

Odak Grup Görüşmeleri ve Kültürel Bakım Farklılık-Evrensellik Teorisi İlişkisi *

Fatma Ersin**, Zuhul Bahar ***

Özet

Bireylerin kültürel inançları meme kanseri erken tanı uygulamalarına yönelik yarar ve engel algısını, dolayısı ile erken tanı davranışlarını sürdürmelerini etkilemektedir. Bireylerin kültürel özelliklerini, gereksinimlerini saptamak ve bakım vermek hemşirelikte değişik modeller ve teorilerle açıklanmaya çalışılmıştır. Bu çalışmanın amacı meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılan odak grup görüşmelerinde kültürün etkisini açıklamak ve bunu Leininger'in Kültürel Bakım Farklılık ve Evrensellik Teorisi ile ilişkilendirmektir.

Anahtar Kelimeler: Odak grup görüşmeleri, Kültürel bakım: Farklılık ve evrensellik teorisi, Hemşirelik.

The Relation Between Focus Group Discussions and The Cultural Care: Diversity And Universality Theory

Cultural beliefs of individuals affect their perceptions of benefit and obstacle aimed at the early diagnosis applications of breast cancer and consequently the sustainment of early diagnosis behaviours. The determination of cultural features and needs of individuals and procurement of care were tried to be explained through different models and theories in nursing. The objective of this study is to explain the effect of culture upon focus group discussions aimed at the early diagnosis behaviours of breast cancer and associate this with Leininger's Cultural Care: Diversity and Universality Theory.

Key Words: Focus group discussions, Cultural care: Diversity and universality theory, Nursing.

Geliş tarihi:06.06.2013

Kabul tarihi: 05.07.20113

Sağlık, kültür ve dini inanç ilişkisi kadının sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde oldukça önemlidir (Bahar, 2009). Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik haline sahip olmaktır. Bu sebeple de Dünya Sağlık Örgütü'nün çeşitli raporlarında sağlığı etkileyen ve gelişmesine katkıda bulunan faktörler geniş bir perspektifle ele alınmaktadır ve kişiyi bütün yönleriyle içermektedir (Dhillon, 1994; WHO, 1982, 1988, 1990).

Kişinin sağlığını etkileyen en önemli faktörlerden bir tanesi kültürdür. Kültür, bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesile aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanmaktadır. Kültür yaşamın dokusudur ve her insan bir kültüre sahiptir (Baltaş, 2000; Bekar, 2001; Güvenç, 1996). Kültürel yapılar kişilerin, hastalık, sağlık ve iyi olma durumlarıyla doğrudan ilişkili olduğu gibi, hastalığı ifade etme biçiminden, verilen tedaviyi sürdürme biçimine kadar pek çok konuda doğrudan rol oynar. Her kültür kendi stresörlerini, stres tepkilerini ve stresle başa çıkma yöntemlerini farklı biçimlerde yapılandırmıştır (Baltaş, 2000).

Kültürel değişkenler, sağlık hastalık ilişkisinde harekete geçirici faktörler olabilir. Bu değişkenler ekonomik durum, evlilik örüntüleri, aile yapısı, cinsiyet rolleri, cinsel davranış, sağlık politikaları, doğurganlık, vücut imajı, dini inanç olarak sıralanabilir. Din toplumun kültürel özelliklerinin bir parçasıdır ve sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesinde etkindir (Bolsoy ve Sevil, 2006).

Toplumun kadına yüklediği misyon olumlu sağlık davranışının gerçekleştirilmesini etkilemektedir. Din ve gelenekler tarafından pekiştirilen yaygın ataerkil ideoloji, kadınların ilerlemesinin önünde önemli bir engeldir (Kağıtçıbaşı, 1999).

