

ARAŞTIRMA

KONYA KENT MERKEZİNDE SOSYO EKONOMİK ÖZELLİKLERİ FARKLI OLAN BÖLGELERDE YAŞAYAN BİREYLERİN SOSYAL DESTEK VE RUHSAL SAĞLIK DURUMLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER*

Alime SELÇUK TOSUN** Gürsoy AKÇA***

Alınış Tarihi: 21.06.2014

Kabul Tarihi: 29.09.2014

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, sağlıkta yaşanan sosyoekonomik eşitsizlikleri bireylerin sosyal destek ve ruhsal sağlık durumları kapsamında değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma Konya kent merkezinde bulunan farklı sosyoekonomik özelliklere sahip iki sağlık ocağı bölgesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada küme örneklem yöntemi kullanılmıştır. Çalışma grubu her bölgeden 100'er kişi olmak üzere toplam 200 bireyden oluşmuştur. Araştırmaya katılan bireyler 18-65 yaş arasındadır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen bilgi formu, 'Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)', 'Genel Sağlık Anketi' kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki-kare, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U testi analizlerinden yararlanılmıştır, $p < 0.05$ değeri önemli kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, oda sayısı, aylık gelir durumu, algılanan ekonomik durumu, algılanan sağlık durumu, sınıfsal konum ve yaşanan bölgenin toplam genel sağlık anket puanı üzerinde belirleyici olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Eğitim durumu, doğum yeri, yaşamın çoğunluğunun geçirildiği yer, ailedeki birey sayısı, oda sayısı, aylık gelir durumu, algılanan ekonomik durum, sağlık güvence durumu ve sınıfsal konumun toplam çok boyutlu algılanan sosyal destek puanı üzerinde belirleyici olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: Sosyoekonomik durumun ruh sağlığı ve sosyal destek durumunu etkilediği ve dezavantajlı bölgelerin ruh sağlığı ve sosyal destek durumu bakımından daha olumsuz özelliklere sahip olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal destek; ruhsal sağlık; sosyo-ekonomik durum; hemşirelik.

ABSTRACT

Factors Influencing Social Support and Mental Health Status of Individuals Living in Regions with Different Socio-Economic Characteristics in The Konya City Centre

Objective: This study was conducted to evaluate social support and general health status in the context of socioeconomic inequalities in health experienced individuals.

Method: The study was conducted in different socio-economic characteristics in two Primary Health Care Centers in Konya city center. Cluster sampling method was used. The study sample which included 100 individuals from each region was consisted of a total of 200 individuals. The study participants were between the ages of 18-65. An information form that was developed by the researcher and "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" and "The 12-item General Health Questionnaire" were used to collect data. Number and percentage, mean and standart deviation, chi-square, Kruskal Wallis analyses and Mann-Whitney U test were used, $p < 0.05$ was set as statistically significant.

Results: The predictors of total General Health Questionnaire score were age, gender, educational status, number of living rooms, income status, perceived income status, social class position, living district ($p < 0.05$ for each). The predictors of total Multidimensional Scale of Perceived Social Support score were education level, place of birth, place where the majority of life was spent, size of household, number of living rooms, income status, perceived economic status, health insurance status, social class position.

Conclusion: Socioeconomic status has effect on mental health and social support status. Disadvantaged region has more negative characteristics about mental health and social support status.

Keywords: Social support; mental health; socio-economic status; nursing.

*1th International Conference of Community & Public Health Nursing: Research, Education and Practice, Athens Greece, 14-16 Kasım 2013'de sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD (Arş.Gör.) e-mail: alimeselcuk_32@hotmail.com.tr

***Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Eğitim Fakültesi (Yrd. Doç. Dr.)

GİRİŞ

Sağlık eşitsizlikleriyle ilgili olgulardan olan yoksulluk, insan sağlığını en çok tehdit eden sosyal sorunlardan biri olarak kabul edilmektedir. Öyle ki Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık raporunda, sağlık için en belirleyici risk faktörünün yoksulluk olduğunu belirtmiştir (WHO 2002). Nitekim Dünya Bankası, DSÖ, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı gibi uluslararası örgütlerin son on beş yıldaki raporları, hastalıkların temel nedeninin “yoksulluk” olduğu görüşünde birleşmektedir (Hamzaoğlu 2004). İnandı (1999), bireyin içinde bulunduğu sosyoekonomik konumu, sağlığın önemli belirleyicilerinden birisi olarak değerlendirmiştir. Yoksulluğun nedenleri arasında ekonomik kaynakların uluslara ve ulus-altı topluluklara dağılımındaki eşitsizliklerin önemli bir etken olduğu kabul edilmektedir. Nitekim, sosyoekonomik dinamiklerin toplumların sağlık düzeyi üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (Belek 1998; Mackenbach, Stirbu, Roskam, Schaap, Menvielle, Leinsalu et al. 2008). Yapılan sağlık çalışmalarında da, kötü yaşam koşullarının ve gelir düzeyi düşüklüğünün bağımsız olarak ruhsal sağlık, algılanan sağlık durumu, sağlık düzeyi, sağlık hizmeti yararlanımı ve yaşanan sorunlar karşısında çaresiz kalınması üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Stronks, Van De Mheen, Can den Bos and Mackenbach 1997; İnandı 1999; Weich and Lewis 1998; Belek 1999a; Rahkonen, Lahelma, Martikainen and Silventoinen 2002; Koçoğlu ve Akın 2009). Yoksulluk koşullarının baskısı, bireye ruhsal sorunlar şeklinde yansiyabilmektedir. Öte yandan yapılan çalışmalarda sosyal destek yetersizliğinin ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasına neden olduğu tespit edilmiştir. Aksüllü ve Doğan'ın (2004) yaptığı çalışmada huzurevinde yaşayan bireylerin depresyon yönünden risk taşıdıklarını ve bu riskin azaltılmasında kurum ve arkadaş desteği öncelikli olarak sosyal desteklerini arttırmaya yönelik düzenlemelerin yapılmasının gerekliliği sonucuna varılmıştır. Bozo ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada ise sosyal destek ve depresyon arasında negatif bir ilişkinin bulunduğu, bireylerin çoğunluğunun (%53.5) orta gelir düzeyine sahip olduğu belirtilmiştir.

