

**T.C.**  
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**  
**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ**  
**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**İstanbul’da Bir Aile Sağlığı Merkezine**  
**Kayıtlı Nüfusta Sosyal Sermaye ve Sağlık**  
**Davranışlarının Araştırılması**

**Dr. İlker Kayı**

**Tez Danışmanı**  
**Prof. Dr. Nuray Özgülnar**

**İSTANBUL**

**2012**



**T.C.**  
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**  
**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ**  
**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**İstanbul’da Bir Aile Sağlığı Merkezine**  
**Kayıtlı Nüfusta Sosyal Sermaye ve Sağlık**  
**Davranışlarının Araştırılması**

**Dr. İlker Kayı**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Nuray Özgülnar**

**İSTANBUL**

**2012**

## ÖNSÖZ

*Uzmanlığın gereği olan bu tez çalışması, gereklilikten ziyade, merakın ürünüdür. Yaşamım boyunca yakın çevremle birlikte kendimizden başlayıp genele vardırıarak insan ilişkilerini sorguladık. Akademik alanda yeni bir kavram olan sosyal sermayenin tartışa geldiğimiz ilişki dinamiklerini barındırması beni kendisine çekerken, yeni ve sağlık alanında henüz emekleyen kavramı tez olarak ele almamda bana fırsat ve olanak tanıyan tez danışmanım Prof. Dr. Nuray Özgülner'in sabrı ve hoca ötesi desteğiyle çalışma tamamlandı. Asistanlığımın her aşamasında akademik olduğu kadar arkadaş gibi desteğini eksik hissetmediğim, kendisinden öğrendiğim, öğrencisi olmaktan ama daha önemlisi her konuda beraber çalışmaktan keyif aldığım, mutluluk duyduğum hocama minnettarım.*

*Tez çalışmasının adından başlayarak sonuna kadar kritik anlarda bana verdiği destekle süreci benim için kolaylaştıran, hocam Prof. Dr. Bedia Özyıldırım'a; yalnızca tezim için değil, ne zaman bir soru için kapısını çalsam, engin bilgilerle ve neşeyle beni uğurlayan Prof. Dr. Nurhan İnce'ye; istatistiklerle ilgili destek ihtiyacıma yoğun çalışma temposuna rağmen zaman ayıran, istatistiği anlamayı kolaylaştıran Prof. Dr. Halim İşsever'e; soruların hazırlanmasında bilgisini paylaşan Prof. Dr. Günay Güngör'e; ilk poster çalışmamda birlikte çalıştığım, benim araştırma anlayışında ilk temeli atan Prof. Dr. Emel Önal'a ve kendisiyle birlikte çalışmakla başta rehberlik faaliyetleri olmak üzere Halk Sağlığını bilimsel alandan sosyal bir mecraya genişleten Prof. Dr. Bilge Hapçioğlu'na teşekkür ederim.*

*Benim Halk Sağlığı anlayışımın şekillenmesinde bir heykeltraş gibi emeği olan, bakış açımı, ufkumu açan, her anlamda yanımda olduğunu hissettiren Prof. Dr. Selma Karabey'e teşekkürü borç bilirim.*

*Bu çalışma için bilimsel tartışmalar da yaptığımız ama, herşeyden öte benim yaşamımda yan yana yürüdüğüm dostlarım Fatih, Aslı, Özge, Murat, Barış, Özgüç, Suat, Ceren, Ebru, Müge, Ezgi, Yeşim, Vuslat, Sibel, Jülide ve Zeynep olmadan olamazdım.*

*Halk Sağlığı alanında benim için ikinci bir yuva olan İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı bünyesinde bulunan tüm dostlarıma,*

*Kürsüde her zaman çalışmaktan memnunluk duyduğum çalışma arkadaşlarıma,*

## II

*İl Sağlık Müdürlüğü'nden başta Dr. Savaş Başar Kartal olmak üzere, gerekli izinlerin alınmasında gösterdikleri ilgi ve destek için Dr. Gökçe Gerçek, Dr. Hande Uluç ve asistanlıktan bugüne arkadaşım Dr. Asya Banu Topuzoğlu'na*

*Öğrenciliğinden bugüne dostum Dr. Vildan Baştaş'a ve görev yaptığı ASM çalışanlarına,*

*Veri toplama aşamasında kapılarına gelen bir yabancıyı kabul edip, buyur eden, bir çay sohbetiyle yorucu araştırma mesaiye renk katan mahalle sakinlerine,*

*Kötü gün dostu, tezin son adımlarında orada olan Zerrin ve Erenç'e,*

*Ve hiçbir zaman onlarsız başaramayacağım Aileme,*

*Teşekkür ederim*

*14179 proje nolu bu çalışma İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir.*

## İÇİNDEKİLER

|                                                                 |            |
|-----------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ÖNSÖZ</b>                                                    | <b>I</b>   |
| <b>İÇİNDEKİLER</b>                                              | <b>III</b> |
| <b>RESİM, ŞEKİL ve TABLOLAR</b>                                 | <b>V</b>   |
| <b>I. ÖZET</b>                                                  | <b>1</b>   |
| <b>II. ABSTRACT</b>                                             | <b>2</b>   |
| <b>III. GİRİŞ</b>                                               | <b>3</b>   |
| <b>IV. GENEL BİLGİLER</b>                                       | <b>6</b>   |
| <b>A. SOSYAL SERMAYENİN TARİHÇESİ VE TANIMI</b>                 | <b>8</b>   |
| 1. Sosyal Sermayenin Farklılaşma Süreci ve Sermaye Teorileri    | 9          |
| 2. Sosyal Sermaye ve Tanımlar                                   | 13         |
| 3. Tanımların Ayrılıkları ve Ortak Yanları                      | 18         |
| <b>B. SOSYAL SERMAYENİN KAYNAĞI, UNSURLARI VE ÖLÇÜLMESİ</b>     | <b>19</b>  |
| 1. Sosyal Sermayenin Kaynağı                                    | 19         |
| 2. Sosyal Sermayenin Unsurları                                  | 21         |
| 3. Sosyal Sermayenin Ölçülmesi                                  | 27         |
| <b>C. SOSYAL SERMAYENİN OLUMLU YÖNLERİ VE SAĞLIKLA İLİŞKİSİ</b> | <b>29</b>  |
| <b>D. SOSYAL SERMAYENİN OLUMSUZ YÖNLERİ VE ELEŞTİRİLER</b>      | <b>36</b>  |
| <b>E. SAĞLIK DAVRANIŞLARI</b>                                   | <b>39</b>  |
| <b>V. GEREÇ VE YÖNTEM</b>                                       | <b>43</b>  |
| <b>A. ARAŞTIRMANIN TİPİ</b>                                     | <b>43</b>  |
| <b>B. ARAŞTIRMA BÖLGESİNİN TANITILMASI</b>                      | <b>43</b>  |
| <b>C. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ</b>                      | <b>44</b>  |
| <b>D. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ</b>                         | <b>45</b>  |
| <b>E. ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ</b>                    | <b>47</b>  |
| 1. Sosyo-demografik Değişkenler                                 | 47         |
| 2. Sosyo-ekonomik Değişkenler                                   | 47         |
| 3. Sosyal Sermaye Düzeyi                                        | 50         |
| <b>F. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ</b>                     | <b>51</b>  |
| 1. Sağlık Algısı                                                | 51         |
| 2. Sağlık Davranışları                                          | 52         |

|                                                   |     |
|---------------------------------------------------|-----|
| 3. Uzun Süreli Hastalık Varlığı                   | 53  |
| 4. Engellilik Durumu                              | 53  |
| G. VERİ ANALİZİ                                   | 53  |
| VI. BULGULAR                                      | 55  |
| A. SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULAR                      | 55  |
| B. SOSYO-EKONOMİK BULGULAR                        | 57  |
| C. SOSYAL SERMAYE DÜZEYİ                          | 68  |
| D. SAĞLIK ALGISI                                  | 74  |
| E. SAĞLIK DAVRANIŞLARI                            | 75  |
| 1. Beslenme Davranışları                          | 76  |
| 2. Diş Fırçalama Davranışı                        | 82  |
| 3. Düzenli Spor veya Egzersiz Yapma Davranışı     | 83  |
| 4. Sigara İçme Davranışı                          | 85  |
| 5. Zararlı Düzeyde Alkol Kullanımı                | 86  |
| 6. Sağlık Hizmeti Kullanım Davranışları           | 88  |
| VII. TARTIŞMA                                     | 96  |
| A. SOSYO-DEMOGRAFİK VE SOSYO-EKONOMİK GÖSTERGELER | 96  |
| B. SOSYAL SERMAYE DÜZEYİ VE BELİRLEYİCİLERİ       | 100 |
| C. SAĞLIK ALGISI                                  | 104 |
| D. SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE SOSYAL SERMAYE İLİŞKİSİ | 105 |
| 1. Beslenme Davranışları                          | 106 |
| 2. Diş Fırçalama Davranışı                        | 109 |
| 3. Düzenli Spor Yapma                             | 110 |
| 4. Sigara İçme Davranışı                          | 111 |
| 5. Zararlı Düzeyde Alkol Kullanımı                | 112 |
| 6. Sağlık Hizmeti Kullanım Davranışı              | 113 |
| E. KISITLILIKLAR                                  | 117 |
| VIII. SONUÇ VE ÖNERİLER                           | 119 |
| IX. KAYNAKLAR                                     | 121 |
| X. EKLER                                          | 134 |
| EK 1                                              | 134 |
| EK 2                                              | 141 |
| EK 3                                              | 143 |
| XI. ÖZGEÇMİŞ                                      | 145 |

## RESİM, ŞEKİL ve TABLOLAR

**Resim 1.** Araştırma Bölgesi

**Şekil 1.** Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu çerçeve eylem planı

**Şekil 2.** Sosyal Sermaye ve Sağlık Arasındaki İlişki Mekanizması

**Tablo 1.** Sermaye Teorileri

**Tablo 2.** Sosyal Sermaye Tanımları, Amaçları ve Analiz Düzeyleri

**Tablo 3.** Çeşitli Sosyal Ağ Boyutları

**Tablo 4.** Sosyal Çevre Boyutlarının Davranışları Etkileme Mekanizmaları

**Tablo 5.** Evren, Örneklem ve Ulaşılan Örneklem Büyüklükleri

**Tablo 6.** Sosyal Sermaye Sorularının Alt Boyutlarına Göre Dağılımı

**Tablo 7.** Yaş Grupları Medeni Durumun Cinsiyete Göre Dağılımı

**Tablo 8.** Eğitim Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı

**Tablo 9.** Bireylerin Çalışma Durumlarının Cinsiyete ve Yerleşim Bölgesine Göre Dağılımı

**Tablo 10.** Sosyal Sınıfların Yerleşim Bölgesine Göre Dağılımı

**Tablo 11.** Aylık Kişisel Gelir Durumu ve Cinsiyete Göre Dağılımı

**Tablo 12.** Aylık Toplam Hane Gelirinin Cinsiyete Göre Dağılımı

**Tablo 13.** Konut Mülkiyetinin Yerleşim Bölgesine Göre Dağılımı

**Tablo 14.** Bireylerin Yaşadıkları Haneler İçin Bildirdikleri Oda Sayısının (Salon Dışında) Yerleşim Bölgesine Göre Dağılımı

**Tablo 15.** Bireylerin Yaşadıkları Konut İçin Bildirdikleri Hanehalkı Sayısının Yerleşim Bölgesine Göre Dağılımı

**Tablo 16.** Otomobil Sahipliğinin Yerleşim Bölgesi ve Cinsiyete Göre Dağılımı

**Tablo 17.** Sosyal Güvence Türü ve Özel Sağlık Sigortası Varlığının Yerleşim Bölgesine Göre Dağılımı

**Tablo 18.** Kronik Hastalık Varlığının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

**Tablo 19.** Sosyal Sermaye Ölçeği Faktör Yükleri ve Alt Boyut Adlandırmaları

**Tablo 20.** Sosyal Sermaye Maddelerinin Güvenilirlik Analizi Sonuçları



**Tablo 21.** Sosyal Sermaye Ölçek Puanları Ortalamaları, Standart Sapma, Ortanca, En Düşük ve En Yüksek Değerleri

**Tablo 23.** Sağlık Algısının Cinsiyet, Yerleşim Bölgesi, Eğitim Düzeyi ve Aylık Hane Gelirine Göre Dağılımı

**Tablo 24.** Sağlık Algısının Sosyal Sermaye Ölçek Puanına Göre Yapılan Analiz Sonuçları

**Tablo 25.** Beslenme Davranışlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

**Tablo 26.** Beslenme Davranışları ve Yerleşim Bölgesine Göre Dağılımı

**Tablo 27.** Beslenme Davranışlarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

**Tablo 28.** Beslenme Davranışlarının Aylık Hane Gelirine Göre Dağılımı

**Tablo 29.** Sosyal Sermaye Ölçek Puan Ortalamalarının Beslenme Davranışlarına Göre Dağılımı

**Tablo 30.** Günde En Az İki Defa Diş Fırçalama Davranışının Cinsiyet, Yerleşim Bölgesi, Eğitim Düzeyi ve Aylık Hane Gelirine Göre Dağılımı

**Tablo 31.** Düzenli Diş Fırçalama Davranışı ve Sosyal Sermaye Ölçek Puanı Arasındaki İlişki

**Tablo 32.** Düzenli Spor/Egzersiz Yapma Davranışının Cinsiyet, Yerleşim Bölgesi ve Eğitim Düzeyine Göre Dağılımları

**Tablo 33.** Düzenli Spor/Egzersiz Yapma Davranışı ve Sosyal Sermaye Ölçek Puanı Arasındaki İlişki

**Tablo 34.** Sigara İçme Davranışının Cinsiyet, Yerleşim Bölgesi ve Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

**Tablo 35.** Sigara İçme Davranışı ve Sosyal Sermaye Ölçek Puanı Arasındaki İlişki

**Tablo 36.** Son 30 Gün İçinde Zararlı Düzeyde Alkol Kullanımının Cinsiyet, Yerleşim Bölgesi, Eğitim Düzeyi ve Aylık Hane Gelirine Göre Dağılımı

**Tablo 37.** Zararlı Düzeyde Alkol Kullanımı ve Sosyal Sermaye Ölçek Puanı Arasındaki İlişki

**Tablo 38.** Son 12 Ay İçindeki Sağlık Hizmeti Kullanım Davranışlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

**Tablo 39.** Son 12 Ay İçindeki Sağlık Hizmeti Kullanım Davranışlarının Yerleşim Bölgesine Göre Dağılımı

**Tablo 40.** Son 12 Ay İçindeki Sağlık Hizmeti Kullanım Davranışlarının Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

**Tablo 41.** Son 12 Ay İçindeki Sağlık Hizmeti Kullanım Davranışlarının Aylık Hane Gelirine Göre Dağılımı

**Tablo 42.** Son 12 Ay İçindeki Sağlık Hizmeti Kullanım Davranışlarının Sosyal Güvence Türüne Göre Dağılımı

**Tablo 43.** Sosyal Sermaye Ölçek Puanı Ortalamalarının Son 12 Ay İçindeki Sağlık Hizmeti Kullanım Davranışlarına Göre Dağılımı

**Tablo 44.** Çok Değişkenli Analizler Sonucunda Sosyal Sermaye Ölçek Puanı İle İlişkili Bulunan Değişkenlerin Analiz Sonuçları

## I. ÖZET

Son zamanlarda sađlđđın sosyal belirleyicileri ve sağlıkta yaşanan eşitsizliklere y6nelik araştırmalar ve politikalar artmaktadır. Sađlđđın belirleyicileri olarak adlandırılan şema i6inde bir ara değişken olarak işlev g6ren, sosyal bilimlerde dahi yeni bir olgu olan sosyal sermaye kavramı sağlık araştırmalarında giderek artan bir şekilde incelenmektedir. Sosyal sermaye insanların belirli değerlere sahip ağ yapılarına 6ye olmaları ve bu yapının barındırdığı kaynakların karşılıklı paylaşımı ile erişilen bir kaynak olarak tanımlanmaktadır. Bu tez 6alışmasında sosyal sermayenin sağlık davranışları ile ilişkisini incelemek ama6lanmıştır.

Bu 6alışma kesitsel tipte bir araştırmadır. İstanbul İli, Beşiktaş İl6esi'ne bağlı bir mahallede hizmet sunan bir Aile Sađlđđı Merkezi'ne bağlı 18-65 yaş arası n6fustan tabakalı sistematik 6rnekleme yoluyla se6ilen 629 kişi 6zerinde y6r6t6lm6řt6r. Sosyo-demografik, sosyo-ekonomik g6stergeler ile sosyal sermaye ve sağlık davranışlarını değerlendiren bir soru formu bireylere dağıtılarak 6zdeğerlendirme yoluyla veri toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler i6in ortalama, standart sapma ve y6zde oran kullanılmıştır. Sosyal sermaye soruları fakt6r analizi ve g6venilirlik analizi ile alt boyutlarına ayrılmıştır. Normal dağılıma uygunluk testleri sonucunda s6rekli veriler i6in Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri, sayım verileri i6in Ki-Kare testi uygulanmıştır. 6ok değerkenli analizler i6in 6oklu doğrusal regresyon ve lojistik regresyon modelleri oluşturulmuştur.

Araştırma grubunun 304'6 kadın, 325'i erkektir. Gecekondu ve d6zenli yerleşim b6lgesinde yaşayan bireyler arasında sosyo-ekonomik a6ıdan anlamlı farklılıklar olduğu g6zlenmiştir. Sağlık davranışlarının da sosyo-ekonomik 6zelliklere g6re farklı dağılımları olduğu belirlenmiştir. Sağlık davranışları ile Sosyal Sermaye 6l6ek puanlarının ilişkisini test etmek i6in uygulanan 6ok değerkenli analizler sonucunda anlamlı ilişki g6sterenler 6đ6n atlama, yatmadan 6nce bir şeyler yeme i6me, sağlıklı beslenme algısı, diş fir6alama, d6zenli spor yapma, sağlık hizmeti alamama, tedaviye uyum, diş hekimine muayene olmadır.

Sosyal sermaye, sağlık davranışları a6ısından sosyo-ekonomik değerkenlerle birlikte anlamlı bir etken olarak 6ne 6ıkmıştır. Sosyo-ekonomik eşitsizliklerin giderilmesine y6nelik 6abalara sosyal sermayeyi geliştirmeye y6nelik eylemler de eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Sermaye, Sağlık Davranışları, Sađlđđın Sosyal Belirleyicileri, Mahalle

## II. ABSTRACT

There has been an increasing policy making and research for social determinants of health and inequalities in health. Social capital, a new concept even for social sciences functions as an intermediate factor at the framework for health determinants and it is increasingly investigated in health research. Social capital is defined as a resource that individuals may access through membership in a structure of network with certain values and through sharing these resources reciprocally. The objective of this dissertation is to investigate the association between social capital and health behaviors.

This is a cross-sectional study that has been carried out in a neighborhood in Beşiktaş, İstanbul with individuals of age 18-65 years old. The study sample included 629 individuals selected by a stratified and systematic sampling process. We collected the data with a self-reported questionnaire including items for sociodemographic and socioeconomic features, social capital and health behaviors. We presented the descriptive data via statistics of mean, median and standard deviation. We applied Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis Tests subsequent to the normality tests of the distribution, and Chi Square Test for the categorical data. Linear and logistic regression models were used for multivariable analysis.

There were 304 women and 325 men in the sample. There was significant socioeconomic differences between the slum and well off regions. Individuals' practices of health behaviors varied due to the socioeconomic factors. Logistic regression models showed significant associations between the health behaviors such as skipping meal, eating before sleep, perception for healthy nutrition, brushing teeth, regular sports/exercise, being not able to access to health care, compliance with therapy, and dental examination.

Social capital is another determinant of health behaviors together with socioeconomic variables. Efforts for decreasing socioeconomic inequalities should also include efforts to promote social capital.

**Key Words:** Social Capital, Health Behaviors, Social Determinants of Health, Neighbourhoods

### III. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1948 yılında yapılan sağlık tanımı basit bir ifade olmasına karşın anlamı bakımından karmaşık ilişkiler ve etkileşimler ile ortaya çıkan tam iyilik haline işaret etmektedir (37). Bedensel ve ruhsal iyilik halinin toplumsal iyilik hali ile birlikte olduğunda bütüncül bir tanıma varılmasının ima ettiği noktalar arasında birey yerine toplum, toplumsal etkenler ve harmoni bulunmaktadır. Dolayısıyla bu durum, bireyin gündelik yaşamında etkileştiği ne varsa, her birini sağlık durumuna etkisi bağlamında tartışılabilir kılmaktadır. Böylece iyilik halinin belirleyicileri bireyselden başlayıp toplumsal bağlama kadar genişlemektedir. Bireysel sağlık davranışları ve psikolojik durumdan, barınma koşulları, çalışma ortamı, sosyo-ekonomik konum ve ülkenin kalkınmışlık seviyesine kadar geniş bir etkileşim kümesi sağlığın belirleyicileri olarak adlandırılabilir (16, 109,139).

Bu, aslında “nedenlerin nedenleri” olarak adlandırılan bir yaklaşımdır (135). Sağlığın belirleyicileri bağlamında ele alındığında bazı basamaklardan söz edilebilir. İlk basamakta sağlığın sosyal belirleyicileri yer alır. İkinci basamakta ise sosyo-ekonomik konum ve sosyo-politik bağlamı ifade eden sağlık eşitsizliklerinin belirleyicileri bulunmaktadır ve bu basamağa sağlığın yapısal belirleyicileri de denir. Bu basamaklar arasında işlev gören bir başka değişken ise toplumsal birlik ve sosyal sermaye olarak belirtilmektedir (139).

Sosyal sermaye kavramı son yıllarda çeşitli disiplinlerce incelenen ve üzerinde fazlaca tartışma olan bir konudur. Konunun bu kadar yaygınlaşmasında Robert Putnam’ın *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community* (Tek Başına Bowling: Amerikan Toplumunun Çöküşü ve Yeniden Canlanması) adlı eserinin (132) payı büyüktür. Ekonomik bağlamda sosyal sermaye kalkınmadaki “eksik öge” olarak görülürken (48), sosyoloji bağlamında ise birçok farklı şekilde ele alınmıştır. Her iki kesimden de köken alan düşünürler sosyal sermaye için birçok tanım yapmıştır. Bunlardan en çok atıfta bulunulan ikisi John Field’in Sosyal Sermaye isimli kitabında şu şekilde derlenmiştir (52):

*“Bourdieu ve Wacquant’a göre: Sosyal sermaye gerçekte veya uygulamada karşılıklı aşinalık ve tanışıklığa dayalı olarak az ya da çok kurumsallaşmış ve uzun ömürlü iletişim ağlarına sahip olması nedeniyle bir bireyin veya grubun haklı olarak pay aldığı kaynakların bir toplamıdır.”*

*“Putnam’a göre: Sosyal sermaye kavramı, sosyal organizasyonun özelliklerine, örneğin koordine edilen eylemlerle toplumun verimliliğini geliştiren güven, normlar ve iletişim ağları gibi yanlarına vurgu yapmaktadır.”*

Tanımlarda birey, grup, toplumsal ilişkiler ve politik birimler gibi birçok unsura vurgu yapılmaktadır. Özetle; sosyal sermaye sosyal ilişkilerin önemini ifade etmektedir. Bireyin kendi ilişkilerinden yararlanmasında, bu ilişkilerin yoğunluğu gibi niteliksel özelliklerin yanında, ne kadar insan veya grupla, ne sıklıkta ilişki kurduğu gibi niceliksel özellikler de rol oynar ve bunlar sosyal sermayeyi zenginleştirir (52).

Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişki özellikle yakın zamanda giderek artan bir şekilde incelenmektedir. Temel olarak sosyal sermaye, sağlık bilgisinin hızla yayılmasına olanak sağlaması; sağlıklı davranışların benimsenmesini artırması; olumsuz sağlık davranışlarına karşı toplumsal bir kontrol mekanizması sağlaması ile bir bölgede yaşayanların sağlığına etki edebilir. Ayrıca yerel hizmetler ve olanaklara erişimi artırabilir. Son olarak sosyal sermaye psiko-sosyal yoldan sosyal destek mekanizmaları, özdeğer ve karşılıklı saygı ile sağlık üzerinde etkili olabilir (85)

Sağlık açısından, bugün, dünyanın önündeki en büyük sorun olarak mortalite ve morbidite nedenleri içinde ilk sırada yer alan bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) gösterilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) verilerine göre 2008 yılında meydana gelen 57 milyon ölümün 36 milyonu – yaklaşık üçte ikisi – kalp-damar sistemi hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşmiştir (43). BOH için gösterilen ana risk etmenleri ise modernleşme, hızlı şehirleşme ve 21. yüzyıla özgü yaşam biçimi olarak gösterilmekte (118) ve bu yaşam biçimi davranışları da tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel etkinlik ve zararlı düzeyde alkol kullanımı olarak belirtilmektedir.

BOH’dan korunmada sağlık davranışlarının rolü büyüktür. Ancak, sağlık davranışlarının toplumda benimsenmesi ve uygulanması yalnızca bireylerin sorumluluğunda değildir. İçinde yaşadığımız sosyal, ekonomik ve fiziksel çevre davranışların şekillenmesinde ve sürdürülmesinde ciddi şekilde etki sahibidir. Bireyin çevresiyle olan iletişimi ve etkileşimi davranışların benimsenmesi veya tersi için bir belirleyici olmaktadır. Özellikle sosyal çevrenin, sosyal destek ve sosyal ağlar, sosyo-ekonomik konum, ayrımcılık, mahalle etmenleri, toplumsal birlik ve sosyal sermaye gibi çeşitli boyutları davranışlar üzerinde etkili olması yönünden (112) sağlık araştırmalarında giderek daha fazla araştırılmaktadır.

Bu çalışmadaki amaç bir Aile Sağlığı Merkezi (ASM) Bölgesinde yaşayan sakinlerin sağlık davranışları ile sosyal sermaye düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırma hipotezi; sosyal sermaye düzeyi yüksek olan bireylerin olumlu sağlık davranışlarını benimsemesinin daha yaygın olduğu yönündedir.

#### IV. GENEL BİLGİLER

Tarih boyunca hayatta kalma dürtüsüyle yaşayan insan, tekil yaşamdan toplu yaşama geçmiş ve bunun sağladığı avantajları kullanagelmıştır. Doğada avcı-toplayıcı olarak başlayan süreç, tarıma geçişle yerleşik yaşama doğru evrilmiştir. Yerleşik yaşam ile birlikte insanlar arası iletişim ve etkileşim artmış, insanlar giderek daha fazla birbirine ihtiyaç duyar hale gelmiştir. İnsanlar arasında çeşitli ürünlerin dolaşıma girmesiyle ticaret ve ekonomi hayat bulmuştur. İnsanın doğaya karşı merakı ve onu anlama çabası sayesinde bilim, doğayı kopyalamasıyla birlikte sanat gelişmeye başlamıştır. Bilimsel birikim neticesinde ilkel taş aletlerden günümüzün karmaşık aletlerine kadar teknolojik gelişim sürmüştür. Toplumlarda bu gelişimlerini sürdürmek için çeşitli doğal kaynakları kullanmış, bu kaynakların toplumun bireyleri ve grupları arasında kullanımını ve paylaşımını düzenleyen kurallara dayalı bir düzen veya düzenlerin oluşması söz konusu olmuştur. Dolayısıyla çeşitli yönetim anlayışları, bürokrasi ve hukuk ortaya çıkmıştır. Diğer yandan kaynakların dağılımına, cinsiyet, ırk, din, dil vb. özelliklere göre topluluklar farklılaşmış ve hiyerarşik ve heterojen bir yapı meydana gelmiştir. Buna, bir insanın alınıp satılabilen bir varlık olduğu kölelik düzeninden, mesleğe, eğitime ve gelire dayalı sınıf konumlarına kadar çeşitli durumlara dayalı tabakalaşmalar örnek verilebilir. Bireyler, topluluklar ya da toplumlar arasında, ister kaynaklara erişim bakımından isterse de cinsiyet, ırk, din, dil vb. özelliklere göre olsun düşmanlıklar, zaman zaman çatışmalar, hatta yıkıcı savaşlar yaşanmıştır

Görüldüğü gibi, dünden bugüne içinde yaşadığımız koşullar çok çeşitli evrelerden geçerek giderek karmaşıkleşan bir hal almıştır. İnsan, tarih boyunca içinde yaşadığı ortam nasıl olursa olsun, çevresiyle ilişki ve etkileşim içinde olmayı sürdürmüştür. Bu iletişim ve etkileşimin, özellikle sağlık üzerindeki etkileri giderek daha büyük ilgi toplamaktadır. Sağlığa biyolojik yaklaşım yerini bütünsel bir yaklaşıma bırakmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 64 yıl önce yapılan tanım, bireyin sağlığını etkileyen üç temel unsura vurgu yapmasına karşın (37), sağlığın özellikle sosyal yönü geri planda kalmıştır (24). 1978 yılında yayımlanan Alma-Ata Bildirgesi'nde ise sağlıkta hakkaniyeti sağlamak adına toplumsal koşulların iyileştirilmesi gerekliliğine vurgu yapılmıştır (38).

Aslında sağlığın sosyal yönü üzerine yapılan vurgular ve bu alandaki eylemler yeni değildir. Bu alanın öncülerinden olan Rudolf Virchow'un, 1848 yılında kaleme aldığı Yukarı Silezya Tifus Salgını Raporu'nda sağlık ve hastalık üzerinde sosyal gerçeklerin etkisini öne



çıkaran yaklaşımı (159), o dönem için olgunlaşmasını tamamlayamamış (134), ancak daha sonraki dönemlerde bu alana vurgu yapan birçok öncü sayesinde gelişimini sürdürmüştür. Ülkemizdeki anlayışın da bu süreçten geri kalmadığını ve Cumhuriyet’in erken dönemlerinde halk sağlığı (hıfzıssıhha) alanında benzer bir bakış açısının hâkim olduğu söylenebilir. Türkiye’nin ilk tıp fakültesi olan İstanbul Tıp Fakültesi’nin Hijyen Kürsüsü’nün ilk başkanı, Alman hekim Ord. Prof. Dr. Julius Hirsch ve kürsünün diğer öğretim üyesi Doç. Dr. Muhiddin Erel tarafından 1938 yılında tıp öğrencileri için kaleme alınan Hıfzıssıhha Ders Kitabı içinde bu konu hakkında şöyle yazılmıştır (bazı sözcüklerin güncel karşılıkları parantez içinde belirtilmiştir):

*“... epidemilerin hıfzıssıhhaca mütaleasında (açıklanmasında) amili maraz ile intana uğramış (hastalık etkeni ile infekte olmuş) insan arasındaki münasebetleri aramakla iktifa etmemeli (yetinmemeli), bütün sebebler kompleksine nüfuz etmeğe çalışmalıdır. Bu sebeblerin büyük bir kısmı **ictimai (sosyal) ve kültürel muhittedir** (75).”*

Küresel olarak sağlık alanında en önemli mercii olan DSÖ bünyesinde 2005 yılında kurulan Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonunun (SSBK) 2008 yılında yayımlanan raporu ise sosyal tıp alanında bir doruk noktası olmuştur. Rapor, sosyal yapıyı öne çıkararak Virchow, Hirsch ve Erel’in de belirttiği gibi sağlığın ve hastalıkların izini ve nedenlerini içinde yaşadığımız toplumda aramaktadır (75, 135, 159). Rapor, “nedenlerin nedenleri” olarak adlandırılan bir yaklaşımla sağlığın belirleyicilerini ve bunlara yönelik atılması gereken adımları anlatmaktadır (135). Bireysel sağlık davranışları ve psikolojik durumdan, barınma koşulları, çalışma ortamı, sosyo-ekonomik konum ve ülkenin kalkınmışlık seviyesine kadar geniş bir etkileşim kümesi sağlığın belirleyicileri olarak adlandırılabilir (16, 109, 139). Solar ve Irwin tarafından, SSBK Çerçeve Eylem Planı’nda sağlığın belirleyicileri belirli bir sistematik içinde basamaklı bir şema halinde (bkz. Şekil 1) anlatılmıştır (138).

Şekil 1’de, sosyo-ekonomik ve politik mekanizmaların çeşitli özelliklerine dayalı olarak insanların tabakalara ayrılması ve bunun da sağlığa olan etkileri gösterilmektedir. Komisyon, yapısal mekanizmalar olarak adlandırılan ve toplumda tabakalaşmayı, sosyal sınıf farklılıklarını meydana getiren sosyo-ekonomik ve politik bir bağlamı tanımlamaktadır. Bireysel sosyo-ekonomik konum ise güç, prestij ve kaynaklara erişime göre belirlenen hiyerarşik yapı içinde tanımlanmaktadır. Bu sosyo-ekonomik tabakalaşmanın en önemli göstergeleri arasında gelir, eğitim, meslek, sosyal sınıf, cinsiyet ve etnisite gibi unsurlar

## A. SOSYAL SERMAYENİN TARİHÇESİ VE TANIMI

Sosyal sermaye kavramının ortaya çıkış sürecini anlaşılır kılmada öncelikle “sermaye” kavramının tanımlanması daha aydınlatıcı olacaktır. Sermaye kavramı uzunca bir geçmişe

sahip olup, on yedinci yüzyıldan bugüne değin kullanılmaktadır ve başlangıçta ekonomik bir terim olarak Romalı hukukçular tarafından kredi anaparası anlamında kullanılmıştır. Ancak sermaye kavramı denince akla gelen ilk isim Karl Marx olmaktadır (11). Marx'ın sermaye anlayışına ve sermayenin geçtiği evrelere sonraki bölümde değinilmiştir.

Ağırlıklı olarak ekonomik bir terim olan sermayenin kelime anlamı, Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde yapılan ekonomi ağırlıklı tanımlamalara göre "1) Bir ticaret işinin kurulması, yürütülmesi için gereken anapara veya paraya çevrilebilir malların tamamı; 2) Gelir yaratma yeteneğine sahip ulusal veya uluslararası düzeyde her türlü mali ve fiziksel varlık"tır (146). Modern iktisat teorisinde üretimin oluşmasını sağlayan dört faktör sermaye, toprak, emek ve girişimdir (110). İlerleyen dönemlerde ise bireyin sahip olduğu bilgi ve bilgi birikiminin üretim verimliliğini artırması bağlamında sermaye niteliği taşıdığının çeşitli çevrelerce kabul görmeye başlaması ile birlikte, yeni sermaye teorileri oluşmaya başlamış ve dolayısıyla ekonomi dışında sosyoloji başta olmak üzere birçok başka disiplinin de bu kavrama ilgisi artmıştır (154). Aşağıdaki iki bölümde, ilk olarak klasik sermaye teorisi ile yeni sermaye (neo-sermaye) teorileri, ardından da sosyal sermaye kavramı tartışılacaktır.

### **1. Sermaye Kavramının Farklılaşma Süreci ve Sermaye Teorileri**

Sermaye kavramının izi sürüldüğünde Marx ve onun bu konuda yaptığı analizlere varılmaktadır. Marx'a göre sermaye, kapitalist ve emekçiler arasındaki üretim ilişkisinin bir ürünüdür (107). Kapitalist, üretim için gerekli olan hammadde ve emek aletlerini satın aldığı gibi işçilerin emek gücünü de belirli bir ücret karşılığında satın alır; bir başka ifadeyle işçiler emeklerini bir değişim değeri (çoğunlukla para) karşılığında kapitaliste satarlar. Bu ücret ise onların yaşamlarını sürdürebilmeleri için gereken temel ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Oysa üretilen metanın dolaşımında olmasıyla kapitalist veya sürece eklenebilecek diğer kapitalistler bir artı değer elde ederler. Sermaye metanın üretim ve dolaşımında olmasıyla ilişkilidir, zira sermayeyi yaratan bu dinamiktir. Ayrıca elde edilen bu artı değer bir bölümü kapitalist tarafından sahiplenilirken, diğer bölümü ise yatırım olarak kullanılır ve böylece üretim araçları üzerinde bir kontrol olanağı sağlar. Tüm bu süreç aslında bir toplumsal etkinliktir (97) ve sermaye baskın bir toplumsal kesimin gücü (yatırım yapan ve artı değere el koyan) şeklinde çoğalarak, ilişki dinamiklerinin sınıf farklılığına dayalı olarak sürdürülmesini zorunlu kılar (96, 107).

Bir sosyoloji profesörü olan Nan Lin'e göre, Marx'ın *klasik sermaye teorisi* olarak adlandırılan bu denkleminde, işçiler ihtiyaçlarını karşılayacak ücretlerini almanın ötesine

geçemezler; yani yatırım yapan da kâra el koyan da kapitalistlerdir ve sürece katılan emek, işçiler için sermaye üretmemektedir (97). Ancak, daha önce de belirtildiği gibi bilgi birikiminin de bir sermaye özelliği taşıdığına kabul görmeye başlaması ile birlikte *yeni sermaye teorileri* de şekillenmeye başlamıştır (bkz. Tablo 1).

Bu bağlamda ilk olarak insani (beşeri) sermaye kavramı ile karşılaşılmaktadır. Kavramın çıkışı Adam Smith'e kadar uzanmakla birlikte, sistematik olarak ilk açıklayanlar Theodore Schultz ve Gary Becker'dir (11). İnsani sermaye, fiziksel sermayenin aksine, üretim veya değişim süreçlerinde bilgi, deneyim veya diğer özellikler bakımından zenginleşen işçinin kazandığı değerdir (97). Klasik sermaye teorisindeki işçi, sadece üretim sürecine emeğiyle katılan bir faktör iken, bu görüşte üretim etkinliğinde işçinin de belirli bir süreçten geçerek deneyim ve bilgi bakımından geliştiği düşünülmektedir (137). Pratik olarak insani sermayeye yatırım yapmak demek formel veya informal yaşam boyu eğitime yatırım yapmak demektir (119). Sonuçta, işçi ücretleri böylece ihtiyaçları karşılamının üzerinde bir değere ulaşabilmekte; kalan meblağ, sermayeye dönüşecek etkinliklere veya yaşam tarzı harcamalarına yatırılabilen ve sermaye (para veya değerli diğer varlıklar) olarak saklanabilmektedir (97) – bu, aynı zamanda işçilerin de artık kapitalist olduklarını imâ etmektedir (137). İnsani sermayenin bu şekildeki kullanımı klasik sermaye teorisindeki işçi-kapitalist ilişki dinamiğine göre farklı bir durum ortaya koymaktadır. Artık işçiler de yatırımcı sıfatına sahip olarak, kendi özgür iradeleriyle çıkarlarına yönelik sermaye birikimi yapan bir kesim olarak formüle edilmektedir. Yine de Lin'e göre, sermayenin anlamı bu haliyle de değişmez: sermaye, belirli bir getiri beklentisi ile piyasaya yapılan yatırımdır (97).

Kültürel sermaye kavramını literatüre kazandıran sosyal bilimci Pierre Bourdieu'ya göre sermaye üç farklı şekilde bulunmaktadır: doğrudan paraya dönüştürülebilen *ekonomik sermaye*; eğitim bağlamında kurumsallaşan ve belirli koşullar altında ekonomik sermayeye dönüştürülebilen *kültürel sermaye*; son olarak da yine belirli koşullarda ekonomik sermayeye dönüştürülebilen ve sosyal bağlantılardan meydana gelen *sosyal sermaye*. Bourdieu, kültürel sermaye kavramına yönelik görüşlerinin, değişik sosyal sınıflardan oluşan bir öğrenci topluluğunun okul başarılarındaki farklılıkları nelerin etkilediğini araştırdığı sırada şekillenmeye başladığını ifade etmiştir (22). Bu kavram, çalışanların özgür iradesinin veya kendi çıkarını düşünmelerinin bir ürünü olarak kurgulanan insani sermaye kavramına alternatif bir bakış açısı getirmektedir (97). Bourdieu, ekonomik bir bakış açısının eğitime işlevsel olarak bakmasının, aslında eğitimin toplumsal yapının yeniden üretiminde üstlendiği

**Tablo 1:** Sermaye Teorileri

|                      | <b>Klasik Sermaye Teorisi</b>                                                                                                                          | <b>Yeni Sermaye Teorileri</b>    |                                                           |                                                                |                                           |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|                      |                                                                                                                                                        | <b>İnsani Sermaye</b>            | <b>Kültürel Sermaye</b>                                   | <b>Sosyal Sermaye</b>                                          |                                           |
| <b>Teorisyen</b>     | Marx                                                                                                                                                   | Schultz, Becker                  | Bourdieu                                                  | Lin, Burt, Marsden, Flap, Coleman                              | Bourdieu, Coleman, Putnam                 |
| <b>Açıklama</b>      | Sosyal ilişkiler: proleteryanın kapitalistler tarafından sömürüsü                                                                                      | İşçinin artı değer biriktirmesi  | Baskın sembol ve anlamların (değerler) yeniden üretimi    | Sosyal ağlarda bulunan kaynaklara erişim ve bunların kullanımı | Dayanışma ve grubun yeniden üretimi       |
| <b>Sermaye</b>       | A) Kullanım değeri (tüketim pazarında) ile değişim değeri (üretim-emek pazarı) arasında artı değer bir bölümü<br>B) Meta üretimi ve dolaşımına yatırım | Teknik beceri ve bilgiye yatırım | Baskın değerlerin içselleştirilmesi veya yanlış tanınması | Sosyal ağlara yatırım                                          | Ortak tanışıklık veya bilinirliğe yatırım |
| <b>Analiz düzeyi</b> | Yapısal (sınıf)                                                                                                                                        | Bireysel                         | Bireysel/sınıf                                            | Bireysel                                                       | Grup/bireysel                             |

Kaynak: Lin, 1999

rolü görmesini engellediğini ileri sürmektedir (22). Toplumun baskın sınıfı pedagojik eylemlerde bulunarak (örn. eğitim) kendi hâkim kültürünü gelecek kuşaklara empoze etmekte ve böylece baskın sembol ve anlamların hedef kültür şeklinde yeniden üretimi söz konusu olmaktadır (22, 80). Bu bağlamda, eğitime yatırım yaparak baskın sınıfın kültürünü içselleştiren bir kişi, emek piyasasında kendine yer edinerek yaşamını sürdürecektir harcamalar için para kazanma yetkinliğine sahip olmaktadır (97). Kültürel sermaye üç durumda bulunmaktadır. İlki, dışsal bir servetin içselleştirilmiş biçimini, *habitusu*, ifade eden bedenselleşmiş (ing.: embodied) durumdur. Bedenselleşmiş durum, edinilen değerler, bilgi gibi unsurlara işaret eder. İkincisi, kültürel sermayenin bedenselleşmiş durumuyla ilişkili olarak nesneleşmiş (ing.: objectified) durumdur ve sanat objeleri, kitaplar gibi somut unsurları ifade eder. Üçüncüsü ise, eğitim düzeyi veya profesyonel unvanlar olarak özetlenebilecek kurumsallaşmış (ing.: institutionalized) durumdur. Kültürel sermayeyi sağlıkla ilişkisi açısından ele aldığımızda, insanların sağlıkla ilişkili değerleri, davranış normları, bilgi ve uygulamaları bedenselleşmiş duruma denk düşmektedir. Örneğin sağlık okuryazarlığı belirli bir oranda bedenselleşmiş durumdaki kültürel sermaye ile açıklanabilmektedir. Sağlık kitapları, internet erişimi ve çeşitli spor donanımları nesneleşmiş durumdaki kültürel sermayenin birer parçasıdır ve sembolik olarak belirli anlamlar taşımaktadırlar (3).

Pierre Bourdieu tarafından detaylı olarak incelen diğer sermaye türü ise sosyal sermayedir. Bu terimi 1916 yılında ilk kullanan kişi ise Lyda Judson Hanifan olmuştur (132). Bu adı kullanmamasına karşın, kavramın çeşitli yönlerini, özellikle de “birlik sanatı”, “etkileşim” ve “sosyal yapıştırıcı” gibi ifadelerle Amerikalıların sivil yaşama olan katılımını tarif ederek, demokrasinin işlerliğini anlatan Alexis de Tocqueville, kavramın oluşumunda ilk katkıyı yapan kişiler arasındadır (154). Kavramın popüler olmasına en büyük katkıyı ise *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community* (Tek Başına Bowling: Amerikan Toplumunun Çöküşü ve Yeniden Canlanması) adlı kitabı ile Robert Putnam yapmıştır (132). Sosyal sermaye için birçok farklı tanım yapılmakta ve hatta bazılarının da birbiriyle çeliştiği görülse de kavram insanların iletişim ağlarının onların çeşitli kazanımlar elde etmelerinde sağladığı avantaj veya dezavantajları barındırdığı noktasında ortaklaşmaktadır. Çeşitli topluluk veya cemaate aidiyet ile şekillenen informal ilişki ağlarından, kurumsal seviyede formel ilişki ağlarına ve çeşitli örgütsel yapılarda gönüllülüğe kadar değişik biçimlerde bir etkileşim kümesi üzerinden farklı çıkarımlar yapılmasına karşın, son zamanlarda bu tanımların benzer bir sürecin farklı düzeylerini (makro, mezo, mikro) işaret ettiği yönünde de görüşler bulunmaktadır (127). Bundan sonraki bölümde, kavramın öncü

isimlerinden Bourdieu, Coleman ve Putnam'ın konu hakkındaki görüşlerine kısaca değinilerek, ardından sosyal sermayenin sağlıkla ilişkisi tartışılacaktır.

