

171516



**T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ-NİLÜFER BELEDİYESİ
FETHİYE HALK SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA MERKEZİ BÖLGESİNDE
SOSYOEKONOMİK AÇIDAN FARKLI İKİ BÖLGEDE
SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER VE BUNU ETKİLEYEN ETMENLER**

Alpaslan TÜRKKAN

(DOKTORA TEZİ)

Bursa-2005



T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ-NİLÜFER BELEDİYESİ
FETHİYE HALK SAĞLIĞI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA MERKEZİ BÖLGESİNDE
SOSYOEKONOMİK AÇIDAN FARKLI İKİ BÖLGEDE
SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER VE BUNU ETKİLEYEN ETMENLER

Alpaslan TÜRKKAN




(DOKTORA TEZİ)

Danışman: Prof. Dr. Hamdi AYTEKİN


Bursa-2005

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu tez, jürimiz tarafından Soketara.....
tezi olarak kabul edilmiştir.

	<u>Adı ve Soyadı</u>	<u>İmza</u>
Tez Danışmanı	Prof. Dr. A. Hamdi AYTEKİN	
Üye	Prof. Dr. İsmet KAN	
Üye	Doç. Dr. Kayıhan PALA	
Üye	Prof. Dr. Necla AYTEKİN	
Üye	Prof. Dr. Onur HAMZAOĞLU	

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 16.05.2005.....
tarih, 2005/15.....sayılı toplantısında alınan 2.....numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Kasım ÖZLÜK

.....
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

TÜRKÇE ÖZET	II
İNGİLİZCE ÖZET.....	III
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	5
GEREÇ ve YÖNTEM.....	16
Araştırma bölgesinin tanıtılması.....	16
Araştırmanın tipi.....	17
Araştırmanın evreni.....	17
Araştırmanın uygulanış şekli.....	17
Veri toplama şekli.....	18
Bağımlı değişkenler.....	19
Bağımsız değişkenler.....	23
Veri analizi.....	28
Kısıtlılıklar.....	28
Zaman Çizelgesi.....	29
BULGULAR.....	30
Sosyodemografik Bulgular.....	30
Sosyoekonomik bulgular.....	36
Sağlık düzeyi ile ilgili bulgular.....	49
TARTIŞMA ve SONUÇ.....	78
EKLER.....	96
KAYNAKLAR.....	111
TEŞEKKÜR.....	119
ÖZGEÇMİŞ.....	120

ÖZET

Bu kesitsel çalışmada amaç; Uludağ Üniversitesi-Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi içinde yer alan sosyoekonomik açıdan farklı iki bölgede sağlıkta eşitsizliklerin boyutlarını, eşitsizliğe neden olan etmenler ve bu etmenlerin etki derecelerini saptamaktır. Araştırma evrenini Balat ve Akkent bölgesinde yaşayan 15 yaş ve üstündeki tüm bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan 582 kişiden 401'i (% 68,9) Balat Bölgesinde, 181'i ise (% 31,1) Akkent Bölgesinde yaşamaktadır. Araştırmada kullanılan, bağımlı değişkenler algılanan sağlık, ruhsal sağlığı gösteren Genel Sağlık Anketi değeri, uzun süreli hastalık varlığı, hastalıkla geçen süre, kısa yeti yitimi, mortalite verileri, özürülü-sakat-engelli durumu, sağlık hizmeti kullanımı, sağlık hizmetinin alındığı yer ve eşler için, yapılan doğum sayısıdır. Araştırmada kullanılan bağımsız değişkenler ise; sosyodemografik, sosyoekonomik değişkenler ile toplumsal sınıftır. Toplumsal sınıflar Korkut Boratav'ın iktisadi, toplumsal, ideolojik ve politik boyutlu alan çalışmasına göre belirlenmiştir. Sosyoekonomik durumun saptanmasına yönelik olarak; öğrenim durumu, iş ve çalışma durumu, işte tüketilen emek türü ve yöneticilik durumu, gelir ve gelir kaynakları ile toplam hane geliri, sosyal güvence durumu, geçim derdi, dayanıklı tüketim malları sahipliği, konut mülkiyeti, ekonomik nedenlerle okula gönderilemeyen çocuk bulunması ve her yıl tatile gitme durumu ile tatile gidilen yer incelenmiştir. Bölgeler arasında ve toplumsal sınıflarda sosyoekonomik açıdan farklılıklar ile sağlık farklılıkları gösterilmiştir. Akkent bölgesine göre daha düşük sosyoekonomik durumda olduğu saptanan Balat bölgesinin ve diğer toplumsal sınıflara göre daha düşük sosyoekonomik durumda olduğu saptanan işsizler, niteliksiz hizmet işçileri ve mavi yakalı ücretlilerin sağlık durumu göstergeleri açısından dezavantajlı durumda olduğu saptanmıştır.

Anahtar sözcükler : Sağlıkta eşitsizlikler, toplumsal sınıflar, Uludağ Üniversitesi-Nilüfer Belediyesi Fethiye Eğitim ve Araştırma Bölgesi

**HEALTH INEQUALITIES AND AFFECTING FACTORS IN TWO
SOCIOECONOMICALLY DIFFERENT REGIONS OF FETHİYE PUBLIC
HEALTH TRAINING AND RESEARCH CENTER AREA OF
ULUDAĞ UNIVERSITY AND NİLÜFER MUNICIPALITY**

SUMMARY

The aim of this cross-sectional study is to determine the magnitude of inequality in health, factors leading to inequality and their degree of influence in two socioeconomically different regions, where are found in the area of Uludağ University-Nilüfer Municipality Fethiye Education and Research Area of Public Health, Bursa. The study population consisted of 582 individuals, who were 15 and over 15-years old, live in Balat and Akkent Regions. 401 persons (68,9%) of them were from Balat Region, and the remaining 181 persons (31.1%) were from Akkent Region. Dependent variables used in the study were perceived health, General Health Questionnaire indicating mental health, presence of any long-term disease, time-period of illness, Brief Disability Questionnaire, mortality data, disability, usage of health service, the place where the health service was received, and number of birth given by wives. Independent variables used in the study were sociodemographical and socioeconomical features with social class. Social classes were determined according to Korkut Barotav's study, which considers economical, social, ideological and political measures of the society. In order to determine socio-economical condition, educational situation, work and bussiness condition, type of labor spent during the work and management condition, income and sources of income with total household income, social security condition, the struggle to make a living, being owner of durable consumer goods, residence ownership, presence of the children who were not sent to the school because of economical reasons, state of going on holiday every year and places gone for holiday were analyzed. It was shown that there are significant socioeconomical and health differences between the regions and between social classes. Balat region, which is under lower social condition in comparison to Akkent Region, and the unemployed, unskilled service workers and the blue collar sallaried, whom socioeconomical conditions are lower than other social classes, were disadvantaged in terms of health condition indicators.

Keywords : inequality in health, social class, Uludağ University-Nilüfer Municipality Fethiye Education and Research Area

GİRİŞ

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı (1) ve günümüzde de geçerliliğini sürdüren şekliyle, “ Yalnızca hastalık ya da sakatlığın yokluğu değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu “ dur. Özellikle tam bir iyilik durumunun belirsizliği ile bir idealin tanımı olması ve ölçülebilirliğine yönelik eleştirilere yol açmasının yanı sıra bu tanım; sağlığı geniş, bilimsel disiplinler çerçevesinde değerlendirmekte, kavram genişletmekte, ölçütler ile ele alındığında sağlık için bir hedef gösterici olmaktadır. Sağlığın bu tanımı; insanı toplumsal ve fiziksel çevresi ile politik ve ekonomik açıdan da incelemek gerektiğini saptamakta, toplumsal dinamiklerin sağlığı etkileme potansiyeline işaret etmektedir(2,3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında sağlık hakkının temel insan haklarından biri olduğu belirtilmiştir. Sağlıklı yaşamak en temel insan hakkıdır ve bu hak, T.C. Anayasası'nda (4) “ Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” biçiminde tanımlanmaktadır. Bireylerin yaş, cinsiyet, dil, din, etnik köken, politik tercih ve ekonomik durumu gibi herhangi bir ayırım gözetilmeksizin sağlıklı yaşamlarının sağlanması, sosyal devletin en önemli bileşenlerinden ve başlıca görevlerinden biridir.

Günümüzde tüm dünyada; ülkeler arasında ya da aynı ülke içinde farklı bölge ve sosyal gruplarda gittikçe artan sağlıktaki eşitsizlikler farklı bilim dallarında araştırmacıların dikkatini çekmektedir (5-13).

Tüm dünyada politik ve sosyal sistem ne olursa olsun, aynı ülkede yaşayan farklı sosyal gruplar ve coğrafi bölgeler arasında belirgin sağlık farklılıkları tespit edilmiştir (14,15). Kimi politikacılar sağlık farklılıklarını, bireysel davranışlar olarak tanımladıkları sigara-alkol alışkanlığı, sağlıksız beslenme, sedanter yaşam üzerinden bireyin tercihlerine ve bireye yükleme eğilimindedir (16). Ancak sağlık durumu ve kronik hastalıklar ile sosyoekonomik ilişkiyi gösteren bir çok çalışma yapılmıştır (17). Sağlıktaki bu farklılıklar politik gündemde gittikçe de artan oranda göze çarpmaktadır (18). Ülkeler arasında ya da ülke içinde bölgesel bazlı, dezavantajlı kimi gruplarda yaşam şansının daha düşük olduğu, hastalıkları daha ağır geçirdikleri, kronik hastalıklara ve sakatlıklara daha erken yaşta maruz kaldıkları, daha hızlı yaşlandıkları ve daha fazla acı çektikleri, düşük yaşam kalitesine sahip oldukları ve yüksek standartlı sağlık hizmetlerinden daha az

yararlandıkları, iyi olarak algıladıkları sağlık durumu ile geçirdikleri yaşam diliminin daha az olduğu bilinmektedir (14, 19, 20). Daha fazla eğitilmiş, baskın etnik kökenli, yüksek statüde iş, yüksek standartlı ev sahibi, daha zengin ayrıcalıklı kişi/gruplar karşılarına göre daha uzun ve sağlıklı yaşarken düşük gelir seviyesi ve zayıf sosyal güçteki sosyal gruplar uzun dönemde hastalıklarında daha başarısız tedavi olmuşlar ve yetersiz sonuçlar almışlardır (21-24). Araştırmaların ortak sonucu; toplumsal sınıfı ve sosyoekonomik durumu işaret eden; düşük gelirli, eğitilmiş ve mesleki statüde bireylerin, bireysel sağlık göstergeleri bakımından grubun diğer üyelerine göre dezavantajlı olduğudur. Dezavantajlı bireyler ve içinde buldukları toplumsal sınıf sağlık açısından daha kötü durumdadır (25). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre; son 50 yılda sağlık göstergelerinde belirgin düzelme gözlenmesine karşın, ülkelerarası ve bölgesel farklılıklar giderek artmakta, ekonomilerin uygun gelir seviyeleri sağlayamadığı, sosyal güvenlik sistemlerinin çöktüğü ve çevresel kaynakların kötü kullanıldığı yerlerde sağlık göstergeleri giderek kötüleşmektedir. Toplumun genel olarak sağlık göstergelerindeki iyileşme durumu, en alt ve üst toplumsal sınıf arasındaki farkın açılmasına karşın gerçekleşmektedir. Bu kötüleşme durumu yalnız gelişmekte olan ülkelerle sınırlı kalmamakta, gelişmiş ülkeleri de kapsamaktadır. Gelişmiş ülkelerde sosyoekonomik seviye ile sağlık ilişkisini gösteren birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların temel karakteristik özellikleri toplumun alt sosyoekonomik seviyesindeki bölümünde ölüm ve hastalanma oranlarının diğer sosyoekonomik seviyedeki topluluklara göre daha fazla olduğudur (12). Toplumlarda ve ülkelerde eşitsizlik ve umutsuzluk giderek artmaktadır (7).

Son yıllarda tüm dünyada araştırmacılar sağlık durumuna ek olarak sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine de odaklanmış ve bu konuda çalışmalar yürütmüştür (26,27). Gittikçe artan şekilde toplumun sağlığının sosyal faktörlerden etkilendiği gösterilmektedir (28). Birçok çalışmada yoksulluk ve yoksulluğun belirleyicileri ile sağlık arasındaki ilişki gösterilmiştir (29). Sağlık ile ilişkisi araştırılan diğer değişkenlerden bazıları da; finansal durum, iş güvenliği, monoton çalışma yaşamı, stresli yaşam, zayıf sosyal bağ, düşük öz saygı ve kadercilik gibi psikososyal faktörlerdir (30). Gelir durumunun sağlığı etkilemesinin yanı sıra toplumda var olan gelirin eşit dağılımı durumu da sağlığa ve dolayısı ile sağlık göstergeleri üzerine etki etmektedir. Gelir dağılımı eşitsizliğinin derin olduğu bölgede yaşayanlarda yaşam ümidi az bulunmuştur (31). Bir çok değişken içinde en önemlisinin gelir dağılımı olabileceği konusunda görüş bildirenler vardır (32).

Sağlıkta eşitsizliğin, sağlık sorunlarında prevalans ve insidans farklılıklarının yüksek ve düşük sosyoekonomik statüdeki bireylerde gösterilebileceği bildirilmiştir (33). Sağlıkta

eşitsizlik araştırmaları; bireysel ya da toplumsal düzeyde sağlık durumlarındaki, sağlığı etkileyen sağlığın belirleyicilerindeki ve sağlık hizmetlerine ulaşılabirlikteki farklılıklar üzerinden yürütölmektedir. Bireysel düzeyde algılanan sağlık, yeti yitimi, psikolojik sağlık, kronik ve akut hastalıkların varlığı, genel sağlık durumu ölçölmekte, bu bireysel ölçömlerin bireyin dahil olduğu grup içine katılması ile gruplar arası farklılıkların karşılaştırılmasına olanak sağlanmaktadır. Toplumsal düzeyde toplumun sağlık düzeyinin tanımlanmasına olanak sağlayan bebek ölüm hızı, hastalık hızları, çeşitli yaşlarda beklenen yaşam ümidi süreleri gibi ölçekler ile toplumların sağlık farklılıkları incelenmektedir. Günümüzde sağlıkta eşitsizlik araştırmalarında daha çok bireysel sağlık üzerinden, farklı ölkeler, sosyal gruplar, ırklar, sınıflar arasında karşılaştırma yapılmaktadır. Sağlık bağımlı değişken olarak alınırken, başlıca meslek, gelir ve eğitim durumu ile belirtilen sosyoekonomik durum, yaşanılan bölge, cinsiyet, yaş, etnik yapı, dini inanç, göçmenlik durumu bağımsız değişken olarak incelenmektedir. Toplumlarda ya da aynı toplum içinde farklı özelliklerdeki gruplar arasında haksız ve önlenabilir sağlık farklılıklarının gösterilmesinde göstergelerden de yararlanılmaktadır. Sağlıkta eşitsizlik üzerine yapılan ilk dönem araştırmalarında, günümüzde de diğer göstergelerle birlikte kullanılmaya devam eden, toplumlarda rutin kaydedilen veri olması, kesinliği ve kolay elde edilebilirliği nedenleriyle mortalite farklılıkları incelenmiştir (34-37). Epidemiyolojik çalışmalarda sosyoekonomik durumu (SED) saptamak için çoğunlukla öğrenim durumuna ayrı bir önem verilmektedir (38-41). Öğrenim seviyesinin sağlık durumu ile açıkça ilişkili olduğu belirtilmektedir (42).

Gelişmekte olan ölkelerin yanı sıra gelişmiş ölkelerde de bölgesel ya da uluslararası seviyede düşük gelire sahip gruplarda, mortaliteye ek olarak morbidite, yaşam kalitesi gibi göstergelerle ölçölen sağlık seviyesi daha kötü bulunmaktadır (25,35,43,44). Bazı araştırmacılar sağlıkta eşitsizlik çalışmalarında sadece hastalıklara odaklanmış ve sosyoekonomik durum ile bireylerde hastalık bulunmasını irdelemiş, bireylerin eğitim seviyesi ile hastalık bulunması arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur (45). Dünya Bankası 1993 yılı raporunda 1900-1990 yılları arasında 100'den fazla ölkede Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) ile yaşam beklentisi arasındaki ilişki araştırılmış ve GSMH'daki küçük bir artışın yaşam beklentisinde büyük bir artışa yol açtığı belirtilmiştir (46).

Sağlıkta eşitsizliklerin gittikçe artıyor olmasına karşın bir çok ölkede sağlık kayıtlarının yetersizliği, güvenilmezliği göz önüne alındığında toplumun sağlık düzeyinin, farklı özelliklerdeki toplumsal gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının saptanması ve değerlendirilmesine yönelik yapılacak araştırmaların bir çok açıdan yararı olacaktır.

Sağlıkta eşitsizliğin ortadan kaldırılmasının ön koşulu onun tanımlanması, saptanması, ölçülmesi ve değerlendirilmesidir. Ancak bu veriler ile toplum sağlığını eşitlikçi yaklaşım ile geliştirmek için gereken politikaların belirlenmesinin yolu açılabilir. Eşitsizlikler konusunda, özellikle küçük gruplarda, toplumsal sınıflarda, sosyoekonomik durum ve hastalık sonuçları, sağlık bakımına ulaşmada eşitsizlikler, hastalıklarda eşitsizliğin etkileri, sosyal durum ve gelir dağılımı konularında araştırma yapılması önerilmektedir (24).

Sağlıkta eşitsizlik araştırmaları;

1. Toplumun sağlık durumunun saptanmasını,
2. Sağlık politikasının, topluma sunulan mevcut sağlık hizmetlerinin ve bu hizmetlerin etkinliğinin değerlendirilmesini,
3. Sorunların gerçek boyutunun saptanmasını ve böylelikle toplum sağlığını geliştirmek için gerekli sosyal politikaların ve sağlık hizmetlerinin belirlenmesini,
4. Toplumda dezavantajlı grupların ve sağlıkta eşitsizliği hazırlayan nedenlerin, düzenli olarak tutulan kayıtlar ile saptanamayan eşitsizliklerin saptanmasını,
5. Toplumların içerdikleri farklı özelliklerin toplum sağlığı üzerine etkilerinin ortaya çıkarılmasını,
6. Belirlenen hedeflerin ne kadarına ulaşıldığının saptanmasını,
7. Sağlıkta eşitsizliklerin yıllara göre değişiminin izlenmesini sağlamaktadır.

Bu çalışmada amaç; Uludağ Üniversitesi-Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi içinde yer alan sosyoekonomik açıdan farklı iki bölgede sağlıkta eşitsizliklerin boyutlarını, eşitsizliğe neden olan etmenler ve bu etmenlerin etki derecelerini saptamak, eşitsizlik konusunda yapılacak diğer çalışmalara yol gösterici olabilmektir.

GENEL BİLGİLER

İlkel toplumlarda sınıfsız, eşitlikçi toplumsal yapı dikkat çekmektedir. İnsanlık tarihinin başlangıcında, toplayıcılık ve avcılık dönemlerinin, doğa güçlerine ve vahşi hayvan saldırılarına karşı topluca direnildiği, açlık kadar bolluğunda paylaşıldığı bir dönem olduğu bilinmektedir (47). Bu dönemde üretim araçları gelişmediğinden üretimin yapıldığı şekilde, ortaklaşa paylaşım ile eşitlikçi bir toplumsal yapı sürmüştür. Tarihsel, toplumsal koşullar, sınıflı, eşitsizlikçi toplumsal yapıların kurulmasıyla eşitsizlikçi değerler oluşmuştur (48). Antik çağdan sonra eşitlik, insanların neden eşit olamayacağına ilişkin akıl yürütmelerle gündemde tutulmuştur. Rönesans döneminin sorgulayan, yaratıcı ve meraklı insanı da eşitsizlik yazınına konuya farklı açılardan yaklaşan ciddi katkılarda bulunmuştur. Bu dönemde eşitsizliklere karşı topluca bir karşı koyuş gözlenmemiştir. Machiavelli'nin Hükümdar'ında olduğu gibi siyasette devletin çıkarlarının gerektirdiği her türlü adımı atmasının savunusu içinde eşitsizlikleri derinleştirecek öneriler getirilebilmiştir (49). Var olan toplumsal düzenlerin umulanı karşılayamayacağı düşüncesi yeni toplumsal model düşüncelerinin oluşmasına yol açmıştır. Bu dönemde yeni toplumsal model örneklerinin en önemlisi Thomas More'un 16. yüzyılda yazdığı Utopia da görülmektedir. More, Utopia'da toplumsal eşitlik üzerine kurulmuş bir devlet yapısından söz etmektedir (50). 18 ve 19. yüzyıllarda bir çok düşünür, eşitsizliğin kaynakları, tarihsel kökenleri konusuna eğilmiştir (51). Bu dönemde eşitsizlik yazınına en önemli katkılardan birisi "İnsanlar Arasındaki Eşitsizliğin Kaynağı ve Temelleri Üzerine Konuşma" denemesi ile Jean-Jacques Rousseau tarafından sağlanmıştır. Bu denemesinde J.J.Rousseau insanlar arasında eşitsizlikleri doğa tarafından meydana getirilen, doğal ya da fiziksel eşitsizlik adını verdiği ve toplumsal uzlaşa ile oluşan, manevi veya politik eşitsizlik adını verdiği iki başlıkta inceler (52).

Eşitsizliklerin toplumsal ilişkilerdeki çatışma ve istikrarsızlığın bir kaynağı olduğu bilinmektedir. Buna örnek olarak da gösterilebilecek olan ve "özgürlük, eşitlik, kardeşlik" sloganı ile ortaya çıkan 1789 Fransız Devrimi'ni, eşitlik incelemelerinin başlangıç tarihi olarak görmek olanaklıdır (51). Günümüzde ele alındığı şekli ile sağlıkta eşitlik tartışmaları ise 2. Dünya Savaşından sonra başlamıştır (53).

Toplumların rutin sağlık istatistiklerinde yoksul-zengin gruplar arasında sağlık düzeylerinde belirgin farklılıkların gözlenmesi ve bozulan toplumsal uzlaşa zemini, 1970'li yılların ortalarından itibaren uluslararası sağlık kamuoyunun dikkatini sağlıkta eşitsizlikler

konusuna yöneltti. DSÖ ve UNICEF yürütme kurulları kararı ile Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata'da 1978 yılında yapılan toplantı sonrası yayınlanan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi'nde sosyal bir hedef ve temel bir insan hakkı olan sağlığın en üst düzeyde gerçekleşmesi için, sağlık yanında diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin katkısı da vurgulandı. Bildirgede gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki ve ülkelerin içindeki büyük sağlık eşitsizliklerinin politik, sosyal ve ekonomik açıdan kabul edilemez olduğu ve tüm dünya ülkelerini ilgilendirdiği saptandı (54). Eşitsizliğin kabul edilemezliğini, eşitlik için sağlık dışında siyasal, sosyal ve ekonomik sektörlerin önemini vurgulamasına karşın bildirge eşitsizliklerin nedenlerini tanımlamaktan uzak kalmıştır (55). Eşitlik; hakkaniyet ve sosyal adalet değeri üzerine oturur ve halk sağlığı geleneği, DSÖ anayasası ve temel sağlık hizmetleri anlayışı onun üzerinde şekillenmiştir (7). DSÖ Avrupa Bölgesine üye ülkeler 1984 yılında 38 bölgesel hedef belirlemiştir. Belirlenen bu hedeflerden ilki eşitsizliklerle ilgilidir. Bu hedef "2000 yılına kadar, dezavantajlı ülkeler ve ülkelerdeki dezavantajlı gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları en az % 25 azaltılmalıdır." şeklindedir (14). Hedefler sürekli gözden geçirilmekte ve özellikle daha önce hedeflerin odak noktası olan ve mortalite ile değerlendirilen fiziksel sağlık düzeyinin yerini sağlık ve refahın diğer boyutları almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1979 yılında 34. Dünya Sağlık Genel Kurulunda ortaya koyduğu Herkes İçin Sağlık Genel Planı'nda sağlıktaki eşitsizliklerin büyük bir sorun olduğu ve büyük ölçüde azaltılması gerektiği belirtilmektedir. Yine aynı genel planda sosyoekonomik kalkınmanın sağlığın da kalkınmasına yol açtığı, sağlığı geliştirici yatırımların da insanlığın kalkınması için yatırım olduğu vurgulanmıştır (56). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde herkes için sağlık politikasında eşitsizliklere vurgu yapılmakta ve "2020 yılına kadar, ülkelerdeki sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılık, dezavantajlı grupların sağlık düzeyleri geliştirilerek, tüm üye ülkelerde en az dörtte bir azaltılmalıdır." şeklinde hedef belirtilmekte, gelir düzeyi farklılıklarının, eğitim ve iş imkanına ulaşamama gibi sosyoekonomik durumların sağlığa ters etki ettiği vurgulanmaktadır (57).

UNDP 2003 İnsani Gelişme Raporu'nda insani gelişme açısından dünya ülkeleri arasında büyük farklılıklar ve eşitsizlikler olduğu belirtilmektedir. Politik, ekonomik, sosyal, kültürel, çevresel, davranışsal ve biyolojik faktörlerin hepsi sağlığa yarar ya da zarar verebilmektedir (58-60).

Sağlığı Geliştirme Ottawa Şartında sağlığın ön koşulları (61):

- Barış,
 - Barınma,
 - Eğitim,
 - Gıda,
 - Gelir,
 - Tutarlı bir eko-sistem,
 - Sürdürülebilir kaynaklar,
 - Sosyal adalet
- ve
- Adalet
- olarak belirtilmektedir.

Sağlığın bu ön koşullarındaki eşitsizlikler, sağlık hizmeti sunumundaki eşitsizliklerle birleştiğinde ortaya belirgin bir eşitsizlikler tablosu çıkmaktadır. DSÖ herkesin sağlığının korunması ve geliştirilmesinin ekonomik kalkınmayla sıkı sıkıya ilişkili olduğunu savunmaktadır (11). Sağlık ile ekonomik durum arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Bir yönü ile sağlık ve sağlık hizmetleri ekonomiyi diğer yönü ile de ekonomi sağlık ve sağlık hizmetlerini etkilemektedir. Sağlık ile ekonomi arasındaki bu ilişki 17. yüzyıldan beri bilinmektedir. 18. yüzyıldan itibaren yapılan incelemelerde bir çok hastalıkta olumlu gelişmeler olduğu gözlenmiştir. Örneğin bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerin azalması; ulusal gelirin artmasına, sağlık programlarında hedeflenmediği halde gelir düzeyindeki artış ile kendiliğinden ortaya çıkan su ve yiyecek hijyenindeki gelişmelere ve beslenmenin düzelmesine bağlanmaktadır (62).

Türk Dil Kurumu; eşitsizliği, eşitliğin olmaması; eşitliği ise matematiksel yaklaşıma ek olarak yasalar yönünden insanlar arasında ayırım bulunmaması, bedensel, ruhsal başlıkları ne olursa olsun, insanlar arasında toplumsal ve siyasal haklar yönünden ayırım bulunmaması durumu olarak da tanımlamaktadır (63). Genellikle dört tip eşitlik tanımlanmaktadır (51):

1. Varlıksal eşitlik; tipik biçimi tanrı önünde insanların var olmalarından kaynaklanan eşitlik halidir. Din ve ahlak geleneklerinde rastlanan bu görüş modern eşitlik yazınında çok az yer verilmektedir.

2. Fırsat eşitliği; batı demokrasisinin siyaset sahnesinde en sık kullandığı görüştür. İlke olarak önemli toplumsal kurumlara ulaşma hakkının herkese tanınması ve ulaşma durumunun kişilerde başarı düzeyi, yetenek gibi evrensel esaslara bağlı olması anlamına gelir. Fırsat eşitliği, yeteneğe açık kariyer düşüncesi olarak da tanımlanabilen bireysel düzeydeki eşitlik türüdür. Ancak özellikle insan eliyle oluşturulmuş rekabete dayalı bir sistemde değişik seviyelerde yarışanlar olacağından ve herkesin yarışı kazanması beklenemeyeceğinden sonuçlarda eşitsizlik kaçınılmaz olacaktır.
3. Şartlarda eşitlik; toplumsal düzeyde, başarı yarışına başlamadan önce, başlama noktasında herkesin aynı noktadan ve abartısız engellerle karşılaşmadan yarışa başlamasıdır. Toplumsal grupların yaşam koşullarını eşit kılınmaya çalışılması şartlarda eşitliği sağlamaya yöneliktir.
4. Sonuçlarda eşitlik; şartlarda ve fırsatlardaki eşitsizlikleri toplumsal eşitliklere dönüştürmeye çalışır. Ancak sonuçlarda eşitlik, fırsatlarda ve şartlarda eşitliğin sağlanması ile oluşabilir. Şartların ve fırsatların eşit olmadığı durumda sonuçlarda eşitlik görece bir eşitliğin ötesine geçemez.

Sağlıkta eşitsizlik yazınında birbiri ile yakın ilişkili ancak anlam açısından farklı iki kavram sıklıkla kullanılmaktadır. Bunlar İngilizcede equal kelimesinden türeyen “Inequality” ve equity kelimesinden türeyen “Inequity” dir. Equal kelimesi matematiksel eşitlik durumunu anlatmak için kullanılır. Equity ise hakça, adaletli davranma anlamındadır. Literatürde sağlıkta eşitsizlikten söz edilirken “Inequity” kullanılmakta, böylelikle durumun etik ve ahlaki boyutu da yansıtılmaktadır. Inequality ise toplumlarda sağlık durumu farklılıkları ve sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili durumu matematiksel olarak ifade etmede tercih edilmektedir (64). Whitehead (14) pek çok ülkede inequality ve inequity kelimelerinin kullanımında belirsizlik yaşandığını, bazıları için eşitsizliğin haksızlığı, bazıları için ise matematiksel eşitsizliği ifade edebildiğini belirtmektedir. Bu kargaşayı önlemek için DSÖ Avrupa Herkese Sağlık stratejisinde kullanılmak üzere “equity” ve inequity” kelimeleri seçilmiştir.

Eşitsizlik önlenemez, önlenemez olması nedeniyle gereksiz ve aynı zamanda adil olmayan farklılıklar anlamına gelir ve toplumsal eşitsizlik kavramı bu hali ile ahlaki ve vicdani boyutunu da sergiler (65). Bir durumun eşitsizlik olarak tanımlanabilmesi için; toplumun geri kalan kısmındaki şartlar göz önüne alınarak nedenin incelenmesi ve haksız olarak tanımlanması gerekir. Eşitsizlik tanımında önlenemezlik, eldeki bilgi ve teknolojik

donanım ile eşitsizliğin yok edilebileceğini belirtmektedir. Gereksiz ve adil olmama durumu ise çeşitli etmenler nedeniyle seçilen ve uygulanan politik kararlar dolayısıyla yaşanan eşitsizliklerin yok edilmemesi, azaltılmamasına yapılan vurgudur. Sağlıkta kimi eşitsizliklerin, farklı sağlık politikası yürütülmesinden kaynaklanabileceği bildirilmiştir (28). Bilinmektedir ki, düşük ekonomik büyümede bile akıllı ve adil sosyal politik yatırımlar sağlığı geliştirebilir. Akıllı, adil ve eşitlikçi sağlık politikaları uygulayan toplumlarda sağlık göstergelerinin daha iyi olduğu ve toplumsal eşitsizliklerin daha az olduğu bilinen gerçektir. Çalışmalar yaşam umudunu kişi başına yapılan sağlık harcamasının belirlemediğini göstermiştir (66). Farklı yaş grubundaki bireylerin sağlık farklılıkları ile kadın ve erkek arasındaki biyolojik varyasyondan kaynaklanan sağlık farklılıkları eşitsizlik değil, kaçınılmaz olarak kabul edilir. Her farklılığın eşitsizlik olarak kabul edilmesi yanlıştır. Eşitsizlik haksız, adaletsiz, önlenemez ve bu nedenle de gereksiz farklılıklar sonucu oluşmaktadır. Sağlık farklılıklarının haksız olup olmadığının değerlendirilmesi; bireyin hastalığa götüren nedenleri kendilerinin seçmesi ya da bunların kendi kontrolleri dışında oluşmasına bağlıdır. Bireyin gönüllü olarak ve isteyerek sağlığa zararlı ya da sağlığı iyileştiren bir takım davranışları benimsemelerinden dolayı oluşacak sağlık durumları eşitsizlik olarak tanımlanamaz. Kısaca doğaya, biyolojik sürece ve gönüllü seçime dayalı kararlar nedeniyle oluşan farklılıklar eşitsizlik değildir. Ancak bireyin kişisel sağlık davranışları ile yaşam tarzını seçme şansının, sosyal ve ekonomik faktörlerle önemli ölçüde sınırlanabildiği unutulmamalıdır. Bireyler düşük ekonomik güçleri nedeniyle, kötü yaşam koşullarını barındıran bir konutta barınmak, kötü bir işte çalışmak zorunda kalarak fiziksel olarak etkilenmektedir. Bu fiziksel etkilenmeye ek olarak psikolojik etkilenim ile stres altında kalmaktadırlar. Stres ise dolaylı ve dolaysız olarak sağlığı etkilemekte, kronik mental ve duygusal strese yol açmaktadır. Stres altındaki düşük gelirli grup üyelerinde solunum ve kan akımı bozulduğundan immun sistem yanıtı azalmıştır. Düşük gelir gruplarında stres dolaylı sigara içimi, oburluk, alkol ve ilaç bağımlılığı gibi sağlığı kötü etkileyen davranış riskleri artmaktadır (67). Sağlıksız ve stresli iş ve yaşam koşulları ile temel sağlık ve diğer sosyal hizmetlere ulaşılabilirlikteki yetersizlikler, kişilerin sağlık durumunu etkileyen faktörlerden olup, önlenemez ve haksız olmaları nedeniyle eşitsizlik olarak kabul edilmektedir. Bireylerin hastalık nedeniyle, sağlıklı dönemlerinden daha düşük gelire ulaşabilmeleri ve bu nedenle oluşan sağlık farklılıkları da önlenemez ve haksız olduğundan eşitsizlik olarak kabul edilir.

Önlenebilir sağlık eşitsizliğine neden olan dört etken:

1. Bireyin kendi yaşam şansını seçme, belirleme şansının sınırlı olduğu durumlar.
2. Sağlıksız ve stresli iş ve/veya yaşam koşullarında yaşamak/çalışmak.
3. Sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşmada yetersizlik, güçlükler.
4. Hasta kişilerin, hastalıklarına bağlı nedenlerle sosyal ve sınıfsal konumlarının dezavantajlı konuma gelmesi (14).

İnsanlar belli konumlara göre ortak özellikler taşırlar. Bu özelliklerden yola çıkarak yapılan tanımlama ile insanlar belli konum içine yerleştirilir ve sınıflanırlar. İnsanlar arası ilişkilerde de bu sınıflama önemli rol oynar (68). Sınıf kelimesi ilk kez Fransızca olarak ve 14. yüzyılda kullanılmasına karşın, modern sınıf kavramı 18. yüzyılın son çeyreğinde kullanılmaya başlandı. 1772 de ortaya çıkan alt sınıflar terimine ek olarak çalışan sınıflar terimi ilk olarak 1813 yılında Owen tarafından kullanıldı. Toplumun ekonomik ölçütlere göre bölünmesi ve sınıf terimi ile birlikte kullanılması 1766 yılında başlar. Toplum Quesnay (69) tarafından üç sınıfa bölünmüştür: üretici sınıf, mülk sahipleri sınıfı ve yararsız sınıf. Birçok farklı tanımlama yapılmasına karşın, tanımların ortak öğeleri sınıf bilinci, gelir ve yaşama biçimleridir. Tıp biliminde gözden kaçsa da sınıf kavramı sosyolojinin tüm alanlarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalarda sosyoekonomik durum, sınıf yerine eğitim, gelir ve iş prestiji ile ölçülmektedir (70). Stinchcombe'a (71) göre sosyolojinin tek bağımsız değişkeni vardır ve o da sınıftır. Toplumsal sınıf topluluk içindeki bireyler bütünü olmasıyla toplayıcı bir tanımlamadır. Toplum içinde belli özellikler açısından homojenliğin sağlandığı sınıflar, bir diğeri ile çeşitli farklılıklar sergilemekte, farklılıklar en alt ile en üst sınıf arasında en belirgin konumda yaşamaktadır. Sınıfla ilgili sosyoloji teorilerinin ilk ve en önemlilerinden birini Karl Marx geliştirmiştir. Marx sınıfların temeli olarak kabul ettiği üretim araçları mülkiyetine göre üretim araçlarına sahip olanlar ve üretim araçlarına sahip olmayıp emek güçlerini satanlar olmak üzere iki temel sınıf tanımlar (71). Marksist kuramda bireylerin sınıfsal yapısı bireyin üretim araçları karşısındaki konumu ile belirlenir. Marx, insanlık tarihini farklı çıkarlara sahip sınıflar arasında süren sınıflararası mücadeleler tarihi olarak tanımlar. Weberci geleneğe göre sınıfsal konumu belirleyen şey bireyin piyasa ilişkileri içindeki konumudur. Bireyin piyasa gücünü belirleyen etkenler geliri, eğitim seviyesi, satın alma gücü gibi sosyoekonomik parametrelerdir (72). Marx ve Weber sınıf kavramını ekonomi terimleriyle kavramlaştırmıştır. Weber, bilgi ve beceriden kaynaklanan sınıfsal avantajları vurgularken Marx, sınıfsal yapıda çatışmanın ve kutuplaşmanın rolüne ağırlık vermiştir. Marksist sosyolog Wright, yeni Marksist sınıf teorisi çalışmasını, Weberci

Goldthorpe ise yeni Weberci sınıf teorisini oluşturmuştur (71). Kimi sosyologlar bu iki sınıf teorisinin birbirine benzer hale geldiğini belirtmektedir. Marx ve Weber'in sınıfa verdiği rol modern toplum analizlerinde geçerlidir. Ekonomik ve politik hayatı yapılandıran en önemli faktörlerden birisi sınıftır. Eğitim toplumsal eşitsizliklerin tanımlanmasında en önemli değişkenlerden birisidir. Ancak toplumda avantajlı eğitim seviyesine ulaşmada sınıfın etkisi yadsınmaz. Servet ve eğitim sınıfsal yapıda üst tabakalarda, yoksulluk ve düşük eğitim seviyesi alt sınıfsal tabakada yoğunlaşmaktadır. Kısaca sınıf toplumsal yaşamın anlaşılmasında önemli bir kavramdır. Özellikle Amerika'da bir çok sosyolog geliri ya tek başına ya da başka değişkenlerle birlikte sınıfı belirlemek için ölçü olarak kullanmaktadır. Sınıfsal konumun yaşamsal etkilerine yönelik bir çok çalışma yürütülmüştür. 1958 doğum kohortunda İngiltere, İskoçya ve Galler'de yapılan izlem çalışmasında, doğumdan 33 yaşına kadar izlenen bireylerde babanın 1958 yılındaki mesleğine göre belirlenmiş olan toplumsal sınıfla, erişkin sağlığı risk faktörleri arasında güçlü bir ilişki bulunmuş, erişkinlikte, alt sınıflarda doğan bireylerin diğerlerine göre daha fazla biyolojik ve psikososyal risk faktörlerine sahip oldukları saptanmıştır. Doğumdaki toplumsal sınıfı ile bireyin 23 yaşındaki çalışma durumu arasında güçlü bir ilişkili bulunmuştur. Bu çalışma sağlık açısından sınıfsal etkinin yanı sıra toplumsal sınıf geçişliliği hakkında önemli veriler sunmaktadır (73). Günümüzde değişen toplumsal yapı eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir. Sınıflar arasındaki uçurum yeni terimlerinde ortaya çıkmasına neden olmuştur. Yeterli geliri ve üretimde yeri olmayanlar için sınıf altı, geliri çok fazla ve katlanarak artan sınıfları tanımlamak için de sınıf üstü terimleri kullanılmaktadır (74).

