	55,9	60,7*	50,8

*p<0.05

Çizelge 4.4'te çalışmaya katılan bireylerin sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme durumuna yönelik inanç ve tutumları görülmektedir. Türk katılımcılar arasında, sağlık üzerinde çok güçlü etkiye sahip olduğu inanılan en güçlü beş faktör sırası ile; sigara içme durumu (% 83,2), stres düzeyi (% 78,8), uygun sağlık hizmetine ulaşım (% 65,7), sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları (% 64) ve ebeveynlerden geçen genetik yapı (% 60,7) olarak saptanmıştır.

Filistinli katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlık durumunu etkileme konusundaki beyanları incelendiğinde ise sağlık üzerinde çok güçlü etkiye sahip olduğu inanılan en güçlü beş faktör sırası ile; kaliteli konut (% 69,3), gelir (% 68,1), sigara içme (% 68), eğitim (% 66,9), stres (% 65,6) ve özgürlük (% 65,4) olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.4 te çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme durumu ile ilgili inanç ve tutumları konusunda cinsiyete göre ki kare analizi dağılımı gösterilmiş olup, sigara kullanma, kişisel sağlık uygulamaları, uygun sağlık hizmetine ulaşım, stres, sağlık bilgisi, sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları, kişisel fiziksel çevre, sağlık sigortasının olması, işe sahip olma, sosyal destek miktarı, ebeveynlerinden geçen genetik yapı, kişisel sağlık uygulamaları, toplum güvenliği, barınma kalitesi, ırk/etnik köken, ego tatmin etmek ve karşı tarafı kabullenme faktörlerinde cinsiyete göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme durumu ile ilgili inanç ve tutumları konusunda cinsiyete göre ki kare analizi dağılımında ise kişisel sağlık uygulamaları, uygun sağlık hizmetine ulaşım, stres, sağlık bilgisi, kişisel fiziksel çevre, kişisel sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları, sağlık sigortasının olması, işe sahip olma, sosyal destek miktarı, ebeveynlerinden geçen genetik yapı, gelir, toplum güvenliği, barınma kalitesi, eğitim, meslek türü, kişinin yaşadığı yer, politik istikrar durumu, özgürlük, ego tatmin etmek ve karşı tarafı kabullenme faktörlerinde cinsiyete göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 4.5. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile yaşa göre ki kare analizi dağılımı

Sağlık Üzerinde Etkili Olan Faktörler	Türkiye Yaş (%)			Filistin Yaş (%)		
	Toplam %	≤35	≥ 36	Toplam %	≤35	≥ 36
Sigara kullanımı	83,2	84,1	82,0	68,0	67,1	69,0
Kişisel sağlık uygulamaları	53,3	53,3	53,2	63,7	61,8	66,0
Uygun sağlık hizmetine ulaşım	65,7	65,6	65,7	64,7	64,3	65,2
Stres	78,8	79,4	78,0	65,4	63,4	67,9
Sağlık bilgisi	54,7	53,6	56,1	60,4	60,2	60,7
Fiziksel çevre	56,7	56,0	57,5	62,8	62,2	63,5
Sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları	64,0	62,8	65,6	60,4	59,4	61,6
Sağlık sigortasının olması	50,8	50,5	51,2	58,8	55,8	62,4
İşe sahip olma	50,5	47,4*	54,3	65,6	63,5	68,2
Sosyal destek miktarı	47,5	47,6	47,5	53,5	49,5*	58,4
Ebeveynlerden geçen genetik yapı	60,7	62,7	58,2	53,3	51,2	55,8
Gelir	53,4	52,8	54,2	68,1	66,3	70,4
Toplum güvenliği	45,2	42,8*	48,2	64,8	62,3	67,9
Barınma kalitesi	54,1	53,2	55,2	69,3	66,4*	72,8
Eğitim	49,0	46,6*	52,0	66,9	65,8	68,3
Meslek türü	52,0	49,5*	55,2	59,8	59,3	60,5
Kişinin yaşadığı yer	53,4	52,4	54,7	57,5	56,3	59,0
Dini inanış/maneviyat	42,7	40,2*	45,9	53,3	52,8	54,0
İrk/etnik köken	22,8	22,6	23,1	28,8	28,6	29,1
Politik istikrar	26,9	25,6	28,5	56,4	50,4*	63,5
Özgürlük	43,8	41,2*	47,1	65,4	59,9*	72,2
Ego tatmin etmek	25,4	25,5	25,2	59,9	57,6	62,6
Karşı tarafı kabullenme	32,1	30,0	34,8	55,9	53,1*	59,3

*p<0.05

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme durumu ile ilgili inanç ve tutumları konusunda yaşa göre ki kare analizi dağılımında, işe sahip olma, toplum güvenliği, eğitim, meslek türü ve özgürlük faktörlerinde yaşa göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme ile ilgili inanç ve tutumları konusunda yaşa göre ki kare analizi dağılımında ise, sosyal destek miktarı, barınma kalitesi, politik istikrar durumu, ego tatmin etmek ve karşı tarafı kabullenme faktörlerinde yaş durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Çizelge 4.6. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile eğitim durumuna göre ki kare analizi dağılımı

Sağlık Üzerinde Etkili Olan Faktörler	Türkiye Eğitim (%)			Filistin Eğitim (%)		
	Ortaöğretim	Ön Lisans	Lisans ve üzeri	Ortaöğretim	Ön Lisans	Lisans ve üzeri
Sigara kullanımı	80,6*	90,4	82,7	66,9	64,3	71,2
Kişisel sağlık uygulamaları	52,5	54,5	53,5	57,7*	58,9	75,1
Uygun sağlık hizmetine ulaşım	63,4	67,1	66,7	61,0*	58,3	73,3
Stres	73,3*	80,8	81,6	60,7*	66,1	72,5
Sağlık bilgisi	56,1*	62,2	51,8	55,3*	63,6	66,6
Fiziksel çevre	54,6	60,5	56,9	61,0	62,2	65,8
Sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları	58,0*	63,8	67,9	58,5	59,2	63,8
Sağlık sigortasının olması	52,9*	57,2	47,7	61,1	56,0	56,4
İşe sahip olma	48,4	53,8	50,9	63,9	66,0	68,1
Sosyal destek miktarı	46,2*	59,0	45,2	54,2	49,7	54,0
Ebeveynlerden geçen genetik yapı	54,6*	61,9	64,1	52,8	51,2	55,0
Gelir	53,5	57,5	52,3	63,7*	70,4	73,9
Toplum güvenliği	46,8*	51,8	42,4	64,3	65,2	65,5
Barınma kalitesi	53,3	60,0	53,0	65,5*	73,8	73,3
Eğitim	49,4	52,9	47,7	61,1*	77,0	71,5
Meslek türü	50,1	55,4	52,3	55,9*	61,8	64,8
Kişinin yaşadığı yer	56,1	54,7	51,4	56,2	63,8	56,8
Dini inanış/maneviyat	49,7*	53,1	35,5	51,6	53,7	55,8
İrk/etnik köken	26,3*	59,5	18,7	29,3	31,74	26,9
Politik istikrar	31,1*	31,7	23,0	55,7	58,3	56,5
Özgürlük	45,3	49,8	41,3	64,8	64,2	66,8
Ego tatmin etmek	27,8	28,6	23,0	58,7	57,2	62,9
Karşı tarafı kabullenme	38,2*	33,9	27,7	56,0	52,1	57,4

*p<0.05

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme ile ilgili inanç ve tutumları konusunda eğitim durumuna göre ki kare analizi dağılımında; sigara kullanma, stres, sağlık bilgisi, sağlıklı gıda ve egzersiz, sağlık sigortasının olması, sosyal destek miktarı, ebeveynlerinden geçen genetik yapı, toplum güvenliği, dini inanış/maneviyat, ırk/etnik köken, politik istikrar durumu ve karşı tarafı kabullenme faktörlerinde katılımcıların eğitim durumları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme durumu ile ilgili inanç ve tutumları konusunda eğitim durumuna göre ki kare analizi dağılımında; kişisel sağlık uygulamaları, sağlık hizmetine ulaşım, stres, sağlık bilgisi, gelir, barınma kalitesi, ebeveynlerinden geçen yapı ve meslek türü faktörlerinde eğitim durumu arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Çizelge 4.7. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile gelir durumuna göre ki kare analizi dağılımı

Sağlık Üzerinde Etkili Olan Faktörler	Türkiye Gelir (%)			Filistin Gelir (%)		
	<1000 TL	1001-3000 TL	≥3001 TL	<1000 TL	1001-3000 TL	≥3001 TL
Sigara kullanımı	79,9	84,1	83,4	67,9	66,3	72,3
Kişisel sağlık uygulamaları	55,7	50,6	56,3	59,0*	64,1	69,7
Uygun sağlık hizmetine ulaşım	64,4	66,2	65,4	61,8	64,1	70,6
Stres	74,3	78,6	81,5	65,6	64,0	68,8
Sağlık bilgisi	56,9	53,4	55,6	61,7	58,8	62,7
Fiziksel çevre	57,9	54,5	59,5	66,6	61,9	59,4
Sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları	56,3*	65,6	66,0	61,4	60,9	57,7
Sağlık sigortasının olması	52,1	50,8	50,1	64,1	56,8	56,1
İşe sahip olma	51,5	48,5	53,1	68,7	62,6	68,6
Sosyal destek miktarı	53,2*	44,8	48,7	60,8*	50,3	51,1
Ebeveynlerden geçen genetik yapı	55,8*	59,6	65,2	55,5	51,9	53,7
Gelir	56,5	52,9	52,6	71,3	65,1	71,1
Toplum güvenliği	47,8	44,1	45,5	70,0	63,2	61,5
Barınma kalitesi	53,3	54,4	54,0	71,0	67,9	70,5
Eğitim	52,0	49,5	46,6	70,2	66,0	64,4
Meslek türü	49,8	51,7	53,8	61,9	59,4	58,0
Kişinin yaşadığı yer	55,6	54,6	50,3	65,0*	53,3	57,3
Dini inanış/maneviyat	46,7*	44,6	37,5	59,4*	50,5	51,8
İrk/etnik köken	25,3	22,7	21,5	34,8*	28,0	22,1
Politik istikrar	30,9*	28,2	22,6	60,7	53,9	56,3
Özgürlük	43,5	44,6	42,7	67,8	64,2	64,9
Ego tatmin etmek	33,3*	24,1	23,0	63,2	58,8	57,6
Karşı tarafı kabullenme	40,5*	31,4	28,4	58,9	54,0	56,3

*p<0,05

Çizelge 4.7’de çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme ile ilgili inanç ve tutumları konusunda gelir durumuna göre ki kare analizi dağılımı incelenmiş olup; sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları, sosyal destek miktarı, ebeveynlerden geçen genetik yapı, dini inanış/maneviyat durumu, politik istikrar durumu, ego tatmin etmek, karşı tarafı kabullenme faktörlerinde gelir durumları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Diğer yandan çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme konusundaki inanç ve tutumları ile ilgili gelir durumuna göre ki kare analizi dağılımında; kişisel sağlık uygulamaları, sosyal destek miktarı, kişinin yaşadığı yer, dini inanış ve maneviyat faktörlerinde gelir durumları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

Çizelge 4.8. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile sağlık durumuna göre ki kare analizi dağılımı

Sağlık Üzerinde Etkili Olan Faktörler	Türkiye Sağlık Durumu (%)			Filistin Sağlık Durumu (%)		
	Kötü	İyi	Çok iyi	Kötü	İyi	Çok iyi
Sigara kullanımı	83,9	83,1	83,1	69,1	66,7	70,0
Kişisel sağlık uygulamaları	62,3	52,0	56,5	62,9	62,7	65,8
Uygun sağlık hizmetine ulaşım	65,5	65,5	66,3	64,9	63,4	67,1
Stres	80,3	79,9	73,9	72,2	64,0	66,3
Sağlık bilgisi	70,5*	53,7	55,4	57,8	60,4	61,1
Fiziksel çevre	75,0*	56,6	53,2	65,2	62,4	62,9
Sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları	80,3*	63,4	63,2	67,0	60,5	58,6
Sağlık sigortasının olması	68,9*	50,0	50,2	69,9	57,8	57,7
İşe sahip olma	71,2*	50,3	47,4	69,6	64,0	67,4
Sosyal destek miktarı	63,3*	47,1	46,1	65,9*	52,6	52,2
Ebeveynlerden geçen genetik yapı	57,4	61,0	60,1	66,0*	52,9	50,8
Gelir	67,2	52,7	53,6	71,4	67,5	68,5
Toplum güvenliği	55,7	44,1	47,5	69,9	65,6	62,2
Barınma kalitesi	62,3	52,7	57,8	65,6	69,4	70,2
Eğitim	56,5	48,3	50,5	65,6	66,7	67,7
Meslek türü	60,7	51,4	52,9	58,5	61,4	57,4
Kişinin yaşadığı yer	75,0*	52,6	52,2	63,7	57,6	55,7
Dini inanış/maneviyat	51,6	41,3	46,4	53,2	52,3	55,3
İrk/etnik köken	28,8*	21,3	27,5	40,0*	28,2	27,2
Politik istikrar	35,5	25,7	29,9	63,9	55,2	56,6
Özgürlük	59,3*	42,9	44,4	68,5	64,8	65,7
Ego tatmin etmek	26,7	24,8	27,6	61,1	59,9	59,5
Karşı tarafı kabullenme	48,4*	30,7	34,4	61,1	55,8	54,8

*p<0,05

Çizelge 4.8 e göre Türk katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme ile ilgili inanç ve tutumları konusunda sağlık durumlarına göre ki kare analizi dağılımında; sağlık bilgisi, fiziksel çevre, sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları, sağlık sigortasının olması, işe sahip olma durumu, sosyal destek miktarı, kişinin yaşadığı yer, ırk/etnik köken, özgürlük, karşı tarafı kabullenme faktörlerinde sağlık durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür (p<0,05). Filistinli katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme ile ilgili inanç ve tutumları konusunda sağlık durumuna göre ki kare analizi dağılımında ise; sosyal destek miktarı, ebeveynlerden geçen genetik yapı ve ırk/etnik köken faktörlerinde katılımcıların sağlık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0,05).

Çizelge 4.9. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile BKİ (Beden Kitle İndeksi) değerine göre ki kare analizi dağılımı

Sağlık Üzerinde Etkili Olan Faktörler	Türkiye BKİ Değeri (%)				Filistin BKİ Değeri (%)			
	<18,50	18,5-24,9	25-29,9	>30	<18,50	18,5-24,9	25-29,9	>30
Sigara kullanımı	76,8	83,9	83,3	86,4	60,0	68,3	67,9	66,0
Kişisel sağlık uygulamaları	38,2*	56,1	49,2	55,1	57,1	63,3	63,9	64,6
Uygun sağlık hizmetine ulaşım	63,6	68,3	61,6	66,7	68,6	65,6	67,2	58,9
Stres	76,8	78,0	78,9	84,7	68,6	65,2	65,9	65,1
Sağlık bilgisi	50,0	56,1	53,1	55,4	50,0	58,8	61,6	60,5
Fiziksel çevre	49,1	57,9	55,6	56,2	54,5	64,4	59,3	64,6
Sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre Koşulları	46,3	64,5	64,0	68,0	57,6	59,6	59,3	60,9
Sağlık sigortasının olması	54,5	52,2	47,9	52,7	51,5	55,6	57,6	66,3
İşe sahip olma	35,7*	48,9	47,9	65,3	70,6	66,6	62,1	68,5
Sosyal destek miktarı	44,4*	47,8	41,7	55,9	52,9	50,5	52,0	56,4
Ebeveynlerden geçen genetik yapı	56,4*	64,5	56,4	58,8	45,7	51,8	53,4	55,0
Gelir	50,0	54,6	52,1	53,1	76,5	69,3	63,5	71,1
Toplum güvenliği	37,5	45,6	42,6	46,6	66,7	64,3	63,4	65,2
Barınma kalitesi	52,8	56,0	50,1	52,7	64,7	68,7	67,7	70,4
Eğitim	35,7	51,1	45,0	48,1	65,7	64,2	66,9	67,7
Meslek türü	36,4	52,6	50,0	55,7	60,0	60,2	55,4	62,4
Kişinin yaşadığı yer	41,1	54,6	50,7	56,5	60,0	55,5	54,7	60,8
Dini inanış/maneviyat	30,9	42,2	42,4	47,0	57,6	53,6	51,1	53,2
İrk/etnik köken	16,1	24,1	18,9	19,8	32,4	27,3	26,8	26,4
Politik istikrar	14,5*	28,0	22,6	27,5	51,4	53,6	55,5	59,8
Özgürlük	32,1	44,1	44,5	45,0	68,6	63,5	63,6	69,6
Ego tatmin etmek	17,5*	27,6	20,4	21,1	65,7	59,5	58,4	58,4
Karşı tarafı kabullenme	25,0*	34,3	26,3	26,5	62,9	57,3	54,8	51,9

*p<0,05

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme ile ilgili inanç ve tutumları konusunda BKİ değerlerine göre ki kare analizi dağılımı Çizelge 4.9 da verilmiş olup; kişisel sağlık uygulamaları, işe sahip olma, sosyal destek, ebeveynlerinden geçen genetik yapı, politik istikrar, ego tatmin etmek ve karşı tarafı kabullenme faktörlerinde BKİ değerlerine göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05)

Çizelge 4.10. Çalışmaya katılan bireylerin sağlık üzerinde etkili olan faktörlere yönelik görüşleri ile Türkiye ve Filistin politik görüş durumuna göre ki kare analizi dağılımı

Sağlık Üzerinde Etkili Olan Faktörler	Türkiye Politik Görüş (%)						Filistin Politik Görüş (%)					
	Muhafazakâr	İlimli	Liberal	Sosyal Demokrat	Milliyetçi	Fikrim yok	Muhafazakâr	İlimli	Liberal	Sosyal Demokrat	Milliyetçi	Fikrim yok
Sigara kullanımı	84,0*	85,5	81,7	91,0	77,0	81,0	67,6	70,9	60,0	70,1	60,0	59,6
Kişisel sağlık uygulamaları	51,8	55,9	51,4	60,5	51,0	51,8	63,6*	67,7	70,0	65,9	62,9	48,2
Uygun sağlık hizmetine ulaşım	66,7	70,1	62,0	67,2	63,6	63,1	61,7*	70,8	70,0	64,1	54,3	52,4
Stres	78,4	80,8	82,4	85,1	77,9	75,3	63,6*	70,9	75,0	68,3	60,0	47,6
Sağlık bilgisi	53,7	55,6	49,3	54,9	58,2	54,5	54,9	64,6	63,2	62,1	59,4	53,3
Fiziksel çevre	52,5*	58,7	57,7	67,4	59,8	53,9	60,3	66,1	76,5	62,3	51,5	57,1
Sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları	61,0	67,1	63,4	68,2	66,2	63,0	58,7	62,8	66,7	63,3	51,5	53,2
Sağlık sigortasının olması	49,8*	56,8	34,8	52,3	53,8	49,3	53,6*	65,1	63,2	53,2	48,5	54,0
İşe sahip olma	48,4	53,8	47,9	52,0	55,3	48,5	63,0*	70,1	78,9	60,3	67,6	58,3
Sosyal destek miktarı	43,6	51,1	49,3	50,9	54,7	44,8	50,0	56,8	60,0	54,0	51,5	47,2
Ebeveynlerden geçen genetik yapı	58,1	64,3	70,0	61,7	61,6	59,0	45,1*	60,6	45,0	54,5	42,9	44,6
Gelir	48,7*	60,6	47,1	61,6	60,8	48,8	58,8*	77,0	55,0	67,7	57,6	58,1
Toplum güvenliği	42,1	50,0	42,9	49,2	51,0	42,1	57,9*	69,5	52,6	66,0	64,7	60,1
Barınma kalitesi	51,9	59,0	48,6	58,4	57,9	51,2	65,1*	75,6	58,8	66,2	58,8	61,9
Eğitim	46,1*	48,2	44,3	58,4	54,8	46,7	62,0*	72,8	70,0	65,2	53,1	59,7
Meslek türü	49,7*	51,8	56,3	60,5	59,9	46,7	52,9*	65,5	63,2	60,5	48,4	53,8
Kişinin yaşadığı yer	50,0	50,9	57,7	56,8	56,4	54,8	52,7*	62,8	50,0	55,8	54,5	51,3
Dini inanış/maneviyat	48,0*	44,3	26,8	35,6	40,6	43,1	52,3	56,9	52,6	50,6	37,9	49,4
İrk/etnik köken	20,7	25,6	19,7	23,9	27,9	21,3	23,8	30,7	33,3	29,0	18,2	31,9
Politik istikrar	24,3*	29,7	20,0	32,4	32,7	24,2	59,7	56,8	55,0	57,5	60,0	48,2
Özgürlük	41,3*	41,8	34,8	51,7	53,8	41,0	68,2*	67,2	77,8	63,5	70,6	54,9
Ego tatmin etmek	19,7*	22,9	22,5	34,3	34,5	25,1	55,1	62,5	76,5	60,8	51,4	57,9
Karşı tarafı kabullenme	26,9*	30,7	26,8	43,0	39,8	31,1	47,2	59,0	60,0	57,1	51,4	58,3

p<0,05

Çizelge 4.10'da Türkiye'den katılan bireylerin politik görüşü ile sağlığı belirleyici faktörlerin sağlık üzerindeki etkileri ile ilgili inanç ve tutumları konusunda yapılan analizde; sigara kullanma, kişisel fiziksel çevre, sağlık sigortasının olması, gelir, eğitim, meslek türü, dini inanış/maneviyat, politik istikrar, özgürlük, ego tatmin etmek ve son olarak karşı tarafı kabullenme faktörlerinde kişilerin politik görüşlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Filistin'den katılan bireylerin politik görüşü ile sağlığı belirleyici faktörlerin sağlık üzerindeki etkileri ile ilgili inanç ve tutumları konusunda yapılan analizde; kişisel sağlık uygulamaları, uygun sağlık hizmetine ulaşım, stres, sağlık sigortasının olması, işe sahip olma, ebeveynlerden geçen genetik yapı, gelir, toplum güvenliği, barınma kalitesi, eğitim, meslek türü, kişinin yaşadığı yer ve özgürlük faktörlerinde katılımcıların politik görüşlerine göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.11. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin sağlığı etkileme durumunun sosyo-demografik özelliklere göre ki kare analizi dağılımı

Sağlık Üzerinde Etkili Olan Faktörler	(%)	Cinsiyet (%)		Yaş (%)		Eğitim (%)			Gelir (TL) (%)			Sağlık Durumu (%)			BKİ Değerleri (%)				Politik Görüş (%)					
	Toplam	Kadın	Erkek	≤35	≥36	Ortaöğretim	Ön Lisans	Lisans ve üzeri	≤1000	1001-3000	≥3001	Kötü	İyi	Çok iyi	<18,50	18,5-24,9	25-29,9	>30	Muhafazakâr	İhmlî	Liberal	Sosyal demokrat	Milliyetçi	Fikrim yok
Sigara kullanımı	83,2	85,5*	80,8	84,1	82	80,6*	90,4	82,7	79,9	84,1	83,4	83,9	83,1	83,1	76,8	83,9	83,3	86,4	84,0*	85,5	81,7	91	77	81
Kişisel sağlık uygulamaları	53,3	56,6*	50	53,3	53,2	52,5	54,5	53,5	55,7	50,6	56,3	62,3	52	56,5	38,2*	56,1	49,2	55,1	51,8	55,9	51,4	60,5	51	51,8
Uygun sağlık hizmetine ulaşım	65,7	72,3*	59	65,6	65,7	63,4	67,1	66,7	64,4	66,2	65,4	65,5	65,5	66,3	63,6	68,3	61,6	66,7	66,7	70,1	62	67,2	63,6	63,1
Stres	78,8	83,8*	73,7	79,4	78	73,3*	80,8	81,6	74,3	78,6	81,5	80,3	79,9	73,9	76,8	78	78,9	84,7	78,4	80,8	82,4	85,1	77,9	75,3
Sağlık bilgisi	54,7	59,1*	50,3	53,6	56,1	56,1*	62,2	51,8	56,9	53,4	55,6	70,5*	53,7	55,4	50	56,1	53,1	55,4	53,7	55,6	49,3	54,9	58,2	54,5
Fiziksel çevre	56,7	60,5*	52,8	56	57,5	54,6	60,5	56,9	57,9	54,5	59,5	75,0*	56,6	53,2	49,1	57,9	55,6	56,2	52,5*	58,7	57,7	67,4	59,8	53,9
Sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları	64	68,3	59,8	62,8	65,6	58,0*	63,8	67,9	56,3*	65,6	66	80,3*	63,4	63,2	46,3	64,5	64	68,0	61	67,1	63,4	68,2	66,2	63
Sağlık sigortasının olması	50,8	56,5*	45	50,5	51,2	52,9*	57,2	47,7	52,1	50,8	50,1	68,9*	50	50,2	54,5	52,2	47,9	52,7	49,8*	56,8	34,8	52,3	53,8	49,3
İşe sahip olma	50,5	53,8*	47,2	47,4*	54,3	48,4	53,8	50,9	51,5	48,5	53,1	71,2*	50,3	47,4	35,7*	48,9	47,9	65,3	48,4	53,8	47,9	52	55,3	48,5
Sosyal destek miktarı	47,5	50,9*	44,2	47,6	47,5	46,2*	59	45,2	53,2*	44,8	48,7	63,3*	47,1	46,1	44,4*	47,8	41,7	55,9	43,6	51,1	49,3	50,9	54,7	44,8
Ebeveynlerden geçen genetik yapı	60,7	64,7*	56,6	62,7	58,2	54,6*	61,9	64,1	55,8*	59,6	65,2	57,4	61	60,1	56,4*	64,5	56,4	58,8	58,1	64,3	70	61,7	61,6	59
Gelir	53,4	56,3*	50,6	52,8	54,2	53,5	57,5	52,3	56,5	52,9	52,6	67,2	52,7	53,6	50	54,6	52,1	53,1	48,7*	60,6	47,1	61,6	60,8	48,8

*P<0.05

Çizelge 4.11. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin sağlığı etkileme durumunun sosyo-demografik özelliklere göre ki kare analizi dağılımı (Devamıdır)

Toplum güvenliği	45,2	49,5*	40,9	42,8*	48,2	46,8*	51,8	42,4	47,8	44,1	45,5	55,7	44,1	47,5	37,5	45,6	42,6	46,6	42,1	50	42,9	49,2	51	42,1
Barınma kalitesi	54,1	57,7*	50,5	53,2	55,2	53,3	60	53	53,3	54,4	54	62,3	52,7	57,8	52,8	56	50,1	52,7	51,9	59	48,6	58,4	57,9	51,2
Eğitim	49	51,2	46,8	46,6*	52	49,4	52,9	47,7	52	49,5	46,6	56,5	48,3	50,5	35,7	51,1	45	48,1	46,1*	48,2	44,3	58,4	54,8	46,7
Meslek türü	52	51,2	52,8	49,5*	55,2	50,1	55,4	52,3	49,8	51,7	53,8	60,7	51,4	52,9	36,4	52,6	50	55,7	49,7*	51,8	56,3	60,5	59,9	46,7
Kişinin yaşadığı yer	53,4	54,7	52,1	52,4	54,7	56,1	54,7	51,4	55,6	54,6	50,3	75,0*	52,6	52,2	41,1	54,6	50,7	56,5	50	50,9	57,7	56,8	56,4	54,8
Dini inanış/maneviyat	42,7	44,5	41	40,2*	45,9	49,7*	53,1	35,5	46,7*	44,6	37,5	51,6	41,3	46,4	30,9	42,2	42,4	47,0	48,0*	44,3	26,8	35,6	40,6	43,1
İrk/etnik köken	22,8	25,8*	19,8	22,6	23,1	26,3*	59,5	18,7	25,3	22,7	21,5	28,8*	21,3	27,5	16,1	24,1	18,9	19,8	20,7	25,6	19,7	23,9	27,9	21,3
Politik istikrar	26,9	28	25,8	25,6	28,5	31,1*	31,7	23	30,9*	28,2	22,6	35,5	25,7	29,9	14,5*	28	22,6	27,5	24,3*	29,7	20	32,4	32,7	24,2
Özgürlük	43,8	43,6	44,1	41,2*	47,1	45,3	49,8	41,3	43,5	44,6	42,7	59,3*	42,9	44,4	32,1	44,1	44,5	45,0	41,3*	41,8	34,8	51,7	53,8	41
Ego tatmin etmek	25,4	28,3*	22,5	25,5	25,2	27,8	28,6	23	33,3*	24,1	23	26,7	24,8	27,6	17,5*	27,6	20,4	21,1	19,7*	22,9	22,5	34,3	34,5	25,1

*P<0.05

Çizelge 4.11’de çalışmaya katılan bireylerin sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme durumuna yönelik inanç ve tutumları görülmektedir. Türk katılımcılar arasında, sağlık üzerinde çok güçlü etkiye sahip olduğu inanılan en güçlü beş faktör sırası ile; sigara içme durumu (% 83,2), stres düzeyi (% 78,8), uygun sağlık hizmetine ulaşım (% 65,7), sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları (% 64) ve ebeveynlerden geçen genetik yapı (% 60,7) olarak saptanmıştır.

Cinsiyet, yaş, gelir durumu, sağlık durumu, beden kitle indeksi ve politik görüş alt grupları incelendiğinde sağlık üzerinde güçlü etkiye sahip olduğu inanılan ilk beş faktörün sıralamasının değişmediği görülmektedir.

Çizelge 4. 11’de çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme durumu ile ilgili inanç ve tutumları konusunda cinsiyete göre ki kare analizi dağılımı gösterilmiş olup, sigara kullanma, kişisel sağlık uygulamaları, uygun sağlık hizmetine ulaşım, stres, sağlık bilgisi, sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları, kişisel fiziksel çevre, sağlık sigortasının olması, işe sahip olma, sosyal destek miktarı, ebeveynlerinden geçen genetik yapı, kişisel sağlık uygulamaları, toplum güvenliği, barınma kalitesi, ırk/etnik köken, ego tatmin etmek ve karşı tarafı kabullenme faktörlerinde cinsiyete göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme durumu ile ilgili inanç ve tutumları konusunda yaşa göre ki kare analizi dağılımında, işe sahip olma, toplum güvenliği, eğitim, meslek türü ve özgürlük faktörlerinde yaşa göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Yine de Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme durumu ile ilgili inanç ve tutumları konusunda eğitim durumuna göre ki kare analizi dağılımında; sigara kullanma, stres, sağlık bilgisi, sağlıklı gıda ve egzersiz, sağlık sigortasının olması, sosyal destek miktarı, ebeveynlerinden geçen genetik yapı, toplum güvenliği, dini inanış / maneviyat, ırk / etnik köken, politik istikrar durumu ve karşı tarafı kabullenme faktörlerinde katılımcıların eğitim durumları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.11’de çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme ile ilgili inanç ve tutumları konusunda gelir durumuna göre ki kare analizi dağılımı incelenmiş olup; sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları, sosyal destek miktarı, ebeveynlerden geçen genetik yapı, dini inanış/maneviyat durumu, politik istikrar durumu, ego tatmin etmek, karşı tarafı kabullenme faktörlerinde gelir durumları arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.11’e göre Türk katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme ile ilgili inanç ve tutumları konusunda sağlık durumlarına göre ki kare analizi dağılımında; sağlık bilgisi, fiziksel çevre, sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları, sağlık sigortasının olması, işe sahip olma durumu, sosyal destek miktarı, kişinin yaşadığı yer, ırk/etnik köken, özgürlük, karşı tarafı kabullenme faktörlerinde sağlık durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme ile ilgili inanç ve tutumları konusunda BKİ değerlerine göre ki kare analizi dağılımı Çizelge 4.11’de verilmiş olup; kişisel sağlık uygulamaları, işe sahip olma, sosyal destek, ebeveynlerinden geçen genetik yapı, politik istikrar, ego tatmin etmek ve karşı tarafı kabullenme faktörlerinde BKİ değerlerine göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.11’de Türkiye’den katılan bireylerin politik görüşü ile sağlığı belirleyici faktörlerin sağlık üzerindeki etkileri ile ilgili inanç ve tutumları konusunda yapılan analizde; sigara kullanma, kişisel fiziksel çevre, sağlık sigortasının olması, gelir, eğitim, meslek türü, dini inanış/maneviyat, politik istikrar, özgürlük, ego tatmin etmek ve son olarak karşı tarafı kabullenme faktörlerinde kişilerin politik görüşlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.12. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin sağlığı etkileme durumunun sosyo-demografik özelliklere göre ki kare analizi dağılımı

Sağlık Üzerinde Etkili Olan Faktörler	(%)	Cinsiyet (%)		Yaş (%)		Eğitim (%)			Geliri (TL) (%)			Sağlık Durumu (%)			BKİ Değerleri (%)				Politik Görüş (%)					
	Toplam	Kadın	Erkek	<35	≥36	Ortaöğretim	Ön Lisans	Lisans ve üzeri	≤1000	1001-3000	≥3001	Kötü	İyi	Çok iyi	<18,50	18,5-24,9	25-29,9	>30	Muhafazakâr	İlimli	Liberal	Sosyal demokrat	Milliyetçi	Fikrim yok
Sigara kullanımı	68,0	71,1	64,6	67,1	69,0	66,9	64,3	71,2	67,9	66,3	72,3	69,1	66,7	70,0	60,0	68,3	67,9	66,0	67,6	70,9	60,0	70,1	60,0	59,6
Kişisel sağlık uygulamaları	63,7	70,0*	57,0	61,8	66,0	57,7*	58,9	75,1	59,0*	64,1	69,7	62,9	62,7	65,8	57,1	63,3	63,9	64,6	63,6*	67,7	70,0	65,9	62,9	48,2
Uygun sağlık hizmetine ulaşım	64,7	73,0*	56,0	64,3	65,2	61,0*	58,3	73,3	61,8	64,1	70,6	64,9	63,4	67,1	68,6	65,6	67,2	58,9	61,7*	70,8	70,0	64,1	54,3	52,4
Stres	65,4	71,0*	59,5	63,4	67,9	60,7*	66,1	72,5	65,6	64,0	68,8	72,2	64,0	66,3	68,6	65,2	65,9	65,1	63,6*	70,9	75,0	68,3	60,0	47,6
Sağlık bilgisi	60,4	68,2*	52,3	60,2	60,7	55,3*	63,6	66,6	61,7	58,8	62,7	57,8	60,4	61,1	50,0	58,8	61,6	60,5	54,9	64,6	63,2	62,1	59,4	53,3
Fiziksel çevre	62,8	69,5*	55,7	62,2	63,5	61,0	62,2	65,8	66,6	61,9	59,4	65,2	62,4	62,9	54,5	64,4	59,3	64,6	60,3	66,1	76,5	62,3	51,5	57,1
Sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları	60,4	66,0*	54,5	59,4	61,6	58,5	59,2	63,8	61,4	60,9	57,7	67,0	60,5	58,6	57,6	59,6	59,3	60,9	58,7	62,8	66,7	63,3	51,5	53,2
Sağlık sigortasının olması	58,8	62,7*	54,7	55,8	62,4	61,1	56,0	56,4	64,1	56,8	56,1	69,9	57,8	57,7	51,5	55,6	57,6	66,3	53,6*	65,1	63,2	53,2	48,5	54,0
İşe sahip olma	65,6	70,7*	60,1	63,5	68,2	63,9	66,0	68,1	68,7	62,6	68,6	69,6	64,0	67,4	70,6	66,6	62,1	68,5	63,0*	70,1	78,9	60,3	67,6	58,3
Sosyal destek miktarı	53,5	58,9*	47,7	49,5*	58,4	54,2	49,7	54,0	60,8*	50,3	51,1	65,9*	52,6	52,2	52,9	50,5	52,0	56,4	50,0	56,8	60,0	54,0	51,5	47,2
Ebeveynlerden geçen genetik yapı	53,3	58,5*	47,7	51,2	55,8	52,8	51,2	55,0	55,5	51,9	53,7	66,0*	52,9	50,8	45,7	51,8	53,4	55,0	45,1*	60,6	45,0	54,5	42,9	44,6
Gelir	68,1	72,5*	63,5	66,3	70,4	63,7*	70,4	73,9	71,3	65,1	71,1	71,4	67,5	68,5	76,5	69,3	63,5	71,1	58,8*	77,0	55,0	67,7	57,6	58,1
Toplum güvenliği	64,8	71,3*	57,9	62,3	67,9	64,3	65,2	65,5	70,0	63,2	61,5	69,9	65,6	62,2	66,7	64,3	63,4	65,2	57,9*	69,5	52,6	66,0	64,7	60,1

*P<0.05

Çizelge 4.12. Çalışmaya Filistin'den katılan bireylerin sağlığı etkileme durumunun sosyo-demografik özelliklere göre ki kare analizi dağılımı (Devamıdır)

Barınma kalitesi	69,3	75,6*	62,6	66,4*	72,8	65,5*	73,8	73,3	71,0	67,9	70,5	65,6	69,4	70,2	64,7	68,7	67,7	70,4	65,1*	75,6	58,8	66,2	58,8	61,9
Eğitim	66,9	72,1*	61,4	65,8	68,3	61,1*	77,0	71,5	70,2	66,0	64,4	65,6	66,7	67,7	65,7	64,2	66,9	67,7	62,0*	72,8	70,0	65,2	53,1	59,7
Meslek türü	59,8	63,0*	56,5	59,3	60,5	55,9*	61,8	64,8	61,9	59,4	58,0	58,5	61,4	57,4	60,0	60,2	55,4	62,4	52,9*	65,5	63,2	60,5	48,4	53,8
Kişinin yaşadığı yer	57,5	64,6*	49,9	56,3	59,0	56,2	63,8	56,8	65,0*	53,3	57,3	63,7	57,6	55,7	60,0	55,5	54,7	60,8	52,7*	62,8	50,0	55,8	54,5	51,3
Dini inanış/maneviyat	53,3	55,5	51,0	52,8	54,0	51,6	53,7	55,8	59,4*	50,5	51,8	53,2	52,3	55,3	57,6	53,6	51,1	53,2	52,3	56,9	52,6	50,6	37,9	49,4
İrk/etnik köken	28,8	30,7	26,9	28,6	29,1	29,3	31,74	26,9	34,8*	28,0	22,1	40,0*	28,2	27,2	32,4	27,3	26,8	26,4	23,8	30,7	33,3	29,0	18,2	31,9
Politik istikrar	56,4	60,0*	52,5	50,4*	63,5	55,7	58,3	56,5	60,7	53,9	56,3	63,9	55,2	56,6	51,4	53,6	55,5	59,8	59,7	56,8	55,0	57,5	60,0	48,2
Özgürlük	65,4	68,4*	62,3	59,9*	72,2	64,8	64,2	66,8	67,8	64,2	64,9	68,5	64,8	65,7	68,6	63,5	63,6	69,6	68,2*	67,2	77,8	63,5	70,6	54,9
Ego tatmin etmek	59,9	63,9*	55,7	57,6	62,6	58,7	57,2	62,9	63,2	58,8	57,6	61,1	59,9	59,5	65,7	59,5	58,4	58,4	55,1	62,5	76,5	60,8	51,4	57,9

*P<0.05

Çizelge 4.12’de görüldüğü üzere Filistinli katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlık durumunu etkileme konusundaki beyanları incelendiğinde ise sağlık üzerinde çok güçlü etkiye sahip olduğu inanılan en güçlü beş faktörün sırası ile; kaliteli konut (% 69,3) gelir (% 68,1), sigara içme (% 68), eğitim (% 66,9), stres (% 65,6) ve özgürlük (% 65,4) olduğu belirlenmiştir.

