

Prof. Dr. Mukadder Mollaoğlu, Öğr. Gör. Melis Şen

GİRİŞ

Sağlıkla ilgili temel kavramlara ilişkin anlayışlar ve sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, 1986'da düzenlenen Ottawa I. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı, sonraki konferanslar ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) rehberliğinde kabul edilen bildirimlerden bu yana devam etmektedir. DSÖ'nün 1978'de Alma-Ata'da düzenlediği Temel Sağlık Hizmetleri Deklerasyonu'nda "Herkes için sağlık" hedefi ile sağlığın temel insan haklarından biri olduğu anlayışı öne çıkarılmıştır. Bu hedefe ulaşmada sağlık hizmetleri alanı dışında diğer disiplinlerle işbirliği yapılması çağrısında bulunularak sağlığın korunması ve geliştirilmesinin multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gerektiği vurgulanmıştır (World Health Organization, 1986). Bu yaklaşımla birlikte dünyada ve ülkemizde toplum sağlığı hizmetleri yeni bir boyut kazanarak sağlıkla ilgili temel kavramlara yönelik anlayışlar ve sağlığı geliştirme çabaları dinamik bir ivme kazanmıştır.

Sağlık, hastalık gibi sağlıkla ilgili temel kavramlar ve sağlığın geliştirilmesi anlayışı hem kişisel hem de toplumsal açıdan yaşamımızın önemli konuları arasında yer almaktadır. Ülkelerin en önemli hedeflerinden biri hastalıkların önlenmesi, sağlıklı bir çevrenin oluşturulması, sağlığın geliştirilmesiyle birlikte, sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Hastalıkların teşhis, tedavi, rehabilitasyon faaliyetleri, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyi sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili tüm faaliyetleri kapsayan sağlık hizmetleri; toplumun tüm sağlık gerek-

sinimlerini karşılamaya yönelik sunulan hizmetleri kapsamakta ve bu hizmetler sağlık kurumları tarafından sunulmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, birey ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmeye yönelik tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedefleyen sağlığın geliştirilmesi yaklaşımı sayesinde doğru sağlık davranışları geniş bir düzeye halk kitlelerine ulaştırılabilmektedir.

Bireyin kendi sağlığı üzerinde kontrol sağlayabilmesi, yönetebilmesi anlamına gelen sağlığın geliştirilmesi sürecinde, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacı ile verilen sağlık eğitimine, organizasyonel, ekonomik ve çevresel tabanlı tüm desteklerin bileşimi olan Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi önemlidir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2011). Sağlık davranış ve yönelimlerin geniş toplumsal kitlelere ulaşmasını sağlamayı hedefleyen sağlığı geliştirme eylemi kapsamında sağlığı geliştirme uygulamaları ile kişilerin, bireysel tercih ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek kendi sağlıklarını geliştirmelerini sağlayacak süreç ifade edilmektedir. Bununla birlikte, sağlığın geliştirilmesi, sadece bireylerin veya sağlık kurumlarının sorumluluğunda değil, tüm ulusal, uluslararası özel, kamu kurum ve kuruluşlarının birlikte işbirliği yapmalarıyla sürdürülebilir bir nitelik kazanabilmektedir.

Yukarıdaki anlayış doğrultusunda bu bölümde; sağlık, iyilik, hastalık gibi sağlığın temel kavramları, sağlığı etkileyen faktörler, sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi kavramı, modelleri, geçmişten-günümüze sağlığı geliştirme

tarihi ve ülkemizde sağlığın geliştirilmesine ilişkin hizmetler ele alınmaktadır.

1. SAĞLIKTA TEMEL KAVRAMLAR

Kavramlar, insanların yaşamını sürdürmesine yardımcı olan en temel zihinsel oluşumlardır. Aynı zamanda kavramlar, bilgiyi işleme ve depolama sürecinde kullanılan tüm araçların da bileşeni konumundadır (Çetin, 2015:251-274). Birbirleriyle bağlantılı özelliklerin bir sözcükte düşünülmüş olan birleşimi olan kavram, düşüncenin bir başlangıç noktası olmayıp, düşüncenin kendisini topladığı, yoğunlaştığı bir noktadır düşüncenin bir bütüne, bir birleşime, bir birliğe dönüşmüş biçimidir. İnsanlar, kavramlar yoluyla tanır, ayırt eder, seçer ve birleştirir (Bozkurt, 2018:5-23).

Sağlık bilimleri alanında ise sağlık, hastalık kavramları ve bu kavramların kapsamında yer alan iyilik, çevre kavramları hem toplumsal hem de bireysel açıdan önemlidir. Hastalıkların önlenerek sağlıklı bir toplumsal çevrenin oluşturulması ve sonucunda da toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi tüm hükümetlerin öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır. Bu bağlamda, aşağıda sağlık ve iyilik kavramları, sağlık kavramını açıklayan temel yaklaşımlar, sağlığı etkileyen etmenler ve hastalık, hastalık nedenlerine ilişkin temel kavramlar, hastalık etiyojisi, sınıflaması, tipleri, davranışları, etkileri ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

1.1. Sağlık ve İyilik Kavramları

İnsanlar, var olduğu günden bu yana sürekli bir ihtiyaç dizgesi içinde, bu ihtiyaçlara cevap verebilmek adına hayat mücadelesini sürdürmekte ve doğumundan ölümüne kadar, hep bir "iyi olma" halinin peşinde koşmaktadır. Bu hayat koşusu, esasında insanın varlık gayesini oluşturmakta ve var oluş mücadelesini ortaya koymaktadır. İşte bu mücadele içinde; bireylerin organizmalarından veya toplumsal ilişkilerinden kaynaklanan çeşitli ihtiyaçları ortaya

çıkılmaktadır. Bu ihtiyaçların bir kısmı, hayati derecede öneme sahip birincil ihtiyaçlar olarak nitelendirilmekte ve bu ihtiyaçlar, kişilerin ve toplumların fiziksel iyilik hallerine cevap niteliği taşımaktadır. Geriye kalan ihtiyaçlar ise, ikincil ihtiyaçlar olarak tanımlanan bireysel ve sosyal ihtiyaçlar olarak, kişilerin ve toplumların ruhsal ve sosyal iyilik hallerine cevap vermektedir (Ayaz Alkaya, 2017:18-20). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1946 yılında kabul edilen ve 1948 yılında yürürlüğe giren tüzüğünde ifade edildiği şekliyle, sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu kapsayıcı sağlık tanımı, insan ihtiyaçları merkezli düşünüldüğünde; görülecektir ki doğumdan ölüme kadar, yeryüzünde insanların muhatap olduğu her şart ve durum, bireyin ve toplumun sağlık durumunu etkilemektedir (WHO, 2011).

Sağlıklı bir birey; bedensel ve zihinsel olarak dengeli, fiziksel ve zihinsel yetilerini tam olarak kontrol altında tutabilen, fiziki ve sosyal çevresine iyi adapte olmuş, normal sınırları aşmadığı sürece çevre değişikliklerine uyum sağlayabilen ve yeteneklerine göre toplumun refahına katkıda bulunan birey olarak tanımlanabilir. Bu nedenle sağlığı, yalnızca hastalığın yokluğundan ibaret olarak görmek yerine; olumlu bir durum, hayata karşı pozitif bir tutum ve yaşamın bireye verdiği sorumlulukların olumlu bir şekilde kabulü olarak düşünmek gerekir (Budak, 2019:23-37, WHO).

1.2. Sağlık Kavramını Açıklayan Yaklaşımlar

Sağlık kavramı; Bütüncül (Holistik) Yaklaşım, İyilik Hali Modeli ve Çevre Modeli olmak üzere üç yaklaşım kapsamında ele alınmaktadır.

1.2.1. Bütüncül (Holistik)Yaklaşım

Bireylerin içinde bulunduğu her şart ve koşul, bireylerin sağlık statüsünü etkileyebiliyorsa; insanın olduğu her zaman ve mekanda da yönetsel faaliyetlerden bahsetmek mümkündür. Çünkü sağlık kavramı gibi yönetim kavramı

da insanlığın hayat çizgisiyle eş değer bir geçmişe sahiptir (Çimen, 2010:136-139). Dolayısıyla, insanlık tarihiyle eş değer bir tarihe sahip olan sağlık ve yönetim kavramlarının, bu süre zarfında bir şekilde ilişki içinde olduğu unutulmamalıdır. “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un 2. maddesine göre; “sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler olarak tanımlanmaktadır” (Resmi Gazete, 1961). Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere, sağlık hizmetleri kavramı; insan hayatına bütüncül bir yaklaşım ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerindeki bu bütüncül yaklaşımın yansıması olarak ortaya çıkan sınıflandırma (koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri) dikkate alındığında ise, sağlık hizmetleri sunumunun yalnızca herhangi bir hastalığın teşhis ve tedavisiyle ilgili olmadığı; aksine, yaşamdan ölüme kadar bireyi ilgilendiren her durum ve koşulu, sağlık hizmetleri açısından planlanması, organize edilmesi, yönlendirilmesi ve kontrol edilmesi süreçlerini kapsadığı görülmektedir (İlhan, 2018:5-12). Bu da demektir ki, bireysel ve toplumsal sağlamlık hâlinin optimum seviyeye ulaşabilmesi ve bu seviyenin de aynı şekilde devam ettirilebilmesi için; sağlık statüsünü belirleyen ve etkileyen her türlü durum ve şartın, profesyonel bir bakış açısı ve bilgi birikimiyle yönetilmesi gerekmektedir.

Gerek bugüne kadar yapılmış olan sağlık ve sağlık statüsü tanımları ve gerekse sağlık statüsü belirleyicileri üzerine yapılmış olan modelleme çalışmaları dikkate alınarak oluşturulan bütüncül (holistik) yaklaşım; sağlık ve sağlık statüsü kavramlarını, bireysel ve toplumsal temelli, profesyonel yönetim anlayışıyla ele almakta ve ortaya koymaktadır. Bireyin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal

iyilik hâlini merkezine alan bu model; insan ve toplum sağlığının bütüncül olarak yönetilebilmesine imkân veren dokuz ana belirleyici üzerinde durmaktadır. Bunlar; çevre, genetik, kültür, teknoloji, nüfus, yaşam tarzı, ekonomik sistem, sağlık hizmetleri sunumu ve politik sistemdir (Budak, 2019:23-37). Holizm ilk olarak 1926 yılında Kuzey Afrikalı bir filozof olan Jan Chiristian Smuts tarafından ‘Holizm ve Evrim’ adlı kitabında ortaya atılmış ve sonrasında bir felsefik görüş haline dönüşmüştür. Holizm Yunanca da bütün, tam anlamlarına gelen ‘holos’ sözcüğünden türetilmiş aynı zamanda İngilizce’de yer alan ‘Whole’ olarak ifade edilen ‘tüm’ kelimesi ile aynı kökenden gelmiştir. Holizm; insanın bir bütün olarak incelenmesini ve tek başına ele alınmamasını savunur (Bayındır ve Biçer, 2019:25-29).

Bireyin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hâli üzerine yaşamalarını hedefleyen bu model çerçevesindeki her bir belirleyicinin; gerek tek başına ve gerekse yaklaşım kapsamındaki diğer belirleyicilerle eşgüdümlü bir biçimde ele alınması ve yönetilmesi gerekmektedir. Buradaki yönetimden maksat; aşağıdaki şekilde dört aşamalı olarak ifade edilebilir. Buna göre (Çelik, 2019:49-68).