Bu durumda sosyoekonomik durum ile sağlık arasında birbirini etkileyen ilişkinin olduğu görülmektedir (Ergül 2005).

Sosyoekonomik durumun birey ve aile sağlığını direkt etkilediği, bir aileyi sağlam ve

sağlıklı tutmak için yoksulluğu önleyici planlamaların yapılmasının önemi vurgulanmaktadır (ICN 2002; ICN 2004). Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireye yoksulluğun neden olduğu sağlık sorunlarının aşılmasında önemli görevler düşmektedir. Bu durumda hemşirelerin yoksulluğun azaltılmasında risk gruplarını belirlemek, sağlığı koruyucu ya da geliştirici hizmetleri planlamak, sağlık hizmetlerine ulaşmada engelleri ortadan kaldırmak, istismar ve şiddeti önlemek, sektörler arası işbirliğini sağlamak gibi önemli sorumlulukları vardır (Koştü 2005).

Bu araştırma, sosyoekonomik özellikleri farklı olan bölgelerde yaşayan bireylerin sosyal destek ve ruhsal sağlık durumlarını etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

1. Çalışmanın yapıldığı bölgeler arasında bireylerin sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikleri bakımından fark var mıdır?
2. Bireylerin sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikler ile algıladıkları sosyal destek puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Bireylerin sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikler ile ruhsal sağlık puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Araştırma, kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma Konya kent merkezinde bulunan 10 nolu ve 3 nolu birinci basamak sağlık hizmeti veren merkezlerde yer alan birer mahallede yapılmıştır. Araştırma için bu bölgelerin seçilmesinin nedeni kayıtların düzenli olarak yapılması ve iki bölgenin farklı sosyoekonomik özelliklere sahip olmasıdır. Sosyoekonomik açıdan farklı ve düzenli kayıtları bulunan iki bölgenin seçiminin sosyoekonomik farklılıkları saptamak ve sonraki yıllarda izlemek için uygun olacağına ilişkin literatür bilgisi bulunmaktadır (Belek 1998). Veriler 01 Mart - 29 Nisan 2009 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yapılan ev ziyaretleri ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Örneklem belirlemede evreni bilinen örneklem yöntemi kullanılmış ve örneklem %95 güven düzeyi, %10'luk standart sapma ve %35.7 sıklık dikkate alınarak hesaplanmıştır. Belek'in yaptığı çalışmada Genel Sağlık Anketi skor sıklığı

%35.7 olarak belirtilmiştir (Belek 1999b). Örneklem her bölgeden 100 kişi olmak üzere toplam 200 birey olarak hesaplanmıştır. Küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Küme seçiminde küme birimi olarak sokak kabul edilmiştir. Her sokaktaki birey sayısının 20-50 arasında değiştiği görülmüştür. Her mahalleden 5 sokak rastgele (100/20=5) seçilmiştir. Her sokak birey sayısına göre ağırlıklandırılarak seçilecek birey sayısı hesaplanmıştır. Seçilen her sokakta ilk haneden başlanarak belirlenen sayıda bireye ulaşana kadar veri toplamaya devam edilmiştir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

Araştırmaya alınma kriterlerini; Her haneden 18-65 yaş arası bir kişi, okuryazar ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler oluşturmuştur. Araştırmaya alınmama kriterlerini; iletişim engelli olan, psikiyatrik tanısı olan ve soruları bağımsız olarak cevaplayamayan bireyler oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında bireylerin sosyodemografik ve sosyoekonomik durumlarını değerlendirmek için araştırmacı tarafından geliştirilen bilgi formu kullanılmıştır. Sosyal destek durumlarını değerlendirmek amacı ile kullanılan ‘Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)) Zimet, Dahlen, Zimet ve Farley (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde Eker ve Arkar tarafından (1995) yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır, cronbach alfa katsayıları 0.77-0.92 olarak bildirilmiştir. Mevcut çalışmada cronbach alfa katsayıları 0.77-0.82 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam 12 madden oluşan ‘Kesinlikle hayır 1.2.3.4.5.6.7. Kesinlikle evet’ şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan aile, arkadaş, özel destek, olmak üzere üç alt grubu bulunmaktadır ve her grup dört maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3.4.8.11. maddeler aile, 6.7.9.12. maddeler arkadaş desteğini ve 1.2.5.10. maddeler de özel bir kişi desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28’dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84’tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar 1995; Eker, Arkar ve Yıldız 2001). Ruhsal sağlık durumlarını değerlendirmek amacı ile kullanılan ‘Genel Sağlık Anketi (GSA) (General