Sağlık hizmetlerinden yararlanan gruplar arasında sağlıkta eşitsizliklere yol açabilen sosyal, ekonomik ve coğrafi bir çok farklılıklar vardır. Sağlık hizmeti sunumundaki farklılıklar, sağlıkta eşitsizliğin belirleyicilerinden sadece birisidir. Farklılıkların azaltılması ve ortadan kaldırılmasında hakkaniyet kavramı sağlık planlamacılarının dikkatini çekmektedir. Dezavantajlı durumdaki toplumlarda gözlenen sağlıkta eşitsizliğe yönelik politika oluşturulmasında üç farklı akım vardır (75). Bunlar:

1. Yoksul Sağlığını Düzeltmek
2. Zengin-yoksul farklılığını indirgemek
3. Eşitsizlikleri düzeltmek.

Yoksul sağlığını düzeltme odaklı yaklaşım, üst sınıfların sağlık durumu ile alt sınıf arasındaki fark ile ilgilenmeden yalnız alt grubun sağlık durumunun iyileştirilmesini savunur. Zengin ve yoksul farkının indirgenmesine yönelik yaklaşım "inequalities" terimi

kullanılarak açıklanmakta alt ve üst sınıf arasındaki farkın matematiksel olarak azaltılmasını öngörmektedir. Eşitsizlikleri düzeltme yaklaşımında “inequity” terimi kullanılarak açıklanmış, böylece asıl odak noktası hakkaniyet olarak belirtilmiştir. DSÖ konuyu hakkaniyet vurgusunda eşitsizliklerin azaltılması anlamında ele almaktadır.

Hakkaniyet vurgulu eşitsizliklerin azaltılmasında, eşitsizliğin temel belirleyici unsuru olan gereksiz ve kaçınılabılır olma durumunun eldeki olanaklar çerçevesinde ancak politik karar doğrultusunda belirlenmesi sıkıntı yaratabilir. Düzeltmesi düşünülen eşitsizlik durumu için kimi politika oluşturanlar olanakları yetersiz kimileri ise yeterli bulabilir. Bu konuda değerlendirmenin nesnel zeminde gerçekleştirilme zorunluluğu vardır. Eşitlik, eşit paylaşım üzerine kurulu bir kavram iken sağlıkta hakkaniyet eşitsiz paylaşımı gerektirmektedir. Topluma eşitsiz ancak hakkaniyetli sağlık hizmeti sunumu sağlıkta eşitlik hedefine en fazla yaklaştıracak uygulamadır. Sağlık personeli başına düşen nüfusun eşit dağıtılması, nüfusunun özelliği nedeniyle daha fazla hizmete gereksinim duyan grup için hakkaniyetli olmayacaktır. Sağlık hizmetlerinde eşitlik, sağlıkta eşitliği önemli düzeyde etkileyen belirleyicilerdendir. Eşitlikçi sağlık sistemlerinin sağlığın diğer belirleyicilerinin eşitsiz dağılımdan kaynaklanan sağlık eşitsizliklerinin etkisini azaltma potansiyeline sahip olduğu da bilinmektedir (7). Sağlık hizmetlerinde eşitliği sağlayıcı adil yaklaşım, hizmetin gereksinime dayalı olarak organize edilmesidir.

Sağlık hizmetlerinde eşitlik;

1. Eşit gereksinimlerde sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik,
2. Eşit gereksinimler için eşit kullanım,
3. Herkes için eşit kalitede hizmet olarak tanımlanmaktadır.

Whitehead (14) sağlıkta eşitliği şu şekilde tanımlamaktadır :

İdeal olarak sağlıkta eşitlik, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve daha pragmatik olarak, sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır.

Bu tanım doğrultusunda sağlık politikalarının ve uygulamalarının ana hedefi herkesi eşit sağlık düzeyine ulaştırmak değil, sağlık farklılıklarına yol açan önlenebilir ve haksız etkenleri ortadan kaldırmak olmalıdır. Sağlık hizmetlerinde ise kaynakların bölgelere dağılımında nüfus ile birlikte gereksinimler de dikkate alınarak planlama yapılmalıdır.

Eşitsizlik yazınında çeşitli yaklaşımların öncelenerek yürütüldüğü gözlenmektedir. Ekonomik yaklaşım ile farklı gelir gruplarında, sosyolojik yaklaşım ile farklı sosyal sınıflarda, politik yaklaşım ile farklı politik yapılarda sağlıkta eşitsizlik araştırmaları yapılmıştır. Diğer yaklaşımlar da etnik grup, ırk, eğitim, iş durumu ile ortalama sağlık farklılıklarının araştırılması şeklinde olmuştur (76-78).

Ölüm hızlarındaki farklılıklar dışında sağlığın sosyal, psikolojik ve fiziksel yönlerini de ölçmek için bir dizi ölçek geliştirilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü sosyoekonomik etkenlerle ilişkili sağlık eşitsizliklerinin ölçülmesinde bir takım toplumsal düzeyli sağlık göstergeleri belirlemiştir. Dünyada sağlıkta eşitsizlik araştırmalarında kullanılan başlıca göstergeler (64,79):

1. Sağlığın belirleyicileri ile ilgili göstergeler

- a) Yoksulluk düzeyi ve prevalansı
- b) Eğitim düzeyi
- c) Sağlıklı içme suyu kullanma oranı
- d) Yeterli sanitasyon koşullarına sahip olan nüfusun yüzdesi
- e) Gini katsayısı
- f) Lorenz eğrisi
- g) Kişinin gelir düzeyi
- h) Robin Hood indeksi
- i) İşsizlik oranı
- j) Sosyal güvenlik durumu

2. Sağlık düzeyi göstergeleri

- a) Algılanan sağlık
- b) Yeti yitimi
- c) Kronik hastalık sıklığı
- d) Hastalıkların görülme sıklığı (özellikle kalp, felç, DM, KOAH)
- e) Beş yaş altı ölüm oranı
- f) Kavruk, bodur çocuk yüzdesi
- g) Bebek ölüm hızı
- h) Çocuklarda malnutrisyon prevalansı
- i) Doğumda yaşam beklentisi
- j) Anne ölüm hızı

- k) Ölü doğum hızı ve oranı
- l) Potansiyel yaşam yılı kaybı
- m) Yaşa, cinse, yerleşim yerine, mesleğe ve nedene özel ölüm hızı
- n) Yaş ve cinse özel yaşam beklentisi
- o) Ölüm nedenleri
- p) Vücut kütle endeksi
- q) Fiziksel aktivite
- r) Yaşam kalitesi
- s) Kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılları
- t) Hastalıklara özgü göstergeler
- u) Genel sağlık anketi
- v) Nottingham sağlık profili
- w) Perinatal ölüm hızı
- x) Bulaşıcı hastalık hızları
- y) Potansiyel yaşam yılı kaybı
- z) SF 36

3. Sağlık hizmeti kaynakları ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik

- a) Yeterli sağlık hizmetine ulaşabilen nüfus oranı
- b) Sağlık personeli başına düşen nüfus
- c) Sağlık kurumu başına düşen nüfus
- d) Gayri safi milli hasıla
- e) Kişi başına yapılan sağlık harcaması
- f) Bağışıklama oranları
- g) Antenatal bakım alan kadınların oranı
- h) Aile planlaması kullanım durumu
- i) Sağlık personeli yardımı ile yapılan doğum oranı
- j) Servikal kanser tarama hızı
- k) Sağlık harcamaları dağılımı
- l) Sağlık kurumları dağılımı
- m) Doğumun yapıldığı yer

Eğitim SED saptanmasında kullanılan en önemli göstergelerden biridir. Kimi araştırmacılar SED saptanmasında eğitimin tek başına kullanılabileceğini belirtmiştir.

SED saptanmasında eğitim düzeyinin kullanılmasının gelir ve mesleğin kullanılmasına göre üstünlükleri vardır. Öncelikle eğitim seviyesinin bütün nüfus için ölçülebilecek bir zemini vardır. (örneğin gelir, ekonomik aktif olmayanlar için ölçülememektedir.) Eğitim düzeyi eğitimin genellikle tamamlandığı gençlik dönemi sonrası değişmez ve hep aynı kalır (80). Bu aynılık diğer değişkenlerde yoktur ve izlem çalışmaları için önemli kolaylık sağlar. Eğitim durumu kişinin hastalık halinden etkilenmeyen bir değişkendir. Eğitim verileri uluslararası değerlendirme ve karşılaştırılma açısından kolaylık sağlar. Bireyin eğitim seviyesi yükseldikçe geliri de artmaktadır. Bu nedenlerden dolayı eğitim seviyesinin gelir ya da diğer sosyal faktörlerden daha iyi bir gösterge olabileceği belirtilmektedir (46). Çalışmalarda önem verilen bireyin eğitim seviyesi ile kimi sağlık sonuçları arasında yapılmış bir çok çalışma bulunmaktadır. Eğitim seviyesinin bireyin sağlık durumu ve hastalanması ile, özellikle koroner kalp hastalığı ve iskemik felçler ile yakından ilgisi olduğu, iyi eğitim seviyesinin babanın sosyal sınıfı ile yakından ilgili olduğu ve düşük gelirin zararlı etkilerine karşı koruyucu olacağı belirtilmektedir (38,81,82). Eğitim, bireyin yaşam kalitesini etkilemesinin yanı sıra ölüm nedenlerinde de etkili olmaktadır. Eğitim seviyesi ile enfeksiyon hastalıkları nedenli ölüm arasında yakın ilişki olduğu gösterilmiştir (83).

GEREÇ VE YÖNTEM

A) Araştırma Bölgesinin Tanıtılması

Bursa il merkezinin batısında yer alan Nilüfer ilçesi 2000 yılı nüfus sayımına göre 178.682 kişilik nüfusu, % 1,08 Gayri Safi Milli Hasıla ve il Gayri Safi Milli Hasıla içindeki %26,26'lık payı ile Türkiye'nin en zengin 15. ilçesi konumundadır (84).

Nilüfer ilçesinde, Sağlık Bakanlığı 5 il tipi ve 6 köy tipi sağlık ocağı ile birinci basamak sağlık hizmetini yürütmektedir. Sağlık Bakanlığının yürüttüğü bu hizmetten ayrı olmak üzere, zorunluluk zemini olmadan, Nilüfer Belediyesi ve Uludağ Üniversitesi birlikte Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'ni oluşturmuştur. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi, Bursa Nilüfer Belediyesi sınırları içinde belirlenmiş bir alanda Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı sorumluluğunda ve Nilüfer Belediyesi desteğinde birinci basamak sağlık hizmeti sunmak, Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerin kırsal hekimlik stajı yapmalarını sağlamak ve araştırmalar yürütmek amacıyla kurulmuş bir bölgedir. Bölgede dört tane Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi bulunmaktadır. (Fethiye, İhsaniye, Özlüce, Alaaddinbey) Araştırma Uludağ Üniversitesi – Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi sınırları içinde yer alan sosyoekonomik açıdan farklı iki yerleşim biriminde yürütülmüştür.

Araştırmaya katılan yerleşim birimlerinden biri Balat Mahallesi'dir. Balat Mahallesi'nin 1 Şubat – 5 Nisan 2002 tarihleri arasında, tüm eğitim ve araştırma bölgesinde yapıldığı gibi, nüfus tespit çalışmaları yapılarak elektronik ortama kaydedilmiştir. Köy statüsünde eski bir yerleşim birimi olan Balat, 1987 yılında Bursa Belediyesinin “Büyükşehir” statüsüne kavuşurken merkez ilçe belediyesi olan Nilüfer Belediyesine bağlanmış ve statü değiştirmiştir. Balat mahallesi Nilüfer ilçesinin kuzeyinde ve Bursa-Mudanya yoluna 3 kilometre uzaklıktadır. Eski köy merkezine ek olarak göçler ile oluşmuş dört farklı yerleşim alanı, Balat Mahallesi'nin dağınık ve gecekondulaşmış, düşük sosyoekonomik yapısını sergilemektedir. Alt yapı sorunları tam olarak çözülememiş olan bu farklı dört alanda kamu hizmeti olarak toplu ulaşım aracı da bulunmamaktadır. Balat Mahallesi kırsal yerleşim alanı özelliklerine sahip bir yerleşim birimidir. Balat Mahallesi'ne Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi ebe-hemşireleri tarafından düzenli aralıklarla ve sürekli olarak ana-çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, sağlık eğitimi, yaşlılar ve özel risk gruplarının izlenmesi hizmetleri sunulmaktadır. Çalışmanın yapıldığı

sırada Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezine bağlı Balat mahallesi sınırlarının genişletilmiş olması ve karışıklığa neden olmaması amacıyla Balat Mahallesinden “Balat bölgesi” olarak söz edilecektir.

Araştırmadaki ikinci yerleşim birimi yine Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi sınırları içinde ve Fethiye Mahallesinde yer alan bir sitedir. Bu site, sınırları duvarla çevrilmiş, özel güvenlik önlemleri alınmış, girişinde güvenlik görevlilerinin bulunduğu 102 adet üçer katlı bahçeli ikiz lüks villadan oluşmaktadır. Bu sitede, Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma merkezi tarafından nüfus tespiti yapılmamış ve ebe/hemşirelerin ana-çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, sağlık eğitimi, yaşlılar ve özel risk gruplarının izlenmesi hizmetleri sunulmamıştır. Akkent sitesine sağlık hizmeti Sağlık Bakanlığına bağlı Fethiye Sağlık Ocağı tarafından sunulmaktadır. Yine karışıklılığa yol açmamak amacıyla çalışmada Akkent sitesinden “Akkent bölgesi” olarak söz edilecektir.

B. Araştırmanın Tipi

Araştırma Kesitsel tipte bir araştırmadır.

C. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Balat ve Akkent bölgesinde yaşayan 15 yaş ve üstündeki tüm bireyler oluşturmaktadır. Bölgede yaşamayan, sadece çalışmak için bölgede bulunan kişiler araştırma kapsamına alınmamıştır. Çalışmanın planlama aşamasında, Balat bölgesinde 183 hanede 774 kişi yaşarken, araştırmanın yürütüldüğü sırada Balat bölgesinin içinden geçen Bursa-İzmir çevre yolunun kamulaştırma çalışmaları dahilinde 14 hane boşaltılmış ve bu nedenle hane sayısı 169’a inmiştir. Balat bölgesinde çalışma sırasında sayısı 169’a inen haneden 136’sına (% 80,5) ulaşılmıştır. Ulaşılamayan haneler, en az üç ziyarete karşın evde bulunamayan ya da bölgede mevsimlik oturan, kapıyı açmayan ya da boşaltılmış hanelerdir. Akkent bölgesindeki 102 haneden 94’ü kullanılmaktadır. Kullanılan 94 haneden 71’ine (%75,5) ulaşılmıştır. Ulaşılamayan haneler en az üç ziyarete karşın evde bulunamayan hanelerdir. Her iki bölgede de uygulanan anket formundaki bazı sorulara yanıt verilmemesinin dışında araştırmayı reddeden olmamıştır.

D. Araştırmanın Uygulanış Şekli

Araştırma her iki bölgede 15 yaş ve üzerindeki herkese araştırmacı tarafından anket uygulaması şeklinde yürütülmüştür. Balat bölgesinde anketlerin tamamı yüz yüze görüşme

ile gerçekleştirilmiştir. Akkent bölgesinde ise site güvenlik kuralları ve hane halkına ulaşma zorlukları nedeniyle yüz yüze görüşülemeyen kişilere soru formları bırakılmış ve formlar doldurulduktan sonra toplanmıştır. Eksik, boş bırakılan ya da çelişkili olduğu düşünülen sorular, soru formu uygulanan kişiler ile tekrar görüşülerek netleştirilmiştir.

E. Veri Toplama Şekli

Araştırmada kişilerin aile içindeki konumlarına göre, (hane halkı başkanı, hane halkı başkanı eşi ve hane halkı) oluşturulmuş üç farklı soru formu kullanılmıştır. (EK 1) Üç farklı soru formunda da değişik sayıda soru bulunmakla birlikte toplamda 74 farklı soru kullanılmıştır. Değerlendirmede kolaylık sağlaması amacıyla aynı soruya her üç formda aynı soru numarası verilmiştir. Bu durum soru formunda soru numaralarının birbirini izlemediği görüntüsü sergilemektedir. Soru formlarında; bireyin yaşadığı bölge, aile içi konumu, yaşı, cinsiyeti, doğum yeri, eğitimi, mesleği, iş durumu, iş yaparken tükettiği emek türü ve yöneticilik durumu gibi iş özellikleri, kişisel geliri ve gelir kaynakları, Bursa'da yaşadığı süre, başka bir yerden gelenlerde daha önce yaşadıkları yerin özellikleri ve yaşadıkları süre, sağlıkta sosyal güvence durumları, geçim sıkıntısı çekme durumları, algılanan sağlık, kısa yeti yitimi, sağlık sorunları nedeniyle, işlerin aksatılma, işden erken ayrılma ve gününü yatakta geçirme durumu ve bu şekilde geçen gün sayısı, teşhis edilmiş kronik hastalık ve bu hastalıklara yönelik ilaç kullanma durumu, san bir yıl içinde hastanede yatma durumu ile yatılan gün sayısı, yine son bir yıl içinde dış hekimine tedavi olma durumu, Genel Sağlık Ölçeği soruları ile sağlık hizmeti alınan yer ve sağlık hizmeti aldıkları kurumun tercih edilme nedenine yönelik sorular ortaktır. Hane halkı başkanına soru formundaki ortak sorulara ek olarak haneye gelir getiren kişi sayısı, ekonomik nedenlerle okula gönderilemeyen, 15 yaşın altında olup da çalışan çocuk olup olmadığı, yaşanan konutun mülkiyet durumu, oda sayısı, konutta yaşayan sayısı, konuttaki dayanıklı tüketim malları, otomobil sahipliği, her yıl düzenli olarak tatil yapma durumu ve tatilin yapıldığı yer ile son bir yıl içinde hanede ölüm, ölü doğum olma durumuna ve bu durumdakilerin özellikleri, özürlü-engelli-sakat varlığına ilişkin sorular yöneltilmektedir. Hane halkı başkanı eşine ise ortak sorulara ek olarak gebelik, gebelik sayısı, son canlı doğumda doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu ve bu hizmetin alındığı yer, canlı doğumlar hakkında sorular yöneltilmektedir. Hane halkı soru formu yalnız ortak sorulardan oluşmaktadır. Hazırlanan soru formları farklı sosyoekonomik özelliklerde olduğu düşünülen 30 kişi üzerinde uygulanan pilot çalışma ile denenerek, danışman öğretim üyesi ile değerlendirilmiş ve soru formlarına son şekli verilmiştir.

F. Araştırmada Kullanılan Değişkenler

1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmada kullanılan, nedenlerden olumlu ya da olumsuz etkilendiği düşünülen ve sonuç(lar) olduğu varsayılan öge olarak kabul edilen bağımlı değişkenler (85); algılanan sağlık, ruhsal sağlığı gösteren Genel Sağlık Anketi değeri, uzun süreli hastalık varlığı, hastalıkla geçen süre, kısa yeti yitimi, mortalite verileri, özür-lü-sakat-engelli durumu, sağlık hizmeti kullanımı, sağlık hizmetinin alındığı yer ve eşler için, yapılan doğum sayısıdır.

Algılanan Sağlık:

Kişinin kendi sağlık düzeyini subjektif olarak değerlendirmesine dayalıdır.

“Sağlığınıza, yaşitlarınıza göre son 1 ay içinde nasıl tanımlarsınız?” sorusuna karşılık “çok iyi”, “iyi”, “orta”, “kötü” ve “çok kötü” yanıtları değerlendirilmiş, çok iyi ve iyi yanıtını verenler iyi, orta, kötü, çok kötü yanıtını verenler ise iyiden kötü olarak sınıflandırılmış ve bu şekilde değerlendirmeye alınmıştır. Algılanan sağlık sorusunun kısa ve kullanışlı yapısı ile bedensel sağlığı gösterdiği ve kültürel çevreden etkilenebildiği bildirilmektedir (86). Algılanan sağlığın yaş, genel morbidite durumu, eğitim, gelir, gelir eşitsizliği, cinsiyet, mortalite, etnik köken ile ilişkisini inceleyen bir çok çalışma yapılmıştır (64,87-90).

Genel Sağlık Anketi :

General Health Questionnaire (GHQ) Dünya Sağlık Örgütü'nün, bir bölümü ülkemizde yapılan çok merkezli çalışması sırasında 1991-1992 yıllarında Türkçe'ye çevirisi yapılan ve değişik ülkelerde toplum taramalarında başarıyla uygulanan; kısa, uygulaması kolay ve pratik bir ölçektir. Bu ölçek adında anlaşılacağı biçimi ile sağlığı genel olarak değerlendirmekten uzaktır. Genel Sağlık Anketi, genel olarak psikopatolojik düzeyi saptamakta ve toplum taramalarında psikiyatrik vaka bulmak amacıyla kullanılmaktadır. Genel Sağlık Anketinin 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri vardır. Bireylerin sosyoekonomik durumları ile sağlık durumlarını karşılaştırmaya yönelik bir çok çalışmada Genel Sağlık Anketi, sağlık durumlarının saptanması amacıyla kullanılmıştır. Bu çalışmalarda düşük sosyoekonomik düzey ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkinin şekli gösterilmiştir (45,91). Genel Sağlık Anketinin Türkiye'de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış ve özellikle 12 soruluk biçimin 28 soruluk olandan daha iyi sonuçlar verdiği ve her iki şeklinin de toplum taramalarında kullanılabilecek, güvenilir ve geçerli

ölçekler olduğu belirtilmiştir (92). Çalışmada kısa olması ve daha kolay uygulanması nedeniyle 12 soruluk Genel Sağlık Anketi tercih edilmiştir. Ankette her soru son 15 gün içindeki uykusuzluk, zorlanma, dikkat dağınıklığı, işe yarama duygusu, sorunlarla uğraşabilme, karar vermede güçlük, zorluklarla savaşıma, mutlu olma durumu, hayattan zevk alma, keyfin yerinde olma durumu, kendine güven ve kendini değersiz görme durumu ile ilgili belirtileri sorgular ve “Hayır, hiç”, “her zamanki kadar”, “her zamankinden sık”, “çok sık” tarzında dört seçeneklidir. Değerlendirme GHQ tipi puanlama adı verilen şekilde, her soruda ilk iki seçeneğe 0 puan 3. ve 4. seçeneklere ise 1 puan verilerek yapılmıştır. Verilerin elektronik ortamda paket programa kaydedilmesinde kolaylık sağlanması amacıyla anket formu da bu puanlamaya göre hazırlanmıştır. Ankette alınan sayısal değer arttıkça sağlığın kötüleştiği kabul edilir. Yüksek sayısal değer kötü sağlığı gösterir ve değerlendirmede 0-1 “düşük”, 2-3 “orta”, 4 ve üstü değer ise “yüksek” skorlu olarak kabul edilir.

Kısa Yeti Yitimi :

Brief Disability Questionnaire (BDQ) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen kısa yeti yitimi ölçeği; bir etkinliği kişi için normal kabul edilen sınırlarda veya biçimde yapabilme yetisinde kısıtlama ya da kayıp olarak tanımlanan yeti yitimini, bedensel ve sosyal boyutta değerlendirmektedir. Kısa Yeti Yitimi sorgulaması son bir ay içindeki yeti yitimini eşya taşıma, kaldırma, spor yapma, merdiven-yokuş çıkma, eğilme-doğrulma, uzun mesafe yürüme, yemek yeme, giyinme, banyo yapma, tuvalete gitme gibi kişinin yeti yitimi durumunu bedensel boyutta ve hobileri, evde üzerine düşen günlük işleri, çalışma isteği, evde/işde/okulda verimlilik durumu ve birlikte olduğu kişilerle ilişkilerinin bozulma durumları ile sosyal boyutta değerlendirir. Sorgulamada bedensel ve sosyal yeti yitimini soruşturan 11 soru bulunmaktadır. Sorular üç seçeneklidir ve “hayır, hiç” 0 puan, “evet, bazen biraz” 1 puan ve “evet, her zaman oldukça” yanıtı 2 puan olarak değerlendirilir. Verilerin elektronik ortama kaydedilmesinde kolaylık sağlanması amacıyla soru formunda seçenekler de bu sayısal değerlere göre düzenlenmiştir. Anket sonunda cevapların sayısal olarak toplamı yeti yitimini değerlendirmede kullanılır. Sayısal değerlendirmede 0-4 “yeti yitimi yok”, 5-7 “hafif yeti yitimi”, 8-12 “orta yeti yitimi”, 13 ve üstü ise “ağır yeti yitimi” olarak kabul edilir. Soru formunda hesaplanan kısa yeti yitimi değerinin kaydedilmesi için özel bir bölüm oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe’ye çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yarı kırsal bir alanda gerçekleştirilmiş, kişiler tarafından

kolay kabul edildiği, temel sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalarda uygulanabileceği belirtilmiştir (93).

Kısa yeti yitimi sorgulamasına ek olarak, tüm araştırma evrenine, son bir ay içinde sağlık sorunu nedeniyle işe/okula gidememe ve/veya günlük işlerini aksatma, işten/okuldan erken ayrılma ve gününü yatakta geçirme zorunda kalma durumu ve bu durumların yaşandığı süre gün olarak sorulmuştur. Gününü yatakta geçirme için günün en az yarısını yatarak geçirme koşulu aranmıştır.

Uzun Süreli Hastalık Varlığı :

Sağlıkta eşitsizlik yazınında bireyin sosyoekonomik durumu ile bazı sistem ya da bazı özel hastalıklar, hastalık çeşitleri arasındaki ilişki konusunda bir çok çalışma vardır. Çalışmalarda SED ile hastalıklar arasındaki ilişki gösterilmiştir (27,94,95). Araştırmada hekim tarafından teşhis edilmiş ve sorunun yöneltildiği kişilerin kolay anlamasını sağlamaya yönelik olarak “uzun süren, iyileşmeyen hastalık” olarak tanımlanmış olan kronik hastalıklar sorulmuş ve bireylerin beyanı doğru kabul edilmiştir. Sorgulanan hastalıklar; diabetes mellitus, arteriyel hipertansiyon ile genel başlıklar altında toplanan kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı (astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, meslek hastalığı), nörolojik hastalıklar (demans, felç, epilepsi, migren), kas-iskelet hastalıkları (osteoartrit, romatoid artrit, gut, osteoporoz) ve her tür kanserdir. Bu sorunun içinde olmak üzere belirtilen kronik hastalıkta ilaç kullanma durumu da irdelenmiştir. İlaç kullanımı durumu saptanmasında; kişinin tercihine bağlı olarak ilaç kullanmaması durumu “ilaç kullanmıyor”, diyet, spor vb. ilaç dışı önlemlerle sorun yaşanmaması, hastalığın kontrol altına alınması “ ilaç kullanmak gerekmiyor”, düzenli olarak ilaç kullanılması durumu “ evet düzenli ilaç kullanılıyor”, yalnızca bireyin kendini kötü hissedince ilaç kullanması durumu “kötü hissedince kullanılıyor” ve bir şekilde ilaca ulaşamaması durumu da “kullanılması gerekli ama kullanılmıyor” şeklinde sınıflandırılmıştır.

Özürlü, Sakat, Engellilik Durumu :

Bu konudaki sorular da yalnız hane halkı başkanlarına yöneltilmiştir. Yöneltilen soruda hanede özürlü, sakat ya da engelli olan kimse olup olmadığı, buna koşul olarak da bu durumdaki kişi sayısı, bu kişinin(lerin) yaşı(ları), cinsiyeti(leri), özür-sakatlık-engelliliğin türü(leri) ve nedeni/nedenleri sorgulanmıştır.

Sağlık Hizmeti Kullanımı Durumu :

Sağlık hizmeti kullanımına ilişkin olarak hazırlanan ve tüm evrene uygulanan ortak soru içerikleri aşağıda sunulmuştur:

- Son bir yıl içinde hastanede yatma durumu ve hastanede yattığını belirtenlerin yattıkları gün sayısı sorgulanmıştır.
- Son bir yıl içinde diş hekimine tedavi olma durumu, son bir yıl içinde en az bir kez diş tedavisi olma durumu olarak belirtilmiş ve hayır/evet şeklinde sınıflandırılmıştır.
- Hastalanıldığında sağlık hizmetini genel olarak nereden aldıkları sorulmuş, sağlık ocağı, belediye sağlık merkezi, devlet hastanesi, SSK, özel hastane, özel poliklinik, kurum hekimliği, tıp fakültesi, özel muayenehane, sürekli hizmet aldığı belli bir kurum yok ve diğer seçenekleri ile değerlendirilmiş, sorgulanan kurumlar dışında bildirim olduğunda bildirim diğer seçeneğinde ayrıntılı olarak yazılmıştır. Tek tercih ettiği kurum-kuruluş olmayan ve birden fazla seçenek sunanlar; “sürekli hizmet aldığı belli bir kurum yok” grubuna katılmıştır. Bu kişiler sağlık hizmetini değişik kurumlardan alan ve belli bir kurumu tercih etmeyen kişileri tanımlamaktadır.
- Sağlık hizmetini belli bir kurumdan almayan ya da sağlık hizmeti almayan kişiler dışında kalanlara, sağlık hizmeti aldıkları kuruluşu tercih etme gerekçeleri sorulmuştur. Tercih nedenleri “parasız olduğu için”, “ucuz olduğu için”, “bağlı olunan sosyal güvence kurumu olduğu için”, “ilgilenildiği-güvenildiği için” şeklindeki ana seçeneklere ek olarak ana seçeneklerin ikili birliktelikleri ile oluşmuş seçenekler ve bu seçenekler dışında kalanlar ise diğer seçeneğine kaydedilmiş ve bilgisayara kaydedilirken yineden sınıflandırılmıştır.

Sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili aşağıdaki sorular yalnız hane halkı başkanlarının eşlerine uygulanmıştır :

- Öncelikle halen gebelik durumu olup olmadığı, gebe olduğunu belirtenlere ise gebelikleri nedeniyle doğum öncesi bakım hizmeti alıp almadıkları sorulmuştur. Yanıt seçenekleri evet/hayır olarak değerlendirilmiştir.

- Hayatlarının her hangi bir döneminde doğum yapan kadınlara son doğumları sırasında doğum öncesi bakım hizmeti alma durumları sorulmuş, seçenekler evet/hayır şeklinde sınıflandırılarak değerlendirilmiştir.
- Son doğumunda doğum öncesi bakım hizmeti aldığını belirten kadınlara, bu hizmeti nereden aldıkları sorulmuş ve “eve ebe geldi”, “SSK hastanesi”, “devlet hastanesi”, “doğumevi”, “özel muayenehane-poliklinik”, “özel hastane”, “üniversite” ve “sağlık ocağı” seçeneklerinde değerlendirilmiştir.
- Daha önce canlı doğum yapan kadınlara son canlı doğumlarını nerede yaptıkları sorulmuş, “eve ebe geldi” ve “evde kendi olanakları” ile doğum yapmasına ek olarak doğum yapabilecekleri sağlık kurumları seçenek olarak okunmuş ve yanıtı göre değerlendirmeye alınmıştır.

Doğum sayısı

Bu soru da yalnız hane halkı başkanlarının eşlerine yöneltilmiş, doğum sayıları tam olarak kaydedilmiş ancak analizlerde 1-2 doğum, 3-4 doğum ve 5 ve üstü doğum sayısı olarak gruplandırılmıştır.

Mortalite

Mortalite ile ilgili sorular bellek faktörü de göz önüne alınarak son bir yıl için ve yalnız hane halkı başkanlarına uygulanmıştır. Mortaliteye ilişkin; son bir yıl içinde evinizde yaşayanlardan ölen oldu mu? sorusuna ek ve koşul olarak ölen sayısı, yaşı(ları), cinsiyeti(leri), ölüm nedeni(leri) sorulmuştur. Diğer mortalite ile ilgili soru, son bir yıl içinde hanede ölü doğum olup olmadığıdır.

2. Bağımsız Değişkenler

Sosyodemografik Değişkenler

Araştırmada, Balat ve Akkent olmak üzere iki seçeneğe oturan bölge, aile reisi, aile reisi eşi, çocuk, anne-baba ve diğer seçenekleri ile bireyin aile içindeki konumu, yaşı, cinsiyeti, il trafik plaka numaralarına göre kodlanan doğum yeri, bekar, evli, dul, boşanmış ve eşinden ayrı yaşama durumuna göre medeni durum, kaç yıldır Bursa’da yaşadığı, başka bir yerden Bursa’ya gelenlerde daha önce yaşadıkları yerin “il, düzenli yerleşim”, “il, gecekondulu”, “ilçe, düzenli yerleşim”, “ilçe gecekondulu”, “köy-mezra” olma durumuna göre özellikleri, daha önce yaşadıkları yerde yaşam süreleri sorgulanmıştır.

Sosyoekonomik Değişkenler

Eşitsizlik araştırmalarının önemli (79) değişkenlerinden birisi sosyoekonomik durumdur (SED). Önemli olmasının yanı sıra sosyoekonomik durum en zor elde edilen bağımsız değişken olma özelliğini de taşır. Gelişmekte olan ülkelerde SED saptanmasında, özellikle gelire ilişkin verilerin elde edilmesinde sıkıntılar yaşanmaktadır. Özellikle tarıma dayalı ekonomisi ile gelişmekte olan ülkelerde, tarım gelirleri gözden kaçabilmekte ve gerçek gelire tam olarak ulaşamayabilmektedir (96). Bu sıkıntıyı aşmak, sosyoekonomik durumu en doğru şekliyle saptamak için birden fazla değişken sorgulanması tercih edilmektedir. SED saptanmasında sıklıkla, bitirilen okul ya da öğrenim görülen yıl üzerinden değerlendirilen öğrenim seviyesi, toplam harcama, toplam gelir, vergi harici gelir gibi değişik şekillerde saptanmaya çalışılan gelir ve iş durumuna başvurulmaktadır (36,42).

Öğrenim durumu, bireyin sağlık konusundaki bilgi ve tutumuna yansıtılarak sağlığı geliştiren davranış artışına neden olabildiğinden, sağlıktaki eşitsizliklerle ekonomik iyilik halinden daha yakından ilişkili bulunduğundan, eşitsizlik yazınında özel olarak önemsenmektedir (97). Bu özelliklerinin yanı sıra eğitim durumu elde edilmesi ve sınıflanarak değerlendirme yapılması kolay bir veri çeşididir. Öğrenim durumu; “okur-yazar olmayan”, okuyup yazabilen ancak her hangi bir eğitim kurumundan mezun olmayan “okur-yazar” ve mezun olunan okula göre “ilkokul”, “ortaokul”, “ilköğretim”, “lise”, “meslek lisesi”, “2 yıllık yüksek okul”, “üniversite” ile “master” ve “doktora” seçeneklerinde sorgulanmıştır. Öğrenim durumu değerlendirmesinde, bitirilen okula göre 8 yıl ve altı ile 9 yıl ve üstü olarak öğrenim süresine göre de sınıflama yapılmıştır.

Kişilerin meslekleri olmayan işleri yaparak geçimlerini sağlayabilmeleri yalnız meslek üzerinden yürütülen sosyal sınıf belirlemede yanılgıya neden olabilmektedir. Bu sıkıntının aşılması için evrenin tüm üyelerine, işlerindeki durum da sorulmuştur. Bu soruda bireyin çalışma durumu; kendi hesabına çalışıp çalışmadığı, yanında işçi çalıştırıp çalıştırmadığı ve çalıştırıyorsa kaç kişi çalıştırdığı, ücretli/maaşlı çalışanlarda kamu-özel sektör, işçi-memur olma statüsü, ücretsiz aile işçisi olma durumu ile öğrenci ya da ev hanımı olması incelenmiştir. İşteki durum değerlendirilmesinde; ücretli/maaşlı çalışma, bireyin kendi sahip olduğu iş dışında bir başkasının işinde parasal veya malsal gelir elde etmek amacıyla ücret karşılığı çalışan kişiyi; işveren olma, kendi işinde en az bir kişiyi çalıştıran ve onun emeğinin bedelini ödeyen kişiyi; kendi hesabına çalışan ise tarlasında, dükkanında, kendi sahip olduğu bir işte yalnız veya aile fertleri ile birlikte maddi ve /veya aynı gelir elde etmek için çalışan kişileri tanımlamaktadır.

Bireylerin çalışma durumlarının ve toplumsal sınıflarının netleşmesi amacıyla iş ve meslek verilerine ek olarak, işlerinde tükettikleri emek çeşidi de sorulmuştur. “İşiniz; kafa emeği ile mi kol emeği ile mi yapılıyor?” şeklinde hazırlanan sorunun “kafa emeği”, “kol emeği” ve “kafa ve kol emeği” şeklinde üç seçeneği bulunmaktadır. Yalnız yapılan iş ya da meslek üzerinden inceleme yapıldığında, toplumsal ara sınıf olma durumunun atlanabileceği öngörüsü ve bu sınıfın da saptanması amacıyla çalışanın işinde yöneticilik görevi olma durumu da sorulmuş ve evet/hayır şeklinde sınıflandırılmıştır.

