

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TOPLUMSAL TABAKALAŞMA VE SAĞLIK/HASTALIK
İLİŞKİSİ**

DOKTORA TEZİ

İhsan KUTLU

Enstitü Anabilim Dalı : Sosyoloji

Tez Danışmanı: Prof. Dr. M. Tayfun AMMAN

KASIM – 2020

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TOPLUMSAL TABAKALAŞMA VE SAĞLIK/HASTALIK
İLİŞKİSİ

DOKTORA TEZİ

İhsan KUTLU


Enstitü Anabilim Dalı : Sosyoloji

Bu çalışma Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından 2018-2-9-276 nolu proje kapsamında desteklenmiştir.

This work has been supported by Sakarya University Scientific Research Projects Coordination Unit under grant number 2018-2-9-276

“Bu tez sınavı 27/11/2020 tarihinde online olarak yapılmış olup aşağıda isimleri bulunan jüri üyeleri tarafından Oybirliği ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI
Prof. Dr. M. Tayfun AMMAN	Başarılı
Prof. Dr. Mustafa Kemal ŞAN	Başarılı
Doç. Dr. İrfan HAŞLAK	Başarılı
Doç. Dr. Lütfi SUNAR	Başarılı
Doç. Dr. Metin KILIÇ	Başarılı

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C.		Sayfa : 1/1
	SAKARYA ÜNİVERSİTESİ		
	SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ		
	TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU		
Öğrencinin			
Adı Soyadı	:	İhsan KUTLU	
Öğrenci Numarası	:	D146013003	
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sosyoloji	
Enstitü Bilim Dalı	:		
Programı	:	<input type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS	<input checked="" type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Toplumsal Tabakalaşma ve Sağlık/Hastalık İlişkisi	
Benzerlik Oranı	:	%9	
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,			
<input checked="" type="checkbox"/> Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.			
			...../...../20..... İmza
<input type="checkbox"/> Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere .....@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.			
Bilgilerinize arz ederim.			
			...../...../20..... İmza
Uygun			
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. M. Tayfun AMMAN Tarih: 06.05.2020 İmza:			
<input type="checkbox"/> KABUL EDİLMİŞTİR <input type="checkbox"/> REDDEDİLMİŞTİR EYK Tarih ve No:		Enstitü Birim Sorumlusu Onay	

ÖNSÖZ

Uzun soluklu bir gayretin ürünü olan bu çalışmada konunun belirlenmesinden araştırmanın nihayete ermesine kadar geçen tüm aşamalarda her türlü desteği veren danışman hocam Prof. Dr. M. Tayfun AMMAN'a ve ayrıca tez süreci boyunca çalışmaya olan katkılarıyla Prof. Dr. Mustafa Kemal ŞAN, Doç. Dr. İrfan HAŞLAK, Doç. Dr. Lütfi SUNAR ve Doç. Dr. Metin KILIÇ hocalarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez çalışmaları bir kişinin elinden çıkmış gibi görünse de böylesi bir işin tamamlanmasında araştırmacının ailesinin ve arkadaşlarının doğrudan ya da dolaylı katkıları bulunmaktadır. Bu vesileyle bana olan destek, sabır ve hoşgörülerinden dolayı aileme ve arkadaşlarıma minnettarım.

Buradaki bir teşekkür ifadesinin her ne kadar yeterli olmayacağını bilsem de tez sürecini benim için kolaylaştıran ve bana katlanmak durumunda kalan eşime şükranlarımı sunuyorum. Onun sabrı ve desteği olmasaydı bu çalışma ortaya çıkmazdı.

İhsan KUTLU

27.11.2020

İÇİNDEKİLER

ŞEKİL LİSTESİ	vi
GRAFİK LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xiv
GİRİŞ.....	1
1. BİRİNCİ BÖLÜM: KAVRAMSAL ve TEORİK ÇERÇEVE	10
1.1. Toplumsal Tabakalaşma	10
1.1.1. Tabakalaşmayla İlgili Temel Kavramlar	10
1.1.2. Tabakalaşma Sistemleri.....	13
1.1.3. Tabakalaşma Kuramları.....	18
1.1.4. Tabakalaşmanın Ölçümü	24
1.2. Sağlık – Hastalık ve Sosyolojik Durum	27
1.2.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları.....	27
1.2.2. Sağlık Sosyolojisi ve Sosyoloji Teorileri	33
1.2.3. Sağlık ve Hastalığı Etkileyen Faktörler.....	41
1.2.3.1. Biyolojik ve Psikolojik Faktörler	42
1.2.3.2. Çevresel ve Toplumsal Faktörler.....	45
1.2.4. Yaşam Tarzı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	65
1.2.5. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları	69
1.3. Tabakalaşma ve Sağlık/Hastalık İlişkisi.....	72
1.3.1. Dünyada Sağlıkla İlgili Göstergeler	75
1.3.2. Türkiye’de Sağlıkla İlgili Göstergeler.....	78

2. İKİNCİ BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ.....	90
2.1. Model.....	90
2.2. Teorik Yaklaşım	90
2.3. Sayıtlılar, Sorular ve Hipotezler	90
2.4. Evren ve Örneklem.....	93
2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araştırmada Kullanılan Soru Formunun Tanıtımı	100
2.6. Verilerin Toplanması ve İşlenmesi.....	102
2.7. Uygulanan Analizler ve İstatistik Testleri	102
2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	103
2.9. Araştırmanın Olanakları	103
2.10. Etik Kurul Onayı	103
3. ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR.....	104
3.1. Sosyo-Demografik Özellikler.....	104
3.2. Katılımcıların Sağlık Profili	107
3.2.1. Genel Sağlık/Hastalık Durumu.....	108
3.2.2. Koruyucu - Önleyici Faaliyetler.....	111
3.2.3. Sağlık Hizmetlerine Başvuru.....	112
3.2.4. Sağlık ve Hastalık Üzerinde Etkili Olduğu Düşünülen Sebepler.....	116
3.2.5. Sağlık Bilgisine Ulaşma	117
3.2.6. Modern Tıp Dışı Yöntemler	118
3.2.7. Sağlıkla İlgili Pratikler ve Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar	120
3.2.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	122
3.3. Türkiye’de Toplumsal Tabakalaşma (SES) ve Sağlık/Hastalık İlişkisi	123
3.3.1. Genel Sağlık/Hastalık Durumu ve SES İlişkisi.....	124
3.3.2. Koruyucu – Önleyici Faaliyetler ve SES İlişkisi.....	127

3.3.3. Sağlık Hizmetlerine Başvuru ve SES İlişkisi	128
3.3.4. Sağlık ve Hastalık Üzerinde Etkili Olduğu Düşünülen Sebepler ve SES İlişkisi	133
3.3.5. Sağlık Bilgisine Ulaşma ve SES İlişkisi.....	135
3.3.6. Modern Tıp Dışı Yöntemler ve SES İlişkisi.....	136
3.3.7. Sağlıkla İlgili Pratikler ve Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar ve SES İlişkisi	137
3.3.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve SES İlişkisi	139
3.3.9. Eğitim, Gelir, Meslek Değişkenlerine Göre Genel Sağlık Durumu.....	146
3.3.10. Temel Sağlık Göstergeleri ve SES İlişkisi	148
3.3.11. Sağlık Pratikleri ve SES İlişkisi	149
3.3.12. Modern Tıp Dışı Uygulamalar/Düşünceler ve SES İlişkisi	151
4. DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TARTIŞMA ve DEĞERLENDİRME	153
SONUÇ ve ÖNERİLER	179
KAYNAKÇA.....	182
EKLER	198
ÖZGEÇMİŞ	212

KISALTMALAR

akt.	: Aktaran
Ark.	: Arkadaşları
Bkz.	: Bakınız
CDC	: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
dB	: Desibel
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGP	: Erikson-Goldthorpe-Portocarero
ESeC	: European Socio-Economic Classification
GSA – 12	: Genel Sağlık Anketi - 12
ICD 10	: International Classification of Disease 10
ILO	: International Labour Organization
İBBS 1	: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması 1
Md.	: Madde
MSEİ	: MAYAK Mahalle Sosyoekonomik Statü İndeksi
NORC	: National Opinion Research Center
NS-SEC	: National Statistics Socio-Economic Classification
NUTS 1	: Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques 1
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SED	: Sosyoekonomik Düzey
SEG	: Socio-Economic Groups
SF – 36	: Kısa Form Sağlık Anketi
SOC	: Standart Occupational Classification
Std.	: Standart
SYBDÖ II	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

TİAK	: Televizyon İzleme Araştırmaları Kurulu
TL	: Türk Lirası
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
TÜAD	: Türkiye Araştırmacılar Derneği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSES	: Türkiye Sosyo-Ekonomik Statü Endeksi
UAVT	: Ulusal Adres Veri Tabanı
vb.	: Ve benzeri
ve diğ.	: Ve diğerleri
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
vs.	: Vesaire

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Örneklem Belirlenirken İzlenen Aşamalar	100
--	-----

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Temel Sağlık Göstergeleri ve SES İlişisini Gösteren Çoklu Uyum Analizi	149
Grafik 2: Sağlık Pratikleri ve SES İlişisini Gösteren Çoklu Uyum Analizi	150
Grafik 3: Modern Tıp Dışı Uygulamalar/Düşünceler ve SES İlişisini Gösteren Çoklu Uyum Analizi	152

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Weber'e Göre Sınıflar	20
Tablo 2: 2017 Yılı Bebek Ölüm Oranları (Ülkeler ve Bölgeler).....	76
Tablo 3: 2017 Yılı Bebek Ölüm Oranları (Gelir Düzeyleri)	76
Tablo 4: Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri (Yıl) (Ülkeler ve Bölgeler).....	77
Tablo 5: Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri (Yıl) (Gelir Düzeyleri)	78
Tablo 6: 15 Yaş Üzeri Bireylerin Son 12 Ay İçinde Yaşadığı Başlıca Hastalık/Sağlık Sorunlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (2014, 2016)	79
Tablo 7: Bireylerin Vücut Kitle İndeksinin Cinsiyete Göre Dağılımı, 2014, 2016.....	80
Tablo 8: Temel Ölümlülük Göstergeleri, 2009-2018 (Binde).....	80
Tablo 9: Bebek Ölüm Hızı (Binde)	81
Tablo 10: Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Binde)	82
Tablo 11: TNSA – 2013'ten Önceki On Yıllık Dönemde Temel Özelliklere Göre Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızları (Türkiye 2013)	83
Tablo 12: İllere ve Cinsiyete Göre Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri, 2015-2017	84
Tablo 13: Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Seçilmiş Ölüm Nedenlerinin Dağılımı (2010, 2015, 2018).....	85
Tablo 14: Hane Ortalama Geliri İle Genel Sağlık Durumu Arasındaki İlişki (2016) ...	86
Tablo 15: Eğitim Durumu ile Genel Sağlık Durumu Arasındaki İlişki (2016)	87
Tablo 16: Yaş Gruplarına Göre Genel Sağlık Durumu (2016).....	88
Tablo 17: NUTS 1 Bölgelerine Göre Genel Sağlık Durumu.....	89
Tablo 18: Türkiye'de İBBS ya da (NUTS)'a Göre Sınıflandırılmış Bölgeler.....	95
Tablo 19: Örneklemin Bölge ve İllere Dağılımı.....	96
Tablo 20: Örneklemin İl - İlçe ve Mahalle Dağılımı.....	97
Tablo 21: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Güvenilirlik Analizi Sonuçları	102

Tablo 22: Katılımcıların Genel Özellikleri (Cinsiyet, Yaş, Eğitim, Medeni Durum) .	104
Tablo 23: Yaş ve Eğitim Düzeyleri İlişkisi	105
Tablo 24: Katılımcıların Mesleki İtibar Puanları ve Gelir Durumu	106
Tablo 25: TÜSES Puanı Hesaplanabilen Katılımcıların İllere Göre Dağılımı.....	107
Tablo 26: Sağlığın Tanımlanması.....	108
Tablo 27: Öznel Sağlık Algısı	108
Tablo 28: Katılımcıların Hastalık Durumu.....	109
Tablo 29: Bedensel Ağrı Durumu.....	110
Tablo 30: Vücut Kitle İndeksi	110
Tablo 31: Hane İçi Hastalık Durumu.....	111
Tablo 32: Koruyucu ve Önleyici Faaliyetler	111
Tablo 33: Sağlık Hizmetlerine Erişim	112
Tablo 34: Sağlık Hizmetlerine Başvuru	113
Tablo 35: İlaç Kullanımı.....	114
Tablo 36: Diş Muayenesi İçin Özel Bir Merkeze Başvuru.....	114
Tablo 37: Tedavi Erteleme	115
Tablo 38: Sağlık Hizmetlerinde Mahremiyet	115
Tablo 39: Estetik Operasyon Geçirmiş Olma	115
Tablo 40: Sağlık ve Hastalıkların Sebepleriyle İlgili Görüşler	116
Tablo 41: Sağlık Bilgi Kaynakları	117
Tablo 42: Modern Tıp Dışındaki Yöntemlere İlişkin Görüşler	118
Tablo 43: Modern Tıp Dışı Yöntemleri Kullanma	120
Tablo 44: Gündelik Pratikler	121
Tablo 45: Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar	121
Tablo 46: Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II - Ölçek Puanları	122

Tablo 47: TÜSES Bulguları	123
Tablo 48: TÜSES Ölçüm Değerleri.....	123
Tablo 49: TÜSES Puanları İle Oluşturulan Tabakalar	124
Tablo 50: Genel Sağlık Durumu ve SES İlişkisi	124
Tablo 51: Hastalık Bulunma Durumu ve SES İlişkisi	125
Tablo 52: Hastalık Sayısı ve SES İlişkisi	126
Tablo 53: VKİ ve SES İlişkisi	126
Tablo 54: Koruyucu – Önleyici Faaliyette Bulunma ve SES İlişkisi	127
Tablo 55: Sağlık Hizmetlerine Erişim ve SES İlişkisi.....	128
Tablo 56: Aile Hekimliğine Başvuru ve SES İlişkisi	128
Tablo 57: Devlet Hastanelerine Başvuru ve SES İlişkisi	129
Tablo 58: Tıp Fakültesine Başvuru ve SES İlişkisi	129
Tablo 59: Özel Hastaneye Başvuru ve SES İlişkisi.....	130
Tablo 60: Özel Muayenehaneye Başvuru ve SES İlişkisi	131
Tablo 61: Geleneksel Şifacılar Başvuru ve SES İlişkisi.....	131
Tablo 62: Diş Muayenesi İçin Özel Bir Merkezden Hizmet Alma ve SES İlişkisi.....	132
Tablo 63: Mahremiyetin Önemi ve SES İlişkisi.....	132
Tablo 64: Sağlık-Hastalık Etkeni Olarak İbadet Yapmama ve SES İlişkisi.....	133
Tablo 65: Sağlık-Hastalık Etkeni Olarak Nazar Değmesi ve SES İlişkisi	134
Tablo 66: Sağlık/Hastalık Etkeni Olarak Büyü-Cin-Beddua vb. ve SES İlişkisi.....	135
Tablo 67: Sağlık Bilgi Kaynağı I ve SES İlişkisi	135
Tablo 68: Hacamat Yaptırma ve SES İlişkisi	136
Tablo 69: Tedavi Amaçlı Ot/Bitki Kullanma ve SES İlişkisi	136
Tablo 70: Hocaya Okutma ve SES İlişkisi	137
Tablo 71: Spor Yapma ve SES İlişkisi	137

Tablo 72: Diş Fırçalama ve SES İlişkisi.....	138
Tablo 73: Sigara Kullanma ve SES İlişkisi	139
Tablo 74: Alkollü İçki Kullanma ve SES İlişkisi	139
Tablo 75: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Toplam) ve SES İlişkisi....	139
Tablo 76: Toplumsal Tabakalar Arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Çoklu Karşılaştırılma Testi Sonuçları (Scheffe).....	140
Tablo 77: Sağlık Sorumluluğu ve SES İlişkisi	141
Tablo 78: Toplumsal Tabakalar Arasında Sağlık Sorumluluğu Puanlarının Çoklu Karşılaştırılma Testi Sonuçları (Scheffe)	141
Tablo 79: Fiziksel Aktivite ve SES İlişkisi	142
Tablo 80: Toplumsal Tabakalar Arasında Fiziksel Aktivite Puanlarının Çoklu Karşılaştırılma Testi Sonuçları (Scheffe)	142
Tablo 81: Beslenme ve SES İlişkisi	143
Tablo 82: Toplumsal Tabakalar Arasında Beslenme Puanlarının Çoklu Karşılaştırılma Testi Sonuçları (Scheffe).....	143
Tablo 83: Manevi Gelişim ve SES İlişkisi	144
Tablo 84: Toplumsal Tabakalar Arasında Manevi Gelişim Puanlarının Çoklu Karşılaştırılma Testi Sonuçları (LSD).....	144
Tablo 85: Kişilerarası İlişkiler ve SES İlişkisi	144
Tablo 86: Stres Yönetimi ve SES İlişkisi	145
Tablo 87: Toplumsal Tabakalar Arasında Stres Yönetimi Puanlarının Çoklu Karşılaştırılma Testi Sonuçları (Scheffe)	145
Tablo 88: Eğitim ve Genel Sağlık Durumu İlişkisi	146
Tablo 89: Gelir ve Genel Sağlık Durumu İlişkisi.....	147
Tablo 90: Meslek ve Genel Sağlık Durumu İlişkisi	148
Tablo 91: Temel Sağlık Göstergeleri ve SES İlişkisinin İncelendiği Çoklu Uyum Analizinin Özet Bilgileri	148

Tablo 92: Sağlık Pratikleri ve SES İlişkisinin İncelendiği Çoklu Uyum Analizinin Özet Bilgileri.....	150
Tablo 93: Modern Tıp Dışı Uygulamalar ve SES İlişkisinin İncelendiği Çoklu Uyum Analizinin Özet Bilgileri	151
Tablo 94: Hane Geliri ve Genel Sağlık Durumu (2014).....	207
Tablo 95: Eğitim ve Genel Sağlık Durumu (2014)	207
Tablo 96: Eğitim ve Genel Sağlık Durumu (2012)	208
Tablo 97: Gelir ve Genel Sağlık Durumu (2012).....	208
Tablo 98: Hipotez Sonuçları.....	210

Sakarya Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Özeti

Yüksek Lisans	<input type="checkbox"/>	Doktora	<input checked="" type="checkbox"/>
Tezin Başlığı: Toplumsal Tabakalaşma ve Sağlık/Hastalık İlişkisi			
Tezin Yazarı: İhsan KUTLU		Danışman: Prof. Dr. M. Tayfun AMMAN	
Kabul Tarihi: 27.11.2020		Sayfa Sayısı: XIV + 197 + 15	
Anabilim Dalı: Sosyoloji			
<p>Sağlık ve hastalık tüm insanları ilgilendiren doğrudan olgulardır ve bu çalışmada toplumsal tabakalaşma ile sağlığa/hastalığa ilişkin birtakım göstergeler arasındaki ilişkiler inceleme konusu yapılmıştır.</p> <p>Bu konu çerçevesinde ilişkisel tarama modeliyle bir çalışma gerçekleştirilmiş olup nicel veri toplama tekniklerinden yararlanılmıştır. Çalışma 18 yaş üstü kentsel Türkiye nüfusunu temsilen 12 ilde 730 haneye ulaşılarak gerçekleştirilmiştir. Oluşturulan soru formu aracılığıyla kişilerin sosyoekonomik düzeyleri ve sağlık/ hastalıklarıyla ilgili çeşitli bilgilerine ulaşılmıştır.</p> <p>Hanelerin sosyoekonomik statüleri hanedeki kişilerin eğitim, gelir ve meslek bilgilerine dayanarak TÜSES (Türkiye Sosyoekonomik Statü) ölçeği ile elde edilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ölçümünde ise Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır.</p> <p>Araştırma bulguları öncelikle betimsel istatistikler halinde sunulmuştur. Sonrasında toplumsal tabaka puanı hesaplanabilmiş olan toplam 648 hane alt-orta-üst şeklinde üç tabakaya ayrılmış ve toplumsal tabakalar ile sağlık/hastalık göstergelerinin ilişkisi ki kare ve çoklu uyum analizleriyle incelenmiştir. Toplumsal tabakalara göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının farklılaşma durumunu incelemek içinse tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.</p> <p>Uygulanan testler sonucunda toplumsal tabakalar ile sağlık/hastalık göstergeleri arasında ilişkiler olduğu ve genel olarak üst toplumsal tabakalara çıkıldıkça sağlık/hastalıkla ilgili olumlu göstergelerde artış olduğu tespit edilmiştir. Toplumsal tabakalarla sağlık/hastalık göstergeleri arasındaki bu ilişkiye dayanarak sağlık sonuçlarının toplumsal tabakalar arasında daha dengeli şekilde dağılabilmesi ve toplumsal sağlığın iyileştirilebilmesi için birtakım öneriler getirilmiştir.</p>			
Anahtar Kelimeler: Sağlık, Hastalık, Toplumsal Tabakalaşma, Sosyoekonomik Statü, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları			

Sakarya University
Institute of Social Sciences Abstract of Thesis

Master Degree	<input type="checkbox"/>	Ph.D.	<input checked="" type="checkbox"/>
Title of Thesis: Relationship of Social Stratification and Health/Disease			
Author of Thesis: İhsan KUTLU		Supervisor: Prof. Dr. M. Tayfun AMMAN	
Accepted Date: 27.11.2020		Number of Pages: XIV + 197 + 15	
Department: Sociology			
<p>Health and disease are phenomena that concern all people directly and in this study, the relationship between social stratification and some indicators related to health/disease has been examined.</p> <p>Within the framework of this subject, a study was carried out with the relational screening model and quantitative data collection techniques were used. The study was carried out by reaching 730 households in 12 provinces representing the urban population of Turkey over the age of 18. Various information about the socioeconomic levels and health/diseases was obtained through the questionnaire created.</p> <p>The socioeconomic status of households was obtained by the TÜSES scale based on the education, income, and professional information of the households. Healthy lifestyle Behavior Scale II was used to measure healthy lifestyle behavior.</p> <p>Research findings are presented primarily as descriptive statistics. Afterward, a total of 648 households, whose social stratum scores could be calculated, were divided into three strata as lower-middle-upper, and the relationship between social strata and health/disease indicators was analyzed using chi-square and multiple correspondance analyzes. One-way ANOVA was used to examine the differentiation of healthy lifestyle behaviors according to social strata.</p> <p>As a result of the tests, it has been determined that there are relations between social strata and health/disease indicators and that positive indicators related to health/disease increase as the upper social strata generally increase. Based on this relationship between social strata and health/disease indicators, some suggestions have been made to distribute health outcomes among social strata in a more balanced manner and to improve social health.</p>			
Keywords: Health, Disease, Social Stratification, Socioeconomic Status, Healthy Lifestyle Behaviours			

GİRİŞ

Konu

Bireysel ve toplumsal olarak insanların ihtiyaç duyduğu ve önemseydiği bir durum olarak sağlık genel anlamda hem herhangi bir hastalığın bulunmaması hem de bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal iyilik halidir. Bu iyilik hali İnsan Hakları Evrensel Beyanname'sinde olduğu gibi ülkelerin hukuk metinlerinde de tüm insanlar için ortak bir hak olarak sunulmuştur. Ancak insanlar ya doğuştan getirdiği ya da sonradan edindiği özellikler sebebiyle; diğer bir deyişle bireysel özellikleri veya sosyal/ekonomik/kültürel çevrelerinin etkisiyle bu haktan eşit ve adil olarak faydalanamamaktadır. Bu bağlamda çalışmanın konusu sağlık ile sosyal bir faktör olarak toplumsal tabakalar arasındaki ilişkinin incelenmesi olarak belirlenmiştir.

Çalışma toplumsal tabakalaşma ve sağlık/hastalık olmak üzere iki konuya odaklanmıştır. Bu konular müstakil olarak geniş olmakla birlikte çalışmanın sınırları içerisinde eğitim, gelir ve meslek bilgisi ekseninde toplumsal tabakalaşmanın sağlık algısı, hastalık sahibi olma durumu, sağlığı koruyucu faaliyette bulunmuş olup olmama, sağlık hizmetlerine başvuru, sağlığı etkileyen faktörler, sağlık bilgisi kanalları, modern tıp dışı yöntemler, sağlıkla ilgili pratikler ve son olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla arasındaki ilişki inceleme konusu yapılmıştır.

Önem

Toplum ve sağlık ilişkisi bilim dünyasında dünyada genellikle biyomedikal ağırlıklı eğitim içeriğine sahip halk sağlığı ve hemşirelik gibi alanlarda işlenmiştir. Fakat tanımı gereği sağlığın bütünlük vurgusuna sahip olması bu konunun farklı perspektiflerden ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Bu çalışma toplum ve sağlık ilişkisini sosyolojik bir zeminde ele alması yönüyle diğer çalışmalardan ayrılmakta ve kendi önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmayı ayırt edici ve önemli kılan bir başka husus araştırmanın kapsamıyla ilgilidir. Sağlık ve toplum ilişkisini ele alan çalışmaların genellikle bir il kapsamında yapıldığı görülmüştür. Bu araştırma kapsam itibarıyla Türkiye genelinde yapılmış olması dolayısıyla benzerlerinden ayrılarak literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Son olarak çalışmada toplumsal tabakaların ölçülmesi için TÜSES (Türkiye

Sosyoekonomik Statü) Ölçeği'nin kullanılmış olması bu araştırmayı orijinal kılan özelliklerden biri olmuştur.

Amaç

Sağlık ve hastalık bireysel etkenlerin yanında pek çok toplumsal faktörle ilişki içerisindedir. Bu çalışmanın temel amacı da sağlık ve hastalığın toplumsal faktörlerle ilişkisini incelemektir. Kişilerin algılanan sağlık düzeylerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, hastalıkların sebepleri hakkındaki görüşlerin, çeşitli hastalıkların görülmesine ilişkin dağılımın, sağlıkla ilgili koruyucu önleyici faaliyette bulunmanın, sağlık bilgisi aramanın, sağlık hizmetleri tercihlerinin toplumsal tabakalara göre dağılımının ne şekilde gerçekleşmiş olduğunu tespit etmek bu çalışmanın amaçları arasındadır.

Yöntem

Bu çalışma teorik incelemeye sahip uygulamalı bir saha araştırmasıdır. Teorik inceleme için toplumsal tabakalaşma ve sağlık konularında kaynak taraması yapılmıştır. Ayrıca Türkiye'deki sağlık durumunu aktarabilmek için TÜİK'ten temin edilen Sağlık Araştırmaları'nın verisetlerinden yararlanılmıştır.

Araştırmanın uygulama kısmı için nicel araştırma tekniklerine başvurulmuş olup ilişkisel tarama modelinde bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın evreni Türkiye'nin 18 yaş üzeri kentsel nüfusu; örnekleme ise İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması Düzey 1'e (NUTS 1) göre 12 ilden toplamda 730 katılımcı şeklindedir.

Veri toplama aracı olarak içerisinde TÜSES (Türkiye Sosyoekonomik Statü) Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve sağlık/hastalık durumlarını tespit için oluşturulan soruların bulunduğu anket formu hazırlanmıştır. Elde edilen veriler çeşitli bilgisayar programları kullanılarak analiz edilmiştir. Ulaşılan bulgular iç ve dış yorumlar eşliğinde değerlendirilmiştir.

İlgili Literatür

Sağlık – toplum ilişkisini sosyolojik açıdan inceleyen literatürün yanında halk sağlığı, hemşirelik gibi medikal ağırlıklı bilimlerin ve sosyal politika, maliye, çalışma ekonomisi ve endüstriyel ilişkiler, ekonometri gibi iktisadi ve idari bilimlerin bu konuyla ilgili çalışmaları vardır. Konunun bu kadar geniş bir disiplin yelpazesine hitap

ediyor olması tüm literatüre hâkimiyetle ilgili bir risk taşımakla birlikte çalışmanın doğrudan ilgi odağında olan eserlerden bazılarında aşağıda yer verilmiştir.

İlk olarak Orhan Türkdoğan'ın (2016) 1964-65 yıllarında Erzurum'un Ilıca kasabasında sağlık-hastalık sistemi ve toplumsal yapı arasında nasıl bir ilişki olduğunu ortaya koymak üzere yaptığı çalışma incelenmiştir. Çalışma sağlık - toplum ilişkisi konusunda ilk alan araştırması örneklerinden biri olması yönüyle önemlidir. Araştırma sonucunda sağlık/ hastalık ve toplumsal yapının pek çok yönden birbiriyle ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada Ilıca kasabasının 37 köyü ziyaret edilmiş ve insanların sağlık/hastalık sistemleriyle kültürel değerleri ele alınmıştır. Buna göre halkın sağlık hizmeti almak üzere ortaya koyduğu tercihlerde tutum, inanç ve değer yönelimlerinin önemli bir rolü vardır. Halkın bazı durumlarda *halk doktoru* olarak bilinen kişilere bazı durumlarda da modern tıp doktorlarına gittiği öğrenilmiştir. Bu bağlamda memur, işçi ve esnafın çiftçilere göre modern tıba daha olumlu yaklaştığı görülerek meslek gruplarının modern tıba yönelişi arasında farklılık bulunmuştur. Diğer taraftan okuma-yazma bilenlerin ve genç kuşağın modern tıba yöneliminin daha fazla olduğu öğrenilmiştir.

Türkdoğan'ın çalışmasıyla Ilıca'da yerel sosyal-kültürel davranış tarzlarının hastalıkların nedenleri hakkındaki görüşleri ve tedavi şekillerini etkilediği ortaya çıkarılmıştır. Bununla birlikte toplumsal örgütlenmenin unsurları olarak görülen yaş, cinsiyet, toplumsal tabakalaşma, doktora olan uzaklık, hane halkı büyüklüğü gibi faktörlerin sağlık-hastalıkla ilişkisi tespit edilmiştir.

Sağlık-toplum ilişkisini uygulamalı olarak inceleyen ikinci araştırma Sezgin Kızılcık'ın (1995) Ankara'da kırsal ve kentsel kesimden ayrı ayrı seçilen örneklem ile bu kesimlerin sağlık konusunda ne gibi davranış farklılıkları olduğunu sosyolojik açıdan ele alan doktora tezidir. Buna göre temel sağlık hizmetlerinden yararlanma, geleneksel iyileştiricilere gitme, sağlık konusunda duyarlılık, sağlık harcamaları gibi değişkenler açısından kırsal-kentsel alanda farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada öne çıkan bulgulardan bazıları şöyledir:

- Kentsel kesim temel sağlık hizmetlerinden kırsal kesime göre daha fazla yararlanmaktadır.
- Kentsel kesim sağlık konusunda kırsal kesimden daha duyarlıdır.

- Kentsel kesimdeki hastalık türleri ile kırsal kesimdeki hastalık türleri birbirinden farklılaşmaktadır. Kentsel yaşamda enfeksiyon dışı kalp, şeker, psikolojik rahatsızlıklar ağırlıktayken; kırsal kesimde bulaşıcı ve paraziter hastalıklar öne çıkmaktadır.

- Kırsal kesim insanları hastalandığında sağlık ocağı, devlet hastanesi ve geleneksel iyileştiricileri tercih ederken; kentsel kesimdekiler devlet hastanesi, özel poliklinikler ve uzman hekimlere gitmektedir.

Kızılcılık'ın çalışmasındaki bu ve buna benzer başka bulgular kırsal ve kentsel kesimin sağlık sistemlerinin farklılığını ortaya koymaktadır. Bununla birlikte Kızılcılık eğitim, gelir, din gibi farklı faktörlerin de sağlık sistemlerini etkilediğini iddia etmiştir. Çalışmaya göre -genel olarak ifade etmek gerekirse- din/dindarlık sağlık sistemini olumsuz etkilemekteyken; eğitim ve gelirdeki yükseklik sağlık sistemini olumlu etkilemektedir.

Sağlık-toplum ilişkisini Türkdogan (2016) toplumsal yapı özellikleri bağlamında; Kızılcılık (1995) ise kırsal-kentsel farklılıklar bağlamında incelemiştir. Bu çalışmalarda kısmen değinilmiş olsa da sosyoekonomik düzeylerle sağlık arasındaki ilişki üzerinde odaklanmış farklı çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan ilki Alpaslan Türkkan'ın (2005) "Uludağ Üniversitesi - Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi Bölgesinde Sosyoekonomik Açından Farklı İki Bölgede Sağlıkta Eşitsizlikler ve Bunu Etkileyen Etmenler" isimli çalışmasıdır. Bu çalışma adından da anlaşılacağı üzere sosyoekonomik açıdan iki farklı bölgede sağlık alanında yaşanan eşitsizlikleri, bu eşitsizliklere neden olan etmenleri ve bunların etki derecesini saptamayı amaçlamıştır. Araştırma için Balat ve Akkent bölgeleri seçilmiş olup toplamda 582 kişi çalışmaya katılmıştır.

Türkkan'ın araştırmasında algılanan sağlık, kısa yeti yitimi, ruhsal sağlığı gösteren Genel Sağlık Anketi, uzun süreli hastalık varlığı, hastalıkla geçen süre, sağlık hizmeti kullanımı gibi sağlıkla ilgili bazı göstergeler bağımlı değişken olarak alınmıştır. Bu değişkenler sosyodemografik (yaş, doğum yeri vb.), sosyoekonomik (gelir, meslek, eğitim vb.) ve Boratav'ın çalışması esas alınarak toplumsal sınıf bağımsız değişkenleriyle çaprazlanmıştır. Bursa'nın iki farklı bölgesinde yapılan bu araştırmanın en önemli genel sonucu sosyoekonomik özelliklere göre sağlık göstergelerinin

değişiklik göstermekte olduğudur. Bu bağlamda düşük sosyoekonomik özelliklere sahip insanların sağlık göstergeleri açısından daha dezavantajlı oldukları tespit edilmiştir.

Sağlığın toplumsal eşitsizliklerle ilişkisinin incelendiği bir başka araştırma Temmuz Göncü Şavran'ın (2010) "Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık: Eskişehir'de Sosyolojik Bir Araştırma" başlıklı doktora tezidir. 2009–2010 yılları arasında yapılan alan araştırmasıyla algılanan sağlık statüsünün ve sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışların sosyoekonomik değişkenler açısından incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaca ulaşmak için hem kesitsel tipte bir araştırmayla nicel veriler hem de odak grup görüşmesi ve derinlemesine görüşmelerle nitel veriler toplanmıştır.

Araştırma evreni Eskişehir'de yaşayan insanlar olarak belirlenmiştir. Bu evrenden farklı sosyoekonomik statü gruplarını karşılaştırabilmek amacıyla kota örnekleme yoluna gidilerek düşük gelir ve statülü kırsal 103 kişi (köy); düşük gelir ve statülü kentsel 126 kişi (mahalle); orta/orta üst gelir ve statülü kentsel 126 kişi (üniversite) örnekleme alınmıştır. Ayrıca iki odak grup görüşmesi ve altı derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Çalışma bulgularına göre sağlıkla ilgili göstergeler hem eğitim, gelir, meslek gibi sosyoekonomik statü değişkenleri hem de örneklemin oluşturulduğu köy, mahalle ve üniversite grupları arasında farklılaşmaktadır. Cinsiyet farklılığı da sağlıkla ilgili değişkenleri etkilemektedir. Buna göre sosyoekonomik, bölgesel ve cinsiyete dayalı eşitsizlikler sebebiyle dezavantajlı durumda bulunan kişilerin sağlıkla ilgili konularda olumsuzluk yaşadıkları görülmüştür.

Sağlıkta eşitsizlikleri ön plana çıkartan bir başka uygulamalı araştırma İlker Belek'in (2004) Antalya'da yaptığı boylamsal çalışmadır. Belek'in çalışması Antalya'da sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımlarındaki sınıfsal eşitsizlikleri ve bu eşitsizliklerin zaman içindeki değişimini ortaya çıkarmayı amaçlamıştır. Bu amaçla farklı sosyoekonomik özelliklere sahip iki mahallede (Ahatlı-Bahçeli) 1997-1999-2002 yıllarında üç farklı araştırma aynı kişilerle yapılmaya çalışılmıştır. Araştırmada aile reisinin üretim araçları karşısındaki konumuna göre mavi yakalılar, niteliksiz hizmet emekçileri, beyaz yakalılar, yüksek nitelikli(ler) beyaz yakalılar, kendi hesabına çalışanlar, burjuvalar şeklinde altılı sınıf şeması kullanılmıştır.

Belek beş yıl içerisindeki sağlık durumu değişikliklerinin çelişkili olduğunu ifade etmiştir. Algılanan sağlık, yeti yitimi gibi bazı göstergelerde belirgin bir kötüleşme

bulunmuşken diğer değişkenlerde önemli bir farklılığa ulaşamamıştır. Ancak her üç yılda da incelenen 515 kişi için sağlık eşitsizliği durumu tespit edilmiştir. Mavi yakalılar ve niteliksiz emekçilerin olumsuz sağlık göstergeleri ağır basmaktayken; yüksek nitelikliler ve kimi kez de burjuvanın olumlu sağlık özelliklerine sahip olduğu görülmüştür.

Türkkan, Şavran ve Belek'in çalışmaları sağlık ve sosyoekonomik farklılıklar arasındaki ilişkileri tespit etme amacıyla ön plana çıkmış araştırmalardır. Ancak literatürde bu konuyla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgilenmiş farklı çalışmalar bulmak da mümkündür. Son olarak Nasır Nesanır'ın indeks geliştirme çalışması bunlardan biridir. Nesanır (2007) sağlık ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkinin daha sağlıklı ölçülebilmesi amacıyla bir indeks geliştirmeye çalışmıştır. Nesanır'ın çalışmasında 1999 ve 2005 yıllarının Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması, 0-59 ay çocuk, 15-49 yaş kadın, hane ve konut verisetleri kullanılmıştır.

Çalışma sonunda kadın eğitimi ve hane reisinin iş/mesleğine bakılarak belirlenen sosyal sınıf değişkeniyle, kadın ve çocuk sağlığıyla ilgili bağımlı değişkenler arasında ilişki tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle Nesanır kadın ve çocuk sağlığı alanında yapılacak çalışmalarda kullanılmaya uygun bir indeks oluşturmuştur.

Toplumsal tabakalaşma ve sağlık/hastalık ilişkisinin araştırılabilmesi için yapılan bu literatür incelemesinde toplum ve sağlık arasındaki ilişkinin ele alındığı belli başlı çalışmalara yer verilmiştir. Ancak belirtilmesi gerekir ki konuyla ilgili literatür bu çalışmalarla sınırlı değildir.

Burada incelenen çalışmaların hem araştırma yöntemi hem de bulgular açısından bazı ortak özellikleri vardır. Çalışmalar Türkiye'nin bir ilinde ve hatta çalışılan illerin bir ya da birkaç bölgesinde gerçekleştirilmiş olması yönüyle benzerlik göstermektedir. Özellikle sağlık eşitsizlikleri konusuna odaklanan çalışmalarda farklı sosyoekonomik özelliklere sahip olduğu düşünülen bölgelerden örneklem seçilerek amaca uygun örneklem çerçeveleri oluşturulmuştur.

Bulgular ve dolayısıyla sonuçlar itibarıyla da çalışmaların benzer olduğu göze çarpmaktadır. Türkkan, Şavran ve Belek'in toplumsal eşitsizlik/farklılık üzerine kurguladığı çalışmalarında sosyoekonomik statüler ile sağlık göstergeleri arasında

ilişkiler bulunmuştur. Buna göre düşük sosyoekonomik özelliklere sahip kişilerin sağlık göstergeleri açısından dezavantajlı olduğu bulgulanmıştır.

Kısaca değerlendirilmiş olan bu literatür incelemesine dayanarak yapılan toplumsal tabakalaşma ve sağlık/hastalık ilişkisi araştırması, burada incelenen çalışmaların ötesinde Türkiye genelinde yapılmıştır. Yani çalışılan evren ve seçilen örneklem itibarıyla diğer çalışmalardan ayrılmaktadır. Hâlihazırda bu evren ve örnekleme çalışılan başka bir araştırma bulunmamaktadır.

Bu araştırma, örneklem çerçevesi belirlenirken farklı sosyoekonomik statülere ulaşmayı amaçlayan bir çalışma olması yönüyle literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik gösterirken TÜSES ölçeğini kullanması yönüyle bu çalışmalardan ayrılmaktadır. Literatürdeki diğer çalışmaların genellikle toplumsal sınıf şemaları üzerinden ya da eğitim, gelir ve meslek gibi değişkenleri ayrı ayrı inceleyerek sosyoekonomik boyutu incelediği görülmektedir. Ancak TÜSES ölçeğinin sosyoekonomik statüyü sürekli değişken olarak ölçmesi sosyoekonomik statünün daha hassas incelenmesine imkân tanımıştır.

Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Zorluklar

Çalışmanın gerçekleştirilmesinde hem teorik hem de uygulamayla ilgili birtakım sınırlılıklar bulunmaktadır. Teorik boyut itibarıyla öncelikle konu seçiminde sınırlamaya gidilmiş ve ilk olarak sağlık konusu sınırlandırılmıştır. Sağlık; tıp ve hemşirelik gibi medikal ağırlıklı bilimlerin öncelikli konusu olmakla birlikte sosyal, ekonomik, kültürel, idari pek çok disiplinin de gündeminde yer almaktadır. Ancak bu çalışmada sağlığın özellikle toplumsal olgularla ilişkisi üzerinde durularak sosyal yönü ön plana çıkarılmıştır.

Bununla birlikte teorik kısıtlama bağlamında sağlıkla ilgili tüm yönler araştırmaya dâhil edil(e)memiştir. Öncelikle sağlığın ölçümüyle ilgili sınırlama yapıp katılımcıların kendilerine ilişkin genel sağlık değerlendirmeleri ve birtakım hastalıkların kendilerinde bulunup bulunmamasına ilişkin bilgiler alınmıştır. Sağlığın ölçümü için tansiyon, şeker ya da kan değerleri gibi teknik ölçümler yapılmamıştır. Sağlık göstergesi olarak değerlendirilebilecek tek ölçüm katılımcıların boy ve ağırlık bilgisine bakılarak hesaplanan vücut kitle indeksi olmuştur.

Sağlık konusunda ikinci teorik sınırlandırma sağlıkla ilişkilendirilen konularla ilgilidir. Sağlıkla ilişkilendirilen sağlık okur-yazarlığı, hastalık algısı, sağlık tutumları vb. pek çok konu bulunmaktadır. Ancak bu çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık hizmetlerine başvuru, sağlıkla ilgili koruyucu-önleyici faaliyette bulunma, sağlık-hastalık üzerinde etkili olan sebepler gibi belli başlı konular üzerinde durulmuştur.

Çalışmadaki uygulama sınırlılığı ilk olarak Türkiye'yi temsilen seçilecek örneklem çerçevesiyle ilgili olmuştur. Büyükşehir sınırları içerisindeki köylerin mahalle statüsü kazanması kırsal ve kentsel nüfusu ayırmayı güçleştirmiştir. Köy-kent nüfusu arasındaki belirsizlik sebebiyle araştırmada doğrudan kentsel nüfusla çalışılmış olup kırsal nüfus kapsam dışı bırakılmıştır. Kentli nüfusu temsilen de İBBS 1'e (İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması) göre her bölgedeki en yüksek nüfuslu iller ve bu illerdeki en yüksek nüfuslu ilçeler tercih edilmiştir.

Araştırmanın uygulama aşamasındaki diğer sınırlılık ankete katılanların kendilerine yöneltilen tüm sorulara cevap vermemeleri olmuştur. Özellikle sosyoekonomik statüyü ölçmek için kullanılan TÜSES sorularının (hanedeki kişilerin eğitim, gelir, meslek bilgisi) herhangi birinin boş bırakılmış olması toplumsal tabakalaşmanın ölçümünde belli sayıda kişinin sosyoekonomik statüsünün hesaplanamamasına yol açmıştır. 730 kişilik örneklemden 648'inin TÜSES puanı hesaplanabilmiştir.

Son olarak araştırmanın amaçları arasında Türkiye'nin tabakalı toplumsal yapısını incelemek bulunmamaktadır. Yani araştırmada ulaşılan örneklemin toplumsal tabakalar bakımından tam temsil özelliği göstermesi beklenmemiştir.

Yazım Planı

Tüm çalışma giriş ve sonuç hariç dört bölüm olarak hazırlanmıştır. Birinci bölüm teorik incelemeye ayrılmış olup toplumsal tabakalaşma ve sağlıkla ilgili literatür taraması yapıldıktan sonra konuyla ilgili genel bilgiler burada verilmiştir. Birinci bölüm kendi içinde üç alt başlıktan oluşmaktadır. İlk olarak toplumsal tabakalaşma konusu ele alınmış ve toplumsal tabakalaşmanın kavramsal açıklamasına, toplumsal tabakalaşma sistemlerine, toplumsal tabakalaşma kuramlarına ve toplumsal tabakalaşmanın ölçümüne değinilmiştir.

Birinci bölümün ikinci kısmında sağlık/hastalıkla ilgili sosyolojik durum incelemeye konu edilmiştir. Bu kısımda temel kavramların açıklanmasına, sağlık sosyolojisiyle

ilgili bazı teorik bilgilere, özellikle sosyal faktörler ağırlıklı olmak üzere sağlık ve hastalığı etkileyen faktörlere, yaşam tarzlarına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve son olarak sağlık politikalarına yer verilmiştir.

Birinci bölümün son kısmında ise dünyadaki ve Türkiye'deki bazı göstergeler üzerinden sağlık eşitsizlikleri, toplumsal tabakalaşma ve sağlık/hastalık ilişkisi değerlendirmeye alınmıştır.

İkinci bölümde araştırmanın metodolojisiyle ilgili bilgilere yer verilmiştir. Araştırmanın modeli, teorik yaklaşımı, araştırmanın sayıltıları, soruları ve hipotezleri, araştırmanın evren ve örnekleme ilişkin bilgileri, verilerin toplanması ve analiziyle ilgili bilgileri, araştırmanın sınırlılık ve diğer olanaklarıyla ilgili açıklamaları bu bölümde takdim edilmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde elde edilen bulgular tablolar halinde verilerek iç yorumlar eşliğinde sunulmuştur. Bulgular; ilk kısımda katılımcıların sosyodemografik özellikleri, ikinci kısımda sağlık profilleri, son kısımda ise toplumsal tabakalar ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması şeklinde üç kısımda incelenmiştir.

Araştırma; elde edilmiş olan bulguların dış yorumlar eşliğinde tartışılıp değerlendirilmesini içeren dördüncü bölümün ardından; geniş bir özet olarak hazırlanan sonuç ve bu çalışmaya dayanarak getirilen öneriler ile tamamlanmıştır.

1. BİRİNCİ BÖLÜM: KAVRAMSAL ve TEORİK ÇERÇEVE

Dil ve düşünce arasındaki ilişki göz önünde bulundurulduğunda bir metinde kullanılan dilin her zaman belli bir düşünsel arka plana sahip olduğu görülür. Bu meyanda dilsel ifadeler olarak kavramlar, kendi başlarına -orada öylece- duran şeyler değildir. Aksine kavramlar tecrübe ve anlam yüklüdür. Bir çalışmada da öncelikle kavramların taşıdıkları yükleri ortaya dökmek az da olsa ortak bir anlam havuzunda buluşmaya imkân tanıyacaktır. Fakat sosyoloji gibi bir sahada her kavram için böyle bir çabaya girişmek bilimsel faaliyet zemininde yol almayı güçleştirecektir. Bu hassasiyet göz önünde bulundurularak; çalışmanın ilk bölümünde öncelikle toplumsal tabakalaşma, sınıf, toplumsal eşitsizlik, sosyoekonomik statü, sağlık ve hastalık kavramları üzerinde durulmuş ve kavramsal bir çerçeve çizilmeye çalışılmıştır.

1.1. Toplumsal Tabakalaşma

1.1.1. Tabakalaşmayla İlgili Temel Kavramlar

Toplumsal tabakalaşma, sınıf, toplumsal eşitsizlik ve sosyal statü kavramları her ne kadar birbirleriyle ilişkili ve yakın kavramlar olarak görülse de aralarında bazı farklar bulunmaktadır. Öncelikle toplumsal tabakalaşma sosyologlar tarafından üzerinde bir uzlaşmanın olmadığı bir kavram olup aynı zamanda tarihsel değişmeye tabi olan insani bir üründür (Bottomore, 2018: 15). Ancak genel manada toplumsal tabakalaşma kavramıyla toplumlarda benzer avantaj ve dezavantajlara sahip gruplar (Zencirkıran, 2018: 133) ve toplumdaki güç, saygınlık ve temel kaynaklara erişimden eşit yararlanamayan insanların toplumsal parçalara bölünmesi anlatılmak istenir (Haviland ve diğ., 2008: 540).

İnsanlar sahip oldukları özellikler sebebiyle birbirlerinden farklılaşırlar. Farklılıkların kaynağı doğuştan getirilen cinsiyet, ten rengi vb. tabii özellikler olabildiği gibi; sosyal hayat içerisinde kazanılan gelir, eğitim vb. sosyal özellikler de olabilir. Farklı özelliklere sahiplik hiyerarşiler oluşmasına neden olur ve bu da *sosyal tabakalaşma* olgusunu meydana getirir (Arslantürk ve Amman, 2013: 383).

Toplumsal tabakalaşmanın dört temel ilkesi bulunur (Macionis'ten akt. Bozkurt, 2010: 194-195):

- Toplumsal tabakalaşma, bireysel farklılıkların basit bir yansıması değil, toplumun bir özelliğidir.
- Toplumsal tabakalaşma kuşaklar arasında devam eder.
- Toplumsal tabakalaşma evrenseldir, fakat değişebilir.
- Toplumsal tabakalaşma sadece eşitsizlikleri değil, inançları da ihtiva eder.

Toplumsal tabakalaşma konusunun tarihsel köklerine bakıldığında bu olguyu kastetmek üzere farklı kavramlar kullanılmış olmakla birlikte Antik Yunan'a kadar geriye gitmek mümkündür. Platon'dan Aydınlanma'ya kadar düşünürler *sosyal hiyerarşi* bağlamında fikirlerini dile getirmişlerdir. Sosyal hiyerarşi -daha geniş ölçekte varlık hiyerarşisi- evrendeki varlıkların sınıflandırılmasını konu edinir. "Düşük" konumlu çiftçiden imparatora kadar sosyal varlık zincirinin oluşturulmasına düşünce tarihinde sıkça rastlanmaktadır. Thomas Aquinas, Hobbes, Aydınlanma düşünürleri, Rousseau, Hume, A. Smith, John Millars gibi isimler bu sınıflandırmayı yapan kişilerden bazılarıdır (Nisbet, 2013: 237-239).

Toplumsal tabakalaşma kavramının ilk olarak ne zaman gündeme geldiğine ilişkin bir sorgulama yapıldığında ise tarihsel olarak Fransız Devrimi'ne kadar gidilebilir. Fransız Devrimi Avrupa'da feodal düzenin sona erdiği ve kilisenin toplumsal egemenliğini yitirdiği büyük bir kırılmadır. Aristokrasinin ve kilisenin otoritesi sorgulanmış, yönetici konumundakilerin bu role uygun olup olmadıkları tartışmaya açılmıştır. Devrimle birlikte yöneticilerin bireyler tarafından onaylanmış görevler içerisinde egemenlik kurabildiği ve hesap verebilir olduğu bir yönetim şekli benimsenmiştir. Hem kralların otoritesi hem de asillerin toplumsal olarak diğer bireylerden farklılığı daha açık biçimde sorgulanmış ve bu farklılık "toplumsal tabakalaşma" kavramlaştırması etrafında anlaşılmaya çalışılmıştır (Kalaycıoğlu, 2003: 245).

Toplumdaki hiyerarşik farklılaşma konusu işlenirken ele alınması gereken bir diğer kavram *sınıftır*. Sınıf, sosyolojiyle birlikte mantık, siyaset bilimi gibi farklı bilim dallarında da karşılığı olan bir kavramdır (Cevizci, 2005: 1489-1491). Latince *classis* sözcüğünden gelen sınıf kelimesinin sosyolojik teori açısından barındırdığı en önemli yan anlamı "Roma halkının yaşlarına ve ellerindeki mülkiyetlere göre ayrılmasını tanımlaması"dır (Dworkin, 2012: 42). Kavramın bu kullanımı "sınıfların toplumda paylaşılan bir derecelenmeyi miras alan, atfedilmiş özelliklere dayalı gruplaşmalar olarak kabul edilmesi bakımından statik bir kullanımdır" (Edgell, 1998: 11).

Sosyal sınıf sözlükte “Gelir düzeyi, coğrafi köken, meslek, sosyal ilişki ve üye olunan örgütler ile aile durumu ve oturulan semt gibi kriterlerle belirlenen statülerine göre, benzer özellikler taşıyan insanların oluşturdukları toplumsal gruplardan her biri” (Demir ve Acar, 2002: 377) olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte sınıf, geniş sosyal grupların görece ekonomik konumlarını ifade etmektedir (Giddens ve Sutton, 2016: 177).

Tabaka ve sınıf bazen eş anlamlı olarak kullanılmış olmakla birlikte birbirlerinden ayrı anlamları ihtiva edecek biçimde de kullanılmışlardır. Bazı sosyologlar tabakayı evrensel; sınıfı ise tabakanın özel bir formu olarak görme eğilimindedir. Tabakaları evrensel kabul eden sosyolojik düşünce “sınıfları, tarihin belli bir döneminde ve bazı toplumlarda ortaya çıkan bir sosyal yapılaşma olarak kabul etmektedir”. Buna göre “sınıf sistemi” 18. yüzyıl sonlarındaki sanayileşmiş Avrupa gerçeğine işaret etmektedir¹ (Arslantürk ve Amman, 2013: 377-378).

Sosyal sınıf kavramının tarihsel süreçte ortaya çıkışıyla ilgili olarak Asa Briggs 18. yüzyılın sonu ve 19. yüzyıl içerisinde yaşanan büyük ekonomik ve sosyal değişimlere işaret etmiştir. Sosyal çatışmaların sanayi öncesi dönemde de olduğu bilinmektedir. Ancak bu dönemdeki sosyal çatışmalar sınıf kavramı etrafında algılanmamıştır. Zamanla hem insanların toplumu görüş biçiminde hem de toplumun kendini görüş biçiminde temel bir değişim yaşanmıştır (akt. Nisbet, 2013: 240). Bu dönemden sonra sosyal çatışmaların ifade edilmesinde sosyal sınıf kavramı kullanılmaya başlanmıştır.

Tabaka ve sınıf kavramları sahip oldukları tarihsel yükler sebebiyle farklı anlamlara gelecek şekilde kullanıldıkları gibi ifade ettikleri vurgular açısından da aralarında farklılık vardır. Tabaka kavramında normallik vurgusu ön plana çıkmaktayken; sınıf kavramı eşitlik/eşitsizlik vurgusu taşımaktadır. Bu bağlamda *toplumsal eşitsizlik* ifadesini kullananların toplumsal tabakalaşmayı sosyal sınıf perspektifinden değerlendirenler olduğu görülmektedir (K. Aydın, 2014: 232).

Esasen *toplumsal tabakalaşma* ve *toplumsal eşitsizlik* toplumdaki farklılaşma olgusunun zıt perspektiflerini yansıtmaktadır. Yapısal-işlevselci ekolün toplumun statik haldeki farklılaşmasını anlatmak için *toplumsal tabakalaşmayı* kullanması; diğer taraftan Marksist teorinin toplumsal değişimi sağlayabilecek potansiyel olarak farklılıkları işaret

¹ Bir tabakalaşma sistemi olarak sınıf konusu ileride daha detaylı olarak incelenmiştir.

etmek üzere *toplumsal eşitsizliği* kullanması bu durumun göstergesidir (Kalaycıoğlu, 2016: 9).

Tabakalaşma bağlamında son olarak “sosyal statü” kavramı ayrıca incelemeye konu edilmelidir. *Statü*² Latince kökeni itibarıyla “ayakta duruş” anlamına gelen *statum* fiilinden gelmektedir. Dar anlamda statü “kişinin bir gruptaki resmî ya da meslekî duruşunu”; geniş anlamda “kişinin dünyanın gözündeki değerini, önemini ifade eder” (de Botton, 2018: 7). Giddens ve Sutton (2016: 220) ise statüyü “Bir sosyal gruba ya da kişiye toplumun diğer üyeleri tarafından verilen sosyal saygınlık ya da itibar” olarak tanımlanmıştır.

Statü farklı anlamları muhtevi bir kavram olup bir yanda öğretmen, öğrenci gibi belli hak ve görevleri içeren sosyal yapı pozisyonlarını; diğer yanda hiyerarşik yapıdaki sınıf konumlarını ifade etmektedir. İkinci kullanımdaki statü kavramının kullanımında ölçüt mesleki prestij ya da mesleki kazanımla özdeşleşmiş ve derecelenmiş saygınlık düzeyidir (Suher, 2003: 23).

Sosyolojik literatürde statü *atfedilmiş* ve *kazanılmış statü* olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Atfedilmiş statü genellikle cinsiyet ya da yaş gibi belli özelliklere dayalı statüyü ifade etmekteyken; kazanılmış statü kişilerin kendi çabalarıyla edindiği statüdür (Giddens ve Sutton, 2016: 222). Geleneksel toplumlarda atfedilmiş yani doğuştan statülerin; modern toplumlarda ise kazanılmış statülerin daha yaygın olduğu dile getirilmektedir (Bozkurt, 2010: 147).

1.1.2. Tabakalaşma Sistemleri

Toplumların prestij ve iktidar hiyerarşilerine göre tabakalara ya da sınıflara ayrılmış olması neredeyse evrensel bir toplumsal yapı özelliğidir (Bottomore, 2000: 205). Bu bağlamda toplumsal tabakalaşma tarih boyunca eşitsizliğe sebep olan unsurların ve eşitsizliklerin meşrulaştırılma biçimlerinin çeşitliliğiyle farklı sistemler içinde açığa çıkmıştır (Kalaycıoğlu, 2016: 10). Ancak toplumsal tabakalaşma sistemlerinin şu ortak özellikleri bulunmaktadır (Sunar, 2018: 6):

- 1- Bir kategorideki insanlar, birbirlerini tanımak veya iletişim içinde olmak zorunda değildirler ancak ortak bir karakteristiği paylaşırlar.

² Kavramın Weberci literatürdeki karşılığına ileride detaylı olarak yer verilmiştir.

- 2- Yaşam tecrübeleri ve fırsatlar, sosyal kategorinin derecelendirilmesine bağlıdır.
- 3- Farklı sosyal kategorilerin dereceleri zamanla yavaş biçimde değişir.

Bu özellikler çerçevesinde toplumsal tabakalaşma sistemleri *kölelik sistemi*, *kast sistemi*, *feodal sistem (zümre)*, *sınıf* şeklinde gruplandırılabilir.

Toplumsal tabakalaşma sistemleri ayrıca tabakalar arası geçişkenliğe ve toplumsal hareketliliğe izin verip vermeme durumuna göre ikiye ayrılırlar. İdeal tipler olarak “kapalı sistemler” geçişkenliğin sınırlı olduğu sistemlerken; “açık sistemler” tabakalar arası toplumsal hareketliliğe izin veren sistemlerdir. Örneğin kölelik ve kast geçişkenliğin sınırlı olması sebebiyle “kapalı sistemler” olarak tanımlanmışlardır (Yavuz, 2010: 13–14).

i. Kölelik: Kölelik; insanın bir mülkiyet nesnesi olarak kabul edilerek sahiplenilmesine, alınıp satılmasına, vücut ve emeğinden bir bedel ödemedi faydalanılmasına imkan tanıyan düzendir (Demir ve Acar, 2002: 256). Bu düzende toplumun belli bir kesimi insanî hak ve özgürlüklerinden mahrumdur ve sosyal eşitsizlik en üst seviyede gerçekleşir (Arslantürk ve Amman, 2013: 385).

Kölelik iktisadi bir arka planla avcı-toplayıcı toplumlarda değil; üretim yapan toplumlarda ortaya çıkmıştır. Yerleşik hayat ve orada zirai üretim için ihtiyaç duyulan işgücü kölelik sistemi ile karşılanmaya çalışılmıştır (Arslantürk ve Amman, 2013: 386). Tarım ve toprak işleri hor görülen işler olarak ancak kölelerin bu işlerle uğraşması gerektiği; bunun yanı sıra yöneticilik, fikir üretme, sanat gibi etkinliklerin ise asiller ve köle sahiplerince yapılması gerektiği düşüncesi kölelik sistemine temel teşkil etmiştir (Kalaycıoğlu, 2003: 247).

Kölelik, tarihsel süreçte değişimler göstermiş olmakla birlikte özellikle 19. yüzyıl itibarıyla İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri, diğer Avrupa ülkeleri ve Osmanlı İmparatorluğu’nda bu sistemi kaldıran yasalar çıkarılmaya başlanmış ve yüzyılın ortalarına gelindiğinde kölelik birçok yerde yasaklanmıştır. 1926 yılında Milletler Cemiyeti tüm dünyada köleliği yasaklamış ve daha sonra Birleşmiş Milletler de bunu

onaylamıştır (Sunar, 2018: 7-8). İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi³ başta olmak üzere pek çok belgede kölelik vb. uygulamalar yasaklanmıştır⁴.

Kölelik artık yasal olmamakla birlikte biçim değiştirmiş halde varlığını halen sürdürmektedir (Yavuz, 2010: 14). İnsanların ekonomik kriz içerisindeki ülkelerden belirli ülkelere yasadışı yollarla getirilip ağır şartlarda çalıştırılmaları ya da özellikle kadınların farklı bir ülkeye götürülüp dışarıyla bağlantısının kesilerek “seks kölesi” olarak çalıştırılmaları kölelikten çağdaş bir formda bahsedilmeye devam edilmesine sebep olmaktadır (Zencirkıran, 2018: 135–136). *Modern kölelik* olarak adlandırılan bu ve benzeri durumların ayrıca incelenmesi gerekmektedir (Güler, 2015).

ii. Kast Sistemi: Kast sistemi sözlükte “Töresel temizlik kuralına göre birbirinden ayrılan toplumsal gruplara mensup üyelerin itibar, iş, ikamet yeri ve diğer sosyal ilişkilerinin miras yoluyla düzenlendiği; alt ve üst tabakalar arasında karşılıklı geçişliliğin yasaklandığı, en somut örneği dört kasta bölünmüş Hindistan’da görülen toplumsal tabakalaşma biçimi” olarak tanımlanmaktadır (Demir ve Acar, 2002: 237).

Kast; esasen ırk/soy/saf soy anlamlarına gelen ve soyların korunmasını sağlamış olmayı ifade eden Batı menşeli bir kavramdır. Sistemin Hintçedeki adı sınıf/statü/reng anlamlarını taşıyan adı *varnadır*. Hindu kast sisteminin köklerinin milattan önce 2500-1500 yıllarına dayandığı düşünülmektedir. Bu dönemlerde gerçekleşmiş olan istila sonrası oluşturulan sosyal ayırım sistemi sonradan dinsel inanışlarla da temellendirilerek uzun ömürlü bir yapıya dönüşmüştür. Kozmik düzen gereği herkes kendisine yüklenen görevi yerine getirmekle mükellef kılınmış olup reenkarnasyon inancıyla da sistemin devamlılığı güvence altına alınmıştır. Buna göre görevlerin yerine getirilip getirilmemesine bağlı olarak kişilerin sonraki hayatlarında ödüllendirileceğine ya da cezalandırılacağına inanılmaktadır (Sunar, 2018: 9–10).

Kast sisteminin modern bir biçimi de Güney Afrika’da ırksal farklılıklar üzerine kurulu Apartheid rejimidir. Bu rejimde beyaz ırk mensupları siyah ırktan olan kişilere negatif ayrımcılık uygulamış ve siyahlar vatandaşlık haklarından mahrum edilmişlerdir (Yavuz,

³ İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, 1949. Madde 4: Hiç kimse kölelik veya kulluk altında bulundurulamaz; kölelik ve köle ticareti her türlü şekliyle yasaktır (URL 1: E. T. 05.05.2020).

⁴ Köleliği ve türevlerini yasaklayan belgelerin derlenmiş haline şu kaynaktan ulaşılabilir: Kadın Hakları: Uluslararası Hukuk ve Uygulama / Derleyenler Gökçeççek Ayata, Sevinç Eryılmaz Dilek, Bertil Emrah Oder. İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Hakları Hukuku Uygulama ve Araştırma Merkezi.

2010: 15). Apartheid sistemi sosyal ve politik bir ayrım ortaya koymuş görünmekle birlikte bu sistemin temel amacı ekonomik çıkar sağlamak olmuştur (Çolak, 2015: 68).

iii. Feodal Sistem: Toplumun asiller, rahipler ve serfler şeklinde üç tabakaya ayrıldığı Ortaçağ Avrupası'na ait bir tabakalaşma modelidir. Asiller soylu ailelerden gelenler, rahipler din adamları, serfler ise toprak sistemine bağlı köylülerdir. Derebeylik sistemi olarak bilinen bu sistemde toplumsal hiyerarşinin belirleyicisi şeref ve fazilettir (Arslantürk ve Amman, 2013: 390–391). Mevkie bağlı bu sistemin en üst kısmında krallık, asiller ve krallığa bağlı toprak sahibi olan derebeyleri; ikinci mevkide kendilerine ait pek çok ayrıcalığı bulunan kilise ve din adamları; üçüncü mevkide ise toprak sahipleri için çalışan kullar, bağımsız köylüler, zanaatkârlar ve küçük ticaret erbabı bulunmaktadır (Kalaycıoğlu, 2003: 248). Bu üç grubun dışında sonradan feodalitenin sonunu getirecek olan burjuvalar şehirde yaşayan, zanaat ve ticaretle uğraşan kişiler yeni bir zümre olarak görünürlük kazanmıştır (Sunar, 2018: 11).

Feodal sistem “zümre sistemi” olarak da bilinmektedir. Zümre yasal düzenlemelerle meşrulaştırılmış, belli hakları ve ödevleri olan toplumsal bir katmandır. Bu sistemde toplumsal tabakalar arası geçişkenlik tam anlamıyla kapalı değildir ve bir toplumsal tabakanın kendi içinden yenilenmesi şartı yoktur (Marshall, 2003: 839–840). Kişiler ailelerinin mevkii içine doğar ancak evlilik yoluyla ya da toplumsal güven kazanarak farklı bir mevkie geçiş yapabilir (Kalaycıoğlu, 2003: 249). Zümreler arası geçişin bir başka yolu kral tarafından ödüllendirilmektir. Kral toprak ve unvan vererek bir kimseyi farklı bir zümreye geçirebilir (Zencirkıran, 2018: 139).

Kast sisteminin Hint örneğiyle özdeşleşmesi gibi zümre sistemi de Ortaçağ Avrupası feodalizmiyle⁵ özdeşleşmiştir. Ancak zümre sisteminin de farklı modelleri vardır. Bunlardan biri Osmanlı İmparatorluğu'ndaki zümre sistemidir. Osmanlı'da toplum en temelde mesleki bir ayrımla asker (kılıç), bürokrat (kalem), zanaatkar/tüccar (ticaret), reaya (ziraat) şeklinde dört zümre olarak tabakalandırılmıştır. Osmanlı'daki bu tabakalaşma modelinde kişiler eğitimle, askeri ya da mesleki becerilerle farklı tabakalarda yer alabilme imkânına sahip olmuştur. Bu anlamda Osmanlı zümre sistemi daha esnek ve açık bir sistemdir (Sunar, 2018: 13-14).

⁵ Orta Çağ Avrupası ve feodal sistem hakkında detaylı ve derinlikli bir kaynak olarak Marc Bloch'un Feodal Toplum (2005) eserine bakılabilir. Bu eser genel hatlarıyla 9. yüzyıl ortalarından 13. yüzyılın ilk birkaç on yılları arasındaki Batı Avrupa'yı anlatmaktadır.

iv. Sınıf: Sınıf, sanayi toplumuyla birlikte yaygınlık kazanmış bir tabakalaşma biçimidir. Kavramın yaygınlaşmasında işçi sınıfının teşekkülü önemli bir yer tutmaktadır. Sanayi devrimiyle birlikte yönetim ve toprak sistemi değişime uğramıştır. İnsanlar kırsal bölgelerde evsiz ve işsiz kalmış olup kitleler halinde kentlere göç etmişlerdir. Kentlerde ihtiyaç duyulanın üstünde işgücü birikmiştir. İşverenlerin işçileri zor ve ağır şartlarda çalıştırması sonrasında işçiler arasında çıkar birliği ve sınıf bilinci meydana gelmiştir. Sanayileşme sürecinde meslek ve gelir temelinde birbirine benzer avantaj ve dezavantajlara sahip gruplar sınıf kavramıyla ifade edilmiştir (Zencirkıran, 2018: 139).

Bir tabakalaşma sistemi olarak sınıf; diğer toplumsal tabakalaşma sistemlerinden farklıdır. Giddens sınıf sistemini diğer sistemlerden farklı kılan dört özelliği şu şekilde sıralamaktadır: 1- Sınıf sisteminde dini veya yasal hükümler yoktur. Bu sebeple sınıflar arası sınırlar keskin değildir ve sınıf düzenleri değişkendir. 2- Diğer tabakalaşma sistemlerindeki doğumla edinilen konum yerine sınıfsal konumlar sonradan edinilebilir. Aşağı veya yukarı yönlü sınıfsal konum edinmek mümkündür. 3- Güney Afrika'daki kast sisteminde uygulanan ırksal temelli ayırım yerine sınıfın temelinde ekonomik ayrımlar vardır. 4- Sınıf düzeninde köle-efendi ayırımında olduğu gibi kişisellik yoktur. Sınıf düzeni büyük çaplıdır ve kişisel değildir (2008: 344-345).

Kavram olarak sınıf daha önceleri *kategori* benzeri bir anlamda kullanılıyorken; 18. yüzyıl sonu ve 19. yüzyıl itibarıyla “toplumsal ayırım ve ilişkileri farklı düşünmenin bir anlatım şekli” olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak kavram Marx'ın kullanımıyla birlikte popüler hale gelmiştir (Beneton'dan akt. Açıköz, 2000: 282).

Günümüz sanayileşmiş ve gelişmiş toplumları için farklı tasnifler bulunmakla birlikte toplumsal yapıyı ifade etmek üzere genellikle *üst sınıf*, *orta sınıf*, *alt sınıf* şeklinde bir ayırım yapılmıştır. Sınıfları üç grup halinde inceleyen tasnife göre üst sınıfta gelir düzeyi yüksektir ve bu grup nüfusun küçük bir kesimini oluşturmaktadır. Orta sınıftakilerin genelini eğitim düzeyi yüksektir. Alt sınıfta bulunanlarda ise hem gelir hem de eğitim düzeyi düşüktür (Zencirkıran, 2018: 152).

Klasik sanayi toplumları fabrikalarda çalışan mavi yakalı işçiler, yönetim süreçlerinde ve kamu işlerinde/bürolarda çalışan beyaz yakalılar ve bunların üzerinde yer alan burjuvaziden müteşekkil hale gelmiştir. Ancak 1970 sonrasında iktisadi yapıdaki

dönüşümle bu sınıflı toplum tipine ilişkin birtakım eleştiriler dile getirilmeye başlanmıştır. Temelde işçi sınıfının ve diğer sınıfların parçalandığı iddiasıyla “sınıflı toplum” tanımlamasının artık sonunun geldiği ileri sürülmüştür. Buna karşın sınıflı toplum iddiasını sürdürmek isteyenler eğitim, gelir, meslek gibi kriterlere dayandırarak farklı sınıf şemaları ve sosyoekonomik modeller geliştirmiştir (Sunar, 2018: 16–19).

1.1.3. Tabakalaşma Kuramları

i. Karl Marx: Marx toplumu sınıf mücadelesi, burjuva/zi ve proletar/ya kavramları etrafında değerlendirmiştir. Marx’a göre toplumların tarihi sınıf çatışmalarının tarihidir. Sınıflar ise ekonomik temelde üretim araçlarına sahiplik seviyesine göre ayrılmaktadır. Modern çağda çatışan iki sınıf ise kapitalistler ve işçiler yani burjuva ve proletaryadır. Burjuva, üretim araçlarının sahipleri; proletaryanın kendilerine ait üretim araçları yoktur ve proletarya sınıfı geçimleri için emeklerini satmak zorundadır (Marx ve Engels, 2003: 57)

Marx’ta “sınıf; üretim araçlarıyla ortak bir ilişki içinde konumlanan insan grupları”dır (Giddens ve Sutton, 2016: 177) ve üretim ilişkileri üretim araçlarının sahipliğine bakılarak tesis edilmektedir. Yani geçmişte tarım veya hayvancılıkta kullanılan aletlerin; modern sanayi toplumunda ise fabrika, atölye gibi işyerlerinin ve bunları kurabilmek için gerekli sermayenin sahipliği üretim ilişkilerinin ortaya çıkış yeridir. Üretim araçlarına sahiplik ve onu kontrol edebilmek ise sınıflar arasında egemenlik ve tabi olma durumunu ortaya çıkarır. Bu da emek ile yaratılan artı değerın sömürülmesine sebep olur. Sosyal sınıflar arasındaki bu ilişki eşitsizlikler içeren ve mülkiyeti elinde tutanların gün geçtikçe zenginleştiği; diğer taraftan üretici olan sınıfların yoksul kalmaya itildiği bir ilişkidir (Kalaycıoğlu, 2003: 251).