## 2. Sosyal Sermaye ve Tanımlar

Sosyal sermaye, ekonomi ve sosyoloji literatürüne özgü bir kavramdır. Önceki bölümlerde tanımlandığı gibi, bir getiri veya kazanç beklentisi ile piyasaya yapılan bir yatırım (97), sosyal sermaye kavramının “sermaye” bölümüne denk düşmektedir. Birçok toplumda insanlar köken, mahalle, inanç vb. özelliklere dayalı olarak topluluklar veya gruplar oluşturmakta, bunlardan biri veya daha fazlasının içinde ve arasında yer alarak bir iletişim ağına girmektedir. Kavramın “sosyal” yönü de bu iletişim ağlarındaki olumlu veya olumsuz etkileşimler için kullanılmaktadır (106).

Detaylı bir tanımlamadan önce birkaç örnekle kavrama açıklık sağlanacaktır. Küçük çaplı bir iş kurmak için bir kişi tanıdıklardan veya eş-dosttan borç alarak bu işi kurabilir. Böylece maddi bir kazanç sağlayan bir geçim kaynağına erişmiş olur. Bir başka örnek: herhangi bir nedenle göç eden bir insan veya insanların göç ettikleri yerde kısa ve uzun dönemli ihtiyaçları vardır. İlk akla gelen barınma, gıda olurken uzun dönemde ise bir geçim kaynağı (iş) önemli olmaktadır. Bunların ilk olarak karşılanmasında insanlar akrabalık ve yakınlık ilişkilerini kullanarak çeşitli şekillerde bu dönemi atlatabilirler. Barınma için akrabalarının yanına yerleşip, iş bulmak için hemşehrlik ağından yararlanabilirler. Tek başına iş aramak yerine hemşerilerinin aracılığıyla iş bulması daha olası ve kolay bir yoldur. Hatta belki de hiçbir tanışıklığı olmamasına karşın hemşerilerinden, onların kurduğu yöresel derneğe katılarak da bu yönde bir yardım alabilir. Zaman zaman bu gibi durumların olumsuzluklarını da görmek mümkündür. “Hamili yakinimdir!” ifadesinin bizim toplumumuzda çağrıştırdığı algı aslında sosyal sermaye kavramının dinamikleri içinde yer alır. İleride değinileceği gibi sosyal sermayenin bazı olumsuz yanları da yok değildir. Son bir örnek ise, özellikle sağlık hizmet sunumu bağlamında verilebilir. Hastaların bir kurumda, özellikle kamu kurumlarında randevu alarak hekime muayene olması gerekliliği herkesçe bilinmektedir. Ancak, resmi olarak bu yolu izlemek yerine tanışıklık yoluyla hekimden sıralı hastalara ek olarak yakını olan hastanın da muayenesini sıkıştırmasını isteyen herhangi bir sağlık çalışanı hasta için avantaj sağlayan bir durumu gerçekleştirmiş olur. Yaygın bir deyimde olduğu gibi “aslında ne bildiğin değil, kimi tanıdığın önemlidir”. Buradan hareketle, sosyal sermaye kavramı için merkezi unsurlar olarak iletişim ağlarında yer almak, ortak değerler ve karşılıklılıktan söz edilebilir ve kavramın ana fikri sosyal iletişim ağlarının servet

niteliğinde olmasıdır (52). Elbet bilgi sahibi olmanın da bir avantajı bulunmaktadır, ancak burada sosyal sermaye bağlamında sözü geçen deyim özellikle açıklayıcıdır.

#### **a. Pierre Bourdieu**

Daha önce de belirtildiği gibi Bourdieu için sermayenin üç biçimi vardır. Bunlardan ilki ekonomik sermayedir ve klasik sermaye teorisinde anlatılan bağlama denk düşer. İkincisi kültürel sermayedir ve bu da sınıfsal farklılıkların yeniden üretiminde önemlidir. Üçüncüsü ise sosyal sermayedir. Bourdieu'nün temel gayesi, bu üç kavramı kullanarak sosyal alana ve özellikle de sosyal hiyerarşiye dair açıklamalarda bulunmaktır (28, 52). Diğer yandan Bourdieu için ekonomik olsun, kültürel veya sosyal olsun sermaye biçimleri, aslında güç ilişkilerini işaret etmektedir. Bourdieu'nün sermaye kavramına olan ilgisi, özellikle tatlar ve yaşam tarzı bağlamında kültürel kaynakların sınıf farklılıklarını nasıl belirlediğini göstermek istemesinden kaynaklanmaktadır (28). Sosyal sermaye için Bourdieu'nün yaptığı tanım şöyledir:

*“Sosyal sermaye, karşılıklı aşinalık ya da tanışıklığa dayalı olarak az ya da çok kurumsallaşmış ilişkilerden meydana gelen uzun ömürlü bir ağa sahip olmakla bağlantılı potansiyel veya gerçek kaynakların bir toplamıdır - başka bir deyişle bir gruba dâhil olmaktır; öyle ki bu grup, üyelerinin her birine, topluca ortak oldukları bir sermaye, yani kelimenin başka bir anlamıyla kullanabilecekleri bir çeşit "kredi" sunmaktadır.*

*Bir kişinin sahip olduğu sosyal sermaye miktarı etkin bir şekilde harekete geçirebileceği bağlantıların büyüklüğüne ve bağlantılarının sahip olduğu sermaye (ekonomik, kültürel veya sembolik sermaye) miktarına bağlıdır (22).”*

Bourdieu'nün tanımından vurgulanması gereken iki önemli nokta ortaya çıkmaktadır. Bunlardan ilki, bireysel düzeyde belirli iletişim ağlarına dâhil olmakla bu ağların sağladığı kaynaklara erişim olanağının doğmasıdır; ikincisi ise, bu bağlantıların niceliği ve niteliği bireyin harekete geçirebileceği kaynakların da özelliklerini belirler (129, 154). Bireysel düzeye ek olarak bir grubun sahip olduğu kaynaklara işaret etmesi onun kavramı toplumsal düzeyde ele aldığını da göstermektedir (50). Bourdieu'ya göre sermaye birikmiş emektir (22). Dolayısıyla sosyal sermayeyi meydana getiren iletişim ağları için emek harcamak gerekmektedir. Bu da bir çeşit yatırımı zorunlu kılar (22, 52, 129).



## b. James Coleman

Amerikalı ünlü bir sosyal bilimci olan James Coleman, çalışma yaşamı boyunca disiplinler arası bir çalışma alanı meydana getirebilmek adına sosyoloji ve ekonomiyi birlikte ele alarak, sosyal davranış üzerine incelemeler ve açıklamalar yapmıştır (29, 52). Coleman amacını, ekonomik bir ilke olan akılcı eylem kuramı ile toplumsal yapıyı tek bir bilimsel alanda sınırlı kalmadan açıklamak olarak belirtmektedir (29). Coleman’a göre sermaye finansal, insani ve sosyal olmak üzere üç biçimde bulunur. Sosyal sermaye için yaptığı tanım şu şekildedir:

*"Sosyal sermaye işlevine göre tanımlanır. Tek bir varlık olarak değil, farklı varlıkların bir çeşitlemesidir ve ortak iki unsuru bulunmaktadır: bu farklı varlıkların tümü toplumsal yapının bazı suretlerinden meydana gelir ve bu yapı içinde bulunan aktörlerin – ister kişiler ister şirketler olsun – belirli eylemlerini kolaylaştırmaktadır (29)."*

Ekonomi literatüründe yaygın kullanılan akılcı eylem kuramı, insan davranışlarının bireyin arzu ve inançları çerçevesinde en uygun ve kendi çıkarına olacak doğrultuda gerçekleştiği görüşünü ifade etmektedir (1, 52, 110). Yukarıdaki tanıma göre sosyal sermaye bireyin belirli bir toplumsal yapı içindeki ilişkileri üzerinden eriştiği yararlı bir kaynaktır. Bourdieu’nün tanımıyla sosyal sermaye elit grupların prestijli konumlarını sürdürmelerine yararken, Coleman sosyal sermayenin sadece elitler için değil herkes için değerli bir kaynak olduğunu ileri sürmektedir. Sosyal sermayenin işlevi, bireylerin tek başına gerçekleştiremeyeceği çıkarlarını gerçekleştirmek için kullanabilecekleri kaynaklar biçiminde toplumsal yapıda saklı bir değer olmasıdır (11, 29).

Sosyal sermaye oluşumunu tanımlarken, Coleman üç başlık altında bir dizi unsur saymaktadır. Bunların ilki, yükümlülükler, beklentiler ve yapıların güvenilirliği; ikincisi, bilgi kanalları; üçüncüsü ise normlar ve etkin yaptırımlardır. Sosyal sermayeyi meydana getiren toplumsal yapının ise iki özelliğine dikkat çeker. Özellikle normların etkinliği için önemli bulunduğu ve “ağların kapanması (ing. closure of networks)” adını verdiği bir durum ile toplumsal bir yapı içinde güvenilirlik ve yaptırımlar daha olanaklı hale gelir. Diğeri ise uygun sosyal örgütlerdir (29). Coleman’ın tanımının sınırlılıkları olmasına karşın, sosyal sermayenin nasıl geliştiğine dair çeşitli mekanizmaları ve insani sermayenin edinilmesindeki rolüne açıklamalar getirmesi önemli görülmektedir (129).

### c. Robert Putnam

Alexis de Tocqueville'in 1830'larda Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) neredeyse tümünü kapsayan gezisine dayanarak, Amerikalıların sivil bağlılık eğilimlerinin demokrasinin işleminde anahtar rol oynadığından söz ettiği "Amerika'da Demokrasi" (ing. Democracy in America) adlı yapıtından esinlenen ve ilk önemli çalışması İtalya'daki politik istikrarın ve ekonomik refahın nedenlerini araştırmak olan Robert Putnam, 1940'larda ABD'de devam ettiği araştırmaları sonucunda de Tocqueville'e atıfta bulunarak, sosyal sermayenin büyük oranda azalmasından duyduğu kaygıyı dile getirmiştir (52, 131). Putnam'a göre;

*"Fiziksel ve insani sermaye (bireysel verimliliği artıran araçlar ve eğitim) anlayışıyla benzer şekilde sosyal sermaye, ortak çıkarlar için eşgüdüm ve işbirliğini kolaylaştıran ağlar, normlar ve güven gibi toplumsal örgütlenmenin özelliklerine atıfta bulunan bir kavramdır. Fiziksel ve insani sermayeye yapılan yatırımdan elde edilecek faydayı artırır (131)."*

Putnam sosyal sermayeyi bireysel olduğu kadar toplumsal olarak da görür. Bir kişi kendi ilişkilerini kullanarak bir iş sahibi olabilirken, diğer yandan, birbirinin evine göz kulak olan mahalle sakinleri sayesinde suç oranının daha düşük olduğu bir ortamda komşularına selam dahi vermeyen bir kişi de bu durumdan yarar görebilir. Dolayısıyla sosyal sermaye eşzamanlı olarak hem bireysel hem de toplumsal bir maldır (132). Putnam bunu açıklamak için şöyle der:

*"Bağları zayıf bir toplumda kuvvetli bağları olan bir kişi, bağları kuvvetli olan bir toplumda kuvvetli bağları olan bir kişi kadar üretken değildir (132)."*

Putnam'ın tanımında da yer alan ağlar, yalnızca birer bağlantı olmaktan öte, ortak yükümlülükleri barındırmaktadır. Topluma katılmakla gelişen ağlar güçlü bir karşılıklılık normu meydana getirmektedir. Birine veya birilerine özel bir karşılıklılıktan ziyade, genelleşmiş bir karşılıklılığı gerçekleştirebilmiş bir toplum ise daha etkindir. Aynı zamanda güvenilirlik de sosyal yaşamı kolaylaştırmaktadır (132).

Putnam iki tür sosyal sermaye tanımlamıştır. İlki bağ kuran türde (ing. bonding), ikincisi de köprü kuran türde (ing. bridging) sosyal sermayedir. Bağ kuran sosyal sermaye, benzer, yani homojen grup üyeleri arasındaki etkileşimden kaynaklanır. Bu bakımdan dışlayıcıdır (ing. exclusive). Tersine, köprü kuran sosyal sermaye ise sınıf, etnisite veya başka türden çeşitli kimliklere sahip bireylerin arasındaki bağlantılardan kaynaklanmaktadır. Bu

nedenle kapsayıcıdır (ing. inclusive) (87, 132). Putnam'ın bu şekilde kavramsallaştırdığı sosyal sermaye, erdemli bir döngü ortaya çıkartmaktadır. Ağ içi ve ağlar arası müzakereler sonucunda fırsatçılık ve yolsuzluklar azalırken, bu iletişimdeki başarı önceki ve gelecekteki köprü tipi sosyal sermayeye katkı sağlamaktadır (106).

#### **d. Dünya Bankası ve Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü**

Bu iki kurum, sosyal sermayenin ünlenmesine ciddi katkı sağlamışlardır. Her ikisi de sosyal sermayeyi sürdürülebilir ekonomi ve kalkınma için değerli bir kaynak olarak görmektedir (36, 119). Danimarka Hükümeti'nin sosyal sermayeyi teşvik etmek, güçlendirmek ve sosyal sermaye göstergeleri ile bu süreçteki deneyimlerden bilgi edinme yöntemleri geliştirmek için Dünya Bankası'na (DB) 1 milyon Amerikan Doları kaynak aktarmasıyla 1996 yılı Kasım ayında DB bünyesinde Sosyal Sermaye İnisiyatifi (SSI) adında bir yapılanma oluşturularak çalışmalarına başlamıştır (36). Putnam'ın İtalya'da yaptığı çalışmanın sonucunda Kuzey ve Güney İtalya arasındaki gelişmişlik farkını sosyal sermayedeki farklılıklarla açıklaması, DB tarafından kabul görerek özellikle yoksulluk ve kalkınma temalarında kullanılmaya başlamıştır (127). DB sosyal sermayeyi “bir toplumun toplumsal etkileşimlerinin nitelik ve niceliğine şekil veren kurumlar, ilişkiler ve normlar ... toplumu bir arada tutan tutkal” olarak tanımlamaktadır (36). SSI'de görev yapan Grootaert, önceki sermaye türleri ile etkileşimde bulunan ekonomik aktörlerin büyüme ve kalkınma sürecinde kısmi bir açıklayan olduğunu belirterek, sosyal sermayeyi kalkınma için “kayıp halka” olarak nitelemektedir (64). DB'nin yaklaşımında yatay ve dikey bağlantılara atıfta bulunulmasının yanı sıra bazı olumsuz özelliklere de göndermeler vardır.

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (ing. Organization for Economic Cooperation and Development – OECD) de DB'ye benzer şekilde kavramı uygulamalarında kullanmış ve bu konuda raporlar hazırlamıştır. OECD'nin sosyal sermaye tanımı ise DB ile benzer özelliklere sahiptir ve Putnam ve Coleman'dan izler taşımaktadır: “Grup içi veya gruplar arasında ağlarla birlikte işbirliğini kolaylaştıran paylaşılmış normlar, değerler ve anlayışlardır (119).” OECD sosyal sermayenin özellikle iyilik haline olan etkilerinin insani sermayenin bile ötesinde olduğunu savunmaktadır (119). Ancak her iki kurum da yoksulların sosyal sermayeye eşitsiz erişimini ihmal etmek, sosyal devletin rolünün sosyal ağlara devredilerek bir bakımdan özelleşmesini savunmakla eleştirilmektedir (154).

### 3. Tanımların Ayrılıkları ve Ortak Yanları

Fark edileceği üzere tanımlar iletişim ağlarına işaret etmeleri üzerinde ortaklaşmaktadır. Kurucu yazarların dışında konuya katkı yapan diğer akademisyenlerin de ortaklaştığı bu nokta sosyal sermayenin bir bireyin tek başına sahip olamadığı, iletişim ağlarında yer almak yoluyla, dolayısıyla sosyal ilişkilerde ve sosyal yapıda şekillenen bir kaynak olduğudur (97, 129).

Amaçsal ve analiz düzeyinde kavramın ele alınış şekli kurucu yazarlar arasında farklılaşmaya yol açmaktadır (165). Bourdieu sosyal sermaye kavramını, yine kendince tanımladığı sermaye biçimlerinden (ekonomik, kültürel ve sosyal sermaye) ayrı düşünmemektedir. Özellikle güç ilişkilerine vurgu yaptığı bu kavramsallaştırmadaki amacı ise ekonomik sermayenin güvenceye alınmasıdır (22, 97, 154, 165). Coleman da benzer şekilde sermaye biçimleri tanımlamış ve sosyal sermayeyi insani sermayenin elde edilmesinde ve kullanılmasında avantaj sağlayan bir kaynak olarak görmüştür. Bourdieu'dan farklı olarak sosyal sermayeyi sınıfsal bir bakış açısıyla yalnızca elitlerin sahip oldukları değil, özellikle aileye yaptığı vurgu ile herkesin erişebileceği bir kaynak olarak açıklamıştır (29). Putnam ise sosyal sermayeyi, özellikle demokrasiye, güçlü bir ekonomiye varma amacına yönelik kurgulamakta ve topluluk düzeyinde işlevsel bir kavram olarak ele almaktadır (52, 132, 165). Tablo 2'de bu ayrılıkların bir özeti sunulmaktadır.

**Tablo 2:** Sosyal sermaye tanımları, amaçları ve analiz düzeyleri

| Yazar           | Tanım                                                                                        | Amaç                                                 | Analiz Düzeyi                           |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Bourdieu</b> | Grup mallarına erişim sağlayan kaynaklar                                                     | Ekonomik sermayenin güvenceye alınması               | Sınıf rekabeti içindeki bireyler        |
| <b>Coleman</b>  | Aktörlerin amaçlarını gerçekleştirmek adına kullanabilecekleri sosyal yapının özellikleridir | İnsani sermayenin güvenceye alınması                 | Aile veya topluluk ortamındaki bireyler |
| <b>Putnam</b>   | Ortak çıkarlar için işbirliği sağlayan güven, normlar ve ağlardır.                           | Etkin bir demokrasi ve ekonominin güvenceye alınması | Ulusal çapta bölgeler                   |

**Kaynak:** Winter, 2000

John Field'in ise bu üç yaklaşıma da bazı eleştirileri bulunmaktadır. İlk olarak üç yazarın da çalışmalarında “cinsiyet körlüğü” içinde bulunduklarını, bu konunun ihmal edildiğini ifade etmektedir. Ayrıca, yazarların sosyal sermayenin olumsuz yanlarına vurgusunun yetersiz olduğunu, bazı yönlerden güncel olamadıklarını ve son olarak da kavramın farklı boyutlarını ayırtmadıklarını dile getirmektedir (52).

## **B. SOSYAL SERMAYENİN KAYNAĞI, UNSURLARI VE ÖLÇÜLMESİ**

### **1. Sosyal Sermayenin Kaynağı**

İnsani sermayenin tersine, kişi başkalarıyla etkileşim ve iletişime girmezse sosyal sermaye birikimi gerçekleşemez (106, 129), dolayısıyla sosyal sermayenin işlevsel olabilmesi için en azından iki insana gereksinim duyulmaktadır (65). Başka bir deyişle Daniel Defoe'nin ünlü romanında olduğu gibi, Robinson Crusoe'nun düştüğü ıssız adada sosyal sermaye sahibi olabilmesi için “Cuma”ya ihtiyacı vardır (11). Durkheim'e göre insan toplumsal bağların bir öznesidir ve sosyal bağlar da toplumun genelini birbirine tutturun bir iplik gibi hizmet etmektedir (34, 52, 154). Buradan hareketle sosyal sermayenin ilişkilerden kaynaklandığını söylemek mümkündür. Bireysel ya da toplumsal bir kaynak olup olmadığı noktasında önceki bölümlerde belirtilen tanımlardan da anlaşılacağı gibi çeşitli görüşler olmasına karşın, insanlar arasında yaşanan etkileşimlerin girdisi (kaynağı) ve çıktısı (sonucu) olan bir kavramdır (11, 51).

Sosyal sermaye, kime ait olduğundan bağımsız olarak, toplumsal yapı içinde var olan bir kavramdır. Toplumsal yapı, sosyal aktörler tarafından eylem ve etkileşimler yoluyla inşa edilen bir gerçekliktir (11) ve bir yandan insanların pratiklerini şekillendirirken, diğer yandan bu pratikler toplumsal sistemi şekillendirir, yeniden üretir (110). Lin'e göre toplumsal yapı dört unsurdan meydana gelir. Bu yapı içinde değer verilen kaynaklara erişim veya onları kontrol etme durumuna göre “konum”lar ortaya çıkar. Konumlar arasındaki ilişki “otorite” olarak adlandırılır ve göreceli güç ilişkilerine dayalı hiyerarşik bir yapılanma öngörmektedir. “Kurallar” yoluyla da konumlar arası bu güç ilişkilerinin, dolayısıyla iletişim ve etkileşime göre kaynakların aktörler tarafından nasıl kullanılacağı belirlenir. Son olarak, konumlarda bulunan “aktörler”in bu kurallara göre davranışları beklenmektedir (97). Bireyi kuşatan sosyal çevrede belirli değerler ve anlamlar insanlar arasında benimsenir. Bu değerler üzerindeki kontrole göre belirlenen konumlardan kaynaklanan otorite halinde belirli davranış ve sosyalleşme eylemleri (kurallar) ortaya çıkar, yorumlanır ve uygulanır. Böylece meşru bir hal alan bu gibi eylemler, yaptırım veya ödül gibi geri bildirimler ile yeniden üretilir ve

pekiştirilir. Ayrıca tüm bu unsurlar, bir topluluğun ayırıcı özellikleri haline gelebilir. Ortak bir algı çevresinde ortak bir kimlik, irade ve eylemler oluşabilir (11, 97).

Topluluk kavramı sosyoloji içinde üzerinde fazlasıyla durulmuş bir kavram olup kökeni sosyolojinin kurucuları olarak gösterilen Emile Durkheim ve Ferdinand Tönnies'e kadar uzanmaktadır. Sosyal sermaye kavramının anlaşılmasında önemli bir yere sahip olduğu için burada kısaca söz edilecektir. Topluluk hakkında çok çeşitli tanımlar bulunmasına karşın, sentez bir tanım yapılacak olursa; ortak bir mekân, ilgi ve çıkarlar üzerinden birbiriyle iletişim ve etkileşim kurarak şekillenen, genellikle bir kimlik duygusu çevresinde işbirliği içinde bulunan bir yapı olduğu söylenebilir (11, 50, 110, 146). Tönnies, modern öncesi ve sonrasındaki toplumsal yapı arasındaki farkı anlatmak için Gemeinschaft (topluluk) ve Gesellschaft (toplum) şeklinde iki ayrı kavramdan söz eder (50). Gemeinschaft, aile ve akraba ilişkilerine dayalı yerel, dayanışmacı ve yakın ilişkileri; Gesellschaft ise kişisel olmayan, hesaplı, zayıf ve akrabalık dışı ilişkileri ifade eder (50, 52, 110). Özellikle kentsel bölgelerde daha açık yaşanan bu değişim ile Tönnies, bireyselliği ön plana çıkarmaktadır. Kişisel, duygusal ve geleneksel olandan kişisel olmayan, akılcı ve anlaşmaya dayalı bir duruma geçişi anlatmaktadır (50). Tönnies, geleneksel topluluklara atfettiği ahlak ve erdemlere dayalı toplumsal düzenin, sanayileşme ile ortaya çıkan modern toplumla birlikte yıkılacağı yönünde kaygı duymaktadır (50, 52, 110). Bu anlayışa benzer şekilde Durkheim da 1893 yılına ait yapıtında mekanik ve organik olarak tanımladığı dayanışmanın türlerine değinmiştir (34). Durkheim'e göre mekanik dayanışma, sanayileşme öncesi topluluklarda benzerliklere ve ortak değerlere dayalı kurulur. İnsanlar birbirinin duygusunu paylaşarak destekleyerek bir genellik duygusu oluşturmaktadır. Ancak modern toplumda insanlar farklılaşmış bir toplumun parçasıdır. Vücudun organlarına benzetilmesi nedeniyle organik dayanışma olarak adlandırılan bu durumda, özelleşmiş bölümlere ayrılma sonucunda insanlar birbirine gereksinim duyan bireyselleşmiş yabancıların arasında yaşamaktadır (34, 50, 52, 110). Field'e göre bu ayrımlar Max Weber ve Karl Marx'ın çalışmalarında da bulunmaktadır. Weber'in, statü gruplarının ortak yaşam tarzına, karizma ve otoriteye olan vurgusu bu doğrultuda bir anlayışı içermektedir (52). Kapitalist düzenin dinamiklerini aktaran Marx ise burjuva sınıfının kendi içindeki dayanışmaya ve bunun karşısında işçi sınıfının içindeki dinamikleri "kendinde sınıf" ve "kendi için sınıf" olarak tanımladığı kavramlarla açıklamıştır (52, 107).

Topluluk yapısal ve bilişsel öğelerden meydana gelir. Bilişsel öğeler değerleri (topluluk duygusu) ifade ederken, yapısal öğeler sosyal ağlarda gerçekleşen davranışları ifade eder (11, 50). Sosyal ilişkilerin gerçekleşmesi ve sürdürülmesi ise ortak bir zemini gerekli kılar. Ortak

değerler olarak paylaşılan unsurlar topluluk içindeki bireyleri ortak hareket etmeye yönlendirir ve bir dayanışma meydana getirir. Karşılıklı ilişkilerde bireyler birbirlerine sorumluluk ve bağlılık duyguları ile davranırlar (11). Bireylerin veya toplulukların davranışları ya var olan değerli kaynaklarını korumak ya da yeni kaynaklar edinmek doğrultusunda gerçekleşir. Bu noktada dayanak olarak iki önemli kaynakları bulunmaktadır: kişisel kaynaklar (insani sermaye) veya sosyal kaynaklar (sosyal sermaye) (97). Buradaki sosyal kaynaklar sosyal ilişkiler yoluyla erişilebilen kaynaklardır. Sosyal ilişkiler ise bireyin konum, güç ve yaşam tarzı vb. unsurlar açısından benzer olduğu (homojen) bir grupla olabildiği gibi tersi olan (heterojen) bir grupla da gerçekleşebilmektedir (97). Bu bağlamda aileden başlayarak, okul, yerel topluluklar (komşular vb.), meslek veya iş (şirketler vb.), sivil toplum, kamu sektörü, cinsiyet ve etnisite gibi kurumlar sosyal sermaye gelişimine katkıda bulunur (119).

## **2. Sosyal Sermayenin Unsurları**

Çeşitli tanımları yapılan sosyal sermaye, buraya kadar anlatıldığı gibi toplumsal yapı içinde var olan bir kavramdır. Dolayısıyla toplumsal dinamikleri şekillendiren çoğu unsur sosyal sermaye oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Topluluk kavramı ile ilgili iki öge aynı zamanda sosyal sermaye için yapılan tanımların da ortak noktasını oluşturmaktadır. Topluluk ve sosyal sermaye kavramları eşdeğer değildir, ancak çakışan yanları bulunmaktadır (50). Sosyal sermayenin de topluluk kavramı gibi yapısal ve bilişsel öğelerden meydana geldiği düşünülmektedir (70, 91). Böyle bir ayrım aynı zamanda farklı sağlık etkileri olması bakımından da yararlıdır (70). Sosyal sermaye tanımlarına bakıldığında, sosyal ağlar, güven ve karşılıklılık normları üzerinden bir açıklama eğilimi görülebilir. Bunlardan sosyal ağlar yapısal; karşılıklılık normları ve güven ise bilişsel öge içinde sayılmaktadır (91). Yapısal sosyal sermaye insanların ne yaptığı; bilişsel sosyal sermaye ise insanların subjektif veya soyut olarak ne hissettiğidir (15, 70). Bilişsel öğeler insanları ortak çıkarları doğrultusunda birlikte hareket etmeye hazırlarken, yapısal sosyal sermaye ise bu eylemi kolaylaştırmaktadır (91). Bu unsurlar, tek başlarına sosyal sermayeyi temsil eden bir gösterge olarak kullanılabilse de (166) onun yerine geçemezler ve bir bütün halinde, birbirini destekler nitelikte anlam ifade ederler (65, 154).

İlerleyen bölümde, sosyal sermaye için üzerinde fikir birliğine varılan göstergeler olan normlar, güven ve sosyal ağlar (116) daha ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır. Sosyal sermaye kavramının tanımı kadar unsurları da tartışmalıdır. Tartışmalar genellikle sosyal sermayenin

kavramsallaştırılması aşamasında, bu unsurların nereye oturtulduğuna dair, yani kaynak mı oldukları, yoksa sonuç mu noktasında fikir ayrılıkları şeklindedir. Sosyal sermaye gelişimine katkı sağlayan unsurların açıklanması, aynı zamanda sosyal sermayenin ölçümüne de ışık tutacaktır.

#### **a. Normlar:**

Kültürel açıdan arzu edilir ve uygun olarak değerlendirilen davranışları akla getiren ortak bir davranış beklentisine norm adı verilir (110). Daha önce toplumsal yapı tartışmasında anlatıldığı gibi, resmi olmayan kurallar olarak algılanan normlar toplumsal denetim ile yakından ilişkilidir ve çeşitli yaptırımlar üzerinden işlev görür (110, 154). Francis Fukuyama'ya göre sosyal sermaye, iki veya daha fazla birey arasında işbirliğini kolaylaştıran resmi olmayan normların somutlaşmasıdır (56). Bireylerin davranışlarının belirli beklentilere (normlara) cevap verir nitelikte olması, aynı zamanda bunun diğerleri tarafından da yapılacağı (karşılıklılık) şeklinde bir algıya (güven) aracılık eder. Normlar uyarınca karşılıklı sergilenen davranışlar bir belirsizlik hissini ortadan kaldırarak gelecekte de benzer bir durumu öngörmeye yarar ve güveni sağlar (154).

Putnam, genelleşmiş bir karşılıklılığı sivil yaşamın vazgeçilmez bir normu olarak görür ve bireylerin bu bağlamdaki eylemlerini kısa dönemde fedakârlık, ancak uzun dönemde geri dönüşü olacak bir çıkar hareketi olarak tanımlamaktadır (132). Karşılıklılıkta bire bir ilişkide belirli bir etkileşim varken, genelleşmiş karşılıklılık ise geri dönüşün kim tarafından, ne zaman gerçekleşeceği belli olmayan bir normdur (15). Karşılıklılık ve güvene dayalı olarak ortak çıkarlarını gerçekleştirmek için hareket eden bir topluluğun öngörülen davranışların gerçekleşmemesi, yani sapkın bir hal alması karşısında, gayri resmi (informel) olarak uyguladığı yaptırımlar informel toplumsal denetim olarak adlandırılır (70, 110). Portes, toplumsal denetimi sosyal sermayenin işlevlerinden biri olarak görür (129). Bu şekilde, örneğin bir mahalle ortamında sapkın davranışların kabul görmemesi durumunda güvenliğin sağlanması ve suç işlenmesinin azalması mümkün olabilmektedir (27).

#### **b. Güven:**

Bilişsel bir unsur olan güveni, Fukuyama gibi sosyal sermayenin bir parçası, hatta kendisi (57) olarak ele alanlar olduğu kadar, sosyal sermaye gelişimine katkı sağlayan bir öncül (27, 70) veya Woolcock gibi sosyal sermayenin bir sonucu (166) olarak görenler de bulunmaktadır. Ancak güven her durumda, sosyal iletişim ağlarının sağlayacağı yararlar için



gerekli ve önemlidir. Yüksek seviyede güvene dayalı iletişim ağları, tersi duruma kıyasla daha sorunsuz ve kolay bir şekilde işler (52).

Putnam sosyal sermaye için önemli olan toplumsal güven kavramını kurumsal güvenden ayırır (132). Toplumsal güven, insanların birbirleri arasında var olurken, kurumsal güven ise devlet veya diğer toplumsal kurumlara yöneliktir. Ayrıca, yakın ve sık görüşülen kişiler arasındaki güveni “güçlü güven” olarak tanımlarken, genelleşmiş ötekilere karşı duyulan güveni ise “zayıf güven” olarak tanımlamaktadır (132). OECD ise benzer şekilde güveni üçe ayırmaktadır. Birincisi, daha önce de söz edildiği gibi benzerliklere dayalı kişiler arası (güçlü) güvendir. İkincisi, “yabancı” kişilere karşı (zayıf) güvendir ve son olarak kamu veya özel kurumlara karşı olan kurumsal güvendir (119).

Sosyal sermayenin sonuçlarının gözlenmesinde, yoğun sosyal ağlarda güven duygusunun fazla olmasının etkisinin önemli bir yer kapladığı iddia edilmektedir (73). Bir kişinin diğerlerine karşı güven duyması kişisel nedenlerden başlayarak çok çeşitli etkenlere bağlı olabilir, ancak toplam bir güven seviyesi, yani ilgili kişi veya kuruma dair güvenilirlik durumu kişisel değil, gruba ait bir durumdur. Bu şekilde gruba ait ortak bir özellik olup kaynak olarak bazı eylemleri kolaylaştırır ve toplumsal birlik için değerli bir gösterge haline gelir (87).

Bu noktada Türkiye’deki güven durumunu da belirtmekte yarar vardır. Bu konu özellikle iktisatçılar tarafından incelenmiş ve ekonomik performanstan işyeri verimine kadar çeşitli değişkenler ile güven arasındaki ilişki ele alınmıştır. Ören’e göre Türkiye’de kaybolan sosyal erdemlerin sonucu olarak güven duygusu giderek azalmakta ve bu durum işgücü performansını ve verimliliği düşürerek ekonomiye olumsuz etki etmektedir (125). OECD verilerine göre 1995-1996 sonuçları, OECD ülkeleri arasında Türkiye, güven düzeyinde %6,5 ile son sırada yer alırken, 2008 verilerinde oranın %24’e çıktığı izlenmektedir (119, 120).

### **c. Sosyal Ağlar:**

Sosyal sermayenin yapısal unsurlarından olan sosyal ağlar bazı araştırmacılara göre temel sosyal sermaye göstergesidir (51). Aslında önceki bölümlerde kavram hakkındaki görüşleri sunulan araştırmacıların sosyal sermaye tanımları ortak bir şekilde sosyal ağlara yer vermiştir. Bireysel ya da kolektif düzeyde pek çok aktör arasındaki mal, hizmet veya bilgi akışına yön veren, etkileşim yaratan ilişkiyel bağlar bir ağ yapısı meydana getirmektedir (154). Sosyal ağlar insanların eylemlerini şu şekilde kolaylaştırır: Öncelikle bilgi akışına

olanak sağlar. İkinci olarak karar verme noktalarında bulunan kişilere etki etme olanağı sağlar. Üçüncü olarak, bireyin sahip olduğu sosyal bağlantı kaynakları ve tanınmış ilişkileri, kurumlar veya diğer kişiler tarafından bir çeşit sertifika olarak görülüp, çeşitli kaynaklara erişim olanağı sağlayan sosyal kredi olarak işlev görebilir. Son olarak, sosyal ilişkilerin aidiyet ve tanınma durumunu güçlendirmesi beklenebilir (96). Sosyal ağlar birçok araştırmacı tarafından bazı boyutlara ayrılarak incelenmiştir ve bunların bazıları birbiriyle benzer anlamlar içermektedir. Farklılık hiyerarşik yapıdaki güç ilişkilerine, grupların homojen veya heterojen ilişki ağlarına göre şekillenmektedir. Burada bu ayrımlara kısaca değinilecektir.

- i. **Bağ Kuran, Köprü Kuran ve Bağlantı Kuran Sosyal Sermaye:** Robert Putnam, kavramı açıklarken sosyal sermayenin bağ kuran ve köprü kuran iki türü olduğunu belirtmiştir (132). Benzer yaş, etnisite, cinsiyet gibi demografik özellikleri barındıran ağlardan kaynak alan sosyal sermaye bağ kuran (ing. bonding) tipdedir. Homojen bir grubu ifade eder ve içe dönük, dışlayıcı bir yapısı vardır (52). Köprü kuran (ing. bridging) sosyal sermaye ise heterojen ve dışa dönük bir yapıya sahiptir. Daha geniş çapta bir kimlik ve karşılıklılık duygusunun gelişimini sağlar (52, 132). Woolcock ise tanımlanmış bu türleri güç ilişkilerini dikkate alarak yatay ağlar olarak tanımlarken, insanların kendi sosyal çevrelerinin dışındaki kaynaklara erişimini sağlayan dikey tipte bir sosyal sermaye türüne ise bağlantı kuran (ing. linking) sosyal sermaye adını vermiştir (166).
- ii. **Güçlü ve Zayıf Bağlar:** Bu şekildeki bir ayrımı “Zayıf Bağların Gücü” adlı çalışması ile Mark Granovetter yapmıştır (61). Bir bağı belirleyen süre, duygusal yoğunluk, samimiyet (güvenilirlik) ve karşılıklılığın bileşimi, o bağın gücünü meydana getirir (61). Bu bileşenlerin olmadığı durumda bireyin ilişkide olduğu bağlantının kaynakları iyi olsa da yanıt vermesi olasılığı azalır (97). Güçlü bağlar, yakın akraba ve arkadaşlarla olduğu gibi düzenli sürdürülen ilişkileri kapsamaktadır (51). Homojen bir grup içinde var olan güçlü bağlar ile bir bilgi akışı sağlanabilir, ancak bunun ötesinde bir bilgi erişimi söz konusu olduğunda farklı bir grup ile ilişkiye girmek gerekmektedir. Bu durumda iki grup arasında “köprü” görevi gören böyle bir bağlantı kişiler arasında “zayıf bağ” olarak adlandırılan bir ilişkiyi doğurur. Bu şekilde bilgi çeşitliliği ve niteliği artar, dolayısıyla Granovetter bu durumu “zayıf bağların gücü” olarak tanımlamıştır (50, 61, 97). Güçlü bağlar sosyal ve duygusal destek yanı sıra dostluk sağlarken, zayıf bağlar geniş çaplı ve daha heterojen bilgi ve kaynaklara erişim sağlamaktadır (50,

97). Putnam da bu konuya benzer şekilde yaklaşmaktadır ve şöyle der: “Yakın arkadaşlarınızla kurduğunuz güçlü bağlar hastalandığınızda tavuk çorbasını garantiler, ama uzak tanıdıklarınızla kurduğunuz zayıf bağlar yeni bir iş bulmanızı sağlayabilir (132).” Benzer bir yaklaşımla Ronald Burt de zayıf bağlarla anlatılmak istenen durumu “yapısal boşluklar” olarak kavramsallaştırarak açıklamaktadır (154).

**iii. Dikey ve Yatay Bağlar:** Hiyerarşik olarak denk bağlara, örneğin gönüllülük temelinde çalışan kuruluşlara dayalı sosyal sermayeyi, Putnam fazlasıyla önemsemektedir (50, 92, 131). Ona göre bu tür sivil topluluklar dayanışma, sivil katılım ve dürüstlüğe değer veren ve demokrasinin çalıştığı yerlerdir (131). Dikey bağlar ise yönetilenlerle yönetenler arasında, otoriteye dayalı hiyerarşik bir asimetri barındırmaktadır (81, 125). Woolcock da bu değerlendirmeyi kullanarak bağlantı kuran sosyal sermaye türünün dikey yapıya sahip olduğunu belirtmektedir (166). Topluluktaki bireylerin güç bakımından yüksek konumdaki bireylerle ilişkide olmaları, karar verme mekanizmalarına ve topluluğu ilgilendiren bilgi paylaşımına katılmalarına olanak sağlamaktadır (50, 166). Tablo 3’de çeşitli bağların ortaklaştığı noktalar sunulmuştur.

**Tablo 3:** Çeşitli sosyal ağ boyutları

|                               | <b>Güçlü Bağlar</b>                                                                              | <b>Zayıf Bağlar</b>                                                                                |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bağ Kuran (Yatay)</b>      | Sosyal sınıf veya din gibi benzer sosyal özelliklere sahip yakın arkadaş veya aile üyeleri       | Gönüllü kuruluşlarda benzer ilgi veya sosyal özelliklere sahip üyeler                              |
| <b>Köprü Kuran (Yatay)</b>    | Yaş, cinsiyet veya etnisite gibi farklı sosyal özelliklere sahip yakın arkadaş veya aile üyeleri | Gönüllü kuruluşlarda farklı sosyal özelliklere sahip tanışıklıklar veya üyeler                     |
| <b>Bağlantı Kuran (Dikey)</b> | Farklı hiyerarşik konumlardaki yakın iş arkadaşları                                              | Farklı hiyerarşik konumlardaki uzak iş arkadaşları ve vatandaş ile kamu memuru arasındaki bağlantı |

Kaynak: Ferlander, 2007

**iv. Formel ve İnfornel Bağlar:** Aile, komşu ve meslektaşlar arasındaki iletişime infornel; gönüllü kuruluşlar ve kamu memurları arasındaki iletişime ise formel

bağlar adı verilmektedir (154). Putnam'ın sivil toplumun inşasında gönüllü kuruluşlar, dini gruplar, siyasal partiler, spor kulüpleri ve sendika gibi kurumlara katılımın üzerinde fazlasıyla durması eleştirilmiş ve informal bağlar aracılığıyla sağlanan destek ve bilgi akışı mekanizmalarına vurgu yapılmıştır (10, 50, 119, 154).

Sosyal ağlar buraya dek anlatılan bağlantı biçimleri ile sosyal sermayenin önemli unsurlarından biridir. Zira normlar ve güven gibi bilişsel unsurlar bu ağlar içinde ortaya çıkmaktadır. DSÖ, düzgün işleyen toplumlarda kurulan gelişmiş sosyal ağların işlevini sosyal desteğe erişim olanağı sağlaması olarak görmektedir (39). Yine DSÖ tarafından yapılan tanıma göre bilgisel (bilgiye erişim yardımı), araçsal (maddi veya hizmete erişim yardımı) ve duygusal (hislerin paylaşımına yardım) olarak üç türü bulunan sosyal destek, toplulukların içinde ortaya çıkıp, olumsuz yaşam olayları veya yaşam koşulları karşısında bireyler ve gruplar için tampon görevi görmektedir. Bu sosyal destek yaşam kalitesinin yükselmesinde olumlu bir kaynaktır (39). Berkman ve Glass (17), sosyal ağların fiziksel ve ruhsal sağlık durumuna etkilerinin tartışılmaz olduğunu ve sosyal ağların davranışsal etkilerinin dört ayrı yoldan gerçekleştiğini öne sürmektedirler: (1) sosyal destek, (2) sosyal etkileşim, (3) sosyal katılım ve bağlılık ve (4) mallar ve kaynaklara erişim.

Bourdieu tarafından da vurgulandığı gibi sosyal ağların nicelik ve niteliği önemlidir (22). Burada ifade edilmek istenen sosyal katılım yoluyla erişilen ağların özellikleridir. Sosyal ağların çeşitli özellikleri yukarıda belirtilmiştir. Bu bağlamda güçlü veya zayıf, formel veya informal, yatay veya dikey bağların, köprü kuran, bağlantı kuran veya bağ kuran ağların, aile, komşu, arkadaşlar gibi bir çevreden, sivil toplum kuruluşları (STKlar), sendikalar, kulüpler vb. bir çevreye olduğu kadar sivil eylemler bağlamında gösteri veya yürüyüşe katılmadan, oy vermeye kadar çeşitli sosyal katılımlar yoluyla oluşacağı söylenebilir (70, 169).

#### **d. Toplumsal Birlik**

Üzerinde fikir birliğine varılamamış konulardan biri de toplumsal birlik (ing. social cohesion) kavramının sosyal sermaye bağlamındaki yeridir. Toplumsal birlik, bir toplumun farklı kesimleri arasında karşılıklı güven ve saygı olarak tanımlanır (141) ve bu kesimler arasındaki bağlılık ve dayanışmaya atıfta bulunur (83). Kawachi ve ark. (87), sosyal sermayenin kavramsallaştırılmasında toplumsal birlik yaklaşımı (kavramı toplumsal bir kaynak olarak açıklar) ve sosyal ağ yaklaşımı (kavramı bireysel bir kaynak olarak açıklarlar) olarak iki ayrı görüş olduğunu dile getirmişlerdir. Toplumsal birlik ekolünün bu alandaki

incelemeleri aslında sosyal sermaye kavramının ortaya çıkışından önceye dayanmakta ve öncüleri arasında Durkheim, Putnam ve Wilkinson bulunmaktadır (138). Halk sağlığı alanında sosyal entegrasyon, sosyal destek ve sosyal ağlar ile ilgili yapılmış birçok çalışma vardır (17), ancak bunlar sosyal sermaye başlığı altında yer almamıştır (90). Putnam ile birlikte bu alanda yapılan çalışmalar hızla artmış ve sosyal sermaye kavramının unsurlarının ayrıntılı analizleri yapılmaya başlamıştır. Sosyal ağ yaklaşımında ise kaynaklara erişim konusu önemli bir odak noktası olup, bu alanın öncüleri olan Coleman ve Bourdieu toplumsal birlik bakış açısıyla değerlendirmelerde bulunmuşlardır (138).

DSÖ sosyal sermayeyi, topluluklar içindeki toplumsal birliğin bir derecesi olarak görmektedir (39). Benzer şekilde Kawachi ve Berkman da birlik olmayı başaran toplumların yüksek sosyal sermaye birikimine sahip olduklarını belirtmişlerdir (83). Mahalle düzeyinde sosyal sermaye araştırmaları yapan Carpiano (26, 27) da sosyal sermayenin, toplumsal birliğin ifade ettiği sosyal ağlar ve değerlerden kaynaklandığını düşünmektedir. Ziersch ise toplumsal birliği sosyal sermayenin bir sonucu olarak ele almıştır (169). Macinko ve Starfield ise toplumsal birlik kavramının genellikle sosyal sermaye kavramı altında yer aldığını düşünmektedirler (106). Lin'e göre sosyal sermayenin sosyal destek, toplumsal birlik, dayanışma ve topluluk kavramlarının özünü yakalayan bir anlamı vardır (97). Bu öz, toplumsal çatışmanın olmaması (gelir eşitsizliği, ayrımcılık, politik katılımda farklılıklar, kutuplaşmalar) ve aksine kuvvetli toplumsal bağların bulunması (karşılıklılık normları ve güven) şeklinde ifade edilebilir (83).

