

Ankara ili Çankaya ilçesinde 25 yaş ve üzeri nüfusun sağlık düzeyinde sosyo-ekonomik farklılıklar

Socio-economic health disparities among 25 and over years old population in Çankaya district in Ankara

Yardımcı M S Özcebe H

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışma ile gelişmiş bir ilçede sağlıkta sosyoekonomik farklılıkların boyutunun saptanması ve farklı sosyoekonomik düzey göstergelerinin sağlık düzeyi göstergeleri ile ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereç: Çankaya İlçesinde yaşayan 25 yaş ve üzeri nüfusu temsil eden bir örneklem seçilerek, yüz yüze görüşme yapılmıştır. Katılımcıların sosyoekonomik düzeyi (SED) gelir, eğitim ve meslek boyutları ile ölçülmüştür. SED meslek boyutu için, Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksi ve Treiman Uluslar arası Prestij Skalası kullanılmıştır. Katılımcıların sağlık düzeyinin ölçümü için, MOS SF-36 yaşam kalitesi profili, algılanan sağlık, kronik hastalık sayısı ve kısa dönemli yakınma sayısı kullanılmıştır. Sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları; Risk Oranı (RR), Risk Farkı (RD), ve Topluma Atfedilen Risk (görelî ve mutlak olarak %PAR ve PAR) olarak ifade edilmiştir.

Bulgular:Çankaya İlçesinde SED grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı sağlık düzeyi farklılıkları bulunmaktadır. "İyiden kötü algılanan sağlık" için farklı eğitim düzeyine sahip gruplar arasında RR =2,28, RD=30,8, %PAR=30,2 ve PAR=10,4 (yüz kişide) bulunmuştur. Sağlık farklılıkları neredeyse bütün SED göstergeleri ile sağlık düzeyi göstergeleri arasındaki ölçümlerde mevcuttur. Eğitim durumu, gelir ve mesleki prestij ölçekleri ile, bu iki ölçüğün kendi aralarındaki ilişkiden daha kuvvetli korelasyona sahiptir.

Sonuç:Sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıkları, ülke düzeyinde ölçülmeli ve takip edilmelidir. Eğitim düzeyi, bütün sağlık araştırmalarında sağlıkta eşitsizlikler konusuna dikkat çekilmesine yarayacak pratik bir SED göstergesi olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler : Sağlık düzeyi farklılıkları, sosyoekonomik faktörler.

Summary

Aim: This study aims to establish the magnitude of health disparities in Çankaya, a well-developed district of Ankara, Turkey. Relations between different socioeconomic status (SES) indicators and the health indicators are also investigated.

Material and Methods: A representative sample of 25 and over years-old inhabitants of Çankaya District was interviewed in the survey. SES of individuals was measured in terms of income, education and occupation. Health status of the subjects were based on self-reports and measured by MOS SF-36 questionnaire. Perceived health status, number of long-standing illness and short term symptoms were also collected. Risk Ratio (RR), Risk Difference (RD) and Population Attributable Risk (in relative and absolute terms -%PAR and PAR) measures were used to define the socioeconomic health disparities.

Results: There are statistically significant health disparities between SES groups in Çankaya District. For self reported "perceived health less than good" between educational groups, disparity measures are 2.28 for RR, 30.8 for RD, 30.2 for %PAR and 10.4 for PAR (absolute value for per hundred). Health disparities insist on almost in all measurements among all SES and health indicators. Education is found the most related SES indicator with the health status indicators. Education has also a higher correlation with income and prestige measures than those two measures have between each other.

Conclusion: Health disparities among socioeconomic groups should be measured and monitored nationwide. Education may be a practical SES indicator that can be used in all health researches to raise awareness on inequalities in health topic.

Key Words: Health status disparities, socio-economic factors.

Giriş

Sosyoekonomik gruplar arasında sağlık düzeyi farklılıkları ve sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetlerin kullanımına ilişkin eşitsizlikler, günümüz dünyasında sağlıkla ilgili gündemin ilk sıralarında yer almaktadır. Konunun politik gündemde yer alması, 1977 yılında yapılan 30. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Genel Kurulu'nda, "Herkes İçin Sağlık (HİS)" kavramının ortaya konulmasıyla başlar. Sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerle ilgili tartışmaların akademik ortamda yeniden canlanması ise İngiltere'de 1980 yılında Sir Douglas Black başkanlığındaki bir komisyon tarafından hazırlanan "Black Raporu" ile başlamıştır (1).

Black Raporu'nun 1980 yılında yayınlanmasından sonra, gelişmiş ülkelerde uzun bir geçmişi olan sosyal devlet uygulamalarına rağmen sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin artarak devam ettiğinin anlaşılması akademik ilgiyi bu konunun açıklanmasına yönelik çalışmalara yönlendirmiştir. Ancak, akademik çevrelerde çoğunluk, müdahale edilmesi güç olan bir risk faktörü ile ilgili çalışmalara pek sıcak bakmamıştır. Sosyoekonomik düzeyi düşük grupların daha az gelire, eğitime ve sağlık bakımına sahip olduğu, barınma koşullarının yetersiz olduğu, iş güvencelerinin olmadığı zaten herkes tarafından bilinmekteydi. Bu faktörlerin hangisinin daha önemli olduğu pek açık değildi ve hepsi birbirleriyle ilişkili görülmekteydi. Dolayısı ile araştırmacılar, diyet, fiziksel aktivite, sigara gibi müdahale edilmesi mümkün olan bireysel davranışlarla ilgili çalışmalara ağırlık vermişlerdir (2).

Ancak, Wilkinson, 1992 yılında yayınlanan çalışmasında, 1970'lerin başlarından itibaren gelişmiş ülkelerde beklenen yaşam sürelerindeki değişimleri, gelir dağılımındaki eşitsizlikler açısından incelemiş ve gelir dağılımındaki eşitsizliklerin, beklenen yaşam sürelerini azaltırken, sosyal sınıflar arasında mortalite farklılıklarını arttırdığını göstermiştir (3). Marmot'un Londra'daki devlet memurları kohordunda ortaya koyduğu, sadece mutlak yoksulluğun sağlığın en önemli belirleyicisi olmadığı, sosyoekonomik hiyerarşinin her basamağında sağlık farklılıkları olduğu bulgusu, dikkatleri tekrar

sosyoekonomik faktörler ile sağlık arasındaki ilişkilerin mekanizmalarına çekmiştir (4).

Sağlık için risk taşıyan bireysel davranışların sosyoekonomik düzeyi düşük olan gruplarda bütün müdahale çalışmalarına rağmen varlığını sürdürüyor olması, sosyoekonomik düzeyin psikososyal mekanizmalar yoluyla sağlık davranışlarını belirleyen bir değişken olduğu konusunda artan literatür bilgileri[5-10], ekonomik politikaların halk sağlığı politikalarındaki önemini ortaya koymaktadır(11.12). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yürütülen Küresel Hastalık Yüklü Çalışması, aşırı zayıflık, şişmanlık, sigara, alkol, hipertansiyon ve riskli cinsel davranışların hastalık ve ölümlerin önde gelen nedenlerini oluşturduğunu ortaya koymuştur. Sorun bu nedenlerin sosyoekonomik gruplar arasında eşitsiz dağılımıdır, dolayısı ile soru "Nedenlerin nedenleri nedir?" sorusudur. Sağlıkta eşitsizlikler; toplumu şekillendirip, toplumsal ilişkileri düzenleyip, sosyal hiyerarşiyi farklı formlarda somutlaştıran; küresel, ulusal ve yerel düzeyde işleyen karmaşık bir sistemin sonucudur (13).

