

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**KONYA KENT MERKEZİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİNDE SAĞLIKTA
SOSYOEKONOMİK EŞİTSİZLİKLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Deniz KOÇOĞLU

Danışman

Yrd. Doç. Dr Belgin AKIN

KONYA-2006

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**KONYA KENT MERKEZİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİNDE SAĞLIKTA
SOSYOEKONOMİK EŞİTSİZLİKLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Deniz KOÇOĞLU

Bu tez aşağıda isimleri yazılı tez jürisi tarafından 03/ 11/2006 günü sözlü olarak yapılan tez savunma sınavında oybirliği* ile kabul edilmiştir.(S.B.E. Yön.Kur. Karar tarih ve No:)

Tez Jürisi : Danışman: Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN

Üye Prof. Dr. Onur HAMZAOĞLU

Üye Doç Dr. Ali Murat SÜNBÜL

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	iv
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
1. GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR BİLGİ.....	8
2.1. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin tanımlanması	8
2.2. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler ile ilgili kuramlar.....	10
2.3 Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin tarihsel değerlendirmesi.....	11
2.4. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin nedenleri	18
2.5. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ölçülmesi.....	19
2.6.Dünyada ve Türkiye'de sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler	21
2.7. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler ile mücadele	28
2.8. Sağlığı geliştirme ve sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikleri.....	30
2.8.1 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	31
2.8.2. Yaşam kalitesi	33
2.9. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler ve hemşirelik.....	35
3. MATERYAL VE METOT.....	37
3.1. Araştırmanın Tipi	37
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	37
3.3. Araştırma Evreni.....	39
3.4. Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi	40
3.5. Örnek Seçimi.....	40
3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	41
3.6.1 Sosyoekonomik Bilgi Formu	41
3.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	42

3.6.3.Kısa Form-36.....	44
3.7. Ön Uygulama	48
3.8. Verilerin Toplanması	48
3.9.Değişkenler.....	48
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	49
3.11.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	50
3.12.Araştırmanın Amacı ve hipotezler.....	50
3.13.Araştırmanın Varsayımları.....	50
3.14.Araştırmanın Etiği	51
3.14.1 Onam Formu.....	51
4. BULGULAR	52
4.1 Araştırma Grubundaki Katılımcılara ve Araştırma Bölgelerine Ait Tanımlayıcı Bulgular	53
4.1.1 Araştırma Grubundaki Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	53
4.1.2 Araştırma Bölgelerine Ait Tanımlayıcı Bulgular	57
4.2 Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Bulguların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ÜzerineEtkisinin İncelenmesi.....	63
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	93
5.1. Araştırma Bölgelerinin Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Durumlarına İlişkin Tanımlayıcı Özellikler.....	93
5.2 Sosyodemografik ve sosyoekonomik bulguların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi	99
5.2.1 Sosyodemografik ve sosyoekonomik bulguların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisinin incelenmesi.....	99
5.2.2 Sosyodemografik ve sosyoekonomik bulguların yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi	103
6. ÖZET	110

7. SUMMARY	112
8. LİTERATÜR LİSTESİ	113
9. ÖZGEÇMİŞ.....	121
10. TEŞEKKÜR.....	122
11. EKLER.....	123
EK 1 Sosyoekonomik Bilgi Formu	123
EK 2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Lifestyle Profile)..	125
EK 3 Kısa Form 36 (Short Form 36) (SF-36).....	127
EK 4 Konya İl Sağlık Müdürlüğünden Alınan İzin Belgeleri	129

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1.Sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizliklerin gösterilemesinde kullanılan bazı göstergeler.....	21
Tablo 2.2.Gelişmekte olan ülkelerde ölüm nedenleri,2002.....	24
Tablo 2.3. Türkiye’de bazı sağlık göstergelerinin ekonomik duruma göre oluşturulan sınıflardaki durumunun karşılaştırılması	26
Tablo 3.1 Çimenlik (3 nolu) ve Havzan Mahallelerinin (10 nolu) bağlı oldukları sağlık ocağı bölgelerine ait bazı tanıtıcı bilgiler.....	39
Tablo 3.2 Örneklem seçiminde oluşturulan gruplardaki kişi sayılarının dağılımı	41
Tablo 3.3 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin madde sayısı ve puan aralıkları ...	44
Tablo 3.4 SF-36 değerlendirme yönergesi.....	46
Tablo 3.5. SF-36’nın alt ölçeklerinin puanlanması anlamlandırılması	47
Tablo 4.1.1 Bireylerin bazı sosyodemografik ve yaşanan konutun özelliklerine göre dağılımları.....	54
Tablo 4.1.1b Bireylerin sürekli aylık gelir, algılanan ekonomik durum, sağlık güvencesi ve ilk başvuru sağlık kurumuna göre dağılımı.....	55
Tablo 4.1.2 Hane reisinin üretim sürecindeki konumuna göre bireylerin sınıfsal konumlarının dağılımı	56
Tablo 4.1.3 Araştırma bölgelerinin bazı sosyodemografik özellikleri yönünden karşılaştırılması	57
Tablo 4.1.4 Araştırma bölgelerinin konut özellikleri yönünden karşılaştırılması	59
Tablo 4.1.5 Araştırma bölgelerinin sürekli aylık gelir, algılanan ekonomik durum, sağlık güvencesi ve ilk başvuru sağlık kurumu yönünden karşılaştırılması	61
Tablo 4.1.6. Araştırma bölgelerinin bireylerin hane reisinin üretim sürecindeki konumuna göre oluşturulan sınıfsal konumu yönünden karşılaştırılması	62
Tablo 4.2.1. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin yaş gruplarına göre puan dağılımı.....	3

Tablo 4.2.2. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin cinsiyete göre puan dağılımı.....	65
Tablo 4.2.3.Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin eğitim durumuna göre puan dağılımı.....	66
Tablo 4.2.4. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin medeni duruma göre puan dağılımı.....	68
Tablo 4.2.5. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin doğum yerine göre puan dağılımı.....	70
Tablo 4.2.6. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin yaşantının büyük çoğunluğunu geçirdiği yere göre puan dağılımı.....	72
Tablo 4.2.7. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin konut mülkiyeti durumuna göre puan dağılımı	74
Tablo 4.2.8. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin hanede yaşayan birey sayısına göre puan dağılımı.....	75
Tablo 4.2.9. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin yaşanılan konuttaki oda sayısına göre puan dağılımı	76
Tablo 4.2.10. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin aylık gelire göre puan dağılımı.....	78
Tablo 4.2.11. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin algılanan ekonomik duruma göre puan dağılımı.....	80
Tablo 4.2.12. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin sağlık güvence durumuna göre puan dağılımı.....	82
Tablo 4.2.13. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin sınıfsal konuma göre puan dağılımı.....	84
Tablo 4.2.14. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin yaşanılan mahalleye göre puan dağılımı	87
Tablo 4.2.15. Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalaması İle Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Regresyon Sonuçları (r).....	89
Tablo 4.2.16. Fiziksel Sağlık Özet Puanını İle Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Regresyon Sonuçları (r)	90

Tablo 4.2.17 Mental Sağlık zet Puanının İle Bağımsız Değişkenlerin oklu Regresyon Sonuçları (r)	91
---	----

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Sağlığı gelişme için kavramsal ereve	7
--	---

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2006

Deniz KOÇOĞLU

**Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesinde
Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler**

Araştırma, Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikleri ve eşitsizliklerinin sağlığı geliştirme üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada sistematik rasgele örneklem yöntemi ile seçilen Çimenlik ve Havzan Mahalleleri için 200'er olmak üzere toplam 400 birey araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan 17 soruluk sosyoekonomik bilgi formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (Health promotion lifestyle) ve yaşam kalitesi (Quality of Life) ölçeği kullanılmıştır. Veriler ev ziyaretleri ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Elde edilen veriler yüzde ve ortalama±standart sapma kullanılarak özetlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde t testi ki-kare testi, tek yönlü varyans analizi(anavo) ile Tukey HSD testi, Kruskall Wallis ile Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U önemlilik testi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde Konya kent merkezinde Çimenlik Mahallesinin dezavantajına olacak şekilde sosyoekonomik eşitsizliklerin yaşandığı saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları için yapılan çoklu regresyon analizi sonucu üzerinde sınıfsal konum, algılanan ekonomik durum, gelir durumu, yaşanan mahalle ve hanedeki birey sayısının belirleyici olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik göstergelerin, ekonomik göstergeler karşısında sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde belirleyici olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel boyutu için yaş, hanede yaşayan birey sayısı, mahalle ve aylık gelir gibi sosyoekonomik göstergelerin; yaşam kalitesinin mental sağlık boyutu için cinsiyet, doğum yeri, mahalle, sağlık güvencesi, gelir ve algılanan ekonomik durumun belirleyici olduğu gösterilmiştir ($p<0.05$).

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 varılmış ve sağlığı geliştirme için yapılan girişimlerden önce sosyoekonomik eşitsizliklerin önlenmesi gerektiği önerisinde bulunulmuştur.

Selçuk University Institute of Health Sciences Department of Nursing

Public Health Nursing Branch

Socioeconomic Inequalities in Health in Healthy Lifestyle Behaviors and Quality of Life in
Konya Downtown Center

The purpose of the study was to examine socioeconomic inequality in healthy lifestyle and quality of life and the effect of socioeconomic inequality in health on health promotion. The study participants were 400 people selected with systematic random sampling method from Çimenlik region (200 people) and Havzan region (200 people) in Konya downtown center. A researcher designed questionnaire and two instruments Healthy promotion lifestyle profile (HPLP) and short form 36 (SF-36) were used for the study. Data were collected by researcher with face-to-face interview in home. Data were summarized using percentages and means. Student t testi, X² test, One way analyses of variance and tukey HSD, Kruskal Wallis analyses and Benferroni adjusted Mann-Whitney U tests and Multiple regression analyses were used to evaluate data.

There were socioeconomic inequalities in Konya downtown center. Çimenlik region was at more disadvantages in socioeconomic inequalities. According to the multiple regression analyses results, the predictors of healthy life-style behaviors were social class, perceived economic status, income, region living and size of household ($p < 0.05$). The socio-demographic characteristics like gender, age, marital status and education were not predictors for healthy lifestyle behaviors when analyzed with economic predictors ($p > 0.05$). It has been found that; whilst age, size of household, region and income were important for the physical health part of quality of life scale, gender, the place of born, region, health security, income and perceived economic status were important for the mental health part of quality of life scale ($p < 0.05$).

In conclusion, socioeconomic status has effect on healthy lifestyle behavior and quality of life and disadvantaged region has more negative characteristics about healthy lifestyle behavior and quality of life. Based on these results some suggestions were given. The most important suggestion was that before health promotion was practice socioeconomic inequalities were curbed

I.GİRİŞ

İnsan yaşamında sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık bakımının bir üstünlük olmayıp, her birey için hak olduğu geniş kitlelerce benimsenmiş bir felsefedir (Babadağ 2001). Erişilebilir en üst düzeyde sağlık hizmeti insan olmanın getirdiği temel haklardan biridir ve bu nedenle hiçbir ayırım gözetmeksizin herkese eşit biçimde sunulmalıdır. Sağlıklı ve insanca bir yaşam, barış ve güvenliğe erişme ve sürdürmenin ön koşullarından biridir. Tüm insanların sağlıklı olması kalkınma ve gelişme açısından da zorunludur. Sağlıkın önemini vurgulayan bu görüşler DSÖ ve UNICEF'in birçok yayınında (Ottawa Şartı 1986, Jakarta Deklerasyonu 1992, İnsani Gelişme Raporu 2002 gibi) dile getirilmektedir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesi: "Herkesin kendisi ve ailesinin sağlık ve gönenci için beslenme, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır..." diyerek, sağlık hakkını insan haklarından biri olarak kabul etmiştir. Aynı bildirgenin 2.maddesi insan hak ve özgürlükleri yönünden hiçbir ayırım gözetilemeyeceği ile ilişkilidir (İHEB 1948). Ülkemizde de 1961 Anayasasına göre devletin sağlık üzerindeki sorumluluğuna kısıtlamalar getirmesi yönüyle eleştirilmekte olan 1982 Anayasasının 56. maddesi "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir..." diyerek sağlık hakkını anayasal hak olarak benimsemiştir. Bu yasal duruma karşın derin eşitsizlikler ve uçurumların yaşandığı günümüz dünyasında sağlık ve eşitsizlikler uzunca zamandan bu yana tartışılan ve gittikçe önem kazanan bir konudur (İnandı 1999).

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlik kavramı sağlık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımı ve bu ikisi ile de ilişkili olan risk faktörleri yönünden toplumsal gruplar arasında var olan, kabul edilemez ve önlenemez nitelikteki farklılıkları ifade etmektedir (DSÖ 1997). Bu tanım gereği cins ve yaş gibi yapısal, biyolojik etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan sağlık farklılıkları eşitsizlik kapsamında değerlendirilmez ve sağlıkta eşitsizlik dendiğinde sosyoekonomik etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan farklılıklar anlaşılır (Belek 1998). Günümüzde sağlık alanındaki en önemli sorunların başında eşitsizliklerin geldiği ve yakın geleceğin en önemli ahlaki sorumluluğunun sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizliklerin giderilmesi olacağı vurgulanmaktadır (Terzi ve ark 2001). Eşitsizliklerin belirlenmesi ve bu belirlenenlere yönelik önlemlerin alınması halk sağlığı alanında çalışanlar için öncelikli bir görevdir (Soyer 1999).

Dünyada sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlik konusu 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından benimsenen Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) felsefesi sonrası önem

kazanmasına rağmen sağlıktaki sosyoekonomik eğitsizlikler sınıflı toplumsal yaşantı ile başlayan bir sũreç olarak kabul edilir (Belek ve ark 1998). ˆrneđin kˆleci toplumlarda çevreyi sağlıklı kılma ve kişisel sağlığa ˆnem verme çabaları sadece soylular için sˆz konusu idi. Kˆlelerle, onların kadınları ve çocuklarını kapsamayan sadece kˆle sahipleri için yapılan Roma su yolları, hamamları ve aristokratların yũksek dũzeydeki kişisel hijyen bilgileri salgın hastalıkların oluşumunu ˆnleyememiř ve bu durum Yunan uygarlığının çˆkũřũnũ hazırlamıştır (Dirican ve Bilgel 1993).

DSˆ'nũn 1977 yılında ortaya attığı "2000 Yılında Herkes için Sağlık" sloganı ve 1978 yılında yayınlanan Alma Ata Bildirgesi, eğitsizliklerle ilgili olan ve gũnũmũzde geçerliliğini ve ˆnemliliđini koruyan iki ˆnemli uluslararası gelişme olarak kabul edilmektedir. Sˆzũ edilen her iki gelişme de sağlıkta sosyoekonomik eğitsizliklerin belirginleştiği ve gũnũmũzde hala etkisi devam eden dũnyadaki son ekonomik krizin başlangıcı olarak saptanan 1970'li yıllara denk gelmektedir. Sağlıktaki sosyoekonomik eğitsizliklerin tıptaki bilimsel-teknik gelişmelerin hızlandığı, bağışıklamada, gˆrũntũleme teknolojisinde, ilaç endũstrisinde son derece hızlı bir ilerlemenin ortaya çıktığı koşullarda arttığı belirtilmiştir. Sağlıktaki sosyoekonomik eğitsizlik konusunu esas olarak ˆnemli kılan olgulardan birisinin de yaşanan teknolojik gelişmelerin, tıptaki ilerlemelerin ve bu ilerlemenin toplumsallaşmasının birbirine paralel gelişmeyen sũreler olması, tıptaki gelişmelerden yararlanma bakımından toplumsal gruplar, sınıflar arasında ˆnemli farklılıklar bulunması olduğu belirtilmektedir (Belek 2004).

Sağlıkta sosyoekonomik eğitsizlik konusunun gũndeme girmesinin iki nedeninin olduğu sˆylenebilir. Bunlardan birisi eğitsizliklerin insanlık dışı ve kabul edilemez niteliğidir. Diğerisi ise, çeşitli toplumsal gruplar ve ũlkeler arasındaki eğitsizliğin yıllar içinde artma eğilimi gˆstermesidir (Power 1994). Konuya teorik dũzeyde yapılan bũtũn vurguya rağmen, son yıllarda, ũlkeler, sınıflar, gelir ve eğitim grupları arasındaki eğitsizliklerin arttığı gˆrũlmektedir. Bilinen veriler ışığında tarihin hiçbir dˆneminde ũlkeler arası ve ũlkeler içi eğitsizliklerin bu kadar derinleşmediği belirtilmektedir. Kimi ũlkelerde ve gruplarda açlığın getirdiği malnutrisyon, dũřuk doğum ağırlığı gibi sorunlar yaşanırken kimi ũlkelerde ve gruplarda aşır beslenmenin getirdiği şişmanlık gibi sorunlar yaşanmaktadır. Bebek ˆlũm hızlarının gelişmiş ũlkelerde binde 4 ile diğer ũlkelerde binde 320 arasında; anne ˆlũmlerinin ise yũz bin canlı doğumda 0 (gelişmiş ũlkeler) ile 1800 (diğer ũlkeler) arasında değiştiği

görülmektedir (İnanđı 1999). Ülkemizde de buna benzer çok sayıda örnek verebiliriz. Ancak en dikkat çekici bulgular bebek ölüm hızlarında görülmektedir. Kır-kent ve Doğu-Batı arasındaki eşitsizlik, “önlenebilir” bebek ölümleri açısından giderek derinleşmektedir. 1978 yılında kırsal bölgelerin sosyoekonomik düzeyi kent düzeyine ulaştırıldığı zaman bebek ölümlerinin % 11.2’si önlenebilir durumdayken, 2003 yılında aynı koşullar sağlandığında önlenebilir ölümlerin oranı % 20.7’ye yükseldiği ve ülkenin tamamının sosyoekonomik düzeyi Batı bölgesi düzeyine ulaştırıldığı zaman bebek ölümlerinin 1978 yılında % 19.4’ü önlenebilirken, 2003 yılında bu oran % 27.6’ya yükseldiği belirtilmektedir (TTB 2006).

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikle ilgili çalışmaların tarihi oldukça eskilere dayandırılabilir. Terris (1997)’in bildirdiğine göre Paris’te 1826 yılında yapılan sınıf ve mortalite arasındaki ilişkiyi gösteren bir çalışma vardır. Konu günümüzde ise özellikle 1980’lerde İngiltere’de “Siyah Raporu”nun (Black Report) yayınlanması ile yeniden gündeme gelmiştir (Smith ve ark 1990). Gerçekten de zamanla toplumların sağlık düzeyleri belirgin biçimde yükselse de sosyal sınıflar arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları sürmüştür. Üstelik bir ülkenin gelişmiş olması ve sağlık sisteminin tüm vatandaşları kapsayan bir sistem olması da eşitsizlikleri gidermeye yetmediği belirtilmektedir (Dedeoğlu 1993).

Toplumdaki sağlık durumunu saptamak ve sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizliği göstermek için yapılan araştırmalar genel olarak eşitsizliği morbidite, mortalite bulguları ile sağlıkla ilgili davranışlarda ve sağlık hizmetlerinin kullanımı yönünden incelemektedir (Erengin, Dedeoğlu 1998a). Bu göstergelerden mortalite verileri özellikle kolera, tifo ve tüberküloz gibi enfeksiyon hastalıklarının ve bu hastalıklardan ölümlerin yoğun olduğu dönemlerde kullanılmaya başlanmıştır. Bu dönemin özelliği sağlığın, beklenen yaşam süresi ve ölüm yönünden tanımlanmasıdır. Günümüzde de mortalite verilerinin toplumların sağlık statülerinin bir göstergesi olarak kullanıldığı, ancak verilerin yeterliliğinin ve belirli durumlar açısından irdelendiklerinde güvenilirliğin eleştirildiği görülmektedir. Bu eleştirinin nedeni büyük ölçüde nüfusun yaşlanması, öldürücü bulaşıcı hastalıkların önlenmiş olması ve kronik hastalıkların artmasından kaynaklanmaktadır (Şahin 1999). Bunun yanında günümüzde mortalite hızlarındaki bir azalmanın gelişmiş sağlığı gösteremeyebileceği geniş ölçüde kabul edilmektedir. Örneğin Şahin (1999)’in bildirdiğine göre ABD’de yapılan bir araştırmada 1970 ile 1990 yılları arasında mortalite hızlarının değişmediği, ancak buna karşın herhangi bir

hastalıktan dolayı günlük yaşam aktivitelerinde sınırlamaları olan bireylerin sayılarının 24 milyondan 33,7 milyona çıktığı görülmüştür. Bu nedenle sadece mortalite verilerine bakarak bir toplumdaki sağlık düzeyinin yüksek ya da düşük olduğunu söylemek kolay olmamaktadır. Mortalite verilerine ilişkin olumsuz görüşler olmasına rağmen sağlık düzeyindeki eşitsizlikle ilgili araştırmalar gözden geçirildiğinde bunların çoğunun mortaliteye odaklandığı görülür (Smith ve ark 1996, Lynch ve ark 2005, Deaton ve Lubotsky 2003). Bunun bir nedeni mortalitedeki eşitsizliğin daha çarpıcı olması, bir diğer nedeni de mortaliteye ilişkin verilerin kayıtlardan kolaylıkla elde edilen veriler olmasıdır. Bunlara ek olarak mortalite verilerinin özellikle ülkeler arası karşılaştırmalar için daha uygun olduğu söylenmektedir (Erengin ve Dedeoğlu 1998a).

Sağlık ve sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikleri göstermek için geleneksel olarak kullanılan başka bir sağlık göstergesi de morbiditedir (Regidor ve ark 1997, Borooah 1999). Morbidite ile ilgili eleştiri ise düşük morbiditenin yüksek mortalitenin sonucu olabileceği, bu nedenle morbidite verilerinin düşüklüğüne bakılarak toplumun sağlık statüsünün yüksek olduğunun söylenemeyeceği ile ilgilidir (Şahin 1999). Diğer bir geleneksel gösterge ise hizmet kullanım oranlarıdır. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliği gösteren sağlık hizmetleri ile ilgili araştırmaların “eşit gereksinimler için eşit ulaşım, eşit kullanım, herkese eşit kalitede hizmet” verilip verilmediği kapsamında yapıldığı görülmektedir (Berberoğlu ve ark 2001, İnandı 1999).

Yapılan literatür incelemesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlığı geliştirme üzerine olan etkilerinin incelendiği araştırmaların olmadığı belirlenmiştir*. 1981 yılında toplanan otuz dördüncü Dünya Sağlık Asemblisi’nde kabul edilen dünyada herkese sağlık stratejisi ile sağlığı geliştirmede yeni bir dönem başlamıştır. Bu dönemle birlikte DSÖ sağlığı geliştirme faaliyetleri için yol gösterici bazı ilkeler belirlemiştir. Bu ilkelerden biri de

03.08.2005 – 12.02.2006 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi online veri tabanı, View Full-Text Article at Sage Publication, Elsevier Full-Text Article, Full-Text Blackwell – Snergy, Lippincott Williams & Wilkins, Proquest , Pubmed aracılığı ile tarama yapılmıştır.

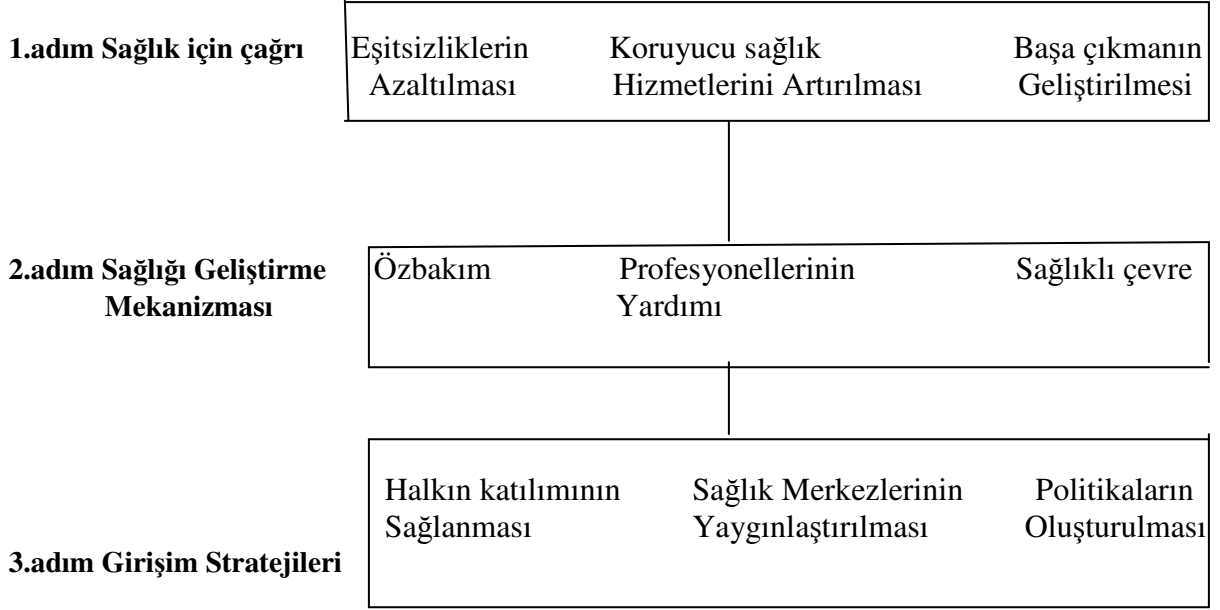
“Herkesin sağlık hedefinin eşitliği ön gördüğü ve sağlığı geliştirmek için ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerinde sağlık alanındaki mevcut eşitsizliklerin mümkün olduğunca azaltılması gerekliliği” ilkesidir (Salvage 1993). Sağlığı geliştirme alanındaki başarı için Ottawa bildirisinde (1986) belirtilen sağlığı geliştirme ile ilgili ön koşulların sağlanması gerekmektedir. Bu ön koşullar; barış, barınma, eğitim, sosyal güvenlik, sosyal ilişkiler, gıda, gelir, kadının güçlenmesi, stabil bir ekosistem, kaynak kullanımının sürdürülebilirliği, sosyal adalet, insan haklarına saygı ve hakkaniyettir.

Günümüzde DSÖ ve pek çok sağlık kuruluşu, sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerinin uygulanmasında temel insan gücü olarak hemşireleri önermektedir. Sağlık hizmetleri gelişmiş toplumlarda, sağlığı geliştirme programlarının planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarının profesyonel hemşireler tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir (Esin 1997). Halk sağlığı hemşiresinin uygulamadaki önceliği sağlığı koruma ve geliştirmedir. Sağlığı koruma ve geliştirme aktivitelerini yerine getirirken de toplumdaki riskli gruplara öncelik vermeyi önemser (ztek ve Kubilay 2005). Halk sağlığı hemşireliğinin uygulamalarına yönelik literatürler incelediğinde; halk sağlığı hemşirelerinin riskli grupları belirlerken genel olarak ana-ocuk sağlığı, adölesan sağlığı ve yaşlı sağlığı gibi gelişimsel dönemlere ilişkin riskleri daha çok önemsedikleri görülmektedir. Son yıllarda toplumdaki sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerinin artması; sosyoekonomik durumdan kaynaklanan risk gruplarını ve halk sağlığı hemşirelerinin uygulamalarında sosyoekonomik risk gruplarına da öncelik vermesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik durumun; hastalık, ölüm ve diğer sağlık çıktılarını etkilediği gösterilmiştir (Koştu 2005).

Hemşirelerin çeşitli yaşam tarzı değeriklikleriyle bireylere üst düzey fonksiyonellik kazandırarak sağlığı geliştirmeye çalıştıklarını görmekteyiz (Redland ve Stuijbergen 1993). Ülkemizde, toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesinden primer olarak sorumlu olan birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli sağlık personelinin en önemli amaçlarından birinin bireylere sağlıklı yaşam davranışları kazandırma ve sürdürme olduğu belirtilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli hemşireler sağlık eğitimi yoluyla bireylere sağlık için riskli olabilecek davranışları yerine sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsetmeye çalışırlar (Dirican ve Bilgel 1993).

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin görüldüğü toplumlarda bireylerin sağlığı geliştirici davranışları uygulama olasılıkları daha düşük olduğu görülmektedir. Whitehead ve Dahlgren (1997) geliştirdikleri sağlık modelinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını bireysel tercih olmanın ötesinde sosyoekonomik çevrenin bir sonucu olarak tanımlamaktadır (İrlanda Sağlık ve Sosyal Sermaye Raporu 2000). Halka sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsetmek için başta İngiltere’de olmak üzere birçok ülkede “bağışıklama, kanser taramaları, sigarayı bırakma ve anne sütüyle beslenmeyi teşvik etmek gibi” sağlık programları benimsenmiştir. Bu ülkelerde sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar için benimsenen programların halk tarafından uygulanmasında, halk sağlığı hemşirelerinin bireylere sağlığı geliştirici aktivitelerinin kazandırılması için sık başvurdukları bir uygulama olan sağlık eğitimi çalışmaları başlatılmıştır. Ancak bu uygulamaların yoksul nüfusun sağlık durumunu değiştirici hiçbir etkisi olmamış, uygulamaların yararlı etkileri daha çok ülkelerdeki yüksek ve orta gelirli bireyler üzerine olmuştur. Bireylerin sağlığı geliştirici aktiviteleri uygulamasında, yaşanılan çevrenin geliştirilmesinde ve sağlık eğitimi sonucunda öğretilen davranışların sürdürülebilir olmasında, sağlıkta eşitliğin sağlanmasının önemli bir yeri vardır. (Deborah ve ark. 1998; Acheson ve ark 2000). Herkes için sağlık hedefine ulaşmak için oluşturulan kavramsal çerçeveye göre herkes için sağlığı geliştirme çabalarının başarıya ulaşması için yapılacak ilk uygulamayı toplumdaki sağlık eşitsizliklerinin azaltılması oluşturmaktadır (Şekil 1) (Epp 1997).

HERKES İÇİN SAĞLIK



Şekil 1. Sağlığı Geliştirme İçin Kavramsal Çerçeve Kaynak: Epp J (1997) Achieving Health For All: A Framework For Health Promotion,,Pan American Organization, Washington pg:28

Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlığı geliştirme üzerine olan etkisinin incelendiği bu araştırmada sağlığı geliştirme; genel bir iyilik hali olarak nitelendirilebilen ve sağlığı geliştirmenin belirleyicilerinden olan yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kapsamında değerlendirildi. Bu araştırmadan elde edilecek bilgiler Konya kent merkezi için eşitsizlik yönünden bir durum değerlendirilmesi yapılmasında, sosyoekonomik risk gruplarının belirlenmesinde, bu risk gruplarına uygun farklı hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesinde, sağlığı geliştirme için sağlığın tüm belirleyicilerini kapsayan uygulamalar geliştirilmesinde ve hemşire örgütlerinin diğer sağlık disiplinleri ve toplumun benzer katmanlarının işbirliği ile politika oluşturma ve mevcut politikaları etkileme gücünün harekete geçirilmesinde kullanılması amaçlanmıştır.

2.LİTERATÜR BİLGİ

Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerine etkileri kadın, çocuk ve yaşlı gibi gelişimsel risk faktörlerini taşıyan gruplarda daha belirgin olmakla birlikte tüm toplumun sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler; tanımı, ölçülmesi, etkileri ve çözüm yolları üzerinde tartışılan ve fikir birliğine varılamamış bir sağlık sorunudur. Alma Ata Bildirgesi (1978) 'nde temel sağlık hizmetlerinin felsefesi olarak tanımlanan ve devletlerin vatandaşına sağlamakla sorumlu oldukları eşitlik ilkesi hem Dünya'da ve hem de Türkiye'de en çok suistimal edilen ve halen gerçekleştirilememiş bir felsefedir. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler dünyanın yaşadığı kültürel, politik, ekonomik ve sosyal değişimlere paralel bir şekilde gelişen ve uzun yıllardan beri varlığını koruyan bir durum olmasına rağmen tarihin hiçbir döneminde ülkeler arası ve ülkeler içi eşitsizlikler bu gün olduğu kadar derinleşmemiştir.

2.1 Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Tanımlanması

Sağlık hakkı, eşitlik, adalet ve eşitsizlik gibi terimlerin hem açık bir tanımı hem de bunların nasıl, kim tarafından sağlanacağı, sağlanmadığı durumlarda ne olacağı gibi konular belirsizdir. Tanımlanması zor bir sözcük olan eşitlik sözcüğünün çoğu zaman diğer kavramlarla karıştırıldığı ve herkesçe benzer anlamı olmadığı görülmektedir (İnandı 1999). Kelime anlamı olarak eşitlik "Sahip oldukları haklar bakımından insanlar arasında hiçbir ayırım gözetilmemesi" olarak tanımlanmaktadır (B.Larousse 1986). J.J.Rousseau (1755) 'ya göre eşitlik doğal durumdan toplumsal duruma geçen insanların, toplum içinde hiç kimsenin bir başkasından üstün olmaması gerektiği yolundaki istemleridir. Pratik amaçlarla çeşitli eşitlik tanımlarının yapılmasına rağmen bu tanımların bir kısmı tam anlamıyla adaleti tanımlayamamaktadır. İdeal olarak, sağlıkta eşitlik "Herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır" şeklinde tanımlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde eşitlik ancak sağlık düzeyinde eşitlik sağlandığında gerçekleşir demek daha ulaşılması zor ve hırslı bir yaklaşımdır. Çünkü sağlık hizmetleri ülkede sağlık farklılıkları oluşturan pek çok faktörden sadece biridir ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi tek başına halkın sağlık seviyesini istenen düzeye ulaştıramaz. Sağlık hizmetlerinde eşitlik bireylerin eşit gereksinimler için sağlık

hizmetlerine ulaşım, kullanım ve alınan sağlık hizmetinin kalitesi bakımından eşit olması olarak tanımlanabilmektedir (Whitehead 1990).

Eşitsizlik kavramının ahlaki ve etik bir boyutu vardır. Eşitsizlik gereksiz ve önlenemez ve aynı zamanda, adil olmayan farklılıklar anlamına gelir. Böylece belirli bir durumun eşitsizlik olarak tanımlanabilmesi için, toplumun geri kalan kısmındaki şartlar göz önüne alınarak nedenin incelenmesi ve haksız olarak tanımlanması gerekir (Whitehead 1990). Eşitsizlik için hangi sağlık farklılıklarının kaçınılmaz ya da önlenemez olduğunu ve hangi sağlık farklılıklarının önlenemez ve haksız olduğunu belirlemek gerekir. Ülkeden ülkeye ve zaman içerisinde değişebilir nitelikte olmak üzere sağlıkta yedi farklı alanda eşitsizlik nedeni belirlenebilir: (Whitehead 1990).

1. Doğal, biyolojik varyasyon.
2. Serbestçe, gönüllü olarak, isteyerek seçilen sağlığa zararlı davranışlar (örneğin bazı spor dalları ve eğlenceler)
3. Belirli bir grubun sağlığını iyileştiren bir takım davranışları benimsemesinden dolayı geçici süre için bu kişilerin sağlık yönünden avantajlı olması (diğer grubunda kısa sürede avantajlı grubun sağlık düzeyine ulaşabilme şansı olduğu sürece).
4. Doğal seleksiyon ya da hasta kişilerin sosyal sınıfının değişmesi ile kendini gösteren sağlığa bağlı sosyal değişimler
5. Sağlıksız ve stresli iş ve yaşam koşulları.
6. Temel sağlık ve diğer sosyal hizmetlere ulaşabilirlikteki yetersizlik.
7. Kişinin yaşam tarzını seçme şansı oldukça sınırlı olduğu durumlarda sağlığa zararlı davranışlar benimsemesi

Eşitsizlik kategorileri incelendiğinde beş, altıncı ve yedinci kategorilerden kaynaklanan farklılıklar önlenemez ve haksız olarak tanımlanmıştır. Dördüncü kategoride, hastalıklardan dolayı yoksullaşan kişilerin hastalıkları kaçınılmaz olabilir fakat hasta kişilerin düşük gelir düzeyi hem önlenemez hem de haksızdır. Eşitsizlikleri değerlendirirken kişiden kişiye bir miktar doğal varyasyonun olmasının kaçınılmaz olduğu göz ardı edilmemelidir. İnsanoğlu pek çok özelliğinde olduğu gibi sağlık düzeylerinde de farklılık gösterir. Hiçbir zaman bir toplumda, her bireyin aynı sağlık düzeyine sahip olduğu, aynı çeşit ve aynı

ciddiyette hastalıklara yakalandığı ve aynı yaşta öldüğü bir ortam düşünülemez. Sonuç olarak, doğal biyolojik varyasyondan kaynaklanan sağlık farklılıkları eşitsizlikten ziyade kaçınılmaz olarak tanımlanabilir. Toplumlarda ortaya çıkan sağlık farklılıklarının haksız olup olmadığının değerlendirilmesi kişileri hastalığa götüren nedenleri kendilerinin seçmemesi ya da bunların kendi kontrolleri dışında oluşmasına bağlıdır (Whitehead 1990).

DSÖ (1997)'ye göre sağlık eşitsizlikleri, bireyler ve gruplar arasında önlenemez, ortadan kaldırılabılır nitelikteki sağlık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlığı etkileyen risk faktörleri farklılıkları olarak tanımlanmaktadır. Tartışmalarda karıştırılan konulardan biri farklılıkla eşitsizliğin eş değer kabul edilmesidir. Tanımda da görüldüğü gibi her farklılık bir eşitsizlik değildir. Başka bir anlatımla eşitsizlik; haksızlık ve adaletsizlik yönü olan, kaçınılabılır farklılıklar olup farklılıkların bir alt grubudur.

