



TC İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

10220284

Danışman: Prof. Dr. Ayşe YÜKSEL

İstanbul, 2019



TC İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı

10220284

177150108 Öğrenci numaralı Fatma ÇARIKÇI tarafından hazırlanan bu çalışma .../.../ 2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

KABUL.VE.ONAY

Fatma ÇARIKÇI tarafından hazırlanan “Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Sağlık Sosyal Belirleyicileri Hakkındaki Bilgilerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışma, Savunma Sınavı tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Tezin/Raporun Türü olarak kabul edilmiştir.

Başkan : [Unvanı, Adı ve SOYADI]
(Danışman)

Üye : [Unvanı, Adı ve SOYADI]

Üye : [Unvanı, Adı ve SOYADI]

Üye : [Unvanı, Adı ve SOYADI]

Üye : [Unvanı, Adı ve SOYADI]

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

[İ m z a]
[Unvanı, Adı ve SOYADI]
Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Sağlık Sosyal Belirleyicileri Hakkındaki Bilgilerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

[Tarih ve İmza]

Fatma ÇARIKÇI

ONAY

Tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumunyıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

[Tarih ve İmza]

Fatma ÇARIKÇI

ÖZET

SOSYAL HİZMET BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ HAKKINDAKİ BİLGİLERİNİN ve YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma ÇARIKÇI

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Ayşe YÜKSEL

Haziran, 2019 – 77 sayfa

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri kavramı, bireylerin, erken yaşamdan ölüme kadar yaşadığı ortamların tamamında sağlık ve hastalık durumu üzerinde etkili olan sosyal belirteçleri içermektedir. Bu bağlamda, bireylerin ve toplum sağlığı açısından olduğu gibi yaşam kalitesi açısından da önemli bir kavram olan sağlığın sosyal belirleyicileri, gelir ve toplumsal sınıf, ırk, etnik köken, toplumsal cinsiyet, cinsel yönelim, eğitim düzeyi, barınma durumu, yaşanılan mahalle, sosyal çevre ve sosyal destek, sağlık hizmetlerine erişim konularını kapsamaktadır. Bu çalışmanın amacı, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Sağlığın Sosyal Belirleyicileri hakkındaki bilgileri ile Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir. İlave olarak, sağlığın sosyal belirleyicileri ve yaşam kalitesinin demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında, Arel Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü'nde öğrenim gören 129 öğrenciye sosyo-demografik bilgi formu, yaşam kalitesi kısa form 36, sağlığın sosyal belirleyicileri bilgi düzeyi anketleri uygulanmıştır. Toplanan veriler, "IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) İstatistiksel Analiz Programı 23. Versiyonu" kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma sonuçları, son sınıfta öğrenim gören sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin sağlığın sosyal belirleyicileri kavramına ilişkin bilgi düzeylerinin ikinci ve üçüncü sınıf öğrencilerine göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan, kavrama ilişkin-bilgi düzeyleri diğer değişkenlere göre farklılık göstermemektedir. Yaşam tatmini kapsamında erkek öğrencilerin kızlara göre, çalışmayan öğrencilerin ise çalışan arkadaşlarına göre daha yüksek mental sağlığa sahip olduklarını, diğer demografik değişkenlere göre bir farklılık olmadığını göstermektedir. Son olarak, öğrencilerin

hem fiziksel hem de mental sağlık puanları ile sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, Sosyal Hizmet Bölümü, Halk Sağlığı.



ABSTRACT

ANALYSIS OF SOCIAL SERVICE DEPARTMENT STUDENTS' KNOWLEDGE ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AND THEIR QUALITY OF LIFE

Fatma ÇARIKÇI

Master Thesis, Nursing Department

Supervisor: Prof.Dr.Ayşe YÜKSEL

June, 2019 – 77 pages

The concept of social determinants of health includes the social markers that affect the health and disease status of all the environments in which individuals live from birth to death. In this context, the social determinants of health include race, ethnic origin, gender, sexual orientation, education level, housing situation, neighborhood, social environment, social support and access to health services. The aim of this study is to analyze the relationship between the social service students' knowledge about the social determinants of health and the quality of life scores. In addition, the relationship between demographic variables and social determinants of health as well as quality of life have been analyzed. A questionnaire was applied to 129 social service students studying at Arel University. The collected data were analyzed using the IBM SPSS 23rd Version. The results of the research show that the level of fourth year students' knowledge about the social determinants of health is higher than that of others. On the other hand, it is found that knowledge levels do not differ according to other demographic variables. In the context of life satisfaction, we found that male students have higher mental health compared to female students, while non-working students have higher mental health compared to their working colleagues and there is no difference according to other demographic variables. Finally, we found that there is no statistically significant relationship between the knowledge level of students on social determinants of health and their physical and mental health scores.

Keywords: Social Determinants of Health, Social Service Department, Public Health.



ÖNSÖZ

Öncelikle bu tezin hazırlanması aşamasında büyük emek ve desteği bulunan değerli danışman hocam Prof. Dr. Ayşe YÜKSEL'e teşekkürü bir borç bilirim. Her zaman yanımda destek olan eşim Murat Erdeniz Çarıkçı'ya, bu zorlu süreçte bana güç veren canım arkadaşlarım Büşra Çalışkan'a ve Özge Salmanlı'a manevi desteklerini hiç esirgemedikleri için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu tezi, hazırlama sürecimde onunla olmam gereken zamandan çaldığım biricik kızım **Masal Deniz Çarıkçı**'ya ithaf ediyorum.

FATMA ÇARIKÇI

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	ii
YEMİN METNİ.....	iii
ONAY	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
ÖNSÖZ	ix
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xv
1. BÖLÜM	1
GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. BÖLÜM	3
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık.....	3
2.1.1 Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi	3
2.1.2.Günümüzde Halk Sağlığı.....	8
2.1.2.1. Halk Sağlığı Görüşü (Halk Sağlığı Felsefesi-Sosyal Hekimlik) ..	9
2.1.3. Halk Sağlığı Hemşireliği	10
2.1.3.1. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi	10
2.1.3.2. Hemşirenin Değişen Rolü.....	11
2.1.3.3. Halk Sağlığı Hemşiresinin Roller.....	12
2.1.3.4. Halk Sağlığı Hemşiresinin Görevleri	12
2.1.3.5. Halk Sağlığı Uygulamalarında Hemşirelik Süreci	12
2.2. Sosyal Hizmet.....	13

2.2.1. Sosyal Hizmetin Kısa Tarihi.....	13
2.2.2. Sosyal Hizmet Uygulamasının Amaçları.....	15
2.2.3. Çalışma Alanları ve Sosyal Hizmet Fırsatları	16
2.3. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri.....	18
2.4. Sağlıkın Sosyal Belirleyicilerine Tarihsel Bir Bakış.....	18
2.4.1. Sosyal Tıp	18
2.4.2. Sosyal Tıp ve Dünya Sağlık Örgütü	19
2.4.3. Toplum Tabanlı Sağlık Yaklaşımı.....	20
2.4.4. Herkes İçin Sağlık.....	21
2.4.5. Sağlıkın Geliştirilmesi	22
2.4.6. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu	24
2.4.7. “Katı Gerçekler”e Göre SSB	26
2.4.8. Dünya Sağlık Örgütü’ne Göre SSB.....	27
3. BÖLÜM	29
GEREÇ ve YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Yeri.....	29
3.3. Araştırmanın Süresi.....	30
3.4. Araştırmanın Evreni	30
3.5. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü	30
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.7. Araştırmanın Soruları	30
3.8. Araştırmaya Katılma Kriterleri	31
3.9. Araştırmaya Katılmama Kriterleri.....	31
3.10. Ön Deneme.....	31
3.11. Veri Toplama Yöntemi.....	31
3.11.1. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Bilgi Düzeyi Anket Formu Hazırlama	31

3.11.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	32
3.12. Araştırmanın Kısıtlılıkları	32
3.13. Araştırmanın Güçlü Yanları	32
3.14. Etik Kurul Onayı	33
3.15. Yasal İzin.....	33
3.16. Tez Çalışmasının Mali Desteği:	33
4. BÖLÜM	34
BULGULAR.....	34
4.1. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Bilgi Düzeyine İlişkin Değerlendirmeler	39
4.2. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Kavramı Bilgi Düzeyi Puanı	44
4.3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler	49
5. BÖLÜM	56
TARTIŞMA	56
5.1. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri ile İlgili Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgular	56
5.2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular	57
5.3. Fiziksel ve Mental Sağlık Puanları ile Sağlıkın Sosyal Belirleyicilerine İlişkin Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	60
6. BÖLÜM	62
SONUÇ VE ÖNERİLER	62
6.1. Sonuç	62
6.2. Öneriler.....	63
KAYNAKÇA	65
EKLER.....	72
ÖZGEÇMİŞ	77

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımları	34
Tablo 2: Aile Özellikleri ve Yaşanılan Yere İlişkin Dağılımlar	37
Tablo 3: Öğrencilerin Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kavramı Hakkında Sorulan Sorulara Verdiği Yanıtların Dağılımları.....	40
Tablo 4: Sınıflara Göre Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Konusunda Planlanacak Müdahaleler İçin Öncelikli Kişiler Kimler Olmalıdır Sorusuna Verilen Cevapların Değerlendirilmesi.....	42
Tablo 5: Öğrencilerin Sağlığın Sosyal Belirleyicileri İçeriği Hakkındaki Yanıtlarının Dağılımları:	43
Tablo 6: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kavramı Bilgi Düzeyi Puanlarının Dağılımları.....	44
Tablo 7: Demografik Özelliklere Göre Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kavramı Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirmesi	45
Tablo 8: Yaş ve BKİ ile Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kavramı Bilgi Düzeyi Puanlarının İlişkisi.....	47
Tablo 9: Aile Özellikleri ve Yaşanılan Yere Göre Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kavramı Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirmesi	47
Tablo 10: SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Dağılımları.....	49
Tablo 11: Demografik Özelliklere Göre SF-36 Ölçeği Puanlarının Değerlendirmesi	50
Tablo 12: Yaş ve BKİ ile SF-36 Ölçeği Puanlarının İlişkisi.....	53
Tablo 13: Aile Özellikleri ve Yaşanılan Yere Göre SF-36 Ölçeği Puanlarının Değerlendirmesi	54
Tablo 14: SF-36 Puanları ile Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kavramı Bilgi Düzeyi Puanlarının İlişkisi.....	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Cinsiyet dağılımları.....	35
Şekil 2: Sınıf dağılımları	35
Şekil 3: Kalınan yerlere ilişkin dağılımları	36
Şekil 4: Anne ve baba eğitim durumlarının dağılımları.....	38
Şekil 5: Anne ve baba eğitim durumlarının dağılımları.....	38
Şekil 6: Sınıfa göre Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kavramı bilgi düzeyi puanlarının dağılımları	46
Şekil 7: SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının dağılımları	49
Şekil 8: Çalışma durumuna göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının dağılımları	52

KISALTMALAR LİSTESİ

- ABD : Amerika Birleşik Devletleri
- BM : Birleşmiş Milletler
- BKİ : Beden Kitle İndeksi
- CSWE: Certified SolidWorks Expert (Sosyal Hizmet Eğitim Konseyi)
- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
- ICN : International Commission of Nurses (Uluslararası Hemşirelik Konseyi)
- MÖ : Milattan Önce
- MS : Milattan Sonra
- NAWS: Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
- SPSS : Statistical Package for Social Sciences
- SSB : Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri
- SSBK : Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu
- YWCA : Young Man's Christian Association (Genç Erkek Hristiyanlar Derneği)
- WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. BÖLÜM

GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün, 1948 tarihli sağlık tanımına göre, bireylerin bedenlen, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Sağlık ve hastalığın belirteçleri arasında yapı taşı olan sosyal belirteçler, halk sağlığı alanında kaynak niteliği taşıyan “Alma Ata Bildirgesi”, “Ottawa Sözleşmesi”nde yer almış, günümüze gelindiğinde ise DSÖ'nün “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu” (SSBK) ile birlikte pek çok ülkede halk sağlığı içinde önemli araştırma ve müdahale alanlarından biri haline gelmiştir (İşlek, 2017).

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri kavramının geçmişten günümüze kadar dünya genelinde yaşanan kültürel, toplumsal ve politik dönüşümlerin sonucunda yapılandığı söylenebilir (Wilkinson and Marmot, 2003).

Bugün Sağlığın Sosyal Belirleyicileri kavramı bireylerin, erken yaşamdan ölüme kadar yaşadığı ortamların tamamında sağlık ve hastalık durumu üzerinde etkili olan sosyal belirleyicileri içermektedir.

Sağlığın Sosyal Belirleyicilerinin bireylerin ve toplumun sağlığı üzerinde direk etkisi vardır ve sağlığın vazgeçilmez ölçütleri arasındadır. Yaşam kalitesini, yaşayış şeklini biçimlendirir. Bu belirleyiciler; gelir ve toplumsal sınıf, ırk, etnik köken, toplumsal cinsiyet, cinsel yönelim, eğitim düzeyi, barınma durumu, yaşanan mahalle, sosyal çevre ve sosyal destek, sağlık hizmetlerine erişim konularını kapsamakta ve temelde ekonomik ve politik güçler tarafından yapılandırılmaktadır (Wilkinson and Marmot, 2003).

Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine erişimde yaşanan engeller, toplumdaki eşitsiz dağılımın bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Toplum ve toplumlar arası eşitsiz dağılım pek çok-hastalığın temel nedeni olarak görülmektedir. Sağlık ve hastalığın nedenlerinin sağlık hizmetine ulaşmadan önce ortaya çıktığı göz ardı edilmektedir. Sağlığın Sosyal Belirleyicilerini ele alırken sağlık sistemi çerçevesinin dışına çıkamamak toplum ve toplumlar arası sağlığı korumak ve geliştirmek için yeterli olmamaktadır. Geçmişten günümüze toplumsal ve toplumlararası eşitsizlikler engellenmek üzere politikalar oluşturulsa da sağlık hizmet sunumunun, kalitesinin

arttırılması için daha kapsayıcı politikalara ihtiyaç vardır (Raphael ve Mikkonen, 2010).

Sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği, kalitesi ve kapsayıcılığı yanında, hastalıkların nedenlerinin oluşmasında ki sosyal, ekonomik ve politik belirteçler hedeflenerek müdahaleler yapılırsa hastalıkların azalması, yaşam kalitesinin artması ve sağlık düzeyinin yükselmesi mümkün olacaktır (Dereci, 2017).

Kentleşmelerin artmasıyla beraber şehirler büyümüş, bu şehirleşmelerin artmasıyla sosyal sorunlar artmış ve sosyal hizmet eğitiminin verilmesi vazgeçilmez bir hal almış, “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” nin önemi daha çok artmıştır.

Yaşamın erken dönemlerinden, çalışma yaşamına, ulaşımdan gıdaya, yoksulluktan etnik eşitsizliklere kadar birçok ana konuyu ele alan “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri”; günümüzde başta halk sağlıkçılar, sosyal hizmet uzmanları olmak üzere tam anlamıyla incelenmeli ve bunun sonucunda da gerekli tedbirler alınarak yapılan çalışmalar hızlandırılmalıdır (Wilkinson and Marmot, 2003).

Bu çalışmanın amacı; İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Sağlığın Sosyal Belirleyicileri hakkındaki bilgilerinin, Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak değerlendirilmesidir.

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

1948 DSÖ Tüzüğü'nde sağlığın tanımı şu şekilde yapılmıştır: “Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir.”

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri bağlamında sağlık, soyut bir durumdan çok somut terimlerle anlatılabilen bir sonuca ulaşma aracı olarak, insanların bireysel, sosyal ve ekonomik olarak kaliteli bir yaşam sürmesine olanak sağlayan bir kaynak olarak düşünülmektedir.

2.1.1 Halk Sağlığı Kavramı ve Gelişmesi

Halk sağlığı anlayışı ve çalışmaları toplumun tümünün sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlar. Bu yaklaşımın öncülerinden ve aslen patolog olan Dr. Charles-Edward Amory Winslow (4 Şubat 1877-8 Ocak 1957) 1923 yılında halk sağlığını şu şekilde tanımlamıştır.

“Halk Sağlığı, organize edilmiş toplumsal çalışmalar sonunda çevre, sağlık koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisini sağlayacak sağlık örgütleri kurarak, toplumsal çalışmaları her bireyin sağlığını sürdürecektir bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığıyla çalışma gücünün arttırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattır (Fişek, 1985).”

Winslow' un tanımında yer alan kavramlar ve uygulamalar bu tanımından çok önceki zamanlarda başlamıştır. Halk sağlığı kavramını anlayabilmek için hekimliğin ve halk sağlığı biliminin gelişmesinin gözden geçirilmesi gerekir (Eren ve Öztekin, 1997).

Sağlıkla ilgili eldeki en eski yazılı belge 'Gılgamış Destanı'dır. Hekimlik ve halk sağlığının geçmişinden söz eden bir bölüme başlarken Hippocrates ve Galenos'u

unutmamak gerekir. Hippocrates (MÖ 460-377) tıp ahlakı ve meslek uygulamalarının kurallarını ilk kez ortaya koymuş ve bu alanlarda ilk tıp okulunun kurucusu olmuştur.

Hippocrates'in başlattığı klinik gözlemi geliştirmek onurunu da gene eski bir İona'lı hekim olan Galenos (MS 131-201) kazanmıştır. Hippocrates ve Galenos'un çabaları insanların sağlıklı ve uzun yaşama isteklerine önemli katkılarda bulunmuştur.

Bilimsel anlamda bir hekimlik ve halk sağlığından söz edebilmek için, en azından bulaşma ve kokuşma olaylarının gözlenip saptanması gerekmektedir (Fişek, 1985).

Hastalıkların hastadan sağlam kişiye bulaşabileceği konusundaki gözlem insanlık tarihi kadar eskidir denebilir. Vebadan ölümler o denli çok ve yaygındır ki, yalnız MS 1348 yılındaki salgında saptanabilen ölüm sayısı altmış milyondan fazladır. Bilinmeyen bir tarihte Avrupalılar karantina uygulamasını bulmuşlar ve uygar dünyada veba kırımını da böylece, önemli ölçüde sona ermiş olmuştur.

Kuşkusuz bulaş düşüncesi veba ile sınırlı kalmamıştır. Günümüzde bulaş-koruma düşüncesinin vebaya yenik düşen milyonlarca insana neler borçlu olduğunu düşünmek, korunma düşüncesinin halk sağlığı alanındaki önemi konusunda bir görüş verebileceği gibi yalnız bulaşıcı hastalıklardan korunma değil, hastalıklardan korunmanın önemi konusunda da fikir verebilir.

Kokuşma düşüncesini ilk kez orta çağ İslam hekimliğinde Türk İslam kökenli Razi'de (Rhazes, El Razi) (MS 850-932) görmekteyiz. Bağdat'ta yapılacak bir hastane için en uygun yerin neresi olacağı kendisine sorulan Razi, kentin değişik yerlerindeki ağaçların dallarına et astırarak kokuşmaya en az uygun yeri saptamıştır. Bu buluş, hastalıklara karşı önlemler oluşturmada insanoğlunun attığı ilk dev adımdır. Nitekim Razi, bu yaklaşımın sonucu olarak kızamık ve çiçeğin ayrı hastalıklar olduğunu da ilk kez ortaya koymuştur. Razi'nin kokuşma kuramı İslam hekimliğini derinden etkilemiş ve Kurtuba'lı bir hekimin ilk kez bulaştan söz etmesine yol açmıştır (Okyay, Dedeoğlu, Öztekin, 2018).

Sağlıklı kalmanın zihinsel açıklamasına, başka bir anlatıyla bulaşma düşüncesine bu denli yaklaşılmış olmasına karşın, bazı hastalıkların ortaya çıkış nedenleri konusundaki bilinçsiz tutum, yaklaşık olarak 1000 yıl daha sürmüştür. Bu

zaman süresince hekimler bazı hastalıkların ortaya çıkışlarına gözle görülmeyecek kadar küçük canlıların neden olduklarına inanmakla birlikte bu mikro canlıların organik ortamlarda kendiliklerinden oluştuklarına da inanmışlardır. Louis Pasteur (MS 1822-1895), insanlığın mutluluk ve gönencine en büyük katkılardan birini yaparak germ kuralı ile bu düşünceye bilimsel olarak açıklık getirmiş, mikrobiyoloji ve halk sağlığı biliminin gerçek kurucusu olmuştur.

Pasteur 1879 yılında ise bağışıklama konularında dev adımlar atmış ve halk sağlığı biliminin temellerinin atılmasına büyük katkılar sağlamıştır(Güler ve Akın, 2015).

1854 yılında, John Snow kolera bulaşında suyun önemini ortaya çıkarmıştır. Robert Koch, koleranın etmenini (*Vibrio cholera*) 1883 yılında bulmuştur. Böylece kolera etmeni bilinmeden bulaş yolu bulunan ilk hastalıklardan biri olmuştur. Günümüzdeki “çevre bilinci” ve “çevreyi koruma” çabaları da bu şekilde başlamıştır.