Sosyoekonomik durumun net olarak saptanabilmesi için her bireye gelir kaynakları sorulmuştur. Gelirde, bireyin asıl işinden sağladığı aylık ücret/maaş, belleğe bağlı yanılma olasılığını en aza indirmek için son on beş gün için sorgulanan, asıl iş dışında sağlanan ek gelir ile son on iki ay içinde faiz, kar payı, kira vb. gibi rant gelirleri irdelenmiştir. Kira geliri, bina, arsa, arazi gibi gayri menkullerin kiraya verilmesinden doğan geliri, faiz-kar payı ise her türlü makine, teçhizat ve ulaştırma vasıtalarının kiralari ile hisse senedi, temettü, tahvil, gelir ortaklığı senedi ve bankalarda bulunan mevduatın faizinden oluşan geliri tanımlamaktadır. Hane halkının tüm bireyelerine sorulan bu sorular yardımı ile toplam hane geliri hesaplanabilmiştir. Hane halkı başkanlarına sorulması ile elde edilen, haneye gelir getiren kişi sayısında eksiklik olduğu, herhangi birisinin gelirine ulaşamadığı durumda toplam hane geliri hesaplanmamıştır.

Tüm evrene, sağlıkta sosyal güvence durumu sorulmuştur. Sosyal güvence durumu birey kadar ailenin de düzenli bir gelire sahip olduğunu göstermesi, doğru yanıtın alınma olasılığının yüksek olması, sağlık hizmetlerine erişimde kolaylık sağlaması nedenleriyle önemli bir göstergedir. Daha önceden var olan ancak sigorta kapsamında çalışılmaması ya da primin yatırılmaması nedeniyle kullanılmayan sağlıkla ilgili sosyal güvence durumu; bireyin sağlık hizmetinden yararlanamamasından dolayı “sosyal güvencem yok” seçeneğinde incelenmiştir.

Ekonomik durumun kazanç üzerinden sayısal değerlendirilmesine ek olarak bireyin algıladığı durumu da değerlendirebilmek için araştırmaya katılan herkese “Geçim sıkıntısı çekiyor musunuz ?” sorusu yöneltilmiş, evet ya da hayır seçeneklerinde değerlendirilmiştir.

Yalnız aile reisi soru formunda yer alan “Ekonomik nedenlerle okula gönderemediğiniz çocuğunuz var mı?” ve “Hanede 15 yaşın altında olup, çalışan çocuk var mı?” soruları ailenin ekonomik yapısının değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmış ve her iki soru da evet/hayır seçenekleri ile değerlendirilmiştir.

Ekonomik düzeyin önemli göstergelerinden biri olan konut mülkiyeti durumu; aileden kalmış olması, kendisinin satın alması ya da kendisinin yapması, kiracı olma durumu ve

ödüyor ise ödediği kira bedeli ile hisseli sahiplik durumu seçeneklerinde sorgulanmıştır. Konut mülkiyetine ek olarak araştırmacının gözlemi ile doldurulan ve konutun lüks konut, müstakil yapı, apartman dairesi, gecekondu olması ile müstakil yapıda yeni-eski, apartman dairelerinde ise bodrum kat-normal kat ayırımının belirtildiği bir soru bulunmaktadır. Bu soru araştırmacının doldurması için hazırlanmıştır. Araştırmacı Balat bölgesindeki tüm haneleri gözlemiş, Akkent bölgesinde ise ziyaret ettiği hanelerden ve bu bölgedeki tüm hanelerin ortak proje ile inşaa edilmiş olmasından yola çıkarak, anketi dağıtıp topladığı haneler içinde gözlem bölümünü doldurmuştur.

Konutta oda ve evde yaşayan kişi sayıları hane başına ve oda başına düşen kişi sayılarını dolayısıyla da ailenin yapısını ve ekonomik durumunu saptamayı hedefleyerek hane halkı başkanlarına sorulmuştur.

Ekonomik durumu saptamanın bir yolu da hanelerde bazı dayanıklı tüketim mallarına sahiplik durumudur. Ancak SED saptama çalışmalarında kullanılan bu dayanıklı tüketim mallarının neler olacağı önemlidir. Bu tür mallar ülkeler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Kimi mallar kimi toplumlarda temel gereksinim kimilerinde ise lüks olarak görülebilmektedir (98). Bu çalışmada sorgulanacak dayanıklı tüketim malları, bölgedeki gözleme dayalı olarak ve bölgeler arasındaki ekonomik farklılığı ortaya koyması beklenen mallardan danışman öğretim üyesi ile birlikte seçilmiştir. Yalnız hane halkı başkanlarına sorulan dayanıklı tüketim malları; renkli televizyon, mikro dalga fırın, bulaşık makinesi, video kamera, bilgisayar ve klima olarak belirlenmiştir. Dayanıklı tüketim mallarının hanede var olma durumuna ek olarak var olan sayı da sorularak ortalama değer üzerinden bölgelerin değerlendirilmesine olanak sağlanmıştır.

Hanelerde otomobil sahipliği de yalnız hane halkı başkanlarına sorulmuştur. Hanede otomobil olması, sahibinin aile içi konumu önemsenmeden, hanede otomobil varlığını göstermektedir. Hanede otomobil olma durumuna ek olarak var olan otomobil sayısı da sorulmuştur.

Her yıl düzenli olarak yapılan tatilin, ailenin ekonomik yapısı hakkında bilgi vereceği düşünülmüş, ailelerin tatil yapma durumu, her yıl düzenli olarak yaşanan yer dışında yapılan tatil olarak kabul edilmiş ve tatil yapılan yer “memleketi”, “tatil yöresi”, “yazlığı”, “yurt dışı” seçeneklerinde değerlendirilmiştir.

Toplumsal Sınıf

Sosyoloji araştırmalarında sıklıkla kullanılan sınıf, kendi içinde, özellikle ekonomik açıdan tüm topluma göre daha homojen yapılarıdır. Bu nedenle özellikle sosyoekonomik farklılıkların sağlık üstündeki etkileri üzerinden yürüyen çalışmalarda sınıfın kullanılması, konunun bütüncül ve gerçekçi olarak değerlendirilmesini sağlar. Sosyoekonomik açıdan farklı iki bölgede yürütülen bu araştırmada da bağımlı değişkenleri oluşturan sağlık ölçümlerinin toplumsal sınıflar boyutuyla da değerlendirilmesi gereksinimi doğmuştur. Toplumsal sınıflar, Korkut Boratav'ın (99) İstanbul'un iki semti ve 19 Anadolu köyünde yaptığı iktisadi, toplumsal, ideolojik ve politik boyutlu alan çalışmasına göre belirlenmiştir. Burada sınıflar kentsel alan için ve bireyin üretim araçları karşısındaki konumuna göre düzenlenmiş; işsiz, emekli, yüksek nitelikli ücretli, beyaz yakalı ücretli, niteliksiz hizmet işçisi, mavi yakalı işçi, esnaf/marjinaller, kk işveren, orta/büyük işveren olmak üzere sınıflanmıştır. Bireylerin sınıfsal konumları hane halkı başkanının sınıfsal konumuna göre belirlenmiştir. Sınıfsal ilk ayırım ücretli/maaşlılar ile işverenler arasında oluşturulduktan sonra alt başlıklar belirlenmiş, sürekli olarak işçi alıştıranlar işveren kabul edilmiştir. Bir ve iki işçi alıştıranlar kk işveren,  ve daha fazla sayıda ve sürekli işçi alıştıranlar ise orta/büyük işveren olarak değerlendirilmiştir. Diğer bir sınıf esnaf/marjinalerdir. Bu sınıf birkaç sınıf ile kesişim noktaları içerir. Bunlar, yanında kimseyi çalıştırmayan, kendi hesabına çalışan, kk esnaf ve zanaatkarların, marjinal işlerde çalışanların ve hekim/avukatlarda olabildiği gibi yalnız serbest meslek sahiplerinin dahil olduğu sınıftır. Bu sınıflamada muayenehanesi olan uzman bir hekim ile el arabası ile eskicilik yapan kişi aynı sınıfta yer alabileceğinden bu grupta eğitim düzeyine göre sınıflama yapılması tercih edilmiştir. Ücretli/maaşlılar sınıfının altında oluşturulan sınıflar; yüksek nitelikli ücretliler, beyaz yakalı ücretliler, niteliksiz hizmet işçileri ve mavi yakalı işçilerdir. Yüksek nitelikli grup, istisnalar dışında, yüksek öğrenime gereksinim duyar ve hekimlik, mühendislik gibi elit işleri kapsar. Beyaz yakalı grup eğitimden kaynaklanan uzmanlığa gereksinim duyan ancak yüksek nitelikli gruptan daha az nitelik gerektiren hemşirelik, diş teknisyenliği, diyetisyenlik gibi işleri kapsar. Niteliksiz hizmet grubu için şoför, bekçi, garson tipik örneklerdir. Mavi yakalı işçiler doğrudan üretimde kol emeği ile çalışan işçi sınıfıdır. İşsizler, çalışmayı istemesine ve iş aramasına karşın içi olmayanlar olarak değerlendirilmiştir. Emekliler ise emekli olup yeniden çalışanlar ve çalışmayanlar olarak iki başlıkta sorgulanmıştır. Emekli olup çalışmayanlar emekli sınıfında değerlendirilmiştir. Emeklilik sonrası çalışmaya devam edenler, sadece emeklilikleri üzerinden değerlendirilmelerinin; hem emeklilik hem de emeklilik sonrası çalıştıkları iş kaynaklı

gelirleri nedeniyle farklı toplumsal sınıfa geçmiş olabileceklerinin göz ardı edilmesine yol açabileceği öngörüsü ile emeklilik sonrası çalışma durumlarına göre sınıflandırılmıştır.

G. Veri Analizi

İstatistik analizler SPSS 12.0 paket programında değerlendirilmiştir.

H. Kısıtlılıklar

Araştırma öncesinde Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi tarafından Balat bölgesine hizmet sunuluyor olması ve ev halkı tespitinin yapılmış, elektronik ortamda saklanmış ve güncellenir durumda olması bu bölgede çalışma yapılacak kişi sayısının, yaş ve cinsiyet dağılımlarının net olarak bilinmesini sağlamıştır. Ancak Akkent bölgesinin ev halkı tespitinin yapılmamış olması nedeniyle yaşayan kişi sayısı ve yaş dağılımı hakkında bilgi sahibi olunmadan, Balat bölgesinde ulaşılabilecek olan kişi sayısına yakın olabileceği öngörüsü ile çalışmaya başlanmıştır.

Bölgelerde mortalite sayısının az olması sağlıklı bir değerlendirmeyi sınırlamaktadır.

Çalışmada kişilerin sağlığını etkileyen sağlık davranışlarının ölçülmemiş olması çalışmanın diğer bir kısıtlılığıdır.

Doğum yapan kadınlara son canlı doğumlarında doğum öncesi bakım hizmeti alma durumları sorulmuştur. Ancak doğum öncesi bakım hizmeti almama durumunun kişisel bir tercih olup olmadığı sorgulanmamıştır. Doğum açısından son canlı doğum sorgulandığından bu veriler bölgesel farklılıklara işaret etse de bu günün verileri değildir. Bursa'da yaşamaya başlamadan yıllar önce gerçekleşen doğum verileri de aynı değerlendirmeye alınmıştır.

Balat bölgesinin dağınık ve birbirinden ayrı olması veri toplama aşamasında çevre yolu yapımının başlaması, ulaşım açısından sınırlayıcı olmuştur. Akkent bölgesinde güvenlik önlemleri çerçevesindeki uygulamalar, bölgeye giriş çıkışlarda kısıtlılığa yol açmış, bölgede yaşayan herkese ulaşmada sorun yaşanmış ve ulaşılamayan kişiler için soru formu bırakılmış ve doldurulan formlar toplanmıştır.

Sağlık hizmeti kullanımına ilişkin veri toplanmasına karşın sağlık kuruluşlarına başvuru sıklığı sorgulanmamıştır.

Sağlıkta eşitsizlikler konusunda Türkiye'de yapılmış az sayıda araştırma bulunduğundan, tartışma bölümünde karşılaştırma açısından sınırlı kalmıştır.

I. Zaman Çizelgesi

Araştırmada kullanılan anket formlarını oluşturma çalışmaları 2002 yılı Kasım ayında başlamış, Aralık ayında hazırlanan formlar ile pilot uygulama yapılmış, veriler paket programda analiz edilmiş ve formun yeniden düzenlenmesi gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aşaması Ocak 2003 tarihinde başlamış ve Temmuz 2004 de sonlandırılmıştır. Ağustos- Eylül 2004 tarihleri arasında veri girişi yapılmış ve Ekim ayında tez yazımına başlanmıştır. Araştırmanın zaman çizelgesi Şekil 1’de sunulmuştur.

Tez Aşamaları	2002	2003						2004						2005	
	Kasım-Aralık	Ocak-Şubat	Mart-Nisan	Mayıs-Haziran	Temmuz-Ağustos	Eylül-Ekim	Kasım-Aralık	Ocak-Şubat	Mart-Nisan	Mayıs-Haziran	Temmuz-Ağustos	Eylül-Ekim	Kasım-Aralık	Ocak-Şubat	Mart-Nisan
Anket formu hazırlığı	■														
Pilot uygulama		■													
Veri toplama		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Veri girişi											■	■			
Tez yazımı													■	■	■

Şekil 1. Araştırmanın zaman çizelgesi

BULGULAR

Araştırma farklı iki bölgede 15 yaş ve üzerindeki 582 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan 582 kişiden 401'i (% 68,9) Balat Bölgesinde, 181'i ise (% 31,1) Akkent Bölgesinde yaşamaktadır. Bulgular; sosyodemografik, sosyoekonomik ve sağlık düzeyi ile ilgili bulgular olmak üzere üç ana başlık altında incelenmiştir.

1. Sosyodemografik Bulgular

Araştırmaya katılanların bölgelere ve yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Nüfusun Yaş Grupları ve Bölgelere Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
15-19	50	12,4	30	16,6	80	13,7
20-24	53	13,2	8	4,4	61	10,5
25-29	32	8,0	2	1,1	34	5,9
30-34	42	10,5	12	6,6	54	9,3
35-39	56	14,0	14	7,7	70	12,0
40-44	54	13,5	26	14,4	80	13,7
15-44 *	287	71,6	92	50,8	379	65,1
45-49	31	7,7	34	18,8	65	11,3
50-54	21	5,2	31	17,1	52	8,9
55-59	16	4,0	15	8,3	31	5,3
60-64	10	2,5	7	3,9	17	2,9
45-64 *	78	19,4	87	48,1	165	28,4
65-69	5	1,2	2	1,1	7	1,2
70-74	18	4,5	-	-	18	3,1
75-79	8	2,0	-	-	8	1,4
80+	5	1,3	-	-	5	0,8
65 ve üstü *	36	9,0	2	1,1	38	6,5
Toplam	401	100,0	181	100,0	582	100,0

$\chi^2 = 79,431$ SD=13 P < 0.001

* $\chi^2 = 56,096$ SD=2 P < 0.001

Balat bölgesinde 65 ve üstü yaşlıların nüfusa oranı % 9,0 iken Akkent bölgesinde bu oran % 1,1'dir. Araştırmaya katılan en yaşlı kişi Balat bölgesinde 100, Akkent bölgesinde ise 68 yaşındadır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $38,91 \pm 15,74$ 'tür. Yaş ortalaması Balat bölgesinde $38,12 \pm 16,43$ ve Akkent bölgesinde ise $40,66 \pm 13,96$ olarak hesaplanmıştır. Her iki bölgede yaş ortalamaları t testi ile analiz edilmiştir ($t=-1,801$, $SD=580$, $p=0,072$). Ortanca değer Balat bölgesinde 37 iken Akkent bölgesinde 44'dür.

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerinin bölgelere göre dağılımı Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Kişilerin Cinsiyetlerinin Bölgelere Göre Dağılımı

Cinsiyet	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Erkek	186	46,4	93	51,4	279	47,9
Kadın	215	53,6	88	48,6	303	52,1
Toplam	401	100,0	181	100,0	582	100,0

$$\chi^2 = 1,248 \quad SD=1 \quad P = 0,264$$

Balat bölgesinde 39 kişi (% 9,7) ve Akkent bölgesinde ise 104 kişi (% 57,5) meslek sahibi olduğunu bildirmiştir ($\chi^2 = 150,749$ Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır. $SD=1$ $P<0,001$). Balat bölgesinde meslek sahibi olduğunu bildiren 34 kişi (%87,2) ve Akkent bölgesinde 10 kişi (%9,6) mesleğini meslek lisesi eğitimi ile kazandığını bildirmiştir. Balat bölgesinde 24 kişi (% 61,5) mesleğinin metal, torna-tesviye, tesisat, elektrik ve elektronik, 6 kişi (%15,4) muhasebe ve 4 kişi (%10,3) terzi olduğunu belirtmiştir. Akkent bölgesinde ise 25 kişi (%24) mühendis, 24 kişi (%23,1) iktisatçı, işletmeci, 21 kişi (%20,2) öğretmen, 16 kişi (%15,4) tıp doktoru, 3 kişi (%2,9) teknik ressam-grafiker ve 2 kişi (%1,9) pilot olduğunu bildirmiştir.

Balat bölgesinde 371 kişi (% 92,5) çekirdek aile ve 30 kişi (%7,5) geniş aile yapısındaki ailelerde yaşarken, Akkent bölgesindeki nüfusun tamamı (181 kişi) çekirdek aile yapısındaki ailelerde yaşamaktadır.

Araştırmaya katılanların doğum yerlerinin yaşanan bölgeye göre dağılımı Tablo 3' de sunulmuştur.

Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Doğum Yerlerinin Bölgelere Göre Dağılımı

Doğum Yeri	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Bursa	117	29,2	68	37,6	185	31,8
Diğer İller	219	54,6	107	59,1	326	56,0
Yurt Dışı	65	16,2	6	3,3	71	12,2
Toplam	401	100,0	181	100,0	582	100,0

$$\chi^2 = 20,21 \quad SD=2 \quad P < 0.001$$

Balat bölgesinde 41 kişi (%10,2) Samsun, 27 kişi (%6,7) Gümüşhane, 33 kişi (%8,2) Bitlis ve 13 kişi (%3,2) Ordu ilinde doğduğunu bildirmiştir. Akkent bölgesinde ise 11 kişi (%6,1) Ankara, 10 kişi (%5,5) İstanbul, 8 kişi (% 4,4) Gaziantep, 5 kişi (%2,8) İçel ve aynı sayı ve oranda Diyarbakır ilinde doğduğunu bildirmiştir.

Doğduğundan beri Bursa'da yaşayanlar hesaplama dışı bırakıldığında; Balat bölgesine başka bir yerden göç ile gelenlerin geldiklerinden itibaren Bursa'da yaşadıkları ortalama süre $10,48 \pm 10,43$ ay (% 95 G.A. 9,45-11,50) iken Akkent bölgesine göç ile gelenlerin Bursa'da yaşadıkları ortalama süre $11,61 \pm 12,18$ ay (% 95 G.A. 9,82-13,39) olarak hesaplanmıştır. Her iki bölgede ortalama yaşam süresi t testi ile analiz edilmiştir ($t=-1,084$, $SD=303,991$, $p=0,279$).

Yaş gruplarına göre Bursa'da yaşam göz önüne alındığında; 15-24 yaş grubunda Balat bölgesinde 42 kişi (% 40,8) ve Akkent bölgesinde 26 kişi (% 68,4) doğduğundan beri Bursa'da yaşarken yine sırası ile 26 kişi (%59,2) ve 12 kişi (% 31,6) Bursa'ya başka yerlerden gelmiştir ($\chi^2 = 7,43$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) $SD = 1$ $P < .0006$).

Araştırmaya katılan 185 kişi (%31,8) doğum yerinin Bursa olduğunu ve sürekli Bursa'da yaşadığını bildirmiştir. Bunlara ek olarak; başka bir yerde doğmasına karşın doğumunun hemen ardından Bursa'da yaşamaya başladığından, sürekli Bursa'da yaşadığını belirten 12 kişi vardır. Böylelikle sürekli Bursa'da yaşadığını belirten kişi sayısı 197 (% 33,8) olmuştur. Bursa'ya gelmeden önce başka bir yerde yaşayan 385

kişiden (%66,2) ikisi (%0,5) daha önce yaşadıkları yerin özelliklerine ilişkin yöneltilen soruya yanıt vermemiştir.

Bursa’da yaşamaya başlamadan önce yaşanan yerin özelliklerinin bölgelere göre dağılımı Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Daha Önce Yaşanılan Yerin Özelliklerine Göre Dağılım

Daha Önce Yaşanılan Yerin Özelliği	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
İl, düzenli yerleşim	34	12,6	85	75,9	119	31,1
İl, gecekondü	2	0,7	-	-	2	0,5
İlçe düzenli yerleşim	45	16,6	22	19,6	67	17,5
İlçe gecekondü	5	1,8	1	0,9	6	1,6
Köy- mezra	185	68,3	4	3,6	189	49,3
Toplam	271	100,0	112	100,0	383	100,0

$$\chi^2 = 171,267 \quad SD=4 \quad P < 0.001$$

Balat bölgesinde yaşayan 185 kişi (% 68,3) ve Akkent bölgesinde yaşayan 4 kişi (% 3,6) Bursa’ya gelmeden önce yaşadıkları yerin köy ya da mezra olduğunu bildirmiştir. Akkent bölgesinde yaşayan 85 kişi (% 75,9) ve Balat bölgesinde yaşayan 34 kişi (%12,6) Bursa’ya gelmeden önce yaşadıkları yerin il ve düzenli yerleşim birimi olduğunu bildirmiştir. Akkent bölgesinde daha önce ilçe gecekondü yerleşiminde yaşadığını belirten kişi, 42 yıldır Bursa’da yaşayan ve ilçe gecekondü yerleşiminden 2 yaşında ayrılan hane halkı başkanının eşi olan evhanımıdır. Akkent bölgesinde daha önce köy-mezrada yaşadığını belirten 4 kişiden 3’ü aynı hanede yaşayan aile üyeleridir. Bu aile 10 yıldır Bursa’da yaşamakta ve hane halkı başkanı kendi hesabına çalışarak ailenin geçimini sağlamaktadır. Ailenin bir özelliği de Akkent bölgesinde belirtilen en düşük gelire sahip olmasıdır. Daha önce köy-mezra da yaşadığını bildiren diğer kişi 34 yıldır Bursa’da yaşayan ve üniversite mezunu olan, kendi işini yapan ve yanında 25 kişi çalışan hane halkı başkanıdır.

Akkent bölgesinde en düşük öğrenim seviyesi ilkokul olarak bildirilmiştir. Balat bölgesinde ise 76 kişi (% 19,0) hiç öğrenim görmediğini belirtmiştir. Akkent bölgesinde üniversite mezunu olan 84 kişiden (% 46,4) 21’i (% 11,6) master ya da doktora yaptığını

bildirmiştir. Balat bölgesinde üniversite mezunu olan master ya da doktora yapmış kimse bulunmamıştır. Balat bölgesinde yaşayan 262 kişi (% 65.3) ilkokul, ortaokul ya da ilköğretim okulu mezunudur. Her iki bölgede yaşayanların öğrenim sürelerine ve düzeylerine göre dağılımları Tablo 5’de sunulmuştur.

Tablo 5. Öğrenim Durumu ve Sürelerinin Bölgelere Göre Dağılımı

Öğrenim	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Okuryazar değil	48	12,0	-	-	48	8,3
Okur yazar	28	7,0	-	-	28	4,8
İlkokul	200	49,8	5	2,8	205	35,2
Ortaokul	44	11,0	5	2,8	49	8,4
İlköğretim	18	4,5	17	9,3	35	6,0
8 yıl ve altı*	338	84,3	27	14,9	365	62,7
Lise	25	6,2	48	26,5	73	12,5
Meslek Lisesi	34	8,5	11	6,1	45	7,7
2 yıllık yüksek okul	4	1,0	11	6,1	15	2,6
Üniversite	-	-	63	34,8	63	10,8
Master	-	-	5	2,8	5	0,9
Doktora	-	-	16	8,8	16	2,8
9 yıl ve üstü*	63	15,7	154	85,1	217	37,3
Toplam	401	100,0	181	100,0	582	100,0

$$\chi^2 = 368,289 \quad P < 0.001$$

$$* \chi^2 = 256,663 \quad P < 0.001$$

Öğrenim süresine göre, 9 yıl ve daha fazla öğrenim görenler Akkent bölgesinde 154 kişi (% 85,1) iken Balat bölgesinde 63 kişi (% 15,7) olarak saptanmıştır. Toplumsal sınıflar açısından değerlendirildiğinde; niteliksiz hizmet işçileri, mavi yakalı işçiler ve işsiz

sınıflarında üniversite mezunu olan bulunmamıştır. Yüksek nitelikli ücretlilerden 26'sı (% 34,3) üniversite, 18'i (% 25,7) lise ve 13'ü (% 18,6) doktora, beyaz yakalı ücretlilerden 7'si (% 18,9) üniversite öğrenimi gördüğünü belirtmiştir. Niteliksiz hizmet işçilerinden 52 kişi (% 50,0), mavi yakalı işçilerden 74 kişi (% 57,4) ilkokul mezunu olduğunu bildirmiştir. Orta-büyük işverenlerden 11 kişinin (% 39,3) üniversite ve 7 kişinin (% 25,0) lise mezunu olduğu saptanmıştır. İşsizlerden 11 kişi (% 20,4) okur-yazar değilken 18 kişi (% 33,3) ilkokul, 8 kişi (% 14,8) ortaokul mezunu olduğunu bildirmiştir. Öğrenim durumlarının toplumsal sınıflara göre dağılımı istatistik açıdan incelenmiştir ($\chi^2 = 393,532$ SD=80 P < 0.001). Toplumsal sınıflar, 9 yıl ve daha fazla öğrenim görme durumuna göre değerlendirildiğinde 66 kişi (% 94,3) ile yüksek nitelikli ücretliler ilk sırada yer almaktadır. Bunu sırası ile 24 kişi (% 85,7) orta-büyük işveren, 23 kişi (% 62,2) beyaz yakalı ücretliler izlemektedir. Dokuz ve daha fazla yıl öğrenim görenler; işsizlerde 9 kişi (% 16,7) ve en az olarak da mavi yakalı işçilerde 8 kişi (% 6,2) olarak saptanmıştır. Öğrenim süresine göre toplumsal sınıfların dağılımı istatistik açıdan incelenmiştir ($\chi^2 = 207,766$ SD=8 P<0.001).

Araştırmaya katılan toplam 207 haneden 136'sı (% 65,7) Balat bölgesinde ve 71'i (% 34,3) Akkent bölgesindedir. Hane halkı başkanlarının 198'i (% 95,7) evli olduğunu belirtmiştir. Bekar olan tek hane halkı başkanı Balat bölgesinde yaşamaktadır. Balat bölgesindeki hanelerden 6'sının (% 4,4), Akkent bölgesindeki hanelerden ise birinin (% 1,4) hane halkı başkanı dul olduğunu bildirmiştir. Eşinden boşanmış tek hane halkı başkanı (% 1,4) Akkent bölgesinde yaşamaktadır.

2. Sosyoekonomik Bulgular

Araştırmaya katılanlara işlerindeki durumları ve çalışma statüleri sorulmuştur. Bu soruya Akkent bölgesinde 6 kişi (% 3,3) yanıt vermemiştir. Araştırmaya katılanların işlerindeki durumlarına ve çalışma statülerine ilişkin değerlendirmelerinin bölgelere göre dağılımı Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. İş Durumları ve Çalışma Statülerinin Bölgelere Göre Dağılımı

İş Durumu	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
İşsiz	36	9,0	-	-	36	6,3
Emekli Çalışmıyor	33	8,2	26	14,9	59	10,2
Emekli Çalışıyor	11	2,7	19	10,9	30	5,2
Kamuda işçi	3	0,8	-	-	3	0,5
Kamuda memur	5	1,3	20	11,4	25	4,3
Aylıklı özel sektör çalışanı	118	29,4	20	11,4	138	24,0
Kendi hesabına çalışan	17	4,2	25	14,3	42	7,3
Öğrenci	32	8,0	35	20,0	67	11,6
Ev Hanımı	146	36,4	30	17,1	176	30,6
Toplam	401	100,0	175	100,0	576	100,0

$$\chi^2 = 133,012 \quad SD=8 \quad P < 0,001$$

Balat bölgesindeki 36 işsize (% 9,0) karşın Akkent bölgesinde işsiz bulunmamaktadır. Balat bölgesinde 3 kişi (% 0,8) kamuda işçi statüsünde çalışırken Akkent bölgesinde kamu işçisi statüsünde kimse bulunmamaktadır. Balat bölgesindeki işsizlerin işsizlik süreleri 1 ile 48 ay arasında değişmekte ve ortalama işsizlik süresi $9,68 \pm 13,49$ ay olarak görülmektedir.

Nüfusun toplumsal sınıflara göre ve her iki bölgede dağılımı Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7. Nüfusun Toplumsal Sınıflara Göre Bölgelerde Dağılımı

Toplumsal Sınıf	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Yüksek Nitelikli Ücretliler	-	-	70	38,7	70	12,0
Beyaz Yakalı Ücretliler	18	4,5	19	10,5	37	6,4
Niteliksiz Hizmet İşçileri	104	25,9	-	-	104	17,9
Mavi Yakalı İşçiler	129	32,2	-	-	129	22,2
Küçük İşveren	4	1,0	5	2,8	9	1,5
Orta-büyük işveren	2	0,5	26	14,3	28	4,8
Emekli	53	13,2	29	16,0	82	14,1
İşsizler	54	13,5	-	-	54	9,3
Esnaf/Marjinal	37	9,2	32	17,7	69	11,8
Toplam	401	100,0	181	100,0	582	100,0

$$\chi^2 = 352,270 \quad SD = 8 \quad P < 0.001$$

Balat bölgesinde yüksek nitelikli ücretli sınıftan, Akkent bölgesinde ise niteliksiz hizmet işçileri, mavi yakalı işçiler ve işsizler sınıfından kimse bulunmamıştır. Balat bölgesinde 129 kişi ile (% 32,2) mavi yakalı işçiler sınıfı, Akkent bölgesinde ise 70 kişi ile (% 38,7) yüksek nitelikli ücretliler sınıfı en kalabalık toplumsal sınıfları oluşturmuştur. Akkent bölgesinde, hane halkı başkanına göre belirlenen toplumsal sınıfı, esnaf/marjinal olan 32 kişi 9 farklı hanede yaşamaktadır. Bu dokuz hanedeki hane halkı başkanlarından 5'i üniversite mezunu iken, 2'si lise ve 2'si ilköğretim okulu mezunudur.

Bursa'da yaşamaya başlamadan önce köy-mezrada yaşayan 189 (% 49,3) kişiden 69'u (% 36,5) mavi yakalı işçi sınıfındandır. Yüksek nitelikli ücretliler sınıfında, Bursa'da yaşamaya başlamadan önce köy-mezrada yaşadığını bildiren olmamıştır. İlçe düzenli yerleşim alanından gelen 67 (% 17,5) kişiden 16'sının (% 23,9) emekli, il gecekondü yerleşim alanından geldiğini belirten 2 (% 0,5) kişiden 1'inin (% 50,0) işsiz, 1'inin de (% 50,0) niteliksiz hizmet işçisi, il düzenli yerleşim alanından gelen 119 (% 31,1) kişiden 38'inin (% 31,9) ise yüksek nitelikli ücretli sınıftan olduğu saptanmıştır. Toplumsal

sınıflar ile Bursa'ya gelmeden önce yaşanan yer arasındaki ilişki istatistiksel açıdan incelenmiştir ($\chi^2 = 160,224$ SD=32 P < 0.001).

Toplumsal sınıflar açısından ve sınıf içi değerlendirmede küçük işveren ve emeklilerin daha çok Bursa; niteliksiz hizmet işçilerinin aynı sayı ve oranda (35 kişi % 33,7) Bursa ve yurt dışı doğumlu, diğer tüm sınıfların ise daha büyük oranda Türkiye'nin diğer illerinde doğduğu görülmüş, toplumsal sınıfların doğum yerlerine göre dağılımı Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2=95,869$ SD=16 P < 0.001).

Hanede yaşayan her bireye aylık geliri hakkında soru sorulmuş ve haneye gelir getiren kişilerin gelirlerinin toplanması ile ailenin toplam aylık geliri hesaplanmıştır. Balat bölgesinde aile toplam aylık geliri en düşük 50 milyon TL, en yüksek ise 2 milyar TL, ortalama aylık gelir ise 663.471.884±407.865.879TL (%95G.A. 620.281.547-706.662.220) olarak hesaplanmıştır. Akkent bölgesinde en düşük aile toplam aylık geliri 1 milyar TL, en yüksek 16 milyar TL, ortalama aylık gelir ise 4.190.787.037±2.822.422.334 TL (%95 G.A. 3.652.396.065-4.729.178.008) olarak hesaplanmıştır. Balat ve Akkent bölgelerinde ailelerin toplam aylık gelir ortalamaları t testi ile analiz edilmiştir (t=-12,946, SD=108,402, p<0,001).

Balat bölgesinde aylık aile toplam geliri hesaplanabilen 345 kişiden, 288'inin (% 83,5) ailesinin toplam aylık geliri 1 milyar TL'nin altında ve 57'sinin ise (% 16,5) 1 milyar TL'nin üstünde bulunmuştur. Akkent bölgesinde ise aile toplam aylık geliri hesaplanabilen 108 kişinin tümünün ailesinin toplam aylık geliri 1 milyar TL'nin üstünde bildirilmiştir.

Hanelerde kişi başına düşen aylık gelirlerin bölgelere göre dağılımı Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Kişi Başına Düşen Aylık Gelirin Bölgelere Göre Dağılımı

Kişi Başına Düşen Aylık Gelir	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
239.999.999 ve altı	285	82,6	-	-	285	62,9
240.000.000 ve üstü	60	17,4	108	100,0	168	37,1
Toplam	345	100,0	108	100,0	453	100,0

$\chi^2 = 237,041$ Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır. SD=1 P < 0.001

Balat bölgesinde 13 kişinin (%3,8) geliri 39.999.999 TL'nin altında, 42 kişinin (%12,2) ise 40 milyon ile 79.999.999 TL arasındadır.

Toplumsal sınıflar açısından değerlendirildiğinde; yüksek nitelikli ücretliler sınıfında 33 kişinin (% 73,3) aylık aile geliri 3 milyar TL'den fazla iken, 999 milyon TL'nin altında gelir bildiren olmamıştır. Beyaz yakalı ücretliler sınıfında 13 kişi (% 50,0), niteliksiz hizmet işçilerinde 64 kişi (%70,3), mavi yakalı işçilerde 104 kişi (% 87,4) ve emeklilerde 38 kişi (% 59,4) aylık toplam aile gelirlerinin 999 milyon TL'nin altında olduğunu bildirmiştir. Küçük işverenlerden 3 kişinin (% 42,9) ve orta-büyük işverenlerden 10 kişinin (% 71,4) aylık toplam aile geliri 3 milyar TL'nin üstünde bulunmuştur. Aylık toplam aile gelirlerinin toplumsal sınıflarda dağılımı ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2=295,076$ SD=24 P < 0.001).

Çalışmaya katılanlara yaptıkları iş dışında son 1 yıl içinde ek gelir sağlama durumları sorulmuş, bu soruya Balat bölgesinde 399 kişi (% 99,5), Akkent bölgesinde ise 163 kişi (%90,1) yanıt vermiştir. Son bir yıl içinde çalıştıkları iş dışında hiç bir gelir elde etmediğini belirtenlerin sayısı Balat bölgesinde 382 (% 95,7), Akkent bölgesinde ise 135 (% 82,8) kişidir. Akkent bölgesinde 28 kişi (%17,2) son bir yıl içinde çalıştığı iş dışında ek gelir sağladığını bildirmiş ve bu kaynaklarını 8 kişi (% 4,9) faiz geliri, 1 kişi (% 0,6) kar payı, 15 kişi (% 9,2) kira geliri, 2 kişi (% 1,2) hem kira hem kar payı geliri, 1 kişi (% 0,6) hem faiz hem kira geliri ile 1 kişi (% 0,6) miras olarak belirtmiştir. Balat bölgesinde 17 kişi (% 4,3) son bir yıl içinde çalıştığı iş dışında ek gelir sağladığını bildirmiş ve bu kaynaklarını; 4 kişi (% 1,0) faiz, 2 kişi (% 0,5) kira ve ek olarak, 2 kişi (% 0,5) evde yapılan nakış satışı, 3 kişi (% 0,8) burs, 3 kişi (% 0,8) icar geliri ve 3 kişi (% 0,8) yaşlılık aylığı olarak belirtmiştir. Akkent bölgesinde son bir yıl içinde ek gelir elde ettiğini belirten 28 kişiden 8'i (% 28,6) bu gelirin miktarını belirtmemiştir. Yapılan iş ya da işler dışında elde edilen ortalama ek gelir; Balat bölgesinde $147.352.941 \pm 129.664.442$ TL (n=17) Akkent bölgesinde ise $1.586.250.000 \pm 2.112.432.419$ TL (n=20) olarak hesaplanmıştır. Her iki bölgede aylık ek gelir ortalamaları Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir (Mann-Whitney U = 28,000 p<0,001)

Balat bölgesinde on beş yaşın altında olup çalışan 1 hanede (% 0,7) çocuk bulunduğu, Akkent bölgesinde ise 15 yaşın altında çalışan çocuk bulunmadığı bildirilmiştir.

Balat bölgesinde 10 hanede çocuğun (%7,4) ekonomik nedenlerden dolayı okula gönderilemediği, Akkent bölgesinde ise ekonomik nedenlerden dolayı okula gönderilemeyen çocuk bulunmadığı bildirilmiştir ($\chi^2 = 4,003$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır. SD = 1 P= 0.045).

Bölgelere göre sağlıkta sosyal güvence durumu dağılımı Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9. Sağlıkta Sosyal Güvence Durumlarının Bölgelere Göre Dağılımı

Sağlıkla İlgili Sosyal Güvence	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Her hangi bir sosyal güvence kurumuna bağlı değil	116	28,9	1	0,6	117	20,1
SSK	217	54,1	55	30,4	272	46,7
Emekli Sandığı	4	1,0	35	19,3	39	6,7
Bağ-Kur	29	7,2	29	16,0	58	10,0
Devlet Memuru	12	3,0	27	14,9	39	6,7
Yeşil Kart	21	5,2	-	-	21	3,6
Özel Sigorta	2*	0,5	34**	18,8	36	6,2
Toplam	401	100,0	181	100,0	582	100,0

$\chi^2= 240,590$ SD=6 P < 0.001

* Aynı zamanda SSK'na bağlı

**12 sinin SSK, 3'ünün Devlet Memurluğu, 1'inin Emekli Sandığı ve 2'sinin Bağ-Kur sağlık sosyal güvence kurumu ile bağlantısı vardır.

