

ARAŞTIRMA

ALGILANAN SAĞLIKTA SINIFSAK VE SOSYOEKONOMİK EŞİTSİZLİKLER

Antalya'da Bir Alan Araştırması

İlker BELEK*

ÖZET

Amaç: Algılanan sağlıktaki sosyoekonomik ve sınıfsal eşitsizliklerin belirlenmesi. **Yöntem:** Araştırma Antalya'da sosyoekonomik durumları farklı olan iki mahallede yapılmıştır. Araştırmaya 15 yaş ve üstündeki 1092 kişi alınmıştır. Sosyoekonomik değişken olarak eğitim, gelir ve sınıfsal konum kullanılmıştır. Sınıf konumu Marksist sınıf kuramına uygun biçimde belirlenmiştir. İstatistik analizler Ki-kare ve lojistik regresyon analizi ile yapılmıştır. **Bulgular:** Bireylerin %34.9'unun algılanan sağlıkları iyiden daha kötüdür. Erkeklerin, 15-24 yaş grubundakilerin, hiç evlenmemiş olanların, kent merkezinde yaşayanların, mavi yakalı ve nitelsiz emekçiler dışındakilerin, aylık geliri 200 Dolar ve daha fazla olanların, geliri giderinden fazla olanların algılanan sağlıkları daha iyidir. Eğitim bakımından ise 12 yıl ve daha uzun süre eğitilmiş olanların durumu iyi, 5 yıl ve daha kısa süreli eğitimlilerin durumu kötüdür. Lojistik regresyon analizinde algılanan sağlığı belirleyen değişkenler sınıfsal konum, yaşanan mahalle, gelir gider ilişkisi, yaş, cins, medeni durum olarak saptanmıştır. Sosyoekonomik değişkenler birlikte ve olumsuz yönde etki gösterdiklerinde algılanan sağlığı %51 kadar daha fazla oranda kötüleştirebilmektedirler. **Tartışma:** Algılanan sağlık üzerinde etkili olan değişkenlerin bir kısmı yaş, cins gibi yapısal ve değiştirilemez niteliklidir. Sosyoekonomik değişkenler ise ortadan kaldırılabılır etkenlerdir. Çok değişkenli analizde eğitim ve gelirin değil sınıf konumunun modele girmiş olması, sağlıktaki eşitsizlik araştırmalarında sınıf değişkenine özel önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan sağlık, sağlıktaki eşitsizlik.

SUMMARY

Object: The determination of class and socioeconomic inequalities in perceived health. **Method:** The research was made in Antalya, in two quarters whose socioeconomic conditions are different. 1092 people who are 15 and over were included in the research. As the socioeconomic variables, education, income and class status were used. The class status was determined in accordance with the Marxist class theory. Statistical analysis were made through Chi-Square and logistic regression analysis. **Findings:** The 34.9 percentage of individuals' perceived health is worse than well. The perceived health of men, of those who are between 15-24, who are never married, who live in the city center, who are not blue collar workers or unqualified labourers, whose per capita income is over 200 Dollars and whose income is more than his expenses are better. In terms of education, the situation of those who are 12 years or more educated is good, who are 5 years or less educated is bad. In logistic regression analysis, the variables which determine the perceived health were discovered as class status, the quarter lived, the income-expense relationship, age, sex, and marital status. When socioeconomic variables have an influence together and in a negative way, the perceived health may worsened by 51%. **Discussion:** Some of the variables which have an effect on the perceived health are structural and unchangeable qualities such as age and sex. However, socioeconomic variables are factors which can be removed. In multivariate analysis, the entering of class status not the education or income into the model shows us that it must be given more importance to the class variable in researchs about health inequality.

Key Words: Perceived health, health inequality.

Örgütü (DSÖ) tarafından benimsenen Temel Sağlık Hizmetleri felsefesi sonrasında önem kazanmıştır (Tarimo E., Webster E.G. 1994). Daha sonra 1984'te, DSÖ Avrupa Bölgesi 2000 yılı hedeflerini belirlemiştir. Buna göre ilk hedef, ulusal ve uluslararası alandaki sağlık eşitsizliklerinin %25 oranında azaltılmasıdır. (WHO, 1985).

Konuya teorik düzeyde yapılan bütün vurguya rağmen, son yıllarda, ülkeler, sınıflar, gelir ve eğitim grupları arasındaki eşitsizliklerin daha da arttığı görülmektedir (Dahlgren G., Whitehead M., 1992). Bu olumsuz gelişme, uluslararası düzeydeki ortak araştırma ve stratejilerin geliştirilmesini ve sağlık düzeyinin eşitsizlik açısından özel bir önemle izlenmesini gerektirmektedir (WHO, 1996).

Toplumsal düzeydeki sağlık eşitsizlikleri çeşitli toplumsal sağlık düzeyi ölçütleri ile izlenmektedir. Bu amaçla, son yıllara kadar en sık ölüm hızları kullanılmıştır. Kullanım kolaylığı gösterecek de, ölüm hızları sağlık olgusunun ancak tek ve oldukça sınırlı bir yönünü ölçmeye yarayabilirler (Hansluwka H.E., 1985). Bu sınırlılığı aşmak ve sağlığın psikolojik, sosyal, fiziksel yönlerini daha kapsayıcı biçimde ölçebilmek amacıyla bir dizi başka ölçek geliştirilmiştir. Algılanan sağlık, geçici ve uzun süreli yetiyitimi, psikolojik sağlık için geliştirilmiş olan çeşitli ölçekler bunlara örnek olarak verilebilir (Bruin A., Picavet H.S., Nossikov A., 1996). Bunlar DSÖ tarafından sağlıktaki eşitsizliklerin saptanması ve izlenmesi amacıyla ulusal ölçekli sağlık araştırmaları için de önerilmektedir. Böylece son yıllarda ölçeklerin kültürlerarası adaptasyon çalışmalarının hızla tamamlandığı izlenmektedir (Kunst A.E., Mackenbach J.P. 1995).

