

ARAŞTIRMA / ARTICLE

Sağlık Eşitsizlikleri, DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Üzerinden Bir Değerlendirme: Mersin İli Mezitli İlçesi Örneği

Health Inequalities, an Evaluation through WHO Quality of Life Scale: the case of Mersin Province Mezitli District

 Ali Cenap Yoloğlu,¹  Ahmet Öner Kurt,²  Yasemin Sarıkaya Levent,¹  Tolga Levent,¹
 Sinan Burat,¹  Servet Karaca,³  Serkan Gökalp¹

¹Mersin Üniversitesi, Şehir ve Bölge Planlama Bölümü, Mersin

²Mersin Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Mersin

³Mersin Üniversitesi, Bölgesel İzleme Araştırma Uygulama Merkezi, Mersin

ÖZ

Bu çalışmanın amacı Mersin ili Mezitli İlçesi genelinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanarak sağlık eşitsizliklerinin ortaya çıkmasında etkili olan kırılma noktalarını ortaya koymaktır. 18 yaş ve üstündeki nüfusa mahalle bazında mahalle nüfusu, yaş grubu ve cinsiyet gözetilerek uygulan toplam 1083 anket sonucunda bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel alan puanları açısından bireyin mensup olduğu sosyal sınıfı belirleyen tüm değişkenlerin yaşam kalitesi ölçeği üzerinde tanımlayıcı etkisi olduğu gözlenmiştir. Buna karşın yaşanan mahallenin yaşam kalitesi ölçeği üzerinde doğrudan bir etkisi yoktur. Ancak mahallelerin homojen alanlar olmadığı düşünüldüğünde, aynı mahalle içindeki mekânsal nitelik farklılaşmaları (sağlık hizmetlerine kolay erişim, yeterli yeşil alan varlığı, yeterli gölgelik alan varlığı) yaşam kalitesi alan puanlarını etkilemektedir. Buna ek olarak bazı konut kullanım kolaylıkları da (konutun mülkiyeti, konutta kullanılan ısınma biçimi, evdeki oda sayısı, evde kullanılan içme suyu kaynağı, konutu kullanma süresi) yaşam kalitesi alan puanları üzerinde fark yaratan bir etkiye sahiptir. Dolayısıyla bireyin sınıfsal konumu hem doğrudan hem de konutun kullanım kolaylıkları ve çevresel olanaklar gibi dolaylı yollardan yaşam kalitesi ölçeğini etkilemektedir.

Anahtar sözcükler: DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği; kentsel planlama; Mezitli; sağlık eşitsizlikleri.

ABSTRACT

The purpose of this study is to reveal the breaking points which are effective in the emergence of health inequalities by using the World Health Organization Quality of Life Scale in Mersin province, Mezitli District. As the result of 1083 questionnaires in total applied to the population aged 18 years and over by considering neighborhood population, age group and gender it was observed that all the variables determining the social class status of the individuals have a determinative effect on the quality of life scale in terms of physical, psychological, social and environmental field scores. On the other hand, there is no direct effect of neighborhoods on quality of life scales. However, when neighborhoods are not considered to be homogeneous areas, spatial quality differences within the same neighborhood (easy access to health care services, adequate green space availability, adequate sheltering assets) affect quality of life scores. In addition, some housing conveniences (ownership of the house, the type of heating used in the house, the number of rooms in the house, the source of drinking water at home, the duration of use of the house) have an influence on the quality of life scores. Thus, the individual's class position influences the quality of life scores both directly and indirectly such as convenience of the home and environmental facilities.

Keywords: WHO Quality of Life Scale; urban planning; Mezitli; health inequalities.

Geliş tarihi: 30.01.2018 Kabul tarihi: 15.10.2019

Online yayımlanma tarihi: 13.02.2020

İletişim: Ali Cenap Yoloğlu.

e-posta: acyologlu@mersin.edu.tr



I. Giriş

Sağlık, günümüzde artık sadece bedensel bir iyi olma durumu olarak tanımlanmanın ötesinde; kişinin bedensel, ruhsal ve çevresel anlamda bir bütün olarak iyi olma halidir. Bu yeni ele alışta sağlığın tedavi edici hizmetlerden çok önleyici hizmetlere yoğunlaştığı; sağlık-yaşam çevresi ilişkisinin daha sık irdelendiği; yaşam kalitesi kavramının vurgulandiğı; bireyin sağlığının, içinde bulunduğu toplumun sağlığından ve yaşadığı çevrenin koşullarından bağımsız düşünölemeyeceği gerçeğinin kabul edildiği görölmektedir.

İnsanlar büyük oranda kentlerde yaşamaktadır. Sözelimi Avrupa'da nüfusun %69'u kentsel alanda yaşamaktadır. Avrupa'da ve dünyanın farklı bölgelerinde, kentsel alanlarda yaşayanların sayısı gün geçtikçe artmakta ve bu artış kentleri farklı yaş, sosyo-ekonomik, etnik ve kültürel grupların/insanların yoğunlaştığı ve bir arada yaşadığı karmaşık sosyo-mekânsal yapılara dönüştürmektedir.

Kentler, gerek fiziksel, gerek sosyal çevre olarak düşünöldüğünde ve hizmetlere erişim konusu gözetildiğinde sağlık ile doğrudan ilişkilidir. Yaşam çevresinin nitelikleri, mahalle tasarımı, yerleşmenin yoğunluğu, açık ve yeşil alan miktarı ve erişilebilirliği, bisiklet ve yaya yollarının varlığı, hava kalitesi gibi kent ile ilişkili değişkenlerin kentlerde yaşayanların ve çalışanların sağlığı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri vardır (WHO, 2013; Marmot ve Wilkinson, 2009). Kentler, bir yandan sağlık hizmetlerindeki çeşitlilik ve yaygınlık nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim konusunda büyük bir olanak sağlarken, diğer yandan yüksek yapılaşma yoğunlukları, çevresel kirlilik, ekonomik yetersizlikler veya yoksulluk/yoksunluk gibi nedenlerle sağlık konusunda olumsuz bir ortam da oluşturabilmektedir (WHO, 2013). Bu durum kentlerde sağlık olgusunun ele alınmasında özel politikalar ve müdahaleler gerektirmektedir.

Sağlıklı Kent kavramı, bu politikaları oluşurmada ve müdahaleleri tanımlamada tutarlı bir çerçeve sağlamaktadır. Başta sağlık bilimleri olmak üzere kent planlaması, sosyoloji, coğrafya, çevrebilim, ekonomi, politika gibi farklı disiplinlerinin keşitiminde yer alan bir kavram olarak farklı biçimlerde ele alınan bir kavramdır. Kent plancılarına göre sağlıklı kenti oluşturmak "kentlin ulaşımında, konut alanlarında, yeşil alanlarında yeni ve iyi fiziksel karakterler yaratmak"; sosyologlara göre "sosyal bütünleşmeyi oluşturmak ve geliştirmek"; ekonomistlere göre "kentteki önemli değerleri yenilemek ve yeni mekânlar yaratmak"; eğitimcilere göre "toplumun gelişmesine olanak sağlamak"tır. Kentte yaşayan kişilere göre ise sağlıklı kent, "güvenli ve özgür bir biçimde yaşama eylemlerini gerçekteştirebildiği, beslenme ve korunma ihtiyacının karşılandığı, sosyal etkileşim olanakları yüksek" bir kendir (Başaran, 2008).

Kent ve sağlık ilişkisi gözetildiğinde, kentte yaşayan bireyle-
rin daha sağlıklı bir çevrede yaşaması adına yerel yönetimlere

önemli görevler düşmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından 1986 yılında başlatılan "Sağlıklı Kentler Projesi" yerel yönetimlerin sağlık konusunda daha bilinçli politikalar ve projeler geliştirmesi açısından önemli bir fırsat sunmaktadır (WHO, 2013).

Sağlıklı Kentler Projesi, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisinin, yerel düzeyde "Herkes İçin Sağlık" amacıyla başlattığı bir gelişme projesidir. Bu proje, herkes için sağlık stratejisinin ilke ve hedefleri doğrultusunda, Avrupa ölçeğinde sağlığı, karar vericilerin gündeminde ön sıralara yerleştirmeyi ve sağlıklı ve sürdürülebilir bir kalkınma için kapsamlı yerel stratejiler geliştirmeyi amaçlayan uzun erimli uluslararası bir girişimdir. Sağlıklı Kentler Projesinin ana hedefi, kentte yaşayan ve çalışan insanların bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyi olma hallerini arttırmaktır. Sağlıklı Kentler Projesi, sağlıklı bir şehrin ne olması gerektiğinden yola çıkmakta, bu kapsamında sağlıklı şehir, çevresini geliştirebilen ve kaynaklarını genişleten, vatandaşlara sağlıklı yaşam ortamları sunabilen bir şehir olarak tanımlamaktadır. Bu yaklaşımda sağlıklı şehir kavramı bir sonuç değil, daha çok bir yöntem olarak ele alınmaktadır. Herhangi bir şehir var olan sağlık durumuna bakılmaksızın sağlıklı kentler ağına dâhil olabilmektedir. Bu noktada önemli olan, sağlıklı kent olma niyetine sahip olmak, başarmak için bir yapı ve işleyişi başlatmak ve bu konuda kararlı olmaktır.

Sağlıklı Kentler Projesi'ne dâhil olmak isteyen kentler, mevcut sağlık profillerini, yani Kent Sağlık Profili'ni çıkarıp, ardından Kent Sağlık Gelişim Planını hazırlayıp Dünya Sağlık Örgütü'ne adaylık başvurusu yapmakta; Örgüt de hazırlanan planı inceleyerek üyelik konusunda karar vermektedir. Üye olan şehir, "Sağlıklı Kent" kabul edilmekte ve DSÖ ile birlikte projeyi uygulamakta ve geliştirmektedir.

Sağlıklı Kentler Projesi beşer yıllık dönemler halinde uygulanmaktadır. Her dönemde sağlıklı şehir olmayı hedefleyen yerleşmeler uluslararası bu ağa üye olarak, belirlenen ana temalar çerçevesinde sonuç odaklı çalışmalar gerçekteştirmektedir. Beş yıllık dilimlere bölünmüş her aşamanın sonunda eski ađ dağıtılmakta ve bir sonraki aşama, oluşturulan yeni bir ađ ile devam etmektedir. Sağlıklı Kentler Projesi, 1986 yılında başladığından bu yana 5 dönem geçirmiş olup, şu anda 2014–2018 tarihleri arasındaki VI. Faz aktiftir. VI. Fazın (2014–2018) genel konusu "Herkes için Sağlık İyileştirilmesi ve **Sağlık Eşititsizliklerini Azaltmak** ve Sağlık için Liderlik ve Katılımcı Yönetişimi Geliştirmek"tir.

Dünya Sağlıklı Kentler Ağına dâhil olmak için temel bazı koşulların yerine getirilmesi gerekmektedir:

- Politik Taahhüt
- Sağlıklı Kent Proje Ofisi'nin kurulması
- Kent Sağlık Profili'nin çıkarılması
- Sağlıklı Kent Göstergeleri'nin belirlenmesi
- Kent Sağlık Gelişim Planı'nın hazırlanması



Şekil 1. Mezitli ilçesinin konumu (Kaynak: www.cografyaharita.com).

Mezitli Belediyesi, 2012 yılında Türkiye Sağlıkli Kentler Birliğine üye olmuş; 2016 yılı içerisinde Dünya Sağlık Örgütüne Dünya Sağlıkli Kentler Ağına üyelik için politik taahhütte bulunmuş ve Sağlıkli Kent Proje Ofisini kurmuştur. Haziran 2017'de Mezitli Belediyesi ve Mersin Üniversitesi arasında yapılan sözleşme doğrultusunda Kent Sağlık Profili ve Kent Sağlık Gelişim Planı hazırlanmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır.

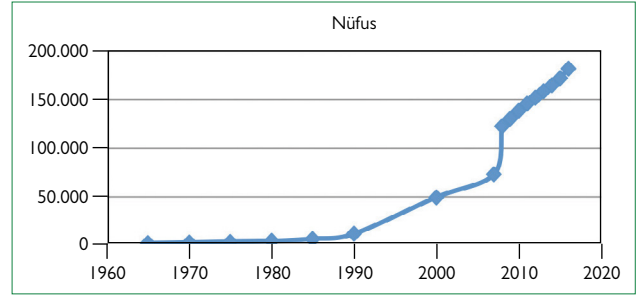
Kent Sağlık Profili, kentin mevcut sağlık durumunu tespit etmeye yönelik bir belge niteliğinde olup geleceğe ilişkin planlar ve politikalar üretmede önemli bir araçtır. Kent Sağlık Profili, Kent Sağlık Gelişim Planının tespit, analiz, sentez ve problem tanımlama aşaması olarak kabul edilebilir. Profil çalışması sonucu elde edilen bulgular ışığında Gelişim Planının ana başlıkları ve detayları belirlenir.

Mezitli İlçesi

Mezitli ilçesi, Akdeniz, Toroslar ve Yenişehir ilçelerinden oluşan Mersin şehir merkezinin hemen batısında yer alan ilk gelişim aşamalarında Mersin ve çevre illerde yaşayanların ikinci konut alanı iken kentin büyümesi ile sonradan birinci konut kullanımına dönüşen bir alanda yer almaktadır (Şekil 1).

1968 yılına kadar köy statüsünde bulunan yerleşim o yıldan sonra belediye olmuştur. 2008 yılında ilçe olan belediyenin sınırları 12.11.2012 tarihinde çıkarılan 6360 sayılı "On Dört İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile ilçe sınırlarına kadar genişlemiştir. 1965 yılında nüfusu 2252 olan yerleşim 2016 yılında 181.167 nüfusa sahip olmuştur (Şekil 2).

Mezitli ilçesini genel olarak üç temel alana ayırmak mümkündür. Bunlardan birincisi Şekil 3'te de gösterildiği üzere, sahil şeridinde yer alan ve nüfus yoğunluğu 100 kişi/ha ve daha yüksek olan yerleri kapsayan kentsel yerleşik alanlardır. Diğer bir bölge ise Mersin-Adana otoyolunun kuzeyinde yer alan, tarımsal ve ormanlık araziye sahip, nüfus yoğunluğu 0 ile 49 kişi/ha



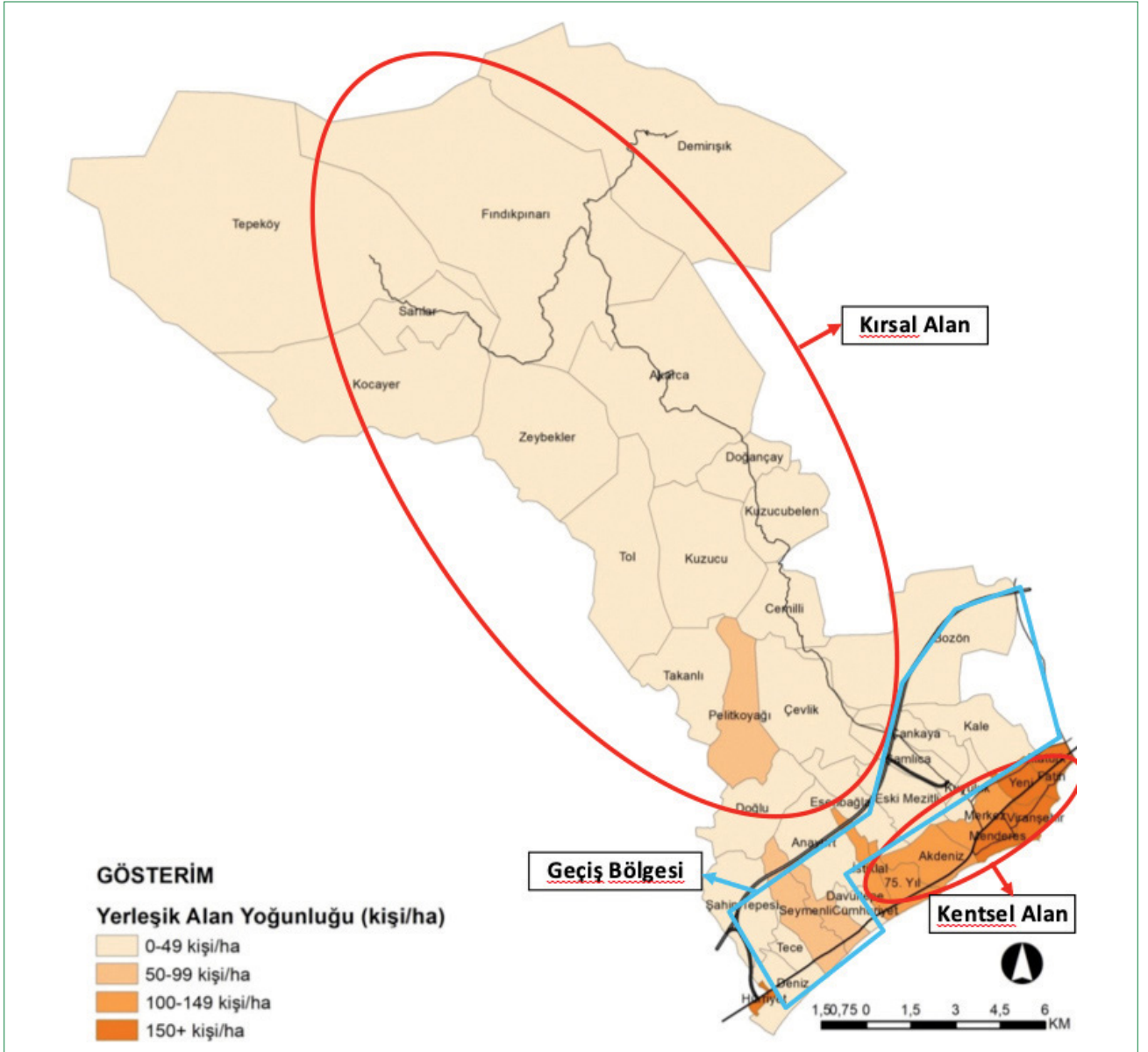
Şekil 2. Mezitli ilçesinin nüfus artışı (Kaynak: TÜİK).

arasında değişen kırsal yerleşim alanlarıdır. Sonuncu bölge ise bu iki kullanım arasında kalan ve kentsel yapılaşmanın sızdığı, hem kırsal hem de kentsel özellikler gösteren, nüfus yoğunluğu 50–99 kişi/ha olan geçiş bölgesi alanlarıdır. Söz konusu alanlara ilişkin kullanım türleri ise Şekil 4'te detaylı olarak verilmiştir. Diğer bir deyişle söz konusu üç temel alan (kentsel, geçiş bölgesi ve kırsal) nüfus yoğunluğu ve arazi kullanım türlerinin bir bileşkesi olarak tanımlanmıştır.

