

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ANKARA İLİ ÇANKAYA İLÇESİNDE 25 YAŞ ve ÜZERİ NÜFUSUN
SAĞLIK DÜZEYİNDE ve SAĞLIK HİZMET KULLANIMINDA
SOSYOEKONOMİK FARKLILIKLAR

Dr. Mahmut Sadi YARDIM

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

ANKARA
2001

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ANKARA İLİ ÇANKAYA İLÇESİNDE 25 YAŞ ve ÜZERİ
NÜFUSUN SAĞLIK DÜZEYİNDE ve SAĞLIK HİZMET
KULLANIMINDA SOSYOEKONOMİK FARKLILIKLAR

Dr. Mahmut Sadi YARDIM

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hilal ÖZCEBE

ANKARA
2001

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde desteğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Sayın Hilal ÖZCEBE'ye, inanılmaz dikkat ve sabrı için öncelikle teşekkür ederim. Çalışmanın başlangıcında kaynaklarını paylaşıp, önerilerde bulunan Doç. Dr. Sayın Onur HAMZAOĞLU'na, Türkçe SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi'ni ve değerlendirme yöntemini gönderen Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nden Prof. Dr. Sayın Güler FİŞEK'e, Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksi'ni kullanmama izin veren ODTÜ İktisadi İstatistik Bölümü Başkanı Prof. Dr. Sayın Zehra KASNAKOĞLU'na, Treiman Mesleki Prestij Skalası'nı kullanmamı öneren ve değerli vaktini veren ODTÜ Sosyoloji Bölümü'nden Prof. Dr. Sayın Yusuf Ziya ÖZCAN'a, Antalya'daki çalışmanın anket formunu inceleme olanağı sağlayan Doç. Dr. Sayın İlker BELEK'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Doç. Dr. Sayın Bahar Güçiz DOĞAN ve Dr. Sayın Banu ÇAKIR sorularına her zaman değerli zamanlarını ayırarak yanıt vermiş ve çalışmanın tamamlanmasına çok büyük katkı sağlamışlardır. Kendilerine çok teşekkür ederim .

Bu tez çalışması sürecinde desteğini hiç esirgemeyen ve bebeğimiz ZEYNEP ile beraber bir çok fedakarlığa katlanan sevgili eşim NAZAN'a ne kadar teşekkür etsem az gelir.

ÖZET

Yardımcı, M.S., Ankara İli Çankaya İlçesi'nde 25 yaş ve üzeri nüfusun sağlık düzeyinde ve sağlık hizmet kullanımında sosyoekonomik farklılıklar. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi. Ankara, 2001.

Sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının azaltılması, Herkes İçin Sağlık stratejisinin ana amaçlarından biridir. Türkiye'de sağlıkta eşitsizlikler konusunda yapılmış çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik başarılı müdahalelerde bulunmak için, sorunun boyutu ortaya konulmalıdır. Bunun yapılabilmesi, kişilerin sosyoekonomik pozisyonlarının ve sağlık düzeylerinin doğru bir şekilde ölçümünü gerektirir. Karar vericilerin sağlıkta eşitsizlikler konusuna ilgilerini çekebilmek için basit ve kolay yorumlanabilir eşitsizlik göstergelerine ihtiyaç vardır. Bu tez çalışması ile Ankara İli Çankaya İlçesi'nde sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının büyüklüğünün, kolay yorumlanabilir göstergeler kullanarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sonuçları, Türkiye'de sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin izlenmesi için daha uygun göstergelerin ortaya konulmasına yol gösterici olabilir. Bu çalışmada Çankaya'da yaşayan 25 ve üzeri yaştaki kişileri temsil eden 562 kişi ile görüşme yapılmıştır. Katılımcıların sosyoekonomik pozisyonları, eğitim, gelir ve mesleki prestij göstergeleri ile ölçülmüştür. Sağlık düzeyi ölçümü katılımcıların beyanına dayalıdır. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin Kunst ve Mackenbach'a hazırlattığı teknik raporda önerilen göstergeler kullanılarak, sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının büyüklüğü değerlendirilmiştir. Sonuçlar Çankaya İlçesi'nde sosyoekonomik gruplar arasında anlamlı sağlık düzeyi farklılıkları olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi, sağlıkla en fazla ilişkili sosyoekonomik düzey göstergesi olarak bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyin gelir veya mesleki saygınlık göstergeleri ile ölçümünde de anlamlı sağlık farklılıkları saptanmıştır. Sosyoekonomik gruplar arasında sağlık hizmet kullanımına ilişkin anlamlı farklılıkların ortaya konulmasında örneklem büyüklüğünün yetersiz kalmasına rağmen, bazı bulgular Çankaya İlçesi'nde sağlık hizmet kullanımına ilişkin sosyoekonomik farklılıkların varlığının ipuçlarını vermektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlıkta eşitsizlikler, sağlık hizmetleri, sosyoekonomik düzey, sağlık düzeyi.

ABSTRACT

Yardımcı, M.S., Socioeconomic differentials in health and health care among 25 and over years old population in Çankaya District in Ankara, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Public Health, Ankara 2001. Reducing health differentials between socioeconomic groups is one of the main purposes of the Health for All Strategy. Only some few studies had been done about health inequalities in Turkey. For successful interventions to reduce health inequalities, the magnitude of the problem must be identified. This requires accurate measures in both measuring socioeconomic position and health status of individuals. Simple and easily interpreted indicators of health inequalities are needed to make policy-makers be interested in this issue. This thesis aims to assess the magnitude of the socioeconomic health disparities in Çankaya District in Ankara by using some easily interpreted indicators. Results of the study may lead to establish more appropriate indicators for monitoring socioeconomic health inequalities in Turkey. 562 subjects who represented 25 and over years old Çankaya inhabitants were interviewed in the survey. Socioeconomic position of individuals was measured in education, income and occupational prestige terms. Health status of the subjects based on self-reports. The magnitude of socioeconomic health differentials was assessed by using range measures proposed in WHO European Office technical report prepared by Kunst and Mackenbach. The results showed that there were significant health differentials between socioeconomic groups in Çankaya District. Education has found the most related measure of socioeconomic position with the health status. Socioeconomic health differentials were also significant when socioeconomic position was measured either by income or occupational prestige. Although the sample size of the study was not appropriate to reveal significant socioeconomic health care differentials, some findings have supported also the existence of inequalities in health care in Çankaya District.

Key words: Health inequalities, health services, socioeconomic position, health status.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLOLAR DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. AMAÇLAR	5
3. GENEL BİLGİLER	6
3.1. Yoksulluk, Eşitlik, Hakkaniyet.....	6
3.2. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet.....	11
3.3. Sağlığın Ölçülmesi	13
3.4. Sosyoekonomik Düzey Göstergeleri	16
3.5. Sağlıkta Sosyoekonomik Farklılıklara İlişkin Açıklamalar	21
4. GEREÇ - YÖNTEM	27
4.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması	27
4.2. Araştırmanın Tipi.....	27
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	27
4.4. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli	29
4.5. Örneklemenin Evreni Temsil Edebilirliği.....	30
4.6. Veri Toplama Aracı	33
4.7. Araştırmanın Değişkenleri ve Değişkenlerin Sınıflandırılması.....	33
4.8. Araştırmada Kullanılan Terimler.....	37
4.9. Araştırmanın Analizi	37
4.10. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	41
4.11. İzinler	42
4.12. Etik Konular.....	42
4.13. Araştırmanın Zamanlama Çizelgesi	42
5. BULGULAR	43
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özellikleri.....	43

5.2. Katılımcıların Sağlık Düzeylerine İlişkin Bulgular	55
5.3. Sağlıkta Sosyoekonomik Farklılıklara İlişkin Bulgular	62
5.4. Katılımcıların Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Bulgular	79
5.5. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Sosyoekonomik Düzen Farklılıkları	87
6. TARTIŞMA	99
7. SONUÇ ve ÖNERİLER	111
KAYNAKLAR	114
EKLER	
EK-1: Asıl, Yedek Liste ile Liste Dışından Görüşülen Katılımcıların Bazı Özellikler Yönünden, Bölgeler Düzeyinde Karşılaştırılması	
EK-2: Örnekleme Çıkan Hanelerde Hangi Aile Ferdi ile Görüşüleceğine Dair Yönerge	
EK-3: Anket Formu	
EK-4: Değişik Yaş Sınıflandırmalarının Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi	
EK-5: Katılımcıların Sağlık Hizmeti Kullanım Olasılıkları ile Anlamlı İlişki Gösteren Sağlık Düzeyi ve Sosyoekonomik Düzey Değişkenlerine İlişkin Tablolar	
EK-6: Valilik İzni	

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Çalışmaları İçin Bir Kavramsal Çerçeve - Whitehead (18) 'den alınmıştır.	12
3.2. Mesleki Saygınlık İndeksi Oluşturulmasında Kullanılan Formül (Kasnakoğlu-Erdil, 1996)	20
4.1. Evren Oranı ve Evren Ortalaması Önemlilik Testleri	31
5.1. Katılımcıların Kasnakoğlu Mesleki Saygınlık Endeksi'nden Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)	48
5.2. Katılımcıların Treiman Mesleki Prestij Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999).....	50
5.3. Katılımcıların Aile Reisine Ait Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksi'nden Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)	51
5.4. Katılımcıların Aile Reisine Ait Treiman Mesleki Prestij Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)	52
5.5. Katılımcıların Kişi Başına Ortalama Aylık Gelirlerinin Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999).....	54
5.6. Katılımcıların SF-36 Genel Sağlık Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999).....	57
5.7. Katılımcıların SF-36 Ruhsal Sağlık Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999).....	58
5.8. Katılımcıların SF-36 Fiziksel Fonksiyonellik Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)	59

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3-1 Kasnakoğlu-Erdil 1996 Mesleki Saygınlık İndeksi'ne göre bazı meslekler ve indeks puanları.	20
3-2 Sağlıkta Sosyoekonomik Farklılıklara İlişkin Açıklamaların Katı ve İlimli Versiyonları -Sally Macintyre'dan alınmıştır (1).....	23
4-1 Görüşme yapılan hanelerin örneklem listesinde yer alma durumu (Çankaya, 1999).....	29
4-2 Araştırma evrenini oluşturan Ankara İli Çankaya İlçesinde yaşayan 25 yaş ve üzeri nüfus ile örnekleme giren kişilerin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı*	30
4-3 Evren ve örneklem grubunda, iktisaden faal olma durumunun cinsiyete göre yüzde* dağılımı.....	32
5-1 Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri (Çankaya, 1999).	44
5-2 Katılımcıların Halen Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumları ve Çalışmama Nedenlerinin Dağılımı (Çankaya, 1999).....	45
5-3 Katılımcılardan Halen Gelir Getiren Bir İşte Çalışmama Nedeni Belirtenlerin, Daha Önce Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumları (Çankaya, 1999).	45
5-4 Görüşülen Kişilerin Aile Reisine Yakınlığı (Çankaya, 1999).	45
5-5 Katılımcıların Sağlık Güvencelerine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).	46
5-6 Katılımcıların Sağlık Sorunlarını Ücret Ödemeden Danışabilecekleri Bir Hekim Tanıdıklarının Varlığı ve Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).	46
5-7 Katılımcıların, Görüşülen Hanelerde Yaşayan Kişi Sayılarına Dağılımı (Çankaya, 1999).	47
5-8 Katılımcıların Oturulan Evin Mülkiyetine Göre Dağılımları (Çankaya, 1999).	47
5-9 Katılımcıların, Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	48

5-10	Katılımcıların, Trieman Mesleki Prestij Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	49
5-11	Katılımcıların, Aile Reisine Ait Kasnakoğlu Mesleki Prestij Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	51
5-12	Katılımcıların, Aile Reisine Ait Trieman Mesleki Prestij Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	52
5-13	Katılımcıların, Kişi Başı Ortalama Aylık Gelirlerine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	53
5-14	Sosyoekonomik Değişkenler Arasındaki Spearman Korelasyon Katsayıları* (Çankaya, 1999).....	55
5-15	Katılımcıların, SF-36 Genel Sağlık Skalasından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	57
5-16	Katılımcıların, SF-36 Ruhsal Sağlık Skalasından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	58
5-17	Katılımcıların, SF-36 Fiziksel Fonksiyonellik Skalasından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	59
5-18	Katılımcıların, Son 15 Gün İçinde Yakındıkları Semptom Sayılarına Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	60
5-19	Katılımcıların, Sahip Oldukları Kronik Durum/Hastalık Sayısına Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	60
5-20	Katılımcıların Kendi Beyanlarına Göre Sahip Oldukları Uzun Süreli Hastalık ve Durumlar (Çankaya, 1999).....	61
5-21	Katılımcıların Algılanan Sağlık Düzeylerine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	62
5-22	Sosyoekonomik Düzey Sürekli Değişkenlerinden Türetilmiş Sosyoekonomik Düzey Kategorik Değişkenlerine Ait Alt ve Üst Sınırlar ve Katılımcıların Bu Kategorilere Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	64
5-23	Gelir Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş ¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).....	66

5-24	Öğrenim Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş ¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).....	67
5-25	Kasnakoğlu Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş ¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).....	68
5-26	Kasnakoğlu Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş <u>Aile Reisine Ait</u> Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş ¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).....	69
5-27	Treiman Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş ¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).....	70
5-28	Treiman Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş <u>Aile Reisine Ait</u> Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş ¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).....	71
5-29	Beyan Edilen Geçim Durumu Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş ¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).....	73
5-30	Kıranın Otomobile Sahip Olma Durumu İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş ¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).....	74
5-31	Öğrenim Düzeyi, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durum Değişkenlerini İçeren Lojistik Regresyon Modelinde, Morbidite Göstergelerine Ait Tahmini Rölatif Riskler (Çankaya, 1999).....	75
5-32	Okul Düzeyi, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durum Değişkenlerini İçeren Lojistik Regresyon Modelinde, Morbidite Göstergelerine Ait Tahmini Rölatif Riskler (Çankaya, 1999).....	76

5-33	Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Prestij Skalası Kullanılarak Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durum Değişkenlerini İçeren Lojistik Regresyon Modelinde, Morbidite Göstergelerine Ait Tahmini Rölatif Riskler (ankaya, 1999).....	77
5-34	Hane Reisine Ait Treiman Mesleki Prestij Skalası Kullanılarak Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durum Değişkenlerini İçeren Lojistik Regresyon Modelinde, Morbidite Göstergelerine Ait Tahmini Rölatif Riskler (ankaya, 1999).	78
5-35	Katılımcıların Son 4 Hafta İçinde Sağlıkları İle İlgili Olarak Herhangi Bir Kurum veya Kişiye Başvuru Durumları (ankaya, 1999).....	80
5-36	Katılımcılardan Son 4 Hafta İçinde Sağlıkla İlgili Başvuruda Bulunanların Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı (ankaya, 1999).....	80
5-37	Katılımcıların Son 4 Hafta İçindeki Toplam Başvuru Sayılarının Başvurulan Kişi ve Kurumlara Göre Dağılımı (ankaya, 1999).....	81
5-38	Son 4 Hafta İçindeki Toplam Başvuruların İlişkili Olduğu ICD-10 Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Kategorilerine Göre Dağılımı (ankaya, 1999).....	82
5-39	Son 4 hafta İçinde Sağlık Hizmeti Kullanmayanların Bu Süre İçerisinde Sağlık Hizmetine İhtiyaç Duyma Durumu (ankaya, 1999).....	82
5-40	Son 4 Hafta İçinde İhtiyacı Olmasına Rağmen Sağlık Hizmeti Kullanmayanların, Kullanmama Nedenleri (ankaya, 1999).....	83
5-41	Katılımcıların Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatma Durumu (ankaya, 1999).....	83
5-42	Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatanların, Yatış Sayıları (ankaya, 1999).....	83
5-43	Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatanların Toplam Yatış Süreleri (ankaya, 1999).....	84
5-44	Katılımcılardan Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatanların, Yattıkları Hastaneler (ankaya, 1999).....	84
5-45:	ICD-10 Hastalık Kategorilerine Göre Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatış Nedenleri (ankaya, 1999).....	85

5-46	Katılımcıların Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Başvurma Durumları (Çankaya, 1999).....	85
5-47	Katılımcılardan Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Başvuranların Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	86
5-48	Katılımcıların Son Bir Yıl İçinde Hiç Bir Şikayeti Olmadan Kontrol (Check-Up) Amacıyla Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumu (Çankaya, 1999).....	86
5-49	Ki-Kare Analizi Sonuçlarına Göre Sosyoekonomik Düzey ve Sağlık Düzeyi İle İlgili Kategorik Değişkenlerin, Sağlık Hizmeti Kullanım Olasılıkları ile İlişkileri ¹ (Çankaya, 1999).....	88
5-50	Son 4 Hafta İçinde Hekime Başvurular İçin, Öğrenim Düzeylerine Ait Tahmini Rölatif Riskler ¹ (Çankaya, 1999).....	89
5-51	Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatma Durumu İçin, Öğrenim Düzeylerine Ait Tahmini Rölatif Riskler ¹ (Çankaya, 1999).....	91
5-52	Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatma Durumu İçin, Mesleki Prestij Düzeylerine Ait Tahmini Rölatif Riskler ¹ (Çankaya, 1999).....	92
5-53	Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Başvurular İçin, Öğrenim Düzeylerine Ait Tahmini Rölatif Riskler* (Çankaya, 1999).....	93
5-54	Sosyoekonomik Düzey ve Sağlık Düzeyi İle İlgili Sürekli Değişkenlerin Sağlık Hizmeti Kullanım Hacmi ile Korelasyonu ^a (Çankaya, 1999) ...	95
5-55	Son 4 Hafta İçinde Hekime Yapılan Başvurulara Ait Başvuru Sayıları İçin Lineer Regresyon Modeli Değişkenlerinin Standardize Edilmiş β Katsayıları (Beta) ve R^2 Değişimleri (Çankaya, 1999)	96
5-56	Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Yatanlara Ait Yatış Gün Sayıları İçin Lineer Regresyon Modeli Değişkenlerinin Standardize Edilmiş β Katsayıları (Beta) ve R^2 Değişimleri (Çankaya, 1999)	97
5-57	Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Başvuranlara Ait Başvuru Sayıları İçin Lineer Regresyon Modeli Değişkenlerinin Standardize Edilmiş β Katsayıları (Beta) ve R^2 Değişimleri (Çankaya, 1999)	97

1. GİRİŞ

Sosyoekonomik gruplar arasında sağlık düzeyi farklılıkları ve sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetlerin kullanımına ilişkin eşitsizlikler, günümüz dünyasında sağlıkla ilgili gündemin ilk sıralarında yer almaktadır. Konunun politik gündemde yer alması, 1977 yılında yapılan 30. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Genel Kurulu'nda , "Herkes İçin Sağlık (HİS)" kavramının ortaya konulmasıyla başlar. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerle ilgili tartışmaların akademik ortamda yeniden canlanması ise İngiltere'de 1980 yılında Sir Douglas Black başkanlığındaki bir komisyon tarafından hazırlanan "Black Raporu" ile başlamıştır (1).

Günümüzde bir çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılmasında gözle görülür bir başarı sağlanmıştır. Yine, beklenen yaşam süresinde bir artma olduğu bir çok ülkede gözlenmektedir. Ancak toplumların genel sağlık düzeyindeki bütün bu iyileşmelere karşın, hemen hemen her ülkede, sosyoekonomik gruplar arasında sağlık düzeyi açısından farklılıklar varlığını korumakta, hatta aradaki fark gittikçe açılmaktadır.

Bolivya'da bebek ölüm hızı binde 73.5'tir. Ancak bu hız üst %20'lik gelir grubunda binde 25.5, alt %20'lik grupta binde 106.5'tir. Hindistan'da bu hızlar sırasıyla, binde 86.3, binde 44 ve binde 109.2'dir (2). İngiltere'de en üstteki sosyal sınıfta yer alan bir ailenin çocuğu, en alt sosyal sınıftaki bir ailenin çocuğundan 5 yıl daha fazla yaşamaktadır. Fransa'da 35 yaşında bir üniversite hocasının beklenen yaşam süresi, aynı yaştaki vasıfsız bir işçinin beklenen yaşam süresinden 9 yıl daha fazladır (3).

Yapılan çalışmalar sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farkının gittikçe açıldığını göstermektedir. Örneğin, Finlandiya'da 1971-75 yılları arasında erkeklerde üst beyaz yakalı meslek sınıfına ait standardize ölüm oranı (SMR) yüzde 65 iken, 1986-90 yılları arasında bu oran yüzde 57'ye inmiştir. Buna karşılık mavi yakalı işçilerde SMR yüzde 114'ten, yüzde 121'e çıkmıştır (4). Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler sadece erken ölümlerle

sınırlı değildir. Çeşitli yaşam kalitesi ve morbidite göstergelerinde de sosyoekonomik gruplar arasında belirgin farklılıklar izlenmektedir.

Etik açıdan, sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin olağan kabul edilmesi mümkün değildir. Sağlıklı olmak temel bir insan hakkıdır. Bu hak aynı zamanda diğer insan haklarından yararlanmanın da ön koşuludur. Braveman'a göre sağlıkta ve sağlık hizmetlerinde sosyoekonomik eşitsizlikleri önemsememek, bazı kişilerin sadece toplumsal yapının dayattığı konumları nedeniyle, gereksiz yere acı çekmelerini ve erken ölümlerini kabul etmek demektir (5).

Sağlıkta eşitsizlikler pragmatik açıdan bakıldığında da kabul edilemez. Dünya Bankası eski başkanlarından McNamara, eşitlik konusunu dikkate almadan büyümeye çabalamanın eninde sonunda sosyal çalkantılara yol açacağını belirtmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip gruplarda artan bulaşıcı hastalıklar, toplumun avantajlı kesimlerinin sağlığını doğrudan tehdit edebilmektedir. Sağlıksızlık üretimde verimliliği azaltarak, toplum kalkınmasını olumsuz etkilemektedir (5, 6).

Sağlık hizmetlerine ulaşmada, hizmetlerin kullanımında ve sunulan hizmetin kalitesinde de sosyoekonomik gruplar arasında eşitsizlikler bulunmaktadır. Bu durumun sağlık düzeyini olumsuz etkileyerek, sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin derinleşmesine de neden olduğu söylenebilir. Burada belirtilmesi gereken nokta, sağlık hizmetlerinin sağlık düzeyini etkileyen önemli bir etken olduğu ancak tek belirleyici olmadığıdır. Sağlık hizmetlerinin, eşit ihtiyaçlar için eşit olarak kullanıldığı ülkelerde de sosyoekonomik gruplar arasında sağlık düzeyi farklılıkları devam etmektedir. Bu nedenle sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler ile sağlık hizmetlerinde sosyoekonomik eşitsizlikler ayrı değerlendirilmektedir.

Sağlıkta eşitsizliklerle mücadele konusunda, DSÖ'nün "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık (HİS)" hedefi önemli bir dönüm noktasıdır. İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde, başta sanayileşmiş ülkeler olmak üzere, dünya genelinde görülen ekonomik gelişme ve istikrar sağlıkta eşitsizliklerle mücadele konusunda iyimser bir ortam yaratmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1978 yılındaki Genel Kurulunda ortaya koyduğu HİS hedefi bu ortamın

ürünüdür. Burada alınan kararda, hükümetlerin ve DSÖ 'nün temel sosyal amacının 2000 yılına kadar dünyadaki bütün insanları, sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürmelerine olanak veren bir sağlık düzeyine yükseltmek olduğu belirtilmiştir. Bu hedef 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık olarak bilinir. Ancak 80'li yılların ortasında hissedilmeye başlanan ekonomik durgunluk bu iyimser ortamı tersine çevirmiş, ilgi, "Herkes İçin Sağlık" 'tan, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve maliyet-etkililik odaklı sağlık sektörü reformlarına kaymıştır (2).

Dünya Bankası'nın 1993 raporu, 1995 yılında ilk olarak yayınlanan DSÖ Dünya Sağlık Raporu, Birleşmiş Milletler Nüfus ve Kalkınma Fonunun (UNDP) 1997 İnsani Kalkınma Raporu, sağlıkta eşitsizliklerin kabul edilemez boyutlarını ve sağlığın sürdürülebilir kalkınmadaki yerini yeniden vurgulayan, gelir dağılımında ülkeler arası ve ülke içi artan eşitsizlikleri ortaya koyan önemli raporlardır. Bunları izleyen raporlar sürdürülebilirlik ve verimlilik boyutları eklenmiş sağlıkta eşitsizlikler konusunu tekrar gündemin ilk sıralarına taşımıştır. Rockefeller Vakfının -ki yakın zamanda sağlıkta eşitlik konusunu, dikkat çekmek ve desteklemek için öncelikli konu olarak seçmiştir- Küresel Sağlıkta Eşitlik Girişimi, İngiltere Uluslararası Kalkınma Bölümü'nün, Avrupa Birliği'nin, Hollanda ve İskandinav ülkelerinin konuyla ilgili çalışmaları, DSÖ ve Dünya Bankası'nın girişimleri, bu konunun daha uzun bir süre gündemde kalmaya devam edeceğini göstermektedir (2, 5).

Black Raporu'nun 1980 yılında yayınlanmasından sonra, gelişmiş ülkelerde uzun bir geçmişi olan sosyal devlet uygulamalarına rağmen sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin artarak devam ettiğinin anlaşılması akademik ilgiyi bu konunun açıklanmasına yönelik çalışmalara itmiştir. Ancak akademik çevrelerde çoğunluk, müdahale edilmesi güç olan bir risk faktörü ile ilgili çalışmalara pek sıcak bakmamıştır. Sosyoekonomik düzeyi düşük grupların daha az gelire, eğitime ve sağlık bakımına sahip olduğu, barınma koşullarının yetersiz olduğu, iş güvencelerinin olmadığı zaten herkes tarafından bilinmekteydi. Bu faktörlerin hangisinin daha önemli olduğu pek açık değildi ve hepsi birbirleriyle ilişkili görülmekteydi. Dolayısı ile araştırmacılar,

diyet, fiziksel aktivite, sigara gibi müdahale edilmesi mümkün olan bireysel davranışlarla ilgili çalışmalara ağırlık vermişlerdir (7).

Ancak Wilkinson ve Marmot'un çalışmaları her şeyi değiştirmiştir. Wilkinson, 1992 yılında yayınlanan çalışmasında (8), 1970'lerin başlarından itibaren gelişmiş ülkelerde beklenen yaşam sürelerindeki değişimleri, gelir dağılımındaki eşitsizlikler açısından incelemiş ve gelir dağılımındaki bozuklukların, gelişmiş ülkeler için beklenen yaşam sürelerini azaltırken, sosyal sınıflar arasında mortalitede farklılıkları arttırdığını da göstermiştir. Marmot'un Londra'daki devlet memurları kohordunda ortaya koyduğu, mutlak yoksulluğun sağlığın en önemli belirleyicisi olmadığı, sosyoekonomik hiyerarşinin her basamağında sağlık farklılıkları olduğu bulgusu (9), dikkatleri tekrar sosyoekonomik faktörler ile sağlık arasındaki ilişkilerin mekanizmalarına çekmiştir.

Sağlık için risk taşıyan bireysel davranışların sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarda bütün müdahale çalışmalarına rağmen varlığını sürdürüyor olması, sosyoekonomik düzeyin psikososyal mekanizmalar yoluyla sağlık davranışlarını belirleyen bir değişken olduğu konusunda artan literatür bilgileri, ekonomik politikaların halk sağlığı politikalarındaki önemini ortaya koymaktadır (7,10).

DSÖ Avrupa Bölgesi, 1991 yılında belirlediği "Herkes İçin Sağlık-2000 (HİS-2000)" hedeflerini, 1998 yılında yeniden gözden geçirerek "Sağlık-21" adıyla 21 adet yeni hedef belirlemiştir (11). Ülkemizin de içinde yer aldığı bütün üye ülkeler için 2020 yılına kadar ülke içi sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının dörtte bir oranında azaltılması hedeflenmiştir. Ülke içinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin boyutunun saptanması ve değişimin izlenmesinde kullanılacak göstergelerin belirlenmesi, sözü edilen hedefe varmak için yapılacak müdahale çalışmalarının ön koşuludur.

Bu çalışma ile Türkiye'de sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler ile ilgili sınırlı sayı ve kapsamdaki literatüre bir katkı yapılması amaçlanmıştır. Bu ve diğer çalışmaların (12,13) ortaya koydukları ile ülke çapında yapılacak kapsamlı araştırmalar ve Sağlık-21 hedeflerine yönelik oluşturulacak politikalar için ipuçları sağlanabileceği düşünülmektedir.

2. AMAÇLAR

1. Ankara İli Çankaya İlçesi'nde oturan 25 yaş ve üzeri nüfusun bazı sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikleri ile sağlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamak.
2. Hakkaniyet kavramı temelinde bazı sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerin sağlık hizmeti kullanımına etkisini araştırmak.
3. Uzun erimde, "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" hedeflerinin izlenmesine yönelik temel çalışmalara katkıda bulunmak.



3. GENEL BİLGİLER

3.1. Yoksulluk, Eşitlik, Hakkaniyet

Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler derken, bundan tam olarak ne kastedildiği, sağlık ve eşitlik ile ilgili politika amaçlarının belirlenmesinde büyük önem taşımaktadır. Whitehead (3), sağlıkta eşitliği şu şekilde tanımlamaktadır:

"Sağlıkta eşitlik, ideal olarak herkesin tam sağlık potansiyeline erişmek için hakça (eşit) fırsatlara sahip olması gerektiğine ve daha pragmatik olarak, sakınılması mümkün olduğu sürece hiç bir kimsenin bu potansiyele ulaşmada dezavantajlı konumda olmaması gerektiğine işaret eder."

Bu tanımdan yola çıkarak Whitehead, eşitlik ve sağlık politikalarının amacının, düzey ve kalite açısından bütün sağlık farklılıklarının ortadan kaldırılması olmadığını vurgulamaktadır. Whitehead'e göre, eşitlik ve sağlık politikalarının amacı, daha çok hem kaçınılabilen hem de hakça olmadığı düşünülen faktörlerden kaynaklanan farklılıkları azaltmak veya ortadan kaldırmak olmalıdır.

Whitehead tarafından hazırlanan DSÖ Avrupa Bölgesi dökümanında kullanılan "eşitlik" terimi Türkçe'de karşılığı hakkaniyet olan "*equity*" terimidir. Dökümanda, eşitlik (*equality*) ve hakkaniyet (*equity*) terimlerinin bir çok dilde tam karşılıklarının olmadığı, eşitlik teriminin bazıları tarafından matematiksel anlamda eşitlik olarak kullanıldığı ve kafa karışıklığı yaratmamak için Avrupa Bölgesi Herkes İçin Sağlık stratejisinde ve söz konusu dökümanda hakkaniyet teriminin seçildiği bir dipnot olarak belirtilmiştir.

Kunst ve Mackenbach ise yine DSÖ Avrupa Bölgesi yayını olan, sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ölçülmesi ile ilgili dökümanlarında (14) eşitsizlik (*inequality*) terimini kullanmışlardır. Yazarlar, belirgin eşitsizliklerin (*inequalities*) ne derece hakkaniyetsizlik (*inequity*) olduğunu

değerlendirebilmek için eşitsizliklerin nedenleri hakkında bilgiye gereksinim olması ve bu nedenlerin hakça/adil olup olmadığı konusunda bir yargıda bulunmak zorunda kalınması nedeniyle, kendilerinin eşitsizlik terimini tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Örneğin bazı genlerin sosyoekonomik gruplar arasında farklı dağılmasından kaynaklanan sağlık farklılıkları hakkaniyetsizlik (*inequity*) olarak değerlendirilmeyecektir. Yazarlar bu nedenle hakkaniyeti doğrudan ölçmenin mümkün olmadığını, eşitsizlikler için ise bunun olanaklı olduğunu belirtmektedirler.

Sağlıkta sosyoekonomik gruplar arasında gözlenen farklılıklarla ilgili politikaların oluşturulmasında üç farklı akımının yaklaşımları incelendiğinde (2), kullanılan terimlerin önemi daha iyi anlaşılacaktır. Bu yaklaşımlar sırasıyla şunlardır:

1. Yoksulluk perspektifli yaklaşım
2. Eşitlik perspektifli yaklaşım
3. Hakkaniyet perspektifli yaklaşım

Yoksulluk perspektifli yaklaşım, temel olarak yoksulların sağlığını iyileştirmeye odaklanmıştır. Yoksullar ve zenginler arasındaki sağlık farklılıklarının azaltılması ile pek ilgilenmez. Ekonominin genel olarak büyümesinin, kısa dönemde eşitsizlikler yaratsa da uzun dönemde faydasının toplumun alt kesimlerine de yansıtacağı egemen görüşüne karşı, yetmişli yılların başlarında ortaya çıkan, yoksullukla mücadelenin sürdürülebilir kalkınma için vazgeçilemez olduğunu savunan bir akımdır. Yoksul nüfusun nasıl tanımlanacağı konusunda yapılan tartışmalar sonucunda "mutlak yoksulluk" ve "görelî yoksulluk" kavramları ortaya konmuştur. Dünya Bankası mutlak yoksulluk sınırını kişi başına günlük tüketim için 1 Amerikan Doları (1985 yılı Doları esas alınmaktadır, ülkeler arasındaki alım gücü farklılıklarına göre düzeltme yapılmaktadır) olarak belirlemiştir. Bu sınırın altında tüketime sahip nüfus, mutlak yoksul olarak değerlendirilir. (Dünyada hala 1,300,000,000 kişi bu sınırın altında tüketim düzeyine sahiptir). Görelî yoksulluk ise ülkelerin kendi içinde kişi başı günlük

minimum enerji gereksinimi dikkate alınarak hesaplanan yoksulluk sınırına göre ifade edilmektedir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) dört kişilik bir ailenin yoksulluk sınırı yıllık 16 000 Amerikan Dolarıdır. ABD nüfusunun %12.7'si yeterli beslenme ve temel ihtiyaçlarını karşılamak için gereken bu miktarın altında gelire sahiptir. İngiltere gibi bazı ülkelerde ise kişi başı gelir ortancasının yarısı yoksulluk sınırı olarak kabul edilmektedir (2).

Geleneksel olarak, yoksulluk, sözü edilen bu ekonomik terimlerle tanımlanmıştır. Ancak geleneksel görüş içinde, sağlık düzeyi yoksulluk tanımlamalarında yer almamaktadır ve sağlık yoksullara götürülen bir hizmet olarak düşünülmüştür. Buna karşın, yoksulluk ile ilgili çalışmaları nedeniyle Nobel Ödülü alan bir ekonomist olan Amartya Sen, yoksulluğun tanımına, yoksulların kendi şartlarını iyileştirme kapasitesi kavramını getirmektedir. Sağlık ve eğitim düzeyinin de şartların iyileştirilmesinde gelir düzeyi kadar önemli olduğunu belirtmektedir. Kendisinin de çalışmanı olduğu Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) yayınladığı yıllık raporlarında ülkeler için gelirin yanısıra, sağlık ve eğitim düzeyini de içeren insani kalkınma indeksini kullanmaktadır (2).

Yoksulluk perspektifli yaklaşımın, sürdürülebilir kalkınma açısından yoksulluğu azaltmak ve yoksulların sağlık düzeyini yükseltmeye odaklanmasına karşılık, **eşitlik perspektifli yaklaşım** zengin ve yoksul arasındaki sağlık farklılıklarının azaltılmasına odaklanmıştır. Bu yaklaşım sağlıkta sosyoekonomik farklılıklarla ilgili Avrupa geleneğinde daha egemen konumdadır. Eşitlik perspektifli yaklaşım, sağlıkta eşitsizlikleri, sosyoekonomik boyutun dışında, cinsiyet (*gender*) ve etnik boyutu ile de incelemektedir (2).

Hakkaniyet perspektifli yaklaşım sosyal adalet kavramı ile yakından ilişkilidir. Bünyesinde hem yoksulluk hem de eşitlik perspektifli yaklaşımları barındırır. Yoksulluk ve eşitlik ampirik kavramlar iken, hakkaniyet normatif-toplumsal değer içeren bir kavramdır. Sosyal adalet anlayışına göre, bir toplumda insanları yoksulluktan kurtarmak için gerekli kaynaklar mevcutken, insanların yoksulluk içinde yaşamasına izin vermek adil değildir. Bu sosyal adalet anlayışı ile sağlıkta hakkaniyet yaklaşımının yakın bağı vardır.

Sağlıkta hakkaniyet yaklaşımı, toplum grupları arasında var olan sağlık düzeyi farklılıklarının mevcut kaynaklar kullanılarak giderilebilmesi durumunda, bu farklılıkların gereksiz ve kaçınılabilir olduğunu vurgulamaktadır. Buradaki sorun gereksiz ve kaçınılabilir olma durumunun kaynakların yeterliliğine bağlı olmasıdır. Bir eşitsizliğin gereksiz ve kaçınılabilir olması, elde bulunan kaynaklara göre değişecektir. Karar vericiler arasında bu konuda fikir birliği sağlamak da zor olabilir. Bir görüş kaynakları, eşitsizlikleri ortadan kaldırmak için yeterli bulurken, bir diğer görüş yeterli bulmayabilecektir. Ayrıca toplumlar arasında hakçılık ve adalet kavramları da değişmektedir. Dolayısı ile her toplumun, eşitsizlikleri azaltmaya yönelik etkin önlemler alabilmesi, o toplumun kendisi için hakkaniyetin ne anlama geldiği konusunda yeterli bir fikir birliğine varmış olmasına bağlıdır (5).

Hakkaniyet perspektifli yaklaşım geleneksel olarak eşitsizliklerin azaltılmasına önem verir. Ancak yoksulluk perspektifli yaklaşımın etkisi de hakkaniyet yaklaşımında hissedilir. Bunun en bilinen örneği, Rawls'ın adaletin dağıtımına ilişkin "*maxi-min*" ilkesinin hakkaniyet yaklaşımında yer almasıdır. Bu ilke kaynakların, toplumda en kötü durumda olanların *mümkün olan* maksimum kazanç elde etmelerini sağlayacak şekilde dağıtımını ifade eder. Toplumda daha iyi durumda olanların, bu kaynak dağıtım sürecinde durumlarında meydana gelebilecek değişiklikler bu ilkenin ilgi alanında değildir. Bu ilke sağlık alanına uyarlandığında, yoksul durumdakilerin sağlık düzeylerini iyileştirmek için yapılan müdahalelerden zenginlerin de yararlanması bir yan kazanç olarak görülür ve bunun eşitsizliklerin azaltılmasına seyreltici etki yapmasına önem verilmez.

DSÖ bugün konuyu hakkaniyet perspektifli yaklaşım içinde ele almaktadır. Sosyal gruplar arasında gereksiz, önlenebilir ve adil olmayan sağlık farklılıkları azaltılmalıdır ancak bu müdahale, sosyal avantajlı grupların sağlık düzeylerinde bir bozulma yaratmadan, dezavantajlı grupların sağlık düzeyi iyileştirilerek yapılmalıdır (2, 3, 5).