Fizik ve biyolojik çevrede üreyen vektörlerin neden olduğu hastalıkların bilimsel açıklamasının yapılması halk sağlığının attığı dev adımlardan bir diğeridir. Vektörlerle bulaşan hastalıkların en çok bilineni sıtmadır (Güler ve Akın, 2015).

İlk çağ yazarları yapıtlarında sıtmanın eksiksiz bir tanımını vermektedirler. İlk ve orta çağ boyunca sıtma Akdeniz ülkelerinde çok yaygın olmuştur. Sıtmanın bu denli yaygın olması, insanların dikkatlerini sıtma görülüşü ile bataklıklar arasındaki ilişkiye çekmiştir. De Rustica adında bir yapıt yazan Columella adındaki Romalı yazar yer seçiminde çevrenin önemini belirterek dikkatleri bu noktanın üzerine toplamayı başarmıştır (Okyay, Dedeoğlu, Öztekin, 2018).

Sıtma, etmeni ve bulaş yolu bilimsel olarak açıklanmadan tedavisi bulunan ilk hastalıktır. Perulu kızılderelilerin atalarından öğrendikleri kınakına (quinaquina) ağacının kabuğunun yenilmesi ile iyileşme sağlanmakta idi. Hastalığın etmenini 1880 yılında Charles Louis Alphonse Laveran buldu. Laveran alyuvarlar içindeki plazmodileri saptamıştı ve bu çok parlak bir buluştu. Ancak uygulamaya yönelik yanı çok azdı ve bu eksikliği de Dr. Ronald Ross (MS 1857-1932) tamamladı. Bu başarıya 1897 yılında ulaştı. Hindistan’ın Secunderabad kentinde Hussein Khan adındaki sıtmalı bir adamın kanını emdirdiği anopheles türü bir sivrisineğin midesinde sıtma

parazitini mikroskop altında saptadı. Sıtmanın etmeni ve tedavisi ise zaten biliniyordu. Böylece uygarlıklar yıkan sıtma da halk sağlığı bilimine yenik düşmüştü.

Sıtmanın gizinin çözülmesinin halk sağlığına olan olumlu katkıları çoktur. Bir kez, hastalıkların bulaşmasında vektörlerin önemi kesinkes ortaya konmuş oluyordu. İkinci olarak insanların dikkatleri bir kez daha fizik çevrenin toplum sağlığındaki önemine dikkat çekilmiş oluyordu. Ayrıca, sıtmanın vektörünün anopheller oluşunun ortaya konması böcek bilimin (entomoloji) gelişmesini de başlatmış oluyordu. Öyleyse bu olumlu etki yalnız halk sağlığına değil tarım ve veteriner hekimliğinin gelişmelerine de çok önemli bir ivme kazandırmış oluyordu (Güler ve Akın, 2015).

Yoksunluk hastalıklarının bilimsel açıklamasının yapılması halk sağlığının en zor kazandığı başarılarından birisini oluşturmaktadır. İnsan bedenine “olağandışı bazı maddelerin” girmesinin hastalıklara yol açmasını kolayca kavrayan insanlar, “olağan bazı maddelerin” insan bedenine girmemesi ya da az girmesinin hastalıklara neden olacağını kavramakta son derece de zorlanmışlardır. Skorbüt çok uzun yıllar bir gemici, meslek hastalığı olarak değerlendirilmiştir. Bu hastalık da çok eskiden beri bilinmektedir ve yazılı belgelere haçlı seferleri sırasında geçmiştir. Skorbütün neden olduğu ölümler o denli salgın yapıyordu ki, insanların bunu bulaşan bir hastalık olarak algılamalarını pek yadırgamamak gerekmektedir. İngiliz komodor Anson 1740 yılında 7 gemi ve 1955 tayfa ile yola çıkmıştı. Üç buçuk yıl sonra yalnız bir gemi ile dönebildi. 1051 tayfası skorbütten ölmüştü. Oysa halk sağlığının mutlu rastlantısı 1535 yılında, Anson’un 1051 tayfasının ölümünden 200 yıl önce ortaya çıkmıştı. Jaques Cartier 1535 yılında Kanadalı bir kızıldereleden ameda ağacının öz suyunu içerek hem skorbütten korunulacağını hem de tedavisinin yapılacağını öğrenmişti ama bu bilgi 200 yıl, 1753 yılına kadar unutuldu. 1753 yılında İngiliz Donanma Hekimi James Lind limon ve portakal yiyerek skorbütün iyileştirile-bileceğini örnek bir klinik deneyle kanıtladı. Böylece, taze meyve ve sebze tüketiminin bu hastalıktan korunmadaki etkisi ortaya çıkarılmış oldu. C vitaminin bulunuşu ve giderek yapay olarak elde edilişi buluşun teknik yanıdır. Dr. Lind böylece halk sağlığında yeni bir sayfa açmıştır ve bu sayfaya “beslenme” adı verilmiştir.

İnsanoğlunun 5000 yıllık düşü olan sağlıklı yaşamın önemli ölçüde sağlanmasında genel olarak tıp ve sağlık bilimlerinin, özel olarak da epidemiyoloji biliminin gelişmesinin ve başarılı uygulamalarının altı çizilmelidir.

Hekimlik ve halk sağlığı uygulamalarının yalnız seçkinler için değil, halk kitleleri için de bir gereksinim olduğu, bu hizmetlerin toplum içine yayılması gerektiği ve kamunun bu hizmetleri sağlamasının zorunlu olduğu görüőüne “Sosyal Tıp” adı verilir. Bu görüőe “Hekimlik ve Halk Sağlığının İnsancıllaşması” adı da verilebilir. Bu görüşü ilk kez ortaya atan ve savunan kişi Grotjahn’dır (MS 1869-1931). Sosyal tıp küçük çocukları ve annelerini, okul çağı çocukları, işçileri, kimsesiz çocukları bulaşıcı hastalıklardan koruma önlemleri alınmasını öneriyor, bunlara ek olarak akılcı ya da bedence sakat ve güçsüz olanları, yaşlıları, sorunlu aileleri koruyup bakmak için kamusal hizmetler düzenlenmesini istiyordu (Köroğlu, 2015; DSÖ, 1986).

Grotjahn’ın görüşleri günümüz halk sağlığı anlayışının temel ilkeleridir. Ancak, sosyal tıbbın temel ilkelerini Galenos’da ve daha bilinçli olan Johan Peter Frank’da (MS 1745-1821) da bulmak olanaklıdır. Gene de günümüz halk sağlığı ve hekimlik anlayışını tam olarak anlayabilmek için John Ryle’nin (MS 1889-1950) Amerika Birleşik Devletleri’nde yaptığı Changing Disciplines (1948) konusundaki konuşmasında ileri sürdüğu görüşleri anımsamak gereklidir (Köroğlu, 2015; DSÖ, 1986):

“Yaşamımın 30 yılı öğrenci ve eğitici olarak klinik hekimlikte geçti. Bu 30 yıl içinde koğuşlarda mikroskopun yüksek gücü altında hastalıkların, bazen fazla kafa yormadan, gene de özenle incelendiğini gördüm. İnsan hastalıkları giderek daha yüksek bir teknikle, dolayısıyla daha fazla mekanik bir biçimde araştırılıyordu. Bu süre içinde hastaların bir ailenin, giderek daha geniş bir topluluğun, toplumun üyesi olduğu göz önüne alınmıyordu. Oysa insanın sağlığı ve hastalığı sıkı sıkıya yaşama koşullarına, evde, maden ocağında, fabrikada, mağazada, denizde ve karada ekonomik koşullara bağlıdır. Bu süre içinde tıp öğretiminde bunlar dikkate alınmamıştır. Tıp okullarında hekimlik, gösterdiği gelişme ile hasta başı incelemeleri ve iyileştirme yöntemlerinde hayli yüksek bir güce erişmiştir. Hastanelerin malzemesi (hastalar) acil olanlar dışında, genellikle ölüme yaklaştı kimselerden oluşmaktaydı. Kural olarak bu hastalar, uzun süre hastanede yatmalarına karşı pek de olumlu gelişme göstermiyorlardı. Etiyoloji ve koruma ile doktor ve cerrahlar şaşılacak kadar az ilgilenirdi.

Aslında onların bu işlere ayıracak zamanları da bilgileri de yoktu. Hastaneye yatırılacak hastaların seçiminde şu 4 kural uygulanırdı: Hastalığın az görülmesi, ağır olması, az görülen olgulardan olması ve genel olarak hastaneye yatırılmasının uygun olması. Çok görülen bazı hastalıklar, az öldürücü olanlar ve başlangıç olguları değersiz eğitim olgusu sayılırdı. Toplumun sağlık sorunları ve bunların etkilerini değerlendirmek çalışma alanının dışındadır.”

Halk sağlığı bilimi ve uygulamasının gelişip yaygınlaşmasının sonucunda önem arz eden “istenmeyen durumlar” denebilecek iki konu ayrıca belirtilmelidir. Bunlardan birincisi “nüfus patlamasıdır”. Halk sağlığının geçmişten bu yana gösterdiği gelişme eğilimine bakıldığında bu sorunda yakın bir gelecekte önemli bir derecede çözümlenebileceği söylenebilir (Okyay, Dedeoğlu, Öztekin, 2018).

Halk sağlığı bilimi uygulanmasının ortaya çıkardığı diğer bir sonuç ise uzayan yaşam süresi ile birlikte kronik ve dejeneratif hastalıklarda gözlenen artıştır. Birincil, ikincil, üçüncül koruma önlemlerinin yaygın uygulanışı ile bu sorunun da önemli ölçüde çözümlenebileceği umulabilir. Halk sağlığının gelişmesine en önemli katkılardan birini de hükümetlerin halkın sağlık sorunlarına sahip çıkması oluşturmuştur (Wilkinson and Marmot, 2003).

Günümüzde, halk sağlığı biliminde gözlenen görece duraklamanın temelinde ise sağlık hizmetlerini liberal ekonominin acımasız kurallarına teslim etmek isteği yatmaktadır (Okyay, Dedeoğlu, Öztekin, 2018).

2.1.2. Günümüzde Halk Sağlığı

Günümüzde bütün ülkelerde halka yeterli ve doyurucu bir sağlık hizmetinin nasıl verilmesi gerektiği, personelin nasıl yetiştirileceği, hangi tür personelin yetiştirilmesi gerektiği, kurulan örgütlerin nitelikleri gibi konular halk sağlığı başlığı altında tartışılmaktadır. Bu konularda karar verirken hizmetin iki yönünü bilmek gerekmektedir (Güler ve Akın, 2015).

Hizmetin birinci yönü halktır. İyi hizmet verebilmek için halkı iyi tanımak zorunludur. Halkın özelliklerini saptamak açıklığa kavuşturmak özel bilim dallarının görevidir. Etkili bir sağlık hizmeti verilebilmesi için farklı bilim dallarının bilgi ve

hizmetlerinden de yararlanmak zorunludur. Bu nedenlerle, çağdaş halk sağlığı uygulamaları bir ekip hizmeti olmak durumundadır.

Hizmette başarılı olmanın ikici yanı, hizmetin veriliş sunuluş biçimi ile ilgilidir. Halkın sağlık hizmeti ile ilgili gereksinimleri giderek değişmekte ve artmaktadır. Halkın beklentilerini ve gerçek gereksinmelerini karşılayabilmek, toplumun sağlık düzeyini geliştirebilmek için yapılacak planlamalarda ve girişimlerde halk sağlığı yaklaşımına uyulması gerekir.

Halk sağlığı yaklaşımını “görüş/felsefe” ve “uzmanlık alanı” olarak iki başlık altında incelemek gereklidir.

2.1.2.1. Halk Sağlığı Görüşü (Halk Sağlığı Felsefesi-Sosyal Hekimlik)

Çağdaş halk sağlığı anlayışının günümüzdeki içeriği son derece geniştir. Bu görüşün başlıca noktaları şunlardır (Güler ve Akın, 2015):

- Toplumsal Eşitlik,
- Çevreyle Bütünlük,
- Yaşamın Bütünlüğü,
- Toplumsal Etmenler,
- Hizmetin Boyutu,
- Korumaya Öncelik,
- Risk Gruplarına Öncelik,
- Önemli Hastalıklara Öncelik,
- Entegre Hizmet,
- Ekip Hizmeti,
- Sağlık Kalkınma İlişkisi,
- Öz Sorumluluk,
- Halkın Katılımı,
- Evrensellik,
- Koşullara Uygunluk.

2.1.3. Halk Sağlığı Hemşireliği

Halk Sağlığı Hemşireliği, (Toplum sağlığı hemşireliği) hemşirelik içinde özel bir alan kabul edilmekte, diğer hemşirelik alanlarından farklı olarak genellikle tedavi hizmetlerinin verildiği hastaneler dışında ve toplum içinde çalışmaktadır. Sağlığın temel amacı doğrultusunda; birey, aile ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hasta olanların tedavisi ve sakat kalanların rehabilitasyonu çalışmalarını sürdürmektedir. Problemlere çözüm getirmek için gerekli hemşirelik yaklaşımlarında bulunmaktadır. Çözemediği problemler olursa diğer kişi, kurum ve kuruluşlarla iş birliğine girmektedir (Erci, 2019: 17).

Halk Sağlığı Hemşireliğinin farklı literatürlerde benzer birçok tanımı yapılmıştır. DSÖ Halk Sağlığı Hemşireliğini; birey, aile ve toplum sağlığını yükseltmek, fizik ve sosyal çevreyi olumlu hale getirmek, toplumu hastalık ve sakatlıklardan korumak için çalışan, halk sağlığı ve sosyal yardımı kapsayan, hemşirelikte özel bir dal olarak tanımlamıştır. Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) Halk Sağlığı Hemşireliğini hem profesyonel hemşirelik, hem de kurumsallaşmış belli başlı halk sağlığı uygulama alanları içinde uzmanlık alanı olarak tanımlamıştır.

2.1.3.1. Halk Sağlığı Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi

Çağlar boyunca bilim ve tıptaki gelişmelere paralel olarak hemşirelik ve halk sağlığı hemşireliği bugünkü duruma gelinceye kadar birçok aşamadan geçmiştir. Dinlerin ortaya çıkması ve yayılması ile halk sağlığı hemşireliği önemli ivmeler kazanmıştır. Kilisenin rehberliğinde sosyal yardım örgütleri ve evde hasta bakımı gelişmiştir. Dini kuruluşlara bağlı bir grup kadın (Dekones) ev ziyaretleri yaparak özellikle fakir hastalara bakım vermiş, açları doyummuş ve ihtiyacı olanları giydirmiştir. Dini kuruluşlarda çalışan bu kadınlara, bugünkü anlamda ziyaretçi hemşire (halk sağlığı hemşiresi) adı verilmiştir. (Erci, 2019).

Amerika'da halk sağlığı hemşireliği fikri toplum sağlığına olan gereksinimin artmasıyla ortaya çıkmıştır. 1863'de Lilian Ward ve Mary Brewster bölge hemşireliği ve sağlığı geliştirme çalışmalarına katkı sağlamışlardır. Sağlık eğitimi 1902'de okul hemşireliği uygulaması ile başlatılmıştır. 1911 yılında hastane dışında sağlık hizmetlerini organize edecek bir komite oluşturulmuştur. Bu komitede halk sağlığı hemşireliği için toplumun sağlık gereksinimlerini karşılayacak bir organizasyonun

kurulması kararlaştırılmış ve “Milli Halk Sağlığı Hemşireliği Organizasyonu” adı verilmiştir. Başlıca görevi, her alanda toplum sağlığı fonksiyonlarını yükseltmek olan bu organizasyon, halk sağlığı hemşireliğine olan ilgi ve gereksinimi de arttırmıştır.

Türkiye’de halk sağlığı hemşireliği ile ilgili çalışmalar ilk defa 1934 yılında Refik Saydam tarafından başlatılmıştır. Bu dönemde açılan sağlık merkezlerinde çalışacak hemşirelere burslar sağlanarak Amerika’ya gönderilmiştir. Köy tipi ve şehir tipi sağlık merkezleri hizmete sunulmuştur (Erci, 2019).

Günümüzde özel olarak halk sağlığı hemşiresi yetiştiren okullar yoktur. Ancak Hemşirelik Yüksekokulları, Hemşirelik Fakülteleri, Sağlık Yüksekokulları ve Sağlık Bilimleri Enstitülerinin Hemşirelik Bölümlerinden mezun olan hemşireler çalışırken halk sağlığı hemşirelik hizmetlerini yürütmektedir. Ayrıca altyapısı iyi olan üniversitelerde halk sağlığı hemşireliği alanında yüksek lisans ve doktora eğitimi verilmektedir. Bu programlar halk sağlığı hemşiresinin alanında uzmanlaşması açısından son derece önemlidir (Erci, 2019).

2.1.3.2. Hemşirenin Değişen Rolü

Sosyal yapıdaki değişimlerin, bilim ve teknoloji alanındaki gelişmelerin hızlı olduğu çağımızda, sağlık alanında yapılan çalışmalar, mevcut bilgi ve uygulamaların hızla değişimine neden olmuş ve hemşirelik de bu değişimlerden etkilenmiştir.

Bugün insanların yalnızca hastalandıklarında değil, sağlıklı olduklarında da bakıma ihtiyaç duydukları kabul edilmektedir. Buda geleneksel hekimlik ve hemşirelik hizmetlerinden farklı bir kavramdır.

Modern hemşirelik, hastayı fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleri ile bir bütün olarak ele almanın önemine vurgu yapar. Çünkü, hastalık bireyin vücudundaki belli bir bozukluktan kaynaklanmakla birlikte tüm bedendeki dengeyi bozan, bireyi fiziksel ve psikososyal yönden bir bütün olarak etkileyen bir olgudur. Hastalık ilaçlarla ve cerrahi yöntemlerle tedavi edilebilir ancak tedavi sonunda bireyin yalnızca fiziksel sorunu çözümlenmiş olur, hastalığın bireyde yaratacağı psikososyal sorunlar çoğunlukla göz ardı edilebilir. Bu nedenle bireylerin bu açıdan ele alınmaları ayrı bir önem taşımaktadır (Erci, 2019).

Modern hemşirelik, bireyin kendi sağlık gereksinimlerini karşılayabilmesini destekler, öz bakım yeteneğini geliştirmede bireye yardım eder. Burada amaç, bireyin sağlığını nasıl geliştireceğine ilişkin seçenekleri sunmak ve onun kendi kendisine verebileceği bakım kalitesinin artırılmasını sağlamaktır. Böylece hemşire ve birey ilişkisinin yapı ve sürecinde yer alan; otoriter, hastanın ne kadar bilmesi gerektiğine karar veren, bakımla ilgili kararları tek başına alan, hastayı pasif-alıcı konumunda gören geleneksel hemşirelik yaklaşımı, yerini modern hemşirelik yaklaşımına bırakmıştır.

2.1.3.3. Halk Sağlığı Hemşiresinin Roller

Halk sağlığı problemlerinin karmaşıklığı nedeniyle halk sağlığı hemşiresi hemen her zaman çeşitli roller üstlenmektedir. Bu rollerin odağında çoğunlukla sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler bulunmakla beraber, sağlık sistemi içerisinde halk sağlığı hemşiresinin rolleri, genel hemşirelik rollerinden farklı değildir.

Bakım verici rolü, eğitici rolü, sözcülük rolü, danışmanlık rolü, yönetici-liderlik yönü, araştırmacı rolleri mevcuttur (Erci, 2019: 19).

2.1.3.4. Halk Sağlığı Hemşiresinin Görevleri

Halk sağlığı hemşiresinin beklenen rollerine uygun davranışlar göstermesi için oldukça yoğun ve kapsamlı görevleri vardır. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Hakkındaki Kanunun, 154 Sayılı Yönergesinin, 129.Maddesinde hemşirenin görev tanımları yapılmıştır.

Temel Sağlık Hizmetlerinde Hemşirenin Görev Tanımı:

- Toplum Tanılama
- Eğitim-Danışmanlık
- Doğrudan Bakım
- Kayıt

2.1.3.5. Halk Sağlığı Uygulamalarında Hemşirelik Süreci

Hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan hemşirelik süreci; sağlıklı ya da hasta bireyin ve ailenin bakım gereksinimleri ya da sorunlarının belirlenmesi ve bireye

özgü bakım verilmesinde kullanılan sistematik ve bilimsel bir yöntemdir. Hemşirelik süreci birbirinden farklı ancak birbirini tamamlayan beş temel aşamadan oluşmaktadır.

Veri toplama aşaması, hemşirelik tanısını belirleme aşaması, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamaları son derece önemlidir (Erci, 2019: 20).

2.2. Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet; insanları güçlendirmek, bireylerin, ailelerin, grupların, kuruluşların ve toplulukların, kişisel, kişilerarası, sosyoekonomik, siyasi alandaki güç ve etkilerini, onların koşullarını iyileştirerek arttırmalarına yardımcı olma sürecidir. Sosyal hizmet uzmanları, müracaatçıların çevrelerini tanıyarak, tercihler yaparak onların tercihleri için sorumluluk alarak kapasitelerini arttırmaya, organizasyon ve aktif destek yoluyla yaşam koşullarına etkide bulunmaya çalışır. Eşitlik ve adalet üzerine odaklanma temel kıstaslarıdır (Zastrow, 2013).

