

ORIGINAL ARTICLE/ORIJİNAL MAKALE

İyi sağlık algısına etki eden faktörlerin yaşam seyri yaklaşımı ile incelenmesi

Using the life-course approach to analyse factors affecting good self-rated health

 Ferhan Saniye Palaz¹

¹Dr., İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi: 21.04.2022, **Kabul Tarihi:** 28.02.2023

Öz

Amaç: Çocukluktaki iyi sağlık algısının erişkinlik dönemi dahil sürdürülmesine etki eden dolaylı ve dolaysız risk faktörlerini incelemektir. Yaşam seyri epidemiyolojisi teorik arka plan sağlamıştır. Buna göre sağlık, doğumla başlayıp çocukluk ve yetişkinliğin tümü boyunca tecrübe edilen sosyal ve biyolojik süreçlerden bir bütün olarak etkilenmektedir.

Yöntem: Nicel veri kaynağı olarak Avrupa Sağlık, Yaşlanma ve Emeklilik Araştırması (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE) kullanılmıştır (n=15128). Retrospektif veri sayesinde: 1) 0-15 yaş dönemi için iyi olarak algılanan sağlığın 50+ erişkinlik döneminde algılanan sağlığa kadar nasıl dönüştüğünün (iyi kalma ya da kötüye dönme) incelenmesi, 2) Sağlığa etki etmesi beklenen risk faktörlerinin güncel durumla sınırlı olmadan yaşam seyrinin tümü boyunca (yaşamın herhangi bir döneminde sigara kullanmış olma gibi) değerlendirilmesi mümkün olmuştur. Tanımlayıcı analizlerin ardından hiyerarşik ikili lojistik regresyon analizi yürütülmüştür. Çoklu ortak doğrusallık varsayımı ihlal edilmemiştir. Hosmer ve Lemeshow uyum iyiliği testi, modeli desteklemektedir.

Bulgular: Post-sosyalist refah modeline kıyasla diğer üç refah modelinde (sosyal-demokrat, muhafazakâr-korporatist ve Akdeniz) yaşayan kişilerin 0-15 yaş iyi sağlık algısını 50+ dönem dahil sürdürmesi 2 kat fazladır. Düşük eğitim seviyesinin, hayatının herhangi bir döneminde ekonomik zorluk yaşamış olmanın, olumsuz çalışma koşullarının, fiziksel hareketsizlik ile preobez/obez olmanın ve göçmen olmanın iyi sağlık algısının sürdürülmesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Sigara kullanma ve cinsiyet ise istatistiksel olarak anlamsız etkenler olmuştur.

Sonuç: Çocukluktaki iyi sağlık algısının yaşam seyri boyunca sürdürülmesi bireysel tercihler ve yaşam tarzı ile ilgili olduğu gibi, sosyal faktörlerden de etkilenmektedir. Nüfusun tümü eşit şartlarda yaşamadığı için iyi sağlığın sürdürülmesi, dezavantajlı gruplar için daha zordur.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Seyri Yaklaşımı, Sosyal Epidemiyoloji, Retrospektif Veri, Nicel Araştırma, Survey Of Health, Ageing And Retirement In Europe

Sorumlu yazar: Dr. Ferhan Saniye Palaz, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye. **E-posta:** ferhanpalaz@gmail.com **Telefon:** +90 542 821 85 43.

Nasıl atıf yapılmalı: Palaz FS. İyi sağlık algısına etki eden faktörlerin yaşam seyri yaklaşımı ile incelenmesi. Turk J Public Health 2023;21(1):71-86.

©Copyright 2023 by the Association of Public Health Specialist (<https://hasuder.org.tr>)
Turkish Journal of Public Health published by Cetus Publishing.



Turk J Public Health 2023 Open Access <http://dergipark.org.tr/tjph/>.

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

Abstract

Objective: The purpose of this study is to examine the direct and indirect factors affecting good self-rated health over the life-course in thirteen European countries. According to life-course epidemiology, health is affected by social and biological processes from birth to later years.

Methods: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) is used (n=15128). Retrospective data provided two basis for this study: 1) examine how good self-rated health of 0-15 early life changed until 50+ late life (maintenance good health or not), 2) determine the risk factors expected to affect health by using not only current but also earlier phases of life (such as smoking at any given point of life). For this end, Hierarchical binary logistic regression models were used. Multicollinearity was checked using VIFs and goodness of fit by Hosmer and Lemeshow test.

Results: It was found that living in social-democrat, conservative-corporatist and Mediterranean welfare regimes positively affects the maintenance good self-rated health from 0-15 (early life) to 50+ (late life) as compared to post-socialist welfare regime. Additionally it was observed lower levels of education, experience of financial hardship at any given point of life, negative work conditions (high physical and psycho-social demand, low reward and control), physical inactivity, pre-obesity/obesity, and migrant background negatively affect remaining in good health. Gender and smoking at any given point of life were statistically insignificant.

Conclusion: Maintaining good self-rated health over the life-course is harder for disadvantaged groups and is affected by both individual lifestyle and social factors.

Keywords: Life course perspective, social epidemiology, retrospective study, Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

GİRİŞ

Sosyal epidemiyoloji; insan topluluklarında sağlık problemlerinin dağılımını, görülme sıklıklarını ve nedenlerini, sosyal koşulların sağlığa etkisini değerlendirmektedir.^{1,2}

Ekonomik ve sosyal faktörlerin sağlığa etkisini konu alan araştırmalarda sosyal epidemiyoloji kavramının kullanımı 1980'lerin başından itibaren hız kazanmıştır.¹⁵ Sağlıktaki eşitsizlikleri, birey değil topluluk seviyesinde açıklamaya çalışmaktadır.³

Çalışmada kullanılan yaşam seyri yaklaşımı, yaşamın tüm evrelerini gözetmektedir. Erişkinlik dönemi risk faktörlerinin yanı sıra, erken dönem risk faktörleri de incelenmektedir.⁴

Sağlığın bu yaklaşımla ele alınması önemlidir çünkü sağlık durumu doğumla başlayıp çocukluk ve yetişkinliğin tümü boyunca tecrübe edilen sosyal ve biyolojik süreçlerden bütünsel olarak etkilenmektedir.¹⁵ Sağlık için risk oluşturan etmenler; sağlığın bozulmasına neden olan biyo-medikal şartlar (dolaysız riskler) ve biyo-medikal şartlara temel sağlayan genel yaşam koşulları (dolaylı riskler) olarak ikiye ayrılarak incelenmektedir.⁵ Dolaylı risklere örnek olarak düşük gelir, kötü beslenme ve elverişsiz konut koşulları verilebilir. Bu faktörler, hastalıkların ortaya çıkması için tek başına yeterli olmasalar da iyi sağlığı tehdit eden risklerdir çünkü hastalıkların gelişimine zemin

hazırlayabilmektedirler.³⁶ Hem biyolojik hem de sosyal faktörleri üstelik yaşamın tümü boyunca ölçümlenmek zor bir görev olduğu gibi; bunların nasıl bir yaklaşımla analiz edileceği sorusu da kolaylıkla yanıtlanamamaktadır. Bazı çalışmalar bu faktörleri ilişkisel olarak ele almaktayken diğerleri ayrı ayrı incelemektedir.⁴

Bu faktörleri değerlendirmeye almanın belli başlı üç yolu olduğu söylenebilir. Birinci yaklaşımda, erken yaşam dönemlerinde maruz kalınan risklerin yaşam boyu sağlığa etkisi kümülatif olarak değerlendirilebilir. İkinci olarak, erken yaşam dönemlerindeki risklerin ilerleyen dönemlerdeki sağlık üzerindeki doğrudan etkileri incelenebileceği gibi; dolaylı etkileri de üçüncü bir yol olarak incelenebilir. Son yaklaşımda, riskler sosyal koşulları olumsuz etkileyerek (çocukluktaki sağlık risklerinin hayatın ilerleyen dönemlerinde daha kötü çalışma ve mesken koşullarına neden olması gibi) sağlık üzerinde dolaylı yollardan tehdit oluşturmaktadır.² Bu durumda, sağlık için risk teşkil eden koşullara zemin hazırlamaktadırlar. Her ne kadar bu üçü arasından yaygın kabul gören tek bir yaklaşım olmasa da, yaşam seyri araştırmalarının ortak noktası, riskleri yaşamın erken dönemlerinden itibaren tümü boyunca değerlendirmeye almalarıdır.

