

Sağlık ve Sosyoekonomik Statü Bazı Sağlık Göstergelerine Göre Sosyoekonomik Statü Farklarının İncelenmesi

İhsan Kutlu

Öz: Sağlık pek çok sosyal faktörün etkisine açıktır ve sağlığın toplumsal yapı içerisindeki dağılımı incelendiğinde sosyoekonomik statüyle birlikte farklılaştığı görülmektedir. Bu bağlamda çalışmanın konusu, sosyoekonomik statü ile sağlık/hastalık arasındaki ilişki olarak belirlenmiştir. Çalışmanın amacı; sağlık göstergelerine göre sosyoekonomik statü değişkeninin insanlar arasındaki farklılaşmasını incelemektir. Nicel bir araştırma metoduyla kesitsel tipte ilişkiisel bir tarama gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini 2018 yılı 18 yaş üzeri kentsel Türkiye nüfusu oluşturmaktadır. İBBS 1 düzeyinde adrese dayalı biçimde 12 ilde toplam 730 katılımcıya ulaşılmış ancak 648 kişinin sosyoekonomik statü puanları hesaplanabilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak içerisinde sağlıkla ilgili çeşitli soruların bulunduğu soru formunun yanı sıra sosyoekonomik statüyü ölçebilmek için TÜSES (Türkiye Sosyoekonomik Statü) Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada ulaşılan kişilerin özelliklerinin tanıtılabilmesi için betimsel istatistikler; sağlık ve sosyoekonomik statü farklılaşmasını gösterebilmek içinse bağımsız gruplar t testi, tek yönlü varyans analizi ve çoklu karşılaştırma testleri kullanılmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda bazı sağlık göstergeleri ile sosyoekonomik statü arasında farklar tespit edilmiş ve sağlık göstergeleri bakımından pozitif konumda olan kişilerin sosyoekonomik statü bakımından da daha iyi puanlara sahip olduğu görülmüştür. Sağlığın sosyoekonomik statülerle ilişkisi göz önünde bulundurularak sağlığın toplumsal hayatta daha dengeli şekilde dağılması için sosyal boyutunun daha fazla ön plana çıkarılması ve konuyla ilgili bütüncül sosyal politikaların geliştirilmesi gerektiği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyoekonomik statü, sağlık, hastalık, eşitsizlik, sınıf, tabakalaşma.

Abstract: Health is open to the influence of many social factors, and when the distribution of health within the social structure is examined, it appears that it differs with socioeconomic status. In this context, the subject of the study was determined as the relationship between socioeconomic status and health / disease. The aim of the study is to examine the differentiation of the socioeconomic status variable among people according to health indicators. A cross-sectional relational screening was carried out with a quantitative research method. The universe of the study is over 18 years of age the urban population in Turkey 2018. At the NUTS 1 level, a total of 730 participants were reached in 12 provinces based on addresses, but the socioeconomic status scores of 648 people could be calculated. In the study, the TUSES (Turkey Socioeconomic Status) Scale was used to measure socioeconomic status as well as the question form with various health-related questions as a data collection tool. Descriptive statistics for introducing the characteristics of the people reached in the research; Independent groups t test, one-way analysis of variance and multiple comparison tests were used to demonstrate health and socioeconomic status differentiation. As a result of the examinations, differences were found between some health indicators and socioeconomic status, and it was seen that people who were positive in terms of health indicators also had better scores in terms of socioeconomic status. Considering the relation of health with socioeconomic status, it is suggested that the social dimension of health should be brought to the fore and that holistic social policies should be developed in order to distribute health in a more balanced way in social life.

Keywords: Socioeconomic status, health, disease, inequality, class, stratification.

Bu çalışmada Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Proje Koordinatörlüğü tarafından desteklenen "Toplumsal Tabakalaşma ve Sağlık/Hastalık İlişkisi" başlıklı lisansüstü tez projesinin verilerinden yararlanılmıştır.

@ Arş. Gör., Sakarya Üniversitesi. ikutluik@gmail.com

id <http://orcid.org/0000-0002-5668-3491>

© İlimi Etüdler Derneği
DOI: 10.12658/M0552
insan & toplum, 2020.
insanvetoplum.org

Başvuru: 29.06.20
Revizyon: 17.08.20
Kabul: 18.09.20
Online Basım: 15.10.20

Giriş

Sağlık; sağlığın belirleyicileri olarak nitelenen kişisel, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerin etkisi altındadır (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 6) ve sağlığı etkileyen bu faktörlerdeki değişim, sağlığın insanlar arasında eşit şekilde dağılmasına engel olmaktadır. Sağlığı en yüksek oranda belirleyen faktör, sosyoekonomik durumdur (Türk Toraks Derneği, 2016; County Health Ranking Model, 2014) ve sosyoekonomik durumun farklılaşmasına bağlı olarak insanlar arasında sağlık eşitsizlikleri meydana gelmektedir.

Sağlık eşitsizliği doğal nedenlerle değil toplumsal nedenlerle oluşan, önlenabilir ve bu sebeple kabul edilemez olan, bireysel değil toplumsal bağlamda ele alınması gereken ve ekonomi, politika, sosyoloji gibi sağlık dışı disiplinlerin aktif olarak müdahale etmesi gerektiği toplumsal sağlık farklılıklarıdır (Belek, 1998, s. 102). Bu tanımlamada da belirtildiği gibi sağlıkta eşitsizlik, doğal farklılıkları değil yapay farklılıkları konu edinir. Bir başka deyişle herhangi bir sağlık ölçütünün insanlar arasındaki farklılaşması doğal nedenlere dayanıyorsa bu doğal bir durum olarak kabul edilebilir ancak söz konusu sağlık ölçütünün toplum içerisinde herhangi bir kesimin aleyhine olacak şekilde dağılması, sağlık eşitsizliğinin göstergesidir. Eşitsiz toplumlardaki düşük sosyoekonomik kesimde yüksek mortalite ve morbidite bulunması bu durumu işaret etmektedir (Akalın, 2015, ss. 49-50). Özetle sağlık eşitsizliği, toplumsal eşitsizliklerin sağlık alanına yansımaları durumudur (Gönç-Şavran, 2020, s. 76).

İstatistiksel veriler sağlıkta genel itibarıyla sınıfsal eşitsizlikler olduğunu söylemektedir (Browne, 2015, s. 492). Toplumsal sağlık eşitsizlikleri ise beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranları gibi bazı sağlık istatistikleri ile incelenebilmektedir (Belek, 2004, s. 17). Örneğin; bebek ölüm oranındaki yükseklik; eğitim, gelir dağılımı, barınma koşulları gibi sosyoekonomik faktörlerdeki elverişsizliğin bir göstergesidir (Çelik, 2019, ss. 30-31).

Dünya Bankası'nın verilerine göre 2018 yılı için düşük gelirli ülkelerde beklenen yaşam süresi 64 yıl, orta gelirli ülkelerde 72 yıl, yüksek gelirli ülkelerde 81 yıl olarak tespit edilmiştir (Dünya Bankası, 2020a). Yani düşük gelirli bir ülkede doğan bebeğe göre yüksek gelirli bir ülkede doğan bebeğin 17 yıl daha fazla yaşama beklentisi vardır. Diğer taraftan bebek ölüm oranlarında da düşük gelirli ülkelere kıyasla yüksek gelirli ülkeler lehine 12 katlık bir fark bulunmaktadır (Dünya Bankası, 2020b). Hem beklenen yaşam süresi hem de bebek ölüm oranlarının gelir kriterine göre ülkeler arasında bu şekilde farklılaşması, dünya geneli için sağlıkta önemli bir eşitsizliği ortaya koymaktadır. Uluslararası sağlık eşitsizlikleri farklı çalışmalarda da konu edinilmiştir (bkz. Aba ve Ateş, 2015).

Beklenen yaşam süresinin ve bebek ölüm oranlarının Türkiye'deki dağılımı incelendiğinde iller arasında farklılık olduğu göze çarpmaktadır. 2015-2017 dönemi için Türkiye'de beklenen yaşam süresi 78 yıl iken bu süre Tunceli'de 80,7 yıl, Kilis'te 76,1 yıldır. Bu sonuçlara göre iller arasında beş yıla yakın fark bulunmaktadır (TÜİK Hayat Tabloları, 2018). Bebek ölüm oranları açısından 2019 yılı Türkiye ortalaması binde 9,1 iken bu oran Karabük'te binde 3, Gaziantep'te binde 16,2'dir (TÜİK Ölüm İstatistikleri, 2019). Diğer bir deyişle bebek ölüm oranları açısından en düşük ve en yüksek iki il arasında beş katın üzerinde fark vardır. Sağlıkla ilgili çeşitli göstergeler açısından iller arasındaki farklılıkları inceleyen Çelik'in (2013) araştırmasında da iller arasında farklar olduğu tespit edilmiştir.

Beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranları gibi toplumsal sağlık kriterlerinin yanı sıra sağlık değerlendirmelerinde bireysel düzeyde kullanılan bir ölçüt, kişilerin kendi ifadelerine dayanarak elde edilen algılanan sağlık durumudur (Belek, 1998, s. 40). TÜİK'in 2016 yılı Türkiye Sağlık Araştırması verileri incelendiğinde kişilerin genel sağlık durumlarının iki önemli sosyoekonomik değişken olarak "eğitim" ve "gelir"e göre farklılaştığı görülmektedir. En düşük eğitim seviyesi olarak okuma yazma bilmeyenlerin genel sağlık durumu %21,4 oranında çok iyi/iyi olarak değerlendirilmişken doktora seviyesindeki kişilerde bu oran %82,7'dir. Gelir değişkenine göre sağlık durumu incelendiğinde ise en düşük gelire sahip kişilerde kendi sağlığını çok iyi/iyi şeklinde değerlendirenlerin oranı %45,4 iken en yüksek gelire sahip olan grupta aynı oran %72,7 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2016) (Hesaplamalar araştırmacı tarafından yapılmıştır). Sonuç itibarıyla Türkiye'de eğitim ve gelir değişkenleri bakımından üst konumda yer alan kişilerin sağlık durumları daha iyidir.

Dünyaya ve Türkiye'ye ait sağlık eşitsizlikleri verilerinin yanı sıra konuyla ilgili literatür incelendiğinde sağlığın sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak farklılaştığını ifade eden çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Yaptıkları derleme çalışmada Şimşek ve Kılıç (2012), sağlık eşitsizliklerinin "sağlık hizmetlerinde eşitlik" ve "sağlığın sosyal belirleyicilerinde eşitlik" şeklinde iki ana bileşeni olduğunu dile getirmektedir. Sağlık hizmetlerinde eşitlik herkesin ihtiyaç duyduğu an eşit şekilde sağlık hizmetleri sisteminden yararlanabilmesi durumudur. Sağlığın sosyal belirleyicilerindeki eşitlik ise eğitim, gelir, meslek gibi sağlık üzerinde etkisi olan sosyal belirleyicilerdeki eşitsizliklerin giderilmesidir. İlgili çalışma, sağlık eşitsizliklerinin sadece sunulan sağlık hizmetleriyle değil eşitsizliği doğuran sınıflı toplum yapısının ortadan kaldırılmasıyla giderilebileceğini öne sürmektedir. Baloğlu'nun (2005) çalışması incelendiğinde ise sağlığın sosyal sınıflar ve statülerle ilişkili olduğu ve düşük sosyoekonomik koşullar altındaki kişilerin daha kötü sağlık sonuçlarının olduğu görülmektedir.