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerle ilgili yapılan tanımlamalardan Öngen'in (1998) ve Belek (2004)'in tanımları sorunun nedeni ve çözümünü de içinde barındırmaktadır. Öngen (1998) toplumsal eşitsizliklerin belirleyicisinin ekonomik eşitsizlikler olduğunu ve eşitsizliklerin sınıflı toplumlarla başladığını ileri sürmektedir. Belek (2004) sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliği; "Doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenler dolayısıyla etki gösterdikleri; önlenemez, önlenemez olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan; bireysel değil toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, mücadele edilmesi gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliğinin gerektiği, toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklar" olarak tanımlamaktadır.

2.2. Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler İle İlgili Kuramlar

Sağlıktaki eşitsizliği açıklamak bakımından üç önemli kuramdan söz edilmektedir. Aslında bu kuramlar yalnızca sağlıktaki eşitsizliği değil, hastalık ve sağlık kavramlarını ve bu olguları belirleyen etkenleri açıklamak bakımından da tezler ileri sürerler. Sağlıkta eşitsizliği açıklayan üç temel kuram geleneksel tıbbi model, epidemiyolojik model ve sosyopolitik modeldir (Belek 2004).

Geleneksel model sağlığı hastalığın yokluğu olarak tanımlar ve sağlık olgusuna tamamen tıbbi bir eksenle yaklaşır. Bu modele göre hekim hasta arasındaki iyi ilişkiler ve iyi bir tıbbi bakım hizmeti sağlığın da gelişmesini sağlayacaktır. Böylece sağlıktaki eşitsizlik de tıbbi bakım hizmetinin eşitsiz kullanımını sonucunda ortaya çıkan bir olumsuzluktur (Belek 2004). Bu model eşitsizliği tıp bilimi sınırları içinde açıklamaya çalıştığından sosyoekonomik nedenlerin ortaya çıkardığı eşitsizliklere çözüm bulma etkisi çok azdır.

Epidemiyolojik model, sağlık ve hastalığa bireysel düzeyde değil, toplumsal düzeydeki istatistikleri kullanarak yaklaşır ve neden sonuç ilişkisini bu analizlerden çıkarmaya çalışır. Büyük vurgu koruyucu tıp uygulamalarına yapılır. Bölgeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarını ciddi sosyal farklılıkların bir göstergesi olarak kabul eder. Eşitsizliklerin giderilmesi için yüksek riskli gruplara özel tıbbi programların uygulanmasını önerir. Bu yaklaşımda eşitsizliğin önlenmesi için sağlık kaynaklarının yeniden ve gereksinime uygun olarak dağıtılması gerekliliğini vurgular (Belek 1998).

Sosyopolitik model ise eşitsizlik sorunundaki neden sonuç ilişkisini toplumsal yapı içinde arar. Sosyopolitik yaklaşım bize, sağlık ve hastalık olgularını ve sağlıktaki eşitsizlik gerçeğini, toplumsal ve politik bileşenleri olan ve toplumsal yapı olarak tanımlayabileceğimiz daha kapsamlı bir düzeyde ele alma olanağını sunmaktadır (Belek 2004). Winslow'un (1923) halk sağlığı tanımıyla bir fikir olarak ortaya çıkan ve gerçekleştirilmesi zor olarak nitelendirilen sosyopolitik modelin ilk olarak Kanada Hkmeti tarafından yayınlanan Lalonde raporuyla (1974) politik çevreler tarafından benimsendiği görülmektedir (Terris 1997). Buradan ıkarılacak en basit sonuç, sağlıktaki eşitsizliklerle savaşım için tıp ve sağlık sistemleri dışında başka düzenlemelere gereksinim olduğudur. Bu düzenlemeler üretim ve bölüşüm ilişkilerini kapsamalıdır (Belek 2004).

2.3 Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Tarihsel Değerlendirilmesi

Sosyoekonomik eşitsizliklerin ortaya çıkması sınıflı toplumsal yapının şekillenmesi ile başlamıştır. Ekonomik unsurların toplayıcılık, avcılık, tarım ve hayvancılık alanlarıyla sınırlı kalan sınıfsız toplumlarda insan bilgisinin her türü herkesçe üretilmekte, kullanılmakta ve geliştirilmekteydi. Ekonomik alanda yaşanan üretim ve bölüşüm eşitliği, sınıfsız toplumlarda sağlık bilgisinin kullanımının herkes tarafından, herkes yararına ve herkes için olmasıyla

sonuçlanmıştır. Köleci, feodal ve kapitalist toplumlar olarak karşımıza çıkan sınıflı toplumlarda ise üretim – bölüşüm ilişkisi içinde kar ve verimlilik kavramları ön plana çıkmış ve bu iki kavram toplumu işçi sınıfı ve burjuva olarak ayırarak “sağlığın insan için bir hak değil, burjuva için bir maliyet haline gelmesine neden olmuştur”. Sağlık kar elde edilen bir alanda olduğu sürece insanların kullanabileceği ya da sadece maliyeti karşılayabilen insanların kullanabileceği bir hizmet sektörü olmuştur (Belek ve ark 1998).

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklere ilişkin çok eski dönemlere ait örnekler verilebilir. Babil Kralı Hammurabi tarafından derlenen yasalarda; “Hastanın sosyoekonomik durumuna göre hekim ücretinin farklı olacağı, abse açarken hastayı öldüren hekimin elinin kesileceği, eğer ölen köleyse, hekimin, sadece kölenin sahibine köle vermekle yükümlü olacağı” maddesi bulunmaktadır. Sağlık hizmetinin ekonomik açıdan ulaşılabilirliğiyle ilgili maddeler sağlıkta sosyoekonomik eşitliği önemserken, kölenin ölümünün önemsenmemesi ile de günümüzde de yaşanan eşitsizlik çelişkilerinin bir benzeri görülmektedir. Bir başka sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlik örneği de ilkçağların çevreyi sağlıklı kılma ve kişisel sağlığa önem verme çabalarının sadece soylular için söz konusu olmasıdır (Dirican ve Bilgel 1993). Bu olumsuz yaklaşımlara karşın tüm topluma eşit hizmet etme ve toplumun sağlıklı olmasını önemseyen uygulamaları da görmekteyiz. Çin’de (M.S 3 yy) hekimin hizmet ettiği bölgedeki herkesin sağlığından sorumlu tutulması ve hizmet ettiği bölgede sağlığı bozuk kişi olan hekimin cezalandırılacağına dair bir bildiri yayınlanmıştır (Ford ve Loretta 1977).

Sağlık hizmetlerinde eşitlik kavramının gelişmesi insan haklarının gelişmesiyle ve sağlık hakkının bir insan hakkı olarak kabul edilmesiyle paraleldir Üç tarihsel deneyimin insan haklarının biçimlenmesinde önemli rolü vardır. Magna Charta (1215) ile kralın, yurttaşların özgürlükleri ve malları üzerindeki keyfi müdahalesini kaldırarak eşitlik yönünde büyük bir adım atılmıştır. Amerika’da 1776’da yayınlanan “Bağımsızlık Bildirisi” evrensel insan haklarının oluşturulmasında ikinci önemli adımdır. İngiliz ve Amerikan deneyimlerinin ardından yaşanan Fransız İhtilali (1789) asıl evrensel etkiyi yaratan gelişme olmuştur (Kışlalı 1991).

1848 devrimleri ve 1800’lü yılların sonunda başlayan endüstri devrimi sağlık dahil olmak üzere her sorun alanını politikleştirerek bir mücadele alanına dönüştürmüştür. Sosyal,

ekonomik ve politik krizler topluma fiziksel ve sağlık krizleri olarak yansırken, sağlıklı bir ortamda yaşama talebi sosyo-politik taleplerin içinde yer almaya başlamıştır. Bununla ilişkili olarak, sağlıkla ilgili talepler, politik eylemlerin bir parçası olmuş, sağlığın da içinde bulunduğu pek çok alanda değişim istekleri olmuştur. Fransız devrimi ile meşrulaşan hak kavramı içinde, sağlık hakkının yer alması, bu sosyopolitik değişim hareketlerinin odağına oturmuştur. Bu dönemde yoksulların sağlığına önemseyen ve sağlıkta devletin sorumlu olması gerektiğine inanan felsefe yaygınlaşmıştır (Soyer 2003). İnsanların günlük yaşantılarını ve gelecekteki beklentilerini karşılayacak nitelikte, bilimsel verilere dayanan, sosyal eşitsizlikleri gözetten ve sistematik yapıdaki sağlık sistemlerinin sanayi devriminin yaşandığı dönemin sonunda ortaya çıktıyı kabul edilmektedir (Bakar ve Akgün 2005).

1940'lı yıllara gelindiğinde ise savaşlar ve kapitalizmin depresyon evresinde yaşanan ekonomik krizler nedeniyle yoksullaşan dünyada insan hakları ve eşitlik arayışı yeniden hız kazanmıştır. 10 Aralık 1948 yılında Birleşmiş Milletler genel kurulunda kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin;

“Tüm insanlar zgr; onur ve haklar bakımından eşit doğar” (İHEB md.1).

“Herkesin ülkesinin kamu hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkı vardır” (İHEB md. 21).

“Herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve gönenci için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes; işsizlik hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi denetimi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir” (İHBE md.25) maddelerinde sağlıkta eşitliğin sağlanmasına yönelik önemli ifadelere yer verilmektedir.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin yayınlanmasına yol açan akımın uluslararası diğer bir yansıması da Dünya Sağlık rgt'nün (DSÖ) (1948) kurulması olmuştur. “Sağlık: ırk, dil, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetilmeksizin, doğuştan kazanılan temel bir haktır. Hkmetler, kendi halklarının sağlığından sorumludur” ifadesine DSÖ anayasasında yer verilmektedir. DSÖ'n kurulmasıyla dünyada sağlık konusundaki düşünce ve anlayışların tüm insanların yararına olacak şekilde biçimlenmesi ve eyleme geçirmek için politik bir sürece oturması ancak mümkün olmuştur (DSÖ 2005, Dedeoğlu 2002, Saltık 2004).

1950’li yıllarda toplumsal bir savaşımın kazanımı olarak ortaya çıkan sağlık yaklaşımı, sağlık hizmetlerinde örgütlenmenin toplumda yaşayan bireylerin tümüne, gereksindikleri ölçüde, her yerde ve sağlanabilen en üst düzeyde sağlık hizmeti sunulmasına yönelik düzenlemesini ilke edinmiştir (Aksakoğlu 2003). Sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili yaşanan eşitlik temelli bu gelişmeler 1952’de Çekoslovakya’da “devlet eliyle sağlık hizmeti sunumu”, 1948’de Bulgaristan’da “devlet eliyle ve ücretsiz sağlık hizmeti”, Küba’da 1959 “devlet eliyle hizmet” (Aksakoğlu 2003) ve 1961 yılında Türkiye’de “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile” uygulamaya geçirilmiştir.

1973–1977 yılları sağlık hizmetlerinin ve sağlık düzeyinin yoğun olarak tartışıldığı yıllardır. Bu yıllarda hazırlatılan raporlarda ve yapılan tartışmalarda hem gelişmekte hem de gelişmiş olan ülkelerde sağlığa ilişkin göstergelerin iç açıcı olmadığı vurgulanmıştır. Bazı ülkelerde, doğu beklenen yaşam süresi 72 yıl iken, bazı ülkelerde 55 yıldır. Dünya nüfusunun üçte ikisi sürekli sağlık hizmetinden yoksundur. Yalnızca Afrika’da her yıl bir milyon çocuk sıtma nedeniyle ölmektedir. Özetle 1970’li yıllarda yapılan değerlendirmeler sonucu dünyada sağlık düzeyinin beklenenlerin çok altında olduğu, gelişmekte olan ülkelerle, gelişmiş ülkeler arasında büyük fark olduğu ve bazı ülkelerin bölgeleri arasında da derin eşitsizlikler olduğu söylenebilmektedir (Özden 1990).

İnsan haklarında yaşanan gelişmeler ve sık yaşanan ekonomik bunalımlar nedeniyle oluşan toplumsal hareketle ortaya çıkan sağlık hakkı felsefesi DSÖ’yü de harekete geçirmiştir. Bu gelişmelerin ardından 1978 yılında yayınlanan ve günümüzde de halen geçerliliğini koruyan Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) ilkelerini ortaya çıkmıştır. Alma Ata Bildirgesinin ikinci maddesinde, sağlıkta gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerinde var olan sağlık eşitsizliklerinin politik, sosyal ve ekonomik bakımlardan kabul edilemez olduğu belirtilmiştir (Tarimo ve Webster 1994).

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ortadan kaldırılması için verilen mücadelelerde 1970’li yılların ortaları ile 1980’li yılların ortaları arasındaki on yıl başarılı yıllardır. Dünyadaki ekonomik görüş temel insan gereksinimleri konusuna vurgu yapan “yavaş yavaş ama insanlık yararına gelişmeyi” öngörüyordu. Sağlık alanında “Herkes için Sağlık” hareketi içinde kendisini gösteren bu yönelim 1978 yılında yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi ile

hızlanmıştır. Bu durum, tüm toplumu kapsayacak ücretsiz sağlık bakımı hizmetlerini destekleyen ya da özendiren hükümet politikalarına olan ilgiyi artırmıştır (Gwatkin 2000).

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ortadan kaldırılması için verilen uluslar arası çaba 1970’li yıllar sonrasında yaşanan ve etkisi halen devam eden ekonomik kriz nedeniyle ne yazık ki uzun süre devam edememiştir ve 1970’lerden sonra dünya kapitalist sisteminin içinde bulunduğu kriz, 1960’lı yıllar boyunca neredeyse unutulmuş olan eşitsizlik konusunun yeniden gündeme taşımıştır (Belek 1998). 1970’li yıllardan sonra meydana gelen ve tüm dünyayı etkileyen ekonomik krizi aşmak için serbest piyasa, piyasaların küreselleştirilmesi, tüm kamusal hizmetleri özelleştirme/özerkleştirme ve esnek üretim çözüm olarak benimsenmiştir. Bu ekonomik politikaların sağlık üzerine etkisi, sağlığın bir kamu hizmeti olmaktan çıkartılıp özelleştirilmesi, serbest piyasaya bırakılması ve böylece hizmetlerin serbest piyasa ortamında rekabete teslim edilmesidir (Özkan 2004). Dünya’nın özellikle 1990’ların başından itibaren tam anlamıyla kapitalist sisteme ve piyasa felsefesinin ekonomik politik kurallarına terkedilmiş olması, eşitsizlikleri derinleştiren en önemli faktör olarak kabul edilmektedir. Bu gerçek DSÖ tarafından da dile getirilmektedir. DSÖ 1997 yılındaki raporunda sağlığın korunmasına yönelik en önemli tehdidin bir süredir sağlığın piyasa kurallarına terkedilmiş olması olduğu vurgulanmıştır (Belek ve ark 1998).

Kapitalist ekonominin yaşanan ekonomik krize çözüm olarak ürettiği ekonomik politikaların etkisi ülkelerin sağlık politikalarına farklı isimde ama aynı içerikte uygulamalar olarak yansımıştır. Bulgaristan’da 1948’den sonra devlet eliyle ve ücretsiz sunulan sağlık hizmeti 1990’dan başlayarak kapitalist ve küresel baskılarla özelleştirilmeye başlanmıştır. “Bismark” adı verilen yeni sağlık sisteminde birincil hizmet kamusal olarak sürdürülürken, uzmanlık ve ilaç ile tıbbi malzeme satışına dayalı tedavi hizmetleri özel sağlık sigortaları aracılığıyla yürütülmektedir. DSÖ (1999) verilerine göre 1990’tan itibaren Bulgaristan halkının yarısından fazlasının yasal olmayan ödeme yapmadan sağlık hizmeti alamadığı ve ülkedeki yaşamsal göstergelerin olumsuz yönde geliştiği görülmektedir (Aksakoğlu 2003).

Rusya’da 1990’lı yıllara kadar neredeyse hiç görülmeyen difteri olgu sayısı % 13 olmuştur. Bu durum sağlığın bir hak olmasından sonra, yani devletin ücretsiz ve herkese sağlık hizmeti sunmaktan vazgeçmesinden sonraki gelişmeyi göstermektedir. Difteri olgu

sayısının artmasının önemli nedeni de devletin artık ücretsiz ve düzenli difteri aşısı yapmamasıdır. Sağlıkta yaşanan özelleştirme Çin’de etkisini tüberküloz ile göstermiştir. 1981 yılında sonra tüberküloz tedavisi ücretli yapılmaya başlanmıştır. Dünya Bankasının (DB) açıklamasına göre hekimler pahalı ilaçları yazmaya başlamış ve bu ilaçların daha fazla direnç yarattığı görülmüştür. Bu nedenle on milyonlarca insan tüberküloza yakalanmış, üç milyondan fazla insanda bu nedenden dolayı yaşamını yitirmiştir. Şili’de de sağlık hizmetleri ekonomik krizin ardından özel sağlık sigorta şirketleri tarafından sunulmaya başlanmıştır. Özel sağlık sigorta şirketlerine toplumun yalnızca %14’ü kaydedilmiş ama sağlık harcamalarının % 44’ü bu insanlara harcamıştır. Tayland’da topraklarını satan çiftçilere niçin sattıkları sorulduğunda % 60’ı sağlık hizmeti satın alabilmek için sattıklarının belirtmiştir. Papua Yeni Gine’de 1993 yılında hekime başvuranlar “buraya gelmek için parayı nereden buldunuz?” diye sorulduğunda % 41’i boş aldım yanıtı vermiştir (Aksakoğlu ve Elçi 1996).

Girilen çıkmazlara çözüm olacağı ve sosyal gelişmeyi sağlayacağı düşünülen özelleştirme- serbest pazar ve serbest pazarın globalizasyonun ülkeler içi ve ülkeler arası ekonomik dengesizlikleri daha da pekiştirdiği, gelişme yolunda olan ülkelerde ise yeni dengesizliklere ve hayal kırıklıklarına yol açtığı görülmektedir. Cenevre Zirvesinin belgesinde, Birleşmiş Milletlerin (BM) kuruluşunun 55. yılında şu öz eleştiri yapılmaktadır: “Bazı gelişmelere rağmen, bazı ana alanlarda çok az ilerleme olmuştur, bazılarında da açıkça gerileme görülmüştür”. BM Genel sekreterinin raporunda belirtildiği gibi “Kopenhag Zirvesinden” (1995) bu yana yaşanan en önemli gelişme devletlerde ve devletlerarasındaki eşitsizliklerin büyümeye devam etmesidir. İnsan hakları, demokrasi ve serbest pazar arasında zorunlu bir kavramsal ya da olgusal bağlantı bulunmadığı gibi, ölçütsüz özelleştirmeye ve “devletin küçülmesine” dayanan serbest pazarın, yoksul ülkelerde ve refah düzeyi düşük ülkelerde insan haklarının daha iyi korunmasını sağlayacağı beklentisi de büyük bir hayal kırıklığı haline gelmiştir (Kuçuradi 2004).

Sağlıkta özelleştirme ve sağlık hizmetlerde serbest piyasa anlayışının sağlık üzerindeki olumsuz etkisi DSÖ, UNICEF ve DB verileriyle ortaya konmasına rağmen, özelleştirme yine bu uluslar arası kurumlar tarafından desteklenmektedir. Uluslararası kurumların “Herkes İçin Sağlık” söylemi “Sağlık Reformu” olarak bilinen politikalara doğru yönelmiştir (Gwatkin 2000). 1994 yılında, Dünya Bankası “Sağlığa Yatırım” isimli bir yayın çıkarmıştır. Bu kitapta

hükümetlere “sağlığa ödeme yapmayın, yatırım yapın karlı çıkarsınız” önerisinde bulunmuştur. DSÖ aynı yıl sağlık hizmetlerinin sunumunun finansmanının değerlendirilmesi konusunda bir kitap yayınlarak, hükümetlere özelleştirmeyi önermiştir (Aksakoğlu, Elçi 1996).

Türkiye’de başlangıcı daha erken olmakla birlikte 1980’li yıllarla birlikte kapitalist politikaların etkisi daha da yoğun olarak hissedilmeye başlanmıştır. Bu değişim sürecinin itici dinamikleri askeri darbe ve 24 Ocak kararlarıdır (Ercan 2004). 1980’li yıllar ve sonrası dönemin en önemli özelliği ise serbest piyasanın daha ağırlıklı olarak hissedilmesi olmuştur (Bakar ve Akgün 2005). 1980 sonrası Türkiye’de sağlık reformlarının amacı sağlık hizmetlerinin üretimini, finansmanını ve örgütlenmesini piyasa koşullarına uygun olarak değiştirmektedir. Amaca ulaşmanın argümanları olarak ise şunlar önerilmiştir (Belek 2001):

- Sağlık Bakanlığı’nın yapısının yeniden düzenlenmesi
- Hizmeti alacak olanlardan ek para talep edilmesi
- Özerkleştirme/özelleştirme
- Yönetimin merkezden uzaklaştırılması
- Hastanelerin yeniden yapılandırılarak, işletme haline dönüştürülmesi
- Maliyetin sınırlandırılması
- Hizmetin kalitesinin ve verimliliğinin artırılması

Ekonominin piyasa koşullarına bırakılması 1982 Anayasası ile birlikte sağlık üzerine etkili olmaya başlamıştır. Genel Sağlık Sigortası’nın kurulabileceği ve sağlık hizmetinin, özel kurumlar yoluyla da verilebileceğine dair hükümler ilk kez 1982 Anayasasında yer almıştır. İlk değişim 1987 yılında kabul edilen “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” ile kendini göstermiştir. Bu Yasa’nın temel amacı Sağlık Bakanlığı’na sağlık hizmetlerini planlama, standartlarını geliştirme ve denetleme yetkisi vermek; kamuya ait sağlık kurumlarını işletmeye dönüştürerek, kamu dışında gelir kaynağı oluşturulmasını sağlamaktadır (Bakar ve Akgül 2005).

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Ulusal Sağlık Politikası’nda da sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili politikalarda sağlık hizmetlerinin merkezi yönetimden

uzaklaştırılması, genel sağlık sigortası, aile hekimliği, döner sermaye uygulamaları ve hizmet alanların belirli oranlarda maliyetin karşılanmasına katkıda bulunması gibi hedeflerde sağlığın özelleştirmesi ve serbest piyasa koşullarına bırakılmasının etkileri görölmektedir (Ulusal Sağlık Politikası, 1993).

Günümüzde Türkiye’de yürütölen bu programların ve reformların ana bileşenleri şunlardır:

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği modeli
- İkinci ve üçüncü basamak hizmetlerinin özelleştirilmesi daha sonra özelleştirilmesi
- Sağlık kurumlarında hizmet sunumu ile finansmanının ayrılması. Genel Sağlık Sigortasının kurulması ve yürürlüğe girmesi
- Yönetimin merkeziyetçilikten uzaklaştırılması

2.4. Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Nedenleri

Sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizlik olgusunu tarihsel bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin bir dizi toplumsal, ekonomik ve politik tercihlerden kaynaklandığı görölmektedir. Eşitsizliğin ana nedeninin dünyanın içinde bulunduğu ekonomik sistemin kapitalist yapısı olduğu söylenebilir (Navarro 2002). Eşitsizliği oluşturan ara nedenlerden birisi de sağlık sisteminin yapısıdır. Bir sistem olarak sağlık bireyler üstü bir yapıdır ve onların sağlıkla ilgili davranışlarının önemli ölçüde belirler. Örneğin sosyal güvencesi olmayanların sağlık hizmeti kullanımı sosyal güvencelilere göre daha azdır. Sağlık sisteminin yapısı birkaç şekilde sağlık hizmeti kullanımında ki eşitsizlikleri etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin bütün nüfusu kapsamadığı ve hizmetin her yere götürülemediği durumlarda; hizmetin götürülemediği bölgelerde yaşayanların sağlık hizmetini yeterince kullanamayacakları açıktır. Bu durum gecekondular ve kırsal kesim için geçerlidir. Sağlık hizmeti kullanımında ki eşitsizlik sağlık hizmetlerinin finansman şekillerinden kaynaklanabilir. Bu da kabaca finansman eşitsizliği olarak bilinmektedir. Çeşitli finansman modelleri arasında sağlık hizmeti kullanımı üzerinde yarattıkları etki bakımından farklılıklar vardır. Örneğin sağlık hizmetinin özel harcamalarla finanse edildiği durumlarda eşitsizlik artmakta ve yoksulların hizmetten yararlanımı düşmektedir (Belek 2004).

Eşitsizliğin bireysel düzeydeki nedenleri ise bireylerin meslek, eğitim ve gelir ile tanımlayabileceğimiz sosyoekonomik konumlarıdır. Bunlar sağlığın bireysel düzeydeki belirleyicisi olarak kabul edilirler. Üçü genellikle yakından ilişkili olsalar da ve bireyin sosyal hiyerarşideki konumunu tanımlasalar da sağlıkla ayrı ayrı ilişkilidirler. Örneğin eğitim bireylerin yeni enformasyona ulaşmalarında ve ondan yararlanmalarında farklılıklar yaratmaktadır. Gelir yaşamdaki maddi olanaklardan yararlanmayı belirler. Meslek ise hem enformasyon hem de maddi olanaklarla yakından ilişkili olsa da saygınlık, kontrol gibi iş ortamına ilişkin özelliklere bağlı olarak da sağlık üzerinde ayrı bir etkiye sahiptir (Belek 2004 Kunst ve Mackenbach 1994, Yardım ve Özcebe 2005). Bireyin ya da bireyin yaşadığı hanenin eğitim, meslek ve gelirinin içinde yaşanan toplumun üretim – bölüşüm ilişkisine göre değerlendirilmesiyle ortaya çıkan sınıfsal konum da, sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin nedenleri arasında sayılmaktadır (Belek 2004). Eşitsizlik kavramının sınıflı toplumlarla birlikte ortaya çıkması da bu tespiti desteklemektedir.

2.5 Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Ölçülmesi

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ölçümü ve verilerin uluslararası düzeyde karşılaştırılması ve verilerin yeterliliği konusu tartışmalıdır. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerinin gösterilmesi, sosyoekonomik eşitsizliklerinin gösterilmesi kadar objektif ve kolay olmamaktadır. Dünyadaki ekonomik durumun izlenmesi için objektif veri olarak kabul edebileceğimiz “GİNİ indeksi” gibi çok sayıda indeksin olmasına rağmen, sağlık için bir indeks oluşturmanın mümkün olmadığı söylenmektedir (Gakidou ve ark 2005).

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ölçülmesinin güçlüğü yanında eşitsizliklerin tüm dünyada aynı şekilde anlaşılması da bir sorundur. İngiltere, İsveç ve Hollanda gibi ülkelerde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin gösterilmesi ile ilgili yapılan araştırmalar bireylerin sağlığı ve mortalite hızlarındaki farklılığa ve bu ortaya çıkaran nedenler üzerine odaklanmıştır. Amerika gibi bazı ülkelerde de sağlık eşitsizlikleri sağlık hizmetine ulaşım ve hastalık insidansları boyutunda değerlendirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise sağlıktaki eşitsizliklerin merkezini sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve finansmanı konuları oluşturmaktadır (Leon ve ark 2001). Literatürde sağlık ve eşitsizliğin değerlendirilmesinde

sıklıkla; sağlık düzeyi, sağlık hizmetlerinin dağılımı, kullanımı ve kişisel sağlık davranışlarının incelendiği belirtilmektedir (Erengin ve Dedeoğlu 1998a).

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ölçülmesinde toplum, gruplar ve birey üzerinden değerlendirmeler yapılmaktadır. Toplum üzerinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin gösterilmesinin çok güvenilir bir yöntem olmadığı belirtilmekte ve bir toplumda sağlık alanında görülen ortalama başarının o ülkenin sağlıkta eşitsizlik açısından sorun yaşamadığının bir göstergesi sayılamayacağı vurgulanmaktadır (Gakidou ve ark 2005). Amerika Birleşik Devletlerinin sağlık göstergeleri incelendiğinde; sağlığa bütçeden % 21’lik bir pay ayrıldığı, bebek ölüm hızının binde 7 ve bağışıklama hızlarının tüm aşular için % 90’ın üzerinde olduğu görülmektedir (UNICEF 2001). Bu verilerle Amerika’da ortalama sağlık göstergelerinin diğer ülkelere göre oldukça iyi bir düzeyde olduğu söylenebilir. Ancak Amerika’da sağlıkta eşitsizlikle ilgili araştırmalar; sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin çok önemli bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Amerika’da yoksullar, göçmenler, siyah ırk ve sosyal güvence kapsamında olmayan nüfusta; önlenabilir hastalıklardan kaynaklanan ölüm hızının ve bebek ölüm hızının çok daha yüksek olduğu; ülkede sunulan sağlık hizmetlerini daha az kullanabildikleri; morbidite hızlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Wilkinson 1992, Kaplan ve ark 1996, Kennedy ve ark 1996, Ross ve ark 2000).

Bugün sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlik çalışmaları daha çok bireysel sağlık durumları üzerinde yoğunlaşmakta ve bireysel sağlık üzerinden ülkeler, toplumsal gruplar, ırklar, mesleki statüler ve sınıflar arasında karşılaştırmalar yapılmaktadır (Belek 1998, Milio 2005, Potvin ve ark 2005, Dardet-Alvarez 1998, Krieger ve ark. 2005).

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlik çalışmalarında sağlık bağımlı değişken durumundadır. Bir başka ifade ile sağlık sonuçtur. Bu sonuç bir dizi başka etken tarafından değişik derecelerde etkilenmekte, değiştirilmekte, belirlenmektedir. Yani sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlik çalışmalarında bağımlı sağlık değişkeni karşısında pek çok sayıda bağımsız değişken de yer almak zorundadır. Sağlığı etkileyen bu tür değişkenler genel olarak “sağlığın belirleyicileri” (Tablo 2.1) şeklinde adlandırılmaktadır. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlik çalışmalarının en azından eşitsizliğin zaman içinde izlenmesine; sınıflar, coğrafi

bölgeler ve cinsler arasındaki farklılığın da sergilenmesine olanak tanınması gerektiği vurgulanmaktadır (Belek 1998).

Tablo 2.1 Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin gösterilmesinde kullanılan bazı göstergeler

Gösterge Kategorisi	Toplumsal Gruplar Arasındaki Eşitsizliği Ölçen Göstergeler
Sağlığı belirleyen etkenlere ait göstergeler	Yoksulluk düzeyi, eğitim düzeyi, yeterli sanitasyon ve temiz suya sahip nüfus yüzdesi, kişi başı ulusal gelir, gelir dağılımı
Sağlık düzeyi göstergeleri	Bebek ölüm hızı, çocuk ölüm hızı, çocuklardaki beslenme bozukluğu sıklığı, anne ölüm hızı, yaşam umudu, enfeksiyon hastalıklarının sıklığı, algılanan sağlık, psikolojik sağlık, yetiyitimi
Sağlık hizmetinde kullanılan kaynaklara ilişkin göstergeler	Sağlık personeli başına düşen nüfus, sağlık kaynaklarının birincil, ikincil, üçüncül sağlık hizmetlerine dağılımı, yatırımlara ayrılan kaynak oranı, sağlık hizmet alt yapısının durumu, kişi başı sağlık harcaması, ulusal gelirden sağlık için ayrılan paranın oranı, sağlık bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki oranı
Sağlık hizmet kullanımı ile ilgili göstergeler	Bağışıklama oranları, gebelik hizmetlerinin durumu, sağlık kurumunda doğum yapan gebelerin oranı, gebelikten korunma yöntemi kullanan kadınların oranı, kişi başı hekim kullanma sıklığı

Kaynak: Belek İ (2004) Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler Antalya'da Beş yıllık Bir Araştırma, TTB Yayınları

Sonuç olarak sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikte sağlığın bir çıktı olarak değerlendirilmesinde; hastalık ve ölüm durumları, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık davranışları ve yaşam kalitesi ile ölçülmesi söz konusudur. Ölçümler toplumsal ya da bireysel olabilmekte ancak bireysel düzeydeki ölçümler eşitsizliğin gösterilmesi ve izlenmesinde daha doğru sonuçlar vermektedir.

2.6 Dünyada ve Türkiye'de Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler

Sosyoekonomik eşitsizlikler sınıflı toplumların ortak sorunudur. Dünya'daki ekonomik durumun eşitsizlik açısından değerlendirilmesinde gittikçe derinleşen karanlık bir tablo ile

karşılaşmaktadır. Ülkelerin çoğunda insan haklarını korumak için her gün yeni önlemler alınmakta ama insan hakları ihlalleri devam etmekte ve dünyamızda bir milyar insan kabul edilemez yoksulluk koşulları içinde yaşamaktadır. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin ilanından yarım yüzyıl sonra, “Sosyal Kalkınma Dünya zirvesinde” (1995) toplanan devlet ve hükümet başkanlarının insanlık için etik, sosyal ve ekonomik bir gereklilik olarak, ulusal önlemler ve uluslar arası işbirliğiyle, dünyada yoksulluğu kaldırmaya çalışacaklarına yeniden söz verdikleri görülmektedir. 2000 yılında yapılan “Cenevre Zirvesinde” ve “Millenium Asamblesinde” de bu sözlerini tekrar etmişlerdir (Kuçuradi 2004).

1970’li yıllardan sonra yaşanan ekonomik krizler tüm dünyada eşitsizlikleri derinleştirmiştir. 1982’de kaleme alınan UNESCO’nun bir belgesinde “Üçüncü Dünyada geniş halk kitlelerinin, çok defa, ilerlemenin nimetlerinin hiç birinden yararlanmadığı ve şehirlerin ana karadan kopmuş çağdaşlık adacıkları gibi” olduğu vurgulanmaktadır. 1979’da yalnızca dört endüstrileşmiş ülke dünyadaki toplam gayri safi milli hasılanın yarısından biraz fazlasını elinde bulundururken; 1980’de endüstrileşmiş pazar ekonomisinin olduğu ülkelerde yurt içi gayri safi milli hasıla 10.660 dolar ve düşük gelirli denen ülkelerde ancak 205 dolardı. 1995’te de durum daha iyi görünmemektedir. “Kopenhag Zirvesinde” (1995) de dünyanın içinde bulunduğu ekonomik eşitsizliklerin devam ettiğini görmekteyiz. 1995 yılına ait BM insani gelişme raporuna göre de “dünya nüfusunun %75’inden fazlası gelişmekte olan ülkelerde yaşamasına rağmen dünyanın zenginliklerinden ancak %16 pay alabilmektedir (Kuçuradi 2004). BM (2005) insani gelişme raporunda bildirildiğine göre: “Birçok toplumda, gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde, zengin ile fakir arasındaki uçurum büyümektedir. Bazı gelişmekte olan ülkeler hızlı bir büyüme göstermesine rağmen, gelişmiş ülkeler ile birçok gelişmekte olan ülkeler arasındaki uçurum büyümektedir. Dünyada bir milyardan çok insan özellikle Afrika’da ve en az gelişmiş ülkelerde yaşayanlar yoksulluk içinde yaşamakta bunların çoğu da aç kalmaktadır. Çoğunluğu kadın olan bu insanların büyük bir kısmı çok az gelire sahiptirler, eğitim ve sağlık hizmetlerinden çok az yararlanmakta ve beslenme sorunu yaşamaktadırlar”

TÜSİAD’ın 6 Aralık 2000 tarihinde kamuoyuna açıkladığı, “Türkiye’de Bireysel Gelir Dağılımı ve Yoksulluk Avrupa Birliği ile Karşılaştırma” başlıklı rapor’a göre, Türkiye gelir dağılımı eşitsizliğinde, Avrupa Birliği ülkeleri içinde en eşitsiz yapıya sahip Portekiz’i bile

geride bırakmaktadır. Türkiye Portekiz'den, Gini katsayısına göre yüzde 28, Theil indeksine göre de 123 kat daha eşitsiz bir gelir dağılımına sahiptir. Türkiye'nin sosyal göstergeleri diğer "orta gelir düzeyindeki ülkeler" ile karşılaştırıldığında durum hiç de iç açıcı değildir. Türkiye'de özellikle çocuk ve anne ölüm oranları, bir orta gelir ülkesi için oldukça yüksektir ve kadın okuryazarlık oranı, karşılaştırma grubu içindeki diğer ülkelere göre düşüktür (Zabcı 2003).

Sosyoekonomik anlamda derinleşen eşitsizlik uçurumunun yansımalarını sağlık alanında da görmekteyiz. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler ile ilgili yapılan araştırmalarda ortaya çıkan sonuç gelir, eğitim ve mesleki statüsü düşük olan bireylerin bütün bireysel sağlık göstergeleri bakımından daha kötü durumda oluşlarıdır (Belek 1998). Ölüm hızları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki ters orantılıdır (Belek 1998). Sosyal sınıflar arasındaki ölüm hızı farklılıkları 19.yy'den beri bilinmektedir. 1860'larda ABD'de vergi ödeyenlerle, ödemeyenler arasında kaba ölüm hızı bakımından önemli fark olduğu Adler ve ark (1993) tarafından bildirilmektedir. Bu yüzyılın ilk yarısında ABD ve İngiltere'de düşük ve yüksek sosyoekonomik gruplar arasında yaşam umudu bakımından yedi yıllık fark bulunduğu da bilinmektedir (Belek 1998). Kunst ve Mackenbach (1994) tarafından Hollanda, Danimarka, Norveç, İsveç, Finlandiya, İngiltere, Fransa, İtalya ve ABD'de 1970'li yıllarda yapılan araştırmalarda eğitim süresi ile ölüm arasında ters yönde ilişki bulunmuştur. Bu araştırmada Fransa'daki eşitsizlik indeksi yasalarında sosyal adeleti önemseyen İsveç'ten dört kat daha fazladır.

