

Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi

Deniz Koçoğlu* Belgin Akın**

Özet

Giriş: Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlığı geliştirme ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğu vurgulanmakta ancak bu konuyla ilgili yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır.

Amaç: Bu çalışma Konya kent merkezinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikleri değerlendirmek ve sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisini göstermek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma Konya kent merkezinde bulunan sosyoekonomik yönden farklı iki mahallede yapılmıştır. Araştırmada sistematik örneklem yöntemi ile seçilen her mahalleden 200'er olmak üzere toplam 400 birey araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmada veriler sosyoekonomik bilgi formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği Kısa Form-36 kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde t testi, ki-kare testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile Tukey HSD testi ve çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada sınıfsal konum, algılanan ekonomik durum, gelir durumu, yaşanılan mahalle ve hanedeki birey sayısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde belirleyici olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık bileşeni için yaş, hanede yaşayan birey sayısı, mahalle aylık gelir ve sınıfsal konum gibi sosyoekonomik göstergelerin; yaşam kalitesi ölçeğinin mental sağlık bileşeni için cinsiyet, doğum yeri, mahalle, sağlık güvencesi, gelir ve algılanan ekonomik durumun belirleyici olduğu saptanmıştır (p < 0.05).

Sonuç: Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi için belirleyici olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sosyoekonomik Eşitsizlik, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi, Hemşirelik.

The Relationship of Socioeconomic Inequalities to Healthy Lifestyle Behaviors and Quality of Life

Background: It is emphasis that socioeconomic inequalities has negative impact on healthy lifestyle and quality of life however the research related to this subject doesn't found enough.

Objectives: The purpose of the study was to examine socioeconomic inequality in Konya downtown and indicated socioeconomic inequality related to healthy life-style behaviors and quality of life.

Methods: The study participants were 400 people selected with systematic random sampling method from two regions (each other 200 people) in Konya downtown center. A researcher designed questionnaire and two instruments Healthy promotion lifestyle profile (HPLP) and short form 36 (SF-36) for quality of life were used for the study. Student t testi, X² test, One way analyses of variance and Tukey HSD and Multiple regression analyses were used to evaluate data.

Results: The predictors of healthy life-style behaviors were social class, perceived economic status, income, region living and size of household (p < .05). It has been found that; whilst age, size of household, region and income were important for the physical health part of quality of life scale, gender, the place of born, region, health security, income and perceived economic status were important for the mental health part of quality of life scale (p < .05).

Conclusion: Socioeconomic inequalities are the predictors of healthy life-style behaviors and quality of life

Key Words: Socioeconomic Inequality, Healthy Life-Style Behaviors, Quality of Life, Nursing.

Dünyada sağlıkta eşitsizlik konusu 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından benimsenen Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) felsefesi sonrası önem kazanmıştır. Buna rağmen sağlıkta eşitsizlikler sınıflı toplumsal yaşantı ile başlayan bir süreç olarak kabul edilmektedir (Belek, Nalçacı, Onuroğulları ve Ardıç, 1998). DSÖ (1997)'ye göre sağlıkta eşitsizlik, bireyler ve gruplar arasında önlenemez, ortadan kaldırılabılır nitelikteki sağlık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlığı etkileyen risk faktörleri arasındaki farklılıklar olarak tanımlanmaktadır. Belek (2004) sağlıkta eşitsizliği; *“Doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenler yoluyla etki gösterdikleri; önlenemez, önlenemez olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan eşitsizlikler olarak tanımlamaktadır. Ayrıca sağlıkta eşitsizlikleri bireysel değil toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, mücadele edilmesi gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliğinin gerektiği, toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklar”* olarak nitelendirmektedir.

Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili çalışmaların tarihi oldukça eskilere dayanmaktadır (Terris, 1997). Konu günümüzde ise özellikle 1980'lerde İngiltere'de “Siyah Raporu”nun (Black Report) yayınlanması ile yeniden gündeme gelmiştir (Smith, Bartley, Blase 1990). Sağlıkta eşitsizlik konusunun yeniden gündeme gelmesinin iki nedeninin olduğu söylenmektedir. Bunlardan birisi eşitsizliklerin insanlık dışı ve kabul edilemez niteliğidir. Diğerinin ise, çeşitli toplumsal gruplar ve ülkeler arasındaki eşitsizliğin yıllar içinde artma eğilimi göstermesi olduğu belirtilmektedir (Power, 1994).

Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerine etkileri kadın, çocuk ve yaşlı gibi risk gruplarında daha belirgin olmakla birlikte tüm toplumun sağlığını olumsuz etkilemektedir. Belek (1998)'in bildirdiğine göre sağlıkta eşitsizlikler ile ilgili yapılan araştırmalarda ortaya çıkan sonuç gelir, eğitim ve mesleki statüsü düşük olan bireylerin bütün bireysel sağlık göstergeleri bakımından daha kötü durumda olmalarıdır. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin görüldüğü toplumlarda bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama olasılıklarının daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Debo-

* Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü E-mail: deniizkocoglu@gmail.com
Tel: 0 312 305 15 80 / 155

** Yard. Doç. Dr.ş Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü.

rah, Taylor, Henderson ve The ALSPAC Study Team 1998; Acherson ve ark., 2000). Bazı çalışmalarda da ekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimini etkileyen bir faktör olduğu gösterilmektedir (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004; Acherson ve ark., 2000; Millio 2005). Sağlığı geliştirme, insanların kendi sağlıklarını üzerinde kontrollerini artırabilme ve sağlık düzeylerini yükseltebilme süreci olarak tanımlanmakta (Ottawa Charter, 1986) ancak sağlığı geliştirici davranışları uygulama ile ilgili araştırma sonuçları sağlığı geliştirmede bireye sorumluluk yüklemenin yetersiz bir yaklaşım olduğunu göstermektedir. Whitehead ve Dahlgren (1997) geliştirdikleri sağlık modelinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını bireysel tercih olmanın ötesinde sosyoekonomik çevrenin bir sonucu olarak tanımlanmaktadır (Ireland Capital ve Health Survey, 2000). Sağlığın geliştirilmesine yönelik yapılan bazı uluslar arası konferanslarda sosyal adaletin ve barışın sağlanması, insanların barınma, giyim gibi temel ihtiyaçlarını karşılamada sorun yaşamaması, ekonomik, politik ve toplumsal anlamda destekleyici çevre oluşturulması sağlığı geliştirme faaliyetlerinin ön şartı olarak vurgulanmıştır (Ottawa Charter, 1986; Bogota Declaration, 1992). Herkes için sağlığı geliştirme çabalarının başarıya ulaşması için yapılacak ilk uygulamanın toplumdaki sağlık eşitsizliklerinin azaltılması olduğu söylenmektedir (Epp, 1997).

Sağlığı geliştirmeye yönelik yaklaşımların ön plana çıkmasıyla yaşam kalitesi kavramı da sağlık hizmetlerinin önemli bir hedefi haline gelmiştir (Şahin 1999). Ancak sağlıklı geliştirmenin unsuru olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olduğu gibi yaşam kalitesinin de sosyoekonomik durumla yakın ilişkisi olduğu vurgulanmakta ve sosyoekonomik eşitsizliklerin tek başına yaşam kalitesinin artırılmasında engelleyici bir faktör olduğu belirtilmektedir (Tekeli, Güler, Vaizoğlu, Algan ve dündar, 2002). Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik yönden olumsuz koşullara sahip olanların yaşam kalitesi bakımından da olumsuz özellikler sergilediğini göstermektedir (Aldinç ve ark., 2004; Ay, Güngör ve Özbaşaran, 2004; Wang ve Shen, 2003).