- Her bir belirleyicinin, bireyin ve toplumun sağlık statüsü üzerindeki etki oranı dikkate alınarak, bu doğrultuda bütüncül bir planlama yapılmalıdır.
- Yapılan bu planlamanın gerçekleştirilebilmesi adına, bir araya getirilecek kaynakların eşgüdümlü bir biçimde organize edilmesi gerekmektedir.
- Yapılan planlama doğrultusunda organize edilmiş kaynakların, etkili ve verimli bir şekilde işleyişini sağlamak adına, gerekli kurgulamalar ve yönlendirilmeler gerçekleştirilebilmelidir.
- Tüm bu işleyişin, merkezine sürekli kalite iyileştirme anlayışını dikkate alarak devamının sağlanabilmesi adına; gerek her bir belirleyicideki işleyişin, gerekse modelin bütüncül işleyişinin sürekli kontrol edilmesi gerekmektedir.

1.2.2. İyilik Hali Modeli

İyilik hali kavramının ortaya çıkışı 1940 yıllarına dayanmaktadır. İyilik haline yönelik ilk akademik tanım 1958 yılında Dunn tarafından yapılmıştır (Korkut-Owen vd., 2017: 1461-1479). Dunn'a (1958) göre iyilik hali; bireyin sağlıklı olmasının yanı sıra yetenek ve becerilerini maksimum kapasitede kullanmasıdır (Kaba, 2020:143-154). Sağlığın korunmasına ilişkin uygulamaların ve sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi ile bireylerin iyilik hali düzeyini sürdürmeleri ve yükseltmeleri mümkündür. Sağlıklı olmak, iyilik haline ulaşmada ara basamak olarak değerlendirilebilir. Bu açıdan, iyilik hali düzeyine ulaşmak ve mevcut potansiyeli artırmak amacıyla çeşitli araştırmalar yürütülmüş ve iyilik hali modelleri geliştirilmiştir. İyilik Hali Modeli, İyilik Hali için Bölünmez Ben Modeli, İyilik Hali Yıldızı Modeli bilinen ve tercih edilen modellerdendir (Erbaş ve Kağnıcı, 2017:1594- 1615).

Myers, Sweeney ve Witmer tarafından 2000 yılında geliştirilen İyilik Hali Modeli Türkiye'de en fazla bilinen ve kullanılan modeldir (2000: 251-266). Adler'in yaşama görevleri kuramından esinlenilerek ortaya çıkan model çemberde yer alan unsurların bireylerin yaşam tarzını etkileyen 12 faktörden oluşturulmuştur. Kişinin kendisini gerçekleştirmesini sağlayan sosyal, sağlık ve ekolojik tüm alanlarda refah seviyesine ulaşması anlamına gelmektedir (Gürkan, 2014:18-35; Kılıç ve Öz, 2020:141-147). Söz konusu model, Ivey ve diğerleri (2013) tarafından geliştirilerek 5 bileşenli, 17 alt faktörlü İyilik Hali İçin Bölünmez Ben Modeli adını almıştır (2013:53; Gürkan, 2014:18-35). Türkiye'de Korkut-Owen ve Owen ise alanyazındaki modellerin çoğunda vurgulanan boyutlara dayanarak ve yıldız metaforundan yararlanarak beş boyutlu İyilik Hali Yıldızı Modeli (İHYM) adında bir model geliştirmiştir (2012:24-33). Oluşturulan model beş boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; fiziksel, psikolojik/duygusal, sosyal, entelektüel/mesleki ve spiritüel boyutlardır. İyilik hali çemberi modelinde olduğu gibi bu modeldeki unsurların da birbirleri ile ilişki içinde oldukları

ve birbirini etkileyeceği düşünülmektedir. Fiziksel boyutuyla; yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite, doktor kontrolü gibi sağlığın fiziksel boyutları, duygusal ve psikolojik boyutuyla; kendine güven, duyguları fark etme ve kontrol edebilme, tecrübe ve deneyimler gibi içsel faktörler, sosyal boyutuyla; bireylerin çevresi, ailesi, akraba ve komşu ilişkileri gibi sosyal ağlarını kapsayan faktörler, entelektüel ve mesleki boyutuyla; çalışma hayatı ve kendini geliştirmeyi sevip, yeteneklerini toplum için kullanma, gönüllülük esaslı faaliyetlere katılma gibi unsurlar ve spiritüel boyutuyla; yaşamın amacını ve anlamını arama gibi unsurlar yer almaktadır (Korkut-Owen vd., 2016: 5013-5031). Mevcut modellerin birleştiği ortak nokta; bireylerin iyilik haline ulaşmaları sadece sağlık durumları ile değil, aynı zamanda sosyal, psikolojik, manevi uygulamaları da ilişkili olduğu yönündedir. Buna ek olarak, sağlıklı yaşam biçimi benimsendiği sürece iyilik hali sonradan öğrenilebilir ve değiştirilebilir özelliklere sahiptir (Myers vd., 2000: 251-266).

1.2.3. Çevre Modeli

Genel itibarıyla, sağlık statüsü belirleyicileri; bireylerin veya toplumların sağlık durumunu etkileyen bir dizi faktör olarak ifade edilecek olursa, bu faktörlerin, bireysel ve sosyal hayatın her aşamasında, fiziksel çevre ve bireysel davranış arasındaki karmaşık etkileşimler neticesinde belirlendiğini ve yine bu faktörlerin, birbirlerinden ayrı düşünülemediğini ifade etmek mümkündür. Bireylerin ve toplumların sağlık statüsü, birçok faktörün bir araya gelmesi sonucu belirlenmektedir. Bireylerin ve dolayısıyla toplumların sağlıklı olup olmama durumu; kişisel anlamda sosyo kültürel yapıya ve çevresel faktörlere bağlı olarak düşünülmektedir (Budak, 2019:23-37; Health Stats, 2019). Dünya Sağlık Örgütüne göre, sağlık statüsü belirleyicileri; üç ana başlık altında ele alınabilir. Bunlar; sosyal ve ekonomik çevre, fiziksel çevre ve bireylerin kişisel özellikleri ve davranışlarıdır. Dolayısıyla; bireylerin, sağlık statüsünü belirleyen faktörlerin çoğunu kontrol edebilir

me ihtimali yoktur. Bu durumda, genel olarak bireylerin sağlık statüsünü belirleyen (onları sağlıklı yapan ya da yapmayan şeyler) faktörler, aşağıdaki şekilde sıralanabilir (WHO, 2019):

- **Gelir ve Sosyal Statü:** Gelir ve sosyal statüdeki artışın, daha iyi bir sağlık düzeyiyle doğru orantılı olduğu; dolayısıyla, en zengin ile en fakir insanlar arasındaki gelir ve statü farkı açıldıkça, benzer şekilde sağlık-taki oranların da açılacağı düşünülmektedir.
- **Fiziksel Çevre:** Güvenli suyun, temiz havanın, sağlıklı iş yerlerinin, güvenli evlerin, toplulukların ve yolların, sağlık durumunu pozitif anlamda etkilediği düşünülmektedir.
- **Sosyal Çevre:** Ailelerle, arkadaş çevresiyle ve etkileşim içinde olunan diğer bireylerle sağlanan pozitif iletişimin, sağlık durumunda da pozitif bir iyileştirme meydana getireceği; kültürün, gelenek-göreneklerin ve yine ailesel ve toplumsal inançların da sağlık durumunu etkileyeceği düşünülmektedir.
- **Genetik:** Genlerin, dolayısıyla kalıtımın; bireysel sağlık durumunu ve bazı hastalıkların ortaya çıkıp çıkmama durumunu belirlediği düşünülmektedir.
- **Sağlık Hizmetleri:** Hastalıkları önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimin ve bu hizmetleri kullanım durumunun, sağlık statüsünü etkileyeceği düşünülmektedir.
- **Cinsiyet:** Erkeklerin ve kadınların, farklı yaşlardaki farklı hastalıklardan mustarip oldukları var sayılarak; cinsiyet değişkeninin de sağlık statüsünü etkilediği düşünülmektedir (WHO, 2019).

1.3. Sağlığı Etkileyen Etmenler

Sağlığı etkileyen etmenler aşağıda ele alınmıştır:

1.3.1. Çevre

Literatürde farklı anlamları bulunmakla birlikte; çevre bir organizmanın içinde yaşadığı, farklı organizmalar ile etkileşim içinde olduğu ortam

ya da koşullar olarak ifade edilmektedir (Kaya, 2013:14-15). Uluslararası Epidemiyoloji Birliği tarafından 2001 yılında hazırlanan epidemiyoloji sözlüğünde çevre; “insanın barındığı ve yaşadığı evi dışındaki her yer” olarak tanımlanmış ve nüfusun sağlık statüsünü etkilemesine göre, fiziksel, biyolojik, sosyal ve kültürel gibi ayrılabilmesi vurgulanmıştır. Türk Dil Kurumu (TDK) resmi internet sitesinde ise çevre; hayatın gelişmesinde etkili olan doğal, toplumsal, kültürel dış faktörlerin bütünlüğü olarak tanımlanmıştır (TDK). Bu tanım, kavramın özelliği düşünüldüğünde oldukça dar kapsamlıdır. Bu tanıma göre çevre, genetik faktörleri içermemesine rağmen; çevrenin kısa ve uzun dönemde genler üzerinde etkisinin olduğu tartışılabilir. Ayrıca günümüzde, ev içi ortamının da solunum yolu enfeksiyonları ve alerjiler gibi bazı hastalıkların oluşumuna katkıda bulunduğu bilinmektedir. Buna göre çevre tanımı, çevreyle ilişkili insan davranışlarının yanı sıra bu davranışları etkileyen sosyo-kültürel çevreyi ve genetik faktörleri içermemektedir. Bu sebeple daha ayrıntılı bir tanımlama yapmak gerekirse, çevreyi; insan bedeninin dışında kalan bütün fiziksel, kimyasal ve biyolojik faktörleri ve ilişkili insan davranışlarını etkileyen faktörleri tanımlayan geniş bir kavram olarak ifade etmek mümkündür. Ancak, makul bir şekilde değiştirilemeyen doğal çevresel faktörler bu tanıma dahil değildir (Prüss vd., 2004: 16-1-16-4). Hayatının tüm evrelerinde bilinçli/bilinçsiz olarak çevre ile etkileşim içinde olan insan, çevreden olumlu ya da olumsuz etkilenebilmektedir.

1.3.2. Yaşam Tarzı

Sağlık, insan hayatı için vazgeçilmez bir değerdir. Bu değerli varlığı iyi bir şekilde yönetebilmek, insanların kontrolünde olan bir durumdur. Genetik, çevre, kültür, teknoloji, nüfus gibi faktörlerin yanı sıra, yaşam tarzı da sağlığı etkileyen önemli faktörlerden biridir. Dolayısıyla, iyi bir yaşam tarzım benimseyerek doğru yaşam davranışları sergilemek; insan sağlığı üzerinde olumlu etkiler yaratmakta ve bireyle-

rin yaşam sürelerinin de uzamasına katkı sağlamaktadır. Yaşam tarzı; günlük yaşamın anlamlı bir şekilde hayata geçirilmesini içermekte ve bilinçli niyetlerin veya bilinçsizce deneyimlenen davranışların, tutumların ve amaçların, diğer insanlarla temas ve etkileşimlerin bir sentezini oluşturmaktadır (Kirch, 2008:586-607). Sağlıklı yaşam biçimi, kişilerin kendi sağlığını etkileyebilecek tüm davranışlarını kontrol etmeleri, günlük aktivitelerini düzenlemelerinde sağlık durumlarını yükseltmeye yönelik davranışların uygulamalarını ifade etmektedir. Sağlıklı yaşam tarzı davranışları ise kişilerin iyilik düzeylerini korumalarını ve yükseltmelerini sağlayan davranışlardır (Aksoy ve Uçar, 2014:53-67).