Sağlık ve sosyoekonomik faktörler arasındaki ilişkileri inceleyen literatürde saha araştırmalarını içeren çeşitli kaynaklar da bulunmaktadır. Bu çalışmalardan bazıları genel olarak sağlık-toplum ilişkisi üzerinde durmaktayken (Türkdoğan, 2016; Kızılcelik, 1995; Tekin, 2007) bazıları daha özelde sağlık eşitsizliklerini konu edinmektedir (Belek, 2004; Türkkın, 2005; Koçoğlu, 2006; Şavran, 2010). İlgili çalışmalarda sağlığın sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterdiği bulgulanmış olup düşük sosyoekonomik şartlar altında sağlık göstergelerinin olumsuzlaştığı ifade edilmiştir.

Sağlık ve sosyoekonomik faktörler arasındaki literatür incelemesini genişletmek mümkün olmakla birlikte yapılan çalışmaların genellikle belli bir ili ya da bir ilin belli bölgelerini kapsadığı görülmektedir. Diğer taraftan bu çalışmalarda sosyoekonomik statünün ölçümüne ilişkin birtakım sınırlılıklar da bulunmaktadır. Bu araştırmalarda sosyoekonomik durum ya eğitim, gelir, meslek şeklinde ayrı değişkenler olarak ele alınmış ya sosyoekonomik durumu belirlemeye yarayan bir matris kullanılmış ya da mesleki sınıflandırmalar üzerinden sosyoekonomik statüler belirlenmeye çalışılmıştır.

Hem dünyadaki ve Türkiye'deki verilerden hem de konuyla ilgili literatür incelemesinden hareketle sağlığın sosyoekonomik faktörlerle ilişkisi üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Bu çalışmada ise Türkiye'deki sağlık göstergelerindeki farklılaşmaların sosyoekonomik statülerle ilişkisi incelenmek istenmiştir. Sosyoekonomik statünün ölçümünde TÜSES Ölçeği'nin¹ kullanılmış olması ve çalışmanın Türkiye genelini kapsayacak şekilde yapılmış olması, bu araştırmanın ayırt edici özellikleri olmuştur. Bir başka ifadeyle literatürdeki çalışmaların sosyoekonomik statü ölçümlerindeki sınırlılığı gidermek ve il düzeyindeki değerlendirmelerin ötesine geçebilmek bu çalışmanın amaçları arasındadır.

Metnin bundan sonraki kısmında ilk olarak konuyla ilgili temel kavramlara ve teorik arka plana yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci kısmı, yapılan saha araştırmasının metodolojik bilgilerinin açıklanmasına ayrılmıştır. Üçüncü kısımda ise araştırma sonucunda elde edilen bulgular, tablolar ve iç yorumlar eşliğinde takdim edilmiştir. Ulaşılan bulguların literatürdeki diğer çalışmalar eşliğinde değerlendirildiği sonuç ve önerilerin ardından araştırma hakkındaki diğer bilgilerle çalışma tamamlanmıştır.

1 Bu ölçek; eğitim, gelir ve meslek bilgilerini endeks halinde bir arada kullanması ve sürekli bir değişken olarak ölçüm yapabilmesi yönüyle ayırt edici bir özelliğe sahiptir. Yöntem kısmında ölçek hakkında detaylı bilgi verilmiştir.

Kavramsal ve Teorik Çerçeve

Sağlık, herkesin çok iyi bildiğini düşündüğü bir kavram olması sebebiyle tanımlanma gereği duyulmayan ancak karmaşık bir kavramdır (Hayran, 2012). Sağlık tek ve tartışmasız bir anlamı bulunmamaktadır (Çelik, 2019, s. 25). Bununla birlikte Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948'den beri değişmeyen (<https://www.who.int/about...>) sağlık tanımına göre sağlık hem herhangi bir hastalık ya da sakatlığın bulunmaması hem de fiziksel, zihinsel (mental/ruhsal) ve sosyal iyi oluş hâlidir (WHO, 1948, s. 100). Bu tanım, sağlığın biyolojik, ruhsal ve toplumsal boyutlarını içeren kapsamlı bir açıklamaya sahiptir (Oskay, 1993, s. 96).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımıyla pek çok yerde karşılaşmak mümkün olsa da sağlığın anlamı üzerinde uzlaşmak kolay değildir. Toplumdan topluma sağlığa ve hastalığa yüklenen anlam değişkenlik göstermektedir. Bazen gerçekte hasta olan biri sağlıklı bazen de sağlıklı olan biri hasta kabul edilebilmektedir (Adak, 2016, s. 101). Ya da sağlık, gençler için çeşitli aktivitelerde bulunabilmek olarak tanımlanabilirken yaşlılar için ihtiyaçlarını kendi başına karşılayabilmek olarak algılanabilmektedir (Aggleton, 1990'dan akt. Budak, 2019, s. 24).

Sağlık gibi hastalık kavramı da zor tanımlanan bir kavramdır (Adak, 2016, s. 101; Özer, 2019a, s. 13). Bu noktada öncelikle nesnel ve öznel değerlendirmeye dayanan "hastalık" ve "rahatsızlık" ayırımına dikkat edilmelidir. Belli bir istenmeyen durumun nesnel yanı hastalık, öznel yanı ise rahatsızlıktır. Yani bir organın normal çalışmaması hastalık, bu anormalliğin kişi tarafından algılanışı rahatsızlıktır (Cirinlioğlu, 2015, s. 25). Diğer bir ifadeyle bireyin doktora giderken hissettiği rahatsızlık durumu "illness", doktorun saptadığı hastalık durumu "disease" olarak karşılanmaktadır (Cassell, 1976'dan akt. Adak, 2015, s. 11).

Sağlık ve hastalık kavramlarına ilişkin bu temel tanımlamalardan sonra şimdi sosyoekonomik statü kavramına kısaca değinilecektir. Sosyoekonomik statü bazen mesleki itibar gibi tek bir değişkene bazen de eğitim, gelir, meslek, yaşanılan yer gibi birden fazla değişkenin birleşimine dayandırılarak birey, hane ya da grupların sosyal sistemdeki hiyerarşik konumlarının açıklanmasıdır (Sunar, 2018, s. 124). Kavram ciddi biçimde ilk kez Britanya Sicil İdaresi'nin 1911 yılındaki kayıtlarında kullanılmıştır (Marshall, 2003, s. 680).

Sağlık, hastalık ve sosyoekonomik statü kavramlarının açıklamalarının akabinde sağlıkta eşitsizliği açıklamaya yönelik temel kuramlardan bahsedilmesi gerekmektedir. Hem sağlık ve hastalığın kendisini hem de sağlıkta eşitsizlikleri açıklamayı hedefleyen üç temel kuram bulunmaktadır: Geleneksel tıbbi model, epidemi-

yolojik model, sosyopolitik model (Hexel ve Wintersberger, 1986'dan akt. Belek, 1998, s. 55). Geleneksel model, sağlığa tıp ekseninde yaklaşır ve bu modele göre sağlık, hastalığın bulunmamasıdır. Geleneksel modelde sağlık eşitsizliği ise tıbbi bakım hizmetlerinin eşitsiz kullanımıyla ilgilidir. Epidemiyolojik modelde bireyselden ziyade toplumsal boyutlu istatistiki sonuçlarla ilgilenilir. Sağlık alanıyla sınırlı kalmak üzere riskli gruplara özel sağlık programları önerilir. Sosyopolitik modelin bakış açısı ise epidemiyolojik modeldeki sosyal vurguyu daha derinleştirerek mevcut toplumsal düzene odaklanmasıdır (Belek, 1998, ss. 55-56).

Sağlığı ve sağlık eşitsizliklerini açıklayan bu üç modelle birlikte Black Raporu olarak bilinen sağlık eşitsizlikleri inceleme çalışmasında, sağlık eşitsizliklerinin tanımlanmasında dört temel kategori bulunmaktadır. Bunlardan ilki, sağlık ve sınıf değişkenleri arasında üretilen ilişkiler olduğunu söyleyen artefakt/yapay açıklamadır. Diğer bir açıklama, insanların sağlık durumlarının onların sosyal konumlarını belirleyen faktör olduğunu ileri süren doğal seçim modelidir. Üçüncü açıklama, maddi ve fiziki yaşamsal koşulların sağlık sonuçlarını etkilediğini iddia eden materyalist/yapısal açıklamadır. Son açıklama modeli ise insanların davranış tercihleri sebebiyle sağlık farklılıkları oluştuğunu öne süren kültürel/davranışsal açıklamadır (Macintyre, 1998, ss. 224-226).

Bu dört açıklama modeli, sağlık eşitsizliklerini belli yönlerden ele almaktadır ancak bunlara ek olarak psikososyal, yaşam süreci ve sağlık sermayesi modellerinin sağlık eşitsizliklerini açıklamak için kullanıldığı görülmektedir. Psikososyal açıklamalar, eşitsizliğin psikososyal etkileriyle sağlık farklılaşması yaşandığını söylerken yaşam süreci açıklaması, insanların hayatları boyunca yaşadıklarının onların sağlıklarına etki ettiğini ifade etmektedir. Sağlık sermayesi açıklaması ise Bourdieu'nün kavramları ekseninde geliştirilmeye başlanmış bir açıklama sunmaktadır. İnsanların sahip olduğu ekonomik, sosyal ve kültürel sermayeler bağlamında sağlık sonuçları açıklanmaya çalışılmıştır (Gönç, 2016, s. 65, 70-77).

Sağlık eşitsizliklerini açıklamaya yönelik bu modeller içerisinde bazılarının medikal düzeyde kalmasının ve bazılarının ekonomi ya da kültür gibi tek bir değişkene odaklanmış olmasının ötesinde bu çalışmada kullanılan TÜSES ölçeği ile ekonomik (gelir), kültürel (eğitim) ve mesleki değişkenler bir arada ele alınmıştır. Bu bağlamda sağlık eşitsizliklerinin açıklanmasına ilişkin çabada geleneksel tıbbi modelin dışına çıkılarak medikal boyut aşılmış ve sosyopolitik bir açıklama gerçekleştirilmek istenmiştir. Sosyoekonomik statünün mavi yakalılar, beyaz yakalılar gibi mesleki kategorilere dayandırılarak oluşturulduğu sınıfsal konumlar yerine eğitim, gelir ve mesleki itibara dayalı şekilde değerlendirilebilmesi özelliğiyle özgün

bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu noktada ülkemizde yapılan sağlık eşitsizlikleri çalışmalarının ağırlıkla mesleki kategorizasyonlar ile yapılmış olmasının dezavantajları giderilmiştir.

Sağlık eşitsizliklerinin tartışıldığı bir başka bağlam, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve sağlık hizmetlerine erişimini kapsayan sağlık sistemiyle ilgilidir. Türkiye özelinde bu konu, sağlık sisteminde köklü değişikliklerin uygulandığı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde ele alınmaktadır. 2000’li yıllarda gerçekleştirilen sağlık reformlarıyla sağlığa erişimde eşitlik yönünde olumlu adımlar atılmıştır (Güneş ve Tekgüç, 2016, s. 379).

Yöntem

Çalışma, literatüre dayalı araştırmanın yapıldığı ilk kısım ve saha araştırmasına dayanan ikinci kısımdan oluşmaktadır. Literatüre dayalı araştırma yukarıda belirtildiği gibi sağlık, hastalık ve sosyoekonomik statü kavramları etrafında gerçekleştirilmiştir. Bu kısımda Dünya Bankası ve TÜİK’e ait veriler kullanılmıştır. Ayrıca TÜİK’in 2016 yılında yaptığı Türkiye Sağlık Araştırması’nın mikroverileri TÜİK’ten temin edilerek bu verilere betimsel analiz uygulanmış² ve bu analizin bazı sonuçlarına yer verilmiştir.

Sosyoekonomik statü ile sağlık arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışma, keşitsel tarama tipinde nicel bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda kişilerin sosyoekonomik statüleri ve sağlık göstergelerine dair betimlemeler yapıldıktan sonra seçilen değişkenler arasında ilişkisel incelemelere yer verilmiştir.