Health Questionnaire-12(GHQ-12)) David Goldberg tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır, cronbach alfa katsayısı 0,78 olarak belirtilmiştir. Mevcut çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,75 olarak bulunmuştur. Ölçek toplam 12 sorudan oluşmaktadır. Her soru hiçbir zaman, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık olmak üzere 4 şıktan oluşmaktadır. Mevcut çalışmada 0-0-1-1 GHQ tipi puanlama kullanılmıştır. Ankette alınan puan arttıkça ruhsal sağlığın kötüleştiği kabul edilmektedir (Kılıç 1996).

Sınıfsal konumun saptanması için “hane reisinin mesleği, eğitim durumu ve hane reisinin işteki konumu” olmak üzere üç soru sorulmuştur. Bu sorulara verilen yanıtların değerlendirilmesi ile “mavi yakalılar, beyaz yakalılar, kendi hesabına çalışanlar ve burjuvalar” olmak üzere dört sınıfsal konum saptanmıştır. *Mavi yakalılar:* İşsizler, ara sıra iş bulup çalışanlar daha çok kol emeğini kullanan işçi-emekçiler ve eğitilmiş olup, maddi üretim yapmayan, hizmet işi görenler (temizlikçiler, büro sekreterleri) bu sınıfa dahil edilmiştir. *Beyaz Yakalılar:* Lise ve yüksek okul düzeyinde eğitilmiş olan, kafa emeğine dayalı iş yapan kendi başına iş kurma olanağı bulunmayan mesleklere sahip olanlar (öğretmen, polis, hemşire, vb) ve fakülte eğitilmiş olan, kafa emeğine dayalı iş yapan ve kendi başına iş kurma olanağı olan meslekler (hekim, avukat, mühendis) bu sınıfta değerlendirilmiştir. *Kendi hesabına çalışanlar:* Kendi işine sahip olup, başkasını çalıştırmayanlar bu sınıfta değerlendirilmiştir. *Burjuvalar:* Kendi işine sahip olup yanında 1–2 birey çalıştıranlar küçük burjuvalar; kendi işine sahip olup yanında üç ve daha çok birey çalıştıranlar orta ve büyük burjuvalar bu sınıfa dahil edilmiştir. Çalışmada küçük, orta ve büyük burjuvalar tek bir grupta burjuvalar başlığı altında değerlendirilmiştir (Boratav 2004; Belek 1998). Yoksulluk sınırının belirlenmesinde; TÜİK” in hane halkı büyüklüğüne göre dört kişilik bir ailenin yoksulluk sınırını 2008 yılında 706TL olarak açıklaması esas alınmıştır (TÜİK 2008).

Araştırmanın Değişkenleri:

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, doğum yeri, yaşamın 2/3’ünü geçirdiği yer, ailedeki birey sayısı, oda sayısı, aylık gelir durumu, algılanan ekonomik durum, sağlık güvence durumu, sınıfsal konumdur. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; aile desteği toplam puanı, arkadaş desteği toplam

puanı, özel kişi desteği toplam puanı, çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı ve genel sağlık anketi toplam puanıdır.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere onay formu okunarak sözlü onayları alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmanın istatistiksel analizleri SPSS 10.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin normalliği kolmogorov-simironov değerine, histogram ve Q-Q Plots grafiğine göre değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediği için nonparametrik testler kullanılmıştır. Çalışmada sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Kruskal wallis (KW), Mann-Whitney U (MW-U) testi analizlerinden yararlanılmıştır. $p < 0.05$ değeri önemli kabul edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmada en doğru sonuçları elde edebilmek için anket sorularını bireylerin cevaplaması istendiği için okur-yazar olmayanların dahil edilmemesi sosyoekonomik eşitsizliklerin değerlendirilmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma grubuna alınan 200 bireyin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; bireylerin %31.0'ı 42-53 yaş grubunda, %51.5'i kadın, %86.5'i evli, %60.0'ı okur-yazar+ilkokul mezunu, %58.5'nin doğum yeri il ve %86.5'inin yaşamının 2/3'sini geçirdiği yer ildir.

Araştırmanın yapıldığı bölgeler bazı sosyodemografik ve ekonomik özellikler yönünden karşılaştırıldığında (Tablo 1); yaş gruplarına göre 3 nolu bölgedeki katılımcıların %30.0'nin, 10 nolu bölgedeki katılımcıların %19.0'nin 18-29 yaş arası bireylerden oluştuğu ve farkın, istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Ancak her haneden bir kişinin çalışmaya katılması nedeniyle tesadüfen 3 nolu bölgede yaşayan genç bireylerin oranı 10 nolu bölgede yaşayan bireylere göre daha fazla olmuş olabilir. 3 nolu bölgede yaşayan bireyler, 10 nolu bölgede yaşayan bireylere göre eğitim durumu, doğum yeri, yaşamın 2/3'sinin