Bireyin hayata bakış açısına bağlı olarak geliştirmiş olduğu değerlerinin, tutumlarının, davranışlarının ve alışkanlıklarının hepsi bireyin yaşam tarzına etki etmektedir. Bireyin gündelik hayatında sigara, alkol, uyuşturucu gibi bağımlılıklarının olması, bireysel hijyenine özen göstermemesi, sağlık hizmeti ihtiyaçlarına dikkat etmemesi veya ertelemesi, özel ve meslek hayatında tehlikeli işlerde yer alması, doktor tavsiyelerine uymaması gibi davranışları bireyin sağlığını ve hayatını olumsuz yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018:15-73). Yaşam tarzı davranışları; böbrek hastalıkları, kalp hastalıkları, solunum yolları gibi çeşitli hastalıkların gelişmesinde önemli bir belirleyici faktör olarak değerlendirilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmış olması, birçok hastalığın ortaya çıkmasını önlemeye yardımcı olmakta veya seyrinin olumlu yönde değişmesine katkı sağlamaktadır (Özenoğlu vd., 2018:234-242). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tahminlerine göre, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'i ve gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin ise %40-50'si; yaşam tarzına bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardan kaynaklanmaktadır (Bostan ve Beşer, 2017:38-44).

1.3.3. Genetik Faktörler

Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve yaşam standartlarının geliştirilmesinde; genetik yapı

ve çevresel faktörlerin kontrolü giderek önem kazanmaktadır. Genetik hastalıklar; bebek ölümlerinde ve çocukluk dönemindeki bedensel ve zihinsel kayıplarda büyük rol oynamaktadır. Son zamanlarda, toplumda çok sık görülen kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, demans veya kanser türleri gibi hastalıklarda da genetik yatkınlığın önemli roller üstlendiği bilinmektedir (Durmaz vd., 2011:259-265). Ayrıca, genetik geçişli hastalıkların görülme sıklığını artıran akraba evliliklerini de bu noktada akıld tutmak gerekir. Akraba evliliklerine bağlı genetik geçişli hastalıkların görülme sıklığını azaltmanın önemli yollardan biri ise toplumu bilinçlendirmektir. Genetik danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ile birlikte bu hizmetlerin, sağlık hizmetleri içinde yapılandırılması, buna yönelik plan ve politikaların gerçekleştirilmesi ve uygulanması gerekmektedir (Kaplan ve Arda, 2017: 57-71). Genetik hastalıklarda, mevcut ve potansiyel sorunları en aza indirmenin yolu; konuyla ilgili sağlıklı bilginin verilerek toplumun bilinçlendirilmesi ve konunun uzmanı olan, genetik konusunda tecrübe kazanmış bir ekip tarafından sağlanacak olan genetik danışmanlık verilmesi olabilir. Genetik danışmanların, bu zorlu süreçte; bilgilendirici, destekleyici ve güven veren tutum sergilemeleri gerekmektedir (Budak, 2019:23-37). Aynı zamanda, süreci başarıyla yönetebilmek için de danışmanların; önyargıdan ve yargılayıcı tutumlardan uzak olması, empati kurabilmesi, mahremiyet hususunda özenli davranması gerekmektedir.

1.3.4. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç ana bölüme incelelenmektedir.

1.3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri; kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki başlık halinde incelenmektedir. Kişiye yönelik koruyucu sağlık

hizmetleri; kişileri ve toplumu hastalık etkenlerinden uzak tutmaya veya yok etmeye yönelik hizmetlerdir. Aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri, kişilerin hastalık halinde ise en erken dönemde tanı konmayı ve uygun tedavi yöntemleri ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler olarak tanımlanmaktadır (Cigna, 2016; İlhan, 2018:5-12, Durna, 2012:5-6, Akdur, 2006:12-15).

Kişiyne yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, hekim, hemşire başta olmak üzere diğer tüm sağlık profesyonellerinin yürüttüğü hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:358-381). Bu hizmetler; hastaların erken dönemde teşhis ve tedavisinin sağlanması (tanı testleri), sağlık eğitimlerinin verilmesi, ilaçla koruma, kişisel hijyen, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin sunulması, kişilere yönelik yapılan bağışıklama, aile planlaması hizmetlerinin verilmesi, sağlık eğitimi gibi tüm hizmetleri kapsamaktadır (İlhan, 2018:5-12; Somunoğlu, 2012:2-26; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:358-381).

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ise; kişilerin içinde buldukları çevrede sağlık durumlarını olumsuz yönde etkileyen fiziksel, biyolojik ve kimyasal etkenleri yok ederek veya bu etkenlerin kişileri etkilemelerini engelleyerek sunulan sağlık hizmetleridir (Akdur, 2006; Gemlik, 2018). Çevreye yönelik koruyucu hizmetler; çevre kirliliğinin (hava, su, toprak kirliliği) önlenmesi, temiz su kaynaklarının sağlanması, iş sağlığı ve güvenliği, atıkların kontrolü, radyolojik zararların denetimi, besin hijyeni gibi hizmetleri kapsamaktadır (Somunoğlu, 2012:2-26; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:358-381). Koruyucu Sağlık Hizmeti sunan kurumlar ise; Sağlık Evi, Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)lerdir (İlhan, 2018:5-12).

1.3.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bozulan sağlık durumunun tekrardan kazanılması amacıyla, en az bir hekimin sorumlulu-

ğunda, poliklinikte, klinikte, muayenehanede ya da herhangi bir sağlık kuruluşunda sunulan sağlık hizmetleri ile bu tedaviye bağlı olarak verilen her türlü ilaç ya da sağlık gereçleriyle yapılan müdahalelere tedavi edici sağlık hizmetleri denilmektedir. Bir sağlık hizmeti türünün tedavi edici olarak nitelendirilmesi için, bir hastalık ya da sakatlığın olması ve ona ilişkin sağlık hizmeti sunumunun veya tıbbi müdahalenin olması şarttır (Budak, 2019:23-37). Diğer taraftan, tedavi edici sağlık hizmeti için. yataklı tedavi hizmetleri şart değildir. Tedavi edici sağlık hizmetleri; özel muayenelerde, hastane polikliniğinde, hastane acilinde ya da ayakta cerrahi merkezlerinde, hekim kontrolünde kişinin evinde, hemşirelik bakım merkezlerinde sunulabilmektedir (Durna vd., 2020:6-7).

Tedavi edici sağlık hizmetleri; gününbirlik ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere sunulabilmektedir. Buna göre, gününbirlik tedavi hizmetleri; hastane gibi yataklı tedavi kurumlarında, hastanede yatış yapılması gerekmeyen hastaların tanı ve tedavisine ilgili hizmetleri içermektedir. Ayaktan tedavi hizmeti sağlayan kurumlar, doktor muayenehaneleri, hastane poliklinikleri, acil servisler, evde bakım hizmetleri, revirler, ayaktan cerrahi merkezleri vb. hizmet veren yerlerdir (İlhan, 2018:5-12). Yataklı tedavi hizmetleri ise, hastanede yatmayı gerektiren sağlık problemleriyle ilgili, hastane gibi yataklı tedavi kurumlarında verilen hizmetleri içermektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:358-381).

1.3.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri, hastalık ya da kaza nedeniyle kişilerin kaybettiği fiziksel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasını sağlayan hizmetlerdir (İlhan, 2018:5-12). Rehabilitasyon, insanların yaşadıkları ve çalıştıkları ortamlarda, potansiyellerini tam olarak gerçekleştirme için sağlayan, sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir bileşenidir. Bu sağlık hizmeti türü, uzun yıllar boyunca özellikle sınırlı sağlık yatırımlarına sahip ve zayıf koordineli ülkelerde

ihmal edilmiştir. Bununla birlikte günümüzde, yüksek gelirli ülkelerde insan sağlığına verilen önemin giderek artmasına ve rehabilite edici hizmetlerin verilmesine karşın özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, rehabilitasyon hizmetlerindeki önemli iyileşmelere, halen ihtiyaç duyulmaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri; doğrudan ya da dolaylı olarak, toplumda eğitime ve iş yaşamına katılımı artırmaktadır. Rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlığını kaybeden ya da sonradan sakatlanan kişilerin, çevresi ile etkileşim içine girerek potansiyelini ortaya çıkarmaya katkı sağlamakta ve böylece yaşama ve iş yaşantısına en iyi şekilde adapte olmasına yardımcı olmaktadır (WHO, 2017).

Rehabilite edici sağlık hizmetleri; bedensel ve sosyal rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Buna göre, bedensel rehabilitasyon; bedensel sakatlıkların olabildiğince düzeltilmesi için yapılan hizmetleri ifade ederken, sosyal rehabilitasyon; sakatlığı nedeniyle işini yapamayan veya belirli bir işte çalışamayacak durumda olanların iş yapmalarına imkan sağlayan hizmetleri ifade etmektedir (Gemlik, 2018:81-82). Örneğin; işe uyum sağlama, yeni bir iş bulma veya öğretme çalışmalarının hepsi, sosyal rehabilitasyon kapsamında ele alınmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010:358-381).

1.4. Hastalık Kavramı

Hasta sağlık hizmetinden faydalanma ihtiyacı bulunan, bir tedavi işlemine, bir cerrahi müdahaleye rıza gösteren ve müdahalenin pasif tarafını teşkil eden kişidir (Aşti ve Karadağ, 2018:65). TDK'ya göre ise; hastalık, kaza veya yaralanma dolayısıyla fizik veya ruh sağlığı bozulmuş ve tedavi edilmesi gereken kimse, rahatsız olan kişidir (TDK).

Hastalık; organizmada birtakım değişikliklerin meydana gelmesiyle birlikte ortaya çıkan rahatsızlık durumu ve sağlığın bozulması halidir. Ayrıca, ruh sağlığının kaybedilmesi de bir hastalık hali olarak ifade edilmektedir (Özçetin ve Balaban, 2015:14). TDK'ya göre ise hastalık; Organizmada birtakım değişikliklerin ortaya

çıkmasıyla sağlığın bozulması durumu, rahatsızlık, çor, dert, sayrılık, illet, maraz, maraza, esenlik karşıtı, ruh sağlığının bozulması durumudur (TDK).

Hastalık kavramının açıklanabilmesi için, sağlık ve hasta olma kavramlarıyla karşılaştırmak gerekmektedir (Tunçer, 2019:68). Hasta olma bireyin önceki durumu ile karşılaştırıldığında, fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal, gelişimsel ve ruhsal olarak bozukluğun olmasıdır. Hastalık, sağlık, hasta olma kavramlarıyla hem öznel belirtileri hem de nesnel belirtiler açısından kesinlikle birbirinden farklı kavramlardır. Hastalık, kesinlikle şöyle ya da böyle biten ya da belirli bir sona sahip olan bir durum değildir. DSÖ hastalığı; fiziksel, akılsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hâlinin yokluğu olarak değerlendirilmektedir. Sadece dokuların ve organların fizyolojik fonksiyonlarını yerine getirememesi olarak görülmemesi gereken hastalık, yalnızca fizyolojik değil aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgu olarak değerlendirilmelidir (Aşti ve Karadağ, 2018:65, Tunçer, 2019:68).