Evren ve Örneklem

Araştırma evreni 2018 yılı 18 yaş üzeri kentsel Türkiye nüfusedir. Bu evren için 95% güven aralığı ve 3% örnekleme hatasına göre ($p=0,8$; $q=683$ (0,2 kişilik örneklemin yeterli olacağı görülmüştür (Baş, 2013, s. 43). Ancak araştırma için planlanan dağılım gereği 730 katılımcıya ulaşılmıştır.

Araştırmada gerekli örneklemin belirlenmesinde çok aşamalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Buna göre ilk olarak İBBS 1’in her bölgesi birer tabaka olarak kabul edilip tüm tabakaların temsili için her bölgeden birer il; toplamda 12 il seçilmiş-

2 Analizler araştırmacı tarafından yapılmıştır.

tir. İl seçiminde araştırmanın amacına uygun olarak kentsel nüfusun daha iyi temsil edilebilmesi adına her bölgenin en yüksek nüfusa sahip ili örnekleme işlemine dâhil edilmiştir. İllerin buldukları bölgelerin büyüklüklerine oranla iller içerisinde en yüksek nüfuslu ilçeler kümeler olarak seçilmiştir (İstanbul hariç).³ Temsilin daha iyi sağlanabilmesi için de her ilden en az iki ilçe toplamda ise 37 ilçe belirlenmiştir.

Örnekleme çerçevesi belirlemede, ilçelerden mahallelerin seçiminde her mahallenin sosyoekonomik açıdan farklı özellikler göstermesi hedeflenmiştir. Daha açık bir ifadeyle her ilçeden düşük, orta ve yüksek sosyoekonomik göstergelere sahip mahalleler, araştırma kapsamına alınmıştır. Fakat bu noktada araştırmanın bir kısıtlılığı olarak mahalle düzeyinde sosyoekonomik göstergelerin yer aldığı nitelikli bir veri tabanına ulaşılamaması dolayısıyla çeşitli emlak değerlendirme sitelerinden yararlanılarak mahalleler belirlenmiş ve bölgelerde yaşayan kişilerle görüşmeler yapılarak doğrulamalar yapılmıştır. Bu aşamadaki bir istisna İstanbul'un Başakşehir ve Ataşehir ilçeleri için yapılmış olup bu ilçelerden yalnızca birer mahalle örnekleme çerçevesine alınmıştır.

Toplamda 12 il, 37 ilçe ve 107 mahalle tespit edilerek bu yerleşim yerlerinin listesi TÜİK'le paylaşılmıştır. TÜİK Ulusal Adres Veri Tabanı'ndaki verilere dayanarak her mahalle yüzer hanelik kümelere ayrılmış ve her mahalleden bir küme ve her kümeden 10'ar hane tespit edilmiştir. Ayrıca her hane için de üçer yedek adres belirlenmiştir. Belirlenen adreslere giden anketörler, hanelerdeki 18 yaş üstü kişilerden biriyle görüşmeyi gerçekleştirmiştir.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak TÜSES (Türkiye Sosyoekonomik Statü) Ölçeği'nin yanı sıra sağlık/hastalıkla ilgili çeşitli bilgilerin ve bazı sosyodemografik bilgilerin istendiği soru formu kullanılmıştır. Sunar ve ekibinin (2016) hazırladığı TÜSES Ölçeği ile hanedeki eğitim, gelir ve meslek bilgilerine dayanarak ilgili hanenin/kişinin sosyoekonomik statü puanı oluşturulmuştur. Sağlık/hastalıkla ilgili bilgiler için genel sağlık durumu (öznel sağlık algısı), çeşitli hastalıkların bulunması, koruyucu/önleyici faaliyet yaptırma, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlıkla ilgili pratiklere dair sorular sorulmuştur.

3 İstanbul'daki ilçelerin seçiminde İstanbul'un kendine has özellikleri sebebiyle farklı bir yol izlenmiştir. Bu noktada Anadolu-Avrupa ayrımı ve ilçelerin genel karakteristik özellikleri göz önünde bulundurulmuştur.

TÜSES Ölçeği'nin hesaplanması için üç ayrı değişkene (eğitim, gelir, mesleki itibar) ait bilgiler toplanır. Hanedeki 15 yaş üzeri kişilerin eğitim bilgileri alınıp en yüksek düzeydeki eğitim, hanenin eğitim puanı için kullanılır. Gelir puanının hesaplanmasında haneye giren gelir miktarı toplanır, hane ortalama geliri hesaplanır ve standardize edilerek işlem yapılır. Meslek puanının hesaplanabilmesi için kişilerin mesleklerine ilişkin bilgiler toplanır ve hanedeki en yüksek mesleki itibar puanı, o hanenin meslek puanı olarak hesaplamaya katılır. Bu ölçek, hane temelli ölçüm yapan bir veri toplama aracıdır. Sürekli bir değişken olarak yüzölçüm derecelendirmeyle ölçüm yapmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması, daha yüksek sosyoekonomik statü anlamına gelmektedir.

Çalışmada katılımcıların sağlık/hastalıkla ilgili bilgilerinin toplanması için farklı başlıklar altında çeşitli sorular sorulmuştur. Bunlardan en önemlisi, genel sağlık durumu (öznel sağlık algısı) sorusudur. İlgili soru, kişilerin kendi sağlıklarını algılama düzeylerini ölçmeyi hedeflemektedir. Bu soruda çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü şeklinde beşli derecelendirme yapılmıştır ancak analiz aşamasında ilk iki grup iyi; diğerleri iyiden kötü şeklinde gruplandırılmıştır.

Sağlık durumunun değerlendirilmesi için kullanılan diğer değişken, vücut kitle indeksidir. Vücut kitle indeksi, insanların boy uzunlukları ve vücut ağırlıklarına bakılarak hesaplanan bir değerdir (Sarı ve Atılğan, 2012, s. 74). Bu çalışmada 25 ve üzerinde olan değerler ile altındaki değerler arasında karşılaştırma yapılmıştır. 25'in üzerindeki değerler, kişilerin fazla ya da aşırı kilolu olduğunu göstermektedir.

Sağlık konusuyla bağlantılı olarak çalışmada kullanılan diğer değişkenler, sağlıkla ilgili koruyucu/önleyici faaliyette bulunma, sağlık hizmeti alma, sağlıkla ilgili bilgilerin alındığı kaynaklarda öncelik tercihleri ve sağlıkla ilgili pratiklerdir. Koruyucu ve önleyici faaliyetler, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi için yapılan işlemleri kapsamaktadır. Katılımcılara herhangi bir ağrı ya da rahatsızlık duymadan son 12 ay içerisinde tansiyon ölçümü, kan şekeri ölçümü, grip aşısı, kolesterol ölçümü, diş muayenesi, kanser taraması, check-up yaptırıp yaptırmadıkları sorulmuştur. Hiçbir koruyucu/önleyici faaliyette bulunmayanlar ile bunlardan en az birini yaptırmış olanlar arasında karşılaştırma yapılmıştır.

Sağlık hizmeti alma noktasında araştırmada kullanılan değişken, özel hastanelere başvuru sıklığıdır. Kişilerin muayene ya da tedavi olmak amacıyla özel hastaneleri hangi sıklıkla tercih ettikleri sorularak sıklık derecelendirmesine göre grupların sosyoekonomik statü puanları karşılaştırılmıştır. Sağlıkla ilgili diğer bir gösterge, sağlık bilgi kanalıdır. Katılımcılara sağlık konusunda bilgi almak için sağlık uzman-

ları, internet, sosyal çevre, medya ve geleneksel şifacıardan hangisine ilk olarak başvurdukları sorulmuş ve alınan yanıtlara göre gruplar arasında sosyoekonomik puan farklılıkları araştırılmıştır.

Sağlıkla ilgili incelenen son gösterge, sağlık pratikleridir. Bu kapsamda spor yapma, sigara kullanma ve alkollü içki kullanma durumları soruşturulmuş olup sosyoekonomik statüye göre karşılaştırmalar yapılmıştır. Spor yapma durumuna ilişkin sorulan soru “Amatör ya da profesyonel olarak herhangi bir spor yaptınız mı/yapıyor musunuz?” şeklinde sorulmuştur. Sigara ve alkollü içki kullanma durumunu öğrenmek için “kullanmıyorum, bazen kullanıyorum, düzenli olarak kullanıyorum” şeklinde yanıtlar toplanmıştır.

Araştırmada, kişilerin hastalık durumlarının değerlendirilmesi için şeker, kalp, hipertansiyon, astım/bronşit, boyun bölgesi hastalıkları, bel bölgesi hastalıkları, kolesterol, alerjik, diş hastalıkları, psikolojik hastalıklar ve romatizmal hastalıkların kendilerinde bulunup bulunmadığı sorulmuş olup alınan yanıtlar toplanarak işlem yapılmıştır. İlk olarak hastalık bulunup bulunmaması durumuna göre ikinci olarak hastalığı olan kişilerin hastalık sayılarına göre sosyoekonomik statü farklılığı araştırılmıştır.

Verilerin Toplanması ve Analizi

Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'nin verdiği proje desteği ile saha araştırması için gerekli finansman temin edilmiş olup özel bir araştırma şirketi aracılığıyla çalışmanın uygulama kısmı gerçekleştirilmiştir. Anketörler kendilerine verilen adreslere giderek yüz yüze görüşmeler yoluyla verileri toplamıştır. Anketlerin uygulanması yaklaşık 30 dakika sürmüş, görüşmelerde gönüllülük ve gizlilik esasıyla hareket edilmiştir. Çalışmanın saha uygulaması Kasım-Aralık 2019 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Anket şirketi 12 ilden gelen verileri bir araya getirerek ham haliyle araştırmacıya ulaştırmıştır. Ham veriler, gerekli düzenleme ve kontrollerden sonra araştırmacı tarafından analiz edilmiştir.

Verilerin analizinde yüzde, frekans gibi temel betimleyici istatistiklerin yanında iki grupta değişkenlerin ortalama puanlarını karşılaştırmak için bağımsız gruplar t testi, ikiden fazla grupta değişkenlerin ortalamalarını karşılaştırmak için tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizlerinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar tespit edildiği durumlarda varyansların homojen olup olmamasına bakılarak Scheffe ve Tamhane çoklu karşılaştırma testlerinden biri tercih edilmiştir. İstatistiksel testlerde 0,05 düzeyinde anlamlılık aranmıştır.

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Sakarya Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı'nın 06.06.2018 tarihli ve 84 sayılı toplantısında alınan 13 No.lu karar) alınmış olup katılımcılardan gönüllülük esası üzerine bilgi toplanmıştır.

Araştırma Soruları ve Hipotezler

Bu araştırma en temelde sosyoekonomik statü ve sağlık ilişkisini incelemektedir. Dolayısıyla çalışmanın araştırma sorusu "Sosyoekonomik statü ile sağlık arasındaki ilişki nedir?" şeklinde ifade edilebilir. Bu araştırma sorusuna dayanarak daha iyi sağlık göstergelerine sahip olan kişilerin daha yüksek sosyoekonomik statüye sahip olacağı yönünde temel bir hipotez oluşturulmuştur.

Çalışmada test edilecek alt hipotezler ise şu şekilde belirlenmiştir:

Hipotez 1: Sağlığını iyi olarak değerlendiren kişilerin sosyoekonomik statü puanları daha yüksektir.

Hipotez 2: Hiçbir hastalığı olmayan kişilerin sosyoekonomik statü puanları daha yüksektir.

Hipotez 3: Bulunan hastalık sayısı düşük olan kişilerin sosyoekonomik statü puanları daha yüksektir.

Hipotez 4: Zayıf ve normal kiloda olan kişilerin sosyoekonomik statü puanları daha yüksektir.

Hipotez 5: Koruyucu ve önleyici faaliyette bulunan kişilerin sosyoekonomik statü puanları daha yüksektir.

Hipotez 6: Özel hastaneye daha sık başvuranların sosyoekonomik statü puanları daha yüksektir.