Sonuçta, şu söylenebilir ki; toplumsal birliğin, uzun yıllar üzerinde çalışılan bir kavram olduğu ve sosyal sermaye ile aynı olmadığı anlaşılmaktadır. Ancak topluluk duygusu ile birlikte toplumsal birlik kavramı sosyal sermayenin kaynağı ve aynı zamanda da sonucu olarak ele alınmaktadır (50).

### **3. Sosyal Sermayenin Ölçülmesi**

Sosyal sermaye için farklı birçok yaklaşım ve bu yaklaşımlara göre birçok tanım olması nedeniyle sosyal sermayenin ölçülmesi ile ilgili görüş birliği yoktur ve diğer yandan da bu zor bir iştir (106, 119). Odaklanılan birimlere göre farklı düzeylerde inceleme yapılabilmektedir. Sosyal sermaye, genel olarak büyük (makro) çapta (ulusal ve bölgesel), orta (mezo) çapta (toplumsal veya mahalle ölçeğinde) ve küçük (mikro) çapta (sosyal ağlarda ve bireysel düzeyde) yapılabilecek ölçümlerle sınırlanabilir (65, 170).

Birçok ölçüm birimi toplumsal düzeyde bir değerlendirmeye odaklanmıştır ve bu konuda OECD tarafından önerilen ilkeler şu şekildedir: Bir ölçüm aracı anahtar unsurların dâhil edilmesinde olabildiğince kapsayıcı ve öznel bileşenler ile davranışsal bileşenler arasında dengeli olmalıdır (119). Bunlara ek olarak, ölçüm aracının kültürel farklılıkları tanıyıp onlara duyarlı olması yanı sıra sosyal sermayenin ortak unsurlarına dair genel bir çerçevesi de olmalıdır (92). Toplumsal düzeyde yapılacak ölçümlerde genellikle daha önceki bölümde belirtilen sosyal sermaye unsurlarının sorularla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Karşılıklılık normları, güven ve sosyal ağlar geliştirilen ölçüm aracı ile değerlendirilir. Dünya Bankası tarafından geliştirilen Sosyal Sermaye Değerlendirme Aracı (ing. Social Capital Assessment Tool – SOCAT) ile Harpham ve ark. tarafından geliştirilen Uyarlanmış Sosyal Sermaye Değerlendirme Aracı (ing. Adapted Social Capital Assessment Tool – ASCAT) toplumsal düzeyde ölçüm için bilinen örnekler arasındadır (65, 70, 71). OECD, geniş ve kapsamlı göstergelerin olmadığı durumlarda güvenin ölçülmesinin kabul edilebilir bir araç olabileceğini ifade etmektedir (119). Bu ise düzenli aralıklarla tekrarlanan Dünya Değerler Araştırması’nda özellikle üzerinde durulan bir alan olmuştur.

Bireysel düzeyde ölçüm, temelde sosyal ağ araştırmasıdır. İnsani veya kültürel sermayedekine benzer bir mantıkla ilişkilere yapılacak bir yatırımın gelecekte geri dönüşü olacağı varsayımına dayanır. Bu bakış açısıyla doğrudan ekonomik bir analizden türetildiği söylenebilir (156). Bireysel düzeyde ölçüm yapıldığında sosyal ağ yapısına ek olarak “ego” ile ilişkideki özgün “alter”lerin varlığı değerlendirilmeye alınır. Ego, üzerine odaklanılan bireydir ve bu bireyden hareketle bir ağ açıklanır. Alter ise egonun bir ağ içinde ilişkide olduğu diğer bireylerdir (94). Bunlara ek olarak bu ağın büyüklüğü, ilişkilerin veya alterlerin çeşitliliği, son olarak da ağ üyelerinin sosyal kaynaklarının değerlendirilmesine dayalı ölçüm altyapısı oluşturulur (156). Üç farklı ölçüm aracı bulunmaktadır. İsim Üreteci (ing. Name Generator), bir görüşmeci tarafından katılımcıya bağlantıda olduğu kişileri saymasını takiben bunların özelliklerine dair bilgi toplanması yöntemine dayanır. Konum Üreteci (ing. Position Generator) ise ilişkilerden ziyade sosyal kaynaklara odaklanarak, katılımcıya 10-30 arasında meslek grubundan tanıdığı olup olmadığı sorulur. Ardından tanınan kişilerin hangi çevreden olduğu belirlenir. Buradaki öngörü, hiyerarşik olarak yüksek mevkili kişilerin sunabilecek daha fazla kaynakları olması nedeniyle daha fazla sosyal sermaye yaratmalarıdır. Görece yeni olan Kaynak Üreteci (ing. Resource Generator) ile listelenmiş somut ve yararlı sosyal kaynaklara erişim sorgulanmaktadır (156).

İster bireysel ister toplumsal seviyede ölçüm yapılsın, anahtar unsurlar olarak belirlenen güven, normlar ve ağlar kapsanmalı, tutum ve davranışlar arasında bir denge kurulmalıdır (154). Özellikle vurgulanması gereken nokta, hem bireysel düzeyde (Bourdieu'dan hareketle) hem de toplumsal düzeyde (Putnam'dan hareketle) ölçüm yapılmasının yararlı olduğudur, çünkü her iki yaklaşımın da sağlıkla farklı yollardan ilişkisi bulunmaktadır. Dolayısıyla bireysel yanıtların toplamı ile yapılacak ölçüm hala en değerli yoldur (70).

Birçok sağlık araştırmasında sosyo-ekonomik değişkenler incelenen ilişkilerde potansiyel bir karıştırıcı olarak ele alınırken, diğer yandan özellikle sosyo-ekonomik değişkenler ile sağlık arasındaki ilişkiyi incelenmeyi amaçlayan çalışmalar da bulunmaktadır (23). Solar ve Irwin tarafından Dünya Sağlık Örgütü bünyesinde faaliyet gösteren Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (SSBK) adına hazırlanan müzakere metninde, sağlık belirleyicileri sosyal ve yapısal belirleyiciler olarak ikiye ayrılmakta ve yapısal değişkenler kavramı şu şekilde açıklanmaktadır (138): “Toplumdaki sosyal tabakalaşmayı yaratan veya pekiştiren ve bu şekilde bireylerin sosyo-ekonomik konumunu belirleyen etkenlerdir.” Böyle bir tanım sosyal eşitsizlikler bakımından önemlidir, zira “sosyal merdiven”deki konumunuz diğer yaşam şansları kadar sağlık durumunuz için de belirleyici olmaktadır (108, 164). Sosyal sermaye araştırmalarında da benzer şekilde sosyo-ekonomik konumun (SEK) potansiyel karıştırıcı etkisi nedeniyle incelenmesi gerektiği belirtilmektedir (70). Bu değişkenler hem sosyal sermaye hem de sağlık üzerine olası etkileri nedeniyle özellikle önemlidir, dolayısıyla cinsiyet, eğitim, yaş, etnisite, iş, sosyo-ekonomik konum, ev mülkiyeti ile yaşadığı yerdeki oturma süresi sosyal sermaye araştırmalarında sosyal sermayeye erişimi belirlemeleri bakımından sorgulanmalıdır (27, 70, 169).

### **C. SOSYAL SERMAYENİN OLUMLU YÖNLERİ VE SAĞLIKLA İLİŞKİSİ**

Portes, sosyal sermayenin işlevini üç başlık altında değerlendirmektedir: ilki, toplumsal denetim kaynağı olması; ikincisi, aile desteği için bir kaynak olması ve son olarak da aile dışı ağlar üzerinden yarar sağlayan bir kaynak olması (129). Bu Putnam tarafından daha açık bir şekilde tanımlanmıştır (132). Putnam’a göre sosyal sermaye; insanların ortak sorunlarını daha kolay çözmelerine yarar (işbirliği), gündelik yaşamdaki etkileşimlerde (ekonomik veya sosyal) birbirine güvenen insanlar arasındaki süreçlerin daha pürüzsüz olmasını sağlar, bireyde topluma yönelik olumlu kişilik özelliklerinin gelişmesini destekler, bilgi akışına olanak vererek bir elektrik devresi gibi işler, psikolojik ve biyolojik yollardan insan yaşamına etki eder (132).

Sosyal sermaye kavramının gördüğü geniş ilgi onun birçok olguyla ilişkisinin test edilmesine olanak vermiştir. Eğitim başarısı (29), ekonomik performans (57, 58, 119), suç oranları (132), demokrasi (Putnam) ve sağlığa (26, 86, 132) kadar geniş bir yelpazede kavramın etkileri incelenmiştir. Ayrıca neredeyse akla gelebilecek herhangi bir konunun da sosyal sermaye ile ilişkisi incelenebilir. Putnam (132), sosyal sermaye düzeyi yüksek ülkelerde çocukların eğitim performanslarının da benzer şekilde yüksek olduğunu, topluluk veya mahalle düzeyinde olduğu kadar, Coleman (29) ile benzer şekilde ailenin sosyal sermayesinin yüksek olmasının çocukların öğrenmeleri üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu dile getirmektedir. Ekonomik bağlamda sosyal sermaye ise Granovetter tarafından zayıf bağlar şeklinde isimlendirilen bağlantılarla insanlar bilgiye daha kolay erişerek iş olanaklarından haberdar olabilmektedir şeklinde yorumlanmaktadır (61). Gelişmiş bir ağa sahip olmak daha iyi iş olanaklarına erişimi sağlamasının yanında, kurumsal performansa da takım çalışmasını artırması, verimliliği ve kaliteyi yükseltmesi bakımından olumlu etki etmektedir (52, 119). Çoğu araştırmacı tarafından kabul edilen bir görüş de yüksek sosyal sermaye düzeyinin işlem maliyetlerini azalttığıdır (52, 132). Ancak makro-ekonomik göstergelerle sosyal sermaye arasındaki ilişki net değildir (119). Birçok sosyal ve ekonomik gösterge kontrol altına alınarak yapılan analizlerde güven düzeyi yüksek ülke ve eyaletlerdeki hükümetler daha nitelikli bir yönetim sergilemektedir (119). Sosyal sermaye bir kişinin suça yönelmesi üzerinde etkili olduğundan bir toplumdaki suç oranlarını da etkileyebilmektedir (52).

Putnam, sosyal sermayenin sonuçları arasından hiçbirinin, sosyal bağlılığın sağlık ve iyilik hali üzerine etkisi kadar belirgin olmadığını dile getirmiştir (132). Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiyi araştırma çabaları 90'lı yıllarda başlamıştır. Bu zaman dilimine kadar geçen dönemde sosyo-ekonomik belirleyiciler ile sağlık arasındaki ilişkinin incelenmesi bireysel düzeyde, örneğin gelir miktarı gibi değişkenlerin sağlığa etkisinin değerlendirilmesi şeklinde yapılmaktaydı, ancak Richard Wilkinson'ın mutlak gelir düzeyine kıyasla gelir dağılımının yaşam beklentisine daha güçlü bir şekilde etki ettiğini göstermesinin (161) ardından, literatürde mutlak gelir hipotezi ve etkilerini psikososyal ve maddi yollardan yaratan göreceli gelir hipotezi olmak üzere iki türlü bir ayrışma meydana gelmiştir (72). Ekonomi, büyük ölçüde nicel maddi değişikliklerle sınırlı kalırken, sağlığın maddi ve sosyal durumlara duyarlı olduğunu, dolayısıyla nitel ve nicel değişikliklerden etkilendiğini ifade eden Wilkinson, gelir eşitsizliğinin aşırı olduğu durumlarda sosyal adalet duygusunun yara aldığını ve bunun toplumsal birlik duygusunu zayıflatarak, özellikle artan şiddet ve suç



olayları bağlamında toplum yaşantısında ve dolayısıyla yaşam kalitesinde kötüleşmeye yol açtığını öne sürmektedir (162). Yaşam kalitesi de insanın öznel iyilik haline işaret etmesi yönüyle sağlıklı yakından ilişkilidir. İşte sosyal sermaye de bu şekilde kurgulanan göreceli gelir hipotezi içinde bir aracı değişken olarak etkisini göstermektedir (72).

Sosyal sermaye adını kullanmasa da günümüzde kavrama atfedilen bazı unsurların sağlık bağlamındaki etkilerini ilk inceleyen 1897 yılında yayınlanan “İntihar” adlı çalışmasıyla sosyolog Emile Durkheim olmuştur. Durkheim (35), intihar oranlarının sıklığının toplumdan topluma değişmesinin nedenlerinin toplumda aranması gerektiğini öne sürdüğü çalışmada, bu oranın dinsel, ailesel ve siyasal bütünleşme derecesiyle ters orantılı olduğunu ifade etmiştir. Sonraki zamanlarda sağlık ile toplumsal bütünleşme, sosyal destek ve sosyal ağlar arasındaki ilişkinin incelendiği birçok çalışma yapılmasına karşın, bunlar da sosyal sermaye başlığı altında ele alınmamıştır (90). Sosyal ağ ve toplumsal birlik araştırmalarına öncü olarak ABD’de yapılan Alameda ve Roseto çalışmaları gösterilmektedir. Alameda çalışması (18), 1965-74 yılları arasında yapılan izlem çalışması olup, çalışmada bir sosyal ağ indeksi kullanılmış ve mortaliteyle ilişkisi incelenmiştir. Çalışmaya alınan her yaş grubu ve her iki cinsiyet içinde sosyal bağlantıları fazla olanların ölüm hızları düşük olurken, bağlantıları en az olanların ölüm oranları en yüksek bulunmuştur. Diğer çalışma ise ABD’nin Pennsylvania Eyaleti’ne bağlı Roseto ve Bangor şehirlerinde yürütülmüştür (45). Roseto, daha çok İtalya kökenli Amerikalıların yaşadığı ve 1960’lı yıllara kadar güçlü aile ve sosyal bağları olan bir şehir olarak tanımlanmaktadır. İncelemeler bu yıllardan sonra özellikle 25-35 yaş grubunda geleneksel Rosetolu yaşam tarzının yerini komşu şehirlerdekine benzer Amerikalı davranışlarının aldığını göstermiştir. Bu zamana kadar Roseto’da kaydedilen kardiyovasküler nedenli ölüm hızları çevre şehirlere oranla daha düşük seyretmiş, ancak 1960 ve 1970’lerde yaşanan sosyal değişimler sonucunda miyokard infarktı insidansları artmıştır. Bangor ile kıyaslandığında Roseto’da erkek ve kadınlar arasında miyokard infarktüsü insidansı istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük iken, bu fark 1965 sonrasında kaybolmuştur. Çalışma sonucunda, Roseto’da artan ölüm hızlarının toplumsal birlikteki azalmaya bağlı olarak gerçekleştiği öne sürülmüştür. Bu ve bundan sonra gelen benzer çalışmalarda destekleyici sosyal ilişkilere sahip insanların sağlık durumlarının ve sağlıklıklarının daha iyi olduğu vurgulanmaktadır (28).

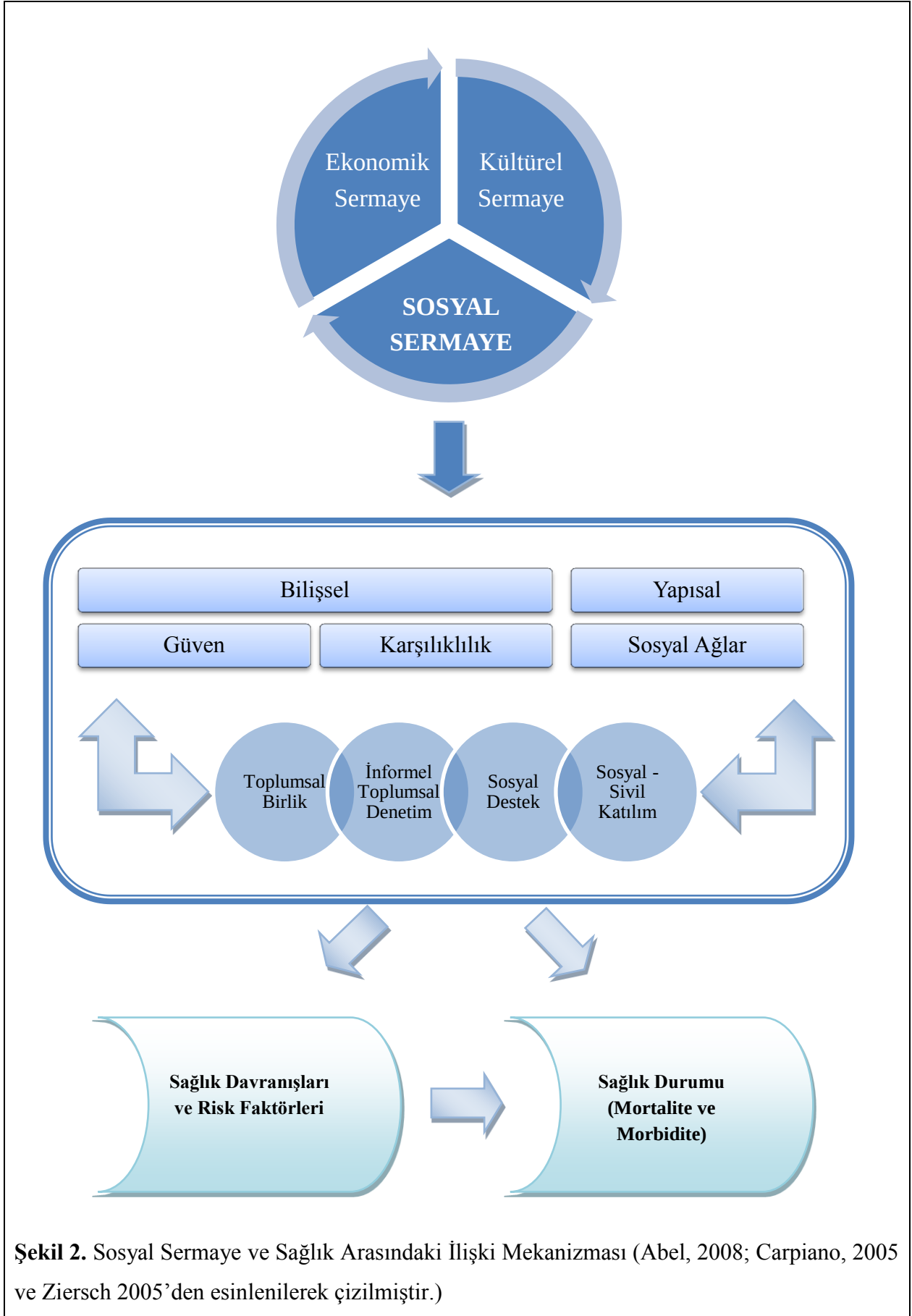
Sosyal sermaye, belli başlı mekanizmalarla sağlık üzerine etki edebilir. Doğrudan etkileri arasında sağlık bilgisinin hızla yayılmasına olanak sağlaması; sağlıklı davranışların benimsenmesini artırması; olumsuz sağlık davranışlarına karşı toplumsal bir kontrol

mekanizması sağlaması yer almaktadır. Ayrıca, sosyal ağ kaynakları üzerinden yerel hizmetler ve olanaklara erişimi artırabilir. Psiko-sosyal yoldan sosyal destek mekanizmaları, özdeğer ve karşılıklı saygı ile sağlık üzerinde etkili olabilir (83, 85). Son olarak sosyal, ekonomik, politik ve çevresel etkenlerin karşılıklı etkileşimi sonucunda toplum sağlığının belirleyicilerinden biri olarak işlev görebilir (158). Sosyal sermayenin sağlığa etki mekanizmaları Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekildeki kavramsallaştırma Bourdieu’nün sosyal sermaye yaklaşımına uygun olarak tasarlanmıştır. Sosyal sermayenin bilişsel ve yapısal unsurları ile bunların çıktıları olan (Şekil 2’de yuvarlaklar ile gösterilen) bileşenler karşılıklı bir etkileşim içindedir. Buradan hareketle sosyal sermaye normlar, güven ve sosyal ağlardan oluşan bir altyapıda, bireyler arasında erişebildikleri kaynakların değişimine olanak verir (169). Ağ kaynaklarına erişim ve ağların nitelik ve niceliklerinin önemli olması Bourdieu’nün sosyal sermaye yaklaşımında temel noktalardandır (22). Carpiano’ya (26) göre, böyle bir yaklaşım sağlık ve sosyal sermaye arasındaki ilişkiyi incelemede yararlı bir açılım sağlamaktadır, çünkü ağların sahip olduğu kaynaklara bireyin erişimi, ağların var olması ve boyutlarıyla ilişkilidir.

Sosyal sermayenin sağlıkla ilişkilendirilmesi genellikle mortalite ve morbidite gibi sağlık göstergeleri, sağlık algısı, ruh sağlığı ve sağlık davranışları üzerinden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda güven, çeşitli kuruluşlara üyelik, karşılıklılık, gönüllülük gibi değişkenlerin çoğunlukla tek başına kullanımı ile sosyal sermaye değerlendirilmiştir (90). Bu çalışmaların bazıları sonraki bölümlerde sunulmuştur.

Kim ve ark. tarafından sosyal sermaye ve mortalite ilişkisi için 15 çalışma incelenmiş ve sonuçta ABD, Rusya ve Macaristan’da toplumsal birliğin mortalite üzerinde koruyucu etkisinin bulunduğu saptanmıştır (90). Ancak Kanada, Yeni Zelanda ve Avustralya’nın da aralarında bulunduğu bazı ülkelerde bu etki gözlenmemiştir. Bu çalışmalar arasında yer alan, Kawachi ve ark. tarafından ABD’de 39 eyaleti kapsayan araştırmada çeşitli gönüllü gruplara üyelik, toplumsal güven ve yardımseverlik ölçülmüştür (86). Çalışmada, toplumsal güvensizlik seviyesinin yüksek olması ile tüm nedenlere bağlı mortalite arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ( $r: 0,77$ ;  $p<0,0001$ ). Ek olarak toplumsal güven seviyesinin düşük olması temel ölüm nedenlerinin başında gelen koroner kalp hastalığı, kanserler, serobrovasküler hastalık ve istemsiz kazalara bağlı mortalite ve bebek ölüm hızının da yüksek olmasıyla istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde, tüm



nedenlere bağı mortalite ile gönüllü gruplara üyelik ve yardımseverlik arasında ters yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Yakın zamanda Finlandiya’da 28.043 kamu çalışanı arasında yürütülen beş yıllık bir kohort çalışmasında Oksanen ve ark., tekrarlanan ölçümlerle elde edilen işyeri sosyal sermaye düzeyi ile tüm nedenlere bağı mortalite arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir (121). Çalışma sonucuna göre işyeri sosyal sermayesinin ortalamasında bir birimlik bir artış, tüm nedenlere bağı mortalitede %19 oranında bir azalmaya yol açmaktadır (%95 Güven Aralığı (GA): 0,66-0,99). Aida ve ark. (5) tarafından Japonya’da 65 yaş ve üstü nüfusta yapılan 5 yıllık bir kohort çalışmasında sosyal sermaye bilişsel ve yapısal özelliklerine göre değerlendirilerek mortalite ile ilişkilendirilmiştir. Çok değişkenli analiz yöntemleri kullanılarak yapılan değerlendirmeler sonucunda arkadaşlarla buluşma sıklığının yaşlı Japonlar için mortalite ile ilişkili bir yapısal sosyal sermaye değişkeni olduğu saptanmıştır (Zarar Oranı (ing. Hazard Ratio): 1,30; %95 GA: 1,10-1,53).

Sosyal sermaye ile kalp-damar hastalıkları (KDH) arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda elde edilen sonuçlar farklılıklar göstermektedir (90). Refah seviyesi yüksek olan ülkelerde Lynch ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, sosyal sermaye değişkeni olarak güven düzeyi ile KDH arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (105). Ancak bu ilişki diğer çalışmalara göre ters bir durumu işaret etmektedir: Güvensizlik düzeyinin artması ile KDH mortalitesi hem erkekler ( $r: -0,63$ ;  $p: 0,02$ ) hem de kadınlar ( $r: -0,61$ ;  $p: 0,03$ ) arasında azalmaktadır. Bir başka araştırmada Sundquist ve ark., İsveç’te yaşayan, 45-74 yaş aralığında üç milyona yakın kişinin dâhil edildiği iki yıllık bir kohort çalışması tasarlayarak, bağlantı kuran sosyal sermaye ile KDH arasındaki ilişkiyi test etmişlerdir (143). Çok-aşamalı lojistik regresyon sonuçlarına göre, sosyal sermayenin düşük olduğu mahallelerde KDH için olasılıklar oranı (ing. Odds Ratio – OR) erkekler için 1,47 (%95 GA: 1,41-1,53) ve kadınlar için 1,86 (%95 GA: 1,75-1,98) olarak bulunmuştur. Buna göre bağlantı kuran sosyal sermayenin düşük olması KDH riskini artırmaktadır.

Daha önce söz edildiği gibi ruh sağlığının toplumsal bütünleşme ile olan ilişkisi Durkheim tarafından “İntihar” adlı çalışmasında incelenmişti. Sosyal sermaye kavramı içinde incelenen sosyal bağlantıların ruh sağlığına etkisi, olumsuz yaşam olaylarının karşısında sosyal destek üzerinden stresin tamponlanması ve çeşitli ağlara katılımı birlikte gelişen normların olumlu duygu duruma yol açmasıyla açıklanabilir (84). Sosyal sermaye ve ruh sağlığı arasındaki ilişki için De Silva ve ark. (31) tarafından öne sürülen bir model bulunmaktadır. Buna göre sosyal sermaye düşüklüğü, bireysel düzeyde destek ağlarının eksikliğini beraberinde getirmekte ve güvende olmama duygusu ile özsaygı düşüklüğüne yol

açmaktadır. Böylece başa çıkma becerisi azalmakta ve kronik stres mekanizmaları ile ruh sağlığı zarar görmektedir. Öte yandan toplumsal düzeyde sosyal sermaye düşüklüğü sapkın davranışların toplumsal denetiminde zayıflığa neden olarak bir yandan madde istismarı veya sağlığa zararlı diğer davranışlara zemin hazırlarken, diğer yandan mahalle ortamında karışıklıklara yol açarak güvende olma duygusunu zedeleyebilir. Özellikle suç ve şiddet olaylarının yaygın olduğu yerlerde, bağ kuran sosyal sermayenin olumsuz ruh sağlığı etkileri olduğu belirtilmektedir (8). Sosyal sermaye düşüklüğü ekonomik kalkınma üzerine olumsuz bir etkiye bulunarak, yoksulluk durumlarına ve çeşitli hizmet sunumlarına erişememeye yol açarak ruh sağlığına olumsuz etkiye bulunabilir (31). İngiltere’de yapılan bir çalışmada ekonomik sıkıntısı olan mahalle sakinleri arasında sosyal sermaye ile kronik ruhsal bozukluklar arasında ilişki tespit edilmiştir (140). De Silva ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir bilimsel derleme çalışmasında, bireysel düzeyde bilişsel sosyal sermaye ile genel ruhsal bozukluklar arasında ters yönlü bir ilişki olduğu vurgulanmıştır (32). Japon nüfusunu temsil eden bir örnekleme çalışan Hamano ve ark. ise hem bilişsel hem de yapısal sosyal sermayenin bireysel ruh sağlığı durumu ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir (69). Ancak, literatürde psikiyatrik bozukluklarla sosyal sermaye arasında ters yönlü ilişkilerin olduğu çalışmalara ek olarak, sosyal sermaye yüksekliğinin psikiyatrik açıdan olumsuz sonuçlara yol açabildiğini gösteren yayınlar da mevcuttur (13).

Sağlık davranışları, sosyal ağlardaki etkileşimler ve özellikle sosyal destek ile teşvik edilebilmektedir (112). Ayrıca daha önce de sözü edildiği gibi topluluk içinde kabul görmeyen davranışlara (örn. aşırı alkol veya uyuşturucu madde kullanımı) yönelik toplumsal denetim normları bireylerin sağlık davranışlarını benimsemelerinde önemli bir etken olabilir. Sosyal sermayenin bu davranışların üzerindeki etkisi olduğu çeşitli araştırmacılarca test edilmiştir. Bulgulara göre erken çocukluk, ergenlik ve erişkinlik dönemi boyunca sosyal sermaye ile alkol kullanımı arasında bir ilişki bulunmaktadır (101). Finlandiya’da yapılan bir çalışmada bireysel ve bölgesel karıştırıcı etkenlere göre düzeltme yapıldıktan sonra, alkole bağlı ölüm ile aile birliğinin ve oy verme davranışı ile ölçülen sivil katılımın düşük olması arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (20). ABD’de ulusal çapta üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada gönüllülük boyutu ile ölçülen sosyal sermaye düzeyinin yüksek olmasının aşırı alkol kullanımı, sık ve istemli sarhoş olma, üniversite içinde aşırı alkol kullanımı ve alkol istismarı riskini azalttığı gösterilmiştir (160).

Ergenlik döneminde sigara kullanmaya başlama sosyal ve ekonomik açıdan yoksunluk içinde olan mahalle ve gruplarda daha yaygındır. Erişkinlerin sigara içtiği bir ortamda

büyüyen çocukların ileride sigara içmeye başlamaları daha olasıdır. Ek olarak olumsuz yaşam olayları ve algılanan stresin yüksek olması da sigara içmeyi artırır. Bu noktada sosyal katılım psiko-sosyal stres için koruyucu bir tampon işlevi görebilir (101). İskandinav ülkelerinde yapılan bir araştırmada hem erkek hem kadınlar arasında sosyal katılım ve güven düzeyinin düşük olmasının günlük sigara içiciliğini artırdığı gözlenmiştir (98). ABD’de 39.369 yetişkinle yapılan bir çalışmada özellikle sigara karşıtı normların değerlendirilmesine yönelik olarak sosyal sermaye kilise katılımı değişkeni olarak ölçülmüş ve aralarında sigara yasakları, gelir ve etnisite gibi birçok karıştırıcı değişken için düzeltme yapıldıktan sonra kiliseye katılım ile sigara tüketimi arasında ters yönde istatistiksel olarak önemli bulunan bir ilişki tespit edilmiştir (25). Yine de bu konuda daha fazla araştırmaya gereksinim duyulduğu yönünde görüşler mevcuttur (101).

Fiziksel egzersiz ve sosyal sermaye arasında da benzer ilişkiler bulunmaktadır. İsveç’te yapılan bir araştırmada saptanan ilişkinin aslında İsveç toplumunun benimsediği sağlıklı olma normunun formel ve informel ağlarla yayılmasının veya bireylerin psiko-sosyal stres düzeylerinin düşük olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (101). ABD’de yapılan başka bir araştırmada ise güven, sosyal katılım, oy verme, sosyal projelerde görev alma, 1000 kişi başına düşen kar amacı gütmeyen kurum ortalaması ve 1000 kişi başına düşen sosyal ve sivil organizasyon ortalaması ile fiziksel hareketsizlik arasında ters yönlü bir ilişki saptanmıştır (89). Fiziksel egzersiz enerji harcanmasına yol açtığından beslenme ile bu enerji açığı kapatılacağından aslında sosyal sermaye ile fiziksel egzersiz arasındaki ilişki dolaylı yoldan beslenmeyi de etkilemektedir, ancak beslenme ile sosyal sermaye arasındaki ilişkinin daha detaylı araştırılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir (101).

Sosyal sermayenin bugüne kadar fazla incelenmeyen etkilerinden biri de sağlık hizmetine erişim üzerinedir. Sosyal sermayenin kuramsal olarak toplumsal hesap verebilirliği artırarak hizmete erişimi geliştirebileceği düşünülmektedir. Normlar, güven ve sosyal ağlar hasta hekim iletişiminden başlayarak kurumsal işleyişe kadar daha insancıl, etkin, eşgüdümü sağlanmış, geniş çaplı ve derinlikli bir hizmet sunumunun yaratılmasına katkı sağlayabilir (74).

#### **D. SOSYAL SERMAYENİN OLUMSUZ YÖNLERİ VE ELEŞTİRİLER**

Sosyal sermaye, ekonomi dışında kalan ve sosyoloji bünyesinde incelen birçok unsuru içinde barındıracak şekilde sunulduğundan, aslında bir şemsiye kavram olarak da düşünülebilir (119). Bazı yazarlara göre kavramın bu kadar geniş bir bağlamda kullanılması,

yani her şeyi açıklar nitelikte algılanması yapılar, davranışlar ve tutumlar hakkında özgün sonuçlara varmayı engelleyebilir ve dolayısıyla hiçbir şeyi açıklayamaz bir hale gelebilir (65). Diğer yandan isimlendirme konusunda da eleştirilmektedir, zira bir ekonomi profesörü olan Ben Fine, sermayenin zaten sosyal olduğunu ve dolayısıyla bu ifadenin diyalektik olarak anlamlı olabilmesi için sosyal olmayan bir sermaye türünün de bulunması gerektiğini öne sürmektedir (53).

Kavram daha çok destekleyici mekanizmalara atıfta bulunsa da aslında aynı mekanizmaların olumsuz etkilerinden de söz edilebilmektedir. Portes, sosyalleşmenin iyi sonuçlar doğuracağı, kötü şeylerin de genellikle “homo ekonomikus”ların davranışları ile ilişkili olduğu yönündeki bir algının sosyolojik bir yanılgı kaynağı olduğunu ifade etmektedir (129). Ek olarak sosyal sermayeye ilişkin dört olumsuz sonuçtan söz etmektedir. Bunlar dışlama, grup üyelerine aşırı beklentiler yükleme, bireysel özgürlüklerin kısıtlanması ve normların aşağı derecelenmesidir (129). Homojen bir grup içinde bağ kuran sosyal sermayenin dışlayıcı ve özgürlük kısıtlayıcı etkisini Putnam (132) da vurgulamaktadır. Organize suç ağları (örn. mafya), uyuşturucu kullanan kişilerden oluşan bir gruba dâhil olmak, rüşvet ağları vb. örnekler de sosyal sermaye kavramıyla anılan normlar, karşılıklılık ve güvene dayalı ilişkileri barındırmaktadır. Bazılarının eylemlerini kolaylaştıran sosyal sermaye, diğerleri için işlevsiz, hatta belki de zararlı olabilmektedir (29).

Eşitsizlik konusu kavrama yöneltlen eleştirilerden biridir. Sosyal ve kültürel sermayeyi ayrıcalıklı kesimin ekonomik sermayesini garanti altına alan bir kaynak olarak değerlendiren Bourdieu güç ilişkilerine ve hiyerarşik yapıya dair açıklamalar getirmektedir (22). İletişim ağı içinde yer alan bireyler, buradaki sosyal sermayeden yararlanırken, bu durum eşitsizlikleri güçlendirmektedir (52). Diğer yandan, ekonomik ve kültürel sermaye ne kadar yüksekse, sosyal sermayenin de o kadar yüksek olmasının beklenmesi ayrı bir eşitsizliktir ve sosyal sermayeyle anılan fırsatlar bir kişi veya grubun toplumun genel hiyerarşik yapısında bulunduğu konumla yakından ilişkilidirler (52, 154).

Diğer iki önemli eleştiri ise siyaset ve güç ilişkilerinin görmezden gelinmesine yol açması ve toplumu hedef göstermesi noktasında ortaya çıkmaktadır. Pichler ve Wallace, bir çalışmalarında sosyal sermaye düzeyinin sosyal sınıf ile ilişkili olduğunu ve yüksek sosyal sınıflarda sosyal sermaye düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermişlerdir (128). Navarro, baskın ortodoks ekonomik modellere uygun olarak geliştirilen, özellikle Putnam ve Coleman çizgisinde “birliktelik” temalı bir sosyal sermayeye yapılan yatırımın, birey için piyasada

daha fazla rekabet olanağı yarattığının öne sürüldüğünü, ancak bu birlikteliğin eksik olmasının nedeninin rekabetçiliği teşvik eden kapitalist düzenin kendisi olduğunu ve ne yazık ki dünyada yaygın kabul gören sosyal sermaye anlayışını yaratan Putnam'ın analizlerinde bu noktanın eksik olduğunu vurgulamaktadır (117). Bourdieu tarafından kavramsallaştırılan sosyal sermaye anlayışıyla paralel bir çizgiden bakan Navarro, Putnam'ın bir yandan rekabetçiliği diğer yandan da birlikteliği savunmasının bir çelişki olduğunu savunurken, örnek olarak sanayileşme sürecindeki emek hareketlerinde var olan dayanışmanın amacının daha fazla sermaye elde etmek ve rekabet edebilir hale gelmek olmadığını, tersine kapitalizmi ve kapitalist sınıfı elimine etmek olduğunu vurgulamaktadır (117). Benzer şekilde düşünen Muntaner de yüksek suç oranı, uyuşturucu kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar vb. durumların nedenini toplumda var olmayan katılım, güven duymama, ağlara katılmama gibi değişkenler ile yapılan sosyal sermaye analizleriyle açıklamanın “Üçüncü Yol” olarak güç ilişkilerini anlatan yoksul işçi sınıfı veya ırksal (örn. beyaz olmayanlar) ifadelerin yerini aldığını ileri sürmektedir (114).

Bu eleştiriler karşısında Szreter, sosyal sermaye ile devlet arasında temel bir ilişki olduğunu ve bu ilişkinin analiz edilmesinin güç, siyaset ve ideolojinin sosyal sermaye oluşumuna veya yok oluşuna katkı sağladığını ifade etmektedir (144). Burada özellikle bağlantı kuran (ing. linking) sosyal sermayeye vurgu yapılmaktadır. Devleti içine alan bir kavramsallaştırmada, liberal demokrasi içinde sosyal sermayeyi inşa etmek kolay değildir, çünkü vatandaşların devletin yaptıklarıyla yaşamlarına gerçek ve değerli bir katkı yaptığını inanmaları sonucunda devlete karşı güven ve destek yaratılabilir. Bağlantı kuran sosyal sermaye kavramı ile devlet-toplum ilişkisi ve güç ilişkileri açık bir şekilde sosyal sermaye analiz çerçevesine girmektedir ve böylece halk sağlığı ile sivil topluma dair normlar, ağlar ve devletin değişen politik ekonomisi arasındaki ilişki ortaya konabilir (144, 145). Halk sağlığı alanında birçok sosyal sermaye çalışması yapmış olan Kawachi ve ark. da sosyal sermayenin toplumsal yapının içinde yer alan bir kavram olarak kurgulandığını ve bu şekilde kavramın kapsadığı geniş yapısal güçlerin uygulamalarının sağlığa katkısının yadsınamayacağını dile getirmektedir (87). Hatta bu şekilde bölünmüş bir sosyal yapı içinde bu güç ilişkilerini gözetmeden dayanıklı ağların ve karşılıklı güvenin kurulamayacağı vurgulanmakta, dolayısıyla yoksul sistemlerdeki sorunların çözümü için “kendi başına hallet” gibi bir anlama gelmediği iddia edilmektedir (87, 144). Sağlığa psiko-sosyal yaklaşımın belki de en önemli savunucularından olan Richard Wilkinson ise sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiye yönelik artan ilginin nedeninin gelir dağılımını inkâr etme çabası olmadığını, tam tersine gelir



dağılımının sağlık üzerine nasıl etkili olduğunu anlama çabası olduğunu vurgulamaktadır (163).

## **E. SAĞLIK DAVRANIŞLARI**

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) mortalite ve morbidite nedenleri verilerine göre, dünyanın önündeki sorunlar arasında ilk sırada bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) gösterilmektedir. 2008 yılında meydana gelen 57 milyon ölümün yaklaşık üçte ikisi (36 milyonu) KDH, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıklarına bağlı olarak gerçekleşmiştir (43). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2009 yılındaki ilk beş ölüm nedeni de dünyadaki eğilime uymaktadır. TÜİK'in verilerine göre 2009 yılında gerçekleşen 280.531 ölümün %39,9'u dolaşım sistemi hastalıkları, %20,7'si habis urlar, %8,9'u solunum sistemi hastalıkları, %6,4'ü endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar ve %4'ü dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmelerdir (148).

DSÖ'nün 2002 yılı Dünya Sağlık Raporu'nda risk "olumsuz bir sonucun gerçekleşme olasılığı veya bu olasılığı artıran bir etken" olarak tanımlanmaktadır (40). Bir ülke geliştikçe, bağışıklama, temiz su ve sanitasyon gibi halk sağlığı uygulamaları, nüfusun yaşam süresinin uzaması ve tıbbi bakım hizmetlerindeki ilerlemeler dolayısıyla, toplumu etkileyen hastalıklar da bulaşıcı hastalıklardan BOH'a doğru kaymaktadır. Dünya genelinde ölüme yol açan ilk beş risk etkeni yüksek kan basıncı, tütün kullanımı, yüksek kan glikoz düzeyi, fiziksel hareketsizlik ve aşırı kiloluluk ve obezitedir (42). Bu değişimde özellikle ekonomik dönüşüm, modernleşme, hızlı kentleşme ve 21. yüzyıl yaşam tarzları olarak anılan etkenlerin de rolü olduğu düşünülmektedir (43, 118). BOH "salgını"nın dünya genelinde her gelir seviyesinden ülkede etkisini göstermesi önleme çalışmalarına hız vermiştir ve DSÖ altı maddelik 2008-2013 BOH Eylem Planı'nı yaşama geçirmiştir. Bu eylem planının üçüncü maddesi ise BOH için ortak ve değiştirilebilir risk etkenleri için müdahalelerin geliştirilmesi olarak belirlenmiştir (41). Bu ortak risk etkenleri ise tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve zararlı düzeyde alkol kullanımı olarak belirtilmektedir. Davranışlar hastalıkların yalnızca oluşumunda değil, prognozunda da önemlidir. Tip I Diyabet hastası bir kişinin tanı konulduktan sonra tedavi için reçete edilen ilaçlarını önerilen şekilde kullanması hastalığın prognozu açısından belirleyicilerden biridir (62).

BOH'nın önlenmesi için belirtilen sağlık davranışlarının üzerinde fazlasıyla durulmaktadır. Ancak, önleme çalışmalarında bireye sorumluluk yüklemek hatalı olarak görülmektedir, zira sağlık davranışlarının toplumda benimsenmesi ve uygulanması içinde

yaşadığımız sosyal, ekonomik ve fiziksel çevre ile şekillendirilir ve sürdürülür. Bireyin çevresiyle olan iletişimi ve etkileşimi davranışların benimsenmesi veya tersi için bir belirleyici olmaktadır. Özellikle sosyal çevrenin, sosyal destek ve sosyal ağlar, sosyo-ekonomik konum, ayrımcılık, mahalle etmenleri, toplumsal birlik ve sosyal sermaye gibi çeşitli boyutları (Tablo 4) davranışlar üzerinde etkili olması yönünden (112) sağlık araştırmalarında giderek daha fazla araştırılmaktadır.

**Tablo 4.** Sosyal çevre boyutlarının davranışları etkileme mekanizmaları

| Sosyal çevre boyutları                          | Mekanizma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sosyo-ekonomik konum (SEK) ve gelir eşitsizliği | SEK biyolojik stresi artırarak sağlığa olumsuz etki eder ve strese karşı koruyucu olabilecek maddi kaynakların birikimine ve onlara erişime engel teşkil eder.<br>Gelir eşitsizliği sosyal sermaye yatırımlarında azalma ve toplumsal birlikte bozulmaya; çeşitli program ve hizmetler için sosyal harcamalarda azalmaya; psiko-sosyal koşullarda artışa (örn. hayal kırıklığı ve toplumsal kıyaslama) yol açar. |
| İrk ayrımcılığı                                 | Ekonomik ve sosyal yoksunluk üretir; zararlı maddelere maruziyeti artırır; psikolojik travma kaynağıdır. Uygun olmayan/yetersiz sağlık hizmeti ve zararlı maruziyetler dışlanmış gruplar için kaçınılmazdır.                                                                                                                                                                                                     |
| Mahalle etkenleri (mahalle yoksunluğu)          | Fiziksel çevrenin zararlı etkenlerine (örn. su kalitesi) maruziyet, sağlık ve sosyal destek hizmeti olanaklarının varlığı, topluluk tanınmışlığı ve diğer tarihi ve kültürel özellikler                                                                                                                                                                                                                          |
| Sosyal destek ve sosyal ağlar                   | Sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesini kolaylaştırabilir veya engelleyebilir, kaynak ve mallara erişim olanağı sağlar, bireysel ve topluluğa özgü başa çıkma yanıtları üretir, olumsuz sağlık çıktılarını tamponlar, enfeksiyon hastalıkları ile teması kısıtlar                                                                                                                                       |
| Toplumsal birlik ve sosyal sermaye              | Olumlu sağlık davranışları için grup ve toplumsal normları güçlendirir ve destek olur, somut destek sağlar                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Kaynak: McNeill ve ark., 2006

Sosyal epidemiyoloji bakışıyla, sağlıklı yaşam tarzının, daha önceki risk etkeni odaklı yaklaşımdan farklı birkaç önemli özelliği bulunmaktadır. Weberci yaklaşımda “yaşam seçimleri”, bireyin yapısal koşullar ne olursa olsun eylem seçimleri yapabileceğini öngören eylemlilik (ing. agency) için, “yaşam şansları” ise toplumsal yapı için birer gerekliliktir (28). Buna göre davranış, tutum ve kaynaklar sağlıklı yaşam tarzının eşit derecede önemli boyutlarıdır. Sağlıklı yaşam tarzı anlayışı şans ya da seçim üzerine odaklanmak yerine, sağlıklı yaşam tarzı için yapısal önkoşullara (verili durumlar) odaklanırken, diğer yandan da insanların yaratıcı eylem ve tercihleri arasındaki etkileşime vurgu yapılır. Böylece uygun sağlıklı yaşam tarzı tanımlaması yapabilmesi için değişik bakış açılarını bir araya getirir. Belirli bir yaşam tarzını değiştirmek için sağlıklı olma motivasyonu yeterli değildir, yani belirli yaşam tarzları herhangi bir motivasyon olmaksızın sosyal olarak öğrenilmiş alışkanlıklar olarak uygulanırlar (2). Sağlıklı veya diğer yaşam tarzı seçimleri gönüllülük iken, sınıf konumu, eğitim, cinsiyet, yaş, etnisite, yaşam koşulları vb. ile belirlenen yaşam şansları bu seçimleri kısıtlar ya da güçlendirir: seçimler ve şanslar birbirini tamamlayarak davranışsal çıktıları belirler (28).