Eşitsizlikleri azaltmayı savunanların öncelikli yaklaşımı da dezavantajlı grupların sağlığını iyileştirme yönündedir. Eşitliğin sağlanması için avantajlı

grupların sağlık düzeyine kastetmeyi hiç bir yaklaşım benimsememektedir. Düşük gelir gruplarına yönelik doğum öncesi ve doğum bakımı, aile planlaması, hasta çocuk yönetimi gibi hizmet paketlerinden yoksullar zenginlerden daha fazla yararlanırlar ve bunun zengin-yoksul farklılıklarını azaltacağı beklenebilir. Dolayısı ile yoksulluk-eşitlik-hakkaniyet ayrımının daha çok akademik düzeyde bir ayrım olduğu düşünülebilir. Ancak uluslararası kuruluşların konuyla ilgili kaynak aktarımında ve ulusal sağlık politikalarının belirlenmesinde bu ayrımın önemi bulunmaktadır. Bununla ilgili bazı örnekler şöyledir:

- Eşitsizliklere mutlak yoksulluk açısından yaklaşan bir uluslararası kuruluş, mutlak yoksulluk sınırı altında yaşayan nüfusun %90'ının Asya ve Afrika'da yaşadığından hareketle, bütün kaynaklarını bu bölgelere aktaracaktır. Bu görüş açısından Latin Amerika'da veya Orta Doğu ülkelerinde çalışma yapması anlamsızdır. Konuya göreli yoksulluk açısından bakan bir kuruluş ise hemen hemen bütün ülkelerde göreli yoksulluğun olduğundan hareketle herhangi bir bölgede yoksullar için sağlık aktivitelerini desteklemeyi uygun bulacaktır. Eşitlikçi yaklaşım eşitsizlik boyutunun en yüksek olduğu ülkeleri tercih edecektir. Brezilya, Nepal, Nikaragua, Güney Afrika gibi eşitsizliklerin yüksek olduğu ülkeler, Gana, Pakistan ve Vietnam gibi eşitsizliklerin çok düşük boyutta olduğu ülkelere tercih edileceklerdir.
- Gelişmişlik düzeyi ileri, gelişmekte olan bir ülkede, bulaşıcı olmayan hastalıkların, yoksullar arasındaki ölümlerin %60'ından, zenginler arasında ise ölümlerin %90'ından sorumlu olduğu varsayıldığında; yoksulluk perspektifli yaklaşım, bulaşıcı olmayan hastalıkların hem yoksullar hem de bütün toplum açısından hastalık yükünü göz önüne alarak, bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı program geliştirmeyi savunacaktır. Fakat böyle bir program bütün toplum için uygulamaya konulursa, zengin grup bu programdan daha fazla yarar sağlayacak ve eşitsizlikler artacaktır. Eşitlik perspektifli yaklaşım böyle bir durumda

farklılıkları azaltmaya yönelik olarak, bulaşıcı olmayan hastalıklarla değil, bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyi ön plana çıkaracaktır (2).

3.2. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin nasıl tanımlanıp ölçüleceği konusunda farklı yaklaşımlar vardır (15,16,17). Whitehead, işleyen bir tanım için önceki bazı tanımları reddederek, toplumun bütün kesimleri için ulaşılabilirlik, kalite ve kabul edilebilirlik odaklı yeni bir tanım ortaya koymaktadır (3). Bu tanıma göre sağlık hizmetlerinde hakkaniyet şu anlamlara gelir:

1. Eşit ihtiyaçlar için varolan sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik,
2. Eşit ihtiyaçlar için eşit hizmet kullanımı,
3. Herkese eşit kalitede hizmet.

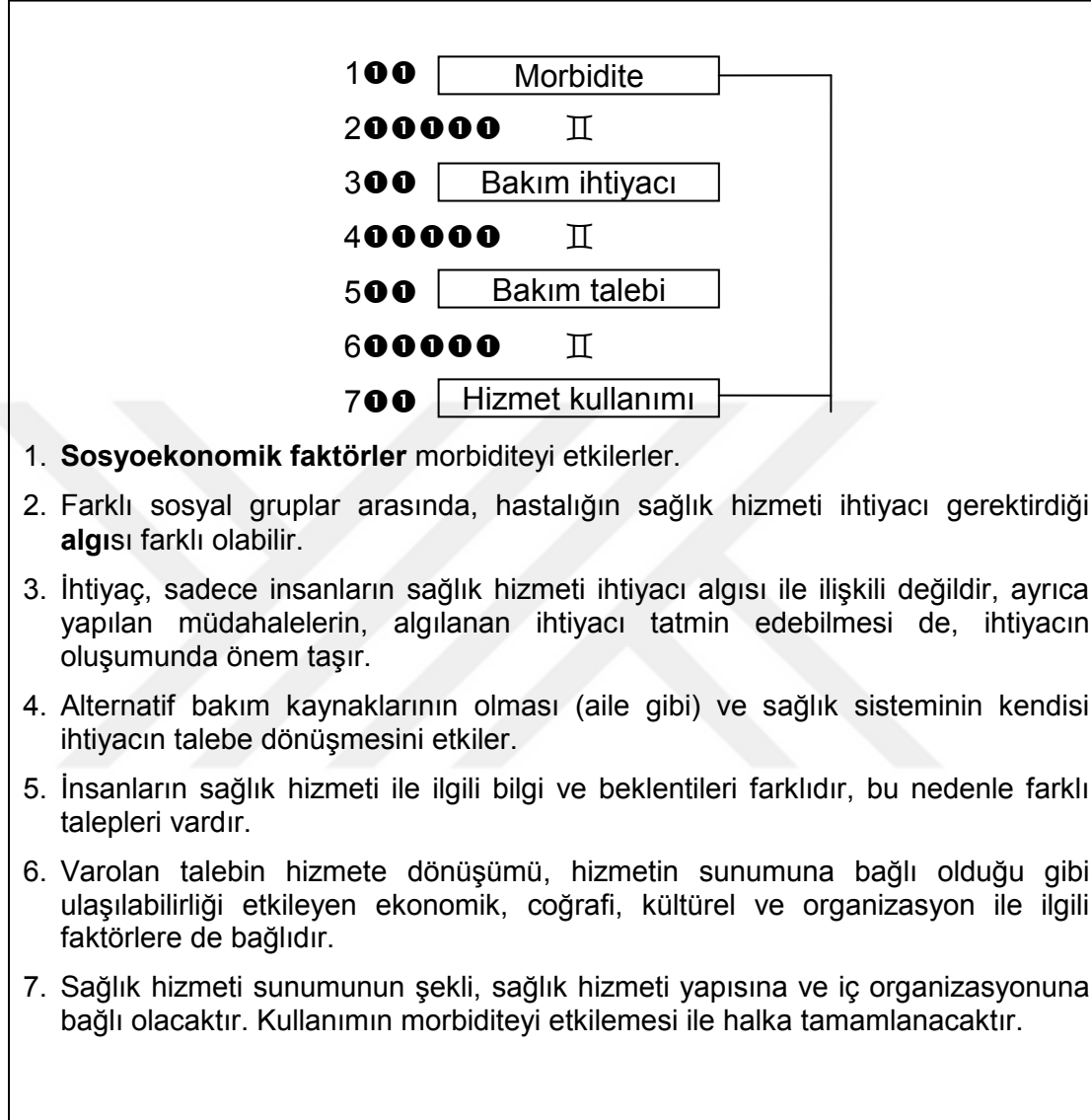
Eşit ulaşılabilirlikten herkesin varolan hizmetleri almada hak sahibi olması; hizmetlerin, ülke çapında her coğrafi bölgede sağlık hizmeti ihtiyaçlarına ve kolay ulaşımaya dayanan adil dağılımı ve ulaşılabilirliği engelleyen diğer bariyerlerin ortadan kaldırılması anlaşılır.

Eşit ihtiyaçlar için eşit hizmet kullanımı yorumlanırken, farklı sosyal grupların kullanım hızları arasındaki farkın her zaman eşitsizlik anlamına gelmeyeceği, bu durumun farklı ihtiyaç düzeylerinden kaynaklanabileceği akılda tutulmalıdır.

Kalitede eşitlik, insanların sağlık sistemine girdikten sonra sıra beklemede, tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde ve tedavi şekli ile süresinde sosyal konumlarının değil, ihtiyaçlarının belirleyici olması demektir. Hizmetlerin kalitesinde önemli bir öge de hizmetlerin toplumun her kesimi tarafından kabul edilebilirliğidir. Hizmetlerin çeşitli toplum kesimleri tarafından kabul edilebilirliği izlenerek kullanıcı-dostu hizmet haline getirilmesi gerekir.

Bir kişinin sağlık hizmetine ihtiyaç duymasını, bu hizmeti talep etmesini ve bunun sonucunda hizmeti kullanmasını bir çok faktör etkilemektedir. Whitehead, Smedy ve arkadaşlarının tıbbi hizmetlere ulaşım modelini uyarlayarak, sağlık hizmetlerinde hakkaniyet araştırmalarında kullanılabilecek bir kavramsal çerçeve ortaya koymuştur (Şekil 3.1) (18). Bu

kavramsal çerçevede de görüldüğü gibi, çok faktörlü süreç nedeniyle sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin tam anlamıyla ölçülmesi zordur.



Şekil 3.1. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Çalışmaları İçin Bir Kavramsal Çerçeve - Whitehead (18) 'den alınmıştır.

Alberts ve arkadaşları, Andersen ve Newman'a atıfta bulunarak sağlık hizmetlerinde hakkaniyet ölçümünde analiz biriminin önemini vurgulamaktadırlar (19). Yazarlar, Hollanda Antilleri'nden Curaçao Adası'nda yaptıkları çalışmada, hizmet kullanımını "kullanım olasılığı" (*probability of use*) ve "kullanım hacmi" (*volume of use*) olmak üzere iki farklı düzeyde

değerlendirmişlerdir. Bir sağlık hizmetinin kullanılıp kullanılmamasında bireye ait özellikler daha fazla önem taşımaktadır. Sağlık sistemine bir kez girdikten sonra alınan hizmet sayısını ise daha farklı faktörler belirlemektedir (19). Danimarka'da yapılan bir araştırmada daha yaşlı genel pratisyenlere kayıtlı olan kişilerin daha fazla hizmet kullandıkları (kullanım hacmi) saptanmıştır ancak hekimin daha yaşlı olması ilk başvuruyu (kullanım olasılığı) etkilememektedir (20).

3.3. Sağlıkın Ölçülmesi

Sosyoekonomik gruplar arasında sağlık ve sağlık hizmeti kullanma farklılıklarının çalışılması, sağlığın uygun yöntemlerle ölçülmesini gerektirir. Whitehead'in sağlıkta hakkaniyeti tanımlarken kullandığı "...tam sağlık potansiyeli..." ve sağlık hizmetlerinde hakkaniyet tanımında yer alan "eşit ihtiyaç" kavramları, sağlığın ve ihtiyacın tanımlanmasını zorunlu kılar.

DSÖ sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Hastalık veya sakatlığın olmaması, sağlığın negatif tanımıdır. Fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali ifadesi ise sağlığın pozitif tanımlanmasıdır

Seedhouse, sağlığın pozitif tanımlanması ile ilgili beş sınıflama yapmıştır: 1) ideal bir durum olarak sağlık, 2) fiziksel ve ruhsal uyum olarak sağlık, 3) bir mal olarak sağlık, 4) kişisel güç ve yetenek olarak sağlık ve 5) kişisel potansiyel olarak sağlık. DSÖ'nün tanımı ilk gruba girmektedir. Bu tanım özellikle ulaşılabilir olmaması nedeniyle eleştirilmektedir. Ancak DSÖ tanımının literatüre yaptığı en büyük katkı, sağlığın pozitif olarak tanımlanması konusunda öncülük etmiş olmasıdır (21).

Negatif tanımından yola çıkarak, sağlığı mortalite ve morbidite göstergeleri ile ölçmek daha kolay olsa da, bugün bir çok yazar yaşam kalitesi kavramının önemine dikkat çekmektedirler. Toplumların gelişmesi ile toplumlardaki hastalık örüntüleri de değişmektedir. Kronik hastalıkların görülme sıklıkları bugün bir çok ülkede akut bulaşıcı hastalıkların görülme sıklıklarının önüne geçmiştir Guyatt ve arkadaşları, kronik kalp ve akciğer hastalarında, laboratuvar ölçümlerinin sadece klinisyene bilgi sağladığını,

hastaların günlük hayattaki aktivite kapasiteleri ile zayıf uyum gösterdiklerini belirtmektedirler. Aynı klinik tabloya sahip iki hasta, emosyonel durumları ve yaşamdaki rollerine devam edebilme durumları açısından farklılık gösterebilmektedirler (22). Bu nedenle sağlığı negatif (hastalığın olmaması) olarak tanımlayıp buna göre ölçmek, kişiler arası sağlık düzeyi farklılıklarının tam olarak saptanamamasına neden olmaktadır. Burada yaşam kalitesi yaklaşımının önemi ortaya çıkmaktadır. Yaşam kalitesi yaklaşımı, klinik yaklaşımdan farklı olarak hastanın algıları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Yaşam kalitesi sosyal iyilik halini de içine alan bir kavramdır. Yaşam kalitesini ölçmeye yönelik çeşitli indeks ve profiller geliştirilmiştir. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NPH), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile), İyilikhali Kalite Skalası (Quality of Well-being Scale), Mc Master Sağlık Göstergesi (Mc Master Health Index Questionnaire) ve 36 Soruluk Kısa Form Sağlık Araştırması (The MOS Short Form Health Survey 36 - SF-36) günümüzde yaygın olarak kullanılan yaşam kalitesi ölçekleridir. Bu ölçeklerden sağlığın farklı boyutlarını tek bir skalada ölçenlerine "indeks", her bir boyutu farklı skalalarda ölçenlerine "profil" adı verilmektedir (21,23,24)

İhtiyaç kavramı, sağlığın nasıl tanımlandığı ile yakından ilgilidir. Bu kavram, bir amacı, bu amaçtan ölçülebilir bir uzaklığı ve bu amaca ulaşmak için gereken araçları ifade eder. Örneğin, ağrının olmaması bir amaçtır. Baş ağrıyan bir kişi bu amaçtan uzaklaşmıştır. Bu kişinin bir ağrı kesici ilaç alması bu amaca tekrar ulaşmak için bir araçtır. Sağlık hizmetinin amacını ihtiyaç belirler; ihtiyacın varlığının değerlendirilmesi ise sağlığın nasıl tanımlandığına bağlıdır (25).

İhtiyacın varlığını değerlendirmek için başlıca üç yaklaşım bulunur: Bu yaklaşımlardan ilkinde, ihtiyacın varlığı, ideal bir standarta göre değerlendirilir. DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımı böylesi bir ideal standarta örnek olarak gösterilebilir, ancak sağlık hizmeti sunumu için ihtiyacın bu tanıma göre belirlenmesi pratik değildir. İkinci yaklaşım, ihtiyacı, insanların altında bulunmamaları gereken bir asgari düzey olarak değerlendirir. Üçüncü yaklaşım ihtiyaç varlığını, diğer grup veya bireylerin sahip olduğu standartlarla karşılaştırarak değerlendirir. Sosyal ve sağlık

politikaları genellikle, ihtiyacın ölçülmesinde asgari standartlara dayanırlar. Beslenme, gelir, barınma ile ilgili bir çok asgari standart belirlenmiştir. Sağlık alanında da yürüme, giyinme, çalışma gibi erişkin insanın kendi başına yapması gereken temel fonksiyonlar tanımlanıp, ölçülerek asgari standartlar belirlenmeye çalışılmıştır. İhtiyacın değerlendirilmesinde üçüncü yaklaşım, asgari standart yaklaşımının devamı niteliğindedir. Bu yaklaşımda mutlak standartlar belirlemek yerine, nüfusun bütününe veya alt gruplarına ait ortalamalarla karşılaştırma yapılır. Bir grubun sağlık ihtiyacı, örneğin aynı bölgede yaşayan, aynı cinsiyet ve yaşa sahip erişkinlerin sağlık düzeyi ile karşılaştırılarak saptanır veya aynı toplumda yaşayan en avantajlı grubun sağlık düzeyi standart olarak alınabilir(25).

3.3.1. MOS SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksi

Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen SF-36 sağlığı sekiz ayrı boyutta ölçen 36 soruluk bir ankettir. Bu sağlık boyutları, genel sağlık, fiziksel rol, duygusal rol, sosyal fonksiyonellik, fiziksel fonksiyonellik, ağrı, canlılık ve ruh sağlığıdır. Her bir sağlık boyutu 0 ile 100 arasında puan alır. Puanlardan 0 en kötü sağlık durumunu, 100 ise en iyi sağlık durumunun yansıtır. SF-36 yurtdışında bir çok çalışmada kullanılmıştır. Ölçek, geliştiricisi Ware'in başkanlığındaki uluslararası bir proje kapsamında Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Fişek ve ekibi tarafından çeviri, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türkçe'ye kazandırılmıştır (26). Genel Sağlık Algısı Skalası 5 madde içermektedir ve kişinin kendi sağlığını nasıl hissettiği ile ilgilidir. Fiziksel Fonksiyonellik Skalası fiziksel aktivitelerdeki kısıtlılığı ölçmektedir. Sağlık sorunları nedeniyle günlük aktivitelerdeki kısıtlanmaların derecesi (oldukça, biraz, hiç şeklinde) 10 madde ile sorulmuştur. Ruhsal Sağlık Skalası anksiyete, depresyon, davranış ve duygusal kontrolün kaybı ve psikolojik iyilik hali ile ilgilidir ve 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirdiği diğer sağlık boyutları, fiziksel fonksiyonelliğe bağlı rol kısıtlamaları (4 madde), duygusal problemlere bağlı rol kısıtlamaları (3 madde), canlılık (4 madde), sosyal fonksiyonellik (2 madde) ve vücutta ağrıdır (2 madde) (27). Ancak ölçeğin önemli bir dezavantajı uyku, kontrollü

fonksiyon, cinsel fonksiyon ve aile fonksiyonu ile ilgili başlıkları içermemesidir (23).

3.3.2. Algılanan Sağlık

Algılanan sağlık kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ancak güçlü bir göstergedir (24). Kaplan ve Camacho 9 yıllık bir izlem çalışması ile algılanan sağlık ve mortalite arasındaki güçlü ilişkiyi ortaya koymuşlardır. Sağlığını kötü olarak algılayan erkeklerin, sağlığını mükemmel olarak algılayanlara göre yaşa göre düzeltilmiş rölatif ölüm riski 2.3'tür. Kadınlarda bu risk 5.1'dir. Algılanan sağlık ile mortalite arasındaki ilişki, bir çok sağlık göstergesi (fiziksel sağlık, sağlık davranışları, sosyal katılım, depresyon, akranlara göre sağlık durumu, mutluluk) ve sosyoekonomik (gelir, eğitim) göstergelere göre düzeltildiğinde de devam etmektedir (28). Miilunpalo ve ark. Finlandiya'da yaptıkları çalışmada, algılanan sağlığın bir yıllık izlem sonrasında da stabil olduğunu, hekime başvuru ile doğrusal bir ilişkiye sahip olduğunu, 10 yıl 10 aylık izlem sonrasında mortalite ile ilişkili olduğunu (erkeklerde rölatif mortalite riski 3.86; kadınlarda 4.24) göstermişlerdir. Finlandiya'daki çalışmanın bir önemli özelliği de çalışma popülasyonununun 33-64 yaş arası kişilerden oluşmasıdır. Algılanan sağlık, orta yaş kişilerde de mortalitenin önemli bir belirleyicisidir (29).

3.4. Sosyoekonomik Düzey Göstergeleri

Hemen her toplumda maddi ve diğer kaynaklar eşitsiz olarak dağılmaktadır. Bu eşitsizlik bir sosyal hiyerarşi sistemi olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanlar mesleki statüleri, eğitim durumları ve gelir düzeylerine göre sosyal hiyerarşi içinde farklı pozisyonlarda yer almaktadırlar. Bu pozisyonu sosyoekonomik düzey olarak özetlemek mümkündür. (14).

Sosyoekonomik pozisyon sağlıkla ilgili araştırmalarda önemli bir değişkendir ve epidemiyolojik çalışmalarda sıklıkla yer alır. Sosyoekonomik pozisyon ile hastalık ve ölüm arasındaki güçlü ilişkiye dair kanıtlar eski

Yunan, Mısır ve Çin kayıtlarına kadar uzanmaktadır. Kötü yaşam ve çalışma koşulları sağlığı bozmakta ve ömrü kısaltmaktadır (30, 31).

Sosyologlar toplum içindeki görelî pozisyonları nitel hale getirmek için çeşitli ölçütler geliştirmişlerdir. Sosyologların bu çabası sosyal hiyerarşiyi kendi içinde açıklamak içindir. Epidemiyoloji açısından sosyal pozisyon veya sınıfın önemi, sağlık düzeyi gibi bir başka değişkenin analizinde sosyal pozisyon/sınıfın bir açıklayıcı değişken /bağımsız değişken olarak yer almasından kaynaklanmaktadır. Geliştirilen sosyal pozisyon/sınıf ölçütlerinin temelinde yer alan teorik yaklaşımların bilinmesi epidemiyolojik çalışma bulgularının yorumlanmasına yardımcı olacaktır (30). Burada kullanılan sosyal pozisyon ve sosyal sınıf terimleri farklı teorik yaklaşımları içermektedir. Sosyal sınıf, grupların üretim araçları ile mülkiyet temelinde ilişkilerine dayanır. Sistemik bir biçimde ilk olarak Karl Marx tarafından ortaya konulan bu sınıflama toplumda temel olarak iki sınıf ayırır: Sermaye sahipleri (üretim araçlarına sahip olanlar) ve işçiler (sadece emeklerini satarak geçinenler). Bu iki sınıf arasında bağıntısal bir ilişki vardır, biri olmadan öbürü olamaz. Ayrıca bir kişinin özel bir vasfa az ya da çok sahip olması onun sınıfsal konumunu belirlemez. Sınıflar arasındaki ayrımı belirleyen kişilerin işleriyle ilişkileri ve toplumun ekonomik yapısı üzerinden diğer insanlarla ilişkileridir. Sınıf, toplum tarafından yaratılan bir sosyal ilişkidir. Marksist sınıf teorisi sınıflar arasında asimetrik bir ekonomik sömürü ilişkisine dikkat çeker. Sınıfın bu şekilde sosyal bir ilişki olarak kavramlaştırılması, sağıkta sosyal eşitsizliklerin anlaşılmasını kolaylaştıran ipuçları sağlamaktadır. Bir sınıfın üyelerinin neden ve nasıl ekonomik ve sosyal esenliklerini geliştirdiklerinin ve bir sınıfın esenliğinin neden ve nasıl diğerlerinin yoksunluğu ile ilişkili olduğunun açıklanmasına bu şekilde bir kavramlaştırma yardımcı olabilir (31).

Max Weber'in görüşü biraz daha farklıdır. Weber sosyal pozisyonu üç boyutta ele alır: sınıf, statü ve güç. Bu görüşe göre sınıfın ekonomik bir temeli vardır. Sınıf kaynaklara sahip olmaya ve kontrol etmeye işaret eder ve gelir ölçütleriyle ifade edilir. Statü, toplum içindeki saygınlığı ifade eder. Weber, statüyü, aile geçmişi, yaşam tarzı ve sosyal ağ gibi sosyal ve kültürel

faktörlere dayanan yaşam şanslarına erişme durumu olarak ele alır. Statü gruplarının aynı gelir düzeyini veya aynı sınıfsal konumu paylaşmaları gerekmez. Güç ise politik bağlamla ilişkilidir (30,32).

Sınıf sosyolojisinde son zamanlarda yeni-Marksist (Wright'ın çalışmaları) ve yeni-Weberci (Goldthorpe'un çalışmaları) yaklaşımların Marx ile Weber arasındaki yakınlaşmayı arttırdığı belirtilmektedir (33).

Weberci kavramlaştırma sıklıkla üç gösterge ile ölçülür: meslek, eğitim, gelir. Meslek bir çok sosyolog tarafından endüstri toplumlarında kişilerin görece itibarının/statüsünün tek göstergesi olarak kabul edilir. Meslekler iki yaklaşımla sıraya dizilirler. Bunlardan biri meslekleri toplumdaki saygınlıklarına göre sıraya dizmektir. Sıradan insanların veya uzmanların görüşlerine başvurularak meslekler saygınlıklarına göre sıralanır. Bu yaklaşım Weber'in statü boyutu ile ilişkilidir. Bir diğer yaklaşım, gereken eğitim düzeyi ve kazanılan gelire göre mesleklerin sıraya dizilmesi/sınıflandırılmasıdır. Meslekler bir kaynağı (eğitim) bir kazanca (gelir) dönüştürme potansiyeline göre değerlendirilir. Bu yaklaşım da sosyal pozisyonun sınıf boyutu ile ilgilidir. Eğitim hem sınıf hem de statü boyutlarının göstergesidir. Eğitim düzeyi kişinin yaşam tarzını ve sosyal ilişkilerini etkiler (statü). Aynı zamanda eğitim kişiyi kalifiye hale getirerek, belli meslekleri ve belirli bir gelir düzeyi elde etmesini sağlar (sınıf). Gelir düzeyi ise sınıf boyutu ile ilgilidir. Farklı gelir düzeyleri eğitim fırsatlarını etkiler ve farklı yaşam tarzlarına, saygınlığa ve güce erişimi sağlar (30, 31).

Sonuçta sosyal sınıf/pozisyonun, ekonomik, politik ve kültürel farklılıklarla ilişkili olarak sağlık üzerine etkisi vardır. Sözü edilen üç göstergenin sağlıkla ilişkisi şöyle açıklanabilir: Farklı meslekler, fiziksel tehlikeler ve psikolojik stresle dolu çevrelere maruziyetin düzeyini etkilerler. Maddi ve manevi kazanımlar, iş üzerinde kontrol, iş güvencesi meslekle ilişkilidir. Ayrıca meslek, sağlık hizmetlerine ulaşımı ve iyi barınma koşullarına sahip olmayı da etkiler. Eğitim sağlık davranışlarını (diyet, fiziksel aktivite gibi), problem çözme kapasitesini, değer yargılarını (koruyucu sağlık davranışlarının önemi gibi) etkileyerek sağlık çıktı/sonuçlarını belirler. Gelir, sağlık hizmetleri kaynaklarına ulaşımı ve iyi barınma koşullarının

sağlanmasını etkiler. Yüksek gelir, zararlı ortamlara maruziyeti azaltır, daha iyi beslenme imkanı, daha iyi çalışma koşulları ve sosyal konfor sağlar. Görüldüğü gibi bu üç gösterge arasında ve sağlık ile olan ilişkilerinde bir çok çakışan alanlar bulunmaktadır (30).

Meslek, eğitim düzeyi ve gelire ilgili verilerin elde bulunmadığı durumlarda bunların yerine geçecek alternatif göstergeler kullanılmaktadır. Sık olarak kullanılan alternatif bir gösterge kategorisi de maddi yaşam standartları ile ilgili ölçütleri içerir. Otomobil sahipliği ve ev sahipliği bu kategoride en çok kullanılan iki ölçüttür. Oda başına kişi sayısı, evde tuvalet, banyo, akar su bulunması gibi ev kalitesi ile ilgili ölçütler de sık kullanılmaktadır. Bazı ülkelerde sosyal güvence/ sağlık güvencesi yine alternatif olarak kullanılan sosyoekonomik ölçütlerdir. Bir diğer alternatif ölçüt kategorisi ise sosyodemografik özelliklerdir. İşsizleri, etnik azınlıkları, tek ebeveynli aileleri, sosyal yardım alan kişileri tanımlayan ölçütler bu ölçütlere örnek olarak verilmektedir. Toplumda hangi grubun seçileceği ülke özelliklerine göre değişir. Örneğin İsrail'de sağlık farklılıkları ile ilgili çalışmalarda kişilerin doğdukları ülke dikkate alınmaktadır. Ancak alternatif ölçütler kullanılırken bunların sağlıkta eşitsizliklerin boyutunu kabaca verdiklerini akılda tutmak gerekir. Bu ölçütler bazı durumlarda sosyoekonomik düzeyi tam olarak yansıtmamaktadırlar. Örneğin Yunanistan'da yapılan bir çalışmada bebek ölüm hızı ile anne ve babaların eğitim düzeyleri arasında belirgin ilişki bulunurken, annenin sosyal güvence durumu bu ilişkiyi değiştirmemektedir. Ev kalitesi ile ilgili ölçütler ile bebek ölüm hızı, ebeveynlerin eğitim düzeylerinden çok daha küçük bir ilişki göstermektedir (14).

3.4.1. Kasnakoğlu-Erdil 1996 Mesleki Saygınlık İndeksi:

Bu indeks Kasnakoğlu ve İdil'in 1996 yılı Mayıs-Haziran aylarında Ankara'da yaptıkları çalışma sonucu geliştirilmiştir. Ankara Merkez, Altındağ, Çankaya ve Yenimahalle ilçelerini temsil eden örneklem grubuna, değişik meslek gruplarını temsil edebilecek 72 meslek için 1 ile 5 arasında puan vermeleri istenerek mesleklerin saygınlık indeksi oluşturulmuştur (Şekil 3.2).

$$li = \left(\sum_{k=1}^5 w_k fik \right) / \left(\sum_{k=1}^5 fik \right) \quad i = 1, 2, 3, \dots, 72; \quad k = 1, 2, 3, 4, 5$$

li = i.nci meslek için saygınlık indeksi
wk = k.inci seçenek için ağırlıklar (100, 80, 60, 40, 20)
fik = i.nci meslek için k.inci seçeneği önerenlerin sayısı

Şekil 3.2: Mesleki Saygınlık İndeksi Oluşturulmasında Kullanılan Formül
(Kasnakoğlu-Erdil, 1996)

Araştırmacılar, Ankara İli için katılımcıların cinsiyet, eğitim, gelir, meslek gibi sosyoekonomik özelliklerinin, meslek değerlendirmelerini etkilemediğini belirtmektedirler (34). Kasnakoğlu-Erdil 1996 Mesleki Saygınlık İndeksi'ne ait bazı mesleklerin indeks puanları Tablo 3-1'de verilmiştir.

Tablo 3-1: Kasnakoğlu-Erdil 1996 Mesleki Saygınlık İndeksi'ne göre bazı meslekler ve indeks puanları.

Sıra	Meslek	İndeks Puanı
1	Bilgisayar Müh.	93.28
2	Fabrikatör	91.62
3	Elektrik-elektronik müh.	90.54
4	Doktor	89.67
5	Hakim	89.32
...
58	Ev kadını	55.53
...
70	İnşaat işçisi	42.40
71	Temizlikçi kadın	41.33
72	Kapıcı	40.58

3.4.2. Treiman Uluslararası Mesleki Prestij Skalası

Treiman tarafından 1970'li yılların başında, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu gelişmiş ve gelişmekte olan 55 ülkede yürütülen çalışmalar sonucu geliştirilmiştir. Bu skala, Uluslararası Standart Meslek Sınıflaması 1969 (International Standard Classification of Occupations of 1969 / ISCO-1969)' da yer alan 509 mesleğe 0-100 arası prestij puanları vermektedir. Her ne kadar skalanın dayandığı veriler eski ise de, yapılan çalışmalar,

mesleklerin görelî prestijlerinde zaman içinde değişiklik olmadığını göstermektedir (30).

Prestij skalalarının oluşturulması ile ilgili genel sıkıntı, bazı mesleklerin puan veren katılımcıya yabancı olması durumunda bu mesleklere aynı puanların verilmesidir.

3.5. Sağlıkta Sosyoekonomik Farklılıklara İlişkin Açıklamalar

1980 Black Raporu sağlıkta sosyoekonomik farklılıkların açıklanmasını dört temel teorik kategoride ele almaktadır. Bu tarihten sonra yapılan, farklılıkların etiyojisi ile ilgili tartışmalar bu tipolojiye dayanır. Bu dört temel açıklayıcı kategori şunlardır:

- I. Artefakt: Gözlenen farklılıklar ölçüm yöntemlerinden kaynaklanan ölçüm hatalarıdır.
- II. Doğal/sosyal seleksiyon: Sağlık durumu kötü olanların zaman içinde sosyoekonomik durumu da kötüleşmektedir. Sosyoekonomik pozisyonu belirleyen sağlık durumudur, tersi söz konusu değildir, dolayısı ile sosyoekonomik düzey ile sağlık arasındaki ters ilişki doğal, ahlaki olarak nötral bir durumdur.
- III. Maddi/yapısal: Bu açıklama kategorisi, dış çevrenin rolüne vurgu yapmaktadır. İnsanların yaşadığı ve çalıştığı şartlar, toplumun yapısı ve sağlıksız ürünleri tüketmeleri konusunda insanların üzerindeki yapısal baskılar sağlık düzeyi farklılıklarını yaratmaktadır. Bazı grupların maddi çevreden kaynaklanan tehlikelere maruz kalma riski daha fazladır.
- IV. Kültürel/davranışsal: Sağlık farklılıkları toplumdaki grupların sağlığı geliştirici veya sağlığa zarar verici davranışlarındaki sistematik farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

Macintyre, Black Raporu'nda yer alan bu dört temel açıklama kategorisini "katı" ve "ılımlı" versiyonlarına ayırır (Tablo 3-2) ve Black Raporu'nu hazırlayan komitenin daha çok materyalist/ yapısal açıklamayı temel açıklama olarak görmesine karşılık, diğer açıklamaların ılımlı

versiyonlarını da reddetmediğini belirtir. Artefakt, seleksiyon ve davranışsal açıklamaların katı versiyonları, sınıfsal mortalite farklılıklarını açıklamaya yardımcı olmak yerine, bu farklılıkları mazur göstermektedirler. Konunun politik öneme sahip olması nedeniyle Black Raporunu izleyen çok sayıda araştırma şu soruya cevap aramıştır: Artefakt, seleksiyon veya sağlık davranışları, sosyal sınıflar arasında gözlenen mortalite farklılıklarından ne ölçüde sorumludurlar? Genellikle ortaya çıkan cevap çok fazla sorumlu olmadıkları yönündedir. Macintyre, sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin yaratılmasını ve sürdürülmesini sağlayan mekanizmaların ne olduğu ve bu eşitsizliklere nasıl müdahale edilebileceği sorularının bu süreçte ihmal edildiğini dile getirir. Materyalist/yapısal açıklama, en geçerli açıklama olduğu için değil, diğerlerinin geçersizliği gösterildiği için geriye kalan açıklamadır. Macintyre'a göre müdahaleler üzerine düşünmek, eşitsizliklerin üretiminde yer alan mekanizmalar konusunda daha açıklayıcı hipotezler geliştirmeye yardımcı olacaktır (1).

Marmott ve ark.'nın 1997 yılında yayınlanan çalışmaları (35), sağlıkta sosyoekonomik farklılıkların açıklanmasına ilişkin önemli çalışmalardan biridir. Bu çalışmada 1) Londra'da devlet memurları kohordunda yürütülen Whitehall II çalışması, 2) 1957 Wisconsin liseleri mezunları kohordunda yürütülen, Wisconsin İzlem Çalışması (WLS), ve 3) Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış, Ulusal Aile ve Hanehalkı Araştırması (NSFH) verileri karşılaştırılmıştır. Her üç çalışmada da algılanan sağlık, depresyon, psikolojik esenlik ve sigara içiciliği ile sosyoekonomik pozisyon arasında negatif ilişki saptanmıştır. Whitehall II, Londra'da ofis işlerinde çalışan memurları, memuriyet derecelerine göre sınıflandırmaktadır. İzlem 1967 yılından beri devam etmektedir ve en üst ve en alt derecelerdeki memurların mortalite hızları arasında 3 kat fark saptanmıştır. WLS çalışmasının izlediği populasyon genelde İspanyol kökenli olmayan beyazlardır ve liselerden mezun olmayan yaklaşık %25'lik bir akran grubu (muhtemelen en dezavantajlı grup) ihmal edilmektedir. NSFH'de ise ulusal bir örnekleme çalışması yapılmıştır. NSFH, Whitehall ve WLS'nin aksine daha yoksul kesimleri dışta bırakmamaktadır. WLS sosyoekonomik düzey göstergesi

olarak Duncan Sosyoekonomik İndeksi'ni (bir mesleki prestij skalasıdır bkz. sayfa 18), NSFH ise eğitim düzeyini kullanır. Marmot ve arkadaşları, bu üç, farklı çalışma grubu ve sosyoekonomik düzey göstergeleri kullanan araştırmaların, sağlıkta eşitsizlikler konusunda aynı bulguları elde etmesinin gerçek bir fenomen ile karşı karşıya olduğunu gösterdiğini belirtirler.

Tablo 3-2: Sağlıkta Sosyoekonomik Farklılıklara İlişkin Açıklamaların Katı ve İlimli Versiyonları -Sally Macintyre'dan alınmıştır (1).

<u>Açıklama</u>	<u>Katı versiyon</u>	<u>İlimli versiyon</u>
Artefakt	Sınıf ve mortalite arasında hiçbir ilişki yoktur, gözlenen farklar tamamen ölçüm hatasıdır.	Gözlenen sınıfsal sağlık farklılıklarının boyutu, sınıfın ve sağlığın nasıl ölçüldüğüne bağlı olacaktır..
Doğal/sosyal seleksiyon	Sağlık sınıf pozisyonunu belirler, bu nedenle farklılıklar ahlaki olarak nötraldir ve akla uygundur.	Sağlığın, kazanılan sınıf pozisyonuna katkısı vardır ve bu durum gözlenen farklılıkların açıklanmasına yardımcı olur.
Materyalist / yapısal	Sınıf yapısı ile ilişkili maddi, fiziksel yaşam şartları, sağlıkta sınıfsal farklılıkları tam olarak açıklamaktadır.	Sınıf yapısı ile ilişkili fiziksel ve psikososyal özellikler sağlığı etkiler ve gözlenen farklılıkların oluşumuna katkıda bulunur.
Kültürel / davranışsal	Farklı sosyal sınıflarda yer alan bireyler tarafından sağlığa zarar verici davranışlar özgürce seçilmektedir, bu nedenle farklılıkların varlığı mazur görülebilir.	Sağlığa zarar verici davranışlar sosyal sınıflar arasında farklı dağılmaktadır ve bu durumun gözlenen eşitsizliğe katkısı vardır.

Bu üç çalışma da, sosyoekonomik dağılımın en altındakilerin sağlığının en üsttekilerden daha kötü olduğunu göstermektedir. Bu bulgu yoksulluk ve sağlıksızlık arasındaki ilişki ile uyumludur. Ancak daha önemlisi sosyal derecelendirmenin her basamağı arasında sağlık farklılıklarının bulunmuş olmasıdır. Whitehall ve WLS'nin görece olarak daha avantajlı

grupları içermesi bu bulguyu daha da çarpıcı hale getirmektedir. Ölçümlerin beyana dayalı olması nedeniyle subjektifliği önemliliklerini azaltmaz. Bilinmektedir ki benzer sosyal farklılıklar mortalite için de geçerlidir. Algılanan sağlık mortaliteyi belirlemektedir. Marmot ve arkadaşları, mortalitenin, sağlıkta eşitsizliklerde buz dağının görünen kısmı olduğunu söylemektedirler. Bu üç çalışmada kullanılan pozitif ruhsal sağlık göstergeleri (özsaygıyı, yaşamın anlamı ve amacını ölçen göstergeler) düşük sosyal pozisyonun, sağlıksız olma olasılığını arttırmak ile kalmayıp, kişinin esenliğe (iyilik haline) ulaşma şansını da azalttığını göstermektedir. Çünkü bu pozitif ruhsal sağlık boyutları, karşılaşılan yaşam stresinden koruyucu mekanizmalar sağlarlar ve bunların yokluğu depresyon için hassasiyet yaratır.