Algılanan sağlık subjektif ve birey düzeyinde ölçülebilen bir sağlık ölçütüdür. Subjektif olsa da yaşam umudu gibi objektif bir sağlık ölçütüyle, depresyon, yaşam doyumu gibi başka psikolojik sağlık ölçütleriyle (Kaplan G.A., Camacho T., 1983; Sundquist J., Johansson S.E., 1996); herhangi bir yakınma, kronik hastalık varlığı, tedavi amaçlı ilaç kullanma, hastaneye yatmış olma gibi sağlık sorunlarıyla (Erengin H., Dedeoğlu N. 1997; Idler E.L., Angel R.J., 1990) ileri derecede korelasyon göstermektedir. Tek bir soru ile kolayca ölçülebilmektedir. Bu iki neden, algılanan sağlığı toplumsal sağlık düzeyinin ve sağlık eşitsizliklerinin izlenmesinde geniş biçimde kullanım alanına sokmuştur (Kunst A.E., Mackenbach J.P. 1995).

Bu çalışmada, iki farklı yerleşimden seçilen nüfus grupları arasındaki sosyoekonomik sağlık eşitsizlikleri algılanan sağlık ile ölçülmüştür. Buna ek olarak eşitsizlikleri açıklayacak çok değişkenli bir model oluşturulmuştur. Burada sunulan çalışma, aslında daha kapsamlı bir izlem araştırmasının bir parçasıdır. Asıl araştırmanın üç temel amacı vardır: a) Sosyoekonomik koşulları birbirinden oldukça farklı olan Antalya Ahatlı ve Bahçeli mahallelerinin bir kısmında yaşayan nüfusta morbidite ve mortalite sıklığını, bu nüfusların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarını belirlemek, b) bu değişkenlere sosyal, ekonomik, sınıfsal yapının etkisini ortaya çıkarmak, c) eşitsizliklerin zaman içindeki değişimini izleyebilmek.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Bölgesi

Araştırma Antalya ilinin Ahatlı ve Bahçeli mahallelerinin bir kısmında yürütülmüştür. Ahatlı mahallesindeki bölge, Ahatlı Sağlık Ocağı'na bağlı olan Ahatlı 2 Sağlık Evi bölgesi; Bahçeli mahallesindeki bölge ise 2 Nolu Sağlık Ocağı'na bağlı Bahçeli 2 Sağlık Evi bölgesidir. Sağlık ocaklarının kayıtlarına göre, 1997 yılı Haziran ayı itibarıyla; Ahatlı 2 bölgesi 607, Bahçeli 2 bölgesi 558 hanedir. Araştırma kapsamına 15 yaş ve üstündekiler alınmıştır. Bu yaş grubunda Ahatlı'da 1710, Bahçeli'de 1516 kişi bulunmaktadır.

Bu iki bölge kentleşme özellikleri ve sosyoekonomik düzeyleri bakımından birbirlerinden önemli farklar göstermektedir. Ahatlı mahallesi son 20 yıl içinde birbirini izleyen üç önemli göç dalgası sonucunda oluşmuş bir gecekondular bölgesidir. İlk gelenler Antalya'nın ilçelerinden, sonrakiler Çorum, Yozgat gibi İç Anadolu illerinden, sonuncular ise 1990 sonrasında Doğu ve Güney Doğu Anadolu bölgelerindedir. Bahçeli mahallesi ise kentin merkezindedir. Bütün yerleşim apartmanlar şeklindedir. Her bakımdan kentsel bir bölgedir.

Böylece bu iki mahallenin seçimiyle yapılan tercihin; gecekondular/apartman; düşük gelirli/orta ve yüksek gelirli; düşük eğitilmiş/yüksek eğitilmiş; işçi, marjinal sektörde çalışanlar/yüksek nitelikli memurlar, sermaye sahipleri biçimindeki sosyoekonomik ve sınıfsal ayrımları yansıtacağı düşünülmüştür. Bu ayrımlar ise sağlıktaki eşitsizliklerin saptanarak, izlenmesi açısından uygun bir zemin sağlayacaktır.

Örnek seçimi

Araştırmanın evrenini Ahatlı 2 nolu Sağlık Evi bölgesi ile Bahçeli 2 Nolu Sağlık Evi bölgesinde yaşayan 15 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır.

Örnek büyüklüğünün saptanması için "Evren oranını belli bir rölatif kesinlikle tahmin etmek" için hazırlanmış olan hazır tablolardan yararlanılmıştır (Lwanga S.K., Lemeshow S. 1993).

Bu çalışma için güven düzeyi %95, rölatif kesinlik düzeyi %10 olarak seçilmiştir. Olayın görülme sıklığı olarak, 1995 yılı ilk yansı içinde Antalya genelinde gerçekleştirilen bir morbidite araştırmasında saptanan %20 değeri alınmıştır (Erengin H., 1996).

Sonuç olarak 1000 kişilik bir popülasyon üzerinde çalışmaya karar verilmiştir. Örnek seçimi ise hane temelinde gerçekleştirilmiştir. Bölgede bu büyüklükteki nüfusun 361 hanede yaşadığı beklenir. Böylece, olanaklar da dikkate alınarak 450 hanelik örnek üzerinde çalışmaya karar verilmiştir.

450 hanenin seçimi sistematik örneklem yöntemine uygun olarak yapılmıştır. Ahatlı'dan 235, Bahçeli'den ise 215 hane örnek kapsamına girmiştir. Hanelerdeki bütün 15 yaş ve üzeri bireylerle görüşülmesi hedeflenmiştir. Ahatlı'da 596, Bahçeli'de 496 kişi olmak üzere toplam 1092 kişiden yüz yüze görüşmeyle veri toplanmıştır. Görüşülemeyen birey sayısı 45'tir.