1986–96 yılları arasında yapılan bir kohort çalışmasında erkekler arasında düşük gelire ve sosyal statüye sahip olanların mortalite bakımından dezavantajlı konumda olduğu gösterilmiştir (Sacker ve ark 2000). Mortalite farklılıklarıyla ilgili en önemli araştırma Büyük Britanya 'da yapılan 1951–1981 yılları arasında İngiltere'de, İskoçya'da ve Galler'de ki mortalite farklılıklarını sosyal sınıflar temelinde analiz edilmesidir. Bu çalışmada mortalite farklılıklarını daha çarpıcı olması için ölüm nedenleri önlenebilir nedenlerden seçilmiştir. Bu izlem çalışmasında ülkede değişen sağlık politikaları ve ekonomik durumla birlikte eşitsizliklerin de arttığı saptanmıştır (Marang ve Smith 1998). 1960–1994 yılları arasında OECD ülkeleri arasında yapılan başka bir araştırma da bebek ve beş yaş altı çocuk ölümlerinin

karşılaştırılması sonunda; mortalite hızları ile ülkenin sağlık politikası ve sosyal politikalarının halkı kapsayıcılığı arasındaki ilişki saptanmıştır (Chung ve Muntaner 2006).

2002 yılında meydana gelen ölümlerin yaklaşık % 20'si beş yaş altı çocuk ölümüdür ve bu ölümlerin % 98'i gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen çocuk ölümlerinin nedenleri de eşitsizlik açısından önemli bir göstergedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki çocuk ölüm nedenleri incelendiğinde antenatal bakım ve aşılama ile ortadan kaldırılabilen nedenler olduğu görülmektedir (DSÖ 2003).

Tablo 2.2 Gelişmekte olan ülkelerde ölüm nedenleri (2002)

Ölüm Nedenleri	Sayı (000)	Yüzde (%)
Perinatal Durumlar	2 375	23.1
Solunum Yolları Enfeksiyonları	1 856	18.1
İshalli Hastalıklar	1 566	15.2
Sıtma	1 098	10.7
Kızamık	551	5.4
Konjenital Anamoliler	386	3.8
HIV/AIDS	370	3.6
Boğmaca	301	2.9
Tetanoz	185	1.8
Protein-Enerji Malnutrisyonu	138	1.3
Diğer nedenler	1 437	14.0
Toplam	10 263	100

Kaynak: The World Health Report 2003

Ülkemizde yapılan ve ölçüt olarak bebek ölümlülüğü kullanılan bir çalışmada (Soyer 1999) İstanbul için bebek ölümlülüğü binde 10.49 olarak saptanmıştır. Sosyoekonomik düzeyi iyi olan Adalar, Pendik ve Şişli'de bebek ölüm hızı binde 0 iken; sosyoekonomik düzeyi kötü olan Eminönü'nde bebek ölüm hızı binde 55.6 ile Zeytinburnu'nda binde 25.3 ve Bayrampaşa binde 22.0'dir.

İspanya’da Regidor ve ark (1997) tarafından yapılan bir çalışmada düşük gelir uzun süreli yeti yitimi için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Erengin ve Dedeoğlu (1998b) tarafından Antalya’da yapılan bir morbidite çalışmasında kadınlarda, gecekonduda oturanlarda, ekonomik durumunu kötü olarak değerlendirenlerde, düşük eğitimlilerde, sosyal güvencesi olmayanlarda morbidite hızı daha yüksek bulunmaktadır. Belek (2000) tarafından yapılan ve sağlık durumundaki ve sağlık hizmeti kullanımındaki eşitsizliklerin sınıflara göre analiz edilen çalışmada ise niteliksiz emekçilerin algılanan sağlık, yeti yitimi, içinde beşten fazla yakınmaya sahip olma, sağlık sorunu nedeniyle iş aksatma sıklığı yönünden dezavantajlı grup olduğu saptanmıştır.

Kunst ve ark (1998) yaptığı bir araştırmada da akciğer kanseri, gastrointestinal hastalıklar ve serebrovasküler hastalıkların görülme hızı ve bu hastalıklara bağlı ölümler sınıfsal konumu daha düşük olan bireylerde daha çok görülmektedir. Sağlığı etkileyen davranışlar üzerinden yapılan araştırmalar incelendiğinde; sigara ve alkol kullanma (Kawachi ve Kennedy 1997), etkisiz aile planlama yöntemi kullanma (Li 2004, Doherty ve ark 2001) , yetersiz antenatal bakım alma (TTB 2006), şiddeti uygulama ve şiddete maruz kalma (Kramer 2006) davranışlarının düşük sosyoekonomik durumla ilişkisi saptanmıştır.

Tablo 2.3’de Türkiye’nin bazı sağlık göstergeleri ekonomik duruma göre değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre ülke nüfusunun en yoksul % 20’lik kesiminde bebek ölüm hızı 2.3; beş yaş altı bebek ölüm hızı 2.6; BCG’ye karşı bağışıklanma oranı 0.7; kadınlarda şiddete maruz kalma oranı 4.5 kat; ülke nüfusunun en zengin % 20’lik kesimine göre fazla görülmektedir. Ülke nüfusunun en yoksul % 20’lik kesiminde kadınlarda zorunlu eğitimi tamamlama oranı 0.6 kat; ve gazete okuma oranı 3.5 kat ülke nüfusunun en zengin % 20’lik kesimine göre azdır (HNP and Poverty Report, Türkiye 1998).

Tablo 2.3 Türkiye’de bazı sağlık göstergelerinin ekonomik duruma göre oluşturulan sınıflardaki durumunun karşılaştırılması

Göstergeler	Ekonomik Durum Sınıflandırılması (nüfus ekonomik duruma göre beş sınıfa bölünmüştür)					Top. Nüfus. Ort. Değ.
	En Düşük	İkinci	nc	Dördüncü	En Yüksek	
Bebek lm Oranı (Binde)	68.3	54.6	42.1	37.5	29.8	48.4
Beş yaş altı ölüm oranı (Binde)	85.0	67.4	53.3	47.2	32.6	59.7
BCG karşı bağışıklanma oranı	74.8	84.8	93.7	93.9	100.0	88.5
Etkili AP yöntemi kullananlar	23.6	32.2	37.7	41.9	48.0	37.7
Kadına şiddet sıklığı	72.8	66.5	51.7	38.2	16.1	46.9
Kadınlarda zorunlu eğitim alanlar	53.0	68.7	78.2	85.2	94.4	77.9
Kadınlarda gazete okuma oranı	7.1	12.7	25.5	37.4	68.3	32.4

Kaynak: HNP and Poverty Report; The World Bank1998

Sonuç olarak sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerle ilgili bilimsel çalışmaların bazı önemli belirlemeleri şöyle özetlenebilir (Belek 2004, Leon ve ark 2001, Sen 2000, Hamzaoğlu 2004):

1-) Yoksullukla sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler arasındaki ilişki sıklıkla vurgulanmaktadır. Bir toplumda ortaya çıkan sağlık sorunlarının nedensel ilişkisinde kapitalizm temel neden, eşitsizlikler ara neden ve yoksulluk son neden olarak tanımlanmaktadır. Sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizlikler ve yoksulluk olgusu kapitalizmin kar ve verimlilik anlayışına dayanan ekonomik politikaları sonucu ortaya çıkmaktadır. Avrupa’da yoksul sınıflarda hem hastalık hem de ölüm hızları daha yüksektir ve bu gerçek tıbbi teknolojidaki bütün gelişmelere ve sağlık programlarının nüfus bakımından genişleyen kapsamına karşın değişmemektedir. Yoksulluk ve eşitsizlik arasındaki bu ilişki ve yoksulluğun giderek artan bir sorun olarak varlığını koruyor oluşu nedeniyle DSÖ de raporunda (1995) yoksulluğu Dünya’daki en önemli sorun olarak tanımlamış ve Uluslararası Hastalık Sınıflaması’nda Z59.5 olarak kodlamıştır.

2-) Ölüm hızları ile sosyoekonomik statü arasındaki ilişki ters orantılıdır ve bu gerçek her iki cins ve bütün ölüm nedenleri için geçerlidir. En büyük orandaki ilişki ise bebek, çocuk ve perinatal ölümler için geçerli olmaktadır. Sağlık sonuçları üzerinde etkili olan sigara, diyet, hareketsiz yaşam gibi bireysel alışkanlıkların da sonuç olarak sosyoekonomik statü tarafından belirlendiği anlaşılmaktadır.

3-) Sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizlikler yalnızca düşük gelirli ülkelerle sınırlı değildir. Tersine, DSÖ Avrupa Bölgesi 2000 yılı hedefleri için çeşitli Avrupa ülkelerinde ve başka amaçlarla diğer Batılı ülkelerde benzer yöntemlerle yapılan karşılaştırmalı araştırmalar yüksek gelirli ülkelerde de sorunun önemli olduğunu ortaya koymuştur. Ancak bu bakımdan İskandinav ülkelerinin ve sonra da İngiltere'nin daha iyi durumda oldukları, ABD'nin ise en olumsuz tabloyu sergilediği anlaşılmakta ve aradaki farklılık sosyal politikalarla açıklanmaktadır. Özellikle İngiltere verilerinin ortaya çıkardığı iki önemli sonuç bulunmaktadır. Bu yüzyılın başından beri toplam ölüm hızları düşse de sınıflar arasındaki eşitsizlik ısrarla varlığını korumakta, hatta artabilmektedir. Yaşam koşullarının genel olarak düzelmesinden en fazla oranda yararlananlar zaten iyi durumdaki sınıflar olmaktadır ve bu veri sağlık düzeyi ile sosyoekonomik etkenler arasındaki ilişkiyi daha da öne çıkarmaktadır.

4-) Özellikle vurgulanan ilginç bir nokta, sağlıktaki (gerek ölüm gerekse yaşam umudu olarak) sosyoekonomik eşitsizliğin (gelişmiş ülkelerde) mutlak gelir düzeyiyle değil, daha çok yaşam standartlarıyla ve gelir dağılımındaki eşitsizlikle ilişkili olduğudur. Düşük gelirli ülkelerde ise toplumda mutlak yoksulluk sınırının altında yaşayanların oranı ve kişi başına düşen gelir gibi gelire ilişkin mutlak göstergeler daha belirleyicidir.

5-)Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ülkelerin ekonomik yönden gelişmiş ülkelerde daha çok ülkelerdeki sosyal politikalarla ilgili bir sorundur. Ekonomik gelişmenin minimum olduğu ülkelerde sosyal politikalar içinde akıllı ve adil yatırım sağlık ve refahı iyileştirebilir. Bu görüş kişi başına sağlık ve refah harcamalarının düşük olduğu Çin, Kosta Rika ve Sri Lanka gibi ülkelerde yüksek ömür beklentisiyle çarpıcı bir şekilde uyum halindedir.

6-) Dünya da sosyoekonomik eşitsizlikler ve eşitsizliklerin sağlık üzerine etkileriyle ilgili Amerika, İngiltere ve Kanada gibi birkaç ülke dışında kalan diğer ülkeler hakkında yeterli veri bulunmamaktadır.

2.7 Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler İle Mücadele

Dünyada sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ile mücadele uluslar arası örgütlerin ve ülkelerin ekonomik felsefesi ile ilgilidir. Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşlar sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikleri yoksulluk üzerinden ele almakta ve yoksulların sağlığının iyileştirilmesine önem vermektedir. Gelirin eşit dağıtılmaması ve sağlık hizmetinin örgütlenmesi ve finansmanından kaynaklanan nedenlerle eşitsizliği yaşıyan ülkelerde eşitsizlikle mücadele de zengin yoksul arasındaki sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltmaya çalışmaktadır. Sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmak için kullanılan diğer bir yaklaşım ise sosyal adaletsizliğin düzeltilmesine odaklanmıştır (Gakoudi ve ark 2005).

Yoksulların sağlığını iyileştirmesine yönelik eşitsizlik mücadelesinde uygulamalar mutlak yoksulluğu önemseyen bir bakış açısı taşımaktadır. Bu akımda yoksulluk sınırı; minimum bir şekilde yeterli olan bir beslenme için gerekli yiyecek miktarını satın almaya yetecek en düşük para miktarı olarak tanımlanır ve en alt düzeyde beslenme için paraya sahip olanlar yoksulluk kapsamından çıkartılır. Bu yaklaşımın iyi bilinen bir savunucusu uygun bir uluslar arası yoksulluk sınırı tanımlamak ve bu sınırın altında yaşıyanları belirlemek için büyük bir çaba ve zaman harcayan Dünya Bankasıdır (Gwatkin 2002). Bu yaklaşımın eleştirilen en önemli yönü sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin sadece yoksullukla ilişkili olmadığı gerçeğidir. Mutlak yoksulluğun çok az olduğu ülkelerde bile eşitsizlikler görülebilir. ABD’de 300.000 erkeklerle ilgili yapılan bir çalışmada, 7500 \$’ dan başlayıp 32 999 \$’ a kadar giden 12 aile geliri kategorisi boyunca ölüm oranı yavaş yavaş artan bir şekilde azalmıştır. (Smith ve ark 1996). Eşitsizliklerin giderilmesi için yoksullara yönelik ilgi ülkemizde de farklı uygulamalarda kendini göstermektedir. Sosyal yardım ve sosyal riski azaltma yöntemi adı verilen programlar ülkemizde de uygulanmaktadır. Bu programlar kamu eliyle uygulanmadığı için eşit olmama ve yapılan sosyal yardımların hem kalıcı bir çözüm olmaması hem de yapılan yardımların yoksul kesim yerine orta gelirli taraflardan kullanılması yönüyle eleştirilmektedir (Zabcı 2003). Eşitsizliği önlemek için yoksulluğun ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerin başarısızlığının ana nedeni ise hem eşitsizlikler hem de yoksulluk için temel neden olan kapitalizme yönelik girişimleri barındırmamasıdır (Bkn: syf:26 i sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikleri ile belirlemelere).

Sağlıkta eşitsizliğin ortadan kaldırılması için en etkili yöntem sosyal adaletsizliğin önlenmesidir. Bunun için her ülke kendi politikalarında yer alan bütün uygulamaları sağlıkla ilişkili olsun olmasın eşitsizlik açısından değerlendirmelidir (Leon ve ark 2001). Dünya literatüründe benimsenen sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ile mücadele stratejileri:

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ortadan kaldırılması;

- Toplum sınıflar, Dünyayı ise gelişmişler/gelişmemişler, vb. şeklinde dilimleyen ulusal ve uluslararası ilişkilerin yeniden düzenlenmesini,
- Yaşam ve çalışma koşullarındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını,
- Gelir dağılımında eşitliğin sağlanmasını,
- İşsizliğin yok edilmesini,
- Yoksulluğun ortadan kaldırılmasını gerektirir
- Sağlık hizmetlerinin sağlıktaki eşitsizlikler üzerindeki etkisi genel ekonomik ve politik düzenlemelerden sonra gelmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin sunumundaki ve toplumsal sınıfların sağlık hizmetlerinden yararlanımındaki eşitsizliğin ortadan kaldırılması, sağlıktaki eşitsizlik olgusunun çözümünde de vazgeçilmezdir.
- Eşitsizliklerle mücadelede, sağlık hizmetinin eşitlikçi biçimde yaygınlaştırılması ve hizmeti kullanımın önündeki finansal engellerin aşılması kadar önemli olan bir diğer nokta, hizmetin TSH yönelimli olarak örgütlenmesidir. Çünkü ancak bu şekilde sağlık hizmeti toplumun öncelikli sorunlarına yönelebilir ve sağlığı toplumsal gelişmenin vazgeçilmez bileşenlerinden birisi olarak ele alabilir.
- Toplumunda eşitsizlik sorunun çözümüne politik, teknik katılımının sağlanması gereklidir.
- Sağlıktaki eşitsizlik olgusunun çözümünde bireysel davranışların sağlıklı yönde değiştirilmesi mutlaka gerekir. Ancak davranış değişikliğinin yukarıdaki noktalarda sıralanan genel ekonomik ve politik önlemler sonrasında gerçek boyutta anlam kazanabileceği unutulmamalıdır (Belek 1998).

2.8 Sağlığı Geliştirme ve Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler

Sağlık bakım sistemleri çevresel ve kültürel etkiler doğrultusunda sürekli değişime uğramaktadır. Son 30 yıldır bu değişim tedaviden sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmeye doğru olmaktadır (Pender ve ark 1992). Sağlığı geliştirme ilk önce endüstrileşmiş ölkelerde daha sonra DSÖ tarafından Herkes İçin Sağlık politikasına ulaşmak için anahtar bir strateji olarak birçok ölkede sağlık politikalarının önemli bir bileşeni olmuştur (Demirci 2004).

Sağlığı geliştirme, insanların kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini artırabilme ve sağlık düzeylerini yükseltebilme sürecidir (Ottawa şartı 1986). Bu yaklaşıma uygun olarak, sağlığı geliştirme çabalarının birçoğu, topluma yönelik sağlık politikaları geliştirerek bireyin davranış değişikliği oluşturmaları için desteklenmelerine odaklanmıştır. Ancak, Hancock (1986), sağlık için sadece bireyin kendisine sorumluluk verilmesinin, yine bireylerin suçlanmasına neden olacağını belirtmiştir (Demirci 2004).

Sağlığın geliştirilmesi herhangi bir hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp bireyin genel sağlık ve iyilik durumunu daha da iyileştirmeyi amaçlar. Gelişmiş ölkelerde sağlığın geliştirilmesi ile ilgili politikaların oluşturulması ve uygulanmasında halk sağlığı hemşireleri önemli bir sağlık insan gücü olarak rol almaktadır. Ölkemizde ise, sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitiminden özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli sorumlu tutulmuştur (Pasinlioğlu ve Gözüm 1998).

1980'lerin sonlarında sağlığın geliştirilmesine yönelik ilgi en üst düzeye ulaşmış ve sağlığın geliştirilmesini sağlamaya yönelik stratejiler belirlenmiştir (Gorin ve Arnold 1998). Ancak sağlığın geliştirilmesine yönelik ulusal ve uluslararası bir başarı elde edilememiştir. Bunun en önemli nedeninin sağlığın geliştirilmesine yönelik bilgi ve araçlara sahip olmamıza rağmen bu bilgi ve araçların insanlar arasında eşit olarak dağıtılmaması olduğu belirtilmektedir (Lowenberg 1995).

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin artması ve ekonomik krizlerin sürmesi insanların çoğunun kötü yaşam koşulları ile yüz yüze kalmasına neden olmuş ve bu durumda sağlık risklerini arttırmıştır. Ekonomik eşitsizlikler insanların sağlık risklerine karşı koyma kaynaklarını da tüketmiştir. Sosyoekonomik eşitsizlikler bakımından dezavantajlı olan

bölgelerde sıtma, kolera, tüberküloz, malnütrisyon, ruh sağlığı bozuklukları, AIDS ve çevre kirliliğinden kaynaklanan hastalıklar yüksek oranlarda görülmektedir (Bogota 1992). Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin neden olduğu erken ölümler ve hastalıklar bireyi sağlık potansiyeline sahip olma noktasından çok uzağa taşımaktadır. Bu durumda sağlık potansiyelinin geliştirilmesine odaklanan sağlığı geliştirme programlarında başarısızlıklara neden olmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesine yönelik yapılan pek çok uluslar arası konferans ve çalışmalarda sosyal adaletin ve barışın sağlanması, insanların barınma, giyim gibi temel ihtiyaçlarını karşılanmada sorun yaşamaması ve ekonomik, politik ve toplumsal anlamda destekleyici çevre oluşturulması sağlığı geliştirme faaliyetlerinin ön şartı olarak vurgulanmıştır (Ottawa 1986, Bogota 1992). Sağlığı geliştirme için hayata geçirilen sağlığı geliştirici okullar projesi (1991) ve sağlıklı şehirler projesinin (1994) hedeflerinin birçoğuna ulaşmanın yolu DSÖ tarafından toplumda en kötü koşullarda yaşayanların durumunu, en iyi koşullarda yaşayanların durumuna yaklaştırılması olarak vurgulanmıştır (Sağlıklı şehirler raporu 1997). Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerinin sağlığı geliştirme önünde bir engel olduğu Travis'in iyilik modeli ile açıklanabilir. Travis'in iyilik modeline göre sağlığı geliştirmenin bir sonucu olan tam iyilik haline ulaşmak için bireylerin hastalık ve semptomlardan uzak; bir sağlık probleminin yaşanmadığı nötral noktaya gelmesi ve bu noktadan sonra sağlık geliştirme için desteklenmesi gerekir (Gorin ve Arnold 1998). Ancak sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin sürekli olarak bireyleri hastalık ve semptomların olduğu bölgede tutmakta, bu durumda iyilik hali hedefine ulaşma uzak bir noktada durmaktadır. Herkes için sağlığı geliştirme çabalarının başarıya ulaşması için yapılacak ilk uygulamayı toplumdaki sağlık eşitsizliklerinin azaltılması oluşturmaktadır (Şekil 1) (Epp 1997).

2.8.1 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür (Zaybak ve Fadiloğlu 2004). Pender (1982) sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışlar; bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışları içerir. Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran

davranışları göstermeyi içermelidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yeterli dengeli beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (Esin 1997).

Bireyin yaşam tarzının pek çok hastalığın nedeni olduğu ve Avrupa'daki mortalite oranları üzerindeki etkisi hakkında oldukça iyi epidemiyolojik kanıtlar mevcuttur (Sağlıklı şehirler raporu 1997). DSÖ tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin % 40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır (Dickey ve Janick 2001). Pasinlioğlu ve Gözüm (1998)'ün bildirdiğine göre Wildavsky (1977), tıbbi sistemin mortalite ve morbidite gibi sağlık göstergelerinin üzerindeki etkisinin ancak % 10 olduğu bu göstergelerdeki değişimin % 90'ının ise bireysel yaşam tarzı ve hava su kalitesi gibi fiziksel çevrenin etkilediğini söylemiştir. DSÖ (1995) tüm üye ülkelerde dengeli beslenme, sigara içmeme, uygun fiziksel faaliyetlerde bulunma ve stres yönetimi gibi olumlu sağlık davranışlarında belirgin artış olması gerektiği hedefini belirlemiştir (Sağlıklı şehirler raporu 1997).

Birçok sağlığı geliştirme modeli ve sağlığı geliştirme ile ilgili uygulamalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında bireylere sorumluluk yüklenmekte ve sağlığı geliştirme için bireylerin eğitimi önemsenmektedir. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık davranışları üzerine olan etkilerinin değerlendirildiği araştırmalarda sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin görüldüğü toplumlarda bireylerin sağlığı geliştirici davranışları uygulama olasılıklarının daha düşük olduğu görülmektedir ve bu durumda bireye sorumluluk yüklemenin doğru bir yaklaşım olmadığını göstermektedir. Whitehead ve Dahlgren (1997) geliştirdikleri sağlık modelinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bireysel tercih olmanın ötesinde sosyoekonomik çevrenin bir sonucu olarak tanımlanmaktadır (İrlanda Sağlık ve Sosyal Sermaye Raporu 2000). Topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsetmek için başta İngiltere'de olmak üzere birçok ülkede "bağışıklama, kanser taramaları, sigarayı bırakma ve anne sütüyle beslenmeyi teşvik etmek gibi" sağlık programları benimsenmiştir. Sağlık programlarında belirlenen hedeflere ulaşmak için sağlık eğitimi çalışmaları başlatılmıştır. Ancak bu uygulamalar yoksul nüfusun sağlık durumunu değiştirici hiçbir etkisi olmamış, uygulamaların yararlı etkileri daha çok ülkelerdeki yüksek ve orta gelirli bireyler üzerine olmuştur. Bireylerin sağlığı

geliştirici aktiviteleri uygulamasında, yaşanılan çevrenin geliştirilmesinde ve sağlık eğitimi sonucunda öğretilen davranışların sürdürülebilir olmasında, sağlıkta eşitliğin sağlanmasının önemli bir yeri vardır. (Deborah ve ark 1998, Acheson ve ark 2000). Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık davranışları üzerine olan etkisi incelendiği araştırmalarda sonuç olarak sağlık üzerinde etkili olan sigara, diyet, hareketsiz yaşam gibi bireysel alışkanlıkların da sosyoekonomik statü tarafından belirlendiği anlaşılmaktadır (Adler ve ark 1993).

2.8.2 Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramının dinamik, soyut ve çok yönlü özellikler taşıması nedeni ile tanımlanması güçleşmektedir. Yaşam kalitesi kavramı; yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş anlamlı kullanılmaktadır (Kızılcı 1997, Başalan ve Özer 2003). Yaşam kalitesi, bireysel iyilik halinin bir anlatımıdır ve yaşamın farklı alanlarında öznel bir doyum ifadesidir. Yaşam kalitesi aile, iş yaşamı ve sosyoekonomik koşulları içermekle birlikte; bireyin hedefleri, beklentileri, umutları ve düşleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da içermektedir (Beser ve Öz 2003). Grant ve Rivera (1990) yaşam kalitesini çok yönlü ve ölçülebilir tanımının olması gerekliliğini vurgulamışlar ve yaşam kalitesini fiziksel iyilik, psikososyal uyum, sosyal iyilik ve inanç-değerler olarak dört grupta toplamışlardır (Akyol 1993, Beşer ve Öz 2003).

Yaşam kalitesini değerlendirmeye neden olan ilgi son yıllarda artmıştır. İnsanlar giderek yaşamın uzunluğu ile değil, niteliği ile ilgilenmeye başlamışlardır (Kızılcı 1997). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da kabul görmüş evrensel tek bir tanım bulunmamaktadır (Tüzün, Eker 2003) . Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramındaki sağlık, gündelik yaşam için bir kaynak olarak anlaşılmalıdır. Gereksinimlerin karşılanmak, beklentileri gerçekleştirmek ve çevreyle başa çıkabilmek için kişilere ve gruplara olanak sağlayan bir kaynaktır. Bu kavramın içeriği şu üç öğeyle tanımlanabilir:

- Sağlık pozitif bir kavramdır. Yalnızca hastalığın yokluğu demek değildir.

- Sağlık ilgili birçok faktörü hesaba katan tümelci ya da çevreyle ilgili bir kavramdır.
- Yaşam kalitesi insan hakları bağlamında görüldüğünde sağlık, temelde eşitlikçi bir kavramdır. Bir toplulukta eşitsizlik söz konusuysa yaşam kalitesinin gerçekleştirilmesinin tek başına engeli haline gelebilir (Tekeli ve ark 2002).

Türkiye’de ‘yaşam kalitesi’ kavramının politik hedefler içinde yer aldığı belgeler arasında, kamu kesimi için zorunlu, özel sektör için yol gösterici özellikte ve yasa hükmünde olan beş yıllık kalkınma planlarının özel bir önemi olduğu söylenebilir. 2001–2005 yıllarına ait hedefleri içeren Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (DİE 2000) toplumun yaşam kalitesinin yükseltilmesi uzun dönemli gelişme stratejisinin temel amaçlarından birisi olarak yer almaktadır. 2001–2005 döneminin toplumun yaşam kalitesinin yükseltildiği bir dönem olacağı vurgulanmaktadır. Bu hedefin, istikrarlı büyüme, AB üyelik sürecindeki temel dönüşümlerin gerçekleştirilmesi ve dünya ile bütünleşmenin sağlanması hedefleriyle birlikte, dönemin birinci öncelikteki hedefi olarak vurgulanması dikkat çekmektedir. Yaşam kalitesi konusunda Türkiye’nin ulusal politikalarını olduğu gibi, uluslar arası taahhütlerini de belirlemesi bakımından diğer bir önemli düzenleme de, Türkiye’nin AB tam üyelik sürecinde üstlendiği yükümlülükleri içeren Ulusal Program belgesidir. Türkiye’nin yedinci Uyum Paketi olarak bilinen Ulusal Programda yaşam kalitesine ilişkin politik hedeflerini, “Yapısal Reform Politikaları” ve “Sağlık” konuları çerçevesinde ele aldığı görülmektedir. “Yapısal Reform Politikaları” başlığı altında kamu finansmanında sağlanacak iyileşme çerçevesinde eğitim, sağlık, Ar-Ge ve sosyal nitelikli harcamaların GSMH içindeki payı artırılarak, toplumun yaşam kalitesinin yükseltilmesi, insani sermayenin niteliklerinin geliştirilmesi, gelir dağılımının iyileştirilmesi, yoksullukla mücadele ve bölgesel gelişmişlik farkının azaltılması konularında iyileştirmeler sağlanması hedeflenmektedir. “Sağlık” başlığı altında ise yaşam kalitesi, yaşam süresinin uzatılması ve toplumun genel sağlık düzeyinin herkesi kapsayacak şekilde yükseltilmesi hedeflerinde ele alınmaktadır (Tekeli İ ve ark 2002).

Günümüzde yaşam kalitesi kavramının yaygınlaşmasının, devlet ve sivil toplum kuruluşlarının söylemlerinde yer alması, merkezi ve yerel yönetimlerin bir amacı haline gelmesinin en önemli nedenlerinden birisi de insan hakları konusunda yaşanan gelişmelerdir. Her ne kadar Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararlarında yaşam hakkı keyfi öldürmelere

karşı koruyucu sınırlı bir kapsamda alınsa da, bu hakkın kavramsal olarak çok genişlediği, onurlu bir yaşam hakkı haline geldiği görülmektedir (Tekeli İ ve ark 2002).

2.9 Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler ve Hemşirelik

Hemşirelerin sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerine yönelik yaptıkları araştırmalarda daha çok sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmetine ekonomik yönden ulaşılabilirlikte yaşanan eşitsizliklere odaklandıkları görülmektedir (Mark ve Mick 2005). Hemşireler sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin toplum üzerine olan etkisini de yaş, cinsiyet ve etnik farklılığı olan gruplar üzerinden değerlendirmektedirler (Covalesky 2005). Uluslar arası hemşirelik konseyinin (ICN) sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerine bakış açısı daha çok yoksul sağlığı ve yoksulların durumunun düzeltilmesine odaklanmıştır. ICN 2004 yılında Dünya Hemşireler Günü için ana temayı “Hemşireler: yoksullarla birlikte yoksulluğa karşı çalışıyor” (Nurses: Working With The Poor; Against Poverty) olarak belirlemiştir. ICN tarafından hemşireler, yoksulluğu ve yoksulluğun etkilerini en iyi tanımlayabilecek, yoksul halkın savunuculuğunu en iyi yapabilecek ve yoksulluğun ortadan kaldırılması için en uygulanabilir çözümleri bulabilecek konumdaki sağlık personeli olarak tanımlanmıştır. ICN yoksul ve sağlıksız toplumlara ideal sağlık hizmeti götürülünce yoksul ama sağlıklı toplum elde edilemeyeceği gerçeğini vurgulayarak; hemşirelerin tüm sektörlerin gündemine yoksulluğun yerleştirilmesine rehberlik etmesini ve ülkede sosyal politikaların oluşturulmasında harekete geçirici güç olmaları gerektiği belirtilmiştir (ICN 2004).

Hemşireler sağlık hizmetinde etkinliği ve sağlık hizmetinin gereksinimi olanlara ulaşmasını sağlamak için toplumdaki risk gruplarını tanımlamıştır. Biyolojik, genetik, davranışsal ve çevresel riskler nedeniyle ortaya çıkan risk gruplarının yanında düşük sosyoekonomik statünün bir risk faktörü olması nedeniyle yoksullar da risk grubu olarak belirlenmişlerdir. Yoksulların özellikle sosyal devlet anlayışı olmayan toplumlar için hemşirelerin hizmette önceliği vermesi gerektiği risk grubu olduğu vurgulanmaktadır. Yoksulluğun değiştirilebilir bir faktör olması ve yoksulluğun hastalık ve mortalite üzerindeki ciddi etkileri de göz önüne alınırsa halk sağlığı hemşireleri için önemli bir risk grubu olduğu söylenebilir (Allender , Spradley 2001). Halk sağlığı hemşirelerinin; —Hizmet ettiği bölgedeki yoksulların belirlenmesi ve izlenmesinde,

- Yoksulların sağlık hizmetine ulaşmasını ve eldeki kaynakları uygun kullanmasını sağlamada rehberlik ve danışmanlık hizmeti vermede,
- Toplumun ve diğer sağlık personelinin yoksullara karşı duyarlılıklarının artırılmasında rehberlik etmede,
- Yoksulların bağışıklama, antenatal bakım alma gibi koruyucu hizmetleri sunmada,
- Yoksullara yönelik istismar ve şiddetin önlenmesinde ve
- Sosyal politikaların oluşturulmasında sorumluluklar vardır (Koştu 2005).

Özellikle halk sağlığı hemşirelerinin bir sağlık sorunu olarak yaşanan eşitsizlikler ve bu eşitsizlikleri ortaya çıkaran faktörlerin farkında olması gerekmektedir. Hizmet ettikleri bölgede sağlığı koruma, sağlığı geliştirme ve insan haklarının bir uygulayıcısı olan hemşirelerin toplumsal eşitsizliklerle daha çok ilgilenmesi ve politik gücünü kullanması gerekmektedir.

3.MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırmanın Tipi

Konya kent merkezinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikleri, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve yaşam kalitesi kapsamında değerlendirmek ve sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlığı geliştirme üzerine etkisini göstermek amacıyla yönelik olan araştırma kesitsel türdedir.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma farklı sosyoekonomik özelliklere sahip iki bölgede yapıldı. Bu bölgeler Konya merkez Meram ilçesi 10 Nolu Merkez Sağlık Ocağı hizmet bölgesindeki Havzan Mahallesi ve Konya merkez Karatay ilçesi 3 Nolu Merkez Sağlık Ocağı hizmet bölgesindeki Çimenlik Mahallesi'dir. Konya ili üç merkez ilçeden (Selçuklu, Karatay, Meram) oluşmaktadır. 2000 yılı nüfus sayımına göre (DİE 2003) Karatay ilçesinin ilçe merkez nüfusu 183.985 kişi; Meram ilçesinin ilçe merkez nüfusu ise 241.258 kişi'dir. 2005 yılı ETF kayıtlarına göre Havzan Mahallesi nüfusu 11 334 kişi, Çimenlik Mahallesi ise 1 752 kişidir. Araştırma için bu mahallelerin seçilmesinin iki nedeni vardır. Birincisi bu mahallelere sağlık ocağı tarafından ev ziyaretlerinin düzenli olarak yapılması ve kayıtların düzenli olmasıdır. Diğer nedeni ise iki bölgenin farklı sosyoekonomik düzeylere sahip olmasıdır. Sosyoekonomik açıdan farklı iki mahallenin seçimiyle gelir, eğitim ve sınıfsal konum farklılığının net bir biçimde ortaya konulacağı varsayılmıştır.

Havzan Mahallesi kentsel özellikleri ile dikkat çeken bir mahalledir. Konutlar daha çok apartman ya da iki katlı daireler şeklindedir. Meram ve Büyükşehir Belediyelerinden elde edilen bilgiler bu mahallede bir alt yapı ve ulaşım sorunu olmadığını; bu bölge halkından da belediye hizmetlerinde yetersizlikle ilgili bir sorun bildiriminde bulunmadığı öğrenilmiştir. Valilik ve belediye kayıtlarından bu mahallede yaşayan bireylere yapılan bir ekonomik yardımın olmadığı ve bu mahalleden de bir yardım talebinin gelmediği tespit edilmiştir. Mahalle muhtarıyla yapılan görüşmede ve sağlık ocağının kayıtlarının incelenmesi sonucu bu mahallede oturan bireylerin sosyoekonomik durumlarının iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Havzan Mahallesinde göç hareketliliğinin neredeyse hiç olmadığı ancak tayin yoluyla ataması

yapılan yüksek nitelikli beyaz yakalıların bu mahalleye göç ettiği ve göç yoluyla ayrıldığı belirtilmektedir. Ayrıca Konya'da ticaretle uğraşan ve işveren konumdaki bireylerin ikamet ettiği müsiad evleri de (18–65 yaş arası 311 birey bu evlerde ikamet etmektedir) Havzan mahallesinde bulunmaktadır.

Çimenlik Mahallesi halkın çoğunluğu sosyoekonomik yönden orta ve alt seviyede olup; yerleşim şekli olarak da tek katlı ve bahçeli evler ağırlıktadır. Çimenlik Mahallesi içinde bulunduğu 3 nolu Sağlık Ocağı Bölgesi kentleşmeye çalışan bir köy görünümündedir. Eğitim ve ekonomik düzey çok düşüktür. Halkın başlıca sağlık güvencesi yeşil karttır (Sağlık Ocağı Faaliyet Raporu 2005). Bölgede etnik yapı olarak üç farklı kültür yer almaktadır. Türkler, Romanlar ve Kürtler olmak üzere. Bu mahalle köyden kente göç edenlerin ilk yerleşim yeri olma özelliği göstermektedir. Belediye ve valiliğin en çok yardım ettiği ve bireysel yardım talebinin geldiği bir bölgedir. Çimenlik Mahallesi Muhtarlığının kayıtlarına göre; Çimenlik Mahallesi yaşayan ailelerin % 55'i geniş ailedir. Aile reislerinin % 85'i ilkokul mezunu, % 15'i işsizdir. Çimenlik Mahallesi ailelerin % 30'u kaymakamlık, belediye ve valilikten yardım almaktadır. Tablo 3.2.1'de görüldüğü gibi iki bölgenin hanedeki kişi sayısı, sağlık güvencesi ve eğitim durumları Çimenlik Mahallesi dezavantajlı olacak şekilde farklıdır.