1.4.1. Hastalık Nedenleri ile İlgili Temel Kavramlar

Hastalık dinamik bir süreçtir. Sadece hastalığın oluşumunu değil, aynı zamanda kuluçka dönemini, aşamalı gelişimini ve sonucu değiştirmeye yönelik müdahalelerin etkilerini de içerir. Hastalığın doğal seyrinin bilinmesi; hasta, ailesi ve yaşadığı toplum açısından hastalık sürecinde başarılı olabilmek için en gerekli müdahalenin nerede, ne anlama geldiğini anlamak için önemlidir (Özçetin ve Balaban, 2015:14).

Bir hastalığın doğal seyri, hastalığın başından sonuna kadar olan süreçtir. Hastalığın başlangıcını; hastalığın iyileşmesini, tedavisini, kronikleşmesini veya uygun dönem sekellerini (hastalığın ileri aşamaları veya komplikasyonları) içeren klinik seyri; çevresel veya yapısal (genetik veya yaşam biçimi) faktörleri ve bu faktörlerin hastalığın her dönemindeki etkileri ile ilişkili değişkenleri içerir (Budak, 2019:23-37; Çelik, 2019:49-68). Hastalığın herhangi bir aşamasındaki müdahalenin etkileri hastalık sü-

recinin bir parçasıdır. Buna göre hastalık; ajan, konakçı ve çevrenin olumsuz sağlık koşulları etkileşimde bulunduğu zaman ortaya çıkmaktadır. Hastalık etkeni bulaşıcı bir organizma, kimyasal bir etkilenim, genetik bir kusur veya bir eksiklik durumu olabilir. Dikkatsiz araba kullanma veya riskli cinsel davranış gibi toplumun veya kişinin davranış biçimi bir hastalığa veya yaralanmaya sebebiyet verebilir. Konakçı, katkısı olan birçok sosyal ve çevresel etkenin bir sonucu olarak bağışık veya duyarlı olabilir. Çevre, malarya içeren bir sivrisinek, uyuşturucu kullananlarca paylaşılan kirli enjektörler, kurşun içeren boya veya aile istismarı gibi bir durum olabilir (Tulchinsky ve Varavikova, 2019).

Bir hastalığın klinik seyri, laboratuvarı veya radyolojik bulguları, hastalığın şiddetinin azalmasına veya az sekel ile iyileşmesine yol açan tıbbi ya da halk sağlığı müdahaleleri ile değiştirilebilmektedir. Böylece müdahaleler hastalığın doğal bir parçası haline gelmektedir. Bir toplumdaki bulaşıcı hastalığın doğal seyri toplumun daha önce hastalığa maruz kalma veya aşılama kapsamına göre değişecektir (Tunçer, 2019:68). Çocukluklara özgü hastalıklar genellikle fazladır çünkü yetişkin nüfus daha önce etkilendiğinden veya aşılardan dolayı bağışiktır. Esas olarak çocukluk hastalığı olan kızamık ve difteri şu an geniş kapsamda yetişkinleri de etkilemektedir. Çünkü doğal kazanılmış bağışıklık daha az korumaktadır veya bağışıklıkları doğal olarak veya çocukluk dönemindeki yetersiz aşılama sonucunda zayıflamıştır (Budak, 2019:23-37).

1.4.2. Hastalık Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

Sağlık hizmeti genel olarak, hastaların değerlendirilmesi ve bakımıyla ilgilidir. Ancak, her sağlık çalışanı, özellikle de klinisyen, hastalığın tek bir bireye ait izole bir durum olmadığı, benzer toplum gruplarını ve toplulukları etkilediği anlayışında olmalıdır.

Epidemiyoloji bir toplumdaki sağlık olaylarını inceleyen bilimdir. Epidemiyolojinin

hedefleri ve yöntemleri Helsinki Bildirisi ile uyumlu etik ilkeleri kullanır. Etiyoloji ise, hastalıkların nedenlerini inceleyen bilim dalıdır. Amacı, hastalık süreçlerini ve sonuçlarını anlamaya yardımcı olmak, neden olan faktörleri belirlemek, girişimlerin etkinliğini değerlendirmek, tıbbi girişimlerle halk sağlığı girişimlerine yön vermektir. Belirlenen toplumlarda sağlıklı ilişkili durum, koşul ya da olayların dağılımı ve belirleyicileri; sağlık sorunlarını kontrol etmek ve “önenebilir” ölümleri azaltmak için potansiyel girişimlerin ve önceliklerin saplanmasında önemlidir (Tulchinsky ve Varavikova, 2019).

Kullanılan yöntemler arasında tarama, gözlem, hipotez oluşturma ve analitik çalışma ve deneylerle test etme yer alır. Sağlık olayları toplum gruplarında meydana gelir, epidemiyolojik çalışmalarda olayın ve incelenen toplumun tanımlanması gerekir. Özel gruplar, cinsiyet, yaş, etnisite ve ikamet bölgesi gibi özelliklere göre gruplandırılması mümkün, ortak, saptanabilir özellikleri olan toplumlardır. Potansiyel belirleyicileri arasında ise, fiziksel, biyolojik, sosyal, kültürel, ekonomik, çevresel, psikolojik ve davranışsal faktörler yer almaktadır (Budak, 2019:23-37; Çelik, 2019:49-68).

1.4.3. Hastalık Sınıflaması

Toplumun sağlık durumunun izlenmesinde karşılaştırmalı istatistiklerin hayati önemi olduğundan, sınıflandırmadaki farklılıkları en aza indirmek amacıyla uluslararası kabul gören standart bir terminoloji ve kodlama sisteminin geliştirilmesi temeldir. 17. yüzyılda kullanılan Mortalite Beyannamesinde 17 kategori tanımlanmıştır. Hastalıkların anatomik bölgeye ya da vücut sistemine göre sınıflandırması 1855'te Paris'teki İkinci Uluslararası İstatistik Kongresi'nde Willian Farr tarafından başlatılmıştır (Budak, 2019:23-37).

Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra Birleşmiş Milletler Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (UHS)'nin revizyonlarını yönetmiştir; 1948'deki altıncı revizyondan bu yana UHS, DSÖ tarafından yaklaşık 10 yıllık aralarla gün-

cellenmiştir. UHS'nin onuncu revizyonu genel kullanıma 1993'te girmiştir. Sınıflandırma birçok alt kategorilere ayrılarak, kesin hastalık ve işlem gruplarını göstermek üzere bulaşıcı hastalıklar ve bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak kodlama yapılmıştır (Tulchinsky ve Varavikova, 2019).

Bulaşıcı Hastalıklar: Vektör kaynaklı hastalıklar (örn. sıtma, Lyme hastalığı vb.), ihmal edilen tropikal hastalıklar (örn. tenya, diğer parazitler hastalıkları vb.), lejyoner hastalığı, cüzzam hastalığı (lepra), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (örn. frengi, Herpes simpleks), AIDS, ishaller hastalıklar (Salmonella, Escherichia coli, kolera), akut solunum yolu enfeksiyonlarıdır.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar: Hipertansiyon ve kalp - damar hastalıkları, diyabet, kanser, travma, şiddet ve yaralanma (motorlu taşıt kazaları, aile içi ve cinsel şiddet, intihar vb.), kronik akciğer hastalıkları (örn., astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı), son-evre böbrek hastalıkları, engellilikle sonuçlanan durumlar (örn., artrit ve kas-iskelet sistemi hastalıkları, osteoporoz vb.), nörolojik bozukluklar (örn., Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı vb.), görme bozuklukları, işitme bozuklukları gibi hastalıklardır.

Hastalık Tipleri

Hastalık tipleri için farklı kategorizasyonlar yapılmakla birlikte, süresine göre ele alındığında; akut hastalık ve kronik hastalık olarak sınıflandırılmaktadır.

Akut Hastalık: Akut hastalık; genellikle "hızlı başlayan" ya da "kısa süreli" hastalıkları, bazen de her iki durumdaki hastalıkları tanımlamakta kullanılmaktadır. Bu hastalıklar birçok fonksiyonu etkileyebilmektedir (Aşti ve Karadağ, 2018:65). Bu tip hastalıklar; akut minör, akut majör, akut majörün alevlenmesi ve kronik hastalığın akut olarak ortaya çıktığı hastalıklar olarak isimlendirilmektedir (Akt. Sucaklı, 2014:117-123).

Kronik Hastalık: DSÖ'ye göre kronik hastalıklar, bulaşıcı olmayan, altı ay ve daha uzun süre ile devam eden, genellikle yavaş seyir gösteren ve gelişiminde pek çok risk faktörünün rol oynadığı hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı/KOAH) ve diyabet, DSÖ'nün tanımladığı dört temel kronik hastalık olarak göze çarpmaktadır (WHO, 2014). Kronik hastalıkların pek çoğunun karmaşık patofizyolojik mekanizmaları ve etiolojilerinde rol oynayan birden fazla risk faktörü bulunmaktadır. DSÖ kronik hastalıkların temel nedeni olarak fiziksel inaktivite, sağlıklı beslenme, tütün kullanımı ve alkolün zararlı kullanımını göstermektedir. Kronik hastalıklar zamanla bireylerin sağlık durumunda kademeli olarak kötüleşmeye ve hastaların kendi öz bakım becerilerini yerine getirememelerine neden olabilmektedir. Pek çok kronik hastalığın tanı anında hayatı tehdit eder nitelikte olmasına karşın, prematür ölümlerin (70 yaş öncesi ölüm) en sık ve en temel nedeninin kronik hastalıklar olduğu bildirilmektedir. Kronik hastalıklar yaşam süresince herhangi bir dönemde ortaya çıkmakla birlikte, yaşlanma süreci ile birlikte daha belirgin hale gelerek kişinin yaşam kalitesinde bozulmaya ve hatta sakatlıklara neden olabilmektedir (Türkmen, 2012:37-49).

1.4.4 Hastalık Davranışları

Hastalık davranışı kavramı 1972 yılında ilk kez Mechanic tarafından kullanılmıştır. Klinik bağlamda, hastanın semptomlarını algılaması, değerlendirmesi, belirtileri ile ilişkili, davranışlarını tanımlamaktadır. Hastalık davranışı, bir kişinin, hasta olduğu ya da hissettiği zaman yatağa gitmek, ilaç almak, doktora gitmek ya da acile başvurmak gibi davranışlar göstermesi anlamına gelir, hastalık nedeni ile işte çalışmamak, fiziksel aktivitelerden kaçınmak, aile bireyleri ve diğer önemli kişilere semptomlarını ifade etme biçimi klinik özelliklerini kapsamaktadır (Mechanic, 1986:1-7). Parsons'a göre

bireyler hastalık sürecinde sosyal rollerini yerine getiremediğinde toplumdaki durağan duruşu nedeniyle sosyal sistem dengesi bozulmaktadır. Bundan dolayı, hasta bireyin çevresindekiler tarafından motive edilmesi gerekmektedir (Parsons, 2001:103-104).