Hipotez 7: Sağlık bilgisi için ilk sırada geleneksel şifacılara başvuran kişilerin sosyoekonomik statü puanları daha düşüktür.

Hipotez 8: Spor yapmış/yapıyor olanların sosyoekonomik statü puanları daha yüksektir.

Hipotez 9: Sigara kullanmayan kişilerin sosyoekonomik statü puanları daha yüksektir.

Hipotez 10: Alkollü içki kullanmayan kişilerin sosyoekonomik statü puanları daha yüksektir.

Bulgular

Temel Demografik Özellikler

Araştırmaya toplamda 730 kişi katılmış olmakla birlikte TÜSES puanının hesaplanabilmesi için bulunması gereken eğitim, gelir ve meslek bilgilerinden herhangi birinin eksikliği sebebiyle 648 kişinin bilgileri analiz edilebilmiştir. Araştırmaya

katılanların yaklaşık beşte biri 24 yaş ve altındadır. 45 yaş üstü olan katılımcıların oranı %23,9'dur. Yüzde 57,3 oranında katılımcı ise 25-44 yaş aralığındadır. Katılımcıların cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde, yaklaşık olarak %60'a %40'luk bir dağılım olduğu ve çoğunluğun erkek olduğu görülmektedir. Sağlık açısından diğer bir önemli faktör olarak eğitim düzeylerine göre katılımcıların özellikleri incelendiğinde, ilköğretim ve daha alt düzeyde eğitime sahip olan kişilerin oranının %22,7, lise mezunlarının %37,8; yüksekokul ve daha üst düzeyde eğitime sahip olanların %39,5 olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye'de Sosyoekonomik Statü ve Sağlık/Hastalık İlişkisi

Araştırmaya katılan kişilerin sağlık/hastalık durumlarına ilişkin bilgileri bireysel düzeyde, sosyoekonomik statüyle ilgili bilgileri hane halkı düzeyinde alınmıştır.

Araştırmada eğitim, meslek ve gelir bilgisi veren toplam 648 kişinin öncelikle ham SES skorları belirlenmiştir. Ham puanlara göre en düşük 470,25; en yüksek 807,41 puan alınmıştır. Ham puanların ortalaması 685,08'dir. Ham puanlar daha sonra yüzölçümde ortalaması 50 ve standart sapması 10 olan standart skorlara dönüştürülmüştür. Yapılan dönüşüm işlemi sonrası en düşük hane TÜSES skoru 14,59; en yüksek 70,16 olmuştur.

Genel Sağlık/Hastalık Durumu ve SES İlişkisi

İnsanların kendi sağlık durumlarını algılama düzeyleri sağlık durumuna ilişkin önemli bir göstergedir. Kişilerin genel sağlık durumu olarak kendi sağlıklarına ilişkin belirttiği ifadeler ile sosyoekonomik puanları arasındaki ilişki, bağımsız gruplar t testi sonuçlarıyla birlikte Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1

Genel Sağlık Durumu ve SES İlişkisi

Puan	Gruplar	n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.	t Testi		
						t	Sd	P
TÜSES	İyiden kötü	269	48,62	10,47	,64	-2,981	646	,003
Puanı	İyi	379	50,98	9,55	,49			

Grupların ortalama TÜSES puanlarına bakıldığında sağlığını iyiden kötü olarak değerlendirenlerin puanının düşük ortalamaya; iyi olarak değerlendirenlerin yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Analiz sonucuna göre gruplar arasında $p < 0,01$

düzeyinde istatistiki olarak anlamlı farka ulaşılmış olup sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin sosyoekonomik statü puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İnsanlarda sağlık durumunu yansıtan önemli belirleyicilerden biri, hastalık bulunup bulunmamasıdır. Araştırmada diyabet, kalp hastalıkları, hipertansiyon, kolesterol, astım-bronşit, alerjik hastalıklar, ruhsal/psikolojik hastalıklar, diş hastalıkları, romatizmal hastalıklar, boyun bölgesi hastalıkları ve bel bölgesi hastalıkları şeklinde sorulan toplam 11 hastalıktan en az birinin bulunduğu kişiler ile hiçbirinin bulunmadığı kişiler şeklinde iki grup oluşturulmuştur. Tablo 2’de kişilerde hastalık bulunma durumuna göre sosyoekonomik puanların karşılaştırıldığı bağımsız gruplar t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 2

Hastalık Bulunma Durumu ve SES İlişkisi

Puan	Gruplar	n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.	t Testi		
						t	Sd	P
TÜSES Puanı	Hiç hastalık yok.	422	50,18	9,85	,48	,641	646	,522
	En az bir hastalık var.	226	49,66	10,28	,68			

Hiç hastalık bulunmayan kişilerden oluşan grubun TÜSES puan ortalaması, en az bir hastalığa sahip olan kişilerin puanlarından yarım puan civarında daha yüksek çıkmıştır. Yani hastalık bulunmayan kişilerin sosyoekonomik düzeyi daha yüksektir ancak $p>0,05$ olarak tespit edildiği için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Fakat bu noktada analize devam edilerek hastalığı bulunan kişilerin sahip olduğu hastalık sayısına göre ikili bir gruptandırma yapılmış ve en fazla iki hastalığı bulunan kişiler ile üç ve üzerinde hastalığı bulunan kişilerin sosyoekonomik düzeyleri karşılaştırılmıştır. Tablo 3’te bu iki grup arasındaki ilişkinin analiz edildiği bağımsız gruplar t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 3

Hastalık Sayısı ve SES İlişkisi

Puan	Gruplar	n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.	t Testi		
						t	Sd	P
TÜSES Puanı	En fazla 2 hastalık	149	50,80	10,18	,834	2,354	224	,019
	3 ve üzeri hastalık	77	47,44	10,18	1,16			

Analiz sonucuna göre üç ve üzerinde hastalığı olan kişilerin TÜSES puanları, bir veya iki hastalığı olan kişilerin puanlarından daha düşük çıkmıştır. Bu noktada gruplar arasında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı farka ulaşılmıştır. Ulaşılan sonuçlara göre hastalık göstergeleri bakımından dezavantajlılığı bulunan kişiler, sosyoekonomik olarak da daha alt konumda bulunmaktadır.

Vücudun ağırlık ve uzunluğu arasındaki ilişkinin ölçümüne dayanan ve belli eşik değerlere bakılarak sağlık hakkında değerlendirme yapmaya yarayan bir başka değişken, vücut kitle indeksidir (VKİ). Bu indekse göre insanlar “zayıf, normal kilolu, fazla kilolu, aşırı kilolu” şeklinde gruplandırılmaktadır. Vücut kitle indeksi 25’in üzerinde olan kişiler, fazla ve aşırı kilolu olarak değerlendirilir. Bu çalışmada vücut kitle indeksi değerlerine göre zayıf ve normal kiloda olanlar bir grup, normalin üzerinde kiloda olanlar bir başka grup olarak ikiye ayrılarak gruplardaki kişilerin sosyoekonomik puan ortalamaları arasındaki fark, bağımsız gruplar t testi aracılığıyla incelenmiştir. Aynı inceleme, cinsiyet ayrımına göre de değerlendirilmiştir.

Tablo 4*VKİ ve SES İlişkisi*

Puan	Gruplar	n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.	t Testi		
						t	Sd	P
TÜSES Puanı	VKİ 24,99 ve altı	416	50,66	9,63	,47	2,241	646	,025
	VKİ 25 üzeri	232	48,83	10,55	,69			
Erkek	VKİ 24,99 ve altı	245	50,25	9,35	,60	,573	269,874	,567
	VKİ 25 üzeri	146	49,63	10,87	,90			
Kadın	VKİ 24,99 ve altı	171	51,24	10,03	,77	2,865	255	,005
	VKİ 25 üzeri	86	47,46	9,89	1,07			

Vücut kitle indeksine göre iki grubun sosyoekonomik puan ortalamaları arasında $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ve normalin üzerinde kiloya sahip olanların sosyoekonomik puan ortalaması diğer gruptan daha düşük çıkmıştır (bkz. Tablo 4). Cinsiyetlerin kendi içlerindeki farklılıklar araştırıldığı dönemde erkeklerin vücut kitle indeksi gruplarına göre sosyoekonomik statü puanı

larının farklılaşmadığı, kadınlarda ise VKİ'nin 25'in üzerinde olan grup aleyhine bir farklılaşma olduğu görülmüştür. Diğer bir ifadeyle kadınlarda vücut kitle indeksine göre fazla ve aşırı kilolu olan kişilerin sosyoekonomik konumlarının daha düşük olduğu görülmüştür.

Koruyucu-Önleyici Faaliyetler ve SES İlişkisi

Sağlık sorumluluğunun üstlenilerek koruyucu ve önleyici faaliyetlerde bulunulması, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesinde belirleyici nitelikte öneme sahip bir faktördür. Araştırmada katılımcılara herhangi bir ağrı ya da rahatsızlık duymadan son 12 ay içerisinde kan şekeri ölçümü, tansiyon ölçümü, kolesterol ölçümü, grip aşısı, check-up, diş muayenesi, kanser taraması şeklinde belli başlı koruyucu/önleyici faaliyeti yaptırıp yaptırmadıkları sorulmuştur. Sonrasında alınan yanıtlar derlenerek hiçbir faaliyette bulunmamış olanlar ve en az bir koruyucu-önleyici faaliyette bulunanlar şeklinde iki grup oluşturulmuştur.

Tablo 5

Koruyucu-Önleyici Faaliyette Bulunma ve SES İlişkisi

Puan	Gruplar	n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.	t Testi		
						t	Sd	P
	Hiç yaptırmamış.	342	48,42	9,54	,52			
TÜSES Puanı	En az bir koruyucu faaliyette bulunmuş.	306	51,76	10,23	,59	-4,286	625,533	,000

Bağımsız gruplar t testiyle koruyucu/önleyici faaliyette bulunan ve bulunmayan kişilerin TÜSES puan ortalamaları karşılaştırılıp istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı test edilmiştir (bkz. Tablo 5). Gerçekleştirilen bağımsız gruplar t testine göre hiçbir koruyucu/önleyici faaliyet yaptırmamış olan kişilerin puan ortalamaları, en az bir koruyucu/önleyici faaliyet yaptırmış olan kişilerin puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşmıştır ($p < 0,001$). En az bir koruyucu/önleyici faaliyet yaptırmış olan kişilerin puan ortalamaları daha yüksek olduğu ve dolayısıyla sosyoekonomik olarak iyi durumda olan kişilerin bu faaliyetlere daha çok yöneldiği ortaya çıkmıştır.

Sağlık Hizmetlerine Başvuru ve SES İlişkisi

Sosyoekonomik durum ile sağlık arasındaki ilişkiyi göstermesi bakımından insanların toplumsal konumlarına göre sağlık hizmeti almak üzere kurumlara başvuru sıklıkları değişiklik göstermektedir. Bu araştırmada özel hastaneleri tercih etme sıklıklarına göre sosyoekonomik puanlar incelenmiştir.

Tablo 6

Özel Hastaneye Başvuru ve SES İlişkisi

Puan	A – B – C	Grup	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post- Hoc
TÜSES Puanları	A	Hiçbir zaman	139	46,69	9,77	16,062	,000	B > A C > A C > B
	B	Nadiren- arada sırada	422	50,23	9,84			
	C	Sıklıkla-her zaman	87	54,18	9,46			
	Toplam		648	50,00	10,00			

Muayene ve tedavi amacıyla özel hastanelere başvuru yapma sıklığına göre grupların TÜSES puanları arasında fark olup olmadığı, tek yönlü varyans analiziyle test edilmiştir. Sonuçların gösterildiği Tablo 6'ya göre "hiçbir zaman" özel hastaneye gitmediğini söyleyenlerin TÜSES puan ortalaması 46,69; nadiren-arada sırada gittiğini söyleyenlerin ortalaması 50,23; sıklıkla- her zaman gittiğini söyleyenlerin puan ortalaması 54,18 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre grupların TÜSES puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p < 0,001$) ve özel hastaneye daha sık gittiğini söyleyenlerin TÜSES puanlarının daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur. Gruplar arası farkları incelemek amacıyla yapılan Scheffe çoklu karşılaştırma testi sonuçlarına göre tüm ikili gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa ulaşılmıştır. Özel hastaneye daha sık gidenlerin sosyoekonomik durumu, daha az sıklıkta gidenlerin sosyoekonomik durumundan daha iyidir.