Cinsiyet, eğitim, gelir durumu, sağlık durumu, BKİ ve politik görüş alt grupları incelendiğinde katılımcıların tamamında görülen sağlığı etkileyen en önemli ilk beş faktörün sıralamasında farklılık görülmediği tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme durumu ile ilgili inanç ve tutumları konusunda cinsiyete göre ki kare analizi dağılımında ise kişisel sağlık uygulamaları, uygun sağlık hizmetine ulaşım, stres, sağlık bilgisi, kişisel fiziksel çevre, kişisel sağlıklı gıda ve egzersiz için çevre koşulları, sağlık sigortasının olması, işe sahip olma, sosyal destek miktarı, ebeveynlerinden geçen genetik yapı, gelir, toplum güvenliği, barınma kalitesi, eğitim, meslek türü, kişinin yaşadığı yer, politik istikrar durumu, özgürlük, ego tatmin etmek ve karşı tarafı kabullenme faktörlerinde cinsiyete göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme ile ilgili inanç ve tutumları konusunda yaşa göre ki kare analizi dağılımında ise, sosyal destek miktarı, barınma kalitesi, politik istikrar durumu, ego tatmin etmek ve karşı tarafı kabullenme faktörlerinde yaş durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim durumuna göre ki kare analizi dağılımında; kişisel sağlık uygulamaları, sağlık hizmetine ulaşım, stres, sağlık bilgisi, gelir, barınma kalitesi, ebeveynlerinden geçen yapı ve meslek türü faktörlerinde eğitim durumu arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme konusundaki inanç ve tutumları ile ilgili gelir durumuna göre ki kare analizi dağılımında; kişisel sağlık uygulamaları, sosyal destek miktarı, kişinin yaşadığı yer, dini inanış ve maneviyat faktörlerinde gelir durumları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Filistinli katılımcıların sağlık belirleyici faktörlerin sağlığı etkileme ile ilgili inanç ve tutumları konusunda sağlık durumuna göre ki kare analizi dağılımında ise; sosyal destek miktarı, ebeveynlerden geçen genetik yapı ve ırk/etnik köken faktörlerinde katılımcıların sağlık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Son olarak, Filistin'den katılan bireylerin politik görüşü ile sağlığı belirleyici faktörlerin sağlık üzerindeki etkileri ile ilgili inanç ve tutumları konusunda yapılan analizde; kişisel sağlık uygulamaları, uygun sağlık hizmetine ulaşım, stres, sağlık sigortasının olması, işe sahip olma, ebeveynlerden geçen genetik yapı, gelir, toplum güvenliği, barınma kalitesi, eğitim, meslek türü, kişinin yaşadığı yer ve özgürlük faktörlerinde katılımcıların politik görüşlerine göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

4.3. Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler

Sağlığı geliştirmeye yönelik 13 önlem katılımcılara sunulmuş ve kendi inançlarına ve görüşlerine göre bu önlemlerin sağlığı geliştirmede ne kadar etkili olduğunu belirtmeleri istenmiştir. Çizelge 4.13-4.20'de katılımcıların çok etkili (8 ile 10 arasında puan verilen önlemler) olduğunu düşündükleri önlemler incelenmiştir. Sonuçlar cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, sağlık durumu ve siyasi görüş alt gruplarına göre değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.13. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile cinsiyete göre ki kare analizi dağılımı

Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Türkiye Toplam	Filistin Toplam	Türkiye Cinsiyet (%)		Filistin Cinsiyet (%)	
	(%)	(%)	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Sigara kullanımını azaltmak	80,6	72,9	84,2*	76,9	74,5	71,3
Daha fazla kişiyi sağlık sigortalı yapmak	52,8	64,9	59,1*	46,5	66,2	63,6
Bireysel sağlık uygulamalarını geliştirmek için kişileri teşvik edecek programlar	53,6	65,2	59,2*	47,9	69,7*	60,4
Kirliliği azaltmak	68,7	73,2	74,6*	62,9	76,8*	69,4
Yoksulluğu azaltmak	63,8	77,1	68,7*	59,0	82,0*	71,9
Erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak	53,5	63,6	57,8*	49,2	68,6*	58,4
Şiddeti azaltmak	58,6	70,3	65,5*	51,8	77,6*	62,6
İşsizliği azaltmak	61,3	75,6	66,8*	55,8	80,8*	70,0
Yükseköğretim eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak	47,0	69,0	50,3*	43,7	75,1*	62,5
Sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek	54,4	61,8	59,2*	49,6	66,7*	56,4
Yaşam alanlarının (barınma) kalitesini artırmak	65,7	65,0	69,8*	61,6	71,6*	57,9
Ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları	36,2	60,4	41,4*	31,0	66,0*	54,4
Siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararlar için acil planlar hazırlama	36,5	61,0	41,9*	31,1	66,1*	55,6

*p<0.05

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlerin ne derecede sağlığı geliştirdiği ile ilgili düşünceleri incelediğinde; % 80,6'sı sigara kullanımını azaltma, % 68,7'si kirliliği azaltma, % 65,7'si yaşam alanlarının kalitesinin artırılması, % 63,8'i yoksulluğu azaltma önleminin sağlığı geliştirmeye yönelik güçlü etkisinin olduğunu belirtmişlerdir. Buna karşılık Filistin'den katılan bireylerin % 77,1'i yoksulluğu azaltma, % 75,6'sı işsizliğin azaltılması, % 73,2'si kirliliğin azaltılması, % 72,9'u sigara kullanımının azaltılması önlemlerinin sağlığı geliştirme üzerinde çok güçlü etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile cinsiyete göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; sigara kullanımını azaltmak, daha fazla kişiyi sağlık sigortalı yapılması, bireysel sağlık uygulamalarını geliştirmek için kişileri teşvik edecek programlar, kirliliği azaltmak, yoksulluğu azaltmak, erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak, şiddeti azaltmak, işsizliği azaltmak, yükseköğretim eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak, sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek, yaşam alanlarının (barınma) kalitesini artırmak, ego tatmini ve yetenekleri

yönlendirme programları, siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama, bireysel sağlık uygulamalarını geliştirmek için kişileri teşvik edecek programlar, kirliliği azaltmak, yoksulluğu azaltma önlemlerinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile cinsiyete göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak, şiddeti azaltmak, işsizliği azaltmak, yüksekokul eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak, sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek, yaşam alanların (barınma) kalitesini artırmak, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları, siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar önlemlerinde farklılık cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.14. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile yaşa göre ki kare analizi dağılımı

Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Türkiye Yaş (%)		Filistin Yaş (%)	
	≤ 35	≥ 36	≤ 35	≥ 36
Sigara kullanımını azaltmak	81,6	79,3	73,7	72,0
Daha fazla kişiyi sağlık sigortalı yapmak	53,6	51,9	64,8	65,0
Bireysel sağlık uygulamalarını geliştirmek için kişileri teşvik edecek programlar	54,9	51,9	63,2	67,5
Kirliliği azaltmak	68,9	68,5	71,4	75,4
Yoksulluğu azaltmak	62,1	66,0	74,6*	80,1
Erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak	54,6	52,0	61,5	66,2
Şiddeti azaltmak	58,7	58,6	70,3	70,4
İşsizliği azaltmak	59,0*	64,1	74,2	77,3
Yüksekokul eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak	44,7	49,8	67,0	71,4
Sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek	54,2	54,7	58,5*	65,6
Yaşam alanların (barınma) kalitesini artırmak	64,6	67,1	62,4*	68,0
Ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları	34,5	38,2	57,3*	64,1
Siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama	35,8	37,4	59,8	62,5

* $p<0,05$

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile yaşa göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; ≤35 katılan bireylerin % 81,6'sı sigara kullanımını azaltma, % 68,9'u kirliliği azaltma önleminin sağlığı geliştirmeye yönelik etkisinin olduğunu, ≥36 grubunda ise % 79,3'ü sigara kullanımını azaltma, % 68,5'i kirliliği azaltma önleminin sağlığı geliştirme üzerinde güçlü etkisi olduğu görüşünü bildirmişlerdir.

Filistin'den ≤ 35 katılan bireylerin % 74,6'sı yoksulluğu azaltma, % 74,2'si işsizliğin azaltılmasının sağlığı geliştirmede çok önemli önlemler olduğu, ≥ 36 grubundaki katılımcıların ise % 80,1'i yoksulluğu azaltma, % 77,3'ü işsizliği azaltma önlemlerinin sağlığı geliştirme üzerinde çok önemli olduğu hakkında görüş bildirmişlerdir.

Katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile yaşa göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde, işsizliği azaltma önleminde yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile yaşa göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; yoksulluğu azaltmak, sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek, yaşam alanların (barınma) kalitesini artırmak, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları önlemlerinde yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Çizelge 4.15. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemleri hakkındaki görüşleri ile eğitim durumuna göre ki kare analizi dağılımı

Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Türkiye Eğitim (%)			Filistin Eğitim (%)		
	Orta öğretim	Ön Lisans	Lisans ve üzeri	Orta öğretim	Ön Lisans	Lisans ve üzeri
Sigara kullanımını azaltmak	75,4*	86,2	82,3	69,3*	76,8	76,8
Daha fazla kişiyi sağlık sigortalı yapmak	59,5*	60,2	46,6	64,3	64,9	65,9
Bireysel sağlık uygulamalarını geliştirmek için kişileri teşvik edecek programlar	55,1	58,0	51,4	62,1	67,3	69,0
Kirliliği azaltmak	67,1	73,2	68,5	71,8	75,6	74,3
Yoksulluğu azaltmak	61,0*	73,4	62,9	74,3	78,2	80,9
Erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak	52,7	58,9	52,4	61,8	66,9	64,9
Şiddeti azaltmak	59,8*	68,8	55,1	68,9	69,3	73,0
İşsizliği azaltmak	63,1*	70,3	57,7	74,0	80,4	76,0
Yükseköğretim eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak	51,8*	51,3	42,8	69,1	70,6	68,2
Sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek	58,4*	59,3	50,6	59,0	62,0	65,9
Yaşam alanların (barınma) kalitesini artırmak	67,7	67,7	64,0	63,1	66,7	67,2
Ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları	44,5*	40,3	29,8	59,8	64,0	59,7
Siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararlı çıkmak için acil planlar hazırlama	44,5*	40,8	30,3	61,8	60,1	60,2

* $p < 0,05$

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile eğitim durumuna göre ki kare analizi dağılımı incelenmiş ve sigara kullanımını

azaltmak, daha fazla kişinin sağlık sigortalı yapılması, yoksulluğu azaltmak, şiddeti azaltmak, işsizliği, yükseköğretim eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak, sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları, siyasi ve fikri çatışmalar konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama önlemlerinde eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile eğitim durumuna göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; sigara kullanımını azaltma önleminde eğitim durumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çizelge 4.16. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile gelir durumuna göre ki kare analizi dağılımı

Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Türkiye			Filistin		
	Gelir Durumu (%)			Gelir Durumu (%)		
	1000 ve altı (TL)	1001-3000 (TL)	3001 ve üstü (TL)	1000 ve altı (TL)	1001-3000 (TL)	3001 ve üstü (TL)
Sigara kullanımını azaltmak	75,3*	80,8	83,2	74,6	70,7	76,2
Daha fazla kişiyi sağlık sigortalı yapmak	63,6*	50,9	49,8	66,8	62,5	68,4
Bireysel sağlık uygulamalarını geliştirmek için kişileri teşvik edecek programlar	54,8	54,5	51,3	65,3	63,3	69,7
Kirliliği azaltmak	65,0	70,6	67,8	70,5	72,9	77,9
Yoksulluğu azaltmak	62,6	63,6	64,8	77,5	76,0	79,0
Erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak	55,7	53,4	52,3	63,4	62,8	66,1
Şiddeti azaltmak	58,0	60,1	56,5	75,4*	69,4	65,2
İşsizliği azaltmak	63,7	60,7	60,8	77,6	75,7	72,3
Yükseköğretim eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak	52,9	45,3	46,5	72,6	68,4	65,2
Sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek	56,8	55,4	51,5	64,5	59,9	62,6
Yaşam alanlarının (barınma) kalitesini artırmak	66,2	66,4	64,4	67,1	63,3	66,2
Ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları	42,8*	37,5	30,2	64,9	59,0	57,1
Siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama	44,4*	38,5	28,8	68,5*	56,9	60,4

* $p<0.05$

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile gelir durumuna göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; sigara kullanımını azaltmak, daha fazla kişiyi sağlık sigortalı yapmak, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları, siyasi ve fikri çatışmalar konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama önlemlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çizelge 4.16'da çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik

önlemler hakkındaki görüşleri ile gelir durumuna göre ki kare analizi dağılımı verilmiş olup, şiddeti azaltmak ve siyasi ve fikri çatışmalar konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama önlemlerinde gelir durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.17. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile sağlık durumuna göre kare analizi dağılımı

Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Türkiye Sağlık Durumu (%)			Filistin Sağlık Durumu (%)		
	Kötü	İyi	Çok iyi	Kötü	İyi	Çok iyi
Sigara kullanımını azaltmak	69,4*	82,2	76,5	77,3	70,47	75,8
Daha fazla kişiyi sağlık sigortalı yapmak	61,3	51,8	55,2	69,1	65,6	62,6
Bireysel sağlık uygulamalarını geliştirmek için kişileri teşvik edecek programlar	59,0	52,3	57,4	64,9	63,1	68,9
Kirliliği azaltmak	70,5	68,7	68,5	69,1	71,6	77,1
Yoksulluğu azaltmak	72,9	64,0	61,4	78,7	76,5	77,7
Erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak	63,3	53,0	53,3	73,1	61,2	65,6
Şiddeti azaltmak	67,7	58,2	58,4	75,8	70,6	68,4
İşsizliği azaltmak	75,4*	61,6	57,2	77,1	75,3	75,7
Yükseköğretim eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak	61,3*	45,7	49,0	68,8	69,5	68,1
Sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek	58,1	53,4	57,6	68,4	60,5	62,3
Yaşam alanlarının (barınma) kalitesini artırmak	70,0	65,2	66,9	69,1	64,1	65,5
Ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları	49,2*	34,6	39,7	71,9	58,8	60,3
Siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama	53,2*	35,7	36,6	67,7	60,0	61,0

* $p<0,05$

Çizelge 4.17'de Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile sağlık durumlarına göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde sigara kullanımını azaltmak, işsizliği azaltmak, yükseköğretim eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları, siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama önlemlerinde sağlık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.18. Çalışmaya katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile Türkiye ve Filistin politik görüş durumuna göre kıkare analizi dağılımı

SağlığıGeliştirmeye Yönelik Önlemler	Türkiye Politik Görüş (%)						Filistin Politik Görüş (%)					
	Muhafazakâr	İlimli	Liberal	Sosyal demokrat	Milliyetçi	Fikrim yok	Muhafazakâr	İlimli	Liberal	Sosyal demokrat	Milliyetçi	Fikrim yok
Sigara kullanımını azaltmak	82,8	83,2	84,5	83,8	75,6	77,1	74,7	73,6	65,0	77,8	62,9	66,3
Daha fazla kişiyi sağlık sigortalı yapmak	54,1	55,8	38,0	55,3	53,6	51,1	60,5	66,6	70,0	68,3	65,7	62,0
Bireysel sağlık uygulamalarını geliştirmek için kişileri teşvik edecek programlar	52,6	56,3	47,1	59,2	57,7	50,0	66,4	64,0	70,0	68,9	62,9	63,3
Kirliliği azaltmak	66,4	72,6	71,4	76,0	65,1	67,3	71,1	74,9	65,0	78,4	65,7	68,1
Yoksulluğu azaltmak	57,9*	63,8	57,7	77,7	68,1	63,3	72,1*	80,5	83,3	81,5	80,0	67,9
Erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak	48,2*	53,6	53,5	66,1	59,3	50,9	60,8	66,0	72,2	63,6	55,9	61,1
Şiddeti azaltmak	54,6	63,4	60,6	65,9	60,6	56,1	65,2*	73,9	75,0	74,5	57,6	64,6
İşsizliği azaltmak	59,2	60,5	62,0	70,2	65,0	58,3	70,8	77,7	80,0	80,1	79,4	70,5
Yükseköğretim alanı alan kişilerin sayısını artırmak	40,0*	50,0	43,7	58,8	58,1	43,3	67,9*	72,3	65,0	72,1	57,1	59,7
Sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek	49,4*	59,5	48,6	66,5	54,8	52,7	62,0	63,1	66,7	63,3	71,4	52,6
Yaşam alanlarının (barınma) kalitesini artırmak	60,4*	68,6	60,6	73,2	69,4	65,8	63,6	67,2	60,0	67,7	60,0	59,0
Ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları	29,6*	41,1	37,7	46,6	43,1	32,6	57,9	61,9	70,0	63,2	50,0	57,2
Siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararlı çıkmak için acil planlar hazırlama	32,6*	39,6	28,6	46,1	42,4	33,7	59,7	62,2	72,2	67,1	62,9	51,3

*p<0.05

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile politik görüşlerine göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; yoksulluğu azaltmak, erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak, yükseköğretim alan kişilerin sayısını artırmak, sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek, yaşam alanlarının (barınma) kalitesini artırmak, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları, siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama önlemlerinde politik görüş durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile politik görüşüne göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; yoksulluğu azaltmak, erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak, şiddeti azaltmak, yükseköğretim alan kişilerin sayısını artırmak önlemlerinde politik görüşler arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.19. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ki kare analizi dağılımı

Sağlığı Geliştirmeye Yönelik önlemler	Toplam (%)	Cinsiyet (%)		Yaş (%)		Eğitim (%)			Gelir (TL) (%)			Sağlık Durumu (%)			Politik Görüş (%)					
		Kadın	Erkek	≤35	≥36	Ortaöğretim	Ön Lisans	Lisans ve üzeri	≤1000	1001-3000	≥3001	Kötü	İyi	Çok iyi	Muhafazakâr	İhmlî	Liberal	Sosyal demokrat	Milliyetçi	Fikrim yok
Sigara kullanımını azaltmak	80,6	84,2*	76,9	81,6	79,3	75,4*	86,2	82,3	75,3*	80,8	83,2	69,4*	82,2	76,5	82,8	83,2	84,5	83,8	75,6	77,1
Daha fazla kişiyi sağlık sigortalı yapmak	52,8	59,1*	46,5	53,6	51,9	59,5*	60,2	46,6	63,6*	50,9	49,8	61,3	51,8	55,2	54,1	55,8	38,0	55,3	53,6	51,1
Bireysel sağlık uygulamalarını geliştirmek için kişileri teşvik edecek programlar	53,6	59,2*	47,9	54,9	51,9	55,1	58,0	51,4	54,8	54,5	51,3	59,0	52,3	57,4	52,6	56,3	47,1	59,2	57,7	50,0
Kirliliği azaltmak	68,7	74,6*	62,9	68,9	68,5	67,1	73,2	68,5	65,0	70,6	67,8	70,5	68,7	68,5	66,4	72,6	71,4	76,0	65,1	67,3
Yoksulluğu azaltmak	63,8	68,7*	59,0	62,1	66,0	61,0*	73,4	62,9	62,6	63,6	64,8	72,9	64,0	61,4	57,9*	63,8	57,7	77,7	68,1	63,3
Erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak	53,5	57,8*	49,2	54,6	52,0	52,7	58,9	52,4	55,7	53,4	52,3	63,3	53,0	53,3	48,2*	53,6	53,5	66,1	59,3	50,9
Şiddeti azaltmak	58,6	65,5*	51,8	58,7	58,6	59,8*	68,8	55,1	58,0	60,1	56,5	67,7	58,2	58,4	54,6	63,4	60,6	65,9	60,6	56,1
İşsizliği azaltmak	61,3	66,8*	55,8	59,0*	64,1	63,1*	70,3	57,7	63,7	60,7	60,8	75,4*	61,6	57,2	59,2	60,5	62,0	70,2	65,0	58,3
Yükseköğretim alanı alan kişilerin sayısını artırmak	47,0	50,3*	43,7	44,7	49,8	51,8*	51,3	42,8	52,9	45,3	46,5	61,3*	45,7	49,0	40,0*	50,0	43,7	58,8	58,1	43,3
Sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek	54,4	59,2*	49,6	54,2	54,7	58,4*	59,3	50,6	56,8	55,4	51,5	58,1	53,4	57,6	49,4*	59,5	48,6	66,5	54,8	52,7
Yaşam alanlarının (barınma) kalitesini artırmak	65,7	69,8*	61,6	64,6	67,1	67,7	67,7	64,0	66,2	66,4	64,4	70,0	65,2	66,9	60,4*	68,6	60,6	73,2	69,4	65,8
Ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları	36,2	41,4*	31,0	34,5	38,2	44,5*	40,3	29,8	42,8*	37,5	30,2	49,2*	34,6	39,7	29,6*	41,1	37,7	46,6	43,1	32,6
Siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararlı çıkma için acil planlar hazırlama	36,5	41,9*	31,1	35,8	37,4	44,5*	40,8	30,3	44,4*	38,5	28,8	53,2*	35,7	36,6	32,6*	39,6	28,6	46,1	42,4	33,7

*P<0.05

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlerin ne derecede sağlığı geliştirdiği ile ilgili düşünceleri incelediğinde; % 80,6'sı sigara kullanımını azaltma, % 68,7'si kirliliği azaltma, % 65,7'si yaşam alanlarının kalitesinin artırılması, % 63,8'i yoksulluğu azaltma önleminin sağlığı geliştirmeye yönelik güçlü etkisinin olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile cinsiyete göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; sigara kullanımını azaltmak, daha fazla kişiyi sağlık sigortalı yapılması, bireysel sağlık uygulamalarını geliştirmek için kişileri teşvik edecek programlar, kirliliği azaltmak, yoksulluğu azaltmak, erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak, şiddeti azaltmak, işsizliği azaltmak, yüksekokul eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak, sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek, yaşam alanların (barınma) kalitesini artırmak, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları, siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama, bireysel sağlık uygulamalarını geliştirmek için kişileri teşvik edecek programlar, kirliliği azaltmak, yoksulluğu azaltma önlemlerinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile yaşa göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; ≤ 35 katılan bireylerin % 81,6'sı sigara kullanımını azaltma, % 68,9'u kirliliği azaltma önleminin sağlığı geliştirmeye yönelik etkisinin olduğunu, ≥ 36 grubunda ise % 79,3'ü sigara kullanımını azaltma, % 68,5' si kirliliği azaltma önleminin sağlığı geliştirme üzerinde güçlü etkisi olduğu görüşünü bildirmişlerdir.

Katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile yaşa göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde, işsizliği azaltma önleminde yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile eğitim durumuna göre ki kare analizi dağılımı incelenmiş ve sigara kullanımını azaltmak, daha fazla kişinin sağlık sigortalı yapılması, yoksulluğu azaltmak, şiddeti azaltmak, işsizliği, yüksekokul eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak, sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları, siyasi ve fikri

çatışmalar konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama önlemlerinde eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile gelir durumuna göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; sigara kullanımını azaltmak, daha fazla kişiyi sağlık sigortalı yapmak, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları, siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama önlemlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.19'da Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile sağlık durumlarına göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde sigara kullanımını azaltmak, işsizliği azaltmak, yüksekokul eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları, siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama önlemlerinde sağlık durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Son olarak, çalışmaya katılan Türk katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile politik görüşlerine göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; yoksulluğu azaltmak, erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak, yüksekokul eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak, sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek, yaşam alanların (barınma) kalitesini artırmak, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları, siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararla çıkmak için acil planlar hazırlama önlemlerinde politik görüş durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.20. Çalışmaya Filistin'den katılan bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ki kare analizi dağılımı

Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Etkileri	(%)	Cinsiyet (%)		Yaş (%)		Eğitim (%)			Gelir (TL) (%)			Sağlık Durumu (%)			Politik Görüş (%)					
	Toplam	Kadın	Erkek	<35 v1	≥36 ≥1	Ortaöğretim	Ön Lisans	Lisans ve üzeri	<1000	1001-3000	≥3001	Kötü	İyi	Çok iyi	Muhafazakâr	İlimli	Liberal	Sosyal demokrat	Milliyetçi	Fikrim yok
Sigara kullanımını azaltmak	72,9	74,5	71,3	73,7	72,0	69,3*	76,8	76,8	74,6	70,7	76,2	77,3	70,47	75,8	74,7	73,6	65,0	77,8	62,9	66,3
Daha fazla kişiyi sağlık sigortalı yapmak	64,9	66,2	63,6	64,8	65,0	64,3	64,9	65,9	66,8	62,5	68,4	69,1	65,6	62,6	60,5	66,6	70,0	68,3	65,7	62,0
Bireysel sağlık uygulamalarını geliştirmek için kişileri teşvik edecek programlar	65,2	69,7*	60,4	63,2	67,5	62,1	67,3	69,0	65,3	63,3	69,7	64,9	63,1	68,9	66,4	64,0	70,0	68,9	62,9	63,3
Kirliliği azaltmak	73,2	76,8*	69,4	71,4	75,4	71,8	75,6	74,3	70,5	72,9	77,9	69,1	71,6	77,1	71,1	74,9	65,0	78,4	65,7	68,1
Yoksulluğu azaltmak	77,1	82,0*	71,9	74,6*	80,1	74,3	78,2	80,9	77,5	76,0	79,0	78,7	76,5	77,7	72,1*	80,5	83,3	81,5	80,0	67,9
Erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak	63,6	68,6*	58,4	61,5	66,2	61,8	66,9	64,9	63,4	62,8	66,1	73,1	61,2	65,6	60,8	66,0	72,2	63,6	55,9	61,1
Şiddeti azaltmak	70,3	77,6*	62,6	70,3	70,4	68,9	69,3	73,0	75,4*	69,4	65,2	75,8	70,6	68,4	65,2*	73,9	75,0	74,5	57,6	64,6
İşsizliği azaltmak	75,6	80,8*	70,0	74,2	77,3	74,0	80,4	76,0	77,6	75,7	72,3	77,1	75,3	75,7	70,8	77,7	80,0	80,1	79,4	70,5
Yükseköğretim alanı alan kişilerin sayısını artırmak	69,0	75,1*	62,5	67,0	71,4	69,1	70,6	68,2	72,6	68,4	65,2	68,8	69,5	68,1	67,9*	72,3	65,0	72,1	57,1	59,7
Sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek	61,8	66,7*	56,4	58,5*	65,6	59,0	62,0	65,9	64,5	59,9	62,6	68,4	60,5	62,3	62,0	63,1	66,7	63,3	71,4	52,6
Yaşam alanlarının (barınma) kalitesini artırmak	65,0	71,6*	57,9	62,4*	68,0	63,1	66,7	67,2	67,1	63,3	66,2	69,1	64,1	65,5	63,6	67,2	60,0	67,7	60,0	59,0
Ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları	60,4	66,0*	54,4	57,3*	64,1	59,8	64,0	59,7	64,9	59,0	57,1	71,9	58,8	60,3	57,9	61,9	70,0	63,2	50,0	57,2
Siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararlı çıkma için acil planlar hazırlama	61,0	66,1*	55,6	59,8	62,5	61,8	60,1	60,2	68,5*	56,9	60,4	67,7	60,0	61,0	59,7	62,2	72,2	67,1	62,9	51,3

*P<0.05

Filistin'den katılan bireylerin % 77,1'i yoksulluğu azaltma, % 75,6'sı işsizliğin azaltılması, % 73,2'si kirliliğin azaltılması, % 72,9'u sigara kullanımının azaltılması önlemlerinin sağlığı geliştirme üzerinde çok güçlü etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile cinsiyete göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; erken çocukluk dönemi gelişim programlarına erişimi artırmak, şiddeti azaltmak, işsizliği azaltmak, yükseköğretim eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak, sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek, yaşam alanların (barınma) kalitesini artırmak, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları, siyasi ve fikri çatışmaları konusunda en az zararlı çıkmak için acil planlar önlemlerinde farklılık cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Filistin'den ≤ 35 katılan bireylerin %74,6'sı yoksulluğu azaltma, %74,2'si işsizliğin azaltılmasının sağlığı geliştirmede çok önemli önlemler olduğu, ≥ 36 grubundaki katılımcıların ise %80,1'i yoksulluğu azaltma, %77,3'ü İşsizliği azaltma önlemlerinin sağlığı geliştirme üzerinde çok önemli olduğu hakkında görüş bildirmişlerdir.

Çizelge 4.20'de çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile yaşa göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; yoksulluğu azaltmak, sosyal yardımları ve sosyal ağları geliştirmek, yaşam alanların (barınma) kalitesini artırmak, ego tatmini ve yetenekleri yönlendirme programları önlemlerinde yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Filistinli katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile eğitim durumuna göre ki kare analizi dağılımı incelendiğinde; sigara kullanımını azaltma önleminde eğitim durumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çizelge 4.20'de çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler hakkındaki görüşleri ile gelir durumuna göre ki kare analizi dağılımı verilmiş olup, şiddeti azaltmak ve siyasi ve fikri çatışmalar konusunda en az zararlı çıkmak için acil planlar hazırlama önlemlerinde gelir durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Son olarak, çalışmaya katılan Filistinli katılımcıların sağlığı geliştirmeye y6nelik 6nlemler hakkındaki g6r6şleri ile politik g6r6ře g6re ki kare analizi dağılımları incelendiğinde; yoksulluğu azaltmak, erken 6ocukluk d6nemi gelişim programlarına erişimi artırmak, şiddeti azaltmak, y6ksekokul eğitimi alan kişilerin sayısını artırmak 6nlemlerinde politik g6r6şler arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

4.4.Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Fakt6rler

Vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen 19 yaklaşım katılımcılara sunuldu ve kendi inan6larına ve tutumlarına g6re bu yaklaşımların ne kadar etkili olduğunun değerlendirilmesi istendi. 6izelge 4.21-4.28'de değerlendirme sonucunda yaklaşımları 6ok etkili olan katılımcıların frekansları ile durum analiz edilmiştir. Sonu6lar cinsiyet, yaş, eğitim d6zeyi, gelir durumu, sağlık durumu ve siyasi g6r6ř alt gruplarında değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.21. Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile cinsiyete göre kıkare analizi dağılımı

Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Türkiye Cinsiyet (%)			Filistin Cinsiyet (%)		
	Toplam %	Kadın %	Erkek %	Toplam %	Kadın %	Erkek %
Sağlık kuruluşuna coğrafi yakınlık	65,3	71,6*	59,0	64,4	70,8*	57,6
Bekleme süresi	69,6	75,9*	63,1	64,8	67,3	62,1
Personel tutum ve davranışının iyi olması	73,0	79,3*	66,6	71,8	78,6*	64,6
Her zaman aynı doktoru görmek	60,1	65,2*	55,1	58,8	63,8*	53,3
İlaç bulunması	70,9	76,5*	65,3	78,0	82,4*	73,4
Yaşam yeri; Şehir, köy veya mülteci kampı	63,4	67,3*	59,4	58,2	64,9*	51,0
Sağlık kurumunda insan kaynakları bölümü bulunması	49,1	54,4*	43,7	59,8	65,5*	53,6
Sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi	57,3	63,3*	51,4	69,6	74,4*	64,5
Performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması	53,5	57,9*	49,1	64,4	68,8*	59,7
Hastaneden –Eve hasta nâkili ile ilgili düzenlemeler	61,5	67,4*	55,7	67,0	72,3*	61,4
İlaç belgeleri, zamanı ve dozu	63,5	71,1*	55,7	68,1	73,3*	62,5
Teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi	67,1	72,4*	61,7	73,3	79,7*	66,6
Enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması	60,2	66,5*	53,7	70,6	76,2*	64,7
Sağlık kurumunun uluslararası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi	63,0	69,5*	56,4	68,7	74,9*	62,2
Bulaşmayı minimuma düşürmek için sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması	68,4	77,1*	59,5	71,5	75,9*	67,0
Temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması	75,3	82,7*	67,8	72,8	77,9*	67,3
Sağlık kurumu misyonunun bulunması	62,0	67,1*	56,8	65,0	73,0*	56,5
Sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması	67,3	72,2*	62,4	68,0	75,1*	60,5
Çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması	65,8	71,9*	59,5	68,3	73,7*	62,5

*p<0.05

Türkiye'den katılan bireylerin % 75,3'ü temiz ve pis malzemelerin ayrı yerlerde depolanması, % 73'ü personel tutum ve davranışının iyi olması, % 70,9'u ilaç bulunması, % 69,6'sı bekleme süresi konularının vatandaşların sağlık hizmeti alımını çok yüksek düzeyde etkileyen faktörler olduklarını belirtmiştir. Filistin'den katılan bireylerin ise % 78'i ilaç bulunması, % 73,3'ü teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi, % 72,8'i temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması, % 70,6'sı enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması konularının vatandaşların sağlık hizmeti alımını çok yüksek derecede etkileyen faktörlerden olduklarını belirtmişlerdir.