Halk Sağlığı veya sağlık davranışları literatüründe davranışları etkileyen ve bu bağlamda müdahale çalışmalarında temel alınan bazı modeller vardır. Bugün için tek bir teori veya kavramsal çerçevenin diğerlerine nazaran araştırma ve uygulamalarda baskın bir durumda olmadığı kabul edilmektedir (59). Ancak, özellikle sağlık davranışlarının çoklu ve birbiriyle etkileşim halinde olan belirleyicilerine yönelik kapsamlı bir çerçeve sunması nedeniyle son yirmi yılda üzerinde fazlasıyla durulan sosyo-ekolojik model olmuştur (136). Beş evreden oluşmaktadır (46). Kişisel (ing. intrapersonal) Evre’de, asıl hedef davranış değişikliğidir. Model bu evrede Sağlık İnanç Modeli, Planlı/Akılcı Eylem Teorisi, Transteoretik Model ve Davranış Seçme Teorisi gibi diğer önerilen model ve teorilerin ilkeleriyle çakışır. Ortak nokta; bireyin tutumu, algılanan normları ve davranış değişikliğini başlatacak kapasitesine dair algısının işlevsel sonucu olarak davranış değişikliğinin meydana geldiğidir. Kişilerarası (ing. interpersonal) Evre, sosyal ağlar, sosyal destek ve sosyal normların ağırlıklı olduğu evredir. Bunlar bireyin davranışına dair motivasyonunu ve kapasitesini etkilemektedir. Kurumsal/Çevresel (ing. organizational/ environmental) Evre’de hedef eğitim ve uygulamalardır ve okul, işyeri, sağlık hizmet sistemi ve diğer kurumsal çevrelerde sigara karşıtı, kanserden korunma ve benzeri uygulamalar, eğitimler yapılır. İnsanların sosyal ve fiziksel çevreleriyle olan etkileşimlerinde belirleyici olan Toplum Evresi ve Politika Evresi’nde ise toplumsal kaynakların harekete geçirilmesi (sosyal sermaye),

toplumda yapısal ve çevresel uygulamaların gerçekleştirilmesi yanı sıra yerel veya ulusal düzeyde yasa ve düzenlemelerle (Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı vb.) sağlıklı davranışların geliştirilmesi sağlanabilir. Modelin özünde önemli olan bazı noktalar vardır. İlk olarak, sağlık davranışları çok basamaklı bir etki mekanizması ile şekillenir. İkincisi, basamaklar arası etkileşimler yoluyla etki gerçekleşir, yani değişkenler birlikte iş görebilir. Son olarak da şu söylenebilir ki davranış değişikliği çok basamaklı uygulamaları gerektirir (136).

## V. GEREÇ VE YÖNTEM

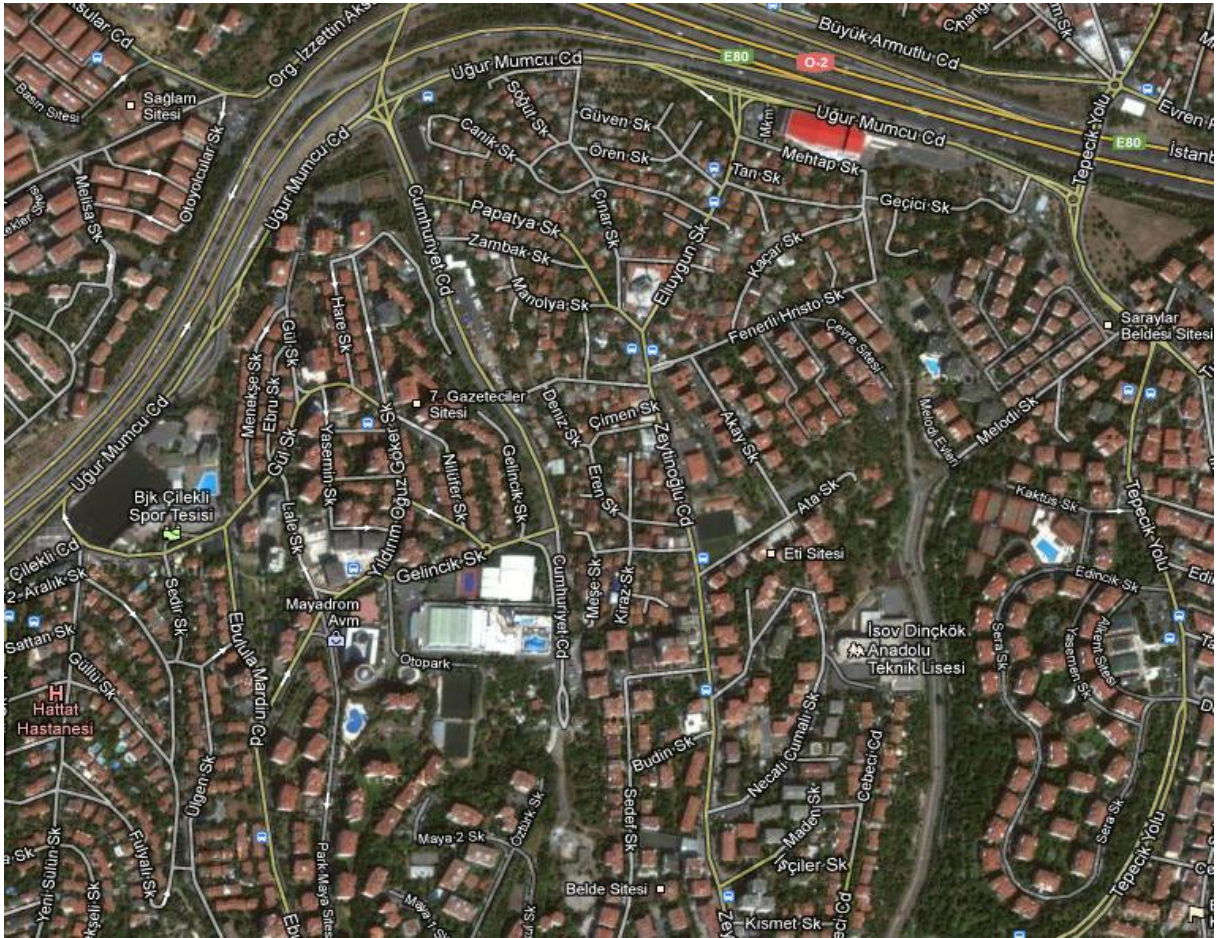
### A. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Kesitsel tipte bir araştırmadır.

### B. ARAŞTIRMA BÖLGESİNİN TANITILMASI

Araştırma, İstanbul il merkezi, Beşiktaş İlçesi'ne bağlı Akatlar Mahallesi'nde görev yapan bir aile hekimi için tanımlanan bölgede yürütülmüştür (Resim 1).

Akatlar Mahallesi 119 sokak, 7.335 haneden oluşan 14.530 kişilik nüfusa sahip bir yerleşim yeridir (19). Genel olarak işyerlerinden ziyade barınma ihtiyacını karşılayan bir bölgedir. Son yıllarda il ve ilçe belediyesinin katkılarıyla alt yapı sorunları büyük oranda halledilmiştir.



**Resim1:** Araştırma Bölgesi

Araştırma bölgesi tek bir aile hekimine bağlı, birbirine komşu iki yerleşim bölgesinden oluşmaktadır. Biri, müstakil ve bir veya iki katlı evlerin ağırlıkta olduğu, yolları düzensiz ve yer yer kaldırımların bulunmadığı gecekondu bölgesi, diğeri ise ağırlıklı olarak apartmanların olduğu, ancak müstakil lüks konutların da yer aldığı, yolları düzgün ve düzenli yerleşim bölgesidir. Araştırma bölgesi içinde bir ilköğretim okulu ve bir endüstri meslek lisesi bulunmaktadır. Mahalle sakinleri için yürüme mesafelerinde kabul edilebilecek uzaklıkta, İstanbul TEM otoyolu kenarında yer alan yapı içinde bir kültür merkezi ve alışveriş mekanları vardır. Yine bölge içinde kalan özel bir kapalı spor kompleksi ve açık tenis kortları, özel 3 adet futbol sahası, bir spor kulübüne ait bir spor tesisi ve çim futbol sahası, basketbol müsabakalarının yapıldığı bir spor salonu, belediye tarafından inşa edilmiş bir yürüyüş parkuru, birinde açık basketbol sahası bulunan dört adet park bulunmaktadır.

1 Kasım 2010 tarihi itibarıyla Aile Hekimliği Sistemine dâhil olan İstanbul ilinde her bir aile hekimi için coğrafi bölge temeline dayalı olarak sınırları belirli olan bir alanda, merkezi nüfus kayıt sisteminde adı bulunan kişilerden ortalama 3.500 kişilik nüfus tahsis edilmiştir. Böylece her bir aile hekimi bu geçiş aşamasının ilk yılında sokak ve caddelerle sınırları belli olan bir bölgede hizmet sunmaya başlamıştır. Sonuçta belirli sınırları ve nüfusu olan bölgeler meydana gelmiştir.

Araştırmanın yürütüldüğü alanda görev yapan aile hekimi mahallenin İstanbul TEM otoyolu komşuluğundaki bir bölgeye hizmet vermektedir. Bu hizmet bölgesi gecekonduların yoğunlukta olduğu bir bölge olması bakımından Akatlar Mahallesi içindeki diğer aile hekimi hizmet bölgelerinden ayrılmaktadır. Aile hekiminin görev yaptığı Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) hizmet veren bir aile hekimi daha bulunmaktadır. ASM, bölgedeki cami binasına ait mekânda hizmet sunumunu sürdürmektedir.

### **C. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini İstanbul'un Beşiktaş İlçesi'ne bağlı Akatlar Mahallesi'nde bir ASM'de görev yapmakta olan aile hekimine kayıtlı olan 18-65 yaş aralığındaki 2.319 kişi oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü %95 Güven Aralığında, %5 hata payıyla ve toplum oranının bilinmediği durumlarda, Lwanga ve Lemeshow tarafından (104) en güvenilir yol olarak önerilen %50'lik oran kullanılarak 330 kişi olarak hesaplanmıştır. Örneklem hacminin geniş olması incelenen değişkenlerin doğru bir şekilde incelenmesine katkı sağlayacağından, veri toplama kaynakları da göz önünde bulundurularak 330 kişi olarak belirlenen örneklem büyüklüğü üç katına çıkarılarak 990 kişi ile sınırlandırılmıştır.

Örneklem seçimi, cinsiyete ve 18-25, 26-35, 36-45, 46-55 ve 56-65 olarak belirlenen beş yaş grubuna göre sistematik tabakalı seçim yoluyla gerçekleştirilmiştir. Seçim işlemi için ilk olarak evren nüfusu cinsiyete göre erkek ve kadın olarak iki gruba ayrılmıştır ve her grup içinde belirlenen yaş gruplarının oranlarına uygun hesap yapılmıştır. Elde edilen sayılar, ondalık haneleri nedeniyle kendinden bir büyük tam sayıya yuvarlanmıştır. Evren nüfusunun %49,6'sı (N: 1151) erkek, %50,4'ü (N: 1168) ise kadındır. Buna göre 990 kişilik örneklem grubu için erkek ve kadın sayıları ilk olarak sırasıyla 492 ve 499 olarak bulunmuş, cinsiyet grupları içinde yaş gruplarına göre örneklem büyüklükleri bu sayılardan hareketle hesaplanmıştır. Her bir yaş grubu için hesaplanan ondalıklı değer kendisinden bir büyük tam sayıya yuvarlanmıştır. Örneğin, 18-25 yaş erkekler 168 kişi olup, erkek grubunun %14,6'sıdır. Örneklem grubuna girecek 18-25 yaş erkek sayısını belirlemek için 492'nin %14,6'sı hesaplanarak bulunan 71,8 kendisinden bir büyük olan 72 sayısına yuvarlanmış ve bu şekilde diğer grupların da örneklem büyüklükleri belirlenmiştir. Bundan sonra elde edilen sayıların toplanması ile erkekler ve kadınlar için son örneklem büyüklükleri hesaplanmış, bunlar toplanarak tüm grubun örneklem hacmi belirlenmiştir. Sonuçta örneklem grubu 495'i (%49,6) erkek ve 501'i (%50,4) kadın olmak üzere toplam 996 kişi olarak belirlenmiştir. Örnekleme oranı %42,9 olarak hesaplanmıştır.

Aile Hekimine kayıtlı insanların listesi bir Microsoft Office Exel dosyasında cinsiyete ve yaş gruplarına göre ayrı ayrı sıralandıktan sonra her yaş grubuna göre sistematik örnekleme yoluyla seçim yapılmıştır. Örneğin 18-25 yaş grubu erkekler için evren nüfusta yer alan bireylerin sayısı olan 168, örneklem için hesaplanan 72'ye bölünerek 3 kişiden 1 kişi (işlem sonucu olan 2,33'ün kendinden bir büyük tam sayıya yuvarlanması ile 3 sayısı elde edilmiştir) örnekleme seçilmiştir. Benzer uygulama her yaş ve cinsiyet grubu için tekrarlanmıştır. Belirlenen isimlerden adresleri araştırma bölgesi dışında olup Aile Hekimi Nüfusuna kayıtlı olan 151 kişiye ek olarak vefat etmiş olarak görünen 4 kişi örneklem dışında bırakılmıştır. Seçim işlemi bu kişiler atlanarak devam ettirilmiştir. Yedek olarak 996 bireyden oluşan örneklem grubunun %10'una denk düşen 100 kişilik bir grup belirlenmiştir.

#### **D. VERİ TOPLAMA ARACI VE YÖNTEMİ**

Araştırma, 68 sorudan oluşan, bireylerin kendilerinin yanıtlayacağı bir soru formu ile yürütülmüştür. Yalnızca okuryazar olmayanlarla yüz yüze görüşülerek form doldurulmuştur. Soru formunda sosyal sermaye, sağlık davranışları ve sosyo-demografik özellikleri değerlendirmeyi hedef alan dört bölüm bulunmaktadır. Her bir bölümün sorularının

hazırlanmasında konuya ilişkin literatürden yararlanılmıştır. Bu dört bölümde yer alan değişkenler için detaylı bilgi bağımlı ve bağımsız değişkenler başlığı altında verilmiştir.

Veri toplamak için örnekleme giren kişilerin Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde yer alan ev adresleri kayıt edilmiş ve sokaklara göre gruplandırılmıştır. Ardından 08 Haziran – 08 Ağustos 2011 tarihleri arasında araştırmacı tarafından örnekleme giren bireylerin adresleri ziyaret edilerek, ulaşılabilen bireylere veya kimi durumda eşlerine veya ebeveynlerine araştırmacının amacı ve beklenti aktarılmıştır. Ev ziyaretleri hafta içinde 11:00-20:00 saatleri arasında, haftasonları ise 13:00-20:00 saatleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul edenlere hazırlanan soru formu, bireylerin isimlerinin yazılı olduğu kapalı bir zarf içinde teslim edilmiş ve soru formunu geri almak için bir hafta süre sonunda araştırmacının aynı adresten gelip formu teslim alacağı bildirilmiştir. Bir hafta sonunda soru formunu yanıtlamayanlara üç gün daha ek süre verilmiş, bu süre sonunda yanıt vermeyenlere son olarak bir gün daha süre tanınmış, ancak bu süre sonunda da yanıt alınamadığında birey yanıtsız olarak kabul edilmiştir ve o bireyden soru formu toplanmamıştır.

Evde bulunamayan bireylere haftasonu ikinci bir ziyaret yapılmış, ikinci ziyarette evde bulunanlara soru formu dağıtılmış ve yukarıdaki geri toplama yolu takip edilmiştir. İkinci ziyarette de evde olmayanlar için başka bir haftasonunda üçüncü bir ziyaret yapılmış, evde bulunanlara benzer prosedür uygulanmış, ancak tekrar evde bulunamadı ise o birey araştırma dışında bırakılmıştır. Araştırma dışı kalan bireylerin yerine örnekleme yedek olarak seçilen bireylere, benzer dağıtım ve geri toplama prosedürleri uyarınca ulaşılmıştır.

Soru formunun dağıtım aşamasında 102 kişi üç ziyarette de evde bulunamamıştır. 56 kişi çalışmaya katılmayı ret etmiş, 53 kişi taşınmış, 5 kişi okuryazar olmamasını ve 11 kişi ise duyuşsal ve fiziksel engelli olmalarını ileri sürerek katılmak istememiştir, 2 kişinin adresinin ise yanlış olup işyeri olarak görüldüğü öğrenilmiştir. Yedek grup da dâhil olmak üzere toplamda 774 soru formu dağıtılmış ve 629'u geri toplanmıştır. Tablo 5'de cinsiyet ve yaş gruplarına göre evren ve belirlenen örneklem büyüklükleri ve veri toplama aşamasından sonra ulaşılan örneklem hacmi gösterilmiştir. Örnekleme ulaşma oranı %63,2'dir.



**Tablo 5.** Evren, Örneklem ve Ulaşılan Örneklem Büyüklükleri

| Yaş Grupları        | Evren |       |       |       | Örneklem |       |       |       | Ulaşılan Örneklem Hacmi |       |       |       |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|-------|-------|-------------------------|-------|-------|-------|
|                     | Erkek |       | Kadın |       | Erkek    |       | Kadın |       | Erkek                   |       | Kadın |       |
|                     | N     | %     | N     | %     | n        | %     | n     | %     | n                       | %     | n     | %     |
| 18-25               | 168   | 14,6  | 154   | 13,2  | 72       | 14,5  | 66    | 13,2  | 42                      | 12,9  | 44    | 14,5  |
| 26-35               | 333   | 28,9  | 313   | 26,8  | 143      | 28,9  | 134   | 26,7  | 89                      | 27,4  | 80    | 26,3  |
| 36-45               | 286   | 24,8  | 271   | 23,2  | 123      | 24,8  | 116   | 23,2  | 75                      | 23,1  | 72    | 23,7  |
| 46-55               | 193   | 16,8  | 216   | 18,5  | 83       | 16,8  | 93    | 18,6  | 66                      | 20,3  | 60    | 19,7  |
| 56-65               | 171   | 14,9  | 214   | 18,3  | 74       | 14,9  | 92    | 18,4  | 53                      | 16,3  | 48    | 15,8  |
| <b>Toplam</b>       | 1151  | 100,0 | 1168  | 100,0 | 495      | 100,0 | 501   | 100,0 | 325                     | 100,0 | 304   | 100,0 |
| <b>Genel Toplam</b> | 2.319 |       |       |       | 996      |       |       |       | 629                     |       |       |       |

## E. ARAŞTIRMANIN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmada sonuç üzerinde etkisi olduğu düşünülen bağımsız değişkenler (7) sosyal sermaye düzeyi, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik değişkenleridir.

### 1. Sosyo-demografik Değişkenler

Araştırmada sosyo-demografik değişkenler olarak cinsiyet, bireyin yıl olarak doğum tarihi, yaşı, doğum yeri ve medeni durumuna ilaveten sosyal sermaye araştırmalarında kontrol edilmesi gereken bir değişken olarak gösterilen bulunduğu ilde (İstanbul) ve konutta kaç yıldır yaşadığı (70) sorgulanmıştır.

### 2. Sosyo-ekonomik Değişkenler

Araştırmada ele alınan sosyo-ekonomik değişkenler: bireyin eğitim düzeyi, toplam geliri, hane geliri ve haneye gelir getiren kişi sayısı, meslek, çalışma durumu, işin niteliği, sosyal sınıf, konut mülkiyeti, hanedeki oda sayısı, otomobil sahipliği, sosyal sigorta ve özel sigorta varlığıdır.

**a. Eğitim Düzeyi:** Belirli seviyelere göre sınıflandırılarak yapılan değerlendirmede yanıtlar şu şekilde sunulmuştur: “okuryazar değil”, “okuryazar”, “ilkokul mezunu”, “ortaokul

mezunu”, lise mezunu”, “yüksek okul (2 yıllık) mezunu”, “üniversite mezunu”, “yüksek lisans (master) mezunu” ve “doktora mezunu”. Öğrenim gördükleri son kurumdan mezun olmadan ayrılan bireylere, bu durumu belirtmeleri için 10’uncu bir seçenek olarak “diğer” yanıtı sunulmuş ve bu yanıtı verenlerden durumu belirtmeleri talep edilmiştir.

**b. Aylık Geliri, Aylık Toplam Hane Geliri ve Haneye Gelir Getiren Kişi Sayısı:**

Bireylere hem kendilerinin hem de hanenin gelir düzeyini sorgulayan iki soru sorulmuştur. Kendi gelir düzeyleri için “Aylık toplam geliriniz (maaş, kira geliri vs. toplamı) ne kadardır?” şeklinde bir soru sorulmuştur. Yanıtlamaları için sunulan seçenekler ise şu şekildedir: “aylık gelirim yok”, 655,57 TL (asgari ücret) veya daha az”, “656-1.499 TL arası”, 1.500-2.499 TL arası”, “2.500-3.499 TL arası” ve “3.500 TL ve üzeri”. Aylık toplam hane gelirini sorgulayan sorunun seçenekleri de yukarıda sayılanlar ile aynıdır. Ek olarak bireylere haneye gelir getiren kişi sayısı sorulmuş ve yazıyla belirtmeleri talep edilmiştir.

**c. Meslek, Çalışma Durumu ve İşin niteliği:**

Sosyal sınıfın değerlendirilebilmesi amacıyla bireylerin mesleği, çalışma durumu ve işin niteliği sorgulanmıştır. Meslek, bireylerden soru formundaki ilgili noktalı alana kendi mesleklerini yazmaları talep edilerek değerlendirilmiştir. Çalışma durumu için ise bireylere 13 seçenekten oluşan bir soru yöneltilmiş ve bireylerden kendilerine uygun olan durumu işaretlemeleri istenmiştir. Bu soruda bireylere sunulan seçenekler; “Ev hanımı”, “Öğrenci”, “İşsiz”, Emekli, çalışmıyor”, “Emekli, çalışıyor”, “Ücretli/ayıklık kamu işçisi”, “Ücretli/ayıklık memur”, “Ücretli/ayıklık özel sektör çalışanı”, “Ücretsiz aile işçisi”, “Kendi hesabına çalışıyor”, “ “Kendi hesabına, ortaklı” ve “Mevsimlik/iş buldukça” yanıtlarından oluşmaktadır. Ek olarak, sunulanlar dışında bir durumu belirtmek isteyenler için “diğer” seçeneği ve bu durumu belirtmeleri için noktalı bir boşluk bırakılmıştır. Sayılan çalışma durumlarından ilk üçünü işaretleyenler dışında kalan bireylere çalıştıkları işin niteliğini sorgulamak amacıyla iki soru yöneltilmiştir. Bunlardan ilki “İşinizde (emekli iseniz eski işinizde) yöneticilik göreviniz var mı?”; diğeri ise “İşiniz (emekli iseniz eski işiniz) beden veya kol gücüne mi dayalıdır, yoksa zihinsel bir iş midir?” sorusudur.

**d. Sosyal Sınıf:**

Toplumsal tabakalaşmanın en önemli göstergelerinden biri sosyal sınıftır. Araştırma bölgesinin sakinleri gecekondlu, apartman ve müstakil konutlarda oturmaları nedeniyle bu gruplar arasındaki potansiyel sosyal sınıf farklılıklarının sağlık üzerindeki etkilerini göstermesi bakımından bu değişken dâhil edilmiştir.

Sosyal sınıfların belirlenmesinde Boratav’ın İstanbul’un halk semtlerinden ikisi ve 19 Anadolu köyünde gerçekleştirdiği alan çalışmasında ortaya koyduğu sosyal sınıf şeması

kullanılmıştır (21). Boratav, sosyal sınıflamayı, aile reislerinin üretim araçlarının mülkiyetine göre yapmıştır. Böylece işsiz, emekli, yüksek nitelikli grup, beyaz yakalı grup, niteliksiz hizmet grubu, mavi yakalı grup, esnaf/marjinaler, küçük işveren ve orta-büyük işveren olarak dokuz gruptan oluşan bir şema önermiştir. Ancak, çalışmamızda hane reisi ile görüşülemediği için Ev Hanımı, Öğrenci ve İşsiz grubu ayrı bir sınıf olarak tanımlanmıştır. Boratav'ın sınıf şemasına göre yapılan değerlendirme aşağıdaki gibidir:

- i. **İşsizler:** Araştırma formunu yanıtladıkları tarih itibarıyla iş arayan ancak işi olmayan kişilerdir.
- ii. **Emekliler:** Kendi içinde emekli olan ve çalışmayan ile emekli olan ve çalışmaya devam edenler olarak gruplandırılmış ancak Boratav'ın çalışmasında benzer olarak tek bir grup olarak ele alınmıştır.
- iii. **Yüksek Nitelikli Grup:** Üniversite eğitimi veya daha yukarı bir yüksek eğitim sonucunda edinilen meslekleri ifade eder. Bazı istisnalar dışında, hekimlik, mühendislik, hukuk gibi meslek dallarını kapsar.
- iv. **Beyaz Yakalı Grup:** Yüksek nitelikli gruptan daha düşük seviyede işlevsellik gösteren ve bir eğitim sonucunda (yüksek öğrenim veya hizmet içi eğitim) belirli bir uzmanlığa sahip hemşire, diş teknisyeni, öğretmen, banka memuru vb. kişileri kapsar.
- v. **Niteliksiz Hizmet Grubu:** Yürütülmesi için eğitim veya başka şekillerde belirli bir niteliğe sahip olmayı gerektirmeyen bekçilik, garsonluk, şoförlük gibi meslekleri kapsar.
- vi. **Mavi Yakalı Grup:** Beden veya kol gücüne dayalı olarak çalışan kişileri kapsar.
- vii. **Küçük İşveren:** Kendi hesabına çalışan ve yanında bir veya iki işçi istihdam eden kişileri kapsar.
- viii. **Orta-Büyük İşveren:** Kendi hesabına çalışan ve yanında üç veya daha fazla işçi istihdam edenleri kapsar.
- ix. **Esnaf/Marjinaler:** Kendi hesabına çalışan ve yanında kimseyi istihdam etmemiş bir sınıfı ifade eder ancak diğer bazı sınıflar ile kesişim noktaları bulunmaktadır. Bu grupta küçük esnaf ve zanaatkarlar, el arabası ile çalışan bir işçi ile serbest çalışan muayenehanesi olan bir hekim veya ofisi olan bir avukat birlikte yer alma olasılığı bulunduğu için ek olarak eğitim düzeyine göre de bir sınıflama yapılmıştır.

**e. Konut ve Otomobil Sahipliği, Hanehalkı Sayısı ve Hanedeki Oda Sayısı:** Bireylerin ekonomik düzeyinin bir göstergesi olarak konut mülkiyeti, hanedeki oda sayısı ve otomobil sahipliği de sorgulanan değişkenler arasındadır. Bireylere konut mülkiyet durumları

için soruda sunulan seçenekler “kendi evim”, “anne veya babamın evi”, “kira ödemedem oturuyorum” ve kirada oturuyorum” şeklindedir. Kirada oturanlardan ayrıca kira miktarını TL cinsinden belirtmeleri de istenmiştir. Otomobile sahip olma durumu ise “size ait otomobil var mı?” sorusu için sunulan “hayır”, “evet, ailemin” ve “evet, kendimin” seçenekleri ile değerlendirilmiştir. Hanehalkı sayısı açık uçlu bir soru olarak sorulmuş ve katılımcılardan yaşadıkları hanede kendileri de dâhil kaç kişi ile birlikte yaşadıklarını belirtmeleri istenmiştir. Hanehalkı sayısının hanedeki oda sayısına bölünmesi ile “oda başına düşen kişi sayısı” hesaplanmıştır.

**f. Sosyal Güvence ve Özel Sağlık Sigortası:** Özellikle sağlığa erişim olanakları açısından önemli bir gösterge olan sosyal güvenceye ek olarak özel sağlık sigortalarının varlığı da sorgulanmıştır. Sosyal güvence için, ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde birleştirilen SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart tipi güvenceler seçeneklerde sunulmuş ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar için ayrı olarak “Yok” seçeneği eklenmiştir.

### **3. Sosyal Sermaye Düzeyi**

Bu araştırmada sosyal sermayeyi ölçmek amacıyla orta (mahalle düzeyinde) ve küçük çapta (bireysel düzeyde) ölçüm hedeflenmiştir. Mahalle düzeyindeki sorular Carpiano ve Ziersch tarafından kullanılan, temelde Pierre Bourdieu’nün sosyal sermaye tanımına uyan bir modele göre düzenlenmiştir (27, 169). Bireysel düzeydeki ölçüm için kullanılacak olan sorular ise Dünya Bankası için Hazırlanmış SOCAT’tan adapte edilerek Harpham, Grant ve Thomas tarafından geliştirilen ASCAT (Adapted Social Capital Assessment Tool) anketi temel alınarak hazırlanmıştır (71). Sorular Likert yöntemine göre tasarlanmıştır ve bir kişinin sosyal sermaye düzeyi ve alt başlıklara göre puanlama yapılmış ve daha sonra bunların toplamı ile toplam puan hesaplanmıştır.

Sosyal sermaye düzeyini değerlendirmek için 32 soru numarasından, ancak bazı soruların içerdiği alt soru başlıklarından dolayı 61 sorudan oluşan bölüm literatüre dayalı olarak sosyal sermayenin belirli alt başlıklarına yönelik hazırlanmıştır. Bu alt başlıklar ve soru numaraları Tablo 6’da gösterilmektedir (sorular için bkz. EK 1).

**Tablo 6.** Sosyal Sermaye sorularının alt boyutlarına göre dağılımı

| Alt boyut               | Mahalle Düzeyinde                                             | Bireysel Düzeyde                                      |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Toplumsal Birlik        | 3, 4*, 11*, 12                                                | 13                                                    |
| Güven ve Güvenlik Hissi | 5, 7*, 10                                                     | 6, 8*, 9                                              |
| Sosyal Destek           | 15, 16, 17.I-IV, 18.I-IV, 19.I-IV, 20.I-IV, 21.I-IV, 23.I-III | 17.I-IV, 18.I-IV, 19.I-IV, 20.I-IV, 21.I-IV, 23.I-III |
| Formel Ağlar            | 22.I-X                                                        | 22.I-X                                                |
| İnformel Ağlar          | 14, 24.II                                                     | 24.I-IV                                               |
| Toplumsal Denetim       | 25, 26, 27                                                    | 25, 26, 27                                            |
| Sivil Eylemler          | 28, 29                                                        | 30, 31, 32, 33                                        |
| Bireysel Denetim        | 34                                                            | 34                                                    |

\* Olumsuz yönde sorulmuş sorulardır. Puan ve Geçerlilik hesaplamalarında yanıtlar ters yöne çevrilmiştir.

Formel ağlar, toplumsal denetim ve bireysel kontrol soruları ile sosyal destek sorularından ikisi dışındaki diğer sorular mahalle ve bireysel düzeyinde ölçümler için ortaktır. İnformel ağlar ve sosyal destek soruları tek bir soru numarasına sahiptir, ancak akraba, komşu, iş arkadaşları ve diğer arkadaşlar için detaylı yanıt seçenekleri bulunan sorulardır. Benzer şekilde formel ağlar sorularında da birçok sivil toplum kuruluşu için üyelik detaylı olarak sorgulanmıştır. 4, 7, 8 ve 11 numaralı sorular olumsuz yönde soru cümlesi olduklarından puan hesaplamasına katılırken yanıt numaraları tersten puanlanmıştır. Soru maddelerinin faktör analizi ve güvenilirlik analizi yapılarak, sonuçlarına dayalı olarak Sosyal Sermaye Ölçeği oluşturulmuş ve bu şekilde sağlık davranışları ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

## F. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI DEĞİŞKENLERİ

Literatüre dayalı olarak sosyal sermaye araştırmalarında neden veya nedenlerden olumlu veya olumsuz yönde etkilendiği kabul edilen bağımlı değişkenlerden bu araştırmada kullanılanlar; sağlık algısı, sağlık davranışları ve engellilik durumudur.

### 1. Sağlık Algısı

Sağlık algısı, “Genel olarak kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna verilen “çok kötü”, “kötü”, “ne kötü, ne iyi”, “iyi” ve “çok iyi” seçeneklerinden oluşan beşli likert tipinde hazırlanmış tek soru ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler için

iyi ve çok iyi seçenekleri birlikte “iyi” olarak; “çok kötü”, “kötü” ve “ne iyi, ne kötü” seçenekleri ise “kötü/orta” olarak kodlanarak dikotom veri elde edilmiştir.

## 2. Sağlık Davranışları

Daha önce de belirtildiği gibi DSÖ tarafından yayınlanan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Raporu 2010’da günümüzün en fazla öldüren ve sakat bırakan hastalıkları için ortak davranışsal risk etmenleri olarak tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, yetersiz fiziksel etkinlik, zararlı düzeyde alkol tüketimi gösterilmektedir (43). Bu bağlamda özellikle bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) için ortak risk etmenlerine ek olarak sağlık hizmeti kullanım davranışı ve dış sağlığına yönelik sorular ile sağlık davranışları değerlendirilmiştir.

**a. Beslenme Davranışları:** Bu grup davranışlar için beş ayrı soru sorulmuştur. “Her gün kahvaltı yapar mısınız?”, “Gün içinde yemek yemeyi ihmal ettiğiniz ve öğün atladığınız olur mu?”, “Yatmadan önce bir şeyler yiyip içer misiniz?” ve “Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?” soruları beşli Likert tipi soru olarak; “Son 3 ayda, kilo vermeye ya da almaya çalıştınız mı?” sorusu ise evet-hayır şeklinde yanıtlanacak bir soru olarak hazırlanmıştır

**b. Düzenli Spor veya Egzersiz:** “Haftada en az 2-3 gün en az 20-30 dakika olacak şekilde spor veya egzersiz yapar mısınız?” şeklinde tek soru ile değerlendirilmiştir. Sorunun yanıtları evet-hayır olarak sunulmuştur.

**c. Sigara İçme:** Günde bir adet sigara içimi düzenli sigara içiciliği olarak kabul edilmiştir ve bu durumu sorgulamak için evet-hayır tipi yanıtı olan “Sigara içiyor musunuz (Her gün en az bir adet)?” şeklinde bir soru kullanılmıştır.

**d. Zararlı Düzeyde Alkol Tüketimi:** Evet-hayır tipi ikili yanıtı olan “Son 30 günde, 24 saat içinde en az 5 kadeh alkollü içki içtiğiniz bir gün oldu mu?” sorusuyla değerlendirilmiştir.

**e. Diş Fırçalama:** Diş sağlığı için önerilen günde iki defa diş fırçalanması sorgulanmıştır. Sorunun yanıtı ikili şekilde evet-hayır tipinde olacak şekilde tasarlanmıştır.

**f. Sağlık Hizmeti Kullanım Davranışları:** Hendryx ve arkadaşları tarafından yapılmış bir sağlık hizmetine erişim çalışmasında kullanılan iki sorudan yararlanılmıştır (74). “Son 12 ay içinde ihtiyacınız olmasına rağmen sağlık hizmeti almayı geçiştirdiğiniz veya ertelediğiniz oldu mu?” ve “Son 12 ay içinde ihtiyacınız olmasına rağmen sağlık hizmeti alamadığınız oldu

mu?” şeklindeki iki soru “evet” ve “hayır”dan oluşan ikili yanıt seçenekleri sunulularak sağlık hizmeti kullanım davranışı değerlendirilmiştir. Bu sorulara ek olarak “Son 12 ay içinde bir hekim tarafından verilen tedaviyi veya önerilen ilaçları tamamlamadan bıraktığınız oldu mu?” ve “Son 12 ay içinde dış hekimine muayene oldunuz mu?” soruları ile sağlık hizmeti kullanımı değerlendirilmiştir.

### **3. Uzun Süreli Hastalık Varlığı**

Uzun süreli hastalık varlığı “Düzenli ilaç kullanmanızı veya düzenli tedavi olmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?” sorusuna verilen “hayır” ya da “evet” şeklinde cevapları olan tek soru ile değerlendirilmiş, “evet” yanıtı verenlerden bu hastalık veya hastalıkları yazmaları istenmiştir. Yanıtlar arasından, kalp hastalıkları (hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, kalp yetersizliği), solunum ve akciğer hastalıkları (kronik obstruktif akciğer hastalığı, astma, mesleksi akciğer hastalıkları), nörolojik hastalıklar (inme-felç, epilepsi, migren, multiple skleroz), endokrin sistem ve metabolizma hastalıkları (diyabet, obezite, Cushing Hastalığı, tiroid bezi hastalıkları, hipofizyel hastalıklar) ve romatolojik ve dejeneratif kas iskelet sistemi hastalıkları (romatoid artirit, sistemik lupus eritematozus, sjögren, Behçet hastalığı, skleroderma, osteoartrit), ruh hastalıkları ve her türlü kanser hastalığı uzun süreli hastalık olarak kabul edilmiştir.

### **4. Engellilik Durumu**

Bireylere fiziksel engelliliği sorgulayan “Herhangi bir fiziksel engelliliğiniz var mı?” sorusu ile duyuusal engelliliği sorgulayan “Herhangi bir duyuusal (körlük, sağırılık vb.) engeliniz var mı?” sorusu sorularak engellilik durumu sorgulanmıştır. Sorulara verilecek yanıtlar “hayır” ya da “evet” şeklinde gruplandırılmış, “evet” yanıtı verenlerden durumlarını belirtmeleri istenmiştir.

## **G. VERİ ANALİZİ**

Tanımlayıcı istatistikler, sürekli veriler için ortalama, standart sapma, ortancaları ile birlikte, sayım verileri ise yüzde oranlarla birlikte sunulmuştur. Sosyal Sermaye Ölçeği için ilgili soru maddelerinin toplam madde korelasyonları incelenmiş ve faktör analizi uygulanarak faktör yüklerine göre alt boyutları belirlenmiştir. Ardından Sosyal Sermaye Ölçeğinin güvenilirlik analizleri yapılarak tüm ölçek ve alt boyutları için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Sosyal Sermaye Ölçeği’nin toplam puanının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir.

Verilerin istatistiksel olarak karşılaştırmalarında tek değişkenli analizlerde sürekli veriler için Mann-Whitney U Testi, sayım verileri için Ki-Kare ve EĞimde Ki-Kare testleri kullanılmıştır. İki'den fazla grubun bulunduğu karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Korelasyon analizlerinde ise Spearman Sıra Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Birden çok etkenin incelendiği Çok Değişkenli Analizler için Çoklu Doğrusal Regresyon ve Lojistik Regresyon analizleri uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için %95 Güven Aralığında (GA) 0,05'in altında bulunan p değeri anlamlı kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler için SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır.



## VI. BULGULAR

### A. SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULAR

Belirlenen 996 kişilik örneklem büyüklüğüne karşın, 629 bireye ulaşılmıştır. Örnekleme ulaşma oranı %63,2'dir. Tablo 7'de yaş grupları ve medeni durumun cinsiyete göre dağılımları gösterilmektedir. Her iki cinsiyet için yaş gruplarına göre yapılan dağılımın evren nüfusu ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Erkekler için  $\chi^2$ :3,197; SD:4; p:0,525; kadınlar için  $\chi^2$ :1,411; SD:4; p:0,842). Araştırma grubunun %51,7'si (n:325) erkek, %48,3'ü (n:304) ise kadındır. Yaş ortalaması ve standart sapması  $40,2 \pm 12,7$  iken ortancası 39'dur. En küçük yaş 18, en büyük yaş ise 65'dir. Grubun %13,7'si (n:86) 18-25, %26,9'u (n:169) 26-35, %23,4'ü (n:147) 36-45, %20,0'ı (n:126) 46-55 ve %16,1'i (n:101) 56-65 yaş grubundadır. Bireylerin medeni durumları incelendiğinde %28,1'inin (n:177) bekâr, %66,6'sının (n:419) evli, %2,7'sinin (n:17) dul, %1,9'unun (n:12) boşanmış olduğu ve %0,6'sının (n:4) da eşinden ayrı yaşadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 7.** Yaş grupları medeni durumun cinsiyete göre dağılımı

|              |              | Cinsiyet |       |       |       |        |       |
|--------------|--------------|----------|-------|-------|-------|--------|-------|
|              |              | Erkek    |       | Kadın |       | Toplam |       |
|              |              | n        | %*    | n     | %*    | n      | %*    |
| Yaş Grupları | 18-25        | 42       | 12,9  | 44    | 14,5  | 86     | 13,7  |
|              | 26-35        | 89       | 27,4  | 80    | 26,3  | 169    | 26,9  |
|              | 36-45        | 75       | 23,1  | 72    | 23,7  | 147    | 23,4  |
|              | 46-55        | 66       | 20,3  | 60    | 19,7  | 126    | 20,0  |
|              | 56-65        | 53       | 16,3  | 48    | 15,8  | 101    | 16,1  |
|              | Toplam       | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |
| Medeni Durum | Bekâr        | 99       | 30,5  | 78    | 25,7  | 177    | 28,1  |
|              | Evli         | 223      | 68,6  | 196   | 64,5  | 419    | 66,6  |
|              | Dul          | --       | --    | 17    | 5,6   | 17     | 2,7   |
|              | Boşanmış     | 1        | 0,3   | 11    | 3,6   | 12     | 1,9   |
|              | Eşinden ayrı | 2        | 0,6   | 2     | 0,7   | 4      | 0,6   |
|              | Toplam       | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |

\* Sütun Yüzdesi

Bireylerin %55,3'ü (n:348) İstanbul dışındaki bir ilde, %41,3'ü (n:260) İstanbul'da, 8 kişi de (%1,3) yurt dışında doğmuştur. 13 kişi (%2,1) ise doğum yerini bildirmemiştir. Doğum yeri bildirmeyenler dışarıda bırakıldıktan sonra, yaş gruplarına göre doğum yeri incelendiğinde 18-25 yaş grubundaki bireylerin %86,0'ı (n:74) İstanbul'da, diğer %14,0'lık (n:12) kısmı ise İstanbul dışında bir ilde doğmuştur. 26-35 yaş grubundaki bireylerin %52,7'si (n:89) İstanbul'da, %45,6'sı (n:77) İstanbul dışında bir ilde, %1,8'i (n:3) ise yurt dışında doğmuştur. 36-45 yaş grubundaki bireylerin %33,8'i (n:48) İstanbul'da, %63,4'ü (n:90) İstanbul dışında bir ilde, %2,8'i (n:4) ise yurt dışında doğmuştur. 46-55 yaş grubundaki bireylerin %19,8'i (n:24) İstanbul'da, %80,2'si (n:97) İstanbul dışında bir ilde doğduklarını bildirirken; 56-65 yaş grubundakilerin %25,5'i (n:25) İstanbul'da, %73,5'i (n:72) İstanbul dışında bir ilde ve %1,0'ı (n:1) ise yurt dışında doğmuştur (Eğimde  $\chi^2$ :84,796; SD:1;  $p<0,001$ ). Cinsiyete göre doğum yerleri incelendiğinde erkeklerin %56,1'i (n:180) İstanbul dışında bir ilde, %0,9'u (n:3) ise yurtdışında doğmuşken, kadınlar için bu oranlar %56,9 (n:168) ve %1,7'dir (n:5) ( $\chi^2$ :0,802; SD:2;  $p>0,670$ ).

Araştırma grubunun %65,0'ı (n:409) gecekondu bölgesinde yaşarken, geri kalan %35,0'lık (n:220) kısmı ise düzenli yerleşim bölgesinde yaşamaktadır. Doğum yeri bildirmeyenler dışarıda bırakıldıktan sonra gecekondu bölgesinde yaşayanların %62,7'si (n:250) İstanbul dışında doğmuştur. Düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanların ise %45,2'sinin (n:98) doğum yeri İstanbul dışı, %3,7'sinin ise yurt dışıdır ( $\chi^2$ :28,675; SD:2;  $p<0,001$ ). Gecekondu bölgesinde yurtdışında doğan bulunmamaktadır. Yerleşim bölgesine göre dağılım cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkeklerin %66,8'i (n:217) gecekondu bölgesinde ve %33,2'i (n:102) düzenli yerleşim bölgesinde yaşarken, kadınlar için bu oranlar sırasıyla %63,2 (n:192) ve %36,8'dir (n:112) ( $\chi^2$ :0,901; SD:1;  $p>0,343$ ).