Sağlıkta eşitsizliklerle mücadele konusunda, DSÖ'nün "2000 Yılında Herkes İçin Sağlık (HİS)" hedefi önemli bir dönüm noktasıdır. DSÖ Avrupa Bölgesi, 1991 yılında belirlediği "Herkes İçin Sağlık-2000 (HİS-2000)" hedeflerini, 1998 yılında yeniden gözden geçirerek "Sağlık-21" adıyla 21 adet yeni hedef belirlemiştir[14]. Ülkemizin de içinde yer aldığı bütün üye ülkeler için 2020 yılına kadar ülke içi sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının dörtte bir oranında azaltılması hedeflenmiştir. Ülke içinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin boyutunun saptanması ve değişimin izlenmesinde kullanılacak göstergelerin belirlenmesi, sözü edilen hedefe varmak için yapılacak müdahale çalışmalarının ön koşuludur. Üzülerek belirtmek gerekir ki sosyoekonomik grupların sağlık düzeylerine ilişkin göstergeler ülkemizde kullanılmamaktadır. Sağlık Bakanlığının "Sağlık-21" ile ilgili yayınında da hakkaniyet hedefi başlığı altında gelir dağılımı ve yoksulluk oranları açısından meydana gelen iyileşmenin vurgulanması ile yetinilmiştir (15).

Bu çalışma ile Türkiye'nin en gelişmiş ilçelerinden biri olan Çankaya'da sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin boyutunun saptanması amaçlanmıştır. Kullanılan ölçütler DSÖ tarafından önerilen eşitsizlik ölçütleridir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, Ankara İli Çankaya İlçesinde yapılmıştır. Çankaya İlçesi 2000 yılı nüfus sayımına göre 759.167 kişilik nüfusu ile Türkiye'nin nüfus bakımından en büyük ilçelerinden biridir. Araştırma kesitsel tipte bir epidemiyolojik çalışmadır. Araştırmanın evrenini Çankaya İlçesinde ikamet eden 25 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Yirmi beş yaş olası en yüksek öğrenim yaşı olarak değerlendirilerek sınır olarak alınmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 1992 yılında yaptırılan "Türkiye'de Sağlık Hizmeti Kullanımı Araştırması"nda, İç Anadolu Bölgesi için kişi başına ortalama yıllık hekime başvuru sayısı olan 2.78 değeri dikkate alınarak örneklem sayısı hesaplanmıştır (Bu makalede çalışmanın bir diğer bölümü olan hizmet kullanımından söz edilmeyecektir). Son bir ay içindeki hekime başvurular değerlendirileceğinden, 2,78 değerinin on ikide biri olan 0,23 değeri, $\alpha=0,05$ yanılma düzeyi ve $d=0,035$ hata ile $n = (1,96)^2 * (p*q) / d^2$ formülünde hesaplanarak minimum 555 kişi ile görüşülmesi gerektiği saptanmıştır. Çalışmada çok değişkenli analizlerin de kullanılması düşünülerek, örnek sayısının eldeki olanakların elverdiği ölçüde artırılması istenmiş ve 600 kişi ile görüşülmesine karar verilmiştir. Sistematik örnekleme yöntemi ile hanehalkı düzeyinde seçim yapılması ve örneğe çıkan hanelerden her birinde de araştırmaya katılmaya uygun bireylerden rasgele seçilecek bir kişi ile görüşülmesi planlanmıştır. Bunun için bir çizelge geliştirilmiştir. Adresteki kapı numarasından ve hanede yaşayan, araştırma için uygun yaşta kişi sayısından yararlanılarak kaçınıcı kişi ile görüşüleceği rasgele sayılar tablosundan belirlenmiştir. Elektrik Dağıtım A.Ş. (TEDAŞ) Çankaya Bölgesi kayıtlarından sistematik örnekleme yöntemi ile 600 asıl ve 600 yedek hane belirlenmiştir.

Araştırmanın verileri Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu ve Ev Ekonomisi Yüksek Okulu son sınıf öğrencilerinden oluşan 7 kadın, 3 erkek toplam 10 kişilik bir görüşmecisi grubu tarafından Mayıs-Haziran 1999 tarihinde toplanmıştır. Çalışma sırasında örneklemedeki hanelerin görüşmeyi ret etmesi veya iki kez ziyaret edilmede de evde bulamama gibi durumların artması yedek listeyi saat yönünde komşu ilk beş haneyi de içerecek şekilde genişletme ihtiyacı doğurmuştur. Görüşmeler genellikle bütün aile bireylerinin evde olma olasılığının yüksek olduğu saatlerde ve günlerde –uzun yaz günlerinin avantajı da kullanılarak mesai saatleri sonrası veya hafta sonları yapılmıştır. Bu şekilde 562 kişiden yüz yüze anket yöntemi ile bilgi toplanmıştır. Örneğe ulaşılma oranı

%93,7'dir. Görüşülen kişilerin telefon numaraları alınmış ve anketlerin güvenilirliği daha sonra rasgele seçilen telefon görüşmeleri ile kontrol edilmiştir. 562 kişiden 228 (%40,6)'i asıl listede yer alan hanelerdeki kişilerdir. Yedek listenin daha sonra genişletilmiş olması asıl ve yedek listeler arasında bir taraf tutma olayının varlığını değerlendirme ihtiyacı doğurmuştur. Bu amaçla her bir elektrik dağıtım bölgesinin kendi içinde asıl ve yedek listelerden çalışmaya alınan katılımcılar yaş, cinsiyet, tamamlanmış okul yılı, semptom sayısı ve halen çalışma durumu açısından karşılaştırılmıştır. Dokuz dağıtım bölgesinden sadece birinde (Esat bölgesi) yalnız iki değişken (yaş ve semptom sayısı) açısından asıl ve yedek listeden katılımcılar arasında fark bulunmuştur. Ayrıca evren oranı önemlilik testi[16] ile örneklem ve evrenin yaş, cinsiyet ve gelir getiren bir işte çalışma dağılımları incelenmiştir. İstatistiksel açıdan fark bulunmamıştır (bu tablolara makalede yer verilmemiştir). Örneklemin evreni temsil etmesi konusunda ciddi bir sorun bulunmadığı sonucuna varılmıştır.

Sağlık Düzeyi Değişkenleri

Algılanan Sağlık: Algılanan sağlık kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ancak güçlü bir göstergedir[17, 18]. Ölçümünde MOS SF-36 Sağlık Sörveyi (SF-36) Genel Sağlık Algısı Skalası kullanılmıştır(19,20). Bu ölçek kişinin sağlık düzeyini sübjektif değerlendirmesine dayanır. Kişiler ölçekte yer alan beş ifadeye verdikleri yanıtlara göre 0 ile 100 arasında puan alırlar. Yüksek puan kişinin sağlığını daha iyi algıladığına işaret eder. Bir çok araştırmada algılanan sağlığın ölçümünde, bu skalada yer alan ifadelerden sadece biri kullanılmaktadır: "*Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?*". Bu soruya verilen "mükemmel", "çok iyi", "iyi", "fena değil", "kötü" yanıtları gruplandırılarak, ilk üç yanıtın birini verenlerin algılanan sağlığı "iyi", son iki yanıtın birini verenlerinki "iyiden kötü" şeklinde değerlendirilmektedir. Bu araştırmada da bulguların karşılaştırılabilir olması amacıyla söz konusu ifade tek başına alınarak ikili (dikotom) bir algılanan sağlık değişkeni oluşturulmuştur. Ayrıca interval değişkene ait ortanca değer kesim noktası olarak alınmış ve yeni bir kategorik değişken yaratılmıştır. Bu değişkende ortanca değer altıda puana sahip olanların sağlık düzeyi kötü, ortanca ve üzeri değerlere sahip olanların sağlık düzeyi iyi olarak değerlendirilmiştir.