Çizelge 4.21’de Türk katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile cinsiyet arasındaki ki kare dağılımına göre; sağlık kuruluşuna coğrafi yakınlık, bekleme süresi, personel tutum ve davranışının iyi olması, her zaman aynı doktoru görmek, ilaç bulunması, yaşam yeri; şehir, köy veya mülteci kampı, sağlık kurumunda insan kaynakları bölümü bulunması, sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi, performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması, hastaneden – eve hasta nakili ile ilgili düzenlemeler, ilaç belgeleri; zamanı ve dozu, teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi, bulaşma önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması, sağlık kurumunun uluslar arası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi, bulaşmayı minimuma düşürmek için sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması, temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması, sağlık kurumu misyonunun bulunması, sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması, çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması faktörlerinde cinsiyete göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Aynı çizelgede Filistinli katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile cinsiyet arasındaki ki kare dağılımı verilmiş olup; sağlık kuruluşuna coğrafi yakınlık, bekleme süresi, personel tutum ve davranışının iyi olması, her zaman aynı doktoru görmek, ilaç bulunması, yaşam yeri; şehir, köy veya mülteci kampı, sağlık kurumunda insan kaynakları bölümü bulunması, sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi, performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması, hastaneden –eve hasta nakili ile ilgili, ilaç belgeleri; zamanı ve dozu, teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi, bulaşma önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması, sağlık kurumunun uluslar arası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi, bulaşmayı minimuma düşürmek için sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması, temiz ve pis malzemelerin ayrı yerlerde depolanması, sağlık kurumu misyonunun bulunması, sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması, çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması faktörlerinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.22. Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile yaşa göre kıkare analizi dağılımı

Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Türkiye Yaş (%)		Filistin Yaş (%)	
	≤35	≥36	≤35	≥36
Sağlık kuruluşuna coğrafi yakınlık	64,6	66,1	62,8	66,4
Bekleme süresi	70,6	68,2	63,7	66,2
Personel tutum ve davranışının iyi olması	70,7	75,7	68,2*	76,1
Her zaman aynı doktoru görmek	57,0*	64,0	56,2	61,8
İlaç bulunması	68,9	73,4	74,6*	82,1
Yaşam yeri; Şehir, köy veya mülteci kampı	62,4	64,6	58,2	58,2
Sağlık Kurumunda İnsan Kaynakları Bölümü Bulunması	47,2	51,4	58,2	61,6
Sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi	55,3	59,8	66,3*	73,5
Performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması	53,0	54,1	61,0*	68,5
Hastaneden –Eve hasta nâkili ile ilgili düzenlemeler	61,2	62,0	65,9	68,3
İlaç belgeleri, zamanı ve dozu	63,6	63,3	67,8	68,4
Teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi	67,6	66,4	72,4	74,4
Enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması	61,2	58,9	69,1	72,4
Sağlık kurumunun uluslararası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi	63,8	61,9	65,7*	72,4
Bulaşmayı minimuma düşürmek için Sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması	68,5	68,3	67,3*	76,6
Temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması	74,3	76,5	69,8*	76,4
Sağlık kurumu misyonunun bulunması	60,6	63,7	62,1*	68,4
Sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması	66,1	68,9	64,8*	71,9
Çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması	65,6	66,0	65,9	71,2

*p<0.05

Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile yaş arasındaki ki kare dağılımında Türk katılımcılardan elde edilen bulgular gösteriyor ki sadece her zaman aynı doktoru görme faktöründe yaşa göre farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Filistinli katılımcılardan elde edilen bulgularda ise; personel tutum ve davranışının iyi olması, ilaç bulunması, sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi, performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması, sağlık kurumunun uluslar arası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi, bulaşmayı minimuma düşürmek için sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması, temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması, sağlık kurumu misyonunun bulunması, sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması faktörlerinde farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05).

Çizelge 4.23. Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile eğitim durumuna göre kıkare analizi dağılımı

Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Türkiye Eğitim (%)			Filistin Eğitim (%)		
	Orta öğretim	Ön Lisans	Lisans ve üzeri	Orta öğretim	Ön Lisans	Lisans ve üzeri
Sağlık kuruluşuna coğrafi yakınlık	63,5	64,2	66,8	61,8	71,4	65,4
Bekleme süresi	65,6*	74,1	70,8	60,5*	73,8	67,7
Personel tutum ve davranışının iyi olması	71,7	77,5	72,	68,2*	78,0	74,8
Her zaman aynı doktoru görmek	59,3	63,7	59,7	57,5	62,5	59,0
İlaç bulunması	68,1	74,8	71,6	75,8	83,1	79,2
Yaşam yeri; Şehir, köy veya mülteci kampı	58,6*	62,1	66,7	54,2*	64,0	61,8
Sağlık kurumunda insan kaynakları bölümü bulunması	53,4*	55,1	44,7	58,6	63,6	60,0
Sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi	57,4	58,0	57,2	67,3*	78,9	69,1
Performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması	53,7	59,1	51,8	60,7*	71,3	67,0
Hastaneden –Eve hasta nakili ile ilgili düzenlemeler	60,0	64,6	61,7	65,4	71,5	67,5
İlaç belgeleri, zamanı ve dozu	65,9	64,1	61,8	66,2	72,6	69,0
Teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi	66,1	69,3	67,1	71,5	75,6	75,3
Enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması	61,6*	68,0	57,1	68,3	75,2	72,2
Sağlık kurumunun uluslararası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi	63,7	66,2	61,6	67,4	73,8	68,6
Bulaşmayı minimuma düşürmek için Sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması	68,0	74,5	66,9	69,0*	80,8	715
Temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması	74,5	81,0	74,3	70,3*	80,7	73,3
Sağlık kurumu misyonunun bulunması	62,9*	73,1	58,4	64,2	69,3	64,4
Sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması	65,4	74,2	66,6	66,5	73,5	68,1
Çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması	66,1*	73,4	63,5	68,0	72,9	66,8

*p<0.05

Çizelge 4.23'te gösterilen Türk katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile eğitim durumu arasındaki ki kare dağılımına göre; bekleme süresi, yaşam yeri; şehir, köy veya mülteci kampı, sağlık kurumunda insan kaynakları bölümü bulunması, bulaşma önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması, sağlık kurumu misyonunun bulunması, çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması faktörlerinde eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Filistinli katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile eğitim düzeyi arasındaki ki kare dağılımına göre ise; bekleme süresi, personel tutum ve davranışının iyi olması, yaşam yeri; şehir, köy veya mülteci kampı, sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi, performans değerlendirme

sistemi sağlık kurumunda kullanılması, bulaşmayı minimuma düşürmek için sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması, temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması faktörleri ile eğitim düzeyi arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.24. Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile gelir durumuna göre kıkare analizi dağılımı

Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Türkiye Gelir (%)			Filistin Gelir (%)		
	≤1000 (TL)	1001-3000 (TL)	≥3001 (TL)	≤1000 (TL)	1001-3000 (TL)	≥3001 (TL)
Sağlık kuruluşuna coğrafi yakınlık	63,6	64,5	67,5	66,5	63,8	62,8
Bekleme süresi	59,8*	71,0	72,7	65,9	63,6	66,2
Personel tutum ve davranışının iyi olması	65,8*	73,9	75,5	72,5	70,0	75,3
Her zaman aynı doktoru görmek	58,8	57,9	64,5	62,7	55,4	61,5
İlaç bulunması	69,4	70,8	72,0	77,8	77,0	81,1
Yaşam yeri; Şehir, köy veya mülteci kampı	59,0*	62,3	67,6	62,3	56,2	57,2
Sağlık Kurumunda İnsan Kaynakları Bölümü Bulunması	52,2	49,4	46,8	64,3	58,3	56,7
Sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi	56,9	57,2	57,9	69,3	68,8	71,9
Performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması	55,5	53,6	52,2	65,6	63,2	65,5
Hastaneden –Eve hasta nâkili ile ilgili düzenlemeler	62,2	62,8	59,1	73,2*	65,0	63,0
İlaç belgeleri, zamanı ve dozu	63,3	65,1	60,9	71,1	67,7	64,5
Teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi	65,7	68,8	65,1	74,2	72,5	74,1
Enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması	61,1	61,8	57,0	72,4	70,0	69,6
Sağlık kurumunun uluslararası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi	63,1	63,8	61,6	73,2	66,7	67,1
Bulaşmayı minimuma düşürmek için Sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması	65,6	68,7	69,4	73,2	71,5	69,2
Temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması	71,5	76,1	76,2	77,1	70,7	71,7
Sağlık kurumu misyonunun bulunması	58,5	64,4	60,1	69,7*	61,6	66,5
Sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması	61,6	68,9	68,0	72,6	66,6	64,9
Çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması	60,9	67,7	65,3	71,8	66,3	68,4

* $p<0,05$

Türk katılımcıların, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile gelir durumu arasındaki ki kare dağılımına göre; bekleme süresi, yaşam yeri; şehir, köy veya mülteci kampı, personel tutum ve davranışının iyi olması faktörlerinde gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Filistinli katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile gelir durumu arasındaki ki kare dağılımına göre; hastaneden – eve hasta nâkili ile ilgili

düzenlemeler ve sağlık kurumu misyonunun bulunması faktörlerinde gelir durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.25. Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile sağlık duruma göre ki kare analizi dağılımı

Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Türkiye Sağlık Durumu %			Filistin Sağlık Durumu %		
	Kötü	İyi	Çok iyi	Kötü	İyi	Çok iyi
Sağlık kuruluşuna coğrafi yakınlık	64,5	65,8	63,5	62,9	66,3	61,3
Bekleme süresi	59,0	70,6	67,5	71,1	64,6	63,7
Personel tutum ve davranışının iyi olması	73,8	73,3	71,5	73,2	71,9	71,3
Her zaman aynı doktoru görmek	62,3	59,6	61,7	59,8	57,9	60,0
İlaç bulunması	68,3	70,6	72,7	83,2	77,0	78,6
Yaşam yeri; Şehir, köy veya mülteci kampı	65,0	62,8	65,1	56,4	59,3	56,5
Sağlık Kurumunda İnsan Kaynakları Bölümü Bulunması	58,3*	47,2	54,8	65,6	59,6	58,6
Sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi	61,3	56,6	59,5	65,3	68,3	73,0
Performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması	58,1	52,3	57,0	71,3	62,2	66,6
Hastaneden –Eve hasta nakili ile ilgili düzenlemeler	69,4	61,4	60,5	70,5	66,7	66,7
İlaç belgeleri, zamanı ve dozu	72,6	63,8	60,5	69,1	68,0	67,9
Teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi	67,7	66,2	70,5	74,2	72,3	75,1
Enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması	58,1	60,1	61,0	66,3	70,4	72,0
Sağlık kurumunun uluslararası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi	67,2	62,1	65,6	71,3	68,5	68,5
Bulaşmayı minimuma düşürmek için Sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması	67,2	68,2	69,3	74,7	71,0	71,7
Temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması	70,5	75,7	74,9	76,0	73,1	71,5
Sağlık kurumu misyonunun bulunması	71,2	61,9	60,7	68,8	66,1	61,9
Sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması	70,5	67,1	67,4	67,7	67,2	69,6
Çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması	77,0	66,1	62,4	68,8	67,4	69,9

* $p<0,05$

Çizelge 4.25’ te çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile sağlık durumu arasındaki ki kare dağılımı gösterilmiş olup, buna göre Türk katılımcılardan elde edilen bulgular gösteriyor ki sadece sağlık kurumunda insan kaynakları bölümü bulunması faktörü ile sağlık durumu arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çizelge 4.26. Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile politik görüş durumuna göre ki kare analizi dağılımı

Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Türkiye Politik görüş (%)					Filistin Politik görüş (%)						
	Muhafazakâr	İhmlî	Liberal	Sosyal demokrat	Milliyetçi	Fikrim yok	Muhafazakâr	İhmlî	Liberal	Sosyal demokrat	Milliyetçi	Fikrim yok
Sağlık kuruluşuna coğrafi yakınlık	64,1	66,7	58,0	72,6	67,0	63,2	62,8	68,1	55,0	62,9	71,4	56,0
Bekleme süresi	71,6	70,1	62,0	71,5	71,4	66,7	60,1	69,1	65,0	65,9	65,7	57,2
Personel tutum ve davranışının iyi olması	74,0	74,8	66,2	71,5	74,7	71,8	70,0*	77,0	80,0	70,7	62,9	60,2
Her zaman aynı doktoru görmek	59,1	64,9	60,6	63,3	59,3	57,8	55,3	62,5	55,0	58,1	54,3	54,2
İlaç bulunması	71,4	73,2	67,1	76,4	71,1	67,5	76,9*	83,2	78,9	79,0	76,5	61,8
Yaşam yeri; Şehir, köy veya mülteci kampı	63,8	65,8	62,3	68,9	62,6	59,9	58,0	60,6	47,4	61,5	50,0	50,3
Sağlık Kurumunda İnsan Kaynakları Bölümü Bulunması	47,4	50,7	40,6	57,5	53,0	46,0	59,4	61,3	63,2	61,4	55,9	54,1
Sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi	55,7	59,6	59,4	64,2	59,5	53,7	71,8	71,8	70,0	69,7	62,5	60,1
Performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması	54,2*	55,8	44,9	60,1	58,3	47,9	62,6	67,6	68,4	65,8	67,6	54,2
Hastaneden –Eve hasta nâkili ile ilgili düzenlemeler	62,7	58,4	57,1	67,0	63,3	59,5	66,4*	71,7	70,0	69,3	50,0	53,2
İlaç belgeleri, zamanı ve dozu	60,9	65,8	62,3	66,1	67,5	62,2	65,6*	73,2	75,0	71,3	54,3	54,2
Teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi	65,8	65,6	65,2	73,6	71,9	64,5	70,6*	77,7	65,0	77,2	64,7	62,1
Enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması	57,3	59,4	56,5	63,7	63,8	61,0	68,1*	75,6	65,0	72,5	55,9	60,1
Sağlık kurumunun uluslararası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi	60,2*	58,8	68,1	73,7	66,3	61,2	68,4*	72,4	70,0	70,7	58,8	56,9
Bulaşmayı minimuma düşürmek için Sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması	65,9	72,4	67,2	71,9	67,0	68,1	69,0*	75,5	75,0	73,0	58,8	63,4
Temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması	75,3	79,6	77,6	75,3	72,5	74,0	75,5*	76,2	70,0	73,5	70,6	57,7
Sağlık kurumu misyonunun bulunması	60,0	67,4	59,7	64,9	62,9	59,9	65,6	66,5	65,0	69,1	61,8	55,5
Sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması	66,7	69,2	65,7	72,9	65,5	65,7	69,8	68,9	60,0	72,3	61,8	60,7
Çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması	62,0	67,1	59,7	71,8	66,5	67,2	72,2	68,1	60,0	72,3	55,9	62,6

*p<0.05

Türk katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile politik görüş arasındaki ki kare dağılımına göre; performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması ve sağlık kurumunun uluslararası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi faktörlerinde politik görüşe göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($p<0,05$).

Diğer tarafta Filistinli katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile politik görüş arasındaki ki kare dağılımına göre; personel tutum ve davranışının iyi olması, ilaç bulunması, hastaneden –eve hasta nakili ile ilgili düzenlemeler, ilaç belgeleri, zamanı ve dozu, teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi, enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda, sağlık kurumunun uluslar arası önleme standartlarını (universal) takip etmesi, bulaşmayı minimuma düşürmek için sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması, temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.27. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ki kare analizi dağılımı

Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	(%)	Cinsiyet (%)		Yaş (%)		Eğitim (%)			Gelir (TL) (%)			Sağlık Durumu (%)			Politik Görüş (%)					
	Toplam	Kadın	Erkek	≤ 35	≥ 36	Ortaöğretim	Ön Lisans	Lisans ve üzeri	≤1000	1001-3000	≥3001	Kötü	İyi	Çok iyi	Muhafazakâr	İlimh	Liberal	Sosyal demokrat	Milliyetçi	Fikrim yok
Sağlık kuruluşuna coğrafi yakınlık	65,3	71,6*	59,0	64,6	66,1	63,5	64,2	66,8	63,6	64,5	67,5	64,5	65,8	63,5	64,1	66,7	58,0	72,6	67,0	63,2
Bekleme süresi	69,6	75,9*	63,1	70,6	68,2	65,6*	74,1	70,8	59,8*	71,0	72,7	59,0	70,6	67,5	71,6	70,1	62,0	71,5	71,4	66,7
Personel tutum ve davranışının iyi olması	73,0	79,3*	66,6	70,7	75,7	71,7	77,5	72,	65,8*	73,9	75,5	73,8	73,3	71,5	74,0	74,8	66,2	71,5	74,7	71,8
Her zaman aynı doktoru görmek	60,1	65,2*	55,1	57,0*	64,0	59,3	63,7	59,7	58,8	57,9	64,5	62,3	59,6	61,7	59,1	64,9	60,6	63,3	59,3	57,8
İlaç bulunması	70,9	76,5*	65,3	68,9	73,4	68,1	74,8	71,6	69,4	70,8	72,0	68,3	70,6	72,7	71,4	73,2	67,1	76,4	71,1	67,5
Yaşam yeri; Şehir, köy veya mültecikampı	63,4	67,3*	59,4	62,4	64,6	58,6*	62,1	66,7	59,0*	62,3	67,6	65,0	62,8	65,1	63,8	65,8	62,3	68,9	62,6	59,9
Sağlık kurumunda insan kaynakları bölümü bulunması	49,1	54,4*	43,7	47,2	51,4	53,4*	55,1	44,7	52,2	49,4	46,8	58,3*	47,2	54,8	47,4	50,7	40,6	57,5	53,0	46,0
Sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi	57,3	63,3*	51,4	55,3	59,8	57,4	58,0	57,2	56,9	57,2	57,9	61,3	56,6	59,5	55,7	59,6	59,4	64,2	59,5	53,7
Performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması	53,5	57,9*	49,1	53,0	54,1	53,7	59,1	51,8	55,5	53,6	52,2	58,1	52,3	57,0	54,2*	55,8	44,9	60,1	58,3	47,9
Hastaneden-Eve hasta nâkili ile ilgili düzenlemeler	61,5	67,4*	55,7	61,2	62,0	60,0	64,6	61,7	62,2	62,8	59,1	69,4	61,4	60,5	62,7	58,4	57,1	67,0	63,3	59,5
İlaç belgeleri, zamanı ve dozu	63,5	71,1*	55,7	63,6	63,3	65,9	64,1	61,8	63,3	65,1	60,9	72,6	63,8	60,5	60,9	65,8	62,3	66,1	67,5	62,2
Teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/aile eğitimi	67,1	72,4*	61,7	67,6	66,4	66,1	69,3	67,1	65,7	68,8	65,1	67,7	66,2	70,5	65,8	65,6	65,2	73,6	71,9	64,5
Enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması	60,2	66,5*	53,7	61,2	58,9	61,6*	68,0	57,1	61,1	61,8	57,0	58,1	60,1	61,0	57,3	59,4	56,5	63,7	63,8	61,0
Sağlık kurumunun uluslararası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi	63,0	69,5*	56,4	63,8	61,9	63,7	66,2	61,6	63,1	63,8	61,6	67,2	62,1	65,6	60,2*	58,8	68,1	73,7	66,3	61,2

*P<0.05

Çizelge 4.27. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ki kare analizi dağılımı (Devamıdır)

Bulaşmayı minimuma düşürmek için Sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması	68,4	77,1*	59,5	68,5	68,3	68,0	74,5	66,9	65,6	68,7	69,4	67,2	68,2	69,3	65,9	72,4	67,2	71,9	67,0	68,1
Temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması	75,3	82,7*	67,8	74,3	76,5	74,5	81,0	74,3	71,5	76,1	76,2	70,5	75,7	74,9	75,3	79,6	77,6	75,3	72,5	74,0
Sağlık kurumu misyonunun bulunması	62,0	67,1*	56,8	60,6	63,7	62,9*	73,1	58,4	58,5	64,4	60,1	71,2	61,9	60,7	60,0	67,4	59,7	64,9	62,9	59,9
Sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması	67,3	72,2*	62,4	66,1	68,9	65,4	74,2	66,6	61,6	68,9	68,0	70,5	67,1	67,4	66,7	69,2	65,7	72,9	65,5	65,7
Çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması	65,8	71,9*	59,5	65,6	66,0	66,1*	73,4	63,5	60,9	67,7	65,3	77,0	66,1	62,4	62,0	67,1	59,7	71,8	66,5	67,2

*P<0.05

Türkiye'den katılan bireylerin % 75,3'ü temiz ve pis malzemelerin ayrı yerlerde depolanması, % 73'ü personel tutum ve davranışının iyi olması, % 70,9'u ilaç bulunması, % 69,6'sı bekleme süresi konularının vatandaşların sağlık hizmeti alımını çok yüksek düzeyde etkileyen faktörler olduklarını belirtmiştir.

Çizelge 4.27'de Türk katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile cinsiyet arasındaki ki kare dağılımına göre; sağlık kuruluşuna coğrafi yakınlık, bekleme süresi, personel tutum ve davranışının iyi olması, her zaman aynı doktoru görmek, ilaç bulunması, yaşam yeri; şehir, köy veya mülteci kampı, sağlık kurumunda insan kaynakları bölümü bulunması, sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi, performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması, hastaneden – eve hasta nakili ile ilgili düzenlemeler, ilaç belgeleri; zamanı ve dozu, teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi, bulaşma önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması, sağlık kurumunun uluslar arası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi, bulaşmayı minimuma düşürmek için sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması, temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması, sağlık kurumu misyonunun bulunması, sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması, çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması faktörlerinde cinsiyete göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile yaş arasındaki ki kare dağılımında Türk katılımcılardan elde edilen bulgular gösteriyor ki sadece her zaman aynı doktoru görme faktöründe yaşa göre farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çizelge 4.27'de Türk katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile eğitim durumu arasındaki ki kare dağılımına göre; bekleme süresi, yaşam yeri; şehir, köy veya mülteci kampı, sağlık kurumunda insan kaynakları bölümü bulunması, bulaşma önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması, sağlık kurumu misyonunun bulunması, çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması faktörlerinde eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Türk katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile gelir durumu arasındaki ki kare dağılımına göre; bekleme süresi, yaşam yeri;

şehir, köy veya mülteci kampı, personel tutum ve davranışının iyi olması faktörlerinde gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4.27'de çalışmaya katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile sağlık durumu arasındaki ki kare dağılımı gösterilmiş olup, buna göre Türk katılımcılardan elde edilen bulgular gösteriyor ki sadece sağlık kurumunda insan kaynakları bölümü bulunması faktörü ile sağlık durumu arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Son olarak, Türk katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile politik görüş arasındaki ki kare dağılımına göre; performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması ve sağlık kurumunun uluslararası öneme standartlarını (Universal) takip etmesi faktörlerinde politik görüşe göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($p<0,05$).

Çizelge 4.28. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile katılımcıların socio-demografik özelliklerine göre ki kare analizi dağılımı

Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	(%)	Cinsiyet (%)		Yaş (%)		Eğitim (%)			Gelir (TL) (%)			Sağlık durumu (%)			Politik görüş (%)					
	Toplam	Kadın	Erkek	≤ 35	≥ 36	Ortaöğretim	Ön Lisans	Lisans ve üzeri	<1000	1001-3000	≥3001	Kötü	İyi	Çok iyi	Muhafazakâr	İlmli	Liberal	Sosyal demokrat	Milliyetçi	Fikrim yok
Sağlık kuruluşuna coğrafi yakınlık	64,4	70,8*	57,6	62,8	66,4	61,8	71,4	65,4	66,5	63,8	62,8	62,9	66,3	61,3	62,8	68,1	55,0	62,9	71,4	56,0
Bekleme süresi	64,8	67,3	62,1	63,7	66,2	60,5*	73,8	67,7	65,9	63,6	66,2	71,1	64,6	63,7	60,1	69,1	65,0	65,9	65,7	57,2
Personel tutum ve davranışının iyi olması	71,8	78,6*	64,6	68,2*	76,1	68,2*	78,0	74,8	72,5	70,0	75,3	73,2	71,9	71,3	70,0*	77,0	80,0	70,7	62,9	60,2
Her zaman aynı doktoru görmek	58,8	63,8*	53,3	56,2	61,8	57,5	62,5	59,0	62,7	55,4	61,5	59,8	57,9	60,0	55,3	62,5	55,0	58,1	54,3	54,2
İlaç bulunması	78,0	82,4*	73,4	74,6*	82,1	75,8	83,1	79,2	77,8	77,0	81,1	83,2	77,0	78,6	76,9*	83,2	78,9	79,0	76,5	61,8
Yaşam yeri; Şehir, köy veya mültecikampı	58,2	64,9*	51,0	58,2	58,2	54,2*	64,0	61,8	62,3	56,2	57,2	56,4	59,3	56,5	58,0	60,6	47,4	61,5	50,0	50,3
Sağlık Kurumunda İnsan Kaynakları Bölümü Bulunması	59,8	65,5*	53,6	58,2	61,6	58,6	63,6	60,0	64,3	58,3	56,7	65,6	59,6	58,6	59,4	61,3	63,2	61,4	55,9	54,1
Sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi	69,6	74,4*	64,5	66,3*	73,5	67,3*	78,9	69,1	69,3	68,8	71,9	65,3	68,3	73,0	71,8	71,8	70,0	69,7	62,5	60,1
Performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması	64,4	68,8*	59,7	61,0*	68,5	60,7*	71,3	67,0	65,6	63,2	65,5	71,3	62,2	66,6	62,6	67,6	68,4	65,8	67,6	54,2
Hastaneden –Eve hasta nakili ile ilgili düzenlemeler	67,0	72,3*	61,4	65,9	68,3	65,4	71,5	67,5	73,2*	65,0	63,0	70,5	66,7	66,7	66,4*	71,7	70,0	69,3	50,0	53,2
İlaç belgeleri, zamanı ve dozu	68,1	73,3*	62,5	67,8	68,4	66,2	72,6	69,0	71,1	67,7	64,5	69,1	68,0	67,9	65,6*	73,2	75,0	71,3	54,3	54,2
Teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi	73,3	79,7*	66,6	72,4	74,4	71,5	75,6	75,3	74,2	72,5	74,1	74,2	72,3	75,1	70,6*	77,7	65,0	77,2	64,7	62,1
Enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması	70,6	76,2*	64,7	69,1	72,4	68,3	75,2	72,2	72,4	70,0	69,6	66,3	70,4	72,0	68,1*	75,6	65,0	72,5	55,9	60,1
Sağlık kurumunun uluslararası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi	68,7	74,9*	62,2	65,7*	72,4	67,4	73,8	68,6	73,2	66,7	67,1	71,3	68,5	68,5	68,4*	72,4	70,0	70,7	58,8	56,9

*P<0.05

Çizelge 4.28. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ki kare analizi dağılımı (Devamıdır)

Bulaşmayı minimuma düşürmek için Sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması	71,5	75,9*	67,0	67,3*	76,6	69,0*	80,8	71,5	73,2	71,5	69,2	74,7	71,0	71,7	69,0*	75,5	75,0	73,0	58,8	63,4
Temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması	72,8	77,9*	67,3	69,8*	76,4	70,3*	80,7	73,3	77,1	70,7	71,7	76,0	73,1	71,5	75,5*	76,2	70,0	73,5	70,6	57,7
Sağlık kurumu misyonunun bulunması	65,0	73,0*	56,5	62,1*	68,4	64,2	69,3	64,4	69,7*	61,6	66,5	68,8	66,1	61,9	65,6	66,5	65,0	69,1	61,8	55,5
Sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması	68,0	75,1*	60,5	64,8*	71,9	66,5	73,5	68,1	72,6	66,6	64,9	67,7	67,2	69,6	69,8	68,9	60,0	72,3	61,8	60,7
Çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması	68,3	73,7*	62,5	65,9	71,2	68,0	72,9	66,8	71,8	66,3	68,4	68,8	67,4	69,9	72,2	68,1	60,0	72,3	55,9	62,6

*P<0.05

Çizelge 4.28’de çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin sağlık belirleyicileri konusunda inanç ve tutumlarının vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlerin sosyo-demografik özelliklerine göre ki kare analizi incelediğinde; Filistin’den katılan bireylerin %78’i ilaç bulunması, %73,3’ü teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi, %72,8’i temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması, %70,6’sı enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması konularının vatandaşların sağlık hizmeti alımını çok yüksek derecede etkileyen faktörlerden olduklarını belirtmişlerdir.

Filistinli katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile cinsiyet arasındaki ki kare dağılımı verilmiş olup; sağlık kuruluşuna coğrafi yakınlık, bekleme süresi, personel tutum ve davranışının iyi olması, her zaman aynı doktoru görmek, ilaç bulunması, yaşam yeri; şehir, köy veya mülteci kampı, sağlık kurumunda insan kaynakları bölümü bulunması, sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi, performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması, hastaneden –eve hasta nakili ile ilgili, ilaç belgeleri; zamanı ve dozu, teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi, bulaşma önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması, sağlık kurumunun uluslar arası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi, bulaşmayı minimuma düşürmek için sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması, temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması, sağlık kurumu misyonunun bulunması, sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması, çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması faktörlerinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$)

Filistinli katılımcılardan elde edilen bulgularda sağlık kurumu arasındaki sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile yaş arasındaki ki kare dağılımı verilmiş olup; personel tutum ve davranışının iyi olması, ilaç bulunması, sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi, performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması, sağlık kurumunun uluslar arası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi, bulaşmayı minimuma düşürmek için sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması, temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması, sağlık kurumu misyonunun bulunması, sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması faktörlerinde yaşa göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Yine de Filistinli katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile eğitim düzeyi arasındaki ki kare dağılımına göre; bekleme süresi, personel tutum ve davranışının iyi olması, yaşam yeri; şehir, köy veya mülteci kampı, sağlık kurumunda çalışanların performans eğitimi, performans değerlendirme sistemi sağlık kurumunda kullanılması, bulaşmayı minimuma düşürmek için sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması, temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması faktörleri ile eğitim düzeyi arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Filistinli katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile gelir durumu arasındaki ki kare dağılımına göre; hastaneden – eve hasta nâkili ile ilgili düzenlemeler ve sağlık kurumu misyonunun bulunması faktörlerinde gelir durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Son olarak, Filistinli katılımcıların vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik görüşleri ile politik görüş arasındaki ki kare dağılımına göre; personel tutum ve davranışının iyi olması, ilaç bulunması, hastaneden –eve hasta nakili ile ilgili düzenlemeler, ilaç belgeleri, zamanı ve dozu, teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi, enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda, sağlık kurumunun uluslar arası önleme standartlarını (universal) takip etmesi, bulaşmayı minimuma düşürmek için sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması, temiz ve pis malzemelerin ayrı yerlerde depolanması faktörlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

4.5. Sağlık Belirleyicileri Konusunda İnanç ve Tutumlar Çalışmasında Test Edilen Hipotez Sonuçları:

H1: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ya da Filistin’de yaşama durumuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.29. Türkiye ya da Filistin’de yaşama durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar

	Bulunduğu Yer	n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Türkiye	1569	1,5061	,27028	-8,377	0,000*
	Filistin	1171	1,5970	,29413		
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Türkiye	1558	1,5624	,32871	-8,949	0,000*
	Filistin	1171	1,6752	,32262		
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Türkiye	1561	1,6378	,31825	-2,781	0,005*
	Filistin	1171	1,6725	,32752		

*p<0,05

Çizelge 4.29’da gösterilen test sonuçlarında, sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar ile katılımcıların Türkiye ya da Filistin’de yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunduğu tespit edilmiştir. (p<0,05). Bu durumda Hipotez 1 kabul edilmiştir.

Sağlığa yönelik gösterilen inanç ve tutumlar üzerinde, dini inanış ve ortak tarihi kültürden daha çok Wardle ve Steptoe’nin de belirttiği gibi sosyo ekonomik farklılıkların, yaşam süresi boyunca ortaya çıkabilecek hayat fırsatları ve maddi zorluklara maruz kalma ve hastalık gibi değişimlerin sağlığa karşı tutumlardaki farklılıklarla ilişkili olduğunun çalışmamız tarafından da doğrulandığı söylenebilir.

H2: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda cinsiyete göre farklılık vardır.

Çizelge 4.30. Cinsiyete göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar

	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Kadın	1389	1,5847	,27589	7,499	0,000*
	Erkek	1351	1,5041	,28698		
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Kadın	1383	1,6606	,31088	8,064	0,000*
	Erkek	1346	1,5596	,34275		
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Kadın	1387	1,7107	,29750	9,720	0,000*
	Erkek	1345	1,5927	,33643		

*p<0,05

Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar ile katılımcıların cinsiyetleri arasında yapılan varyans analizi Çizelge 4.30'da gösterilmiştir. Test sonuçlarına göre cinsiyete göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiş ve Hipotez 2 kabul edilmiştir.

H2a1: Türkiye'de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda cinsiyete göre farklılık vardır.

Çizelge 4.31. Çalışmaya Türkiye'den katılan bireylerin cinsiyete göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Kadın	786	1,5372	,27390	4,595	0,000*
	Erkek	783	1,4749	,26310		
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Kadın	780	1,6128	,32033	6,137	0,000*
	Erkek	778	1,5118	,32943		
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Kadın	784	1,6967	,29955	7,476	0,000*
	Erkek	777	1,5784	,32561		

*p<0,05

Çizelge 4.31'de gösterilen test sonuçlarında, Türkiye'de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar ile cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunduğu tespit edilmiştir (p<0,05) ve Hipotez 2a1 kabul edilmiştir.

H2a2: Filistin'de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda cinsiyete göre farklılık vardır.

Çizelge 4.32. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin cinsiyete göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Kadın	603	1,6466	,26627	6,040	0,000*
	Erkek	568	1,5443	,31279		
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Kadın	603	1,7224	,28689	5,210	0,000*
	Erkek	568	1,6252	,35002		
Vatandaş Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Kadın	603	1,7290	,29407	6,183	0,000*
	Erkek	568	1,6124	,35003		

*p<0,05

Filistin’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar Çizelge 4.32’de gösterilmiş olup cinsiyete göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) ve Hipotez 2_{a2} kabul edilmiştir.

H_{2a3}: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ve Filistin arasında cinsiyete göre farklılık vardır.

Çizelge 4.33. Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda cinsiyet farklılığının Türkiye ve Filistin’e göre karşılaştırması

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Cinsiyet	4,542	1	4,542	58,850	0,000*
	Bulunduğu yer	5,350	1	5,350	69,309	0,000*
	Cinsiyet*Bulunduğu yer	0,269	1	0,269	3,480	0,062
	Hata	211,173	2736	6,920		
	Toplam	221,289	2739			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Cinsiyet	6,565	1	6,565	63,155	0,000*
	Bulunduğu yer	8,304	1	8,304	79,885	0,000*
	Cinsiyet*Bulunduğu yer	0,002	1	0,002	0,024	0,878
	Hata	283,269	2725	0,104		
	Toplam	7379,301	2729			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Cinsiyet	9,227	1	9,227	91,850	0,000*
	Bulunduğu yer	0,736	1	0,736	7,326	0,007*
	Cinsiyet*Bulunduğu yer	0,001	1	0,001	,005	0,941
	Hata	274,059	2728	0,100		
	Toplam	7746,110	2732			

*P<0.05

Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile ilgili çalışmaya katılan bireylerin inanç ve tutumları üzerinde cinsiyet ve yerleşim yerine göre iki yönlü varyans analizi yapılmış ve sonuçlar Çizelge 4.33'te verilmiştir. Görüldüğü üzere sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ve Filistin arasında cinsiyete göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ($p>0,05$) ve Hipotez 2_{a3} rededilmiştir.

Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar ile ilgili puanlar katılımcıların yaşadıkları ülkeye bağlı olmaksızın kadınlarda erkek katılımcılara göre açık bir şekilde daha fazla görülmüştür. Bunun nedeninin kadınların psikolojik durumu, sosyal, madi ve siyasal güvenliği sağlığın yapı taşı olarak görmelerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 çalışmasında cinsiyet en önemli sağlık belirleyicilerindedir. Cinsiyet eşitsizliği kadınları sağlık tehlikelerine maruz bırakmaktadır. Kadınlar ile erkekler arasındaki bedensel ve performans farklılıkları davranışlarına yansımaktadır ve sonuç olarak her iki cinsiyetin sağlık sonuçlarını etkilemektedir.

H3: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda yaş durumuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.34. Yaş ydurumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar

	Yaş	n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	≤ 35	1501	1,5319	,27994	-2,657	,008*
	≥ 36	1239	1,5608	,28869		
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	≤ 35	1496	1,6011	,32713	-1,684	0,092
	≥ 36	1233	1,6225	,33497		
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	≤ 35	1496	1,6391	,32508	-2,422	,015*
	≥ 36	1236	1,6691	,31905		

* $p<0,05$

Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar ile katılımcıların yaş durumları arasında yapılan varyans analizi Çizelge 4.34'te gösterilmiştir. Sağlığı etkileyen faktörlerde

ve vatandaşların devamlılığı etkileyen faktörlerde yaşa göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuşken ($p < 0,05$), sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlerde yaşa göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Elde edilen bulgular ışığında Hipotez 3 rededilmiştir.

H3_{b1}: Türkiye’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda yaş durumuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.35. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin yaş durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	Yaş	n	Ortalama	Standart Sapma	t	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	≤ 35	862	1,4975	,26257	-1,397	0,163
	≥ 36	707	1,5167	,27922		
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	≤ 35	857	1,5581	,32433	-,561	0,575
	≥ 36	701	1,5675	,33413		
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	≤ 35	857	1,6310	,31594	-,933	0,351
	≥ 36	704	1,6461	,32106		

$P > 0,05$

Çizelge 4.35’de gösterilen test sonuçlarında, Türkiye’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmadığı tespit edilmiş ($p > 0,05$) ve Hipotez 3_{b1} rededilmiştir.

H3_{b2}: Filistin’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda yaş duruuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.36. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin yaş durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	Yaş	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Sağlığı Etkileyen Faktörler	≤ 35	639	1,5782	,29573	-2,397	0,017*
	≥ 36	532	1,6195	,29086		
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	≤ 35	639	1,6588	,32219	-1,917	0,055
	≥ 36	532	1,6950	,32232		
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	≤ 35	639	1,6499	,33689	-2,587	0,010*
	≥ 36	532	1,6995	,31408		

* $p < 0,05$

Çizelge 4.36.'da çalışmaya Filistin'den katılan bireylerin sağlığı etkileyen ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler konusundaki inanç ve tutumlarda yaş durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$); sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ile ilgili inanç ve tutumlarda ise yaş durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiş ve Hipotez 3_{b2} rededilmiştir.

H3_{b3}: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ve Filistin arasında yaşa göre farklılık vardır.

Çizelge 4.37. Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda yaş farklılığının Türkiye ve Filistin'e göre karşılaştırılması

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Yaş	,607	1	,607	7,720	,005*
	Bulunduğu yer	5,594	1	5,594	71,152	,000*
	Yaş*Bulunduğu yer	,081	1	,081	1,036	,309
	Hata	215,122	2736	,079		
	Toplam	6761,357	2740			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Yaş	,345	1	,345	3,249	,072
	Bulunduğu yer	8,618	1	8,618	81,091	,000*
	Yaş*Bulunduğu yer	,120	1	,120	1,125	,289
	Hata	289,594	2725	,106		
	Toplam	7379,301	2729			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörleri	Yaş	,694	1	,694	6,697	,010*
	Bulunduğu yer	,868	1	,868	8,375	,00*4
	Yaş*Bulunduğu yer	,197	1	,197	1,905	,168
	Hata	282,698	2728	,104		
	Toplam	7746,110	2732			

* $P<0.05$

Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile ilgili çalışmaya katılan bireylerin inanç ve tutumları üzerinde yaş ve yerleşim yerine göre iki yönlü varyans analizi yapılmış ve sonuçlar Çizelge 4.37'de verilmiştir. Görüldüğü üzere sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ve Filistin arasında yaşa göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ($p>0,05$) ve Hipotez 3_{b3} rededilmiştir.

Filistin sıcak ve çalkantılı bir bölge olduğu için 36 yaş ve altındaki bireylerin siyasi baskı ile karşı karşıya olduklarını göz önünde bulundurmanız gerekmektedir. Filistin'de

yahudi askerlerle çatışma esnasında bu yaş grubu, yaralanmalara, tutuklanmalara ve suikastlara maruz kalmakta ve bir bölgeden başka bölgeye gitme özgürlüğü işgalci Yahudi askerlerden alınan izne bağlı olmaktadır. 4.12 numaralı çizelgeyi incelediğimizde siyasi istikrarsızlık sağlık belirleyicileri arasında önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Bu faktör Filistinliler'in sağlık hizmeti alımı üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlığın pekiştirilmesinde rol oynayan faktörler tüm yaş gruplarını etkilemektedir. Çünkü çocukluk çağındaki sağlık durumu gençlik sağlık durumuna yansımakta ve gençlik sağlık durumu kesin olarak yaşlılık dönemini etkilemektedir. Bu durum siyasi istikrarı bulunan, sosyal dayanışma ve güven içinde yaşayan Türkiye'ye göre değişiklik göstermektedir. Sosyal yaşam, siyasi uygulamalar ve sağlığa erişim tüm yaş gruplarında eşit olduğundan Türkiye'de yaş gruplarının sağlığa yönelik inanç ve tutumları arasında farklılık olmadığı söylenebilir.

H4: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda eğitim durumuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.38. Eğitim durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar

	Eğitim	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P	Fark
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Orta öğretim	1133	1,5429	,29816	1,900	,150	
	Ön lisans	398	1,5702	,27908			
	Lisans ve üzeri	1209	1,5386	,27208			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Orta öğretim	1128	1,6239	,33931	7,574	0,001*	1-2,1-3
	Ön lisans	394	1,6517	,32040			
	Lisans ve üzeri	1207	1,5851	,32423			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Orta öğretim	1127	1,6402	,33478	5,558	,004*	1-2,2-3
	Ön lisans	397	1,7017	,30128			
	Lisans ve üzeri	1208	1,6482	,31663			

*p<0,05

Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar ile katılımcıların eğitim düzeyi arasında yapılan varyans analizi Çizelge 4.34'te gösterilmiştir. Sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlerde eğitim düzeyine göre

farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuşken ($p<0,05$), sağlığı etkileyen faktörlerde eğitim düzeyine göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Elde edilen bulgular ışığında Hipotez 4 rededilmiştir.

H4c1: Türkiye’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda eğitim düzeyine göre farklılık vardır.

Çizelge 4.39. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin eğitim düzeyine göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	Eğitim	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P	Fark
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Orta öğretim	523	1,5057	,27579	3,814	,022*	2-3
	Ön lisans	230	1,5497	,27456			
	Lisans ve üzeri	816	1,4941	,26451			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Orta öğretim	518	1,5823	,33709	7,418	0,001*	1-2,2-3
	Ön lisans	226	1,6190	,32158			
	Lisans ve üzeri	814	1,5339	,32263			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Orta öğretim	517	1,6293	,32385	2,220	,109	
	Ön lisans	229	1,6786	,30458			
	Lisans ve üzeri	815	1,6317	,31793			

* $p<0.05$

Çizelge 4.39’da gösterilen test sonuçlarında, Türkiye’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere yönelik inanç ve tutumlarda eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunduğu ($p<0,05$); vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak farklılığın anlamlı olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir. Hipotez 4c1 rededilmiştir.

H4c2: Filistin’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda eğitim durumuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.40. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin eğitim durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	Eğitim	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P	Fark
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Orta öğretim	610	1,5748	,31281	4,371	,013*	1-3
	Ön lisans	168	1,5981	,28360			
	Lisans ve üzeri	393	1,6309	,26459			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Orta öğretim	610	1,6593	,33743	1,564	0,210	
	Ön lisans	168	1,6957	,31443			
	Lisans ve üzeri	393	1,6912	,30136			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Orta öğretim	610	1,6494	,34376	4,597	,010*	1-2
	Ön lisans	168	1,7331	,29471			
	Lisans ve üzeri	393	1,6823	,31157			

*p<0,05

Filistin’de sağlığı etkileyen faktörlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu (p<0,05), sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere yönelik inanç ve tutumlarda ise eğitim düzeyine göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0,05) tespit edilmiştir ve Hipotez 4c2 rededilmiştir.

H4c3: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ve Filistin arasında eğitim düzeyine göre farklılık vardır.

Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile ilgili çalışmaya katılan bireylerin inanç ve tutumları üzerinde eğitim düzeyi ve yerleşim yerine göre iki yönlü varyans analizi yapılmış ve sonuçlar Çizelge 4.’41’de verilmiştir. Görüldüğü üzere sağlığı etkileyen faktörlere ve sağlığı geliştirme önlemlerine yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ve Filistin arasında eğitim düzeyine göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş (p<0,05), vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda ise Türkiye ve Filistin arasında eğitim düzeyine göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış (p>0.05) ve Hipotez 4c3 reddedilmiştir.

Çizelge 4.41. Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda eğitim düzeyi farklılığının Türkiye ve Filistin'e göre karşılaştırması

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Eğitim	,442	2	,221	2,820	,060*
	Bulunduğu yer	3,666	1	3,666	46,742	,000*
	Eğitim*Bulunduğu yer	,862	2	,431	5,497	,004*
	Hata	214,453	2734	,078		
	Toplam	6761,357	2740			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Eğitim	,576	2	,288	2,722	,066
	Bulunduğu yer	5,456	1	5,456	51,565	,000*
	Eğitim*Bulunduğu yer	1,005	2	,502	4,747	,009*
	Hata	288,094	2723	,106		
	Toplam	7379,301	2729			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörleri	Eğitim	1,273	2	,637	6,152	,002*
	Bulunduğu yer	,887	1	,887	8,568	,003*
	Eğitim*Bulunduğu yer	,158	2	,079	,766	,465
	Hata	282,072	2726	,103		
	Toplam	7746,110	2732			

*p<0.05

H5: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda gelir durumuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.42. Gelir durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar

	Gelir (TL)	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P	Fark
Sağlığı Etkileyen Faktörler	≤1000	627	1,5743	,28915	4,348	,013*	1-2,1-3
	1001-3000	1394	1,5363	,28434			
	≥3001	719	1,5361	,27835			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	≤1000	623	1,6462	,33045	5,316	0,005*	1-2,1-3
	1001-3000	1391	1,6063	,33369			
	≥3001	715	1,5886	,32339			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	≤1000	625	1,6624	,32430	,390	,677	
	1001-3000	1391	1,6488	,32585			
	≥3001	716	1,6516	,31515			

*p<0,05

Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar ile katılımcıların gelir durumu arasında yapılan analiz Çizelge 4.42'de gösterilmiştir. Sağlığı etkileyen faktörler ve sağlığı

geliştirmeye yönelik önlemlerde gelir durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuşken ($p < 0,05$), vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlerde gelir durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Elde edilen bulgular ışığında Hipotez 5 rededilmiştir.

Toplum içindeki konumları (sosyo-ekonomik konum) daha düşük olan bireyler ve gruplar fiziksel çevrenin olumsuz etkilerine daha fazla maruz kalırlar (olumsuz barınma, beslenme, eğitim, istihdam vb koşulları) ve gereksinim duyduklarında sağlık hizmetlerine erişimleri daha kısıtlıdır. Gelir, bireyin sosyal mevkisini belirler. Sonuç olarak bireyin psikolojik ve bedensel sağlığına etki gösterecektir. Kesin olarak bireyin inançlarını ve tutumlarını etkileyecektir. Dar gelirli olanların (mahrum olanlar) inanç ve tutumları, yüksek gelire sahip olanlara göre her zaman değişiklik göstermektedir. Sağlık kurumlarına olan devamlılık gelirle direkt olarak bağlı değildir, çünkü kamu sağlık kuruluşları bireyin gelirine bakmaksızın ihtiyaç duyulan temel sağlık hizmetlerini bireylere sunmaktadır.

H5c1: Türkiye’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda gelir durumuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.43. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin gelir durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	Gelir (TL)	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	≤1000	281	1,5157	,27569	,224	,799
	1001-3000	800	1,5031	,26644		
	≥3001	488	1,5056	,27380		
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	≤1000	277	1,5819	,33343	1,283	,277
	1001-3000	797	1,5665	,32940		
	≥3001	484	1,5443	,32463		
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	≤1000	279	1,6159	,32369	,808	,446
	1001-3000	797	1,6429	,31754		
	≥3001	485	1,6421	,31637		

$P > 0,05$

Çizelge 4.43’de gösterilen test sonuçlarında, Türkiye’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmadığı ($p > 0,05$) tespit edilmiştir. Hipotez 5c1 rededilmiştir.

H5c2: Filistin’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda gelir durumuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.44. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin gelir seviyesine göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	Gelir (TL)	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	≤1000	346	1,6220	,29146	2,141	,118
	1001-3000	594	1,5810	,30129		
	≥3001	231	1,6005	,27749		
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	≤1000	346	1,6977	,31929	1,572	,208
	1001-3000	594	1,6597	,33223		
	≥3001	231	1,6815	,30092		
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	≤1000	346	1,7000	,32034	1,906	,149
	1001-3000	594	1,6568	,33678		
	≥3001	231	1,6714	,31232		

P>0.05

Filistin’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı (p>0,05) tespit edilmiştir ve Hipotez 5c2 reddedilmiştir.

Filistin’de durum değişiktir, güvenlik nedeniyle işgalci güçler tarafından bölgeler kapatılmakta veya izole edilmektedir. O nedenle düşük, orta ve yüksek gelire sahip olanlar sağlık hizmeti alma ve sağlık kurumlarına ulaşma konusunda gelir durumu gözetmeksizin mahrum kalırlar. Burada eklemek istediğim husus, Filistin’in günlük hayatta en büyük engeli işgaldir. İsrail kontrol noktalarında çok sayıda yeni doğanlar, yaşlılar, kadınlar ve hamileler bir bölgeden başka bir bölgeye gitmek için izin almayı beklerken yaşamlarını kaybetmişlerdir. Bu yaptırımlar Filistinliler arasındaki gelir farklılıklarını ortadan kaldırmıştır.

H6: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda sağlık durumuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.45. Sağlık durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar

	Sağlık Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P	Fark
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Kötü	159	1,6220	,29821	8,676	,000*	1-2,1-3
	İyi	1893	1,5328	,28512			
	Çok iyi	688	1,5607	,27521			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Kötü	159	1,6821	,33137	6,492	0,002*	1-2
	İyi	1884	1,5975	,33244			
	Çok iyi	686	1,6308	,32343			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Kötü	159	1,6767	,32232	,798	,450	
	İyi	1887	1,6481	,32396			
	Çok iyi	686	1,6597	,31917			

*p<0,05

Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar ile katılımcıların gelir durumu arasında yapılan analiz Çizelge 4.45’de gösterilmiştir. Sağlığı etkileyen faktörler ve sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlerde sağlık durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuşken (p<0,05), vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlerde sağlık durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Elde edilen bulgular ışığında Hipotez 6 reddedilmiştir.

H6a1: Türkiye’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda sağlık durumuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.46. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin sağlık durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	Sağlık Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P	Fark
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Kötü	62	1,6086	,25905	5,009	,007*	1-2,1-3
	İyi	1199	1,4990	,27075			
	Çok iyi	308	1,5134	,26711			
Sağlığı geliştirmeye yönelik Önlemler	Kötü	62	1,6358	,31122	1,713	,181	
	İyi	1190	1,5574	,32772			
	Çok iyi	306	1,5668	,33513			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Kötü	62	1,6611	,31695	,285	,752	
	İyi	1193	1,6349	,31921			
	Çok iyi	306	1,6445	,31545			

*p<0,05

Çizelge 4.46'da gösterilen test sonuçlarında, Türkiye'de sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda sağlık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmadığı ($p>0,05$), sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda ise sağlık durumuna göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) tespit edilmiştir. Hipotez 6d1 reddedilmiştir.

H6d2: Filistin'de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda sağlık durumuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.47. Çalışmaya Filistin'den katılan bireylerin sağlık durumuna göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	Sağlık Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Kötü	97	1,6305	,32177	,777	,460
	İyi	694	1,5911	,29974		
	Çok iyi	380	1,5990	,27604		
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Kötü	97	1,7117	,34192	,978	,376
	İyi	694	1,6663	,32944		
	Çok iyi	380	1,6823	,30449		
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Kötü	97	1,6867	,32696	,101	,904
	İyi	694	1,6707	,33098		
	Çok iyi	380	1,6720	,32203		

$P>0,05$

Filistin'de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda sağlık durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$) tespit edilmiştir ve Hipotez 6d2 reddedilmiştir.

Çizelge 4.47.'de Çalışmaya Filistin'den katılan bireylerin sağlık belirleyicileri konusunda inanç ve tutumlarının sağlığı etkileme durumu, sağlığı geliştirmeye yönelik etkileri, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Filistin'deki siyasi durum bireylerin sağlık durumunu etkilemekte ve sağlık kurumlarına devamlılık ile ilgili inançlar ve görüşlerde rol oynamaktadır.

H6a3: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ve Filistin arasında sağlık durumuna göre farklılık vardır.

Çizelge 4.48. Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda sağlık durumu farklılığının Türkiye ve Filistin'e göre karşılaştırması

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Sağlık durumu	,787	2	,393	5,005	,007*
	Bulunduğu yer	1,153	1	1,153	14,673	,000*
	Sağlık durumu *Bulunduğu yer	,172	2	,086	1,093	,335
	Hata	214,897	2734	,079		
	Toplam	6761,357	2740			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Sağlık durumu	,564	2	,282	2,654	,071
	Bulunduğu yer	2,604	1	2,604	24,498	,000*
	Sağlık durumu *Bulunduğu yer	,049	2	,024	,229	,795
	Hata	289,436	2723	,106		
	Toplam	7379,301	2729			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörleri	Sağlık durumu	,069	2	,035	,333	,717
	Bulunduğu yer	,228	1	,228	2,194	,139
	Sağlık durumu *Bulunduğu yer	,011	2	,005	,053	,949
	Hata	289,436	2726	,104		
	Toplam	7746,110	2732			

*p<0.05

Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile ilgili çalışmaya katılan bireylerin inanç ve tutumları üzerinde sağlık durumu ve yerleşim yerine göre iki yönlü anova analizi yapılmış ve sonuçlar Çizelge 4.'48'de verilmiştir. Görüldüğü üzere sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirme önlemlerine ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ve Filistin arasında sağlık durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ($p>0,05$) ve Hipotez 6d3 reddedilmiştir.

Çalışmaya katılanların sağlık durumu, sağlık belirleyicileri ile ilgili inançları ve tutumları etkilemektedir. İki ülke katılımcıları arasında bu anlamda önemli farklılıklar tespit edilmemiştir. Bu sonuç Müslüman toplumlarda inanç ve kadere bağlıdır, her hangi bir kişiye sağlığını sorduğumuzda: "Hamdolsun, başkalarından daha iyiyim" der. Filistin ve Türk toplumları İslam dininde ortaktırlar. İslam bir sabır dinidir ve bu dine mensup işgal altında

olan bir Filistinli, ailesini, malını, evini ve hatta sağlığını kayıp ettikten sonra “Hamdolsun, başkalarından daha iyiyim” diyebilmektedir.

H7: Sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Beden Kitle İndeksi değerlerine göre farklılık vardır.

Çizelge4.49. BKİ değerlerine göre sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar

	BKİ	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	<18,50	91	1,4913	,25510	2,617	,049*
	18,50-24,90	1200	1,5440	,28208		
	25-29,90	825	1,5304	,28619		
	>30	342	1,5705	,27785		

*p<0,05

Çizelge 4.49’da görüldüğü gibi, çalışmaya katılan bireylerin sağlığı etkileme durumu konusunda inanç ve tutumlarında BKİ’ne göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (p<0,05) ve Hipotez 7 kabul edilmiştir.

H7_{e1}: Türkiye’de sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda BKİ değerlerine göre farklılık vardır.

Çizelge 4.50. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin BKİ değerlerine göre sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	BKİ	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P	Fark
Sağlığı Etkileyen Faktörler	<18,50	56	1,4265	,21764	3,527	,014*	1-2,1-3
	18,50-24,90	758	1,5179	,27293			
	25-29,90	432	1,4799	,26181			
	>30	133	1,5180	,27015			

*p<0,05

Çizelgeden çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarında BKİ değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Bu farklılığın <18,50 ile 18,5-24,90 değerleri, <18,50 ile 25-29,90 değerleri arasında olduğu saptanmıştır. Hipotez 7_{e1} kabul edilmiştir.

H7_{e2}: Filistinden çalışmaya katılan bireylerin sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda BKİ değerlerine göre farklılık vardır.

Çizelge 4.51. Çalışmaya Filistin'den katılan bireylerin BKİ değerlerine göre sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	BKİ	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	<18,50	35	1,5951	,27859	,184	,907
	18,50-24,90	442	1,5887	,29205		
	25-29,9	393	1,5860	,30148		
	>30	209	1,6039	,27815		

P>0,05

Çizelge 4.51'de gösterildiği gibi çalışmaya Filistin'den katılan bireylerin sağlığı etkileyen faktörler konusunda inanç ve tutumlarında BKİ değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>0,05) ve hipotez 7e2 reddedilmiştir.

H7e3: Sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ve Filistin arasında BKİ değerlerine göre farklılık vardır.

Çizelge 4.52 Sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda BKİ değerlerinin Türkiye ve Filistin'e göre karşılaştırılması

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	BKİ	,379	3	,126	1,627	,181
	Bulunduğu yer	2,772	1	2,772	35,719	,000*
	BKİ * Bulunduğu yer	,290	3	,097	1,243	,292
	Hata	190,146	2450	,078		
	Toplam	6033,984	2458			

*p<0,05

Sağlığı etkileyen faktörler ile ilgili çalışmaya katılan bireylerin inanç ve tutumları üzerinde BKİ değerleri ve yerleşim yerine göre iki yönlü anova analizi yapılmış ve sonuçlar Çizelge 4.'52'de verilmiştir. Görüldüğü üzere sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ve Filistin arasında BKİ değerlerine göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış (p>0,05) ve Hipotez 7e3 reddedilmiştir.

Beden kitle indeksi bireyin sağlığının ana hatlarını belirlemede önemli bir göstergedir. Çünkü beden kitle indeksi belirli bir düzeye yükseldiğinde bireyin kalp ve şeker hastalığı, uyku bozukluğu, kemik erimesi ve sosyal izolasyona maruz kalmasına yol açacaktır. Şişmanlık ve kilo fazlalığı bireyin utanmasına ve birey ile toplum arasında bir psikolojik duvar oluşmasına yol açacaktır. Bu durum coğrafi olarak değişiklik göstermemekte ve çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuç ile paralellik göstermektedir.

H8: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Politik Görüşe göre farklılık vardır.

Çizelge 4.53. Politik görüşe göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar

	Politik Görüş	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P	Fark
Sağlığı Etkileyen Faktör	Muhafazakâr	708	1,5118	,28124	13,977	,000*	1-2,1-4, 2-3,2-5, 2-6, 4-6
	İlimli	757	1,6070	,27882			
	Liberal	91	1,5065	,25161			
	Sosyal Demokrat	346	1,5746	,27070			
	Milliyetçi	236	1,5388	,28841			
	Fikrim yok	602	1,4972	,29003			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Muhafazakâr	707	1,5724	,33441	11,979	0,00*	1-2,1-4, 2-6, 3-4, 4-6
	İlimli	756	1,6627	,32478			
	Liberal	91	1,5693	,31097			
	Sosyal Demokrat	346	1,6804	,29672			
	Milliyetçi	233	1,5991	,34249			
	Fikrim yok	596	1,5609	,33612			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Muhafazakâr	706	1,6404	,32422	5,970	,000*	1-2,2-6, 4-6
	İlimli	757	1,6903	,31193			
	Liberal	91	1,6251	,31644			
	Sosyal Demokrat	346	1,6898	,29896			
	Milliyetçi	235	1,6446	,33341			
	Fikrim yok	597	1,6053	,33703			

*p<0,05

Çizelge 4.53'te verilen sağlığı etkileyen faktörler sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda politik görüşe göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) ve Hipotez 8 kabul edilmiştir. Sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlar ile politik görüş arasındaki farklılığın muhafazakâr ile ilimli, muhafazakâr ile sosyal demokrat, ilimli ile liberal, ilimli ile milliyetçi, ilimli ile fikrim yok, sosyal demokrat ile fikrim yok birimleri arasında olduğu saptanmıştır. Sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler konusunda inanç ve tutumlar ile politik görüş arasındaki farklılığın muhafazakâr ile ilimli, muhafazakâr ile sosyal demokrat, ilimli ile fikrim yok, liberal ile sosyal demokrat, sosyal demokrat ile fikrim yok birimleri arasında olduğu saptanmıştır. Son olarak vatandaş ile sağlık kurumları arasında sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler konusundaki inanç ve tutumlar ile politik görüş arasındaki farklılığın ise muhafazakâr ile ilimli, ilimli ile fikrim yok, sosyal demokrat ile fikrim yok birimleri arasında olduğu saptanmıştır.

H8₁: Türkiye’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda politik görüşe göre farklılık vardır.

Çizelge 4.54. Çalışmaya Türkiye’den katılan bireylerin politik görüşe göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	Politik Görüş	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P	Fark
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Muhafazakâr	455	1,4848	,26663	3,268	,006*	1-4
	İlimli	227	1,5282	,26169			
	Liberal	71	1,4761	,23393			
	Sosyal Demokrat	179	1,5540	,25351			
	Milliyetçi	201	1,5398	,28741			
	Fikrim yok	436	1,4867	,27881			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Muhafazakâr	454	1,5278	,32564	4,799	,000*	1-4,1-6
	İlimli	226	1,5901	,31916			
	Liberal	71	1,5339	,29758			
	Sosyal Demokrat	179	1,6502	,31416			
	Milliyetçi	198	1,5917	,34298			
	Fikrim yok	430	1,5389	,33371			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Muhafazakâr	453	1,6278	,32030	1,600	,157	
	İlimli	227	1,6519	,31038			
	Liberal	71	1,6153	,29327			
	Sosyal Demokrat	179	1,6878	,29443			
	Milliyetçi	200	1,6528	,32947			
	Fikrim yok	431	1,6168	,32705			

*p<0,05

Çizelge 4.54’de gösterilen test sonuçlarında, Türkiye’de sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda politik görüşe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunduğu ($p<0,05$), bu farklılığın muhafazakâr ile sosyal demokrat arasında olduğu saptanmıştır. Sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler konusunda inanç ve tutumlarda politik görüşe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu ($p<0,05$), farklılığın muhafazakâr ile sosyal demokrat, arasında olduğu belirlenmiştir. Vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarında politik görüşe göre farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiş ($p>0,05$) ve hipotez 8₁ rededilmiştir.

H8₂: Filistin’de sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda politik görüşe göre farklılık vardır.

Çizelge 4.55. Çalışmaya Filistin’den katılan bireylerin politik görüşe göre sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları

	Politik Görüş	n	Ortalama	Standart Sapma	F	P	Fark
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Muhafazakâr	253	1,5602	,30027	5,585	,000*	1-2
	İlimli	530	1,6407	,27936			
	Liberal	20	1,6143	,28737			
	Sosyal Demokrat	167	1,5967	,28710			
	Milliyetçi	35	1,5331	,29827			
	Fikrim yok	166	1,5248	,31685			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Muhafazakâr	253	1,6525	,33566	2,200	,052	
	İlimli	530	1,6937	,32249			
	Liberal	20	1,6951	,33239			
	Sosyal Demokrat	167	1,7127	,27407			
	Milliyetçi	35	1,6412	,34154			
	Fikrim yok	166	1,6180	,33662			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörler	Muhafazakâr	253	1,6629	,33056	4,687	,000*	2-6
	İlimli	530	1,7067	,31145			
	Liberal	20	1,6600	,39470			
	Sosyal Demokrat	167	1,6920	,30462			4-6
	Milliyetçi	35	1,5975	,35644			
	Fikrim yok	166	1,5753	,36095			

*p<0.05

Çizelge 4.55’te gösterilen test sonuçlarında, Filistin’de sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda politik görüşe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunduğu ($p<0,05$), bu farklılığın muhafazakâr ile ilimli arasında olduğu saptanmıştır. Sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler konusunda inanç ve tutumlarda politik görüşe göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarında politik görüşe göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p<0,05$), farklılığın ise ilimli ile fikrim yok ve sosyal demokrat ile fikrim yok birimleri arasında olduğu saptanmıştır. Hipotez H_{2} reddedilmiştir.

H₃: Sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarında Türkiye ve Filistin arasında politik görüşe göre farklılık vardır.

Çizelge 4.56. Sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda politik görüş farklılığının Türkiye ve Filistin'e göre karşılaştırması

	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması	F	P
Sağlığı Etkileyen Faktörler	Politik görüş	2,387	5	,477	6,138	,000*
	Bulunduğu yer	1,233	1	1,233	15,849	,000*
	Politik görüş* Bulunduğu yer	,726	5	,145	1,866	,097
	Hata	212,206	2728	,078		
	Toplam	6761,357	2740			
Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Önlemler	Politik görüş	3,009	5	,602	5,710	,000*
	Bulunduğu yer	2,592	1	2,592	24,595	,000*
	Politik görüş* Bulunduğu yer	,403	5	,081	,766	,574
	Hata	286,309	2717	,105		
	Toplam	7379,301	2729			
Vatandaşların Sağlık Hizmeti Alımını Etkileyen Faktörleri	Politik görüş	2,588	5	,518	5,023	,000*
	Bulunduğu yer	,014	1	,014	,131	,717
	Politik görüş* Bulunduğu yer	,871	5	,174	1,691	,133
	Hata	280,217	2720	,103		
	Toplam	7746,110	2732			

*p<0.05

Sağlığı etkileyen faktörler ile ilgili çalışmaya katılan bireylerin inanç ve tutumları üzerinde politik görüşler ve yerleşim yerine göre iki yönlü anova analizi yapılmış ve sonuçlar Çizelge 4.56'da verilmiştir. Görüldüğü üzere sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumlarda Türkiye ve Filistin arasında sağlık durumuna göre farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ($p>0,05$) ve Hipotez 7e3 reddedilmiştir.

Alt gruplarda görülen farklılıklar bireyin ve toplumun sağlığının geliştirilmesinin resmi ve gayri resmi sosyal ve siyasi sistemin bir unsuru olması ile ilgilidir. Örneğin, kapalı alanda sigara içme yasağının uygulanması ile birlikte başkalarını da sigaranın dolaylı zararlarından koruyan temiz bir ortam kurulmaya çalışılmıştır. Sigara içen kişinin sigara içmeyi azaltmasına da katkıda bulunulmuştur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

1948 yılında yayımlanan DSÖ tüzüğü sağlığı “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil; fiziksel, toplumsal ve zihinsel tam bir esenlik durumu” olarak tanımlamıştır. Çalışmalara göre sağlık tutumlarındaki sosyo ekonomik farklılıklar çocukluk arka planı, maddi zorluklar ve sosyal bütünleşme gibi birçok etmenle ilişkilendirilmiştir. Bu faktörlerin bazıları etkilerini tutumlar, güdülenme, sağlık yararları, inanç, öz yeterlik ve sağlıklı seçimler olarak algılanan engeller gibi daha yakın davranış belirleyiciler yoluyla göstermeleri olasıdır. DSÖ, son ekonomik krizin de etkisi ile dünyada giderek artan bulaşıcı hastalıklar, ulaşılamayan sağlık hizmetleri, satın alınamayan ilaçlar, önlenemez ölümler, bozulan sağlık düzeyi karşısında 2005 yılında “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu” oluşturdu. Komisyon çalışmalarında DSÖ’nün Genel Direktörü Lee Jong yankılara neden olan bir rapor hazırladı. Ağustos 2008 tarihinde yayınlanan rapor, insanların doğup büyüüp yaşlandığı koşulların ve sağlık sistemlerinin temelinde gücün, paranın ve kaynakların, yerel, ulusal ve uluslararası düzeylerde dağılım şeklinin bulunduğunu belirtmektedir. Raporda bu dağılımların da politik tercihlerden etkilendiği saptanmakta, bir ülke için ve ülkeler arasındaki önlenemez ve adaletsiz sağlık düzeyi farklılıklarından bu sosyal belirleyicilerin sorumlu olduğu ifade edilmektedir.

Türkiye’nin son yıllarda sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da önemli gelişmeler katettiği gözlenmektedir. Genel anlamda yaşanan olumlu gelişmelerin toplumu oluşturan bireylerin sağlıkla ilgili inanç ve tutumlarında bir etkisi olup olmadığı konusunda çok fazla araştırmaya rastlanılmamıştır. Batı Şeria ve Gazze’de Filistin topluluğu’nun sağlığın sosyal belirleyicileri üzerinde çok az denetimi vardır. Araştırmacının amacı Türk ve Filistinli vatandaşlarının cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, gelir, sağlık durumu, beden kitle indeksi (BKİ) ve siyasi görüş durumlarına göre sağlığı etkileyen faktörlere yönelik inanç ve tutumları, buna ek olarak, bu değişkenlerin Türk ve Filistinli vatandaşların sağlığı geliştirme ile ilişkili faktörlere yönelik inanç ve tutumlarını ve son olarak, Türk ve Filistinli vatandaşların sağlık hizmeti alımında etkili olan faktörlere yönelik inanç ve tutumlarını ortaya çıkarmaktır. Sonuçta, Türk toplumunun sağlık konusundaki inanç ve tutumları ile Filistin toplumunun inanç ve tutumları arasında bir farklılık olup olmadığı da belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu çalışmanın önemi sağlık üzerinde etkisi olan siyasi ve sosyoekonomik açıdan benzemeyen toplumların sağlık inançları ve tutumları açısından görüşlerini bilmektir. Bu alanda yapılacak olan araştırmalar; toplum sağlığının korunması, sürdürülmesi, yükseltilmesi ve sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesinde bir araç olan sağlık politikalarına yön vermesi açısından son derece önemlidir. Ek olarak bu toplumların sağlık, sosyal ve ekonomik açıdan kalkınmaları için hükümetlerin politika oluşturmasında ve sağlık programları geliştirmesinde rol oynayan öneriler ve tercihler sunmak istenmektedir. Çalışmanın, ileride bu konuda yapılabilecek çalışmalara kaynak teşkil etmesi bakımından yararlı olacağı düşünülmektedir. Ancak Araştırmadan elde edilen sonuçlar, araştırma yapılan iller ile sınırlı olup ülkelere genellenemez.

Araştırmanın amaçlarına ulaşabilmek için öncelikle ilgili literatür taranarak araştırma konusuyla ilgili ikincil verilerin analizi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bilgilere dayanılarak tezin kuramsal çerçevesi oluşturulmuş ve araştırma konusuyla ilgili çalışmalar özetlenmiştir. Araştırmanın amacı, önemi, yöntemi, kapsam ve sınırlılıkları belirlendikten sonra verilerin toplanması aşamasına geçilmiştir. Bilindiği üzere, verilerin toplanması amacıyla anket, gözlem, deney vb. yöntemler kullanılabilir. Bu araştırmada, veri toplama yöntemi olarak yapılandırılmış anket formunun kullanılmasına karar verilmiştir. Anket veri toplamada kullanılan en etkili yöntemlerden biri olmasının yanında, ulaşılmak istenen bilgilere kısa sürede ulaşılmasına olanak vermektedir.