Çalışma Yöntemi

Bu çalışma Mezitli İlçe Belediyesi'nin Dünya Sağlıkli Kentler Birliği'ne üyeliği ile ilgili olarak yürütülen "Sağlıklı Kent Mezitli" projesi sırasında üretilen verilerden yararlanılarak yazılmıştır. Proje sırasında sağlık profilini çıkarmaya yönelik olarak genişletilmiş Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form uygulanmıştır. Standart anket, katılımcının konut durumunu, gelir ve geçim durumunu, hobi alışkanlıklarını, aktif yaşam alışkanlıklarını, boş zaman alışkanlıklarını, kaza geçirme durumunu, sağlık altyapısını kullanma durumunu ölçen sorular eklenerek zenginleştirilmiştir. Geliştirilen anket Mezitli İlçesinin tamamında mahalle bazında mahalle nüfusu, yaş grupları ve cinsiyet gözetilerek uygulanmış ve toplam 1083 anket yapılmıştır. Ancak bu çalışmada sağlığın sosyal belirleyicileri; yaşanan mahalle ve konutun bazı niteliklerine ilişkin bağımsız değişkenler ile Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa formunda yer alan yaşam kalitesinin bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel değerlerine ilişkin bağımlı değişkenler değerlendirilmiştir.

Bununla birlikte uygulamaya yönelik bazı kısıtların varlığından bahsetmek bir zorunluluktur. Mezitli ilçesi sınırları içinde iki tür ikinci konut varlığından söz edilebilir. Bunlardan birincisi deniz kenarında yer alan ve yüksek katlı apartmanlar şeklinde geliştirilmiş kapalı site şeklindeki ikinci konutlardır ki bunların bir kısmı zaman içinde birinci konut özelliği kazanmış ve daimi oturanları olan yaşama birimlerine dönüşmüştür. İkinci tür ise daha çok Mersin'de yaşayanlar tarafından tercih edilen ve genellikle yazın kullanılan yayla evleridir. Bununla birlikte zamanında kentin çeperinde bir-iki katlı villa şeklinde üretilmiş ve kapalı site şeklinde örgütlenmiş ancak şimdi kentsel alan sınırına daha da yaklaşmış ve yine kapalı site şeklinde varlığını devam ettiren konutlar bulunmaktadır.

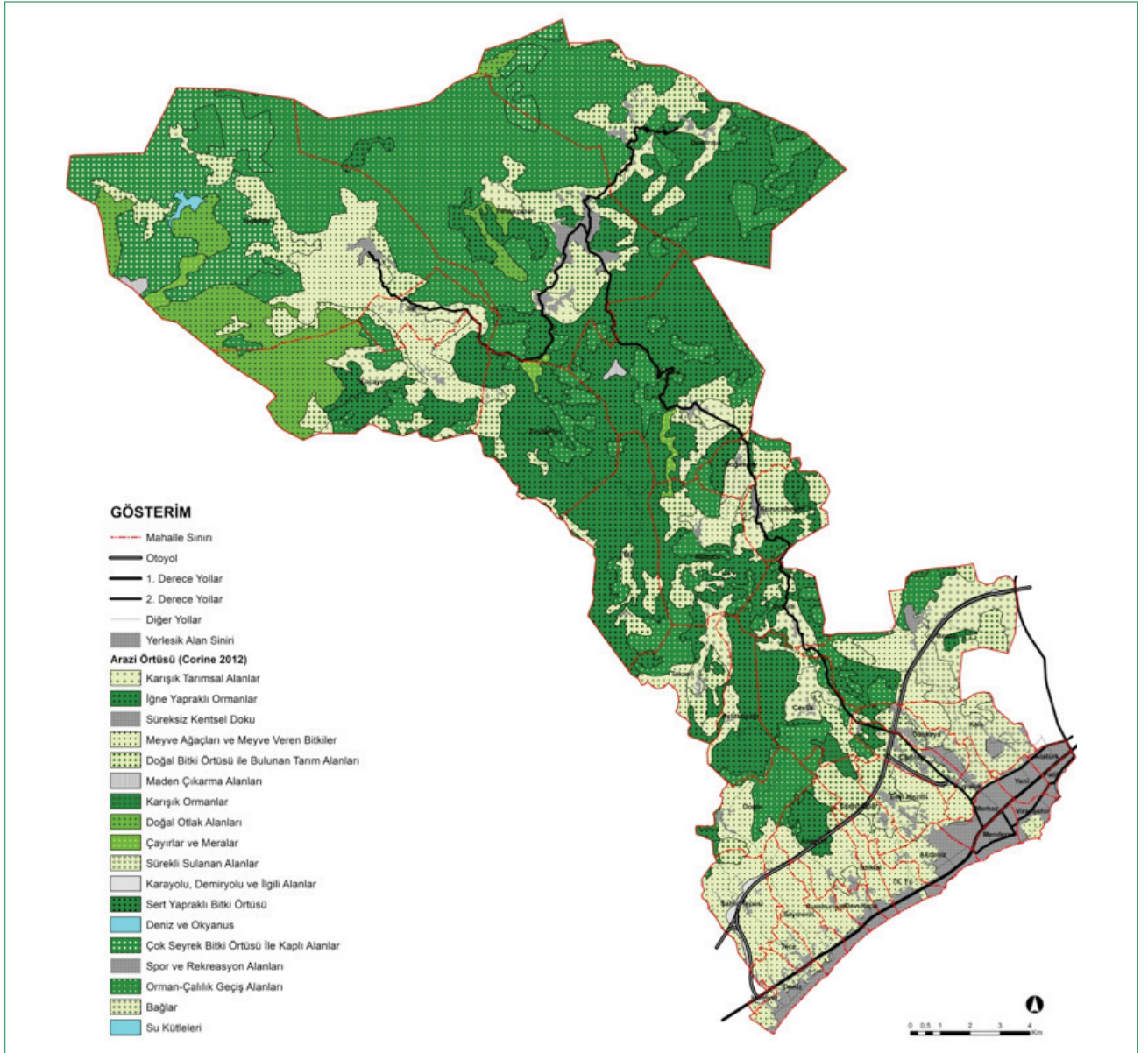


Şekil 3. Mezitli ilçesinde mahallelere göre nüfus yoğunluğu.

Bu tür gelişmelerin çalışma açısından yarattığı başlıca sorunlar şöyle sıralanabilir: Birincisi kapalı site şeklinde kurgulanmış yaşama birimleri her tür alan çalışması açısından başlı başına bir zorluk oluşturmaktadır. Çünkü bu tür sitelere girmek, girilse bile alan çalışması yürütmek oldukça zor ve zaman alıcıdır. Bu yüzden anket çalışmasını yapan öğrenciler zaman kısıtı da gözetilerek mümkün olduğunca sokak çalışmalarına yönlendirilmiştir. Bu ister istemez temsil açısından bazı sorunlar çıkarmaktadır: mekânsal ve nüfus açısından yüksek derece temsil edilebilen bu yaşama birimleri sosyal olarak (gelir, sağlık, aktif yaşam, hastalık, konutun kullanım kolaylıkları vb) yeterince temsil edilememiştir. İkinci olarak özellikle birinci konuta dönüşmemiş ve hala ikinci konut özelliği gösteren birimlerin varlığı mekânsal ölçüm-

lerde (bina sayımı, makroform alanı, planlı alan büyüklüğü vb) temsil edilirken bu durum nüfus büyüklüklerine yansımamaktadır çünkü nüfus sayımlarında bu alanlar boş olarak algılanmaktadır.

Çalışmanın bundan sonraki bölümü dört alt başlıktan oluşacaktır. İlk olarak sağlık eşitsizliklerine yönelik yazın değerlendirmesi yapılacak ve devamındaki bölümde ise sağlık eşitsizliklerini açıklamada kullanılan bağımsız değişkenler değerlendirilecektir. Dördüncü bölümde kentsel planlama kararları ile üretilen yapı çevrenin sağlık üzerindeki etkisi değerlendirildikten sonra; beşinci bölümde çalışmanın bulguları paylaşılacak ve son kısımda ise genel bir değerlendirme yapılacaktır.



Şekil 4. Mezitli ilçesi alan kullanım türleri.

2. Sağlık Eşitsizlikleri

Sağlıkta Eşitsizliğin Tanımı

Sağlıkta eşitsizliğin nasıl tanımlandığı bu eşitsizliklere ilişkin çözüm yolu aranırken kritik önemdedir. Diğer bir deyişle sorun tanımını kendi içinde çözüm yollarını da barındırmaktadır. Şimsek ve Kılıç (2012) sağlıkta eşitsizliği; sağlığı etkileyen sosyal etmenlerin ve/ya sağlık sistemindeki giderilebilir yetersizliklerin etkisiyle bireylerin ve/ya toplumun sağlığında meydana gelen önlenemez bozulmalar olarak tanımlamıştır. Hamzaoğlu'na (2007) göre sağlıkta eşitsizlik; insanlar arasında hiçbir bio-medikal ve davranışsal risk faktörüyle kesin olarak açıklanamayan sağlık durumu ve yaşam süreçlerindeki farklılıklardır. Ancak sağlıkta eşitsizliğe ilişkin

en kapsamlı tanımlamayı Belek (1998b) yapmıştır: “Doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenler yoluyla etki gösterdikleri; önlenemez, önlenemez olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan eşitsizliklerdir. Ayrıca sağlıkta eşitsizlikler bireysel değil toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, mücadele edilmesi gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliğinin gerektiği, toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardır.” Diğer bir deyişle sağlıkta eşitsizlik sosyoekonomik farklılıklara göre ortaya çıkan bir ayrımsadır (Belek, 2000).

Sağlığın Belirleyicileri

Polat ve İçağasioğlu Çoban'a (2015) göre sağlığın sosyal belir-

leyicileri teriminden temel olarak birey ya da toplumların sağlığını geliştiren ya da kötüleştiren sosyal faktörler anlaşılmalıdır; ancak bu faktörler aynı zamanda sağlıktaki eşitsizlikleri de yaratan etmenlerdir. Tüzün vd. (2014) sağlığın belirleyicilerini bireysel özellikler ve davranışlardan daha çok sosyal, ekonomik, kültürel ve fiziksel/çevresel koşullar şeklinde tanımlamaktadır. Benzer şekilde İnandı da (1999) bireyin içinde bulunduğu sosyoekonomik durumu sağlığın en önemli belirleyicilerinden biri olarak ifade etmektedir.

Sağlıkta Eşitsizliklerin Nedeni

Yardım ve Özcebe'ye (2010) göre sigara ve/ya alkol kullanımı, düzensiz fiziksel aktivite veya fiziksel aktivite yokluğu gibi sağlık yönünden olumsuz sonuçlar doğuran davranışların belli sosyoekonomik gruplarda daha sık gözlenmesi sosyoekonomik düzeyin sağlık üzerindeki etkisinin en somut kanıtıdır. Benzer şekilde Tüzün vd. (2014) sağlıktaki eşitsizliklerin gelir düzeyi, eğitim düzeyi, meslek, sosyal sınıf, toplumsal cinsiyet, engellilik ve etnik köken gibi etkenlere bağlı olarak oluştuğunu vurgulamaktadır. Diğer bir ifade ile sağlıkta eşitsizlikler bireysel değil toplumsal koşullardan kaynaklanmaktadır (Şimşek ve Kılıç, 2012). Sosyoekonomik durum içinde ise ekonomik durum sağlıklı yaşam biçimini etkileyen en önemli faktördür (Zaybak ve Fadilloğlu, 2004). Belek (1998a) bir adım daha ileri giderek sosyoekonomik koşullar ile algılanan sağlık arasındaki ilişkinin esas belirleyicisinin sınıfsal konum olduğunu ifade etmiştir. Dolayısıyla aslında sağlıktaki eşitsizlikler sınıflı toplumsal yaşamın başlamasıyla ortaya çıkmıştır (Belek vd., 1998; aktaran Koçoğlu ve Akın, 2009). Akalın (2013) ise toplumsal sınıf olgusunun önemini bir örnekle somutlamaktadır: toplumların zenginlik düzeyleri ile sağlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yok iken, toplumsal eşitlik düzeyleri ile sağlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Sağlık Eşitsizlikleri Nasıl Üretiliyor

Eğitim düzeyinin, gelir düzeyinin, mesleğin ve cinsiyetin sağlık durumu üzerinde belirleyici etkileri olduğu daha önce vurgulanmıştı. Ancak bu değişkenlerin hangi mekanizmalar aracılığı ile sağlık eşitsizliklerini ürettiği üzerinde durulması gereken bir noktadır. **Eğitim**, sağlık eşitsizlikleri ile anlamlı ilişkisi olan en önemli faktördür. Solar ve Irwin'a (2010) göre eğitim yapılan işi ve gelir düzeyini etkileyerek; kişinin bilgi ve beceri düzeyini etkileyerek; sağlıklı yaşam mesajlarını daha kolay alınmasını sağlayarak ve uygun sağlık hizmetini almayı sağlayarak sağlığı etkilemektedir (aktaran Polat ve İçağasioğlu Çoban, 2015). Şimşek ve Kılıç'a (2012) göre eğitim gelecekteki iş ve dolayısıyla gelir olanakları için belirleyici olması, kişinin bilgiye erişme olanağını genişletmesi, kişinin diğer koşullarından etkilenmemesi nedeniyle sağlık çalışmalarında kullanılan önemli

bir değişkendir. Eğitimden sonra sağlık eşitsizliklerini ortaya koymada kullanılan diğer bir önemli değişken ise **gelir**dir. Gelir hem nitelikli mallara hem de nitelikli hizmete erişimi etkileyerek sağlığı etkilemektedir (Solar ve Irwin, 2010, aktaran Polat ve İçağasioğlu Çoban, 2015). Aynı içerikte bir değerlendirme Şimşek ve Kılıç (2012) tarafında da yapılmaktadır: Sağlıklı ve güvenli konut ve gıda ile nitelikli sağlık hizmetlerine erişim maddi olanakları geniş olan bireyler için daha kolaydır. Bu durumun da sağlık durumunu ve ölüm oranını (mortality) etkilediği bilinmektedir. **Meslek**, kişinin toplum içindeki konumunu, teknik becerisini, gelir düzeyini, çalışma yaşamında karşılaşılabilecek riskleri tayin eden faktör olarak önemli bir eşitsizlik kaynağıdır (Solar ve Irwin, 2010, aktaran Polat ve İçağasioğlu Çoban, 2015; Şimşek ve Kılıç, 2012). Eğitim, gelir ve meslekten farklı olarak diğer bir eşitsizlik kaynağı ise **cinsiyet** ilişkileridir. Solar ve Irwin'a (2010) göre toplumsal cinsiyet ilişkileri kadın ve erkeğin maruz kaldığı sağlık risklerinin farklılaşmasına neden olmaktadır (aktaran Polat ve İçağasioğlu Çoban, 2015).

Sağlıkta Dezavantajlı ve Riskli Gruplar

Sağlıkta eşitsizlikleri en çok deneyimleyen dezavantajlı ve riskli grupların durumlarına ilişkin ilgili yazında birçok tespitte rastlanmaktadır.

Koçoğlu ve Akın (2009) tarafından yapılan tespitlerden bazıları şunlardır:

- Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerindeki etkileri kadın, çocuk, yaşlı gibi risk gruplarında daha belirgindir.
- 18–29 yaş aralığında olanların, kadınların, ilköğretim mezunu olanların, dulların, köyde doğanların, köyde yaşayanların, kiracı olanların, 5–7 kişilik ailelerde yaşayanların, 2–3 odalı evde yaşayanların, 0–450 TL aylık geliri olanların, sağlık güvencesi olmayanların sağlıklı yaşam biçimi puanı en düşüktür.
- 54–65 yaş aralığında olanların, kadınların, ilköğretim mezunu olanların, dulların, köyde doğanların, köyde yaşayanların, 5–7 kişilik ailelerde yaşayanların, 2–3 odalı evde yaşayanların, 0–450 TL aylık geliri olanların, sağlık güvencesi olmayanların yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel sağlık bileşenleri ve ruhsal (mental) sağlık bileşenleri puanı en düşüktür.
- Sosyoekonomik durumu tanımlayan her değişken için olumsuz özellikte olanlar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gösterme açısından da olumsuz özelliğe sahiptirler.

Tüzün vd. (2014) tarafından yapılan tespitlerden bazıları şunlardır:

- Dezavantajlı gruplar hem hastalıklarını daha ağır geçirmekte hem de kronik hastalık ve sakatlıklara daha erken yaşta yakalanmaktadır. Aynı zamanda dezavantajlı grupların ortalama yaşam süresi daha kısadır.

¹ TÜİK verilerine göre 2003 yılında TÜFE endeksi 100 kabul edildiğinde bu endeks 2009 yılında 164,32'ye, 2018 yılında ise 363,18'e yükselmiştir. Buna göre 2009 yılında 450 TL olan bir değer 2018 yılıdaki karşılığı yaklaşık 1.000 TL'dir. Benzer bir biçimde TCMB verilerine göre 2009 yılında 1\$'in ortalama değeri 1,55 TL iken bu değer 2018 yılında 4,81'e yükselmiştir. 450 TL 2009 yılında yaklaşık 290\$ değerindedir. Buna göre 290 doların 2018 yılındaki değeri yaklaşık 1.400 TL'dir.

Ergin ve Hassoy (2011) tarafından yapılan tespitlerden bazıları şunlardır:

- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008) verilerine göre doğum öncesi bakım hizmeti almamış kadınlar; kırsal alanda yaşayan, Doğu ve Güneydoğu illerinde ikamet eden, eğitim ve gelir düzeyi düşük gruplarda yoğunlaşmaktadır. Doğum öncesi bakım hizmeti alan anneler arasında da benzer bir fark izlem sayısı ve izlem niteliği açısından da mevcuttur.
- Evde doğum yapan kadınlar ise; kırsal alanda yaşayan, yüksek doğurganlık oranına sahip, hiç doğum öncesi bakım hizmeti almamış, Doğu ve Güneydoğu illerinde ikamet eden, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan ailelerde daha sık görülmektedir.

Demiral vd. (2007) tarafından yapılan tespitlerden bazıları şunlardır:

- Kadınlar arasında ekonomik durumlarında kötüleşme olduğunu düşünenlerde sigara kullanım sıklığı daha yüksektir.
- Erkekler arasında çocukluk dönemine göre ekonomik durumlarında kötüleşme olduğunu düşünenlerde bozulmuş glikoz toleransı (BGT) anlamlı düzeyde yüksektir.