Marx iki ana sınıf olarak burjuvazi ve proletarya dışında *küçük burjuva* ve *lumpen proletarya* diye iki ara sınıf ve *aristokrasi* ile *köylülerden* oluşan iki ilkel sınıf da tanımlamıştır. Bu sınıflar zamanla burjuva ya da proletaryaya katılacak ve toplum tam olarak ikili bir ayrıma gidecektir. Küçük sanatkâr veya memur entelektüellerden oluşan küçük burjuvazi; giderek gelişen sanayi ile baş edemeyip proletaryaya dâhil olacaktır. Lumpen proletarya ise diğer sınıfların istemediği dolandırıcılar, dilenciler gibi kimselerdir. Arkaik sınıf olan aristokrasi ve köylüler önceki toplum modelinin kalıntılarıdır. Marx’a göre eski soylular ve unvan sahipleri olan aristokrasi mensupları

büyük oranda burjuvaziye katılacaktır. Köylüler ise toprağa bağlı faaliyet yapan sınıftır ve onlar da büyük oranda proletaryaya dâhil olacaktır (Sunar, 2018: 27).

Marx'a göre sosyal bir sınıf kendi çıkarlarının farkında olmalı ve bunun için mücadele etmelidir. Bu bağlamda ekonomik temelde tanımlanmış olan sınıfın oluşabilmesi için ekonomik faktörlerle birlikte ideolojik ve kültürel faktörler de gereklidir (Kalaycıoğlu, 2016: 11). Marx'ın tanımlamasıyla sosyal bir sınıf için *sınıf bilinci* gereklidir. Sınıf bilincinin iki aşaması *kendi içinde sınıf* ve *kendi için sınıftır*. “Hepimiz işçiyiz.” diyerek üretim araçları karşısındaki konumun ortaya konulması ilk aşama için yeterli olsa da işçilerin kendi sınıf çıkarlarının farkında olup bunları korumak için siyasi bir hareketliliği -sınıf mücadelesini- başlatması ikinci aşamanın tamamlanması için gereklidir. Marx'a göre işçiler sanayi toplumunda bu değişimi sağlayacak ve eşitsizliği ortadan kaldıracabilecek potansiyele sahiptir (Kalaycıoğlu, 2003: 252).

ii. Max Weber: Weber Marx'ın ekonomi temelli sınıf açıklamasının ötesinde sınıf, statü ve parti kavramlarıyla daha karmaşık bir toplumsal tabakalaşma analizi yapmıştır. Weber'in sınıfları gerçek topluluklar olarak görmemesi onu Marx'tan ayıran en önemli farklardan biridir (Arslantürk ve Amman, 2013: 395).

Weber'e göre sınıf bir kişinin başkalarıyla paylaştığı ortak çıkarlara işaret etmektedir (Weber, 2012a: 423) ve sınıf toplumda mal ve hizmet değişiminin olduğu pazar içerisinde oluşur (Kalaycıoğlu, 2016: 11). Pazara hizmet ya da mal sunanlar arasındaki hayat fırsatlarının paylaşımı sosyal sınıfları meydana getirir (Kalaycıoğlu, 2003: 253)

Pazara mal sunanların ayrıcalıkları ve hayat fırsatları hizmet sunanlardan fazladır. Bu iki grubun hayat fırsatları birbirinden farklı olduğu gibi her grubun da kendi içinde farklı ayrıcalık düzeyinde olanlar vardır. Piyasaya sunulan mala göre sahip olunan ayrıcalık düzeyi değişir. Alıcısı hazır ve kıymetli ürünleri piyasaya sunmak daha fazla ayrıcalık getirir. Pazara hizmet sunanlar açısından da durum benzerdir. Vasıflılık, yaş, iş güvencesi gibi yönleriyle sunulan hizmetler kişilere daha fazla ya da daha az ayrıcalık imkânı sağlar. Anlaşılacağı üzere Weber'in sınıf görüşü sadece iki grulu değildir (Kalaycıoğlu, 2003: 253).

Weber'de sınıflar “mülkiyet sınıfları”, “üretim sınıfları” ve “sosyal sınıflar” şeklinde üçe ayrılır Mülkiyet sınıflarının “mülk sahipleri” ve “mülkü olmayanlar” şeklinde iki grubu vardır. Üretim sınıflarında “imtiyazlı sınıf” ve “engellenmiş sınıflar” vardır.

Sosyal sınıflar ise “işçi sınıfı”, “küçük burjuvazi”, “mal varlığı olmayan uzmanlar ve aydınlar”, “mal varlığı olanlar ve gördükleri eğitimle ayrıcalık kazanmış olanlar” olarak dört gruptur. (Arslantürk ve Amman, 2013: 396). Weber’in bu sınıfları Tablo 1’de şöyle gösterilmiştir:

Tablo 1: Weber’e Göre Sınıflar

Mülkiyet Sınıfları		Üretim Sınıfları		Sosyal Sınıflar			
Mülk Sahipleri	Mülkü Olmayanlar	İmtiyazlı Sınıf	Engellenmiş Sınıf	İşçi Sınıfı	Küçük Burjuvazi	Mal Varlığı Olmayan Uzmanlar ve Aydınlar	Mal Varlığı Olanlar ve Gördükleri Eğitimle Ayrıcalık Kazanmış Olanlar

Mülkiyet sınıflarındaki pozitif ayrıcalıklı mülk sahipleri insanlardan, topraktan, madenlerden, donanımlardan, gemilerden, borç verenlerden, ipotekten gelir elde ederler. Negatif olarak ayrıcalıklı mülk sahipleri ise özgür olmayanlar, sınıflarını yitirmiş olanlar, borçlular ve yoksullardır. Üretim sınıfları, diğer ifadeyle ticari sınıflarda pozitif olarak ayrıcalıklı olanlar genellikle girişimcilerdir: tüccarlar, gemi sahipleri, endüstriyel ve tarımsal girişimciler, bankerler ve finansörler, bazen aynı zamanda rağbet gören uzmanlık ya da ayrıcalıklı eğitim sahibi profesyoneller ya da tekelci niteliklere sahip işçilerdir. Negatif olarak ayrıcalıklı ticari sınıflar: vasıflı, yarı vasıflı, vasıfsız işçilerdir (Weber, 2012a: 424–426).

Weber toplumsal eylemi merkeze alarak konuya yaklaştığı için sayısız toplumsal eyleme göre yenilenmeye sürekli olarak açık birçok toplumsal sınıfın olduğunu iddia eder. Bunun yanında Weber’in teorisi Marx’a göre daha karmaşık ve çok boyutludur. Ancak Marx’ın ekonomi temelli yaklaşımına benzer şekilde Weber de tabakalaşma analizinde iktisat faktörünü öncelemektedir. Fakat Weber’de iktisat bir tabaka için tek başına yeterli bir açıklama sunmamaktadır. Weber, iktisatla birlikte itibar ve iktidar unsurlarının da göz önünde bulundurulduğu bir toplumsal tabakalaşma modeli önerir. İktisat eksenli sınıf ayrımına ilaveten; itibar farkına dayanan statü grupları ve iktidar arzusu temelinde partiler Weber’deki toplumsal tabakalaşma modelinin diğer parçalarıdır (Arslantürk ve Amman, 2013: 395–396).

Sınıftan farklı olarak Weber statü kavramıyla insanların hayatlarındaki somut, pozitif ya da negatif toplumsal onur ölçüsünün belirlediği tipik ögeleri kastetmektedir. Bununla birlikte statü grupları sosyal topluluklardır ve statü tabakalaşmasını belirleyen şey ise özel “hayat tarzları” tarafından temsil edilen tüketim biçimleridir (Weber, 2002: 277, 286).

Statü; yaşam tarzına, formel eğitime, kalıtımsal ya da mesleki saygınlığa dayanır. Uygulamada ise statü kendini evlilik, ortakçılık, imtiyazlı kazançlara tekeli biçimde sahip olma, belli kazançlardan uzak durma ya da gelenekler gibi diğer türden statü teamülleriyle ifade eder (Weber, 2012a: 427).

Aynı zamanda Weber mesleki statü grubunu gerçek bir statü grubu olarak görür. Yani mesleğin belirlediği özel yaşam tarzı ile sosyal onur arasında bir ilişki kurulmuştur (Weber, 2012b: 303). Toplumsal onur derecesi yüksek olan grupla düşük olan grup arasında ayrıcalık farkı bulunur. Örneğin bir toplumda mühendislik, yöneticilik gibi meslekler yüksek statülü ve itibar gören mesleklerdir; buna karşın zanaatkârlık gibi mesleklerin itibarı ve statüsü düşüktür (Kalaycıoğlu, 2016: 11).

Weber’e göre statü gruplarında aidiyet özelliği bulunabilirken; sosyal sınıflarda ortak hareket kavramının gelişmesi imkânsızdır (Kalaycıoğlu, 2003: 254). Marksist sınıf şuuruyla hareket eden sosyalist partilerin Marx’ın öncelik verdiği ekonomik eşitsizlikler yerine statü eşitsizliklerinin bulunduğu yerlerde gelişmiş olması da bu durumun bir göstergesidir (Amman, 1995: 39).

Sınıf ekonomik düzen; *statü grupları* sosyal düzen içerisinde yer alır. Bunlar haricinde *partiler* ise “güç ve iktidar” odaklı olup bunları kazanmak için eylemde bulunur. Partilerin eylemleri toplumsallaştırma içeriklidir ve planlı biçimde ulaşılmak istenen bir hedefe dönüktür. Bu hedef bir “dava” olabileceği gibi “kişisel” amaçlar da olabilir (Weber, 2002: 287). Kişiler bir parti, dernek veya sendikaya üye olarak hem bazı ayrıcalıklar elde ederler hem de karar mekanizmalarına daha yakın olarak kendi çıkarları doğrultusunda bu kanalları kullanabilirler (Kalaycıoğlu, 2016: 11).

iii. Emile Durkheim ve T. Parsons: Durkheim toplumu işbölümü ve dayanışma üzerinden ele alır ve Durkheim’da toplumsal tabakalaşma meslekler ekseninde gerçekleşir. Durkheim’a göre vasıfları olan kişiler en iyi görevleri ve meslekleri edindikleri gibi toplumdaki belirli konumları da elde ederler (Sunar ve diğ., 2016: 11).

Yasal ve ahlaki kuralların işleyişine bağlı olarak kişilerin niteliklerinin karşılığı olan yerlere gelmeleri ideal bir durumu resmetmektedir. İşbölümünde yaşanan anormallikler ise eşitsizliğe yol açarlar. Fakat Durkheim için bu kalıcı bir şey değildir (K. Aydın, 2014: 217–222).

Durkheim için sosyal sınıflar konusu sosyolojinin diğer büyük isimlerindeki kadar merkezi bir yer edinmemiş olup (Nisbet, 2013: 272); kendisinden sonra onun işlevselci yaklaşımı Parsons tarafından yapısal işlevselcilik bağlamında yeniden yorumlanmıştır. Yapısal işlevselciliğe göre toplum uyum içinde çalışan bütün bir sistemdir. Bu sistemdeki ögeler birbirlerine bağımlıdır ve karşılıklı uyum içinde çalışır. Sosyal hayatın temel unsurları ise değerler ve normlardır. Parsons'a göre toplumsal tabakalaşma toplumun hâkim değerine göre oluşur. Toplumun saygı gösterdiği değerlere göre gerçekleşen iş ve roller de toplumsal saygınlıklarına göre sıralanırlar (K. Aydın, 2014: 222–225).

Durkheim ve Parsons'la birlikte ele alınması gereken diğer isimler katkıları itibarıyla K. Davis ve W. E. Moore'dur. Davis ve Moore'a göre hiçbir toplumda mutlak eşitlik bulunmamaktadır ve toplumsal tabakalaşma evrensel bir zorunluluktur (K. Aydın, 2014: 228). Bununla birlikte tabakalaşma, nitelikli kişilerin önemli işlere yerleşmesini sağlayan mekanizmadır (Abrahamson'dan akt. Arslantürk ve Amman, 2013: 400). İşlerin zorluk ve önemine göre pozisyonlar para, itibar veya iktidar ile ödüllendirilir ve cazip kılınmaya çalışılır. Ödüller işlerin *fonksiyonel önemi ve görelî kıtlığına* bakılarak derecelenir (Arslantürk ve Amman, 2013: 400). Ödüller ve onların dağıtımı sosyal düzenin bir parçasıdır ve tabakalaşmaya yol açan şey de bu olmuştur (Davis ve Moore, 1945: 243).

iv. Pierre Bourdieu: Bourdieu hem mevcut kavramları yeniden yorumlamış hem de yeni kavramlar geliştirerek kendine ait sosyolojik bir terminoloji oluşturmuştur. Sermaye, habitus ve alan kavramları Bourdieu'de yeni anlamlar kazanmıştır⁶. Bununla birlikte Bourdieu'nün *sınıfa* ilişkin yaptığı analizler tabakalaşma konusunda kendisine başvurmayı gerekli kılmıştır.

⁶ Pierre Bourdieu'nün terminolojisini ve diğer düşüncelerini daha yakından görebilmek için bakınız: P. Bourdieu ve L. Wacquant, (2014). *Düşünümsel Bir Antropoloji İçin Cevaplar*, 7. B., İstanbul: İletişim Yayınları; P. Bourdieu, (2015). *Bilimin Toplumsal Kullanımları: Bilimsel Alanın Klinik Bir Sosyolojisi İçin*. 2. B., Ankara: Heretik Yayınları.

Bourdieu, toplumsal sınıfın tanımlanması için ne sadece sermaye hacmi gibi tek bir niteliğin ne ırk, cinsiyet, yaş vb. birden çok niteliğin ne de üretim ilişkilerindeki gibi bir neden sonuç ilişkisinin yeterli olacağını savunur. Bunun yerine toplumsal sınıf için tüm niteliklerin ve nitelikler arası ilişkilerin tanımlanması gereklidir (Bourdieu, 2017: 164–165).

Bourdieu’ye göre toplumsal sınıf temel sosyolojik gruplaşmadır ve aynı zamanda bir sınıf hem benzer hayat koşullarına hem de buna uygun habitusa sahip birey grubudur (Swartz, 2013: 214–15). Bir sosyal gerçeklik olarak sınıfın varlığı ancak; kendilerini sınıf olarak gören, kendileri adına konuşulmasını kabul eden; diğer insanlar tarafından meşru görülen bir birey grubu varsa söz konusudur (Bourdieu, 2014: 212).

Pierre Bourdieu eski sınıf analizlerindeki meslek, gelir, eğitim gibi değişkenler yerine *ekonomik, kültürel, sosyal ve simgesel sermaye* şeklinde dört farklı değişken belirleyerek sınıf analizlerini bu değişkenlere göre yapar. Ekonomik sermaye zenginlik ve gelir durumuna; kültürel sermaye eğitim/sosyalleşme süreçlerindeki birikime; sosyal sermaye kişilerin ilişki imkânlarının bütününe; simgesel sermaye ise fiziksel görünüm, şeref, ün gibi çeşitli unsurlara işaret etmektedir (Ünal, 2016: 74–76).

Bourdieu “*tahakküm eden ya da üst sınıf, küçük burjuvazi, halk sınıfı*” şeklinde üç toplumsal sınıf belirlemiştir. Bu sınıfsal ayırmda yukarıda zikredilen sermayeler farklı oranlarda dağılmaktadır. Tahakküm eden sınıfın ekonomik sermayeleri daha fazlayken görece kültürel sermayeleri zayıftır (tüccar vs.). Bilim adamı gibi eğitilmiş kişilerde bunun tersi söz konusudur. Orta sınıf olarak nitelenebilecek “yeni küçük burjuvazi” ve “küçük patronlar”da ekonomik ve kültürel sermaye dengeli dağılmıştır. Alt sınıflarda ise hem ekonomik sermaye hem de kültürel sermaye düşük seviyededir. (Bourdieu’dan akt. Ünal, 2016: 79).

Bourdieu’nün sınıf analizi ne tam bir nedensel belirlenimcilik ne de tamamen rasyonel eylem üzerine kuruludur. Bourdieu, habitus terimiyle doğurgan bir formül ortaya koyup *sınıftaki belirlenimciliği aşmıştır* (Weininger, 2014: 121-123). Bourdieu, habitusu kişinin özgeçmişleriyle ilgili olarak benimsemiş olduğu şeyler olarak ifade eder ve habitusun alışkanlık gibi mekanik olmayıp üretici özellikli olduğunu söyler (Giacobbi ve Roux’tan akt. Amman, 1995: 132). Habitusun bu özelliğiyle sınıfın kişilerin tüm hayatlarını belirleyici olduğu görüşünden uzaklaşmış olur.

Son olarak Bourdieu'de sınıfı bir araya getiren şey sınıf habitusudur. Sınıf habitusu sınıfa ait kimliğin ve yaşam tarzının üretici ve birleştirici temelidir. Yemekten, spora sosyal hayatın tüm alanlarında yansımaları bulan farklılıklarda sınıf habitusunu görmek mümkündür (Amman, 1995: 138).

1.1.4. Tabakalaşmanın Ölçümü

Toplumsal tabakalaşmanın incelenmesinde birbirinden farklı yöntemler ve bakış açıları geliştirilmiştir. Toplumsal tabakalaşma öncelikle nesnel sosyokültürel ve ekonomik farklılıklardan kaynaklanan objektif boyuta; bu farklılıklara dayanan algı, açıklama ve değerlendirme farklılıkları subjektif boyuta karşılık gelmektedir (Kemerlioğlu, 1973: 211). Bu duruma paralel biçimde toplumsal tabakalaşmanın ölçülebilmesi için geliştirilen araçlar da nesnel ve öznel özelliklerine göre ikiye ayrılmaktadır. Bu ölçeklerden bazıları servet, gelir, meslek, eğitim düzeyi gibi nesnel ölçütlere; bazıları da sınıf bilinci ve diğer sınıflara bakışla ilgili olan öznel ölçütlere dayalı modeller olarak geliştirilmiştir (Arslantürk ve Amman, 2013: 402). Nesnel ölçütlere dayalı modeller özellikle işlevselci araştırmacıların ilgi duyduğu modellerken; çatışmacı sosyologlar öznel modellerle çalışma yapmışlardır (Amman, 1995: 45). Son olarak sınıfın ölçülebilir bir değişkene dönüştürülmesi bu kavramın işlevselleşmesini sağlamıştır (Giddens, 2008: 349).

Tabakalaşmayı ölçülebilir hale getirmek için eğitim, gelir, oturlan yer, aile-akrabalık gibi pek çok değişken kullanılmıştır. Ancak bunlar arasında en çok kullanılan değişken meslek değişkeni olmuştur. Yani meslek, toplumsal tabakanın ölçülmesinde önemli bir gösterge olarak sıklıkla kullanılmıştır. Bu kullanımın altında yatan şey ise aynı mesleklere sahip kişilerin benzer hayat imkânlarına, benzer toplumsal avantaj ve dezavantaja sahip olduğu düşüncesidir (Giddens, 2008: 350).

Mesleki itibara göre toplumsal tabakalaşmayı değerlendirmek işlevselci ekolün bir yansımasıdır. Mesleki itibar temelli araştırmaların temel varsayımı itibar gören mesleklerin toplumsal işlevsellğe en fazla katkıyı yaptığı yönündedir. Bununla birlikte işlevselci görüşün ve mesleki itibar temelli yaklaşımların dönemin soğuk savaş ortamından etkilenmiş olduğu; bu bağlamda sosyalizme karşıt olarak toplumsal eşitsizliğin işlevlerine vurgu yapılarak gerekliliği ön plana çıkartılmıştır (Sunar, 2016b: 3-4).

Toplumsal tabakalaşmayı ölçebilmek için Warner ve arkadaşlarının Yankee City araştırması ilk önemli nesnel ölçek çalışmasıdır (*Toplumsal Sınıf Ölçeği*). Aldığı eleştirilerin akabinde Warner ve arkadaşları “Statü Karakteristikleri Ölçeği”ni geliştirmiştir. Bu yeni ölçekte gelir ve eğitim düzeyi kriterleri sonradan çıkartılmak üzere meslek, gelir, gelirin kaynağı, konut tipi, oturulan semt ve eğitim düzeyi kriterleri esas alınmıştır. Kalan dört kritere de önem sırasına göre katsayı verilip kişilerin tabakalarının belirlenebileceği düşünülmüştür. Warner ve ekibinin çalışmalarından sonra pek çok yeni ölçek çalışması yapılmıştır. Hollingshead’in “Toplumsal Konum Endeksi”; Ellis ve ekibinin “Sınıf Konumu Endeksi” bunlar arasında öne çıkmış olarak değerlendirilebilecek iki ölçek çalışmasıdır (Arslantürk ve Amman, 2013: 402–404).

Hollingshead’in endeks çalışması öncelikle iki sonradan üç ölçütü esas almıştır. Meslek ve eğitim kriterlerine daha sonradan oturma bölgesi kriteri eklenmiştir. Meslek bazında alınan puanların ağırlığı daha fazla olmak üzere yapılan puanlamaya göre kişilerin sosyal sınıf hiyerarşisindeki yeri belirlenmiştir. Sınıf Konum Endeksi’nde ise objektif ve subjektif yaklaşım bir arada ele alınmıştır. Kişilere hem meslekleri hem de içinde bulduklarını düşündükleri sınıfları sorulmak suretiyle sınıfsal konumları tespit edilmek istenmiştir (Kemerlioğlu, 1973: 229–230).

İşlevselci perspektiften Bierstedt *servet, sermaye veya gelir; aile ve akrabalık; ikamet yeri; ikamet süresi; meslek; eğitim; din* şeklinde yedi kritere bakılarak “sınıf statüsü”nün belirlenebileceğini söylemektedir. Bierstedt’e göre bu kıstaslar tek başına değil bütün olarak ele alınmalıdır (Bierstedt’ten akt. Kemerlioğlu, 1973: 213).

Coleman “Sosyal Tabakaların Tetkiki İçin Bir Model” adlı çalışmasında toplumsal tabakalaşma için *itibar, kültür, münasebet, nüfuz, demografi, sosyal-psikoloji* şeklinde altı farklı perspektif olduğunu söyler. Bu perspektiflere dayanarak sosyal gruplara ilişkin bir sınıflama yapabilmenin mümkün olduğu düşünülmüştür (Kemerlioğlu, 1973: 215–217).

Toplumsal tabakalaşma ve sınıfı ölçebilmek amacıyla oluşturulan bir başka çalışma ise Goldthorpe’un mesleğe endeksli sınıf şemasıdır (Kalaycıoğlu, 2016: 13). Bu şema Weberyan bir zeminde oluşturulmuş olup 1990’lardan sonra sıkça kullanılmıştır. EGP (Erikson-Goldthorpe-Portocarero) şeması olarak da bilinen (Sunar ve diğ., 2016: 2-3)

bu şema “bir hiyerarşi olarak değil çağdaş sınıf yapısının ‘bağlantısal’ doğasını” göstermek üzere tasarlanmıştır (Giddens ve Sutton, 2016: 180).

Goldthorpe pazar konumu ve iş konumu şeklindeki iki temel öge üzerinden sınıfın konumlanışını tespit etmeye çalışmıştır. Pazar konumu kişinin maaşı, iş güvenliği, yükselme beklentisiyle ilgilidir. İş konumu ise kişinin kendi mesleğindeki güç ve yetkisiyle bağlantılıdır. Goldthorpe’un sınıf şemasında hizmet sınıfı, orta sınıf ve işçi sınıfı şeklinde üçlü bir ayırım vardır. Bu üçlü gruplama ise kendi içinde toplam 11 ayrı alt gruba sahiptir. Goldthorpe’un şeması sağlık ve eğitim gibi alanlarda sıklıkla kullanılmıştır. Ancak Goldthorpe’un şeması diğer meslek merkezli sınıf şemalarında olduğu gibi ekonomik hayata katılmayanları –işsizler, öğrenciler vb.- dışarıda bırakmış olması sebebiyle sınırlılığı olan bir çalışmadır (Giddens, 2008: 350–352).

Çağdaş sosyoloji içerisinde tabakalaşmayı ölçebilmek için sosyo-ekonomik statü (SES) kavramı etrafında şekillendirilmiş bir başka çalışma National Opinion Research Center’e (NORC) aittir. Bu çalışma toplumdaki mesleki saygınlıkların incelenerek toplumsal tabakalaşma haritasının çıkarılabileceği temel düşüncesine dayanmaktadır. Mesleki saygınlık, toplumsal tabakalaşmanın nesnel ölçütü olarak ele alınmıştır (Sunar, 2016b: 3).

Bunlarla birlikte birkaç farklı endeks çalışması şu şekilde listelenebilir: Avrupa Birliği’nde Avrupa Sosyo-Ekonomik Statü Tasnifi (European Socio-Economic Classification, ESeC); İngiltere’de Standart Mesleki Tasnif (Standart Occupational Classification, SOC); Sosyo-Ekonomik Gruplar (Socio-Economic Groups, SEG) çalışmaları ile Ulusal İstatistik Dairesi Sosyo-Ekonomik Tasnifi (National Statistics Socio-Economic Classification, NS-SEC) (Sunar ve diğ., 2016: 7).

Toplumsal tabakalaşmayı belirlemek ve ölçebilmek adına dünyanın çeşitli ülkelerinde gerçekleştirilen bu çalışmalara benzer şekilde Türkiye’de de bazı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalardan birkaçı şu şekilde listelenebilir (Sunar, 2018: 200-208):

- Korkut Boratav, “İstanbul ve Anadolu’dan Sınıf Profilleri”;
- Sibel Kalaycıoğlu ve ekibi, “Ankara Kent Merkezinde Toplumsal Tabakalaşma, Hareketlilik ve Sosyoekonomik Statü Araştırması”;
- VERİ Sosyo-ekonomik Statü İndeksi;
- Televizyon İzleme Araştırmaları Kurulu (TIAK) SES Ölçeği;

- Türkiye Araştırmacılar Derneği (TÜAD) ARDER SES ve TÜAD SES;
- MAYAK Mahalle Sosyoekonomik Statü İndeksi (MSESİ);
- Lütfi Sunar ve ekibi, “Türkiye Sosyo-Ekonomik Statü Endeksi Geliştirme Projesi”⁷.

1.2. Sağlık – Hastalık ve Sosyolojik Durum

İnsan hayatının en önemli bileşenlerinden biri olarak sağlık; sadece sağlık alanındaki uzmanların gündeminde yer tutan bir konu değildir. Bugün gelinen nokta itibarıyla çevresel şartların ve yaşam standartlarının iyileştirilmesi çabalarının tedavi amaçlı sağlık müdahalelerinden daha etkili olduğunun ortaya çıkması (Porter, 2018: 170); Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO, 1978) Alma Ata Bildirgesi’ne göre sağlığın temel insan haklarından biri olup bu hakkın tüm dünya için en iyi seviyeye getirilmesi amacının gerçekeşebilmesi için sağlık sektörünün yanı sıra sosyal ve ekonomik sektörlerin de çabalarının gerektiğinin vurgulanması sağlığın sağlık dışı alanlarla ilişkisini kanıtlar niteliktedir. Metnin bu kısmında sağlık-hastalık ve bunlarla ilgili diğer kavramlar sosyolojik açıdan ele alınmıştır.

1.2.1. Sağlık ve Hastalık Kavramları

Sağlık ve hastalık kavramları farklı açılardan değerlendirilerek farklı tanımlamalara sahip olmuştur. Ortak bir noktaya ulaşmak her zaman için mümkün görünmese de Dünya Sağlık Örgütü’nün Anayasasındaki sağlık tanımı şöyledir: “Sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir” (DSÖ Anayasası, 1946). Böyle bir tanımlamanın yanı sıra sağlığa ilişkin “negatif, işlevsel, pozitif” şekilde üç farklı açıdan değerlendirme yapılmıştır. Herhangi bir hastalığın bulunmaması durumu *negatif*; günlük faaliyetleri yerine getirebilme *işlevsel*; sağlıklı ve iyi olma durumu ise *pozitif* sağlık olarak işlenmiştir (Cirhinlioğlu, 2015: 22).

Sağlığa ilişkin farklı bir yaklaşım ise sağlığı *başa çıkma* olarak değerlendirmektedir. Başa çıkma genellikle psikolojik savunma mekanizmaları bağlamında ele alınmıştır. Ancak başa çıkma olarak sağlık; iyi olma hali ve ideali olmanın ötesinde zorluklarla ve

⁷ Bu çalışmada Lütfi Sunar ve ekibinin hazırlamış olduğu Sosyo-Ekonomik Statü Endeksi kullanılmıştır. Bu ölçme aracı hakkında detaylı bilgiye çalışmanın metodolojisinin anlatıldığı ikinci bölümde yer verilmiştir.

problemlerle mücadele etme sürecine atıfta bulunur (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 48-49).

Sağlık, İngilizcede *health* kelimesiyle karşılanmakta olup; *health* köken itibarıyla *heal* (*hael*) ve daha öz anlamı itibarıyla *whole* kelimesine dayanmaktadır. Yani etimolojik olarak *health* kelimesinin geldiği kök bütünlük, sağlamlık ve esenlik anlamları üzerine kurulmuştur (Naidoo ve Wills, 2016: 4).

Sağlığın *küresel, çevresel, toplumsal ve bireysel* dört boyutu bulunmaktadır. Küresel sağlık gezegenle ve geleceğe ilişkin sürdürülebilirlikle ilgiliyken; çevresel sağlık insanların yaşadığı fiziksel çevreyi içermektedir. Sağlığın bu boyutunda sağlık önlemleri, ulaşım, temiz suya erişim gibi imkânlar bulunmaktadır. Toplumsal sağlık ise yiyecek, barış, gelir gibi temel altyapı gerekliliklerini kapsayan sağlık ve sosyal yapı ilişkilerini ele alır. Bireysel sağlığın altı alt boyutu vardır: *Fiziksel* sağlık kişinin formda olması ve hasta olmamasıyla; *zihinsel* sağlık kişinin kendi değerine inanması, pozitif düşüncelere sahip olmasıyla; *duygusal* sağlık sürdürülebilir ilişki kurulması ve duyguların ifade edilebilmesiyle; *sosyal* sağlık diğer insanlarla konuşup faaliyetler yapabilecek şekilde aile ve arkadaşlardan destek görülmesiyle; *ruhsal* (spiritüel) sağlık dini veya ahlaki inançların ve hayatta daha yüce bir amacın olmasıyla; *cinsel* sağlık kişinin cinselliğini tatmin edici biçimde başarmasıyla ilgilidir (Naidoo ve Wills, 2016: 4-5).

Sosyolojik boyutu itibarıyla toplumdan topluma sağlık ve hastalığa yüklenen anlamlar değişmektedir. Yapılan araştırmalar bazı toplumlarda ileri derecede hasta birine sağlıklı denildiğini göstermekle birlikte bazılarında sağlıklı kişilerin hasta olarak görüldüğünü ortaya koymuştur (Adak, 2016: 101). Örneğin diş çürüklerini bazı kişi ve toplumlar ciddi bir sağlık sorunu olarak görürken bazıları bunu bir sorun olarak görmemektedir. Ya da aşırı kilolu olmak kimi toplumlarda hastalık olarak değerlendirilirken; diğerlerinde zenginlik ve iyi beslenme göstergesi olarak algılanabilmektedir (Hayran, 2012: 83).

Kavram olarak sağlık farklı toplumsal bağlamlarda farklı şekillerde anlaşılmış olmakla birlikte sağlığın ölçülmesi ve sağlığa ilişkin yapılan değerlendirmelerde tahlillerin veya tetkiklerin haricinde kişilerin kendileriyle ilgili sahip oldukları *sağlık algısı* önemli bir yer tutmaktadır. Kişilerin öznel sağlık algıları (kişilerin kendi sağlıklarını

derecelendirmeleri / self-rated health) genel sağlık ölçümü için basit ve kolay bir yol olarak görülmektedir (Bombak, 2013: 1).

Sağlık algısı kişilerin sağlığının değerlendirilmesinde önemli bir gösterge olsa da insanların hastalık göstergesi olan belirtileri algılaması ve bunları değerlendirmesinde farklılık bulunmaktadır. Bazı insanlar en ufak bir belirtiyi hastalık durumu olarak değerlendirirken bazıları ciddi durumları görmezden gelebilmektedir. Sıkıcı işlerde çalışan ya da yalnız yaşayan kişilerde fiziksel yakınmanın daha fazla olması; diğer taraftan işinden zevk alan ve yoğun bir çalışma temposuna sahip kişilerde ciddi sayılabilecek semptomların fark edilemiyor olması bunun göstergesidir. Hastalık durumunun ve semptomların farklı algılanmasında kişinin yetişme biçimi, toplumsal değer ve inanç sistemleri, içinde bulunduğu kültür, kişinin psikolojik durumu, hastalık belirtileri hakkındaki bilgi sahibi olup olmaması, bireyin sosyo-demografik özellikleri gibi değerşkenler etkili olmaktadır (Hayran, 2012: 83).

Sağlık kavramının çok boyutlu ve karmaşık olması gibi hastalık kavramına bakıldığında da yalın bir tanımlama yapmak pek mümkün görünmemektedir. Turner, hastalık konusuyla ilgili tıp sosyolojisi literatüründen hareketle *hastalık* (disease), *rahatsızlık* (illness) ve *hastalık durumu* (sickness) şeklinde üçlü bir ayırmadan söz etmektedir. Buna göre hastalık biyolojik ya da fizyolojik sorunları; rahatsızlık bireylerin kendi durumuna ilişkin öznel farkındalığını; hastalık durumu uygun toplumsal rolleri anlatmaktadır (Susser ve Watson'dan akt. Turner, 2011: 11).

Türkçeye tek bir kelime olarak çevrilmiş olan hastalık kavramının İngilizce karşılıkları arasındaki fark esasen iki farklı perspektifi yansıtmaktadır. Bunlardan biri *disease* yani *medikal anlamda hastalık* doktorun bakış açısını yansıtır ve bu, hastalığa *nesnel* yaklaşımdır. Disease semptomlarla açığa çıkan patolojik anormalliktir. *Illness* olarak hastalık ise *toplumsal-kültürel anlamdaki hastalık* tanımlamasıdır. Illness bireyin yaşadığı sağlıksızlık veya patolojik anormallik sürecinin birey tarafından *öznel* olarak algılanmasına ve bu süreç içerisinde kişinin acı ya da rahatsızlık duyma durumuna işaret etmektedir (Oskay, 1993: 97).

Burada bahsedilen farklılığa paralel biçimde hastalık kavramı farklı durumlarda farklı anlamlara gelmektedir. Hekimlere göre hastalık insan vücudundaki organ veya sistemlere dair patolojiyi tanımlayan objektif bir durumdur. Hekimlerin koyduğu

hastalık tanısı başka hekimler tarafından da gözlemlenebilen, ölçülebilen belirti ve bulgulara dayanır. Bireyler açısından ise hastalık subjektif olup bireyin kendindeki olağandışı belirtileri algılaması ve değerlendirmesiyle ilgilidir. Bu süreç bireyden bireye farklılık gösterebildiği gibi birey ve hekim arasında da farklı yorumlanabilir. Kendini hasta hissedenden kişiye hekim sağlam tanısı koyabildiği gibi; kendini sağlam hissedenden kişiye hekim tarafından hasta tanısı konulabilmektedir (Hayran, 2012: 82).

Hekimler açısından hastalıkların teşhisinde farklılıkların giderilip ortak noktaların artırılması için uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarla hastalıkların belli şekillerde kategorize edilmeye çalışıldığı görülmektedir. International Classification of Disease (ICD) 10 - Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10) bu amaçla oluşturulmuştur. ICD 10 hastalıklar ve sağlık sorunlarıyla ilgili uluslararası sınıflandırma standardıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı bu standartlar bilinen hastalıkları ve yaralanmaları ayrıntılı olarak tanımlamaktadır. (URL 2: E. T. 05.05.2020). ICD belli periyotlarla yenilenmektedir. Haziran 2018 itibarıyla Dünya Sağlık Örgütü ICD 11'i yayınlamıştır (URL 3: E. T. 05.05.2020).

Hastalıklara tarihsel süreçte farklı anlamlar yüklenip ve onlar için çeşitli açıklamalar yapılmıştır. Hastalıklar zaman içerisinde bireysel sebeplerin yanında çevresel veya toplumsal koşullara bağlanmıştır. Modern tıptan önce hastalıklar “ruhsal ve mekanik güçlerin bir ürünü olarak” düşünülmekteydi. Yani vücuttaki öğelerden birindeki dengesizlik veya tanrının bir günaha verdiği ceza olarak hastalık anlayışı hâkimdi (Locker'dan akt. Cirhinlioğlu, 2015: 23). Ancak Descartes'in ruh-beden ayrımı düşüncesinden hareketle beden, ruhtan ayrı bir incelenme nesnesi haline gelmiş ve vücut, kendi iç işleyiş kuralları olan bir bütün şeklinde görülmeye başlanmıştır. 19. yüzyılın sonuna doğru ise hastalıkların nedenlerinin mikroplar olduğu keşfedilmiştir. Hastalıklar için tek mikroplu, dolayısıyla tek nedenli açıklamalardan çok nedenli açıklamalara zaman içerisinde geçilmiştir. Buna göre hastalıklar *mikrop, taşıyıcı ve çevre* olarak bilinen “*bulaşıcı hastalıklar üçgeni*” yaklaşımıyla ele alınmıştır. Böylelikle hastalıklar için tedavi edilebilir olmasının yanında önlenemez olduğu düşüncesi de yerleşmeye başlamıştır (Locker'dan akt. Cirhinlioğlu, 2015: 23–24). Ancak “üç temelli yaklaşım” bulaşıcı hastalıklar için iyi bir modelken; kronik hastalıklarda yeterli açıklama sunamamaktadır. Daha kapsayıcı bir açıklama çabası çok nedenli “*nedenler ağı*” yaklaşımının ortaya çıkmasına vesile olmuştur (McMachon ve Pugh'tan akt.

Cirhinlioğlu, 2015: 24). Bu yaklaşım hastalıklara karşı koruyucu/önleyici perspektifle bağlantılı olmuştur. Yakın zamana doğru gelindiğinde ise “genel hassasiyet kuramı” olarak nitelenen yaklaşım benimsenmeye başlanmıştır. Bu kuramın benimsenmesinde tek ve çok nedenli açıklamaların farklı toplumsal yapıların hastalık ve ölüme farklı duyarlılıkları açıklayamamaları etkili olmuştur. Bu kurama göre hastalıklarda insanların sınıfsal konumları, yaşadıkları çevre, medeni durumu, sosyal bütünleşme düzeyleri, hayattan beklentileri, davranışları gibi pek çok faktörün etkili olduğu düşünülmektedir (Locker’dan akt. Cirhinlioğlu, 2015: 24).

Sağlık ve hastalığın anlaşılması için farklı açıklama modelleri geliştirilmiştir. İlk olarak modern bilimsel bilgiden temel alan *biyomedikal modele*⁸ göre insan vücudu belli parçalardan oluşan bir makine şeklinde ele alınmaktadır. Kartezyen Felsefenin bir ürünü olan bu anlayış gereği doktorun görevi; düzgün çalışmayan bir mekanizmayı düzeltmek amacıyla müdahale etmekten ibaret hale gelmiştir. Beden bir makine olarak ele alındığı için modern tıp da zamanla bu makinenin daha küçük parçaları üzerinde yoğunlaşmaya başlamıştır. Modern tıbbın gelişiminde tıp teknolojisinin gelişmesi de etkili olmuştur. Teşhis ve tedavi için zamanla yeni araçlar icat edildiği gibi mevcut araçlar daha da geliştirilmiştir (Capra, 2009: 143–152). Ancak modern tıp içerisinde biyomedikal model tek ve egemen paradigma olarak kalmamıştır. 1970 ve 80’lerden başlayarak eleştiriler alan biyomedikal modele karşı *biyopsikososyal model* geliştirilmiştir. Biyomedikal modeldeki zihin-beden ayrımı eleştiri almış olup daha sonraki süreçte bu ikilinin birbirine bağımlı olduğu kabul edilmiştir. Biyopsikososyal model ile hem hastalık (disease) hem rahatsızlıkla (illness) ilgilenilmiş olup “biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin karşılıklı ve karmaşık etkileşimi” inceleme kapsamına dâhil edilmiştir (Kasapoğlu, 2008: 14–15). Biyopsikososyal modelin bir örneği Yamada’nın (2001) Marshall Adaları’nda diyabet hastalığı üzerine yaptığı araştırmadır. Çalışmaya göre diyabet hastalığının yalnızca metabolik bir problemden kaynaklanmadığı; bunun yerine esas olarak ekonomik çıkarlar, kültürel bozulma ve ekolojik yıkım gibi sosyal faktörlerin hastalığın ortaya çıkışında etkili olduğu ileri sürülmüştür.

⁸ “Biyolojik-tıbbî modele göre, bir insanın sağlığı için önemli olan şeyi, sadece doktorlar bilir ve sadece onlar, onun hakkında bir şeyler yapabilir; çünkü sağlığa ilişkin bütün bilgimiz, klinik verilerin nesnel bir gözlemine dayandırılmış rasyonel ve bilimsel bilgidir. Böylelikle laboratuvar testleri ve deney odasındaki fizikî parametrelerin ölçülmesi, teşhisle, çoğunlukla hastanın duygusal durumunun, aile tarihinin ya da toplumsal durum/şartının belirlenmesinden daha ilgili görülmüştür” (Capra, 2009: 185).

Sağlığın ve hastalığın çözümlenmesindeki bu farklılıkla birlikte, yukarıda belirtildiği gibi inanç, değer, kültür gibi pek çok faktörün etkisiyle kişilerin kendi sağlık algıları ve hastalık belirtilerini değerlendirmeleri değişkenlik göstermektedir. Buna paralel olarak kişilerin sağlık hizmeti için başvurduğu kaynaklar da *profesyonel sektör*, *popüler sektör* ve *folk sektör* olarak farklılaşmaktadır (Kleinman'dan akt. Hayran, 2012: 83).

Profesyonel sektörde sağlıkla ilgili belirli bir eğitim almış olan ve resmi makamların kabul ettiği şekilde çalışan doktor, hemşire, eczacı, diyetisyen gibi kişiler bilimsel verilere dayalı şekilde hizmet sunumu gerçekleştirmektedir. Ancak bu sektörün tüm sağlık hizmetlerindeki payı pek fazla değildir. Popüler sektör ise herhangi bir sağlık eğitimi olmayan ancak yaş ve tecrübesiyle görüşleri önemsenen aile büyükleri, eş-dost, arkadaş gibi sıradan kişilerin yer aldığı sektördür. İnsanlar bazı rahatsızlıklarını yakın çevresindeki bu kişilerle paylaşır ve onların önerdiği basit öğüt ve önlemleri uygulayarak profesyonel sağlık elemanlarına başvuru gereği duymaz. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık hizmetinin büyük kısmı bu sektör tarafından sunulmaktadır. Folk sektör ise insanların sağlık hizmeti almak üzere başvurdukları kırıkçı-çıkıkçı, medyum, üfürükçü gibi kişilerden oluşan geleneksel iyileştiricilerdir. Bu kişilerin herhangi bir eğitim kurumundan aldıkları uzmanlıkları olmadığı gibi pek çok devlet bu kişileri resmi olarak tanınmamaktadır. Yasal bir sektör olamamasına rağmen ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın bu sektörün isim yapmış uzmanlarına yoğun bir talep bulunmaktadır. Bu sektörde ortaya çıkan uygulamaların bazısı bilimsel açıdan kolayca reddedilememiş olsa da şarlatanlık türünde uygulamalar da yapılmaktadır (Hayran, 2012: 83-84).

Sağlık ve hastalıkla ilgili bahsedilecek diğer bir kavram sağlığın teşviki ve geliştirilmesidir. Hastalandıktan sonra yeniden sağlıklı hale gelebilmek için çeşitli ilaçlar, tahliller, cerrahi operasyonlar vs. pek çok tedavi hizmeti bulunmaktadır. Ancak hastalıklarla yapılan en önemli mücadele şekli hastalığın ortaya çıkışını engellemektir. Bu sebeple hem Dünya Sağlık Örgütü hem de ulusal düzeyli kurum ve kuruluşlar çeşitli programlar düzenlemektedir. DSÖ'ye göre *sağlığın teşviki* (health promotion) insanların sağlık üzerindeki kontrolünü artırma ve sağlıklarını geliştirme sürecidir. Bunun içerisinde bireysel davranışa odaklanmak olduğu gibi, daha ötesinde geniş yelpazeli sosyal ve çevresel müdahale de bulunmaktadır (URL 4: E. T. 05.05.2020).

Sağlıkla ilgili üzerinde durulacak son kavram ise *sağlıkta eşitsizlik*dir. Belek (1998b: 102) sağlıkta eşitsizliği toplumsal gruplar arasındaki toplumsal nedenlerden kaynaklı; önlenemez olan ve bu sebeple kabul edilemez olan; toplumsal düzlemde ele alınması ve müdahale edilmesi gereken sağlık farklılıkları olarak tanımlamıştır. Bu tanımlamada ayrıca sağlık eşitsizlikleriyle mücadelede sağlık dışı disiplinlerin de etkin olarak yer alması gerektiği ve sağlık eşitsizliklerinin sosyal, politik, ekonomik ve ahlaki bir sorun olarak değerlendirilmesi gerektiği de belirtilmiştir. Toplumsal nedenleri olması sebebiyle sağlık eşitsizlikleri doğal değil; yapay farklılıklardır (Akalin, 2015: 49).

Şimşek ve Kılıç (2012: 117) sağlık hizmetlerinde ve sağlığın sosyal belirleyicilerinde eksiklik olması durumunda sağlık eşitsizliklerinin ortaya çıktığını dile getirmiştir. Sağlık hizmetlerinin eşitliği sağlık sisteminin finansman, insan gücü, örgütlenmesi gibi sunum ve erişilebilirlikle ilgili imkânlarındaki eşitliktir. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin eşitliği ise eğitim, gelir, meslek gibi sosyal faktörlerdeki eksikliklerin giderilebilmesiyle ilgilidir.

1.2.2. Sağlık Sosyolojisi ve Sosyoloji Teorileri

Sağlık sosyolojisi sosyolojinin alt dallarından biri olup; konusu itibarıyla pek çok disiplinle iç içedir. Sağlık ve toplum arasındaki ilişkinin incelendiği çeşitli bağlamlar bulunmaktadır ve bunlardan ilki toplumun ekonomik, kültürel ya da siyasi yapılarıyla sağlık/hastalık arasındaki bağlantıların incelemeye alınmasıdır. İkinci olarak sosyal değişimler ile sağlık/hastalık olgusu arasındaki etkileşimler araştırmalara konu edilir. Son olarak da toplumsal faktörlere göre sağlık/hastalık algısının değişimi bağlamında sağlık ve toplum ilişkisi ele alınır (Güven, 2014: 128):

Sağlık sosyolojisinin ilgili olduğu alt disiplinler şunlardır (Cirhinlioğlu, 2015: 17):

- Hastalıkların dağılımı ve etiolojisi
- Hastalığa/sağlığa toplumsal ve kültürel tepkiler
- Tıp bakımının sosyo-kültürel yanı
- Ölüm oranları
- Toplumsal epidemioloji
- Tıp uygulamalarının örgütlenmesi
- Tedaviye yönelik mesleklerin sosyolojisi
- Hastanelerin sosyolojisi
- Topluluk düzeyindeki sağlık örgütlenmeleri
- Toplumsal değişim ve tıbbî bakım
- Sağlık bakım örgütlerinin karşılaştırmalı araştırılması
- Tıp eğitimi
- Sağlık bakım hizmetlerinin kullanılması
- Halk sağlığı
- Stres hastalık ve bunlarla başetme
- Değişen toplumsal davranışlara yönelik yeni teknolojiler

- Toplumsal ve grupsal psikiyatri
- Davranışsal sorunlar ve tıbbî bakım
- Hukuksal ve etiksel konular
- Yarı profesyoneller
- Tıp ekonomisinin toplumsal yanı
- Sağlık politikaları ve siyaset

Sağlığın ve sağlıkla ilgili bir alan olarak sağlık sosyolojisinin bu kadar farklı alt ilgi alanının olması sağlığın sadece tıp – hastane ve hekim bağlamında incelenemeyeceğini göstermektedir. Sağlığın sadece hastaneyle ilişkilendirilmesinin doğru olmaması gibi; hasta ve hastalık da sadece hastaneyle ilişkili değildir. Hasta ve hekimin hastanede bir araya gelmesi hastalık sürecinin son aşamasıdır. Fakat hastalıklarla ilgili süreçler çok daha öncesi olan süreçlerdir. Bu anlamda sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak sosyal bilim perspektifine göre birbirinden bağımsız değildir (Cirhinlioğlu, 2015: 19).

Sağlığın tıp merkezli bir bilim olarak değerlendirmesi hastalıkların iyileştirilmesi noktasında tutarlılık arz etmektedir. Ancak hastalıkların önlenmesi, sağlıklı yaşam davranışlarının benimsetilmesi vb. kültürel süreçlerdir. Sağlık sosyolojisi nihai durumda bedensel ve fizyonomist bakışın ötesinde toplumsal ve kültürel yapı içerisinde nedenselliklere odaklanmaktadır (Tecim, 2018: 29).

Sağlık sosyolojisi insanların sağlığını konu edinmesi itibarıyla en başta tıbbın ve hekimliğin konularıyla kesişmektedir. İlk kez Fransa’da ortaya çıkan toplum hekimliğinde (social medicine) tıpçıların toplumsal bilimlerle temas kurma isteği sağlık, tıp ve toplumsallığın buluştuğu kavşağa işaret etmektedir. 1847–48 yıllarında Almanya’da Virchow’un yaptığı araştırma ve aldığı siyasal ve ekonomik önlemlerle bölge halkının sağlığında dramatik iyileşmeler olmuştur. Buradan hareketle Virchow’a atfedilen şu sözler sağlığın sosyallik boyutunu vurgular niteliktedir: “tıp bir sosyal bilimdir ve siyaset tıptan başka bir şey değildir”. Yani sağlıkla ilgili sorunların önlenmesi için sağlık alanının dışında çabaya ihtiyaç duyulmaktadır (Cirhinlioğlu, 2015: 18). Bu doğrultuda on dokuzuncu yüzyıldan yirminci yüzyılın ilk yarısına kadar geçen sürede yaşanan ölüm oranlarının azalması ve nüfusun artması gibi sağlık gelişmelerinin sosyal ve ekonomik gelişmelere dayalı olduğu bilinmektedir. Bu dönemde kamusal hijyen sağlanmış, daha iyi beslenme imkanları yaygınlaşmış, aile planlamaları yapılmış, barınma koşulları iyileştirilmiş, Birinci Dünya Savaşı ile işsizlik ve dolayısıyla yoksulluk azalmış, yaşam kalitesi genel olarak yükselmiştir (Browne, 2015: 486-487).

Sağlık sosyolojisi çalışmaları 1800'lerin sonu ve 1900'lerin başı ilk dönem; İkinci Dünya Savaşı sonrası ise ikinci dönem olacak şekilde iki dönemde incelenmektedir. İlk dönemdeki belirleyici ve etkin faktör sanayileşme ve onun doğrudan/dolaylı sonuçlarıdır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ise ulusal düzeyli sağlık çalışmalarının ve özel vakıfların disiplinler arası araştırmalarının artışı sağlık sosyolojisi alanının büyümesine vesile olmuştur (Yıldız, 2018: 12). Ayrıca İkinci Dünya Savaşı sonrasında sosyal devlet fikrinin ortaya çıkması ve yaygınlık kazanmasıyla birlikte yönetimlerin sağlıkla ilgili politikalar üretmeye başlaması bu alanı güçlendirmiş olup; kapitalizm, endüstrileşme ve teknolojinin ilerlemesinin sebep olduğu sağlık sorunları bu alana olan ihtiyacı artırmıştır (Sarı ve Atılğan, 2012: 12).

Sağlık sosyolojisiyle ilgili çalışmalar incelendiğinde sosyolojinin kurucu babaları olarak bilinen isimlerin doğrudan doğruya bu alanla ilgili çalışmalarının pek bulunmadığı görülmektedir. Ancak ilk sosyologların bazı düşünceleri sağlık sosyolojisi için temel teşkil etmiştir. Toplumun canlı bir organizmaya benzetilmesiyle Comte ve Spencer; altyapının üstyapıyı (ekonominin sağlığı) belirlemesi görüşüyle Marx; bürokratik ve rasyonel örgütlenmenin toplumsal işleyişteki rolünü ele alışıyla Weber sosyolojinin ilk adımları içerisinde sağlık alanına referans olan sosyologlar konumundadır. Bunlarla birlikte Durkheim intihar üzerinden yaşam, ölüm, beden üzerindeki toplumsal belirleyiciliği vurgulamış olmasıyla sağlık sosyolojisi çalışmalarının önemli bir başvuru kaynağıdır (Yıldız, 2018: 10). Son olarak Engels'in (2013) İngiltere'deki işçilerin durumunu ele aldığı çalışmasında o dönemki yaşama ve çalışma koşullarından bahsetmesi, hem doğrudan hem de dolaylı olarak çeşitli sağlık sonuçlarını incelemesi sağlık sosyolojisi çalışmaları kapsamında kendisine değinilmeyi hak etmektedir. Engels'in 1845 yılında yayınladığı çalışması eğitim, gelir, beslenme gibi sosyal belirleyicilerle sağlık/hastalık/ölüm ilişkisini bilimsel olarak ilk kez kanıtlamıştır (Akalin, 2015: 106-107).

Sağlık sosyolojisiyle ilgili önemli dönüm noktası Parsons'ın 1951'deki *Sosyal Sistem* çalışması olmuştur (Cockerham ve Scambler'dan akt. Yıldız: 2018: 12). Hastalık konusu Parsons etkisiyle yaygın biçimde rol ve sorumluluklar çerçevesinde ele alınmaya başlanmıştır (Sarı ve Atılğan, 2012: 17). Parsons'a göre *hasta olma* dört toplumsal beklenti tarafından yönetilen bir *rol*dür. İlki "toplumsal rol sorumluluklarından muaf görülme"; ikincisi "kendisine bakılmak zorunla olduğu

anlamına gelen hasta olma durumundan kaynaklanan sorumluluk muafiyeti”; üçüncüsü “hasta olmak arzu edilmeyen bir şey kabul edildiği için, hastaların iyileşmeyi istemeye mecbur edilmeleri”; dördüncüsü “ teknik açıdan uzman birinden yardım almaya çalışma ve iyileşmek için işbirliği yapma gerekliliğidir”. Parsons’ın bu bakış açısıyla hasta olmanın toplumsal düzeyde düzenlenişine dikkat çekilmiştir (Marshall, 2003: 294).

Sağlık sosyolojisi yukarıda bahsedilen bu kapsayıcılığının yanında bilimsel bir faaliyet olarak özde sosyolojik bir çalışma sahasıdır. Sosyolojik çalışmaların ve sağlık sosyolojisi çalışmalarının gerçekleştirilmesinde ise genellikle: “pozitif sosyal bilimler” ve “yorumlayıcı sosyal bilimler” şeklinde iki temel anlayış bulunmaktadır. Sağlık sosyolojisi alanındaki pozitivist çalışmalar Parsons ve onun sistem teorisi etrafında yapısal-işlevselci teoriyi ön plana çıkararak şekillenmiştir. Yorumlayıcı çalışmalarda ise birey ve öznellik merkezli sembolik etkileşimci, inşacı ya da etiketleme teorisine dayalı etkiler bulunmaktadır (Tecim, 2018: 30).

Sağlık sosyolojisi çalışmalarına üst bir çatı olarak yön veren bu iki ana akım sosyoloji teorisiyle birlikte daha alt düzeyde sosyoloji teorilerinin de etkili olduğu gözlemlenmektedir. Burada sağlık sosyolojisi çalışmalarında öne çıkmış olan belli başlı sosyoloji teorilerine kısaca yer verilmiştir. Ancak sosyoloji teorilerinin farklı şekillerde tasnif edilmiş olduğunun en başta belirtilmesi gerekir. Örneğin feminist teori bazen müstakil bir teori olarak kendi başına incelenebildiği gibi; bazen yapısalcı ya da postyapısalcı teoriler altında incelenmiştir. Bir başka örnek olarak Marxist teori de bazen ayrı bir başlık altında bazen de yapısalcı ya da çatışmacı teoriler altında ele alınmıştır. Bu çalışmada sosyal teorilerin sağlık alanıyla kesiştikleri noktalar sembolik etkileşimcilik, sosyal inşacılık, yapısalcılık, postmodernizm, yapısal işlevselcilik başlıkları altında ele alınmıştır

i. Sembolik Etkileşimcilik: Sembolik etkileşimcilik başta Goerge Herbet Mead olmak üzere Cooley, Blumer ve Goffman gibi isimlerin öncüsü olduğu sosyolojik teoridir. Bu sosyolojik teorinin temel ilkeleri şunlardır (Blumer’den, Manis ve Meltzer’den, Rose’den ve Snow’dan akt. Ritzer, 2012: 227):

1. İnsanlarda hayvanlardan farklı olarak düşünme kapasitesi bulunur.
2. Düşünme kapasitesi, toplumsal etkileşim tarafından şekillendirilir.
3. Toplumsal etkileşimde insanlar, insana özgü olan düşünme kapasitelerini uygulama olanağını onlara sağlayan anlamlar ve sembolleri öğrenir.

4. Anlamlar ve semboller, insanların, insanlara özgü olan eylem ve etkileşimi sürdürmelerine olanak verir.
5. İnsanlar, durumu yorumlamaya dayalı olarak eyleme ve etkileşim içinde kullandıkları anlamlarda ve sembollerde değişiklik yapabilirler ve onları değiştirebilirler.
6. İnsanlar, bu değişiklikleri veya değişimi, kısmen, eylemin olası süreçlerini incelemelerine, onların görece avantajlarını ve dezavantajlarını değerlendirmelerine ve birini seçmelerine olanak sağlayan, birbirleriyle etkileşim kurma yetenekleri nedeniyle yapabilirler.
7. Grupları ve toplumları, içiçe geçmiş eylem kalıpları ve etkileşim oluşturur.

Bu temel ilkelerle birlikte sembolik etkileşim, insanların kullandığı semboller ve hayata geçirdiği eylemlerden anlam çıkarmaya çalışan bir teoridir. Bu teorinin sağlık alanındaki ilk örneklerini Strauss, Becker ve Goffman'ın çalışmalarında görmek mümkündür. Sembolik etkileşim çatısı altında yapılan çalışmalar hastaların günlük yaşamları, hastalık tecrübeleri ve bu süreçlerdeki olumlu/olumsuz davranışların anlaşılmasına yardımcı olmuştur (Tecim, 2018: 53–54).

Sembolik etkileşimci teori hastalıkların etkileşim yönüyle ilgilenerken toplumsal açıdan hastalıkların insanların davranışlarında oluşturduğu etkinin anlaşılabilmesini hedefler. Hastalıklar bazen çokça ilaç kullanmak bazen de idrar kaçırmak gibi birçok hastalık öyküsüyle insanların gündelik yaşamlarını çeşitli şekillerde etkileyebilirler. İnsanların bu ve benzeri hastalık kaynaklı durumlarda ne gibi önlemler aldıkları, bu durumlar karşısında nasıl bir tavır geliştirdikleri ya da bu durumlar için diğer insanlarla nasıl bir iletişim ortamı oluşturdukları sembolik etkileşimci çalışmalarla anlaşılmaya çalışılmıştır (Kılıç, 2018: 72–73).

ii. Sosyal İnşacılık: Berger ve Luckmann⁹ gerçekliğin sosyal olarak inşa edilmiş olduğunu ileri süren öncü isimlerdir (2008: 3). Sosyal inşacılık sosyal sorunlar da dâhil olmak üzere insan hayatının tüm yönlerinin yaratıcılarının insanlar olduğunu iddia eder. Sosyal inşa perspektifine göre doktor ve hasta arasındaki etkileşimin büyük önemi vardır ve bu ilişki pozitivizmin katı olgusallığı ile işlenemez. Doktorun hastasıyla olan etkileşiminde seçtiği kelimeler, jest ve mimikler önemsenir; benzer şekilde hastanın da konuşması, sağlığı, sosyal temeliyle doktoru etkilemektedir (Adak, 2015: 135–136). Sosyal hayat bu karşılıklı etkileşime dayanarak inşa edilmektedir.

⁹ Sosyal inşa teorisi hakkında detaylı bilgi için bkz: Berger, P. L. ve Luckmann, T. (2008). Gerçekliğin Sosyal İnşası: Bir Bilgi Sosyolojisi İncelemesi. İstanbul: Paradigma.

Sosyal inşa teorisi esasen sembolik etkileşimciliğin devamı niteliğindedir. Karşılıklı etkileşimler ile inşa edilen hayatın bir yönü de sağlık/hastalık durumlarıdır. Yukarıda belirtildiği gibi doktor - hasta etkileşiminin inşa edilmiş olmasına benzer biçimde sağlıklı olmak veya hastalıkları tanılamak da zamana, kültüre, sosyal veya siyasi şartlara göre yeniden kurularak inşa edilirler (Tecim, 2018: 62–64).

iii. Yapısalcılık: Yapısalcılığa göre toplum güç ve kıt kaynaklar sebebiyle çatışan parçalar birliğidir. Sağlık açısından ise sağlığın toplumun tümüne eşit olarak dağıtılamaması yapısalcı yaklaşımın bakış açısını yansıtmaktadır. Buna göre toplumdaki bazı kesimler diğerlerinden daha avantajlı ve daha sağlıklıdır. Dolayısıyla sağlık ve hastalık bireysel etkenlerin ötesinde topluma bağlı olacak şekilde yapısaldir (Adak, 2015: 137).

Sağlık konusunda yapısalcı düşüncenin yansımasını iki büyük gelenekte görmek mümkündür. Biri ekonomi, üretim araçları, tarihsel analiz temelinde dünyayı açıklayan Marksist gelenek; diğeri ise ataerkil yapı sebebiyle toplumda erkek egemen gücün varlığı üzerinden sağlıkta eşitsizlikler olduğunu savunan feminist kuramdır. Bu iki kuram haricinde başka bir yapısalcı perspektif ise bir hastalığın varlığını toplumdaki egemen düşünce biçiminin ürünü olmayla bağlantılandıran Foucault'ya aittir (Adak, 2015: 138–139).

Marxist gelenek toplumu çatışma temelinde ele aldığı için bu gelenek çatışma teorileri başlığı altında da incelenmiştir. Çatışma teorisi sağlığı yapısal bir sorun olarak değerlendirdiği gibi konuyu kurumlar ve ilişkiler düzeyinde de ele alır. Yapısal olarak küreselleşme, kapitalizm, sömürü vb. bağlamlarında; ilişkiler düzeyinde ise doktor, hasta, sağlık personelleri ilişkileri ve diğer iktidar ilişkileri bağlamında incelenir (Tecim, 2018: 57).

Marxist açıklama tıp ve sağlık alanının kapitalist bir dönüşüm geçirdiğini iddia eder. Bu dönüşümün dört özelliği şöyledir (Navarro'dan akt. Kılıç, 2018: 73):

- Tıp bireysel beceri ve ustalık halinden “şirket tıbbına” dönmüştür.
- Tıp giderek uzmanlaşarak, hiyerarşik bir yapı kazanmıştır.
- İlaç ve ilgili endüstriyel sektörleri de kapsayacak şekilde, tıp geniş bir istihdam alanıdır.
- Tıp doktorları “proleter”leşmiştir.

Tıbbın metalaştığını gösteren bu dört özellikle birlikte Marxist anlayış kapitalist eşitsizlikçi nitelikler sebebiyle toplumsal yapıda sağlığın eşitsiz olarak dağıldığını iddia eder. Örneğin olumsuz sağlık statüsü, meslek hastalıkları, iş kazaları ve ölümler sanayi işçilerine toplumdaki diğer kesimlerden daha yakındır (Kılıç, 2018: 73).

Toplumsal yapıyı ekonomik araçlar üzerinden ele alan ve buna göre toplumda ayrımlar olduğunu iddia eden Marxist görüşe paralel biçimde toplumu cinsiyet farklılıkları açısından inceleyen feminist yaklaşım da yapısalcı teoriler içerisinde yer alır. Feminist kuram kendi içinde farklı fraksiyonlara ayrılmış olsa da temelde toplumsal hayata ilişkin kadın merkezli bakış açısından geliştirilen fikirler sistemidir (Lengermann ve Niebrugge, 2012: 314). Sağlık alanına feminist bir açıdan bakıldığında sağlık sisteminde cinsiyetçi bir yapılanma olduğu, hastalıkların cinsiyetçi bir yapıda tecrübe edildiği, sağlık sektöründe kadınların görece düşük statüde oldukları göze çarpan unsurlar olarak öne çıkmaktadır (Tecim, 2018: 68). Feminist yaklaşıma göre tıp mesleğinin de eril bir niteliği vardır ve tıptaki bu erillik kadınların doğal fiziksel işleyişlerini medikalleştirmiştir (Kılıç, 2018: 74).

iv. Postmodernizm: Akla ve bilimsel bilgiye dayalı modernizm düşüncesi kökleri itibarıyla 1600'lü yıllara kadar geri götürülebilir. Modern düşünceye göre akıl ve bilim egemen güçlerdir ve bu güçlerin söylemlerine herkes uymalıdır. Sağlık konusunda da durum aynıdır ve modern düşünceye göre herkes bilimsel sağlık bilgisinin gösterdiği doğruları benimsemelidir. Fakat İkinci Dünya Savaşı sonrası modernizmin temelleri ciddi biçimde sorgulanmış ve sarsılmıştır. Postmodernizm modernizme yöneltilen bu eleştirilerin yansımasıdır ve bu yansımayı sağlık alanında da görmek mümkündür.

Postmodern düşünce uyum ve denge yerine farklılığı, evrensellik yerine yerelliği önlemiştir. Postmodern zamanlarda sağlık alanındaki modern uzmanların bilgi tekeli yok olmuş; alternatif tıp olarak bilinen sağlık girişimleri modern tıbbı meydan okumuştur. Modernizmin *anormal* olarak kabul ettiği şeyler postmodern dönem için *farklılık* şeklinde değerlendirilmeye başlanmıştır (Adak, 2015: 141).

Postmodern düşünceyi en iyi şekilde özetleyen “ne olsa gider” sloganının sağlık için de kullanıldığını bu anlayış bağlamında görmek mümkündür. Postmodernizmde sağlığın klasik anlamı değişmiş ve bu dönemin özelliği olarak tüketim bağlamında hayata geçen bir sağlık anlayışı kendini göstermiştir. Bu dönemde sağlık sorunları olan kişiler

sorunlarını gruplar oluşturarak kendileri çözmeye çalışmakta ve tıbbi konular medyada ağırlıklı şekilde işlenmektedir. Modern bilim çatısı altında görev yapan hekimler sağlık sorunlarının çözümü için pek çok seçenektan biri haline gelmiştir (Cirhinlioğlu, 2003: 138).

Bu dönemde Ivan Illich'in eleştirel perspektifi de sağlık alanında ve daha özelde hekimlerin durumunda nasıl bir değişim yaşanabileceğini gözler önüne sermiştir. Illich'e göre bugün uzman olmayan kişiler tedavisi bilinen hastalıkların çoğunu teşhis ve tedavi edebilirler. Illich Çin'in tıp alanında klasik bir hekim gibi uzman olmayan ancak sağlık ve tedavi süreçlerinde bilgi sahibi olan "yalınayak hekimler"i örneğiyle klasik hekimlerin artık eski pozisyonunu koruyamayacağını iddia etmiştir (Illich, 2011: 17, 46).

Illich (2014: 182-183) sağlığı "bir uyum sağlama meselesi" olarak görür ve sağlık "otonom, ama yine de kültür tarafından şekillendirilmiş bir tepkidir". Sağlıklı insanların güç aldığı kültür "nüfusun sınırlarını, yaşlanmayı, eski haline dönmeyi ve hatta gelmekte olan ölümü bilinçli şekilde kabul etmeyi" kolaylaştırır. Bu bağlamda sağlıklı insanların modern, bürokratik, tıbbi profesyonel müdahaleye daha az ihtiyacı olacaktır.

v. İşlevselcilik - Yapısal İşlevselcilik: İşlevselciliğe göre toplum işlevsel ilişkileri olan parçalar bütünüdür. Toplumda var olduğuna inanılan düzen, denge ve uyum ise toplumdaki her bir parçanın üzerine düşen işlevini yerine getirmesiyle mümkündür. Bu toplumsal anlayışa göre hastalıklar bireylerin toplumda sahip oldukları sosyal işlevleri yerine getirememesine sebep olurken; hasta kişi hasta rolüne uyarak tedaviyi sürdürmeli ve iyileşmeye çabalamalıdır. Bu süreçte doktorlar ise toplumsal uyum, denge ve düzen içindeki nitelikli ve prensipli kişilerdir (Adak, 2015: 142-143).

İşlevselcilik büyük bir sosyal teoridir ve bu teori zaman içerisinde pek çok düşünürün katkılarıyla gelişmiş ve değişmiştir. Parsons başta olmak üzere o ve onun takipçilerinin eserleriyle sosyolojide güçlü bir hâkimiyet kurulmuştur. İşlevselcilik esasen Comte, Spencer ve Darwin'le temellendirilebilir. Ancak Parsons işlevselciliğe *yapı* kavramını ekleyerek "toplumun kendi üyelerinin üstünde ve ötesinde kendine ait bir hayata ve yapıya sahip canlı bir varlık olduğu düşüncesini teorik ve bilimsel bir önerme haline" getirmiştir (Slattery, 2008: 376).

Parsons'ın yaklaşımının temelinde sistem kavramı vardır ve sistem toplumu temsil etmektedir (Arslantürk ve Amman, 2013: 487). Buna göre toplum alt sistemleri olan bir sistemdir. Din, ekonomi, aile, siyaset gibi sistemler büyük toplum sisteminin alt sistemleridir. Sağlık da bu alt sistemlerden biridir. Topluma göre bir alt sistem olan sağlık sisteminin de alt sistemleri vardır ve örnek olarak hastaneler sağlık sisteminin alt sistemidir (Adak, 2015: 151–152).

Tanımı gereği sistem bir bütündür ve bu bütünü oluşturan unsurlar karşılıklı etkileşim halindedir. Sistemi oluşturan unsurlar da rastgele değil; her biri belli bir fonksiyonu yerine getirmek üzere bir araya gelmiştir. Bu unsurlardan biri sistemden çıktığında ise sistemin işleyişi aksamaktadır (Adak, 2015: 145). Sağlık da toplumsal sistem içerisinde diğer sistemlerle bir bütün oluşturur ve dolayısıyla sosyal bir kurum olarak sağlık diğer toplumsal sistemlerden etkilenir. Eğitim, din, ekonomi, aile veya siyaset kurumu her kültürün kendi sosyo-kültürel yapısına göre sağlık kurumunu biçimlendirir (Özen, 1994: 133).

1.2.3. Sağlık ve Hastalığı Etkileyen Faktörler

Sosyoekonomik durumun tarihsel ve küresel olarak en önemli sağlık belirleyicilerinden biri olduğu belirtilmektedir (N. Aydın, 2014: 49). Yapılan çalışmalara göre de toplum sağlığı %10 çevresel faktörlere, %15 biyolojik/genetik faktörlere, %25 sağlık hizmetlerine, kalan %50 ise sosyoekonomik faktörlere bağlıdır (URL 5: E. T. 05.05.2020). Bu faktörlerin her biri kendi başına önemli bir sağlık belirleyicisi olabildiği gibi her bir faktör diğer faktörlerle etkileşim içerisinde sağlık sistemi üzerinde belirleyici olabilir. Sağlık düzeyinin gelişimi incelendiğinde de medikal müdahalelerin ötesinde daha iyi beslenme, temiz suya erişim, daha iyi barınma, sağlık ve temizlik hakkındaki daha fazla bilgi gibi sosyal faktörlerin belirgin bir etkisinin olduğu görülmektedir (Browne, 2015: 480).

Sağlığın belirleyicisi olarak tespit edilen faktörler çeşitli şekillerde gruplandırılmıştır. Çalışmanın bu kısmında sağlığı belirleyen faktörler iki başlıkta verilmiştir. İlk mikro düzeyli biyolojik ve psikolojik faktörler; ikinci olaraksa makro düzeyli çevresel ve toplumsal faktörler şeklinde ayırım yapılmıştır.