Hasta olma davranışını bireysel özellikler, sosyal statü, normlar, olanaklar, çevresinde yer alan kişiler gibi birçok faktör etkilemektedir. Hastalık davranışını hastalığın evresi, sağlık bakımına ulaşma imkanı, tedavi olabilme ve iyileşebilme imkanları sonuçları etkilemektedir. Hasta olma davranışını etkileyen faktörler sağlık profesyonellerinin bireyi anlamasını zorlaştırmaktadır. Sağlık profesyonelleri hastalık davranışını etkileyebilecek içsel ve dışsal faktörleri irdelemelidir (Aşti ve Karadağ, 2018:65).

1.4.5 Hastalık Etkileri

Hastalıklar, kişilerin davranışsal, duygusal, fiziksel, kendilik algısı, yaşam tarzı ve ailedeki rolleri üzerinde farklı etkilere neden olabilmektedir.

Davranışsal ve Duygusal Değişim: Bireyler hastalığa ve tedavisine farklı biçimlerde tepki verirler. Bireyin davranışları hastalığın doğası ve bireylerin tutumlarına göre değişiklik gösterir. Kısa süreli ve yaşamı tehdit etmeyen hastalıkların bireye ve aileye etkileri az olacaktır. Ancak uzun süreden beri devam eden veya kronik hastalık öyküsü birçok emosyonel ve davranışsal değişime neden olabilmektedir (Aşti ve Karadağ, 2018:65). Hastalığın birey üzerindeki değişimleri ile başedebilmelerinde sosyal destek sistemini harekete geçirmek önemlidir. Bireylerin hayatında büyük bir alana sahip ve yer geldiğinde kişinin fiziksel, maddi ve duygusal alanlarda gereksinimlerini doyumaya çalışan bütün kişiler arası ilişkiler, 'Sosyal Destek Sistemleri' adı altında toplanmaktadır.

Fiziksel Değişim: Hastalık tanısı ve tedavi sürecinde yaşanan stres ve duygu durumuna bağlı olarak hormonal değişikliklerin, fiziksel değişikliklerin, benlik algısının yeniden şekillenmesinin ve çevresel konumların değişmesi-

nin, ruhsal sıkıntılarının bu dönemde görülmesi hastalığın önemli etkilerindedir. Bireysel yaşam dönemi düşünüldüğünde, bu dönem içinde deneyimlenen fiziksel değişim birinci basamak olarak kabul edilmektedir (Hammen, 2001:153-195).

Kendilik Kavramına Etkisi: Kendilik algısı kişiliğin tüm alanlarının zihindeki imajıdır. Kendilik kavramı beden imajının bir parçasıdır. Hastalıklar bireylerin kendilik kavramını etkilemektedir. Kendilik kavramındaki etkilenme karmaşıktır, sadece kişilerin rollerindeki değişimler ile gözlenebilir. Hastalık sonucunda kişi, ailenin kendisinden beklediği sorumlulukları yerine getiremeyebilmekte ve bu durum gerginliğe ve çatışmalara neden olabilmektedir (Aşti ve Karadağ, 2018:66).

Yaşam Stilinde Değişiklikler: Hastalığın teşhisinden sonra tedavi süreci ve takibinde bazı sorunlar yaşanması; ailevi, sosyal ve işgücü yönünden ciddi kayıplara yol açmakta ve hastaların yaşam kalitelerinde belirgin bozulmalara neden olmaktadır (Toft vd., 2005: 1175-1184).

Ailenin Rolü: Kişinin aile içinde anne-baba, çocuk, karar verici gibi birçok farklı rolü bulunmaktadır. Hastalık durumunda ise bu rollerde değişim meydana gelebilir. Aile bireyleri bu değişen rollere uyum sağlamaya çalışırlar. Hastalığın uzun sürdüğü durumlarda stres ve bireyler arasında çatışma meydana gelebilmekte ve bu durum aile dinamikleri arasındaki iletişimin bozulmasına neden olabilmektedir (Aşti ve Karadağ, 2018:66).

2. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ

DSÖ 2016 yılında, sağlığı geliştirmeyi, insanların kendi sağlıkları üzerinde kontrolü artırmalarına imkan veren bir süreç olarak tanımlamaktadır (WHO). Sağlığın geliştirilmesine yönelik programlar yalnızca hastalıkların tedavisine odaklanmakla kalmaz, aynı zamanda hastalıkların temel nedenlerini ele almak ve önlemek için tasarlanmış çok çeşitli sosyal ve

çevresel müdahaleleri de kapsar (Salman vd., 2020:1-13).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi kavramı geçmişten günümüze farklı anlamlar yüklenerek değişime uğramıştır. Kavramın gelişiminde birçok faktör etkili olmuştur. Bu kavramın 1986 yılında Ottawada DSÖ tarafından tanıtılması baskın inanç ve anlayışla sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin bir halk sağlığı bileşeni olarak kabul edilmesi ve böylece sağlığı geliştirme hareketinin yolunun açılmasına yol açmıştır (WHO, 1986, Thompson vd., 2017:73-84). Bununla birlikte, kavramsal bir çerçeve olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, düşüncede bir değişikliği teşvik etmek, 1978 yılında Alma-Ata konferansında “temel sağlık bakımı”nın, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel mekanizma olarak benimsenmesiyle başlamıştır (Durna vd., 2020:5-10; Ayaz Alkaya, 2017:21-23).

Sağlığın geliştirilmesi, kişilerin sağlıklarını en iyi şekilde ve en kaliteli biçimde yönetme sürecidir. 21. yüzyılda sağlığı geliştirme kavramı, bireyin kaliteli ve olumlu sağlık davranışlarını sürdürmesi olarak tanımlanırken, sağlığı geliştirmeyi kişilerin sağlıklarıyla ilgili konularda kendi sorumluluklarını almaları, dengeli beslenmeleri, düzenli fiziksel aktivite yapmaları ve yaşadıkları stresi en iyi şekilde yönetmeleri şeklinde ele alınmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi dünyada ve toplumlar da meydana gelen küresel değişiklik ve gelişmelere paralel olarak değişkenlik göstermektedir. Toplumun sağlık durumunun ve refahının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için yönetim tarafından en uygun sağlık politikalarının seçilmesi ve uygulanması gerekir. Sağlık alanında yürütülmesi planlanan çalışmalar, yasal düzenlemeler küresel gelişmeler ve değişiklikler gözönünde bulundurularak yapılmalıdır (Madenoğlu Kıvanç, 2015:162-166; Pender vd., 2015:121-126).

2.1. Sağlığın Geliştirilmesini Etkileyen Faktörler

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, bireyi kendi sağlığından sorumlu tutan bireysel sağlık du-

rumunun önemli bir belirleyicisidir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi davranışları, daha yüksek düzeyde sağlık, kişisel tatmin ve kendini gerçekleştirilmeye yöneliktir. Pender’in sağlığı geliştirme modeline göre, sağlığı geliştiren yaşam tarzları altı boyut içermektedir. Bu boyutlar; fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek ve kendini gerçekleştirme şeklinde sıralanmaktadır. Genç yaşta sağlıkla ilgili davranışlar, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde diğer bozukluklar için bireysel riski etkileyen önemli faktörlerdir (Çalışkan Yılmaz, 2017:31-59). İletişim aracılığıyla bireyler arasında etkileşim meydana gelir ve etkileşimin toplumdaki yansımaları ise bireylere sağlığın geliştirilmesi hakkında bilgi sağlanmasına olanak tanır. Sağlığın geliştirilmesini etkileyen diğer bir faktör ise kültürdür. Kültürel yapılar nedeniyle bireylerin hastalık-sağlık kavramlarını algılamaları, bireysel inançları, baş etme davranışları ve tedaviye yanıtları değişmektedir. Birey ve toplumun kültürel özellikleri dikkate alındığında, verilen bakım hizmeti ile birey üzerinde davranış değişikliği sağlama ve sürdürülebilir başarıyı artmaktadır. Ayrıca bireyin içinde yaşadığı çevrenin özelliklerinin sağlığın geliştirilmesi üzerinde olumlu ya da olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bundan dolayı, bireyin yaşadığı çevrenin korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi gerekir. 2017 yılında öğrencilerle yapılan bir çalışma sonucuna göre öğrencilerin sigara ve alkol kullanımı ile içinde buldukları çevre arasında ilişki bulunmuştur. Çalışma sonucuna göre öğrencilere yapılacak görsel ve işitsel farkındalık eğitimleri sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlarında olumlu yönde katkı sağlayacaktır. (Çapık vd., 2017:208-216; Durna vd., 2020:7-8).

Sağlığın geliştirilmesinde küresel faktörler olarak, sağlık ve sosyal refahın, sosyoekonomik koşullar, gıda ve iletişimle ilişkili tüketim kalıpları, demografik kalıplar, öğrenme ortamları, aile kalıpları, toplumların kültürel ve sosyal dokusunu içeren sağlık sistemi dışındaki birçok faktör tarafından belirlendiğine dair küresel

bir kabul vardır. Bireysel ve toplum düzeyinde sağlığı kapsayan eylemleri, sağlık sistemini güçlendirmeyi ve çok sektörlü ortaklığı teşvik etmeye yönelik çabalar, belirli sağlık koşullarına yönlendirilebilir. Ayrıca okullar, hastaneler, işyerleri, yerleşim alanları vb. gibi belirli ortamlarda sağlığı teşvik etmek için ortam temelli yaklaşımı da içermelidir (Durna vd., 2020:7-8; Çalışkan Yılmaz, 2017:31-59).

2.2. Sağlığı Geliştirme Modelleri

Çevresel sağlık sorunlarının genellikle bir bireyin kontrolü dışında olduğu düşünüldüğünde, yalnızca içsel düzeyde müdahale etmek genellikle sınırlı etkiye yol açar. Bununla birlikte, bireyler çevresel maruziyet risklerini azaltmak için önlemler alabilirler. Kişisel düzeydeki teoriler ve modeller, bu tür eylemleri artırmak için müdahalelerin planlanmasında yardımcı olabilir. Sağlığın geliştirilmesine yönelik modeller incelenecek olursa temel olarak iki model üzerinde durulmalıdır; Birincisi Sağlık İnanç Modeli, diğeri ise; Pender'in Sağlığı Geliştirme Modelidir (Bebiş, 2017:48-49).

2.3. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli (SİM), Hochbaum, Leventhal, Kegeles ve Rosenstock tarafından 1950 yılında geliştirilmiş bir modeldir. Bu model; istenilen olumlu sağlık davranışının kazanılması uygulanması, geliştirilmesi ve devamlılığının sağlamak için bir rehber niteliğinde kullanılmaktadır (Tuncay vd., 2019:38-46; Bebiş, 2017:49; WHO, 2019). SİM, bireyin kendisini bir koşula yakalanma riski altında ne kadar algıladığı; algılanan ciddiyet, koşulun gerçekte ne kadar ciddi olduğuna dair algısı; algılanan faydalar; durumun etkisinin ciddiyetini azaltma riskini azaltmak için önerilen eylem tarzı; algılanan engeller, önerilen eylemin maliyetlerine (hem maddi hem de psikolojik) ilişkin kişinin görüşü ve eyleme geçme ipuçları, eylemi yapmaya hazır olma durumunu harekete geçiren bir işaretin varlığına odaklanmaktadır. SİM, bireylerin veya grupların akıllarında has-

talıktan kaçınma ya da sağlıklı olmanın onlar açısından neyi ifade ettiğinin tespit edilmesini sağlamaktadır. Bununla birlikte tespit edilen değerler bireyin hastalık ya da sağlık kavramına ulaşmadaki etkisini anlamaya çalışmayı hedeflemektedir (Durna vd., 2020:9;Tuncay vd., 2019:38-46; Bebiş, 2017:49).