Belek (1998a) tarafından yapılan tespitlerden bazıları şunlardır:

- Erkeklerin, 15–24 yaş aralığındakilerin, hiç evlenmemiş olanların, mavi yakalı ve niteliksiz emekçiler dışındakilerin, aylık geliri 200\$ ve daha fazla olanların, birikim yapabilenlerin, algılanan sağlık durumları diğer gruplara göre daha iyidir.
- Sosyoekonomik değişkenler ile algılanan sağlık arasındaki ilişki, sosyoekonomik açıdan düşük statülü grupların sağlığı doğrudan etkileyen koşullar açısından dezavantajlı olmaları nedeni ile güçlüdür.
- Eğitim, gelir düzeyi ve sınıfsal açıdan kötü durumda olmak hem sağlığı iyileştirebilecek olanaklardan yararlanmayı hem de kötü sağlığın kendisini yeniden üretmesini sağlayan koşulların devamı açısından etkilidir.

Türkkan (2009) tarafından yapılan tespitlerden bazıları şunlardır:

- Dezavantajlı koşullarda bulunanlar normal insanlara göre daha düşük yaşam şansına sahiplerdir, hastalıkları daha ağır geçirirler, kronik hastalıklara daha küçük yaşlarda sahip olurlar, daha küçük yaşta sakatlanırlar, daha hızlı yaşlanırlar, daha fazla acı çekerler, daha düşük yaşam kalitesine sahiptirler, kaynakların dağılımından daha yetersiz yararlanırlar, iyi olarak algıladıkları yaşam dilimi daha kısadır ve yüksek nitelikli sağlık hizmetlerinden daha az yararlanırlar.
- Daha az eğitilmiş, kol gücü ile olumsuz çalışma koşullarında çalışan ve sosyal sınıflamanın alt gruplarında yer alanlar arasında işe bağlı kas ve iskelet sistemi hastalıkları (İKİH) daha sık görülmektedir.

Belek ve Hamzaoğlu (2000) tarafından yapılan tespitlerden bazıları şunlardır:

- Tüm göstergeler için Doğu ve Güneydoğu illerinde ikamet edenlerin durumu diğer bölgelerde yaşayanlara göre; kırsal alanda yaşayanların durumu kentsel alanda yaşayanlara göre; düşük eğitimlilerin durumu yüksek eğitimliler göre daha kötüdür.

Erengin ve Dedeoğlu (1998b) tarafından yapılan tespitlerden bazıları şunlardır:

- Kadınlarda, düşük eğitimli gruplarda, sosyal güvencesi olmayanlarda, gecekonduda oturanlarda, sosyal destekten yoksun olanlarda sağlık algısının daha kötü olduğu görülmektedir.

Algılanan Sağlık

“Algılanan sağlık” kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını bedensel, ruhsal, çevresel ve toplumsal boyutlarıyla değerlendirdikleri bir ölçmedir. Erengin ve Dedeoğlu’na (1997) göre “algılanan sağlık” durumu toplumun genel sağlık durumunu ölçmek için kullanılacak basit ancak güvenilir bir değerdir çünkü “algılanan sağlık” durumu ile kişinin nesnel sağlık durumu arasında orta derecede ancak anlamlı bir ilişki vardır. Algılanan sağlık ile nesnel sağlık koşulları arasında anlamlı bir ilişkinin olması sosyoekonomik koşullar ile algılanan sağlık arasındaki ilişkinin incelenmesine hem olanak sağlamış hem de bu ilişkiyi bir araştırma konusu haline getirmiştir.

Sağlık Eşitsizliklerinde Kullanılan Bağımsız Değişkenler

Hamzaoğlu (2007) sağlık eşitsizliklerini ölçmek için kullanılacak bağımsız değişkenler için bir önceliklendirme yapmıştır. Ona göre sağlık sonuçlarını belirleyen açıklayıcı faktör sınıf olmalıdır. Sınıfa ilişkin değerlendirme yapılamadığı koşulda sosyoekonomik statü kullanılabilir. Sosyoekonomik statünün kullanılacağı koşullarda öncelikli değişken gelir düzeyi olmalıdır. Gelir düzeyini tespit etmek olanaklı değilse eğitim düzeyi dikkate alınmalıdır. Eğitim düzeyinin de kullanılamayacağı durumda meslekler üzerinden değerlendirme yapılabilir. Bunun dışında aynı amaca yönelik olarak tanımlanan diğer bağımsız değişkenler ise şöyledir: konut özellikleri, sosyal güvenlik durumu, etnik yapı, dayanıklı tüketim mallarına sahip olma ve sosyal sınıftır (Şimsek ve Kılıç, 2012; Erengin ve Dedeoğlu, 1998a; Yardım ve Özcebe, 2010). Selçuk Tosun ve Akça’ya (2014) göre yaş, cinsiyet, eğitim durumu, evdeki oda sayısı, aylık gelir miktarı, algılanan ekonomik durum, sınıfsal konum ve yaşanan bölge genel sağlık puanı üzerinde belirleyicidir. Aynı zamanda eğitim durumunun, yaşamın çoğunluğunun geçirildiği yerin, evdeki birey sayısının, evdeki oda sayısının, aylık gelir miktarının, algılanan ekonomik durumun, sosyal güvence durumunun ve sınıfsal konumun ise çok boyutlu algılan sosyal destek puanı üzerinde belirleyici olduğunu ifade etmişlerdir. Ergin ve Hassoy (2011) ise bebek ölüm hızı ile ilgili olarak sos-

yoekonomik koşulların, kültürel alışkanlıkların, kamusal hizmet olanaklarındaki yetersizlikler ve eşitsizliklerin bebek ölüm hızını arttıran en önemli unsurlar olduğunu kaydetmişlerdir.

Sağlık Eşitsizliklerinde Kullanılan Bağımlı Değişkenler

Sağlık eşitsizliklerini ölçmek için en çok kullanılan bağımlı değişkenler: hastalık/engellilik ile ilgili değişkenler, ölümlle ilgili değişkenler, sağlık durumu ile ilgili değişkenler, risk faktörleri ve sağlık hizmetleri kullanım düzeyidir (Şimsek ve Kılıç, 2012). Bununla birlikte daha basit olarak bebek ölümleri; anne, hane, toplum ve çevreye ait koşulların bileşkesinin bir sonucu ve toplum sağlığı ile toplumsal refahın önemli bir göstergesi olduğu için sağlık eşitsizlikleri ölçmede kullanılan bir değişkendir (Ergin ve Hassoy, 2011).

Sağlıkta Eşitsizliklerin Artması

Dahlgren ve Whitehead'e (1992) göre ülkeler, sınıflar, gelir grupları ve eğitim grupları arasındaki sağlık eşitsizliklerinin arttığı görülmektedir (aktaran Belek, 1998a). Benzer bir değerlendirmeyi Power da (1994) yapmaktadır: Çeşitli toplumsal gruplar ve ülkeler arasındaki sağlık eşitsizlikleri yıllar içinde artma eğilimindedir (aktaran Koçoğlu ve Akın, 2009). Ergin ve Hassoy (2011) çocuk ölümleri örneğinde aynı durumu sayılarla ifade etmektedir: Yıllar içerisinde tüm dünyada çocuk ölüm hızı azalmıştır. Ancak söz konusu azalma tüm dünyada eşit şekilde gelişmemiştir. 1970'lerde tüm dünyada ölen çocukların %55'i Güney Asya ve Sahra Altı Afrika'da görülürken bu oran 2010'da %82'ye çıkmıştır. Benzer bir değerlendirme Türkiye için de yapılmaktadır: Türkiye'de bebek ölüm hızı açısından eğitim grupları ve coğrafi bölgeler arasındaki fark giderek açılmaktadır (Ergin ve Hassoy, 2011). Belek ve Hamzaoğlu (2000) ulusal sınırlar içinde artan bu eşitsizlikleri 12 Eylül askeri darbesi ve sonrasında yaratılan ekonomik ve sosyal durumla ilişkilendirmektedir. Onlara göre 12 Eylül askeri darbesi sonrasında genel sağlık durumunda bir düzelme görölse de sağlıktaki eşitsizlikler artmıştır. 12 Eylül rejiminin halk sağlığında yarattığı olumsuzluklar hem genel (neoliberal) ekonomik tercihlerin hem de sağlıktaki özelleşirmenin bir sonucudur.

Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırabilme ve sağlık düzeylerini yükseltebilme sürecidir (WHO, 1986). Konuya bireysel açıdan bakıldığında sağlığı geliştirme ancak bireylerin farkındalıklarının arttırılması ve sağlık davranışlarının geliştirilerek riskli davranışlardan uzak durması ile mümkün olacağı düşünölmektedir. Konuya sağlıktaki eşitsizlikler bağlamında bakıldığında birçok sağlık davranışının sosyoekonomik etkenlere bağlı olduğu belirtilmektedir (Polat ve İçağasioğlu Çoban, 2015). Sağlığı geliştirmede sadece bireye sorumluluk yüklemek yetersizdir. Çünkü sosyoekonomik eşitsizliklerin olduğu toplumlarda bireylerin sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarını gösterme olasılığı daha düşüktür (Deborah vd., 1998, aktaran Koçoğlu ve Akın, 2009).

Sağlıkta Eşitsizlikleri Ortadan Kaldırmak

Kocabaş'a (2014) göre sağlıkta eşitsizlikleri ortadan kaldırmak etik bir zorunluluktur çünkü toplum sağlığının %15'i biyolojik ve genetik faktörlere, %10'u fiziksel çevreye, %25'i sağlık hizmetlerinin sunum biçimine, %50'si ekonomik ve sosyal koşullara bağlıdır. Günümüzde yaygın olarak kabul gören biomedikal tıp anlayışı; hastalıkları bireysel yaşam faktörlerinin sonucu olarak görmekte ve sağlık hizmeti vermeyi hastane bakımı ve ilaç tedavisi olarak görmektedir. Ancak toplumcu tıp anlayışı hastalığın bireysel değil toplumsal bir sorun olduğunu ve hastalıklarla mücadelenin de bireysel değil toplumsal olarak gerçekleştirilmesi gerektiğini öngörmektedir. Her iki yaklaşımın da toplum sağlığını iyileştirme yöntemleri farklıdır. Bunlar kabaca bireysel düzeyde davranış değişikliği yaratmak, sağlık hizmeti kullanımını arttırmak veya refah sistemi yaratmaktır. Bu yöntemler arasında en etkili olan yöntem ise refah sistemi yaratmaktır. Benzer bir değerlendirme Polat ve İçağasioğlu Çoban (2015) tarafından da yapılmaktadır. Onalar göre sağlıkta eşitsizliklerin aşılması yalnızca sağlık hizmetlerine yapılan yatırım ve hizmetleri geliştirme çalışmaları ile gerçekleştirilemez; bunun için eşitsizliğe yol açan, sağlığı ya da sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz etkileyen koşulların ortadan kaldırılması gerekir. Dolayısıyla sağlıkta eşitsizliklerle ilgili müdahale alanları a) yoksulluk ile ilgili önlemler, b) yaşam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile ilgili önlemler, c) bireysel yaşam tarzının sağlıklılaştırılması ile ilgili önlemler, d) sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ile ilgili önlemdir.

Genel olarak sağlıkta eşitsizlik ile mücadele etme iki türlü yapılabilir. Birincisi ve mevcut olan yaklaşım sonuca odaklanıp, eşitsizliğin birey üzerinde yarattığı etkileri gidermeyi hedeflerken; ikincisi ve olması gereken yöntem nedene odaklanıp, eşitsizliğin kaynağını yok etmeyi amaçlar (Polat ve İçağasioğlu Çoban (2015). Şimsek ve Kılıç (2012) da aynı içerikte bir değerlendirme yapmaktadır: sağlıkta eşitsizlikleri kaldırmak için hem sınıfsal farklılıkları azaltmak ve hem de sağlık hizmetlerini daha erişilebilir ve kapsayıcı hale getirmek gerekmektedir.

3. Sağlık Eşitsizliklerini Açıklamada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

Sağlık eşitsizlikleri çalışmalarında bağımsız (açıklayıcı) değişken olarak çok sayıda faktör kullanılmaktadır. Bunlar bireysel özellikler olduğu kadar toplum yapısına ait sosyal olgular veya koşullar da olabilmektedir. Bundan sonraki bölümde bu değişkenler başlıklar halinde incelenecektir. Ancak yaş, cinsiyet veya medeni durum gibi bireysel özellikler dışındaki sosyal olgu ve koşullar birbirinden bağımsız değil tam tersine ilişki içindeki olgulardır. Diğer bir deyişle birindeki değişme diğerlerindeki değişmeyi de tetiklemektedir.

Sosyal Sınıflar ve Çalışma Durumu

Sağlık eşitsizliklerini açıklamada sıklıkla başvurulan bağımsız değişkenlerden birisi de sosyal sınıftır. Sosyal sınıflar arasında algılanan sağlık düzeyi açısından anlamlı istatistiksel farklar vardır ve algılanan sağlık düzeyi açısından sosyal sınıfın etkisi geliriden daha yüksektir (Tüzün vd., 2014; Nesanır ve Eser, 2010). Belek'e (2000) göre çocuklukta sınıfsal konum yetkinlikteki sağlık durumunu yakından etkilemektedir; düşük sosyal sınıflarda doğanlar sosyoekonomik, fiziksel ve psikolojik risk faktörlerini daha fazla oranda yaşamakta ve başa çıkma mekanizmalarını kullanmada yetersiz kalmaktadırlar. Bu tür genel değerlendirmeler yanında sosyal sınıf ile sağlık arasındaki ilişkiye ait daha özel bağlantılar da vurgulanmaktadır. Şimşek vd.'ne (2010) göre Türkiye'de çalışma alanındaki hiyerarşik konumda aşağılara doğru gittikçe sigara kullanma sıklığı artmaktadır. Bebeğin bağımlılık sisteminin güçlenmesini engelleyen sosyal ve ekonomik koşullar bebeklerde büyüyen bir sağlıksızlık riskini de beraberinde getirmektedir (Ergin ve Hassoy, 2011). İngiltere'de beyaz yakalı ailelerin çocukları mavi yakalı ailelerin çocuklarına göre ortalama 5 yıl daha uzun yaşamaktadırlar (Whitehead, 2001). Koçoğlu ve Akın'ın (2009) tespitlerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı, yaşam kalitesi ölçeğinin bedensel sağlık bileşenleri ve mental sağlık bileşenleri puanı tüm sosyal sınıflar arasında farklıdır; en düşükten yükseğe doğru sıralama şöyledir; mavi yakalılar, kendi hesabına çalışanlar, beyaz yakalılar ve burjuvalar. Hacıoğlu vd. (1999) en yüksek hipertansiyon görülme sıklığının (prevalence) işçi sınıfında görüldüğünü tespit etmişlerdir. Kadınlar arasında babasının sosyal sınıfı çiftçi olanlarda hipertansiyon, santral obezite ve yüksek kolesterol anlamlı düzeyde yüksektir (Demiral vd., 2007). Çan vd.'ne (2007) göre hem kadınlarda hem erkeklerde ücretli/maaşlı çalışanlar en çok sigara kullananlardır, ikinci sırada öğrenciler, üçüncü sırada ise kendi işinde çalışanlar gelmektedir; en az sigara içme sıklığına sahip grup ise ev kadınlarıdır. Selçuk Tosun ve Akça'ya (2014) göre hem aile desteği hem de arkadaş desteği bakımından beyaz yakalılar en yüksek değere sahipken, mavi yakalılar en düşük değere sahiptir. Tam tersi şekilde olumsuz nitelikteki Genel Sağlık Anketi (GSA) puanı açısından mavi yakalılar en yüksek puana sahipken beyaz yakalılar en düşük puana sahiptir. Yakınma, yeti yitimi ve Genel Sağlık Anketi (GSA) skorları için en kötü durumdaki sınıflar niteliksiz emekçiler ile mavi yakalılar iken en iyi durumdakiler yüksek nitelikliler ile burjuvalardır. Çalışma yerindeki pozisyona göre bireyler arasında sağlık farklılaşmasının olduğu bir gerçektir. Tüzün vd.'ne (2014) göre çalışma durumu işsizler, mavi yakalılar, kendi hesabına çalışanlar, beyaz yakalılar, işverenler şeklinde değiştikçe algılanan sağlık düzeyinin iyileştiği görülmektedir.

Sosyoekonomik Düzey

Sosyoekonomik düzeyin sağlık üzerindeki etkisi birçok çalışmaya konu olmuştur. Marmot vd.'ne (1991) göre sadece mut-

lak yoksulluk düzeyinde değil aynı zamanda sosyoekonomik hiyerarşinin her basamağında sağlık eşitsizlikleri vardır (aktaran Yardım ve Özcebe, 2010). DSÖ tarafından yürütülen "küresel hastalık yükü" çalışması; aşırı zayıflık, şişmanlık, sigara, alkol, hipertansiyon ve riskli cinsel davranışların hastalık ve ölümlerin başlıca nedeni olduğunu ve bu nedenlerin sosyoekonomik gruplar arasında eşitsiz varlık gösterdiğini ortaya koymuştur (Yardım ve Özcebe, 2010). Tüzün vd.'ne (2014) göre bireyler sosyo-ekonomik grup hiyerarşisinde yükseldikçe kötü algılanan sağlık düzeyi azalmaktadır. Benzer şekilde Kocabaş (2014) daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin daha kötü sağlık koşullarına sahip olduğunu vurgulamaktadır. Ergül (2005) ise sosyoekonomik koşullar ve bu koşullar arasındaki karşılıklı etkileşimin sağlık düzeyi üzerinde doğrudan etkili olduğunu vurgulamaktadır. Yukarıdaki genel değerlendirmeler yanında daha özel değerlendirmeler yapan çalışmalar da vardır. Sosyoekonomik durumu kötü olan bireylerin ruhsal sağlık bakımından da dezavantajlı oldukları tespit edilmiştir (Belek, 1999b; Buzlu vd., 2006). Zaybak ve Fadilloğlu'na (2004) göre aylık gelir düzeyi yüksek ve mesleki statüsü daha iyi olanlar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla benimsemektedirler. Hacıoğlu vd.'ne (1999) göre sosyoekonomik durumu düşük olanlarda hipertansiyon sıklığı yüksektir. Koroner kalp hastalığının (KKH) başlıca davranışsal nedenleri sigara kullanımı, fiziksel aktivite azlığı ve sağlıksız beslenme iken ara nedenler ise artmış kan basıncı, glikozu ve lipitleri ile şişmanlıktır. Bu risk etmenlerinin koroner alp hastalığının %75-80'ini açıkladığı belirtilmektedir. Dolayısıyla koroner kap hastalığının (KKH) ortaya çıkışında sosyoekonomik etkenlerin önemi büyüktür (Ünal ve Demirel, 2004). Şimşek vd. (2010) iki noktaya vurgu yapmaktadır: Birincisi sosyoekonomik durum hem hastalığa neden olan risk etmenlerinin ve hastalığın ortaya çıkmasında, hem de hastalığın seyrinde (prognosis) önemli bir belirleyicidir; ikincisi çalışma durumu, eğitim düzeyi ve gelir etkenlerine göre sosyoekonomik durum kötüleştikçe sağlıksız beslenme yaygınlaşmaktadır. Taşkın ve Atak (2004) ise daha kritik bir noktaya vurgu yapmaktadırlar: Annenin gebelik yaşı, doğurganlık durumu, akraba evliliğinin olup olması gibi sosyoekonomik ve kültürel koşullar bebek ölüm hızını arttıran unsurlardır.