1.2.3.1. Biyolojik ve Psikolojik Faktörler

Sağlığın belirlenmesinde önde gelen faktörler öncelikle insanların bedensel özelliklerine dayanır. Kalıtım, yaş, cinsiyet, ırk, beslenme, hastalık-bağışıklık, fiziksel kapasite, kişilik (Kılıç, 2018: 36) gibi temel değişkenler çeşitli hastalıklara karşı daha hassas olmayı ya da daha dirençli olmayı beraberinde getirebilir.

i. Kalıtım: Genler aileden kişiye geçen özellikleri taşıyan ve kişinin potansiyelini oluşturan en küçük yapıtaşlarıdır. Yeni doğan bebeklerin yüzde 2-3'ünde genetik kaynaklı doğum anomalileri oluşabildiği gibi yaşamın ilerleyen dönemlerinde bu oran yüzde 7-8'e çıkabilmektedir (Tunçbilek vd., t. y.: 2). Kalıtım kaynaklı hastalıklar olarak örneğin hemofili, renk körlüğü, saç dökülmesi, tat alamama (Tecim, 2018: 73), porfiri (Sherman, 2020: 5) gibi hastalıklar kişilerin genetik mirasına göre ortaya çıkmaktadır. Etnik köken itibarıyla da belli hastalıklara karşı hassasiyet bulunabilir. Örneğin beyaz etnik gruba kıyasla Afrikalı-Karayipliler biyolojik açıdan orak hücre anemisine karşı daha savunmasızdır (Browne, 2015: 501).

Hastalıkların ortaya çıkmasında genetik yatkınlık önemli bir etken olmasına rağmen yeterli neden değildir. Yani kişiler belli hastalıklar için kalıtsal bir yatkınlığa sahip olsalar bile bu faktörün dışında farklı faktörler sebebiyle hastalıklar yaşam boyunca ortaya çıkmayabilir (Tekin, 2007: 54). Bazı ilaçları kullanmak, enfeksiyon geçirmek, düşük sosyoekonomik konum veya beslenme bozukluğu gibi faktörler kişilerdeki genetik mirasa göre hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (Tunçbilek vd., t.y.: 2).

ii. Gelişim Dönemleri ve Yaş: Anne karnından başlayarak bebeklik, çocukluk, gençlik, orta yaş ve yaşlılık gibi farklı gelişim dönemleri sağlık-hastalık bakımından farklılıklar ortaya çıkarmaktadır. Biyolojik yaşın ilerlemesine bağlı olarak dolaşım, kas, sindirim gibi sistemlerle duyu organlarında kayıp ve bozulmalar artmakta; kronik hastalıklar, kaza ve yaralanmalar daha çok görülmektedir. (Amman, 2007: 167). Yani belli hastalıklar organizmanın yaşlanmasıyla birlikte gelişmektedir (Özen, 1993: 84).

Doğum öncesi süreçten başlayarak bebeğin anneye bağımlı olması sebebiyle annenin yaşam tarzı doğrudan doğruya bebeğin biyolojik niteliklerinin belirlenmesinde etkindir. Annenin sağlıklı şekilde beslenememesi, sağlığa zararlı çeşitli alışkanlıklarının olması bebeğin de sağlıklı şekilde gelişimini engeller ve kalıtsal etkenlere paralel biçimde

hastalıklara yatkınlıklar oluşur. Wilkinson (2009: 391) deneysel olarak bazı çalışmaların stresli bir hamilelik süreci geçiren hayvanların dünyaya getirdikleri yavruların görece daha küçük olduğunu bildirmektedir.

Doğum öncesinin ve ilk gelişim dönemlerinin sağlık için önemi büyüktür. Hem gebelik sürecinde hem de doğum sonrası süreçte annenin sigara içmesi, alkol kullanımı, ilaçları yanlış kullanımı, kötü ve yetersiz beslenmesi, dezavantajlı gıda erişimi bebeğin büyümesini ve gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir (Wadsworth ve Butterworth, 2009: 46). Bebeklik dönemindeki elverişsiz koşullar ilerleyen yaşlarda hastalıklar olarak açığa çıkmaktadır. Bebekken daha zayıf olan kişilerin sonraki dönemlerde kalp hastalıklarına, diyabete, felce yakalanma eğilimlerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Wilkinson, 2009: 391).

Hastalıkların etkisi, süresi, tedavisi yaşa göre değişim göstermekle birlikte genel olarak gençlik döneminde daha ziyade enfeksiyon hastalıkları ve kazalar; 18–45 yaş arasında doğum, kaza, psikiyatrik problemler ve stres; yaşlılıkta ise felç, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurular olmaktadır (Cockerham'dan, Kohn ve White'tan akt. Young, 2004: 17). Bununla birlikte yaş kategorilerine göre çocuk ve yaşlıların diğer gruplara göre daha fazla hastalandığı ve hastalandıklarında da başkalarından yardım almaya daha fazla ihtiyaç duydukları görülmektedir (Tecim, 2018: 74).

Sağlık açısından hassas bir dönem olma noktasında yaşlı kişilerde yaşamsal fonksiyon kapasitesi azalır, çevreyle ilişkiler güçleşir (Karan, 2007: 19), işitme-görme kaybı, bedensel ağrılar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), şeker, tansiyon, depresyon, demans gibi öne çıkan bazı sağlık sorunları sıklıkla ortaya çıkar. Hatta aynı anda birden fazla sağlık sorunuyla karşılaşılması mümkündür (URL 6: E. T. 05.05.2020).

iii. Cinsiyet: Cinsiyet bağlamında belirtilmesi gereken ilk ve en önemli nokta cinsel biyolojik yapı farklılığı sebebiyle ortaya çıkan hastalıklarla ilgilidir. Hastalıklar erkeklere özgü prostat veya kadınlara özgü rahim ağzı kanseri gibi *kadın hastalıkları* ya da *erkek hastalıkları* olarak ayrılmaktadır. Tıbbi bilim dalları olarak jinekoloji ve androloji bilim dallarının oluşumu da biyolojik cinsiyete bağlı hastalıkların oluşumuna paraleldir (Sarı ve Atılğan, 2012: 19).

Biyolojik yapı sebebiyle aynı hastalık kadın ve erkekte farklı seyredebildiği gibi; sağlık/hastalık örüntüleri de benzerlik göstermeyebilir. Örneğin erkek fetüslerin kendiliğinden düşük ve ölü doğum oranı daha yüksek olup ilk altı aya kadar bu tipteki ölümler devam edebilmektedir (Akın, 2007: 2).

Pek çok ülkede yapılan çalışma cinsiyete bağlı sağlık/hastalık ilişkisini anlatmak için kullanılan “kadınlar hastalanır, erkekler ölür” deyişini destekleyen sonuçlara ulaşmıştır (Adak, 2015: 21). Bölgesel değişimler bulunmakla birlikte kadınlar ve erkekler arasındaki ortalama yaşam süresi farkı cinsiyetler arası sağlık farklılığının göstergelerinden biridir. Batılı ülkelerin çoğunda kadınların erkeklerden uzun bir yaşam süresine sahip olduğu bilinmektedir. Ancak erkek ve kadınlar arasındaki yaşam tarzlarının benzeşmesi bu farkın azalmasına neden olmaktadır (Pilcher’den akt. Tekin, 2007: 56). Ayrıca kadınların ortalama ömür süresinin erkeklerden fazla olmasının sadece batılı ülkeler için geçerli bir durum olmadığı belirtilmesi gerekir. Gelişmekte olan ülkelerde de kadınların daha uzun ömürlü olduğuna ilişkin istatistikler bulunmaktadır (Sarı ve Atılğan: 2012: 20).

Kadın-erkek farklılığı hastalanma sıklığında ve hekime başvurma sıklığında da kendini göstermektedir. Buna göre kadınlar daha sık hastalanıp hekimlere daha fazla başvuru yapmaktadır (Tecim, 2018: 74). Ayrıca kadınların hastalıkları görece hafif ve kısa süreliken; erkekler daha az hastalanıp daha uzun süreli ve ölümlü sonuçlanma oranı daha yüksek hastalıklar yaşamaktadır (Wijk ve Kolk: 1997: 56). Kadınların daha çok baş ağrısı, varis, kadın hastalıkları, depresyon ve artrit gibi hastalıkları varken; erkekler kalp hastalığı veya kanser gibi daha ölümcül hastalıklarla karşılaşmaktadır (Broom’dan akt. Adak, 2015: 24).

iv. Psikolojik Özellikler: Doğuştan getirilen özelliklerin yanı sıra insanların olumlu-olumsuz hayat tecrübeleri farklı psikolojik niteliklerin kazanılmasına sebep olur. Psikolojik donanımına göre de mevcut şartlardan farklı düzeylerde etkilenmek ve bu şartları etkilemek söz konusudur. Örneğin yakın bir kişinin hastalanmasıyla kişilerin kendilerinde de bu hastalığın ortaya çıkabileceği düşüncesi gelişebilir. Sonrasında ise insanlar yaşam tarzlarını değiştirerek koruyucu eylemlerde bulunabilir (Tekin, 2007: 57-59).

Hastalıklar insanları sadece bedensel değil bilişsel ve psikolojik yönden de etkiler. Bilişsel bir süreç olarak kişiden kişiye değişiklik gösterecek biçimde hastalıklara belli anlamlar yüklenir. Lipowski'ye göre hastalıklara *meydan okuyan veya tehdit eden, kayıp, ceza ve kazanç veya rahatlama* şeklinde anlamlar yüklenebilir (akt. Kocaman, 2008: 104).

Biyolojik ve psikolojik etkenlerin kesiştiği bir nokta olarak stres, depresyon ve kaygı bozukluğu gibi psikolojik temelde algılanan problemler biyolojik sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Kısa süreli ve gerçekçi stres esasen insan için faydalıyken uzun süreli stresin, kronik endişenin, düşük özsaygının insanda büyük tahribat yaratması muhtemeldir. İnsan vücudu tehlikelere biyolojik olarak tepki veren bir potansiyele sahiptir. Dış tehditlere (strese) karşı kalp-damar sistemi ve hormon sistemi etkin hale gelir. Kısa sürede fiziksel bir tehdide karşı kalp atım hızı yükselir ve uyanıklık artar. Bu kısa süre için hayat kurtarıcı olabilir. Fakat bu stres yanıtının uzun süreli olması durumunda diyabet, kolesterol gibi hastalık riskleri oluşabilir. Sanayileşmiş ülkelerin alt sosyal katmanlarına doğru gidildikçe bu risklerin daha yüksek olduğu gözlemlenir (Brunner ve Marmot, 2009: 41).

Kısa süreli stresin görece pozitif etkisinin yanında kronik hale gelmiş olan stres durumu “öfke, kaygı, unutkanlık, uykusuzluk (insomnia), konsantrasyon bozuklukları”, “iştah değişiklikleri, iyileşme süresinde uzama, kas yorgunlukları, kas ağrıları, viral enfeksiyonlara açıklık, keder ve değersizlik hisleri” gibi belirtilere sahiptir. Bu ve benzeri belirtiler eşliğinde “yüksek tansiyon, ülser, kolit, kanser, felç ve kalp rahatsızlıkları gibi ciddi fiziksel, klinik kaygı bozukluğu, kronik yorgunluk sendromu, depresyon, alkol ve madde bağımlılığı” gibi psikolojik hastalıklar başlayıp gelişim gösterebilir (Yeltepe Ercan, 2012: 9).

1.2.3.2. Çevresel ve Toplumsal Faktörler

Sağlık ve hastalık üzerinde etkili çevresel ve toplumsal faktörler esasen karmaşık özellikler göstermektedir ve burada sayılan faktörleri birbirinden soyutlayarak işlemek mümkün değildir. Bununla birlikte her bir faktörün kendine has özelliklerle sağlık ve hastalıkla etkileşim içerisinde olduğu görülmektedir. Çevre, aile, medeni durum, toplumsal cinsiyet, toplumsal destek, eğitim, gelir, yoksulluk, kültür, değerler, din, sağlık okuryazarlığı, sağlık sistemi ve politikaları gibi faktörler hem fizyolojik hem de

sosyal olarak insanı kuşatır ve insanların sağlık statülerinin belirlenmesinde etkin rol oynar.

Bu noktada çevresel ve toplumsal faktörlerin sağlığa ve hastalığa etkileri kadar çeşitli hastalıkların tarihsel süreçte sosyoekonomik açıdan büyük değişikliklere yol açmış olduğu dile getirilmelidir. Irwin W. Sherman (2020) aralarında kolera, verem, veba gibi hastalıkların bulunduğu toplam on iki hastalık üzerinden hastalıkların dünya tarihine olan etkilerini ortaya koymuştur. Çalışmada örnek olarak ele alınmış olan hastalıkların siyasal, sosyal, ekonomik ve medikal değişikliklere sebep olduğu; hastalıklarla baş etmede tıbbi müdahalenin yanı sıra toplumsal mücadelenin de gerekli olduğu ifade edilmiştir.

i. Çevre: Sağlık ve çevre arasındaki ilişki eski dönemlerden beri bilinmektedir (Akgün, 2014: 40). Bu bağlamda yeşil alan, park, bahçe gibi yerler sağlık için olumlu bir etkiye sahipken; kötü koku, atık ve çöplüklere yakınlık sağlığı olumsuz etkilemektedir (Tecim, 2018: 76).

Yaşanılan ortam doğrudan ya da dolaylı olarak insanların hasta olmalarına sebep olur ve kirlilik başta olmak üzere çevresel koşulların elverişsiz olması bölgesel anlamda hastalıkların belli yerlerde yoğunlaşmasında etkindir. Çevrenin sağlıkla ilgili dört etkisi *hastalıklara zemin hazırlamak; doğrudan hastalık sebebi olmak; bazı hastalıkların gidişatını etkilemek; bazı hastalıkların da yayılımını kolaylaştırmak* şeklinde sıralanabilir (Güven ve Benli'den akt. Tekin, 2007: 61). Sağlık üzerindeki olumsuz etkisi itibarıyla çevre kirliliği *hava, su, toprak, görüntü ve gürültü kirliliği* olarak beş başlık altında toplanmıştır (Koç, 1996: 127).

Hava kirliliği, temiz su kaynaklarına ulaşmada yaşanan güçlükler, kentsel atıklar ya da endüstriyel süreçlerin sonunda ortaya çıkan atıklar çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olabildiği gibi hastalıkların tedavi süreçlerini de olumsuz olarak etkiler. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyadaki her on kişiden dokuzu DSÖ'nün havayla ilgili belirlemiş olduğu limitlerin altındaki kalitedeki havayı solumakta ve her yıl yaklaşık 7 milyon kişi hava kirliliği nedeniyle hayatını kaybetmektedir (URL 7: E. T. 05.05.2020).

Hava kirliliği öncelikle solunum yollarıyla ilgili olmak üzere pek çok hastalığa sebebiyet vermekte; kalp ve akciğer hastalıklarına bağlı ölüm oranlarını artırmaktadır. Astım, alerji, KOAH, kanser gibi hastalıklarda öncelikli faktör hava kirliliğidir. Beş yaş

altı çocuklar, kronik hastalığı bulunan kişiler ve yaşlılar hava kirliliğinden en çok etkilenen gruptur (URL 8: E. T. 05.05.2020).

Hava kirliliğiyle birlikte toprağın ve suyun kirliliği de önemli bir sağlık sorunudur. Temiz suya erişememek, toprağa veya suya kanalizasyon artıklarının bulaşması, foseptik bulunmaması vb. faktörlerin etkisiyle doğrudan zehirlenmeler yaşanabildiği gibi kalıtsal sorunlar da ortaya çıkmaktadır (Koç, 1996: 129).

Önemli bir çevre kirliliği sorunu olarak gürültü kirliliği insan sağlığını bozucu etkiye sahiptir. İnsanlar genellikle 85 dB (desibel) ve üzerindeki gürültüden etkilenir ve gürültü insanda fizyolojik, psikolojik sağlık sorunlarına sebep olur. Fizyolojik olarak gürültü –süresi ve şiddetine bağlı şekilde- göz bebeklerinin büyümesine, kas kasılmalarının artmasına, kan damarlarında büzölmeye mide ve karın kasılmalarına, kalp atış hızının artmasıyla tansiyon yüksekliğine; psikolojik açıdansa insanların tedirgin, rahatsız ve sinirli hale gelmesine sebep olur. Hatta gürültü faktörü ortadan kalktıktan sonra bu tedirginlik ve sinirlilik devam edebilir. Genel itibarıyla gürültü yorgunluk, korku, depresyon, saldırganlık, baş dönmesi gibi sonuçlar doğurabilir (Akın, 2014: 110–111).

Çevre kirliliğinin sağlık üzerindeki olumsuz etkisi son olarak görüntü kirliliği üzerinden değerlendirildiğinde görüntü kirliliğinin de insanlarda sağlık açısından negatif sonuçlar doğuran bir olgu olduğu göze çarpar. Öncelikle görüntü kirliliği “doğal ve kültürel çevre içinde yer alan, insanı rahatsız eden görüntülerin tümü” şeklinde tanımlanabilir (Çolakkadıoğlu ve Yücel, 2018: 239). Görüntü kirliliği bir topluluğun yaşam kalitesini etkiler ve görüntü kirliliği sebebiyle insanların estetik duygusu, ekonomik sağlığı ve sivil hisleri zarar görür. Sonrasında ise bu psikolojik bir nefreti tetikler; dolayısıyla bir arada yaşayan insanların fiziksel ve zihinsel sağlığı olumsuz etkilenir (Jana ve De, 2015: 1). Her ne kadar güzel görüntüler insanlar için huzur, rahatlık, güven gibi duyguları ortaya çıkarabilse de çirkin görüntüler negatif ruhsal etkilenmeye yol açar. Kötü görüntüler dikkat dağınıklığı, yorgunluk, isteksizlik, bıkkınlık, huzursuzluk, gerginlik, sinirlilik, öfke, bulantı, nefret gibi hisleri tetikler (Küçükusta, 2009).

Küreselleşen dünyada çevreyle ilgili risk faktörleri dünyadaki hemen herkesi kuşatmış durumdadır. Artık küresel ısınma, asit yağmurları, buzulların erimesi ya da nükleer bir kaza sonucundan etkilenmeden kalabilmek pek mümkün görünmemektedir. Bununla

birlikte sağlıkta eşitsizlik bağlamında aynı bölgede yaşayan insanlardan bazıları diğerlerine göre daha farklı yaşam imkânlarına sahip olabilmektedir. Dünya Bankası'nın çalışmasına göre bazı ülkelerdeki zengin semtlerde çocuk ölüm oranı düşüktür fakat bu bölgelerde kapıcıların çocukları gibi yoksul çocukların ölüm oranı daha yüksektir (akt. Şimşek ve Kılıç, 2012: 119). Yani çevresel şartlar sağlık/hastalık üzerinde etkili olmakla birlikte tek belirleyici değildir.

Yakın çevrenin sağlık üzerindeki etkisi tartışma götürmez olmakla birlikte yukarıda belirtildiği gibi küreselleşmeyle beraber çevre sınırları değişmiştir. Artık hastalıkların uluslararası dolaşımında kendilerine kolayca yer bulabildiği gözlemlenmektedir. Sovyetlerin dağılmasıyla artan HIV+, Uzak Asya'dan gelen farklı tipteki grip, İngiltere'den geleceği söylenmiş olan deli dana hastalığı gibi örnekler (Sarı ve Atılğan, 2012: 24) sağlıkta çevre tanımını yeniden yapmayı gerekli kılmaktadır.

ii. Yaşanılan Yer: Çevresel faktörlere paralel biçimde kişilerin *yaşadıkları yerler* de sağlık/hastalık üzerinde etkilidir. Yaşanılan yerdeki sosyal yapı, dünya görüşü, eğitim, iş koşulları, sağlık kuruluşuna erişilebilirlik gibi faktörlere bakılarak sağlık-hastalık durumları farklılaşır. Yerleşim yeri itibarıyla kır-kent ayrımı sağlıktaki farklılaşmayı açık biçimde ortaya koyabilmektedir.

Kırsal ve kentsel kesimin sağlık/hastalıkla ilgili davranışlarındaki önemli farklardan biri hastalığın varlığını kabullenme ve başvuru yöntemle ilgilidir. Fiziksel belirtiler iki yaşam türü için de önemlidir. Ancak kentsel yaşam sürenler açısından belirtiler belli belirsiz olduğunda ya da hiçbir belirti olmadan medikal kontrol yaptırmanın yararlı olacağını düşünürler. Kırsaldakiler içinse rahatsız edici ağrı ve huzursuzluk olmadıkça hastalık olduğu düşünülmemektedir (Oskay, 1993: 106).

Kırsal ve kentsel bölgedeki insanların sağlıkla ilgili önemli sorunlarından biri sosyal güvenliktir. Kırsalda daha düşük gelirli olan kişiler için yeterli maddi koşullara sahip olmamak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamama sonucunu doğurmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve bu hizmetlere ulaşılabilirlik hem kırsal hem kentsel bölgelerde yaşayanlar için problem oluşturmaktadır (Adak, 2015: 39-41)

Kentsel yaşam açısından şehir hayatının fiziksel, ekonomik, sosyal, kültürel tüm boyutları sağlık üzerinde önemli etkiye sahiptir. Kentlerdeki sağlığı etkileyen diğer

faktörler: iklim, arazi, nüfus yoğunluğu, konut stoku, ekonomik faaliyetin niteliği, gelir dağılımı, ulaşım sistemleri, eğlence/boş zaman değerlendirme olanaklarıdır. Bu faktörlerin sağlık üzerindeki etkisi basit bir toplam etkisi değildir. Bu faktörler birbirlerini sinerjik olarak etkiledikleri için sağlık üzerinde toplamlarından daha büyük bir etkiye sahiptir (WHO, 1993: 10–11).

Kızılçelik, kır – kent ayrımının hastalık türlerini de etkilediğini çalışmasıyla ortaya koymuştur. Buna göre kırsalda bulaşıcı ve paraziter hastalıklar daha yaygınken; kentte psikolojik rahatsızlıklar, diyabet, kalp gibi hastalıklar daha yaygındır (1995: 270). Daha açık biçimde ifade etmek gerekirse kırsalda ekonomik hayat tarım ve hayvancılık odaklıdır. Bu da ilgili ortam sebebiyle bazı hastalıkların daha fazla görülmesine sebep olmaktadır. Hayvanlardan bulaşan hastalıklar ya da haşerelerden bulaşan sıtma, sarılık gibi hastalıklar, tarımsal faaliyet esnasında yaşanan kazalar vb. sebebiyle bel ve eklem ağrıları, sık ve erken doğumlara bağlı gelişen kadın hastalıkları kırsal nitelikli hastalıklardır. Karakteristik kent hastalıkları ise hızlı sanayileşme sonucu artan çevre kirliliği, radyasyon, işlenmiş gıda tüketimine bağlı diyabet, kanser, obezite, psikolojik rahatsızlıklar, solunum yolları hastalıklarıdır (Sarı ve Atılğan, 2012: 22).

Yerleşim yeri itibarıyla kır ve kent ayrımına benzer şekilde küçük ölçekte mahallelere ve barınma imkânlarına göre de sağlık-hastalık değerlerinde farklılıklar vardır. Mahalleler “ekonomik, sosyo-ilişkisel, hizmet ve fiziksel yönler”ine göre sağlık açısından farklılıklar gösterebilir (Macintyre ve ark.dan akt. Stafford ve McCarthy, 2009: 341). Yani mahallelerdeki ekonomik imkânların daha iyi olmasına göre ya da daha yüksek sosyal sermaye bulunmasına göre sağlık değerlerinde pozitif yönlü gelişmeler görülebilmektedir. Örneğin kadınlarda kısıtlayıcı kronik hastalıkların görülme oranlarına bakıldığında İngiltere’de kuzeyde, kuzeybatıda ve Galler’de bu tip hastalıkların daha fazla kümelenmiş durumda olduğu görülmektedir (Shaw ve ark.dan akt. Stafford ve McCarthy, 2009: 339–340).

Doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin yaşanılan çevreye göre değişiklik gösterdiği bilinmektedir. San Marino’da 83 yıl, Sierra Leone’de 47 yıl ortalama yaşam süresi beklentisinin olması ülkeler arası farka işaret etmektedir. Ancak bir ülke içerisinde bölgesel düzeyde de farklılıklar vardır. Birleşik Krallık gelişmiş bir ülke olmasına rağmen Londra’da ortalama yaşam 80 yıl civarındayken; Glasgow’da 55 yıla

kadar düşmektedir (Aba, 2014: 3). Bununla birlikte Glasgow’da yoksul bölgede yaşayanların yaşam beklentisiyle zengin olanların yaşam beklentisi arasında ise 12 yıllık bir fark vardır (NHS Health Scotland’dan akt. Marmot, 2009: 13).

Yaşanılan yerin sağlık üzerindeki etkisine tarihsel süreç açısından bakıldığında da göçebelikten yerleşik hayata geçişle birlikte pek çok hastalığın –özellikle salgın hastalıkların- ortaya çıktığı görülmüştür. Bu bağlamda hem hayvanlardan insanlara geçen hastalıklar hem de kolera, sıtma, tifüs gibi yerleşik hayatla bağlaşıklık hastalıklar insanlık tarihini etkileyen sonuçlar ortaya çıkarmıştır (Porter, 2018: 17-31).

iii. Barınma: Çevresel bir diğer sağlık faktörü barınma koşullarıyla ilgilidir. İnsanlar sağlıklı yaşayabilmek, yaşamlarını güvenli şekilde sürdürmek, doğal tehlikelerden ve olumsuz doğa koşullarından korunmak, aile birliklerini sürdürebilmek, istirahat sağlayabilmek için evler yapmışlardır (Yumuturuğ, 1988: 129). Yaşanılan ev ortamının sağlıklı hayat imkânını sağlayabilmesi ve bununla birlikte o evde yaşayan kişilerin sağlıklı olmak adına gerekli diğer şartları taşıması sağlık üzerinde belirleyici olabilmektedir. Evlerin bulunduğu bölgeye uygun şekilde yapılmış olması, gerekli ve yeterli ısıtma ve havalandırma sistemlerinin uygun şekilde sağlanmış olması sağlık göstergeleri için olumlu etki ortaya çıkarmaktadır (Stafford ve McCarthy, 2009: 352-355). Evin büyüklüğü, bodrum veya çatı katında olması, apartman veya müstakil olması barınma şartlarının sağlığı doğrudan ilgilendiren diğer koşullarıdır (Tecim, 2018: 76).

Evsizler barınma koşullarından kaynaklanan sağlık sorunlarını doğrudan yaşarlar. Evsizlerin düzenli ve sabit gece uyuyacak yerleri yoktur ve bu kişiler terk edilmiş evlerde, parklarda, otobüs duraklarında ya da evsiz barmaklarında hayatlarını sürdürürler. Kalacak yeri olmayan kişiler akut ve kronik sağlık sorunları yaşadıkları gibi; sağlık hizmetlerine erişimleri de kısıtlıdır. Bununla birlikte evsizlerde intihar, saldırganlık, ruhsal hastalıklar ya da madde kullanımı gibi psikososyal sorunlarla da sıkça karşılaşmaktadır (Öztürk ve Oktay, 2018: 156–157).

iv. Ulaşım: Sağlığı etkileyen faktörler arasında *ulaşım* ile kastedilen şey sağlık hizmetlerine ulaşım imkânları değil; yürüyüş, bisiklet, toplu taşıma araçları veya otomobil kullanma ve diğer ulaşım koşullarıdır. Ulaşım ve sağlık trafik kazaları ve bunlar sonucu meydana gelen yaralanma veya ölümler noktasında kesişmektedir. Araştırmalar trafik kazalarının ölüm sebepleri içerisinde önemli bir yer tuttuğunu ve

aynı şekilde geçici veya kalıcı hasara sebep olan yaralanmalarda belirgin bir etkisi olduğunu göstermektedir. Trafik kazaları sonucu oluşan sağlık problemlerinin yanı sıra ulaşım ile ruh sağlığıyla ilgili problemler, kalp hastalıkları ve solunum yolu hastalıkları arasında ilişkiler tespit edilmiştir. Ulaşım ve sağlığın kesiştiği bir başka nokta kişilerin yürüyüş yapma veya bisiklet kullanma gibi ulaşım ile ilgili fiziksel aktiviteleriyle sağlığın korunabilmesidir. Ulaşım da kullanılan araçların sebep olduğu kirlilik ve gürültü ise sağlığı etkileyen ulaşım faktörleri konusunda literatürdeki yerini almıştır (McCarthy, 2009: 154–172).

Ulaşım sağlık ilişkisinin ele alındığı bağlamlardan biri toplu ulaşım araçlarının kullanımıyla ilgilidir. Genel itibarıyla toplu ulaşım doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık için daha faydalıdır (Hayırlıoğlu, 2017: 42–46). Yapılan araştırmalar bireysel araç kullanımına kıyasla toplu ulaşım araçlarını kullanan kişilerin 3,5 kat daha fazla hareket ettiğini göstermektedir. Toplu ulaşım kullananlar günlük ortalama 8–33 dakika aralığında daha fazla yürüyüş yapmaktadır. Aynı zamanda toplu ulaşım kullananların yaklaşık üçte biri için bu araçlara ulaşmak amacıyla yapılan yürüyüşlerin gün içerisindeki tek fiziksel aktivite olduğu ifade edilmiştir (Rissel ve diğ., 2012: 5). Otomobil ulaşımının yaygınlaşmasıyla egzersiz yapma imkânlarının kısıtlandığı; kazalar, gürültü ve hava kirliliği arttığı belirtilmiştir. Bunun yanında sosyal etkileşimde de azalma olmuştur (Akgün, 2014: 58).

v. Medeni Durum ve Aile: İnsanların medeni durumları yani bekâr, evli, boşanmış ya da dul olmaları, çocuk sahibi olup olmamaları sağlık ve hastalıklarını etkilemektedir (Adak, 2015: 26). Öncelikle evli bireylerin ölümlülük oranı hiç evlenmemiş kişilerden daha düşüktür (Özen, 1993: 83) ve pek çok çalışma evlilerin evli olmayanlara göre psikolojik iyilik hali, fiziksel sağlık ve ömür beklentisi yönüyle daha iyi durumda olduklarını göstermektedir (Lamb, Lee ve Demaris, 2003: 953). Buna paralel biçimde evlilerin öznel sağlık algılarındaki değerlendirmelerinin daha iyi olduğu, uzun dönemli hastalık oranlarının düşük olduğu, evli olmayan kişilere göre daha uzun yaşadığı da bildirilmektedir (Williams ve Umberson, 2004: 81).

Evlilerin sosyal yönden desteğe ve düzenli bir hayata sahip olmaları yönüyle sağlık konusunda daha avantajlı olup daha az hastalandıkları, hastalığa yakalandıkları durumda ise daha çabuk atlattıkları iddia edilmektedir (Hemstrom'dan akt. Sarı ve Atılğan, 2012:

21). Diğer taraftan boşanmışların ve dulların evlilere göre daha yüksek düzeyde ölüm oranlarına sahip olduğu saptanmıştır (Cirhinlioğlu, 2015: 30). Bu bağlamda bekârlar, boşanmışlar ve dullar hastalık riski yönüyle evlilere göre dezavantajlı konumdadır (Tecim, 2018: 77).

Boşanmak veya eşini kaybetmiş olmak boşluk duygusu, üzüntü ve depresyon yaratmaktadır. Özellikle boşanma durumu kişilerde özgüven kaybına, psikolojik problemlere ve dolaylı olarak fiziksel sorunlara yol açmaktadır. Yakın kişisel ilişkilerin ve sosyal desteğin ortadan kalkması ise sosyal izolasyon sorununa ve eş evi geçindiren kişiye ekonomik problemlerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Adak, 2015: 27).

Kadınlar ve erkeklerin evlilikle elde ettikleri kazanımları birbirlerinden farklıdır. Kalp ve damar hastalıklarıyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında evlilikle erkeklerin kadınlara göre daha olumlu yönde etkilendikleri tespit edilmiştir (Stansfeld, 2009: 188). Diğer taraftan evlilikle kadınlar çalışmıyorsa eşinin gelirinin yanı sıra onun sosyal güvencesinden faydalanabilmesi kadınlar için artı değer sağlamaktadır (Tekin, 2007: 71).

Dünya ölçeğinde güvenli olmayan cinsellik; cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıklarının ya da HIV-AIDS gibi hastalıkların yayılımına sebep olmaktadır (Johnson ve diğ., 2009: 362-388). Evlilik kurumu riskli cinsel davranışların engellenmesini sağlarken dolaylı olarak sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Bununla birlikte olumsuz aile hayatı insanların sağlığını olumsuz yönde de etkileyebilmektedir (Tekin, 2007: 73).

Bazı ailelerde boşanma, sadakatsizlik, çocuk ihmali ve istismarı gibi aile içi sorun olarak tanımlanan sorunlar yaşanmaktadır (Taylan, 2016: 460). Bu ve buna benzer sorunlar sebebiyle aileler fonksiyonlarını her zaman tam olarak yerine getiremeyebilir. Fonksiyonlarını yerine getirebilmiş olmak aileyi *sağlıklı aile* yaparken; aileler fonksiyonlarını yerine getiremezse denge durumunu sağlayamaz ve *sağlıksız aileye* dönüşür. Araştırmalara göre fonksiyonların sağlıksız olduğu aileler depresyon, madde bağımlılığı, uyum bozukluğu ve psikolojik rahatsızlıkların bulunduğu ailelerdir (Nazlı, 2013: 24–30). Ailelerdeki gerginlik, çatışma ve huzursuzluk ortamı ise çocukları intihara sevk edebilir (Tezcan, 2012:100).

Normal şartlar altında gelişim sürecinde toplumsallığın başladığı yer ailedir. Temel toplumsal değerler ve normlar aile içerisinde sosyalizasyon süreciyle birlikte öğrenilir.

Sağlık ve hastalık durumlarının ve bu durumlarda ortaya konulan eylemlerin öğrenilmesi de aile içerisinde gerçekleşir. Ailenin sahip olduğu eğitim işlevinin yanı sıra; aile içinde sağlanan psikolojik doyum bireyler için önemli bir tatmin sağlamaktadır. Ailenin üyelerine sağladığı psikolojik tatminle aile üyeleri yalnızlık hissinden kurtulur ve moral açıdan daha da güçlenir (Çağan, 2016: 86–87). Ancak çocukluk ve gençlik yıllarında aile içi doyum sağlanamazsa bireyler bunu aile dışında ve farklı nesnelere ararlar. Böylece ailenin doğal olarak dolduramadığı boşluk madde bağımlılığında olduğu gibi sahte araçlarla doldurulmaya çalışılır (Taylan, 2018: 17). Burada -örnek olarak- madde bağımlılığıyla ilgili süreçte ailenin bizzat kendisi madde bağımlılığına sebep olabileceği gibi (Tosun, 2011: 108); insanları bu sorundan uzak tutabilecek ve bağımlılıktan kurtulma sürecinde kişiye destek olacak olan da yine ailedir (Kutlu, 2018: 91).

vi. Toplumsal Destek ve Sosyal Sermaye: Medeni durum ve aile özellikleriyle birlikte insanların sosyal çevrelerinden edindikleri desteğin sağlıkla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Durkheim'in intihar çalışmasından beri toplumsal bütünleşme ile sağlık arasında bağlantı olduğu da bilinmektedir. Bu yönüyle Durkheim'da toplumsal dayanışma ve toplumsal bütünleşme olarak ifade edilen -ancak sonradan sosyal sermaye olarak kavramlaştırılan- olgunun sağlık üzerindeki etkisi araştırmalara konu edilmiştir. Sosyal sermayeyi sağlık konusunda tek bağımsız değişken olarak almanın güçlüğü yanında mevcut kanıtlar genel hatlarıyla sosyal sermaye ve sağlık arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Field, 2008: 81–84).

Sosyal sermaye; sosyal destek, sosyal etkileşim, kişiler arası ilişki, sosyal kontrol, toplumsal bütünleşme gibi kavramlarla ilişkilidir ve sosyal sermaye toplumsal davranışın kaynaklarından biridir. Sosyal sermaye ile insanlar arasında iletişim kurulur; kurulan iletişimle sağlık hakkında bilgi edinilir; sonrasında ise kişilerin sağlık davranışları bu durumdan etkilenir. Kişiler kendi sağlık durumlarını çevrelerinden aldıkları bilgiye göre değerlendirerek gerekli görürse koruyucu önlemler alır ya da sağlık kuruluşlarına başvuru yapabilir. Sosyal sermayesi güçlü kişiler sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaktadır ve bu kişilerin sosyal destek alma derecesi de yüksektir. Yüksek sosyal destek alan kişiler strese daha az maruz kalırlar; dolayısıyla fiziksel/psikolojik hastalıklara da daha az yakalanırlar. Sosyal sermaye ve sosyal kontrol ilişkisi bağlamında kişiler sağlıklarını koruyacak davranışlara yönelebilir. Alkol ve

madde kullanımı sosyal kontrol yoluyla düşük seviyede kalabilir. Sosyal sermaye ile sağlıklı yaşam tarzı arasında da ilişki vardır. Kişiler çevrelerinde sağlıklı yaşam tarzını benimsemiş kişiler gibi davranmaya çalışarak kendi sağlıkları için pozitif yönlü davranışlar gösterebilirler (Eryiğit Günler, 2014: 112).

Sosyal sermayenin sağlık üzerindeki olumlu etkileri şöyle sıralanabilir (Kawachi ve diğ. akt. Kayı): Sosyal sermaye; 1- Sağlık bilgisinin hızla yayılmasına imkân verir; 2- Sağlıklı davranışların benimsenmesini artırır; 3- Sağlığı bozan davranışlara karşı toplumsal kontrol mekanizması sağlar; 4- Yerel hizmetlere erişimi artırabilir; 5- Psiko-sosyal yönden destek sağlar (2012: 4)¹⁰. Sosyal sermayenin, genelde, sağlığı olumlu yönde etkilediğine ilişkin bir kanaat vardır. Ancak sosyal sermayenin sağlık için olumsuz etkiler doğurabildiğini söyleyen görüşler de mevcuttur (Yadigaroglu, 2018: 459).

İnsanların sosyal çevreleriyle kurduğu bağlar sağlık ve hastalık durumlarının seyrinde belirleyici bir faktör haline gelebilir (Can, 2019: 45–46). Sosyal çevre; kişinin eşi, ailesi, çocukları, arkadaşları vs.yi kapsar ve yaşam dönemine göre geniş ya da dar olabilir. Kişiler bir hastalığa yakalandıklarında çevrelerindeki insanların kendilerine sağladığı sosyal destek sağlıklarının iyi hale gelmesi için bir etken konumuna gelir. Tam tersi biçimde hastalığın türüne de bağlı olacak şekilde (tehlikeli ve bulaşıcı hastalıklar gibi) damgalamanın olması ve sosyal desteğin kişiler üzerinden çekilmesi hastalık sürecini daha zorlu hale getirebilir (Tekin, 2007: 89–93).

Bireyin içinde yaşadığı kültürel koşullar ayrımcılık ve dışlama üzerine kurulu ise sağlık olumsuz; yok eğer sosyal destek ve sosyal içerme eksenli bir kültürel yapı varsa olumlu etkilenir (Tecim, 2018: 75–76). Örneğin Cannon insanların yaşadığı sosyal dışlanışlığın ve toplumla (sosyal çevreyle) bağlantısının kesilmesinin ruhsal hastalıklar başta olmak üzere çeşitli hastalıklar üzerinde etkili olduğunu belirtmektedir (akt. Aba, 2014: 10).

Toplumsal desteğin tanımlanması ve ölçümü güçtür. Bununla birlikte toplumsal desteğin ölüm oranlarında, fiziksel hastalıklarda, psikolojik rahatsızlıklarda belirgin bir

¹⁰ Sosyal sermaye ile sağlık algısı, gelir, eşitsizlik ve mortalite arasındaki ilişkileri daha yakından inceleyen çalışmalar olarak şu araştırmalara bakılabilir: Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis, Am J Public Health. 1999; 89: 1187–1193; Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality, and mortality. Am JPublic Health. 1997; 87: 1491–1498.

faktör olarak yer alabileceği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (Stansfeld, 2009: 173–199). Özetle yakın ve güvenilir ilişkiler, toplumsal destek daha geniş topluluk hayatına katılım sağlık için yararlıken; düşmanlık ve olumsuz duygular sağlık üzerinde zararlı etkiye sebep olmaktadır (Stansfeld ve diğ.’den akt. Wilkinson, 2009: 390–391).

vii. Toplumsal Cinsiyet: Cinsiyet (sex) sosyal bilimlerde insana ilişkin doğal ve biyolojik bir durumu; toplumsal cinsiyet ise bu doğal durum üzerine temellenmiş sosyokültürel edinimleri ifade etmektedir (Amman, 2012: 16). Bu bağlamda öncelikle cinsiyet, kontrol edilemeyen bir farklılıktır ve cinsiyet farklılığı eşitsizlik olarak değerlendirilmemelidir (Whitehead’dan akt. Şimşek ve Kılıç, 2012: 119). Ancak, aşağıda da değinildiği gibi, cinsiyet konusunda belli bir cinse negatif ayrımcılık yapıldığı (Şimşek ve Kılıç, 2012: 119); cinsiyet farklılığının sağlıkta eşitsizliğe sebep olduğu ve sağlık hizmetlerinden yararlanmada erkeklerle kadınlar arasında farklılıklar bulunduğu (Gönç Şavran, 2010: 86) düşünülmektedir.

Toplumsal cinsiyetin sağlık üzerindeki etkisi en öz ifade ile kadın ve erkeğin toplumsal yaşam içerisinde edindikleri roller gereği sağlık ve hastalık durumlarının değişim göstermesidir. Kadınlık ve erkeklik rol beklentileri sebebiyle kadınlardan ve erkeklerden istenilenler farklılık arz eder. Genel itibarıyla kadınlar ev içi işleri ve girebildikleri kadarıyla da çalışma hayatındaki işleri birlikte yürütmek durumundadır. Ev içi işler çoğunlukla bakım ve hizmet işleri olmakla birlikte ev dışı işlerde de benzer nitelikler bulunur. Kadınların ev dışında çalışıyor olması ev içi işleri yapmasına engel olarak düşünülmemektedir. Bu durumda da *çift vardiya* olarak nitelenen bir durumla kadınların efor sarf etmesi gereken alanlar ikiye katlanmış olur. Dolayısıyla kadınlarda bedensel, zihinsel ve ruhsal açılardan yıpranma gerçekleşebilir (Tekin, 2007: 68–69).

Erkekler açısından durum değerlendirildiğinde ise erkeklerin evi geçindirmekle ilgili yükümlülüğü erkekleri zaman zaman aşırı derecede zorlamaktadır. Uzun ve yorucu çalışma performansı çeşitli hastalıklara yol açabildiği gibi; erkeklerin daha dayanıklı olması gerektiğine dair olan kanaat erkeklerin sağlık arama davranışında yeterli gayreti göstermemesine neden olabilir (Tekin, 2007: 69–70). Erkeklerin çalışma hayatlarında ortaya koyduğu performansın bir diğer etkisi de sosyalleşmeye zaman ayıramıyor olmasıyla sonuçlanır. Diğer taraftan erkeklerin daha geç emekli olmalarından dolayı da erkeklerin ortalama yaşam sürelerinin kısaldığı düşünülmektedir (Browne, 2015: 497).

Mesleki risklerle birlikte genç erkekler genç kadınlara göre -alkol bağlantılı- trafik kazalarıyla ve şiddet kaynaklı ölüm riskiyle daha fazla karşı karşıyadır. Ayrıca toplumsal beklentiler sebebiyle erkekler cesaret gerektiren fakat içinde bulunmak istemedikleri durumlarda kalırlar ve hayatlarını kaybetme riskiyle yüzleşirler (Sezgin, 2015: 60). Bunların yanı sıra erkekler kadınlar kadar duygularını ifade edemediği için daha fazla stres yüküne sahiptir (Browne, 2015: 496).

Toplumsal cinsiyetin sağlık üzerindeki etkisini gösteren önemli delillerden biri yaşam süreleriyle ilgilidir. Yukarıda da değinildiği gibi bugün için cinsiyet farkına göre kadınların erkeklerden daha fazla yaşam süresine sahip olduğu görülmektedir. Ancak eskiden durumun böyle olmadığı ve kadınların yaşam süresinin erkeklere göre daha kısa olduğu kaydedilmiştir. Geçen zaman içerisinde kadınların biyolojik olarak değişmediği göz önünde bulundurulursa; kadınların sosyal konumu ve kaynaklara erişimiyle ilgili yaşanan iyileşme sayesinde sağlık statüsünde kadınlar lehine ilerleme olduğu fark edilmektedir (Oral Kara, 2019: 80).

Toplumsal cinsiyet bağlamında kadınların ve erkeklerin sağlık statülerindeki farklardan birinin eğitim kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Kadınların eğitime ve bilgiye ulaşabilme imkânları erkeklere göre daha sınırlıdır ve yetersiz bilgi sebebiyle kadınlar hastalıkları görmezden gelmekte ve buna bağlı olarak tedavi süreleri uzamaktadır. Özellikle üreme organları ve idrar yolları ile ilgili hastalıklar toplumsal utanma duygusu ile birleşince kadınlar bu konuda kendi kendilerini tedavi etmeye kalkar ve sonucunda tedavi edilemeyen ya da ilerlemiş hastalıklarla karşılaşılması muhtemel hale gelmektedir (Sezgin, 2015: 58).

Kadın-erkek sağlığındaki farklılığının temellerinin sağlık ve hastalığın kadın ve erkekler için farklı şekilde inşa edilmiş olmasından da kaynaklandığı iddia edilir. Buna göre toplumsallaşma süreci içerisinde kadınların hasta, erkeklerin sağlıklı olarak inşa edildiği düşünülmektedir. Bireyler de öğrendikleri toplumsal cinsiyet rolleri doğrultusunda davranış sergilediği için erkekler erkeksi, kadınlar kadınsı rolleri benimsemektedir. Erkekler “güçlü olma, dayanıklılık, bağımsızlık, sertlik, duygularını bastırma, sağlıklı olma, saldırganlık, sağlığını ihmal etme” gibi roller; kadınlara “zayıflık, hasta olma, bağımlılık, fedakârlık, duygusallık, uyumlu olma” gibi roller atfedilir. Bu durum

erkeklerin sağlıklı, kadınların hasta hissetmelerine neden olur (Eryiğit Günler, 2016: 123).

Sağlık hizmetlerine erişimde de toplumsal cinsiyete bağlı olarak farklılıklar bulunduğu düşünülmektedir. Özellikle geleneksel toplum yapısı için kadınların görece eğitimsiz olması ve profesyonel olarak çalışmıyor olması sağlık kurumuna başvuruda onları kısıtlamaktadır. Erkekler ise ekonomik olarak daha iyi ve sağlık güvencesine daha çok sahip olmaları dolayısıyla kadınlara göre avantajlı konumdadır. Diğer taraftan güçlü ve sağlıklı olma rolünü benimsemiş olmaları sebebiyle erkekler sağlık hizmetlerine gerekli düzeyde başvuruda bulunmamaktadır. Buna ilaveten başvuru yaptıklarında ise kadınlara göre daha az iletişim kurdukları için hekimlerle de yeterli iletişim kuramamaktadır. Kadınlarinsa hasta rolüne daha iyi uyum sağlamış olması sağlık kuruluşuna başvuruda ve hekimlerle iletişimde onları avantajlı konuma getirmektedir (Eryiğit Günler, 2016: 119-120).

viii. Eğitim ve Sağlık Okuryazarlığı: Eğitim, kendi başına pek çok sosyal/bireysel faktörden etkilenir ve onları etkiler. Eğitimin niteliğine göre meslek, gelir, bilinç ve farkındalık düzeyleri değişiklik gösterir. Yüksek eğitim mesleki başarıyı ve gelir düzeyini yükselterek sağlıklı olma olasılığını artırır (Dahl'dan akt. Tekin, 2007: 77). Cannon da benzer şekilde iyi bir eğitimin mesleği, geliri, yaşam yerini etkileyeceğini söyleyip dolaylı olarak eğitim ve sağlık arasındaki bağlantıya işaret etmiştir (akt. Aba, 2014: 11).

Eğitim; sağlığı doğrudan etkileyebildiği gibi istihdam, meslek ve gelir değişkenleri üzerinden de sağlığı etkilemektedir. Eğitimsizlik sebebiyle istihdam edilememiş kişilerde ölüm oranı, hastalık ve sakatlık riski daha fazladır. Eğitim; mesleği ve dolayısıyla geliri de etkileyen bir faktördür¹¹. Meslek ve gelir durumu iyiye sağlığa ilişkin göstergeler de iyi bir görünüme sahip olur (Kar, 2019: 34–36).

Eğitim düzeyine göre sağlık arama davranışı ve başvuru alan sağlık hizmetleri değişiklik gösterir. Eğitim düzeyinin yüksekliği bilgiye ulaşma imkânını artırmış olduğu için yüksek eğitilmiş kişilerde modern sağlık kurumlarının kullanımı görece yüksektir (Tekin, 2007: 78).

¹¹ Meslek ve gelir değişkenine daha ileride detaylı olarak yer verilecektir.

Sağlıklı olma ve eğitim ilişkisini Ross ve Wu 1- *İş ve Ekonomik Koşullar*; 2- *Sosyal Psikolojik Koşullar*; 3- *Sağlıkla İlgili Yaşam Tarzı* şeklinde üçlü bir sınıflamayla açıklamıştır. İlk olarak iş ve ekonomik koşulların sağlıkla ilişkisi incelendiğinde yukarıda da kısaca belirtildiği gibi eğitilmiş kişilerin iş imkânları daha iyidir. Bununla birlikte eğitilmiş kişiler daha fazla destekleyici ilişkilere sahip olduklarını dile getirmektedir. Son olarak iyi eğitilmiş kişiler egzersiz yapmaya daha yatkınken; sağlığa zararlı davranışlardan daha uzak durmaktadır (1995: 738).

Eğitimle ilişkili ancak eğitimden kısmen farklı bir kavram *sağlık okuryazarlığıdır*. Sağlık okuryazarlığı iyi sağlık yönünde bilgiye erişim, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve bu yöndeki motivasyonu belirleyen bilişsel/sosyal becerilerdir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2011: 10). Tokuda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre de “düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi ile fiziksel ve psikolojik sağlığın bozulması arasında ilişki” tespit edilmiştir (akt. Aba, 2014: 11).

Sağlık okuryazarlığının düşük veya yüksek olmasının bireysel düzeyde ve sistem düzeyinde önemli sonuçları vardır. Bireysel düzeyde sağlık okuryazarlığı insanların sağlık statülerini etkiler. Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyindeki kişiler riskli sağlık davranışlarını daha çok sergiler; sağlığı koruyucu ve geliştirici faaliyetlere daha az yer verir; acil servise başvuru ve hastaneye yatışı daha fazla yapar; hastalıklar ve tedavileri hakkında daha az bilgiye sahiptir; özellikle diyabet gibi kronik ve gündelik hayatta dikkat gerektiren hastalıklarla baş etme becerileri düşüktür; hastalık komplikasyonları ve mortalite oranları yüksektir; fiziksel ve ruhsal yaşam kaliteleri düşüktür. Sistem düzeyinde sağlık okuryazarlığı en çok maliyetler üzerinde etkilidir. Düşük sağlık okuryazarlığı sebebiyle sağlıkla ilgili maliyetleri artmaktadır. Ayrıca genel anlamda sağlık sisteminin işleyişi ve dengesi sağlık okuryazarlığı düzeyinden etkilenir. Son olarak sağlık okuryazarlığı sağlıkta eşitsizlik konusuyla da ilgilidir. Sağlıkta eşitsizliklerin giderilebilmesi için sağlık okuryazarlığı seviyesinin yükseltilmesi gerekir (Şahin ve Taşkaya, 2016: 173–176).

ix. İş ve Meslek: İş ve meslek eğitim ve gelir değişkenleriyle birlikte sağlık üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak etkilidir. Adak (2015: 32–33) işin üç şekilde sağlığı etkilediğini söylemektedir. İlk olarak yapılan iş gelir düzeyini ve dolayısıyla sağlığı

etkiler¹². İkinci olarak iş, bireyi daha sağlıklı kılabilir ya da hastalıklara sebebiyet verebilir. İş sayesinde bireyin sosyal, psikolojik sağlığı olumlu etkilenebileceği gibi meslek hastalıkları olarak bilinen hastalıklar da ortaya çıkabilir. Son olarak iş, resmi düzlemde sosyal güvenceyi beraberinde getirir.

Çeşitli araştırmalarda işi olan kişilere kıyasla işsizlerde ölümlülük ve hastalık oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Özen, 1993: 83). Günümüzde neredeyse herkesin kendini işiyle/mesleğiyle tanımladığı dünyada iş/meslek sahibi olmamak kişilerin kendilerine ilişkin düşüncelerinin olumsuz yönde şekillenmesine sebep olarak ruhsal açıdan çeşitli rahatsızlıklara neden olabilir (Tekin, 2007: 78). Bu yönüyle sadece iş/meslek sahibi olmak bile insanların içsel bir tatmin elde etmelerine ve daha sağlıklı olmalarına vesiledir.

Araştırmalar işsizliğin sağlık üzerindeki etkisini incelemiş ve işsizlerin kendi sağlıklarını daha fazla oranda orta veya kötü olarak tanımladıklarını ortaya koymuştur. Bununla birlikte işsizlik psikolojik olarak da kişilerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. İş hayatıyla ilgili diğer sorunlar olarak tatminkâr olmayan işlerde çalışmak ve iş güvencesizliği de sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Bartley, Ferrie ve Montgomery, 2009: 99–108).

İşsizlik ve sağlık arasında döngüsel bir ilişki vardır. Sağlık sorunu olan kişilerin işsiz kalması ve işsiz kalan kişilerin sağlık sorunu olması şeklinde karşılıklı bir etkileşim bulunmaktadır¹³. Jin ve arkadaşlarına göre işsizlik toplumdaki kişisel ilişkileri bozarak, alkol kullanımı, kötü beslenme gibi riskli davranışlara yol açarak, strese sebep olarak, diğer kayıpların yol açtığı gibi bir kısmi tepkiyi çökerterek çeşitli zihinsel veya fiziksel sağlık sorunlarına yol açmaktadır (akt. Şantaş, 2019: 220–221).

İşsizliğin hem hastalık hem de ölüm oranlarıyla arasındaki ilişki ampirik çalışmalarla ortaya koyulmuştur. Sullivan ve von Wachter Amerika Birleşik Devletleri'nde 1980 – 2006 yılı arasındaki ölüm kayıtlarına göre işsiz olanların 10–15 yıl içerisinde ölme riskinin istihdam edilenlere göre iki kat fazla olduğunu ifade etmektedir. Yine ABD'deki bir araştırmaya göre çalışanlara kıyasla işsizlerin sağlığı genel olarak yüzde 54 oranında daha kötüdür ve işsizlerin stres kaynaklı hastalıklara yakalanma oranının

¹² Gelirin sağlık üzerindeki etkisine daha sonra değinilecektir.

¹³ Bu çalışmada yalnızca işsizliğin sağlık üzerindeki etkisi üzerinde durulmuştur.

yüzde 83 daha fazla olduğu gösterilmiştir. Çin'deki bir çalışmaya (Wang) göre ise yüzde 1 oranında azaltılacak işsizliğin ölüm oranını yüzde 4 oranında azaltacağı sonucuna varılmıştır (Gönç, 2016: 68).

İşsizliğin sağlık üzerindeki etkilerinin yanı sıra çalışma hayatının nitelikleri de çalışanların sağlığını etkilemektedir. Dünya geneli için 2008 yılında işle ilgili 2,34 milyon ölümcül kaza ve hastalık meydana geldiği tahmin edilmektedir (ILO, 2011: 10). Thébaud-Mony (2017: 288) de öz bir ifadeyle çalışma hayatının insanları *yaraladığını, öldürdüğünü ve hasta ettiğini* dile getirmektedir. Bu bağlamda ortam sıcaklığı, çeşitli kimyevi maddeler, kirlilik vs. gibi etkenler iş kazalarına veya meslek hastalığı olarak nitelendirilebilecek hastalıklara yol açabilmektedir (Dirican ve Bilgel'den akt. Tekin, 2007: 80). Hatta iş yerindeki psiko-sosyal koşullar koroner kalp hastalığı, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve ruhsal hastalıklar gibi belli hastalıklarla ilişkilendirilmiştir (Marmot, Siegrist ve Theorell, 2009: 119). Örneğin gelişmiş toplumlardaki üst düzey yöneticilik işlerinin yoğun çalışma temposu ve işteki sorumluluğun fazla olması bu kişilerde strese bağlı kalp-damar hastalıklarını artırmıştır (Adak, 2015: 35).

Geçmişten günümüze insanlar işyeriyle ilgili pek çok sağlık riskiyle yüzleşmektedir (Akgün, 2014: 12). İş ve meslekler bağlamında özellikle boya, petrokimya, plastik, matbaa gibi sektörlerde kullanılan kimyevi maddeler sebebiyle çalışanların çeşitli hastalıklara yakalandıkları görülmüştür. Berber, temizlikçi, boyacı, inşaat işçisi, metal işçileri, çiftçi ve -meslek/iş olmadığı halde- ev hanımları dermatolojik rahatsızlıklar yaşayabilmektedir. Gürültülü, soğuk, sıcak, rutubetli, havasız çalışma ortamları nedeniyle de insanların sağlığı olumsuz etkilenmektedir (Tecim, 2018: 75).

Ayrıca kişilerin çalıştıkları işlerin hem organizasyonları hem de hem de bu organizasyonlardaki konumları sağlıkları açısından önemli bir belirleyici etkidir. İş sebebiyle yaşanan sosyal izolasyon ve kişilerin kendi hayatları üzerinde denetim sahibi olup olmamalarıyla diyabet ve kalp-damar hastalıkları gibi çeşitli kronik hastalıkların ortaya çıkması arasında ve bunlardan kaynaklanan ölümlerin ortaya çıkmasında güçlü bir bağ olduğu görülmüştür (Brunner ve Marmot, 2009: 18).

İş yaşamının psiko-sosyal özelliklerinin kişilerin sağlıklarını ne şekilde etkilediğiyle ilgili olarak iki farklı model önerilmiştir. Bunlardan biri *talep-kontrol modelidir*. Bu modelde “yüksek seviyede nicel talepler ile iş performansında düşük kontrolün bir araya

gelmesiyle tanımlanan iş profilleri, çalışanların özyeterlilik hislerini kısıtlamakta ve sağlık üzerine istenmeyen uzun vadeli sonuçları olan stresli deneyimlere neden olmaktadır”. Diğer model olan *emek-ödül dengesizliği modelinde* ise verilen emek ile alınan karşılığın birbirini dengeleyici olmasına bakılır. Eğer emek ve ödül arasında uyumsuzluk varsa bu durumda güçlü olumsuz duygular ve uzun süreli stres yanıtı ortaya çıkabilmektedir (Marmot, Siegrist ve Theorell, 2009: 125).

Resmi olarak bir işte çalışmak sosyal güvenceyi beraberinde getirmektedir. Sosyal güvence ile insanlar hem tedavi hizmetlerinden hem de koruyucu sağlık hizmetlerinden ekonomik açıdan avantajlı biçimde yararlanmaktadır. Aile içerisinde çalışmayan eş de eşi üzerinden sağlık güvencesinde faydalanır ve sağlık hizmetlerinden uygun şekilde yararlanabilir (Adak, 2015: 35). Ancak işsizler açısından sağlık güvencesi konusu risk taşımaktadır. İşsiz bireylerin sağlık güvencesinden yoksun oluşu –hatta aile bireylerinin de bu imkâna sahip olmaması- zaten çok iyi durumda olmayan sağlık statülerini dezavantajlı hale getirir. Bu durum da sağlık alanındaki eşitsizliği daha derinleştirmektedir (Şantaş, 2019: 214).

Türkiye’de çalışma hayatındaki sağlık göstergelerine yakından bakıldığında TÜİK’in (İş Kazaları ve İşe Bağlı Sağlık..., 2014: 13) araştırmasına göre çalışanların fiziksel ya da ruhsal sağlığı etkileyen olumsuz faktörlere maruz kalmış oldukları görülmektedir. Araştırmaya göre çalışanların %14,3’ünün *ağır yük taşıma*; %14,9’unun *zor duruş şekli veya harekete maruz kalma*; %17,1’inin *kaza riskiyle karşılaşma* gibi çeşitli faktörlere maruz kaldıkları ortaya konulmuştur. Aynı araştırmaya göre 2013 yılında çalışanların yüzde 2,3’ü son 12 ay içerisinde *iş kazası* geçirmiş; yüzde 2,1’i *işe bağlı sağlık sorunu* yaşamıştır (17). Elverişsiz çalışma ve barınma şartları sebebiyle mevsimlik tarım işçilerinin de bazı sağlık sorunlarını yaygın olarak yaşadığı bildirilmiştir (Akgün, 2019: 111).

x. Gelir ve Yoksulluk: Hem mikro hem makro düzeyde gelir farklılıkları sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirildiğinde en önemli ekonomik gösterge olarak yerini almaktadır (Çelik, 2019: 40). Bu doğrultuda “Yoksulluk ve gelir dağılımı eşitsizliği arttıkça sağlık düzeyi kötüleşmektedir” (Belek, 1998b: 72). Hatta 1790 yılında J. P. Frank “yoksulluğu hastalıkların anası olarak tanımlamıştır” (Akalin, 2015: 47).

Ancak belirtilmesi gerekir ki gelir, iyi sağlının doğrudan nedeni olmadığı için (Kar, 2019: 36); gelir faktörü de diğer faktörlerle birlikte düşünölmelidir. Genel itibarıyla sosyoekonomik yönden kötü durumda olan kişilerin sağlık göstergeleri daha kötü ve ölüm hızları daha yüksektir (Shaw ve diğer., 2009: 226). Bununla birlikte gelir ve sağlık ilişkisinde gelir artışının ancak belli bir düzeye kadar sağlığı olumlu etkileyebildiği tespit edilmiştir (Çukur, 2016: 49).

Maddi bir açıklama olarak gelir durumu hayatın pek çok yönünü doğrudan ya da dolaylı biçimde etkilemektedir. İnsanların gelirlerinin yetersiz olması beslenme, barınma, sağlık hizmeti alma gibi faktörleri etkileyerek sağlık seviyesinin düşöklüğüne sebep olabilir. Ya da gelirin yüksekliği dengeli beslenmeyi, görece temiz ortamlarda bulunmayı, sağlık hizmeti almayı kolaylaştırdığı için sağlıklılık seviyesini yukarı çekebilir. Bununla birlikte yoksulluk çocuk bakımını da doğrudan etkilemektedir. Yani ebeveynlerin ekonomik şartları çocuklarının sağlık durumu üzerinde belirleyicidir. Genellikle ebeveynlerin sağlık ihtiyaçlarıyla çocukların ihtiyaçları örtüşmektedir (Shaw ve diğer., 2009: 231). Çocukluk dönemindeki olumsuz sosyoekonomik şartlar yaşamın ilerleyen dönemlerinde kalp-damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları ve bazı kanserlerde artışa sebep olmaktadır. Yetişkinlikteki zayıf sosyoekonomik durum geçmiş yaşantıdaki olumsuz birikimle bir araya geldiğinde ise yaşam boyu etkili olan sağlık riskleri açığa çıkmaktadır (Smith'ten akt. Shaw ve diğer., 2009: 232).

Albritton; yapılan araştırmalara göre sağlık üzerinde en etkili faktörün beslenme olduğunu söylemektedir. Beslenme ise gelir ile doğrudan ilişkilidir. Dünyanın yaklaşık dörtte biri hem nitelik hem nicelik olarak zayıf beslenme sebebiyle açlıkla mücadele etmektedir. Diğer taraftan yine dörtte birlik bir kesim ise gereğinden fazla gıda tüketip diyabet, obezite ve çeşitli kronik hastalıklarla yüzleşmektedir (akt. Can, 2019: 42).

Sağlık – ekonomi ilişkisi bireysel düzeyde olduğu kadar ülke düzeyinde de belirleyici bir faktördür. Makro düzeyde, ölkelerin genel ekonomik durumuna göre vatandaşların sağlığını korunması ya da tedavi edilme imkânları arasında farklılıklar bulunur. Bir ölkedeki insanların kişi başına düşen ortalama gelir ne kadar yüksekse buna göre ortalama ömür süresi daha uzundur ve o kişiler daha sağlıklıdır (Çelik, 2019: 41). Hatta toplumların sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişliği arasında yakın ve karşılıklı nedensellik bulunur. Belli bir ekonomik düzeye gelmiş toplumlarda sağlık bilinci ve

insanların sağlık d#zeyi -g#rece- daha y#ksektir. Diğer taraftan sağlık d#zeyinin y#ksekligi de artan verimlilik sayesinde ekonomik b#y#meyi hızlandırmaktadır (Taban, 2006: 43).

Ekonomik y#nden gelişmiş #lkeler yurttaşlarının sağlığını daha iyi koruyabilecek ve gerektiğinde onları daha iyi tedavi edebilecek imk#nlara sahiptir. Bu #lkelerde hastalıkların ve kazaların #nlenmesi i#in gerekli tedbirler alınmış durumdadır (Cirhinlioğlu, 2015: 47-48). Gottret ve Schieber'e g#re y#ksek gelirli #lkelerin kişi başına yaptigi sağlık harcaması d#ř#k gelirli #lkelerin yaklaşık y#z katıdır (akt. Saygılı, 2019: 155).

Gelir ve sağlık g#stergeleri arasındaki ilişkiyi Gertler ve Van Der Gaag'ın #alışması doğrudan ortaya koymuştur. Bu #alışmaya g#re gelir artışına bağlı olarak olumlu sağlık g#stergelerinde pozitif y#nl# değişim olurken; olumsuz sağlık g#stergelerinde gerileme yaşanmaktadır. Daha a#ık bir ifadeyle gelir artışı doğumda beklenen yaşam s#resinin uzamasını sağlarken; beş yaş altı #ocuk #l#m hızının, #ocuk #l#m hızının ve kaba #l#m hızının azalmasına vesile olmaktadır (akt. #elik, 2019: 40).

Gelir ve yoksulluğun bulaşıcı hastalıklar #zerinde belirgin bir etkisi vardır. Yoksulluk bulaşıcı hastalıkların yayılmasına neden olduğu gibi; bu durumdan etkilenen kişilerin koruyucu/#nleyici ve tedavi edici hizmetlere erişimini de kısıtlayan koşullar yaratır. Diğer taraftan d#ng#sel bi#imde bu hastalıklar insanların işg#c# kaybına neden olarak yoksulluğu daha da derinleştirir (Saygılı, 2019: 165).

Son olarak sağlık ve ekonomi ilişkisinde ekonomik krizlerin sağlık #zerindeki etkisine değinilecektir. Toplumsal sağlık a#ısından ekonomik bir kriz insanların gelirlerinin d#şmesine, yaşam standartlarının olumsuz y#nde değişmesine ve bunlarla beraber "beslenme bozuklukları, kazalar, ruhsal bozukluklar, bulaşıcı ve salgın hastalıklar"ın artmasına; sosyal g#venlik sisteminde kayıplara sebep olabilmektedir (Davas ve diğ.'den akt. Tekin, 2007: 83). Bu bağlamda ekonomik kriz d#nemlerinin olumsuz sağlık sonu#larını artırdigi pek #ok farklı kriz tecr#besiyle ortaya konulmuştur (Akg#n, 2014: 65-72).

xi. K#lt#r ve Din: Kavram olarak k#lt#r#n pek #ok tanımını vardır. #z bir ifadeyle k#lt#r; toplumsal olarak #retilmiş her Şeyi kapsamaktadır. K#lt#r kavramındaki genişlik dolayısıyla sağlık ve hastalığa bu kavram i#erisinde yer bulmak kolaydır. K#lt#r hayatın

her anına ilişkin bir fenomen olarak hastalıkların isimlerinden ilaç kullanım alışkanlıklarına kadar sağlık/hastalığa etki eder. Örneğin kültürel sistemin bir yansıması olarak akraba evlilikleri kalıtsal sorunlara ve sakatlıkları bulunan yeni kuşakların ortaya çıkmasına neden olabilir. Ya da insanların sağlık arama davranışlarında geleneksel olarak nitelendirilen birtakım yöntemlere başvurması da kültürle ilişkilidir. Ortopedi uzmanları yerine kırıkçı-çıkıkçılara gitmek, sarılık olmasın diye bebeklere sarı renkte elbiseler giydirmek vb. şeklindeki uygulamalar kültürün sağlıkla olan bağlantısını göstermektedir (Özdemir ve Demirkıran, 2016: 295–296).

Bolsoy ve Sevil (2006: 82-85) sağlığa etki eden kültürel faktörleri şöyle sıralamıştır: Ekonomik durum; Aile yapısı; Cinsiyet rolleri; Evlilik örüntüleri; Cinsel davranış; Önleyici örüntüler; Nüfus politikası; Hamilelik ve doğum pratikleri; Vücut imajındaki değişimler; Beslenme; Giyinme; Kişisel hijyen; Konut düzenlemeleri; Genel sağlık düzenlemeleri; Meslekler; Din; Alışkanlıklar; Kültüre bağlı stres; Göçmen statüsü; Madde kullanımı; Boş zaman alışkanlıkları; Ev hayvanları ve kuşlar; Kendi kendini tedavi stratejileri ve terapiler. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı göz önünde bulundurulduğunda bahsedilen tüm bu faktörlerle birlikte sağlığın da aslında insan hayatının her dönemini ve her davranışını kapsadığı görülecektir. Dolayısıyla sağlık ve kültür sosyolojik zeminde birbirini tamamlayan iki ana unsurdur (Budak, 2019: 113).

Kültürün sağlıkla olan ilişkisinde değinilmesi gereken bir başka konu marjinal ya da azınlık olma durumuyla ilişkilendirilen sağlık farklılıklarıdır. Etnik ve ırkî özellikleri sebebiyle bazı kişiler genel olarak imkânlardan yararlanabilme konusunda dezavantajlılık yaşar ve bu da ilgili kişilerin olumsuz sağlık süreçleriyle karşılaşmasına yol açmaktadır (Aytaç ve Kurttaş, 2015: 238).

Dinin özellikle psikolojik iyilik haliyle ilişkili olup olmadığını tartışan kuramsal tartışmalar genellikle bu iki alanın birbiriyle ilişkili olduğunu iddia etmektedir. Fakat tartışmalarda iki ana iddia vardır. Taraflardan biri dinin olumlu ruhsal ve bedensel sağlık ile arasında negatif yönlü ilişki olduğunu söylerken; karşı taraf tam tersi yönde bir iddia ile dinin, iyilik hali için olumlu bir etkisi olduğunu söylemektedir¹⁴ (Cirhinlioğlu vd., 2013: 86). Diğer taraftan Köylü (2010: 7) dindarlıkla ruh ve beden

¹⁴ Dindarlık, maneviyat ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiler ve bu alanda yapılmış çalışmalar hakkında bilgi için bkz: Horozcu, Ümit (2010). Tecrübi Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki, Milet ve Nihal, 7 (1), 209-240.

sağlığı arasında herhangi bir ilişki olmadığını iddia eden çalışmalar olduğundan da bahsetmiştir.

Araştırmacılar dinin insanlar üzerinde nasıl olumlu etki oluşturduğuna ilişkin birtakım modeller ve mekanizmalar geliştirmişlerdir. Idler'in kuramına göre din ruh sağlığını üç şekilde etkiler: Sosyal sargınlık [içtenlik] hipotezine göre “dinin duygusal, bilişsel ve maddi yararlar sağlayan sosyal destek ve imkânları sunduğu” iddia edilmiştir. Tutarlık hipotezinde dinin kadercilik duygusunu azaltıp iyimserliği geliştirdiği ileri sürülür. Birey yaşamına daha fazla anlam katar ve ölüm korkusu azalır. Teodise hipotezi ise ızdırap çekmeye ilişkin olumsuz algıyı dinin değiştirip olumlu bir anlam yüklediğini söyler (Cirhinlioğlu ve diğ., 2013: 88-89).

Ancak dinin insanlara olan etkisi bunlarla sınırlı değildir. Örneğin din diğer kaynaklar olarak nitelendirilen kaynaklarla ilişki sağlayıp stresle başa çıkmada doğrudan ya da dolaylı katkı sağlayabilir. Önleme modeline göre dini uygulamalar stres artıran davranışları –sigara, alkol, diyetle ilgili problemler, güvenli olmayan seks ve boşanma gibi- azaltarak bu konuda stresi önleyici de olabilir (Cirhinlioğlu vd., 2013: 89). Özetle dinler insanları çeşitli mekanizmalar yoluyla etkileyerek sağlıklarıyla ilgili bazen koruyucu, bazen önleyici bazen de sağaltıcı stratejiler edinmelerine aracılık eder ve sağlıkla ilgili genel olarak olumlu etkide bulunur.

