

# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURANLARDA ALGILANAN SAĞLIK VE SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ\*

Hakan TÜZÜN\*\*, Sefer AYCAN\*\*\*, Mustafa N. İLHAN\*\*\*\*

**Özet: Giriş:** Algılanan sağlığın mortalitenin güçlü bir belirleyicisi olduğu, ayrıca morbidite ve sağlık hizmeti kullanımının belirleyen iyi bir ölçüt olduğu bilinmektedir. **Amaç:** Bu çalışmada bazı birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda algılanan sağlık düzeyine etki eden sağlık ve sosyal özellikleri belirlemek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın katılımcılarını Ankara il merkezinde yer alan 6 birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 18 yaş ve üzeri 2560 kişi oluşturmaktadır. Algılanan sağlık WHOQOL-BREF ölçeğindeki genel sağlık sorusu ile değerlendirilmiştir. Analizlerde, algılanan sağlık sorusuna “hiç hoşnut değil” ve “çok az hoşnut” yanıtlarını verenler algılanan sağlığı kötü olanlar olarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Algılanan sağlığı kötü olanların sıklığı % 8,9’dur. İki değişkenli karşılaştırmalarda işsizlere göre algılanan sağlığın kötü olma riski sırasıyla mavi yakalılarda (OR:0,43, %95 GA:0,22-0,88), kendi hesabına çalışanlarda (OR:0,33, %95 GA:0,16-0,69) ve beyaz yakalılarda (OR:0,29, %95 GA:0,14-0,59) daha düşük iken, riskin en düşük olduğu grup işverenlerdir (OR:0,06, %95 GA:0,01-0,47). Algılanan sağlığın kötü olmasını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre herhangi bir yakınması olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda algılanan sağlığın kötü olma riski daha yüksek iken, yüksek gelir (3. ve 4. gruplar) ve sosyoekonomik gruplarda (3. grup) risk daha düşüktür. “Bağlı risk”, “risk farkı”, “toplum için atfedilen risk” değerleri sırasıyla gelir grupları ve sosyal sınıflar için 2,48 ve 16,92; %7,7 ve %20,7; %40,2 ve %85,4 olarak bulunmuştur. Gelir gruplarına göre konsantrasyon indeksi - 0,198’dir. **Sonuç:** Sosyoekonomik gruplar, gelir grupları, sosyal sınıflar arasında saptanan algılanan sağlık eşitsizlikleri, sağlığın toplumsal kategoriler arasında adaletsiz dağıldığını göstermektedir. Algılanan sağlığı belirlediği saptanan değişkenler, sağlıkta eşitlik için istihdam artırıcı ve gelir dağılımını düzeltici ekonomi politikalarına gereksinimi ortaya çıkarmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Algılanan sağlık, sağlık eşitsizlikleri, birinci basamak sağlık hizmetleri

## Perceived Health Status and Social Determinants in Applicants to Primary Health Services

**Abstract: Introduction:** It is known that perceived health status is a strong determinant of mortality and also a criterion determining the use of health services. **Objective:** This study seeks to determine health and social characteristics that affect perceived health status in those applying to primary health services. **Methodology:** Participants to the survey are 2,560 persons at age 18 and over who applied to 6 primary health centers at the province centre of Ankara. Perceived health status is assessed with the overall health question in the WHOQOL-BREF scale. In analyses conducted, those giving such responses as “not satisfied at all” and “barely satisfied” to the question on perceived health status are classified as in “poor health status”. **Findings:** The frequency of “poor health status” is 8.9%. In two-variable comparisons, the risk of “poor health status” with respect to unemployed people is lower by (OR: 0.43, 95% GA: 0.22-0.88) among blue collar workers, (OR: 0.33, 95% GA: 0.16-0.69) among self-employed and by (OR: 0.29, 95% GA: 0.14-0.59) among white collar workers. The group with the lowest risk is employers (OR: 0.06, 95% GA: 0.01-0.47). According logistic regression analysis of factors affecting the perception of “poor health status”, while the risk of this perception is higher among those with some health complaint and chronic illness it is lower among higher income (3rd and 4th groups) and socioeconomic status (3rd group) groups. “Relative risk”, “risk difference” and “socially attributable risk” values for income groups and social classes were found, respectively, as 2.48 and 16.92; 7.7% and 20.7%; 40.2% and 85.4%. The concentration index for income groups is - 0.198. **Conclusion:** Inequalities in perceived health status observed between socioeconomic groups, income groups and social classes suggest unfair distribution across social categories. Variables identified as affecting perceived health status point out to the need for economic policies generating employment and improving income distribution for equality in health.

**Key words:** Perceived health status, health inequalities, primary health care services

\* Bu makale, Hakan Tüzün’e ait tıpta uzmanlık tezinin bir bölümü temel alınarak hazırlanmıştır.

\*\* Dr. Halk Sağlığı Uzmanı

\*\*\* Prof. Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

\*\*\*\* Doç. Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

## 1. Giriş ve Amaç

Bireysel özellikler ve davranışların yanı sıra sosyal, ailesel ve toplumsal ağlar; yaşam ve çalışma koşulları; geniş kapsamlı sosyal, ekonomik ve çevresel koşullar ile evrensel/ulusal/yerel düzeylerdeki politikalar sağlığın belirleyicileri olarak sıralanan etmenler arasında yer almaktadır (**Fertman, 2012**). Sağlığı belirleyen etmenlerin saptanması ile sağlığı geliştirmeye yönelik müdahale noktaları belirlenmiş olacaktır. Bu müdahale noktaları ise yalnızca tıbbi parametrelere değil sağlığı belirleyen sosyoekonomik faktörlere karşılık gelmektedir.

Sağlıktaki eşitsizlik olgusu daha 1970'lerin ortalarından itibaren uluslararası sağlık kamuoyunun gündeminde önemli yer edinmeye başlamıştır. Bu anlamda hem 1978 Alma-Ata "*Temel Sağlık Hizmetleri*" felsefesinde, hem de 1984 Avrupa Bölgesi "*Herkes İçin Sağlık*" hedefleri içinde eşitsizliğe özel bir vurgu yapıldığını görüyoruz. 1978 yılında yayınlanan Alma-Ata deklarasyonu, ikinci maddesinde, sağlıkta özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerinde var olan büyük eşitsizlik durumunu gerek politik, gerek sosyal ve gerekse de ekonomik bakımdan kabul edilemez olarak belirlemiştir (**Belek, 1998a**).

Sağlık durumu ve sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikler gelir düzeyi, eğitim düzeyi, meslek, sosyal sınıf, toplumsal cinsiyet, engellilik, coğrafi konum, etnik kökene dayalı olarak belirebilmektedir (**Mas, 2012; Hämmig, 2013; Barata, 2013**). Dezavantajlı toplumsal grupların yaşama şansının daha düşük olduğu ve daha genç yaşlarda öldüğüne ilişkin tutarlı bulgular vardır. Örneğin, İngiltere'de profesyonel meslek sahibi ebeveynlerin çocukları, vasıfsız kol emeği sınıfına giren ebeveynlerin çocuklarına göre 5 yıl daha fazla yaşamaktadırlar. Diğer yandan kol emeği işçileri ve ailelerin zihin emeği grubuna giren kişilerle aynı ölüm hızlarına maruz kaldıkları takdirde 16-74 yaş grubunda 42 bin ölümün önlenileceği hesaplanmıştır (**Whitehead, 2001**). Dezavantajlı gruplar hem hastalıklarını daha ağır geçirmekte, hem de kronik hastalık ve sakatlıklara daha erken yaşta maruz kalmaktadırlar. Yine İngiltere'de çeşitli bölgelerde erken yaşta ölen kişiler arasında yapılan bir çalışmada, yoksul semtlerden olan kişilerin ölmeden önce daha uzun süre kronik hastalık ve sakatlığa maruz kaldıkları ve daha fazla sağlık sorunları olduğu gösterilmiştir. (**Whitehead, 2001**). Başka bir örnek olarak ABD'de gelir ve eğitim düzeyleri arasındaki sağlık eşitsizlikleri, kalp hastalığı, diyabet, obezite, kan kurşun düzeyinde yükselme ve düşük doğum ağırlığı da dahil bir çok sağlık

sonucunu içermektedir ve veriler son kırk yılda eşitsizliğin arttığını göstermektedir (**Mas, 2012**). Öte yandan atlanmaması gereken bir nokta, sigara, alkol, sedanter yaşam gibi sağlığa zarar verici davranışların belirli sosyoekonomik gruplarda fazla görülmesinin, sağlık eşitsizliklerinin nedenlerini açıklayan etmenler olmalarından daha çok, sosyoekonomik düzeyin sağlığa etkisinde ara nedenler olarak ele alınmalarının daha doğru olacağına belirtilmekte oluşudur (**Yardım, 2010**).

Sağlıkta eşitsizlik çalışmalarında en çok kullanılan bağımlı değişkenler hastalık/engellilikler ilişkili değişkenler (hastalık varlığı, algılanan sağlık, yeti yitimi, yaşam kalitesi, günlük yaşam aktiviteleri vb), ölüm ile ilişkili değişkenler (ölüm hızları, beklenen yaşam süreleri, intihar vb), sağlıkla ilişkili davranışlar (sigara, alkolizm, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite yokluğu vb), risk etmenleri (sağlıklı içme suyuna ulaşım, adolesan gebelik vb), sağlık hizmet kullanımı olarak sıralanmaktadır (**Şimşek, 2012**). Sağlık eşitsizliklerinin ölçümünde sosyoekonomik durumu saptamada temel değişkenler olarak sıklıkla eğitim düzeyi, gelir düzeyi, meslek ya da sosyal sınıftan yararlanılmaktadır (**Erengin 1998a; Şimşek, 2012**).