Hemşirelik alanında yapılan çalışmaların sağlık eşitsizliklerini anlamada önemli bir katkı sağladığı ancak bu araştırmalarda sağlık eşitsizliklerine yönelik kavramsal yapıyı ve sağlık eşitsizliklerinde rol oynayan faktörlerin belirlenmesine gereksinim olduğunu belirtilmiştir (Berkowitz ve McCubbin, 2005). Son dönemlerde hemşirelik alanında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine yönelik çalışmaların sayıca fazla olduğu ancak her iki olgununda sosyoekonomik eşitsizlikler temelinde tartışılmadığı ve sosyoekonomik eşitsizlik ve sağlık üzerine etkileri ile ilgili yaklaşımların yoksulluk üzerine odaklandığı görülmektedir. Yoksulların sağlık gereksinimlerinin hemşirelik açısından tanımlandığı ve yoksulluğun değiştirilebilir bir faktör olmasının yanı sıra hastalık ve mortalite üzerindeki ciddi etkileri de göz önüne alındığında halk sağlığı hemşireleri için önemli bir risk grubu olarak belirlendiği görülmektedir (Allender ve Spradley, 2001). Uluslar arası hemşirelik konseyi (ICN) tarafından hemşireler, yoksulluğu ve yoksulluğun etkilerini en iyi tanımlayabilecek, yoksul halkın savunuculuğunu en iyi yapabilecek ve yoksulluğun ortadan kaldırılması için en uygulanabilir çözümleri bulabilecek konumdaki sağlık personeli olarak tanımlanmıştır (ICN, 2004). Ancak hemşirelik bilminde son dönemlerde, özellikle sağlığı geliştirme, yaşam kalitesi ve bununla ilgili teorilerde bireysel faktörlerin yanı sıra toplumsal faktörleri ve

toplumsal eşitlik temelli bakış açılarını içeren; sosyal adalet ve sosyal bilinç temelli teorik alt yapının ortaya çıkması gerektiği ile ilgili tartışmalar yapılmaktadır (Browne, 2001; Giddings, 2005; Kirkham ve Browne, 2006). Bu tartışmalarda farklı kültürlerde toplumsal yapının özellikle toplumun sahip olduğu sosyoekonomik yapının sağlığa olan etkilerini gösteren çalışmalara olan gereksinimleri göstermektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikleri değerlendirmek ve sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlığı geliştirmenin iki önemli unsuru olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisini göstermek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi ve Yeri

Kesitsel ve karşılaştırmalı tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma Konya kent merkezinde bulunan 10 nolu ve 3 nolu sağlık ocağı bölgesinde yer alan birer mahallede yapılmıştır. Araştırma metninde 10 nolu sağlık ocağı hizmet bölgesinde yer alan mahalle I. Bölge, 3 nolu sağlık ocağı bölgesindeki mahalle ise II. Bölge olarak belirtilmiştir. Araştırma için bu mahallelerin seçilmesinin iki nedeni vardır. Birincisi bu mahallelere sağlık ocağı tarafından ev ziyaretlerinin düzenli olarak yapılması ve kayıtların düzenli olmasıdır. Diğer nedeni ise iki bölgenin farklı sosyoekonomik düzeylere sahip olmasıdır.[†] Sosyoekonomik açıdan farklı ve düzenli kayıtları bulunan iki mahallenin seçiminin sosyoekonomik eşitsizlikleri net olarak saptamak ve sonraki yıllarda izlemek için uygun olacağına ilişkin literatür bilgileri bulunmaktadır (Belek, 1998; Roberts, 1997; Fone ve Dunstan, 2006).

Eşitsizliklerle ilişkili olduğu düşünülen sosyoekonomik değişkenlerin mahalleler arasındaki dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır. İki-üç odalı evde oturanların, hanedeki birey sayısı fazla olanların, aylık geliri asgari ücret ve daha altında olanların, ekonomik durumunu kötü algılayanların ve sağlık güvencesi olmayanların çoğunluğu II. Bölgede yaşamaktadır. Sınıfsal konum bakımından mahalleler incelendiğinde ise II. Bölgenin % 47.0'sinin mavi yakalılardan oluştuğu ve I. Bölgenin ise % 33.5'i burjuva ve % 32.5'i beyaz yakalılardan oluştuğu görülmektedir. Kendi hesabına çalışanların II. Bölgedeki (% 22.0) ve I. Bölgedeki (% 20.0) oranları birbirine çok yakındır. Sosyoekonomik değişkenler bakımında II. Bölgenin dezavantajına olacak şekilde mahaller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p < .05).

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini I. Bölgede yaşayan ve 18-65 yaş arasında olan 2384 kişi, II. Bölgede yaşayan ve 18-65 yaş arasında olan 818 kişi olmak üzere toplam 3202 kişi oluşturmuştur. Örnek büyüklüğünü belirlemede Rosner (1995) tarafından sağlıkla ilgili çalışmalarda kullanılabilirliği bildirilen bağımsız gruplarla yapılan araştırmalarda örnek büyüklüğünün saptanmasına yönelik formül kullanılmıştır. Bilinen parametreler olarak % 95 güven düzeyi, % 10 standart sapma, % 90 güç dikkate alınarak hesaplanmıştır. Bu değerler göz önüne alınarak yapılan olması gereken örnek büyüklüğü 50 birey olarak tespit edilmiştir.

[†] Sosyoekonomik yönden farklı mahallelerin belirlenmesi için gerekli bilgiler belediye ve valilikten elde edilmiştir.

miştir. Sosyoekonomik eşitsizlikleri değerlendirmek için önemli bir sosyoekonomik gösterge olan sınıfsal konum araştırmada mavi yakalılar, beyaz yakalılar, kendi hesabına çalışanlar ve burjuvalar olmak üzere dört grupta temsil edildiğinden her bölge için örnek büyüklüğü (50*4) 200 kişi kabul edilmiştir. Araştırma iki ayrı yerleşim yerinde yürütüldüğünden toplam 400 kişi araştırma örneğini oluşturmaktadır. Tablo 2’de araştırma grubuna ait bazı demografik özellikler sunulmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada bireylerin sosyoekonomik durumlarını değerlendirmek için literatüre dayalı olarak hazırlanan bilgi

formu kullanılmıştır (Belek, 1998; Boratav, 1995; Erengin ve Dedeoğlu, 1998; Whang ve Shen, 2003). Bireylerin sağlığı geliştirme aktivitelerini değerlendirmek amacıyla “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği”, yaşam kalitesini değerlendirmek için “Kısa Form-36 (SF 36)” kullanılmıştır. Bilgi formunda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, doğum yeri ve yaşamının 2/3’ünü geçirdiği yer gibi bireye özgü tanımlayıcı bilgilerin yanı sıra; sosyoekonomik eşitsizliği değerlendirmek için bireylerin yaşadıkları mahalle, sağlık güvencesi, konut mülkiyeti, aylık gelir, algılanan ekonomik durum ve sınıfsal konum bilgileri yer almaktadır.