Marmot ve arkadaşları bu üç çalışmanın bulgularından hareketle "sağlık seleksiyonu" (sağlık, sosyal pozisyonu belirler), "sosyal nedensellik" (sosyal pozisyon, sağlığı belirler) ve "dolaylı seleksiyon" (yaşamın erken dönemlerinde işleyen faktörler hem sosyal pozisyonu hem de sağlık düzeyini belirler) açıklamalarını tartışmışlardır.

Elde ettikleri bulgular, erişkin yaşamında sağlık seleksiyonunu desteklememektedir. Erişkinde sağlık seleksiyonunun işlemesi için hastalıklı olanların sosyal hiyerarşinin alt basamaklarına doğru inmeleri veya üst basamaklara tırmanmada sağlıklı olanlar kadar başarılı olamamaları gerekir. NSFH çalışmasında orta yaş erişkinlerin eğitim düzeyleri ile tanımlanan sosyal statüleri arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları, eğitim tamamlandıktan sonra gelişen sağlıksızlığın düşük sosyal statüye neden olamayacağını göstermektedir. Çünkü sosyal statü eğitim düzeyi ile ölçüldüğünden değişmeyecektir ve gözlenen sağlık eşitsizliği, sağlık seleksiyonu ile açıklanamaz. Eğer sağlık seleksiyonu işliyorsa eğitimin tamamlanmasından önceki dönemde etkisini göstermelidir. Ancak çocukluk dönemindeki sağlık düzeyinin eğitim başarısına etkisi konusunda bu üç çalışma herhangi bir bilgi içermemektedir. Yazarlar yapılmış diğer çalışmalara atıfta bulunarak bir doğum kohordü çalışmasında çocukluk çağındaki sağlıksızlığın aşağı doğru sosyal hareketlilikle ilişkili bulunduğunu ancak etkinin çok küçük bir öneme sahip olduğunun saptandığını belirtmektedirler. Diğer çalışmalarda da

çocukluk çağı sağlık durumu, erken adolesan sağlık düzeyi ile ilişkili bulunmuş ancak bu durum erişkindeki sağlıkta sosyal sınıf farklılıklarını açıklayamamaktadır.

Marmot ve arkadaşları, sağlıkta sosyal eşitsizliklerin istatistiksel anlamlılığının, ebeveynlerin mesleki sosyal sınıfı (Whitehall), ebeveynlerin eğitim düzeyleri (WLS, NSFH), parçalanmış aileden gelme (WLS, NSFH) ve adolesan dönemindeki zeka düzeyi (WLS) dikkate alındığında da devam ettiğini, dolayısı ile bulgularının dolaylı seleksiyon açıklamasını desteklemediğini ifade etmektedirler.

Geriye sosyal nedensellik açıklama kategorisi kalmaktadır. Sosyal pozisyon sağlık düzeyini belirlemektedir ama hangi mekanizmalar yoluyla? Zararlı sağlık davranışlarına düşük sosyal pozisyonda daha sık rastlanmaktadır. Whitehall ve WLS çalışmalarında sigara içiciliği ile sosyal sınıf arasında açık bir ilişki saptanmıştır. Whitehall çalışması sosyal pozisyon ile sağlık arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek olası aracıları (*intermediaries*) üç grupta incelemektedir. a) bireysel davranışlar (alkol tüketimi), b) işle ilgili psikososyal özellikler (kontrol, beceri çeşitliliği ve kullanımı, iş ortamında sosyal destek, mesleki doyum), c) iş dışındaki sosyal çevre (sosyal desteğin negatif yönleri, faturaları ödemede güçlük). Bütün bu sayılan değişkenlere ve babanın sosyal sınıfına göre düzeltme yapıldığında, bu değişkenler sigara içiciliğindeki sosyal pozisyon farklılıklarını etkilememektedir; ancak depresyon ve psikolojik esenlik farklılıkları ortadan kalkmaktadır. Algılanan sağlıktaki varyasyonun ise yarısı bu değişkenlerle açıklanabilmektedir.

Yazarlar, bu üç çalışmada kullanılan farklı sosyoekonomik pozisyon göstergelerinin sağlık düzeyi ile ilişkisini de irdemişlerdir. Whitehall ve WLS mesleki statüyü, NSFH ise eğitimi düzeyini kullanmıştır. Hangi gösterge daha iyi belirleyicidir ve ne anlama gelir? Yazarlar hangisinin daha iyi belirleyici olduğu sorusuna yanıt vermenin iki yolu olduğunu belirtmektedirler. Farklı sosyoekonomik düzey göstergeleri ortaya koydukları sağlık-sosyal pozisyon ilişkisinin gücü açısından karşılaştırılabilir veya çok değişkenli modellere birlikte konularak hangisinin modelde kaldığına bakılabilir.

NSFH çalışmasında hem eğitim yılı hem de mesleki statü algılanan sağlık ve diğer sonuç değişkenleri ile ilişkilidir. Çok değişkenli modele birlikte konulduklarında eğitim yılının daha belirleyici olduğu görülmüştür. Bu durum eğitimin, sağlık davranışlarına ve streslerle başa çıkma stratejilerine etkisi üzerinden sağlıkla doğrudan ilişkili olduğunu düşündürebilir. Bir diğer açıklama, hem eğitimin hem de mesleki statünün altta yatan sosyal gerçekliğin göstergeleri olduğu ancak eğitimin sağlıkla yakın ilişkisi gözönüne alındığında, bu ilişkinin daha kesin bir şekilde ölçülmüş olabileceği açıklamasıdır. Whitehall çalışmasında memuriyet derecesinin, eğitim yılından daha fazla sağlıkla ilişki gösterdiği görülmektedir. İngiliz kamu hizmetlerinin hiyerarşik yapısı göz önüne alındığında memuriyet derecesi statünün daha kesin bir ölçüsüdür. WLS çalışmasında ise eğitim, algılanan sağlık için daha belirleyici bir gösterge iken, mesleki statü, psikolojik esenlik için daha belirleyicidir. Bu bulgu sağlığın farklı boyutlarının, sosyal pozisyonun ayrı komponentleri tarafından farklı etkilendiğini göstermektedir.

Marmot ve arkadaşları, bu üç çalışmanın ve diğer çalışmaların bulguları ışığında, sosyal hiyerarşinin farklı noktalarında sağlıkta eşitsizlikleri yaratan mekanizmaların farklı olabileceğini belirtmektedirler. Ayrıca mortalite eşitsizliklerinin ülkelere ve zamana göre değişim göstermesinin, sağlıkta eşitsizlikleri azaltmaya yönelik stratejilerin bir ütopyik fantazi olmadığını kanıtı olduğunu söyleyerek, dikkatlerin insanların yaşadıkları ve çalıştıkları çevreye yöneltilmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar.

Syme ve Balfour, sosyoekonomik düzey ve sağlık ilişkisinin temel elemanlarını bilmeden; sosyoekonomik düzeye müdahale edemeyiz önyargısında bulunmanın uygun olmadığını belirtmektedirler. Sosyoekonomik düzeyin önemli elemanı gelir düzeyi ise, müdahale gerçekten güç olabilir. Ancak önemli eleman eğitim veya dünyaya bakış farkı ise müdahale etmek için yapılabilecekler vardır (36) .

4. GEREÇ - YÖNTEM

4.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması

Araştırma Ankara İli Çankaya İlçesinde yapılmıştır. Çankaya ilçesi 2000 yılı nüfus sayımına göre 759,167 kişilik nüfusu ile Türkiye'nin nüfus bakımından en büyük ilçesidir. İlçe 20,300 hektarlık bir alana sahiptir. Bu alanın 1,600 hektarında imar izni olmadan yapılaşma mevcuttur (gecekondu alanı). Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) tarafından yapılan sınıflamaya göre, ilçenin 36 mahallesi zengin sosyoekonomik statüde, 30 mahallesi orta sosyoekonomik statüde ve 19 mahallesi fakir sosyoekonomik statüde sınıflandırılmıştır. Yine 1990 yılı DİE verilerine göre, ilçe nüfusunun %45'i zengin sosyoekonomik statüdeki mahallelerde, %38'i orta sosyoekonomik statüdeki mahallelerde, ve %17'si fakir sosyoekonomik statüdeki mahallelerde ikamet etmektedir.

Gazi Üniversitesi Araştırma Hastanesi ve Balgat Trafik Hastanesi ilçe sınırları içindedir. Hacettepe ve Ankara Üniversitelerine ait araştırma hastaneleri ise ilçe sınırlarının hemen sonlandığı yerde yer almaktadır ve ilçede yaşayanlar için bu hastanelere ulaşmada sorun yoktur. Bu hastanelerin dışında ilçede, 13 sağlık ocağı, özel muayenehaneler, özel poliklinikler ve özel hastaneler bulunmaktadır. İlçenin bütün noktalarına düzenli belediye otobüs seferleri vardır. İlçede yaşayanların herhangi bir sağlık kurumuna ulaşımında yapısal anlamda bir sorun bulunmamaktadır.

4.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir epidemiyolojik çalışmadır.

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Çankaya İlçesinde ikamet eden 25 yaş ve üzeri bütün kişiler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmada öğrenim düzeyi, sağlık durumu ve sağlık hizmet kullanımını etkileyen bağımsız bir değişken olarak

değerlendirileceğinden, katılımcıların en yüksek öğrenim yaşının üzerinde kişilerden oluşması amaçlanmış ve yaş sınırı 25 olarak alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından 1992 yılında yaptırılan "Türkiye'de Sağlık Hizmeti Kullanımı Araştırması" (37) 'nda, İç Anadolu Bölgesi için kişi başına ortalama yıllık hekime başvuru sayısı 2.78 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ise son bir aylık başvurular değerlendirileceğinden 2.78 değeri 12 aya bölünmüş ve aylık olarak elde edilen 0.23 değeri için 0.02 hata payı kabul edilerek aşağıdaki formül ile en küçük örnek büyüklüğü 515 kişi olarak hesaplanmıştır.

$$\frac{(t_{1,0.05})^2 \cdot (\sigma)^2}{d^2} = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.23)^2}{(0.02)^2} = 515 \text{ kişi}$$

Verilerin analizinde çok değişkenli analiz yöntemleri kullanılacağından örnek büyüklüğünün mümkün olduğunca büyük tutulması istenmiş ve eldeki olanaklarda dikkate alınarak örneklem 600 kişi olarak belirlenmiştir. Hane bazında örneklem seçilmesine ve hanede bulunan 25 yaş ve üzeri kişilerden birisi ile görüşülmesine karar verilmiştir.

Türkiye Elektrik Dağıtım A.Ş. (TEDAŞ) Çankaya Bölgesi abone kayıtlarından sistematik örnekleme yöntemi ile 600 hane tespit edilmiştir. Abone kayıtları Kasım 1998 tarihinde güncelleştirilmiş olan. TEDAŞ Çankaya Bölgesi'ne ait yaklaşık 210 bin konut bulunmaktadır. 210 bin sayısı örneklem sayısı olan 600'e bölünmüştür. Elde edilen 350 rakamı sonucu, ilk 350 hane içinden rasgele yöntemle bir başlangıç noktası seçilmiştir. Bu başlangıç adresinin her 350 hane sonrasında ki adresler örnekleme seçilmiştir. Kent dışında bulunma ve anket uygulanmasını kabul etmeme sorunları göz önüne alınarak, aynı örnekleme yöntemi ile her hane için bir de yedek hane seçilmiştir.

Araştırma sırasında görüşmeyi kabul etmeyenlerin oranının yüksek olması nedeniyle yeni bir uygulamaya gidilmiştir. Örneklem listesindeki haneler ile görüşülememiş ise yedek listedeki hane indeks hane kabul edilerek, bu hanenin sağındaki ilk beş haneden birisi ile görüşülmesine karar

verilmiştir. Bu şekilde toplam 562 hane ile görüşülmüştür. Asıl listeden, yedek listeden ve liste dışından görüşülen hane sayıları ve yüzdeleri Tablo 4-1 ' de verilmiştir.

Tablo 4-1: Görüşme yapılan hanelerin örneklem listesinde yer alma durumu (Çankaya, 1999)

	Sayı	%
Asıl listede	228	40.6
Yedek listede	84	14.9
Listedışı	250	44.5
Toplam	562	100.0

Görüşmeler genelde bütün aile bireylerinin evde olma olasılığının yüksek olduğu saatlerde ve günlerde -uzun yaz günlerinin avantajı da kullanılarak mesai saati sonrası veya hafta sonları- yapılmıştır. Böylece liste dışından görüşülen hanelerde iş yaşamı nedeniyle evde kimsenin olmaması ve o hanenin atlanarak, çalışan kişilerin örneklemde az temsil edilmesi engellenmeye çalışılmıştır.

Asıl örneklem listesi, yedek liste ve liste dışı hanelerden görüşülen kişiler arasında cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi (okul yılı olarak), halen gelir getiren bir işte çalışma durumu ve kısa süreli yakınma sayısı açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır. (Bkz.EK-1).

4.4. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırmanın verileri Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu ve Ev Ekonomisi Yüksek Okulu son sınıf öğrencilerinden oluşan 7 kadın, 3 erkek toplam 10 kişilik bir görüşmeci grubu tarafından toplanmıştır. Görüşmeci gruba, araştırmacı tarafından, araştırmanın amacı ve anketlerin nasıl uygulanacağı konusunda 3 saatlik bir eğitim verilmiştir. Ayrıca her görüşmeciye, hazırlanan anket doldurma yönergesi verilmiştir. Bu yönergede ankette yer alan her soru için, sorunun nasıl sorulacağı, cevapların nasıl kaydedileceği ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Eğitim sonrasında görüşmecilere Altındağ İlçesi sınırları içinde bir ön çalışma yaptırılmış ve uygulanan anketler değerlendirilmiştir.

Hanede yaşayan 25 yaş ve üzeri kişilerden kiminle görüşüleceği rasgele belirlenmiştir. Bunun için bir çizelge geliştirilmiştir. Adresteki kapı numarasından ve hanede yaşayan, araştırma için uygun yaştaki kişi sayısından yararlanılarak kaçınıcı kişi ile görüşüleceği random sayılar tablosundan belirlenmiştir. Hanede yaşayan uygun yaştaki kişiler hane reisinden başlayarak sıralanmış ve çizelge ile belirlenen sıradaki kişi ile görüşme yapılmıştır (Bkz. EK-2). Belirlenen kişi evde değil ise, evde bulunacağı saat ve gün için randevu alınıp, görüşmeler yapılmıştır. Görüşmenin reddedilmesi veya ikinci kez ziyaret edildiğinde de evde kimsenin olmaması veya iki randevulu ziyarette de görüşülecek kişinin yine evde bulunmaması durumlarında yedek listedeki hane ile belirtilen aynı şartlar yerine getirilerek görüşülmüştür. Yedek listedeki hane ile de görüşmenin mümkün olmadığı durumlarda, bu hane indeks hane olarak alınmış ve sağa doğru ilk beş haneden birisi ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Bu haneden görüşülecek kişi de daha önce anlatıldığı şekilde rastgele belirlenmiştir. Görüşülen kişilerin telefon numaraları alınmış ve araştırmacı tarafından, anketlerin güvenilirliği telefon görüşmeleri ile kontrol edilmiştir.

4.5. Örneklem Evreni Temsil Edebilirliği

Seçmen Kütüklerini Yenileme Sayımı 1997 sonuçlarına göre Çankaya İlçesi için 25 yaş ve üzeri nüfusun yaş ve cinsiyete göre dağılımı ile örneklem grubunun yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 4-2' de gösterilmiştir.

Tablo 4-2: Araştırma evrenini oluşturan Ankara İli Çankaya İlçesinde yaşayan 25 yaş ve üzeri nüfus ile örnekleme giren kişilerin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı* .

Yaş Grupları	Evren (N= 431,204)				Örneklem (n=562)			
	Erkek		Kadın		Erkek		Kadın	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
25-44	118,034	27.4	123,946	28.7	123	21.9	163	29.0
45-64	64,979	15.1	70,859	16.4	105	18.7	114	20.3
65 +	21,606	5.0	31,780	7.4	22	3.9	35	6.2
Toplam	204,619	47.5	226,585	52.5	250	44.5	312	55.5

* Yüzdeler genel toplam (N ve n) üzerinden hesaplanmıştır.

Seçmen Kütüklerini Yenileme Sayımı 1997 sonuçlarına göre Çankaya İlçesi için 25 yaş ve üzeri nüfusun % 47.5'i erkek, % 52.5'i kadındır. Örneklem grubunda bu oranlar sırasıyla % 44.5 ve % 55.5 'tir. Evren oranı önemlilik testi (38) uygulanmış, evren ve örneklem oranları arasında istatistiksel bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$) (Şekil 4.1).

Evren oranı önemlilik testi

$$t = \frac{p - P}{\sqrt{pq/n}}$$

p: örneklemin kadın nüfus oranı
P: evrenin kadın nüfus oranı
n: örneklem sayısı

$$0.445 - 0.475 / \sqrt{(0.445 \times 0.555 / 562)} = 1.43$$

Serbestlik Derecesi 561 (562 - 1) ve I = 0.05 için tablo t değeri = 1.96

Evren ortalaması önemlilik testi

$$t = \frac{\bar{x} - \mu}{S/\sqrt{n}}$$

\bar{x} : örneklem yaş ortalaması
 μ : evren yaş ortalaması
S: örneklem yaş ortalamasının standart hatası

Toplam örneklem grubu için:

$$t = \frac{45.2 - 44.8}{0.576} = 0.69$$

Serbestlik Derecesi 561 (562 - 1) ve I = 0.05 için tablo t değeri = 1.96

Erkek örneklem grubu için:

$$t = \frac{45.0 - 44.0}{0.838} = 1.19$$

Serbestlik Derecesi 249 (250 - 1) ve I = 0.05 için tablo t değeri = 1.97

Kadın örneklem grubu için:

$$t = \frac{45.3 - 45.5}{0.792} = 0.25$$

Serbestlik Derecesi 311 (312 - 1) ve I = 0.05 için tablo t değeri = 1.97

Şekil 4.1: Evren Oranı ve Evren Ortalaması Önemlilik Testleri

Seçmen Kütüklerini Yenileme Sayımı 1997 sonuçlarına göre Çankaya İlçesi için 25 yaş ve üzeri nüfusun yaş ortalaması 44.8 'dir (erkeklerde 44.0, kadınlarda 45.5). Örneklem grubunu oluşturan kişilerin yaş ortalaması 45.2, standart hatası 0.576'dır. Erkek örneklem grubunda bu ortalama 45.0, kadın grubunda 45.3, standart hatalar da sırasıyla 0.838 ve 0.792'dir. Evren ortalaması önemlilik testi ($t = \frac{\bar{x} - \mu}{S_{\bar{x}}}$) kullanılarak istatistiksel olarak örneklem grubu yaş ortalamalarının evren yaş ortalamalarından farklı olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Şekil 4.1).

Gelir getiren bir işte çalışma oranı 1990 Nüfus Sayımı'na göre Çankaya İlçesi 25 yaş ve üzeri populasyon için % 51'dir. Örneklem grubunda bu oran % 47.5'tir. Bu iki oran istatistiksel olarak farklı değildir (evren oranı önemlilik testi, $p > 0.05$). Ancak Tablo 4-3 incelendiğinde iktisaden faal olma durumları açısından evren ile örneklem grubu arasında bazı farklılıklar gözlenmektedir.

Tablo 4-3: Evren ve örneklem grubunda, iktisaden faal olma durumunun cinsiyete göre yüzde* dağılımı.

	Evren ⁺		Örneklem	
	Erkek (n=177,022)	Kadın (n=191,380)	Erkek (n=250)	Kadın (n=312)
Çalışan	77.8	26.2	68.4	30.8
Emekli	15.7	6.6	24.4	17.6
Ev kadını	-	65.7	-	45.8
Öğrenci	1.2	0.5	5.2	1.3
İş arıyor	3.2	0.8	0.8	1.9
Diğer	2.1	0.2	1.2	2.6

* Her cinsiyet için sütun yüzdesi alınmıştır.

+ 1990 Nüfus Sayımı verilerine göre Çankaya İlçesi 25 yaş ve üzeri populasyon

En çarpıcı fark emeklilerin ve ev kadınlarının oranlarında görülmektedir. Evrene ait verilerin 1990 yılına ait olması bu konuda yorum yapmayı güçleştirmektedir. Çankaya İlçesinde 65 yaş ve üzeri erkek nüfusun 25 yaş ve üzeri populasyon içindeki yüzdesi 1990 yılında %3.7 iken, 1997 yılında bu yüzde %5.0'a yükselmiş, kadınlarda ise bu yüzde, %5.2'den %7.4'e çıkmıştır. Geçen süre içinde nüfusun yaşlanması, erken emeklilikle

ilgili bir dönem uygulamaya konulan yasal düzenlemeler, 1999 yılına ait örneklem grubunda emeklilerin oranlarının 1990 yılı evrenine göre fazla olmasını açıklayabilir. Sonuç olarak yaş, cinsiyet ve çalışma durumu dikkate alındığında örneklemin evreni temsil ettiği söylenebilir.

4.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmada 38 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. (EK-3). Anket formunun geliştirilmesi aşamasında Yenimahalle İlçesi Beştepe Mahallesi'nde araştırmacı tarafından 25 kişi üzerinde ön denemesi yapılmıştır. Danışman öğretim üyesi ile beraber gerekli düzeltmeler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

4.7. Araştırmanın Değişkenleri ve Değişkenlerin Sınıflandırılması

4.7.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, sağlık düzeyi boyutu ve sağlık hizmet kullanımı boyutuna ilişkin değişkenlerden oluşmaktadır.

Sağlık Düzeyi Değişkenleri

Algılanan Sağlık: Ölçümünde MOS SF-36 Sağlık Sörveyi (SF-36) (bkz. sayfa 15) Genel Sağlık Algısı Skalası kullanılmıştır (bkz. EK-3, anket soru numarası 24 ve 25). Bu ölçek kişinin sağlık düzeyini subjektif değerlendirmesine dayanır. Kişiler ölçekte yer alan beş ifadeye verdikleri yanıtlara göre 0 ile 100 arasında puan alırlar. Yüksek puan kişinin sağlığını daha iyi algıladığına işaret eder. Bir çok araştırmada algılanan sağlığın ölçümünde, bu skalada yer alan ifadelerden sadece biri kullanılmaktadır: "*Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?*". Bu soruya verilen "mükemmel", "çok iyi", "iyi", "fena değil", "kötü" yanıtları gruplandırılarak, ilk üç yanıtta birini verenlerin algılanan sağlığı "iyi", son iki yanıtta birini verenlerinki "iyiden kötü" şeklinde değerlendirilmektedir. Bu araştırmada da bulguların karşılaştırılabilir olması amacıyla söz konusu ifade tek başına alınarak ikili (dikotom) bir algılanan sağlık değişkeni oluşturulmuştur. Ayrıca interval değişkene ait ortanca değer kesim noktası olarak alınmış ve yeni bir kategorik değişken yaratılmıştır. Bu değişkende ortanca değer altında

puana sahip olanların sađlık dűzeyi kűtű, ortanca ve űzeri deđerlere sahip olanların sađlık dűzeyi iyi olarak deđerlendirilmiřtir.

Ruhsal Sađlık: SF-36 Ruhsal Sađlık Skalası (bkz. EK-3, anket soru numarası 26) kullanılarak, interval ve kategorik dűzeylerde ۆlçűlműřtir. İnterval dűzeyde ۆlçűmde 0 puan en kűtű, 100 puan en iyi ruhsal sađlık durumunu ifade etmektedir. Kategorik dűzeyde ise, ortanca deđerin altında puana sahip olanların ruhsal sađlıđı kűtű, ortanca ve űzeri deđerlere sahip olanların ruhsal sađlıđı iyi olarak deđerlendirilmiřtir.

Fiziksel Fonksiyonellik: Gűnlűk fiziksel aktiviteleri yapabilme derecesini ifade eder. SF-36 Fiziksel Fonksiyonellik Skalası (bkz. EK-3, anket soru numarası 27) ile ۆlçűlműřtir. Fiziksel fonksiyonellik de 0 ile 100 arasında deđer alan interval bir deđiřken olarak arařtırmada yer almıřtır. Ayrıca ortanca deđer kesim noktası alınarak ikili bir kategorik deđiřken yaratılmıřtır. Ortanca deđerin altında puana sahip olanların fiziksel fonksiyonelliđi kűtű, ortanca ve űzeri deđerlere sahip olanların fiziksel fonksiyonelliđi iyi olarak deđerlendirilmiřtir.

Kısa Sűreli Yakınma Sayısı: Listelenmiř 32 adet semptomdan hangilerinin kiři tarafından son 15 gűn içinde kendisinde gűzlendiđi sorularak elde edilmiştir. Ayrıca "diğer" seçeneği bırakılarak liste dışında yakınma belirtenlerin yakınımları buraya kaydedilmiştir. Semptom listesi daha ۆnce Antalya'da bir alan çalışmasında Erengin ve Dedeođlu tarafından geliştirilmiş ve kullanılmıştır (24). Yazarların gruplandırmasına sadık kalınarak, bu araştırmada da kısa sűreli yakınma sayıları, 5'in altı ile 5 ve űzeri yakınımaya sahip olanlar şeklinde iki grupta değerlendirilmiştir.

Kronik Hastalık / Durum: Erengin ve Dedeođlu'nun Antalya'daki araştırmada kullandığı kronik hastalık listesine, astım, migren, parkinson, epilepsi, prostat bűyűmesi, cilt hastalığı, kadın hastalığı seçenekleri eklenerek, uzun sűreli, tam iyileşmeyen, ilerleyici 21 hastalık/durum katılımcılara tek tek sorularak işaretlenmiştir. "Diđer" seçeneği bırakılarak katılımcılar tarafından liste dışında belirtilen (psikolojik rahatsızlık, kronik sinűzit, varis, kronik hepatit) kronik hastalıklar da kaydedilmiştir. İki ve űzeri kronik hastalığa sahip olanlar morbid olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık Hizmet Kullanımına İlişkin Değişkenler

Hekime Başvuru: Son 4 hafta içinde, herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle veya kontrol (check-up) amacıyla en az bir kez hekime ayaktan başvuru yapılması durumunu belirtmektedir. Var/yok şeklinde kategorize edilmiştir.

Hekime Başvuru Sayısı: Son 4 hafta içinde ayaktan hekime başvuruların kaç kez hizmet aldıklarını belirtmektedir (vizite sayısı).

Hastanede Yatış: Son bir yıl içinde en az bir kez hastanede yatma durumunu belirtmektedir. Var/yok şeklinde kategorize edilmiştir.

Yatılan Gün Sayısı: Son bir yıl içinde hastanede en az bir kez yatanların toplam kaç gün yattıklarını belirtmektedir.

Diş Hekimine Başvuru: Son bir yıl içinde diş hekimine yapılan en az bir başvuruyu belirtmektedir. Var/yok şeklinde kategorize edilmiştir.

Diş Hekimine Başvuru Sayısı: Son bir yıl içinde kaç kez diş hekimine başvurulduğunu belirtmektedir (vizite sayısı).

4.7.2. Bağımsız Değişkenler

Sosyodemografik Değişkenler

Yaş: İnterval düzeyde ölçülen yaş değişkeni, bağımlı değişkenler ve cinsiyet değişkeni ile genelde zayıf korelasyon göstermektedir (bkz EK-4). Bu nedenle kategorik değişken haline getirilirken az sayıda sınıf içermesinin istatistiksel açıdan sakıncası bulunmamaktadır. Analizlerde interval değişken dışında, ikili (45 yaş altı/45 ve üzeri yaş) ve üçlü (25-44; 45-64; 65 ve üzeri) kategorik değişkenler olarak kullanılmıştır.

Cinsiyet: Nominal değişken olmasına rağmen çok değişkenli regresyon analizine erkekler 1, kadınlar 2 şeklinde kodlanarak (*dummy coding*) alınmıştır.

Medeni Durum: Bekar, evli ve dul/boşanmış sınıflarını içeren kategorik değişken olarak analizlere alınmıştır.

Sağlık Güvencesi: Sağlık güvencesi olanlar ve olmayanlar şeklinde kategorize edilmiştir.

Hanede Oturan Kişi Sayısı: Üç kişiden az ve üç ve üzeri kişi şeklinde kategorize edilmiştir.

Tanıdık Doktor: Kişilerin sağlık sorunlarını ücret ödmeden danışabilecekleri hekim tanıdıkları olup olmadığı ve eğer varsa yakınlık derecesi sorulmuştur. Analizlerde yakınlık derecesi dikkate alınmadan var/yok şeklinde kategorize edilerek kullanılmıştır.

Sosyoekonomik Düzey Değişkenleri

Meslek Saygınlığı: Kasnakoğlu-Erdil Meslek Saygınlık İndeksi ve Trieman Uluslararası Mesleki Prestij Skalası (bkz. sayfa 19) kullanılarak interval düzeyde ölçülmüştür. İnterval ölçümden elde edilen değerlerin 33.3'üncü ve 66.6'ncı yüzdelerlik değerleri kesim noktası alınarak üçlü ordinal değişkenler oluşturulmuştur. Böylece düşük, orta ve yüksek mesleki saygınlık düzeyleri elde edilmiştir. Ev kadınlığı, Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksinde yer alırken, Treiman Skalasında mevcut değildir. Ev kadınlığı, puanlandırılırken, Treiman Skalasında mevcut olan "iş gücünün dışında olanlar (not in labour force)" kategorisi içinde değerlendirilmiştir. Öğrencilere de ev kadınlarına verilen puan verilmiştir (Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksinde 55.53 puan, Treiman Mesleki Prestij Skalasında 41 puan). Halen gelir getiren bir işte çalışmayan kişiler, en son yaptıkları işe göre değerlendirilmişlerdir.

Öğrenim Düzeyi: Tamamlanmış okul yılı olarak nümerik düzeyde ve mezun olunan eğitim kurumu olarak ordinal düzeyde ölçülmüştür. Okuma-yazma bilmeyenler, okur-yazar olup herhangi bir eğitim kurumundan mezun olmayanlar ve ilkokul mezunları bir grupta, orta okul ve lise mezunları bir grupta ve üniversite ve yüksekokul mezunları bir grupta toplanarak üçlü bir ordinal değişken elde edilmiştir.

Gelir: Hanenin TL cinsinden ortalama aylık geliri, hanede yaşayan kişi sayısına bölünerek kişi başına ortalama aylık gelir hesaplanmıştır. Gelir sorusuna 506 katılımcı yanıt vermiştir. Bekar ve öğrenci evlerinde kişisel aylık gelir sorulduğundan bu değerler, gelir değişkenine hanede yaşayan kişi sayısına bölünmeden yansıtılmıştır. Dağılımın 33.3'üncü ve 66.6'ncü yüzdelerlik değerleri kesim noktası alınarak, düşük, orta ve yüksek gelir düzeyi grupları

oluşturulmuştur. Ayrıca katılımcılardan geçim durumunu yansıtan beş ifadeden kendi durumlarına uyan birini seçerek ekonomik durumlarını değerlendirmeleri istenmiştir (bkz. **EK-3**, anket formu soru 17). Bu beş ifade gruplandırılarak geçim düzeyi değişkeni oluşturulmuştur. Birinci ve ikinci ifade düşük, üçüncü ifade orta, dördüncü ve beşinci ifadeler yüksek geçim düzeyi olarak değerlendirilmiştir.

Otomobil Sahipliği: Katılımcının kendisine ait olsun veya olmasın hanede kullanılan bir ya da daha fazla otomobil olması, otomobil sahipliği olarak değerlendirilmiştir.

4.8. Araştırmada Kullanılan Terimler

Morbidite: Bu araştırmada kullanılan morbidite terimi, sağlığın tanımı dışında kalan her türlü durum anlamında kullanılmıştır (39). Bu araştırma özelinde, sağlık düzeyinin interval skalada ölçümünde ortanca değer altında puan almayı ifade eder (SF-36 Genel Sağlık Algısı, Ruhsal Sağlık ve Fiziksel Fonksiyonellik skalaları). Kronik durumlar için 2 ve üzeri kronik duruma sahip olmayı, kısa süreli yakınma sayısı için 5 ve üzeri yakınmaya sahip olmayı tanımlar. Tek soru ile saptanan algılanan sağlık için iyiden kötü sağlık algısını ifade eder.

Sağlık Hizmeti Kullanım Olasılığı: Belirtilen bir süre içinde kişilerin sağlık hizmeti kullanma veya kullanmama durumunu ifade eder. Sağlık bakım sistemine girme olasılığıdır. Hizmet kullanan kişilerin ne kadar hizmet kullandığı dikkate alınmaz.

Sağlık Hizmeti Kullanım Hacmi: Belirtilen bir süre içinde sağlık hizmeti kullananların, kullandığı hizmet miktarını ifade eder: Bu araştırmada, son 4 hafta içinde hekime başvuranların toplam kaç kez başvurduğunu, son bir yıl içinde hastanede yatanların toplam kaç gün yattığını, son yıl içinde dış hekimine başvuranların toplam kaç kez başvuruda bulunduğunu belirtir.

4.9. Araştırmanın Analizi

Araştırmanın analizleri, Epi-Info 6.0 ve SPSS 9.0 istatistik paket programları kullanılarak yapılmıştır. Yapılan analizler 4 grupta toplanabilir:

1. Morbidite göstergeleri yönünden alt sosyoekonomik grup ve örneklem grubu, üst sosyoekonomik grup ile karşılaştırılmıştır.
2. Sosyoekonomik gruplar arasında, morbidite farklılıkları lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir.
3. Sosyoekonomik gruplar arasında, sağlık hizmeti kullanım olasılığına ait farklılıklar lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir.
4. Sosyoekonomik gruplar arasında, sağlık hizmeti kullanım hacmine ait farklılıklar lineer regresyon analizi ile incelenmiştir.

4.9.1. Alt Sosyoekonomik Gruba ve Örneklem Grubuna Ait Morbidite Hızlarının, Üst Sosyoekonomik Grup Morbidite Hızları ile Karşılaştırılması

Sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarının boyutunu ölçmek için Kunst ve Mackenbach (14) 'ın DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından yayınlanan "Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Ölçülmesi" adlı teknik raporlarında belirttikleri, rölatif risk, atfedilen risk, toplum için atfedilen risk (mutlak değer ve yüzde) göstergeleri kullanılmıştır.

Rölatif Risk (Risk Ratio-RR): En alttaki sosyoekonomik grubun morbidite hızı, en üstteki sosyoekonomik grubun morbidite hızına bölünerek elde edilir. En alttaki grubun morbidite hızının, en üstteki grubun hızından kaç kat fazla olduğunu belirtir. Rölatif riskin %95 güven aralığı aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır.

$$\exp \left[\ln(RR) \pm 1.96 \sqrt{\frac{1 - A / (A + B)}{A} + \frac{1 - C / (C + D)}{C}} \right]$$

Atfedilen Risk (Risk Farkı) (Risk Difference - RD): En üst sosyoekonomik grubun morbidite hızından, en alt grubun hızı çıkarılarak bulunur. Rölatif risk eşitsizliğin görel bir göstergesidir. Buna karşılık atfedilen risk, eşitsizliğin mutlak göstergesidir. En alt sosyoekonomik gruptaki morbidite hızının ne kadarının bu gruba atfedileceğini belirtir. Atfedilen riske

ait %95 güven aralığı, Epi-Info 2000 istatistik paket programının el kitabında yer alan formül kullanılarak hesaplanmıştır.

$$RD \pm 1.96 \sqrt{\frac{(1-R_e)(R_e)}{A+B} + \frac{(1-R_u)(R_u)}{C+D}}$$

R_e : maruz kalanların riski - $A / (A+B)$

R_u : maruz olmayanların riski - $C / (C+D)$

Toplum İçin Atfedilen Risk (Population-attributable risk - PAR):

Mackenbach ve Kunst (4), epidemiyolojide uzun zamandır kullanılagelen toplum için atfedilebilir risk göstergesinin, sağlıkta eşitsizlikler çalışmalarında kullanımının oldukça yeni olduğunu belirtirler. Bu gösterge, bütün toplumun, en üst sosyoekonomik grubun morbidite hızına sahip olması durumunda, toplumdaki morbidite hızında meydana gelecek azalmayı ifade eder. Bu azalma hem yüzde olarak, hem de mutlak değer olarak belirtilir (PAR% ve PAR). PAR%, toplumun morbidite hızından, en üst sosyoekonomik grubun morbidite hızı çıkarılıp, yine toplumun morbidite hızına bölünmesi ile elde edilen sonucun yüzde olarak gösterilmesidir (0.38*%38). PAR ise basit olarak PAR%'nin hesaplanmasında kullanılan paydır (toplumun morbidite hızı - en üst sosyoekonomik grubun hızı). Örneğin bir toplumda A hastalığının yıllık insidansının %05, en üst sosyoekonomik grupta ise %01 olduğu düşünölsün. Bu durumda PAR% = %80 ve PAR = 4 (bin kişide) olacaktır. Bu değerler; toplumun A hastalığı insidansının, en üst sosyoekonomik gruptakilerin insidansına eşit olması durumunda, toplumun yıllık A hastalığı insidansında %80'lik bir azalma olacağı ve yılda her bin kişide 4 kişinin A hastalığına yakalanmaktan kurtulacağı anlamına gelir.

PAR% ve PAR, sosyoekonomik grupların toplum içindeki büyüklüğünü de göz önüne alır. Yüksek morbidite hızına sahip grupların nüfus oranları da büyükse, PAR% ve PAR daha büyük değer alacaklardır. Çünkü basit olarak {PAR = Morbidite Hızı toplum - Morbidite Hızı üst sosyoekonomik grup} şeklinde verilen formül aslında { ;pi(RR_i-1) / ;pi(RR_i-1)+1 } formölünün sadeleştirilmiş şeklidir. Sonraki formöle dikkat edildiğinde herbir sosyoekonomik grubun toplum

içindeki oranının ve en üst sosyoekonomik gruba göre rölâtif riskinin hesaba katıldığı görülür (p_i = i'nci grubun nüfusunun toplam içindeki oranı; RR_i = i'nci grubun referans gruba -en üst sosyoekonomik gruba- göre rölâtif riski).

PAR% ve PAR için %95 güven aralıkları, Mackenbach ve Kunst'un refere ettikleri kaynağa (Walter S (1978); Calculation of attributable risks from epidemiological data. *Int. J. Epidemiol.* Vol.7, 175-82) ulaşılamadığından hesaplanamamıştır.

Yaşa ve Cinsiyete Göre Standardizasyon:

Yaş değişkeni, 45 yaş altı ile 45 yaş ve üzeri olmak üzere iki gruba bölünmüştür. Herbir yaş kategorisi de cinsiyete göre ikiye bölünmüştür. Elde edilen bu dördümlü grubun örneklem içindeki oranları referans alınarak, her bir sosyoekonomik kategori için morbidite hızları düzeltilmiştir (doğrudan standardizasyon). Yukarıda belirtilen bütün göstergeler, düzeltilmiş hızlara göre hesaplanmıştır.