2.2.1. Sosyal Hizmetin Kısa Tarihi

Bir meslek olarak sosyal hizmet, nispeten çok eski olmayan bir geçmişe sahiptir. İlk sosyal refah kurumları 1800'lerin başlarında, kentsel bölgelerde yaşayan insanların gereksinimlerini karşılayacak bir girişim ile başladı. Bu kurumlar veya hizmetler, başlarda inanç önderleri ve dinsel grupların inisiyatifleriyle gelişen özel kurumlardı. 1900'lerin başlarına kadar bu hizmetler resmi eğitim almamış, insan davranışlarını çok iyi kavrayamayan inanç grupları üyeleri ve varlıklı hayırseverler tarafından sağlandı. Gıda ve barınak gibi temel fiziksel gereksinimleri karşılamak, duygusal ve kişisel güçlükleri dini telkinlerle 'sağaltım' (tedavi) konuları çalışmanın odağıydı.

Dünya'da sosyal çalışmacılar 1960'lı yıllardan sonra psikososyal teşhisli sorunların çözümünde bireye odaklanmak yerine, çevresel ve ailesel faktörlerin de ağırlıklı ele alındığı bir süreç ağırlık kazanmıştır. Sosyal çalışmada çevresiyle birlikte kişi odağı, daha da pekişmiştir (Güdek, 2012: 126).

Türkiye'de sosyal hizmet anlayışının tarihine bakacak olursak da; Türklerde din kurumu, sosyal yardım tohumlarının atılmasında etkili olmuştur.

Selçuklular döneminde ortaya çıkan Ahiler topluluğu, Osmanlı döneminde kurulan vakıflar, loncalar ve yine Osmanlı imparatorluğunun son dönemlerinde kurulan Göçmen ve Aşiretler Müdürlüğü, ihtiyaç sahibi olan insanlara yardım etmek amaçlı kurulmuşlardır.

Osmanlı'da işçi haklarına ve politika sorunlarına mecelle esas teşkil etmiştir. Günümüzdeki; Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın ilk temelleri, Osmanlı zamanında mecelle ile atılmıştır (Güdek, 2012: 128)

Sosyal hizmetler, Osmanlı İmparatorluğu devrinde Vakıf örgütlenmesi biçiminde ortaya çıkmıştır. 1893 yılında dilencilik önlenmesi için Teselün Men'ine Dair Nizamname çıkarılmış, İstanbul'da kimsesiz ve sakatların bakımı için Darülaceze kurulmuş, 1921'de Kurtuluş Savaşı sırasında, cephe gerisinde kimsesiz çocuklara bakmak için Himaye-i Etfal Cemiyeti kurulmuş, 1935 yılında Bakanlar kurulu kararı ile Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu olarak ismi değiştirilerek, düzenlenmiştir (Kongar, 1972: 161).

Sosyal çalışma ile ilgili 1959'da kurulan Sosyal Hizmetler Enstitüsüne bağlı, Sosyal Hizmetler Akademisi faaliyete geçmiş, 1963'de de, Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü, örgütlenmiştir. 1967'de ise, sosyal çalışma eğitimi başlamıştır.

224 sayılı 1961'de kabul edilen, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1982 'de 8/5319 nolu, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde sosyal çalışma departmanının görevleri ve şefinin görevleri, departmana bağlı olarak çalışacak sosyal çalışmacının görevleri, ayrıntılı olarak verilmiştir (Güdek, 2012).

20. yüzyılın başından sonuna kadar, temel sosyal hizmetleri sağlamak için profesyonel olarak eğitim almış sosyal hizmet uzmanlarına ihtiyaç duyulduğu konusunda sosyal kurumlar ve toplum tarafından giderek artan bir farkındalık ortaya çıkmıştır.

2.2.2. Sosyal Hizmet Uygulamasının Amaçları

Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NAWS) sosyal hizmet uygulamasını 5 temel amaçla kavramsallaştırmıştır (Trattner, 1974).

Amaç 1: Problem çözme sürecini etkinleştirmek, baş etmek ve insanların gelişimsel kapasitelerini arttırmak.

Amaç 2: İnsanları kendilerine kaynak, hizmet ve fırsat sağlayan sistemlerle ilişkilendirmek.

Amaç 3: İnsanlara kaynak ve hizmet sağlayan sistemlerin insancıl çalışmalarını ve etkinliğini özendirmek.

Bu düzeydeki ilave roller şunlardır:

- **Program Geliştirici:** Sosyal gereksinimleri karşılayacak program ve teknolojileri tasarlamak ve özendirmek.
- **Denetçi:** Diğer görevlileri denetleyerek hizmet dağılımının etkililiğini ve verimliliğini arttırmak için çalışmalar yapmak.
- **Eşgüdüm Sağlayıcı:** İnsan ve hizmet kaynakları arasında iletişim ve eşgüdümü arttırmak yolu ile bir dağılım sistemi geliştirmek.
- **Danışman:** Hizmetlerin etkinliği ve verimliliğini artırma yollarını önererek kurum ve örgütlere rehberlik verme yollarını araştırmak.

Amaç 4: Sosyal politikaları geliştirmek ve iyileştirmek.

Sosyal Hizmet Eğitim Konseyi (CSWE) ABD’de sosyal hizmet eğitimi için ulusal yeterlilik (akreditasyon) kurumudur. Bu kurum sosyal hizmetin amacını şöyle tanımlar:

Sosyal hizmet mesleğinin amacı, insanları ve toplulukları refaha teşvik etmektir. Başka bir amacı, birey ve çevre yapısı ile küresel bir bakış açısı bağlamında insanların farklılığına saygı ve bilimsel araştırmaya dayalı bilgi ile yönlendirilerek sosyal ve ekonomik adaleti sağlamaktır. Bir diğer amacı ise, insan haklarını sınırlayan koşulların önlenmesini, yoksulların ortadan kaldırılmasını ve toplum içindeki her birey

için yaşam kalitesini yükseltmeyi araştırma yolu ile gerçekleştirmektedir (CSWE, 2008).

Sosyal hizmetin amacının bu tanımını daha önce söz edilen sosyal hizmetin 4 amacı ile uygunluk gösterir. Ancak, aşağıda sosyal hizmetin ek bir amacı da ilave edilmiştir:

Amaç 5: İnsan ve toplum refahını özendirmek.

Sosyal hizmet mesleği tüm insanoğlunun refahını yükseltmek, topluluk refahını özendirmek, yoksulluğu, baskıyı ve diğer sosyal adaletsizlik biçimlerini en aza indirmek için de çalışmaktadır.

Her toplumun yoksul bireyleri olduğu için yoksulluk da küreseldir. Bazı toplumlarda nüfusun %95 kadarı yoksulluk içinde yaşar. Sosyal hizmet uzmanları sadece bir toplumda değil, aynı zamanda küresel boyutta da yoksulluğu azaltmak üzere çalışır.

Sosyal hizmet uzmanları yoksulluğu azaltmada ilerleme kaydetmek üzere çeşitli sistemlerle birlikte çalışır; bunlar eğitim, sağlık bakım, politik, dini ve insanlara hizmet sistemleridir.

2.2.3. Çalışma Alanları ve Sosyal Hizmet Fırsatları

ABD’de 1960’dan 2006’ya kadar işe alınan sosyal hizmet uzmanlarının sayısı % 600’den daha yükseğe çıktı: 95 binden 595 bine yükseldi. Yaklaşık 10 işten 5’i sağlık, bakım ve sosyal yardım kurumlarında, 10’da 3’ü devlet veya eyaletler tarafından esas olarak sağlık ve insan hizmetleri alanlarında işe alınmıştır. Çoğu sosyal hizmet uzmanı kentlerde veya kentsel alanlarda işe alınmalarına karşın bazıları kırsal alanlarda görevlendirilebilmiştir (URL-1).

Büyüyen yaşlı popülasyon ve yaşlandıkça çocuklaşan kuşağın artması sağlık ve sosyal hizmetlere talebi daha büyük ölçüde artıracaktır; bu durum, yaşlılarla çalışan sosyal hizmet uzmanları arasında hızlı büyük bir iş istihdamı yaratacaktır (Zastrow, 2013: 24).

Akıl sağlığı ve madde istismarı konusunda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının oranı her geçen gün artacaktır. Özellikle, madde bağımlılığı konusunda uzmanlaşan sosyal hizmet uzmanları güçlü bir talep yaşayacaklardır. Madde kullanan birey sayısının hızlı bir şekilde her geçen gün artması, oluşturulan politikalara rağmen bu oranın düşürülemediği gerçeğini yadsımamak gerekmektedir. Bu eğilim büyüdükçe iyileşme yolunda müracaatçılara yardım etmek üzere tedavi programlarına ve sosyal hizmet uzmanlarına talep artacaktır.

Tıp ve halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının artması beklenmektedir. Günümüzde artık hastaneler hastaları geçmişte olduğundan daha erken taburcu etmektedir, buna bağlı olarak da evde sağlık bakım hizmetlerinde sosyal hizmet uzmanlarının iş bulma olasılığı giderek artmaktadır. Bunun yanında giderek artan yaşlı nüfus daha büyük bir mesleki etkinlik alanı oluşturmaktadır. Yaşlılık temelinin de uğraş veren sosyal hizmet uzmanları için iş olanakları, yardımcı ile yaşayan veya yaşlı yaşam topluluklarının büyüyen sayısı ekseninde aratacak gibi görünmektedir. Büyüyen yaşlı nüfus, aynı zamanda bakımevlerinde, uzun dönemli bakım merkezlerinde ve huzurevlerinde sosyal hizmet uzmanları için talebi artıracaktır.

Sosyal hizmet uzmanları için korumacı bakım, uyum, şartlı tahliye ve tek başına yaşayan ebeveyn hizmet, danışmanlık, günlük bakım hizmetleri, okul sosyal hizmeti, risk altındaki nüfus gruplarına hizmetler, emeklilere hizmetler, Boy Scouts (Amerikan İzcileri) ve YWCA programları, dinlenme hizmetleri, tıbbi veya ruhsal hastanelerde sosyal hizmet, yoksulluk karşıtı programlar, bakımevlerinde veya yaşlılar için diğer servislerde sosyal hizmet, evlilik danışmanlığı, ilaç ve alkol konusunda danışmanlık, duygusal olarak sıkıntıda olanlara hizmet, düşük yapanlara danışmanlık, aile planlaması hizmetleri, fiziksel olarak engelli olan insanlara hizmet, cinsel danışmanlık, eşit hak hizmetleri, koruyucu hizmetler, rehabilitasyon merkezlerindeki hizmetler, araştırma, sosyal hareket ve fon gelişimi dahil çok çeşitli iş alanları mevcuttur. Bu doğrudan hizmetlere ek olarak sosyal planlamada, topluluk örgütlenmesinde, danışmada, denetimde, eğitimde ve yönetimde ileri mesleki eğitimi alan sosyal hizmet uzmanları için iş olanakları her geçen gün artmaktadır (Zastrow, 2013: 25).

2.3. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Sağlığın, sosyal belirteçlerin etkisi altında olduğu düşüncesi yeni değildir. Fransız hekim Louis Rene Villerme 19. yüzyılın başlarında Paris'in farklı mahallelerinde yaptığı araştırmaları sonucu mortalite nedenlerinin bireylerin yoksulluk dereceleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Yine İngiliz sosyal reformcu hekim Edwin Chadwick, 1842 İngiltere'sinde tüccar ve işçi sınıflarının yaşam koşullarının farklılık gösterdiğini, bu farklılıkların ise yaşam süreleriyle ilişkili olduğunu yayınlamıştır. 1848'e gelindiğinde ise Prusyalı ünlü patoloğ-epidemiolog Rudolf Carl Virchow Yukarı Silezya'da yaşanan tifüs epidemisini araştırmak üzere üstlenmiştir. Virchow'un hazırladığı rapor, bu hastalığın ortaya çıkması ve yayılmasının insanların yaşama ve çalışma koşullarıyla özellikle de yetersiz barınma, su ve gıda ile olan güçlü ilişkisini vurgulamaktadır. Virchow'un acil bir halk sağlığı sorunu olarak bu salgın için çözümlü, toplumsal eşitsizliklerin önlenmesidir. Sosyal tıbbın öncülerinin 1800'lerde başlıyan çabaları bugün bu konuyu halk sağlığının merkezine taşımıştır (Waitzkin, 1981).

Sağlığın sosyal belirleyicileri insanların sağlığını hem yaşama, barınma, çalışma koşulları ve gelir durumu gibi maddi; hem de stres, toplumsal dayanışma, toplumsal sermaye ve görelî yoksunluk, toplumsal dışlanma gibi biyopsikososyal yollardan etkilemektedir. (Wilkinson and Marmot, 2003)

2.4. Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Tarihsel Bir Bakış

2.4.1. Sosyal Tıp

Sosyal tıbbın kurucularından olan Virchow, çağının en saygın patoloğlarından olmanın yanı sıra antropoloji ve arkeoloji ile de ilgilenmiş çok yönlü bir bilim insanıdır. Sosyal tıp alanında yaptığı çalışmaların sonuçları günümüzde de hala önemini yitirmemiştir.

Virchow, 190 sayfalık bir rapor hazırlamış ve bu raporda hastalığın sosyal nedenlerine vurgu yapmıştır. Frederick Engels'in 1844 tarihli "İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu" çalışması da bu raporu desteklemiştir. 1848'de Almanya'daki devrimci politik eylemlerde aktif olarak yer almış ve Sağlık Reformu adlı haftalık gazetenin kurucularından birisi olmuştur. Bu gazete "Tıp Bir Sosyal Bilimdir" ve

“Hekim Yoksulun Avukatıdır” başlıklarıyla sosyal tıbbı görünür hale getirmiştir. 1850’lerden itibaren Berlin’de şehir yönetiminde yer almış, ölümüne kadar özellikle sanitasyon hizmeti ve diğer halk sağlığı konularında reformlara imza atmıştır (Brown, 2006; Pridan, 1964).

Virchow, hastalıkların sosyal nedenlerine vurgu yaparak, sağlığın sosyal belirleyicileri kavramının tarihçesinin başlangıç noktası olarak kabul edilmiştir.

2.4.2. Sosyal Tıp ve Dünya Sağlık Örgütü

Sağlık ile sosyal ve çevresel faktörlerin ilişkisi 19. yüzyılın ortalarından itibaren hijyen ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü çalışmalarıyla tıp çalışmalarının merkezine yerleşmiştir. 1946 yılına gelindiğinde Dünya Sağlık Örgütü’nün kuruluşu ile sağlığın sosyal belirteçleri örgüt anayasasında tedavi edici hizmetlerin sunumunun yanında yerini almıştır. Örgütün sağlık tanımı sosyal iyilik halini içerir ve bu iyilik haline tüm insanların mümkün olan en üst seviyede ulaşmasını hedefler (Trohel et al. 2016; WHO, 1990). Örgütün esas çalışma alanı; üye ülkelerin, ulusal ve uluslararası düzeyde özelleşmiş kurumlarla birlikte çalışarak beslenme, barınma, sanitasyon, rekreasyon, ekonomik durum, çalışma koşulları ile diğer tüm çevresel hijyen belirleyicilerini hedefleyen çalışmaların sağlığın geliştirilmesi için teşvik edilmesidir. (Wilkinson and Marmot, 2003).

İkinci Dünya Savaşı sonrası, Soğuk Savaş döneminin politik ortamı ve dekolonizasyonun etkisi ile sağlıkta teknolojinin katkısı askeri gelişmeler odaklı olmuştur. İlaç şirketlerinin yükselişi, antibiyotiklerin keşfi ve aşı üretiminin artışı ile sağlık çalışanları, sağlık sorunlarının çözümünü teknolojik gelişmelerde bulmaya başlamıştır. Sağlık çalışanlarının desteğiyle de güçlenen ilaç şirketleri, sağlık alanındaki otoritesini politik alana taşımış küresel sağlık politikaları üzerinde etki sahibi olmaya başlamıştır. Bir diğer önemli politik değişim ise Sovyetler Birliği’nin ve diğer sosyalist ülkelerin Birleşmiş Milletler’ den 1949 yılında çekilmeleridir. Bu savaşın sonucunda ise DSÖ’ nün de içinde bulunduğu BM kuruluşları Amerika Birleşik Devletleri’nin etki alanına girmiştir.

1950’lerde ise sosyal ve ekonomik yönden gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkeleri veya az gelişmiş ülkeleri politik yönden etkisi altına almıştır. Az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde, gelişmiş ülkelerin politik yaklaşımlarını uygulamaya

başlamış, kendi sistemlerine bu yaklaşımları entegre etmiştir. Afrika ve Asya ülkeleri Avrupalı politik güçlerin etkisi altında kırsal kesimin sağlık ihtiyacını göz ardı ederek zengin kesimin daha kolay ulaşabileceği teknolojik tedavi edici yöntemlerin finanse edildiği sistemleri kurmuştur. Böylece herkes sağlık hizmetinden eşit derecede yararlanmamış, uygulanan halk sağlığı politikaları sağlık hizmet sunumunun eşit alınmamasını engelleyememiştir. (Brown, 2006; Pridan, 1964).

1960'lı yılların başlarında ise çoğu toplum bağımsızlıklarını ilan etmiş ancak sağlık sistemleri üzerinde ihtiyaç olan, köklü değişiklikleri gerçekleştirememişlerdir. Bu ülkelerden bir kısmında sağlığa ayrılan bütçelerinin yarısından fazlasına mal olan zengin şehirli kesimin hizmet aldığı büyük sağlık tesisleri kurulmuştur (WHO, 2005).

Küresel halk sağlığı anlayışı bu dönemde yüksek mortalite ve morbidite nedeni olan belirli hastalıkları kısıtlı kaynaklar ve yetersiz insan gücü ile ortadan kaldırmayı amaçlamıştır. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü için yapılan kampanyalarda kısa sürede net sonuçlar alındığı görülmüştür. Bu programların sonuçlarının hızlı görülmesi açısından savaş sonrası dönemin tercih edilen örgütlenme modeli olmuş ancak sağlığı sosyal bağlamından koparması nedeniyle kırsal kesimdeki yoksul toplulukları ciddi halk sağlığı sorunlarını çözümsüz bırakmıştır. (WHO, 2005b; Etiler, 2002).

2.4.3. Toplum Tabanlı Sağlık Yaklaşımı

Dünya genelinde 1960'ların ortalarında mevcut halk sağlığı modellerinin acil sağlık ihtiyacı olan yoksul ve savunmasız toplumları kapsamadığı görülmüştür. Halk sağlığı çalışanları sosyal, ekonomik ve politik yönleriyle kapsayıcı, bütüncül bir sağlık anlayışı oluşturmak için çalışmalarına hız kazandırmıştır. 1960'lı yılların sonlarına doğru oluşturulacak sağlık politikalarında halkın katılımı ve toplumun güçlendirilmesinin üzerinde durulmuş, çalışmalar bu yönde değerlendirilmiştir. Toplum katılımının sağlanamadığı, toplum tabanlı programların etkin ve doğru çözümler getiremeyeceği, halk sağlığı uzmanları tarafından önemle ifade edilmiştir. Toplum tabanlı sağlık programları, yaklaşımı oluşturulamazsa sorunların geçici çözümlerle çözüleceği bildirilmiştir. Tıbbi teknolojik yöntemlerin herkese ulaşılır olması, yüksek eğitilmiş sağlık personelinin sayısının azaltılıp, toplumun sağlık eğitim düzeyinin yükseltilmesi, halk sağlığı çalışanlarının sayısının artırılması ve nitelikli eğitilmesi, toplum liderlerinin yetiştirilmesi, toplum tabanlı programlara geçişin

önemli adımlarını oluşturmaktadır. Sağlık eğitimiyle ve bireylerin ihtiyaçlarına göre şekillenen toplum tabanlı sağlık yaklaşımı hastalıkların önlenmesi için sağlık sisteminin merkezinde yer almalıdır (Dereci, 2017).

1960'lar ve 1970'lerin başlarında Çin, Bangladeş, Kosta-Rika, Hindistan gibi ülkeler toplum tabanlı sağlık programları yürütmüş ve başarılı sonuçlar elde etmişlerdir (WHO, 2005b). 1970'lerin başında Finlandiya'daki Kuzey Karelia Projesi ve ABD'deki Stanford Üç Toplum Çalışması sosyal teoriyi halk sağlığı çalışmalarına aktararak çoklu müdahalelerin bir arada kullanılması için modeller geliştiren bu programlar bireylerde sosyal çevre ve bunun etkisi ile davranış değişikliği oluşturmayı hedeflemiştir (Merzel, 2003).