Ruhsal Sağlık: SF-36 Ruhsal Sağlık Skalası kullanılarak, interval ve kategorik düzeylerde ölçülmüştür. İnterval düzeyde ölçümde 0 puan en kötü, 100 puan en iyi ruhsal sağlık durumunu ifade etmektedir. Kategorik düzeyde ise, ortanca değer altıda puana sahip olanların ruhsal

sağlığı kötü, ortanca ve üzeri değerlere sahip olanların ruhsal sağlığı iyi olarak değerlendirilmiştir.

Fiziksel Fonksiyonellik: Günlük fiziksel aktiviteleri yapabilme derecesini ifade eder. SF-36 Fiziksel Fonksiyonellik Skalası ile ölçülmüştür. Fiziksel fonksiyonellik de 0 ile 100 arasında değer alan interval bir değişken olarak araştırmada yer almıştır. Ayrıca ortanca değer kesim noktası alınarak ikili bir kategorik değişken yaratılmıştır. Ortanca değer in altında puana sahip olanların fiziksel fonksiyonelliği kötü, ortanca ve üzeri değerlere sahip olanların fiziksel fonksiyonelliği iyi olarak değerlendirilmiştir.

Kısa Süreli Yakınma Sayısı: Listelenmiş 32 adet semptomdan hangilerinin kişi tarafından son 15 gün içinde kendisinde gözlemlendiği sorularak elde edilmiştir.

Kronik Hastalık/Durum: Uzun süreli, tam iyileşmeyen, ilerleyici 21 hastalık/durum katılımcılara ayrı ayrı sorularak işaretlenmiştir. "Diğer" seçeneği bırakılarak katılımcılar tarafından liste dışında belirtilen (psikolojik rahatsızlık, kronik sinüzit, varis, kronik hepatit) kronik hastalıklar da kaydedilmiştir. İki ve üzeri kronik hastalığa sahip olanlar morbid olarak değerlendirilmiştir.

Sosyoekonomik Düzey Değişkenleri

Hemen her toplumda maddi ve diğer kaynaklar eşitsiz olarak dağılmaktadır. Bu eşitsizlik bir sosyal hiyerarşi sistemi olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanlar mesleki statüleri, eğitim durumları ve gelir düzeylerine göre sosyal hiyerarşi içinde farklı pozisyonlarda yer almaktadırlar. Bu pozisyonu sosyoekonomik düzey olarak özetlemek mümkündür(21,22). Sosyologlar toplum içindeki görece pozisyonları nicel hale getirmek için çeşitli ölçütler geliştirmişlerdir. Sosyologların bu çabası sosyal hiyerarşiyi kendi içinde açıklamak içindir. Epidemiyoloji açısından sosyal pozisyon veya sınıfın önemi, sağlık düzeyi gibi bir başka değişkenin analizinde sosyal pozisyon/sınıfın bir açıklayıcı değişken /bağımsız değişken olarak yer almasından kaynaklanmaktadır.

Bu çalışmada katılımcıların sosyoekonomik düzeyleri, meslek, eğitim ve gelir değişkenleri ile değerlendirilmiştir.

Meslek Saygınlığı: Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksi(23) ve Trieman Uluslararası Mesleki Prestij Skalası(24) kullanılarak interval düzeyde ölçülmüştür. İnterval ölçümden elde edilen değerlerin 33,3'üncü ve 66,6'ncı yüzdelik değerleri kesim noktası alınarak üçlü ordinal değişkenler oluşturulmuştur. Böylece düşük, orta ve yüksek mesleki saygınlık düzeyleri elde edilmiştir. Ev kadınlığı, Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksinde yer alırken, Treiman Skalasında mevcut değildir. Ev kadınlığı, puanlandırılırken, Treiman Skalasında mevcut olan "iş gücünün dışında olanlar (not in labour force)" kategorisi içinde değerlendirilmiştir. Öğrencilere de ev kadınlarına verilen puan verilmiştir (Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Saygınlık İndeksinde 55,53 puan, Treiman

Mesleki Prestij Skalasında 41 puan). Halen gelir getiren bir işte çalışmayan kişiler, en son yaptıkları işe göre değerlendirilmişlerdir.

Öğrenim Düzeyi: Tamamlanmış okul yılı olarak ordinal düzeyde ve mezun olunan eğitim kurumu olarak ordinal düzeyde ölçülmüştür. Okuma-yazma bilmeyenler, okur-yazar olup herhangi bir eğitim kurumundan mezun olmayanlar ve ilkokul mezunları bir grupta, orta okul ve lise mezunları bir grupta ve üniversite ve yüksekokul mezunları bir grupta toplanarak üçlü bir ordinal değişken elde edilmiştir.

Gelir: Hanenin TL cinsinden ortalama aylık geliri, hanede yaşayan kişi sayısına bölünerek kişi başına ortalama aylık gelir hesaplanmıştır. Gelir sorusuna 506 katılımcı yanıt vermiştir. Yanıt verenler ile vermeyen 56 kişi yukarıda sayılan sosyoekonomik düzey ve sağlık düzeyi değişkenleri açısından Mann-Whitney-U testi ile karşılaştırılmış ve aralarında semptom sayısı dışında istatistiksel fark bulunmamıştır. Bekar ve öğrenci evlerinde kişisel aylık gelir sorulduğundan bu değerler, gelir değişkenine hanede yaşayan kişi sayısına bölünmeden yansıtılmıştır. Dağılımın 33,3'üncü ve 66,6'ncü yüzdelik değerleri kesim noktası alınarak, düşük, orta ve yüksek gelir düzeyi grupları oluşturulmuştur.

Sağlıkta Eşitsizliklerin Ölçümü

Sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarının boyutunu ölçmek için Kunst ve Mackenbach'ın DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından yayınlanan "Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Ölçülmesi" adlı teknik raporlarında belirttikleri, rölatif risk, atfedilen risk ve toplum için atfedilen risk (mutlak değer ve yüzde) göstergeleri kullanılmıştır(21).

Rölatif Risk (Risk Ratio-RR): En alttaki sosyoekonomik grubun morbidite hızı, en üstteki sosyoekonomik grubun morbidite hızına bölünerek elde edilir. En alttaki grubun morbidite hızının, en üstteki grubun hızından kaç kat fazla olduğunu belirtir.

Atfedilen Risk (Risk Farkı) (Risk Difference - RD): En üst sosyoekonomik grubun morbidite hızından, en alt grubun hızı çıkarılarak bulunur. Rölatif risk eşitsizliğin görece bir göstergesidir. Buna karşılık atfedilen risk, eşitsizliğin mutlak göstergesidir. En alt sosyoekonomik gruptaki morbidite hızının ne kadarının bu gruba atfedileceğini belirtir.