Balat bölgesinde 116 kişi (%28,9), Akkent bölgesinde ise 1 kişi (% 0,6) sağlıkta sosyal güvencesi olmadığını bildirmiştir. Balat bölgesinde 21 kişinin (% 5,2) sağlıkta sosyal güvencesi yeşil kart iken Akkent bölgesinde yeşil kartı olan kimse yoktur.

Toplumsal sınıflardan, yüksek nitelikli ücretliler ile küçük işverenler sınıfında olan herkes sağlıkla ilgili bir sosyal güvencesi olduğunu bildirmiştir. İşsizler sınıfında 37 kişi (%68,5), niteliksiz hizmet işçilerinde 16 kişi (%15,4), mavi yakalı işçilerde 33 kişi (%25,6), esnaf/marjinalerde 22 kişi (% 31,9) her hangi bir sosyal güvence kurumuna bağlı olmadığını belirtmiştir. Sınıflar arasında sosyal güvence kurumuna bağlı olma durumu Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2= 126,586$ SD = 8 P < 0.001).

Beyaz yakalı ücretliler sınıfında 15 kişi (% 40,5), niteliksiz hizmet işçileri sınıfında 78 kişi (%75,0), mavi yakalı işçilerde 88 kişi (% 68,2) küçük işverenlerde 5 kişi (% 55,6) ve

emeklilerde 37 kişi (% 45,1) bağlı oldukları sosyal güvence kurumunun SSK olduğunu bildirmiştir. Beyaz yakalı ücretlilerden 9'u (% 24,3) yüksek nitelikli ücretlilerden 16'sı (% 22,9) devlet memuru olup, sağlıkla ilgili sosyal güvencesinin kamu bütçesi olduğunu belirtmiştir. Küçük işverenlerde 4 kişi (% 44,4), orta-büyük işverenlerde 12 kişi (% 42,9) ve esnaf/marjinalerde 16 kişi (%23,2) sosyal güvence kurumunun Bağ-Kur olduğunu belirtmiştir. Bağlı olunan sosyal güvence kurumlarının toplumsal sınıflar arasında dağılımı Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2= 478,189$ SD = 48 P < 0.001).

İşsiz, emekli çalışmayan, öğrenci ve ev hanımı dışında tüm araştırmaya katılan bireylerden işlerini, tükettikleri bedensel ya da zihinsel emeğin ağırlığına göre değerlendirmeleri, sınıfsal konumlarının belirlenmesinde de kullanmak amacıyla istenmiştir. Çalışanların işlerini yaparken tükettikleri emek (kafa ve/veya kol emeği) türüne göre bireysel değerlendirmeleri Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Çalışanların İşlerinde Tükettikleri Emek Yoğunluğu Türüne Göre Dağılımı

Emek Yoğunluğu	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Kafa	10	6,5	53	62,4	63	26,5
Kol	96	62,7	-	-	96	40,3
Kafa ve Kol	47	30,7	32	37,6	79	33,2
Toplam	153	100,0	85	100,0	238	100,0

$\chi^2= 118,437$ SD = 2 P < 0.001

Balat bölgesinde yaşayanlar en çok, yalnız kol emeği tüketilen işlerde çalışırken (96 kişi ve % 62,7), Akkent bölgesinde yalnız kol emeği tüketerek çalışan kimse saptanmamıştır.

İşsiz, emekli çalışmayan, öğrenci ve ev hanımları dışında kalan tüm çalışanların, işlerini yürütürken yöneticilik görevleri olma durumu sorulmuştur. Çalışanların, işlerinde yöneticilik görevi olma durumlarına göre bölgelerde dağılımı Tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11. Çalışanların İşlerinde Yöneticilik Görevi Olma Durumu

Yöneticilik Görevi	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Yok	140	91,5	28	32,9	168	70,6
Var	13	8,5	57	67,1	70	29,4
Toplam	153	100,0	85	100,0	238	100,0

$\chi^2 = 87,465$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P < 0.001

Balat bölgesinde 13 kişi (% 8,5) ve Akkent bölgesinde 57 kişi (% 67,1) işinde yöneticilik görevi de olduğunu bildirmiştir.

Araştırmaya katılan herkese geçim sıkıntısı çekip çekmedikleri konusundaki bireysel değerlendirmeleri sorulmuştur. Geçim sıkıntısı çekme durumu hakkındaki bireysel değerlendirmelerin bölgelere göre dağılımı Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12. Geçim Sıkıntısı Çekme Durumu Hakkında Bireysel Değerlendirmelerin Bölgelere Göre Dağılımı

Geçim Sıkıntısı	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Çekmiyor	148	36,9	158	87,3	306	52,6
Çekiyor	253	63,1	23	12,7	276	47,4
Toplam	401	100,0	181	100,0	582	100,0

$\chi^2 = 124,963$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P < 0.001

Balat bölgesinde 253 kişi (% 63,1), Akkent bölgesinde ise 23 kişi (% 12,7) geçim sıkıntısı çektiğini bildirmiştir.

Geçim sıkıntısı çekme durumu toplumsal sınıflar açısından da değerlendirilmiş, toplumsal sınıflarda geçim sıkıntısı çekme durumunun bölgelere göre dağılımı Tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 13. Toplumsal Sınıflarda Geçim Sıkıntısı Çekme Durumunun Dağılımı

Toplumsal Sınıf	Geçim Sıkıntısı Çekme Durumu				Toplam	
	Hayır		Evet		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Yüksek Nitelikli	59	84,3	11	15,7	70	100,0
Beyaz Yakalı Ücretliler	30	81,1	7	18,9	37	100,0
Niteliksiz Hizmet İşçileri	50	48,1	54	51,9	104	100,0
Mavi Yakalı İşçiler	38	29,5	91	70,5	129	100,0
Küçük İşveren	8	88,9	1	11,1	9	100,0
Orta-büyük işveren	27	96,4	1	3,6	28	100,0
Emekli	45	54,9	37	45,1	82	100,0
İşsizler	11	20,4	43	79,6	54	100,0
Esnaf/Marjinal	38	55,1	31	44,9	69	100,0
Toplam	306	52,6	276	47,4	582	100,0

$$\chi^2 = 117,949 \quad SD = 8 \quad P < 0.001$$

En az geçim sıkıntısı çektiğini belirten sınıf 1 kişi ile (% 3,6) orta-büyük işveren sınıfı iken, en fazla geçim sıkıntısı 43 kişi ile (% 79,6) işsizlerden bildirilmiştir. İşsizleri 91 kişi (%70,5) ile mavi yakalı işçiler sınıfı izlemiştir.

Aile toplam aylık geliri hesaplanabilen 453 kişi üzerinden, bu kişilerin geçim sıkıntısı çekme durumu değerlendirildiğinde; 230 kişi (% 50,8) geçim sıkıntısı çektiğini bildirmiştir. Aile toplam aylık geliri; 999 milyon TL'nin altında olanlardan 190 kişi (%82,6), 1 milyar-1 milyar 999 milyon TL arası olanlardan 35 kişi (%15,2), 2 milyar- 2 milyar 999 milyon TL olanlardan 3 kişi (% 1,3) ve 3 milyarın üstünde olanlardan 2 kişi (%0,9) geçim sıkıntısı çektiğini belirtmiştir. Aile toplam aylık gelirin göre geçim sıkıntısı çekme durumu Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2 = 108,914 \quad SD = 3 \quad P < 0.001$).

Hane halkı başkanlarına yaşanan konutun mülkiyet durumu sorulmuştur. Bölgelere göre yaşanan konutun mülkiyet durumu Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo 14. Yaşanılan Konutun Mülkiyet Durumu

Konut Mülkiyeti Durumu	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Aileden Kalma	22	16,2	-	-	22	10,6
Kendi Almış/yapmış	87	64,0	59	83,1	146	70,5
Kira Ödüyor	12	8,8	9	12,7	21	10,1
Kira Ödemeden Oturuyor	11	8,1	3	4,2	14	6,8
Hisseli Sahip	4	2,9	-	-	4	1,9
Toplam	136	100,0	71	100,0	207	100,0

$\chi^2 = 17,705$ SD = 4 P < 0.001

Akkent bölgesinde, yaşadığı konutun ailesinden kaldığını ve konuta hisseli sahip olduğunu bildiren olmamıştır. Her iki bölgede de en fazla oranda konutun aile tarafından yapıldığı ya da satın alındığı bildirilmiştir. Balat bölgesinde yaşadığı konuta kira ödeyen 12 ailenin (%8,8) ödediği ortalama aylık kira bedeli 83.750.000 ± 17.467.502 TL iken Akkent bölgesinde kira ödeyen 9 ailenin (%12,7) ortalama aylık kira bedeli 630.555.555±55.590.266 TL olarak hesaplanmıştır. Her iki bölgede kira ortalamaları Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir (Mann-Whitney U=0,000 p<0,001).

Balat bölgesindeki 136 haneden 109’unda (%80,1), Akkent bölgesindeki 71 haneden 2’sinde (%2,8) oda sayısının 1-3, Balat bölgesindeki 22 hanede (% 16,2) ve Akkent bölgesinde 60 hanede (% 84,5) oda sayısının 4-5 olduğu bildirilmiştir. Balat ve Akkent bölgelerinde, hanelerde bulunan oda sayısı Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2 = 106,92$ Yates Süreklilik Düzeltmesi yapılmıştır. P< 0.001).

Balat bölgesindeki hanelerde ortalama oda sayısının 3,09±0,98 olup (n=136) 1 ile 8 arasında değiştiği, Akkent bölgesinde ise ortalama oda sayısının 4,77±0,80 olup (n=71) 3

ile 8 arasında değiştiği hesaplanmıştır. Her iki bölgede hanelerde bulunan oda sayısı ortalamaları t testi ile analiz edilmiştir ($t=-12,526$, $SD=205$, $P<0.001$).

Balat bölgesinde hanelerde en az 1 en çok 11 kişinin, Akkent bölgesinde ise en az 1 en çok 6 kişinin yaşadığı bildirilmiştir. Balat bölgesinde hane başına düşen ortalama kişi sayısı $4,07\pm 1,83$ Akkent bölgesinde ise $3,31\pm 0,90$ olarak hesaplanmıştır. Her iki bölgede hanelerde yaşayan kişi ortalamaları t testi ile analiz edilmiştir ($t=4,01$, $SD=204,495$, $p<0,001$).

Hanelerde yaşayan kişi sayısının bölgelere göre dağılımı Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15. Hanelerde Yaşayan Kişi Sayısının Bölgelere Göre Dağılımı

Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
1-2 kişi	30	22,1	13	18,3	43	20,8
3-4 kişi	61	44,9	54	76,1	115	55,5
5 +	45	33,1	4	5,6	49	23,7
Toplam	136	100,0	71	100,0	207	100,0

$\chi^2 = 23,344$ $SD=2$ $P < 0.001$

Balat bölgesinde oda başına düşen ortalama kişi sayısı $1,446\pm 0,897$, Akkent bölgesinde ise $0,712\pm 0,250$ olarak hesaplanmıştır.

Hane halkı başkanlarına hanelerdeki dayanıklı tkretim mallarından bazılarının bulunma durumu sorulmuş ve bölgelere göre dağılım Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16. Dayanıklı Tüketim Mallarının Bölgelere Göre Dağılımı

Dayanıklı Tüketim Malı		Bölge				Toplam	
		Balat		Akkent		Sayı	%
		Sayı	%	Sayı	%		
Renkli Televizyon	Yok	3	2,2	-	-	3	1,4
	Var	133*	97,8	71**	100,0	204	98,6
Toplam		136	100,0	71	100,0	207	100,0
*7 hanede 2 ve 1 hanede 3 televizyon bulunmaktadır.							
** 35 hanede 2, 18 hanede 3 ve 1 hanede 4 televizyon bulunmaktadır.							
$\chi^2 = 0,420$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P = 0.517							
Mikrodalga fırın	Yok	127	93,4	38	53,5	165	79,7
	Var	9	6,6	33	46,5	42	20,3
Toplam		136	100,0	71	100,0	207	100,0
$\chi^2 = 43,397$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P < 0.001							
Bulaşık Makinesi	Yok	125	91,9	0	0,0	125	60,4
	Var	11	8,1	71*	100,0	82	39,6
Toplam		136	100,0	71	100,0	207	100,0
* 1 hanede 2 bulaşık makinesi bulunmaktadır.							
$\chi^2 = 160,915$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P < 0.001							
Video kamera	Yok	135	99,3	31	43,7	166	80,2
	Var	1	0,7	40*	56,3	41	19,8
Toplam		136	100,0	71	100,0	207	100,0
*1 hanede 3 video kamera bulunmaktadır.							
$\chi^2 = 87,329$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P < 0.001							
Bilgisayar	Yok	127	93,4	9	12,7	136	65,7
	Var	9	6,6	62*	87,3	71	34,3
Toplam		136	100,0	71	100,0	207	100,0
*8 hanede 2 bilgisayar bulunmaktadır.							
$\chi^2 = 131,272$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P < 0.001							
Klima	Yok	136	100,0	49	69,0	185	89,4
	Var	0	0,0	22*	31,0	22	10,6
Toplam		136	100,0	71	100,0	207	100,0
*2 hanede 2 ve 2 hanede 3 klima bulunmaktadır.							
$\chi^2 = 43,946$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P < 0.001							

Balat bölgesinde araştırmaya katılan 136 haneden 133'ünde (% 97,8), Akkent bölgesinde ise 71 hanenin tümünde en az bir adet renkli televizyon bulunduğu bildirilmiştir. Balat bölgesinde hane başına düşen ortalama renkli televizyon sayısı (1,06±0,24), Akkent bölgesinde ise 1,76±0,43 olarak hesaplanmıştır. Her iki bölgede hanelerde bulunan renkli televizyon ortalamaları t testi ile analiz edilmiştir (t=-5,191, SD=218,208, p=0,001). Akkent bölgesinde tüm hanelerde, Balat bölgesinde ise 11 hanede (% 8,1) bulaşık makinesi bulunduğu bildirilmiştir. Akkent bölgesinde 22 hanede (%31,0), Balat bölgesinde ise hiç bir hanede klima bulunmadığı, Akkent bölgesinde 62 hanede (%87,3), Balat bölgesinde ise 9 hanede (% 6,6) bilgisayar bulunduğu bildirilmiştir.

Balat bölgesinde 39 (% 28,7) hanede, Akkent bölgesinde ise tüm hanelerde özel otomobil bulunduğu bildirilmiştir ($\chi^2 = 92,452$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD=1 P<0.001). Araştırmanın evrenini oluşturan Balat ve Akkent bölgelerindeki 207 haneden 110'unda (%53,1) özel otomobil bulunmaktadır. Balat bölgesinde hane başına düşen ortalama otomobil sayısı 0,29±0,473 iken Akkent bölgesinde 1,45±0,529 olarak hesaplanmıştır. Her iki bölgede hane başına düşen otomobil ortalamaları t testi ile analiz edilmiştir (t=-15,475, SD=129,067, p=0,001). Balat bölgesinde 1 hanede 2 otomobil, Akkent bölgesinde ise 30 hanede 2 otomobil ve 1 hanede 3 otomobil bulunduğu belirtilmiştir. Toplumsal sınıflar açısından değerlendirildiğinde; yüksek nitelikli ücretli sınıftaki 31 ailenin tümünde de otomobil bulunduğu saptanmıştır. Orta-büyük işveren sınıfında 11 aile (% 91,7), beyaz yakalı ücretlilerde 12 aile (% 85,7), küçük işveren sınıfında 3 aile (% 75,0), işsizlerde 3 aile (% 21,4) ve en düşük olarak mavi yakalı işçilerde ise 4 ailede (% 8,7) otomobil bulunduğu saptanmıştır. Sınıflara göre otomobil sahibi olma durumu Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2 = 86,992$, SD=8, P<0.001).

Hane halkı başkanlarına, ailenin her yıl düzenli olarak tatile gitme durumu sorulmuştur. Araştırmaya katılan toplam 207 haneden 67'si (%32,4) her yıl düzenli olarak, buldukları yerden ayrı bir yerde tatile gittiğini belirtmiştir. Balat bölgesindeki 136 haneden 13'ü (%9,6) ve Akkent bölgesindeki 71 haneden 54'ü (%76,1) her yıl düzenli olarak tatile gittiğini belirtmiştir ($\chi^2 = 91,214$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD=1 P<0.001).

Her yıl düzenli olarak tatil yaptığını belirten hane halkı başkanlarına (67 kişi, %32,4), tatili geçirdikleri yer sorulmuştur. Balat bölgesindeki 13 haneden 8'i tatilini (%61,5) memleketinde, 5'i ise (%38,5) tatil yörelerinde geçirdiğini belirtmiştir. Akkent bölgesinde

düzenli olarak tatile çıkan 54 haneden 7'si (%13,0) tatilini memleketinde, 47'si (%87) ise tatil yörelerinde geçirdiğini belirtmiştir (Fisher'in kesin testi $P < 0.001$).

Yaşanılan konut tipi, araştırmacının gözlemi doğrultusunda soru formuna işlenmiştir. Akkent bölgesinde araştırmaya katılan tüm haneler (71 hane), Balat bölgesinde ise 136 haneden 1'i (%0,7) lüks konut olarak değerlendirilmiştir. Her iki bölge konut tipi açısından Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2=198,27$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) $SD=1$ $P<0.001$). Balat bölgesindeki hanelerden 71'i (%52,2) gecekondur, 64'ü ise (%47,1) müstakil yapı ya da apartman dairesi olarak değerlendirilmiştir.



3. Sağlık Düzeyi ile İlgili Bulgular

Araştırmaya katılan herkese algıladıkları sağlık durumları sorulmuş ve bireysel olarak algılanan sağlık değerlendirmelerinin yaş gruplarına ve bölgelere göre dağılımı Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 17. Algılanan Sağlık Durumlarının Yaş Gruplarına ve Bölgelere Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Algılanan Sağlık	Bölge				Toplam	
		Balat		Akkent		Sayı	%
		Sayı	%	Sayı	%		
15-24 ¹	İyi	75	72,8	35	92,1	110	78,0
	İyiden Kötü	28	27,2	3	7,9	31	22,0
	Toplam	103	100,0	38	100,0	141	100,0
25-34 ²	İyi	41	55,4	10	71,4	51	58,0
	İyiden Kötü	33	44,6	4	28,6	37	42,0
	Toplam	74	100,0	14	100,0	88	100,0
35-44 ³	İyi	41	37,3	36	90,0	77	51,3
	İyiden Kötü	69	62,7	4	10,0	73	48,7
	Toplam	110	100,0	40	100,0	150	100,0
45-54 ⁴	İyi	27	51,9	48	73,8	75	64,1
	İyiden Kötü	25	48,1	17	26,2	42	35,9
	Toplam	52	100,0	65	100,0	117	100,0
55-64 ⁵	İyi	15	57,7	16	72,7	31	64,6
	İyiden Kötü	11	42,3	6	27,3	17	35,4
	Toplam	26	100,0	22	100,0	48	100,0
65 + ⁶	İyi	16	44,4	2	100,0	18	47,4
	İyiden Kötü	20	55,6	-	-	20	52,6
	Toplam	36	100,0	2	100,0	38	100,0
Genel Toplam		401	100,0	181	100,0	582	100,0

¹ $\chi^2 = 6,022$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD=1 P=0.014

² $\chi^2 = 0,670$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD=1 P=0.413

³ $\chi^2 = 30,567$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD=1 P<0.001

⁴ $\chi^2 = 5,119$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD=1 P=0.024

⁵ $\chi^2 = 0,612$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD=1 P=0.434

⁶ Fisher'in kesin testi P=0.421

Balat bölgesinde 215 kişi (% 53,6), Akkent bölgesinde ise 147 kişi (% 81,2) sağlığını çok iyi ya da iyi olarak algıladığını belirtmiştir. İyiden kötü olarak değerlendirmeye alınan sağlığını “kötü” olarak değerlendiren 52 (%8,9) kişiden 50’si Balat bölgesinde yaşamakta ve Balat nüfusunun %12,5’ini oluşturmaktadır. Yine iyiden kötü olarak değerlendirilen sağlığını “çok kötü” olarak algıladığını belirten 8 kişinin (%2,0) tümü de Balat bölgesinde yaşamaktadır.

Algılanan sağlık durumunun toplumsal sınıflara göre dağılımı Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18. Algılanan Sağlık Durumunun Toplumsal Sınıflara Göre Dağılımı

Toplumsal Sınıf	Algılanan Sağlık				Toplam	
	İyi		İyiden Kötü		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Yüksek Nitelikli Ücretliler	55	78,6	15	21,4	70	100,0
Beyaz Yakalı Ücretliler	32	86,5	5	13,5	37	100,0
Niteliksiz Hizmet İşçileri	56	53,8	48	46,2	104	100,0
Mavi Yakalı İşçiler	62	48,1	67	51,9	129	100,0
Küçük İşveren	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Orta-büyük işveren	25	89,3	3	10,7	28	100,0
Emekli	58	70,7	24	29,3	82	100,0
İşsizler	26	48,1	28	51,9	54	100,0
Esnaf/Marjinal	41	59,4	28	40,6	69	100,0
Toplam	362	62,2	220	37,8	582	100,0

$$\chi^2 = 48,282 \quad SD = 8 \quad P < 0.001$$

Algılanan sağlıkta en fazla “iyi” yanıtı 25 kişi (% 89,3) ile orta-büyük işveren sınıfı üyeleri, en az “iyi” yanıtı ise 26 kişi (% 48,1) ile işsizler ve 62 kişi ile yine aynı oranda mavi yakalı işçi sınıfı üyeleri tarafından verilmiştir.

Algılanan sağlık durumunun öğrenim süresine göre bölgelerde dağılımı Tablo 19’da sunulmuştur.

Tablo 19. Algılanan Sağlık Durumunun Öğrenim Süresine Göre Bölgelerde Dağılımı

Öğrenim Süresi	Algılanan Sağlık	Bölge				Toplam	
		Balat		Akkent		Sayı	%
		Sayı	%	Sayı	%		
8 yıl ve altı ¹	İyi	172	50,9	22	81,5	194	53,2
	İyiden Kötü	166	49,1	5	18,5	171	46,8
	Toplam	338	100,0	27	100,0	365	100,0
9 yıl ve üstü ²	İyi	43	68,3	125	81,2	168	77,4
	İyiden Kötü	20	31,7	29	18,8	49	22,6
	Toplam	63	100,0	154	100,0	217	100,0
Genel Toplam		401	100,0	181	100,0	582	100,0

¹ : $\chi^2 = 8,210$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır) SD = 1 P = 0.004

² : $\chi^2 = 3,559$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır) SD = 1 P = 0.059

Araştırmaya katılanlarda; 8 yıl ve altı öğretim süresi olanlardan 194 kişi (%53,2) ve 9 yıl ve üstü öğrenim görenlerden 168 kişi (% 77,4) sağlığını iyi olarak algıladığını belirtmiştir.

Öğrenim süresinin algılanan sağlık durumuna olan etkisi Balat bölgesinde ($\chi^2=5,76$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır) P=0,016) ve Akkent bölgesinde ($\chi^2 = 0.05$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır) P=0,81) Ki kare testi ile analiz edilmiştir.

Algılanan sağlık ile bireyin yaşadığı hanede bulunan renkli televizyon ($\chi^2=0.419$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır) P=0,517), mikrodalga fırın ($\chi^2=7.658$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır) P=0,006), bulaşık makinesi ($\chi^2=12.688$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır) P<0,001), video kamera ($\chi^2=7.139$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır) P=0,008), bilgisayar ($\chi^2=10.387$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır) P<0,001) ve otomobil ($\chi^2=5.854$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır) P=0,016) arasındaki ilişki Ki kare testi ile analiz edilmiştir.

Algılanan sağlık durumunun geçim sıkıntısı çekme durumuna göre bölgelerde dağılımı Tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20. Algılanan Sağlık Durumunun Geçim Sıkıntısı Çekme Durumuna Göre Bölgelerde Dağılımı

Algılanan Sağlık	Geçim Sıkıntısı	Bölge				Toplam	
		Balat		Akkent		Sayı	% *
		Sayı	% *	Sayı	% *		
İyi ¹	Hayır	110	51,2	133	90,5	243	67,1
	Evet	105	48,8	14	9,5	119	32,9
	Toplam	215	100,0	147	100,0	362	100,0
İyiden Kötü ²	Hayır	38	20,4	25	73,5	63	28,6
	Evet	148	79,6	9	26,5	157	71,4
	Toplam	186	100,0	34	100,0	220	100,0
Genel Toplam		401	100,0	181	100,0	582	100,0

* sütun yüzdesi

¹: $\chi^2 = 59,381$ (Yates süreklilik düzeltmesi yapılmıştır.) SD = 1 P < 0.001

²: $\chi^2 = 37,104$ (Yates süreklilik düzeltmesi yapılmıştır.) SD = 1 P < 0.001

Sağlığını iyi olarak algılayan 362 kişiden Balat bölgesinde yaşayan 105 kişi (%48,8) ve Akkent bölgesinde yaşayan 14 kişi (% 9,5) geçim sıkıntısı çektiğini belirtmiştir.

Sağlığın “iyi” olarak algılanma durumuna göre algılanan sağlığın bağımlı değişken olduğu, Akkent bölgesinin referans kabul edildiği bölge, geçim sıkıntısı çekmemenin referans kabul edildiği geçim sıkıntısı çekme durumu, numerik olarak yaşın ve erkek olmanın referans kabul edildiği cinsiyet bağımsız değişkenliğinde oluşturulan model üzerinde yapılan lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 21’de sunulmuştur.

Tablo 21. Algılanan Sağlık için Lojistik Regresyon Analizinin Sonuçları* (n=582)

Değişken	B	p	O.R.	% 95 Güven aralığı
Bölge	0,704	0,004	2,021	1,246 - 3,278
Geçim sıkıntısı	1,372	0,000	3,945	2,612 – 5,957
Yaş	0,018	0,003	1,018	1,006 – 1,030
Cinsiyet	0,515	0,007	1,674	1,152 – 2,433
Algılanan Sağlık (sabit)	-2,711	0,000		

* Model Ki-Kare=106,775, p=0,000

Araştırmada sağlık düzeyi ile ilgili diğer gösterge kısa yeti yitimi ölçeği ile saptanan yeti yitimi durumudur. Yeti yitimi durumunun yaş gruplarına göre bölgelerde dağılımı Tablo 22'de sunulmuştur.

Tablo 22. Yeti Yitimi Ölçek Sonuçlarının Yaş Gruplarına Göre Bölgelerde Dağılımı

Yaş Grupları	Yeti Yitimi Durumu	Bölge				Toplam	
		Balat		Akkent			
15-24 ¹	Yok	89	86,4	26	68,4	115	81,6
	Var	14	13,6	12	31,6	26	18,4
	Toplam	103	100,0	38	100,0	141	100,0
25-34 ²	Yok	56	75,7	9	64,3	65	73,9
	Var	18	24,3	5	35,7	23	26,1
	Toplam	74	100,0	14	100,0	88	100,0
35-44 ³	Yok	73	66,4	26	65,0	99	66,0
	Var	37	33,6	14	35,0	51	34,0
	Toplam	110	100,0	40	100,0	150	100,0
45-54 ⁴	Yok	31	59,6	38	58,5	69	59,0
	Var	21	40,4	27	41,5	48	41,0
	Toplam	52	100,0	65	100,0	117	100,0
55-64 ⁵	Yok	14	53,8	12	60,0	26	56,5
	Var	12	46,2	8	40,0	20	43,5
	Toplam	26	100,0	20	100,0	46	100,0
65 + ⁶	Yok	8	22,2	1	50,0	9	23,7
	Var	28	77,8	1	50,0	29	76,3
	Toplam	36	100,0	2	100,0	38	100,0
Genel Toplam		401	100,0	179	100,0	580	100,0

¹ $\chi^2 = 4,835$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P = 0.028

² $\chi^2 = 0,311$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P = 0.577

³ $\chi^2 = 0,000$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P = 1.000

⁴ $\chi^2 = 0,000$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P = 1.000

⁵ $\chi^2 = 0,014$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P = 0.907

⁶ $\chi^2 = 0,002$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P = 0.964

Balat bölgesinde yaşayan 15-24 yaş grubunda 14 kişide (%13,6) yetimi saptanırken Akkent bölgesinde aynı yaş grubunda 12 kişide (%31,6) yeti yitimi saptanmıştır.

Yeti yitimi sonuçlarının cinsiyete göre bölgelerde dağılımı Tablo 23’de sunulmuştur.

Tablo 23. Yeti Yitimi Ölçek Sonuçlarının Cinsiyete Göre Bölgelerde Dağılımı

Cinsiyet	Yeti Yitimi Ölçek Sonucu	Bölge				Toplam	
		Balat		Akkent		Sayı	% *
		Sayı	% *	Sayı	% *		
Erkek ¹	yeti yitimi yok	148	79,6	67	73,6	215	77,6
	hafif yeti yitimi	21	11,3	18	19,8	39	14,1
	orta yeti yitimi	14	7,5	5	5,5	19	6,9
	ağır yeti yitimi	3	1,6	1	1,1	4	1,4
	Toplam	186	100,0	91	100,0	277	100,0
Kadın ²	yeti yitimi yok	123	57,2	45	51,2	168	55,5
	hafif yeti yitimi	47	21,9	30	34,1	77	25,4
	orta yeti yitimi	38	17,7	12	13,6	50	16,5
	ağır yeti yitimi	7	3,2	1	1,1	8	2,6
	Toplam	215	100,0	88	100,0	303	100,0
Genel Toplam		401	100,0	179**	100,0	580	100,0

* Sütun yüzdesi

** Akkent bölgesinde iki kişi (%1,1) kısa yeti yitimi ölçeğindeki bazı sorulara yanıt vermediğinden değerlendirme dışı bırakılmıştır.

¹ : $\chi^2 = 3,886$ SD = 3 P = 0.274

² : $\chi^2 = 5,770$ SD = 3 P = 0.123

Balat bölgesinde her hangi bir derecede yeti yitimi saptanan 92 kadına (% 42,8) karşılık yeti yitimi olmayan 123 kadın (%57,2) bulunmuştur. Yine Balat bölgesinde yaşayan erkeklerde her hangi bir derecede yeti yitimi saptanan 38 kişiye (% 20,4) karşılık yeti yitimi olmayan 148 kişi (% 79,6) saptanmıştır. Balat bölgesinde kadın ve erkekler arasında yeti yitimi durumu Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2 = 21,75$ P<0.001).

Akkent bölgesinde her hangi bir derecede yeti yitimi saptanan 43 kadına (%48,8) karşılık yeti yitimi olmayan 45 kadın (%51,2) bulunmuştur. Akkent bölgesinde yaşayan erkeklerde her hangi bir derecede yeti yitimi saptanan 24 kişiye (% 26,4) karşılık yeti yitimi olmayan 67 kişi (%73,6) bulunmuştur. Akkent bölgesinde kadın ve erkekler arasında yeti yitimi durumu Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2=8,73$ P=0.003).

Yeti yitimi durumu toplumsal sınıflar açısından da incelenmiş ve yeti yitimi ölçeği sonuçlarının toplumsal sınıflara göre dağılımı Tablo 24'de sunulmuştur.

Tablo 24. Yeti Yitimi Sonuçlarının Toplumsal Sınıflara Göre Dağılımı

Toplumsal Sınıf	Yeti Yitimi Ölçek Sonucu								Toplam	
	yeti yitimi yok		hafif yeti yitimi		orta yeti yitimi		ağır yeti yitimi			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yüksek Nitelikli	40	58,8	18	26,5	9	13,2	1	1,5	68	100,0
Beyaz Yakalı Ücretliler	32	86,5	3	8,1	1	2,7	1	2,7	37	100,0
Niteliksiz Hizmet İşçileri	71	68,3	19	18,3	10	9,6	4	3,8	104	100,0
Mavi Yakalı İşçiler	97	75,2	19	14,7	11	8,5	2	1,6	129	100,0
Küçük İşveren	6	66,7	2	22,2	-	-	1	11,1	9	100,0
Orta-büyük işveren	16	57,1	7	25,0	5	17,9	-	-	28	100,0
Emekli	49	59,8	21	25,6	10	12,2	2	2,4	82	100,0
İşsizler	28	51,8	11	20,4	15	27,8	-	-	54	100,0
Esnaf/Marjinal	44	63,8	16	23,2	8	11,6	1	1,4	69	100,0
Toplam	383	66,0	116	20,0	69	11,9	12	2,1	580*	100,0

* Akkent bölgesinde yüksek nitelikli ücretli sınıftaki iki kişi (%1,1) kısa yeti yitimi ölçeğindeki bazı sorulara yanıt vermediğinden değerlendirme dışı bırakılmıştır.
 $\chi^2= 40,289$ SD = 24 P= 0.02

En az yeti yitimi saptanan beyaz yakalı ücretliler sınıfındaki 37 kişiden 32'sinde (%86,5) ve en çok yeti yitimi saptanan 54 kişilik işsizler sınıfındaki 28 kişide (%51,9) yeti yitimi saptanmamıştır. Bu iki sınıf arasındaki yeti yitimi durumu Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2= 10,23$ Yates süreklilik düzeltmesi yapılmıştır. $P<0.001$).

Yeti yitimi durumunun algılanan sağlığa göre bölgelerde dağılımı Tablo 25'de sunulmuştur.

Tablo 25. Yeti Yitimi Durumunun Algılanan Sağlığa Göre Bölgelerde Dağılımı

Algılanan Sağlık	Yeti Yitimi	Bölge				Toplam	
		Balat		Akkent		SAYI	% *
		SAYI	% *	SAYI	% *		
İyi ¹	yeti yitimi yok	174	80,9	100	69,0	274	76,1
	hafif yeti yitimi	25	11,6	41	28,3	66	18,3
	orta yeti yitimi	15	7,0	4	2,7	19	5,3
	ağır yeti yitimi	1	0,5	-	-	1	0,3
	Toplam	215	100,0	145	100,0	360	100,0
İyiden Kötü ²	yeti yitimi yok	97	52,2	12	35,3	109	49,6
	hafif yeti yitimi	43	23,1	7	20,6	50	22,7
	orta yeti yitimi	37	19,9	13	38,2	50	22,7
	ağır yeti yitimi	9	4,8	2	5,9	11	5,0
	Toplam	186	100,0	34	100,0	220	100,0
Genel Toplam		401	100,0	179**	100,0	580	100,0

* Sütun yüzdesi

** Akkent bölgesinde iki kişi (%1,1) kısa yeti yitimi ölçeğindeki bazı sorulara yanıt vermediğinden değerlendirme dışı bırakılmıştır.

¹: $\chi^2= 18,314$ SD = 3 P < 0.001

²: $\chi^2= 6,048$ SD = 3 P = 0.109

Sağlığını iyi olarak algılayan 360 kişiden 274'ünde (%76,1), sağlığını iyiden kötü olarak algılayan 220 kişiden 109'unda (%49,6) yeti yitimi saptanmamıştır.

Yeti yitiminin geçim sıkıntısına göre bölgelerde dağılımı Tablo 26'da sunulmuştur.

Tablo 26. Yeti Yitimi Durumunun Geçim Sıkıntısına Göre Bölgelerde Dağılımı

Geçim Sıkıntısı	Yeti Yitimi	Bölge				Toplam	
		Balat		Akkent *		Sayı	%
		Sayı	%	Sayı	%		
Hayır ¹	Yeti yitimi yok	111	75,0	101	64,3	212	69,5
	Hafif yeti yitimi	19	12,8	42	26,8	61	20,0
	Orta yeti yitimi	14	9,5	13	8,3	27	8,9
	Ağır yeti yitimi	4	2,7	1	0,6	5	1,6
	TOPLAM	148	100,0	157	100,0	305	100,0
Evet ²	Yeti yitimi yok	160	63,2	11	50,0	171	62,2
	Hafif yeti yitimi	49	19,4	6	27,3	55	20,0
	Orta yeti yitimi	38	15,0	4	18,2	42	15,3
	Ağır yeti yitimi	6	2,4	1	4,5	7	2,5
	Toplam	253	100,0	22	100,0	275	100,0
Genel Toplam		401	100,0	179	100,0	580	100,0

* Akkent bölgesinde iki kişi (% 1,1) kısa yeti yitimi ölçeğindeki bazı sorulara yanıt vermediğinden değerlendirme dışı bırakılmıştır.

¹: $\chi^2 = 10,725$ SD=3 P=0,013

²: $\chi^2 = 1,711$ SD=3 P=0,634

Yeti yitimi bulunmaması durumuna göre yeti yitiminin bağımlı değişken olduğu 3 farklı model oluşturulmuş ve modellere lojistik regresyon analizi uygulanmıştır.

Modellerde kullanılan bağımsız değişkenler ve referansları Tablo 27'de sunulmuştur.

Tablo 27. Yeti Yitimi için Oluşturulan Modeller ile Lojistik Regresyon Analizinde Kullanılan Değişkenler ve Referanslar

Bağımsız Değişkenler	
Bölge	Kategorik, “Akkent bölgesi” referans
Yaş	Nümerik
Cinsiyet	Kategorik “erkek” referans
Geçim sıkıntısı	Kategorik “geçim sıkıntısı çekmemek” referans

Yeti Yitimi ölçeği sonucuna göre modellerdeki lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 28’de sunulmuştur.

Tablo 28. Yeti Yitimi için Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları* (n=580)

Değişken	B	p	O.R.	% 95 Güven Aralığı
Bölge	-0,512	0,034	0,599	0,373 – 0,961
Yaş	0,045	0,000	1,046	1,033 – 1,060
Cinsiyet	1,242	0,000	3,463	2,336 – 5,135
Geçim sıkıntısı	0,565	0,013	1,760	1,127 – 2,746
Yeti Yitimi (sabit)	-3,120	0,000		

* Model Ki-Kare=98,851, p=0,000

Balat bölgesinde görüşülen 401 kişiden 62’si (% 15,5), Akkent bölgesinde ise soruyu yanıtlayan 179 kişiden (% 98,9) 21’i (%11,7) son bir ay içinde sağlık sorunları nedeniyle işe/okula gidemediğini, günlük işlerini aksattığını belirtmiştir. Bölgeler arasında günlük işlerini aksatma durumu Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2 = 1,12$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD=1 P=0.29). Bu şekilde son bir ay içinde okula/işe gidilemeyen, günlük işlerin aksatıldığı ortalama gün sayısının Balat bölgesinde $6,45 \pm 7,37$ ve Akkent bölgesinde ise $3,95 \pm 6,45$ olduğu saptanmıştır. Her iki bölgede iş aksatılan gün ortalamaları Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir (Mann-Whitney U=420,000 p=0,014).