4.9.2. Lojistik Regresyon Modelinde Sosyoekonomik Morbidite Farklılıklarının İncelenmesi

Her bir morbidite değişkeni için, sosyoekonomik düzey değişkeni, yaş, cinsiyet ve medeni durum, kategorik bağımsız değişkenler olarak modele konmuş ve referans kategorilere göre tahmini rölâtif riskler her bir değişken kategorisi için belirtilmiştir. Yüksek sosyoekonomik düzey, erkek cinsiyet, 25-44 yaş grubu ve bekar olmak referans kategori alınmışlardır. Tahmini rölâtif risklere ait %95 güven aralıkları, modelin gözlenen verilere uygunluğunu gösteren model Ki-kare, p ile Cox ve Snell R^2 değerleri her bir model için belirtilmiştir.

4.9.3. Sosyoekonomik Gruplar Arasında Sağlık Hizmeti Kullanım Olasılığı Farklılıkları

Son 4 hafta içinde hekime başvuru, son bir yıl içinde hastanede yatış ve son bir yıl içinde dış hekime başvuru olasılıkları lojistik regresyon modelinde incelenmiştir. Sosyoekonomik düzey, yaş, cinsiyet, sağlık düzeyi, sağlık güvencesi, hanede yaşayan kişi sayısı ve doktor tanıdığıın bulunması, bağımsız değişkenler olarak modelde yer almıştır. Lojistik regresyon analizi

öncesinde bağımlı değişkenlerle, kategorik sosyoekonomik düzey ve sağlık düzeyi değişkenleri arasındaki ilişki Ki-kare testi ile incelenmiştir. Bağımlı değişkenlerle Ki-kare testinde ilişki gösteren sosyoekonomik ve sağlık düzeyi değişkenlerinin kullanım olasılıklarına etkileri lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Gebe izlemi için hekime yapılan başvurular ve doğum nedeniyle hastanede yatışlar analizlere dahil edilmemiştir.

4.9.4. Sosyoekonomik Gruplar Arasında Sağlık Hizmeti Kullanım Hacmi Farklılıkları

Belirtilen süreler içinde sağlık hizmeti kullananların, kullanım hacimlerini sosyoekonomik değişkenlerin etkileyip etkilemediği, lineer regresyon analizi ile araştırılmıştır. Hekime başvuru sayısı (vizite), hastanede yatılan gün sayısı ve diş hekimine toplam başvuru sayısı bağımlı değişken olarak modellere alınmıştır. Bu değişkenlerin normal dağılımdan aşırı sapmaları nedeniyle logaritmik transformasyon uygulanmıştır. Sosyoekonomik ve sağlık değişkenleri ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile araştırılmış ve bu sonuçlara göre her üç bağımlı değişkenle de optimal korelasyon gösteren eğitim düzeyi ve genel sağlık algısı yaş ve cinsiyet değişkenleri ile beraber modele konmuştur. Cinsiyet değişkeni erkek=1, kadın=2 şeklinde kodlanmıştır (dummy coding). Model R^2 ler hesaplanmış ve her bir bağımsız değişkenin model R^2 'ye etkisi (R^2 değişimi) belirtilmiştir.

4.10. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma sırasında karşılaşılan en büyük güçlük, örneğe çıkan bazı hanelerdeki kişilerin çalışmaya katılmayı ret etmeleridir. Bu nedenle daha önce anlatıldığı şekilde (bölüm 4.3) örneklemede yeni bir uygulamaya gidilmek zorunda kalınmıştır. Erkek görüşmecilerde ret sorununa daha sık rastlanmıştır. Aile bireylerini evde bulmak amacıyla mesai saatleri sonrası ve hafta sonları çalışılması, veri toplama süresini uzatmıştır.

4.11. İzinler

Araştırmanın yapılması için Ankara Valiliği'nden izin alınmıştır (Ek-6).

4.12. Etik Konular

Görüşülen her hanedeki kişilere araştırmanın amacı anlatılmış, bilgilerin gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir. Araştırmaya katılmak istemeyenlere herhangi bir şekilde zorlama yapılmamıştır.

4.13. Araştırmanın Zamanlama Çizelgesi

Araştırmanın ön sunumu: Ekim 1998

Anket formunun ön denemesi ve düzeltmeler: Nisan 1999

Görüşmecî eğitimi: Mayıs 1999

Verilerin toplanması: Haziran 1999

Verilerin işlenmesi: Ocak - Mayıs 2000

Analizler: Haziran 2000- Şubat 2001

Tez yazımı: Şubat - Temmuz 2001

5. BULGULAR

Araştırma bulguları beş başlık altında sunulmuştur:

- 5.1. Katılımcıların sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikleri
- 5.2. Katılımcıların sağlık düzeylerine ilişkin bulgular
- 5.3. Sağlıkta sosyoekonomik farklılıklara ilişkin bulgular
- 5.4. Katılımcıların sağlık hizmeti kullanımına ilişkin bulgular
- 5.5. Sağlık hizmetlerinde sosyoekonomik farklılıklara ilişkin bulgular

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özellikleri

Tablo 5-1 incelendiğinde katılımcıların %44.5'ini erkeklerin, %55.5'ini kadınların oluşturduğu görülmektedir. Yaş ortalaması bütün grup için 45.2, standart sapması 13.6'dır. En büyük yaş değeri 85'tir. Katılımcıların üçte birinden fazlası yüksek okul veya üniversite mezunudur (%38.8)., Katılımcıların %2.7'si herhangi bir öğretim kurumundan mezun olmamakla birlikte okur-yazardır. Katılımcıların %3.6'sı okur yazar değildir. Katılımcıların %73.3'ü evlidir. Boşanmış olanlar %2.1'lik bir kesimi oluşturmaktadır.

Katılımcıların araştırma sırasında gelir getiren bir işte çalışma durumları Tablo 5-2'de sunulmuştur. Araştırma sırasında çalışanların yüzdesi %47.5'tir. Ev hanımları araştırma grubunun %25.5'ini oluşturmaktadır. Araştırma sırasında çalışmayan 143 ev hanımından 12'si daha önce gelir getiren bir işte çalışmışlardır (Tablo 5-3).

Görüşülen kişilerin %55.3'ü aile reisi, %34.9'u aile reisinin eşidir. Aile reisi bulunmayan öğrenci veya bekar evlerinde kalanların oranı %3.4'tür (Tablo 5-4).

Tablo 5-1: Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri (Çankaya, 1999).

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	250	44.5
Kadın	312	55.5
Yaş Grubu		
25 - 34	147	26.2
35 - 44	139	24.7
45 - 54	137	24.4
55 - 64	82	14.6
65 - 74	48	8.5
75 +	9	1.6
☒ ± SS=45.2 ± 13.6; ortanca=44; min-max=25-85		
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	20	3.6
Okur-yazar	15	2.7
İlkokul	116	20.6
Ortaokul	51	9.1
Lise	142	25.3
Yük. Okul / Üniv.	218	38.8
Medeni Durum		
Bekar	79	14.1
Evli	412	73.3
Boşanmış	12	2.1
Dul	59	10.5
Toplam	562	100.0

Tablo 5-2: Katılımcıların Halen Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumları ve Çalışmama Nedenlerinin Dağılımı (Çankaya, 1999).

Halen Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu	Sayı	%
Halen Çalışıyor	267	47.5
Çalışmıyor		
Emekli	116	20.6
Evhanımı	143	25.5
Öğrenci	17	3.0
İş arıyor	8	1.4
Sağlık sorunu var	4	0.7
Diğer*	7	1.3
Toplam	562	100.0

* Tıpta Uzmanlık Sınavına hazırlanan (2), doğum yapmış ücretsiz izinde (1), yaşlı (1), hasta kızına bakan (1), işini bırakan (1), istifa eden (1).

Tablo 5-3: Katılımcılardan Halen Gelir Getiren Bir İşte Çalışmama Nedeni Belirtenlerin, Daha Önce Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumları (Çankaya, 1999).

Beyan Edilen Çalışmama Nedeni	Daha Önce Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu		Toplam
	Çalışmış	Hiç Çalışmamış	
Emekli	116	-	116
Ev hanımı	12	131	143
Öğrenci	4	13	17
İş arıyor	5	3	8
Sağlık sorunu var	2	2	4
Diğer	4	3	7
Toplam	143	152	295

Tablo 5-4: Görüşülen Kişilerin Aile Reisine Yakınlığı (Çankaya, 1999).

Görüşülen Kişinin Aile Reisine Yakınlığı	Sayı	%
Aile reisinin kendisi	311	55.3
Eşi	196	34.9
Oğlu veya kızı	30	5.3
Anne veya babası	6	1.1
Öğrenci / bekar evi	19	3.4
Toplam	562	100.0

Tablo 5-5: Katılımcıların Sağlık Güvencelerine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).

Sağlık Güvencesi	Sayı	%
SSK	155	27.6
Devlet Memuru	134	23.8
Emekli Sandığı	114	20.3
Bağ-Kur	63	11.2
Özel Sigorta	35	6.2
Diğer*	9	1.6
Sağlık Güvencesi Olmayan	52	9.3
Toplam	562	100.0

* Çalışılan kurumun sigortası kapsamında olanlar (şekerbank, petrol ofisi, RTÜK vs.), gazi olduğundan askeri hastaneden hizmet alanlar, yeşil kartlı.

Tablo 5-5'te katılımcıların sağlık güvencelerine göre dağılımı gösterilmiştir. Katılımcıların %27.6'sı Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlıdır. Emekli Sandığı'na bağlı olanların oranı %20.3'tür. Katılımcıların %23.8'lik bir kesimi kendilerinin veya kendilerine bakmakla yükümlü olan, eş, anne veya babalarının devlet memuru statüsünde çalıştıkları kurum tarafından sağlanan sağlık güvencesine sahiptir. Sağlık güvencesi olmayan %9.3'lük bir kesim vardır. Katılımcıların %6.2'si ise özel sağlık sigortasına sahiptir.

Katılımcılardan %32.8' sağlık sorunlarını ücret ödemediği danışabilecekleri bir hekim tanıdıklarının olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 5-6).

Tablo 5-6: Katılımcıların Sağlık Sorunlarını Ücret Ödemediği Danışabilecekleri Bir Hekim Tanıdıklarının Varlığı ve Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).

Ücret Ödemediği Danışılabilen Hekim Varlığı ve Yakınlık Derecesi	Sayı	%
Birinci dereceden akraba	44	7.8
İkinci veya Üçüncü Dereceden Akraba	55	9.8
Tanıdık, dost, arkadaş	82	14.6
Ücretsiz danışabileceği bir hekim tanıdığı olmayanlar	381	67.8
Toplam	562	100.0

Araştırma sırasında örnekleme çıkan her haneden birer kişi ile görüşülmüştür. Bu hanelerden , %27.8'inde bir veya iki kişi, %57.1'inde üç veya dört kişi yaşamaktadır (Tablo 5-7). Hanelerde ortalama yaşayan kişi sayısı 3.3'tür.

Tablo 5-7: Katılımcıların, Görüşülen Hanelerde Yaşayan Kişi Sayılarına Dağılımı (Çankaya, 1999).

Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	Sayı	%
1 - 2 kişi	156	27.8
3 - 4 kişi	321	57.1
5 ve üzeri kişi	85	15.1
Toplam	562	100.0

☒ ± SS=3.3 ± 1.3; ortanca=3; min-max=1-8

Katılımcıların %63.7'sinin oturduğu ev kendisi veya ailesine aittir. Kirada oturanların yüzdesi %29.9'dur (Tablo 5-8).

Tablo 5-8: Katılımcıların Oturulan Evin Mülkiyetine Göre Dağılımları (Çankaya, 1999).

Evin Mülkiyet Durumu	Sayı	%
Kendi evi	358	63.7
Kiracı	168	29.9
Lojman	13	2.3
Diğer*	23	4.1
Toplam	562	100.0

* Mülkiyeti yakın akrabaya (anne, kayınpeder vs.) ait, kira verilmeyen durumlar.

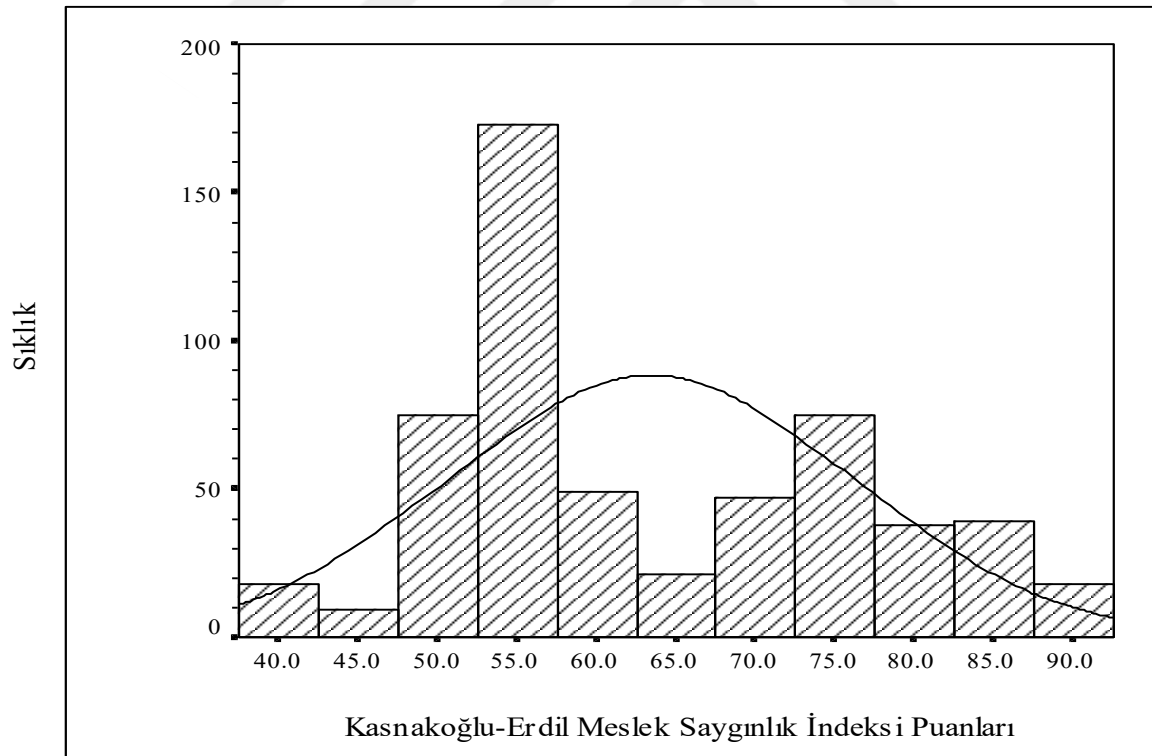
Katılımcıların Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 5-9 ve Şekil 5.1'de gösterilmiştir. Katılımcıların Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksinden aldıkları puanların ortalaması 63.43, standart sapması 12.67'dir. Şekil 5.1 incelendiğinde dağılımın normal dağılımdan sapma gösterdiği görülmektedir. Katılımcıların aldığı ortalama puan ve standart sapma dikkate alınarak, dağılımın normal

dağılım göstermesi durumunda beklenen teorik normal dağılım eğrisi grafikte gösterilmiştir.

Tablo 5-9: Katılımcıların, Kasnaoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).

Kasnaoğlu Mesleki Saygınlık İndeksi Puanları	Sayı	%
<50.00	32	5.7
50.00 - 59.99	268	47.6
60.00 - 69.99	56	10.0
70.00 - 79.99	129	23.0
80.00 - 89.99	73	13.0
90.00 +	4	0.7
Toplam	562	100.0

☒ ± SS = 63.43 ± 12.67; ortanca = 58.03; min-max= 40.58 - 90.54



Şekil 5.1: Katılımcıların Kasnaoğlu Mesleki Saygınlık Endeksi'nden Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)

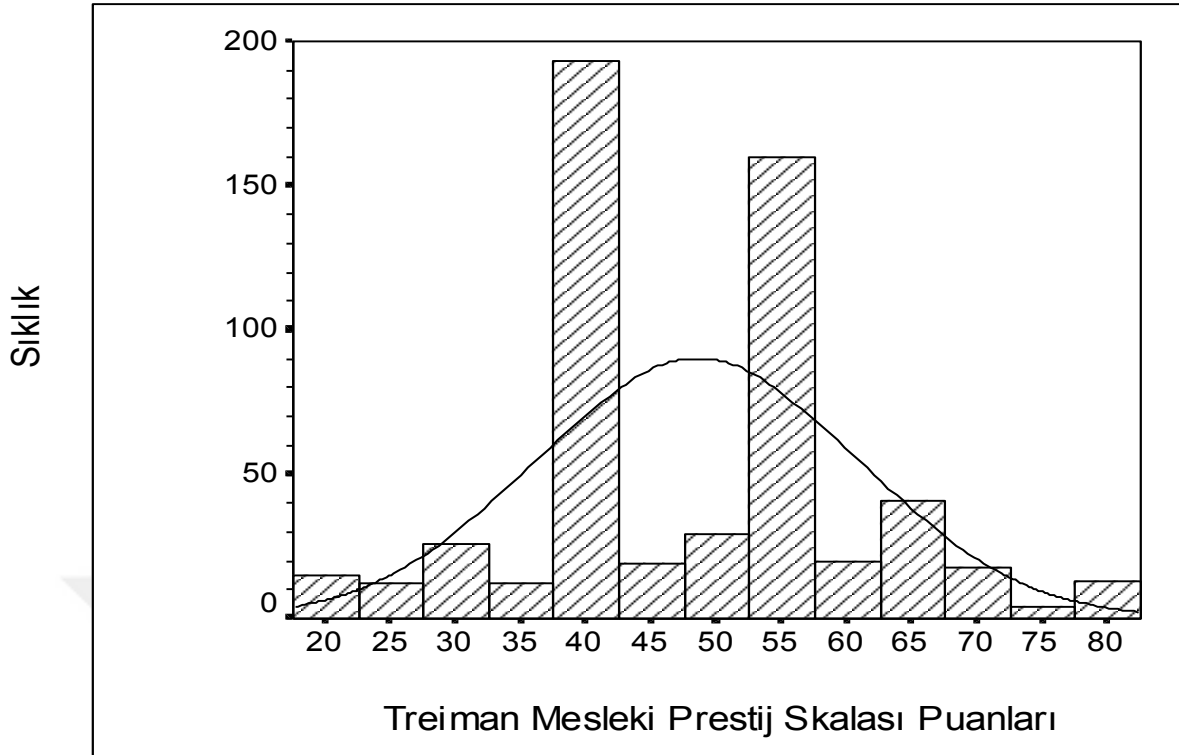
Katılımcıların Treiman Mesleki Prestij Skalası'ndan aldıkları puanların dağılımı Tablo 5-10 ve Şekil 5.2'de verilmiştir. Katılımcıların bu skala için aldıkları ortalama puan 48.51, standart sapması 12.42'dir. Şekil 5.2 incelendiğinde dağılımın normal dağılıma uymadığı görülmektedir.

Katılımcılara ait mesleki prestij puanlarında normal dağılımdan sapmaların nedeni ev kadınlarının ve ofis/devlet memurlarının oranlarının katılımcılar arasındaki yüksekliğidir. Ev kadınlarının aldığı puan Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Sağlık İndeksinde 55.53'e, Trieman Skalasında 41 puana karşılık gelmektedir. Devlet/ofis memurlarına karşılık gelen puanlar ise sırasıyla 50.20 ve 54'tür.

Tablo 5-10: Katılımcıların, Trieman Mesleki Prestij Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)

Trieman Mesleki Prestij Ölçeği Puanları	Sayı	%
<20	4	0.7
20 - 29	32	5.7
30 - 39	33	5.9
40 - 49	221	39.3
50 - 59	181	32.2
60 - 69	57	10.1
70 - 79	33	5.9
80 +	1	0.2
Toplam	562	100.0

☒ ± SS = 48.51 ± 12.42; ortanca = 48.0; min-max = 19 - 80



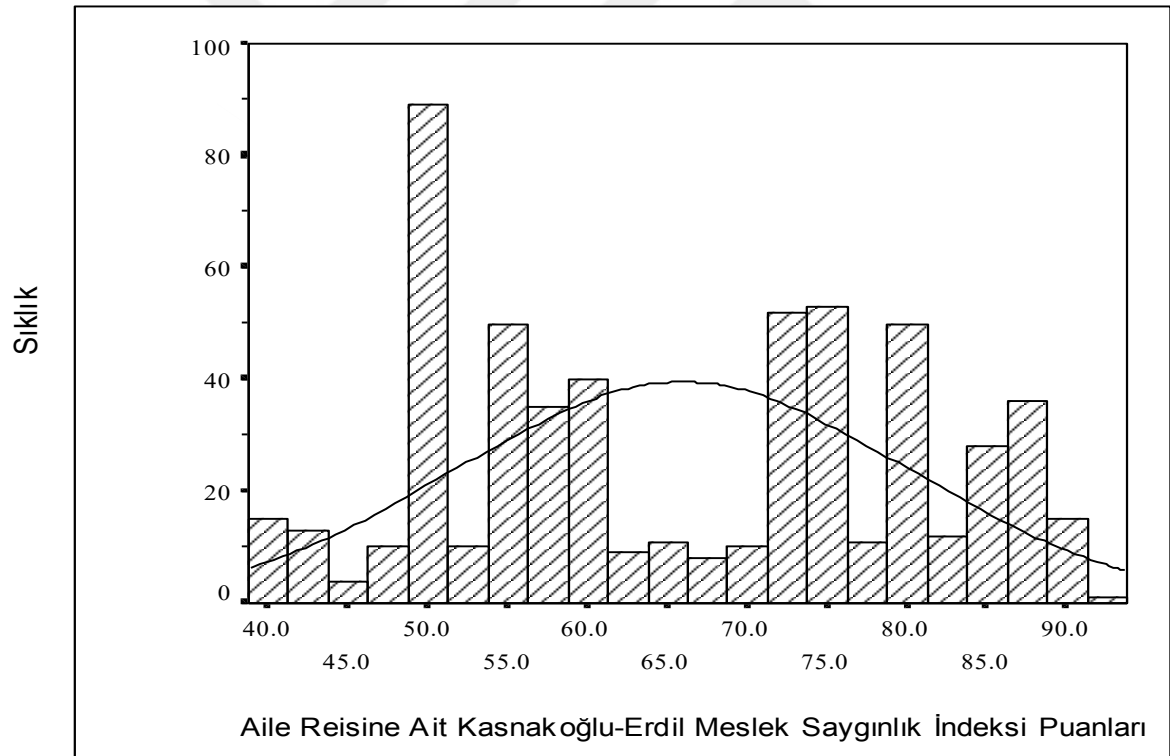
Şekil 5.2: Katılımcıların Treiman Mesleki Prestij Skalası Puanlarının Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)

Katılımcıların aile reislerinin mesleki saygınlık puanlarına bakılacak olursa yine devlet/ofis memurlarının, dağılımın normalden sapmasında en önemli etken oldukları görülmektedir (Şekil 5.3 ve Şekil 5.4). Aile reisine ait Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksi puanlarında , ortalama puan 65.92, standart sapma 14.14'tür (Tablo 5-11). Aile reisine ait Trieman Mesleki Prestij Ölçeği puanlarının ortalaması 50.13 ve standart sapması 13.74'tür (Tablo 5-12).

Tablo 5-11: Katılımcıların, Aile Reisine Ait Kasnakoğlu Mesleki Prestij Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)

Aile Reisine Ait Mesleki Prestij Ölçeği Puanları	Sayı	%
<50.00	52	9.3
50.00 - 59.99	175	31.1
60.00 - 69.99	77	13.7
70.00 - 79.99	136	24.2
80.00 - 89.99	116	20.6
90.00 +	6	1.1
Toplam	562	100.0

☒ ± SS = 65.92 ± 14.14; ortanca = 64.51; min-max = 40.58 -93.28

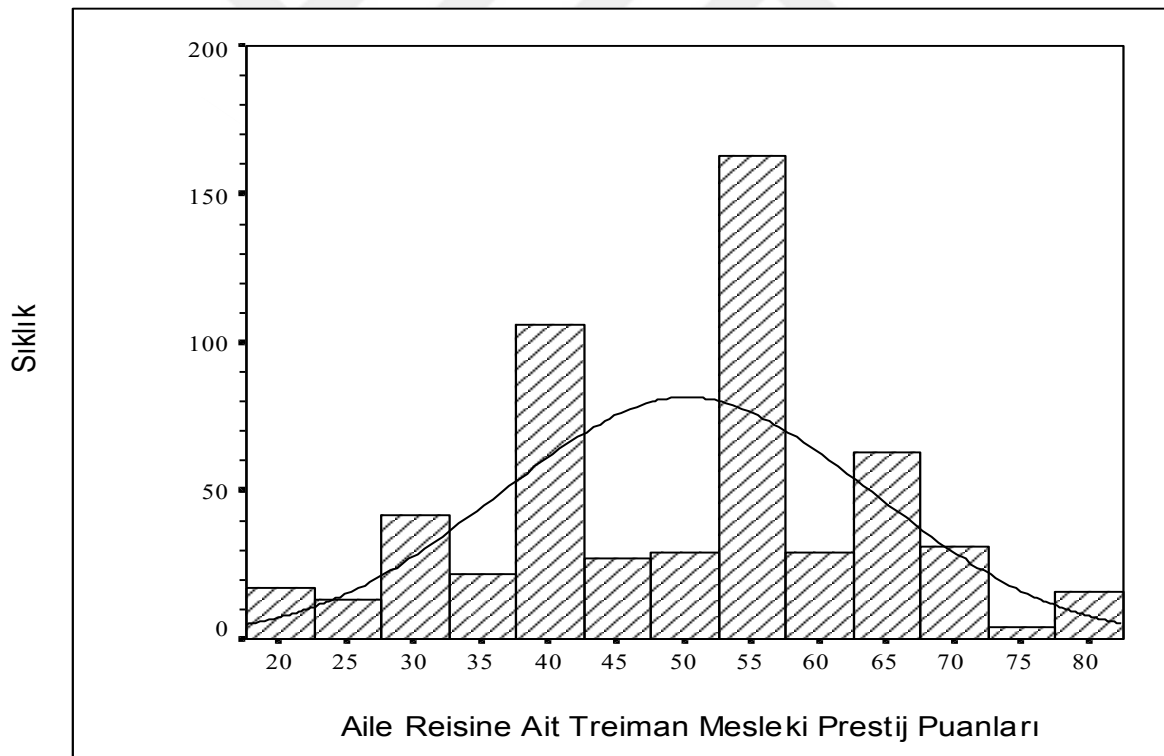


Şekil 5.3: Katılımcıların Aile Reisine Ait Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksi'nden Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)

Tablo 5-12: Katılımcıların, Aile Reisine Ait Trieman Mesleki Prestij Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)

Aile Reisine Ait Trieman Mesleki Prestij Ölçeği Puanları	Sayı	%
<20	5	0.9
20 - 29	44	7.8
30 - 39	53	9.4
40 - 49	140	24.9
50 - 59	187	33.3
60 - 69	83	14.8
70 - 79	49	8.7
80 +	1	0.2
Toplam	562	100.0

☒ ± SS = 50.13 ± 13.74; ortanca = 54.0; min-max = 18 - 80



Şekil 5.4: Katılımcıların Aile Reisine Ait Treiman Mesleki Prestij Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)

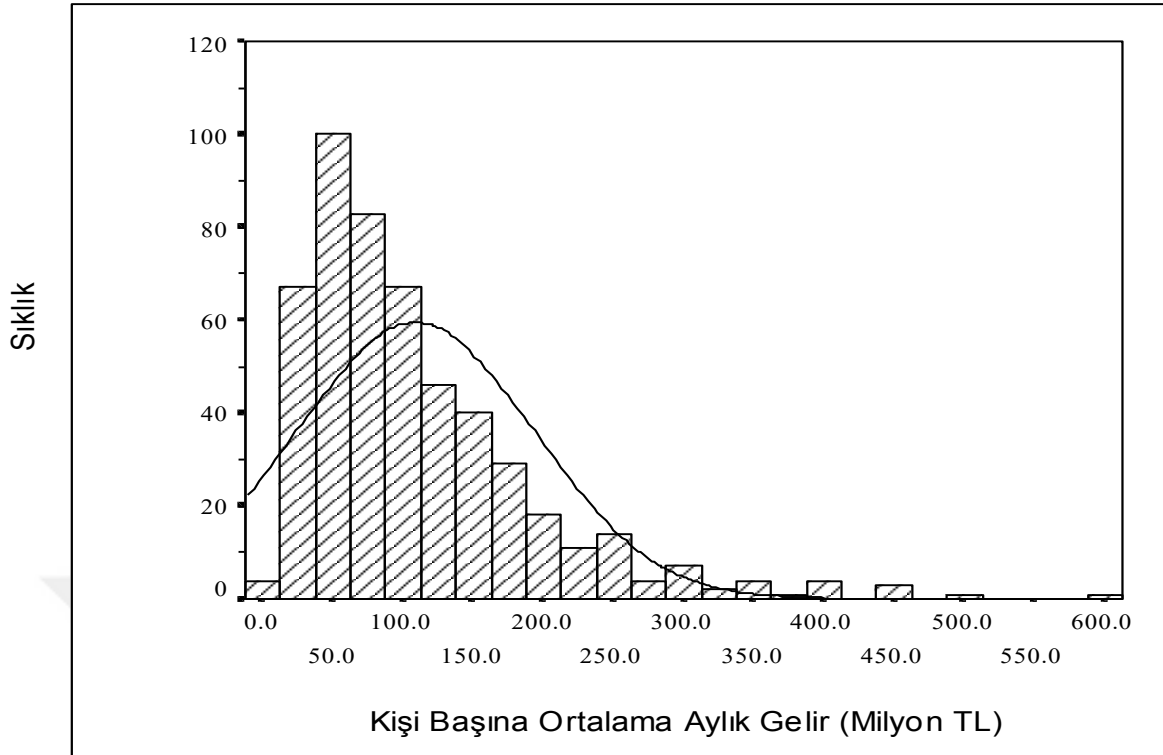
Katılımcıların 1999 yılı için kişi başına ortalama aylık gelirleri Türk Lirası cinsinden Tablo 5-13'te verilmiştir. Kişi başına ortalama aylık gelir katılımcı grubu ortalaması 108,700,000 liradır. Şekil 5.5 incelendiğinde dağılımın normal dağılımdan farklı olduğu görülmektedir.

Tablo 5-13: Katılımcıların, Kişi Başı Ortalama Aylık Gelirlerine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).

Kişi Başı Ortalama Aylık Gelir (milyon TL)	Sayı	%
< 50	114	22.5
50 - 99	157	31.0
100 - 149	100	19.8
150 - 199	66	13.0
200 - 249	29	5.7
250 - 299	17	3.4
300 - 349	9	1.8
350 - 399	5	1.0
400 - 449	4	0.8
450 - 499	3	0.6
500 - 549	1	0.2
550 - 599	-	-
600 +	1	0.2
Toplam*	506	100.0

☒ ± SS = 108.7 ± 84.7; ortanca = 84.2; min-max = 6.6 - 600

*Katılımcılardan 56 kişi gelirlerini belirtmemişlerdir.



Şekil 5.5: Katılımcıların Kişi Başına Ortalama Aylık Gelirlerinin Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)

Sosyoekonomik düzey sürekli değişkenleri arasındaki korelasyonlar Tablo 5-14'te verilmiştir. Tamamlanmış okul yılının, hem gelir değişkeni ile hem de mesleki prestij değişkenleri ile korelasyonu yüksek bulunmuştur. Gelir değişkeni ile mesleki prestij değişkenlerinin korelasyonu, okul değişkenine göre daha düşük bulunmuştur. Bütün sosyoekonomik düzey göstergeleri arasında orta veya iyi düzeyde korelasyon mevcuttur.

Tablo 5-14: Sosyoekonomik Değişkenler Arasındaki Spearman Korelasyon Katsayıları* (Çankaya, 1999)

	Tamamlanmış Okul Yılı	Kasnakoğlu- Erdil	Treiman	Kasnakoğlu -Erdil (aile reisi)	Treiman (aile reisi)
Kasnakoğlu-Erdil	0.579				
Treiman	0.717	0.680			
Kasnakoğlu-Erdil (aile reisi)	0.526	0.728	0.613		
Treiman (aile reisi)	0.593	0.561	0.772	0.749	
Ortalama kişi başına gelir ⁺	0.571	0.430	0.472	0.499	0.496

*Anlamlılık düzeyi bütün değerler için $p < 0.001$. ⁺ 506 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

5.2. Katılımcıların Sağlık Düzeylerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların, fiziksel, ruhsal ve genel sağlık düzeyleri SF-36 skalaları ile ölçülmüştür. Bu skalalarda 0 puan en kötü sağlık durumunu, 100 puan ise en iyi sağlık durumunu belirtmektedir. Katılımcıların SF-36 Genel Sağlık Skalasından aldıkları puanlar Tablo 5-15 ve Şekil 5.6'da gösterilmiştir. Ortalama SF-36 Genel Sağlık Skalası puanı 61.20, standart sapması 21.73'tür. Dağılımının normalden bir miktar sapma gösterdiği görülmektedir. SF-36 Ruhsal Sağlık Skalası puanları incelendiğinde, ortalamanın 67.04, standart sapmanın 18.93 olduğu görülmektedir (Tablo 5-16). Bu skalanın dağılımı da normalden sapma göstermektedir (Şekil 5.7). SF-36 Fiziksel Fonksiyonellik Skalası puanları incelendiğinde katılımcıların ortalama 84.92 puan aldıkları, ortalamaya ait standart sapmanın 23.56 olduğu görülmektedir. Katılımcıların % 47.3'ü bu skaladan tam puan almışlardır. Fiziksel fonksiyonellik puanlarının dağılımı da normal dağılımdan farklı bulunmuştur (Tablo 5-17 ve Şekil 5.8).

Tablo 5-18, katılımcıların son 15 gündeki yakınma sayılarını göstermektedir. Katılımcıların %13.0'ının herhangi bir yakınması yoktur. Ortalama yakınma sayısı 4.7, standart sapması 4.2'dir. Ortanca değer

4.0'dır. Katılımcılardan %4.1'inin 15 veya daha fazla sayıda yakınması olmuştur. Katılımcılarda, 5 ve daha fazla yakınması olanların hızı %55.2'dir.

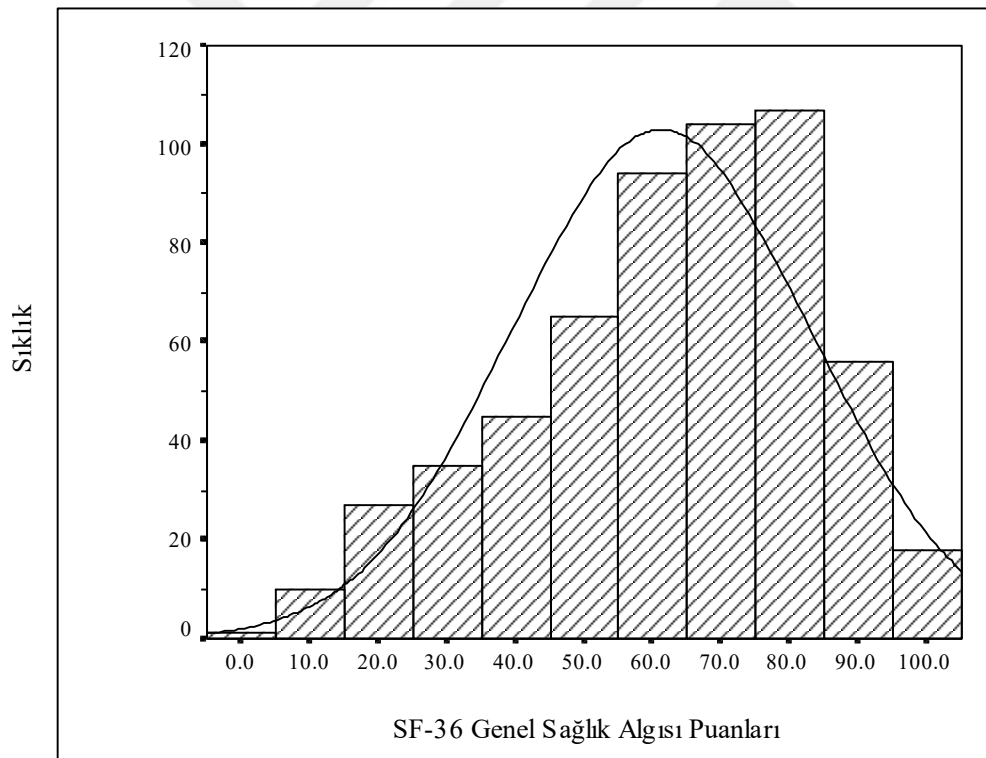
Katılımcıların beyan ettikleri kronik hastalık/durum sayısı ortalama 1.6'dır. Katılımcıların %30.1'inin herhangi bir kronik hastalık veya durumu yoktur. İki veya daha fazla kronik hastalık/duruma sahip olanların oranı %39.9'dur (Tablo 5-19). Görme kusuru, %32.2 ile en çok beyan edilen kronik durumdur. Romatizma/artrit, %23.1 prevalans hızı ile ikinci sırada, hipertansiyon, %20.5 prevalans hızı ile üçüncü sıradadır. Katılımcıların %10.5'i kalp hastası, %5.7'si de diyabet hastası olduklarını beyan etmişlerdir (Tablo 5-20).

Katılımcıların, kendi sağlıklarını algılama düzeyleri Tablo 5-21'da verilmiştir. Katılımcıların %34'ü sağlıklarını iyiden kötü (fena değil ile kötü seçenekleri) olarak algılamaktadırlar.