Sağlık Bilgisine Ulaşma ve SES İlişkisi

Sağlık ve hastalık konularında bilgi alınabilecek pek çok kaynak vardır ancak sürdürülebilir bir sağlık için doğru sağlık bilgisine ulaşmak gerekmektedir. Bu araştırmada, katılımcılardan internet, sağlık uzmanları (doktor, hemşire vb.)/sağlık kuruluşları, medya (TV-radyo-gazete), sosyal çevre (aile-arkadaş veya komşular), gelenek-

sel şifacılar şeklinde insanların sağlıkla ilgili konularda bilgi almak için başvurduğu bazı kaynaklar arasında öncelik sırasına göre sıralama yapılması istenmiştir. Katılımcıların sağlık bilgisi kaynaklarına göre sosyoekonomik puan ortalamalarının tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığı sonuçlar Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7

Sağlık Bilgi Kaynağı ve SES İlişkisi

Puan	A-B-C-D-E	Grup	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P	Post-Hoc
TÜSES Puanları	A	İnternet	143	50,40	10,15	5,908	,000	A > E B > E C > E D > E
	B	Sağlık uzmanları	226	51,14	9,35			
	C	Medya	105	50,71	9,40			
	D	Sosyal çevre	116	49,51	10,81			
	E	Geleneksel şifacılar	58	44,28	9,81			
		Toplam	648	50,00	10,00			

İlk sırada tercih edilen sağlık bilgi kaynağı sıralamasında geleneksel şifacılar en az tercih edilen kaynak olmuş ve bu maddeyi tercih eden kişilerin TÜSES ortalama puanı 44,28 ile en düşük seviyede kalmıştır. İlk sırada en çok tercih edilen grup ise sağlık uzmanları olmuştur ve bu grubu tercih edenlerin sosyoekonomik puan ortalaması ise 51,14 olarak gerçekleşmiştir. Tek yönlü varyans analiz sonucuna göre grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiş olup ($p < 0,001$) grupların puan ortalamaları arasındaki farklılığı incelemek için Tamhane çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır.

Sağlık bilgi kaynağıyla ilgili yapılan çoklu karşılaştırma testine göre geleneksel şifacıları ilk sırada tercih eden grubun diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak farklılaştığı görülmektedir ($p < 0,05$). Ortalama puanlar itibarıyla sağlık bilgi kaynağı olarak geleneksel şifacılar ilk sırada başvurduğunu söyleyenler, görece daha düşük TÜSES puanına sahip kişiler olmuşlardır. İlk sırada başvurulan sağlık bilgi kaynağı olarak diğer dört maddede toplanan kişilerin TÜSES ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilememiştir.

Sağlıkla İlgili Pratikler ve Sağlığa Zararlı Alışkanlıklar ve SES İlişkisi

Katılımcılara sağlıkla ilgili önemli bir pratik olarak amatör ya da profesyonel biçimde spor yapıp yapmadıkları sorulmuş olup evet/hayır biçiminde yanıtlar toplanmıştır. Sonrasında bu iki grubun TÜSES puan ortalamaları, bağımsız gruplar t testi ile karşılaştırılmıştır. Grupların sosyoekonomik puan ortalamaları ve t testi analiz sonuçları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8

Spor Yapma ve SES İlişkisi

Puan	Gruplar	n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ort.	t Testi		
						t	Sd	P
TÜSES Puanı	Hayır	475	48,93	9,91	,46	-4,592	646	,000
	Evet	173	52,94	9,68	,74			

Spor yapmadığını belirten grubun TÜSES puan ortalaması 48,93; spor yaptığını ifade etmiş olanların puan ortalaması 52,94 olarak bulunmuştur. Uygulanan analize göre grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,001$). Sonuç itibarıyla spor yapmış/yapıyor olanların sosyoekonomik olarak daha iyi durumdaki kişiler olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 9

Sigara ve Alkol Kullanma İle SES İlişkisi

Puan	Grup	n	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Sigara - TÜSES Puanları	Kullanmıyorum	307	50,04	9,80	,006	,994
	Bazen kullanırım	100	49,98	9,49		
	Düzenli olarak kullanırım	241	49,95	10,49		
	Toplam	648	50,00	10,00		
Alkollü içki - TÜSES Puanları	Kullanmıyorum	422	49,56	10,20	1,599	,203
	Bazen kullanırım	172	50,50	9,41		
	Düzenli olarak kullanırım	54	51,89	10,09		
	Toplam	648	50,00	10,00		

Tablo 9’da katılımcıların sigara ve alkollü içki tüketim durumları ile TÜSES puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Tüketim durumlarına göre üç gruba ayrılan katılımcıların oluşturdukları grupların TÜSES puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Ancak hem sigara kullanımında hem de alkollü içki kullanımında grupların TÜSES puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir ($p > 0,05$). Fakat grupların puan ortalamaları incelendiğinde sigara kullanma sıklığının artmasıyla ortalama TÜSES puanlarının düştüğü, alkollü içki kullanma sıklığının artmasıyla ortalama TÜSES puanlarının yükseldiği görülmektedir.

Değerlendirme, Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma hem literatür taraması hem de saha araştırması yapılarak Türkiye’de sosyoekonomik statü ile sağlık/hastalık göstergeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Sağlık/hastalık göstergeleri olarak genel sağlık/hastalık durumu, koruyucu-önleyici faaliyetler yapma, sağlık hizmetlerine erişim, sağlıkla ilgili bilgi kaynakları ve sağlık pratikleri konularının sosyoekonomik statülerle ilişkileri araştırılmıştır. Bu kısımda ise çalışma kapsamında oluşturulan hipotezler doğrultusunda ulaşılan sonuçlar, ilgili literatür eşliğinde değerlendirilmiştir.

Çalışmada test edilen ilk hipotez, sağlığını iyi olarak değerlendiren kişilerin sosyoekonomik statülerinin daha yüksek olduğunu öne sürmektedir. Yapılan analiz sonucuna göre bu hipotez doğrulanarak kabul edilmiştir. Sosyoekonomik statü ile algılanan sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen farklı çalışmalarda da bu çalışmada ulaşılan sonuçlara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmalardan biri Burdur ilinde yapılan bir saha araştırmasıdır. Tekin (2007, s. 278) bu araştırmasında, sosyoekonomik statü ile algılanan sağlık arasında ilişki tespit etmiş ve yüksek sosyoekonomik statüde olan kişilerin düşük sosyoekonomik statüde olan kişilere göre kendi sağlıklarını daha yüksek oranda iyi olarak değerlendirdiğini ifade etmiştir.

Bu çalışmanın bulgularını destekleyen fakat sosyoekonomik statü değerlendirmesini toplumsal sınıflar üzerinden yapan farklı çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin; Boratav’ın toplumsal sınıf kategorizasyonunun kullanılarak sınıflar arası sağlık durumunun değerlendirildiği Türkkın’ın (2005, s. 50) çalışmasında, sağlığını en yüksek oranla iyi olarak değerlendiren grup, orta ve büyük işverenler iken işsizler ve mavi yağ kalı işçiler en düşük oranla sağlıklarını iyi olarak değerlendirmişlerdir. Belek’in yaptığı çalışma sonuçları da Türkkın’ın bulgularına benzer niteliktedir. Mavi yakalılar ve ni-

teliksiz emekçiler, sağlığı olumsuz değerlendirmede bir uçta yer alırken kendi hesabına çalışanlar, beyaz yakalılar, burjuvalar ve yüksek nitelikli çalışanlar daha yüksek olumlu sağlık değerlendirmesine sahip olmuşlardır (Belek, 2004, ss. 73-74).

Gelir grupları açısından insanların genel sağlık memnuniyetleri incelendiğinde de gruplar arasında farklılık tespit edilmiştir. KONDA'nın (2016, s. 29) yaptığı araştırmaya göre alt ve alt orta düzeyde gelire sahip ekonomik sınıflar ortalama memnuniyet düzeyinin altında kalırken yeni orta ve üst gelir grubu sağlık memnuniyeti bakımından ortalama memnuniyetin üzerindedir.

Hane reisinin sınıfsal konumlarına göre mavi yakalılar, kendi hesabına çalışanlar, beyaz yakalılar ve burjuvalar şeklinde dört gruplu olarak ele alındığı sağlık değerlendirilmesinin ise SF-36 ölçeği ile değerlendirildiği bir başka çalışmada da sınıfsal yapılar arasında sağlık farklılıkları tespit edilmiştir. Buna göre mavi yakalı grup en düşük sağlık göstergelerine sahipken burjuvalar en olumlu sağlık düzeyine sahiptir. Bu sıralamada kendi hesabına çalışanlar mavi yakalılardan sonra ikinci, beyaz yakalılar üçüncü sırada yer almıştır (Koçoğlu, 2006, s. 84). Özetle belirtmek gerekir ki hem sosyoekonomik statüye göre alt konumda bulunan kişilerin hem de toplumsal sınıf kategorizasyonunda düşük nitelikli işler yapan kişilerin bulunduğu grupların algıladığı sağlık daha olumsuzdur.

Kişilerin sağlık/hastalık durumunu değerlendirebilmek için öne sürülen ikinci hipotez, hastalık sahibi olma durumuyla sosyoekonomik statü arasındaki ilişkiyi test etmeyi amaçlamıştır. Yapılan inceleme sonucunda hastalık sahibi olup olmaya göre sosyoekonomik statü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığa ulaşılamamış ve bu hipotez reddedilmiştir. Diğer bir ifadeyle kişilerin hasta olma durumlarına göre sosyoekonomik statüleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Ancak bu noktada analiz sürdürülerek en az bir hastalığı olan kişiler içerisinde hastalık sayıları ile sosyoekonomik statüleri arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Hipotez 3'e göre hastalık sayısı düşük olan kişilerin daha yüksek sosyoekonomik statü puanına sahip olacağı öngörülmüştür. Yapılan istatistiksel test sonucuna göre bu hipotez doğrulanarak kabul edilmiştir.

Genel olarak alt sınıflardaki kişilerin üst sınıflara kıyasla daha fazla hastalıklara yakalanma riski taşıdığı belirtilmektedir (Cirhinlioğlu, 2015, s. 34). Hastalıkların alt sosyoekonomik sınıfta artmasının nedenlerinden biri, gelirin azlığıdır. Diğer bir ifadeyle yetersiz maddi şartlar, hastalıkların artmasına yol açmaktadır (Graham, 1975'den akt. Türkdogan, 2016, s. 92). Aydın'ın incelemesinde de %20'lik gelir dilimlerine göre en alttaki grup ile en üstteki grup arasında yaklaşık %14 oranında

fark tespit edilmiştir. Yani en alttaki grupta %38,1 olan kronik hastalık oranı, en üst grup için %24'tür (Aydın, 2019, s. 52). Konuyla ilgili literatür incelendiğinde yine Tekin'in 2007'deki çalışması benzer bir sonuca ulaşmıştır. Tekin, üst sosyoekonomik sınıfta daha az, alt sosyoekonomik sınıfta daha çok kronik hastalık bulunduğunu tespit etmiştir (2007, ss. 172-173). Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmaların sonuçlarına göre de gelir ve eğitime dayanarak hastalık sıklıklarının değiştiği, düşük eğitim düzeyi ve gelire sahip olanların hastalıklar bakımından dezavantajlı konumda oldukları aktarılmıştır (Belek, 1998, ss. 147-148).