Araştırma grubunun İstanbul'da yaşama süreleri ortalama ve standart sapması  $29,84\pm12,17$  yıldır. Ortancası ise 29 yıl olarak tespit edilmiştir. İstanbul'da yaşama süresi en kısa 2 yıl, en uzun ise 65 yıl olarak bildirilmiştir. Erkekler arasında İstanbul'da yaşama süresi ortalama ve standart sapması  $30,37\pm11,88$  yıl, ortancası ise 29 yıldır. En kısa süre 2 yıl, en uzun süre ise 64 yıl olarak bildirilmiştir. Kadınlar arasında İstanbul'da yaşama süresi ortalama ve standart sapması  $29,27\pm12,46$  yılken, ortanca erkeklerle benzer olarak 29 yıldır. En kısa süre 2 yıl, en uzun süre ise 65 yıl olarak bildirilmiştir. Araştırmanın veri toplama anında barındıkları hanede yaşama süresinin ortalama ve standart sapması tüm araştırma grubu için  $16,64\pm9,95$  yıl olarak hesaplanmıştır. En uzun süre aynı hanede yaşama süresi 55 yıl iken, en kısa süre 6 aydır. Ortanca ise 17 yıldır. Gecekondu bölgesinde yaşayanlar için aynı evde

oturma süreleri ortalama ve standart sapması  $18,61 \pm 9,75$ , ortanca ise 20 yıldır. En düşük altı ay, en yüksek ise 55 yıldır. Düzenli yerleşim bölgesi için ortalama ve standart sapma  $12,98 \pm 9,30$  yıl, ortanca ise 11,5 yıldır. En düşük bir yıl, en yüksek ise 32 yıldır (M-W U:30499,00;  $p < 0,001$ ). Gecekondu bölgesinde en uzun süre aynı evde yaşama süresi 55 yıl iken, en kısa süre 6 aydır. Bu süreler düzenli yerleşim bölgesi için sırasıyla 32 ve 1 yıl olarak hesaplanmıştır.

## B. SOSYO-EKONOMİK BULGULAR

Araştırma grubunda öğrenim süresine göre 8 yıla kadar eğitim görenlerin oranı %45,9 (n:289), 9 yıl ve üzerinde eğitim görenler ise %54,1 (n:340) olarak tespit edilmiştir (Tablo 8). Erkekler arasında 8 yıla kadar eğitim görenlerin oranı %42,8 (n:139), 9 yıl ve üstünde eğitim görenlerin oranı ise %57,2'dir (n:186). Kadınlar arasında bu oranlar sırasıyla %49,3 (n:150) ve %50,7 (n:154) olarak belirlenmiştir. Kadın ve erkekler arasında eğitim süresi bakımından istatistiksel olarak anlamlı bulunan bir farklılık tespit edilmemiştir ( $\chi^2:2,732$ ; SD:1;  $p:0,098$ ).

**Tablo 8.** Eğitim durumunun cinsiyete göre dağılımı

|                      |                              | Cinsiyet |      |       |       |        |       |
|----------------------|------------------------------|----------|------|-------|-------|--------|-------|
|                      |                              | Erkek    |      | Kadın |       | Toplam |       |
|                      |                              | n        | %*   | n     | %*    | n      | %*    |
| <b>Eğitim Durumu</b> | Okuma yazma bilmiyor         | 2        | 0,6  | 11    | 3,6   | 13     | 2,1   |
|                      | Okuryazar                    | 4        | 1,2  | 13    | 4,3   | 17     | 2,7   |
|                      | İlkokul mezunu               | 90       | 27,7 | 94    | 30,9  | 184    | 29,3  |
|                      | Ortaokul mezunu              | 43       | 13,2 | 32    | 10,5  | 75     | 11,9  |
|                      | Lise mezunu                  | 87       | 26,8 | 66    | 21,7  | 153    | 24,3  |
|                      | Yüksekokul (2 yıllık) mezunu | 10       | 3,1  | 11    | 3,6   | 21     | 3,3   |
|                      | Üniversite mezunu            | 72       | 22,2 | 55    | 18,1  | 127    | 20,2  |
|                      | Yüksek lisans(master) mezunu | 16       | 4,9  | 15    | 4,9   | 31     | 4,9   |
|                      | Doktora mezunu               | 1        | 0,3  | 6     | 2,0   | 7      | 1,1   |
|                      | Diğer                        | --       | --   | 1     | 0,3   | 1      | 0,2   |
|                      | 8 yıla kadar**               | 139      | 42,8 | 150   | 49,3  | 289    | 45,9  |
|                      | 9 yıl ve üstü**              | 186      | 57,2 | 154   | 50,7  | 340    | 54,1  |
| Toplam               |                              | 325      | 100  | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |

\* Sütun yüzdesi; \*\*  $\chi^2:2,732$ ; SD: 1;  $p:0,098$

Yerleşim yeri özelliklerine göre eğitim düzeyi incelendiğinde gecekondü bölgesinde 8 yıla kadar eğitim görenlerin oranı ise %63,6 (n:260) iken 9 yıl ve üzerinde eğitim görenlerin oranı %36,4'dür (n:149). Bu oranlar düzenli yerleşim bölgesinde sırasıyla %13,2 (n:29), %86,8'dir (n:191) ( $\chi^2$ :144,220; SD:1; p<0,001). Okuma yazma bilmeyen 13 kişiden 12'si gecekondü bölgesinde yaşamakta, bu kişilerin de 10'unun cinsiyeti kadındır. Düzenli yerleşim bölgesinde okuma yazma bilmeyen bir kişinin cinsiyeti ise kadındır. Düzenli yerleşim bölgesinde yüksek lisans ve doktora yapmış olan 37 kişi bulunurken, gecekondü bölgesinde doktora yapan yoktur ve yüksek lisans mezunu bir kişi bulunmaktadır.

Bireylerin çalışma durumlarının cinsiyete ve yerleşim yerine göre dağılımı Tablo 9'da gösterilmektedir.

**Tablo 9.** Bireylerin çalışma durumlarının cinsiyete ve yerleşim bölgesine göre dağılımı

| Çalışma Durumu                | Cinsiyet** |       |       |       | Yerleşim Bölgesi*** |       |                  |       | Toplam |       |
|-------------------------------|------------|-------|-------|-------|---------------------|-------|------------------|-------|--------|-------|
|                               | Erkek      |       | Kadın |       | Gece konu           |       | Düzenli Yerleşim |       |        |       |
|                               | n          | %*    | n     | %*    | n                   | %*    | n                | %*    | n      | %*    |
| Ev hanımı                     | --         | --    | 155   | 51,0  | 125                 | 30,6  | 30               | 13,6  | 155    | 24,6  |
| Öğrenci                       | 25         | 7,7   | 29    | 9,5   | 35                  | 8,6   | 19               | 8,6   | 54     | 8,6   |
| İşsiz                         | 9          | 2,8   | 4     | 1,3   | 11                  | 2,7   | 2                | 0,9   | 13     | 2,1   |
| Emekli, çalışmıyor            | 41         | 12,6  | 16    | 5,3   | 30                  | 7,3   | 27               | 12,3  | 57     | 9,1   |
| Emekli, çalışıyor             | 25         | 7,7   | 2     | 0,7   | 22                  | 5,4   | 5                | 2,3   | 27     | 4,3   |
| Ücretli, kamu işçisi          | 12         | 3,7   | --    | --    | 11                  | 2,7   | 1                | 0,5   | 12     | 1,9   |
| Ücretli, memur                | 8          | 2,5   | 10    | 3,3   | 7                   | 1,7   | 11               | 5,0   | 18     | 2,9   |
| Ücretli, özel sektör çalışanı | 127        | 39,1  | 76    | 25,0  | 116                 | 28,4  | 87               | 39,5  | 203    | 32,3  |
| Ücretsiz aile işçisi          | 1          | 0,3   | --    | --    | 1                   | ,2    | --               | --    | 1      | 0,2   |
| Kendi hesabına, ortaksız      | 34         | 10,5  | 7     | 2,3   | 21                  | 5,1   | 20               | 9,1   | 41     | 6,5   |
| Kendi hesabına, ortaklı       | 23         | 7,1   | 3     | 1,0   | 9                   | 2,2   | 17               | 7,7   | 26     | 4,1   |
| Mevsimlik, iş buldukça        | 14         | 4,3   | --    | --    | 13                  | 3,2   | 1                | 0,5   | 14     | 2,2   |
| Diğer                         | 6          | 1,8   | 2     | ,7    | 8                   | 2,0   | --               | --    | 8      | 1,3   |
| Toplam                        | 325        | 100,0 | 304   | 100,0 | 409                 | 100,0 | 220              | 100,0 | 629    | 100,0 |

\* Sütun yüzdesi \*\* $\chi^2$ :262,569; SD:12; p<0,001 \*\*\* $\chi^2$ :64,202; SD:12; p<0,001

Bireylerin çalışma durumları, meslekleri, beden veya zihin gücüne dayalı çalışma durumları ve yöneticilik durumları göz önünde bulundurularak sosyal sınıf değerlendirilmesi yapılmıştır. Ancak, araştırmanın veri toplama yönteminin bireysel özdeğerlendirmeye dayalı olması hane reisinin sosyal sınıfının belirlenmesine olanak tanımadığından, Boratav'ın sosyal sınıf şemasından yararlanılarak farklı bir sınıflama yapılmış, ev hanımı, öğrenci ve işsizler bir arada tek bir sosyal sınıf grubu olarak değerlendirilmiştir. Bu tasnife göre araştırma grubunun yerleşim bölgesine göre sosyal sınıf dağılımı Tablo 10'da sunulmuştur. Sosyal sınıfların yerleşim bölgesine göre dağılımında gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2$ :202,912; SD:7;  $p<0,001$ ).

**Tablo 10.** Sosyal sınıfların yerleşim bölgesine göre dağılımı

|              |                              | Yerleşim Bölgesi |       |            |       |        |       | $\chi^2$ | p      |
|--------------|------------------------------|------------------|-------|------------|-------|--------|-------|----------|--------|
|              |                              | Gecekondu        |       | Düzenli Y. |       | Toplam |       |          |        |
|              |                              | n                | %*    | n          | %*    | n      | %*    |          |        |
| Sosyal Sınıf | Ev Hanımı/Öğrenci/İşsiz      | 179              | 43,8  | 51         | 23,2  | 230    | 36,6  | 202,912  | <0,001 |
|              | Mavi Yakalı                  | 83               | 20,3  | 4          | 1,8   | 87     | 13,8  |          |        |
|              | Emekli                       | 52               | 12,7  | 32         | 14,5  | 84     | 13,4  |          |        |
|              | Niteliksiz Hizmet Çalışanı   | 48               | 11,7  | 10         | 4,5   | 58     | 9,2   |          |        |
|              | Esnaf/Marjinal/Küçük İşveren | 21               | 5,1   | 14         | 6,4   | 35     | 5,6   |          |        |
|              | Beyaz Yakalı                 | 9                | 2,2   | 6          | 2,7   | 15     | 2,4   |          |        |
|              | Yüksek Nitelikli Çalışan     | 8                | 2,0   | 85         | 38,6  | 93     | 14,8  |          |        |
|              | Orta/Büyük İşveren           | 9                | 2,2   | 18         | 8,2   | 27     | 4,3   |          |        |
|              | Toplam                       | 409              | 100,0 | 220        | 100,0 | 629    | 100,0 |          |        |

\* Sütun yüzdesi

Bireysel gelir durumları ve cinsiyete göre dağılımları Tablo 11'de gösterilmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemdeki ulusal asgari ücret 655,57 TL olarak belirlenmiştir. Grubun %27,2'si (n:171) herhangi bir geliri olmadığını bildirirken, %14,6'sı (n:92) asgari ücret veya daha az bir geliri olduğunu bildirmiştir. Herhangi bir geliri olmadığını bildirenlerin ardından

ikinci sıklıkta bildirilen gelir aralığı ise %25,8 (n:162) ile 656-1.499 TL arası olmuştur. Grubun içinde 3.500 TL ve üzeri bireysel geliri olanların oranı ise %15,9'dur (n:100).

**Tablo 11.** Aylık kişisel gelir durumu ve cinsiyete göre dağılımı

|                              |                         | Cinsiyet |       |       |       |        |       |
|------------------------------|-------------------------|----------|-------|-------|-------|--------|-------|
|                              |                         | Erkek    |       | Kadın |       | Toplam |       |
|                              |                         | n        | %*    | n     | %*    | n      | %*    |
| <b>Aylık Kişisel Gelir**</b> | Geliri yok              | 30       | 9,2   | 141   | 46,4  | 171    | 27,2  |
|                              | Asgari ücret ve daha az | 58       | 17,8  | 34    | 11,2  | 92     | 14,6  |
|                              | 656-1.499 TL arası      | 106      | 32,6  | 56    | 18,4  | 162    | 25,8  |
|                              | 1.500-2.499 TL arası    | 51       | 15,7  | 17    | 5,6   | 68     | 10,8  |
|                              | 2.500-3.499 TL arası    | 15       | 4,6   | 21    | 6,9   | 36     | 5,7   |
|                              | 3.500 TL ve üzeri       | 65       | 20,0  | 35    | 11,5  | 100    | 15,9  |
|                              | Toplam                  | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |

\* Sütun yüzdesi; \*\* $\chi^2$ :120,178; SD:5; p<0,001

Aylık kişisel gelir durumunun cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde kadınların yarıya yakını (%46,4, n:141) herhangi bir gelirinin olmadığını bildirmiştir. Bu oran erkekler için %9,2'dir (n:30). Erkeklerin en sık bildirdikleri gelir aralığı %32,6'lık (n:106) bir oran ile 656-1.499 TL arasıdır. Erkekler arasında 3.500 TL ve üzeri geliri olduğunu bildirenlerin oranı ise %20,0'dır (n:65). Kadınlar arasında en yüksek oranda bildirilen gelir aralığı ise %18,4 (n:56) ile 656-1.499 TL arası olurken, 3.500 TL ve üzeri geliri olduğunu bildiren kadınların oranı %11,5'dir (n:35). Araştırma grubunda kadın ve erkekler arasında gözlenen kişisel gelir farklılıkları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2$ :120,178; SD:5; p<0,001).

Gecekondü bölgesinde yaşayanların %35,0'ı (n:143) aylık kişisel gelirlerinin olmadığını bildirmiştir. Bu oran düzenli yerleşim bölgesi için %13,2'dir (n:29). Gecekondü bölgesinde yaşayanlardan aylık kişisel geliri olmayanlar ile 1.499 TL ve altında aylık kişisel geliri olanların oranı %85,8 (n:351) iken, bu oran düzenli yerleşim bölgesi için %33,6'dır (n:74). Gecekondü bölgesinde aylık kişisel geliri 1.500-3.499 TL aralığında olan 52 kişiye (%12,7) karşılık düzenli yerleşim bölgesinde de eşit sayıda 52 kişi (%23,6) kişi bulunmaktadır. Gecekondü bölgesinde yaşayan altı kişi aylık kişisel gelirini 3.500 TL ve üzerinde olarak bildirmiştir. Düzenli yerleşim bölgesinde bu sayı 94'dür (%42,7). İki bölge arasında aylık

kişisel gelir dağılımı açısından gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2$ :221,156; SD:2;  $p<0,001$ ).

Araştırma grubundaki bireylerin aylık hane gelir durumuna dair bildirdikleri gelir aralıkları ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir. 7 kişi (%1,1) herhangi bir hane gelirinin bulunmadığını bildirirken, en sık bildirilen hane geliri ise %28,3 (n:178) ile “3.500 TL veya üzeri” olmuştur. Erkeklerle kadınlar arasında bildirilen hane gelirleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ( $\chi^2$ :2,600; SD:5;  $p>0,761$ ). Yerleşim yeri özelliklerine göre değerlendirildiğinde geliri olmadığını bildiren 7 kişinin tamamının gecekondu bölgesinde ikamet ettiği gözlenmiştir. Gecekondu bölgesinde yaşayanların %19,3’ü (n:79) “asgari ücret veya daha az”, %38,6’sı (n:158) “656-1.499 TL arası” hane geliri bildirirken, “3.500 TL veya üzeri” hane geliri bildirenlerin oranı %5,6’dır (n:23). Düzenli yerleşim bölgesinde ise “3.500 TL veya üzeri” hane geliri bildirenlerin oranı %70,5 (n:155), “2.500-3.499 TL arası” hane geliri bildirenlerin oranı ise %17,3’dür (n:38). Bu bölgede “asgari gelir veya daha az” hane geliri olduğunu bildiren 2 kişi (%0,9), “656-1.499 TL arası” hane geliri bildiren 11 kişi (%5,0) olmuştur. İki yerleşim bölgesi arasında hane geliri bildirimlerinde gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2$ :350,397; SD:5;  $p<0,001$ ).

**Tablo 12.** Aylık toplam hane gelirinin cinsiyete göre dağılımı

|                            |                         | Cinsiyet |       |       |       |        |       |
|----------------------------|-------------------------|----------|-------|-------|-------|--------|-------|
|                            |                         | Erkek    |       | Kadın |       | Toplam |       |
|                            |                         | n        | %*    | n     | %*    | n      | %*    |
| Aylık Toplam Hane Geliri** | Geliri yok              | 3        | 0,9   | 4     | 1,3   | 7      | 1,1   |
|                            | Asgari ücret ve daha az | 39       | 12,0  | 42    | 13,8  | 81     | 12,9  |
|                            | 656-1.499 TL arası      | 89       | 27,4  | 80    | 26,3  | 169    | 26,9  |
|                            | 1.500-2.499 TL arası    | 56       | 17,2  | 63    | 20,7  | 119    | 18,9  |
|                            | 2.500-3.499 TL arası    | 40       | 12,3  | 35    | 11,5  | 75     | 11,9  |
|                            | 3.500 TL ve üzeri       | 98       | 30,2  | 80    | 26,3  | 178    | 28,3  |
|                            | Toplam                  | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |

\* Sütun yüzdesi; \*\* $\chi^2$ :2,600; SD: 5;  $p>0,761$

Konut mülkiyetinin değerlendirilmesi amacıyla sorulan soruda yanıtlar arasında yer alan “kendi evi”, “anne veya babasının evi” ve “kira ödemedi oturuyor” seçenekleri birleştirilerek, “kira vermeyenler” şeklinde tek bir değişken olarak incelemeye alınmıştır. Araştırma grubundaki bireylerin %18,4’ü (n:116) kirada otururken geri kalan %81,6’lık (n:513) kesim ise yaşadıkları konut için kira ödemediklerini bildirmiştir. Erkeklerin %20,3’ü (n:66), kadınların ise %16,4’ü (n:50) kirada oturduklarını bildirmişlerdir ( $\chi^2$ :1,556; SD:1; p:0,212). Yerleşim bölgesine göre konut mülkiyeti değerlendirildiğinde (Tablo 13), gecekondu bölgesinde yaşayanların %83,9’u (n:343), düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanların ise %77,3’ü (n:170) kira ödemedi ikamet etmektedir ( $\chi^2$ :4,131; SD:1; p:0,042). Gecekondu bölgesinde kira ödeyenlerin bildirdikleri kira bedelinin ortalaması ve standart sapması 469,85±161,58 TL, ortancası da 500 TL iken, düzenli yerleşim bölgesinde kira ortalama ve standart sapması 1.322±287,78 TL ve ortanca da 1.300 TL’dir (M-W U:16,00; p<0,001).

**Tablo 13.** Konut mülkiyetinin yerleşim bölgesine göre dağılımı

|                          |               | Yerleşim bölgesi |       |            |       |        |       |
|--------------------------|---------------|------------------|-------|------------|-------|--------|-------|
|                          |               | Gecekondu        |       | Düzenli Y. |       | Toplam |       |
|                          |               | n                | %*    | n          | %*    | n      | %*    |
| <b>Konut Mülkiyeti**</b> | Kira ödeyen   | 66               | 16,1  | 50         | 22,7  | 116    | 18,4  |
|                          | Kira vermeyen | 343              | 83,9  | 170        | 77,3  | 513    | 81,6  |
|                          | Toplam        | 325              | 100,0 | 304        | 100,0 | 629    | 100,0 |

\* Sütun Yüzdesi; \*\*  $\chi^2$ :4,131; SD:1; p:0,042

Konutlarda salon dışındaki oda sayısı sorgulandığında elde edilen sonuçlar ve bunların yerleşim bölgesine göre dağılımı Tablo 14’de gösterilmiştir. Tek odalı konut sayısı gecekondu bölgesinde 52 (%12,7), düzenli yerleşim bölgesinde 7’dir (%3,2). 6 odalı konutta yaşadığını bildiren 2 kişi (%0,3) ise düzenli yerleşim bölgesinde ikamet etmektedir. Oda sayısı “1-2 odalı” ve “3-6 odalı” şeklinde iki grup olarak ele alındığında gecekondu bölgesindeki konutların %60,9’unun (n:249) “1-2 odalı”, %39,1’inin (n:160) ise “3-6 odalı” olduğu gözlenmiştir. Düzenli yerleşim bölgesinde ise bu oranlar sırasıyla %12,7 (n:28) ve %87,3’dür (n:192). İki yerleşim bölgesi arasında oda sayılarının oransal dağılımında gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2$ :134,592; SD:1; p<0,001).



**Tablo 14.** Bireylerin yaşadıkları haneler için bildirdikleri oda sayısının (salon dışında) yerleşim bölgesine göre dağılımı

|                   |                    | Yerleşim Bölgesi |             |            |             |            |             |
|-------------------|--------------------|------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
|                   |                    | Gecekondu        |             | Düzenli Y. |             | Toplam     |             |
|                   |                    | n                | %*          | n          | %*          | n          | %*          |
| <b>Oda Sayısı</b> | 1 Odalı            | 52               | 12,7        | 7          | 3,2         | 59         | 9,4         |
|                   | 2 Odalı            | 197              | 48,2        | 21         | 9,5         | 218        | 34,7        |
|                   | 3 Odalı            | 137              | 33,5        | 158        | 71,8        | 295        | 46,9        |
|                   | 4 Odalı            | 20               | 4,9         | 26         | 11,8        | 46         | 7,3         |
|                   | 5 Odalı            | 3                | 0,7         | 6          | 2,7         | 9          | 1,4         |
|                   | 6 Odalı            | --               | --          | 2          | 0,9         | 2          | 0,3         |
|                   | <i>1-2 Odalı**</i> | <i>249</i>       | <i>60,9</i> | <i>28</i>  | <i>12,7</i> | <i>277</i> | <i>44,1</i> |
|                   | <i>3-6 Odalı**</i> | <i>160</i>       | <i>39,1</i> | <i>192</i> | <i>87,3</i> | <i>352</i> | <i>55,9</i> |
|                   | Toplam             | 409              | 100,0       | 220        | 100,0       | 629        | 100,0       |

\* Sütun Yüzdesi; \*\*  $\chi^2$ :134,592; SD:1; p<0,001

Gruptaki bireylerin yaşadıkları konuttaki hane halkı sayısı ve yerleşim bölgesine göre dağılımı Tablo 15’de gösterilmiştir. Hane halkı sayısı en düşük 1, en yüksek ise 8 kişidir. Hane halkı sayısı “1-2 kişi”, “3-4 kişi” ve “5 ve üstü” olarak üç gruba ayrılarak yerleşim bölgesine göre değerlendirildiğinde gecekondu bölgesinde 1-2 kişilik hanede yaşayanların oranı %6,4 (n:26) iken bu oran düzenli yerleşim bölgesinde %25,5’dir (n:56). 3-4 kişilik hanede yaşayanların oranı gecekondu bölgesinde %58,9 (n:241) iken düzenli yerleşim bölgesinde %65,5’dir (n:144). Gecekondu bölgesinde 5 ve daha fazla kişiden hanede yaşayan 142 kişi (%34,7) bulunurken, düzenli yerleşim bölgesinde bu sayı 20 (%9,1) olarak hesaplanmıştır ( $\chi^2$ :77,498; SD:2; p<0,001). Bireylerin barındıkları konut için bildirdikleri hanehalkı sayısının, hanenin oda sayısına bölünmesi ile elde edilen oda başına düşen kişi sayısının gecekondu bölgesindeki ortalaması ve standart sapması 2,01±0,98 (n:409) iken, bu değerler düzenli yerleşim bölgesi için 1,10±0,46 (n:220) olarak hesaplanmıştır (M-W U: 13922,00; p<0,001).

**Tablo 15.** Bireylerin yaşadıkları konut için bildirdikleri hanehalkı sayısının yerleşim bölgesine göre dağılımı

|                   |             | Yerleşim bölgesi |       |         |       |        |       |
|-------------------|-------------|------------------|-------|---------|-------|--------|-------|
|                   |             | Gecekondu        |       | Düzenli |       | Toplam |       |
|                   |             | n                | %*    | n       | %*    | n      | %*    |
| Hane halkı sayısı | 1 Kişi      | 3                | 0,7   | 16      | 7,3   | 19     | 3,0   |
|                   | 2 Kişi      | 23               | 5,6   | 40      | 18,2  | 63     | 10,0  |
|                   | 3 Kişi      | 92               | 22,5  | 75      | 34,1  | 167    | 26,6  |
|                   | 4 Kişi      | 149              | 36,4  | 69      | 31,4  | 218    | 34,7  |
|                   | 5 Kişi      | 94               | 23,0  | 13      | 5,9   | 107    | 17,0  |
|                   | 6 Kişi      | 35               | 8,6   | 6       | 2,7   | 41     | 6,5   |
|                   | 7 Kişi      | 10               | 2,4   | 1       | 0,5   | 11     | 1,7   |
|                   | 8 Kişi      | 3                | 0,7   | --      | --    | 3      | 0,5   |
|                   | 1-2 Kişi**  | 26               | 6,4   | 56      | 25,5  | 82     | 13,0  |
|                   | 3-4 Kişi**  | 241              | 58,9  | 144     | 65,5  | 385    | 61,2  |
|                   | 5 ve üstü** | 142              | 34,7  | 20      | 9,1   | 162    | 25,8  |
|                   | Toplam      | 409              | 100,0 | 220     | 100,0 | 629    | 100,0 |

\* Sütun Yüzdesi; \*\*  $\chi^2$ :77,498; SD:2; p<0,001

Otomobil sahipliğinin yerleşim yeri özellikleri ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 16’da gösterilmiştir. Gecekondu bölgesinde yaşayan erkeklerin %59,0’ının (n:128) otomobili bulunmazken, kadınlar için bu oran %71,9’dur (n:138). Bu bölgedeki erkeklerin %19,4’ü (n:42) kendisine ait bir otomobili olduğunu belirtirken, kadınların arasında kendine ait otomobili olanların oranı %3,6 (n:7) olarak belirlenmiştir. Gecekondu bölgesinde erkek ve kadınlar arasında otomobil sahipliği açısından gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2$ :23,937; SD:2; p<0,001). Düzenli yerleşim bölgesinde yaşayan erkeklerin %17,6’sının (n:19) otomobili bulunmazken, kadınların %22,3’ü (n:25) otomobili olmadığını bildirmiştir. Bu bölgedeki erkekler arasında kendine ait otomobili olanların oranı %55,6 (n:60) iken, kadınların arasında kendine ait otomobili olanların oranı %32,1 (n:36) olarak belirlenmiştir. Düzenli yerleşim bölgesinde erkek ve kadınlar arasında otomobil sahipliği açısından gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2$ :12,800; SD:2; p:0,002). Cinsiyet özelliklerinden bağımsız olarak iki yerleşim bölgesi arasında otomobil sahipliği açısından yapılan

karşılaştırmada (bkz. Tablo 16 Toplam Sütunu) gecekondu bölgesinde yaşayanların %65'inin (n:266) otomobili bulunmazken, bu oran düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanlar için %20'dir (n:44). Düzenli yerleşim bölgesinde kendine ait otomobili olduğunu bildirenlerin oranı %43,6 (n:96) iken gecekondu bölgesinde bu oran %12,0'dır (n:49). İki yerleşim bölgesi yaşayanlar arasında otomobil sahipliği açısından gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2$ :130,317; SD:2;  $p<0,001$ ).

**Tablo 16.** Otomobil sahipliğinin yerleşim bölgesi ve cinsiyete göre dağılımı

|                            |                    | Cinsiyet |       |       |       |        |       | $\chi^2$ | p      |
|----------------------------|--------------------|----------|-------|-------|-------|--------|-------|----------|--------|
|                            |                    | Erkek    |       | Kadın |       | Toplam |       |          |        |
|                            |                    | n        | %*    | n     | %*    | n      | %*    |          |        |
| Gecekondu Bölgesi**        | Otomobil Sahipliği | 128      | 59,0  | 138   | 71,9  | 266    | 65,0  | 23,937   | <0,001 |
|                            | Yok                | 47       | 21,7  | 47    | 24,5  | 94     | 23,0  |          |        |
|                            | Var, ailemin       | 42       | 19,4  | 7     | 3,6   | 49     | 12,0  |          |        |
|                            | Var, kendimin      | 217      | 100,0 | 192   | 100,0 | 409    | 100,0 |          |        |
| Düzenli Yerleşim Bölgesi** | Yok                | 19       | 17,6  | 25    | 22,3  | 44     | 20,0  | 12,800   | 0,002  |
|                            | Var, ailemin       | 29       | 26,9  | 51    | 45,5  | 80     | 36,4  |          |        |
|                            | Var, kendimin      | 60       | 55,6  | 36    | 32,1  | 96     | 43,6  |          |        |
|                            | Toplam             | 108      | 100,0 | 112   | 100,0 | 220    | 100,0 |          |        |

\* Sütun Yüzdesi

\*\* Cinsiyetten bağımsız olarak iki yerleşim yeri arasında otomobil sahipliği açısından Ki-Kare Testi ile yapılan analiz sonucu:  $\chi^2$ :130,317; SD:2;  $p<0,001$

Sosyal güvence ve özel sigorta varlığının yerleşim bölgesine göre dağılımı Tablo 17'de gösterilmiştir. Araştırma grubu içinde yedi kişi (%1,1) Yeşil Kart sahibi olduklarını bildirmiştir. Herhangi bir sosyal güvencesi olmadığını bildiren 55 kişi (%8,7) bulunmaktadır. Gecekondu bölgesinde yaşayanların %11,5'inin (n:47), düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanların ise %3,6'sının (n:8) herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı bildirilmiştir. Araştırma grubu içinde en fazla bildirilen sosyal güvence türünün %68,4'lük (n:430) oran ile SSK olduğu gözlenmektedir. Gecekondu bölgesinde yaşayanların %70,7'inin (n:289) sosyal güvencesi SSK iken, bu oran düzenli yerleşim bölgesinde %64,1'dir (n:141). Sosyal güvence olarak Emekli Sandığı'na mensup olanların oranı gecekondu bölgesinde %5,6 (n:23), düzenli yerleşim bölgesinde ise %16,8'dir (n:37). Bu oranlar Bağ-Kur için sırasıyla %11,0 (n:45) ve

%14,5'dir (n:32). İki yerleşim bölgesi arasında yapılan karşılaştırma için sosyal güvencesi olmayanlar ile Yeşil Kart (YK) sahibi olanlar bir araya getirilirken, diğer yandan sosyal güvencesi Emekli Sandığı (ES), SSK ve Bağ-Kur (B-K) Olanlar bir grup olarak değerlendirmeye alınmıştır. ES, SSK veya B-K türünde sosyal güvence sahibi olanların oranı düzenli yerleşim bölgesinde %95,5 (n:210) iken, bu oran gecekondü bölgesinde %87,3'dür (n:357). Sosyal güvencesi olmayan veya YK sahibi olanların oranı düzenli yerleşim bölgesinde %4,5 (n:10), gecekondü bölgesinde ise %12,7'dir (n:52). İki bölge arasında sosyal güvence türü açısından gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2$ :10,742; SD:1; p:0,001). Araştırma grubunun %25,8'inin (n:162) özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Gecekondü bölgesinde özel sağlık sigortası olduğunu bildirenlerin oranı %6,4 (n:26), düzenli yerleşim bölgesinde ise %61,8'dir (n:136). İki bölge arasında özel sigorta varlığı açısından gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $\chi^2$ :230,114; SD:1; p<0,001). Sosyal güvence ve özel sigorta varlığı için cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (sırasıyla  $\chi^2$ :3,546; SD:1; p:0,06 ve  $\chi^2$ :0,17; SD:1; p:0,898).

**Tablo 17.** Sosyal güvence türü ve özel sağlık sigortası varlığının yerleşim bölgesine göre dağılımı

|                                 |                     | Yerleşim bölgesi |             |            |             |            |             |
|---------------------------------|---------------------|------------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
|                                 |                     | Gecekondü        |             | Düzenli    |             | Toplam     |             |
|                                 |                     | n                | %*          | n          | %*          | n          | %*          |
| <b>Sosyal Güvence</b>           | Yok                 | 47               | 11,5        | 8          | 3,6         | 55         | 8,7         |
|                                 | Yeşil Kart (YK)     | 5                | 1,2         | 2          | 0,9         | 7          | 1,1         |
|                                 | Emekli Sandığı (ES) | 23               | 5,6         | 37         | 16,8        | 60         | 9,5         |
|                                 | SSK                 | 289              | 70,7        | 141        | 64,1        | 430        | 68,4        |
|                                 | Bağ-Kur (B-K)       | 45               | 11,0        | 32         | 14,5        | 77         | 12,2        |
|                                 | <i>Yok/YK**</i>     | <i>52</i>        | <i>12,7</i> | <i>10</i>  | <i>4,5</i>  | <i>62</i>  | <i>9,9</i>  |
|                                 | <i>ES/SSK/B-K**</i> | <i>357</i>       | <i>87,3</i> | <i>210</i> | <i>95,5</i> | <i>567</i> | <i>90,1</i> |
|                                 | Toplam              | 409              | 100,0       | 220        | 100,0       | 629        | 100,0       |
| <b>Özel Sağlık Sigortası***</b> | Yok                 | 383              | 93,6        | 84         | 38,2        | 467        | 74,2        |
|                                 | Var                 | 26               | 6,4         | 136        | 61,8        | 162        | 25,8        |
|                                 | Toplam              | 409              | 100,0       | 220        | 100,0       | 629        | 100,0       |

\* Sütun Yüzdesi; \*\*  $\chi^2$ :10,742; SD:1; p:0,001; \*\*\*  $\chi^2$ :230,114; SD:1; p<0,001

Araştırma grubundaki bireylerin düzenli tedavi olmaları veya ilaç kullanmaları gereken bir hastalıklarının varlığının yaş grubuna göre dağılımı Tablo 18’de sunulmuştur. 18-25 yaş grubunda kronik hastalık bulunma oranı %4,7 (n:4) iken, bu oran 56-65 yaş grubunda %62,4 (n:63) olmaktadır (Eğimde  $\chi^2$ :123,53; SD:1; p<0,001). Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede ise erkeklerin %23,4’ü (n:76), kadınların ise %30,9’unun (n:94) kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2$ :4,524; SD:1; p:0,033). Eğitim düzeyine göre değerlendirildiğinde sekiz yıla kadar öğrenim görenlerin %35,6’sı (n:103), dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenlerin ise %19,7’si (n:67) kronik hastalık sahibidir ( $\chi^2$ :20,111; SD:1; p<0,001). Her iki cinsiyetin kendi içinde eğitim düzeyine göre yapılan değerlendirmede sekiz yıla kadar öğrenim görmüş erkeklerin %28,1’i (n:39), dokuz yıl ve üstünde öğrenim görmüş erkeklerin ise %19,9’unun (n:37) kronik hastalık sahibi oldukları öğrenilmişken ( $\chi^2$ :2,960; SD:1; p:0,085), sekiz yıla kadar öğrenim gören kadınların %42,7’si (n:64), dokuz yıl ve üstünde öğrenim görmüş kadınların ise %19,5’i (n:30) kronik hastalık sahibi olduklarını belirtmiştir ( $\chi^2$ :19,125; SD:1; p<0,001). Gecekondu bölgesinde yaşayanların %26,9’u (n:110), düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanların ise %27,3’ü kronik hastalıkları bulunduğunu bildirmiştir ( $\chi^2$ :0,010; SD:1; p:0,919). Araştırma grubunda herhangi bir fiziksel veya duyuşsal engelliliği olduğunu belirten birey bulunmamaktadır.

**Tablo 18.** Kronik hastalık varlığının yaş gruplarına göre dağılımı

|           |        | Kronik Hastalık |      |      |      |        |       | $\chi^{2**}$ | p      |
|-----------|--------|-----------------|------|------|------|--------|-------|--------------|--------|
|           |        | Hayır           |      | Evet |      | Toplam |       |              |        |
|           |        | n               | %*   | n    | %*   | n      | %*    |              |        |
| Yaş Grubu | 18-25  | 82              | 95,3 | 4    | 4,7  | 86     | 100,0 | 123,53       | <0,001 |
|           | 26-35  | 149             | 88,2 | 20   | 11,8 | 169    | 100,0 |              |        |
|           | 36-45  | 122             | 83,0 | 25   | 17,0 | 147    | 100,0 |              |        |
|           | 46-55  | 68              | 54,0 | 58   | 46,0 | 126    | 100,0 |              |        |
|           | 56-65  | 38              | 37,6 | 63   | 62,4 | 101    | 100,0 |              |        |
|           | Toplam | 459             | 73,0 | 170  | 27,0 | 629    | 100,0 |              |        |

\* Satır yüzdesi; \*\* Eğitimde Ki-Kare

### C. SOSYAL SERMAYE DÜZEYİ

Bu araştırmada, var olan sosyal sermayeyi ölçmek için mahalle ve bireysel düzeyde sosyal sermayenin yapısal ve bilişsel boyutlarını birlikte değerlendirmede anlamlı bir bütün oluşturacak soru maddelerini seçmek hedeflenmiştir. Sosyal sermayeyi ölçmek amacıyla araştırma kapsamında 61 soru maddesi kullanılmıştır. İlk olarak bu 61 maddenin toplam korelasyon değerleri incelenerek değerlendirme yapılmıştır (EK 2). 61 soru maddeli ölçüm aracı için hesaplanan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,89'dur. Güvenilirlik katsayısının yüksek olması, madde silme halinde Cronbach Alfa güvenilirlik katsayılarının 0,89 değerini aşmaması ve madde toplam korelasyon katsayıları 0,3'ün altında olan bazı maddelerin ölçekten çıkarılması halinde ölçeğin bütünlüğünün kaybolması nedeniyle olası en uygun yapıyı bulmak için 61 maddenin tümü faktör analizine alınmıştır. Faktör analizinde amaç sosyal sermaye ile ilgili olan çok sayıda soru maddesinden anlamlı bir bütün oluşturacak maddeleri seçmektir. Bu nedenle 61 maddenin tümü üzerinden faktör analizi ile olası en uygun yapı ve alt boyut belirleme işlemi yapılması hedeflenmiştir. Faktör analizinde düşük faktör yükü olan, farklı faktörlerde birbirine yakın yükleri olan ve bulunduğu faktör altında anlamlı bütünlük sağlamayan maddeler analiz dışında bırakılarak analizler tekrarlanmıştır. Geriye kalan 34 soru yedi faktör altında toplanmıştır ve bu maddelerden oluşan ölçüm aracı Sosyal Sermaye Ölçeği (SSÖ) olarak kabul edilmiştir. Tablo 19'da 34 maddenin faktör yükleri ve faktör dağılımına göre yeniden yapılan alt boyut isimlendirmesi gösterilmektedir.

**Tablo 19.** Sosyal Sermaye Ölçeği faktör yükleri ve alt boyut adlandırmaları

| Alt Boyut        | Soru No | 1    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------|---------|------|---|---|---|---|---|---|
| Arkadaşlardan    | 19.III  | 0,86 |   |   |   |   |   |   |
| Algılanan Sosyal | 18.III  | 0,85 |   |   |   |   |   |   |
| Destek           | 21.III  | 0,83 |   |   |   |   |   |   |
|                  | 17.III  | 0,82 |   |   |   |   |   |   |
|                  | 19.IV   | 0,76 |   |   |   |   |   |   |
|                  | 21.IV   | 0,73 |   |   |   |   |   |   |
|                  | 18.IV   | 0,71 |   |   |   |   |   |   |
|                  | 17.IV   | 0,70 |   |   |   |   |   |   |

Tablo 19'un devamı

| Alt Boyut                 | Soru No | 1 | 2    | 3    | 4    | 5    | 6    | 7    |
|---------------------------|---------|---|------|------|------|------|------|------|
| Akraba ve Komşulardan     | 18.II   |   | 0,77 |      |      |      |      |      |
| Algılanan Sosyal          | 17.II   |   | 0,76 |      |      |      |      |      |
| Destek                    | 19.II   |   | 0,75 |      |      |      |      |      |
|                           | 21.II   |   | 0,67 |      |      |      |      |      |
|                           | 21.I    |   | 0,57 |      |      |      |      |      |
|                           | 18.I    |   | 0,56 |      |      |      |      |      |
|                           | 19.I    |   | 0,54 |      |      |      |      |      |
|                           | 17.I    |   | 0,53 |      |      |      |      |      |
| Mahalli Toplumsal Denetim | 26      |   |      | 0,77 |      |      |      |      |
| ve Sivil Eylemler         | 28      |   |      | 0,77 |      |      |      |      |
|                           | 27      |   |      | 0,76 |      |      |      |      |
|                           | 29      |   |      | 0,74 |      |      |      |      |
|                           | 25      |   |      | 0,73 |      |      |      |      |
| Genel Sivil Eylemler      | 33      |   |      |      | 0,81 |      |      |      |
|                           | 32      |   |      |      | 0,80 |      |      |      |
|                           | 31      |   |      |      | 0,73 |      |      |      |
| Mahalli Toplumsal Birlik  | 7       |   |      |      |      | 0,69 |      |      |
| ve Güven                  | 5       |   |      |      |      | 0,65 |      |      |
|                           | 3       |   |      |      |      | 0,65 |      |      |
|                           | 4       |   |      |      |      | 0,61 |      |      |
| Kurumsal Sosyal Destek    | 23.II   |   |      |      |      |      | 0,80 |      |
|                           | 23.III  |   |      |      |      |      | 0,76 |      |
|                           | 23.I    |   |      |      |      |      | 0,50 |      |
| Genel Güven               | 8       |   |      |      |      |      |      | 0,73 |
|                           | 6       |   |      |      |      |      |      | 0,66 |
|                           | 9       |   |      |      |      |      |      | 0,45 |

SSÖ'nün ve alt boyutlarının güvenilirlik analizi test yarılama yöntemi ve iç tutarlılık katsayısı hesaplanarak yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 20'de sunulmuştur. SSÖ'nün güvenilirlik analizi sonucunda elde edilen Cronbach Alfa katsayısı 0,878'dir. Test yarılama yöntemiyle hesaplanan güvenilirlik katsayısı ise Spearman-Brown düzeltmesi ile 0,852 olarak hesaplanmıştır. Test yarılama yöntemi ile iki form arası korelasyon ise %74,2 olarak bulunmuştur. 34 maddelik SSÖ'nün madde analizleri EK 3'de sunulmuştur. SSÖ uygun değerlendirme aracı kabul edilerek sağlık davranışları ile ilişkisi ilerleyen analizlerde incelenmiştir. Elde edilen yeni ölçek soruları EK 3'de sunulmuştur.

**Tablo 20.** Sosyal Sermaye maddelerinin güvenilirlik analizi sonuçları

|                              |                                            | <b>Madde<br/>Sayısı</b> | <b>Cronbach Alfa<br/>Katsayısı</b> |
|------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| <b>SSÖ Alt<br/>boyutları</b> | Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek      | 8                       | 0,932                              |
|                              | Akraba/Komşulardan Algılanan Sosyal Destek | 8                       | 0,871                              |
|                              | Kurumsal Sosyal Destek                     | 3                       | 0,568                              |
|                              | Mahalli Toplumsal Denetim ve Dayanışma     | 5                       | 0,842                              |
|                              | Mahalli Toplumsal Birlik ve Güven          | 4                       | 0,661                              |
|                              | Genel Güven                                | 3                       | 0,478                              |
|                              | Sivil Eylemler                             | 3                       | 0,738                              |
| <b>SSÖ</b>                   |                                            | <b>34</b>               | <b>0,878</b>                       |
| Test Yarılama ile 1. Yarı    |                                            | <b>17</b>               | <b>0,785</b>                       |
| Test Yarılama ile 2. Yarı    |                                            | <b>17</b>               | <b>0,792</b>                       |

SSÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları, standart sapma, ortanca en düşük ve en yüksek değerleri Tablo 21'de gösterilmiştir. SSÖ'nün alabileceği en düşük değer 34, en yüksek değer ise 136'dır. Ölçek puanının bireyler arasındaki dağılımının Kolmogorov Smirnov Testi ile normal dağılıma uygunluk analizi yapılmış ve SSÖ puan dağılımının normal dağılımdan istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğu gözlenmiştir ( $p < 0,001$ ).



**Tablo 21.** Sosyal Sermaye Ölçek Puanları ortalamaları, standart sapma, ortanca en düşük ve en yüksek değerleri

|                          |                                              | N          | Ort.         | SS           | Ortc.     | En Düşük  | En Yüksek  |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------|--------------|--------------|-----------|-----------|------------|
| <b>SSÖ Toplam Puanı</b>  |                                              | <b>629</b> | <b>83,12</b> | <b>13,48</b> | <b>81</b> | <b>53</b> | <b>129</b> |
| <b>SSÖ Alt boyutları</b> | Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek        | 629        | 16,54        | 7,39         | 15        | 8         | 32         |
|                          | Akraba/Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek | 629        | 17,74        | 5,64         | 17        | 8         | 32         |
|                          | Algılanan Kurumsal Sosyal Destek             | 629        | 3,43         | 0,77         | 3         | 3         | 6          |
|                          | Mahalli Toplumsal Denetim ve Dayanışma       | 629        | 20,09        | 3,35         | 20        | 10        | 25         |
|                          | Mahalli Toplumsal Birlik ve Güven            | 629        | 14,06        | 2,26         | 14        | 6         | 20         |
|                          | Genel Güven                                  | 629        | 7,81         | 1,83         | 8         | 3         | 15         |
|                          | Sivil Eylemler                               | 629        | 3,45         | 0,86         | 3         | 3         | 6          |

Sosyal sermayenin çeşitli etkenlerden etkilendiği daha önceki bölümlerde dile getirilmiştir. Bu amaçla araştırma kapsamında değerlendirilen sosyodemografik ve sosyo-ekonomik göstergeler ile sosyal sermaye arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (Tablo 22). Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede erkeklerin sosyal sermaye ortalamasının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir (M-W U: 43703,00; p: 0,012). Yerleşim bölgesine göre yapılan değerlendirmede ise düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanların SSÖ puan ortalaması ve standart sapması  $87,82 \pm 14,06$  iken, gecekondü bölgesinde yaşayanlar için bu değer  $80,58 \pm 12,45$ 'dir (M-W U: 31197,50; p<0,001). Medeni durum ile SSÖ puanı arasında bir ilişki tespit edilmemiştir ( $KW\chi^2$ :5912; p:0,052).