Tablo 5-15: Katılımcıların, SF-36 Genel Sağlık Skalası'ndan Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)

SF-36 Genel Sağlık Skalası Puanları	Sayı	%
< 20	17	3.0
20 – 39	77	13.7
40 – 59	129	23.0
60 – 79	217	38.6
80 – 99	121	21.5
100	1	0.2
Toplam	562	100.0

☒ ± SS = 61.20 ± 21.73; ortanca = 65.00; min-max = 0 -100

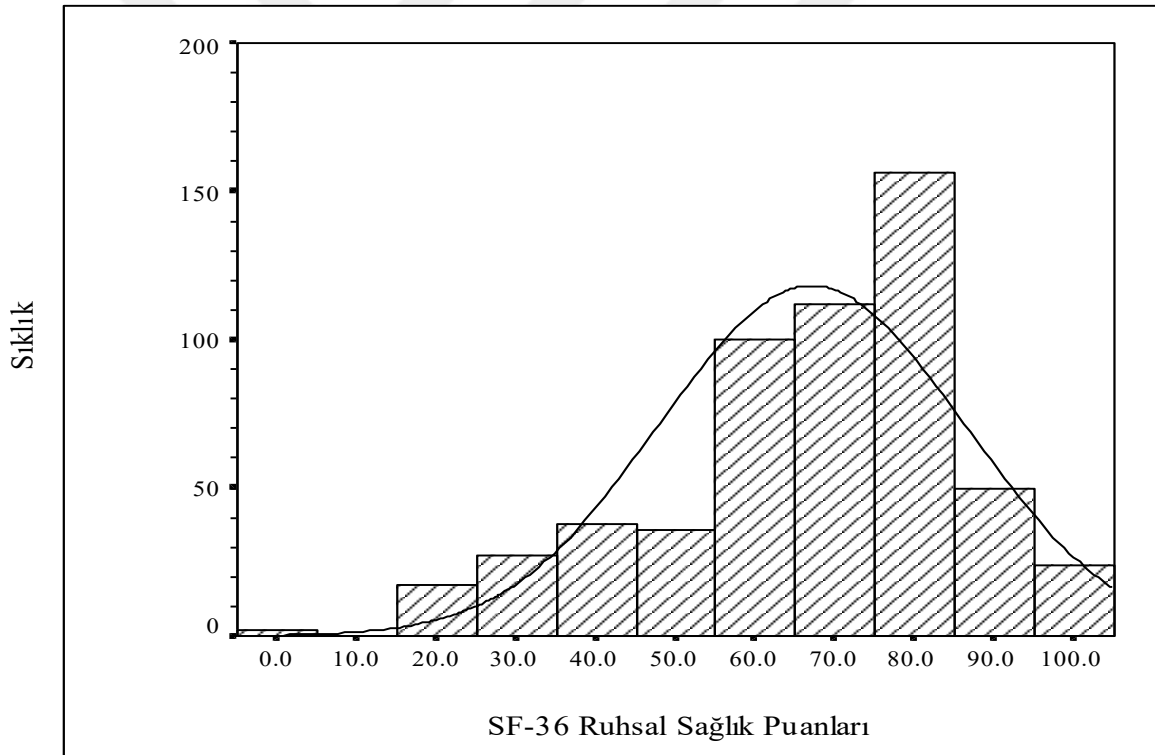


Şekil 5.6: Katılımcıların SF-36 Genel Sağlık Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)

Tablo 5-16: Katılımcıların, SF-36 Ruhsal Sağlık Skalası'ndan Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)

SF-36 Ruhsal Sağlık Skalası Puanları	Sayı	%
< 20	4	0.7
20 – 39	53	9.4
40 – 59	90	16.0
60 – 79	241	42.9
80 – 99	161	28.6
100	13	2.3
Toplam	562	100.0

☒ $\pm SS = 67.04 \pm 18.93$; ortanca = 72.0; min-max = 4 - 100

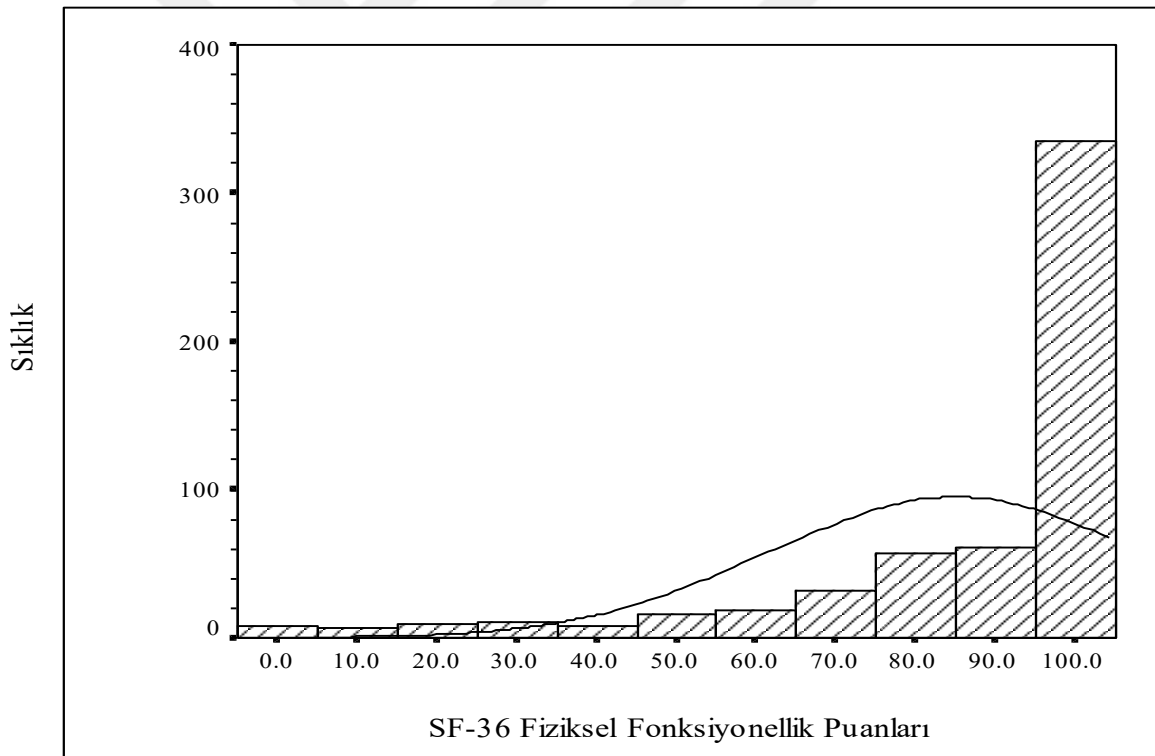


Şekil 5.7: Katılımcıların SF-36 Ruhsal Sağlık Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)

Tablo 5-17: Katılımcıların, SF-36 Fiziksel Fonksiyonellik Skalası'ndan Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)

SF-36 Fiziksel Fonksiyonellik Skalası Puanları	Sayı	%
< 20	19	3.4
20 – 39	21	3.7
40 – 59	27	4.8
60 – 79	69	12.3
80 – 99	160	28.5
100	266	47.3
Toplam	562	100.0

☒ \pm SS = 84.92 \pm 23.56; ortanca = 95.0; min-max = 0 - 100



Şekil 5.8: Katılımcıların SF-36 Fiziksel Fonksiyonellik Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)

Tablo 5-18: Katılımcıların, Son 15 Gün İçinde Yakındıkları Semptom Sayılarına Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)

Son 15 Gün İçinde Yakınılan Semptom Sayısı	Sayı	%
Semptomu yok	73	13.0
1 – 4	252	44.8
5 – 9	161	28.7
10 – 14	53	9.4
15 – 19	20	3.6
20+	3	0.5
Toplam	562	100.0
5 ve üzeri yakınma	237	42.2
$\bar{x} \pm SS = 4.7 \pm 4.2$; ortanca = 4.0; min-max = 0 - 21		

Tablo 5-19: Katılımcıların, Sahip Oldukları Kronik Durum/Hastalık Sayısına Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)

Kronik Durum/Hastalık Sayısı	Sayı	%
0	169	30.1
1-2	269	47.8
3-4	86	15.3
5-6	32	5.7
7+	6	1.1
Toplam	562	100.0
2 ve üzeri kronik durum/hastalık	224	39.9
$\bar{x} \pm SS = 1.6 \pm 1.6$; ortanca = 1.0; min-max = 0 - 9		

Tablo 5-20: Katılımcıların Kendi Beyanlarına Göre Sahip Oldukları Uzun Süreli Hastalık ve Durumlar (Çankaya, 1999)

Kronik Hastalık /Durum	Sayı	Prevalans %
Görme Kusuru	181	32.2
Romatizma/artrit	130	23.1
Hipertansiyon	115	20.5
Ülser	65	11.6
Kalp Hastalığı	59	10.5
Migren	49	8.7
Guatr	34	6.0
Böbrek Hastalığı	34	6.0
İşitme Kusuru	33	5.9
Şeker Hastalığı	32	5.7
Kadın Hastalığı	29	5.2
Cilt Hastalığı	28	5.0
Kronik Bronşit	23	4.1
Ortopedik Sakatlık	20	3.6
Astım	16	2.8
Kan Hastalığı	9	1.6
Prostat Büyümesi	5	0.9
Tümör	4	0.7
Verem	3	0.5
Felç/inme	3	0.5
Parkinson	2	0.4
Epilepsi	2	0.4
Diğer ¹	8	1.4

¹ Psikolojik rahatsızlık, kronik sinüzit, varis, kronik hepatit, siroz

Tablo 5-21 :Katılımcıların Algılanan Sağlık Düzeylerine Göre Dağılımı
(Çankaya, 1999)

Algılanan Sağlık Düzeyi	Sayı	%
Mükemmel	13	2.3
Çok iyi	80	14.2
İyi	278	49.5
Fena değil	145	25.8
Kötü	46	8.2
Toplam	562	100.0
İyiden kötü (fena değil ve kötü)	191	34.0

5.3. Sağlıkta Sosyoekonomik Farklılıklara İlişkin Bulgular

Sosyoekonomik düzey ile sağlık arasındaki ilişki, sosyoekonomik pozisyonun farklı boyutlarını ölçtüğü düşünülen göstergeler kullanılarak değerlendirilmiştir. Analizlerde interval düzeyde ölçülen sosyoekonomik değişkenlerden türetilen kategorik sosyoekonomik düzey değişkenleri kullanılmıştır (Tablo 5-22). Düşük ve yüksek sosyoekonomik düzeylerin sahip olduğu yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş morbidite hızları kullanılarak, bu iki uç düzeyin morbidite hızları için, rölatif riskler ve risk farkları (atfedilen risk) hesaplanmıştır. Düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik grupların büyüklüğü ve morbidite hızları dikkate alınarak, bütün örneklem grubunun morbidite hızı ile en üst sosyoekonomik grubun hızı karşılaştırılmıştır. Böylece sağlık farklılıklarının bütün örneklem grubu düzeyindeki boyutu, toplum için atfedilen risk olarak belirtilmiştir.

Tablo 5-23, gelir düzeyleri arasındaki sağlık eşitsizliklerini göstermektedir. Gelir düzeyi düşük olanlar, SF-36 Genel Sağlık Skalası'ndan, gelir düzeyi yüksek olanlara göre 1.39 kat daha fazla ortanca değer altında puan almışlardır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Genel sağlık puanı ile ilgili morbidite hızı, gelir düzeyi düşük grupta %60.1'dir. Bu hızın %16.8'nden kişilerin düşük gelir düzeyine maruziyeti sorumludur (risk farkı). Örneklem grubunu oluşturan bütün katılımcılar yüksek gelir düzeyine sahip olsalardı, bütün grubun %49.2 olan morbidite hızında %12.1'lik bir azalma olacağı

hesaplanmıştır (toplum için atfedilen risk-PAR%). Yine, bütün katılımcıların yüksek gelir düzeyine sahip olması durumunda her yüz katılımcıdan 6'sı genel sağlık puanı ortanca değer üzerinde olan (morbid olmayan) grupta yer alacaktı. Bir başka ifadeyle her yüz kişide 6 kişi hastalar grubundan sağlıklılar grubuna geçmiş olacaktı (toplum için atfedilen risk-PAR).

Tablo 5-23, incelenmeye devam edildiğinde gelir düzeyinden en çok etkilenen sağlık göstergesinin algılanan sağlık olduğu görülmektedir. Düşük gelir grubunda sağlığını kötü olarak algılayanların oranı, yüksek gelir grubuna göre 1.56 kat daha fazladır. Kronik hastalık dışındaki bütün morbidite göstergeleri için, gelir düzeyleri arasında eşitsizlik bulunmuştur. Görme kusuru ile gelir düzeyi arasında diğer morbidite göstergelerinin aksine ters yönlü bir ilişki bulunmuştur. Görme kusuru için rölatif risk 0.70 olarak saptanmıştır.

Tablo 5-24, öğrenim düzeyleri ile morbidite ilişkisini sunmaktadır. Öğrenim düzeyi en fazla katılımcıların kendi beyanlarına dayanan kalp hastalığı ile ilişkilidir. Rölatif risk 2.67 bulunmuştur. Toplum için atfedilen risk, kalp hastalığı öğrenim düzeyi ilişkisinde %53.7'dir. Bir diğer ifadeyle, eğer tüm katılımcılar yüksek öğrenim düzeyine sahip olsalardı, grubun bütününde görülen %10.4'lük kalp hastalığı hızı, %53.7 azalacak, %4.8'e düşecekti. Algılanan sağlık göstergesi, yine öğrenim düzeyi ile sıkı ilişki göstermektedir. Öğrenim düzeyi düşük grubun %54.8'i sağlıklarını kötü olarak algılayanlar, öğrenim düzeyi yüksek olan grupta bu hız %24.1'dir. Öğrenim düzeyi orta olan grubun hızı ise 30.4'tür. Düzeyi düşük grup için rölatif risk 2.28 olarak bulunmuştur. Rölatif risk göstergesinde, öğrenim düzeyi düşük grup sadece öğrenim düzeyi yüksek grup ile karşılaştırılmıştır. Öğrenim düzeyi orta olan grubun hesaba katıldığı toplum için atfedilen risk %30.2'dir. Bu hesaplama herkesin yüksek öğrenim düzeyine sahip olduğu durumda, algılanan sağlık için %34.5 olan genel morbidite hızının %30.2 oranında azalacağını göstermektedir. Bu azalma da her yüz kişide 10.4 kişinin sağlığını kötü olarak algılamaktan kurtulacağı anlamına gelmektedir. Düşük öğrenim düzeyine sahip kişilerin, yüksek öğrenim düzeyindekilere göre daha az görme kusuruna sahip oldukları saptanmıştır (rölatif risk 0.72'dir).

Tablo 5-22: Sosyoekonomik Düzey Sürekli Değişkenlerinden Türetilmiş Sosyoekonomik Düzey Kategorik Değişkenlerine Ait Alt ve Üst Sınırlar ve Katılımcıların Bu Kategorilere Göre Dağılımı (Çankaya,1999)

Kategorik Değişkenler	Düzeyler	Sayı	%	Alt - Üst Sınır
Kasnakoğlu (kategorik)	Düşük	272	48.4	40.58-55.53
	Orta	106	18.9	55.89-71.77
	Yüksek	184	32.7	71.83-90.54
Treiman (kategorik)	Düşük	238	42.4	19-41
	Orta	148	26.3	42-54
	Yüksek	176	31.3	55-80
Kasnakoğlu (aile resi) (kategorik)	Düşük	189	33.6	40.58-55.53
	Orta	172	30.6	55.89- 73.87
	Yüksek	201	35.8	74.33-93.28
Treiman (aile reisi) (kategorik)	Düşük	200	35.6	18-42
	Orta	175	31.1	43-55
	Yüksek	187	33.3	56-80
Gelir düzeyleri* (kategorik)	Düşük	171	33.8	6.6-60.0
	Orta	166	32.8	62.5-120.0
	Yüksek	169	33.4	125.0-600.0

* Gelirlerini belirten 506 katılımcı üzerinden kategorize edilmiştir. Alt ve üst sınırlar milyon TL 'dir.

Tablo 5-25 ile Tablo 5-28 arasındaki tablolar, katılımcıların kendilerine ve aile reislerine - ki katılımcıların %55.3'ü aynı zamanda aile reisi- ait mesleki prestij düzeyleri ile morbidite ilişkisini göstermektedir. Bu dört tabloda da göze çarpan durum, görme kusuru için düşük mesleki prestij düzeyinin koruyucu olduğudur. Görme kusuru için rölatif risk 0.60 ile 0.76 arasında değişmektedir. Treiman skalası ile ölçülen prestij düzeylerinde bu koruyuculuk daha belirgindir. Beyan edilen kalp hastalığı için ise rölatif riskler, aile reisi prestij düzeylerinde, katılımcıların kendilerine ait prestij düzeylerinden daha düşük değerler vermekte hatta istatistiksel olarak anlamsızlaşmaktadır.

Kronik hastalık için rölatif riskler, risk farkları ve toplum için atfedilen riskler bütün prestij düzeyi göstergelerinde anlamsızdır. Fiziksel fonksiyonellik ile ilgili sağlık göstergesi, Treiman skalasından türetilen prestij düzeyleri ile ilişki göstermemektedir. Bütün prestij göstergelerinde, düşük prestij düzeyi genel sağlık , algılanan sağlık, ruhsal sağlık, semptom sayısı ve romatizmal hastalık morbidite hızlarını arttıran faktör olarak görülmektedir.

Tablo 5-23 Gelir Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).

Morbidite Göstergeleri	Gelir Düzeyleri (n=506)	Morbidite Hızı ² (%)	Rölatif Risk (%95 GA)	Risk Farkı (Atfedilen Risk)(% (%95 GA))	Toplum İçin Atfedilen Risk (%)	Toplum İçin Atfedilen Risk (Mutlak Değer, Yüz Kişide)
SF-36 Genel Sağlık Puanı < Ortanca (< 65 puan)	Düşük	60.1	1.39	16.8	12.1	6.0
	Orta	44.1	(1.12-1.72)	(6.4-27.3)		
	Yüksek	43.2				
	Toplam	49.2				
SF-36 Ruh Sağlığı Puanı < Ortanca (<72 puan)	Düşük	57.5	1.31	13.6	9.5	4.6
	Orta	44.0	(1.06-1.62)	(3.0-1.62)		
	Yüksek	43.9				
	Toplam	48.6				
SF-36 Fizik. Fonk. Puanı < Ortanca (< 95 puan)	Düşük	46.3	1.32	11.1	12.7	5.1
	Orta	39.3	(1.01-1.71)	(7.0-21.5)		
	Yüksek	35.2				
	Toplam	40.3				
Algılanan Sağlık İyiden Kötü	Düşük	45.2	1.56	16.3	17.6	6.2
	Orta	31.0	(1.17-2.09)	(6.2-26.4)		
	Yüksek	28.9				
	Toplam	35.1				
Semptom Sayısı 5 ve Üzeri	Düşük	54.6	1.48	17.7	14.5	6.2
	Orta	37.7	(1.16-1.88)	(7.3-28.1)		
	Yüksek	36.9				
	Toplam	43.1				
Kronik Hastalık (2 ve üzeri)	Düşük	41.2	1.08	3.1	2.9	1.1
	Orta	38.4	(0.83-1.41)	(-7.3-13.5)		
	Yüksek	38.1				
	Toplam	39.2				
Kalp Hastalığı	Düşük	10.4	1.11	1.0	11.9	1.3
	Orta	12.1	(0.58-2.11)	(-5.3-7.4)		
	Yüksek	9.3				
	Toplam	10.6				
Romatizmal Hastalık	Düşük	28.6	1.64	11.1	22.7	5.1
	Orta	21.6	(1.09-2.45)	(2.2-20.0)		
	Yüksek	17.4				
	Toplam	22.6				
Görme Kusuru	Düşük	27.2	0.70	-11.4	-19.2	-6.2
	Orta	31.4	(0.52-0.96)	(-21.4 - -1.5)		
	Yüksek	38.7				
	Toplam	32.4				

1. Yaş değişkeni, 45 yaş altı ile 45 yaş ve üzeri iki gruba bölünmüştür. Bütün hızlar ve diğer hesaplamalar, örneklemin yaş grubu ve cinsiyet dağılımı referans alınarak düzeltilmiştir.

2. Morbidite hızları, gelir düzeyi düşük 171 (%33.8), orta 166 (%32.8) ve yüksek 169 (%33.4) kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 5-24: Öğrenim Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).

Morbidite Göstergeleri	Öğrenim Düzeyi (n=562)	Morbidite Hızı ² (%)	Rölatif Risk (%95 GA)	Risk Farkı (Atfedilen Risk)(% (%95 GA))	Toplum İçin Atfedilen Risk (%)	Toplum İçin Atfedilen Risk (Mutlak Değer, Yüz Kişide)
SF-36 Genel Sağlık Puanı < Ortanca (< 65 puan)	Düşük	66.0	1.78	28.9	23.9	11.6
	Orta	48.4	(1.44-2.19)	(18.9-38.8)		
	Yüksek	37.1				
	Toplam	48.7				
SF-36 Ruh Sağlığı Puanı < Ortanca (<72 puan)	Düşük	61.7	1.47	19.7	11.8	5.6
	Orta	43.0	(1.20-1.79)	(9.5-29.8)		
	Yüksek	42.0				
	Toplam	47.7				
SF-36 Fizik. Fonk. Puanı < Ortanca (< 95 puan)	Düşük	56.2	1.73	23.7	17.5	6.9
	Orta	33.9	(1.36-2.20)	(13.7-33.8)		
	Yüksek	32.4				
	Toplam	39.3				
Algılanan Sağlık İyiden Kötü	Düşük	54.8	2.28	30.8	30.2	10.4
	Orta	30.4	(1.73-3.00)	(21.0-40.5)		
	Yüksek	24.1				
	Toplam	34.5				
Semptom Sayısı 5 ve Üzeri	Düşük	58.4	1.90	27.7	25.9	10.8
	Orta	40.4	(1.49-2.42)	(17.7-37.7)		
	Yüksek	30.7				
	Toplam	41.5				
Kronik Hastalık (2 ve üzeri)	Düşük	48.2	1.34	12.2	10.5	4.2
	Orta	38.7	(1.05-1.71)	(2.0-22.4)		
	Yüksek	36.0				
	Toplam	40.2				
Kalp Hastalığı	Düşük	12.9	2.67	8.1	53.7	5.6
	Orta	14.8	(1.30-5.50)	(2.0-14.1)		
	Yüksek	4.8				
	Toplam	10.4				
Romatizmal Hastalık	Düşük	37.7	2.41	22.0	33.2	7.8
	Orta	21.1	(1.66-3.48)	(12.9-31.1)		
	Yüksek	15.7				
	Toplam	23.4				
Görme Kusuru	Düşük	27.0	0.72	-10.6	-19.5	-6.2
	Orta	28.0	(0.53-0.98)	(-20.2 - -1.1)		
	Yüksek	37.7				
	Toplam	31.5				

1. Yaş değişkeni, 45 yaş altı ile 45 yaş ve üzeri iki gruba bölünmüştür. Bütün hızlar ve diğer hesaplamalar, örneklemin yaş grubu ve cinsiyet dağılımı referans alınarak düzeltilmiştir.

2. Morbidite hızları, öğrenim düzeyi düşük 151 (% 26.9), orta 193 (% 34.3) ve yüksek 218 (% 33.4) kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 5-25: Kasnakoğlu Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).

Morbidite Göstergeleri	Mesleki Prestij Düzeyi (n=562)	Morbidite Hızı ² (%)	Rölatif Risk (%95 GA)	Risk Farkı (Atfedilen Risk)(%) (%95 GA)	Toplum İçin Atfedilen Risk (%)	Toplum İçin Atfedilen Risk (Mutlak Değer, Yüz Kişide)
SF-36 Genel Sağlık Puanı < Ortanca (< 65 puan)	Düşük	56.0	1.40 (1.14 – 1.73)	16.1 (6.9 – 25.3)	18.7	9.2
	Orta	47.4				
	Yüksek	39.9				
	Toplam	49.1				
SF-36 Ruh Sağlığı Puanı < Ortanca (<72 puan)	Düşük	53.7	1.35 (1.10 – 1.67)	14.0 (4.8 – 23.2)	15.3	7.2
	Orta	41.9				
	Yüksek	39.7				
	Toplam	46.8				
SF-36 Fizik. Fonk. Puanı < Ortanca (< 95 puan)	Düşük	46.3	1.41 (1.10 – 1.79)	13.4 (4.4 – 22.4)	18.2	7.3
	Orta	37.5				
	Yüksek	33.0				
	Toplam	40.3				
Algılanan Sağlık İyiden Kötü	Düşük	40.4	1.54 (1.16 – 2.04)	14.1 (5.5 – 22.7)	23.1	7.9
	Orta	31.9				
	Yüksek	26.3				
	Toplam	34.2				
Semptom Sayısı 5 ve Üzeri	Düşük	51.2	1.52 (1.21 – 1.92)	17.6 (8.5 – 26.6)	19.8	8.3
	Orta	32.7				
	Yüksek	33.6				
	Toplam	42.0				
Kronik Hastalık (2 ve üzeri)	Düşük	42.3	1.04 (0.83 – 1.30)	1.6 (-7.6 – 10.8)	-3.2	-1.3
	Orta	29.7				
	Yüksek	40.7				
	Toplam	39.4				
Kalp Hastalığı	Düşük	15.3	2.70 (1.41 – 5.17)	9.6 (4.2 – 15.1)	44.5	4.6
	Orta	5.1				
	Yüksek	5.7				
	Toplam	10.2				
Romatizmal Hastalık	Düşük	28.9	1.59 (1.11 – 2.27)	10.7 (2.9 – 18.4)	22.4	5.2
	Orta	18.6				
	Yüksek	18.2				
	Toplam	23.4				
Görme Kusuru	Düşük	29.3	0.76 (0.59 – 0.99)	-9.2 (-18.0 – -0.3)	-14.9	-5.0
	Orta	35.5				
	Yüksek	38.5				
	Toplam	33.5				

1. Yaş değişkeni, 45 yaş altı ile 45 yaş ve üzeri iki gruba bölünmüştür. Bütün hızlar ve diğer hesaplamalar, örneklemin yaş grubu ve cinsiyet dağılımı referans alınarak düzeltilmiştir.

2. Morbidite hızları, mesleki prestij düzeyi düşük 272 (% 48.4), orta 106 (% 18.9) ve yüksek 184 (%32.7) kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 5-26: Kasnakoğlu Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş Aile Reisine Ait Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).

Morbidite Göstergeleri	Mesleki Prestij Düzeyi (n=562)	Morbidite Hızı ² (%)	Rölatif Risk (%95 GA)	Risk Farkı (Atfedilen Risk)(%) (%95 GA)	Toplum İçin Atfedilen Risk (%)	Toplum İçin Atfedilen Risk (Mutlak Değer, Yüz Kişide)
SF-36 Genel Sağlık Puanı < Ortanca (< 65 puan)	Düşük	56.5	1.34	14.3	14.3	7.3
	Orta	50.3	(1.09 – 1.64)	(4.5 – 24.1)		
	Yüksek	42.3				
	Toplam	49.5				
SF-36 Ruh Sağlığı Puanı < Ortanca (<72 puan)	Düşük	56.5	1.38	15.7	15.6	7.6
	Orta	48.3	(1.12 – 1.71)	(5.9 – 25.5)		
	Yüksek	40.8				
	Toplam	48.4				
SF-36 Fizik. Fonk. Puanı < Ortanca (< 95 puan)	Düşük	46.9	1.32	11.2	12.1	4.9
	Orta	39.3	(1.03 – 1.67)	(1.5 – 21.0)		
	Yüksek	35.6				
	Toplam	40.5				
Algılanan Sağlık İyiden Kötü	Düşük	42.2	1.61	15.9	22.9	7.8
	Orta	34.2	(1.21 – 2.14)	(6.6 – 25.3)		
	Yüksek	26.3				
	Toplam	34.1				
Semptom Sayısı 5 ve Üzeri	Düşük	52.2	1.45	16.3	15.5	6.6
	Orta	39.5	(1.15 – 1.83)	(6.5 – 26.0)		
	Yüksek	35.9				
	Toplam	42.5				
Kronik Hastalık (2 ve üzeri)	Düşük	42.7	1.05	2.2	-2.2	-0.9
	Orta	35.3	(0.83 – 1.33)	(-7.6 – 12.0)		
	Yüksek	40.5				
	Toplam	39.6				
Kalp Hastalığı	Düşük	15.2	1.74	6.5	18.6	2.0
	Orta	8.2	(1.00 – 3.04)	(0.0 – 12.9)		
	Yüksek	8.7				
	Toplam	10.7				
Romatizmal Hastalık	Düşük	27.2	1.39	7.7	16.4	3.8
	Orta	23.7	(0.97 – 2.01)	(-0.7 – 16.0)		
	Yüksek	19.5				
	Toplam	23.4				
Görme Kusuru	Düşük	28.2	0.71	-11.6	-23.3	-7.5
	Orta	27.9	(0.53 – 0.94)	(-20.9 – -2.2)		
	Yüksek	39.8				
	Toplam	32.3				

1. Yaş değişkeni, 45 yaş altı ile 45 yaş ve üzeri iki gruba bölünmüştür. Bütün hızlar ve diğer hesaplamalar, örneklemin yaş grubu ve cinsiyet dağılımı referans alınarak düzeltilmiştir.

2. Morbidite hızları, mesleki prestij düzeyi düşük 189 (% 33.6), orta 172 (% 30.6) ve yüksek 201 (% 35.8) kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 5-27: Treiman Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).

Morbidite Göstergeleri	Mesleki Prestij Düzeyi (n=562)	Morbidite Hızı ² (%)	Rölatif Risk (%95 GA)	Risk Farkı (Atfedilen Risk)(%) (%95 GA)	Toplum İçin Atfedilen Risk (%)	Toplum İçin Atfedilen Risk (Mutlak Değer, Yüz Kişide)
SF-36 Genel Sağlık Puanı < Ortanca (< 65 puan)	Düşük	60.3	1.52	20.7	19.2	9.4
	Orta	42.3	(1.23 – 1.87)	(11.1 – 30.2)		
	Yüksek	39.7				
	Toplam	49.1				
SF-36 Ruh Sağlığı Puanı < Ortanca (<72 puan)	Düşük	58.1	1.47	18.5	16.9	8.0
	Orta	40.4	(1.19 – 1.81)	(8.9 – 28.1)		
	Yüksek	39.6				
	Toplam	47.6				
SF-36 Fizik. Fonk. Puanı < Ortanca (< 95 puan)	Düşük	43.2	1.25	8.7	12.5	4.9
	Orta	39.2	(0.97 – 1.61)	(-0.8 – 18.1)		
	Yüksek	34.5				
	Toplam	39.4				
Algılanan Sağlık İyiden Kötü	Düşük	42.6	1.46	13.4	15.7	5.4
	Orta	28.3	(1.11 – 1.92)	(4.2 – 22.6)		
	Yüksek	29.2				
	Toplam	34.7				
Semptom Sayısı 5 ve Üzeri	Düşük	54.2	1.52	18.6	15.5	6.5
	Orta	30.4	(1.21 – 1.92)	(9.1 – 28.1)		
	Yüksek	35.6				
	Toplam	42.1				
Kronik Hastalık (2 ve üzeri)	Düşük	39.8	1.01	-0.5	-0.5	-0.2
	Orta	37.8	(0.80 – 1.29)	-9.0 – -10.0)		
	Yüksek	39.3				
	Toplam	39.1				
Kalp Hastalığı	Düşük	12.6	2.11	6.6	41.8	4.3
	Orta	11.6	(1.07 – 4.15)	(1.1 – 12.1)		
	Yüksek	6.0				
	Toplam	10.2				
Romatizmal Hastalık	Düşük	29.6	1.70	12.2	26.0	6.1
	Orta	21.1	(1.17 – 2.48)	(4.1 – 20.2)		
	Yüksek	17.4				
	Toplam	23.5				
Görme Kusuru	Düşük	25.5	0.63	-15.2	-27.0	-8.6
	Orta	32.3	(0.47 – 0.83)	(-24.3 – -6.1)		
	Yüksek	40.7				
	Toplam	32.0				

1. Yaş değişkeni, 45 yaş altı ile 45 yaş ve üzeri iki gruba bölünmüştür. Bütün hızlar ve diğer hesaplamalar, örneklemin yaş grubu ve cinsiyet dağılımı referans alınarak düzeltilmiştir.

2. Morbidite hızları, mesleki prestij düzeyi düşük 238 (% 42.4), orta 148 (% 26.3) ve yüksek 176 (% 31.3) kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 5-28: Treiman Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş Aile Reisine Ait Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).

Morbidite Göstergeleri	Mesleki Prestij Düzeyi (n=562)	Morbidite Hızı ² (%)	Rölatif Risk (%95 GA)	Risk Farkı (Atfedilen Risk)(%) (%95 GA)	Toplum İçin Atfedilen Risk (%)	Toplum İçin Atfedilen Risk (Mutlak Değer, Yüz Kişide)
SF-36 Genel Sağlık Puanı < Ortanca (< 65 puan)	Düşük	60.0	1.39	16.8	13.1	6.5
	Orta	44.8	(1.14 – 1.70)	(7.0 – 26.6)		
	Yüksek	43.2				
	Toplam	49.6				
SF-36 Ruh Sağlığı Puanı < Ortanca (<72 puan)	Düşük	60.2	1.55	21.3	20.0	9.7
	Orta	45.9	(1.25 – 1.91)	(11.5 – 31.0)		
	Yüksek	38.9				
	Toplam	48.7				
SF-36 Fizik. Fonk. Puanı < Ortanca (< 95 puan)	Düşük	39.2	1.05	1.8	7.2	2.9
	Orta	44.7	(0.81 – 1.35)	(-7.9 – -11.5)		
	Yüksek	37.4				
	Toplam	40.3				
Algılanan Sağlık İyiden Kötü	Düşük	40.8	1.46	12.9	18.5	6.3
	Orta	33.4	(1.10 – 1.95)	(3.5 – 22.3)		
	Yüksek	27.9				
	Toplam	34.2				
Semptom Sayısı 5 ve Üzeri	Düşük	57.6	1.55	20.3	11.7	4.9
	Orta	29.9	(1.24 – 1.93)	(10.6 – 30.1)		
	Yüksek	37.3				
	Toplam	42.2				
Kronik Hastalık (2 ve üzeri)	Düşük	35.5	0.88	-5.0	-1.9	-0.7
	Orta	43.8	(0.68 – 1.13)	(-14.7 – 4.7)		
	Yüksek	40.5				
	Toplam	39.7				
Kalp Hastalığı	Düşük	9.6	1.18	1.4	23.5	2.5
	Orta	14.5	(0.62 – 2.24)	(-4.2 – 7.1)		
	Yüksek	8.1				
	Toplam	10.6				
Romatizmal Hastalık	Düşük	27.7	1.54	9.7	22.5	5.2
	Orta	23.8	(1.05 – 2.24)	(1.4 – 17.9)		
	Yüksek	18.0				
	Toplam	23.2				
Görme Kusuru	Düşük	24.1	0.60	-16.1	-25.2	-8.1
	Orta	32.7	(0.44 – 0.81)	(-25.3 – -6.9)		
	Yüksek	40.2				
	Toplam	32.1				

1. Yaş değişkeni, 45 yaş altı ile 45 yaş ve üzeri iki gruba bölünmüştür. Bütün hızlar ve diğer hesaplamalar, örneklemin yaş grubu ve cinsiyet dağılımı referans alınarak düzeltilmiştir.

2. Morbidite hızları, mesleki prestij düzeyi düşük 200 (% 35.6), orta 175 (% 31.1) ve yüksek 187 (% 33.3) kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Beyan edilen geçim durumu ve otomobil sahipliği ile sağlık düzeyi arasındaki ilişki diğer sosyoekonomik göstergelerle saptanan ilişkiden daha zayıftır. Ancak yine de algılanan sağlık ve semptom sayısı göstergeleri, her iki parametre ile belirlenen sosyoekonomik düzeylerle belirgin ilişki göstermektedir (Tablo 5-29 ve Tablo 5-30).

Lojistik Regresyon Modelinde Sosyoekonomik Düzey Morbidite İlişkisi:

Sosyoekonomik düzey, cinsiyet, yaş ve medeni durumun bağımsız kategorik değişkenler, morbidite varlığının bağımlı dikotom değişken olduğu lojistik regresyon modelleri oluşturulduğunda; sosyoekonomik düzeyin morbiditeyi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği görülmektedir. Düşük öğrenim düzeyine sahip olan grup, yüksek öğrenim düzeyine sahip olan gruba göre sağlığını 4.02 kat daha kötü algılamaktadır. Bu değer yaş grubu, cinsiyet ve medeni durumun algılanan sağlığa etkisi arındırıldıktan sonra, öğrenim düzeyinin salt kendi etkisi olarak değerlendirilir. Öğrenim düzeyi, kronik hastalık dışında bütün morbidite durumlarını etkilemektedir. En çok etkilediği algılanan sağlıktır. Orta öğrenim düzeyi tahmini rölatif riskleri, genel sağlık ile ilgili morbidite durumu dışında anlamlı değildir. Genel sağlık skalasından ortanca değer altındaki puan alanların oranı, orta öğrenim düzeyine sahip grupta, yüksek öğrenim düzeyine sahip gruptan 1.66 kat daha fazladır (Tablo 5-31)

Tablo 5-32, gelir düzeyi, morbidite ilişkisinde, düşük gelir düzeyine sahip olanların, yüksek gelir düzeyindekilere göre 1.76 ile 2.39 kat daha fazla morbiditeye sahip olduklarını göstermektedir. Gelir düzeyleri arasında kronik hastalık morbiditesi için bir fark bulunmamıştır. Yine orta öğrenim düzeyindekilerin morbidite açısından yüksek öğrenimlilerden farklı olmadığı görülmektedir.

Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksinden türetilen katılımcılara ait mesleki prestij düzeylerinde, kronik hastalık dışında, yüksek ve düşük prestij düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı morbidite farklılıkları saptanmıştır. Orta ve yüksek prestij düzeyleri arasında fark bulunmamıştır (Tablo 5-33).

Tablo 5-29: Beyan Edilen Geçim Durumu Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).

Morbidite Göstergeleri	Geçim Durumu Düzeyi (n=560)	Morbidite Hızı ² (%)	Rölatif Risk (%95 GA)	Risk Farkı (Atfedilen Risk)(%) (%95 GA)	Toplum İçin Atfedilen Risk (%)	Toplum İçin Atfedilen Risk (Mutlak Değer, Yüz Kişide)
SF-36 Genel Sağlık Puanı	Düşük	57.0	1.26	11.8	7.8	3.8
	Orta	49.9	(0.99 - 1.61)	(-1.3-24.9)		
	Yüksek	45.3				
< Ortanca (< 65 puan)	Toplam	49.1				
SF-36 Ruh Sağlığı Puanı	Düşük	44.9	1.01	0.3	7.3	3.5
	Orta	51.8	(0.75-1.35)	(-12.9 - 13.4)		
	Yüksek	44.6				
< Ortanca (<72 puan)	Toplam	48.2				
SF-36 Fizik. Fonk. Puanı	Düşük	52.3	1.42	15.4	8.3	3.4
	Orta	39.6	(1.07 - 1.87)	(2.3 - 28.5)		
	Yüksek	36.9				
< Ortanca (< 95 puan)	Toplam	40.2				
Algılanan Sağlık İyiden Kötü	Düşük	42.3	1.53	14.7	17.9	6.0
	Orta	36.0	(1.09 - 2.16)	(1.9 - 27.4)		
	Yüksek	27.6				
	Toplam	33.6				
Semptom Sayısı 5 ve Üzeri	Düşük	53.1	1.51	17.9	16.0	6.7
	Orta	44.1	(1.14 - 2.00)	(4.9 - 31.0)		
	Yüksek	35.2				
	Toplam	41.9				
Kronik Hastalık (2 ve üzeri)	Düşük	40.6	1.20	6.8	14.6	5.8
	Orta	43.9	(0.86 - 1.68)	(-6.0 - 19.7)		
	Yüksek	33.8				
	Toplam	39.6				
Kalp Hastalığı	Düşük	15.1	1.52	5.2	6.8	0.7
	Orta	10.0	(0.78 - 2.99)	(-3.9 - 14.3)		
	Yüksek	9.9				
	Toplam	10.6				
Romatizmal Hastalık	Düşük	32.7	2.28	18.4	37.6	8.7
	Orta	27.3	(1.44 - 3.62)	(6.7 - 30.0)		
	Yüksek	14.4				
	Toplam	23.0				
Görme Kusuru	Düşük	29.8	0.99	-0.3	5.5	1.8
	Orta	33.9	(0.66 - 1.48)	(-12.4 - 11.8)		
	Yüksek	30.2				
	Toplam	31.9				

Yaş değişkeni, 45 yaş altı ile 45 yaş ve üzeri iki gruba bölünmüştür. Bütün hızlar ve diğer hesaplamalar, örneklemin yaş grubu ve cinsiyet dağılımı referans alınarak düzeltilmiştir. Morbidite hızları, geçim durumu düzeyi düşük 74 (% 13.2), orta 271 (% 48.4) ve yüksek 215 (% 38.4) kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 5-30: Hanenin Otomobile Sahip Olma Durumu İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).