Toplum odaklı sağlık yaklaşımları, programları 1970'lerde küresel bir kimlik kazanmıştır. DSÖ liderleri ve önde gelen halk sağlığı uzmanları programların savunuculuğunu yapmışlardır. Bu durumda, programın küresel nitelik kazanmasına neden olmuştur. Bu yıllarda DSÖ ve UNICEF gibi kuruluşların yapmış olduğu çalışmalarda bu yaklaşımın gelişmekte olan ülkelere de kabul görmesini kolaylaştırmıştır.

1976 yılında ise Dünya Sağlık Kongresi'nin genel direktörü Halfdan Mahler, 2000 yılında "Herkes İçin Sağlık" hedefine ulaşmak yolunda gelişmekte olan veya az gelişmiş toplumlarda temel sağlık hizmetlerinin sağlanması hedefinin yanında sağlığın sosyal, ekonomik ve politik belirleyicilerini, hedef alan politikaların oluşturulması gerekliliğini DSÖ toplantısında vurgulamıştır. Dünyadaki tüm insanların, sosyal ve ekonomik açıdan verimli bir yaşam sürmelerine olanak tanıyacak bir sağlık düzeyine erişmeleri olarak tanımlanan "Herkes İçin Sağlık" kavramı, sağlık önündeki engellerin, beslenme yetersizliğinin, eğitimsizliğin, temiz su ve sanitasyon yetersizliğinin, yetersiz barınma koşullarının ortadan kaldırılmasının en az tıbbi uygulamalar kadar önemli olduğu düşüncesine dayanmaktadır (WHO, 1978).

2.4.4. Herkes İçin Sağlık

"Herkes İçin Sağlık" ile belirlenen yeni gündem, 1978'de Alma-Ata'da toplanan "Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı"nın bel kemiğini oluşturmuştur. Bu konferans bugün modern halk sağlığının köşe taşı sayılmaktadır. Bu konferanstan çıkan bildirge temel sağlık hizmetlerinin aracı rolü ile birlikte Halfdan Mahler' in

herkes için sağlık hedefini benimsemiştir. Alma-Ata'da kabul edilen temel sağlık hizmetleri modeli yalnızca sağlık hizmetleri sunumuna odaklı bir sağlık stratejisini değil aynı zamanda altta yatan sosyal, ekonomik ve politik nedenleri kapsayan bütüncül bir sağlık modelini işaret etmektedir (Dereci, 2017).

2.4.5. Sağlığın Geliştirilmesi

Ottawa Konferansı 1986 yılında Ottawa' da, 2000 yılına kadar "Herkes İçin Sağlık" hedefine ulaşmak için yapılacak çalışmaları planlamak üzere toplanmıştır. Konferansta sağlığın teşviki ve geliştirilmesi; "insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama süreci" olarak tanımlanmıştır. Fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin sağlanabilmesi için birey ve toplumun amaçları belirlenmeli ve gerçekteşirilmeli, ihtiyaçları karşılanmalı ve gerekiyorsa çevresi değiştirilmeli veya çevreyle başa çıkabilmesi sağlanmalıdır. Bu sebeptendir ki sağlık, hayatın amacı değil, gündelik yaşam için bir kaynak kabul edilmelidir. (Dereci, 2017).

Sağlık, insanlar tarafından farkında olmadan; öğrendikleri, eğlendikleri çalıştıkları, yaşadıkları ve sevdikleri ortamlarda yaratılır ve yaşanır. Sağlık bir insan hakkı olarak kabul edildiğinde, tüm insanların temel sağlık kaynaklarına erişiminin sağlanması devletlerin yükümlülüğüdür.(WHO, 2007; WHO, 2009).

1997 yılında Jakarta'da Dördüncü Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı toplanmış olup sağlık için yoksulluk ve eşsizlik kavramlarının önemini vurgulamıştır. Konferanstan çıkan sonuç bildirgesine göre: yaşlı nüfustaki hızlı artış, şehirleşme ve kronik hastalıkların görölme sıklığındaki artış gibi sosyo-demografik eğilimler tüm ülkelerde yeni sağlık sorunları ortaya çıkarmaktadır. (Dereci, 2017).

Jakarta'da temel hedef, ulusal ve uluslararası toplumlarda, sağlık alanında daha fazla eşitliğin sağlanması ve sağlık beklentisinin arttırılmasıdır. Ottawa Sözleşmesi'nde ifade edilen beş strateji burada da yinelenmiştir:

- Sağlıklı halk politikası oluşturma,
- Destekleyici çevreler oluşturma,
- Topluluk eylemlerinin güçlendirilmesi,
- Kişisel yeteneklerin geliştirilmesi,

- Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi.

1980 ve 1990'larda altın kural ekonomik büyümenin, kalkınma ve dolayısıyla sağlıkta eşitlik ve refah düzeyinde artış sağlayacağı idi. Bu nedenle toplumlar sosyal sorunları önemsemeden hızlı bir şekilde büyümeyi hedeflemeliydiler. Seksenli yılların zengin ve politik olarak güçlü ülkelerinde teşvik edilen bu politikalar onlara yarar sağlarken, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelere ise Dünya Bankası ve IMF gibi kuruluşlardan aldıkları borçlar dolayısı ile daha çok zarar verdi (Dereci, 2017).

1990'lı yıllarda neoliberal sağlık sistemi reformları, toplumların sağlık sistemlerinde yapısal iyileştirmeler yapmayı hedeflemiştir. Piyasanın talep ettiği devlet etkisinin en aza indiği neoliberal büyüme modeli, sağlığın sosyal belirteçlerini hedef alan uygulamalarla sağlığın geliştirilmesi için elverişli değildir. Şirketler, küresel kuzeyin bankaları, küresel yatırımcıları ve borç kuruluşları ile gelişmekte olan ülkelerdeki elit zümre dışında halkın genelinin bu ekonomi modelinden faydalanması mümkün görünmemektedir (WHO, 2005b).

2000'e yaklaşıldığında özellikle gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde sistemin işleyişine dair soru işaretleri artmaya başlamıştı. Bu dönem dünya genelinde çok sayıda ekonomik krizin yaşanmasıyla, ekonomik sıkıntıların gerçek yaşam koşullarında kalıcı olmadığını göstermeye başlamıştı. Krizler en çok sosyoekonomik yönden tam gelişmemiş veya az gelişmiş toplumları etkilemiş ve küresel güçler bu durumda aktif görev almamıştır. Eleştiriler ve protestolar istikrarsız ekonomik ortamın yoksul toplumlar için yıkıcı sonuçları olabileceğini dile getirmeye başlamıştır. Sağlıkta eşitsizlik kavramının önemi bu durumla da bir kez daha gündeme gelmiştir (Wilkinson and Marmot, 2003).

Bu dönemde sağlıkta devlet denetimini azaltmış, sağlıkta eşitsizlikleri arttırmıştır. Çoğu toplumda oluşan farkındalık sonucunda ise IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşların kendi yapılanmalarında birtakım değişiklikler yapmaları gerekliliği ortaya çıkmış oldu. "Yoksulluğun Azaltılması Projesi" bu dönemde ortaya çıkmıştır (WHO, 2005b). DSÖ, 2002 tarihli raporuna göre ağır borç altındaki ülkeler için sağlık ve eğitim alanına yeterli harcama yapıldığına dair bir kanıt yoktu. 2003 yılında ağır borç altındaki dünya ülkelerine ait dönem raporları sağlık politikalarının yoksulluğu ortadan kaldırma stratejilerine entegrasyonu çok zayıf olduğunu göstermiştir.

Hedeflenenin aksine bu raporlarda halk sağlığı harcamalarının toplum içinde adaletli dağıtımına, yoksul kesim odaklı bir sağlık sistemi örgütlenmesine rastlanmadığı belirtilmektedir (WHO, 2002).

2.4.6. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu

1998 yılında DSÖ'nün kurumsal gündeminde önemli değişiklikler meydana geldi. Genel Direktör Brudtland'ın sıtma, tütün ve sağlık sistemleri üzerine yeniden düşünmek üzere önerdiği gündem DSÖ'nün küresel sağlık tartışmaları üzerindeki etkisini yeniden kazanmasına yardımcı olmuştur. Bu dönemde kurulan DSÖ komisyonu “Makroekonomi ve Sağlık” ağır hastalık yüküyle mücadele eden yoksul toplumların dünya ekonomisi üzerindeki yıkıcı etkisi küresel karar vericiler üzerinde etki yaratmıştır. Maliyet-etkililik penceresinden sağlığa ve neoliberal politikaları bir arada gören bu komisyonun çalışmaları gerçekçi ve pragmatik görülmüştür. Ancak diğer yandan önceki sağlık ekonomisi çabalarının etik değerler yöneliminin zayıfladığı söylenmektedir (WHO, 1997a; WHO, 1997b).

Doksanlar ve 2000'li yılların başlarında Kanada, İngiltere, İsveç gibi ülkeler, 1970-1980'lerdeki “az paraya iyi sağlık” çabalarının ardından sağlığın sosyal belirleyicilerini ulusal sağlık politikaları düzeyinde çabalara taşımıştır. Halk sağlığı belgelerine bakıldığında sağlığın sosyal belirleyicilerinin kökenleri Kanada'nın “Lalonde Raporu” (1974) ile İngiltere'nin “Black Raporu” (1980) olarak kabul edilmektedir. 1990'lar da akademik çalışmaların artması sonucu da sağlığın sosyal belirleyicilerini sosyal politikaların merkezine alınması için yollar aranmaya başlandı. Demokratik ulusların sağlık düzeyi nasıl yükseltilebilir? Sorusuna yanıt arayan bir hareket oluştu. Bir terim olarak sağlığın sosyal belirleyicileri ilk olarak 1996 yılında Tarlov tarafından kullanılmaya başlandı. Tarlov, dört öncelikli kategori tanımlamıştır: genetik ve biyolojik faktörler, tıbbi bakım hizmetleri, bireysel sağlıkla ilişkili davranışlar ve içinde yaşanan toplumsal koşullar. Toplumsal koşullar onun bakışına göre diğer belirleyicileri etkilemektedir (Wilkinson and Marmot, 2003).

1990'lı yılların sonlarında sağlığın sosyal belirleyicilerine dair bilimsel bilginin artması ile İsveç, Avrupa, Kanada, Avustralya ve Yeni Zelanda'da gibi ülkelerde halk sağlığı politikaları benimsendi. Bu çabalar zengin ülkeler ile sınırlı

kalmamış geliştirmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde de sağlığın sosyal belirleyicilerini hedef alan sağlık müdahalelerini gündeme taşımıştır.

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

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

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

DSÖ’nün sağlıkta eşitlik anlayışının ve sağlığın sosyal boyutu vurgusunun 2000’li yıllarda arttığı belirtilmektedir. 2003 yılında Genel Direktör Lee Jong Wook Herkes İçin Sağlık stratejilerinin yenilenmesi için çalışmaya başlamış ve Alma-Ata prensiplerinin bugünün ekonomik sosyal ve politik bağlamına uyarlanması

gerektiğinin altını çizmiştir. Elli yedinci Dünya Sağlık Kongresi'nde ilk kez küresel bir sağlığın belirleyicileri komisyonun kurulmasından bahsedilmiştir. Böyle bir oluşum diğer DSÖ programlarına da yol gösterecek bir karakterde tanımlanmıştır (Wilkinson and Marmot, 2003).

Böylece “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu” dünya genelinde eşitlik adalet ve sağlığın sosyal kökenlerini hedefleyen çabaların hız kazandığı dönemde, 2005 yılında oluşturulmuştur (Raphael ve Mikkonen, 2010).

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

Komisyon'un genel yaklaşımı sektörler arası ilişkiyi artırıp sivil topluma daha fazla alan yaratarak bu olumsuz belirleyicilerin yıkıcı etkilerini önlemek değil yatıştırma ve yatıştırma. Eşitsizliklerin belgelenmesi konusunda kapsamlı ve giderek artan kanıtlar bulunmakta ancak bu eşitsizliklerin nasıl azaltılacağı konusundaki yetersiz kavramsallaştırma müdahaleyi zorlaştırmaktadır. Eşitsizlik kavramı ve ülkelerin mortalite hızları arasındaki büyük fark ile toplumun 2000'li yılların sonlarına gelindiğinde SSB kavramı halk sağlığı çalışmalarının merkezine taşınmaya başlamıştır. Sağlık çalışmaları yapan pek çok ulusal ve uluslararası kuruluşların çalışmaları sonucu ve bazı bilimsel yayınlarda bu kavrama ilişkin öncelikli başlıklar belirlenmiştir.

2.4.7. “Katı Gerçekler”e Göre SSB

Michael Marmot ve Richard Wilkinson'un editörlüğündeki bu yayın ile şu başlıklar incelenmiştir (Wilkinson and Marmot, 2003):

- Toplumsal yokuş (gradyan)
- Stres
- Erken yaşam

- Toplumsal dışlanma
- Çalışma/iş
- İşsizlik
- Sosyal destek
- Bağımlılık
- Gıda
- Ulaşım

2.4.8. Dünya Sağlık Örgütü'ne Göre SSB

“Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonuna” göre toplumsal etmenler şöyle sıralanmaktadır (WHO, 2016; WHO, 2005):

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

Kanada Halk Sağlığı Kurumu tarafından sağlığın belirleyicileri şu şekilde sıralanmaktadır (CMA, 2016):

- Gelir durumu ve sosyal statü
- Sosyal destek ağları
- Eğitim
- İş ve çalışma koşulları
- Sosyal çevresel faktörler
- Fiziki çevreye ait faktörler
- Bireysel sağlık davranışları ve becerileri
- Sağlıklı çocuk gelişimi

- Biyoloji ve genetik özellikler
- Sağlık hizmetleri
- Toplumsal cinsiyet

Kültürel koşullar “Kanada Gerçekleri’ ne göre SSB Halk sağlığı alanında tanınmış araştırmacılardan olan aynı zamanda SSBK üyelerinden olan Raphael yürüttüğü çalışmalar sonucunda Kanada’nın sağlık durumu ve nedenlerini ortaya koymuştur (Raphael ve Mikkonen, 2010):

Gelir düzeyi ve toplumda nasıl bir dağılım gösterdiği

- Eğitim
- İşsizlik ve iş güvenliği
- Çalışma durumu ve çalışma koşulları
- Erken çocuk gelişimi
- Gıda güvenliği
- Konut durumu
- Sosyal dışlanma
- Sosyal güvenlik ağı
- Sağlık hizmetleri
- Toplumda etnik azınlık olma durumu
- Toplumsal cinsiyet
- Irksal özellikler
- Engelli olma durumu

Healthy People 2020’ye göre sağlığın sosyal belirleyicileri için beş öncelik alanı belirlenmiştir (Healthy People 2020, Anonim, 2010):

- Ekonomik istikrarlılık
- Eğitim
- Toplumsal ve yerel bölgesel koşullar
- Sağlık bakımı hizmetlerinin özellikleri
- Mahalleler ve insan ürünü çevresel koşullar

3. BÖLÜM

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma 24 Nisan-30 Mayıs 2019 tarihlerinde, Arel Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü'nde 129 öğrencinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

İstatistiksel analizler için TC İstanbul Arel Üniversitesi'nin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı 23. Versiyonu kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t Test kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni Test; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni-Dunn test kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Korelasyon katsayısının (r) değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

- 0 - 0,25 çok zayıf
- 0,26 - 0,49 zayıf
- 0,50 - 0,69 orta
- 0,70 - 0,89 iyi
- 0,90 - 1,00 çok iyi

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı-Kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri

TC İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu Sosyal Hizmet Bölümü 1, 2, 3 ve 4. sınıf öğrencilerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Süresi

Araştırma, 24 Nisan-30 Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni

TC İstanbul Arel Üniversitesindeki Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerinin tümü.

3.5. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü

Örnek seçimi yapılmamıştır. Evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı. Bir öğrenciye devamsızlık nedeni ile ulaşılamadı.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri konusunda bilgi düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları.

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, sınıf, anne-baba mesleği, anne-baba eğitim durumu, en uzun süre yaşanılan yer, şimdi yaşadığı yer, öğrencinin aylık geliri, ailesinin aylık geliri, sosyal güvence varlığı, sigara içme davranışı, alkol içme davranışı.

3.7. Araştırmanın Soruları

Soru 1: Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerinin, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri hakkında bilgisi var mıdır?

Soru 2: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri bilgi düzeyi hakkında, alt-üst sınıf arasında fark var mıdır?

Soru 3: Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı yüksek olan öğrencilerin, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile ilgili bilgi düzeyleri daha mı yüksektir?

Soru 4: Sosyal Hizmet Bölümü kadın öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı, erkek öğrencilerin Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı'ndan daha mı fazladır?

3.8. Araştırmaya Katılma Kriterleri

TC İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencisi olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.9. Araştırmaya Katılmama Kriterleri

Araştırmaya gönüllü olmamaktır.

3.10. Ön Deneme

Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerinin yüzde onu ile (n:13) ön deneme yapılmıştır. Ön değerlendirme için, öğrenciler gönüllülük esasıyla rastgele seçilmiştir.

3.11. Veri Toplama Yöntemi

Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan anket ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ware ve ark., 1987; Koçyiğit ve ark., 1999) kullanılarak, yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları:

- 1.Sosyo-Demografik Bilgi Formu,
- 2.Yaşam Kalitesi Kısa Form 36,
- 3.Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Bilgi Düzeyi Formu.

Çözümleme: İstatistiksel analizler için IBM SPSS programının 23. Versiyonu kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı.

3.11.1. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Bilgi Düzeyi Anket Formu Hazırlama

Öğrencilerin SSB konusunda ki bilgilerini değerlendirmek için Wilkinson and Marmot (2003) tarafından yazılan kitap kaynak alınarak, sorular ve yanıtları oluşturulmuştur.

3.11.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Sağlık hizmetinin temel amaçlarından biri de kişilerin yaşam kalitelerinin yükseltilmesidir. Ancak kişilerin yaşam kalitesi değerlendirilirken ve kıyaslanırken sosyal bazı parametrelerin etkileri de dikkate alınmalıdır. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri denildiğinde, bireysel olarak veya belirli grup ya da toplumun sağlık durumlarını etkileyen ekonomik ve sosyal değişkenler anlaşılmalıdır. Bu değişkenler, değişik toplumlarda ve toplumdaki değişik gruplarda farklılıklar göstermektedir. Sağlıkla ilgili riskler ve müdahaleler değerlendirilirken sadece biyolojik belirleyicilerden yararlanmak hem risklerin gerçek boyutunun anlaşılmasına hem de müdahalelerin başarısız olmasına yol açmaktadır. Yaşam kalitesi içinde sadece biyolojik belirleyicileri dikkate almak, sosyal faktörleri yadsımak bu ölçütlerin kullanımından kaynaklanacak faydayı azaltmaktadır (Ware ve ark. 1987).

Ware ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, canlılık, genel sağlık olmak üzere sekiz alt skalada 36 soru içerir her bir alt boyutun puanı 0-100 arasında değişir, puan ile yaşam kalitesi doğru orantılıdır. Fiziksel komponent ve mental komponent olmak üzere iki özet skalası vardır. Fiziksel komponent özet skalası; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, vücut ağrısı ve genel sağlık alt skalalarından, mental komponent özet skalası ise; canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt skalalarından oluşur.

3.12. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Çalışma tasarımı kesitsel olduğundan sadece Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerinin Sağlığın Sosyal Belirleyicileri konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ile sınırlıdır. Araştırmaya katılan 1. sınıf öğrenci sayısının yetersizliği de çalışmayı kısıtlandırmıştır.

3.13. Araştırmanın Güçlü Yanları

Araştırma, Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerinin Sağlığın Sosyal Belirleyicileri konusunda farkındalığını inceleyen ilk çalışmadır.

3.14. Etik Kurul Onayı

İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurulu'na onay başvurusu 12.12.2018 tarihinde yapılmış olup, 22/04/2019 tarih ve 2019/02 sayılı etik kurul kararı ile onaylanmıştır (EK-3).

3.15. Yasal İzin

İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu, Sosyal Hizmet Bölümünden çalışma izni alınması için başvuru yapılmış, 13.03.2019 tarihinde onay alınmıştır.

3.16. Tez Çalışmasının Mali Desteği

Araştırmanın bütçesi, araştırmayı yürüten tarafından karşılanmıştır.