Toplum İçin Atfedilen Risk (Population-attributable risk - PAR): Mackenbach ve Kunst, epidemiyolojide uzun zamandır kullanılan toplum için atfedilebilir risk göstergesinin, sağlıkta eşitsizlikler çalışmalarında kullanımının oldukça yeni olduğunu belirtirler [21]. Bu gösterge, bütün toplumun, en üst sosyoekonomik grubun morbidite hızına sahip olması durumunda, toplumdaki morbidite hızında meydana gelecek azalmayı ifade eder.

Bu azalma hem yüzde olarak, hem de mutlak değer olarak belirtilir (PAR% ve PAR). PAR%, toplumun morbidite hızından, en üst sosyoekonomik grubun morbidite hızına bölünmesi ile elde edilen sonucun yüzde olarak gösterilmesidir (0.38>>%38). PAR ise basit olarak PAR%'nin hesaplanmasında kullanılan paydır (toplumun morbidite hızı - en üst sosyoekonomik grubun hızı). Örneğin, bir toplumda A hastalığının yıllık insidansının %0 5, en üst sosyoekonomik grupta ise %0 1 olduğu düşünülün. Bu durumda PAR% = %80 ve PAR = 4 (bin kişide) olacaktır. Bu değerler; toplumun A hastalığı insidansının, en üst sosyoekonomik gruptakilerin insidansına eşit olması durumunda, toplumun yıllık A hastalığı insidansında %80'lik bir azalma olacağı ve yılda her bin kişide 4 kişinin A hastalığına yakalanmaktan kurtulacağı anlamına gelir.

PAR% ve PAR, sosyoekonomik grupların toplum içindeki büyüklüğünü de göz önüne alır. Yüksek morbidite hızına sahip grupların nüfus oranları da büyükse, PAR% ve PAR daha büyük değer alacaklardır. Çünkü basit olarak [PAR = Morbidite Hızı toplum - Morbidite Hızı üst sosyoekonomik grup] şeklinde verilen formül aslında $[\sum p_i(RR_i - 1) / \sum p_i(RR_i - 1) + 1]$ formülünün sadeleştirilmiş şeklidir. Sonraki formüle dikkat edildiğinde her bir sosyoekonomik grubun toplum içindeki oranının ve en üst sosyoekonomik gruba göre rölatif riskinin hesaba katıldığı görülür (pi= i'nci grubun nüfusunun toplam içindeki oranı; RR_i= i'nci grubun referans gruba -en üst sosyoekonomik gruba- göre rölatif riski). PAR% ve PAR için %95 güven aralıkları, Mackenbach ve Kunst'un refere ettikleri kaynağa (25) ulaşılamadığından hesaplanamamıştır.

Yaş ve Cinsiyete Göre Standardizasyon:

Yaş değişkeni, 45 yaş altı ile 45 yaş ve üzeri olmak üzere iki gruba bölünmüştür. Her bir yaş kategorisi de cinsiyete göre ikiye bölünmüştür. Elde edilen bu dörtlü grubun örneklem içindeki oranları referans alınarak, her bir sosyoekonomik kategori için morbidite hızları düzeltilmiştir (doğrudan standardizasyon). Yukarıda belirtilen bütün göstergeler, düzeltilmiş hızlara göre hesaplanmıştır.

Bulgular

Tablo 1 incelendiğinde katılımcıların %44,5'ini erkeklerin, %55,5'ini kadınların oluşturduğu görülmektedir. Yaş ortalaması bütün grup için 45,2, standart sapması 13,6'dır. En büyük yaş değeri 85'tir. Katılımcıların üçte birinden fazlası yüksek okul veya üniversite mezunudur (%38,8). Katılımcıların %2,7'si herhangi bir öğretim kurumundan mezun olmamakla birlikte okur-yazardır. Katılımcıların %3,6'sı okur yazar değildir. Katılımcıların %73,3'ü evlidir. Boşanmış olanlar %2,1'lik bir kesimi oluşturmaktadır.

Tablo 1: Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özellikleri.

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	250	44,5
Kadın	312	55,5
Yaş Grubu		
25 - 34	147	26,2
35 - 44	139	24,7
45 - 54	137	24,4
55 - 64	82	14,6
65 - 74	48	8,5
75 +	9	1,6
<i>Ortalama ± S=45,2 ± 13,6; en az-en çok=25-85</i>		
Öğrenim Durumu		
Okur-yazar değil	20	3,6
Okur-yazar	15	2,7
İlkokul	116	20,6
Ortaokul	51	9,1
Lise	142	25,3
Yük. Okul / Üniv.	218	38,8
Medeni Durum		
Bekar	79	14,1
Evli	412	73,3
Boşanmış	12	2,1
Dul	59	10,5
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu		
Halen Çalışıyor	267	47,5
Çalışmıyor		
Emekli	116	20,6
Ev hanımı	143	25,5
Öğrenci	17	3,0
İş arıyor	8	1,4
Sağlık sorunu var	4	0,7
Diğer*	7	1,3
Toplam	562	100,0

* Tıpta Uzmanlık Sınavına hazırlanan (2), doğum yapmış ücretsiz izinde (1), yaşlı (1), hasta kızına bakan (1), işini bırakan (1), istifa eden (1).

Sosyoekonomik düzey sürekli değişkenleri arasındaki korelasyonlar **Tablo 2**'de verilmiştir. Tamamlanmış okul yılının, hem gelir değişkeni ile hem de mesleki prestij değişkenleri ile korelasyonu yüksek bulunmuştur. Gelir değişkeni ile mesleki prestij değişkenlerinin korelasyonu, okul değişkenine göre daha düşük bulunmuştur.

Tablo 2: Sosyoekonomik Değişkenler Arasındaki Spearman Korelasyon Katsayıları*

	Tamamlanmış Okul Yılı	Kasnakoğlu-Erdil Meslek Saygınlığı İndeksi	Treiman Uluslararası Mesleki Prestij Skalası	Ortalama kişi başına gelir ⁺
Tamamlanmış Okul Yılı	-	0,579	0,717	0,571
Kasnakoğlu-Erdil Meslek Saygınlığı	0,579	-	0,680	0,430
Treiman Uluslararası Mesleki Prestij Skalası	0,717	0,680	-	0,472
Ortalama kişi başına gelir ⁺	0,571	0,430	0,472	-

*Anlamlılık düzeyi bütün değerler için $p < 0,001$; ⁺ 506 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Bütün sosyoekonomik düzey göstergeleri arasında orta veya iyi düzeyde korelasyon mevcuttur. Gelirini beyan etmeyen 56 kişi ile, beyan eden 506 kişi arasında gerek diğer sosyoekonomik ve gerek sağlık göstergeleri açısından semptom sayısı dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 3).

Tablo 3: Gelirini beyan eden ve beyan etmeyen grupların diğer sosyoekonomik göstergeler ve sağlık göstergeleri açısından karşılaştırılması.