Sosyo-ekonomik değişkenler ile SSÖ puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde (Tablo 22) eğitim, sosyal güvence, kronik hastalık varlığı, aylık kişisel gelir, aylık hane geliri, hane halkı sayısı ve otomobil sahipliğine göre SSÖ puan ortalamaları arasında gözlenen farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Sosyal sınıflara ve yaş grubuna göre yapılan karşılaştırmada da benzer şekilde SSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla  $KW\chi^2$ :70,432; p<0,001 ve  $KW\chi^2$ :11,676; p:0,02). Sosyal sınıfı Ev hanımı / Öğrenci / İşsiz olanların SSÖ puan ortalaması en düşük olurken ( $78,99 \pm 11,98$ ),

**Tablo 22.** Sosyal Sermaye Ölçek Puanlarının sosyodemografik ve sosyo-ekonomik değişkenlerle ilişkisi

|                      |                       | N   | Ort.  | SS    | Ortnc. | Sıra Ort. | KW $\chi^2$ | MW-U     | p                |
|----------------------|-----------------------|-----|-------|-------|--------|-----------|-------------|----------|------------------|
| Cinsiyet             | Erkek                 | 325 | 84,34 | 13,91 | 84     | 332,53    | --          | 43703,00 | <b>0,012</b>     |
|                      | Kadın                 | 304 | 81,81 | 12,90 | 80     | 296,26    |             |          |                  |
| Yerleşim Bölgesi     | Gecekondu             | 409 | 80,58 | 12,45 | 79     | 281,28    | --          | 31197,50 | <b>&lt;0,001</b> |
|                      | Düzenli Y.            | 220 | 87,82 | 14,06 | 88     | 377,69    |             |          |                  |
| Eğitim               | 8 yıla kadar          | 289 | 78,65 | 11,58 | 77     | 253,76    | --          | 31431,50 | <b>&lt;0,001</b> |
|                      | 9 yıl ve üstü         | 340 | 86,91 | 13,82 | 87     | 367,05    |             |          |                  |
| Sosyal Güvence       | Yok/YK                | 62  | 76,39 | 11,73 | 76     | 222,81    | --          | 11861,50 | <b>&lt;0,001</b> |
|                      | SSK/ES/B-K            | 567 | 83,85 | 13,46 | 82     | 325,08    |             |          |                  |
| Hane Mülkiyeti       | Kira ödeyen           | 116 | 84,39 | 14,10 | 85     | 337,28    | --          | 27169,50 | 0,144            |
|                      | Kira ödemeyen         | 513 | 82,83 | 13,33 | 81     | 309,96    |             |          |                  |
| Kronik Hastalık      | Yok                   | 459 | 83,85 | 13,47 | 83     | 325,25    |             | 34312,50 | <b>0,02</b>      |
|                      | Var                   | 170 | 81,12 | 13,34 | 79     | 287,34    |             |          |                  |
| Medeni Durum         | Bekâr                 | 177 | 84,59 | 12,35 | 83     | 342,82    | 5,912       | --       | 0,052            |
|                      | Evli                  | 419 | 82,51 | 13,90 | 80     | 303,23    |             |          |                  |
|                      | Dul/boşanmış/ayrı     | 33  | 82,91 | 13,50 | 84     | 315,24    |             |          |                  |
| Aylık Kişisel Geliri | Yok / $\leq 1.499$ TL | 425 | 80,05 | 12,51 | 78     | 272,94    | 74,291      | --       | <b>&lt;0,001</b> |
|                      | 1.500-3.499 TL        | 104 | 87,33 | 12,61 | 87     | 377,56    |             |          |                  |
|                      | $\geq 3.500$ TL       | 100 | 91,76 | 13,49 | 92     | 428,71    |             |          |                  |
| Aylık Hane Geliri    | Yok / $\leq 1.499$ TL | 257 | 78,33 | 12,58 | 77     | 247,97    | 82,195      | --       | <b>&lt;0,001</b> |
|                      | 1.500-3.499 TL        | 194 | 83,12 | 11,82 | 82     | 318,00    |             |          |                  |
|                      | $\geq 3.500$ TL       | 178 | 90,01 | 13,49 | 90     | 408,51    |             |          |                  |
| Hanehalkı Sayısı     | 1-2                   | 82  | 87,60 | 12,72 | 88     | 378,38    | 12,825      | --       | <b>0,002</b>     |
|                      | 3-4                   | 385 | 83,02 | 13,80 | 81     | 311,35    |             |          |                  |
|                      | 5 ve üstü             | 162 | 81,07 | 12,58 | 80     | 291,60    |             |          |                  |
| Otomobil Sahipliği   | Yok                   | 310 | 79,99 | 12,28 | 78     | 271,98    | 40,139      | --       | <b>&lt;0,001</b> |
|                      | Ailenin               | 174 | 84,26 | 13,20 | 84     | 334,32    |             |          |                  |
|                      | Kendinin              | 145 | 88,43 | 14,42 | 89     | 383,79    |             |          |                  |

Orta/Büyük İşverenlerin SSÖ puan ortalaması ( $93,04 \pm 13,03$ ) en yüksektir. Diğer sosyal sınıfların SSÖ puan ortalamalarına göre küçükten büyüğe sıralanışı şu şekildedir: Mavi Yakalı Çalışanlar ( $81,02 \pm 11,99$ ), Emekliler ( $82,93 \pm 15,17$ ), Niteliksiz Hizmet Çalışanı ( $84,26 \pm 10,67$ ), Esnaf/Marjinal/Küçük İşveren ( $84,11 \pm 14,09$ ), Beyaz Yakalı Çalışan ( $88,73 \pm 11,54$ ) ve Yüksek Nitelikli Çalışan ( $90,55 \pm 13,79$ ). Yaş gruplarına göre yapılan değerlendirmede de istatistiksel anlamlılığın 26-35 yaş grubu ile 46-55 yaş grubu arasında (M-W U:8295,50;  $p:0,001$ ) ve 46-55 yaş grubu ile 56-65 yaş grubu arasında (M-W U:5237,00;  $p:0,022$ ) SSÖ puan ortalamalarında gözlenen farklılıklardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

İstanbul'da yaşama süresi ve aynı evde oturma süresi ile SSÖ puanları arasındaki ilişki Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstanbul'da yaşama süresi ile SSÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ( $p:0,014$ ) pozitif yönde zayıf (Spearman  $\rho:0,098$ ) bir korelasyon tespit edilirken, aynı evde oturma süresi ile SSÖ puanı arasındaki ilişki için yapılan analiz sonucunda benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı ( $p:0,035$ ), negatif yönde zayıf (Spearman  $\rho:-0,084$ ) bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Aynı evde oturma süresinin SSÖ puanı ile korelasyon analizinde hem gecekondu bölgesinde ( $n:409$ ; Spearman  $\rho:0,068$ ;  $p:0,171$ ) hem de düzenli yerleşim bölgesinde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmemiştir ( $n:220$ ; Spearman  $\rho:-0,130$ ;  $p:0,054$ ). Odabaşına düşen kişi sayısı ile SSÖ puanı arasındaki ilişki de Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Buna göre iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,001$ ), negatif yönde orta düzeyli (Spearman  $\rho:-0,279$ ) bir korelasyon olduğu saptanmıştır.

SSÖ puanı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilen değişkenler (yaş, cinsiyet, yerleşim bölgesi, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı, aylık kişisel ve hane geliri, sosyal güvence, sosyal sınıf, hanehalkı sayısı, otomobil mülkiyeti, İstanbul'da yaşama ve aynı evde oturma süreleri, odabaşına düşen kişi sayısı) çoklu doğrusal regresyon analizi ile (Enter Modeli kullanılarak) değerlendirilmiştir. Analiz sonucunda SSÖ puanına istatistiksel olarak anlamlı katkı yapan iki değişken olduğu tespit edilmiştir ( $F:12,311$ ;  $p<0,001$ ). Bunlardan ilki eğitim düzeyi ( $B:4,192$ ; Standart Hata:1,363;  $\beta:0,155$ ;  $p:0,002$  ve %95 GA: 1,515-6,870), ikincisi aylık hane geliri ( $B:2,389$ ; Standart Hata:1,072;  $\beta:0,146$ ;  $p:0,026$  ve %95 GA: 0,284-4,494), üçüncüsü de kronik hastalık varlığı ( $B:-2,641$ ; Standart Hata:1,254;  $\beta:-0,087$ ;  $p:0,036$  ve %95 GA: (-)5,105-(-)0,178) olmuştur.

#### D. SAĞLIK ALGISI

Sağlık algısı “Genel olarak kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?” sorusu için beşli Likert tipi cevapları içeren bir soru ile değerlendirilmiştir. “Çok kötü”, “Kötü” ve “Ne kötü, ne iyi” yanıtları bir araya getirilerek “Kötü/Orta” başlıklı bir grup, “İyi” ve “Çok iyi” yanıtları bir araya getirilerek “İyi” başlıklı ikinci bir grup oluşturulmuş, analizler de bu grup üzerinden yapılmıştır. Araştırma grubundaki bireylerden sağlığının iyi olduğunu bildirenlerin oranı %55,6’dır (n:350). Sağlık algısının cinsiyet, yerleşim bölgesi, eğitim düzeyi ve aylık hane gelirine göre dağılımı Tablo 23’de sunulmuştur.

**Tablo 23.** Sağlık algısının cinsiyet, yerleşim bölgesi, eğitim düzeyi ve aylık hane gelirine göre dağılımı

|                   |                       | Sağlık Algısı |      |     |      |        |       | $\chi^2$ | p                |
|-------------------|-----------------------|---------------|------|-----|------|--------|-------|----------|------------------|
|                   |                       | Kötü/Orta     |      | İyi |      | Toplam |       |          |                  |
|                   |                       | n             | %*   | n   | %*   | n      | %*    |          |                  |
| Cinsiyet          | Erkek                 | 128           | 39,4 | 197 | 60,6 | 325    | 100,0 | 6,734    | <b>0,009</b>     |
|                   | Kadın                 | 151           | 49,7 | 153 | 50,3 | 304    | 100,0 |          |                  |
|                   | Toplam                | 279           | 44,4 | 350 | 55,6 | 629    | 100,0 |          |                  |
| Yerleşim Bölgesi  | Gecekondu             | 215           | 52,6 | 194 | 47,4 | 409    | 100,0 | 31,944   | <b>&lt;0,001</b> |
|                   | Düzenli Yerleşim      | 64            | 29,1 | 156 | 70,9 | 220    | 100,0 |          |                  |
|                   | Toplam                | 279           | 44,4 | 350 | 55,6 | 629    | 100,0 |          |                  |
| Eğitim Düzeyi     | 8 yıla kadar          | 166           | 57,4 | 123 | 42,6 | 289    | 100,0 | 37,080   | <b>&lt;0,001</b> |
|                   | 9 yıl ve üstü         | 113           | 33,2 | 227 | 66,8 | 340    | 100,0 |          |                  |
|                   | Toplam                | 279           | 44,4 | 350 | 55,6 | 629    | 100,0 |          |                  |
| Aylık Hane Geliri | Yok / $\leq 1.499$ TL | 139           | 54,1 | 118 | 45,9 | 257    | 100,0 | 34,107   | <b>&lt;0,001</b> |
|                   | 1.500-3.499TL         | 93            | 47,9 | 101 | 52,1 | 194    | 100,0 |          |                  |
|                   | $\geq 3.500$ TL       | 47            | 26,4 | 131 | 73,6 | 178    | 100,0 |          |                  |
|                   | Toplam                | 279           | 44,4 | 350 | 55,6 | 629    | 100,0 |          |                  |

\* Satır Yüzdesi

Kronik hastalık varlığı ile sağlık algısı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde kronik hastalığı olduğunu belirtenlerin %62,4’ü (n:106) sağlık durumunun kötü/orta olduğu ifade etmişken, kronik bir hastalığı olmayanlar için bu oran %37,7’dir (n:173) ( $\chi^2$ :30,571; SD:1;  $p<0,001$ ). Sosyal güvence türü ile sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

tespit edilmemiştir ( $\chi^2$ :2,192; SD:1; p:0,139). Yaş grupları arasında sağlık algısı için yapılan değerlendirmede ise 18-25 yaş grubundakilerin %34,9'unun (n:30), 26-35 yaş grubundakilerin %39,1'inin (n:66), 36-45 yaş grubundakilerin %38,8'inin (n:57), 46-55 yaş grubundakilerin %56,4'ünün (n:69) ve 56-65 yaş grubundakilerin ise %56,4'ünün (n:57) sağlık durumunu kötü/orta olarak tanımladıkları gözlenmiştir (Eğimde  $\chi^2$ :15,283; SD:1; p<0,001).

**Tablo 24.** Sağlık algısının Sosyal Sermaye Ölçek puanına göre yapılan analiz sonuçları

|               |           | N   | Ort.  | SS    | Ortc. | Sıra Ort. | MW-U     | p      |
|---------------|-----------|-----|-------|-------|-------|-----------|----------|--------|
| Sağlık Algısı | Kötü/Orta | 279 | 79,69 | 12,47 | 78    | 268,78    | 35930,50 | <0,001 |
|               | İyi       | 350 | 85,84 | 13,64 | 85    | 351,84    |          |        |

SSÖ puan ortalamasının sağlık algısına göre dağılımı Tablo 24'de gösterilmiştir. Buna göre sağlığını kötü/orta olarak tanımlayanların SSÖ puan ortalama ve standart sapması  $79,69 \pm 12,47$  iken, iyi olarak tanımlayanlar için bu değerler  $85,84 \pm 13,64$  olarak hesaplanmıştır (M-W U:35930,50; p<0,001). Sağlık algısı için kurulan lojistik regresyon modelinde SSÖ puanı, yaş, cinsiyet, yerleşim bölgesi, eğitim düzeyi, aylık hane geliri ve kronik hastalık varlığı alınmıştır. Modele istatistiksel olarak anlamlı katkı yapan değişkenler yerleşim bölgesi (B:0,695; p:0,011; OR:2,004; %95 GA:1,173-3,421), yaş (B:-0,019; p:0,03; OR:0,982; %95 GA:0,965-0,998), cinsiyet (B:0,361; p:0,041; OR:1,435; %95 GA:1,015-2,028), kronik hastalık varlığı (B:0,755; p:0,001; OR:2,128; %95 GA:1,385-3,270) ve SSÖ puanı (B:0,024; p:0,001; OR:1,024; %95 GA:1,010-1,039) olmuştur.

## E. SAĞLIK DAVRANIŞLARI

Araştırmada incelenen sağlık davranışları beslenme davranışları (5 soru), diş fırçalama, düzenli spor yapma, sigara içme, aşırı alkol kullanımı ve sağlık hizmeti kullanım davranışlarıdır (5 soru). İlerleyen bölümde sırasıyla bu davranışlar ve çeşitli özelliklere ve sosyal sermaye puanına göre analizleri sunulacaktır. SSÖ puanı ile arasında anlamlı istatistiksel ilişki tespit edilen sağlık davranışları için, çoklu doğrusal regresyon sonucuna göre SSÖ puanına katkıda bulunan kronik hastalık varlığı, aylık toplam hane geliri ve eğitim düzeyi değişkenlerine ek olarak yerleşim bölgesi ve cinsiyet değişkenlerinden oluşan bir lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur.

## 1. Beslenme Davranışları

Her zaman veya çoğu zaman kahvaltı ettiğini bildirenlerin oranı tüm grup için %85,9 (n:540) olarak tespit edilmiştir. Erkekler arasında bu oran %80,6 (n:262) iken, kadınlar için ise %91,4 (n:278) olduğu gözlenmiştir ( $\chi^2$ :15,172; SD:1;  $p<0,001$ ) (Tablo 25). Kahvaltı yapma sıklığının yerleşim bölgesine göre yapılan değerlendirmesinde (Tablo 26) gecekondu bölgesi ve düzenli yerleşim bölgesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $\chi^2$ :0,981; SD:1;  $p:0,322$ ). Yaş gruplarına göre yapılan değerlendirmede çoğu/her zaman kahvaltı yaptığını belirtenlerin oranının 18-25 yaş grubunda %70,9 (n:61), 26-35 yaş grubunda %84,0 (142), 36-45 yaş grubunda %85,0 (n:125), 46-55 yaş grubunda %91,3 (n:115) ve 56-65 yaş grubunda ise %96,0 (n:97) olduğu saptanmıştır (Eğimde  $\chi^2$ :24,861; SD:1;  $p<0,001$ ).

**Tablo 25.** Beslenme davranışlarının cinsiyete göre dağılımı

|                                             |                      | Cinsiyet |       |       |       |        |       | $\chi^2$ | P      |
|---------------------------------------------|----------------------|----------|-------|-------|-------|--------|-------|----------|--------|
|                                             |                      | Erkek    |       | Kadın |       | Toplam |       |          |        |
|                                             |                      | n        | %*    | n     | %*    | n      | %*    |          |        |
| Her gün<br>Kahvaltı                         | Hiç/nadiren/ara sıra | 63       | 19,4  | 26    | 8,6   | 89     | 14,1  | 15,172   | <0,001 |
|                                             | Çoğu/her zaman       | 262      | 80,6  | 278   | 91,4  | 540    | 85,9  |          |        |
|                                             | Toplam               | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Öğün<br>Atlama                              | Hiç/nadiren/ara sıra | 240      | 73,8  | 243   | 79,9  | 483    | 76,8  | 3,266    | 0,071  |
|                                             | Çoğu/her zaman       | 85       | 26,2  | 61    | 20,1  | 146    | 23,2  |          |        |
|                                             | Toplam               | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Yatmadan<br>önce yeme<br>içme               | Hiç/nadiren/ara sıra | 228      | 70,2  | 254   | 83,6  | 482    | 76,6  | 15,746   | <0,001 |
|                                             | Çoğu/her zaman       | 97       | 29,8  | 50    | 16,4  | 147    | 23,4  |          |        |
|                                             | Toplam               | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Sağlıklı<br>Beslenme<br>Algısı              | Hiç/nadiren/ara sıra | 169      | 52,0  | 132   | 43,4  | 301    | 47,9  | 4,633    | 0,031  |
|                                             | Çoğu/her zaman       | 156      | 48,0  | 172   | 56,6  | 328    | 52,1  |          |        |
|                                             | Toplam               | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Son 3 ayda<br>kilo alma<br>/verme<br>çabası | Hayır                | 185      | 56,9  | 122   | 40,1  | 307    | 48,8  | 17,725   | <0,001 |
|                                             | Evet                 | 140      | 43,1  | 182   | 59,9  | 322    | 51,2  |          |        |
|                                             | Toplam               | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |          |        |

\* Sütun yüzdesi

**Tablo 26.** Beslenme davranışları ve yerleşim bölgesine göre dağılımı

|                                    |                      | Yerleşim Bölgesi |       |            |       |        |       | $\chi^2$ | p      |
|------------------------------------|----------------------|------------------|-------|------------|-------|--------|-------|----------|--------|
|                                    |                      | Gecekondu        |       | Düzenli Y. |       | Toplam |       |          |        |
|                                    |                      | n                | %*    | n          | %*    | n      | %*    |          |        |
| Her gün Kahvaltı                   | Hiç/nadiren/ara sıra | 62               | 15,2  | 27         | 12,3  | 89     | 14,1  | 0,981    | 0,322  |
|                                    | Çoğu/her zaman       | 347              | 84,8  | 193        | 87,7  | 540    | 85,9  |          |        |
|                                    | Toplam               | 409              | 100,0 | 220        | 100,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Öğün Atlama                        | Hiç/nadiren/ara sıra | 301              | 73,6  | 182        | 82,7  | 483    | 76,8  | 6,695    | 0,01   |
|                                    | Çoğu/her zaman       | 108              | 26,4  | 38         | 17,3  | 146    | 23,2  |          |        |
|                                    | Toplam               | 409              | 100,0 | 220        | 100,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Yatmadan önce yeme içme            | Hiç/nadiren/ara sıra | 302              | 73,8  | 180        | 81,8  | 482    | 76,6  | 5,086    | 0,024  |
|                                    | Çoğu/her zaman       | 107              | 26,2  | 40         | 18,2  | 147    | 23,4  |          |        |
|                                    | Toplam               | 409              | 100,0 | 220        | 100,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Sağlıklı Beslenme Algısı           | Hiç/nadiren/ara sıra | 221              | 54,0  | 80         | 36,4  | 301    | 47,9  | 17,900   | <0,001 |
|                                    | Çoğu/her zaman       | 188              | 46,0  | 140        | 63,6  | 328    | 52,1  |          |        |
|                                    | Toplam               | 409              | 100,0 | 220        | 100,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Son 3 ayda kilo alma /verme çabası | Hayır                | 214              | 52,3  | 93         | 42,3  | 307    | 48,8  | 5,783    | 0,016  |
|                                    | Evet                 | 195              | 47,7  | 127        | 57,7  | 322    | 51,2  |          |        |
|                                    | Toplam               | 409              | 100,0 | 220        | 100,0 | 629    | 100,0 |          |        |

\* Sütun yüzdesi

Araştırma grubunda öğün atlama sıklığı değerlendirildiğinde 483 kişi (%76,8) ara sıra veya daha az sıklıkta öğün atladığını bildirmiştir. Gecekondu bölgesinde çoğu zaman veya her zaman öğün atladığını bildirenlerin oranı %26,4 (n:108) iken, düzenli yerleşim bölgesinde bu oran %17,3 (n:38) olarak tespit edilmiştir ( $\chi^2$ : 6,695; SD:1; p:0,01). Öğün atlama davranışının sıklığında, erkek ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $\chi^2$ :3,266; SD:1; p:0,071), ancak çoğu zaman veya her zaman öğün atladığını bildiren erkeklerin oranı %26,2 (n:85) ile %20,1'lik (n:61) kadınlar arasındaki orandan yüksektir.

Araştırma grubunda 482 kişi (%76,6) yatmadan önce bir şeyler yiyip içme davranışı için “hiç/nadiren/ara sıra” yanıtlarını vermiştir. Erkekler arasında çoğu zaman veya her zaman yatmadan önce bir şeyler yiyip içtiğini bildiren 97 kişi (%29,8) bulunurken, bu sayının kadınlar için 50 (%16,4) olduğu gözlenmiştir ( $\chi^2$ :15,746; SD:1;  $p<0,001$ ). Çoğu zaman veya her zaman yatmadan önce bir şeyler yiyip içtiğini bildirenlerin sayısı gecekondu bölgesinde 107 (%26,2) iken, düzenli yerleşim bölgesinde ise 40 (%18,2) kişidir ( $\chi^2$ :5,086; SD:1;  $p:0,024$ ).

“Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?” şeklinde bireylerin beslenme davranışlarına yönelik algılarını sorgulayan soru için araştırma grubunun %52,1’i n(n:328) çoğu zaman veya her zaman sağlıklı beslendiğini düşündüğünü bildirmiştir. Erkekler arasında çoğu zaman veya her zaman sağlıklı beslendiğini düşünenlerin oranı %48,0 (n:156), kadınlar arasında ise %56,6’dır (n:172) ( $\chi^2$ :4,633; SD:1;  $p:0,032$ ). Sağlıklı beslenme algısı yerleşim yerine göre incelendiğinde gecekondu bölgesinde yaşayanların %46,0’ı (n:188), düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanların ise %63,6’sı (n:140) çoğu/her zaman sağlıklı beslendiğini düşündüğünü bildirmiştir ( $\chi^2$ :17,900; SD:1;  $p<0,01$ ).

Beden ağırlığını değiştirme çabalarını sorgulamak amacıyla sorulan “Son 3 ayda kilo almaya ya da vermeye çalıştınız mı?” sorusuna, araştırma grubunun %48,8’i (n:307) hayır derken, geriye kalan %51,2’lik (n:322) grup ise evet şeklinde yanıt vermiştir. Beden ağırlığını değiştirmeye yönelik çaba göstermiş erkeklerin oranı %43,1 (n:140) iken, kadınların %59,9’u (n:182) bu yönde çaba gösterdiğini bildirmiştir ( $\chi^2$ :17,725; SD:1;  $p<0,001$ ). Gecekondu bölgesinde yaşayanların %47,7’si (n:195) son üç ayda kilo alma ya da verme yönünde çaba harcamışken, düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanların %57,7’si (n:127) bu yönde yanıt vermiştir ( $\chi^2$ :5,783; SD:1;  $p:0,016$ ).

Öğün atlama, yatmadan önce bir şeyler yiyip içme ve sağlıklı beslenme algısının eğitim düzeyine göre karşılaştırmalarında (Tablo 27) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Çoğu/her zaman her gün kahvaltı yaptıklarını bildirenlerin oranı sekiz yıla kadar öğrenim görenler arasında %89,3 (n:258) iken, bu oran dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenler arasında %82,9 (n:282) olarak tespit edilmiştir ( $\chi^2$ :5,156; SD:1;  $p:0,023$ ).

Beden ağırlığını değiştirmeye yönelik son üç ayda kilo alma ya da verme çabası gösterenlerin oranı dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenler arasında %57,1 (n:194), sekiz yıla kadar öğrenim görenler arasında ise %44,3 (n:128) olarak saptanmıştır ( $\chi^2$ :10,193; SD:1;  $p<0,001$ ).



**Tablo 27.** Beslenme davranışlarının eğitim düzeyine göre dağılımı

|                                    |                      | Eğitim Düzeyi |       |               |       |        |       | $\chi^2$ | p     |
|------------------------------------|----------------------|---------------|-------|---------------|-------|--------|-------|----------|-------|
|                                    |                      | 8 yıla kadar  |       | 9 yıl ve üstü |       | Toplam |       |          |       |
|                                    |                      | n             | %*    | n             | %*    | n      | %*    |          |       |
| Her gün Kahvaltı                   | Hiç/nadiren/ara sıra | 31            | 10,7  | 58            | 17,1  | 89     | 14,1  | 5,156    | 0,023 |
|                                    | Çoğu/her zaman       | 258           | 89,3  | 282           | 82,9  | 540    | 85,9  |          |       |
|                                    | Toplam               | 289           | 100,0 | 340           | 100,0 | 629    | 100,0 |          |       |
| Öğün Atlama                        | Hiç/nadiren/ara sıra | 222           | 76,8  | 261           | 76,8  | 483    | 76,8  | 0,0002   | 0,988 |
|                                    | Çoğu/her zaman       | 67            | 23,2  | 79            | 23,2  | 146    | 23,2  |          |       |
|                                    | Toplam               | 289           | 100,0 | 340           | 100,0 | 629    | 100,0 |          |       |
| Yatmadan önce yeme içme            | Hiç/nadiren/ara sıra | 223           | 77,2  | 259           | 76,2  | 482    | 76,6  | 0,085    | 0,771 |
|                                    | Çoğu/her zaman       | 66            | 22,8  | 81            | 23,8  | 147    | 23,4  |          |       |
|                                    | Toplam               | 289           | 100,0 | 340           | 100,0 | 629    | 100,0 |          |       |
| Sağlıklı Beslenme Algısı           | Hiç/nadiren/ara sıra | 143           | 49,5  | 158           | 46,5  | 301    | 47,9  | 0,567    | 0,451 |
|                                    | Çoğu/her zaman       | 146           | 50,5  | 182           | 53,5  | 328    | 52,1  |          |       |
|                                    | Toplam               | 289           | 100,0 | 340           | 100,0 | 629    | 100,0 |          |       |
| Son 3 ayda kilo alma /verme çabası | Hayır                | 161           | 55,7  | 146           | 42,9  | 307    | 48,8  | 10,193   | 0,001 |
|                                    | Evet                 | 128           | 44,3  | 194           | 57,1  | 322    | 51,2  |          |       |
|                                    | Toplam               | 289           | 100,0 | 340           | 100,0 | 629    | 100,0 |          |       |

\* Sütun yüzdesi

Beslenme davranışlarının aylık hane gelirine göre dağılımı Tablo 28’da gösterilmiştir. Çoğu/her zaman kahvaltı yapığını belirtenlerin oranı aylık hane geliri olmayan veya 1.499 TL ve altında olanlar için %82,9 (n:213), 1.500-3.499 TL arasında olanlar için %92,3 (n:179) ve 3.500 TL ve üstünde olanlar için ise %83,1’dir (n:148) ( $\chi^2$ :9,517; SD:2; p:0,009). Çoğu/her zaman sağlıklı beslendiğini düşünenlerin oranı aylık hane geliri olmayan veya 1.499 TL ve altında olanlar için %45,59 (n:117), 1.500-3.499 TL arasında olanlar için %49,0 (n:95) ve 3.500 TL ve üstünde olanlar için ise %65,2’dir (n:116) ( $\chi^2$ :17,396; SD:2; p<0,001). Beden ağırlığını değiştirmeye yönelik son üç ayda kilo alma ya da verme çabası için yapılan değerlendirmede ise aylık hane geliri olmayan veya 1.499 TL ve altında olanların %44,4’ü (n:114), 1.500-3.499 TL arasında olanların %54,1’i (n:105) ve 3.50 TL ve üstünde olanların

ise %57,9'u (n:103) kilo almaya ya da vermeye çalıştıklarını belirtmiştir ( $\chi^2$ :8,644; SD:2; p:0,013).

**Tablo 28.** Beslenme davranışlarının aylık hane gelirine göre dağılımı

|                                                           |                      | Aylık Hane Geliri |       |         |       |                 |       |        |       |
|-----------------------------------------------------------|----------------------|-------------------|-------|---------|-------|-----------------|-------|--------|-------|
|                                                           |                      | Yok /             |       | 1.500-  |       | $\geq 3.500$ TL |       | Toplam |       |
|                                                           |                      | $\leq 1.499$ TL   |       | 3.499TL |       | $\geq 3.500$ TL |       |        |       |
|                                                           |                      | n                 | %*    | n       | %*    | n               | %*    | n      | %*    |
| <b>Her gün<br/>Kahvaltı<br/>****</b>                      | Hiç/nadiren/ara sıra | 44                | 17,1  | 15      | 7,7   | 30              | 16,9  | 89     | 14,1  |
|                                                           | Çoğu/her zaman       | 213               | 82,9  | 179     | 92,3  | 148             | 83,1  | 540    | 85,9  |
|                                                           | Toplam               | 257               | 100,0 | 194     | 100,0 | 178             | 100,0 | 629    | 100,0 |
| <b>Öğün<br/>Atlama **</b>                                 | Hiç/nadiren/ara sıra | 185               | 72,0  | 155     | 79,9  | 143             | 80,3  | 483    | 76,8  |
|                                                           | Çoğu/her zaman       | 72                | 28,0  | 39      | 20,1  | 35              | 19,7  | 146    | 23,2  |
|                                                           | Toplam               | 257               | 100,0 | 194     | 100,0 | 178             | 100,0 | 629    | 100,0 |
| <b>Yatmadan<br/>önce yeme<br/>içme **</b>                 | Hiç/nadiren/ara sıra | 193               | 75,1  | 144     | 74,2  | 145             | 81,5  | 482    | 76,6  |
|                                                           | Çoğu/her zaman       | 64                | 24,9  | 50      | 25,8  | 33              | 18,5  | 147    | 23,4  |
|                                                           | Toplam               | 257               | 100,0 | 194     | 100,0 | 178             | 100,0 | 629    | 100,0 |
| <b>Sağlıklı<br/>Beslenme<br/>Algısı<br/>*****</b>         | Hiç/nadiren/ara sıra | 140               | 54,5  | 99      | 51,0  | 62              | 34,8  | 301    | 47,9  |
|                                                           | Çoğu/her zaman       | 117               | 45,5  | 95      | 49,0  | 116             | 65,2  | 328    | 52,1  |
|                                                           | Toplam               | 257               | 100,0 | 194     | 100,0 | 178             | 100,0 | 629    | 100,0 |
| <b>Son 3 ayda<br/>kilo alma<br/>/verme<br/>çabası ***</b> | Hayır                | 143               | 55,6  | 89      | 45,9  | 75              | 42,1  | 307    | 48,8  |
|                                                           | Evet                 | 114               | 44,4  | 105     | 54,1  | 103             | 57,9  | 322    | 51,2  |
|                                                           | Toplam               | 257               | 100,0 | 194     | 100,0 | 178             | 100,0 | 629    | 100,0 |

\* Sütun yüzdesi; \*\* p>0,05; \*\*\* p<0,05; \*\*\*\* p<0,01; \*\*\*\*\* p<0,001

SSÖ puan ortalamalarının beslenme davranışlarına göre dağılımı Tablo 29'da sunulmuştur. Beslenme davranışlarına göre SSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenen öğün atlama, yatmadan önce bir şeyler yiyip içme davranışları ve sağlıklı beslenme algısı için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur.

**Tablo 29.** Sosyal Sermaye Ölçek puanı ortalamalarının beslenme davranışlarına göre dağılımı

|                                    |                         | N   | Ort.  | SS    | Ortnc. | Sıra<br>Ort. | M-W<br>U | p                |
|------------------------------------|-------------------------|-----|-------|-------|--------|--------------|----------|------------------|
| <b>Her gün<br/>Kahvaltı</b>        | Hiç/nadiren/ara<br>sıra | 89  | 81,74 | 12,74 | 81     | 301,31       | 22812    | 0,443            |
|                                    | Çoğu/her zaman          | 540 | 83,34 | 13,59 | 82     | 317,26       |          |                  |
| <b>Öğün Atlama</b>                 | Hiç/nadiren/ara<br>sıra | 483 | 83,89 | 13,46 | 82     | 324,60       | 30623    | <b>0,016</b>     |
|                                    | Çoğu/her zaman          | 146 | 80,53 | 13,24 | 80     | 283,25       |          |                  |
| <b>Yatmadan önce<br/>yeme içme</b> | Hiç/nadiren/ara<br>sıra | 482 | 84,02 | 13,69 | 83     | 326,87       | 29707    | <b>0,003</b>     |
|                                    | Çoğu/her zaman          | 147 | 80,16 | 12,34 | 79     | 276,09       |          |                  |
| <b>Sağlıklı Besl.<br/>Algısı</b>   | Hiç/nadiren/ara<br>sıra | 301 | 80,59 | 12,75 | 79     | 283,86       | 39992    | <b>&lt;0,001</b> |
|                                    | Çoğu/her zaman          | 328 | 85,44 | 13,72 | 83     | 343,57       |          |                  |
| <b>Kilo alma/<br/>verme çabası</b> | Hayır                   | 307 | 83,06 | 13,79 | 82     | 316,11       | 49087    | 0,881            |
|                                    | Evet                    | 322 | 83,17 | 13,19 | 81     | 313,94       |          |                  |

SSÖ puanını ile anlamlı ilişki tespit edilen beslenme davranışları için oluşturulan lojistik regresyon modellerinin sonuçları aşağıdadır:

- Öğün atlama için oluşturulan lojistik regresyon modelinde cinsiyet, yerleşim bölgesi, aylık hane geliri, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığı ve SSÖ puanı değişkenleri kullanılmış ve bunlar arasından yerleşim bölgesi ve SSÖ puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla B:0,624; p:0,046; OR:1,867; %95 GA:1,011-3,446 ve B:-0,020; p:0,013; OR:0,980; %95 GA:0,965-0,996).
- Yatmadan önce bir şeyler yiyip içme davranışı için kurulan lojistik regresyon modelinde, cinsiyet (B:0,830; p<0,001; OR:2,294; %95 GA:1,542-3,412) ve SSÖ puanının (B:-0,027; p:0,001; OR:0,974; %95 GA:0,958-0,989) yatmadan önce bir şeyler yiyip içme davranışına etki eden etkenler olduğu saptandı.
- Sağlıklı beslenme algısına yönelik oluşturulan lojistik regresyon modelinde davranışa istatistiksel olarak anlamlı katkı yapan değişkenler yerleşim bölgesi (B:0,497; p:0,049; OR:1,644; %95 GA:1,003-2,694), cinsiyet (B:0,389; p:0,021; OR:1,476; %95

GA:1,061-2,052), eğitim düzeyi (B:0,437; p:0,033; OR:1,549; %95 GA:1,037-2,313) ve SSÖ puanı (B:0,027; p<0,001; OR:1,027; %95 GA:1,013-1,041) olmuştur.

## 2. Diş Fırçalama Davranışı

Diş fırçalama davranışı “Günde en az iki defa dişlerinizi fırçalar mısınız?” sorusu ile değerlendirilmiştir ve elde edilen sonuçların cinsiyet, yerleşim bölgesi, eğitim düzeyi ve aylık hane gelirine göre dağılımı Tablo 30’da gösterilmiştir.

**Tablo 30.** Günde en az iki defa diş fırçalama davranışının cinsiyet, yerleşim bölgesi, eğitim düzeyi ve aylık hane gelirine göre dağılımı

|                         |                  | Günde 2 kez diş<br>fırçalama |      |      |      |        |       | $\chi^2$ | p      |
|-------------------------|------------------|------------------------------|------|------|------|--------|-------|----------|--------|
|                         |                  | Hayır                        |      | Evet |      | Toplam |       |          |        |
|                         |                  | n                            | %*   | n    | %*   | n      | %*    |          |        |
| Cinsiyet                | Erkek            | 120                          | 36,9 | 205  | 63,1 | 325    | 100,0 | 17,454   | <0,001 |
|                         | Kadın            | 66                           | 21,7 | 238  | 78,3 | 304    | 100,0 |          |        |
|                         | Toplam           | 186                          | 29,6 | 443  | 70,4 | 629    | 100,0 |          |        |
| Yerleşim<br>Bölgesi     | Gecekondu        | 156                          | 38,1 | 253  | 61,9 | 409    | 100,0 | 41,248   | <0,001 |
|                         | Düzenli Yerleşim | 30                           | 13,6 | 190  | 86,4 | 220    | 100,0 |          |        |
|                         | Toplam           | 186                          | 29,6 | 443  | 70,4 | 629    | 100,0 |          |        |
| Eğitim<br>Düzeyi        | 8 yıla kadar     | 119                          | 41,2 | 170  | 58,8 | 289    | 100,0 | 34,578   | <0,001 |
|                         | 9 yıl ve üstü    | 67                           | 19,7 | 273  | 80,3 | 340    | 100,0 |          |        |
|                         | Toplam           | 186                          | 29,6 | 443  | 70,4 | 629    | 100,0 |          |        |
| Aylık<br>Hane<br>Geliri | Yok / ≤1.499TL   | 97                           | 37,7 | 160  | 62,3 | 257    | 100,0 | 35,856   | <0,001 |
|                         | 1.500-3.499TL    | 67                           | 34,5 | 127  | 65,5 | 194    | 100,0 |          |        |
|                         | ≥ 3.500TL        | 22                           | 12,4 | 156  | 87,6 | 178    | 100,0 |          |        |
|                         | Toplam           | 186                          | 29,6 | 443  | 70,4 | 629    | 100,0 |          |        |

\* Satır Yüzdesi

Araştırma grubunda düzenli olarak günde iki defa dişlerini fırçaladığını bildirenlerin oranı %70,4’dür (n:443). Erkekler arasında düzenli diş fırçalayanların oranı %63,1 (n:205) iken, kadınlar arasında bu oran %78,3 (n:238) olarak tespit edilmiştir ( $\chi^2$ :17,454; SD:1; p<0,001). Yerleşim bölgesine göre yapılan değerlendirmede gecekondu bölgesinde yaşayanların %61,9’unun (n:253), düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanların ise %86,4’ünün

(n:190) düzenli olarak dişlerini fırçaladıkları öğrenilmiştir ( $\chi^2$ :41,248; SD:1; p<0,001). Dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenlerin %80,3'ü (n:273), sekiz yıla kadar eğitim almış olanların ise %58,8'i (n:170) düzenli diş fırçaladıklarını bildirmiştir ( $\chi^2$ :34,578; SD:1; p<0,001). Aylık hane geliri olmayan veya 1.499 TL ve altında olanların %62,3'ü (n:160), 1.500-3.499 TL arasında olanların %65,5'i (n:127) ve 3.500 TL ve üzerinde olanların ise %87,6'sı (n:156) düzenli diş fırçaladıkları öğrenilmiştir ( $\chi^2$ :35,856; SD:2; p<0,001). Kronik hastalığı olduğunu bildirenlerin %61,8'i (n:105) günde iki kez dişlerini fırçalarken, bu oran kronik hastalığı olmayanlarda %73,6'dır (n:338) ( $\chi^2$ :8,398; SD:1; p:0,004).

SSÖ puan ortalamalarının düzenli diş fırçalama davranışına göre yapılan değerlendirmesinde düzenli diş fırçalayanların SSÖ puan ortalaması 78,90±12,97 iken (Tablo 31), düzenli diş fırçalayanlar arasında bu değerler 84,88±13,31'dir (M-W U:30382,00; p<0,001). Düzenli diş fırçalama davranışı için kurulan lojistik regresyon modeline göre yerleşim bölgesi (B:0,745; p:0,013; OR:2,107; %95 GA:1,173-3,782), cinsiyet (B:0,999; p<0,001; OR:2,717; %95 GA:1,840-4,012), eğitim düzeyi (B:0,460; p:0,038; OR:1,585; %95 GA:1,025-2,449), kronik hastalık varlığı (B:0,580; p:0,007; OR:1,785; %95 GA:1,175-2,712) ve SSÖ puanı (B:0,027; p:0,001; OR:1,027; %95 GA:1,011-1,044) modele istatistiksel olarak anlamlı katkı yapan değişkenler olmuştur.

**Tablo 31.** Düzenli diş fırçalama davranışı ve Sosyal Sermaye Ölçek puanı arasındaki ilişki

|       | N   | Ort.  | SS    | Ortn. | Sıra Ort. | M-W U    | p      |
|-------|-----|-------|-------|-------|-----------|----------|--------|
| Hayır | 186 | 78,90 | 12,97 | 78    | 256,84    | 30382,00 | <0,001 |
| Evet  | 443 | 84,88 | 13,31 | 83    | 339,42    |          |        |

### 3. Düzenli Spor veya Egzersiz Yapma Davranışı

Araştırma grubunun düzenli spor veya egzersiz yapma davranışlarını değerlendirmek için "Haftada 2-3 gün en az 20-30 dakika olacak şekilde spor veya egzersiz yapar mısınız?" şeklinde sorulan soruya verdikleri yanıtların cinsiyet, yerleşim bölgesi, eğitim düzeyi ve aylık hane gelirine göre dağılımları Tablo 32'da sunulmuştur. Araştırma grubunda düzenli olarak spor/egzersiz yaptığını bildiren 277 kişi (%44,0) olmuştur. Düzenli spor/egzersiz yapma davranışının erkekler arasındaki oranı %44,3 (n:144) iken, kadınlar arasında bu oran %44,3 (n:133) olarak tespit edilmiştir ( $\chi^2$ :0,020; SD:1; p:0,888). Gecekondu bölgesinde düzenli spor/egzersiz yapanların oranının %35,2 (n:144), düzenli yerleşim bölgesinde ise %60,5 (n:133) olduğu gözlenmiştir ( $\chi^2$ :36,999; SD:1; p<0,001). Eğitim durumuna göre düzenli

spor/egzersiz yapma davranışı incelendiğinde sekiz yıla kadar öğrenim görenlerin %33,2'si (n:96), dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenlerin ise %53,2'si (n:181) düzenli olarak spor/egzersiz yaptıklarını bildirmişlerdir ( $\chi^2$ :25,399; SD:1;  $p<0,001$ ). Aylık hane geliri olmayan veya 1.499 TL ve altında olanlar içinde düzenli spor/egzersiz yapanların oranı %33,9 (n:87), 1.500-3.499 TL arasında olanlar içinde %39,2 (n:76) ve 3.500 TL ve üstünde olanlar içinde ise %64,0'dır (n:114) ( $\chi^2$ :41,592; SD:2;  $p<0,001$ ).

**Tablo 32.** Düzenli spor/egzersiz yapma davranışının cinsiyet, yerleşim bölgesi ve eğitim düzeyine göre dağılımları

|                   |                  | Düzenli Spor/Egzersiz Yapma |      |      |      |        |       | $\chi^2$ | p      |
|-------------------|------------------|-----------------------------|------|------|------|--------|-------|----------|--------|
|                   |                  | Hayır                       |      | Evet |      | Toplam |       |          |        |
|                   |                  | n                           | %*   | n    | %*   | n      | %*    |          |        |
| Cinsiyet          | Erkek            | 181                         | 55,7 | 144  | 44,3 | 325    | 100,0 | 0,020    | 0,888  |
|                   | Kadın            | 171                         | 56,3 | 133  | 43,8 | 304    | 100,0 |          |        |
|                   | Toplam           | 352                         | 56,0 | 277  | 44,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Yerleşim Bölgesi  | Gecekondu        | 265                         | 64,8 | 144  | 35,2 | 409    | 100,0 | 36,999   | <0,001 |
|                   | Düzenli Yerleşim | 87                          | 39,5 | 133  | 60,5 | 220    | 100,0 |          |        |
|                   | Toplam           | 352                         | 56,0 | 277  | 44,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Eğitim Düzeyi     | 8 yıla kadar     | 193                         | 66,8 | 96   | 33,2 | 289    | 100,0 | 25,399   | <0,001 |
|                   | 9 yıl ve üstü    | 159                         | 46,8 | 181  | 53,2 | 340    | 100,0 |          |        |
|                   | Toplam           | 352                         | 56,0 | 277  | 44,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Aylık Hane Geliri | Yok / ≤1.499TL   | 170                         | 66,1 | 87   | 33,9 | 257    | 100,0 | 41,592   | <0,001 |
|                   | 1.500-3.499TL    | 118                         | 60,8 | 76   | 39,2 | 194    | 100,0 |          |        |
|                   | ≥ 3.500TL        | 64                          | 36,0 | 114  | 64,0 | 178    | 100,0 |          |        |
|                   | Toplam           | 352                         | 56,0 | 277  | 44,0 | 629    | 100,0 |          |        |

\* Satır Yüzdesi

Düzenli spor/egzersiz yapma davranışının yaş grupları arasındaki dağılımı için yapılan Ki-Kare Testi sonucunda yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ( $\chi^2$ :6,315; SD:4;  $p>0,177$ ).