Balat bölgesinde 9 kişi (% 2,2) ve Akkent bölgesinde soruyu yanıtlayan 179 kişiden (% 98,9) 9’u (% 5,0) son bir ay içinde sağlık sorunları nedeniyle işinden/okulundan erken ayrılmak durumunda kaldığını belirtmiştir ($\chi^2 = 2,33$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P=0.12). Son bir ayda işten/okuldan erken ayrılmak zorunda kalınan

ortalama gün sayısı Balat bölgesinde $9,69 \pm 11,758$ ve Akkent bölgesinde $1,78 \pm 1,093$ olarak hesaplanmıştır. Her iki bölgede son bir ay içinde işiden/okuldan erken ayrılmak durumunda kalınan gün ortalamaları Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir (Mann-Whitney U=15,500 p=0,023).

Balat bölgesinde 73 kişi (% 18,2) ve Akkent bölgesinde bu soruyu yanıtlayan 179 kişiden (% 98,9) 21'i (% 11,7) son bir ay içinde sağlık sorunları nedeniyle gününü yatakta geçirmek zorunda kaldığını belirtmiştir ($\chi^2=3,36$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD=1 P=0.06). Son bir ay içinde yatakta geçirilen gün ortalaması Balat bölgesinde $6,66 \pm 7,74$ ve Akkent bölgesinde $2,24 \pm 2,00$ olarak hesaplanmıştır. Her iki bölgede son bir ay içinde yatakta geçirilen gün ortalamaları Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir (Mann-Whitney U = 401,000 p<0,001).

Araştırmada sağlık durumunu gösteren diğer bağımlı değişken Genel Sağlık Sorgulaması ile değerlendirilen genel sağlık durumudur. Genel Sağlık Sorgulaması sonuçlarının yaş gruplarına göre bölgelerde dağılımı Tablo 29'da sunulmuştur.

Tablo 29. Genel Sağlık Sorgulaması Sonuçlarının Yaş Gruplarına Göre Bölgelerde Dağılımı

Yaş Grupları	Genel Sağlık Sorgulaması	Bölge				Toplam	
		Balat		Akkent			
15-24 ¹	Yüksek	33	32,0	7	18,9	40	28,6
	Orta	29	28,2	3	8,1	32	22,9
	Düşük	41	39,8	27	73,0	68	48,6
	Toplam	103	100,0	37	100,0	140	100,0
25-34 ²	Yüksek	21	28,4	4	30,8	25	28,7
	Orta	11	14,9	1	7,7	12	13,8
	Düşük	42	56,8	8	61,5	50	57,5
	Toplam	74	100,0	13	100,0	87	100,0
35-44 ³	Yüksek	29	26,4	4	10,0	33	22,0
	Orta	29	26,4	1	2,5	30	20,0
	Düşük	52	47,3	35	87,5	87	58,0
	Toplam	110	100,0	40	100,0	150	100,0
45-54 ⁴	Yüksek	16	30,8	3	4,6	19	16,2
	Orta	14	26,9	3	4,6	17	14,5
	Düşük	22	42,3	59	90,8	81	69,2
	Toplam	52	100,0	65	100,0	117	100,0
55-64 ⁵	Yüksek	6	23,1	-	-	6	13,3
	Orta	9	34,6	3	15,8	12	26,7
	Düşük	11	42,3	16	84,2	27	60,0
	Toplam	26	100,0	19	100,0	45	100,0
65 + ⁶	Yüksek	14	38,9	1	50,0	15	39,5
	Orta	12	33,3	-	-	12	31,6
	Düşük	10	27,8	1	50,0	11	28,9
	Toplam	36	100,0	2	100,0	38	100,0
Genel Toplam		401	100,0	176	100,0	577	100,0

¹ $\chi^2 = 12,59$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 2 P = 0.002

² $\chi^2 = 0,478$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 2 P = 0.787

³ $\chi^2 = 20,107$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 2 P < 0.001

⁴ $\chi^2 = 31,863$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 2 P < 0.001

⁵ $\chi^2 = 9,056$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 2 P = 0.011

⁶ $\chi^2 = 1,049$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 2 P = 0.592

Balat bölgesinde 15-44 yaş grubunda genel sağlık sorgulaması yüksek bulunan 83 kişi (% 28,9) iken aynı yaş grubunda Akkent bölgesinde 15 kişinin (% 16,7) genel sağlık sorgulaması yüksek bulunmuştur. Balat bölgesinde 45-64 yaş grubunda genel sağlık sorgulaması yüksek skorlu 22 kişi (% 28,2) iken Akkent bölgesinde 3 kişinin (% 3,6) genel sağlık sorgulaması yüksek bulunmuştur.

Genel Sağlık Sorgulaması sonuçları toplumsal sınıflarda incelenmiş ve dağılımı Tablo 30'da sunulmuştur.

Tablo 30. Genel Sağlık Sorgulaması Sonuçlarının Toplumsal Sınıflara Göre Dağılımı

Toplam Sınıf	Genel Sağlık Sorgulaması *						Toplam	
	Yüksek		Orta		Düşük		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yüksek Nitelikli	7	10,3	8	11,8	53	77,9	68	100,0
Beyaz Yakalı Ücretliler	4	10,8	7	18,9	26	70,3	37	100,0
Niteliksiz Hizmet İşçileri	23	22,1	24	23,1	57	54,8	104	100,0
Mavi Yakalı İşçiler	41	31,8	33	25,6	55	42,6	129	100,0
Küçük İşveren	-	-	-	-	9	100,0	9	100,0
Orta-büyük işveren	4	14,3	3	10,7	21	75,0	28	100,0
Emekli	17	21,5	15	19,0	47	59,5	79	100,0
İşsizler	24	44,5	16	29,6	14	25,9	54	100,0
Esnaf/Marjinal	18	26,1	9	13,0	42	60,9	69	100,0
Toplam	138	23,9	115	19,9	324	56,2	577	100,0

* Genel Sağlık Sorgulamasına Akkent bölgesinde 5 kişi katılmamıştır.

$\chi^2= 61,944$ SD=16 P < 0.001

Toplum taramalarında riskli kabul edilen yüksek ve orta değerli sonuç, küçük işverenler sınıfında bulunmazken, işsizler sınıfında 40 kişinin (% 74,1) Genel Sağlık Sorgulaması orta ve yüksek değerli bulunmuştur.

Genel Sağlık Sorgulaması sonuçlarının algılanan sağlık durumuna göre bölgelerde dağılımı Tablo 31'de sunulmuştur.

Tablo 31. Genel Sağlık Sorgulaması Sonuçlarının Algılanan Sağlık Durumuna Göre Bölgelerde Dağılımı

Algılanan Sağlık	Genel Sağlık Sorgulaması	Bölge				Toplam	
		Balat		Akkent		Sayı	% *
		Sayı	% *	Sayı	% *		
İyi ¹	yüksek	50	23,2	13	9,2	63	17,6
	orta	53	24,7	7	4,9	60	16,8
	düşük	112	52,1	122	85,9	234	65,6
	Toplam	215	100,0	142	100,0	357	100,0
İyiden Kötü ²	yüksek	69	37,1	6	17,6	75	34,1
	orta	51	27,4	4	11,8	55	25,0
	düşük	66	35,5	24	70,6	90	40,9
	Toplam	186	100,0	34	100,0	220	100,0
Genel Toplam		401	100,0	176	100,0	577	100,0

* sütun yüzdesi

** Genel Sağlık Sorgulamasına Akkent bölgesinde 5 kişi katılmamıştır.

¹ : $\chi^2 = 44,351$ SD = 2 P < 0.001

² : $\chi^2 = 14,667$ SD = 2 P < 0.001

Sağlığını iyi olarak algılayan 357 kişiden 63'ünün (%17,6) genel sağlık sorgulaması yüksek ve sağlığını iyiden kötü olarak algılayan 220 kişiden 90'nın (%40,9) genel sağlık sorgulaması düşük bulunmuştur.

Genel Sağlık Sorgulaması sonuçlarının geçim sıkıntısı çekme durumuna göre bölgelerde dağılımı Tablo 32'de sunulmuştur.

Tablo 32. Genel Sağlık Sorgulaması Sonuçlarının Geçim Sıkıntısı Çekme Durumuna Göre Bölgelerde Dağılımı

Geçim Sıkıntısı	Genel Sağlık Sorgulaması	Bölge				Toplam	
		Balat		Akkent		Sayı	% *
		Sayı	% *	Sayı	% *		
Hayır ¹	Yüksek	28	18,9	15	9,6	43	14,1
	Orta	35	23,7	10	6,4	45	14,8
	Düşük	85	57,4	131	84,0	216	71,1
Toplam		148	100,0	156	100,0	304	100,0
Evet ²	Yüksek	91	36,0	4	20,0	95	34,8
	Orta	69	27,3	1	5,0	70	25,6
	Düşük	93	36,7	15	75,0	108	39,6
Toplam		253	100,0	20	100,0	273	100,0
Genel Toplam		401	100,0	176**	100,0	577	100,0

* sütun yüzdesi

** Genel Sağlık Sorgulamasına Akkent bölgesinde 5 kişi katılmamıştır.

¹: $\chi^2 = 27,424$ SD = 2 P < 0,001

²: $\chi^2 = 11,796$ SD = 2 P = 0,003

Balat bölgesinde Genel Sağlık Sorgulaması sonucu yüksek bulunan toplam 119 kişiden 91'i (%76,5) aynı zamanda geçim sıkıntısı çektiğini ve 28'i (% 23,5) geçim sıkıntısı çekmediğini, Akkent bölgesinde Genel Sağlık Sorgulaması yüksek bulunan toplam 19 kişiden 4'ü (%21,1) geçim sıkıntısı çektiğini, 15 kişi (%78,9) geçim sıkıntısı çekmediğini belirtmiştir. Genel sağlık sorgulaması kötü olarak yüksek bulunanlarda geçim sıkıntısı çekme açısından bölgeler arasındaki ilişki Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2=20,95$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) P <0,001).

Sonucunun düşük skorlu olmasına göre genel sağlık sorgulaması sonuçlarının bağımlı değişken olduğu 3 farklı model oluşturulmuş ve modellere lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Modellerde kullanılan bağımsız değişkenler ve referansları Tablo 33'de sunulmuştur.

Tablo 33. Genel Sağlık Sorgulaması için Oluşturulan Modeller ile Lojistik Regresyon Analizinde Kullanılan Değişkenler ve Referanslar

Bağımsız Değişkenler		
MODEL 1	Bölge	Kategorik, "Akkent bölgesi" referans
	Cinsiyet	Kategorik "erkek" referans
	Yaş	Nümerik
	Son 1 yıl içinde hastanede yatma	Kategorik "hastanede yatmamış olmak" referans
MODEL 2	Geçim sıkıntısı	Kategorik "geçim sıkıntısı çekmemek" referans
	Cinsiyet	Kategorik "erkek" referans
	İşinde yöneticilik görevi de olma	Kategorik "işinde yönetici olmak" referans
	Sosyal güvence durumu	Kategorik "sosyal güvencesi olmak" referans

Genel Sağlık Sorgulaması sonucuna göre modellerde lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 34'de sunulmuştur.

Tablo 34. Genel Sağlık Durumu için Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Değişken		B	p	O.R.	% 95 Güven Aralığı
MODEL 1* (n=576)	Bölge	1,810	0,000	6,107	3,905 – 9,553
	Cinsiyet	0,612	0,001	1,844	1,287 – 2,644
	Yaş	0,005	0,355	1,005	0,994 – 1,017
	Son 1 yıl içinde hastanede yatma	0,830	0,019	2,293	1,145 – 4,594
	Genel Sağlık Sorgulaması (sabit)	-2,178	0,000		
*Model Ki-Kare=96,533, p=0,000					
MODEL 2* (n=237)	Geçim sıkıntısı	0,902	0,005	2,464	1,304 – 4,656
	Cinsiyet	0,349	0,333	1,418	0,699 – 2,878
	İşinde yöneticilik görevi de olma	1,444	0,001	4,238	1,746 – 10,290
	Sosyal güvenlik durumu	-0,089	0,831	0,915	0,404 – 2,069
	Genel Sağlık Sorgulaması (sabit)	-2,434	0,000		

*Model Ki-Kare=32,181, p=0,000

Son bir yıl içinde Akkent bölgesinde hiç ölü doğum olmamasına karşın Balat bölgesinde bir ölü doğum olduğu bildirilmiştir.

Son bir yıl içinde her iki bölgede de 49 ve altındaki yaş grubunda ölüm olmamıştır. Akkent bölgesinde 82 yaşında 1 kadın, Balat bölgesinde ise 53, 57, 63, 68 yaşlarında birer kadın ve 67 yaşında iki erkek ölümü bildirilmiştir. Balat bölgesinde ortalama ölüm yaşı $62,50 \pm 6,19$ olarak hesaplanmıştır. Balat bölgesinde Kaba Ölüm Hızı ‰ 14,96 iken Akkent bölgesinde ‰ 5,52'dir.

Balat bölgesinde 50-54 yaş grubu için yaşa özel ölüm hızı ‰ 47,6, 55-59 yaş grubu için ‰ 62,5, 60-64 yaş grubu için ‰ 100,0 ve 65 ve üstü yaş grubu için ‰ 83,3 dür.

Cinsiyete özel ölüm hızlarına bakıldığında; Balat bölgesinde erkeklere özel ölüm hızı ‰ 10,75 iken Akkent bölgesinde son bir yıl içinde erkek ölümü olmamıştır. Balat bölgesinde kadınlara özel ölüm hızı ‰ 18,60 iken Akkent bölgesinde ‰ 11,36 olmuştur.

Balat bölgesinde ölüm nedenlerinde birinci sırada 3 kişi ile (% 50,0) kalp yetersizliği/kalp krizi yer alırken bunu 2 kişi ile (% 33,3) hipertansiyon izlemektedir. Balat bölgesinde bir ölümün nedeni hane halkı başkanı tarafından bilinmemektedir. Akkent bölgesindeki tek ölümün nedeni kalp yetersizliği-kalp krizi olarak belirtilmiştir.

Balat bölgesindeki toplam 136 haneden 118'inde (%86,8) ve Akkent bölgesindeki toplam 71 haneden 70'inde (%98,6) özürlü-sakat ya da engelli bulunmadığı bildirilmiştir. Balat bölgesinde 18 hanede (%13,2) ve Akkent bölgesinde 1 hanede (%1,4) özürlü-sakat ya da engelli bulunmaktadır. Her iki bölge arasındaki özürlü-sakat ya da engelli dağılımı Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2 = 6,473$ Yates Süreklilik Düzeltmesi yapılmıştır. SD=1 p=0,011). Balat bölgesinde toplam 21 (bir hanede 2, bir hanede 3 kişi), Akkent bölgesinde ise bir özürlü-sakat ya da engelli saptanmıştır.

Hanede özürlü-sakat ya da engelli bulunması durumunun bağımlı değişken olduğu ve özür-engel ya da sakatlık bulunmamasına göre, numerik olarak yaş, 9 yıl ve üstü öğrenim süresinin referans alındığı öğrenim süresi, Akkent bölgesinin referans alındığı bölge ve erkeğin referans alındığı cinsiyet bağımsız değişkenleri ile oluşturulan modele lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Oluşturulan modelde lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 35'de sunulmuştur.

Tablo 35. Özürlü-Sakat ya da Engellilik Durumuna Göre Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları*

Özürlü-Sakat ya da Engellilik Durumu (n=207)				
	B	p	O.R.	% 95 Güven Aralığı
Bölge	2,834	0,016	17,009	1,701 – 170,033
Yaş	0,032	0,063	1,033	0,998 – 1,069
Cinsiyet	-6,534	0,749	0,001	0,000 – 4,E+14
Öğrenim süresi	0,382	0,580	1,465	0,379 – 5,655
Özürlü-Sakat ya da Engellilik (sabit)	-6,584	0,001		

*Model Ki-Kare=15,359, p=0,004

Kalp hastalığı, Diabetes Mellitus, hipertansiyon ve kas-iskelet sistemi hastalıklarının bağımlı değişken olduğu ve hastalık bulunmaması durumuna göre farklı modellerde lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Modellerde bağımsız değişkenler ortak olup; Akkent bölgesinin referans alındığı bölge, numerik olarak yaş, erkeğin referans alındığı cinsiyet ve hastanede yatmamanın referans alındığı son bir yıl içinde hastanede yatma durumudur. Kalp hastalığı, Diabetes Mellitus, Hipertansiyon ve kas-iskelet sistemi hastalıkları için lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 36'da sunulmuştur.

Tablo 36. Bazı Hastalıklar için Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Kalp hastalığı* (n=578)				
	B	p	O.R.	% 95 Güven Aralığı
Bölge	0,661	0,262	1,937	0,609 – 6,160
Yaş	0,081	0,000	1,085	1,055 – 1,115
Cinsiyet	0,189	0,681	1,208	0,492 – 2,966
Son 1 yıl içinde hastanede yatma	1,973	0,000	7,193	2,440 – 21,204
Kalp hastalığı (sabit)	-7,918	0,000		
*Model Ki-Kare=54,500, p=0,000				
Diabetes Mellitus* (n=578)				
Bölge	-1,425	0,019	0,240	0,073 – 0,793
Yaş	0,078	0,000	1,082	1,040 – 1,125
Cinsiyet	1,297	0,037	3,658	1,083 – 12,360
Son 1 yıl içinde hastanede yatma	-0,141	0,896	0,869	0,104 – 7,236
Diabetes Mellitus (sabit)	-7,390	0,000		
* Model Ki-Kare=25,476, p=0,000				
Hipertansiyon* (n=578)				
Bölge	-0,338	0,326	0,713	0,363 – 1,401
Yaş	0,083	0,000	1,087	1,063 – 1,111
Cinsiyet	0,733	0,030	2,081	1,074 – 4,035
Son 1 yıl içinde hastanede yatma	1,343	0,005	3,829	1,494 – 9,812
Hipertansiyon (sabit)	-6,549	0,000		
* Model Ki-Kare=81,932, p=0,000				
Kas-iskelet sistemi hastalıkları* (n=578)				
Bölge	-0,451	0,180	0,637	0,330 – 1,231
Yaş	0,048	0,000	1,049	1,029 – 1,070
Cinsiyet	1,140	0,002	3,127	1,543 – 6,334
Son 1 yıl içinde hastanede yatma	0,493	0,355	1,637	0,576 – 4,648
Kas- iskelet sistemi hastalıkları (sabit)	-5,028	0,000		
* Model Ki-Kare=35,058, p=0,000				

Son bir yıl içinde hastanede yatarak tedavi gören toplam 43 kişiden 35'i (% 81,4) Balat ve 8'i (%18,6) Akkent bölgesinde yaşamaktadır. Bölgelerde yaşayanların hastanede yatma durumu Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2 = 2,577$ SD=1 p=0,01). Hastanede yatılan ortalama gün sayısı Balat bölgesinde yaşayanlar için $7,57 \pm 6,96$, Akkent bölgesinde yaşayanlar için $4,13 \pm 3,87$ olarak hesaplanmıştır. Her iki bölgede yaşayanlarda hastanede yatılan gün ortalamaları t testi ile analiz edilmiştir (t=1,346 SD=41 p=0,186).

Araştırmaya katılanlara yöneltilen, son bir yıl içinde diş hekimine tedavi olma durumu ile ilgili soruya, Balat bölgesinde araştırmaya katılan 401 kişinin tümü, Akkent bölgesinde ise 177 kişi (% 97,8) yanıt vermiştir. Araştırmaya katılanların diş hekimine tedavi olma durumlarının yaş gruplarına göre bölgelerde dağılımı Tablo 37'de sunulmuştur.

Tablo 37. Son Bir Yıl İçinde Diş Hekimine Tedavi Olma Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Bölgelerde Dağılımı

Yaş Grupları	Diş Hekimine Tedavi	Bölge				Toplam	
		Balat		Akkent		Sayı	%
		Sayı	%	Sayı	%		
15-24 ¹	Olmamış	75	72,8	20	54,1	95	67,9
	Olmuş	28	27,2	17	45,9	45	32,1
	Toplam	103	100,0	37	100,0	140	100,0
25-34 ²	Olmamış	54	73,0	4	30,8	58	66,7
	Olmuş	20	27,0	9	69,2	29	33,3
	Toplam	74	100,0	13	100,0	87	100,0
35-44 ³	Olmamış	80	72,7	16	41,0	96	64,4
	Olmuş	30	27,3	23	59,0	53	35,6
	Toplam	110	100,0	39	100,0	149	100,0
45-54 ⁴	Olmamış	43	82,7	27	41,5	70	59,8
	Olmuş	9	17,3	38	58,5	47	40,2
	Toplam	52	100,0	65	100,0	117	100,0
55-64 ⁵	Olmamış	16	61,5	14	66,7	30	63,8
	Olmuş	10	38,5	7	33,3	17	36,2
	Toplam	26	100,0	21	100,0	47	100,0
65 + ⁶	Olmamış	34	94,4	-	-	34	89,5
	Olmuş	2	5,6	2	100,0	4	10,5
	Toplam	36	100,0	2	100,0	38	100,0
Genel Toplam		401	100,0	177	100,0	578	100,0

¹ $\chi^2 = 3,575$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P = 0.059

² Fisher'in kesin testi P = 0.008

³ $\chi^2 = 11,280$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P < 0.001

⁴ $\chi^2 = 18,681$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P < 0.001

⁵ $\chi^2 = 0,003$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P = 0.953

⁶ Fisher'in kesin testi P = 0.009

Son bir yıl içinde dış hekimine tedavi olma durumu toplumsal sınıflar açısından da incelenmiş ve dış hekimine tedavi olma durumları Tablo 38’de sunulmuştur.

Tablo 38. Toplumsal Sınıflara Göre Dış Hekimine Tedavi Olma Durumu

Toplumsal Sınıf	Son Bir Yıl İçinde Dış Hekiminde Tedavi				Toplam*	
	Hayır		Evet		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Yüksek Nitelikli Ücretliler	25	36,2	44	63,8	69	100,0
Beyaz Yakalı Ücretliler	21	56,8	16	43,2	37	100,0
Niteliksiz Hizmet İşçileri	79	76,0	25	24,0	104	100,0
Mavi Yakalı İşçiler	105	81,4	24	18,6	129	100,0
Küçük İşveren	6	66,7	3	33,3	9	100,0
Orta-büyük işveren	12	42,9	16	57,1	28	100,0
Emekli	51	64,6	28	35,4	79	100,0
İşsizler	39	72,2	15	27,8	54	100,0
Esnaf/Marjinal	45	65,2	24	34,8	69	100,0
Toplam	383	66,3	195	33,7	578	100,0

* Bu soruya Akkent bölgesinde 177 kişi (% 97,8) yanıt vermiştir.

$\chi^2 = 54,779$ SD = 8 P < 0.001

Yüksek nitelikli ücretlilerde 44 kişi (% 63,8), mavi yakalı işçilerde ise 24 kişi (%18,6) son bir yıl içinde dış hekimine tedavi olduğunu bildirmiştir.

Araştırmaya katılanlara hastalandıklarında genel olarak sağlık hizmetini nereden aldıkları sorulmuştur. Bu soruyu 578 kişi (% 99,3) yanıtlamıştır. Yanıt vermeyen 4 kişi de Akkent bölgesinde yaşamaktadır. Araştırmaya katılanların genel olarak sağlık hizmetini aldıkları kurumların bölgelere göre dağılımı Tablo 39’da sunulmuştur.

Tablo 39. Araştırmaya Katılanların Genel Olarak Sağlık Hizmetini Aldıkları Kurumların Bölgelere Göre Dağılımı

Sağlık Hizmeti Alınan Kurum	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent*		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sağlık Ocağı	40	10,0	10	5,6	50	8,7
Belediye Sağlık Merkezi	14	3,5	7	4,0	21	3,6
Devlet Hastanesi	34	8,5	18	10,2	52	9,0
SSK	175	43,6	34	19,2	209	36,1
Kurum Hekimliği	12	3,0	9	5,1	21	3,6
Tıp Fakültesi	2	0,5	24	13,6	26	4,5
Kamu kurumlarından hizmet alıyor	277	69,1	102	57,7	379	65,5
Özel Hastane	2	0,5	40	22,6	42	7,3
Özel Poliklinik	53	13,2	10	5,6	63	10,9
Özel muayenehane	4	1,0	11	6,2	15	2,6
Özel kurumlardan hizmet alıyor	59	14,7	61	34,4	120	20,8
Hizmet aldığı belli kurum yok	15	3,7	14	7,9	29	5,0
Hizmet almıyor	50	12,5	-	-	50	8,7
Toplam	401	100,0	177	100,0	578	100,0

$$\chi^2 = 199,629 \quad SD = 10 \quad P < 0,001$$

* Akkent bölgesinde yaşayan 4 kişi bu soruya yanıt vermemiştir.

Balat bölgesinde yaşayan 50 kişi (%12,5) hastalanmadığını, hastalandığında elinde var olan ya da eczaneden aldığı ilaçları kullanarak sağlık hizmeti almadığını belirtmiştir.

Akkent bölgesinde bu şekilde; sağlık hizmeti almadığını belirten kimse bulunmamıştır.

Sağlık hizmeti almadığını belirten 50 kişiden 30'unun (%60,0) sağlıkta sosyal güvencesi yokken, 16'sı (%32,0) SSK'lı, 2'si (%4,0) Bağ-Kur ve 2'si (%4,0) yeşil kartlıdır.

Balat bölgesinde 277 kişi (% 69,1) sağlık hizmetini kamu kurumlarından, 59 kişi (% 14,7) ise

özel sağlık kuruluşlarından alırken Akkent bölgesinde bu sayılar sırası ile 102 (% 57,7) ve

61 (%34,4) olarak saptanmıştır. Bölgelerde kamu ve özel sağlık kurum ya da

kuruluşlarından hizmet alma durumu Ki kare testi ile analiz edilmiştir ($\chi^2=22,63$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) $P < 0.001$).

Sağlık hizmetini kamu kurumlarından almayı tercih eden 379 kişiden 318'i (%83,9) bağlı olunan sosyal güvence kurumu olması ve parasız hizmet alınmasını, 50'si (%13,2) ucuz olması, ilgilenilmesi ve güvenmesi nedenleriyle kamuyu tercih ettiğini belirtmiştir. Özel kurum-kuruluşları tercih eden 120 kişiden 14'ü (%11,7) bağlı olunan sosyal güvence kurumu olması ve parasız hizmet alınmasını, 98'i (%81,7) ucuz olması, ilgilenilmesi ve güvenmesi nedenleriyle özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiğini bildirmiştir ($\chi^2=218,960$ Yates süreklilik düzeltmesi yapılmıştır. $SD=2$ $P < 0.001$).

Sağlık kurumlarının tercih durumlarına bakıldığında; 272 kişi ile toplumun %46,7'sini kapsayan SSK, 209 kişi (%41,9) ile en sık tercih edilen kurumdur. Bunu 63 kişi (% 12,6) ile özel poliklinik, 52 kişi ile (% 10,4) devlet hastanesi, 50 kişi ile (%10,0) sağlık ocağı, 42 kişi ile (%8,4) özel hastane, 26 kişi ile (%5,2) tıp fakültesi hastanesi, 21 kişi ve (%4,2) ile belediyeye ait poliklinik ve aynı kişi sayısı ve oran ile kurum hekimliği, 15 kişi ile (%3,0) özel muayenehane izlemektedir. Sağlık kurumları ile tercih edilme nedenleri arasındaki ilişki Ki-kare istatistik testi ile sınanmıştır ($\chi^2=320,378$ $SD=16$ $P < 0.001$).

Kurumların tercih edilme nedenleri içinde en sık bildirilen nedenlere bakıldığında; SSK'ya bağlı 272 kişiden 209'u (%76,8) sağlık hizmetini SSK'ya bağlı kurumlardan aldığını belirtmiştir. SSK'dan hizmet alan 209 kişiden 201'i (% 96,2), devlet hastanesinden hizmet alan 52 kişiden 45'i (% 86,5), sağlık ocaklarından hizmet alan 50 kişiden 22'si (%44,0), kurum hekimliğinden hizmet alan 21 kişinin tümü ve tıp fakültesinden hizmet alan 26 kişiden 20'si (%76,9) hizmetin parasız olması ve bağlı olunan sosyal güvence kurumu olması nedenleriyle sağlık hizmetini bu kurumlardan aldıklarını bildirmiştir. Özel polikliniklerden hizmet alan 63 kişiden 52'si (% 82,5), özel muayenehanelerden hizmet alan 15 kişiden 14'ü (%93,3) ve özel hastanelerden hizmet alan 42 kişiden 32'si (%76,2) hizmetin ucuz olması, ilgilenilmesi-güvenilmesi nedenlerinden dolayı sağlık hizmetini bu kurumlardan aldıklarını bildirmiştir.

Belediye sağlık merkezi için ise 9'ar kişi ve % 42,9 oranında hem parasız ve bağlı olunan sosyal güvence kurumu olmasını ve hem de ucuz olması, ilgilenilmesi-güvenilmesini tercih nedeni olarak belirtilmiştir.

Hizmet aldığı belli bir kurumu olmayan, sağlık hizmeti almayan ve soruya yanıt vermeyen kişilerin dışında kalanlarda, toplumsal sınıf açısından değerlendirme yapıldığında sağlık hizmetini en fazla kamu kurumlarından alan sınıfın, 80 kişi ile (%90,9)

niteliksiz hizmet işçileri, kamudan en az yararlanan sınıfın ise 9 kişi (%37,5) ile orta/büyük işveren sınıfı olduğu görülmüştür ($\chi^2 = 29,77$ Yates süreklilik düzeltmesi yapılmıştır. $P < 0.001$). Sağlık hizmetini en çok özel sağlık kuruluşlarından alan sınıflardan başlıcaları sırasıyla 15 kişi (%62,5) ile orta-büyük işveren, 4 kişi ile (%57,1) küçük işveren, 18 kişi (%48,6) ile beyaz yakalı ücretliler, 20 kişi (% 33,9) ile esnaf/marjinaler olarak bulunmuştur. Toplumsal sınıflara göre en fazla sağlık hizmeti alınan kurumlara bakıldığında; yüksek nitelikli ücretli sınıfta 19 kişinin (%27,5) SSK'yı, beyaz yakalı ücretlilerde 9 kişinin (%24,3) özel hastaneleri, niteliksiz hizmet işçilerinde 62 kişinin (%59,6) SSK'yı, mavi yakalı işçi sınıfında 67 kişinin (%51,9) SSK'yı, küçük işveren sınıfında 3 kişinin (%33,3) özel poliklinikleri, orta-büyük işveren sınıfında 13 kişinin (%46,4) özel hastaneleri, emeklilerden 27 kişinin (%34,2) SSK'yı, işsizlerde 17 kişinin (%31,5) SSK'yı ve esnaf/marjinalerde ise 14 kişinin (%20,3) devlet hastanesini tercih ettiği görülmüştür. Sınıfsal durum ve tercih edilen sağlık kurumları arasındaki ilişki istatistiksel olarak analiz edilmiştir ($\chi^2 = 343,393$ $P < 0.001$).

Sağlık hizmeti aldığı belli bir kurumu olmayanlar ve sağlık hizmeti almayanların dışında kalanlara, sağlık hizmeti aldıkları kurumu tercih nedenleri sorulmuştur. Sağlık hizmeti alınan kurumun tercih edilme nedenleri Tablo 40'da sunulmuştur.

Tablo 40. Sağlık Hizmeti Alınan Kurumu Tercih Etme Nedenlerinin Bölgelere Göre Dağılımı

Tercih Nedeni*	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Parasız, bağlı olunan sosyal güvence kurumu	227	67,5	105	64,4	332	66,5
Ucuz, İlgi-güven	92	27,4	56	34,4	148	29,7
Yakın	17	5,1	2	1,2	19	3,8
Toplam	336	100,0	163	100,0	499	100,0

* Bu soru; hizmet aldığı belli bir kurum olmayanlar ile sağlık hizmeti almayanlara sorulmamıştır. ($\chi^2 = 6,197$ $SD=2$ $P=0.045$).

Küçük işverenler hariç diğer tüm sınıflarda, hizmetin parasız olması, bağlı olunan sosyal güvenlik kuruluşu olması sağlık hizmeti alırken ilk sırada yer alan tercih nedeni olmuştur. Küçük işverenlerde 4 kişi (%57,1) hizmetin ucuz olması, ilgilenilmesi ve duydukları güveni ilk tercih nedeni olarak bildirmiştir.

Hizmet alınan sağlık kuruluşunu tercih etme nedenlerinin toplumsal sınıflara göre dağılımı Tablo 41’de sunulmuştur.

Tablo 41. Sağlık Hizmeti Alınan Kurumun Tercih Nedenlerinin Toplumsal Sınıflara Göre Dağılımı

Toplumsal Sınıflar	Parasız, bağlı olunan sosyal güvence kurumu		Ucuz, İlgi-güven		Yakın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yüksek Nitelikli	45	70,3	17	26,6	2	3,1	64	100,0
Beyaz Yakalı Ücretliler	19	51,4	18	48,6	-	-	37	100,0
Niteliksiz Hizmet İşçileri	72	81,8	12	13,6	4	4,5	88	100,0
Mavi Yakalı İşçiler	73	68,2	31	29,0	3	2,8	107	100,0
Küçük işveren	2	28,6	4	57,1	1	14,3	7	100,0
Orta-büyük işveren	14	58,3	10	41,7	-	-	24	100,0
Emekli	49	72,1	17	25,0	2	2,9	68	100,0
İşsizler	23	51,1	17	37,8	5	11,1	45	100,0
Esnaf/Marjinal	35	59,3	22	37,3	2	3,4	59	100,0
Toplam	332	66,5	148	29,7	19	3,8	499	100,0

($\chi^2=37,934$ SD=16 P=0.002)

Gebelik, doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu, yapılan doğum sayısı, son doğumda doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu ile bu hizmetin nereden alındığı, son canlı doğumun yapıldığı yer ile ilgili sorular yalnız evli kadınlara sorulmuştur.

Sorgulamanın yapıldığı tarihe kadar 204 kadın doğum yaptığını belirtmiştir. Akkent bölgesinde doğum yaptığını belirten 66 kadının ortalama doğum sayısı $2,02 \pm 0,754$ iken, Balat Bölgesinde doğum yaptığını belirten 138 kadının ortalama doğum sayısı $3,17 \pm 2,084$ olarak hesaplanmıştır. Her iki bölgede doğum ortalamaları t testi ile analiz edilmiştir ($t=5,750$, SD=191,967, $p<0,001$). Her iki bölgede de minimum doğum sayısı 1, maksimum doğum sayısı Akkent Bölgesinde 4, Balat Bölgesinde ise 13’tür.

Doğum sayılarının bölgelere göre dağılımı Tablo 42’de sunulmuştur.

Tablo 42. Doğum Sayılarının Bölgelere Göre Dağılımı

Doğum Sayısı	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
1-2 doğum	67	48,5	55	83,3	122	59,8
3-4 doğum	44	31,9	11	16,7	55	27,0
5 ve üstü doğum	27	19,6	-	-	27	13,2
Toplam	138	100,0	66	100,0	204	100,0

$$\chi^2 = 25,780 \text{ SD}=2 \text{ P} < 0.001$$

Akkent bölgesinde 5 ve daha fazla sayıda doğum yapan kadın bulunmamasına karşın Balat bölgesinde 27 kadın (% 19,6) 5 ve daha fazla sayıda doğum yaptığını belirtmiştir. Toplumsal sınıf açısından ve sınıfsal konumları içinde kadınların yaptıkları doğum sayıları değerlendirildiğinde; yüksek nitelikli ücretliler sınıfından 22 (% 88,0) kadının, beyaz yakalı ücretliler sınıfından 10 kadının (% 76,9), niteliksiz hizmet işçileri sınıfından 22 kadının (% 57,9), küçük işveren sınıfından 3 kadının (% 75,0), orta-büyük işveren sınıfından 8 kadının (% 72,7), emeklilerden 14 kadının (% 46,7) ve esnaf/marjinallerden 12 kadının (% 60,0) bir ya da iki doğum yaptıkları görülmüştür. Toplumsal sınıflarda, sınıf içi oransal olarak en fazla 1 ya da 2 doğum yapıldığının görülmesine karşın bu duruma ters düşen işsizler sınıfı olmuştur. İşsizler sınıfında 7 kadın (% 50,0) 5 ve daha fazla sayıda doğum yaptığını belirtmiştir. Yüksek nitelikli ücretli, beyaz yakalı ücretli, küçük işveren, orta-büyük işveren sınıflarında bulunan hiçbir kadın 5 ve daha fazla sayıda doğum yapmamıştır. Toplumsal sınıflara göre yapılan doğum sayıları istatistiksel olarak incelenmiştir ($\chi^2 = 46,785 \text{ SD}=16 \text{ P} < 0.001$).

Niteliksiz hizmet işçisi sınıfında 1 kadın 11 (% 1,0); mavi yakalı işçi sınıfında 2 kadın (%1,6) 6, 1 kadın 7 (%0,8) ve 1 kadın (%0,8) 10 doğum, emekliler sınıfında 5 kadın (%6,1) 6, 2 kadın (%2,4) 7 ve 1 kadın (% 1,2) 9 doğum yaptığını bildirmiştir. İşsizler sınıfında 1 kadın (%1,9) 6 ve 1 kadın (%1,9) 9 doğum, esnaf/marjinal sınıfında ise 1 kadın (% 1,4) 13 doğum yaptığını bildirmiştir. Bunların dışında en fazla doğum sayısı 5 olarak belirtilmiştir.

Annenin öğrenim durumu ile yapılan doğum sayısı incelendiğinde, 8 yıl ve altında öğrenim gören kadınların 62'si (% 45,6) 1-2 doğum, 47'si (% 34,6) 3-4 doğum ve 27'si (%19,9) 5 ve daha fazla doğum yapmıştır. 9 yıl ve daha fazla öğrenim gören kadınların ise

60'ı (% 88,2) 1-2 doğum, 8'i (%11,8) 3-4 doğum yapmıştır. Bu grupta 5 ve daha fazla sayıda doğum yapan kadın bulunmamaktadır ($\chi^2 = 36,023$ SD = 2 P < 0.001).

Doğum yapan kadınların son doğumlarında doğum öncesi bakım hizmeti alma durumlarının bölgelere göre dağılımı Tablo 43'de sunulmuştur.

