



Sağlık Hizmetleri ve Yenilikçi Sağlık Teknolojilerine Erişimde Eşitsizlikler

Mucize Sarıhan^{1*}

¹ İstanbul Okan Üniversitesi, SHMYO, İstanbul, Türkiye (ORCID: 0000-0001-8013-7370), mucize.sarihan@okan.edu.tr

(İlk Geliş Tarihi Aralık 2020 ve Kabul Tarihi Ocak 2021)

(DOI: 10.31590/ejosat.844085)

ATIF/REFERENCE: Sarıhan M. (2020). Sağlık Hizmetleri ve Yenilikçi Sağlık Teknolojilerine Erişimde Eşitsizlikler. Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi, (22), 249-257.

Öz

Hastalara sunumu yapılan sağlık hizmetlerinin aynı düzeyde gerçekleşmesi ile ortaya çıkmış olan sağlık açısından eşitsizliğin ortadan kaldırılması durumu ülkemizin sağlık politikaları içinde yerini almıştır. Gelişmiş ülkelerde yapılmakta olan araştırmalar, sağlık hizmet sunumlarının eşit ortamlarda yapılabilmesi için eşitliğin oluşturulmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Sağlık örgütlerinde hastalara eşit sağlık hizmeti sunumu yapılabilmesi için sarf edilen emeğin etkin olup olmadığı ve seneler boyunca sürecin işleyip işlemediği yapılan ölçümlerle gerçekleştirilmektedir.

Araştırmada kavramsal olarak sağlık açısından eşitsizliklerin incelenmesi sağlanmıştır. Özellikle sağlık hizmetlerinde son dönemlerde yapılan küresel olarak hız kazanan yenilikçi sağlık teknolojileri ve bu teknolojilere ulaşım konusundaki eşitsizlik ve adaletsizlikler üzerine durulmuştur. Bunun yanında, sağlık örgütlerinde hastalara sunumu yapılan sağlık hizmetleri eşitsizliklerinin giderilmesi için zorunlu bulunan unsurlar araştırılmıştır. Bu unsurların uygulama sırasında eşitsizliğin ortadan kaldırılması çalışmalarının gelişiminde faydaları incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Hasta, Sağlıkta Eşitsizlik, Sağlık Teknolojileri

Inequalities in Healthcare Services and Access to Innovative Health Technologies

Abstract

Removal of inequality from the health point of view, which has occurred with the same level of health care services, has taken place in the health policies of our country. Research conducted in developed countries shows that equality must be established so that health care delivery can be done on equal footing.

In health organizations, the provision of equal health care services is carried out by measuring whether the expenditure of labor is effective and whether it is processed and processed in the course of the years.

In the study, conceptual health inequalities were examined. In particular, innovative health technologies, which have recently gained momentum in health services, and the inequality and injustice in accessing these technologies have been emphasized. Besides, the compulsory elements for eliminating health care inequalities in which health services were presented in health organizations were investigated. The benefits of these elements in the development of their work to remove the inequality during application have been examined.

Keywords: Health, Patient, Inequality in Health, Health Technologies

* Sorumlu Yazar: mucize.sarihan@okan.edu.tr

1. Giriş

Fakirlik, birey hayatını en fazla tehlikeye sokan toplumsal problemlerden birisidir. Zira Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2012 sağlık raporunda, sağlıklı olmayı belirleyen en önemli risk unsurunun yoksulluk olduğunu açıklamıştır (DSÖ, 2012)).

Küreselleşmeye koşut olarak yoksulluk, küresel bir sorun niteliği kazanmıştır. Yoksulluğun küresel boyutlu bir sorun olması, yani, küresel toplumun etkileşim ağı üzerinde etkili olması, küresel aktörlerin gündemini oluşturmasına neden olmuştur. Nitekim Dünya Bankası, DSÖ, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) gibi uluslararası örgütlerin son on beş yıldaki raporları, hastalıkların temel nedeninin “yoksulluk” olduğu görüşünde birleşmektedir (Hamzaoğlu O, 2014).

DSÖ 1995 raporunda yoksulluk, dünyanın en büyük katili ve acı çekmenin en büyük sebebi olarak tanımlanmış, yoksulluğa, Uluslararası Hastalık Sınıflamasında Z59.5 kodu verilmiştir. Bu bağlamda, yoksulluğun ruhsal hastalıklara, strese, aile parçalanmasına ve suça neden olduğu belirtilmiş; sağlık alanında zengin ile yoksul arasında giderek büyüyen uçurumlara işaret edilmiştir (DSÖ 1995).

DSÖ 1998 raporunda ise, sağlıkla ilgili ilk maddeyi yoksulluk oluşturmuştur. Yine ekonomik büyümenin sağlanarak yoksulluğun azaltılması ve sağlık alanında iyileşmelerin ve eşitliğin sağlanmasına yönelik politikalar oluşturulması gereği söz konusu raporda vurgulanmıştır (Belek İ, 1998).

İnanđı, bireyin içinde bulunduğu sosyoekonomik konumu, sağlığın önemli belirleyicilerinden birisi olarak değerlendirmiştir (İnanđı, 1999).

Bireyin statü durumu, ekonomik ve sosyal gücü hakkında fikir verdiği gibi; sağlık durumu hakkında da bilgi vericidir. Bu anlamda statüsündeki yükselmenin bireye sağlıklılık olarak yansıtacağı beklenir. Alt toplumsal sınıflar, yaşamlarını sağlıksız koşullarda sürdürmektedirler. Diğer toplumsal kesimlere oranla beslenme, suyun sanitasyonu ve konut koşulları bakımından dezavantajlı durumdadırlar. Söz konusu koşullar, olumsuz sağlık durumu olarak kendilerine yansımaktadır. Yapılan sağlık çalışmalarında, kötü yaşam koşullarının ve gelir düzeyi düşüklüğünün bağımsız olarak psikolojik sağlık ve algılanan sağlık üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Stronks K.1997, Weich S.1998, Rahkonen O. 2002).

Yoksulluk-sağlık etkileşiminin sonuçlarının analizi çalışma konumuz açısından önemlidir. Bu bağlamda yoksulluğun sadece gelir yetersizliğini ifade etmediği; sağlıksızlık, eğitimsizlik, güçsüzlük gibi öğeleri de içerdiği gözden kaçırılmamalıdır. Dedeoğlu, sağlık-yoksulluk etkileşiminde yoksulluğun sağlıksızlığa yol açtığını; fakat, sağlıksızlık her zaman yoksullukla sonuçlanmadığını belirtmektedir (Dedeoğlu, 2004).

Bireysel düzeyde, sağlığın bozulması sonucunda tedavi masraflarının ek yükü, aile bireyinin bakım yükü, iş veriminde ve gelirden düşme gibi nedenlerle yoksulların daha yoksullaştığı, sınırdan yaşayanların, yoksulluğa düştüğü gözlenebilmektedir. Toplumsal düzeyde ise; sağlıksızlığın her zaman yoksulluğa, gerilemeye yol açmadığı tespit edilmiştir. Yani, bir toplum sağlıklı olmasa da varılabilir (Whitehead M. ve ark. 2001).

Yoksulluğun kalıcı etkiler doğurduğu da bilinmektedir. Yoksulluktan olumsuz etkilenme, annenin ağır ve tehlikeli

çalışma koşulları, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, kimyasal maruziyet, kötü ve yetersiz beslenme gibi dinamiklere bağlı olarak anne karnında başlamaktadır. Yoksulluktan kurtulursa bile, yoksulluğun sağlığa olumsuz etkilerinin sürdüğü ve gelecek nesillere aktarıldığı görülmektedir (Poulton R. ve diğerleri, 2002). Yoksulluk koşulları karşısında üretilen olumsuz sağlık davranışlarının yoksulluğun etkilerinin nesiller arası aktarımını sağladığı anlaşılmaktadır. Öyle ki, yaşam beklentisinin düşüklüğü ve bebek/çocuk ölümlerinin yüksekliği temel yoksulluk kriterleri olarak kabul edilmektedir.