Eğitim Düzeyi

Eğitim düzeyi sağlık eşitsizlikleri konusunda en belirgin etkiye sahip olgudur. Belek de (2004) eğitim düzeyi ile sağlık durumu arasında güçlü bir ilişki olduğunu vurgulamaktadır. Nesanır vd.'ne (2005) göre annenin eğitim düzeyi ile çocuğun yaşadığı sağlık sorunları arasında güçlü bir ilişki vardır. Belek (1998a) yaptığı çalışmada; algılanan sağlığın iyiden kötüye doğru evrilmesinde eğitim düzeyi düşük olanların, eğitim düzeyi yüksek olanlara göre 2 kat risk taşıdığını tespit etmiştir. Hacıoğlu vd. (1999) öğrenim düzeyi düştükçe hipertansiyon görülme sıklığının (prevalence) anlamlı ölçüde arttığını bulmuşlardır. Bilir vd. (2005) yaptıkları çalışmada; erkekler arasında eğitim düzeyinin artmasıyla fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, ge-

nel sağlık, canlilik, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol ve genel ruh sağliğı puanlarının arttığını bulmuşlardır. Demiral vd. (2007) ise yaptıkları çalışmada hipertansiyon, santral obezite ve bozulmuş glikoz toleransının (BGT) okuryazar olmayan kadınlarda, koroner kalp hastalıklarının ise hiç okula gitmemiş kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğunu gözlelemişlerdir. Ayrıca erkekler arasında ise öğrenim düzeyi hipertansiyonu anlamlı düzeyde etkilemektedir; hiç okula gitmeyen erkeklerde anlamlı düzeyde daha fazla hipertansiyon görölmektedir. Tuchsien ve Endahl'a (1999) göre fiziksel aktivite, sigara bırakma, düşük kalorili beslenme gibi koroner kalp hastalıklarından koruyan yaşam tarzı ilk olarak eğitimi gruplar tarafından kabul görmekte ve benimsenmektedir (aktaran Demiral vd., 2007). şimşek vd.'ne (2010) göre gelişmiş ölkelerde gözlemlenenin tam tersine Türkiye'de erkekler için yüksek eğitimi kesim düşük eğitimi kesime göre şişmanlık konusunda daha risklidir. Türkkın'a (2009) göre işe bağlı kas ve iskelet sistemi hastalıklarında (İKİH) da eğitime bağlı eşişsizlikler mevcuttur. Düşük eğitim seviyesinde işe bağlı kas ve iskelet sistemi hastalıklarına bağlı kronik ağrı görölme sıklığı (prevalence) daha yüksektir. Ergin ve Hassoy (2011) ise gebelik sürecinde ve çocukların gerekli aşıları yaptırmasında annenin eğitim düzeyinin anlamlı bir fark yarattığını vurgulamaktadırlar. Ayaz vd.'ne (2008) göre eğitim sosyal desteğin belirleyicisidir: Çünkü eğitim, kişilerin sosyal ilişki kurmasında ve o ilişkiyi geliştirme becerisi kazanmasında; dolaysıyla sosyal destek kaynaklarını daha fazla kullanabilmesinde etkin bir faktördür. Benzer içerikte Selçuk Tosun ve Akça (2014) ise eğitim düzeyi arttıkkça aile desteği puanının, arkadaş desteği puanının ve sosyal destek puanının arttığını; buna karşın eğitim düzeyi azaldıkça olumsuz nitelikteki genel sağlık anketi (GSA) puanı ile özel kişi desteği puanının arttığını bulmuşlardır. Eğitim düzeyi düştükçe ruhsal sağlık düzeyi de düşmektedir. Çünkü eğitimin temel amacı toplumsal yaşamı mümkün kılan bilgi ve becerilerin insanlar tarafından edinilmesini sağlamaktır. Dolaysıyla insanların eğitim seviyesi arttıkkça güncel toplumsal koşullara uyum sağlama kapasiteleri de artmaktadır. Bu da insanların karşılaştıkkları gündelik sorunlar ile daha kolay baş etmelerini olanaklı kılmaktadır (Belek, 1999b; Buzlu vd., 2006). Özpınar (2016) ise bebek ölüm hızının eğitim seviyesinin daha düşük olduğu yerlerde daha yüksek olduğunu gözlelemiştir.

Gelir Düzeyi

Gelir düzeyi sağlık eşişsizliklerini hem göstermede hem de açıklamada kullanılan başlıca bağımsız değişkenlerden biridir. Bu konuda yazında farklı bağımlı değişkenlerle ilişki kurmuş birçok inceleme mevcuttur. Hatun vd.'ne (2003) göre gelir düzeyi sağlık durumunun en önemli belirleyicisidir. Tüzün vd. (2014) gelir düzeyi arttıkkça kötü algılanan sağlık düzeyinin azaldığını ifade etmektedirler. Wilkinson (1992) gelir dağılımındaki eşişsizliklerin gelir grupları arasındaki ortalama yaşam süresi farkının artmasına neden olduğunu vurgulamıştır (aktaran Yardım ve Özcebe, 2010). Aldin vd. (2004) gelir düzeyi arttıkkça

ve hane reisinin sınıfsal konumu yükseldikçe hanenin yaşam kalitesinin arttığını not düşmektedirler (aktaran Koçoğlu ve Akın, 2009). Hacıalıoğlu vd.'ne (1999) göre ortalama aylık geliri düşük olanlarda hipertansiyon görölme sıklığı (prevalence) anlamlı düzeyde yüksek görölmektedir. Demiral vd. (2007) kadınlarda hanehalkı geliri düştükçe koroner kalp hastalığı (KKH) görölme sıklığının (prevalence) arttığını vurgulamaktadırlar. şimşek vd.'ne (2010) göre aylık kişibaşı geliri 0–499 TL olanlarda HDL (iyi kolestrol) düşüklüğü aylık kişibaşı geliri 1000 TL ve üstü olanlara göre 2,21 kat daha yüksektir. Türkkın (2009) gelir düzeyi düşük olanlarda bel ve sırt ağrılarının daha fazla olduğunu ifade etmiştir. Bu durum düşük ücretle geçici veya serbest çalışanların istenmeyen ergonomik risk faktörlerine daha fazla maruz kalmaları ile açıklanmıştır. Belek (1998a) ise algılanan sağlık düzeyi üzerinde gelirden daha çok gelirin gideri karşılama düzeyinin etkili olduğunu vurgulamaktadır.

Yoksulluk

Yoksulluk insan sağlığını etkileyen en önemli olgulardan biridir ve uluslararası örgütler de bunu bu şekilde kabul etmektedirler (Hamzaoğlu, 2004). Belek'e (1999a) ve İnanđ'ya (1999) göre kötü yaşam koşulları ve maddi yetersizlikler, kısaca yoksulluk; ruh sağlığı, algılanan sağlık durumu ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konularında doğrudan etkilidir. Hatun vd. (2003) ise yoksulluğun çocuk sağlığı üzerindeki etkilerine odaklanmışlardır. Yoksulluk ve çocuk sağlığı arasındaki ilişkiye ilişkin şunlar aktarılmıştır:

- Yoksulluk, çocuklarda ölüm oranı (mortality) ve hastalık oranı (morbidity) oranının artmasının başlıca sebebidir.
- Yoksul ailelerin çocuklarında ekonomik yetersizliğe bağlı olarak beslenme yetersizliği görölmektedir.
- DSÖ'nün (2002) hastalıkların ortaya çıkmasına neden olan risk faktörlerini inceleyen araştırmasına göre en önemli hastalık riski yoksulluğa bağlı olarak gelişen, çocukların ve annelerin düşük ağırlıkta olmasdır.
- Yoksulluk arttıkkça evde aile fertleri tarafından paylaşılacak olan toplam besin miktarı azalmakta ve bu durum ise en çok küçük bebekler ile anneleri olumsuz etkilemektedir.
- Yoksulluk çocukların hem bedensel hem de zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmasını engellemektedir.
- Uzun süre az yiyecek ile beslenen bedenlerin yüksek kalorili (ve ucuz) besinler ile beslenmeye başladığında tip-2 diyabete yakalandığı gözlenmiştir (Zimmet, 2000; Samaras ve Campell, 2000). Bu nedenle dünyanın yoksul bölgelelerinde bulaşıcı hastalıklardan sonra en yaygın rahatsızlık şişmanlık ve tip-2 diyabettir.
- Çocuklar için hem büyüme (vücut) hem de gelişme (yetenek) açısından en önemli bileşen beslenme ve sağlıklı annedir.
- DSÖ'nün (2002) raporuna göre yoksulluk arttıkkça düşük ağırlıklı (yetersiz beşlenmiş) çocuk oranı artmaktadır. Yetersiz beslenmenin sonuçları ise şöyle sıralanabilir: boy kısalığı (bodurluk), zayıf bağışıklık sistemi, uzun atak (episo-

- de) dönemi, kolay enfeksiyona yakalanma ve enfeksiyonun şiddetli seyretmesidir.
- Yoksulluk, kadınların beslenmesini olumsuz etkileyerek bebeklerin dezavantajlı başlamasına neden olmaktadır. Dolayısıyla eşitsizlik anne karnında başlamaktadır.
 - Stoll ve Measham'a (2001) göre gelişmekte olan ülkelerde yenidoğan dönemindeki ölümlerin en önemli nedenleri arasında enfeksiyonlar (%42), doğum sırasında oksijen yetersizliğinden boğulma (asphyxia) ve travma (%32), doğumsal (congenital) anomaliler ve zamanından önce doğumlar (premature) sayılmakta ve bütün bu nedenlerin ise yoksulluk ile doğrudan ilişkisi bulunmaktadır.
 - Yoksulluk,
 - Yenidoğan döneminde neden olduğu nörolojik kusurlar nedeni ile yoksulluğun kronik bir yapıya kavuşmasına neden olmaktadır.
 - Yoksul çocukların merkezi sinir sistemine zarar veren toksik maddelerle karşılaşma olasılığı daha yüksektir.
 - Demir eksikliği yoksul ailelerin çocuklarında daha sık görülmektedir. Uzun süre deneyimlenen demir eksikliği çocukların entelektüel gelişimini sınırlandırmaktadır.
 - Yoksulluğun doğrudan etkileri yanında dolaylı etkileri de sağlık açısından belirleyicidir. Hastalıkların teşhis edilse bile maddi yetersizlik nedeni ile tedavi ettirilememesi buna bir örnektir.
 - Yoksulluk en önemli etkilerini çocuklarda göstermektedir. Bu ise ilerleyen yaşlardaki eşitsizliklerin altyapısını hazırlayarak kendi kendini yeniden üreten bir mekanizmaya dönmektedir.

Yaş

Yaş kişinin sağlık durumunu etkileyen en doğal etkenlerden biridir. Erengin ve Dedeoğlu'na (1997) göre kişinin yaşı arttıkça algılanan sağlık durumu kötüleşmektedir. Bilir vd. (2005) yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin düştüğünü; artan yaşla birlikte fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik ve duygusal rol puanlarının anlamlı düzeyde azaldığını gözlemlemişlerdir.

Toplumsal Cinsiyet

Sağlık eşitsizlikleri özellikle kadınlar aleyhine bir durum sergilemektedir. Diğer bir deyişle benzer şartlar altında kadınlar erkeklere göre daha kötü sağlık koşullarına sahiplerdir. Bu durum çeşitli şekillerde tespit edilmiştir. Kadınların olumsuz nitelikteki Genel Sağlık Anketi (GSA) puanı ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir; diğer bir deyişle kadınların ruh sağlıkları erkeklere göre daha kötü durumdadır (Belek, 1999b; Kelleci vd., 2003; Özdemir ve Rezzaki, 2007). Erengin ve Dedeoğlu (1997) ise kadınlar arasında algılanan sağlık durumunun erkeklere göre daha kötü olduğunu vurgulamışlardır. Koçoğlu ve Akın'a (2009) göre yaşam kalitesinin mental sağlık bileşenleri açısından cinsiyet belirleyicidir. Kadınlar sosyoekonomik durumun olumsuz etkilerini daha çok ya-

şamakta, toplumsal olanaklardan daha az faydalanmakta ve yaşam kalitesini düşüren sağlık sorunlarını daha sık yaşamaktadır. Bunlara ek olarak toplumun kadınlara yüklediği sorumluluklar ve beklentiler cinsiyetin mental sağlık üzerinde belirleyici olmasında etkilidir. Çan vd. (2007) kadınların sağlık sorunlarına yol açan Türkiye'deki özgün durumunu şöyle aktarmaktadır: Türkiye'de kadınlar arasında eğitim düzeyi arttıkça ve çalışma durumu iyileştikçe sigara içme sıklığı anlamlı olarak artış göstermektedir. Bu ise genel beklentinin tam tersi bir durumdur.

Medeni Durum

Kişinin medeni hali de sağlık durumu üzerinde etkiye sahip bir olgudur. Erengin ve Dedeoğlu'na (1997) göre medeni duruma göre algılanan sağlık değerlendirmesinde en düşükten en yükseğe doğru sıralama şöyledir: eşi ölmüş/ayrılmışlar, evliler, hiç evlenmemişler. Benzer şekilde bekâr olma durumu genel ruh sağlığı dışındaki SF-36 bileşenlerinin tümünde istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeye neden olmuştur (Bilir vd., 2005). Hacılioğlu vd. (1999) ise hipertansiyon görülme sıklığının (prevalence) dullarda yüksek olduğunu, bunun en büyük nedeninin ise stres olduğunu belirtmişlerdir.

Konut ve Yaşam Koşulları

Konut ve yaşama koşullarının sağlık üzerinde doğrudan etkisinin olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Whitehead (2001) İngiltere'de yoksul mahallelerde yaşayan kişilerin daha uzun süre kronik hastalığa ve sakatlığa maruz kaldıklarını; daha fazla sağlık sorunu yaşadıklarını gözlemiştir. Benzer şekilde Belek'e (1998b) göre yaşanan yer sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerindeki etkilerini ölçmek açısından anlamlı bir değişkendir. Selçuk Tosun ve Akça (2014) ise evdeki oda sayısı arttıkça ya da evdeki yaşam koşulları iyileştikçe olumlu nitelikteki aile desteği puanının, arkadaş desteği puanının ve sosyal destek puanının artarken, olumsuz nitelikteki olan Genel Sağlık Anketi (GSA) puanının ise azaldığını gözlemlemişlerdir. Hanede yaşayan birey sayısı arttıkça hem sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama olasılığı azalmakta hem de yaşam kalitesi azalmaktadır (Koçoğlu ve Akın, 2009).

Çalışma Koşulları

Türkan'a (2009) göre çalışanlar arasındaki sağlık eşitsizliklerinin başlıca nedeni çalışma koşullarındaki farklılıklardır. Çalışma koşullarındaki eşitsizlikler hastalıkların gerçekleşme sıklığını etkilemektedir. Benzer şekilde Belek (2000) kişilerin iş koşulları üzerindeki kontrol olanaklarının sağlık üzerinde olumlu etkide bulunduğunu ifade etmiştir.

Sağlık Güvencesi

Sağlık güvencesine sahip olma sağlık hizmetlerinden faydalanmayı ve gerekirse tedavi yöntemlerinin uygulanmasını doğrudan etkileyerek kişinin sağlık durumunu etkilemektedir. Erengin ve

Dedeoğlu'na (1997) göre sosyal güvencesi olmayanların algılanan sağlık düzeyi sosyal güvencesi olanlara göre daha kötüdür. Bilir vd. (2005) erkeklerin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olması ile fiziksel fonksiyonellik, canlılık, genel ruh sağlığı, duygusal rol puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Koçoğlu ve Akın (2009) ise sağlık güvencesi durumu kötüleştikçe yaşam kalitesi puanının da kötüleştiiğini tespit etmişlerdir.

Göç

Topçu ve Beşer'e (2006) göre kişileri sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel olarak etkileyen göç sağlık üzerinde doğrudan etkiye sahiptir. Göç edilen (gidilen) yerdeki sağlık altyapısının yetersiz olması, göç edenlerin ekonomik durumunun kötü olması, dil sorunları, sosyal güvenlik yokluğu, sosyal ve psikolojik stres göçmenlerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Göç eden bireylerde bedensel rahatsızlıklar yanında psikolojik rahatsızlıklar da görölmektedir. Psikolojik sorunlar en çok kadınlar ve çocukları rahatsız etmektedir. Kadınlarda post-travmatik stres bozukluğu, çocuklarda ise korku ve ie kapanıklık görölmektedir (Ertem, 1999; İpekyüz, 1996). İpekyüz (1996) ise göç ve cinsiyet arasındaki ilişkiye dair şunları söylemektedir: Göç eden kadınların yeterince doğum öncesi bakım hizmeti almadıkları, hastanede yapılan doğum oranının düşük olduğu, evde ve sağlık personeli olmadan yapılan doğum oranının yüksek olduğu görölmektedir. Sağlıksız koşullarda ve teknik destek olmadan yapılan doğumlar ana-ocuk sağlığını olumsuz etkilemekte ve doğum sırasında ölümlere neden olmaktadır. Maddi olanaksızlık nedeni ile tam olarak tedavi olmayan göçmenler aynı zamanda hastalıkların taşıyıcısı konumuna da geçmektedirler. Bu da salgın/kronik hastalık riskinin devam etmesine neden olmaktadır (İpekyüz, 1996).