Tablo 1. Araştırma Bölgelerinde Yaşayan Bireylerin Bazı Sosyoekonomik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	I.BÖLGE*		II.BÖLGE**		Test ve p Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	
Konut Mülkiyeti					
Ev Sahibi	96	48.0	85	42.5	X ² = 1.22
Kiracı	104	52.0	115	57.5	p= .269
Hanedeki birey sayısı					
2-4 kişi	153	74.5	88	44.0	X ² = 6.04
5-7 kişi	47	23.5	91	56.0	p= .010
Oda Sayısı					
2 -3	54	27.0	79	39.5	X ² = 7.04
4 -7	146	73.0	121	60.5	p= .008
Aylık Gelir Durumu (YTL)					
0-450	19	9.5	58	29.0	
451-900	45	22.5	89	44.5	X ² = 83.3
901-1350	49	24.5	36	18.0	p= .000
1351 +	87	43.5	17	8.5	
Algılanan Ekonomik Durum					
Kötü	38	19.0	72	36.0	X ² = 25.2
Orta	100	50.0	102	51.0	p= .000
İyi	62	51.0	26	14.0	
Sağlık Güvence Durumu					
Sağlık güvencesi yok	9	4.5	22	11.0	
Yeşil kart	11	5.5	38	19.0	X ² =28.96
Emekli sandığı	48	24.0	35	17.5	p= .000
SSK	69	34.5	62	31.0	
Bağkur	46	23.0	37	18.5	
Özel sağlık sig.	17	8.5	6	3.0	
İlk Başvurulan Kurum					
Sağlık Ocağı	38	19.0	105	52.5	
Devlet Hast.	91	45.5	67	33.5	X ² =55.62
Üniversite Has.	21	10.5	7	3.5	p= .000
Özel Mua.ve Hastan.	50	25.0	21	10.5	
Sınıfsal konum					
Mavi yakalılar	28	14.0	94	47.0	
Beyaz yakalılar	65	32.5	35	12.5	X ² =60.13
Kendi hesabına çalışanlar	40	20.0	44	22.0	p= .000
Burjuvalar	67	33.5	27	13.0	
Toplam	200	100.0	200	100.0	

*10 nolu sağlık ocağı bölgesindeki mahalle

**3 Nolu sağlık ocağı bölgesindeki mahalle

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Bireylerin Bazı Tanıtıcı Özellikleri

Yaş Grupları	Sayı	%
18-29	132	33.0
30-41	130	32.5
42-53	96	24.0
54-65	42	10.5
Cinsiyet		
Erkek	157	39.3
Kadın	243	60.7
Eğitim Durumu		
İlkokul mezunu	148	37.0
Lise mezunu	175	44.0
Yüksekokul ve üstü eğitim	77	19.0
Medeni Durum		
Evli	284	71.0
Bekar	74	18.5
Dul	42	10.5
Doğum Yeri		
Köy	66	16.5
İlçe	111	27.8
İl	223	55.7
Yaşamın 2/3 geçirilen yer		
Köy	29	7.2
İlçe	74	18.5
İl	297	74.3
TOPLAM	400	100.0

Bireylerin sınıfsal konumunun saptanmasında hane reisinin mesleği, eğitim durumu ve işteki konumu değerlendirilmiş ve hane reisinin sınıfsal konumu hane üyelerinin sınıfsal konumu olarak kabul edilmiştir. Araştırmada sınıfsal konum “mavi yakalılar, beyaz yakalılar, kendi hesabına çalışanlar ve burjuvalar” olmak üzere dört grupta gösterilmiştir (Belek, 1998; Boratav, 1995). Sınıfsal konum belirlenirken işsizler, daha çok kol emeğini kullanan işçi-emekçiler ile eğitim düzeyi düşük olup, maddi üretim yapmayan ve hizmet işi görenler (hademe gibi) mavi yakalı; lise ve yüksek okul düzeyinde eğitilmiş olan, kafa emeğine dayalı iş yapanlar (öğretmen, hemşire gibi) beyaz yakalı; kendi işine sahip olup, başkasını çalıştırmayanlar, kendi hesabına çalışanlar; kendi işine sahip olup yanında en az 1-2 birey çalıştıranlar burjuva olarak değerlendirilmiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği Esin (1997)'in bildirdiğine göre Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Esin (1997) tarafından yapılmıştır. Toplam 48 maddeden oluşan ölçeğin altı alt grubu vardır. Güvenirlik için madde toplam puan güvenilirliği incelenmiş her bir madde korelasyon değerlerinin .27 ile .55 arasında değiştiği görülmüştür. Geçerlik için test-tekrar test korelasyonları değerlendirilmiştir. Ölçeğin tamamı ve alt grupları için r değerleri; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için .99, kendini gerçekleştirme için .99, sağlık sorumluluğu için .98, egzersiz için .97, beslenme .98, kişilerarası destek için .97, stres yönetimi için .98

olarak bulunmuştur. Her bir alt grubun puanı bağımsız olarak tek başına kullanılabilmektedir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumlu ifadeler şeklinde olup ters yönde madde bulunmamaktadır. Ölçeğin tamamı ve alt gruplarından alınan yüksek puan olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak yorumlanmaktadır. Bu araştırmada da ölçeğin Cronbach alfa katsayıları; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için .88, kendini gerçekleştirme için .89, sağlık sorumluluğu için .89, egzersiz için .91, beslenme için .92, kişilerarası destek için .90, stres yönetimi için .90 olarak bulunmuştur.

Rand Corporation (1992) tarafından geliştirilen SF-36'nın (Kısa Form-36) ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik için ölçeğin iç tutarlılığı incelenmiş her bir alt ölçek için Cronbach alfa güvenilirlik sayıları .73-.76 arasında bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyonları ise .47-.88 arasında hesaplanmıştır. Geçerlik çalışmasında benzer ölçekle karşılaşma yönteminden yararlanılarak yapı geçerliği incelenmiştir. Bu amaçla Nottingham Sağlık Profili (NSP) ölçümleri kullanılmıştır. Her iki ölçeğin benzeşen alt ölçekleri arasında korelasyon kat sayılarının benzeşmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılığına yönelik Cronbach alfa katsayıları. 88 ile. 94 arasında bulundu SF-36 sağlık durumunun hem olumlu hem olumsuz yönlerini değerlendirmektedir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği için toplam bir puan elde etmek mümkün değildir. Bunun yerine SF-36 ölçeğinde sağlığın fiziksel ve mental bileşenleri için özet puanlar elde edilebilmektedir. Fiziksel sağlık bileşenleri ölçekteki fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı ve genel sağlık algısı alt ölçekleri iken, mental sağlık bileşenleri; canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık alt ölçekleridir. Özet puanlarda en düşük “0” en yüksek “100” puan alınmaktadır ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir.

Verilerin toplanması

Veriler araştırmacı tarafından ev ziyaretleri ile yüz yüze görüşme yöntemi ile 01 Mart-31 Nisan 2006 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama işlemi yaklaşık 20-25dk sürmüştür. Veri toplama sırasında araştırmaya katılmayı kabul etmeyen birey olmamış ve araştırma sırasında evde bulunamayan hanelere düzenlenen tekrarlı ziyaretlerle ulaşılmıştır.

Verilerin analizi

Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 10.0 paket programında yapılmıştır. Araştırma bölgelerine ait özelliklerin değerlendirilmesinde ki-kare testinden yararlanılmıştır. Bağımsız değişkenlerle sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesinde t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile Tukey HSD önemlilik testi yapılmıştır. Tek değişkenli analizlerle sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile anlamlı düzeyde ilişkili olan değişkenlerin birlikte etkilerini değerlendirmek için çoklu regresyon analizleri yapılmıştır. Kullanılan ölçekler arasındaki korelasyon spearman korelasyon analiziyle değerlendirilmiştir (p< .05 kabul edilmiştir).