Hastalık, ölüm, doğurganlık gibi sağlığı belirleyen öğelerle ilgili olarak kullanılagelen prevalans, atak hızı, bebek ölüm hızı, kaba doğum hızı gibi ölçütler, sağlığı ölçme amacıyla geliştirilen çeşitli enstrümanlardır. Hasta odaklı geleneksel yaklaşımın; sağlık durumunu, fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları gibi nesnel ölçülerle hekim tarafından değerlendirilmesi; hastanın öznel yakınmalarının hekimin bulgularına eklenmediği sürece ikincil kalması sonucuna yol açmaktadır (**Fidan, 2003; Tüzün, 2003; Bowker, 2006**). Bir taraftan da; toplumsal gelişmeler, hekimin baskın olduğu geleneksel durumun, hasta hekim ilişkisinin belirleyici olduğu yeni bir biçime dönüşmesinde etkili olmuştur. Başlangıçta yalnızca ölüm ve hastalıklarla ilgili verilerin toplanmasını amaçlayan sağlık bilgi sistemleri, son yıllarda çeşitli hastalıklar için risk faktörleri, yeti yitimi, algılanan sağlık gibi göstergeleri de kapsamaya başlamış; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, yaşamın kalitesine göre ayarlanmış yaşam süresi (QALY) gibi kavramlar gündeme gelmiştir (**Kartal, 2004**).

"Algılanan sağlık", bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini gösteren, kişinin sağlık düzeyini açıklamak için kullanılan, kişilerin biyolojik, ruhsal, toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ancak güçlü bir gösterge olarak

öne çıkmaktadır (**Erengin, 1997; Kartal, 2004**). "Algılanan sağlık", "sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi" kavramının gelişmesine yol açan sürecin başlangıç noktasına karşılık gelmektedir. Sağlık durumunu belirlemek üzere kullanılan ve kişinin kendi değerlendirmesini esas alan "algılanan sağlık", alan araştırmaları ve sağlık hizmetleri ile ilgili araştırmaların ilgi odağı olmuştur (**Windi, 2005**). Yapılan araştırmalarda algılanan sağlığın mortalite ile ilişkili olduğu dahası mortalitenin güçlü bir belirleyicisi olduğu ayrıca morbidite, yeti yitimi ve sağlık hizmeti kullanımının belirleyen iyi bir ölçüt olduğu saptanmıştır (**Erengin, 1998b; Kennedy, 1998; Windi, 2002; Belek, 2004; Windi, 2005**).

Sağlık hizmetleri sunum sürecinin başlangıcı olan ve topluma dayalı hizmet veren birinci basamak sağlık kuruluşlarında, sağlığı belirleyen etmenlerin saptanması, sağlıkta eşitliğin geliştirilmesi çabalarında birinci basamak sağlık kuruluşlarının ortaya koyabileceği işlevlere katkı sağlayabilecektir. Birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde de, "sağlığın geliştirilmesi" ve "herkes için sağlık" gibi temel halk sağlığı kavramlarının yaşam olanağı bulabilmesi, bireylerin "sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin" yükseltilmesi ve toplumdaki "sağlık eşitsizliklerinin" azaltılması çabaları sayesinde mümkün olabilecektir.

Bu araştırmada Ankara il merkezinde yer alan altı birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerde algılanan sağlık düzeyine etki eden sağlık ve sosyal özellikleri belirlemek amaçlanmıştır.

## 2. Yöntem

### 2.1 Araştırmanın Kapsamı

Araştırmanın katılımcılarını 15 Eylül-15 Ekim 2004 tarihleri arasında Ankara il merkezinde yer alan 6 birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran 18 yaş ve üzeri 2560 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın veri toplama aşaması yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Bebek takibi, çocuk takibi, aşılama gibi 18 yaş altındaki kişilerin sağlık hizmeti alması amaçlı yapılan başvurularda; bu kişilerin velileri sağlık kuruluşuna başvuran kişi olarak araştırma kapsamına dahil edilmişlerdir.

### 2.2 Araştırmada Kullanılan Terim ve Ölçütler

**2.2.1 Algılanan Sağlık:** Algılanan sağlık Dünya Sağlık Örgütü'nce geliştirilen yaşam kalitesi ölçeğinin kısa versiyonu olan WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life Questionnaire Abbreviated Version) içindeki genel sağlık sorusu

ile değerlendirilmiştir. WHOQOL-BREF içindeki iki genel sorudan biri, bütün olarak sağlık puanını, diğeri bütün olarak yaşam kalitesi puanını vermektedir. Ölçek Türkçeye çevrilerek geçerlik-güvenirlik analizleri yapılmıştır (**Fidaner, 1999**).

WHOQOL-BREF'de algılanan sağlığı değerlendiren genel sağlık sorusu "Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz" sorusuna verilen "hiç hoşnut değil", "çok az hoşnut", "ne hoşnut, ne değil", "epeyce hoşnut", "çok hoşnut" yanıtlarından oluşmaktadır. İkili ve çoklu karşılaştırmalar yapılan istatistiksel analizlerde, algılanan sağlık sorusuna "hiç hoşnut değil" ve "çok az hoşnut" yanıtlarını verenler algılanan sağlığı kötü olanlar olarak değerlendirilmiştir.

**2.2.2 Sosyoekonomik Gruplar:** Ankette, hane halkının sahip olduğu kullanım eşyası ve mülkleri sorgulayan bir soru yer almaktadır. Farklı eşya ya da mülkler için 1, 2 ya da 3 puan verilerek toplanmış; "sosyoekonomik puan" elde edilmiştir. Böylece elde edilen puanlar 0-10 arası birinci grup, 11-20 arası ikinci grup, 21 ve daha üzeri puan alanlar üçüncü grup olmak üzere üç gruba ayrılarak kategorize edilmiştir.

**2.2.3 Hane Halkı Kişi Başı Gelir Grupları:** Hane halkı toplam geliri hanede yaşayan toplam kişi sayısına bölünerek "hane halkı kişi başı gelir" elde edilmiştir. Hane halkı kişi başı geliri birinci çeyreklik, ortanca, ikinci çeyreklik değerleri dikkate alınarak dört gruba ayrılmıştır. Böylece hane halkı kişi başı gelir grupları birinci grup, 150 milyon TL'ye kadar, ikinci grup 151 milyon TL – 250 milyon TL, üçüncü grup 251 milyon TL – 400 milyon TL, dördüncü grup 400 Milyon TL'den fazla olarak kategorize edilmiştir. Bu kategoriler çalışmanın yürütüldüğü sıradaki ABD doları kuruna göre hesaplandığında (yaklaşık olarak 1 ABD doları 1,5 milyon TL), 100 dolara kadar, 101-167 dolar, 168-267 dolar, 268 dolardan fazla gruplarına karşılık gelmektedir.

**2.2.4 Yaş Grupları:** 18-29/30-39/40-49/50-59/60-69/70 ve üzeri olarak gruplandırılmıştır.

**2.2.5 Hane Halkı Reisinin Sosyal Sınıfı:** Ailenin geçimini temin eden esas kişi hane halkı reisi olarak kabul edilmiştir. Hane halkı reisinin mesleği üzerinden sosyal sınıflar Boratav ve Belek'in sınıflamalarından faydalanılarak beş grupta toplanmıştır (**Belek, 2004; Boratav, 2004**). Emeklilerin mesleği emekli oldukları konumdaki meslekleri üzerinden değerlendirmeye alınmıştır. Anketin uygulandığı esnada sürekli çalışmakta olduğu herhangi bir işi

olmayanlar işsiz olarak değerlendirmeye alınmıştır. Bunun dışındaki sosyal sınıflar mavi yakalılar (İşçi, marangoz, tezgahtarv.b), beyaz yakalılar (yönetici, memur, öğretmen, polis, mühendis v.b), kendi hesabına çalışanlar (kendi işine sahip olup yanında başka birisini çalıştırmayanlar), işverenler olarak kategorize edilmiştir.

**2.2.6 Bağlı Risk:** En alttaki sosyoekonomik grubun morbidite hızı, en üstteki sosyoekonomik grubun morbidite hızına bölünerek elde edilen bu ölçek ile, en alttaki grubun morbidite hızının en üstteki grubun hızından kaç kat fazla olduğu bulunmuş olur (**Kunst, 1994**).

**2.2.7 Risk Farkı:** En alt sosyoekonomik grubun morbidite hızından en üst sosyoekonomik grubun morbidite hızı çıkarılarak bulunan bu ölçek ile; en alt gruptaki morbidite hızının ne kadarının bu gruba atfedebileceği belirlenebilir (**Kunst, 1994**).

**2.2.8 Toplum İçin Atfedilen Risk (TAR):** Tüm popülasyondaki mortalite ve morbidite oranlarının en yüksek gelir grubunda görülen oranlara eşdeğer olarak görüldüğü varsayılacak olursa, tüm popülasyondaki ilgili sağlık değişkeni oranının ne kadar azalacağını açıklayan bu ölçek, toplumun morbidite hızından en üst sosyoekonomik grubun morbidite hızı çıkartılıp yine toplumun morbidite hızına bölünmesi ile elde edilir (**Kunst, 1994**).

**2.2.9 Konsantrasyon Eğrisi:** Konsantrasyon eğrisi, sağlık değişkenlerinin gelir gruplarına göre dağılımını değerlendirmede kullanılan bir yöntemdir. Y ekseninde sağlık değişkeninin kümülatif oranı, X ekseninde ise en yoksuldan en varsıla doğru sıralanmış yaşam standardının kümülatif oranı yer alır. Eğer herkes yaşam koşulları dikkate alınmaksızın tam olarak aynı değerde sağlık değişkenine sahip olursa, konsantrasyon eğrisi "eşitlik doğrusu" adındaki 45 derece eğimli bir doğru halini alır. Konsantrasyon eğrisi, eşitlik doğrusunun yukarısında ya da aşağısında yer alabilir. Sağlık değişkeni düşük gelir gruplarında daha yüksek oranda görülürse eşitlik doğrusunun üzerinde; daha düşük oranda görülürse eşitlik doğrusunun altında yer alır (**WB, 2004**).