Ölçüm ve değerlendirme sistematigi farklı olmasına rağmen Ceylan'ın çalışması, mahalle düzeyinde sosyoekonomik farklılıklara göre iskemik kalp hastalıklarının görülme oranlarında farklılık tespit etmiştir. Ceylan, mahallelerin sosyoekonomik düzeylerinin kötüleştikçe iskemik kalp hastalıkları insidansının arttığını söylemektedir (2016, s. 70). Şavran'ın çalışmasında da eğitim ve gelir değişkenine göre hastalık sayılarında farklılık tespit edilmiş olup genel itibarıyla düşük eğitim ve gelir düzeyindeki kişilerin hastalık konusunda daha dezavantajlı olduğu ortaya konulmuştur (2010, ss. 227-228).

Hastalık görülme oranlarının gelirle ilişkisine bakıldığında Türkiye Sağlık Araştırması (2016) verileriyle yapılan hesaplama göre gelir düzeyi arttıkça hastalık oranının düştüğü gözlemlenmiştir (Hesaplama yazar tarafından yapılmıştır). TÜİK'in verilerine göre en alt gelir grubundaki kişilerde altı ay ya da daha uzun sürmesi beklenen hastalık bulunma oranları en düşük gelire sahip olan grupta %58, en yüksek gelir grubunda %42,4 olarak gerçekleşmiştir.

Genel sağlık/hastalık durumu ve sosyoekonomik statü ilişkisi kapsamında incelenen son hipotez bir sağlık göstergesi olarak vücut kitle indeksine göre sosyoekonomik statü puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını araştırmak üzere oluşturulmuştur. İlgili hipoteze göre zayıf ve normal kilolu olan kişilerin daha yüksek sosyoekonomik statü puanına sahip olduğu öngörülmüştür. Tüm katılımcıları kapsayacak şekilde yapılan teste göre zayıf ve normal kiloda olan kişilerin sosyoekonomik statü puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuş olup Hipotez 4 doğrulanarak kabul edilmiştir. Cinsiyet farkına göre yapılan incelemede ise erkeklerde fark tespit edilememişken kadınlarda fazla ve aşırı kilolu olan grubun sosyoekonomik olarak daha düşük konumda olduğu görülmüştür.

Konuyla ilgili literatürdeki farklı çalışmalar incelendiğinde ise bu araştırmayla örtüşen sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Örneğin; Hillger, düşük sosyoekonomik konumdaki kişilerin obeziteden daha fazla etkilendiğini belirtmektedir (akt. Özer,

2019b, s. 177) ve bu durum elinizdeki çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Avşar'ın çalışmasında alt sosyoekonomik gruptaki kişilerin beden kitle indeksi ortalamaları daha üst sosyoekonomik gruptakilerden yüksek çıkmıştır (2010, s. 68). Diğer taraftan cinsiyetlere göre farklılık bulunması da daha önce yapılmış çalışmalara benzerlik göstermekte (Ergin, 2014) ve kadınlar, sosyoekonomik konum itibarıyla obezite bakımından daha dezavantajlı durumda bulunmaktadır. Türkiye'de sosyoekonomik statünün değişkenlerinden biri olan eğitim durumuna bağlı olarak kadınların obezite durumu açıklanmış olup eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda obezitenin daha yüksek oranlarda olduğu görülmüştür. Kadınlarda eğitim düzeyi yükseldikçe obezite oranları düşmektedir (TBSA, 2014, s. 562; Ergin, 2014). Cinsiyet farkına göre şişmanlık düzeylerinin incelendiği Şimşek'in çalışmasında da eğitim ve gelirin erkeklerde şişmanlığı etkilemediği tespit edilmişken eğitim düzeyi ve gelir düzeyi düşük olan kadınlarda şişmanlık oranları daha yüksek bulunmuştur (2011, s. 47).

Genel sağlık/hastalık durumunun akabinde ele alınan bir başka gösterge, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi amacıyla gerçekleştirilen faaliyetler olmuştur. Hipotez 5'e göre koruyucu önleyici faaliyetlerde bulunan kişilerin daha yüksek sosyoekonomik statü puanına sahip olacağı öngörülmüştür. Yapılan inceleme sonucunda son bir yıl içerisinde en az bir kere koruyucu/önleyici faaliyette bulunmuş olan kişilerin sosyoekonomik statü puanları daha yüksek çıkmış ve hipotez doğrulanarak kabul edilmiştir.

Konuyla ilgili farklı çalışmalar incelendiğinde de bu araştırmanın sonuçlarına benzer nitelikte sonuçların olduğu görülmüştür. Hamile kadınların sağlık kontrolünden geçme sıklığının incelendiği bir çalışmada, düşük sosyoekonomik koşullardaki kadınların yüksek sosyoekonomik koşullardaki kadınlardan daha az sağlık kontrolünden geçtiği ifade edilmektedir (Erefe vd. 1998'den akt. Özen, 1994, s. 138). Diğer yandan Tekin, düzenli sağlık kontrolü yaptırmayı eğitim değişkeniyle ilişkisini incelemiş olup eğitim düzeyi yüksek olanların genel sağlık kontrolünü daha fazla yaptırdığını tespit etmiştir. Yine Tekin'in düzenli sağlık kontrolüyle ilgili bir başka bulgusu henüz hasta olmadan çocukları sağlık kontrolüne götürmekle ilgilidir. İlgili araştırma bulgusuna göre gelir düzeyi yükseldikçe çocukları kontrole götürme sıklığı artmaktadır (2007, s. 239, 243-244).

Çalışmanın altıncı hipotezi, sağlık hizmeti almak üzere başvuru alan bir kurum olarak özel hastaneleri tercih etme sıklığına göre sosyoekonomik statü puanları arasındaki farklılığı araştırmak amacıyla oluşturulmuştur. İlgili hipoteze göre sağlık hizmeti almak üzere özel hastaneleri daha sık tercih edenlerin sosyoekonomik statü puanlarının daha yüksek olması beklenmiştir. Yapılan analiz sonucunda Hipotez 6 doğrulanarak kabul edilmiştir.

Buradaki konu esas itibarıyla insanların sağlık kurumlarına gidişlerinde sosyo-ekonomik olarak bir farklılık olup olmadığıdır ve Eskişehir örneğinde Gönç ve Suğur'un çalışması, sosyoekonomik statü gruplarına göre sağlık kurumlarına başvuru kriterlerinin, sağlık kuruluşu tercihinin ve tercih nedeninin farklılaştığını belirtmektedir. Sağlık kurumlarının tercihinde yakınlık, ulaşım, konaklama gibi farklı tercih sebepleri bulunmakla birlikte yoksullar cepten daha az harcama yapacakları kurumları tercih etmektedir (Gönç ve Suğur, 2015, ss. 30-31). Nesanır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da işsizler, alt sosyal sınıflarda bulunanlar ve sağlık güvencesi olmayanların daha düşük oranda sağlık hizmeti kullandığı tespit edilmiştir (Nesanır vd., 2010, s. 1270). Türkkan'ın çalışması incelendiğinde de toplumsal sınıflara göre tercih edilen sağlık kurumlarının farklılaştığı, sınıfsal konumun yükselmesiyle birlikte özel kurumlardan daha fazla sağlık hizmeti alındığı belirtilmiştir (2005, s. 92).

Özel hastanelere başvuruya benzer şekilde cepten sağlık harcamasının yüksek oranda olduğu doktorların özel muayenehanesine gidişlerin incelendiği Tekin'in araştırmasında gelir düzeyi ile bu muayenehanelere gidiş durumu arasında ilişki tespit edilmiştir. Buna göre gelir düzeyi yüksek olanların özel muayenehanelere daha sık gittiği belirlenmiştir (2007, ss. 245-246).

Sağlıkla ilgili göstergelerden bir başkası, sağlıkla ilgili bilgi alınan kaynağın türü olarak belirlenmiştir. Buna göre katılımcılar, sağlık bilgi kaynağı olarak internet, sağlık uzmanları, medya, sosyal çevre ve geleneksel şifacılar seçeneklerini tercih sırasına koymuştur. Çalışma için oluşturulan hipoteze göre de ilk sırada geleneksel şifacılara başvuran kişilerin sosyoekonomik statü puanlarının daha düşük olacağı düşünülmüştür. Yapılan istatistiksel test sonucunda Hipotez 7 doğrulanarak kabul edilmiştir.

Sağlık ve hastalık konularında insanların bilgi edinme kaynağını incelemiş olan Kızılcılık (1995), kırsal ve kentsel alanda yaşayanlar arasında farklılık olduğunu bildirmiştir. İlgili çalışmada daha düşük eğitim ve gelir seviyesine sahip olan kırsal kesimdeki insanların çoğunun sağlık bilgilerini yaşlılardan, geleneksel iyileştiricilerden ve ailelerinden öğrendiği belirtilmiştir. Öte yandan kentsel kesimdeki insanların çoğunun sağlık bilgilerini okuldan, tıp doktorlarından ve basın-yayın organlarından öğrendiği bulgulanmıştır.

Çalışmanın sağlıkla ilgili pratikler ve sağlığa zararlı alışkanlıklarla ilgili kısmında spor yapmak, sigara ve alkollü içki kullanmak, sağlıkla ilgili değişkenler olarak ele alınmıştır. Hipotez 8'e göre spor yapmış/yapıyor olanların sosyoekonomik statü puanlarının daha yüksek çıkması beklenmiş ve analiz sonucunda bu hipotez doğru-

lanmıştır. Diğer bir ifadeyle spor yapmış/yapıyor olduğunu ifade edenlerin sosyoekonomik olarak daha avantajlı konumda oldukları görülmüştür.

Spor yapmanın, spor seyircisi olmanın, takım sporlarını ya da bireysel sporları tercih etmenin toplumsal tabakalar arasında farklılaştığı bildirilmektedir (Yüksel, 2016, ss. 418-419). Bu bilgiye ve araştırmadaki bulgulara paralel nitelikte düzenli spor yapma süresi ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkinin yıllar üzerinden incelendiği bir araştırmada spor yapmanın üst sosyoekonomik düzeye doğru çıktığında arttığı ve bir yaşam biçimi olarak spor yapıldığı bulunmuştur (Kaplan ve Akkaya, 2013, s. 152). Yüksel'in çalışmasında ise spor yapma ve toplumsal tabakalaşma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiş olsa da ilgili sonuçlar incelendiğinde düzenli spor yapmanın üst toplumsal tabakalara çıktıkça arttığı gözlemlenmiştir (Yüksel, 2012, ss. 75-76). Ayrıca İngiltere ve benzeri ülkelerde yoksul insanların spordan daha uzak olduğu da belirtilmiştir (Jarvis ve Wardle, 2009, s. 257).

Araştırma kapsamında sağlığa zararlı alışkanlıklar olarak incelenen iki davranış pratiği, sigara ve alkollü içki kullanımı olmuştur. Her iki alışkanlık türü için de kullanmayanların sosyoekonomik statü puanlarının daha yüksek çıkması beklenmiş ve Hipotez 9 ile Hipotez 10 bu doğrultuda oluşturulmuştur. Fakat yapılan analizlere göre ilgili hipotezler reddedilmiştir. Bir başka ifadeyle sigara ve alkollü içki kullanma durumlarına göre sosyoekonomik statülerin farklılaşmadığı görülmüştür.

Sigara kullanımı, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılaşmakta, gelişmiş ülkelerde düşük sınıflarda, gelişmekte olan ülkelerde yüksek sınıflarda bu sorun bulunmaktadır (Demiral vd., 2007, s. 28). Bununla birlikte sosyal sınıflar bakımından işverenlerin sigara içme riskinin diğer gruplardan daha düşük olduğu (Şimşek, 2011, s. 56), sigaraya başlamak için risk faktörlerinden birinin yoksulluk olduğu (Akgün, 2014, s. 107) tespit edilmiş olmanın yanı sıra sigara kullanımının bazı sosyoekonomik değişkenler bakımından farklılık göstermediği de bulunmuştur (Demiral vd., 2007, s. 35).