İstatistik Analizler

Veriler SPSS 5.0 programında değerlendirilmiştir. İstatistik analiz olarak Ki-kare ve lojistik regresyon teknikleri kullanılmıştır. Ayrıca, sınıf, gelir ve eğitim grupları için çeşitli sağlık eşitsizlik ölçütleri hesaplanmıştır. Ölçütler ve tanımları aşağıdadır (Kunst A.E., Mackenbach J.P., 1995):

1) Hız oranı: Söz konusu sosyoekonomik değişken için en kötü durumdaki tabakanın (örneğin 5 yıldan az eğitimi olanların) morbidite hızının, en iyi durumdaki (örneğin 12 yıldan uzun eğitimi olanların) tabakanın morbidite hızına oranı.

2) Hız farkı: En kötü durumdaki tabakanın morbidite hızı ile en iyi durumdaki tabakanın hızının farkı.

3) Nüfusa atfedilebilir risk (NAR; population attributable risk): Bütün tabakalardaki mortalitenin, en iyi tabakaya eşit olması durumunda toplam morbidite hızında sağlanabilecek azalma ve böylece morbiditeden korunabilecek birey sayısı.

4) Benzemezlik indeksi (BI; dissimilarity index): Bütün tabakalardaki morbiditenin toplumun ortalamasına eşit olması durumunda, tabakalar arasında yeniden dağıtılması gereken hasta birey sayısı ve bunun toplam hasta sayısı içindeki oranı.

5) Eğim indeksi (SI; slope index): Regresyon temelli bir indekstir. Sosyoekonomik bakımdan en tepedeki grubun hastalanma hızı ile en dipteki grubun hızı arasındaki farkı gösterir.

6) Rölatif eşitsizlik indeksi (REI; relative index of inequality): Bu da regresyon denklemi ile hesaplanır. Sosyoekonomik bakımdan en diptekilerin hızının, en tepedekilerin hızına oranıdır. (İndeks hesaplamalarının ayrıntısı için ilgili kaynağa ya da yazara başvurulabilir.)

Araştırmanın Değişkenleri

Algılanan sağlık tek bir soru ile ölçülmüştür. Bireylere "sağlığınız genel olarak nasıldır?" sorusu sorulmuş ve "çok iyi", "iyi", "orta", "kötü", "çok kötü" seçeneklerinden birisini işaretlemeleri istenmiştir. İlk iki seçeneği işaretleyenlerin algılanan sağlığı "iyi", son üç seçeneği işaretleyenlerinki ise "kötü" olarak değerlendirilmiştir. Algılanan sağlığın Antalya genelinde çeşitli subjektif ve objektif sağlık sorun-

larıyla anlamlı derecede ilişki içinde olduğu daha önceki bir çalışmada saptanmıştır (Erengin H., Dedeoğlu N., 1997).

Temel sosyoekonomik ölçütler olarak eğitim, kişi başı gelir ve sınıfsal konum kullanılmıştır. Gelir, ailenin bir aydaki toplam gelirinin, ailedeki kişi sayısına bölünmesiyle elde edilmiştir. Eğitim, tamamlanmış eğitim yılı olarak kabul edilmiştir. Aile düzeyindeki veriler aile reisinden elde edilmiştir.

Bireylerin sınıfsal konumu ise aile reisinin sınıfsal konumu esas alınarak belirlenmiştir. Aile reisinin sınıfsal konumu, o ailedeki bütün bireylerin de sınıfsal konumu olarak seçilmiştir (Kunst A.E., Mackenbach J.P. 1995).

Bilindiği gibi sınıf analizinde birbirinden farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bunların Weberci ve Marksist gelenekler olarak iki temel başlıkta toplanması olanaklıdır. Bu çalışmada Marksist sınıf çözümlemesine sadık kalınmaya çalışılmıştır. Bu amaçla da Boratav (1995) ve arkadaşlarının 1991-1992'de yaptıkları bir alan çalışmasında geliştirerek kullandıkları sınıf şemasından yararlanılmıştır. Ancak o çalışmadan farklı olarak, emekliler ayrı bir sınıfsal grup olarak bırakılmamış ve emekli oldukları andaki işlerine göre bir sınıfa sokulmuştur.

Sınıf analizinde dikkate alınan asıl parametre, aile reislerinin üretim süreci içinde, üretim araçları karşısındaki nesnel konumudur. Böylece daha işin başında üretim araçlarına sahip olmayanlar (ücretli ve maaşlılar) ile üretim aracına sahip olanlar şeklinde bir ayrıştırmaya gidilmiştir. Bundan sonraki aşamada, ayrıştırmaya, yapılan iş türü, çalıştırılan işçi/emekçi sayısı gibi başka parametreler sokulmuştur. Sonuç olarak; mavi yakalılar-niteliksiz hizmet emekçileri, kendi hesabına çalışanlar, beyaz yakalılar, yüksek nitelikli beyaz yakalılar, burjuvalar olmak üzere toplam beş sınıf elde edilmiştir. (Sınıfsal ayrıştırma konusundaki ayrıntılı bilgi yazardan elde edilebilir.)

BULGULAR

Bulgular beş tabloda özetlenmiştir. İlk tabloda nüfusun bağımsız değişkenlere göre özellikleri ile bu değişkenlere göre algılanan sağlığın kötülük sıklığı gösterilmiştir. İkinci tabloda sosyoekonomik değişkenlere göre eşitsizlik ölçütleri hesaplanmıştır. Üçüncü ve dördüncü tablolar ise lojistik regresyon analiziyle ilgilidir. Son tabloda, çok değişkenli analiz sonucunda modele giren değişkenlerin çeşitli değerleri için, algılanan sağlığın kötülüğünü gösteren olasılık hesaplamaları yapılmıştır.

