

ARAŞTIRMA

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLERİN DEĞİŞİMİ ANTALYA'DA BEŞ YILLIK BİR ARAŞTIRMA

İlker BELEK*

I. GİRİŞ

Sağlıkta eşitsizlik doğal-biyolojik değil toplumsal nedenlerden kaynaklanan, doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenler dolayısıyla etki gösterip, toplumsal ortam içinde anlam kazanabildikleri; önlenemez, önlenemez oldukları için de kabul edilemez ve ahlak dışı nitelikteki; bireysel değil toplumsal bir bağlam içinde saptanmaları, incelenmeleri, savaşımları gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliğinin gerektiği; toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardan (Whitehead, M.; 1992, Belek, İ.; 1998).

Yukarıda yapılan tanımda, sağlıkta eşitsizliğin bir takım sosyoekonomik etkenlerle ilişkilendirildiği, daha da ötesinde sağlıkta eşitsizliğin sosyoekonomik etkenlerle ortaya çıkan sağlık farklılıklarını anlattığı görülecektir. Nitekim bu nedenle, "sağlıkta eşitsizlik" ve "sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlik" terimleri sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (Kunst, A.E., Mackenbach, J.P.; 1994).

Eşitsizlik yazınında meslek, eğitim ve gelir sosyoekonomik konumu tanımlayan etkenler olarak kullanılırlar. Bunlar sağlığın bireysel düzeydeki belirleyicileri olarak kabul edilirler. Üçü genellikle yakından ilişkili olsalar ve bireyin sosyal hiyerarşideki konumunu tanımlasalar da, sağlık ile ayrı ayrı ilişkilidirler. Örneğin, eğitim bireylerin yeni enformasyona ulaşmalarında ve ondan yararlanmalarında farklılıklar yaratmaktadır. Gelir yaşamdaki maddi olanaklardan yararlanmayı belirler. Meslek ise hem enformasyon hem de maddi olanaklarla yakından ilişkili olsa da, prestij, kontrol gibi iş ortamına

ilişkin özelliklere bağlı olarak da sağlık üzerinde ayrı bir etkiye sahiptir (Kunst, A.E., Mackenbach, J.P.; 1995: 35). Hastalık sıklığı eğitim düzeyi düşük olanlarda ve özellikle de okur yazar olmayanlarda yüksektir (Cavelaars, A., Kunst, A.E., Geurts, J.G.; 1998: 219-227, Dalstra, J.A.A., Kunst, A.E., Geurts, J.J.M., ve diğ.; 2002: 927-934). Öte yandan, pek çok sağlık araştırmasında, kötü maddi yaşam koşullarının ve gelir düzeyinin düşüklüğünün, eğitim, sınıf gibi başka değişkenlerden bağımsız olarak psikolojik sağlık ve algılanan sağlık üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Stronks, K., Van De Mheen, H., Bos, J., ve diğ.; 1997: 593, Weich, S., Lewis, G.; 1998: 11-13, Rahkonen, O., Lahelma, E., Martikainen, P., ve diğ.; 2002: 442-443).

Sağlığı etkileyen bir diğer sosyoekonomik değişken sosyal sınıftır. Sosyal sınıf ile sağlık arasında bütün diğer sosyoekonomik değişkenlerden bağımsız ve ters yönlü bir ilişki olduğu bilinmektedir ve bu gerçek, ne tür sağlık göstergesi incelenirse incelenir, hangi tür istatistik analiz yapılırsa yapılsın değişmemektedir (Blane, D., Smith, G.D., Bartley, M.; 1990: 429-432, Kaplan, G.; 1996: 507-519, Krieger, N., Fee, E.; 1994: 25-44, Weich, S., Lewis, G.; 1998: 8-14, Belek, İ.; 1999: 219-224).

Sosyoekonomik bakımdan daha aşağı konumlarda yer alan toplumsal grupların sağlığının diğerlerine göre daha kötü olduğu ortada iken, eşitsizliklerin zaman içindeki değişimi konusundaki bilgiler sınırlıdır. Oysa önceliklerin belirlenmesi, uygulanan politikalarda gerekli değişikliklerin gerçekleştirilmesi ve eşitsizliklerin arkasındaki temel nedenlerin ortaya çıkarılabilmesi için bu konunun incelenmesi özel bir öneme sahiptir.

Uluslar arası literatürde sağlıktaki eşitsizliklerin değişimiyle ilgili araştırmalar daha çok mortalite verilerine dayanmaktadır. Morbiditedeki değişim daha az

* Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

incelenmiştir. En sıklıkla araştırılan morbidite göstergeleri sağlığın kendi kendine değerlendirilmesine dayanan (self assessed health) göstergelerdir. Bu araştırmaların ortaya koyduğu sonuçlarda da kimi tutarsızlıklar göze çarpmaktadır. Değişik araştırmalarda, değişik sosyoekonomik gruplar arasındaki eşitsizliklerin zaman içinde arttığını ya da azaldığını saptayan araştırmalar vardır (Heistaro, S., Vartinen, E., Puska, P.; 1996, Lahelma, E., Rahkonen, O., Berg, M.A.; 1997, Lahelma, E., Arber, S., Rahkonen, O.; 2002, Power, C., Hertzman, C., Matthews, S., ve diğ.; 1997, Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Smith, G.D., ve diğ.; 2002, Starfield, B., Riley, A.W., Robertson, J.; 2002).

Sonuçlardaki bu tutarsızlığın birkaç nedeninin olabileceği belirtilmektedir (Dalstra, J.A.A., Kunst, A.E., Geurts, J.J.M., ve diğ.; 2002): Bunlardan birincisi değişik araştırmalarda eşitsizlikleri ölçmek amacıyla, değişik sosyoekonomik göstergelerin kullanılmış olmasıdır. İkincisi, araştırmaların bazılarındaki izlem aralığının kısalığıdır. Üçüncüsü araştırılan nüfusun yaş sınırlarının değişikliğidir. En son olarak, değişik ülkelerde, eşitsizliklerdeki değişimin farklı seyredebileceğini akıldan tutmak gerekir. Özellikle ekonomik resesyonun etkilerinin ülkeden ülkeye farklı derecelerde yaşanması sağlıktaki eşitsizliklerin seyrini de farklılaştırabilmektedir.

Türkiye’de ise sağlıktaki eşitsizlikler konusuna odaklanmış çalışma sayısı yok denecek kadar azdır.

II. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın iki amacı vardır: 1- Eğitim grupları ve yaşanan mahalleye göre sağlıktaki eşitsizliklerin belirlenmesi. 2- Bu gruplar arasında var olan eşitsizliklerin beş yıl içindeki değişiminin ortaya çıkarılması.

III. ARAŞTIRMA METODU

III.1. ARAŞTIRMA BÖLGESİ, EVREN, ÖRNEK, VERİ TOPLAMA

Bu araştırma Antalya ilinin AHATLI ve BAHÇELİ mahallelerinin bir kısmında ve üç aşama halinde yürütülmüştür. Bu iki bölge kentleşme özellikleri ve sosyoekonomik düzeyleri bakımından birbirlerinden önemli farklar göstermektedir.