Tablo 3.1 Çimenlik (3 nolu) ve Havzan Mahallelerinin (10 nolu) Bağlı Olduğu Sağlık Ocağı Bölgelerine Ait Bazı Tanıtıcı Bilgiler

	3 nolu Sağlık Ocağı Bölgesi	10 nolu Sağlık Ocağı Bölgesi
Nüfus (kişi)	23 252	50 453
Nüfus Artış Hızı (%)	30.1	35.2
Hane başına Düşen Ortalama Nüfus (kişi)	4.7	3.5
Sağlık Güvencesi Dağılımı (%)		
Sağlık Güvencesi Olmayan	24.5	13.0
Yeşil Kart	29.4	1.2
SSK	26	30.9
Bağ kur	12.2	27.5
Emekli Sandığı	7.9	26.4
Özel Sigorta	0	0.09
Nüfusun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı* (%)		
Okur-yazar olmayan	10.4	2.7
Okur-yazar	12.5	9.5
İlkokul Mezunu	60.3	37.8
Ortaokul Mezunu	5.9	11.2
Lise Mezunu	9.1	23.8
Üniversite ve Üstü Eğitim	1.4	15.0

3.3 Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Konya merkez Meram İlçesi Havzan Mahallesiinde yaşayan ve 18–65 yaş arasında olan 2384 kişi, Konya merkez Karatay ilçesi Çimenlik mahallesinde yaşayan ve 18–65 yaş arasında olan 936 kişi oluşturmuştur. Ancak araştırmada kullanılan veri toplama formlarının özelliği dikkate alınarak Çimenlik Mahallesinden okur-yazar olmayan 118 kişi araştırma evreni dışında tutulmuştur* (2005 ETF kayıtları). Araştırma evrenini Havzan Mahallesinden 2384, Çimenlik Mahallesinden 818 olmak üzere toplam 3202 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın örneğini Havzan ve Çimenlik Mahallesinden sistematik basit rasgele örnekleme yöntemi ile seçilen 18–65 yaş arası, okur-yazar ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadın ve erkekler oluşturmuştur.

*Havzan Mahallesinde okuryazar olmayan birey saptanmamıştır.

3.4. Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi

Örnek büyüklüğünü belirlemede Rosner (1995) tarafından sağlıkla ilgili çalışmalarda kullanılabileceği referans edilen iki bağımsız grup arasında yapılan araştırmalarda örneklem büyüklüğünün saptanması için yararlanılan formül kullanılmıştır. Bilinen parametreler, % 95 güven düzeyi , % 10'lik standart sapma, % 90'lık güç dikkate alınarak hesaplanmıştır.

Bu formülün hesaplanmasında işçilerin sağlık davranışlarının incelendiği bir çalışmada (Esin 1997) bildirilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları kullanılmıştır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin kullanıldığı araştırmaların bağımsız değişkenleri bu çalışmadan çok farklı olduğu için örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği kullanılmıştır. Esin (1997)'in çalışmasında eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan şefler 126.3 ± 20.4 puan alırken; işçiler 119.7 ± 19.71 puan almıştır. Her iki grup arasındaki ortalama puanın standart sapması 4.6 (≈ 5)'dir. Sosyoekonomik sağlık eşitsizlikleri ile ilgili yapılan araştırmalarda, örneklem grubunun büyüklüğünün geçerlilik için önemli bir ölçüt kabul edilmesi nedeniyle bu araştırmada standart sapma % 10 olarak kabul edilmiştir (Belek 1998). Bu değerler göz önüne alınarak yapılan hesaplamada her grup için örnek büyüklüğü 50 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada sınıfsal konum mavi yakalılar, beyaz yakalılar, kendi hesabına çalışanlar ve burjuvalar olmak üzere dört grupta temsil edildiğinden her bölge için örnek büyüklüğü (50*4) 200 kişi kabul edildi Araştırma iki ayrı yerleşim yerinde yürütüldüğünden toplam 400 kişi araştırma örneğini oluşturmaktadır.

3.5 Örnek Seçimi

Örnek seçiminde sistematik basit rasgele örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Havzan ve Çimenlik Mahallelerinde bulunan sokaklar için ayrı ayrı 18–65 yaş arası nüfus tespiti yapıldıktan sonra sokaklar birey sayıları birbirine yakın olacak şekilde birleştirilerek Havzan Mahallesi on, Çimenlik Mahallesi sekiz gruba ayrılmıştır (Tablo 3.2). Havzan Mahallesi için her gruptan 20, Çimenlik Mahallesi için ise her gruptan 25 birey araştırma örneğine alınmıştır. Havzan mahallesi için her gruptan ilk haneden sonra on hane atlanarak; Çimenlik Mahallesinde ise her kümede ilk haneden sonra altı hane atlanarak görüşülen kişiler örneği oluşturmuştur. Her haneden 18–65 yaş arası olan ve okuma- yazma bilen tek birey örneğe dahil edilerek sınıfsal konum için çeşitlilik artırılmaya çalışılmıştır.

Tablo3.2 Örnek Seçiminde Oluşturulan Gruplardaki Kişi Sayılarının Dağılımı

Havzan Mahallesi		Çimenlik Mahallesi	
Gruplar	Birey Sayısı	Gruplar	Birey Sayısı
1	230	1	109
2	242	2	106
3	225	3	95
4	250	4	108
5	237	5	98
6	212	6	92
7	260	7	98
8	240	8	112
9	236		
10	252		
Toplam	2 384		818

3.6 Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Veriler araştırmacı tarafından ev ziyaretleri ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Bireylerin sosyoekonomik durumlarını değerlendirmek için EK 1’de yer alan bilgi formu kullanılmıştır. Bireylerin sağlığı geliştirme aktivitelerini değerlendirmek amacı ile EK 2’de verilmiş olan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği”, yaşam kalitesini değerlendirmek için EK 3’de verilen “Kısa Form 36 (SF 36)” kullanılmıştır.

3.6.1 Sosyoekonomik Bilgi Formu:

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı (Belek 1998, DİE 2004, Esin 1997, Erengin ve Dedeoğlu 1998a) oluşturulmuş olan bilgi formu bireye özgü tanımlayıcı bilgileri ve bireyin hanesine bağlı olarak sosyoekonomik durumunu değerlendirmeye yönelik bazı bilgileri içermektedir.

Bilgi formunda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, doğum yeri ve yaşamının 2/3'ünü geçirdiği yer bireye özgü tanımlayıcı bilgileri verirken; sosyoekonomik durumu tanımlamak için kullanılan sağlık güvencesi, konut mülkiyeti, dayanıklı tüketim mallarının sahiplik durumu (telefon, buzdolabı, çamaşır makinesi, araba, bilgisayar), aylık gelir, sınıfsal konum ve algılanan ekonomik durum bilgileri yer almaktadır

Bilgi formunda sınıfsal konumun tespiti için “hane reisinin mesleği, eğitim durumu ve hane reisinin işteki konumu” olmak üzere üç soru sorulmuştur. Bu sorulara verilen cevapların değerlendirilmesi ile “mavi yakalılar, beyaz yakalılar, kendi hesabına çalışanlar ve burjuvalar” olmak üzere dört sınıfsal konum tespit edilmiştir (Boratav 1995, Belek 1998) . hane reisinin sınıfsal konumu, hane üyelerinin sınıfsal konumu olarak kabul edilmiştir.

1. Mavi yakalılar: İşsizler, ara sıra iş bulup çalışanlar daha çok kol emeğini kullanan işçi-emekçiler ve eğitilmiş olup, maddi üretim yapmayan, hizmet işi görenler (temizlikçiler, büro sekreterleri) bu sınıfa dahil edilmiştir.
2. Beyaz Yakalılar: Lise ve yüksek okul düzeyinde eğitilmiş olan, kafa emeğine dayalı iş yapan kendi başına iş kurma olanağı bulunmayan mesleklere sahip olanlar (öğretmen, polis, hemşire, vb) ve fakülte eğitilmiş olan, kafa emeğine dayalı iş yapan ve kendi başına iş kurma olanağı olan meslekler (hekim, avukat, mühendis) bu sınıfta değerlendirilmiştir.
3. Kendi hesabına çalışanlar: Kendi işine sahip olup, başkasını çalıştırmayanlar bu sınıfta değerlendirilmiştir.
4. Burjuvalar: Kendi işine sahip olup yanında 1–2 birey çalıştıranlar: küçük burjuvalar. Kendi işine sahip olup yanında üç ve daha çok birey çalıştıranlar: orta ve büyük burjuvalar bu sınıfa dahil edilmiştir.

3.6.2 Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile) EK 2

Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilmiş olan ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçek. Pender (1987) tarafından geliştirilen “Sağlığı Geliştirme Modelini” test etmek için geliştirilmiştir. Pek çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ve çok sayıda çalışmada kullanılmış bir ölçektir (Hui 2002, Walker ve ark 1990, Bond 2002). Bu ölçeğin ülkemiz için

geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Esin (1997) tarafından yapılmıştır. Türkçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 50 birey üzerinde üç hafta arayla uygulanmış ve test- tekrar test korelasyonları değerlendirilmiştir. Ölçeğin tamamı ve alt grupları için r değerleri; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için 0.99, kendini gerçekleştirme için 0.99, sağlık sorumluluğu için 0.98, egzersiz için 0.97, beslenme 0.98, kişilerarası destek için 0.97, stres yönetimi için 0.98 olarak bulunmuştur. Güvenirlilik için madde toplam puan güvenirliliği incelenmiş her bir madde korelasyon değerleri 0.27 ile 0.55 arasında değiştiği görülmüştür. Türkçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ülkemizde kullanımı için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ülkemizde farklı araştırmalarda da kullanılmıştır (Ege ve ark.2003; Pasinlioğlu ve Gözüm 1998; Zaybak ve Fadiloğlu 2004; Zincir ve ark.2003). Bizim araştırmamızda da ölçeğin iç tutarlılığına yönelik cronbach alfa katsayıları; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için 0.88, kendini gerçekleştirme için 0.89, sağlık sorumluluğu için 0.89, egzersiz için 0.91, beslenme için 0.92, kişilerarası destek için 0.90, stres yönetimi için 0.90 olarak bulunmuştur.

Ölçek toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere altı alt grubu vardır. Her bir alt grubun puanı bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir.

1. Kendini gerçekleştirme alt grubu; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.
2. Sağlık sorumluluğu alt grubu; Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.
3. Egzersiz alt grubu; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.
4. Beslenme alt grubu; bireyin öğünlerini seçme, düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.
5. Kişilerarası destek; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.
6. Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumlu ifadeler şeklinde olup ters yönde madde bulunmamaktadır. Seçenekler 4'lü likert tipi şeklindedir. “Hiçbir zaman” yanıtı için “1”, “Bazen” yanıtı için “2”, “Sık sık” yanıtı için “3”, “Düzenli” olarak yanıtı için “4” puan verilir. Ölçekte toplamda en düşük 48 puan, en yüksek 192 puan alınabilmektedir. Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından ve puan aralığından oluşmuştur. Alt grupların madde sayıları ve puanları tablo 2’de gösterilmiştir. Ölçeğin tamamı ve alt gruplarından alınan yüksek puan olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak yorumlanmaktadır.

Tablo 3.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Madde Sayısı ve Puan Aralıkları

Alt Ölçekler	Soru Sayısı	Puan aralığı
Kendini Gerçekleştirme	13	13–52
Sağlık Sorumluluğu	10	10–40
Egzersiz	5	5–20
Beslenme	6	6–24
Kişiler arası Destek	7	7–28
Stres Yönetimi	7	7–28
Toplam	48	48–192

3.6.3 Kısa form–36 (Short Form -36) (SF–36) EK 3

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde profil ölçüt özelliğine sahip olan ve geniş açılı ölçüm olanağı sağlayan Kısa Form–36 Rand Corporation (1992) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması amaçlanmıştır (Aydemir 1999). Yaşam kalitesini değerlendirmek için en sık kullanılan profil ölçeği SF–36 ‘dır Bu ölçek, belli bir yaş ve hastalık gurubuna odaklanmaksızın sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal bileşenlerine ağırlık vererek yaşam kalitesini değerlendirir (Whang ve Shen 2003).

SF–36 farklı hasta gruplarına (örn; kardiyak hastalıklar) ya da farklı tedavi gruplarına (örn: steroid tedavisi) uygulanabildiği gibi toplum içindeki sağlıklı bireylere de uygulanılabileceği bildirilmektedir. Bu araştırmada SF-36’nın kullanılmasının önemli bir

nedeni de SF-36'nın toplumdaki sağlık değişikliklerini ölçmeye duyarlı bir ölçek olduğunun bildirilmesidir (Hemingway ve ark 1997). SF-36'nın bu özelliğiyle aynı toplumun belli aralıklarla eşitsizlik açısından izlenilmesine olanak tanıyacağı düşünölmüştür.

Birçok ölkede geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan SF-36'nın (Whang ve Shen 2003, Wagner ve ark 2003) ölkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları osteoartriti olan 50 ve kronik bel ağrısı olan 50 hasta üzerinde 1997 yılında yapılmıştır. Güvenirlilik için ölçeğin iç tutarlılığı incelenmiş her bir alt ölçek için Cronbach alfa kat sayıları 0,7324–0,7612 arasında bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyonları ise 0,4712–0,8872 arasında hesaplanmıştır. Geçerlilik çalışmasında benzer ölçekle karşılaşma yönteminden yararlanılarak yapı geçerlilik incelenmiştir. Bu amaçla SF-36 ve Nottingham Sağlık Profili (NSP) ölçümleri kullanılmıştır. SF-36 ile NSP (Nottingham Sağlık Profili)'nin multitrait-multimedhot matriks korelasyonları incelenmiş ve her iki ölçeğin benzeşen alt ölçekleri arasında korelasyon kat sayıları benzeşmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak SF-36'nın Türkiye'de kullanım için geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır (Koçyiğit ve ark 1999; Aydemir 1999). Bizim araştırmada da ölçeğin iç tutarlılığına yönelik cronbach alfa katsayıları 0.88 ile 0.94 arasında bulundu.

SF-36 ölçeği 36 maddeden oluşmaktadır ve fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları mental sağlık enerji / vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanması olmak üzere sağlığın sekiz boyutunun ölçümünü sağlamaktadır (Aydemir1999).

Tablo 3.4 SF–36 Değerlendirme Yönergesi

Paremetreler		İlgili Şıklar	En Düşük Ham Puan	Olası Ham Puan
Fiziksel	Fiziksel Fonksiyon	$3(a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)$	10	20
Sağlık	Fiziksel Rol	$4(a+b+c+d)$	4	4
Bileşenleri	Ağrı	7+8	2	10
	Genel Sağlık Algısı	$1+11(a+b+c+d)$	5	20
Mental	Canlılık	$9(a+e+g+i)$	4	20
Sağlık	Sosyal Fonksiyon	6+10	2	8
Bileşenleri	Emosyonel Rol	$5(a+b+c)$	3	3
	Mental Sağlık	$9(b+c+d+f+g)$	5	25

Puan hesaplaması: Elde edilen puan – en düşük ham puan / olası ham puan * 100

SF–36 yaşam kalitesi ölçeği için toplam bir puan elde etmek mümkün değildir. Her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde edilmektedir. Bunun yerine SF–36 ölçeğinde sağlığın fiziksel ve mental bileşenleri için özet puanlar elde edilebilmektedir. SF–36 sağlık durumunun hem olumlu hem olumsuz yönlerini değerlendirmektedir. Alt ölçeklerden en düşük “0” en yüksek “100” puan alınmaktadır ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir (Aydemir 1999).

Tablo 3.5 SF-36'nın alt ölçeklerinin puanlanmasının anlamlandırılması

Alt Ölçekler	Düşük puan	Yüksek puan
Fiziksel fonksiyon	Yıkanma ve giyinmede dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Rol kısıtlılıkları (fiziksel olarak)	Fiziksel sağlığın bozulmasıyla işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı toplumsal etkinlikleri kesinti olmaksızın yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Mental sağlık	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin , mutlu ve rahat hissetme
Rol kısıtlılıkları	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Canlılık	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sağlığın genel algılanması	Sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma

Kaynak: Aydemir (1999) Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36, 3-P dergisi (7) 14-22

3.7 Ön Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü mahalleler dışındaki bir mahallede muhtar kayıtlarından seçilen 20 bireye ev ortamında yüz yüze görüşülerek araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Bu uygulama sonucunda bilgi formunda bazı ifadeler değiştirilmiştir. Veri toplama formlarının doldurulmasının en fazla 15 – 20 dk sürdüğü gözlemlenmiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Veriler 01 Mart- 31 Nisan 2006 tarihleri arasında araştırmacı tarafından ev ziyaretleri ile bireylerle tek tek görüşülerek toplanmıştır. Gruplara ayrılan araştırma bölgelerinde her grupta ilk hanedeki 18–65 yaş arası, okuryazar ve araştırmaya katılmayı kabul eden yalnızca bir kişi ile görüşüldükten sonra Havzan Mahallesi için on, Çimenlik Mahallesi için altı hane atlanarak veri toplama işlemi sürdürülmüştür. Her grupta Havzan için yirmi, Çimenlik Mahallesi için yirmi beş bireyin araştırmaya katılımı sağlanarak tüm mahallelerden örnek için belirlenen sayıda bireye ulaşılan kadar veri toplama işlemine devam edilmiştir. Veri toplama işlemi akşam saat 17.00'den sonra yapılmış, böylece araştırma örneğinin daha çok ev hanımı ve işsizlerden oluşması sonucu ortaya çıkabilecek yan tutmalar önlenmeye çalışılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen birey olmamış ve araştırma sırasında evde bulunamayan hanelere düzenlenen tekrarlı ziyaretlerle ulaşılmıştır.

3.9 Değişkenler

Araştırmada bireyler arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi farklılıkları temel alınarak sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliğe yol açabilecek değişkenler incelenmiştir. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliği göstermek için planlanan bu araştırmada bireylerin sosyoekonomik durumları bağımsız değişken olarak bunun yanı sıra yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları bağımlı değişken olarak incelenmiştir.

3.9.1 Sosyoekonomik sağlık eşitsizliğiyle ilişkili bağımsız değişkenler:

- Yaş
- Cinsiyet,
- Eğitim durumu,
- Medeni durum,
- Doğum yeri,
- Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer,

- Konut mülkiyeti
- Yaşanılan konuttaki oda sayısı
- Hanedeki birey sayısı
- Sürekli aylık gelir miktarı
- Algılanan ekonomik durum
- Sağlık güvencesi,
- Hane reisinin üretim sürecindeki durumu göz önüne alınarak hanenin sınıfsal konumu,
- Yaşanılan mahalle

3.9.2 Sosyoekonomik sağlık eşitsizliğiyle ilgili bağımlı değişkenler

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği:

- Kendini gerçekleştirme
- Sağlık sorumluluğu
- Egzersiz
- Beslenme
- Kişilerarası destek
- Stres yönetimi ve
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı

Yaşam Kalitesi Ölçeği

- | | | |
|-----------------------|---|--------------------------|
| • Fiziksel fonksiyon | } | Fiziksel Sağlık Bileşeni |
| • Fiziksel rol | | |
| • Ağrı | | |
| • Genel sağlık algısı | | |
| • Canlılık | } | Mental Sağlık Bileşeni |
| • Sosyal rol | | |
| • Sosyal fonksiyon | | |
| • Mental sağlık | | |

3.10 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada her bir birey için elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak veri denetlemesi yapıldı ve hatalı girilen veriler anket formuna göre düzeltildi. Araştırmanın

istatistiksel analizleri SPSS 10.0 paket programında yapılmıştır. Bu araştırmada ortalama değer, t testi, tek yönlü varyans analizi(anavo) ile Tukey HSD testi, kıkare testi; varyansları homojen olmayan gruplar için Kruskall Wallis ile Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U önemlilik testi yapıldı. Bağımsız değişkenlerin etkilerinin incelenmesinde çoklu regresyon analizleri uygulandı. (p= 0.05 kabul edildi. Bonferroni düzeltmeli MW-U için bağımsız değişken sayısına göre p değeri tespit edildi.)

3.11 Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırmada sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliğin gösterilmesi sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği verileri ve yaşam kalitesi ölçeği verileriyle sınırlıdır.
2. Araştırmada kullanılan ölçeklerin özelliğinden dolayı araştırmaya okur-yazar olamayanların dahil edilmemesi sosyoekonomik eşitsizliklerin değerlendirilmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

3.12 Araştırmanın Amacı ve Hipotezler

Bu araştırma Konya kent merkezinde sağlıkta yaşanan sosyoekonomik eşitsizlikleri bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve yaşam kalitesi kapsamında değerlendirmek ve sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlığı geliştirme üzerine etkisini göstermek amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmanın üç ana ve iki alt hipotezi bulunmaktadır.

1. Çimenlik ve Havzan Mahalleleri arasında Çimenlik Mahallesi aleyhine sosyoekonomik eşitsizlik vardır.
- 2.Sosyoekonomik durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki vardır.
- 2.1.Sosyoekonomik düzeyi düşük olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha olumsuz düzeydedir.
3. Sosyoekonomik durum ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır
- 3.1 Sosyoekonomik düzeyi düşük olanların yaşam kalitesi daha olumsuz düzeydedir.

3.13 Araştırmanın Varsayımları

1. Örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılacaktır.
2. Araştırma yürütülürken bilgilerine başvuru uzman kişilerin görüşlerinin yeterli olduğu varsayılmıştır.

3.14 Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yürütülmesi için Konya Sağlık İl Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. (Ek-4) Araştırmaya katılan bireylere onam formu okunarak sözlü onamları alınmıştır.

3.14.1 Onam Formu

Bu araştırmada sosyoekonomik sağlık eşitsizlikleri bireylerin yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kapsamında incelenecektir. Bu amaçla iki ölçek ve bir anket formu uygulanacaktır. Sosyoekonomik sağlık eşitsizliklerini etkileyen faktörleri ortaya çıkarabilmek için soruları samimi yanıtlamanız gerekmektedir. Vereceğiniz cevaplar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ve hiçbir neden göstermeksizin, istediğiniz zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Teşekkürler...

Gönüllünün Adı – Soyadı (Katılımcıların sözlü onamları alınmıştır).

4.BULGULAR

Konya kent merkezinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmada araştırma grubuna ait tanımlayıcı bilgiler ve araştırma amaçlarına ilişkin bulgular iki ana başlık altında sunulmuştur. Bu bölümlerde;

1.Araştırma grubundaki katılımcılara ve araştırma bölgelerine ait tanımlayıcı bulgular

1.1 Araştırma grubundaki katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular

1.2 Araştırma bölgelerine ait tanımlayıcı bulgular

2..Sosyodemografik ve sosyoekonomik bulguların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bulgular yer almaktadır.

4.1. Araştırma Grubundaki Katılımcılara ve Araştırma Bölgelerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1 Araştırma grubundaki katılımcılara ait tanımlayıcı bulgular

Bu bölümde araştırma grubundaki bireylerin bazı sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerine aittanımlayıcı bulgular yer almaktadır.

Çalışma kapsamına alınan 400 bireyin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı tablo 4.1.1'de yer almaktadır. Bireylerin % 33.0'ı 18 – 29 yaş grubunda, % 32.5'i 30–41 yaş grubunda yer almaktadır. % 60.7'si kadın, % 71.0'ı evli, % 44.0'ı lise mezunu, % 55.7'sinin doğum yeri il ve % 74.3'ünün yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yer ildir. Bunun yanı sıra araştırma kapsamına alınan bireylerin % 54.7'sinin kiracı olduğu, % 66.7'sinin 4–7 odalı bir evde oturduğu, % 65.5'inin 2–4 kişilik bir ailede yaşadığı, çoğunluğunun telefon (% 99.2), buzdolabı (% 91.3) ve çamaşır makinesi (% 84.3) sahibi olduğu, araba (% 57.7) ve bilgisayar (% 40.5) sahibi olanların ise daha az sayıda olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1.1 Bireylerin bazı sosyo-demografik ve yaşanılan konutun özelliklerine göre dağılımları

Yaş Grupları	Sayı	(%)
18–29	132	33.0
30–41	130	32.5
42–53	96	24.0
54–65	42	10.5
Cinsiyet		
Erkek	157	39.3
Kadın	243	60.7
Eğitim Durumu		
İlkokul mezunu	148	37.0
Lise mezunu	175	44.0
Yüksekokul ve üstü eğitim	77	19.0
Medeni Durum		
Evli	284	71.0
Bekar	74	18.5
Dul	42	10.5
Doğum Yeri		
Köy	66	16.5
ilçe	111	27.8
İl	223	55.7
Yaşamın 2/3 geçirilen yer		
Köy	29	7.2
İlçe	74	18.5
İl	297	74.3
Konut Mülkiyeti		
Ev sahibi	181	45.3
Kiracı	219	54.7
Oda Sayısı		
2–3 odalı	133	33.3
4–7 odalı	267	66.7
Hanedeki Birey Sayısı		
2–4 kişi	262	65.5
5–7 kişi	138	34.5
Dayanıklı Tüketim Mallarına Sahiplik Durumu		
Telefon var	397	99.2
Buzdolabı var	365	91.3
Çamaşır makinesi var	337	84.3
Araba var	231	57.7
Bilgisayar var	162	40,5
Toplam	400	100.0

Tablo 4.1.1.b Bireylerin sürekli aylık gelirler, algılanan ekonomik durum, sağlık güvencesi ve ilk başvuru yapılan sağlık kurumuna göre dağılımı

Aylık Gelir (YTL)	Sayı	(%)
0 – 450	77	19.3
451 – 900	134	33.5
901 – 1350	85	21.2
1351 +	104	26.0
Algılanan Ekonomik Durum		
Kötü	110	27.5
Orta	202	50.5
İyi	88	22.0
Sağlık Güvence Durumu		
Sağlık güvencesi yok	31	7.8
Sağlık güvencesi var	369	92.2
İlk Başvuru Yapılan Kurum		
Sağlık Ocağı	131	32.7
Devlet Hastanesi	158	39.5
Üniversite Hastanesi	28	7.0
Özel Muay.ve Hastaneler	71	17.8
Sağ. Per.Dışındaki Kişiler	12	3.0
Toplam	400	100.0

Tablo 4.1.1.b sürekli aylık gelir miktarlarına göre hanelerin % 33.5'inin aylık geliri 451–900 YTL arasında olduğu görülmektedir. Aylık geliri asgari ücretin altında (0–450 YTL) olan hanenin oranının % 19.3 olduğu saptandı. Algılanan ekonomik duruma göre araştırmaya katılan bireylerin % 27.5 ekonomik durumunu kötü, % 50.5 ekonomik durumunu orta ve % 22.0'ı ekonomik durumunu iyi olarak nitelendirmiştir. Bunun yanında % 92.2'sinin sağlık güvencesi olduğu, % 32.7'sinin Sağlık Ocağını ve % 39.5'nin Devlet Hastanesini sağlık sorunlarında ilk başvuru yapılan sağlık kurumu olarak tercih ettiği görülmektedir.

Tablo 4.1..2 Hane reisinin üretim sürecindeki konumuna göre bireylerin sınıfsal konumlarının dağılımı

Sınıfsal konum	Sayı	(%)
Mavi Yakalılar	122	30.5
Beyaz Yakalılar	100	25.0
Kendi Hesabına Çalışanlar	84	21.0
Burjuvalar	94	23.5
Toplam	400	100.0

Bireylerin sınıfsal konum dağılımı incelendiğinde sırasıyla; % 30.5'inin mavi yakalı, % 25.0'inin beyaz yakalı, % 23.5'inin burjuva, % 21.0'inin kendi hesabına çalışanlar sınıfında yer aldığı görülmektedir (Tablo 4.1..2).

4.1.2 Araştırma Bölgelerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde araştırmanın yürütüldüğü bölgelerdeki bireylerin sosyoekonomik eşitsizliklerle ilişkili bazı sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerine ait tanıtıcı bulgular yönünden karşılaştırılmaları yer almaktadır.

Tablo 4.1.3 Araştırma bölgelerinin bazı sosyodemografik özellikleri yönünden karşılaştırılması

	HAVZAN Sayı (%)	ÇİMENLİK Sayı (%)
Yaş		
18–29	53 (26.5)	79 (39.5)
30–41	71 (35.5)	59 (29.5)
42–53	53 (26.5)	43 (21.5)
54–65	23 (11.5)	19 (9.5)
X²= 7.65 sd= 3 p= 0.054		
Cinsiyet		
Erkek	90 (45.0)	79 (39.5)
Kadın	110 (55.0)	121 (60.5)
X²= 7.631 sd= 3 p= 0.09		
Medeni Durum		
Evli	136 (68.0)	148 (74.0)
Bekar	41 (20.5)	33 (16.5)
Dul	23 (11.5)	19 (9.5)
X²= 1.7 sd= 2 p= 0.416		
Eğitim Durumu		
İlkokul mez	39 (19.5)	109 (54.5)
Lise mez.	112 (56.0)	63 (31.5)
Yüksekokul ve üstü eğ.	49 (24.5)	28 (14.0)
X²= 52.5 sd= 2 p= 0.000		
Doğum Yeri		
Köy	25 (12.5)	41 (20.5)
İlçe	52 (26.0)	59 (29.5)
İl	123 (61.5)	100 (50.0)
X²=6.69 sd= 2 p= 0.035		
Yaşamım 2/3'ünün Geçirildiği Yer		
Köy	5 (2.5)	24 (12.0)
İlçe	34 (17.0)	40 (2.0)
İl	161 (80.5)	136 (68.0)
X²= 15.03 sd= 2 p= 0.001		
Toplam	200 (100.0)	200 (100.0)

Araştırmanın yürütüldüğü mahallelerin cinsiyet, yaş ve medeni durum dağılımları arasında istatistiksel fark yoktur, mahallelerin cinsiyet ($p=0.09$), yaş ($p=0.054$) ve medeni durum ($p=0.41$) dağılımı birbirine benzemektedir. Çimenlik Mahallesi'nin % 54.5'i ilköğretim mezunu olduğu; Havzan Mahallesi'nin % 56.0'ı lise ve % 24.5'i yükseköğretim ve üstü eğitim aldığı ve mahallelerin eğitim durumu yönünden istatistiksel olarak Çimenlik Mahallesi'nin aleyhine olacak şekilde farklı olduğu saptandı ($p<0.05$). Araştırma bölgelerinde yaşayan bireylerin doğum yeri karşılaştırıldığında mahalleler arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Doğum yeri köy olanların oranı Çimenlik Mahallesi'nde (% 20.5) daha yüksek olduğu saptandı. Yaşantısının çoğunluğunu geçirdiği yere göre mahalleler karşılaştırıldığında benzer bir sonuç elde edildi. Yaşantısının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer köy olanların Çimenlik Mahallesi'nde % 12.0 oranında, Havzan Mahallesi'nde ise % 2.5 oranında bulunduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4 Araştırma bölgelerinin bazı konut özellikleri yönünden karşılaştırılması

	HAVZAN Sayı (%)	ÇİMENLİK Sayı (%)
Konut Mülkiyeti		
Ev Sahibi	96 (48.0)	85 (42.5)
Kiracı	104 (52.0)	115 (57.5)
X²= 1.22 sd= 1 p= 0.269		
Hanedeki birey sayısı		
2-4 kişi	153 (74.5)	88 (44.0)
5-7 kişi	47 (23.5)	91 (56.0)
X²= 6.04 sd= 1 p= 0.010		
Oda Sayısı		
2 -3	54 (27.0)	79 (39.5)
4 -7	146 (73.0)	121 (60.5)
X²= 7.04 sd= 1 p= 0.008		
Dayanıklı Tüketim Mallarına Sahip Olma Durumu		
Araba		
Var	142 (71.0)	89 (44.5)
Yok	58 (29.0)	111 (55.5)
X²= 28.78 sd= 1 p= 0.000		
Bilgisayar		
Var	113 (56.5)	49 (24.5)
Yok	87 (43.5)	151 (75.5)
X²= 42.49 sd= 1 p= 0.000		
Çamaşır Makinesi		
Var	182 (54.0)	155 (77.5)
Yok	18 (28.6)	45 (22.5)
X²= 13.73 sd= 1 p= 0.000		
Buzdolabı		
Var	190 (52.1)	175 (87.5)
Yok	10 (28.6)	25 (12.5)
X²= 7.045 sd= 1 p= 0.008		
Telefon		
Var	195 (50.1)	194 (97.0)
Yok	5 (0.46)	6 (3.0)
X²= 0.339 sd= 1 p= 0.562		
Toplam	200 (100.0)	200 (100.0)

Havzan Mahallesi'nde yaşayanların % 48.0'ı ev sahibi iken; Çimenlik Mahallesi'nde yaşayanların % 42.5'inin ev sahibi olduğu bulundu ve araştırma bölgelerinin konut mülkiyeti yönünden farklı olmadığı saptandı (p>0.05). Hanedeki birey sayısı 2-4 kişi olanlar Havzan Mahallesi'nin % 74.5'ini oluştururken, Çimenlik Mahallesi'nin % 56.0'ını hanedeki birey

sayısı 5 – 7 kişi olanlar oluşturmaktadır ve fark istatistiksel olarak önemlidir ($p < 0.05$). Mahalleler yaşanılan konutun oda sayısı yönünden incelendiğinde 2–3 odalı evde oturanlar imenlik Mahallesinde % 39.5 oranında ve Havzan Mahallesi'nde 4–7 odalı evde oturanların % 73.0 oranında olduğu görüldü. Dayanıklı tüketim mallarına sahip olma durumu incelendiğinde; mahallelerin telefon sahipliği bakımından farklı olmadığı belirlendi ($p > 0.56$). Buzdolabı, araba, bilgisayar ve çamaşır makinesi sahipliği bakımından mahalleler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Havzan Mahallesinde yaşayanlar bazı konut özellikleri ve dayanıklı tüketim mallarına sahiplik bakımından daha olumlu özelliklere sahiptir (Tablo 4.1.4). Veriler daha detaylı incelendiğinde Havzan Mahallesinde yaşayan ve telefon, buzdolabı ile çamaşır makinesi gibi dayanıklı tüketim mallarına sahip olamayanların Havzan Mahallesindeki Mavi Yakalılar olduğu saptandı.

Tablo 4.1.5 Araştırma bölgelerinin sürekli aylık gelir, algılanan ekonomik durum, sağlık güvencesi ve ilk başvuru sağlık kurumu yönünden karşılaştırılması

	HAVZAN Sayı (%)	ÇİMENLİK Sayı (%)
Gelir Durumlar (YTL)		
0–450	19 (9.5)	58 (29.0)
451–900	45 (22.5)	89 (44.5)
901–1350	49 (24.5)	36 (18.0)
1351 +	87 (43.5)	17 (8.5)
X²= 83.3 sd= 3 p= 0.000		
Algılanan Ekonomik Durum		
Kötü	38 (19.0)	72 (36.0)
Orta	100 (50.0)	102 (51.0)
İyi	62 (51.0)	26 (14.0)
X²= 25.2 sd=2 p= 0.000(31.0)		
Sağlık Güvence Durumu		
Sağlık güv.yok	9 (4.5)	22 (11.0)
Yeşil kart	11 (5.5)	38 (19.0)
Emekli sandığı	48 (24.0)	35 (17.5)
SSK	69 (34.5)	62 (31.0)
Bağkur	46 (23.0)	37 (18.5)
Diğer	17 (8.5)	6 (3.0)
X²=28.96 sd =5 p=0.000		
İlk Başvurulan Kurum		
Sağlık Ocağı	38 (19.0)	105 (52.5)
Devlet Hast.	91 (45.5)	67 (33.5)
Üniversite Has.	21 (10.5)	7 (3.5)
Özel Mua.ve Hastan.	50 (25.0)	21 (10.5)
X²=55.62 sd =4 p=0.000		
Toplam	200 (100.0)	200 (100.0)

Çimenlik Mahallesiinde yaşayan ve aylık geliri asgari ücretin altında (0–450 YTL) olanların oranı % 29.0 ve aylık geliri 451–900 YTL olanların oranı ise % 44.5’dir. Havzan Mahallesiinde aylık geliri 1351 YTL’den fazla olanların % 43.5 ve aylık geliri 901–1350 YTL arasında olanların % 24.5 oranında olduğu ve mahallelerin aylık gelir yönünden farklı olduğu bulundu (p<0.05). Algılanan ekonomik durum bakımından ise Çimenlik Mahallesiinde yaşayanların % 36.0’ı ekonomik durumunu kötü algılamakta Havzan Mahallesiinde yaşayanların % 31.0’ı ekonomik durumunu iyi olarak algılamaktadır (p<0.05). Havzan Mahallesiinde yaşayanlar hem objektif hem de subjektif gelir göstergesi bakımından Çimenlik Mahallesiinden daha iyi durumdadır. Bir sağlık sorunu yaşandığı zaman ilk başvuru kurum bakımından mahalleler karşılaştırıldığında fark anlamlı bulundu (p<0.05). İlk başvuru yeri

olarak Çimenlik Mahallesiinde yaşayanların % 52.5'i sağlık ocağını ve % 33.5'i devlet hastanesini tercih etmektedir ve Havzan Mahallesiinde yaşayanların % 10.5'i üniversite hastanesini, % 25.0'ında özel muayene ve hastaneleri tercih etmektedir. İlk başvuru kurum bakımından mahalleler arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Farklılık sağlık ocağı ile özel muayene ve hastanelerin kullanımından kaynaklandığı belirlendi. Çimenlik Mahallesiinde yaşayanların % 11.0'ının sağlık güvencesi yokken; geçici bir sağlık güvencesi olan yeşil kartı olanlar % 19.0 oranında bulunmaktadır. Sağlık güvencesi SSK, Bağkur ve Emekli Sandığı olanlar her iki araştırma bölgesinde de benzer oranlarda bulunmaktadır. ($p<0.05$)

Tablo 4.1.6 Araştırma bölgelerinin bireylerin hane reisinin üretim sürecindeki konumuna göre oluşturulan sınıfsal konumu yönünden karşılaştırılması

Sınıfsal konum	HAVZAN		ÇİMENLİK	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Mavi yakalılar	28	(14.0)	94	(47.0)
Beyaz yakalılar	65	(32.5)	35	(12.5)
Kendi hesabına çalışanlar	40	(20.0)	44	(22.0)
Burjuvalar	67	(33.5)	27	(13.0)
X²=60.13 sd =3 p=0.000				
Toplam	200	(100.0)	200	(100.0)

Mahalleler sınıfsal yapı bakımından incelendiğinde (Tablo 4.1.6) Çimenlik Mahallesiinin % 47.0'ının mavi yakalılarını oluşturduğunu ve bu bölgenin sadece % 13.0'ının burjuva sınıfı olduğu görülmektedir. Havzan Mahallesiinin ise % 33.5'i burjuva ve % 32.5'i beyaz yakalılardan oluşmaktadır. Kendi hesabına çalışanların Çimenlik Mahallesiindeki (% 22.0) ve Havzan Mahallesiindeki (% 20.0) oranları birbirine çok yakındır. Mahalleler sınıfsal konum bakımından istatistiki olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Kendi hesabına çalışanlar her iki mahallede de benzer oranlarda bulunmasına rağmen araştırmanın yürütüldüğü mahallelerde sınıfsal konumu saptamak için kullanılan “hane reisinin mesleği, eğitim durumu işteki konumu ve aylık gelir” ile ilgili sorular derinlemesine incelendiğinde; Çimenlik Mahallesiinde yaşayan kendi hesabına çalışanların aylık gelirinin 430 – 660 YTL arasında değiştiği; eğitim düzeylerinin düşük ve fazla sermaye gerektirmeyen işlerde çalıştıkları görülmektedir. Havzan Mahallesiinde yaşayan kendi hesabına çalışanların aylık geliri 480–2000 YTL arasında değişmekte ve eğitim düzeyleri yüksek ve sermaye gerektiren işlerde çalıştığı belirlenmiştir.