Araştırmayı gerçekleştirdiğimiz şehirlerden Ankara'nın nüfusu 2013 yılına göre 5.045.083, ve Nablus'un nüfusu 336.380 dir. Toplumunu temsil eden büyük örnek elde etmek için 4100 anket dağıtılmıştır (2600 Türkiye'de "Ankara" ve 1500 anket Filistin'de "Nablus"). Geri dönüşüm ise Ankara'da % 60,4 (1570 anket) ve Nablus'ta % 78 (1171 anket) oranında gerçekleşmiştir. Araştırmacı örneğin doğru ve toplumu temsil edecek niteliğe sahip olması için Türk ve Filistin İstatistik Kurumlarından yardım almıştır. Her iki şehir popülasyonunun ayrı bir şekilde cinsiyet, yaş, eğitim, sağlık durumu, gelir ve son olarak ikamet yeri açısından oranları tespit edilmiş ve örneklem her iki şehirde bu oranlar doğrultusunda tabakalandırılmıştır. Anketler Temmuz 2013 ile Mart 2014 tarihleri arasında dağıtılmıştır. Sağlıkın sosyal belirleyicileri konusunda toplumun inanç ve tutumları: Türkiye ve Filistin karşılaştırması farklı değişkenler açısından belirlemeyi amaçladığından bu araştırmada betimsel tarama modelinde ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır.

Sağlıkla alakalı tüm araştırmaların en son hedefi toplumun sağlığını iyileştirmek ve Sağlıklı İnsanlar 2020 vizyonuna ulaşmaktır. Sağlık belirleyicilerinin 4 kategorisi vardır: davranışlar, topluluk ve çevre, politika ve klinik bakım. Bu 4 grup bir devletteki daha yaşlı yetişkin nüfusunun sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini ölçer ve bu girdilerin geliştirilmesi sonuçları zaman geçtikçe daha da iyileştirecektir. Çoğu önlem 4 kategorinin tümü tarafından etkilenir. Anket formu, Wisconsin'de ve ABD'de daha önceden yapılan bir kamu görüş anketi ve literatürden faydalanılarak oluşturulmuştur.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 18,0 paket programı kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS programına girilmiştir. Verilerin analizinde frekans dağılımı ve betimleme analizi, sosyodemografik özelliklerin gruplara göre ve grupların ölçek puanlarına göre karşılaştırılmasında ki-kare testi ve bağımsız gruplarda student t testi ve iki yönlü varyans analizi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; bireylerin % 42,7'si Filistin'de yaşadığı, %57,3'ü ise Türkiye'de yaşadığı belirlenmiştir. Katılımcıların % 50,7'sinin kadın olduğu, %49,3'ünün erkek, % 41,3'ünün orta öğretim eğitimi aldığı, % 44,1'inin lisans ve üzeri eğitim aldığı, % 14,6'sının ön lisans eğitimi, % 54,8'inin 35 yaş ve altında, % 45,2'sinin 36 yaş ve üzerinde, % 50,9'unun gelir durumunun 1001-3000TL arasında olduğu, % 62'sinin maddi sorun yaşadığı, % 66,9'unun yaşadığı konutun ailesi için yeterli olduğu tespit edilmiş, katılımcıların % 24,6'sının memur, % 15,3'ünün ev hanımı, % 16,1'inin işçi, % 15,1'inin öğrenci olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin % 27,6'sının politik görüşünün ılımlı olduğu (genellikle hem liberal ve muhafazakâr ideolojilerinin bir karışımını temsil eder), % 25,8'inin muhafazakâr olduğu, % 12,7'sinin sosyal demokrat olduğu, % 8,6'sının milliyetçi olduğu, %3,3'ünün politik görüşünün liberal olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların % 48,8'inin BKİ değerinin 18,5-24,9 (normal) olduğu, % 33,6'sının BKİ değerinin 25-29,9 (Şişmanlık öncesi) olduğu, bunun yanında katılımcıların % 69,1'inin sağlık durumunun iyi olduğu, % 25,1'inin sağlık durumunun çok iyi olduğu, % 53,9'unun sağlık sorunu yaşamadığı, % 46,1'inin sağlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir.

Türk Katılımcıların %55'inin BKİ değerinin 18,5-24,9 (normal) olduğu, %31,3'sünün BKİ değerinin 25-29,9 (şişmanlık öncesi) olduğu, bunun yanında katılımcıların % 76,4'ünün sağlık durumunun iyi olduğu, % 19,6'sının sağlık durumunun çok iyi olduğu belirlenmiştir.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerine göre Türkiye'de 19 yaş ve üzeri bireylerin ölçülen boy ve kilolarına göre hesaplanan BKİ sınıflamasına göre % 34,6'sı fazla kilolu ve % 30,3'ü obez olup kadınlarda bu sıklıklar sırasıyla % 29,7 ve % 41,0; erkeklerde ise sırasıyla % 39,1 ve % 20,5'tir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012: 42). Türkiye'de bireylerin genel sağlık durumunun dağılımı 2012 çok iyi/ iyi % 70,7 olduğu ve kötü/çok kötü oranının % 7,2 olduğu saptanmıştır (Başara, Güler ve Yentür, 2014: 35).

Çalışmaya Türkiye'den katılan bireylerin %18,2'sinin depresyon yaşadığı, %14,4'ünün hipertansiyon hastası olduğu, % 14,2'sinin bağ dokusu romatizma hastalığı olduğu, % 13,4'ünün şeker hastası olduğu, % 10,1'inin peptik ülser hastası olduğu, % 7,1'inde konjestif kalp yetmezliği olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de sağlık istatistikleri yılına göre 2013 on beş yaş ve üzeri bireylerde hastalık/sağlık sorunu yaşayanların % 2,1'inin depresyon, % 13,2'sinin hipertansiyon, % 9,1'inin bağ dokusu romatizma, % 6,8'ünün şeker, % 7,7'inin peptik ülser, % 1,3'ünün konjestif kalp yetmezliği hastalığına sahip olduğu belirtilmiştir (Başara, Güler ve Yentür, 2014: 36). Filistin'den katılan bireylerin ise % 21,8'inin hipertansiyon hastası olduğu, % 19,5'inin şeker hastası olduğu, % 16,8'inin depresyon hastası olduğu, % 14,1'inin peptik ülser hastası olduğu, % 5,5'inde bulaşıcı ve parazit hastalık bulunduğu belirlenmiştir. Filistin Merkezî İstatistik Bürosu, Filistinli aile son raporunun verilerine göre (2013) % 7,7'sinin hipertansiyon hastası olduğu, % 5,9'unun şeker hastası olduğu, % 1,7'sinin peptik ülser hastası olduğu, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının raporuna göre (2009) ise genç Filistinlilerin yüzde 80'inden fazlasının depresif olduğu bildirilmiştir.

Türkiye'de sağlık istatistikleri yılı 2013 hastane yatışlarının dağılımı solunum sistemi hastalıkları % 12,9 sindirim sistemi hastalıkları % 10,2 gebelik, doğum ve % 12,1 yaralanma, zehirlenme ve dış nedenlerin bazı diğer % 5,9 olduğu saptanmışken Türk katılımcıların hastaneye başvurma nedenlerinin sırayla % 15,8 oranında solunum sistemi hastalıkları, %11,5 oranında sindirim sistemi hastalıkları, % 4,6 oranında yaralanma, zehirlenme veya siyasi eylemlerden dolayı olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamız sağlığın ve sağlık hizmeti alımının pekiştirilmesi ile ilgili ortak din ve tarih ile farklı ekonomik ve siyasi seviyelere sahip olan Filistinli ve Türk vatandaşların inanç ve tutumlarında bireyin ve toplumun sağlık durumunu belirleyen biyolojik ve davranışsal faktörler bir tarafa sosyal ve ekonomik unsurları ortaya koymaktadır.

Türkiye, Orta Doğu bölgesinde, ekonomik ve siyasi yönden bağımsız prestijli bir konuma sahip, Avrupa Birliğine katılmak için görüşmelere başlayan bir ülkedir. 66 yıldan beri işgal altında yaşayan Filistin ile karşılaştırılması kolay değildir. Ancak insan kavramı coğrafi konumuna göre değişmeyip ülkenin ekonomik ve siyasi durumuna, halkın önceliklerinin ve ihtiyaçlarına göre değişiklikler gösterebilir. Bu nedenle genel olarak her ülkenin sağlık verilerinin ana hatlarını oluşturmaktadır.

Çalışmamıza göre, her iki örnek toplulukta cinsiyet, yaş, eğitim, aile geliri, sağlık durumu ve siyasi görüşe bakılmaksızın, Türk vatandaşlar, sigara içmek, stres, sağlık kurumlarına ulaşabilmek, beslenme ve spor yapmanın sağlığı en çok etkileyen faktörler olduğunu düşünmektedirler. Filistinde ise gelir, eğitim, sigara içmenin sağlığı en çok etkileyen faktörler olduğu düşünülmektedir.

Türk vatandaşlarına göre sigara, hava kirliliği, fakirlik ve işsizlik oranının azaltılması ile yaşam yerinin kalitesini yükseltmek sağlığın geliştirilmesinde öncelikli rol oynamaktadır. Çalışmanın diğer ayağı olan Filistinlilere göre ise fakirlik, işsizlik, hava kirliliği, sigara tüketimi ve şiddetin azaltılması sağlığın geliştirilmesinde öncelikli rol oynamaktadır.

Türk vatandaşlarının inançları ve tutumları göz önüne alındığında, temiz ve kirli malzemelerin ayrı yerlerde depolanması, personel tutum ve davranışının iyi olması, ilaç bulunması, bekleme süresi durumlarının vatandaşların sağlık hizmeti alımını en yüksek etkileyen faktörler oldukları saptanmıştır.

Filistinlilerin inançlarına ve tutumlarına göre ise ilaç bulunması, hasta ve hasta yakınlarını bilinçlendirme, hasta tedavisi, temiz ve kirli malzemelerin ayrı olması ve sağlık kurumları çalışanlarının davranışlarının iyi olması, vatandaşların sağlık hizmeti alımını en yüksek derecede etkileyen faktörler oldukları belirlenmiştir.

Çalışmaya katılanların, sağlığı etkileme, sağlığı geliştirme ve sağlık kurumları ile sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik verdikleri cevaplar, açık bir şekilde yaşadıkları sosyal ve siyasi gerçeği yansıtmaktadır. Türk vatandaşlarına göre sosyal dayanışma, sosyal güvenlik, eğitim, din, ırk, siyasi istikrar, özgürlük, ego faktörü ve karşı tarafı kabullenmenin sağlığı etkileme oranı % 50'nin altındadır. Filistinlilere göre yukarıda belirtilen faktörlerin sağlığı etkileme oranı, ırk hariç, % 50'nin üzerindedir.

Türk ve Filistinli vatandaşların yaşam deneyimleri, değişik siyasi, sosyal ve ekonomik koşullara bağlıdır. Türk vatandaşlarının sağlık durumu ve refahı anayasal güvence altındadır. Diğer tarafa baktığımızda Filistin, güvenliği olmayan, sosyal dayanışmadan mahrum olan bir ülkedir. Filistin halkı, yemeği, çocuklarının mamaları, nefesleri işgalciler tarafından kontrol edilen bir halktır. 30 km veya daha yakın bir hastaneye gitmek için işgalci kontrol noktalarında yaşamlarını yitiren vatandaşları mevcuttur.

Türk vatandaşlarının inanç ve tutumlarına göre sigara tükettiminin azaltılması, sağlık sigortasının yaygınlaştırılması, teşvik programları oluşturulması, kirliliğin azaltılması, fakirliğin önüne geçilmesi, çocuklar için kalkınma programları düzenlemesi, şiddetin ve işsizliğin azaltılması, sosyal ağlar geliştirilmesi, ev bulundurulması gibi sosyal ve ekonomik faktörler sağlığın en önemli sosyal belirleyicileridir. Filistinliler ise Türkler ile aynı düşünceleri paylaşmaktadırlar, bunu ek olarak bireyin eğitiminin yükseltilmesi, kişisel gelişim programları düzenlenmesi, siyasi fikirlerin çatışması sonucu zararı azaltacak plan ve programlar düzenlemesinin % 50'den fazla oranda sağlığı belirleyen sosyal faktörler olduğunu düşünmektedirler.

Türk ve Filistin halkları kişisel sağlık, bireyin ve toplumun sağlığı ile ilgili hususlarda, fiziki şartlar, sağlık sigortası, iş türü ve ikamet yerinin önemini idrak etmişlerdir. Bunun göstergesi, bu faktörlerin sağlığa % 50'nin üzerinde etki etme düşüncesinin beyan edilmiş olmasıdır. İki ülke vatandaşlarının inançlarının ve tutumlarının şekillenmesinde İslam kuralları belirleyici rol oynamaktadır. İslam, toplulukların bedeni ve ruhi yapılarını bir çerçeve içine oturtmak için ortaya çıkmıştır. Bu şekilde insanı belirli bir sağlık moduna sokmaktadır.

Her iki ülkeden çalışmaya katılanların cinsiyet, yaş, eğitim, aile geliri, sağlık durumu, beden kitle indeksi ve siyasi görüş faktörlerini göz önüne aldığımızda sağlığa etkisi, sağlığı

geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile ilgili kadınların cevapları erkeklerden daha yüksek orana sahiptir. Bence kadın, sosyal, siyasi ve psikolojik güvenliği sağlığın bir parçası olarak görmektedir. Çünkü fizyolojik ve psikolojik olarak zayıf bir halkadır ve İslam toplumlarında, kadın erkeğin fikrini, psikolojisini ve bedenini tamamlayıcı niteliktedir.

Yaş ile bağlantılı olarak birey ve toplumun sağlığında rol oynayan faktörler ile ilgili sonuçlara göre Türk vatandaşlarda yaş ile iş, sosyal güvenlik, eğitim, iş türü, din ve özgürlük arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Filistinlilere göre sosyal dayanışma, barınma kalitesi, siyasi istikrar ve özgürlük ile sağlığı etkileyen faktörlerde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Türklerde yaş ve işsizliğin azaltılması arasında, Filistinlilerde ise yaş ve kişisel gelişim arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Türklerde sağlık kurumlarına devamlılığı etkileyen faktörlere yönelik olarak yaş ile aynı doktorun takibi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki sonuçlar elde edilmiştir. Filistinlilerde ise yaş ile sağlık memurlarının davranışları, ilaç varlığı, sağlık kurumlarında uluslararası kurallar uygulanması, sağlık kurumları içinde hastalık yayılmaması için tedbirler alınması, kalitenin yükseltilmesi ve sağlık kurumunun misyonunu açık bir şekilde ortaya koyması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir.

Türkiye’de 35 ve altı yaş grubu, iş varlığının sağlığa % 47,4 oranında; 36 ve üstü yaş grubu ise iş varlığının sağlığa % 54,3 oranında etki ettiği düşünülmektedir. Filistin’de ise 35 ve altı yaş grubunda iş varlığının sağlığa etkisinin % 49,5; 36 ve üstü yaş grubunda iş varlığının sağlığa etkisinin % 58,4 olduğu belirlenmiştir.

Orta eğitimli olan Türk vatandaşlarının inanç ve tutumlarına göre sağlık sigortası, sosyal güvenlik, ikamet yeri, din, ırk, özgürlük, siyasi istikrar ve karşı tarafı kabullenmenin sağlığa olan etkisinin oranı yüksek eğitimli olanların oranına göre daha yüksektir. Orta eğitimli Filistinlilerde ise sağlık sigortası ve ırkın sağlığa olan etkisi yüksek eğitimli olanların oranına göre daha fazladır. Orta eğitimli Türklerde şiddet ve işsizliği azaltmanın sağlığı geliştirme ile ilgisi olduğu düşünülmektedir. Düşük eğitimli olanlar ise sağlığın geliştirilmesinde sosyal ve siyasi güvenliği çözüm olarak görmektedirler.

Geliri 1000 Türk lirası ve altında olan grup ile geliri 3000 Türk lirası ve üstü olan grup karşılaştırıldığında, karşı tarafı kabullenme, ego, özgürlük, siyasi istikrar, din, manevi faktörler, ikamet yeri, sosyal güven ve dayanışmanın sağlığa etkisinin ilk grupta daha fazla olduğu görülmüştür. Sağlığın geliştirmesi ile ilgili iki ülkeden katılan ve gelirleri 1000 Türk lirası altında olanlar, fikri ve siyasi çatışmalar içeren programlar, kamu potansiyeli yönlendirme programları ve kişisel gelişim programlarının, geliri 3001 Türk lirası ve üstü olanlardan daha fazla sağlığı geliştirmede etkili olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir.

Kendi sağlık durumlarını kötü olarak beyan edenler, durumlarını psikolojik, sosyal, siyasi ve maddi güvenlik faktörlere bağlamaktadırlar. Din ve inançların sağlığı etkileme konusundaki görüşlere baktığımızda, kendi sağlık durumunu kötü ifade eden Türk katılımcıların % 51,6'sı, sağlık durumum çok iyi diyen Türk katılımcıların % 46,6'sı ve sağlık durumum iyi diyen Türk katılımcıların % 41,3'ünün din ve inançların sağlığı etkilediği görüşüne sahip olduğunu görüyoruz. Kendi sağlık durumuna kötü diyen Filistinli katılımcıların % 65,9, sağlık durumum çok iyi ve iyi diyen Filistinli katılımcıların sırasıyla % 52,6 ve % 52,2 oranlarında din ve inançların sağlığı etkilediği görüşünde oldukları yine görülmektedir.

Sağlık durumum kötü diyen Türk katılımcılar, işsizlik oranının azaltılmasından sağlık durumları iyi ve çok iyi diyenlerden daha fazla etkilendiklerini düşünüyorlar. Kendi sağlık durumlarına kötü diyen Filistinliler ise durumu kişisel gelişim ve kendi öz kaynakları değerlendirmeye bağlamaktadırlar, ilaveten iyi ve çok iyi diyenlerden daha fazla etkilendiklerini düşünüyorlar.

Çalışma sonuçlarına göre Türk katılımcıların beden kitle indeksi ile kişisel sağlık davranışları, iş varlığı, sosyal dayanışma, genetik faktörler, siyasi istikrar, ego ve karşı tarafı kabullenme faktörleri arasında sağlığı etkileme konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklıklar ortaya çıkmıştır. Filistinlilerde ise beden kitle indeksi 30 üzerine olanlar kişisel davranış, sosyal güvenlik, maddi güvenlik ve siyasi istikrar hususlarının beden kitle indeksi 18,5- 24,9 arasında olanlara göre sağlığa etkisinin daha fazla olduğunu düşünmektedirler.

Türkiye'den katılanlar cinsiyet, yaş, eğitim, aile geliri ve sağlık durumuna bakılmaksızın siyasi görüş durumlarına göre, milliyetçiler sağlık sigortası bulunması, sağlık tecrübesi, iş varlığı, sosyal dayanışma, sosyal güvence, ırk, siyasi istikrar, özgürlük ve ego hususlarının

sağlığa etkisinin diğer siyasi görüşlere sahip olanlardan daha fazla olduğunu düşünmektedirler. Sosyal demokratlar ise sigara içme, kişisel davranış, stres, fiziki şartlar, spor alanları, sağlıklı gıda, gelir, kaliteli ikamet yeri, eğitim, mesken tipi ve karşı tarafı kabullenme hususlarının diğer siyasi görüşlere sahip olanlardan sağlığa etkisini daha fazla görmektedir. Muhafazakârların inanç ve tutumlarında ise dinin sağlığa etkisinin, diğer siyasi görüşe sahip olanlara göre daha fazla olduğu belirtilmiştir. Diğer tarafta ise ılımlı siyasi görüşe sahip olanlar sigara içme, sağlık kuruluşlarına ulaşım kolaylığı, sağlık tecrübesi, sosyal güvence varlığı, genetik faktör, gelir, kaliteli ikamet yeri, eğitim, iş türü ve din hususlarının sağlığa olan etkisinin diğer siyasi görüşlere sahip olanlara göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Liberaller ise kişisel davranış, fiziki şartlar, spor alanları, sağlıklı gıda, iş varlığı, sosyal dayanışma, ırk, özgürlük, ego ve karşı tarafı kabullenme faktörlerinin diğer siyasi görüşe sahip olanlara göre sağlığı etkilemede daha önemli olduğunu düşünmektedirler.

Sosyal demokrat Filistinlilere göre sigara, hava kirliliği ve işsizliği azaltma sağlığı sırasıyla % 77,8, % 78,4 ve % 80,1 oranında geliştirmektedir. Liberal Filistinlilere göre teşvik programları düzenlemesi sağlığı geliştirmede en önemli faktördür. Temiz ve pis malzemelerin ayrı yerlerde depolanması, ılımlı Türk vatandaşları sağlık kuruluşlarına devamlılık konusunda % 79,6 oranında etkilemektedir. Türk sosyal demokratlara göre ilaç bulunması, sağlık kuruluşlarına olan devamlılığı % 76,4 oranında etkilemektedir. Sağlık politikaları hizmet vermek için sosyal politikaları daha etkin kullanmalıdır. Bu şekilde vatandaş ve sağlık kurumları arasında bir köprü görevi yapılmalıdır. Siyasetçiler ve karar koyucular sağlık dengesini göz önüne alarak ana hatları belirleyeceklerdir.

Siyasi görüşü belirlemeye yönelik sorduğumuz soru, katılımcılarda siyaset ile sağlık arasındaki bağlantı noktasında soru işareti oluşturmuştur. Birey kendi kendine siyaset ile sağlık ilişkisi ne olabilir diye sorabilir, fakat bu tür çalışma yapıldığında topumdan büyük örnek alarak, lego küpler gibi birleştirip büyük tabloyu oluşturmak olası olmaktadır. Başta bu küpler ilgisiz görünse de gerçek yol haritası belirledikten sonra tabloyu bizlere gösterebilmektedir. Sosyal politikalar, genel sağlığı kurtarma kayıkları gibidir. Hükümet, resmi ve özel mercileri tarafından oluşturulan bu politikalar hükümetin kabullendiği sağlık politikalarına paralel olmalıdır.

Araştırma problemi çerçevesinde tasarlanan, Anova ve t-testi analizleri ile test edilen araştırma hipotezleri ile ilgili sonuçlar değerlendirildiğinde;

- Çalışmaya katılan bireylerin sağlık belirleyicileri konusunda inanç ve tutumlarının sağlığı etkileme durumu, sağlığı geliştirmeye yönelik etkileri, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile bulunduğu yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir.

Burada aynı dine ve benzer tarihe mensup olan iki ülkeyi incelemekteyiz. Türkiye şu anda stratejik, siyasi ve ekonomik konumuna göre dünyanın dört kapısına ciddi bir açılım içindedir. Türkiye kendi coğrafi ve ekonomik yeteneklerine dayanarak, Dünya ve Avrupa seviyelerinde ekonomik, sosyal ve siyasi olarak üst mertebelere çıkmaya çabalamaktadır. Diğer taraftan, Filistin semavi dinlerin indiği toprak olması, Filistin ve Orta Doğu'da çatışma ve gerilimin en önemli nedenidir. Tarihte en uzun süreyle zalimce işgal altında yaşayan bir ülkedir. İşgal Filistinlilerin nefeslerini, yaşamlarını, ticaretlerini, çocuklarının yemeklerini ve hayatlarını kontrol etmektedir. Bu iki coğrafi bölge siyasi olarak farklıdır, buna bağlı olarak da ekonomileri de farklılık göstermektedir. Bu faktörler ister istemez iki halkın sağlığının sosyal belirleyicilerine karşı inanç ve tutumlarında etkiye sahip olmaktadır.

- Çalışmaya katılan bireylerin sağlık belirleyicileri konusunda inanç ve tutumlarının sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile cinsiyet arasında farklılık vardır.

Çalışmadaki kadınların cevaplarından elde edilen skorlar Türkiye'de veya Filistin'de sağlığı etkileme durumu, sağlığı geliştirme ve vatandaş ile sağlık kurumları arasındaki sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlere yönelik olarak erkeklerden açık bir şekilde daha yüksektir. Çünkü kadınlar psikolojik, maddi, siyasi ve sosyal güvenliği sağlığı oluşturan faktörler olarak kabul ederler. Kadının psikolojisi ve fizyolojisi kendi davranışlarını ve sağlık çıktılarını etkilemektedir. Bu çalışma iki Müslüman ülkede yapıldığı için İslam kurallarında babaya, kardeşe, eşe ve oğula kadına sahip çıkma telkin edildiği dikkat alınmıştır. Bu şekilde bireyin hayatını çizerek içgüdüsünü, psikolojisini, beden ve ruh sağlığını koruduğu kanısına varılmıştır.

- Çalışmaya katılan bireylerin sağlık belirleyicileri konusundaki inanç ve tutumlarında sağlığı etkileyen faktörler ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyi bireyin sosyal ve sağlık durumunu etkilemektedir. Sonuç olarak bireylerin inançlarını ve görüşlerini etkileyecektir. Vatandaşlar ve sağlık kurumları ile sağlık hizmeti alımını bilinçlendirecektir. Bireyin sağlık davranışlarını ve kültür ağlarını etkileyecek ve yansıtacaktır. Filistin ve Türk toplulukları eğitime önem veren iki toplumdur. Bu hipotezi genel olarak yorumlamak istediğimizde istatistikler eğitim ile sağlığı etkileyen faktörler arasında bir ilişki olduğunu göstermemiştir. Fakat vatandaşın sağlık kurumlarına sağlık hizmeti alımı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur. Eğitimin yanı sıra sağlığı etkileyen ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen başka faktörlerde incelememiz gerekmektedir.

- Çalışmaya katılan bireylerin sağlık belirleyicileri konusunda inanç ve tutumlarının sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile gelir durumu arasındaki ilişkinin Anova testi sonuçları incelediğinde; sağlığı etkileyen faktörler ve sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, lakin vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Gelir bireyin sosyal konumunu belirlemektedir. Bu bağlamda psikolojik ve beden sağlığına da etki gösterecektir. Bireyin davranışlarına yansıyacaktır. O nedenle bireyin ve toplumun sağlık çıktılarının ana hatlarını belirlemektedir. Az gelirli olanların (mahrum olanlar), sağlığa etki eden sosyal belirleyiciler konusundaki skorlarının daha yüksek çıktığı görülmektedir. Sağlık kurumlarına sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörlerin gelirle direkt ilişkisi bulunmamaktadır. Kamu hastaneleri bireyin gelirine bakmaksızın sağlık hizmetlerini sağlık güvencesi aracılığıyla sunmaktadır. Katılımcıların yarısı 1001- 3000 Türk lirası arasında gelire sahip olduğu için kamu hastanelerinin sağlık hizmeti önem taşımaktadır.

- Çalışmaya katılan bireylerin sağlık belirleyicileri konusundaki inanç ve tutumlarının sağlığı etkileyen faktörler ve sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ile sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile sağlık durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir.

Katılanların sağlık durumu, sağlığı etkileyen faktörlerin belirlenmesinde rol oynamaktadır. Vatandaşlar ile sağlık kurumları arasındaki sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. İki toplumu ele aldığımızda Filistin özel durumu ile ilgili istisna oluşturmaktadır. Türkiye topluluğu ise, sağlığı etkileyen faktörlere, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemlere ve sağlık kurumlarına sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile ilgili istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler görülmemiştir. Nedeni ise İslam topluluklarında sağlık durumu inanç ve kader kavramlarından bağımsız düşünülmez. Filistin topluluğu ile Türk topluluğunun ortak inancı İslam'dır. Sabır İslam'ın özelliklerindedir. İşgalin devam etmesi Filistinlilerin gelir ve sağlık durumuna bakılmaksızın tüm halkı mahrumiyet içinde bırakmaktadır fakat Filistinli vatandaş ailesini, malını, evini ve sağlığını kayıp eder ve halen "Hamdolsun, ben başkasından daha iyiyim" diyebilmektedir.

- Çalışmaya katılan bireylerin sağlık belirleyicileri konusundaki inanç ve tutumlarının sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler, vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile politik görüş durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamız sosyal politikaların bireye ve topluma sunulacak hizmet üzerinde oynadığı rolü teyit etmektedir. Resmi ve gayri resmi kuruluşlar çabalarını genel ve temel sağlık konularına yönlendirirlerse, ekonomik ve sosyal faktörler çerçevesinde vatandaşları bilinçlendirilecek, genel sağlığı etkileyecek ve sağlık kurumları ile pozitif devamlılık sağlanacaktır.

Çalışmanın Bilimsel Literatüre Katkısı

Kumanyika ve diğerleri (2005)'nin araştırmalarına göre, "Sağlığın Belirleyicileri" olarak da bilinen etkileyici sağlık faktörleri, kişilerin sağlık durumlarını etkilemek için ya da bireylerin, ailelerin, grupların ya da toplumların işleyiş durumlarını tespit etmek için dikkate

alınan faktörlerdir (Jackson, 2010). Bu faktörler, sağlık üzerinde en önemli etkisi olan faktörler olarak tanımlanır. Bu faktörler şunlardır: biyolojik, kültürel, sosyo ekonomik, etnik yapı, dini inanış ve sosyal destek (Jackson, 2010).

Gün geçtikçe konuya dikkat artmakta ve yapılan araştırmalar göstermektedir ki, medikal hizmetlere ek olarak, sosyal, politik ve ekonomik faktörlerde geniş ölçüde sağlığı etkilemektedir. İnsanların sağlık davranışlarının (örneğin, egzersiz yapma, diyet, sigara içme vb.), psikolojik etkileyicilerinin ve bunların kaynaklarının ve yine kişilerin soyo ekonomik durumlarının (eğitim seviyesi, gelir seviyesi, varlık durumu, iş prestiji vb.) sağlığı etkilediğine dair kanıtlar vardır. Ek olarak, insanların içerisinde yaşadığı, çalıştığı ve oynadığı sosyal, ekonomik, çevresel ve politik durumlar, insanların sağlıklı karar verebilmelerinde oldukça etkilidir ve insanların psikolojik etkileyicileri ve bunların kaynakları da yine bu durumlara göre değişebilmektedir (Robert ve Booske, 2011).

Bu çerçevede, bu çalışma sonuçlarında görülen sosyal ve ekonomik faktörler ve biyolojik faktörlerin yanı sıra genel davranış yansımaları başka çalışmalarla kesişmektedir (Braveman ve diğerleri,2011; Marmot ve diğerleri,2008). Ekonomik ve sosyal politikalar hizmete yönlmesi halinde sağlık politikalarını tamamlamaktadır (Robert ve Booske, 2011; Lantz ve diğerleri,2007; Woolf,2009), Genel sağlığı geliştirecek ve sağlık hizmeti alımını koruyacaktır.

Çalışma sonuçlarına göre Türkiye’de ve Filistin’de var olan siyasi görüşler sağlığı etkileyen faktörler, sağlığı geliştirmeye yönelik önlemler ve vatandaşın sağlık hizmeti alımı ile ilgili sosyal faktörlerin seçiminde değişiklikler göstermiştir. Fakat genel özelliği tanımak için cinsiyet, yaş, eğitim, aile geliri ve sağlık durumunu değerlendirme dışı bırakmamıza rağmen net bir durum tespit edilememiştir. Çalışmamızda Beş siyasi akım değerlendirmeye alınmıştır; Muhafazakâr, ılımlı, sosyal demokrat, liberal ve milliyetçi görüşler. Ayrıca bağımsız olanlar da dikkate alınmıştır.

Çalışmanın sonuçları Robert ve Bookske (2011) çalışmasının sonuçlarıyla paraleldir. Siyasi görüş sosyal sağlığın belirleyicileri ve geliştirmesini en çok etkileyen faktörlerden biridir.

Esping-Andersen (1990); Esping-Andersen (1999); Saint-Arnaud ve Bernard (2003) Zengin Batılı ülkelerin politik ekonomileri veya refah devleti biçimleri dört genel refah rejiminde öbeklenir: sosyal demokrat, muhafazakâr, latin ve liberal. Esping Andersen (1999); Saint-Arnaud ve Bernard (2003); Eikemo ve Bambra (2008) sosyal demokrat refah devletlerinin, sağlığın ön koşullarının sağlanmasıyla yakından ilgili bir kavram olan vatandaşların ekonomik ve sosyal güvenliklerinin devletçe sağlanmasına olan güçlü bağlılıkları ile ekonomik ve sosyal kaynakların dağıtımı için piyasaya güvenen liberal refah devletlerinden ayrıldığını ifade etmişlerdir. Muhafazakâr ve daha az gelişmiş olan Latin refah devletleri ise, maaş alanların ekonomik ve sosyal risklerini azaltan sosyal güvenlik programlarına vurgu yapmalarıyla öne çıkarlar (Raphael, 2011).

Raphael ve Bryant'a (2010) göre liberal (ör. Kanada, Avustralya ve İngiltere) ve sosyal demokratik refah devletleri (ör. Norveç, İsveç ve Finlandiya), vatandaş destek boyutunun ters uçlarında yer almalarına rağmen, ilginçtir ki, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri yoluyla sağlığın ön koşullarına olan açık hükümet bağlılıkları (taahhütleri) en güçlü olanlardır. (Raphael, 2011).

Burström ve diğerleri (2002); Raphael ve Bryant (2006), sağlık statüsündeki farklılıkların ve bu sağlık farklılıklarının Canada, ABD ve İsveç arasında varsayılan sosyal belirleyiciler arasındaki bir kıyaslamada, Kanada'nın, ABD'nin ve İsveç'in nasıl toplum sağlığının bir dizi sosyal belirleyicisi ve belirteci üzerine gittiğini gösterir. Araştırmacılar şunu not etmiştir ki, ABD çeşitli biçimde güvenliklerin (işe alınma, gıda, gelir ve barınma) sağlanmasında bırakınız yapsınlar tarzında bir yaklaşıma giderken, İsveç refah devleti güvenlik ve hizmetleri sağlamak için olağanüstü bir çaba göstermektedir (Raphael, 2009).

Sağlığa etki eden faktörler, sağlığın geliştirilmesine yönelik önlemler ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen faktörler ile ilgili görüşler ve siyasi görüşler arasında değişiklikler bulunmaktadır. Bu çalışma diğer çalışmalarla kesişen noktalarına değinelim. Aileden, eğitim kurumlarından, sosyal kurumlardan, işverenlerden, sanayicilerden, hükümetten ve toplumdaki başlıyarak (Lundell ve diğerleri, 2013), her faktör, kendi alanına göre tamamlayıcı şekilde ve araştırmalardan elde edilen bulgular vasıtasıyla politik yönetim yeteneklerini inşa edilebilmektedir (koh ve diğerleri, 2010). Bunun yanında sağlığı etkileyen, geliştirilmesini sağlayan ve sağlık hizmeti alımına etki eden faktörlere yönelik

görüşlerde toplumu bilgilendirme boyutu ile medyanın sosyal politikaları yönlendirmede faydalı etkisi vardır (Niederdeppe ve diğerleri, 2008).

Bu çalışma diğer çalışmalardan farkı *siyasi ve ekonomik olarak değişik iki ülkede* yapılmış olmasıdır. Bu iki ülke arasındaki değişken sağlık çıktıları ve değişik sosyal özellikleri tanımlamaya yardımcı olmaktadır. Filistin hakkında bir senaryo yazdığımızda dünyanın en uzun işgali altında yaşayan, askeri kontrol ve arama noktaları, utanç duvarına sahip ve engeller ile yaşayan bir toplum hayal edilmektedir. Bu engeller ile birlikte Dünya çapında insan haklarına aykırı olarak ve insanoğlunun onuruna yakışmayan bir hayat yaşanmaktadır. Öyleki bu senaryoyu tamamlamak için, yıkık altyapı ve hizmeti olmayan, devamlı tehlike altında olan sağlık ve sosyal sistemler göz önünde bulundurulmalıdır. Gıda malzemesi olmayan, ilaç ve çocuk maması yokluğu çeken, evde, işte, okullarda ve hatta ibadet yerlerinde can güvenliği bulunmayan, yakın ve uzak yerler arasında ulaşım zorluğu yaşayan, işsizlik oranı artan, yaralıları, genç ölümleri, engellileri, dulları ve yetimleri çok sayıda olan bir ülke hakkında konuşuyoruz. İsrail işgalinin en önemli sonuçları bilimsel çalışmalara göre insan haklarına tecavüzün, sağlık hizmetlerin tarafsızlığının engellenmesinin, ambulanslara, sağlık kuruluşlarına ve çalışanlarına saldırının bulunmasının, güvenlik sisteminin kayıp olmasının, baskıların ve psikolojik bozuklukların artmasıdır (WHO, 2008b). Bunun sonucu çizilen tablo genel sağlık durumunu etkilemektedir. Filistinlilerin eğitime yönelmesinin nedeni, işgal kuvvetlerine karşı dik durabilme, sosyal bilinci artırma, işgalle birlikte sosyal ve psikolojik adaptasyona yönelmek istemeleridir.