Sosyoekonomik ve Sağlık Göstergeleri	Gelir Beyan Eden Grup Ortalaması N=506	Gelir Beyan Etmeyen Grup Ortalaması N=56	Mann-Whitney U Testi p Değeri
Okul Yılı	10,64	10,36	0,54
Kasnakoğlu-Erdil	63,34	64,27	0,36
Treiman	48,71	46,69	0,07
SF-36 Genel Sağlık Puanı	60,90	63,95	0,40
SF-36 Fiziksel Sağlık	84,81	85,89	0,32
SF-36 Ruhsal Sağlık	66,82	69,00	0,42
Semptom Sayısı	4,80	3,82	<u>0,03</u>
Kronik Hastalık Sayısı	1,57	1,59	0,99

Tablo 4, gelir düzeyleri arasındaki sağlık eşitsizliklerini göstermektedir. Gelir düzeyi düşük olanlar, SF-36 Genel Sağlık Skalasından, gelir düzeyi yüksek olanlara göre 1,39 kat daha fazla ortanca değer altında puan almışlardır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Genel sağlık puanı ile ilgili morbidite hızı, gelir düzeyi düşük grupta %60,1'dir. Bu hızın %16,8'inden kişilerin düşük gelir düzeyine maruz kalması sorumludur (risk farkı).

Tablo 4: Gelir Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler.

Morbidite Göstergeleri	Gelir Düzeyleri (n=506)	Morbidite Hızı (%)	Rölatif Risk (%95 GA)	Risk Farkı (Atfedilen Risk)(%) (%95 GA)	Toplum İçin Atfedilen Risk (%)	Toplum İçin Atfedilen Risk (Mutlak Değer, Yüz Kişide)
SF-36 Genel Sağlık Puanı < Ortanca (< 65 puan)	Düşük Orta Yüksek Toplam	60,1 44,1 43,2 49,2	1,39 (1,12-1,72)	16,8 (6,4-27,3)	12,1	6,0
SF-36 Ruh Sağlığı Puanı < Ortanca (<72 puan)	Düşük Orta Yüksek Toplam	57,5 44,0 43,9 48,6	1,31 (1,06-1,62)	13,6 (3,0-1,62)	9,5	4,6
SF-36 Fizik. Fonk. Puanı < Ortanca (< 95 puan)	Düşük Orta Yüksek Toplam	46,3 39,3 35,2 40,3	1,32 (1,01-1,71)	11,1 (7,0-21,5)	12,7	5,1
Algılanan Sağlık İyiden Kötü	Düşük Orta Yüksek Toplam	45,2 31,0 28,9 35,1	1,56 (1,17-2,09)	16,3 (6,2-26,4)	17,6	6,2
Semptom Sayısı 5 ve Üzeri	Düşük Orta Yüksek Toplam	54,6 37,7 36,9 43,1	1,48 (1,16-1,88)	17,7 (7,3-28,1)	14,5	6,2
Kronik Hastalık (2 ve üzeri)	Düşük Orta Yüksek Toplam	41,2 38,4 38,1 39,2	1,08 (0,83-1,41)	3,1 (-7,3-13,5)	2,9	1,1

* Morbidite hızları, gelir düzeyi düşük 171 (%33,8), orta 166 (%32,8) ve yüksek 169 (%33,4) kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 5. Öğrenim Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler.

Morbidite Göstergeleri	Öğrenim Düzeyi (n=562)	Morbidite Hızı (%)	Rölatif Risk (%95 GA)	Risk Farkı (Atfedilen Risk)(%95 GA)	Toplum İçin Atfedilen Risk (%)	Toplum İçin Atfedilen Risk (Mutlak Değer, Yüz Kişide)
SF-36 Genel Sağlık Puanı	Düşük	66,0	1,78	28,9	23,9	11,6
< Ortanca (< 65 puan)	Orta	48,4	(1,44-2,19)	(18,9-38,8)		
	Yüksek	37,1				
	Toplam	48,7				
SF-36 Ruh Sağlığı Puanı	Düşük	61,7	1,47	19,7	11,8	5,6
< Ortanca (<72 puan)	Orta	43,0	(1,20-1,79)	(9,5-29,8)		
	Yüksek	42,0				
	Toplam	47,7				
SF-36 Fizik. Fonk. Puanı	Düşük	56,2	1,73	23,7	17,5	6,9
< Ortanca (< 95 puan)	Orta	33,9	(1,36-2,20)	(13,7-33,8)		
	Yüksek	32,4				
	Toplam	39,3				
Algılanan Sağlık İyiden Kötü	Düşük	54,8	2,28	30,8	30,2	10,4
	Orta	30,4	(1,73-3,00)	(21,0-40,5)		
	Yüksek	24,1				
	Toplam	34,5				
Semptom Sayısı 5 ve Üzeri	Düşük	58,4	1,90	27,7	25,9	10,8
	Orta	40,4	(1,49-2,42)	(17,7-37,7)		
	Yüksek	30,7				
	Toplam	41,5				
Kronik Hastalık (2 ve üzeri)	Düşük	48,2	1,34	12,2	10,5	4,2
	Orta	38,7	(1,05-1,71)	(2,0-22,4)		
	Yüksek	36,0				
	Toplam	40,2				

* Morbidite hızları, öğrenim düzeyi düşük 151 (% 26,9), orta 193 (% 34,3) ve yüksek 218 (% 38,8) kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Örnekleme grubunu oluşturan bütün katılımcılar yüksek gelir düzeyine sahip olsalardı, bütün grubun %49,2 olan morbidite hızında %12,1'lik bir azalma olacağı hesaplanmıştır (toplum için atfedilen risk-PAR%). Yine, bütün katılımcıların yüksek gelir düzeyine sahip olması durumunda her yüz katılımcıdan 6'sı genel sağlık puanı ortanca değerinde olan (morbid olmayan) grupta yer alacaktı. Bir başka ifadeyle her yüz kişide 6 kişi hastalar grubundan sağlıklılar grubuna geçmiş olacaktı (toplum için atfedilen risk-PAR%).

Tablo 4 incelenmeye devam edildiğinde gelir düzeyinden en çok etkilenen sağlık göstergesinin algılanan sağlık olduğu görülmektedir. Düşük gelir grubunda sağlığını kötü olarak algılayanların oranı, yüksek gelir grubuna göre 1,56 kat daha fazladır. Kronik hastalık dışındaki bütün morbidite göstergeleri için, gelir düzeyleri arasında eşitsizlik bulunmuştur.

Tablo 5 öğrenim düzeyleri ile morbidite ilişkisini sunmaktadır. Algılanan sağlık göstergesi, yine öğrenim düzeyi ile sıkı ilişki göstermektedir. Öğrenim düzeyi düşük grubun %54,8'i sağlıklarını kötü olarak algılayanlar, öğrenim düzeyi yüksek olan grupta bu hız %24,1'dir.

Öğrenim düzeyi orta olan grubun hızı ise 30,4'tür. Düşük grup için rölatif risk 2,28 olarak bulunmuştur. Rölatif risk göstergesinde, öğrenim düzeyi düşük grup sadece öğrenim düzeyi yüksek grup ile karşılaştırılmıştır. Öğrenim düzeyi orta olan grubun hesaba katıldığı toplum için atfedilen risk %30,2'dir. Bu hesaplama herkesin yüksek öğrenim düzeyine sahip olduğu durumda, algılanan sağlık için %34,5 olan genel morbidite hızının %30,2 oranında azalacağını göstermektedir. Bu azalma da her yüz kişide 10,4 kişinin sağlığını kötü olarak algılamaktan kurtulacağı anlamına gelmektedir.