**2.2.10 Konsantrasyon İndeksi (Kİ):** Konsantrasyon indeksi, sağlık eşitsizlikleri araştırmalarında sağlık değişkenlerinin farklı gelir gruplarına göre dağılımını inceleyen bir ölçüt olarak kullanılmaktadır (**Kakwani, 1999; Clarke, 2003;**

**Gravalle, 2003**). Konsantrasyon indeksi, konsantrasyon eğrisine bağlı olarak tanımlanan bir ölçüttür. Konsantrasyon indeksi, konsantrasyon eğrisi ile 45 derece eğimli eşitlik doğrusu arasında kalan alan olarak tanımlanır. -1 ile +1 arasında değişen değerler alabilen konsantrasyon indeksi gelir dağılımına bağlı bir eşitsizlik yoksa 0 değerini alır. İndeks, konsantrasyon eğrisi eşitlik doğrusunun üzerindeyse negatif, altındaysa pozitif değerler alır. Örneğin bebek ölüm hızlarıyla gelir gruplarının karşılaştırılması sonucu eşitlik doğrusunun üzerinde bir konsantrasyon eğrisi ve negatif değerli bir konsantrasyon indeksi elde edilirken; bağışıklama oranlarıyla gelir gruplarının karşılaştırılması sonucu eşitlik doğrusunun altında bir konsantrasyon eğrisi ve pozitif değerli bir konsantrasyon indeksi elde edilecektir (**WB, 2004**)

Bu çalışmada kullanılan Kİ (konsantrasyon indeksi) formülü (**WB, 2004**):

$$Kİ = (p_1 L_2 - p_2 L_1) + (p_2 L_3 - p_3 L_2) + \dots + (p_{T-1} L_T - p_T L_{T-1})$$

p: sıralı ekonomik düzeyin kümülatif oranı

L: konsantrasyon eğrisinde Y ekseninde p değerine karşılık gelen değer

T: sosyoekonomik grupların sayısı

### 2.3 Verilerin Analizi:

Veri giriş ve analizinde Epi-Info 6.0 ve SPSS 10.0 programları kullanılmıştır.

İncelenenlerde algılanan sağlığın kötü olmasını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi yapılırken; yaş grubu, cinsiyet, gelir grubu, sosyoekonomik grup, eğitim düzeyi, sağlık güvencesi varlığı, yakınma varlığı, kronik hastalık varlığı bağımsız değişkenler olarak modele alınmışlardır.

Gelir grupları ve hane halkı reisinin sosyal sınıfı için bağlı risk, risk farkı, toplum için atfedilen risk ölçekleri hesaplanırken algılanan sağlığı kötü olanların sıklığı, yaşa ve cinsiyete göre standardize edilmiştir. Standardizasyon yapılırken yaş 50 yaşa kadar – 50 yaş ve üzeri olarak gruplandırılmıştır. Standartlaştırma dolaysız (direkt) teknik kullanılarak yapılmıştır. (**Sümbüloğlu, 1999**).

### 3. Bulgular

İncelenenlerin %61,3'ü kadındır. Yaş ortalaması 39,41 (SD:15,26), ortancası 35,0 (min:18, maks:90)'dir. Öğrenim durumuna göre dağılıma bakıldığında %4,1'inin okuryazar olmadığı, %3,0'ünün herhangi bir örgün eğitim kurumundan mezun olmamış okuryazar olduğu, %29,6'sının ilköğretim, % 14,4'ünün

ortaokul, %31,0'ının lise, %17,7'sinin yüksek okul ya da fakülte mezunu oldukları görülmektedir. Hane halkı reisinin sosyal sınıfına göre dağılıma bakıldığında ilk sırada beyaz yakalılarının (%40,2), yer aldığı bunu mavi yakalılarının (%32,9) izlediği gözlenmektedir. En düşük gelir grubu incelenenler içinde en yüksek paya sahip olan gruptur (% 27,0).

Tablo 1'de incelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin yüzde dağılımı ve bu özelliklere göre kötü algılanan sağlık sıklığının değişimi gözlenmektedir. İncelenenlerin tümünde algılanan sağlığı kötü olanların sıklığı % 8,9'dur. 50 yaş üzeri yaş gruplarında algılanan sağlığın kötü olma riski 18-29 yaş grubuna göre daha yüksektir. 70 ve üzeri yaş grubunda algılanan sağlığın kötü olması riski 18-29 yaş grubuna göre 6 kattan daha fazla yüksektir (OR: 6,21, %95 GA: 3,61-10,69). Cinsiyetler arasında algılanan sağlığın kötü olması bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemektedir ( $p>0,05$ ). İşsizlere göre algılanan sağlığın kötü olma riski sırasıyla mavi yakalılarda (OR: 0,43, %95 GA: 0,22-0,88), kendi hesabına çalışanlarda (OR: 0,33, % 95 GA: 0,16-0,69) ve beyaz yakalılarda (OR: 0,29, %95 GA: 0,14-0,59) daha düşük iken, riskin en düşük olduğu grup işverenlerdir (OR:0,06, %95 GA: 0,01-0,47). En yüksek

gelir grubunda algılanan sağlığı kötü olma riski, en düşük gelir grubundaki riskin yarısından daha azdır (OR: 0,45, %95 GA: 0,28-0,78). En yüksek sosyoekonomik grupta algılanan sağlığın kötü olma riski, en düşük sosyoekonomik gruptaki riskin üçte birine yakındır (OR: 0,36, % 95 GA: 0,21-0,60).

Tablo 2'de bazı medikal değişkenlere göre kötü algılanan sağlık sıklığının değişimi görülmektedir.

Tablo 2'de görüldüğü gibi algılanan sağlığın kötü olma riski son 15 gün içinde yakınma varlığında 2,9 kat, kronik hastalık varlığında 6,4 kat, son bir ay içinde araştırma kapsamındaki sağlık başvurusu haricinde sağlık başvurusu yapmış olanlarda 2 kat artmaktadır.

Tablo 3'te incelenenlerde algılanan sağlığın kötü olmasını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi görülmektedir.

Son 15 gün içinde herhangi bir yakınması olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda algılanan sağlığın kötü olma riski daha yüksek iken, yüksek gelir (3. ve 4. gruplar) ve sosyoekonomik gruplarda (3. grup) risk daha düşüktür.

**Tablo 1. İncelenenlerin bazı tanımlayıcı özelliklerinin yüzde dağılımı ve bu özelliklere göre kötü algılanan sağlık sıklığının değişimi**

	%	Kötü Algılanan Sağlık (%)	OR	% 95 GA
<b>Cinsiyet (n=2457)</b>				
Kadın	61,3	7,9	1,00	
Erkek	38,7	9,5	1,22	0,90-1,66
<b>Yaş grupları (n=2457)</b>				
18-29	34,8	5,3	1,00	
30-39	23,3	5,9	1,14	0,70-1,84
40-49	15,9	7,4	1,45	0,87-2,41
50-59	11,8	13,4	2,79	1,73-4,48
60-69	9,4	17,8	3,91	2,43-6,29
70 ve üzeri	4,8	25,6	6,21	3,61-10,69
<b>Hane Halkı Reisinin Sosyal Sınıfı (n=2457)</b>				
İşsiz	2,4	21,7	1,00	
Mavi yakalı	32,7	10,7	0,43	0,22-0,88
Beyaz yakalı	40,2	7,4	0,29	0,14-0,59
Kendi hesabına çalışan	22,1	8,3	0,33	0,16-0,69
İşveren	2,5	1,6	0,06	0,01-0,47
<b>Kişi Başı Hane Halkı Gelir Grubu (n=2345)</b>				
1	28,1	12,1	1,00	
2	28,7	7,9	0,62	0,42- 0,91
3	20,5	8,1	0,64	0,42- 0,97
4	22,8	5,8	0,45	0,28- 0,78
<b>Sosyoekonomik grup (n=2400)</b>				
1	38,8	11,7	1,00	
2	45,5	7,5	0,61	0,45-0,82
3	15,7	4,5	0,36	0,21-0,60

**Tablo 2. İncelenenlerde bazı medikal değişkenlere göre kötü algılanan sağlık sıklığının değişimi**

	%	Kötü Algılanan Sağlık (%)	OR	%95 GA
<b>Son 15 Gün İçinde Yakınma Mevcudiyeti (n=2457)</b>				
Yok	22,6	6,6	1,00	
Var	77,4	16,7	2,85	2,12-3,84
<b>Kronik Hastalık Varlığı (n=2457)</b>				
Yok	24,9	4,3	1,00	
Var	75,1	22,5	6,41	4,73-8,68
<b>Son Bir Ay İçerisinde Sağlık Kuruluşu Başvurusu (n=2457)</b>				
Yok	75,1	7,9	1,00	
Var	24,9	14,6	2,01	1,43-2,83

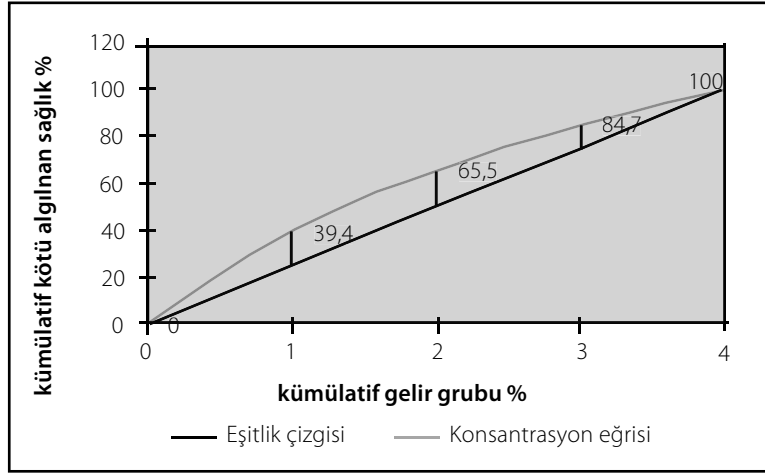
En düşük gelir grubunda algılanan sağlığın kötü olması sıklığı en yüksek gelir grubuna kıyasla 2,48 kat daha yüksektir (bağıl risk: 2,48). En yüksek ve en düşük gelir gruplarının kötü algılanan sağlık sıklıkları arasında %7,7 fark vardır (risk farkı %7,7). Gelir grupları için hesaplanan toplum için atfedilen risk, tüm toplum en yüksek gelir grubu grubu (kötü algılanan sağlık sıklığı en düşük olan gelir grubu) düzeyinde gelire sahip olsa idi, tüm toplumda kötü algılanan sağlığı olanların yüzde kaçını sağlıklarını kötü algılamazdı sorusunun yanıtını vermektedir. Buna göre tüm toplum en yüksek gelir grubu grubu düzeyinde gelire sahip olsa idi, toplumun tümü için algılanan sağlığı kötü olanların %40,2'si sağlıklarını kötü algılamazlardı (toplum için atfedilen risk: %40,2).