Toplumsal sağlık düzeyinin ve sağlıktaki eşitsizliklerin izlenmesinde ruhsal sağlık sorunlarının belirlenmesi önemli bir adımdır. Ruhsal sağlık durumunun belirlenmesinde kullanılan ölçeklerden yararlanılmaktadır. Bilindiği gibi, toplumsal sağlık düzeyinin belirlenebilmesi ve izlenebilmesi için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bunlar algılanan sağlık, geçici ve uzun süreli yeti yitimi, ruhsal sağlık gibi sağlığın değişik bölümlerini ölçmek için geliştirilmiş ölçeklerdir (Bruin A. ve diğerleri, 1996).

Ruhsal sağlık ölçeği yardımıyla sorunun varlığı/yokluğu ile derecesi hakkında bilgi edinilebilmektedir. Ruhsal bozuklukları olan kişiler, iş ve sosyal yaşama katılmada güçlük çekerler ve çoğu kez de toplumdan dışlanırlar. Ailelerine karşı sorumluluklarını yerine getiremediklerini ve yük olduklarını düşünürler. Endişe ve değersizlik duygusu yaşarlar. Aileler, tedavi masraflarının ve bakımının getireceği ekonomik baskı nedeniyle, hastalığa karşı duygusal reaksiyon geliştirebilirler ve bu reaksiyonla baş etmek durumunda kalabilirler. Bu süreçte normal aile düzeni bozulur ve sosyal yaşam kısıtlanır. Tıbbi tedavinin ve bakımın ekonomik maliyeti ve iş gücü kaybı, ruhsal rahatsızlıkların toplumsal sonuçları bağlamında değerlendirilebilir (Rawlins R ve ark. 1997).

Öte yandan yoksulluğun olumsuz sağlık sonuçları, ruh sağlığı açısından da geçerlidir. Sosyoekonomik durumu kötü olan gruplardaki ruhsal sorunların görünme sıklığı, toplum ortalamasının 2–3 katı kadar olabilmektedir (Henderson C. ve ark. 1998).

Yoksulluk koşullarının baskısı, bireye ruhsal sorunlar şeklinde yansıtılabilmektedir. DSÖ ruhsal hastalıkların sıklığına yer vermiş ve bu sorunun önlenmesi için önleyici stratejilerin uygulanması gerektiğini belirtmiştir (DSÖ 2003).

Görüldüğü üzere ruhsal rahatsızlıkların toplumsal sonuçları olmaktadır. Bu sonuçlar sosyal sorun niteliği taşımaları dolayısıyla sosyal destek bağlamı çözümler önem kazanmaktadır. Sağlığın sosyal bağlamda algılanış yaklaşımına koşut olarak sosyal destek sistemlerinin, insanların yaşamında önemli bir yeri olduğu kabul edilmektedir. Sosyal psikoloji ve sağlık alanında yapılan birçok çalışmada, sosyal desteğin fizik ve ruhsal hastalıkların ortaya çıkışı, süreci ve süresi üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir (Sorias O. 1988).

Kişiyeye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir. Sosyal desteklerin sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak, fizik ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu etkilediği düşünülmektedir. Sosyal destekler, yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcılarıdır (Sorias O. 1988).

Stres altındaki ya da güç durumdaki bireye eş, aile, arkadaş çevresinden sağlanan maddî ve manevî destekler sosyal destek

unsurları olarak değerlendirilmektedir. Kültür, sosyoekonomik düzey, yaş ve cinsiyet gibi özellikler sosyal destek üzerinde etkilidir ve bu özelliklere göre sosyal destek durumu değişmektedir. Sosyal desteği yüksek olan bireylerin olumlu sağlık davranışları göstererek uzun ve sağlıklı yaşadıkları, akut ya da kronik hastalıklara karşı dirençli oldukları gözlenmiştir. Nitekim sosyal destek, hasta bireylerde gerek duyulan ilaç miktarını azaltmakta, iyileşmeyi hızlandırmakta ve tedaviyi kolaylaştırmaktadır. Öte yandan sosyal destek yetersizliğinin ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda sosyal desteğin fizik ve ruh sağlığı üzerine koruyucu rolü olduğu anlaşılmaktadır (Özgür G. 1993).

Bu nedenle sağlık alanında sosyal destek unsurlarının sürece dahil edilmesi gereği açık olup; sağlık alanında bu yönde bir eğilimin varlığı da bilinmektedir. Sosyoekonomik koşulların sağlık eşitsizliklerinin temel belirleyicileri olması nedeniyle sosyal destek sistemlerinin harekete geçirilmesinin sağlık eşitsizliklerinin rehabilite edilmesine katkı sağlaması beklenir. Burada öncelikle sağlık eşitsizliklerinin belirlenmesinde çeşitli sağlık göstergelerinden yararlanılmaktadır. Sağlıkta eşitsizliğin tespitinde sağlık düzeyi (mortalite, morbidite), sağlıkla ilgili davranışlar ve sağlık hizmetlerinin kullanımı esas alınmaktadır. Sağlık göstergelerinden biri olan mortalite verileri aynı zamanda morbiditenin ve algılanan sağlık düzeyinin sonuçlarını da yansıtır. Mortalite değerleri ile morbidite değerleri arasında koşutluk beklenilmektedir. Yani, bir toplumsal birimdeki mortalite oranlarındaki yükseklik/düşüklük morbidite oranlarındaki yükseklik/düşüklüğü düşündürmektedir. Mortalite oranlarının tespitinde sıklıkla yaşa, cinse, yerleşim yerine, mesleğe ve nedene özel ölüm oranları, beş yaş altı ölüm oranı, bebek ölüm hızı, perinatal ölüm hızı, ölü doğum hızı, potansiyel yaşam yılı kaybı, doğuştan beklenen yaşam süresi kullanılır. Sözü edilen ölüm nedenlerinin, sosyoekonomik gruplar arasında farklılıklar göstermesi beklenir. Alt sosyoekonomik gruplarda kazalar, malnütriyon, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerin daha çok görülmesi eşitsizlik göstergesi olarak değerlendirilir. Öte yandan üst sosyal sınıflarda malign melanom, beyin tümörleri, Hodgkin hastalığı ve göğüs kanseri gibi hastalıklarda mortalite oranı daha yüksektir (Erengin K ve diğerleri 1998).