AHATLI mahallesi bütün olarak, son 20 yıl içinde birbirini izleyen üç önemli göç dalgası sonucunda oluşmuş bir gecekondu bölgesidir. BAHÇELİ mahallesi ise kentin merkezindedir. Bütün yerleşim apartmanlar şeklindedir. Herhangi bir alt yapı sorunu yoktur.

Bu iki mahallenin seçimiyle yapılan tercih; gecekondu/apartman; düşük gelirli/orta ve yüksek gelirli; düşük eğitimli/yüksek eğitimli; işçi/marjinal sektörde çalışanlar/ yüksek nitelikli memurlar/sermaye sahipleri biçimindeki ayrımların üzerine oturacağı, böylece eşitsizlikleri izlemek açısından uygun bir zemin sağlayacağı düşünülmüştür.

Araştırma evrenini Ahatlı ve Bahçeli mahallelerinde hizmet veren sağlık ocaklarına bağlı 2 Nolu Sağlık Evi bölgelerinde yaşayan 15 yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmaktadır. 1997 yılı Haziran ayı itibarıyla; Ahatlı 2 Nolu Sağlık Evi bölgesi 607 hane ve 15 yaş ve üstünde 1710 kişi; Bahçeli 2 Nolu Sağlık Evi bölgesi de 558 hane ve 15 yaş ve üstünde 1516 kişiydi. Bölgeler arasında cinsiyet dağılımı bakımından farklılık olmasa da, yaş yapıları önemli derecede farklıydı. Ahatlı daha genç, Bahçeli ise daha yaşlı nüfuslu. Aynı farklılık örneğe giren gruba da yansımıştır.

Örnek seçiminde, her iki mahalledeki sağlık ocağı kayıtlarından yararlanılmıştır. Örnek büyüklüğü, DSÖ tarafından “evren oranını belli bir rölatif kesinlikle tahmin etmek” için hazırlanmış olan hazır tablolardan yararlanarak hesaplanmıştır (Lwanga, S.K., Lemeshow, S.; 1993: 6). Güven düzeyi %95, rölatif kesinlik %10 olarak alınmıştır. Bunun anlamı, araştırılan olguların görülme sıklık ya da düzeyinin, bizim araştırmamızda, gerçeğe göre, %95 olasılıkla, %10 az ya da %10 çok bulunabilecek olmasıdır. Örneğin, herhangi bir sağlık sorununun sıklığı gerçekte %40 ise, biz belirlediğimiz bu örnek büyüklüğüne bağlı olarak, kendi araştırmamızda bu oranı, %95 ihtimalle, %36-44 aralığında saptayabileceğiz. Bu varsayımları yerine getirecek örnek büyüklüğünün, en az 1000 kişi olması gerektiği (az önce sözü edilen hazır tablolardan) bilinmektedir. Eldeki sağlık ocağı kayıtlarından, bu büyüklükteki nüfusa ulaşabilmek için 450 hanenin araştırma kapsamına alınması gerektiği anlaşılmıştır. Örnek birimi olarak hane tercih edilmiş ve örneğe giren hanelerdeki (450 hane) bütün 15 yaş ve üzerindeki bireylere anket uygulanmıştır. Ahatlı (gecekondu) ve Bahçeli (kent merkezi) mahallelerindeki toplam haneler içinden (607 + 558: 1165 hane) 450 hanenin seçimi sistematik örnekleme yöntemiyle yapılmış ve her mahallenin hane sayılarıyla orantılı biçimde örneğe de girmesi sağlanmıştır. Sonuçta, 1997 yılında, Ahatlı 2 Sağlık Evi bölgesinden 235, Bahçeli 2 Sağlık Evi bölgesinden de 215 hane ile araştırmaya başlanmıştır. Görüşülen birey sayısı ise Ahatlı için 596, Bahçeli için 496 olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızın bundan sonraki bölümlerinde, Ahatlı ve Bahçeli 2 Nolu Sağlık Evi bölgelerinden kısaca Ahatlı ve Bahçeli olarak söz edilecektir.

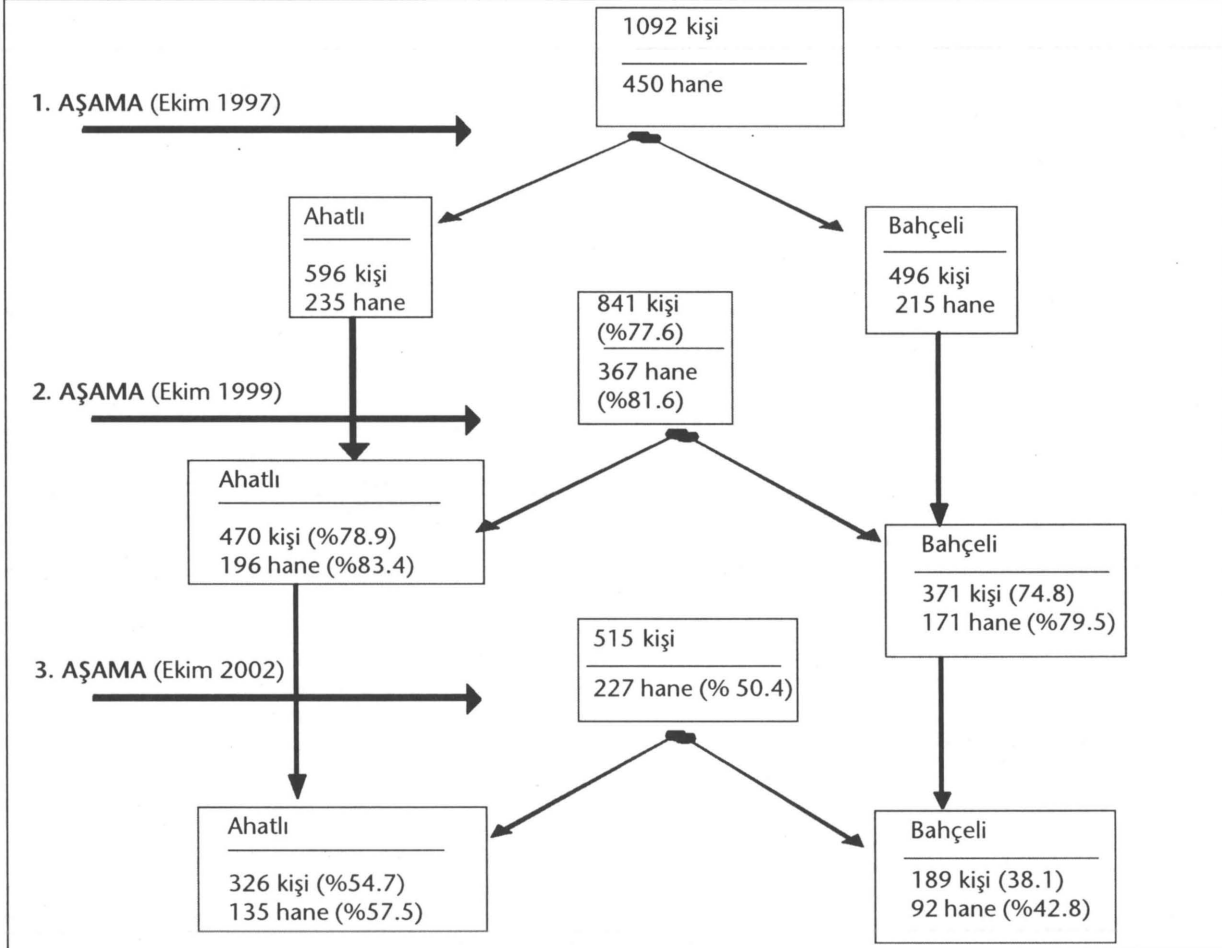
Araştırmanın ikinci aşaması olan 1999 yılında, 1997 yılında anket uygulanan 1092 kişiden 841’ine (%77.0) ulaşılabildi. Ahatlı mahallesinde ulaşılanların oranı %78.9 (596’da 470 kişi), Bahçeli mahallesinde ulaşılanların oranı %74.8 (496 kişide 371 kişi) olarak gerçekleşti. 1999 yılında ulaşılan hane sayısı ise toplam 367 (Ahatlı’da 196: %83.4, Bahçeli’de 171: %79.5) oldu.