Türk hükümeti Filistin konusunda manevi, siyasi ve maddi desteklerle Filistin'in yarasını iyileştirmeye çalışmaktadır. Türkiye kendi kapılarını siyasi çatışma yaralılarına sona kadar açmıştır. Filistinde barışın eksik olduğu ve Türkiyenin barışı kucakladığı kabul edildiğinde, bölgedeki siyasi gerilimlerin ekonomik ve sosyal faktörlerin ve böylece sağlığı etkileyeceği kesindir. Türkiye'nin Orta Doğu siyaseti nedeni ile ülkede yaşayan yabancı uyruklu bireylerin sayısı artmış olup, herkes tarafından sağlığa erişimin kolaylaştırılması, sağlık personelinin kültür ve teknoloji değişkenlerine göre çeşitlendirilmesine bağlıdır. Böylece sağlık hizmetleri gerçekçi ve ulaşılabilir seviyeye getirilmiş olacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çalışmaları sonucu sağlık ve eğitim gibi mal ve hizmetler ile sağlığın sosyal belirleyicileri bütünsel bir görünüm almıştır; iş ve dinlenme koşulları, evler, okullar ve topluluk koşullarına sıklıkla değinilmeye başlanmıştır. Amerika Birleşik

Devletlerin’de sağlık ve sağlık sonuçları gözlenen eğitsizlik, sağlık reformları için önemli bir itici güçtür (CSDH, 2008).

NACNEP 2000 raporu, sağlık personeli çeşitliliğini teğvik etmek için tasarlanmış programları ve sonuçlarını, resmi değerlendirilmeye alınmasını önermiş ve çeşitliliği artırmak, bakım uygulamaları, hasta sonuçları ve erişim standartları geliştirmek için eğitim ve uygulama ortamlarında kültürel değerrişim ihtiyacını vurgulamıştır (National Advisory Council on Nurse Education and Practice, 2000). Sağlık reformu, hastalık önlemede birincil bakım rolünü, sağlığın teğviki ve hastalıkların önlenmesi çabalarını, azınlık ve savunmasız topluluklara sosyal yardımı içermelidir. Tanıtım, gerçekten temsili sağlık işgücü içinde kültürel ve dilsel yetkin sağlık profesyonelleri tarafından kolaylaştırılabilir (Advisory Committee on Minority Health, 2009). Ülkenin sağlık işgücünü çeşitlendirmesi, tüm nüfus için kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin artması, sağlık eğitsizliklerini azaltma için gerekli olan bir stratejidir (Williams ve diğerleri, 2014).

Çalışmanın Sektöre Katkısı

Bu alışma, Türk ve Filistinli vatandaşların sağlık belirleyicileri konusunda inançları ve tutumları ile ilgili yapılan ilk çalışmadır. Genel sağlık ve vatandaşların sağlık hizmeti alımını etkileyen ekonomik ve sosyal koşulları değerrişik olan iki ülke karşılaştırılmaktadır. Türk ve Filistinli vatandaşların genel sağlığını pekiştirmede sosyal politikaları göz önüne almaları gerekmektedir. Sosyal politikaları sağlık politikalarının hizmetine sunmaları gerekmektedir. Vatandaşlar açısından sağlık hizmeti alımının en önemli faktörü, vatandaşların bilinçli olmalarıdır. Sağlığın geliştirilmesinde kurumların oynadıkları rol ise Filistinli ve Türk vatandaşların kaliteli sağlık hizmeti kavramını anlamaları ve bilinlenmeleridir. Türkiye ve Filistin vatandaşları hukuki kuruluşlar ve sosyal medya aracılığıyla bekleme süresinin, sağlık kuruluşları çalışanlarının davranışlarının, sağlık kuruluşlarının atıkları nasıl bertaraf etmesi gerektiğinin, dezenfekte, kalite, sağlık kuruluşunun verdiği vizyon ve bunlar gibi kavramların ne olduğunu bilmektedir. Çünkü bunlar vatandaşların zihninde önemli standartlar teşkil etmektedir. Bir sağlık kuruluşu ile başka bir sağlık kuruluşu arasındaki farkı anlayabilmektedir. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin temelini bireylerin bilinç ve bilgi düzeyi oluşturduğudan dolayı, sağlık kuruluşları ve sosyal kuruluşlar birbirini tamamlayıcı nitelik taşımaktadır. Ayrıca sağlık hizmetinde çalışanların kültürel çeşitliliği, ekonomik ve

sosyal çevreye bakılmaksızın en fazla sayıda vatandaşın sağlık hizmetine ulaşmasının hedeflenmesi önerilir.

Sağlıklı kamu politikasının temel amacı, insanların sağlıklı yaşamlar yaşamalarını mümkün kılmak için destekleyici bir ortam yaratmaktır. Böyle bir politika sağlık seçimlerini vatandaşlar için mümkün ve olası yapar. Sosyal ve fiziksel çevrenin geliştirilmesini sağlar. Toplumun tüm düzeylerindeki tüm kamu yetkilileri, ekonomik politika, sosyal refah, emek pazarı, tarım, taşıma ve çevre gibi bir dizi değişik alanı kapsayan hedeflerle yönlendirilerek daha eşit düzeyde bir kamu sağlığına erişmelidir.

Medya da yürütülecek kampanyalar ile toplumun sağlık konusundaki bilgilenmesi sağlanabilir ve yanlış davranış ve inançlara engellenebilir.

Toplumların sağlık hizmetlerine daha kolay erişebilmesi için sağlık sigortası kapsamı altında nüfus artırılmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde franchising uygulaması, birçoğunda açıkça belirlenmiş ürün ve hizmetler, dağıtım standartları, eğitim, kaliteli gözetim ve bağışçı tarafından kaynak sağlanan veya desteklenen sistemin, teoride, tüm vatandaşların erişilebilir, yüksek kalitede bakımda hızlı bir açılımına yol açarak akabinde yerel ve toplumsal seviyelerde sağlık gelişimlerine sebep olacaktır.

Sağlık ve sosyal politika oluşturucularının, politika oluşturma sürecinde hedefe uygun stratejiler ortaya koyabilmeleri için toplumun, algı, görüş, inanç ve tutumlarını ölçen çalışmaları göz önünde bulundurmaları gerekmektedir.

Dini ve kültürel yapısı benzemekle beraber, etnik ve siyasi yapısı farklı olan iki ülke arasında sağlığa yönelik inanç ve tutumlarda önemli farklılıklar tespit edilmiştir. Son olarak aynı siyasi yapı içerisinde yer alan farklı etnik grupların sağlığa yönelik algı, inanç ve tutumlarının Türiye ve Filistin’de tespit edilmesinin önemli olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Abara, R.C. (2004). *Attitudes and Beliefs about Alcohol and Alcohol Consumption Among African-American Women of Childbearing Age*. PhD Dissertation. Temple University. 1-5.
- Abel, T. (2008). Cultural Capital and Social Inequality in Health. *J Epidemiol Community Health*; 62 (7): 13.
- Abu-Omar, K. (2001). *Health Behavior Determinants and Health Policy in the United States and Western Europe*. PhD Dissertation The University of Alabama Birmingham, 1-25.
- Adak, N. (2002) *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, Birey yayınları, İstanbul. 9-10, 78-79.
- Adler, N.E. and Newman, K. (2002). Socioeconomic Disparities in Health: Pathways and Policies Inequality in Education, Income, and Occupation Exacerbates the Gaps Between the Health “Haves” and “Have-Nots.” *Health Affairs*. 21 (2): 60-70.
- Adler, N.E., and Rehkopf, D.H. (2008). U.S. Disparities in Health: Descriptions, Causes, and Mechanisms. *Annual Reviews of Public Health*, 29 (2): 245–246.
- Advisory Committee on Minority Health (ACMH) (2009). *Ensuring that Health Care Reform will Meet the Health Care Needs of Minority Communities and Eliminate Health Disparities: A Statement of Principles and Recommendations*. U.S. Department of Health and Human Services: Washington, DC. 1-10.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2006). *National Healthcare Disparities Report*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 126.
- Akar, S. (2014). Türkiye’de Daha İyi Yaşam Endeksi: OECD Ülkeleri İle Karşılaştırma. *Journal of Life Economics*, 1: 1-7.
- Akkır, R. (2006). *Türkiye’de Din ve Muhafazakârlık*, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana. 5-9.
- Almeida-Filho, N., Kawachi, İ., Filho, A.P., Dachs, J. (2003). Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971–2000) and Descriptive Content Analysis (1971–1995), *American Journal of Public Health*, 93 (12): 2037- 2039.
- Altunışık, R., Çoşkun, R., Bayraktaroğlu, S ve Yıldırım, E. (2007). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. (5.Baskı), Sakarya: Sakarya Kitabevi. 123-147.
- Amnesty International Report (2013) The State of The World’s Human Rights: Israel and the Occupied Palestinian Territories. First published in 2012 *Amnesty International*, London. 189.

- Aneshensel, C.S. (2009). Toward Explaining Mental Health Disparities. University of California, Los Angeles, *Journal of Health and Social Behavior*, 50 (4): 377- 380.
- Aryeetey, G.C., Appiah, C.J., Kotoh, A.M., Spaan, E., Arhinful, D.K., Baltussen, R., Geest, S. and Agyepong, İ. (2013). Community Concepts Of Poverty: An Application To Premium Exemptions İn Ghana's National Health Insurance Scheme. *Globalization and Health*, 9: 12.
- Asfar, T., Ahmad, B., Rastam, S., Mulloli, T.P., Ward, K.D., Maziak, W. (2007). Self-Rated Health and its Determinants among Adults in Syria: A Model from the Middle East. *BioMed Central Public Health*, 7 (177): 1-5.
- Aydın, A. (2009) İnanma İhtiyacı ve Dinî Ritüellerin Psikolojik Değeri, *Dinbilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, IX: (3), 86- 99.
- Bariş, E., Mollahaliloglu, S. ve Aydın, S. (2011). Healthcare in Turkey: From Laggard to Leader. *British Medical Journal*, 342: 579.
- Barut, B. (2005). Siyasal Reklamcılık Özelinde Siyasal Tutumların Oluşması Süreci, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15 (2): 297- 306.
- Başara, B. Güler, C. ve Yentür, G.K. (2014) Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, Ankara. 30 - 36.
- Baum, F.E., Legge, D.G., Freeman, T., Lawless, A., Labonté, R., Jolley, G.M. (2013). The Potential for Multi-Disciplinary Primary Health Care Services to Take Action on the Social Determinants of Health: Actions and Constraints, *BioMed Central Public Health*, 13 (460): 1.
- Bayat, B. (2014). Uygulamalı Sosyal Bilim Araştırmalarında Ölçme, Ölçekler ve "Likert" Ölçek Kurma Tekniği, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16 (3): 23.
- Beheshtian, M., Manesh, A.O., Bonakdar, SH., Afzali, H.M., Larijani, B., Hosseini, L., Zakeri, M., Dastgerdi, M.V. (2013). Intersectoral Collaboration to Develop Health Equity Indicators in Iran. *Iran J Public Health*, 42 (1): 31–32.
- Benach, J., Malmusi, D., Yasui, Y., Martínez, JM. (2013). A new Typology of Policies to Tackle Health Inequalities and Scenarios of Impact Based on Rose's Population Approach. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67 (3): 286-91.
- Bennett S. (2004). The Role of Community-Based Health Insurance Within the Health Care Financing System: A Framework for Analysis. *Health Policy and Planning*, 19: 147–50.
- Beytut, D., Muslu, G., Başbakkal, Z. ve Yılmaz, H. (2009). Pediatri Hemşirelerinin Ağrıya İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamaları, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (3): 13.
- Biger, G. (2014). *The Challenge of Historical Geography and the Geographical Question of "Where is the Holy Land"?* IGU 2014 Book of Abstracts IGU2014 Plenary

Lectures, Department of Geography and Human Environment, Tel Aviv University, Israel. 3-7.

- Bilir, N., Özcebe, H., Vaizoğlu, S.A., Aslan, D., Subaşı, N. ve Telatar, T.G. (2005). Van İlinde 15 Yaş üzeri Erkeklerde Sf-36 İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 25 (5): 663.
- Bishop, F. and Yardley, L. (2010) The Development and Initial Validation of A New Measure of Lay Definitions of Health: The Wellness Beliefs Scale. *Psychology & Health*, 25 (3): 275.
- Blane, D. (1995). Social Determinants of Health Socioeconomic Status, Social Class, and Ethnicity. *American Journal of Public Health*, 85 (7): 903-905.
- Bleich, S N., Jarlenski, M P., Bell, C N., And Laveist, T A. (2013) Addressing Health Inequalities in the United States: Key Data Trends and Policy Action, *Frontiers in Public Health Services and Systems Research*,2(4),A1.
- Bolsoy, N. ve Sevil, Ü. (2006) Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 9: (3).
- Bonita, R., Beaglehole, R., Kjellström, T. (2006). *Basic Epidemiology* (2nd Edition), WHO. 32.
- Bonnefoy, J and Kelly, M et.al. (2007). *Constructing the Evidence Base on the Social Determinants of Health: A Guide*, National Institute for Health and Clinic Excellence. 79.
- Brand, A., Brand, H. and Baumen, T. (2008). The Impact of Genetics and Genomics on Public Health. *European Journal of Human Genetics*. (16): 8–10.
- Braveman, P. (2006). Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement, *Annual Reviews Public Health*. 27: 168-183.
- Braveman, P., Egerter, S., Mockenhaupt, R. (2011) Broadening the Focus The Need to Address the Social Determinants of Health, *The American Journal of Preventive Medicine*, 40 (1S1): 4-18.
- Breckler, s. (1984) Empirical Validation of Affect, Behavior and Cogbition As Distinct Components of Attitude, *Journal of Personality And Social Psychology*, 47 (6): 1191 – 1195.
- Brennan Ramirez, L.K, Baker, E.A, Metzler, M. (2008). Promoting Health Equity: A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health. Published in partnership with U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 4, 44.
- Brondolo, E.1., Gallo, L.C., Myers, H.F. (2009). Race, Racism and Health: Disparities, Mechanisms, and Interventions. *Journal of Behavioral Medicine*; 32 (1):1-8.

- Cambois, E. and Jusot, F. (2010). Contribution of Lifelong Adverse Experiences to Social Health Inequalities: Findings From A Population Survey in France. *European Journal of Public Health*, 21 (5):667-668.
- Cannon, R. (Dec,2008). The Social Determinants of Health: South Australian Council of Social Service. 'SACOSS' Information Paper. *South Australian Council of Social Service*. 5-12.
- Centers for Disease Control and Prevention 'CDC'. (Jan,2011). *Health Disparities and Inequalities in the United States*, Morbidity and Mortality Weekly Report, 60: 3-4.
- Collins, P.A., and Hayes, M.V. (2007). Twenty Years Since Ottawa and Epp: Researchers Reflections on Challenges, Gains and Future Prospects for Reducing Health Inequities in Canada. *Health Promotion International*, 2 (4): 337- 340.
- Commission on Social Determinants of Health 'CSDH'. (2008). *Closing the Gap in A Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva, Switzerland: WHO. 3-177.
- Coovadia, H., Jewkes, R., Barron, P., Sanders, D. and McIntyre, D. (2009).The Health and Health System of South Africa: Historical Roots of Current Public Health Challenges.*The Lancet*, 374 (9692): 817–822.
- Coreil, J.(2008). *Social science contributions to public health: overview*. In K. Heggenhougen and S. Quah (Eds.), *International Encyclopedia of Public Health* Oxford, UK: Oxford University Press, 6: 104-108.
- Cutler ,D., Muney, A.L. (2006). *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*. National Poverty Center, 11.
- Çelik, Y. (2006). Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9 (1): 27.
- Çapri, B. ve Çelikkaleli, Ö. (2008). Öğretmen Adaylarının Öğretmenliğe İlişkin Tutum ve Mesleki Yeterlik İnançlarının Cinsiyet, Program ve Fakültelerine Göre İncelenmesi, *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9 (15): 36.
- Çiçeklioglu, M., Ocek, Z., Taner, S., Turkd, M., Tanike, F.A., Yuksel, K. (2012). Evaluation of A Scale for Assessing Medical Students' Attitudes to the Social Dimensions of Health and Preventive Services. *Türk Dergisi Halk Sağlığı*, 10 (2): 86-90.
- Dahlgren G, Whitehead M (2007). *European Strategies for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up Part 2*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 3). 21, 35.
- Dannenberg, AL., Jackson, RJ., Frumkin, H., Schieber, R., Pratt, M., Kochtitzky, CH. and Tilson, H. (2003). The Impact of Community Design and Land-Use Choices on Public Health: A Scientific Research Agenda. *American journal Public Health*, 93 (9): 1500-1508.

- Demir, G., Demir, Z., Torlak, F. ve Ziya, S. (2012). Kim Kimdir?: Filistin’de Sıyası Aktörler ve Partiler.(Editörler); S. Bölme ve U. Ulutaş. *Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı*, (4): 4-80.
- Demirci, H. (2006). *Ticaret Meslek Ve Anadolu Ticaret Meslek Liseleri Bilgisayar Programcılığı Bölümü Öğrencilerinin İnternete Yönelik Tutumları İle “İnternet ve Ağ Sistemleri” Dersindeki Akademik Başarıları Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, 23-25.
- Dixon, J. and Welch, N. (2000). Researching the Rural–Metropolitan Health Differential Using the Social Determinants of Health. *Australian Journal of Rural Health*, 8 (5): 257–259.
- Donnelly, T.T., Al Khater, Al.H., Al-Bader, S., Al Kuwari, M., Al-Meer, N., Malik, M., Singh, R., Chaudhry, S., Fung,T. (2013). Beliefs and Attitudes about Breast Cancer and Screening Practices among Arab Women Living in Qatar: A Cross-Sectional Study. *BioMed Central Womens Health*, 13 (4): 1.
- Dressler,W.W., Oths, K.S. and Gravlee, C.C. (2005). Race and Ethnicity in Public Health Research: Models to Explain Health Disparities. *Annual Review of Anthropology*, 34: 231– 233.
- Dunn, J.R., Dyck, I. (2000). Social Determinants of Health in Canada’s Immigrant Population: Results from the National Population Health Survey. *Social Science and Medicine*, 51 (11): 1573-1575.
- Duran, E. (2011). Turizm, Kültür ve Kimlik İlişkisi; Turizmde Toplumsal ve Kültürel Kimliğin Sürdürülebilirliği. *Istanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (19): 291-293.
- Eagly, H. and Chaiken, SH. (1998). *Attitude Structure and Function*. Handbook of Social Psychology, (Forth Edition), Vol 1. İn (Editors), D. Gilbert, S. Fiske And G.Lindzey. Boston: McGraw-Hill. Einhorn. 269.
- Education Development Strategic Plan ‘EDSP’ (2014). Summary of Education Strategy 2014-2019- Palestine 2020: A Learning Nation. Ministry of Education and Higher Education (MEHE), Directorate General of Planning, MEHE. 7-20.
- Emond, Y., Groot, J.D., Wetzels, W., Osch,L.V. (2013). Internet Guidance in Oncology Practice: Determinants of Health Professionals' Internet Referral Behavior. *Psycho-Oncology*, 22: 74 –76.
- Erdal, B. ve Ok, Ü. (2012). The Role of Faith / Worldview Styles in Music Preference, *International Journal of Social Science*, 5 (3): 60-66.
- Eriksson, M., Lindström, B. (2008). A Salutogenic İnterpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23 (2): 190-199.
- Erkoç, Y., Çom.S., keskinliç, B., Karakaya, K., Özecebe, H., Çalışkan, D., Piyal, B., Sezgin, D., Göçmen, L., Baran, E., Kankılıç, M., Taşdemir, A., Erata, M., Koçak, Y. (2011). *Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi*. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı, Ankara. 8-34.

- Eroğlu, A. ve Bayraktar, S. (2008). Siyasi Görüşlerin Tüketici Tutumlarına Etkisi, *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı 17: 185- 187.
- Exworthy, M., Bindman, A., Davies, H., And Washington, A.E. (2006). Evidence into Policy and Practice? Measuring the Progress of U.S. and U.K. Policies to Tackle Disparities and Inequalities in U.S. and U.K. Health and Health Care, *Milbank Quarterly*, 84 (1): 77–81.
- Gatrad, A. R. and Sheikh, A. (2001). Medical Ethics and Islam: Principles and Practice. *Archives of Disease in Childhood*. 84 (1): 72–73.
- Giacaman, R., Abdul-Rahim, H., Wick, L. (2003). Health Sector Reform in the Occupied Palestinian Territories (OPT): Targeting the Forest or the Trees? *Health Policy Plan*, 18 (1): 59–64.
- Gilles, I., Bejaoui, B., Courvoisier, N., Clemence, A. (2014). Inhabitants' and Professionals' Social Representations of Health Determinants in A Disadvantaged Urban Area in France: A qualitative analysis. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 62: 5–7.
- Graham H. (2004). Tackling Health Inequalities in England: Remediating Health Disadvantages, Narrowing Gaps or Reducing Health Gradients? *Journal of Social Policy*; 33 (1): 115-131.
- Gularte, J. (2011). *Community-Based, Cross-Sectional Study of Knowledge, Attitudes, Beliefs and Behaviors about Weight, Health and Body Image among Young, Low-Income Latinas*. UCSF Center for Nursing Research and Innovation Research in Action, Research Days Podiums & Posters, October 25. 105.
- Halfon, N., Hochstein, M. (2002). Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research. *Milbank Quarterly*, 80 (3): 433–441.
- Haney, M.Ö. ve Erdoğan, S. (2013). Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli: Çocukların Beslenme Alışkanlıklarını Belirlenmek İçin Bir Rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6 (4): 218.
- Harrington, N.G. (2013). Introduction to the Special Issue: Communication Strategies to Reduce Health Disparities. *Journal of Communication*, 63 (1): 1–5.
- Hatzenbuehler, M.L., Phelan, J.C. And Link, B.G. (2013). Stigma as Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *The American Journal of Public Health*, 103 (5): 814–821.
- Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R. (Editors) (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. A Report of The World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. 24-25.
- Hillemeier, M., Lynch, J., Harper, S. and Casper, M. (2004). Data Set Directory of Social Determinants of Health at the Local Level. *Services Research*, 38 (6 part 2): 1627-1631.

- Hodgetts, D. (2012). Civic Journalism Meets Civic Social Science: Foregrounding Social Determinants in Health Coverage, *Comunicação E Sociedade, Número Especial*, 23-25.
- House, J., Landis, K. and Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health, *Science*, 241 (4865): 540-545
- Houweling TAJ, Kunst AE. (2010). Socio-Economic Inequalities in Childhood Mortality in Low- and Middle-Income Countries: A Review of the International Evidence. *British Medical Bulletin*, 93: 7–26.
- Huisman, M., Read, S., Towriss, C.A., Deeg, D.J.H., Grundy, E. (2013). Socioeconomic Inequalities in Mortality Rates in Old Age in the World Health Organization Europe Region *Epidemiologic Reviews*, 35: 84–96.
- Irwin A and Scali E. (2010). *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences*. Social Determinants of Health Discussion Paper 1 (Debates). Geneva, World Health Organization. 25-31
- Israel Center for Disease Control. (2005). The Health Status of the Arab Population in Israel. Publication No.226. TelHashomer, *Israel Central Bureau of Statistics*, February 2014.
- İnceoğlu, M. (2010) *Tutum Algı İletişim*, (Beşinci Baskı), Beykent Üniversitesi Yayın evi, İstanbul. 8-21.
- İnternet: Al Jazeera ve Anadolu Ajansı. (2014). *Filistin'de Birlik Hükümeti Kuruldu*, URL: <http://www.aljazeera.com.tr/haber/filistinde-birlik-hukumeti-kuruldu>, Son Erişim Tarihi: 23. 12. 2014.
- İnternet: Aljazeera (2014). *Portre: Recep Tayyip Erdoğan*, Ağu, 2014. URL: <http://www.aljazeera.com.tr/portre/portre-recep-tayyip-erdogan>, Son Erişim Tarihi: 02. 12. 2014.
- İnternet: Arnold, L.E. And Sullivan, D. (2011). *Consideration of Others: Together We Can Achieve More*. Washington DC 20310-0300. URL: <http://www.odcsper.army.mil>, Son Erişim Tarihi: 20. 11. 2014.
- İnternet: Alpay, Ş. (2013). *Liberal Olmak Ne Demek*, URL: http://www.zaman.com.tr/sahin-alpay/liberal-olmak-ne-demek_2073790.html, Son Erişim Tarihi: 13. 10. 2014.
- İnternet: Cannon, R. (2008). The Social Determinants of Health: The South Australian Council of Social Service Information Paper. URL: <http://sa.uca.org.au/documents/solidarity-and-justice/Social-Determinants-of-Health-Report.pdf>, Son Erişim Tarihi: 19. 07. 2014.
- İnternet: Chamie, J. (2014). *Israeli-Palestinian Population Growth and Its Impact on Peace*. Worldviews, New York. URL: <http://passblue.com/2014/02/02/israeli-palestinian-population-growth-and-its-impact-on-peace/>, Erişim Tarihi: 20. 09. 2014.

- İnternet: Colliers International (2014). *Turkey Healthcare Overview Q1*, 2014. URL: <http://turkey-re.com/turkey-healthcare-overview-q1-2014-colliers-international/3015>, Son Erişim Tarihi:27. 05. 2014.
- İnternet: Cruciati, CH. (2014). *Discrimination in the Israeli Labor Force Mirrors Inequality Across Israel/Palestine. The War of Ideas in the Middle East*.URL: <http://mondoweiss.net>. Son Erişim Tarihi:29. 12. 2014.
- İnternet: Flood, C.M. (2011). *Time for Canada to Improve our Health Care Performance*, URL: http://www.huffingtonpost.ca/colleen-m-flood/health-canada_b_867652.html, Son Erişim Tarihi:30. 01. 2014.
- İnternet: Graham, H., Kelly, M. (2004). *Briefing Paper. Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy*. London. 2-5, URL: www.hda.nhs.uk. Son erişim tarihi: 16. 05. 2014.
- İnternet: Johnston, J. H. (2011). *Shaping Beliefs and Attitudes: A Handbook of Attitude Change Strategies*. University of South Florida.1-8, URL: http://oemanagement.com/data/_files/AttitudeHandbookforUPWebs.htm, Son Erişim Tarihi: 20. 11. 2014.
- İnternet: Kabene, S. M. (2011). *Human resources in healthcare, health informatics and healthcare systems*. Hershey, PA: IGI Global. xv-xvii, URL: <http://www.igi-global.com/book/human-resources-healthcare-health-informatics/40267>, Son Erişim Tarihi:20. 09. 2014.
- İnternet: Lantz, P.M., Lichtenstein, R.L., & Pollack, H.A. (2007). *Health policy approaches to Population*. URL: <http://content.healthaffairs.org/content/26/5/1253>. Son Erişim Tarihi:13. 07. 2014.
- İnternet: Lendman, S. (2011a). *Social and Economic Inequality in Israel*, URL: <https://www.freedomspheonix.com/Article/093641-2011-07-21-social-and-economic-inequality-in-israel.htm>, Son Erişim Tarihi:30. 04. 2014.
- İnternet: Lendman, S. (Feb,2011b). *Religious Apartheid/Racism: Institutionalized Arab Inequality in İsrail*. Baltimore Chronicle URL: http://sjlendman.blogspot.com/2011_02_01_archive.html, Son Erişim Tarihi:30. 04. 2014.
- İnternet: Lewis, M. Paul, Gary F. Simons, and Charles D. Fennig (Eds.).(2014). *Ethnologue: Languages of the World*, (Seventeenth Edition). Dallas, Texas: SIL International. Online: <http://www.ethnologue.com>, Son Erişim Tarihi:16. 06. 2014.
- İnternet: Library of Congress – Federal Research Division (2008): *Country Profile: Turkey*, August, 6-26, URL: lcweb2.loc.gov/frd/cs/profiles/Turkey.pdf, Son Erişim Tarihi:21 .04. 2014.
- İnternet: Maan Ajansı (2014). *Census: the Number of Palestinians in the world's 11.8 million*. URL: <http://www.maannews.net/arb/ViewDetails.aspx?ID=661631>, Son Erişim Tarihi:21. 04. 2014

- İnternet: Marmor, T. (2009). *North American Fads, Fallacies, and Foolishness in health care reform* URL: <http://umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/archives/4661>, Son Erişim Tarihi: 20. 08. 2014.
- İnternet: Mcgrail, K. (2012). Canada A Nation of Health Care “Pilot Project”.No Surprise: Use Drives Up Costs. So What Can We Do About It? *Troy Media*,URL: <http://www.troymedia.com/2012/03/05/canada-a-nation-of-health-care-pilot-projects/>. Son Erişim Tarihi:12. 12. 2014.
- İnternet: Minckler, D. (may,2008).*U.S. Minority Population Continues to Grow: Minorities Make Up 34 Percent ofU.S. Population in 2007. Special Correspondent*, URL:<http://iipdigital.usembassy.gov/st/english/article/2008/05/20080513175840zjsredna0.1815607.html#axzz3Qppo9OcS>, Son Erişim Tarihi:20. 05. 2014.
- İnternet: National Center on Minority of Health and Health Diparities ‘NCMHD’ (2008).*Advances in Health Disparities Research on Social Determinants of Health (R01). Section I. Funding Opportunity Description*, URL: <http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-MD-10-005.html#SectionI>
- İnternet: Nilüfer Belediyesi (2013). Sağlıkın sosyal belirleyicileri Nilüfer'de ele alındı: Nilüfer Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü, sağlıkın sosyal belirleyicilerini ve eşitsizlikleri görünür kılmak için “Sağlık Platformu Toplantısı” düzenleyerek, ulusal boyutta örnek bir projeye daha imza attı. URL: www.nilufer.bel.tr/haber-1199-sagligin-sosyal-belirleyicileri-niluferd, Erişim Tarihi: 12. 12. 2014.
- İnternet: Pickens, J. (2005). *Attitudes and Perceptions*, (Chap 3), 44-56, URL: healthadmin.jbpub.com/Borkowski/chapter3.pdf, Son Erişim Tarihi: 20. 09. 2014.
- İnternet: Public Health Agency of Canada ‘PHAC’ (2011) *What Determines Health?* URL:<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-eng.php#determinants>. Son Erişim Tarihi: 19. 12. 2013.
- İnternet: SABAH (2014) *Hükümet Programı Açıklandı: 62. Hükümet Programı Meclis'te Sunuldu. Ahmet Davutoğlu'nun Başbakanlığı "2'nci Atılım" Dönemi Olarak Adlandırıldı. Çözüm Süreci de Programa Girdi*. URL: www.sabah.com.tr/gundem/2014/09/01/hukumet-programi-aciklandi, Son Erişim Tarihi:19. 12. 2014.
- İnternet: The National Advisory Committee on Health and Disability ‘NACHD’ (1998). *The Social, Cultural and Economic Determinants of Health: Action to Improve Health*. Wellington, New Zealand. 47, URL: <http://nhc.health.govt.nz/system/files/documents/publications/det-health.pdf>, Son Erişim Tarihi: 20. 11. 2013.
- İnternet: Times of Israel Staff (ağus,2013). *Israel Ranks 4th Globally in Health Care Efficiency: Asian Countries Claim Top Three Spots; US places 46th; Israelis have Longest Life Span in Middle East and Africa*, URL: www.timesofisrael.com/israel-ranks-4th-globally-in-health-care-efficiency, Son Erişim Tarihi:20. 12. 2014.

- İnternet: TRT Haber (2014) *Filistin'in Bağımsızlığını Bir Ülke Daha Tanıdı: İsveç Filistin'i Bağımsız Bir Ülke Olarak Tanıdı*, URL: <http://www.trthaber.com/haber/dunya/filistin-in-bagimsizligini-bir-ulke-daha-tanidi-149569.html>, Son Erişim Tarihi:01. 11. 2014.
- İnternet: Türkiye Cumhuriyeti Dışişleri Bakanlığı (2011): *Filistin'in Ekonomisi*, URL: <http://www.mfa.gov.tr/filistin-ekonomisi.tr.mfa>, Son Erişim Tarihi:27. 07. 2014.
- İnternet: Türkiye Cumhuriyeti Dışişleri Bakanlığı (2014): *Türk Ekonomisinin Genel Görünümü*, Url: <http://www.mfa.gov.tr/turk-ekonomisindeki-son-gelismeler.tr.mfa>, Son Erişim Tarihi:27. 09. 2014.
- İnternet: Türkiye İstatik Kurumu 'TÜİK'(2013) *Okuryazar Raporu*, URL: <http://t24.com.tr/haber/tuikten-okur-yazar-oraninin-ayrintili-raporu,228252>, , Son Erişim Tarihi:27. 07. 2014.
- İnternet: Türkiye İstatik Kurumu 'TÜİK'(2013) *Sağlık ve Sosyal Koruma: Sağlık Kurumu Sayısı, Toplam Yatak Sayısı ve 1000 Kişi Başına Düşen Yatak Sayısı*, URL: <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, Son Erişim Tarihi:20. 07. 2014.
- İnternet: Türkiye İstatik Kurumu 'TÜİK'(2013).*Ölüm İstatistikleri*, 2012. URL: www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15848, Son Erişim Tarihi:20. 01. 2014.
- İnternet: Türkiye İstatik Kurumu 'TÜİK'(2013). *Sağlık Ve Sosyal Koruma: Sağlık Harcamaları İstatistikleri*, 2009- 2012. URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15871>, Son Erişim Tarihi:20. 07. 2014.
- İnternet: Türkiye İstatik Kurumu 'TÜİK'(2013). *Sağlık ve Sosyal Koruma: Hekim Sayısı, Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı ve Hekim Başına Hasta Müradat Sayısı*. URL:<http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>, Son Erişim Tarihi: 20. 01. 2014.
- İnternet: Türkiye İstatik Kurumu 'TÜİK'(2014). *Sürdürülebilir Kalkınma Göstergeleri, 2012-2013*. URL: www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16124, Son Erişim Tarihi:20. 01. 2014.
- İnternet: U.S. Department of Health and Human Services (2009). *Healthy People 2020: The Road Ahead*. URL: <http://www.healthypeople.gov/HP2020/>, Son Erişim Tarihi:20. 07. 2014.
- İnternet: Ünal, Ş. (2013). *Siyasetçiler 36 Dilde Oy, Anadolu Ajansı Özel Haber Gündemi*. 18 Ekim 2013, URL:<http://www.haberturk>, Son Erişim Tarihi: 02. 05. 2014.
- İnternet: Wanless, D. (2002). *Final Report: Securing Our Future Health: Taking A Long-Term View*. 141, URL: <http://www.hm-treasury.gov.uk/wanless>, Son Erişim Tarihi:13. 07. 2014.
- İnternet: Yazgı, H. (2013).*Türkiye Sağlık Sektörü Raporu: Sağlıkta Sektörün Eksiklikleri Neler?* URL: <http://golge34.com/saglikta-sektorun-eksiklikleri-neler/>, son erişim tarihi: 12. 12. 2014.