Bu verilerden sosyal sınıf durumu ile hastalık ve ölüm nedenleri arasında örtüşme varlığı anlaşılmaktadır. Bu anlamda hastalık ve ölümün temel belirleyicilerinden birisi, sınıfsal koşullardır. Hastalık ve ölüm nedenlerinden hareketle sağlık eşitsizliklerinin belirlenmeyeceği düşüncesinde olanlar da vardır. Nitekim Johansson ve Sundquist (1997) eşitsizliği gösterirken yalnızca mortalite verilerinin kullanılmasının günümüzde ölüm oranlarındaki azalma ile kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi öldürmeyen ama yaşam kalitesini düşüren hastalıkların artışı nedeniyle toplumun sağlık durumunu tam olarak yansıtmayacağı görüşündedirler. Morbidite verilerinden hareketle sağlık eşitsizliğini gösterebilmek için sağlık kuruluşlarının kayıtlarından, bildirim zorunlu hastalık kayıtlarından, tarama ya da izleme programı uygulanan bazı hastalıkların sıklıklarından (tüberküloz, anemi, malnütriyon gibi) yararlanılmaktadır. DSÖ saha araştırmalarında algılanan sağlık, geçici ve uzun süreli yeti yitimi, kronik hastalık sıklığı ve ruhsal iyilik gibi sağlık göstergelerinin kullanılmasını önermektedir. Burada bir temsil sorunu ile karşılaşmaktayız. Morbidite kayıtları, sağlık kuruluşunun varlığına ve insanların başvurusuna bağlı olduklarından, toplumdaki tüm hastaları temsil etmezler ve genellikle özgül bir hastalığa yöneliktirler. Kayıtların ayrıntılı

bilgi içermemeleri sorunların nedenlerini belirlenmesini engelleyebilmektedir (Kunst AE, Mackenbach JP, 1995).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi toplumların gelişmişlik düzeylerini yansıttığı gibi; devletin sosyal devlet olma durumunu da yansıtmaktadır. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin kullanımını ve dağıtımını keyfiyeti sosyal refah düzeyi hakkında aydınlatıcı olmaktadır. Toplumsal eşitsizlikler, hem küresel hem de yerel nitelikli sosyal sorun olarak politik aktörlerin ve sosyal bilimcilerinin gündemini oluşturmaya devam etmektedir. Sosyoekonomik eşitsizlikler sağlık açısından doğurduğu sorunların kapsamı bakımından sosyal bağlamda olduğu kadar sağlık bağlamında da bir sorun olarak görülmektedir. DSÖ (2002), geleceğin en büyük sağlık sorunu olarak yoksulluğa işaret etmesi bu açıdan anlamlıdır. Değinildiği üzere, sosyal eşitsizlikler dolayısıyla yoksulluk toplumsal ve politik gündemdeki yerinin ağırlaşmasına koşut olarak akademik ilginin de odağı olmuş, yoksulluğu sosyoloji, ekonomi, politika gibi alanlarda çalışan birçok akademisyen çalışmalarına konu seçmiştir. Tefvik Erdem'in yaptığı, "Yoksulluk Üzerine Sosyolojik Bir Çalışma; Ankara Kent Yoksulları" adlı çalışmada yoksulların yaşamları sosyolojik bir bakışla ele alınmıştır. Çalışmada sağlık bağlamında; yoksulların hepsinin yeşil karta sahip olmadığı dolayısıyla en temel sağlık hizmetlerinden faydalanmadığı vurgusu dikkat çekicidir. Belirtildiğine göre; yeşil karta sahip olmayanların oranı % 36,9'dur. Çalışma verilerinden yoksulların yaşadığı sağlık sorunları karşısında tamamen çaresiz oldukları anlaşılmaktadır. Çalışmada komşuları tarafından dışlandıklarını hissedilenlerin oranı %21,8'dir. Bu oranın sorunlarını komşularıyla paylaşmayan %28,9'luk oranla da uyumluluk gösterdiği görülmektedir. Erdem, sosyal dışlanma hissinin yoksul insanlarda özgüven sorununa güvensizliğe, güçsüzlük duygusuna, sosyal yalnızlaşmaya ve hem kendilerine hem içinde yaşadıkları topluma yabancılaşmalarına neden olduğunu belirtmiştir (Erdem T, 2003).

Yine Bülent İlik'in yaptığı "Yoksulluğun Genel Belirleyicileri" adlı tez çalışmasında, Ankara İli Çankaya İlçesi'ndeki, alt toplumsal ekonomik düzey tanımlamasına uygun beş mahalle değerlendirilmiştir. Çalışmada yoksul mahallelerde sık hastalanma, canlı doğup ölen çocuk oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu verilerin yoksulluğun genel özellikleri ile paralel olduğu gözlenmektedir (İlik B, 1992).

Yine, İlik'in verilerine koşut olarak Türkkan'ın, tez çalışmasında sosyoekonomik açıdan farklı iki bölgede yaptığı genel sağlık sorgulamasında sosyoekonomik bakımdan daha düşük olan bölgede yaşayanların genel sağlık durumlarının sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlara oranla daha kötü olduğunu bulgulamıştır (Türkkan A, 2005).

Toplumsal değişmeye bağlı olarak sağlık düşünce ve uygulamalarının değişeceği beklenir. Nitekim modernden toplumsal koşullardan postmodern toplumsal koşullara geçilmesine eş olarak sağlık anlayışı da önemli değişimler göstermiştir. Yeni toplumsal koşullarda sağlık belli yaşam tarzlarının varlığına bağlı olarak elde edilebilir bir durum olarak değerlendirilme eğilimindedir. Bu bağlama dikkat çeken Koçoğlu, "Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler", adlı çalışmasında, sosyoekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini etkilediği ve dezavantajlı bölgelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi bakımından daha olumsuz özelliklere sahip olduğu sonucuna varmıştır (Koçoğlu D, 2009).

Yoksulluk sağlık/sağlıksızlık ilişkisi tıp alanındaki çalışmalarda olduğu kadar sosyoloji çalışmalarında üzerinde durulan bir konudur. Sağlığın/sağlıksızlığın toplumsal belirleyicileri Türkiye’de oldukça geç fark edildiğinden ya da fark edilse dahi bu alandaki kurumsal yapılanmanın gecikmesi gibi nedenlere bağlı sağlık anlayışı hastane duvarlarını aşmada sorunlarla karşılaşmıştır. Bu gecikmeye rağmen sağlığın toplumsal bağlamı giderek daha yoğun olarak akademik yazına konu edilmektedir. Bu anlamda Belek’in “Sınıflar; Sağlık Düzeyleri, Sağlık Hizmet Kullanımları Ve Yararlandıkları Sağlık Kurumları; Antalya’da İki Bölge, Yedi Sınıf” adlı araştırmasında bireyler mavi yakalılar, niteliksiz hizmet emekçileri, beyaz yakalılar, yüksek nitelikli beyaz yakalılar, yalnız kendi hesabına çalışanlar, küçük- orta burjuvalar, büyük burjuvalar olmak üzere yedi sınıfa ayrılmıştır. Sınıfların sosyoekonomik durumlarına ait verilere bakıldığında mavi yakalılarının %30,5’inin, niteliksiz hizmet emekçilerinin %32,2’sinin ve kendi hesabına çalışanların %25,4’ünün kişi başı aylık geliri 50 dolardan daha az olduğu görülmektedir. Kişi başı aylık geliri 100 doların altında olanların oranı ise bu üç sınıf için sırasıyla % 82,2, % 80,9, ve % 61,6’dır. Sağlık düzeyi bakımından sınıflar arasındaki ayrışma daha kaba biçimde ortaya çıkmaktadır. Bütün sağlık göstergeleri (algılanan sağlık, yeti yitimi, son 15 gün içinde yakınma, psikolojik sorun, iş aksatma, yatak istirahati, ortalama aksatılan iş günü, ortalama yatılan gün) için yine mavi yakalılar ve ile niteliksiz emekçiler en kötü durumdadır (Belek İ, 1999).