Tablo 1'den görüldüğü gibi araştırma kapsamındaki bireylerin %34.9'unun algılanan sağlığı iyiden daha kötüdür. Bu bakımdan çeşitli gruplar arasında farklılıklar görülmektedir. Erkeklerin, 15-24 yaş grubundakilerin, hiç evlenmemiş olanların, Bahçeli'de yaşayanların, mavi yakalı ve niteliksiz emekçiler dışındakilerin, aylık geliri 200 Dolar

Tablo 1: Araştırma Kapsamındaki Bireylerin Algılanan Sağlıkları Ve Çeşitli Sosyoekonomik Değişkenler. (Eğitim yaş ve cinsine göre; cins, medeni durum, mahalle, sınıf, gelir gider ilişkisi, gelir, iş ise yaşa göre standardize edilmiştir.)

Değişken		Algılanan Sağlık Orta, kötü, çok kötü (%)	Nüfus (%)
Cins*	Erkek	29.2	48.9
	Kadın	40.3	51.1
Yaş	15-24	20.5*	21.2
	25-34	34.8	22.5
	35-44	41.4	22.5
	45-54	40.7	18.9
	55-64	33.0	9.7
	65 ve üstü	47.4	5.2
Medeni durum	evlenmemiş	8.2*	20.1
	evli	38.5	74.3
	dul	26.7	5.6
Eğitim	0-5 yıl	43.1*	46.1
	6-8 yıl	36.7	9.6
	9-11 yıl	27.8	19.9
	12 yıl ve üstü	21.9*	24.4
Mahalle*	Ahatlı	44.6	54.6
	Bahçeli	25.6	45.4
Sınıf	Mavi yaka-emekçi	46.0*	41.5
	Kendi hesabına	28.4	13.2
	Beyaz yakalı	25.4	17.7
	Yüksek nitelikli	25.0	15.5
	Burjuva	26.1	12.1
Kişi başı aylık gelir	50 Dolardan az	42.2	17.9
	50-99.9 Dolar	41.1	34.1
	100-149.9 Dolar	38.8	11.7
	150-199.9 Dolar	24.8	12.5
	200-249.9 Dolar	24.1**	5.3
	250 Dolar ve üstü	21.5*	18.6
Geliri giderinden*	Az	42.9	41.7
	Fazla	29.1	58.3
İşi var mı?	Yok	36.3	11.6
	Var	32.0	88.4
TOPLAM (N=1087)		34.9	100.0

*p=0.000, **p=0.004

ve daha fazla olanların, geliri giderinden fazla olanların algılanan sağlık bakımından durumları diğer gruplara göre daha iyidir. Eğitim bakımından ise 12 yıl ve daha uzun süre eğitimlilerin durumu iyi, 5 yıl ve daha kısa süre eğitimlilerin durumu kötüdür.

Tablo 2'de sunulan verilerden yalnızca eğitimle ilgili olanlara değinilecektir. Eğitim açısından en kötü gruptaki grup (dördüncü grup) beş yıl ve daha kısa süre eğitimi olanlardır. En iyi gruptaki grup (birinci grup) ise 12 yıl ve daha fazla eğitimi olan gruptur. Dördüncü grupta algılanan sağlıkları iyiden daha kötü olanların sıklığı birinci gruptakilerin 1.97 katıdır. İki grubun hızı arasındaki fark % 21.2'dir.

Bütün grupların hızlarının birinci grubunkine eşit olma-

sı durumunda algılanan sağlığın iyiden daha kötü olma sıklığında %37.3'lük azalma olacağı görülmektedir. Bu da 404 kişinin algılanan sağlıklarının iyi ve çok iyi olacağı anlamına gelmektedir.

Bütün eğitim gruplarının algılanan sağlıklarının iyiden daha kötü olması sıklığının araştırma popülasyonunun ortalamasına eşit olmasını sağlayabilmek için vakaların %12.4'ünün gruplar arasında yeniden dağıtılması gerekecektir.

Eğitim indeksi regresyon denklemi ile hesaplanmaktadır. Eğitim indeksinden anlaşıldığı gibi, eğitim bakımından en kötü gruptakilerle (regresyon eğrisinde sıfır noktası), en iyi grupta olanlar (regresyon eğrisinde 1 noktası) arasındaki fark %33.9'dur. Görece eşitsizlik indeksi, eğitim

Tablo 2: Eğitim, gelir ve sınıfsal durum için bazı eşitsizlik ölçütleri*

Ölçüt	Eğitim N=1083	Gelir N=1086	Sınıf N=1070
Hız oranı	1.97	1.96	1.76
Hız farkı(%)	21.2	20.7	19.9
Nüfusa Atfedilebilir Risk(%)	37.3	38.4	25.2
Nüfusa Atfedilebilir Risk (n)	404	417	270
Benzersizlik İndeksi(%)	12.4	12.1	14.1
Benzersizlik İndeksi(n)	46	45	52
Eğitim İndeksi(%)	33.9	27.6	26.5
Görece Eşitsizlik İndeksi	2.91	2.40	2.33

* Bütün sosyoekonomik değişkenler için Tablo 1'deki tabakalama kullanılmıştır.

statüsü bakımından en kötü durumdakilerin algılanan sağlıklarının iyiden daha kötü olma sıklığının, en iyi durumdakilerin sıklığının 2.91 katı olduğunu göstermektedir.

Bütün bu veriler eğitim bakımından gruplar arasındaki eşitsizliklerin oldukça ciddi olduğunu göstermektedir. Benzer sonuçlar gelir grupları ve sınıflar arasında da gözlenmektedir.