1.2.4. Yaşam Tarzı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Yaşam tarzı bireylerin hareket etme, fiziksel aktivitede bulunma, spor/egzersiz yapma, beslenme, boş zaman etkinlikleri, alkol-sigara vb. alışkanlıkları veya bunlara benzer şekilde gerçekleştirdikleri eylemlerdir. Bu unsurlar doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık ve hastalık üzerinde olumlu ya da olumsuz etkilere sahiptir (Tekin, 2007: 86–88). Örneğin sigaranın solunum ve dolaşım sistemlerinde yarattığı önemli zararların (Bilir, 1978: 63) yanı sıra bazı kanserlere, damar sertliğine, cilt kırışıklığına, sindirim bozukluğuna ve daha farklı sağlık problemlerine yol açtığı bilinmektedir (Öztürk, 1980: 22-23).

Yaşam biçimiyle ilgili faktörlerin genel sağlık üzerinde etkili olduğuna ilişkin kanıtlar her geçen gün artmaktadır (Demirci ve Coşkuner Potur, 2014: 40). Bu doğrultuda Dünya Sağlık Örgütü gelişmiş ülkelerdeki mortalitenin %70-80'inin, az gelişmiş

ülkelerdeki mortalitenin ise yarıya yakınının yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle olduğunu tahmin etmektedir (Dickey ve Janick'ten akt. Ayaz ve diğ. 2005: 26). Böbrek, kalp ya da solunum yolları gibi çeşitli hastalıkların gelişmesinde de yaşam biçimi davranışlarının etkili olduğu düşünülmektedir (Özer, 2019: 172).

Sağlıklı yaşam tarzı; bireylerin sağlıklarını etkileyebilecek davranışların tümünü kontrol etmelerini ve gündelik faaliyetlerini sağlıklarını yükseltmeye dönük davranışları seçerek uygulamalarını kapsamaktayken (Aksoy ve Uçar, 2014: 54); Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) özellikle gençlerde sağlık açısından tehdit oluşturan riskli sağlık davranışlarını istemli/istemli yaralanmalara ve şiddete neden olan davranışlar, alkol ve diğer madde kullanımları, güvenli olmayan cinsel hayat, tütün kullanımı, olumsuz beslenme alışkanlıkları ve fiziksel inaktivite olarak tanımlamaktadır (CDC, 2018).

Sağlıklı yaşam tarzında amaç herhangi bir hastalığın önlenmesi değil bireyin genel sağlık halini iyileştirmektir (Demirci ve Coşkun Potur, 2014: 40). Sağlığın bir iyilik hali olması gereği bu halin sürdürülmesi de yaşam tarzları bağlamında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gerçekleştirilmesiyle ilişkilidir. Dolayısıyla sağlığı geliştirmenin bir parçası olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından söz edilebilmektedir (Pender'den akt. Koçoğlu, 2006: 31).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'yi geliştiren Walker'a göre sağlıklı yaşam biçimi *manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi* şeklinde altı alt faktörden oluşmaktadır (akt. Bahar ve diğ., 2008: 2).

i. Sağlık Sorumluluğu: Sağlık sorumluluğunda bireyin özellikle kendisiyle ilgili sağlık durumunun farkındalığı önemlidir. Kişinin kendini tanıyıp takip etmesi ve vücudundaki değişikliklerle ilgili olarak profesyonel hizmete müracaat etmesi, periyodik olarak sağlığıyla ilgili kontroller-tetkikler yaptırması, sağlık konusunda araştırmacı/öğrenici olması ve bu alandaki yayınları bilmesi, sağlığıyla ilgili değişikliklerde önlem alması bireyin sağlık sorumluluğunu üstlenmiş olduğunu gösterir (Bottorf ve diğerlerinden akt. Bozhüyük ve diğ., 2012: 19).

ii. Fiziksel Aktivite: Fiziksel aktivite hem vücut ağırlığını kontrol ederek hem de farklı mekanizmalarla kronik hastalıkların gelişim riskini azaltmaktadır. Bununla birlikte

egzersiz hem kalp damar hastalıklarına ve kansere karşı koruyucu bir etkiye sahip olduğu gibi; vücudun diğer organlarında da olumlu etki meydana getirmektedir (Z. D. Aydın, 2006: 44). Gelişen teknolojiyle birlikte insanlar gün geçtikçe daha az hareket içeren bir yaşam tarzı benimsemeye başlamıştır. Teknolojinin gelişmesi hayatı kolaylaştırırsa da bu süreçte hareketsiz bireylerin sayısı artmakta ve sağlık olumsuz etkilenmektedir (Bek, 2008: 7).

Hareketsiz yaşam tarzı çeşitli hastalıklara yol açmaktadır. Hareketsiz yaşamın ve bundan kaynaklı hastalıkların önlenmesi için; diğer bir ifadeyle sağlıklı yaşam biçimi davranışını benimsemiş olması için herkesin kendi bulunduğu şartlara uygun *fiziksel aktiviteler* önerilmektedir. Yürümek, koşmak, çömelme-kalkmak gibi günlük yaşam içinde kas ve eklemleri çalıştırıp enerji tüketen, kalp atışı ve solunumu hızlandıran, farklı düzeylerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler fiziksel aktivite olarak kabul edilir. Fiziksel aktivite; beden sağlığı, ruhsal-sosyal sağlık ve gelecekteki yaşantı üzerinde önemli derecede etkiye sahiptir (Bek, 2008: 9–10).

iii. Beslenme: “Beslenme, bir canlı organizmanın vücut bileşenlerinin büyümesi, yenilenmesi ve bakımı için gerekli malzemeleri alması ile ilgili süreçler bütünü” olarak sağlığın en önemli belirleyicilerinden biri olduğu gibi (Sungur, 2019: 132–143); beslenme biçimi de erken ölüm ve engelliliğe neden olan hastalıkların temel belirleyicilerindendir (Robertson ve diğ. 2009: 200).

Besin maddelerinin gereğinden az ya da fazla alınmasının sağlık açısından olumsuz sonuçlar doğurması sebebiyle beslenmede bir denge durumu gözetilmelidir. Dünya üzerinde belli bölgelerde karbonhidrat ve protein açısından fakir beslenme kronik bir sağlık sorunu haline gelmekteyken; gelir düzeyi yüksek bölgelerde bu durumun tersine, dengesiz ve aşırı beslenme sonucu obezite ve tetiklediği hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır (Sungur, 2019: 142–143).

Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı beslenmeyle ilgili on iki adımlık bir yol haritası oluşturmuştur. Bu adımların her bir maddesi izole olarak değil birbirleriyle bağlantılı şekilde düşünülmelidir (WHO, 2000: 6–7):

- 1- Hayvansal ağırlıklı değil bitkisel ağırlıklı gıdalardan oluşan bir beslenme biçimi edinmek
- 2- Günde birkaç kere ekmek, tahıl, makarna, pirinç veya patates tüketmek

- 3- Günde birkaç kere çeşitli sebze-meyve tüketmek; (tercihen taze ve yerel)
- 4- Vücut ağırlığını önerilen sınırlar içerisinde tutmak (VKİ: 20-25); (uygun ve öncelikli olarak günlük fiziksel aktivitelerle)
- 5- Yağ alımını kontrol altında tutmak; günlük enerjinin yüzde 30'unu aşmayacak kadar olmalı, doymuş yağlar yerine doymamış yağlar tercih edilmeli
- 6- Yağlı et ve et ürünleri yerine fasulye, baklagiller, mercimek, balık, kümes hayvanları veya yağsız et tercih etmek
- 7- Hem yağ hem tuz oranı düşük süt ve süt ürünleri kullanılmalı
- 8- Şeker oranı az olan yiyecekleri yemek, şekerli içecek ve tatlıları azaltarak rafine şeker alım miktarını düşürmek
- 9- Tuz oranı düşük bir diyet tercih etmek
- 10- Alkol tüketimi varsa günde her biri 10 gram alkolden fazla olmamak kaydıyla ikiden fazla içki içmemek
- 11- Yiyecekleri güvenli ve hijyenik şekilde hazırlamak. İlave edilen yağ miktarını azaltmak için buharda, fırında, suda haşlayarak ya da mikrodalga fırında yemekler hazırlanmalı
- 12- İlk altı ayda bebeklere anne sütü verilmeli, altı aydan sonra destekleyici gıda takviyesi yapılmalı, yaşamın ilk yıllarında emzirme devam etmeli

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa'da beslenme kaynaklı sağlıklı yaşam yılı kaybını (sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı kaybı-DALY) hesaplamıştır ve buna göre hastalıkların yüzde 41'i büyük çoğunluğu beslenme sebebiyle ortaya çıkan hastalıklardır. Avrupa'da 2000 yılında toplamda 136 milyon sağlıklı yaşam yılı kaybedilmiştir. Bununla birlikte beslenmeyle ilgili başlıca riskler sebebiyle 56 milyon yıl, beslenmeyle ilgili diğer riskler sebebiyle 52 milyon yıl kaybedilmiştir (WHO, 2004: 7).

iv. Manevi Gelişim: İnsanın beden sağlığı üzerinde etkili olan bir diğer faktör onun manevi yönüdür. İnsan bir bütündür ve maddi olan beden sağlığının yanında *manevi gelişimini* de sağlamış olması bu bütünlüğün iyilik halinin üst seviyede olmasına imkân verir. İnsandaki manevi yön insanın diğer yönleri kadar önemlidir. Sağlık problemlerinin üstesinden gelmede, iyileşme gücü ve umudu bulmada manevi yönün olumlu etkisi olduğu bilinmektedir (Bek, 2008: 18).

v. Kişilerarası İlişkiler: İnsanlar hayatlarını yalnız olarak değil sosyal hayat içerisinde başka insanlarla ilişkiler kurarak sürdürmektedir. Fakat bilinmektedir ki toplumsal bağları zayıf olup toplumsal olarak izole olan kişilerde morbidite ve mortalite hızları güçlü toplumsal bağları olan kişilere kıyasla birkaç kat daha yüksektir (Wilkinson, 2009: 392).

vi. Stres Yönetimi: Yoğun modern hayat tarzı insanların ruhsal olarak zorlanmasına neden olmaktadır. Sağlık açısından olumsuz etkiye sahip olan bu durum ve yaşamın kişi üzerinde baskı oluşturan diğer etkenleri karşısında insanlar bunaltı ve çökkünlük yaşamakta; bunlarla baş edebilmek için de alkol-sigaraya yönelmektedir. Strese bağlı olarak kaygıyı azaltmaya dönük ilaçlar, anti-depresanlar ve uyku ilaçları gibi maddelerin kullanımını da yaygınlaştırmaktadır. Bu davranışsal faktörlerin sağlık üzerinde risk oluşturmaktadır (Tekin, 2007: 87–88). Sağlıklı olmak ve sağlıklı kalabilmek için stresin doğru şekilde yönetilmesi gerekmektedir.

1.2.5. Sağlık Hizmetleri ve Politikaları

Bir ülkedeki sağlık/hastalık olgusunu ülkenin benimsemiş olduğu sağlık politikasından ve sahip olduğu imkânlardan bağımsız düşünmek mümkün değildir. Sağlık kurumlarının sunabildiği hizmetler ve sağlığa ilişkin oluşturulan sosyal güvence sistemleri zaman içerisinde değişim gösterebilir. Bu değişimler yerel kaynaklarla ilgili olabildiği gibi uluslararası politikalarla etkileşimlerin sonucu olarak da gerçekleşebilir. Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası yapılanmaların zaman zaman ülkelerin sağlık politikalarıyla ilişkili olduğu gözlemlenmektedir (Demir, 2020: 73)¹⁵.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinden sorumlu başlıca kurum olarak Sağlık Bakanlığı 1920 yılında kurulmuş olup 1920-23 arası dönemde sağlık kayıtları düzenli olarak tutulamamış ancak savaş yaraları giderilmeye ve yasal düzenlemelere odaklanılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015: para. 2). Refik Saydam’ın öncülüğünde sağlık hizmetlerinde cumhuriyetin ilk yıllarında tedavi edici hizmetlerden çok koruyucu hizmetlere yönelim olmuştur (Tekin, 2007: 103). Bu dönem Refik Saydam’a izafe edilmekte olup yeni

¹⁵ Örnek için bkz. Savaş, N. (2020). Dünya Bankası'nın Sağlık Reformları Üzerine Etkisi; Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Örneği. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, 5(1):142-57. Kıvanç, M. M. (2015). Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 3(2), 162-166.

kurulan bir devlet olarak örgütlenme ve insan kaynaklarının artırılması hedeflenmiştir (Tecim, 2018: 104). İl sağlık müdürlüklerinin ve hükümet tabipliklerinin kurulması, koruyucu hekimlik anlayışının ön plana çıkarılması gibi cumhuriyetin ilk yıllarında yapılan düzenlemeler gelecek yıllardaki sağlık hizmetlerinin temeli oluşturmuştur (Kasapoğlu, 2016: 135).

1937 sonrası dönemde yaklaşık olarak 1960'lara kadar geçen sürede Sağlık Bakanlığı daha önceden yerel yönetimlerin görevi olarak düşünülen tedavi edici hizmetleri kendi bünyesine taşımaya çalışmıştır. Sağlıkla ilgili ulusal planlamalar yapılmış olup hayata geçirilmek istenmiş ancak yapılan planlar gerçekleşmemiştir. Bu dönemde sağlık kurumu ve sağlık personeli sayıları artırılmaya çalışılmıştır (Tekin, 2007: 105–106). 1946 yılında Behçet Uz'un açıkladığı Milli Sağlık Planı'yla -sonraki süreçte kanunlaşmamış olsa da- köylere sağlık hizmeti ulaştırabilmek amacıyla her 40 köy için on yataklı tedavi ve koruyucu sağlık merkezleri kurulmasını hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015: para. 7-8, 11).

1960'lı yıllar Milli Birlik Komitesi yönetimiyle planlı kalkınma hedeflerinin ortaya konulmaya başlandığı dönemdir. Bu döneme gelindiğinde köylerin artan sağlık hizmeti talepleri geçici tedbirlerle karşılanamaz olmuştur (Dirican, 1970: 190). 1960–1980 yılları arasındaki sağlık politikaları özellikle 1961 yılındaki Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun'a dayanır. Bu kanun doğrultusunda “sağlık hizmetlerinin yaygın, sürekli, entegre, kademeli ve halkın ihtiyaçlarına yönelik olarak sunulması hedeflenmiştir. Ulusal sağlık hizmetlerinin sunumunda kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı kabul edilmiş ve sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir” (Kol, 2014: 93). Bu sistem ilk olarak 1963'te Muş ilinde uygulamaya geçirilmiştir. Ancak sağlık ocaklarına yeterli insan kaynağı sağlanamamış ve araç-gereç temininde sıkıntı yaşanmıştır (Tecim, 2018: 104–105). 1963 yılında fiilen başlayan sağlıkta sosyalizasyon 1983 yılında ülke geneline yayılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015: para. 28).

1980 sonrası yapılan anayasa değişikliği ile sağlık hizmetlerinin işleyişi de değişikliğe uğramıştır. Yeni düzenlemede devletin sağlık hizmetlerini görev olarak üstlendiği anlayış yerine gözetici ve düzenleyici olduğu ifade edilmiştir (Kol, 2014: 94).

90'lı yıllarda sağlıkla ilgili yenileme çalışmaları devam etmiştir. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm İlerleme Raporu'na göre 90'lı yılların sağlıkla ilgili iyileştirme çalışmalarının ana bileşenleri şu şekilde ifade edilmiştir (Akdağ, 2008: 19):

- 1- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının Kurulması,
- 2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- 3- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- 4- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Aynı zamanda 1980 sonrası dönem yeni liberal politikaların hissedilmeye başlandığı dönemdir. Bu kapsamda devletin özel sektöre daha fazla yer açmaya başladığı görülmektedir. 2000'li yılların başından itibaren ise 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' (SDP) oluşturulup uygulamaya koyulmak istenmiştir. Dönüşüm programına göre Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici rolünün yeniden yapılanarak devam etmesi; herkesi tek çatı altında bir araya getiren Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmek istenmesi; koruyucu hizmetler ve basamaklı bir yapı için aile hekimliği modelinin geliştirilmesi; bunlarla birlikte sağlık personeli ve gerekli malzemeler için çeşitli çalışmalar yapılması planlanmıştır (Tekin, 2007: 108–111).

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesiyle ilgili çalışmalar sürekli olarak devam etmekle birlikte Sağlıkta Dönüşüm Programı büyük ölçüde hayata geçirilmiştir. "Sağlık sisteminin organizasyon ve finansman yapısında önemli değişiklikler getirmesinin yanında SDP, sistemin ekonomik, politik, yönetsel, klinik, kavramsal ve kültürel özellikleri ile sistemin paydaşları üzerinde önemli etkiler meydana getirmiştir" (Demirci, 2016: 220). Bu dönüşüm programı kapsamında gerçekleştirilen bazı çalışmalar şunlardır (Tecim, 2018: 124–126);

- Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında sigorta ve güvenlik sistemleri birleştirilmiş,
- Hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş,
- Aile hekimliğine geçilerek birinci basamak sağlık hizmetleri aktive edilmiş,
- Ambulans uygulamalarında yeni araçlar hizmete alınmış,
- Hastanelerde Hasta Hakları Birimi kurulmuş,
- İhtiyaç görülen haller için Evde Sağlık Hizmeti başlatılmış,

- İlaç takip sistemi uygulamaya koyulmuş,
- Elektronik ortamda sağlık hizmetleriyle ilgili sistemler oluşturulmuştur.

SDP'nin en önemli çıktılarından biri sağlık hizmetlerine erişimde büyük ölçüde eşitliğin sağlanmış olmasıdır. "SDP ile kamu sağlık hizmetlerine erişim çiftçiler, serbest çalışanlar, işçiler ve yeşil kartlı yoksullar için Emekli Sandığı'na tabii ve önceden erişim açısından en ayrıcalıklı grup olan memurlarla büyük ölçüde eşitlenmiştir" (Güneş ve Tekgüç, 2016: 366).

1.3. Tabakalaşma ve Sağlık/Hastalık İlişkisi

Toplumsal tabakalaşmanın sağlık/hastalıkla ilişkisi genellikle sağlık eşitsizlikleri ve sosyal sınıflar bağlamında tartışılmıştır. Buna göre sağlık/hastalık toplumsal tabakalar/sınıflar arasında eşit dağılmamaktadır. Yani farklı toplumsal tabakalarda/sınıflarda bulunan insanların sağlık/hastalık göstergeleri de farklıdır. Burada sağlığı belirleyen kriterlerle sosyal sınıfı belirleyen kriterler arasındaki örtüşmeye dikkat edilmelidir. Sağlık, önceki kısımlarda da anlatıldığı gibi, "bireyin benimsediği hayat tarzıyla, aldığı eğitimle, ekonomik durumuyla ve kendisini ait hissettiği ve yettiği ortamla" ilişki içerisindedir. Bu değişkenler aynı zamanda sosyal sınıflar için de belirleyici niteliklere sahiptir (Baloğlu, 2005: 151).

Sağlığın sosyal sınıfla doğrudan bir ilişkisi vardır ve bulunulan sınıf sağlık sisteminden yararlanma hakkıyla yakından ilgilidir (Aytaç ve Kurdaş, 2015: 234). Sağlığın sosyal sınıflar arasında eşit şekilde dağılmadığı istatistiklerce de ortaya konulmaktadır. Buna göre yoksullar zenginlere göre daha sık hastalanır ve hastalıkları daha uzun sürelidir. Ölüm yaşları itibarıyla de devlet yardımlarıyla geçinenler ya da düşük ücretliler daha genç yaşta ölmektedir (Browne, 2015: 492).

Belek (1998b: 77) sağlığın toplumsal yapılar arasındaki farklılıklarını inceleyen tüm araştırmalarda eğitim, gelir ve meslek gibi değişkenler bakımından iyi durumda bulunanların diğer insanlara göre "daha uzun süre yaşadıkları, tıbbi bakımdan önlenbilir hastalıklara bağlı ölümlerinin daha az olduğu, sağlık hizmetlerinden daha çok yararlandıkları"ni ifade etmiştir.

Sağlık ve sosyal sınıflar arasındaki bu ilişkinin varlığı farklı şekillerde açıklanmıştır. Genel bir ayırım *kültürel açıklama* ve *maddi açıklama* arasında yapılmaktadır. Kültürel

açıklamalara göre hastalık durumlarından hastalık mağdurları sorumludur. Bu açıklama modelinde kişiler kendi sağlıklarına gerekli özeni göstermedikleri için hastalanmaktadır. Maddi açıklamada ise kişilerin gelirdeki eşitsizliklerden dolayı hastalık sıkıntısı çektiği belirtilmektedir. Maddi olarak dezavantajlı olan, sağlıklı barınma, çalışma ve yaşama imkânlarına sahip olmayan kişilerin hastalıklardan mustarip olması söz konusudur (Browne, 2015: 494-495).

Sağlık eşitsizliklerini açıklamada kullanılan modeller *geleneksel tıbbi model*, *epidemiolojik model* ve *sosyopolitik model* şeklinde üçlü olarak da tasnif edilmiştir (Hexel ve Wintesberger'den akt. Belek, 1998b: 55). Geleneksel modele göre sağlığa tıp eksenli yaklaşılır ve sağlıktaki eşitsizlik tıbbi bakım hizmetlerinin eşitsiz kullanımının bir sonucudur. Epidemiyolojik modelde sağlık ve hastalık toplumsal düzeyli istatistiklerle ele alınır ve koruyucu tıp uygulamalarına vurgu yapılır. Bu model “Bölgeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarını ciddi sosyal farklılıkların bir göstergesi olarak kabul eder. Eşitsizliklerin giderilmesi için yüksek riskli gruplara özel tıbbi programların uygulanmasını önerir”. Epidemiyolojik modelde vurgu düzeyli geleneksel modele göre genişlemiş ve tıbbi bakımdan sağlık hizmetlerinin organizasyonuna kaymıştır ancak sağlık alanıyla sınırlı kalmıştır. “Sosyopolitik model ise özellikle epidemiyolojik modelin vurgularını kabul etmekle birlikte, bu modelde ortaya konulan neden ve sonuçların toplumsal formasyon ve onun iç güç ilişkileri tarafından belirlendiğini savunur” (Belek, 1998b: 55-56).

Sağlık ve sınıf ilişkisi kültürel ve maddi açıklamaları da kapsayacak şekilde farklı kategorizasyonlarla da değerlendirilmiştir. Gönç (2016: 65) sağlık-sınıf ilişkilerine ait açıklamaları öncelikle Black Raporu'na da dayandırarak *yapaylık; sosyal seçim / sağlık seçilimi; kültürel; materyalist; psiko-sosyal açıklamalar; yaşam süreci açıklamaları; sosyal ve kültürel sermaye / sağlık sermayesi* şeklinde gruplandırmıştır¹⁶. Buradaki ilk dört madde sağlıktaki eşitsizliklerle ilgili tanımlama kategorileri olarak Black Raporu'nda yer almıştır (Macintyre, 1998: 224-225).

¹⁶ Sağlık eşitsizliklerini açıklayan teorilerin gruplandırılması ve açıklaması için ayrıca bkz. McCartney, G., Collins, C. and Mackenzie, M. (2013). What (or Who) Causes Health Inequalities: Theories, Evidence and Implications?. Health Policy, 113(3), 221-227; Bambra, C. (2011). Health Inequalities and Welfare State Regimes: Theoretical Insights on a Public Health 'Puzzle'. J Epidemiol Community Health, 65, 740-745.

Sağlık ve sınıf ilişkisine dair *yapay açıklama* bu ikisi arasındaki ilişkinin yalnızca istatistiksel olarak oluşturulmuş yapay bir ölçüm olduğunu söyler. *Sosyal seçim / sağlık seçilimi* açıklamasında ise insanların sağlıklarının ön belirleyici olduğu; sağlığı kötü olanın alt sosyal sınıflarda kaldığı iddia edilir. Ya da tam tersi yönde olacak şekilde sağlığı iyi olanın toplumsal sınıf konumu daha iyidir. *Kültürel/davranışsal açıklamalar* sağlığı bağımlı bir değişken olarak alır. Buna göre sağlık; tütün/alkol kullanımı; sağlıklı beslenme, egzersiz gibi yaşam tarzına dair sağlık davranışlarına bağlıdır. Yani yaşam tarzı davranışları bireylerin kontrolünde görülür ve herkes kendi sağlığından sorumlu tutulur. *Materyalist/yapısalcı açıklamalara* göre ise sağlık; “bireylerin davranışlarının ve yaşam tarzlarının kökenini vurgulayan, yoksulluk, gelir dağılımı, işsizlik, olumsuz barınma ve çalışma koşulları gibi etkenler”le ilişki içerisindedir (Gönç, 2016: 65–67).

Maddi açıklama modelinde toplumun sosyoekonomik olarak alt konumunda olan bireyler olumsuz fiziksel çevre koşullarıyla daha fazla karşılaşmakta ve bu kişiler ihtiyaç duyduğunda sağlık hizmetlerine daha kısıtlı şekilde erişebilmektedir. Yine toplumun bu kesimleri sağlığı koruyucu ve geliştirici faaliyetlerden de daha az yararlanmaktadır. Sağlık hizmetlerine daha az ihtiyacı olanlara bu hizmetlerin daha çok verildiğini öne süren *tersine bakım yasası* da bu durumu açıklar özelliindedir (Akalin, 2015: 39-40).

Psiko-sosyal açıklamalar toplumdaki eşitsizliklerin psiko-sosyal etkisine odaklanır ve mahrumiyet değişkeninin kullanılması gerektiğini savunur. Yapılan çalışmalar gelir düzeyi itibarıyla mutlak yoksul olmadığı halde memuriyet hiyerarşisinde alt konumda olanların üst konumda olanlardan daha kötü sağlık göstergelerine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Buna göre sağlığın gelir düzeyiyle ilişkisinden öte; “gelir eşitsizliği, iş tasarımı ve sosyal çevre”den etkilendiği sonucuna ulaşılır. Gelir düzeyi daha fazla olan ülkelerin değil; gelir eşitliğinin daha yüksek olduğu ülkelerin sağlık göstergelerinin daha iyi olması da bu açıklama içerisinde kendine yer bulur (Gönç: 2016: 70–73). Psiko-sosyal model maddi açıklamadaki bazı eksiklikleri kapatarak insanlar arasındaki sağlık farklılıklarının sadece maddi yoksunluklara bağlı olarak açıklanamayacağını ortaya koymuştur (Akalin, 2015: 40).

Yaşam süreci açıklamaları sağlık seçilimi açıklamasının tersine sağlık; insanların sağlıklarının doğumdan önce başlayan bir süreç olarak hayatları boyunca karşılaştıkları

şeylerden etkilendiğini ifade eder. Sağlık statüsünün sosyal statüye olan etkisi yerine; “zaten toplumsal olarak dezavantajlı olan insanların genellikle “dezavantajların birikimine” maruz kaldığını ileri sürer” (Gönç: 2016: 73).

Sağlık ve sosyal sınıf ilişkisi açıklamalarında *sağlık sermayesi* olarak belirtilen yaklaşım sağlık farklılıklarını Pierre Bourdieu'nün kavramları çerçevesinde incelemeye çalışır. “İnsanların tercih ve tutumlarına yön veren eğilimler sistemi” olarak habitus; “yaşam tarzını oluşturan tüm alanlarda, estetik tercihlerde, kültürel pratiklerde ve sağlık davranışına ilişkin seçimlerde kendini gösterir”. Bireyler toplumsal alanda kendilerinininkine benzer pozisyona sahip, benzer yaşam tarzları olan ve benzer habitus geliştirdikleri kişilerle birlikte toplumsallaşır. Dolayısıyla zevkler, tercihler ve davranışlar [sağlık davranışları] bu toplumsal alan içinde yapısallaşır. Bu nedenle de yaşam tarzlarının sosyal pozisyonun göstergesi olduğu düşünülebilir (Gönç, 2016: 74).

Sağlık eşitsizliklerine neden olan mekanizmalar Pierre Bourdieu'nün kavramları olarak ekonomik, sosyal ve kültürel sermaye bağlamında açıklanmaya çalışılır. Ekonomik sermaye ile sağlığı iyileştirmek veya sürdürmek için kullanılan maddi kaynaklara ilişkin açıklamalar yapılır. Sosyal sermayenin sağlıkla ilişkisi daha çok toplumsal bütünleşme ekseninde inceleme konusu edilmiştir. Kültürel sermaye ve sağlık ilişkisi ise daha çok eğitim düzeyiyle ilişkilendirilen sağlık göstergelerine odaklanır. Eğitim düzeyi ile sağlık statüsü arasındaki pozitif yönlü ilişki kanıtlanmaya çalışılmıştır (Gönç, 2016: 74–76).

1.3.1. Dünyada Sağlıkla İlgili Göstergeler

Dünya üzerinde sağlık göstergeleri zamana ve mekâna göre farklılık göstermektedir. Belek dünya genelinin sağlık düzeyinde bir artış olduğunu belirtmekle birlikte bu artışın ülkeler ve çeşitli gruplar arasında eşit olmadığını dile getirmektedir. Belek'e göre sağlığın gelişimi eskiden beri sağlığı iyi olan merkez kapitalist ülkeler ve burjuva sınıflar lehine olmuştur (1998a: 10). Alma Ata Bildirgesi'nin ikinci maddesi de hem gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında hem de ülkelerin kendi içinde insanlar arasında sağlık eşitsizlikleri olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 1978).

Hansluwka sağlığın toplumsal düzeydeki ölçümü için *bebek ölüm hızı*, *çocuk ölüm hızı* ve *doğuşta beklenen yaşam süresinin* en yüksek oranda geçerli üç gösterge olduğunu öne sürmüştür (akt. Belek, 1998b: 46). Akalın (2015: 64) da beklenen yaşam süresi ve

bebek ölüm hızının sıklıkla kullanılan sağlık göstergeleri arasında olduğunu ifade etmiştir. Bu kısımda bebek ölüm hızı ve doğumda beklenen yaşam süresi göstergelerine bakılarak sağlığın dünya üzerindeki dağılımına yer verilmiştir. Bir yaşına ulaşmadan ölen bebeklerin dünya üzerinde ülkelere, bölgelere ve gelir durumlarına göre ölüm oranları Tablo 2 ve Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 2: 2017 Yılı Bebek Ölüm Oranları (Ülkeler ve Bölgeler)

	Ülke Adı	Binde
En Düşük Beş Ülke	İzlanda	1,6
	Slovenya	1,7
	Finlandiya	1,9
	Japonya	1,9
	San Marino	2,0
Diğer Bölge ve Ülkeler	Avrupa Bölgesi	3,1
	Avrupa Birliği	3,5
	Birleşik Krallık	3,7
	Amerika Birleşik Devletleri	5,7
	OECD Üyeleri	5,7
	Rusya	6,5
	TÜRKİYE	10,0
	Ortadoğu ve Kuzey Afrika	19,3
En Yüksek Beş Ülke	Kongo Dem. Cumhuriyeti	70,0
	Çad	73,4
	Somali	79,7
	Sierra Leone	81,7
	Orta Afrika Cumhuriyeti	87,6

Not: Bebek Ölüm Oranı: Her yıl canlı doğan 1000 bebekten bir yaşını doldurmadan ölümlerini gösteren oran.

(URL 9: E. T. 05.05.2020)

Tablo 3: 2017 Yılı Bebek Ölüm Oranları (Gelir Düzeyleri)

Gelir Düzeyleri	Binde
Üst	4,6
Üst Orta	11,6
Orta	27,8
Alt Orta	36,8
Alt	48,6

(URL 9: E. T. 05.05.2020)

Sağlıkla ilgili olarak bebek ölüm oranları bir yerdeki nüfusun sağlığına ilişkin önemli göstergelerden biridir. Dünya Bankası’nın 2017 verilerine göre dünya üzerinde çeşitli

bölgelerde bebek ölüm oranlarında büyük farklar olduğu görülmektedir. İlk olarak Tablo 2 incelendiğinde ülkeler, bölgeler ve bazı uluslararası örgütler içerisindeki bebek ölüm oranları arasında fark göze çarpmaktadır. Tablonun ilk beş sırasında yer alan ülkeler bebek ölüm oranlarının en düşük olduğu; son beş sırasında yer alan ülkelerinse bebek ölüm oranlarının en yüksek olduğu ülkelerdir. En yüksek bebek ölüm oranına sahip ülkelerin hepsi Afrika Kıtası'ndayken; en düşük ilk beş ülkeden dördü Avrupa'da diğeri ise Asya'dadır.

Sağlık üzerinde belirleyici etkenlerden biri olarak gelir düzeyindeki farklılık bebek ölüm oranları tablosuna yansımıştır (bkz. Tablo 3). Ülkelerin gelir düzeyleriyle bebek ölüm oranları arasında ters bir orantı bulunmaktadır. Buna göre gelir düzeyi arttıkça bebek ölüm oranlarının azaldığı görülmektedir. En üst gelir düzeyine sahip ülkeler ile en alt gelir düzeyine sahip ülkelerin bebek ölüm oranları arasında on katın üzerinde fark bulunmaktadır.

Tablo 4: Doğuşta Beklenen Yaşam Süreleri (Yıl) (Ülkeler ve Bölgeler)

	Ülkeler	2000	2010	2017
1	Hong Kong	80,88	82,98	84,68
2	Japonya	81,08	82,84	84,01
3	Makao	80,41	82,70	83,99
4	İsviçre	79,68	82,25	83,60
5	İspanya	78,97	81,63	83,33
	Avrupa Bölgesi	78,28	80,75	81,95
	Birleşik Krallık	77,74	80,40	81,16
	Avrupa Birliği	77,16	79,76	80,99
	OECD Üyeleri	77,07	79,36	80,30
	Amerika Birleşik Devletleri	76,64	78,54	78,54
	Avrupa ve Orta Asya	73,06	75,93	77,64
	TÜRKİYE	70,00	74,15	76,00
	Ortadoğu ve Kuzey Afrika	69,82	72,31	73,73
	Rusya	65,48	68,84	72,12
5	Fildişi Sahili	46,67	50,42	54,10
4	Nijerya	46,27	50,85	53,88
3	Çad	47,59	50,23	53,21
2	Orta Afrika Cumhuriyeti	43,94	47,56	52,89
1	Sierra Leone	38,70	48,22	52,21

(URL 10: E. T. 05.05.2020)

Dünya genelinde ülkeler ve bölgeler bazında doğu beklenen yaşam sürelerine ilişkin bazı veriler Tablo 4’te gösterilmiştir. Doğuda beklenen yaşam süreleri sağlık göstergesi olarak bir bölgede yaşayan insanların ortalama ne kadar süre yaşayacaklarına dair kuvvetli öngörülerdir. Bu tabloda görüldüğü üzere son 17 yılda genel itibarıyla tüm bölgelerde doğu beklenen yaşam süreleri artmıştır. Ancak dikkat çeken nokta ülkeler ve bölgeler arası farklılıktır. Dünya genelinde en uzun süreye sahip ilk beş ülkenin üçü Güneydoğu Asya ve ikisi Avrupa ülkesidir. Diğer yandan en düşük yaşam süresi beklentisine sahip beş ülkenin tümü Afrika Kıtası’nda yer almaktadır.

Tablo 5’te gelir düzeylerine göre doğu beklenen yaşam sürelerine ilişkin bazı bilgiler paylaşılmıştır. Buna göre gelir düzeyleri ile doğu beklenen yaşam süreleri arasında gözle görülür bir fark vardır. Gelir düzeyi arttıkça doğu beklenen yaşam süresi de artmaktadır. 2017 yılı verilerine göre yüksek gelirli bölgelerde doğu beklenen yaşam süresi 80 yılın üzerine çıkmışken; en alt gelir düzeyine sahip bölgelerde bu süre 63 yılın biraz üzerinde kalmıştır.

Tablo 5: Doğuda Beklenen Yaşam Süreleri (Yıl) (Gelir Düzeyleri)

Gelir Düzeyleri	2000	2010	2017
Üst	77,59	79,80	80,68
Üst-Orta	70,88	73,92	75,51
Orta	66,70	69,83	71,52
Alt-Orta	62,45	66,02	67,99
Alt	53,74	60,15	63,25

(URL 10: E. T. 05.05.2020)

Dünya Bankası’nın verilerine dayanarak bebek ölüm oranları ve doğu beklenen yaşam sürelerine göre dünya genelinde sağlıkla ilgili büyük farklılıkların olduğu gösterilmiştir. Bu verilere paralel biçimde sağlık harcamaları, kişi başına düşen hekim sayıları, diğer sağlık personeli (ebe, hemşire) sayıları vb. gibi daha farklı sağlık göstergelerinde de ülkeler, bölgeler ve gelir düzeyleri arası farklılıklar bulunmaktadır (URL 11: E. T. 05.05.2020).

1.3.2. Türkiye’de Sağlıkla İlgili Göstergeler

Türkiye’de sağlık/hastalık ve tabakalaşma/eşitsizlik konusunu tartışmaya geçmeden önce sağlık konusunda temel sayılabilecek birtakım göstergelere bakılması

gerekmektedir. İlk olarak Türkiye’de görülen hastalıklara ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 6: 15 Yaş Üzeri Bireylerin Son 12 Ay İçinde Yaşadığı Başlıca Hastalık/Sağlık Sorunlarının Cinsiyete Göre Dağılımı (2014, 2016)

HASTALIK/SAĞLIK SORUNU	2014 (%)			2016 (%)		
	TOPLAM	ERKEK	KADIN	TOPLAM	ERKEK	KADIN
Bel bölgesi problemleri	33,0	26,5	39,3	27,1	21,4	32,8
Hipertansiyon	16,1	11,2	20,9	15,8	11,1	20,5
Boyun bölgesi problemleri	21,3	14,0	28,5	18,1	11,5	24,6
Alerji (alerjik rinit, dermatit, yiyecek vb. alerjisi) (alerjik astım hariç)	12,1	8,9	15,3	10,8	7,5	13,9
Şeker hastalığı (diyabet)	9,0	6,8	11,1	9,1	7,1	10,9
Astım (alerjik astım dahil)	7,9	5,2	10,5	7,8	5,2	10,3
Koroner kalp hastalığı	8,5	7,4	9,5	6,5	5,9	7,1
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	7,7	6,3	9,1	7,3	5,7	8,8
İdrar kaçırma, idrarı tutamama	7,5	4,8	10,2	5,9	3,9	7,8
Depresyon	11,0	7,4	14,5	7,2	4,9	9,4
Miyokardiyal enfarktüs (kalp krizi)	2,0	2,1	1,9	2,1	2,1	2,0
İnme-felç (beyin kanaması, serebral tromboz)	0,8	0,9	0,8	0,9	1,0	0,8
Karaciğer sirozu, karaciğer yetmezliği	1,6	1,4	1,8	1,5	1,1	1,8
Arthrosis	8,0	5,4	10,6	7,7	4,9	10,5
Böbrek problemleri	7,5	6,2	8,7	6,4	5,2	7,5
Alzheimer (65 Yaş Üstü)	8,2	6,2	9,8	5,6	5,1	6,1

(TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması Haber Bülteni, 2016)

Tablo 6’da 15 yaş üzeri bireylerde Türkiye’de yaşanan başlıca sağlık sorunları ve hastalıkların dağılımları gösterilmektedir. Yıllar arasında belli oranlarda hastalıklarda değişim olduğu gözlenmekle birlikte cinsiyetler arasında da hastalıkların görülme oranları farklılaşmıştır. Katılımcılara yöneltilen hastalıklar içerisinde en sık görülen

hastalığın yüzde 27,1 ile bel bölgesi problemleri olduğu görülmektedir. Bunu takiben boyun bölgesi problemleri (yüzde 18,1) ve yüzde 15,8 ile hipertansiyon hastalığı gelmektedir. Bu üç hastalık tipinde de 2014'ten 2016 yılına gelindiğinde küçük oranlarda düşüş olmuştur. Ayrıca bu üç hastalığın kadınlarda görülme oranı erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Diğer hastalıklarla birlikte değerlendirildiğinde sadece kalp krizi ve felç görülme oranlarının erkeklerde bir miktar yüksek olduğu gözlenmektedir.

Tablo 7: Bireylerin Vücut Kitle İndeksinin Cinsiyete Göre Dağılımı, 2014, 2016

[15+ Yaş] Yıl ve Cinsiyet		Yüzde (%)				
		Toplam	Düşük kilolu	Normal kilolu	Obez öncesi	Obez
2014	Toplam	100	4,2	42,2	33,7	19,9
	Erkek	100	2,8	43,7	38,2	15,3
	Kadın	100	5,5	40,7	29,3	24,5
2016	Toplam	100	4,0	42,1	34,3	19,6
	Erkek	100	2,5	43,8	38,6	15,2
	Kadın	100	5,6	40,4	30,1	23,9

Not. Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

(TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması Haber Bülteni, 2016)

Tablo 7 vücut kitle indeksine göre 2014 ve 2016 yıllarındaki dağılımı göstermektedir. 15 yaş üstü bireylerle yapılan çalışmada yüzde 20'ye yakın oranlarda obezite probleminin olduğu görülmektedir. Ancak cinsiyetlere göre farklılığa bakıldığında erkeklerin 2016 yılında ancak yüzde 15,2'si obez kategorisindeyken; kadınlarda bu oran yüzde 23,9 olarak tespit edilmiştir. 2014 yılı için de benzer oranlar söz konusu olmuştur. Diğer taraftan obez öncesi kategorisinde erkeklerin daha yüksek oranlara sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Temel Ölümlülük Göstergeleri, 2009-2018 (Binde)

Yıl	2009	2010	2011	2012	2013 ⁽¹⁾	2014 ⁽¹⁾	2015 ^(r)	2016 ^(r)	2017 ^(r)	2018
Bebek ölüm hızı	13,9	12,0	11,6	11,6	10,8	11,1	10,2	9,8	9,4	9,3
Beş yaş altı ölüm hızı	17,7	15,5	14,9	14,4	13,4	13,3	12,4	12	11,4	11,4
Neonatal ölüm hızı	8,9	7,6	7,3	7,5	6,9	7,3	6,5	6,3	6,0	6,0

Post neonatal ölüm hızı	5,0	4,5	4,4	4,1	3,9	3,8	3,8	3,6	3,4	3,3
--------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

(1) Bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı, neonatal ölüm hızı ve post neonatal ölüm hızı, doğum verisinin revizesinden dolayı yeniden hesaplanmıştır.

(r) Ölüm verileri güncel idari kayıtlarla revize edilmiştir.

(TÜİK, Hayati İstatistikler – Temel Ölümlülük Göstergeleri, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, 31/03/2019 tarihi itibarıyla)

Türkiye’de bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, neonatal ölüm hızı ve postneonatal ölüm hızı değerlerinin 2009–2018 yılları arasındaki verileri Tablo 8’de gösterilmiştir. Bebeklik ve çocukluk dönemine ait verilen tüm ölüm göstergelerinde yıllar içerisinde belli oranda azalmaların olduğu görülmektedir. 2009 yılından 2018 yılına gelindiğinde bebek ölüm hızında 4,6 puan; beş yaş altı ölüm hızında 6,3 puan; neonatal ölüm hızında 2,9 puan ve post neonatal ölüm hızında 1,7 puanlık düşüş olmuştur. Sağlık göstergesi olarak ölümlülük göstergelerinde zaman içerisinde olumluya doğru bir gidiş olmuştur.

Tablo 9: Bebek Ölüm Hızı (Binde)

Yıl	Türkiye	Akdeniz-TR6	Batı Anadolu-TR5	Batı Karadeniz-TR8	Batı Marmara-TR2	Doğu Karadeniz-TR9	Doğu Marmara-TR4	Ege-TR3	Güneydoğu Anadolu-TRC	Kuzeydoğu Anadolu-TRA	Orta Anadolu-TR7	Ortaoğu Anadolu-TRB	İstanbul-TR1
2010	12	12,1	11,5	11,2	10,3	10,6	10,0	11,4	15,8	13,5	10,9	14,3	9,6
2015	10,2	10,1	8,0	8,3	7,1	7,9	7,8	8,8	14,9	13,4	10,3	14,2	8,2
2018	9,3	9,0	8,1	8,9	6,8	7,6	7,8	8,4	13,1	10,6	9,3	11,1	7,6

(TÜİK, Çocuk İstatistikleri – Sağlık.)

Tablo 9 TÜİK’in verilerine dayanarak oluşturulan Türkiye’de bebek ölüm hızını gösteren tablodur. 2010, 2015 ve 2018 yıllarına ait değerler Türkiye İBBS 1 düzeyinde ve Türkiye geneli için gösterilmiştir. Bu tabloya göre bebek ölüm hızı ülke genelinde yıllar içerisinde azalma eğilimi göstermektedir. Ancak diğer taraftan bölgeler arasında bebek ölüm hızları arasında farklılık vardır. 2018 yılı itibarıyla en yüksek bebek ölüm hızı binde 13,1 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi’ne aitken; İstanbul’da bu oran binde 7,6; Batı Marmara’da en düşük oranla binde 6,2 şeklinde gerçekleşmiştir. Gösterilen yıllar içerisinde (2015 ve 2018 arasında) artış sadece iki bölgede ve görece küçük

oranlarla gerçekleşmiştir (Batı Anadolu ve Batı Karadeniz). Doğu Marmara’da 2015 ve 2018 yılları arasında oransal olarak değişim olmamıştır (Binde 7,8).

TÜİK’e ait veriler il bazında incelendiğinde ise 2018 yılı için en düşük bebek ölüm hızının binde 5 ile Tunceli’de olduğu; diğer taraftan Gaziantep’in binde 15,3 ile en yüksek bebek ölüm hızına sahip olduğu görülmektedir (TÜİK, Ölüm İstatistikleri – Bebek Ölüm Hızı).

Tablo 10: Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Binde)

Yıl	Türkiye	Akdeniz-TR6	Batı Anadolu-TR5	Batı Karadeniz-TR8	Batı Marmara-TR2	Doğu Karadeniz-TR9	Doğu Marmara-TR4	Ege-TR3	Güneydoğu Anadolu-TRC	Kuzeydoğu Anadolu-TRA	Orta Anadolu-TR7	Ortadoğu Anadolu-TRB	İstanbul-TR1
2010	15,5	15,0	14,0	13,8	12,0	13,2	12,1	13,5	22,0	18,6	13,6	21,2	11,7
2015	12,4	12,2	9,8	10,4	8,7	9,7	9,3	10,4	18,1	16,8	12,3	17,3	9,6
2018	11,4	11,0	10,3	10,8	8,4	9,2	9,3	10,1	16,2	13,6	11,1	13,9	9,1

(TÜİK, Çocuk İstatistikleri – Sağlık)

Türkiye genelinin ve Türkiye İBBS 1’in 2010, 2015 ve 2018 yıllarındaki beş yaş altı ölüm hızları Tablo 10’da gösterilmiştir. Türkiye genelinde beş yaş altı ölüm hızı yıllar içerisinde azalmıştır. Bununla birlikte bölgeler arasında farklılıklar olduğu göze çarpmaktadır. 2018 yılında en yüksek beş yaş altı ölüm hızı binde 16,2 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde gerçekleşmiştir. En yüksek hıza sahip ikinci sıradaki bölge binde 13,9 ile Ortadoğu Anadolu Bölgesi’dir. En düşük ölüm hızı ise binde 8,4 ile Batı Marmara olmuştur. TÜİK’in aynı istatistik kaynağından il bazlı sıralamalarına bakıldığında ise en düşük beş yaş altı ölüm hızının Tunceli’de (binde 5); en yüksek ölüm hızının binde 19,1 ile Hakkari’de gerçekleştiği görülmektedir (TÜİK, Çocuk İstatistikleri - Sağlık).

Türkiye’de hem bebek ölüm hızları hem de beş yaş altı ölüm hızları verileri incelendiğinde son sıralarda yer alan illerin genellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesi’ne ait iller olduğu görülmektedir (TÜİK, Ölüm İstatistikleri).

Tablo 11: TNSA – 2013’ten Önceki On Yıllık Dönemde Temel Özelliklere Göre Bebek ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızları (Türkiye 2013)

Temel Özellikler		Bebek Ölüm Hızı	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı
Yerleşim Yeri	Kır	16	18
	Kent	22	26
Bölgeler	Batı	13	15
	Güney	21	26
	Orta	15	15
	Kuzey	13	15
	Doğu	24	30
Eğitim	Eğitimi Yok / İlk. Bitirmemiş	26	30
	İlkokul	19	22
	Ortaokul	16	16
	Lise ve Üzeri	9	12
Hane halkı Refah Düzeyi	En Düşük	23	28
	Düşük	21	23
	Orta	18	21
	Yüksek	16	16
	En Yüksek	8	8

(TNSA, 2013: 134)

Tablo 11 2013 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması’na (TNSA) göre bebeklerdeki ve beş yaş altındaki ölüm hızlarını çeşitli değişkenler bakımından göstermektedir. Bu değişkenler; yerleşim yeri, bölge, eğitim durumu, hane halkı refah düzeyi değişkenleridir. Yerleşim yeri kriterine göre kentte bebek ve beş yaş altı ölüm hızları kırdakine oranla daha düşüktür. Bölgesel farklar açısından en düşük oranlara sahip bölgeler Batı ve Kuzey bölgeleridir. Diğer taraftan en yüksek bebek ve beş yaş altı ölüm hızları önce Doğu sonrasında ise Güneydir. Orta Anadolu Bölgesi ise görece düşük oranlara sahip çıkmıştır. Eğitim durumları açısından bebek ve beş yaş altı ölüm hızları değerlendirildiğinde eğitim durumları yükseldikçe ölüm hızlarının düştüğü görülmüştür. En düşük eğitim seviyesi ile en yüksek eğitim seviyesi arasında üç kat civarında fark tespit edilmiştir. Hane halkı refah düzeyleri bakımından da değerlendirilen gruplar arasında fark çıkmıştır. Refah düzeyi arttıkça bebek ve beş yaş altı ölüm hızı düşmüştür. En düşük ve en yüksek refah seviyeleri arasında bebek ölüm hızında üç kata yakın fark çıkmışken; beş yaş altı ölüm hızında bu fark üç buçuk kata ulaşmıştır.

Sağlıkla ilgili bir başka gösterge doğuştan beklenen yaşam süresidir. Dünya geneli için belli bölge ve ülkelere göre doğuştan beklenen yaşam süreleri Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 12’de ise Türkiye’de illere ve cinsiyetlere göre dağılımın en yüksek ve en düşük olduğu yerler gösterilmiştir.

Tablo 12: İllere ve Cinsiyete Göre Doğuştaki Beklenen Yaşam Süreleri, 2015-2017

Beklenen Yaşam Süresi En Düşük İller					Beklenen Yaşam Süresi En Yüksek İller				
	İller	Toplam	Erkek	Kadın		İller	Toplam	Erkek	Kadın
1	Kilis	76,14	72,87	79,55	1	Tunceli	80,69	77,41	84,25
2	Ağrı	76,77	74,25	79,35	2	Muğla	80,28	77,59	83,18
3	Kütahya	76,79	74,50	79,10	3	Trabzon	80,00	76,48	83,37
4	Ardahan	76,93	74,21	79,91	4	Mardin	79,83	76,85	82,71
5	Gaziantep	76,94	74,33	79,52	5	Gümüşhane	79,77	76,25	83,46
6	Van	76,96	74,44	79,53	6	Adıyaman	79,71	77,27	82,12
7	Afyonkarahisar	77,07	74,54	79,64	7	Giresun	79,67	76,32	83,07
8	Manisa	77,10	74,39	79,90	8	Ankara	79,36	76,69	81,94
9	Hakkari	77,12	74,13	80,00	9	Artvin	79,35	76,27	82,65
10	Erzurum	77,29	74,90	79,70	10	Antalya	79,30	76,66	82,11

(TÜİK, Hayat Tabloları)

Türkiye’de 2015–2017 yıllarında doğuştaki beklenen ortalama yaşam süresinin 78 yıldır ve kadınlarla (80,8) ve erkekler (75,3) arasında ise beş yıldan daha uzun bir süre farkı olması öngörülmüştür. Cinsiyetler arasında bu farkın yanında il bazında da beklenen süreler arasında fark vardır. En yüksek beklenen süre 80,69 yıl ile Tunceli’ye aittir. Sonrasında ise 80,28 ile Muğla ve 80 yıl ile Trabzon gelmektedir. En düşük beklenen yaşam süresi ise 76,14 yıl ile Kilis’e aittir. En yüksek ve en düşük beklenen ortalama ömür süresine göre yaklaşık dört yıllık fark bulunduğu görülmektedir.

2010 yılı verilerine dayanarak Türkiye’de iller arasındaki sağlık farklılıklarını kümeleme analizi yoluyla inceleyen Çelik (2013) de iller arasında sağlık açısından farklılıklar olduğunu belirtmiştir. Buna göre sağlık dezavantajlılığı genelde Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki illerde yoğunlaşmış durumdadır.

Tablo 13: Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Seçilmiş Ölüm Nedenlerinin Dağılımı (2010, 2015, 2018)

Ölüm Nedeni		2010	2015	2018
		Toplam	Toplam	Toplam
Toplam	Toplam	294 501	397 037	421 164
	Erkek	161 734	215 977	228 887
	Kadın	132 767	180 994	192 090
	Bilinmeyen	-	66	187
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	Toplam	116 712	159 194	161 920
	Erkek	57 841	79 216	80 877
	Kadın	58 871	79 975	81 020
	Bilinmeyen	-	3	23
İyi Huylu Ve Kötü Huylu Tümörler (Malign Ve Benign Neoplazmlar)	Toplam	63 930	79 160	83 163
	Erkek	41 678	51 256	53 452
	Kadın	22 252	27 903	29 709
	Bilinmeyen	-	1	2
Solunum Sistemi Hastalıkları	Toplam	24 418	43 820	52 568
	Erkek	14 971	25 593	30 047
	Kadın	9 447	18 226	22 520
	Bilinmeyen	-	1	1
Sinir Sistemi Ve Duyu Organları Hastalıkları	Toplam	10 807	19 114	20 766
	Erkek	5 095	8 594	9 121
	Kadın	5 712	10 520	11 643
	Bilinmeyen	-	-	2
Endokrin (İç Salgı Bezi), Beslenme Ve Metabolizmayla İlgili Hastalıklar	Toplam	18 993	19 804	20 074
	Erkek	8 023	8 386	8 581
	Kadın	10 970	11 418	11 492
	Bilinmeyen	-	-	1
Dışsal Yaralanma Nedenleri Ve Zehirlenmeler	Toplam	12 981	18 936	18 462
	Erkek	9 089	13 438	13 423
	Kadın	3 892	5 495	5 032
	Bilinmeyen	-	3	7
Diğer	Toplam	46 660	57 009	64 211
	Erkek	25 037	29 494	33 386
	Kadın	21 623	27 457	30 674
	Bilinmeyen	-	58	151

(TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri)

Tablo 13'te Türkiye'de 2010, 2015 ve 2018 yıllarında ölüm nedeni istatistiklerine yer verilmiştir. Tablo ayrıca cinsiyete göre ölüm nedeni farklılıklarını da göstermektedir. Buna göre bazı ölüm nedenlerinde cinsiyetler arasında farklılıklar göze çarpmaktadır. Ölen erkek sayısı toplamda kadınlardan yüksek olmasının yanı sıra; 2018 yılına göre iyi ve kötü huylu tümörlere, solunum sistemi hastalıklarına ve dışsal yaralanma ve zehirlenmelere bağlı ölümlerde erkeklerin sayıca daha fazla olduğu da görülmektedir.

Cinsiyetler arasında oransal olarak en büyük fark dışsal yaralanma ve zehirlenmelere bağlı olarak gerçekleşmiştir. Erkeklerin bu nedenlere bağlı ölümleri kadınlardan neredeyse  kat fazladır. Kadınlardan oransal olarak erkeklere göre en yüksek ölüm nedeninin ise endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar sebebiyle olduğu görülmektedir.

Tablo 14: Hane Ortalama Geliri İle Genel Sağlık Durumu Arasındaki İlişki (2016)

		Genel Sağlık Durumu					Toplam
		ok İyi	İyi	Orta	Kötü	ok Kötü	
Hane Ortalama Aylık Geliri	0-1264 TL Arası	206	1462	1136	760	107	3671
	%	5,6	39,8	30,9	20,7	2,9	100
	1265-1814 TL Arası	377	2291	1474	514	51	4707
	%	8,0	48,7	31,3	10,9	1,1	100
	1815 - 2540 TL Arası	287	1669	904	263	29	3152
	%	9,1	53	28,7	8,3	0,9	100
	2541 - 3721 TL Arası	349	1621	756	203	15	2944
	%	11,9	55,1	25,7	6,9	0,5	100
	3722 TL ve üzeri	335	1677	631	112	13	2768
	%	12,1	60,6	22,8	4,0	0,5	100
Toplam		1554	8720	4901	1852	215	17242
%		9,0	50,6	28,4	10,7	1,2	100

(Ağırlıklandırma yapılmamıştır.) (Hesaplamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.)

(2016 yılında net asgari cret 1.300 TL'dir.)

(TİİK, Türkiye Sağlık Araştırması 2016 (Mikroveri))

Sağlık üzerinde etkili olan faktörlerden biri olarak gelir durumunun öznel sağlık algısıyla ilişkisi Tablo 14'te gösterilmektedir. TİİK'in Türkiye genelinde 2016 yılında yaptığı araştırmaya göre kişilerin genel sağlık durumları ile yaşadıkları hanelerin aylık ortalama gelirleri arasında bir ilişki olduğu ve bu ilişkide gelir durumunun iyileştikçe genel sağlık algısının da iyi yönlü hareket ettiği gözlemlenmektedir. Sağlığının *kötü* ve *ok kötü* olduğunu ifade eden grup gelir düzeyi en düşük gruptur. Aynı zamanda bu grup sağlığını iyi ve çok iyi şeklinde en az oranlarda ifade eden grup olmuştur. Diğer taraftan en yüksek gelire sahip olan grubun iyi ve çok iyi cevaplarındaki oranlar diğer gruplardan yüksekken; kötü ve çok kötü cevapları en düşük oranda kalmıştır. TİİK'in

2012 ve 2014 yıllarında yapmış olduğu diğer araştırmalarda da benzer bulgulara ulaşılmıştır¹⁷.

Tablo 15: Eğitim Durumu ile Genel Sağlık Durumu Arasındaki İlişki (2016)

En Son Bitirilen Okul	Genel Sağlık Durumu					Toplam
	Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü	
Okuma Yazma Bilmeyen	19	344	638	597	96	1694
%	1,1	20,3	37,7	35,2	5,7	100
Bir Okul Bitirmedir	30	336	340	222	26	954
%	3,1	35,2	35,6	23,3	2,7	100
İlköğretim	262	2621	2252	743	70	5948
%	4,4	44,1	37,9	12,5	1,2	100
Mesleki Veya Teknik Ortaokul	4	25	12	2	1	44
%	9,1	56,8	27,3	4,5	2,3	100
Genel Ortaokul	217	931	424	88	6	1666
%	13,0	55,9	25,5	5,3	0,4	100
İlköğretim	219	859	152	33	3	1266
%	17,3	67,9	12,0	2,6	0,2	100
Lise Veya Mesleki Lise	424	1894	662	116	10	3106
%	13,7	61,0	21,3	3,7	0,3	100
2 Veya 3 Yıllık Yüksekokul	108	525	149	27	2	811
%	13,3	64,7	18,4	3,3	0,2	100
4 Yıllık Fakülte Veya Yüksekokul	234	1030	239	20	1	1524
%	15,4	67,6	15,7	1,3	0,1	100
Yüksek Lisans (5 Veya 6 Yıllık Fakülteler Dâhil)	34	134	28	4	0	200
%	17,0	67,0	14,0	2,0	0,0	100
Doktora	3	21	5	0	0	29
%	10,3	72,4	17,2	0,0	0,0	100
Toplam	1554	8720	4901	1852	215	17242
%	9,0	50,6	28,4	10,7	1,2	100

(Ağırlıklandırma yapılmamıştır.) (Hesaplamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.)

(TÜİK, Sağlık Araştırması 2016 (Mikroveri))

2016 yılı verilerine dayanarak Türkiye’de eğitim düzeyi arttıkça genel sağlık algısının olumlu yönde arttığı gözlenmektedir (bkz. Tablo 15). Tabloda bu duruma istisna olarak görülebilecek veriler bulunmakla birlikte genel eğilim iyi sağlık algısı ve eğitim arasında doğru orantı olduğudur. Okuma yazma bilmeyenler en düşük eğitim düzeyine sahip kişiler olarak ancak yüzde 21,4 oranında *çok iyi/iyi* yanıtını vermiştir. Diğer taraftan en yüksek oran olarak yüzde 40,9 ile sağlık durumlarının *kötü/çok kötü*

¹⁷ TÜİK’in Türkiye Sağlık Araştırmaları (2012 ve 2014) bulgularına bu çalışmanın ekler kısmında yer verilmiştir.

olduğunu ifade eden grup yine aynı gruptur. TÜİK'in 2012 ve 2014 yıllarında yapmış olduğu diğer araştırmalarda da benzer bulgulara ulaşılmıştır¹⁸. Yani diğer yıllarda da eğitim düzeyi yükseldikçe algılanan sağlık durumu –genel olarak- pozitif yönlü hareket etmektedir.

Tablo 16: Yaş Gruplarına Göre Genel Sağlık Durumu (2016)

		Genel Sağlık Durumu					Toplam
		Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü	
Yaş Grupları	15-24	659	1918	263	55	10	2905
	%	22,7	66,0	9,1	1,9	0,3	100
	25-34	375	2020	513	90	8	3006
	%	12,5	67,2	17,1	3,0	0,3	100
	35-44	285	1976	963	207	13	3444
	%	8,3	57,4	28	6,0	0,4	100
	45-54	143	1366	1115	349	34	3007
	%	4,8	45,4	37,1	11,6	1,1	100
	55-64	70	895	967	404	32	2368
	%	3,0	37,8	40,8	17,1	1,4	100
	65-74	19	410	671	400	45	1545
	%	1,2	26,5	43,4	25,9	2,9	100
	75+	3	135	409	347	73	967
	%	0,3	14,0	42,3	35,9	7,5	100
Toplam		1554	8720	4901	1852	215	17242
%		9,0	50,6	28,4	10,7	1,2	100

(Ağırlıklandırma yapılmamıştır.) (Hesaplamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.)
(TÜİK, Sağlık Araştırması 2016 (Mikroveri))

Yukarıda belirtildiği gibi sağlığı etkileyen en önemli faktörlerden biri yaştır. Tablo 16 2016 yılı verilerine dayanarak Türkiye’de yaş grupları ve genel sağlık durumu arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Buna göre katılımcıların yaşları ilerledikçe genel sağlık algıları olumsuz yönde artış gösterdiği gözlemlenmektedir. *Çok iyi/iyi* sağlık algısı en yüksek yüzde 88,7 oranla en genç grup olarak 15–24 yaş aralığındakilere aittir. Sağlık algısı bakımından kendi sağlıklarını en yüksek oranda *kötü/çok kötü* olarak değerlendirenler ise 75 yaş üzerindeki grup olmuştur.

¹⁸ TÜİK'in Türkiye Sağlık Araştırmaları (2012 ve 2014) bulgularına bu çalışmanın ekler kısmında yer verilmiştir.

Tablo 17: NUTS 1 Bölgelerine Göre Genel Sağlık Durumu

		Genel Sağlık Durumu					Toplam
		Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü	
Bölgeler	Akdeniz	226	1099	614	309	46	2294
	%	9,9	47,9	26,8	13,5	2,0	100
	Batı Anadolu	157	948	545	125	7	1782
	%	8,8	53,2	30,6	7,0	0,4	100
	Batı Karadeniz	65	454	340	122	16	997
	%	6,5	45,5	34,1	12,2	1,6	100
	Batı Marmara	56	394	219	71	13	753
	%	7,4	52,3	29,1	9,4	1,7	100
	Doğu Karadeniz	35	171	123	68	7	404
	%	8,7	42,3	30,4	16,8	1,7	100
	Doğu Marmara	79	960	464	155	16	1674
	%	4,7	57,3	27,7	9,3	1,0	100
	Ege	269	1203	741	269	17	2499
	%	10,8	48,1	29,7	10,8	0,7	100
	Güneydoğu Anadolu	83	665	327	237	26	1338
	%	6,2	49,7	24,4	17,7	1,9	100
	İstanbul	342	1970	973	183	25	3493
	%	9,8	56,4	27,9	5,2	0,7	100
Kuzeydoğu Anadolu	55	148	105	63	15	386	
%	14,2	38,3	27,2	16,3	3,9	100	
Orta Anadolu	69	424	225	149	20	887	
%	7,8	47,8	25,4	16,8	2,3	100	
Ortadoğu Anadolu	118	284	225	101	7	735	
%	16,1	38,6	30,6	13,7	1,0	100	
Toplam	1554	8720	4901	1852	215	17242	
%	9,0	50,6	28,4	10,7	1,2	100	

(Ağırlıklandırma yapılmamıştır.) (Hesaplamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.)
(TÜİK, Sağlık Araştırması 2016 (Mikroveri))

Tablo 17’de Türkiye İBBS 1’e göre bölgeler arasındaki genel sağlık algısı durumu gösterilmiştir. Buna göre bölgelerin sağlık algıları arasında farklılıklar göze çarpmaktadır. Sağlık durumlarını en yüksek oranda *çok iyi/iyi* olarak gören bölgeler yüzde altmışın üzerinde değerlerle İstanbul, Batı Anadolu, Doğu Marmara’dır. En yüksek oranlarla –yüzde 20 civarında- sağlıklarının *kötü/ çok kötü* olduğunu düşünen bölgeler ise Kuzeydoğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Orta Anadolu bölgeleridir.

2. İKİNCİ BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

2.1. Model

Toplumsal tabakalar ile sağlık/hastalık arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu çalışma kesitsel tarama tipinde, ilişkisel, tasvir edici, açıklayıcı ve nicel bir araştırmadır. Analiz düzeyi bakımından sağlık/hastalık durumları bireysel olarak incelenmiş olup; toplumsal tabakalara esas olan sosyoekonomik statüler ise hane temelli verilerle elde edilmiştir.

Tarama tipi araştırmalarla büyük kitlelerin araştırmaya konu edilen özellikleri incelemeye alındığı gibi (Can, 2014: 8) aynı zamanda var olan bir duruma ilişkin betimleme yapılması da hedeflenir (Büyüköztürk ve diğ. 2018: 184). Bu bağlamda çalışmada kişilerin hem toplumsal tabakaları belirlenmiş hem de başta sağlık/hastalık olmak üzere çeşitli sosyo-demografik özelliklerine göre betimlemeler yapılmıştır. Daha sonra toplumsal tabakalaşma durumu ile sağlık/hastalık göstergeleri arasında ilişkisel bir inceleme gerçekleştirilmiştir.

2.2. Teorik Yaklaşım

Bu çalışma toplumsal tabakalaşmada kişilerin buldukları konum ile sağlık arasındaki ilişkinin incelenmesini konu edinmektedir. Bu bağlamda farklı sistemler arasındaki ilişkinin incelenmesi dolayısıyla işlevselcilikten ve sistem teorisinden faydalanılmıştır.

Sağlık, kısaca -yukarıda verildiği gibi- Dünya Sağlık Örgütü tarafından fiziksel, sosyal, ruhsal iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Yani sağlık sadece biyolojik faktörlere bağlı değil; farklı boyutları olan bir olgudur. İşlevselcilik ve sistem teorisi ile sağlık olgusunun farklı sistemlerle ilişkisine bu çalışmada yer verilmiştir.

Çalışmanın işlevselci yönünü gösteren bir diğer kanıt araştırmada kullanılan Türkiye Sosyo-Ekonomik Statü Ölçeği'dir (TÜSES). Bilindiği gibi toplumsal tabakaların belirlenmesi ve ölçülmesinde ölçek kullanımı işlevselci yaklaşımın bir göstergesidir.

2.3. Sayıtlar, Sorular ve Hipotezler

i. Sayıtlar: Araştırmalar doğru olduğu kabul edilen sayıtlarla işe başlar (İslamoğlu ve Alınacı, 2016: 108). Bu araştırmanın da kendine ait birtakım sayıtları vardır. Bunlar şöyle sıralanabilir:

- İnsanların sosyoekonomik statüleri birbirlerinden farklıdır.
- Sağlıkla ilgili göstergeler insandan insana değişmektedir.
- Hastalıklarla ilgili göstergeler insandan insana değişmektedir.
- Araştırmaya katılanlar anket formuna doğru cevaplar vermişlerdir.
- Araştırma için kullanılan soru formu araştırmanın amacına uygundur.
- Araştırma için kullanılan örneklem ana kütleyi temsil etmek için yeterli ve uygundur.

ii. Sorular: Bu sayıtların akabinde çalışmanın temel araştırma sorusu: “Toplumsal tabakalar ve sağlık/hastalık arasında nasıl bir ilişki vardır?” şeklindedir. Bu temel araştırma sorusuna dayanarak “Toplumsal tabakalara göre sağlık/hastalık göstergeleri farklılık göstermektedir.” genel hipotezi kurulmuştur. Araştırmanın alt araştırma soruları şunlardır:

- 1: Toplumsal tabakalar ile genel sağlık durumu arasında ilişki var mıdır?
- 2: Toplumsal tabakalar ile hastalık bulunma durumu arasında ilişki var mıdır?
- 3: Toplumsal tabakalar ile vücut kitle indeksi arasında ilişki var mıdır?
- 4: Toplumsal tabakalar ile koruyucu ve önleyici faaliyette bulunmuş olma durumu arasında ilişki var mıdır?
- 5: Toplumsal tabakalar ile sağlık hizmetlerine erişimi değerlendirme derecesi arasında ilişki var mıdır?
- 6: Toplumsal tabakalar ile sağlık hizmetleri için tercih edilen kurumlar arasında bir ilişki var mıdır?
- 7: Toplumsal tabakalar ile mahremiyetin önemi arasında ilişki var mıdır?
- 8: Toplumsal tabakalar ile sağlık-hastalık etkeni olarak görülen faktörler arasında ilişki var mıdır?
- 9: Toplumsal tabakalara ile ilk sırada tercih edilen sağlık bilgisi kaynağı arasında ilişki var mıdır?
- 10: Toplumsal tabakalar ile modern tıp dışı yöntemleri uygulama arasında ilişki var mıdır?

11: Toplumsal tabakalar ile sağlıkla ilgili pratikleri yapma ve sağlığa zararlı alışkanlık sahibi olma durumu arasında ilişki var mıdır?

12: Toplumsal tabakalar ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki var mıdır?

13: Eğitim, gelir ve meslek değişkenleriyle sağlık arasında ilişki var mıdır?

iii. Hipotezler: Araştırmayla cevaplanmak istenen bu sorular için önermeler şeklinde aşığıdaki hipotezler oluşturulmuştur¹⁹:

Hipotez 1: Üst toplumsal tabakaya doğru gidildikçe sağlığı olumlu değerlendirme oranları artmaktadır.

Hipotez 2: Üst toplumsal tabakaya doğru gidildikçe hastalık bulunma oranı düşmektedir.

Hipotez 3: Üst toplumsal tabakaya doğru gidildikçe bulunan hastalık sayısı düşmektedir.

Hipotez 4: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe fazla ve aşırı kilolu olanların oranı düşmektedir.

Hipotez 5: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe koruyucu ve önleyici faaliyet yaptırma oranı yükselmektedir.

Hipotez 6: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmaktadır.

Hipotez 7: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe özel hastaneleri tercih etme sıklığı yükselmektedir.

Hipotez 8: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe geleneksel şifacılarla başvuru sıklığı azalmaktadır.

Hipotez 9: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe özel diş muayenesi hizmetini tercih etme oranları yükselmektedir.

Hipotez 10: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe mahremiyetin önemi düşmektedir.

Hipotez 11: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe ibadet yapmamanın sağlık-hastalık etkeni olarak önemli görölme oranları düşmektedir.

¹⁹ Hipotez test sonuçları Ek – 4'te tablo halinde verilmiştir.

Hipotez 12: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe nazar değmesinin sağlık-hastalık etkeni olarak önemli görölme oranları düşmektedir.

Hipotez 13: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe büyü, cin, beddua vb. manevi sebeplerin sağlık-hastalık etkeni olarak önemli görölme oranları düşmektedir.

Hipotez 14: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe spor yapmış/yapıyor olanların oranı artmaktadır.

Hipotez 15: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe diş fırçalayanların oranı artmaktadır.

Hipotez 16: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanları artmaktadır.

Hipotez 16.1: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe sağlık sorumluluğu puanları artmaktadır.

Hipotez 16.2: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe fiziksel aktivite puanları artmaktadır.