Yoksul insanların sosyoekonomik koşullarının ve bu koşulların yaşam kalitelerine yansımalarının bilinmesi, halk sağlığı çalışmalarına katkı sağlayacaktır. Bu bilimsel farkındalık, sorunun çözümüne dair politikalar geliştirilmesine imkân verecektir. Daha dar anlamda ise, halk sağlığı hemşirelerine çalışma alanlarında sağlığın korunması, geliştirilmesi işlevlerini yerine getirirken sosyo-politik dinamikleri çözüm adına harekete geçirme imkânı sağlayacaktır. Yoksulların dünyasına girerek sağlık algılamalarının çözümlenmesini amaçlayan bu çalışmanın yoksulluk kökenli sağlık problemlerinin rehabilite edilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yoksullara ilişkin sağlık özelliklerinin bilinmesi, sağlık politikalarına ve çeşitli sektörleri içeren çerçevesine katkıda bulunacak ve bu sektörler için veri oluşturacaktır. Halk sağlığı hemşirelerinin bir sağlık sorunu olarak yaşanan eşitsizliklerin, bu eşitsizlikleri ortaya çıkaran faktörlerin farkında olmalarına ve hizmet ettikleri bölgede toplumsal eşitsizliklerle daha çok ilgilenmesine ve politik gücünü kullanmasına katkıda bulunacağı değerlendirilmektedir. Bu araştırma, sağlıkta yaşanan sosyoekonomik eşitsizlikleri bireylerin çok boyutlu algılanan sosyal destek durumları ve genel sağlık anketi kapsamında değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. Materyal ve Metot

2.1. Sağlıkta Eşitsizlikler

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. maddesi: “Herkesin kendisi ve sağlık gönenci için beslenme, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır...” demek suretiyle sağlık hakkını insan haklarından biri olarak kabul etmiştir (İHEB, 1948).

Sağlıkta eşitlik, hakkaniyet ve sosyal adalet temellerine oturan bir konudur. DSÖ, sağlıkta eşitliğin “çeşitli gruplar arasındaki haksız ve kaçınılabilir sağlık sonuçları farklılıklarının azaltılması ve kaliteli sağlık hizmetlerine gereksinim kadar

ulaşım garantisinin olması gerektiğini” vurgulamaktadır (Mills C, 1999).

Whitehead, sağlıkta eşitliği “İdeal olarak, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilmesi için eşit fırsata sahip olması ve daha pragmatik olarak sakınılmadığı sürece, kimsenin bu potansiyele ulaşma açısından dezavantajlı olmamasıdır” şeklinde tanımlamaktadır (Whitehead M, 1991).

Whitehead, sağlık potansiyeline ulaşma araçlarına ulaşılabilirliğin toplumsal kesimler için eşit sosyal mesafede olmasına vurgu yaparak sağlıkta eşitliğin sağlanabilmesi için sağlık düzeyindeki farklılıklara neden olan faktörlerin ortadan kaldırılması ya da azaltılması gerektiğine işaret etmiştir. Sağlıkta eşitsizliği açıklamak için üç önemli kuramdan söz edilmektedir. Bu kuramlar sağlıkta eşitsizliği değil, hastalık ve sağlık kavramlarını ve bu olguları belirleyen etkenleri açıklamaya çalışmaktadır. Bu kuramlar:

1. Geleneksel tıbbi model,
2. Epidemiyolojik model,
3. Sosyopolitik modeldir.

Sağlık olgusuna tamamen tıbbi bir ekseninde yaklaşan geleneksel model sağlığı, hastalığın yokluğu olarak tanımlar. Bu modelde hekim hasta arasındaki iyi ilişkilerin yanı sıra iyi bir tıbbi bakım hizmeti sunumunun sağlığın gelişmesine katkı sağlayacağı kabul edilir. Bu modelde sağlıkta eşitsizlik, tıbbi bakım hizmetinin eşitsiz kullanımı ile ortaya çıkan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tıbbi modele oranla daha geniş bir yaklaşım sergileyen epidemiyolojik modelde sağlık, eşitsizlikleri toplumsal istatistiklerden hareketle ele alınmaktadır. İstatistiksel analizlerden hareketle sağlık durumu neden sonuç ilişkisi çerçevesine oturtulmaya çalışılır. Bu modelde bölgeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları ciddi sosyal farklılıkların bir göstergesi olarak değerlendirilir ve koruyucu tıp uygulamalarının önemi vurgulanır. Eşitsizliklerin giderilmesi için yüksek riskli gruplara özel tıbbi programların uygulanmasını önerilir. Nitekim bu modeli benimseyen bilim adamları, sağlık kaynaklarının yeniden ve gereksinim temelinde dağıtılması gerektiği düşüncesindedirler.

Sosyopolitik modelde ise, sağlık eşitsizliği sorunu toplumsal/kültürel bağlama oturtulur ve eşitsizliğin nedenleri ve sonuçları toplumsal yapı içerisinde çözümlenir. Bu modelde, sağlık ve hastalık olguları ve sağlıkta eşitsizlik gerçeği ekonomik, toplumsal, politik bileşenleri bağlamında, kapsamlı şekilde ele alınmaktadır. Sosyopolitik modelde sağlıkta eşitsizlikler, öncelikle, ekonomik eşitsizlikler olarak tanımlanmaktadır. Nitekim eşitsizliklerle mücadele için refah politikalarının ve genel yaşam standartlarının yükseltilmesi gerektiği önerilmektedir (Belek İ, 1998).

Eşitsizlikler, toplumsal çatışmaların ve istikrarsızlığın temel nedenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Bu anlamda özgürlük, eşitlik, kardeşlik sloganı ile ortaya çıkan Fransız Devrimi (1789) sosyal eşitsizliklerin sorunlaştırılmasının miladı kabul edilir (Turner B, 1997).

Sağlık eşitsizliklerinin sosyopolitik bir sorun olarak ele alınışını 1978 yılında geliştirilen “Temel Sağlık Hizmetleri” ile başlatmak mümkündür. Temel Sağlık Hizmetleri ile ilgili uluslararası konferansta sağlığın; herhangi bir ırk, din, siyasi görüş, ekonomik ya da toplumsal koşul ayrımı yapılmaksızın her

insanın temel haklarından biri olduğu belirtilmiştir (Alma-Ata, 1978).

DSÖ ve UNICEF yürütme kurullarının kararı ile Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata'da yapılan toplantı sonrası yayınlanan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi'nde sağlığın en üst düzeyde gerçekleştirilmesi vurgulanmıştır. Bildirge'de gelişmekte olan ülkelerde insanların sağlık durumlarının iyi olmadığına işaret edilmiş; ülkelerdeki sağlık eşitsizliklerinin azaltılması vurgusu yapılmış, konu hakkında ülkelerin kararlı olmaları gerekliliği vurgulanmıştır (Pala K, 2002).

Wilkinson'a göre; toplumda var olan gelirin eşit dağılıma/dağılmama durumu sağlığa ve dolayısı ile sağlık göstergelerine etki etmektedir (Wilkinson RG, 1997).

Yine toplumsal ve ekonomik etkenlerin toplumsal sağlık düzeyi üzerindeki etkisinin artış göstermektedir. Nitekim DSÖ, sağlığın sosyoekonomik koşullardan etkilenmesinin arttığını ve insanların bu koşullar üzerindeki kontrollerinin giderek zayıfladığını belirtmektedir (DSÖ, 1997).

Bu bağlamda DSÖ Avrupa Bölgesi'nde herkes için sağlık hedeflerinde eşitsizliklerden söz edilmekte ve hedef olarak "2020 yılına kadar, ülkelerdeki sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılık, dezavantajlı grupların sağlık düzeyleri geliştirilerek, tüm üye ülkelerde en az dörtte bir azaltılması" amaçlanmaktadır. Sosyoekonomik koşullar arasında özellikle gelir düzeyi, eğitim ve iş bulma imkânı gibi sağlığı doğrudan olumsuz etkileyen durumlar arasındaki farklılıkların düzeltilmesi gereği vurgulanmaktadır (DSÖ, 2000).

UNDP 2003 İnsanî Gelişme Raporu'nda da insanî gelişme açısından dünya ülkeleri arasında büyük farklılıklar ve eşitsizlikler olduğu belirtilmektedir. Politik, ekonomik, sosyal, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik temelli eşitsizliklerin sağlığa yarar ya da zarar şeklinde yansımaları olmaktadır (Çilingiroğlu N, 2001).

Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartında ise, sağlık için temel koşulların barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, tutarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve adalet olduğu belirtilmektedir (Ottawa Charter, 1986).

Finansal durum, iş güvenliği, monoton çalışma yaşamı, stresli yaşam, zayıf sosyal bağ, düşük öz saygı ve kedercilik gibi psikososyal faktörler, sağlık ile ilişkisi araştırılan değişkenlerden bazılarıdır (Brunner E, 1997).

Dolayısıyla sağlık hizmetlerinden yararlanan gruplar arasında sağlıkta eşitsizliklere yol açabilen sosyal, psikolojik, ekonomik ve coğrafi birçok farklılıklar söz konusudur. Sağlık hizmeti sunumundaki farklılıklar, sağlıkta eşitsizliğin belirleyicilerinden sadece birisidir. Bu çerçeveden hareketle sağlıkta eşitsizliğin rehabilite edilmesine yönelik politika oluşturulmasında üç farklı yöntem geliştirilmiştir: Yoksul sağlığını düzeltmek, zengin-yoksul sağlık eşitsizliklerini azaltmak ve sağlık eşitsizliklerini düzeltmek (Gwatkin DR, 2000).

Bu yaklaşımlarda temelde yoksul sağlığının geliştirilmesinin amaçlandığı anlaşılmaktadır. Sosyal sorunların çözümüne yönelik politikaların geliştirilebilmesi ve uygulanabilmesi, sorunun ölçülebilirliği ile yakın ilişkilidir. Toplumsal sağlık alanına ait bir sosyal sorun olan sağlık eşitsizlikleri öncelikle sağlık alanına yönelik kesin bilgiler sağlayan araçların varlığını gerektirmektedir. Bu sebeple sağlığın çok yönlü değerlendirilmesi için çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin psikolojik, fiziksel ve sosyal yönlerini ölçmek için birçok ölçek geliştirme

çalışması yapılmıştır. DSÖ sosyoekonomik etkenleri içine alan sağlık eşitsizliklerinin ölçülmesi bağlamında bazı toplumsal düzeyli sağlık göstergeleri belirlemiştir. Toplumsal sağlıktaki eşitsizliklerin ölçülmesinde kullanılan başlıca göstergeler dört grupta ele alınmaktadır (Belek İ. 1998).

1. Sağlığın belirleyicileriyle ilgili göstergeler (yoksulluk seviyesi ve prevelansı, eğitim seviyesi, güvenli ve temiz içme suyu kullanma oranı, yeterli sanitasyon şartlarına sahip nüfusun yüzdesi vb.)

2. Sağlık durumu ile ilgili göstergeler (Bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm oranı, çocuklardaki malnutrasyon prevelansı, doğumda yaşam beklentisi, anne ölüm hızı, ölü doğum hızı ve oranları, algılanan sağlık, yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel sağlık anketi vb.)

3. Sağlık hizmeti kaynaklarının tahsilatı ile ilgili göstergeler (Yeterli sağlık hizmetine ulaşılabilen nüfus oranı, sağlık personeli başına düşen nüfus, sağlık kurumu başına düşen nüfus, kişi başına yapılan sağlık harcaması vb.)

4. Sağlık hizmeti kullanımı ile göstergeler (Cins ve sınıfa göre elde edilecek çocuk bağışıklama oranları, antenatal bakım alan kadınların oranı, doğum kontrol yöntemi uygulama oranı, kalifiye sağlık personeli yardımıyla gerçekleştirilen doğumların oranı, tüberküloz tedavisi tamamlanma oranları ve servikal kanser tarama hızları vb.)

Sağlıkta eşitsizliğin ölçülmesi/değerlendirilmesi konusunda Mackenbach ve Kunst, sağlık sorunlarında prevelans ve insidans oranlarındaki farklılıkların sosyoekonomik açıdan yüksek ve düşük durumdaki bireylerde gösterilebileceğini belirtmektedirler (Kunst AE, Mackenbach JP, 1995).

Sağlıkta eşitsizlikle mücadele ilkeleri uluslararası boyutta DSÖ'nün öncülüğünde geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu çabaların sonuçları ışığında sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması amacına yönelik temel ilkeler şu şekilde maddelendirilebilir:

Öncelikle yaşam ve çalışma koşullarındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılmalıdır. Yoksulluk ortadan kaldırılmalıdır.

Gelir dağılımında adalet sağlanmalıdır. İşsizlik önlenmelidir. Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması için toplumu sınıflar; dünyayı ise gelişmişler/gelişmemişler vb. şekilde dilimleyen ulusal uluslararası belirlenimler yeniden düzenlenmelidir. Sağlık hizmetlerinin sağlıktaki eşitsizlikler üzerindeki etkisi genel ve ekonomik düzenlemelere göre daha arkadan gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumundaki ve toplumsal sınıfların sağlık hizmetlerinden yararlanılmasındaki eşitsizlik ortadan kaldırılmalıdır. Eşitsizliklerle mücadelede, sağlık hizmetinin eşitlikçi biçimde yaygınlaştırılması ve hizmet kullanımının önündeki finansal engellerin aşılması kadar, hizmetin temel sağlık hizmeti yönelimli olarak örgütlenmesi de önemlidir. Bu durumda sağlık hizmeti toplumun öncelikli sorunlarına yönelebilir, dezavantajlı toplumsal sınıflara öncelik verebilir ve sağlık, toplumsal gelişmenin vazgeçilmez bileşenlerinden biri olarak ele alınabilir. Sağlıkta eşitsizlik olgusunun çözümü için toplumun sorununun çözümüne politik ve teknik katılımı sağlanmalıdır. Sağlıkta eşitsizlik olgusunun çözümünde bireysel davranışların sağlamlık yönünde değiştirilmesi gerekir. Bu önlemler ile toplumun genelinin çıkarları gözetilmelidir ve davranış değişikliğinin yukarıdaki noktalarda sıralanan genel ekonomik ve politik önlemler sonrasında gerçek boyutta anlam kazanabileceği unutulmamalıdır (29).

2.1. Yenilikçi Sağlık Teknolojilerine Erişimde Eşitsizlikler

Sağlıkta sosyal eşitsizlikler, hızlı yenilikçi teknolojik gelişme çağında dünyanın en gelişmiş ülkelerinin çoğunda artıyor gibi görünmektedir (Beckfield J ve diğerleri 2015; Mackenbach JP, 2012; Piot P, 2012)

Modern toplumda sağlığın nicelleştirilmesi yoğunlaştıkça ve yenilikçi sağlık teknolojileri bu geçişin temel taşı haline geldikçe, teknoloji ve sağlık arasındaki bağlantıda artış dikkat çekiyor (Casper MJ and Morrison DR, 2010; Cockerham WC, 2005; Lupton D. 2016; Swan M. 2009).

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımının yoğunlaştığı bir çağa tanık olunmuştur (McGibbon E and Peter E, 2008). Sağlık teknolojilerindeki hızlı gelişmeler ve yenilikler küresel anlamda yaygınlaşırken ve gelişmiş ülkeler bu gelişmeleri yakından takip ederken gelişmemiş birçok bu konuda da geri kalmıştır. Sağlık hizmetlerine ulaşımdaki eşitsizliklere maruz kaldığı gibi sağlıktaki yenilikçi teknolojik gelişmelerden faydalanamamaktadır.