SSÖ puan ortalaması ve standart sapması düzenli spor/egzersiz yapmayanlar için  $81,04 \pm 13,55$  iken, yapanlar için  $85,75 \pm 12,94$  olarak hesaplanmıştır (M-W U:38333,00;

p<0,001) (Tablo 33). Kurulan lojistik regresyon modelinde ise modele istatistiksel olarak anlamlı katkı yapan değişken SSÖ puanı olmuştur (B:0,014; p:0,039; OR:1,014; %95 GA:1,001-1,028).

**Tablo 33.** Düzenli spor/egzersiz yapma davranışı ve Sosyal Sermaye Ölçek puanı arasındaki ilişki

|       | N   | Ort.  | SS    | Ortc. | Sıra Ort. | M-W U    | p      |
|-------|-----|-------|-------|-------|-----------|----------|--------|
| Hayır | 352 | 81,04 | 13,55 | 78    | 285,40    | 38333,00 | <0,001 |
| Evet  | 277 | 85,75 | 12,94 | 84    | 352,61    |          |        |

#### 4. Sigara İçme Davranışı

Tablo 34’de sigara içme davranışının cinsiyet, yerleşim bölgesi ve eğitim düzeyine göre dağılımı gösterilmiştir.

**Tablo 34.** Sigara içme davranışının cinsiyet, yerleşim bölgesi ve eğitim düzeyine göre dağılımı

|                   |                  | Sigara İçme |      |      |      |        |       | $\chi^2$ | p      |
|-------------------|------------------|-------------|------|------|------|--------|-------|----------|--------|
|                   |                  | Hayır       |      | Evet |      | Toplam |       |          |        |
|                   |                  | n           | %*   | n    | %*   | n      | %*    |          |        |
| Cinsiyet          | Erkek            | 173         | 53,2 | 152  | 46,8 | 325    | 100,0 | 41,122   | <0,001 |
|                   | Kadın            | 236         | 77,6 | 68   | 22,4 | 304    | 100,0 |          |        |
|                   | Toplam           | 409         | 65,0 | 220  | 35,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Yerleşim Bölgesi  | Gecekondu        | 260         | 63,6 | 149  | 36,4 | 409    | 100,0 | 1,087    | 0,297  |
|                   | Düzenli Yerleşim | 149         | 67,7 | 71   | 32,3 | 220    | 100,0 |          |        |
|                   | Toplam           | 409         | 65,0 | 220  | 35,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Eğitim Düzeyi     | 8 yıla kadar     | 191         | 66,1 | 98   | 33,9 | 289    | 100,0 | 0,267    | 0,605  |
|                   | 9 yıl ve üstü    | 218         | 64,1 | 122  | 35,9 | 340    | 100,0 |          |        |
|                   | Toplam           | 409         | 65,0 | 220  | 35,0 | 629    | 100,0 |          |        |
| Aylık Hane Geliri | Yok / ≤1.499TL   | 163         | 63,4 | 94   | 36,6 | 257    | 100,0 | 0,513    | 0,774  |
|                   | 1.500-3.499TL    | 129         | 66,5 | 65   | 33,5 | 194    | 100,0 |          |        |
|                   | ≥ 3.500TL        | 117         | 65,7 | 61   | 34,3 | 178    | 100,0 |          |        |
|                   | Toplam           | 409         | 65,0 | 220  | 35,0 | 629    | 100,0 |          |        |

\* Satır Yüzdesi

Araştırma grubunda düzenli olarak günde en az bir adet sigara içen 220 kişi (%35,0) bulunmaktadır. Erkekler arasında sigara içme oranı %46,8 (n:152), kadınlar arasında ise %22,4 (n:68) olarak tespit edilmiştir ( $\chi^2$ :41,122; SD:1;  $p<0,001$ ). Sigara içme davranışının yerleşim bölgeleri, eğitim düzeyleri ve aylık hane gelirine göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

SSÖ puan ortalamasının sigara içme davranışa göre dağılımı Tablo 35’de gösterilmiştir. Sigara içenler ve içmeyenlerin SSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (M-W U:43903,50;  $p:0,617$ ).

**Tablo 35** Sigara içme davranışı ve Sosyal Sermaye Ölçek puanı arasındaki ilişki

|       | N   | Ort.  | SS    | Ortc. | Sıra Ort. | M-W U    | p     |
|-------|-----|-------|-------|-------|-----------|----------|-------|
| Hayır | 409 | 83,03 | 13,52 | 81    | 312,34    | 43903,50 | 0,617 |
| Evet  | 220 | 83,28 | 13,42 | 83    | 319,94    |          |       |

## 5. Zararlı Düzeyde Alkol Kullanımı

Tablo 36’da zararlı düzeyde alkol kullanım davranışının cinsiyet, yerleşim bölgesi, eğitim düzeyi ve aylık hane gelirine göre dağılımı gösterilmektedir. Araştırma grubundaki bireylerin %87,8’i (n:558) son 30 günde 24 saat içinde en az beş kadeh alkollü içki içme davranışlarının sorgulandığı soruya olumsuz yanıt vermiştir. Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede erkekler arasında son 30 günde zararlı düzeyde alkol kullanan 53 kişi (%16,3), kadınlar arasında ise 24 kişi (%7,9) bulunmaktadır ( $\chi^2$ :10,348; SD:1;  $p:0,001$ ). Gecekondu bölgesinde yaşayan 409 kişiden 34’ü (%8,3), düzenli yerleşim bölgesinde yaşayan 220 kişiden ise 43’ü (%19,5) son 30 gün içinde zararlı düzeyde alkol kullandıklarını bildirmiştir ( $\chi^2$ :16,800; SD:1;  $p<0,001$ ). Eğitim düzeyine göre incelendiğinde, sekiz yıla kadar öğrenim gören 17 kişiye (%5,9) karşılık, dokuz yıl ve üstünde öğrenim gören 60 kişinin (%17,6) son 30 gün içinde zararlı düzeyde alkol kullandığı tespit edilmiştir ( $\chi^2$ :20,126; SD:1;  $p<0,001$ ). Son 30 gün içinde zararlı düzeyde alkol kullandıklarını belirtenlerin sayısı aylık hane geliri olmayan veya 1.499 TL ve altında olanlar içinde 18 (%7,0), 1.500-3.499 TL arasında içinde 18 (%9,3) ve 3.50 TL ve üstünde içinde ise 41’dir (%23,0) ( $\chi^2$ :27,446; SD:2;  $p<0,001$ ).



**Tablo 36.** Son 30 gün içinde zararlı düzeyde alkol kullanımının cinsiyet, yerleşim bölgesi, eğitim düzeyi ve aylık hane gelirine göre dağılımı

|                   |                       | Zararlı Düzeyde Alkol Kullanımı |      |      |      |        |       | $\chi^2$ | p      |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------|------|------|--------|-------|----------|--------|
|                   |                       | Hayır                           |      | Evet |      | Toplam |       |          |        |
|                   |                       | n                               | %*   | n    | %*   | n      | %*    |          |        |
| Cinsiyet          | Erkek                 | 272                             | 83,7 | 53   | 16,3 | 325    | 100,0 | 10,348   | 0,001  |
|                   | Kadın                 | 280                             | 92,1 | 24   | 7,9  | 304    | 100,0 |          |        |
|                   | Toplam                | 552                             | 87,8 | 77   | 12,2 | 629    | 100,0 |          |        |
| Yerleşim Bölgesi  | Gecekondu             | 375                             | 91,7 | 34   | 8,3  | 409    | 100,0 | 16,800   | <0,001 |
|                   | Düzenli Yerleşim      | 177                             | 80,5 | 43   | 19,5 | 220    | 100,0 |          |        |
|                   | Toplam                | 552                             | 87,8 | 77   | 12,2 | 629    | 100,0 |          |        |
| Eğitim Düzeyi     | 8 yıla kadar          | 272                             | 94,1 | 17   | 5,9  | 289    | 100,0 | 20,126   | <0,001 |
|                   | 9 yıl ve üstü         | 280                             | 82,4 | 60   | 17,6 | 340    | 100,0 |          |        |
|                   | Toplam                | 552                             | 87,8 | 77   | 12,2 | 629    | 100,0 |          |        |
| Aylık Hane Geliri | Yok / $\leq 1.499$ TL | 239                             | 93,0 | 18   | 7,0  | 257    | 100,0 | 27,446   | <0,001 |
|                   | 1.500-3.499TL         | 176                             | 90,7 | 18   | 9,3  | 194    | 100,0 |          |        |
|                   | $\geq 3.500$ TL       | 137                             | 77,0 | 41   | 23,0 | 178    | 100,0 |          |        |
|                   | Toplam                | 552                             | 87,8 | 77   | 12,2 | 629    | 100,0 |          |        |

\* Satır Yüzdesi

Son 30 gün içinde zararlı düzeyde alkol kullanımına göre SSÖ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 37’de gösterilmiştir. Puan ortalamaları arasında gözlenen farkın istatistiksel olarak anlamlı (M-W U:17280,50; p:0,008) olması sonucunda kurulan lojistik regresyon modelinde ise son 30 günde zararlı düzeyde alkol kullanım davranışına istatistiksel olarak anlamlı katkı yapan değişkenler cinsiyet (B:0,787; p:0,004; OR:2,196; %95 GA:1,294-3,726) ve eğitim düzeyi (B:0,693; p:0,045; OR:2,000; %95 GA:1,017-3,936) olmuştur.

**Tablo 37.** Zararlı düzeyde alkol kullanımı ve Sosyal Sermaye Ölçek puanı arasındaki ilişki

|       | <b>N</b> | <b>Ort.</b> | <b>SS</b> | <b>Ortnc.</b> | <b>Sıra Ort.</b> | <b>M-W U</b> | <b>p</b>     |
|-------|----------|-------------|-----------|---------------|------------------|--------------|--------------|
| Hayır | 552      | 82,6304     | 13,48863  | 81            | 307,81           | 17280,50     | <b>0,008</b> |
| Evet  | 77       | 86,5844     | 12,93745  | 86            | 366,58           |              |              |

## 6. Sağlık Hizmeti Kullanım Davranışları

Son 12 ay içindeki sağlık hizmeti kullanım davranışlarının cinsiyete göre dağılımları Tablo 38’de, yerleşim bölgesine göre dağılımı Tablo 39’da, eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 40’da ve aylık hane gelirine göre dağılımı ise Tablo 41’de gösterilmiştir.

**Tablo 38.** Son 12 ay içindeki sağlık hizmeti kullanım davranışlarının cinsiyete göre dağılımı

|                                  |        | Cinsiyet |       |       |       |        |       | $\chi^2$ | p     |
|----------------------------------|--------|----------|-------|-------|-------|--------|-------|----------|-------|
|                                  |        | Erkek    |       | Kadın |       | Toplam |       |          |       |
|                                  |        | n        | %*    | n     | %*    | n      | %*    |          |       |
| Sağlık hizmeti almayı geçiştirme | Hayır  | 195      | 60,0  | 167   | 54,9  | 362    | 57,6  | 1,650    | 0,199 |
|                                  | Evet   | 130      | 40,0  | 137   | 45,1  | 267    | 42,4  |          |       |
|                                  | Toplam | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |          |       |
| Sağlık hizmeti alamama           | Hayır  | 259      | 79,7  | 254   | 83,6  | 513    | 81,6  | 1,556    | 0,212 |
|                                  | Evet   | 66       | 20,3  | 50    | 16,4  | 116    | 18,4  |          |       |
|                                  | Toplam | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |          |       |
| Tedaviyi yarım bırakma           | Hayır  | 243      | 74,8  | 238   | 78,3  | 481    | 76,5  | 1,082    | 0,298 |
|                                  | Evet   | 82       | 25,2  | 66    | 21,7  | 148    | 23,5  |          |       |
|                                  | Toplam | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |          |       |
| Diş hekimi muayenesi             | Hayır  | 194      | 59,7  | 144   | 47,4  | 338    | 53,7  | 9,596    | 0,002 |
|                                  | Evet   | 131      | 40,3  | 160   | 52,6  | 291    | 46,3  |          |       |
|                                  | Toplam | 325      | 100,0 | 304   | 100,0 | 629    | 100,0 |          |       |

\* Sütun yüzdesi

Araştırma grubu içinde, son 12 ay içinde sağlık hizmeti almayı geçiştirdiğini belirtenlerin oranı %42,4’dür (n:267). Erkeklerin %40,0’ı (n:130), kadınların ise %45,1’i (n:137) sağlık hizmeti almayı geçiştirdiğini belirtmiştir ( $\chi^2$ :1,650; SD:1; p:0,199). Son 12 ay içinde ihtiyaç olmasına rağmen sağlık hizmeti alamadığını bildirenlerin oranı ise %18,4’dür (n:116). İhtiyacı olmasına karşın sağlık hizmeti alamadığını belirten 88 kişi (%75,9) sağlık hizmeti almayı geciktirdiğini dile getirirken, bu sayı sağlık hizmeti alan grupta 179’dur (%34,9) ( $\chi^2$ :65,001; SD:1; p<0,001).

Bireylerin %23,5’i (n:148) son 12 ay içinde bir hekim tarafından verilen tedaviyi veya önerilen ilaçları yarım bıraktığını belirtirken, bu oranın erkekler arasında %25,2 (n:82),

kadınlar arasında ise %21,7 (n:66) olduğu gözlenmiştir ( $\chi^2$ :1,082; SD:1; p:0,298). Son 12 ay içinde diş hekimine muayene olduklarını belirtenlerin araştırma grubundaki oranı %46,3 (n:291) olmuştur. Erkekler arasında diş hekimine muayene olanların oranı %40,3 (n:131) iken, kadınlar arasında bu oran %52,6 (n:160) olarak bulunmuştur ( $\chi^2$ :9,596; SD:1; p:0,002).

**Tablo 39.** Son 12 ay içindeki sağlık hizmeti kullanım davranışlarının yerleşim bölgesine göre dağılımı

|                                  |        | Yerleşim Bölgesi |       |            |       |        |       | $\chi^2$ | p                |
|----------------------------------|--------|------------------|-------|------------|-------|--------|-------|----------|------------------|
|                                  |        | Gecekondu        |       | Düzenli Y. |       | Toplam |       |          |                  |
|                                  |        | n                | %*    | n          | %*    | n      | %*    |          |                  |
| Sağlık hizmeti almayı geçiştirme | Hayır  | 221              | 54,0  | 141        | 64,1  | 362    | 57,6  | 5,922    | <b>0,015</b>     |
|                                  | Evet   | 188              | 46,0  | 79         | 35,9  | 267    | 42,4  |          |                  |
|                                  | Toplam | 409              | 100,0 | 220        | 100,0 | 629    | 100,0 |          |                  |
| Sağlık hizmeti alamama           | Hayır  | 309              | 75,6  | 204        | 92,7  | 513    | 81,6  | 28,062   | <b>&lt;0,001</b> |
|                                  | Evet   | 100              | 24,4  | 16         | 7,3   | 116    | 18,4  |          |                  |
|                                  | Toplam | 409              | 100,0 | 220        | 100,0 | 629    | 100,0 |          |                  |
| Tedaviyi yarım bırakma           | Hayır  | 308              | 75,3  | 173        | 78,6  | 481    | 76,5  | 0,882    | 0,348            |
|                                  | Evet   | 101              | 24,7  | 47         | 21,4  | 148    | 23,5  |          |                  |
|                                  | Toplam | 409              | 100,0 | 220        | 100,0 | 629    | 100,0 |          |                  |
| Diş hekimi muayenesi             | Hayır  | 272              | 66,5  | 66         | 30,0  | 338    | 53,7  | 76,676   | <b>&lt;0,001</b> |
|                                  | Evet   | 137              | 33,5  | 154        | 70,0  | 291    | 46,3  |          |                  |
|                                  | Toplam | 409              | 100,0 | 220        | 100,0 | 629    | 100,0 |          |                  |

\* Sütun yüzdesi

Yerleşim bölgesine göre yapılan değerlendirmede (Tablo 39) gecekondu bölgesinde yaşayanların %46,0'ı son 12 ay içinde sağlık hizmeti almayı geçiştirdiklerini belirtirken, bu oran düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanlar için %35,9 (n:79) olarak saptanmıştır ( $\chi^2$ :5,922; SD:1; p:0,015). Gecekondu bölgesinde 100 (%24,4), düzenli yerleşim bölgesinde ise 16 (%7,3) kişi ihtiyacı olmasına karşın sağlık hizmeti alamadığını belirtmiştir ( $\chi^2$ :28,062; SD:1; p<0,001). Son 12 ay içinde gecekondu bölgesinde yaşayanların %33,5'i (n:137) diş hekimine muayene olurken, düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanlar için bu oranın %70,0 (n:154) olduğu gözlenmiştir ( $\chi^2$ :76,676; SD:1; p<0,001).

Eğitim düzeyine göre yapılan değerlendirmede (Tablo 40) son 12 ay içinde ihtiyacı olmasına karşın sağlık hizmeti almayı geçiştirenlerin oranı sekiz yıla kadar öğrenim görenler arasında %46,7 (n:135), dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenler arasında %38,8'dir (n:132) ( $\chi^2$ :3,980; SD:1; p:0,046). Araştırma grubunda sekiz yıla kadar öğrenim görenlerden 76 kişi (%26,3) son 12 ay içinde ihtiyacı olmasına karşın sağlık hizmeti alamadığı bir durumun olduğunu belirtirken, dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenler arasında bu sayının 40 kişi (%11,8) olduğu gözlenmiştir ( $\chi^2$ :21,936; SD:1; p<0,001). Sekiz yıla kadar öğrenim görenler arasında tedaviyi veya önerilen ilaçları yarım bırakanların sayısı 65 (%22,5), dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenler için ise 83'dür (%24,4) ( $\chi^2$ :0,320; SD:1; p:0,571). Son 12 ay içinde diş hekimine muayene olanların oranı sekiz yıla kadar öğrenim görenler arasında %32,2 (n:93) iken, dokuz yıl ve üstünde eğitim görenlerin %58,2'si (n:198) diş hekimi muayenesi olduklarını belirtmiştir ( $\chi^2$ :42,659; SD:1; p<0,001).

**Tablo 40.** Son 12 ay içindeki sağlık hizmeti kullanım davranışlarının eğitim düzeyine göre dağılımı

|                                  |        | Eğitim Durumu |       |               |       |        |       | $\chi^2$ | p                |
|----------------------------------|--------|---------------|-------|---------------|-------|--------|-------|----------|------------------|
|                                  |        | 8 yıla kadar  |       | 9 yıl ve üstü |       | Toplam |       |          |                  |
|                                  |        | n             | %*    | n             | %*    | n      | %*    |          |                  |
| Sağlık hizmeti almayı geçiştirme | Hayır  | 154           | 53,3  | 208           | 61,2  | 362    | 57,6  | 3,980    | <b>0,046</b>     |
|                                  | Evet   | 135           | 46,7  | 132           | 38,8  | 267    | 42,4  |          |                  |
|                                  | Toplam | 289           | 100,0 | 340           | 100,0 | 629    | 100,0 |          |                  |
| Sağlık hizmeti alamama           | Hayır  | 213           | 73,7  | 300           | 88,2  | 513    | 81,6  | 21,936   | <b>&lt;0,001</b> |
|                                  | Evet   | 76            | 26,3  | 40            | 11,8  | 116    | 18,4  |          |                  |
|                                  | Toplam | 289           | 100,0 | 340           | 100,0 | 629    | 100,0 |          |                  |
| Tedaviyi yarım bırakma           | Hayır  | 224           | 77,5  | 257           | 75,6  | 481    | 76,5  | 0,320    | 0,571            |
|                                  | Evet   | 65            | 22,5  | 83            | 24,4  | 148    | 23,5  |          |                  |
|                                  | Toplam | 289           | 100,0 | 340           | 100,0 | 629    | 100,0 |          |                  |
| Diş hekimi muayenesi             | Hayır  | 196           | 67,8  | 142           | 41,8  | 338    | 53,7  | 42,659   | <b>&lt;0,001</b> |
|                                  | Evet   | 93            | 32,2  | 198           | 58,2  | 291    | 46,3  |          |                  |
|                                  | Toplam | 289           | 100,0 | 340           | 100,0 | 629    | 100,0 |          |                  |

\* Sütun yüzdesi

Son 12 ay içinde sağlık hizmeti almayı geçiştirenlerin, aylık hane geliri 1.499 TL ve altında olanlar içindeki oranı %48,6 (n:125), 1.500-3.499 TL arasında olanlar içindeki oranı %43,3 (n:84) ve 3.500 TL ve üzerinde aylık hane geliri olanlar içinde ise %32,6'dır (n:58) ( $\chi^2$ :11,178; SD:2; p:0,004) (Tablo 41). İhtiyacı olmasına karşın sağlık hizmeti alamadığını belirtenlerin oranı aylık hane geliri 1.499 TL ve altında olanlar arasında %25,3 (n:65); aylık hane geliri 3.500 TL ve üzerinde olanlar arasında %7,3'dür (n:13) ( $\chi^2$ :22,869; SD:2; p<0,001). Aylık hane geliri 1.499 TL ve altında olanlardan 57 kişi (%22,2), 1.500-3.499 TL arasında olanlardan 50 kişi (%25,8) ve 3.500 TL ve üzerinde olanlardan da 41 kişi (%23,0) son 12 içinde verilen tedavi ya da önerilen ilaçları yarım bıraktığını belirtmiştir ( $\chi^2$ :0,828; SD:2; p:0,661). Araştırma grubunda, son 12 ay içinde diş hekimine muayene olanların sayısı aylık hane geliri 1.499 TL ve altında olanlar içinde 75 (%29,2), 1.500-3.499 TL arasında olanlar içinde 85 (%43,8) iken 3.500 TL ve üzerinde olanlar içinde 131 (%73,6) kişi son 12 ay içinde diş hekimi muayenesi olduğunu bildirmiştir ( $\chi^2$ :84,116; SD:2; p<0,001).

**Tablo 41.** Son 12 ay içindeki sağlık hizmeti kullanım davranışlarının aylık hane gelirine göre dağılımı

|                                             |        | Aylık Hane Geliri |       |                   |       |           |       |        |       |
|---------------------------------------------|--------|-------------------|-------|-------------------|-------|-----------|-------|--------|-------|
|                                             |        | Yok /<br>≤1.499TL |       | 1.500-<br>3.499TL |       | ≥ 3.500TL |       | Toplam |       |
|                                             |        | n                 | %*    | n                 | %*    | n         | %*    | n      | %*    |
| <b>Sağlık hizmeti almayı geçiştirme****</b> | Hayır  | 132               | 51,4  | 110               | 56,7  | 120       | 67,4  | 362    | 57,6  |
|                                             | Evet   | 125               | 48,6  | 84                | 43,3  | 58        | 32,6  | 267    | 42,4  |
|                                             | Toplam | 257               | 100,0 | 194               | 100,0 | 178       | 100,0 | 629    | 100,0 |
| <b>Sağlık hizmeti alamama*****</b>          | Hayır  | 192               | 74,7  | 156               | 80,4  | 165       | 92,7  | 513    | 81,6  |
|                                             | Evet   | 65                | 25,3  | 38                | 19,6  | 13        | 7,3   | 116    | 18,4  |
|                                             | Toplam | 257               | 100,0 | 194               | 100,0 | 178       | 100,0 | 629    | 100,0 |
| <b>Tedaviyi yarım bırakma**</b>             | Hayır  | 200               | 77,8  | 144               | 74,2  | 137       | 77,0  | 481    | 76,5  |
|                                             | Evet   | 57                | 22,2  | 50                | 25,8  | 41        | 23,0  | 148    | 23,5  |
|                                             | Toplam | 257               | 100,0 | 194               | 100,0 | 178       | 100,0 | 629    | 100,0 |
| <b>Diş hekimi muayenesi*****</b>            | Hayır  | 182               | 70,8  | 109               | 56,2  | 47        | 26,4  | 338    | 53,7  |
|                                             | Evet   | 75                | 29,2  | 85                | 43,8  | 131       | 73,6  | 291    | 46,3  |
|                                             | Toplam | 257               | 100,0 | 194               | 100,0 | 178       | 100,0 | 629    | 100,0 |

\* Sütun yüzdesi; \*\* p>0,05; \*\*\* p<0,05; \*\*\*\* p<0,01; \*\*\*\*\* p<0,001

Son 12 ay içinde sağlık hizmeti kullanım davranışlarının sosyal güvence türüne göre dağılımı Tablo 42’de gösterilmiştir. Sosyal güvencesi olmayan veya YK sahibi olan 23 kişi (%37,1) sağlık hizmeti almayı geçiştirdiğini belirtirken, bu sayı SSK, ES veya B-K sahibi olanlar için 244 (%43,0) kişidir ( $\chi^2$ :0,806; SD:1; p:0,369). Özel sigortası olanların ise %34,6’sı (n:56) sağlık hizmeti almayı geçiştirirken, özel sigortası olmayanlar için bu oran %45,2’dir (n:211) ( $\chi^2$ :5,547; SD:1; p:0,019).

**Tablo 42.** Son 12 ay içindeki sağlık hizmeti kullanım davranışlarının sosyal güvence türüne göre dağılımı

|                                     |        | Sosyal Güvence Türü |       |     |       |        |       | $\chi^2$ | p            |
|-------------------------------------|--------|---------------------|-------|-----|-------|--------|-------|----------|--------------|
|                                     |        | SSK/ ES /           |       |     |       |        |       |          |              |
|                                     |        | Yok / YK            |       | B-K |       | Toplam |       |          |              |
|                                     |        | n                   | %*    | n   | %*    | n      | %*    |          |              |
| Sağlık hizmeti<br>almayı geçiştirme | Hayır  | 39                  | 62,9  | 323 | 57,0  | 362    | 57,6  | 0,806    | 0,369        |
|                                     | Evet   | 23                  | 37,1  | 244 | 43,0  | 267    | 42,4  |          |              |
|                                     | Toplam | 62                  | 100,0 | 567 | 100,0 | 629    | 100,0 |          |              |
| Sağlık hizmeti<br><u>alamama</u>    | Hayır  | 44                  | 71,0  | 469 | 82,7  | 513    | 81,6  | 5,129    | <b>0,024</b> |
|                                     | Evet   | 18                  | 29,0  | 98  | 17,3  | 116    | 18,4  |          |              |
|                                     | Toplam | 62                  | 100,0 | 567 | 100,0 | 629    | 100,0 |          |              |
| Tedaviyi yarım<br>bırakma           | Hayır  | 54                  | 87,1  | 427 | 75,3  | 481    | 76,5  | 4,316    | <b>0,038</b> |
|                                     | Evet   | 8                   | 12,9  | 140 | 24,7  | 148    | 23,5  |          |              |
|                                     | Toplam | 62                  | 100,0 | 567 | 100,0 | 629    | 100,0 |          |              |
| Diş hekimi<br>muayenesi             | Hayır  | 44                  | 71,0  | 294 | 51,9  | 338    | 53,7  | 8,215    | <b>0,004</b> |
|                                     | Evet   | 18                  | 29,0  | 273 | 48,1  | 291    | 46,3  |          |              |
|                                     | Toplam | 62                  | 100,0 | 567 | 100,0 | 629    | 100,0 |          |              |

\* Sütun yüzdesi

Sosyal güvencesi olmayan veya YK sahibi olanlardan 18 (%29,0), SSK, ES veya B-K sahibi olanlardan ise 98 kişi (%17,3) son 12 ay içinde ihtiyacı olmasına karşın sağlık hizmeti alamadığını belirtmiştir ( $\chi^2$ :5,129; SD:1; p:0,024). Son 12 ay içinde sağlık hizmeti alamama durumunun özel sigorta sahipliğine göre dağılımı incelendiğinde özel sigorta sahibi olanların %7,4’ü (n:12), olmayanların ise %22,3’ü (n:104) sağlık hizmeti alamadıklarını belirtmişlerdir ( $\chi^2$ :17,664; SD:1; p<0,001). Son 12 ay içinde bir hekim tarafından verilen tedaviyi veya

önerilen ilaçları tamamlamadan bıraktığını belirtenlerin sosyal güvencesi olmayan veya YK sahibi olanların sayısı 8 (%12,9) kişi iken, SSK, ES, B-K sahibi olanların %24,7'si (n:140) bu yönde yanıt vermiştir ( $\chi^2$ :4,316; SD:1; p:0,038). Özel sigorta sahibi olmak ile tedaviyi yarım bırakma arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $\chi^2$ :1,729; SD:1; p:0,188). Sosyal güvencesi olmayan veya YK sahibi olanlardan 18 kişi (%29,0) son 12 ay içinde diş hekimine muayene olduklarını belirtirken, SSK, ES veya B-K sahibi olanlar arasında diş hekimine muayene olanların sayısı 273 (%48,1) kişidir ( $\chi^2$ :8,215; SD:1; p:0,004). Özel sigorta sahibi olanların %72,8'i (n:118), olmayanların ise %37,0'ı (n:173) son 12 ay içinde diş hekimine muayene olduklarını belirtmiştir ( $\chi^2$ :61,988; SD:1; p<0,001).

Sosyal Sermaye Ölçek puanı ortalamalarının son 12 ay içindeki sağlık hizmeti kullanım davranışlarına göre dağılımı Tablo 43'da gösterilmiştir.

**Tablo 43.** Sosyal Sermaye Ölçek puanı ortalamalarının son 12 ay içindeki sağlık hizmeti kullanım davranışlarına göre dağılımı

|                                        |       | N   | Ort.  | SS    | Ortc. | Sıra<br>Ort. | MW-U     | p                |
|----------------------------------------|-------|-----|-------|-------|-------|--------------|----------|------------------|
| <b>Sağlık hizmetini<br/>geçistirme</b> | Hayır | 362 | 84,50 | 13,98 | 83    | 332,25       | 42083,50 | <b>0,006</b>     |
|                                        | Evet  | 267 | 81,24 | 12,54 | 80    | 291,62       |          |                  |
| <b>Sağlık hizmeti<br/>alamama</b>      | Hayır | 513 | 84,09 | 13,57 | 83    | 328,23       | 22966,50 | <b>&lt;0,001</b> |
|                                        | Evet  | 116 | 78,80 | 12,21 | 77    | 256,49       |          |                  |
| <b>Tedaviyi yarım<br/>bırakma</b>      | Hayır | 481 | 83,85 | 13,62 | 82    | 323,77       | 31377,00 | <b>0,029</b>     |
|                                        | Evet  | 148 | 80,72 | 12,76 | 78    | 286,51       |          |                  |
| <b>Diş hekimi<br/>muayenesi</b>        | Hayır | 338 | 80,17 | 12,71 | 79    | 275,48       | 35821,00 | <b>&lt;0,001</b> |
|                                        | Evet  | 291 | 86,53 | 13,53 | 86    | 360,90       |          |                  |

Sağlık hizmeti kullanım davranışlarının hepsi için SSÖ puan ortalamaları arasında gözlenen istatistiksel anlamlılık nedeniyle her davranış için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Modelde şimdiye kadar ortak olan değişkenlere ek olarak bu modelde sosyal güvence türü ve özel sağlık sigortası sahipliği değişkenleri de katılmıştır. Yalnız sağlık hizmeti almayı geçistirme davranışı için ek daha yapılmış, sağlık hizmeti alamama değişkeni de modelde yer almıştır. Sağlık hizmeti kullanım davranışları için kurulan lojistik regresyon modellerinin sonuçları aşağıdadır:

- i. Sağlık hizmetini geçiştirme için kurulan modelde istatistiksel olarak anlamlı katkı yapan değişkenler sağlık hizmeti alamama (B:1,778;  $p<0,001$ ; OR:5,916; %95 GA:3,648-9,594) ve sosyal güvence türü (B:0,779;  $p:0,014$ ; OR:2,180; %95 GA:1,170-4,062) olmuştur.
- ii. Son 12 ay içinde sağlık hizmeti alamama durumu için kurulan modelde bağımlı değişkene istatistiksel olarak anlamlı katkı yapan değişkenler yerleşim bölgesi (B:0,791;  $p:0,035$ ; OR:2,205; %95 GA:1,055-4,608) ve SSÖ puanı (B:-0,019;  $p:0,038$ ; OR:0,981; %95 GA:0,963-0,999) anlamlı bulunmuştur.
- iii. Tedaviyi veya önerilen ilaçları yarım bırakma için ise sosyal güvenlik türü (B:0,913;  $p:0,024$ ; OR:2,492; %95 GA:1,128-5,505) ile SSÖ puanı (B:-0,026;  $p:0,001$ ; OR:0,974; %95 GA:0,959-0,990) anlamlı bulunmuştur.
- iv. Son 12 ay içinde diş hekimine muayene olma durumu için oluşturulan lojistik regresyon modelinde modele istatistiksel olarak anlamlı katkı yapan değişkenler ise yerleşim bölgesi (B:0,549;  $p:0,037$ ; OR:1,731; %95 GA:1,033-2,901), cinsiyet (B:0,699;  $p<0,001$ ; OR:2,013; %95 GA:1,405-2,882), aylık hane geliri (B:0,821;  $p:0,014$ ; OR:2,272; %95 GA:1,180-4,373) ve SSÖ puanı (B:0,023;  $p:0,002$ ; OR:1,023; %95 GA:1,008-1,037) olarak bulunmuştur.

Çok değişkenli analizler sonucunda SSÖ puanı ile anlamlı ilişkisi olan davranışların SSÖ puanı için analiz sonuçları Tablo 44’de sunulmuştur. Buna göre SSÖ puanının lojistik regresyon analizinde en yüksek hesaplanan OR değeri iki sağlık davranışında eşit bulunmuştur. Sağlıklı beslenme algısı ve diş fırçalama davranışının lojistik regresyon analizinde SSÖ puanının hesaplanan OR değeri 1,027’dir. Öğün atlama, son 12 ay içinde sağlık hizmeti alamama, yatmadan önce bir şeyler yiyip içme ve son 12 ay içinde verilen tedaviyi veya önerilen ilaçları yarım bırakma için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçlarında SSÖ puanı negatif yönde bir ilişki sergilemiştir.



**Tablo 44.** Çok Değişkenli Analizler Sonucunda Sosyal Sermaye Ölçek Puanı İle İlişkili Bulunan Değişkenlerin Analiz Sonuçları

| Sağlık değişkeni          | B      | p      | OR    | %95 Güven Aralığı |
|---------------------------|--------|--------|-------|-------------------|
| Sağlıklı beslenme algısı  | 0,027  | <0,001 | 1,027 | 1,013-1,041       |
| Diş fırçalama             | 0,027  | 0,001  | 1,027 | 1,011-1,044       |
| Sağlık algısı             | 0,024  | 0,001  | 1,024 | 1,010-1,039       |
| Diş hekimine muayene olma | 0,023  | 0,002  | 1,023 | 1,008-1,037       |
| Düzenli spor              | 0,014  | 0,039  | 1,014 | 1,001-1,028       |
| Öğün atlama               | -0,020 | 0,013  | 0,980 | 0,965-0,996       |
| Sağlık hizmeti alamama    | -0,019 | 0,038  | 0,981 | 0,963-0,999       |
| Yatmadan önce yeme içme   | -0,027 | 0,001  | 0,974 | 0,958-0,989       |
| Tedaviyi yarım bırakma    | -0,026 | 0,001  | 0,974 | 0,959-0,990       |

## VII. TARTIŞMA

### A. SOSYO-DEMOGRAFİK VE SOSYO-EKONOMİK GÖSTERGELER

Kesitsel tipte tasarlanan bu araştırmanın yürütüldüğü bölge İstanbul İli, Beşiktaş İlçesi içinde yer almaktadır. Bir Aile Hekimi'ne bağlı 18-65 yaş aralığındaki 2.319 kişi araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Hesaplanan örneklem büyüklüğü 330 kişidir, ancak incelenen değişkenlerin ve aralarındaki ilişkilerin saptanmasında örneklem büyüklüğünün yüksek olması avantaj sağlayacağı için hesaplananın üç katı (n:990) kişi için cinsiyete ve yaş gruplarına göre tabakalı sistematik örnekleme yoluyla 996 kişi örnekleme seçilmiştir. Araştırmanın veri toplama aşamasında ise 629 kişiye ulaşılmıştır. Ulaşılan örneklemin evren nüfusu ile cinsiyet ve yaş dağılımı açısından istatistiksel olarak farklı olmaması ve asgari miktarda gerekli olan örneklem büyüklüğü aşılmış olması dolayısıyla araştırmanın yürütüldüğü birey sayısının evreni temsil ettiği söylenebilir.

Bölge seçiminde özellikle dikkate alınan nokta İstanbul gibi toplumsal açıdan çeşitliliği fazla olan bir şehirde temel farklılıkları barındırabilecek bir araştırma alanını bulma idi. Sınırları ve nüfusu belirli bir ASM bölgesi içinde araştırmanın yürütülecek olması bu hedefi zora soksa da İstanbul'un geçmişten bugüne süregelen düzensiz yerleşim sorunu bu amacımızı kolaylaştırmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü bölge gecekondu yerleşimlerinin bulunduğu bir alan ile ona komşu düzenli apartman ve müstakil evlerden meydana gelen, aynı Aile Hekimine bağlı bireylerin yaşadığı bir diğer alanı içermektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan 2011 yılı nüfus verilerine göre İstanbul nüfusu 13.624.240 kişidir. Nüfusun %98,9'u il ve ilçe merkezlerinde yaşamaktadır ve bunların %50,2'si erkek, %49,8'i ise kadındır (150). Araştırmamızın sonunda ulaştığımız örneklem içindeki erkek ve kadınların dağılımı (sırasıyla %51,7 ve %48,3) İstanbul il ve ilçe merkezlerindeki cinsiyet dağılımına yakındır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) 2011 yılı verilerine göre (151) İstanbul'da yaşayan 15 yaş üstü bireylerin %62,7'si evli, %28,8'i hiç evlenmemiş, %4,0'ı boşanmış ve %4,5'i duldur. Araştırmamıza katılan bireyler açısından değerlendirildiğinde evli ve bekâr oranları ADNKS 2011 sonuçları ile benzerlik gösterse de dul ve boşanmış bireylerin oranı çalışmamızda daha düşüktür (Tablo 4).

Başlangıçta ekonomik nedenlerin ağırlıkta olduğu İstanbul'a yoğun göç akımı 1950'li yıllarda başlamıştır. İlerleyen yıllarda göç eden erkeklerin eş ve çocuklarının da İstanbul'a gelmeleriyle bu durum dengelenmiştir. 1950'li yıllarda İstanbul doğumlu olanlar ve

olmayanların birbirine oranı yarı yarıya iken, daha sonra göç eden nüfusun artması ile üçte birlik bir orana ulaşmıştır (115). Araştırmamızın sonuçları da bu bulguyu destekler niteliktedir. Yerleşim yerine göre yapılan değerlendirmede gecekondu bölgesinde yaşayanların üçte ikiye yakın bir bölümü İstanbul dışında bir ilde doğmuşken, düzenli yerleşim bölgesinde bu oran yarıdan azdır. Bu durum, yaş grupları büyüdükçe İstanbul dışında bir ilde doğma sıklığının anlamlı olarak artması ile birlikte değerlendirildiğinde, özellikle 46 yaş ve üstünde İstanbul dışında bir ilde doğma oranının yüksekliği dikkate alındığında araştırma bölgemizde yaşayanlar arasında İstanbul dışından göç edenlerin daha çok gecekondu bölgesinde yerleştiği sonucuna varılabilir. Gecekondu bölgesinde en uzun süre yaşama süresinin 55 yıl olarak bildirilmesi bu yerleşim alanının 1950'lerde başlayan yoğun göç dalgasında İstanbul'a gelenlerin ilk yerleştikleri alanlar arasında olduğunu göstermektedir. Bu yönüyle araştırma bölgesi İstanbul'un eski yerleşim alanlarından biridir.

ADNKS 2011 sonuçlarına göre 6 yaş üstünde İstanbul'da okuryazar olmayan nüfusun oranı %2,8'dir. Erkekler için bu oran %0,8 iken kadınlar için %4,7 olarak belirtilmiştir (151). Türkkan tarafından 2005 yılında Bursa'nın Nilüfer İlçesi'nde yapılan eşitsizlikler konulu tez çalışmasında okuryazar olmayanların oranı %8,9 olarak bulunmuştur (152). Çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz veriler ADNKS 2011 yılı sonuçlarına yakın olmakla birlikte, Türkkan'ın tez çalışmasındakine kıyasla daha düşüktür (Tablo 8). Türkkan'ın çalışmasında (152), gecekondu bölgesinde dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenlerin oranı %15,7 iken, düzenli yerleşim bölgesinde bu oran %85,1 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda eğitim düzeyinin cinsiyete göre farklılık göstermediği, ancak yerleşim bölgesine göre incelendiğinde gecekondu bölgesinde yaşayan bireylerden dokuz yıl ve üzerinde öğrenim görenlerin oranının, düzenli yerleşim bölgesindekilere kıyasla düşük olduğu gözlenmiştir. Her ne kadar araştırma grubunda eğitim düzeyi açısından cinsiyete dayalı bir farklılık gözlenmemişse de özellikle okuryazar olmayan kadınların gecekondu bölgesinde, yüksek lisans ve doktora mezunlarının da düzenli yerleşim bölgesinde ağırlıklı olması iki yerleşim bölgesi arasındaki eğitim düzeyi farklılığının olduğu kadar, eğitimde fırsat eşitsizliğinin de bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Diğer yandan bu durum, bölgeler arası sosyo-kültürel farklılıkların bir göstergesi ve sonucu da olabilir.

TÜİK (149) verilerine göre 2011 yılı Temmuz, Ağustos, Eylül dönemine ait işsizlik oranı ülke genelinde %9,2 iken, kentsel bölgelerde bu oran %11,6 olarak belirtilmiştir. Türkkan'ın tez çalışmasında ortaya çıkan işsizlik oranı ise %6,3 olmuştur (152). Çalışmamızda işsizlik oranı belirtilen oranlardan düşük bulunmuştur (%2,1). Ek olarak

işsizlik oranlarının dağılımı incelendiğinde beklendiği gibi gecekondu bölgesinde daha yüksektir. Ev hanımlarının yerleşim yerlerine göre dağılımları da benzer şekilde gecekondu bölgesinde daha yüksektir. Çalışma durumuna verilen yanıtlara bakıldığında oransal olarak gecekondu bölgesinde en fazla bildirilen ev hanımlığı (%30,6) olurken, bu düzenli yerleşim bölgesi için ücretli aylıklı özel sektör çalışanıdır (%39,5). Bu durum kadınların işgücüne ve ev ekonomisine doğrudan katkı açısından iki bölge arasında ciddi anlamda bir farklılık olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu durum toplumsal cinsiyet rollerinin benimsenmesinde iki bölge arasındaki ayrılığın da bir göstergesi olabilir.

İki bölge arasında sosyal sınıf açısından da çarpıcı farklılıklar bulunmaktadır. Düzenli yerleşim bölgesinde yaşayan bireylerin yarıya yakını Yüksek Nitelikli veya Orta/Büyük İşveren sınıfında iken, gecekondu bölgesinde bu sınıfların oranı %4,2'dir. Gecekondu bölgesinin %20,3'ü Mavi Yakalı Çalışan sınıfında yer alırken, buna karşın düzenli yerleşim bölgesinde bu oran %1,8'dir. Benzer farklılık aylık kişisel gelir ve aylık hane gelirlerinde de gözlenmektedir. Kadınların yarıya yakını aylık kişisel gelirlerinin olmadığını bildirmiştir. Erkeklerle kıyasla kadınların aylık kişisel gelirlerinin olmaması veya düşük olması büyük oranda ev hanımı olan kadınların yüksek oranıyla açıklanabilir. Beklendiği gibi gecekondu bölgesinde yaşayanların aylık kişisel gelirlerinin düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanlara kıyasla daha düşük olduğu gözlenmiştir. Aylık hane geliri açısından gözlenen farklılıklar aylık kişisel gelir bildirimleri ile benzerlik göstermekte ve bu bulguları desteklemektedir. Eğitim ve mesleki sınıfa ek olarak aylık gelir göstergelerine göre yapılan karşılaştırmalar da sosyo-ekonomik konum açısından kadınlar ve gecekondu bölgesinde yaşayanlar adına dezavantajlı bir görüntü ortaya koymaktadır.

Her iki yerleşim bölgesinde kira ödemeyenlerin oranı yüksektir. Yine de gecekondu bölgesinde kira ödemeyenler istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazladır. Konutların özellikleri değerlendirildiğinde gecekondu bölgesindeki konutlar çoğunlukla müstakil yapılarken, düzenli yerleşim bölgesinde apartmanlar hâkimdir. Gecekondu bölgesi ve düzenli yerleşim bölgesi arasında bağlantı yolları açısından ve binaların düzeni açısından ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Gecekondu bölgesinde binaların düzensiz bir şekilde yerleştiği ve bağlantı yollarının dar ve kimi yerde kaldırımsız olması gelişmişlik bakımından olumsuz bir göstergedir. Kira bedelleri de her ne kadar gecekondu bölgesinde müstakil evler ağırlıkta olsa da bu düşük gelişmişlik seviyesinin bir göstergesi olarak iki bölge arasında farklılık göstermektedir. Düzenli yerleşim bölgesindeki kira ortalaması gecekondu bölgesinin yaklaşık olarak üç katıdır.