Şimdiye dek sunulan sonuçlar tek değişkenli analizlere ilişkin olanlardı. Bütün bu değişkenlerin algılanan sağlık üzerindeki etkisini görmek ve açıklayıcı bir model oluşturabilmek için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bilindiği gibi lojistik regresyon bağımlı değişkenin dikotom olarak ölçülebildiği, bağımsız değişken olarak ise nümerik ve kategorik türdeki değişkenlerin kullanılabilirdiği bir analiz tekniğidir. Böylece lojistik regresyon çok değişkenli regresyonun çeşitli sınırlılıklarından muafır. Lojistik regresyon sonucunda elde edilen model, bir sonucun (algılanan sağlığın "iyi"den daha kötü olması gibi) ortaya çıkma olasılığını vermektedir. Buna ek olarak, bağımsız değişken olarak kullanılan değişkenler için tahmini rölatif risk (Odds ratio; OR) elde etmek de olanaklıdır.

Tablo 4'ten izlendiği gibi, kadın olmak; evli, boşanmış ya da dul olmak; yaş; Ahatlı'da yaşıyor olmak; ailenin gelirinin giderinden az olması ve mavi yakalı ya da nitelsiz hizmet emekçileri sınıfının üyesi olmak algılanan sağlığı

Tablo 3: Lojistik Regresyon Analizinde Kullanılan Değişkenler Ve Özellikleri.

Bağımlı Değişken	
Algılanan sağlık;	0=çok iyi, iyi 1=orta, kötü, çok kötü
Bağımsız Değişkenler	
Cins;	kategorik, "erkek" referans
Medeni; medeni durum;	kategorik, "hiç evlenmemişler" referans
Yaş;	nümerik
Eğitsüre; eğitim süresi;	nümerik (tamamlanmış okul yılı olarak)
Mavi-nitelsiz;	kategorik, "mavi-nitelsiz sınıfı dışındakiler" referans
Mahalle;	kategorik, "Bahçeli" referans
Gelir; kişi başı aylık gelir;	nümerik
Gegi; ailenin geliri ile giderinin ilişkisi	kategorik, "gelir giderden fazla, eşit" referans
İş; Araştırma anında gelir getiren bir işte çalışma	kategorik, "iş var" referans

Tablo 4: Algılanan Sağlık için Lojistik Regresyon Analizinin Sonuçları.* (N=1075)

Değişken	B	Stand hata	Wald	P	R	OR
Cins	.2640	.0930	8.0670	.0045	.0660	1.3021
Medeni	.2996	.1177	6.4795	.0109	.0567	1.3493
Yaş	.0181	.0065	7.7445	.0054	.0642	1.0183
Mahalle	.2428	.1043	5.4199	.0199	.0496	1.2749
Gegi	.1685	.0725	5.3946	.0202	.0494	1.1835
Mavi-nitelsiz	.2065	.0831	6.1824	.0129	.0548	1.2294
Sabite	-1.2810	.3577	12.8278	.0003		

*Model Ki-Kare=119.798, p=0.0000; Improvement=119.798, p=0.0000

Tablo 5: Orta, Kötü, Çok Kötü Algılanan Sağlık İçin Tahmini Olasılıklar (Cins, yaş, medeni durum, gelir gider ilişkisi, sınıf, mahalle için.) (%)

Cins	Yaş	Medeni Durumu	Gegi	Mavi-niteliksiz		Diğer sınıflar	
				Ahatlı	Bahçeli	Ahatlı	Bahçeli
E	15	evlenmemiş	eşit, çok az	37.0	31.7	32.3	27.3
			az	41.2	35.5	36.0	30.8
		evli, dul	eşit, çok az	44.3	38.5	39.2	33.7
	75	evlenmemiş	eşit, çok az	48.5	42.6	43.3	37.5
			az	66.2	60.6	61.4	55.6
		evli, dul	eşit, çok az	69.9	64.5	65.4	59.5
K	15	evlenmemiş	eşit, çok az	72.5	67.6	68.0	60.2
			az	75.6	70.9	71.4	66.7
		evli, dul	eşit, çok az	43.3	37.5	38.2	32.8
	75	evlenmemiş	az	47.4	41.5	42.4	36.6
			az	50.8	44.8	45.5	39.7
		evli, dul	eşit, çok az	55.0	49.0	49.8	43.9
75	evlenmemiş	eşit, çok az	71.4	66.7	67.1	61.7	
		az	75.2	70.4	70.9	65.8	
	evli, dul	eşit, çok az	77.5	73.0	73.5	68.5	
			az	80.0	76.3	76.9	71.9

olumsuz yönde etkilemektedir. Eğitim süresi, kişi başı gelir ve gelir getiren bir işte çalışıyor olmak modele girememiştir. Modele giren değişkenlerin alabilecekleri değerler için oluşturulmuş algılanan sağlık olasılık tahminleri Tablo 5'te verilmiştir.

TARTIŞMA

Bu makalede bulgular üç başlık altında incelenmiştir. İlk kısımda algılanan sağlığın çeşitli sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisine teker teker bakılmıştır. İkinci kısımda eğitim, gelir ve sosyal sınıflara göre çeşitli eşitsizlik ölçütleri hesaplanmıştır. Son olarak ise tüm sosyoekonomik değişkenler birlikte kullanılarak, algılanan sağlığı açıklayıcı bir model oluşturulmuştur.

Kullanılan değişkenlerin bir kısmı birey düzeyinde, bir kısmı da aile ve mahalle düzeyinde ölçülmüştür. Mahalle, Gelir, Gegi değişkenleri ikinci gruptadır. Böylece çok değişkenli analizde, bölge ve aile düzeyindeki etkenlerin, algılanan sağlık üzerindeki etkilerini ölçebilmek de olanaklı olmuştur.