Morbidite Göstergeleri	Otomobil Sahipliği (n=561)	Morbidite Hızı ² (%)	Rölatif Risk (%95 GA)	Risk Farkı (Atfedilen Risk)(% (%95 GA))	Toplum İçin Atfedilen Risk (%)	Toplum İçin Atfedilen Risk (Mutlak Değer, Yüz Kişide)
SF-36 Genel Sağlık Puanı < Ortanca (< 65 puan)	Yok Var Toplam	55.6 42.7 49.1	1.30 1.10 - 1.55)	12.9 (4.7 - 21.1)	13.1	6.4
SF-36 Ruh Sağlığı Puanı < Ortanca (<72 puan)	Yok Var Toplam	52.1 44.2 48.2	1.18 (0.99 - 1.40)	7.9 (-0.3 - 16.1)	8.2	3.9
SF-36 Fizik. Fonk. Puanı < Ortanca (< 95 puan)	Yok Var Toplam	42.1 38.5 40.3	1.09 (0.89 - 1.34)	3.6 (-4.5 - 11.7)	4.5	1.8
Algılanan Sağlık İyiden Kötü	Yok Var Toplam	39.8 27.7 33.7	1.44 (1.14 - 1.83)	12.2 (4.4 - 19.9)	18	6.1
Semptom Sayısı 5 ve Üzeri	Yok Var Toplam	47.9 36.5 42.2	1.31 (1.08 - 1.59)	11.3 (3.2 - 19.4)	13.4	5.6
Kronik Hastalık (2 ve üzeri)	Yok Var Toplam	37.8 41.1 39.4	0.92 (0.75 - 1.13)	-3.3 (-11.4 - 4.8)	-4.2	-1.6
Kalp Hastalığı	Yok Var Toplam	10.4 10.8 10.6	0.96 (0.60 - 1.56)	-0.4 (-5.5 - 4.7)	-1.8	-0.2
Romatizmal Hastalık	Yok Var Toplam	22.9 23.2 23.1	0.99 (0.73 - 1.34)	-0.3 (-7.2 - 6.7)	-0.5	-0.1
Görme Kusuru	Yok Var Toplam	32.4 31.0 31.7	1.05 (0.82 - 1.33)	1.4 (-6.3 - 9.1)	2.3	0.7

Yaş değişkeni, 45 yaş altı ile 45 yaş ve üzeri iki gruba bölünmüştür. Bütün hızlar ve diğer hesaplamalar, örneklemin yaş grubu ve cinsiyet dağılımı referans alınarak düzeltilmiştir. Morbidite hızları, hanede otomobili olmayan 280 (% 49.9), otomobili olan 281 (% 50.1) kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 5-31: Öğrenim Düzeyi, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durum Değişkenlerini İçeren Lojistik Regresyon Modelinde, Morbidite Göstergelerine Ait Tahmini Rölatif Riskler (Çankaya, 1999).

		MORBİDİTE GÖSTERGELERİ						
	<i>n</i> (562)	SF-36 Gen.Sağlık <65 puan	SF-36 Ruh. Sağlık <72 puan	SF-36 Fiz. Fonk. <95 puan	Algılanan Sağlık (kötü)	5 ve üzeri semptom	2 ve üzeri kronik hast.	
Öğrenim Düzeyleri	Yüksek	218	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Orta	193	1.61 (1.08-2.41)	0.99 (0.66-1.47)	0.88 (0.55-1.44)	1.56 (0.99-2.47)	1.38 (0.91-2.11)	1.02 (0.66-1.58)
	Düşük	151	3.39 (2.13-5.40)	2.23 (1.42-3.49)	2.52 (1.52-4.16)	4.02 (2.47-6.54)	3.03 (1.89-4.85)	1.37 (0.86-2.20)
Cinsiyet	Erkek	250	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Kadın	312	1.29 (0.89-1.86)	1.06 (0.74-1.52)	3.27* (2.10-5.09)	1.41 (0.94-2.11)	1.82 (1.25-2.66)	2.51 (1.68-3.74)
Yaş Grupları	25-44	286	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	45-64	219	1.17 (0.80-1.73)	1.04 (0.71-1.52)	2.81 (1.82-4.32)	1.58 (1.04-2.41)	1.04 (0.70-1.56)	2.56 (1.70-3.85)
	65+	57	1.97 (1.00-3.87)	1.01 (0.54-1.90)	13.23 (5.65-30.98)	2.47 (1.27-4.79)	2.11 (1.07-4.15)	6.78 (3.36-13.68)
Medeni Durum	Bekar	79	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	
	Evli	412	0.88 (0.52-1.49)	1.02 (0.60-1.71)	4.88 (2.05-11.58)	0.95 (0.52-1.76)	0.81 (0.47-1.39)	1.27 (0.69-2.30)
	Dul / Boşanm	71	1.65 (0.78-3.49)	1.61 (0.78-3.33)	8.19 (2.94-22.84)	1.64 (0.74-3.66)	1.97 (0.92-4.21)	1.59 (0.72-3.52)
R ²		0.092	0.040	0.274	0.123	0.118	0.144	
Model ²		54.097	22.862	179.906	73.767	70.578	87.497	
p		0.0000	0.0018	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	

Aile reisine ait Treiman Mesleki Prestij Skalası puanlarından türetilen prestij düzeyleri arasında, kronik hastalık morbiditesi yanı sıra fiziksel fonksiyonellikle ilgili morbiditede de fark bulunmamıştır. Ruhsal sağlıkla ilgili morbidite için düşük ve yüksek prestij düzeyleri arasındaki fark, diğer

sosyoekonomik parametrelerin belirlediği farktan daha yüksektir (Tablo 5-34).

Tablo 5-32: Gelir Düzeyi, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durum Değişkenlerini İçeren Lojistik Regresyon Modelinde, Morbidite Göstergelerine Ait Tahmini Rölatif Riskler (Çankaya, 1999).

	N (506)	SF-36 Gen.Sağlık <65 puan	SF-36 Ruh. Sağlık <72 puan	SF-36 Fiz. Fonk. <95 puan	Algılanan Sağlık (kötü)	5 ve üzeri semptom	2 ve üzeri kronik hast.
Gelir Düzeyleri							
Yüksek	169	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Orta	166	1.05 (0.66-1.65)	0.99 (0.64-1.54)	1.27 (0.75-2.16)	1.14 (0.69-1.86)	1.15 (0.72-1.84)	1.05 (0.65-1.71)
Düşük	171	2.07 (1.32-3.26)	1.76 (1.13-2.74)	1.81 (1.07-3.04)	2.12 (1.32-3.41)	2.39 (1.50-3.80)	1.15 (0.72-1.86)
Cinsiyet							
Erkek	219	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Kadın	287	1.49 (1.02-2.18)	1.09 (0.75-1.59)	3.52 (2.24-5.55)	1.55 (1.03-2.33)	1.74 (1.18-2.57)	2.60 (1.72-3.94)
Yaş Grupları							
25-44	257	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
45-64	199	1.30 (0.87-1.95)	1.10 (0.74-1.64)	2.94 (1.88-4.61)	1.76 (1.15-2.70)	1.10 (0.73-1.67)	2.52 (1.64-3.87)
65+	50	2.39 (1.19-4.83)	1.07 (0.57-2.06)	13.98 (5.79-33.72)	3.06 (1.56-6.04)	2.32 (1.16-4.67)	5.73 (2.79-11.75)
Medeni Durum							
Bekar	73	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Evli	369	1.18 (0.68-2.06)	1.32 (0.76-2.28)	6.17 (2.46-15.43)	1.22 (0.65-2.30)	0.93 (0.53-1.64)	1.26 (0.68-2.33)
Dul / Boşanmış	64	2.40 (1.09-5.28)	2.40 (1.12-5.14)	11.85 (3.99-35.14)	2.19 (0.98-4.94)	2.67 (1.20-5.92)	1.82 (0.80-4.13)
R ²		0.076	0.034	0.259	0.088	0.101	0.132
Model ²		40.203	17.670	151.635	46.493	53.799	71.619
p		0.0000	0.0135	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

Tablo 5-33: Kasnaoğlu-Erdil Mesleki Prestij Skalası Kullanılarak Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durum Değişkenlerini İçeren Lojistik Regresyon Modelinde, Morbidite Göstergelerine Ait Tahmini Rölatif Riskler (Çankaya, 1999).

	N (562)	SF-36 Gen.Sağlık <65 puan	SF-36 Ruh. Sağlık <72 puan	SF-36 Fiz. Fonk. <95 puan	Algılanan Sağlık (kötü)	5 ve üzeri semptom	2 ve üzeri kronik hast.
Mesleki Prestij Düzeyi							
Yüksek	184	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Orta	106	1.43 (0.87-2.36)	1.22 (0.75-1.99)	1.23 (0.68-2.23)	1.40 (0.80-2.43)	1.05 (0.61-1.80)	0.48 (0.27-0.86)
Düşük	272	1.99 (1.33-2.98)	1.83 (1.23-2.71)	1.79 (1.13-2.85)	1.91 (1.24-2.96)	2.21 (1.46-3.36)	1.01 (0.66-1.54)
Cinsiyet							
Erkek	250	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Kadın	312	1.31 (0.90-1.90)	1.02 (0.70-1.47)	3.02 (1.92-4.74)	1.48 (0.98-2.22)	1.68 (1.14-2.47)	2.34 (1.55-3.53)
Yaş Grupları							
25-44	286	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
45-64	219	1.32 (0.90-1.94)	1.16 (0.79-1.69)	3.10 (2.02-4.75)	1.79 (1.19-2.70)	1.18 (0.79-1.76)	2.61 (1.73-3.93)
65+	57	2.51 (1.30-4.84)	1.26 (0.68-2.33)	15.86 (6.87-36.59)	3.31 (1.75-6.25)	2.62 (1.35-5.06)	6.96 (3.49-13.89)
Medeni Durum							
Bekar	79	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Evli	412	1.03 (0.62-1.74)	1.12 (0.67-1.87)	5.46 (2.32-12.83)	1.22 (0.67-2.22)	0.92 (0.54-1.57)	1.34 (0.74-2.44)
Dul / Boşanmış	71	1.88 (0.89-3.96)	1.73 (0.84-3.57)	9.00 (3.26-24.89)	1.99 (0.91-4.33)	2.22 (1.04-4.74)	1.70 (0.76-3.77)
R ²		0.066	0.029	0.257	0.083	0.110	0.153
Model ²		38.128	16.746	167.142	43.760	63.302	93.348
p		0.0000	0.0191	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

Tablo 5-34: Hane Reisine Ait Treiman Mesleki Prestij Skalası Kullanılarak Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durum Değişkenlerini İçeren Lojistik Regresyon Modelinde, Morbidite Göstergelerine Ait Tahmini Rölatif Riskler (Çankaya, 1999).

	N (562)	SF-36 Gen.Sağlık <65 puan	SF-36 Ruh. Sağlık <72 puan	SF-36 Fiz. Fonk. <95 puan	Algılanan Sağlık (kötü)	5 ve üzeri semptom	2 ve üzeri kronik hast.
Mesleki Prestij Düzeyi							
Yüksek	187	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Orta	175	1.13 (0.74-1.73)	1.36 (0.89-2.08)	1.58 (0.97-2.57)	1.38 (0.87-2.20)	0.73 (0.46-1.16)	1.20 (0.77-1.89)
Düşük	200	2.00 (1.32-3.04)	2.38 (1.58-3.61)	1.05 (0.65-1.71)	1.83 (1.17-2.87)	2.35 (1.53-3.61)	0.76 (0.48-1.19)
Cinsiyet							
Erkek	250	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Kadın	312	1.55 (1.09-2.22)	1.21 (0.85-1.72)	3.55 (2.31-5.45)	1.73 (1.17-2.55)	2.25 (1.54-3.28)	2.60 (1.75-3.86)
Yaş Grupları							
25-44	286	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
45-64	219	1.34 (0.91-1.96)	1.20 (0.82-1.76)	2.99 (1.95-4.57)	1.80 (1.19-2.71)	1.24 (0.82-1.85)	2.58 (1.72-3.89)
65+	57	2.71 (1.40-5.21)	1.41 (0.76-2.61)	16.63 (7.21-38.36)	3.57 (1.89-6.75)	2.97 (1.53-5.79)	7.43 (3.71-14.88)
Medeni Durum							
Bekar	79	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Evli	412	1.13 (0.68-1.90)	1.19 (0.71-1.99)	5.99 (2.54-14.10)	1.32 (0.73-2.39)	1.07 (0.62-1.84)	1.35 (0.74-2.44)
Dul / Boşanmış	71	1.73 (0.82-3.65)	1.53 (0.74-3.18)	9.90 (3.57-27.45)	1.88 (0.86-4.11)	1.96 (0.91-4.23)	1.82 (0.82-4.04)
R ²		0.067	0.044	0.254	0.080	0.129	0.147
Model ²		38.754	25.128	164.894	47.123	77.743	89.368
p		0.0000	0.0007	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

Bağımlı değişkenin dikotom morbidite değişkeni olduğu bu lojistik regresyon modellerinin açıklayıcılıkları düşük düzeydedir. Bağımlı değişkendeki varyansın en iyi, fiziksel fonksiyonelliğin belirlendiği modellerde açıklandığı görülmektedir. Bu modellerde R^2 yaklaşık %35 civarındadır. Fiziksel fonksiyonellikle ilgili morbiditenin belirlenmesinde, cinsiyet, yaş grubu ve medeni durum önemli etki yapmaktadır.

5.4. Katılımcıların Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Bulgular

Katılımcıların % 26'sı son 4 hafta içinde sağlık sorunları nedeniyle bir sağlık kurumuna (eczane de dahil) başvurmuşlardır (Tablo 5-35). Sağlık kurumuna başvuruların %84.3'ü bir kez, %12.3'ü iki kez, %3.4'ü ise üç kezden fazla başvuruda bulunmuşlardır. Son 4 hafta içinde üçten fazla hizmet alan 5 katılımcıdan ikisi diyalize bağımlı hastalardır. Bu iki katılımcıdan biri 5 kez diğer katılımcı 12 kez diyalize girmiştir. Diğer 3 katılımcı üçer kez sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır. Bu üç katılımcıdan biri fizik tedavi seanslarına devam etmektedir, diğer ikisi birden fazla nedenden dolayı üçer kez başvurmuştur. SSK diyaliz ünitesine yapılan 5 diyaliz başvurusu, özel bir hastaneye yapılan 12 diyaliz başvurusu ve özel bir fizik tedavi merkezine yapılan 3 başvuru tedavinin bir parçası olarak kabul edilerek, birer başvuru olarak alındığında ortalama başvuru sayısı (başvuruda bulunanlar için) 1.15 olarak hesaplanmıştır (Tablo 5-36). Üç eczane başvurusu hariç tutulursa son 4 hafta içinde hekime başvuru sayısının 165 olduğu saptanmıştır (Tablo 5-37). Beşyüz altmış iki kişilik örneklem popülasyonunda bir aylık sürede 165 hekime başvuru olması durumunda, bir yıllık sürede (165x12) 1980 başvurunun olması beklenir. Buradan yola çıkarak, bu örneklem popülasyonu için kişi başına beklenen yıllık hekime başvuru sayısı (1980/562) 3.52 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 5-37, katılımcıların, son 4 hafta içindeki toplam başvurularının hangi kurum veya kişilere yapıldığının dağılımını vermektedir. Toplam 168 sağlıkla ilgili başvurunun %19.6'sı fakülte hastanesi polikliniklerine, %13.1'i devlet hastanesi polikliniklerine ve yine %13.1'i özel uzman hekimlere yapılmıştır. Sağlık ocakları %5.4 ile sekizinci sıradadır.

Tablo 5-35: Katılımcıların Son 4 Hafta İçinde Sağlıkları İle İlgili Olarak Herhangi Bir Kurum veya Kişiye Başvuru Durumları (Çankaya, 1999).

Başvuru Durumu	Sayı	%
Başvuru var	146	26.0
Başvuru yok	416	74.0
Toplam	562	100.0

Tablo 5-36: Katılımcılardan Son 4 Hafta İçinde Sağlıkla İlgili Başvuruda Bulunanların Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).

Başvuru Sayısı	Sayı	%
1	123	84.3
2	18	12.3
3+	5	3.4
Toplam	146	100.0

Ortalama (n=146)² 1.15
Stand. Sapma² 0.40
En büyük değer² 3

Beklenen yıllık ortalama kişi başına hekime başvuru sayısı (n=562)³ 3.52

¹ Diyaliz hastası 2 katılımcıdan biri 5 kez diğer katılımcı 12 kez diyalize girmiştir. Diğer 3 katılımcı üçer kez sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır. Bu katılımcılardan biri fizik tedavi seanslarına devam etmektedir, diğer ikisi birden fazla nedenden dolayı üçer kez başvurmuştur.

² SSK diyaliz ünitesine yapılan 5 diyaliz başvurusu, Bayındır Hastanesine yapılan 12 diyaliz başvurusu ve özel bir fizik tedavi merkezine yapılan 3 başvuru, 1'er başvuru olarak kabul edilmiştir.

³ Eczaneye yapılan 3 başvuru değerlendirme dışı tutulmuştur.

Başvuruların %19.6'sı dolaşım sistemi hastalıkları ile ilgilidir. Onu %16.1 ile kas iskelet sistemi hastalıkları izlemektedir. Sadece kontrol (check-up) amacıyla yapılan başvurular, toplam başvuruların %3.6'sını oluşturmaktadır (Tablo 5-38).

Son 4 hafta içinde sağlık hizmeti almayan 416 katılımcıdan %16.6'sının (69 kişi) sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Tablo 5-39). İhtiyacı olduğu halde hizmet kullanmayan katılımcılardan %34.8'i zamanlarının olmadığını, %31.9'u ihmal ettikleri için sağlık kurumuna başvurmadıklarını belirtmiştir. İhtiyacı olduğunu ifade ettiği halde hizmet

kullanmayan katılımcıların %14.5'i maddi olanakları elvermediği için hizmet kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Götürecek kimsesi olmayanların oranı ise %2.9'dur (Tablo 5-40).

Tablo 5-37: Katılımcıların Son 4 Hafta İçindeki Toplam Başvuru Sayılarının Başvurulan Kişi ve Kurumlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).

Başvurulan Kişi ve Kurumlar	Sayı	%
Fakülte hastanesi polikliniği	33	19.6
Devlet hastanesi polikliniği	22	13.1
Özel uzman doktor	22	13.1
SSK hastanesi polikliniği ¹	20	11.9
Özel poliklinik	19	11.3
Kurum hekimi ²	14	8.3
Özel hastane polikliniği ¹	10	5.9
Sağlık ocağı	9	5.4
Özel dal hastanesi	7	4.2
Askeri hastane	6	3.6
Eczane	3	1.8
Acil servis	2	1.2
Özel fizik tedavi merkezi ¹	1	0.6
Toplam	168	100.0

¹ SSK diyaliz ünitesine yapılan 5 diyaliz başvurusu, Bayındır Hastanesine yapılan 12 diyaliz başvurusu ve özel bir fizik tedavi merkezine yapılan 3 başvuru, 1 'er başvuru olarak kabul edilmiştir.

² TCDD Hastanesine yapılan bir başvuru da bu grupta değerlendirilmiştir.

Son bir yıl içinde, 47 katılımcı (%8.4) hastanede yatmıştır. Son bir yıl içinde hastanede iki veya daha fazla sayıda yatan 5 katılımcı bulunmaktadır (Tablo 5-41 ve Tablo 5-42). Son bir yıl içinde hastanede yatanların ortalama yatış gün sayısı, 7.7 gündür (Tablo 5-43). Yatılan hastaneler içinde, fakülte hastaneleri ve özel hastaneler ilk iki sırada gelmektedir. Son bir yıl içinde hastanede yatan katılımcıların %38.3'ü, fakülte hastanelerinde, %34'ü özel hastanelerde yatmışlardır (Tablo 5-44). Hastane yatış nedenleri sıralandığında, ilk üç neden, ICD-10 hastalık kategorilerine göre % 21.3 ile genitoüriner sistem hastalıkları, %19.2 ile dolaşım sistemi hastalıkları ve %14.9 ile normal doğumun dahil olduğu, gebelik, doğum ve lohusalık komplikasyonlarıdır (Tablo 5-45).

Tablo 5-38: Son 4 Hafta İçindeki Toplam Başvuruların İlişkili Olduğu ICD-10 Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Kategorilerine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).

ICD-10 Kategorileri	Sayı	%
Dolaşım Sistemi Hastalıkları ¹	33	19.6
Kas-iskelet Sistemi ve Bağ Dokusu Hastalıkları ²	27	16.1
Solunum Sistemi Hastalıkları ³	18	10.7
Genitoüriner Sistem Hastalıkları ⁴	16	9.5
Endokrin ve Metabolik Hastalıklar, Beslenme Yetersizlikleri ⁵	14	8.3
İyi Tanımlanamamış Durumlar, Spesifik Olmayan Semptomlar	13	7.7
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları ⁶	11	6.5
Deri ve Derialtı Dokusu Hastalıkları ⁷	11	6.5
Sindirim Sistemi Hastalıkları ⁸	6	3.6
Yaralanma ve Zehirlenmeler	4	2.4
İnfeksiyöz ve Parazitik Hastalıklar ⁹	3	1.8
Ruhsal Bozukluklar ¹⁰	3	1.8
Gebelik, Doğum ve Lohusalık Komplikas. (Normal gebelik dahil)	3	1.8
Check-up amacıyla yapılan başvurular	6	3.6
Toplam	168	100.0

¹ Altı başvuru reçete repetesi için, 6 başvuru da kontrol amacıyla yapılmıştır. Ayrıca bir başvuru kan basıncı ölçtürmek için eczaneye yapılmıştır.

² Bir başvuru reçete repetesi için, 2 başvuru da kontrol amacıyla yapılmıştır.

³ Bir başvuru reçete repetesi için yapılmıştır.

⁴ Bir başvuru reçete repetesi için, 1 başvuru da kontrol amacıyla yapılmıştır.

⁵ Bir başvuru reçete repetesi için, 8 başvuru da kontrol amacıyla yapılmıştır.

⁶ Bir başvuru kontrol amacıyla yapılmıştır.

⁷ Bir başvuru reçete repetesi için yapılmıştır.

⁸ Bir başvuru reçete repetesi için, 1 başvuru da kontrol amacıyla yapılmıştır.

⁹ Bir başvuru eczaneye yapılmıştır.

¹⁰ Bir başvuru eczaneye yapılmıştır.

Tablo 5-39: Son 4 hafta içinde Sağlık Hizmeti Kullanmayanların Bu Süre İçerisinde Sağlık Hizmetine İhtiyaç Duyma Durumu (Çankaya, 1999).

Sağlık Hizmetine İhtiyaç Duyma Boyutu	Sayı	%
İhtiyacı olanlar	69	16.6
İhtiyacı olmayanlar	347	83.4
Toplam	416	100.0

Tablo 5-40: Son 4 Hafta İçinde İhtiyacı Olmasına Rağmen Sağlık Hizmeti Kullanmayanların, Kullanmama Nedenleri (Çankaya, 1999).

Sağlık Hizmeti Kullanmama Nedenleri	Sayı	%
Zamanı olmadığı için	24	34.8
İhmal / önemsememe	22	31.9
Parası olmadığı için	10	14.5
İşlemlerden, kuyruklardan sıkıldığı için	8	11.6
Doktora gitmeyi sevmediği için	3	4.3
Götürecek kimsesi olmadığı için	2	2.9
Toplam	69	100.0

Tablo 5-41: Katılımcıların Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatma Durumu (Çankaya, 1999).

Hastanede Yatma Boyutu	Sayı	%
Yatan	47	8.4
Yatmayan	515	91.6
Toplam	562	100.0

Tablo 5-42: Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatanların, Yatış Sayıları (Çankaya, 1999).

Hastanede Yatış Sayısı	Sayı	%
1 kez	42	89.4
2 kez	4	8.5
3 kez	1	2.1
Toplam	47	100.0

Tablo 5-43: Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatanların Toplam Yatış Süreleri (Çankaya, 1999).

Yatış Süresi (Gün)	Sayı	%
1 - 3 gün	18	38.3
4 - 7 gün	14	29.8
8 - 11 gün	6	12.8
12 - 15 gün	3	6.4
> 15 gün	6	12.8
Toplam	47	100.0

☒ ± SS = 7.7 ± 8.7; ortanca = 5.0; min-max= 1 - 50

Tablo 5-44: Katılımcılardan Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatanların, Yattıkları Hastaneler (Çankaya, 1999).

Yatılan Hastane	Sayı	%
Fakülte Hastanesi	18	38.3
Özel Hastane	16	34.0
Devlet Hastanesi	8	17.0
SSK Hastanesi	4	8.5
TCDD Hastanesi *	1	2.1
Toplam	47	100.0

Tablo 5-45: ICD-10 Hastalık Kategorilerine Göre Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatış Nedenleri (Çankaya, 1999).

ICD Kategorileri	Sayı	%
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	12	22.6
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	9	17.1
Gebelik, Doğum ve Lohusalık Komplikas. (Normal gebelik dahil) [†]	9	17.1
Endokrin ve Metabolik Hastalıklar, Beslenme Yetersizlikleri	5	9.4
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları	4	7.6
Sindirim Sistemi Hastalıkları	4	7.6
Neoplazmalar	4	7.6
Kas-iskelet Sistemi ve Bağ Dokusu Hastalıkları	3	5.6
Solunum Sistemi Hastalıkları	1	1.8
Deri ve Derialtı Dokusu Hastalıkları	1	1.8
Yaralanma ve Zehirlenmeler	1	1.8
Toplam	53	100.0

[†] Bir katılımcı düşük yapmıştır. Altı katılımcı doğum yapmıştır. Doğum yapan bir katılımcı 3 kez hastaneye yatmıştır.

Tablo 5-46: Katılımcıların Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Başvurma Durumları (Çankaya, 1999).

Diş Hekimine Başvurma Durumu	Sayı	%
Başvuran	212	37.7
Başvurmayan	350	62.3
Toplam	562	100.0

Son bir yıl içinde diş hekimine başvuran katılımcıların yüzdesi %37.7'dir. Diş hekimine başvuran katılımcılar, bir yıllık süre içinde ortalama 2.2 kez başvurmuşlardır. Bütün örneklem popülasyonu için hesaplandığında yıllık ortalama diş hekimine başvuru sayısı 0.83 olarak bulunmuştur (Tablo 5-46 ve Tablo 5-47).

Tablo 5-47: Katılımcılardan Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Başvuranların Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).

Başvuru Sayısı	Sayı	%
1	118	55.7
2	41	19.3
3	24	11.3
4	11	5.2
5 ve üzeri	18	8.5
Toplam	212	100.0

☒ ± SS = 2.2 ± 2.8; ortanca = 1.0; min-max= 1-30

Yıllık ortalama kişi başına diş hekimine başvuru sayısı (n=562)	0.83
---	------

Katılımcıların, %16.5'i son bir yıl içinde şikayeti olmadan, kontrol amacı ile bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur (Tablo 5-48).

Tablo 5-48: Katılımcıların Son Bir Yıl İçinde Hiç Bir Şikayeti Olmadan Kontrol (Check-Up) Amacıyla Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumu (Çankaya, 1999).

Kontrol Amacıyla Başvuru	Sayı	%
Var	93	16.5
Yok	469	83.5
Toplam	562	100.0

5.5. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Sosyoekonomik Düzey Farklılıkları

Sosyoekonomik Düzey ve Kullanım Olasılığı

Sosyoekonomik düzey ve sağlık düzeyi kategorik değişkenlerinin, hekime başvuru, hastanede yatış ve dış hekime başvuru dikotom değişkenleriyle ilişkisi, Ki-kare analizi ile incelenmiştir (Tablo 5-49). Hekime başvuru olasılığı ile, hiç bir kategorik sosyoekonomik düzey değişkeni arasında ilişki bulunmamıştır. Hastane kullanımı ile öğrenim düzeyi ve katılımcılara ait mesleki prestij puanlarından türetilmiş, kategorik prestij düzeyi değişkenleri ilişkili bulunmuştur. Ruhsal sağlık kategorik değişkeni dışındaki, sağlık düzeyi değişkenlerinin, hem hekime başvuru olasılığı ile hem de hastanede yatış olasılığı ile ilişki gösterdiği saptanmıştır. Dış hekime başvuru olasılığının, öğrenim düzeyi ve Trieman mesleki prestij düzeyinden etkilendiği tespit edilmiştir. Ancak sağlık düzeyi değişkenlerinin, dış hekime başvuruyu etkilemediği görülmüştür. Ki-Kare analizinde anlamlı ilişki gösteren bağımsız değişkenlere göre katılımcıların hizmet kullanım olasılıklarına yüzde dağılım tabloları EK-5'te sunulmuştur.

Tablo 5-50, hekime başvurularda öğrenim düzeyleri arasında farklılık olmadığını göstermektedir. Öğrenim düzeyi tek olarak modele konulduğunda, öğrenim düzeyi yüksek olan grubun, başvuru olasılığının azaldığı (OR=0.66) görülmesine rağmen, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yaş, cinsiyet ve sağlık düzeyinin modele eklenmesi ile yüksek öğrenim düzeyine ait tahmini rölaf riskinin arttığı görülmektedir (OR=1.31), ancak bu artış da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sağlık güvencesi, doktor tanıdık ve hanede yaşayan kişi sayısı modele eklenince yüksek öğrenim düzeyine ait tahmini rölaf risk 1.00 olarak bulunmuştur. Modeller, cinsiyetin, yaş gruplarının ve algılanan sağlığın hekime başvuruyu etkilediğini göstermektedir. Sağlık güvencesinin olması, hekime başvuruyu 1.61 kat arttırmaktadır, ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yine, tanıdık doktora sahip olmanın, başvuruyu 1.5 kat arttırdığı görülmektedir, ancak istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir. Hekime başvuru olasılığına ait bu

modellerin açıklayıcılığı düşüktür. Modeller son 4 hafta içindeki hekime başvuruların yaklaşık %10'unu açıklayabilmişlerdir (model 3'e ait $R^2=0.107$ ve model 4'e ait $R^2=0.117$).

Tablo 5-49: Ki-Kare Analizi Sonuçlarına Göre Sosyoekonomik Düzey ve Sağlık Düzeyi İle İlgili Kategorik Değişkenlerin, Sağlık Hizmeti Kullanım Olasılıkları ile İlişkileri¹ (Çankaya, 1999)

Göstergeler	Sağlık kurumuna başvuru (yok/var)	Hastanede yatış (yok/var)	Diş hekimine başvuru (yok/var)
Öğrenim Düzeyi (düşük/orta/yüksek)	4.6	13.1**	6.1*
Kasnakoğlu (düşük/orta/yüksek)	5.6	10.5*	4.9
Treiman (düşük/orta/yüksek)	2.0	8.0*	7.1*
Kasnakoğlu (aile reisi) (düşük/orta/yüksek)	5.5	0.7	3.7
Treiman (aile reisi) (düşük/orta/yüksek)	2.9	0.19	4.4
Gelir düzeyleri (düşük/orta/yüksek)	1.1	1.9	2.4
Genel Sağlık (65+/<65)	19.6**	7.2*	0.4
Ruhsal Sağlık (72+/<72)	1.99	1.7	0.01
Fiziksel fonk. (95+/<95)	28.1**	24.7**	0.6
Semtom (<5/5+)	26.5**	16.5**	0.9
Kronik hast. (<2/2+)	29.8**	17.0**	0.4
Algılanan sağlık (iyi/iyiden kötü)	24.5**	14.9**	0.1

¹ Ki-Kare değerleri gösterilmiştir. * $p<0.05$, ** $p<0.01$

Tablo 5-50: Son 4 Hafta İçinde Hekime Başvurular İçin, Öğrenim Düzeylerine Ait Tahmini Rölatif Riskler¹ (Çankaya, 1999).

	Model 1 (R ² =0.008)	Model 2 (R ² =0.085)	Model 3 (R ² =0.107)	Model 4 (R ² =0.117)
Öğrenim Düzeyi				
Düşük	1.00	1.00	1.00	1.00
Orta	0.63 (0.39-1.02)	0.87 (0.52-1.47)	1.04 (0.61-1.78)	0.91 (0.53-1.59)
Yüksek	0.66 (0.41-1.05)	1.03 (0.61-1.71)	1.31 (0.77-2.24)	1.00 (0.56-1.79)
Cinsiyet				
Erkek		1.00	1.00	1.00
Kadın		2.06 (1.34-3.16)	1.93 (1.25-2.98)	1.76 (1.13-2.74)
Yaş Grupları				
25-44		1.00	1.00	1.00
45-64		3.10 (1.98-4.84)	2.88 (1.83-4.52)	2.73 (1.73-4.31)
65+		4.87 (2.55-9.27)	4.15 (2.15-8.01)	3.34 (1.65-7.78)
Algılanan Sağlık				
İyi			1.00	1.00
İyiden Kötü			2.26 (1.46-3.48)	2.24 (1.44-3.48)
Sağlık Güvencesi				
Yok				1.00
Var				1.61 (0.69-3.74)
Doktor Tanıdık				
Yok				1.00
Var				1.50 (0.95-2.37)
Hanede Kişi				
3 ve üzeri				1.00
1-2				1.38 (0.86-2.22)
Model ²	4.288	49.431	62.969	69.210
p	0.1172	0.0000	0.0000	0.0000

¹ Gebelik nedeniyle yapılan kontrol başvuruları (3 başvuru) analiz dışı tutulmuştur. Parantez içindeki rakamlar %95 güven aralıklarıdır.

Hekime başvuru olasılığı için, Ki-kare analizinde anlamlı ilişki tespit edilen tüm değişkenlerin farklı kombinezonları Tablo 5-50'de sunulan lojistik regresyon modellerinde denenmiştir. Ancak sonuçların, öğrenim düzeyi ve algılanan sağlığın yer aldığı modellerden farklı olmadığı görülmüştür. Bu nedenle bu analizlerle ilgili tablolara yer verilmemiştir.

Son bir yıl içindeki hastaneye yatış olasılığı ile ilgili lojistik regresyon modelleri Tablo 5-51 ve Tablo 5-52'de verilmiştir. Tablo 5-51'de sosyoekonomik düzey değişkeni olarak öğrenim düzeyi değişkeni, sağlık düzeyi değişkeni olarak da kategorik algılanan sağlık değişkeni kullanılmıştır. Model 1'de hesaplanan kaba tahmini rölatif risklere göre, öğrenim düzeyi ile hastaneye yatış arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Kontrol değişkenlerinin yer aldığı modellerde bu ilişkinin devam etmekte olduğu,

ancak tahmini rölâtif risklerin güven aralıklarının genişleyerek, ilişkinin istatistiksel anlamlılığının kaybolduğu saptanmıştır.

Tablo 5-52'de sunulan lojistik regresyon modellerinde, sosyoekonomik düzey değişkeni olarak, Kasnakoğlu-Erdil mesleki prestij düzeyleri alınmıştır. Sağlık düzeyi göstergesi olarak da Ki-kare analizinde hastaneye başvuru olasılığı ile en yüksek ilişki gösteren fiziksel fonksiyonellik düzeyi kontrol değişkeni olarak alınmıştır. Bu tabloda sunulan model II 'de, prestij düzeyi yüksek olanların, düşük olanlara göre yaş ve cinsiyet dikkate alındığında da daha az hastaneye yattıkları saptanmıştır. Bu bulgu, Tablo 5-51'de sunulan model II 'deki sonuçtan farklı olarak istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sağlık düzeyi değişkeni modele eklendiğinde (model III), prestij düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel anlamlılığı kaybolmuştur. Model IV 'te diğer kontrol değişkenleri de eklenince, prestij düzeyleri arasındaki farkın tekrar anlamlılık kazandığı saptanmıştır. Cinsiyet, yaş, sağlık düzeyi, sağlık güvencesi, doktor tanıdığına sahip olma ve hanede yaşayan kişi sayısı dikkate alındığında; yüksek prestij düzeyine sahip olan grubun, son bir yıl içinde hastanede yatma olasılığının, düşük prestijli grubun 0.36 katı olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5-51: Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatma Durumu İçin, Öğrenim Düzeylerine Ait Tahmini Rölatif Riskler¹ (Çankaya, 1999).

	Model 1 (R ² =0.015)	Model 2 (R ² =0.037)	Model 3 (R ² =0.050)	Model 4 (R ² =0.059)
Öğrenim Düzeyi				
Düşük	1.00	1.00	1.00	1.00
Orta	0.45 (0.21-0.96)	0.57 (0.26-1.26)	0.69 (0.31-1.54)	0.56 (0.24-2.28)
Yüksek	0.33 (0.15-0.72)	0.47 (0.20-1.10)	0.64 (0.27-1.52)	0.47 (0.18-1.21)
Cinsiyet				
Erkek		1.00	1.00	1.00
Kadın		2.37 (1.11-5.02)	2.15 (1.00-4.60)	2.12 (0.98-4.58)
Yaş Grupları				
25-44		1.00	1.00	1.00
45-64		1.05 (0.49-2.23)	0.94 (0.44-2.02)	0.96 (0.44-2.10)
65+		3.01 (1.25-7.27)	2.42 (0.99-5.93)	2.63 (0.95-7.32)
Algılanan Sağlık				
İyi			1.00	1.00
İyiden Kötü			2.67 (1.30-5.46)	2.92 (1.41-6.06)
Sağlık Güvencesi				
Yok				1.00
Var				2.32 (0.52-10.46)
Doktor Tanıdık				
Yok				1.00
Var				2.02 (0.96-4.23)
Hanede Kişi				
3 ve üzeri				1.00
1-2				0.72 (0.32-1.63)
Model ²	8.657	20.891	28.296	33.839
p	0.0132	0.0008	0.0001	0.0001

¹ Doğum nedeniyle hastanede yatmış olan 6 kişi analiz dışı tutulmuştur. Parantez içindeki rakamlar %95 güven aralıklarıdır.

Tablo 5-52, model IV sonuçlarına göre fiziksel fonksiyonellik ile ilgili morbiditeye sahip olanların, olmayanlara göre, son bir yıl içinde 4 kat daha fazla hastanede yattıkları saptanmıştır. Yine, sağlık güvencesine sahip olanların, olmayanlara göre 2.69 kat daha fazla hastanede yattıkları bulunmuş ancak istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Sağlık güvencesine ait tahmini rölatif risk güven aralığı çok geniş bulunmuştur (0.60-12.08). Doktor tanıdığı olanların da, olmayanlara göre 1.63 kat daha fazla hastanede yattıkları saptanmış, ancak bu oran da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5-52: Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatma Durumu İçin, Mesleki Prestij Düzeylerine Ait Tahmini Rölatif Riskler¹ (Çankaya, 1999).