Bu yenilikler genellikle olumlu gelişmeler olarak görülmekte, hastalıkların teşhisini ve tedavisini ve genel halk sağlığını iyileştirmektedir ve daha geniş toplumsal etkileri için araştırmalar devam etmektedir (Lupton D, 2015). Örneğin farmakolojide ve kemoterapi ajanlarındaki teknolojik gelişmeler ile ilgili İngiltere’de yapılan bir araştırmada Erken dönem meme kanseri için trastuzumabın (herceptin) kullanımını fayda süresi, uzun vadeli toksisite ve nüks modelini dikkate alındığında; hasta açısından metastazı önleme yönündeki etkinliği belirlenmiştir. Bu gelişmeler hastalarda sağ kalımı artırırken diğer yandan ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır (Barclay G, 2014; Rogers EM, 2003; Woolf SH ve diğerleri 2007; Phelan JC and Link BG. 2013). Ancak gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkeler düşük teknolojik gelişmeler nedeni ile bu durumdan hem hasta hem ülke ekonomisi anlamında fayda sağlayamamaktadır. Görünüşe göre bu teknolojiler genel halk sağlığını iyileştiriyor olabilir, ancak sağlıktaki eşitsizliklerin artmasına engel olamamaktadır. (Woolf SH ve diğerleri 2007; Phelan JC and Link BG. 2013)

Çeşitli yayınlar, sağlıktaki çeşitli teknolojik yeniliklerin hızlı gelişimi ile artan önceliklerinin, toplumun sağlığı üzerindeki olası etkilerini daha fazla araştırmanın önemini ele almıştır (Fong H and Harris E. 2015; Wise PH. 2012)

Diğer bazı çalışmalarda ise yenilikçi teknolojilerin ortaya çıkması nedeniyle sağlıktaki eşitsizliklerin artması ampirik olarak araştırılmıştır (Chang VW and Lauderdale DS, 2009; Glied S and Lleras-Muney A, 2008; Korda RJ, 2010). Bu çalışmalar, daha yüksek sosyoekonomik statüye sahip bireylerin (SSB) sağlıktaki yenilikçi teknolojileri oldukça etkin kullanması, bir zamanlar daha düşük olan sağlıktaki sosyal eşitsizliklerin artması ve yeni eşitsizliklerin yaratılması hatta bazı durumlarda bu eşitsizlikleri ilk benimseyen ve bundan en çok yararlanan kişiler olduğu belirtilmektedir. Bu olgu, etkili önleyici veya tedavi teknikleri geliştirilen hastalıklardan muzdarip popülasyonlar arasında sağlıktaki daha büyük sosyal eşitsizlikleri gösteren sonuçlar ortaya koymaktadır (Phelan JC ve ark. 2004). Yenilikçi teknoloji gelişimi ile artan bu çalışmalar; sağlıktaki sosyal eşitsizliklerin (yeniden) ortaya çıkması veya artmasının nedenini açıklayabilecek ek mekanizmaların araştırılması için bir başlangıç noktası sağlamaktadır (Lutfey K and Freese J. 2005, Freese J and Lutfey K, 2011). Yenilikçi sağlık teknolojisinin oranı arttıkça, bu bakış açısının daha iyi anlaşılması giderek önem kazanmaktadır.

Gonzales ve ark. dezavantajlı gruplar için teknolojilere erişimin dengesiz olduğunu ve düzenli olarak kesintiye uğrayabileceğini belirtmektedir. Sadece sosyoekonomik gücü yüksek gruplar arasında teknolojinin benimsenmesi ile erişimin ölçülmesinin dengesiz erişimi ifade ederken, sağlıktaki sosyal eşitsizlikler üzerinde büyük sonuçlar doğurabileceği olasılığını göz ardı ettiğini öne sürmektedir. Perez ve arkadaşları belirli bir teknolojiye erişimin eşit kullanımı garanti etmediğini gösterir. Aslında, sağlık teknolojilerinin uygulanmasından sonra sağlıktaki sosyal eşitsizliklerin artması genellikle sonuçlara bakıldığında yapılan çalışmalarla ortaya konmaktadır. Daha da önemlisi, bu kaynaklara erişim daha evrensel hale geldikçe bu eşitsizliklerin azalacağını düşündüren bulguların ne olduğuna bakılmaksızın, dahil edilen çalışmalardan elde edilen sonuçlar, kaynaklara erişimin sağlıktaki sosyal eşitsizliklerin (yeniden) üretimini ortadan kaldırmadığını göstermektedir (Perez ve ark. 2016).

Weis D ve arkadaşları çalışmasında; eşitsizliklerin zaman içinde arttığı veya azaldığı yolların ve mekanizmaların bu teknolojilerin hem erişim hem de kullanımı etkileyen faktörlere bağlı olarak farklılık gösterdiğini belirtmiştir. Ayrıca, bu teknolojilerin yanında sağlık hizmetlerinde tasarlanan ve kullanılan teknolojilerin teşhis, tedavi cihazları yanında internet cihazlarına kadar oldukça değişiklik gösterdiği ifade edilmektedir (Weiss D ve diğerleri 2018)

Bu teknoloji koleksiyonuna dahil internet ve internet tabanlı araçlar üzerinde büyüyen bir odak noktasıdır ve bu teknolojilerin kullanımını sağlık hizmetlerinde entegre bir kaynak haline getirmiştir (Gonzales AL. 2016; Goel MS ve ark. 2011; Hing E and Burt CW. 2009; Newhouse N ve diğerleri, 2015). Ancak, çeşitli araştırmacıların son yıllarda vurguladığı gibi, sağlık ve sosyal eşitsizlikleri büyük ölçüde etkileme potansiyeline sahip teknolojiler sağlık hizmetlerinde bulunanlarla sınırlı değildir (Piot P. 2012, Lupton D. 2016, Swan M. 2009). Bu teknolojiler, genom dizilimi ve yaşam tarzı teknolojileri (örneğin, giyilebilir cihazlar ve kişisel, dijital uygulamalar) gibi bireysel sağlığı izlemek ve kontrol etmek için kullanılan yenilikleri içerir. Bu nedenle, gelecekteki araştırmaların bu tür yenilikçi teknolojilerin sağlıktaki sosyal eşitsizlikler üzerindeki potansiyel etkilerini araştırdığı açıktır.

Sağlıkta eşitsizliklerin önlenmesi amacıyla yönelik bu tespitler, sağlık eşitsizlikleri sorununun ekonomik, kültürel, psikolojik vb. içerimlere sahip ulusal ve uluslararası dinamiklerden kaynaklanan bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Bu derece karmaşık ve geniş bir etkileşim ağından kaynaklanan sorunun çözümü de nedenlerinin derinliği ve genişliği ile uyumlu politikaların ve çabaların varlığını gerektirmektedir. Dolayısıyla sağlık eşitsizlikleri sorunu yerel sosyopolitik dinamikleri ilgilendirdiğinde, küreselleşme çağında aynı zamanda küresel ekonomi politikasını ilgilendiren bir sorun görünümündedir. Diğer birçok sorunla ağırsal bir etkileşime sahip olan bu sorun ancak bireyden küresele uzanan bir kavrayışla ele alınması durumunda rehabilite edilebilecektir. Mevcut durum ekonomik eşitsizliklere koşut bir eşitsizliğe gidiş manzarası arz etmektedir.