Araştırma kapsamındaki nüfusta algılanan sağlığın iyiden daha kötü olma sıklığı %34.9'dur. 1995 yılında aynı oran, Antalya geneli için %31.8'dir (Erengin H., Dedeoğlu N. 1997). Danimarka, Fransa, İtalya, Hollanda, Norveç ve İsveç'te erkeklerde algılanan sağlığın iyiden kötü olma sıklığı %20 civarındadır. Oran Almanya için %54.1, Finlandiya için %40.9, İspanya'da %28.8, İsviçre için %13.2'dir. Kadınlarda ise oranlar bir kaç puan daha yüksektir. İngiltere için %37.7'ye, Finlandiya'da %41.5'e, Almanya'da %55.7'ye kadar çıkabilmektedir. Kadın erkek farkının en yüksek olduğu ülke İspanya'dır: %9.9. (Cavelaars A.E.J.M. ve ark., 1998). Bu araştırmada bulunan

oranların söz konusu Avrupa ülkelerinin çoğundan daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tek değişkenli analizlerin sonuçlarına göre, algılanan sağlık, cins, yaş, medeni durum, eğitim, yaşanan mahalle, ailenin geliri ile gideri arasındaki ilişki ve gelir ile anlamlı derecede ilişkilidir.

Literatürde de algılanan sağlık ile yaş arasında ters yönlü (Shadbolt B., 1997); gelir, eğitim, bir işe sahip olma ile pozitif (Krieger N., Fee E. 1993; Mackenbach J.P. ve ark., 1994) bir ilişki saptanmıştır. Kadınların durumu erkeklere göre daha kötüdür (Cavelaars A.E.J.M. ve ark., 1998). Lojistik regresyon tekniğini kullanan kimi araştırmalarda algılanan sağlığın eğitim süresi ile değil, esas olarak okur yazarlık durumuyla ilintili olduğu da bildirilmiştir (Baker DbW. ve ark., 1997). İtalya'da sağlıklarını kötü olarak algılayanların en fazla oranda buldukları gruplar; ilkokul mezunları (%46.5), işsizler (%41.1), mavi yakalılar (%33.8), becerisiz işçiler (%45.2)'dir (Mapelli V., 1993). İngiltere'de algılanan sağlığı kötü olanların oranı birinci ve ikinci sosyal sınıflarda (çoğunluğu profesyonellerden oluşmaktadır) %8.5 iken, becerili kafa emekçilerinde %10.7; becerili el işçilerinde %13.6 ve yarı becerili ve becerisiz el işçilerinde %17.2'dir (Power C., Matthews S., 1997). İngiltere'deki bu sonuçlar, sosyal sınıflar arasındaki algılanan sağlık eşitsizliğini göstermektedir. Gelir, eğitim ve mesleki sınıf ile belirlenen sosyoekonomik durum ile algılanan sağlık pozitif yönlü ilişki içindedir (Mackenbach J.P., ve ark. 1997). Stronks ve arkadaşları (1997) çok değişkenli analiz sonucunda, kadınlardaki algılanan sağlığın gelir ile ilişkisinin, meslek ve eğitim ile olan ilişkisine göre daha güçlü olduğunu belirlemişlerdir. Antalya'da algılanan sağlık, gecekonduda yaşayanlarda, sekiz yıldan az eğitimlilerde, ekonomik durumlarını kötü

olarak değerlendirenlerde daha kötüdür (Erengin H., Dedeoğlu N., 1998).

Sosyoekonomik değişkenlerle algılanan sağlık arasındaki ilişki, sosyoekonomik bakımdan düşük statülü grupların yaşamsal olanaklarının kötülüğü ile açıklanabilir (Cavelaars AEJM ve ark., 1998). Eğitim, gelir düzeyinin ve sınıfsal konumun düşüklüğü hem çeşitli gündelik olanaklardan yararlanmayı olumsuz yönde etkileyebilirler, hem de sağlığı olumsuz yönde etkileyecek genel bir sosyokültürel ortam yaratabilirler. Mahalle değişkeninin hem tek, hem de çok değişkenli analizde algılanan sağlık ile anlamlı derecede ilişki göstermesi, sosyokültürel ortamla ilgili düşünceyi desteklemektedir.

Bu araştırmada gelir getiren bir işe sahip olma ile algılanan sağlık arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu sonuç erkekler için de geçerlidir ve literatürle uyum göstermeyen tek bulgumuzdur. Bu durumda, incelediğimiz nüfus bakımından, işsizliğin algılanan sağlığı olumsuz etkileyen bir etken olmadığını kabul etmek durumundayız. Öte yandan bu bulgu, iş ortamının sağlık algısını geliştirecek koşullardan yoksun olduğunu da gösteriyor olabilir.

Tablo 2'den izlendiği gibi NAR değeri eğitim için %37.3, gelir için %38.4, sınıf için %25.2'dir. Yani, her üç değişken bakımından da, en kötü konumdaki sosyoekonomik grupların konumunun, en iyi konumdaki gruplara eşit olması durumunda algılanan sağlığa üçte bir oranında düzelleme sağlanabilecektir. REI değeri ise eğitim grupları için 2.91, gelir grupları için 2.40 ve sınıflar için 2.33 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, en diptekilerin, en üsttekilere göre 2.33-2.91 kat daha risk altında olduklarını göstermektedir.

Eşitsizlik boyutu ciddidir. Ancak Avrupa ülkeleri kadar da değildir. Örneğin Hollanda'da algılanan sağlık için NAR %50'dir. Yani Hollanda'da düşük eğitimli nüfusun, üniversite eğitimi olması durumunda, algılanan sağlıklarını kötü olarak değerlendiren nüfusta %50'lik bir azalma sağlanabilecektir (Mackenbach JP. 1994: 1489). 11 Avrupa ülkesi için yapılan bir araştırmada algılanan sağlıktaki eşitsizlik rölatif eşitsizlik indeksi ile değerlendirilmiştir. Erkeklerde eğitim grupları arasındaki eşitsizlik Norveç'te en yüksek; Almanya'da ise en düşüktür. Örneğin Norveç için rölatif eşitsizlik indekinin değeri 6.98 iken, Almanya'da 2.25'tir. Diğer dokuz ülkenin değerleri bu aralıkta sıralanmaktadır (Cavelaars A.E.J.M. ve ark., 1998).