geçirildiği yer, ailedeki birey sayısı, salon dahil oda sayısı, aylık gelir, algılanan ekonomik durumu, sağlık güvence durumu, sağlık sorununda ilk başvuru kurum değişkenleri bakımından daha dezavantajlı durumdadır ve bölgeler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Araştırma bölgeleri hane reisinin sınıfsal konumuna göre incelendiğinde; Karatay bölgesinde yaşayan bireylerin %76.0'nin, Meram bölgesinde yaşayan bireylerin ise %35.0'nin mavi yakalı olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Araştırmada bağımsız değişken olarak incelenen sosyodemografik özelliklerden yaşın ÇBASDÖ toplam puan ortalaması bakımından önemli bir faktör olmadığı ve ÇBASDÖ'nin alt grubu olan özel kişi desteği puan ortalaması bakımından 54-65 yaş grubunun puan ortalaması daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 2). Çizelgede ilerleyen yaşla birlikte özel kişi desteği puanının azaldığı gözlenmektedir. Bu yaş aralığındaki kişilerin yaşamlarını önemli ölçüde istikrara kavuşturduğu, bağlı olarak dışarıdan kişi desteğine diğer yaş aralıklarına göre daha az gereksinim duydukları değerlendirilebilir. Yine sözü edilen kişilerin modern toplumsal yaşamı düzenleyen kurallar çerçevesinde yaşama konusunda daha güçlü bir kültür geliştirdikleri düşünülebilir.

Yaş grupları, GSA toplam puan ortalaması bakımından karşılaştırıldığında 30-41 yaş grubundaki bireylerin ruhsal sağlığının diğer yaş gruplarına göre daha olumsuz durumda olduğu olgusu ile karşılaşılmaktadır (Tablo 2). Olumsuz yaşam koşulları bireyler üzerinde stres oluşturabilmektedir. Yaş grupları içinde üretken yaş grubundaki bireylerin, ruhsal sorun yaşama yönünden daha fazla risk altında olduğu düşünülebilir. Aile sorumluluklarının bu yaş aralığındaki kişilerin omuzlarında olması bu düşünceyi destekleyici olduğu düşünülmektedir. Ruhsal sağlık ve yaş ilişkisi yönünden çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Kılıç'ın (1996) bir sağlık ocağına bir yakınma ile başvuran 16 yaş ve üstü bireylerde yapmış olduğu çalışmada GSA puanıyla yaş değişkeni arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Araştırmada cinsiyet ile ruhsal sağlık arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Kadınların GSA toplam puanı erkeklere göre daha yüksektir ve ruhsal sağlık durumları erkeklere göre daha olumsuzdur.

Tablo.1 Araştırma Bölgelerinin Bazı Sosyodemografik ve Sosyoekonomik Özellikleri Yönünden Karşılaştırılması

Özellikler	3 Nolu Bölge (n=100)	10 Nolu Bölge (n=100)	Test ve p değeri
Yaş	n %	n %	
18-29	30 (30.0)	19 (19.0)	X ² =12.16 p=0.007
30-41	31 (31.0)	20 (20.0)	
42-53	28 (28.0)	34 (34.0)	
54-65	11 (11.0)	27 (27.0)	
Eğitim Durumu			
Okur-yazar +İlkokul mezunu	83 (83.0)	37 (37.0)	X ² =44.08 p=0.000
Ortaokul ve üstü eğitim*	17 (17.0)	63 (63.0)	
Doğum yeri			
Köy	34 (34.0)	11 (11.0)	X ² =18.91 p=0.000
İlçe	11 (11.0)	27 (27.0)	
İl	55 (55.0)	62 (62.0)	
Yaşamın 2/3 Geçirilen Yer			
Köy-İlçe	19 (19.0)	8 (8.0)	X ² =5.18 p=0.023
İl	81 (81.0)	92 (92.0)	
Ailedeki Birey Sayısı			
1-3	23 (23.0)	48 (48.0)	X ² =16.95 p= 0.000
4-6	62 (62.0)	48 (48.0)	
7-9	15 (15.0)	4 (4.0)	
Salon Dahil Oda Sayısı			
2-4	87 (87.0)	73 (73.0)	X ² =6.12 p=0.013
5-7	13 (13.0)	27 (27.0)	
Aylık Gelir**			
Yoksulluk sınırının altı	79 (79.0)	39 (39.0)	X ² =33.07 p=0.000
Yoksulluk sınırının üstü	21 (21.0)	61 (61.0)	
Algılanan Ekonomik Durum			
İyi	10 (10.0)	18 (18.0)	X ² =11.26 p=0.004
Orta	50 (50.0)	63 (63.0)	
Kötü	40 (40.0)	19 (19.0)	
Sağlık Güvence Durumu			
Var	22 (22.0)	4 (4.0)	X ² =14.32 p=0.000
Yok	78 (78.0)	96 (96.0)	
İlk Başvuru Yapılan Kurum			
Sağlık Ocağı	68 (68.0)	42 (42.0)	X ² =26.95 p=0.000
Devlet Hastanesi	25 (25.0)	21 (21.0)	
Diğer***	7 (7.0)	37 (37.0)	
Sınıfsal Konum****			
Mavi yakalılar	76 (76.0)	35 (35.0)	-
Beyaz yakalılar	-	38 (38.0)	
Kendi hesabına çalışanlar	13 (13.0)	11 (11.0)	
Burjuvalar	11 (11.0)	16 (16.0)	
Toplam	100 (100)	100 (100)	