Hipotez 16.3: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe beslenme puanları artmaktadır.

Hipotez 16.4: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe manevi gelişim puanları artmaktadır.

Hipotez 16.5: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe kişilerarası ilişkiler puanları artmaktadır.

Hipotez 16.6: Üst toplumsal tabakaya gidildikçe stres yönetimi puanları artmaktadır.

Hipotez 17: Eğitim seviyesi yükseldikçe sağlığı olumlu olarak değerlendirme oranları artmaktadır.

Hipotez 18: Gelir seviyesi yükseldikçe sağlığı olumlu olarak değerlendirme oranları artmaktadır.

Hipotez 19: Meslek sahibi olanların sağlığı olumlu olarak değerlendirme oranları artmaktadır.

2.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın uygulanması için evrenin tümüne ulaşmak yerine örneklem alma yoluna başvurulmuştur. Yani ana kütleinin tümü araştırmaya bizzat dâhil edilmemiş ancak bu ana kütleinden örnekleme yapılarak tüm evrenin temsil edilmesi sağlanmak istenmiştir.

Örnekleme yaparken dikkat edilmesi gereken iki ön koşul bulunur: 1) Örneklemin evreni temsil yeteneğine sahip olması; 2) Örnek hacminin büyüklüğünün yeterli olması. Temsil yeteneğinden kasıt; örneklemin evrenin (ana kütleinin) özelliklerini yansıtabilmesidir. Örnek hacminin yeterli olmasından anlaşılan şey ise “gözlemlerle belirlenen özelliklerin kararlılığı, ya da genelliği konusunda güven verecek bir sayı” olmasıdır (Seyidoğlu: 2009: 42). Bu bağlamda araştırmanın evreni Türkiye geneli kentli ve 18 yaş üzeri tüm kişiler olup bu evren 2018 yılı itibarıyla yaklaşık olarak 50 milyon kişiye karşılık gelmektedir. Yüzde 95 güven düzeyi ve 0,3 hata payı ($p=0,8$; $q=0,2$) ile bu büyüklükteki bir evrende 683 katılımcıya ulaşmanın temsil için yeterli olduğu görülmektedir (Baş, 2013: 43). Bu amaçla ulaşılması hedeflenen örneklem birimi sayısı 683’tür. Ancak aşağıda da gösterildiği üzere toplamda 730 hane örnekleme alınmıştır. Bunun sebebi örnekleme çalışmasında dağılımın temsil gücünü artırmak ve mümkün olduğunca dengeli bir dağılım sağlayabilmektir. Ayrıca TÜİK’in örnekleme hizmetinde kullandığı sistem gereği oluşturulacak kümelerin 10 ve katları şeklinde olması gerektiği bildirilmiştir.

Seçilen örneklem ile temsilin sağlanabilmesi için olasılığa dayalı örnekleme türleri tercih edilmiştir. Olasılıklı örnekleme; araştırmalarda kullanılacak örneklemin belirlenmesi için olasılık kurallarına dayalı tekniklerin kullanıldığı örnekleme çeşididir (Özdamar, 2018: 12). Türkiye geneli bir evrenden temsil edici bir örneklem seçebilmek için de çeşitli aşamalardan oluşan bir yöntem²⁰ başvurulmuştur. İlk olarak İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması (İBBS) Düzey 1’e göre (NUTS: Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques - Nomenclature of Territorial Units for Statistics) 12 bölge bulunmaktadır. Tablo 18’de Türkiye İBBS bölgeler ve iller dağılımına yer verilmiştir.

²⁰ Çok Aşamalı Örnekleme (Multi-Stage Sampling): Örnek için evrenden birim seçme işleminin iki veya daha çok aşamada tamamlandığı örnekleme yöntemidir. Bu örneklemede örneklemin her aşamasında farklı yöntem tercih edilebilir. Bir aşamada tabakalı örnekleme yapılabilir ve örnekleme birimi küme olabilir. Diğer aşamada ise basit seçkisiz örnekleme yapıp örnekleme birimi olarak eleman tercih edilebilir (Büyüköztürk ve diğ. 2018: 87).

Tablo 18: Türkiye’de İBBS ya da (NUTS)’a Göre Sınıflandırılmış Bölgeler

Kod	Düzyey 1 (12 bölge)	Kod	Düzyey 2 (26 alt bölge)	Düzyey 3 (81 il)
TR1	İstanbul	TR10	İstanbul alt bölgesi	İstanbul
TR2	Batı Marmara	TR21	Tekirdağ alt bölgesi	Tekirdağ, Edirne, Kırklareli
		TR22	Balıkesir alt bölgesi	Balıkesir, Çanakkale
TR3	Ege	TR31	İzmir alt bölgesi	İzmir
		TR32	Aydın alt bölgesi	Aydın, Denizli, Muğla
		TR33	Manisa alt bölgesi	Manisa, Afyonkarahisar, Kütahya, Uşak
TR4	Doğu Marmara	TR41	Bursa alt bölgesi	Bursa, Eskişehir, Bilecik
		TR42	Kocaeli alt bölgesi	Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova
TR5	Batı Anadolu	TR51	Ankara alt bölgesi	Ankara
		TR52	Konya alt bölgesi	Konya, Karaman
TR6	Akdeniz	TR61	Antalya alt bölgesi	Antalya, Isparta, Burdur
		TR62	Adana alt bölgesi	Adana, Mersin
		TR63	Hatay alt bölgesi	Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye
TR7	Orta Anadolu	TR71	Kırıkkale alt bölgesi	Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir, Kırşehir
		TR72	Kayseri alt bölgesi	Kayseri, Sivas, Yozgat
TR8	Batı Karadeniz	TR81	Zonguldak alt bölgesi	Zonguldak, Karabük, Bartın
		TR82	Kastamonu alt bölgesi	Kastamonu, Çankırı, Sinop
		TR83	Samsun alt bölgesi	Samsun, Tokat, Çorum, Amasya
TR9	Doğu Karadeniz	TR90	Trabzon alt bölgesi	Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane
TRA	Kuzeydoğu Anadolu	TRA1	Erzurum alt bölgesi	Erzurum, Erzincan, Bayburt
		TRA2	Ağrı alt bölgesi	Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan
TRB	Ortadoğu Anadolu	TRB1	Malatya alt bölgesi	Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli
		TRB2	Van alt bölgesi	Van, Muş, Bitlis, Hakkâri
TRC	Güneydoğu Anadolu	TRC1	Gaziantep alt bölgesi	Gaziantep, Adıyaman, Kilis
		TRC2	Şanlıurfa alt bölgesi	Şanlıurfa, Diyarbakır
		TRC3	Mardin alt bölgesi	Mardin, Batman, Şırnak, Siirt

(Şengül, Eslemian ve Eren, 2013: 78)

Çalışmada kullanılmak üzere başlangıçta tabakalı örnekleme yolu tercih edilmiştir. Yani küme örneklemeden farklı olarak her bölgenin birer tabaka olarak ele alınması ve her tabakanın bu örnekleme gösterilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda 12 bölgenin tümü çalışmaya dâhil edilmiştir. Her bölgeden iller belirlenirken de kent merkezlerinin daha

iyi temsil edilebilmesi için nüfuslarına göre her bölgedeki en yüksek nüfuslu il tercih edilmiştir.

Örneklem dağılımında bu aşamada dikkat edilen noktalardan biri her tabakanın –her bölgenin- nüfus ağırlığına göre dağılımının sağlanmasıdır. Tablo 19’da bölgelerden seçilen illere göre bölgelerin nüfus ağırlıkları dikkate alınarak yapılan yüzdelik dağılıma ve bu yüzdelik dağılıma göre gerçekleşen örneklem dağılımına yer verilmiştir. Toplam nüfus içerisindeki en yüksek nüfus oranı İstanbul’a (yüzde 18,37); en düşük nüfus oranı ise Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi’ne (yüzde 2,69) aittir. Ancak bu aşamada ilgili bölgelerin daha iyi şekilde temsil edilebilmesi ve istatistiksel olarak daha sağlıklı işlemler için birtakım kriterler uygulanmıştır. Her ilden en az ikişer ilçe ve il başına en az 45’er hane bulunması şartı konulmuştur. Sonrasında ise kademeli olarak nüfus büyüklüğüne göre dağılım yapılmıştır. Buna göre en düşük oran yüzde 6,2; en yüksek oran yüzde 17,8 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 19: Örneklem Bölge ve İllere Dağılımı

	Bölge Nüfusu	%	Örneklem Dağılımı (Yuvarlama yapılmamış)	İller	Kriterler Sonrası Örneklem Dağılımı	Kriterler Sonrası Yüzdelik Dağılım
Akdeniz-TR6	1046140	12,75	93,12	Antalya	75	10,3
Batı Anadolu-TR5	7961507	9,70	70,87	Ankara	60	8,2
Batı Karadeniz-TR8	4688532	5,71	41,73	Samsun	45	6,2
Batı Marmara-TR2	3569552	4,35	31,77	Balıkesi	45	6,2
Doğu Karadeniz-TR9	2719113	3,31	24,20	Trabzo	45	6,2
Doğu Marmara-TR4	7968135	9,71	70,93	Bursa	60	8,2
Ege-TR3	1051420	12,82	93,59	İzmir	75	10,3
Güneydoğu Anadolu-TR1	8847980	10,78	78,76	Şanlıurf	60	8,2
İstanbul-TR1	1506772	18,37	134,13	İstanbul	130	17,8
Kuzeydoğu Anadolu-TR7	2211054	2,69	19,68	Erzuru	45	6,2
Orta Anadolu-TR7	4064957	4,95	36,18	Kayseri	45	6,2
Ortadoğu Anadolu-TRB	3929719	4,79	34,98	Van	45	6,2
TOPLAM	8200388	100	730	-	730	100

Tablo 20’de örneklem il-ilçe ve mahalle bazında dağılımı gösterilmiştir. İllerden seçilen ilçeler nüfus büyüklüğüne göre belirlenmiştir.

Tablo 20: Örneklemin İl - İlçe ve Mahalle Dağılımı

Bölgeler	İller	İlçeler	Mahalleler	Hane Sayıları
Akdeniz-TR6	Antalya 4 ilçe	Kepez 30	Kültür	10
			Fabrikalar	10
			Baraj	10
		Muratpaşa 15	Çağlayan	5
			Meydankavağı	5
			Konuksever	5
		Alanya 15	Kestel	5
			Oba	5
			Kadıpaşa	5
		Manavgat 15	Side	5
			A. Hisar	5
			Sarılar	5
Batı Anadolu-TR5	Ankara 3 ilçe	Çankaya 30	Oran	10
			Yıldızevler	10
			İlker	10
		Keçiören 15	Kavacık Subayevleri	5
			Esertepe	5
			Köşk	5
		Yenimahalle 15	Beştepe	5
			Gayret	5
			Kuzeyyıldızı	5
		Batı Karadeniz-TR8	Samsun 2 ilçe	İlkadım 30	Kalkancı	10
Reşadiye	10			
Hastane	10			
Atakum 15	Güzelyalı			5
	Yenimahalle			5
	Büyükoyumca			5
Batı Marmara-TR2	Balıkesir 2 ilçe	Altieylül 30	Plevne	10
			Yıldız	10
			1. Gündoğan	10
		Karesi	Paşaalanı	5
			Ege	5
			Adnan Menderes	5
Doğu Karadeniz-TR9	Trabzon 2 ilçe	Ortahisar	Üniversite	10
			Pelitli	10
			1 Nolu Erdoğan	10
		Akçaabat	Yıldızlı	5
			Yaylacık	5
			Orta	5
Doğu Marmara-TR4	Bursa 3 ilçe	Osmangazi	Kükürtlü	10
			Sırameşeler	10
			Alacahırka	10
		Yıldırım	Siteler	5

			Değirmenlikızık	5
			Hocataşkın	5
		Nilüfer	Odunluk	5
			Beşevler	5
			Çalı	5
Ege-TR3	İzmir 4 İlçe	Buca	Adatepe	10
			Buca Koop	10
			İnönü	10
		Karabağlar	Fahrettin Altay	5
			Vatan	5
			Salih Omurtak	5
		Bornova	Kazımdirik	5
			Mevlana	5
			Zafer	5
		Konak	İsmet Kaptan	5
			Kahramanlar	5
			Ulubatlı	5
Güneydoğu Anadolu- TRC	Şanlıurfa 3 İlçe	Eyyübiye	Batıkent	10
			Direkli	10
			Şıh Maksut	10
		Haliliye	Hamidiye	5
			Yeşildirek	5
			Süleymaniye	5
		Siverek	Ofis	5
			Yenişehir	5
			Şirinkuyu	5
İstanbul- TR1	İstanbul 8 İlçe	Esenyurt	Koza	10
			Gökevler	10
			Battalgazi	10
		Pendik	Batı	10
			Çınardere	10
			Ertuğrul Gazi	10
		Beşiktaş	Bebek	5
			Ortaköy	5
			Gayrettepe	5
		Üsküdar	Kandilli	5
			İcadiye	5
			Yavuztürk	5
		Fatih	Akşemseddin	5
			Topkapı	5
			Sümbül Efendi	5
		Kadıköy	Fenerbahçe	5
			Göztepe	5
			Merdivenköy	5
		Başakşehir	Başakşehir	5
		Ataşehir	Küçükbakkalköy	5

Kuzeydoğu Anadolu-TRA	Erzurum 2 ilçe	Yakutiye	Ömer Nasuhi Bilmen	10
			Şükrü Paşa	10
			Kurtuluş	10
		Palandöken	Yunus Emre	5
			Adnan Menderes	5
			Abdurrahman Gazi	5
Orta Anadolu-TR7	Kayseri 2 ilçe	Melikgazi	Erenköy	10
			Gültepe	10
			Selçuklu	10
		Kocasinan	Erciyesevler	5
			Fevzi Çakmak	5
			Yeni	5
Ortadoğu Anadolu-TRB	Van 2 ilçe	İpekyolu	Şerefiye	10
			Hafiziye	10
			Selimbey	10
		Erciş	Sahilkent	5
			Vanyolu	5
			Yeşilova	5
TOPLAM	12 İl	37 İlçe	107 Mahalle	730

İlçelerden örneklem alabilmek için her ilçeden üçer mahalle seçilmiştir. Burada araştırmanın amacına uygun olarak farklı sosyoekonomik özelliklere sahip mahallelerden birer mahalle seçilmiştir. Ancak Türkiye genelinde bölgelerin sosyoekonomik durumlarını gösteren bir çerçeve bulunmaması sebebiyle bu aşamada bir sınırlılıkla karşılaşmıştır. Mahalleler seçilirken bölgelerin emlak değerlerinin sosyoekonomik durumu yansıtacağı varsayımıyla hareket edilmiştir. Metrekare cinsinden kira ve satış bedelleri dikkate alınarak düşük-orta-yüksek bedelli bölgeler tespit edilmiş ve bunlardan birer tanesi örneklem alınmak üzere araştırmaya dâhil edilmiştir. Mahalle seçiminde emlak değerleri dışında mahallelerin nüfusu ve üniversite kampüsü ya da sanayi bölgelerine yakınlık gibi belli bölgelere yakınlık düzeyine bakılarak tercihlerde bulunulmuştur. Ayrıca; yapılan mahalle tercihlerinin doğruluklarını teyit edebilmek adına da ilgili şehirlerde yaşayan kişilere ulaşılarak genel hatlarıyla bölgeler hakkında bilgi edinilip onay alınmıştır.

Türkiye genelinde 12 il, 37 ilçe ve 107 mahalle belirlendikten sonra TÜİK'ten örneklem hizmeti alınmıştır. TÜİK Ulusal Adres Veri Tabanı'na (UAVT) dayanarak mahallelerden ortalama 100 hane büyüklüğünde kümeler oluşturmuştur. Her mahalleden seçilen birer küme içerisinde de 10'ar hane seçilmiştir. Her hane için de 3'er yedek adres belirlenmiştir. Ayrıca TÜİK'in bu hizmeti için gerekli olan maddi kaynak İLKE İlim Kültür Eğitim Vakfı tarafından karşılanmıştır.

Aşağıdaki Şekil 1’de çalışma için örnekleme yapılırken izlenen aşamalar özet şekilde verilmiştir. Buna göre toplamda 6 aşamada örnekleme gerçekleştirilmiş ve farklı örnekleme türleri bir arada kullanılmıştır.

Evren	• Türkiye Geneli
1. Aşama	• İBBS 1'e göre 12 il
2. Aşama	• Her ilden en az ikişer ilçe
3. Aşama	• Her ilçeden üçer mahalle
4. Aşama	• Her mahalleden bir küme
5. Aşama	• Her kümeden 10'ar hane
6. Aşama	• Her haneden 18 yaş üstü kişilerden bir kişi

Şekil 1: Örnekleme Belirlenirken İzlenen Aşamalar

2.5. Veri Toplama Tekniği ve Araştırmada Kullanılan Soru Formunun Tanıtımı

Sosyal bilim araştırmalarında kullanılan farklı veri toplama teknikleri (deney, sorvey, saha araştırması, eldeki veriler) vardır (Özcan ve Özbay, 2003: 61). Bu araştırmada, geniş insan kümelerine ilişkin veri toplamak için uygun olan sorvey tekniği kullanılmıştır.

Bir araştırmacının sorvey olabilmesi için gerekli olan iki şart vardır. Bunlar: 1- Evrenden seçilmiş temsili bir örneklem; 2- Standart veri toplama aracı (Özcan ve Özbay, 2003: 62). Evren ve örneklemin anlatıldığı kısımda da belirtildiği üzere bu araştırmada temsili örneklem kullanılarak sorvey için ilk şart sağlanmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama aracına ilişkin bilgiler ise aşağıda yer almaktadır.

Araştırma için içerisinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve Türkiye Sosyo-Ekonomik Statü Ölçeği'nin de (TÜSES) bulunduğu yeni bir soru kâğıdı geliştirilmiştir. Ölçek tipindeki bu iki şablona ilaveten kişilerin sağlık ve hastalık durumlarıyla ilişkili sorularla birlikte çeşitli sosyo-demografik bilgilerin istendiği sorular bir araya getirilmiştir. Burada kişilerin belli başlı bazı hastalıklara sahip olup

olmama durumuna ilişkin sorular, öznel sağlık algısı sorusu, hastalıkların sebepleriyle ve sağlığı olumsuz etkileyen davranışlarla ilgili sorular, sağlıkla ilgili koruyucu önleyici faaliyetlerde bulunup bulunmamayla ilgili sorular, sağlık hizmetlerine ve sağlık bilgisine erişimle ilgili sorulara yer verilmiştir. Soru formunun orijinal hali bu çalışmanın ekler kısmında yer almaktadır.

Araştırmada ulaşılabilecek kitlenin sosyoekonomik durumunu tespit edebilmek adına Lütü Sunar ve ekibinin hazırlamış olduğu Türkiye Sosyoekonomik Statü Endeksi (TÜSES) kullanılmıştır. Bu endeks çalışması hane düzeyinde sosyoekonomik statüyü belirlemeye çalışmaktadır.

Hazırlanan bu endeksin önemli bileşenlerinden biri mesleki itibar skalasıdır. Sosyoekonomik statünün belirlenmesinde eğitim, gelir, mülkiyet gibi faktörlerin yanında mesleki itibar da önemli bir etkidir. TÜSES'in mesleki itibarla birlikte diğer iki değişkeni eğitim ve gelirdir. Gerçekleştirilen araştırma sonucunda hanelerin sosyoekonomik statü puanları oluşturulmuştur. Özetle eğitim, gelir ve meslek bilgisi olan hanelere ilişkin sosyoekonomik statü puanı belirlenebilmesi sağlanmıştır.

Katılımcıların sağlık/hastalık durumlarını ortaya koyabilmek için kullanılan soru formunda katılımcıların sağlıklı bir yaşam biçimi davranışlarını ölçen Walker ve arkadaşlarının hazırladığı ve Bahar ve arkadaşlarının Türkçeye uyarladığı Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II yer almaktadır. Ölçek toplam puanı 1-2-3-4 şeklinde puanlanan maddelerin toplanmasıyla elde edilmektedir. Ölçekten toplam puan olarak en yüksek 208; en düşük 52 puan alınabilmektedir. Bu ölçek 52 madde ve altı altı faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin alt faktörleri ve maddeleri sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) ve stres yönetimi (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47) şeklindedir (Bahar ve diğ., 2008).

“Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları 0.30 ile 0.59 arasında değişmekte olup, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri ise 0.92'dir” (Bahar ve diğ., 2008: 5). Bu araştırma sonucunda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin tüm maddelerinin ve alt boyutlarının ilişkin güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 21'de

gösterilmiştir. Ölçeğin tüm maddelerinin Cronbach's Alpha değeri 0,94 olarak gerçekleşmişken; ölçeğin alt boyutlarının 0,70 ile 0,90 aralığında değerlerde olduğu görülmüştür.

Tablo 21: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Güvenilirlik Analizi Sonuçları

	Cronbach's Alpha	Ölçek Madde Sayısı
SYBDÖ II Ölçek Toplamı	0,94	52
Sağlık Sorumluluğu	0,81	9
Fiziksel Aktivite	0,90	8
Beslenme	0,80	9
Manevi Gelişim	0,70	9
Kişilerarası İlişkiler	0,74	9
Stres Yönetimi	0,74	8

2.6. Verilerin Toplanması ve İşlenmesi

Bu araştırma Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Proje Koordinatörlüğü tarafından desteklenmiş olup sahadan veriler toplanması için gerekli olan hizmet alımı bu destek ile karşılanmıştır. Verilerin toplanması hizmet alınan araştırma şirketinin saha elemanları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Saha elemanları anket formu doldurulurken nelere dikkat etmeleri gerektiği konusunda bilgilendirilmiştir. Yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanan veriler bilgisayar programlarına aktarılarak bir araya getirilmişlerdir.

Veri toplama işlemi Kasım – Aralık 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Her bir anketin uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Veriler toplanırken kişilerin bilgileri gizlilik esası ilkesi gereği korunmuştur. Ayrıca araştırmaya katılma ve veri toplama işi için katılımcıların gönüllülük durumları öncelik arz etmiştir.

2.7. Uygulanan Analizler ve İstatistik Testleri

Çalışmanın verileri sahadan toplandıktan sonra veriler bilgisayar programları aracılığıyla bir araya getirilerek düzenlenmiş ve kontrol edilmiştir. Hatalı, eksik veya yanlış olan veriler düzeltilmiştir. Nominal, ordinal ve interval türlerinde ölçümler yapılmıştır.

Araştırmada ortalama, yüzde, frekans gibi bilgilerin verildiği betimleyici analizlerle ulaşılan kitle hakkındaki genel bilgiler aktarılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri analiz etmek için ki kare ve çoklu uyum analizi kullanılmıştır. Birbirinden

bağımsız grupların ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı²¹ farklılıklar tespit edebilmek için üç ve üzeri gruplu olanlarda One-Way ANOVA (tek yönlü varyans analizi) testi yapılmıştır. One-Way ANOVA testi sonucuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildiği durumda Post-Hoc analizleriyle işleme devam edilmiş ve çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu analizlerle hangi gruplar arasında nasıl bir farklılık olduğu daha detaylı olarak ortaya konulmuştur. Post-Hoc analizi tercihinde Levene testi sonucuna bakılarak varyansların homojen olduğu durumlar için Scheffe ve LSD testleri tercih edilmiştir.

Araştırma bulguları bilgisayar programları aracılığıyla tablo haline getirilerek gösterilmiştir. Gerekli görülen tablo gösterimlerinde yuvarlamalar yapılmıştır.

2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirilebilecek noktalardan biriyle örneklem belirlemede karşılaşılmıştır. Hâlihazırda Türkiye geneli için sosyoekonomik durumu gösteren bir veri tabanının bulunmaması bu aşamada gerçekleştirilen seçimlerin tam olasılıklı olmasının önüne geçmiştir. Bu problemi aşabilmek için kira ve satış bedelinin bölgelerin sosyoekonomik durumunu yansıttığı varsayımına dayanarak çeşitli emlak değerlendirme siteleri üzerinden tercihlerde bulunulmuştur. Bu sınırlılığı aşmak adına bölge insanlarına ulaşılarak teyit alınmıştır.

2.9. Araştırmanın Olanakları

Bu araştırma Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından 2018-2-9-276 No.lu proje kapsamında desteklenmiştir. Alınan destek saha araştırması esnasında anketlerin yaptırılması için hizmet alımı olarak kullanılmıştır.

2.10. Etik Kurul Onayı

Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı'nın 06.06.2018 tarihli ve 84 sayılı toplantısında alınan 13 No.lu kararla çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur.

²¹ Bu çalışmada 0,05 düzeyinde istatistiksel anlamlılık kullanılmıştır.

3. ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR

3.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırmaya Türkiye genelinde toplamda 730 kişi katılmış olup ulaşılan örneklemin cinsiyet, yaş, eğitim ve medeni durumlarına ilişkin tanıtıcı bulgular Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22: Katılımcıların Genel Özellikleri (Cinsiyet, Yaş, Eğitim, Medeni Durum)

		Kişi Sayısı	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	426	58,4
	Kadın	304	41,6
	Toplam	730	100,0
Yaş Grupları	24 altı	139	19,0
	25-29	138	18,9
	30-34	96	13,2
	35-39	95	13,0
	40-44	79	10,8
	45-49	66	9,0
	50-54	51	7,0
	55 üstü	66	9,0
	Toplam	730	100,0
Eğitim Düzeyleri	Okuryazar Olmayan	10	1,4
	Okuryazar olup bir okul bitirmeyen	8	1,1
	İlkokul (5 yıl)	80	11,0
	İlköğretim veya ortaokul (8 yıl)	77	10,6
	Lise	276	37,9
	Yüksekokul (2 yıllık)	67	9,2
	Üniversite	200	27,5
	Yüksek lisans	10	1,4
Toplam	728	100,0	
Medeni Durum	Evli	406	55,6
	Bekâr	278	38,1
	Dul/Boşanmış	46	6,3
	Toplam	730	100,0

Katılımcıların cinsiyete göre dağılımına bakıldığında %58,4’ünün erkek; %41,6’sının kadın olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşları 18 ile 78 arasındadır ve tüm grubun yaş ortalaması 35,37’dir. Yarıya yakın oranda katılımcı 33 yaş ve altındadır; bu yönüyle büyük ölçüde genç olarak nitelendirilebilecek bir kitleye ulaşılmıştır. Toplamda yüzde 35’ten fazla katılımcının 40 yaş üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde yüzde 13,5’inin ilkokul ve daha alt; yüzde 10,6’sının

ilköğretim veya ortaokul; yüzde 37,9'unun lise; yüzde 9,2'sinin iki yıllık yüksekokul; yüzde 28,9'unun üniversite ve daha üst düzey eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir. Medeni durum açısından katılımcıların yüzde 55,6'sı evli; yüzde 38,1'i bekâr; kalan yüzde 6,3'lük kesim ise dul veya boşanmış durumdadır.

Katılımcıların eğitim durumu ve yaşları arasındaki ilişki aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (bkz. Tablo 23). Yaş değişkeni dört gruba; eğitim değişkeni ise üç gruba ayrılmıştır.

Tablo 23: Yaş ve Eğitim Düzeyleri İlişkisi

		Eğitim Durumu			Toplam
		İlköğretim ve Altı	Lise	Yüksekokul ve Üstü	
25 Yaş Altı	N	14	83	88	185
	% (Yaş içinde)	7,6	44,9	47,6	100,0
	% (Eğitim içinde)	8,0	30,1	31,8	25,4
26 – 34 Yaş Arası	N	36	60	92	188
	% (Yaş içinde)	19,1	31,9	48,9	100,0
	% (Eğitim içinde)	20,6	21,7	33,2	25,8
35 – 44 Yaş Arası	N	41	74	58	173
	% (Yaş içinde)	23,7	42,8	33,5	100,0
	% (Eğitim içinde)	23,4	26,8	20,9	23,8
45 Yaş Üstü	N	84	59	39	182
	% (Yaş içinde)	46,2	32,4	21,4	100,0
	% (Eğitim içinde)	48,0	21,4	14,1	25,0
Toplam	N	175	276	277	728
	% (Yaş içinde)	24,0	37,9	38,0	100,0
	% (Eğitim içinde)	100,0	100,0	100,0	100,0

(Yüzdelik hesaplamalarda yuvarlama yapılmıştır.)

Bu tabloya göre 25 yaş altındaki katılımcıların yüzde 93,4'ü en az lise düzeyinde eğitime sahiptir. 26-34 yaş arasındaki kişilerin yarıya yakını (%48,9) yüksekokul ve üstünde eğitilidir. 35-44 yaş arasındaki katılımcıların yüzde 42,8'i (en yüksek oranla) lise mezunudur. 45 yaş ve üstündeki kişilerin eğitim düzeylerinin yüzde 46,2 ile ilköğretim ve altında kaldığı görülmektedir. Yüksekokul ve üstü mezuniyete sahip kişilerin yüzde 33,2'si 26-34 yaş aralığındadır. Bu eğitim düzeyindeki kişilerin ancak yüzde 14,1'i 45 yaş üstündedir. Lise mezunu olan kişilerde 25 yaş altında olan kişiler yüzde 30,1 ile en yüksek orandadır. İlköğretim ve daha alt düzeyde eğitime sahip kişiler içerisinde ise en büyük oran yüzde 48 ile 45 yaş üstüne aittir. Genel itibarıyla katılımcıların yaşlarının yükseldikçe eğitim düzeylerinin düşmüş olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 24: Katılımcıların Mesleki İtibar Puanları ve Gelir Durumu

	Kişi Sayısı	Yüzde (%)	
Mesleki İtibar Puanları ve Meslek Bilgisi	49,99 puan ve altı	50	7,0
	50 - 59,99 puan arası	275	38,6
	60 puan ve üstü	145	20,4
	Ev hanımı	154	21,6
	İşsiz	52	7,3
	Meslek sahibi değil	36	5,1
	Toplam	712	100,0
Haneye Ait Toplam Gelir (Aylık)	2020 TL altı	84	11,6
	2021-4000 TL Arası	304	42,1
	4001-6000 TL Arası	176	24,4
	6001-8000 TL Arası	66	9,1
	8001-10000 TL Arası	53	7,3
	10001 TL ve üzeri	39	5,4
	Toplam	722	100,0
Hanelerde Yaşayan Kişi Sayıları	1	99	13,6
	2	190	26,0
	3	185	25,3
	4	182	24,9
	5 ve üzeri	74	10,1
	Toplam	730	100,0
Kişi Başı Gelir Durumu (Aylık)	500 TL altı	55	7,6
	501-1000 TL Arası	156	21,6
	1001-1500 TL Arası	152	21,1
	1501-2000 TL Arası	104	14,4
	2001-2500 TL Arası	82	11,4
	2501-3000 TL Arası	57	7,9
	3001-3500 TL Arası	31	4,3
	3501-4000 TL Arası	24	3,3
	4001 TL ve üzeri	61	8,4
	Toplam	722	100,0

(Yüzelik hesaplamalarda yuvarlama yapılmıştır.)

Tablo 24’te katılımcıların verdiği bilgilerden hareketle meslek ve gelir bilgileri düzenlenmiştir. Mesleki itibar puanlarına göre ev hanımı, işsiz ve herhangi bir mesleği olmayan kişilerin puanı sıfırdır. Bu kişilerin tüm grup içerisindeki oranları şöyledir: ev hanımı yüzde 21,6; işsiz yüzde 7,3; meslek sahibi olmayanlar yüzde 5,1. Meslek bilgisini paylaşan ve puanı hesaplanabilmiş olan katılımcıların yüzde 7’si 49,99 puan altında; yüzde 38,6’sı 50-59,99 puan arasında; yüzde 20,4’ü ise 60 puan ve üzerinde mesleki itibar puanına sahiptir.

Gelir bilgisi toplanan hanelerin yüzde 11,6'sı aylık 2020 TL ve altında; yüzde 42,1'i 2021-4000 TL arasında; yüzde 24,4'ü 4001-6000 TL arasında; yüzde 21,8'i 6001 TL ve üzerinde hane toplam gelirine sahiptir. Hanelerin aylık ortalama geliri 4888,88 TL bulunmuştur. Hane toplam gelirleri hanede yaşayan kişi sayısına bölünerek kişi başı aylık ortalama gelir bilgisi elde edilmiştir. Tüm grupta kişi başına düşen ortalama gelir 2002,53 TL'dir. Katılımcıların yüzde 29,2'si aylık 1000 TL'den daha az gelire sahiptir. Yüzde 35,5'inin aylık geliri 1001-2000 TL arasındadır. 2001 TL ve üzerinde aylık kişi başı geliri olan kişilerin oranı yüzde 35,3'tür.

Tablo 25: TÜSES Puanı Hesaplanabilen Katılımcıların İllere Göre Dağılımı

İller	Kişi Sayısı	Yüzde
ANKARA	48	7,4
ANTALYA	57	8,8
BALIKESİR	44	6,8
BURSA	52	8,0
ERZURUM	44	6,8
İSTANBUL	119	18,4
İZMİR	74	11,4
KAYSERİ	29	4,5
SAMSUN	41	6,3
ŞANLIURFA	56	8,6
TRABZON	43	6,6
VAN	41	6,3
Toplam	648	100,0

Araştırma toplamda 730 kişi ile yapılmıştır. Ancak araştırmaya katılan kişilerin tümünden haneye ilişkin eğitim, gelir ve meslek bilgisi toplanamamıştır. TÜSES puanının hesaplanmasında kullanılacak olan bu bilgilerin eksikliği sebebiyle toplam 648 kişinin puanı hesaplanabilmiştir. Tablo 25 illere göre puanı hesaplanabilmiş olan katılımcıların dağılımını göstermektedir. Buna göre en yüksek oranda katılımcı İstanbul'dan (yüzde 18,4); en düşük oranda katılımcı ise Kayseri'den (yüzde 4,5) sağlanmıştır.

3.2. Katılımcıların Sağlık Profili

Bu kısımda katılımcıların sağlık profilleri incelenmiş olup sekiz alt başlık altında konu ele alınmıştır. Bu başlıklar: Genel Sağlık/Hastalık Durumu; Koruyucu – Önleyici Faaliyetler; Sağlık Hizmetlerine Başvuru; Sağlık ve Hastalık Üzerinde Etkili Olduğu

Düşünülen Sebepler; Sağlık Bilgisine Ulaşma; Modern Tıp Dışı Yöntemler; Sağlıkla İlgili Pratikler ve Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları'dır.

3.2.1. Genel Sağlık/Hastalık Durumu

Önceki kısımlarda değinildiği gibi sağlık, insanlar tarafından farklı şekillerde tanımlanıp yorumlanmaktadır. Bu kısımda katılımcılara sağlığı tanımlayan dört ifade yöneltilmiş olup bunlardan kendilerine uygun olanı seçmeleri beklenmiştir. Eğer bu dört seçenekten biri kendilerine uygun değilse diğer şıkkını işaretlemeleri istenmiştir. Sağlığın tanımlanmasına ilişkin bulgular Tablo 26'da gösterilmiştir.

Tablo 26: Sağlığın Tanımlanması

	Kişi Sayısı	Yüzde
Herhangi bir ağrı-sız olmaması halidir.	147	20,1
Ruhen ve bedenen iyi olduğunu hissetme halidir.	433	59,3
Sürekli kronik rahatsızlığın olmamasıdır.	86	11,8
Bir check-up sonucu tahlillerin normal çıkmasıdır.	55	7,5
Diğer	9	1,2
Toplam	730	100,0

Buna göre katılımcıların yaklaşık beşte biri sağlığı herhangi bir ağrı-sız olmaması hali; yüzde 59,3'ü ruhen ve bedenen iyi olduğunu hissetme hali; yüzde 11,8'i kronik bir rahatsızlık olmaması; yüzde 7,5'i ise check-up sonucu tahlillerin normal çıkması olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlamalar içerisinde *ruhen ve bedenen iyi hissetme* cevabı yarıdan fazla katılımcının tercihiyle en yüksek oranda seçilen cevap olmuştur.

Tablo 27: Öznel Sağlık Algısı

	Kişi Sayısı	Yüzde	
Genel Sağlık Durumu	Çok Kötü	10	1,4
	Kötü	58	7,9
	Orta	244	33,4
	İyi	321	44,0
	Çok İyi	97	13,3
	Toplam	730	100,0

Katılımcılara sağlık değerlendirmelerinde sıkça kullanılan bir soru olarak kendi yaşlarına göre sağlıklarını nasıl tanımladıkları sorulmuş olup beş kategorili biçimde yanıtlar toplanmıştır. Tablo 27'deki verilere göre yüzde 1,4 oranında katılımcı kendi

sağlığını *çok kötü* olarak değerlendirirken; yüzde 7,9 *kötü*; yüzde 33,4 *orta*; yüzde 44 *iyi*; yüzde 13,3 *çok iyi* şeklinde değerlendirmede bulunmuştur.

Tablo 28: Katılımcıların Hastalık Durumu

	N %	Hayır, Yok	Evet, Var	Vardı, İyileştim	Toplam
Kalp Damar Hastalıkları	N	679	44	7	730
	%	93,0	6,0	1,0	100,0
Şeker (Diyabet)	N	674	54	2	730
	%	92,3	7,4	0,3	100,0
Hipertansiyon	N	670	60	-	730
	%	91,8	8,2	-	100,0
Kolesterol	N	666	59	5	730
	%	91,2	8,1	0,7	100,0
Astım / Bronşit	N	678	46	6	730
	%	92,9	6,3	0,8	100,0
Alerjik Hastalıklar	N	669	49	12	730
	%	91,6	6,7	1,6	100,0
Diş Hastalıkları	N	605	77	48	730
	%	82,9	10,5	6,6	100,0
Psikolojik / Ruhsal Hastalıklar	N	680	42	8	730
	%	93,2	5,8	1,1	100,0
Romatizmal Hastalıklar	N	664	63	3	730
	%	91,0	8,6	0,4	100,0
Boyun Bölgesi Hastalıkları	N	632	80	18	730
	%	86,6	11,0	2,5	100,0
Bel Bölgesi Hastalıkları	N	623	93	14	730
	%	85,3	12,7	1,9	100,0

Katılımcılara belli başlı hastalıkların kendilerinde olup olmadığı sorulmuş olup Tablo 28’de bu soruya ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Katılımcıların yüzde 6’sı kalp ve damar hastalığı; yüzde 7,4’ü şeker hastalığı; yüzde 8,2’si hipertansiyon; yüzde 8,1’i kolesterol; yüzde 6,3’ü astım/bronşit; yüzde 6,7’si alerjik hastalık; yüzde 10,5’i diş hastalıkları; yüzde 5,8’i psikolojik/ruhsal hastalık; yüzde 8,6’sı romatizmal hastalıklar; yüzde 11’i boyun bölgesi hastalıkları; yüzde 12,7’si bel bölgesi hastalıkları olduğunu bildirmiştir.

Tablo 29: Bedensel Ağrı Durumu

		Kişi Sayısı	Yüzde
Son Bir Ayda Hissedilen Bedensel Ağrı	Hiç Olmadı	171	23,4
	Çok Az Oldu	180	24,7
	Az Oldu	297	40,7
	Fazla Oldu	73	10,0
	Çok Fazla Oldu	9	1,2
	Toplam	730	100,0

Katılımcıların sağlıkla ilgili durumlarını daha yakından ele alabilmek amacıyla kendilerine son bir ay içerisinde ne kadar bedensel ağrısının olduğu sorulmuştur. Cevaplar *hiç olmadı*dan *çok fazla oldu*ya doğru beş kategorili şekilde sıralanmıştır. Buna göre yüzde 23,4 oranında katılımcı son bir ay içerisinde hiç bedensel ağrısının bulunmadığını söylerken; çok az oldu diyenler yüzde 24,7; az oldu diyenler yüzde 40,7; fazla oldu diyenler yüzde 10; çok fazla oldu diyenler yüzde 1,2 şeklinde tespit edilmiştir (bkz. Tablo 29).

Tablo 30: Vücut Kitle İndeksi

		Kişi Sayısı	Yüzde
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf (18,5<)	21	2,9
	Normal (18,5 – 24,99)	446	61,1
	Fazla Kilolu (25 – 29,99)	217	29,7
	Obez (>30)	46	6,3
	Toplam	730	100,0

Sağlıklılık durumu için önemli bir belirleyici etken vücut kitle indeksidir. Vücut kitle indeksinin bulunabilmesi için boy ve kilo bilgisi katılımcılardan alınmış olup indeks hesaplamasında kullanılan formül aracılığıyla katılımcıların vücut kitle indekslerine ulaşılmıştır. Tablo 30’da yer verilen bulgulara göre yüzde 2,9 oranında katılımcı zayıf kilolu; yüzde 61,1 normal kilolu; yüzde 29,7 fazla kilolu ve yüzde 6,3 obez kategorisindedir. Tüm katılımcılar normal kiloda olanlar ve olmayanlar şeklinde ikiye ayrıldığında ise normal kiloda olmayanların toplamı yüzde 38,9 çıkmıştır.

Tablo 31: Hane İçi Hastalık Durumu

	N %	Hayır, yok	Evet, var	Vardı, iyileşti	Toplam
Kalp – Şeker - Tansiyon	N	479	147	5	631
	%	75,9	23,3	0,8	100,0
Psikolojik - Ruhsal	N	578	43	10	631
	%	91,6	6,8	1,6	100,0
Kanser	N	594	33	4	631
	%	94,1	5,2	0,6	100,0
Romatizmal	N	531	95	5	631
	%	84,2	15,1	0,8	100,0

Tablo 31’de katılımcılara yaşadıkları hanede kendilerinden başka belli başlı bazı hastalıklara sahip kişilerin bulunup bulunmadığı sorulmuştur. Katılımcıların yüzde 23,3’ü hanelerinde kalp-şeker-tansiyon hastası; yüzde 6,8’i psikolojik-ruhsal hastalıklara sahip hasta; yüzde 5,2’si kanser hastası; yüzde 15,1’i de romatizmal hastalıkları bulunan kişiler olduğunu bildirmiştir.

3.2.2. Koruyucu - Önleyici Faaliyetler

Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesinde erken tanı ve teşhisin büyük önemi vardır. İnsanların bu amaçla son 12 ay içerisinde herhangi bir ağrı/rahatsızlık duymadan yaptıkları birtakım koruyucu ve önleyici faaliyetlere ilişkin bilgiler Tablo 32’de gösterilmiştir.

Tablo 32: Koruyucu ve Önleyici Faaliyetler

	N - %	Hayır	Evet	Toplam
Tansiyon Ölçümü	N	506	224	730
	%	69,3	30,7	100,0
Kan Şekeri Ölçümü	N	538	192	730
	%	73,7	26,3	100,0
Diş Muayenesi	N	541	189	730
	%	74,1	25,9	100,0
Kolesterol Ölçümü	N	573	157	730
	%	78,5	21,5	100,0
Grip Aşısı	N	634	96	730
	%	86,8	13,2	100,0
Kanser Taraması	N	665	65	730
	%	91,1	8,9	100,0
Check-Up / Genel Sağlık Taraması	N	642	88	730
	%	87,9	12,1	100,0

Buna göre tansiyon ölçümü yaptıranların oranı yüzde 30,7; kan şekeri ölçümü yaptıranların oranı yüzde 26,3; diş muayenesi olanların oranı yüzde 25,9; kolesterol ölçümü yaptıranların oranı yüzde 21,5; grip aşısı olanların oranı yüzde 13,2; kanser taraması yaptıranların oranı yüzde 8,9; genel sağlık taraması olarak check-up yaptıranların oranı yüzde 12,1'dir.

3.2.3. Sağlık Hizmetlerine Başvuru

İnsanlara sunulan sağlık hizmetleri genel sağlık sisteminde yer alan önemli bir bileşendir. İnsanların bu hizmeti almak üzere başvurduğu pek çok resmi ya da özel kişi/kurum bulunmaktadır. En başta kişilerin genel olarak sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylığı/zorluğu derecelendirilerek Tablo 33'te bununla ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 33: Sağlık Hizmetlerine Erişim

		Kişi Sayısı	Yüzde
Sağlık Hizmetlerine Erişim Kolaylığı	Çok Zor	34	4,7
	Zor	76	10,4
	Ne Zor Ne Değil	164	22,5
	Kolay	312	42,7
	Çok Kolay	144	19,7
	Toplam	730	100,0

Katılımcıların değerlendirmelerine göre yüzde 4,7'si sağlık hizmetlerine erişimin kendileri adına çok zor olduğunu belirtmiştir. Yüzde 10,4 zor; yüzde 22,5 ne zor ne değil; yüzde 42,7 kolay ve yüzde 19,7 çok kolay olduğunu ifade etmiştir. Toplamda ancak yüzde 15,1'lik bir kesimin sağlık hizmetlerine erişimi zor/çok zor olarak değerlendirmesi genel anlamda sağlık hizmetlerine erişimin kolay olduğunu göstermektedir. Araştırmanın kent merkezlerinde yapılmış olması ve buralarda sağlık hizmetlerinin kırsal bölgelere göre daha yaygın olması sağlık hizmetlerine erişimde nispi bir kolaylığa işaret etmektedir.

Tablo 34: Sağlık Hizmetlerine Başvuru

	N - %	Hiçbir zaman	Nadiren	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman	Toplam
Aile Hekimi	N	24	142	277	200	87	730
	%	3,3	19,5	37,9	27,4	11,9	100,0
Devlet Hastanesi	N	13	126	269	228	94	730
	%	1,8	17,3	36,8	31,2	12,9	100,0
Tıp Fakültesi	N	145	210	233	113	29	730
	%	19,9	28,8	31,9	15,5	4,0	100,0
Özel Hastane	N	169	258	207	70	26	730
	%	23,2	35,3	28,4	9,6	3,6	100,0
Özel Muayenehane	N	316	221	143	36	14	730
	%	43,3	30,3	19,6	4,9	1,9	100,0
Geleneksel Şifacılar	N	472	140	79	34	5	730
	%	64,7	19,2	10,8	4,7	0,7	100,0
Kendi Kendime Tedavi Uygularım	N	297	174	161	79	19	730
	%	40,7	23,8	22,1	10,8	2,6	100,0

Katılımcılara muayene ve tedavi olmak için burada belirtilen kurumlardan hangisine ne sıklıkla başvurduğu sorulmuştur. Buna göre muayene ve tedavi ihtiyacı için insanların tercihlerinin nasıl dağılmış olduğuna bakılmak istenmiştir (bkz. Tablo 34). Katılımcıların verdikleri cevaplara göre *hiçbir zaman* cevabı en düşük devlet hastanesi (yüzde 1,8); sonrasında aile hekimi (yüzde 3,3) olarak gerçekleşmiştir. Yani diğer sıklık düzeyleri farklı olmakla birlikte en çok tercih edilen sağlık kurumları bu ikisidir. Hiçbir zaman tercih edilmeyen sağlık hizmeti sunumu en yüksek oranda geleneksel şifacılar olarak ortaya çıkmıştır (yüzde 64,7). Sonrasında özel muayenehaneler (yüzde 43,3); kişilerin kendi kendilerine uyguladıkları tedavi yöntemleri (yüzde 40,7); özel hastaneler (yüzde 23,2); tıp fakülteleri (yüzde 19,9) gelmiştir. Sağlık hizmeti sunan kurumlar içerisinde her zaman tercih edilme durumu da burada verilen ilk duruma benzer bir örüntüye sahiptir. Devlet hastaneleri ve aile hekimlikleri her zaman tercih edilmek bakımından ilk sıralarda yer alırken en az tercih edilme durumunda kalan geleneksel şifacılar ve özel muayenehaneler olmuştur.

Tablo 35: İlaç Kullanımı

		Kişi Sayısı	Yüzde
Düzenli İlaç Kullanımı	Hayır	586	80,3
	Evet	144	19,7
	Toplam	730	100,0
İlaç Aksatma	Hiçbir Zaman Aksatmam	256	35,1
	Nadiren Aksatırım	254	34,8
	Bazen Aksatırım	186	25,5
	Sıklıkla Aksatırım	30	4,1
	Her Zaman Aksatırım	4	0,5
	Toplam	730	100,0
Reçetesiz İlaç Kullanma	Hiçbir Zaman Kullanmam	263	36
	Nadiren Kullanırım	256	35,1
	Bazen Kullanırım	188	25,8
	Sıklıkla Kullanırım	22	3,0
	Her Zaman Kullanırım	1	0,1
	Toplam	730	100,0

Katılımcılara ilaç kullanma pratikleriyle ilgili birtakım sorular sorulmuştur. Tablo 35'te öncelikle katılımcıların yüzde 19,7'sinin düzenli olarak ilaç kullandığı görülmektedir. İlaç kullanması gerektiği durumlarda katılımcıların bu ilaçları aksatma sıklığı öğrenilmek istenen diğer konudur. Buna göre yüzde 35,1 oranında katılımcı ilaçlarını hiç aksatmadığını; yüzde 34,8'i nadiren aksattığını; yüzde 25,5'i bazen aksattığını; yüzde 4,1'i sıklıkla aksattığını ve yüzde 0,5'i her zaman aksattığını bildirmiştir. Tabloya göre genel olarak ilaç kullanımının düzenli olduğu söylenebilir. Reçetesiz ilaç kullanmayı ise insanların pek tercih etmediği görülmektedir. Sıklıkla ve her zaman bu yolu tercih edenlerin oranı toplamda ancak yüzde 3,1'de kalmıştır. Diğer taraftan yüzde 36 oranında katılımcı hiçbir zaman reçetesiz ilaç kullanmadığını belirtmiştir.

Tablo 36: Dış Muayenesi İçin Özel Bir Merkeze Başvuru

		Kişi Sayısı	Yüzde
Özel Bir Merkezden Dış Muayenesi Hizmeti Alma	Hiçbir zaman almam.	198	27,1
	Sadece acil durumlarda alırım.	493	67,5
	Her zaman alırım	39	5,3
	Toplam	730	100,0

Katılımcılara bir sağlık hizmeti olarak özel muayenehanelerden dış sağlığıyla ilgili hizmet alıp almadıkları sorulmuştur. Buna göre katılımcıların yüzde 27,1'i hiçbir zaman bu hizmete başvurmadığını; yüzde 67,5'i sadece acil durumlarda tercih ettiğini; yüzde

5,3'ü ise her zaman özel diş muayenehanelerini kullandığını bildirmiştir (bkz. Tablo 36).

Tablo 37: Tedavi Erteleme

		Kişi Sayısı	Yüzde
Ertelenen tedavi	İhtiyacım Olmadı	51	7,0
	Hayır Yok. Gerekliğinde Tedavi Oldum	405	55,5
	Evet Oldu	274	37,5
	Toplam	730	100,0

Katılımcıların son bir yıl içerisinde erteledikleri herhangi bir tedavi olup olmadığı sorulmuş olup üç farklı cevap alınmıştır (bkz. Tablo 37). Buna göre yüzde 7 oranında katılımcı herhangi bir tedaviye ihtiyacı olmadığını; yüzde 55,5'i gerektiğinde tedavi olduğunu; ancak yüzde 37,5'i ertelediği tedavisinin olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 38: Sağlık Hizmetlerinde Mahremiyet

		Kişi Sayısı	Yüzde
Mahremiyetin Önemi	Çok Önemsiz	198	27,1
	Önemsiz	269	36,8
	Ne Önemli Ne Önemsiz	138	18,9
	Önemli	93	12,7
	Çok Önemli	32	4,4
	Toplam	730	100,0

İnsanlar sağlık hizmeti alırken mahremiyet bağlamında başta dini sebepler olmak üzere çeşitli gerekçelerle hizmet aldıkları kişinin kadın ya da erkek olmasına dikkat ederler. Katılımcılara sorulan “Doktorunuzun kadın ya da erkek olması mahremiyetle ilgili olarak sizin için ne derece önemlidir?” sorusuyla beş dereceli bir kategorilendirme yapılmıştır. Yüzde 27,1 oranında katılımcı *çok önemsiz*; yüzde 36,8 *önemsiz*; yüzde 18,9 *ne önemli ne önemsiz*; yüzde 12,7 *önemli*; yüzde 4,4 *çok önemli* cevabını vermiştir (bkz. Tablo 38).

Tablo 39: Estetik Operasyon Geçirmiş Olma

		Kişi Sayısı	Yüzde
Estetik Operasyon	Hayır	694	95,1
	Evet	36	4,9
	Toplam	730	100,0

Katılımcılara estetik amaçlarla tıbbi bir operasyon geçirip geçirmediği sorulmuştur. Bu soruya toplamda 36 kişi (% 4,9) evet cevabını vermiştir (bkz. Tablo 39).

3.2.4. Sağlık ve Hastalık Üzerinde Etkili Olduğu Düşünülen Sebepler

Sağlık ve hastalığı etkileyen pek çok faktör vardır. Ancak burada katılımcılardan sağlık ve hastalık üzerinde etkili olduğu düşünülen sebeplerden bazıları kendilerine yöneltilerek bunları önem derecelerine göre değerlendirmeleri istenmiştir (bkz. Tablo 40).

Tablo 40: Sağlık ve Hastalıkların Sebepleriyle İlgili Görüşler

	N -%	Çok Önemsiz	Önemsiz	Ne Önemli Ne Önemsiz	Önemli	Çok Önemli	Toplam
Çevre Kirliliği	N	-	8	51	325	346	730
	%	-	1,1	7,0	44,5	47,4	100,0
Kişilerin Kendi Sağlığına Dikkat Etmemesi	N	9	4	61	291	365	730
	%	1,2	0,5	8,4	39,9	50,0	100,0
Kişilerin İbadetlerini Yerine Getirmemeleri	N	50	70	127	280	203	730
	%	6,8	9,6	17,4	38,4	27,8	100,0
Kalıtımsal Yatkınlık	N	8	12	71	369	270	730
	%	1,1	1,6	9,7	50,5	37,0	100,0
Sağlık Hizmetlerinin Yeterli Olmaması	N	4	5	75	352	294	730
	%	0,5	0,7	10,3	48,2	40,3	100,0
Kişilerin Bilgi Yetersizliği	N	3	6	75	339	307	730
	%	0,4	0,8	10,3	46,4	42,1	100,0
Yeterli Bilgilendirme Olmaması	N	6	6	76	358	284	730
	%	0,8	0,8	10,4	49	38,9	100,0
Yoksulluk	N	6	9	115	334	266	730
	%	0,8	1,2	15,8	45,8	36,4	100,0
Aile İçi Sorunlar	N	16	23	135	329	227	730
	%	2,2	3,2	18,5	45,1	31,1	100,0
Nazar Değmesi	N	196	102	150	207	75	730
	%	26,8	14,0	20,5	28,4	10,3	100,0
Büyü, Cin, Beddua Gibi Manevi Sebepler	N	246	109	139	172	64	730
	%	33,7	14,9	19,0	23,6	8,8	100,0
Stres	N	6	21	79	321	303	730
	%	0,8	2,9	10,8	44,0	41,5	100,0
Sigara - Alkol Gibi Alışkanlıklar	N	6	13	73	294	344	730
	%	0,8	1,8	10,0	40,3	47,1	100
Çalışma Koşulları	N	6	11	79	322	312	730
	%	0,8	1,5	10,8	44,1	42,7	100,0

Katılımcılara beş dereceli toplam 14 madde yöneltilmiştir. Bunlar içerisinde *çok önemli* cevabının en yüksek oranda alındığı madde sağlık sorumluluğu olarak da

nitelendirilebilecek kişilerin kendi sağlığına dikkat etmemesi maddesidir (yüzde 50). Bu maddeyi takiben çevre kirliliği (%47,4), sağlık hizmetlerinin yeterli olmaması (%40,3), kişilerin bilgi yetersizliği (%42,1), stres (%41,5), sigara-alkol gibi alışkanlıklar (%47,1), çalışma koşulları (%42,7) maddeleri yüzde 40 üzeri oranla *çok önemli* cevabının alındığı maddelerdir. Önemsiz olma cevaplarına göre (*çok önemsiz - önemsiz*) tabloya bakıldığında *büyük-cin-beddua gibi manevi sebepler* maddesinin en yüksek oranda önemsiz görünen madde olduğu görülmektedir. Bu maddeyi takiben yüzde 26,8 ile *nazar değmesi* maddesi sağlık- hastalık üzerinde etkisi en önemsiz görünen madde olmuştur. Kalan diğer 12 maddenin *çok önemsiz* maddesi yüzde 10'un altında kalmıştır.

3.2.5. Sağlık Bilgisine Ulaşma

Sağlıkla ilgili bilgi almak için pek çok bilgi kaynağı vardır ve kişilerin bu bilgi kanallarını tercihleri birbirlerinden farklılaşmaktadır. İnsanların sağlık bilgisi almak üzere başvurduğu kaynaklara ilişkin yaptıkları sıralamanın sonuçlarına Tablo 41'de yer verilmiştir.

Tablo 41: Sağlık Bilgi Kaynakları

		Kişi Sayısı	Yüzde
Bilgi Kanalı 1	İnternet	160	21,9
	Sağlık Uzmanları (Sağlık Kuruluşları)	257	35,2
	Medya (TV – Radyo – Gazete)	123	16,8
	Sosyal Çevre (Aile - Arkadaş veya Komşular)	124	17,0
	Geleneksel Şifacılar	66	9,0
	Toplam	730	100,0
Bilgi Kanalı 2	İnternet	471	64,5
	Sağlık Uzmanları (Sağlık Kuruluşları)	150	20,5
	Medya (TV – Radyo – Gazete)	61	8,4
	Sosyal Çevre (Aile - Arkadaş veya Komşular)	34	4,7
	Geleneksel Şifacılar	14	1,9
	Toplam	730	100,0
Bilgi Kanalı 3	İnternet	35	4,8
	Sağlık Uzmanları (Sağlık Kuruluşları)	121	16,6
	Medya (TV – Radyo – Gazete)	297	40,7
	Sosyal Çevre (Aile - Arkadaş veya Komşular)	228	31,2
	Geleneksel Şifacılar	49	6,7
	Toplam	730	100,0
Bilgi Kanalı 4	İnternet	48	6,6
	Sağlık Uzmanları (Sağlık Kuruluşları)	174	23,8
	Medya (TV – Radyo – Gazete)	199	27,3

	Sosyal Çevre (Aile - Arkadaş veya Komşular)	252	34,5
	Geleneksel Şifacılar	57	7,8
	Toplam	730	100,0
Bilgi Kanalı 5	İnternet	16	2,2
	Sağlık Uzmanları (Sağlık Kuruluşları)	28	3,8
	Medya (TV – Radyo – Gazete)	50	6,8
	Sosyal Çevre (Aile - Arkadaş veya Komşular)	92	12,6
	Geleneksel Şifacılar	544	74,5
	Toplam	730	100,0

Buna göre katılımcıların ilk sırada tercih ettikleri bilgi kaynakları içerisinde yüzde 35,2 ile sağlık uzmanları ve sağlık kuruluşları gelmektedir. İlk sırada tercih edilen ikinci sağlık bilgi kaynağı internet (%21,9); sonrasında sırasıyla sosyal çevre (%17), medya (%16,8), geleneksel şifacılar (%9) şeklindedir. İkinci sırada tercih edilen sağlık bilgi kaynakları içerisinde ilk sırada internet gelmektedir (%64,5). İkinci olarak sağlık uzmanları ve sağlık kuruluşları (%20,5); üçüncüsü medya (%8,4); dördüncüsü sosyal çevre (%4,7); beşincisi geleneksel şifacılarıdır (%1,9). Bilgi kaynağı olarak üçüncü sırada ilk olarak medya tercih edilmektedir (%40,7). Dördüncü bilgi kaynağının ilk sırasında sosyal çevre (%34,5); beşinci sıradaki bilgi kaynağında ilk sırada geleneksel şifacılar bulunmaktadır (%74,5).

3.2.6. Modern Tıp Dışı Yöntemler

İnsanların sağlık arama davranışında modern tıp dışında zaman zaman yer verdiği ve geleneksel, alternatif ya da tamamlayıcı tıp olarak bilinen birtakım yöntemler bulunmaktadır. Tablo 42’de kişilerin modern tıp dışındaki bu yöntemler hakkında neler düşündüklerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 42: Modern Tıp Dışındaki Yöntemlere İlişkin Görüşler

	N	Fikrime Hiç Uygun Değil	Fikrime Uygun Değil	Fikrime Ne Uygun Ne Değil	Fikrime Uygun	Fikrime Çok Uygun	Toplam
Anlamsız buluyorum. Asla tercih etmem.	N	79	206	215	158	72	730
	%	10,8	28,2	29,5	21,6	9,9	100,0
Kültürel anlamı vardır. Rahatlamak için bazen tercih edilebilir	N	117	164	248	172	29	730
	%	16,0	22,5	34	23,6	4,0	100,0
Modern tıba	N	116	144	233	201	36	730

alternatif değil; yardımcı bir unsur olabilir.	%	15,9	19,7	31,9	27,5	4,9	100,0
Modern tıbbın çözüm bulamadığı bazı sağlık sorunlarına daha uygun çözümler bulduklarına inanıyorum.	N	137	164	226	180	23	730
	%	18,8	22,5	31,0	24,7	3,2	100,0
Modern tıbbi anlamsız buluyorum. Tüm sağlık sorunlarının alternatif tedavi yolları ile çözülebileceğini düşünüyorum.	N	209	202	192	114	13	730
	%	28,6	27,7	26,3	15,6	1,8	100,0

Katılımcılara modern tıp dışındaki yöntemlere ilişkin yöneltilen beş farklı ifade ile bunların kendi fikirlerine uygunluk dereceleri belirlenmiştir. İfadeler modern tıp dışı yöntemler için mümkün olduğunca olumsuzdan olumluya doğru sıralanmıştır. Modern tıp dışındaki yöntemlere ilişkin ilk soruda “*Anlamsız buluyorum. Asla tercih etmem.*” ifadesi kullanılmıştır: Katılımcıların yüzde 39’u bu fikri kendilerine uygun bulmamışken; yüzde 31,5’i uygun bulmuştur. İkinci ifadede bu unsurların kültürel bir anlama sahip olduğu ve rahatlamak için bazen tercih edilebileceği söylenmiş olup yüzde 34 oranında katılımcı kararsız olarak nitelendirilebilecek cevapta toplanmıştır. Bu fikri kendilerine uygun bulmayanların toplam oranı yüzde 38,5; uygun bulanların toplam oranı yüzde 27,6 olarak gerçekleşmiştir. Modern tıp dışı yöntemlerin *modern tıba alternatif değil yardımcı bir unsur olabileceğinin* söylendiği üçüncü ifadeyi kendilerine uygun bulmayanların toplam oranı yüzde 35,6; uygun bulanların toplam oranı yüzde 32,4’tür. Alternatif yöntemlerin modern tıbbın çözemediği bazı sorunlar konusunda daha uygun çözümler bulduğunun ifade edildiği maddenin yüzde 41,3 oranında katılımcıların görüşlerine uygun olmadığı bildirilmiştir. Diğer taraftan bu maddenin kendi fikirlerine uygunluğunu bildiren katılımcı oranı toplamda %27,9’dur. Modern tıbbi anlamsız bulup tüm sağlık sorunları için alternatif yöntemlerin çözüm bulabileceğinin öne sürüldüğü maddenin onaylanmama oranı en yüksek çıkmıştır (%56,3). Yüzde 17,4 oranında katılımcı ise bu fikrin kendilerine uygun olduğunu bildirmiştir. Tabloya bakıldığında katılımcılara sunulan fikirlerin onaylanma oranları itibarıyla en yüksek orana sahip olan düşüncenin modern tıp dışı yöntemlerin alternatif değil yardımcı bir unsur olabileceğini söyleyen görüş (üçüncü madde) olduğu

görülmektedir. Diğer yandan onaylanmama oranı en yüksek olan madde ise beşinci madde olup katılımcıların modern tıba ilişkin olumsuz ve alternatif yöntemleri bütünüyle olumlayan ifadeye katılmadıkları görülmüştür.

Tablo 43: Modern Tıp Dışı Yöntemleri Kullanma

		Kişi Sayısı	Yüzde
Sağlık amacıyla daha önce hacamat (kan aldırma) yaptırmanız mı?	Hayır	603	82,6
	Evet	127	17,4
	Toplam	730	100,0
Tedavi amacıyla daha önce çeşitli otlar/bitkiler kullandınız mı?	Hayır	499	68,4
	Evet	231	31,6
	Toplam	730	100,0
Tedavi amacıyla daha önce hocaya okutma (Kur'an/dua vb.) yöntemine başvurduğunuz mu?	Hayır	639	87,5
	Evet	91	12,5
	Toplam	730	100,0

Tablo 43'te katılımcıların sağlık amacıyla modern tıp dışı yöntemlerden bazılarını kullanıp kullanmadıklarına ilişkin yapılan araştırmanın sonuçlarına yer verilmiştir. İlk olarak sağlık amacıyla zaman zaman tercih edilen bir yöntem olarak hacamat yaptırmayı yaptırmadıkları öğrenilmek istenmiştir. Katılımcıların %17,4'ü bu soruya *evet* cevabını vermiştir. Tedavi amacıyla ot-bitki kullanma yolunu katılımcıların %31,6'sı kullandığını bildirmiştir. Bu yöntemin katılımcılara sorulan yöntemler içerisinde en yüksek oranda uygulanmış yöntem olduğu öğrenilmiştir. Katılımcıların en düşük oranda tercih ettiğini söylediği yöntem ise *hocaya okutma* şeklinde kısaca ifade edilebilecek olan yöntemdir. Katılımcıların sadece %12,5'i bu yönteme başvurduğunu ifade etmiştir.

3.2.7. Sağlıkla İlgili Pratikler ve Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar

Gündelik hayat içerisindeki bazı pratikler ve alışkanlıklar sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmakla ilişkilendirilmektedir. Bu amaçla Tablo 44 ve 45'te spor yapma, diş fırçalama, günlük uyku süresi, sigara kullanma ve alkollü içki kullanma durumlarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 44: Gündelik Pratikler

		Kişi Sayısı	Yüzde
Spor yapma	Hayır	535	73,3
	Evet	195	26,7
	Toplam	730	100,0
Diş fırçalama	Hayır	221	30,3
	Evet	509	69,7
	Toplam	730	100,0
Günlük uyku süreleri	5 saat ve altı	16	2,2
	6 saat	75	10,3
	7 saat	159	21,8
	8 saat	289	39,6
	9 saat	132	18,1
	10 saat ve üzeri	59	8,1
	Toplam	730	100,0

Buna göre %26,7 oranında katılımcı geçmişte ya da günümüzde spor yaptığını ve %69,7 oranında katılımcı günde en az bir defa olacak şekilde dişlerini fırçaladığını belirtmiştir. Katılımcıların günlük uyku sürelerine bakıldığında ise büyük çoğunluğun normal süreler olarak değerlendirilecek şekilde yedi–dokuz saat aralığında uyuduğu; kalan yaklaşık %20’lik kesimin ise ya altı saatten daha az ya da on saatten daha fazla uyuduğu görülmektedir.

Tablo 45: Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar

		Kişi Sayısı	Yüzde
Sigara kullanma	Kullanmıyorum	348	47,7
	Bazen kullanırım	113	15,5
	Düzenli olarak kullanırım	269	36,8
	Toplam	730	100,0
Alkollü içki kullanma	Kullanmıyorum	486	66,6
	Bazen kullanırım	188	25,8
	Düzenli olarak kullanırım	56	7,7
	Toplam	730	100,0

Katılımcıların sigara ve alkol kullanım pratiklerine ilişkin soru sorulmuş ve üç kategorili biçimde cevaplar toplanmıştır (bkz. Tablo 45). Buna göre katılımcıların yarıya yakını sigara kullanmadığını (yüzde 47,7); yüzde 15,5’i bazen kullandığını; yüzde 36,8’i düzenli olarak kullandığını bildirmiştir. Alkollü içki tüketimlerine bakıldığında ise yüzde 66,6’sının kullanmadığı; yüzde 25,8’inin bazen kullandığı; yüzde 7,7’sinin düzenli olarak kullandığı öğrenilmiştir.

3.2.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Katılımcıların sağlıklı yaşam biçim davranışlarını detaylı olarak öğrenebilmek amacıyla 52 maddelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II uygulanmış olup ölçekten ve alt boyutlarından elde edilen puanlara ilişkin betimleyici sonuçlar Tablo 46'da gösterilmiştir.

Tablo 46: Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları Ölçeği II - Ölçek Puanları

	Kişi Sayısı	En Az	En Fazla	Toplam Puan Ortalaması	Standart Sapma	Soru Başına Düşen Puan Ortalaması
SYBDÖ II (Toplam Puan - 52 Md.)	730	75	196	140,97	23,56	2,71
Sağlık Sorumluluğu (9 Md.)	730	9	36	23,87	5,12	2,65
Fiziksel Aktivite (8 Md.)	730	8	31	19,29	6,11	2,41
Beslenme (9 Md.)	730	11	34	23,93	4,95	2,66
Manevi Gelişim (9 Md.)	730	13	36	26,27	3,97	2,92
Kişiler Arası İlişkiler (9 Md.)	730	13	36	26,27	4,20	2,92
Stres Yönetimi (8 Md.)	730	8	32	21,34	4,20	2,67

Katılımcıların ölçek toplam puanları incelendiğinde en düşük alınan puanın 75; en yüksek alınan puanın 196; ölçekten alınan ortalama puanın 140,97; soru başına düşen ortalama puanın ise 2,71 olduğu görülmektedir. Katılımcıların sağlık sorumluluğu davranışlarının ölçülebilmesi için dokuz maddeye cevap vermeleri beklenmiştir. Bu dokuz maddeden en düşük dokuz; en yüksek 36 puan alınmıştır. Sağlık sorumluluğundan alınan ortalama puan 23,87; soru başına düşen ortalama puan 2,65'tir. Fiziksel aktivite bilgisi için sekiz madde kullanılmıştır. 8–31 puan aralığında puan alınmıştır. Bu alt boyuttan alınan ortalama puan 19,29; soru başına ortalama puan 2,41'dir. Beslenme davranışları için dokuz madde kullanılmış olup 11–34 aralığında puan alınmıştır. Bu alt boyutun ortalama puanı 23,93; soru başına düşen ortalama puanı 2,65'tir. Manevi gelişim bilgisi için dokuz madde vardır ve bu maddelerden en az 13 en yüksek 36 puan toplanabilmiştir. 26,27 bu kısımdan alınan ortalama puandır ve bu alt boyutun soru başına düşen ortalama puanı 2,91'dir. Kişilerarası ilişkilerle ilgili dokuz maddelik ölçüm yapılmış olup en düşük 13 ve en yüksek 36 puan alınmıştır. Bu alt

boyutta 26,27 ortalama puana ve 2,91 soru başı ortalama puana ulaşılmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının son alt boyutu olarak stres yönetiminde sekiz madde ile ölçüm yapılmıştır. Bu maddelerin toplam puanı en düşük sekiz ve en yüksek 32 olarak tespit edilmiştir. 21,34 ortalama puana ve 2,66 soru başı ortalama puana ulaşılmıştır.

3.3. Türkiye’de Toplumsal Tabakalaşma (SES) ve Sağlık/Hastalık İlişkisi

Araştırmaya katılan kişilerden bireysel düzeyde sağlık/hastalık durumlarına ilişkin çeşitli bilgiler toplanmış olmakla birlikte bu kişilerin sosyoekonomik statüsünü öğrenebilmek amacıyla hane halkı düzeyinde bazı bilgiler alınmıştır. Araştırmada kullanılan TÜSES (Türkiye Sosyo Ekonomik Statü) Ölçeği ile kişilerin eğitim, gelir ve meslek bilgileri toplanmış; sonrasında birtakım hesaplamalarla hanelerin sosyoekonomik statü puanlarına ulaşılmıştır. Bu çalışmaya katılan kişilerin sosyoekonomik statü puanlarına ilişkin bilgiler Tablo 47’de gösterilmiştir.

Tablo 47: TÜSES Bulguları

	N	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	Standart Sapma
SES puanları (Ham Puanlar)	648	470,25	807,41	685,08	60,68
TÜSES Puanı (Standart)	648	14,59	70,16	50	10

Araştırmaya Türkiye genelinde 12 ilden toplamda 730 kişi katılmış ancak kişilerin tümünün TÜSES puanları hesaplanamamıştır. Son durumda eğitim, meslek ve gelir bilgisi vermeyen kişiler çıkarılarak toplam 648 kişinin TÜSES skorları oluşturulmuştur.

Eğitim, gelir ve meslek bilgisi üzerinden öncelikle ham SES skorları belirlenmiştir. Ham puanlara göre en düşük 470,25; en yüksek 807,41 puan alınmıştır. Ham puanların ortalaması 685,08’dir. Ham puanlar daha sonra yüzlük sistemde ortalaması 50 ve standart sapması 10 olan standart skorlara dönüştürülmüştür. Yapılan dönüşüm işlemi sonrası en düşük TÜSES skoru 14,59; en yüksek 70,16 olmuştur.