2019 yılında tütün bağımlısı bir gebe üzerinde modele göre eğitimine yön vermek ve hemşirelik uygulamalarında model kullanımının yaygınlaştırılmasını sağlamak amacıyla yapılan bir çalışmada, model kullanılarak yapılan eğitim sonucunda gebe davranış değişikliğine ve sağlığın geliştirilmesine uyumlu ve istekli bulunmuştur (Tuncay vd., 2019:38-46). Kanıta dayalı sağlığı geliştirme, sağlık ihtiyaçlarının nedenlerini ve devam eden faktörlerini belirlemek için araştırma ve sistematik araştırmadan elde edilen bilgileri ve belirli bağlamlarda ve toplumlarda bunları ele almak için en etkili sağlığı geliştirme eylemlerini kullandığı için gerekli ve önemlidir (WHO, 2020).

2.4. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM) 1987 yılında Pender tarafından geliştirilmiş ve 1987, 1996 ve 2002'de revize edilmiştir. Model, bireylerin sağlığı teşvik edici davranışlarını bilişsel algılama, davranış ve çevrenin etkilediğini ortaya koymaktadır (Güler ve Haylı, 2020:54-60; Kaya, 2020:32-33). Pender'in sağlığı geliştirme modeli, sağlık davranışını tahmin etmeye yardımcı olan bir modeldir. Gözden geçirilmiş model, egzersizin kişisel ve davranışa özgü bilişler ve duygulanımlardan etkilenen sağlığı geliştiren bir davranış olduğu egzersiz davranışıyla ilişkili faktörleri tanımlamak için değiştirilen sosyal öğrenme teorisine dayanmaktadır. Davranışa özgü farkındalıklar ve duygulanımlar, ana motivasyonun önemini kategorileridir ve hemşirelik eylemleri yoluyla değişikliğe tabi olduklarından müdahale için kritiktir. Sağlığa önem verilmesi algılanan sağlık durumu, öz yeterlilik, engeller, yararlar ve sağlık kontrolü modelin bilişsel faktörleridir ve bilişsel faktörler sağlığı

geliştirmek için önemlidir. SİM'de değiştireci faktörler dahilinde bireyin demografik ve biyolojik özellikleri de yer almaktadır. (Kaya, 2020:32-33).

3. SAĞLIK POLİTİKALARI

Sağlık politikası; sağlık sisteminin kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen tüm eylemleri içerir (Durmuş Çelik, 2017:340-341). Sağlık sektöründeki kamu politikaları, diğer sektörlerdekiyle birlikte, toplumların sağlığını güvence altına almak için büyük bir potansiyele sahiptir. Evrensel kapsam ve hizmet sunumu reformlarının önemli bir tamamlayıcısıdır. Ne yazık ki çoğu toplumda, bu potansiyel büyük ölçüde kullanılmamaktadır ve diğer sektörleri etkin bir şekilde devreye sokma konusundaki başarısızlıklar yaygındır. Yaşlanmanın, kentleşmenin ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin artan önemi ile ilişkili çeşitli zorluklara baktığımızda, şüphesiz, bu potansiyeli yakalamak için daha büyük bir kapasiteye ihtiyaç vardır. Sağlık politikaları İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne ve Tıp Etiği'ne dayanan, sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı topluma ulaşmayı amaçlamalıdır (Durmuş Çelik, 2017:340-343; Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler, 2011)). Aşağıda sağlığın teşviki ve geliştirilmesine ilişkin uluslararası bildireler ve günümüze yansımaları yer almaktadır.

3.1. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinin 21. Yüzyıla Geliştirilmesi Hakkında Jakarta Bildirgesi

1997'de Jakarta, Endonezya'da düzenlenen Dördüncü Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda, Ottawa Sözleşmesi'nin etkisi gözden geçirilerek küresel zorlukların üstesinden gelmek için yeni bileşenlerin kapsamı genişletilmiştir. Sunulan kanıtlar, sağlığı geliştirme stratejilerinin hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde sağlıkta iyileşmeye ve hasta-

lıkların önlenmesine katkıda bulunabileceğini göstermiştir. 21. yüzyıla Sağlığın Teşviki ile ilgili Jakarta Bildirgesi'nde; sağlık için sosyal sorumluluğu teşvik etmek, sağlık gelişimi için yatırımları artırmak, sağlık için ortaklıkları güçlendirmek ve genişletmek, topluluk kapasitesini artırmak ve bireyi güçlendirmek ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için altyapı olmak üzere beş öncelik belirlenmiştir. Bu öncelikler, Mayıs 1998'de Dünya Sağlık Asamblesi Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Kararı (WHA 51.12) ile onaylanmıştır (Fifth Global Conference on Health Promotion, 2000). On yıllar boyunca sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki evrime ve bu birbirini izleyen konferanslar ve DSÖ'nün aldığı paralel girişimler yoluyla sağlanan ilerlemeye rağmen, iki önemli zorluk kaldığı belirlenmiştir. Birincisi, sağlığı geliştirme politikalarının ve uygulamalarının sağlık ve yaşam kalitesinde bir fark yaratabileceğini göstermek ve gelişmekte olan ülkelere daha geniş bir şekilde anlatmak; daha önemli olarak ikincisi ise, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik eylemin, sağlıkta daha fazla eşitlik sağlayabilmesi ve nüfus grupları arasındaki sağlık açığını kapatabilmesi olarak belirtilmiştir (Catford, 2007:6-7; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu nedenle, 2000 yılında Meksika'da Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine ilişkin Beşinci Küresel Konferans, öncelikle hem ülkeler içinde hem de ülkeler arasındaki sağlık eşitsizliklerine odaklanmıştır. Bu konferans, sağlıkta yerel, ulusal ve uluslararası eylemlerin sürdürülmesine sağlığın teşviki ve geliştirilmesi stratejilerinin katkısını onaylayan, Sağlığın Teşviki için Meksika Bakanlar Beyannamesi ile sonuçlandırılmıştır.

3.2. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi

Sağlığın geliştirilmesine yönelik uluslararası düzeyde ilk resmi sözleşme 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde düzenlenen Birinci Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda yapılmıştır (World Health Organization, 1986). Ottawa tüzüğünde sağlığın geliştirilmesi terimi "insanların sağlıkları üzerindeki kontrolünü ar-

tırma ve iyileştirme süreci” olarak tanımlanmış olup, bu tanım günümüze değin geçerliliğini sürdürmektedir. Bununla birlikte, 21. yüzyılda sağlığı geliştirme tanımının kaynağı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kavramına politik eylem, sosyal anlayış ve ekonomik politika getiren Alma Ata Deklarasyonu gibi daha önceki girişimlere dayanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Thompson vd., 2017:73-84).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için eylem çağrısı; sağlıklı politika oluşturma, destekleyici ortamlar oluşturma, topluluk eylemini güçlendirme, kişisel beceriler geliştirme ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirme olmak üzere beş stratejiye atıfta bulunmuştur. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesini savunmak için bir vizyon ve strateji olarak geliştirilmiş ve etkin bir şekilde halkın dikkatine sunulmuş olan Ottawa konferansı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında bir kilometre taşı olarak kabul edilmektedir (Eriksson, 2008:190-198).

Ottawa Sözleşmesinin başarısının en önemli nedenleri; sağlığı geliştirmeye ilgili temel kavramları netleştirmesi, sağlık için gerekli koşulları ve kaynakları vurgulaması, DSÖ'nün sağlık politikalarını sürdürmesi için temel eylemleri ve temel stratejileri belirleyerek sağlığın teşviki vizyonunu meşrulaştırmasıdır. Yani sıra, Ottawa Sözleşmesi ile ortaya konan şart aynı zamanda barış, istikrarlı bir ekosistem, sosyal adalet ve eşitlik ve eğitim, yiyecek ve gelir gibi kaynakları da içeren sağlık için ön koşulları tanımladığı için sözleşmenin uygulanabilirliği açısından başarısını yükseltmiştir. Böylece, daha iyi sağlık için seçenekler ve fırsatlar yaratmada kuruluşların, sistemlerin ve toplulukların yanı sıra bireysel davranış ve kapasitelerin rolünü de arttırmıştır (Catford, 2007:6-7; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Durmuş Çelik, 2017:340-343).

3.3. Bangkok Şartı (7-11 Ağustos 2005); Küreselleşen Dünyada Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi

‘Küreselleşen Dünyada Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Bangkok Şartı’, 7-11 Ağus-

tos 2005 tarihinde Tayland’da gerçekleştirilen Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konulu 6. Küresel Konferans sırasında katılımcılar tarafından kabul edilmiştir. Bu bağlamda, sağlığı geliştirme yoluyla küreselleşmiş bir dünyada sağlığın belirleyicilerini ele almak için gereken eylemler ve taahhütler belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Buss, 2020: 4723-4735; WHO, 2005).

Konferans, yeni bağlam, sağlık dostu küreselleşme, ortaklar ve sürdürülebilirlik ve sağlığı geliştirmeye yönelik küresel kalkınma gündeminin merkezinde hükümetin tamamı, toplulukların ve sivil toplumun kilit odak noktası ve iyi kurumsal uygulamalar için bir gereklilik olmak üzere dört temel taahhüdü belirleyen ikinci sağlığı geliştirme şartıyla sonuçlandırılmıştır. Ayrıca konferansta insan hakları ve dayanışmaya dayalı sağlığı savunmak; sağlığın belirleyicilerini ele almak için sürdürülebilir politikalara, eylemlere ve altyapıya yatırım yapmak; politika geliştirme, liderlik, sağlığı geliştirme uygulamaları için kapasite oluşturmak bilgi aktarımı, araştırma ve sağlık okuryazarlığı; zarardan yüksek düzeyde koruma sağlamak ve tüm insanlar için sağlık ve esenlik için eşit fırsat sağlamak için düzenleme ve yasama; kamu, özel, sivil toplum kuruluşları ve uluslararası kuruluşlarla ortaklık ve ittifaklar kurma sürdürülebilir eylemler yaratmak için sivil toplum olmak üzere temel eylem alanları belirlenmiştir (Buss, 2020: 4723-4735; WHO, 2005).

3.4. Nairobi Bildirisi(26-30 Ekim 2009); Sağlığı Geliştirme ve Kalkınma; Uygulamadaki Boşlukları Giderme

Nairobi Eylem Çağrısı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi yoluyla sağlık ve kalkınmadaki uygulama açığının kapatılması için acilen uygulanması gereken temel stratejileri ve taahhütleri tanımlar. Sağlığın geliştirilmesi, yaşam kalitesini iyileştirmek ve kişiler arasındaki eşitsizlikleri ve yoksulluğu azaltmak için temel ve en uygun stratejidir. Konferans çok fazla sayıda sivil toplum katılımıyla gerçekleştirilmiştir. (Buss, 2020: 4723-4735).