4.2 Sosyoemografik ve sosyoekonomik bulguların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi

Bu bölümde sosyodemografik ve sosyoekonomik değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendi.

Tablo 4.2.1 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin yaş gruplarına göre puan dağılımı

Alt Ölçekler	YAŞ GRUPLARI				KW ya da F Değeri	p
	18–29 X±SD	30–41 X±SD	42–53 X±SD	54–65 X±SD		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği						
Kendini Gerçek.**	32.0±7.9	32.3±8.4	33.6±6.5	34.1±7.2	2.82	0.037
Sağlık Sorum.**	18.6±6.3	20.6±4.7	20.2±5.1	20.2±5.4	1.64	0.187
Egzersiz	8.2±3.0	9.0±3.1	9.2±2.9	9.6±2.0	12.6*	0.010
Beslenme	14.9±3.4	14.7±3.9	15.3±3.9	16.0±4.4	1.38	0.249
Stres	16.0±3.8	16.8±3.8	17.4±12.6	17.0±3.0	0.67	0.595
Kişiler. Destek**	21.9±3.3	21.2±2.9	21.5±3.0	22.1±3.2	4.58	0.004
Toplam SYBD**	114.0±20.9	116.8±18.6	117.0±17.8	119.4±20.9	20.63	0.008
Yaşam Kalitesi Ölçeği						
Fiziksel Sağlık	78.8±13.3	78.4±17.8	76.7±17.2	61.6±18.1	44.4*	0.000
Fizik. Rol Güç**	80.9±21.8	78.5±27.3	76.6±30.2	44.2±33.9	44.8*	0.000
Ağrı	76.0±22.6	71.3±26.1	69.5±27.3	40.9±33.4	35.4*	0.000
Gen. Sağ. Alg**.	65.2±17.3	61.4±18.8	56.7±20.4	45.9±19.6	31.8*	0.000
Fiz.Sağ. Özet **	74.3±13.0	72.6±19.1	73.8±19.3	48.8±22.8	26.7	0.000
Canlılık	69.7±21.7	69.4±20.0	67.6±22.1	58.1±21.0	4.12	0.006
Sosyal Fonk.**	83.4±20.2	82.2±19.5	79.7±19.6	70.1±20.9	5.01	0.002
Sos. Rol **	77.3±28.1	76.7±25.4	74.5±30.4	51.3±31.8	38.11	0.000
Mental Sağlık	67.9±19.0	67.8±18.3	65.1±21.9	53.8±21.7	6.00	0.000
Men. Sa. Özet **	73.6±18.5	75.2±17.5	72.8±19.9	59.9±21.1	7.45	0.000

*Varyansların eşitliği şartı sağlanamadığı için Kruskal Wallis analizi yapıldı.

** Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Kişilerarası Destek, Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, fiziksel rol Güçlüğü, Genel Sağlık Algısı, Fiziksel Sağlık Özet Puanı, Sosyal Fonksiyon, Sosyal Rol Güçlüğü, Mental Sağlık Özet Puanı

Tablo 4.2.1’de görüldüğü gibi yaş grupları arasında sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi bakımından fark bulunmadı ($p>0.05$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının diğer alt grupları olan kendini gerçekleştirme, kişilerarası arası destek, egzersiz ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı bakımından gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme, kişilerarası arası destek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanı için yapılan Tukey HSD analizi sonunda 54-65 yaş grubu ile 42-53 yaş grubunun birbirine benzer ve bu iki grubun diğer yaş gruplarından daha yüksek puana sahip oldukları saptandı. Egzersiz alt ölçeği için yapılan Bonferroni düzeltilmeli MW-U analizi sonrası 18-29 yaş grubunun egzersiz alt ölçeği (8.2 ± 3.0) için aldığı puanın ortalaması diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu ($p<0.0167$) ve diğer yaş gruplarının benzer olduğu saptandı ($p>0.0167$).

Yaş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.2.1) yaşam kalitesi ölçeğinde yer alan bütün alt gruplar ve ölçeğin özet puanları için fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü ve genel sağlık algısı için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U analizi sonucuna göre farklılığı oluşturan grubun 54–65 yaş grubu olduğu ve puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu belirlendi.

Ağrı alt ölçeği için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U analizine göre fark bütün yaş gruplarında anlamlı bulundu. 18 – 29 yaş grubu ağrıda en yüksek puanı alırken (76.0 ± 22.6), 54 - 65 yaş grubu en düşük puanı (40.9 ± 33.4) aldığı görülmektedir ($p< 0.0167$). Fiziksel sağlık özet puanı, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol kaybı, mental sağlık ve mental sağlık özet puanı için Tukey HSD ile yapılan incelemede 54–65 yaş grubunda yer alanların diğer tüm gruplardan farklı olduğu görüldü. 54–65 yaş grubunun alt ölçeklerden aldığı puan ortalamasının diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.2.2 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin cinsiyete göre puan dağılımı

	CİNSİYET			
	Erkek X±SD	Kadın X±SD	t ya da z Değeri	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği				
Kendini Gerçekleştirme	34.8±6.3	32.1±8.2	3.45	0.001
Sağlık Sorumluluğu	20.7±5.0	19.8±5.4	1.61	0.094
Egzersiz	10.0±3.1	8.9±2.8	3.87	0.000
Beslenme	15.2±3.7	14.7±3.9	1.46	0.160
Stres	18.4±11.8	15.7±3.6	3.34	0.001
Kişilerarası Destek	22.1±3.1	21.6±3.2	1.31	0.170
Toplam SYBD	120.1±18.7	112.2±19.1	4.01	0.000
Yaşam Kalitesi Ölçeği				
Fiziksel Sağlık	84.8±12.8	73.8±18.6	5.98*	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü	79.9±27.2	69.9±29.7	3.72*	0.001
Ağrı	78.3±22.4	63.5±29.6	5.63	0.000
Genel Sağlık Algısı	63.3±16.4	57.8±21.2	2.01*	0.039
Fiziksel Sağlık Özet Puanı	76.6±15.1	66.4±20.7	5.33	0.000
Canlılık (Enerji)	74.1±18.1	62.7±22.3	5.17*	0.000
Sosyal Fonksiyon	85.8±17.3	77.5±21.4	3.96*	0.000
Sosyal Rol	80.5±27.7	70.8±30.2	3.57*	0.001
Mental Sağlık	73.6±15.2	60.6±21.4	6.06*	0.000
Mental Sağlık Özet Puanı	78.0±16.5	68.1±20.0	5.17	0.000

*Varyansların eşitliği sağlanamadığı için MW-U testi yapıldı

Cinsiyetin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi incelendiğinde erkeklerin kendini gerçekleştirme (34.81±6.30), egzersiz (20.75±5.03), stres (18.43±11.86) ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı (120.15±18.73) kadınlara göre anlamlı oranda yüksek bulundu (p< 0.05). Sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası destek puanları yönünden cinsiyetler arasındaki fark bulunmadı (p>0.5) (Tablo 4.2.2).

Cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde (Tablo 4.2.2) erkeklerin fiziksel sağlık (84.84±12.80), fiziksel rol (79.90±27.20), ağrı (78.34±22.40), genel sağlık algısı (63.31±16.48), fiziksel sağlık özet puanı (76.6±15.17), canlılık (74.16±18.17), sosyal fonksiyon (85.84±17.38), sosyal rol kaybı (80.58±27.74) mental sağlık (73.65±15.20) ve mental sağlık özet (66.41±20.77) puanları kadınlara göre anlamlı oranda yüksek bulundu (p<0.05).

Tablo 4.2.3 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin eğitim durumuna göre puan dağılımı

EĞİTİM DURUMU					
Alt Ölçekler	İlköğretim X±SD	Lise X±SD	Üniversite X±SD	KW ya da F Değeri	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği					
Kendini Gerçekleştirme	30.1±8.8	34.1±6.3	36.7±5.5	23.55	0.000
Sağlık Sorumluluğu	18.1±4.9	20.8±5.3	22.6±4.5	23.13	0.000
Egzersiz	8.1±2.6	9.9±2.7	10.6±3.1	26.25	0.000
Beslenme	13.7±4.1	15.3±3.5	16.1±3.6	11.77	0.000
Stres	14.9±3.5	17.1±3.8	19.4±16.3	8.58	0.000
Kişilerarası Destek	21.2±3.6	22.0±2.8	22.5±2.7	3.46	0.005
Toplam SYBD	105.2±17.9	119.2±18.0	125.8±15.8	42.22	0.000
Yaşam Kalitesi Ölçeği					
Fiziksel Sağlık	68.7±19.3	81.8±13.8	87.8±11.5	69.86*	0.000
Fiziksel Rol	63.6±31.5	78.0±25.7	84.0±25.5	34.31*	0.000
Ağrı	56.1±31.3	75.3±22.1	81.0±22.4	49.36*	0.000
Genel Sağlık Algısı	50.0±20.5	64.6±17.1	68.6±14.6	57.04*	0.000
Fizik. Sağ. Özet Puanı	60.2±18.5	74.6±15.2	80.4±23.7	41.64	0.000
Canlılık (Enerji)	57.7±20.6	70.0±21.0	79.1±16.2	63.61*	0.000
Sosyal Fonksiyon	72.5±21.2	84.4±18.2	88.4±17.5	45.67*	0.000
Sosyal Rol	63.0±30.3	78.4±28.5	88.2±22.1	48.10*	0.000
Mental Sağlık	55.0±20.3	71.0±17.4	74.4±17.2	40.45*	0.000
Men. Sağ. Özet Puanı	62.7±18.5	76.0±19.1	80.8±22.8	33.84	0.000

* Varyansların eşitliği şartı sağlanmadığı için Kruskal Wallis analizi yapıldı.

Eğitim durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendi (Tablo 4.2.3). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ölçeğin tüm alt grupları için fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Ölçeğin alt grupları için Tukey HSD ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonunda; kendini gerçekteşirme, sağlık sorumluluğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı için bütün grupların birbirinden farklı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Eğitim durumu ilköğretim olanlar, eğitim durumu lise ve üniversite olanlara göre daha düşük, lise mezunları üniversite mezunlarına göre daha düşük, üniversite mezunları ise lise ve ilköğretim mezunlarına göre kendini gerçekteşirme, sağlık sorumluluğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları saptandı.

Egzersiz, beslenme, stres ve kişilerarası destek alt ölçekleri için farkı meydana getiren grubun ilköğretim mezunlarının olduğu bulundu. İlköğretim mezunlarının egzersiz, beslenme, stres ve kişilerarası destek alt ölçeklerine ait puanların evren ortalaması lise ve üniversite mezunlarına göre daha düşük olduğu ve lise ile üniversite mezunlarının puan ortalamaları bakımından birbirine benzer olduğu bulunmuştur.

Eğitim durumu ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde ölçeğin tüm alt grupları için fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Ölçeğin alt grupları için Bonferroni düzeltilmeli MW-U ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonunda fiziksel sağlık, fiziksel rol, ağrı, canlılık ve sosyal rol kaybı alt ölçeklerinin puanı için fark bütün gruplarda anlamlı bulundu ($p<0.025$). Eğitim düzeyi yükseldikçe fiziksel sağlık, fiziksel rol, ağrı, canlılık ve sosyal rol kaybı alt ölçeklerinin puanlarının da arttığı gözlenmektedir. Genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt ölçekleri için yapılan değerlendirmeye göre farklı olan grubun ilköğretim mezunları olduğu bulundu ($p< 0.025$). İlköğretim mezunlarının genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt ölçekleri puanlarının evren ortalaması lise ve üniversite mezunlarından daha düşük olduğu belirlendi.

Fiziksel sağlık özet puanı için yapılan Tukey HSD analizine göre fark bütün gruplar için anlamlı bulundu. Eğitim durumu arttıka fiziksel sağlık özet puanının da arttığı gözlenmektedir. Yapılan Tukey HSD analizi de bu bulguyu desteklemektedir. Tukey HSD analizi ile eğitim durumu ilköğretim olanlar (60.2 ± 18.5), eğitim durumu lise ve üniversite

olanlara göre daha düşük, lise mezunları (74.6±15.2) üniversite mezunlarına göre daha düşük, üniversite mezunları (80.4±23.7) ise lise ve ilköğretim mezunlarına göre fiziksel sağlık özet puanından yüksek puan aldıkları saptandı. Mental sağlık özet puanı için farklı olan grubun ilköğretim mezunlarının olduğu ve ilköğretim mezunlarının mental sağlık özet puanının (62.7±18.5), lise (76.0±19.1) ve üniversite (80.8±22.8) mezunlarına göre daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.2. 4 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin medeni duruma göre puan dağılımı

MEDENİ DURUM					
Alt Ölçekler	Bekar X±SD	Evli X±SD	Dul X±SD	KW ya da F Değeri	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği					
Kendini Gerçekleş.	33.2±8.0	34.2±5.6	30.7±7.5	2.97	0.056
Sağlık Sorumluluğu	20.2±5.1	20.7±5.0	18.6±6.3	2.12	0.123
Egzersiz	9.2±3.0	10.2±2.5	8.8±2.8	4.28	0.015
Beslenme	14.7±3.7	15.6±3.7	14.8±4.82	1.55	0.206
Stres	16.3±3.9	18.9±16.8	16.3±3.2	3.16	0.043
Kişilerarası destek	21.7±3.2	22.3±2.7	21.7±3.2	1.27	0.285
Toplam SYBD	114.7±19.1	119.9±17.3	111.1±22.7	3.46	0.037
Yaşam Kalitesi Ölçeği					
Fiziksel Sağlık	85.3±14.1	78.0±17.2	66.5±17.8	16.8	0.000
Fiziksel Rol	79.7±26.3	75.4±27.5	53.0±35.2	13.4	0.000
Ağrı	79.7±20.2	69.8±26.4	48.0±37.0	23.1*	0.000
Genel Sağlık Durumu	65.6±20.0	59.8±19.0	51.0±19.8	7.74	0.001
Fizik. Sağ. Özet Pua.	77.5±15.2	70.7±18.5	55.6±23.7	8.89	0.000
Canlılık	73.7±22.5	66.4±20.6	60.8±22.9	5.67	0.004
Sosyal Fonksiyon	85.5±18.9	80.6±19.9	73.5±23.2	4.71	0.009
Sosyal Rol	80.7±26.4	74.44±29.9	65.2±31.4	3.77	0.025
Mental sağlık	72.3±21.6	65.3±18.7	56.8±24.0	8.33	0.000
Men. Sağ. Özet Puanı	77.4±19.1	71.4±18.5	66.4±22.8	4.95	0.000

* Varyansların eşitliği şartı sağlanmadığı için Kruskal Wallis analizi yapıldı.

Medeni durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.2.4); kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası destek puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmazken ($p>0.05$) egzersiz, stres ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Egzersiz, stres ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin toplam puanı ile yapılan Tukey HSD analizinde egzersiz ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin toplam puanı için farklılığı oluşturan grubun evli olanların olduğu ve evli olanların egzersiz ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanının dul ve bekarların puanlarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Stres alt ölçeği için farklı olan grup evlilerdir ve evlilerin stres puanı dul ve bekarların stres puanının evren ortalamasından yüksektir.

Medeni durum ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelendiği zaman (Tablo 4.2.4); ölçeğin tüm alt grupları için fark anlamlı bulundu. Fiziksel sağlık , canlılık, fiziksel sağlık özet puanı, mental sağlık ve mental sağlık özet puanının Tukey HSD testi ile değerlendirilmesi sonucunda fark bütün gruplar için anlamlı bulundu. Ortalaması en yüksek olan grup bekarlar, en düşük olan grup ise dullardır.

Fiziksel rol güçlüğü ve genel sağlık algısı alt ölçekleri için yapılan değerlendirmede farklı grubun dul olanlar olduğu ve dul olanların fiziksel rol güçlüğü ve genel sağlık algı puanlarının diğer gruplara göre düşük olduğu saptandı. Sosyal fonksiyon ve sosyal rol kaybı alt ölçeklerinde ise farklılığın bekar ve dul grupları arasında olduğu görüldü. Bekarların sosyal fonksiyon ve sosyal rol kaybı puanlarının medeni durumu dul olanlardan yüksek olduğu belirlendi.

Ağrı alt ölçeği puanı için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizi sonucuna göre; fark bütün ikili gruplar için anlamlı bulundu ($p<0.025$) ve ağrı alt ölçeği puanı değerlendirildiğinde en yüksek puanı bekarların (79.78 ± 20.28); en düşük puanı ise dul (48.00 ± 37.06) olanların aldığı görüldü.

Tablo 4.2.5 Sağlıklı yaşam davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin doğum yerine göre puan dağılımı

Alt Ölçekler	DOĞUM YERİ			KW ya da F Değeri	p
	Köy X±SD	İlçe X±SD	İl X±SD		
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği					
Kendini Gerçekleş.	31.0±10.1	32.8±6.6	34.0±7.1	4.07	0.018
Sağlık Sorumluluğu	18.7±5.4	19.9±5.1	20.7±5.2	3.72	0.024
Egzersiz	8.7±2.5	9.1±2.9	9.7±3.0	3.43	0.034
Beslenme	13.6±3.7	14.7±4.0	15.3±3.7	5.38	0.005
Stres	15.5±3.4	17.0±14.1	17.0±3.7	0.86	0.421
Kişilerarası destek	20.6±3.0	22.0±2.8	22.1±3.2	6.17	0.002
Toplam SYBD	107.0±18.7	113.8±19.6	118.5±18.6	9.85	0.000
Yaşam Kalitesi Ölçeği					
Fiziksel Sağlık	71.4±21.1	77.9±16.7	80.2±16.1	13.4*	0.001
Fiziksel Rol	62.7±32.0	74.1±26.1	77.0±28.9	13.9*	0.001
Ağrı	57.4±31.3	71.0±23.7	72.0±27.9	13.4*	0.001
Genel Sağlık Algısı	49.6±20.8	58.5±20.2	63.8±17.7	14.6	0.000
Fizik. Sağ. Özet Puanı	60.9±22.6	70.5±17.36	73.4±18.3	12.7	0.000
Canlılık	57.5±20.7	67.0±21.2	70.2±21.1	9.28	0.000
Sosyal Fonksiyon	71.5±21.6	80.0±19.5	83.9±19.4	10.0	0.000
Sosyal Rol	55.4±33.5	75.7±27.1	79.7±27.4	31.0*	0.000
Mental Sağlık	59.1±20.4	64.9±19.7	68.1±20.0	5.34	0.005
Mental Sağ. Özet Puanı	60.7±18.2	71.4±15.21	75.6±21.2	16.45	0.000

*Varyansların eşitliği şartı sağlanamadığı için Kruskal Wallis analizi yapıldı.

Doğum yerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin puan dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.5); kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) ve stres alt ölçeği için gruplar arasında fark olmadığı saptandı ($p>0.05$).

Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve toplam sağlıklı yaşam biçimi puanı için yapılan Tukey HSD analizi sonucunda farklılığın doğum yeri köy ve il olanlar arasında olduğu bulundu. Doğum yeri köy olanların kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve toplam sağlıklı yaşam biçimi puanlarının evren ortalaması; doğum yeri il olanlara göre daha dşuğtr ve doğum yeri ilçe olanlarla benzerdir. Kişilerarası destek alt leğinde Tukey HSD ile yapılan inceleme sonucunda doğum yeri köy olanların (20.6±3.0) kişilerarası destek puanı, ilçe (22.0±2.8) ve ilde (22.1±3.2) yaşayanların kişilerarası destek puanından daha dşuğk olduğu saptandı.

Doğum yerine göre yaşam kalitesi leğinin puan dağılımı incelendiğinde (Tablo 4.2.5) leğin tüm alt gruplarında istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Genel sağlık algısı, fiziksel sağlık zet puanı, canlılık, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve mental sağlık zet puanı için yapılan Tukey HSD analizi sonucunda bütün grupların birbirinden farklı olduğu görüldü ve alt ölçeklerden en dşuğk puanı doğum yeri köy olanların, en yüksek puanı ise doğum yeri il olanlarda olduğu saptandı.

Fiziksel sağlık ve fiziksel rol için yapılan Bonferroni düzeltmeli MW-U analizi sonrası farklılığın köy ve ilde yaşayan gruplar arasında olduğu saptandı. Doğum yeri köy olanların fiziksel sağlık (71.4±21.1) ve fiziksel rol (60.9±22.6) puanının evren ortalaması doğum yeri il (80.2±16.1, 73.4±18.3) olanlara göre daha dşuğk olduğu saptandı. Ağrı ve sosyal rol güçlüğü alt ölçeklerinde ise doğum yeri köy olanların ağrı (57.4±31.3) ve sosyal rol güçlüğü (55.4±33.5) alt leği için evren ortalaması doğum yeri ilçe ve il olanlara göre dşuğk olduğu saptandı ($p<0.0167$).

Tablo 4.2.6 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin yaşamının büyük çoğunluğunun geçirilen yere göre puan dağılımı

YAŞAMIN BÜYÜK ÇOĞUNLUĞUNUN GEÇİRİLDİĞİ YER					
Alt Ölçekler	Köy X±SD	ilçe X±SD	İl X±SD	KW ya da F Değeri	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği					
Kendini Gerçekleştirme	27.9±5.5	30.9±5.8	34.2±7.8	13.9	0.000
Sağlık Sorumluluğu	16.5±5.9	19.7±5.3	20.6±5.0	8.67	0.000
Egzersiz	7.6±2.3	8.6±2.5	9.7±3.0	9.55	0.000
Beslenme	12.6±4.4	14.9±4.2	15.1±3.6	5.4/	0.005
Stres	15.6±3.2	17.1±71.0	16.8±3.8	0.37	0.69
Kişilerarası destek	20.8±2.9	21.5±3.0	22.0±3.2	2.35	0.10
Toplam SYBD	99.6±18.9	110.5±18.9	118.0±18.5	15.84	0.000
Yaşam Kalitesi Ölçeği					
Fiziksel Sağlık	61.7±3.6	73.4±17.3	79.9±16.3	15.5	0.000
Fiziksel Rol	48.2±6.3	68.3±31.2	77.7±26.5	25.3*	0.000
Ağrı	43.8±5.7	66.1±28.2	72.6±26.2	15.7	0.000
Genel Sağlık Algısı	48.0±4.7	52.3±18.8	63.0±18.2	27.1*	0.000
Fizik. Sağ. Özet Puanı	51.1±23.9	66.6±18.3	73.2±17.9	20.6	0.000
Canlılık	48.9±3.7	60.5±21.2	70.6±20.4	19.5	0.000
Sosyal Fonksiyon	66.4±3.8	78.3±18.5	82.8±20.1	9.50	0.000
Sosyal Rol	45.3±6.9	66.0±28.8	79.6±26.8	33.7*	0.000
Mental Sağlık	47.3±3.9	59.5±20.2	69.1±18.8	21.4	0.000
Mental Sağ. Özet Puanı	54.0±20.7	66.4±18.1	75.1±18.2	21.7	0.000

* Varyansların eşitliği şartı sağlanmadığı için Kruskal Wallis analizi yapıldı.

Yaşamının büyük çoğunluğunun geçirilen yere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin puan dağılımı incelendiğinde; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulundu ($p < 0.05$). Kişilerarası destek ve stres puanlarının evren ortalamasında gruplar arasında istatistiksel açıdan fark yoktur ($p > 0.05$). Kendini gerçekleştirme ve egzersiz alt ölçeğinde Tukey HSD analizi sonucunda farklı olan grubun yaşantısının çoğunu geçirdiği yer il olan grubun oluşturduğu saptandı. Yaşantısının çoğunu geçirdiği yer il olanların kendini

gerçekleştirme (34.2 ± 7.8) ve egzersiz puanı (9.7 ± 3.0) yaşadığı yer köy (27.9 ± 5.5 , 7.6 ± 2.3) ve ilçe (30.9 ± 5.8 , 8.6 ± 2.5) olanlardan daha yüksektir. Sağlık sorumluluğu, beslenme ve sağlıklı yaşam biçim davranışları ölçeğinin toplam puanı için yapılan Tukey HSD analizi ile köyde yaşayanların sağlık sorumluluğu, beslenme, sağlıklı yaşam biçim davranışları ölçeğinin toplam puanı evren ortalaması ilçe ve ilde yaşayanların evren ortalamasından daha düşük olduğu belirlendi.

Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yere göre yaşam kalitesi ölçeğinin puan dağılımı incelendiğinde; ölçeğin tüm alt gruplarında ve özet puanlarda istatistiksel olarak fark anlamlı bulundu. Fiziksel sağlık, ağrı, fiziksel sağlık özeti, canlılık, sosyal fonksiyon mental sağlık ve mental sağlık özet puanı için yapılan Tukey HSD analizi sonucunda bütün gruplar birbirinden farklı bulundu. Yaşamının büyük çoğunluğunu köyde geçirenlerin puanlarının ortalaması en düşükken; evren ortalaması en yüksek olan grup ise yaşantısının çoğunluğunu ilde geçirenlerdir.

Fiziksel rol, genel sağlık algısı ve sosyal rol için Bonferroni düzeltilmiş MW-U analizi ile değerlendirme yapıldı. Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdikleri yer köy olanlarda fiziksel rol, genel sağlık algısı ve sosyal rol puanının evren ortalaması yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer il ve ilçe olanlardan düşüktür ($p<0.025$).

Tablo 4.2.7 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin konut mülkiyetine göre puan dağılımı.

KONUT MÜLKİYETİ				
Alt Ölçekler	Ev sahibi X±SD	Kiracı X±SD	t ya da z Değeri	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği				
Kendini Gerçekleştirme	34.2±8.3	32.3±6.8	2.57	0.012
Sağlık Sorumluluğu	20.8±5.1	19.6±5.3	2.15	0.032
Egzersiz	9.5±2.7	9.2±3.1	2.01*	0.310
Beslenme	15.6±3.4	14.2±4.1	3.68	0.000
Stres	17.7±11.0	16.0±4.1	2.19	0.036
Kişilerarası Destek	22.1±2.6	21.5±3.5	1.71*	0.89
Toplam SYBD	118.9±17.4	112.3±20.3	3.40	0.001
Yaşam Kalitesi Ölçeği				
Fiziksel Sağlık	78.9±17.2	77.5±17.6	0.78	0.446
Fiziksel Rol	73.3±29.2	74.3±29.1	0.32	0.744
Ağrı	68.9±29.9	69.6±26.8	0.27	0.797
Genel Sağlık Algısı	61.2±19.8	58.9±19.4	1.13	0.239
Fiziksel Sağlık Özet Puanı	70.7±19.9	70.1±18.9	0.24	0.719
Canlılık (Enerji)	69.7±20.8	67.1±21.8	2.18	0.056
Sosyal Fonksiyon	80.6±22.0	80.9±18.7	0.17	0.905
Sosyal Rol	73.1±32.1	75.9±27.4	0.98	0.353
Mental Sağlık	67.4±19.7	64.3±20.6	1.52	0.128
Mental Sağlık Özet Puanı	73.0±19.9	71.1±18.7	0.90	0.308

*Varyansların eşitliği şartı sağlanamadığı için MW-U analizi yapıldı.

Konut mülkiyet durumuyla sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları arasındaki ilişki tablo 4.2.7’de incelendi. Kiracı ve ev sahibi olan gruplar arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanlarının evren ortalamalarına göre yapılan karşılaştırmada kendini gerçekleştirme (34.2±8.3), sağlık sorumluluğu (20.8±5.1), beslenme (15.6±3.4), stres (17.7±11.0) ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının (118.9±17.4) evren ortalaması ev sahibi olanlarda yüksek bulundu (p<0.05). Egzersiz ve kişilerarası destek puanlarının evren ortalamasında gruplar arasında istatistiksel fark bulunmadı (p>0.05). Konut mülkiyet durumuyla yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; kiracı ve ev sahibi

olan grupların arasında yaşam kalitesi ölçeği puanları arasında fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 4.2.8 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin hanede yaşayan birey sayısına göre puan dağılımı

HANEDE YAŞAYAN BİREY SAYISI (KİŞİ)				
Al Ölçekler	2-4 X±SD	5-7 X±SD	t ya da z Değeri	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği				
Kendini Gerçekleştirme	34.1±6.6	31.8±8.7	2.74	0.006
Sağlık Sorumluluğu	20.9±5.3	19.2±4.9	3.02	0.002
Egzersiz	9.7±3.0	8.8±2.7	2.66	0.008
Beslenme	15.5±3.5	13.9±3.9	-3.01*	0.002
Stres	16.6±13.5	17.1±13.5	0.05	0.575
Kişilerarası Destek	22.2±2.9	20.8±2.9	4.14	0.000
Toplam SYBD	118.8±19.9	109.9±19.9	4.38	0.000
Yaşam Kalitesi Ölçeği				
Fiziksel Sağlık	80.3±16.2	75.2±18.7	2.75	0.007
Fiziksel Rol	77.1±28.6	69.5±28.9	2,33	0.019
Ağrı	72.6±26.8	64.2±27.8	2.77	0.006
Genel Sağlık Algısı	63.3±16.9	54.5±21.6	-3.51*	0.000
Fiziksel Sağlık Özet Puanı	73.2±17.9	66.0±20.4	3.45	0.001
Canlılık	70.1±19.8	62.2±21.8	-3.29*	0.001
Sosyal Fonksiyon	82.8±19.8	77.1±21.1	2.58	0.012
Sosyal Rol	78.2±28.7	68.4±30.0	2.92	0.003
Mental Sağlık*	68.2±18.1	61.2±21.6	-2.61*	0.007
Mental Sağlık Özet Puanı	74.5±18.1	67.4±19.8	3.55	0.002

* Varyansların eşitliği şartı sağlanmadığı için MW-U analizi yapıldı.

Hanede yaşayan birey sayısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; ölçeğin stres ($p>0.05$) alt ölçeği hariç tüm alt ölçekler için gruplar arasındaki fark anlamlı bulundu. Kendini gerçekleştirme (34.1±6.6), sağlık sorumluluğu (20.9±5.3), egzersiz (9.7±3.0), beslenme (15.5±3.5), kişilerarası destek

(22.2±2.9) ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları (118.8±19.9) hanede yaşayan birey sayısı 2–4 olanlarda daha yüksek olduğu belirlendi (p<0.05). Hanede yaşayan birey sayısı ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; fark ölçeğin tüm alt grupları ve özet puanlar için anlamlı bulundu. Fiziksel sağlık (80.3±16.2), fiziksel rol (77.1±28.6), ağrı (72.6±26.8), genel sağlık algısı (63.3±16.9), fiziksel sağlık özet puanı (73.2±17.9), canlılık (70.1±19.8), sosyal fonksiyon (82.8±19.8), sosyal rol (78.2±28.7), mental sağlık (68.2±18.1) ve mental sağlık özet puanı (74.5±18.1) hanede yaşayan birey sayısı 2–4 olanlarda yüksek olduğu saptandı (p<0.05) (Tablo 4.2.8).

Tablo 4.2.9 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin yaşanılan konuttaki oda sayısına göre puan dağılımı

KONUTTAKİ ODA SAYISI				
Alt Ölçekler	2–3 odalı X±SD	4-7 odalı X±SD	t ya da z Değeri	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği				
Kendini Gerçekleştirme	29.8±6.1	34.8±7.7	-6.47	0.000
Sağlık Sorumluluğu	17.5±5.0	21.5±4.9	-7.65	0.000
Egzersiz	7.8±2.6	10.1±2.8	-8.13	0.000
Beslenme	13.1±4.2	15.8±3.3	-5.941*	0.000
Stres	14.7±4.0	17.7±9.2	-3.68*	0.000
Kişilerarası Destek	20.8±3.6	22.3±2.8	-3.89*	0.000
Toplam SYBD	103.4±18.8	121.4±16.4	-9.90	0.000
Yaşam Kalitesi Ölçeği				
Fiziksel Sağlık	71.6±20.0	81.3±15.0	-4.57*	0.005
Fiziksel Rol	68.1±29.5	76.7±28.5	-2.84	0.000
Ağrı	62.4±28.7	72.8±26.9	-3.05	0.000
Genel Sağlık Algısı	53.5±20.7	63.2±18.2	-4.57*	0.000
Fiziksel Sağlık Özet Puanı	63.9±20.1	73.6±18.2	-4.80	0.000
Canlılık (Enerji)	59.9±20.8	70.8±20.9	-4.87	0.000
Sosyal Fonksiyon	74.8±20.4	83.7±19.6	-4.16	0.000
Sosyal Rol	68.1±29.1	77.9±29.4	-3.12	0.000
Mental Sağlık	56.9±19.4	70.1±19.2	-6.48	0.000
Mental Sağlık Özet Puanı	64.8±18.3	75.6±18.8	-5.61	0.000

Oda sayısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; 2-3 odalı ve 4-7 odalı evde yaşayanlar arasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanlarına göre yapılan karşılaştırmada fark ölçeğin tüm alt grupları için anlamlı bulundu. Kendini gerçekleştirme (34.8 ± 7.7), sağlık sorumluluğu (21.5 ± 4.9), egzersiz (10.1 ± 2.8), beslenme (15.8 ± 3.3), stres (17.7 ± 9.2) kişilerarası destek (22.3 ± 2.8) ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları (121.4 ± 16.4) 4-7 odalı evde yaşayanlarda yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Oda sayısı ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; 2-3 odalı ve 4-7 odalı evde yaşayanlar arasında yaşam kalitesi ölçeği puanlarına göre yapılan karşılaştırmada fark ölçeğin tüm alt grupları ve özet puanlar için anlamlı bulundu. Fiziksel sağlık (71.6 ± 20.0), fiziksel rol (68.1 ± 29.5), ağrı (62.4 ± 28.7), genel sağlık algısı (53.5 ± 20.7), fiziksel sağlık özet puanı (63.9 ± 20.1), canlılık (59.9 ± 20.8), sosyal fonksiyon (74.8 ± 20.4), sosyal rol (68.1 ± 29.1) mental sağlık (56.9 ± 19.4) ve mental sağlık özet puanları (64.8 ± 18.3) 4-7 odalı konutta yaşayanlarda yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 4.2.9).

Tablo 4.2.10 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin aylık gelire göre puan dağılımı

AYLIK GELİR (YTL)						
Alt Ölçekler	0-450 X±SD	451-900 X±SD	951-1350 X±SD	1351+ X±SD	KW ya da F Değeri	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği						
Kendini Gerçek.	26.8±5.3	31.3±5.8	35.6±8.2	38.6±6.0	48.20	0.000
Sağlık Sorumlu.	15.8±4.3	19.0±4.6	21.5±4.6	24.3±4.2	49.05	0.000
Egzersiz	7.2±2.3	8.7±2.5	9.9±2.6	11.7±2.8	40.95	0.000
Beslenme	11.5±3.9	14.3±3.6	16.3±3.0	16.9±2.9	79.2 6*	0.000
Stres	13.1±3.7	15.5±3.2	18.8±2.8	19.1±13.6	11.47	0.000
Kişiler.Destek	20.2±3.5	21.5±3.0	22.4±2.8	22.9±2.6	11.79	0.000
Toplam SYBD	93.7±16.2	110.6±15.7	122.8±14.4	132.7±10.3	101.6	0.000
Yaşam Kalitesi Ölçeği						
Fiziksel Sağlık	59.1±18.7	77.5±14.8	83.8±13.4	88.3±10.9	103.8*	0.000
Fiziksel Rol	52.4±31.9	73.9±28.1	77.1±27.8	88.8±16.8	58.0*	0.000
Ağrı	50.5±25.4	63.5±30.4	77.9±21.9	84.7±19.0	80.1*	0.000
Gen.Sağ. Algısı	40.4±19.6	58.3±18.3	66.2±15.7	71.9±11.3	99.1*	0.000
Fiz.Sağ. Özet P	51.4±18.8	69.2±18.7	76.2±15.4	81.2±11.4	53.0	0.000
Canlılık (Enerji)	44.4±18.7	65.3±18.6	74.0±18.4	81.5±14.6	126.2*	0.000
Sosyal Fonk.	64.3±20.0	78.6±20.9	86.2±17.3	91.8±11.3	80.0*	0.000
Sos.l Rol	49.0±27.7	72.0±28.1	82.8±27.6	90.8±18.9	95.2*	0.000
Mental Sağlık	45.3±18.5	63.2±17.2	73.4±16.6	77.8±29.6	54.5*	0.000
Men Sağ Özet P	52.4±15.2	70.1±17.2	78.5±17.1	83.6±13.7	62.0	0.000

* Varyansların eşitliği şartı sağlanamadığı için Kruskal Wallis analizi yapıldı.