Kronik hastalık için rölatif riskler, risk farkları ve toplum için atfedilen riskler bütün prestij düzeyi göstergelerinde anlamsızdır (Tablo 6 ve Tablo 7). Fiziksel fonksiyonellik ile ilgili sağlık göstergesi, Treiman skalasından türetilen prestij düzeyleri ile ilişki göstermemektedir (Tablo 7). Buna karşılık bütün prestij göstergelerinde, düşük prestij düzeyi genel sağlık, algılanan sağlık, ruhsal sağlık ve semptom sayısı morbidite hızlarını arttıran faktör olarak görülmektedir.

Tablo 6: Kasnakoğlu-Erdil Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler.

Morbidite Göstergeleri	Mesleki Prestij Düzeyi (n=562)	Morbidite Hızı* (%)	Rölatif Risk (%95 GA)	Risk Farkı (Atfedilen Risk)(%) (%95 GA)	Toplum İçin Atfedilen Risk (%)	Toplum İçin Atfedilen Risk (Mutlak Değer, Yüz Kişide)
SF-36 Genel Sağlık Puanı < Ortanca (< 65 puan)	Düşük Orta Yüksek Toplam	56,0 47,4 39,9 49,1	1,40 (1,14 – 1,73)	16,1 (6,9 – 25,3)	18,7	9,2
SF-36 Ruh Sağlığı Puanı < Ortanca (<72 puan)	Düşük Orta Yüksek Toplam	53,7 41,9 39,7 46,8	1,35 (1,10 – 1,67)	14,0 (4,8 – 23,2)	15,3	7,2
SF-36 Fizik. Fonk. Puanı < Ortanca (< 95 puan)	Düşük Orta Yüksek Toplam	46,3 37,5 33,0 40,3	1,41 (1,10 – 1,79)	13,4 (4,4 – 22,4)	18,2	7,3
Algılanan Sağlık İyiden Kötü	Düşük Orta Yüksek Toplam	40,4 31,9 26,3 34,2	1,54 (1,16 – 2,04)	14,1 (5,5 – 22,7)	23,1	7,9
Semptom Sayısı 5 ve Üzeri	Düşük Orta Yüksek Toplam	51,2 32,7 33,6 42,0	1,52 (1,21 – 1,92)	17,6 (8,5 – 26,6)	19,8	8,3
Kronik Hastalık (2 ve üzeri)	Düşük Orta Yüksek Toplam	42,3 29,7 40,7 39,4	1,04 (0,83 – 1,30)	1,6 (-7,6 – 10,8)	-3,2	-1,3

* Morbidite hızları, mesleki prestij düzeyi düşük 272 (% 48,4), orta 106 (% 18,9) ve yüksek 184 (%32,7) kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 7: Treiman Mesleki Prestij Skalası Puanlarından Oluşturulmuş Mesleki Prestij Düzeyleri İçin Yaşa ve Cinsiyete Göre Düzeltilmiş Morbidite Hızları, Rölatif Risk, Risk Farkı ve Toplum İçin Atfedilen Riskler.

Morbidite Göstergeleri	Mesleki Prestij Düzeyi (n=562)	Morbidite Hızı* (%)	Rölatif Risk (%95 GA)	Risk Farkı (Atfedilen Risk)(%) (%95 GA)	Toplum İçin Atfedilen Risk (%)	Toplum İçin Atfedilen Risk (Mutlak Değer, Yüz Kişide)
SF-36 Genel Sağlık Puanı < Ortanca (< 65 puan)	Düşük Orta Yüksek Toplam	60,3 42,3 39,7 49,1	1,52 (1,23 – 1,87)	20,7 (11,1 – 30,2)	19,2	9,4
SF-36 Ruh Sağlığı Puanı < Ortanca (<72 puan)	Düşük Orta Yüksek Toplam	58,1 40,4 39,6 47,6	1,47 (1,19 – 1,81)	18,5 (8,9 – 28,1)	16,9	8,0
SF-36 Fizik. Fonk. Puanı < Ortanca (< 95 puan)	Düşük Orta Yüksek Toplam	43,2 39,2 34,5 39,4	1,25 (0,97 – 1,61)	8,7 (-0,8 – 18,1)	12,5	4,9
Algılanan Sağlık İyiden Kötü	Düşük Orta Yüksek Toplam	42,6 28,3 29,2 34,7	1,46 (1,11 – 1,92)	13,4 (4,2 – 22,6)	15,7	5,4
Semptom Sayısı 5 ve Üzeri	Düşük Orta Yüksek Toplam	54,2 30,4 35,6 42,1	1,52 (1,21 – 1,92)	18,6 (9,1 – 28,1)	15,5	6,5
Kronik Hastalık (2 ve üzeri)	Düşük Orta Yüksek Toplam	39,8 37,8 39,3 39,1	1,01 (0,80 – 1,29)	0,5 (-9,0 – 10,0)	-0,5	-0,2

* Morbidite hızları, mesleki prestij düzeyi düşük 238 (% 42,4), orta 148 (% 26,3) ve yüksek 176 (% 31,3) kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tartışma

Bu çalışmadan elde edilen bulgular, Çankaya İlçesinde, 25 yaş ve üzeri nüfusun sosyoekonomik grupları arasında sağlık düzeyi farklılıkları olduğunu göstermektedir. Sosyoekonomik düzeyin ölçülmesinde kullanılan farklı göstergeler, sosyoekonomik düzey nasıl ölçülürse ölçülsün, gruplar arasında sağlık farklılıklarının varlığını koruduğunu göstermiştir.

Gelir, eğitim ve meslek göstergelerinin sosyoekonomik düzeyin farklı boyutlarını ölçtüğü kabul edilir (22,26). Uygulamada ise sosyoekonomik düzey genellikle bu üç göstergeden biri ile ölçülmektedir. Belek, Antalya kent merkezinde yaptığı 5 yıllık izlem çalışması sonucunda da eğitimin sağlıkla olan güçlü ilişkisini belirlemiştir (27,28). Yine, Nesanır ve arkadaşlarının Manisa'da yaptıkları çalışma özellikle anne eğitim düzeyi ile sağlık sorunları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır (29). Hacıaloğlu ve arkadaşlarının Gümüşhane Torul Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde 30 yaş üzeri kişilerin hipertansiyon prevalansını saptadıkları araştırmada da eğitim düzeyi ile daha kuvvetli olmak üzere (Ki-kare değeri 34,57), meslek (Ki-kare değeri 7,91) ve gelir (Ki-kare değeri 23,82) ile hipertansiyon prevalansı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur[30]. Şenol ve Belek'in yayınladıkları Antalya'daki izlem çalışması ile ilgili bir başka makalede eğitim, bir çok sağlık göstergesi (yeti yitimi, Genel Sağlık Anketi, yakınma sayısı) ile sosyal sınıftan daha ilişkili bulunmuştur (31). Çankaya'daki bu araştırmada öğrenim düzeyi düşük olan grubun, sağlığını, öğrenim düzeyi yüksek olan gruba göre 2,28 kat daha kötü olarak algıladığı saptanmıştır. Belek, Antalya kent merkezinde, 15 ve üzeri yaş grubunu kapsayan araştırmasında, algılanan sağlığın iyiden kötü olma durumu için, öğrenim düzeyi düşük grubun, öğrenim düzeyi yüksek gruba göre rölatif riskini 1,97 olarak bulmuştur (32). Belek'in çalışmasında da, bu çalışmada yapıldığı gibi, ilkökul ve altında öğrenime sahip olan grup ile yüksek okul ve üniversite mezunları karşılaştırılmıştır. Erengin ve Dedeoğlu, yine Antalya kent merkezinde 15 ve üzeri yaş grubunu kapsayan çalışmalarında, ortaokul ve altında öğrenime sahip olanlar ile lise ve üzerinde öğrenime sahip olanları karşılaştırmışlardır (33). Erengin ve Dedeoğlu rölatif riski 1,20 olarak bulmuşlardır. Ancak elde ettikleri sonuç, istatistiksel anlamlılık göstermemiştir. Bu durum, Erengin ve Dedeoğlu'nun öğrenim düzeyi gruplarını çok geniş tutmalarından kaynaklanabilir. Kunst ve Mackenbach, üst ve alt sosyoekonomik grupların karşılaştırılmalarında, üst ve alt gruplar arasındaki aralığın, ne çok geniş, ne de çok dar tutulmaması