Araştırmanın amacı, yaşam seyri epidemiyolojisine dayanılarak, yirminci yüzyılın başı ile ortası arasında doğmuş olan bireylerin çocukluktaki iyi sağlık algısını yaşam boyu sürdürmelerine etki eden dolaylı ve dolaysız risk faktörlerini, 50+ yetişkinlik döneminde algıladıkları sağlık verisini kullanarak incelemektir. Veri olarak *Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe* (SHARE) kaynağını

kullanan araştırmancının bağımlı değişkeni “iyi sağlığın sürdürülmesi”dir. Bağımlı değişkenin belirleyicileri arasında refah devleti modelleri, çalışma koşulları, ekonomik zorluk tecrübesi, eğitim seviyesi, göçmenlik, cinsiyet ve riskli sağlık davranışları yer almaktadır.

İyi sağlık, “algılanan sağlık durumu” üzerinden değerlendirilmiştir.⁴⁶ Kişinin genel sağlığını “iyi, çok iyi, mükemmel” olarak tanımladığı, “zayıf ve kötü” olmadığını beyan ettiği bir sağlık durumuna işaret etmektedir.^{17, 19} Çalışmada ele alınan refah devleti modellerinin ortaya çıkış sürecine bakıldığında, sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılmasının temel bir amaç olduğu görülmektedir.⁴³ Refah devleti modelleri hem emeklilik şemaları hem de sağlık sigortaları üzerinden sosyal grupların sağlıklarına doğrudan ve dolaylı etkide bulunmaktadır.

Sosyo-ekonomik faktörler, sağlığı hem dolaylı hem de dolaysız olarak etkileyebilirler. Sağlıklı beslenme ve spor gibi sağlık için olumlu alışkanlıkların geliştirilmesi salt bireysel yaşam tercihleri ile ilgili değildir. Sosyal ve ekonomik dezavantajların birikimselliği, bireylerin riskli sağlık davranışlarını gerçekleştirme ihtimalini artırırken, olumlu sağlık davranışlarının edinmesini ise azaltmaktadır.³³ Çalışmada sağlık için risk oluşturan davranışlar arasında yaşamın herhangi bir döneminde düzenli sigara kullanmış olma ile obezite ve fiziksel hareketsizlik incelenmiştir. Son olarak cinsiyet değerlendirmeye dahil edilmiştir. Cinsiyet ilk bakışta bireysel bir faktör gibi görünse de cinsiyetler arası eşitsizlikler toplumsal tabakalaşma bağlamında sosyal bir eşitsizlik oluşturmaktadır.⁵ Göç, önemli bir yaşam değişimi olarak görüldüğü için sosyal epidemiyoloji çalışmaları arasında uzun

yıllardır yer almaktadır.² Son olarak, çalışma çevresinin sağlıkla ilişkisi, sağlığı doğrudan etkileyen riskler olan fiziksel koşullarla sınırlı değildir. 1960'larda başlayan çalışma epidemiyolojisi araştırmaları dolaylı riskler olan psiko-sosyal stresi de ele almıştır. Sadece üst kademelerde çalışan kişiler için değil, düşük maaşlı ve düşük statülü işlerde çalışan kişiler için de sağlığı bozucu etkileri olduğu görülmüştür.²

YÖNTEM

Araştırmada nicel veri kaynağı olarak SHARE'in birinci (2004) ve ikinci (2006) dalgasına ek olarak SHARELIFE adlı üçüncü (2008-2009) dalgası kullanılmıştır. Panel bir araştırma olan SHARE, 2004 yılından 2021'e kadar geçen sürede 28 Avrupa ülkesi ve İsrail'de 50 yaş ve üzeri 140000 kişiden nicel veri toplamıştır. Araştırmanın önemli bir özelliği uluslararası mukayeseye imkan sağlayan, toplum sağlığı ve sosyo-ekonomik yaşam şartları hakkında boylamsal mikro veri sunmasıdır.⁶ SHARE'in amacı 50 yaş ve üzeri nüfus hakkında olasılık-tabanlı örneklem kullanarak çıkarım yapmaktır. SHARE'in hedef evreni, örneklemin oluşturulduğu yılda 50 yaş ve üzerinde olan, araştırmanın yapıldığı ülkede düzenli ikameti bulunan kişilerdir. Anketin uygulandığı dönemin tamamı boyunca hapis hane olan, hastaneye kaldırılmış olan ya da ülke dışında olan kişiler, araştırma yapılan ülkenin dil(ler)ini konuşamayan kişiler, araştırma çerçevesindeki yanlış adres bilgisi gibi hatalar nedeni ile yeri tespit edilemeyen ya da başka bir haneye taşınan kişiler araştırmanın dışında bırakılmıştır. Bu kişilerin kendileriyle aynı hanede yaşayan eşleri, yaşlarından bağımsız olarak araştırmaya dahil edilmektedir. Bu nedenle 50 yaşın altında katılımcılar da vardır.⁷

SHARELIFE, retrospektif veri toplanan tematik bir dalgadır. Örneğin katılımcının çocukluk dönemindeki sağlık durumu, hayatının herhangi bir döneminde ekonomik zorluk yaşayıp yaşamadığı ya da katılımcı emekli ise çalıştığı son işin şartlarına dair veri sağlamıştır. Birinci ve ikinci araştırma dalgaları da katılımcıların riskli sağlık davranışları hakkında veri sunmaktadır. Araştırma sorusu "On üç Avrupa ülkesinde çocukluktaki iyi sağlık algısının yaşam boyunca sürdürülmesine etki eden faktörler nelerdir?" şeklindedir. Yaşam seyri epidemiyolojisi temel alınarak araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri seçilmiştir.

Öncelikle tanımlayıcı istatistiklerle sosyodemografik gruplarda iyi sağlığın sürdürülmesi özetlenmiştir. Ardından, iyi sağlığın sürdürülmesinin anlamlı belirleyicileri olduğu düşünülen faktörlerin bağımlı değişkenle ilişkisi tek değişkenli modellerle gösterilmiştir (Tablo 2, Sütun 1). Kategorik değişkenlerden ikili olanlar "0=hayır/ölçülen özelliğin olmaması" ve "1=evet/ölçülen özelliğin var olması" şeklinde yeniden kodlanmıştır.

İyi sağlık algısının sürdürülmesine hangi faktörlerin nasıl etki ettiğinin açıklanması için hiyerarşik ikili lojistik regresyon kullanılmıştır. Hiyerarşik modelin seçilme nedeni, riskleri kendi içinde gruplandırılarak modele girmelerini sağlamasıdır. Böylelikle faktörlerin modele katkısı aşama aşama görülmüştür. Bu amaçla birinci aşamada modele sadece riskli sağlık davranışları (hayatın herhangi bir döneminde düzenli sigara kullanmış olma, orta ve yoğun fiziksel aktivite ve obez/obez olma) girmiştir. İkinci adımda cinsiyet, göçmenlik, eğitim seviyesi, ekonomik zorluk yaşamış olma ve

iş koşulları (yüksek fiziksel talepli iş, yüksek psiko-sosyal talepli iş, düşük iş kontrolü, düşük ödüllü iş, düşük sosyal destekli iş) modele eklenmiştir. Üçüncü aşamada refah devleti rejimleri modele eklenmiştir. Bağımsız değişkenlerin her birinin tahmin yetisi, diğer bağımsız değişkenlerin etkileri kontrol altında tutularak test edilmiştir.⁸ Fiziksel risk faktörleri kontrol edildikten sonra sosyal risk faktörlerinin etkisi görülmektedir.