Etik konular

Araştırma için Konya İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli

yazılı izinler alınmış ve veri toplama sırasında bireylere de gerekli açıklamalar yapılarak aydınlatılmış onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada kullanılan ölçeklerin özelliğinden dolayı araştırmaya okuryazar olmayanların dahil edilmemesi sosyoekonomik eşitsizliklerin değerlendirilmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

Bulgular

Demografik ve sosyoekonomik bulguların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi

Araştırmada yapılan tek değişkenli analizlerin sonucunda 18-29 yaş aralığında olanların ($F = 20.63, p=.008$) kadınların ($t = 4.01, p = .000$), ilköğretim mezunlarının ($F = 42.22, p = .000$), medeni durumu dul olanların ($F = 3.46, p = .037$) doğum yeri köy olanların ($F = 9.85, p = .000$), yaşantısının büyük çoğunluğunu köyde geçirenlerin ($F = 15.84, p=.000$), kiracı olanların ($t = 3.40, p=.001$), hanede yaşayan birey sayısı 5-7 olanların ($t = 4.38, p = .000$),

yaşanılan konuttaki oda sayısı 2-3 odalı olanların ($t = 9.90, p = .000$) aylık geliri 0-450 YTL olanların ($F = 101.6, p = .000$), ekonomik durumunu kötü algılayanların ($F = 112.6, p = .000$), sağlık güvencesi olmayanların ve sağlık güvencesi yeşil kart olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının ($F = 140.9, p = .000$) daha düşük olduğu bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sınıfsal konum arasındaki ilişki incelendiğinde Tukey HSD analizi sonucunda bütün gruplar için fark anlamlı bulunmuştur ($F = 145.3, p = .000$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin toplam puanı için gruplar aldıkları puana göre en düşüğe en yükseğe mavi yakalılar (95.6 ± 13.8), kendi hesabına çalışanlar (116.5 ± 13.4), beyaz yakalılar (123.4 ± 14.5) ve burjuva sınıfı (131.3 ± 11.3) olarak sıralanmıştır. Yaşanılan mahalle ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde fark anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). I. Bölgede yaşayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları puan ortalaması (122.5 ± 19.1) II. Bölgede (108.1 ± 16.6) yaşanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($t = 8.00, p = .000$) (Tablo 3 ve Tablo 4).

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlarının Dağılımı (N=400)

	Yaşam Kalitesi Puanı		
	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanı	Fiziksel Sağlık Bileşenleri	Mental Sağlık Bileşenleri
Yaş			
18-29	114.0 ± 20.9	74.3 ± 13.0	73.7 ± 18.5
30-41	116.8 ± 18.6	72.6 ± 19.1	75.2 ± 17.5
42-53	117.0 ± 17.8	73.8 ± 19.3	72.8 ± 19.9
54-65	119.4 ± 20.9	48.8 ± 22.8	59.9 ± 21.1
	F = 20.63 p = .008	F = 26.7 p = .000	F = 7.45 p = .000
Cinsiyet			
Erkek	120.1 ± 18.7	76.6 ± 15.1	78.0 ± 16.5
Kadın	112.2 ± 19.1	66.4 ± 20.7	68.1 ± 20.0
	t = 4.01 p = .000	t = 5.33 p = .000	t = 5.17 p = .000
Eğitim Durumu			
İlköğretim	105.2 ± 17.9	60.2 ± 18.5	62.7 ± 18.5
Lise	119.2 ± 18.0	74.6 ± 15.2	76.0 ± 19.1
Üniversite	125.8 ± 15.8	80.4 ± 23.7	80.8 ± 22.8
	F = 42.22 p = .000	F = 41.64 p = .000	F = 33.84 p = .000
Medeni Durum			
Bekar	114.7 ± 19.1	77.5 ± 15.2	77.9 ± 19.1
Evli	119.9 ± 17.3	70.7 ± 18.5	71.3 ± 18.5
Dul	111.1 ± 22.7	55.6 ± 23.7	66.4 ± 22.8
	F = 3.46 p = .037	F = 8.89 p = .000	F = 4.95 p = .000
Doğum Yeri			
Köy	107.0 ± 18.7	60.9 ± 22.6	60.7 ± 18.2
İlçe	113.8 ± 19.6	70.5 ± 17.4	71.4 ± 15.2
İl	118.5 ± 18.6	73.4 ± 18.3	75.6 ± 21.2
	F = 9.85 p = .000	F = 12.7 p = .000	F = 16.45 p = .000
Yaşamının Çoğunluğunu Geçirdiği Yer			
Köy	99.6 ± 18.9	51.1 ± 23.9	54.0 ± 20.7
İlçe	110.5 ± 18.9	66.6 ± 18.3	66.4 ± 18.1
İl	118.0 ± 18.5	73.2 ± 17.9	75.1 ± 18.2
	F = 15.84 p = .000	F = 20.6 p = .000	F = 21.7 p = .000

Tablo 4. Katılımcıların Bazı Ekonomik Özelliklerine[‡] Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlarının Dağılımı (N=400)

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puanı	Yaşam Kalitesi Puanı	
		Fiziksel Sağlık Bileşenleri	Mental Sağlık Bileşenleri
Yaşanılan Mahalle			
I.Böle	122.5 ± 19.1	75.2 ± 16.4	78.8 ± 15.8
II.Bölge	108.1 ± 16.6	65.6 ± 20.9	65.2 ± 20.1
	<i>t = 8.04 p = .000</i>	<i>t = 5.00 p = .000</i>	<i>t = 7.57 p = .000</i>
Sınıfsal Konum			
Mavi Yakalı	95.6 ± 13.8	56.7 ± 20.6	57.7 ± 17.7
Beyaz Yakalı	123.4 ± 14.5	78.0 ± 14.4	78.5 ± 17.2
Kendi Hesabına Çalışan	116.5 ± 13.4	68.2 ± 16.3	71.0 ± 16.0
Burjuva	131.3 ± 11.3	82.1 ± 12.4	84.4 ± 13.4
	<i>F = 145.3 p = .000</i>	<i>F = 51.2 p = .000</i>	<i>F = 54.6 p = .000</i>
Konut Mülkiyeti			
Ev Sahibi	118.9 ± 17.4	70.7 ± 19.9	73.0 ± 19.9
Kiracı	112.3 ± 20.3	70.1 ± 18.9	71.1 ± 18.7
	<i>t = 3.40 p = .001</i>	<i>t = 0.24 p = .719</i>	<i>t = 0.90 p = .308</i>
Birey Sayısı**			
2-4 kişi	118.8 ± 19.9	73.2 ± 17.9	74.5 ± 18.1
5-7 kişi	109.9 ± 19.9	66.0 ± 20.4	67.4 ± 19.8
	<i>t = 4.38 p = .000</i>	<i>t = 3.45 p = .001</i>	<i>t = 3.55 p = .002</i>
Oda Sayısı**			
2-3 odalı	103.4 ± 18.8	63.9 ± 20.1	64.8 ± 18.3
4-7 odalı	121.4 ± 16.4	73.6 ± 18.2	75.6 ± 18.8
	<i>t = 9.90 p = .000</i>	<i>t = 4.80 p = .000</i>	<i>t = 5.61 p = .000</i>
Aylık Gelir Durumu*			
0-450	93.7 ± 16.2	51.4 ± 18.8	52.4 ± 15.2
451-900	110.6 ± 15.7	69.2 ± 18.7	70.1 ± 17.2
951-1350	122.8 ± 14.4	76.2 ± 15.4	78.5 ± 17.1
1351-+	132.7 ± 10.3	81.2 ± 11.4	83.6 ± 13.7
	<i>F = 101.6 p = .000</i>	<i>F = 53.0 p = .000</i>	<i>F = 62.0 p = .000</i>
Algılanan Ekonomik Durum			
Kötü	97.9 ± 17.5	57.1 ± 20.9	59.0 ± 19.8
Orta	118.5 ± 15.5	72.6 ± 17.3	73.7 ± 17.2
İyi	129.9 ± 12.1	81.9 ± 10.8	84.3 ± 12.5
	<i>F = 112.6 p = .000</i>	<i>F = 53.70 p = .000</i>	<i>F = 55.30 p = .000</i>
Sağlık Güvencesi***			
Sağlık güvencesi yok	91.7 ± 13.0	52.6 ± 23.5	47.5 ± 15.5
Yeşil kart	92.5 ± 13.1	53.5 ± 19.5	58.2 ± 15.9
Emekli sandığı	120.2 ± 16.0	74.2 ± 15.7	75.6 ± 15.4
SSK	116.5 ± 17.3	72.8 ± 17.6	73.3 ± 19.4
Bağkur	125.8 ± 14.5	75.7 ± 16.7	78.5 ± 17.6
	<i>F = 140.9 p = .000</i>	<i>F = 31.6 p = .006</i>	<i>F = 6.2 p = .001</i>