* Ortaokul mezunu+lise mezunu+yüksekokul ve üstü mezunu

** TUİK 2008 yılında 4 kişilik bir ailenin yoksulluk sınırını 706 YTL olarak açıklamıştır.

***Üniversite hastanesi+özel muayene ve hastaneler

**** Gözlerdeki küçük değerler nedeniyle istatistiksel analiz yapılmamıştır

Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda da kadınların ruhsal sağlıklarının daha kötü olduğu saptanmıştır (Kılıç 1996; Belek 1999b; Kelleci, Aştı ve Küçük 2003; Özdemir ve Rezzaki 2007). Bu bağlamda ruhsal sağlık bakımından değerlendirildiğinde çalışmadaki cinsiyetler arasındaki fark, önceki çalışma

sonuçları ile örtüşmektedir. Toplumsal cinsiyet temelinde genel sağlık durumu verileri, kadınların erkeklere oranla daha fazla hastalandıklarını, fakat daha uzun yaşadıklarını göstermektedir. Bu genel durumun ruhsal sağlık bakımında da geçer olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Genel Sağlık Anket Puan Ortalamalarının Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Aile desteği puanı	Arkadaş desteği puanı	Özel kişi desteği puanı	Toplam ÇBASDÖ puanı	Toplam GSA puanı
Yaş Grupları	Ort. ve SS	Ort. ve SS	Ort. ve SS	Ort. ve SS	Ort. ve SS
18-29	23.73±4.68	15.65±7.21	19.24±6.73	58.63±12.73	2.88±2.28
30-41	21.96±6.58	13.73±6.02	17.31±7.70	53.00±12.91	3.86±2.68
42-53	23.35±5.13	13.73±6.43	16.21±7.75	53.29±12.56	2.65±2.24
54-65	24.34±5.41	16.16±6.43	13.63±6.95	54.13±13.48	2.08±2.16
Test ve p değeri	KW=5.76 p=0.124	KW=5.48 p=0.140	KW=1.09 p=0.008	KW=6.43 p=0.092	KW=4.63 p=0.004
Cinsiyet					
Kadın	22.93±5.49	13.89±6.08	16.66±7.01	53.49±13.47	3.29±2.55
Erkek	23.65±5.55	15.47±6.93	16.84±8.09	55.96±12.37	2.49±2.21
Test ve p değeri	z=1.41 p=0.157	z=1.79 p=0.073	z=0.19 p=0.848	z=1.28 p=0.200	z=2.35 p=0.019
Eğitim Durumu					
Okuryazar/ ilkokul mezunu	22.26±5.98	12.80±5.91	17.99±7.45	53.05±13.04	3.42±2.50
Ortaokul ve üstü	24.81±4.32	17.45±6.48	14.88±7.31	57.14±12.56	2.14±2.07
Test ve p değeri	z=3.42 p=0.001	z=4.88 p=0.000	z=2.89 p=0.004	z=1.99 p=0.047	z=3.95 p=0.000
Doğum Yeri					
Köy	21.53±6.09	12.02±5.74	17.84±7.53	51.40±12.90	2.93±2.46
İlçe	22.66±5.83	14.84±7.46	13.63±6.14	51.13±13.91	2.97±2.52
İl	24.15±5.02	15.62±6.28	17.33±7.74	57.10±12.24	2.87±2.39
Test ve p değeri	KW=8.77 p=0.012	KW=10.09 p=0.006	KW=8.11 p=0.017	KW=8.88 p=0.012	KW=0.03 p=0.986
Yaşamın 2/3'sinin Geçirildiği Yer					
Köy-İlçe	20.48±6.42	12.41±6.74	16.89±7.18	49.78±12.27	3.48±2.75
İl	23.72±5.25	15.01±6.46	16.72±7.61	55.45±12.95	2.82±2.36
Test ve p değeri	z=2.95 p=0.003	z=2.01 p=0.045	z=0.09 p=0.927	z=2.26 p=0.024	z=1.07 p=0.283

Araştırma verileri, kadının, bütün modernleşme; bağlı olarak kamusal yaşama katılma ve kendi dinamikleri ile var olma söylemlerine rağmen, psikolojik sonuçlar doğuracak şekilde baskılanması ve ötekileştirilmesi ile açıklanabilir. Bu durum ataerki toplumsal yapı ile de ilişkilendirilebilir.