- İnternet:Türkiye İstatik Kurumu ‘TÜİK’(2014) *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları*,2013. URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15974>, Son Erişim Tarihi:27. 07. 2014.
- İnternet: *Values, Attitudes, and Behaviors: Understanding Family Choices*. Chap.5. 101, URL:www.sagepub.com/upm-data/17521_Chapter_5.pdf, Son Erişim Tarihi:20. 08. 2014.
- İnternet: WHO (2013).*Turkey: The Country Cooperation Strategy*, 2. URL: www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_tur_en.pdf, Son Erişim Tarihi:19. 08. 2014
- Jackson, E.(2010).*The Influence of Cultural Beliefs and Attitudes on the Perceptions of Health, Body Size, and Health Behaviors among over-Weight and Obese African American Women*. PhD Dissertation, Texas Woman's University. 1-32.
- Jamison, T. and Mosley, W. (1991). Disease Control Priorities in Developing Countries: Health Policy Responses to Epidemiological Change. *American Journal of Public Health*, 81 (1): 20.
- Johansson, L., Thelle, D.S., Solvoll, K., Bjorneboe, G. and Drevon, CH. (1999). Healthy Dietary Habits in Relation to Social Determinants and Lifestyle Factors. *British Journal of Nutrition*, 81: 211– 213.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (2006) *Yeni İnsan ve İnsanlar*, Sosyal Psikoloji Dizisi:1, (10. Baskı) Evrim Yayınları, 104.
- Kaptan, S. (1983). *Bilimsel Araştırma Teknikleri ve İstatistik Yöntemleri*. Tekişik Matbaası ve Rehber Yayınevi, Ankara, 135.
- Karagöl, E.T. (2014). Abluka Altında Bir Ekonomi: Filistin Ekonomisi, *Seta*, Sayı (59): 1-5.
- Karacoşkun, M. D. (2004). Dinî İnanç-Dinî Davranış İlişisine Sosyo-Psikolojik Yaklaşımlar, *Din bilimleri Akademik Araştırma Dergisi*, 4 (2): 23.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. (23. Baskı). Nobel Yayın Dağıtım, Ankara. 77-110.
- Kavas, E. (2013). Demografik Değişkenlere Göre Dini Tutum, *Akademik Bakış Dergisi*, Sayı (38): 2-10.
- Kavas, E. (2013). Dini Tutum - Stresle Başa Çıkma İlişkisi, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı (37): 144- 145.
- Kayaoğlu, A., Gökda, R., Kirel, Ç. (2011). *Sosyal Psikoloji*, (1.Baskı). 73- 74.
- Kelly, M. and Bonnefoy, J. et. al. (2007). *The Social Determinants of Health: Developing An Evidence Base for Political Action*, Final Report to WHO/CSDH from Measurement and Evidence Knowledge. 10-23.

- Keskin, m. (2004) Din ve Toplum İlişkileri Üzerine Bir Genelleme, *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi* 4 (2): 7- 11.
- Koh, H.K., Oppenheimer, S.C., Massin-Short, S.B., Emmons, K.M., Geller, A.C., Viswanath, K. (2010) Translating Research Evidence İntopractice Toreduce Health Disparities: A Social Determinants Approach. *The American Journal of Public Health*, 100 (1): 72- 80.
- Korin, M.R., Chaplin, W.F., Shaffer, J.A., Butler, M.J., Ojie, M-J., Davidson, K.W. (2013). Men's and Women's Health Beliefs Differentially Predict Coronary Heart Disease Incidence in a Population-Based Sample. *Health Education & Behavior*, 40 (2): 231-233.
- Kuşat, A., Korkmaz, A. ve Güllü, İ. (2004). Dini Davranış Teorileri, *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 16: 249- 253.
- Küçükünal, A., Altunay, İ.K., Aktaş, E., Demirci, G.T. (2013). Knowledge, Beliefs and Attitudes of Psoriasis Patients About the Disease. *Deri ve Zührevi Hastalıklar Derneği*, 47 (2): 103- 105.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M. and Aittomai, A. (2004). Pathways between socioeconomic determinants of health, *Journal Epidemiol Community Health*, 58 (3), 327–330.
- Lalonde, M. (1974) *A New perspective on the health of Canadians*. Health and Welfare Canada, Ottawa. 7.
- Lamouche, K. (2012). *Culture as A Social Determinant of Health*. Commissioned Paper Prepared for the Institute on Medicine Round Table on the Promotion of Health Equity and the Elimination of Health Disparities. Seattle, Washington. 7.
- Lavin, T. and Metcalfe, O.(2008). *Policies and Actions Addressing the Socio Economic Determinants of Health İnequalities: Examples of Activity in Europe*. Determine Working Document # 1, Institute of Public Health in Ireland. 4-25.
- Lavis, J., Davies, H., Oxman, A., Denis, J., Biddle, K. and Ferlie, E. (2005). Towards Systematic Reviews that Inform Health Care Management and Policy-Making. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10 (1): 35- 36.
- Lazarino, A.I., Hamer, M., Stamatakis, E., Steptoe, A. (2013). The Combined Association of Psychological Distress and Socioeconomic Status with all-Cause Mortality: A National Cohort Study. *JAMA Internal Medicine*, 173 (1): 22- 24.
- Lock, K., Sussex, E.(2000).Health İmpact Assessment. *British Medical Journal*, 320: 1395–8.
- Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V., Tugwell, P.(2012). What Types of Interventions Generate İnequalities? Evidence from Systematic Reviews, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67 (2): 1- 3.

- Lundell, H., Niederdeppe, J., Clarke, C. (2013). Public Views about Health Causation, Attributions of Responsibility, and Inequality. *Journal of Health Communication*, 18 (9): 1116- 1130.
- Mahamoud, A., Rochea, B. and Homerb, J. (2013). Modelling the Social Determinants of Health And Simulating Short-Term and Long-Term Intervention Impacts for the City of Toronto, Canada. *Social Science & Medicine*, 93: 247– 259.
- Mahmoud, A. (2013). Health Challenges in Palestine, *Science & Diplomacy*, 2 (1): 2-6.
- Majaj, L., Nassar, M., De Allegri, M. (2013). It's Not Easy to Acknowledge that I'm Ill: A Qualitative Investigation into the Health Seeking Behavior of Rural Palestinian Women, *BioMed Central Women's Health*, 13 (26): 1.
- Malphurs, A. (2004). *Values-Driven Leadership: Discovering and Developing Your Core Values for Ministry*. (2nd Edition), Baker Books, 66.
- Mandil, A., Chaaya, M., Saab, D. (2013). Health Status, Epidemiological Profile and Prospects: Eastern Mediterranean Region. *International Journal of Epidemiology*, 42 (2): 616- 19.
- Marmot M. (2010) *Fair Society, Healthy Lives: Strategic Review of Health Inequalities in England*, Post 2010. (Executive Summary) Department of Health, London, UK. 10-20.
- Marmot, M. (2002). The Influence of Income on Health: Views of an Epidemiologist. *Health Affairs*, 21 (2): 42- 44.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. Ja., Taylor, S. (2008). Closing the Gap in A Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health, *The Lancet*, 372 (9650): 1661- 1669.
- Matariiaa, A., Donaldson, C., Luchini, S. And Paul Moatti, J. (2004). A Stated Preference Approach to Assessing Health Care-Quality Improvements in Palestine: From Theoretical Validity to Policy Implications. *Journal of Health Economics*, 23 (6): 1286.
- Mccartney, G., Leyland, Ah., Fischbacher, Cm., Whyte, B., Walsh, D., An Stockton, D. (2013) Commentary: Long-Term Monitoring of Health Inequalities in Scotland A Response to Frank and Haw , *The Milbank Quarterly*, 91 (1): 186– 191.
- Mcdonald, E.L., Bailie, R. and Michel, T. (2013). Development and Trialling of A Tool to Support A Systems Approach to Improve Social Determinants of Health in Rural and Remote Australian Communities: The Healthy Community Assessment Tool. *International Journal for Equity in Health*, 12 (15): 2.
- Melkas, T. (2013). Health in all Policies as A Priority in Finnish Health Policy: A Case Study on National Health Policy Development. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41 (11): 3– 6.
- Mikkonen, J., and Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. School of Health Policy and Management York University, Toronto. 3- 47.

- Milat, A.J., Laws, R., King, L., Newson, R., Rychetnik, L., Risse, C., Bauman, A., Redman, S., and Bennie, J. (2013). Policy and Practice Impacts of Applied Research: A case Study Analysis of the New South Wales Health Promotion Demonstration Research Grants Scheme 2000–2006. *Health Research Policy and Systems*, 11: 2- 5.
- Moore, T.J. and Asay, S.M. (2012). *Family Resource Management*. (Second Edition), SAGE Publications. 100.
- Morris, G.P., Beck, S.A., Hanlon, P., Robertson, R. (2006) Getting Strategic about the Environment and Health. *Public Health*, 120 (10): 889– 903.
- Murray, C.(2009). *Beliefs and Attitudes Regarding Health-Enhancing Behaviors in African American and Caucasian Women*. PhD Dissertation for Psychology, Walden University. 1-15.
- Murray, D.T. (2011). The Multiple Determinants of Religious Behaviors and Spiritual Beliefs on Well-Being. *Journal of Spirituality in Mental Health*. 13 (3): 182- 185.
- Mytton, O.T., O’Moore, E.M., Sparkes, T., Baxi, R., Abid, M. (2013). Knowledge, Attitudes and Beliefs of Health Care Workers Towards Influenza Vaccination. *Occupational Medicine*; 63: 189– 190.
- Nagata, J.M., Hernandez-Ramos, I., Kurup, A.S., Albrecht, D., Vivas-Torrealba, C., Franco-Paredes, C. (2011). Social Determinants of Health and Seasonal Influenza Vaccination in Adults ≥ 65 Years: A Systematic Review of Qualitative and Quantitative Data. *BioMed Central Public Health*, 13 (388): 1.
- Naidoo, J. and Wills, J. (2000). *Health Promotion: Foundation for Practice* (Second Edition). Bailliere Lindal Co; UK. 361–363.
- National Advisory Council on Nurse Education and Practice ‘NACNEP’ (2000) *A National Agenda for Nursing Workforce Racial/Ethnic Diversity*. Rockville, MD. Department of Health and Human Services, Washington. 1-7.
- National Health and Hospitals Reform Commission ‘NHHRC’ (2009). *A healthier future for all Australians – Final Report of the (NHHRC)*, 1-20.
- Niederdeppe, J, Bu, Q.L, Borah, P, Kindig, D.A, Robert, S.A. (2008) Messagedesignstrategiestoraisepublicawarenessof social determinants of health and population health disparities. *Milbank Quarterly*, 86 (3): 481- 486.
- Niederdeppe, J., Bigman, C.A., Gonzales, A.L., Gollust, S.E. (2013). Communication about Health Disparities in the Mass Media. *Journal of Communication*, 63 (1): 8– 10.
- Nijmeijer, KJ., Fabbricotti, IN., Huijsman, R. (2014). Is Franchising in Health Care Valuable? A Systematic Review. *Health Policy Planning*, 29 (2): 164- 68.
- Njie-Carr, V. (2008). *The Influence of Attitudes, Beliefs, and Knowledge on Health-Seeking Behaviors of Adults Living with HIV/AIDS (ALHA) in the Gambia*, PhD Dissertation/Thesis, The Catholic University of America. 1-11.

- Opoku, S, Benwell, M, Yarney, J, (2012). Knowledge, Attitude, Behaviour and Breast Cancer Screening Practices in Ghana. *Pan African Medical Journal*,11 (28): 1-3.
- Organisation for Economic Co-operation and Development ‘OECD’ (2012). Reviews of Health Care Quality: Israel 2012 Raising Standart, *OECD Publishing*, 24.
- Orszag, P.R. (2011). How Health Care Can Save or Sink America: The Case for Reform and Fiscal Sustainability. *Foreign Affairs*.90 (4): 43.
- Pablos-Mendez, A. and Shademani, R. (2006). Knowledge Translation in Global Health. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*; 26 (1): 81- 86.
- Palestinian Central Bureau of Statistics ‘PCBS’ (2013). Final Report of the Palestinian Family Survey 2010. Ramallah – State of Palestine, 20.
- Palestinian Central Bureau of Statistics ‘PCBS’ (2014a). *Palestinians at the End of the Year 2014*. Ramallah, Palestine. 22-44.
- Palestinian Central Bureau of Statistics PCBS (2014b). Living Conditions of the Palestinian Population in Palestine 2014. Ramallah, Palestine. 32- 36.
- Palestinian Health Information Center ‘PHIC’ (2014). *Health Annual Report 2013*, Ministry of Health, Palestine. 20- 52.
- Palestinian National Authority Ministry of Health ‘PNAM’ (2013). *Palestinian National Health Strategy 2011-2013:Setting Direction - Getting Results*, PNAM 7- 25.
- Pan American Health Organization Renewing Primary Health Care in the Americas (2007): *A Position Paper of the Pan American Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO)*. Washington. 17.
- Pan American Health Organization. Public Health in the Americas (2002): New Concepts, Analysis of Performance, and Basis for Action. Washington, DC: PAHO. Scientific and Technical Publication No. 589, 37.
- Pascall, G. (2011). “*Health and Health Policy*”. In Baldock et al. Social Policy, (4th Ed), Oxford: Oxford University Press. 412.
- Petticrew, M., Whitehead, M., Macintyre, S.J., Graham, H., Egan, M. (2004). Evidence for Public Health Policy on Inequalities: 1: The Reality According to Policymakers. *J Epidemiol Community Health*, 58 (10): 811-812.
- Phillips, S., (2005). Defining and Measuring Gender: A Social Determinant of Health Whose Time Has Come. *International Journal for Equity in Health*, 4 (11): 4-1.
- Pieniak, Z., Verbeke, W., Scholderer, J. (2010). Health-Related Beliefs and Consumer Knowledge As Determinants of Fish Consumption. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23 (5): 480– 483.
- Pillay, B.J.(1993). *A Study of the Relation Between Health Attitudes, Values and Beliefs and Help-Seeking Behaviour With Special Reference to Arepresentative Sample of Black Patients Attending A General Hospital*, PhD Dissertation, University of Natal. 1-5.

- Poureslami, İ.M., Maclean, D.R., Spiegel, J., Yassi, A. (2004). Socio-Cultural, Environmental and Health Challenges Facing Women and Children Living Near the Borders Between Afghanistan, Iran and Pakistan (AIP region). *Journal of International Women's Studies*, 6 (1): 20-26.
- Povall, S., Haigh, F., Abrahams, D. and Scott-Samuel, A. (2010) *Health Equity Impact Assessment 'Project Report'*. Liverpool health inequalities Research Institute, Liverpool. 1-56.
- Raphael, D. (2008). *Social Determinants of Health*, (2nd Edition): Canadian Perspectives, Canadian Scholar's Press, 3-6.
- Raphael, D. (2003b). When Social Policy Is Health Policy, Why Increasing Poverty and Low Income Threatens Canadians' Health and Health Care System, *Canadian Review of Social Policy*, (51): 11.
- Raphael, D. (2011). The Political Economy of Health Promotion: Part 1, National Commitments to Provision of the Prerequisites of Health. *Health Promotion International*, 28 (1): 2.
- Raphael, D. (2003a). Addressing The Social Determinants of Health in Canada: Bridging the Gap Between Research Findings and Public Policy. *Policy Options*, (24): 35–40.
- Raphael, D., and Bryant, T. (2006). The State's Role in Promoting Population Health: Public Health Concerns in Canada, USA, UK, and Sweden. *Health Policy*, 78: 39- 41.
- Report to the Commission to Build A Healthier America (2008): Overcoming Obstacles to Health. *Robert Wood Johnson Foundation 'RWJF'*, 4- 68.
- Robert, S. A., Booske, B. C., Rigby, E. and Rohan, A. M. (2008). Public Views on Determinants of Health, Interventions to Improve Health, and Priorities for Government. *Wisconsin Medical Journal*, 107: 124– 130.
- Robert, S. and Booske, B. (2011). US Opinions on Health Determinants and Social Policy as Health Policy, *American Journal of Public Health*, 101 (9): 1655– 1663.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Gelius, P., Schow, D. (2013). Physical Inactivity as A Policy Problem: Applying A Concept from Policy Analysis to A Public Health Issue. *Health Research Policy and Systems*, 11: 1-2.
- Sanders, AE (2007). Social Determinants of Oral Health: Conditions Linked to Socioeconomic Inequalities in Oral Health and in the Australian Population. Australian Institute of Health and Welfare, *Population Oral Health*, Series No. 7. 93.
- Sarikavak, K. (2011) İslâm Filozoflarına Göre Beden Sağlığı, *Gazi Türkiyat*, (8): 201- 208.
- Schlenker, B., Chambers, J., Le, B. (2012). Conservatives are happier than liberals, but why? Political ideology, personality, and life satisfaction, *Journal of Research in Personality*, 30: 16.

- Schneider, M., Eide, A.H., Amin, M., MacLachlan, M. and Mannan, H. (2013). Inclusion of Vulnerable Groups in Health Policies: Regional Policies on Health Priorities in Africa. *African Journal of Disability*, 2 (1): 1-2.
- Sejersted, F. and Daly, R. In Ed Adams, M (2011). *The Age of Social Democracy: Norway and Sweden in the Twentieth Century*. Princeton University Pres, 1- 20
- Shaar, A and. Larenas, J. (2006). *Social Determinants of Health: Palestine Country Paper*. WHO, 8- 15.
- Sheiham, A., Alexander, D., Cohen, L., Marinho, V., Moysés, S., Petersen, P.E., Spencer, J., Watt, R.G., and Weyant, R. (2011). Global Oral Health Inequalities: Task Group Implementation and Delivery of Oral Health Strategies. *Advances in Dental Research*, 23 (2): 259- 267.
- Shiell, A., Hawe, P., Gold, L. (2008). Complex Interventions or Complex Systems? Implications for Health Economic Evaluation. *British Medical Journal*, 336 (7656):1281– 1283.
- Signal, L.N., Walton, M.D., Mhurchu, C.N., Maddison, R., Bowers, Sh.G., Carter, K.N., Gorton, D., Heta, C., Lanumata, T.S., Mckrchar, Ch.W., O'Dea, D., Pearce, J. (2013). Tackling 'Wicked' Health Promotion Problems: A New Zealand Case Study (Summary). *Health Promotion International*, 14; 28 (1): 84.
- Silberberg, M., Cook, J., Drescher, CH., Mccloskey, D., Weaver, S. and Ziegahn, L. (2011). *Community Engagement Key Function Committee Task Force on The Principles of Community Engagement* (Second Edition) Clinical and Translational Science Awards, NIH Publication, 1-12.
- Smith, G.D., Shaw, M. (2004). Preface: Cultures of Health, Cultures of Illness. *British Medical Bulletin*. 69 (1): 1.
- Solar, O, Irwin, A. (2010) *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). WHO, Geneva. 11.
- Sorensen, G., Emmons, K., Hunt, M., Barbeau, E., Goldman, R., Peterson, K., Kuntz, K., Stoddard, A., Berkman, L. (Oct, 2003). Model for Incorporating Social Context in Health Behavior Interventions: Applications for Cancer Prevention for Working-Class, Multiethnic Populations. *Preventive Medicine*. 37 (3):188– 197.
- Soysal, A. (2010). Sağlık Etki Değerlendirmesi Nedir? Ne değildir? *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9 (6): 689.
- Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., and Leppo, K. (Editors) (2006). *Health in all policies: Prospects and Potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. 4-107.
- Steptoe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A.M., Baranyai, R., Sanderman, R. (2002) Trends in Smoking, Diet, Physical Exercise, and Attitudes toward Health in European University Students from 13 Countries, 1990–2001, *Preventive Medicine*, 35:97– 104.

- Şen, F. (2004). *Globalleşme Sürecinde Milliyetçilik Trendleri ve Ulus-Devlet*, Yargı Yayınevi, Ankara. 70-77.
- Şimşek, H. ve Uçku, R. (2012). Sağlıkta Eşitsizlikler ve Yaşlılık. D, Aslan and M, Ertem (Edler) Yaşlı Sağlığı Sorunları ve Çözümleri (Birinci Baskı) Palme Yayıncılık, *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği*, 12-16.
- Şimşek, Z., (2013). The History and Strategies Based on the Samples of Health Promotion. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,12 (3): 343 & 355.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). *Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik "Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi" Rehberi*. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara. 9.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2012) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Sağlık Bakanlığı Ankara, 42.
- Talih, M. (2013). Invited commentary: Can Changes in the Distributions of and Associations Between Education and Income Bias Estimates of Temporal Trends in Health Disparities? *American Journal of Epidemiology*,177 (9): 882– 884.
- Tawil, S. (2013). No End in Sight: Moving Towards A Social Justice Framework for Mental Health in Continuous Conflict Settings. *Intervention*, 11 (1): 25- 28.
- Taylor, D., Bury, M., Campling, N., Carter, S., Garfield,S., Newbould, J., Rennie,T. (2006). *A Review of the use of the Health Belief Model (HBM), the Theory of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planned Behaviour (TPB) and the Trans-Theoretical Model (TTM) to study and predict health related behaviour change*. Department of Health, National Institute for Clinical Excellence, University of London London WC1N 1AX. 14-15.
- Taylor, J., Hara, L., Barnes, M. (2014). Health promotion: A critical salutogenic science. *International Journal of Social Work and Human Services Practice*, 2 (6): 283- 290.
- Tekin, A. (2007). *Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği)*, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta, 93-95.
- The National Institute of Public Health (2002): *Sweden's New Public-Health Policy*. 2-4.
- Today's Zaman. (November 24, 2013): Turkey Life Expectancy Lowest Among OECD Nations. URL: http://www.todayszaman.com/national_turkey-life-expectancy-lowest-among-oecd-nations_332212.html, Son Erişim Tarihi: 04. 05. 2014.
- Tope, R.and Thomas, E. (2007). *Health and Social Care Policy and the Interprofessional Agenda the First Supplement to Creating An Interprofessional Workforce*. An Education and Training Framework for Health and Social Care in England, Department of Health. 4.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2014). *Rakamlar Ne Diyor?*, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara. 8.
- Tütüncü, Ö. (2001). *Yiyecek- içecek işletmelerinde müşteri tatminin ölçülmesi*. Ankara: Turhan Kitabevi, 84.

- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). NORC Final Report: Healthy People User Study. National Opinion Research Center (NORC), University of Chicago, November 18, 2009, 1-4.
- United Health Foundation (2014). *America's Health Rankings Senior Report - A call to action for individuals and their communities*, 13.
- The United Nations Development Programme 'UNDP' (2009). *Palestinian Youth Depressed, Insecure and Increasingly Identify with Islam*, Jerusalem, available at: www.undp.ps.
- University of Wisconsin Population Health Institute (2013). *County Health Rankings*.1-5.
- Ünal, Ç. (2013). Avrupa Birliğine Üyelik Sürecinde Türkiye'nin Seçilmiş Endeks Göstergeleri / Selected Index Indicators in the Accession of Turkey to the European Union. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,17 (3): 271.
- Varas, A. and Fortin, C. (2012). *International Cooperation to Reduce Inequality*. The Norwegian Peace building Resource Centre Report, 10.
- Vaughn, L., Jacquez , F., Baker, R. (2009). Cultural health attributions, beliefs, and practices: effects on healthcare and medical education. *The Open Medical Education Journal*. 2: 64- 69.
- Walburn, J., Vedhara, K., Hankins, M., Rixon, L., and Weinman, J. (2009). Psychological Stress and Wound Healing in Humans: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of psychosomatic research*, 67 (3): 253- 256.
- Wardle, J., Steptoe, A., (2003). Socioeconomic Differences in Attitudes and Beliefs about Healthy Lifestyles. *Journal Epidemiol Community Health*, 57: 440– 443.
- Whitehead, M. (2007). A Typology of Actions to Tackle Social Inequalities in Health. *J. Epidemiol. Community Health*, 61: 473- 478.
- Whitehead, M., and Dahlgren, G. (2006). *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up (Part 1)*. Studies on Social and Economic Determinants of Population Health, 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 1-19.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. and Gilson, L. (2001). *Developing the Policy Response to Inequities in Health: A Global Perspective in: Challenging Inequities in Health Care: From Ethics to Action*. New York: Oxford University Press; 312- 318.
- WHO (1987) Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion*, 1: i±iv.
- WHO (2006a). *Enhancing Health Security: The Challenges in the WHO European Region and the Health Sector Response*. Copenhagen 11–14 September. Regional Committee for Europe Fifty-sixth session, 1-10.
- WHO (2006b) Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health. NLM classification: W 84. 1, 1-30.

- WHO (2007). *Everybody's business; Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. WHO's Framework for Action. NLM Classification: W 84. 3, 1- 8.
- WHO (2008b). *Social Determinants of Health in Countries in Conflict: A Perspective from the Eastern Mediterranean Region*, WHO Regional Publications, Eastern Mediterranean, Series (32), 44- 46.
- WHO (2012). *Social Determinants of Health*. Report by the Secretariat, Executive Board EB132/14 132nd Session, Provisional Agenda İtem 7. 3, 1-5.
- Wilkinson, R., Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts* (Second Edition). WHO Library Cataloguing in Publication Data. Denmark, 10- 31.
- Williams, SH., Hansen, K., Smithey, M., Burnley, J., Koplitz, M., Koyama, K., Young, J., Bakos, A. (2014) Using Social Determinants of Health to Link Health Workforce Diversity, Care Quality and Access, and Health Disparities to Achieve Health Equity in Nursing. *Public Health Reports*, 129(supp 2): 1.
- Wilson, N.J., Cordier, R. (2013). Review A Narrative Review of Men's Sheds Literature: Reducing Social İsolation and Promoting Men's Health and Well-Being. *Health and Social Care in the Community*, 21 (5): 451.
- Wong, M.D., Shapiro, M.F., Boscardin, W.J., Ettner, S.L. (2002). Contribution of Major Diseases to Disparities in Mortality. *New England Journal of Medicine*, 347 (20): 1585- 15188.
- Woolf, SH.(2009). Social Policy as Health Policy. *Journal of the American Medical Association*, 301 (11): 1166- 9.
- Yağış, M.M. (2010). *Filistin Ülke Raporu*, T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı İhracatı Geliştirme Etüd Merkezi, Ankara, 2011. 2- 13.
- Yalçın, H., Koçak, N. (2012). Fonksiyonel Olmayan İnanç ve Uygulamalar Tutum Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *International Journal of Social and Economic Sciences*, 2 (2): 157- 163.
- Yaşar, F., Özcan, S. ve Kor, Z. (2011). *Siyonizm Düşünden İşgal Gerçeğine Filistin*. (7. Baskı). İHH Araştırma Yayınlar Birimi, İstanbul. 17-28.
- Yılmaz, v. (2013). Changing Origins of İnequalities in Access to Health Care Services in Turkey: From Occupational Status to İncome. *New Perspectives on Turkey*, No. 48: 55- 65.
- Zhao, M., (2011). *Cultural Beliefs and Attitudes Toward Health and Health Care Among Chinese-Born İmmigrant Women: A Focused Ethnographic Approach*, PhD Dissertation, School of Nursing, University of North Carolina at Chapel Hill. 1-11.

EKLER

EK-1.**Çizelge.2.4.1. Sağlık Belirleyicileri Konusunda Toplumun İnanç ve Tutumları İle İlgili Literatür İncelemesi**

YAZAR (YIL)	ARAŞTIRMA YERİ	UYGULAMA ALANI	ÖRNEK HACMI	KULLANILAN DEĞİŞKENLER	KULLANILAN ÖLÇÜM ARACI	SONUÇ
Basil Joseph Pillay (1993)	Güney Afrika; Umlazi Kasabası ve Kwamashu Kasabası.	20 ≥ yaş kentli Afrikalılar.	892	Tutum, sağlık davranışları, hastalık algısı.	Eğitilmiş anketörler.	Bu çalışma aşağıdaki hususlar gösterilmiştir: Kentli Afrikalılar, hastalıkta, sağlıkta el sağlığı kişisel anlayışına sahiptir, bu yardım arayışı şekli onları etkilemektedir: belli tutum ve inançlar vardır ki hem olumlu hem de olumsuz sağlık davranışını doğrudan doğruya etkiler. Kompleks bir yol etkileşerek ve tıbbi yardım arayışına neden olabilecek çeşitli sağlık inançları vardır. Yaş, cinsiyet, eğitim ve kentleşme gücü gibi demografik değişkenler sağlık ve hastalık inançlarını etkiler; Bu sonuçlar yaygın batı sağlığının ve hastalık modellerinin bazı temel konularını onaylamıştır; hizmet ve tesislerinin kullanımı, bulunduğu yere, erişilebilirliğine ve hizmet kalitesine göre belirlenir; finansal maliyetler, zaman, ulaşım, toplumun destek eksikliği yardım aramayı olumsuz etkiler; semptomlar yardım arayan bir "tetikleyici faktör" olarak tespit edilmiştir. Bireyler diğer tedavi formlarını tıbbi tedaviden bağımsız olarak kullanır.
Lars Johansson, Dag S. Thelle, Kari Solvoll, Gunn-Elin Aa. Bjørneboe, Christian A. Drevon (1999)	Norveç	Ulusal bir diyet anketinde 16-79 yaş arası Norveçli erkekler ve kadınlar.	3144	Sosyal statü, yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları.	Kendi kendine uygulanan kantitatif gıda frekans anketi.	Sonuç olarak, eğitim, sağlıklı diyet göstergeleri ile ilişkilidir: (a) Meyve ve sebze tüketimi (b) lif içeren gıda tüketimi(c) toplam enerji girişi (d) Hegsted puanı. Sağlıklı bir diyete dikkat her iki cinste de sağlıklı diyet alışkanlıkları için dört gösterge ile güçlü ve en tutarlı ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu kişisel tercihler, sosyal statü belirleyicileri olarak sağlıklı

						bir diyet olması için aynı derecede önemli olabileceğini düşündürmektedir.
James R. Dunn, Isabel Dyckd. (2000)	Kanada	20 ≥ yaş Kanada göçmen nüfusu.	17.626	Sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanımı, göçmenler ve göçmen olmayanlar, sağlık kullanımı ve sağlık durumunun sosyal belirleyicileri.	Kanada ulusal nüfus sağlık araştırması (1994-1995).	Yazarlar insan sağlığı durumunun en önemli öncüllerinin tıbbi bakım girişleri ve sağlık davranışları (sigara, diyet, egzersiz, vb) değil, bireylerin ve toplumların sosyal ve ekonomik özellikleri olduğunu gösteren bir nüfus sağlık perspektifinden yararlanmışlardır. Onlar Ulusal Nüfus Sağlık Araştırması verilerinde, bir yandan göç özellikleri ve sağlık durumu, diğer yandan sosyo-ekonomik özellikleri ve arasındaki ilişkinin belirgin, tutarlı bir desen olmadığını bulmuşlardır.
Karım Abu- Omar (2001)	Almanya, Finlandiya, Hollanda, İsviçre, Belçika, İspanya ve Amerika Birleşik Devletleri.	Özel evlerde yaşayan 18 yaş ve üstü halk.	7699	Sosyo demografik özellikler, bilgi, sağlık ile ilgili algılanan inançlar ve davranış.	Telefon CD-rom'lar rastgele saf bir örneği yönetmek için kullanılmıştır. Model sosyo demografik özelliklerinin etkisini değerlendirmek için kullanılmıştır.	Çok değişkenli veri analizi sonuçları birinin sağlığının nasıl geliştirileceği ve sağlığı teşvik etmek için aile ve arkadaşların algılanan desteğinin milletler arasında belirleyici desteğinin olduğunu gösterir. Meme kanseri taramasının alanı için, hekimlerden gösterimleri almak için algılanan fırsatlar ve gerçek tarama davranışı arasında belirgin ilişki bulundu. Öte yandan, algılanan fırsatların, fiziksel aktivite ile ilişkisi bulunmamıştır.
Andrew Steptoe, Jane Wardle, Weiwei Cui, France Bellisle, Anna-Maria Zotti, Reka Baranyai, Robert Sanderman. (2002)	Belçika, İngiltere, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İtalya, Hollanda, Polonya, Portekiz ve İspanya.	13 ülkeden avrupalı üniversite öğrencileri.	1990'da (10,430) 2000'de (10,336).	Sigara, egzersiz, meyve ve yağ alımı, inançları, davranışları, sağlık ve farkındalık.	Uluslararası sağlık ve davranış araştırması.	Sağlık davranışları, inançları içerisindeki farklılıklar ve iki araştırma arasındaki risk farkındalığı genç yetişkin Avrupalıların bu eğitilmiş alanda yaşadığı hayal kırıklığıydı. İnanç değişiklikleri ve davranış yaygınlığı arasındaki ilişki sağlıklı yaşam için olumlu tutum geliştirmenin önemini vurgulamaktadır.