** 1. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik ve Ebelik Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur. **Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği AD., Şanlıurfa *** Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD., İzmir

Çünkü kadın cinsiyeti gereği doğuran, ev işleri yapan, eşine hizmet eden, çocuğunun anası olarak görülmektedir. Bu nedenle kadınlarımız sağlık ile ilgili davranışlarında eşlerinden izin almakta, olumsuz etkilenmedikleri sürece sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır. Bu durum cinsiyet eşitsizliğinin bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlığı geliştirme ve hastalıktan korunma hemşirelik uygulamalarının temel kavramlarından (Fawcett ve Gigliotti, 2001). Kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik bilgi, inanç, tutum ve değerlerinin, kısacası kültürünün bilinmesi bu yöndeki uygulamaların öğretilmesi ve benimsenmesinde etkilidir (Champion ve Skinner, 2008). Çünkü meme tarama hızlarında ve meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesinde sosyo-kültürel faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir (Lee ve ark., 2007; Remenninck, 2006). *Bu faktörler içinde*, bazı kültürlerde erkeklerin baskın konumda olması, kadınların erkeklere bağımlı pozisyonda olması, evde ve ailede kadınların itaat eden konumunda olması (Borrayo ve ark., 2005; Remenninck, 2006), yanlış inançlar ve algılar, kadercilik yaklaşımın yer aldığı görülmektedir (Ogedegbe ve ark., 2005).

Kültüre özgü davranışların belirlenmesinde odak grup görüşmesi olarak adlandırdığımız nitel yöntem oldukça önemlidir. Bu yöntemle hemşirelik hizmeti verilecek toplumun özellikleri tanımlanabilmekte, elde edilen veriler doğrultusunda hizmet planlaması yapılabilmektedir. Bu hizmetlerin planlanmasında ise modellerle desteklenmiş, kültüre özgü bakım önemli bir yer tutmaktadır.

Bu nedenle bu derleme, meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılan odak grup görüşmelerinde kültürün etkisini açıklamak ve bunu Kültürel Bakım: Farklılık ve Evrensellik Teorisi ile ilişkilendirmek amacıyla literatür taranarak yapılmıştır.

Kültürel Bakım: Farklılık ve Evrensellik Teorisi

Modeller, hemşireliğin yaşam, sağlık, hastalık ve toplumla ilgili kavram ve kuramlarla ilişkisini analiz eder, düşüncelerini organize etmeyi kolaylaştırır, meslek üyeleri arasında ortak dil konuşmayı sağlar (Ay, 2008; Leininger, 2002).

Kültürel yapı içinde yer alan birçok faktör sağlığı yakından ilgilendirir ve etkiler. Sağlık ekibinin etkin bir üyesi olan hemşireler birey, aile ya da grupların sağlığının korunması ve sürdürülmesinde çoğu zaman kültürel bilgilerinin de kullanmak zorunda kalırlar. Günümüzde kültürün hemşirelik hizmetlerinin çok önemli bir bölümünü oluşturduğu bilinmekte olup kültürlerarası hemşirelik bakımı giderek yaygınlaşarak ilgi görmektedir (Giger and Davidhizar, 2002).

Hemşirelik disiplini birçok kavramsal modelle zenginleşmiştir. Hemşire araştırmacılar, araştırmalarında bu kavramsal modellerden birini kullanmalıdırlar (Fawcett ve Gigliotti, 2001). Kadınlarda meme kanseri erken tanı davranışlarının kazandırılmasında kullanılan modeller içinde, Sağlık İnanç Modeli, Planlanmış Davranış Teorisi, Transteorik Model, Precede-Proceed Model, Sosyal Öğrenme Teorisi ve Sağlığı Geliştirme Modeli yer almaktadır (Glanz, Rimer ve Viswanath, 2008). Ancak meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesinde kadınların kültürel özelliklerinin de etkili olduğu yadsınamaz bir gerçektir (Ersin ve Bahar, 2011). Bu nedenle kültürel bakım, farklılık ve evrensellik teorisi bu konuda yol gösterici niteliktedir.