Ülkelerin Gelişmişlik Düzeyi

Ülkeler gelişmişlik düzeyindeki farklılaşmaya göre sağlık eşitsizlikleri açısından birbirine ters eğilimler gösterebilmektedirler. Koroner kalp hastalıkları (KKH) gelişmiş ülkelerde gittikçe azalan ve daha çok alt sosyal sınıflarda görölen bir hastalık iken; gelişmekte olan ülkelerde daha sık görölen ve üst sosyal sınıflarda görölen bir hastalıktır (Şimşek vd., 2010). Gelişmekte olan ülkelerde kardiovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin yarısı 70 yaş altında olurken bu oran gelişmiş ülkelerde %25'tir. Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre 2020 yılında küresel hastalık yükünün %78'i gelişmekte olan ülkelerdeki kardiovasküler hastalıklara bağlı olarak gelişecektir (Reddy, 2005; aktaran Demiral vd., 2007). Sigara kullanımı, obezite ve hareketsiz (sedentary) yaşam tarzı gelişmekte olan ülkelerde daha çok yüksek sosyal sınıflarda gözlenirken, gelişmiş ülkelerde düşük sosyal sınıflara gözlenmektedir (Demiral vd., 2007).

4. Sağlık ve Kentsel Planlama

Duhl vd.'ne (1999) göre medikal sağlık modeli bireylere ve

tedavi edecek müdahalelere odaklanır. Ancak sosyal sağlık modeli sağlığı sosyo-ekonomik statü, kültür, çevresel koşullar, konut, çalışma ve topluluk etkilerinin bir sonucu olarak görür. Kamu sağlığındaki sosyal model üç konu etrafında kentsel planlama ile kamu sağlığı arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Bu konular; sosyal adalet, siyasal ekonomi ve çevredir. **Sosyal adalet**, kamu sağlığı ile ilişkili olarak örgütlü kolektif eylemler aracılığı ile toplum sağlığını tehdit eden tehlikeleri kontrol etmeyi ve çevre koşullarını değiştirmeyi hedefler. **Siyasal ekonomi**, toplumsal ve ekonomik yapının birey yaşamını nasıl etkilediği üzerinde durur. Kaynaklar toplumda eşit olarak değil daha çok sahip olunan iktidara/güce göre dağıtılmıştır. Bu da yaş, ırk, sınıf, cinsiyet gibi faktörlerin etkisini açıklamada bütüncül bir perspektif sağlamaktadır. **Çevre** ise toplulukların sosyal ve fiziksel sınırlılıklarına odaklanmaktadır. Oldukça büyük miktardaki hastalığın çevreden kaynaklandığı, buna bağlı olarak da hastalık önlemenin ilaç tedavisi veya bireysel değişimlerden çok bizi çevreleyen koşulların değişimine bağlı olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü çevre kalıtsal özellikler, yaşam biçimi, sosyal ve ekonomik değişkenler kadar sağlığı etkileyen temel değişkenlerden biri olarak kabul edilmektedir (Whitehead ve Dahlgren, 1991).

WHO'ya (2002) göre hızlı, plansız ve sürdürülebilir olmayan kentsel gelişme ve nüfusun sürekli olarak kentleşmesi özellikle gelişmekte olan ülkelerde kentleri, çevre ve sağlık riskleri açısından odak noktası haline getirmektedir. Ancak bulaşıcı olmayan ve zor tedavi edilen hastalıklar (obezite, astım, sağlık eşitsizlikleri, akıl hastalıkları, sosyal uyum ve destek ağlarının kaybedilmesi) ise gelişmiş ülkelerdeki kentsel yerleşimlerde gündeme gelmeye ve kamu sağlığı açısından ilgi odağı olmaya başlamıştır.

RCEP'e (2007) göre kentsel çevrenin planlanma, tasarlanma ve yönetim biçimi sağlığımızı hem olumlu hem de olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. WHO (2010) sağlığın 5 belirleyicisini ve bu belirleyicileri etkileyen yapısal çevrenin dört unsurunu aşağıdaki gibi tanımlamıştır (Tablo 1).

- Yapılı çevre ile ilgili sağlığın 5 belirleyicisi:
 - Fiziksel aktivite düzeyi
 - Sosyal ve psikolojik etkiler
 - Hava kirliliği
 - Gürültü kirliliği
 - Beklenmedik yaralanmalar
- Yapılı çevrenin sağlığın 5 belirleyicisini etkileyen 4 unsur
 - Alan kullanımı örüntüsü
 - Ulaşım sistemi
 - Yeşil alanlar
 - Kentsel tasarım

Fiziksel Aktivite Düzeyi: Kentsel çevreler aktif seyahat miktarını ve ona bağlı olarak fiziksel aktivite düzeyini etkilemektedir (Lee ve Moudon, 2008; Brown vd., 2008).

Tablo 1. Sağlık riskleri ile kentsel çevre unsurları arasındaki etkileşim

Sağlığın belirleyicileri	Yapılı çevrenin sağlığın 5 belirleyicisini etkileyen 4 unsuru			
	Alan kullanımı örüntüsü	Ulaşım	Yeşil alanlar	Kentsel tasarım
Fiziksel aktivite düzeyi	X	X	X	X
Sosyal ve psikolojik etkiler	X	X	X	X
Hava kirliliği	X	X	X	X
Gürültü kirliliği	X	X	O	O
Beklenmedik yaralanmalar	O	X	O	O

X: Birincil etkileşim; O: İkinci etkileşim [Kaynak: WHO (2010: 30)].

Tablo 2. Kentsel ölçek ve kentsel çevre unsurları arasındaki ilişki

Bölge	Kent	Kasaba	Mahalle	Komşuluk birimi	Cadde	Ada
		Alan kullanımı örüntüsü				
			Ulaşım			
			Yeşil alanlar			
				Kentsel tasarım		

Kaynak: WHO (2010: 39).

Sosyal ve Psikolojik Etkiler: Topluluk düzeyinde sosyal ve psikolojik etkiler destekleyici sosyal ağlar ile ilişkilendirilmiştir. Halpern (1995) akıl hastalıkları ile destekleyici sosyal ağların yokluğu arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Örneğin bazı kentsel yapıları çevre formlarının desteklediği suç maruz kalma korkusu akıl sağlığı ve esenliği üzerinde derin etkilerde bulunmaktadır.

Hava Kirliliği: Krzyzanowski vd. (2005) temiz havanın sağlık ve esenlik için temel gereklilik olduğunu bildirmişlerdir.

Gürültü Kirliliği: Gürültü, kentsel çevre içinde temel yaşam kalitesi bileşenlerinden biri olmuştur. Ulaşım, sanayi ile birlikte en büyük gürültü kaynağı olarak görülmektedir. WHO'ya (2007) göre kentsel gürültü bir esenlik konusu olmaktan bir sağlık konusu olmaya evrilmiştir.

Beklenmedik Yaralanmalar: Beklenmedik yaralanmalar kavramı DSÖ tarafından genellikle kaza olarak değerlendirilen vakalar için kullanılmaktadır (WHO, 2010). Planlama ve tasarımdaki birçok unsur beklenmedik yaralanmaların olasılığını ve şiddetini etkilemektedir.

Sağlıksız çevreler yaratma eğiliminden uzakta kalmayı başaran ülkeler mekânsal planlamanın 4 unsurunu (alan kullanımı örüntüsü, ulaşım, yeşil alanlar ve kentsel tasarım) entegre bir biçimde kullanan ülkelerdir (Tablo 2).

Kamu sağlığı açısından mekânsal formun önemi değerlendirilirken fiziksel determinizmden uzak durmak önemlidir. Burada

asıl olan fiziksel çevre, kültürel gelenekler ve topluluk bağları, ekonomik aktivite ve yaşam tarzı arasındaki ilişkiyi anlamamanın sağlığı destekleyen müdahaleler, mekânsal politikalar ve planlar üretmek açısından önemini kavramaktır (WHO, 2010).

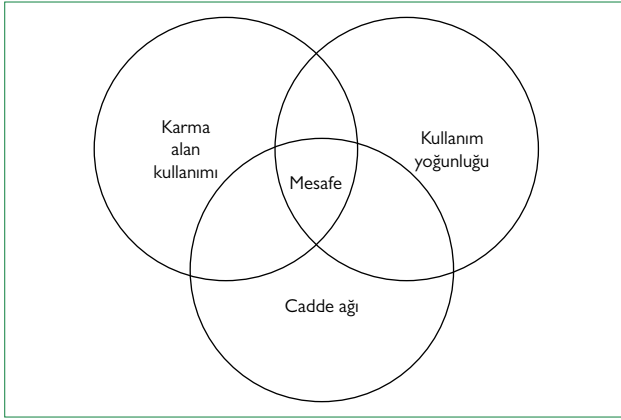
4.1. Alan Kullanımı Örüntüsünün Sağlık Üzerindeki Etkileri

Fiziksel Aktivite Düzeyi Üzerindeki Etkisi

Mesafe, aktif yolculuk düzeyi için temel belirleyicidir. Birçok çalışma zaman ve mesafe açısından yerel hizmetlerin erişilebilirliği ile yürümeye yatkınlık arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur (Lee ve Moudon, 2008). Sosyal donatıların, iş yerlerinin ve arkadaşların belli bir mesafe içinde ve güvenli bir yoldan erişiliyor olması yürümeyi veya bisiklete binmeyi teşvik etmektedir. Burada alan kullanım örüntüsü açısından mesafeyi belirleyen karma kullanım ve kullanım yoğunluğudur. Karma kullanım ve kullanım yoğunluğu ile beraber caddeler arasındaki bağ da fiziksel aktivite için en önemli etkidir (Şekil 5).

Karma kullanım alanları belli bir mesafe içinde çoklu varış noktası meydana gelmesini sağlamaktadır. Bu ise fiziksel aktiviteyi teşvik etmektedir. Tam tersi şekilde tekil kullanım bölgeleri tanımlandığında bu otomobil kullanımını teşvik etmekte ve fiziksel etkinliği azaltmaktadır.

Kullanım yoğunluğu mesafeyi tanımlayan ikinci kritik parametredir. Mesafe açısından yüksek yoğunluklu konut alanları diğer kullanımlara olan mesafeyi kısaltacağı için fiziksel aktivite düzeyini arttıracaktır. Yüksek konut yoğunluğu çeşitli kamusal



Şekil 5. Mesafeyi etkileyen faktörler [WHO (2010:41)].

hizmetler için etki alanındaki nüfusu arttırdığı için söz konusu kamusal hizmetlerin görünürlüğünü ve kullanılabilirliğini de arttıracaktır.

Caddeler arasındaki ilişkinin niteliği mesafeyi etkileyen diğer bir faktördür. Caddeler arasındaki ağın tasarımı en yakın mesafenin oluşması veya en yakın rotadan uzaklaşılmasına neden olabilir. Bu nedenle en yakın rotaların oluşmasına olanak sağlayan cadde ağı tasarımı fiziksel aktiviteyi teşvik etmek açısından önemlidir.

Sosyal ve Psikolojik Etkiler

Alan kullanımı örüntüsü otomobil yada toplu taşıma ile kolay erişilebilir ancak birbirine uzak mesafede çalışma ve yaşama mekânları üretirse; uzun ulaşım süresi birey ve topluluk üzerinde olumsuz etkiler doğurabilir. Uzun yolculuk süreleri insanların sosyal aktiviteler için daha az zaman ayırmasına ve bu sayede destekleyici sosyal ağların dışında kalmasına neden olabilir. Bunun sonunda oluşacak yalnızlık duygusu ise bireyde akıl ve ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir.

Zaman-mekân eşitsizliği farklı zamanlarda farklı mekânlara erişim ve kullanım açısından topluluk üyeleri arasındaki farktır. Zaman-mekân eşitsizlikleri zamansal ve mekânsal hareketleri kolaylaştıran ve örneğin kapsamlı bir toplu taşıma ağı gibi daha büyük coğrafyalara açılımı kolaylaştıran müdahaleler ile giderilebilir.

Hava Kirliliği

Alan kullanımı örüntüsü insanların günlük aktivitelerini ve hava kirliliği kaynakları ile ilişkilerini tanımlayacak şekilde nerede yaşayacaklarını belirlediği için insanların maruz kalacakları hava kirliliği miktarını da belirlemektedir. Alan kullanımı örüntüsü açısından hava kirliliği, yüksek yoğunluklu ve uzun binaların bulunduğu bölgelerde daha çoktur. Çünkü bu bölgeler daha çok insanın yaşadığı, daha yoğun trafiğin olduğu ve daha az hava akımının olduğu yerlerdir. Bu nedenle yüksek

yoğunluklu bölgeler açısından şöyle bir çıkmaz söz konusudur: kompakt yerleşmeler kişi başına düşen arabalı yolculuk sayısını düşürürken toplam arabalı yolculuk sayısını arttırmaktadır (Frank vd., 2006). Toplam yolculuk sayısındaki artış ise daha yüksek düzeydeki hava kirliliğine neden olmaktadır.

Gürültü Kirliliği

Endüstri bölgeleri dışında yüksek yoğunluklu konut alanlarında ve çöküntü bölgelerinde gürültü kirliliğinin daha ciddi düzeylerde algılandığı tespit edilmiştir (RCEP, 2007). Bunun dışında gece hayatının canlı olduğu bölgeler uyku düzenini bozduğu için sağlık açısından daha tehlikeli kabul edilmektedir.

Beklenmedik Yaralanmalar

Alan kullanımı örüntüsü iki yoldan beklenmedik yaralanmalara neden olmaktadır. Bunlar sel ve ısı adası etkileridir. Bu iki olay da iklim değişikliği ile yakından ilişkilidir. İklim değişikliği bu iki olayın hem olma sıklığını hem de şiddetini arttırmıştır. Taşkın yataklarındaki alan kullanımı kararları stratejik bir kentsel planlama konusudur. Çünkü mekânsal planlama taşkın yataklarındaki gelişmeyi kontrol edip, taşkın riskini düşürecek farklı kullanımlar getirebilir. Su taşkınlarının doğrudan etkileri kadar yan etkileri de sağlık açısından önemlidir. Su taşkını yüzünden kullanılamaz hale gelen kentsel hizmetler sağlık açısından birer risk faktörüdür.

Isı adaları, ısı tutulduğu için ortamdaki hava sıcaklığının çevreye oranla daha yüksek olduğu alanlardır. Aşırı sıcaklığa maruz kalmak kentsel alanlarda hastalık ve ölüm riskini arttırmaktadır. Düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kişiler ve etnik azınlıklar yüksek sıcaklığın etkisindeki bölgelerde (kent merkezleri) daha çok yaşamaktadırlar. Yüksek yoğunluk, seyrek bitki örtüsü, açık alan yetersizliği bölgedeki sıcaklığı arttıran faktörlerdir. Bundan bağımsız olarak aynı zamanda düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kişiler yüksek sıcaklık ile baş edecek maddi olanaklardan da (klima vb.) yoksunlardır.

4.2. Ulaşım Sisteminin Sağlık Üzerindeki Etkileri

Fiziksel Aktivite Düzeyi Üzerindeki Etkisi

Ulaşım türü seçimi, ulaşımın fiziksel aktivite üzerindeki etkisini belirleyen en önemli unsurdur. Pasif ulaşım yerine aktif ulaşım tercihini etkileyen unsurlar mesafe ve izlenecek rotanın kalitesidir. Yaya ulaşım sağlandığı için, ve dolayısıyla fiziksel aktiviteye katkı sağlayan, toplu taşıma kullanımı bile hizmet maliyeti ve kalitesi kadar durakların mesafesinden etkilenmektedir.

Gündelik kullanımlara (dinlenme, alışveriş yemek vb) erişim mesafesi kişilerin yürüme, bisiklet gibi aktif ulaşımı mı yoksa otomobil gibi pasif ulaşımı mı tercih edeceklerini etkilemektedir. Gündelik kullanımların birbirinden uzak olması motorlu

taşıtların kullanımını teşvik etmektedir. Buna ek olarak aktif ulaşım güzergâhları tam olarak anlaşılabilir, erişimi zor, bakım-onarımı yapılmayan ve güvenli değil diye algılanırsa; bu olumsuzluklar aktif ulaşımın kullanımını azaltmaktadır. Buna ek olarak motorlu taşıtlar tarafından yaratılan tehlikeler de aktif ulaşımın tercih edilmemesinde ifade edilen nedenlerden biridir.

Toplu taşıma altyapısının kalitesi güvenilirlik, hizmet sıklığı ve temizlik gibi faktörlere bağlı olarak değerlendirilmektedir. Buna ek olarak toplu taşıma duraklarının yakınlığı, varış noktalarının çekiciliği, güvenlik, diğer ulaşım türleriyle karşılaştırıldığında toplu taşıma süresi gibi yapısal çevreden kaynaklanan etkenler de önemlidir (Balcombe vd., 2004). Kaliteli toplu taşıma yürümeyi teşvik etmektedir. Buna ek olarak yayalaştırılmış rotalar da yürümeye isteği uyandıran etkenlerdir.

Davis (2002) yürümeyi incelediği çalışmada iyi bakılmamış yürüyüş yollarında en riskli grubun yaşlı insanlar, hareketlerini engelleyen kronik hastalık sahipleri, bebek arabasında çocuklarını taşımak zorunda olan anne-babalar olduğunu belirtmiştir. Düzensiz yüzeylerin azaltılması, yürüyüş yollarının engelsiz hale getirilmesi, yürüyüş rotası üzerinde tuvalet ve oturacak/dinlenecek mekânların olması yürüyüşü teşvik etmektedir.

Sosyal ve Psikolojik Etkiler

Whitley ve Prince (2005) kişilerin içinde buldukları toplulukların dışına çıkaracak bir ulaşım olanağına erişimi ile dışlanma korkusundaki azalma ve pozitif/olumlu akıl sağlığına sahip olma arasındaki pozitif bir korelasyon olduğunu tespit etmiştir. Düşük gelirli kişiler için toplu taşıma erişim bu nedenle önemlidir. Buna ek olarak bir toplulukta yüksek düzeyde özel motorlu taşıtların kullanımı yoğunluğu sosyal kaynaşmayı/uyumu olumsuz etkilemektedir (WHO, 2010). Racioppi vd.'ne (2004) göre yüksek trafik yoğunluğu nedeniyle artan trafik kazası riski sürücülerde ve yayalarda uzun süreli akıl sağlığı problemlerinin gelişmesine neden olmaktadır.