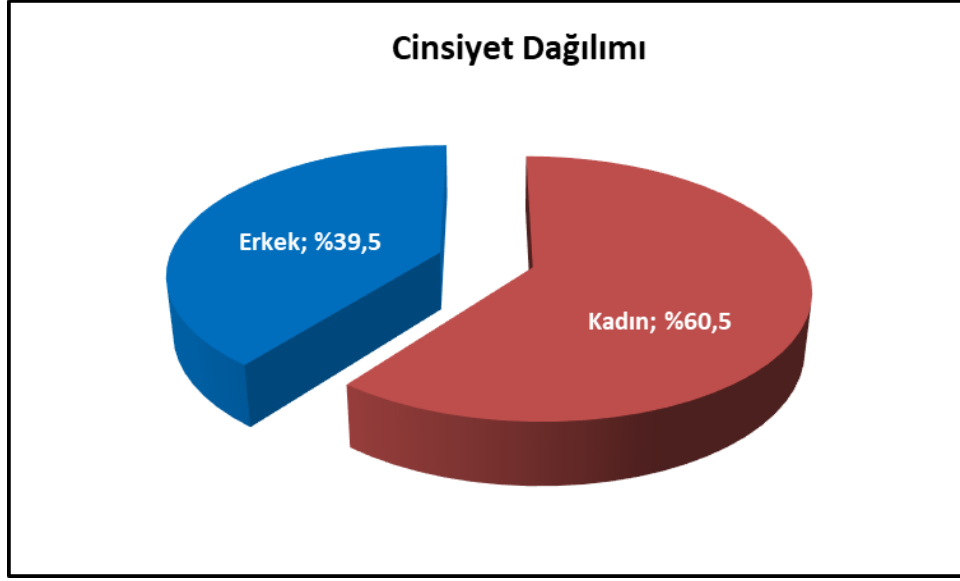
4. BÖLÜM

BULGULAR

Öğrencilerin %60,5'i (n=78) kadın, %39,5'i (n=51) erkektir. Yaşları 18 ile 27 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 21,81±1,64 yıldır.

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımları

		Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Yaş (yıl)		18-27 (22)	21,81±1,64
Boy (m)		1,5-1,9 (1,7)	1,66±0,08
Kilo (kg)		42-90 (58)	61,41±11,63
BKI (kg/m ²)		16,7-31,3 (21,5)	22,07±3,16
		N	%
Cinsiyet	Kadın	78	60,5
	Erkek	51	39,5
Medeni durum	Evli	2	1,6
	Bekâr	127	98,4
Çalışma durumu	Çalışıyor	24	18,6
	Çalışmıyor	105	81,4
Sınıf	1.sınıf	7	5,4
	2.sınıf	31	24,1
	3.sınıf	44	34,1
	4.sınıf	47	36,4
Sosyal güvence	Var	103	79,8
	Yok	26	20,2
Kaldığı yer	Aile ile	60	46,5
	Arkadaşla / Yalnız	40	31,0
	Yurt	28	21,7
	Diğer	1	0,8
Gelir durumu	<450 TL	21	16,3
	450-990 TL	46	35,6
	>990 TL	62	48,1
Gelir kaynağı	Burs	16	12,4
	Aile desteği	60	46,5
	Burs + Aile	34	26,4
	Kısmi zamanlı iş	19	14,7
Alkol kullanımı	Sürekli	42	32,6
	Arada sırada	25	19,3
	Kullanmıyor	62	48,1
Sigara kullanımı	Sürekli	8	6,2
	Arada sırada	48	37,2
	Kullanmıyor	73	56,6

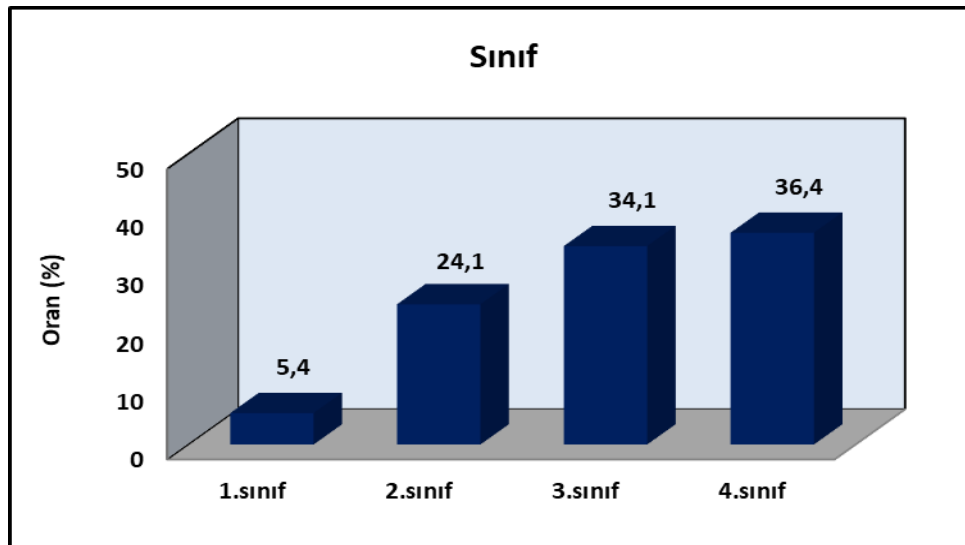


Şekil 1: Cinsiyet dağılımları

Boy ölçümleri 1,5 ile 1,9 metre arasında değişmekte olup, ortalama $1,66 \pm 0,08$ metre; kilo ölçümleri 42 ile 90 kg arasında değişmekte olup, ortalama $61,41 \pm 11,63$ kg; BKİ ölçümleri 16,7 ile 31,3 kg/m^2 arasında değişmekte olup, ortalama $22,07 \pm 3,16$ kg/m^2 saptanmıştır.

Öğrencilerin %1,6'sı (n=2) evli, %98,4'ü (n=127) bekârdır. Çalışan oranı %18,6 (n=24) olarak saptanmıştır.

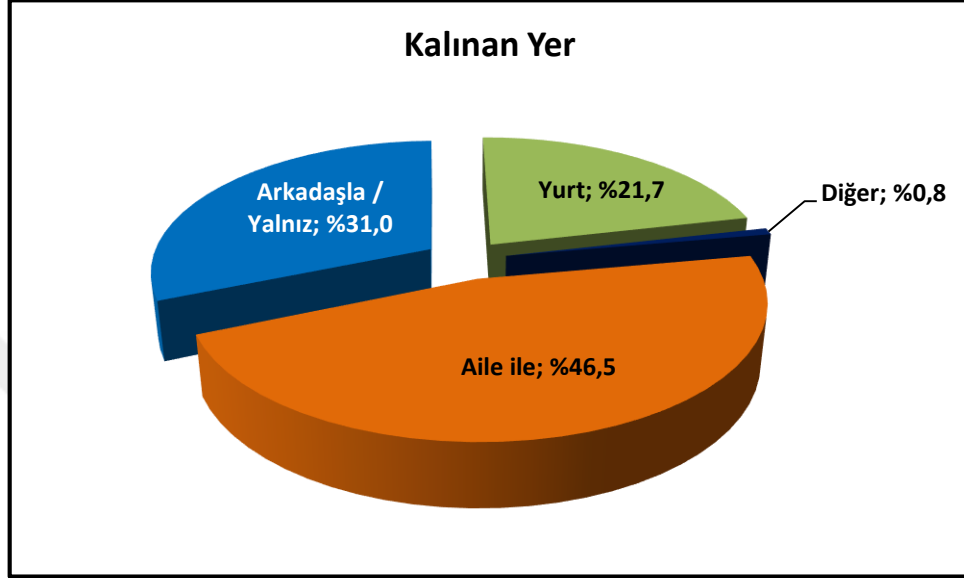
Sınıflar incelendiğinde; %5,4 (n=7) 1.sınıf, %24,1 (n=31) 2.sınıf, %34,1 (n=44) 3.sınıf ve %36,4 (n=47) 4.sınıf öğrenci bulunmaktadır.



Şekil 2: Sınıf dağılımları

Sosyal güvencesi olan öğrenci oranı %79,8 (n=103) iken, %20,2'sinin (n=26) güvencesi yoktur.

Öğrencilerin %46,5'i (n=60) ailesiyle, %31,0'i (n=40) arkadaşıyla ya da tek başına bir evde, %21,7'si (n=28) yurttta ve %0,8'i (n=1) diğer yerlerde kalmaktadır.



Şekil 3: Kalınan Yerlere İlişkin dağılımları

Geliri 450 TL altında olan öğrenci sıklığı, %16,3 (n=21), 450-990 TL olan öğrenci sıklığı %35,6 (n=46) ve 990 TL üzeri olan öğrenci sıklığı %48,1 (n=62) olarak saptanmıştır. Giderlerini, eğitim bursu ile karşılayan %12,4 (n=16), ailesi karşılayan %46,5 (n=60), eğitim bursu+ailesi karşılayan %26,4 (n=34) ve ek işle karşılayan %14,7 (n=19) oranında öğrenci bulunmaktadır.

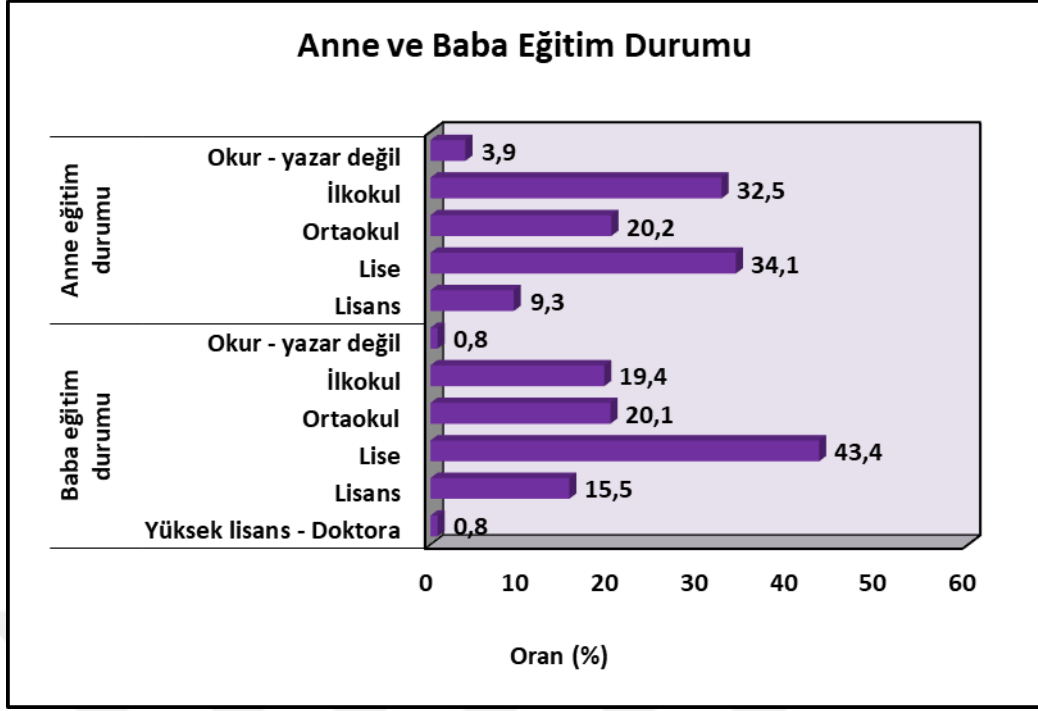
Öğrencilerin %6,2'si (n=8) sürekli alkol kullanırken; %37,2'si (n=48) arada sırada kullanmakta, %56,6'sı (n=73) kullanmamaktadır. Öğrencilerin %32,6'sı (n=42) sürekli sigara kullanırken; %19,3'ü (n=25) arada sırada kullanmakta, %48,1'i (n=62) kullanmamaktadır.

Tablo 2: Aile Özellikleri ve Yaşanılan Yere İlişkin Dağılımlar

		n	%
Anne mesleği	Ev kadını	70	54,2
	Çalışıyor	40	31,0
	Emekli	18	14,0
	Vefat	1	0,8
Baba mesleği	Memur	13	10,1
	İşçi	32	24,8
	Emekli	34	26,3
	Çalışmıyor	7	5,4
	Serbest meslek	38	29,5
	Vefat	5	3,9
	Anne eğitim durumu	Okur-yazar değil	5
İlkokul		42	32,5
Ortaokul		26	20,2
Lise		44	34,1
Lisans		12	9,3
Baba eğitim durumu	Okur-yazar değil	1	0,8
	İlkokul	25	19,4
	Ortaokul	26	20,1
	Lise	56	43,4
	Lisans	20	15,5
	Yüksek lisans- Doktora	1	0,8
En uzun yaşanılan yer	Köy	5	3,9
	İlçe	40	31,0
	İl	84	65,1
En uzun yaşanılan bölge	Akdeniz Bölgesi	10	7,8
	Marmara Bölgesi	64	49,6
	İç Anadolu Bölgesi	11	8,5
	Karadeniz Bölgesi	16	12,4
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	6	4,6
	Doğu Anadolu Bölgesi	9	7,0
	Ege Bölgesi	13	10,1

Öğrenci annelerinin %54,2'si (n=70) ev kadını, %31,0'i (n=40) çalışan, %14,0'ü (n=18) emeklidir; %0,8'i (n=1) vefat etmiştir. Öğrenci babalarının %10,1'i (n=13) memur, %24,8'i (n=32) işçi, %26,3'ü (n=34) emekli, %5,4'ü (n=7) çalışmamakta, %29,5'i (n=38) serbest meslek çalışanıdır; %3,9'u (n=5) vefat etmiştir.

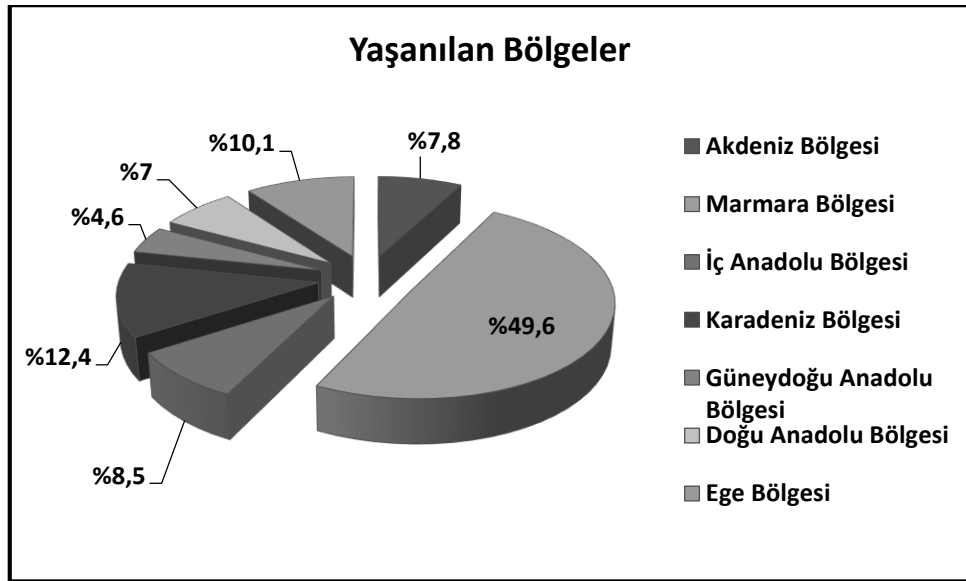
Öğrenci annelerinin %3,9'u (n=5) okur-yazar değil, %32,5'i (n=42) ilkokul mezunu, %20,2'si (n=26) ortaokul mezunu, %34,1'i (n=44) lise mezunu ve %9,3'ü (n=12) lisans mezunudur. Öğrenci babalarının %0,8'i (n=1) okur-yazar değil, %19,4'ü (n=25) ilkokul mezunu, %20,1'i (n=26) ortaokul mezunu, %43,4'ü (n=56) lise mezunu, %15,5'i (n=20) lisans mezunu, %0,8'i (n=1) yüksek lisans-doktora mezunudur.



Şekil 4: Anne ve baba eğitim durumlarının dağılımları

Yaşanılan yer incelendiğinde; %3,9 (n=5) köy, %31,0 (n=40) ilçe ve %65,1 (n=84) ilde yaşandığı gözlenmiştir.

Öğrencilerin %7,8'i (n=10) Akdeniz Bölgesi'nde, %49,6'sı (n=64) Marmara Bölgesi'nde, %8,5'i (n=11) İç Anadolu Bölgesi'nde, %12,4'ü (n=16) Karadeniz Bölgesi'nde, %4,6'sı (n=6) Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde, %7,0'si (n=9) Doğu Anadolu Bölgesi'nde ve %10,1'i (n=13) Ege Bölgesi'nde yaşamaktadır.



Şekil 5: Anne ve baba eğitim durumlarının dağılımları

4.1. Sađlđın Sosyal Belirleyicileri Bilgi Düzeyine İlişkin Değerlendirmeler

Sosyal belirleyiciler kavramını duyan öğrenci oranı %38,0 (n=49) olarak bulunmuştur. Sosyal belirleyiciler kavramı hakkındaki bilginin en yüksek %69,4 (n=34) oranla okuldan edinildiği, bu oranı %18,4 (n=9) ile internetin takip ettiği görölmüştür.

Öğrencilerin %38,7'si (n=50) “Sađlđın sosyal belirleyicileri kavramı sizce hangisidir?” sorusuna “*Bireysel olarak veya belirli grup ya da toplumun sağlık durumlarını etkileyen ekonomik ve sosyal değişkenlerdir*” diyerek yanıt vermiştir.

Öğrencilerin %58,9'u (n=76) “Sađlđın sosyal belirleyicileri konusunda planlanacak müdahaleler için öncelikli kişiler kimler olmalıdır?” sorusuna “*Sosyal Hizmet uzmanları& Halk Sađlđı uzmanları& Sağlık Politikacıları yani hepsi*” diyerek doğru yanıt vermiştir.

Sosyal Hizmet Bölümü'nde, bugüne kadar Sađlđın Sosyal Belirleyicileri konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde; %30,2 (n=39) sosyal çevreye ait faktörleri hedefleyen çalışmalar, %11,7 (n=15) fiziksel çevreye ait faktörleri hedefleyen çalışmalar, %12,4 (n=16) sağlık hizmetlerine ilişkin faktörleri hedefleyen çalışmalar yapıldığı saptanırken; öğrencilerin %45,7'si (n=59) hiç çalışma yapılmadığını belirtmiştir.

Tablo 3: Öğrencilerin Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Kavramı Hakkında Sorulan Sorulara Verdiği Yanıtların Dağılımları

		1.Sınıf	2.Sınıf	3.Sınıf	4.Sınıf	Toplam	%
Sağlığın Sosyal Belirleyicileri kavramını duydunuz mu?	Evet	2	9	5	33	49	38,0
	Hayır	5	22	39	14	80	62,0
Nereden duydunuz? (n=49)	Televizyon	0	1	0	0	1	2,0
	İnternet	1	2	1	5	9	18,4
	Yazılı basın	0	1	0	1	2	4,2
	Yakın çevre	0	0	0	1	1	2,0
	Okul	1	5	4	24	34	69,4
	Uzman	0	0	0	1	1	2,0
	Diğer	0	0	0	1	1	2,0
Sağlığın Sosyal Belirleyicileri kavramı sizce hangisidir?	Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlık alanında daha fazla eşitliğin sağlanmasına yönelik pratik bir yaklaşımdır	3	6	14	11	34	26,4
	<i>Bireysel olarak veya belirli grup ya da toplumun sağlık durumlarını etkileyen ekonomik ve sosyal değişkenlerdir</i>	2	16	9	23	50	38,7
	Sağlık ve sağlık hizmeti ile ilgili her tür yöntem geliştirilirken ve değerlendirilirken dikkat edilen sosyal etmenlerdir	0	7	16	7	30	23,3
	Ülkeler içinde ve arasındaki sağlık eşitsizliklerini gidermede önemli olan faktörlerdir	1	1	1	1	4	3,1
	Sosyal durumların sağlığı etkilediği yol olup, hastalık nedenleri ile ilişkili kavramlardır	1	1	4	5	11	8,5

Tablo 3 (Devamı): Öğrencilerin Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Kavramı Hakkında Sorulan Sorulara Verdiği Yanıtların Dağılımları:

		1.Sınıf	2.Sınıf	3.Sınıf	4.Sınıf	Toplam	%
Sağlığın Sosyal Belirleyicileri konusunda planlanacak müdahaleler için öncelikli kişiler kimler olmalıdır?	Sosyal Hizmet uzmanları	3	9	13	14	39	30,3
	Halk Sağlığı uzmanları	1	3	2	1	7	5,4
	Sağlık Politikacıları	0	1	5	1	7	5,4
	<i>Hepsi</i>	3	18	24	31	76	58,9
Eğitim aldığımız okulda bugüne kadar aldığımız derslerde Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri konusunda ne gibi çalışmalar yapılmıştır?	Sosyal çevreye ait faktörleri hedefleyen çalışmalar: gelir durumu/yoksulluk, eğitim düzeyi, gıda güvenliği, barınma durumu vb.	5	6	15	13	39	30,2
	Fiziksel çevreye ait faktörleri hedefleyen çalışmalar: sağlıksız veya düzensiz yaşam alanları, nüfus yoğunluğunda artışa bağlı durumlar vb.	0	3	3	9	15	11,7
	Sağlık hizmetlerine ilişkin faktörleri hedefleyen çalışmalar: sağlık güvencesi yokluğu, yetersizliği vb.	1	7	3	5	16	12,4
	Hiç çalışma yapılmamıştır	1	15	23	20	59	45,7

Sınıflara göre “sağlığın sosyal belirleyicileri” konusunda planlanacak müdahaleler için öncelikli kişiler kimler olmalıdır sorusuna verilen cevaplar değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4: Sınıflara göre Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Konusunda Planlanacak Müdahaleler İçin Öncelikli Kişiler Kimler Olmalıdır Sorusuna Verilen Cevapların Değerlendirilmesi