Kısaca, incelediğimiz nüfusta algılanan sağlığın iyiden kötü olma sıklığı Avrupa ülkelerine göre daha yüksek iken; eğitim, gelir grupları ve sınıflar arasındaki eşitsizlik daha azdır. Bu sonuç nasıl açıklanabilir?

Bu konuda elimizde fazla veri bulunmuyor. Ancak Türkiye'de gecekondulardaki komşuluk, akrabalık ve hemşehrilik ilişkilerinin, kentin "yabancı" dokusuna, sosyoekonomik koşullardaki kötüleşmeye karşı dayanık-

lılığı artıran bir işlev gördüğünü gösteren veriler vardır. Öyle ki, göç sonrasında kente ilk yerleşilen yer, zaten daha önceden kente gelmiş akrabaların, hemşehrilerin yerleştikleri bölgeler olmaktadır (Gökçe B. ve ark., 1993). Bunların, eşitsizlikleri azaltıcı bir işlev gördüğü düşüncesi akla yakındır.

Lojistik regresyon analizi için yaş, cins, medeni durum ve geçim sıkıntısını algılama gibi yapısal, psikolojik ve demografik değişkenlerin dışında çeşitli sosyoekonomik değişkenler de kullanılmıştır. Sosyoekonomik değişkenlerden yalnızca sınıf konumu ile mahallenin modele girdiği görülmektedir. Bir başka deyişle; yapısal, sosyodemografik ve diğer sosyoekonomik değişkenlerin etkisi düzeldikten sonra algılanan sağlık ile ilişkili olan sosyoekonomik değişkenler yalnızca yaşanan mahalle ve sınıfsal konumdur.

Lojistik regresyon analizinde sosyoekonomik değişkenler olan eğitim ve gelirin herhangi bir biçimde algılanan sağlık üzerinde etkili olup olmadığını saptamak amacıyla değişik model denemeleri yapılmıştır. Örneğin eğitim "okur yazar olanlar ve diğerleri" ve eğitim süresine göre çeşitli aralıklarla kategorik olarak sınıflanmıştır. Aynı deneme gelir için de gerçekleştirilmiştir. Bütün bunlara rağmen eğitim ve gelir ile algılanan sağlık arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır. Bu sonuç algılanan sağlık üzerinde asıl belirleyici olanın sınıf olduğunu düşündürmektedir.

Çok değişkenli analizle hesaplanan risk tahminleri ise Tablo 5'tedir. Tablodan da izlendiği gibi eşitsizlikler aynı koşullardaki erkeklerde ve gençlerde, kadınlara ve yaşlılara göre daha fazladır. Bu da sınıfsal ve sosyoekonomik etkenlerin gençlerde ve erkeklerde, yani yapısal etkenler bakımından daha risksiz olan gruplarda daha etkili olduklarını göstermektedir. Bahçeli mahallesinde yaşayan, mavi yakalı ya da niteliksiz emekçiler dışındaki bir sınıfın üyesi olan 15 yaşındaki bekar ve geliri giderine eşit bir erkeğin algılanan sağlığının kötü olma olasılığı %27.3 iken; aynı koşullarda Ahatlı'da yaşayan ve mavi yakalı ya da niteliksiz emekçi konumundaki bir erkeğin algılanan sağlığının kötü olma olasılığı %41.2 (ilk erkeğe göre %50.9 daha yüksek) olmaktadır.

Araştırmamızda örnek seçimini mahalleden hareketle yapmıştık. Bu tercihin eşitsizlikleri net olarak saptamak ve sonraki yıllarda izlemek için uygun olacağını düşünmüştük. Bunun nedeni Ahatlı ve Bahçeli mahallelerinin birbirinden oldukça farklı sosyoekonomik özellikler göstermesiydi. Böylece çok değişkenli analiz sonuçları bu tercihin doğru olduğunu ortaya çıkarmış olmaktadır. Gerçekten de, yaşanan mahalle, bir ekolojik değişken olarak, pek çok diğer sosyoekonomik değişkenden bağımsız bir biçimde algılanan sağlık ile anlamlı ilişki sergilemektedir. Bu, bize, yaşanan coğrafi bölgenin genel yapısının, tek tek sosyoekonomik değişkenlerin ötesinde sağlık üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Yaşanılan bölgenin etkisine ilişkin benzer bir bulgu ABD'de düşük doğum ağırlığı ile ilgili olarak bildirilmiştir (Roberts E.M., 1997).

Hatırlanacağı gibi, bireylerin sınıf analizini, aile reislerinin sınıfsal konumlarına göre belirlemiştik. Aile reislerinin sınıf konumunu ise, üretim ilişkilerindeki yerlerine göre ayırtmıştık. Sınıf değişkeninin eğitim, gelir, iş sahipliği gibi diğer sosyoekonomik değişkenlerin etkisinden bağımsız olarak ve tek başına modele girmiş olması oldukça anlamlıdır. Bu sonuç bize, Marksist yöntemle belirlenmiş sınıf konumunun sağlık ve eşitsizlik araştırmalarında kullanılabileceğini göstermektedir.