Tablo 43. Doğum Yapmış Kadınların Son Doğumlarında Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Alma Durumlarının Bölgelere Göre Dağılımı

Doğum Öncesi Bakım Hizmeti	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Almamış	43	31,2	10	15,2	53	26,0
Almış	95	68,8	56	84,8	151	74,0
Toplam	138	100,0	66	100,0	204	100,0

$\chi^2 = 5,146$ (Yates Süreklilik Düzeltmesi Yapılmıştır.) SD = 1 P = 0.02

Doğum öncesi bakım hizmeti almadığını belirten kadın sayısı; Balat bölgesinde 43 (%31,2), Akkent bölgesinde ise 10'dur (%15,2).

Son doğumda, doğum öncesi bakım hizmeti aldığını belirten 151 kadının doğum öncesi bakım hizmetini aldığı yere göre dağılımı Tablo 44'de sunulmuştur.

Tablo 44. Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Alınan Yere Göre Bölgelerde Dağılım

Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Alınan Yer	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Eve Ebe Geldi	7	7,4	1	1,8	8	5,3
SSK	21	22,1	1	1,8	22	14,6
Devlet Hastanesi	11	11,6	3	5,4	14	9,3
Doğumevi	5	5,3	1	1,8	6	4,0
Özel Poliklinik	31	32,6	31	55,3	62	41,0
Özel Hastane	1	1,0	11	19,6	12	7,9
Üniversite Hastanesi	2	2,1	8	14,3	10	6,6
Sağlık Ocağı	17	17,9	-	-	17	11,3
Toplam	95	100,0	56	100,0	151	100,0

$\chi^2 = 52,267$ SD = 7 P < 0.001

Doğum öncesi bakım hizmetini eve gelen ebe yolu ile alan 8 kişiden 7'si Balat (%87,5) ve 1'i (%12,5) Akkent bölgesinde yaşamaktadır. Bu sekiz kadından 2'si (%25,0) dışında kalanların sağlıkta sosyal güvenceleri vardır. Doğum öncesi bakım hizmetini SSK'dan alan 22 kadından 21'inin (%95,5) sosyal güvence kurumu SSK'dır. Doğum evinden hizmet alan 6 kadından 3'ünün (%50,0) sosyal güvencesi yoktur. Özel polikliniklerden hizmet alan 62 kadından 23'ünün (%37,1) sosyal güvence kurumu SSK'dır. Doğum öncesi bakım hizmetini özel hastaneden alan 12 kadından 1'i (%8,3) Balat bölgesinde yaşamakta ve sosyal güvencesi bulunmamakta, 11 kadın ise (%19,6) Akkent bölgesinde yaşamakta ve çeşitli sosyal güvenceleri bulunmaktadır. Doğum öncesi bakım hizmetini tıp fakültesinden alan 10 kadının da değişik sosyal güvence kurumları ile bağları vardır. Doğum öncesi bakım hizmetini sağlık ocağından alan 17 kadının tümü de Balat bölgesinde yaşamaktadır. Akkent bölgesinde doğum öncesi bakım hizmetini sağlık ocağından alan kimse yoktur. Doğum öncesi bakım hizmetini sağlık ocağından alan kadınlardan 10'unun (%58,8) SSK, 1'inin Bağ-Kur, 1'inin kamu bütçesinden sosyal güvenceleri varken 5'inin (%29,4) sağlıkta sosyal güvencesi yoktur.

Doğum yapan kadınlara son canlı doğumlarını gerçekleştirdikleri yer sorulmuştur. Son canlı doğumun gerçekleştiği yerin bölgelere göre dağılımı Tablo 45'de sunulmuştur.

Tablo 45. Son Canlı Doğumun Gerçekleştirildiği Yerin Bölgelere Göre Dağılımı

Son Canlı Doğumun Gerçekleştirildiği Yer	Bölge				Toplam	
	Balat		Akkent		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Evde Kendi Olanakları ile	22	15,9	-	-	22	10,8
Evde Ebe Yardımı ile	17	12,3	4	6,1	21	10,3
SSK Hastanesinde	51	37,0	4	6,1	55	27,0
Devlet Hastanesinde	20	14,5	2	3,0	22	10,8
Doğumevi	26	18,8	11	16,7	37	18,1
Özel Poliklinik	-	-	2	3,0	2	1,0
Özel Hastane	-	-	28	42,4	28	13,7
Tıp Fakültesi	2	1,5	14	21,2	16	7,8
Yurt dışı	-	-	1	1,5	1	0,5
Toplam	138	100,0	66	100,0	204	100,0

$$\chi^2 = 120,635 \quad SD = 8 \quad P < 0.001$$

Akkent bölgesinde evde kendi olanakları ile, Balat bölgesinde ise özel poliklinik, özel hastane ve yurt dışında doğum yapan kadın saptanmamıştır. Doğum yapmak için Balat bölgesindeki kadınlardan 99'u (%71,7) kamu kurumlarını, Akkent bölgesinde yaşayan kadınlardan ise 31'i (%47,0) kamu kurumlarını ve 30'u (%45,5) özel sektörü seçmiştir.



TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Araştırmada örneklem alınmaması her iki bölgede 15 yaş ve üstü herkese anket uygulanması evrenin temsil edilebilirliğinin tartışılmasını gündem dışı bırakmaktadır. Araştırma, bu konuda Türkiye’de yapılmış az sayıda araştırma olması nedeniyle önemlidir (100). Araştırmada kullanılan sağlık göstergeleri, araştırmaya katılanların kendi bildirimlerine dayalıdır. Çalışmada sosyoekonomik durum ile fiziksel ve ruhsal sağlık düzeyi ölçülmeye çalışılmıştır. Bireylerin sağlık durumu ile ilgili olarak yeti yitimi ve genel sağlık sorgulaması ile algıladıkları sağlık düzeyleri, morbidite ve mortalite durumları sorgulanmıştır.

Araştırmanın uygulandığı iki bölgede oluşturulan yaş gruplarında, Ki kare analizine göre anlamlı farklılık bulunmuştur. Yalnızca 65 ve üstü yaşlıların nüfusa oranı üzerinden değerlendirme yapıldığında; Balat bölgesinin %9,0’luk oranı ile Akkent bölgesinin %1,1’lik oranına göre daha yaşlı olduğu söylenebilir. Ancak bu şekildeki değerlendirme; araştırmanın yalnız 15 yaş ve üstü nüfusu kapsamaması nedeniyle yanlış sonuçlara ulaştıracaktır. Bu nedenle bu iki bölgenin karşılaştırılmasında, ortalama yaş ve ortanca değere bakılması gerekmektedir. Balat bölgesinde yaş ortalaması $38,12 \pm 16,43$, ortanca değer 37 ve Akkent bölgesinde yaş ortalaması $40,66 \pm 13,96$, ortanca değer ise 44 bulunmuştur. Balat bölgesi ve Akkent bölgesi yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Balat ve Akkent bölgelerinde yaşayanlar, Boratav’ın (99) geliştirdiği toplumsal sınıf analizine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir. Yüksek nitelikli ücretliler, beyaz yakalı ücretliler, niteliksiz hizmet işçileri ve mavi yakalı işçi sınıflarının geniş anlamda işçi sınıfını oluşturduğu kabul edildiğinde; Balat bölgesinde işçi sınıfı 251 kişi ile (% 62,6) ve Akkent bölgesinde 89 kişi ile (%49,2) temsil edilmektedir. İşsizlerin de çalışmaya başladıklarında işçi sınıfına katılacakları öngörüsü ile Balat bölgesinde işçi sınıfı 305 kişiye (%76,1) ulaşırken işsiz bulunmayan Akkent bölgesinde sayısal değişim olmayacaktır. Dikkat çeken bir nokta Akkent bölgesinde işsiz, niteliksiz hizmet işçisi ve mavi yakalı işçiler sınıfından ve Balat bölgesinde yüksek nitelikli ücretli sınıftan kimsenin bulunmamasıdır. Diğer bakış açısı ile her iki bölgedeki işçilerin % 77,4’ü Balat bölgesinde yaşamaktadır. Balat bölgesi işçilerin yoğun olarak yaşadığı bir bölgedir. Her iki bölge arasında işçi sınıfı oranları arasındaki farklılığa ek olarak; Akkent bölgesindeki işçiler yoğun olarak yüksek nitelikli ücretli (sosyoekonomik statüsü yüksek işçi sınıfı), Balat bölgesindeki işçiler ise niteliksiz hizmet işçileri ve mavi yakalı işçilerden

oluşmaktadır. Toplumsal sınıflar açısından diğer önemli farklılık Balat bölgesinde %0,5 olan orta-büyük işveren sınıf oranının Akkent bölgesinde %14,3 olmasıdır. Belek'in (101) Antalya'nın Ahatlı ve Bahçeli mahallelerinde yaptığı araştırmada Ahatlı mahallesinde işçi sınıfı payı %80,0 ve Bahçeli mahallesinde ise %70,1'dir. İşçi sınıfı oranı ve yüksek nitelikli ücretli bulunmaması ile Balat bölgesi Ahatlı mahallesi ile benzerlik göstermektedir. Akkent bölgesi ile Bahçeli mahallesi benzerlik göstermesine karşın Bahçeli mahallesinde yaşayan % 12,0 oranındaki mavi yakalı ve niteliksiz hizmet işçileri sınıfından Akkent bölgesinde kimse yaşamamaktadır.

Toplumsal sınıf farklılığı yaratan ve sosyoekonomik olarak daha üst toplumsal sınıflara ulaşmayı sağlayan meslek sahibi olma durumu önemli bir göstergedir. Bölgeler arası meslek sahibi olma açısından istatistiksel anlamlı farklılığın yanı sıra Balat bölgesinde, metal, torna-tesfiye, motor gibi daha çok bedensel çalışmayı gerektiren ve meslek lisesi seviyesinde elde edilen, buna karşılık Akkent bölgesinde iktisat, işletme gibi daha çok kafa emeği ile çalışılan, daha çok masa başında yürütülen ve üniversite seviyesindeki bir öğrenim sürecinde elde edilen meslekler yoğunluktadır. Akkent ve Balat bölgeleri arasındaki mesleki durum farklılıkları, eğitim farklılıklarının da göstergesi olmuştur.

Doğum yeri açısından da bölgeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Balat bölgesinde yaşayanlardan 65 kişi (%16,2) ve Akkent bölgesinde yaşayanlardan 6 kişi (%3,3) yurt dışı doğumludur. Bu farklılığın nedeni 1988 yılında Bulgaristan'dan Türkiye'ye olan yoğun göçün Balat bölgesine daha fazla yapılmış olmasıdır. Doğum yerinin Bursa dışındaki diğer iller olduğunu bildirenler incelendiğinde; Balat bölgesinde yaşayanların daha çok nüfus yoğunluğu az şehirlerde, Akkent bölgesinde yaşayanların ise daha çok büyükşehirlerde doğduğu saptanmıştır.

Bireylerin yaşadıkları yer ile sosyoekonomik durumları ve toplumsal sınıfları ilişkilidir. Yaşanılan yer, ailelerin ekonomik durumu ve sınıfsal konumu ile belirlenir. Araştırmamızda Bursa'ya göç etmeden önce yaşanılan yerleşim yeri özellikleri incelenmiş ve bölgeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Akkent bölgesine göç edenlerden 85'i (%75,9) il ve düzenli yerleşim alanından, Balat bölgesine göç edenlerden 185'i (%68,3) köy-mezradan gelmiştir. Toplumsal sınıflar açısından değerlendirildiğinde de Bursa'ya göç etmeden önce yaşanan yer özellikleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmuştur. Göç eden kişiler, göç ettikleri yerdeki birikimlerini, öğrenim, meslek ve yaşamsal beklentileri gibi bireysel değerlerini de beraberinde taşır. Bursa'ya göç ile farklı iki bölgede başladığı kabul edilen toplumsal bir

yarıştan söz edilirse, bu yarışın başlangıç koşullarında da eşitsizlik olduğu kabul edilmelidir. Eşitsizlik temelinde başlayan böylesi bir yarışın sonuçlarının eşit olması da beklenmemelidir.

Bireyin ulaşabildiği öğrenim seviyesi sosyoekonomik gücünü ve toplumsal sınıfını belirleyen önemli bir etmendir. Öğrenim durumunda bölgeler arasında dikkat çeken nokta; Akkent bölgesinde okur-yazar ya da okur yazar olmayan kimse bulunmamasına karşılık Balat bölgesinde bu durumda 76 kişinin (%19,0) bulunmasıdır. Öğrenim durumuna ve öğrenim süresine göre bölgeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Balat bölgesi verilerini de kapsayan Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi 2004 Yılı Çalışma Raporu'na (103) göre bölgede 15 yaş üstü nüfus içinde okur-yazar olmayanların oranı %7,1 iken araştırmamızda bu oran %8,3 olarak bulunmuştur. Bu farklılık Balat bölgesinin tüm Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi içinde sosyokültürel açıdan en az gelişmiş bölge olmasından kaynaklanıyor olabilir. Belek'in Antalya'nın iki farklı mahallesinde yaptığı araştırma ile bizim araştırmamızda toplumsal sınıfların öğrenim durumları arasındaki benzerlikler dikkat çekicidir. Araştırmamızda 9 yıl ve daha fazla öğrenim görmüş olanlar, yüksek nitelikli ücretlilerde %94,3, beyaz yakalı ücretlilerde % 62,2, küçük işverenlerde %44,5, orta-büyük işverenlerde %85,7 olarak bulunmuştur. Bu oranlar Belek'in araştırmamızda sırasıyla; %90,4, %62,8, %44,5, %81,8'dir. Araştırmamızda 31 emekli (%37,8), 9 işsiz (%16,7) ve 8 mavi yakalı işçinin (%6,2) dokuz yıl ve daha fazla öğrenim gördüğü saptanmıştır. Belek'in (101) araştırmamızda mavi yakalı işçilerde bu oran 18,4'dür. Mavi yakalı işçilerdeki bu farklılık Belek'in araştırmamızda işsizleri, geçici süre de olsa iş bulduklarında mavi yakalı işçi olarak çalıştıkları öngörüsü ile mavi yakalılar sınıfına dahil etmesinden ve emeklileri, emekli oldukları işlerinin koşullarına göre sınıflandırmasından kaynaklanıyor olabilir.

Türkiye'de işsizlik oranı 2002 yılında %10,3 olarak bildirilmiştir (104). Bu oran Balat bölgesinde % 9,0 ve tüm araştırma evreninde % 6,3 olarak bulunmuştur. Türkiye işsizlik oranı ile araştırmamızdaki işsizlik oranları arasındaki farklılığın nedeni, Akkent bölgesinin sosyoekonomik açıdan yüksek düzeyde olması, işsiz bulunmaması ve ek olarak Balat bölgesinin de sınırları içinde yer aldığı Nilüfer ilçesinin gelişmişlik düzeyinin yüksek olması olabilir.

Balat bölgesinde 32 öğrenciye (% 8,0) karşılık Akkent bölgesinde 35 kişi (%20,0) öğrencidir. Bölgeler arasında öğrenim seviyelerindeki farklılık da göz önüne alındığında öğrenci oranlarındaki farklılık anlaşılabilir. İş durumu ve çalışma statüsü sorgulamasında Balat bölgesinde 146 kadın (%36,4) ve Akkent bölgesinde 30 kadın (%17,1) kendisini ev

hanımı olarak tanımlamıştır. Bu durum Balat bölgesinde kadınların Akkent bölgesi kadınlarına göre aile ekonomisine daha az katkıda bulunduğunu göstermektedir. İş durumu ve çalışma statülerine göre Balat ve Akkent bölgeleri arasında istatistik açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır.

Bölgeler arasında kişi başına düşen ve haneye giren ortalama aylık gelir farklılıkları anlamlıdır. Balat bölgesinde en düşük aylık gelir 50 milyon TL. ve Akkent bölgesinde 1 milyar TL. olarak bildirilmiştir. Bu durum, iki bölge arasında insan sağlığını olumsuz olarak etkileyen, gelir dağılımı adaletsizliğini işaret etmektedir. Gelir dağılımı açısından toplumsal sınıflarda da beklendiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Aylık gelir hesaplanırken çalışılan iş dışındaki ek gelirler de dikkate alınmıştır. Çalışılan iş dışında elde edilen ek gelir açısından da ek gelir kaynakları açısından da bölgeler arasında farklılık vardır. Balat bölgesinde Akkent bölgesinde olmayan evde nakış yaparak satma, burs ve yaşlılık aylığı ek gelir kaynağı olarak bildirilmiştir.

Bireyin gelecekte toplumsal sınıfını, sosyoekonomik durumunu belirlemesi beklenen öğrenim durumuna, ailenin ekonomik yapısının etkisi Balat bölgesinde gözlenmektedir. Balat bölgesinde ekonomik nedenlerden dolayı okula gönderilemeyen 10 çocuk (%7,4) eğitimde fırsat eşitliğine ulaşamamıştır. Bu kişiler için, ailelerinin ekonomik durumunun okula gitmelerini engelleyecek seviyede kötü olması, ileri dönemlerde alt toplumsal sınıf üyeleri olmaları açısından belirleyici olmuş olabilir.

Bağlı olunan sağlıkla ilgili sosyal güvence kurumu açısından bölgeler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Balat bölgesinde 116 kişinin (%28,9) ve Akkent bölgesinde 1 kişinin (%0,6) bağlı olduğu sosyal güvence kurumu yoktur. Her iki bölgede de nüfusun en büyük kısmını kapsayan sağlıkla ilgili sosyal güvence kurumu SSK olarak bildirilmiştir. Balat bölgesinde SSK'ya bağlı 217 kişi (%54,1) ve Akkent bölgesinde 55 kişi (%30,4) bulunmaktadır. Her iki bölgede toplam olarak 272 (%46,7) kişi SSK'ya bağlıdır. Belek'in (100) araştırmasında yalnız kendi hesabına çalışanlar, sosyal güvencesi olmayan en büyük grubu oluşturur. Bu sınıfın % 35,4'ünün sosyal güvencesi yoktur. Bizim araştırmamızda sosyal güvencesi olmayan 37 kişi (%68,5) ile en büyük grup işsizler sınıfındadır. Bunu Belek'in araştırmasındakine benzer şekilde 22 kişi ile (%31,9) kendi işinde çalışan esnaf/marjinaler izlemektedir. Araştırmamızda yüksek nitelikli ücretliler ile küçük işveren sınıflarında tüm bireylerin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Belek'in araştırmasında, yüksek nitelikli ücretlilerde %1,8 ve küçük burjuva sınıfında %22,2 oranlarında sosyal güvence yoktur. Her iki çalışmada da benzer şekilde ve yüksek oranda sosyal güvencesi olmadığı saptanan kendi hesabına çalışanların; ücretli çalışanların sosyal güvenceye

ulaşmadaki avantajını kendileri için oluşturamadıklarını düşündürmektedir. İşsiz olmamalarına karşın niteliksiz hizmet işçilerinde %15,4 ve mavi yakalı işçilerde %25,6 oranlarında sosyal güvence olmaması, bu sınıf çalışanlarının sosyal güvencesiz olarak çalıştıklarını düşündürmektedir. Bu nedenle işsizler kadar sosyal güvencesi olmadan çalışmanın fazla olduğu niteliksiz hizmet işçileri ile mavi yakalı işçi sınıflarında da risk diğer toplumsal sınıflara göre daha fazladır. Toplumsal sınıflar arasında sosyal güvenceye sahip olma konusunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Alt sosyal sınıflar daha az sosyal güvenceye sahiptir. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde (NHSEAB) bölge nüfusunun % 26,0'sının sağlıkla ilgili herhangi bir sosyal güvencesi yoktur (103). Sağlıkla ilgili sosyal güvence açısından NHSEAB ile Balat bölgesi çok benzerken Akkent bölgesi ile farklılık göstermektedir. Bu durum, Balat bölgesinin NHSEAB sınırları içinde yer alması ve bölge verilerine katılmış olması ile Akkent bölgesinin NHSEAB verilerinin dışında ve gelişmiş sosyoekonomik yapısı ile açıklanabilir. NHSEAB'de; SSK'lıların oranı %54,7 iken Balat bölgesinde %54,1 ve sağlıkla ilgili sosyal güvencesi olmayanlar %26,0 iken Balat bölgesinde %28,9 olarak bulunmuştur. Önemli bir farklılık; NHSEAB'de yeşil kartlıların oranı %2,5 iken Balat bölgesinde bu oranın %5,2 olmasıdır. Bu farklılık, Balat bölgesinin NHSEAB içinde sosyoekonomik açıdan en az gelişmiş bölge olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışanlarda, işlerini yaparken tükettikleri emek açısından bölgeler arasında anlamlı farklılık vardır. Akkent bölgesinde yaşayan çalışanlardan 53'ü (%62,4) yalnız kafa emeği ile, Balat bölgesinde yaşayan çalışanlardan 96'sı (%62,7) ise yalnız bedensel emek ile işlerini yaptığını belirtmiştir. Bölgelerdeki meslek ve öğrenim farklılıkları da dikkate alındığında bu bireysel özelliklerin, bireyin iş yapma şekline böylesi yansımış olması beklenen bir sonuçtur.

Yine meslek ve öğrenim gibi bireysel özelliklerin yansımaları ile şekillenen çalışılan işte yöneticilik görevi olma durumu açısından bölgeler arasında anlamlı farklılık bulunmuştur.

Bölgeler arasında geçim sıkıntısı çekme durumu anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Toplumsal sınıflar açısından değerlendirildiğinde; en fazla geçim sıkıntısı çektiğini belirten sınıf 43 kişi (%79,6) ile işsizlerdir. Bunu sırası ile 91 kişi (%70,5) mavi yakalı işçiler, 54 kişi (%51,9) niteliksiz hizmet işçileri izlemektedir. En az geçim sıkıntısı çektiğini bildiren sınıflar ise 1 kişi (%11,1) küçük işveren ve 1 kişi (%3,6) orta-büyük işverenlerdir. Bölgeler arası farklılığa ek olarak toplumsal sınıflara göre de geçim sıkıntısı çekme durumu istatistik açıdan anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Toplumsal sınıflar arası en

belirgin ve önemli farklılık olan ekonomik güç farklılığının bireyde yansımış şekli ile geçim sıkıntısı algısının saptanan bu farklılığı beklendik bir sonuçtur.

Ailenin aylık geliri ile geçim sıkıntısı çekme durumu arasında istatistiksel anlamlı farklılık vardır. Aylık aile geliri iki milyar TL'nin üstünde olan beş kişinin (%2,2) geçim sıkıntısı çektiğini belirtmesi, bu kişilerin geçim sıkıntısı algılarının ve yaşamsal beklentilerinin farklılığı ile açıklanabilir.

Daha çok geri kalmış bölgelerde dikkat çeken toplumsal dayanışma uygulamalarından biri olan kira ödemedi konut kullanma durumu Balat bölgesinde 11 hanede (% 8,1) ve Akkent bölgesinde 3 hanede (%4,2) bildirilmiştir. Çekirdek aile yapısındaki Akkent bölgesinde konutlara hisseli sahiplik görülmezken Balat bölgesinde 4 hanede (%2,9) hisseli sahiplik söz konusudur. Akkent bölgesinde aileden miras olarak kalan konut mülkiyeti bulunmazken Balat bölgesinde 22 hane (% 16,2) aileden kalmadır. Konut mülkiyeti durumunda bölgeler arasında saptanan anlamlı farklılık Balat bölgesindeki geniş aile yapısından ve Balat bölgesinin Akkent bölgesine göre daha eski yerleşim birimi olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Balat bölgesindeki konutlarda Akkent bölgesindeki konutlara göre daha az sayıda oda bulunmaktadır. Yaşanılan konutun yapısı kadar oda sayısı da ailenin ekonomik yapısını gösterir. Toplu olarak ve aynı proje ile üretilen Akkent bölgesi konutlarındaki farklı oda sayısı konut içinde yapılan değişikliklerden kaynaklanıyor olabilir.

Konutlar Balat bölgesinde Akkent bölgesine göre daha kalabalıktır. Araştırma evreninde hane başına düşen ortalama kişi sayısı $3,81 \pm 1,61$ 'dir. Türkiye İstatistik Yıllığı (104) verilerine göre 2003 yılında Bursa'da ortalama hane halkı büyüklüğü 3,91'dir. Araştırma evrenimizin ortalama hane halkı büyüklüğü Bursa'ya benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda Balat bölgesinde hane halkı büyüklüğü $4,07 \pm 1,83$ ve Akkent bölgesinde ise $3,31 \pm 0,90$ olarak hesaplanmıştır. Bu veriler ile Balat bölgesinde yaşayanların daha kalabalık hanelerde ve sağlık açısından uygun olmayan koşullarda barındığı düşünülmelidir.

Ailelerin sosyoekonomik düzeyi hakkında bilgi veren hanede dayanıklı tüketim mallarının varlığı incelendiğinde bölgeler arasında mikrodalga fırın, bulaşık makinesi, video kamera, bilgisayar ve klimaya sahiplik durumu açısından anlamlı farklılıklar bulunmasına karşın renkli televizyon açısından farklılık saptanmamıştır. Sosyoekonomik açıdan aralarında çok ciddi farklılık olan Akkent ve Balat bölgelerinde bulunan renkli televizyon açısından farklılık olmaması, halkın önemli ilgi alanlarından birisinin televizyon seyretmek olduğunu ve bu nedenle sosyoekonomik durumu ne olursa olsun renkli

televizyon aldıklarını düşündürmektedir. TNSA'2003 (102) verilerine göre hanelerde mikrodalga fırın %7,2, bulaşık makinesi %22,1, video kamera %3,5, bilgisayar %11,6 ve klima %4,7 oranlarında bulunmaktadır. Araştırmamızda bu oranlar ise sırası ile %20,3, %39,6, %19,8, %34,3 ve %10,6 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda Türkiye'den farklı ve daha fazla oranda dayanıklı tüketim mallarının bulunmuş olması araştırmanın Türkiye'nin en zengin 15. ilçesi konumundaki Nilüfer ilçesinde yapılmasından, Akkent bölgesinin ise Nilüfer ilçesi ortalamasından daha iyi sosyoekonomik durumda olmasından kaynaklanıyor olabilir (84). Ancak araştırma evrenimizin Türkiye ile karşılaştırıldığında daha iyi konumdaki dayanıklı tüketim mallarına sahipliği, aynı ilçe sınırları içinde Balat ve Akkent bölgelerinde bu konudaki eşitsizliği gölgelememelidir.

Hanede otomobil sahipliğinin her iki bölgede dağılımında istatistik açıdan anlamlı farklılığa ek olarak toplumsal sınıflar arasında da farklılık olduğu saptanmıştır. Sosyoekonomik açıdan üst toplumsal sınıflar, işsizler, mavi yakalı işçiler gibi alt sınıflara göre daha fazla otomobil sahibidir. TNSA 2003 (102) verilerine göre Türkiye'de özel otomobil sahipliği oranı %25,8'dir. Bu oran araştırmamızda %53,1 bulunmuştur. Akkent bölgesine göre daha düşük sosyoekonomik yapıdaki Balat bölgesinde bile bu oran Türkiye ortalamasının üstündedir (%28,7). Bu durum Nilüfer ilçesinin sosyoekonomik açıdan gelişmişliği ile açıklanabilir.

Balat ve Akkent bölgeleri arasında, her yıl düzenli olarak ve bulunulan yerden farklı bir yerde tatile gitme durumu ve tatile gidilen yer açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Balat bölgesinde yaşayanlar daha az tatile ve daha çok kendi memleketlerine gitmektedir. Akkent bölgesinde ise tatile giden çoğunluğun daha çok tatil yörelerini seçtiği görülmektedir.

Yaşanılan konut tipi açısından da Balat ve Akkent bölgeleri arasında anlamlı farklılık vardır. Akkent bölgesinde tüm haneler lüks konut iken, Balat bölgesindeki 136 konuttan 71'i (%52,2) gecekondudur. Bu konut tipi; hane halkının yaşam koşullarında daha fazla olumsuzluk olduğunu, sağlıklarının risk altında olduğunu düşündürmektedir.

Antalya'da iki farklı mahallede yapılan araştırmanın 1999 yılı verilerine göre sağlığını iyiden kötü olarak tanımlayanlar Ahatlı mahallesinde %54,8 ve Bahçelievler mahallesinde %26,8 oranlarındadır (105). Bizim araştırmamızda Balat bölgesinde sağlığını iyiden kötü olarak algılayanlar %46,4 iken Akkent bölgesinde %18,8 olarak bulunmuştur. Bu veriler ışığında Antalya'nın Ahatlı mahallesi ile bizim araştırmamızda Balat bölgesi ve Antalya'nın Bahçelievler mahallesi ile Akkent bölgesi sonuçları birbirine benzerlik göstermektedir. Bu benzerlik, her iki çalışmada da iki farklı nüfus ve sosyoekonomik

yapıdaki yerleşim alanının çalışmaya alınmasının temel yaklaşım olarak saptanmasından kaynaklanmaktadır. Ankara Çankaya ilçesinde yapılan bir tez çalışmasında (106) katılımcıların %34,0'ü sağlığını iyiden kötü algılamıştır. Denizli ili Çivril ilçesinde (89) 15 yaş ve üstü nüfus üzerinde yapılan araştırmada ise araştırmaya katılanların sağlık algısı %45,9 iyiden kötüdür. Bizim araştırmamızda ise bu oran %37,8 bulunmuştur. Bu farklılık ülkelerarası ve aynı ülkede bölgeler arası görülen sağlık algısındaki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir (98). Bu konuda Bursa'da yapılmış başka bir çalışma olmadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Araştırmaya katılanların sağlık algısının %45,9'unun kötü bulunduğu Denizli ili Çivril ilçesinde (89) yapılan araştırmada yaş arttıkça sağlık algısı düzenli olarak kötüleşmektedir. Antalya'da yapılan araştırmada ve bizim araştırmamızda yaş grupları arasında algılanan sağlık açısından yaş arttıkça düzenli bir artış yerine yaş gruplarında dalgalanmalar olduğu görülmüştür. Her üç araştırmada da sağlığını en iyi algılayan grup ortak olarak 15-24 yaş grubudur. Araştırmamızda 35-44 yaş grubunda sağlığın kötü algılanması %48,7 iken Belek'in (100) araştırmasında bu oran %41,4'dür. Çivril'de yapılan araştırmada %87,1 ve Belek'in araştırmasında %47,4 ile en kötü sağlık algısı 65 ve üstü yaş grubunda iken araştırmamızda bu yaş grubu %47,4 ile 35-44 yaş grubundan sonra en kötü ikinci yaş grubu olarak bulunmuştur. Bu farklılıkların nedeni Antalya'da yapılan araştırmada (99) algılanan sağlık sorusunun "Son iki hafta içinde sağlığınızı genel olarak nasıl hissediyorsunuz?", Çivril'de yapılan araştırmada (89) ise "Genel olarak baktığınızda sizce sağlığınız nasıldır?" şeklinde sorulmasına karşın araştırmamızda bu sorunun yaşın etkisi ile oluşan biyolojik farklılığı dışlamaya yönelik olarak "Sağlığınızı, yaşitlarınıza göre son bir ay içinde nasıl tanımlarsınız?" şeklinde sorulmuş olması olabilir. Algılanan sağlık durumunun genel anlamı ile değerlendirilmesi, karşılaştırmada aynı yaş grubunun vurgulanmaması, sorunun yöneltildiği kişinin şimdiki durumunu, kendi genç yaşları ile ya da çevresindeki genç kişiler ile karşılaştırmasına yol açabilir.

Sağlığını en fazla oranda iyiden kötü olarak algılayan toplumsal sınıflar; 67 kişi (%51,9) ile mavi yakalı işçiler, 28 kişi ile (%51,9) işsizler ve 48 kişi ile (%46,2) niteliksiz hizmet işçileridir. Antalya'da yapılan araştırmada (101) niteliksiz hizmet işçilerinin %56,6'sı ve mavi yakalı işçilerin %42,7'si sağlığını iyiden kötü olarak tanımlamıştır. Bizim araştırmamızda işsizler ayrı bir toplumsal sınıf olarak değerlendirilmiş, Antalya'da yapılan araştırmada ise bu sınıf mavi yakalı işçiler sınıfına katılmıştır. Bizim araştırmamızda da işsizler mavi yakalı işçiler sınıfına katıldığında mavi yakalı işçilerin oranı daha da artacaktır. Araştırmamızda toplumun %37,8'i Belek'in araştırmasında (101)

ise %34,9'u sağlığını iyiden kötü olarak algılamıştır. Algılanan sağlık açısından araştırmamız ile Antalya'da yapılan araştırma benzerlik göstermektedir. Antalya'daki çalışmada küçük burjuva olarak tanımlanan sınıf %46,6 oranında sağlığını iyiden kötü algılarken; bizim araştırmamızda küçük işveren olarak adlandırılan toplumsal sınıfta bu oran %22,2 bulunmuştur. Yine bizim araştırmamızda sağlığını en iyi algılayan toplumsal sınıf olan orta-büyük işveren sınıfında sağlığını iyiden kötü algılama oranı %10,7 iken Antalya'daki araştırmada büyük burjuva sınıfında bu oran %37,4'dür. İki araştırma arasındaki bu farklılıklar; örneklem farklılığından, bu toplumsal sınıf üyelerinin sayısal olarak azlığından, iki araştırmadaki farklı bölgelerin farklı kültürel yapıları temelinde algılama farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Sınıflama farklılığı olmayan, her iki araştırmada da yüksek nitelikli ücretliler olarak tanımlanan sınıf için, sağlığın iyiden kötü algılanması; bizim araştırmamızda % 21,4, Antalya'da yapılan araştırmada ise %22,2 olarak benzer oranlarda bulunmuştur. Bireyin toplumsal sınıfını belirleyen etmenlerden olan yaptığı iş, sağlık algısı ile ilişkilidir. Chandola ve arkadaşlarının (107) yaptığı araştırmada da bireylerin iş durumları sağlık algılarını etkilemektedir. Chandola ve arkadaşları kısmi zamanlı çalışanların tam gün çalışanlardan daha kötü sağlık algısına sahip olduğunu ve en kötü sağlık algısının işsizlerde olduğunu bildirmiştir.

Balat ve Akkent bölgeleri arasında öğrenim süresi 8 yıl ve daha az olanlarda algılanan sağlık açısından anlamlı derecede farklılık olduğu, bu farklılığın öğrenim süresi 9 yıl ve daha fazla olanlarda anlamsız olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır. Akkent bölgesinde 8 yıl ve altı öğrenim görenlerle 9 yıl ve üstü öğrenim görenler arasında algılanan sağlıkta farklılık yoktur. Balat bölgesinde ise 9 yıl ve daha fazla öğrenim görenlerin daha az öğrenim görenlere göre sağlıklarını daha iyi algıladıkları saptanmıştır. Balat bölgesinde öğrenim süresi arttıkça algılanan sağlık iyileşmekte, Akkent bölgesinde ise öğrenim süresi algılanan sağlığı etkilememektedir. Bu durum; Balat bölgesi örneğinde, öğrenim süresi artışının, algılanan sağlığı iyileştirdiğini ve Akkent bölgesinde örneği görüldüğü gibi iyi ekonomik koşulların öğrenim süresinin etkisine benzer etki ve onun eksikliğini tamamlar özellikte sağlığın iyi algılanmasına yol açtığını düşündürebilir. Ankara Çankaya (106), Antalya (101), Çivril (89) ve bizim araştırmamız; sosyokültürel ve bölgesel farklılıklarına karşın ortak olarak öğrenim durumunun sağlığın algılanmasına olumlu etki yaptığını göstermiştir. Öğrenim durumunun bireyin sağlığını daha iyi algılaması üzerindeki olumlu etkisi tüm dünya ulusları için de geçerli evrensel bir gerçektir. Belçika'da öğrenim ve algılanan sağlık değişkenleri ile yapılan bir araştırmada; öğrenim seviyesi düşmesi ile algılanan sağlığın bozulduğu, öğrenimin bilgiyi ve bilgiden

yararlanma düzeyini, anlama yeteneğini artırarak sağlık üzerine olumlu etki yaptığı vurgulanmıştır (19). Başka bir çalışmada yüksek öğrenim seviyesine ulaşmış kişilerin kazançlarının da artacağı ve bu durumunda sağlığı olumlu etkileyeceği saptaması yapılmaktadır (46).

Sağlığın algılanmasında; bireyin yaşadığı hanede bulunan bilgisayar, bulaşık makinesi, video kamera, mikrodalga fırın ve otomobilin olumlu etki ettiği, renkli televizyonun ise etkisinin bulunmadığı saptanmıştır. Bu ilişki Polonya ve Macaristan'da (98) yapılan çalışmada da ortaya konmuştur. Sosyoekonomik durumun bir göstergesi olarak kabul edilen dayanıklı tüketim mallarının algılanan sağlık üzerine olumlu etkisi beklenen bir sonuçtur. Barker (108) ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada bireyin öğrenim seviyesinin, babasının içinde bulunduğu sosyal sınıf ile yakın ilişkili olduğu ve iyi öğrenim seviyesinin düşük gelirin zararlı etkilerine karşı koruyucu olabileceği belirtilmektedir. Bu durumda ailesinin öğrenim seviyesi düşük olan bireylerin gelecekte sağlıklarının risk altında olduğu düşünülebilir.

Sağlığını iyi olarak algılayanlarda olduğu gibi kötü olarak algılayanlarda da bölgeler arasında geçim sıkıntısı çekme durumu açısından anlamlı farklılık vardır. Bu durum sağlığın algılanmasından ayrı olarak bölgeler arasındaki ekonomik güç farklılığının belirtisi olarak kabul edilebilir. Sosyoekonomik açıdan daha iyi durumdaki Akkent bölgesinde yaşayanlar Balat bölgesinde yaşayanlara göre 2,02 kat, geçim sıkıntısı çekmeyenler, geçim sıkıntısı çektiğini belirtenlere göre 3,94 kat daha iyi sağlık algısına sahiptir. Kronik hastalıkların sağlık algısını etkilediği bilinmektedir. Manor (109) ve arkadaşları yaşlılarda olduğu kadar genç yaşlarda da özellikle epilepsi, kanser gibi kronik hastalıklar ile algılanan sağlık arasındaki ilişkinin anlamlı olduğunu belirtmiştir. Oluşturulan modelde bireylerin algıladıkları sağlık durumu üzerine; başta ekonomik durumlarının ve yaşadıkları bölgenin/mahallenin etkisi saptanmıştır. Daha varlıklı olan, kentleşme özellikleri, nüfus ve sosyokültürel yapısı daha gelişmiş bölge/mahallede yaşayan kişilerin sağlıklarını bu özelliklere sahip olmayan kişilerden daha iyi algıladıkları söylenebilir.