Hava Kirliliği

Kara ulaşımı insan sağlığını olumsuz etkileyen ve yaşam beklentisini azaltan kirleticilerin havaya karışmasına neden olan en önemli etkidir (RCEP, 2007). Ulaşımın sağlık üzerindeki etkisini incelemek için başlıca iki konu emisyon ve hava kirliliğine maruz kalmadır. Emisyon açısından kentsel çevredeki ulaşım kaynaklı temel kirletici fosil yakıtların yanması sonucu oluşan ozon, karbon monoksit, nitrojen oksitler ve sülfür dioksittir (RCEP, 2007). Kentsel alanların büyümesi ve daha uzun yolculuklar ile artan otomobil sayısı giderek büyüyen miktardaki nüfusun ulaşım kaynaklı hava kirleticiler yüzünden sağlık riski ile karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Hava kirliliğine maruz kalma açısından günlük aktivite örneği ve kirli çevrelerde geçirilmek zorunda olunan zaman iki temel değişkendir.

Gürültü Kirliliği

Ulaşım kentsel alanlardaki en önemli gürültü kaynağıdır. Yollardan kaynaklanan gürültünün 3 temel nedeni vardır: araç motorları, lastik/yol etkileşimi (sürtünme) ve hava türbülansı. Bu faktörler ise araç hızından, trafik akışından, araç tipinden, lastik taban genişliğinden, sürüş tarzından, yolun yüzeyinden ve hava koşullarından etkilenmektedir (Frank vd., 2006).

Beklenmedik Yaralanmalar

WHO'ya (2008b) göre küresel ölçekte karayollarında gerçekleşen trafik kazaları onca önleyici tedbire rağmen en büyük beklenmedik yaralanma sebebidir. Karayollarındaki trafik kazalarının başlıca sebebi ise hızdır. Racioppi vd.'ne (2004) göre daha düşük hızlar hem daha az kazaya hem de kazalarda daha az ölüme neden olmaktadır.

4.3. Yeşil Alanların Sağlık Üzerindeki Etkisi

Çeşitli çalışmalar kentsel yeşil alanlar ile sağlık arasındaki ilişkiyi göstermiştir (Brown ve Grant, 2005; Bird, 2004; 2007). Newton'a (2007) göre doğal çevre; sinerjik, fiziksel, mental ve sosyal esenlik faydaları sağlamaktadır.

Fiziksel Aktivite Düzeyi Üzerindeki Etkisi

Doğal çevre fiziksel aktiviteyi teşvik eden bir özelliğe sahiptir. Erişilebilir ve güvenli yeşil alanlar fiziksel aktiviteyi arttırmaktadır (Croucher vd., 2007). Yeşil alan ile fiziksel aktivite arasındaki ilişki iki alana ayrılabilir. Birincisi, arka plan/manzara etkisi; ikincisi ise aktif ve pasif dinlenme etkisidir. Lavin vd.'ne (2006) göre çekici yeşil alanların bulunması insanları fiziksel egzersiz yapma konusunda motive etmektedir. Benzer şekilde Bird'e (2004) göre doğal çevreler insanlarda daha uzun süre egzersiz yapma eğilimi yaratmaktadır. Yeşil alanlar sadece yetişkinlerin değil çocukların aktif bir yaşam sürmesine de neden olmaktadır. Güvenli yeşil alanlara daha iyi erişimi olan çocukların diğer çocuklara oranla fiziksel olarak daha aktif olduğu gözlenmiştir (Croucher vd., 2007). Ellaway vd.'ne (2005) göre yeşil alanlara sahip konut alanlarında yaşayan insanların diğer konut alanlarında yaşayan insanlara göre fiziksel olarak 3 kat daha aktif olduğu ve obezite görülme sıklığının ise %40 daha az olduğu görülmüştür. Diğer bir açıdan yeterli yeşil alana erişme olanağı olan insanların yaşadıkları mahalleye daha pozitif baktıkları tespit edilmiştir (Bjork vd., 2008). Fiziksel aktivite, yeşil alanların şu özelliklerinden etkilenmektedir: yeşil alana mesafe, yeşil alana erişim kolaylığı, yeşil alanın büyüklüğü, yeşil alanın konut ve ticaret kullanımlarıyla ilişkisi, yeşil alanın nitelikleri (bitkisel çeşitlilik vb.), yeşil alandaki diğer olanaklar/etkinlikler. Croucher vd.'ne (2008) göre yeşil alanlar sportif aktivitelere olanak sağlamasından daha çok stresten kaçmaya olanak sağladığı için önemsenmektedir.

Sosyal ve Psikolojik Etkiler

Yeşil alanlara ve doğaya erişim stresi azaltarak ve günlük koşuşturmacadan kendimizi uzaklaştırmamızı sağlayarak akıl sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Pretty vd., 2005; Lavin vd., 2006). Yeşil alanlar aynı zamanda sosyal etkileşim ve uyum konusunda da olumlu etkilere sahiptir (Green Space Scotland, 2008). Tam tersine yeşil alanlara sınırlı erişim kötü akıl sağlığına neden olmaktadır (Guite vd., 2006; Kuo, 2001). Yeşil alanların olumsuz sosyal etkileri ise bu tür alanlarda suça ya da şiddete maruz kalma algısıyla ilişkilidir (Croucher vd., 2007). Mitchell ve Popham'a (2008) göre nitelikli yeşil alanlar sağlık eşitsizliklerini de azaltmaktadır.

Hava Kirliliği

Yeşil alanlar hava kalitesini iyileştirici ve havadaki kirlleticileri temizlemesi bağlamında sağlık üzerinde olumlu etkiye sahiptir. Havadaki gazlar ve katı parçacıklar bitkiler tarafından filtrelenmektedir.

Gürültü Kirliliği

Yeşil alanlar, özellikle ağaçların ve büyük çalılarının gürültüyü perdelemesi nedeniyle sağlık üzerinde olumlu etkiye sahiptir (Green Space Scotland, 2008; RCEP, 2007).

Beklenmedik Yaralanmalar

Yeşil alanlardaki tehlikeli oyun alanları çocuk yaralanmalarının başlıca nedenidir. Yetersiz donanım tasarımı, oyun alanlarının kötü tasarımı, uygun olmayan malzeme ve donanım seçimi, yanlış yerleştirme veya kurma, düzenli denetleme eksikliği ve yetersiz tamir-bakım gibi faktörlerin hepsi beklenmedik yaralanmalara neden olmaktadır. Buna ek olarak çocuk oyun alanlarındaki yetersiz/yanlış yüzey kaplama yüksekten düşmelerde başlıca yaralanma nedenidir (WHO, 2010).

4.4. Kentsel Tasarım

Rao vd.'ne (2007) göre kentlerde ve şehirlerde yakın çevremizi deneyimleme biçimimiz bina, sokak, ada gibi küçük ölçeklerde gerçekleşmektedir.

Fiziksel Aktivite Düzeyi Üzerindeki Etkisi

Geleneksel ızgara sistemde düzenlenmiş bir yerde yaşayanların arabalar için tasarlanmış yerlerde yaşayanlara göre %25 daha fazla yürüme eğiliminde olduğu görülmüştür (Lavin vd., 2006). Benzer şekilde kamusal toplanma mekânlarının yetersiz olduğu çevreler hareketsiz bir yaşam tarzını desteklerken; canlı mekânların fiziksel aktiviteyi motive ettiği görülmüştür (Lavin vd., 2006). Dolayısıyla belli biçimdeki komşuluk birimi yerel hizmetlerin kullanılmasını ve bisiklete binme ile yürüyüşü teşvik ettikleri için sağlık açısından ön plana çıkartılmaktadırlar (Barton vd., 2003).

İki çevre algılama biçimi ile fiziksel aktivite arasında sıkı bir ilişki bulunmuştur. Bunlardan birincisi fiziksel aktivite ile algılanan boş zaman ve çevre güvenliği arasında; diğeri ise algılanan uygunluk ile yürüyüş arasındadır. Örneğin Croucher vd.'ne (2007) göre anne ve babaların mahallenin güvenliğine ilişkin algıları çocukların açık alandaki aktivite düzeyleri üzerinde etkilidir.

Sosyal ve Psikolojik Etkiler

Hem yeni konutların yapımında hem de kentsel dönüşüm uygulamalarında konut alanlarının konumu ve sosyal gruplara göre dağılımı kentsel tasarım tarafından belirlenmektedir. Burada özellikle aynı büyüklükteki konutların dağılımı önemlidir. Aileler özellikle sosyal ve kültürel açıdan kendileri gibi olan ailelerin içinde yaşarken kendilerini daha güvende hissetmektedirler.

Komşuluk bağlarını güçlendiren ve destekleyici sosyal ağları teşvik eden kentsel tasarımlar suça maruz kalma korkusunun azalmasında etkilidir (Lavin vd., 2006). Marmot'a (2004) göre de toplumdaki sosyal uyum sağlık açısından en az gelir kadar önemlidir.

Wilcox vd.'ne (2003) göre kentsel çevrenin tasarımı toplumun güvenlik algısını etkilemektedir. Suç algısı kişinin sosyal ve sağlık iyileştirici etkinliklere katılması önünde bariyer oluşturmakta ve sosyal yalıtılmışlık hissini güçlenmesine neden olmaktadır. Bu durum da insanların zihinsel, fiziksel ve sosyal sağlıkları üzerinde doğrudan etkide bulunmaktadır (Foster ve Giles-Corti, 2008; Stafford vd., 2007).

Horowitz ve McKay (2005) ile Whitley ve Prince'e (2005) göre kentsel formun temel sosyal etkilerinden biri kişilerin şiddet ve suç algılarıdır. Örneğin küçük girintileri ve kör noktaları olan, yeterince aydınlatılmamış ve aşırı peyzaj öğesi bulunduran konut tasarımları suç korkusunun artmasına ve zihin sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Benzer şekilde çocukların güvenli bulmadıkları mekânlarda yaşamaları onlarda hiperaktivite, agresiflik, içe kapanıklık gibi davranışsal sorunların gelişmesine neden olmaktadır.

Hava Kirliliği

Cadde tasarımı yerel düzeyde hava kirliliği üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yüksek düzeyli hava kirliliği cadde coğrafyasına ve taşıt trafiğinin niteliklerine bağlıdır. Özellikle dar ve trafik sıkışıklığının olduğu caddeler hava kirliliğine en çok katkı yapan caddelerdir. Dışarıdaki kirli havanın bina içlerine de girdiği düşünülürse kapalı mekânlardaki hava kirliliği problemi hava kalitesinin düşük olduğu yerlerde ayrı bir inceleme konusudur.

Gürültü Kirliliği

Kentsel çevre açısından noktasal gürültü kaynakları da (gece kulüpleri, birahaneler vb) önemlidir. Planlama bazı bölgeleme

kuralları getirerek gürültü açısından uygun olmayan kullanımların yer seçimine sınırlama getirebilir.

Beklenmedik Yaralanmalar

Kentsel tasarımdan kaynaklanan beklenmedik yaralanmalar birçok nedenle olabilmektedir. Bu faktörler yetersiz sokak aydınlatması, yürüyüş yolları için seçilen malzeme, yapılı çevrenin yetersiz bakımı ve kötü çevresel tasarım gibi unsurları içermektedir. Harlan vd.'ne (2006) göre açık mekân eksikliği ve yetersiz bitki örtüsü kentsel mekânlarda yüksek hava sıcaklığına neden olmaktadır. Bu nedenle yerel tasarım ölçütleri yerel sıcaklıklar üzerinde etki edebilmektedir.

4.5. Sağlıklı Kent Planlamasının Zorlukları

Sağlık açısından kentsel çevredeki riskler değerlendirildiğinde şu noktalar ön plana çıkmaktadır:

- Bütüncül yaklaşımların geçerliliği,
- Odağın hastalıktan, sağlığı etkileyen unsurlara kayması (Antonovsky, 1996),
- Birey temelli yaklaşımlardan toplum temelli yaklaşımlara kayış,
- Tekil sağlık problemlerine, riskine ve doğrusal nedenselliğe odaklanan indirgemeci ve mekânik düşünceden, insanların yaşadığı çevrede sağlığı destekleyici bir bağlam yaratmaya odaklanan bütüncül yaklaşımlara kayış (Kickbusch, 2003).

WHO'ya (2008a) göre şehir planları, insan yerleşmelerinin biçimini, orada yaşayanların sağlık ve esenliğini ve genel olarak kentsel sosyo-ekonomik durumu tanımlayan anahtar belirleyicilerdir. Bu nedenle planlama kararları kentsel çevrenin insan sağlığı üzerindeki etkilerini dikkate almalıdır. Buna bağlı olarak kentsel planlama otoriteleri yaptıkları çalışmalarda hem kentsel kalitenin iyileştirilmesini hem de insan sağlığını koruyan ve geliştiren hizmetlerin sunumuna odaklanmalıdırlar. Çünkü insan hareketlerinin mekânsal olarak planlanması onların yaşam kalitelerini, sağlıklarını ve esenliklerini etkilemektedir (NICE, 2008; WHO, 2009).

Kamu sağlığı açısından etkin kentsel planlama tekil bir sağlık sorununa çözüm getiren bir yaklaşımdan daha fazlasıdır. Bu daha çok sağlıklı yaşam çevreleri ve destekleyici sosyal yapılar geliştirmek ile ilgilidir (Barton vd., 2003). Mekânsal planlama sadece fiziksel sağlık değil aynı zamanda akıl sağlığı açısından da önemlidir (Barton, 2009).

Yapılı çevre ile ilişkili kötü sağlık yükü nüfus içindeki bazı gruplar için orantısız şekilde dağıtılmıştır. Toplumda ekonomik olarak en kötü grup, kötü sağlıktan en çok muzdarip olan gruptur. Yoksul insanlar çevre kalitesi kötü olan yerlerde yaşamakta ve bu da kötü sağlığı pekiştirmektedir.

Planlama zaman içinde sağlık risklerinde önemli değişimlere yol açacak yapılı çevre müdahalelerini içermelidir. Burada te-

mel mesele iyi teknik çözümler üretmekten ziyade kamu algısı/idraki yaratmada, siyasi bir istenç oluşturmada ve ekonomik bir dinamik yaratmaktır.

Sağlıklı kentler yaratmak planlamaya yeni bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Bu yaklaşım sağlığa daha büyük bir ağırlık vermeyi ve sağlık temelli bazı amaçların tanınmasını içermektedir. Bu amaçlar şunları içermektedir (WHO, 2010):

- Sağlıklı yaşam tarzı için olanaklar yaratma,
- Sosyal uyum ve destekleyici sosyal ağlar oluşturma,
- İş olanaklarına, kaliteli hizmete ve açık kamusal alanlara erişim sağlama,
- Yol güvenliğini ve kişisel güvenliğini iyileştirme,
- Kabul edilebilir gürültü düzeyine ve iyi hava kalitesine sahip, ilgi çekici mekânlar yaratma,
- İyi su kalitesini ve besin güvenliğini sağlama,
- İklim koşullarını tehdit eden salınımları azaltma.

Fiziksel, zihinsel ve sosyal esenliğe ulaşma alan kullanımı, ulaşım, açık kamusal mekânlar, konut ve ekonomik kalkınma konularında söz sahibi olan planlamanın temel odağı olmalıdır. Bu nedenle planlamanın temel felsefesini oluşturan kabullerde bir değişime gerek duyulmaktadır. Bu değişim problemlere yönelik ortak algı ve çözüme yönelik ortak istençle birlikte disiplinler arası, aktörler arası ve sektörler arası işbirliği ile gerçekleştirilebilir.

Duhl vd.'ne (1999) göre kamu sağlığı profesyonelleri yıllar sonra şunu anladılar ki etkin bir sağlık politikası geniş ve toplumun tümünü dikkate alan, tedaviden çok önlemeye odaklı ve mağduru suçlamaktan çok çevrenin insan davranışı üzerindeki etkisini kavrayan bir anlayışta olmalıdır. Kentsel planlama sağlık durumunu olumlu yönde etkileyecek (hem önleyici hem de geliştirici) katkılar sağlayabilir. Bu anlamda kentlerin bütüncül planlanması, insanlar için nitelikli mekânların tasarlanması ve gerçekleştirilmesi açısından önemlidir. Eğer bir kent tüm sektörleri kapsayacak bir (master) plana sahip ise bu plan içindeki siyasalarda sağlığa gözle görülür bir önem verilmesi kentin sağlık açısından aşama kaydetmesinde çok önemlidir (WHO, 1997).

Bu noktada kent plancılarına önemli roller düşmektedir. Kent planlaması ile sağlık arasındaki ilişki çok ve çeşitlidir. Kentlerdeki çevresel, sosyal ve ekonomik koşullar insan sağlığı ve esenliği üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkilerde bulunabilir. Kent planlama bu koşulların şekillenmesinde önemli bir role sahiptir. Kentsel siyasa oluşturma ve uygulama alanında sağlığı, esenliği ve yaşam kalitesini iyileştirmek için sağlıklı ilgili kıstasların kentteki tüm sektörlerle entegre edilmesinde kent plancılarına olan ihtiyaç çok nettir (Duhl vd., 1999). Planlama alanındaki iyi sağlık uygulamaları sadece planlama sitemine bağlı değildir, en az onun kadar liderlik, adanmışlık ve siyasetçiler ile diğer katılımcıların bilgi düzeyine bağlıdır. Bu nedenle planlama aktörleri kamu sağlığı, ulaşım, konut, ekonomik kal-

kınma alanındaki diğer karar vericiler ile aralarındaki işbirliğini güçlendirmelidirler (Carmichael vd., 2013).