Her üç modelde de her bir bağımsız değişken için varyans şişirme faktörü 10'dan küçük bulunduğundan çoklu doğrusallık varsayımı ihmal edilmemiştir. Hosmer ve Lemeshow uyum iyiliği testi her üç modeli de desteklemektedir ($p>0.05$). İstatistiksel anlamlılığı göstermek için $p<0.05$ değeri kullanılmıştır. Araştırmacı, SHARE'in kayıtlı kullanıcısı olarak mikro veriyi bilgisayarına yüklemiş ve SPSS 21 programında analiz etmiştir. Bulgular ve tartışmada, tüm bağımsız değişkenleri içeren son model sunulmuştur.

Örneklem

Bu araştırmada SHARE'in birinci, ikinci ve üçüncü dalgaları kullanılmıştır. Üçüncü dalgaya (SHARELIFE) katılan on üç ülkenin tamamı örnekleme yer almaktadır. Örneklem, araştırma sorusuna uygun olarak birkaç adımda oluşturulmuştur:

Riskli sağlık davranışlarına ait veri, SHARELIFE'ta yer almadığı için,⁹ SHARE'in birinci ve ikinci dalgaları da araştırmaya dahil edilmiştir. Bu nedenle örnekleme yer alan tüm katılımcıların, SHARELIFE'a ek olarak bu iki dalgadan da en az birine de katılması şartı aranmıştır. Bir katılımcı hem birinci hem ikinci dalgaya katılmışsa ikinci dalgadaki verisi dikkate alınmıştır. SHARE panel bir araştırma olduğu için birden çok dalga bu

şekilde birleştirilerek kullanımı yaygın bir yöntemdir.^{10,11,12}

Çalışmanın konusu iyi sağlık algısının sürdürülmesine etki eden faktörleri incelemekle sınırlıdır. Bu nedenle çocukluk (0-15 yaş) döneminde algılanan genel sağlık durumu kötü olan katılımcılar örneklemeden çıkarılmıştır. Çocukluktaki kötü sağlığın yaşam seyri boyunca iyileşmesi ya da kötü kalması, bu araştırmanın konusu değildir. Ek olarak, çocukluktaki sağlığı "değişken" olan katılımcılar da örneklemeden çıkarılmıştır.

Örneklem hayatının bir döneminde ücretli iş gücünün parçası olmuş olan fakat halihazırda çalışmayan katılımcılarla sınırlandırılmıştır.

SHARE'in hedef popülasyonu 50 yaş ve üzeri nüfus olsa da, katılımcıların eşleri yaşlarından bağımsız olarak örnekleme dahil edilmektedir. 50 yaşın altındaki katılımcılar örneklemeden çıkarılmıştır.

Örneklemin ($n=15128$) temel sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Veri Toplama Araçları

SHARE'de CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing/ Bilgisayar Destekli Yüz Yüze Görüşme*) yöntemi ile veri toplanmaktadır. Anket, her ülkenin kendi dil(ler)inde yapılmaktadır.¹³ Panel araştırma olduğu için araştırmaya ilk defa katılacak olan kişiler temel soru kağıdını, daha önce en az bir dalgaya katılmış olan yanıtlayıcılar ise boylamsal soru kağıdını yanıtlamaktadır.¹⁴ Medeni hal, eğitim durumu ve göçmenlik verisi sadece temel soru formunda toplanmaktadır. Bu nedenle demografik özelliklere dair kayıp veri, veri kaynağının gerekli dalgalarından çekilerek tamamlanmıştır.

Tablo 1. Örneklemde çocuklukta iyi sağlık algısının yaşam seyri boyunca sürdürülmesine ait frekans tablosu ($n=15128$)

			İyi Sağlık Algısının Sürdürülmediği Katılımcılar ($n=6692$, %44.2)		İyi Sağlık Algısının Sürdürüldüğü Katılımcılar ($n=8436$, %55.8)	
			<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cinsiyet ($n=15128$)		Kadın	3585	53.6	4396	52.1
		Erkek	3107	46.4	4040	47.9
Eğitim Seviyesi ($n=15018$)		Düşük	3946	59.4	3850	46.0
		Orta	1952	29.2	2840	33.9
		Yüksek	747	11.2	1683	20.0
Ekonomik Zorluk Yaşamış Olma ($n=15082$)		Hayır	4186	62.9	6124	72.7
		Evet	2470	36.9	2302	27.3
Göçmenlik ($n=15127$)		Göçmen Olmama	6238	93.2	7949	94.2
		Göçmen Olma	453	6.8	487	5.8
Medeni Durum ($n=15124$)		Eşi Yok	2550	38.1	2548	30.2
		Eşi Var	4139	61.8	5887	69.8
Refah Devleti Modelleri ($n=15128$)		Sosyal-demokrat	803	12.0	1335	15.8
		Akdeniz	1743	26.0	2084	24.7
		Muhafazakar-korporatist	2681	40.1	4118	48.8
		Post-sosyalist	1465	21.9	899	10.7
Sağlık İçin Riskli Davranışlar	Sigara Kullanımı ($n=15106$)	Hayır	3489	52.3	4352	51.6
		Evet	3188	47.7	4077	48.4
	Orta Fiziksel Aktivite ($n=15101$)	Yok	1276	19.1	471	5.6
		Var	5399	80.9	7955	94.4
	Yoğun Fiziksel Aktivite ($n=15100$)	Yok	3945	59.1	2856	33.9
		Var	2729	40.9	5570	66.1
Preobez/Obez Olma ($n=15128$)	Hayır	2144	32.0	3357	39.8	
	Evet	4548	68.0	5079	60.2	
İş Koşulları	Yüksek Fiziksel Talepli İş ($n=12928$)	Hayır	2989	53.1	5108	69.9
		Evet	2636	46.9	2195	30.1
	Yüksek Psiko-sosyal Talepli İş ($n=12908$)	Hayır	3189	56.8	4605	63.1
		Evet	2426	36.3	2688	36.9
	Düşük İş Kontrolü ($n=12910$)	Hayır	2607	46.4	4237	58.1
		Evet	3009	53.6	3057	41.9
	Düşük Ödüllü İş ($n=12803$)	Hayır	2859	51.4	4600	63.5
		Evet	2703	48.6	2641	36.5
	Düşük Sosyal Destekli İş ($n=12910$)	Hayır	1521	27.5	2455	34.1
		Evet	4006	72.5	4740	65.9

Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkeni, *iyi sağlık algısının* sürdürülmesidir. Bağımlı değişken, yaşam seyri yaklaşımı temel alınarak oluşturulmuştur. Bu yaklaşıma göre erişkinlik dönemi sağlığı, doğumdan itibaren tecrübe edilen sosyal ve biyolojik süreçlerden bütünsel olarak etkilenmektedir.¹⁵ Çocukluk (0-15 yaş) ve erişkinlik (50 yaş üzeri) dönemi algılanan sağlık durumu verisi kullanılarak çalışmanın bağımlı değişkeni meydana getirilmiştir.