Michelle D.Wong, Artin F. S Hapiro, W. John BOscardin, Susan L.Ettner. (2002)	ABD	Amerika'daki yetişkinler.	621.398	Ölüm nedenleri, Eğitim, ırk.	1994 boyunca ve 1986 arasında yapılan bağlantılı hayati istatistiklerden ulusal sağlık görüşme incelemesi.	Yükseköğretim eğitimi olmayan kişiler nüfusun potansiyel yaşam yılının 12,8'ini kaybetti. Gelir düzeyine göre eşitsizliklerin modeli eğitim düzeyine göre olana benzerdi. Siyahlar ve beyazlar sırasıyla, herhangi bir nedene bağlı bir ölüm sonucu olarak (oran 1.35; p <0.001) nüfusun potansiyel yaşam yılının kişi başına 7,0 ve 5,2'sini kaybetti.
J Wardle, A Steptoe. (2003)	İngiltere	Hane haklı	2728	Sosyo ekonomik statü, tutum, inanç ve sağlıklı davranış seçimleri.	İngilterede ulusal istatistik ofisi anketi.	Yüksek SES katılımcılarının sigara içme isteği daha düşüktü, egzersiz ve günlük meyve ve sebze yeme isteği daha yüksekti. Düşük SES, daha az sağlık bilinci (sağlıklı kalmak için yapması gerekenler hakkında düşünme), sağlık üzerinde şansın etkisi konusunda güçlü inançları, geleceği az düşünceleri ve düşük yaşam beklentisi ile ilişkilidir. Bu tutumsal faktörler, yaş, cinsiyet durumundan bağımsız olarakmanu sağlıksız davranış seçimleri ile ilişkilidir.
Naomar Almeida Filho, Ichiro Kawachi, Alberto Pellegrini Filho, J. Norberto W. Dachs (2003)	Latin Amerika ve Karayip ülkeleri.	1971 ve 2000 yılları arasında Latin Amerika ve Karayip ülkelerinde üretilen sağlık eşitsizlikleri konusunda makaleler.	576	Sağlık eşitsizliklerinde; yaş, cinsiyet, sosyo ekonomik, eğitim, ya da etnik köken farklılıkları.	Literatür incelemesi.	Brezilya, Şili ve Meksika çoğunlukla deneysel araştırmalara katkıda bulunurken, Ekvador ve Arjantin daha kavramsal çalışmaları üretti. Literatürde cinsiyet, ırk ve etnik köken, göreceli ihmal sorunları incelendi. Ancak araştırma tasarımlarında olağanüstü çeşitlilik bulundu, ekolojik ve etnografik yöntemlerin yokluğu kuvvetlice dikkate alındığında başka bir araştırma önerildi.
İraj M. Poureslami, David R. Maclean, Jerry Spiege, Annalee Yassi. (2004)	Afganistan-İran-Pakistan sınırları (AIP).	Hane halkı		İnsanların sosyo-kültürel, çevresel ve sağlık sorunları.	Bu çalışma ilgili literatürün yorumunu içerir (medline, sosyal bilimler indeksi, pubmed, eric veritabanı, vb); hükümet ve	Katılan üç ülkede hükümet yetkilileri, uluslararası kuruluşlar ve STK'lar AIP sınır bölgesindeki marjinal topluluklarda halkın sağlık ve refahını artırmak için önemli yatırımlar yapmaya çalışıyor. Az ilerleme var, ancak, bugüne kadar toplumsal cinsiyet eşitliği konusundaki gelişmeler ve bu dezavantajlı bölgede yaşayan özellikle savunmasız alt gruplarda sağlık ve sosyal eşitsizliklerin

					sağlık yetkililerinin belgeleri ve üç ülkeden (Afganistan, İran ve Pakistan); ve BM kuruluşlarından gelen raporlar, buna ek olarak, son zamanlarda bu alanda çalışmaya dönen birçok Kanadalı araştırmacılar ve sağlık çalışanlarıyla da görüşülmüştür.	azaltıldığı gözlenmiştir. Sonuç olarak, AIP sınırları içinde insanlara, kadın ve çocuk sağlığını geliştirmek için sağlık hizmeti ve kültürel açıdan uygun bilinçlendirme kampanyaları ve eğitim için yeni fırsatlar bulmak için çocuklara, özellikle de genç kızlara yardım edecek programlar gerekiyor. Kadınların güçlenmesini teşvik etmek için değiştirilebilir ve sağlıklı desteklemek için gerekli sürdürülebilir değişiklikleri kolaylaştıran ve altta yatan kültürel ve geleneksel faktörlerin etkilerini ölçmek için daha fazla araştırma gereklidir.
Mark Petticrew, Margaret Whitehead, Sally J Macintyre, Hilary Graham, Matt Egan. (2004)	İngiltere	Sektörlerde politika gelişiminde maddi rolü olan ile üst düzey politika danışmanları (özellikle halk sağlığı, aynı zamanda eğitim, sosyal refah ve sağlık hizmetleri dâhil).	7	Araştırmalarının bulguları, halk sağlığı politikası yapımı, sağlık eşitsizlikleri.	Nitel yerleşim atölyesi	Çoğu etiyolojik ve değerlendirme araştırmalarında öz kaynak boyutunun olmaması katılımcılar tarafından vurgulanmıştır. Çoğu halk sağlığı araştırmalarının altta yatan zayıf teorik temellerinin olduğu hissedildi. Araştırmaların etkinliğinin değerlendirilmesi ve maliyet etkililiği politikası ve diğer müdahalelerin yansısı, onlar tahmine yönelik araştırma ihtiyacını tespit etti ve metodolojik araştırma için başka girişimsel kümelerinin sağlık üzerindeki etkisini değerlendirmek için yöntemler geliştirdi.
Chiaka Abara (2004)	Kuzey Philadelphia.	Çocuk doğurma çağındaki Afrikalı-Amerikalı kadınlar.	441	Tutumlar, inançlar, alkol içme davranışları, bilgi ve	Okuma güçlükleri olan kadınlar için kişisel görüşmelerle bir kesit kendi	Alkol hakkında tutumlar ve inançlar çocuk doğurma çağındaki Afrikalı Amerikalı kadınların içme davranışlarını belirleyen önemli faktörlerdi. Hâkim tutumlar alkole karşı yasaklayıcı görünmekle birlikte, liberal görüşler alkol ağır tüketim

				bu kadınlar arasında fetal alkol sendrom farkındalığı.	kendine uygulanan, kâğıt ve kalem anket.	alışkanlıklarına bağlıdır. Medeni durum, yaş ve gelir alkol ve alkol kullanımı hakkında tutumlara aracılık eder. Alkol tüketiminin eğlence modeli içmeye teşvik ve içme riski, içenlere ve sosyal bağlamlar arasında yaygındır. Yüksek Prenatal alkol kullanım oranları, yüksek planlanmamış gebelik oranlarının, yalın farkındalık oranları ve Fetal Alkol Sendromu hakkında olgusal bilgi bu kitle arasında bulundu.
Taghrid Asfar, Balsam Ahmad, Samer Rastam, Tanja P Mulloli, Kenneth D Ward, Wasim Maziak (2007)	Suriye	Halep'ten 18 -65 yaş arası yetişkinler.	2038	Cinsiyet, yaş, sağlık durumu, sosyo ekonomik durum.	Kesitsel araştırma.	Kadınlar sağlıklarını zayıf olarak tanımlamak için erkeklerden daha yatkındır. Kadınlar ve erkekler eğer yaşlılarsa zayıf özyol alan sağlık olarak bildirilmeye daha yatkındır veya daha fazla kronik sağlık sorunlarını bildirdiler ya da algılanan yüksek öz fonksiyonel özürüllüğü vardır. Yoksul özyol alan sağlığının cinsiyete özgü önemli belirleyicileri evli olmayı, düşük sosyo ekonomik durumu, kadınlar için sosyal destek olmamasını ve erkekler için sigarayı ve düşük fiziksel aktiviteyi içerir.
Veronica P.S. Njie-Carr (2008)	Gambiya	21 - 65 yaş arası kişiler.	93	Gambiya'da HIV / AIDS ile yaşayan yetişkinler arasında tutumlar, manevi inançları, kültürel inançlar, sosyal inançları, bilgi, sağlık arayışı davranışları.	Leek Ajzen tarafından planlı davranış kuramı kavramsal arka planı sağladı. Kullanılan HIV/AIDS bilgi, tutum ve inançlar hasta anketi araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.	Bu çalışma, HIV koruma programlarındaki tutumlar gibi hedef değişkenleri sağlamada hekimleri yönlendirme konusunda öneme sahiptir.
Cassaundra Murray (2009)	Kuzey doğu Texas	Kuzeydoğu Teksas kiliselerinden. Katılan 20 – 75 yaş arası Afrikan	76	İrk, ağırlığı, hastalık, sağlıklı beslenme, egzersiz, sosyal	Nicel kesitsel tipteki çalışma.	Sonuçlar, kontrol ağırlığı lokusunda, vücut ağırlığı ile ilgili hastalıklara yatkınlığında, egzersiz / sağlıklı beslenme engellerinde AA ve K katılımcıları arasında anlamlı fark göstermemiştir. AA

		Amerikalı (AA) kadınlar ve Kafkas (C) kadınlar.		Egzersiz / sağlıklı beslenme için destek, Tahmini sosyal destek ABD tarım bakanlığına bağlılığı, AA kadınlarda öneriler.		kadınlara ABD Tarım Bakanlığının önerileri doğrultusunda sosyal destek öngörüldü.
Emmanuelle Cambois, Florence Jusot (2010)	Fransa	35 yaş erkekler ve kadınlar	4308	Mali zorluklar, mali sıkıntı nedeniyle ev zorlukları, izolasyon.	Düzenli sağlık anketine dâhil ad hoc soruları	Yaşam boyu olumsuz deneyimler sosyal sağlık değişimine katkıda bulunur ve sosyal gruplar içerisindeki değişkenliği açıklayabilir. Bu sağlık eşitsizliklerini izlerken, ömür boyu sosyal faktörleri dikkate almak yararlıdır.
Z. Pieniak, W.Verbeke, J.Scholderer (2010)	Belçika, Hollanda, Danimarka, Polonya ve İspanya.	Evde yiyecek satın alma ve yemek pişirmekle sorumlu 18-84 yaşındakiler.	4786	Balığın sağlığa olan etkisine yönelik inanç ve tutum.	Kesitsel araştırma verileri anket formu ile toplandı.	Avrupalı tüketiciler balık yemenin sağlıklı olduğuna dair çok kuvvetli bir inancı vardı. Yaş ve eğitim balık tüketim davranışını açıklamak için, bilgi yoluyla hem doğrudan hem de dolaylı olarak katkıda bulunmuştur. Ancak, tüketicilerin sağlıkla ilgili inançları ve bilgisinin dışında balık tüketim sıklığının başka faktörler tarafından tespiti tahmin edilen modelinde katsayı yolu nispeten düşük olduğunu göstermiştir.
Darrick Tovar-Murray (2011)	ABD	Kamu	2,023	Dindarlık, maneviyat ve esenlik.	Genel sosyal araştırma.	Dini kurumların ve manevi inançların genel mutluluğu ve fiziksel sağlığı etkileyen faaliyetlerle kendi aktif üyelerini sağladığını göstermektedir. Bu çalışmada, bazı dini davranışların ve manevi inançların genel mutluluk ve fiziksel sağlık için önemli olduğu gösterilmiştir.
Everlyne Cosey Jackson (2011)	Amerika	Aşırı kilolu ve obez 35-54 yaşlarında Afrika ve	8	Kültürel inançlar, tutumlar, algılar,	Fenomenolojik bir çalışma, yüz yüze röportaj.	Katılımcıların paylaşılan deneyimleri, sosyalleşme yoluyla onların sağlığının nasıl derinden etkilenerek incelediği, onların beden ölçüsüne ve beden algısı değer anlayışları ve onların sağlığı uygulama

		Amerikalı kadınlar (AA).		sağlık, beden ölçüsü ve sağlık davranışları.		yolları, onların zamanla edinilen kültürel tutum ve inançlarını ortaya çıkardı. Sonuçlar aynı zamanda, Afro- Amerikan kadınlara özgü sosyal ve çevre koşullarını, kültürel etkilerle etkileşimini ve dominant popülasyondan farklı bir gerçeklik ile sonuçlandığını ortaya koydu.
Jason. M. Nagata, Isabel. H.Ramos, Anand. S.Kurup, Daniel Albrecht, Claudia. V.Torrealba, Carlos. F.Paredes. (2011)	MEDLINE	≥65 yaş yetişkinler arasında, sosyal belirleyicileri ve mevsimsel grip aşılmasına karşı engelleri inceleyen İngilizce yazılmış nitel ve nicel çalışmalar.	58	Sağlığın sosyal belirleyicileri, ≥65 yaşında yetişkin, mevsimsel grip aşısı.	Medline kullanılarak, sistematik bir arama Ocak 2011 yılında yapıldı. Sağlık-İlgili veri tabanları; (1980-2011).	Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, etnik köken, sosyo-ekonomik statü, sosyal ve kültürel değerlerin yanı sıra, ikamet, konut yeri, davranışsal inançlar, toplumsal etkiler, önceki aşı deneyimleri de dâhil olmak üzere aracı belirleyiciler, algılanan duyarlılık, kaynakları olarak bilgi ve algılanan sağlık durumu gibi yapısal sosyal belirleyiciler mevsimsel grip aşılması etkisindedir. Sağlık sistemi ile ilgili erişilebilirlik, ekonomiklik, aşılama hakkında bilgi ve tutumlar ve hekimlerin tavsiyesi gibi unsurlar ayrıca aşılamanın önemli belirleyicilerindedir.
Jeneva Gularte (2011)	Kuzey Kaliforniya	İngilizce veya ispanyolca konuşan ve Kuzey Kaliforniya’da yaşamış, 18-45 yaş latin kadınlar.	132	Bilgi, tutum, İnançlar, davranışlar, fiziksel aktivite (PA), kilo, beslenme, sağlık, depresyon, sosyal destek, yeterlik, kültürleşme, kadercilik, aşırı kilo, düşük gelir.	Kesitsel çalışma, görüşmeciye uygulanan anket.	Latin kadınların, % 20'sinin sağlıklı bir kilosu vardı, % 46'sı fazla kilolu ve % 34'ü obezdi, % 83'ü PA yönergeleri toplantısında bildirildi ve % 59'u ağırlık bakımı için gerekli olan PA süresinin yetersiz olduğunu belirtti. Aşırı kilolu kadınlar sağlık seviyelerini düşük bulurken sağlıklı bir kilosu olan çoğu kadın sağlığını iyi olarak puanladı. Vücut silüet boyutu ve gazetelerden sağlık bilgisi almak istatistiksel olarak aşırı kilo ile anlamlı bir şekilde ilişkiliydi.
Meng Zhao (2011)	Karolina	Çin doğumlu göçmen kadınlar.	15	Kültürel inançlar, tutumlar, sağlık ve sağlık bakımı.	Derinlemesine görüşmeler.	Bu çalışmanın bulguları, önceki çalışmaları destekler niteliktedir ve Çin doğumlu göçmen kadınların diğer göçmen grupları ile bazı inançları paylaşmasına rağmen onların kendilerine ait kültürel sağlık inançları olduğunu göstermektedir. Bulgular ayrıca, bu kadınların mevcut kültürel sağlık inançlarına yeni anlayışlar da ekler. Sosyalleşme yoluyla, Çin doğumlu göçmen kadınlar

						toplum tarafından bağlanır ve etkilenir. Onlar esas olarak sağlık bilgileri için diğer arkadaşlarını veya interneti referans almaktadır.
Stephanie A. Robert, Bridget C. Booske. (2011)	A.B.D.	Kasım 2009'den Şubat 2009'a Amerikan yetişkinleri.	2791	Sağlık, sosyal politika, sağlık politikası belirleyicileri.	Ulusal bir telefon anketi.	Katılımcılar sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerine erişimin sağlık üzerinde çok güçlü bir etkiye sahip olduğunu söyledi; onların diğer sosyal ve ekonomik faktörler için çok güçlü bir rol rapor olasılığı daha azdı. Sağlığın sosyal belirleyicileri için daha güçlü bir rol olarak kabul eden katılımcılar ve sosyal politikayı sağlık politikası olarak görenlerin yaşlı, beyaz olmayan ve liberal olması ve daha az eğitilmiş, düşük gelirli, adil/ kötü sağlıklı olması muhtemeldir. Sağlığın sosyal belirleyicileri hakkında kamu bilgisini artırılması ve daha az avantajlı grupları harekete geçirmek sağlığın geniş belirleyicilerine yönelerek yararlı olabilir.
Darrin Hodgetts (2012)	Yeni Zelanda	Evsizler		Sosyo ekonomik statü, sağlık.	Derleme	Sağlığın sosyal belirleyicilerinin içeriği, enerjik bir kamusal alan sağlanması için çok önemlidir.
Hatice Yalçın, Nurcan Koçak (2012)	Türkiye	En az bir kez gebelik yaşamış, geleneksel inanç ve uygulamalar konusunda bilgisi ve deneyimi olan, alt sosyo kültürel düzeydeki bölgelerde yaşayan, iletişim kurmakta güçlük yaşayan kadınlar.	199	Gebelik, bebek bakımı, inanç ve tutum.	Anne sağlığı ve bebek bakımında fonksiyonel olmayan inanç ve uygulamalar görüşme formu.	Sonuç olarak yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmalarının; ölçeğin gebelik, doğum, lohusalık ve bebek bakımına ilişkin uygulamalarını değerlendirme amacına hizmet edebileceğini ortaya koyduğu kabul edilmiştir.

Meltem Çiçekoğlu, Zeliha Ocek, Şafak Taner, Meral Turk, Feride Aksu Tanik, Kıvanc Yüksel. (2012)	İzmir	2005- 2006 akademik yılı başında araştırmaya katılan ege üniversitesi tıp fakültesi dördüncü sınıf ve altıncı sınıf öğrencileri.	559	Tıp öğrencilerinin tutumu, sağlık ve koruyucu hizmetlerin sosyal boyutları.	Anket araştırmacılar tarafından geliştirilen ölçek, güvenilirlik ve geçerlilik cronbach-alfa katsayıları ve faktör analizi ile değerlendirildi.	Faktör analizinden (koruyucu hizmetlerin önemi, sağlık, sosyal boyutlarının önemi, koruyucu hizmetler sorumluluklar) üç faktör ortaya çıkmıştır. Bu faktörler toplam varyansının 48,4% 'u olarak açıkladı. Cronbach alfa değeri 0.77 oldu. Diğer bir deyişle, bu çalışmada geliştirilen ve değerlendirilen ölçek, tıp öğrencilerinin tutumlarını değerlendirirken kullanılabilir, güvenilir, geçerli ve uygulanabilir bir araçtır.
Samuel. Y. Opoku, Martin Benwell, Joel Yarney. (2012)	Gana'da Akra ve Sunyani.	Ganalı kadınlar	499	Meme kanseri ile ilgili bilgi ve uygulamalar, sosyo-ekonomik ve kültürel yönü.	Nitel ve nitel yöntemler. bir iletişim ve eğitim modeli olarak planlanmış davranış kuramkullanıldı. (Anketler. Ekleme yarı-yapılandırılmış mülakatlarda).	Genellikle, katılımcıların hastalık hakkında bilgi açığı olduğu görüldü. Ancak, daha yüksek eğitim düzeylerinin hastalığın daha iyi değer kazanması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Katılımcıların tutumları çoğu ölümle bağlantılı olan hastalık korkusu içerir; inkâr ve suçluluk; yanı sıra doğaüstü nitelikler gibi. Kendi kendine bildirilen meme kanseri tarama oranı (Kendi kendine meme muayenesi % 32, Klinik Meme Muayenesi % 12 ve mamografi% 2) zayıftı, fakat katılımcıların yüksek eğitimli meme kanseri tarama uygulamaları için çok önemli oldu. Yazarlar çalışmada Gana'da rutin mamografi taramasının mümkün olmadığını görülmüştür ve bu yüzden farklı bir yaklaşımın gerektiği sonucuna ulaşmıştır.
Theo Lorenc, Mark Petticrew, Vivian Welch, Peter Tugwell (2012)	MEDLINE	Diferansiyel müdahale verileri sunmanın, yüksek gelirli ülkelerde olmayan sağlık müdahalelerinin herhangi bir sağlık durumu veya dışarı sağlık		Müdahalede oluşturulan eşitsizlikler (MOE).	Sosyo ekonomik duruma göre (MOE) üzerinde delilleri tespit etmek için sistematik değerlendirmeye hızlı bir bakış.	"Aşağı akım" önleyici müdahalelerinin sağlık eşitsizliklerini arttırması, "yukarı akım" önleyici müdahalelerinden daha muhtemeldir.

		davranışları üzerine etkileri.				
Frances E Baum, David G Legge, Toby Freeman, Angela Lawless, Ronald Labonté, Gwyneth M Jolley. (2013)	Avustralya	Birinci basamak sağlık hizmetlerinden personel ve yöneticiler, bölgesel sağlık yöneticileri ve departman kurucuları.	86	Sosyal sağlık belirleyicileri ve oluştururken yaşanan ikilemler.	Yarı-yapılandırılmış mülakatlar.	Sistemik destekleyici politikasının çerçevelerin ve yapının yokluğu temel sağlık hizmetleri için Sağlık önerilerinin Sosyal Belirleyicileri Komisyonu hareketi için zor olduğu anlamına gelir.
Ahmed Mandil, Monique Chaaya, Dahlia Saab (2013)	Doğu Akdeniz bölgesi.	Hastalığın ve sağlık eşitsizliklerin yükünü vurgulayan risk faktörleri verileri.		Çoğunlukla hastalıklara katkıda bulunan ve sağlık eşitsizliklerin yükünü vurgulayan hastalık, ölüm ve risk faktörleri verileri.	Çeşitli kaynaklar kullanıldı; medline arama, medline / pubmed doğu akdeniz dergiler için index medicus indeksleme durumu kontrol edildi. Bir anket çalışması ve işgücünün türünde epidemiyolojik veri toplamak için tasarlanmıştır.	Büyük eşitsizlikler Doğu Akdeniz Bölgesindeki milletler arasında özellikle sosyal çatışmalara çok eğilimli olanlarda mevcuttur. Doğu Akdeniz Bölgesindeki yaşa standardize engellilik ayarlanmış yaşam yılları oranı düşük ve orta gelirli ülkelerde bulaşıcı hastalıkların en fazla katkısı (% 45) ve yüksek gelirli ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklarda (% 64) ile 1000 nüfus başına dünyanınkinden daha yüksektir. İran ve Pakistan'ın, 1996-2012 yıllarında en yüksek sayıda yayını vardır, fakat ancak Kuveyt 100 000 nüfus başına düşen en yüksek yayın orana sahiptir. Doğu Akdeniz Bölgesi için Index Medicus dergilerin çoğunluğu Medline / PubMed endeksli değildir. Halk Sağlığı Yüksek Lisansı en yaygın eğitim şeklidir. Yazarlar epidemiyolojik durumu iyileştirmek için çabaların gerekli olduğuna karar vermişlerdir. Sağlıkta kanıta dayalı politika değişikliği ve epidemiyologlarının saha eğitimi için müthiş bir ihtiyaç vardır.
Antonio Ivan Lazzarino, Mark Hamer,	İngiltere	Başlangıçta kanser ve kardiyovasküler hastalığı serbest	66518	SED, psikolojik sıkıntı, ölüm nedenleri.	Tabakalı rastgele örnekleme ve katılımcılar ulusal istatistik ofisi	Ölüm oranı üzerine, düşük SED kategorilerine göre, psikolojik sıkıntının zararlı etkisi yükseltilir. Yüksek SES kategorilerindeki insanlar daha

Emmanuel Stamataki, Andrew Steptoe. (2013)		olan ve 1994-'den 2004'e İngiltere'de özel hanelerde yaşayan, 35 ≥ yaşında İngiltere sağlık araştırmasından katılımcılar.			ölüm kayıtları prospektifine bağlandı. Psikolojik sıkıntı 12 maddelik genel sağlık anketi kullanılarak ölçüldü ve SED meslek sınıfı tarafından endeksli idi.	düşük ölüm oranına sahipken, psikolojik sıkıntının yüksek düzeyde olduğunu belirtirler.
Aslı Küçükönal, İlknur. K. Altunay, Ezgi Aktaş, Gülşen. T. Demirci. (2013)	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul, Türkiye.	Başvuran, 18 ≥ yaş, klinik ve histopatolojik olarak kronik plak tipi psoriasis tanısı almış kişiler.	111	Psoriasis hastaları, bilgileri, görüş ve tutumları.	Anket formu.	Bu araştırmanın sonucunda toplumda psoriasis hastalarının hastalıkları hakkında yeteri kadar bilgi sahip olmadığı görülmüştür. Dermatologların, psoriasis hastalarının bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi konusuna daha çok eğilmeleri gerektiğini düşünülmektedir.
Helen Lundell, Jeff Niederdeppe, Christopher Clarke. (2013)	ABD	Liberaller, muhafazakârlar.	93	Kötü sağlık ve sağlık eşitsizliklerinin nedenleri hakkında inançları.	Grup konuşmaları.	Sağlık eşitsizliklerini ve onların sosyal belirleyicilerini irdelemedeki başarı, sağlık nedenselliğinin kamu algısını anlamayı, sorumluluk niteliklerini ve sosyal çözümleri gerektirir. Katılımcılar, sağlık için sorumluluk katmanlarını belirleyerek, sağlık nedenselliği ve eşitsizlikler hakkında son derece farklı görüşlerini ilettiler. Ancak, bireysel davranışlar ve kişisel sorumluluk tartışmaya hakimdi ve sosyal belirleyicilerin önemini bir karşı argüman olarak sundular. Katılımcılar ayrıca sağlık eşitsizliklerinin giderilebilmesi için kabul edilen politika aralığı için sınırlı duyarlık gösterdi. Politika girişimleri kamu desteğinden faydalanmak üzere siyasi destek kazandığından, yazarlar akademisyenler ve

						savunucuları için araştırma yolları ve olası iletişim stratejileri önerirler.
Tam Truong Donnelly, Al-Hareth Al Khater, Salha Bujassoum Al-Bader, Mohamed Ghaith Al Kuwari, Nabila Al-Meer, Mariam Malik, Rajvir Singh, Sofia Chaudhry, Tak Fung. (2013)	Katar	Kadın katar vatandaşları ve arapça konuşan sivil katar sakinleri, 35≥ yaş.	1.063	Arap kadınların sağlık arayışı davranışlarını etkileyen inançları, değerleri ve tutumları.	Çok merkezli, kesitsel nicel araştırma.	Meme kanseri taramasının'daki (MKT) düşük farkındalık düzeylerine ve düşük katılım oranlarına ek olarak, katılımcıların dörtte biri doktorların onlarla meme kanseri hakkında konuştuklarını belirtmiştir ve kadınların yarısı meme kanserinin önlenebileceğine inandıklarını bildirmişlerdir. MKT uygulaması yapılan kadınların, onlarla meme kanseri, iyi-mükemmel sağlığa sahip olduğuna inanmaları, kanserin önlenebileceği ya da kanserin kalıtsal olabileceği hakkında konuşan bir doktora sahip olması daha olasıdır. Çoğunluğu kanser olup olmadığını bilmek ve sağlık ihtiyaçlarının karşılandığını hissetmek ister. MKT 'nın planlamaması için verilen başlıca nedenler doktorların tavsiye, korku ve utanç eksikliğidir.
Linda Majaj, Majed Nassar, Manuela De Allegri. (2013)	Ramallah ilçesi	Köydeki kadınlar.	30	Sosyo-kültürel rol, Sağlık inançları, İşgal altındaki filistin toprakları, kadın sağlığı, sağlık arayışı.	Yarı-yapılandırılmış görüşmeler, andersen modeli.	Bulgular kadınların profesyonel bir yardım almayı geciktirdiğini, kendi öngördüğü ilaçları ve ev tedavisini kullandığını ve önleyici ve eğitimsel sağlık hizmetlerini kullanmadığını gösterir. Onların sağlık arama davranışı çeşitli faktörlerin etkileşimi sonucudur: onların cinsiyete dayalı sosyo-kültürel rolü; sağlık inançları; mali ekonomiklik ve coğrafi erişilebilirlik; bakım kalitesi algıları ve algılanan sağlık ihtiyacı. Sağlık sisteminin doğrudan ilgili olanlar dışında sosyo kültürel boyutları ele almayı gerektiren yeterli sağlık politikası planlaması olduğu öne sürülerek, bulguların politika etkileri ışığında tartışıldığı yazarın işaret ettiği konudur.
Martijn Huisman, SannaRead, Catriona A. Towriss, Dorly J. H. Deeg,	DSÖ, Avrupa bölgesi	≥65 yaşındaki insanlar üzerine makaleler.	175	Sağlık sonuçlarında; yaş, cinsiyet, sosyo ekonomik, eğitim,	1990 sonrası yürütülen ampirik araştırmalar derlemesi.	Bu derlemede yer alan makaleler, gözlenen göreceli risk ölçüleri 2,00'den nadiren daha yüksek olmasına rağmen, sosyo ekonomik konuma göre ölüm hızında eşitsizlikler tüm ülkelerde hem erkekler hem de kadınlar için eski çağlardaki gibi devam ettiği

Emily Grundy. (2013)				ya da etnik köken farklılıkları.		hakkında bilginin mevcut olduğu hakkında hiçbir kuşkuya yer bırakmamaktadır. Yine, mevcut kanıtlar tabanı, İskandinav ve Batı Avrupa ülkelerinden daha çok geniş ölçüde ulusal çalışmalarda ve Güney Avrupa'da kentsel alanlardaki yerel çalışmalar, ağırlıklı olarak coğrafi temelidir. Bu yanlışlık ölüm hızında eşitsizlikleri azaltmak için Avrupa çapında politikalarının tasarımını engelleyecektir.
Maya Rom Korin, William F. Chaplin, Jonathan A. Shaffer, Mark J. Butler, Mary-Jane Ojie, Karina W. Davidson. (2013)	Yeni İskoçya	Önceden kayıtlı koroner kalphastalığı olmadan kurumsallaşmamış yeni İskoçya 1995 ve 10 yıl boyunca takip edildi.	2,688	Cinsiyet, Kalp hastalığı önlenabilirliği ve koroner kalp hastalığı (KKH) insidansında inançlar.	Bir popülasyon tabanlı anket.	Sigaranın önlenmesi ve geçersizliği sağlık inancında KKH vakasında erkeklerde değil kadınlarda önemli bir bağımsız belirleyici oldu.
Nancy Grant Harrington. (2013)	ABD	İletişim dergisindeki makaleler.	10	İletişim stratejileri, sağlık eşitsizlikleri.	Orijinal ampirik çalışmalar raporu veya sağlık eşitsizlikleriyle ilgili araştırma literatür.	Yazar üzerine sonuç göstermiştir ki: "Bu alanda çalışan iletişim bilim adamlarının aramızdaki en savunmasızların sağlığını ve refahını geliştirmek için potansiyeli olan teori odaklı uygulamalı araştırma yapmak için ayrı bir fırsatı var".
O.T.Mytton, E.M.O'moore, T.Sparkes, R.Baxi, M.Abid. (2013)	İngiltere	Sağlık çalışanları.	998	Bilgi, tutum ve sağlık çalışanlarının davranışı, grip aşısı.	Bir çevrimiçi anket güney merkez stratejik sağlık otoritesi sağlık çalışanlarına E-posta ile dağıtıldı.	Personelin grip ile ilgili bilgi, tutum ve inançları ve aşılamanın önemli bir belirleyicisidir ve alımını teşvik etmek için kampanyalar için bir hedef olmalıdır.

Yvette Emond, Josde Groot, Wendy Wetzels, Liesbeth Van Osch (2013)	Hollanda	Hollandalı onkoloji hemşireleri ve tıbbi uzmanlar.	130	Sağlık çalışanlarının görüşleri, bilişler ve internet tabanlı bilgilere kanser hastalarını sevk ile ilgili davranışlar.	Online ve yazılı anket dağıtıldı.	Hastaların bilgi ihtiyaçlarını tanıma, kanser bakımında sağlık çalışanları arasında İnternet sevk sonuçlanması değildir. Bu çalışma sağlık çalışanlarının İnternet referans davranışının davranışsal belirleyicileri ile ilgili değerli bilgiler verir. Gelecek müdahalelerde belirleyicilerini ve engelleri hedefleme eğitim uygulamalarının optimizasyonu için fırsatlar sağlayacaktır.
I. Gilles, B. Bejaoui, N. Courvoisier, A. Cle Mence. (2014)	Fransa	Aix-les Bains'den dezavantajlı beş ilçe.	288 halk, Bu ilçelerde çalışan 28 profesyone.	Sağlık belirleyicileri, dezavantajlı kentsel alanlarda, halk ve profesyoneller.	Açık uçlu anket, metin yanıtlar alceste yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir.	Yazarlar, dezavantajlı kentsel alanlarda sağlık belirleyicilerini temsil eden, halk ve profesörlerin bir dizi farklılığını gözledi: Daha önce, kişisel sorumluluk ve marjinalleşme (finansal, hap kullanımı ya da alkol problemi) ile ilgili konularda sağlıkla ilişkili alanlarda kişisel sorumluluk sosyal, ailevi ve profesyonel ilişkiler ile birlikte karışık olarak ele alınmıştır. Uzman ve katılımcı grubun her ikisi de yaşam tarzının ve olayları kontrol etmenin sağlığın önemli belirleyicisi olduğunu vurgulamışlardır.

EK-2**Sağlığı Belirleyen Unsurlar Hakkında Tüketici Tutum ve İnançları Anketi****Sayın katılımcı**

Bu anket çalışması, Sağlık politikaların belirlenmesi kapsamında Tüketicilerin Sağlığının belirleyicileri konusunda görüşlerini belirlemek üzere doktora çalışması için hazırlanmıştır. Anket yaklaşık 10 dakika sürecektir. Çalışma bilimsel amaçlı olup, anketi dolduran kişilerin bilgileri kesinlikle üçüncü şahıslara paylaşılmayacaktır. Ankete ayrıldığınız zaman ve verdiğiniz katkılar için teşekkür ederiz.

Wafaa A. T. Menawi

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ
DOKTORA PROGRAMI ÖĞRENCİSİ

Örnek sıra no:**Tarih:****İl:****İlçe:****Mahalle:****Cadde – Sokak:****Sosyo – ekonomik durum kod** **Yüksek** **Orta** **Düşük**

Sağlığı Belirleyen Unsurlar Hakkında Tüketici Tutum ve İnançları Anketi

1. Cinsiyetiniz?

1. Kadın
2. Erkek

2. Yaşınız?

1. 18-35
2. 36-55
3. 56-65
4. 66 ve üzeri

3. Beden Kitle endeksi:

(Boy Kg:)

4. Eğitim durumunuz?

1. Okuryazar değil
2. Okuryazar
3. İlköğretim
4. Orta öğretim
5. Ön Lisans
6. Lisans
7. Lisansüstü ve doktora

5. İkamet ettiğiniz ilçe?

1. Altındağ
2. Mamak
3. Yenimahalle
4. Keçiören
5. Çankaya
6. Diğer (.....)

6. Maddi sorunu yaşadınız mı?

1. Evet
2. Hayır

7. Mesken sorunu yaşadınız mı?

1. Evet
2. Hayır

8. Ailenizin gelir durumu?

1. 1000 ve daha az
2. 1001-3000
3. 3001 ve üzeri

9. Ailede kronik hastalığı olan var mı?

1. Evet
2. Hayır

10. Yaşadığınız konut size mi ait?

1. Evet
2. Hayır

11. Yaşadığınız konut aileniz için yeterli mi?

1. Evet

12. Mesleğiniz?

1. Memur
2. İşçi
3. Serbest Meslek
4. Emekli
5. Ev Hanımı
6. Öğrenci
7. İşsiz
8. Diğer (.....)

13. Sağlık durumunuz?

1. Kötü
2. İyi
3. Çok iyi

14. Bugüne kadar herhangi bir Sağlık sorunu yaşadınız mı?

1. Evet
2. Hayır

15. Cevabınız evet ise aşağıdakilerden hangi sağlık sorununu yaşadınız?

1. Konjestif Kalp Yetmezliği
2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
3. Bağ dokusu/ Romatizma Hastalığı
4. Peptik Ülser Hastalığı
5. Karaciğer Hastalığı
6. Şeker Hastalığı
7. Kanser
8. Hipertansiyon
9. Bulaşıcı ve parazit hastalığı
10. Depresyon
11. Psikoz
12. Madde suiistimali
13. Diğer -----

16. Son bir yıl içerisinde ayaktan tedavi aldınız mı?

1. bir sefer
2. 2-3
3. 4-5
4. ≥ 6
5. Hayır

17. Son bir yıl içerisinde Acil servise veya polikliniğe başvurduunuz mu?

1. bir sefer
2. 2-3
3. ≥ 4 ve daha fazla

Teşhis ve tedavi ile ilgili hasta/ aile eğitimi																				
Enfeksiyon önleme rehberinin sağlık kurumunda bulunması																				
Sağlık kurumunun uluslararası önleme standartlarını (Universal) takip etmesi																				
Bulaşmayı minimuma düşürmek için Sağlık kurumunda temizleme prosedür kullanılması																				
Temiz ve pis malzemeleri ayrı yerlerde depolanması																				
Sağlık kurumu misyonunun bulunması																				
Sağlık kurumu kalite iyileştirme programlarının uygulanması																				
Çalışanların kalite geliştirme programlarının farkında olması																				

23. Politik görüşünüz?

1. Muhafazakâr
2. İlimli
3. Liberal
4. Sosyal Demokrat
5. Milliyetçi
6. fikrim yok

Çalışmamızı dikkat ve titizlikle doldurduğunuz için Teşekkür Ederim

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Wafaa A. T. Menawi
 Uyuğu : Filistin
 Doğum tarihi ve yeri : 10. 05. 1976. Nablus
 Medeni hali : Bekâr
 Telefon (Cep) : 0 (554) 5956471
 E-mail : : Wafaa-Allam2012@Hotmail.Com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek lisans	An-Najah Ulusal Üniversite/ halk sağlığı.	01.06.2005
Lisans	An-Najah Ulusal Üniversite/ laboratuvar-	20.06.1998
Lise	Al Aişyye lisesi/ Fen-Matematik.	25.06.1994

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2006-2010	An-Najah Ulusal Üniversite	kimyasal, biyolojik ve ilaç analizi Lab
2006-2010	An-Najah Ulusal Üniversite	Yarı zamanlı öğretim görevlisi
1998-2006	Tala'a _El amal Okulu	Öğretmen

Yabancı Dil

İngilizce ve Türkçe

Yayınlar

- 1.Musmar, S., Musmar, M., AL- Minawi, W.(2009) Nablus'ta An-Najah Ulusal Üniversite Öğrencileri Arasında Allerjik Rinit ve Risk Faktörleri Açısından Yaygınlığı, *MEJFM*; 7 (3).
- 2.Musmar, S., Musmar, M., AL-Minawi, W.(2010) Filistinli Öğrencilere Avrupa ve İran Denklemelerini Uygulayarak Pik Ekspiratuar Akım Oranlarının Karşılaştırılması. *EMHJ*, 16 (4).

3. Aydoğan, E., Güleç, D., Menawi, W. (2013). *Sağlık Turizmi Hastanelerinin Misyon İfadeleri: Türkiye, ABD, Hindistan Karşılaştırması*, 7. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Konya, Türkiye. 1330- 1339.
4. Güleç, D., Menawi, W. (2013). *Cerrahi İşlem Gören Hastalarda Aydınlatılmış Rıza*, Poster Sunumu, Türk- Amerikan Tıp Hukuku ve Etiği Uluslararası Sempozyonu, Ankara.

Hobiler

Edebiyat yazma, at binme, meditasyon yapma.



GAZİ GELECEKTİR..



Charles G. L. ...