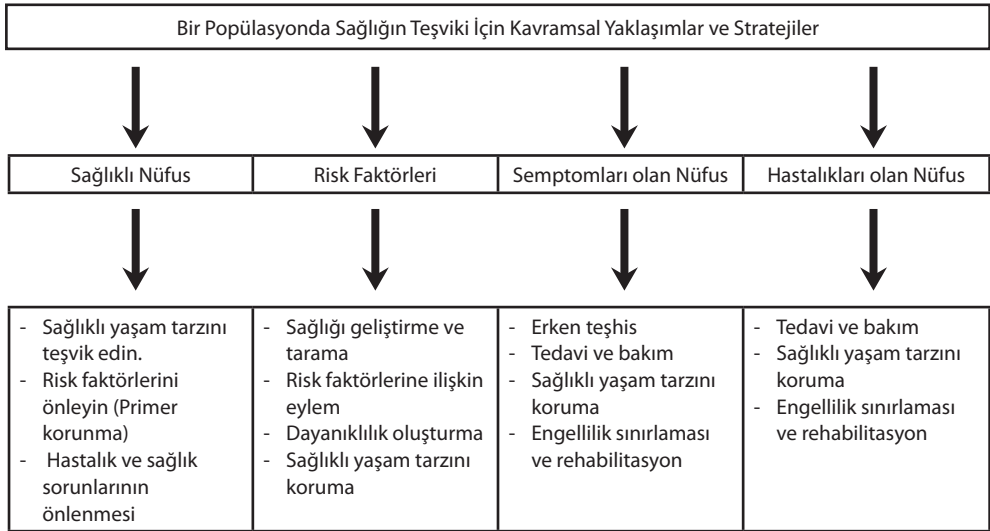
3.5. Şanghay Bildirisi(21-24 Kasım 2016); Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi: Tam Sağlık ve Herkes İçin Sağlık

Şanghay Bildirgesi sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin sürdürülebilir olması amacıyla Çin Halk Cumhuriyeti ve DSÖ tarafından 21-24 Kasım 2016 tarihlerinde Şangay'da yayınlanan dokuzuncu uluslararası konferans olarak düzenlenmiştir. Söz konusu konferansta, "Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde (SKH) Sağlık Teşvik Etmek: Herkes için ve herkes için sağlık" başlığını taşıyan bir bildiri yayınlayarak; "sağlığın teşviki, insanları, toplulukları ve toplumları kendi sağlık ve yaşam kalitelerinin sorumluluğunu üstlenmeleri için etkinleştirmek ve güçlendirmeyi" amaçladıklarını bildirmişlerdir (World Health Organization, 2016). Deklarasyon; (1) Kadın hakları, yerinden edilmiş nüfus ve insani ve çevresel krizlerden etkilenen artan sayıda insan lehine siyasi karar alma. (2) Refahı teşvik etmek için yönetim stratejilerinin kullanılması. (3) Şehirlerin ve toplulukların sağlık için gerekli ortamlar olarak kabul edilmesi.

(4) Sağlık alanında eşitliğin geliştirilmesinde temel bir unsur olarak sağlık bilgisinin tanınması olmak üzere dört içerikten oluşmaktadır. Bildirge, sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik mali yatırım ve siyasi taahhütler yoluyla SKH'lerin uygulanmasını hızlandırmak için bir "eylem çağırısı" ile sona ermektedir (Buss, 2020: 4723-4735).

4. SAĞLIĞI GELİŞTİRME YAKLAŞIMLARI

Sağlığın geliştirilmesi çabaları, geniş bir nüfus ve birçok müdahaleyi içinde barındıran öncelikli sağlık durumlarını içerir. Bu konuya dayalı yaklaşım, insanın içinde bulunduğu ortama yönelik tasarımlar ile tamamlanırsa en iyi sonuç ortaya çıkacaktır. Ortama yönelik tasarımlar; insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerde faaliyet gösteren davranışlar, kültürel inançlar, uygulamalar gibi benzer karmaşık sağlık belirleyicileri dikkate alınarak öncelikli sağlık sorunlarını ele almak için okullarda, işyerlerinde, pazarlarda, yerleşim alanlarında vb. uygulanabilir (Kumar ve Preetha, 2012:5-12).



Şekil 1: Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi İçin Kavramsal Çerçeve

Kaynak: Kumar, S., Preetha G.S.(2012). Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. Indian Journal of Community Medicine, 37(1), 5-12. Doi: 10.4103/0970-0218.94009.

Kronik olan veya olmayan herhangi bir hastalık için nüfus dört grupta incelenebilir. Bunlar; sağlıklı nüfus, riskli grup, semptomlar ve hastalığı olan nüfustur. Her bir nüfus grubu için ayrı sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için farklı hedefler belirlenmelidir. Kısacası, sağlıklı popülasyonun iyileşmesine yönelik, hastalıklı popülasyonun ise rehabilite edici bakımına yönelik en eski/ilkel korumayı kapsamalıdır. İlk/en eski/ilkel önleme, sağlığa yönelik tehlikeleri en aza indirecek koşulları oluşturmayı ve sürdürmeyi amaçlanmalıdır. Hastalık riskini artırdığı bilinen çevresel, ekonomik, sosyal ve davranışsal koşulların, kültürel yaşam kalıplarının ortaya çıkmasını ve yerleşmesini engelleyen eylem ve önlemlerden meydana gelmektedir(Kumar ve Preetha, 2012:5-12).

5. TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ KAPSAMINDA YAPILAN UYGULAMALAR

Türkiye'de sağlığın geliştirilmesi kapsamında Sağlık Bakanlığı, 3 Mayıs 1920 tarihinde yürürlüğe giren 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın kurulması ile birlikte, sağlık hizmetlerinin öncelikleri belirlenerek, kaynakların dağılımının sağlanması amacıyla hükümet tabipliği ve sağlık müdürlüğü kurulmuştur (Akdur, 2000:10-12).

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun 1961 yılında kabul edilmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin, halkın ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sürekli, yaygın ve entegre olarak sunulması amaçlanmıştır. 3861 sayılı Kanun ile 1992 yılında çıkarılan 'Yeşil Kart' uygulaması; sağlık hizmetlerini karşılayacak gücü olmayan, dar gelirli gruplar için kamu tarafından ücretsiz sağlık hizmeti sunumunu sağlamıştır. 2008 yılı Ekim ayında yürürlüğe konulan Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) kanun taslağı bu yılda hazırlanmış ancak Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011; Durna vd., 2020:4-5).

Sağlığın geliştirilmesi kapsamında dünyanın da olduğu gibi ülkemizin de en büyük problemi

olan bilinçsiz ilaç kullanımına yönelik 'Akılcı İlaç Kullanım Programı' yürütülmeye başlanmıştır. 2010 yılında 'Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü' kurulmuştur. 2014 yılından itibaren gerçekleştirilen 'Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı' çalışmaları günümüzde de devam etmektedir. Akılcı İlaç Kullanımı ile ilgili 2018 yılında bir çalıştay yapılmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Geliştirme Bakanlığı'nın 'Akılcı Antibiyotik Kullanımı'na yönelik çalışmaları kamu spotları ile sürdürülmüştür (Akıcı, 2015:1-10; <http://www.akilcilac.gov.tr>).

Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi 2019 - 2023 hedef programları arasında; 'DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı (2013 -2020), Türkiye Diyabet Programı (2015 -2020), Sağlık 2020, Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı, Tütün Kullanımına Yönelik Program, Türkiye'de Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2018-2023 Güncelleme Çalıştayı' yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2019 - 2023 Stratejik Plan, Durna vd., 2020:4-5).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, yerel programların uygulanmasının sürdürülebilir kalkınma çerçevesi altında küresel finansman, ticaret ve yatırım politikasındaki bağlantılarla ulusal politikalara bağlayan yollar sunmaktadır. Bu nedenle, sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin ulusal sürdürülebilir kalkınma hedefleri stratejilerine ve uygulama planlarına entegre edilmesi çok önemlidir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri arasındaki bağlantılar, iyi yönetimi teşvik etmek, sağlıklı şehirler ve topluluklar inşa etmek, sağlık okuryazarlığını geliştirmek ve sağlık için sosyal seferberliği desteklemek için birçok sektörde eylem için bir çerçeve sağlamaktadır (Salman vd., 2020:1-13).

SONUÇ

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insan popülasyonunu etkileyen sağlık sorunlarıyla yüzleşmek için umut verici bir stratejidir. Sağlık-hastalık

süreci ve belirleyicileri hakkında geniş bir kavrayıştan yola çıkan bu strateji, yaşam kalitesi lehine kurumsal, toplumsal, kamu ve özel kaynakların seferber edilmesini önermektedir.

Sağlığın bozulmasına yönelik yapılması gereken önleyici eylemler, belirli hastalıkların ortaya çıkmasını önlemeye, toplumda görülme sıklığını ve yaygınlığını azaltmaya yönelik müdahaleler olarak tanımlanmaktadır. Önleme söylemi modern epidemiyolojik bilgiye dayanmaktadır. Bulaşıcı hastalıkların bulaşmasını kontrol etmeyi ve dejeneratif hastalık veya diğer spesifik rahatsızlıkların riskini azaltmayı amaçlamaktadır (Eriksson, 2008:190-198).

KAYNAKLAR

1. "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022 Çalıştayı" Erişim Adresi: <http://www.akilci-ilac.gov.tr/?p=4391>. Erişim Tarihi: 15.11.2020.
2. Akdur, R. (2000), Cumhuriyet'ten Günümüze Türkiye'de Sağlık Politikaları. 17 Eylül 2017 tarihinde <https://silo.tips/download/cumhuriyetten-gnmze-trkiye-de-salik-prof-dr-recep-akdur>. Erişim Tarihi: 17.11.2020.
3. Akdur, R. (2006), *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar. Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum Ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.12-15.
4. Akıcı, A. (2015). Akılcı İlaç Kullanımının Genel İlkeleri ve Türkiye'deki Güncel Durum. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topic*, 3(1), 1-10.
5. Aksoy, T., Uçar, H. (2014), Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 53-67.
6. Alkaya A. S. (2017), Sağlık Geliştirilmesi. Sultan Ayaz Alkaya (Ed.), *Sağlığın Geliştirilmesi içinde* (s.17-28). Ankara: Hedef CS Basın Yayın.
7. Aşti A. T., Karadağ A. (2016), *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. İzmir: Akademi Basın ve Yayıncılık. 65-69.
8. Australian Government Department of Health (t.y.). Chronic Conditions, <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/chronic-disease>, Erişim Tarihi: 14 Kasım 2020
9. Aydın, N. (2019), Health Promotion. *BSJ Health Sci*, 2(1): 21-29. e-ISSN: 2619-9041.
10. Bayındır K. S., Biçer, S. (2019), Holistik Hemşirelik Bakımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*; 4(1): 25-29.
11. Bebiş, H. (2017). *Sağlığın Geliştirilmesi ile İlgili Modeller*. Sultan Ayaz Alkaya (Ed.), *Sağlığın Geliştirilmesi içinde* (s.47-61). Ankara: Hedef Yayıncılık ve Mühendislik.
12. Bostan, N., Beşer, A. (2017), Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), 38-44.
13. Bozkurt, Ü. (2018), Kavram, Kavramsallaştırma Yaklaşımları ve Kavram Öğretimi Modelleri: Kuramsal Bir Derleme ve Sözcük Öğretimi Açısından Bir Değerlendirme. *Dil Dergisi*; 169(2):5-23.
14. Budak, F. (2019), Sağlık statüsü belirleyicileri. İçinde F. Budak (Ed.) *Sağlık ve Sağlık Statüsü Belirleyicileri* (s.23-37). Ankara: Siyasal Kitabevi.
15. Buss, P. M., Hartz, Z.M.A. Pinto L. F., Rocha C. M.F. (2020), Health promotion and quality of life: a historical perspective of the last two 40 years (1980-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12):4723-4735. DOI: 10.1590/1413-812320202512.15902020.
16. Catford, J. (2007), Ottawa 1986: The Fulcrum Of Global Health Development. *Promotion And Education, Suppl. Hors-Série, Edición Especial* :3.6-7.
17. Cigna (2016). Preventive Health Care: Your Guide to Understanding What it is and What's Covered, <https://tvwtwcignaclientre50urces.com/CRP/PlanSupport/InformationOpenEnrollmentAndPack etMaterials/Default.aspx>, Erişim Tarihi:18 Kasım 2020.
18. Çalışkan Yılmaz, M. (2017), *Sağlığın Geliştirilmesini Etkileyen Faktörler*. Sultan Ayaz Alkaya (Ed.), *Sağlığın Geliştirilmesi içinde* (s. 32-46). Ankara: Hedef Yayıncılık ve Mühendislik.
19. Çapık, C., Durmaz, H., Öztürk M. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Etmenler: Lefkoşe Örneği, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20 (3), 208-216.
20. Çelik, Y. (2019), *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi, s.49-68.
21. Çetin, A. (2015), Kavram ve Kuramları, *Toplum Bilimleri*, 9 (17): 251-274.
22. Çimen, M. (2010), Sağlık Yönetimi Ve Sağlık Yönetim Eğitimi, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 136-139.
23. Durmaz, B., Durmaz, A., Özkınay, F. ve Çoğulu, Ö. (2011), Genetic Counseling And Its Importance, *Cumhuriyet Medical Journal*, 33(2), 259-265.
24. Durmuş Ç. S. (2017). *Sağlık Politikaları ve Sağlık Geliştirilmesi*. Sultan Ayaz Alkaya (Ed.). *Sağlığın Geliştirilmesi içinde* (s. 339-349). Ankara: Hedef Yayıncılık ve Mühendislik.
25. Durna, Z. (2012), *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri, 1-8.