Araştırmanın üçüncü aşamasında toplam 515 kişiyse anket uygulanabildi. Bu sayı 1997’dekinin %47.2’sine denk gelmektedir. 515 kişinin 326’sı Ahatlı’da, 189’u da Bahçeli’dedir. Böylece 1997 yılı nüfusu dikkate alındığında 5 yıl sonra Ahatlı’daki ulaşma oranı %54.7, Bahçeli’deki ise %38.1 olarak gerçekleşmiştir. Hanelere göre

değerlendirildiğinde, ulaşma oranları Ahatlı'da %57.1, Bahçeli'de %42.8 olmuştur. Ulaşılamayan birey ve haneler

değişik nedenlerle Antalya'dan ayrılmışlardı (Araştırma deseni Şekil 1'de gösterilmiştir).

Şekil 1. Araştırma nüfusunun zaman içindeki değişimi



Araştırmanın her üç aşamasında da veriler, anket uygulaması konusunda eğitilen tıp fakültesi öğrencileri tarafından, bireylerle yüz yüze görüşülerek toplandı. Üst üste üç kez gidilmesine rağmen evinde bulunamayan aileler "ulaşılamadı" olarak kabul edildi. Bu aileler konusunda komşularından da bilgi alındı ve başka bir adrese göç ettiklerine bu şekilde karar verildi. Mevsimsel değişikliklerin sağlık sorunlarının sıklığında da değişiklik yarattığı bilindiği için, her üç yılda da anket uygulaması aynı tarihler arasında (10-20 Ekim döneminde) yapıldı.

III.2. ARAŞTIRMADA YAPILAN İSTATİSTİK ANALİZLER

Veriler SPSS 10.0 istatistik programına girilerek değerlendirildi. İstatistik analiz olarak ki-kare testi, lojistik regresyon analizi, Kruskal Wallis varyans analizi, tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi ve bağımlı gruplarda ortalamalar arasındaki farkın anlamlılık testi yapıldı. Yüzdelerle ilişkin tablolar oluşturulurken, sınıfların yaş ve cins yapıları arasındaki farkın yaratacağı sağlık farklılıklarını ortadan kaldırmak için, veriler (gerektiğinde), doğrudan yöntemle yaşa ve cinse göre standardize edildi.

Lojistik regresyon analizi, her yıl için, sosyoekonomik gruplar arasında sağlık farklılığı olup olmadığını anlamak açısından yapıldı. Bu analizde de yaş ve cins değişkenleri kontrol değişkeni olarak kullanıldı. Böylece sosyoekonomik grupların sağlık riski, durumu en iyi sosyoekonomik gruba göre (Odds Oranı olarak) ifade edildi.

Öte yandan, asıl önemli amaç eşitsizliklerin zaman içindeki değişiminin analiz edilmesiydi. Bunun yapılabilmesinin iki yolu vardır. Bunlardan birincisi, üç yıl için hesaplanan odds oranlarının ve gruplar arasındaki sıklık farklarının zaman içindeki değişimine bakmaktır. İkinci yöntem ise her bir sosyoekonomik grubun ayrı olarak ele alınarak kendi içinde zaman boyunca yaşadığı değişimi incelemeye dayanır. Bu çalışmada her iki teknik de kullanıldı. İkincisinin gerçekleştirilebilmesi için her bir sosyoekonomik grup kendi başına alınarak, sağlık sorunu sıklığında zaman içinde ortaya çıkan değişimin eğimine bakıldı. Eğitim hesaplamasında da lojistik regresyon analizi gerçekleştirildi. Burada da yaş ve cins değişkenleri kontrol değişkeni olarak kullanıldı. Yıl ise bir başka bağımsız değişken olarak tanımlandı.

III.3. ARAŞTIRMADA KULLANILAN DEĞİŞKENLER

Araştırmanın bağımsız değişkenleri eğitim durumu ve yaşanılan mahallelerdir. Böylece eşitsizlikler eğitim grupları ile yaşanılan mahalleye göre değerlendirilmiştir.

Eğitim, tamamlanmış eğitim yılı olarak sorulmuştur. Aynı sınıftaki tekrarlar ile açık öğretim yılları eğitim yılı olarak alınmamıştır. Verilerin sunuluşu ise "0 yıl eğitimliler", "1-5 yıl eğitimliler", "6-8 yıl eğitimliler", "9-11 yıl eğitimliler" ve "12 ve daha fazla süre eğitimliler" olmak üzere, 5 eğitim grubu zemininde yapılmıştır. Yaşanılan mahalle ise Ahatlı ve Bahçeli'dir.

Bağımsız değişkenlerin bu ikisiyle sınırlanmasının nedeni, bu değişkenlerin zaman içinde değişiklik göstermemesidir. Araştırmamızda 1997 yılında Ahatlı ya da Bahçeli'de yaşayanlar, beş yıl geçtikten sonra, 2002'de de aynı mahallelerde yaşıyorlardı. Aynı durum çok önemli oranda eğitim grupları için de geçerliydi. Bireylerin 1997, 1999 ve 2002 yıllarında içinde buldukları eğitim grupları çok önemli oranda aynıydı. Böylece, bu iki değişkene göre, değişkenlerin alt grupları zemininde (örneğin Ahatlı ve Bahçeli için ve beş ayrı eğitim grubu için) ayrı ayrı, zaman içindeki değişim analizlerini, lojistik regresyon aracılığıyla, gerçekleştirebilmek olanaklı oldu. Oysa, örneğin, geliri bağımsız değişken olarak almış olsaydık, zaman içindeki değişimi gelir grupları zemininde analiz edemezdik. Bunun nedeni, bireylerin içinde buldukları gelir grubunun her üç yıl için de ayrı olabilmesidir. Araştırma nüfusumuzda her üç yılda da aynı gelir grubunda yer alan birey sayısı son derece azdır. Sosyoekonomik (bağımsız) değişkenin alt grupları arasındaki bu geçişkenlik zaman boyunca yapacağımız istatistik analizlere olanak tanımamaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ise algılanan sağlık ve geçici yeti yitimidir. Algılanan sağlık subjektif bir sağlık göstergesidir ve bireylerin kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdiklerini gösterir. Böyle olsa da ölüm, hastalık gibi objektif sağlık göstergeleri ile yakından ilişkili olduğu için sağlık durumunun değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Tek bir soruyla ölçülebilmesi kullanımını artırmaktadır (Kunst, A.E., Mackenbach, J.P.; 1995: 51). Sorulan soru "Son iki hafta için sağlığını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?" şeklindedir. Yanıtlar "çok iyi", "iyi", "orta", "kötü", "çok kötü" biçiminde alınmış ve daha sonra da (ilk iki yanıt "iyi", kalan üçü ise "iyiden kötü" olmak üzere) iki kategori altında gruplanmıştır. Tablolarda sosyoekonomik gruplara göre iyiden kötü algılanan sağlık sıklığı verilmiştir.