[‡] Sosyoekonomik eşitsizliklerin gösterilmesinde sıklıkla kullanılan değişkenler

* 2006 yılı asgari ücret değeri göz önüne alınarak gruplandırılma yapılmıştır.

**Bu verilerin gruplandırılmasında sağlıkta eşitsizliklerle ilgili çalışmalarda sıklıkla kullanılan kategoriler ve bu araştırma için bulunan ortalama değerler dikkate alınarak verilerin sınıflandırılması yapılmıştır.

***Özel sağlık sigortasına sahip olanlar sağlık güvencesi bağkur olan grupla birleştirilmiştir.

Yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel ve mental sağlık bileşenlerinin özet puanları için yapılan değerlendirmede 54-65 yaş grubunun, kadınların, ilköğretim mezunlarının, medeni durumu dul olanların, doğum yeri ve yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer köy olanların, hanede yaşayan birey sayısı 5-7 kişi olanların ve konuttaki oda sayısı 2-3 olanların ölçeğin özet puanlarından aldıkları ortalamalar diğer gruplara göre daha düşüktür. Aylık gelir ile fiziksel ve mental sağlık özet puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde Tukey HSD analizi sonunda fark

bütün gruplar için anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). Fiziksel ve mental sağlık bileşenlerinin özet puanının ortalamasına göre ekonomik algısı kötü olan grup en düşük (sırasıyla 57.1 ± 20.9, 59.0 ± 19.8) ekonomik algısı iyi olan grubun ise en yüksek puanı (81.9 ± 10.8, 84.3 ± 12.5) aldığı saptanmıştır. Sağlık güvencesinin fiziksel ve mental sağlık bileşenlerinin özet puanlarının ortalaması üzerine olan etkisi Tukey HSD ile değerlendirildiğinde; sağlık güvencesi olmayanlarla, sağlık güvencesi yeşil kart olanların puanlarının ortalaması benzer olduğu ve bu iki

grubun diğer gruplara göre düşük puana sahip olduğu saptanmıştır. Sağlık güvencesi SSK, emekli sandığı, bağkur ve diğer olan grupların mental sağlık, fiziksel ve mental sağlık özet puanlarının ortalaması benzerdir. Sınıfsal konumun fiziksel ve mental sağlık bileşenleri özet puanı üzerine etkisi Tukey HSD ile incelendiğinde fark bütün gruplar için anlamlı bulunmuştur ($p < .05$). Fiziksel ve mental sağlık bileşenlerinin özet puanlarına göre (en yüksek puandan en düşüğe göre) sınıfların burjuva sınıfı (82.1 ± 12.4 , 84.4 ± 13.4) beyaz yakalılar (78.0 ± 14.4 , 78.5 ± 17.2) kendi hesabına çalışanlar (68.1 ± 16.3 , 71.0 ± 16.0) ve mavi yakalılar (56.7 ± 20.6 , 57.7 ± 17.7) olarak sıralandığı gözlenmiştir. Yaşanılan mahalle ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; fark özet puanlar için anlamlı bulunmuştur. Fiziksel sağlık bileşenlerinin özet puanı (75.2 ± 16.4) ve mental sağlık bileşenlerinin özet puanının (78.8 ± 15.8) I. Bölgede yaşayanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < .05$) (Tablo 3 ve Tablo 4).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin belirleyicileri

Tek değişkenli analizlerle sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile anlamlı düzeyde ilişkili olan değişkenlerin birlikte etkilerini değerlendirmek amacıyla çoklu regresyon analizleri yapılmıştır. Yapılan incelemede sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi olan bağımsız değişkenlerin hane reisinin sınıfsal konumu ($p = .000$), algılanan ekonomik durum ($p = .000$), gelir durumu ($p = .000$), yaşanılan mahalle ($p = .012$) ve hanedeki birey sayısının ($p = .000$) olduğu saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerden anlamlı olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine %56 oranında belirleyici olduğu bulunmuştur ($R^2 = .563$, $F = 38.22$, $p = .000$). Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, doğum yeri, sağlık güvencesi, oda sayısının ve konut mülkiyetinin ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği belirlenmiştir ($p > .05$, Tablo 5).

Tablo 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirleyicileri: Çoklu Regresyon Analizine Göre (N=400)

Bağımsız değişkenler	Regresyon Kat Sayısı \pm SS	t	p
Yaş	1.57 \pm .80	1.96	.510
Cinsiyet	-1.64 \pm 1.48	0.10	.270
Eğitim Durumu	-1.29 \pm .75	1.70	.090
Medeni Durum	0.74 \pm 1.02	0.73	.462
Doğum Yeri	0.70 \pm .92	0.75	.449
Konut Mülkiyeti	3.08 \pm .46	0.06	.940
Oda sayısı	5.12 \pm .93	3.01	.090
Hanedeki Birey Sayısı	-6.40 \pm 1.59	4.01	.000
Aylık Gelir	4.14 \pm .96	4.31	.000
Algılanan Ekonomik Durum	4.99 \pm 1.31	3.79	.000
Sağlık Güvencesi	0.25 \pm .52	0.48	.625
Sınıfsal Konum	4.17 \pm .87	4.76	.000
Mahalle	5.65 \pm 1.49	3.77	.000
R = .750	R² = .563	F = 38.22	p = .000

Yaşam kalitesinin fiziksel sağlık bileşenlerinin özet puanı üzerine etkisi olan bağımsız değişkenlerin yaş ($p =$