Eğitim durumu ile algılanan sosyal destek puanları incelendiğinde; eğitim durumu yükseldikçe özel kişi desteği puanı hariç diğer alt ölçek puanları ve algılanan sosyal destek toplam puanının yükseldiği görülmektedir (Tablo 2). Bu veriler eğitim düzeyinin yükselmesine koşut olarak geleneksel bağlardan kopma yönündeki modernist beklenti ile çelişir görünmektedir. Öte yandan toplam puan durumundaki artış, eğitim dinamiğinin güçlü

sosyal iletişime bağlı olarak oluşturacağı sosyal destek beklentisi ile uyumludur. Eğitim durumundan bağımsız işleyen geleneksel bağlılıkların işler olması özel kişi desteği puanının benzerliğini açıklayıcıdır. Nitekim örneklem grubu farklı özelliklere sahip olsa da Ayaz, Efe ve Korukluoğlu'nun (2008) jinekolojik kanserli hastalarla yapmış oldukları çalışmada da, eğitimin sosyal desteğin belirleyicisi olduğu bulunmuştur. Eğitimin, bireye sosyal ilişki kurma ve geliştirme becerisini kazandırma, dolayısıyla sosyal destek kaynaklarını daha fazla kullanabilme becerisi kazandırma işlevi, sosyal destek algısını etkileyen değişkenlerden birisi olarak görülebilir.

Tablo 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Genel Sağlık Anket Puan Ortalamalarının Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Aile desteği puanı	Arkadaş desteği puanı	Özel kişi desteği puanı	ÇBASDÖ Toplam puanı	Toplam GSA puanı
	Ort. ve SS	Ort. ve SS	Ort. ve SS	Ort. ve SS	Ort. ve SS
Ailedeki Birey Sayısı					
1-3	24.17±4.86	15.72±6.29	14.45±6.77	54.34±11.74	2.35±2.06
4-6	22.65±5.83	13.82±6.65	17.23±7.64	53.70±13.47	3.20±2.59
7-9	23.58±5.74	15.58±6.41	22.53±6.22	61.68±12.98	3.26±2.38
Test ve p değeri	KW=3.42 p=0.180	KW=4.63 p=0.099	KW=18.92 p=0.000	KW=8.20 p=0.017	KW=5.16 p=0.076
Oda Sayısı					
2-4	22.88±5.62	14.11±6.58	16.57±7.54	53.56±12.73	3.22±2.47
5-7	24.90±4.80	16.85±5.96	17.45±7.59	59.20±13.11	1.65±1.69
Test ve p değeri	z=2.43 p=0.015	z=2.49 p=0.013	z=0.63 p=0.531	z=2.72 p=0.006	z=3.87 p=0.000
Aylık Gelir Durumu					
Yoksulluk sınırının altı	22.23±5.87	13.15±6.29	17.42±7.35	52.81±12.58	3.27±2.53
Yoksulluk sınırının üstü	24.79±4.59	16.83±6.31	15.77±7.73	57.39±13.13	2.38±2.16
Test ve p değeri	z=3.67 p=0.000	z=3.93 p=0.000	z=1.54 p=0.123	z=2.66 p=0.008	z=2.55 p=0.011
Algılanan Ekonomik Durum					
İyi	26.00±3.44	18.96±5.64	17.54±8.27	62.50±10.63	2.32±2.06
Orta	23.96±5.25	14.67±6.16	16.24±7.76	54.88±13.35	2.47±2.26
Kötü	20.68±5.85	12.59±6.74	17.34±6.76	50.61±11.59	4.02±2.54
Test ve p değeri	KW =27.43 p=0.000	KW =18.04 p=0.000	KW =1.16 p=0.560	KW =18.57 p=0.000	KW =18.09 p=0.000
Sağlık Güvence Durumu					
Yok	21.54±6.99	13.96±8.38	20.35±7.29	55.85±14.80	3.5±2.6
Var	23.54±5.23	14.76±6.24	16.21±7.44	54.51±12.72	2.8±2.3
Test ve p değeri	z=1.41 p=0.159	z=0.66 p=0.511	z=2.61 p=0.009	z=0.31 p=0.009	z=1.29 p=0.198
Sınıfsal Konum					
Mavi yakalılar	22.14±5.61	12.78±6.25	17.40±7.44	52.32±12.55	3.29±2.50
Beyaz yakalılar	25.16±4.82	18.21±6.28	13.03±6.22	56.39±12.17	1.84±1.97
Kendi hesabına çalışanlar	24.33±4.60	16.42±6.18	18.00±7.64	58.75±11.82	3.33±2.55
Burjuvalar	24.37±5.88	15.81±5.83	18.19±8.27	58.37±15.17	2.44±2.08
Test ve p değeri	KW=19.19 p=0.000	KW=22.65 p=0.000	KW=12.19 p=0.007	KW=11.18 p=0.011	KW=13.73 p=0.003
Yaşanılan Bölge					
3 Nolu Bölge	21.71±5.74	12.71±6.31	20.33±6.79	54.75±13.57	3.64±2.62
10 Nolu Bölge	24.85±4.81	16.61±6.20	13.16±6.49	54.62±12.42	2.17±1.94
Test ve p değeri	z=4.89 p=0.000	z=4.25 p=0.000	z=6.77 p=0.000	z=0.13 p=0.897	z=4.22 p=0.000

Eğitim seviyesi düştükçe ruhsal sağlığın olumsuz etkilendiği görülmektedir (Tablo 2). Yapılan bu çalışma diğer çalışmalarla benzer sonuçlar göstermektedir (Belek 1999b; Buzlu, Bostancı, Özbaş ve Yılmaz 2006). Ruhsal sorunların ortaya çıkışında toplumla bütünleşememe önemli etkenlerden kabul edilmektedir. Eğitimin temel misyonu toplumsal yaşamı mümkün kılan bilgi ve becerilerin edinilmesidir. Modern toplumlarda gözlemlenen uzmanlaşma ve kurallaşma, toplumsal alanda var olmak için eğitilmiş olmayı bir zorunluluk olarak dayatmaktadır. Dolayısıyla eğitim seviyesi ile

doğru orantılı olarak modern toplumsal koşullara uyabilmenin artacağı beklenilmektedir. Eğitimsizlik durumu ise modern toplumsal koşullarda ötekileştirilmenin temel nedenlerindedir. Eğitimsizliği nedeniyle yalnızlaştırılan bireylerde ruhsal sorunların daha çok görülmesi normaldir.