Sağlık durumunun zaman içinde değişimini konu alan çalışmalarda sağlıktaki değişim, temel (baseline) veri toplama aşamasındaki iyi ya da kötü sağlık durumu ve izlem sürecinde iyi ya da kötü sağlık durumu kullanılarak ölçülmektedir. Newbold (2005),¹⁶ Adena ve Myck (2014),¹⁷ Keenan ve Grundy (2017),¹⁸ Pakpahan ve ark. (2017)¹¹ ve Reus-Pons ve ark.nın (2018)¹⁹ yöntemleri incelendiğinde sağlıktaki değişimi Allison'ın (2010, s. 3)²¹ çalışmasına dayanan ve "olayların meydana geliş zamanına odaklanan" bir yöntemle ölçtükleri görülmektedir. Prospektif veriye özgü olan bu yöntem sağlıktaki değişimin zamanı ile ilgilenmektedir.²¹

Bu çalışmada ise retrospektif veri kullanılmaktadır ve algılanan sağlıktaki değişimin incelenmesinde Hirdes ve Forbes'in (1993)⁴⁶ araştırması ile benzer bir yöntem izlenmiştir. Bunun için veri kaynağında katılımcıların 0-15 yaş algılanan sağlık bilgisine ek olarak, 50 yaş ve üzeri dönemdeki sağlığın iyi ya da kötü algılandığı bilgisi yer almaktadır. Böylelikle "Çocukluktaki iyi sağlık algısı, yetişkinlik döneminde sürdürülmekte mi?" sorusuna yanıt alınabilmektedir. Bununla birlikte katılımcıların çocukluktaki iyi sağlık algısı şayet sürdürülmediyse yani erişkinlikteki sağlık algısı kötü ise, kötü

sağlığın tam olarak ne zaman meydana geldiği bilgisi bulunmamaktadır. Bu durum çalışmanın bir sınırlılığıdır. Çalışmanın amacı sağlık algısındaki değişimi (1. iyiden kötüye, 2. iyiden iyiye, 3. kötüden iyiye ve 4. kötüden kötüye) değil, iyi sağlık algısının sürdürülmesini (1. iyiden iyiye olup sağlığın sürdürülmesi ve 2. iyiden kötüye olup sağlığın sürdürülmemesi) ele almak olduğu için çocukluk sağlığı kötü olan katılımcılar araştırmanın dışında bırakılmıştır.

Bağımlı değişken (iyi sağlık algısının sürdürülmesi) üç adımda oluşturulmuştur. İlk adımda, katılımcının 0-15 yaş algılanan sağlık durumunu 5'li Likert ölçekle gösteren "çocukluk sağlığı" değişkeni, iyi sağlık (mükemmel, çok iyi, iyi) ve kötü sağlık (zayıf, kötü) kategorileriyle yeniden kodlanmıştır. İkinci adımda, erişkinlik dönemi (50+) algılanan sağlık durumu 5'li Likert ölçekten iyi sağlık (mükemmel, çok iyi, iyi) ve kötü sağlık (zayıf, kötü) olmak üzere ikili kategorik değişken haline getirilmiştir.²²

Üçüncü adımda, bu araştırmanın bağımlı değişkeni olan *iyi sağlık algısının* sürdürülmesi oluşturulmuştur. Bu değişken "1" iyi sağlık algısının sürdürülmesi yani hem çocukluk hem erişkinlikte algılanan sağlığın iyi olması ve "0" iyi sağlığın sürdürülmemesi yani çocuklukta algılanan sağlık iyi olup erişkinliktekinin kötü olması olmak üzere iki kategoriye sahiptir. Buna göre çocukluktaki iyi sağlık erişkinlikte devam ediyorsa iyi sağlık algısı sürdürülmüş, çocukluktaki iyi sağlık durumu erişkinlikte devam etmiyorsa iyi sağlık algısı sürdürülmemiştir.

Bağımsız Değişkenler

Bağımsız değişkenler, çocukluktaki iyi sağlık algısının erişkinlik dönemine kadar

sürdürülebilmesinin önünde dolaylı ya da dolaysız risk faktörleri oluşturmaktadır. Risk faktörü, “hastalık oluşumu riski ile pozitif bir ilişki içinde olan; ancak, hastalığa yol açmak için yeterli olmayan faktörler” olarak tanımlanmaktadır.³⁶

Ülkeler refah devleti modellerine göre sosyal-demokrat (İsveç ve Danimarka), Akdeniz (İtalya, İspanya ve Yunanistan), muhafazakar-korporatist (Almanya, Belçika, Hollanda, Fransa, İsviçre ve Avusturya) ve post-sosyalist (Polonya ve Çek Cumhuriyeti) olarak dört kategoriye ayrılmıştır.²³

SHARELIFE’ta, katılımcılardan geçmişte çalışmış oldukları tüm ücretli işler arasındaki “son ana işin” koşulları hakkında retrospektif veri toplanmaktadır. İş koşullarının ölçümü literatürde^{2, 12, 26} sıklıkla Karasek ve arkadaşlarının (1998)²⁴ talep-kontrol modeli ve Siegrist ve ark.nın (2004)²⁵ çaba-ödül dengesizliği modeli ile yapılmaktadır. Makalede bu iki modelden yola çıkılarak iş koşulları şu beş boyutla ölçülmüştür: işin fiziksel talep (2 madde), psiko-sosyal talep (3 madde), işte sosyal destek (2 madde), iş üzerinde kontrol (2 madde) ve ödül (2 madde). Bu maddeler 4’lü Likert ölçekle ölçülmektedir. Öncelikle gerekli maddelere tersten kodlama yapılmıştır. Ardından her boyut için toplam puan hesaplanmıştır. Puanlar toplanırken bir boyuttaki tüm sorulara yanıt verilmiş olması, kayıp veri olmaması şartı aranmıştır. Her boyutta yüksek puanlar daha olumsuz iş koşullarına işaret etmektedir. Son olarak her boyut için toplam puan ikili kategorik değişken haline getirilmiştir. Üst tertildeki puanlar “olumsuz iş koşulları”nı göstermektedir.¹² İş koşullarının ölçümü için geçerlik güvenilirlik çalışması Karasek ve arkadaşları (1998) ile Siegrist ve arkadaşları (2004) tarafından

yapılmıştır ve bu makaledeki ölçüm doğrudan Wahrendorf ve arkadaşlarının (2013) çalışmasına dayanmaktadır.

Ekonomik zorluk tecrübesi, SHARELIFE’in retrospektif tasarımına özgü bir soru olan “hayatın bir döneminde ekonomik zorluk yaşamış olma” ile ölçülmüştür. Eğitimin ölçümünde, UNESCO’nun 1997 yılında yayınlanan Uluslararası Standart Eğitim Sınıflaması (ISCED) raporu esas alınarak 0’dan 6’ya kadar derecelendirilmiş olan eğitim değişkeni düşük (0, 1 ve 2 seviyeleri), orta (3 ve 4 seviyeleri) ve yüksek (5 ve 6 seviyeleri) olarak yeniden kodlanmıştır.²⁷ Araştırmanın yapıldığı ülkeden başka bir ülkede doğmuş olan kişiler “göçmen”, araştırma ülkesinde doğmuş kişiler “göçmen değil” olarak kodlanmıştır.²⁸ Cinsiyet iki kategoriye ayrılmaktadır [Medeni durum, örneklemin demografik özelliklerinin tanıtılması amacı ile kullanılmıştır, regresyon modeline girmemiştir. 1= Eşi olan (evli/birlikte yaşama) ve 0= Eşi olmama (ayrı/boşanmış; dul; hiç evlenmemiş) olarak ikili kategorik değişken haline getirilerek incelenmiştir.^{20]}