5. Alan Çalışması

Halk sağlığı alanındaki son gelişmelerden biri bireylerin sağlığı-nın kavramsal olarak yorumlanması ve değerlendirilmesindeki değişimdir. Sağlık durum değerlendirilmesinde yaşam kalitesi ölçükleri giderek daha çok kullanılmaya başlanmıştır. Klasik sağlık çıktıları olan ölüm oranı (mortality) ve hastalık oranı (morbidity) artık bu ölçüklerle desteklenmekte; sağlığın anlaşılması ve sağlık durumunu en iyiye getirme amaçlanmaktadır. Sağlıklı toplum tanımı ve çerçevesi değişmiş olup hastalık sıklıkları ya da aşılama yüzdeleri gibi ölçütlerin yanında halk sağlığı ve koruyucu hizmetlerinden yararlanan bireylerin ya da grupların sağlık durumlarının ölçüklerle değerlendirilmesi yaygınlaşmaktadır. Günümüzde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi araştırmalarında sadece sosyo-demografik özellikler ve sağlığın diğer belirleyicileri ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi değil, aynı zamanda sağlık politikası ile ilişkili olarak bir ülkede sağlık hizmetlerinde önceliklerin belirlenmesi, uygulanan ya da uygulanması olası programların maliyet etkinliğinin değerlendirilmesi de hedeflenmektedir. Halk sağlığı hizmetlerinin temel hedeflerinden biri toplumun sağlığını en üst düzeye çıkarmak ve sağlığın eşit olarak dağılımını sağlamaktır. Kaynakların sınırlı olduğu bir ortamda sağlık hizmetlerinde öncelikleri belirlemek için kullanılacak yaklaşım bütüncül olmalı; farklı sağlık çalışanları tarafından sosyo-demografik özellikleri, hastalıkların tipi ve ağırlık düzeyleri farklı olan hastalara verilen hizmetlerden elde edilen yararların karşılaştırılabilmesine olanak sağlamalıdır. Yaşam kalitesi ölçütleri bu anlamda yardımcı olmaktadır (Sözmen, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlık tanımlamasını, yani bedensel, ruhsal, sosyal iyilik durumunu ölçebilecek uygun yöntemler henüz yaygın bir şekilde kullanılmamaktadır. Bu nedenle uluslararası karşılaştırmalarda halen sıklıkla geleneksel göstergeler (beklenen yaşam umudu, ölüm ve hastalık hızları vb.) kullanılmaktadır. Fakat bu göstergelerin sağlığı tanımlamadaki yetersizliği, bütünsel olarak sağlığın her yönünü ele alamayışı, yapılan girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılacak olan farklı göstergelere olan gereksinim, hasta merkezli değerlendirmelerin öneminin giderek artışı, algılanan sağlık ve yaşam kalitesi gibi kavramların alternatif değerlendirme yöntemleri arasında öne çıkmasını sağlamıştır. Genel olarak "kalite", iyiliğin bir derecesidir. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavramdır. Yaşam kalitesi; bireyin algıladığı bedensel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum olarak tanımlanır. DSÖ yaşam kalitesini; bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları şeklinde tanımlamıştır. Basitçe yaşam kalitesi, belirli yaşam koşullarında bireysel tatmini etkileyen rahatsızlıkların

bedensel, ruhsal ve sosyal etkilerine günlük yaşamda verilen bireysel yanıt olarak ifade edilebilir. Bu nedenle yaşam kalitesi ölçümü sağlık düzeyi ile ilgili ölçütlerden daha geniş bir kapsam ve kavrayışa sahiptir (Baydur, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve Mezitli Kent Sağlığı Araştırması kapsamında 1083 katılımcıya uygulanan Yaşam Kalitesi Ölçüğü (WHOQOL-BREF) aracılığıyla Mezitli'de yaşayan bireylerin "Yaşam Kalitesi Puanları" elde edilmiştir. Yaşam kalitesi ölçüğü ile bireylerin bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel alana ilişkin yaşam kalite düzeyleri belirlenmiştir.

Mezitli İlçesinin tamamında mahalle bazında, mahalle nüfusu, yaş grupları ve cinsiyet gözetilerek uygulanmış anket sonucunda katılımcıların bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi bileşenlerine ilişkin skorları hesaplanmıştır. Verilerin parametrik dağılımına bağlı olarak iki gruplu değişkenler için "independent sample T test", ikiden fazla gruplu değişkenler için "one-way ANOVA" testi uygulanarak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olup olmadığı değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesinin dört bileşenine ilişkin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, çalışıyor ise konumu, çalışmıyor ise durumu, sosyal güvenlik durumu, gelir miktarı ve geçim düzeyi değişkenlerine ilişkin grup ortalamaları ve grupların standart sapmaları aşağıdaki Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tabloda yer alan verilere göre aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Yaş ilerledikçe katılımcıların bedensel ve sosyal skorlarının gerilediği görülmektedir. Ancak psikolojik skor açısından sadece 65 yaşından büyükler ile diğer gruplar arasında anlamlı bir fark varken; 18–39 yaş grubu ile 40–64 yaş grubu arasında anlamlı bir fark yoktur.
- Bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel skorlar açısından erkekler kadınlara göre daha yüksek değerlere sahiptir. Diğer bir deyişler kadınlar erkeklerle göre daha dezavantajlı konumdadır.
- Eğitim düzeyi açısından okuryazar ve daha düşük seviyede eğitime sahip olanlar ile ilkökul ve üzeri eğitime sahip olanlar arasında keskin bir ayırım vardır. Okuryazar olanlar ve daha düşük seviyede eğitime sahip olanlar bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel skorlar açısından daha düşük değerlere sahiptirler.
- Çalışma durumu açısından gelir getirici bir işte çalıştığını söyleyenlerin bedensel, psikolojik, sosyal ve skorlar açısından çalışmayanlara göre daha iyi değerlere sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışanlar arasında ise ücretsiz aile işçilerinin bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel skorlarının diğer çalışanlara göre daha iyi olduğu görülmüştür. Ücretsiz aile işçisi olarak çalışanların genelde genç yaşlarında olan bireylerden oluşmasından dolayı bu durum gözlenmiştir. Çalışmayanlar arasında ise özür, engelli ve hasta durumda olanların bedensel, psikolojik ve sosyal skorlarının diğer çalışmayanlara göre daha kötü olduğu görülmüştür.

Tablo 3. Bireysel özelliklere göre DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği skorları

	n	Bedensel±SS	Psikolojik±SS	Sosyal±SS	Çevresel±SS
Yaş					
18–39	471	15.712±2.5022	14.943±2.4674	14.641±3.1485	13.833±2.3124
40–64	527	14.686±2.8428	14.792±2.6825	14.183±3.0274	13.774±2.3466
65+	85	12.491±3.3946	14.024±2.8011	13.318±3.1639	13.809±2.6399
p	1083	0.000	0.011	0.001	0.925
Cinsiyet					
Kadın	531	14.479±2.9214	14.501±2.6352	13.961±3.0931	13.639±2.3583
Erkek	552	15.422±2.7681	15.082±2.5541	14.655±3.0909	13.959±2.3413
p	1083	0.000	0.000	0.000	0.025
Eğitim durumu					
Okuryazar ve daha düşük	46	11.901±3.8967	12.841±3.4324	11.884±3.4976	12.106±2.7940
İlkokul ve üzeri	1037	15.096±2.7532	14.884±2.5340	14.422±3.0489	13.887±2.3054
p	1083	0.000	0.000	0.000	0.000
Çalışma durumu					
Evet	595	15.370±2.4995	15.010±2.5326	14.521±3.0153	13.732±2.3035
Hayır	488	14.460±3.2212	14.538±2.6796	14.063±3.2067	13.887±2.4138
p	1083	0.000	0.003	0.016	0.282
Çalışıyorsa					
Diğer çalışan	563	15.325±2.4505	14.940±2.4995	14.477±3.0008	13.658±2.2616
Ücretsiz aile işçisi	26	16.725±3.1112	16.590±2.6353	15.897±2.9915	15.556±2.6158
p	589	0.005	0.001	0.019	0.000
Çalışmıyorsa					
Diğer çalışmayan	466	14.574±3.1511	14.589±2.6353	14.129±3.1444	13.902±2.3844
Özürlü-engelli-hasta	13	10.418±3.1225	12.256±3.2150	11.385±4.7019	12.718±3.2988
p	479	0.000	0.002	0.002	0.082
Sosyal güvence					
Var	975	15.039±2.7768	14.883±2.5476	14.425±2.9682	13.926±2.2685
Yok	108	14.243±3.6357	14.025±3.0160	13.321±4.0618	12.679±2.7888
p	1083	0.006	0.001	0.000	0.000
Gelir miktarı					
Asgari ücretin altında	124	13.461±3.5818	13.651±3.2141	12.903±3.8492	12.588±2.8158
Asgari ücretin üstünde	959	15.154±2.7211	14.945±2.4841	14.497±2.9547	13.959±2.2417
p	1083	0.000	0.000	0.000	0.000
Geçim düzeyi					
Gelirimiz geçimimize yetmiyor	504	14.375±3.0274	14.353±2.7830	13.881±3.3641	13.113±2.4427
Gelirimiz geçimimize yetiyor	569	15.502±2.6500	15.220±2.3654	14.749±2.7843	14.424±2.1036
p	1073	0.000	0.000	0.000	0.000

SS: Standart sapma.

- Herhangi bir sosyal güvencesi olanların tüm skorları sosyal güvencesi olmayanlardan daha yüksektir.
- Geliri asgari ücretin altında olanların hem bedensel, hem psikolojik, hem sosyal hem de çevresel skorları geliri asgari ücretten fazla olanlara göre daha düşüktür. Benzer şekilde gelirinin geçimine yetmediğini söyleyenlerin de tüm skorları gelirinin geçimlerine yettiğini ifade edenlerden düşüktür.

Yukarıda bireysel özellikler için kullanılan yöntemin aynı mahallelere de uygulanmıştır. Söz konusu yöntem yapılan toplam

anketlerin %81,8'ini oluşturan ve Mezitli ilçesinin kentsel dokusunu oluşturan 11 mahalle için uygulandığında mahallelerin yaşam kalitesi ölçeğinin dört unsuruna ait ortalama değerler ve standart sapmalar Tablo 4'te özetlenmiştir.

Yapılan değerlendirmede bedensel ve çevresel bileşenler açısından mahalleler arasında fark olmadığı sadece psikolojik ve sosyal ölçekler açısından mahalleler arasında fark olduğu görülmüştür. Psikolojik ölçek açısından sadece İstiklal Mahallesi diğer mahallelerden farklılaşırken; sosyal ölçek açısından sa-

Tablo 4. Mahallelere göre DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği skorları

	n	Bedensel±SS	Psikolojik±SS	Sosyal±SS	Çevresel±SS
75. Yıl	37	15.243±2.8605	14.937±3.0890	13.802±3.8001	13.586±2.3992
Akdeniz	112	14.281±2.9243	14.464±2.5560	13.786±3.4313	13.484±2.4688
Atatürk	81	14.610±2.9746	14.008±2.5331	13.630±2.8441	13.306±1.9262
Deniz	35	15.216±2.6226	14.990±2.8163	13.829±2.2656	13.816±2.3128
Fatih	53	15.116±2.3708	13.912±2.9236	13.635±3.3245	13.551±1.9168
İstiklal	20	14.767±2.2478	16.632±2.1137	15.158±3.0859	14.316±2.6024
Menderes	145	15.208±2.8525	14.929±2.7106	15.099±2.6938	14.167±2.2704
Merkez	130	14.892±2.7073	14.713±2.3452	14.667±2.7431	13.901±2.0810
Seymenli	24	16.048±2.7633	15.833±2.7116	15.111±3.5964	13.796±2.5898
Viranşehir	109	14.805±2.8524	14.905±2.1170	14.287±2.8866	13.578±1.9761
Yeni	140	14.971±2.4611	14.871±2.4109	13.771±3.0866	13.832±2.4076
p	886	0.164	0.001	0.001	0.217

SS: Standart sapma.

Tablo 5. Mahallelerin bazı niteliklerine göre DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği skorları

	n	Bedensel±SS	Psikolojik±SS	Sosyal±SS	Çevresel±SS
Sağlık hizmetlerine kolay ulaşma durumu					
Evet	859	15.238±2.6631	14.983±2.5217	14.490±3.0266	14.250±2.1874
Hayır	214	13.864±3.4418	14.028±2.8441	13.639±3.3265	12.017±2.1811
p	1073	0.000	0.000	0.000	0.000
Mahalledeki yeşil alan miktarını yeterli bulma durumu					
Evet	401	15.128±2.9146	14.888±2.5009	14.584±2.9706	14.155±2.2980
Hayır	668	14.866±2.8670	14.736±2.6851	14.156±3.1891	13.594±2.3742
p	1069	0.098	0.483	0.055	0.000
Mahalledeki gölgelik alan miktarını yeterli bulma durumu					
Evet	401	15.128±2.9146	14.888±2.5009	14.584±2.9706	14.155±2.2980
Hayır	668	14.866±2.8670	14.736±2.6851	14.156±3.1891	13.594±2.3742
p	1069	0.489	0.319	0.000	0.000

SS: Standart sapma.

dece Menderes Mahallesi diğer mahallelerden ayrışmaktadır. Buna göre mahalleler arasında yaşam kalitesi ölçeğinin dört unsuru açısından ciddi bir farklılaşma olduğu söylenemez. Buradan iki sonuç çıkartılabilir: birincisi mahalle ölçeği sağlık eşişsizliklerini çalışmak için büyük bir ölçektir. Her mahallenin kendi içinde farklılaşma olmasına rağmen inceleme mahalle ölçeğine taşındığında farklılıklar ortadan kalkmaktadır. Bir diğer sonuç ise aralarında görece olarak farklar olsa da Mezitli ilçesi kentsel bölgesi sosyo-ekonomik açıdan homojen grupların yaşadığı mahallelerden oluşan bir alan olarak değerlendirilebilir.

Mahalle ölçeğinde yapılabilecek bir diğer analiz ise mahalleleri birbirleriyle karşılaştırmaktan çok mahallerinde bazı kamusal kullanım özelliklerinin bulunduğunu ve bulunmadığını düşünen vatandaşlar arasında fark olup olmadığını tespit etmektir. Mahaltesinde sağlık hizmetlerine kolay eşiştiğini düşünenlerin bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi değerleri

daha yüksektir. Bunun yanında mahallesindeki yeşil alanları yeterli bulanların sosyal ve çevresel yaşam kalitesi skorları daha yüksektir. Yine mahallesindeki, özellikle yaz aylarında kamusal alanları kullanımı kolaylaştıran, gölgelik alanları yeterli bulanların sosyal ve çevresel yaşam kalitesi değerleri daha yüksektir. Mahallelerdeki sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak olumlu yönde etkileyen unsurların varlığı etkisini açıkça göstermektedir. Bu nedenle kent planlaması çalışmalarında bu unsurların göz önüne alınması kesinlikle bireylerin sağlığını iyileştirici etkiye bulunacaktır (Tablo 5).

Aynı çalışmadan yararlanılarak Kurt vd. (2017) yaptığı değerlendirmeye göre mahalleye göre mekânsal olarak daha küçük ölçekli olan konutun özellikleri değerlendirildiğinde: konutun mülkiyeti evde yaşayanlardan birine ait olduğunda, kiracılara göre bireylerin çevresel yaşam kalitesi değerleri daha yüksek çıkmaktadır. Evinde ısınma amaçlı olarak doğağ gaz kullananların

sosyal yaşam kalitesi skoru ısınma amaçlı olarak odun-kömür-fuel oil veya elektrik kullananlara göre daha yüksektir. Evdeki oda sayısı arttıkça kişilerin bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi değerleri yükselmektedir. Yine bireylerin bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi değerleri içme suyu kaynağı olarak sırasıyla kuyu-tanker-yüzey suyundan, şebeke suyuna ve damacana-şişe suyuna geçtikçe artmaktadır.

Hanedeye yaşayan kişi sayısı azaldıkça bireyin yaşam kalitesinin bedensel alan puanı azalmaktadır. Bu sonuçta özellikle evde tek başına yaşayan ve yoğun sağlık sorunları yaşayan yaşlı bireyler etkilidir. Evlerde odabaşına düşen kişi sayısı arttıkça bireylerin çevresel yaşam kalitesi skorları azalmaktadır. Apartmanlarda oturan kat düzeyi azaldıkça yaşam kalitesinin bedensel alan değerleri de azalmaktadır. Benzer şekilde halihazırda kullanılan konutu kullanma süresi uzadıkça bedensel yaşam kalitesi endeksi azalmaktadır.

Yapının kullanım kolaylıklarına ilişkin kalitesinin artması bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını göstermesini olumlu yönde etkilemektedir. Bu durum ise hijyen, kaliteli ısınma vb. koşullar nedeni ile bireyin bedensel sağlığını doğrudan; psikolojik durumunu ise dolaylı yollardan olumlu şekilde etkilemektedir. Benzer şekilde yapının kullanım kolaylıklarına ilişkin kalitesinin artmasının yanı sıra evde kişi başına düşen mekânsal büyüklüğün artması yine bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gösterebilmesi açısından olanak sağlarken aynı zamanda, özellikle bireyin mahremiyet ihtiyacının karşılanması anlamında da bireyin psikolojik sağlığının bozulmamasını sağlayacaktır.

Mahalle ölçeğinden bağımsız olarak konut ölçeğinde ekonomik dezavantajlar konutun özelliklerinde de dezavantaja neden olduğu için, sınıfsal konumun bir devamı olarak yaşam kalitesinin bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel bileşenlerinde de olumsuz etkilere neden olmaktadır.

6. Sonuç

Sağlık eşitsizlikleri günümüz toplumunda kaçınılmaz olarak gözlemlenen olgulardan biridir. Bu olgunun başlıca nedenleri olarak yapısal ve konjonktürel etkenler sayılabilir. Konjonktürel nedenleri kendi içinde arz yönlü ve talep yönlü faktörler diye ikiye ayırmak mümkündür. Arz yönlü faktörler sağlık hizmetlerinin sunulmasında yaşanan aksaklıkları tarif etmektedir. Vatandaşlar için sağlık hizmetleri sunumunun erişilebilir bir şekilde ve verilen hizmetin niceliksel ve niteliksel olarak hiyerarşik olarak örgütlendiği bir model en ideal olanıdır. Sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan olumsuzluklar daha önce de vurgulandığı üzere sağlık eşitsizliklerinin başlıca kaynaklarından biridir. Talep yönlü faktörler ise bireylerin çeşitli nedenler ile sağlık problemlerini önemsememesi veya önemseme bile bunu bir sağlık sorunu olarak dışa yansıt(ma)mamasından kaynaklanmaktadır. Bunu sonucu olarak yaşanan sağlık sorunları tedavi edilmeden kalmak-

tadır. Ancak arz yönlü ve talep yönlü konjonktürel sebeplerden daha çok yapısal nedenler sağlık eşitsizliklerinin ortaya çıkmasında başat bir rol oynamaktadır. Yapısal nedenler kendini tekrar eden özelliği nedeniyle belli bir an hastalık tedavi edilse bile aynı hastalığın tekrar oluşmasını sağlayabilmektedir. Benzer şekilde yapısal nedenler toplumun bazı sosyoekonomik gruplarının (özellikle toplumsal hiyerarşide altta yer alan grupların) daha çok miktarda ve daha sık sağlık riskine maruz kalmasına neden olmakta ve buna bağlı olarak sağlık eşitsizliklerinin ortaya çıkmasında temel bileşen olarak görev yapmaktadır.