gerektiğini belirtmektedirler. Aksi halde, gruplar arasında ya çok yüksek bir sağlık eşitsizliği bulunacak veya var olan bir eşitsizliğin görülmesi engellenecektir (21).

Bu çalışmada düşük ve yüksek öğrenim düzeyleri arasındaki sağlığın iyiden kötü algılanması hızlarının risk farkı %30,8 bulunmuştur (Tablo 5). Toplum için atfedilen risk ise %30,2'dir. Belek ise risk farkını %21,2, toplum için atfedilen riski %37,3 olarak bulmuştur (32). Belek'in çalışma popülasyonunda, iki uç öğrenim düzeyi arasındaki risk farkı, Çankaya nüfusundaki farka göre daha az bulunmuştur. Toplum için atfedilen risk, bütün öğrenim düzeyi gruplarının morbidite hızlarından, her bir grubun nüfusu ile orantılı olarak etkilenmektedir. Belek'in çalışmasında, ilkökul ve altında öğrenim düzeyine sahip grup, toplam çalışma popülasyonunun %46,1'ini oluşturmaktadır. Çankaya nüfusunda ise bu grubun toplam içindeki payı %26,9'dur. Toplum için atfedilen riskin yüksekliği, Antalya'da sağlık eşitsizliğinden geniş bir kesimin etkilendiğini göstermektedir. Risk farkının bizim çalışma popülasyonumuzda, Belek'in popülasyonuna göre yüksek bulunması ise, Çankaya İlçesi'nde, iki uç sosyoekonomik grup arasındaki sağlık eşitsizliğinin, Antalya kent merkezindeki iki uç grup arasındaki eşitsizlikten daha fazla veya keskin olduğunu göstermektedir, ancak Çankaya İlçesinde, eşitsizlikten etkilenen nüfus görece daha azdır.

Sosyoekonomik düzey diğer göstergelerle de ölçüldüğünde, sosyoekonomik gruplar arasında sağlık düzeyi farklılıkları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak, kronik hastalık morbiditesi, sadece öğrenim düzeyleri arasında fark göstermektedir.

Sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının açıklanması dört kategoride ele alınmaktadır (1). Bu farklılıkların birer artefakt veya raslantısal kümelenmeler olduğunu artık kimse iddia etmemektedir. Sağlıkta sosyal eşitsizlikler bir fenomendir. Sigara, alkol, sedanter yaşam gibi sağlığa zarar verici davranışların belirli sosyoekonomik gruplarda fazla görülmesinin bir açıklama kategorisi oluşturmaktan çok, sosyoekonomik düzeyin sağlığa etkisinde bir ara neden, ara değişken olarak ele alınması kabul görmektedir. Süregen sağlık sorunlarının kişilerin sosyoekonomik düzeyini etkilediği, dolayısı ile sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının ahlaki olarak nötral ve akla uygun olduğu tezi (doğal/sosyal seçim) yapılan birçok çalışma ile çürütülmüştür. Doğal/sosyal seçimin etkisi vardır ancak minimal düzeydedir (34,35) Sosyoekonomik düzey ile ilişkili fiziksel ve psikososyal özelliklerin sağlığı etkilediği tezi (materyalist/yapısal) geriye kalan tek açıklama kategorisidir.

Bu çalışmada DSÖ tarafından önerilen göstergeler kullanılarak gelişmiş bir ilçemizde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin boyutu ortaya konmaya çalışılmıştır. Bu göstergelerde kullanılacak parametrelere odaklanıldığından katılımcıların yaşam tarzları ile ilgili veri toplanmamıştır. Her ne kadar yukarıda sözü edilen açıklama hipotezlerinin test edilmesine yönelik bir çalışma olmamakla birlikte, yaşam tarzları ile ilgili veri toplanmayışı bu çalışmanın bir eksikliği olarak değerlendirilebilir. Yine aynı gerekçe ile kronik hastalığın sosyoekonomik düzey üzerine etkisi de –kronik hastalığı olanların zaman içinde düşük sosyoekonomik gruplara kaydığını ileri süren doğal/sosyal seçim hipotezi ile ilişkili - bu çalışmada değerlendirilmemiştir. Bu hipotezin test edilmesi için izlem çalışmalarına gereksinim vardır. Yukarıda da söz edildiği gibi kronik hastalığın sosyoekonomik düzeyin belirlenmesinde minimal etkisinin olduğu, tersine sosyoekonomik düzeyin kronik hastalıkları da içerecek şekilde sağlık düzeyini ve mortalite hızlarını belirlediği artık genel kabul gören görüşlerdir.

Geriyeye tek olarak kaldığı söylenen materyalist/yapısal açıklama kategorisi üzerinde, Marmot, Wilkinson ile Lynch arasındaki tartışmalar halen devam etmektedir. Lynch uçak yolculuğu metaforunu kullanarak, kendisinin ekonomi sınıfında uçanların maddi nedenler (dar koltuklar, daha az havalanma vb.) nedeni ile kendilerini yolculuk sonunda yorulmuş hissettiklerini, Marmot'un ise birinci sınıfta uçanlar nedeni ile psikososyal olarak kötülediklerini iddia ettiğini söyler. Tartışma her iki tarafın da ortaya koydukları kanıtlarla ilgi çekicidir (36,39). Macintyre'a göre müdahaleler üzerine düşünmek, eşitsizliklerin üretiminde yer alan mekanizmalar konusunda daha açıklayıcı hipotezler geliştirmeye yardımcı olacaktır (1).

DSÖ tarafından 2005 yılında oluşturulan "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu" bu konuda yürüttükleri çalışmaların raporunu Ağustos 2008'in sonunda açıklamışlardır (40,41).

Kaynaklar

1. Macintyre, S., The Black Report and beyond: what are the issues? Soc Sci Med 1997; 44(6): 723-745.
2. Syme, S.L. and J.L. Balfour, Explaining inequalities in coronary heart disease Lancet. 1997; 350(9073): 231-232.
3. Wilkinson, R.G., Income distribution and life expectancy. BMJ 1992; 304(6820): 165-168.
4. Marmot, M.G., et al., Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. Lancet 1991; 337(8754): 1387-1393.
5. Cox, T. and C. Mackay, Psychosocial factors and psychophysiological mechanisms in the aetiology and development of cancers. Soc Sci Med 1982; 16(4): 381-396.