Geçici yeti yitimi bireyin fiziksel ve sosyal işlevlerinde genel ve geçici bir sınırlanmayı tanımlamaktadır (Bruin, A., Picavet, H.S.J., Nossikov, A.; 1996: 53). Araştırmada kullanılan Kısa Yeti Yitimi Ölçeği (Brief Disability Questionnaire) kişilerin hem bedensel, hem de sosyal yeti yitimlerini birlikte soruşturan ve DSÖ tarafından geliştirilmiş dokuz sorudan oluşan bir ölçektir. Ölçeğin ilk sorusu altı ayrı günlük uğraşın (ağır eşyaları kaldırmak-spor yapmak, masa çekmek-çanta taşımak, merdiven-yokuş çıkmak, eğilmek-doğrulmak, uzun mesafe yürümek,

banyo yapmak-tuvalete gitmek) yerine getirilmesinin sağlık sorunları nedeniyle engellenip engellenmediğini araştırmaktadır. Diğer beş soru da sağlık sorunlarının hobileri, günlük işleri, çalışma isteğini, iş verimini ve kişiler arası ilişkileri etkilemesini sorgulamaktadır. Son üç soru ise sağlık sorunu nedeniyle günlük işlerin aksatıldığı, evde, yatakta geçirilen gün sayısını belirlemektedir. Böylece bu ölçek, bireylerde fiziksel ve/veya sosyal yeti yitimi olup olmadığını göstermektedir. İlk altı soruya "hayır, hiç=0", "evet, bazen, biraz=1" ve "evet, her zaman, oldukça=2" şeklinde verilen yanıtların puanlarının toplanması ile yeti yitimi skoru elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puan sınırları 0 ile 22 arasında değişmektedir. Ölçekten 0-4 puan alanlarda "yeti yitimi yok" kabul edilmekte, 5-7 puan alanlar "hafif yeti yitimi", 8-12 puan alanlar "orta derecede yeti yitimi" ve 13 ve üzeri puan alanlar "ağır yeti yitimi" şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi, geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yarı kırsal bir alanda gerçekleştirilmiş ve temel sağlık hizmetlerinde yapılacak çalışmalarda kolayca uygulanabileceği belirtilmiştir (Kaplan, I.; 1995: 169-179). Tablolarda sosyoekonomik gruplara göre geçici yeti yitimi olanların sıklığı gösterilmiştir.

IV. BULGULAR

Bulgular 1997, 1999 ve 2002 yıllarının her üçünde de ulaşılan 515 kişi için verilecektir. Bu 515 kişinin, 1092 kişinin temsil ettiği mahalle nüfuslarını temsil etme özelliği kalmamıştır. Ulaşılamayan bireyler daha eğitilmiş, toplumsal statü bakımından daha üst toplumsal sınıfların üyesi olanlardır. Öte yandan, aynı 515 kişilik grubun beş yıllık sağlık durumunun ortaya çıkarılması da başlı başına ilginç ve önemli bir konudur.

Tablo 1. Eğitim grupları ve mahalleler için kişi başı aylık gelirin beş yıllık seyri (1997 ve 1999 yılı gelirleri Ekim 2002 fiyatlarına göre ve milyon TL olarak verilmiştir)

	1997*	1999**	2002**
Eğitim süresi			
0 yıl	164.4	175.4	118.5
1-5 yıl	155.0	179.5	132.1
6-8 yıl	203.9	181.8	153.7
9-11 yıl	332.3	308.4	217.8
12 ve daha çok	616.5	456.5	369.4
Mahalle			
Ahatlı	141.6	161.4	15.3
Bahçeli	542.1	425.5	343.8
Toplam	288.6	257.9	198.6

* 1997 yılında, 0 yıl ve 1-5 yıl eğitimlilerin geliri son iki grubun gelirinden, 6-8 yıl eğitimlilerin geliri son grubun gelirinden, Ahatlı'da yaşayanların geliri de Bahçeli'de yaşayanların gelirinden anlamlı biçimde daha düşüktür (p=0.000).

** 1999 ve 2002 yıllarında, 0 yıl, 1-5 yıl ve 6-8 yıl eğitimlilerin geliri son iki grubun gelirinden, 9-11 yıl eğitimlilerin geliri son grubun gelirinden, Ahatlı'da yaşayanların geliri Bahçeli'de yaşayanların gelirinden daha düşüktür (p=0.000).

Tablo 1’de eğitim grupları ve mahalleler için gelirdeki beş yıllık değişim verilmiştir. Bu tabloyu, daha sonra, sağlıktaki değişimi açıklamak için kullanacağız. Tabloya göre, her üç yılda da ilk iki eğitim grubuyla son iki grup arasında önemli gelir farkları vardır. Aynı eşitsizlik mahalleler için de geçerlidir. Gelirde zaman içinde ortaya çıkan değişimi açıklamak için tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi yapılmıştır. Buna göre, 515 kişilik nüfusun 1997 ve 1999 yılı aylık ortalama kişi başı gelirleri 2002’den daha yüksektir. Bu bize gelirde zaman içinde azalma olduğunu, azalmanın son üç yılda istatistiksel düzeyde anlamlılık kazandığını göstermektedir. Eğitim gruplarının üç yıllık gelir ortalamaları açısından 0 yıl eğitimlilerin gelirinin son iki grubun gelirinden, 6-8 yıl ve 9-11 yıl eğitimlilerin gelirinin de 12 yıl ve daha uzun süre eğitimlilerin gelirinden daha az olduğu anlaşılmaktadır.

Eğitim gruplarında zaman içinde gözlenen azalma da anlamlıdır. Aynı farklılıklar mahalleler için de saptanmaktadır ($p<0.001$).