Riskli sağlık davranışları arasında 1) sigara kullanımı, 2) orta veya yoğun fiziksel aktiflik ve 3) vücut kitle indeksi kullanılmıştır.¹⁹ En az bir yıl süreyle her gün sigara, puro veya tütün kullanan kişiler “sigara kullanıyor” olarak; vücut kitle indeksi 25’ten yüksek olanlar preobez/obez olarak kodlanmıştır.^{29,30} Katılımcı yoğun fiziksel aktiviteleri (spor, ağır ev işi veya fiziksel güç kullanımı gerektiren işler) “ayda en az 1 kez” yapıyorsa yoğun fiziksel aktivite “gerçekleştiriyor”, “ayda bir kereden az” yapıyorsa “gerçekleştirmiyor” olarak kodlanmıştır. Bahçe işi yapma, araba yıkama ve yürüyüş yapma gibi orta fiziksel aktiviteler de aynı yöntem izlenerek

kodlanmıştır.²⁹

BULGULAR

Çocukluktaki iyi sağlık algısının erişkinlikte de devam etmesi üzerinde hangi faktörlerin etkili olduğunu anlamak amacıyla hiyerarşik ikili lojistik regresyon yürütülmüştür. Riskli sağlık davranışları (sigara kullanımı, orta ve yoğun fiziksel aktiflik ve preobez/obez olma) ilk blokta modele girilmiştir. Bu değişkenler iyi sağlık algısının sürdürülmesindeki varyansın %7.8 (Cox ve Snell R^2) ile %10.5 (Nagelkerke R^2) arasında bir kısmını açıklayabilmektedir ve katılımcıların %63.3'ünü doğru bir biçimde sınıflandırabilmiştir. İkinci adımda cinsiyet, göçmenlik, eğitim seviyesi, ekonomik zorluk yaşamış olma ve iş koşulları (yüksek fiziksel talepli iş, yüksek psiko-sosyal talepli iş, düşük iş kontrolü, düşük ödüllü iş, düşük sosyal destekli iş) modele eklenmiştir. İkinci model iyi sağlık algısının sürdürülmesindeki varyansın %12.1 (Cox ve Snell R^2) ile %16.2 (Nagelkerke R^2) arasında bir kısmını açıklayabilmektedir ve katılımcıların %66'sını doğru bir biçimde sınıflandırabilmiştir. Son olarak refah devleti rejimleri modele eklenmiştir. Tüm bağımsız değişkenleri içeren tam modelde on dört bağımsız değişken vardır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur X^2 (17, $n=15128$) = 1723.48; $p<0.001$, bu değerler modelin iyi sağlık algısının sürdürülmesi ile sürdürülmemesini ayırt edebildiğini göstermektedir. Bir bütün olarak model iyi sağlığın sürdürülmesi ile ilgili varyansın %12.9 (Cox ve Snell R^2) ile %17.3 (Nagelkerke R^2) arasında bir kısmını açıklayabilmektedir ve katılımcıların %66,4'ünü doğru bir biçimde sınıflandırabilmiştir.

İyi sağlık algısının sürdürülmesinin en güçlü yordayıcıları yoğun fiziksel aktiflik (OR=2.22, %95 GA=2.08-2.44, $p<0.001$)

ve orta fiziksel aktifliktir (OR=2.12, %95 GA=1.85-2.44, $p<0.001$). Bu değerler şunu göstermektedir ki; modeldeki diğer tüm unsurlar kontrol altında tutulduğunda, yoğun ve orta fiziksel aktiflik gösteren katılımcılarda iyi sağlık algısının sürdürülmesi olasılığı aktif olmayan katılımcılardan en az 2 kat daha fazladır. Değişkenlerin önem sırasına göre, refah devleti modelleri de iyi sağlığın sürdürülmesinin güçlü bir yordayıcısıdır. Post-sosyalist refah devleti modeline (Polonya ve Çek Cumhuriyeti) kıyasla sosyal-demokrat refah modelinde (İsveç ve Danimarka) iyi sağlığın sürdürülmesi 1.84 kat (OR=1.84, %95 GA=1.59-2.12, $p<0.001$); Akdeniz refah modelinde (İtalya, İspanya ve Yunanistan) 1.82 kat (OR=1.82, %95 GA=1.61-2.05, $p<0.001$); ve muhafazakar-korporatist refah modelinde (Almanya, Belçika, Hollanda, Fransa, İsviçre ve Avusturya) 1.79 kat (OR=1.79, %95 GA=1.59-2.01, $p<0.001$) daha yüksektir (bkz. Tablo 2, sütun 4). Modeldeki diğer tüm unsurlar kontrol altında tutulduğunda bu üç refah modelinde iyi sağlık algısının sürdürülmesinin post-sosyalist refah rejimine sahip ülkelere göre ihtimal oranları katınca daha fazladır.

Ekonomik zorluk yaşamış olanlara kıyasla yaşamamış olanlarda iyi sağlık algısının sürdürülmesi 1.50 kat (OR=1.50, %95 GA=1.38-1.63, $p<0.001$) daha yüksektir. Eğitim seviyesi yüksek olanlara kıyasla düşük olanlarda iyi sağlık algısının sürdürülmesi 1.64 kat (OR=1.64, %95 GA=1.54-1.85, $p<0.001$) ve orta olanlarda 1.37 kat (OR=1.37, %95 GA=1.21-1.47, $p<0.001$) daha düşüktür. İş yüksek fiziksel talep gerektirmemiş olanlarda iyi sağlık algısının sürdürülmesi 1.50 kat (OR=1.50, %95 GA=1.38-1.64, $p<0.001$) ve düşük ödüllü işte çalışmamış olanlarda 1.29 kat (OR=1.29, %95 GA=1.19-1.40, $p<0.001$) daha yüksektir. Göçmen olanlara kıyasla yerli

Tablo 2. İyi Sağlık Algısının Sürdürülmesini Modelleyen Lojistik Regresyon Sonuçları

	Tek Değişkenli Modeller			Çok Değişkenli Model 1 ¹			Çok Değişkenli Model 2 ²			Çok Değişkenli Model 3 ³		
	OR	%95 GA		OR	%95 GA		OR	%95 GA		OR	%95 GA	
		Alt	Üst		Alt	Üst		Alt	Üst		Alt	Üst
Sigara Kullanımı (ref=Evet) Hayır	0.98	0.92	1.04	0.99	0.91	1.06	1.02	0.94	1.10	1.02	0.94	1.11
Preobez/Obez Olma (ref=Evet) Hayır	1.40	1.31	1.50	1.34*	1.24	1.45	1.25*	1.15	1.35	1.21*	1.12	1.31
Yoğun Fiziksel Aktivite (ref=Var) Yok	0.35	0.33	0.37	0.44*	0.40	0.47	0.44*	0.40	0.47	0.45*	0.41	0.48
Orta Fiziksel Aktivite (ref=Var) Yok	0.25	0.22	0.28	0.41*	0.36	0.47	0.45*	0.40	0.52	0.47*	0.41	0.54
Cinsiyet (ref=Kadın) Erkek	1.06	0.99	1.13				1.02	0.94	1.10	0.98	0.90	1.07
Göçmenlik (ref=Göçmen Olma) Göçmen Olmama	1.19	1.04	1.35				1.24**	1.06	1.46	1.29*	1.10	1.52
Ekonomik Zorluk Yaşamış Olma (ref=Evet) Hayır	1.57	1.47	1.68				1.47*	1.35	1.59	1.50*	1.38	1.63
Eğitim Seviyesi (ref=Yüksek) Düşük Orta	0.43 0.65	0.39 0.58	0.48 0.65				0.60* 0.69*	0.54 0.61	0.68 0.78	0.61* 0.73*	0.54 0.65	0.68 0.82
Yüksek Fiziksel Talepli İş (ref=Evet) Hayır	2.05	1.91	2.21				1.58*	1.45	1.71	1.50*	1.38	1.64
Yüksek Psiko-sosyal Talepli İş (ref=Evet) Hayır	1.30	1.21	1.40				1.14**	1.05	1.24	1.12**	1.03	1.21
Düşük İş Kontrolü (ref=Evet) Hayır	1.60	1.49	1.72				1.17*	1.03	1.27	1.14**	1.05	1.24
Düşük Ödüllü İş (ref=Evet) Hayır	1.65	1.53	1.77				1.31*	1.21	1.42	1.29*	1.19	1.40
Düşük Sosyal Destekli İş (ref=Evet) Hayır	1.36	1.26	1.47				1.08	0.99	1.18	1.06	0.97	1.16
Refah Devleti Modeli (ref=Post-sosyalist) Sosyal-Demokrat Akdeniz Muhafazakar- Korporatist	2.71 1.95 2.50	2.40 1.76 2.27	3.06 2.16 2.76							1.84* 1.82* 1.79*	1.59 1.61 1.59	2.12 2.05 2.01
Sabit				1.92			0.94			0.58		