Kültürel Bakım: Farklılık ve Evrensellik Teorisi, Madeleine Leininger tarafından geliştirilmiştir. Leininger **hemşireliğin özü olarak bakıma** odaklanan; **transkültürel hemşirelik ve kültüre özgü bakımı** geliştiren ilk hemşiredir (Alligoog and Tomey, 2006). Leininger, hemşireliğin daha anlamlı olabilmesi ve hastalarla / bireylerle ve dünya üzerindeki diğer hemşirelerle ilgili olabilmesi, daha efektif ve başarılı sonuçlar alınabilmesi için, transkültürel hemşirelik bilgisinin bütün hemşirelik kararları ve eylemleri için bir kılavuz olması gerektiğini ifade etmektedir. Profesyonel bir hemşire olarak hemşirelerin yararlı bakım verebilmek için hastaların / bireylerin kültürlerini anlamalarının gerekli olduğunu belirtmektedir. Leininger'in teorisinde kültür ve bakım karşılaştırılmış ve sentez edilmiştir. Teorinin odak noktası "kültüre uygun bakım"dır. Kültüre özgü bakım vermek veya bakımı insanların yaşam şekline ve değerlerine uyumlandırmaktır. Bunu yaparken hem bireylerin emik bakış açısını hem de profesyonel bakımı birleştirmek ve uygulamak esastır. Teoriye göre kültürel bakımın anlamı tamamıyla kavranırsa birey, aile ve grupların iyilik durumu önceden belirlenecek ve kültüre uygun bakım verilecektir (Alligoog and Tomey, 2006; Tomey and Alligood, 1998).

Özetle teoriye göre;

-Bireylerin bilgi, tutum, inanç ve yaşam tarzları sağlıklarını etkilemektedir.

-Sosyal ve kültürel faktörler kişilerin bakım gereksinimlerini ifadelerini, bakıma yönelik uygulamalarını dolayısı ile sağlık ve hastalık durumunu etkilemektedir.

-Sağlık profesyonellerinin bireylerin kültürel inanç, tutum, algılarına yönelik kültürel önyargıları ve çatışmalarının farkında olması görüşme yapılan kişileri (hastaları) anlamada ve ifadeleri yorumlamada oldukça önemlidir.

Hemşirelerin, bireyleri kendi kültürel kalıplarında incelemeleri ve hemşirelik yaklaşımında da bunu göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (Birol, 2000, Duffy, 2001). Hemşireler, bireylerle ilk iletişim kurdukları zaman kültürel değerlendirme yapmalıdırlar. Bu değerlendirme derinlemesine olacağı gibi daha sonra yapılabilecek derinlemesine bir değerlendirmeye zemin de oluşturabilir. Böylece hemşire topladığı bilgilerle etkili bir iletişime

geçme olanağı bulur (Degazon, 1996; Duffy, 2001). Odak grup görüşmeleri kültüre özgü bilgi toplamada oldukça etkili bir yöntemdir.

Odak Grup Görüşmeleri

Odak grup görüşmeleri, grupların, alt grupların, bilinçli, yarı bilinçli veya bilinçsiz olarak yaptıkları davranışlar, psikolojik ve sosyo-kültürel özellikleri hakkında bilgi almayı, davranışlarının ardındaki nedenleri öğrenmeyi amaçlayan nitel bir yöntemdir (Akşit, 1992; Kroll, Barbour ve Haris, 2007; Yıldırım ve Şimşek, 2006).

Kültürel faktörler bireylerin davranış değişiminde hem engel hem de kolaylaştırıcı olarak karşımıza çıkmaktadır. Olumlu sağlık davranışının gerçekleştirilmesinde engellerin ve kolaylaştırıcı faktörlerin belirlenmesi ve bu engellere yönelik girişimlerin planlanmasında odak grup görüşmeleri etkilidir. Bu nedenle meme kanseri erken tanı davranışlarının gerçekleştirilmesine engel olan ve kolaylaştıran faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan odak grup görüşmelerinde kadınların, taramalara katılımlarını engelleyen durumlar içinde en sık bahsedilen konunun **kültürel faktörler olduğu** görülmektedir (Ersin ve Bahar, 2011).