Tablo 2’ye göre, algılanan sağlık ve geçici yeti yitimi için, her üç yılda da eğitim grupları arasında önemli farklar vardır. Durumu en iyi olan grup 12 yıl ve daha çok eğitimliler, durumu en kötü olan grup ise eğitimsizlerdir. İyiden kötü algılanan sağlık sıklığı bakımından 1997’de 8 yıldan çok eğitimlilerin olumlu; 1999 yılında eğitimsizlerin olumsuz, 11 yıldan çok eğitimlilerin olumlu; 2002 yılında da 11 yıldan daha çok eğitimlilerin olumlu biçimde diğerleri karşısında ayrıştığı izlenmektedir. Algılanan sağlık için, lojistik regresyon analizinin sonuçları da benzerdir. 1997 ve 2002’de 5 yıl ve daha az süre eğitimlilerin iyiden kötü algılanan sağlık riskinin, 12 yıl ve daha çok süre

Tablo 2. Eğitim gruplarına göre sağlık durumu (Veriler yaşa ve cinsine göre standardize edildi)

	0 yıl n=29	1-5 yıl n=243	6-8 yıl n=47	9-11 yıl n=82	12 ve daha n=11	Toplam n=512
İyiden kötü algılanan sağlık sıklığı (%)						
1997	59.1	45.6	38.8	29.7*	24.7***	38.8
1999	72.4*	51.6	52.2	37.3	23.9***	44.7
2002	69.0	56.3	57.4	46.3	29.5***	49.7
İyiden kötü algılanan sağlık için OR değerleri						
1997	2.38*	2.56***	1.89	0.98	1.00	
1999	6.13***	3.23***	3.75***	1.70	1.00	
2002	2.56*	2.28**	1.81	1.63	1.00	
Geçici yeti yitimi sıklığı (%)						
1997	57.1	39.3	33.4	16.8***	14.9***	31.0
1999	51.1	40.8	41.5	28.6	20.5***	35.2
2002	26.4	34.3	44.5	30.5	20.4*	31.1
Geçici yeti yitimi için OR değerleri						
1997	3.56**	3.56**	3.81**	1.01	1.00	
1999	5.40***	2.19**	2.95**	1.16	1.00	
2002	2.61*	1.11	1.40	0.96	1.00	

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Tablo 3. Yaşanılan mahalleye göre sağlık durumu (Veriler yaşa ve cinsine göre standardize edildi)

	Ahatlı n=326	Bahçeli n=189	Toplam n=515
İyiden kötü algılanan sağlık sıklığı (%)			
1997	44.2***	28.1	38.6
1999	52.3***	29.9	44.1
2002	53.1***	43.9	49.7
İyiden kötü algılanan sağlık için OR değerleri			
1997	2.22***	1.00	
1999	3.15***	1.00	
2002	1.74**	1.00	
Geçici yeti yitimi sıklığı (%)			
1997	37.4***	20.2	31.1
1999	42.9***	24.1	36.5
2002	38.6*	29.1	35.8
Geçici yeti yitimi için OR değerleri			
1997	2.82***	1.00	
1999	2.14***	1.00	
2002	1.43	1.00	

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Tablo 4. Algılanan sağlık ve yeti yitimi için, eğitim grupları ve mahalleler arasındaki farklılığın 1997-2002 dönemindeki değişimine ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları (Veriler yaşa ve cinsine göre düzeltilmiştir)

Değişken	1997	1999	2002
Algılanan sağlık x Eğitim süresi			
0 yıl	0.52	1.50	1.00
1-5 yıl	0.73	0.85	1.00
6-8 yıl	0.63	1.12	1.00
9-11 yıl	0.42*	0.67	1.00
12 ve daha çok	0.65	0.58	1.00
Toplam	0.66**	0.82	1.00
Algılanan sağlık x Mahalle			
Ahatlı	0.77	1.05	1.00
Bahçeli	0.55**	0.56**	1.00
Toplam	0.66**	0.82	1.00
Yeti yitimi x Eğitim süresi			
0 yıl	0.99	1.80	1.00
1-5 yıl	1.39	1.42	1.00
6-8 yıl	1.01	1.31	1.00
9-11 yıl	0.47	0.84	1.00
12 ve daha çok	0.40**	0.63	1.00
Toplam	0.93	1.14	1.00
Yeti yitimi x Mahalle			
Ahatlı	1.12	1.31	1.00
Bahçeli	0.73	0.91	1.00
Toplam	0.92	1.12	1.00

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

eğitilmişlerin riskinin 2.28 ile 2.56 kat olduğu görülmektedir. 1999 yılında ise 9 yıldan daha az süre eğitimi olanların riski, 12 yıl ve daha uzun süre eğitilmiş gruba göre belirgin biçimde yüksektir. Aynı tür farklılıklar geçici yeti yitimi için de geçerlidir.

Tablo 3, gecekondu mahallesinde iyiden kötü algılanan sağlık ve geçici yeti yitimi sıklığının kent merkezine göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Sağlık durumundaki değişim Tablo 4'ten izlenebilir. Buna göre algılanan sağlıkta son beş yıl içinde ortaya çıkan değişim anlamlıdır. İncelenen grubun algılanan sağlığı beş yıl içinde kötüleşmiştir. Geçici yeti yitiminde ise zaman içinde anlamlı bir değişim olmadığı anlaşılmaktadır.

Değişimin sosyoekonomik değişkenlerin alt grupları zemininde incelenmesi ilginç bir gerçeği açığa çıkarmaktadır. Buna göre, zaman içinde sağlıktaki durumu kötüleşenler, sosyoekonomik bakımdan daha iyi durumdaki gruplardır. Algılanan sağlık için, 9-11 yıl eğitilmişlerin 1997'deki durumu 2002'den, Bahçelidekilerin 1997 ve 1999'daki durumu da 2002'den daha iyidir. Bir başka ifadeyle Bahçeli'de yaşayanların ve 9-11 yıl eğitilmiş olanların algılanan sağlığı beş yıl içinde anlamlı biçimde bozulmuştur. Toplam nüfus için saptanan bozulma da bu gruplardaki değişimden kaynaklanmaktadır.

Benzer durum yeti yitimi için de geçerlidir. 12 yıl ve daha uzun süre eğitilmiş olanların 1997'deki yeti yitimi durumu 2002'dekinden daha iyidir.

V. TARTIŞMA

Bu bölümde, öncelikle, beş yıl boyunca izlediğimiz 515 kişilik grubun ancak kendisiyle ilgili bilgi verdiği gerçeğini saptamamız gerekir. Bir başka ifade ile bu grubun kendi dışındaki herhangi bir başka grup, bölge, vb hakkında temsil niteliği bulunmamaktadır.

Metod bölümünde de saptandığı gibi bu araştırmaya Ahatlı ve Bahçeli 2 Sağlık Evi bölgelerini temsil eden 1092 kişilik bir örnekle başlanmıştı. Ancak nüfus hareketliliğinin ileri boyutlarda olmasına bağlı olarak ancak 515 kişi ile üç kez görüşülebilmisti. Biz bu grubun 1092 kişilik gruba göre sosyoekonomik bakımdan daha kötü durumda olduğunu biliyoruz. Böylece araştırma grubumuzdaki 515 kişi, orijinal grubumuz olan 1092 kişiye göre sosyoekonomik bakımdan olumsuz düzeyde daha homojen bir yapıya sahiptir.

Örneğin, 1997 yılından 2002 yılına kadar göç edip, bizim ulaşamadığımız bireylerin (1092-515= 577 kişi) 1997'deki ortalama eğitim süresi, kalan 515 kişinin 1997'deki eğitim süresine göre daha yüksekti (göç edenlerde 8.85 yıl, göç etmeyenlerde 7.82 yıl ve $p < 0.001$). Aynı zamanda göç edenler kalanlara göre daha gençti (36'ya karşılık 40 yaş ve $p < 0.001$). Bir başka ifade ile sosyoekonomik bakımdan daha iyi durumda ve genç olanlar göç etmiş ve sonuçta sosyoekonomik bakımdan durumu daha kötü ve yaşlı olanlar kalmıştır ve bizim gördüğümüz de bunlardır. Benzer durum göç eden ve kalanların sağlıkları için de geçerlidir. Göç edenlerin 1997'deki sağlığı, kalanların 1997'deki sağlığına göre

daha iyidir. Örneğin iyiden kötü algılanan sağlık sıklığı göç edenlerde %31.6, kalanlarda %38.5 ($p<0.05$), yeti yitimi sıklığı sırasıyla %26.1 ve %30.9'dur (fark istatistiksel açıdan anlamsız olmak üzere).