¹Hiyerarşik lojistik regresyonda Blok 1'in sonuçlarıdır. Hosmer ve Lemeshow $p>0.05$ Doğru Sınıflama Oranı=%63.3

²Hiyerarşik lojistik regresyonda Blok 2'nin sonuçlarıdır. Hosmer ve Lemeshow $p>0.05$ Doğru Sınıflama Oranı=%66.0

³Hiyerarşik lojistik regresyonda Blok 3'ün sonuçlarıdır. Hosmer ve Lemeshow $p>0.05$ Doğru Sınıflama Oranı=%66.4

* $p<0.001$

** $p<0.05$

OR: Odds oranı, GA: Güven aralığı, ref: referans kategori

Not: Bulgular başlığı ile Tablo 2 sütun 4'ten farklı olan değerlerin nedeni, Odds oranının 1'den düşük olması durumunda yorumlamayı kolaylaştırmak için "odds oranı tarafından bölünen 1" işleminden elde edilen sonuçların metinde kullanılmış olmasıdır.⁶

olanların iyi sağlık algısını sürdürmesi 1.29 kat daha yüksektir (OR=1.29, %95 GA=1.10-1.52, $p<0.001$). Preobez/obez olanlara kıyasla olmayanlarda iyi sağlık algısının sürdürülmesi 1.21 kat (OR=1.21, %95 GA=1.12-1.31, $p<0.001$) daha yüksektir. Önem sırasına göre son olarak işi yüksek psiko-sosyal talep gerektirmemiş olanlarda iyi sağlık algısının sürdürülmesi 1.12 kat (OR=1.12, %95 GA=1.03-1.21, $p<0.001$) ve düşük kontrol kurabildikleri işte çalışmış olanlara kıyasla olmayanlarda 1.14 kat (OR=1.14, %95 GA=1.05-1.24, $p<0.001$) daha yüksektir. Hayatın herhangi bir döneminde sigara kullanmış olmanın, düşük destek ortamı olan işte çalışmış olmanın ve cinsiyetin etkisi ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı, yaşam seyri epidemiyolojisine dayanılarak, yirminci yüzyılın başı ile ortası arasında doğmuş olan bireylerin çocuklukta iyi sağlık algısını yaşam boyu sürdürmelerine etki eden dolaylı ve dolaysız risk faktörlerini, 50+ yetişkinlik döneminde algıladıkları sağlık verisini kullanarak incelemektir. Hiyerarşik ikili lojistik regresyon modeli uygulanmıştır. Böylelikle sağlık risklerinin kendi içinde gruplandırılarak modele girmeleri sağlanmıştır.

Sonuçlara göre yoğun ve orta fiziksel aktivite, tüm değişkenler içinde en güçlü tahmin ediciler olmuştur. Fiziksel aktivitenin sağlanması, iyi sağlık algısının sürdürülmesi için önemlidir. Fiziksel hareketsizlik gibi riskli sağlık davranışları, bireyin yaşam tercihleri ile sınırlı bir çerçevede yorumlanmamalıdır. Zira sosyo-ekonomik statü (SES) gibi sosyal faktörlerle de ilişkilidir. SES, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının edinilmesinde fırsat eşitliği³¹

belirlemektedir. Yine, sosyal sermaye “hastalıklardan korunma ve sağlıklı yaşam hakkında bilgi akışı sağlama”³² üzerinden etkili olan bir diğer sosyal faktördür.

Her ne kadar öne çıkan bir faktör olmasa da preobez/obez olmayanlarda iyi sağlık algısında devamlılığın, preobez/obez olanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Sağlıklı davranışların geliştirilmesi sayesinde en yaygın hastalıklar önlenmektedir.³³ Bu nedenle sağlık için riskli davranışların nüfusta dağılımının anlaşılması epidemiyoloji çalışmalarında önemli yere sahiptir. Bu çalışmalara dayanılarak sağlığı olumlu etkileyen alışkanlıkların (sağlıklı beslenme ve egzersiz gibi) bireylere kazandırılmasını hedefleyen politikalar uygulanmaktadır.⁴⁴ Fakat sağlığın korunması amacıyla toplumsal olan yerine bireysel seviyedeki müdahalelerin, bireysel risk faktörlerini odağa alarak “halk sağlığı” yaklaşımını yitirdiği eleştirisi yapılmaktadır.³

Bireysel davranışlara zemin hazırlayan toplumsal yapının nasıl iyileştirilebileceği üzerinde duran müdahaleler planlanmalıdır. Sosyal epidemiyoloji, basitçe hangi risk faktörlerinin sağlıkla ilişkili olduğunu ortaya çıkarmakla kalmaz. Odaklandığı temel mesele hangi nüfus gruplarında riskli davranışların daha yaygın olduğudur. Çünkü sağlık davranışları toplumda rastgele dağılmayıp sosyal bir örüntüye sahiptir ve riskli davranışların düşük sosyal sınıflar arasında daha yaygın olduğu çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir.³³ Sosyal politikalarla, yetersiz yapısal-sosyal unsurların desteklenerek iyileştirilmesi sağlıktaki eşitsizliklerin giderilmesi için önemli bir adım olacaktır.

Sonuçlara göre, eğitim seviyesinin düşük olması ve yaşamın herhangi bir dönemde

ekonomik zorluk yaşamış olma iyi sağlık algısının sürdürülmesini olumsuz etkilemektedir. Bulgular literatürde desteklediği gibi²², düşük SES'in diğer göstergeleri ile birlikte yorumlandığında daha anlaşılır bir tablo ortaya koymaktadır. Çünkü bulgulara göre fiziksel ve psikolojik anlamda zorlayıcı iş koşulları ve düşük maaşlı/kontrollü işte çalışmış olma da iyi sağlığın sürdürülmesini olumsuz etkilemektedir ve bu koşullar da düşük SES ile ilişkilendirilebilir. Sosyal ve ekonomik dezavantajların birikimselliği, bireylerin riskli sağlık davranışlarını artırırken, olumlu sağlık davranışlarının kazanılmasını ise azaltmaktadır.³³ Araştırma bulguları SES'in sağlık üzerindeki etkisinin yeterli beslenme, elverişli meskenlerde yaşama ve sağlık hizmetlerine kolay erişim gibi doğrudan etkilerle sınırlı kalmadığı; dolaylı etkilerinin de olduğu yönündeki literatürü³⁴ desteklemiştir. Söz gelimi eğitim düzeyi düşük olduğu için düşük maaşlı işlerde çalışan, yaptığı iş fiziksel olarak zorlayıcı olan ve uzun dönemli işsiz kalan bir kişinin yaşam seyri boyunca sağlığını korumada bir takım sosyal eşitsizliklerle karşı karşıya gelme ihtimalinde yaşadığı ülkenin ekonomik sisteminin de belirleyici olduğu söylenebilir. Zira Bismarkiyen sistemde toplu emeklilik şemasına yapılan katkı üzerinden emeklilik planlanırken, Beverijyen sistemde vatandaşlık statüsü ve muhtaçlık seviyesi belirleyici olmaktadır.⁴⁵