.000), hanede yaşayan birey sayısı ($p = .004$), yaşanılan mahalle ($p = .006$) ve aylık gelir ($p = .000$) olduğu saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerden anlamlı olanların fiziksel sağlık bileşenlerinin özet puanı üzerine %65 oranında belirleyici olduğu bulunmuştur ($R^2 = .651$, $F = 37.98$, $p = .000$). Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, doğum yeri, sağlık güvencesi, hane reisinin sınıfsal konum, algılanan ekonomik durum ve yaşanılan konutun oda sayısının ise fiziksel sağlık bileşenlerinin özet puanını etkilemediği belirlenmiştir ($p > .05$, Tablo 6). Mental sağlık bileşenlerinin özet puanı üzerine etkisi olan bağımsız değişkenlerin cinsiyet ($p = .015$), doğum yeri ($p = .011$), yaşanılan mahalle ($p = .000$), sağlık güvencesi ($p = .004$), algılanan ekonomik durum ($p = .030$) ve aylık gelir ($p = .000$) olduğu saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerden anlamlı olanların mental sağlık bileşenlerinin özet puanı üzerine %68 oranında belirleyici olduğu saptanmıştır ($R^2 = .689$, $F=24.95$, $p = .000$). Yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan konutun oda sayısı, hanedeki birey sayısı ve hane reisinin sınıfsal konumunun ise mental sağlık bileşenlerinin özet puanını etkilemediği belirlenmiştir ($p > .05$, Tablo 6). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçek puanlarının arasındaki korelasyon incelendiğinde; sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesinin fiziksel sağlık bileşeni ($r = .75$, $p = .005$) ve mental sağlık bileşeni ($r = .71$, $p = .011$) arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur.

Tartışma

Eşitsizlikleri net olarak saptamak ve sonraki yıllarda izlemek için uygun olacağına ilişkin literatüre dayanarak, araştırmada örnek seçimi sosyoekonomik yönden farklı iki mahallede yapılmıştır. Çoklu regresyon analizi sonuçları da yaşanılan mahallenin diğer sosyoekonomik durumu tanımlayan bağımsız değişkenlerle birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile önemli ilişkisi olduğunu göstermiştir. Yaşanılan bölgenin sağlık üzerine etkisiyle ilgili bulgular Belek (1998), Roberts (1997) ile Fone ve Dunstan (2006)'dan elde edilen literatür bilgileri ile uyumludur. Bu bulgular sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerinde etkisinin incelenmesinde mahalleler arasındaki farklılığın değerlendirilmesinin geçerli bir yol olduğunu göstermesi yönünden önemlidir. Yaşanılan mahalleyi makro bir sosyoekonomik değişken olarak alırsak, sınıfsal konumun yaşanılan mahalleye önemli oranda yansıtıldığını ve mavi yakalılar ile burjuvaların yerleşim yeri olarak farklı bölgelerde yoğunlaştıklarını görmekteyiz. Bu bulgular gelir ile yaşanılan bölgenin ilişkili olduğunu göstermektedir. Sosyoekonomik durumu düşük olan birey ve aileler genellikle yoksul bölgelerde yaşayabilmektedir. Belek (2004)'in bildirdiğine göre kiralardan düşük olması bile tek başına yoksul halkın belli bir bölgede yoğunlaşması için geçerli bir nedendir. Araştırmada bir sağlık sorunu yaşadığında ilk başvuru yeri olarak II. Bölgede yaşayanların % 52.5'i sağlık ocağı ile % 33.5'i devlet hastanesini ve I.Bölgede yaşayanların % 10.5'i üniversite hastanesini, % 25.0'ide özel muayene ve hastaneleri tercih etmektedir. Bu bulgular yoksul halkın sağlık kaynaklarından yararlanma bakımında sağlık ocaklarını tercih ettiklerini göstermesi bakımından önemlidir. Sağlık ocaklarının bu özelliğinden dolayı sosyoekonomik eşitsizliklerin toplum üzerindeki etkilerini değerlendirme ve eşitsizliklerin sağlık durumu üzerindeki olumsuz etkilerine karşı koruyucu önlemler geliştirmede önemli görevleri ve etkinlikleri olabilir.

Tablo 6. Yaşam Kalitesinin Ölçeğinin Fiziksel ve Mental Sağlık Bileşenlerini Etkileyen Belirleyiciler (Çoklu Regresyon Analizine Göre) (N=400)

Bağımsız değişkenler	Fiziksel Sağlık Özet Puanı			Mental Sağlık Özet Puanı		
	Regresyon Katsayısı ± SS	t	p	Regresyon Katsayısı ± SS	t	p
Yaş	3.20 ± .80	3.98	.000	1.29 ± .89	1.44	.148
Cinsiyet	3.04 ± 1.50	2.09	.054	4.07 ± 1.67	2.43	.015
Eğitim Durumu	.60 ± .78	.77	.439	1.43 ± .86	1.66	.097
Medeni Durum	1.30 ± 1.02	1.27	.202	1.16 ± 1.13	1.02	.305
Doğum Yeri	.94 ± .93	1.00	.315	2.66 ± 1.03	2.56	.011
Oda Sayısı	3.01 ± .15	1.85	.832	.11 ± 1.76	.66	.948
Birey Sayısı	3.28 ± 1.21	2.92	.004	2.08 ± 1.24	1.68	.094
Aylık Gelir	4.68 ± .97	4.82	.000	4.65 ± 1.07	4.32	.000
Algıla. Ekonomik Durum	2.36 ± 1.33	1.77	.077	3.22 ± 1.47	2.18	.030
Sağlık Güvencesi	.11 ± .52	.22	.826	1.67 ± .58	2.87	.004
Sınıfsal Konum	1.23 ± .87	1.410	.159	1.19 ± .96	1.23	.217
Mahalle	2.83 ± 1.51	1.87	.006	6.58 ± 1.68	3.91	.000
R = .75 R² = .65 F = 37.98 p = .000			R = 0.82 R² = .69 F = 24.95 p = .000			

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirleyicileri (Sosyoekonomik Eşitsizlikler Açısından Değerlendirme)

Esin (1997)'in bildirdiğine göre Pender (1992) sağlığı geliştirme modelinde sosyoekonomik değişkenleri demografik değişkenler kategorisinde tanımlanmış ve bireysel algılar üzerine etki ederek sağlığı geliştirici davranışları uygulama üzerine etkili olan bir faktör olduğunu vurgulamıştır. Bu çalışmada bireylerin sosyoekonomik durumu; sosyoekonomik bir kimlik olarak karşımıza çıkan yaşanılan mahalle, sınıfsal konum, aylık gelir, algılanan ekonomik durum ve sağlık güvencesi ile değerlendirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgularda sosyoekonomik durumu tanımlayan her değişken için olumsuz özellikte olanların sağlıklı yaşam biçim davranışlarını uygulama bakımından da olumsuz özelliğe sahip olduğu bulunmuştur. Araştırmada yapılan çoklu regresyon analizinde sosyoekonomik durumu tanımlayan bağımsız değişkenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine önemli etkisi olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Esin (1997)'in çalışmasında aylık gelir düzeyi yüksek ve mesleki statüsü daha iyi olanların sağlıklı yaşam biçim davranışlarını daha fazla benimsedikleri bildirilmiştir. Zaybak ve Fadıoğlu (2004)'nun çalışması da ekonomik durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi benzer şekilde saptamıştır. Ülkemiz dışında yapılan çalışmalarda sosyoekonomik durumun sağlık davranışları üzerine olan etkisi benzer şekilde tanımlanmıştır (Acheson ve ark., 2000; Millio 2005; Li, 2005). Epp (1997) herkes için sağlığı geliştirme çabalarının başarıya ulaşmasında yapılması gereken öncelikli uygulamanın toplumdaki sağlık eşitsizliklerinin azaltılması olduğunu söylemektedir. Araştırmadan elde edilen bulgularda Epp (1997) tarafından yapılan bu saptamayı destekler niteliktedir.