26. Durna, Z., Kuş, E., Yıldırım, N. (2020), *Sağlığın Geliştirilmesi Çalışmalarında Sağlık İletişiminin Rollerini*. Suat Gezgin (Ed.), Sağlık İletişiminden Geçer içinde (s.1-25). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
27. Erbaş, M. , M., Kağnıcı, D., Y. (2017), Seçim Kuramına Dayalı Psikoeğitim Programının Ergenlerin Riskli Davranışları Ve İyilik Hali Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Electronic Journal of Social Sciences*, 16(64), 1594- 1615.
28. Eriksson, M., Lindstrom B. (2008), A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2):190– 198.
29. Gemlik, N. (2018), *Hastane Yöneticiliği-Temel Yaklaşımlar Ve Öneriler* (1. Basım). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
30. Gezgin, S., (2020), *Sağlık İletişiminden Geçer*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.
31. Güler, R., Haylı, Ç., (2020), Kavram Analizi: Sağlığı Geliştirme Modelinin Okul Sağlığına Uyarlanması, *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3 (1) , 54-60 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/tusbad/issue/56037/745966>.
32. Gürkan, U., (2014), Üniversite Öğrencilerinin Yılmazlık Ve İyilik Halinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *E-Journal of New World Sciences Academy. Education Sciences*, 9(1), 18-35.
33. Hammen, C., (2001), Vulnerability to depression. In. *Adulthood* (Ed. JM Price) (pp. 153-195). New York: Guilford.
34. Health Stats (2019). *Determinants of Health*, <https://www.gov.uk/government/statistics/wider-determinants-of-health-october-2019-update>, Erişim Tarihi: 16.11.2020
35. Helsinki Statement Framework for Country Action. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112636>. Erişim Tarihi: 15.11.2020.
36. Ivey, A. E., Ivey, M. B., Myers, J. E. ve Sweeney, T. J., (2013), *Gelişimsel psikolojik danışma ve terapi: Yaşam boyu iyilik halini arttırmak* (Ed. F. Korkut-Owen). Ankara: Türk PDRDER Yayınları; 53.
37. İlhan, M., (2018), *Sağlık Çalışanlarının İletişimi*.(2. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş. Sayfa:5-12.
38. Kaba, İ., (2020), Ontological Well-Being (Life Project), *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 1:143-154. Doi: 10.18863/pgy.521397.
39. Kaplan, U., Arda, B., (2017), Genetik Danışmanlık Ve Bivoetik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 25(2), 57-71.
40. Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S., (2018), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* (Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş 5. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi, 15-73.
41. Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S., (2010), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, s.358, 376-379, 381-358.
42. Kaya, N., (2013), *Hemşireliğin Temel Kavramları*, Zehra Durna (Ed.), İç Hastalıkları Hemşireliği içinde (s.14-15), İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
43. Kaya, N., (2020), *Sağlık İletişiminde Kullanılan Davranışçı Model ve Kuramlar*. Suat Gezgin (Ed.), Sağlık İletişiminden Geçer içinde (s.30-37). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
44. Kılıç, T. S., Öz, F., (2020), Kanser Hastalığı Olan Bireylerde Bütüncül İyilik Hali Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 11(2):141-147. dx.doi.org/10.14744/phd.2019.26213.
45. Kirch, (2008), Lifestyle. In Kirch W. (Eds) *Encyclopedia of Public Health*. Springer, Dordrecht.
46. Korkut-Owen, F., Owen, D.W., (2012), İyilik Hali Yıldızı Modeli, Uygulanması Ve Değerlendirilmesi. *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(9), 24-33.
47. Korkut-Owen, F., Demirbaş-Çelik, N. ve Doğan, T., (2017), Üniversite Öğrencilerinde İyilik Halinin Yordayıcısı Olarak Psikolojik Sağlamlık. *Electronic Journal of Social Sciences*, 16(64), 1461-1479.
48. Korkut-Owen, F., Doğan, T., Çelik, N. D. ve Owen, D. W., (2016), Development Of The Well Star Scale. *Journal of Human Sciences*, 13(3), 5013-5031.
49. Kumar, S., Preetha, G.S., (2012), Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. *Indian Journal of Community Medicine*, 37(1), 5-12. Doi: 10.4103/0970-0218.94009
50. Madenoğlu, K. M., (2015), Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, Sayı:3 Cilt:2.
51. Mechanic, D., (1986), The Concept of Illness Behaviour: Culture, Situation and Personal Predisposition, *Psychological Medicine*, 16(1), 1-7.
52. Myers, J. E., Sweeney, T. J., Witmer, J. M., (2000), The Wheel of Wellness Counseling for Wellness: A Holistic Model for Treatment Planning. *Journal of Counseling and Development*, 78, 251-266.
53. Özçetin, S., Balaban, M., (2015), *Sağlık Hukuku* (2. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
54. Özenoğlu, A., Yalnız, Z., Uzdil, Z., (2018), Sağlık Eğitiminin Beslenme Alışkanlıkları Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisi, *Acıbadem Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 234-242.
55. Parsons, T., (2001), Sağlık Ve Hastalık: Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi. *Toplum Bilim Sağlık Sosyolojisi*, 13, 103-104.
56. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A., (2015), *Health Promotion in Nursing*. New Jersey:Pearson Education, 7th ed., s.121-126.
57. Prüss-Üstün, A., Kay, D. Fewtrell, L. ve Bartram, T., (2004), *Unsafe Water, Sanitation And Hygiene*, M., Ezzati, A.D. Lopez, A. C., T., L. Rodgers Mur-

- ray (Eds). In *Comparative Quantification of Health Risks*, Geneva: World Health Organization, 16/1-16-32.
58. Resmi Gazete (1961). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*. Kanun No: 224, Kabul Tarihi: 05/01/1961, Yayımlandığı Tarih: 12/01/1961, Savi: 10705.
59. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler. Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9Fl%C4%B1g%C4%B1n%20te%C5%9Fviki.pdf>. Erişim Tarihi: 20.11.2020.
60. Salman, A., Tolma, E., Chun, S., Sigodo, K.O., Al-Hunayan, A., (2020), Health Promotion Programs to Reduce Noncommunicable Diseases: A Call for Action in Kuwait. *Healthcare*, 8, 251.
61. Somunoglu, S., (2012), Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi, Mehtap Tatar (Ed.), Sağlık Kurumları Yönetimi I. İçinde (s. 2-26). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
62. Sucaklı, M., H., (2014), Akut Hastalık Yönetiminin Psikososyokültürel Ve Varoluşsal Boyutu. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)*, 8(4), 117-123.
63. T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Plan. Erişim Adresi: <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan.pdf#zoom=55>. Erişim Tarihi: 20.11.2020.
64. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni.(2015). Erişim Adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2015/12/aik-bltn-15.pdf>. Erişim Tarihi: 15.11.2020.
65. T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler (2011). Erişim Adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sa%C4%9Fl%C4%B1g%C4%B1n%20te%C5%9Fviki.pdf>. Erişim Tarihi: 25.04.2021.
66. The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world. Geneva, World Health Organization, 2005. Erişim Adresi: https://www.who.int/health-promotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 15.11.2020.
67. The Fifth Global Conference on Health Promotion Health Promotion: Bridging the Equity Gap 5-9th June 2000, Mexico City. Erişim Adresi: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 15.11.2020.
68. The International Health Conference. New York: 19 Haziran-22 Temmuz.
69. Thompson, S. R., Watson, M.C., Tilford, S., (2017), The Ottawa Charter 30 Years On: Still An Important Standard For Health Promotion. *International Journal of Health Promotion and Education*, 56:2, 73-84, DOI: 10.1080/14635240.2017.1415765.
70. Toft, T., Fink, P., E., R., Oernboel, E., V., A., Christensen, K., A., J., Frostholm, L., ve Olesen, F., (2005), Mental Disorders in Primary Care: Prevalence and Co-Morbidity Among Disorders. Results from the Functional Illness in Primary Care (FIP) Study. *Psychological Medicine*, 35(8), 1175-1184.
71. Tulchinsky, T., Varackova, E., (2019), *Yeni Halk Sağlığı* (Çev. Ed. S. Acar Vaizoğlu). Ankara: Palme Yayınevi.
72. Tuncay, Y. S., Demirhan, İ., Şahin, S., Kaplan, S., (2019), Sağlık İnanç Modeli Örneği: Tütün Bağımlısı Gebe. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 38-46.
73. Tunçer, P., (2019), *Sağlık Hukuku Temel Bilgileri*, Ankara: Adalet Yayınevi, 4. Baskı, s.68.
74. Türkmen, E., (2012), Kronik Hastalıklar ve Önemi, Zehra Durna (Ed.), Kronik Hastalıklar ve Bakım içinde (s.37-49). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
75. Presentation: "Designing the road to better health and well-being in Europe" at the 14th European Health Forum Gastein. Erişim Adresi: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07_Oct.pdf. Erişim Tarihi: 29.06.2021.
76. WHO (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva, <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>, Erişim Tarihi: 17.12.2020.
77. WHO (2017). Rehabilitation in Health System. https://www.who.int/disabilities/rehabilitation_health_systems/en/, Erişim Tarihi: 14.12.2020
78. WHO (2019). Health Impact Assessment (HIA). <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>, Erişim Tarihi: 17.12.2020.
79. World Health Organization. Promoting Health: Guide to National Implementation of the Shanghai Declaration; WHO: Geneva, Switzerland, 2017.