Bulgulara göre refah modelleri, iyi sağlık algısının sürdürülmesinde öne çıkan bir faktör olmuştur. Post-sosyalist refah modeline kıyasla diğer üç refah modelinde (sosyal-demokrat, muhafazakar-korporatist ve Akdeniz) 2 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Refah modelleri arasındaki farklar, sosyal güvenlik sistemleri ve sağladıkları sosyal faydalar

üzerinden yorumlanabilir. Post-sosyalist refah modelinde, diğerlerinden farklı olarak sosyal güvenlik sistemi toplumun çoğunu kapsıyor olmasına rağmen sosyal faydalar sınırlı kalmaktadır.²³ İyi sağlık algısının korunmasının daha kolay olduğu üç refah modelindeki ülkelerin ortak bir özelliği, gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYH) yüksek seviyede olmasıdır. GSYH sağlıktaki eşitsizliklerin anlaşılmasında önemli bir faktördür. Sağlık için önemli olan bazı biyo-belirteçler GSYH'sı düşük olan ülkelerde kırdaki nüfusun sağlığı için risk teşkil ederken GSYH'sı yüksek ülkelerde kır-kent arasındaki bu fark ortadan kalkmaktadır.³⁰ Bu durum yüksek GSYH'nın, sağlığı olumsuz etkileyen faktörlerin etkisini hafiflettiğini göstermektedir.

Son olarak, göç tecrübesinin iyi sağlığın sürdürülmesini olumsuz etkilediği görülmüştür. Göçmenlerin genel sağlık durumunun yerlilere kıyasla daha kötü olduğu bilinmektedir.¹⁹ Epidemiyolojinin amacı, özellikle de dezavantajlı grupların sağlığını iyileştirmektir.³⁶ Göçmenler dezavantajlı bir grup olarak düşünülebilir. Göç, önemli bir yaşam değişimi olarak kabul edilmekte ve uzun yıllardır sosyal epidemiyoloji kapsamında çalışılmaktadır.²

Sağlıkta cinsiyet temelli eşitsizlikler, özellikle de 1960'dan itibaren, kadınların sosyal ve ekonomik koşullarının sağlıkta cinsiyetler arası eşitsizlik oluşturması bağlamında çalışılmaya başlanmıştır.⁴ Fakat bu çalışmada cinsiyetin istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmamıştır. Yine hayatın herhangi bir döneminde düzenli sigara kullanmış olmanın istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığını göstermiştir. Sigara kullanım süresi ve sıklığı gibi daha ayrıntılı verilerle yeni çalışmaların yapılması gereklidir. Araştırmada emekli olmadan önce

kişinin çalıştığı son ana işin koşulları beş boyutla incelenmiştir. Bunlardan iş yerinde düşük sosyal desteğe sahip olmanın, iyi sağlık algısının yaşam seyri boyunca sürdürülmesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı görülmüştür. Yapılacak yeni araştırmalarda erken çalışma koşulları ile psikolojik sağlık arasındaki ilişki incelenmelidir.

Yaşam seyri epidemiyolojisi 1960'lardan itibaren teorik olarak gelişmiş olsa da, varsayımlarının ampirik ispatı oldukça zordur.² Çünkü yaşam seyrinin tüm basamaklarını kapsayacak şekilde sağlıkla ilgili ölçümlerin gerçekleştirilmesi hem verinin toplanması hem de analizi açısından kolay değildir. Bu çalışma da konusu itibari ile önemli sınırlılıklara sahiptir. Öncelikle, retrospektif verinin doğası gereği katılımcıların geçmişe dair sorulara yanlış cevap verme ihtimali vardır.²² Ayrıca, sağlığın algılanan sağlık yerine daha somut ve nesnel ölçümlerle analiz edilmesi ve multilevel modellerin kullanılması literatüre daha açıklayıcı katkı verme potansiyeline sahiptir. Çalışmanın sonuçları, çocukluk dönemi sağlığı iyi olan ve hayatının bir döneminde ücretli bir işte çalışmış olan kişilerle sınırlandırılmış olsa da, örneğin farklı meslek gruplarına odaklanan çalışmaların yapılması anlamlı olacaktır.

SONUÇ

Sağlık risklerinin sosyal yorumunda birey değil, bireysel durumun arkasında yatan sosyal kaynağın anlaşılmasına çalışılması temellerini, Rose'un (1992) "Neden *bu* nüfus grubu için *bu* risk özellikle söz konusudur?" sorusundan almaktadır.² Bu araştırmada refah devleti rejimleri ve düşük SES ile ilişkili pek çok göstergenin sağlık üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak, çocukluktaki

iyi sağlık durumunun yaşam seyri boyunca devam ettirilmesinde bireyin özgür iradesi ve bireysel sorumluluklar önemli olsa da, sosyal şartların sağlığa etkisi ihmal edilmemelidir.³⁵ Sağlığın sosyal belirleyicileri genel olarak "insanın yaşadığı ve çalıştığı koşullar" olup bunların ele alınması tüm insanlar için sağlığın iyileştirilmesinin en adil yolu olarak görülmektedir.³⁶

Bu makalenin konu aldığı iyi sağlık algısının yaşam boyu sürdürülmesi ve toplumun sağlığa yönelik risklerden korunması, Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı'nın öncelikli müdahale alanları arasında yer almaktadır.³⁷ Türkiye'de, ulusal düzeyde temsil ediciliği olan bir örnekleme, SHARE gibi boylamsal bir araştırma yapılarak veri toplanmasına ihtiyaç vardır. Böyle bir veri, hem emeklilik hem de sağlık politikalarının belirlenmesi için önemli bir bilimsel temel sağlayacaktır. SHARELIFE gibi retrospektif veri toplanması da sağlığın yaşam boyu değişiminin gözlenmesi ve farklı kuşakların tecrübelerinin anlaşılması bağlamında önemlidir.

BİLDİRİMLER

Çıkar Çatışması: Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Araştırmacı finansal destek almamıştır.

Etik Onay: Bu makalede SHARE 1. (DOI: [10.6103/SHARE.w1.710](https://doi.org/10.6103/SHARE.w1.710)), 2. (DOI: [10.6103/SHARE.w2.710](https://doi.org/10.6103/SHARE.w2.710)) ve 3. (DOI: [10.6103/SHARE.w3.710](https://doi.org/10.6103/SHARE.w3.710)) dalga verisi kullanılmaktadır. Etik onay gerekmemektedir. Yöntemsel ayrıntılar için bkz: Schröder (2011). SHARE araştırması Avrupa Komisyonu tarafından FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE:

CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982); Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SERISS: GA N°654221) ve DG Employment, Social Affairs & Inclusion çerçevesinde fonlanmıştır. German Ministry of Education and Research, the Max Planck Society for the Advancement of Science, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) ve diğer çeşitli fon kaynakları da vardır (bkz. www.share-project.org).

Yazar Katkısı: Fikir: FSP, Tasarım: FSP, Gözetim: FSP, Araç gereç: FSP, Veri toplama ve işleme: SHARE, Analiz ve yorumlama: FSP, Literatür tarama: FSP, Yazma: FSP, Eleştirel inceleme: FSP.