İşsizlerde algılanan sağlığın kötü olması sıklığı, işverenlere kıyasla 16,92 kat daha yüksektir (bağıl risk:16,92). İşverenlerin ve işsizlerin kötü algılanan sağlık sıklıkları arasında %20,7 fark vardır (risk farkı %20,7). Tüm toplumda kötü algılanan sağlık sıklığı, işverenlerde (kötü algılanan sağlık sıklığı en düşük olan sosyal sınıf) olduğu sıklıkta olsa idi; toplumun tümü için algılanan sağlığı kötü olanların %85,4'ü sağlıklarını kötü algılamazlardı (toplum için atfedilen risk: % 85,4).

Gelir gruplarına göre algılanan sağlığın kötü olması durumu için hesaplanan Konsantrasyon indeksi =  $[(0,25 \times 0,655) - (0,50 \times 0,394)] + [(0,50 \times 0,847) - (0,75 \times 0,655)] + [(0,75 \times 1,00) - (1,00 \times 0,847)] = - 0,198$  olarak bulunmuştur. Şekil 1'de ise gelir gruplarına

**Tablo 3. İncelenenlerde algılanan sağlığın kötü olmasını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi**

	$\beta$	OR	%95 GA
<b>Etkileyen Faktörler</b>			
Yaş Grubu	0,114	1,121	0,995-1,263
Cinsiyet			
Erkek		1,000	
Kadın	0,158	1,171	0,827-1,658
<b>Gelir Grubu</b>			
1		1,000	
2	-0,362	0,696	0,464- 1,045
3	-0,549	0,577	0,359-0,928
4	-0,796	0,451	0,258-0,787
<b>Sosyoekonomik grup</b>			
1		1,000	
2	-0,305	0,737	0,520-1,046
3	-0,677	0,508	0,271-0,955
<b>Eğitim düzeyi</b>			
En çok ilköğrenim		1,000	
Ortaöğrenim ve üzeri	-0,014	0,987	0,675-1,442
<b>Sağlık güvencesi</b>			
Var		1,000	
Yok	0,182	1,200	0,696-2,071
Yakınma			
Yok		1,000	
Var	0,761	2,141	1,543-2,970
<b>Kronik hastalık</b>			
Yok		1,000	
Var	1,787	5,971	4,115-8,664
Katsayı	-3,224	0,040	



Şekil 1. Gelir gruplarına göre algılanan sağlığın kötü olma durumu için konsantrasyon eğrisi

göre algılanan sağlığın kötü olma durumu için çizilen konsantrasyon eğrisi mutlak eşitlik doğrusu ile bir arada görülmektedir.

#### 4. Tartışma

##### 4.1 Gelir grubu ve algılanan sağlık

Gelir dağılımı eşitsizlikleri ile ilgili veriler Türkiye için büyük resmi ortaya koymaktadır. 2012 verileri ile Türkiye için en yoksul %20'lik gelir grubunun toplam gelirden aldığı pay %5,9, en zengin %20'lik gelir grubun toplam gelirden aldığı pay ise %46,6'dır. Gini katsayısı 0,402 olarak hesaplanmaktadır (TÜİK, 2013a). Gini katsayısı 2002'de 0,44 iken o dönemden buyana en düşük değerini 0,38 ile 2005'te almış ondan sonraki yılların hepsinde 0,40'ın üzerinde seyretmiştir (Eğilmez, 2013).

Çalışmamızda bulunan kötü algılanan sağlık sıklığı %8,9'dur. İki değişkenli analizlere göre gelir grubu arttıkça (3. gruba 2. grubun birbirine yakın olan riskleri dışında) ve sosyoekonomik grup yükseldikçe kötü algılanan sağlık riski azalmaktadır. Algılanan sağlığın kötü olmasını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonucu son 15 gün içinde herhangi bir yakınması olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda algılanan sağlığın kötü olma riski daha yüksek iken, yüksek gelir gruplarında (3. ve 4. gruplar) ve sosyoekonomik gruplarda (3. grup) riskin daha düşük olduğu bulunmuştur.

Gelir grubu ile kötü algılanan sağlık sıklığı arasındaki ters yönlü ilişkiyi orta koyan Türkiye ve yurt dışı çalışma örnekleri bulunmaktadır. Belek'in 1997'de gerçekleştirilen çalışmasında algılanan sağlığı kötü olanların sıklığı en düşük gelir grubunda %42,2'den en yüksek gelir grubundaki %21,5'e dek giderek azalmaktadır<sup>1</sup> (Belek, 2004). 57 ülkede 247 bin

kişinin verilerini içeren Dünya sağlık surveyi 2002-2004 verileri ile yapılan bir çalışmada, incelenenlerin tümü için kötü algılanan sağlık sıklığı %9,4 iken, bu sıklığın en düşük refah grubunda %13,9'dan en yüksek refah grubunda %5,3'e kadar değiştiği (5 grup için) saptanmıştır (Hosseinpoor, 2012). Sözman'ın çalışmasında Dünya sağlık surveyi 2003'ün Türkiye verileri kullanılarak 10.287 kişiyi içeren bir analiz gerçekleştirilmiştir<sup>2</sup>. Algılanan sağlığın kötü olması sıklığı incelenenlerin tümü için %9,3 iken, en düşük refah grubunda %13,3 en yüksek refah grubunda %6,5'tir (Sözman, 2012). Çalışmamızın incelenenlerin tümü için bulunduğu kötü algılanan sağlık sıklığının Dünya sağlık surveyinin genel verileri ve Türkiye verileri ile elde edilen sonuçlara çok yakın olduğu görülmektedir, aynı tespit her üç çalışmanın en üst ve alt gelir gruplarında kötü algılanan sağlık sıklıkları için de yapılabilir.

Tablo 4'de algılanan sağlık için yapılmış kimi çalışmalarda gelir ya da refah düzeyine göre saptanmış bazı sağlık eşitsizliği ölçütleri görülmektedir. Çalışmaların algılanan sağlık ve gelir grubu ile ilgili parametre tanımlamaları farklılıklar içermektedir.<sup>3</sup> Çalışmamızda gelir düzeyine göre hesaplanan bağıl risk değerleri Belek ve Yardım'ın çalışmalarında bulunan değerlerin daha üzerinde Hosseinpoor'un çalışmasındaki düşük gelir grubu ülkeleri için bulunan değere daha yakındır (Belek, 1998b; Yardım, 2010; Hosseinpoor, 2012). Diğer yandan risk farkı Türkiye'deki çalışmalara göre daha düşük ve Hosseinpoor'un çalışmasındaki değere daha yakındır. Gelir için hesaplanan toplum için atfedilen risk değerlerinin, bizim çalışmamızda, Belek'in çalışmasında ve düşük gelir grubu ülkeleri için Hosseinpoor'un çalışmasında birbirine yakın

**Tablo 4. Algılanan sağlık için yapılmış kimi çalışmalarda gelir ya da refah düzeyine göre sağlık eşitsizlikleri**

	Bağıl risk	Risk farkı	Toplum için atfedilen risk
Belek, 1998(b)/ Gelir	1,96	20,7	38,4
Yardım, 2010 / Gelir	1,56	16,3	17,6
Bizim çalışmamız/ Gelir	2,48	7,7	40,2
Dünya sağlık surveyi* / Refah			
57 ülke	2,62	8,6	43,6
Düşük gelir grubu -37 ülke	2,39	8,5	39,6
Yüksek gelir grubu- 20 ülke	3,52	8,6	52,8

\*: Hosseinpoor, 2012 makalesinde yer alan verilerden yararlanılarak hesaplanmışlardır.

olduğu görülmektedir. Diğer yandan dünya sağlık surveyi sonuçlarının yüksek gelir grubu ülkelerde daha derin sağlık eşitsizliklerini göstermesi dikkati çekmektedir.