3. Araştırma Sonuçları ve Tartışma

Sağlık hizmetlerinde kaliteyi yükseltmek için eşitsizliklerin düzeltilmesine yönelik çalışmaların artırılması oldukça önemlidir. Sağlık çalışanlarının eksikliklerini belirleyerek gerekli ihtiyaçlarını gidermeye ilişkin çalışmaların artırılması, sağlık sunumunda eşitliğin sağlanması, olumlu bir tedavi süreci yol

gösterici olacaktır. Buna göre sağlık çalışanlarının ve hastaların sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesine özgü bilgi seviyelerini ve tutumlarını tespit etmek, kurumlarda hizmet içi eğitimleri sıklaştırmak ve sürekliliğini sağlamak önem kazanmaktadır. Sağlık teknolojilerindeki gelişmeler beraberinde eşitsizlikleri de getirmiştir. Sosyoekonomik düzeyi yüksek kişiler ve gelişmiş ülkeler bu gelişen teknolojilerden sonuna kadar faydalanırken, sosyoekonomik düzeyi düşük kesim, (kişiler ve topluluklar) ve gelişmemiş ülkeler bu teknolojilere ulaşamamakla birlikte sağlık hizmetlerinden faydalanamamaktadır.

Bu bulgular doğrultusunda; sağlık çalışanlarında sağlık sunumu eşitsizliğini ortadan kaldırmak için gereken önemin verilmesi ve farkındalığın kazandırılması ve bu yönde gereken hizmetlerin oluşturularak gelişmesini sağlamak ve kurumlar kendi içerisinde eğitimlerini ve aktivitelerini artırmaları gerekmektedir. Eşitsizliklerin giderilmesi için aşağıda belirtilen konular üzerinde çalışmalar yapılması önemlidir.

- Sağlık çalışanlarının hizmetleri, uygulamaları ve girişimlerine yönelik çalışmaların artırılması,
- Sağlık teknolojilerine ulaşmada dengenin sağlanması ve eşitsizlik düzeyini düşürülmesi amacıyla yeni çalışmalar ve araştırmalar yapılmalı,
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitsizlik seviyesinin araştırılması, gereken uygulama ve hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- Sağlık sektöründe tespit edilen eşitsizliklerin önüne geçilmesi bağlamında tüm faktörlerin belirlenerek sağlık profesyonelleriyle paylaşılması,
- Verilen eğitimlerde yetersizliklerin neler olduğu konusunda net veriler elde edilip ona göre çalışma planlanması,
- Sağlıkta eşitsizliğin kaldırılması konusunda, oluşma ihtimali olan maddi kayıpların aynı zamanda ve manevi kayıpların engellenmesi için strateji belirlenmesi, o strateji doğrultusunda plan yapılması,
- Sağlıkta eşitsizliğin kaldırılması için yapılan yanlışların raporlandırılması, bu konuda sağlık çalışanlarının cesaretlendirilmesi, gerekirse hatalara yönelik minimum düzeyde de olsa cezai yaptırımın sağlanması,
- Konu üzerinde sağlam nitelikte araştırmalar yapılması,
- Eşitsizlikler konusunun önemi vurgulanarak, yapılabilecekler ve önlemlerle ilgili düzenli eğitim ve konferansların yapılması önerilir.
- Yenilikçi sağlık teknolojilerinin coğrafi olarak, yoksulluk nedeniyle ve cinsiyet eşitsizliğine dayalı nedenlerinin, çözümleri noktasında projeler yapılması ve uygulanması için eğitimler ve konferanslar verilmesi
- Sağlık hizmetleri için yenilikçi sağlık teknolojilerinin entegrasyonunun küresel olarak özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve tüm kesimlerde geliştirme girişimlerinin sağlanması
- Dijital sağlık ve teknolojik gelişmelerin özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerine eşit erişimi sağlamak amacıyla çalışmalar yapılması

• Teknolojik gelişmeler arttıkça bireysel, toplumsal ve ülkeler arasındaki sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre sağlık hizmetlerine ulaşmada eşitsizlikler devam etmektedir. Eşitsizliklerin giderilmesi yönünde ulusal anlamda sosyal

eşitsizliklerin önlenmesi konusunda araştırmalara önem verilmelidir.

- Teknolojik gelişmelerle birlikte adaletli ve eşit bir dağılımın nasıl olması gerektiği konusundaki araştırmaların uluslararası düzeyde sürdürülmesi gereklidir.

Kaynakça

- Alma-Ata Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı. 1978; <http://undp.un.org.tr/who/ALMAATA.HTM>, Erişim tarihi: 29.11.2017
- Barclay G, Sabina A and Graham G. (2014). Population health and technology: Placing people first. *Am J Public Health* 2014; 104: 2246–2247. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302334> PMID: 25320892
- Beckfield J, Bambra C, Eikemo TA, Huijts T, McNamara C and Wendt C. (2015). An institutional theory of welfare state effects on the distribution of population health. *Social Theory & Health* 2015: 227–244.
- Belek İ. (1998). Sınıf Sağlık Eşitsizlik. Birinci Baskı. İstanbul, Sorun yayınları.
- Belek İ. (1999). Sınıflar; sağlık düzeyleri, sağlık hizmeti kullanımları ve yararlandıkları sağlık kurumları antalya’da iki bölge, yedi sınıf. *Toplum ve Hekim*.14: 55-67.
- Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. (1996). Health Interview Surveys. Finland, WHO, 98.
- Brunner E. (1997). Socioeconomic determinants of health. *British Medical Journal*, 314:1472.
- Casper MJ and Morrison DR. (2010). Medical sociology and technology critical engagements. *J Health Soc Behav* 51: S120–S132. <https://doi.org/10.1177/0022146510383493> PMID: 20943577
- Chang VW and Lauderdale DS. (2009). Fundamental Cause Theory, Technological Innovation, and Health Disparities: The Case of Cholesterol in the Era of Statins. *J Health Soc Behav* 2009; 50: 245–260. Article; Proceedings Paper. <https://doi.org/10.1177/002214650905000301> PMID: 19711804
- Cockerham WC. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *J Health Soc Behav*, 46: 51–67. <https://doi.org/10.1177/002214650504600105> PMID: 15869120
- Çilingiroğlu N. (2001). Ekonomik gelişme ve sağlık ekonomisi. *Yeni Türkiye*, 40:1594-1613.
- Dedeoğlu N. (2004). Sağlık ve Yoksulluk. *Toplum ve Hekim*, 19:51-53.
- DSÖ (2000). 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık 21 Hedef, http://undp.un.org.tr/who/doc_pdf/health21_tr.pdf, Erişim tarihi: 29.11.2017.
- DSÖ (1995). The World Health Report, http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf, Erişim tarihi: 29.11.2017.
- DSÖ (2012). The World Health Report, http://www.who.int/whr/2012/en/whr02_en.pdf, Erişim tarihi: 29.11.2017
- DSÖ (2017). The World Health Report, <http://undp.un.org.tr/who/yayinlar/dso97.htm>, Erişim tarihi: 29.11.2017
- DSÖ (2003). The World Health Report, http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_fin_al.pdf, Erişim tarihi: 29.11.2017