Daha önce yapılan çalışmalar ağırlıklı olarak sağlık eşitsizlikleri açısından bağımlı değişkenler ile bağımsız değişkenler arasında, kişinin eğitim seviyesi arttıkça belli bir sağlık riski faktörünün azalması ya da gelir seviyesi azaldıkça belli bir sağlık riski faktörünün artması gibi, lineer ilişkiler kararken bu çalışmanın özgün yanı sağlık eşitsizlikleri açısından kırılma noktalarını tespit etmeye çalışmasıdır. Genç olmak, bir eğitim diploması sahibi olmak, herhangi bir işte çalışıyor olmak, çalışıyor ise genç olmak, çalışmıyor ise özürülü-engelli-hasta olmamak, sosyal güvence sahibi olmak, asgari ücretin üzerinde gelir sahibi olmak, harcamalarından fazla gelir miktarına sahip olmak; bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel yaşam kalitesi bileşenleri açısından daha iyi bir değer sahibi olma için kırılma noktalarını oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle daha önce yapılan çalışmalarda da gösterildiği üzere kişinin sosyoekonomik pozisyonunu etkileyen unsurlar onun yaşam kalitesini de belirleyen en önemli etkidir.

Bununla birlikte aynı farklılaşmayı mahalle bazında tespit etmek mümkün değildir. Mezitli ilçesi kentsel bölgesinde yer alan mahalleler değerlendirildiğinde yaşam kalitesi ölçeğinin dört bileşeni açısından mahalleler arasında ciddi bir farklılaşmanın olmadığı görülmüştür. Bu noktada mahalle ölçeğinin bu tür bir değerlendirme yapmak için fazla büyük olduğu ve Mezitli ilçesi kentsel bölgesinin sosyo-ekonomik açıdan görece benzer grupların yer seçtiği mahallelerden oluşan bir alan olduğu ifade edilebilir. Ancak oturan mahalle içindeki niteliksel farklar ve konutun özellikleri yaşam kalitesinin bedensel, psikolojik, sosyal ve çevresel bileşenleri üzerinde etkili olabilmektedir.

Dördüncü bölümde vurgulandığı üzere yapı çevrenin niceliksel ve niteliksel özellikleri sağlık üzerinde doğrudan etkiye sahiptir. Bu noktada yapı çevrenin üretilmesinde kurallar koyan, düzenlemeler getiren kentsel planlama ise başat bir role sahiptir. Diğer bir deyişle kentsel planlama yapı çevre üretimi aracılığı ile sağlık üzerinde doğrudan etkilidir. Aynı noktadan hareketle kentsel planlamanın temel işlevinin kamusal fayda üretmek olduğu göz önüne alındığında; planlama başta alan kullanımı, ulaşım, yeşil alanlar ve kentsel tasarım ölçütlerine ilişkin kararları ile yapısal faktörler nedeni ile bireyler arasında gözlemlenen sağlık eşitsizliklerini azaltıcı etkiler yaratabilir. Bu nedenle planlama eylemi en az diğer alanlar kadar sağlık alanında yaratacağı etkileri de göz önünde bulundurarak gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Akalın. M.A. (2013) Yoksulluk değil eğitsizlik hasta ediyor. <http://sato-bel.blogspot.com.tr/2013/12/yoksulluk-degil-esitsizlik-hasta-ediyor.html?spref=fb>. erişim tarihi: 08.12.2017.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11:11-18.
- Ayaz. S., Yaman Efe. Ş. ve Korukluoğlu. S. (2008) Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 28 (6). s:880-885.
- Balcombe, R., Mackett, R., Paulley, N., Preston, J., Shires, J., Titheridge, H., ... and White, P. (2004). The demand for public transport: a practical guide.
- Barton, H. (2009). Land use planning and health and well-being. *Land Use Policy*, 26, S115-S123.
- Barton, H., Grant, M. and Guise, R. (2003) *Shaping Neighbourhoods, A guide for health, sustainability and vitality*, London: Spon Press.
- Başaran. İ. (2008) Sağlıkla Kent Planlaması Açısından Isparta. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- Baydur. H. (2010) İş Sağlığı ve Yaşam Kalitesi. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı. s: 82-4.
- Belek. İ. (1998a) Algılanan sağlıkta sınıfsal ve sosyoekonomik eğitsizlikler: Antalya'da bir alan çalışması. *Toplum ve Hekim*. 13 (4). s:292-299.
- Belek. İ. (1998b) Sınıf sağlık eğitsizlik. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek. İ. (1999a) Sınıflar; sağlık düzeyleri. sağlık hizmeti kullanımları ve yararlandıkları sağlık kurumları: Antalya'da iki bölge. yedi sınıf. *Toplum ve Hekim*. 14 (1). s:55-67.
- Belek. İ. (1999b) Genel sağlık anketi ile ölçülen ruhsal sorunlar ve sosyo-demografik eğitsizlikler: Antalya'da bir alan araştırması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 10 (3). s:163-172.
- Belek. İ. (2000) Antalya'nın iki mahallesinde sınıfsal sağlık eğitsizliklerinin değişimi: Bir izlem araştırması. *Toplum ve Hekim*. 15 (3). s:214-222.
- Belek. İ. (2004) Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eğitsizlikler: Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma. TTB: Ankara.
- Belek. İ. ve Hamzaoğlu. O. (2000) Son yirmi yılda sağlıktaki değişim: 12 Eylül Rejiminin yarattığı olumsuzluklar. *Toplum ve Hekim*. 15 (4). s:265-277.
- Bilir. N., Özcebe. H., Vaizoğlu. S.A., Aslan. D., Subaşı. N. ve Telatar. T.G. (2005) Van ilinde 15 yaş ve üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 25. s:663-668.
- Bird, W. (2004). Natural Fit: Can Green Space and Biodiversity Increase Levels of Physical Activity? Sandy, Royal Society for the Protection of Birds.
- Bird, W. (2007) *Natural Thinking: Investigating the Links Between the Natural Environment, Biodiversity and Mental Health*. Sandy, Royal Society for the Protection of Birds.
- Bjork, J., Albin, M., Jacobsson, H., Ardo, J., Wadro, J., Ostergren, P.O., Skarback, E. (2008) Recreational values of the natural environment in relation to neighbourhood satisfaction, physical activity and well-being. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(4):e2.
- Brown, A.L., Khattak, A.J., and Rodriguez, D.A. (2008) Neighbourhood types, travel and body mass: a study of new urbanist and suburban neighbourhoods in the US. *Urban Studies*, 45(4), 963-988.
- Brown, C. and Grant, M. (2005). Biodiversity and human health: what role for nature in healthy urban planning. *Built Environment*, 31(4):326-38.
- Buzlu. S., Bostancı. N., Özbaş. D. ve Yılmaz. S. (2006) İstanbul'da bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 15 (9). s:134-138.
- Carmichael, L., Barton, H., Gray, S., and Lease, H. (2013). Health-integrated planning at the local level in England: Impediments and opportunities. *Land Use Policy*, 31, 259-266.
- Croucher, K., Myers, L., Bretherton, J. (2008). *Green space Scotland Research Report: The Links Between Green space and Health: A Critical Literature Review*. Stirling, Green space.
- Croucher, K., Myers, L., Jones, R., Ellaway, A. and Beck, S. (2007). Health and the Physical Characteristics of Urban Neighbourhoods: A Critical Literature Review, Final Report. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health.
- Çan. G., Çakırbay. H., Topbaş. M., Karkucak. M. ve Çapkın. E. (2007) Doğu Karadeniz Bölgesi'nde sigara içme prevalansı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 55 (2). s:141-147.
- Davis, A. (Ed.) (2002). *A Physically Active Life Through Everyday Transport*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Demiral. Y., Soysal. A., Kılıç. B., Uçku. R., Bilgin. A.C., Karakuş. N. ve Ünal. B. (2007) İzmir Konak ilçesinde 20 yaş ve üzeri nüfusta sosyoekonomik göstergeler ve koroner kalp hastalığı etkisi. *TSK Korumucu Hekimlik Bülteni*. 6 (1). s:27-40.
- Duhl, L.J., Sanchez, A.K., and WHO (1999) *Healthy cities and the city planning process: a background document on links between health and urban planning* (No. EUR/ICP/CHDV 03 04 03). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Ellaway, A., Macintyre, S. and Bonnefoy, X. (2005). Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross-sectional survey. *British Medical Journal*, 331:611-2.
- Erengin. K.H. ve Dedeoğlu. N. (1997) Sağlık ölçmenin kolay bir yolu: Algılanan sağlık. *Toplum ve Hekim*. 12 (77). s:11-16.
- Erengin. K.H. ve Dedeoğlu. N. (1998a) Sağlıkta eğitsizliğin gösterilmesi. *Toplum ve Hekim*. 13 (2). s:105-109.
- Erengin. K.H. ve Dedeoğlu. N. (1998b) Sağlıkta eğitsizlik: Antalya kent merkezinde 15 yaş ve üzeri kişilerde morbiditede farklılıklar. *Toplum ve Hekim*. 13 (2). s:140-143.
- Ergin. I. ve Hassoy. H. (2011) Bebek ölümlülüğünde eğitsizlikler: Dünya ve Türkiye'deki duruma dair bir değerlendirme. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 1 (3). s:98-104.
- Ergül. Ş. (2005) Yoksulluk sağlık ilişkisi ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8 (2). s:95-104.
- Ertem. M. (1999) Göç ve bulaşıcı hastalıklar. *Toplum ve Hekim*. 14 (3). s:224-228.
- Foster. S. and Giles-Corti, B. (2008). The built environment, neighbourhood, crime and constrained physical activity: An exploration of inconsistent findings. *Preventative Medicine*, 47:241-51.
- Frank, L., Kavage, S., and Litman, T. (2006) *Promoting Public Health through Smart Growth – Building Healthier Communities Through Transportation and Land Use Policies and Practices*. Vancouver, Smart Growth BC.
- Green Space Scotland (2008). *Health Impact Assessment of Green space: A guide*. Health Scotland, Green space Scotland, Scottish Natural Heritage and Institute of Occupational Medicine.
- Guite, H.F., Clark, C. and Ackrill, G. (2006). The impact of the physical and urban environment on mental well-being. *Public Health*, 120:1117-26.
- Hacıoğlu. N., Güraksın. A. ve İnandı. T. (1999) Gümüşhane ili Torul merkez sağlık ocağı bölgesi 30 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı ve ilgili etmenler. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 19 (4). s:200-208.
- Halpern, D. (1995) *Mental health and the built environment*, London; Taylor and Francis
- Hamzaoğlu. O. (2004) Yoksulların sağlığı ne durumda. etken ne, sorun nasıl çözülür? *Toplum ve Hekim*. 19 (1). s:54-57.
- Hamzaoğlu. O. (2007) Sağlıkta eğitsizlikler ve kullanılan ölçütler. *Toplum ve Hekim*. 21 (1). s:73-78.
- Harlan, S.L., Brazela, A.J., Prashada, L., Stefanov, W. and Larsenc, L. (2006). Neighborhood microclimates and vulnerability to heat stress. *Social Science and Medicine*, 63(11):2847-63.
- Hatun. Ş., Etiler. N. ve Gönüllü. E. (2003) Yoksulluk ve çocuklar üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 46. s:251-260.
- Horowitz, K. and McKay, M. (2005) Community violence and urban families: Experienced, effect and directions for intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75:356-68.
- İnandı. T. (1999) Sağlık hakkı ve eğitsizlikler. *Toplum ve Hekim*. 14 (5). s:357-361.

- İpekçiyüz, N. (1996) Güneydoğuda iç göç tartışmaları ve sağlık boyutu. *Toplum ve Hekim*. 11 (74). s:56-60.
- Kelleci, M., Aştı, N. ve Küçük, L. (2003) Bir sağlık ocağına başvuran kadınların genel sağlık anketine göre ruhsal durumları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 7 (2). s:11-14.
- Kickbusch, I. (2003) The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93:383-8.
- Kocabaş, A. (2014) Küresel ve ulusal akciğer sağlığına en büyük tehdit sağlıkta eşitsizlik. *Toraks Bülteni*. Haziran. s:9-14.
- Koçoğlu, D. ve Akın, B. (2009) Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *DEÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*. 2 (4). s:145-154.
- Krzyzanowski, M., Kuna-Dibbert, B. and Schneider, J. (eds) (2005) *Health Effects of Transport-Related Air Pollution*. Copenhagen, WHO European Office.
- Kuo, F.E. (2001) Coping with poverty: Impacts of environment and attention in the inner city. *Environment and Behaviour*, 33:5-34.
- Kurt, A.Ö. vd. (2017) Evaluation of Relations between Housing Conditions and Health: The Case of Mezitli District, *International Congress of Health and Environment Abstract Book*, p: 252.
- Lavin, T., Higgins, C., Metcalfe, O. and Jordan, A. (2006). *Health Effects of the Built Environment: A Review*. Dublin, Belfast, The Institute of Public Health in Ireland.
- Lee, C. and Moudon, A. (2008) Neighbourhood design and physical activity. *Building Research and Information* 36 (5), pp395-411.
- Marmot M. ve Wilkinson R.G. (2009) *Sağlık Sosyal Belirleyicileri* (Çeviri editörleri: İlker Kayı ve Yeşim Yasin), İstanbul: İncev Yayınları (1. Basım).
- Marmot, M. (2004). *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. London, Bloomsbury Publishing.
- Mitchell, R. and Popham, F. (2008) Effect of exposure to natural environment on health inequalities and observational population study. *Lancet* 372, 1655–1660.
- Nesanır, N. ve Eser, E. (2010) Türkiye’de sağlık alanında kullanılmak üzere bir sosyoekonomik indeks denemesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 9 (4). s:277-288.
- Nesanır, N., Düzkalır, H., Göktolga, G., Ekin, F., Ersin, C. ve Eser, E. (2005) Manisa ilinde bir sağlık ocağı bölgesinde sağlıkta eşitsizlikler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 14 (10). s:221-228.
- Newton, J. (2007). *Well-being and the natural environment: A brief overview of the evidence*. Online: Sustainable Development Commission.
- NICE (2008) *Promoting and Creating Built or Natural Environments that Encourage and Support Physical Activity*. NICE Public Health Guidance 8. London, National Institute of Clinical Excellence
- Özdemir, H. ve Rezaki, M. (2007) Depresyon saptanmasında genel sağlık anketi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 18 (1). s:13-21.
- Özpinar, E. (2016) Bebek ölüm hızı Türkiye genelinde azalırken neden Suriyeli nüfusun fazla olduğu yerlerde artıyor?. *TEPAV Mayıs-2016 N201616 Değerlendirme Notu*. s:1-7.
- Polat, G. ve İçağasioğlu Çoban, A. (2015) 21. YY’da sağlıkta eşitsizlikler ve eşitsizliğin aşılmasında sosyal hizmetlerin rolü. *Toplum ve Sosyal Hizmet*. 26 (1). s:177-189.
- Pretty, J., Griffin, M., Peacock, J., Hine, R., Sellens, M. and South, N. (2005). *Countryside for Health and Well-being: The Physical and Mental Health Benefits of Green Exercise*. England, Countryside Recreation Network.
- Racioppi, F., Eriksson, L., Tingvall, C., Villaveces, A. (2004). *Preventing Road Traffic Injury. A Public Health Perspective for Europe*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Rao, M., Prasad, S., Adshear, F. and Tissera, H. (2007). *The Built Environment and Health*. *The Lancet*, 13.09.
- RCEP (2007). *The Urban Environment, Royal Commission on Environmental Pollution*. London, The Stationery Office.
- Selçuk Tosun, A. ve Akça, G. (2014) Konya kent merkezinde sosyoekonomik özellikleri farklı olan bölgelerde yaşayan bireylerin sosyal destek ve ruhsal sağlık durumlarını etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 17 (4). s:207-215.
- Sözmen, M.K. (2010) *Halk Sağlığında Yaşam Kalitesi; Etkinlik-Eşitlik Ödünleşim Problemi*. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Bildiri ve Sunum Kitabı. s: 81.
- Stafford, M., Chandola, T. and Marmot, M. (2007). Association between fear of crime and mental health and physical functioning. *American Journal of Public Health*, 97:2076-81.
- Şimşek, H. ve Kılıç B. (2012) Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 10 (2). s:116-127.
- Şimşek, H.G., Günay, T. ve Uçku, R. (2010) Sosyal eşitsizliklerin koroner kalp hastalığı risk etmenlerine etkisi: İzmir’de topluma dayalı kesitsel bir çalışma. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 10. s:193-201.
- Taşkın, Ş. ve Atak, N. (2004) Bebek ve çocuk ölümlerinin değerlendirilmesi: Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 1993-1998. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 57 (1). s:1-12.
- Topçu, S. ve Beşer, A. (2006) Göç ve sağlık. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 10 (3). s:37-42.
- Türkkan, A. (2009) İşe bağlı kas-iskelet sistemi hastalıkları ve sosyoekonomik eşitsizlikler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 35 (2). s:101-106.
- Tüzün, H., Aycan, S. ve İlhan, M.N. (2014) Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuranlarda algılanan sağlık ve sosyal belirleyicileri. *Toplum ve Hekim*. 29 (2). s:91-104.
- Ünal, B. ve Demiral Y. (2004) Sosyoekonomik durum ve koroner kalp hastalığı ilişkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 4 (4). s:306-308.
- Whitehead, M. and Dahlgren, G. (1991) What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338:1059-63.
- Whitehead, M. (2001) *Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler*. TTB: Ankara.
- Whitley, R. and Prince, M. (2005) Fear of crime and mental health in inner-city London, United Kingdom. *Social Science Med*, 61:1678-88.
- WHO (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf. erişim tarihi 13.12.2017.
- WHO (1997) *City planning for health and sustainable development*.
- WHO (2002). *The World Health Report 2002 – Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2007). *Quantifying Burden of Disease from Environmental Noise: Second Technical Meeting Report*. Bern, Switzerland.
- WHO (2008a). *International Public Health Symposium on Environment and Health Research, Science for Policy, Policy for Science: Bridging the Gap*, Madrid, Spain, 20-22 October 2008. WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2008b). *Our Cities, Our Health, Our Future. Acting on Social Determinants for Health Equity in Urban Areas*.
- WHO (2009). *Zagreb Declaration for Healthy Cities: Health and Health Equity in All Local Policies*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2010) *Urban planning, environment and health: from evidence to policy action*.
- WHO (2013) *Phase VI (2014–2018) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/244403/Phase-VI-20142018-of-the-WHO-European-Healthy-Cities-Network-goals-and-requirements-Eng.pdf.
- Wilcox, P., Quisberry, N. ve Jones, S. (2003) The built environment and community crime risk interpretation. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 40:322-45.
- Yardı, M.S. ve Özcebe, H. (2010) Ankara ili Çankaya ilçesinde 25 yaş ve üzeri nüfusun sağlık düzeyinde sosyoekonomik farklılıklar. *Ege Tıp Dergisi*. 49 (1). s:19-30.
- Zaybak, A. ve Fadiloğlu, Ç. (2004) Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 20 (1). s:77-95.