Veri toplama sürecinde sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerin, ailede yaşayan birey sayısının fazla olduğu ve oda sayısı az olan konutlarda yaşadığı saptanmıştır. Oda sayısının sosyal destek üzerine etkisi incelendiğinde, özel kişi desteği hariç oda sayısı arttıkça

ÇBASDÖ'nün diğer alt boyutlarının ve toplam puan ortalamasının arttığı görülmektedir (Tablo 3). Bu durum algılanan sosyal destek ağının genişlemişliği ile ilişkilendirilebilir. Oda sayısının az olmasının ruhsal sağlık açısından risk oluşturduğu görülmektedir (Tablo 3). Oda sayısındaki kısıtlılığın bireyin kendi potansiyelini aktive etmesini engellemesi bağlamında ruhsal sıkıntılara neden olabilir. Modern toplumsal koşullarda bireyin kendini gerçekleştirme motivasyonunun yüksekliği bu düşüncüyü desteklemektedir.

Aylık gelir durumu ve algılanan ekonomik durum ile sosyal destek arasındaki ilişki incelendiğinde; özel kişi desteği hariç, yoksulluk sınırının üstündeki bireylerin ve algılanan ekonomik durumu iyi olan bireylerin ÇBASDÖ toplam puanının ve alt grup puanlarının yoksulluk sınırının altındaki bireylere ve algılanan ekonomik durumu kötü olan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Ekonomik durumun yüksekliği statü ve güç sağlayıcı olması bakımından sosyal destek ağının genişlemesini ve güçlenmesini getirmiştir. Sosyoekonomik durum ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada da ekonomik durumunu iyi düzeyde algılayanların ÇBASDÖ ve alt gruplarından aldıkları toplam ortalama puanların anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (Ayaz, Efe ve Korukluoğlu 2008). Gelir durumunun iyi olması bireylerin yaşadıkları yaşam güçlükleri ile başa çıkmada önemli bir destekleyici etkidir. Araştırmada yoksulluk sınırının altında olan ve algılanan ekonomik durumu kötü olan bireylerin ruhsal sağlıklarının daha olumsuz olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Diğer yapılan çalışmalarda da sosyoekonomik durumu kötü olan bireylerin ruhsal sağlık bakımından daha dezavantajlı oldukları belirtilmiştir (Belek 1999b; Buzlu, Bostancı, Özbaş ve Yılmaz 2006; Jokela, Batty, Vahtera, Elovainio and Kivimaki 2013). Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde, genel yaşamsal olanaklardaki kısıtlılığın (gelir düzeyindeki düşüklük, işsizlik riski, gibi) hem doğrudan hem de dolaylı yollarla (örneğin sağlık hizmetlerine ulaşımı güçleştirerek) sağlık üzerinde olumsuz etkide bulunduğu düşünülebilir. Nitekim Karlsson, Nilson, Lyttkens and Leeson 'nun (2010) yaptığı çalışmada da gelir eşitsizliği ve sağlık arasında negatif bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir.

Sosyal destek ve sınıfsal konum karşılaştırıldığında beyaz yakalıların ÇBASDÖ

alt grup ölçeği olan aile desteği ve arkadaş desteği toplam puan ortalamasının diğer gruplardan yüksek olduğu görülmektedir. Mavi yakalıların ise ÇBASDÖ toplam puan ortalaması bakımından diğer gruplara göre daha dezavantajlı olduğu gözlenmektedir (Tablo 3). Daha yüksek sosyal statülerin bireye yeni ve güçlü sosyal etkileşim ağı sağlaması bu durumu açıklamaktadır. Statü durumunun gelir ve eğitim durumunu içermesi beyaz yakalıları toplumsal ilişkilerin sağlıklı ve güçlü şekilde oluşturabilme ve sürdürebilme imkanı sunmuştur.

Ruhsal sağlık ve sınıfsal konum değerlendirildiğinde beyaz yakalıların ruhsal sağlık bakımından diğer gruplara göre daha olumlu özelliklere sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Çalışmalarda sınıfsal konum kötüleştiğinde GSA ile belirlenen ruhsal sağlık sorunlarının sıklığının arttığı belirtilmektedir (Weich and Lewis 1998). Üst toplumsal sınıfların sahip olduğu güçlü yaşam imkanları ruhsal sağlık sorunlarını oluşturucu dinamiklerden alt toplumsal sınıfların mensuplarına oranla daha bağımsız olmalarını getirmektedir.