- DSÖ (1998) 21. Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon. Cenevre. Çeviri Ed. Metin B, Akın A, Güngör İ. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1-10.
- Erdem T. (2003) Yoksulluk Üzerine Sosyolojik Bir Çalışma „Ankara Kent Yoksulları”. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 126–135.*
- Erengin K, Dedeoğlu N. (1998). Sağlıkta eşitsizliğin gösterilmesi. *Toplum ve Hekim*, 13:105-109.
- Fong H and Harris E. (2015) Technology, innovation and health equity. *Bull World Health Organ* 93: 438–438. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.155952> PMID: 26170497
- Freese J and Lutfey K. (2011). Fundamental causality: challenges of an animating concept for medical sociology. *Handbook of the sociology of health, illness, and healing*. Springer, pp.67–81.
- Glied S and Lleras-Muney A. (2008). Technological innovation and inequality in health. *Demography*, 45: 741–761. PMID: 18939670
- Goel MS, Brown TL, Williams A, Hasnain-Wynia R, Thompson JA and Baker DW. (2011). Disparities in enrollment and use of an electronic patient portal. *J Gen Intern Med*, 26: 1112–1116. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1728-3> PMID: 21538166
- Gonzales AL, Ems L and Suri VR. (2016). Cell phone disconnection disrupts access to healthcare and health resources: A technology maintenance perspective. *New Media Soc*, 18: 1422–1438. Article. <https://doi.org/10.1177/1461444814558670> 43.
- Gwatkin DR. (2000). health inequalities and the health of the poor: what do we know? what can we do?. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:3-15.
- Hamzaoğlu O. (2004). Yoksulların Sağlığı Ne Durumda, Etken Ne, Sorun Nasıl Çözülür? *Toplum ve Hekim*, 19: 54–57.
- Henderson C, Thornicroft G, Glover G. (1998). Inequalities In Mental Health. *Br J Psychiatry*, 173:105-109.
- Hing E and Burt CW. (2009). Are there patient disparities when electronic health records are adopted? *J Health Care Poor Underserved*, 20: 473–488. Article. <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0143> PMID: 19395843 46.
- İlik B. (1992). Yoksulluğun Genel Belirleyicileri. *Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Konya*, 81–86.
- İnanđı T. (1999). Sağlık hakkı ve eşitsizlikler. *Toplum ve Hekim*, 14: 357-361.
- İnsan Hakları Evrensel Beyanname. 1948; <http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>. Erişim tarihi: 29.11.2017
- Johansson, L. M., & Sundquist, J. (1997). The influence of ethnicity and social and demographic factors on Swedish suicide rates. A four year follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 32(3), 165–170.
- Koçoğlu D. (2009) Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *DEUHYO ED*. 2:145-154.
- Korda RJ, (2011). Clements MS and Dixon J. Socioeconomic inequalities in the diffusion of health technology: Uptake of coronary procedures as an example. *Soc Sci Med*, 72: 224–229. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.002> PMID: 21147510
- Kunst AE, (1995). Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO. <http://www.euro.who.int/document/PAE/Measrpd416.pdf>, Erişim tarihi: 29.11.2017
- Kunst AE, (1995). Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO. <http://www.euro.who.int/document/PAE/Measrpd416.pdf>, Erişim tarihi: 29.11.2017
- Lupton D. (2015). Health promotion in the digital era: a critical commentary. *Health Promot Int*, 30: 174– 183. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau091> PMID: 25320120
- Lupton D. (2016). *The quantified self*. John Wiley & Sons.
- Lutfey K and Freese J. (2005). Toward some fundamentals of fundamental causality: socioeconomic status and health in the routine clinic visit for diabetes1. *American Journal of Sociology*, 110: 1326– 1372.
- Mackenbach JP. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med* ,75: 761–769. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031> PMID: 22475407
- McGibbon E and Peter E. (2008). *An Ethnography of Everyday Caring for the Living, the Dying, and the Dead Toward a Biomedical Technography*. *Qualitative Inquiry*, 14: 1134–1156.
- Mills C. (1999). Equity and health: key issues and WHO’s role (Eşitlik ve sağlık anahtar konular ve WHO’nun Rolü) Çeviren: Belek İ, *Toplum ve Hekim*, 14:145-149.
- Newhouse N, Lupianez-Villanueva F, Codagnone C and Atherton H. (2015). Patient Use of Email for Health Care Communication Purposes Across 14 European Countries: An Analysis of Users According to Demographic and Health-Related Factors. *J Med Internet Res* 2015; 17: 11. Article. <https://doi.org/10.2196/jmir.3700> PMID: 25798912
- Ottawa Charter For Health Promotion. First International Conference On Health Promotion. Ottawa, 1986; WHO/HPR/HEP/95.1 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, Erişim tarihi: 29.11.2017.
- Özgür G. (1993). Sosyal destek ve sağlık. *Toplum ve Hekim*, 43:25-26.
- Pala K. (2002). Temel sağlık hizmetleriyle ilgili uluslararası alma ata toplantısı. *Toplum ve Hekim*, 17:101-106.
- Perez SL, Kravitz RL, Bell RA, Chan MS and Paterniti DA. (2016). Characterizing internet health information seeking strategies by socioeconomic status: a mixed methods approach. *BMC Med Inform Decis Mak*, 16: 9. Article. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0246-a>.
- Phelan JC and Link BG. 820139. Fundamental cause theory. *Medical sociology on the move*. Springer, pp.105–125.
- Phelan JC, Link BG, Diez-Roux A, Kawachi I and Levin B. (2004). “Fundamental causes” of social inequalities in mortality: a test of the theory. *J Health Soc Behav*, 45: 265–285. <https://doi.org/10.1177/002214650404500303> PMID: 15595507
- Piot P. (2012). Innovation and technology for global public health. *Global public health*, 7: S46–S53. <https://doi.org/10.1080/17441692.2012.698294> PMID: 22780442
- Poulton R, Caspi A, Milne B.J, Thomson W.M, Taylor A, Soars M. (2002). Association Between Children’s Experience of Socioeconomic Disadvantage and Adult Health: A Life Course Study. *Lancet*,360: 1640-45

- Rahkonen O, Lahelma E, Martikainen P, Silventoinen K. (2002). Determinants of Health Inequalities by Come From The 1980s to The 1990s in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 56:442-443.
- Rawlins R, William S, Beck C. (1997). *Mental Health Nursing*. London. Mosby Year Book.
- Rogers EM. (2003). *Diffusion of Innovations*. Free Press, New York.
- Sorias O. 1988. Sosyal Destekler ve Ruh Sağlığı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 27:359-363.
- Sorias O. (1988). Sosyal Desteklerin Ruhsal sağlığı koruyucu etkisinin depresyonlu ve sağlıklı kontrollerde araştırılması. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 27:1033-1099.
- Stronks K, Van De Mheen H, Can den Bos J, Mackenbach JP. (1997). The Interrelationship Between Income, Health and Employment Status. *Journal of Epidemiology*, 26(1):592-600.
- Swan M. (2009). Emerging patient-driven health care models: an examination of health social networks, consumer personalized medicine and quantified self-tracking. *Int J Environ Res Public Health*, 6: 492–525. <https://doi.org/10.3390/ijerph6020492> PMID: 19440396.
- Turner B. (1997). Equality (Eşitlik). Çeviren: gener BS. Ankara, Dost Kitabevi, 20-38.
- Türkkan A. (2005). Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi Bölgesinde Sosyoekonomik Açından Farklı İki Sağlıkta Eşitsizlikler ve Bunu Etkileyen Etmenler. *Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Bursa, 78-95*.
- Weich S, Lewis G. (1998). Material Standard of Living, Social Class and The Prevalence Commons Mental Disorders In Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 52:8-14.
- Weiss D, Rydland HT, Øversveen E, Jensen MR, Solhaug S, Krokstad S (2018) Innovative technologies and social inequalities in health: A scoping review of the literature. *PLoS ONE* 13(4): e0195447. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195447>
- Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. (2001). Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape The Medical Poverty Trap? *Lancet*. 358:833-36.
- Whitehead M. (2017). The concepts and principles of equity and health. 1991; www.euro.who.int/Document/PAE/conceptsrpd414.pdf, Erişim tarihi: 29.11.2017
- Wilkinson RG.(1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ*. 304:165-168.
- Wise PH. (2012). Emerging technologies and their impact on disability. *The Future of Children*, 22: 169– 191. PMID: 22550690
- Woolf SH, Johnson RE, Phillips RL Jr and Philipsen M. (2007). Giving everyone the health of the educated: An examination of whether social change would save more lives than medical advances. *Am J Public Health*. 97: 679–683. Article. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.084848> PMID: 17329654