Çalışmamızda gelir gruplarına göre algılanan sağlığın kötü olması durumu için hesaplanan KI -0,198 olarak bulunmuştur. Ulusal surveyleri veri olarak ve sağlık belirteci olarak algılanan sağlığı kullanarak hesaplanan KI değerlerinin uluslararası karşılaştırmasını konu edinen çalışmalara göre yüksek gelir grupları lehine sağlık eşitsizliğinin en belirgin olduğu ülke ABD iken (KI=- 0,1360) bunu izleyen ülkeler Kanada (KI=-0,1214), İngiltere (KI=-0,1148), İspanya (KI=- 0,0732), İsviçre (KI=- 0,0696), Hollanda (KI=- 0,0660), Almanya (KI=- 0,0571), Finlandiya (KI=- 0,0566), İsveç (KI=- 0,0347) olarak sıralanmaktadır (Doorslaer, 1997; Humphries, 2000). Sözmen'in Türkiye verilerine dayalı çalışmasında refah düzeylerine göre algılanan sağlığın kötü olması için hesaplan KI -0,15'tir (Sözmen, 2012). Tayland'da 37.202 kişinin verilerini içeren bir survey çalışmasında hane halkı kişi başı gelire göre belirlenen sosyoekonomik durum için hesaplanan KI, akranlara göre kötü algılanan için -0,174, bir sene önceye göre kötü algılanan sağlık için -0,139'dir (Yiengprugsawan, 2007). Çin'de 10.182 kişinin verilerini içeren bir çalışmada gelir gruplarına göre iyi ve çok iyi algılanan sağlık için hesaplanan KI kırsal alan için 0,135, kentsel alan için 0,182'dir (Yang, 2012). Algılanan sağlık dışındaki değişkenler için hesaplanan KI değerleri içeren çalışma sonuçları da, başka açılardan sağlık eşitsizliklerinin gözlenmesi olanağı sunmaktadır. Söz edilen Tayland çalışmasında son bir yıl içinde hastane başvurusu için -0,103, kronik hastalık varlığı için -0,085 KI değerleri bulunmuştur (Yiengprugsawan, 2007). İran'da 22.135 kişiyi içeren bir çalışmada genel sağlık anketi ile saptanan olası mental bozukluk için hane halkı ekonomik düzeyine göre hesaplanan KI -0,0673'dir (Morasae, 2012). Lokalize bir çalışmanın sonuçlarına dayanarak da olsa araştırmamız sonucu elde edilen KI değerinin uluslararası literatürle kıyaslandığında daha yüksek

olduğu görülmektedir. Bu sonuç Türkiye'de gelir grubuna bağlı sağlık eşitsizliklerinin karşılık geldiği düzeyin ağırlığını ortaya koymaktadır.

Çalışmalarda gelir grupları dışındaki sosyoekonomik göstergelerle algılanan sağlık arasındaki ilişki de incelenmiştir. Gerek Türkiye'de gerekse farklı ülkelerde yapılmış çalışmalarda kadınlarda, düşük eğitim gruplarında, sosyal güvencesi olmayanlarda, gecekondu oturanlarda, sosyal destekten yoksun olanlarda kötü algılanan sağlık riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Erengin 1998 b; Bobak, 2000; Lahelman, 2004; Kartal, 2004).

#### 4.2 Sosyal sınıf ve algılanan sağlık

Çalışmamızda iki değişkenli analizlerde algılanan sağlığın kötü olma riski bakımından; işsizler, mavi yakalılar, kendi hesabına çalışanlar, beyaz yakalı çalışanlar, işverenler şeklinde bir hiyerarşi ortaya çıktığı gözlemlenmektedir. Belek'in çalışmasında (yaşın kontrol değişkeni olarak alındığı lojistik regresyon modeline göre) burjuvalara göre mavi yakalılar 2,27 kat, niteliksiz emekçiler 4,12 kat daha fazla iyiden kötü sağlık algılamaktadırlar (Belek, 2004). Koçoğlu'nun çalışmasında hem sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı için hem de SF-36 fiziksel sağlık bileşenleri ve mental sağlık bileşenleri puanları için elde edilen sonuçlar mavi yakalılar, kendi hesabına çalışanlar, beyaz yakalılar, burjuvalar şeklinde bir dizilişi ortaya koymaktadır (Koçoğlu, 2009).

İngiltere'de 22.547 kişiyi kapsayan kesitsel bir çalışmada kötü ve orta algılanan sağlık için yapılan lojistik regresyon modelinde (yaş, BMI, sigara – alkol kullanımı, bedensel etkinlik ve eğitimi içeren analizlerde) profesyonel çalışanlara göre her iki cinsiyet için de kalifiye kol emekçileri, kalifiye zihin emekçileri, yarı kalifiye emekçiler ve kalifiye olmayan emekçiler riskli konumdadırlar. Örneğin profesyonel çalışanlara göre sınıfsal dizilişin en alt grubuna karşılık gelen kalifiye olmayan çalışanlar için risk yaklaşık 2 kat daha yüksektir (erkekler için OR:2,44, %95 GA:1,69-3,50; kadınlar için OR:1,97,



%95 GA:1,45-2,68) (McFadden, 2008). Barcelona sağlık surveyi verileri ile yapılan bir çalışmada, erkeklerde algılanan sağlığın kötü olma riskinin yarı kalifiye çalışanlarda ve kalifiye olmayan çalışanlarda; kadınlarda ise yalnızca kalifiye olmayan çalışanlarda yüksek olduğu saptanmıştır (Borel, 2004). Helsinki surveyi 2000 ve 2001 verilerinden yapılan bir değerlendirmede iyiden kötü algılanan sağlık bakımından sosyal sınıflar arasında yüksek beyaz yakalılar, orta beyaz yakalılar, alt beyaz yakalılar ve el emekçileri şeklinde bir diziliş saptanmıştır (Lahelma, 2004).

Şimşek'in çalışmasında faklı sağlık davranışları, kronik durumlar ve kronik hastalıklara yönelik olarak her iki cinsiyet için toplam 16 farklı modelde öğrenim düzeyi, gelir grubu ve sosyal sınıfın regresyon modellerine etkisi incelenmiştir. Dört modelde sadece sosyal sınıfın modele etkisi anlamlı, bir modelde eğitimle birlikte sosyal sınıfın modele etkisi anlamlı, bir modelde sadece eğitimin, bir modelde sadece gelirin, bir modelde ise öğrenim, gelir ve sosyal sınıfın modele etkisi anlamlıdır (işverenlere göre en az bir sosyal sınıf için ya da en üst gelir grubuna göre en az bir gelir grubu için modele etkili olmak üzere) (Şimşek, 2010). Öte yandan Koçoğlu'nun çalışmasına sağlıklı yaşam biçimi davranışları, SF-36 fiziksel sağlık ve mental sağlık özet puanlarını bağımlı değişken olarak alarak oluşturulan üç farklı regresyon modeli için, aylık gelirin tüm modellerde etkisi anlamlı iken, sınıfsal konumun sadece sağlıklı yaşam biçimi davranışları modeli için etkisi anlamlıdır (Koçoğlu, 2009). Bu çalışma sonuçları genel olarak sosyal sınıfın sağlığı belirlemedeki etkinliğini göstermesi bakımından çalışmamızın önerisini destekleyen kanıtlar ortaya koymaktadır.

Tablo 5'te algılanan sağlık için Türkiye'de yapılmış kimi çalışmalarda sosyal sınıfa göre sağlık eşitsizliği ölçütleri gözlenmektedir. Bu tabloda yer alan çalışmalardan Belek'in çalışmasında sınıf kategorizasyonunda Boratav'ın kullandığı yöntemden yararlanılmıştır<sup>4</sup> (Belek, 1999). Belek'in çalışmasında sınıf şemasını oluşturulması sürecinin başında hane reisleri üretim aracına sahip olanlar (kendi işine sahip olanlar) ve üretim aracına sahip olmayanlar (ücretli, maaşlılar) olarak ikiye gruplanmıştır. Daha sonra çalışılan işin nitelikleri, çalışan bireyin işi denetleme olanağı, işte çalıştırılan işçi sayısı gibi başka ölçütler de eklenerek iki ana sınıf kendi içinde alt sınıflara ayrılmıştır. Böylelikle elde edilen mavi yakalılar, niteliksiz hizmet emekçileri, beyaz yakalılar, yüksek nitelikli beyaz yakalılar ücretli/maaşlıların; kendi hesabına çalışanlar, küçük-orta burjuvalar, büyük

burjuvalar ise burjuvaların alt tabakaları olarak öngörülmüşlerdir<sup>5</sup>. Çalışmada bu şemanın kentli bir topluma ait olduğu belirtilmektedir. Sosyal sınıflar arasında kötü algılanan sağlık sıklıkları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p < 0,001$ ).

Nesanır, Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın 15-49 yaş grubu kadınlarını içeren bir veri seti üzerinden sosyoekonomik indeks geliştirmeyi amaçlayan bir çalışma gerçekleştirmiştir (Nesanır, 2010). Nesanır'ın çalışmasında da Boratav'ın kentsel sosyal sınıf şematizasyonundan yararlanılmıştır<sup>6</sup>. Nesanır'ın çalışmasında "üst sosyal sınıfta" küçük ve orta/büyük işveren, yüksek eğitilmiş olup kendi hesabına çalışanlar, yüksek eğitilmiş ücretliler; "orta sosyal sınıfta" beyaz yakalı, mavi yakalı, küçük esnaf/zanaatkar, "alt sosyal sınıfta" niteliksiz hizmet işçisi, geçici işlerde çalışan ve işsiz yer almaktadır. Bu çalışmada bileşik indeksler (sosyal sınıf ağırlıklı sosyoekonomik indeks, eğitim ağırlıklı sosyoekonomik indeks, eşit ağırlıklı sosyoekonomik indeks olmak üzere) geliştirilmesi amaçlanmıştır. Sosyal sınıf ağırlıklı sosyoekonomik indekste kadın eğitimini en düşük 1 en yüksek 15, hane sosyal sınıfını en düşük 5, en yüksek 45 olacak şekilde puan verilmiş, her hane için eğitim ve sosyal sınıf puanları toplanarak hanenin sosyoekonomik indeksi elde edilmiştir. Böylelikle oluşturulan indeks skoru en düşük 6, en yüksek 60 değerini almış; 6-24 puan alanlar "alt sosyoekonomik grup", 25-42 puan alanlar "orta sosyoekonomik grup", 43-60 puan alanlar "üst sosyoekonomik grup" olarak kategorize edilmişlerdir. Bu çalışmada eşit ağırlıklı indekse ( $p=0,002$ ), eğitim ağırlıklı indekse ( $p < 0,001$ ), sosyal sınıf ağırlıklı indekse ( $p=0,008$ ) göre kategorize edilen sosyoekonomik gruplar arasında kötü algılanan sağlık sıklıkları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.<sup>7</sup>

Hamzaoğlu'nun çalışması Bolu ilini evren alan bir örneklem üzerinden yürütülmüştür (Hamzaoğlu, 2005). Aile reisinin sınıfsal konumu, kentsel bölge için "burjuva", "ücretli/maaşlı", "kendi hesabına çalışan" olarak; kırsal bölge için "kapitalist çiftçi" "köylü" "tarım işçisi" olarak; hem kent hem de kır için "işsiz" olarak toplam 7 kategori üzerinden tanımlanmıştır. Sınıflar arasında kötü algılanan sağlık sıklıkları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır<sup>8</sup> ( $p < 0,01$ ).