Tablo 4.2.10' da görüldüğü gibi aylık gelir ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ile yapılan değerlendirme sonunda fark ölçeğin tüm alt grupları için anlamlı bulundu ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alt ölçeklerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanının Tukey HSD analizi ile değerlendirilmesi sonucu fark bütün gruplar için anlamlı bulundu. Aylık gelir miktarı arttıkça kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz alt ölçeklerinin ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları

puanının puanlarının da arttığı gözlenmektedir. Tukey HSD ile yapılan değerlendirme de bu bulguyu destekler niteliktedir. Alt ölçekler ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için en düşük puanı aylık geliri 0 – 450 YTL arasında olanlar alırken; en yüksek puanı ise 1351 YTL ve daha üzerinde aylık geliri olanların aldığı saptanmıştır.

Stres ve kişilerarası destek alt ölçeği için yapılan değerlendirmede ise; aylık geliri 0-450 YTL arasında olanların puanının evren ortalaması; diğer üç gruba göre daha düşük olduğu saptandı. Aylık geliri 451-900 YTL arasında olanların stres ve kişilerarası destek alt ölçek puanının evren ortalaması; aylık geliri 901-1350 YTL ve 1351 YTL olan gruba göre daha düşüktür. Bunun yanında aylık geliri 901–1350 YTL olan grup ile aylık geliri 1351 YTL ve üstü olan grubun stres ve kişilerarası destek alt ölçek puanının evren ortalaması benzer ve diğer iki gruba göre daha yüksek olarak belirlendi.

Beslenme alt ölçeğinin Bonferroni düzeltilmeli MW-U analizi ile değerlendirilmesi ile aylık geliri 0-450 YTL arasında olanların beslenme puanı diğer gruplardan daha düşük olduğu gösterildi ($p<0.0167$). Aylık geliri 451-900 YTL olan grubun beslenme alt ölçeği puanı; aylık geliri 951-1350 ve 1351 YTL ve üstü olan gruba göre daha düşük olduğu saptandı. Aylık geliri 901–1350 YTL olan grup ile aylık geliri 1351 YTL ve üstü olan grubun beslenme alt ölçek puanının evren ortalaması benzer ($p>0.0167$) ve diğer iki gruba göre yüksek olarak belirlendi.

Sürekli aylık gelir durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; ölçeğin tüm grupları ve özet puanlar için fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Fiziksel sağlık fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, canlılık sosyal fonksiyon ve sosyal rol kaybı alt ölçeklerinin Bonferroni düzeltilmeli MW-U ile analizi sonucunda fark bütün gruplar için önemli bulundu ($p<0.0167$). Aylık gelir miktarı arttıkça yaşam kalitesi alt ölçeklerinden alınan puanların arttığı görülmektedir. Yapılan Bonferroni düzeltilmeli MW-U ile analizi de bu gözlemi doğrular niteliktedir. Aylık geliri 0-450 YTL olan grubun yaşam kalitesi alt ölçeklerinden aldığı puan ortalamaları diğer gruplara göre düşüktür ve alt ölçeklerden en yüksek puanı ise aylık geliri 1351 YTL ve üzerinde kazanan grup almaktadır.

Aylık gelir durumunun mental sağlık alt ölçeği, fiziksel ve mental sağlık özet puanlarının evren ortalaması üzerine olan etkisi Tukey HSD ile değerlendirildiğinde fark bütün gruplar için anlamlı bulundu. Aylık gelir miktarı arttıkça grupların mental sağlık, fiziksel

ve mental sağlık zet puanlarının evren ortalamasının arttığı gözlenmektedir. Yapılan Tukey HSD analizi de bu gözlemi desteklemektedir.

Tablo 4.2.11 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi leğinin algılanan ekonomik duruma göre puan dağılımı

ALGILANAN EKONOMİK DURUM					
Alt lekler	Kötü X±SD	Orta X±SD	iyi X±SD	KW ya da F Değeri	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği					
Kendini Gerçekleş.	27.4±5.6	34.1±7.1	38.1±6.3	67.69	0.000
Sağlık Sorumluluğu	16.6±4.5	20.7±4.6	23.3±4.8	52.75	0.000
Egzersiz	7.882.45	9.4±2.8	11.0±2.8	33.21	0.000
Beslenme	12.3±4.3	15.4±3.2	16.8±2.8	61.89*	0.000
Stres	13.6±3.4	17.8±10.5	18.3±3.1	12.12	0.000
Kişilerarası Destek	20.3±3.2	22.2±3.1	22.7±2.3	18.28	0.000
Toplam SYBD	97.9±17.5	118.5±15.5	129.9±12.1	112.6	0.000
Yaşam Kalitesi leği					
Fiziksel Sağlık	65.2±18.9	81.0±14.6	87.56±11.6	82.40*	0.000
Fiziksel Rol	59.9±32.9	75.6±27.5	87.16±18.5	41.97*	0.000
Ağrı	54.1±28.8	72.1±26.8	82.03±19.7	55.96*	0.000
Genel Sağlık Algısı	45.7±19.9	62.7±17.3	71.58±12.7	85.10*	0.000
Fizik. Sağ. zet Pu.	57.1±20.9	72.6±17.3	81.9±10.8	53.70	0.000
Canlılık (Enerji)	52.6±21.7	69.2±19.4	80.74±13.9	84.38*	0.000
Sosyal Fonksiyon	69.8±21.2	83.0±19.6	89.42±13.9	51.09*	0.000
Sosyal Rol	59.5±29.5	75.8±29.4	90.69±19.4	67.37*	0.000
Mental Sağlık	50.6±20.8	68.6±16.6	78.07±15.4	100.7*	0.000
Men. Sağ. zet Pua.	59.0±19.8	73.7±17.2	84.3±12.5	55.30	0.000

* Varyansların eşitliği şartı sağlanamadığı için Kruskall Wallis analizi yapıldı.

Algılanan ekonomik durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları leğinin puan dağılımı tablo 4.2.11’de incelendiğinde, algılanan ekonomik duruma göre ölçeğin bütün alt gruplarında fark anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres, kişilerarası destek alt leklerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları leğinin toplam puanının Tukey HSD analizi ile değerlendirilmesi sonunda fark bütün gruplar için anlamlı bulundu ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres, kişilerarası destek alt leklerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları leğinin toplam puanının evren ortalamasına göre ekonomik algısı kötü olan grup en düşük , ekonomik algısı iyi olan grubun ise en yüksek puanı aldığı saptandı.

Beslenme alt leğinin Bonferroni düzeltmeli MW-U ile değerlendirilmesi sonucunda ekonomik durum algısını göre fark bütün gruplar için anlamlı bulundu ($p<0.025$). Beslenme alt leğinin evren ortalaması puanına göre ekonomik durumunu kötü algılayanların (12.35 ± 4.36) puan ortalaması en düşük iken ekonomik durumunu iyi algılayanlarınki en yüksektir (16.81 ± 2.86).

Algılanan ekonomik durum ile yaşam kalitesi leğinin puan dağılımı incelendiğinde, algılanan ekonomik duruma göre ölçeğin bütün alt gruplarında fark anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon, sosyal rol güçlüğü ve mental sağlık alt ölçekleri için yapılan Bonferroni düzeltmeli MW-U testi sonunda bütün gruplar arasında fark anlamlı bulundu ($p<0.025$). Alt leklere göre evren ortalaması en düşük olan ekonomik durumu kötü algılayanlar, en yüksek olan ise ekonomik durumunu iyi algılayanlardır. Fiziksel ve mental sağlık zet puanı için yapılan Tukey HSD analizi sonunda fark bütün gruplar için anlamlı bulundu ($p<0.05$). Fiziksel ve mental sağlık zet puanının evren ortalamasına göre ekonomik algısı kötü olan grup en düşük (57.1 ± 20.9 , 59.0 ± 19.8) ekonomik algısı iyi olan grubun ise en yüksek puanı (81.9 ± 10.8 , 84.3 ± 12.5) aldığı saptandı.

Tablo4.3.12 Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Güvence Durumuna Göre Sağlıkli Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Dağılımı

	Sağ.Güven.Yok X±SD	Yeşil Kart X±SD	SSK X±SD	Emekli San. X±SD	Bağkur X±SD	Diğer X±SD
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği						
Kendini Gerçekleş.	25.4±4.5	26.1±4.3	35.1±8.1	33.7±6.2	36.1±6.9	34.9±4.5
Sağlık Sorumluluğu	15.0±3.5	15.8±3.6	20.8±5.1	20.6±5.0	22.9±4.6	21.1±3.2
Egzersiz	7.5±1.4	7.0±2.1	9.8±3.0	8.9±2.4	10.8±2.9	10.6±2.6
Beslenme	10.4±3.5	11.4±4.1	15.7±3.1	15.4±3.4	16.3±3.3	16.9±1.9
Stres	12.9±2.8	12.9±3.1	18.2±12.7	16.1±3.5	18.1±3.2	19.3±3.2
Kişilerarası Destek	20.6±3.9	19.9±3.5	22.2±2.8	21.6±3.5	22.6±2.3	22.9±2.3
Toplam SYBD	91.7±13.0	92.5±13.1	120.2±16.0	116.5±17.3	125.8±14.5	126.0±11.3
Yaşam Kalitesi Ölçeği						
Fiziksel Sağlık	60.0±21.1	64.0±18.5	80.9±13.9	82.4±15.7	82.1±14.9	86.9±9.7
Fiziksel Rol Güç.	52.6±27.6	56.8±29.2	80.8±21.7	72.1±34.0	78.9±24.5	86.9±19.7
Ağrı	50.5±32.1	48.9±30.9	72.7±25.8	73.0±24.7	75.3±23.8	84.3±19.6
Genel Sağlık Algısı	41.4±20.3	43.2±17.3	62.7±17.3	62.0±16.4	66.9±18.9	72.4±11.1
Fizik.Sağlık Özet	52.6±23.5	53.6±19.5	74.2±15.7	72.8±17.6	75.7±16.7	76.6±16.7
Canlılık	42.2±20.2	55.7±19.1	69.4±19.4	67.2±21.1	76.3±17.8	79.7±16.2
Sosyal Fonksiyon	60.4±20.3	68.1±16.8	83.7±17.9	83.4±20.4	85.8±18.6	90.8±17.7
Sosyal Rol Kaybı	48.3±33.2	54.3±21.7	82.9±23.2	75.9±31.0	77.8±30.9	89.8±21.2
Mental Sağlık	44.4±18.1	51.3±17.5	68.4±16.4	64.8±22.0	74.8±16.7	80.7±13.0
Mental Sağlık Özet	47.5±15.5	58.2±15.9	75.6±15.4	73.2±19.4	78.5±17.6	78.6±14.4

Tablo 4.2.12’de araştırmaya katılan bireylerin sağlık güvence durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından aldığı puan incelendi. Ölçeğin tüm alt gruplarında bireylerin sağlık güvence durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Kendini gerçekleştirme, stres alt leklerinin ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının Tukey HSD testi ile değerlendirilmesi sonunda; sağlık güvencesi olmayanlarla, sağlık güvencesi yeşil kart olan grup birbirine benzer olduğu ve bu iki grubun kendini gerçekleştirme, stres alt leklerinin ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının beslenme puanının diğer gruplardan düşük olduğu saptandı. Sağlık güvencesi emekli sandığı, SSK , bağkur ve diğer (zel sigorta, yaşlılık sig.v.b) olan gruplar kendini gerçekleştirme ile stres alt leklerinin ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının puanlarına göre benzerdir.

Sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve kişilerarası destek alt leklerinin Bonferoni düzeltmeli MW-U ile değerlendirilmesi sonunda; sağlık sorumluluğu ve genel sağlık algısı puanının evren ortalamasına göre sağlık güvencesi olmayanlar ile yeşil kart sahibi olanlar benzerdir ve bu iki grubun evren ortalaması diğer gruplardan düşüktür ($p<0.01$). Sağlık güvencesi SSK, emekli sandığı, bağkur ve diğer (yaşlılık sigoratsı, özel sigorta) olanların evren ortalamaları arasında fark yoktur ($p>0.01$).

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık güvence durumuna göre yaşam kalitesinden aldıkları puan incelendi. Ölçeğin tüm alt gruplarında bireylerin sağlık güvence durumu ile yaşam kalitesi arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon ve sosyal rol güçlüğü alt lekleri Bonferroni MW-U testi ile incelendi. Sağlık güvencesi olmayan ve sağlık güvencesi yeşil kart olan gruplar alt ölçeklerin puanlarının evren ortalaması bakımından benzerdir ($p>0.01$) ve her iki grubun alt ölçeklerden aldıkları puanların ortalaması diğer grupların ortalamasına göre daha düşüktür ($p<0.01$).

Sağlık güvencesinin mental sağlık alt leği ile fiziksel ve mental sağlık zet puanlarının evren ortalaması üzerine olan etkisi Tukey HSD ile değerlendirildiğinde; sağlık güvencesi olmayanlarla, sağlık güvencesi yeşil kart olanların puanlarının ortalaması benzer olup, diğer gruplara göre düşük olduğu saptandı. Sağlık güvencesi SSK, emekli sandığı,

bağkur ve diğer olan grupların mental sağlık, fiziksel ve mental sağlık özet puanlarının evren ortalaması benzerdir.

Tablo 4.2.13 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin hane reisinin sınıfsal konuma göre puan dağılımı

SINIFSAK KUNUM						
Alt Ölçekler	1. Mavi Yakalılar X±SD	2. Beyaz Yakalılar X±SD	3.Kendi Hesabına Çalışan. X±SD	4.Burjuvalar X±SD	KW ya da F Değeri	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği						
Ken. Gerçek**.	27.0±4.9	35.6±5.3	33.4±8.6	38.2±6.0	65.2	0.000
Sağlık Sorum**	15.9±3.6	21.7±4.3	20.9±5.1	23.4±4.6	128.2*	0.000
Egzersiz	7.4±2.3	10.2±2.6	9.0±2.2	11.2±3.0	101.6*	0.000
Beslenme	11.8±3.9	16.2±2.9	15.5±3.4	16.9±2.6	98.8*	0.000
Stres	13.5±3.3	17.1±3.1	18.7±15.7	18.8±2.9	11.1	0.000
Kişi. Destek**	20.4±3.5	22.2±2.8	21.5±2.7	23.4±2.3	49.4*	0.000
Top.SYBD**	95.6±13.8	123.4±14.5	116.5±13.4	131.3±11.3	145.3	0.000
Yaşam Kalitesi Ölçeği						
Fizik. Sağlık**	67.5±19.5	82.6±13.5	76.7±16.1	88.5±9.9	80.2*	0.000
Fiziksel Rol.**	58.0±32.5	84.8±23.3	68.3±26.5	87.7±19.3	81.4*	0.000
Ağrı	52.6±30.5	77.5±22.1	69.4±23.7	82.3±22.3	73.3*	0.000
Gen.Sağ. Al.**	46.2±18.6	67.1±15.3	59.0±19.3	71.2±13.5	103.9*	0.000
Fiz. Sağ. Öz.**	56.7±20.6	78.0±14.4	68.1±16.3	82.1±12.4	51.2	0.000
Canlılık	52.5±18.6	74.2±18.6	66.1±17.4	79.8±16.3	110.2*	0.000
Sosyal Fonk**	69.7±17.2	85.1±17.2	80.1±20.3	91.1±15.2	74.6*	0.000
Sos.Rol **	58.3±25.6	84.1±25.6	69.1±32.3	90.5±17.8	86.4*	0.000
Men. Sağlık**	50.5±18.2	71.9±18.2	67.0±15.4	77.9±15.1	31.8	0.000
Me. Sağ.Öz.**	57.7±17.7	78.5±17.2	71.0±16.0	84.4±13.4	54.6	0.000

*Varyansların eşitliği şartı sağlanamadığı için Kruskall Wallis analizi yapıldı

** Kendini Gerçekleştirme, Sağlık Sorumluluğu, Kişilerarası Destek, Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, fiziksel rol Güçlüğü, Genel Sağlık Algısı, Fiziksel Sağlık Özet Puanı, Sosyal Fonksiyon, Sosyal Rol Güçlüğü, Mental Sağlık Özet Puanı

Sınıfsal konuma göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin puan dağılımı tablo 4.2.13'de görülmektedir. Yapılan istatistiki incelemede sınıfsal konuma göre ölçeğin tüm alt grupları için fark anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Kendini gerçekleştirme alt ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin toplam puanı için yapılan Tukey HSD analizi sonucunda bütün gruplar için fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin toplam puanı için gruplar aldıkları puana göre en düşükten en yükseğe mavi yakalılar (27.0 ± 4.9 , 95.6 ± 13.8) ,kendi hesabına çalışanlar (33.4 ± 8.6 , 116.5 ± 13.4), beyaz yakalılar (35.6 ± 5.3 , 123.4 ± 14.5) ve burjuva sınıfı (38.2 ± 6.0 , 131.3 ± 11.3) olarak sıralandı.

Stres alt ölçeğinin sonucunda mavi yakalılarının (13.56 ± 3.38) stres puanının ortalaması, beyaz yakalılar (17.10 ± 3.19), kendi hesabına çalışanlar (18.76 ± 15.78) ve burjuvalardan (18.87 ± 2.94) düşüktür. Beyaz yakalılar, kendi hesabına çalışanlar ve burjuvaların stres puanları arasında fark bulunmadı.

Sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve kişilerarası destek alt ölçekleri için yapılan Bonferroni düzeltmeli MW-U analizi sonucunda mavi yakalılarının sağlık sorumluluğu (15.9 ± 3.6), egzersiz (7.4 ± 2.3), beslenme (11.8 ± 3.9) ve kişilerarası destek (20.4 ± 3.5) puanının, beyaz yakalılar, kendi hesabına çalışanlar ve burjuvalardan düşük olduğu belirlendi ($p<0.0167$). Kendi hesabına çalışanların sağlık sorumluluğu (20.9 ± 5.1), egzersiz (9.0 ± 2.2), beslenme (15.5 ± 3.4) ve kişilerarası destek (21.5 ± 2.7) evren ortalamasına göre beyaz yakalılar ve burjuvalardan düşük olduğu ve beyaz yakalılarının ve burjuvaların sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek puanının evren ortalamasına göre benzer olduğu saptandı ($p> 0.0167$).

Sınıfsal konuma göre yaşam kalitesi ölçeğinin puanlarının dağılımı incelendiğinde, sınıflar arasında ölçeğin tüm alt gruplarının puanları farklı bulundu ($p<0.05$). Fiziksel sağlık, canlılık ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri için yapılan Bonferroni düzeltmeli MW-U analizi sonucunda bütün gruplar için fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Fiziksel sağlık, canlılık ve sosyal fonksiyon alt ölçekleri için gruplar aldıkları puana göre en düşükten en yükseğe mavi yakalılar, kendi hesabına çalışanlar, beyaz yakalılar ve burjuva sınıfı olarak sıralandığı görüldü.

Fiziksel rol güçlüğü alt ölçeğinin Bonferroni düzeltilmeli MW-U analizi sonucunda mavi yakalıların fiziksel rol güçlüğü puanının (58.0 ± 32.5) evren ortalaması, beyaz yakalıları (84.8 ± 23.3) ve burjuvalardan (87.7 ± 19.3) düşük ($p < 0.0167$) ve kendi hesabına çalışanlar (68.3 ± 26.5) ile benzer ($p > 0.0167$) olduğu bulundu. Kendi hesabına çalışanların fiziksel rol güçlüğü puanı burjuva ($p < 0.0167$) ve beyaz yakalıların ($p < 0.0167$) puanlarından daha düşük ve beyaz yakalıların fiziksel rol güçlüğü puanı ise burjuva sınıfının fiziksel rol güçlüğü puanından daha düşüktür ($p < 0.0167$).

Ağrı, genel sağlık ve sosyal rol alt ölçeklerinin Bonferroni düzeltilmeli MW-U analizi ile yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda mavi yakalıların ağrı (52.6 ± 30.5), genel sağlık algısı (46.2 ± 18.6) ve sosyal rol puanının (58.3 ± 25.6) ortalaması, kendi hesabına çalışanlar, beyaz yakalıları ve burjuvalardan düşüktür ($p < 0.0167$) ve kendi hesabına çalışanların ağrı puanının (69.4 ± 23.7) genel sağlık algısı (59.0 ± 19.3) ve sosyal rol puanının (69.1 ± 32.3) ortalaması burjuva ve beyaz yakalıları grubundan düşük bulundu ($p < 0.0167$). Beyaz yakalıların ise ağrı (77.5 ± 22.1), genel sağlık algısı (67.1 ± 15.3) ve sosyal rol puanının (84.1 ± 25.6) ortalaması burjuva sınıfının ağrı puanı (82.3 ± 22.3), genel sağlık algısı (71.2 ± 13.5) ve sosyal rol puanı (90.5 ± 17.8) ortalaması benzerdir ($p > 0.0167$).

Mental sağlık alt ölçeği için yapılan Tukey HSD analizi sonunda mavi yakalıların (50.50 ± 18.28) mental sağlık puanının evren ortalaması, beyaz yakalıları (71.90 ± 18.28), kendi hesabına çalışanlar (67.07 ± 15.48) ve burjuvalardan (77.91 ± 15.12) daha düşüktür ($p < 0.0167$). Beyaz yakalıları (71.9 ± 18.2), kendi hesabına çalışanlar (67.0 ± 15.4) ve burjuvalar (77.9 ± 15.1) mental sağlık puanı ortalaması yönünden birbirine benzerdir.

Sınıfsal konumun fiziksel ve mental sağlık özet puanının üzerine etkisi Tukey HSD ile incelendiğinde fark bütün gruplar için anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Fiziksel ve mental sağlık özet puanlarına göre avantaj hiyerarjisine göre sınıfların burjuva sınıfı (82.1 ± 12.4 , 84.4 ± 13.4) beyaz yakalıları (78.0 ± 14.4 , 78.5 ± 17.2) kendi hesabına çalışanlar (68.1 ± 16.3 , 71.0 ± 16.0) ve

mavi yakalılar (56.7 ± 20.6 , 57.7 ± 17.7) olarak sıralandığı gözlemlendi. Yapılan Tukey HSD analizi de bu bulguları desteklemektedir.

Tablo 4.2.14 Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin yaşanılan mahalleye göre puan dağılımı

YAŞANILAN MAHALLE				
	Havzan X±SD	Çimenlik X±SD	t ya da z Değeri	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği				
Kendini Gerçekleştirme	35.7±8.0	30.6±6.3	6.97	0.000
Sağlık Sorumluluğu	22.0±5.2	18.3±4.5	7.56	0.000
Egzersiz	10.4±3.0	8.3±2.4	7.82	0.000
Beslenme	15.5±4.0	14.3±3.6	3.28	0.001
Stres	17.5±3.5	16.0±10.7	1.70	0.076
Kişilerarası Destek	22.0±3.2	21.6±3.0	1.39	0.170
Toplam SYBD	122.5±19.1	108.1±16.6	8.00	0.000
Yaşam Kalitesi Ölçeği				
Fiziksel Sağlık	81.6±15.2	74.7±18.7	3.77*	0.000
Fiziksel Rol	78.3±28.0	69.3±31.3	2.86*	0.005
Ağrı	76.5±24.3	62.1±29.4	5.12*	0.000
Genel Sağlık Algısı	64.7±17.0	55.3±20.9	4.57*	0.000
Fiziksel Sağlık Özet Puanı	75.2±16.4	65.6±20.9	5.00	0.000
Canlılık (Enerji)	75.9±17.0	58.5±22.0	8.37*	0.000
Sosyal Fonksiyon	85.8±16.6	75.8±22.3	4.47*	0.000
Sosyal Rol	82.2±25.8	67.0±31.3	4.93*	0.000
Mental Sağlık	73.0±17.3	58.4±20.3	7.60*	0.000
Mental Sağlık Özet Puanı	78.8±15.8	65.2±201	7.57	0.000

** Varyansların eşitliği şartı sağlanamadığı için MW-U analizi yapıldı.

Yaşanılan mahalle ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları arasındaki tablo 4.2.14'de incelendi. Fark ölçeğin stres ($p>0.05$) alt ölçeği hariç tüm alt ölçekler için anlamlı bulundu. Havzan Mahallesinde yaşayanların Kendini gerçekleştirme (35.7 ± 8.0), sağlık sorumluluğu (22.0 ± 5.2), egzersiz (10.4 ± 3.0), beslenme (15.5 ± 4.0), kişilerarası destek (22.0 ± 3.2)

ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları (122.5±19.1) puanlarının evren ortalaması Çimenlik Mahallesinde yaşanlar göre daha yüksek bulundu (p<0.05).

Yaşanılan mahalle ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; fark ölçeğin tüm alt grupları ve özet puanlar için anlamlı bulundu. Fiziksel sağlık (81.6±15.2), fiziksel rol (78.3±28.0), ağrı (76.5±24.3), genel sağlık algısı (64.7±17.0), fiziksel sağlık özet puanı (75.2±16.4), canlılık (75.9±17.0), sosyal fonksiyon (85.8±16.6), sosyal rol (82.2±25.8) mental sağlık (73.0±17.3) ve mental sağlık özet puanının (78.8±15.8) Havzan Mahallesinde yaşanlarda yüksek olduğu saptandı (p<0.05) (Tablo 4.2.14).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkili Bulunan Bağımsız Değişkenlerin İncelenmesi

Bu bölümde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu düşünölen ve bu çalışmada ele alınan on beş bağımsız değişkenden istatiki analizler sonucunda önemli bulunan on üç bağımsız değişkenin etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizlerinin sonuçları verildi. Çoklu regresyon analizleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği için sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı; yaşam kalitesi ölçeği için fiziksel ve mental sağlık özet puanları üzerinden yapıldı. Çoklu regresyon analizinde linear regresyon modeli kullanıldı ve veriler kategorik veri olarak modele dahil edildi.

Tablo 4.2.15 Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalaması İle Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Regresyon Sonuçları (r)

Bağımsız değişkenler	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	t	P
A (sabit)	81.0	7.98	-10.1	0.000
Yaş	1.57	0.80	1.96	0.510
Cinsiyet	-1.64	1.48	-1.10	0.270
Eğitim Durumu	-1.29	0.75	-1.70	0.090
Medeni Durum	0.74	1.02	0.73	0.462
Doğum Yeri	0.70	0.92	0.75	0.449
Konut Mülkiyeti	3.08	0.460	0.06	0.940
Oda sayısı	5.12	0.93	3.01	0.090
Hanedeki birey sayısı	6.40	1.59	4.01	0.000
Aylık Gelir	4.14	0.96	4.31	0.000
Algılanan Ekonomik Durum	4.99	1.31	3.79	0.000
Sağlık Güvencesi	0.25	0.52	0.48	0.625
Sınıfsal Konum	4.17	0.87	4.76	0.000
Mahalle	5.65	1.49	-3.77	0.000
R = 0.750	R² = 0.563	F= 38.22	P= 0.000	

*Yaşamını büyük çoğunluğunu geçirdiği yer ile doğum yeri arasında güçlü korelasyon olduğu için çoklu regresyona sadece yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer dahil edilmiştir.

Bağımsız değişkenlerden cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, doğum yeri, sağlık güvencesi, konut mülkiyeti, hane reisinin sınıfsal konumu, algılanan ekonomik durum, gelir durumu, yaşanılan mahalle, hanedeki birey sayısı ve yaşanılan konutun oda sayısının, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olan etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirildi.

Yapılan çoklu regresyon analizinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi olan bağımsız değişkenlerin hane reisinin sınıfsal konumu, algılanan ekonomik durum, gelir durumu, yaşanılan mahalle, ve hanedeki birey sayısının olduğu saptandı (P<0.05). Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, doğum yeri, sağlık güvencesi, oda sayısının ve konut mülkiyetinin ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlendi (p>0.05).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sınıfsal konum, aylık gelir ve algılanan ekonomik durum ve hanedeki birey sayısı arasında orta düzeyde ve pozitif yönde, yaşanan mahalle ile kuvvetli ve negatif yönde bir ilişki saptandı (Tablo 4.2.15).

Bağımsız değişkenlerden anlamlı olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine % 56 oranında belirleyici olduğu hesaplandı ($P < 0.05$).

Tablo 4.2.16 Fiziksel Sağlık Özet Puanını İle Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Regresyon Sonuçları (r)

Bağımsız değişkenler	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	t	P
A(sabit)	44.65	9.02	4.94	0.000
Yaş	3.20	0.80	-3.98	0.000
Cinsiyet	3.04	1.50	2.09	0.054
Eğitim Durumu	0.60	0.78	0.77	0.439
Medeni Durum	1.30	1.02	1.27	0.202
Doğum Yeri	0.94	0.93	1.00	0.315
Oda Sayısı	3.01	0.15	1.85	0.832
Birey Sayısı	3.28	1.21	-2.92	0.004
Aylık Gelir	4.68	0.97	4.82	0.000
Algılanan Ekonomik Durum	2.36	1.33	1.77	0.077
Sağlık Güvencesi	0.11	0.52	0.22	0.826
Sınıfsal Konum	1.23	0.87	1.410	0.159
Mahalle	2.83	1.51	-1.87	0.006
R = 0.749	R² = 0.651	F = 37.980	p = 0.000	

Bağımsız değişkenlerden cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, doğum yeri, sağlık güvencesi, hane reisinin sınıfsal konumu, algılanan ekonomik durum, gelir durumu, yaşanan mahalle, yaşanan konutun oda sayısı ve hanedeki birey sayısının fiziksel sağlık özet puanı üzerine olan etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirildi.

Yapılan çoklu regresyon analizinde fiziksel sağlık özet puanı üzerine etkisi olan bağımsız değişkenlerin yaş, hanede yaşayan birey sayısı, yaşanılan mahalle, ve aylık gelir olduğu saptandı (P<0.05). Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, doğum yeri, sağlık güvencesi, hane reisinin sınıfsal konum, algılanan ekonomik durum ve yaşanılan konutun oda sayısının ise fiziksel sağlık özet puanını etkilemediği belirlendi (p>0.05).

Fiziksel sağlık özet puanı ile yaş, hanedeki birey sayısı ve yaşanılan mahalle arasında orta düzeyde ve negatif yönde, gelir ile kuvvetli ve pozitif yönde bir ilişki saptandı. Bağımsız değişkenlerden anlamlı olanların fiziksel sağlık özet puanı üzerine % 65 oranında belirleyici olduğu hesaplandı (P<0.05) (Tablo 4.2.16).

Tablo 4.2.17 Mental Sağlık Özet Puanının İle Bağımsız Değişkenlerin Çoklu Regresyon Sonuçları (r)

Bağımsız değişkenler	Regresyon Katsayısı	Standart Hata	t	P
A (sabit)	45.63	10.00	-4.56	0.000
Yaş	1.29	0.89	-1.44	0.148
Cinsiyet	4.07	1.67	-2.43	0.015
Eğitim Durumu	1.43	0.86	1.66	0.097
Medeni Durum	1.16	1.13	1.02	0.305
Doğum Yeri	2.66	1.03	2.56	0.011
Oda Sayısı	0.11	1.76	0.66	0.948
Birey Sayısı	2.08	1.24	1.68	0.094
Aylık Gelir	4.65	1.07	4.32	0.000
Algılanan Ekonomik Durum	3.22	1.47	2.18	0.030
Sağlık Güvencesi	1.67	0.58	2.87	0.004
Sınıfsal Konum	1.19	0.96	1.23	0.217
Mahalle	6.58	1.68	-3.91	0.000
R= 0.815 R² = 0.689 F=24.95 p= 0.000				

Bağımsız değişkenlerden cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, doğum yeri, sağlık güvencesi, hane reisinin sınıfsal konumu, algılanan ekonomik durum, gelir durumu, yaşanılan

mahalle, yaşanılan konutun oda sayısı ve hanedeki birey sayısının mental sağlık zet puanı üzerine olan etkisi çoklu regresyon analizi ile değerlendirildi.

Yapılan oklu regresyon analizinde mental sağlık zet puanı üzerine etkisi olan bağımsız değerkenlerin cinsiyet, doğum yeri, yaşanılan mahalle, sağlık güvencesi, algılanan ekonomik durum ve aylık gelir olduğu saptandı ($P<0.05$). Yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan konutun oda sayısı, hanedeki birey sayısı ve hane reisinin sınıfsal konumunun ise mental sağlık zet puanını etkilemediği belirlendi ($p>0.05$).

Mental sağlık zet puanı ile cinsiyet ve yaşanılan mahalle arasında kuvvetli ve negatif yönde, doğum yeri, sağlık güvencesi, algılanan ekonomik durum ve aylık gelir orta düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki saptandı (Tablo 4.2.17).

Bağımsız değerkenlerden anlamlı olanların fiziksel sağlık zet puanı üzerine % 68 oranında belirleyici olduğu hesaplandı ($P<0.05$).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi leği arasındaki korelasyon incelendiğinde; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesinin fiziksel sağlık bileşeni ($r = 0.75$) ve mental sağlık bileşeni ($r = 0.71$) arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$)

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1 Araştırma Bölgelerinin Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Durumlarına İlişkin Tanımlayıcı Özellikler

Eşitsizlikleri net olarak saptamak ve sonraki yıllarda izlemek için uygun olacağına ilişkin literatüre dayanarak, araştırmada örnek seçimi mahalleden hareketle yapıldı. Havzan ve Çimenlik Mahallelerinin seçilme nedeni ise birbirinden oldukça farklı sosyoekonomik özellikler göstermesiydi. Çoklu regresyon analizi sonuçları ile yaşanan mahallenin, bir ekolojik değişken olarak, diğer sosyoekonomik durumu tanımlayan bağımsız değişkenlerle birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile önemli ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerinde etkisinin incelenmesinde mahalleler arasındaki farklılığın değerlendirilmesinin geçerli bir yol olduğunu göstermesi yönünden önemlidir. Yaşanılan bölgenin sağlık üzerine etkisiyle ilgili bulgular Roberts (1997) Belek (1998) ile Fone ve Dunstan (2006)'dan elde edilen literatür bilgileri ile uyumludur.

Araştırma bölgeleri (Çimenlik Mahallesi ve Havzan Mahallesi) birçok çalışmada sağlık üzerine etkisi gösterilmiş olan yaş, cinsiyet ve medeni durum bakımından benzerdir. Çalışma amacının sosyoekonomik durumun sağlık üzerine etkisinin incelemeye yönelik olması nedeni ile araştırma bölgeleri arasındaki bu benzerlik araştırma sonuçlarının güvenilirliğini artıran bir durum olarak değerlendirilebilir.

Sosyoekonomik göstergeler bakımından araştırmanın yürütüldüğü mahallelerin birbirinden farklı özellikleri bulunmaktadır. Eşitsizliklerle ilişkili olduğu düşünülen sosyoekonomik değişkenlerin mahalleler arasındaki dağılımı incelendiğinde; ilköğretim mezunlarının, doğum yeri ve yaşantısının çoğunluğunu geçirdiği yer köy olanların, 2-3 odalı evde oturanların, hanedeki birey sayısı fazla olanların, buzdolabı, araba, bilgisayar ve çamaşır makinesi gibi dayanıklı tüketim mallarına sahip olmayanların, aylık geliri asgari ücret ve daha altında olanların, ekonomik durumunu kötü algılayanların ve sağlık güvencesi olmayanların çoğu Çimenlik Mahaltesinde yaşamaktadır. Yüksekokul ve üstü eğitim alanların, doğum yeri ve yaşantısının çoğunu geçirdiği yer il olanların, 4-7 odalı evde yaşantılarının, hanedeki birey

sayısı az olanların, buzdolabı, araba, bilgisayar ve çamaşır makinesi gibi dayanıklı tüketim mallarına sahip olanların, asgari ücretin üç katından fazla aylık geliri olanların, ekonomik durumunu iyi algılayanların ve sağlık güvence sahibi olanların çoğu ise Havzan Mahallesi'nde yaşamaktadır.

Çimenlik ve Havzan Mahallelerinin yaş dağılımları bakımından istatistiki bir farklılık olmamasına rağmen Çimenlik'ten seçilen örneklem grubunun % 39.5'i 18–29 yaş, % 29.5'i 30–41 yaş, % 21.5'i 42–53 yaş, % 9.5'i 54–65 yaş grubunda yer almaktadır. Havzan Mahallesi'nden seçilen örneklem grubunun yaş yapısı ise % 26.5'i 18–29 yaş, % 35.5'i 30–41 yaş, % 26.5'i 42–53 yaş, % 11.5'i 54–65 yaş grubunda yer almaktadır. Örneklem gruplarının nüfus yapısı hem mahallelerin gerçek nüfus yapılarıyla hem de mahallelerin sosyoekonomik yapısıyla uyumludur. Çimenlik Mahallesi'nin nüfus yapısı yakın zamanda yüksek doğurganlık süreci yaşamış ve sosyoekonomik durumu düşük olan yerleşim yerlerinin nüfus yapısıyla benzerken; Havzan Mahallesi'nin nüfus yapısı doğurganlık düzeyinin düştüğü ve yaşlı nüfusun artmaya başladığı; kişi başına düşen milli gelirin daha yüksek olduğu yerleşim yerlerinin nüfus yapısına benzemektedir.