	1.Sınıf n(%)	2.Sınıf n(%)	3.Sınıf n(%)	4.Sınıf n(%)	P
Sosyal Hizmet Uzmanları	3 (42,9)	9 (29)	13 (29,5)	14 (29,8)	0,462
Halk Sağlığı Uzmanları	1 (14,3)	3 (9,7)	2 (4,5)	1 (2,1)	
Sağlık Politikacıları	0 (0)	1 (3,2)	5 (11,4)	1 (2,1)	
Hepsi	3 (42,9)	18 (58,1)	24 (54,5)	31 (66)	

Fisher Freeman Halton test

Öğrencilerin “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri sizce aşağıdakilerden hangilerini içermektedir?” sorusuna vermiş olduğu cevaplara ilişkin ayrıntılı dağılımlar Tablo 5’te verilmiştir. En çok yanlış cevap verilen maddelerin sırasıyla; “mahalleler, konutlar” ve “ulaşım” olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Öğrencilerin Sağlığın Sosyal Belirleyicileri İçeriği Hakkındaki Yanıtlarının Dağılımları:

	1.Sınıf	2.Sınıf	3.Sınıf	4.Sınıf	Evet	
					Top.	%
Sosyal yapı, stres ve sağlık	7	29	44	45	125	96,9
Erken yaşam	6	25	35	42	108	83,7
Yaşam seyri, sosyal gradyan ve sağlık	7	25	42	46	120	93,0
İşsizlik, iş yokluğu ve iş güvencesizliği.	7	25	40	39	111	86,0
İş yerindeki psiko-sosyal ortam	7	23	41	43	114	88,4
Ulaşım	6	24	29	44	103	79,8
Toplumsal destek ve toplumsal birlik	7	26	37	46	116	89,9
Gıda politikaları	7	24	37	42	110	85,3
Yoksulluk, toplumsal dışlanma ve azınlıklar	7	31	42	44	124	96,1
Sigara içme, alkol kullanma	7	25	37	44	113	87,6
Sağlıktaki etnik/ırksal eşitsizlikler	7	28	40	43	118	91,5
Mahalleler, konutlar	6	23	28	44	101	78,3
Cinsel davranış ve cinsel sağlık	7	22	38	43	110	85,3
Sosyal savunmasızlık ve ileri yaşlar	7	27	37	43	114	88,4

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2. Sađlđın Sosyal Belirleyicileri Kavramı Bilgi Düzeyi Puanı

Sađlđın Sosyal Belirleyicileri kavramlarına ilişkin düzenlenen ankette, bilgilerini ölçen üç soru belirlenmiş ve bunlardan bilgi düzeyi puanı elde etmek amaçlanmıştır. Öğrencilerin “Sađlđın Sosyal Belirleyicileri Kavramı” hakkında sorulan sorulardan “Sađlđın Sosyal Belirleyicileri kavramı sizce hangisidir? (3.soru)” (Wilkinson and Marmot, 2003) yazdığı kitap kaynak kabul edilerek cevap oluşturulmuş, “*Bireysel olarak veya belirli grup ya da toplumun sağlık durumlarını etkileyen ekonomik ve sosyal değişkenlerdir*” cevabını verenler doğru kabul edilmiştir. “Sađlđın sosyal belirleyicileri konusunda planlanacak müdahaleler için öncelikli kişiler kimler olmalıdır? (4.soru)” sorusuna ise “*Sosyal Hizmet uzmanları& Halk Sađlđı uzmanları& Sağlık Politikacıları yani hepsi*” cevabını verenler doğru cevap olarak kabul edilmiştir. “Sađlđın Sosyal Belirleyicileri sizce aşağıdakilerden hangilerini içermektedir? (5.soru)” sorusuna ait 14 maddeye verdiği evet cevapları doğru kabul edilmiştir.

Elimizdeki 16 soru ile bir bilgi düzeyi puanı hesaplanması düşünölmüştür. Bu sorulara verilen doğru yanıtlar “1 puan”, yanlış yanıtlar “0 puan” olarak kabul edilerek tüm yanıtlar toplanmıştır.

Elde edilen toplam puanlar 0 ile 16 arasında değişmektedir. Ardından elde edilen bu puan 100’lük skalaya çevirerek vermek daha anlaşılır olacağından, elde edilen doğru cevap sayısı 6,25 ile çarpılarak tüm puanlar 100’lük tabanda ölçömlenmiştir.

Tablo 6: Sađlđın Sosyal Belirleyicileri Kavramı Bilgi Düzeyi Puanlarının Dağılımları

Bilgi düzeyi puanı	Min-Mak	43,7-100
	Medyan	87,5
	Ort±Ss	82,99±13,33

Öğrencilerin Sađlđın Sosyal Belirleyicileri Kavramı bilgi düzeyi puanları 43,7 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama 82,99±13,33 saptanmıştır.

Bu bulgu ile (Soru 1: Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerinin, Sağlık Sosyal Belirleyicileri hakkında bilgisi var mıdır?) “Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerinin, Sağlık Sosyal Belirleyicileri hakkında bilgisi vardır.” sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 7: Demografik Özelliklere Göre Sağlık Sosyal Belirleyicileri Kavramı Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirmesi

		N	Bilgi düzeyi puanı Ort±Ss (Medyan)	P
Cinsiyet	Kadın	78	83,41±13,09 (87,5)	^a 0,660
	Erkek	51	82,35±13,79 (87,5)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	24	83,59±13,39 (87,5)	^a 0,808
	Çalışmıyor	105	82,86±13,37 (87,5)	
Sınıf	1.sınıf	7	89,29±4,72 (87,5)	^b 0,001**
	2.sınıf	31	78,83±11,49 (81,3)	
	3.sınıf	44	79,55±14,73 (87,5)	
	4.sınıf	47	88,03±12,14 (87,5)	
Sosyal güvence	Var	103	82,83±13,32 (87,5)	^a 0,779
	Yok	26	83,65±13,59 (87,5)	
Kaldığı yer	Aile ile	60	81,46±13,66 (81,3)	^c 0,460
	Arkadaşla / Yalnız	40	84,84±13,04 (87,5)	
	Yurt	28	83,26±13,18 (87,5)	
	•Diğer	1	93,75±0 (93,7)	
Gelir durumu	<450 TL	21	84,52±10,00 (87,5)	^c 0,843
	450-990 TL	46	82,88±13,72 (87,5)	
	>990 TL	62	82,56±14,14 (87,5)	
Gelir kaynağı	Burs	16	81,25±11,41 (81,3)	^c 0,671
	Aile desteği	60	83,75±12,30 (87,5)	
	Burs + Aile	34	81,25±16,64 (87,5)	
	Kısmi zamanlı iş	19	85,20±11,64 (87,5)	
Alkol kullanımı	Var	56	83,71±13,88 (87,5)	^a 0,597
	Yok	73	82,45±12,95 (87,5)	
Sigara kullanımı	Var	67	82,18±14,93 (87,5)	^a 0,474
	Yok	62	83,87±11,40 (87,5)	

•Gruptaki kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dâhil edilememiştir.

^aStudent t Test

^bKruskal Wallis Test

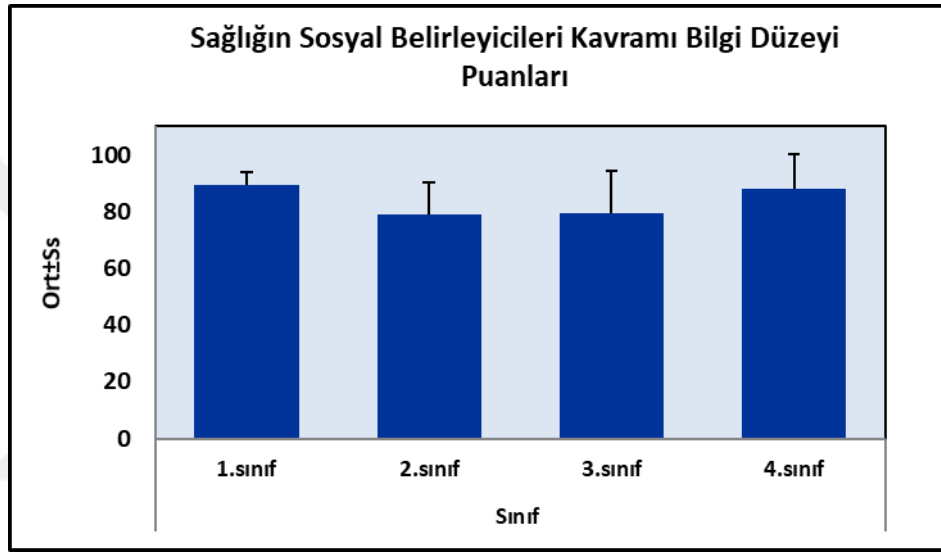
^cOneway ANOVA Test *p<0,05

Cinsiyete göre bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çalışma durumuna göre bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Sınıfa göre bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; 4.sınıf öğrencilerin bilgi düzeyi puanları, 2.sınıf ($p=0,003$) ve 3.sınıf ($p=0,014$) öğrencilerden yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bu bulgu ile (Soru 2: Sağlık Sosyal Belirleyicileri bilgi düzeyi, alt-üst sınıf arasında fark var mıdır?) Sağlık Sosyal Belirleyicileri bilgi düzeyi, alt-üst sınıf arasında fark vardır sonucuna ulaşılmıştır.



Şekil 6: Sınıfa göre Sağlık Sosyal Belirleyicileri Kavramı bilgi düzeyi puanlarının dağılımları

Sosyal güvence varlığına göre bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Öğrencinin kaldığı yere göre bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gelir durumuna göre bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Öğrencinin gelir yerine göre bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Alkol kullanımına göre bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sigara kullanımına göre bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8: Yaş ve BKİ ile Sağlık Sosyal Belirleyicileri Kavramı Bilgi Düzeyi Puanlarının İlişkisi

		Bilgi düzeyi puanı
Yaş (yıl)	r	0,170
	p	0,054
BKİ (kg/m ²)	r	-0,081
	p	0,454

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Yaş ile bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

BKİ ölçümleri ile bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9: Aile Özellikleri ve Yaşanılan Yere Göre Sağlık Sosyal Belirleyicileri Kavramı Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirmesi

		N	Bilgi düzeyi puanı Ort±Ss (Medyan)	p
Anne mesleği	Ev kadını	70	81,79±13,78 (87,5)	^c 0,571
	Çalışıyor	40	83,75±13,11 (87,5)	
	Emekli	18	85,07±11,96 (87,5)	
	•Vefat	1	100±0 (100)	
Baba mesleği	Memur	13	82,21±15,90 (87,5)	^b 0,412
	İşçi	32	80,86±13,08 (87,5)	
	Emekli	34	85,85±14,29 (90,6)	
	Çalışmıyor	7	87,50±8,07 (87,5)	
	Serbest meslek	38	81,58±12,99 (81,3)	
	Vefat	5	83,75±9,48 (87,5)	
Anne eğitim durumu	İlkokul	47	84,04±12,00 (87,5)	^b 0,160
	Ortaokul	26	79,33±13,89 (81,3)	
	Lise	44	82,67±14,38 (87,5)	

	Üniversite	12	88,02±12,35 (93,8)	
Baba eğitim durumu	İlkokul	26	82,21±14,33 (87,5)	^a 0,481
	Ortaokul	26	85,82±8,40 (87,5)	
	Lise	56	81,36±14,13 (87,5)	
	Üniversite	21	84,82±14,87 (87,5)	
En uzun yaşanılan yer	Köy-İlçe	45	83,06±12,47 (87,5)	^a 0,970
	İl	84	82,96±13,84 (87,5)	
En uzun yaşanılan bölge	Akdeniz Bölg.	10	81,25±16,14 (84,4)	^b 0,474
	Marmara Bölg.	64	82,13±13,63 (87,5)	
	İç Anadolu Bölg.	11	85,80±10,86 (87,5)	
	Karadeniz Bölg.	16	84,38±14,79 (87,5)	
	G. D. Anadolu Bölg.	6	89,58±6,45 (87,5)	
	Doğu Anadolu Bölg.	9	75,69±15,45 (81,3)	
	Ege Bölg.	13	86,54±9,15 (87,5)	

•Gruptaki kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dâhil edilememiştir.

^aStudent t Test

^bKruskal Wallis Test

^cOneway ANOVA Test

Anne mesleğine göre öğrencinin bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Baba mesleğine göre öğrencinin bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Anne eğitim düzeyine göre öğrencinin bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Baba eğitim düzeyine göre öğrencinin bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

En uzun yaşanılan yere göre bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

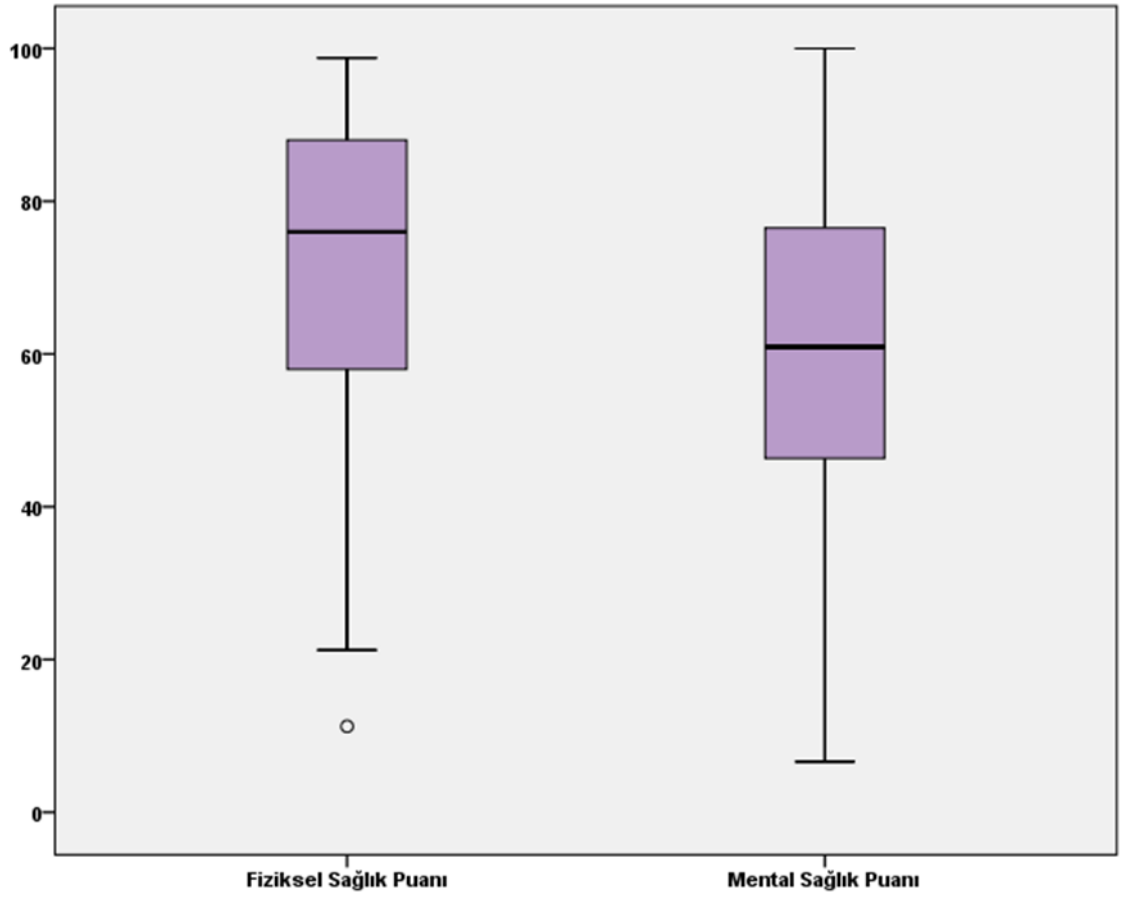
En uzun yaşanılan bölgeye göre bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

4.3. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler

Öğrencilerin fiziksel sağlık puanları 11,3 ile 98,8 arasında değişmekte olup, ortalama $72,23 \pm 18,35$; mental sağlık puanları 6,6 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama $61,35 \pm 20,03$ saptanmıştır.

Tablo 10: SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Dağılımları

Fiziksel sağlık puanı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	11,3-98,8 (76)
	<i>Ort±Ss</i>	72,23±18,35
Mental sağlık puanı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	6,6-100 (60,9)
	<i>Ort±Ss</i>	61,35±20,03



Şekil 7: SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının dağılımları

Tablo 11: Demografik Özelliklere Göre SF-36 Ölçeği Puanlarının Değerlendirmesi

		N	Fiziksel sağlık puanı Ort±Ss (Medyan)	Mental sağlık puanı Ort±Ss (Medyan)
Cinsiyet	Kadın	78	70,24±19,57 (75)	58,54±20,19 (60,3)
	Erkek	51	75,28±16,03 (76,5)	65,65±19,20 (72,3)
		^a <i>p</i>	0,128	0,048*
Çalışma durumu	Çalışıyor	24	64,96±22,36 (66,9)	51,98±22,39 (56,4)
	Çalışmıyor	105	73,90±17,00 (77,3)	63,49±18,93 (62,1)
		^a <i>p</i>	0,031*	0,011*
Sınıf	1.sınıf	7	70,79±16,33 (61)	56,14±15,98 (48,2)
	2.sınıf	31	74,17±15,21 (77,3)	58,14±15,20 (60,3)
	3.sınıf	44	66,77±21,80 (68,8)	58,64±22,71 (59,7)
	4.sınıf	47	76,29±16,10 (81,5)	66,78±20,07 (72,3)
		^b <i>p</i>	0,235	0,105
Sosyal güvence	Var	103	70,97±18,73 (72,3)	61,03±20,07 (60,7)
	Yok	26	77,24±16,14 (81,9)	62,61±20,23 (67,1)
		^a <i>p</i>	0,120	0,720
Kaldığı yer	Aile ile	60	72,72±15,89 (75,6)	59,84±18,36 (59,7)
	Arkadaşla / Yalnız	40	71,34±20,64 (77,1)	65,93±21,16 (68,6)
	Yurt	28	73,30±20,16 (76,4)	59,25±20,86 (61,3)
	•Diğer	1	48,50±0 (48,5)	27,00±0 (27)
		^c <i>p</i>	0,897	0,253

Tablo 11 (Devamı): Demografik Özelliklere Göre SF-36 Ölçeği Puanlarının Değerlendirmesi

		N	Fiziksel sağlık puanı Ort±Ss (Medyan)	Mental sağlık puanı Ort±Ss (Medyan)
Gelir durumu	<450 TL	21	71,92±17,65 (77,3)	55,72±16,68 (55,9)
	450-990 TL	46	74,64±16,91 (76,6)	62,18±18,70 (61,4)
	>990 TL	62	70,55±19,66 (75)	62,63±21,91 (67,1)
		^c <i>p</i>	0,521	0,372
Gelir kaynağı	Burs	16	74,33±12,89 (74,8)	54,91±15,89 (56,3)
	Aile desteği	60	76,62±16,02 (82)	65,50±18,72 (69,5)
	Burs + Aile	34	65,96±20,72 (69)	59,87±21,39 (62)
	Ek iş	19	67,83±21,59 (69)	56,29±23,05 (59,4)
		^c <i>p</i>	0,032*	0,121
Alkol kullanımı	Var	56	71,13±19,29 (74,1)	61,64±20,80 (64,4)
	Yok	73	73,08±17,69 (77,3)	61,12±19,57 (60,3)
		^a <i>p</i>	0,552	0,885
Sigara kullanımı	Var	67	70,06±20,67 (76)	59,76±21,18 (61,3)
	Yok	62	74,58±15,28 (76,4)	63,06±18,74 (60,9)
		^a <i>p</i>	0,159	0,353

•Gruptaki kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dâhil edilememiştir.