Bölgeler arasında yeti yitimi varlığı açısından yalnız 15-24 yaş grubunda anlamlı farklılık saptanmıştır. Akkent bölgesinde yaşayan ve 15-24 yaş grubunda olanlarda aynı yaş grubunda olan ve Balat bölgesinde yaşayanlardan daha fazla yeti yitimi olduğu saptanmıştır. Bu farklılık, farklı sosyokültürel yapıdaki gençlerin bedensel beklentilerinin ve sosyal yaşamlarının farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Diğer yaş gruplarında bölgeler arası anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yaş arttıkça yeti yitimi sıklığı da

artmaktadır. Yeti yitimi varlığı 15-24 yaş grubunda % 18,4 iken 55-64 yaş grubunda %43,5 ve 65 ve üstü yaş grubunda ise %76,3 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda yaş artışı ile yeti yitimi olma riskinin 1,04, Şenol ve Belek'in araştırmasında 1999 yılı verilerine göre ise 1,05 kat arttığı saptanmıştır.

Balat ve Akkent bölgelerinde yaşayan hemcinsler arasında yeti yitimi açısından farklılık saptanmamıştır. Ancak her iki bölgede de kadın ve erkek arasında yeti yitimi açısından anlamlı farklılık olduğu, kadınlarda yeti yitiminin daha fazla olduğu bulunmuştur. Antalya kent merkezinde 15 yaş ve üzeri nüfus üzerinde yapılan bir araştırmada da kadınlardaki yeti yitimi erkeklere göre daha fazladır (110). Yeti yitimindeki cinsiyet farklılığı Antalya'da yapılan araştırma sonuçları ile örtüşmektedir. Araştırmamızda erkeklerde kadınlara göre 3,4 kat daha az yeti yitimi saptanmıştır. Şenol ve Belek (105) ise 1999 yılında Antalya'da yaptıkları araştırmada erkeklerde kadınlara göre 2,4 kat daha az yeti yitimi olduğunu bulmuştur. Cinsiyetler arası bu farklılık biyolojik, sosyokültürel, ekonomik farklılıklardan ve kadının toplumsal statüsünden kaynaklanıyor olabilir.

Yeti yitimi ölçeği sonuçları toplumsal sınıflarda anlamlı olarak farklılık göstermektedir. Toplumsal sınıflar açısından yeti yitimi sıklığı 26 kişi (%48,2) ile işsizlerde en fazla ve beyaz yakalı ücretlilerde 5 kişi (%13,5) ile en az bulunmuştur. Yeti yitimi niteliksiz hizmet işçilerinde 33 kişide (%31,7) ve mavi yakalı işçilerde 32 kişide (%24,8) saptanmıştır. Belek'in (101) Antalya'da yaptığı araştırmada yeti yitimi sıklığı niteliksiz hizmet işçileri (%41,1) ile mavi yakalı işçilerde (%34,1) en yüksektir. Beyaz yakalı ücretliler (%16,9) ve küçük-orta burjuvazi sınıflarında (%16,9) en az yeti yitimi vardır. Beyaz yakalı ücretlilerde Belek'in araştırması ile benzer sonuca ulaşmamıza karşın, niteliksiz hizmet işçileri ve mavi yakalı işçilerdeki farklılık bizim araştırmamızda işsizlerin ve emeklilerin ayrı bir toplumsal sınıf olarak değerlendirilmesinden kaynaklanıyor olabilir. Toplumsal sınıflar arasındaki farklılığın ise yaşam ve çalışma koşullarının farklılığından kaynaklandığı söylenebilir.

Orta ve ağır yeti yitimi saptanan 20 kişinin (%5,6) sağlığını iyi olarak algıladığı, yeti yitimi olmayan 109 kişinin (%49,6) ise sağlığını iyiden kötü olarak algıladığı saptanmıştır. Bu durum, algının seçiciliğini ve sağlığın algılanmasına yeti yitiminden ayrı olmak üzere bir çok faktörün etki ettiğini düşündürmektedir.

Geçim sıkıntısı çekmediğini belirtenlerde Balat ve Akkent bölgeleri arasında yeti yitimi açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Balat bölgesinde yaşayan ve geçim sıkıntısı çekmediğini belirtenlerde, Akkent bölgesinde yaşayan aynı özellikteki kişilere

göre daha az yeti yitimi vardır. Her iki bölgede geçim sıkıntısı çekenlerde yeti yitimi açısından farklılık bulunmamıştır. Geçim sıkıntısı çekmeyenler çekenlere göre 1,76 kat daha az yeti yitimine sahiptir. Bireylerin geçim sıkıntısı çekme durumları, yeti yitimini de belirleyen etmenlerden birisi olarak kabul edilebilir. Şenol ve Belek'in (111) araştırmasında ekonomisi iyi olarak değerlendirilenler kötü olarak değerlendirilenlerden 1,2 kat daha az yeti yitimine sahiptir.

Yeti yitimi ile yaşanan bölgenin ilişkili olmadığı, cinsiyet ve yaş ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Yeti yitimi yaş ile artmakta ve kadınlarda erkeklere göre 3,46 kat daha fazla görülmektedir.

Bölgeler arasında; sağlık sorunları nedeniyle işine/okuluna gidemeyen, günlük işlerini aksatan, işinden/okulundan erken ayrılmak zorunda kaldığını belirten ve gününü yatakta geçirmek zorunda kalan kişi sayılarında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Buna karşın işe/okula gidilemeyen, günlük işlerin aksatıldığı, işten/okuldan erken ayrılmak zorunda kalınan ve yatakta geçirilen ortalama gün sayıları arasındaki farklılık anlamlıdır. Balat bölgesinde yaşayanlar Akkent bölgesinde yaşayanlara göre daha fazla gün işine/okuluna gidememiş, günlük işlerini aksatmış, daha fazla işinden/okulundan erken ayrılmış ve daha fazla gününü yatakta geçirmiştir. Sağlık sorunu yaşayan kişi sayılarında farklılık olmamasına karşın kötü sağlık nedeniyle günlük yaşamda olumsuzluk yaşanan ortalama gün sayılarındaki bu farklılık, Balat bölgesi çalışanlarının ve öğrencilerinin Akkent bölgesindekilere göre eşit sayıda ancak daha ağır sağlık sorunları yaşadığını düşündürmektedir.

Bölgeler arasında genel sağlık sorgulamasında 25-34 ile 65 ve üstü yaş gruplarında farklılık bulunmamıştır. Diğer yaş gruplarının tümünde ise ruhsal durumun saptandığı bu sorgulamada Balat bölgesinde yaşayanların Akkent bölgesinde yaşayanlara göre daha kötü olduğu saptanmıştır. Bölgeler arasında 25-34 ile 65 ve üstü yaş gruplarında farklılık saptanmaması bu yaş gruplarının yaşam beklentilerinin, umutlarının diğer yaş gruplarına göre farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Genel sağlık sorgulaması toplumsal sınıflar açısından incelendiğinde en fazla oranda 24 kişi (%44,5) ile işsizler ve 41 kişi (%31,8) ile mavi yakalı işçiler, kötü olarak yüksek skorlu saptanmıştır. En az yüksek skora sahip sınıf 7 kişi (%10,3) ile yüksek nitelikli ücretliler olmuştur. Toplumsal sınıflarda genel sağlık sorgulaması sonuçları anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Araştırmamız ile Şenol ve Belek'in (111) Antalya'da yaptığı araştırmada genel sağlık sorgulaması sonuçları en iyi durumdaki toplumsal sınıflar açısından oransal farklılıklarına karşılık örtüşmektedir. Tersten giderek, her iki

araştırmada da genel sağlık sorgulaması en az oranda orta ve yüksek skorlu olarak kötü saptanan ilk sınıf yüksek nitelikli ücretlilerdir. Araştırmamızda yüksek nitelikli ücretlilerde bu oran 22,1 bulunmuşken Şenol ve Belek'te 13,1'dir. Araştırmamızda orta-büyük işverenlerde % 25,0 iken Şenol ve Belek'te %16,3'dür. Bu iki sınıfı beyaz yakalı ücretliler bizim araştırmamızda %29,7, Şenol ve Belek'te ise %22,6 ile izlemektedir.

Her iki bölgede sağlığını iyi olarak algılayanlarda genel sağlık sorgulaması anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Aynı şekilde sağlığını kötü olarak algılayanlar arasında da genel sağlık sorgulaması anlamlı olarak farklıdır. Sağlık algılanması ne olursa olsun genel sağlık sorgulaması açısından Balat bölgesinde yaşayanlar Akkent bölgesinde yaşayanlara göre kötü bulunmuştur. Genel sağlık sorgulaması orta ya da yüksek skorlu olarak ve kötü değerlendirilen 123 kişi (%34,4) sağlığını iyi algıladığını; düşük skorlu olarak ve iyi değerlendirilen 90 kişi (%40,9) ise sağlığını iyiden kötü olarak algıladığını bildirmiştir. Bu durum da sağlığın algılanmasında bir çok etmenin rol oynadığını ve bireysel olarak algılamanın değiştiğini göstermektedir.

Her iki bölgede geçim sıkıntısı çekme durumu ne olursa olsun genel sağlık sorgulamaları arasında anlamlı farklılık bulunmakta, Balat bölgesinde yaşayanlar Akkent bölgesinde yaşayanlara göre daha kötü durumda bulunmaktadır.

Lojistik regresyon için oluşturulan, Akkent bölgesinin referans alındığı bölgenin bağımsız değişken olduğu modelde Akkent bölgesinde yaşayanların Balat bölgesinde yaşayanlara göre genel sağlık sorgulaması skorlarınının 6.10 kat daha iyi olduğu saptanmıştır. Genel Sağlık Sorgulaması değerleri; son bir yıl içinde hastanede yatarak tedavi olanlarda hastanede yatarak tedavi olmayanlara göre 2,29 kat, geçim sıkıntısı çekenlerde çekmeyenlere göre 2,46 kat ve işinde yöneticilik görevi olmayanlarda olanlara göre 4,23 kat daha kötü olduğu saptanmıştır. Şenol ve Belek'in (111) çalışmasında kadınlarda erkeklere göre 1,48 kat bizim araştırmamızda ise 1,84 kat daha kötü genel sağlık sorgulaması puanı saptanmıştır. Her iki çalışmada ortak nokta, genel sağlık sorgulamasındaki cinsiyet farklılığının ortaya konmasıdır.

Balat bölgesinde kaba ölüm hızı %14,96, Akkent bölgesinde ise %5,52 olarak hesaplanmıştır. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde ise 2004 yılı kaba ölüm hızı % 4,8'dir (103). Balat bölgesinde yaşayanlar Akkent bölgesinde yaşayanlardan daha çok ve daha erken yaşta ölmektedir. Ancak; Balat ve Akkent bölgelerinde nüfusun az ve az sayıda ölümün olması kaba ölüm hızı açısından değerlendirmenin güvenilirliğini sarsıyor olabilir. Her iki bölgede aynı yaş grubunda ölen bulunmaması ise yaşa özel ölüm hızları açısından değerlendirmeyi engellemiştir.

Sosyoekonomik ve kültürel açıdan daha düşük seviyedeki Balat bölgesinde özürlü-sakat ya da engelli sayısı Akkent bölgesindekinden 17,00 kat daha fazladır. Yaş, cinsiyet ve öğrenim süresinin özürlü-sakat ya da engelli sayısı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Bölgeler arasında özürlü-sakat ya da engelli sayılarındaki bu büyük farklılık, ekonomik durum, barınma olanakları gibi insan sağlığını etkileyen yaşam koşullarının farklılığından kaynaklanmaktadır. Sosyoekonomik açıdan düşük seviyedeki toplumların özürlü-sakat ya da engelli olma açısından risk altında olduğu söylenebilir.

Kalp hastalığı, Diabetes Mellitus, hipertansiyon ve kas-iskelet sistemi hastalıkları için düzenlenen modellerde yaşanan bölgenin hastalık oluşması ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Adı geçen her dört hastalık da yaş ile ilişkili bulunmuştur. Diabetes Mellitus'un 3,65 kat, hipertansiyonun 2,08 kat ve kas-iskelet sistemi hastalıklarının 3,12 kat daha fazla kadınlarda görüldüğü saptanmıştır. Kalp hastalığı ve hipertansiyonun son bir yıl içinde hastanede yatma ile ilişkili olmasına karşın bu ilişki Diabetes Mellitus ve kas-iskelet sistemi hastalıkları için bulunmamıştır.

Balat bölgesinde yaşayanlar Akkent bölgesinde yaşayanlara göre son bir yıl içinde anlamlı düzeyde daha fazla hastanede yatarak tedavi olmuştur. Ancak hastanede yatılan ortalama gün sayılarında farklılık yoktur. Balat bölgesinde yaşayanların daha fazla hastanede yatmaları Akkent bölgesinde yaşayanlara göre daha ciddi sağlık sorunları yaşadıklarını göstermektedir.

Son bir yıl içinde diş hekimine tedavi olma açısından 15-24 ve 55-64 yaş gruplarında bölgeler arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Bunların dışındaki yaş gruplarında olup Balat bölgesinde yaşayanlar Akkent bölgesinde yaşayanlara göre anlamlı olarak daha az oranda diş hekimine tedavi olmuşlardır. Diş hekimine tedavi olma durumu toplumsal sınıflar açısından da anlamlı farklılık göstermiştir. Sosyoekonomik açıdan üst toplumsal sınıflarda diş hekimine tedavi olma alt toplumsal sınıflara göre daha fazladır. İçinde bulunulan toplumsal sınıf diş hekimine ulaşmada önemli bir belirleyici olmaktadır.

Bölgeler arasında genel olarak sağlık hizmeti alınan kurumlar da farklılık göstermektedir. Balat bölgesinde yaşayanlar Akkent bölgesinde yaşayanlara göre sağlık hizmetini daha çok kamu kurumlarından almaktadır. Bu farklılık bölgeler arasındaki sosyoekonomik farklılıktan kaynaklanmaktadır. Kamu kurumu tercihinde en önemli neden bağlı olunan sosyal güvence kurumu olması ve hizmetin parasız alınmasıdır. Özel sağlık kurumlarında en önemli tercih nedeni ise ilgilenilmesi, bu kurumun hizmetine güvenilmesi ve ucuz bulunmasıdır. Araştırmamızda en yaygın sosyal güvenlik kurumu olan SSK en sık tercih edilen kurum olarak da bulunmuştur. Ancak sağlık hizmeti alma ile ilgili en çarpıcı

bulgu Balat bölgesindeki 50 kişinin (%12,5) sağlık hizmeti almaması, buna karşın Akkent bölgesinde bu durumda kimsenin bulunmamasıdır. Balat bölgesinde sağlık hizmeti almadığını belirten 50 kişiden 30'unun (%60,0) sağlıkla ilgili sosyal güvencesi de bulunmamaktadır. Bu durumda sağlık hizmeti almayan bu kişilerin büyük çoğunluğunun aslında sağlık hizmetine ulaşamayan ve sağlık sorunlarının çözümünü erteleme kişiler olduğu söylenebilir. Toplumsal sınıflar açısından bakıldığında; bireyin içinde olduğu sınıfsal konum yükseldikçe özel kurum/kuruluşlardan sağlık hizmeti alma tercihi artmaktadır. Sağlık hizmeti alınacak kurumun tercihinde ekonomik durum önemli rol oynamaktadır. Kamu kurumlarının tercih nedeni olarak ilgilenildiğinin düşünülmesi ve güven duyulması %13,2 oranındadır. Alt sosyal sınıflar sağlık hizmetini, ekonomik koşullarının kötülüğünden dolayı başka seçeneklerinin olmaması nedeniyle kamu kurumlarından alıyor olabilir.

Bölgeler arasında sağlık hizmeti tercih etme nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Balat bölgesinde yaşayanlar Akkent bölgesinde yaşayanlara göre daha fazla oranda parasız ve bağlı olunan sosyal güvence kurumu olma nedeni ile sağlık hizmeti alacağı kurumu seçmektedir. Tercih farklılığının nedeni de bölgeler arasındaki ekonomik güç farklılığına bağlanabilir.

Toplumsal sınıflarda sağlık hizmeti alınan kurumun tercih nedenleri arasında da anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Küçük işverenler sınıfı dışındaki tüm toplumsal sınıflarda en sık tercih nedeni hizmetin parasız alınması ve bağlı olunan sosyal güvence kurumu olması olarak belirtilmiştir. Küçük işverenlerde ilk tercih nedeni hizmetin ucuz bulunması ve ilgilenilmesi, güvenilmesi olarak belirlenmiştir. Ancak sağlık hizmetini en çok özel sağlık kuruluşlarından aldığı saptanan orta-büyük işverenlerin tercihini en fazla oranda bağlı oldukları özel sigorta kuruluşları nedeniyle parasız ve bağlı olunan sosyal güvence kurumu olması olarak belirtmiş olabilecekleri dikkate alınmalıdır.

Bölgeler arası farklılık kadınların ortalama doğum sayılarında da dikkat çekmektedir. Balat bölgesinde yaşayan kadınlar Akkent bölgesinde yaşayan hemcinslerinden anlamlı derecede fazla sayıda doğum yapmıştır. İşsiz sınıfı kadınların yarısı 5 ve daha fazla sayıda doğum yapmıştır. Yüksek nitelikli ücretliler, orta-büyük işverenler ve küçük işverenler gibi üst toplumsal sınıfın üyesi kadınlar daha az sayıda doğum yaparken; niteliksiz hizmet işçileri, işsizler gibi alt toplumsal sınıf üyesi kadınlar daha fazla sayıda doğum yapmaktadır. Alt toplumsal sınıf kadınlarının daha fazla sayıda doğum yapmaları; düşük öğrenim ve sağlık bilgisi seviyesi, ekonomik güçsüzlük ve sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan sorunlardan kaynaklanıyor olabilir.

Annenin öğrenim seviyesi ile yaptığı doğum sayısı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Öğrenim seviyesi yükseldikçe doğum sayısında azalma olmaktadır. Bu veri, TNSA 2003 (102) verilerindeki eğitimi olmayan-ilkokul bitirmemiş kadınlarda 3,65 olan toplam doğurganlık hızının, lise ve üzeri öğrenim seviyesindeki kadınlarda 1,39'a düşmesi ile uyumludur.

TNSA 2003 (102) verilerine göre doğum öncesi bakım hizmeti alamayan kadınların oranı %18,6'dır. Araştırmamızda bu oran %26,0 olarak bulunmuştur. Bu farklılık TNSA verilerinin son beş yılda yapılan doğumlara, bizim araştırmamızın verilerinin ise zaman sınırlaması olmadan son canlı doğum ile ilgili olması, 5 yıldan daha önceki doğum bilgilerini de içeriyor olmasından kaynaklanmaktadır. Bölgeler arasında doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu açısından da anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Balat bölgesinde yaşayan kadınlar Akkent bölgesinde yaşayan hemcinslerine göre daha az doğum öncesi bakım hizmeti almıştır. Her iki bölgede de en fazla doğum öncesi bakım hizmeti alınan sağlık kuruluşu özel polikliniklerdir. Balat bölgesi için, ailelerin doğuma verdikleri önem nedeniyle özel sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri ve bunun için ekonomik olanaklarını zorladıkları düşünülebilir. Eve gelen ebe ile doğum öncesi bakım hizmeti alan sekiz kişiden yedisi Balat bölgesinde yaşamaktadır. Bu hizmet Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi ebeleri tarafından verilmiştir. Merkez ebelerinin hizmet sunmadığı Akkent bölgesinde eve gelen ebe ile bakım alan bir kadın bulunmaktadır. Bu kadının evde ebe ile bakım alması ekonomik koşullarına bağlanamayacağından kişisel tercih olarak değerlendirilebilir. Doğum öncesi bakım hizmetini sağlık ocağından alanlar %11,3 oranında bulunmuştur. Türkiye'nin en önemli birinci basamak sağlık kuruluşları olan sağlık ocaklarının kullanımı çok düşük bulunmuştur. Bu durumun, Akkent bölgesinin kent merkezinde, özel sağlık kuruluşlarına yakın olması ve Balat bölgesinin sağlık hizmetine ulaşmada sıkıntı yaşamasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Doğumun yapıldığı yer açısından da bölgeler arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Balat bölgesinde yaşayan kadınların %71,8 i kamu kurumlarında, Akkent bölgesindeki kadınların ise %47,0'si kamu ve %45,4'ü özel kurum/kuruluşlarda doğumlarını gerçekleştirmiştir. TNSA 2003 (102) verilerine göre Bursa'nın da içinde olduğu Doğu Marmara bölgesinde, kadınların %80,0'i kamu ve %12,0'si özel sektöre ait kurum/kuruluşlarda doğum yapmaktadır. Balat bölgesinde % 28,2 oranında evde doğuma karşılık TNSA 2003 verilerine göre Doğu Marmara bölgesinde bu oran %5,8'dir. Balat ve Akkent bölgelerine ilişkin veriler ile TNSA verileri arasındaki farklılık; Akkent bölgesinin

sosyoekonomik düzeyinin sınırları içinde yer aldığı Bursa'nın gelişmişlik düzeyinden daha iyi Balat bölgesinin ise daha kötü olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Türkiye'nin de üyesi olduğu DSÖ Avrupa Bölgesinde herkes için sağlık politikası taslağı hedef 2'de 2020 yılına kadar sosyoekonomik gruplar arasında sağlık düzeyi farkının en azından dörtte bir oranında azaltılması gerektiği belirtilmektedir. Bu hedef için özellikle yaşam beklentisi farklılığının %25 azaltılması, sakatlık, morbidite ve mortalite göstergelerinin eşitlenmesi, gelir düzeyi farklılıkları, eğitim ve iş olanaklarına ulaşmanın düzeltilmesi, yoksulluk içinde yaşayan nüfus oranının azaltılması vurgulanmaktadır (57). Sağlıkta eşitsizliğin hedef doğrultusunda düzeltilmesi, sağlıkta eşitsizliğin saptanmasını ve izlenmesini zorunlu kılmaktadır. Türkiye'de yapılmış az sayıdaki çalışma yol gösterici olsa da yeterli değildir. Sağlıkta eşitsizliğin saptanmasına ve değişiminin izlenmesine olanak tanıyacak ulusal veri tabanına gereksinim duyulmaktadır.

Kanada'nın 10 kırsal ve 53 kentsel bölgesi ile ABD'nin 50 kırsal ve 282 kentsel bölgesinde yapılan ve ölüm ile gelir eşitsizliği ilişkisini inceleyen araştırmada; ABD'de gelir eşitsizliği ile ölüm oranları arasında sıkı bir ilişki bulunmasına karşın bu ilişki Kanada'da bulunamamıştır (112). Araştırmacılar, bu iki ülke arasındaki farkın Kanada'da sağlık hizmetinin kamu hizmeti olarak sunulması ve ulaşılabilir olmasından kaynaklanabileceğini belirtmiştir. Bu çalışmanın da gösterdiği gibi sağlık hizmetinin, kamu hizmeti olarak planlanması sağlıkta eşitsizlikleri azaltan önemli politik bir tercihtir ve akıllı, adil politik yatırımlar toplumları sağlıkta eşitliğe ulaşma hedefine yaklaştırmaktadır.

Uygulanan sağlık politikası ve sağlık hizmetinin sunum şekli, sağlıkta eşitliği sağlamaya katkısı ya da tam tersi eşitsizliğe zemin hazırlayabilmesi açısından önemlidir. Uygulanan sistem ne olursa olsun, risk altındaki gruplara eşit olmayan şekilde, ayrıcalıklı olarak sunulacak sağlık hizmeti, gittikçe daha iyileşen ve iyileşmesi istenen avantajlı grupların sağlık seviyesi ile aralarındaki eşitsizliği azaltacaktır. Sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik açısından yeterli düzeyde sunuluyor olması bu hizmete ulaşılabilirliği sağlamadığından, tek başına sağlık hizmeti sunumundaki eşitliği sağlamaya yetmemektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitliği sağlamanın en önemli koşulu sağlık hizmetlerinin her yerde, her zaman ve herkes için eşit kalitede ulaşılabilir kılınmasına bağlıdır. Bunun gereği olarak, finansmanın en eşitlikçi yol olan genel bütçeden sağlanması ve hizmet sunumunun rekabete değil, sosyal dayanışmaya uygun olarak düzenlenmesi gereklidir. Sağlık hizmetleri bu koşulların sağlanması durumunda bile tek başına sağlıkta eşitliği sağlama hedefi için yeterli olmamakta, sağlıkta

eşitsizliklerin belirleyicilerinden olan düşük gelir ve gelir dağılımındaki adaletsizlik, çalışma ve yaşam koşullarının kötülüğü, yoksulluk ve işsizlik ile de savaşılmamasını gerekli kılmaktadır. Bu hali ile sağlıkta eşitsizliklerin düzeltilmesi yalnız sağlık çalışanlarının ve sağlık sektörünün sorunu olmaktan uzaktır. Sağlıkta eşitsizlik, bireylerin ve toplumun sağlığını olumsuz etkileyen, ahlaki boyutu olan sosyal, politik, kültürel ve ekonomik toplumsal bir sorundur.

Eşitsizliğin etkilerini daha belirgin olarak yaşayan alt toplumsal sınıflar bu sınıfsal farklılıklarının ve bu farklılıkların yaşamlarındaki etkilerinin ayırıcısına varamamıştır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bireyler yaşadıkları olumsuzluklarda ya kendilerini suçlamakta ya da ilahi gücün takdiri olarak kabullenmekte, toplumsal düzene ilişkin sorgulama yapmamaktadır. Toplumlarda yaşanan eşitsizliklerin temel kaynağı, toplumdaki sınıflar arası farklılıklardır. Toplumsal sınıf farklılıklarının, başta sağlık durumları olmak üzere sınıf üyelerinin yaşamlarının her alanına yansımaları beklenen bir sonuçtur.



SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER ARAŞTIRMASI (AİLE REİSİ BİLGİ FORMU)

Tel :

Tarih :

1. Mahalle :
2. Kişinin aile içi konumu : 1) Aile Reisi 2) AR Eşi 3) Çocuk 4) Anne-Baba 5) Diğer :
3. Yaş :
4. Cinsiyet : 1) Erkek 2) Kadın
5. Doğum Yeri :
6. Eğitim Durumu
 - 1) Okur-yazar değil 4) Ortaokul 7) Meslek Lisesi 10) Master
 - 2) Okur-yazar 5) İlköğretim 8) 2 yıllık yüksek okul 11) Doktora
 - 3) İlkokul 6) Lise 9) Üniversite
7. Medeni durum:
 - 1) Bekar 3) Dul (eşi ölmüş) 5) Eşinden ayrı yaşıyor
 - 2) Evli 4) Boşanmış
8. Mesleğiniz :
9. İşinizdeki durumunuz nedir?
 - 1) İşsiz ise ne kadar süredir işsiz : (14. soruya geçiniz.)
 - 2) Emekli çalışmıyor (13.soruya geçiniz)
 - 3) Emekli çalışıyor
 - 4) Ücretli/aylıklı kamu çalışanı işçi statüsü
 - 5) Ücretli/aylıklı kamu çalışanı memur statüsü
 - 6) Ücretli/aylıklı özel sektör çalışanı
 - 7) Ücretsiz aile işçisi
 - 8) Kendi hesabına çalışıyor, yanında işçi çalışıyor
 - 9) Kendi hesabına müşterek, yanında işçi çalışıyor
 - 10) İş buldukça/mevsimlik çalışıyor
 - 11) Öğrenci (12.soruya geçiniz)
 - 12) Ev hanımı (12.soruya geçiniz)
 - 13) Diğer :
- Toplumsal Sınıf :
10. Asıl işiniz; kafa emeği ile mi kol emeği ile mi yapılıyor?
 - 1) Kafa emeği 2) Kol emeği 3) Kafa ve kol emeği
11. İşinizde yöneticilik göreviniz var mı?
 - 1) Hayır 2) Evet
12. Son 15 gün içinde asıl işinize ek olarak, gelir getiren bir işte çalıştınız mı?
 - 1) Hayır 2) Evet

13. Asıl ve ek işlerinizden kazandığınız toplam aylık ücret/maaşınız ne kadar ?

:TL Euro

14. Haneye gelir getiren kişi sayısı : ...

15. Çalışılan iş/işler dışında son 12 ay içinde aileye gelir sağladınız mı?

- 1) Hayır (17. soruya geçin)
- 2) Evet faiz geliri
- 3) Evet kar payı
- 4) Evet kira geliri
- 5) Diğer (.....)

16. Çalışılan iş/işler dışında son 12 ay içinde aileye sağladığınız gelir ne kadar?

: TL Euro

Toplam Aile Geliri : TL Euro

17. Kaç yıldır Bursa'da yaşıyorsunuz ?

- 1) Sürekli (20.soruya geçiniz)
- 2) yıl

18. Daha önce nerede yaşıyordunuz? 1) İl, düzenli yerleşim 2) İl, gecekondur

- 3) İlçe, düzenli yerleşim
- 4) İlçe, gecekondur
- 5) Köy-mezra

19. Daha önce yaşadığınız yerde kaç yıl yaşadınız? : yıl

20. Sağlıkla ilgili sosyal güvence durumu :

- 1) Sosyal güvencem yok
- 2) SSK
- 3) Emekli Sandığı
- 4) Bağ-Kur
- 5) Devlet Memuru
- 6) Yeşil Kart
- 7) Özel Sigorta
- 8) Diğer :

21. Geçim sıkıntısı çekiyor musunuz?

- 1) Hayır
- 2) Evet

22. Ekonomik nedenlerle okula gönderemediğiniz çocuğunuz var mı?

- 1) Hayır
- 2) Evet

23. Hanede 15 yaşın altında olup, çalışan çocuk var mı?

- 1) Hayır
- 2) Evet

24. Yaşadığınız konutun mülkiyet durumu nedir?

1. Aileden kalma kendisinin
2. Kendisi satın almış
3. Kira ödüyor (Kira bedeli aylık :)
4. Kira ödemedi oturuyor
5. Hisseli sahip
6. Lojman (Kira bedeli aylık :)
7. Diğer :)

25. Konutunuzda kaç oda var? :

26. Evde yaşayan toplam kişi sayısı :

27. Konutunuzda aşağıdaki dayanıklı tüketim mallarından hangileri var?

Dayanıklı Tüketim Malı	Yok	1 tane	2 tane	3 tane
Renkli TV				
Mikro dalga fırın				
Bulaşık Makinesi				
Video kamera				
Bilgisayar				
Klima				

28. Haneye ait özel otomobil var mı ?

0) Yok

1) Var tane

29. Her yıl düzenli olarak yaşadığınız yerden ayrı bir yerde tatil yapıyor musunuz?

1) Hayır (31.soruya geçin)

2) Evet

30. Tatilinizi nerede geçirirsiniz?

1) Memleketimde

2) Tatil bölgelerinde

3) Diğer :

Algılanan Sağlık

31. Sağlığınızı, yaşitlarınıza göre son 1 ay içinde nasıl tanımlarsınız?

1) çok iyi

2) iyi

3) orta

4) kötü

5) çok kötü

Kısa Yeti Yitimi

Sağlık sorunlarınız son bir ay içinde aşağıdaki uğraşlarınıza engel oldu mu?

32. Son bir ay içinde; ağır eşyaları kaldırmada ya da spor yapmada sorun yaşadınız mı?

0) Hayır, hiç

1) evet, bazen, biraz

2) evet, her zaman oldukça

33. Son bir ay içinde; masa çekmek, file, çanta taşıma gibi orta güçlükteki işlerde sorun yaşadınız mı?

0) Hayır, hiç

1) evet, bazen, biraz

2) evet, her zaman oldukça

34. Son bir ay içinde; merdiven ya da yokuş çıkmada sorun yaşadınız mı?

0) Hayır, hiç

1) evet, bazen, biraz

2) evet, her zaman oldukça

35. Son bir ay içinde; eğilme-doğrulmada sorun yaşadınız mı?

0) Hayır, hiç

1) evet, bazen, biraz

2) evet, her zaman oldukça

36. Son bir ay içinde; uzun mesafe yürümede (1-2 km.) sorun yaşadınız mı?

0) Hayır, hiç

1) evet, bazen, biraz

2) evet, her zaman oldukça

37. Son bir ay içinde; yemek yemek, banyo yapmak, giyinmek ve tuvalete gitmekte sorun yaşadınız mı?

0) Hayır, hiç

1) evet, bazen, biraz

2) evet, her zaman oldukça

38. Son bir ay içinde; hobilerinizi azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı?

0) Hayır, hiç

1) evet, bazen, biraz

2) evet, her zaman oldukça

39. Son bir ay içinde; evde üzerinize düşen günlük işlerden yapamadıklarınız oldu mu?
0) Hayır, hiç 1) evet, bazen, biraz 2) evet, her zaman oldukça
40. Son bir ay içinde; kişisel sorunlarınız nedeniyle çalışma isteğinizde azalma oldu mu?
0) Hayır, hiç 1) evet, bazen, biraz 2) evet, her zaman oldukça
41. Son bir ay içinde; kişisel sorunlarınız nedeniyle evde, işte, okulda veriminiz azaldı mı?
0) Hayır, hiç 1) evet, bazen, biraz 2) evet, her zaman oldukça
42. Son bir ay içinde; arkadaşlarınız, beraber çalıştığınız kişiler ya da başkalarıyla ilişkileriniz bozuldu mu?
0) Hayır, hiç 1) evet, bazen, biraz 2) evet, her zaman oldukça

KYA puanı :

43. Son bir ay içinde; sağlık sorunlarınız nedeniyle işe, okula gidemediğiniz, günlük işlerinizi aksattığınız oldu mu?
1) Hayır 2) evetgün
44. Son bir ay içinde; sağlık sorunlarınız nedeniyle işten, okuldan erken ayrılmak zorunda kaldınız mı?
1) Hayır 2) evetgün
45. Son bir ay içinde; sağlık sorunlarınız nedeniyle gününüzü yatakta geçirmek zorunda kaldınız mı?
1) Hayır 2) evetgün

Genel Sağlık Sorgulaması

46. Son 15 gündür; uykusuzluk çekiyor musunuz?
0) Hayır, hiç çekmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden sık 1)Çok sık
47. Son 15 gündür; kendinizi zorlanmış hissediyor musunuz?
0) Hayır, hiç hissetmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden fazla
1) Her zamankinden çok daha fazla
48. Son 15 gündür; işinizde dikkatiniz nasıl?
0) Her zamankinden iyi 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az
49. Son 15 gündür; işe yaradığınızı düşünüyor musunuz?
0) Her zamankinden çok 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az
50. Son 15 gündür; sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?
0) Her zamankinden çok 0) Her zamanki kadar 1)Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az
51. Son 15 gündür; karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?
0) Hayır, hiç çekmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden sık 1) Çok sık

52. Son 15 gündür; zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?

- 0) Hayır, hiç hissetmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden sık
1) Çok sık hissediyorum

53. Son 15 gündür; mutlu musunuz?

- 0) Her zamankinden çok 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az

54. Son 15 gündür; hayattan zevk alıyor musunuz?

- 0) Her zamankinden çok 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az

55. Son 15 gündür; keyfiniz yerinde mi?

- 0) Hayır, hiç 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden kötü 1) Çok kötü

56. Son 15 gündür; kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?

- 0) Hayır, hiç kaybetmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden fazla 1) Çok fazla

57. Son 15 gündür; kendinizi değersiz olarak görüyor musunuz?

- 0) Hayır hiç görmüyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden sık 1) Çok sık

Genel Sağlık Sorgulaması puanı

Ölümler

58. Son 1 yıl içinde evinizde yaşayanlardan ölen oldu mu?

- 1) Hayır (60.soruya geçin.) 2) Evet kişi

59. Hanede ölen kişi/kişilerin ;

Yaşı	Cinsiyeti	Ölüm Nedeni-nedenleri
------	-----------	-----------------------

60. Son 1 yıl içinde hanede ölü doğum oldu mu?

- 1) Hayır 2) Evet

Hastalıklar

61. Hanede özür, sakat ya da engelli olan kimse var mı?

- 1) Hayır (63.soruya geçin) 2) Evetkişi

62. Özür, sakat ya da engellinin;

Yaşı	Cinsiyeti	Türü	Nedeni
------	-----------	------	--------

63. Teşhis edilmiş kronik (uzun süren, iyileşmeyen) hastalığınız ve bu hastalığa karşı ilaç kullanma durumunuz nedir?

Şeker Hastalığı	
Kalp Hastalığı	
Hipertansiyon	
Kronik Akciğer Hastalıkları (Astm, KOAH, Meslek Hast.)	
Nörolojik Hastalıklar (Demans, Felç, Epilepsi, Migren)	
Kas-iskelet Hastalıkları (Osteoartrit, RA, Gut, Osteoporoz)	
Kanserler	

64. Son 1 yıl içinde hastanede yattınız mı?

- 1) Hayır 2) Evet :gün

65. Son 1 yıl içinde diş hekimine tedavi oldunuz mu?

- 1) Hayır 2) Evet

66. Hastalandığınızda sağlık hizmetini genel olarak nereden alıyorsunuz?

- 1) Sağlık Ocağı
2) Belediye Sağlık Merkezi
3) Devlet Hastanesi
4) SSK
5) Özel Hastane
6) Özel Poliklinik
7) Kurum Hekimliği
8) Tıp Fakültesi
9) Özel Muayenehane
10) Sürekli hizmet aldığı belli bir kurum yok (Anketi bitirin.)
11) Diğer :

67. Sağlık hizmeti aldığınız bu kuruluşu neden tercih ediyorsunuz?

- a) Parasız olduğu için
b) Ucuz olduğu için
c) Bağlı olduğum sosyal güvence kurumu olduğu için
d) İlgilenildiği/güvendiğim için
e) Parasız ve bağlı olduğum sosyal güvence kurumu olduğu için (a+c)
f) Parasız olduğu ve ilgilenildiği/güvendiğim için (a+d)
g) Ucuz olduğu ve ilgilenildiği/güvendiğim için (b+d)
h) Diğer: **Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederim.**

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER ARAŞTIRMASI (EŞ BİLGİ FORMU)

Tel :

Tarih :

1. Mahalle :
2. Kişinin aile içi konumu : 1) Aile Reisi 2) AR Eşi 3) Çocuk 4) Anne-Baba 5) Diğer :
3. Yaş :
4. Cinsiyet : 1) Erkek 2) Kadın
5. Doğum Yeri :
6. Eğitim Durumu
 - 1) Okur-yazar değil 4) Ortaokul 7) Meslek Lisesi 10) Master
 - 2) Okur-yazar 5) İlköğretim 8) 2 yıllık yüksek okul 11) Doktora
 - 3) İlkokul 6) Lise 9) Üniversite
8. Mesleğiniz :
9. İşinizdeki durumunuz nedir?
 1. İşsiz ise ne kadar süredir işsiz : (14. soruya geçiniz.)
 2. Emekli çalışmıyor (13.soruya geçiniz)
 3. Emekli çalışıyor
 4. Ücretli/aylıklı kamu çalışanı işçi statüsü
 5. Ücretli/aylıklı kamu çalışanı memur statüsü
 6. Ücretli/aylıklı özel sektör çalışanı
 7. Ücretsiz aile işçisi
 - 8) Kendi hesabına çalışıyor, yanında. işçi çalışıyor
 - 9) Kendi hesabına müşterek, yanında işçi çalışıyor
 - 11) İş buldukça/mevsimlik çalışıyor
 - 11) Öğrenci (12.soruya geçiniz)
 - 13) Ev hanımı (12.soruya geçiniz)
 - 13) Diğer :

Toplumsal Sınıf :

10. Asıl işiniz; kafa emeği ile mi kol emeği ile mi yapılıyor?
 - 1) Kafa emeği 2) Kol emeği 3) Kafa ve kol emeği
11. İşinizde yöneticilik göreviniz var mı?
 - 1) Hayır 2) Evet
12. Son 15 gün içinde asıl işinize ek olarak, gelir getiren bir işte çalıştınız mı?
 - 1) Hayır 2) Evet
13. Asıl ve ek işlerinizden kazandığınız toplam aylık ücret/maaşınız ne kadar ?
: TL Euro

15. Çalışılan iş/işler dışında son 12 ay içinde aileye gelir sağladınız mı?