	Model 1 (R ² =0.016)	Model 2 (R ² =0.041)	Model 3 (R ² =0.059)	Model 4 (R ² =0.066)
Prestij Düzeyi²				
Düşük	1.00	1.00	1.00	1.00
Orta	0.60 (0.25-1.43)	0.89 (0.36-2.20)	0.96 (0.38-2.43)	0.80 (0.31-2.36)
Yüksek	0.29 (0.12-0.71)	0.36 (0.14-0.92)	0.42 (0.16-1.08)	0.36 (0.14-0.94)
Cinsiyet				
Erkek		1.00	1.00	1.00
Kadın		2.27 (1.05-4.92)	1.72 (0.78-3.83)	1.66 (0.75-3.71)
Yaş Grupları				
25-44		1.00	1.00	1.00
45-64		1.20 (0.57-2.54)	0.76 (0.34-1.68)	0.73 (0.32-1.66)
65+		3.76 (1.61-8.80)	1.80 (0.71-4.57)	1.80 (0.64-5.10)
Fiziksel Fonk.				
95+			1.00	1.00
<95			3.91 (1.69-9.04)	4.11 (1.77-9.54)
Sağlık Güvencesi				
Yok				1.00
Var				2.69 (0.60-12.08)
Doktor Tanıdık				
Yok				1.00
Var				1.63 (0.81-3.30)
Hanede Kişi				
3 ve üzeri				1.00
1-2				0.88 (0.40-1.96)
Model ²	9.065	23.010	33.957	38.064
p	0.0108	0.0003	0.0000	0.0000

¹ Doğum nedeniyle hastanede yatmış olan 6 kişi analiz dışı tutulmuştur. Parantez içindeki rakamlar %95 güven aralıklarıdır.

² Katılımcılara ait Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksi puanlarından türetilen mesleki prestij düzeyleri kullanılmıştır

Tablo 5-53: Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Başvurular İçin, Öğrenim Düzeylerine Ait Tahmini Rölatif Riskler* (Çankaya, 1999).

	Model 1 (R ² =0.011)	Model 2 (R ² =0.016)	Model 3 (R ² =0.016)	Model 4 (R ² =0.031)
Öğrenim Düzeyi				
Düşük	1.00	1.00	1.00	
Orta	1.05 (0.66-1.65)	0.97 (0.61-1.54)	0.99 (0.62-1.58)	0.89 (0.55-1.45)
Yüksek	1.59 (1.03-2.45)	1.47 (0.94-2.30)	1.51 (0.95-2.41)	1.26 (0.76-2.07)
Cinsiyet				
Erkek		1.00	1.00	
Kadın		0.97 (0.68-1.38)	0.97 (0.68-1.38)	0.91 (0.64-1.31)
Yaş Grupları				
25-44		1.00	1.00	
45-64		0.78 (0.54-1.13)	0.77 (0.53-1.12)	0.77 (0.53-1.12)
65+		0.64 (0.34-1.21)	0.63 (0.33-1.19)	0.58 (0.29-1.14)
Algılanan Sağlık				
İyi			1.00	1.00
İyiden Kötü			1.10 (0.75-1.63)	1.14 (0.77-1.70)
Sağlık Güvencesi				
Yok				1.00
Var				0.96 (0.52-1.79)
Doktor Tanıdık				
Yok				1.00
Var				1.75 (1.20-2.56)
Hanede Kişi				
3 ve üzeri				1.00
1-2				1.08 (0.72-1.65)
Model ²	6.056	8.888	9.136	17.698
p	0.0484	0.1136	0.1661	0.0388

*Parantez içindeki rakamlar %95 güven aralıklarıdır.

Son bir yıl içinde diş hekimine başvuru olasılığı incelendiğinde (Tablo 5-53), öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır. Yaş arttıkça diş hekimine başvurunun azalmakta olduğu bulunmuştur, ancak istatistiksel anlamlılık göstermemektedir. Cinsiyet ve algılanan sağlık durumu, diş hekimine başvuruyu etkilememektedir. Doktor tanıdığı bulunması ise diş hekimine başvuru olasılığını 1.75 kat arttırmaktadır.

Ki-kare analizinde anlamlı ilişki gösteren bütün değişkenlerin farklı kombinezonları yukarıdaki tablolarda yer alan modellerde denenerek, sağlık hizmeti kullanım olasılıkları ile sosyoekonomik düzey ilişkisi lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar yukarıdaki tablolarda elde edilen sonuçlara benzer bulunmuştur. Ayrıca, sosyoekonomik düzey değişkenleri ile yaş ve

sağlık düzeyi değişkenleri sürekli değişkenler olarak aynı modellere konulduğunda da yukarıda belirtilen sonuçlardan farklı bir sonuç elde edilmemiştir. Bu nedenle analizlerle ilgili tablolara yer verilmemiştir.

Sosyoekonomik Düzey ve Kullanım Hacmi

Sağlık hizmeti kullanım hacmi ile sosyoekonomik ve sağlık değişkenlerinin ilişkisi Tablo 5-54'de incelenmiştir. Son 4 hafta içinde hekime başvuranların başvuru sayıları ile sosyoekonomik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Buna karşılık fiziksel fonksiyonellik dışındaki sağlık düzeyi değişkenleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir. Son bir yıl içinde hastanede yatmış olan katılımcıların, hastanede yattıkları gün sayısı, okul yıl ve hane reisine ait treiman mesleki prestij değişkenleri ile anlamlı ilişki göstermektedir. Ancak sağlık düzeyi değişkenleri ile hastanede yatış gün sayısı arasında ilişki bulunamamıştır. Diş hekimine başvuru sayısı ise hiç bir sosyoekonomik ve sağlık düzeyi değişkeni ile anlamlı ilişki göstermemektedir.

Sosyoekonomik düzeyin, kullanım hacmine etkisi, sağlık düzeyi , yaş ve cinsiyet etkilerinin kontrol edilebildiği lineer regresyon modelleri ile incelenmiştir. Bu modellerde sosyoekonomik düzey değişkeni olarak tamamlanmış öğrenim yılı ve sağlık düzeyi değişkeni olarak, SF-36 Genel Sağlık Algısı Skala puanları kullanılmıştır.

Tablo 5-54: Sosyoekonomik Düzey ve Sağlık Düzeyi İle İlgili Sürekli Değişkenlerin Sağlık Hizmeti Kullanım Hacmi ile Korelasyonu^a (Çankaya, 1999)

Göstergeler	Sağlık Kurumuna Başvuru Sayısı (n=140 ¹)	Hastanede Yatılan Gün Sayısı (n=41 ²)	Diş Hekimine Başvuru Sayısı (n=212)
Tamamlanmış Okul Yılı	-0.105	-0.358*	-0.045
Kasnakoğlu Saygınlık Skalası Puanı	-0.026	0.015	-0.030
Treiman Prestij Skalası Puanı	0.001	-0.187	-0.012
Kasnakoğlu Saygınlık Skalası Puanı(aile reisi)	-0.051	-0.222	-0.028
Treiman Prestij Skalası Puanı(aile reisi)	-0.017	-0.367*	0.057
Ortalama Aylık Kişi Başına Gelir (TL)	-0.066	-0.081	0.062
SF-36 Genel Sağlık Puanı	-0.165*	-0.082	0.025
SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı	-0.289**	-0.129	0.129
SF-36 Fiziksel Fonksiyonellik Puanı	-0.128	-0.240	0.011
Kronik Hastalık Sayısı	0.184*	0.216	-0.093
Semptom Sayısı	0.251**	0.083	0.018

^aDeğerler Spearman korelasyon katsayılarıdır. ¹Gebelik nedeniyle yapılan kontrol başvuruları alınmamıştır. ²Doğum nedeniyle hastanede yatanlar alınmamıştır. * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Son 4 hafta içinde hekime başvuranlarda, hekime başvuru hacmi sosyoekonomik düzeyden etkilenmemektedir (Tablo 5-55). Yaş ve cinsiyetin

de kullanım hacmi ile ilişkisi saptanmamıştır. Sağlık düzeyi, tek başına modelde kaldığında ise, kullanım hacmi ile sınırlı bir ilişki göstermektedir ($p=0.08$). Sağlık düzeyi daha iyi olanlar, hekime başvurduktan sonra, daha az hacimde hizmet kullanmaktadırlar. Ancak, bu bulgu, kullanım hacmindeki varyansın %2'sini açıklamaktadır ($R^2=0.022$).

Tablo 5-55: Son 4 Hafta İçinde Hekime Yapılan Başvurulara Ait Başvuru Sayıları İçin Lineer Regresyon Modeli Değişkenlerinin Standardize Edilmiş β Katsayıları (Beta) ve R^2 Değişimleri (Çankaya,1999)

(n=140) ¹	Model I $R^2=0.010$ ($p=0.723$)		Model II $R^2=0.023$ ($p=0.528$)	
	Beta (p değeri)	R^2 Değişimi	Beta (p değeri)	R^2 Değişimi
<i>Sabite</i>	- (0.556)		- (0.281)	
Tamamlanmış okul yılı	-0.078 (0.425)	0.009	-0.038 (0.708)	0.001
Yaş	0.015 (0.876)	0.000	-0.007 (0.938)	0.000
Cinsiyet	0.034 (0.704)	0.001	0.014 (0.877)	0.000
SF-36 Genel Sağlık Skalası Puanı (0-100) ²			-0.130 (0.175)	0.022

¹ Gebelik nedeniyle yapılan 3 başvuru analize alınmamıştır. ² Model II için geriye doğru elemeye(backward elimination) tek olarak modelde kalmaktadır, ($p=0.083$, $R^2=0.022$).

Hastanede yatış gün sayısı ile ölçülen, hastane kullanım hacmi, yaş, cinsiyet ve sağlık düzeyi kontrol edildiğinde ancak $p=0.071$ anlamlılık düzeyinde sosyoekonomik düzeyden etkilenmektedir (Tablo 5-56). Sosyoekonomik düzey arttıkça, hastaneye yatanların hastanede geçirdikleri gün sayısı azalmaktadır. Yaş, cinsiyet ve algılanan sağlığın, hastanede yatış gün sayısına etkisi saptanmamıştır. Sosyoekonomik düzey, hastane kullanım hacmindeki varyansın %13.6'sını açıklayabilmektedir.

Diş hekimi kullanım hacmini modellerde kullanılan hiç bir faktör etkilememektedir (Tablo 5-57).

Tablo 5-56: Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Yatanlara Ait Yatış Gün Sayıları İçin Lineer Regresyon Modeli Değişkenlerinin Standardize Edilmiş β Katsayıları (Beta) ve R^2 Değişimleri (Çankaya,1999)

(n=41) ¹	Model I $R^2=0.150$ ($p=0.107$)		Model II $R^2=0.150$ ($p=0.198$)	
	Beta (p değeri)	R^2 Değişimi	Beta (p değeri)	R^2 Değişimi
<i>Sabite</i>	- (0.213)		- (0.239)	
Tamamlanmış okul yılı ²	-0.325 (0.058)	0.136	-0.330 (0.071)	0.136
Yaş	0.115 (0.521)	0.005	0.113 (0.533)	0.005
Cinsiyet	0.104 (0.525)	0.009	0.105 (0.528)	0.009
SF-36 Genel Sağlık Skalası Puanı (0-100)			0.015 (0.928)	0.000

¹ Doğum nedeniyle yatan 6 kadın analiz dışı tutulmuştur. ² Eleme yöntemleri uygulandığında tek olarak modelde kalmaktadır (Beta= -0.369, $p=0.018$, $R^2=0.136$).

Tablo 5-57: Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Başvuranlara Ait Başvuru Sayıları İçin Lineer Regresyon Modeli Değişkenlerinin Standardize Edilmiş β Katsayıları (Beta) ve R^2 Değişimleri (Çankaya,1999)

(n=212)	Model I $R^2=0.003$ ($p=0.873$)		Model II $R^2=0.005$ ($p=0.915$)	
	Beta (p değeri)	R^2 Değişimi	Beta (p değeri)	R^2 Değişimi
<i>Sabite</i>	- (0.047)		- (0.103)	
Tamamlanmış okul yılı	-0.051 (0.482)	0.003	-0.066 (0.400)	0.003
Yaş	0.018 (0.807)	0.000	0.021 (0.772)	0.000
Cinsiyet	-0.017 (0.806)	0.000	-0.014 (0.842)	0.000
SF-36 Genel Sağlık Skalası Puanı (0-100)			0.039 (0.609)	0.001

6. TARTIŞMA

Araştırmada Kullanılan Sağlık Göstergeleri ve Katılımcıların Sağlık Düzeyleri:

Bu çalışmada kullanılan sağlık göstergeleri, katılımcıların kendi beyanlarına dayalıdır. Çalışmada katılımcıların, fiziksel ve ruhsal sağlıkları ile genel sağlık algıları, SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksine ait skalalar ile ölçülmüştür. Türkçe SF-36 Yaşam Kalitesi İndeksinin, Demirsoy (26) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, indeksin, Türk toplumu için fiziksel rahatsızlığı olanları, ruhsal rahatsızlığı olanları ve sağlıklıları birbirlerinden ayırabildiğini göstermiştir.

Beyana dayalı morbidite ölçümlerinin hekim tanıları kadar değerli olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ferraro ve Su (40), kişilerin kendi beyanlarına dayalı morbidite ile aynı kişilere laboratuvar olanaklarını da kullanan hekimlerin verdikleri tanıları karşılaştırmışlardır. Beyana dayalı morbiditenin 10 ve 15 yıl sonraki izlemlerde hem iş göremezlik durumunu, hem de mortaliteyi hekim tanılarından daha iyi tahmin edebildiğini göstermişlerdir.

Bu tez çalışmasında katılımcıların beyan ettikleri kronik hastalık ve durumlar, daha önce Antalya'da sağlıkta eşitsizlikler ile ilgili yapılan iki çalışmada (12,13) kullanılan kronik hastalık/durum listesinde yer alan durumlar katılımcılara tek tek okunarak tespit edilmiştir. Geurts ve Kunst (41), görüşmeci tarafından bu şekilde sorulduğunda, kronik durum prevalansının, daha kısıtlayıcı/sorgulayıcı şekilde sorulmasına göre yüksek bulunduğunu bildirmektedirler. Kısıtlayıcı/sorgulayıcı tarzdan kasıt, her bir kronik durumun ayrı kartlar kullanılarak bir kaç soru ile tespit edilmesidir. Ancak yazarlar, soruluş tarzlarının kronik durum prevalansını etkilemesine rağmen, gözlenen sağlık eşitsizliklerine sistematik bir etki yapmadığını çeşitli çalışmalardan örnekler vererek göstermişlerdir. Yazarların örnek verdikleri çalışmalar, Hollanda'da 1983-1985 yılları arasında yapılan ve 35-65 yaş arası nüfusu içine alan, Sağlık Görüşmesi Araştırması ile yine 1986-1988 yılları arasında yapılan aynı adlı araştırma ve 1983-1986 Yaşam Kalitesi

Araştırması çalışmalarıdır. Birinci araştırma, ikinciden, ikinci araştırma da üçüncüden daha kısıtlayıcı ve sorgulayıcı tarzda yapılmışlardır. İlk araştırmada en az bir kronik durum prevalansı erkeklerde %34.1, kadınlarda %34.5 bulunmuştur. İkinci araştırmada prevalanslar sırasıyla, %39.9 ve %46.7'dir. Son araştırmada ise prevalans sırasıyla, %53.2 ve %64.5'tir. Bu tez çalışmasında kullanılan kronik hastalık sorgulama yöntemi, yazarların belirttiği üçüncü araştırmada kullanılan yöntemdir ve bu çalışmada en az bir kronik durum veya hastalık prevalansı bütün katılımcı grubu için %69.9 (Tablo 5-19) bulunmuştur. Hollanda'daki araştırmalarda, görme ve işitme kusurlarının, kronik durumlar listesinde yer almadığı göz önüne alındığında, saptanan değer, Hollanda 1983-86 Yaşam Kalitesi Araştırması'nda elde edilen değere yakın bir değer olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada, katılımcıların beyan edilen görme kusuru prevalansı, %32.2 bulunmuştur. Aslan ve Tezcan (42), Hacettepe Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yapılan, ilköğretim okullarındaki kırma kusuru ile ilgili çalışmaları derledikleri makalelerinde, Ankara'daki ilköğretim okullarında ölçümle elde edilen kırma kusuru prevalansının, %8.4 ile %37.6 arasında değiştiğini bildirmektedirler. Yazarlar, Sağlık Bakanlığı tarafından 1990 yılında ülke çapında yapılan araştırmada %3 olarak bulunan kırma kusuru prevalansının gerçeği yansıtmadığını düşünmektedirler.

Katılımcıların bildirdikleri kronik durumlar içinde, romatizma veya artrit, ikinci sırada gelmektedir (%23.1). Hollanda'da yapılan 1989-1990 Yaşam Kalitesi Araştırması'nda (35-64 yaş grubu ile sınırlıdır) bu kategoride yer alabilecek durumların (kronik spinal rahatsızlıklar, artroz ve artrit/romatizma) toplam prevalansı erkeklerde %31.7, kadınlarda %41.9 bulunmuştur (41). Kronik spinal rahatsızlıklar dahil edilmediği zaman prevalanslar sırasıyla, %17.8 ve %27.3'tür. Türkiye'ye ait değerler elde edilemediğinden burada karşılaştırılamamıştır. Ancak bulunan %23.1 değerinin, Hollanda'da yapılan çalışmada saptanan erkek ve kadın değerlerinin arasında olduğu görülmektedir.

Hipertansiyon, katılımcıların %20.5'i tarafından beyan edilmiştir. Onat ve arkadaşlarının 1990 yılında gerçekleştirdikleri, 20 yaş üzeri Türkiye

örnekleme üzerindeki çalışmada, 165/95 mmHg değerleri sınır değerler olarak alındığında, hipertansiyon prevalansı %12.3 olarak bulunmuştur. Buna karşılık Erdine'nin 1993 yılında İstanbul ve Ankara'da, 20 ile 65 yaş arası 4034 kişi üzerinde yaptığı ölçümlerde, sınır değer 145/85 mmHg alındığında, sistolik hipertansiyon prevalansı, erkeklerde %17, kadınlarda %20, diyastolik hipertansiyon prevalansları da sırasıyla, %33 ve %32 olarak saptanmıştır. Hacialioğlu'nun Gümüşhane'de, Güneş'in Malatya'da 30 yaş üzeri populasyonda yaptıkları ölçümlerde de hipertansiyon prevalansı, sırasıyla %27.4 ve 32.8 bulunmuştur (43). Bu tez çalışmasında saptanan katılımcıların beyanına dayalı hipertansiyon prevalansının, Türkiye'deki çalışmalarda ölçüme dayalı olarak elde edilen prevalans değerleri ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Diyabet prevalansı, Erdine'nin yukarıda sözü edilen çalışmasında %5 bulunmuştur. Bu çalışmada beyana dayalı diyabet prevalansı %5.7'dir. Kalp hastalığı prevalansı, yine Onat'ın yukarıda söz edilen Türkiye genelinde yaptığı çalışmada %6.8 bulunmuştur. Bu tez çalışmasında ise katılımcıların beyan ettikleri kalp hastalığı prevalansı %10.5'dir. Kalp hastalıkları ve risk faktörleri konusunda İstanbul'da yürütülen TEKHARF çalışmasında da kalp hastalığı prevalansı %7 civarında bulunmuştur. Bu çalışmada katılımcıların beyanlarına dayanarak hesaplanan kalp hastalığı prevalansının, Çankaya İlçesinin gerçek prevalansını yansıtmayıp yansıtmadığı sorusu cevapsiz kalmaktadır.

Araştırmada kullanılan bir diğer sağlık düzeyi göstergesi, algılanan sağlıktır. Bu araştırmada katılımcıların %34'ünün sağlıklarını iyiden kötü olarak algıladıkları saptanmıştır (Tablo 5-21). Sağlık Bakanlığının 1992 yılında yaptırdığı, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Araştırması"nda, 30 yaş üzerinde algılanan sağlığı iyiden kötü olanların hızı %33.5'dir (37). Erengin ve Dedeoğlu (24), Antalya'da 15 yaş ve üzeri kişilerde yaptıkları çalışmalarında bu hızı %31.8 olarak saptamışlardır. Belek (13), yine Antalya'da 15 yaş ve üzeri kişilerde yaptığı araştırmada, iyiden kötü sağlık algısına sahip olanların hızını %34.9 olarak bulmuştur. Bu sonuçlara

dayanarak, bu araştırmada elde edilen iyiden kötü algılanan sağlık hızının, Türkiye'de yapılmış diğer çalışmalarla tutarlı olduğu söylenebilir.

İyiden kötü sağlık algısı hızı, değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda farklılıklar göstermektedir. Avrupa Birliği ECuity projesi kapsamında Belçika için yapılan ve 18 yaş üzerindeki nüfusu kapsayan bir çalışmada, bu hız %25.7 bulunmuştur (44). Mackenbach ve Kunst (4), Hollanda'da 16 yaş ve üzeri nüfusta yaptıkları araştırmada iyiden kötü sağlık algısı hızını %21.5 saptamışlardır. Mapelli, İtalya'da bütün yaş grupları için yaptığı çalışmada bu hızı %32.9 olarak saptamıştır (45). Lahelma ve arkadaşlarının Finlandiya'da 20 yaş ve üzeri örneklem grubu üzerinde yaptıkları çalışmada, erkekler ve kadınlar için ayrı ayrı saptadıkları hızlar da Türkiye'deki iyiden kötü algılanan sağlık hızlarına benzerdir, (sırasıyla %37 ve %36) (46). Finlandiya'daki çalışmada algılanan sağlık hızlarının geçen 8 yıllık süre içinde her iki cinsiyet içinde %40 olan değerden, azalarak yukarda belirtilen 1994 yılı değerlerine indiği belirtilmektedir. Zimmer ve arkadaşları, Filipinler'de iyiden kötü sağlık algısı hızını %44.9, Tayvan'da %29.4 ve Tayland'da %29.3 olarak saptamışlardır (47). Yazarlar, Filipinler'le diğer iki ülke arasındaki farkın olasılıkla, kültürler arasında sağlığın farklı yorumlanmasından kaynaklandığını belirtmektedirler. Angel ve Guarnaccia'nın çalışmalarına atıfta bulunarak, hem İspanyolca hem de İngilizce konuşabilen İspanyol kökenlilerin, algılanan sağlık sorusunun sorulduğu dile göre yanıtlarının değiştiği, yine Zimmerman ve arkadaşlarıncı belirtilmektedir. Bu tez çalışmasında sorulan algılanan sağlık sorusunun İngilizce "*fair*" karşılığı olan "fena değil" yanıtı kategorisi, Antalya'daki araştırmalarda "orta" şeklinde çevirilip kullanılmıştır. Elde edilen sonuçların benzer olması, bu eviri farklılığının önemli olmadığını göstermektedir.

Belek, Antalya'daki araştırmada, son 15 gün içinde 5 ve üzeri yakınma bildirenlerin hızını %40.8 olarak saptamıştır (48). Bu tez çalışmasında da bu hız %42.2 olarak saptanmıştır (Tablo 5-18).

Sosyoekonomik Gruplar Arasında Gözlenen

Sağlık Düzeyi Farklılıkları:

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, Çankaya İlçesinde, 25 yaş ve üzeri nüfusun sosyoekonomik grupları arasında sağlık düzeyi farklılıkları olduğunu göstermektedir. Sosyoekonomik düzeyin ölçülmesinde kullanılan farklı göstergeler, sosyoekonomik düzey nasıl ölçülürse ölçülsün, gruplar arasında sağlık farklılıklarının varlığını koruduğunu göstermiştir.

Çalışmada, katılımcıların sosyoekonomik düzeyleri, öğrenim, gelir ve mesleki prestij göstergeleri ile ölçülmüştür. Mesleki prestij ölçüsünün kullanılmasının iki yönden avantaj sağladığı düşünülmüştür. Birincisi, mesleki prestij interval skalada ölçüldüğünden, regresyon, korelasyon analizleri gibi sürekli değişken gerektiren analizler rahatça uygulanabilmektedir. İkinci ve belki de daha önemli avantajı, mesleki prestijin, toplumsal statü ile olan ilişkisidir. Toplumsal statünün, yaşam tarzı ile ve yaşam tarzının sağlıkla yakın ilişkisi göz önüne alındığında, sağlık ile sosyoekonomik pozisyon arasındaki ilişkilerin incelenmesinde, mesleki prestij ve dolayısı ile statü ölçüsünün parametre olarak alınması daha uygun görünmüştür. Çalışmada saptanan bir diğer önemli nokta, öğrenim düzeyinin, hem gelir değişkeni ile hem de mesleki prestij değişkenleri ile gösterdiği iyi düzeydeki ilişkidir (Tablo 5-14).

Algılanan sağlığın, hem mortaliteyi belirlediği konusunda dünya literatüründeki çalışmalarla (28,29) artan önemi, hem de Antalya'da, Erengin ve Dedeoğlu (12) ile Belek (13)'in araştırmalarında, tek sağlık düzeyi göstergesi olarak kullanılması nedeniyle, bu tez çalışmasında elde edilen sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerle ilgili bulguların tartışılmasına da algılanan sağlık üzerinden başlanacaktır.

Bulgular, algılanan sağlık farklılıklarının, en belirgin olarak öğrenim düzeyleri arasında olduğunu göstermiştir. Öğrenim düzeyi düşük olan grubun, sağlığını, öğrenim düzeyi yüksek olan gruba göre 2.28 kat daha kötü olarak algıladığı saptanmıştır. Belek, Antalya kent merkezinde, 15 ve üzeri yaş grubunu kapsayan araştırmasında, algılanan sağlığın iyiden kötü olma durumu için, öğrenim düzeyi düşük grubun, öğrenim düzeyi yüksek gruba

göre rölâtif riskini 1.97 olarak bulmuştur (13). Belek'in çalışmasında da, bu tez çalışmasında yapıldığı gibi, ilkokul ve altında öğrenime sahip olan grup ile yüksekokul ve üniversite mezunları karşılaştırılmıştır. Erengin ve Dedeoğlu, yine Antalya kent merkezinde 15 ve üzeri yaş grubunu kapsayan çalışmalarında, ortaokul ve altında öğrenime sahip olanlar ile lise ve üzerinde öğrenime sahip olanları karşılaştırmışlardır. Erengin ve Dedeoğlu rölâtif riski 1.20 olarak bulmuşlardır. Ancak elde ettikleri sonuç, istatistiksel anlamlılık göstermemiştir. Bu durum, Erengin ve Dedeoğlu'nun öğrenim düzeyi gruplarını çok geniş tutmalarından kaynaklanabilir. Kunst ve Mackenbach, üst ve alt sosyoekonomik grupların karşılaştırılmalarında, üst ve alt gruplar arasındaki aralığın, ne çok geniş, ne de çok dar tutulmaması gerektiğini belirtmektedirler. Aksi halde, gruplar arasında ya çok yüksek bir sağlık eşitsizliği bulunacak veya varolan bir eşitsizliğin görülmesi engellenecektir (14).

Bu çalışmada düşük ve yüksek öğrenim düzeyleri arasındaki sağlığın iyiden kötü algılanması hızlarının (algılanan sağlık morbidite hızı) farkı %30.8 bulunmuştur (Tablo 5-24). Toplum için atfedilen risk ise %30.2'dir. Belek ise risk farkını %21.2, toplum için atfedilen riski %37.3 olarak bulmuştur. Belek'in çalışma popülasyonunda, iki uç öğrenim düzeyi arasındaki risk farkı, bu çalışma popülasyonundaki farka göre daha az bulunmuştur. Toplum için atfedilen risk, bütün öğrenim düzeyi gruplarının morbidite hızlarından, her bir grubun nüfusu ile orantılı olarak etkilenmektedir. Belek'in çalışmasında, ilkokul ve altında öğrenim düzeyine sahip grup, toplam çalışma popülasyonunun %46.1'ini oluşturmaktadır. Bu çalışmada ise bu grubun toplam içindeki payı %26.9'dur. Toplum için atfedilen riskin yüksekliği, Antalya'da sağlık eşitsizliğinden geniş bir kesimin etkilendiğini göstermektedir. Risk farkının bu çalışma popülasyonunda, Belek'in popülasyonuna göre yüksek bulunması ise, Çankaya İlçesi'nde, iki uç sosyoekonomik grup arasındaki sağlık eşitsizliğinin, Antalya kent merkezindeki iki uç grup arasındaki eşitsizlikten daha fazla veya keskin olduğunu göstermektedir, ancak Çankaya İlçesinde, eşitsizlikten etkilenen nüfus görece daha azdır.

Mackenbach ve Kunst da, Hollanda'da 1992-1993 Ulusal Sağlık Sörveyi 16 ve üzeri yaş grubunda yaptıkları çalışmada, algılanan sağlık üzerine öğrenim düzeyinin etkisini incelemişlerdir. İlkokul düzeyi için algılanan sağlığın iyiden kötü olma rölatif riskini 2.59 bulmuşlardır. Yüksek öğrenimle karşılaştırdıklarında risk farkı %21.2 ve bütün populasyon dikkate alındığında, toplum için atfedilen risk %38'dir. Rölatif risk bu çalışmada elde edilen değerden bir miktar daha yüksek, ancak risk farkı, bu çalışmada bulunan değerden daha düşüktür. Toplum için atfedilen riskin yüksek olması, Hollanda populasyonunda, Çankaya İlçesi populasyonuna göre daha geniş bir kitlenin eşitsizlikten etkilendiğini göstermektedir. Hollanda'da yüksek öğrenimliler arasında sağlığını iyiden kötü algılayanların hızı yaklaşık %14, ilk öğrenime sahip olanlarda bu hız yaklaşık %35'tir. Bu çalışmanın sonucunda bu gruplar için elde edilen hızlar ise sırasıyla, %24.1 ve %54.8'dir. Bu nedenle risk farkı Hollanda populasyonunda daha düşük bulunmuştur. Ancak, üst ve alt öğrenim grupları arasındaki görece eşitsizlik boyutu bu çalışma populasyonu ile benzer, hatta biraz daha fazladır.

Sosyoekonomik düzey diğer göstergelerle de ölçüldüğünde, sosyoekonomik gruplar arasında algılanan sağlık farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Kronik hastalık morbiditesi, sadece öğrenim düzeyleri arasında fark göstermektedir. İlginç denebilecek bir bulgu, düşük sosyoekonomik düzeyin görme kusuru için koruyucu faktör rolü oynadığıdır. Rölatif riskler, düşük sosyoekonomik gruplarda 0.60 ile 0.76 arasında değişmektedir. Görme kusuru, sosyoekonomik düzey ilişkisi, yalnızca, sosyoekonomik düzey, otomobil sahipliği ve beyan edilen geçim durumu ile ölçüldüğünde istatistiksel anlamlılık göstermemiştir. Literatürde rastlanan Tibbenham ve arkadaşlarının çalışmaları (49), bu bulgunun geçerliliğini destekler niteliktedir. Yazarlar, İngiltere'de 1958 doğum kohorduna, 7, 11 ve 16 yaşlarında iken uygulanan kırma kusuru muayene sonuçlarını incelemişlerdir. Kol işçisi olmayan ailerden gelen ve yedi yaşında yapılan ölçümde kırma kusuru bulunmayan çocukların, 11 yaşlarına geldiklerinde, kol işçisi ailerden gelen çocuklara göre çok daha fazla kırma kusuru geliştirdikleri saptanmıştır. Bu

fark, 11 ve 16 yaşlarında yapılan ölçümlerde de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yazarlar miyopluğun, kol işçisi olmayan gruplarda daha fazla görüldüğünü belirtmişlerdir. Stewart-Brown ve Butler 'de, miyopluğun İngiltere mesleki sınıf şeması I kategorisinde yer alan ailelerden gelen 10 yaş çocuklarında %5, diğer sınıflardan gelenlerde ise %1.6 ile %2.7 arasında prevalansa sahip olduğunu belirtmektedirler (50).

Bu çalışmada, meslek , gelir ve öğrenim düzeyinin, sağlık düzeyine etkisi, lojistik regresyon modellerinde de incelenmiştir. Modellerde, cinsiyet, yaş ve medeni durum kontrol edildiğinde; sosyoekonomik düzeyin, kronik hastalık dışında diğer sağlık göstergelerine etkisi olduğu saptanmıştır. Ancak modellerin açıklayıcılıklarının düşük olması (R^2 'ler, 0.029 ile 0.274 arasında değişmektedir), modellerde yer alan değişkenlerin, sağlığa etkilerinin sınırlı olduğunu göstermiştir. Bulunabilen literatür içinde Hakkinen'in sağlığın üretimi ile ilgili çalışması dikkat çekicidir (51). Hakkinen, yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, gelir, meslek, işsizlik, aile büyüklüğü, ailede doktor veya hemşire varlığı, sağlık davranışları ve beden kitle indeksi, gibi bir çok değişkeni barındıran modelinde, sağlığı üreten faktörler içinde sigara ve aşırı kilo faktörlerini önemli bulmuştur. Hakkinen'in çalışmasında gelir, eğitim ve mesleğin etkileri birbirlerine denk, ancak ayrı ayrı etkileri, sözü edilen iki yaşam tarzı faktöründen daha az olarak bulunmuştur. Ancak, sosyoekonomik değişkenlerin yaşam tarzı ve meslek seçimi üzerinden dolaylı etkileri olabileceği, bu durumun bu çalışmada dikkate alınmadığı bildirilmiştir. Hakkinen'in modeli, sağlıktaki varyasyonun %45'ini açıklayabilmektedir. Belek (13), Antalya'daki araştırması sonucunda, algılanan sağlığı tahmin etmek üzere bir model geliştirmiştir. Belek sosyoekonomik düzeyi, gelir, öğrenim düzeyi ve sosyal sınıf olarak modele koymuştur. Ayrıca yaşanılan mahalle ve ailenin gelir-gider ilişkisi de modelde, yaş cinsiyet ve medeni durum değişkenleri ile beraber yer almaktadır. Eleme sonucu, gelir ve öğrenim düzeyi elenmiş, sosyal sınıf modelde kalmıştır. Belek, model Ki-Kare değerini, 119.798 bulmuştur. Makalesinde R^2 verilmemiştir. Ancak tahmini olarak, bu modelin R^2 (Cox ve Snell)'si 0.25 civarındadır. Bu tez araştırmasında, algılanan sağlık için, öğrenim düzeyi, yaş grubu, cinsiyet ve

medeni durum değişkenleri modelde yer aldığında Ki-Kare değeri,73.767 bulunmuştur. Bu model algılanan sağlıktaki varyasyonu %12.3 ($R^2 = 0.123$) açıklayabilmektedir. Gelir ve mesleki prestij düzeyleri ile ayrı ayrı modeller oluşturulduğunda da algılanan sağlık için varyasyon %8 civarında açıklanabilmiştir. Cinsiyet ve medeni durum bazı modellerde istatistiksel anlamlılık göstermese de, sağlıkla ilgileri dolayısı ile modelde tutulmuşlardır. Belek'in modelinde sosyal sınıfı mavi yakalı ve niteliksiz emekçi olanların diğer gruba göre algılanan sağlığı, 1.23 kat daha fazla kötü algıladıkları bulunmuştur. Bu tez çalışmasında ise modellerde düşük sosyoekonomik düzeyin tahmini rölatif riskleri, 1.83 ile 4.02 arasında değişmektedir (Tablo 5-31, Tablo 5-32, Tablo 5-33, Tablo 5-34). Belek'in modelinin açıklayıcılığı daha yüksektir, ancak bu tez çalışmasındaki modellerde de sosyoekonomik düzeyin etkilerinin daha belirgin olduğu görülmüştür. Belek'in çalışmasında öğrenim düzeyi, modelde kalamamasına rağmen, bu tez çalışmasında algılanan sağlık üzerinde en etkili sosyoekonomik düzey değişkeninin, öğrenim düzeyi olduğu bulunmuştur.

Sosyoekonomik Düzey ve Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı:

Çalışmada, katılımcıların %26'sının son 4 hafta içinde sağlık sorunları nedeniyle sağlıkla ilgili bir kurum veya kişiye başvurdukları belirlenmiştir. Katılımcılardan 146 kişi, toplam 168 kez sağlıkla ilgili bir kurum veya kişiye başvurmuştur. Eczaneye yapılan 3 başvuru vardır. Eczane başvuruları hariç tutulursa, katılımcıların beklenen yıllık ortalama kişi başına hekime başvuru sayısı 3.52 olarak hesap edilmiştir (Tablo 5-36). Bu değer, Sağlık Bakanlığı tarafından yaptırılan, Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Araştırması'nda, İç Anadolu Bölgesi kentleri için saptanan, 3.46 değeri ile uyumlu bulunmuştur. Bu çalışmanın verileri Haziran ayında toplanmıştır. Sağlık Bakanlığının 1992 yılında yaptırdığı araştırmada da veriler Haziran ayı son haftası ile Temmuz ayı ilk haftasında toplanmıştır. Bu dönem kış mevsimi ile yaz mevsimi arasında bir geçiş dönemi olduğundan, sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilgili araştırmalar için uygun bir dönemdir (37). Yine Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında son bir yıl içinde hastaneye yatışlar, İç Anadolu kentsel bölgesi için %4.9 olarak bulunmuştur. Bu tez çalışmasında

Çankaya İlçesi için bulunan hız %8.4'dir. Sağlık Bakanlığı'nın çalışmasında yıllık kişi başına ortalama dış hekime başvuru sayısı, İç Anadolu kentsel bölgesi için 1.26'dır. Bu tez çalışmasında ise bu sayı 0.83 olarak saptanmıştır.

Sağlık hizmeti kullanımı, bu araştırmada, kullanım olasılığı ve kullanım hacmi olmak üzere iki ayrı düzeyde incelenmiştir. Sosyoekonomik düzeyin, sağlık hizmeti kullanım olasılığına etkisi, lojistik regresyon modeli ile incelenmiştir. Hekim ve dış hekime başvurularda sosyoekonomik gruplar arasında bir farklılık saptanmamıştır. Hastanede yatış için sosyoekonomik düzeyi düşük olanların lehine bir eşitsizlik bulunmuştur (Tablo 5-52). Düşük öğrenim düzeyinin referans grup olarak alındığı, hekime başvuru olasılığını inceleyen modelde (Tablo 5-50), yaş ve cinsiyet dikkate alındığında, yüksek öğrenim düzeyi için tahmini rölatif risk, 1.03 bulunmuştur (model 2). Bu durum, sağlık düzeyi, düşük öğrenim düzeylilerin sağlık düzeyinden 1.5 ile 4 kat daha iyi bulunmuş olan, yüksek öğrenimli grubun, daha az hizmete gereksinimi olmasına rağmen, düşük öğrenim düzeyi ile eşit hizmet kullandığını göstermektedir. Oysa beklenen, yüksek öğrenim düzeyindeki grubun, daha az hizmet kullanmasıdır. Bu durum dikey hakkaniyet tanımına uymamaktadır (daha çok ihtiyacı olan, daha çok hizmet kullanmalı) ve dolayısı ile bir hakkaniyetsizliği işaret etmektedir. Böylesi bir durumda, modele sağlık değişkeni eklendiğinde, beklenen, yüksek öğrenimli grubun, daha çok hizmet kullandığının belirginleşmesidir. Nitekim, model 3'te sağlık değişkeni olarak algılanan sağlık modele eklendiğinde, yüksek öğrenimli grubun odss oranı 1.31'e yükselmiştir. Ancak bu oran istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sağlık güvencesi, doktor tanıdığına sahip olma ve hanede yaşayan kişi sayısı, kontrol değişkenleri olarak modele eklendiğinde, yüksek öğrenimlilere ait odss oranı tekrar 1.00 olmuştur (model 4). Doktor tanıdığına sahip olma, başvuru olasılığını 1.5 kat arttırmaktadır, ancak anlamlı bulunmamıştır. Öğrenim düzeyi yüksek olan grubun, model 3'te 1.31 olarak bulunan odss oranı, belki de bu grubun doktor tanıdığına sahip olma olanağının yüksekliği ile açıklanabilir. Bu bulgular, hekime başvuruda sosyoekonomik gruplar arasında bir eşitsizlik olabileceğini, ancak bunu

istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ortaya koyabilmek için, bu çalışmanın örneklem sayısının yetersiz olduğunu işaret etmektedir.