Yapılan çalışmalarda Birleşmiş Milletler ve İsrail'de kanser erken tanı davranışlarında kültürel tutumların etkili olduğu belirtilmektedir (Elnekave ve Gross, 2004; Lawrence ve Rozmus, 2001). Bu ülkelerde kültürün dinamik bir özelliğe sahip olduğu ifade edilmektedir. (Rajaram ve Rashidi, 1999). Angel ve Williams (2000) çalışmasında sağlığı geliştirmede kişilerin kendi sağlıklarının sorumluluğunu almaları gerektiğinden bahsedilmektedir.

Kültürel faktörler içinde yer alan **utanma**, pek çok araştırmada meme kanseri erken tanı davranışlarında engelleyici faktörler içinde yer almıştır (Borrayo ve ark., 2005; Kwok, Cant, ve Sullivan, 2005; Ogedegbe ve ark., 2005). Türk toplumunda devam eden kültürel değişimlere rağmen kadınların toplumsal değerlere ve dine daha bağlı olabileceği düşünüldüğünde kadın vücudunun gösterilmesi ile ilgili tabuları olabilir. Yapılan çalışmalarda Türk toplumunda kadınlar geleneksel yapı ve dini inançları nedeniyle **utanma** duygusu yaşamakta, aile sağlığı merkezindeki doktorun erkek olması nedeniyle doktora gitmediklerini belirtmektedirler (Ersin ve Bahar, 2011; Kıssal ve Beşer, 2012). Bunun yanı sıra dini açıdan doktorun kadın veya erkek olmasının kendilerini rahatsız etmediğini belirten kadınlarda vardır (Ersin ve Bahar, 2011; Kıssal ve Beşer, 2012). Yapılan çalışmalarda kadınların "**Doktor olduktan sonra, yemini olduktan sonra bunun hiçbir günahı yok. O yüzden erkek kadın hiç fark etmez**" ifadelerini kullandıkları belirtilmiştir (Ersin ve Bahar, 2011; Kıssal ve Beşer, 2012)

Yapılan bir çalışmada **dini inancın** kadınların meme kanseri taramalarına katılımlarında engelleyici olduğu belirtilirken (Borrayo ve ark., 2005; Remennick, 2006) dini inancın kolaylaştırıcı faktör olduğunu bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Lamyian ve ark., 2007; Lee ve ark., 2007; Phillips ve ark., 2001).

Ogedegbe ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında da kaderci yaklaşımın meme kanseri erken tanı davranışlarını gerçekleştirilmede önemli bir engel olduğu belirtilmektedir. Lawrence ve Rozmus (2001) ve Rajaram ve Rashidi'nin (1999) çalışmalarında, dini inançların kültürden etkilendiği, hastalığın Tanrının

verdiği bir ceza olarak algılandığı saptanmıştır. Türk toplumunun dini inancında yer alan “kadercilik” bazı kadınların kendi sağlıklarının kontrolünün olmadığını bir göstergesidir. Kaderci yaklaşım davranış değişimini etkileyen bir diğer önemli faktördür (Bahar, 2009). Kıssal ve Beşer’in (2012) çalışmasında meme kanserinin Allah’tan gelen bir durum olduğu inancına sahip yaşlıların olduğu belirtilmektedir. Başka bir çalışmada da kadınlar kaderci yaklaşımlarını “*Kaderde varsa olur*”, “*Gelirse Allah’tan diyoruz*” şeklinde ifade etmişlerdir (Ersin ve Bahar, 2011).

Bu durum kültürel faktörlerin davranış değişiminde ne kadar önemli olduğunun bir göstergesidir. Böyle bir durumda halk sağlığı hemşireleri tarafından kadınlara kaderci yaklaşımın sağlığı geliştirmedeki olumsuz yönlerini açıklamak etkili olabilir. Çünkü sağlığı koruma ve geliştirmede halk sağlığı hemşireleri kilit kişilerdir.