- 1) Hayır (17. soruya geçin)
- 2) Evet faiz geliri
- 3) Evet kar payı
- 4) Evet kira geliri
- 5) Diğer (.....)

16. Çalışılan iş/işler dışında son 12 ay içinde aileye sağladığınız gelir ne kadar?

: TL Euro

Toplam Aile Geliri : TL Euro

17. Kaç yıldır Bursa'da yaşıyorsunuz ?

- 1) Sürekli (20.soruya geçiniz)
- 2) yıl

18. Daha önce nerede yaşıyordunuz? 1) İl, düzenli yerleşim 2) İl, gecekondu

- 3) İlçe, düzenli yerleşim
- 4) İlçe, gecekondu
- 5) Köy-mezra

19. Daha önce yaşadığınız yerde kaç yıl yaşadınız? : yıl

20. Sağlıkla ilgili sosyal güvence durumu :

- 1) Sosyal güvencem yok
- 2) SSK
- 3) Emekli Sandığı
- 4) Bağ-Kur
- 5) Devlet Memuru
- 6) Yeşil Kart
- 7) Özel Sigorta
- 8) Diğer :

21. Geçim sıkıntısı çekiyor musunuz?

1. Hayır
- 2) Evet

Algılanan Sağlık

31. Sağlıkınızı, yaşitlarınıza göre son 1 ay içinde nasıl tanımlarsınız?

- 1) çok iyi
- 2) iyi
- 3) orta
- 4) kötü
- 5) çok kötü

Kısa Yeti Yitimi

Sağlık sorunlarınız son bir ay içinde aşağıdaki uğraşlarınıza engel oldu mu?

32. Son bir ay içinde; ağır eşyaları kaldırmada ya da spor yapmada sorun yaşadınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

33. Son bir ay içinde; masa çekmek, file, çanta taşıma gibi orta güçlükteki işlerde sorun yaşadınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

34. Son bir ay içinde; merdiven ya da yokuş çıkmada sorun yaşadınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

35. Son bir ay içinde; eğilme-doğrulmada sorun yaşadınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

36. Son bir ay içinde; uzun mesafe yürümede (1-2 km.) sorun yaşadınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

37. Son bir ay içinde; yemek yemek, banyo yapmak, giyinmek ve tuvalete gitmekte sorun yaşadınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

38. Son bir ay içinde; hobilerinizi azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

39. Son bir ay içinde; evde üzerinize düşen günlük işlerden yapamadıklarınız oldu mu?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

40. Son bir ay içinde; kişisel sorunlarınız nedeniyle çalışma isteğinizde azalma oldu mu?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

41. Son bir ay içinde; kişisel sorunlarınız nedeniyle evde, işte, okulda veriminiz azaldı mı?
0) Hayır, hiç 1) evet, bazen, biraz 2) evet, her zaman oldukça
42. Son bir ay içinde; arkadaşlarınız, beraber çalıştığınız kişiler ya da başkalarıyla ilişkileriniz bozuldu mu?
0) Hayır, hiç 1) evet, bazen, biraz 2) evet, her zaman oldukça

KYA puanı:

43. Son bir ay içinde; sağlık sorunlarınız nedeniyle işe, okula gidemediğiniz, günlük işlerinizi aksattığınız oldu mu?
1) Hayır 2) evetgün
44. Son bir ay içinde; sağlık sorunlarınız nedeniyle işten, okuldan erken ayrılmak zorunda kaldınız mı?
1) Hayır 2) evetgün
45. Son bir ay içinde; sağlık sorunlarınız nedeniyle gününüzü yatakta geçirmek zorunda kaldınız mı?
1) Hayır 2) evetgün

Genel Sağlık Sorgulaması

46. Son 15 gündür; uykusuzluk çekiyor musunuz?
0) Hayır, hiç çekmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden sık 1) Çok sık
47. Son 15 gündür; kendinizi zorlanmış hissediyor musunuz?
0) Hayır, hiç hissetmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden fazla
1) Her zamankinden çok daha fazla
48. Son 15 gündür; işinizde dikkatiniz nasıl?
0) Her zamankinden iyi 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az
49. Son 15 gündür; işe yaradığınızı düşünüyor musunuz?
0) Her zamankinden çok 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az
50. Son 15 gündür; sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?
0) Her zamankinden çok 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az
51. Son 15 gündür; karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?
0) Hayır, hiç çekmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden sık 1) Çok sık
52. Son 15 gündür; zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?
0) Hayır, hiç hissetmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden sık
1) Çok sık hissediyorum
53. Son 15 gündür; mutlu musunuz?
0) Her zamankinden çok 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az
54. Son 15 gündür; hayattan zevk alıyor musunuz?
0) Her zamankinden çok 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az
55. Son 15 gündür; keyfiniz yerinde mi?
0) Hayır, hiç 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden kötü 1) Çok kötü

56. Son 15 gündür; kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?
0) Hayır, hiç kaybetmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden fazla 1) Çok fazla
57. Son 15 gündür; kendinizi değersiz olarak görüyor musunuz?
0) Hayır hiç görmüyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden sık 1) Çok sık

Genel Sağlık Sorgulaması puanı :

63. Teşhis edilmiş kronik (uzun süren, iyileşmeyen) hastalığınız ve bu hastalığa karşı ilaç kullanma durumunuz nedir?

Şeker Hastalığı	
Kalp Hastalığı	
Hipertansiyon	
Kronik Akciğer Hastalıkları (Astm, KOAH, Meslek Hast.)	
Nörolojik Hastalıklar (Demans, Felç, Epilepsi, Migren)	
Kas-iskelet Hastalıkları (Osteoartrit, RA, Gut, Osteoporoz)	
Kanserler	

64. Son 1 yıl içinde hastanede yattınız mı?
1) Hayır 2) Evet :gün
65. Son 1 yıl içinde diş hekimine tedavi oldunuz mu?
1) Hayır 2) Evet
66. Hastalandığınızda sağlık hizmetini genel olarak nereden alıyorsunuz?
1) Sağlık Ocağı
2) Belediye Sağlık Merkezi
3) Devlet Hastanesi
4) SSK
5) Özel Hastane
6) Özel Poliklinik
7) Kurum Hekimliği
8) Tıp Fakültesi
9) Özel Muayenehane
10) Sürekli hizmet aldığı belli bir kurum yok. (Anketi bitirin.)
11) Diğer :
67. Sağlık hizmeti aldığınız bu kuruluşu neden tercih ediyorsunuz?
a) Parasız olduğu için
b) Ucuz olduğu için
c) Bağlı olduğum sosyal güvence kurumu olduğu için
d) İlgilenildiği/güvendiğim için
e) Parasız ve bağlı olduğum sosyal güvence kurumu olduğu için (a+c)
f) Parasız olduğu ve ilgilenildiği/güvendiğim için (a+d)
g) Ucuz olduğu ve ilgilenildiği/güvendiğim için (b+d)
h) Diğer :
68. Şu anda hamile misiniz?
1) Hayır (70.soruya geçin) 2) Evet
69. Gebeliğiniz nedeniyle doğum öncesi bakım hizmeti alıyor musunuz ?
1) Hayır 2) Evet
70. Bu güne kadar doğum yaptınız mı?
1) Hayır (Anketi bitiriniz) 2) Evet : tane

71. Son doğumunuzda doğum öncesi bakım hizmeti aldınız mı?
1) Hayır (73.soruya geçin) 2) Evet
72. Son doğumunuzda doğum öncesi bakım hizmetini nerden aldınız?
1) Eve ebe geldi 5) Özel muayenehane-poliklinik
2) SSK hastanesi 6) Özel hastane
3) Devlet hastanesi 7) Üniversite
4) Doğumevi 8) Sağlık ocağı
73. Son canlı doğumunuzu nerede yaptınız?
1) Evde kendi imkanları ile 6) Özel muayenehane-poliklinik
2) Eve ebe geldi 7) Özel hastane
3) SSK hastanesi 8) Üniversite
4) Devlet hastanesi 9) Diğer :
5) Doğumevi
74. Yaşanılan konut tipi (*Anketi dolduran kişinin gözlemi sonucu doldurulacak*)
1) Lüks konut (villa, yalı) 5) Apartman dairesi bodrum kat
2) Müstakil eski yapı 6) Gece kondu
3) Müstakil yeni yapı 7) Diğer :
4) Apartman dairesi normal kat

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederim.

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER ARAŞTIRMASI (HANE HALKI BİLGİ FORMU)

Tel :

Tarih :

1) Mahalle :

2) Kişinin aile içi konumu : 1) Aile Reisi 2) AR Eşi 3) Çocuk 4) Anne-Baba 5) Diğer :

3) Yaş :

4) Cinsiyet : 1) Erkek 2) Kadın

5) Doğum Yeri :

6) Eğitim Durumu

1) Okur-yazar değil 4) Ortaokul 7) Meslek Lisesi 10) Master

2) Okur-yazar 5) İlköğretim 8) 2 yıllık yüksek okul 11) Doktora

3) İlkokul 6) Lise 9) Üniversite

8. Mesleğiniz :

9. İşinizdeki durumunuz nedir?

1. İşsiz ise ne kadar süredir işsiz : (14. soruya geçiniz.)

2. Emekli çalışmıyor (13.soruya geçiniz)

3. Emekli çalışıyor

4. Ücretli/aylıklı kamu çalışanı işçi statüsü

5. Ücretli/aylıklı kamu çalışanı memur statüsü

6. Ücretli/aylıklı özel sektör çalışanı

7. Ücretsiz aile işçisi

8. Kendi hesabına çalışıyor, yanında işçi çalışıyor

9. Kendi hesabına müşterek, yanında işçi çalışıyor

10. İş buldukça/mevsimlik çalışıyor

11. Öğrenci (12.soruya geçiniz)

12. Ev hanımı (12.soruya geçiniz)

13. Diğer :

Toplumsal Sınıf :

10) Asıl işiniz; kafa emeği ile mi kol emeği ile mi yapılıyor?

1) Kafa emeği 2) Kol emeği 3) Kafa ve kol emeği

11. İşinizde yöneticilik göreviniz var mı?

1) Hayır 2) Evet

12. Son 15 gün içinde asıl işinize ek olarak, gelir getiren bir işte çalıştınız mı?

1) Hayır 2) Evet

13. Asıl ve ek işlerinizden kazandığınız toplam aylık ücret/maaşınız ne kadar ?

: TL Euro

15. Çalışılan iş/işler dışında son 12 ay içinde aileye gelir sağladınız mı?

1. Hayır (17. soruya geçin)
2. Evet faiz geliri
3. Evet kar payı
4. Evet kira geliri
5. Diğer (.....)

16. Çalışılan iş/işler dışında son 12 ay içinde aileye sağladığınız gelir ne kadar?

: TL Euro

Toplam Aile Geliri : TL Euro

17. Kaç yıldır Bursa'da yaşıyorsunuz ?

- 1) Sürekli (20. soruya geçiniz)
- 2) yıl

18. Daha önce nerede yaşıyordunuz? 1) İl, düzenli yerleşim 2) İl, gecekond

- 3) İlçe, düzenli yerleşim
- 4) İlçe, gecekond
- 5) Köy-mezra

19. Daha önce yaşadığınız yerde kaç yıl yaşadınız? : yıl

20. Sağlıkla ilgili sosyal güvence durumu :

- 1) Sosyal güvencem yok
- 2) SSK
- 3) Emekli Sandığı
- 4) Bağ-Kur
- 5) Devlet Memuru
- 6) Yeşil Kart
- 7) Özel Sigorta
- 8) Diğer :

21. Geçim sıkıntısı çekiyor musunuz?

- 1) Hayır
- 2) Evet

Algılanan Sağlık

31. Sağlıkınızı, yaşitlarınıza göre son 1 ay içinde nasıl tanımlarsınız?

- 1) çok iyi
- 2) iyi
- 3) orta
- 4) kötü
- 5) çok kötü

Kısa Yeti Yitimi

Sağlık sorunlarınız son bir ay içinde aşağıdaki uğraşlarınıza engel oldu mu?

32. Son bir ay içinde; ağır eşyaları kaldırmada ya da spor yapmada sorun yaşadınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

33. Son bir ay içinde; masa çekmek, file, çanta taşıma gibi orta güçlükteki işlerde sorun yaşadınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

34. Son bir ay içinde; merdiven ya da yokuş çıkmada sorun yaşadınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

35. Son bir ay içinde; eğilme-doğrulmada sorun yaşadınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

36. Son bir ay içinde; uzun mesafe yürümede (1-2 km.) sorun yaşadınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

37. Son bir ay içinde; yemek yemek, banyo yapmak, giyinmek ve tuvalete gitmekte sorun yaşadınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

38. Son bir ay içinde; hobilerinizi azaltmak ya da bırakmak zorunda kaldınız mı?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

39. Son bir ay içinde; evde üzerinize düşen günlük işlerden yapamadıklarınız oldu mu?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

40. Son bir ay içinde; kişisel sorunlarınız nedeniyle çalışma isteğinizde azalma oldu mu?

- 0) Hayır, hiç
- 1) evet, bazen, biraz
- 2) evet, her zaman oldukça

41. Son bir ay içinde; kişisel sorunlarınız nedeniyle evde, işte, okulda veriminiz azaldı mı?
0) Hayır, hiç 1) evet, bazen, biraz 2) evet, her zaman oldukça

42. Son bir ay içinde; arkadaşlarınız, beraber çalıştığınız kişiler ya da başkalarıyla ilişkileriniz bozuldu mu?
0) Hayır, hiç 1) evet, bazen, biraz 2) evet, her zaman oldukça

KYA puanı :

43. Son bir ay içinde; sağlık sorunlarınız nedeniyle işe, okula gidemediğiniz, günlük işlerinizi aksattığınız oldu mu?
1) Hayır 2) evet gün

44. Son bir ay içinde; sağlık sorunlarınız nedeniyle işten, okuldan erken ayrılmak zorunda kaldınız mı?
1) Hayır 2) evet gün

45. Son bir ay içinde; sağlık sorunlarınız nedeniyle gününüzü yatakta geçirmek zorunda kaldınız mı?
1) Hayır 2) evet gün

Genel Sağlık Sorgulaması

46. Son 15 gündür; uykusuzluk çekiyor musunuz?
0) Hayır, hiç çekmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden sık 1) Çok sık

47. Son 15 gündür; kendinizi zorlanmış hissediyor musunuz?
0) Hayır, hiç hissetmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden fazla
1) Her zamankinden çok daha fazla

48. Son 15 gündür; işinizde dikkatiniz nasıl?
0) Her zamankinden iyi 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az

49. Son 15 gündür; işe yaradığınızı düşünüyor musunuz?
0) Her zamankinden çok 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az

50. Son 15 gündür; sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?
0) Her zamankinden çok 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az

51. Son 15 gündür; karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?
0) Hayır, hiç çekmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden sık 1) Çok sık

52. Son 15 gündür; zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?
0) Hayır, hiç hissetmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden sık
1) Çok sık hissediyorum

53. Son 15 gündür; mutlu musunuz?
0) Her zamankinden çok 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az

54. Son 15 gündür; hayattan zevk alıyor musunuz?
0) Her zamankinden çok 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden az
1) Her zamankinden çok daha az

55. Son 15 gündür; keyfiniz yerinde mi?
0) Hayır, hiç 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden kötü 1) Çok kötü

56. Son 15 gündür; kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?
0) Hayır, hiç kaybetmiyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden fazla 1) Çok fazla

57. Son 15 gündür; kendinizi değersiz olarak görüyor musunuz?
0) Hayır hiç görmüyorum 0) Her zamanki kadar 1) Her zamankinden sık 1) Çok sık

Genel Sağlık Sorgulaması puanı :

63. Teşhis edilmiş kronik (uzun süren, iyileşmeyen) hastalığınız ve bu hastalığa karşı ilaç kullanma durumunuz nedir?

Şeker Hastalığı	
Kalp Hastalığı	
Hipertansiyon	
Kronik Akciğer Hastalıkları (Astm, KOAH, Meslek Hast.)	
Nörolojik Hastalıklar (Demans, Felç, Epilepsi, Migren)	
Kas-iskelet Hastalıkları (Osteoartrit, RA, Gut, Osteoporoz)	
Kanserler	

64. Son 1 yıl içinde hastanede yattınız mı?
1) Hayır 2) Evet :gün

65. Son 1 yıl içinde diş hekimine tedavi oldunuz mu?
1) Hayır 2) Evet

66. Hastalandığınızda sağlık hizmetini genel olarak nereden alıyorsunuz?
1) Sağlık Ocağı
2) Belediye Sağlık Merkezi
3) Devlet Hastanesi
4) SSK
5) Özel Hastane
6) Özel Poliklinik
7) Kurum Hekimliği
8) Tıp Fakültesi
9) Özel Muayenehane
10) Sürekli hizmet aldığı belli bir kurum yok (Anketi bitirin.)
11) Diğer :

67. Sağlık hizmeti aldığınız bu kuruluşu neden tercih ediyorsunuz?
a. Parasız olduğu için
b. Ucuz olduğu için
c. Bağlı olduğum sosyal güvence kurumu olduğu için
d. İlgilenildiği/güvendiğim için
e. Parasız ve bağlı olduğum sosyal güvence kurumu olduğu için (a+c)
f. Parasız olduğu ve ilgilenildiği/güvendiğim için (a+d)
g. Ucuz olduğu ve ilgilenildiği/güvendiğim için (b+d)
h. Diğer :

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. WHO : Basic Documents of the World Health Organization, 26th Ed., Geneva, page 1, 1976,
2. ÖZTEK Z. Sağlıkta Kavramlar. Yeni Türkiye, 39:294-298, 2001.
3. Uz MH. Sağlık Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü'nün Tanımı Üzerine Düşünceler. Yeni Türkiye, 39:321-322, 2001.
4. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, Madde : 56.
5. NAVARRO V. Health and equity in the world in the era of globalization. International journal of health services, 29(2):215-26, 1999.
6. Health inequalities in Britain: Continuing increases up to the end of the 20th Century. (İngiltere'de Sağlık Eşitsizlikleri: 20. Yüzyılın Sonuna Kadar Sürekli Artış. Çeviren : BELEK İ, Toplum ve Hekim 5: 348-349, 2002.
7. MİLLS C. Equity and Health: Key Issues and WHO's Role (Eşitlik ve Sağlık Anahtar Konular ve WHO'nun Rolü) Çeviren : BELEK İ, Toplum ve Hekim, 14:2, 145-149, 1999.
8. SOYER A. Türkiye'de Sağlıkta Eşitsizlikler Nereden Nereye? Neden?. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara, sayfa 3-7,2001.
9. WHO, Equity in Health and Health Care : a WHO/SIDA initiative. WHO, Geneva, page 5-13, 1996.
10. POWER C. Health and Social Inequality in Europe. British Medical Journal, 308:1153-1156, 1994.
11. WHO. Herkes İçin Sağlık'ta Yenilenmiş Strateji: 21. Yüzyıl İçin Taslak Politika. Çeviren : CİVANER M. Toplum ve Hekim, 12:81, 59-68, 1997.
12. REGİDOR E, FİSAC G, DOMİNGUEZ V, CALLE ME, NAVARRO P. Comparing Social inequalities in health in Spain : 1987 and 1995/97. Social Science & Medicine, 54: 1323-1332, 2002.
13. KASAPÖĞLU A. Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık. Toplumbilim Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı, 13:23-37, 2001.
14. WHITEHEAD M. The concepts and principles of equity and health (Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler). Çeviren : MARADİT H, Türk Tabipleri Birliği, Ankara, sayfa 5-26, 1992.

15. YNGWEA M, DIDERICHSEN F, WHITEHEAD M, HOLLAND P, BURSROM B.. The role of income differences in explaining social inequalities in self rated health in Sweden and Britain. *J. Epidemiol Community Health*, 55:556-561, 2001.
16. DEDEOĞLU N. Herkese Eşit Sağlık, Toplum ve Hekim, Türk Tabipleri Birliği, Nisan:2-3, 1993.
17. PUCKET KE, PEARL M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes :critical review. *J. Epidemiol Community Health*, 55:111-122, 2001.
18. GAKIDOU E, MURRAY CJL, FRENK J. A Framework for Measuring Health Inequality. Editörler: MURRAY CJL, EVANS DB. *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism*, World Health Organisation, page 471-484, 2003.
19. BOSSUYT N, GADEYNE S, DEBOOSERE P, OYEN HV. Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium. *The Royal Institute of Public Health*, 118 : 3-10, 2004.
20. LEHMANN P, MAMBOURY C, MINDER CE. Health and Social Inequalities in Switzerland. *Social Science&Medicine*, 31 : 369-386, 1990.
21. COBURN D. Beyond the Income Inequality hypothesis; class, neoliberalism and health inequalities, *Social Science&Medicine* 58: 41-56, 2004.
22. CHAPMAN PH. Housing and inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56:645-646, 2002.
23. MARMOT M, WILKINSON R. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *British Medical Journal*, 322 : 1233-1236, 2001.
24. BARTLEY M. Health Inequalities in France. *International Journal Epidemiology*, 30: 628-631, 2001.
25. KAWACHI I, KENNEDY BP. Socioeconomic determinants of health: Health and social cohesion:why care about income inequality?. *BMJ*, 314:1037, 1997.
26. WILKINSON R, MARMOT M. Social determinants of health:the solid facts. WHO Regional Office for Europe, Denmark, page 3-33, 2003.
27. ADLER N, OSTROVE J. Socioeconomic status and health : what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896:3-15, 1999.
28. GORIN SH. İnequality in health: İmplication for social work. *Health&Social Work*, 25:270-276, 2000.

29. KAWACHI, I. Social Capital, income inequality and mortality. *American Journal of Public Health* 87, 1491-1498.
30. BRUNNER E. 1997 Socioeconomic determinants of health. *British Medical Journal*, 314. 1472
31. WILKINSON RG. Income distribution and life expectancy. *BMJ* 304:165-168, 1992.
32. TURNER B. Capitalism, Class and Illness. *Kapitalizm, Sınıf ve Hastalık*. Çeviren:DİKMEN A, *Toplumbilim*, 13:109-118, 2001.
33. MACKENBACH JP, KUNST AE. Measuring Socioeconomic Inequalities in Health. WHO Regional Office For Europe, Copenhagen, EUR/ICPRPD 416, 1995.
34. WOLFSON M, KAPLAN G, LYNCH J, ROSS N, BACKLUND E. Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration 1999 *British Medical Journal* 9; 319, 953-957, 1999.
35. SACKER A, FİRTH D, FİTZPATRİCK R, LYNCH K, BARTLEY M. Comparing health inequality in men and women:prospective study of mortality. 1986-96, *British Medical Journal*, 320 :1303-1307, 2000.
36. MACKENBACH J, KUNST AE, CAVELAARS AEJM, GROENHOF F, GEURTS JJM, THE EU WORKING GROUP ON SOCIOECONOMIC INEQUALITIES IN HEALTH. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, 349 :1655-1659, 1997.
37. SMITH GD, HART C, BLANE D, GİLLİS C, HAWTHORNE V. Lifetime Socioeconomic Position and Mortality : Prospective Observational Study. *BMJ*, 314 : 547, 1997.
38. SUNDQUIST J, JOHANSSON S. Indicators of socio-economic position and their relation to mortality in Sweden. *Social Science Medicine.*, 45: 1757-1766, 1997.
39. LYNCH JW, SMITH GD, KAPLAN GA, HOUSE JS. Income inequality and mortality : importance health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*, 320: 1200-1204, 2000.
40. WAGSTAFF A. Socioeconomic inequalities in child mortality comparisons across nine developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, page 19-29, 2000.
41. BROCKERHOFF M, HEWETT P. İnequality of child mortality among ethnic groups in sub-saharan Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, page 30-41, 2000.
42. ANSON O, SUN S. Health inequalities in rural China: evidence from HeBei Province. *Health&Place* 10:75-84, 2004.

43. LAHELMA E, VALKONEN T. Health and Social Inequities in Finland and Elsewhere. *Social Science&Medicine*, 31: 257-265, 1990.
44. WAGSTAFF A. Poverty and Health. Commission on Macroeconomics and health , Paper no. WG1:5, 2001.
45. EACHUS J, CHAN P, PEARSON N, PROPPER C, SMITH GD. An additional dimension to health inequalities: disease severity and socioeconomic position. *J. Epidemiol Community Health*, 53: 603-611, 1999.
46. MARMOT M. The Influence of Income on Health : Views of an Epidemiologist. *Health Affairs*, 21 :31-46, 2002.
47. ÖNGEN T. Eşitsizliğin Sınıfsal Temelleri. *Toplum ve Hekim*, 13 : 91-92, 1998.
48. ŞENEL A. Eşitlik Eşitsizlik Üstüne Tarihimsi Gezintiler-Felsefemsi Esintiler. *Toplum ve Hekim*, 13:83-90, 1998.
49. MACHIAVELLI N, The Prince (Hükümdar). Şule Yayınları, İstanbul, 1997.
50. MORE T. Utopia (Utopia). Çeviren :GÜNYOL V, EYUBOĞLU S, URGAN M. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, 2. Baskı, İstanbul, 2000.
51. TURNER B. Equality (Eşitlik). Çeviren :ŞENER BS. Dost Kitabevi, Ankara, sayfa 20-38, 121-122, 1997.
52. ROUSSEAU JJ. İnsanlar Arasındaki Eşitsizliğin Kaynağı, Çeviren: İLERİ RN, Say Yayınları, 6. Basım, sayfa 87, 1998.
53. ÜÇKUYU Y. Sağlıkta Eşitsizliklere Nasıl Bakmalı ?. *Sağlık Toplum Siyaset*, 5: 14-22, 2001.
54. PALA K. Temel Sağlık Hizmetleriyle İlgili Uluslar arası Alma Ata Toplantısı. *Toplum ve Hekim*, 17:2, 101-106, 2002.
55. HAMZAOĞLU O. Reel Sosyalizmin Çözülüşünün İpucu: Alma Ata Bildirgesi. *Toplum ve Hekim*, 17:2, 107-110, 2002.
56. WHO 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı Çevirmenler : BERKARDA B, DERMAN U. Se-Tu Matbaacılık, İstanbul sayfa 36-38, 1982.
57. WORLD HEALTH ORGANİZATİON. Health 21 (Sağlık 21). Çeviren: ÖZTÜRK Y, GÜNAY O, AYKUT M, CEYHAN O, ÇETİNKAYA F, ÖZTÜRK A, GÜN İ, Erciyes Üniversitesi yayını No 126, Kayseri, sayfa 16-17, 2000.
58. ÇİLİNGİROĞLU N. Ekonomik Gelişme ve Sağlık Ekonomisi, *Yeni Türkiye*, 40:1594-1613, 2001.
59. ŞEREF B. Sağlık Ekonomisi- Sağlık Hizmetleri Sunumunda Maliyet Kavramı- Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye. *Yeni Türkiye*, 40: 1622-1633, 2001.

60. SOYER A: Sağlıkın Öyküsü. Sorun Yayınları, İstanbul, sayfa 286-291, 2004.
61. Dünya Sağlık Örgütü Yayını, WHO/HPR/HEP/95.1 Kasım 17-21, Ottawa, Ontario, 1986.
62. BELEK İ. Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası. 3. baskı, Sorun Yayınları, Doyuran Matbaası, İstanbul, sayfa 33-37, 2001.
63. Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 7.baskı, sayfa 384-385, 1983.
64. BELEK İ. Sınıf Sağlık Eşitsizlik, Sorun Yayınları, İstanbul, sayfa 100-147, 1998.
65. BELEK İ. Sağlıkta Eşitsizlik Kavramlar, Nedenler, Çözüm Politikaları. Toplumbilim, 13:59-70, 2001.
66. LEON DA, WALT G, GILSON L. International perspectives on health inequalities and policy. British Medical Journal, 322:591-594, 2001.
67. WILKINSON RG. Socioeconomic Determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards?. BMJ, 314:591-595, 1997.
68. ERCAN F. Toplumlar ve Ekonomiler. Sarmal Yayınevi, Kayhan Matbaası, İstanbul, sayfa 133-147, 1998.
69. BENETON Les classes sociales (Toplumsal Sınıflar). Çeviren : DİLLİ H, İletişim Yayınları, İstanbul, sayfa 12-28, 1991.
70. WOHLFARTH T, BRINK WVD. Social Classs and Substance use Disorders : the Value of Social Class as Distinct from Socioeconomic Status. Social Science & Medicine, 47:51-58, 1998.
71. EDGELL S. Class (sınıf). Çeviren : ÖZYİĞİT D, Dost Kitabevi, Ankara, sayfa 11-47, 1998.
72. BELEK İ. Antalya'da Hekimler Statü ve Sınıf Konumu Açısından Değerlendirme. Türk Tabipleri Birliği, Ankara, sayfa 18-23, 2003.
73. POWER C, MATTHEWS S. Ulusal Bir Popülasyon Örneğinde Sağlıkta Eşitsizliklerin Kaynakları. Çeviren : CİVANER M, Toplum ve Hekim, Türk Tabipleri Birliği, 16 :122-128,2001.
74. DOĞAN İ. Sosyoloji Kavramlar ve Sorunlar, 5. baskı, PeGem Yayıncılık, Ankara, sayfa 115-119, 2002.
75. GWATKİN DR. Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do?. Bulletin of the World Health Organization, 78 : 3-15, 2000.

76. GAKIDOU E, KING G. Measuring Total Health Inequality: Adding Individual Variation to Grup-Level Differences. Editörler: MURRAY CJL, EVANS DB. Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism, World Health Organisation, page 485-494, 2003.
77. DEATON A. Inequalities in Income and Inequalities in Health. National Bureau of Economic Research Working Paper 7141, 1999.
78. PALANIAPPAN L, WANG Y, FORTMAN P. Coronary heart disease mortality for six ethnic groups in California,1990-2000, Annals of Epidemiology, 14:499-506, 2004.
79. ERENGİN KH, DEDEOĞLU N. Sağlıkta Eşitsizliğin Gösterilmesi. Toplum ve Hekim, 13:2, 105-109, 1998.
80. VALKONEN T. Problems in the Measurement and International Comparisons of Socio-economic Differences in Mortality. Social Science&Medicine, 36: 409-418, 1993.
81. JAKOVLJEVIĆ D, SARTIĆ C, SIVENIUS J, TORPPA J, et al. Socioeconomic Status and Ischemic Stroke. Stroke, American Heart Association, 32: 1492, 2001.
82. BRAKER DJP, FORSEN T, UUTELA A, OSMOND C, ERİKSSON JG. Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life:longitudinal study. British Medical Journal, 323: 1273, 2001.
83. REGÍDOR E, MATEO S, CALLE ME, DOMÍNGUEZ V. Educational Level and Mortality From Infectious Diseases. Journal of Epidemiology and Community Health, 56 : 682-683, 2002.
84. SÖNMEZ M. Bölgesel Eşitsizlik, Alan Yayıncılık, Mart Matbaacılık, İstanbul, sayfa 226, 1998.
85. AKSAKOĞLU G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri, DEÜ Rektörlük Matbaası, İzmir, sayfa 40, 2001.
86. JYLHA M, GURALNİK JM, FERRUCCI L, JOKELA J, HEİKKİNEN E. Is Self-Rated Health Comparable Across Cultures and Genders?. Psychological Sciences and Social Sciences, 53:144-152, 1998.
87. KAPLAN GA, CAMACTO T. Perceived Health and Mortality : A Nine year Follow-up of the Human Population Laboratory Cohort. American Journal of Epidemiology, 117 : 292-304, 1983.
88. ERENGİN K, DEDEOĞLU N. Sağlık Ölçmenin Kolay Bir Yolu : Algılanan Sağlık. Toplum ve Hekim, 12:11-16, 1977.

89. KARTAL A, ALTUĞ ÖZSOY S. 15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Algılanan Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum, 1:29-36, 2004.
90. MARTIKAINEN P, ADDA J, FERRIE JE, SMITH G, MARMOT M. Effects of income and wealth on GHQ depression and poor self rated health in white collar women and men in the Whitehall II study. Journal Epidemiol Community Health, 57: 718-723, 2003.
91. SCOTT W. Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. The British Journal of Psychiatry, 178:222-227, 2001.
92. KILIÇ C. Genel Sağlık Anketi : Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 7: 3-9, 1996.
93. KAPLAN İ. Yarı Kırsal Alanda Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Ruhsal Bozuklukların Yeti yitimi ile İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 6 : 169-179, 1995.
94. EACHUS J, WILLIAMS M, CHAN P, SMITH GD, GRAINGE M, DONOVAN J, FRANKEL S. Deprivation and cause specific morbidity: evidence from the Somerset and Avon survey of health. BMJ, 312 : 287-292, 1996.
95. STURM R, GRESENZ CR. Relation of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. British Medical Journal, 324:1-5, 2002.
96. HOUWELING T, KUNST AE, MACKENBACH JP. Measuring Health Inequality Among Children in Developing Countries: does the Choice of the Indicator of Economic Status Matter?. International Journal for Equity in Health, 2 : 8, 2003.
97. MARMOT M, BOBAK M. International comparators and poverty and health in Europe. British Medical Journal, 321:1124-1128, 2000.
98. PIKHART H, BOBAK M, ROSE R, MARMOT M. Household item ownership and self-rated health: material and psychosocial explanations. BMC Public Health, 3: 38-44, 2003.
99. BORATAV K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri, Tarih Vakfı Yurt Yayınları, Numune Matbaacılık, İstanbul, sayfa 1-13, 1995.
100. BELEK İ. Algılanan Sağlıkta Sınıfsal ve Sosyoekonomik Eşitsizlikler Antalya'da Bir Alan Araştırması. Toplum ve Hekim, 13:292-299, 1998.
101. BELEK İ. Sınıflar; sağlık düzeyleri, sağlık hizmeti kullanımları ve yararlandıkları sağlık kurumları. Toplum ve Hekim, Ankara, 14 (1):55-67, 1999.

102. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, sayfa:17-20, 2004.
103. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi Koordinatörlüğü. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi 2004 Yılı Çalışma Raporu, Uludağ Üniversitesi Matbaası, Bursa, sayfa 23-51, 2004.
104. Türkiye İstatistik Yıllığı 2003. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, sayfa:121-137, 2004.
105. BELEK İ. Antalya'nın İki Mahallesinde Bir Araştırma : Sağlıkta Eşitsizlik ve İki Yıllık Değişim Sonuçları. Sağlık ve Toplum, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Ankara, 12:3, 32-40, 2002.
106. YARDIM MS. Ankara İli Çankaya İlçesi'nde 25 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Düzeyinde ve Sağlık Hizmet Kullanımında Sosyoekonomik Farklılıklar. Uzmanlık Tezi, Ankara, 101, 2001.
107. CHANDOLA T, BARTLEY M, WIGGINS R, SCHOFIELD P. Social Inequalities in Health by Individual and Household Measures of Social Position in a Cohort of Healthy People. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:56-62, 2003.
108. BARKER DJP, FORSEN T, UUTELA A, OSMOND C, ERİKSSON JG. Size at Birth and Resilience to Effects of Poor Living Conditions in Adult Life: Longitudinal Study. *British Medical Journal*, 323:1273, 2001.
109. MANOR O, MATTHEWS S, POWER C. Self-rated Health and Limiting Longstanding Illness: Inter-relationships With Morbidity in Early Adulthood. *International Journal of Epidemiology*, 30:600-607, 2001.
110. ERENGİN H, DEDEOĞLU N. Sağlıkta Eşitsizlik: Antalya Kent Merkezinde 15 yaş ve Üzeri Kişilerde Morbiditede Farklılıklar. *Toplum ve Hekim*, 13:140-143, 1998.
111. ŞENOL Y, BELEK İ. Antalya'nın İki Mahallesinde Bir Araştırma: Sağlıkta Eşitsizlik ve İki Yıllık Değişim Sonuçları. *Sağlık ve Toplum*, 3:32-40, 2002.
112. ROSS NA, WOLFSON MC, DUNN JR, BERTHELOT JM, KAPLAN GA, LYNCH JW. Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: Cross sectional assessment using census data and statistics. *British Medical Journal*, 320:898-902, 2000.

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı eğitimime olan katkılarından dolayı Uludağ Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın tüm öğretim üyelerine, özellikle tezin yapılması aşamasında emek ve katkılarından dolayı tez danışmanlığımı yapan Prof. Dr. Hamdi Aytekin'e ve başta eőim Çiędem olmak üzere, bana her zaman destek olan aileme teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1965 yılında Erzurum'da doğmuşum. 1972 yılında Trabzon 24 Şubat İlkokulu'nda başladığım ilk öğrenimimi, Bursa Yenişehir Tahirağa ilkokulu ve son olarak Diyarbakır Mehmetçik ilkokulunda tamamladım. Orta ve lise öğrenimimi 1976 yılında başladığım Bursa Erkek Lisesi'nde 1982 yılında tamamladım. 1982 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığım tıp eğitimimi ise 1988 yılında tamamladım. 1988-1990 yılları arasında Sivas SSK Hastanesi'nde zorunlu hizmetimi tamamladıktan sonra Bursa Osmangazi Belediye'sinde çalışmaya başladım. 1999 yılında Uludağ Üniversitesi Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı kadrosunda çalışmaya ve 2000 yılı güz döneminde Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora eğitimime başladım.