Ancak sınıflar arasındaki farklılık kaba bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Tek değişkenli analizde, algılanan sağlığın mavi yakalılar ve niteliksiz emekçilerde diğer sınıflara göre daha kötü olduğu anlaşılıyor. Diğer sınıfların aralarında ise herhangi bir farklılık saptamak olanaklı olmuyor. Çok değişkenli analiz sonucunda ise sınıfsal ayırıştırma, mavi yakalılar ve niteliksiz emekçiler ile diğerleri şeklinde yapıldığında, algılanan sağlık ile anlamlı bir ilişki saptanabilmiştir. Bir başka deyişle sınıfsal konum itibarıyla tamamen farklı olan kendi hesabına çalışanlar, beyaz yakalılar, yüksek nitelikliler ve burjuvaların algılanan sağlıkları arasında anlamlı bir fark ortaya çıkmamaktadır. Bu sonuç, araştırma evrenindeki eşitsizliklerin (görece düşük) düzeyiyle ilintili olabilir.

Ailenin geliri ile gideri arasındaki ilişki de lojistik regresyon modeline giren değişkenlerdendir. Gelir gider ilişkisi aile düzeyinde elde edilen bir veridir. Gelir için subjektif bir değerlendirmeyi yansıtmaktadır. Sonuçlar, gelir sıkıntısı içinde olduklarını hissedenlerin algılanan sağlıklarının daha kötü olduğunu göstermektedir. Gelir değişkeni regresyon modeline girmezken, Gergi değişkeni modele girmektedir. Bu da bize, algılanan sağlık üzerinde gelirin değil, gelirin tüketim kalıplarına yeterlilik ölçüsünün daha etkili olduğunu düşündürmektedir.

Bu araştırmada sağlık algısı üzerinde değişik etkenlerin belirleyici olduğu bulunmuştur. Bunlardan bir kısmı yaş, cins gibi yapısal etkenlerdir. Kendileri değiştirilemez olsalar da, risk altındaki cins ve yaş gruplarına yönelik özel stratejilerin benimsenmesi eşitsizliklerle savaşmada yararlı olabilir. Öte yandan bazı etkenler sosyoekonomik ve sınıfsal niteliklidir. Gelir gider ilişkisi, sınıfsal konum, oturu lan mahalle böyledir. Bu tür etkenlerin ortadan kaldırılması olanaklıdır. Araştırmada algılanan sağlığın kötülüğü üzerinde önlenebilir ve ortadan kaldırılabilir etkenlerin etkisinin belirlenmiş olması önemlidir.

KAYNAKLAR

- Baker D.W. ve ark.**, (1997), The Relationship of Patient Reading Ability to Self-Reported Health and Use of Health Services, *American J of Health Services*, 87(6): 1027-1030.
- Boratav K.**, (1995), İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri, Tarih Vakfı Yurt Yayınları, İstanbul.
- Bruin A., Picavet H.S.J., Nossikov A.**, (1996), Health Interview Surveys, WHO, Finland.
- Cavelaars A.E.J.M. ve ark.**, (1998), Differences in Self Reported Morbidity by Educational Level: A Comparison of 11 Western European Countries, *Journal of Epidemiology and*

Community Health, 52: 219-227.

Dahlgren G., Whitehead M., (1992), *Policies and Strategies to Promote Equity in Health*, WHO, Copenhagen.

Erengin H., (1996), Antalya Kent Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Morbidite Sıklığı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Antalya.

Erengin H., Dedeoğlu N., (1997), Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu: Algılanan Sağlık, *Toplum ve Hekim*, 12(77): 11-16.

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

Gökçe B. ve ark., (1993), Gecekonularda Ailelerarası Geleneksel Dayanışmanın Çağdaş Organizasyonlara Dönüşümü, TC Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları, Ankara.

Hansluwka H.E., (1985), Measuring the Health of the Populations, Indicators and Interpretations, *Social Science and Medicine*, 22(2): 151-160.

Idler E.L., Angel R.J., (1990), Self-Rated Health in the NHANES-1 Epidemiologic Follow-up Study, *American Journal of Public Health*, 80(4): 446-452.

Kaplan G.A., Camacho T., (1983), Perceived Health and Mortality, *American Journal of Epidemiology*, 117: 292-304.

Krieger N., Fee E., (1993), What's Class Got to Do With It? The State of Health Data in the United States Today, *Socialist Review*, 1: 59-82.

Kunst A.E., Mackenbach J.P., (1995), *Measuring Socio-economic Inequalities in Health*, WHO, Copenhagen.

Lwanga S.K., Lemeshow S., (1993), Sağlık Araştırmalarında Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi, (Çev: Hayran O.), DSÖ Yayını, Cenevre.

Mackenbach J.P. ve ark., (1994), The Determinants of Excellent Health, *Int. J of Epidemiology*, 23(6): 1273-1281.

Mackenbach J.P. ve ark., (1997), Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe, *The Lancet*, 349: 1655-59.

Mapelli V., (1993), Health Needs, Demand for Health Services and Expenditure Across Social Groups in Italy: An Empirical Investigation, *Soc. Scien and Med.*, 36(8): 999-1009.

Power C., Matthews S., (1997), Origins of Health Inequalities in a Nat. Pop. Sample, *The Lancet*, 350: 1584-89.

Roberts E.M., (1997), Neighborhood Social Environments and the Distribution of Low Birthweight in Chicago, *American Journal of Public Health*, 87(4): 597-603.

Shadbolt B., (1997); Some Correlates of Self-Rated Health for Australian Women, *American Journal of Public Health*, 87(6): 951-956.

Stronks K. ve ark., (1997), The Relationship Between Income, Health and Employment Status, *International Journal of Epidemiology*, 26(3): 592-600.

Sundquist J., Johansson S.E., (1996), Self Reported Poor Health and Low Educational Level Predictors for Mortality: A Population Based Follow up Study of 39156 People in Sweden, *J of Epidemiology and Community Health*, 51: 35-40.

Tarimo E., Webster E.G., (1994), Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World, WHO, Geneva.

WHO, (1985), *Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All*, Denmark.

WHO, (1996), *Equity in Health and Health Care*, Geneva.