Bu nedenle topluma hizmet verirken Halk Sağlığı Hemşireleri tarafından;

* Kültürel bakımda da belirtildiği gibi sağlığı koruma ve geliştirmede öncelikle toplum tanılanmalı ve bireylerle görüşmeler yapılmalıdır.

* Hizmet sunacakları bireylere ilişkin kültürel farklılıklar ve benzerlikler hakkında bilgi sahibi olmalı ve duyarlı davranılmalıdır.

* Halk Sağlığı Hemşireleri farklı kültürlere ait bilgisini arttırarak, bireylere kendi kültürlerine uygun ve önyargıdan uzak görüşmeler yapmalı, böylece kültürel şoku engellemelidir.

* Belirli bir kültürde insan yaşamı ve deneyimlerinin bütünü bir parçası olarak o toplumun kültürünü yansıttığı bilinmelidir.

Sonuç Ve Öneriler

Sonuç olarak hemşirelerin birey, aile ve topluma istedik düzeyde bakım verebilmeleri için sağlık ve hastalık davranışlarının arkasında yatan kültürel özellikleri tanımaları önemlidir. Ayrıca kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarına yönelik ifadelerini doğru yorumlayabilmek grubun kültürel özelliklerini tanımaya yardımcı olacak modelleri-teorileri incelemek, kişilerin yaşadığı bölgenin özellikleri hakkında bilgi edinmek gereksinimlere yönelik hizmetin sunumunda önem taşımaktadır. Yapılacak olan hemşirelik çalışmalarında “**Kültürel Bakım: Farklılık ve Evrensellik Teorisi**” kullanılması transkültürel hemşirelik bilgisinin geliştirilmesinde ve odak grup görüşmelerinde önyargıların olmadan görüşme yapılmasında destek sağlayabilir.

Kaynaklar

Aksit, B.T. (1992). “Medikal araştırmalarda etik sorunlar”, Türk Tabipler Birliği Sağlık Kongresi. 8-11 Mart 1992. Shareton Oteli. Ankara.

Alligoog, M.R., & Tomey, M. (2006). Nursing Theory Utilization&Application. Mosby Comp, Third Edition

Angel, R.J., Williams, K. (2000). Cultural models of health and illness. In Handbook of Multicultural Mental Health, Cuellar I, Paniagua FA (eds). Academic Press: San Diego, CA, 27-44.

Ay, F. (2008). Uluslararası alanda kullanılan hemşirelik tanıları ve uygulamaları sınıflandırma sistemleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 555-561.

Bahar, Z., (2009). "Din Kültür ve Sağlık İlişkisi", Hemşirelik Ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, ÇANAKKALE, Nisan 2009,

Baltas, Z. and Steptoe, A. (2000) Migration, culture conflict and psychological well-being among Turkish-British married couples. In *Ethnicity & Health*, 5,173-180.

Biröl, L. (2000). Hemşirelik Süreci. İzmir, Bozkaya Matbaacılık.

Borrayo E.A., Buki L.P., & Feigal B.M. (2005). Breast cancer detection among older Latinas: is it worth the risk?. *Qualitative Health Research*, 15, 1244-1263

Baron-Epel, O., Granot, M., Badarna, S., & Avrami, S. (2004). Perception of breast cancer among Arab Israeli women. *Women Health*, 40, 101-116.

Champion, V.L., & Skinner, C.S. (2008). The Health Belief Model. In: Glanz K., Rimer B.K., Viswanath K.V., eds. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass, Inc. 46-65

Degazon, C. (1996). Cultural diversity and community health nursing practice. In: Stanhope M, Lancaster J (Eds.). Community Health Nursing. Mosby-year Book, Baltimore. s.117-134.

Dhillon, H.S. & Philip, L. (1994). Health Promotion and Community Action for Health in Developing Countries, World Health Organization, Geneva.

Duffy, M.E. (2001). A critique of cultural education in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 36, 487- 495.