Tablo 48: TÜSES Ölçüm Değerleri

	TÜSES Puanları
Medyan	46,48
Mod	44,44
Skewness (Çarpıklık)	-0,21
Std. Error of Skewness (Çarpıklığın Std. Hatası)	0,10
Kurtosis (Basıklık)	-0,75

Std. Error of Kurtosis (Basıklığın Std. Hatası)		0,19
Yüzelikler	10	36,76
	20	43,15
	25	43,23
	30	43,53
	40	44,22
	50	46,48
	60	54,22
	70	58,84
	75	59,36
	80	60,46
90	61,89	

TÜSES ham puanları ortalaması 50 ve standart sapması 10 olan standardize puanlara dönüştürüldüğünde Tablo 48’de görüldüğü gibi medyan değeri 46,48; mod ise 44,44 olarak gerçekleşmiştir. Katılımcıların çoğunun puanının ortalama puandan düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 49: TÜSES Puanları İle Oluşturulan Tabakalar

	Kişi Sayısı	Yüzde
38,70 Puan Altı - ALT	71	11,0
38,71–61,64 Puan Arası – ORTA	510	78,7
61,65 Puan Üstü - ÜST	67	10,3
Toplam	648	100,0

TÜSES puanlarının standardize edilmesi işleminden sonra toplumsal tabakalara göre farkın ölçülebilmesi için TÜSES değişkeni ideal kesme noktalarından bölünerek gruplara ayrılmıştır. Buna göre Tablo 49’da görüleceği gibi yüzde 11’lik alt grup; yüzde 78,7’lik orta grup ve yüzde 10,3’lük üst grup şeklinde üçlü bir ayırım yapılmıştır. Kesme işlemi yapılırken puanların ağırlıklı olarak toplandığı noktalar kriter alınmıştır.

3.3.1. Genel Sağlık/Hastalık Durumu ve SES İlişkisi

Tablo 50: Genel Sağlık Durumu ve SES İlişkisi

		Genel Sağlık Değerlendirmesi			Toplam
		Çok Kötü - Kötü	Orta	İyi - Çok İyi	
Tabakalar	ALT	14	25	32	71
		19,7%	35,2%	45,1%	100,0%
	ORTA	42	167	301	510
		8,2%	32,7%	59,0%	100,0%
	ÜST	5	16	46	67

		7,5%	23,9%	68,7%	100,0%
Toplam		61	208	379	648
		9,4%	32,1%	58,5%	100,0%

($X^2 = 14,117$; $df=4$; $p < 0,01$)

Sağlık durumunun değerlendirilmesi için kullanılan öznel sağlık değerlendirme sorusuna verilen cevaplar ile toplumsal tabakalar arasındaki ilişkinin sonuçları Tablo 50'de gösterilmektedir. Sağlığını *iyi* ve *çok iyi* olarak değerlendirenlerin oranı alt tabakada yüzde 45,1; orta tabakada yüzde 59; üst tabakada ise yüzde 68,7'dir. Üst tabakaya çıkıldıkça sağlığı olumlu değerlendirme oranı yükselmektedir. Diğer taraftan sağlığını *çok kötü* - *kötü* olarak değerlendirenlere bakıldığında ise alt tabakadan üst tabakaya doğru gidildikçe bu oranların düştüğü gözlemlenmektedir. Toplumsal tabakalar ile sağlık değerlendirmesi arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişkinin olup olmadığının test edilmesi için kullanılan ki kare analizi sonuçlarına göre $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Üst tabakaya gidildikçe sağlığı olumlu değerlendirenlerin oranının yükseldiğini ifade eden Hipotez 1 kabul edilmiştir.

Tablo 51: Hastalık Bulunma Durumu ve SES İlişkisi

		Hastalık Durumu		Toplam
		Hiç Hastalığı Olmayan	En Az Bir Hastalığı Var	
Tabakalar	ALT	44	27	71
		62,0%	38,0%	100,0%
	ORTA	334	176	510
		65,5%	34,5%	100,0%
	ÜST	44	23	67
		65,7%	34,3%	100,0%
Toplam		422	226	648
		65,1%	34,9%	100,0%

($X^2 = 0,350$; $df=2$; $p > 0,05$)

Tablo 51 katılımcıların tabakalarına göre hastalık durumlarını göstermektedir. Toplam sonuçlar itibarıyla kişilerin yaklaşık yüzde 35'inde en az bir hastalık bulunmaktadır. Üst tabakadaki grup yüzde 65,7 ile en yüksek oranla hiç hastalığının olmadığını belirtirken; alt tabakadaki grup yüzde 38 oranla en az bir hastalığının bulunduğunu ifade etmiştir. Orta tabakadaki katılımcılarda en az bir hastalık bulunanların oranı yüzde 34,5'tir. Toplumsal tabakalara göre hastalık bulunma durumları arasındaki ilişkinin ki kare analiziyle istatistiksel olarak test edilmesi sonucunda ise $p > 0,05$ olarak tespit edilmiş ve toplumsal tabakalar ile hastalık bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

farka ulaşılamamıştır. Toplumsal tabakalara göre üst toplumsal tabakaya gidildikçe hastalık bulunma oranının düştüğünü öne süren Hipotez 2 reddedilmiştir.

Tablo 52: Hastalık Sayısı ve SES İlişkisi

		Toplam Hastalık Sayıları		Toplam
		En Fazla 3 Hastalık Var	4 ve Üzerinde Hastalık Var	
Tabakalar	ALT	15	12	27
		55,6%	44,4%	100,0%
	ORTA	145	31	176
		82,4%	17,6%	100,0%
	ÜST	23	0	23
		100,0%	0,0%	100,0%
Toplam		183	43	226
		81,0%	19,0%	100,0%

($X^2 = 16,955$; $df=2$; $p < 0,001$)

En az bir hastalığa sahip olduğunu söyleyen katılımcıların hastalık sayıları toplama işlemine tabi tutulmuş ve en fazla üç hastalığı olanlar ile dört ve üzerinde hastalığı bulunanlar şeklinde iki grup oluşturulmuştur. Tablo 52 kişilerin sahip olduğu toplam hastalık sayıları ile toplumsal tabakalar arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Buna göre alt tabakadaki kişilerin yüzde 44,4 ve orta tabakadakilerin yüzde 17,6'sinde dört ve üzerinde hastalık bulunduğu öğrenilmiştir. Üst tabakadaki kişilerde ise dört ve üzerinde hastalığı bulunan hiç kimse çıkmamıştır. Toplumsal tabakalar ile kişilerde bulunan hastalık sayıları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığının test edildiği ki kare testi sonuçlarına göre $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu test sonucu doğrultusunda üst tabakaya gidildikçe kişilerde bulunan toplam hastalık sayısının düştüğünü iddia eden Hipotez 3 kabul edilmiştir.

Tablo 53: VKİ ve SES İlişkisi

		Vücut Kitle İndeksi		Toplam
		VKİ 24,99 ve altı	VKİ 25 üzeri	
Tabakalar	ALT	35	36	71
		49,3%	50,7%	100,0%
	ORTA	333	177	510
		65,3%	34,7%	100,0%
	ÜST	48	19	67
		71,6%	28,4%	100,0%
Toplam		416	232	648
		64,2%	35,8%	100,0%

($X^2 = 8,742$; $df=2$; $p < 0,05$)

Sağlıklı bir bedene sahip olmanın göstergelerinden biri olarak vücut kitle indeksi insanların boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları arasındaki ilişkiye bakılarak hesaplanır. Vücut kitle indeksinde 25 kritik bir değerdir. Vücut kitle indeksi bu değer üzerinde olanların fazla kilolu ya da aşırı kilolu kişiler olarak sağlık açısından risk taşıdıkları ifade edilmektedir. Tablo 53'e göre alt tabakadaki kişilerin yarısından fazlası (yüzde 50,7); orta tabakadaki kişilerin yüzde 34,7'si; üst tabakadaki kişilerin yüzde 28,4'ü 25 ve üzeri vücut kitle indeksi değerine sahiptir. Toplumsal tabakalarla vücut kitle indeksi arasındaki ilişkinin ki kare testiyle analiz edildiği durumda $p < 0,05$ olarak gerçekleşmiştir. Bu sonuca göre "üst tabakalara gidildikçe fazla ve aşırı kilolu olanların oranı düşmektedir" şeklinde ifade edilmiş olan Hipotez 4 kabul edilmiştir.

3.3.2. Koruyucu – Önleyici Faaliyetler ve SES İlişkisi

Tablo 54: Koruyucu – Önleyici Faaliyette Bulunma ve SES İlişkisi

		Koruyucu Faaliyet		Toplam
		Hiç koruyucu faaliyet yaptırmamış.	En az bir koruyucu faaliyet yaptırmış.	
Tabakalar	ALT	43	28	71
		60,6%	39,4%	100,0%
	ORTA	277	233	510
		54,3%	45,7%	100,0%
	ÜST	22	45	67
		32,8%	67,2%	100,0%
Toplam		342	306	648
		52,8%	47,2%	100,0%

($X^2 = 12,900$; $df=2$; $p < 0,01$)

Tablo 54'te toplumsal tabakalar ile hastalıklara karşı koruyucu ve önleyici faaliyet yaptırmış olma durumuna ilişkin sonuçlar gösterilmiştir. En az bir koruyucu faaliyet yaptırmış olanların oranı alt tabakada yüzde 39,4; orta tabakada yüzde 45,7 ve son olarak üst tabakada yüzde 67,2 olarak gerçekleşmiştir. Toplumsal tabakalar ile koruyucu faaliyette bulunma arasında ilişki olup olmadığını test etmek için uygulanan ki kare analizi sonucuna göre $p < 0,01$ olarak bulunmuş ve tabakalar ile koruyucu faaliyette bulunma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Toplumsal tabakalarda yukarıya doğru gidildikçe koruyucu faaliyet yaptırma oranının yükseldiğini iddia eden Hipotez 5 kabul edilmiştir.

3.3.3. Sağlık Hizmetlerine Başvuru ve SES İlişkisi

Tablo 55: Sağlık Hizmetlerine Erişim ve SES İlişkisi

		Sağlık Hizmetlerine Erişim			Toplam
		Çok Zor - Zor	Ne Zor Ne Değil	Kolay - Çok Kolay	
Tabakalar	ALT	19	17	35	71
		26,8%	23,9%	49,3%	100,0%
	ORTA	69	111	330	510
		13,5%	21,8%	64,7%	100,0%
	ÜST	8	11	48	67
		11,9%	16,4%	71,6%	100,0%
Toplam		96	139	413	648
		14,8%	21,5%	63,7%	100,0%

($X^2 = 11,857$; $df=4$; $p < 0,05$)

Katılımcıların sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylık derecesi öğrenilerek buldukları toplumsal tabaka ile sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı arasında ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Tablo 55'teki toplam sonuçlar itibarıyla katılımcıların yüzde 63,7'si sağlık hizmetlerine erişimlerinin *kolay – çok kolay* olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte tabakalar arası erişim kolaylığına bakıldığında alt tabakadaki kişilerin ancak yüzde 49,3'ü kolay şekilde sağlık hizmetlerine eriştiğini söylerken; orta tabakadaki kişilerde bu oran yüzde 64,7; üst tabakadakilerde ise yüzde 71,6'dır. Diğer taraftan sağlık hizmetlerine erişimin zorluk derecelerindeki tabaka değişimine bakıldığında ise alt tabakadaki insanların dörtte birinden fazlasının sağlık hizmetlerine erişimlerini *çok zor – zor* olarak değerlendirdiğini; orta tabakada bu oranın yüzde 13,5; üst tabakada ise yüzde 11,9 olduğu görülmektedir. Toplumsal tabakalar ile sağlık hizmetlerine erişim arasında ilişki olup olmadığını test etmek için yapılan ki kare analizi sonucuna göre $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmiş olup üst tabakalara gidildikçe sağlık hizmetlerine erişimin kolay olarak değerlendirildiğini söyleyen Hipotez 6 kabul edilmiştir.

Tablo 56: Aile Hekimliğine Başvuru ve SES İlişkisi

		Aile Hekimliğine Başvuru			Toplam
		Hiçbir Zaman	Nadiren - Arada Sırada	Sıklıkla - Her Zaman	
Tabakalar	ALT	4	46	21	71
		5,6%	64,8%	29,6%	100,0%
	ORTA	17	297	196	510
		3,3%	58,2%	38,4%	100,0%

	ÜST	1	35	31	67
		1,5%	52,2%	46,3%	100,0%
Toplam		22	378	248	648
		3,4%	58,3%	38,3%	100,0%

Tablo 56’da toplumsal tabakalar ile aile hekimliğine başvuru sıklıkları arasındaki ilişki gösterilmektedir. Genel toplamda yüzde 3,4 oranında katılımcı *hiçbir zaman* aile hekimliğine gitmediğini söylerken; *nadiren – arada sırada* gittiğini söyleyenlerin oranı yüzde 58,3; *sıklıkla – her zaman* gittiğini ifade edenlerin oranı yüzde 38,3’tür. Toplumsal tabakalara göre tablo incelendiğinde aile hekimliğine sıklıkla - her zaman gittiğini söyleyenlerin alt tabakadaki kişiler arasındaki oranı yüzde 29,6; orta tabakadakilerde yüzde 38,4; üst tabakadakilerde yüzde 46,3’tür. Üst tabakalara doğru gidildikçe aile hekimliğini tercih etme sıklığının arttığı gözlemlenmektedir.

Tablo 57: Devlet Hastanelerine Başvuru ve SES İlişkisi

		Devlet Hastanesine Başvuru			Toplam
		Hiçbir Zaman	Nadiren - Arada Sırada	Sıklıkla - Her Zaman	
Tabakalar	ALT	0	45	26	71
		0,0%	63,4%	36,6%	100,0%
	ORTA	11	279	220	510
		2,2%	54,7%	43,1%	100,0%
	ÜST	0	31	36	67
		0,0%	46,3%	53,7%	100,0%
Toplam		11	355	282	648
		1,7%	54,8%	43,5%	100,0%

Sağlık hizmeti almak üzere tercih edilen kurumlardan biri olarak devlet hastanelerine başvuru sıklıkları incelendiğinde alt toplumsal tabakadaki kişilerin yüzde 36,6’sının sıklıkla – her zaman bu kurumları tercih ettiği görülürken; orta tabakada bu oran yüzde 43,1; üst tabakada yüzde 53,7’dir (bkz. Tablo57). Üst tabakaya doğru gidildikçe devlet hastanelerini tercih etme sıklığının arttığı görülmektedir. Aynı zamanda genel toplam içerisinde devlet hastanelerini hiçbir zaman tercih etmediğini söyleyenlerin oranının yüzde 1,7’de kalması bu kurumlara başvurunun yüksek sıklıkta olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 58: Tıp Fakültesine Başvuru ve SES İlişkisi

		Tıp Fakültesine Başvuru			Toplam
		Hiçbir Zaman	Nadiren - Arada Sırada	Sıklıkla - Her Zaman	
Tabakalar	ALT	22	41	8	71

		31,0%	57,7%	11,3%	100,0%
	ORTA	101	313	96	510
		19,8%	61,4%	18,8%	100,0%
	ÜST	8	38	21	67
		11,9%	56,7%	31,3%	100,0%
Toplam		131	392	125	648
		20,2%	60,5%	19,3%	100,0%

Tablo 58 sağlık hizmeti almak üzere tıp fakültesini tercih etme sıklığıyla toplumsal tabakalar arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Sağlık hizmeti almak için tıp fakültesini sıklıkla – her zaman tercih ettiğini söyleyen alt tabakadaki kişilerin oranı yüzde 11,3; orta tabakadaki kişilerin oranı yüzde 18,8; üst tabakadaki kişilerin oranı yüzde 31,3’tür. Tıp fakültesini hiçbir zaman tercih etmediğini söyleyenlerin oranı ise alt tabakada yüzde 31; orta tabakada yüzde 19,8; üst tabakada yüzde 11,9 olarak gerçekleşmiştir. Genel itibarıyla üst tabakaya doğru gidildikçe tıp fakültesini tercih oranı yükselmektedir.

Tablo 59: Özel Hastaneye Başvuru ve SES İlişkisi

		Özel Hastaneye Başvuru			Toplam
		Hiçbir Zaman	Nadiren - Arada Sırada	Sıklıkla - Her Zaman	
Tabakalar	ALT	28	38	5	71
		39,4%	53,5%	7,0%	100,0%
	ORTA	107	338	65	510
		21,0%	66,3%	12,7%	100,0%
	ÜST	4	46	17	67
		6,0%	68,7%	25,4%	100,0%
Toplam		139	422	87	648
		21,5%	65,1%	13,4%	100,0%

($X^2 = 29,399$; $df=4$; $p < 0,001$)

Tablo 59 sağlık hizmeti almak üzere özel hastaneleri tercih etme sıklığıyla toplumsal tabakalar arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Alt tabakada olup sağlık hizmeti almak için özel hastaneyi sıklıkla – her zaman tercih edenlerin oranı %7; orta tabakadakiler için %12,7; üst tabaka insanlar için %25,4’tür. Genel toplam oranının %13,4 olduğuna dikkat edildiğinde alt tabaka ve üst tabaka olarak belirtilen tabakalardaki kişilerin özel hastaneyi sıklıkla tercih etme durumları arasında fark olduğu göze çarpmaktadır. Toplumsal tabakalar ile özel hastane tercihi arasındaki ilişki ki kare testiyle analiz edilmiş ve test sonuçlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak $p < 0,001$ düzeyinde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Üst toplumsal tabakaya gidildikçe özel hastaneleri tercih etme sıklığının yükseldiğini iddia eden Hipotez 7 kabul edilmiştir.

Tablo 60: Özel Muayenehaneye Başvuru ve SES İlişkisi

		Özel Muayenehaneye Başvuru			Toplam
		Hiçbir Zaman	Nadiren - Arada Sırada	Sıklıkla - Her Zaman	
Tabakalar	ALT	43	28	0	71
		60,6%	39,4%	0,0%	100,0%
	ORTA	213	264	33	510
		41,8%	51,8%	6,5%	100,0%
	ÜST	19	41	7	67
		28,4%	61,2%	10,4%	100,0%
Toplam		275	333	40	648
		42,4%	51,4%	6,2%	100,0%

Katılımcıların sağlık hizmeti almak üzere özel muayenehaneleri tercih etme sıklığı ile toplumsal tabakalar arasındaki ilişki Tablo 60'ta gösterilmektedir. Alt toplumsal tabakada sağlık hizmeti almak için özel muayenehaneleri sıklıkla – her zaman tercih eden kimse bulunmamakla birlikte orta tabakadaki insanların %6,5'i; üst tabakadaki kişilerin %10,4'ü özel muayenehaneleri sıkça tercih ettiğini ifade etmiştir. Diğer taraftan alt kesimdeki insanların %60,6'sı özel muayenehaneleri hiç tercih etmediğini söylerken; üst tabakada bu oran %28,4'e düşmektedir. Genel eğilim itibarıyla tüm gruplarda özel muayene tercihinin sıklıkla – her zaman düzeyinde ancak %6,2 oranında kalmış olması bu sağlık hizmetinin pek tercih edilmediğini göstermektedir.

Tablo 61: Geleneksel Şifacılar Başvuru ve SES İlişkisi

		Geleneksel Şifacılar Başvuru		Toplam
		Hiçbir Zaman	Nadiren ve Daha Sık	
Tabakalar	ALT	51	20	71
		71,8%	28,2%	100,0%
	ORTA	333	177	510
		65,3%	34,7%	100,0%
	ÜST	36	31	67
		53,7%	46,3%	100,0%
Toplam		420	228	648
		64,8%	35,2%	100,0%

($X^2 = 5,193$; $df=2$; $p > 0,05$)

Sağlık hizmeti almak, muayene veya tedavi olmak için geleneksel şifacılar olarak nitelendirilen kişileri tercih etme sıklığı ile toplumsal tabakalar arasındaki ilişki Tablo 61'de gösterilmiştir. Katılımcıların %64,8'i geleneksel şifacıları hiçbir zaman tercih etmediğini ifade etmişken; %35,2 oranındaki katılımcı nadiren veya daha sık olacak

şekilde bu tercihe başvurduklarını bildirmiştir. Toplumsal tabakalara göre geleneksel şifacılar gitme sıklığına bakıldığında ise alt tabakadaki kişilerin %28,2'si nadiren veya daha sık; orta tabakadakilerin %34,7; üst tabakadakilerin %46,3 oranında gittiği görülmektedir. Toplumsal tabakalara göre geleneksel şifacıları tercih etme sıklığı arasındaki ilişkinin test edildiği ki kare analizi sonucuna göre $p>0,05$ bulunmuş olup “üst toplumsal tabakaya gidildikçe geleneksel şifacılar başvuru sıklığı azalmaktadır” şeklinde ifade edilen Hipotez 8 reddedilmiştir.

Tablo 62: Dış Muayenesi İçin Özel Bir Merkezden Hizmet Alma ve SES İlişkisi

		Dış Muayenesi İçin Özel Hizmet Alma		Toplam
		Hiçbir Zaman Almam	Sadece Acil Durumlarda Alırım	
Tabakalar	ALT	29	36	65
		44,6%	55,4%	100,0%
	ORTA	145	342	487
		29,8%	70,2%	100,0%
	ÜST	10	50	60
		16,7%	83,3%	100,0%
Toplam		184	428	612
		30,1%	69,9%	100,0%

($X^2= 11,687$; $df=2$; $p < 0,01$)

Dış muayenesini özel bir merkezden alma ile toplumsal tabakalar arasındaki ilişkinin gösterildiği Tablo 62'ye göre alt tabakadaki kişilerin yüzde 44,6'sı; orta tabakadakilerin %29,8'i; üst tabakadaki kişilerin ise %16,7'si hiçbir zaman bu hizmete başvurmadığını dile getirmiştir. Sadece acil durumlarda dış muayenesi hizmeti alma oranlarına bakıldığında ise alt tabakanın %55,4'ü; orta tabakanın %70'i; üst tabakanın %83,3'ü bu hizmeti kullandığını söylemiştir. Toplumsal tabakalara göre özel muayene hizmeti alma arasında ilişki olup olmadığını test etmek için uygulanan ki kare analizi sonucuna göre $p<0,01$ düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuş olup üst tabakalara gidildikçe özel hizmete başvuru oranlarının yükseldiğini iddia eden Hipotez 9 kabul edilmiştir.

Tablo 63: Mahremiyetin Önemi ve SES İlişkisi

		Mahremiyetin Önemi			Toplam
		Önemsiz	Ne Önemli Ne Değil	Önemli	
Tabakalar	ALT	43	14	14	71
		60,6%	19,7%	19,7%	100,0%
	ORTA	326	99	85	510

		63,9%	19,4%	16,7%	100,0%
	ÜST	41	9	17	67
		61,2%	13,4%	25,4%	100,0%
Toplam		410	122	116	648
		63,3%	18,8%	17,9%	100,0%

($X^2 = 3,975$; $df=4$; $p > 0,05$)

Sağlık hizmetlerine başvuruya ilgili olarak başvuru alan hekimin kadın ya da erkek olmasının mahremiyet açısından önemli olup olmamasıyla toplumsal tabakalar arasındaki ilişki Tablo 63'te gösterilmektedir. Genel toplam sonuçlara göre katılımcıların yüzde 63,3'ü hekimin cinsiyetinin önemli olmadığını ifade etmiştir. Toplamda yüzde 17,9 oranında katılımcı mahremiyetin önemli olduğunu dile getirmiştir. Tabakalara göre mahremiyete bakıldığında ise mahremiyetin önemli olduğunu söyleyen alt tabaka katılımcı oranı yüzde 19,7, orta tabaka katılımcı oranı yüzde 16,7; üst tabaka katılımcı oranı yüzde 25,4'tür. Mahremiyet ile toplumsal tabakalar arasında ilişkinin incelendiği ki kare test sonuçlarına göre $p > 0,05$ olarak bulunmuş ve üst toplumsal tabakalara gidildikçe mahremiyetin önemini düşeceğini iddia eden Hipotez 10 reddedilmiştir.

3.3.4. Sağlık ve Hastalık Üzerinde Etkili Olduğu Düşünülen Sebepler ve SES İlişkisi

Katılımcılara sağlık ve hastalık üzerinde etkili olduğu düşünülen toplamda 14 madde yöneltilmiş olup bu maddelerin her birini önem derecesine göre değerlendirmeleri istenmiştir. Verilen maddelerin çoğunda -yukarıda da belirtildiği gibi- önemli ve çok önemli cevapları yoğunluktadır. Ancak bazı maddelerde dağılım diğerlerinden farklıdır. Bunlar sağlık-hastalık etkeni olarak “kişilerin ibadetlerini yerine getirmemeleri”; “nazar değmesi”; “büyü-cin-beddua vb. manevi sebepler” maddeleridir. Bu kısımda katılımcıların bu üç maddeye verdikleri cevaplara dayanarak toplumsal tabakalara göre aralarında farklılık olup olmadığı araştırılmıştır.

Tablo 64: Sağlık-Hastalık Etkeni Olarak İbadet Yapmama ve SES İlişkisi

		İbadet Yapmama			Toplam
		Çok Önemsiz - Önemsiz	Ne Önemli Ne Değil	Önemli - Çok Önemli	
Tabakalar	ALT	12	12	47	71
		16,9%	16,9%	66,2%	100,0%
	ORTA	90	88	332	510

		17,6%	17,3%	65,1%	100,0%
	ÜST	9	11	47	67
		13,4%	16,4%	70,1%	100,0%
Toplam		111	111	426	648
		17,1%	17,1%	65,7%	100,0%

($X^2 = 0,875$; $df=4$; $p > 0,05$)

Tablo 64 katılımcıların görüşlerine göre sağlık/hastalık etkeni olarak ibadet yapmamanın ne derece önemli olduğunu toplumsal tabaka ayrımıyla göstermektedir. Toplam sonuçlar itibarıyla katılımcıların yüzde 65,7'si ibadet yapmamanın önemli – çok önemli bir sağlık/hastalık etkeni olduğunu düşünmektedir. Toplumsal tabakalar ayrımında konuyla ilgili görüşler incelendiğinde ise ibadet yapmamanın önemli bir sağlık/hastalık etkeni olduğunu söyleyen kişiler alt tabakada yüzde 66,2; orta tabakada yüzde 65,1; üst tabakada yüzde 70,1 oranındadır. Üst toplumsal tabakaya gidildikçe ibadet yapmamanın sağlık/hastalık etkeni olarak öneminin düşeceğini iddia eden hipotezi test etmek için uygulanan ki kare analizi sonucuna göre $p > 0,05$ bulunmuş ve Hipotez 11 reddedilmiştir.

Tablo 65: Sağlık-Hastalık Etkeni Olarak Nazar Değmesi ve SES İlişkisi

		Nazar Değmesi			Toplam
		Çok Önemsiz - Önemsiz	Ne Önemli Ne Değil	Önemli - Çok Önemli	
Tabakalar	ALT	28	20	23	71
		39,4%	28,2%	32,4%	100,0%
	ORTA	214	104	192	510
		42,0%	20,4%	37,6%	100,0%
	ÜST	30	12	25	67
		44,8%	17,9%	37,3%	100,0%
Total		272	136	240	648
		42,0%	21,0%	37,0%	100,0%

($X^2 = 2,833$; $df=4$; $p > 0,05$)

Katılımcıların sağlık/hastalık etkeni olarak nazar değmesini ne derece önemli gördüğü ile toplumsal tabakalar arasındaki ilişki Tablo 65'te gösterilmektedir. Genel toplam sonuçlarına göre katılımcıların yüzde 42'si nazar değmesini önemsiz bir faktör olarak değerlendirmektedir. Nazar değmesini önemli bir faktör olarak görenlerin oranı ise toplamda yüzde 37'dir. Alt toplumsal tabakada nazarı önemli görenlerin oranı yüzde 32,4; orta tabakada yüzde 37,6; üst tabakada yüzde 37,3'tür. Nazar alt tabakada yüzde 39,4; orta tabakada yüzde 42; üst tabakada yüzde 44,8 oranında önemsiz bir sağlık-hastalık faktörü olarak değerlendirilmektedir. Toplumsal tabakalar ile nazar değmesinin

sağlık/hastalıkta önemli bir etken olup olmadığının incelendiği ki kare analizi sonucuna göre $p>0,05$ olarak tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farka ulaşılamamıştır. Üst toplumsal tabakaya gidildikçe nazarın daha önemsiz bir sağlık-hastalık faktörü olduğunu iddia eden Hipotez 12 reddedilmiştir.

Tablo 66: Sağlık/Hastalık Etkeni Olarak Büyü-Cin-Beddua vb. ve SES İlişkisi

		Büyü – Cin – Beddua vb. Manevi Sebepler			Toplam
		Çok Önemsiz - Önemsiz	Ne Önemli Ne Değil	Önemli - Çok Önemli	
Tabakalar	ALT	35	13	23	71
		49,3%	18,3%	32,4%	100,0%
	ORTA	253	97	160	510
		49,6%	19,0%	31,4%	100,0%
	ÜST	33	15	19	67
		49,3%	22,4%	28,4%	100,0%
Toplam		321	125	202	648
		49,5%	19,3%	31,2%	100,0%

($X^2 = 0,601$; $df=4$; $p > 0,05$)

Büyü, cin beddua vb. manevi sebeplerin sağlık/hastalık üzerinde etkili faktörler olup olmadığına ilişkin düşünceler ile toplumsal tabakalar arasındaki ilişkinin gösterildiği Tablo 66'da bu faktörleri önemli görenlerin toplam oranı yüzde 31,2; önemsiz görenlerin toplam oranı yüzde 49,5'tir. Tüm toplumsal tabakalarda bu faktörlere benzer oranlarda önemlilik atfedilmiştir. Toplumsal tabakalara göre önem dereceleri arasında fark olup olmadığını test eden ki kare analizi sonuçlarına göre $p>0,05$ olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiye ulaşılamamıştır. Bu test sonucuna göre üst toplumsal tabakalara çıkıldıkça büyü, cin, beddua gibi faktörlerin önem derecelerinin azaldığını iddia eden Hipotez 13 reddedilmiştir.

3.3.5. Sağlık Bilgisine Ulaşma ve SES İlişkisi

Tablo 67: Sağlık Bilgi Kaynağı I ve SES İlişkisi

		Bilgi Kanalı I				Toplam	
		İnternet	Sağlık Uzmanları	Medya	Sosyal Çevre		Geleneksel Şifacılar
Tabakalar	ALT	13	17	6	18	17	71
		18,3%	23,9%	8,5%	25,4%	23,9%	100,0%
	ORTA	114	184	87	86	39	510
		22,4%	36,1%	17,1%	16,9%	7,6%	100,0%
	ÜST	16	25	12	12	2	67
		23,9%	37,3%	17,9%	17,9%	3,0%	100,0%

Toplam	143	226	105	116	58	648
	22,1%	34,9%	16,2%	17,9%	9,0%	100,0%

Tablo 67 katılımcıların sağlıkla ilgili konularda ilk sırada başvurdukları bilgi kanalı ile toplumsal tabakaları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Toplam sonuçlara bakıldığında katılımcıların sağlık bilgisi kaynağı olarak en yüksek oranla (yüzde 34,9) sağlık uzmanlarına başvuru yaptıkları görülmektedir. İkinci sırada gelen sağlık bilgisi kaynağı internet (yüzde 22,1); üçüncü sıradaki sosyal çevre (yüzde 17,9); dördüncü sıradaki medya (yüzde 16,2); son sıradaki ise geleneksel şifacılarıdır (yüzde 9). Bu sıralama orta ve üst tabakalar için de benzer şekilde gerçekleşmiştir. Ancak alt toplumsal tabakada ilk sırada yüzde 25,4 ile sosyal çevre bulunmaktadır. İkinci sırada sağlık uzmanları ve geleneksel şifacılar eşit oranla (yüzde 23,9) kendilerine yer bulmuşken; dördüncü sırada internet (yüzde 18,3) ve son sırada medya (yüzde 8,5) gelmektedir.

3.3.6. Modern Tıp Dışı Yöntemler ve SES İlişkisi

Tablo 68: Hacamat Yaptırma ve SES İlişkisi

		Hacamat Yaptırma		Toplam
		Hayır	Evet	
Tabakalar	ALT	59	12	71
		83,1%	16,9%	100,0%
	ORTA	428	82	510
		83,9%	16,1%	100,0%
	ÜST	54	13	67
		80,6%	19,4%	100,0%
Toplam		541	107	648
		83,5%	16,5%	100,0%

Katılımcılara daha önceden hacamat yaptırıp yaptırmadıkları sorulmuş olup toplumsal tabakalara göre bu yolu tercih edip etmediklerine ilişkin sonuçlar Tablo 68’de gösterilmektedir. Toplamda yüzde 16,5 oranında katılımcının bu tekniğe başvurmuş olduğu görülmektedir. Alt tabakadaki kişilerde bu oran yüzde 16,9; orta tabakada yüzde 16,1; üst tabakada yüzde 19,4’tür. Modern tıp dışındaki bir yöntem olarak hacamat yaptırmaya başvuranların en düşük oranda orta tabaka; en yüksek oranda ise üst tabaka olduğu görülmektedir.

Tablo 69: Tedavi Amaçlı Ot/Bitki Kullanma ve SES İlişkisi

		Ot/Bitki Kullanma		Toplam
		Hayır	Evet	
Tabakalar	ALT	50	21	71

		70,4%	29,6%	100,0%
	ORTA	357	153	510
		70,0%	30,0%	100,0%
	ÜST	39	28	67
		58,2%	41,8%	100,0%
Toplam		446	202	648
		68,8%	31,2%	100,0%

Katılımcılara tedavi maksadıyla çeşitli ot/bitkiler kullanıp kullanmadıkları sorulmuş olup toplamda yüzde 31,2 oranında katılımcının bu yöntemi uygulamış olduğu görülmektedir. Tablo 69’da katılımcıların toplumsal tabakalarına göre ot/bitki kullanma durumları gösterilmiş olup en düşük oranda bu yolu tercih edenlerin yüzde 29,6 ile alt tabaka; sonrasında yüzde 30 ile orta tabaka; en yüksek oranla yüzde (41,8) üst tabaka olduğu görülmektedir.

Tablo 70: Hocaya Okutma ve SES İlişkisi

		Hocaya Okutma		Toplam
		Hayır	Evet	
Tabakalar	ALT	63	8	71
		88,7%	11,3%	100,0%
	ORTA	457	53	510
		89,6%	10,4%	100,0%
	ÜST	53	14	67
		79,1%	20,9%	100,0%
Toplam		573	75	648
		88,4%	11,6%	100,0%

Modern tıp dışı bir yöntem olarak sağlık amacıyla hocaya okutma eyleminde bulunanların toplumsal tabakalarına göre dağılımı Tablo 70’te gösterilmektedir. Toplamda yüzde 11,6 oranında katılımcının bu yolu tercih etmiş olduğu gözlemlenmekteyken; alt tabaka için yüzde 11,3; orta tabaka için yüzde 10,4; üst tabaka için yüzde 20,9 oranlarında bu yöntemin tercih edilmiş olduğu öğrenilmiştir.

3.3.7. Sağlıkla İlgili Pratikler ve Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar ve SES İlişkisi

Tablo 71: Spor Yapma ve SES İlişkisi

		Spor Yapma		Toplam
		Hayır	Evet	
Tabakalar	ALT	58	13	71
		81,7%	18,3%	100,0%
	ORTA	379	131	510
		74,3%	25,7%	100,0%

	ÜST	38	29	67
		56,7%	43,3%	100,0%
Toplam		475	173	648
		73,3%	26,7%	100,0%

($X^2 = 12,237$; $df=2$; $p < 0,01$)

Katılımcılara sağlıkla ilgili önemli bir pratik olarak amatör ya da profesyonel biçimde spor yapıp yapmadıkları sorulmuş olup iki kategorili biçimde yanıtlar toplanmıştır. Toplamda yüzde 26,7 oranında katılımcının spor yapmış/yapıyor olduğu öğrenilmiştir (bkz. Tablo 71). Spor yapanların oranı alt tabakada yüzde 18,3; orta tabakada yüzde 25,7; üst tabakada yüzde 43,3'tür. Spor yapanlarla yapmayanların toplumsal tabakalara göre farklılaşıp farklılaşmadıklarını öğrenmek için uygulanan ki kare analizine göre $p < 0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir. Bu sonuçlara göre toplumsal tabakalaşmada üst katmanlara çıkıldıkça spor yapmış/yapıyor olma oranlarının arttığını iddia eden Hipotez 14 kabul edilmiştir.

Tablo 72: Diş Fırçalama ve SES İlişkisi

		Diş Fırçalama		Toplam
		Hayır	Evet	
Tabakalar	ALT	24	47	71
		33,8%	66,2%	100,0%
	ORTA	149	361	510
		29,2%	70,8%	100,0%
	ÜST	11	56	67
		16,4%	83,6%	100,0%
Toplam		184	464	648
		28,4%	71,6%	100,0%

($X^2 = 5,917$; $df=2$; $p > 0,05$)

“Günde en az bir defa olacak şekilde dişlerinizi fırçalıyor musunuz?” sorusuna alınan yanıtlara göre iki kategori oluşturulmuş ve oluşturulan bu grupların toplumsal tabakalara göre dağılımına Tablo 72’de yer verilmiştir. Toplam oranlar itibarıyla katılımcıların yüzde 71,6’sı dişlerini fırçaladığını bildirmiştir. Alt tabakada bu oran yüzde 66,2; orta tabakada yüzde 70,8; üst tabakada artarak yüzde 83,6 olarak gerçekleşmiştir. Tabakalara göre diş fırçalama davranışında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını test etmek için uygulanan ki kare analizi sonucunda $p > 0,05$ bulunmuştur. Dolayısıyla gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiş ve üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça diş fırçalama davranışının daha yüksek oranlarda olduğunu iddia eden Hipotez 15 reddedilmiştir.

Tablo 73: Sigara Kullanma ve SES İlişkisi

		Sigara		Toplam
		Kullanmıyor	Kullanıyor	
Tabakalar	ALT	27	44	71
		38,0%	62,0%	100,0%
	ORTA	243	267	510
		47,6%	52,4%	100,0%
	ÜST	37	30	67
		55,2%	44,8%	100,0%
Toplam		307	341	648
		47,4%	52,6%	100,0%

Katılımcılar sigara kullanma durumlarına göre ikiye ayrılmış olup toplamda yüzde 52,6'sı sigara içtiğini; yüzde 47,4'ü içmediğini bildirmiştir. Toplumsal tabakalar arasında sigara kullanma durumlarını gösteren Tablo 73'e göre sigara kullanımının alt tabakadan üst tabakaya gidildikçe azalan bir eğilim içerisinde olduğu görülmektedir. Alt tabakada sigara içenlerin oranı yüzde 62; orta tabakada yüzde 52,4; üst tabakada ise yüzde 44,8 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 74: Alkollü İçki Kullanma ve SES İlişkisi

		Alkollü İçki		Toplam
		Kullanmıyor	Kullanıyor	
Tabakalar	ALT	49	22	71
		69,0%	31,0%	100,0%
	ORTA	324	186	510
		63,5%	36,5%	100,0%
	ÜST	49	18	67
		73,1%	26,9%	100,0%
Toplam		422	226	648
		65,1%	34,9%	100,0%

Tablo 74'te alkollü içki kullanma durumu ile toplumsal tabakalar arasında karşılaştırma yapılmıştır. Genel toplamda yüzde 34,9 oranında katılımcı alkollü içki tükettiğini bildirmiştir. Bu oran alt tabakada yüzde 31; orta tabakada yüzde 36,5; üst tabakada en düşük oranla yüzde 26,9 olarak gerçekleşmiştir. Toplumsal tabakalara göre dalgalı bir kullanım durumunun olduğu gözlemlenmiştir.

3.3.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve SES İlişkisi

Tablo 75: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Toplam) ve SES İlişkisi

N – Ortalama – Std. Sapma Değerleri	ANOVA Sonuçları
-------------------------------------	-----------------

Puan	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	Var. K.	Kt	Sd	Ko	F	P
SYBDÖ II Ölçek Toplamı	Alt	71	131,37	25,89	G.Arası	7938,94	2	3969,47	7,51	,001
	Orta	510	142,39	22,73	G.İçi	341064,58	645	528,78		
	Üst	67	143,51	21,77	Toplam	349003,52	647			
	Toplam	648	141,30	23,23						

Toplumsal tabakalar ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasındaki ilişki Tablo 75’te gösterilmiştir. 52 maddelik ölçeğin ortalaması alt tabakadaki kişilerde 131,37; orta tabakadaki kişilerde 142,39; üst tabakadaki kişilerde 143,51 olarak gerçekleşmiştir. Tabakaların ortalama puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının incelenmesi için uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucuna göre $p=0,001$ bulunmuş ve grupların ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grupların ortalama puanlarıyla birlikte bu sonuç üst tabakalara gidildikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının artacağını iddia eden Hipotez 16’yı doğrulamıştır. Gruplardan hangisinin ya da hangilerinin diğerlerinden farklılaştığını tespit etmek amacıyla çoklu karşılaştırma testleri uygulanmış ve sonuçlar Tablo 76’da gösterilmiştir.

Tablo 76: Toplumsal Tabakalar Arasında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanlarının Çoklu Karşılaştırılma Testi Sonuçları (Scheffe)

Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata Ortalaması	P
ALT	ORTA	-11,02	2,91	,001
	ÜST	-12,14	3,92	,008
ORTA	ALT	11,02	2,91	,001
	ÜST	-1,12	2,99	,932
ÜST	ALT	12,14	3,92	,008
	ORTA	1,12	2,99	,932

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının tabakalar arasında nasıl farklılaştığını gösteren Tablo 76’ya göre alt tabakanın orta ve üst tabakayla istatistiksel olarak farklılaşacak biçimde düşük ortalama puanlara sahip olduğu görülmektedir ($p<0,01$). Bununla birlikte orta ve üst tabakalardaki katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Ancak üst tabakadaki katılımcıların puan ortalaması diğer iki gruptaki katılımcıların puan ortalamasından yüksektir.

Tablo 77: Sağlık Sorumluluğu ve SES İlişkisi

N – Ortalama – Std. Sapma Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	Var. K.	Kt	Sd	Ko	F	P
Sağlık Sorumluluğu	Alt	71	21,59	5,51	G.Arası	438,06	2	219,029	8,53	,000
	Orta	510	24,10	5,03	G.İçi	16555,03	645	25,667		
	Üst	67	24,67	4,87	Toplam	16993,09	647			
	Toplam	648	23,88	5,13						

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutlarından biri olan sağlık sorumluluğu davranışlarının toplumsal tabakalara göre farklılaşıp farklılaşmadığını sınamak için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 77’de gösterilmiştir. Alt toplumsal tabakadaki kişilerin puan ortalaması 21,59; orta tabakadaki kişilerin 24,10; üst tabakadaki kişilerin 24,67’dir ve grupların ortalama puanları arasında $p < 0,001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Bu sonuçlara göre üst tabakaya gidildikçe sağlık sorumluluğu puanlarının yükseldiğini iddia eden Hipotez 16.1 kabul edilmiştir. Grupların kendi aralarındaki farklılığı incelemek amacıyla çoklu karşılaştırma testi uygulanmış ve sonuçları Tablo 78’de gösterilmiştir.

Tablo 78: Toplumsal Tabakalar Arasında Sağlık Sorumluluğu Puanlarının Çoklu Karşılaştırılma Testi Sonuçları (Scheffe)

Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata Ortalaması	P
ALT	ORTA	-2,51	,64	,001
	ÜST	-3,08	,86	,002
ORTA	ALT	2,51	,64	,001
	ÜST	-0,57	,66	,684
ÜST	ALT	3,08	,86	,002
	ORTA	0,57	,66	,684

Toplumsal tabakalar olarak ayrıştırılan grupların kendi aralarındaki sağlık sorumluluğu puan farklılıklarını incelemek için uygulanan Scheffe testi sonuçlarına göre üst ve orta tabakadaki katılımcıların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktayken ($p > 0,05$); alt tabakanın sağlık sorumluluğu puanları orta ve üst tabakanın sağlık sorumluluğu puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede

farklılaşmıştır ($p<0,01$). Alt toplumsal tabakadaki kişilerin sağlık sorumluluğu puanları daha düşük çıkmıştır.

Tablo 79: Fiziksel Aktivite ve SES İlişkisi

N – Ortalama – Std. Sapma Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	Var. K.	Kt	Sd	Ko	F	P
Fiziksel Aktivite	Alt	71	16,69	6,31	G.Arası	559,67	2	279,84	7,63	,001
	Orta	510	19,42	6,11	G.İçi	23648,65	645	36,67		
	Üst	67	20,34	5,34	Toplam	24208,32	647			
	Toplam	648	19,22	6,12						

Fiziksel aktivite puanlarının toplumsal tabakalar arasında farklılaşıp farklılaşmadığını sınamak amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 79’da gösterilmektedir. Alt toplumsal tabakadaki kişilerin fiziksel aktivite toplam puan ortalaması 16,69; orta tabakadaki kişilerin 19,42; üst tabakadaki kişilerin 20,34 olarak gerçekleşmiştir. One-Way ANOVA testi sonuçlarına göre grupların ortalama puanları arasında $p<0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre üst tabakaya gidildikçe fiziksel aktivite puanlarının artacağını iddia eden Hipotez 16.2 kabul edilmiştir.

Tablo 80: Toplumsal Tabakalar Arasında Fiziksel Aktivite Puanlarının Çoklu Karşılaştırılma Testi Sonuçları (Scheffe)

Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata Ortalaması	P
ALT	ORTA	-2,73	0,77	,002
	ÜST	-3,65	1,03	,002
ORTA	ALT	2,73	0,77	,002
	ÜST	-0,92	0,79	,504
ÜST	ALT	3,65	1,03	,002
	ORTA	0,92	0,79	,504

Gruplar arası fiziksel aktivite puanlarının istatistiksel olarak nasıl farklılaştığını gösteren Scheffe çoklu karşılaştırma testi sonuçları Tablo 80’de gösterilmektedir. Test sonuçlarına göre üst ve orta tabakadaki katılımcıların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$). Diğer taraftan alt tabakadaki kişilerin fiziksel aktivite puanları orta ve üst tabakadaki kişilerin puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşacak şekilde düşük çıkmıştır ($p<0,01$).

Tablo 81: Beslenme ve SES İlişkisi

N – Ortalama – Std. Sapma Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	Var. K.	Kt	Sd	Ko	F	P
Beslenme	Alt	71	22,41	5,35	G.Arası	206,67	2	103,33	4,25	,015
	Orta	510	24,22	4,93	G.İçi	15691,04	645	24,33		
	Üst	67	23,81	4,44	Toplam	15897,70	647			
	Toplam	648	23,98	4,96						

Beslenme puanlarının toplumsal tabakalara göre dağılımını gösteren Tablo 81'e göre alt toplumsal tabakadaki kişilerin puan ortalaması 22,41; orta tabakadaki kişilerin puan ortalaması 24,22; üst tabakadaki kişilerin puan ortalaması 23,81 olarak gerçekleşmiştir. Toplumsal tabakaların beslenme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını sınamak için uygulanan tek yönlü varyans analizi sonucunda $p < 0,05$ bulunarak grupların beslenme puanları arasında istatistiksel değerlendirmede anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Grupların kendi aralarındaki puan farklılıklarını incelemek amacıyla Scheffe çoklu karşılaştırma testi uygulanmış ve sonuçlar Tablo 82'de gösterilmiştir.

Tablo 82: Toplumsal Tabakalar Arasında Beslenme Puanlarının Çoklu Karşılaştırılma Testi Sonuçları (Scheffe)

Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata Ortalaması	P
ALT	ORTA	-1,81	0,62	,015
	ÜST	-1,40	0,84	,251
ORTA	ALT	1,81	0,62	,015
	ÜST	0,41	0,64	,812
ÜST	ALT	1,40	0,84	,251
	ORTA	-0,41	0,64	,812

Ortalama puanlar arasındaki farklar incelendiğinde yalnızca alt grup ve orta grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Diğer taraftan alt ve üst grup ile orta ve üst grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa ulaşılamamıştır ($p > 0,05$). Alt toplumsal tabakadan orta toplumsal tabakaya geçişte beslenme puanları yükselmesine rağmen orta toplumsal tabakadan üst toplumsal tabakaya geçişte beslenme puanlarının yükselmemiş olması nedeniyle üst toplumsal tabakaya gidildikçe beslenme puanlarının arttığını iddia eden Hipotez 16.3 kısmen doğrulanabilmiştir.

Tablo 83: Manevi Gelişim ve SES İlişkisi

N – Ortalama – Std. Sapma Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	Var. K.	Kt	Sd	Ko	F	P
Manevi Gelişim	Alt	71	25,32	4,29	G.Arası	92,53	2	46,27	3,06	,048
	Orta	510	26,51	3,78	G.İçi	9752,12	645	15,12		
	Üst	67	26,66	4,23	Toplam	9844,65	647			
	Toplam	648	26,39	3,90						

Manevi gelişim puanlarının toplumsal tabakalara göre farklılaşp farklılaşmadığını test etmek için uygulanan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına ve grupların ortalama puanlarına Tablo 83'te yer verilmiştir. Alt toplumsal tabakanın ortalama puanı 25,32; orta toplumsal tabakanın ortalama puanı 26,51; üst toplumsal tabakanın ortalama puanı 26,66'dır. One-Way ANOVA testi sonucunda $p < 0,05$ olarak bulunmuş olup gruplardan en az birinin diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmış olduğu ortaya konulmuştur. Bu sonuçlara göre üst toplumsal tabakaya gidildikçe manevi gelişim puanlarının yükseldiğini iddia eden Hipotez 16.4 doğrulanmıştır. Toplumsal tabakaların manevi gelişim puanlarının kendi aralarındaki farklılıkları incelemek için çoklu karşılaştırma testi uygulanmış ve sonuçlar Tablo 84'te gösterilmiştir.

Tablo 84: Toplumsal Tabakalar Arasında Manevi Gelişim Puanlarının Çoklu Karşılaştırılma Testi Sonuçları (LSD)

Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata Ortalaması	P
ALT	ORTA	-1,18	0,49	,017
	ÜST	-1,33	0,66	,045
ORTA	ALT	1,18	0,49	,017
	ÜST	-0,15	0,51	,768
ÜST	ALT	1,33	0,66	,045
	ORTA	0,15	0,51	,768

Uygulanan çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre alt ve orta grup arasında; ayrıca alt ve üst grup arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşma tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Orta toplumsal tabakanın manevi gelişim puanlarıyla üst toplumsal tabakanın manevi gelişim puanları arasında üst toplumsal tabaka lehine bir farklılık olsa da istatistiksel olarak anlamlı farklılığa ulaşamamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 85: Kişilerarası İlişkiler ve SES İlişkisi

N – Ortalama – Std. Sapma Değerleri	ANOVA Sonuçları
-------------------------------------	-----------------

Puan	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	Var. K.	Kt	Sd	Ko	F	P
Kişilerarası İlişkiler	Alt	71	25,51	5,04	G.Arası	79,17	2	39,58	2,43	,089
	Orta	510	26,59	3,89	G.İçi	10517,42	645	16,31		
	Üst	67	26,15	4,00	Toplam	10596,59	647			
	Toplam	648	26,43	4,05						

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından kişilerarası ilişkilerin ölçüldüğü alt boyutun toplumsal tabakalar arasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına ve grupların puan ortalamalarına Tablo 85'te yer verilmiştir. En düşük ortalama puana sahip olan grup alt toplumsal tabakadır (25,21). Üst toplumsal tabaka 26,15 ile ikinci sırada ve 26,59 ile orta tabaka en üstte yer almaktadır. One-Way ANOVA analizi sonucuna göre $p > 0,05$ olarak bulunmuş olup grupların ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Dolayısıyla üst toplumsal tabakaya gidildikçe kişilerarası ilişkiler puanlarının yükseleceğini iddia eden Hipotez 16.5 reddedilmiştir.

Tablo 86: Stres Yönetimi ve SES İlişkisi

N – Ortalama – Std. Sapma Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	Var. K.	Kt	Sd	Ko	F	P
Stres Yönetimi	Alt	71	19,85	4,49	G.Arası	198,76	2	99,38	5,77	,003
	Orta	510	21,55	4,10	G.İçi	11104,51	645	17,22		
	Üst	67	21,88	4,18	Toplam	11303,28	647			
	Toplam	648	21,40	4,18						

Toplumsal tabakaların stres yönetimi ortalama puanları ve toplumsal tabakaların stres yönetimi puanları arasında fark olup olmadığını sınanan tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 86'da gösterilmektedir. Alt toplumsal tabakanın ortalama puanı 19,85; orta toplumsal tabakanın ortalama stres yönetimi puanı 21,55; üst toplumsal tabakanın ortalama stres yönetimi puanı 21,88'dir. One-Way ANOVA testi sonucu ise $p < 0,01$ olarak gerçekleşmiş toplumsal tabakalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Üst toplumsal tabakaya gidildikçe stres yönetimi puanlarının yükseldiğini iddia eden Hipotez 16.6 doğrulanmıştır.

Tablo 87: Toplumsal Tabakalar Arasında Stres Yönetimi Puanlarının Çoklu Karşılaştırılma Testi Sonuçları (Scheffe)

Gruplar (I)	Gruplar (J)	Ortalama Farkı (I-J)	Std. Hata Ortalaması	P
-------------	-------------	----------------------	----------------------	---

ALT	ORTA	-1,71	0,53	,005
	ÜST	-2,04	0,71	,016
ORTA	ALT	1,71	0,53	,005
	ÜST	-0,33	0,54	,830
ÜST	ALT	2,04	0,71	,016
	ORTA	0,33	0,54	,830

Toplumsal tabakalar arasında stres yönetimi puanlarının ne şekilde farklılaşmış olduğunu göstermek için yapılan çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına Tablo 87’de yer verilmiştir. Gruplar ortalama puan farkları bakımından incelendiğinde üstteki grupların lehine puan ortalamaları olduğu görülmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık ise alt ve orta ile alt ve üst grup arasında gerçekleşmiştir ($p < 0,05$). Orta ve üst grup arasında puan ortalamaları açısından fark tespit edilmiş olsa da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$).

3.3.9. Eğitim, Gelir, Meslek Değişkenlerine Göre Genel Sağlık Durumu

Önceki kısımlarda değinildiği gibi sahip olunan eğitim, elde edilen gelir ve sahip olunan meslek sağlık üzerinde etkili olan faktörlerdir. Bu kısımda kültürel sermaye olarak eğitim, ekonomik sermaye olarak gelir ve ayrıca toplumsal tabakalaşma için önemli bir başka değişken olarak meslekle genel sağlık durumu arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Tablo 88: Eğitim ve Genel Sağlık Durumu İlişkisi

		Genel Sağlık Durumu			Toplam
		Çok Kötü - Kötü	Orta	İyi - Çok İyi	
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	24	64	87	175
		13,7%	36,6%	49,7%	100,0%
	Lise	18	101	157	276
		6,5%	36,6%	56,9%	100,0%
	Yüksekokul ve üstü	26	78	173	277
		9,4%	28,2%	62,5%	100,0%
Toplam		68	243	417	728
		9,3%	33,4%	57,3%	100,0%

($X^2 = 12,634$; $df=4$; $p < 0,05$)

Tablo 88’de eğitim düzeyleri ve genel sağlık durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen sonuçlar gösterilmektedir. Buna göre kendi sağlığını *iyi – çok iyi* görenlerin ilköğretim ve daha alt düzeyde eğitilmiş kişiler içerisindeki oranı yüzde 49,7; lise seviyesinde eğitilmiş kişiler içerisinde yüzde 56,9; yüksekokul ve daha üst seviyedeki eğitilmiş kişiler içerisinde yüzde 62,5 olarak gerçekleşmiştir. Sağlığını *kötü – çok kötü* olarak

değerlendirenlerin ilköğretim ve altı düzeydeki kişiler içerisindeki oranı yüzde 13,7; lise seviyesindekiler içerisindeki oranı yüzde 6,5; yüksekokul ve üstü seviyede eğitilmişler içerisindeki oranı yüzde 9,4'tür. Eğitim düzeyi ve genel sağlık durumu arasındaki ilişkiyi incelemek için uygulanan ki kare analizi sonucuna bakıldığında ise p değerinin 0,05'ten küçük çıktığı görülmektedir. Bu istatistiksel sonuçla birlikte tablodaki eğilim doğrultusunda eğitim seviyesi ile genel sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ve eğitim seviyesinin yükseldikçe sağlığı olumlu yönde değerlendirme oranlarının da arttığı gözlemlenmiştir. Eğitim seviyesi yükseldikçe sağlığı olumlu olarak değerlendirilme oranlarının artacağını iddia eden Hipotez 17 doğrulanmıştır.

Tablo 89: Gelir ve Genel Sağlık Durumu İlişkisi

		Genel Sağlık Durumu			Toplam
		Çok Kötü - Kötü	Orta	İyi - Çok İyi	
Gelir	2500 TL altı	15	69	79	163
		9,2%	42,3%	48,5%	100,0%
	2501 TL - 7500 TL arası	41	143	261	445
		9,2%	32,1%	58,7%	100,0%
	7501 TL ve üzeri	12	29	73	114
		10,5%	25,4%	64,0%	100,0%
Total		68	241	413	722
		9,4%	33,4%	57,2%	100,0%

($X^2= 9,718$; $df=4$; $p < 0,05$)

Hane düzeyinde gelir bilgisini paylaşmış olan katılımcıların gelir bilgisiyle kendilerine ait genel sağlık durumları arasındaki ilişki Tablo 89'da gösterilmektedir. Aylık 2500 TL altında gelire sahip olanlarda sağlığını iyi – çok iyi olarak değerlendirenlerin oranı yüzde 48,5; 2501 TL – 7500 TL arasında gelire sahip olanlarda yüzde 58,7; 7501 TL üzeri geliri olanlarda yüzde 64'tür. Sağlığını iyi olarak değerlendirenlerde gelir miktarı arttıkça oranların arttığı görülmekteyken; orta olarak değerlendirenlerde gelirin arttıkça oranların düştüğü gözlemlenmektedir. Sağlığı kötü olarak değerlendirenlerde en yüksek gelirli olanların küçük bir farkla diğer gruplardakilerden daha yüksek oranda çıkmıştır. Gelir ve genel sağlık durumu arasındaki ilişkiyi incelemek için uygulanan ki kare analizi sonucunda $p < 0,05$ bulunmuş ve gelir ile sağlık arasında ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur. Gelirin arttıkça genel sağlık değerlendirmesinin olumluya doğru gittiği görülmüştür ve iddiası bu yönde olan Hipotez 18 kabul edilmiştir.

Tablo 90: Meslek ve Genel Sağlık Durumu İlişkisi

		Genel Sağlık Durumu			Toplam
		Çok Kötü - Kötü	Orta	İyi - Çok İyi	
Meslek Sahibi Olma Durumu	Mesleği var	30	126	243	399
		7,5%	31,6%	60,9%	100,0%
	Mesleği yok (ev hanımı - işsiz vb.)	19	81	76	176
		10,8%	46,0%	43,2%	100,0%
Toplam		49	207	319	575
		8,5%	36,0%	55,5%	100,0%

($X^2 = 15,529$; $df=2$; $p < 0,01$)

25 yaş ve üzerindeki katılımcıların meslek sahibi olma durumu ile genel sağlık durumları arasındaki ilişkiyi gösteren Tablo 90'a göre mesleği olan kişiler içerisinde sağlığını iyi – çok iyi olarak değerlendirenlerin oranı yüzde 60,9; orta olarak değerlendirenlerin oranı yüzde 31,6; kötü – çok kötü olarak değerlendirenlerin oranı yüzde 7,5'tir. Ev hanımı ya da işsizler gibi meslek sahibi olmayanların ayrı bir grup olarak toplandığı durumda sağlığını iyi – çok iyi olarak değerlendirenlerin oranı yüzde 43,2; orta olarak değerlendirenlerin oranı yüzde 46; kötü – çok kötü olarak değerlendirenlerin oranı yüzde 10,8'dir. Meslek sahibi olma ve genel sağlık durumu arasındaki incelemek için yapılan ki kare analizi sonucuna göre $p < 0,01$ olarak bulunmuş ve meslek sahibi olmakla sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Tablonun incelenmesiyle birlikte meslek sahibi olmanın sağlık değerlendirmesini olumlu yönde etkilediği görülmüş olup Hipotez 19 kabul edilmiştir.

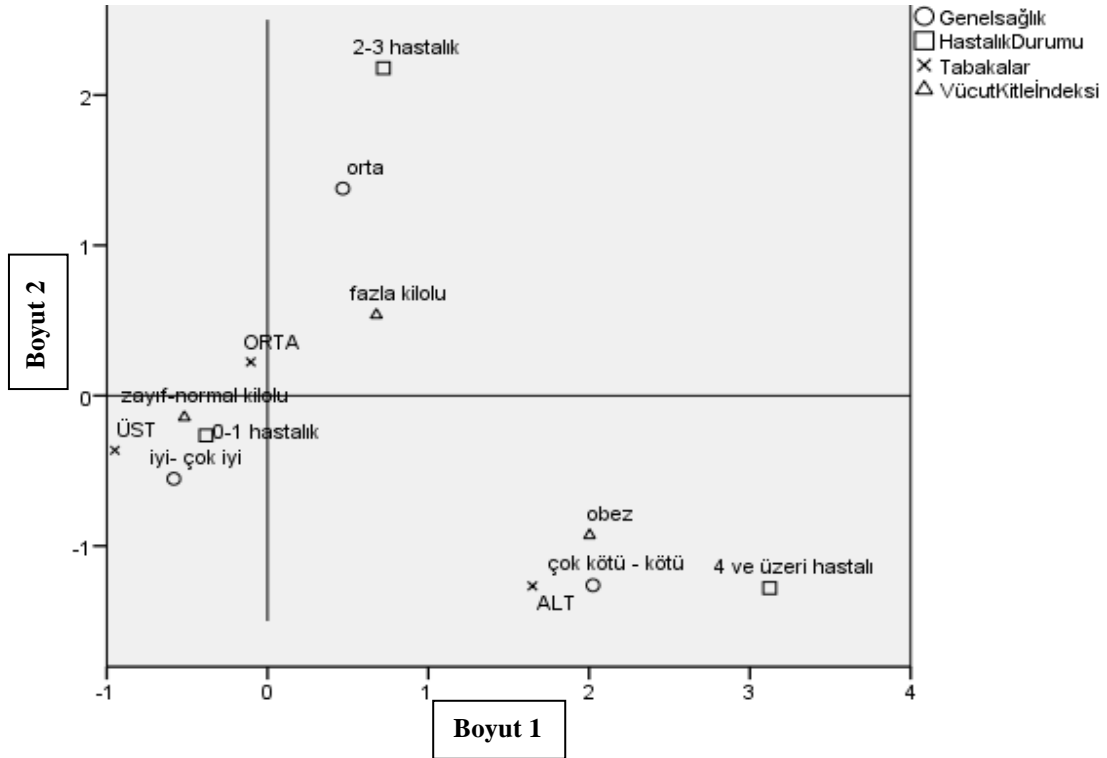
3.3.10. Temel Sağlık Göstergeleri ve SES İlişkisi

Genel sağlık durumu, vücut kitle indeksi ve hastalık sayıları katılımcıların temel sağlık göstergeleri olarak kabul edilerek bunların bulunulan toplumsal tabaka konumlarıyla ilişkisi çoklu uyum analizi yoluyla araştırılmıştır. İlgili analize ait özet bilgiler Tablo 91'de gösterilmiştir.

Tablo 91: Temel Sağlık Göstergeleri ve SES İlişkisinin İncelendiği Çoklu Uyum Analizinin Özet Bilgileri

Boyut	Toplam (Eigenvalue)	Inertia	% Varyans
1	1,521	,380	38,01
2	1,136	,284	28,40

Tablo 91'e göre birinci boyutta açıklanan varyans oranı yüzde 38,01; ikinci boyutta açıklanan varyans oranı yüzde 28,40'tır. Bu iki boyutun toplam açıklama oranı ise yüzde 66,41'dir. Değişkenlerin kategorileri arasındaki ilişki Grafik 1'de gösterilmiştir:



Grafik 1: Temel Sağlık Göstergeleri ve SES İlişisini Gösteren Çoklu Uyum Analizi

Grafik 1'e göre üst toplumsal tabakada bulunan kişilerin ya hiç hastalığının olmadığı ya da en fazla bir hastalığının olduğu, bu kişilerin *zayıf* veya *normal kiloda* olan kişiler olduğu, kendi sağlıklarını ise daha çok *iyi-çok iyi* şeklinde değerlendirildiği görülmektedir. *Obez*, *dört ve üzerinde hastalığı olan* ve sağlığını *kötü-çok kötü* olarak değerlendiren kişilerin ise alt toplumsal tabaka konumuyla ilişkili olduğu görülmektedir.

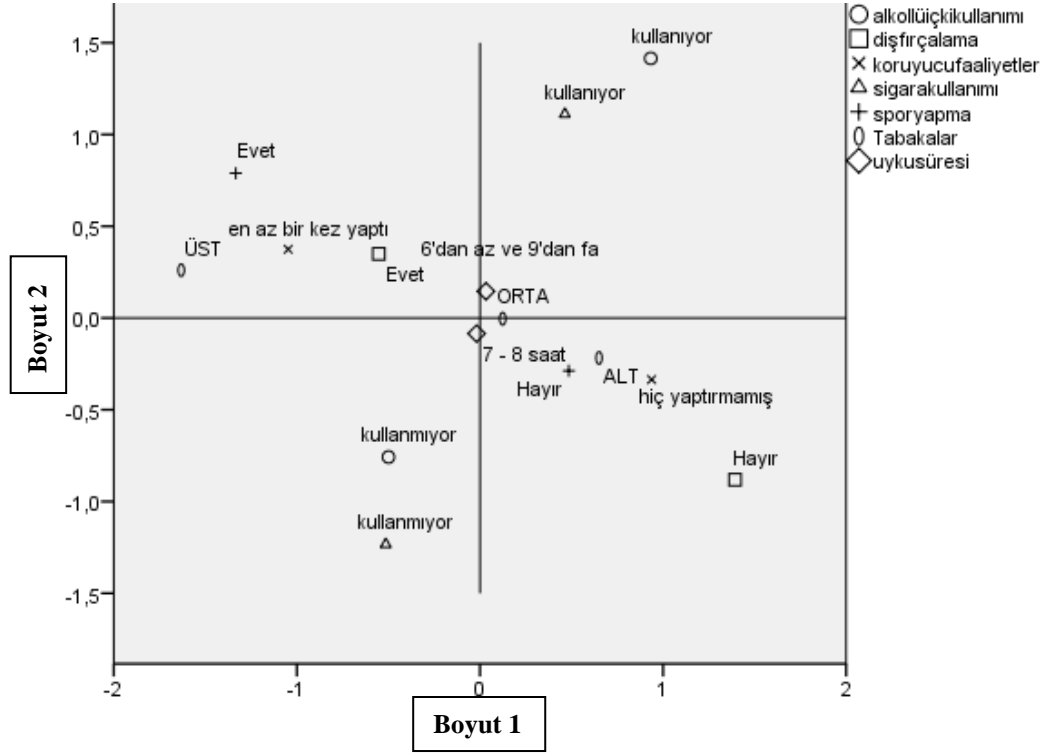
3.3.11. Sağlık Pratikleri ve SES İlişkisi

Koruyucu faaliyette bulunma, spor yapmış/yapıyor olma, diş fırçalama, sigara ve alkollü içki kullanma, günlük uyku süreleri ve toplumsal tabakalar arasındaki ilişki çoklu uyum analiziyle incelenmiş olup ilgili analizin özet bulguları Tablo 92'de gösterilmiştir.

Tablo 92: Sağlık Pratikleri ve SES İlişkisinin İncelendiği Çoklu Uyum Analizinin Özet Bilgileri

Boyut	Toplam (Eigenvalue)	Inertia	% Varyans
1	1,688	,241	24,11
2	1,397	,200	19,95

Çoklu uyum analizi sonuçlarına göre birinci boyutun varyansın yüzde 24,11'ini, ikinci boyutun yüzde 19,95'ini açıklayabildiği görülmektedir. İki boyutun toplamda açıkladığı varyans oranı yüzde 44,06 olarak gerçekleşmiştir.



Grafik 2: Sağlık Pratikleri ve SES İlişkisini Gösteren Çoklu Uyum Analizi

Grafik 2'deki sonuçlara göre orta tabakada bulunmanın ve günlük uyku sürelerinin merkeze yakın bölgede olması bu kategorilerin ilgili inceleme açısından belirgin bir öneme sahip olmadığını göstermektedir. Diğer taraftan sigara ve alkollü içki kullanma durumlarına dair alınan cevapların analizdeki diğer değişken kategorilerinden uzakta olması dolayısıyla bunlarla doğrudan bir ilişkisinin olmadığı ifade edilebilir. Burada sigara ve alkollü içki kullanma durumlarının birbirlerine yakın noktalarda sonuç vermiş olması bu iki davranışın genelde bir arada gerçekleştiğine işaret etmektedir. Farklı bir ifadeyle sigara kullananların aynı zamanda alkollü içki de kullanan kişiler olduğu -ya da tam tersi- söylenebilir. Yapılan analize göre alt toplumsal tabakada bulunma, spor yapmama, dişlerini düzenli olarak fırçalamama ve koruyucu faaliyette bulunmama durumunun birbiriyle uyumlu olduğu; diğer taraftan üst toplumsal tabakada bulunma,

spor yapma, dişlerini düzenli olarak fırçalama ve en az bir koruyucu faaliyette bulunmuş olma durumunun da kendi aralarında birbiriyle uyumlu olduğu görülmektedir.

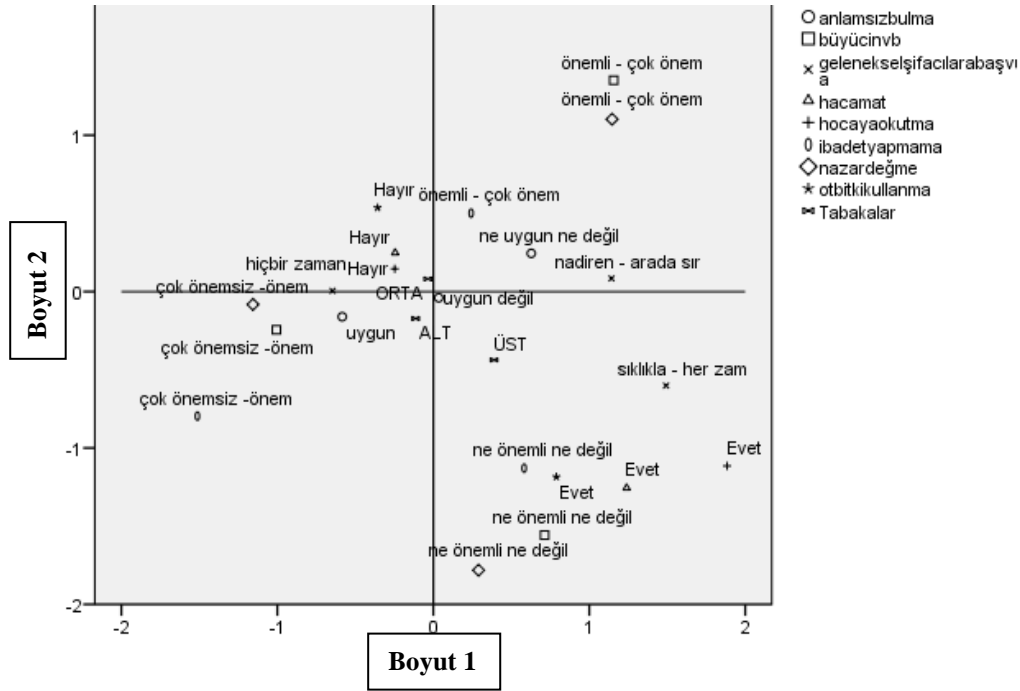
3.3.12. Modern Tıp Dışı Uygulamalar/Düşünceler ve SES İlişkisi

Modern tıp dışı uygulamalar konusundaki görüş ve pratikler ile toplumsal tabaka konumları arasındaki ilişkilerin incelenmesi için değişkenler arasında çoklu uyum analizi gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların hacamat yaptırma, çeşitli ot/bitki kullanma ve hocaya okutma (Kur'an, dua vb.) pratiklerini gerçekleştirip gerçekleştirmediği; modern tıp dışındaki alternatif tedavi yollarına ilişkin “*anlamsız buluyorum, asla tercih etmem*” ifadesinin kendi fikirlerine uygun olup olmadığı; geleneksel şifacılara başvurma sıklığı; sağlık/hastalık etkeni olarak ibadet yapmama, nazar değmesi ve büyü, cin beddua gibi manevi sebeplerin önemlilik derecesi ile toplumsal tabaka konumları arasındaki ilişkinin incelendiği çoklu uyum analizine ait özet bilgilere Tablo 93’te yer verilmiştir.