Mahallelerin eğitim durumuyla ilgili bulgular incelendiğinde; araştırma örneğinde yer alan ilköğretim mezunlarının çoğunluğu Çimenlik Mahallesi'nde yaşarken; yükseköğretim ve üstü eğitim alanların çoğunluğunun Havzan Mahallesi'nde yaşadığı görülebilir (Tablo 4.1.1). Sosyoekonomik eşitsizlikleri göstermek için insanların mesleki statüleri, eğitim durumları ve gelir düzeylerine göre sosyal hiyerarşi içinde yer aldıkları pozisyonlardaki farklılıklardan yararlanılmaktadır. Sosyoekonomik sağlık eşitsizliklerinin saptanması ve izlenmesinde bu üç sosyoekonomik göstergeden hangisinin daha belirleyici olduğunun belirlenmesi için Yardım ve Özcebe (2005) tarafından yapılan bir araştırmada gelir ile eğitim arasındaki ilişki, gelir ile mesleki saygınlık indeksleri arasındaki ilişkiden daha güçlü bulunmuştur. Eğitimin, hem gelirle hem de mesleki saygınlıkla iyi derecede korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Eğitim durumu diğer iki bağımsız değişkenle yüksek korelasyon göstermesi nedeniyle tek başına sağlıkta eşitsizliklerin ölçümü ve izlenmesinde kullanılabilir bir bilgi kaynağıdır. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlığı geliştirme üzerine olan etkilerinin gösterilmesi için tasarlanan bu araştırmada da araştırma evreni olarak kabul edilen Çimenlik Mahallesi'nde 18–65 yaş nüfusun % 12'si okur yazar olmadığı gerekçesiyle evren dışında bırakılmıştır.

Türkiye’de okur-yazar olmayanların oranı % 19.36, Konya’da ise okur yazar olmayanların oranı % 10.91’dir (DİE 2000). Çimenlik Mahallesiinde okur-yazar olmama durumu Türkiye geneline göre düşük; Konya geneline göre yüksektir. Çimenlik Mahallesiindeki okur-yazar olmayanların % 12 gibi yüksek bir oranda olmasına rağmen, Havzan Mahallesiinde okur-yazar olmayan birey bulunmamaktadır. Her iki mahalledeki bireylerin eğitim durumu da (Tablo 4.1.3) Çimenlik ve Havzan Mahalleleri arasında Çimenlik Mahallesiinin aleyhine olacak şekilde sosyoekonomik eşitsizliklerin varlığını gösteren bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Doğum yeri ve yaşantısının çoğunluğunu geçirdiği yer köy olanların büyük bir kısmı sosyoekonomik bakımdan dezavantajlı olan Çimenlik mahallesiinde yaşamaktadır (Tablo 4.1.3). Doğum yeri ve yaşantısının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer köy olanların sosyoekonomik bakımdan dezavantajlı olan mahallede yaşama alanı bulmaları sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri değerlendirmek için bireyin sadece içinde yaşadığı koşulların değil, çocukluktan itibaren içinde bulunulan ortamın dikkate alınması gerektiğine ilişkin araştırma bulguları ile uyumludur (Smith ve ark. 1997, Vagero 1991, Power ve ark 1997). Sosyoekonomik eşitsizlikleri yaşayan bireylerin kırsal alandan kentsel bir alana göç etmeleri ile oluşan bu grupların literatürde belirtilen (Dedeoğlu 1998b) sağlık sorunları açısından risk altındaki grup olarak tanımlanmasının gerekliliğini göstermektedir. Göç eden nüfusun şehirde yaşadığı ve çoğunlukla gecekondü olarak tanımlanan alanlarda bulaşıcı hastalıklar daha fazla görülmekte ve prognozu daha kötü olmaktadır. Bebek ölüm hızı, perinatal ölüm hızı gibi mortalite göstergeleri daha olumsuz yönde bulunmaktadır. Ayrıca bu bölgelerde oturan bireylerin sağlık bilgileri ve davranışları da istendik düzeyde değildir.

Araştırma bölgeleri konutmülkiyeti yönünden karşılaştırıldığında istatistiki bir fark bulunamadı (Tablo 4.1.4). Bu durumda bize sosyoekonomik eşitsizlikleriyle ilgili veri elde etmeye çalışırken konut mülkiyeti bilgisini sorgulamanın yeterli olmadığını düşündürmüştür. Konut mülkiyeti yanında kira için ödenen bedel, yaşanan konut için algılanan konfor düzeyi, evin büyüklüğü, yaşanan konutun elektrik ve su sağlama yolları, konutta yaşanan bazı sorunlar (sızdıran çatı, sık yaşanan elektrik ve su kesintileri, karanlıkta kalan oda...) ve evin ısınma şekli gibi farklı bağımsız değişkenlerin sorgulanmasının gerektiğini düşünebiliriz. Araştırmanın amacı ve zaman, maliyet gibi koşullar nedeni ile yaşanan konutun sağlık

yönünden risklerini incelemek için konut mülkiyeti yanında araştırmamızda konuttaki oda sayısı, hanedeki birey sayısı ve dayanıklı tüketim mallarına sahip olma durumu sorgulandı.

Ortalama hane halkı büyüklüğü Türkiye genelinde 4.5 kişi iken Konya genelinde 4.3 kişidir (TNSA 2003). Araştırma örneğinde Çimenlik Mahallesiinde 5–7 kişilik ailelerin oranı % 56.0 iken; Havzan Mahallesiinde bu oran % 23.5’dir. Havzan Mahallesiindeki hane halkı büyüklüğü ortalama 3.5 kişiyken; Çimenlik Mahallesiinde 5.8 kişidir. Bu bulgularla Çimenlik Mahallesiinde hanedeki birey sayısının hem Havzan Mahallesi hem de Türkiye ve Konya geneline göre daha yüksek olduğunu söylenebiliriz. Hane halkı büyüklüğü sosyoekonomik farklılıklarla ilişkili olduğu için kent içi sosyoekonomik eşişsizliklerinin gösterilmesinde önemli bir bilgi kaynağı olduğu söylenmektedir (Belek 2004). Hane halkı büyüklüğü hanenin ekonomik durumu yanı sıra hanenin sağlık durumunu da etkilemektedir. Hane halkı büyüklüğünün ekonomik durum üzerine etkisi hem haneye giren aylık gelirin paylaşımıyla hem de hanede yaşayan bağımlı birey sayısının artması ile ilişkili olduğunu düşünebiliriz. Hanedeki birey sayısının fazla olması uygun olmayan sağlık koşullarının oluşmasını kolaylaştırabilir ve bireylerin kendi sağlıkları ile ilgilenme durumunu olumsuz etkileyebilir. Literatürde de hanede yaşayan birey sayısının fazla olması ile önlenbilir çocuk hastalıkları arasındaki ilişki bulunduğu ve önlenbilir çocuk hastalıklarının sosyoekonomik yönden dezavantajlı nüfusta sık yaşanan bir sorun olarak bildirilmektedir (Moore ve ark 2006, Lecrec ve ark 2006).

Oda sayısına göre mahalleler incelendiğinde Çimenlik Mahallesiindeki hanelerin % 39.5’i 2-3 odalı konutta yaşarken; Havzan Mahallesiinde örneğe dahil edilen hanelerin % 73.0’ı 4-7 odalı konutta yaşadığı bulundu (Tablo 4.1.4). Bu bulgu Çimenlik Mahallesiinde yaşayanların uygunsuz konut koşulları nedeni ile özellikle çocuk hastalıkları olmak üzere birçok bulaşıcı hastalık yönünden risk grubu olduğu gösterilebilir.

Objektif bir gelir göstergesi olarak kabul edilen dayanıklı tüketim mallarına sahip olma durumu incelendiğinde telefon sahipliği hariç; buzdolabı, bilgisayar, çamaşır makinesi ve araba gibi dayanıklı tüketim mallarına sahiplik bakımından Çimenlik Mahallesiinde yaşayanlar dezavantajlı konumdadır (Tablo 4.1.4). Hanenin sahip olduğu dayanıklı tüketim mallarının, hanenin sosyoekonomik düzeyini yansıtan iyi bir gösterge olmasının yanı sıra sağlık içinde

bazı yararlarından söz edilebilir. Buzdolabı gıdaların hijyenik bir şekilde uzun süre korunmasını sağlarken; bilgisayar kullanımı bu gün dünya da sağlık bilgilerine ulaşmada kullanılan ve bireyleri sağlıklı yaşam yönünde değişime hazırlayan bir faktör olarak kabul edilmektedir. Araba sahipliği ise bireysel konforu artırmanın yanı sıra sağlık hizmetlerine özellikle acil durumlarda ulaşımı kolaylaştıran bir faktördür. Çimenlik Mahallesinde yaşayanların dayanıklı tüketim mallarına daha az sahip olması sağlık durumunu olumsuz etkileyebilecek bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Objektif bir ekonomik durum göstergesi olarak tanımlanan aylık gelir ve subjektif bir ekonomik gösterge olan algılanan ekonomik durum bulgularının her ikisinde de daha kötü durumda olanlar Çimenlik Mahallesinde yaşamaktadır (Tablo 4.1.5). Araştırma bölgelerinin gelir durumu ile ilgili tartışmasını sınıf temelinde yapmak daha yararlı olacaktır.

Bireylerin sınıfsal konumunu değerlendirmek için araştırmamızda Belek (1998) ve Boratav (1995) tarafından çeşitli araştırmalarda kullanılan sınıf şemasından yararlanılmıştır. Sınıfsal konumun sosyoekonomik statüyü belirleyen eğitim, mesleki statü ve gelir gibi değişkenlerin ortak etkisini göstermesinden dolayı sosyoekonomik eşitsizliklerin belirlenmesinde önemli bir yeri olduğu söylenmektedir (Belek ve ark 1998). Araştırmamızda bireyin sınıfsal konumunu belirlerken hane reisinin üretim sürecindeki konumu dikkate alınmıştır. Bu duruma nedeni ekonomik durumun birey üzerindeki etkisinin gelirin hane içindeki paylaşımı sonucu etkili olmasıdır. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan araştırmaların çoğunda bağımsız bir değişken olarak kullanılan ekonomik durumun aile geliri ya da kişi başına düşen gelir olarak değerlendirildiği görülmektedir. Yaşanılan mahalleyi makro bir sosyoekonomik değişken olarak alırsak, sınıf kimliğinin yaşanılan mahallenin belirlenmesine önemli oranda yansıdığını görüyoruz. Mavi yakalılarının ve burjuvalarının yerleşim yeri olarak farklı bölgelerde yoğunlaştıklarını görmekteyiz. Bu bulgumuzu gelir ile yaşanılan bölge arasındaki ilişki ile açıklayabiliriz. Sosyoekonomik durumu düşük olan birey ve aileler genellikle yoksul bölgelerde yaşayabilmektedir. Kiraların düşük olması bile tek başına, düşük gelirli aileleri yoksul bölgelere çeken bir etki göstermektedir. Araştırma bulgularımızda kendi hesabına çalışanların her iki bölgede de benzer şekilde dağıldığını görmekteyiz. Bunun en önemli nedeni kendi hesabına çalışanların seyyar satıcı, ayakkabı boyacısı gibi küçük işler yapan düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip kişiler olabileceği gibi; yalnız kendi işyerlerinde

çalışan hekim, avukat, mühendis ya da sağlık kabini işleten hemşireler gibi daha yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip kişilerin olabilmesidir. Sınıfsal konumu belirlemek için bireylere yöneltilen hane reisinin mesleğine verilen cevaplar incelendiğinde Çimenlik mahallesindeki kendi hesabına çalışanların fazla sermaye gerektirmeyen; beyaz yakalıların ise fazla eğitim gerektirmeyen mesleklerde çalıştıklarını görmekteyiz. Havzan Mahallesinde ise durum tamamen tersinedir. Bu bölgedeki kendi hesabına çalışanlar sermaye gerektiren işlerde, beyaz yakalılar ise yüksek eğitim gerektiren mesleklerde çalışmaktadırlar. Bu durumu mahallelerin gelir dağılımı da desteklemektedir. Kendi hesabına çalışanlardan Çimenlik mahallesinde oturanların % 72.7'si asgari ücretin hemen üstünde bir gelire (430–660 YTL) sahiptir. Havzan Mahallesinde oturan kendi hesabına çalışanların ise gelirleri 480–2000 YTL arasında değişmektedir.

Araştırma bölgelerinin sağlık güvencesi durumuna göre dağılımı incelendiğinde sağlık güvencesi olmayanlarının ve sağlık güvencesi yeşil kart olanların çoğunluğunun Çimenlik Mahallesinde yaşadığı; sağlık güvencesi SSK, emekli sandığı ve bağkur olanların dağılımının her iki mahallede de benzer oranlarda bulunduğu ve özel sigorta, yaşlılık sigortası gibi sağlık güvencesine sahip olanların çoğunluğunun Havzan Mahallesinde yaşandığı bulundu (Tablo 4.1.5). Çimenlik Mahallesinde yaşayanların başlıca sağlık güvencelerinin geçici bir sağlık sigortası olan yeşil karta sahibi olması; bu mahallede yaşayanların düzenli ve kalıcı bir işi ve mülkiyeti olmadığını düşündürmektedir. Çünkü ülkemizde sağlık güvence kapsamına girmek düzenli prim ödemeyi gerektirmektedir. Havzan Mahallesinde de burjuva ve kendi hesabına çalışanların oranı göz önüne alındığında sağlık güvencesi bağkur olanların daha fazla olması beklenirdi. Bu durumun nedeninin bireylerin kendi iş yerlerinde kendilerini işçi olarak göstermeleri ya da ailenin diğer üyeleri üzerinden sağlık güvencesine sahip olmaları yönünde değerlendirilebilir.

Araştırma örneğinde bir sağlık sorunu yaşadıkları zaman ilk başvuru yeri olarak sağlık ocağını kullanma oranı % 32.7'dir (Tablo 4.1.1b). Pala ve ark. (1997)'nin Bursa/Gemlik'te yaptıkları çalışmada ise; sağlık ocağını tercih oranı % 35.1 olarak belirlenmiştir. Çetinkaya ve ark (1994)'nin, Kayseri'de yaptığı çalışmada Sağlık Ocağına başvuru oranı % 33.5, Kılıç (1996) Ankara Gölbaşı Bölgesinde sağlık ocağı kullanım durumu % 40.2 olarak bildirilmiştir. Araştırmamızda da bir sağlık sorunu yaşadıkları zaman ilk başvuru yeri olarak Çimenlik

Mahallesinde yaşayanlar seçeneksiz olarak sağlık ocağı ve devlet hastanelerini kullanmaktadırlar. Özellikle sağlık ocağı kullanımı ön plana çıkmaktadır (% 52.5) (Tablo 4.1.5). Sağlık ocaklarının hem ekonomik hem de ulaşım açısından özellikle yoksul halkın en çok tercih ettiği kurumlar olduğu dikkat etmektedir. Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü tarafından (1992) yapılan bir çalışmada halkın sağlık kurumuna başvuruda ucuz ve kolay ulaşma kriterini önemsedikleri görülmektedir Bu durumda bize özellikle son yıllarda çok sık vurgulanan 2005 yılında Düzce’de pilot uygulamasına geçilen aile hekimliği modeli yerine temel sağlık hizmetleri felsefesiyle de uyuşan ve bir kamu hizmeti olması nedeniyle de sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesine uygun olan mevcut örgütlenme sisteminin desteklenmesi gerektirdiği yönündeki görüşleri destekler niteliktedir. Bu araştırmada literatür bilgilerinden farklı olarak (Belek 1999, Berberoğlu ve ark 2001) özel sağlık kurumlarının kullanımının fazla olduğu bulunmuştur. Tüm örnek grubunda özel sağlık kurumlarının kullanım oranı % 17.8’dir. Özel sağlık kurumunu kullananların % 70.4’ü Havzan Mahallesinde; % 29.6’sı Çimenlik Mahallesinde yaşamaktadır. Araştırma örnekleminin genelinde ve sosyoekonomik durumu düşük olan bir bölgede bile özel sağlık kurumlarının kullanım oranının yüksek çıkmasının nedeni 17.04.2003 tarih ve 25082 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği’nde (Sağlık Bakanlığı 2003) yapılan değişiklikle özel sağlık kurumlarından devlet memurlarının ve bunların bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerinin yararlanmasına imkan sağlanması olduğu yönünde değerlendirilebilir.

5.2 Sosyodemografik ve sosyoekonomik bulguların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi

5.2.1 Sosyodemografik ve sosyoekonomik bulguların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisinin incelenmesi

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde; ileri yaşlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından alınan puanın daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.2.1). Araştırmamızda saptanan bu durum başka çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir. (Esin 1997, Sayan ve Erci 1999). İleri yaşlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumunun gençlere göre daha yüksek olması iki nedene

bağlanabilir. Yaşla birlikte sağlık risklerinin ve sağlık sorunu yaşama sıklığının artması ile bireylerin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik farkındalığın artması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamayı artıran bir durum olabilir. Ayrıca yaşın ilerlemesiyle birlikte insan yaşamında birçok alanda düzenini sağlamış olması (evlilik, iş...) kişinin kendisine daha çok zaman ayırması ve kendi sağlığı ile daha çok ilgilenmesine neden olabilir. Araştırma bulgularından elde edilen diğer bir sonuç ise sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres alt ölçeklerinin puanlarına göre yaş grupları arasında benzerlik bulunmasıdır. Bu bulguyu sağlık sorumluluğu üzerinde yaş faktöründen daha çok bireylerin sağlıklarına yönelik duyarlılığın ve bilginin etkili olmasıyla; beslenme alt ölçeği için beslenmenin kültürel, ailesel ve ekonomik durumundan etkilenmesi ve stres alt ölçeği içinde her yaş grubunun kendine özgü stres kaynaklarının olmasıyla açıklayabiliriz. Stres yönetiminde deneyim önemli bir faktör olması nedeniyle bireyin farklı yaşlarda karşılaştığı stres faktörlerinin hep yeni bir deneyim olması da stres yönetiminden alınan puanların benzer olmasına neden olabilir.

Cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde erkeklerin kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres ve toplam sağlıklı yaşam biçimi puanı kadınlara göre anlamlı oranda yüksek bulundu ($p < 0.05$). Sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası destek puanları yönünden cinsiyetler arasında istatistiksel fark bulunamamasına rağmen erkeklerin aldıkları puanlar kadınların alt ölçeklerden aldıkları puanlara göre yüksektir (Tablo 4.2.2). Cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalarda çelişkili sonuçlarla karşılaşmıştır. Sağlık personeli üzerine yapılan iki çalışmada (Ege ve ark. 2003, Pasinlioğlu ve Gözüm 1998) ve üniversite öğrencileri üzerine yapılan başka bir çalışmada (Zaybak ve Fadiloğlu 2004) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama yönünde cinsiyetler arasında fark bulunamamıştır. Bazı çalışmalarda (Batlaş 1996, Esin 1997) kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında daha olumlu özelliğe sahip olduğu bulunmuştur. Esin (1997)'in işçiler ile yaptığı çalışmada ve Ergün (2005)'ün lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada ise erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen iki çalışmada (Sayan ve Erci 1999, Akça 1998) sosyoekonomik durumu daha yüksek olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumu daha yüksek bulunmuştur. Genelde kadının sosyal statüsü ve ekonomik durumunun yüksek olduğu çalışma gruplarında kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama olasılığı daha yüksek iken; sosyoekonomik durum düştükçe ve

yoksulluğun belirleyiciliği arttıkça erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama olasılığı artmaktadır. Bu durum ölçekten alınan puan farklılığının asıl belirleyicisinin bireylerin cinsiyetinden ziyade sosyoekonomik durumu olduğunu düşündürmektedir. Çoklu regresyon analizlerinde de cinsiyetin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olan etkisinin birçok sosyoekonomik değişkenle birlikte değerlendirildiğinde anlamlı bulunmaması da bu düşüncemizi desteklemektedir (Bkz. Tablo 4.2.15).

Eğitim durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı karşılaştırıldığında; eğitim durumu yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının da yükseldiği saptandı (Tablo 4.2.3). Bu bilginiz pek çok araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir (Akça 1998, Ege ve ark 2003, Esin 1998, Pasinlioğlu ve Gözüm 1998). Ünal ve Orgun (2006)'un çalışmasında sağlığı geliştirme için yapılan eğitim programında eğitim düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama arasında yüksek korelasyonlu ilişki saptanmıştır. Bu sonuçta araştırma bulgumuzu destekler niteliktedir.

Medeni durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.2.4); kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası destek puanları arasında istatistiksel bir fark bulunamadı ($p>0.05$). Medeni duruma göre egzersiz, stres ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Yapılan incelemede evlilerin sağlıklı yaşam biçimi puanlarının daha olumlu yönde olduğu saptandı (Esin 1998). Evliliğin sağlıklı yaşam biçim davranışları üzerine olumlu bir etki göstermesinin nedeni ise evli olmanın bireye kazandırdığı düzen, sorumluluk ve sosyal desteğin sağlanması ile açıklanabilir.

Doğum yeri köy olanların stres alt ölçeği puanı hariç; yaşamının çoğunu köyde geçirenlerin ise stres ve kişilerarası destek alt ölçeği hariç olmak üzere sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puan ilçe ve il olanlara göre daha düşük bulundu. Esin (1998) ve Zaybak ve Fadiloğlu (2004) 'nun çalışmasında da doğum yeri ve yaşamının geçirilen yerin sağlıklı yaşam biçim davranışları üzerine etkili olduğu saptanmıştır. Doğum yeri ve yaşamının çoğunluğunu geçirdiği yerin bireyin sosyoekonomik durumu ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle doğum yeri ve uzun süre yaşanan yerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi sosyoekonomik durumla bağlantılı olabilir. Ayrıca kent yaşamı bireyin

sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesi için gerekli motivasyon ve bilgiyi sağlayan uyaranlara ve olanaklara sahip olmasıyla da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesinde etkili olabilir. Stres alt ölçeğinde gruplar arasında benzerlik olmasının nedeninin ise araştırmanın yapıldığı her iki bölgenin de il merkezinde olması ile açıklanabilir. Çünkü bireylerin kent yaşamından kaynaklanan stres faktörlerine maruz kalma yönünden eşit koşullardadır.

Konut mülkiyetine göre egzersiz ve kişilerarası destek alt ölçekleri hariç sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin diğer bileşenleri bakımından ev sahibi olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama olasılıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.7). Konut mülkiyetinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisinin diğer bağımsız değişkenlerin kümülatif etkisi nedeniyle ortaya çıktığını düşünebiliriz. Çoklu regresyon analizi ile de konut mülkiyetinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkisinin bulunmaması bu düşüncemizi desteklemektedir (Bkz. Tablo 4.2.15).

Hanedeki birey sayısı ve hanedeki oda sayısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olan etkisi incelendiğinde, hanedeki birey sayısı azaldıkça ve hanedeki oda sayısı arttıkça sağlık yaşam biçimi davranışlarını uygulama olasılığı da artmaktadır. Zincir ve arkadaşlarının (2003) çalışması ile Sayan ve Erci (1999)'nin çalışmasında hanedeki çocuk sayısının artmasıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan puanın düştüğü bulunmuştur. Zaybak ve Fadiloğlu (2004) 'nun çalışmasında ise aile tipi çekirdek aile olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar araştırmadan elde edilen bulguları desteklemektedir. Hanedeki birey sayısının fazla olduğu ve oda sayısının az olduğu hanede yaşayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışların kazanma ve sürdürmede dezavantajlı konumda oldukları söylenebilir. Hanedeki birey sayısının artması ve oda sayısının az olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi ekonomik nedenlerle açıklanabileceği gibi; bu bağımsız değişkenlerin bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgilenme durumunu da etkilediği düşünülebilir.

Pender'ın (1992) sağlığı geliştirme modelinde sosyoekonomik değişkenler demografik değişkenler kategorisinde tanımlanmış ve bireysel algılar üzerine etki ederek sağlığı geliştirici davranışları uygulama üzerine etkili olduğu varsayılmıştır (Esin 1997). Bu

araştırmada bireylerin sosyoekonomik durumu; sosyoekonomik bir kimlik olarak karşımıza çıkan yaşanılan mahalle, sınıfsal konum, aylık gelir, algılanan ekonomik durum ve sağlık güvencesi ile değerlendirildi. Araştırmadan elde edilen bulgularda sosyoekonomik durumu tanımlayan her değeriken için dezavantajlı durumda olanların sağlıklı yaşam biçim davranışlarını uygulama bakımından da dezavantajlı olduğu bulundu. Araştırmada yapılan çoklu regresyon analizinde bağımsız değeriklenler içinde de sosyoekonomik durumu tanımlayan bağımsız değeriklenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine anlamlı ilişki sergilediği saptandı. Esin (1997)'in çalışmasında aylık gelir düzeyi yüksek ve mesleki statüsü daha iyi olanların sağlıklı yaşam biçim davranışlarını daha fazla benimsedikleri bildirilmiştir. nal ve Orgun'un (2006) alışmasında da sağlığı geliştirme programlarındaki başarının sosyoekonomik durum ile kuvvetli düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Zaybak ve Fadiloğlu (2004) 'nun çalışması da bu bulguları destekler niteliktedir. Pender ve ark. (1992) alışması da farklı toplumlarda sosyoekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olan etkisini aynı yönde tanımlamıştır. Bu durum bize sağlığı geliştirmede başarı için bireysel algılar üzerine yapılan eğitim programları gibi çalışmalardan önce bireyler arasında var olan sosyoekonomik eşişsizliklerin ortadan kaldırılması gerektiğini düşündürmektedir (Bkz. Şekil 1).

Sosyoekonomik durumun sağlıklı yaşam biçim davranışları üzerine etkisi tanımlanırken en ilginç sonuç sağlık güvencesi ile ilgili bulgulardan elde edildi. Bu bulgulardan elde edilen sonuçta sağlıklı güvencesi olmayanlarla, geçici bir sağlık güvencesi olarak tanımlanan yeşil kartı olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumu benzer ve diğer türde sağlık güvencelerine (SSK, emekli sandığı ve bağkur) sahip olanlardan düşük olarak bulundu. Bu durum yeşil kart sahibi olanların belirli miktarda ve düzenli bir aylığı olmadığı için sağlık güvencesi olmayanlarla aynı ekonomik koşulları paylaşması nedeniyle olabilir. Bu sonuç iki önemli gerçeğe dikkat çekmektedir. Yoksul halka yardım olarak dşnlen yeşil kartın sağlığı koruma ve geliştirme üzerine olumlu bir etkisi olmadığını ve sosyoekonomik sağlık eşişsizliklerinin giderilmesinde bir çözüm olamayacağını gösterebilir. Ayrıca diğer tüm gelir gruplarını kapsayan sağlık güvencesine sahip olan bireylerin ölçekten benzer puanlar alması; sağlığı geliştirici davranışlar uygulanması için zengin olmanın değer; düzenli bir gelirin olmasının yeterli olabileceğini göstermektedir.

5.2.2 Sosyodemografik ve sosyoekonomik bulguların yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelenmesi

Yaş ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde 54–65 yaş grubunun en düşük puanı aldıkları saptandı. Genç ve orta yaş grubunun yaşam kalitesi puanları birbirine benzemektedir (Tablo 4.2.1). Yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar incelendiğinde de yaşla birlikte yaşam kalitesinde de düşüş olduğu yönünde bulgular bulunmaktadır (Wang ve Shen 2003, Bilir ve ark. 2004). Bu durumu yaşla birlikte artan sağlık sorunları ve yeti yitimi ile açıklayabiliriz. Çoklu regresyon analizlerinde de yaşın fiziksel sağlık için bir belirleyici olduğunun gösterilmesi ve mental sağlık için bir belirleyici olarak tanımlanmaması yaşın artan sağlık sorunları ve yeti yitimi ile yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu yönündeki yorumumuzu desteklemektedir (Bkz. Tablo 4.2.16, Tablo 4.2.17).

Cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde; erkeklerin yaşam kalitesi puanı kadınlara göre yüksek bulundu ($p<0.05$). Başka çalışmalar da (Castillion ve ark 2005, Wang ve Shen 2003, Şakar ve ark 2004, Kızılcı 1997) bulgularımızı destekleyici yöndedir. Bu durumun nedeni kadınların sosyoekonomik durumun olumsuz etkilerini daha çok yaşamaları, toplumsal olanaklardan daha az yararlanmaları ve yaşam kalitesini düşüren sağlık sorunlarını daha sık yaşamaları olabilir. Cinsiyetin çoklu regresyon analizi sonucunda fiziksel sağlık üzerine etkisinin saptanamamasına rağmen; mental sağlık üzerine gerçek etkisinin tanımlanması da cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini toplumun kadınlara yüklediği farklı beklenti ve sorumluluklardan kaynaklandığını düşündürebilir.

Eğitimin yaşam kalitesi üzerine olan etkisi incelendiğinde ilköğretim mezunlarının yaşam kalitesi puanı diğer gruplara göre daha düşük bulundu (Tablo 4.2.3). Eğitimin yükselmesi ile birlikte yaşam kalitesinde görülen artış bazı çalışmalarda da saptanmıştır (Castillion ve ark 2005, Aldinç ve ark 2004, Şakar ve ark 2004). Eğitimin yükselmesiyle birlikte sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükselmesi eğitilmiş bireylerin sağlık risklerinin daha farkında olması, sağlığı koruyucu önlemleri bilmeleri ve sağlık sorunu yaşadıkları zaman daha iyi baş edebilmeleri ile ilgili olabilir. Eğitim durumu yüksek olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama bakımından daha iyi durumda olmaları eğitim durumu yüksek olan grubun yaşam kalitesini artırmış olduğunu düşünebiliriz.

Medeni durum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde medeni durumu bekar olanlar yaşam kalitesinden en yüksek puanı alırken; medeni durumu dul olanlar en düşük puanı almaktadır. Bekarların yüksek puanı alması yaşlarının genç olmasıyla bağlantılı olabilir. Medeni durumu dul olanların yaşam kalitesinin düşük olması; hem dul olanların ileri yaşta olması hem de dul olmakla birlikte özellikle kadınların gelir durumlarında ve sosyal statülerinde yaşanan gerileme ile açıklanabilir. Ay ve ark (2004) tarafından Manisa’da yapılan bir araştırma da medeni durumu dul olanların mental sağlık puanları düşük bulunmuştur.

Doğum yeri köy olanların ve yaşamının çoğunu köyde geçirenlerin yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ilçe ve il olanlara göre daha düşük bulundu. Ay ve ark. (2004) çalışmasında da doğum yeri ve uzun süre yaşanan yerin yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu saptanmıştır. Doğum yeri ve yaşamının geçirilen yerin bireyin sosyoekonomik durumu üzerine etkisinden dolayı yaşam kalitesi üzerinde etkisi olabilir. Ayrıca kent yaşamının sağlık hizmetlerinin sunumu (sağlık hizmetlerinin her düzeyinde) ve sağlık hizmetlerine ulaşımı açısından daha avantajlı olması bu duruma neden olabilir.

Konut mülkiyeti ile yaşam kalitesi puanı arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.2.7). Bu bulgunun nedeni daha önce yaptığımız konut mülkiyetinin bireyin içinde bulunduğu sosyoekonomik durumu tam olarak yansıtmadığı ile ilgili yorumla açıklanabilir (Bkz. sy: 96)

Hanedeki birey sayısı ve hanedeki oda sayısının yaşam kalitesi üzerine olan etkisi incelendiğinde, hanedeki birey sayısı azaldıkça ve hanedeki oda sayısı arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmektedir. Bu durumda oda sayısı fazla olan ve hane halkı büyüklüğünün fazla olduğu durumlarda yaşanan ekonomik zorluklar; bireyin daralan yaşam alanı ve bireylerin kendilerine ayırdıkları zamanın azalması bu duruma neden olabilir. Hanedeki birey sayısı fazlalığı ve oda sayısının azlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olan olumsuz etkisi sağlığı geliştirmenin diğer bir bileşeni olan yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Yukarıda tartışılan değişkenler ile ilgili araştırma bulguları ile karşılaşılmamıştır. Ülkemizde yaşam kalitesi ile ilgili yapılan araştırmaların belirli bir hastalığa sahip olan bireyler üzerine yoğunlaştığını görülmüştür.

Yaşam kalitesi ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki sosyoekonomik bir kimlik olarak karşımıza çıkan yaşanılan mahalle, sınıfsal konum, aylık gelir, algılanan ekonomik durum ve sağlık güvencesi ile değerlendirildi. Araştırmadan elde edilen bulgularda sosyoekonomik durumu tanımlayan her değişken için dezavantajlı durumda olanların yaşam kalitesi bakımından da dezavantajlı olduğu bulundu. Araştırmada yapılan çoklu regresyon analizinde bağımsız değişkenler içinde de sosyoekonomik durumu tanımlayan bağımsız değişkenlerin yaşam kalitesi üzerine anlamlı ilişki sergilediği saptandı. Aldinç ve ark (2004) tarafından yapılan bir çalışmada gelir düzeyi arttıkça ve hane reisinin sınıfsal konumu yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Wang ve Shen (2003)'in araştırmasında da sosyoekonomik durum düştükçe yaşam kalitesinde azaldığı bulunmuştur. Ay ve ark (2004) tarafından yapılan çalışmada ise gelir ile mental sağlık arasındaki ilişki çalışmamızdakine benzer şekilde tanımlanmıştır. Bu bulgular bir bölgede sosyoekonomik sağlık eşitsizliklerinin olmasının yaşam kalitesinin sağlanamamasında en büyük etken olduğu yönündeki bilgileri desteklemektedir.

Sağlık güvencesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye benzer bir ilişki sağlık güvencesi ile yaşam kalitesi arasında da bulundu. Aldinç ve ark (2004) tarafından yapılan bir araştırmada da sağlık güvencesi yeşil kart olanların yaşam kalitesi puanı sağlık güvencesi olmayanlardan bile düşük çıkmıştır. Sağlık üzerine etki eden olumlu belirleyicinin zenginlik değil düzenli bir gelirin sahip olmanın olduğu yönünde daha önce yaptığımız yorumu destekler niteliktedir (Bkz. sayfa. 104).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi puanının belirleyicileri arasındaki benzerlik dikkat çekicidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi puanları arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu bulgular sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili faktörlerin ele alınmasının yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek bir yaklaşım olacağı yönündeki düşüncemizi desteklemektedir.

Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesi ile şu sonuçları ulaşıldı:

—Araştırmanın yürütüldüğü bölgelerden biri olan Çimenlik Mahallesi'nin sosyoekonomik durumu değerlendirildiğinde ilköğretim mezunlarının, doğum yeri köy olanların, yaşantısının çoğunluğunu köyde geçirenlerin, 2–3 odalı evde oturanların, hanede yaşayan birey sayısı fazla olanların, dayanıklı tüketim mallarına sahip olmayanların, aylık geliri asgari ücret ve daha altında olanların, ekonomik durumunu kötü algılayanların ve sağlık güvencesi olmayanların çoğunun bu bölgede yaşadığı belirlendi.

—Araştırmanın yürütüldüğü diğer bölge olan Havzan Mahallesi'nin sosyoekonomik durumu değerlendirildiğinde yükseköğretim ve üstü eğitim alanların, doğum yeri il olanların, yaşantısının çoğunun ilde geçirenlerin, 4–7 odalı evde yaşayanların, hanede yaşayan birey sayısı fazla olanların, dayanıklı tüketim mallarına sahip olanların, asgari ücretin üç katından fazla aylık geliri olanların, ekonomik durumunu iyi algılayanların ve sağlık güvence sahibi olanların çoğunun bu bölgede yaşadığı belirlendi.

— Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin gösterilmesinde yerleşim yerleri ve sınıfsal konum arasındaki farklılıkların değerlendirilmesinin geçerli bir yol olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

—Araştırmadan elde edilen sosyoekonomik bulgular değerlendirildiğinde Konya kent merkezinde sosyoekonomik eşitsizliklerin yaşandığı görülmektedir.

—Sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi olan sosyoekonomik değişkenler bireyin yaşadığı hane reisinin sınıfsal konumu, aylık gelir, algılanan ekonomik durum, yaşanan mahalle ve hanedeki birey sayısıdır. Bu bağımsız değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine % 56 oranında belirleyici olduğu sonucuna ulaşıldı.

—Yaşam kalitesinin fiziksel sağlık boyutuna etki eden sosyoekonomik değişkenler yaş, hanedeki birey sayısı, yaşanan mahalle, aylık gelirdir. Bu bağımsız değişkenlerin fiziksel sağlık bileşenleri üzerine % 65 oranında belirleyici olduğu sonucuna ulaşıldı.

—Yaşam kalitesinin mental sağlık boyutuna etki eden değişkenler cinsiyet, doğum yeri, yaşanan mahalle, sağlık güvence durumu, aylık gelir ve algılanan ekonomik durumdur. Bu bağımsız değişkenlerin sağlıklı mental sağlık bileşenleri üzerine % 68 oranında belirleyici olduğu sonucuna ulaşıldı.

—Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin sosyoekonomik eşitsizliklerle ilişkili olduğu bulundu.

—Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde düşük eğitim düzeyi, düşük gelir, hanedeki birey sayısının fazla olması, oda sayısının az olması ve sağlık güvencesi olmamasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olmama ve düşük yaşam kalitesi için risk faktörleri olduğu ve

—Sosyoekonomik yönden dezavantajlı mahallede yaşayanlar, sınıfsal konumu mavi yakalı olanlar, kadınlar ve dulların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olmama ve düşük yaşam kalitesi için risk grupları olduğu saptandı.