KAYNAKÇA

1. Köksal S. Epidemiyolojik Araştırma Yöntemleri Tanım, Sınıflama. Halk Sağlığı Ders Kitabı içinde. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2008. s. 59-62.
2. Berkman LF, Kawachi I. A historical framework for social epidemiology. In Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, editors. Social Epidemiology. New York: Oxford University Press; 2014. p. 1-16.
3. Pearce N. Traditional Epidemiology, Modern Epidemiology, and Public Health. American Journal of Public Health 1996; 86(5): 678-683.
4. Kuh D, Hardy R. A life course approach to women's health: does the past predict the present? In Kuh D, Hardy R, editors. A Life Course Approach to Women's Health. New York: Oxford University Press; 2002. p. 3-22

5. Millard AV. A causal model of high rates of child mortality. Soc. Sci. Med 1994; 38(2): 253-268.
6. Börsch-Supan A, Jürges H. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology. Mannheim: MEA. 2005.
7. Bergmann M, Bethmann A, De Luca G. Sampling Design in SHARE Wave 7. In Bergmann M, Scherpenzeel A, Börsch-Supan A, editors. SHARE Wave 7 Methodology: Panel Innovations and Life Histories. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy; 2019. p. 81-88.
8. Pallant J. SPSS Kullanma Klavuzu: SPSS ile Adım Adım Veri Analizi. Balcı S, Ahi B, düzenleyen. Ankara: Anı, 2015.
9. Mehrbrodt T, Gruber S, Wagner M. SHARE Scales and Multi-Item Indicators. MEA. 2019.
10. Csajbók Z, Kagstrom A, Kåreholt I. et al. Sex differences in the association of childhood socioeconomic position and later-life depressive symptoms in Europe: the mediating effect of education. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2021; 56: 1091–1101.
11. Pakpahan E, Hoffmann R, Kröger H. The long arm of childhood circumstances on health in old age: Evidence from SHARELIFE. Advances in Life Course Research 2017; 31: 1-10.
12. Wahrendorf M, Blane D, Bartley M, Dragano N, Siegrist J. Working conditions in mid-life and mental health in older ages. Advances in Life Course Research 2013; 18: 16-25.
13. Das M, Vis C, Weerman B. Developing the Survey Instruments for SHARE. In Börsch-Supan A, Jürges H, editors. The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe: Methodology Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of

- Aging (MEA); 2005: p. 12-23.
14. De Vet E. The SHARE Data & Documentation Tool. In Bergmann M, Scherpenzeel A, Börsch-Supan A, editors. SHARE Wave 7 Methodology: Panel Innovations and Life Histories MEA, Max Plank Institute for Social Law and Social Policy; 2019: p. 191-193.
 15. Kaplan GA. What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better? *Epidemiologic Reviews* 2004; 26: 124-135.
 16. Newbold KB. Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1359-70.
 17. Adena M, Myck M. Poverty and transitions in health in later life. *Social Science & Medicine* 2014; 116: 202-210.
 18. Keenan K, Grundy E. Fertility history and physical and mental health changes in European older adults. *Eur J Population* 2019; 35: 459-485.
 19. Reus-Pons M, Mulder CH, Kibele EUB, Janssen F. Differences in the health transition patterns of migrants and non-migrants aged 50 and older in southern and western Europe (2004-2015). *BMC Medicine* 2018; 16(57): 1-15.
 20. Sand G. Migration and Well-Being of Older People in Europe. Doktora Tezi. Mannheim Üniversitesi. Fakultät Für Sozialwissenschaften, 2018.
 21. Allison PD. *Survival analysis using SAS: A practical guide*. Cary: SAS Institute Inc, 2010.
 22. Abuladze L, Kunder N, Lang K, Vaask S. Associations between self-rated health and health behaviour among older adults in Estonia: a cross-sectional analysis. *BMJ Open* 2017; 7: 1-9.
 23. Rostila M, Nygard M, Nyqvist F. The role of welfare states and social capital for self-rated health among older Europeans. In Nyqvist F, Forsman A, Dordrecht K, editors. *Social Capital as a Health Resource in Later Life: The Relevance of Context*. Dordrecht, Heidelberg, New York, London: Springer; 2015: p. 206-229.
 24. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Strain Questionnaire (JCQ): An instrument for international comparative assessment of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology* 1998; 3(4): 322-355.
 25. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 2004; 1483-1499.
 26. Wahrendorf M, Siegrist J. Working Conditions in Mid-life and Participation in Voluntary Work After Labour Market Exit. In: Börsch-Supan A, Brandt M, Hank K, Schröder M, editors. *The Individual and the Welfare State*. Springer, Berlin, Heidelberg; 2011: p. 179-188.
 27. Lanari D, Bussini O. International migration and health inequalities in later life. *Ageing & Society* 2012; 32: 935-962.
 28. Hunkler C, Kneip T, Sand G, Schuth M. Growing old abroad: social and material deprivation among first- and second-generation migrants in Europe. In Börsch-Supan A, Kneip T, Litwin H. et al. editors, *Ageing in Europe- Supporting Policies for an Inclusive Society*. Berlin, Boston: De Gruyter; 2015: p. 199-208.
 29. Engelhardt H, Buber I, Skirbekk V, Prskawetz A. Social involvement, behavioural risks and cognitive functioning among older people. *Ageing and Society* 2010; 30 (5): 779-809.

30. Peytremann-Bridevaux I, Faeh D, Santos-Eggimann B. Prevalence of overweight and obesity in rural and urban settings of 10 European countries. *Preventive Medicine* 2007; 44: 442-446.
31. Honjo, K. Social Epidemiology: Definition, History, and Research Examples. *Environmental Health and Preventive Medicine* 2004; 9: 193-199.
32. Kawachi I, Berkman LF. Social Capital, Social Cohesion and Health. In Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, editors. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2014: p. 290-319.
33. Okechukwu C, Davison K, Emmons K. Changing Health Behaviours in a Social Context. In Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, editors. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2014: p. 365-395.
34. Glymour MM, Avendano M, Kawachi I. Socioeconomic Status and Health. In Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, editors. *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press; 2014: p. 17-62.
35. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J. Epidemiol Community Health* 2002; 56: 647-652.
36. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Temel Epidemioloji. (Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Çipil Z, Karaman D., çevirmen) Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Kurumu, 2009.
37. Aras S, Sişçigil G, Hacıkamiloğlu E, Tufan Çinçin A, Özkan Altunay Z, Tosun Taşar P. Yaşlıda Kronik hastalıkların sıklığı, kronik hastalık yükü, multimorbidite ve kronik hastalık takip modelleri. İçinde Karan MA, Satman İ, editör. *Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu: Güncel Durum, Sorunlar ve Kısa-Orta Vadeli Çözümler*. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü Yayın No: 48569, İstanbul; 2021: s. 207-297.
38. Börsch-Supan A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 1. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w1.800, 2022.
39. Börsch-Supan A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 2. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w2.800, 2022.
40. Börsch-Supan A. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 3 – SHARELIFE. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w3.800, 2022.
41. Börsch-Supan A, Brandt M, Hunkler C, Kneip T, Korbmacher J, Malter F, Schaen B, Stuck S, Zuber S. Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology* 2013.
42. Schröder M. Retrospective Data Collection in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *SHARELIFE Methodology*. Mannheim: MEA, 2011.
43. Toprak D. Uygulamada ortaya çıkan farklı refah devleti modelleri üzerine bir inceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2015: 21.
44. Nigg CR, Long CR. A systematic review of single health behavior change interventions vs. multiple health behavior change interventions among older adults. *TBM* 2012; 2: 162-179.
45. Dwyer P, Papadimitriou D. The social security rights of older international migrants in the European union. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 2006; 32(8): 1301-1319.
46. Hirdes JP, Forbes WF. Factors associated with the maintenance of good self-rated health. *Journal of Aging and Health* 1993; 5(1): 101-122.