Sosyoekonomik durumun sağlıklı yaşam biçim davranışları üzerine etkisi tanımlanırken en ilginç sonuç sağlık güvencesi ile ilgili bulgulardan elde edilmiştir. Bu bulgulardan elde edilen sonuçta sağlıklı güvencesi olmayanlarla, geçici bir sağlık güvencesi olarak tanımlanan yeşil kartı olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama durumu benzer ve diğer türde sağlık güvencelerine (SSK, emekli sandığı, bağkur) sahip olanlardan daha düşük bulunmuştur. Ülkemizde sağlık güvencesi olarak SSK, emekli sandığı ve bağkur'a sahip olma düzenli pirim yatırmayı gerektirmektedir ve bu nedenle bu güvencelere sahip olanların belirli gelir düzeyinde olduk-

larını düşünebiliriz. Bu durum sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesinde düzenli bir gelire sahip olmanın gerekliliğini göstermesi bakımından önemlidir. Sağlığı geliştirme ile ilgili bazı uluslar arası belgelerde de gelir sağlığı geliştirme için ön şart kabul edilmektedir (Ottawa Charter, 1986; Bogota Declaration, 1992).

Araştırmada hanedeki birey sayısı da sağlıklı yaşam biçimi davranışları için bir belirleyici olarak ön plana çıkmaktadır. Çoklu regresyon analizine göre hanede yaşayan birey sayısının artması sağlık yaşam biçimi davranışlarını uygulama olasılığını azaltmaktadır. Zincir ve arkadaşları (2003) çalışmalarında hanedeki çocuk sayısının artmasıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan puanın düştüğünü bulunmuşlardır. Hanedeki birey sayısının artmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olan etkisi ekonomik nedenlerle açıklanabileceği gibi; birey sayısının artmasının bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgilenme durumunu da olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Yaşam Kalitesinin Belirleyicileri (Sosyoekonomik Eşitsizlikler Açısından Değerlendirme)

Yaşam kalitesi ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki değerlendirildiğinde sosyoekonomik eşitsizliklerle ilgili olan bağımsız değişkenlerden yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel sağlık bileşenleri için aylık gelir ve yaşanılan mahalle; mental sağlık bileşenleri için aylık gelir, algılanan ekonomik durum, sağlık güvencesi ve yaşanılan mahallenin belirleyici olduğu görülmektedir (Tablo 5). Aldinç ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada gelir düzeyi arttıkça ve hane reisinin sınıfsal konumu yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır. Wang ve Shen (2003)'in araştırmasında da sosyoekonomik durum düşüğe yaşam kalitesinin de azaldığı bulunmuştur. Ay ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan çalışmada ise gelir ile mental sağlık arasındaki ilişki çalışmamızdakine benzer şekilde tanımlanmıştır. Tekeli ve arkadaşları (2002) toplumdaki eşitsizliklerin yaşam kalitesinin gerçekleştirilmesinin tek başına engeli haline gelebileceği ile ilgili saptamaları da araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir.

Sağlık güvencesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye benzer bir ilişki sağlık güvencesi ile yaşam kalitesi arasında da bulunmuştur. Aldinç ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir çalışmada da

sağlık güvencesi yeşil kart olanların yaşam kalitesi puanı sağlık güvencesi olmayanlardan bile düşük çıkmıştır. Bu bulgu düzenli bir gelire sahip olmanın önemli bir belirleyici olduğu yönünde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile gelir arasındaki ilişkiye yönelik yukarıda yapılan yorumu destekler niteliktedir.

Yaşam kalitesinin fiziksel sağlık bileşeni için sosyoekonomik durumun yanı sıra yaş ve hanede yaşayan birey sayısının da belirleyici olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar incelendiğinde de yaşla birlikte yaşam kalitesinde de düşüş olduğu yönünde bulgular bulunmaktadır (Bilir ve ark., 2004; Wang ve Shen 2003). Bu durumu yaşla birlikte artan sağlık sorunları ve yeti yitimi ile açıklayabiliriz. Hanedeki birey sayısının yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi hane halkı büyüklüğünün fazla olduğu durumlarda yaşanan ekonomik zorluklar; bireyin daralan yaşam alanı ve bireylerin kendilerine ayırdıkları zamanın azalması nedeniyle olabilir.

Yaşam kalitesinin mental sağlık bileşenleri için ise sosyoekonomik göstergelerin yanı sıra demografik göstergelerden cinsiyet ve doğum yeri de belirleyici olarak saptanmıştır. Cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde; erkeklerin yaşam kalitesi puanı kadınlara göre yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu bulguyu destekleyen bazı çalışmalarda bulunmaktadır (Castillion ve ark., 2005; Wang ve Shen, 2003). Bu durumun nedeni kadınların sosyoekonomik durumun olumsuz etkilerini daha çok yaşamaları, toplumsal olanaklardan daha az yararlanmaları ve yaşam kalitesini düşüren sağlık sorunlarını daha sık yaşamaları olabilir. Cinsiyetin çoklu regresyon analizi sonucunda fiziksel sağlık üzerine belirleyiciliğinin saptanmamasına rağmen; mental sağlık üzerine belirleyici olarak tanımlanması da cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkisini toplumun kadınlara yüklediği farklı beklenti ve sorumluluklardan kaynaklandığını düşündürülebilir. Doğum yeri köy olanların mental sağlık açısından olumsuz özellikler sergilemektedir. Ay ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında da doğum yerinin yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu saptanmıştır. Doğum yeri sosyoekonomik durumu üzerine etkisinden dolayı yaşam kalitesi üzerinde etkisi olabilir. Ayrıca kent yaşamının sağlık hizmetlerinin sunumu (sağlık hizmetlerinin her düzeyinde) ve sağlık hizmetlerine ulaşımı açısından daha avantajlı olması bu duruma neden olabilir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etki eden belirleyiciler arasındaki benzerlik dikkat çekicidir. Yapılan spearman korelasyon analizinde de sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi puanları arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu bulgular sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili faktörlerin ele alınmasının yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek bir yaklaşım olacağı yönündeki düşünceleri desteklemektedir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Sonuç olarak araştırmadan elde edilen bulgular;

- Hanedeki birey sayısının artması, düşük aylık gelir düzeyi, ekonomik durumunun kötü algılanması, sosyoekonomik yönden dezavantajlı mahallede yaşama, sınıfsal konumun mavi yakalı olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumsuz etkileyen ve
- İleri yaş, cinsiyetin kadın olması, doğum yerinin köy olması, hanedeki birey sayısının artması, düşük aylık

gelir düzeyi, ekonomik durumunun kötü algılanması, sosyoekonomik yönden dezavantajlı mahallede yaşama ve sağlık güvencesine sahip olmamanın ise yaşam kalitesini olumsuz etkileyen risk etkenleri olduğunu göstermiştir.