Öneriler:

Sağlık hizmeti yöneticilerine;

—Sağlıkta eşitsizlikleri ortadan kaldırmak için öncelikle sosyoekonomik eşitsizliklerin ortadan kaldırılması,

— Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerini etkilerini gösteren düzenli istatistiklerin elde edilmesi ve izlenmesi,

—Sağlık ve sosyal politikaların oluşturulmasında sosyoekonomik eşitsizliğe neden olan faktörlerin göz önünde bulundurulması,

—Sağlık hizmeti planlayıcılarının hizmette öncelikli risk gruplarının belirlenmesinde sosyoekonomik düzeyi düşük olan grupların dikkate alınması,

— Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerinin bakımından dezavantajlı olan bölgelerde sağlık hizmetlerinin gereksinime göre yeniden planlanması önerilebilir.

Sağlık hizmeti uygulayıcılarına;

—Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin hizmet bölgelerini sosyoekonomik eşitsizlikler yönünden değerlendirmeleri ve bu değerlendirmede hane reisinin üretim sürecine göre sınıfsal konumu, eğitim ve gelir durumu özelliklerini kullanmaları,

—Sosyoekonomik eşitsizliklerin yaşandığı bölgelerde sağlık hizmeti sunan hemşirelerin toplumu sosyoekonomik eşitsizliklerin yol açtığı sağlık riskleri yönünden düzenli olarak izlemeleri,

—Sosyoekonomik düzeyi düşük birey ve ailelere yönelik hemşirelik girişimlerini belirlenme ve sonuçlarını değerlendirilmede olumsuz sağlık davranışlarına sahip olma ve sürdürmenin, birey ve ailenin kendi seçimi olmaktan çok sahip olduğu koşulların bir sonucu olduğunun göz önünde bulundurmaları,

— Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklere yönelik girişimde bulunurken ilk olarak sağlıkla ilişkili olan ya da olmayan bütün sosyal politikaları toplumda yaşanan eşitsizlikler üzerine etkileri yönünden değerlendirmeleri,

—Sağlık politikalarını uygulama yanında mevcut politikaları etkileme ve eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına yönelik politikalar oluşturma yönünde politik güçlerini kullanmaları önerilebilir.

Araştırmacılara;

—Farklı bölgelerde sosyoekonomik eşitsizliklerin özellikle sağlığı koruma ve geliştirme üzerine etkisini gösteren çalışmalar yapılması

—Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler ile ilgili çalışmalarda ekolojik değişkenler ya da bireylerin sınıfsal konumları arasındaki farkların incelenmesinin yararlı olacağı ve

—Bu araştırmanın eşitsizliğin zaman içindeki değişimini izlemek amacıyla on yıl sonra aynı bölgede aynı değişkenler üzerinden yeniden yapılması

—Sosyoekonomik düzeyi düşük birey ve ailelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine yönelik araştırmalar yapılması

— Politika yapıcıların duyarlılığını artırmaya yönelik olarak mevcut sağlık politikalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesiyle ilişkisini gösteren çalışmalar yapılması önerilebilir.

6. ÖZET

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA–2006

Deniz KOÇOĞLU

Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler

Araştırma, Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikleri ve eşitsizliklerinin sağlığı geliştirme üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada sistematik rasgele örneklem yöntemi ile seçilen Çimenlik ve Havzan Mahalleleri için 200'er olmak üzere toplam 400 birey araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan 17 soruluk sosyoekonomik bilgi formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (Health promotion lifestyle) ve yaşam kalitesi (Quality of Life) ölçeği kullanılmıştır. Veriler ev ziyaretleri ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Elde edilen veriler yüzde ve ortalama±standart sapma kullanılarak özetlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde t testi ki-kare testi, tek yönlü varyans analizi(anavo) ile Tukey HSD testi, Kruskall Wallis ile Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U önemlilik testi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde Konya kent merkezinde Çimenlik Mahallesinin dezavantajına olacak şekilde sosyoekonomik eşitsizliklerin yaşandığı saptanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları için yapılan çoklu regresyon analizi sonucu üzerinde sınıfsal konum, algılanan ekonomik durum, gelir durumu, yaşanan mahalle ve hanedeki birey sayısının belirleyici olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi sosyodemografik göstergelerin, ekonomik göstergeler karşısında sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde belirleyici olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel boyutu için yaş, hanede yaşayan birey sayısı, mahalle ve aylık gelir gibi sosyoekonomik göstergelerin; yaşam kalitesinin mental sağlık boyutu için cinsiyet, doğum yeri, mahalle, sağlık güvencesi, gelir ve algılanan ekonomik durumun belirleyici olduğu gösterilmiştir ($p<0.05$).

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 varılmış ve sağlığı geliştirme için yapılan girişimlerden önce sosyoekonomik eşsizliklerin önlenmesi gerektiği önerisinde bulunulmuştur.

7.SUMMARY

Selçuk University Institute of Health Sciences Department of Nursing

Public Health Nursing Branch

Socioeconomic Inequalities in Health in Healthy Lifestyle Behaviors and Quality of Life in Konya Downtown Center

The purpose of the study was to examine socioeconomic inequality in healthy lifestyle and quality of life and the effect of socioeconomic inequality in health on health promotion. The study participants were 400 people selected with systematic random sampling method from Çimenlik region (200 people) and Havzan region (200 people) in Konya downtown center. A researcher designed questionnaire and two instruments Healthy promotion lifestyle profile (HPLP) and short form 36 (SF-36) were used for the study. Data were collected by researcher with face-to-face interview in home. Data were summarized using percentages and means. Student t test, X² test, One way analyses of variance and Tukey HSD, Kruskal Wallis analyses and Benferroni adjusted Mann-Whitney U tests and Multiple regression analyses were used to evaluate data.

There were socioeconomic inequalities in Konya downtown center. Çimenlik region was at more disadvantages in socioeconomic inequalities. According to the multiple regression analyses results, the predictors of healthy life-style behaviors were social class, perceived economic status, income, region living and size of household ($p < 0.05$). The socio-demographic characteristics like gender, age, marital status and education were not predictors for healthy lifestyle behaviors when analyzed with economic predictors ($p > 0.05$). It has been found that; whilst age, size of household, region and income were important for the physical health part of quality of life scale, gender, the place of born, region, health security, income and perceived economic status were important for the mental health part of quality of life scale ($p < 0.05$).

In conclusion, socioeconomic status has effect on healthy lifestyle behavior and quality of life and disadvantaged region has more negative characteristics about healthy lifestyle behavior and quality of life. Based on these results some suggestions were given. The most important suggestion was that before health promotion was practice socioeconomic inequalities were curbed

8. LİTERATÜR LİSTESİ

Acheson D, Alleyne GA, Casas JA, Castillo-Salgado C, Barzach M, Braveman P et al. (2000), *Round Table Discussion. Health Inequalities and The Health of The Poor.* Bulletin of The World Health Organization, 78(1):75–85.

Adler NE, Boyce WT, Chesney MA, Folkman S, Syme SL (1993). *Socioeconomic Inequalities in health. No easy solution, JAMA.* 269(24):3140–5.

Akça SA (1998) *Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlık Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi* Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir

Aksakoğlu G, Elçi Ö (1996) *Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları*, Toplum ve Hekim, TTB yayını, 11(73):67–74

Aksakoğlu G (2003) *Sovyetler Birliği Özelinde Sosyalist Ülkelerde “Sağlık Reformu”*, Toplum ve Hekim, TTB yayını, 18(1):68–79

Akyol DA (1993) *Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9:2, 75–80

Aldinç H, Aytar B, Demetçi ME, Seçen AE, Şahin A, Yılmaz H (2004) *Ankara İlinde Seçilen Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kişilerin Medikososyal Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması*, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/1065_3ankara_yasam_kalitesi.pdf 12.12.2005

Allender JA, Spradley BW (2001). *Clients living in poverty in: Community Health Nursing: Concepts and Practice.* 5 th edition Philadelphia; Lippincott, 641–57

Ay S, Güngör N, Özbaşaran F (2004) *Manisa Devlet Hastanesi Göğüs Kliniğinde Yatan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi.* 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Bildiri Kitabı, Poster No:16, İzmir

Aydemir Ö (1999) *Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form–36,* 3-P dergisi (7) 14–22

Babadağ K (2001) *Yardım Etme Bilim ve Sanatında Hasta Hakları* İstanbul Üniversitesi F.N Hemşirelik Bülteni

Bakar C, Akgün S (2005) *Türkiye’de Sağlık Reformları: Sonu Gelmeyen Hikaye*, Toplum ve Hekim, TTB yayınları 20(5) 339–351

Baltaş Z (1996) *Sağlık Davranışları Konusunda Bir Ön Çalışma: İngiltere’de yaşayan Türk toplumunun sağlık davranış kalıpları.* V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul: 124–135.

- Başalan F, Özer M (2003)** *Yaşam Doyumu ve Yaşam Kalitesi Kavramlarına Bir Bakış*, Hemşirelik Formu Dergisi, 6(4), 24–26
- Belek İ (1998)** *Sınıf Sağlık Eşitsizlik*, Sorun Yayınları, İstanbul
- Belek İ, Nalçacı E, Onuroğulları H, Ardıç F (1998)** *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi*, Sorun Yayınları, 2.Basım İstanbul
- Belek İ (1999)** *Sınıflar; Sağlık Düzeyleri, Sağlık Hizmeti Kullanımları ve Yararlandıkları Sağlık kurumları, Antalya’da İki Bölge, Yedi Sınıf*, Toplum ve Hekim, TTB Yayınları, 14(1) 55-66
- Belek İ (2000)** *Antalya’nın İki Mahallesi Sınıfsal Sağlık Eşitsizliklerinin Değişimi*, Toplum ve Hekim, TTB Yayınları 15(3).
- Belek İ (2001)** *Sağlık Reformları*, Toplum ve Hekim, TTB yayını, 16(6):430–437
- Belek İ (2004)** *Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler Antalya’da Beş yıllık Bir Araştırma*, TTB Yayınları, Ankara
- Berberoğlu U, Eskioçak M, Ekuklu G, Saltık A (2001)** *Edirne İli Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Romanlar ve Öbürlerinin İlk Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı*, Toplum ve Hekim Dergisi, TTB yayınları, Cilt 16, Sayı 6, Sayfa 470–475
- Beşer N, Öz F (2003)** *Kemoterapi Alan Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesi*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1), 48–58
- Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu S, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG (2005)** *Van İli 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*, Tıp Bilimleri Dergisi, 25(5)
- BM (2005)** *İnsani Gelişme Raporu* <http://www.undp.org.tr/> aspx?WebSayfaNo=603 \ 25.01.2006
- Bogota Declaration (1992)** *Health Promotion and Equity, Health Promotion: An Anthology*, Pan American Organization pg:335
- Bond ML, Jones ME, Cason C, Campell, P & Hall, J (2002)** *Acculturation Effects On health-Promoting Lifestyle Behaviors Among Hispanic-Origin Pregnant Women*. Journal of Multicultural Nursing& Health, 8(2) 61–68
- Berkowitz B, McCubbin M, (2005)** *Advancement of health disparities research:A conceptual approach* Nursing Outlook;53:153-9.
- Boratav K (1995)** *İstanbul ve Anadolu'dan sınıf profilleri*. Tarih Vakfı Yurt Yayınları,
- Borooah VK (1999)** *Occupational class and the probability of long-term limiting illness*, Social Science & Medicine Vol; 49 253–266
- Büyük Larousse Sözlük ve Ansiklopedi (1986)**, *Eşitlik*, Cilt.8 Sayfa:3848
- Castillion PG, Sendio AR, Baneges JR, Garcia EL, Rodriquez – Artalejo F (2005)** *Differences In Quality Of Life Women And Men In The Older Population Of Spain*, Social cience & Medicine Vol:60 1229-1240

- Çetinkaya F, Gün İ, Öztürk Y (1994)** *Kayseri İlinde 1.2. ve 3. Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 0-6 Yaş Grubu Çocukların Sevk Zinciri Açısından İncelenmesi*, Toplum ve Hekim, TTB yayınları 14(3)
- Chung H, Muntaner C (2006)** *Political and Welfare State Determinants of Infant and Child Health Indicators: An analysis of Wealthy Countries*, Social science & Medicine Vol:63, Issue3 829-842
- Dardet-Alvarez C (1998)** *How Social Class Affects Mortality?*, J.Epidemiol. Community Health 52:6; Health & Medical Complete
- Deaton A, Lubotsky D (2003)** *Mortality, inequality and race in American cities and states*, Social Science & Medicine, Oxford. Vol.56, Iss. 6; pg. 1139
- Deborah B, Taylor H, Henderson J and The ALSPAC Study Team (1998)** *Inequality in Infant Morbidity: Causes and Consequences in England in The 1990s*, Journal Epidemiol Community Health; 52,7: Health & Medical Complete 451–458
- Dedeoğlu N (1993)** *Herkes Eşit Sağlık*, Toplum ve Hekim Dergisi, TTB Yayınları 54:2–3
- Dedeoğlu, N (2002)** *Dünya Sağlık Örgütü*, Toplum ve Hekim, TTB yayını, 17(2):88–90
- Demirci H (2004)** *Çalışan evli kadınlarda üreme sağlığını koruyucu davranışların geliştirilmesi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Doktora Programı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul
- Dickey ve Janick (2001):** *Lifestyle modifications in The Prevention and Treatment of Hypertension*, Endorc Pract, 7(5):392–9.
- DİE (2000)** “Türkiye İstatistik Yıllığı 1999” Ankara
- DİE (2004)** *Yaşam Memnuniyeti Araştırması* www.die. gov.tr 26.11.2005
- Dirican R, Bilgel N (1993)** *Halk Sağlığı*. II. Baskı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa
- Doherty, JP, Norton, EC, & Veney, JE (2001).** *China's one-child policy: The Economic Choices and Consequences faced by Pregnant Women*, Social Science & Medicine, 52,745–761
- DSÖ(1997)** *Final Report of Meeting on Policy Oriented Monitoring of Equity in Health and Health Care*, Geneva, WHO, Syf;4
- DSÖ (2003)**, *The World Health Report 2003*, Geneva , WHO
- DSÖ (2005)** *Working for Health: An Introduction to The World Health Organization*, WHO Library Cotaloguatın in Publication Data www.un.org.tr // 14.04.2006
- Ege E, Zincir H, Güneş G, Bilgin N (2003)** *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik- Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi*, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi 14(2): 83–92.
- Epp J (1997)** *Achieving Health For All: A Framework For Health Promotion in Health Promotion An Anthology*, Pan American Organization, Washington pg:28

- Ercan F (2004)** *Türkiye’de Kapitalizmin Süreklilik İçinde Değişimi (1980–2004) (Bilgi-Kuramsal Bir Çerçeve Denemesi)*, İktisat Dergisi 45(2) 90–109
- Erengin H, Dedeoğlu N (1998a)**. *Sağlıkta Eşitsizliğin Gösterilmesi*, Toplum ve Hekim, TTB Yayınları 13(2).
- Erengin H, Dedeoğlu N (1998b)** *Sağlıkta Eşitsizlik: Antalya Kent Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Morbidite Farklılıklar Toplum ve Hekim Dergisi*, TTB Yayınları Cilt 13 Sayı 2
- Ergül Ş (2005)** *Yoksulluk Sağlık İlişkisi ve Hemşirelik Yaklaşımları*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:8, Sayı:2 Sy:95-104
- Ergün A, Erol S (2005)** *Lise Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*, IX. Halk Sağlığı Kongresi. Kongre özet Kitabı
- Esin MN (1997)** *Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul
- Esin N (1998)** *Türk kadınlarının sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. VI.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı*, Çuk. Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana.
- Fone DL, Dunstan F (2006)** *Mental Health, Places and People: A Multilevel Analysis Of Economic Inactivity and Social Deprivation*, Health and Place Sayı:12 Sayfa: 332–334
- Ford C, Loretta C (1977)** *Influencing Health Values, Health Values: Achieving High Level Wellness*, Vol.1 No.1 January/February s.17-21
- Gakidou EE, Murray CJL, Frenk J (2005)**. *A framework for Measuring Health Inequality. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No. 5*. World Health Organization.
- Gorin SS, Arnold J (1998)** *Health Promotion Handbook*, Mosby yayıncılık, Missouri
- 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(1):3–18.
- Hamzaoğlu O (2004)**“*Yoksulların Sağlığı Ne Durumda, Etken Ne, Sorun Nasıl Çözülür.*” Toplum ve Hekim Dergisi , TTB Yayını Ocak-Şubat 2004 Cilt:19 Sayı:1
- Hemingway H, Stafford M, Stephen S, Shipley M, Marmot M (1997)** *Is The A Valid Measure Of Change In Population Health? Result From Whitehall II Study*, BMJ; 315:1273–1279
- HNP and Poverty Report (1998)** *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition, and Population in Turkey*, Washington, D.C.: The World Bank,
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS> 25.01.2006
- Hui WH (2002)** *The Health Promoting Lifestyle of Undergraduate Nurses In Hong Kong*. Journal of Professional Nursing, 18(2), 101–111

- ICN (2004)** *Nurses: Working With The Poor; Against Poverty International Nurses Day 2004, Information and Action Tool Kit Papers*, Genava <http://www.icn.ch/> 15.05.2006
- İHEB (1948)** *İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi "The Universal Declaration Human Rights"* <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/trk.htm> 03.11.2006
- İnandı T (1999)** *Sağlık hakkı ve Eşitsizlikler*, Toplum ve Hekim Dergisi, TTB yayını, Cilt 14 Sayı 3 Syf: 357–361
- İrlanda Sosyal Sermaye Ve Sağlık Raporu (2000)** *A Report On The All- Ireland Capital & Health Survey Inequalities in Perceived Health* <http://www.publichealth.ie> 28.01.2006
- Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL (1996).** *Inequality İn Income And Mortality İn The United States: Analysis Of Mortality And Potential Pathways*, *BMJ* 312: 999-1003
- Kawachi I, Kennedy B (1997)** *Socioeconomic Determinents of Health: Health and Social Cohesion: Why Care About Income Inequality?*, *BMJ*; 314:1037-1045
- Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow-Stith D. (1996)** *Income Distribution And Mortality: Cross-Sectional Ecological Study Of The Robin Hood Index İn The United States.* *BMJ* 312: 1004-1007
- Kılıç B (1996)** *Gölbaşı Bölgesindeki Sağlık Başvuruları ve Bunu Etkileyen Etmenler*, Toplum ve Hekim, TTB Yayınları, 11(74):2–10
- Kışlalı AT (1991)** *Siyasal Sistemler, Siyasi Uzlaşma ve Çatışma*, Ankara, İmge Yayınları
- Kızılci S (1997)** *Kemoterapi Alan Kanseri Hastalar Ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. (1999)** *SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği*. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi
- Koştü N (2005)** *Yoksulluk, Sağlık ve Hemşirelik*, Sağlık ve Toplum Dergisi, Sayı:2, Sayfa: 11–18
- Kramer R (2006)** *Poverty, Inequality and Youth Violence*, *Annals, AAPSS* Syf:567
- Krieger N ve ark(2005)** *Painting a Truer Picture of US Socioeconomic and Racial/Ethnic Health Inequalities: The Public Health Disparities Geocoding Project*, *American Journal of Public Health*; Feb, 95,2 ABI/INFORM Global pg.312
- Kucuradi İ (2004)** *Felsefe ve İnsan Hakları*, Türkiye Bilimler Akademisi Formu Yayınları, Ankara
- Kunst AE, Mackenbach JP (1994)** *The Size of Mortality Differces Associated With Educational Level in Nine Industrialized Countries*, *American Journal of Public Health*, 84(6): 932–937
- Kunst A, Groenhof F, Mackenbach J, EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1998)** *Occupational Class and Cause Specific Mortality in Middle Aged Men in 11 European Countries : Comprasion of Population Based Studies*, *BMJ*; 316:1636-1642
- Leclerc A, Menvielle JF, Luce D (2006)** *Socioeconomic İnequalities İn Premature Mortality İn France:Have They Widened İn Recent Decades?* *Social Science & Medicine* 62 2035–2045

- Leon D, Watt G and Gilson L (2001)** *Recent Advances: International Perspectives On Health Inequalities And Policy*, BMJ 2001;332; 591–594
- Li, J (2004)** *Gender Inequality Family Planning, and Material and Child Care In Rural Chinese Country*, Social Science & Medicine Vol:59 695–798
- Lowenberg JS (1995)** *Health promotion and the "Ideology of choice"*. Public Health Nursing, 12 (5): 319–323.
- Lynch J, Harper S, Kaplan GA, Smith GD (2005)** *Associations Between Income Inequality and Mortality Among US States: The Importance of Time Period and Source of Income Data*, American Journal of Public Health Vol.95, Iss. 8; pg. 1424, 7 pgs
- Marang –van Mhenn P, Smith (1998)** *Socioeconomic Differentials in Mortality Among Men Within Great Britain: Time Trends and Contributory Causes*, J.Epidemiol. Community Health 52.214–218
- Mark BA ve Mick SS (2005)** *The Contribution Of Organization Theory To Nursing Health Service Research* Nursing Outlook 53: 317-323
- Milio N (2005)** *Minority Populations and Health: An Introduction to Health Disparities in The United States*, JAMA: 14, 294,10; Titles pg.1280
- Moore S, Teixeirab AC, Shiellc A (2006)** *The health of nations in a global context: Trade, global stratification, and infant mortality rates*, Social Science & Medicine (63) 165–178
- Navarro V (2002)** *2000 yılı Dünya Sağlık Raporunun Değerlendirilmesi (Çeviri: Seval A) Toplum ve Hekim*, TTB yayını, 16(2):117–121
- Ottawa Charter For Health Promotion (1986)** *First International Conference on Health Promotion Ottawa*, WHO/HPR/HEP/95.1 http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp
- Öngen T (1998)** *Eşitsizliğin sınıfsal Temelleri*, Toplum ve Hekim, TTB yayını, 13(2):91–92
- Özden M (1990)** *Sağlık Eğitimi*, Feryal Matbaacılık, Ankara sy:4–5
- Özkan Ö (2004)** *1980 Sonrası Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Hemşireliğe Yansımaları*, 12 Mayıs 2004 Dünya Hemşireler Günü Özel Baskı, Ankara
- Öztek Z, Kubilay G (2005)** *Toplum Sağlığı Hemşireliği*, Palme Yayıncılık, 3. Baskı ANKARA
- Pala K, Aytakin N, Aytakin H (1997)** *Gemlik İlçe Merkezinde Kişilerin Hastalanma Sıklıkları ve Hekime Başvuruları*, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 12(81):10-25
- Pasinlioğlu T, Gözüm S (1998)** *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları*, C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2 (2) 60–68
- Pender NJ, Barkauskas VH, Heyman L ve ark (1992)** *Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education*, Nurses Outlook Vol:40, Sayfa: 106-120

- Potvin L ve Gendron S, Biledeau A, Chabot P (2005)** *Integration Social Theory Into Public Health Practice (Social Determinants of Health Inequities)* American Journal of Public Health; 95,4; ABI/INFORM Global
- Power C (1994)** *Health and Social Inequalities in Europe*, BMJ, 308: 1153–1156
- Power C, Hertzman C, Matthews S, Manor O (1997)** *Social differences in health: Life Cycle Effects Between Ages 23 and 33 in The 1958 British Birth Cohort*, American Journal Public Health Vol: 87 1499-1503
- Redland AR, Stuifbergen AK (1993)** *Strategies for maintenance of health-promoting behaviors*, Nursing Clinics of North America, 28(2): 427–442.
- Regidor E, Navarro P, Dominguez V, Rodriguez C (1997)** *Inequalities in Income and Long Term Disability in Spain:1Analysis of Recent Hypotheses Using Cross Sectional Study Based On Individual Data*, BMJ; 315:1130–1135
- Roberts EM (1997)** *Neighborhood Social Environments And the Distrubution Low Birthweight in Chicago*, American Journal of Public Health 87(4): 597–603
- Rosner B (1995)** *Inference for Means: Comparing Two Independent Samples* Institut für Medizinische Statistik <http://www.meduniwien.ac.at/medstat/research/samplesize16/02/2006>
- Ross NA, Wolfson MC, Dunn JR, Berthelot J-M, Kaplan GA, Lynch JW. (2000)** *Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United State cross-sectional assessment using census data and vital statistics. BMJ 320: 898–902*
- Rousseau J.J (Çev. Zengin H) (2003)** *İnsanlar Arasındaki Eşitsizliğin Kaynağı Ve Temelleri Üzerine*, Morpa Yayınları
- Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R, Lynch K ve Bartley M (2000)** *Comparing Health Inequality in Men and Women: Prospective Study of Mortality 1986-96*; BMJ 320:1303-1307
- Sağlık Bakanlığı (2003)** *17.04.2003 tarih ve 25082 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Devlet Memurlarının Tedavi yardım ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği*
http://www.saglik.gov.tr/sb/codes/mevzuat/mevzuat_goster.asp?mid=549 30.09.2006
- Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü (1992)** *Sağlık Hizmeti Kullanım Araştırması* http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/akademik_metinler.aspx 25.01.2006
- Sağlık Ocağı Faaliyet Raporu (2005)** *3 nolu Sağlık Ocağı Yıllık Faaliyet Raporu*, Konya
- Sağlıklı Şehirler Raporu (1997)** *Şehir Sağlığı Profilleri, Şehrinizdeki Sağlık Göstergelerinin Rapor Edilmesi*, Sağlık Bakanlığı, Ankara
- Salvage J (1993)** (Çev: Saadet ÜLKER) *Nursing in Action Strengthening Nursing and Midwifery to Support Health For All*, WHO Regional Publication, European Series, No:48

- Saltık A (2004)** *Küreselleşmenin Temel Sağlık Hizmetleri'ne Etkisi: Küresel Ve Ulusal Boyut, 2. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Özet Kitabı, Manisa*
- Sayan A, Erci B (1998)** *Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Erzurum, 427–433*
- Sen A (2000)** *Economic Progress An Health Poverty İnequality And Health; And İnternational Perspective, Oxford: Oxford Universty Press 335–345*
- Smith GD, Neaton JD, Wentworth D, Stamler J (1996)** *Socioeconomic Differential İn Mortality Risk Among Men Screened For The Multiple Risk Factor İntervention Trial: 1.White Men, American Journal Public Health 86.486–96*
- Smith GD, Hart C, Blane D, Gillis C, Hawthorne V (1997)** *Lifetime Socioeconomic Position and Mortality: Prospective Observational Study, BMJ;314:547*
- Smith GD, Bartley M, Blase D (1990),** *The Black Report on Socioeconomic İnequalities in Health 10 Years On, BMJ 301; 373–76*
- Soyer A (1999)** *Sağlık ve Eşitsizlikler; Mekân, Konut Mülkiyeti ve İşteki Statüye Göre Bebek Ölümleri, Toplum ve Hekim Dergisi, TTB Yayınları, Cilt 14 Sayı 3*
- Soyer A (2003)** *Halk Sağlığının Doğuşu ve Şekillenışı; Kapitalizm Sanayi Devrimi Evresinde Doğup Büyüyen, Ama Halkın Mutluluğu İçin Kullanılabilecek Bir Mücadele alanı/Aracı, Toplum ve Hekim, TTB yayını, 18(2):186–195*
- Şahin B (1999)** *Sağlığın Ölçümü ve Kullanım Alanlarına Teorik Bir Bakış, Sağlık ve Toplum 9(8) : 3–10*
- Tarimo E, Webster E (1994)** *Alma Ata Declaration (Primary Health Care Consept and Challenges in a Changing World, WHO yayınları, Geneva/ <http://www.who.int/health-systems-performance> 12.11.2005*
- Tekeli İ, Güler Ç, Vaizoğlu S, Algan N, DüNDAR AK (2002)** *Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri, Türkiye İçin Bir Veri Sistemi Önerisi, Türkiye Bilimsel Akademisi Raporları 6, Ankara*
- Terris M (1997)** *Concepts Of Health Promotion: Dalities in Public Health Theory İn Health Promotion An Anthology, Pan American Health Organization, Washington, 34–35*
- Terzi C, Saçaklıoğlu F, Sayek İ (2001)** *2000–2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir? Kitabı içinde “2020 Yılında Türkiye’de Tıp Eğitimi” TTB Yayınları, Ankara*
- TNSA(2003)** *Hanehalkı Nüfusu Ve Konut Özellikleri hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum2 25.01.2006*
- TTB (2006)** *Türkiye Sağlık İstatistikleri (Yayına Hazırlayanlar: Onur Hamzaoğlu, Umut Özcan) TTB yayınları, Ankara*

- Tüzün EH, Eker L (2003)** *Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi*, Sağlık ve Toplum 13 (2) 3–7
- UNICEF (2001)** *The State of the World's Children 2001*. New York:UNICEF,
- Ulusal Sağlık Politikası (1993)** “*Ulusal Sağlık Politikası*” Üçüncü bin Yıla Hazırlanıyoruz, T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları, Ankara
- Ünal G, Orgun F (2006)** *Kanserden Korunmaya İlişkin Eğitim Programının Uygulanması ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 13(1) 31–35
- Yardım M, Özcebe H (2005)** *Sağlıkta Eşitsizliklerin Saptanması Ve İzlenmesinde Hangi Sosyoekonomik Düzey Göstergesi?* IX. Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı
- Vagero D (1991)** *Inequality in Health – Some Theoretical and Emprical Problems*, Social Science and Medicine, 32(4): 367–371
- Wagner AK, Gandek B, Aaranson NK ve ark (1998)** *Cross-Cultural Comparisons Of The Content Of SF-36 Translations Across 10 Different Countries: Results From The IQOLA Project. International Quality of Life Assessment*. J Clin Epidemiol 51: 925-32.
- Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR (1990)** *A Spanish Language Version Of The Health Promotion Lifestyle Profile*, Nursing Research, 39 (5), 268–273
- Whang LL, Shen Y (2003)** *Chinese SF–36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation, Validation, and Normalisation*, Journal Epidemiology and Community Health, 57(4) 259–261
- Whitehead M (1990)** *The Concepts And Principles Of Equity And Health*. Copenhag, WHO, Regional Office for Europe, (discussion paper EUR/ICP/RPD 414)
- Wilkinson RG.(1992)** *Income distribution and life expectancy*, BMJ 304: 165–168
- Zabcı FÇ (2003)** *Sosyal Riski Azaltma Projesi: Yoksulluğu Azaltmak Mı, Zengini Yoksuldan Korumak Mı?* Ankara Üniversitesi SBF Dergisi 58(1) 216-239
- Zaybak A, Fadıloğlu Ç (2004)** *Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 20(1):71–95
- Zincir H, Ege E, Aylaz R, Bilgin N, Timur S (2003)** *Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi* Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 14 (1)

9. ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Ankara’da doğdu. İlkokul ve orta öğrenimini Konya’da tamamladı. Sağlık Meslek Lisesi öğrenimini Yozgat’ta tamamladı. 1999 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı ve 2003 yılında mezun oldu. 2001–2006 yılları arasında Konya SSK Bölge Hastanesinde acil serviste hemşire olarak çalıştı. 2006 yılı içinde S.Ü. Konya Sağlık Yüksekokulu’na araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen Konya Sağlık Yüksekokulu’nda araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır.

10. TEŞEKKÜR

Araştırmanın yürütülmesinde ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgisini, deneyimini ve zamanını benimle cömertçe paylaşan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Belgin AKIN'a, çalışma ortamının sağlayan Yrd. Doç. Dr. Emel Ege ve Yrd. Doç. Dr. Musa ÖZATA'ya, araştırma boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Araş. Gör. Selda Yaralı ARSLAN'a ve Araş. Gör. Ayten ARIÖZ'e, tüm arkadaşlarıma, 3 ve 10 nolu Sağlık Ocağı çalışanlarına tezin her aşamasında yanımda olan kardeşim Pınar KOÇOĞLU'na ve sevgili aileme özellikle anne ve babama teşekkür ederim.

Deniz KOÇOĞLU

11.EKLER

Ek 1 Sosyoekonomik Bilgi Formu

Aşağıdaki soruların uygun cevaplarını yanlardaki parantezlere işaretleyiniz, yazmanız gerekenleri yazınız.

1) **Cinsiyetiniz:** 1. Erkek () 2. Kadın ()

2) **Yaşınız (yazınız):**

3) **Medeni Durumunuz:**

1. Evli () 2. Bekar ()
3. Dul () 4. Ayrı yaşıyor ()

4) **Eğitim Durumunuz:**

1. Okuryazar () 4. Lise mezunu ()
2. İlkokul mezunu () 5. Yüksekokul ve üstü eğitim ()
3. Ortaokul mezunu ()

5) **Doğum yeriniz:**

1. Köy () 2. İlçe () 3. İl ()

6) **Yaşantınızın büyük bir çoğunluğunu (2/3'sini) nerede geçirdiniz:**

1. Köy () 2. İlçe () 3. İl () 4. Yurtdışı ()

7) **Kullandığınız sağlık güvenceniz hangi kuruma aittir?**

1. Sağlık güvencesi yok () 2. Emekli sandığı () 3. SSK () 4. Bağkur ()
5. Yeşil kart () 6. Özel sigorta () 7. Diğer ()

8) **Yaşadığınız konutun mülkiyet durumu nedir?**

1. Ev sahibi () 2. Ev sahibi değil ama kira ödenmiyor. ()
3. Lojman () 4. Kiracı () 5. Diğer.....

9) **Yaşadığınız evde salon dahil kaç oda var? (Mutfak, banyo ve tuvalet hariç).....**

10) **Aşağıda şu anda evde bulunan dayanıklı tüketim malları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Size uygun olanı işaretleyiniz.**

1. Telefon var () 2. Telefon yok ()
1. Buzdolabı var () 2. Buzdolabı yok ()
1. Araba var () 2. Araba yok ()
1. Bilgisayar var () 2. Bilgisayar yok ()
1. Çamaşır makinesi var () 2. Çamaşır makinesi yok ()

11) **Ailedeki birey sayısı:**

1. Yalnız yaşıyorum. () 4. 8-10 kişi ()
2. 2-4 kişi () 5. 10 kişiden fazla ()
3. 5-7 kişi ()

12) **Hane reisinin mesleğini (yazınız):**

13)Hane reisnin eğitim durumu nedir?

- 1.Okuryazar () 4. Lise mezunu ()
2.İlkokul mezunu () 5.Yüksekokul ve üstü eğitim ()
3.Ortaokul mezunu ()

14) Hane reisinin işteki konumu aşağıdakilerden hangisine uyar? (Emekli olanlar bu soruyu emekli oldukları işteki konumlarına göre yanıtlayacaklar)

- a) İşsiz, ara sıra iş buldukça çalışıyor.
b) Özelde ya da kamuda bir başkasının işinde ücretli-maaşlı olarak çalışıyor.
c) Kendi işine sahip ve yanında başkasını çalıştırmıyor.
d) Kendi işine sahip ve yanında kendisinden başka... kişiyi de çalıştırıyor.
e) Topraksız köylü ve başkasının toprağında çalışıyor.
f) Kendi toprağı var ve kendisi işliyor.
g) Kendi toprağı var ve işçi de çalıştırıyor.

15)Aylık hanenize giren para ne kadardır (yazınız):

16)Sizce ekonomik durumunuz nasıldır?

- 1.Kötü () 2.Orta () 3.İyi ()

17)Bir sağlık sorunu yaşadığınızda ilk hangi kuruma başvurursunuz?

- 1.Sağlık Ocağı () 2.Devlet hastanesi () 3.Üniversite hastanesi ()
4.Özel muayene ve hastaneler () 5.Çevremde bulunan sağlık personeli dışındaki kişilere ()

Ek 2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Lifestyle Profile)

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler bulunmaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her seçeneğin karşısındaki cevaplardan size en uygun olanı parantez içine (x) koyarak işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1. Sabahları kahvaltı ederim.				
2. Sağlığımı ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3. Kendimi beğenirim.				
4. Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5. Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu yada katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6. Her gün kendime rahatlatmak için zaman ayırırım.				
7. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8. Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9. Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10. Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12. Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13. Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.				
14. Hergün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.				
15. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17. Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				
18. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20. Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21. Geleceğe ümitle bakarım.				
22. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24. Yakın bulunduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26. Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren				

yiyecekler yerim.				
27. Hergün rahatlamak ve gevşemek için 15–20 dk. Zaman ayırırım.				
28. Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29. Kendi başarılarımla övünürüm.				
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32. Tansiyon ölçtürürüm ve ne anlama geldiğini bilirim.				
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda eğitici programlara katılırım.				
34. Her günü ilginç mücadeleye değer bulurum.				
35. Her gün 4 besin grubu(protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp, gevşetirim.				
37. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi yakınlık gösteririm				
40. Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bildi alırım.				
43. Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.				
45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46.Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım..				
47.Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
48.Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım				

EK 3 Kısa Form (Short Form 36) (Sf-36)

KISA FORM 36 (SHORT FORM 36) SF-36

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel b) Çok iyi c) iyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinlikler ile ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	()	()	()
b) Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	()	()	()
c) Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma	()	()	()
d) Merdivenle çok sayıda kat çıkma	()	()	()
e) Merdivenle bir kat çıkma	()	()	()
f) Eğilme veya diz çökme	()	()	()
g) Bir iki kilometre yürüme	()	()	()
h) Birkaç Sokak öteye yürüme	()	()	()
I) Bir Sokak öteye yürüme	()	()	()
i) Kendi kendine banyo yapma veya giyinme	()	()	()

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	()	()
b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	()	()
c) İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	()	()
d) İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (daha fazla çaba gibi)	()	()

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	()	()
b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	()	()
c) İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz ?	()	()

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi C) Orta derecede etkiledi

d) Oldukça etkiledi e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif
d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi ?

a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a) Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
b) Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	()	()	()	()	()	()
c) Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
d) Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
e) Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
f) Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
g) Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
h) Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
D) Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığımız veya duygusal sorunlarımız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman
- b) oğu zaman
- c) Bazen
- d) Nadiren
- e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?
Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	çoğunlukla doğru	Bilmiyoru m	çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	()	()	()	()	()
b)Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	()	()	()	()	()
c)Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	()	()	()	()	()
d)Sağlığım mkemmek	()	()	()	()	()