Türkiye'de alkol tüketimine ilişkin TÜİK'in "Hanehalkı Bütçe ve Tüketim Harcamaları" araştırmasının verileri kullanılarak yapılan incelemede, eğitim ve gelir seviyesi yükseldikçe alkol tüketiminin arttığı belirtilmiştir (Aydın, 2011, s. 346). Adak'ın çalışmasında da sigara ve alkol kullanımının kadınlar arasındaki dağılımı incelenmiş olup araştırmaya katılan kadınların %66,3'ü sigara, %83,9'u ise alkol kullanmadığını belirtmiştir. Adak, gelir ve sigara kullanımı arasında anlamlı bir

ilişki bulunmadığını belirtirken alkol kullandığını bildiren kadınların %51'i üst konum, %22'si ise orta konum mahallelerdedir (Adak, 2015, s. 199).

Yapılan incelemeler sonrasında çalışmanın sonuçlarını bütün olarak değerlendirmek gerekirse algılanan sağlık, hastalık yükü, obezite, sağlığı koruyucu ve hastalıkları önleyici faaliyette bulunma, özel hastaneleri tercih etme, sağlık bilgisi kaynağı tercihi ve spor yapma durumlarına göre avantajlı/nitelikli/olumlu konuma sahip kişilerin literatürdeki diğer çalışmalarla örtüşecek şekilde sosyoekonomik olarak daha iyi durumda olduğu görülmüştür. Sağlık pratikleri açısından sigara ve alkol kullanım durumuna göre istatistiksel olarak sosyoekonomik puan farklılığı bulunamamış olmakla birlikte literatürde de farklı sonuçlara ulaşıldığı tespit edilmiştir. Tüm bu sonuçlara göre daha iyi sağlık göstergelerinin/çıktılarının daha iyi sosyoekonomik duruma eşlik ettiği açıkça belirtilebilir. Bu çalışmaya dayanarak sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılabilmesi ya da en azından azaltılabilmesi için birtakım öneriler teklif edilmiştir:

Yukarıda da belirtildiği gibi sağlığın sosyoekonomik koşullarla yakından ilişkili olduğu gerçeğinden hareketle sağlık sadece medikal bir konu değil toplumsal bir içeriğe sahiptir. Bu bağlamda sağlık yalnızca sağlık profesyonellerinin değil tüm toplumsal aktörlerin gündeminde yer alması gerekmektedir. Sağlığın bütüncül bir perspektifle ele alınması, sağlığın tanımına da uygun düşecektir.

Sağlık; sosyoekonomik yönüyle saha araştırmalarında, mesleki uygulamalarda, sağlık politikalarında ve sosyal politikalarda daha fazla yer bulmalıdır.

Geniş kapsamlı sağlık araştırmaları ve adrese dayalı hasta kayıtları yoluyla bölgesel olarak sağlık riskleri tespit edilmeli ve riskli bölgelere öncelik verilerek buralarda eğitim, din, sağlık ve sosyal hizmetler bütünlüğünde müdahaleler gerçekleştirilmelidir.

Daha fazla hastalık yüküne sahip olan kişilerin sosyoekonomik olarak daha kötü durumda olduğu tespitinden hareketle bu insanların obezite, sigara/alkol kullanımını gibi hastalık riskleri hakkında bilgilendirilmeleri sağlanarak koruyucu ve önleyici faaliyetlere yönelim teşvik edilmelidir.

Nitelikli sağlık bilgisi, yaygın eğitimler yoluyla toplumun tüm kesimlerine ulaştırılmalı özellikle düşük sosyoekonomik kesimdeki kişilerin daha nitelikli bilgiye ulaşması kolaylaştırılmalıdır.

Sağlık ve sağlıkla ilgili pratikler konusunda nitelikli eğitimler verilerek özellikle spor yapmanın sağlıklı olmayla olumlu ilişki içerisinde olduğu bilgisi yaygınlaştırılmalı, sosyoekonomik olarak dezavantajlı kesimler başta olmak üzere tüm toplumun spora ya da çeşitli fiziksel aktivitelere yönelmesi sağlanmalıdır.



Health and Socioeconomic Status

Examination of Differences in Socioeconomic Status According to Some Health Indicators

İhsan Kutlu

Introduction

Social, economic, and environmental factors have an impact on health (Ministry of Health, 2011, p. 6), and the greatest determining factor among these is socioeconomic status (Turkish Thoracic Society, 2016; County Health Ranking Model, 2014). Due to variations among the factors affecting health, health inequalities occur. Health inequality is defined as the social health differences that emerge from social causes and are considered preventable (Belek, 1998, p. 102).

According to statistical data, class inequalities occur with regard to health (Browne, 2015, p. 17), and social health inequalities can be analyzed through statistics such as life expectancy and infant mortality (Belek, 2004, p. 17). Education, income distribution, and inadequate housing conditions manifest themselves as increased infant mortality rates (Çelik, 2019, pp. 30–31).

Based on World Bank data (2020a), a difference exists in countries with respect to income status in terms of life expectancy (2020a) and infant mortality rates (2020b) favoring those with higher incomes. In Turkey, differences also exist among provinces in terms of both life expectancy (Turkish Statistical Institute [TurkStat], Life Tables, 2018) and infant mortality rates (TurkStat, Death Statistics, 2019).

@ Research Assistant, Sakarya University. ikutluik@gmail.com

ID <http://orcid.org/0000-0002-5446-1924>



© Scientific Studies Association
DOI: 10.12658/M0472.
insan & toplum, 2020.
insanvetoplum.org

One of the criteria used to assess health at the individual level is the perceived health status obtained from individuals' own statements (Belek, 1998, p. 40). When analyzing data from the Turkey Health Interview Survey carried out by TurkStat (2016), the general health status of individuals is seen to differ according to education and income in favor of those with higher education and income levels (TurkStat, 2016, Microdata, as calculated by the current study's researcher).

While some studies examining the relationship between health and socioeconomic factors have mostly focused on the relationship between health and society (Türkdoğan, 2016; Kızılçelik, 1995; Tekin, 2007); others have more specifically addressed health inequalities (Belek, 2004; Türkkan, 2005; Koçoğlu, 2006; Şavran, 2010). These studies demonstrated health to vary based on socioeconomic factors, further stating health indicators to become more negative for lower socioeconomic conditions.

This current study aims to examine the relationship between the differences in health indicators and socioeconomic status in Turkey. This research uses the Türkiye Sosyo-Ekonomik Statü Endeksi [Turkey's Socio-Economic Status Index] (TUSES Index) for measuring socioeconomic status, and the study is performed throughout all of Turkey.

Conceptual and Theoretical Framework

Because health is a concept everyone thinks they know very well, defining it is considered unnecessary; however, healthy is a complex concept (Hayran, 2012). The World Health Organization (WHO, 1948, p. 100) additionally offers the most general definition of health as the absence of disease or disability and presence of physical, intellectual (mental/spiritual), and social well-being.

The meanings attributed to health and illness vary from person to person. Sometimes, one who is actually ill can be considered healthy, other times a healthy person can be considered ill (Adak, 2016, p. 101). Health for young people can be defined as being able to do various activities, while for the elderly this can be defined as being able to meet their own needs (Aggleton, 1990, as cited in Budak, 2019, p. 24). The concept of disease is also difficult to define (Adak, 2016, p. 101; Özer, 2019a, p. 13). When addressing the distinction between disease and illness, disease is when an organ functions abnormally and illness is the person's perception of this abnormality (Cirhinlioğlu, 2015, p. 25).

Another concept this study addresses is clarifying individuals', households', or groups' hierarchical position in the social system, sometimes basing socioeconomic status upon a single variable such as professional reputation and sometimes by combining more than one variable, such as education, income, occupation, and place of residence (Sunar, 2018, p. 124).

Three basic theories exist that individually aim to explain both health and disease and health inequalities: The traditional medical model, the epidemiological model, and the socio-political model (Hexel & Wintersberger, 1986, as cited in Belek, 1998, p. 55). Along with these three models, the Black Report (MacIntyre, 1998, pp. 224–226) emphasizes four basic categories in the definition of health inequalities: artificial, natural selection, materialist, and cultural explanations. In addition to these four explanatory models, the psychosocial, life-course, and health capital models are also used to explain health inequalities (Gönç, 2016, p. 65).

This study uses TUSES Index to address the economic (income), cultural (education), and occupational variables together and intends to present a sociopolitical explanation. This study is original due to its feature of evaluating socioeconomic status based on education, income, and professional reputation. In this way, the study eliminates the disadvantages health inequalities studies conducted in Turkey have had that addressed the subject through occupational categorization.

Another context in which this study discusses health inequalities is in regard to the health system. This issue is handled in Turkey as part of the Health Transformation Program (HTP). With the health reforms made in the 2000s, positive steps have been taken towards equality in health access (Güneş & Tekgüç, 2016, p. 379).

Method

This study has been conducted as a cross-sectional survey and quantitative research, describing individuals' socioeconomic status and health indicators in this context and includes relational analyses among the selected variables.

The population of the study is 2018 Turkey's urban population above the age of 18. With respect to a 95% confidence interval and 3% sampling error ($p = 0.8$; $q = 0.2$), a sample size of 683 people is considered sufficient for this population

(Baş, 2013, p. 43). However, as per the distribution planned for the research, 730 participants from 12 provinces, 37 districts, and 107 neighborhoods have been accessed.

The study uses the TUSES Index as the data collection tool, as well as a questionnaire for gathering information about health/illness and certain socio-demographics.

Thanks to the support Sakarya University Scientific Research Projects Coordination Unit gave to the project, the necessary funding for the field research has been provided; execution of the study was done with the help of a private research company. The field application phase of the study was conducted between November-December 2019.

When analyzing the data, the study uses basic descriptive statistics and certain difference tests, all at a significance level of $p < 0.05$.

The required permissions were obtained from the Sakarya University Ethics Committee in order to carry out the study; information was also collected from the participants on a voluntary basis.

The research question of the study can be expressed as “What is the relationship between socioeconomic status and health?” Based on this research question, a basic hypothesis has been established wherein people with higher socioeconomic status will also have better health indicators.

Findings

Due to information missing from the education, income, and occupational questions required for calculating the TUSES Index score, the research has been able to analyze data from a total of 648 people. Approximately 20% of the participants included in the study are under 24 years old. The percentage of participants over the age of 45 is 23.9%.

The research identified the SES (Socio-Economic Status) scores for the 648 people in total who had provided complete education, occupational, and income information; the lowest TUSES Index score for a household is 14.59 and the highest is 70.16.

The Relationship Between General Health/Disease and Socioeconomic Status

Based on the findings from analyzing the relationship between individuals' statements regarding their health (general health status) and their socioeconomic scores, a statistically significant difference has been observed at the $p < 0.01$ level among the groups; in addition, those who consider themselves to have good health have higher socioeconomic status scores.

The average TUSES Index score for the group consisting of people with no illness is found to be approximately half a point higher than the scores of those with at least one illness; however, in so far as the p was determined to be greater than 0.05, the difference between these groups is not statistically significant.

The TUSES Index scores for people with three or more illnesses are lower than the scores for those with one or two illnesses; a statistically significant difference was found between these groups at a level of $p < 0.05$. According to the obtained results, people disadvantaged in terms of disease indicators generally have lower socioeconomic status.

A statistically significant difference at the level of $p < 0.05$ has been found between the average socioeconomic scores for two groups: those with a body-mass index (BMI) above 25 and those with a BMI below 25. The average socioeconomic score for those with above-average weight is lower than the average for those with average/below-average BMI. Socioeconomic status scores for men according to BMI groups did not differ; whereas in women, a difference was observed to exist in favor of the group with a BMI under 25.