Her üç yılda da araştırılan 515 kişinin 1997'deki sınıfsal durumu ile, 1997'den 2002'ye kadar kaybedilen 577 kişinin 1997'deki sınıfsal durumu da, gelir, eğitim, yaş ve sağlık göstergelerindeki gibi birbirinden farklıdır. Bu iki grupta (kalanlar-ulaştıklarımız ve göç edenler olarak) sınıfların oranları şu şekildedir: mavi yakalılar %35.0-%29.6, niteliksiz emekçiler %11.9-%9.7, beyaz yakalılar %18.5-%16.1, yüksek nitelikliler %14.0-%16.6, kendi hesabına çalışanlar %9.9-%14.0, burjuvalar %10.7-%14.0. Görüldüğü gibi her üç yılda da araştırılanlarda emekçilerin ağırlığı (mavi yakalılar, niteliksiz emekçiler ve beyaz yakalılar) daha fazla iken, kaybedilen grup daha fazla oranda yukarı toplumsal sınıflardan ve kendi üretim araçlarına sahip olanlardan oluşmaktadır. Göç nedeniyle kaybedilen grupta kendi hesabına çalışanların ve burjuvaların oranının kalanlara göre %40 daha yüksek olması gerçekten de ilginçtir. Bu durum belki de Antalya'nın kentsel özellikleriyle ilişkilidir. Antalya başka illerden, yalnızca iş bulmak amacıyla değil, aynı zamanda iş kurmak amacıyla da gelinen bir ildir. Özellikle inşaat ve turizm sektörlerinin yaygınlığı bu türden bir "kentsel" göçü de (kırdan ve özellikle de Güneydoğu'dan göçenlerin yanı sıra) ön plana çıkarmaktadır. Son yıllarda üst üste yaşanan ve gündelik haberlerden de yansıdığı gibi bu kez yalnızca işçi sınıfını değil, kendi hesabına çalışanları, esnafı da vuran ekonomik kriz, muhtemelen Antalya'daki kendi işine sahip olanları da etkilemiştir. Herhalde bu ekonomik krizlerle bağlantılı olarak işleri bozulan kendi hesabına çalışanlar ve burjuvalar kenti terk etmişlerdir. Şöyle de denilebilir: Son yıllarda Antalya'nın göç profili kentten kente göç şeklinde olmuştur. Nitekim, Şekil 1'den hatırlanacağı gibi, nüfusa ulaşma oranımız beş yıl sonra (2002'de), gecekondu mahallesinde (Ahatlı) %54.7 iken, kent merkezinde (Bahçeli'de) yalnızca %38.1'di.

Araştırmamızda mahalle ve eğitim açısından, bireylerin durumu beş yıl boyunca aynı kalmıştır. Böylece, sağlıkta ortaya çıkacak değişim, bireylerin eğitim ve mahalle konumlarındaki değişimden bağımsız olacaktır. Aynı şekilde, bireylerin sağlıklarındaki herhangi bir bozulmanın eğitimlerini ve yaşadıkları bölgeyi etkileme (seçme etkisi) şansı da bulunmamaktadır.

Beş yıl boyunca izlediğimiz 515 kişilik araştırma nüfusumuzda, eğitim grupları ve mahalleler arasında önemli eşitsizliklerin bulunduğunu ve bu eşitsizliklerin verilerin toplandığı her üç yılda da hemen hemen aynı düzeyde varlığını koruduğunu görüyoruz. Eğitimle algılanan sağlık ve yeti yitimi arasındaki ilişki hemen hemen doğrusaldır. Eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık sorunu sıklığı azalmaktadır. Yalnızca 2002 yılında yeti yitimi için bu doğrusal ilişkinin ortadan kaybolduğu görülmektedir. Bu durumda bile 12 yıl ve daha uzun süre eğitilmiş grup olumlu yönde diğerlerinden ayrılmaktadır. Mahalle için ise beklendiği gibi gecekondu bölgesinin sağlığı, anlamlı biçimde, kent merkezinden daha kötüdür.

Eğitim ve mahallenin sağlık üzerindeki etkisinin değişik mekanizmalarla geliştiği bilinmektedir. Eğitim, genellikle, bireylerin ellerindeki sosyoekonomik olanakları doğru kullanma şansı vermektedir ve sağlık davranış açısından da olumlu etki göstermektedir (Kunst, A.E., Mackenbach, J.P.; 1995, Cavelaars, A.E.J.M., Kunst, A.E., Geurts, J.M., ve diğ.; 1997). Eğitim düzeyinin sağlık üzerindeki olumsuz etkisi muhtemelen iş bulmakta karşılaşılan zorluklar, daha kötü işlerde çalışmak zorunda kalmak gibi dolaylı mekanizmalar üzerinden de ortaya çıkmaktadır (Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., ve diğ.; 1997).

Öte yandan yoksul bölgelerde oturanlar zaten düşük gelirli olanlardır. Böylece, düşük sosyoekonomik konumlu bireylerden oluşan yoksul bölgelerde hastalık sıklığı artmaktadır. Bu tür bölgeler aynı zamanda, sağlık düzeyi üzerinde, yaşayanların sosyoekonomik konumlarının düşüklüğünün ötesinde (contextual) bir etkiye de sahiptir (Verheij, R.A.; 1996: 934-935). Örneğin yoksul bölgeler aynı zamanda sosyal ilişkilerin de bozuk olduğu bölgelerdir. Bu bölgelerde aydınlanma olanaklarının yetersizliği gibi daha maddi unsurlara da bağlı olarak suç işleme oranları yüksektir. Sosyal etkinlikler daha zayıftır (Yen, G.A., Kaplan, H.I.; 1998: 1709). Bütün bunlara bağlı olarak, yoksul bölgelerdeki sağlık sorunu sıklığı, bu bölgelerde yaşayanların sosyoekonomik olanaklarına göre beklenenden daha yüksektir.

Giriş bölümünde de belirttiğimiz gibi sosyoekonomik eşitsizliklerin varlığı ve zaman içinde istikrarını koruması genel bir bulgudur. Bu bulgu günümüz toplumunda sosyoekonomik eşitsizliklerin boyutunu da ortaya koymaktadır.