Çalışmalarda sınıf kategorizasyonlarının, algılanan sağlığın sorgulanış biçimlerinin, algılanan sağlık kategorizasyonlarının, kötü algılanan sağlık için sıklık değerlerini standardize etmede dikkate alınan değişkenlerin farklılıkları sonuçların karşılaştırılmasının engelleyen unsurlar olarak karşımıza

**Tablo 5. Algılanan sağlık için Türkiye’de yapılmış kimi çalışmalarda sosyal sınıfa göre sağlık eşitsizlikleri\***

	Kötü algılanan sağlık (%)	Bağıl risk	Risk farkı	Toplum için atfedilen risk
<b>Belek, 1999</b>				
Mavi yakalılar	42,7	2,71	35,7	40,1
Niteliksiz hizmet emekçileri	56,6			
Beyaz yakalılar	25,4			
Yüksek nitelikli beyaz yakalılar	25,0			
Kendi hesabına çalışanlar	28,4			
Küçük-orta burjuvalar	26,4			
Büyük burjuvalar	20,9			
Toplam	34,9			
<b>Hamzaoğlu, 2005</b>				
Ücretli/maaşlı	9,7	9,27	37,2	62,5
Tarım işçisi	19,7			
Kendi hesabına	10,5			
Köylü	13,5			
Burjuva	4,5			
Kapitalist çiftçi	5,3			
İşsiz	41,7			
Toplam	12,0			
<b>Nesanır, 2010, sosyal sınıf ağırlıklı indeks</b>				
Üst sosyoekonomik grup	5,4	2,64	7,2	29,0
Orta sosyoekonomik grup	4,4			
Alt sosyoekonomik grup	11,6			
Toplam	6,2			
<b>Bizim çalışmamız**</b>				
İşsiz	22,0	16,92	20,7	85,4
Mavi yakalı	11,2			
Beyaz yakalı	6,8			
Kendi hesabına çalışan	8,9			
İşveren	1,3			
Toplam	8,9			

\*: Tabloda yer alan sağlık eşitsizliği ölçütleri ilgili kaynaklar üzerinden yazar tarafından hesaplanmıştır.

\*\* : Yaşa ve cinsine göre standardize edilmiş sıklıkları ifade etmektedir.

çıkılmaktadır. Bununla birlikte çalışmaların ortaklaştıkları noktaların tespiti ile çalışmaların farklı sonuçları için farklı yönleri dikkate alınarak yapılacak karşılaştırmalar fikir verici olabilir. Kötü algılanan sağlık sıklıkları bakımından tablo 5’te yer alan çalışmalarda da genel olarak bizim çalışmamızda bulunan sonuçlarla benzer bir hiyerarşi saptandığını söyleyebiliriz. Çalışmaların tümünde işverenler ya da bunların içinde yer aldığı gruplar en düşük kötü algılanan sağlık sıklığına sahip olan grup olarak öne çıkmaktadır. İşverenleri sırasıyla beyaz yakalıların kendi hesabına çalışanların ve mavi yakalıların izlemesi Belek’in çalışması ve bizim çalışmamızın ortak sonuçlarını oluşturmaktadır. Belek’in çalışmasında gözlemlendiği gibi sınıfsal kategorizasyon ayrıntılandırıldığında farklı sınıflar arasında iç içe geçişler olabilmektedir. Bu çalışmada büyük burjuvaları beyaz yakalı çalışanlar izlerken küçük-orta burjuvalar onların ardından gelmektedir. Hamzaoğlu’nun çalışması kırsal üretim ilişkilerine dair sınıf formasyonlarını da içermesi ile diğer çalışmalardan ayrılmaktadır.

Tabloda yer alan çalışmalarda üst ve alt kategorileri arasındaki aralıklar farklıdır. Bu durum sağlık

eşitsizliği ölçütlerinin farklı değerler almasında rol oynayabilir. Söz gelimi Nasır’ın çalışmasının eşitsizlik ölçütlerinin diğer çalışmaların altında yer alması bunun en az sayıdaki kategoriye sahip çalışma olmasından kaynaklanabilir. Bizim çalışmamızda ve Hamzaoğlu’nun çalışmasında bulunan bağıl risk değerlerinin diğer çalışmalardan belirgin olarak yüksek olması her iki çalışmanın da işsizleri ayrı bir kategori olarak ele almasına bağlanabilir. Öte yandan bizim çalışmamız toplum için atfedilen risk değerinin en yüksek bulunduğu çalışma olarak dikkatleri çekmektedir. Diğer çalışmalar topluma dayalı veriler üzerinden elde edilen sonuçları içerdiği halde bizim çalışmamız sağlık kuruluşlarına başvuranlar üzerinden elde edilen sonuçları içermektedir. Bu bakımdan ve diğer bakımlardan çalışmaların inceledikleri populasyonların özgüllüklerini yansıtıyor oluşları, sonuçlar arasındaki farklılıkları açıklayabilecek diğer etmenler arasındadır.

Belek’in çalışması ve bizim çalışmamızda hem sınıf hem gelir grupları için hesaplanmış sağlık eşitsizliği ölçütleri yer almaktadır. Belek’in çalışmasında sınıf ve gelir için hesaplanan eşitsizlik ölçütleri genel olarak birbirine yakın denebilecek

düzeylede iken, bizim çalışmamızda sınıf için hesaplanan eşitsizlikler gelire göre çok daha derindir. Bu sonuç bizim çalışmamızda işsizlerin ayrı bir sınıf olarak ele alınmasından kaynaklanıyor olabilir. Aynı zamanda bu sonuç ikili karşılaştırmalarda sınıf için gelire göre daha derin eşitsizlikler saptayan çalışmamızın diğer sonuçları ile de uyumludur.

#### 4.3 İşsizlik ve algılanan sağlık

Türkiye için işsizlik oranı 2002'de %10,3'tür. 2010'a dek %9,9 olduğu 2006 yılı hariç hep %10'un üzerindedir. Söz gelimi 2009'da %14'e erişmiştir. İşsizlik oranı 2011'de %9,8, 2012'de %9,2'dir (TÜİK, 2007; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013; TÜİK, 2013b). Eşitsizlik çalışmalarında işsizlerin sosyal sınıflarının işsiz kalıncaya kadar yaptıkları son işe göre, en uzun süre yaptıkları işe göre gruplandırılabilirliği; aile reisinin sınıfsal konumunu aynı hanedeki işsiz bireyin sınıfsal konumu olarak kabul edilebileceği belirtildiği gibi, işsizlerin ayrı bir sınıf olarak da alınabilecekleri belirtilmektedir<sup>9</sup> (Belek, 2004; Şimşek, 2012). Çalışmamızda işsizler ayrı bir sınıf olarak değerlendirilmişlerdir.

Çalışmamızda algılanan sağlığın sosyal sınıflara göre değişiminde özellikle işsizlerle ilgili sonuçlar göze çarpmaktadır. Gerek iki değişkenli analizde elde edilen sonuç (işverenler için OR:0,06, %95 GA:0,01-0,47) gerekse sosyal sınıf için hesaplanan bağıl risk değeri (17,08) işsizler ayrı bir sınıf olarak dikkate alındığında eşitsizliklerin ne kadar derin olarak belirlediğini göstermesi açısından dikkat çekicidir. Tablo 5'te görüldüğü gibi bizim çalışmamız ve Hamzaoğlu'nun çalışmasında işsizler ayrı bir kategori olarak ele alınmış ve en yüksek kötü algılanan sağlık sıklığına sahip olan sınıf olarak tespit edilmişlerdir. Bu iki çalışma aynı zamanda tabloda en derin sağlık eşitsizlikleri sonuçlarını içeren iki çalışma olarak dikkatleri çekmektedir. Farklı çalışma sonuçlarında da işsizlerin en dezavantajlı grup oldukları görülmektedir. ABD'deki "Riskli Sağlık Davranışları İzlem Çalışması" (Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2010) verilerine göre algılanan sağlığı orta ya da kötü olanların sıklığı, çalışanlarda %8,2 iken, bir yıldan daha az işsiz olanlarda %16,6, bir yıldan daha fazla işsiz olanlarda %25,2'dir. Son 30 gün içinde fiziksel sağlığı yerinde olmadan geçirilen günleri 16-30 olanların sıklığı çalışanlarda %3,6, bir yıldan az süreli işsiz olanlarda %8,3, bir yıldan fazla işsiz olanlarda ise %12,8'dir (CDC, 2013).

Çalışmalar diğer tanımlayıcı özellikler ve sağlık davranışları ile birlikte değerlendirildiğinde de

işsizlerin sağlık açısından en dezavantajlı sosyal sınıfı oluşturduğu sonucunu elde etmektedirler. Brezilya'da yapılan bir çalışmaya göre işsizlerde algılanan sağlığın kötü olması riski yaş, eğitim, bölgenin yanı sıra sigara kullanımı, BMI, bedensel etkinlik, sebze-meyve tüketimini de içeren lojistik regresyon modeli sonuçlarına göre erkeklerde (OR:2,14; %95GA:1,53-3,01) ve kadınlarda (OR:1,27; 95 GA:1,02-1,58) daha yüksektir<sup>10</sup> (Barros, 2009). İsveç'te yapılan bir çalışmaya göre yaş, cins, eğitim, yaşam tarzı davranışları (bedensel etkinlik, BMI, sigara), psikososyal faktörler ile birlikte değerlendirildiğinde de işteki duruma göre işsizler erken emekli olanlar dışında algılanan sağlığı en kötü etkileyen duruma sahip olan gruptur (OR:1,7; %95GA:1,3-2,0) (Molarius, 2007).