The average scores for people take no precautionary/preventative measures show a statistically significant difference from the average scores for those who take at least one precautionary/preventative measure ($p < 0.001$); those taking at least one precautionary/protective measure are observed to have higher average TUSES Index scores.

A statistically significant difference has been observed among the average TUSES Index scores for the groups with respect to the frequency of being admitted to private hospitals ($p < 0.001$); those who stated going to private hospitals more frequently have higher TUSES Index score averages. A statistically significant difference was found between all paired groups with respect to the results from the

multiple comparison tests. The socioeconomic status of groups who go to private hospitals more frequently is observed to be higher than those who go less frequently.

In ranking the primary preference for sourcing information regarding health, a statistically significant difference is found among the groups' average scores ($p < 0.001$), with the lower scores for the group preferring traditional healers first to be statistically different from all other groups ($p < 0.05$).

A statistically significant difference was observed among groups' average scores with respect to exercising ($p < 0.001$); those who exercise emerge as having higher socioeconomic status.

No statistically significant difference has been found between TUSES Index scores with respect to groups formed in terms of frequency of either cigarette or alcohol use ($p > 0.05$). However, when analyzing the average scores from these groups, the average TUSES Index scores have been determined to decrease with increases in the frequency of smoking while the average TUSES Index score increases with increases in the frequency of alcohol consumption.

Evaluation, Conclusion and Suggestions

When evaluating the study results obtained from the examinations as a whole, people who have an advantageous/qualified/positive position with respect to perceived health, disease burden, obesity, taking health-precautions and disease-preventing measures, preferring private hospitals, preference for sources on health information, and exercising have a better position socioeconomically, which parallels other studies in the literature. In terms of health practices, even though no statistically significant difference was found in socioeconomic index scores according to smoking and alcohol use, different results are observed to have been found in the literature. Based on all these results, one can explicitly argue that better health indicators/outcomes accompany higher socioeconomic status. As a result of the study, in order to eliminate or at least reduce health impairments in consideration of the relationship health has with socioeconomic status, the study suggests that health should be evaluated not only in the medical context but also through socioeconomic conditions; additionally, holistic social policies should be developed.

Kaynakça | References

- Aba, G. ve Ateş, M. (2015). *Sağlıkta eşitsizlikler*. İstanbul: Beta.
- Adak, N. (2016). Sağlıkta sosyal problemler. N. Adak (Ed). *Sosyal problemler sosyolojisi: Dünyadan ve Türkiye'den örnekler içinde* (ss. 99-133). Ankara: Siyasal.
- Adak, N. Ö. (2015). *Sağlık sosyolojisi kadın ve kentleşme*. Ankara: Siyasal.
- Akalın, M. A. (2015). *Sağlığa ve hastalığa toplumcu yaklaşım*. İstanbul: Yazılama.
- Avşar, H. (2010). *Yetişkinlerde sosyoekonomik durum, ekonomik çevre ve şişmanlık arasındaki ilişki*. Yüksek lisans tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı.
- Aydın, K. (2011). Türkiye'de alkollü içki kültürü ve hanehalkı alkol harcamaları. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(38), 335-347.
- Aydın, K. (2019). Yaşam koşulları ve sağlık hastalık algıları. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 32-68.
- Baloğlu, B. (2005). Sağlık ve sosyal sınıflar. *Sosyoloji Konferansları*, 31, 145-159.
- Baş, T. (2013). *Anket*. Ankara: Seçkin.
- Belek, İ. (1998). *Sınıf sağlık eşitsizlik*. İstanbul: Sorun.
- Belek, İ. (2004). *Sosyoekonomik konumda ve sağlıkta sınıfsal eşitsizlikler Antalya'da beş yıllık bir araştırma*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği.
- Browne, K. (2015). *Sosyolojiye giriş*. İstanbul: Say.
- Budak, F. (2019). Sağlık ve sağlık statüsü belirleyicileri. F. Budak (Ed.). *Sağlık statüsü belirleyicileri içinde* (ss. 23-40). Ankara: Siyasal.
- Ceylan, A. (2016). *Manisa'da küçük nüfus bölgelerinde sosyoekonomik durumun hastalık ve ölüm hızlarına etkisi*. Uzmanlık tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Cirhinlioğlu, Z. (2015). *Sağlık sosyolojisi*. Ankara: Nobel Akademik.
- County Health Ranking Model. (2014). *County health rankings model*. <https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/measures-data-sources/county-health-rankings-model> adresinden erişilmiştir.
- Çelik, Ş. (2013). Kümeleme analizi ile sağlık göstergelerine göre Türkiye'deki illerin sınıflandırılması. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14(2), 175-194.
- Çelik, Y. (2019). *Sağlık ekonomisi*. Ankara: Siyasal.
- Demiral, Y., Soysal A., Kılıç, B., Uçku, R., Bilgin, A. C., Karakuş N. ve Ünal B. (2007). İzmir Konak ilçesinde 20 yaş ve üzeri nüfusta sosyoekonomik göstergeler ve koroner kalp hastalığı ilişkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(1), 27-40.
- Dünya Bankası. (2020a). *Life expectancy at birth, total (years)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?+end=2017&start=1960&view=chart> adresinden erişilmiştir.
- Dünya Bankası. (2020b). *Mortality rate, infant (per 1,000 live births)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?+end=2017&start=1960&view=chart> adresinden erişilmiştir.
- Ergin, I. (2014). Obezitede sağlık eşitsizlikleri ve Türkiye'ye dair bir değerlendirme. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 29(2), 83-90.
- Gönç-Şavran, T. (2020). Sağlık sosyolojisinde temel yaklaşımlar ve teoriler. İ. Öz ve M. Özben (Ed.). *Sağlık sosyolojisi içinde* (ss. 67-89) Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını.
- Gönç, T. ve Suğur, N. (2015). Güneş girmeyen eve doktor girer (mi?): Sağlık hizmetlerinde koşullar, tercihler ve nedenler üzerine. D. Alptekin (Ed.). *Hasta toplum: Cinsiyetçilik, tıbbileştirme ve tüketime dair sağlık çözümlenmeleri içinde* (ss. 1-37). Ankara: Nobel Akademik.

- Gönç, T. (2016). Sınıf, sağlık, eşitsizlik. N. Adak (Ed.). *Sağlık sosyolojisinde güncel tartışmalar* içinde (ss. 61-83). Ankara: Nobel.
- Güneş, Z. N. A. ve Tekgüç, H. (2016). Türkiye’de sağlık ve tabakalaşma: Eşitsizliklerinin sağlıkta tabakalaşmaya etkisi. L. Sunar (Ed.). *Türkiye’de toplumsal tabakalaşma ve eşitsizlik* içinde (ss. 367-383). Ankara: Matbu Kitap.
- Hayran, O. (2012). Sağlık ve hastalık. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 23, 82-85.
- Jarvis, M. J. ve Wardle, J. (2009). Kişisel sağlık davranışlarında sosyal kalıplanma: Sigara içme durumu. M. Marmot ve R. G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın sosyal belirleyicileri* içinde (ss. 257-272). İstanbul: İncev.
- Kaplan, Y. ve Akkaya, C. (2013). Toplumsal tabaka farklılıklarının spora yansıyan sonuçları (Antalya örneği). *Mediterranean Journal of Humanities*, 3(2), 143-158.
- Kızılçelik, S. (1995). *Kırsal kesim ve kentsel kesimdeki sağlık sisteminin sosyolojik açıdan karşılaştırmalı olarak incelenmesi*. Doktora tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi SBE.
- Koçoğlu, D. (2006). *Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler*. Yüksek lisans tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- KONDA. (2016). *KONDA barometresi sağlık algısı*. İstanbul: Konda Araştırma ve Danışmanlık.
- Macintyre, S. (1998). Black raporu. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 13(3), 222-235.
- Marshall, G. (2003). *Sosyoloji sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat.
- Nesanır, N., Dinç, G., Cambaz, S., Baysan, P., Şerifhan, M., Devenci, Ş., Pala, T. ve Özcan, C. (2010). Sosyal sınıfın ve sağlık güvencesinin Manisa’daki sağlık hizmet kullanımı üzerine etkisi: Bir eşitsizlik araştırması. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 30(4), 1263-71.
- Oskay, Ü. (1993). Medikal sosyolojide bazı kavramsal açıklamalar. *Sosyoloji Dergisi*, 4, 89-140.
- Özen, S. (1994). Sağlık ve sosyo-kültürel yapı değişkenleri. *Sosyoloji Dergisi*, 5, 133-145.
- Özer, Ö. (2019a). Sağlık sosyolojisinde temel kavramlar. Ö. Özer ve F. Şantaş (Ed.). *Sosyolojik boyutlarıyla sağlık* içinde (ss. 1-21). Ankara: Nobel Akademik.
- Özer, Ö. (2019b). Sağlık statüsü belirleyicisi olarak yaşam tarzı. F. Budak (Ed.). *Sağlık statüsü belirleyicileri* içinde (ss. 171-188). Ankara: Siyasal.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü*. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayını No: 814.
- Sarı, Ö. ve Atılğan, K. G. (2012). *Sağlık sosyolojisi: Hastalık ve sağlığa ilişkin kavramsal tartışmalar*. Konya: Karatay Akademi.
- Sunar, L. vd. (2016). *Türkiye sosyo-ekonomik statü endeksi geliştirme projesi*. TÜBİTAK Proje Raporu.
- Sunar, L. (2018). *Sosyal tabakalaşma: Kavramlar, kuramlar ve temel meseleler* (1. Baskı). Ankara: Nobel Akademik.
- Şavran, T. G. (2010). *Toplumsal eşitsizlikler ve sağlık: Eskişehir’de sosyolojik bir araştırma*. Doktora tezi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Şimşek, H. G. (2011). *Sosyal eşitsizliklerin koroner kalp hastalığı risk etmenlerine etkisi*. Doktora tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Şimşek, H. ve Kılıç, B. (2012). Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(2), 116-127.
- TBSA. (2014). *Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf> adresinden 05.06.2020 tarihinde erişilmiştir.

insan & toplum

- Tekin, A. (2007). *Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur örneği)*. Yüksek lisans tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi SBE.
- TÜİK. (2016). *Türkiye sağlık araştırması mikroveri*. Veriler TÜİK'ten temin edilmiştir.
- TÜİK Hayat Tabloları. (2018). İstatistikler. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1100 adresinden erişilmiştir.
- TÜİK Ölüm İstatistikleri. (2019). İstatistikler. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=114&locale=tr> adresinden erişilmiştir.
- Türk Toraks Derneği. (2016). *Toplumsal sağlık sadece tıba indirgenebilir mi?* <https://www.toraks.org.tr/halk/News.aspx?detail=3238> adresinden erişilmiştir.
- Türkdoğan, O. (2016). *Toplumsal yapı ve sağlık-hastalık sistemi*. İstanbul: Çizgi.
- Türkkan, A. (2005). *Uludağ üniversitesi-Nilüfer belediyesi Fethiye halk sağlığı eğitim ve araştırma merkezi bölgesinde sosyoekonomik açıdan farklı iki bölgede sağlıkta eşitsizlikler ve bunu etkileyen etmenler*. Doktora tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- WHO. (1948). *Official records of the world health organization, No 2*. International Health Conference Held In New York From 19 June To 22 July 1946.
- Yüksel, M. (2012). *Sosyal tabakalaşma ve spor ilişkisi: İstanbul örneği*. Doktora tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yüksel, M. (2016). Türkiye'de tabakalaşma ve spor. L. Sunar (Ed.). *Türkiye'de toplumsal tabakalaşma ve eşitsizlik içinde* (ss. 417-442). Ankara: Matbu Kitap.