Bizim bu makalede asıl ilgilenmek istediğimiz konu ise eşitsizliklerin zaman içindeki değişimidir. Bu değişimle ilgili tartışmayı sonuncu tabloyu dikkate alarak yürütebiliriz. Buna göre incelenen nüfusun algılanan sağlığı beş yıl içinde anlamlı biçimde kötüleşmiştir. İyiden kötü algılanan sağlık sıklığındaki farklılık 1997 ve 2002 yılları için anlamlıdır. Yeti yitimi sıklığında üç ölçüm arasında anlamlı bir farklılık saptanamamaktadır. Bu gruptaki iyiden kötü algılanan sağlık sıklığının değişik yabancı yayınlarda saptanan sıklıktan çok daha yüksek, buna karşılık gruplar arasındaki eşitsizlik düzeyinin daha küçük olduğunu görüyoruz. Örneğin Hollanda'da iyiden kötü algılanan sağlık sıklığı son 20 yıl içinde %20, buna karşılık eğitim grupları arasındaki Odds Oranı 3.5 düzeyinde seyretmiştir (Dalstra, J.A.A., Kunst, A.E., Geurts, J.J.M., ve diğ.; 2002). Benzer durum diğer Avrupa ülkeleri için de geçerlidir (Cavelaars, A.E.J.M., Kunst, A.E., Geurts, J.M., ve diğ.; 1997). Araştırma nüfusumuzdaki iyiden kötü algılanan sağlık sıklığındaki bu yüksekliği nüfusumuzun sosyoekonomik statüsünün kötülüğüyle açıklamak olanaklı olabilir. Buna karşılık sağlık sorunu sıklığı yüksek bir toplumda eşitsizliklerin daha küçük saptanması normal karşılanabilir. Öte yandan, sosyoekonomik konumu ve algılanan sağlığı zaten kötü olan bir grubun algılanan sağlığının zaman içinde anlamlı derecede daha da kötüleşmesi oldukça ilginçtir.

Algılanan sağlık, beş yıl içinde, toplam nüfusumuz için kötüleşirken, sosyoekonomik gruplar içinde anlamlı derecede kötüleşmenin saptandığı gruplar 9-11 yıl eğitilmişler ve kent merkezinde yaşayanlardır. Yeti yitimi için ise toplamda beş yıl içinde bir kötüleşme olmasa da, 12 yıl ve daha uzun süreli eğitilmiş grubun durumunun kötüleştiği izlenmektedir. Aynı durum, istatistiksel düzeyde olmasa bile, yine kent merkezinde yaşayanlar için geçerlidir. Biz bu verileri, biraz kabalaştırarak, sosyoekonomik bakımdan daha iyi durumdaki grupların sağlığı kötüleşmiş, bu da toplam nüfusu olumsuz yönde etkileyebilmiştir şeklinde genelleşebiliriz. Buna karşılık sosyoekonomik bakımdan daha kötü durumda olanların sağlığı eskiden de zaten kötü olan düzeyinde kalmıştır.

Böylece sosyoekonomik gruplar arasındaki eşitsizlik bir ölçüde kapanmıştır. Bu eğilimi her üç yıl için algılanan sağlık ve yeti yitimi için hesapladığımız OR değerlerinden inceleyebiliriz. Nitekim tablodan da görüldüğü gibi, 0-8 yıl eğitilmişleri içeren eğitim gruplarının 12 yıl ve daha uzun süre eğitilmiş gruba göre iyiden kötü algılanan sağlık riski 1997 ile 1999 arasında yükselmiş, sonra ise azalmıştır. 9-11 yıl eğitilmişlerin ise 12 yıl ve daha uzun süre eğitilmiş gruba göre zaten bir farkı yoktur. Benzer durum yeti yitimi için de geçerlidir. Hatta yeti yitimi riskindeki azalma daha da belirgindir. Bu gelişme bize 12 yıl ve üzeri eğitilmişlerin sağlığını diğerlerine göre daha belirgin derecede geçerdiler. Aynı durum analizlerimizi mahallelere göre yaptığımızda da ortaya çıkmaktadır.

Eşitsizliklerde zaman içinde ortaya çıkan değişim bireysel ve sosyoekonomik etkenlerle açıklanmaktadır. Bireysel etkenler içinde en çok dikkat çekilene sigara ve alkol alışkanlığıdır. (Borrell, C., Dominguez-Berjon, F., Pasarin, M.I., ve diğ.; 2000, Dalstra, J.A.A., Kunst, A.E., Geurts, J.J.M., ve diğ.; 2002). Bu araştırmalarda, sosyoekonomik bakımdan kötü durumda olanların hem daha yüksek oranda sigara içicisi oldukları, hem de sigara alışkanlıklarının zaman içinde arttığı bildirilmektedir.

Bizim nüfusumuzda ise sigara alışkanlığı eğitimle ve mahalle ile doğrusal bir ilişki sergilemektedir. Eğitilmişler ve Bahçeli'de yaşayanlar eskiden beri daha çok sigara içmektedir. Sigara içiciliklerinde zaman içinde herhangi bir değişiklik de olmamıştır. Buna karşılık spor alışkanlığı için tam tersi bir durum geçerlidir. O halde algılanan sağlık ve yeti yitimi için yukarı toplumsal gruplarda gözlenen kötüleşmeyi bu tür sağlıkla ilgili bireysel davranışlarla açıklamak olanaklı olamayacaktır.

Sağlıktaki kötüleşmeyle ilişkilendirilen sosyoekonomik etkenler ise gelirle ilişkili olanlardır. Örneğin İngiltere'de sosyal sınıflar arasındaki sağlık eşitsizliklerinin, sosyal sınıflardaki yoksulluk sıklığının farklılığından kaynaklandığı bulunmuştur (Yngwe, M.A., Diderichsen, F., Whitehead, M., ve diğ.; 2001). Finlandiya'da ise, ekonomik şokların, yalnızca gelirdeki yıpranma üzerinden değil, sosyal yardımların azalmasına, değişik sosyal hizmetler için ücret alınmaya başlanmasına bağlı olarak da sağlığı olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (Rahkonen, O., Lahelma, E., Martikainen, P., ve diğ.; 2002).

Bizim nüfusumuz açısından da eğitim gruplarının ve mahallelerin sağlıktaki değişimini sosyoekonomik etkenlere bağlamak daha mantıklı görünmektedir. Kişi başı ortalama geliri bu amaçla soruşturmştuk. Daha önce de değinildiği gibi, özellikle son üç yıl içinde gelirden belirgin azalma olmuştur. Azalma eğitilmiş gruplar ile Bahçeli sakinlerinde daha da çarpıcıdır. Gelirdeki beş yıllık erimenin boyutları 0 yıl eğitilmişlerde %27.9, 1-5 yıl eğitilmişlerde %14.8, 6-8 yıl eğitilmişlerde %24.6, 9-11 yıl eğitilmişlerde %34.5, 11 yıldan uzun süreli eğitilmişlerde %40.1, Ahatlı'da yaşayanlarda %18.5 ve nihayet Bahçeli'de yaşayanlarda %36.6'dır.

Bu durumda gelirdeki erimeye daha çok muhatap kalan toplumsal grupların (gelirleri halen diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksek olsa da) sağlıklarını daha kötü değerlendirdikleri saptanmalıdır. O halde, sağlıktaki kötüleşmeyi belirleyen önemli etken, sosyoekonomik olanakların öteden beri kötülüğü değil, bu olanaklarda kısa zaman içinde ortaya çıkan kötüleşmenin derecesidir.