Bu çalışmada esnek istihdam biçiminin algılanan sağlığa etkisi incelenmemiş olmakla birlikte, sosyoekonomik durumun sağlığa etkisinde bu değişkenin de önemli bir parametre olabileceğine dair bulgular bulunmaktadır. Örneğin Güney Kore'de kötü algılanan sağlık sıklığı devamlı çalışanlarda 1995'te %12,2 ve 2006'da %5,5; geçici çalışanlarda ise 1995'te %20,4 ve 2006'da %10,2'dir (Kim, 2011). Bu bulgular da işsizlik sağlık ilişkisine dair tespitleri başka bir açıdan destekler niteliktedir.

#### 5. Sonuç

Veri toplama ve yayımlanma aşamaları arasında geçen süre bu çalışmanın kısıtlılıklarından birisi olarak değerlendirilebilir. Diğer yandan ulusal literatürde ilgili ölçütlerle sağlık eşitsizliklerini saptama amacı ile topluma dayalı olarak gerçekleştirilen kısıtlı sayıda çalışma olması, bu çalışmanın sonuçlarının bahsedilen diğer çalışmaların sonuçları ile karşılaştırılmasının sağlayabileceği olası katkıyı önemli kılmaktadır.

Çalışmamızda sosyoekonomik gruplar, gelir grupları, sosyal sınıflar arasında saptanan sağlık eşitsizlikleri, sağlığın toplumsal gruplar arasında ne kadar adaletsiz dağıldığını göstermektedir. Diğer yandan farklı toplumsal kategoriler arasındaki eşitsizlikleri gösteren sonuçlar, ne salt sağlık alanına özgü olarak ortaya çıkarlar ne de ortadan kaldırılmaları salt sağlık alanına yönelik girişimlerle olanaklı olabilir<sup>11</sup>.

İki değişkenli karşılaştırma sonuçları da, elde edilen bağıl risk ve toplum için atfedilen risk değerleri de sosyal sınıfa göre hesaplanan eşitsizliklerin gelire göre hesaplan eşitsizliklere göre daha derin olduğunu göstermektedir. Çalışmamız özelinde bu

işsizlerin ayrı bir sosyal sınıf olarak ele alınmasının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte farklı bağımsız değişkenlerle ya da farklı şekilde kategorize edilen aynı bağımsız değişkenlerle farklı derinliklerde sağlık eşitsizliklerinin saptanması, sağlık eşitsizliklerinin ortaya konabilmesinde seçilecek olan bağımsız değişkenin önemini açığa çıkarmaktadır. Sosyal sınıfların baz alınmasıyla daha derin sağlık eşitsizliklerinin saptanmış olması nedeniyle, eşitsizliklerinin gerçek boyutunun ortaya konabilmesi için bu parametrenin de bağımsız değişken olarak dikkate alınması, bu yapılırken işsizlerin ayrı bir sınıf olarak değerlendirilmesi bu çalışmanın bundan sonraki çalışmalar için bir önerisi olabilir.

Gerek Türkiye’de yapılan gerek yurt dışında yapılan çalışmalar için sosyal sınıf kategorizasyonlarının farklı oluşu, çalışma sonuçlarının karşılaştırılabilirliği için dezavantaj oluşturmakla birlikte; algılanan sağlık için spektrumun bir ucunda işverenlerin/profesyonel çalışanların, diğer ucunda mavi yakalı çalışanların/kalifiye olmayan çalışanların/el emekçilerinin yer aldığı; arada beyaz yakalı çalışanların/yarı kalifiye çalışanların/serbest çalışanların yer aldığı bir dizilişi gösteren resmin genel hatlar olarak belirdiği söylenebilir. Birbirlerine daha yakın olan sınıf kategorilerinin aralarındaki farkların daha net olarak ortaya konması için, ortaklaştırılmış bağımlı sağlık değişkeni ve en azından birbirine yakın sosyal sınıf kategorizasyonları üzerinden yeni çalışmalar yapılmasına gereksinim belirmektedir.

Çalışmamızda işsizlerde kötü algılanan sağlık sıklığı en yüksektir. Bu sonuç ülkedeki işsizlik rakamları da dikkate alındığında işiyle birlikte sağlığını da kaybetme riskine sahip bir toplumsal kesimle karşı karşıya olduğumuzu göstermektedir. Buna dayanarak sağlığı geliştirme politikalarının istihdam arttırıcı ekonomi politikalarınca desteklenmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Kötü algılanan sağlık için oluşturulan modelde düşük gelir grubunun risk etmeni olması, sağlık eşitliği için gelir dağılımında adaletin sağlanması gerektiğini göstermektedir.

Hane halkı reisinin sosyal sınıfına göre hesaplanan ölçütlerin en derin sağlık eşitsizliklerini göstermesi, sağlık eşitsizliklerinin çözümü için nihai olarak üretim ilişkileri süreçlerinin yeniden organize edilmesini öngören önermeler için bir dayanak noktası olarak görülebilir.

## Dipnotlar

1. Çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü seçenekleri ile sorulan algılanan sağlık ve orta, kötü ve çok kötü seçeneklerinin kötü algılanan sağlık başlığında kategorize edilerek değerlendirildiği analizlerle elde edilmiştir.
2. Kötü ve çok kötü algılanan sağlığı kötü olarak kategorize ederek değerlendiren analizlerle elde edilmiştir.
3. Yardımın çalışmasında algılanan sağlık sorusu “mükemmel”, “çok iyi” “iyi”, “fena değil”, “kötü” yanıtları üzerinden değerlendirilmiş ve “fena değil” ve “kötü” yanıtları kötü algılanan sağlık olarak kategorize edilmiştir. Belek’in çalışmasında algılanan sağlık sorusu çok iyi, iyi, orta, kötü ve çok kötü yanıtları üzerinden değerlendirilmiş ve orta, kötü ve çok kötü yanıtları kötü algılanan sağlık olarak kategorize edilmiştir. Dünya sağlık surveyinde kötü ve çok kötü algılanan sağlık kötü olarak kategorize edilmiştir. Yardımın çalışmasında kişi başına ortalama aylık gelir dağılımının 33,3’üncü ve 66,6’ncı yüzdelik değerleri kesim noktası alınarak, düşük, orta ve yüksek gelir düzeyi grupları oluşturulmuştur. Belek’in çalışmasında ki başı aylık gelir grupları 50 dolardan az, 50-99,9 dolar, 100-149,9 dolar, 150-199,9 dolar, 200-249,9 dolar, 250 dolar ve üstü kategorilerinden oluşmaktadır. Dünya sağlık surveyinde refah düzeyi kişilerin ekonomik düzeyi ile seçilmiş kimi mallara sahip olma ve hizmetlere erişebilme üzerinden belirlenmiştir.
4. Boratav, 1995. İstanbul ve Anadolu’dan Sınıf Profilleri. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları.
5. Algılanan sağlık sorusu “çok iyi”, “iyi”, “orta”, “kötü”, “çok kötü” seçeneklerinin ilk iyi yanıt “iyi”, son üçü “iyiden kötü” olarak gruplandırılması ile değerlendirilmiştir. Çalışmada sağlık düzeyi ile ilgili veriler direk yöntemle yaşa göre standardize edilmiştir.
6. Boratav K. (2004) Sınıfların ve Grupların Sosyoekonomik Nitelikleri. İmge Kitabevi Ankara 2004.
7. Algılanan sağlık “çok iyi”, “iyi”, “orta”, “kötü”, “çok kötü” yanıtları üzerinden, orta yanıtları analize alınmaksızın, “çok iyi” ve “iyi” yanıtları memnun, “kötü” ve “çok kötü” yanıtları “memnun değil” olarak kategorize edilmiştir.
8. Algılanan sağlık sorusu seçeneklerinden “orta”, “iyi”, “çok iyi” bir grup; “kötü” ve “çok kötü” başka bir grup olacak şekilde birleştirilerek analiz edilmiştir.
9. “Türkiye’de işsizlerin iş bulabildikleri dönemlerde yaptıkları işin genellikle niteliksiz hizmet işçiliği ve mavi yakalılık olduğu ve bu tür işlerin de hiçbir düzenlilik göstermediği, bir başka deyişle işsizliğin neredeyse süreklilik gösteren bir durum olduğu gözlemlenirse işsizlerin ayrı bir sınıf olarak alınmaları daha uygun olabilir” Belek İ., Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler Antalya’da Beş Yıllık Bir Araştırma, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Nisan 2004.
10. Mükemmel, iyi, orta, kötü seçenekleri ile sorgulanan algılanan sağlık için sadece kötü seçeneğinin kötü algılanan sağlık olarak tanımlanmasıyla yapılan analizler sonucu
11. “Sağlıkta eşitsizlik bir yönüyle insani, diğer yönüyle de politik bir sorundur. İnsani yönü, sağlık hakkının herkes ya da bir ulus için aynı derecede elde edilememiş olmasıyla ilgilidir. Politik yönü ise, herkesin sağlık hakkını garanti etmek için gerekli olan ekonomik ve sosyal düzenlemelerin halen gerçekleştirilememiş olmasını ifade eder. Bu nedenle, sağlıktaki eşitsizlik olgusu, aslında daha derindeki toplumsal, politik sorunların varlığının da bir göstergesi olarak ele alınabilir. Bir başka ifade ile, sağlıktaki

eşitsizliğin bulunduğu yerde toplumsal örgütlenişe ilişkin daha geniş çerçeveli bir sorunun var olduğu kabul edilmelidir.” Belek İ., Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler Antalya’da Beş Yıllık Bir Araştırma, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Nisan 2004.