^aStudent t Test

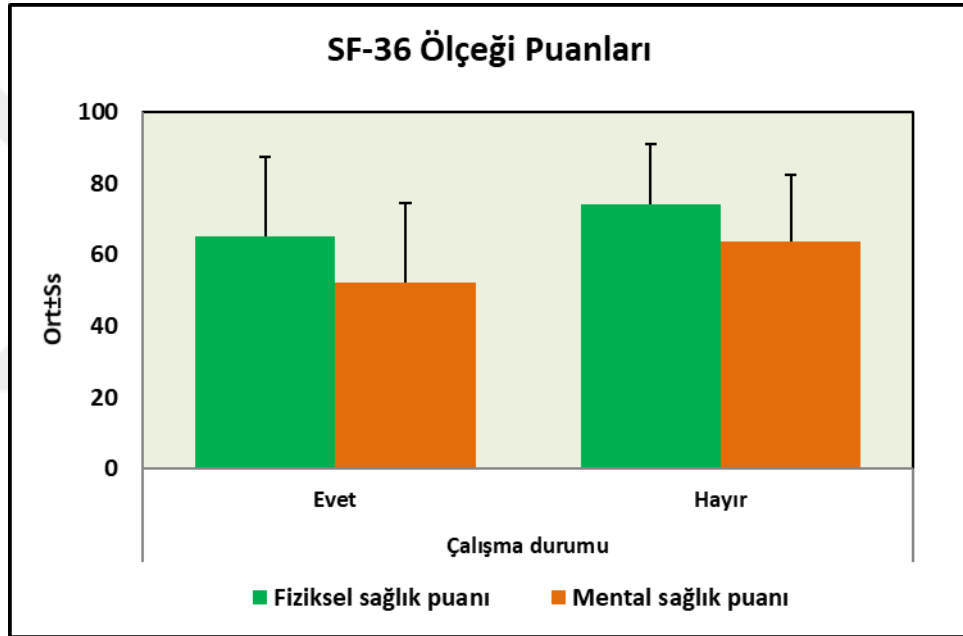
^bKruskal Wallis Test

^cOneway ANOVA Test

**p*<0,05

Cinsiyete göre fiziksel sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); erkeklerin mental sağlık puanları kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur($p=0,048$; $p<0,05$) sonucuna ulaşılmıştır. (Soru 4: Sosyal Hizmet Bölümü kadın öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı, erkek öğrencilerin Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı'ndan daha mı fazladır?)

Çalışan öğrencilerin fiziksel sağlık ($p=0,031$) ve mental sağlık ($p=0,011$) puanları, çalışmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0,05$).



Şekil 8: Çalışma durumuna göre SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının dağılımları

Öğrencinin devam ettiği sınıfa göre fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Sosyal güvence varlığına göre fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Öğrencinin kaldığı yere göre fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gelir durumuna göre fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Öğrencinin gelir kaynağı yerine göre fiziksel sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,032$; $p<0,05$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; geliri ailesi tarafından sağlanan öğrencilerin fiziksel sağlık puanları, geliri burs+aile tarafından karşılananlardan yüksek bulunmuştur ($p=0,039$; $p<0,05$). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Öğrencinin gelir kaynağına göre mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Alkol kullanımına göre fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Sigara kullanımına göre fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 12: Yaş ve BKİ ile SF-36 Ölçeği Puanlarının İlişkisi

		Fiziksel sağlık puanı	Mental sağlık puanı
Yaş (yıl)	<i>r</i>	0,017	-0,014
	<i>p</i>	<i>0,850</i>	<i>0,874</i>
BKİ (kg/m ²)	<i>r</i>	-0,116	0,092
	<i>p</i>	<i>0,283</i>	<i>0,394</i>

r:Pearson Korelasyon Katsayısı

Yaş ile fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

BKİ ölçümleri ile fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13: Aile Özellikleri ve Yaşanılan Yere Göre SF-36 Ölçeği Puanlarının Değerlendirmesi

		n	Fiziksel sağlık puanı Ort±Ss (Medyan)	Mental sağlık puanı Ort±Ss (Medyan)
Anne mesleği	Ev kadını	70	72,25±17,16 (75,4)	61,00±18,23 (60,7)
	Çalışıyor	40	71,85±21,36 (75,4)	59,60±21,88 (61,1)
	Emekli	18	73,81±16,7 (76,5)	67,76±22,29 (73,1)
	•Vefat	1	57,75±0 (57,8)	40,13±0 (40,1)
		^c p	0,931	0,341
Baba mesleği	Memur	13	71,48±24,96 (77,8)	63,68±22,97 (73)
	İşçi	32	75,45±19 (81,6)	64,72±17,85 (64,4)
	Emekli	34	75,24±15,89 (78,5)	63,72±18,39 (60,8)
	Çalışmıyor	7	70,11±13,93 (71,5)	49,99±21,83 (51,8)
	Serbest meslek	38	68,18±18,8 (70)	59,87±21,38 (60,5)
	Vefat	5	66,95±10,43 (66)	44,69±17,58 (45,5)
		^b p	0,278	0,252
Anne eğitim durumu	İlkokul	47	72,28±16,90 (76,5)	61,30±18,76 (60,9)
	Ortaokul	26	73,50±17,95 (76,4)	60,80±16,97 (60,9)
	Lise	44	72,52±17,47 (74,4)	62,67±20,51 (62)
	Üniversite	12	68,23±27,91 (77,5)	57,87±29,67 (65,1)
		^b p	0,984	0,991
Baba eğitim durumu	İlkokul	26	68,79±20,51 (72,9)	55,97±19,33 (60,6)
	Ortaokul	26	75,88±15,85 (80)	57,83±18,42 (57,3)
	Lise	56	73,42±16,82 (74,4)	65,31±19,50 (68,3)
	Üniversite	21	68,82±22,10 (74,8)	61,81±23,11 (71,8)
		^c p	0,411	0,182
En uzun yaşanılan yer	Köy-İlçe	45	71,73±18,10 (73,5)	58,51±18,49 (60,9)
	İl	84	72,50±18,59 (76,5)	62,87±20,76 (61,4)
		^a p	0,820	0,240
En uzun yaşanılan bölge	Akdeniz	10	75,33±16,56 (78,1)	64,55±14,25 (64)
	Marmara	64	74,52±15,92 (76,9)	62,22±19,01 (60,9)
	İç Anadolu	11	65,30±24,37 (73,5)	52,45±21,92 (56,6)
	Karadeniz	16	70,95±19,75 (76,8)	64,87±21,02 (71,1)
	G. D. Anadolu	6	75,88±12,02 (71,8)	61,70±21,11 (58,2)
	Doğu Anadolu	9	66,25±24,07 (67,3)	56,47±23,85 (58,9)
	Ege	13	68,52±22,29 (66)	60,99±24,37 (62,8)
		^b p	0,852	0,828

•Gruptaki kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dâhil edilememiştir.

^aStudent t Test

^bKruskal Wallis Test

^cOneway ANOVA Test

Anne mesleğine göre öğrencinin fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Baba mesleğine göre öğrencinin fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Anne eğitim düzeyine göre öğrencinin fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Baba eğitim düzeyine göre öğrencinin fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

En uzun yaşanılan yere göre fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

En uzun yaşanılan bölgeye göre fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 14: SF-36 Puanları ile Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Kavramı Bilgi Düzeyi Puanlarının İlişkisi

		Bilgi düzeyi puanı
Fiziksel sağlık puanı	r	0,160
	p	0,070
Mental sağlık puanı	r	0,017
	p	0,849

r: Pearson Korelasyon Katsayısı

“Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Kavramı” bilgi düzeyi puanları ile fiziksel sağlık ve mental sağlık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgu ile (Soru 3: Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı yüksek olan öğrencilerin, Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri ile ilgili bilgi düzeyleri daha mı yüksektir?) öğrencilerin Yaşam Kalitesi Ölçek Puanı ile Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Bilgi Düzeyleri arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri ile İlgili Bilgi Düzeyine İlişkin Bulgular

Araştırmanın örneklemini oluşturan sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin sağlık sosyal belirleyicileri kavramı ile ilgili bilgi düzeyine bakıldığında, bilgi düzeyi ortalamasının 100 üzerinden 82,99 olduğu görülmektedir. Bu araştırma bulgusu, Dereci (2017) tarafından toplum sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanları üzerinde yaptığı ve bu bireylerin sağlık sosyal belirleyicileri kavramı ile ilgili bilgi düzeylerinin yüksek olduğuna yönelik araştırma bulgusu ile örtüşmektedir.

Her ne kadar sağlık ile ilgili bir meslek grubu olsa da örneklemini oluşturan sosyal hizmet adaylarının içinde 1. ve 2. Sınıf öğrencileri de bulunmasının ortalamayı düşüren en önemli faktör olduğu değerlendirilmektedir. Öğrencilerin bilgi düzeyleri öğrenim gördükleri sınıfa göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılaştığı sonucuna ulaşılmış olması, yapılan bu değerlendirmeyi destekler niteliktedir. İlave olarak, öğrencilerin %69,4'ü kavrama ilişkin bilgiyi okulda öğrendiklerini beyan etmişlerdir.

Araştırma bulguları 4. Sınıf öğrencilerinin 2 ve 3. sınıf öğrencilerine göre kavram hakkında daha bilgili olduğunu göstermektedir. 1. Sınıf ile diğer sınıflar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmamasının nedeni, bu sınıfta öğrenim gören örneklemin diğer sınıflara göre daha az olmasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Diğer taraftan, öğrencilerin bilgi düzeylerinin yaşa bağlı olarak farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Sınıf düzeyine göre anlamlı farklılık durumun yaş için geçerli olmamasının nedeni olarak her sınıfta farklı yaş düzeylerinden öğrenciler bulunması gösterilebilir.

Sosyal hizmet öğrencilerinin sağlık sosyal belirleyicileri kavramına ilişkin bilgi düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşmadığını göstermektedir. İlgili literatür incelendiğinde, sağlık sosyal belirleyicileri kavramı ile ilgili bilgi seviyelerinin araştırıldığı bir çalışma olmadığı görülmektedir. Bu çalışma kapsamında araştırmanın örneklemini oluşturan öğrencilerin aynı eğitimi aldıkları göz önünde bulundurulduğunda, bilgi düzeylerinin cinsiyete göre farklılık göstermemesinin normal olduğu değerlendirilmektedir. Toplumsal anlamda bilgi seviyesinin cinsiyete

göre farklı olup olmadığına ilişkin değerlendirme yapılabilmesi için farklı kesim ve farklı eğitim düzeylerinden oluşan örneklem üzerinde ampirik çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Diğer taraftan, sosyal hizmet öğrencilerinin bilgi düzeyleri çalışma durumlarına göre farklılık göstermemektedir. Bu durumun çalışan öğrenci sayısının toplam örneklem içerisinde düşük bir oranı kapsamında kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili bilgi düzeylerinin sosyal güvence, kaldığı yer, gelir durumu, gelir kaynağı, alkol kullanım durumu, sigara kullanım durumu ve BKİ gibi değişkenlerin tamamına göre farklılık göstermediği görülmüştür. Son olarak, sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili bilgi düzeyinin anne-baba eğitim durumu ve mesleği ile öğrencinin hayatı boyunca en uzun süre yaşadığı yere göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Analiz sonucunda, hemşirelik öğrencilerinin kavrama ilişkin bilgi seviyelerinin anne mesleği, baba mesleği, anne eğitim seviyesi, baba eğitim seviyesi, en uzun yaşanan yer ve en uzun yaşanan bölgeye göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Bahse konu demografik değişkenlerin sağlığın sosyal belirleyicileri kavramına ilişkin bilgi düzeyinde anlamlı etkisinin bulunmadığına yönelik araştırma bulgusu, yukarıda ifade edildiği gibi, araştırmanın örneklemine oluşturan öğrencilerin benzer eğitim düzeyinde olması ve kavram ile doğrudan ilişkili bir alanda öğrenim görüyor olmasından kaynaklanmaktadır.

5.2. SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

“SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” fiziksel ve mental sağlık puanları olmak üzere iki ana başlık altında değerlendirme yapmaktadır. Analiz sonuçları, araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel sağlık puanlarının 100 üzerinden 72,23, mental sağlık puanlarının ise yine 100 üzerinden 61,35 olduğunu göstermektedir.

Fiziksel ve mental sağlık puanlarının demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığına yönelik analiz sonuçlarına bakıldığında, fiziksel sağlık puanlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği, ancak mental sağlık puanları açısından erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek puan aldıkları görülmektedir. İlgili literatür incelendiğinde, cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, bu ilişkinin özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan

lkelerde daha belirgin olduğu görülmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2017). Bu durumun nedeni olarak ise, özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kadınlara yüklenen ev hanımlığı, çocukların bakımı gibi ilave sorumluluklar ve işgücüne yetersiz katılım gibi nedenlerden dolayı kadınların yaşam kalitelerinin eşlerin sosyal güvencelerine bağlı olması gösterilmektedir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008). Yaşam tatmini düzeyinin kadınlar aleyhine düşük olmasının bir diğer nedeni ise, kadınların eğitim düzeylerinin erkeklere göre daha düşük seviyede olması gösterilmektedir (Aslan, 2009). Ülkemizde İşlek (2017) tarafından yapılan ampirik çalışma sonuçları da erkeklerin mental sağlıklarının kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Öğrencilerin fiziksel ve mental sağlık puanların çalışma durumuna göre farklılık gösterdiği ve bu farklılığın çalışmayan öğrenciler lehine anlamlı seviyede yüksek olduğu grlmştr. Bu durumun çalışan öğrencilerin hem iş hem okul sorumluluğunu birlikte taşıyor olmasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Farklı bir ifade ile, çalışan öğrenciler çalışmayan arkadaşlarına nazaran iki kat sorumluluk taşımakta, bu durumda mental ve fiziksel sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir.

İlave olarak, gelir durumuna göre fiziksel ve mental sağlık puanlarının farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Gelirin insan ihtiyaçlarının karşılanması, sağlık, eğitim, konut, ulaşım gibi hususlar ile doğrudan ilgili olduğu bilinmektedir (Aydiner ve Boylu, 2007). Akademik alışmalar da gelirin bireylerin fiziksel, duygusal ve sosyal sağlıkları ile, başarı ve doyumları, buna bağlı olarak da yaşam tatminleri açısından önemli bir gösterge olduğunu göstermektedir (Koçoğlu ve Akın, 2009; Torlak ve Yavuzçehre, 2008; Kowaltowski vd., 2006). İşlek (2017) tarafından yapılan çalışma sonuçları da düşük gelir algısına sahip bireylerin mental sağlık sorunlarını diğer gelir gruplarına nazaran daha fazla yaşadığı sonucuna ulaşmıştır. Ancak, gelirin tek başına yaşam tatmini üzerinde yeterli bir gösterge olmadığı, yaşadığı bölgedeki sosyal imkanların yetersizliği, trafik, evre kirliliği, kalabalık gibi sorunlar gelirden bağımsız olarak yaşam kalitesini düşürmektedir (Demirkıran, 2012). Bu araştırma sonuçlarına göre gelirin öğrencilerin yaşam tatminleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmaması, öğrencilerin aynı yaşam koşullarına sahip olan bir Şehirde yaşıyor olmasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin fiziksel sağlık puanları öğrencinin gelir kaynağına göre farklılık göstermekte olup, geliri tamamen aile tarafından karşılanan öğrenciler burs alan öğrencilere nazaran daha yüksek fiziksel sağlık puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Diğer taraftan, mental sağlık puanları arasında gelir kaynağına göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Özellikle fiziksel sağlık açısından yaşam tatmininin sağlıklı beslenme alışkanlıkları (Demirkıran, 2012) ve sağlık hizmetlerine erişim imkanları ile arttığı ve bu olanakların ekonomik koşullar ile doğrudan ilişkili olduğu sonucuna ulaşan (Torlak ve Yavuzçehre, 2008) akademik çalışmalar, ailesi tarafından finanse edilen öğrencilerin aile gelir durumunun, burs desteği alan öğrencilere göre yüksek olduğu varsayımı ile birlikte değerlendirildiğinde sadece aile desteği alan öğrencilerin fiziksel sağlık puanlarının burs desteği alan akranlarına nazaran yüksek olması beklenen bir durumdur. Ancak mental sağlık ile ilgili hususlar gelir durumu dışında diğer faktörlerden de fazlası ile etkilendiğinden (Demirkıran, 2012) fiziksel sağlık ile ilgili yapılan değerlendirmenin mental sağlık açısından geçerli olmadığı düşünülmektedir.

Öğrencinin öğrenim gördüğü sınıf, yaş, sosyal güvence durumu, kaldığı yer ve BKİ değerlerine göre fiziksel ve mental sağlık durumlarının değişmediği saptanmıştır. Araştırma kapsamında değerlendirilen öğrencilerin aynı şehirde yaşıyor olması, yaşlarının genç ve birbirine yakın olması (İşlek, 2017), daha büyük yaş gruplarına nazaran sağlık sorunları konusunda daha iyi durumda olmaları (Güven ve Şener, 2010), sosyal hayatlarının olması (Hollar, 2003), ve arkadaş grupları ile birlikte aktivitelere katılması (Kabasakal ve Uzbaşı, 2013) hususların, araştırma kapsamında değerlendirilen sınıf, sosyal güvence, kaldığı yer gibi değişkenlere nazaran fiziksel ve mental sağlıkları üzerinde daha fazla etkisi olduğu değerlendirilmektedir.

Diğer taraftan, öğrencilerin alkol kullanımı, sigara kullanımı durumlarına fiziksel ve mental sağlık puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu araştırma bulgusu Malkina-Pykh (2001)'nin yaptığı çalışma sonucunda elde edilen alkol ve tütün tüketiminin yaşam kalitesi ile ilgili olmadığına ilişkin araştırma bulgusu ile paralellik arz etmektedir. Benzer şekilde, yapılan diğer çalışmalarda da yaşam kalitesini artıran faktörler olarak alkol veya tütün kullanımı durumlarına değil, aktif yaşam biçimine vurgu yapılmaktadır (Özdoğru, 2013).

Araştırma bulguları fiziksel ve mental sağlık puanlarının ebeveynlerin eğitim düzeyi veya mesleklerine göre farklılaşmadığını göstermektedir. Akademik çalışmalar, eğitim düzeyi yüksek olan kişilerin daha nitelikli ve daha yüksek gelirli işlerde çalışabiliyor olması ve bunun getirmiş olduğu sosyal olanaklar sayesinde daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermektedir (Torlak ve Yavuzçehre, 2008). Farklı bir ifade ile eğitim düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesi artmaktadır. Ancak literatürde yer alan bu çalışmalar kişilerin kendi eğitim düzeyleri ile ilgili olduğu, araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim düzeylerinin aynı olması nedeni ile fiziksel ve mental sağlık puanlarının farklılaşmadığı değerlendirilmektedir.

Son olarak, fiziksel ve mental sağlık ile ilgili araştırma bulguları, ilgili değişkenlerin en uzun yaşanan yer ve en uzun yaşanan bölgeye göre farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Normal olarak, yaşam kalitesini etkilediği akademik çalışmalar ile gösterilen sağlıklı beslenme alışkanlıkları (Demirkıran, 2012), fiziksel aktivite düzeyi (Vural, 2010), yaşam biçimi (Özdoğru, 2013), boş zaman faaliyetleri (Aslan ve Arslan Cansever, 2012) gibi hususların kültürlere, bölgelere ve ülkelere göre farklılık gösterdiği bilinmektedir (Aksaçlıoğlu ve Yılmaz, 2007). Dolayısı ile en uzun yaşanan yer ve en uzun süre yaşanan bölgenin fiziksel ve mental sağlık üzerinde etkisinin olması beklenmektedir. Araştırma sonuçlarındaki bu çelişkinin öğrencilerin yaşam kalitesine yönelik soruları cevaplarırken, geçmiş yaşamlarını değil mevcut yaşamlarını değerlendirmelerinden kaynaklandığı, öğrencilerin zamanlarının büyük çoğunluğunu aynı şehirde geçiriyor olmaları nedeni ile de yaşam tatminlerinin ilgili sorulara benzer yanıtlar vermiş olmalarından kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

5.3. Fiziksel ve Mental Sağlık Puanları ile Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine İlişkin Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

Araştırma kapsamında, sosyal hizmet öğrencilerinin sağlığın sosyal belirleyicileri kavramına ilişkin ilgili bilgi düzeyleri ile fiziksel ve mental sağlıkları arasında bir ilişki olup olmadığı analiz edilmiştir. Araştırma bulguları hem fiziksel hem de mental sağlık puanları ile sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin bilgi düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. Ancak, sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda bilgi seviyesi yüksek olan bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlıkları konusunda daha hassas olacağı, dolayısı ile bu

konularda yaşadığı sorunları aşmaya yönelik sağlık hizmeti ve psikolojik destek alacağı değerlendirildiğinde, bu bireylerin yaşam tatmini düzeylerinin daha yüksek olması beklenmektedir.

Akademik çalışmalarda da yaşam kalitesinin en önemli göstergelerinden birinin kişinin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına yönelik öznel görüşleri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Aksungur, 2009). Dolayısı ile “sağlığın sosyal belirleyicileri” ile ilgili bilgi düzeyi yüksek olan bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik olarak, yeme alışkanlıklarının düzenlenmesi (Malkina-Pykh, 2001), fiziksel aktivitelerde bulunulması (Yücecan, 2007), yaşama yönelik istek ve enerjisini artırıcı psikolojik destek alınması (Demirkıran, 2012) gibi tedbirlere yönelmesi beklenmektedir.

Diğer taraftan, konu ile ilgili bilgi düzeyi yüksek insanların eğitim düzeyinin ve buna bağlı olarak gelir düzeyinin de yüksek olması beklenmektedir ki, bu iki değişkenin de yaşam kalitesi üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkileri bilinmektedir (Cılga, 1994; Torlak ve Yavuzçehre, 2008; Koçoğlu ve Akın, 2009). Beklenenin aksine sağlığın sosyal belirleyicileri ile yaşam tatmini boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak, bu araştırma bulguları ile bahse konu değişkenler arası ilişki konusunda genel bir yargıya varılamayacağı, benzer araştırmaların farklı eğitim düzeylerine sahip, farklı bölgelerde ikamet eden, farklı gelir düzeyleri ve farklı meslek gruplarından insanlar üzerinde yapılmasına ihtiyaç duyulduğu değerlendirilmektedir.