Öte yandan, yukarıdaki yorumun, Türkiye'nin 1999 yılı sonunda yaşadığı ve benzerine pek de rastlanmayan şiddetli ekonomik krizinin özgün koşulları için geçerli olacağı da akılda tutulmalıdır. Ekonomik kriz döneminde, kayıtlı işçiler arasında işsizlik oranı artmış (1993-1998 döneminde %6.0-%7.8 arasında iken), 2001'de %8.5, 2002'de de %10.6), imalat sanayi üretim indeksi azalmış (2000'de %99.4), 2001'de %89.6), imalat sektörü istihdam hacmi azalmıştır (kamuda %5.9, özel sektörde %7.9) (die.gov.tr). Bunun yanı sıra, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu'nun verilerine göre, 1.7.1999 ile 30.11.2000 arasında bütün Türkiye'de 8461 işyeri kapanmıştır ve bunların 2261'i Antalya'dadır (www.belgenet.com/eko/tisk). 2001 ve 2000 yılları karşılaştırıldığında, açılan anonim şirket sayısında %38, limited şirket sayısında %4, gerçek kişilere ait şirket sayısında da %17 azalma olmuştur. Buna karşılık aynı dönem için, kapanan limited şirket sayısında %29, gerçek kişilere ait şirket sayısında da %13 artış gerçekleşmiştir (www.TOBB.org.tr.sicil-gaz/istatistik.html). Görüldüğü gibi bizim araştırmamız döneminde gerçekleşen ekonomik olaylar yalnızca işçileri ve emekçileri etkilemekle ve işsizlik oranını artırmakla kalmamıştır. İstihdam hacmindeki azalma, bu kez, işyerlerinin kapanması derecesindeki bir sorunla birlikte yaşanmıştır. Böylece kendi işine sahip olanları ve burjuva sınıfları da etkilemiştir. Bu tür sorunları yaşamaya alışkın olmayan bu sınıfların ekonomik durumundaki kötüleşmenin kendilerini ileri derecede etkilediği topladığımız verilerden anlaşılmaktadır. Ekonomik kriz bu nitelik ve şiddette olmayıp, zaman içine yayılmış biçimde "yalnızca" denilebilecek oranda ücretlileri etkileseydi, belki de bu tür sağlık sonuçları ortaya çıkmayacak ve biz eşitsizliklerde azalma yerine, artış saptayacaktık.

TEŞEKKÜR

Dr. Yeşim Yiğiter Şenol, bu araştırmada incelenen 515 kişinin 1999 yılı anket çalışmasını koordine etti ve verileri bilgisayara girdi. 2002 yılı için ise bu işleri yapan Dr. Özgür

Sevinç oldu. Dr. Özgür Sevinç ayrıca, eğitim ve mahalleye göre sağlık sorunu sıklığının verildiği tablolar için, 515 kişiye ait 1997, 1999 ve 2002 yılı verilerinin yaş ve cinsine göre standardizasyon işlemlerini ve ki kare analizlerini de gerçekleştirdi. Her ikisine teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

- Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., Clark, W.S., Nurss, J.** (1997), "The Relationship of Patient Reading ability to Self-Reported Health and Use of Health Services", *American Journal of Public Health*, 87(6): 1027-1030.
- Belek, İ.** (1998) "Sınıf, Sağlık Eşitsizlik", İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ.** (1999), "Socioeconomic Inequalities in Perceived Health in Antalya", Turkey, *International Medical Journal*, 6(3): 229-224.
- Blane, D., Smith, G.D., Bartley, M.** (1990), "Social Class Differences in Years of Potential Life Lost: Size, Trends, and Principal Causes", *British Medical Journal*, 301: 429-432.
- Borrell, C., Dominguez-Berjon, F., Pasarín, M.I., Ferrando, J., Rohlf, I., Nebot, M.** (2000), "Social Inequalities in Health Related Behaviours in Barcelona", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 24-30.
- Bruin, A., Picavet, H.S.J., Nossikov, A.** (1996), "Health Interview Surveys", Finland: WHO.
- Cavelaars, A., Kunst, A.E., Geurts, J.G.** (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.
- Dalstra, J.A.A., Kunst, A.E., Geurts, J.J.M., Frenken, F.J.M., Mackenbach, J.P.** (2002), "Trends in Socioeconomic Health Inequalities in the Netherlands, 1981-1999", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 927-934.
- Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Smith, G.D., Stansfeld, S.A., Marmot, M.G.** (2002), "Change in Health Inequalities Among British Civil Servants", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 922-926.
- Heistaro, S., Vartinen, E., Puska, P.** (1996), "Trends in self rated health in Finland 1972-1992", *Preventive Medicine*, 25: 625-632.
- Kaplan, G.** (1996), "People and Places: Contrasting Perspectives on the Association Between Social Class and Health", *International Journal of Health Services*, 26 (3): 507-519.
- Kaplan, I.** (1995), "Yarı Kırsal Bir Alanda Sağlık Ocağına Başvuran Hastalarda Yeti Yitimi", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 6: 169-179.
- Kruger, N., Fee, E.** (1994), "Social Class: The Missing Link in US Health Data", *International Journal of Health Services*, 24 (1): 25-44.
- Kunst, A.E., Mackenbach, J.P.** (1995), "Measuring Socioeconomic Inequalities in Health", Copenhagen: WHO.
- Lahelma, E., Rahkonen, O., Berg, M.A.** (1997), "Changes in the Social Patterning of Health. The Case of Finland 1986-1994", *Social Science and Medicine*, 44: 789-799.
- Lahelma, E., Arber, S., Rahkonen, O.** (2002), "Analising Changes of Health Inequalities in Health in the Nordic Welfare States", *Social Science and Medicine*, 55, 609-625.
- Lwanga, S.K., Lemeshow, S.** (1993), "Sağlık Araştırmalarında Örnek Büyüklüğünün Belirlenmesi", (Çev: Hayran O), İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayınları.
- Power, C., Matthews, S.** (1997), "Origins of Health Inequalities in a National Population Sample", *Lancet*, 350 (29): 1584-1589.
- Rahkonen, O., Lahelma, E., Martikainen, P., Silventoinen, K.** (2002), "Determinants of Health Inequalities by Income from the 1980s to the 1990s in Finland", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 442-443.
- Starfield, B., Riley, A.W., Robertson, J.** (2002), "Social Class Gradients in Health During Adolescence", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 354-361.
- Stronks, K., Van De Mheen, H., Can den Bos, J., Mackenbach, J.P.** (1997), "The Interrelationship Between Income, Health and Employment Status", *International Journal of Epidemiology*, 26: 592-600.
- Verheij, R.A.** (1996), "Explaining Urban-Rural Variations in Health: A Review of Interactions Between Individual and Environment", *Social Science and Medicine*, 42: 923-935.
- Weich, S., Lewis, G.** (1998), "Material Standard of Living, Social Class, and the Prevalence of the Common Mental Disorders in Great Britain", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 8-14.
- Whitehead, M.** (1992), "The Concepts and Principles of Equity and Health", *International Journal of Health Services*, 22(3): 429-445.

www.belgenet.com/eko/tisk

www.TOBB.org.tr.sicil-gaz/istatistik.html

Yen, H.I., Kaplan, G.A. (1998), "Poverty Area Residence and Changes in Physical Activity Level: Evidence from the Alameda County Study", *American Journal of Public Health*, 88 (1): 1709-1712.

Yngwe, M.A., Diderichsen, F., Whitehead, M., Holland, P., Burstrom, B. (2001), "The Role of Income Differences in Explaining Social Inequalities in Self Rated Health in Sweden and Britain", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 556-561.