Öneriler

Araştırma sonunda hemşirelere;

- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine yönelik girişimlerin etkililiğe ulaşması için sosyoekonomik eşitsizliklerle mücadele edilmesi bunun içinde hemşirelerin kendi ulusal mesleki örgütlerine (Türk Hemşireler Derneği) üye olmaları ve bu yolla politikal süreçle ilgili etki ve güçlerini kullanmaları,
- Birey ve ailelere yönelik sağlığı geliştirme programları planlarken bireysel sağlığı geliştirme uygulamalarıyla birlikte toplumsal odaklı, toplum kaynaklarının kullanımını öncelleyen uygun sağlığı geliştirme programlarını kullanmaları ve,
- Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikleri ve bu eşitsizlikten olumsuz etkilenen grupların saptanması için yaşanan yer ve sınıfsal konum özelliklerinin kullanılması önerilebilir.

Araştırmacılara ise;

- Bu konuyla ilgili farklı bölgelerde araştırmalar yapılması ve eşitsizliklerin sağlık durumu üzerindeki etkisinin zaman içinde izlenmesi için aynı bölgede bu çalışmanın tekrarlanması önerilebilir.

Kaynaklar

- Acheson, D., Alleyne, G. A., Casas, J. A., Castillo-Salgado, C., Barzach, M., Braveman P., et al. (2000). Round table discussion. health inequalities and the health of the poor. *Bulletin of The World Health Organization*, 78 (1), 75-85.
- Aldinç, H., Aytar, B., Demetçi, M. E., Seçen, A. E., Şahin, A., Yılmaz, H. (2004). Ankara ilinde seçilen birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerin medikososyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Erişim Tarihi: 12.12.2005
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2614
- Allender, J.A., Spradley, B.W. (2001). *Clients living in poverty in: Community health nursing: concepts and practice*. (5 th edition, pp. 641-57). Philadelphia; Lippincott.
- Ay, S., Güngör, N., Özbaşaran, F. (2004). Manisa Devlet Hastanesi göğüs kliniğinde yatan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Bildiri Kitabı, Poster No:16, İzmir
- Belek, İ. (1998). *Sınıf sağlık eşitsizlik*. İstanbul: Sorun Yayınları
- Belek, İ. (2004). *Sosyoekonomik konumda ve sağlıkta sınıfsal eşitsizlikler Antalya'da beş yıllık bir araştırma*. Ankara: TTB Yayınları.
- Belek, İ., Nalçacı, E., Onuroğulları, H., Ardiç, F. (1998). *Sınıfsız toplum yolunda Türkiye için sağlık tezi.*, (2. Basım). İstanbul: Sorun Yayınları.
- Berkowitz, B., McCubbin, M. (2005). Advancement of health disparities research: A conceptual approach. *Nursing Outlook*, (53), 153-159.
- Bilir, N., Özcebe, H., Vaizoğlu, S., Aslan, D., Subaşı, N. ve Telatar, T.G. (2005). Van ili 15 yaş üzeri erkeklerde sf-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Tip Bilimleri Dergisi*, 25 (5), 105-109.
- Bogota Declaration. (1992). *Health promotion and equity, health promotion: An Anthology*. Pan American Organization pp. 335.
- Boratav, K. (1995). *İstanbul ve Anadolu'dan sınıf profilleri*. İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları.

- Bowne, A.J. (2001) The influence of liberal political ideology on nursing science. *Nursing Inquiry*, 8 (2), 118-129.
- Castillion, P.G., Sendio, A.R., Baneges, J.R., Garcia, E.L., Rodriquez-Artalejo, F. (2005). Differences in quality of life women and men in the older population of Spain. *Social Science & Medicine*, 60, 1229-1240.
- Deborah, B., Taylor, H., Henderson, J., & The ALSPAC Study Team. (1998). Inequality in infant morbidity: causes and consequences in England in The 1990s. *Journal Epidemiol Community Health*, 52 (7), 451-458.
- DSÖ (1997). Final report of meeting on policy oriented monitoring of equity in health and health Care. Geneva, WHO, pp. 4.
- Epp, J. (1997). Achieving health for all: A framework for health promotion in health promotion: An Anthology. Pan American Organization, Washington pp. 28.
- Erengin, H., Dedeoğlu, N. (1998). Sağlıkta eşitsizliğin gösterilmesi. *Toplum ve Hekim*, TTB Yayınları, 13 (2), 105-109.
- Esin, M.N. (1997). Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, İstanbul, Türkiye.
- Fone, D. L., & Dunstan, F. (2006). Mental health, places and people: A multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health and Place*, 12, 332-334.
- Giddings, L.S. (2005). A Theoretical model of social consciousness. *Advances in Nursing Science*, 28 (3), 224-239.
- ICN. (2004) Nurses: working with the poor; against poverty International Nurses Day 2004, Information and Action Tool Kit Papers. Geneva. Erişim Tarihi: 15.05.2006. <http://www.icn.ch/>
- Ireland Capital & Health Survey. (2000). A Report on the all-Ireland capital & health survey: Inequalities in perceived health. Erişim: 28.01.2006. <http://www.publichealth.ie>
- Kirkham, S.R., Bowne, A.J. (2006). Toward a critical theoretical interpretation of social justice discourses in nursing. *Advances in Nursing Science*, 29 (4), 324-339.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N., Memiş, A. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12, 102-106.
- Li, J. (2004). Gender inequality family planning, and material and child care in rural Chinese country. *Social Science & Medicine*, 59, 695-798.
- Milio, N. (2005). Minority populations and health: An introduction to health disparities in The United States. *JAMA*, 294, 1280.
- Ottawa Charter For Health Promotion. (1986). First international conference on Health Promotion Erişim: 17.02.2006. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp Ottawa,WHO/HPR/HEP/95.1
- Power, C. (1994). Health and social inequalities in Europe. *BMJ*, 308, 1153-1156.
- Roberts, E. M. (1997). Neighborhood social environments and the distribution low birthweight in Chicago. *American Journal of Public Health*, 87 (4), 597-603.
- Rosner, B. (1995). Inference for means: Comparing two independent samples institut für Medizinische statistik. Erişim: 16.02.2006. <http://www.meduniwien.ac.at/medstat/research/samplesize1> 6/ 02/2006 <http://www.meduniwien.ac.at/medstat/research/samplesize>
- Sağlık Bakanlığı. (2003). 17.04.2003 tarih ve 25082 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Devlet Memurlarının Tedavi yardım ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği Erişim: 30.09.2006. http://www.saglik.gov.tr/sb/codes/mevzuat/mevzuat_goster.asp?mid=549
- Smith, G. D., Bartley, M., Blase, D. (1990). The Black Report on socioeconomic inequalities in health 10 years On. *BMJ*, 301, 373-376.
- Şahin, B. (1999). Sağlık ölçümü ve kullanım alanlarına teorik bir bakış. *Sağlık ve Toplum*, 9 (8), 3-10.
- Tekeli, İ., Güler, Ç., Vaizoğlu, S., Algan, N., Dündar, A.K. (2002). Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri, Türkiye İçin Bir Veri Sistemi Önerisi. Ankara: Türkiye Bilimsel Akademisi Raporları 6.
- Terris, M. (1997). *Concepts of health promotion: Dalities in public health theory in health promotion an Antholog*. Pan American Health Organization, Washington, 34-35.
- Whang, L. L., Shen, Y. (2003). Chinese SF-36 health survey: Translation, cultural adaptation, validation, and normalisation. *Journal Epidemiology and Community Health*, 57 (4), 259-261.
- Zaybak, A., Fadıloğlu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20 (1), 71-95.
- Zincir, H., Ege, E., Aylaz, R., Bilgin, N., Timur, S. (2003). Çalışan ve çalışmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 14 (1), 77-84.