Sosyal destek ve yaşanan bölge karşılaştırıldığında Meram bölgesindeki bireylerin arkadaş desteği bakımından Karatay bölgesindeki bireylerin ise özel kişi desteği bakımından daha avantajlı olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Ruhsal sağlık ve yaşanan bölge karşılaştırıldığında Meram bölgesindeki bireylerin ruhsal sağlık yönünden daha olumlu özelliklere sahip olduğu görülmektedir (Tablo 3). Bu durumda daha yüksek sosyoekonomik durumun ruhsal sağlık açısından getirilerini düşündürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, oda sayısı, gelir durumu, algılanan ekonomik durumu, algılanan sağlık durumunun ruhsal sağlık durumunu olumsuz etkileyen risk etkenleri olduğu ve eğitim durumu, doğum yeri, yaşamın çoğunluğunun geçirildiği yer, oda sayısı, ailedeki birey sayısı, aylık gelir, algılanan ekonomik durum, sağlık güvence durumu, sınıfsal konumun algılanan sosyal destek durumunu olumsuz etkileyen risk etkenleri olduğu saptanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmeti veren merkezlerin koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermesi ve halkın bu konuda farkındalığının artırılması, hemşirelerin sağlığı geliştirmeye ve korumaya yönelik risk gruplarını daha yakından

takip etmesi, aynı zamanda hemşirelerin eğitici ve psiko-sosyal destek rollerinin daha etkin hale getirilmesi için eğitim programlarının düzenlenmesi, bireylerin ruhsal durumlarının

belirli aralıklarla takip edilmesi ve gerekli psikolojik danışmanlık destek hizmetlerinin verilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004;5(1):76-84.

Ayaz S, Efe Y, Korukluoğlu S. Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008;28(6):880-5.

Belek İ. Genel Sağlık Anketi ile Ölçülen Ruhsal Sorunlar ve Sosyodemografik Eşitsizlikler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999b;10(3):163-72.

Belek İ. Sınıf Sağlık Eşitsizlik. 1. Baskı. İstanbul: Sorun yayınları; 1998. s.77-99.

Belek İ. Sınıflar; Sağlık Düzeyleri, Sağlık Hizmeti Kullanımları ve Yararlandıkları Sağlık Kurumları Antalya'da İki Bölge, Yedi Sınıf. *Toplum ve Hekim* 1999a;14(1):55-67.

Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. 2. Baskı. İstanbul: İmge Kitabevi Yayınları; 2004. s. 23-27.

Bozo Ö, Toksabay NE, Kürüm O. Activities of Daily Living, Depression, and Social Support Among Elderly Turkish People. *The Journal of Psychology*, 2009;143(2):193-205.

Buzlu S, Bostancı N, Özbaş D, Yılmaz S. İstanbul'da Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. *Sted Dergisi* 2006;15(9):134-8.

Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı Geçerlik Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(1):17-25.

Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34):45-55.

Ergül Ş. Yoksulluk Sağlık İlişkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;8(2):95-104.

Hamzaoğlu O. Yoksulların Sağlığı Ne Durumda, Etken Ne, Sorun Nasıl Çözülür? *Toplum ve Hekim* 2004; 9(1):54-7.

International Council of Nurses (ICN). Nurses Always There For You: Caring for Families. Information and Action Tool Kit, Geneva: 2002. p.19

International Council of Nurses (ICN). Nurses: Working With The Poor; Against Poverty. Information and Action Tool Kit, Geneva: 2004. p.17

İnandı T. Sağlık Hakkı ve Eşitsizlikler. *Toplum ve Hekim* 1999;14(5):357-61.

Jokela M, Batty GD, Vahtera J, Elovainio M, Kivimäki M. Socioeconomic Inequalities in Common Mental Disorders and Psychotherapy Treatment in The UK Between 1991 and 2009. *The British Journal of Psychiatry* 2013;202(2):115-20.

Karlsson M, Nilson T, Lyttkens CH, Leeson G. Income Inequality and Health: Importance of a Cross-country Perspective. *Social Science & Medicine* 2010;70(6):875-85.

Kelleci M, Aştı N, Küçük L. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Kadınların Genel Sağlık Anketine Göre Ruhsal Durumları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003;7(2):11-4.

Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996;7(1):3-9.

Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *DEUHYO ED* 2009;2(4):145-54.

Koştü N. Yoksulluk, Sağlık ve Hemşirelik. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2005;15(2):11-8.

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med* 2008;358(23):2468-81.

Özdemir H, Rezaki M. Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi-12. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18(1):13-21.

Rahkonen O, Lahelma E, Martikainen P, Silventoinen K. Determinants of Health Inequalities by Come from The 1980s to The 1990s in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;56(3):442-3.

Stronks K, Van De Mheen H, Can den Bos J, Mackenbach JP. The Interrelationship Between Income, Health and Employment Status. *J Epidemiol* 1997; 26(3): 592-600.

The World Health Report (WHO). Reducing Risks, Promoting Healthy Life, Geneva: 2002. p. 7-10.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Yoksulluk Çalışmaları. Sosyal İstatistikler Daire Başkanlığı İşgücü ve Yaşam Koşulları Grubu Hanehalkı Bütçe İstatistikleri Takımı, Türkiye: 2008. s. 34.

Weich S, Lewis G. Material Standard of Living, Social Class and The Prevalence Commons Mental Disorders in Great Britain. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(1):8-14.

Zimet GD, Dahlen NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment* 1998;52(1):30-41.