Komisyon üç alanda müdahale önermektedir:

- Günlük yaşam koşullarının iyileştirilmesi (erken çocukluk dönemimdeki gelişim, kızların okutulması, çalışma şartlarının düzeltilmesi, sosyal destek politikaları)
- Güç, para ve kaynakların eşitsiz dağılımı ile mücadele (yeterli derecede finanse edilmiş kamu sektörü, sivil toplumun güçlendirilmesi, özel sektörün hesap verebilir hale getirilmesi)
- Sağlıkta sosyal eşitsizliklerin ölçülmesi, izlenmesi ve müdahalelerin değerlendirilmesi (sağlıkta eşitsizlikleri takip edecek ulusal sörveyans sistemleri kurulması, sağlık araştırmalarında bu konuya daha güçlü odaklanılması, sağlık çalışanları ve karar vericilerin bu konudaki eğitimine yatırım yapılması)

Sonuç

Bulgular, Çankaya İlçesinde sosyoekonomik düzeyler arasında sağlık farklılıkları olduğunu göstermektedir. Farklılıklar; sosyoekonomik düzey, meslek, öğrenim veya gelir göstergelerinden hangisi ile ölçülürse ölçülsün varlığını sürdürmektedir. Özellikle öğrenim düzeyleri arasında bu farklılıklar daha belirgindir. Öğrenim düzeyinin hem gelir, hem de mesleki prestij ile, bu iki grup göstergenin birbirleriyle ilişkisinden daha sıkı ilişki gösterdiği saptanmıştır. Bu bulgular, öğrenim düzeyinin, sağlık eşitsizliklerinin ölçümünde ve takibinde, en azından şimdilik sosyoekonomik düzey göstergesi olarak tek başına kullanılabilceğini işaret etmektedir.

Ancak, kullanılan sağlık göstergelerinin beyana dayalı olması, verilen cevapların, yanıtlayanların öğrenim düzeyinden etkilenmiş olması olasılığını da akıla getirmektedir. Diğer sosyoekonomik düzey göstergeleri ile öğrenim düzeyi arasındaki sıkı ilişki, bu olasılığı, diğer göstergeler için de geçerli kılmaktadır. Bu nedenle, Türkiye'de, beyana dayalı sağlık göstergeleri ve sosyoekonomik düzey göstergelerinin, objektif sağlık göstergeleri (mortalite gibi) ile karşılaştırılacağı, metodolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. Marmot, M. and T. Theorell, Social class and cardiovascular disease: the contribution of work. *Int J Health Serv* 1988; 18(4): 659-674.
7. Droomers, M., et al., Educational differences in excessive alcohol consumption: the role of psychosocial and material stressors. *Prev Med* 1999; 29: 1-10.
8. Mulatu, M.S. and C. Schooler, Causal connections between socio-economic status and health: reciprocal effects and mediating mechanisms. *J Health Soc Behav* 2002; 43: 22-41.
9. Kristenson, M., et al., Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Soc Sci Med* 2004; 58(8): 1511-1522.
10. Nagel, G., et al., The impact of education on risk factors and the occurrence of multimorbidity in the EPIC-Heidelberg cohort. *BMC Public Health* 2008; 8: 384.
11. Lynch, J.W., G.A. Kaplan, and J.T. Salonen, Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med* 1997; 44: 809-819.
12. Kaplan, G.A. and J.W. Lynch, Is economic policy health policy? *Am J Public Health* 2001; 91: 351-353.
13. Marmot, M., Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007; 370(9593): 1153-1163.
14. World Health Organization. Regional Office for Europe., Health 21 : an introduction to the health for all policy framework for the WHO European region. European health for all series. 1998, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı, 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek. 2007, Ankara: Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.
16. Sümbüloğlu, K. and V. Sümbüloğlu, Biyoistatistik. 1995, Ankara: Özdemir Yayıncılık.
17. Erengin, H. and N. Dedeoğlu, Sağlık ölçmenin kolay bir yolu: algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim* 1997; 12: 11-16.
18. Kaplan, G.A. and T. Camacho, Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 292-304.
19. Ware, J.E., Jr. and C.D. Sherbourne, The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-483.
20. Demirsoy, A.C., The MOS SF-36 Health Survey: a validation study with a Turkish sample, Psikoloji Bölümü Bilim Uzmanlığı Tezi. Boğaziçi Üniversitesi: İstanbul, 1999.
21. Kunst, A.E., J.P. Mackenbach, and World Health Organization. Regional Office for Europe., Measuring socioeconomic inequalities in health. 1994, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 115 p.
22. Liberatos, P., B.G. Link, and J.L. Kelsey, The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev* 1988; 10: 87-121.
23. Kasnaoğlu, Z. and E. Erdil, Meslek saygınlığı ve tecihleri: Ankara 1996 in ODTÜ AFP Raporu. 1996: Ankara.
24. Treiman, D.J., Occupational Prestige in Comparative Perspective. 1976, New York.
25. Walter, S., Calculation of attributable risks from epidemiological data. *Int. J. Epidemiol.* 1978; 7: 175-182.
26. Macintyre, S., et al., Socio-economic position and health: what you observe depends on how you measure it. *J Public Health Med* 2003; 25: 288-294.
27. Boratav, K., İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. 1995, İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları.
28. Belek, İ., "Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler, Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma". 2004, Ankara: TTB Yayınları.
29. Nesanır, N. and et al., Manisa İli'nde Bir Sağlık Ocağı Bölgesi'nde Sağlıkta Eşitsizlikler. *STED* 2005; 14: 221-228.
30. Nazlı HACIALIOĞLU, Asuman GÜRAKSIN, and Tacettin İNANDI, Gümüşhane İli Torul Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi 30 Yaş ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve İlgili Etmenler. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 1999; 19: 200-208.
31. Şenol, Y.Y. and İ. Belek, Antalya'nın İki Mahallesinde Bir Araştırma: Sağlıkta Eşitsizlik ve İki Yıllık Değişim Sonuçları. *Sağlık ve Toplum* 2002; 12(3).
32. Belek, İ., Algılanan sağlıkta sınıfsal ve sosyoekonomik eşitsizlikler: Antalya'da bir alan araştırması. *Toplum ve Hekim* 1998; 13: 292-299.
33. Erengin, H. and N. Dedeoğlu, Sağlıkta eşitsizlik: Antalya kent merkezinde 15 yaş ve üzeri kişilerde morbiditede farklılıklar. *Toplum ve Hekim* 1998; 13: 140-143.
34. Marmot, M., et al., Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Soc Sci Med* 1997; 44: 901-910.
35. Chandola, T., et al., Health selection in the Whitehall II study, UK. *Soc Sci Med* 2003; 56(10): 2059-2072.
36. Lynch, J.W., et al., Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000; 320: 1200-1204.
37. Marmot, M. and R.G. Wilkinson, Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ* 2001; 322: 1233-1236.

38. Lynch, J., et al., Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review. The Milbank Quarterly 2004; 82: 5-99.
39. Marmot, A.F., et al., Building health: an epidemiological study of "sick building syndrome" in the Whitehall II study. Occup Environ Med 2006; 63: 283-289.
40. Marmot, M., et al., Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet 2008; 372: 1661-1669.
41. Commission on Social Determinants of Health., Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. 2008, Geneva: World Health Organization. 247 sayfa.