Tablo 93: Modern Tıp Dışı Uygulamalar ve SES İlişkisinin İncelendiği Çoklu Uyum Analizinin Özet Bilgileri

Boyut	Toplam (Eigenvalue)	Inertia	% Varyans
1	2,384	,265	26,49
2	1,657	,184	18,41

Analiz sonucuna göre birinci boyut varyansın yüzde 26,49’unu, ikinci boyut yüzde 18,41’ini açıklamaktadır. İki boyutun açıkladığı toplam varyans oranı yüzde 44,90 şeklinde gerçekleşmiştir. Uygulanan analizin grafiksel gösterimi Grafik 3’tedir.



Grafik 3: Modern Tıp Dışı Uygulamalar/Düşünceler ve SES İlişkisini Gösteren Çoklu Uyum Analizi

Katılımcıların sağlık/hastalık etkeni olarak kendilerine yöneltilen maddelerin önem derecelerine ilişkin görüşlerinin birbirine benzerlik gösterdiği ve üç sorudan alınan yanıtların aynı bölgelerde toplanmış olduğu görülmektedir. Katılımcıların hocaya okutma, ot/bitki kullanma ve hacamat yaptırma durumları da kendi içinde benzer sonuçlar vermiştir. Üç soruya *evet* diyenlerin bir bölgede toplanmasının yanı sıra *hayır* cevabını verenler de ayrı bir bölgede toplanmışlardır. Toplumsal tabaka kategorilerinin dağılımı incelendiğinde ise alt ve orta tabaka konumlarının merkeze yakın olduğu; üst tabaka konumunun merkezden çok uzak olmasa da diğerlerine göre daha uzak kaldığı dikkat çekmektedir. Buna göre alt ve orta tabakada bulunmanın analize katılan değişkenler açısından büyük bir önem arz etmediği ifade edilebilir. Üst tabaka konumunda bulunanların ise önem dereceleri bakımından ilgili sorulara verdikleri cevaplarla *ne önemli ne değil* yanıtlarıyla daha ilişkili oldukları; bununla birlikte modern tıp dışı uygulamaları da daha fazla gerçekleştirmiş oldukları söylenebilir. Üst tabakada bulunan kişilerin geleneksel şifacılara gitme bakımından da bunu daha fazla tercih ettikleri dile getirilebilir. Modern tıp dışı yöntemleri anlamsız bulanların sağlık/hastalık etkenleriyle ilgili maddeleri önemsiz gördükleri iddia edilebilir.

4. DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: TARTIŞMA ve DEĞERLENDİRME

Bu araştırma sağlığın toplumsal tabakalara göre farklılık gösterdiği temel hipotezi üzerine inşa edilmiştir. Ancak önceki kısımlarda da değinildiği gibi sağlıkla ilgili pek çok boyut bulunmaktadır ve bu çalışmada sağlığın sadece bazı yönlerine değinilebilmiştir. Araştırmada ele alınan boyutlardan ilki kişilerin genel sağlık/hastalık durumları olmuştur.

Katılımcıların genel sağlık/hastalık durumları ilk olarak kişilerin kendi sağlıklarını nasıl algıladıkları; ikinci olarak kişilerde hastalık bulunup bulunmaması durumu; üçüncü olarak hastalık bulunan kişilerdeki hastalık sayıları; son olarak da vücut kitle indeksleri üzerinden karşılaştırmalar yapılarak dört ayrı şekilde incelenmiştir. Toplumsal tabakalara göre üst toplumsal tabakalara çıkıldıkça olumlu sağlık göstergelerinin daha fazla olması yönünde hipotezler kurulmuştur.

Genel sağlık durumuyla ilgili hipotezler ayrı ayrı ele alındığında “Üst toplumsal tabakaya doğru gidildikçe sağlığı olumlu değerlendirme oranları artmaktadır.” şeklinde kurulmuş olan Hipotez 1’in istatistik test sonucuna göre doğrulandığı görülmüştür. Yani üst tabakalardaki insanların kendi sağlıklarını olumlu olarak değerlendirme oranları alt tabakalardaki kişilerden yüksek çıkmıştır. Bu, sağlığın toplumsal tabakalar arasında farklı olarak dağıldığını gösteren önemli bir bulgudur. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sağlık güvencesinin kapsamının genişletilmesi gibi sağlıkla ilgili yapılan iyileştirmelere rağmen sağlık toplumda dengeli biçimde dağılmamaktadır.

Kişilerin kendilerine ilişkin genel sağlık algılarının toplumsal sınıflar arasındaki dağılımını inceleyen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Toplumsal sınıfları belirleme şekilleri ve sağlık durumuyla ilgili ölçümleri bu çalışmada kullanılan araçlardan farklı olsa da toplumsal sınıfların sağlık değerlendirmeleri arasında farklılıklar tespit edilmiştir. İlgili literatürdeki bulgular da bu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

İlk olarak Belek’in (2004: 73-74) Antalya’da yaptığı çalışma incelendiğinde toplumsal sınıflara göre sağlığı *iyiden kötü* olarak değerlendirmenin mavi yakalılarda ve niteliksiz işçilerde yüksek oranlarda olduğu görülürken; beyaz yakalı, yüksek nitelikli, burjuva ve kendi hesabına çalışan kişilerde bu oranın ortalamasının altında kaldığı görülmüştür.

Algılanan sağlık durumu mavi yakalılar ve niteliksiz işçilerde olumsuz olarak ayrışmıştır. 1997 yılındaki ilk çalışmadan sonra aynı örnekleme iki yıl sonra yapılan araştırmada da sağlığın iyiden kötü olarak değerlendirilme oranı tüm katılımcılar için artış göstermiş olup ilaveten mavi yakalılar ve niteliksiz emekçiler olarak belirlenmiş gruplardaki oranlar daha da yükselmiştir (82). 2002 yılında tekrarlanan araştırma sonucuna göre de genel sağlık algısında olumuz yönde artış tespit edilmiş ve bu yıl için yapılan değerlendirmede en yüksek oranda sağlığını iyiden kötü olarak algılayanlar mavi yakalılar olmuşken; en düşük oran yüksek nitelikliler olarak gerçekleşmiştir (97).

Koçoğlu (2006: 44) sağlık durumu ile toplumsal sınıflar arasındaki ilişkiyi incelemiş; ancak bu incelemeyi algılanan sağlık sorusunu da içeren SF-36 Kısa Form ile gerçekleştirmiştir. SF-36 Kısa Form fiziksel, sosyal ve ruhsal sağlık bileşenlerini içerecek şekilde düzenlenmiş yaşam kalitesi ölçeğidir. Koçoğlu araştırma sonucunda mavi yakalı, beyaz yakalı, kendi hesabına çalışan ve burjuva olarak gruplandırılmış dört toplumsal sınıfın ölçek puanları arasında farklılık tespit etmiştir. Hem fiziksel hem de mental sağlık özet puanlarının en yüksekten en düşüğe burjuva, beyaz yakalılar, kendi hesabına çalışanlar ve mavi yakalılar olarak sıralandığı bulunmuştur (86-87).

Bu çalışmada kullanılan sağlık algısı sorusundan farklı olmakla birlikte sağlık araştırmalarında sıklıkla kullanılan bir ölçek olarak Genel Sağlık Anketi'nin (GSA-12) kullanıldığı bir başka çalışmada da sosyal sınıfların sağlık düzeyleri arasında farklılık tespit edilmiştir (Selçuk, 2010). GSA-12 mental sağlıkla ilgili tespit yapmaya yardımcı bir ölçektir ve bu ölçekten alınan puanlar yükseldikçe sağlık durumu kötüleşmektedir. Selçuk'un araştırma bulgularına göre en düşük GSA-12 puanıyla en iyi durumdaki sağlığa sahip olan sınıf beyaz yakalılar olmuştur. İkinci sırada burjuva, üçüncü sırada mavi yakalılar ve en son sırada ise mavi yakalılardan küçük bir farkla kendi hesabına çalışan kişiler gelmektedir (73).

Boratav'ın kendi çalışmasında da sağlık göstergeleri bakımından toplumsal sınıflar arasında farklılık tespit edilmiştir. Boratav'ın tespitine göre "düzenli ve formel istihdam koşullarında çalışan kentli ücretli-maaşlı gruplar, sosyal güvenlik sisteminin parasız sağlık hizmetlerinin olanaklarını sonuna kadar kullanmaktadırlar ve bu durum, sağlık göstergelerinde de olumlu yansımalar gerçekleştirmiştir" (2004: 72).

Çalışmanın ikinci hipotezi üst toplumsal tabakaya doğru çıkıldıkça kişilerde hastalık bulunma oranlarının düşeceğini iddia etmektedir. Bu iddia aynı zamanda hastalıkların toplumsal tabakalar arasında eşit dağılmadığını ileri sürmektedir. Ancak yapılan istatistiksel test sonucuna göre kişilerin hastalık sahibi olup olmaması ile buldukları toplumsal tabaka arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu sonuca göre Hipotez 2 reddedilmiştir. Fakat incelemeye devam edip ilgili çapraz tablo incelendiğinde (bkz. Başlık 3.3.1; Tablo 51) üst tabakadaki kişilerde hiç hastalık bulunmama oranı en yüksek çıkmışken; alt tabakada hastalık görülme oranı diğerlerinden daha yüksek çıkmıştır. Yani üst tabakaya çıkıldığında hastalık görülme oranı azalma eğilimindedir.

Kişilerin genel sağlık/hastalık durumu ve buldukları toplumsal tabaka arasında ilişki olup olmadığını inceleyen üçüncü hipotez hastalık sahibi olan kişilerin hastalık sayılarıyla ilgilidir. Bu hipoteze göre üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça kişilerde bulunan hastalık sayısının düşeceği iddia edilmiştir. Bu iddiayı test etmek üzere yapılan ki kare analizi sonucuna göre toplumsal tabakalar ve sahip olunan hastalık sayıları arasında ilişki vardır ve üst toplumsal tabakadaki kişilerin hiçbirinde dört ve üzerinde sayıda hastalık tespit edilememiştir. Dolayısıyla kurulmuş olan Hipotez 3 kabul edilmiştir. Kişilere yöneltilen 11 hastalıktan dört ve daha fazlasının alt tabakadaki kişilerde daha yüksek oranda görülmesi alt kesimin hastalıklar konusunda dezavantajlı olduğunu kanıtlamaktadır.

Sosyoekonomik statüler ile hastalıklar arasındaki ilişkileri inceleyen farklı çalışmalarda da bu araştırma sonuçlarına paralel sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin Tekin'in (2007: 172) araştırmasında alt toplumsal tabakaya gidildikçe kronik hastalık sayısının arttığı; TÜİK'in Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması verilerine dayanarak hazırlanan çalışmaya göre de kronik hastalık sahibi olma durumunun eğitim ve gelir durumlarına bağlı şekilde değişiklik gösterdiği; genel olarak eğitim ve gelir düzeyinin artışıyla kronik hastalık bulunması durumunun azaldığı tespit edilmiştir (K. Aydın, 2019: 51-52).

Şimşek'in (2011: 47-48) çalışmasında hipertansiyon ve diyabet hastalıklarının riski ve teşhis alma durumları eğitim, gelir ve sosyal sınıflar açısından cinsiyet farkına bakılacak şekilde incelenmiştir. Hipertansiyon ve bu hastalığın bulunma riski hem erkek hem kadınlarda eğitim düzeyi yüksek olanlarda anlamlı derecede daha düşük çıkmıştır. Aynı

sonuçlar diyabet hastalığı için de geçerlidir. Erkeklerde gelir düzeyi hipertansiyon ve bu hastalığın bulunma riskini etkilemezken kadınlarda geliri yüksek olanlarda daha düşük bulunmuştur. Diyabet ve bu hastalığın bulunma riski açısından ise her iki cinsiyette gelir arttıa azalma olduğu görülmüş ancak istatistiksel farklılık tespit edilememiştir. Hipertansiyon ve riski kadın ve erkeklerde sosyal sınıflar açısından farklılık göstermemektedir. Ancak diyabet ve riskinde cinsiyetler arasında farklılık olacak şekilde erkeklerde sosyal sınıflar arasında farklılık bulunmamaktayken; kadınlar arasında işsiz ve çalışmayanların daha yüksek oranda ve anlamlı derecede bu hastalığı ve riskini taşıdığı tespit edilmiştir. Özetle hipertansiyon ve diyabet hastalıklarının bulunması ve bu hastalıkların ortaya çıkması konusunda riskli olan kişiler toplumsal faktörler açısından belli durumlarda farklılık göstermiştir. Sosyal faktörler açısında daha dezavantajlı konumdaki kişilerin hastalıklar konusunda da olumsuz özelliklerinin olduğu görülmektedir.

Psikotik belirti ve bozuklukların sosyoekonomik konular arasındaki farklılığı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Psikotik belirti yaygınlığının profesyoneller, el emeğine dayalı olmayan işlerde st düzey çalışanlar ve yanında işçi çalıştıran esnaflarda diğer gruplardan daha düşük olduğu grlmştir. Psikotik bozukluklar ise profesyoneller ve el emeğine dayalı olmayan işlerde st düzey çalışanlar arasında diğer gruplardan daha düşük çıkmıştır. Aynı araştırmada sosyoekonomik konular dışında sınıfsal konum olarak yapılan incelemede ise st sınıfsal konularda bulunan kişilerde psikotik belirtilerin anlamlı derecede düşük; alt sınıflarda yüksek olduğu bulunmuştur. Psikotik bozukluklar için de benzer bir dağılım vardır fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Binbay, 2009: 78-79).

Araştırmanın dördüncü hipotezi kişilerin vücut kitle indeksleri ile toplumsal tabakalar arasında ilişki olduğunu ve st tabakaya çıkıldıkça fazla ve aşırı kilolu kişilerin oranının düşeceğini iddia etmektedir. Bu hipotez toplumsal tabakalaşmada st kesimde yer alan kişilerin kendi bedenlerine daha fazla dikkat ettiği ve önemsediği öngörüsüne dayanarak kurulmuştur. Yapılan inceleme sonucunda st kesimlere çıkıldıkça kilolu kişilerin oransal olarak düştüğü ve ki kare analizi sonucuna göre de bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlılık arz ettiği tespit edilerek Hipotez 4 doğrulanmıştır.

Vücut kitle indeksiyle bağlantılı olarak Şimşek'in (2011: 47-48) çalışmasında katılımcıların şişman olup olmadıkları ele alınmıştır. Bu araştırmada kişilerin eğitim, gelir ve sosyal sınıflarına göre cinsiyet kırılımıyla inceleme yapılmıştır. Ortaokul ve altı – lise ve üzeri şeklinde iki gruba ayrılan katılımcılarda erkeklerde anlamlı bir farklılık tespit edilememişken; eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda şişmanlık anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Gelir düzeylerine göre yapılan incelemede erkekler için gelir ve şişmanlık arasında ilişki tespit edilememiş olmakla birlikte kadınlarda gelir düzeyinin artışına bağlı olarak şişmanlık oranlarının anlamlı derecede azaldığı görülmüştür. Şişmanlık sosyal sınıflar bakımından incelendiğinde ise yine erkeklerde sınıflar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememişken; kadınlarda mavi yakalı ve niteliksiz hizmet işçisi olan grubun şişmanlık oranları daha yüksek bulunmuştur.

Şişmanlık düzeyleri ile sosyoekonomik farklılıkların incelenmiş olduğu bir başka çalışmada da sosyoekonomik konumlar arasında cinsiyet kırılımıyla farklılıklar tespit edilmiştir. Yüksek sosyoekonomik statüdeki erkekler ve düşük sosyoekonomik statüdeki kadınların diğer gruplardaki kişilerden daha şişman olduğu bulunmuştur. Eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde ise düşük düzeyde eğitilmiş erkekler ve yüksek düzeyde eğitilmiş kadınların daha zayıf olduğu tespit edilmiştir (Erkoyun, 2018: 42, 56).

Vücut kitle indeksi ve şişmanlık/zayıflık durumunu belirleyen en önemli faktör fiziksel aktivite ve beslenme arasındaki ilişkidir. Normal kiloda olmak için günlük beslenme ile alınan enerji ile fiziksel aktivite yoluyla harcanan enerjinin birbirini dengelemesi gerekmektedir. Yetersiz beslenme ya da fazla fiziksel aktivite zayıflığa; gereğinden fazla beslenme ve fiziksel inaktivite ise şişmanlığa yol açar. Alt toplumsal sınıflarda gelir azlığına bağlı olarak yeterli beslenmenin sağlanamamasının yanında çalışılan işlerdeki fiziksel hareketliliğin fazla olması zayıflığa neden olabilmektedir.

Üst toplumsal sınıflar açısından ise durum biraz daha farklıdır. Üst toplumsal sınıfların beslenme özelliklerine, gelirlerinin ve sağlıklı/nitelikli beslenme bilinçlerinin yüksekliğine bağlı olarak bu kesim normal kilolarını koruyabilmektedir. Üst toplumsal sınıflardaki kişilerin çalışma koşullarının kol emeğinden ziyade kafa emeğine dayanıyor olması fiziksel aktivite açısından bu kesimi dezavantajlı bir konuma düşürse de bu

toplumsal sınıflar çeşitli fiziksel aktivitelere bilinçli ve düzenli olarak devam ederek kilolarını büyük ölçüde normal değerler arasında tutabilmektedir.

Alt toplumsal sınıfların şişmanlığını bu kesimlerin niteliksiz beslenme alışkanlıkları ve yanlış fiziksel aktivite bilinciyle açıklamak da mümkündür. Niteliksiz beslenme vücuda alınması gereken protein, yağ, karbonhidrat ve diğer besin maddelerinin dengeli şekilde alınmamasıdır. Alt toplumsal tabakalardaki kişiler günlük enerjilerini kaliteli protein ve yağ içeren ürünler yerine ucuz ve kalitesiz karbonhidratlardan almaktadır. Niteliksiz karbonhidratlar kısa sürede yüksek enerji verir ancak yeterli miktarda enerji yakımı olmazsa vücutta yağ olarak depolanır. Beslenme faktörünün dışında diğer taraftan alt toplumsal tabakalardaki kişiler günlük çalışma rutinlerini fiziksel aktivite olarak değerlendirir ve bunun dışında düzenli egzersiz yapmazlar. Bu durum da kişilerin kilo almasına ve vücut kitle indekslerinin sağlıklı sınırların dışına çıkmasına sebep olur.

Genel sağlık/hastalık durumları ve toplumsal tabakalaşma arasındaki ilişkileri inceleyen ilk dört hipotezden üçü istatistiksel olarak doğrulanmış fakat biri reddedilmiştir. Ancak reddedilen hipoteze ilişkin bulguların da ilgili hipotezle aynı doğrultuda sonuçlara sahip olduğu görülmüştür. Bu noktada ilk dört hipoteze göre toplumsal tabakalaşmada üst sıralarda olan kişilerin daha olumlu sağlık göstergelerine sahip olduğu ortaya konulmuştur.

Genel sağlık/hastalık durumundan sonra ele alınan ikinci boyut sağlığı koruyucu ve hastalıkları önleyici faaliyetleri yaptırmış olmakla ilgilidir. Bu bağlamda yedi koruyucu/önleyici faaliyetten en az birini son bir yıl içerisinde yaptırmış olma durumunun toplumsal tabakalar arasında farklılaştığını ve üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça yaptırılanların oranının yükseldiğini iddia eden Hipotez 5 ki kare analiziyle test edilmiştir. Test sonucuna göre toplumsal tabaka gruplarının koruyucu/önleyici faaliyette bulunma oranları arasında fark bulunmuş ve üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça en az bir koruyucu/önleyici faaliyet yaptırmış olanların oranının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sonuçta Hipotez 5 doğrulanırken bu farklılığın üst tabakadaki insanların eğitim düzeylerinin yüksek olmasına bağlı olarak sağlık konusunda farkındalıklarının yüksek olmasından ve gelirlerinin yüksek olmasına bağlı olarak da maddi imkânlarının iyi olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Sağlık göstergesi olarak ele alınan üçüncü boyut sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerini kullanma imkânıyla ilgilidir. Bu bağlamda öncelikle sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı üzerinden değerlendirme yapılarak toplumsal tabakalar arasında farklılık araştırılmıştır. Üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça sağlık hizmetlerine erişimin daha kolay olarak değerlendirileceği yönünde öne sürülen Hipotez 6 ki kare testiyle incelenmiştir. Buradaki beklenti üst tabakalardaki kişilerin sahip olduğu ekonomik ve kültürel sermaye sayesinde sağlık hizmetlerine erişim konusunda bilinç ve imkânlarının geniş olmasıyla ilintilidir. Yani üst tabakadaki kişilerin gelirlerinin yüksek olmasına bağlı olarak tercih edebileceği sağlık kuruluşu sayısının fazla olması yönüyle ve ayrıca eğitim düzeyinin yüksek olmasına bağlı olarak da sağlık hizmetlerine erişim yollarını daha iyi bilmesi yönüyle bu kesimin sağlık hizmetlerine erişimlerinin daha kolay olacağı öngörülmüştür. Yapılan analiz sonucunda üst toplumsal tabakadaki kişiler sağlık hizmetlerine erişimlerini daha yüksek oranda kolay bulmuş ve ilgili hipotez kabul edilmiştir.

Türkdoğan'ın (2016: 93) çalışmasında da benzer bulgulara ulaşılmıştır. Türkdoğan sosyoekonomik faktörler olarak gelir, meslek ve sınıf durumlarını sağlık hizmetleriyle bağlantılı bulmuştur. Geliri uygun olan kişilerin sağlık profesyoneline başvurması geliri düşük olan kişilerden daha yüksek oranda çıkmıştır. Genel sonuç itibarıyla sosyoekonomik düzeyi yüksek kişiler sağlığı koruma ve hastalıklarla mücadele süreçlerinde diğer kişilerden daha avantajlı bulunmuştur.

Çalışmada sağlık hizmetlerine erişimle birlikte aile hekimliği, devlet hastaneleri, tıp fakülteleri, özel hastaneler, özel muayenehaneler, geleneksel şifacılar ve ağız-diş sağlığı hizmeti veren özel kliniklerin tercih edilme sıklıkları toplumsal tabakalara göre kıyaslanmıştır. İlk olarak aile hekimliklerine başvuru sıklıklarının toplumsal tabakalar arasındaki dağılımı incelendiğinde katılımcıların birbirine benzer davranışlar sergiledikleri ve tercih sıklıklarının benzer eğilimleri olduğu görülmektedir. Aile hekimliklerinin yaygınlığı ve verilen hizmetin düşük maliyetli olması bu kurumun tercih edilirliliğini artırdığı düşünülmektedir. Bilindiği gibi sağlık hizmetleri kurumlardaki yığılmaları önlemek adına basamaklandırılmış olarak verilmektedir. Aile hekimlikleri birinci basamak sağlık hizmeti olarak kişilere “koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri” sunmaktadır (URL 12: E. T. 05.05.2020). Üst

toplumsal tabakaya çıkıldıkça eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak sağlık hizmetlerinin bilinçli kullanımının arttığı düşünülmektedir.

Aile hekimliklerinden sonra katılımcıların devlet hastanelerini kullanım sıklıkları incelenmiş olup toplumsal tabakalar arasında bu sıklıklar karşılaştırılmıştır. Devlet hastaneleri basamaklandırılmış sağlık hizmetleri içinde ikinci basamakta yer almakta ve bu basamaktaki bir sağlık kurumu olarak “ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi rehabilitasyon hizmeti” vermektedir (31.05.2019 tarih ve 3274 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi). Ayrıca devlet hastanelerinin hizmeti hem geniş bir yelpazede hem de sağlık güvenceleri kapsamındadır. Dolayısıyla devlet hastanelerinin sıkça kullanımı söz konusudur. Toplumsal tabakalar arasındaki farklılıklar incelendiğinde de benzer bulgularla karşılaşılmıştır. Araştırma sonucuna göre tüm katılımcıların devlet hastanelerini tercih etme sıklığı yüksektir. Bununla birlikte toplumsal tabakalar arasında tercih sıklıkları açısından benzer eğilimler bulunmaktadır. Üst toplumsal tabakaya doğru kullanım sıklığının arttığı görülse de toplumsal tabakalar arasında dramatik farklar bulunmamaktadır. Nitelikli sağlık hizmeti veren bu kurumdan sağlık güvencesi kapsamında herkesin yararlanabiliyor olması sağlık hizmetlerinde yapısal bir eşitliği işaret etmektedir.

Katılımcılara tercih etme sıklığının sorulduğu diğer sağlık kuruluşu tıp fakülteleridir. Tıp fakülteleri üçüncü basamak sağlık kurumu olup bu özelliğiyle “ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için ileri teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip sağlık kurumlarıdır” (31.05.2019 tarih ve 3274 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi). Tıp fakültelerini tercih sıklığında üst toplumsal tabakalara çıkıldıkça artış tespit edilmiştir. Üst toplumsal tabakadaki kişilerin eğitim düzeylerinin yüksekliğine bağlı olarak bu kesimin kendi sağlık durumlarını daha fazla önemsedikleri ve buna bağlı olarak da daha nitelikli hizmet alımı için tıp fakültelerini tercih etmeye yöneldikleri tahmin edilmektedir.

Sağlık hizmetlerini tercih etme boyutunda toplumsal tabakalar arasında belirgin bir farklılığın olması beklenen noktalardan biri sağlık hizmeti almak üzere özel hastaneleri tercih etme sıklığıyla ilgilidir. Bilindiği gibi özel hastaneler verdiği hizmetler için belli miktarlarda ücret farkı talep etmektedir. Bu noktada gelir düzeyine bağlı olarak özel hastaneleri tercih etme sıklığının alt toplumsal tabakalarda daha düşük; üst toplumsal

tabakalarda daha yüksek olması beklenmiştir. Bir başka açıdansa üst tabakadakilerin beklentileriyle örtüşecek biçimde özel hastanelerin sunduğu imkânların ve konforun belli durumlarda diğer kurumlardan daha iyi olması özel hastanelerin bu kişiler tarafından tercih edilme sıklığını artırdığı düşünülmüştür. Bu minvalde yapılan ki kare analizi sonucuna göre toplumsal tabakalar ile özel hastaneleri tercih etme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş ve üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça tercih sıklığının arttığı görülmüştür. Dolayısıyla Hipotez 7 kabul edilmiştir.

Sağlık hizmeti sunumunun yapıldığı bir başka kurum doktorların özel olarak hizmet verdikleri muayenehanelerdir. Katılımcıların tercih sıklığı sonuçlarına bakıldığında bu kurumların pek fazla tercih edilmediği gözlemlenmiştir. Genel olarak bu kurumların tercih edilmemesinin sebebinin ekonomik gerekçelerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer taraftan toplumsal tabakalar arasında bu kurumların tercih sıklıkları incelendiğinde ise üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça artış olduğu göze çarpmaktadır. Bu durumun özellikle üst tabakaya çıkıldıkça gelir düzeyinin yükselmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerini tercih etme sıklıklarının toplumsal tabakalarla ilişkisinin incelendiği bir başka grup geleneksel şifacılarıdır. Özellikle eğitim düzeylerinin yüksekliğine bağlı olarak üst toplumsal tabakalardaki kişilerin geleneksel şifacıları tercih etme sıklığının daha düşük olacağı öne sürülmüştür. Bu iddiayı test etmek için yapılan ki kare analizi sonucuna göre grupların tercih sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Fakat ilgili tablo incelendiğinde (bkz. Başlık 3.3.3.; Tablo 61) üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça geleneksel şifacıları tercih etme sıklığının giderek azalma eğiliminde olduğu da görülmektedir. Yani her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiş ve Hipotez 8 reddedilmiş olsa da üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça geleneksel şifacıların daha az tercih edildiği görülmüştür.

Adak (2015: 229) da çalışmasında insanların kırık-çıkıkçı, hacı, hoca gibi geleneksel şifacıları tercih etme durumlarını incelemiştir. Adak eğitim, kırsal veya kentsel bölgede yaşama ve sağlık merkezlerine yakın olma ile geleneksel şifacılaraya yönelim arasında ilişki olduğunu ifade ederken; gelir durumunun geleneksel şifacılaraya gitmeyi belirlemede etkili olmadığını söylemiştir. Bunun yanı sıra Harlak geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıbbaya yönelimde sosyo-demografik değişkenler bakımından

araştırmaların tutarlı sonuçları olmadığını bildirmektedir (2016: 190). Elinizdeki çalışmada araştırmanın sadece kent merkezlerinde yapılmış olması sebebiyle kır/kent ayırımına ilişkin bir bulgu bulunmamaktadır. Ayrıca değerlendirmenin eğitim ve gelir düzeyine bakılarak yapıldığı Tekin'in araştırmasında da gelir ve eğitim düzeyi yükseldikçe geleneksel iyileştiricilere gitme de azalma olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadığı belirtilmiştir (2007: 214-216).

Ağız ve diş sağlığı maliyet ve özel önem gösterilmesi gerekliliği bakımından diğer sağlık hizmetlerinden ayrılmaktadır. Bu bağlamda st toplumsal tabakada yer alan kişilerin geliri ve eğitim düzeylerinin yüksek olması dolayısıyla ağız ve diş sağlığı konusunda daha hassas olması beklenmektedir. Diş muayenesi için özel hizmet alınması kişilerin bu hassasiyetlerinin yansdığı yerlerden biridir. "st toplumsal tabakaya gidildikçe özel diş muayenesi hizmetini tercih etme oranları yükselmektedir." şeklinde oluşturulan Hipotez 9 ile bu durum sınanmak istenmiştir. Farklı toplumsal tabakaların özel diş muayenesi hizmetini tercih etme sıklıkları arasında ilişki olup olmadığını incelemek için yapılan ki kare analizine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş ve st toplumsal tabakaya gidildikçe tercih sıklığının arttığı gözlemlenmiştir. Bu sonuçlara göre Hipotez 9 doğrulanmıştır. Yani eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan st toplumsal tabakaya çıkıldıkça bu kesimin ağız-diş sağlığını daha fazla önemseyerek özel hizmet alma sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Sağlıkla ilgili bir boyut olarak sağlık hizmetlerine erişim kolaylığının ve bu hizmetlerden bazılarının tercih edilme sıklıklarının toplumsal tabakalara göre farklılaşmasını araştırmak için dört farklı hipotez test edilmiştir. Test edilen dört hipotezden  doğrulanmış; ancak biri reddedilmiştir. Ulaşılan sonuçlara göre sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetleri tercih konusunda eğitim, gelir gibi imkânların yksekliliğine bağlı olarak st toplumsal tabakaya çıkıldıkça avantajlılık durumu artmaktadır. st toplumsal tabakadaki kişiler sağlık hizmetlerine daha kolay erişmekte; daha konforlu olan özel sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabilmektedir.

Bu çalışmanın bulgularını doğrular nitelikteki bir başka alışma Belek'in (2004) Antalya araştırmasıdır. Belek'in çalışmasında katılımcıların sağlık hizmetlerini son bir yılda kullanma sıklıkları incelenmiştir. 1997 yılındaki ilk araştırma sağlık hizmetleri kullanımında kurum tercihi farklılıklarının sınıfsal ayırımını net biçimde vermiştir.

Belek'in bulgularına göre kamu ve özel sağlık kuruluğu olarak ayrılan hizmetlerde yüksek nitelikliler, beyaz yakalılar ve burjuva büyük oranda özel sağlık hizmetlerini kullanmışken; mavi yakalılar ve niteliksiz işçilerin dönemin kamu kuruluşlarını daha yüksek oranda kullandıkları tespit edilmiştir (79-80).

Sağlık hizmetlerine başvuru başlığı altında incelenen son konu tedavi için gidilen doktorun cinsiyetinin mahremiyet açısından önem taşıyıp taşıyamamasıyla ilgilidir. Genel İslami ilkeler çerçevesinde aralarında evlenmeye mani bulunmayan kişilerin bir odada yalnız kalmaları; bununla birlikte karşı cinsten birinin diğerine temas etmesi doğru değildir. Kısaca mahremiyet olarak ifade edilen bu durumun toplumsal tabakalara göre farklılığını incelemek üzere ki kare analizi yapılmıştır. Toplam sonuçlar itibarıyla katılımcılar birbirlerine benzer cevaplar vermiş ve yarıdan fazlası bu durumun önemsiz olduğunu belirtmiştir. İstatistik test sonucuna göre anlamlı farklılık elde edilememiş ve Hipotez 10 reddedilmiştir. Bu hipotezin reddedilmesi yeni bir yoruma imkân tanımıştır. Çünkü üst toplumsal tabakaya gidildikçe eğitimin yükselmesine bağlı olarak dini hassasiyetlerin arka plana atılacağı öngörülmekteyken tam tersi bir sonuç durumun böyle olmadığını göstermiştir. Mahremiyetin önemli olduğunu en yüksek oranda ifade eden grubun üst toplumsal tabakadaki kişiler olması bu grubun konuya duyarsız kalmadığını göstermektedir. Diğer taraftan gruplar arasında farklılık tespit edilememesinde "Tıpta utanma olmaz." anlayışının etkisi olduğu düşünülmektedir. Buna göre sağlık insanlar için özel bir alan olarak kabul edilip zaruri hallerde belli kurallardan feragat edilebilmektedir.

Toplumsal tabakalar ve sağlık ilişkisinin ele alındığı diğer boyut sağlık ve hastalıklar üzerinde etkili olduğu düşünülen faktörlerle ilgilidir. Bu kısımda katılımcılara "Çevre kirliliği, Kişilerin kendi sağlığına dikkat etmemesi, Kişilerin ibadetlerini yerine getirmemeleri, Kalıtımsal (genetik/ailevi) yatkınlık, Sağlık hizmetlerinin yeterli olmaması, Kişilerin sağlık/hastalık konusunda bilgi yetersizliği, Sağlık hususunda yeterli bilgilendirmenin yapılmaması, Yoksulluk, Aile içi sorunlar, Nazar değmesi, Büyü, cin çarpması, beddua vb. manevi sebepler, Stres, Sigara, alkol gibi alışkanlıklar, Kişilerin çalışma koşulları" şeklindeki maddelerin sağlık ve hastalıklar üzerindeki etkilerinin önem dereceleri ayrı ayrı sorulmuştur. Neredeyse tüm sorularda bu etkenlerin sağlık/hastalık üzerinde etkisinin yüksek düzeyde önemli olduğu ifade edilmiştir.

Bu etkenler içerisinde üç tanesinin bilhassa eğitim düzeylerinin yüksekliğine bağlı olarak üst tabakalardaki kişilerde düşmesi beklenmiştir. Öncelikle ibadet yapmamanın önem derecesine ilişkin görüşler toplumsal tabakalara göre kıyaslanmıştır. Ancak yapılan ki kare analizine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Bu durumda toplumsal tabakalar ile ibadet yapmamanın sağlık/hastalık etkeni olması arasında ilişki bulunamamış ve Hipotez 11 reddedilmiştir. Hatta oluşturulan hipotezin tam tersi yönünde bulgulara rastlanarak alt sınıftaki kişilerin bu durumu daha fazla oranda önemsiz gördüğü öğrenilmiştir.

Bir hastalık etkeni olarak nazar değmesinin öneminin toplumsal tabakalara göre farklılaşmasını incelemek üzere oluşturulan Hipotez 12, üst toplumsal tabakaya gidildikçe bu etkenin öneminin düşeceğini iddia etmektedir. Oluşturulan çapraz tablo ve yapılan ki kare analizine göre bu iddia geçersiz kılınmıştır. Ulaşılan sonuçlar itibarıyla toplumsal tabakalar arasında nazar etkeninin sağlık üzerinde önemli bir faktör olmadığı ortaya çıkmıştır.

Sağlık/hastalık etkenleri ve toplumsal tabakalar arasındaki farkın incelendiği son değişken büyü, cin, beddua gibi manevi sebeplerin hastalıkların sebebi olduğuna ilişkin görüştür. Eğitim seviyesinin yükselmesine bağlı olarak üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça bu etkenin öneminin azalacağı öngörülmüştür. Ancak yapılan ki kare analizine göre toplumsal tabakaların konu hakkındaki görüşlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiş ve Hipotez 13 reddedilmiştir. Burada tüm toplumsal tabakaların birbirine yakın cevaplar vermiş olması dikkat çekmektedir. Eğitimin konuyla ilgili beklenen ayrımı gerçekleştirememiş olduğu görülmektedir.

Sağlık/hastalık etkeni olarak düşünülen faktörlerin önem derecelerinin toplumsal tabakalar arasında ayrımının olup olmadığının incelendiği boyutta üç hipotez de reddedilmiştir. Başlangıçtaki beklenti özellikle eğitim seviyelerinin yükselmesine bağlı olarak üst tabakalara çıkıldıkça irrasyonel görülen nedenlerin önem derecesinin artacağı yönündeydi. Fakat tüm incelemelerde farklı toplumsal tabakalar arasında benzer sonuçlara rastlanmıştır. Bu, mevcut durumun eğitimle açıklanamayacağıının göstergesidir. Gerekli açıklama için eğitim dışında inanç, dindarlık, manevi yönelim gibi farklı faktörlere başvurulmalıdır.

Sağlık konusunun ele alındığı bir başka boyut sağlık bilgisi kanallarıdır. Sağlık bilgi kanalı ile ifade edilen şey sağlık ya da hastalıkla ilgili durumlarda tercih edilen bilgi kaynaklarının hangileri olduğudur. Bu konuyu incelemek üzere katılımcılar kendilerine yöneltilen beş farklı sağlık bilgi kaynağını tercih sırasına göre numaralandırmışlardır. Burada sadece ilk sırada tercih edilen sağlık bilgi kaynağının toplumsal tabakalar arasında farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Üst toplumsal tabakalara çıktıkça bu kesimin eğitilmiş ve bilinçli olmasından kaynaklanacak şekilde nitelikli ve profesyonel sağlık bilgi kaynaklarına yöneliminin artacağı; alt toplumsal tabakalara gidildikçe de eğitim düzeyinin düşüklüğüne bağlı olarak geleneksel kaynakları tercihini artacağı öngörüsünde bulunulmuştur. Araştırma sonrası bulgular incelendiğinde elde edilen sonuçların başlangıçtaki beklentilerle örtüşür nitelikte olduğu görülmüştür. Üst tabakadaki kişilerin sağlık bilgi kaynağı olarak en yüksek oranla sağlık uzmanlarını tercih etmesine karşılık; alt tabakalardaki kişilerin geleneksel şifacıları en yüksek oranla tercih ettiği ortaya çıkmıştır.

Sağlık bilgisi alınan kaynakların çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesine farklı çalışmalarda da yer verilmiştir. Şavran'ın (2010: 266-267) çalışmasında sağlık bilgi kaynakları “televizyon, kendi doktoru, komşu ve akraba, internet, gazete ve takvim, kitap, tabiat bilgisi dersi, makale, kendi deneyimi ve diğer” şeklinde kategorilendirilmiştir. Eğitim değişkenine göre bu kategoriler arasındaki fark incelendiğinde ortaokul ve daha alt düzeyde eğitilmiş kişilerin yarısından fazlasının en çok tercih ettiği sağlıklı bilgi kaynağının televizyon olduğu görülmüştür. Lise ve üzeri eğitimlilerde ise bu oran beşte birden yüksektir. Buna karşılık lise ve üzeri eğitilmiş kişilerin en yüksek oranda sağlık bilgisi aldığını söylediği kaynak yaklaşık üçte bir oranında katılımcıyla internet olmuştur. Şavran'ın çalışması eğitim dışında gelir ve yaşanan yer gibi faktörler açısından da sağlık bilgisi kaynaklarında farklılaşma tespit etmiştir.

Toplumsal tabakalara göre sağlık konusundaki farklılıkların incelendiği bir başka boyut modern tıp dışı yöntemlerin tercih edilmesi durumu olmuştur. Bu kısımda hacamat yaptırma, tedavi amacıyla ot/bitki kullanma ve hocaya okutma şeklinde ifade edilmiş olan üç farklı modern tıp dışı yöntemin toplumsal tabakalar arasındaki farklılığı ele alınmıştır. Bunlardan ilki vücudun belli bölgelerinden birtakım tekniklerle kan aldırma işlemi olan hacamattır. Hacamat işleminin geleneksel bir yöntem olması dolayısıyla

toplumsal tabakalar arasında eğitim düzeyi daha düşük olan kesimler tarafından tercih edilmiş olması beklenmiştir. Ancak çıkan sonuçlar bunun tersi yönde olmuş ve üst tabakadaki kişilerin hacamat yaptırma oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu durum üst kesim insanların eğitimi sebebiyle sağlık konusunda daha duyarlı olmasına bağlanabilir. Yani üst toplumsal tabakalardaki kişiler hem eğitim düzeyleri daha yüksek hem de sağlık arama davranışı konusunda daha girişken olabilmektedir. Bir sağlık alternatifi olarak da hacamata yönelmeleri bununla açıklanabilir. Alt kesimin hacamatı tercih durumu ise geleneksellik bağlamında daha anlaşılabilir. Orta tabakanın hacamat konusundaki çekimserliği bu kesimin bir taraftan modern tıbbi uygulamaları benimseyerek bunlara daha muhafazakâr yaklaştığı; diğer taraftan alternatif tekniklere karşı kapalı bir tutum sergilediği şeklinde iki yönlü düşünülebilir.

Katılımcılara modern tıp teknikleri dışında tedavi amacıyla ot/bitki kullanıp kullanmadıkları sorularak bu konudaki tutumları öğrenilmiştir. Toplamda üçte birden daha fazla kişinin bu yola başvurduğu bulgulanmıştır. Hacamat yaptırmaya benzer sonuçlar burada da vardır. Üst toplumsal tabaka tedavi amacıyla ot veya bitki kullanımını yaklaşık yüzde on gibi bir oranla diğer gruplardaki kişilerden daha fazla tercih etmiştir. Üst toplumsal tabakanın diğer gruplardan farklılaşması bu kesimin diğer konularda olduğu gibi sağlık konusunda da farklı arayışlar içerisinde olmasına bağlanabilir. Bu kesimdeki kişilerin hem bilgisi hem de bilgiye erişebilirliği daha yüksek düzeyde olduğu gibi ekonomik erişebilirliği de yüksektir. Dolayısıyla mevcut tedavi araçları dışına çıkmak bu kişiler için daha kolaydır.

Modern tıp dışında tedavi amacıyla başvuru son yöntem *hocaya okutma* şeklinde ifade edilmiş olan tekniktir. Toplumsal tabakaların bu tekniği tercih edip etmeme durumu incelendiğinde ilk iki yöntemde olduğu gibi üst toplumsal tabakanın bu tekniğe diğerlerinden daha yüksek oranda başvurduğu gözlemlenmiştir. Hocaya okutma geleneksel bir teknik olmakla birlikte üst toplumsal tabakanın bir alternatif olarak bu yönetime diğerlerinden daha çok başvurmuş olması bu kesimin farklı olana yönelmekle ilgili genel tutumuyla bağdaşmaktadır.

Modern tıp dışı yöntem olarak incelenen üç tekniğin hepsinde üst toplumsal tabakalardaki kişilerin bu yöntemleri daha fazla oranda tercih etmiş olduğu görülmüştür. Modern tıp dışı yöntemlerin günümüzde geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp

çalışmaları kapsamında modern bilgi ve araçlarla yeniden yorumlanması bu tekniklerin popülerliğini artırmıştır. Üst toplumsal tabakanın mevcut araçlar dışında yeni ve farklı olana yönelmesi de sıkça karşılaşılan bir davranış kalıbıdır. Bu bağlamda modern tıp dışı tekniklerin üst kesimdekilerce daha fazla tercih edilmiş olmasını bu şekilde açıklamak mümkün görünmektedir. Hunt ve Lightly de son yıllarda alternatif tedavilerin saygınlığının yükseldiğini belirterek orta ve üst sınıfların bu tip tedavi stratejilerine daha fazla yöneldiğini belirtmektedir (2015: 154).

Sağlıkla ilgili incelenen bir başka boyut sağlıklı yaşam pratikleri olarak spor yapma ve diş fırçalamadır. Bu iki faktör sağlıkla ilgili önemli göstergelerdir ve bunların toplumsal tabakalara göre farklılaşması beklenmiştir. Öncelikle spor yapmış/yapıyor olmaya göre toplumsal tabakalar arasında farklılık araştırılmıştır. Ki kare testi sonucuna göre toplumsal tabakaların spor yapma durumlarının istatistiksel olarak farklılaştığı ve üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça spor yapanların oranının yükseldiği görülmüştür. Bu sonuçlara göre Hipotez 14 kabul edilmiştir.

Toplumsal tabakalara göre spor yapma oranlarının eğitim, gelir ve meslekle ilgili olduğu düşünülmektedir. Eğitim sporun sağlıkla ilgili önemini kişilere kazandırır ve kişiler spor yaptıklarında sağlık için faydalı bir şey yaptıkları bilgisini eğitimle edinirler. Gelir düzeyinin yüksekliği ve meslek ise kişilerin boş zamanlarının olmasını sağlayan faktörlerdir. Özellikle meslek ve yapılan işin niteliği bu noktada büyük bir belirleyicidir. Gün boyu kol emeğiyle ağır şartlarda çalışan kişilerin boş zaman etkinliği olarak spora yönelmemeleri anlaşılabilir bir durumdur. Diğer taraftan mesleği gereği fiziksel olarak yorulmayan kişiler genelde eğitilmiş ve gelir düzeyi yüksek kişilerdir. Bu kişilerin bir ihtiyaç olarak fiziksel aktivitelere yöneldiği düşünülmektedir.

Spor yapma ve sosyoekonomik statüler arasındaki ilişkilerin incelendiği farklı çalışmalarda da bu araştırmadakinine benzer sonuçlara ulaşılmıştır. İlk olarak Yüksel'in (2012: 75-76) toplumsal tabakalaşma ile spor ilişkisini araştırdığı çalışmasında toplumsal tabakalaşma ile düzenli spor yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiş ancak tabakalar arasında üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça düzenli spor yapma oranlarında artış olduğu görülmüştür. Sunar ve ekibinin çalışmasında (2016: 164) ise farklı sosyoekonomik statü gruplarının spor yapma alışkanlıkları incelenmiş olup alt tabakada yüzde 10,1 olan alışkanlık düzeyi üst

tabakaya doğru gidildikçe artmış, en üst sosyoekonomik statü grubunda yüzde 30'un üzerine çıkmıştır.

Toplumsal tabakalar arasında düzenli olarak spor yapma sürelerinin incelenmiş olduğu bir başka çalışmada bu iki değişken arasında da ilişki tespit edilmiştir. Araştırma sonucuna göre üst toplumsal tabakadaki kişilerde düzenli spor yapma bir yaşam biçimine dönüşmekte ve bu gruptakilerin spor yapma süreleri diğer gruplardaki kişilerden daha fazla olmaktadır (Kaplan ve Akkaya, 2013: 151).

Günde en az bir defa olacak şekilde dış fırçalama pratiğinin toplumsal tabakalar arasında farklılaşp üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça bu oranın yükseleceği tahmin edilmiştir. Oluşturulan çapraz tabloya göre üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça dış fırçalama oranlarının arttığı gözlemlenmiştir. Ancak ki kare analiz sonucuna istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir. İstatistiksel olarak Hipotez 15 reddedilmiş olmakla birlikte elde edilen sonuçlar hipotezle aynı doğrultuda bulunmuştur.

Dış fırçalamanın toplumsal tabakalaşmanın bir bileşeni olarak eğitim düzeyleriyle ilişkisini Tekin (2007: 183) incelemiştir. Tekin eğitim düzeyi yükseldikçe düzenli dış fırçalama alışkanlığının arttığını; en yüksek eğitimli grupta bu oranın yüzde 75'in üzerine çıktığını tespit etmiştir. Diğer taraftan eğitim düzeyi düşük olanlarda dış fırçalama oranı yüzde kırklarda kalmıştır.

Spor yapma ve dış fırçalama sağlıklı ilgili pozitif yönlü davranışlar; sigara ve alkollü içki kullanımı da sağlığı bozan davranışlar olarak bilinmektedir. Toplumsal tabakalar arasında sigara kullanım oranları incelendiğinde üst toplumsal tabakaya doğru çıkıldıkça kullanım oranlarının düştüğü gözlemlenmiştir.

Sigara kullanımı ekonomik açıdan oldukça maliyetli bir alışkanlıktır. Dolayısıyla geliri düşük olmasına rağmen alt toplumsal tabakanın daha yüksek oranda sigara kullanmasını ekonomik gerekçelerle açıklamak mümkün değildir. Alt kesimlerdeki kişilerin sigaranın oluşturduğu maliyeti azaltmak için daha ucuz olan kaçak sigara ya da tütüne yönelmiş olması bu kesimin sigara/tütün alışkanlığını açıklayabilme ihtimalini taşımaktadır. Gelir ve maliyet faktörünün dışında oluşan tabloda eğitim faktörünün etkili olduğu düşünülmektedir. Bu tablo üst toplumsal tabakanın daha yüksek düzeyli eğitime sahip olması dolayısıyla sigaranın zararları konusunda daha bilinçli oldukları ve bu sebeple sigara kullanmaktan kaçındıkları şeklinde yorumlanabilir.

Sigara kullanımının eğitim değişkeni açısından kişiler arasında nasıl bir dağılım gösterdiği çeşitli çalışmalara konu edilmiştir. Malatya'daki çalışan kadınlarla yapılan araştırmada sigara kullanımının eğitim düzeyleriyle ilişkisini inceleyen Kurtdaş (2013: 155) bu iki değişken arasında ilişki tespit etmiş; lise, üniversite ve lisansüstü şeklinde üç düzeyde eğitim seviyesindeki kadınlarda eğitimin yükselmesiyle sigara kullanma oranlarının düştüğünü bulmuştur. Fakat eğitim düzeyi - sigara kullanımı ilişkisinin incelendiği farklı bir araştırmada ulaşılan sonuçlar Kurtdaş'ın ulaştığı sonuçlardan farklıdır. Şimşek'in (2011: 43-44) İzmir/Balçova'da yaptığı araştırmada eğitim düzeyleri Kurtdaş'ın gruplandırmasından farklı olarak ortaokul ve altı – lise ve üzeri şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Şimşek, kadınların bu eğitim düzeylerine göre sigara içme durumlarında anlamlı farklılık tespit etmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlar arasında sigara içmenin daha yüksek oranda olduğunu tespit etmiştir. Aynı araştırmada erkeklerin sigara içme oranlarına bakıldığında ise eğitim düzeyi yüksek olanların sigara içme oranı daha düşük çıkmıştır. Fakat istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Özetle sigara içme alışkanlığının toplumsal olarak belirgin dağılımlar göstermediği anlaşılmaktadır. Konunun daha iyi açıklanabilmesi için sigara içme alışkanlığının toplumsal boyutu detaylı olarak çalışılması gerektiği düşünülmektedir.

Alkollü içki tüketiminin ise toplumsal tabakalar arasında doğrusal dağılmadığı gözlemlenmiştir. En yüksek oranda kullanımın orta tabakada olduğu görülmekteyken, alt kesim ikinci; üst kesim ise son sırada yer almıştır. Üst kesim ekonomik olarak daha iyi durumda olmasına rağmen eğitiminin yüksek olması dolayısıyla alkollü içkilerden uzak durmaktadır. Diğer taraftan alt kesim düşük eğitim seviyesi sebebiyle alkollü içkilere daha fazla yönelim göstermekteyken; ekonomik açıdan imkânı yeterli olmadığı için diğer gruptan daha az oranda kalmıştır. Orta kesim ise kısmen daha eğitilmiş ve kısmen de daha yüksek gelirli olduğu için alkollü içki tüketiminde daha çok öne çıkmıştır.

Kurtdaş (2013: 157-158) sigaranın yanı sıra alkol tüketimini de incelemiştir. Yapılan araştırmada lise ve üzeri eğitim düzeyinde olan çalışan kadınların eğitim seviyesiyle alkol kullanımları doğru orantılı bulunmuştur. Gelir düzeyleriyle yapılan karşılaştırmada da tam bir doğrusallık bulunmamakla birlikte gelir düzeyi arttıkça alkol kullanım oranlarının arttığı tespit edilmiştir.

Sağlık/hastalıkla ilgili ele alınan diğer boyut sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bu çalışmada SYBDÖ II ile ölçülmüş; hem toplam puan hem de altı alt boyut puanı hesaplanmıştır. Eğitimlerinin ve gelir düzeylerinin yüksek olmasına bağlı olarak üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artması beklenmiştir. Eğitim sayesinde kişiler sağlıklı yaşam davranışlarını öğrenir, bu konuda sorumluluk üstlenir ve problemlerle baş etme becerisi kazanır. Gelir miktarının artışına bağlı olarak da özellikle beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarında olumlu yönde değişim gerçekleşir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplumsal tabakalar arasında farklılaşmasını incelemek ve üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça bu davranışların artıp artmadığını test etmek için yapılan analiz sonucunda toplumsal tabakalar arasında farklılık tespit edilmiş ve grupların ortalama puanlarına bakılarak üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça sağlıklı yaşam becerileri puanlarının arttığı görülmüştür. Dolayısıyla başlangıçtaki beklentiyle uyumlu olacak şekilde Hipotez 16 kabul edilmiştir.

Gruplar arası farklılık incelendiğinde ise alt toplumsal tabakadaki kişilerin orta ve üst toplumsal tabakadaki kişilerden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşacak şekilde daha düşük puana sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca orta ve üst tabakanın ortalama puanları arasındaki farklılığın çok küçük olduğu görülmüştür. Yani sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda bu iki grup birbirine benzer özelliklere sahip olduğu söylenebilir.

Daha önce belirtildiği gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının altı alt boyutu vardır ve her boyutun toplumsal tabakalar arasındaki farklılıklarının ayrı ayrı incelenmesi gerekmiştir. İlk olarak sağlık sorumluluğu puanlarına bakıldığında alt tabakadan üst tabakaya gidildikçe puanların arttığı; dolayısıyla sağlık sorumluluğunun yükseldiği görülmüştür. Sağlık sorumluluğu özellikle eğitimle ilgilidir ve üst tabakalara çıkıldıkça eğitimin yükselmesinin sağlık sorumluluğunu bireysel olarak üstlenme bilincini artırdığı düşünülmektedir. Yapılan istatistiksel test sonucuna göre de grupların ortalama puanları arasında beklentilere uygun olacak şekilde anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ikinci alt boyutu fiziksel aktivitedir. Fiziksel aktivite puanlarının eğitim, gelir ve meslekle bağlantılı olacak şekilde üst toplumsal tabakalara çıkıldıkça yükselmesi beklenmiştir. Eğitim ile kişiler fiziksel aktivitede

bulunmanın olumlu bir sağlık davranışı olduğunu öğrendikleri gibi; fiziksel aktivitenin neleri kapsadığını ve nasıl yapılması gerektiğini de öğrenirler. Diğer yandan üst tabakalarda kafa emeği ağırlıklı işlerin artmasıyla hem gelir yükselir hem de inaktif işlerle uğraşılır. Kişiler bedensel aktivite ihtiyaçlarını fiziksel aktiviteye yönelerek gerçekleştirir. Toplumsal tabakaların fiziksel aktivite puanlarının farklılaşma niteliklerini incelemek üzere yapılan analiz sonucunda grupların puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde farklı puanlara sahip olduğu görülmüştür. Üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça puanlar artmıştır.

Beslenme, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının üçüncü alt boyutudur. Beslenmeye ilişkin puanların özellikle eğitim ve gelire bağlı olarak değişiklik gösterdiği düşünölmektedir. Kişiler eğitimle sağlıklı ve doğru beslenme tarzlarını öğrenir. Gelir ise sağlıklı beslenme için gerekli besinleri temin etmeye imkân tanır. Bu beklentiler doğrultusunda üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça beslenme puanlarının artacağı tahmin edilmiştir. Yapılan istatistiksel test sonucuna göre grupların beslenme puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ancak orta toplumsal tabakada olanların en yüksek beslenme puanına sahip olması dikkat çekici bir durumdur. Başlangıçta beklendiği üzere alt toplumsal tabakanın beslenme puanları en düşük ortalamaya sahiptir. Fakat üst toplumsal tabakadaki kişilerin beslenme puanlarının en yüksek değere sahip olmaması beslenme konusunda bu tabakadaki kişilerin gerekli hassasiyeti yeterince göstermediğine işaret etmektedir. Diğer yandan orta tabakadaki kişilerin en yüksek beslenme puanına sahip olması bu kişilerin beslenme konusunu önemsediniğini göstermektedir. Yine de bu durum detaylı olarak incelemeye muhtaç kalmıştır.

Bu araştırmadaki bulgular gibi farklı özellikleri olan grupların beslenme alışkanlıklarının her zaman beklentiler doğrultusunda gerçektelemediğini ortaya koyan çalışmalar da vardır. şimşek (2011: 43-44) ortaokul ve altı – lise ve üzeri şeklindeki iki grupta eğitim düzeyi yükseldiğinde sağlıksız beslenme oranlarının azaldığını ve bu farkın kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söylemiştir. Kişi başı gelir düzeylerine göre yapılan incelemede ise kadınlarda gelir düzeyi arttıkkça sağlıksız beslenme oranları anlamlı derecede düşüş göstermişken; erkeklerde de anlamlı farklılık bulunmuştur ancak en düşük oranda sağlıksız beslenme orta gelir düzeyindeki kişilerde gerçektelemiştir. Sosyal sınıflar bazında yapılan değerlendirmede ise mavi yakalı – niteliksiz hizmet işçileri ve kendi hesabına çalışan erkekler ile mavi yakalı – niteliksiz

hizmet işçisi ve işsiz – çalışmayan kadınların istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek oranda sağlıklı beslendiği tespit edilmiştir.

Toplumsal tabakalar arasında farklılığın araştırıldığı diğer sağlıklı yaşam davranışları alt boyutu manevi gelişimdir. Burada da üst toplumsal tabakaya gidildikçe ortalama puanların yükselmesi beklenmiştir. Özellikle eğitim düzeylerinin yüksekliğine bağlı olarak kişilerin kendileri hakkındaki düşüncelerini fark edebilme ve düşüncelerini olumlu olana yönlendirme becerisi gelişmektedir. Yapılan istatistiksel test sonucuna göre de grupların ortalama puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş ve üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça manevi gelişim puanlarının arttığı gözlemlenmiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının beşinci alt boyutu kişilerarası ilişkilerdir. Kişilerarası ilişki puanlarının eğitim, gelir ve mesleğe dayandırılacak şekilde üst toplumsal tabakalara çıkıldıkça artması beklenmiştir. Bu üç faktörün her birinin yüksekliği kişilerin çevreleriyle pozitif ilişkiler kurabilmesini kolaylaştırır. Eğitim yükseldikçe çevredeki kişilerin de eğitimi yükselir; gelir yükseldikçe çevredeki kişilerin de geliri yükselir; mesleki olarak yükselmek de birlikte iş yapılan kişilerin mesleki derece itibarıyla (daha kıdemli, daha yetkili vb.) yüksek oluşunu beraberinde getirir. Ancak toplumsal tabakaların kişilerarası ilişkiler puanlarının farklılığını incelemek üzere yapılan test sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Bunun sebebinin birbirleriyle daha yakın ilişkiler kurmak üzerine inşa edilmiş olan kültürel yapı olduğu düşünülmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının son alt boyutu stres yönetimidir. Eğitim düzeyinin yüksekliğine bağlı olarak problem çözebilme ve sorunlarla baş etme becerisinin geliştiği düşünülmektedir. Üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça eğitim seviyesinin yükselmesine bağlı olarak stres yönetimi puanlarının artması beklenmiştir. Yapılan istatistiksel test sonucuna göre grupların ortalama puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuş ve kurulan hipotezle uyumlu olacak şekilde üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça stres yönetimi puanlarının yükseldiği görülmüştür.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplumsal sınıflar arasındaki farklılığına Koçoğlu'nun (2006) araştırmasında değinilmiştir. İlgili çalışmada sınıfsal konumlar hane reisinin konumuna göre mavi yakalı, beyaz yakalı, kendi hesabına çalışan ve burjuva olmak üzere dört sınıf üzerinden değerlendirme yapılmıştır. Sağlıklı yaşam

biçimi davranışları ise Walker, Ssechrist ve Pender'in 1987'de geliştirdiği 48 maddelik ölçekle belirlenmiştir. Bu ölçek kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek, stres yönetimi alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe sağlıklı yaşam biçim davranışlarının daha fazla gerçekleştirilmiş olduğu ortaya çıkmaktadır (42-44). Koçoğlu ölçek toplam puanı ve tüm alt boyutlarda toplumsal sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit etmiştir. Ölçekten alınan toplam puanların ortalamalarına göre en yüksek puanlı grup burjuvalar; sonrasında ise sırasıyla beyaz yakalılar, kendi hesabına çalışanlar ve mavi yakalılar şeklindedir (84-85).

Aksoy ve Uçar'ın (2014) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hemşirelik bölümü öğrencilerinde -elinizdeki çalışmada da kullanılan- SYBDÖ II ile ölçtüğü görülmüştür. Sosyoekonomik düzey ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde ise ölçek medyan puanlarına göre alt sosyoekonomik grubun en düşük seviyede kaldığı; orta grubun ikinci sırada; üst grubun ise en yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Özyazıcıoğlu ve diğerlerinin (2011: 329) yine hemşirelik bölümü öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediği bir başka çalışmaya bakıldığında ise gelir faktörünün sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkarmamış olduğu görülmüştür. Ancak bu çalışmadaki tek istisna beslenme alt boyutu olmuştur. Gelir ve beslenme ilişkisinde iyi düzeyde geliri olan kişilerin beslenme puanlarının daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir.

İlhan ve diğerlerinin (2010: 41-42) üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediği araştırmada 48 maddelik SYBDÖ kullanılmıştır. Çalışma sonunda ekonomik durum ile kendini gerçekleştirme, kişiler arası ilişkiler, egzersiz ve ölçek toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ekonomik durumu çok iyi olan kişilerin ekonomik durumu orta ve iyi olanlara göre daha yüksek puanlı oldukları bulunmuştur.

Toplumsal tabakaların sağlığın çeşitli boyutlarıyla ilişkisine değinildikten sonra bu kısımda eğitim, gelir ve meslek değişkenlerinin sağlıkla ilişkisi incelenmiştir.

Birinci bölümde de değinildiği gibi eğitim sağlık üzerinde etkili olan faktörlerden biridir ve eğitimle sağlık arasında pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Yani eğitim seviyesinin

yükselmesi sağlık göstergelerinin olumlu yönde değişmesini sağlamaktadır. Bu araştırmada da eğitim ile sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiş; eğitim düzeyi yükseldikçe sağlığı olumlu olarak değerlendirme oranlarının yükseldiği görülmüştür.

Eğitim düzeyinin yükselmesine bağlı olarak algılanan sağlık statüsünün iyiye doğru gitmesinin pek çok çalışmada örneği bulunmaktadır. Kıyaslama yapılabilecek ilk ve en önemli çalışma bu araştırmada yer verilen TÜİK'in 2016 – 2014 – 2012 yıllarında yaptığı Sağlık Araştırması'dır. TÜİK'in araştırmalarına göre oluşturulan tablolar incelendiğinde (bkz. Tablo 15, Tablo 95, Tablo 96) bazı basamaklarda azalma görülse de genel olarak eğitim basamaklarının yükselmesine paralel biçimde algılanan sağlık statüsünün de olumluya doğru gittiği görülmektedir.

Şavran'ın (2010: 240) çalışmasına göre lise ve üzerinde eğitilmiş olanların sağlığını iyi olarak algılama oranı yüzde seksenin üzerindeyken; ortaöğretim ve daha alt düzeyde eğitim almış kişilerde bu oran yüzde kırklarda kalmıştır. Türkkkan'ın (2005: 51) araştırması da eğitim ve algılanan sağlık arasında benzer sonuçlara ulaşmıştır. Sekiz yıl ve daha altında eğitim almış olanların kendi sağlığını iyi olarak değerlendirme oranı yüzde ellinin biraz üstündeyken; dokuz yılın üzerinde eğitim almış kişilerde yüzde seksene yakın bir oran bulunmuştur.

Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık göstergelerinin olumlu hale geldiğini gösteren bir başka çalışma genel sağlık değerlendirilmesinin SF-36 Kısa Form ile yapıldığı Koçoğlu'nun (2006) yılındaki araştırmasıdır. İlgili çalışmada hem fiziksel hem de mental sağlığın eğitim düzeyi yükseldikçe daha olumlu sonuçlara sahip olduğu görülmüştür (67-68).

Gelir düzeyi sağlık üzerinde etkili olan bir başka faktördür. Genel olarak gelir düzeyinin artmasıyla sağlıkla ilgili olumlu göstergeler de artmaktadır. Gelir ile sağlık arasında ilişki olup olmadığını ve ilişki varsa bunun yönünü tespit etmek amacıyla yapılan analize göre gelir ve sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu gelirin artmasına bağlı olarak katılımcıların kendi sağlıklarını olumlu değerlendirme oranlarının arttığı görülmüştür.

Gelir ve sağlık ilişkisinin farklı çalışmalardaki sonuçlarına bakıldığında TÜİK'in 2016 – 2014 – 2012 yıllarındaki Sağlık Araştırmaları (bkz. Tablo 14, Tablo 94, Tablo 97) öne

çıkılmaktadır. Bu tablolarda da görüldüğü gibi gelir miktarının artışına paralel biçimde sağlığını daha olumlu değerlendirme oranları artmaktadır. Şavran'ın (2010: 240) ulaştığı sonuçlar da benzer niteliktedir. Türkkan'ın (2005: 51) çalışmasındaki sonuçlara bakıldığında ise *iyi* ve *iyiden kötü* olarak iki kategoride incelenen sağlık algısının geçim sıkıntısı çekip çekmemeye göre farklı sonuçlar verdiği görülmektedir. Gelir düzeyiyle bağlantılı düşünülecek şekilde geçim sıkıntısı çekmeyenlerin sağlığını *iyi* olarak değerlendirme oranı geçim sıkıntısı çekenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Ekonomik sınıflar ile sağlık memnuniyetinin incelenmiş olduğu araştırma sonucu da bu çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir. Konda Araştırma Şirketi'nin (2016: 29) raporuna göre alt ve alt-orta gelir grubundaki kişilerin kendi sağlıklarından memnuniyeti Türkiye ortalamasından düşük olduğu gibi; yeni orta sınıf ve üst gelir grubunun sağlık memnuniyet düzeyinden de düşük çıkmıştır.

Çalışan kadınların sağlıkla ilgili göstergelerinin incelendiği bir başka çalışmada da gelir ve sağlık ilişkisi ele alınmıştır. Kurdaş (2013: 145) sağlığın tüketilen bir meta haline geldiğini söyleyerek sağlığın elde edilebilmesi için belli bir gelire ihtiyaç duyulduğunu ifade etmiştir. Kurdaş'ın bulgusuna göre gelir ve sağlık doğru orantılıdır ve gelir düzeyi arttıkça sağlık düzeylerinde iyileşme de artmaktadır.

Algılanan sağlığı TÜİK'in Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması'na dayanarak incelemiş olan Kemal Aydın sağlık üzerinde önemli derecede etkili olan üç faktörden ikisinin eğitim ve gelir düzeyini olduğunu ifade etmiştir. Aydın'ın incelemesine göre özellikle bu iki değişkendeki artışa bağlı olarak pozitif sağlık değerlendirmesi artmaktadır (2019: 45-46).

Bourdieu'nün kavramlarıyla ifade etmek gerekirse eğitim ve gelir hayat oyunundaki birer koz olarak *kültürel ve ekonomik sermaye*dir. Kişiler mevcut sermayelerinin yüksekliğine bağlı olarak toplumsal hayatta daha iyi konumlar elde ederler. Sağlık ve sağlıkla ilgili diğer göstergelerin iyi oluşuyla eğitim ve gelir düzeyleri arasında paralellik bulunması bunun göstergesidir. Yani hem kültürel sermaye hem de ekonomik sermayenin yüksekliği insanları sağlık açısından avantajlı konuma yükseltir.

Sağlık üzerinde etkili olduğu düşünülüp incelenen son değişken meslektir. Araştırmada meslek sahibi olmanın sağlıkla ilişkisini incelemek üzere yapılan istatistiksel test

sonucuna göre anlamlı farklılık tespit edilmiş olup meslek sahibi olanların sağlıklarını olumlu olarak değerlendirme oranları meslek sahibi olmayanlardan yüksek çıkmıştır.

Konda Araştırma Şirketi'nin (2016: 29) yayınlamış olduğu raporda çalışma durumu ile kişilerin kendi sağlıklarından memnuniyetleri karşılaştırılmıştır. Türkiye ortalamasının 4,6 puan olarak görüldüğü tabloda çalışanların ve öğrencilerin ortalama puanları 4,8'in üzerindeyken; ev hanımı, emekli ve işsizlerin puanları 4,5 ve altında kalmıştır. Bu sonuçlarla elinizdeki araştırmanın sonuçları paralellik arz etmektedir.

Farklı ülkelerde ve farklı örneklerde işsizliğin sağlıkla ilişkisini inceleyen pek çok çalışmada da hem hastalık durumlarında hem de ölümlülük durumlarında işsizlerin daha olumsuz sağlık göstergelerine sahip olduğu aktarılmaktadır (Tüzün, 2006: 131-132; Akgün, 2014: 31-32). İşsizlik ve yine bir sağlık değişkeni olarak akıl sağlığı arasında da negatif yönlü ve güçlü bir ilişki bulunduğu belirtilmektedir (Kaya ve Binbay, 2006: 123).

Eğitim, gelir ve meslek değişkenleri bir arada değerlendirildiğinde eğitimle bilgiye erişim ve bilgidен yararlanma düzeyi; gelire maddi ürünlere erişim düzeyi; meslek ise bu iki değişkeni içermesine ilaveten kişinin yerleştiği konumla sahip olduğu teknik beceri, itibar ve iktidar hakkında bilgi verir (Belek, 1998b: 78). Bu bağlamda sağlıklı olma, hastalıklardan korunma, hastalık durumunda tedavi hizmeti alma, sahip olunan sosyal güvenlik hakları bu temel üç değişkenle yakından bağlantılıdır.

Çalışma kapsamında toplumsal tabakalaşmayla yaşanan sağlık farklılaşmasını daha belirgin şekilde gösterebilmek için toplumsal tabakalar ve seçilen temel sağlık değişkenleri çoklu uyum analizi ile bir arada işleme dâhil edilmiştir. Analiz sonucunda en net şekilde görülen gruplardan biri *sağlığın kaybedenleri* olarak nitelendirilebilecek olan alt toplumsal tabaka üyeleridir. Bu gruptaki kişilerin öznel sağlık değerlendirmelerinin *kötü-çok kötü* olduğu, *4 ve üzeri* sayıda hastalıklarının olduğu ve son olarak da *obez* kategorisinde vücut kitle indeksine sahip olduğu görülmüştür.

Yapılan analize göre belirgin şekilde uyumluluk gösteren diğer grup ise içerisinde üst toplumsal tabakayı barındıran, sağlığını *iyi-çok iyi* olarak değerlendiren, *sıfır ya da bir hastalığı* olan, *zayıf ya da normal kiloda* olan kişilerden oluşmaktadır. Diğer bir deyişle sağlığın kaybedenlerinin aksine bu grup *sağlığın kazananlarıdır*.

Analiz kapsamında orta tabakada bulunmanın seçilen sağlık değişkenleri bakımından belirgin bir farklılık oluşturmadığı ancak sağlık göstergeleri açısından orta dereceli değerlendirmelere diğer toplumsal tabaka kategorilerinden daha yakın olduğu da ifade edilmelidir.

Çoklu uyum analizinin uygulandığı diğer bir alan sağlığa özen gösterme kapsamında değerlendirilen sağlık pratikleri olmuştur. Bu bağlamda sigara ve alkollü içki kullanma, düzenli olarak diş fırçalama, spor yapma, günlük uyku süresi ve sağlık için koruyucu/önleyici faaliyette bulunma durumlarının toplumsal tabaka kategorileriyle uyumluluğu araştırılmıştır. Analiz sonucunda öncelikle orta tabakada bulunmanın ve günlük uyku sürelerinin sağlık pratikleri açısından belirgin bir öneminin olmadığı görülmüştür. İkinci olarak sigara ve alkollü içki kullanma durumlarının birbirleriyle uyumlu olduğu göze çarpmaktadır. Diğer bir ifadeyle sağlığa zararlı olan bu alışkanlıklardan birini kullanan diğerini de kullanıyor durumdadır. Fakat sigara ve alkollü içki kullanma/kullanmama durumlarının toplumsal tabaka kategorileriyle belirgin bağlantısını kurmak da zordur. Yani toplumsal tabakalara göre bu alışkanlıkların belirgin şekilde farklılaşmadığı ifade edilebilir.