Elnekave, E., & Gross, R. (2004). The healthcare experiences of Arab Israeli women in a reformed healthcare system. *Health Policy*, 69, 101-116.

Ersin, F., & Bahar, Z., (2011). Inhibiting and Facilitating Factors Concerning Breast Cancer Early Diagnosis Behavior in Turkish Women: A Qualitative Study According to the Health Belief and Health Development Models. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 1849-54.

Fawcett, J., & Gigliotti, E. (2001). Using conceptual models of nursing to guide nursing research: the case of the Neuman Systems Model. *Nursing Science Quarterly*, 14(4), 339-345.

Giger, J.N., & Davidhizar, R. (2002). Culturally competent care: emphasis on understanding the people of Afghanistan, Afghanistan Americans, and Islamic culture and religion. *International Nursing Review*, 9, 79-86.

Glanz, K., Rimer, B.K., & Viswanath, K. (2008). Health behavior and health education theory, research, and practice. (Ed. Orleans, T.). 4 th Edition, Jossey Bass, 45-62.

Kleinman, A. (1988). The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition. Basic Books: New York.

Lee, EE, Tripp-Reimer, T., Miller, A., Sadler, G., & Lee, S. (2007). Korean American women’s beliefs about breast and cervical cancer and associated symbolic meanings. *Oncology Nursing Forum*, 34(3): 713-720.

Remennick, L. (2006). The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *The Breast Journal*, 12, 103-110.

.Ogedegbe, G., Cassells, A.N., Robinson, C.M., DuHamel, K., Tobin, J.N., Sox, C.H., et al. (2005). Perceptions of barriers and facilitators of cancer early detection among low-income minority women in community health centers. *Journal of the National Medical Association*, 97, 162-170.

Tomey, M., & Alligood, M.R. (1998). Nursing Theorists And Their Work. Mosby Comp, Fourth Edition, U.S.A.

Yıldırım A., & Şimşek H. (2006). *Qualitative research methods in social sciences*. Seçkin Publishing, Ankara.

Kağıtçıbaşı, Ç. (1999). “Türkiye’de Kadının Konumu: İnsanca Gelişme Düzeyi, Eğitim, İstihdam, Sağlık ve Doğurganlık”, Bilanço 1923-1998: “Türkiye Cumhuriyeti’nin 75 Yılına Toplu Bakış” Uluslararası Kongresi, II. Cilt: Ekonomi-Toplum-Çevre (Tarih Vakfı Yayınları, İstanbul)

Kroll, T., Barbour, R., & Haris, J. (2007). Using focus groups in disability research. *Qualitative Health Research*, 17, 690-698.

Lamyian, M., Hydarnia, A., Ahmadi, F., Faghihzadeh, S., & Aguilar-Vafaie, M.E. (2007). Barriers to and factors facilitating breast cancer screening among Iranian women: a qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 13, 1160-9.

- Leininger, M. (1995). Overview of Leininger's culture care theory. In *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practices*. McGraw-Hill: New York, 93–111.25.
- Lawrence, P., & Rozmus, C. (2001). Culturally sensitive care of Muslim patients. *Journal of Transcultural Nursing*, 12, 228–233.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory, research, and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9, 71-78.
- Maxwell, A.E., Bastani, R., Vida, P., & Warda, U.S. (2003). Result of randomized trail to increase breast and cervical cancer screening among Filipino American women. *Preventive Medicine*, 37, 102-109.
- Rajaram, S.S., & Rashidi, A. (1999). Asian-Islamic women and breast cancer screening: a socio-cultural analysis. *Women Health*, 28, 45–58.
- WHO, (1982). Plan of Action for Implementing the Global Strategy for Health for All" Index to the "Health for All" series No, 1-7, World Health Organization, Geneva.
- WHO, (1988). Education for Health Amanual of Health Education inprimary health care, World Health Organization, Geneva.
- WHO, (1990). The Introduction of a Mental Health Component into Primary Health Care,World Health Organization, Geneva.