Dunlop ve arkadaşlarının Kanada'da yaptıkları araştırma, hem genel pratisyene, hem de uzman doktora başvuruda, öğrenim düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar ortaya koymuştur (52). Dunlop ve arkadaşlarının çalışmasında, modellerinin açıklayıcılığı 0.11 ile 0.17 arasında değişmektedir. Bu çalışmada da R^2 'ler 0.10 düzeyinde bulunmuştur. Dunlop ve arkadaşları, düşük açıklayıcılık düzeylerinin literatürle uyumlu olduğunu belirtmektedirler.

Hollanda Antilleri'nden Curaçao'da 2248 kişi üzerinde yapılan araştırmada, genel pratisyen kullanım olasılığında öğrenim düzeyleri arasında fark bulunmamıştır (19). Ancak uzman hekim kullanımı, öğrenim düzeyi yüksek olanlarda 2.86 kat yüksek bulunmuştur. Curaçao'daki araştırmada, son bir yıl içinde hastaneye yatış ve dış hekime başvuru olasılığı açısından, öğrenim düzeyi yüksek olanlar ile düşük olanlar arasında, sırasıyla, 2.36 ve 4.98 kat fark bulunmuştur. Bu çalışma da ise hastaneye yatış olasılığı, öğrenim düzeyi yüksek olanlarda, düşük grubun yaklaşık yarısı kadar bulunmuştur. Dış hekime başvuru olasılığı, öğrenim düzeyi yüksek grupta, yaklaşık 1.5 kat daha fazla görülüyor olmasına karşın (Tablo 5-53, model 1), kontrol değişkenleri modele eklenince anlamlılığını kaybetmiştir. Bu bulgular, dış hekime başvuru olasılığı için öğrenim düzeyleri arasında bir eşitsizlik olabileceğine, ancak örneklem sayısının bunu belirlemek için yetersiz kalmış olabileceğine dair ip uçları vermektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 1992 yılında yaptırdığı çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça dış hekime başvurunun arttığı saptanmıştır (37).

Çalışmada, sağlık sistemine giriş yapanların, kullanım hacimlerinde sosyoekonomik düzeyler arasında bir farklılık olup olmadığı, lineer regresyon analizi ile incelenmiştir. Bulgular hekime başvuru hacminin, sosyoekonomik düzeyden etkilenmediğini, sağlık düzeyi düştükçe hekim kullanım hacminin arttığını göstermiştir. Bu durum dikey hakkaniyet tanımına uygundur. İhtiyacı fazla olan daha fazla hacimde hekim hizmeti kullanmaktadır. Hastane kullanım hacmi, kullanım olasılığında olduğu gibi, sosyoekonomik düzey ile

ters yönlü bir ilişki göstermiştir. Sosyoekonomik düzey arttıkça, hastaneye yatanların, hastanede daha az sayıda gün geçirdikleri bulunmuştur. Bu durum her ne kadar sosyoekonomik düzeyi düşük olanların lehine bir eşitsizlik gibi görünüyorsa da tersi de geçerli olabilir. Krasnik (17), Braveman ve arkadaşlarının, 1984-1989 yılları arasında Kaliforniya'da apandisit nedeniyle hastaneye yatmış olan 96,587 hasta üzerinde yaptıkları çalışmayı örnek olarak vermektedir. Sağlık güvenceleri yetersiz olan veya düzenli bir doktoru bulunmayan grupta, hastaneye rüptüre apandisit ile başvurunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmadan hareketle, düşük sosyoekonomik grubun, daha ciddi durumda hastaneye kabul edildiği ve bu nedenle de daha uzun süre hastanede kalmak zorunda olduğu düşünülebilir. Şüphesiz, bu konuda büyük örneklem gruplarında yapılacak ciddi çalışmalara ihtiyaç vardır.

Diş hekimi kullanım hacminde sosyoekonomik gruplar arasında bir fark, bu çalışmada saptanmamıştır. Alberts ve arkadaşları ise, Curaçao'da yaptıkları çalışmada, genel pratisyen ve hastane kullanım hacmi için öğrenim düzeyleri arasında fark bulamazken, diş hekimi kullanım hacminin, öğrenim düzeyleri arasında farklılık gösterdiğini bulmuşlardır.

7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ülkemizin de üyesi olduğu DSÖ Avrupa Bölgesi, 2020 yılına kadar, bütün üye ülkelerde sosyoekonomik gruplar arası sağlık farklılıklarının dörtte bir oranında azaltılmasını hedef olarak belirlemiştir. Bu hedefe ulaşmak için, ülke içi sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının belirlenmesi ve izlenmesi bir önkoşuldur. Bu belirleme ve izleme işlemi, sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarını ve bu farklılıkların yapılacak müdahalelere yanıtını saptayabilme yeteneğine sahip göstergeleri de gerekli kılmaktadır.

Devlet İstatistik Enstitüsü'nün, mahalle, ilçe ve il bazında oluşturduğu, zengin, orta ve fakir, sınıflaması, bir sosyoekonomik düzey göstergesi olarak kullanılabilir. Aynı şekilde, bebek ölüm hızı gibi geleneksel sağlık düzeyi göstergeleri de kullanılarak, sosyoekonomik gruplar arasındaki farklılıklar saptanabilir. Farklılık saptanan bölgelere, daha fazla sağlık hizmeti götürülerek, müdahalede bulunulabilir. Bu müdahalelerin sonucunda, gözlenen farklılıkların azaltılması da olanaklıdır.

Ancak, günümüzde, sosyoekonomik düzey ile sağlık ilişkisini bu kadar makro düzeyde ele almanın yeterli olmadığını kanıtlayan, büyük bir bilgi birikimi oluşmuştur. Bir çok gelişmiş ülkede, refah düzeyinin bütün toplumda artmasına, yaşam süresinin uzamasına rağmen, sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının, geçmiş yıllara göre daha da arttığı saptanmıştır. Uzayan yaşam süresine rağmen sosyoekonomik gruplar arasında ciddi boyutta mortalite farklılıkları bulunmaktadır. Uzayan yaşam süresi ile birlikte yaşam kalitesi kavramı ön plana çıkmıştır. Sosyoekonomik gruplar arasında yaşam kalitesi açısından da farklılıklar bulunmaktadır. Ülkemizin de hem demografik, hem de epidemiyolojik geçiş sürecinde olduğu göz önüne alınırsa, sosyoekonomik düzey ile sağlık arasındaki ilişkinin, ülkemiz için de daha ince ayrıntıda ele alınmasının bir zorunluluk olduğu açıktır.

Sosyoekonomik düzeyin hangi mekanizmalarla sağlığı etkilediği konusunda çok çeşitli varsayımlar bulunmaktadır. Bu varsayımlardan

bazıları, diğerlerine göre daha kolay müdahale olanakları içermektedir. Örneğin, yapılan iş üzerinde kontrol azlığının ve kişilerin yaptığı iş konusunda bireysel karar verebilme yetkisindeki kısıtlamaların sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarından sorumlu olduğu kanıtlanırsa, işyeri ortamında çalışanların iş üzerindeki kontrollerini arttıracak düzenlemeler yapılarak sağlık farklılıklarına müdahale edilebilir. Eğitim eksikliği, kişilerin sorunlarını çözmek için nereye başvurabileceklerini bilmemelerine neden oluyorsa ve bu durum, kişilerin sosyal hizmet sistemine ve sağlık sistemine girmelerini engelleyerek, sağlık durumlarının kötüleşmesine neden oluyorsa, kişilerin eğitim olanakları artırılarak, eğitim müfredatında değişiklikler yapılarak, danışma merkezleri oluşturularak veya bir takım sorunlar için kişilere, nerelere başvurmaları ve ne yapmaları gerektiğini açıklayan yaşam klavuzları dağıtılarak, sağlık farklılıklarının azaltılması yoluna gidilebilir.

Eşitsizlikleri yaratan mekanizmalarla ilgili varsayımlar, müdahale şekillerinin belirlenmesine katkı sağlayacak, müdahale sonuçları da varsayımların sınanmasını sağlayacaktır. Hem varsayımların geliştirilmesinde, hem de sınanmasında, sağlığın ve sosyoekonomik düzeyin nasıl ölçüldüğü önem taşımaktadır. Ayrıca sosyoekonomik gruplar arasında sağlık düzeyi farklılıklarının boyutunun değerlendirilipbileceği, hesaplanması ve yorumlanması kolay göstergelere ihtiyaç vardır.

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi'nin, bu ihtiyacı karşılamak için Kunst ve Mackenbach'a hazırlattığı teknik raporda yer alan eşitsizlik boyutunu ölçme ve izlemeye yönelik göstergelerin bir kısmı, hesaplanması ve yorumlanması daha kolay olan; bir kısmı da, daha sofistike hesaplamalar gerektiren göstergelerden oluşmaktadır.

Bu çalışmada kullanılan, rölatif risk, risk farkı ve toplum için atfedilen riskler; hesaplanması ve yorumlanması daha kolay olan göstergelerdendir. Kunst ve Mackenbach'ın sofistike göstergeler olarak adlandırdıkları göstergeler, bu çalışmada kullanılmamasına rağmen, bu göstergelerin dayandığı regresyon analizi yöntemleri, sağlık ve sağlık hizmet kullanımının sosyoekonomik düzey ile ilişkisini ortaya koymak için kullanılmıştır.

Bulgular, Çankaya İlçesi nüfusunu temsil ettiği varsayılan örnekleme, sosyoekonomik düzeyler arasında sağlık farklılıkları olduğunu göstermektedir. Farklılıklar; sosyoekonomik düzey, meslek, öğrenim veya gelir göstergelerinden hangisi ile ölçülürse ölçülsün varlığını sürdürmektedir. Özellikle öğrenim düzeyleri arasında bu farklılıklar daha belirgindir. Öğrenim düzeyinin hem gelir, hem de mesleki prestij ile, bu iki grup göstergenin birbirleriyle ilişkisinden daha sıkı ilişki gösterdiği saptanmıştır. Bu bulgular, öğrenim düzeyinin, sağlık eşitsizliklerinin ölçümünde, sosyoekonomik düzey göstergesi olarak rahatlıkla tek başına kullanılabileceğini işaret etmektedir. Ancak, kullanılan sağlık göstergelerinin beyana dayalı olması, verilen cevapların, yanıtlayanların öğrenim düzeyinden etkilenmiş olması olasılığını da akıla getirmektedir. Diğer sosyoekonomik düzey göstergeleri ile öğrenim düzeyi arasındaki sıkı ilişki, bu olasılığı, diğer göstergeler için de geçerli kılmaktadır. Bu nedenle, Türkiye'de, beyana dayalı sağlık göstergeleri ve sosyoekonomik düzey göstergelerinin, objektif sağlık göstergeleri ile karşılaştırılacağı, metodolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sağlık hizmetlerinin kullanımında sosyoekonomik gruplar arasındaki farklılıklar, bu çalışmada, örneklem sayısının yetersizliği nedeniyle tam olarak saptanamamış olabilir. Daha geniş örneklem gruplarında bu konunun çalışılması gerekmektedir.

Sağlıkta eşitsizlikler konusu, ideolojik ön yargılardan arındırılarak, bilimsel bir konu olarak halk sağlığıcuların gündemindeki yerini almalıdır. Konu, sağlığın geliştirilmesi kavramı ile yakından ilgilidir. Sağlığın ve sağlıksızlığın nasıl üretildiğinin ve bu üretim sürecine müdahale noktalarının belirlenmesi, toplum sağlığının geliştirilmesinde anahtar öneme sahiptir.

EK-1: Asıl, Yedek Liste ile Liste Dışından Görüşülen Katılımcıların Bazı Özellikler Yönünden, Bölgeler Düzeyinde Karşılaştırılması.

Tablo Ek1: Tedaş Çankaya Elektrik Dağıtım Bölgelerine göre, cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi (okul yılı olarak), halen gelir getiren bir işte çalışma durumu ve kısa süreli yakınma sayısı yönünden, örneklem listesinde yer alan hanelerden görüşülen kişilerle, yedek liste ve listedışı hanelerden görüşülen kişilerin karşılaştırılmasına ait testlerin p değerleri.

Bölgeler	Cinsiyet ^{\$}	Halen Çalışı ^{\$}	Yaş +	Okul yılı+	Sempto
İncesu	1.00	.80	.76	.97	.66
Bahçeli	.30	.09	.40	.39	.95
Balgat	.28	.12	.16	.56	.68
100. Yıl	.80	.21	.13	.19	.29
Esat	.70	.19	.01*	.45	.00*
Dikmen	.08	.83	.79	.04*	.06
Emek	.04*	1.00	.81	.41	.38
Ayrancı	.60	.38	.25	.55	.06
Yıldız	.68	1.00	.41	.08	.46

^{\$} Kİ-Kare testi uygulanmıştır. Yedek liste ve liste dışı gruplar birleştirilmiştir.

+ Kruskal-Wallis varyans analizi uygulanmıştır.

EK-2: Örnekleme Çıkan Hanelerde Hangi Aile Ferdi ile Görüşüleceğine Dair Yönerge.

İndeks NO	Hanede Yaşayan 25 Yaş ve Üzeri Kişi Sayısı					
	2	3	4	5	6	7
0	1	2	3	2	3	6
1	1	2	4	3	1	2
2	2	3	3	3	4	3
3	2	1	2	4	3	4
4	1	2	2	3	2	3
5	1	1	1	4	3	6
6	1	2	1	5	3	4
7	2	3	2	2	4	5
8	2	2	4	1	2	7
9	1	1	4	1	5	6

İndeks NO hesaplanırken; gittiğiniz adresin apartman numarası ve kapı numarasını toplayıp, çıkan rakamın birler basamağındaki rakamı indeks NO olarak alınız.

Örn: Farabi sok. 22/7, 22 ve 7 rakamları toplanır, $22+7=29$

29 rakamının birler basamağındaki rakam 9'dur. Tabloda İndeks NO sütununda 9 başlığı taşıyan satır bulunur. O hanede yaşayan 25 yaş ve üzerindeki kişi sayısına karşılık gelen sütunla kesiştiği yerdeki rakam sizin görüşme yapmanız gereken sıradaki kişidir. Sıra aşağıdaki gibidir:

1. Hane reisi
2. Hane reisinin eşi
3. 25 yaş ve üzerindeki ilk çocuk
4. 25 yaş ve üzerindeki ikinci çocuk
- x. Varsa diğer 25 yaş ve üzeri çocuklar sıraya konulacak
- xi. Büyük baba
- xii. Büyük anne
- xiii. Diğer akrabalar

Yukarda belirtilen kişilerin o hanede yaşıyor olması, aynı kazandan yemek yiyor olması gerekir. Örneğimize geri dönecek olursak diyelimki o hanede. Hane reisi, eşi, babaanne ve 26 yaşında ve ailesiyle beraber oturan erkek çocukları olmak üzere 25 yaş ve üzerinde 4 kişi olsun. Tabloda 9 no'lu satır ile 4 no'lu sütunun kesiştiği yerdeki rakam 4'tür. Dolayısı ile siz babaanne ile görüşeceksiniz demektir.

Sadece kapı numarası olan hanelerde toplama işlemi yapmaksızın birler basamağındaki rakamı indeks NO olarak alınız. Örn.: Aşıkpaşa mah. 5. Sok No 54. İndeks NO, burada 4 olarak alınacaktır.

EK-3



EK-4:: Değişik Yaş Sınıflandırmalarının Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi

	Yaş (sürekli)	10'lu yaş bantları	25-44/ 45-64/ 65 ve üzeri	25-44/ 45 ve üzeri
Tamamlanmış okul yılı	-.232*	-.199*	-.199*	-.172*
Kasnakoğlu	.028	.026	.026	.032
Treiman	.028	.025	.025	.035
Kasnakoğlu (aile reisi)	-.011	-.015	-.015	-.008
Treiman (aile reisi)	.056	.053	.053	.056
ortalama kişi başı gelir	-.049	-.042	-.042	-.046
SF-36 Genel Sağlık	-.185*	-.192*	-.192*	-.166*
SF-36 Ruhsal Sağlık	-.021	-.048	-.048	-.042
SF-36 Fiziksel Fonksiyonel	-.483*	-.430*	-.430*	-.383*
Semptom sayısı	.077	.107	.107	.074
Kronik hast. sayısı	.381*	.343*	.343*	.312*
Cinsiyet	.003	-.015	-.015	-.030
10'lu yaş bantları	.899			
25-44/45-64/65 ve üzeri	.899	1.000		
25-44/45 ve üzeri	.866	.963	.963	

* p<0.01

EK-5: Katılımcıların Sağlık Hizmeti Kullanım Olasılıkları ile Anlamlı İlişki Gösteren Sağlık Düzeyi ve Sosyoekonomik Düzey Değişkenlerine İlişkin Tablolar.

Tablo Ek-5.1: Son Bir Ay İçinde Sağlık Kurumuna Başvuru Olasılığının İstatistiksel Anlamlılık Gösteren Değişkenlere Göre Yüzde Dağılımı (Çankaya, 1999)

	Sağlık Kurumuna Başvuru (%)		n
	Yok	Var	
Genel Sağlık			
65+	82.1	17.9	285
<65	65.7	34.3	277
Fiziksel Fonk.			
95+	82.1	17.9	335
<95	62.1	37.9	227
Semptom			
<5	82.2	17.8	325
5+	62.9	37.1	237
Kronik Durum			
<2	82.2	17.8	338
2+	61.6	38.4	224
Algılanan Sağlık			
İyi	80.6	19.4	371
İyiden kötü	61.3	38.7	191

Tablo Ek-5.2: Son Bir Yıl İçinde Dış Hekimine Başvuru Olasılığının İstatistiksel Anlamlılık Gösteren Değişkenlere Göre Yüzde Dağılımı (Çankaya, 1999)

	Dış Hekimine Başvuru (%)		n
	Yok	Var	
Öğrenim Düzeyi			
Düşük	66.9	33.1	151
Orta	65.8	34.2	193
Yüksek	56.0	44.0	218
Trieman			
Düşük	67.2	32.8	238
Orta	63.5	36.5	148
Yüksek	54.5	45.5	176

Tablo Ek-5.3: Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Başvuru Olasılığının İstatistiksel Anlamlılık Gösteren Değişkenlere Göre Yüzde Dağılımı (Çankaya, 1999)

	Hastaneye Başvuru (%)		n
	Yok	Var	
Öğrenim Düzeyi			
Düşük	84.8	15.2	151
Orta	93.3	6.7	193
Yüksek	95.0	5.0	218
Kasnakoğlu			
Düşük	87.9	12.1	272
Orta	93.4	6.6	106
Yüksek	96.2	3.8	184
Trieman			
Düşük	88.2	11.8	238
Orta	91.9	8.1	148
Yüksek	96.0	4.0	176
Genel Sağlık			
65+	94.7	5.3	285
<65	88.4	11.6	277
Fiziksel Fonk.			
95+	96.4	3.6	335
<95	84.6	15.4	227
Semptom			
<5	95.7	4.3	325
5+	86.1	13.9	237
Kronik Durum			
<2	95.6	4.4	338
2+	85.7	14.3	224
Algılanan Sağlık			
İyi	94.9	5.1	371
İyiden kötü	85.3	14.7	191

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix
1. GİRİŞ	1
2. AMAÇLAR	5
3. GENEL BİLGİLER	6
3.1. Yoksulluk, Eşitlik, Hakkaniyet	6
3.2. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet.....	11
3.3. Sağlıkın Ölçülmesi.....	13
3.4. Sosyoekonomik Düzey Göstergeleri.....	16
3.5. Sağlıkta Sosyoekonomik Farklılıklara İlişkin Açıklamalar	21
4. GEREÇ - YÖNTEM.....	27
4.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtılması.....	27
4.2. Araştırmanın Tipi	27
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	27
4.4. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli.....	29
4.5. Örneklem Evreni Temsil Edebilirliği	30
4.6. Veri Toplama Aracı.....	33
4.7. Araştırmanın Değişkenleri ve Değişkenlerin Sınıflandırılması	33
4.8. Araştırmada Kullanılan Terimler	37
4.9. Araştırmanın Analizi	37
4.10. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	41
4.11. İzinler	42
4.12. Etik Konular	42
4.13. Araştırmanın Zamanlama Çizelgesi	42
5. BULGULAR	43
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özellikleri	43

5.2. Katılımcıların Sağlık Düzeylerine İlişkin Bulgular	55
5.3. Sağlıkta Sosyoekonomik Farklılıklara İlişkin Bulgular	62
5.4. Katılımcıların Sağlık Hizmeti Kullanımına İlişkin Bulgular	79
5.5. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Sosyoekonomik Düzen Farklılıkları	87
6. TARTIŞMA.....	99
7. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	111
KAYNAKLAR	114
EKLER	
EK-1: Asıl, Yedek Liste ile Liste Dışından Görüşülen Katılımcıların Bazı Özellikler Yönünden, Bölgeler Düzeyinde Karşılaştırılması	
EK-2: Örnekleme Çıkan Hanelerde Hangi Aile Ferdi ile Görüşüleceğine Dair Yönerge	
EK-3: Anket Formu	
EK-4: Değişik Yaş Sınıflandırmalarının Bağımlı ve Bağımsız Değişkenlerle İlişkisi	
EK-5: Katılımcıların Sağlık Hizmeti Kullanım Olasılıkları ile Anlamlı İlişki Gösteren Sağlık Düzeyi ve Sosyoekonomik Düzey Değişkenlerine İlişkin Tablolar	
EK-6: Valilik İzni	

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Çalışmaları İçin Bir Kavramsal Çerçeve - Whitehead (18) 'den alınmıştır.	12
3.2. Mesleki Saygınlık İndeksi Oluşturulmasında Kullanılan Formül (Kasnakoğlu-Erdil, 1996).....	20
4.1. Evren Oranı ve Evren Ortalaması Önemlilik Testleri	31
5.1. Katılımcıların Kasnakoğlu Mesleki Saygınlık Endeksi'nden Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999).....	48
5.2. Katılımcıların Treiman Mesleki Prestij Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)	50
5.3. Katılımcıların Aile Reisine Ait Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksi'nden Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999).....	51
5.4. Katılımcıların Aile Reisine Ait Treiman Mesleki Prestij Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999).....	52
5.5. Katılımcıların Kişi Başına Ortalama Aylık Gelirlerinin Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)	54
5.6. Katılımcıların SF-36 Genel Sağlık Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)	57
5.7. Katılımcıların SF-36 Ruhsal Sağlık Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999)	58
5.8. Katılımcıların SF-36 Fiziksel Fonksiyonellik Skalası'ndan Aldıkları Puanların Histogramı ve Teorik Normal Dağılım Eğrisi (Çankaya, 1999).....	59

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3-1 Kasnakoğlu-Erdil 1996 Mesleki Saygınlık İndeksi'ne göre bazı meslekler ve indeks puanları.....	20
3-2 Sağlıkta Sosyoekonomik Farklılıklara İlişkin Açıklamaların Katı ve İlimli Versiyonları -Sally Macintyre'dan alınmıştır (1).	23
4-1 Görüşme yapılan hanelerin örneklem listesinde yer alma durumu (Çankaya, 1999).....	29
4-2 Araştırma evrenini oluşturan Ankara İli Çankaya İlçesinde yaşayan 25 yaş ve üzeri nüfus ile örnekleme giren kişilerin yaş grupları ve cinsiyete göre dağılımı*	30
4-3 Evren ve örneklem grubunda, iktisaden faal olma durumunun cinsiyete göre yüzde* dağılımı.....	32
5-1 Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri (Çankaya, 1999).....	44
5-2 Katılımcıların Halen Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumları ve Çalışmama Nedenlerinin Dağılımı (Çankaya, 1999).	45
5-3 Katılımcılardan Halen Gelir Getiren Bir İşte Çalışmama Nedeni Belirtenlerin, Daha Önce Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumları (Çankaya, 1999).....	45
5-4 Görüşülen Kişilerin Aile Reisine Yakınlığı (Çankaya, 1999).	45
5-5 Katılımcıların Sağlık Güvencelerine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).46	46
5-6 Katılımcıların Sağlık Sorunlarını Ücret Ödemeden Danışabilecekleri Bir Hekim Tanıdıklarının Varlığı ve Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	46
5-7 Katılımcıların, Görüşülen Hanelerde Yaşayan Kişi Sayılarına Dağılımı (Çankaya, 1999).....	47
5-8 Katılımcıların Oturulan Evin Mülkiyetine Göre Dağılımları (Çankaya, 1999).	47
5-9 Katılımcıların, Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).	48
5-10 Katılımcıların, Trieman Mesleki Prestij Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	49

5-11	Katılımcıların, Aile Reisine Ait Kasnakoğlu Mesleki Prestij Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)	51
5-12	Katılımcıların, Aile Reisine Ait Trieman Mesleki Prestij Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)	52
5-13	Katılımcıların, Kişi Başı Ortalama Aylık Gelirlerine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	53
5-14	Sosyoekonomik Değişkenler Arasındaki Spearman Korelasyon Katsayıları* (Çankaya, 1999).....	55
5-15	Katılımcıların, SF-36 Genel Sağlık Skalasından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	57
5-16	Katılımcıların, SF-36 Ruhsal Sağlık Skalasından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	58
5-17	Katılımcıların, SF-36 Fiziksel Fonksiyonellik Skalasından Aldıkları Puanlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)	59
5-18	Katılımcıların, Son 15 Gün İçinde Yakındıkları Semptom Sayılarına Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	60
5-19	Katılımcıların, Sahip Oldukları Kronik Durum/Hastalık Sayısına Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).....	60
5-20	Katılımcıların Kendi Beyanlarına Göre Sahip Oldukları Uzun Süreli Hastalık ve Durumlar (Çankaya, 1999)	61
5-21	Katılımcıların Algılanan Sağlık Düzeylerine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)	62
5-22	Sosyoekonomik Düzey Sürekli Değişkenlerinden Türetilmiş Sosyoekonomik Düzey Kategorik Değişkenlerine Ait Alt ve Üst Sınırlar ve Katılımcıların Bu Kategorilere Göre Dağılımı (Çankaya, 1999)	64
5-23	Gelir Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş ¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).....	66
5-24	Öğrenim Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş ¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (Çankaya, 1999).....	67

- 5-25 Kasnakoğlu Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiř¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (ankaya, 1999).68
- 5-26 Kasnakoğlu Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş Aile Reisine Ait Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiř¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (ankaya, 1999).69
- 5-27 Treiman Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiř¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (ankaya, 1999).70
- 5-28 Treiman Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş Aile Reisine Ait Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiř¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (ankaya, 1999).71
- 5-29 Beyan Edilen Geçim Durumu Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiř¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (ankaya, 1999).73
- 5-30 Hanenin Otomobile Sahip Olma Durumu İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiř¹ Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler (ankaya, 1999).74
- 5-31 ğrenim Düzeyi, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durum Değişkenlerini İçeren Lojistik Regresyon Modelinde, Morbidite Göstergelerine Ait Tahmini Rölatif Riskler (ankaya, 1999).75
- 5-32 Gelir Düzeyi, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durum Değişkenlerini İçeren Lojistik Regresyon Modelinde, Morbidite Göstergelerine Ait Tahmini Rölatif Riskler (ankaya, 1999).76
- 5-33 Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Prestij Skalası Kullanılarak Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durum Değişkenlerini İçeren Lojistik Regresyon Modelinde, Morbidite Göstergelerine Ait Tahmini Rölatif Riskler (ankaya, 1999).77

5-34	Hane Reisine Ait Treiman Mesleki Prestij Skalası Kullanılarak Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri, Cinsiyet, Yaş Grupları ve Medeni Durum Değişkenlerini İçeren Lojistik Regresyon Modelinde, Morbidite Göstergelerine Ait Tahmini Rölatif Riskler (Çankaya, 1999).	78
5-35	Katılımcıların Son 4 Hafta İçinde Sağlıkları İle İlgili Olarak Herhangi Bir Kurum veya Kişiye Başvuru Durumları (Çankaya, 1999).	80
5-36	Katılımcılardan Son 4 Hafta İçinde Sağlıkla İlgili Başvuruda Bulunanların Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).	80
5-37	Katılımcıların Son 4 Hafta İçindeki Toplam Başvuru Sayılarının Başvurulan Kişi ve Kurumlara Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).	81
5-38	Son 4 Hafta İçindeki Toplam Başvuruların İlişkili Olduğu ICD-10 Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Kategorilerine Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).	82
5-39	Son 4 hafta içinde Sağlık Hizmeti Kullanmayanların Bu Süre İçerisinde Sağlık Hizmetine İhtiyaç Duyma Durumu (Çankaya, 1999).	82
5-40	Son 4 Hafta İçinde İhtiyacı Olmasına Rağmen Sağlık Hizmeti Kullanmayanların, Kullanmama Nedenleri (Çankaya, 1999).	83
5-41	Katılımcıların Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatma Durumu (Çankaya, 1999).	83
5-42	Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatanların, Yatış Sayıları (Çankaya, 1999).	83
5-43	Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatanların Toplam Yatış Süreleri (Çankaya, 1999).	84
5-44	Katılımcılardan Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatanların, Yattıkları Hastaneler (Çankaya, 1999).	84
5-45:	ICD-10 Hastalık Kategorilerine Göre Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatış Nedenleri (Çankaya, 1999).	85
5-46	Katılımcıların Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Başvurma Durumları (Çankaya, 1999).	85
5-47	Katılımcılardan Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Başvuranların Başvuru Sayılarına Göre Dağılımı (Çankaya, 1999).	86

5-48	Katılımcıların Son Bir Yıl İçinde Hiç Bir Şikayeti Olmadan Kontrol (Check-Up) Amacıyla Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumu (Çankaya, 1999).....	86
5-49	Ki-Kare Analizi Sonuçlarına Göre Sosyoekonomik Düzey ve Sağlık Düzeyi İle İlgili Kategorik Değişkenlerin, Sağlık Hizmeti Kullanım Olasılıkları ile İlişkileri ¹ (Çankaya, 1999)	88
5-50	Son 4 Hafta İçinde Hekime Başvurular İçin, Öğrenim Düzeylerine Ait Tahmini Rölatif Riskler ¹ (Çankaya, 1999).....	89
5-51	Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatma Durumu İçin, Öğrenim Düzeylerine Ait Tahmini Rölatif Riskler ¹ (Çankaya, 1999).....	91
5-52	Son Bir Yıl İçinde Hastanede Yatma Durumu İçin, Mesleki Prestij Düzeylerine Ait Tahmini Rölatif Riskler ¹ (Çankaya, 1999).....	92
5-53	Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Başvurular İçin, Öğrenim Düzeylerine Ait Tahmini Rölatif Riskler* (Çankaya, 1999).	93
5-54	Sosyoekonomik Düzey ve Sağlık Düzeyi İle İlgili Sürekli Değişkenlerin Sağlık Hizmeti Kullanım Hacmi ile Korelasyonu ^a (Çankaya, 1999)	95
5-55	Son 4 Hafta İçinde Hekime Yapılan Başvurulara Ait Başvuru Sayıları İçin Lineer Regresyon Modeli Değişkenlerinin Standardize Edilmiş β Katsayıları (Beta) ve R^2 Değişimleri (Çankaya,1999).....	96
5-56	Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Yatanlara Ait Yatış Gün Sayıları İçin Lineer Regresyon Modeli Değişkenlerinin Standardize Edilmiş β Katsayıları (Beta) ve R^2 Değişimleri (Çankaya,1999).....	97
5-57	Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Başvuranlara Ait Başvuru Sayıları İçin Lineer Regresyon Modeli Değişkenlerinin Standardize Edilmiş β Katsayıları (Beta) ve R^2 Değişimleri (Çankaya,1999).....	98

KAYNAKLAR

1. Macintyre S (1997); The Black Report and beyond: what are the issues? *Social Science and Medicine* Vol. 44, No. 6; 723-45.
2. Gwatkin D R (2000); Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? *Bulletin of the World Health Organization* Vol. 78, No. 1; 3-18.
3. Whitehead M (1990); The concepts and principles of equity and health. *Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 1990 document EUR/ICP/RPD/414.*
4. Mackenbach J P, Kunst A E (1997); Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Social Science and Medicine* Vol. 44, No. 6; 757-771.
5. Braveman P ve ark. (1996) Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative. *World Health Organization, Geneva WHO/ARA/96.1.*
6. World Bank (1993); World development report 1993. Investing in health: world development indicators. *New York, Oxford University Press.*
7. Syme L (2000); Income inequality, socioeconomic status and health: international evidence. *Washington, Inequality & Health Conference* Internet adresi: www.inequality.org.
8. Wilkinson R (1992); Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal* 304; 165-8.
9. Marmot M G ve ark. (1991); Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* Vol. 337, June 8; 1387-93.
10. Lynch J W ve ark. (1997); Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by

stage of the socioeconomic lifecourse. *Social Science and Medicine* Vol. 44 No. 6; 809-19.

11. WHO Regional Office for Europe (1999); Health21: The health for all policy framework for the WHO European region - 21 targets for the 21st century. *European Health for All Series*, No. 6.
12. Erengin H, Dedeoğlu N (1998); Sağlıkta eğitsizlik: Antalya kent merkezinde 15 yağ ve üzeri kiğilerde morbiditede farklılıklar. *Toplum ve Hekim* Cilt 13, Sayı 2; 140-3.
13. Belek İ (1998); Algılanan sağlıkta sınıfsal ve sosyoekonomik eğitsizlikler: Antalya'da bir alan arağtırması. *Toplum ve Hekim* Cilt 13, Sayı 4; 292-9.
14. Kunst A E, Mackenbach J P (1995); Measuring socioeconomic inequalities in health. *Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 1995 document* EUR/ICP/RPD/416.
15. Culyer A J, Wagstaff A (1993); Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, Vol.12; 431-57.
16. Mooney G ve ark. (1991); Utilisation as a measure of equity: weighing heat? *Journal of Health Economics*, Vol.10; 475-80.
17. Krasnik A (1996); The concept of equity in health services research. *Scan J Soc Med*, Vol.24, No.1; 2-7.
18. Whitehead M (1997); Bridging the gap: working towards equity in health and health care. *Karolinska Institutet, Sundyberg, Sweden*.
19. Alberts J F ve ark. (1997); Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. *Social Science and Medicine*, Vol.45, No.2; 213-20.
20. Krasnik A (1997); Determinants of general practice utilization in Denmark. *Dan Med Bull*, Vol.44; 556-60.

-
21. Tatar M, Tatar F (1997); Sağlığın ölçülmesi: kavramsal bir çerçeve. *Toplum ve Hekim*, Cilt 12, Sayı 78; 54-61.
 22. Guyatt G H ve ark. (1993); Measuring health related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, Vol.118, No.8; 622-29.
 23. Pınar R (1996); Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. *Sendrom*, Vol.8 No.10;109-13.
 24. Erengin H, Dedeoğlu N (1997); Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim*, Cilt:12, Sayı:77; 11-6.
 25. Wilkin D ve ark. (1992); Measures of need and outcome for primary health care. *Oxford University Press*, New York.
 26. Demirsoy A C (1999); The MOS SF-36 Health Survey: a validation study with a Turkish sample. *Boğaziçi Üniversitesi*, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi.
 27. Ware J E, Sherbourne C D (1992); The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Medical Care*, Vol.30, No.6; 473-81.
 28. Kaplan A G, Camacho T (1983); Perceived health and mortality: a nine year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*, Vol.117, No.3; 292-304.
 29. Miilunpalo S ve ark. (1997); Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol*, Vol.50, No.5; 517-28.
 30. Liberatos P ve ark. (1988); The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, Vol.10; 87-121.
 31. Krieger N ve ark. (1997); Measuring social class in US public health research. *Annu. Rev. Public Health*, 18; 341-78.

-
32. Balibar E, Wallerstein I (1993); Irk, ulus, sınıf: belirsiz kimlikler. *Metis Yayınları*, Çev.Nazlı Ökten, İstanbul.
 33. Edgell S (1998); Sınıf. *Dost Kitabevi Yayınları*, Çev. Didem Özyiğit, Ankara.
 34. Kasnakoğlu Z, Erdil E (1996); Meslek saygınlığı ve tecihleri: Ankara 1996. *ODTÜ AFP Raporu*, Ankara
 35. Marmot M ve ark. (1997); Social inequalities in health. *Social Science and Medicine* Vol.44 No. 6; 901-10.
 36. Syme L ve Balfour J L (1998); Social determinants of disease. "*Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine*" (ed.R B Wallace)' da, Appleton & Lange; 795-810
 37. T.C. Sağlık Bakanlığı (1995); Health services utilization survey in Turkey. *Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*, Ankara.
 38. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (1995); Biyoistatistik. *Özdemir Yayıncılık*, Ankara
 39. Öztekin Z (1998); Halk Sağlığı Sözlüğü. *T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü*, Ankara.
 40. Ferraro K F, Su Y (2000); Physician-evaluated and self-reported morbidity for predicting disability. *American Journal of Public Health*, Vol.90, No.1; 103-8.
 41. Geurts J, Kunst A (1997); Illustrations of the effect of data specification in the observed inequalities in morbidity. "*Morbidity and Mortality Data: Problems of Comparability* (ed. Wunsch G ve Hancıoğlu A)"de, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü yayını, IPS-HU.97-01, Ankara.
 42. Aslan D, Tezcan S; Ankara'nın bazı ilköğretim okullarında 1991-1999 yılları arasında yapılmış kırma kusuru ve diğer göz patolojilerinin prevalans çalışmaları ile ilgili bir derleme. *Turgut Özal Tıp Fakültesi Mecmuası'na yayınlanmak üzere kabul edilmiştir.*

-
43. Tezcan S (1997); Information on morbidity and causes of death in Turkey. "*Morbidity and Mortality Data: Problems of Comparability (ed. Wunsch G ve Hancioğlu A)*"de, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü yayını, IPS-HU.97-01, Ankara
 44. De Graeve D, Duchesne I (1997); Socioeconomic health inequalities in Belgium in an international perspective. *Arch Public Health*, Vol.55; 119-138.
 45. Mapelli V (1993); Health needs, demand for health services and expenditure across social groups in Italy: an empirical investigation. *Social Science and Medicine*, Vol.36, No.8; 999-1009.
 46. Lahelma E ve ark. (1997); Changes in the social patterning of health? The case of Finland. *Social Science and Medicine*, Vol.44, No.6; 789-799.
 47. Zimmer Z ve ark. (2000); A cross-national examination of the determinants of self-assessed health. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol.41; 465-81.
 48. Belek İ (1999); Sınıflar; sağlık düzeyleri, sağlık hizmeti kullanımları ve yararlandıkları sağlık kurumları. *Toplum ve Hekim*, Cilt 14, Sayı 1; 55-67.
 49. Tibbenham A D ve ark. (1978); Vision screening in children tested at 7, 11 and 16 years. *British Medical Journal*, Vol.1; 1312-4.
 50. Stewart-Brown S, Butler N (1985); Visual acuity in a national sample of 10 year old children. *J Epidemiol Community Health*, Vol.39; 107-112.
 51. Hakkinen U (1991); The production of health and the demand for health care in Finland. *Social Science and Medicine*, Vol.33, No.3; 225-37.
 52. Dunlop S ve ark. (2000); Socio-economic status and the utilization of physician services: results from Canadian National Population Health Survey. *Social Science and Medicine*, Vol.51; 123-33.