Analiz sonucunda toplumsal tabaka kategorileriyle uyumluluğu gözlenen iki ayrı gruptan söz edilebilir. Bunlardan biri içerisinde üst toplumsal tabakanın yer aldığı *sağlığına özen gösteren* gruptur. Bu gruptaki kişilerin dişlerini düzenli olarak fırçaladığı, spor yaptığı ve en az bir koruyucu/önleyici faaliyette bulunduğu görülmektedir. İkinci grup ise dişlerini düzenli olarak fırçalamayan, spor yapmayan ve hiçbir koruyucu/önleyici faaliyette bulunmamış olan alt toplumsal tabaka üyeleridir.

Temel sağlık göstergeleri kısmında sağlığın kazananları olarak nitelendirilen grubun burada sağlığına özen gösteren grup olarak belirginleşmesi; diğer taraftan sağlığın kaybedenleri olan alt toplumsal tabaka üyelerinin sağlığına özen göstermeyen kesim olması sağlıktaki tabakalaşmanın görünür resmi olmaktadır. Bu durumda *sağlık sermayesi* yüksek olan *sağlıklı elitler* toplumsal hiyerarşinin üst kesimini; sağlık sermayesi düşük olan *sağlıksız düşkünler* toplumsal hiyerarşinin alt kesimini oluşturmaktadır.

Toplumsal düzlemde sağlık göstergeleriyle toplumsal tabakalar arasındaki ilişkilerin incelendiği son bağlam modern tıp dışı uygulamalar/düşünceler olmuştur. İlgili grafik

yakından incelendiğinde toplumsal tabaka kategorilerinin merkez noktaya yakın yerde konumlanmış olması dolayısıyla toplumsal tabakalaşmanın bu konuda belirgin bir ayrıştırıcı etkisinin olmadığı söylenebilir. Yani modern tıp dışı yöntemler bakımından görece daha homojen bir toplumsal yapı bulunduğu ifade edilebilir. Ancak diğerlerine kıyasla üst toplumsal tabakanın modern tıp dışı uygulamalar ve bunlar hakkındaki görüşler bakımından bu uygulamalara daha yakın olduğu ve bunlarla daha uyumlu bir görünüme sahip olduğu da söylenmelidir.

Toplumsal tabakalaşma ile sağlık arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışma ilgili değişkenler arasında önemli farklar ve ilişkiler tespit etmiştir. Ancak ulaşılan en önemli sonuç sağlığın sosyal faktörlerle iç içeliğinin kanıtlanmış olmasıdır. Bu anlamda sağlık, biyomedikal bir konu olarak sadece sağlık profesyonellerinin bir meselesi değildir. Genel sistem teorisi kapsamında toplumsal sistemin *sağlıklı* işleyebilmesi için eğitimden siyasete, aileden ekonomiye tüm alt sistemlerin doğru ve eksiksiz çalışması gerekmektedir. Yani bir sistem olarak sağlığın işleyişi diğer sistemlerden bağımsız değildir. Ekonomi veya eğitim gibi sosyal bir sistemdeki aksama/düzensizlik sağlık sisteminde eşitsizlik olarak çıktıya dönüşmektedir. Bir başka deyişle tanımında tamlık ve bütünlük vurgusu olan sağlık; bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal faktörleri bir bütün olarak bünyesinde barındırmaktadır. Ancak sosyal bir faktör olarak toplumsal tabakalar arasında sağlık göstergelerinin farklılaşması sağlığın *tam* olmadığını göstermektedir. Toplumun tabakalı yapısının sebepleri ayrı bir konu olmakla birlikte sosyoekonomik sistemlerdeki giderilebilir aksaklıkların düzeltilmesi dolaylı olarak sağlık sistemi için de olumlu sonuçların ortaya çıkmasını sağlayacaktır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

i. Sonuç

Sağlık tüm insanların sahip olması gereken bir haktır ve sağlığın toplumsal olarak eşit dağılması yönünde hem ulusal hem de uluslararası çabalar bulunmaktadır. Ancak tüm uğraşlara rağmen dünya genelinde bu hedefe henüz ulaşılabilmemiş değildir. Buna paralel biçimde literatürdeki pek çok çalışma da sağlık göstergelerinin toplumsal faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Sağlık üzerinde etkili olan önemli faktörlerden biri de toplumsal tabakalaşmadır.

Toplumsal tabakalaşma ve sağlık ilişkisinin incelenmiş olduğu bu çalışma hem teorik hem de uygulamalı bir alan araştırması olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın ilk bölümü konuyla ilgili literatür incelemesine; ikinci bölümü alan araştırmasıyla ilgili metodolojik bilgilere, üçüncü bölümü alan araştırmasıyla elde edilen bulgulara, dördüncü bölümü ise konuyla ilgili literatür eşliğinde bulguların değerlendirilmesine ayrılmıştır.

Çalışmada ele alınan iki ana değişken toplumsal tabaka ve sağlıktır. Toplumsal tabakaları ölçmek için TÜSES ölçeği kullanılmıştır. Diğer taraftan sağlık çok boyutlu bir değişkendir. Bu sebeple sağlığa ilişkin değerlendirmeler genel sağlık durumu, hastalık sahibi olma, koruyucu/önleyici faaliyette bulunma, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinde kurum tercihleri, sağlığı etkilediği düşünülen sebepler, sağlık bilgisine ulaşma, modern tıp dışı yöntemlere başvurma, sağlıkla ilgili pratikler ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları gibi farklı boyutlar üzerinden incelenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmek için de SYBDÖ II kullanılmıştır.

Çalışma Türkiye genelini kapsayacak şekilde 12 ilde ve toplam 730 katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma için oluşturulan soru formuyla nicel olarak toplanan veriler bilgisayar programları aracılığıyla bir araya getirilip; inceleme yapılmıştır. Temel betimleyici analizlerin yanında istatistiksel testler için ki kare, çoklu uyum analizi ve tek yönlü varyans analizleri kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda eğitim, gelir ve meslek bilgisine dayanarak 648 hanenin toplumsal tabaka puanları elde edilebilmiş ve tüm grup bu puanlar kullanılarak alt – orta – üst şeklinde üç toplumsal tabakaya ayrılmıştır. Son aşamada ise sağlık göstergelerinin

toplumsal tabakalar arasında farklılaşıp farklılaşmadığı; farklılaşıyorsa bunun ne yönde olduğu ve niteliklerinin neler olduğu belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırma sonuçları aşağıda maddeler halinde verilmiştir.

- Katılımcıların kendi sağlık durumlarını nasıl değerlendirdiklerine bağlı olarak toplumsal tabakalar arasında fark tespit edilmiş ve bu fark kendi sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça daha yüksek oranda olduğu görülmüştür.
- Üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça genel olarak hastalık oranlarının düştüğü tespit edilmiştir.
- Son bir yıl içerisinde en az bir koruyucu/önleyici faaliyette bulunmuş kişilerin toplumsal tabakalaşmada üst sıraya çıkıldıkça oranlarının arttığı gözlemlenmiştir.
- Sağlık hizmetlerine erişimde üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça erişimin daha kolay olduğu yönünde değerlendirmelerin arttığı görülmüştür. Sağlık kurumlarını tercih bakımından ise özel hizmet veren kurumların tercih edilmesinde toplumsal tabakalar arasında farklılık yüksek bulunmuşken diğer kurumların tercihinde büyük farklılıkların olmadığı tespit edilmiştir.
- Sağlık ve hastalık üzerinde etkili olduğunu düşünülen sebepler hakkındaki görüşlerin toplumsal tabakalar arasında pek farklılaşmadığı görülmüştür.
- Araştırmaya göre sağlık bilgi kaynakları açısından önemli bir farklılık tespit edilmiştir. Geleneksel şifacıları sağlık bilgi kaynağı olarak ilk sırada tercih edenlerin oranı alt toplumsal tabakada en yüksek oranda çıkmışken; doktor/hemşire gibi sağlık uzmanları ve sağlık kuruluşlarını yani profesyonel sağlık hizmetlerini ilk sırada sağlık bilgi kaynağı olarak tercih edenlerin çoğu üst toplumsal tabakadadır.
- Sağlık pratikleri açısından üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça sağlığı yararlı davranışların arttığı gözlemlenmiştir. Diğer taraftan sigara kullanımında üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça kullanım oranı düşüş gösterirken; alkollü içki kullanımı bakımından toplumsal tabakalar arasında inişli çıkışlı bir değişim bulunmuştur.
- Alt boyutlar arasında farklılıklar bulunmakla birlikte üst toplumsal tabakaya çıkıldıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı tespit edilmiştir.
- Son olarak eğitim, gelir ve meslek değişkenleri de sağlık üzerinde etkilidir. Daha eğitilmiş, daha yüksek gelirli ve meslek sahibi olanların genel sağlık durumları diğer kişilerden daha iyidir.

ii. Öneriler

Bu çalışma bağlamında genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve toplumsal tabakalar arasındaki sağlık farklılıklarını giderebilmek için bazı öneriler oluşturulmuştur. Buna göre;

- Temel eğitim içerisinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkili ve tekrarlı bir şekilde öğretilmeli ve bu davranışlar kalıcı hale getirilmeli.
- Kişiler hastalık etkenleri ve belirtileri hakkında bilgilendirilmeli.
- İnsanlar kendi sağlık sorumluluğunu almaları konusunda bilinçlendirilmeli.
- Hastalıklar ortaya çıkmadan önce koruyucu ve önleyici faaliyetler konusunda bilgilendirmeler yapılmalı.
- Koruyucu önleyici hizmetler mobilize edilerek yıl boyu sürekli olarak taramalar yapılmalı. Riskli bölgeler belirlenerek sağlığı korumaya dönük öncelikli çalışmalar buralarda yapılmalı.
- Aile hekimlikleri daha aktif hale getirilerek doğru ve nitelikli sağlık bilgi kaynağı konusunda uyarılar ve farkındalık çalışmaları yapmalı.
- Türkiye için mahalleler/köyler düzeyinde sağlık risk haritası oluşturulmalı ve bölgelerdeki sağlık risklerine göre müdahale planları hazırlanıp uygulamaya geçilmeli.
- Türkiye ölçeğinde daha doğru ve nitelikli ölçümler için sosyoekonomik dağılım haritaları oluşturulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Aba, G. (2014). *Ülkeler Arası Sağlık Eşitsizliklerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi*. Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Açıkgöz, Ö. (2000). Sosyolojinin Problemleri Bir Konusu Olarak, "Sosyal Sınıf" Kavramı Üzerine Önemli Sosyologların Düşünceleri ve Yorumları. *Sosyoloji Konferansları*, 26, 281-308.
- Adak, N. Ö. (2015). *Sağlık Sosyolojisi: Kadın ve Kentleşme*. 1. B. Ankara: Siyasal.
- Adak, N. (2016). Sağlıkta Sosyal Problemler. Nurşen Adak (Ed.). *Sosyal Problemler Sosyolojisi: Dünyadan ve Türkiye'den Örnekler* içinde (ss. 99-133). Ankara: Siyasal.
- Akalın, M. A. (2015). *Sağlığa ve Hastalığa Toplumcu Yaklaşım*. İstanbul: Yazılıma.
- Akdağ, R. (2008). *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749.
- Akgün, D. (2014). *Kapitalizm Hasta Eder Toplumcu Tıp*. Ankara: NotaBene.
- Akgün, D. (2019). *Tarihsel ve Toplumsal Yönleriyle Türkiye'de Sağlık Sorunları*. İstanbul: NotaBene.
- Akın, A. (2007). Toplumsal Cinsiyet (Gender) Ayırıcılığı ve Sağlık. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 26(2), 1-9.
- Akın, G. (2014). İnsan Sağlığı ve Çevre Etkileşimi. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 54(1), 105-116.
- Aksoy, T. ve Uçar, H. (2014). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 53-67.
- Amman, M. T. (1995). *Sosyal Tabakalaşma ve Günümüz Fransız Sosyolojisinin Yaklaşımları*. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Amman, M. T. (2007). Yaşlılıkta Serbest Zaman Faaliyetleri. M. Faruk Bayraktar (Ed.). *Yaşlılık Dönemi ve Problemleri* içinde (ss. 161-175). İstanbul: Ensar.
- Amman, M. T. (2012). Toplumsal Boyutlarıyla Cinsiyet. M. Faruk Bayraktar (Ed.). *Dinî ve Toplumsal Boyutlarıyla Cinsiyet I* içinde (ss. 13-55). İstanbul: Ensar.
- Arslantürk, Z. ve Amman, M. T. (2013). *Sosyoloji*. İstanbul: Çamlıca.

- Ayaz, S., Tezcan, S. ve Akıncı, F. (2005). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 26-34.
- Aydın, K. (2014). Yapısal İşlevselci Teori ve Toplumsal Tabakalaşma. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(8), 213-239.
- Aydın, K. (2019). Yaşam Koşulları ve Sağlık Hastalık Algıları. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 32-68.
- Aydın, N. (2014). Dünyada Çocuk Sağlığındaki Eşitsizlikler. *Toplum ve Hekim*, 29(1), 49-55.
- Aydın, Z. D. (2006). Toplum ve Birey için Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(4), 43-48.
- Aytaç, Ö. ve Kurttaş, M. (2016). Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250. DOI: 10.18069/fusbed.31544
- Bahar, Z., A. Beşer, N. Gördes, F. Ersin, A. Kıssal (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- Baloğlu, B. (2005). Sağlık ve Sosyal Sınıflar. *Sosyoloji Konferansları*, 31, 145-159.
- Bambra, C. (2011). Health Inequalities and Welfare State Regimes: Theoretical Insights on a Public Health 'Puzzle'. *J Epidemiol Community Health*, 65, 740-745. doi:10.1136/jech.2011.136333
- Bartley, M., Ferrie, J. ve Montgomery, S. M. (2009). Sağlık ve Emek Piyasası Dezavantajı: İşsizlik, İş Yokluğu ve İş Güvencesizliği. Michael Marmot ve Richard G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 98-118). (Çev. Ed. İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İnev.
- Baş, T. (2013). *Anket: Nasıl Hazırlanır? Nasıl Uygulanır? Nasıl Değerlendirilir?*. Ankara: Seçkin.
- Belek, İ. (1998a) İkinci Baskı İçin Önsöz. İ. Belek, E. Nalçacı, H. Onuroğulları, F. Ardiç. *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi* içinde (ss. 7-16). İstanbul: Sorun.
- Belek, İ. (1998b). *Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik*. İstanbul: Sorun.
- Belek, İ. (2004). *Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği.
- Bek, N. (2008). *Fiziksel Aktivite ve Sağlığımız*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730.

- Berger, P. L. ve Luckmann, T. (2008). *Gerçekliğin Sosyal İnşası: Bir Bilgi Sosyolojisi İncelemesi*. (Çev. V. S. Öğütle). İstanbul: Paradigma.
- Bilir, N. (1978). Sigara. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 2(11), 63-67.
- Binbay, İ. T. (2009). *İzmir Kent Merkezinde Yaşayan 15-64 Yaş Arası Nüfusu Temsil Eden Bir Örnekte Toplumsal Eşitsizlikler İle Psikoz-Benzeri Yaşantılar, Psikotik Belirtiler ve Psikotik Bozukluklar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Bloch, M. (2005). *Feodal Toplum*. (Çev. M. A. Kılıçbay). Ankara: Doğu Batı.
- Bolsoy, N. ve Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3), 78-87.
- Bombak, A. E. (2013). Self-Rated Health and Public Health: a Critical Perspective. *Frontiers in Public Health*, 1(15), 1-4.
- Boratay, K. (2004). *İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri*. Ankara: İmge.
- Bottomore, T. B. (2000). *Toplumbilim: Sorunlarına ve Yazınına İlişkin Bir Kılavuz*. (Çev. Ü. Oskay). İstanbul: Der.
- Bottomore, T. (2018). *Modern Toplumda Sosyal Sınıflar*. (Çev. Ö. Balkız, B. Balkız ve Ü. Tatlıcan). Bursa: Sentez.
- Bourdieu, P. ve Wacquant, L. (2014). *Düşünümsel Bir Antropoloji İçin Cevaplar*. (Çev. N. Ökten). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Bourdieu, P. (2014). *Seçilmiş Metinler*. (Çev. L. Ünsaldı). Ankara: Heretik.
- Bourdieu, P. (2015). *Bilimin Toplumsal Kullanımları: Bilimsel Alanın Klinik Bir Sosyolojisi İçin*. (Çev. L. Ünsaldı). Ankara: Heretik.
- Bourdieu, P. (2017). *Ayrım: Beğeni Yargısının Toplumsal Eleştirisi*. (Çev. D. Fırat ve G. Berkkurt). Ankara: Heretik.
- Bozkurt, V. (2010). *Değişen Dünyada Sosyoloji: Temeller, Kavramlar, Kurumlar*. Bursa: Ekin.
- Browne, K. (2015). *Sosyolojiye Giriş*. (Çev. İ. Kaya). İstanbul: Say.
- Brunner, E. ve Marmot, M. (2009). Sosyal Yapı, Stres ve Sağlık. Michael Marmot ve Richard G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 18-44). (Çev. Ed. İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İnev.
- Budak, F. (2019). Kültür ve Sağlık. Özlem Özer ve Fatih Şantaş (Ed.). *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık* içinde (ss. 113-130). Ankara: Nobel.

- Büyüköztürk, Ş. ve diğ. (2018). *Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Can, A. (2014). *SPSS İle Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi*. Ankara: Pegem Akademi.
- Can, İ. (2019). *Sağlık Olsun: Sağlık Toplumsal Görünümleri*. Konya: Çizgi.
- Capra, F. (2009). *Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası*. (Çev. M. Armağan). İstanbul: İnsan.
- CDC (Centers For Disease Control and Prevention). (2018). *Youth Risk Behavior Surveillance System*. Erişim adresi <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/overview.htm>, E. T. 16.04.2020.
- Cevizci, A. (2005). *Paradigma Felsefe Sözlüğü*. İstanbul: Paradigma.
- Cirhinlioğlu, Z. (2003). Post-modern Çözülüş ve Sağlık. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 131-148.
- Cirhinlioğlu, Z., Ok, Ü. ve Cirhinlioğlu, F. G. (2013). *Dindarlık, Ruh Sağlığı ve Modernite*. Ankara: Nobel.
- Cirhinlioğlu, Z. (2015). *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Nobel Akademik.
- Çağan, K. (2016). Ailenin İşlevleri. Kadir Canatan ve Ergün Yıldırım (Ed.). *Aile Sosyolojisi* içinde (ss. 83-93). İstanbul: Açılım.
- Çelik, Ş. (2013). Kümeleme Analizi ile Sağlık Göstergelerine Göre Türkiye'deki İllerin Sınıflandırılması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14(2), 175-194.
- Çelik, Y. (2019). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal.
- Çolak, S. (2015). *Özel Bir Kolonyalizm Türü: Apartheid*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Afrika Çalışmaları (Uluslararası İlişkiler) Anabilim Dalı.
- Çolakkadioğlu, D. ve Yücel, M. (2018). Çukurova Üniversitesi Yerleşkesinde Görüntü Kirliliğine Neden Olan Etkenlerin Belirlenmesi. *Iğdır Üni. Fen Bilimleri Enst. Dergisi*, 8(2), 239-246.
- Çukur, A. (2016). Sağlık Ekonomisi. Nurşen Adak (Ed.). *Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar* içinde (ss. 33-60). Ankara: Nobel.
- Davis, K. ve Moore, W. E. (1945). Some Principles of Stratification. *American Sociological Review*, 10(2), 242-249.
- De Botton, A. (2018). *Statü Endişesi*. (Çev. A. S. Bayer). İstanbul: Sel.
- Demir, Ö. ve Acar, M. (2002). *Sosyal Bilimler Sözlüğü*. Ankara: Vadi.

- Demir, B. (2020). Sağlının Kavramsallaştırılması ve İnsan Odaklı Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon Perspektifi. *İnsan ve İnsan*, 7(24), 62-83. <https://doi.org/10.29224/insanveinsan.675151>
- Demirci, B. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ve Türkiye’de Sağlık Sisteminin Değişimi. Nurşen Adak (Ed.). *Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar* içinde (ss. 207-228). Ankara: Nobel Akademik.
- Demirci, N. ve Coşkuner Potur, D. (2014). Erkek Fertilitesi ve Riskli Yaşam Biçimi Davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(1), 39-45.
- Dirican, M. R. (1970). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinin Kısa Tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Bülteni*, 2(7), 184-193. <http://fbe.atauni.edu.tr/eajm/Makaleler%5C1970%5C1970-2%5C7.pdf>
- DSÖ Anayasası, (1946). *Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İle İlişkileri*. T. C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsoandturkey.pdf>.
- Durkheim, E. (2018). *Toplumsal İşbölümü*. (Çev. Ö. Ozankaya) İzmir: Cem.
- Dworkin, D. (2012). *Sınıf Mücadeleleri*. (Çev. U. Özmakas). İstanbul: İletişim.
- Edgell, S. (1998). *Sınıf*. (Çev. D. Özyiğit). Ankara: Dost Kitabevi.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, American Association for the Advancement of Science*, New Series, 196(4286), (Apr. 8, 1977), 129-136. Erişim Adresi <http://www.jstor.org/stable/1743658>.
- Engels, F. (2013). *İngiltere’de Emekçi Sınıfların Durumu (Kişisel Gözlemlerden ve Otantik Kaynaklardan)*. (Çev. O. Emre). İstanbul: Ayrıntı.
- Erkoyun, İ. E. (2018). *Türkiye’de Antropometrik Vücut Yağlanması Göstergelerine Göre Bölgelerin İçindeki Eşsizlikler ve Bölgelerin Karşılaştırılması*. Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Eryiğit Günler, O. (2014). Sosyal Sermaye, Sağlık ve Hastalık. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16(26), 107-113.
- Eryiğit Günler, O. (2016). Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Hastalık. Erhan Tecim (Ed.). *Sağlık Sosyolojisi Yazıları* içinde (ss. 103-127). İstanbul: Açılım.
- Field, J. (2008). *Sosyal Sermaye*. (Çev. B. Bilgen ve B. şen). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi.
- Giddens, A. (2008). *Sosyoloji*. (9. Bölümü Çev. E. Rızvanoğlu). İstanbul: Kırmızı.
- Giddens, A. ve Sutton, P. W. (2016). *Sosyolojide Temel Kavramlar*. (Yay. haz. ve Çev. A. Esgin). Ankara: Phoenix.

- Gönç Şavran, T. (2010). *Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık: Eskişehir’de Sosyolojik Bir Araştırma*. Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi SBE.
- Gönç, T. (2016). Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik. Nurşen Adak (Ed.). *Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar* içinde (ss. 61-83). Ankara: Nobel.
- Güler, M . (2015). Modern Kölelik ve Modern Köleliğin Görünümleri. *İş ve Hayat*, 1(2), 23-46. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/isvehayat/issue/29032/310457>.
- Güneş, Z. N. A. ve Tekgüç, H. (2016). Türkiye’de Sağlık ve Tabakalaşma: Eşitsizliklerin Sağlıkta Tabakalaşmaya Etkisi. Lütfi Sunar (Ed.). *Türkiye’de Toplumsal Tabakalaşma ve Eşitsizlik* içinde (ss. 367-383). İstanbul: Matbu Kitap.
- Güven, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları. *Sosyoloji Dergisi*, 3. Dizi, 29. Sayı, 2014/2, s.127-153.
- Harlak, H. (2016). Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp. Nurşen Adak (Ed.). *Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar* içinde (ss. 173-206). Ankara: Nobel.
- Haviland, W. A., Prins, H. E. L., Walrath, D., Mcbride, B., (2008). *Kültürel Antropoloji*. (Çev. İ. D. Erguvan Sarioğlu). İstanbul: Kaknüs.
- Hayırlıoğlu, M. (2017). Toplu Ulaşım Sistemlerinin Faydaları. *Demiryolu Mühendisliği*, 6, 42-46.
- Hayran, O. (2012). Sağlık ve Hastalık. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 23, 82-85.
- Horozcu, Ü. (2010). Tecrübî Araştırmalar Işığında Dindarlık ve Maneviyat ile Ruhsal ve Bedensel Sağlık Arasındaki İlişki. *Milel ve Nihal*, 7(1), 209-240.
- Hunt, S. & Lightly, N. (2015). ‘Tamamlayıcı’ Tıp Sosyolojisi: Alternatif Tıp Sağlıklı Bir Alternatif mi Sunuyor?. Anthony Giddens (Ed.). *Sosyoloji Başlangıç Okumaları* içinde (ss. 147-157). (Çev. G. Altaylar). İstanbul: Say.
- İlhan, N., Batmaz, M. ve Akhan, L. U. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3) 34-44.
- Illich, I. (2011). *Şenlikli Toplum*. (Çev. A. Kot). İstanbul: Ayrıntı.
- Illich, I. (2014). *Sağlığın Gasplı*. (Çev. S. Sertabiboğlu). İstanbul: Ayrıntı.
- ILO. (2011). International Labour Office. *ILO Introductory Report: Global Trends and Challenges On Occupational Safety and Health*. Report, XIX World Congress on Safety and Health at Work, İstanbul. Geneva. Erişim Adresi: www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_162662.pdf

- İslamoğlu, A. H. ve Alnıaçık, Ü. (2016). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (SPSS Uygulamalı)*. İstanbul: Beta Basım.
- Jana M. K., De T. (2015). Visual Pollution Can Have A Deep Degrading Effect On Urban And Suburban Community: A Study In Few Places Of Bengal, India, With Special Reference To Unorganized Billboards. *European Scientific Journal*. Special Edition: 1-14.
- Johnson, A. M., Mercer, C. H. ve Cassel, J. A. (2009). Sosyal Belirleyiciler, Cinsel Davranış ve Cinsel Sağlık. Michael Marmot ve Richard G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 362-388). (Çev. Ed. İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İncev.
- Kadın Hakları: Uluslararası Hukuk ve Uygulama. Derleyenler Gökçeçiçek Ayata, Sevinç Eryılmaz Dilek, Bertil Emrah Oder. (2010). İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Hakları Hukuku Uygulama ve Araştırma Merkezi. https://humanrightscenter.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/02/24/Kadin_Haklari.pdf. E. T. 26.10.2019.
- Kalaycıoğlu, S. (2003). Toplumsal Tabakalaşma ve Toplumsal Hareketlilik. İhsan Sezal (Ed.). *Sosyolojiye Giriş* içinde (ss. 242-259). Ankara: Martı.
- Kalaycıoğlu, S. (2016). Toplumsal Yapı: Toplumsal Kurumlar, Gruplar ve Toplumsal Değişme. Mehmet Zencirkıran (Ed.). *Dünden Bugüne Türkiye'nin Toplumsal Yapısı* içinde (ss. 3-15). Bursa: Dora.
- Kaplan, Y. ve Akkaya, C. (2013). Toplumsal Tabaka Farklılıklarının Spora Yansıyan Sonuçları (Antalya Örneği). *Mediterranean Journal of Humanities*, 3(2), 143-158. DOI: 10.13114/MJH/201322476
- Kar, A. (2019). Sağlığı Etkileyen Faktörler. Özlem Özer ve Fatih Şantaş (Ed.). *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık* içinde (ss. 23-44). Ankara: Nobel.
- Karan, M. A. (2007). Biyolojik, Psikolojik, ve Sosyal Açından Yaşlanma. M. Faruk Bayraktar (Ed.). *Yaşlılık Dönemi ve Problemleri* içinde (ss. 19-30). İstanbul: Ensar.
- Kasapoğlu, A. (2008). Giriş. Aytül Kasapoğlu (Ed.). *Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık* içinde (ss. 13-37). Ankara: Phoenix.
- Kasapoğlu, Ay. (2016). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., Prothrow-Stith, D. (1997). Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *Am J Public Health*, 87, 1491-1498.
- Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. (1999) Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis. *Am J Public Health*, 89, 1187-1193.

- Kaya, B. ve Binbay, T. (2006). Akıl Sağlığı Penceresinden İşsizlik. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 21(6), 122-128.
- Kayı, İ. (2012). *İstanbul'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Nüfusta Sosyal Sermaye ve Sağlık Davranışlarının Araştırılması*. Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Kemerlioğlu, E. (1973). *Erzurum'da Meslekler ve Sosyal Tabakalaşma*. Doktora Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kesgin, C. ve A. Topuzoğlu, (2006). Sağlığın Tanımı; Başaçıkma. *Journal of Istanbul Kültür University*, 3, 47-49.
- Kılıç, M. (2018). Epidemiyoloji. Mineş Kılıç (Ed.). *Tarihsel Bir Perspektiften Sağlık Sosyolojisi* içinde (ss. 15-87). İstanbul: Nobel Tıp.
- Kıvanç, M. M. (2015). Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye'de Sağlık Reformları. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), 162-166.
- Kızılcılık, S. (1995). *Kırsal Kesim ve Kentsel Kesimdeki Sağlık Sisteminin Sosyolojik Açısından Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi*. Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi SBE.
- Kocaman, N. (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 101-112.
- Koç, A. (1996). Çevre Kirlenmesi ve İnsan Sağlığı Üzerine Etkileri. *Türkiye Klinikleri J Pediatri Dergisi*, 5(4), 127-131.
- Koçoğlu, D. (2006). *Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler*. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kol, E. (2014). *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm: Eskişehir'de Alt Gelir Grupları Üzerine Bir İnceleme*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Konda Barometresi. (2016). *Konda Barometresi Sağlık Algısı Ekim 2016*. Konda Araştırma ve Danışmanlık.
- Köylü, M. (2010). Ruh ve Beden Sağlığı İle Din İlişkisi Üzerine Yapılan Araştırmaların Bir Değerlendirmesi. *OMU İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 28(28), 5-36.
- Kurdaş, M. Ç. (2013). *Çalışan Kadınların Sağlık Bilincinin Sosyolojik Analizi (Malatya Örneği)*. Doktora Tezi. Elazığ: Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kutlu, İ. (2018). Literatür Taraması. Yusuf Genç (Ed.). *Madde Bağımlılığı ve Aile* içinde (ss. 87-102). Ankara: Akademisyen.

- Küçükusta, A. R. (2009). Görüntü Kirliliği. *Kent Kültürü ve Yönetimi Dergisi*.
<https://www.kentakademisi.com/goruntu-kirliligi/11023/#more-11023>.
- Lamb, K. A., Lee, G. R. ve Demaris, A. (2003). Union Formation and Depression: Selection and Relationship Effects. *Journal of Marriage and Family*, 65 (November 2003), 953–962.
- Lengermann, P. M. ve Niebrugge, G. (2012). Modern Feminist Kuram. George Ritzer (Ed.). *Modern Sosyoloji Kuramları* içinde (ss.314-366). Ankara: De Ki.
- McCartney, G., Collins, C. and Mackenzie, M. (2013). What (or Who) Causes Health Inequalities: Theories, Evidence and Implications?. *Health Policy*, 113(3), 221-227. ISSN 0168-8510, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.021>.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851013001590>.
- Macintyre, S. (1998). Black Raporu. *Toplum ve Hekim*, 13(3), 222-235.
- Marmot, M. (2009). Giriş. Micheal Marmot ve Richard G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 13-17). (Çev. Ed. İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İnev.
- Marmot, M., Siegrist, J. ve Theorell, T. (2009). Sağlık ve İş Yerindeki Psiko-sosyal Ortam. Micheal Marmot ve Richard G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 119-153). (Çev. Ed. İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İnev.
- Marshall, G. (2003). *Sosyoloji Sözlüğü*. (Çev. O Akınhay ve D. Kömürcü). Ankara: Bilim ve Sanat.
- Marx, K. ve Engels, F. (2003). *Komünist Partisi Manifestosu*. (Çev. C. Karakaya). İstanbul: Sosyal Yayınlar.
- McCarthy, M. (2009). Ulaşım ve Sağlık. Micheal Marmot ve Richard G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 154-172). (Çev. Ed. İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İnev.
- Naidoo, J. ve Wills, J. (2016). *Foundations For Health Promotion*. China: Elsevier,
- Nazlı, S. (2013). *Aile Danışmanlığı*. Ankara: Anı.
- Nesanır, N. (2007). *Türkiye’de Sağlık Alanında Kullanılmak Üzere Bir Sosyoekonomik İndeks Denemesi*. Uzmanlık Tezi. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Nisbet, R. (2013). *Sosyolojik Düşünce Geleneği*. (Çev. Y. Kaplan). İstanbul: Paradigma.
- Oral Kara, N. (2019). Cinsiyet ve Sağlık. Özlem Özer ve Fatih Şantaş (Ed.). *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık* içinde (ss. 75-91). Ankara: Nobel.

- Oskay, Ü. (1993). Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar. *Sosyoloji Dergisi*, E. Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını, 4, 89-140.
- Özdemir, Ş. ve Demirkıran, M. (2016). Doğru Sağlık Davranışı ve Etkin Sağlık Hizmeti İçin Halkın Sağlık Politikalarına ve Karar Verme Süreçlerine Dahil Edilmesi. Erhan Tecim (Ed.). *Sağlık Sosyolojisi Yazıları* içinde (293-306). İstanbul: Açılım.
- Özen, S. (1993). Sosyolojide Bir Alan: Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık-Toplumsal Yapı İlişkileri. *Sosyoloji Dergisi*, 4, 73-88.
- Özen, S. (1994). Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri. *Sosyoloji Dergisi*, E. Ü. Edebiyat Fakültesi Yayınları, 5, 133-145.
- Özcan, Y. Z. ve Özbay, Ö. (2003). Sosyolojide Yöntem. İhsan Sezal (Ed.). *Sosyolojiye Giriş* içinde (ss. 47-77). Ankara: Martı.
- Özdamar, K. (2018). *Eğitim, Sağlık ve Sosyal Bilimler İçin SPSS Uygulamalı Temel İstatistik*. Eskişehir: Nisan.
- Özer, Ö. (2019). Sağlık Statüsü Belirleyicisi Olarak Yaşam Tarzı. Fatih Budak (Ed.). *Sağlık Statüsü Belirleyicileri* içinde (171-188). Ankara: Siyasal.
- Öztürk, Y. (1980). Sigara İçmenin Sağlık Üzerindeki Olumsuz Etkileri. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 5(28), 16-25.
- Öztürk, H. ve Oktay, A. A. (2018). *Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Sosyal Faktörler*. Özet Bildiri. 1 Uluslararası Sağlıklı Yaşam Kongresi. Düzenleyen Kurum İstanbul Bilim ve Akademisyenler Derneği. İstanbul: Güven Plus Yay. http://www.saglikliyasamkongresi.org/bildiriayrinti/saglik-hizmetlerini-etkileyen-sosyal-faktorler_72.
- Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C., Afacan, S. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2), 277-329.
- Porter, R. (2018). *Kan Revan İçinde: Tıbbın Kısa Tarihi*. (Çev. G. Koca). İstanbul: Metis.
- Rissel, C., Curac, N., Greenaway, M. ve Bauman, A., (2012). *Key Health Benefits Associated with Public Transport: A Rapid Review*. Sax Institute. (<http://www.saxinstitute.org.au>), for the NSW Ministry of Health.
- Ritzer, G. (2012). *Modern Sosyoloji Kuramları*. (Çev. H. Hülür). Ankara: De Ki.
- Robertson, A., Brunner, E. ve Sheiham, A. (2009). Gıda Politik Bir Meseledir. Micheal Marmot ve Richard G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 200-225). (Çev. Ed. İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İnsev.

- Ross, C. E. and Wu, C. (1995). The Links Between Education and Health. *American Sociological Review*, 60(5), 719-745.
- Sağlık Bakanlığı. (2015). *Tarihçe*. Güncelleme Tarihi 01.09.2015. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>
- Sarı, Ö. ve Atılğan, K. G. (2012). *Sağlık Sosyolojisi: Hastalık ve Sağlığa İlişkin Kavramsal Tartışmalar*. Konya: Karatay Akademi.
- Savaş, N. (2020). Dünya Bankası'nın Sağlık Reformları Üzerine Etkisi; Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Örneği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(1):142-57.
- Saygılı, M. (2019). Yoksulluk ve Sağlık. *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık*. Özlem Özer ve Fatih Şantaş (Ed.). *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık* içinde (ss. 147-178). Ankara: Nobel.
- Selçuk, A. (2010). *Sosyal Destek ve Mental Sağlık Durumunda Sosyoekonomik Sağlık Eşitsizlikleri*. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Seyidoğlu, H. (2009). *Bilimsel Araştırma ve Yazma El Kitabı*. İstanbul: Güzem Can.
- Sezgin, D. (2015). Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme. Duygu Alptekin (Ed.). *Hasta Toplum: Cinsiyetçilik, Tıbbileştirme ve Tüketime Dair Sağlık Çözümleneleri* içinde (ss. 55-79). Ankara: Nobel Akademik.
- Shaw, M., Dorling, D. ve Smith, G. D. (2009). Yoksulluk, Toplumsal Dışlanma ve Azınlıklar. Micheal Marmot ve Richard G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 226-256). (Çev. Ed. İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İnev.
- Sherman, I. W. (2020). *Dünyamızı Değiştiren On İki Hastalık*. (Çev. E. Tümbay ve M. A. Küçükler). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür.
- Slattey, M. (2008). *Sosyolojide Temel Fikirler*. (Çev. Ü. Tatlıcan ve G. Demiriz). Bursa: Sentez.
- Stafford, M, ve McCarthy, M. (2009). Mahalleler, Konutlar ve Sağlık. Micheal Marmot ve Richard G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 339-361). (Çev. Ed. İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İnev.
- Stansfeld, S. A. (2009). Toplumsal Destek ve Toplumsal Birlik. Micheal Marmot ve Richard G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 173-179). (Çev. Ed. İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İnev.
- Suher, H. K. (2003). *Sosyo-ekonomik Ölçüm Uygulamaları ve Türkiye İçin Model Önerisi*. Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Sunar, L. ve diğ. (2016). *Türkiye Sosyo-Ekonomik Statü Endeksi Geliştirme Projesi*. (TÜBİTAK). İstanbul.
- Sunar, L. (2016b). Giriş: Türkiye’de Tabakalaşma ve Eşitsizliği Tartışmak. Lütfi Sunar (Ed.). *Türkiye’de Toplumsal Tabakalaşma ve Eşitsizlik* içinde (ss. 1-27). İstanbul: Matbu Kitap.
- Sunar, L. (2018). *Sosyal Tabakalaşma: Kavramlar, Kuramlar ve Temel Meseleler*. Ankara: Nobel Akademik.
- Sungur, C. (2019). Beslenme ve Sağlık. *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık*. Özlem Özer ve Fatih Şantaş (Ed.). *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık* içinde (ss. 131-145). Ankara: Nobel.
- Swartz, D. (2013). *Kültür ve İktidar: Pierre Bourdieu’nün Sosyolojisi*. (Çev. E. Gen). İstanbul: İletişim.
- Şahin, B. ve Taşkaya, B. (2016). Bir Kavramdan Fazlası: Sağlık Okuryazarlığı. Erhan Tecim (Ed.). *Sağlık Sosyolojisi Yazıları* içinde (ss. 157-186). İstanbul: Açılım.
- Şantaş, G. (2019). İşsizlik ve Sağlık. Özlem Özer ve Fatih Şantaş (Ed.). *Sosyolojik Boyutlarıyla Sağlık* içinde (ss. 213-230). Ankara: Nobel.
- Şavran, T. G. (2010). *Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık: Eskişehir’de Sosyolojik Bir Araştırma*. Doktora Tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şengül, Ü., Eslemian, S. ve Eren, M. (2013). Türkiye’de İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflamasına Göre Düzey 2 Bölgelerinin Ekonomik Etkinliklerinin VZA Yöntemi ile Belirlenmesi ve Tobit Model Uygulaması. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 11(21), 75-99.
- Şimşek, H. G. (2011). *Sosyal Eşitsizliklerin Koroner Kalp Hastalığı Risk Etmenlerine Etkisi*. Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Şimşek, H. ve Kılıç, B. (2012). Sağlıkta Eşitsizliklerle İlgili Temel Kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(2), 116-127.
- T. C. Sağlık Bakanlığı, (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü*. Ankara.
- Taban, S. (2006). Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi. *Sosyoekonomi*, 4(4), 31-46.
- Taylan, H. H. (2016). *Sakarya Üniversitesi Öğrencileri Penceresinden Türkiye’de Aile İçi Sorunlar*. International Congress on Political, Economic and Social Studies (ICPESS). Proceedings Book, Sakarya: Beşiz. 459-474.
- Taylan, H. H. (2018). Madde Bağımlılığı Sürecinde Ailenin Rolü. Yusuf Genç (Ed.). *Madde Bağımlılığı ve Aile* içinde (ss. 12-30). Ankara: Akademisyen.

- Tecim, E. (2018). *Sağlık Sosyolojisi*. Konya: Çizgi.
- Tekin, A. (2007). *Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği)*. Yüksek Lisans Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi SBE.
- Tezcan, M. (2012). *Çocuk Sosyolojisi*. Ankara: Anı.
- Thébaud-Mony, A. (2017). *Çalışmak Sağlığa Zararlıdır: Risklerin Alt İşverene Devri – Başkasını Tehlikeye Atma – Onura Saldırı – Duygusal ve Fiziksel Şiddet – Mesleki Kanserler*. (Çev. A. Güren). İstanbul: Ayrıntı.
- TNSA, (2013). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması.
- Tosun, M. (2011). Madde Bağımlılığı ve Aile. Süleyman Hançerli, Bilal Sevinç, Cüneyt Gürer, Muzaffer Cihad Öner (Ed.). *Suçta Sürüklenen ve Mağdur Çocuklar* içinde (ss. 103-122). Ankara: SABEV.
- Tunçbilek vd. (t.y). *Genetik Hastalıklar Sağlık Personeli İçin El Kitabı*. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/24009,genetikpdf.pdf?0>.
- Turner, B. S. (2011). *Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi*. (Çev. Ü. Tatlıcan). Bursa: Sentez.
- TÜİK, Çocuk İstatistikleri – Sağlık. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr>.
- TÜİK, Hayat Tabloları. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1100.
- TÜİK, Hayati İstatistikler – Temel Ölümlülük Göstergeleri, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060.
- TÜİK, İş Kazaları ve İşe Bağlı Sağlık Problemleri Araştırma Sonuçları, (2014).
- TÜİK, Ölüm İstatistikleri – Bebek Ölüm Hızı. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr>.
- TÜİK, Ölüm Nedeni İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083.
- TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, (2012). Mikroveri.
- TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, (2014). Mikroveri.
- TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, (2016). Mikroveri.
- TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması Haber Bülteni, 2016. Erişim Adresi <http://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>.
- Türkdoğan, O. (2016). *Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi*. İstanbul: Çizgi.
- Türkkan, A. (2005). *Uludağ Üniversitesi-Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi Bölgesinde Sosyoekonomik Açından Farklı İki Bölgede*

Sağlıkta Eşitsizlikler ve Bunu Etkileyen Etmenler. Doktora Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Tüzün, H. (2006). İşsizliğin Sağlık Sonuçlarını Gözden Geçirme. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 21(2), 129-135.
- Ünal, A. Z. (2016). *Toplumda Tabakalaşma ve Hareketlilik: Olgular, Kavramlar, Kuramlar*. Ankara: Birleşik.
- Wadsworth, M. ve Butterworth, S. (2009). Erken Yaşam. Michael Marmot ve Richard G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 45-71). (Çev. Ed. İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İnev.
- Weber, M. (2002). *Sosyoloji Yazıları*. (Çev. T. Parla). İstanbul: İletişim.
- Weber, M. (2012a). *Ekonomi ve Toplum*. Cilt 1. (Çev. L. Boyacı). İstanbul: Yarın.
- Weber, M. (2012b). *Ekonomi ve Toplum*. Cilt 2. (Çev. L. Boyacı). İstanbul: Yarın.
- Weininger, E. B. (2014). Bourdieu'nün Sınıf Analizinin Esasları. E. O. Wright (Ed.). *Sınıf Analizine Yaklaşımlar* içinde (ss. 111-156). (Çev. Ed. V. S. Öğütle; Çev. G. Ertuğrul). Ankara: NotaBene.
- WHO, (1978). *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- WHO, (1993). *The Urban Health Crisis: Strategies For Health For All In The Face Of Rapid Urbanization*. Geneva.
- WHO, (2000). *CINDI Dietary Guide*. Erişim Adresi http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/119926/E70041.pdf, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO, (2004). *Food and Health In Europe: A New Basis For Action*. Erişim Adresi http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74417/E82161.pdf?ua=1, Geneva: WHO Regional Publications. European Series ; No. 96.
- Wijk, C. V. & Kolk, A. M. (1997). Sex Difference in Physical Symptoms: The Contribution of Symptom Perception Theory. *Social Science and Medicine*, 45(2), 231- 246.
- Wilkinson, R. G. (2009). Biz ve Başkaları – İyi Günde, Kötü Günde: Sosyal Savunmasızlık ve Eşitsizlik. Michael Marmot ve Richard G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 389-407). (Çev. Ed. İ. Kayı ve Y. Yasin). İstanbul: İnev.
- Williams, K. ve Umberson, D. (2004). Marital Status, Marital Transitions, and Health: A Gendered Life Course Perspective. *Journal Of Health and Behaviour*, 45(1), 81-98.

- Yadigaroglu, H. (2018). Sosyal Sermaye Ve Sağlık İlişisine Dair Bir Değerlendirme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(56), 457-467.
- Yamada, S. & Palafox, N. (2001). On The Biopsychosocial Model: The Example Of Political Economic Causes Of Diabetes In The Marshall Islands. *Family Medicine*, 33, 702-704.
- Yavuz, B. (2010). *Türkiye’de Sosyal Bilimcilerin Cumhuriyet Dönemi Toplumsal Tabakalaşma Sistemine İlişkin Görüşleri*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yeltepe Ercan, H. (2012). *Egzersiz Psikolojisi ve Zihinsel Sağlık*. Ankara: Nobel.
- Yıldız, A. (2018). Sağlık Sosyolojisi. Mineş Kılıç (Ed.). *Tarihsel Bir Perspektiften Sağlık Sosyolojisi* içinde (ss. 1-14). İstanbul: Nobel Tıp.
- Young, J. T., (2004). Illness Behaviour: A Selective Review and Synthesis. *Sociology of Health&Illness*, 26(1), 1-31.
- Yumuturuğ, S. (1988). *Halk Sağlığı Ders Kitabı*. Ankara: Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları.
- Yüksel, M. (2012). *Sosyal Tabakalaşma ve Spor İlişkisi: İstanbul Örneği*. Doktora Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Zencirkıran, M. (2018). *Sosyoloji*. Bursa: Dora.
- 31.05.2019 tarih ve 3274 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi, Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması.

Çevrimiçi Kaynaklar

- URL 1: <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>.
- URL 2: <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4889/icd-10-international-classification-of-disease---uluslararasi-hastalik-siniflandirmasi.html>, (2015).
- URL 3: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- URL 4: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/.
- URL 5: <https://www.toraks.org.tr/halk/News.aspx?detail=3238>. Toplumsal Sağlık Sadece Tıbbi İndirgenebilir Mi?, Türk Toraks Derneği, (2016).
- URL 6: <https://www.tuseb.gov.tr/EnstituSayfa/yaslanan-toplumlar-ve-saglik-4/>.
- URL 7: https://www.who.int/health-topics/air-pollution#tab=tab_1.

URL 8: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cevresagligi-ced/ced-birimi/hava-kirlili%C4%9Fiv-sa%C4%9Fl%C4%B1k-etkileri.html>.

URL 9: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?contextual=default&end=2017&start=1960&view=chart>.

URL 10: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?end=2017&start=1960&view=chart>.

URL 11: <http://wdi.worldbank.org/table/2.12#>.


URL 12: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html>.

EKLER

Ek – 1 Araştırmada Kullanılan Soru Formu

SAKARYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK-HASTALIK VE SOSYAL TABAKALAŞMA ARAŞTIRMASI

ANKET NO:.....

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	<p>Sağlık - Hastalık ve Toplumsal Tabakalaşma Araştırması Sakarya Üniversitesi öğretim elemanlarının gerçekleştirdiği bir çalışmadır. Bu araştırma ile Türkiye’de sağlık/hastalıklar ve toplumsal tabakalaşma arasındaki ilişki derinlemesine bir şekilde ortaya konulacaktır.</p> <p>Türkiye genelinde yürütülen anket ile elde edilen veriler bu analizlerde kullanılacaktır. Araştırma raporlarında genel sonuçlara yer verilecek olup kişisel bilgileriniz tamamen GİZLİ tutulacaktır.</p> <p>Dikkat! Bu anketin uygulanacağı yaş grubu: + 18’dir.</p> <p>Katkılarınız için TEŞEKKÜR EDERİZ.</p> <p>Arş. Gör. İhsan KUTLU Sorumlu Araştırmacı</p>
---	--

Anketör Adı Soyadı ve No:	Adres Kontrol	Telefon Kontrol	Başl. Saati	Bitiş Saati

ADRES

A.1	Örnek Hane No		
A.2	Adres Asıl / Yedek Durumu	1. Asıl	.....Yedek
A.3	İl	.....
A.4	İlçe	.....
A.5	Mahalle	.....
A.6	Cadde /Sokak	.....
A.7	Dış Kapı No	.....
A.8	İç Kapı No	.....
A.9	Apartman Adı	.....
A.10	Telefon No	.....

A.11	Ziyaret tarihi ...../...../2019	Ziyaret sonucu 1.Anket yapıldı 2.Evde yok 3.Red
-------------	--	---

SAĞLIK-HASTALIK VE SOSYAL TABAKALAŞMA ARAŞTIRMASI

SORU FORMU

Bu araştırma Sakarya Üniversitesi Sosyoloji Bölümü Doktora Öğrencisi İhsan KUTLU'nun tez çalışması kapsamında yürütülmektedir. Sağlık-Hastalık ve Sosyal Tabakalaşma arasındaki ilişkiler incelenmektedir. Aşağıda sosyo-ekonomik durumunuz ve sağlık/hastalıklara ilişkin birtakım sorular ve ifadeler yer almaktadır. Vereceğiniz cevaplar yalnızca bilimsel çalışmalar için kullanılacaktır. Çalışmanın doğru sonuçlara ulaşabilmesi için kendinize en uygun gelen cevabı vermeniz önem arz etmektedir.

Çalışmaya GÖNÜLLÜ olarak katılımınız ve içtenlikle cevap verdiğiniz için **TEŞEKKÜR** EDERİZ.

1. HANE HALKI SES BİLGİLERİ

- **ANKETÖRÜN DİKKATİNE**
- İlk satıra **görüşülen kişinin** bilgilerini alınız!
- Sonraki satırlara hanede yaşayan diğer kişilerin bilgilerini büyükten küçüğe göre sıralayarak alınız.
- Hanede yer alan her bir bireyle ilgili satırı tamamlayıp sonraki bireye geçiniz. Gerekli kadar satır ekleyiniz.
- Hane tanımı: hane, aralarında akrabalık bağı bulunsun ya da bulunmasın gelir ve harcama ortaklığına sahip bireylerden oluşan topluluktur.
- Hanede yaşamasa bile geçimi hane üzerinden olan herkes haneye dâhildir.

	1.1.Yaşı	1.2. Cinsiyeti	1.3.Eğitim Durumu	1.4. Meslek	1.5.Gelir
Sorular	İlgili satırdaki kişinin içinde olduğu yaş sayısal olarak girilecek	İlgili satırdaki kişinin cinsiyeti	İlgili satırdaki kişinin en son mezun olduğu okul hangisidir? Hanedeki 15 yaş üstü bireylerin en son bitirdikleri okul bilgisi alınacak.	İlgili satırdaki kişinin mesleği nedir? (Hanedeki 16 yaş üstü bireylerin meslek bilgisi)	İlgili satırdaki kişinin <u>AYLIK</u> net geliri nedir?

Kişi No	Dikkat! 15 yaş altındaki kişiler için bu tablodaki diğer seçenekler doldurulm ayacaktır	1. Erkek 2. Kadın	1.Okur-yazar olmayan	Dikkat! Meslek ile uzmanlık aynı kabul edilmektedir. İlgili kişinin mesleğini veya uzmanlık alanını açık bir biçimde öğreniniz.	Tüm gelir kalemlerinden elde ettiği aylık ortalama gelir. (Maaş, Kira, Yardım vb.) Eğer ilgili kişinin geliri yıllık ise 12'ye bölerek aylık miktarı yazınız.
			2.Okur-yazar olup, bir okul bitirmeyenler	Meslek ile ilgili şu türden genel cevaplar kesinlikle kabul edilmeyecektir: "serbest meslek", "devlet memuru", "kamu çalışanı", "esnaf", "zanaatkâr", "serbest işçi", "vasıfsız işçi", "usta", "tüccar", "yönetici", "işsiz". Bu cevapları verenlerden esas mesleklerinin ne olduğu bilgisi alınacaktır.	
1.			.....		.....
Görüşülen			...	.....	...
2	.....		.....	.....	.....
3	.....		.....	.....	.....
4	.....		.....	.....	.....
5	.....		.....	.....	.....
6	.....		.....	.....	.....
7	.....		.....	.....	.....
8	.....		.....	.....	.....
9	.....		.....	.....	.....
10	.....		.....	.....	.....

1.6. Hanedeki toplam kişi sayısı:

1.7. Hayatınızın çoğunu hangi tip yerleşim yerinde geçirdiniz? Kırsal () Kentsel ()

1.8. Şu anda yaşadığınız Mahalle / İlçe / Şehir: / /

1.9. Görüşülen kişinin medeni durumu:

1. Evli () 2. Bekâr () 3. Dul/Boşanmış () 4. Diğer ()

2. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir. Lütfen tüm ifadeleri doldurunuz.		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	1	2	3	4
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	1	2	3	4
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	1	2	3	4
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım	1	2	3	4
5	Yeterince uyurum	1	2	3	4
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim	1	2	3	4
7	İnsanları başarıları için takdir ederim	1	2	3	4
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	1	2	3	4
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	1	2	3	4
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	1	2	3	4
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	1	2	3	4
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	1	2	3	4
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	1	2	3	4
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	1	2	3	4
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	1	2	3	4
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm	1	2	3	4
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	1	2	3	4
18	Geleceğe umutla bakarım	1	2	3	4
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	1	2	3	4
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim	1	2	3	4
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	1	2	3	4
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	1	2	3	4
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim	1	2	3	4
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	1	2	3	4
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim	1	2	3	4
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	1	2	3	4
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	1	2	3	4
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	1	2	3	4
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	1	2	3	4
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	1	2	3	4
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	1	2	3	4

34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park	1	2	3	4
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim	1	2	3	4
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	1	2	3	4
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	1	2	3	4
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	1	2	3	4
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	1	2	3	4
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	1	2	3	4
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	1	2	3	4
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	1	2	3	4
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	1	2	3	4
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	1	2	3	4
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	1	2	3	4
47	Yorulmaktan kendimi korurum	1	2	3	4
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım	1	2	3	4
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	1	2	3	4
50	Kahvaltı yaparım	1	2	3	4
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	1	2	3	4
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	1	2	3	4

3. AŞAĞIDAKI HASTALIKLARIN SIZDE BULUNMA DURUMU NEDİR?		HAYIR YOK	EVET VAR	Vardı, Tedavi Oldum /
3.1	Kalp ve Damar Hastalıkları			
3.2	Şeker (Diyabet)			
3.3	Hipertansiyon			
3.4	Kolesterol			
3.5	Astım-Bronşit			
3.6	Alerjik Hastalıklar			
3.7	Diş Hastalıkları			
3.8	Psikolojik / Ruhsal Hastalıklar			
3.9	Romatizmal Hastalıklar			
3.10	Boyun Bölgesi Problemleri (boyun ağrısı – boyun fıtığı – diğer boyun problemleri)			
3.11	Bel Bölgesi Problemleri (bel ağrısı – bel fıtığı – diğer bel bozuklukları)			
3.12	Kanser			
3.13	Diğer			

4. SAĞLIĞI OLUMSUZ ETKİLEYEN ALIŞKANLIKLAR		Kullanmıyorum	Bazen kullanırım	Düzenli olarak kullanırım
4.1	Sigara kullanma durumunuz nedir?			
4.2	Alkollü içki kullanma durumunuz nedir?			

5. Herhangi bir <u>AĞRI /RAHATSIZLIK DUYMADAN</u> son 12 ay içinde aşağıdakilerden hangisini yaptırdınız? (KORUYUCU – ÖNLEYİCİ FAALİYETLER)		HAYIR	EVET
5.1	Tansiyon Ölçümü		
5.2	Kan Şekeri Ölçümü		
5.3	Diş Muayenesi		
5.4	Kolesterol Ölçümü		
5.5	Grip Aşısı		
5.6	Kanser Taraması		
5.7	Check-up (Genel Sağlık Taraması)		
5.8	Diğer (Belirtiniz.....)		

6. SAĞLIKLA İLGİLİ DİĞER SORULAR		HAYIR	EVET
6.1	Estetik bir gerekçeyle herhangi bir tıbbi operasyon geçirdiniz mi?		
6.2	Düzenli olarak herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?		
6.3	Amatör ya da profesyonel olarak herhangi bir spor yaptınız mı / yapıyor musunuz?		
6.4	Dişlerinizi (günde en az bir defa olacak şekilde) düzenli olarak fırçalıyor musunuz?		
6.5	Sağlık amacıyla daha önce hacamat (kan aldırma) yaptırdınız mı?		
6.6	Tedavi amacıyla daha önce çeşitli otlar/bitkiler kullandınız mı?		
6.7	Tedavi amacıyla daha önce hocaya okutma (Kur'an/dua vb.) yöntemine başvurduunuz mu?		

7. Muayene ve tedavi olmak için aşağıdakilerden hangisine ne sıklıkla başvurursunuz ?		Hiçbir zaman	Nadiren	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
7.1	Aile Hekimi / Sağlık Ocağı					
7.2	Devlet Hastaneleri					
7.3	Tıp Fakültesi					
7.4	Özel Hastaneler					

7.5	Özel Muayenehaneler					
7.5	Geleneksel Şifacılar					
7.6	Kendi kendime tedavi yöntemleri uygulamam					

8. Size okuyacağım etkenlerin insanların sağlığı ve hastalığı üzerinde ne kadar etkili olduğunu düşündüğünüzü belirtiniz.	Çok Önemsiz	Önemsiz	Ne önemli Ne önemsiz	Önemli	Çok Önemli
8.1 Çevre kirliliği					
8.2 Kişilerin kendi sağlığına dikkat etmemesi					
8.3 Kişilerin ibadetlerini yerine getirmemeleri					
8.4 Kalıtımsal (genetik/ailevi) yatkınlık					
8.5 Sağlık hizmetlerinin yeterli olmaması					
8.6 Kişilerin sağlık/hastalık konusunda bilgi yetersizliği					
8.7 Sağlık hususunda yeterli bilgilendirmenin yapılmaması					
8.8 Yoksulluk					
8.9 Aile içi sorunlar					
8.10 Nazar değmesi					
8.11 Büyü, cin çarpması, beddua vb. manevi sebepler					
8.12 Stres					
8.13 Sigara, alkol gibi alışkanlıklar					
8.14 Kişilerin çalışma koşulları					

9. Doktorunuzun kadın ya da erkek olması mahremiyetle ilgili olarak sizin için ne derece önemlidir?

Çok Önemsiz () Önemsiz () Ne Önemli Ne Önemsiz ()

Önemli () Çok Önemli ()

10. Sağlık hizmetlerine erişebilme kolaylığınızı derecelendiriniz.

Çok Zor () Zor () Ne zor ne değil () Kolay () Çok Kolay ()

11. Sağlığınızı yaşitlarınıza göre genel olarak nasıl tanımlarsınız?

Çok İyi () İyi () Orta () Kötü () Çok Kötü ()

12 Son bir ay içerisinde ne kadar bedensel ağrınız oldu?

1. Hiç olmadı() 2. Çok az oldu() 3. Az oldu()
4. Fazla oldu() 5. Çok fazla oldu()

13. Beden Kitle İndeksi İçin:

Boy:cm

Kilo:.....kg

14. Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz?saat

15. Son bir yıl içerisinde ertelediğiniz bir tedaviniz oldu mu?

İhtiyacım Olmadı. ()

Hayır, Yok. Gerekğinde tedavi oldum. ()

15.1. Evet, ise Neden: Ekonomik sebepler ()
İhmal / Önemsememe ()
Zaman Bulamama ()
Korku ()
Diğer.....

16. Modern tıp dışındaki alternatif tedavi yolları hakkındaki görüşlerinizi bildiriniz.	Fikrime hiç uygun değil	Fikrime uygun değil	Fikrime ne uygun ne değil	Fikrime uygun	Fikrime çok uygun
16.1 Anlamsız buluyorum, asla tercih etmem					
16.2 Kültürel bir anlamı vardır, rahatlamak için bazen tercih edilebilir					
16.3 Modern tıba alternatif değil yardımcı bir unsur olarak görüyorum					
16.4 Modern tıbbın çözüm bulamadığı bazı sağlık sorunlarına daha uygun çözümler bulduklarına inanıyorum.					
16.5 Modern tıbbı anlamsız buluyorum tüm sağlık sorunlarının alternatif tedavi yolları ile çözülebileceğini düşünüyorum.					

17. Sağlık / Hastalıkla ilgili konularda bilgi alma kanallarınızı öncelik sırasına göre 1'den 5'e kadar sıralayınız?

- İnternet
- Sağlık uzmanları (doktor, hemşire vb.) / Sağlık kuruluşları
- Medya (Tv – Radyo – Gazete)
- Sosyal Çevre (Aile - Arkadaş veya Komşular)
- Geleneksel Şifacılar

18. Sağlıklı olmayı nasıl tanımlarsınız? (Yalnızca bir tane işaretleyiniz)

Herhangi bir ağrı-sızı olmaması halidir. ()

Ruhen ve bedenen iyi olduğunu hissetme halidir. ()
Sürekli kronik bir rahatsızlığın olmamasıdır ()
Bir Check-up sonucu tahlillerin normal çıkmasıdır. ()
Diğer (Belirtiniz.....)

19. İlaç kullandığınızda ilaçlarınızı aksattığınız olur mu?

Hiçbir zaman aksatmam() Nadiren aksatırım() Bazen aksatırım()
Sıklıkla aksatırım() Her zaman aksatırım()

20. Reçetesiz olarak ilaç kullanır mısınız?

Hiçbir zaman kullanmam() Nadiren kullanırım() Bazen kullanırım()
Sıklıkla kullanırım() Her zaman kullanırım()

21. Özel diş muayenesi hizmeti alır mısınız?

1.Hiçbir zaman almam() 2. Sadece acil durumlarda alırım ()3. Her zaman alırım ()

22. Hanenizde yaşayan diğer kişilerde – siz hariç herhangi bir kişide- aşağıdaki		HAYIR YOK	EVET VAR	Vardı, Tedavi Oldu / İyileşti
22.1	Kalp, Şeker, Tansiyon gibi kronik hastalıklar			
22.2	Psikolojik / Ruhsal Hastalıklar			
22.3	Kanser			
22.4	Romatizmal Hastalıklar			

Ek - 2 Geçmiş Yılların TÜİK Sağlık Araştırmaları Sonuçlarından Bazıları

Tablo 94: Hane Geliri ve Genel Sağlık Durumu (2014)

		GENEL SAĞLIK DURUMU					Toplam
		Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü	
0 - 1080 TL	Kişi Sayısı	433	2324	1942	1008	187	5894
	Yüzde	7,3	39,4	32,9	17,1	3,2	100,0
1081- 1550 TL	Kişi Sayısı	392	1801	1199	400	67	3859
	Yüzde	10,2	46,7	31,1	10,4	1,7	100,0
1551- 2170 TL	Kişi Sayısı	357	1529	925	262	42	3115
	Yüzde	11,5	49,1	29,7	8,4	1,3	100,0
2171 - 3180 TL	Kişi Sayısı	484	1685	881	196	28	3274
	Yüzde	14,8	51,5	26,9	6,0	0,9	100,0
3181 + TL	Kişi Sayısı	503	1649	699	116	20	2987
	Yüzde	16,8	55,2	23,4	3,9	0,7	100,0
Toplam	Kişi Sayısı	2169	8988	5646	1982	344	19129
	Yüzde	11,3	47,0	29,5	10,4	1,8	100,0

(TÜİK, Sağlık Araştırması, 2014 (Mikroveri)) (Hesaplamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.)

Tablo 95: Eğitim ve Genel Sağlık Durumu (2014)

		GENEL SAĞLIK DURUMU					Toplam
		Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü	
Okuma yazma bilmeyen	Kişi Sayısı	32	427	656	638	137	1890
	Yüzde	1,7	22,6	34,7	33,8	7,2	100,0
Bir okul bitirmedi	Kişi Sayısı	32	316	379	183	49	959
	Yüzde	3,3	33,0	39,5	19,1	5,1	100,0
İlkokul	Kişi Sayısı	416	2977	2745	856	120	7114
	Yüzde	5,8	41,8	38,6	12,0	1,7	100,0
Genel ortaokul	Kişi Sayısı	242	852	438	97	12	1641
	Yüzde	14,7	51,9	26,7	5,9	0,7	100,0
Mesleki veya teknik ortaokul	Kişi Sayısı	11	45	24	4	1	85
	Yüzde	12,9	52,9	28,2	4,7	1,2	100,0
İlköğretim	Kişi Sayısı	328	899	214	36	0	1477
	Yüzde	22,2	60,9	14,5	2,4	0,0	100,0
Lise veya mesleki lise	Kişi Sayısı	617	1876	741	110	18	3362
	Yüzde	18,4	55,8	22,0	3,3	0,5	100,0
2 veya 3 yıllık yüksek okul	Kişi Sayısı	171	523	159	30	2	885
	Yüzde	19,3	59,1	18,0	3,4	0,2	100,0
4 yıllık fakülte veya yüksek okul	Kişi Sayısı	269	921	257	23	4	1474
	Yüzde	18,2	62,5	17,4	1,6	0,3	100,0
Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil)	Kişi Sayısı	39	135	21	5	1	201
	Yüzde	19,4	67,2	10,4	2,5	0,5	100,0

Doktora	Kişi Sayısı	12	17	12	0	0	41
	Yüzde	29,3	41,5	29,3	0,0	0,0	100,0
Toplam	Kişi Sayısı	2169	8988	5646	1982	344	19129
	Yüzde	11,3	47,0	29,5	10,4	1,8	100,0

(TÜİK, Sağlık Araştırması, 2014 (Mikroveri)) (Hesaplamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.)

Tablo 96: Eğitim ve Genel Sağlık Durumu (2012)

		Genel Sağlık Durumu					Toplam
		Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü	
Okuma yazma bilmiyor	Kişi Sayısı	69	848	1197	678	117	2909
	Yüzde	2,4	29,2	41,1	23,3	4,0	100,0
Okuryazar olup bir okul bitirmeyenler	Kişi Sayısı	151	751	529	204	38	1673
	Yüzde	9,0	44,9	31,6	12,2	2,3	100,0
İlkokul	Kişi Sayısı	732	5202	3101	787	80	9902
	Yüzde	7,4	52,5	31,3	7,9	0,8	100,0
İlköğretim	Kişi Sayısı	998	2288	255	32	5	3578
	Yüzde	27,9	63,9	7,1	0,9	0,1	100,0
Ortaokul veya mesleki ortaokul	Kişi Sayısı	160	1024	414	76	8	1682
	Yüzde	9,5	60,9	24,6	4,5	0,5	100,0
Lise ve dengi okullar	Kişi Sayısı	886	3158	762	118	13	4937
	Yüzde	17,9	64,0	15,4	2,4	0,3	100,0
Yüksekokul veya fakülte	Kişi Sayısı	540	2115	413	60	3	3131
	Yüzde	17,2	67,6	13,2	1,9	0,1	100,0
Yüksek lisans, Doktora	Kişi Sayısı	48	157	29	5	0	239
	Yüzde	20,1	65,7	12,1	2,1	0,0	100,0
Toplam	Kişi Sayısı	3584	15543	6700	1960	264	28051
	Yüzde	12,8	55,4	23,9	7,0	0,9	100,0

(TÜİK, Sağlık Araştırması, 2012 (Mikroveri)) (Hesaplamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.)

Tablo 97: Gelir ve Genel Sağlık Durumu (2012)

		Genel Sağlık Durumu					Toplam
		Çok İyi	İyi	Orta	Kötü	Çok Kötü	
500 TL'den az	Kişi Sayısı	94	557	367	204	33	1255
	Yüzde	7,5	44,4	29,2	16,3	2,6	100,0
501 - 750 TL	Kişi Sayısı	129	680	343	125	13	1290
	Yüzde	10,0	52,7	26,6	9,7	1,0	100,0
751 - 1100 TL	Kişi Sayısı	262	1370	610	178	29	2449
	Yüzde	10,7	55,9	24,9	7,3	1,2	100,0
1101 - 1700	Kişi Sayısı	367	1537	645	158	19	2726

TL	Yüzde	13,5	56,4	23,7	5,8	0,7	100,0
1701 TL'den fazla	Kişi Sayısı	442	1730	588	109	18	2887
	Yüzde	15,3	59,9	20,4	3,8	0,6	100,0
Toplam	Kişi Sayısı	1294	5874	2553	774	112	10607
	Yüzde	12,2	55,4	24,1	7,3	1,1	100,0

(TÜİK, Sağlık Araştırması, 2012 (Mikroveri)) (Hesaplamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır.)

Ek - 3 Hipotez Sonuçları

Tablo 98: Hipotez Sonuçları

HİPOTEZLER		RET / KABUL
Hipotez 1	Üst toplumsal tabakaya doğru gidildikçe sağlığı olumlu değerlendirme oranları artmaktadır.	KABUL
Hipotez 2	Üst toplumsal tabakaya doğru gidildikçe hastalık bulunma oranı düşmektedir.	RET
Hipotez 3	Üst toplumsal tabakaya doğru gidildikçe bulunan hastalık sayısı düşmektedir.	KABUL
Hipotez 4	Üst tabakalara gidildikçe fazla ve aşırı kilolu olanların oranı düşmektedir.	KABUL
Hipotez 5	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe koruyucu ve önleyici faaliyet yaptırma oranı yükselmektedir.	KABUL
Hipotez 6	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmaktadır.	KABUL
Hipotez 7	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe özel hastaneleri tercih etme sıklığı yükselmektedir.	KABUL
Hipotez 8	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe geleneksel şifacılar başvuruları sıklığı azalmaktadır.	RET
Hipotez 9	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe özel diş muayenesi hizmetini tercih etme oranları yükselmektedir.	KABUL
Hipotez 10	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe mahremiyetin önemi düşmektedir.	RET
Hipotez 11	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe ibadet yapmamanın sağlık-hastalık etkeni olarak önemli görülme oranları düşmektedir.	RET
Hipotez 12	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe nazar değmesinin sağlık-hastalık etkeni olarak önemli görülme oranları düşmektedir.	RET
Hipotez 13	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe büyü, cin, beddua vb. manevi sebeplerin sağlık-hastalık etkeni olarak önemli görülme oranları düşmektedir.	RET
Hipotez 14	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe spor yapmış/yapıyor olanların oranları artmaktadır.	KABUL
Hipotez 15	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe diş fırçalayanların oranı artmaktadır.	RET
Hipotez 16	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanları artmaktadır.	KABUL
Hipotez 16.1	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe sağlık sorumluluğu puanları artmaktadır.	KABUL
Hipotez 16.2	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe fiziksel aktivite puanları artmaktadır.	KABUL
Hipotez	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe beslenme puanları	KABUL

16.3	artmaktadır.	
Hipotez 16.4	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe manevi gelişim puanları artmaktadır.	KABUL
Hipotez 16.5	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe kişilerarası ilişkiler puanları artmaktadır.	RET
Hipotez 16.6	Üst toplumsal tabakaya gidildikçe stres yönetimi puanları artmaktadır	KABUL
Hipotez 17	Eğitim seviyesi yükseldikçe sağlığı olumlu olarak değerlendirme oranları artmaktadır.	KABUL
Hipotez 18	Gelir seviyesi yükseldikçe sağlığı olumlu olarak değerlendirme oranları artmaktadır.	KABUL
Hipotez 19	Meslek sahibi olanların sağlığı olumlu olarak değerlendirme oranları artmaktadır.	KABUL

ÖZGEÇMİŞ

2004 yılında Uludağ Üniversitesi Sosyoloji Bölümü'nde lisans eğitimine başladı ve 2009 yılında bu bölümden mezun oldu. 2013 yılında Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı'ndan "Rasyonalite ve Ritüeller" başlıklı teziyle yüksek lisans derecesini aldı. İngilizce bilmektedir. Sosyoloji ve sosyal hizmet alanlarında akademik çalışmalar yapmaktadır.