## Kaynaklar

**Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı** (2013) Strateji Geliştirme Başkanlığı Temel Sosyoekonomik Göstergeler [http://sgb.aile.gov.tr/upload/sgb.aile.gov.tr/mce/2012/gosterge\\_istatistik/temel\\_sosyoeko\\_gosterg.pdf](http://sgb.aile.gov.tr/upload/sgb.aile.gov.tr/mce/2012/gosterge_istatistik/temel_sosyoeko_gosterg.pdf) (erişim : 21.01.2014)

**Barata R.B., Ribeiro M.C., Silva Z.P., Antunes J.L.** (2013) Social class: concepts and operationalization models in health research. *Rev Saude Publica.* 47(4):647-655.

**Barros MB, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC.** (2009) Self-rated health and associated factors, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica.* 43 Suppl2:27-37.

**Belek İ.** (1998a) Sağlıkta Eşitsizlik: Önlenebilir ve Kabul Edilemez Bir Politik Ekonomi Sorunu *Toplum ve Hekim*, 13 (2).

**Belek İ.** (1998b) Algılanan Sağlıkta Sınıfsal ve Sosyoekonomik Eşitsizlikler Antalya’da Bir Alan Araştırması. *Toplum ve Hekim* 13 (4): 292-99.

**Belek İ** (1999), Sınıflar, Sağlık Düzeyleri, Sağlık Hizmeti Kullanımları ve Yararlandıkları Sağlık Kurumları Antalya’da İki Bölge Yedi Sınıf Toplum ve Hekim 14 (1): 55-67.

**Belek İ.** (2004) Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler Antalya’da Beş Yıllık Bir Araştırma, Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

**Bobak M, Pikhart H, Rose R, Hertzman C, Marmot M.** (2000) Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Soc Sci Med.* 51(9):1343-50.

**Boratav K.** (2004) İstanbul ve Anadolu’dan Sınıf Profilleri, 2. Baskı İmge Kitabevi. S:23-32.

**Borell C., Muntaner C., Benach J., Artazcoz L.** (2004) Social class and self reported health status among men and women: what is the role of work organisation household material standards and household labour? *Social Science and Medicine*, 58:1869-1887.

**Bowker S.L., Pohar S.L., Johnson J.A.** (2006) A cross-sectional study of health-related quality of life deficits in individuals with comorbid diabetes and cancer. *Health Qual Life Outcomes.* 22;4:17, Mar 2006.

**CDC** (2013) Morbidity and Mortality Weekly Report November 22 vol: 62 no: 3 p: 31.

**Clarke P.M., Gerdtham U.G., Connelly L.B.A** (2003) Note on decomposition of the health concentration index. *Health Economics* 12: 11-516.

**Doorslaer EV, Wagstaff A, Bleichrodt H, Calonge S, Gerdtham Ulf-G, Gerfin M, Geurts J, Gross L, Hakkinen U, Leu RE, O’Donnell O, Propper C, Puffer F, Rodriguez M, Sundberg G, Winkelhake O.** (1997) Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of Health Economics* 16: 93-112.

**Erengin K.H., Dedeoğlu N.** (1997) Sağlıkta Ölçmenin Kolay Bir Yolu: Algılanan Sağlık, *Toplum ve Hekim*, Cilt :12, Sayı : 77.

**Erengin K.H., Dedeoğlu N.** (1998a) Sağlıkta Eşitsizliğin Gösterilmesi, *Toplum Ve Hekim*, 13(2):105-109.

**Erengin H., Dedeoğlu N.** (1998b) Sağlıkta Eşitsizlik: Antalya Kent Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Morbiditede Farklılıklar, *Toplum ve Hekim* 13(2):140-143.

**Eğilmez** (2013) Gini şiseden çıktı 24 Eylül 2013 <http://www.mahfiyegilmez.com/2013/09/gini-siseden-ckt.html> (erişim : 21.01.2014)

**Fertman C.I., Allensworth D.D., Auld M.E.** (2012) Sağlıkta Geliştirme Programlarının Tanımı içinde editörler: Fertman CI, Allensworth DD. Sağlıkta Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe. *The Society for Public Health Education /Sağlık Bakanlığı.* Ankara

**Fidan D, Ünal B, Demiral Y.** (2003) Sağlıkta İlişkin Yaşam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri. *Sağlık ve Toplum*, 13 (3).

**Fidaner H., Elbi H., Fidaner C., Eser S.Y., Eser E.** (1999) WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF’in Psikometrik Özellikleri, 3 P. cilt:7, Ek Sayı: 2, s: 23-40.

**Gravalle H.** (2003) Measuring income related inequality in health: standardisation and the partial concentration index. *Health Economics.* 12: 803-819.

**Hämmig O., Bauer G.F.** (2013) The social gradient in work and health: a cross sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities *BMC Public Health.* 13:1170.

**Hamzaoğlu O., Ulusoy M., Özkan Ö., Gökdoğan F.** (2005) Bolu’da Yoksulluk ve Sağlık TÜBİTAK Proje No: SBB-3035. Yayınlanmamış Çalışma Raporu

**Hosseinpoor AR; Williams JAS, Itani L, Chatterji S.** (2012) Socioeconomic inequality in domains of health: results from the World Health Surveys *BMC Public Health* 12:198.

**Humphries K.H., Doorslaer E.V.** (2000) Income-related health inequality in Canada. *Social Science & Medicine* 50; 663-671.

**Kakwani N., Wagstaff A., Doorslaer E.** (1999) Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation and statistical interference. *Journal of Econometrics.* 77:87-103.

**Kartal A., Özsoy S. A.** (2004) 15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Algılanan Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi, *Sağlık ve toplum*, 14 (1).

**Kennedy BP, KawachiI, Glass R, Prothrow-Stigh D.** (1998) Income distribution, socioeconomic status and self rated health in the United states: multilevel analysis. *BMJ.* 317: 917-921.

**Kim IH, Khang YH, Cho SI, Chun H, Muntaner C.** (2011) Gender, professional and non-professional work, and the changing pattern of employment-related inequality in poor self-rated health, 1995-2006 in South Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health.* Vol. 44, No. 1, 22-31.

**Koçoğlu D, Akın B.** (2009) Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi hemşirelik yüksek okulu elektronik dergisi* 2 (4), 145-154.

**Kunst A.E., Mackenbach J.P.** (1994) Measuring socioeconomic inequalities in health, WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen

- Lahelma E, Martikainen P, Laasonen M, Aittomaki A.** (2004) Pathways between socioeconomic determinants of health J. Epidemiol. Community Health 58: 327-332,
- Lima-Costa M.F., Oliverian J., Araujo F., Uchoa E.** (2005) Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: The Bambui health and aging study. Cad. Saude Publica, 21(3):830-839.
- Mas F.S., Allensworth D.D., Jones C.P.** (2012) Sağlık Eşitsizliklerini Ortadan Kaldırmak İçin Tasarlanmış Sağlık Geliştirme Programları içinde editörler: Fertman CI, Allensworth DD. Sağlık Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe. The Society for Public Health Education / Sağlık Bakanlığı. Ankara
- Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson HG, Feldman I.** (2007) Socioeconomic conditions, life style factors, and self-rated health among men and women in Sweden. Eur J Public Health. Apr;17(2):125-33.
- Morasae E.K, Forouzan A.S, Majdzadeh R., Asadi-Lari M., Noorbala A.A, Hosseinpoor A.R.** (2012) Understanding determinants of socioeconomic inequality in mental health in Iran's capital, Tehran: a concentration index decomposition approach International Journal for Equity in Health. 11:18.
- Nesanır N, Eser E.** (2010) Türkiye'de sağlık alanında kullanılmak üzere bir sosyoekonomik indeks denemesi TAF Preventive Medicine Bulltein 9 (4): 277-288.
- Sözmen K, Baydur H., Simsek H., Ünal B.** (2012) Decomposing socioeconomic inequalities in self assessed health in Turkey. International Journal for Equity in Health, 11 :73
- Sümbüloğlu K.** (1999) Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler. 3. bası Hatiboğlu Yayınları Ankara s:98.
- Şimşek HG, Hümay T, Uçku R.** (2010) Sosyal eşitsizliklerin koroner kalp hastalığı risk etmenlerine etkisi: İzmir'de topluma dayalı kesitsel bir çalışma. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 10:193-201.
- Şimşek H., Kılıç B.** (2012) Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 10(2).
- TÜİK** (2007) İşgücü, İstihdam Ve İşsizlik İstatistikleri Sorularla Resmi İstatistikler Dizisi-1
- TÜİK** (2013a) Gelir ve yaşam koşulları araştırması 2012. TÜİK haber bülteni sayı: 13594, 23 Eylül 2013
- TÜİK** (2013b) Hane Halkı İşgücü İstatistikleri, 2012. TÜİK Haber Bülteni sayı: 13455, 6 Mart 2013
- Tüzün E.H., Eker L.,** (2003) Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi , Sağlık ve Toplum , 13 (2).
- Whitehead M.** (2001) Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler Türk Tabipleri birliği ,2001
- Windi Al A.** (2005) The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study. Health and Quality of Life Outcomes, 3:28.
- Yang W., Kanavos P.** (2012) The less healthy urban population: income-related health inequality in China. BMC Public Health, 12:804.
- Yardım MS, Özcebe H.** (2010) Ankara ili Çankaya ilçesinde 25 yaş ve üzeri nüfusun sağlık düzeyinde sosyoekonomik farklılıklar. Ege Tıp Dergisi 49 (1): 19-30
- WB** (2004) World Bank Activities, Quantitative Techniques For Health Equity Analysis: Technical Notes,
- Yiengprugsawan V., Lim L.L.Y, Carmichael G.A, Sidorenko A., Sleight A.C.** (2007) Measuring and decomposing inequity in self-reported morbidity and self-assessed health in Thailand International Journal for Equity in Health, 6:23.
- Windi Al A, Elmfelt D, Svardsudd K.** (2002) The influence of perceived wellbeing and reported symptoms on health care utilization: A population based study. Journal of Clinical Epidemiology, 55: 60-66.