6. BÖLÜM

SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışma kapsamında, sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin sağlığın sosyal belirleyicileri kavramına ilişkin bilgi seviyeleri ile bu bilgi seviyelerinin yaşam tatmininin fiziksel ve mental sağlık alt boyutları arasındaki ilişki nicel veriler kullanılarak analiz edilmiştir. Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin “sağlığın sosyal belirleyicileri” ile ilgili bilgi seviyelerinin yüksek olması, toplumun bu konuya ilişkin farkındalığının artırılması bakımında önemlidir. Sağlığın sosyal belirleyicileri ülkedeki sağlık sisteminden ve halk sağlığına yönelik politikalardan ayrı düşünülemez (Dereci, 2017).

Bu bağlamda, gelecekte toplum sağlığı ile ilgili politikalara yön veren Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, İl Sosyal Hizmet Müdürlükleri vb. kurumlarda görev yapmaya aday sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin konuya ilişkin bilgi seviyelerinin yüksek olmasının toplumsal sağlık seviyesini geliştirmeye yönelik uygulama ve politikaların isabetli bir şekilde belirlenmesi açısından önemli olduğu değerlendirilmektedir. Özet olarak, toplum için sağlanan sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve sunulma modeli ülkede sağlığın sosyal belirleyicileri kavramının ele alınışı ile doğru orantılıdır.

Sosyoekonomik düzey, gelir ve maddi yaşam koşullarının sağlığın sosyal belirleyicileri olarak önemi sağlık çalışanları tarafından sıkça vurgulanmaktadır. İlave olarak aile yapısı, cinsiyet ve kültürel faktörlerinde etkisi bilinmektedir (Dereci, 2017). Ancak bu çalışma kapsamında yapılan analizler neticesinde, bu faktörlerin öğrencilerin fiziksel ve mental sağlıkları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışma sadece TC İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü öğrencilerine genellenebilir.

6.2. Öneriler

“Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” kavramının toplumun tüm kesimleri tarafından bilinmesinin ve konuya ilişkin toplumsal farkındalığın artırılmasının toplumun genel sağlığını pozitif yönde etkileyeceği değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, sağlık sisteminin her kademesindeki personelin konunun önemini bilmesi ve uygulamada aktif olarak kullanması sağlanmalıdır. Bu kapsamda,

- “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” ile ilgili eğitimlerin sosyal hizmet bölümü öğrencileri başta olmak üzere sağlık ile ilgili her seviyedeki eğitim kurumlarının müfredatına dahil edilmesinin,
 - “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” ile ilgili güncel çalışmaların ve bu çalışmalar sonucu elde edilen bilgilerin hizmet için eğitimler vasıtası ile sağlık sisteminde yer alan personele aktarılmasının,
 - “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” konusunda sağlık çalışanları dışında tüm toplumun bilinçlendirilmesi ve toplumsal farkındalık yaratılmasına yönelik çalışmalar başlatılmasının faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

Diğer taraftan, “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” kavramına ilişkin olarak ülkemizde yapılan akademik çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Bu konuda yapılacak akademik çalışmaların toplumsal farkındalığı artırmaya yönelik çabalar için yol gösterici olacağı değerlendirilmektedir. Bu bağlamda,

- “Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine” ilişkin toplumun bilgi düzeyinin ölçülmesi ve bu bilgi düzeyinin demografik değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığının test edilebilmesi amacı ile, farklı eğitim ve farklı gelir seviyelerine sahip, farklı meslek gruplarına mensup, farklı coğrafi bölgelerde ikamet eden, farklı yaş gruplarından bireylerden oluşan örneklemeler kullanılarak ampirik çalışmalar yapılması,
 - Benzer özelliklere sahip örneklemeler ile “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” ile ilgili bilgi seviyelerinin yaşam tatmini üzerindeki etkisi ile bu etkilerin demografik değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını tespit etmeye yönelik çalışmalar yapılması,
 - “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” kavramına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmaların; Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu kurumlarında

sağlık sisteminin örgütlenmesine yönelik projeler geliştiren personeli kapsayacak şekilde genişletilmesi önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Akgül A. Çevik O. (2003) “İstatistiksel Analiz Teknikleri”, Emek Ofset, Ankara
- Aksaçlıoğlu, A. G. ve Yılmaz, B. (2007). “Öğrencilerin Televizyon İzlemeleri ve Bilgisayar Kullanmalarının Okuma Alışkanlıkları Üzerine Etkisi”, Türk Kütüphaneciliği, 21(1), 3-28.
- Aksungur, A. (2009). “Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Belirlenmesi”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Aslan, D. (2009). Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı: Kadın Sağlığı Bakışı, Yaşlanan Kadın Sempozyumu, Erişim tarihi: 21 Kasım 2018, 23:55. http://www.huzurevleri.org.tr/docs/Yaslilik_Doneminde_Yasam_Kalitesi_Kavrami.pdf
- Aslan, N. ve Arslan Cansever, B. (2012). “Ergenlerin Boş Zaman Değerlendirme Algısı”, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 42, 23-35.
- Aydiner Boylu, A. (2007). “Ailelerin Yaşam Kalitelerini Etkileyen Bazı Objektif ve Sübjektif Göstergelerin İncelenmesi”, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Aile ve Tüketici Bilimleri Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.
- Boylu, A. A. ve Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD), 8(15), 137-150.
- Brown TM, Fee E. (2006). Report on the typhus epidemic in Upper Silesia Voices From the Past. American Journal of Public Health; Vol. 96, No. 12.
- URL-1: Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2008-09 Edition, Social Workers, Erişim: 30 Mayıs 2019, 22:45. <http://www.bls.gov/oco/ocos060.htm>.
- Cılga, İ. (1994). Gençlik ve Yaşam Niteliği, Ankara: T.C. Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü Basımevi.

- Coburn D. (2004). Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities. *Social Science & Medicine*; 58, 41–56.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization: Geneva.
- Constitution of World health Organization. (1948). Erişim 24 Kasım 2018, 21:36. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- Council on Social Work Education, Educational Policy and Accreditation Standards (Alexandria, VA: Council on Social Work Education, 2008).
- Çakmaklı, K. (1980). Türkiye’de Halkın Sağlık Hizmetlerinden Daha İyi Yararlanması İçin Hastane ve Çeşitli Tedavi Kurumlarında Kurulmakta Olan Sosyal Servislerin Görevleri Üzerinde Araştırmalar, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kitaplığı, İstanbul.
- Demirkıran, S. (2012). “Yaşam Kalitesi ve Sağlık Çalışanları”, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Dereci, O.N. (2017). Toplum Sağlığı Merkezlerinde Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Konusunda Yaklaşım Ve Uygulama Farklılıklarının Araştırılması: Nitel Bir Çalışma, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Duyan, V. (2007). Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yay. Ankara.
- Erci, B. (2016). Halk Sağlığı Hemşireliği, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Eren N, Öztekin Z. (1997). Halk Sağlığının Gelişmesi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler: ed: Bertan M, Güler Ç, Ankara.
- Etiler N. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Yatay ve Dikey Örgütlenme. Erişim 26 Kasım, 13:45. http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2002/sayi_3/baslik2.pdf

- Fişek, NH. (1985). Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi – Dünya sağlık Örgütü Hizmet Araştırma, Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını, No.2, Çağ Matbaası, Ankara.
- Green J. (2010) The WHO Commission on Social Determinants of Health. *Critical Public Health*; 20:1, 1-4.
- Güler, Ç. ve Akın, L. (2015), Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1. 3.Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Basımevi.
- Güven, S. ve Şener, A. (2010). “Factors Affecting Life Satisfaction in Old Age”, *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(2), 179-186.
- Hollar, D. (2003). “A Holistic Theoretical Model for Examining Welfare Reform: Quality of Life”, *Public Administration Review*, 63(1), 90-99.
- İşlek, D. (2017). Manisa'da 15 Yaş Ve Üzeri Nüfusta Depresyon, Panik Bozukluk Ve Somatoform Bozukluk Sıklığı Ve Sağlığın Sosyal Belirleyicileri İle İlişkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Kabasakal, Z. ve Uz Baş, A. (2013). “Öğretmen Adaylarında Yaşam Doyumunun Yordayıcısı Olarak Problem Çözme Becerileri”, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 27-35.
- Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. (1997). Social capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health*;87;1491–1499.
- Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2009). “Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 145-154.
- Kowaltowski, D. C. C. K., Gomes da Silva, V., Pina, S. A. M. G., Labaki, L. C., Ruschel, R. C., Moreira, D. C. (2006). “Quality of Life and Sustainability Issues as Seen by the Population of Low-Income Housing in the Region of Campinas, Brazil”, *Habitat International*, 30, 1100-1114.

- Köroğlu, C. (2015). Sağlık Arama Davranışı ve Sosyal Belirleyicileri Üzerine Bir Değerlendirme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi* 8.4:807-811 (Kasım 2015)
- Malkina-Pykh, I. G. (2001). *Rhythmic Movement Psychotherapy*, St Petersburg: INENCO Center of RAS.
- Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*;337, pp. 1387–1393.
- Merzel C, D’Afflitti J. (2003). Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential. *American Journal of Public Health*;93(4), 557–574.
- Navarro V. (1998). Neoliberalism, globalization, unemployment, inequalities, and the welfare state. *International Journal of Health Services*;28(4),607–682.
- Okuy, P. , Dedeoğlu N. , Öztekin, Z. (2018). Tarihsel Bakışla Türkiye’de Halk Sağlığı. 1. Baskı. Edirne: Trakya Üniversitesi Matbaası.
- Özdoğru, E. (2013). “Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Burdur.
- Pridan D. (1964). Rudolf Virchow and Social Medicine in Historical Perspective. *Medical History*; Vol. 8:274–278.
- Raphael D, Mikkonen J. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Healthy People 2020. An Opportunity to Address the Societal Determinants of Health in the United States.* 2010. Erişim 10 Mart 2019, 21:47. <http://www.healthypeople.gov/2010/hp2020/advisory/SocietalDeterminantsHealth.htm>
- Robert L. Barker. (2003). *The Social Work Dictionary*, 5th ed.(Washington, DC: NASW),P.408.

DSÖ (1986). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. Cenevre.

Tinajero AR. (2010). Wolfensohn Center For Development Working Paper: Scaling-Up Early Child Development In Cuba Cuba's Educate Your Child Program: Strategies And Lessons From The Expansion Process.

Torlak, S. E. ve Yavuzçehre, P. S. (2008). "Denizli Kent Yoksullarının Yaşam Kalitesi Üzerine Bir İnceleme", Çağdaş Yerel Yönetimler, 17 (2), 23-44.

Trohel G, Bertaut-Gounot V, Soler M, Chauvin P, Grimaud O. (2016). Socioeconomic Determinants of the Need for Dental Care in Adults. PLoS ONE;11(7): e0158842.

Waitzkin H. (1981). The social origins of illness: a neglected history. Int J Health Serv;11(1):77-103.

Walter Trattner, From Poor Law to Welfare State: A History of Social Welfare in America (New York: Free Press,1974).

World Health Organization. (2005).Action on the Social Determinants of Health: Learning From Previous Experiences. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health. Erişim 20 Nisan 2019, 10:22. http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf

World Health Organization. (2007). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata. 1978. Çev. Türk Tabipleri Birliği. Erişim 23 Kasım 2018, 17:21. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1189

https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=517.:temel-saik-hmetleruluslararası-konferansi-bdalma-ata&catid=6:uluslararasılge&Itemid=36

World Health Organization. Health Promotion Glossary. Cenevre, (1998). Çev. 2011. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, <http://www.who.ch/hep>

World Health Organization. (2009). Milestones in health promotion. Çev. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler.

World Health Organization. (1997). The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era - Leading Health Promotion into the 21st Century. Erişim 27 Aralık 2018, 23:12. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>

WHO. (2002) Health in PRSPs: WHO Submission to World Bank/IMF review of PRSPs. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1997). Intersectoral action for health: a cornerstone for Health for All in Twenty-first century. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1997). Health: The Courage to Care. Geneva: WHO.

World Health Organization. Social Determinants of Health. (2016). Erişim 12 Kasım 2018,14:36. http://www.who.int/social_determinants/en/

World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. (2005).CSDH Conceptual Framework of Action. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1990). Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a WHO Study Group. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a WHO Study Group., (797).

Willms JD. (2002). Ten Hypotheses about Socioeconomic Gradients and Community Differences in Children's Developmental Outcomes. Kanada: Canadian Research Institute for Social Policy University of New Brunswick.

World Health Organization. (2008.) Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization.

Vural, Ö. (2010). “Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Yaşam Kalitesi İlişkisi”, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Ana Bilim Dalı Antrenman ve Hareket Bilimleri Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

World Health Organization. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of the joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Erişim 12 Aralık 2018, 09:21. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf?ua=1

Yücecan, S. (2007). Tüketici Yazıları I, Babaoğul ve Şener (Ed), Tüketici Sağlığı, Yaşam kalitesi ve Optimal Beslenme (187-200), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

Zastrow, C. (2013). Sosyal Hizmette Giriş. (Ed: Bülent Özçelik). Ankara: Nika Yayınevi.

EK-1**Sosyo-demografik Özellikler Formu**

Yaş:	
Cinsiyet:	1. Kadın 2. Erkek
Boy:	
Kilo:	
Medeni durum:	1. Evli 2. Bekar
Çalışma durumu:	1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor
Sınıf:	1. 1. Sınıf 2. 2. Sınıf 3. 3. Sınıf 4. 4. Sınıf
Sosyal Güvence:	1. Var 2. Yok
Alkol İçme Durumu:	1. Sürekli 2. Arada sırada 3. Hiç/Bıraktım
Sigara İçme Durumu:	1. Sürekli 2. Arada sırada 3. Hiç/Bıraktım
Anne Mesleği:	1. Ev Kadını 2. Çalışıyor 3. Emekli 4. Vefat
Baba Mesleği:	1. Memur 2. İşçi 3. Emekli 4. Çalışmıyor 5. Serbest Meslek 6. Vefat
	1. Okur-yazar değil 2. İlkokul Mezunu

Annenin Eğitim durumu:	<ol style="list-style-type: none"> 3. Ortaokul Mezunu 4. Lise Mezunu 5. Üniversite Mezunu 6. Yüksek Lisans- Doktora Mezunu
Babanın Eğitim durumu:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Okur-yazar değil 2. İlkokul Mezunu 3. Ortaokul Mezunu 4. Lise Mezunu 5. Üniversite Mezunu 6. Yüksek Lisans- Doktora Mezun
Kaldığı Yer:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aile ile 2. Arkadaşlarıyla veya yalnız 3. Yurttan 4. Diğer
Öğrencinin Aylık Geliri:	<ol style="list-style-type: none"> 1. 450tl ve altı 2. 450-990 t l arası 3. 990tl ve üstü
Gelir Kaynağı:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Burs 2. Aile 3. Burs + aile 4. Ek iş
En uzun yaşadığı yer:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Köy 2. İlçe 3. İl
En Uzun Yaşadığı Bölge:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Akdeniz Bölgesi 2. Marmara Bölgesi 3. İç Anadolu Bölgesi 4. Karadeniz Bölgesi 5. Güneydoğu Anadolu Bölgesi 6. Doğu Anadolu Bölgesi 7. Ege Bölgesi

EK- 2

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Bilgi Düzeyi Anket Formu

1. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri kavramını duydunuz mu?

- 1) Evet (ise 2. Soruya geçiniz)
- 2) Hayır (ise 3. Soruya geçiniz)

2. Nereden duydunuz?

- 1) Televizyon
- 2) İnternet
- 3) Yazılı basın
- 4) Yakın çevre
- 5) Okul
- 6) Uzman
- 7) Radyo
- 8) Diğer

3. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri kavramı sizce hangisidir?

- 1) Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlık alanında daha fazla eşitliğin sağlanmasına yönelik pratik bir yaklaşımdır.
- 2) Bireysel olarak veya belirli grup ya da toplumun sağlık durumlarını etkileyen ekonomik ve sosyal değişkenlerdir.
- 3) Sağlık ve sağlık hizmeti ile ilgili her tür yöntem geliştirilirken ve değerlendirilirken dikkat edilen sosyal etmenlerdir.
- 4) Ülkeler içinde ve arasındaki sağlık eşitsizliklerini gidermede önemli olan faktörlerdir.
- 5) Sosyal durumların sağlığı etkilediği yol olup, hastalık nedenleri ile ilişkili kavramlardır.

4. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri konusunda planlanacak müdahaleler için öncelikli kişiler kimler olmalıdır?

- 1) Sosyal Hizmet uzmanları
- 2) Halk Sağlığı uzmanları
- 3) Sağlık Politikacıları
- 4) Hepsi

5.Sağlım Sosyal Belirleyicileri sizce aşağıdakilerden hangilerini içermektedir?

Sağlım Sosyal Belirleyicileri	evet	hayır
1) Sosyal yapı, stres ve sağlık		
2) Erken Yaşam		
3) Yasam seyri, sosyal gradyan ve sağlık		
4) İşsizlik, iş yokluğu ve iş güvencesizliği.		
5) İş yerindeki psiko-sosyal ortam		
6) Ulaşım		
7) Toplumsal destek ve toplumsal birlik		
8) Gıda politikaları		
9) Yoksulluk, toplumsal dışlanma ve azınlıklar		
10) Sigara içme , alkol kullanma		
11) Sağlıktaki etnik/ırksal eşitsizlikler		
12) Mahalleler , konutlar		
13) Cinsel davranış ve cinsel sağlık		
14) Sosyal savunmasızlık ve ileri yaşlar		

6. Eğitim aldığınız okulda bugüne kadar aldığınız derslerde Sağlım Sosyal Belirleyicileri konusunda ne gibi çalışmalar yapılmıştır?

- 1) Sosyal çevreye ait faktörleri hedefleyen çalışmalar: gelir durumu/yoksulluk, eğitim düzeyi, gıda güvenliği, barınma durumu vb.
- 2) Fiziksel çevreye ait faktörleri hedefleyen çalışmalar: sağlıksız veya düzensiz yaşam alanları, nüfus yoğunluğuunda artışa bağlı durumlar vb.
- 3) Sağlık hizmetlerine ilişkin faktörleri hedefleyen çalışmalar: sağlık güvencesi yokluğu, yetersizliği vb.
- 4) Hiç çalışma yapılmamıştır.

EK-3

Etik Kurul Onayı



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ



Sayı : 69396709-300
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Fatma ÇARIKÇI

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 22/04/2019 tarih ve 2019/02 sayılı toplantısında alınan karar aşağıda sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmza ile
Prof. Dr. Ali Argun KARACABEY
Rektör (V.)

22/04/2019 tarih ve 2019/02 Sayılı Etik Kurulu kararı:

KARAR NO-10: Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Fatma ÇARIKÇI**'nin "Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Sağlıkta Sosyal Belirleyicileri Hakkındaki Bilgilerinin ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" isimli çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmeler sonrasında, öğrenci Fatma ÇARIKÇI'nın çalışmasıyla ilgili ilgili Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Yılmaz ÖZAKPINAR'ın da görüşü doğrultusunda söz konusu projenin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Türkiye Mahallen Erguvan Sokak No:26 / E: 34537 Beşiktaş - Beşiktaş/İstanbul (www.areluniv.edu.tr)

Açık EKEN (Yeni İşletme Merkezi) iletisim bilgileri: www.areluniv.edu.tr

Tel: +90 850 8502738 Fax: +90 212 568 84 81

Doküman elektronik ile iletildiği sürece ne <https://e-belge.areluniv.edu.tr> adresinden iletilenler (1258-004a-071e-3a774e7942da) kodu ile erişilebilir. Bu belge 2070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

ADI VE SOYADI: FATMA ÇARIKÇI

DOĞUM YERİ VE TARİHİ: LÜLEBURGAZ/01.12.1988

MEDENİ HALİ: EVLİ

E-MAIL: carikcifatma@yahoo.com

ADRES (EV): BAKIRKÖY

ADRES (İŞ): İSTANBUL ŞİŞLİ MESLEK YÜKSEKOKULU

TELEFON: 05355983492

(EV/CEP)

(İŞ)

EĞİTİM DURUMU

2017-2019: TC İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ /YÜKSEK LİSANS

2007-2011: KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ

2003-2007: LÜLEBURGAZ ANADOLU LİSESİ

1994-2003: LÜLEBURGAZ HÜRRİYET İLKÖĞRETİM OKULU

YABANCI DİL

İNGİLİZCE

İŞ TECRÜBESİ

2011-2017: MEDİLİFE SAĞLIK GRUBU

2017-2018: T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

2019-HALEN: İSTANBUL ŞİŞLİ MESLEK YÜKSEK OKULU