Konutlardaki oda ve hanehalkı sayısı da önemli bir sosyo-ekonomik göstergedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verilerine göre ülke genelinde kentsel bölgelerde 1-2 yatak odalı konutların oranı %78,4'dür (68). Araştırma grubundaki bireylerin 1-2 odalı bir konutta barındıklarını bildirenlerin oranı %44,1 olarak bulunmuştur. Gecekondu bölgesinde bu oran yarıdan fazladır. Diğer yandan araştırma bölgesinin Beşiktaş İlçesi sınırlarında yer alması ve aynı zamanda düzenli bir yerleşim alanını da içinde barındırması oranın düşüklüğünü açıklamaya yardımcı olabilir. Bireylerin yaşadıkları konutlar için bildirdikleri hanehalkı sayısı bakımından gecekondu bölgesinde daha kalabalık hanelerin bulunduğu söylenebilir. Bireylerin yaşadıkları konutta odasına düşen kişi sayılarının ortalamalarının gecekondu bölgesinde yüksek olması bu saptamayı desteklemektedir. Bir başka deyişle gecekondu bölgesinde daha fazla kişi daha az odada yaşamaktadır.

Dayanıklı tüketim malları sahipliği ekonomik açıdan gelire ek olarak önemli bir göstergedir. Araştırmamızda bu bağlamda otomobil sahipliği değerlendirilmiştir. TNSA 2008 verilerine göre kişisel özel araba sahipliği oranı ülke genelinde kentsel bölgelerde %34,3 olarak belirtilmiştir (68). Araştırmamızda kendisine veya ailesine ait otomobili olanların oranı gecekondu bölgesinde ülke oranına yakinken (%35,0), düzenli yerleşim bölgesinde ise bir hayli yüksek olduğu (%80,0) gözlenmiştir. Ayrıca her iki bölgede yaşayan kadınların otomobil sahibi olma oranları erkeklere kıyasla daha düşüktür. İki bölge arasında sosyo-ekonomik göstergeler açısından gözlenen farklılıklar olmasına karşın cinsiyete dayalı değerlendirmelerde kadınların daha fazla dezavantaja sahip oldukları söylenebilir.

Bireylerin sahip oldukları sosyal güvence türü sağlık hizmetlerine erişim açısından değerli bir göstergedir. Diğer yandan araştırma grubunun %68,4'lük bir bölümünün sosyal güvencesi SSK'dır ve bu araştırma grubundaki çalışan sınıf ağırlığını göstermektedir. İki bölge arasında sosyal güvence türleri arasında gözlenen istatistiksel farklılık bölgeler arası sosyo-ekonomik ayrışmaya katkı yapar niteliktedir; zira gecekondu bölgesinde sosyal güvencesi olmayan veya yeşil kart sahibi olanların oranı düzenli yerleşim bölgesindekilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Araştırma grubunun büyük çoğunluğu özel sağlık sigortası sahibi değildir, ancak yerleşim bölgeleri arasında düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanlar lehine, özel sağlık sigortası sahibi olma açısından gözlenen çarpıcı farklılık, sağlık hizmetlerine erişim konusunda olduğu kadar yine sosyo-ekonomik açıdan bölgeler arası farklılıkları açıklamaya katkıda bulunabilir.

Kronik hastalık varlığı açısından değerlendirildiğinde yaş ilerledikçe beklendiği gibi oran anlamlı olarak yükselmektedir. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadınların daha fazla oranda kronik hastalık sahibi olduklarını bildirdikleri gözlenmiştir. 2008 yılı verilerine göre 60 yaş altı bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölüm hızlarına göre erkekler için %30,8 olan bu hız, kadınlarda %22,9'dur (44). Cinsiyete dayalı sağlık farklılıklarının değerlendirilmesinde sosyal-yapısal, psikolojik ve davranışsal farklılıkların araya girebilecek karıştırıcı etkenler olabileceği, ancak bu değişkenler kontrol edildikten sonra da farkın devam edebileceği bildirilmiştir (30). Nitekim çalışmamızda eğitim düzeylerine göre erkekler ve kadınlar arasında kronik hastalıklar açısından farklılık tespit edilmiştir. Eğitim ile kronik hastalık varlığı arasında gözlenen anlamlı ilişki erkeklerin kendi arasında yapılan değerlendirmede kaybolmuştur. Başka bir ifadeyle araştırmamızda erkekler arasında gözlenen eğitim düzeyi farklılıkları kronik hastalık varlığı ile anlamlı birliktelik göstermemektedir. Ancak kadınlar için durum bunun tersidir. Eğitim düzeyi düşük olan kadınlar daha fazla bir oranda kronik hastalık sahibi olduklarını bildirmiştir.

## **B. SOSYAL SERMAYE DÜZEYİ VE BELİRLEYİCİLERİ**

Çalışmamızda sosyal sermaye kavramı için Pierre Bourdieu'nun tanımını temel alan bir yaklaşım kullanılmıştır. Ferlander (51) ve Aydemir'e (11) göre sosyal sermaye, insanlar arası etkileşimlere kaynak olan bir kavram olduğu kadar, bu etkileşimlerden elde edilen sonuçları da içinde barındırmaktadır. Sosyal sermayenin kendisinin bir sonuç mu ya da kaynak mı olduğu yönündeki tartışmalar karşısında, bu araştırmada sosyal sermayenin kaynak ve çıktı olabilecek yanları arasındaki etkileşimler dikkate alınarak her boyutu kapsayan bir değerlendirme yapmak amaçlanmıştır. Kaynak olan sosyal sermayenin yapısal ve bilişsel öğeleri belirlenmiş ve bunlara sosyal sermaye çıktıları eklenmiştir. Bilişsel sosyal sermaye unsuru olarak güven ve güvenlik hissi, yapısal sosyal sermaye unsuru olarak formel ve informal ağlara yönelik sorular oluşturulmuştur. Sosyal sermayenin sonuçları olarak da toplumsal birlik, toplumsal ve bireysel denetim, sivil eylemler ve sosyal destek sorgulanmıştır.

Sosyal sermayenin üzerinde anlaşılmış, evrensel bir ölçüm aracı ya da yolu bulunmamaktadır (51, 70, 106, 119). Araştırmamızda sosyal sermayeyi ölçmek için belirtilen kaynak ve sonuç öğelerin bir ölçüm aracı olarak kullanılması amaçlanmıştır ve buna yönelik geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Sonuçta 34 maddeden oluşan bir ölçüm aracının kullanıma uygun olduğuna karar verilerek, araştırmamızın asıl amacı olan sağlık

davranışları ile sosyal sermayenin ilişkisinde Sosyal Sermaye Ölçeği (SSÖ) olarak adlandırılan bu araç kullanılmıştır. 61 soru maddesinin toplam puan korelasyon ve faktör analizleri sonucunda dışarıda kalan maddeler nedeniyle iki kaynak sosyal sermaye unsuru, analizlerde kullanılmamıştır. Bunlar informel ve formel ağlardır. Ancak, daha önce de belirtildiği üzere bu araştırmada sosyal sermaye kaynak ve sonuç unsurların bir bileşimi olarak kurgulanmıştır. Dolayısıyla sosyal ağların ölçüm aracında olmamasına rağmen sosyal ağların önemli çıktısı olan sosyal destek (39) maddeleri yüksek Cronbach Alfa katsayıları ile SSÖ içinde kullanılmıştır. Bazı maddelerin dışarıda bırakılması ve faktör analizinde ortaya çıkan yüklere göre alt boyutların belirlenmesi araştırmacı tarafından en uygun olan biçimde yeniden yapılmış, bazı maddeler faktör analizinde yüksek yüklere sahip olsa da uyuşmadığı alt boyutlarda yer almaları nedeniyle dışarıda bırakılmıştır. Elde edilen 34 maddelik SSÖ için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı 0,878'dir ve bu yüksek bir güvenilirlik düzeyine işaret etmektedir.

Sosyal sermaye, sağlığın belirleyicileri arasında bir ara etken olarak işlev görmektedir (138). Sağlığı belirleyen bir etken olduğu kadar, kendisini belirleyen etkenler bulunmaktadır. Araştırmamızda bu durumu değerlendirmek amacıyla çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlerin sosyal sermaye ile ilişkisi test edilmiştir. İlk olarak SSÖ puanı cinsiyet ilişkisi test edilmiş ve erkeklerin SSÖ puan ortalamasının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. OECD sosyal sermayeye katkıda bulunanlardan birinin cinsiyet olduğunu vurgulamaktadır (119). Krishna ve Shrader tarafından yürütülen bir çalışmada sosyal sermaye açısından erkek ve kadınlar arasında bir farklılık olduğuna dair anlamlı bir bulguya ulaşılmamıştır (91). Ancak, araştırmacılar niteliksel verilerine dayanarak farklı kurumlara erişme ve ilişki kurma biçimleri ile erkek ve kadınlar arasında sosyal sermayeye erişim yollarının farklılığına vurgu yapmışlardır. Bu yönde bir ifadeyi Lin de belirtmektedir: kadınların ağları daha geniş ve çeşitli olabilir ancak erkeklerin kaynakları daha zengindir (97). Bunlara ek olarak çalışmamızda erkekler ile kadınlar arasında gözlenen SSÖ puan ortalamalarındaki farklılık kadınların çalışma biçimleri ve eğitim düzeyleri arasındaki farklılıklar ile açıklanabilir. Zira eğitim düzeylerine göre SSÖ puan ortalamaları için yapılan değerlendirmede sekiz yıla kadar öğrenim görenlerin SSÖ puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Sosyal sermayenin öncü yazarlarından Coleman (29), eğitim düzeyi ve sosyal sermaye arasındaki ilişki üzerinde önemle durmuştur. Karagül ve Dünder tarafından yapılan bir çalışmada da eğitim düzeyi ile ölçülen insani sermayenin sosyal sermaye gelişimine olumlu yönde katkı yaptığı gösterilmiştir (81). Belirtilen son iki çalışmada sosyal

sermaye gelişimine katkı yaptığı belirtilen bir diğer etken ise gelir dağılımındaki iyileşmedir. Çalışmamızda hem aylık kişisel geliri hem de aylık hane gelirlerinin düşük olduğu gözlenen bireylerin SSÖ puan ortalamalarının da gelirleri yüksek olanlara kıyasla anlamlı olarak düşük olduğu gözlenmiştir.

Bir diğer nokta da yerleşim bölgeleri arasında gözlenen SSÖ puan ortalamaları arasındaki farklılıktır. Carpiano (27), mahalle veya civarının sosyo-ekonomik koşullarının insanların etkileşimleri üzerinde sosyal veya fiziksel düzensizliklere yol açarak etki edebileceğini, bu nedenle de sosyal sermaye için önemli bir öncül olduğunu belirtmektedir. Çalışmamızda düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanların SSÖ puan ortalaması gecekondu bölgesinde yaşayanlara kıyasla daha yüksektir. Bu durum bir yandan Carpiano tarafından belirtilen etkenlerle diğer yandan da her iki bölge arasında gelir, eğitim ve çalışma durumları gibi sosyal sermaye gelişimine etki eden etkenler bakımından gözlenen farklılıklarca açıklanabilir. Öte yandan Bourdieu temelinde sosyal sermayeyi değerlendiren Stephens, mahalleler arasındaki sosyal sermaye farklılıklarına değindiği çalışmasında, yoksunluk içindeki mahallelerde yaşayanların yerel sosyal katılımları üzerinden sosyal sermaye bakımından yarar sağlayamayabileceklerini, çünkü bu mahallelerin taşıdıkları olumsuz izlenimler (sembolik sermaye) olduğunu belirtmektedir (142).

DiPasquale ve Glaeser (33) yaptıkları bir çalışmada ev sahiplerinin hareketliliğinin düşük olmasının, onların yerel topluluklarını geliştirme çabalarını ve yerel olanaklara yatırım yapmalarını artırarak sosyal sermaye birikimi sağladığını dile getirmiştir. Diğer yandan hareketliliğin de bir göstergesi olarak Carpiano (26, 27) tarafından da dile getirildiği gibi oturlan yerde geçen süre mahalle bağlılığını artırarak bu yönde bir katkıda bulunabilir. Çalışmamızda hane mülkiyetine göre kirada olanlarla kira ödemeyenlerin SSÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Ancak aynı evde oturma süresi ve İstanbul'da yaşama süreleri SSÖ puanları ile zayıf da olsa korelasyon göstermektedir. İstanbul'da yaşama süresi arttıkça SSÖ puanı da yükselmektedir. Buna karşın aynı evde oturma süresi ile SSÖ puanı negatif korelasyon göstermiştir. Başka bir ifadeyle, aynı evde oturma süresi arttıkça SSÖ puanı azalmaktadır. Literatürle uyumlu olmayan bu bulgu, yerleşim yerlerine göre yapılan incelemede ortadan kalkmaktadır. Anlamlı olmasa da negatif yönde korelasyon düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanların evde oturma süreleri ve SSÖ puanları arasında gözlenmiştir. Düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanların aynı evde oturma süre ortalamalarının gecekondu bölgesinde yaşayanlara kıyasla düşük olması böyle bir bulgunun saptanmasına yol açmış olabilir.



Birçok araştırmacı tarafından sosyal sermaye araştırmalarında kontrol edilmesi gereken bir değişkenin yaş olduğu belirtilmektedir (26, 27, 169). Kawachi ve ark. tarafından ABD’de 39 eyaleti kapsayan bir çalışmada, gençlerin sosyal sermaye puanlarının düşük olduğu gözlenmiştir (86). Benzer sonuçlar bizim çalışmamızda da gözlenmiş, özellikle 26-35 yaş grubu ile 46-55 yaş grubu ve 46-55 yaş grubu ile 56-65 yaş grupları arasında bu yönde farklılıklar tespit edilmiştir.

Sosyo-ekonomik konumun bir göstergesi olan konut kalitesinin sosyal sermaye üzerine karıştırıcı etkisinin (71) değerlendirilmesi için hanedeki oda sayısı sorgulanmıştır. Diğer yandan sosyo-ekonomik bir değişken olmasının yanı sıra hane içi sosyal etkileşimlerin bir göstergesi ve dolayısıyla sosyal sermaye oluşumunda pay sahibi olabilecek hanehalkı sayısı (71) da SSÖ puanı ile ilişkisi bakımından incelenmiştir. Her ne kadar kalabalık hanelerde sosyal etkileşimlerin fazla olacağı öngörülse de çalışmamızda hanehalkı sayısı arttıkça SSÖ puan ortalamalarının azaldığı gözlenmiştir. Bu durum kalabalık hanelerin özellikle gecekondu bölgesinde yaygın olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda oda başına düşen kişi sayısı sosyo-ekonomik bir gösterge olarak ele alınmıştır ve SSÖ puanı ile olan korelasyonu incelendiğinde negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Oda başına düşen kişi sayısının yükselmesi, SSÖ puanlarında azalmaya işaret etmektedir. Dolayısıyla bu sonuca göre kalabalık hanelerde yaşam sürdürmenin sosyal sermaye gelişimi açısından katkısının, diğer sosyo-ekonomik değişkenlerin neler olduğuna göre değiştiği yönünde bir yorum yapmak mümkündür.

Sosyal sermaye ve kronik hastalıklar arasındaki ilişki karmaşıktır. Ahern ve Hendryx (4), sosyal sermayenin kronik hastalıkları azaltıcı yönde bir etkisinin olduğunu öne sürerken, aslında ters nedensellik yaklaşımıyla kronik hastalıklara sahip olanların sosyal etkileşimlerden geri kalmaları onların sosyal sermayelerinde azalmaya da yol açabileceği iddia edilmektedir (71). Bu nedenle çalışmamızda kronik hastalık varlığı sosyal sermayeye etkisi bakımından değerlendirilmiş ve SSÖ puan ortalamasının kronik hastalığı olduğunu bildirenler arasında anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Cinsiyet ve eğitim farklılıklarının katkısı olabileceği gibi yukarıda sözü edilen ters nedensellik nedeniyle de bu yönde bir bulgu elde edilmiş olabilir.

SSÖ puanı ile sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik değişkenler arasında yapılan tekli analizlerde anlamlı bulunanların çoklu doğrusal regresyon analizinde birlikte değerlendirilmesi sonucunda öne çıkan üç değişken, kronik hastalık varlığı, eğitim düzeyi ve

aylık hane geliri olmuştur. Bu sonuca dayalı olarak, kronik hastalığının bulunmaması, dokuz yıl ve üzerinde eğitim sahibi olmak ve aylık hane gelirinin yüksek olmasının SSÖ puanını artıran etkenler olduğu söylenebilir.

### C. SAĞLIK ALGISI

Sağlık algısı bireyin kendi sağlığı hakkındaki öznel düşüncesini sorgulamaktadır ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık araştırmalarında kullanılması önerilmektedir (113). Cinsiyet, gelir, etnisite, eğitim düzeyi, yaş ve diğer bazı demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlere dayalı olarak toplumun çeşitli kesimleri arasında sağlık algısının değerlendirilmesinde farklılıklar olabilmektedir (16, 47, 54, 76). Türkkan tarafından 2005 yılında yapılan bir tez çalışmasında biri gecekondulu, diğeri düzenli yerleşim bölgesi arasında sağlıkta eşitsizlikler araştırılmış ve sağlık algısının yerleşim bölgesi, eğitim, geçim sıkıntısı, kronik hastalık ve sosyal sınıfla anlamlı ilişki içinde olduğunu gözlemlemiştir (152). Çalışmamızda kadınlar, sekiz yıl ve altında öğrenim görenler, gecekondulu bölgede yaşayanlar, aylık hane geliri düşük olanlar ve kronik hastalığı olanlar sağlık durumlarını kötü/orta olarak bildirmiştir. Bu açıdan bulgularımız Türkkan'ın bulgularıyla uyumludur. Bu durum aynı zamanda çalışmamızda, bireylerin sağlık algılarının sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik etkenler tarafından etkilendiğini göstermektedir.

Son yıllarda sosyal sermaye ile sağlık algısı arasındaki ilişkinin incelendiği çok sayıda çalışma bulunmaktadır (27, 55, 85, 99, 157). Kawachi ve ark. tarafından ABD'nin 39 eyaletinde yapılan araştırmada güven ve karşılıklılık düzeylerinin yüksek olmasının sağlık algısını anlamlı olarak olumlu etkilediği gösterilmiştir (85). Buna karşın Lynch ve ark., sosyal sermayeye eleştirel bir yaklaşımla Kawachi ve ark. (85) tarafından yapılan çalışmayı 16 ülke verisinde karşılaştırmış ve anlamlı bir sonuca varamadıklarını bildirmiştir (101). Ziersch ve ark. (170) ise mahallede güvende hissetmenin zayıf etkisi dışında sağlık ve sosyal sermaye unsurları arasında bir ilişki gözlemlemediklerini ifade etmiştir. Helliwell ve Putnam, ABD'nin 40 ayrı bölgesini kapsayan araştırmalarında ülke genelinde ve mahalle düzeyinde güven seviyesinin sağlık algısını anlamlı olarak iyileştirdiğini göstermişlerdir (73).

Kim ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, sosyal sermaye ve sağlık algısı arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalara yer verilmiş ve 32 araştırma incelenmiştir (90). Buna göre çok aşamalı çalışmaların çoğunda sosyal sermayenin yüksek olması ile sağlık algısının iyi olması arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmesine karşın, bölge temelli araştırmaların sonuçlarının farklılıklar gösterdiği ifade edilmektedir. Kim ve ark. tarafından

yakın zamanda yapılan bir araştırmada Avrupa ve Dünya Değerler Araştırması verileri kullanılarak 43, 64 ve 40 ülkeden oluşan üç ayrı veri setinde analizler yapılmıştır (88). Buna göre, hem erkekler hem de kadınlar arasında ülke düzeyinde ölçülen güven ile sağlık algısı arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kumar ve ark. tarafından, 139 ülke verisi kullanılarak 271.642 bireyle yapılan bir araştırmada, ulusal gelir düzeyi ve coğrafi bölge temelli iki ayrı gruplandırma yapılmış, sosyal destek ve gönüllülüğten oluşan sosyal sermaye ile sağlık algısı arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (93). İncelenen değişkenler ile sağlık algısı arasında farklı ekonomik, coğrafi veya kültürel ortamlarda dahi tutarlı ve olumlu yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Ancak ilişki büyüklüğü anlamlı derecede farklılıklar göstermektedir. Sosyal destek için Kuveyt'in OR'si 5,82; Malawi'nin OR'si ise 1,06'dır ve ilişki çoğu ülkede anlamlıdır. Ayrıca sosyal destek ile sağlık algısı arasındaki ilişkinin gönüllülüğe kıyasla daha güçlü olma eğiliminde olduğu ifade edilmiştir.

Bizim çalışmamızda sağlık algısı iyi olanların sosyal destek, mahalli toplumsal denetim ve dayanışma, mahalli toplumsal birlik ve güven, genel güven ve sivil eylemlerden oluşan SSÖ puan ortalamalarının, orta/kötü olanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir. Lojistik regresyon sonuçları incelendiğinde çalışmamızda ele alınan değişkenlerden sağlık algısına etki edenlerin cinsiyet, yaş, yerleşim bölgesi, kronik hastalık varlığı ve SSÖ puanı olduğu saptanmıştır. SSÖ puanının diğer değişkenlerle birlikte sağlık algısı ile anlamlı ilişkide olmayı sürdürmesi sağlık algısında sosyo-ekonomik etkenlerin yanı sıra sosyal sermayenin de önemli olduğunun bir göstergesi olarak yorumlanmıştır.

#### **D. SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE SOSYAL SERMAYE İLİŞKİSİ**

Dünya genelinde mortalite ve morbidite açısından ilk sırada yer alan bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik, DSÖ tarafından hazırlanan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla Mücadele Eylem Planı'nda, mücadele basamaklarından biri sağlıklı davranışların önlenmesi ve değiştirilmesidir (41). Sağlıkla ilişkili davranışlar toplumsal bir alanda şekillenir. Bu toplumsal yapıdaki çeşitli özellikler ve unsurlar insanların davranışlarının şekillenmesinde aracılık ederler (112). Yakın zamanda sağlık araştırmalarında sosyal sermayeye olan ilgi kavramın sağlık çıktıları ile ilişkisinin incelendiği yüzlerce çalışma yapılmasına yol açmıştır. Sağlık davranışlarının sosyal sermaye ile ilişkisi de bu ilgiden payını almıştır. Sosyal sermayenin özellikle toplumsal denetim yoluyla olumsuz davranışların önünde bir engel olabileceği ve sosyal destek mekanizmalarıyla olumlu davranışların artırılabilceği ifade edilmektedir (101).

## 1. Beslenme Davranışları

Baltaş (12) tarafından sağlığa etki eden beslenme davranışları arasında sabah kahvaltı etmek, düzenli aralıklarla yemek, öğün aralarında atıştırmamak, ideal kiloyu koruyacak kadar yemek sayılmaktadır. Çalışmamızda bu davranışlara yönelik kahvaltı yapma sıklığı, öğün atlama sıklığı, yatmadan önce bir şeyler yiyip içme davranışları ve kilo alıp verme çabası sorgulanmıştır. Bunlara ek olarak beslenmeleri ile ilgili algıları değerlendirilmiştir.

Kahvaltı ülkemiz insanları için değerli bir öğündür. Çalışmamızda da çoğu/her zaman kahvaltı yapma sıklığı her yaş grubu için yüksektir. Ancak, yaş grupları küçüldükçe kahvaltı yapma alışkanlığının azaldığı gözlenmiştir. Bu durum değişen yaşam tarzları nedeniyle olabilir. Artık şehirleşmiş alanlarda yaşayanların yaşam temposu nedeniyle evde yeme alışkanlıklarının değiştiği bilinmektedir (67). Diğer yandan çalışmamızda önemli bir sosyo-ekonomik gösterge olan yerleşim bölgesine göre iki bölge arasında kahvaltı yapma alışkanlıkları arasında bir fark gözlenmezken, aylık hane geliri 1.500-3.499 TL aralığında olanların kahvaltı yapma sıklıkları bir üst ve alt gelir gruplarına kıyasla daha fazla bulunmuştur. Kadınların ise erkeklere kıyasla daha fazla bir oranda çoğu/her zaman kahvaltı yaptıklarını bildirdikleri gözlenmiştir. Araştırmamızın konusu olan sosyal sermaye açısından değerlendirildiğinde SSÖ puanı ile kahvaltı yapma sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yaş, cinsiyet, aylık hane geliri düzenli kahvaltı yapma davranışının benimsenmesinde önemli etkenler olarak öne çıkmıştır.

Süleyman Demirel Üniversitesi'nde öğrencilerin beslenme alışkanlıklarının araştırıldığı bir çalışmada öğrencilerin %27,5'inin kahvaltı yapmayı, %23,4'ünün öğlen yemeğini ve %9,2'sinin akşam yemeğini ihmal ettiği belirlenmiştir (123). Malatya Asker Hastanesi personelinin katıldığı bir araştırmada ise katılımcıların %42,6'sının öğün atlamadığı bildirilmiştir (155). Bizim araştırma grubumuzda yer alan bireylerin %23,2'si çoğu/her zaman öğün atladığını belirtmiştir. Cinsiyete göre anlamlı bir fark tespit edilmemesine karşın erkekler arasında bu oran daha yüksektir. Eğitim düzeyi ve aylık hane gelirine göre öğün atlama davranışı anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Ancak, yerleşim bölgesine göre yapılan değerlendirmede, her iki bölgede de çoğu/her zaman öğün atladığını belirtenlerin oranı düşük olsa da gecekondu bölgesinde yaşayanların daha yüksek oranda çoğu/her zaman öğün atladıklarını bildirdikleri gözlenmiştir. SSÖ puanı ile öğün atlama davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi sonucunda çoğu/her zaman öğün atladıklarını belirtenlerin SSÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizi

sonucunda yerleşim bölgesi ve SSÖ puanı birlikte öğün atlama davranışına anlamlı etki eden değişkenler olarak saptanmıştır. Her ne kadar eğitim, aylık hane geliri, cinsiyet gibi değişkenler anlamlı bir katkı sunmamış olsa da çalışmamız için önemli bir sosyo-ekonomik gösterge olan yerleşim bölgesinin öğün atlama davranışı için önemli bulunması, iki bölge arasında çalışma biçimleri arasındaki farklılıktan kaynaklanmış olabilir. Diğer yandan SSÖ içinde yer alan alt boyutlardan özellikle komşu ve akrabalarından algılanan sosyal destek ve mahalli toplumsal birlik ve güven alt boyutlarının öğün atlama davranışı üzerinde etkili olması önemlidir. Locher ve ark., komşular arasında özellikle öğün hazırlama yönündeki bir dayanışmanın besinsel riskler açısından önemli bir unsur olduğunu belirtmiştir (103).

Obezite (124) ve gastroözefagial reflü (6) gibi çeşitli hastalıklar açısından risk taşıması nedeniyle önerilmeyen bir davranış olan yatmadan önce bir şeyler yiyip içme davranışını araştırmamıza katılanlar arasında çoğu/her zaman sergilediklerini dile getirenlerin oranı %23,9'dur. Kadınlara kıyasla erkeklerde ve düzenli yerleşim bölgesine kıyasla gecekondur bölgesinde yaşayanlarda bu oranlar anlamlı olarak daha yüksek bulunmasına karşın eğitim düzeyi ve aylık hane geliri yatmadan önce bir şeyler yeme içme davranışı ile anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmamıştır. SSÖ puanı ile yatmadan önce yeme içme davranışı arasındaki ilişki incelendiğinde çoğu/her zaman bu davranışı sergiledikleri öğrenilenlerin SSÖ puan ortalamaları diğer gruba kıyasla anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre yapılan değerlendirmede SSÖ puanı ile birlikte cinsiyetin bu davranışla anlamlı şekilde ilişkili etkenler olduğu gözlenmiştir. SSÖ puanında komşu ve akrabalarından algılanan sosyal destek ve mahalli toplumsal birlik ve güven alt boyutlarının davranışla anlamlı ilişki içinde olması önemlidir. Bu iki alt boyut olumlu davranışların mahalle ortamında sürdürülmesi açısından bireye olumlu yönde bir katkı sağlayabilir. Mahalle ortamında ve akrabalarından algıladığı desteğin yanı sıra birlik duygusunun yüksek olması psiko-sosyal stresi tamponlayarak olumlu davranışların sürdürülmesinde etkili olabilir. Öte yandan, Groth ve ark (66) tarafından yapılan bir çalışmada kadınların erkeklerden daha sağlıklı beslenme eğiliminde oldukları dile getirilmiştir, dolayısıyla kadınların bu davranışı erkeklerden daha fazla benimsemiş olmaları kadınların sağlıkla ilgili önerilere erkeklerden daha fazla uymaları ile açıklanabilir. Ayrıca, araştırma grubumuzda yer alan erkeklerin kadınlara kıyasla daha fazla iş sahibi olmaları da bu davranışa yol açan etkenlerden olabilir.

Bireylerin beden algıları sosyal, psikolojik ve psikiyatrik birçok etmence belirlenebilir. Yeme bozuklukları gibi hastalıklar olduğu kadar, özellikle obezitenin yaygınlaşması ile insanların şişmanlamaktan çekinmeleri yanı sıra zayıf olmanın özellikle medya aracılığıyla

sağlıklı olmakla eş görülmesi, diğer yandan zayıf olduklarını düşündükleri için kilo almaya çalışmak gibi birçok neden insanların kilo alma ya da verme nedenleri arasında olabilir (49, 168). Çalışmamıza katılan bireylerin yaklaşık yarısı son üç ay içinde kilo alma/verme çabası gösterdiklerini dile getirmiştir. Kadınlar erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bir oranda bu yönde çabaladıklarını belirtirken, düzenli yerleşim bölgesinde oturanlar, dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenler ve aylık hane geliri yüksek olanlar daha yüksek oranlarda son üç ay içinde kilo almaya ya da vermeye çalıştıklarını bildirmişlerdir. Kadınların kilo kaygısı duymaları sözü edilen sosyal etmenleri daha fazla dikkate almalarının bir sonucu olabilir. Diğer yandan eğitim, yerleşim bölgesi ve aylık hane geliri sosyo-ekonomik açıdan iyi durumda olanların beden ağırlıklarına yönelik çaba içine girmelerinin daha yaygın olduğuna işaret etmektedir. SSÖ puanı ile kilo alma/verme çabası arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Dolayısıyla kilo alma/verme çabası için sosyo-ekonomik değişkenlerin belirleyici olduğu söylenebilir.

Bireylerin kendi beslenme alışkanlıkları hakkındaki öznel görüşlerinin değerlendirilerek sağlıklı beslenme algıları sorgulanmıştır. Bu sorunun amacı bireylerin beslenmelerine yönelik farkındalıklarını değerlendirmektir. Soru genel bir bağlamda sorulmuş, bireylerin tükettikleri besin maddelerini ne kadar tükettiklerine ek olarak, beslenmeyle ilişkili olarak düşünebilecekleri her unsuru gözetmeleri hedeflenmiştir. Bireylerin bu soruya yanıt verirken kendi beslenmelerini değerlendirmelerinde çok çeşitli nedenler ve hatta belki bilgi olarak yanlışlar bulunuyor olabilir, ancak bu konuda bireylerin öznel olarak algılamaları onların beslenme davranışlarını ve tüketim alışkanlıklarında etkili bir motivasyon kaynağı olarak işlev görebilir. Araştırma grubumuzun %52,1'i çoğu/her zaman sağlıklı beslendiğini düşünmektedir. Erkeklere kıyasla kadınlar ve gecekondu bölgesine kıyasla düzenli yerleşim bölgesinde oturanlar daha yüksek oranlarda çoğu/her zaman sağlıklı beslendiklerini bildirmiştir. Aylık hane geliri yükseldikçe sağlıklı beslendiğini düşünenlerin oranı da anlamlı olarak artmaktadır. Bu durum literatüre de uygun görünmektedir. Johnson ve ark. (79), kırsal bölgelerde yaşayanların beslenme önerilerine yeterince uymadıklarını belirtmektedir. Diğer yandan, gelişmiş ülkelerde sosyo-ekonomik konum kötüleştikçe beslenme alışkanlıklarının da sağlıksız yönde olmaya başladığı belirtilmektedir (77). Ancak, bir sosyo-ekonomik gösterge olan eğitim düzeyi ile sağlıklı beslenme algısı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Çoğu/her zaman sağlıklı beslendiklerini ifade edenlerin SSÖ puan ortalamaları ise diğer gruba kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir. Oluşturulan çok değişkenli modelin değerlendirilmesi için uygulanan lojistik regresyon analizi sonucunda cinsiyet, yerleşim bölgesi ve SSÖ puanı

anlamli değişkenler olarak öne çıkarken, bunlara ek olarak tekli analizlerde anlamli ilişkisi tespit edilemeyen eğitim düzeyi de diğer değişkenlerin varlığında anlamli bulunmuştur. Sosyal sermayenin burada tüm diğer değişkenlerle birlikte etki etmesi SSÖ içinde yer alan sosyal destek, toplumsal birlik, güven, toplumsal denetim gibi unsurların insanların sağlıklı beslenme algılarında sosyo-ekonomik değişkenlerle birlikte etkili bir etmen olduğunu göstermektedir.

## **2. Diş Fırçalama Davranışı**

Ağız ve diş sağlığı sorunları özellikle diş rkleri ve diş eti sorunları başta olmak üzere yaygınlığı ve maliyetleri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ağız sağlığına yönelik kişisel uygulamalar arasında sabah ve gece olmak üzere en az iki defa dişlerin fırçalanması önerilmektedir (111, 167). Çalışmamızda günde iki defa dişlerini fırçaladıklarını bildirenlerin oranının %70,4 olduğu gözlenmiştir. Türkiye genelinde yürütülen Ağız-Diş Sağlığı Profili çalışmasında erişkin yaş grubunda diş fırçası olanlar arasında günde iki defa diş fırçalama oranının %22,2-%34,7 arasında değiştiği belirtilmiştir (60). Bu durum araştırma bölgesinin sosyo-ekonomik olarak gelişmiş bir yer olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ancak grubun içinde sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik özelliklere göre diş fırçalama alışkanlığının değiştiği gözlenmektedir. Kadınlar, düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanlar, dokuz yıl ve üzerinde öğrenim görmüş olanlar ve aylık hane geliri yüksek olanların günde iki defa dişlerini fırçalama oranları daha yüksektir. Kronik hastalığı olanlardan günde iki defa diş fırçalayanların kronik hastalığı olmayanlara kıyasla daha düşük bir oranda olmaları ilgi çekicidir. SSÖ puanı ile diş fırçalama davranışı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde günde iki defa dişlerini fırçalayanların SSÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Uygulanan lojistik regresyon analizinde öne çıkan değişkenler ise yerleşim bölgesi, cinsiyet, eğitim düzeyi ve SSÖ puanına ek olarak kronik hastalık varlığı olmuştur. Sosyal sermayenin içinde yer alan toplumsal denetim ve sosyal destek alt boyutları bu davranışla ilişkisinde önemli bir rol oynuyor olabilir. Diş fırçalama önemli kişisel sağlık bakımı uygulamasıdır ve ağız diş temizliğinin göstergesidir. Sosyo-ekonomik açıdan st tabakalarda olanlar kadar sosyal sermaye açısından da zengin olmanın diş fırçalama davranışına etki etmesi olumsuz sağlık uygulamalarının kabul edilmemesi kadar bu yönde davranışların desteklenmesi ile de gerçekleşiyor olabilir.

### 3. Düzenli Spor Yapma

Haftada iki-üç defa en az 20-30 dakika olacak şekilde spor veya egzersiz yapma davranışı düzenli spor/egzersiz yapma davranışı sorgulanmıştır. Çalışmamızda düzenli spor/egzersiz yapmayanların oranı %44,0 olarak bulunmuştur. Erkeklerdeki oran %55,7 iken kadınlarda %56,3'dür. Ülkemizde 2008 verilerine göre fiziksel etkinlik yapmayanların oranı erkeklerde %48,1 ve kadınlarda %61,2 iken, tüm nüfus genelinde %54,6 olduğu belirtilmiştir (44). Çalışmamızda gecekondu bölgesi ile düzenli yerleşim bölgesi arasındaki farklılık çarpıcıdır. Düzenli yerleşim bölgesinde düzenli spor/egzersiz yaptığını bildirenlerin oranı gecekondu bölgesinde yaşayanlardaki oranın neredeyse iki katıdır. Ek olarak eğitim düzeyi ve aylık hane gelirlerinin yüksek olması düzenli spor/egzersiz yapma davranışının daha fazla benimsendiğini göstermektedir. Sosyo-ekonomik açıdan eşitsizliklerin bulunduğu toplumlarda spor/egzersiz yapma şekilleri değişiklik gösterebilir. Sosyo-ekonomik konumu yüksek olan bireyler boş zamanlarında spor/egzersiz yaparken, düşük olanlar işle ilişkili veya yürüyüş gibi fiziksel etkinlikler yapmaktadırlar (112). Çalışmamızdaki yerleşim bölgeleri arasında sosyo-ekonomik açıdan gözlenen eşitsizlikler bu bulguların açıklayıcısı olabilir. Ek olarak, manzara, kaldırım olanakları, yeşil çevre, parkurlar gibi ortam özellikleri de fiziksel etkinlikler üzerinde etki sahibi değişkenlerdir (101). Çalışma bölgemizde iki yerleşim bölgesi arasında bu yönde farklılıklar bulunmaktadır. Yakın bir çevrede açık yürüyüş parkurları ve halı saha olanakları yanı sıra paralı spor salonları da bulunmaktadır. Ancak sokak özellikleri birbirinden ayrılmaktadır. Gecekondu bölgesinde düzensiz ve dar yollar bulunmakta, kaldırım ise çoğu yerde bulunmamaktadır. Dolayısıyla, iki bölge arasında çevresel oluşumlar bakımından farklılıkların bu farkı yaratmada katkısı olabilir. Öte yandan aylık hane gelirlerinin yükselmesi ile düzenli spor/egzersiz yapma davranışı da anlamlı olarak artmaktadır. Bu durum ücretli spor tesislerinden faydalanma olasılığını artırmakla beraber, yüksek sosyal sınıfa mensup olmanın bir neticesi de yukarıda dile getirildiği gibi boş zamanlarını spor/egzersize ayırma olasılığını artırıyor olabilir.

Sosyal sermaye sağlıklı davranış normlarının gelişimine katkı yapmaktadır. Ayrıca sosyal destek mekanizmaları sonucunda davranışların sürdürülmesine de yardımcı olur (112). Çalışmamızda SSÖ puanı ile düzenli spor/egzersiz yapma arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiş ve düzenli spor/egzersiz yapanların SSÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Kurulan lojistik regresyon modeline göre öne çıkan tek değişken OR'si yüksek olmasa da SSÖ puanı olmuştur. ABD'de ülke genelinde yürütülen bir çalışmada ülke çapında ikna edici olmamakla birlikte, eyalet çapında sosyal sermayenin fiziksel etkinlik ile orta



derecede ilişkili olduğu gösterilmiştir (89). Japonya’da yapılan bir çalışmada, bireysel düzeyde düşük sosyal sermayenin, özellikle de düşük güven düzeylerinin sosyo-ekonomik etkenler kontrol edildikten sonra fiziksel hareketsizliğin yüksek olması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (153). Bu bulgular bizim çalışmamızla uyumludur. Çalışmamızda düzenli spor/egzersiz yapma üzerinde sosyal destek mekanizmaları ve olumlu davranışsal normların toplumsal denetimi etkili bileşenler olabilir.

#### 4. Sigara İçme Davranışı

Yasal bir şekilde satın alınabilen sağlığa zararlı bir madde olan sigaranın tüketimini araştırma grubumuzda değerlendirmek amacıyla her gün en az bir adet sigara içme sorgulanmıştır. “Evet” yanıtı verenler düzenli içici olarak kabul edilmiştir. TÜİK verilerine göre (147), her gün tütün kullananların Türkiye’deki yaygınlığı 2008 verilerine göre %27,4’dür; erkeklerde bu oran %47,9 iken, kadınlarda %15,2’dir. Çalışmamızda her gün sigara içtiğini belirtenlerin oranı %35,0’dır. Bu oran erkekler arasında %46,8 iken, kadınlar arasında %22,4’dür. Eğitim, gelir meslek gibi değişkenlerle değerlendirilen sosyo-ekonomik konum düşüklüğünün sigara içiciliğinde önemli olduğu bilinmektedir: Sosyo-ekonomik hiyerarşide düşük basamakta olmak sigara içiciliğini artırmaktadır (78). Ancak bizim çalışmamızda bu saptamalarla uyumlu bir bulguya rastlanmamıştır.

Sosyal sermaye ile sigara içme arasındaki davranışın incelendiği birçok çalışma bulunmaktadır. Çalışmalarda farklı yönde bulgular ortaya çıktığı söylenebilir. Lindström tarafından İskandinav ülkelerinde yapılan bir çalışmada, günlük sigara içiciliği ile güven arasında ters yönlü bir ilişki bulunmuştur (98). Aynı çalışmada aralıklı sigara içme ile sosyal katılım arasında pozitif bir ilişki bulunurken, güven ile ters yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Carpiano (27) ise mahalli sosyal yardımlaşma ve informal toplumsal denetim düzeylerinin yüksek olmasının günlük sigara içiciliğinin düşük olması ile ilişkili olduğunu, ancak bunların tersine, yüksek sosyal destek ile günlük sigara içiciliğinin de yükseldiğini belirtmektedir. Bizim çalışmamızda ise SSÖ puanı ile her gün sigara içme arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sosyal sermaye ile birlikte, cinsiyet dışında diğer sosyo-ekonomik göstergelerin de her gün sigara içme davranışı ile anlamlı bir birliktelik göstermemesi, bu davranışın halen yeterince sosyal açıdan kabul edilmeyen bir durum olmadığının bir göstergesi olabilir.

## 5. Zararlı Düzeyde Alkol Kullanımı

Bir gün içinde en az beş kadeh alkollü içki tüketimi zararlı düzeyde alkol kullanımı olarak değerlendirilmektedir. Sigara içiciliğinin aksine alkol kullanımı akut etkilerinin gözlemlendiği ve dolayısıyla bu etkiler hissedildiği zaman sonlandırılabilir bir davranıştır. Düşük miktarda (10 gr/gün) alkol kullanımı kalp-damar hastalıklarında koruyucu olurken, günde 20 gramdan fazla alkol tüketimi ise zararlı olmaktadır. 2003 yılı verilerine göre 18 yaş ve üstünde haftada en az bir kez bir defada beş veya daha fazla standart içki içenlerin ülkemizdeki oranı erkeklerde %2,1 iken kadınlarda %0,1, toplamda ise %0,9 olarak belirtilmiştir (14). Onat ve ark. tarafından 2006-2007 yıllarında yapılan bir çalışmada, Türkiye genelinde ağır alkol tüketiminin tüm nedenlere bağlı mortalitede 2,33 katlık bir artışa neden olduğu gösterilmiştir (122). Çalışmamızda zararlı düzeyde alkol kullanmadıklarını belirtenlerin oranı %87,8'dir. Erkekler ve kadınlar arasında saptadığımız anlamlı farklılığa ek olarak yerleşim bölgesi, eğitim düzeyi ve aylık hane geliri de zararlı düzeyde alkol kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Ancak burada beklenilenin tersine bir durum söz konusudur. Düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanlar, dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenler ve özellikle aylık hane geliri 3.500 TL ve üzerinde olanların zararlı düzeyde alkol kullanma oranları daha yüksektir. Diğer sağlıkla ilişkili davranışlarla kıyaslandığında zararlı düzeyde alkol kullanımının sosyo-ekonomik değişkenlerle ilişkisi farklılık göstermektedir.

SSÖ puanı ile zararlı düzeyde alkol kullanımı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, araştırmamızda bu davranışı sergileyenlerin SSÖ puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Lindström tarafından 2005 yılında İsveç'te yapılan bir araştırmada sosyo-ekonomik etkenlerle pozitif yönde ilişkisi bulunan alkol tüketiminin, erkekler arasında güven düzeyleri ile ters yönde bir ilişki gösterdiği saptanmıştır (100). Bu çalışmalardan sonra 2008 yılında bir derlemede Lindström, ergenlik döneminde var olan güven hissinin ilerleyen dönemlerde önerilen seviyenin üstünde alkol kullanımı ile ters ilişki gösterdiğini vurgulamıştır (101). Çalışmamızda lojistik regresyon analizi sonucuna göre zararlı düzeyde alkol kullanımına etki eden değişkenler cinsiyet ve eğitim olmuştur.

Çok değişkenli analiz sonucu, sosyal sermaye ile zararlı alkol kullanımı arasında bir ilişki göstermese de sosyo-ekonomik olarak avantajlı durumda olanların SSÖ puanlarındaki yükseklik de dikkate alınarak, sosyal etkileşimlerinin fazla olduğu ve böylece sosyal bir davranış olan alkol kullanımının kolaylaştığı öne sürülebilir. Bu da daha önce sözü edildiği gibi sosyal sermayenin olumsuz etkilerinden biri olarak düşünülebilir. Ilımlı düzeyde alkol

kullanmanın zararlı sonuçlar doğurmadığı söylene de ılımlı düzey alkol kullanımının zararlı düzeyde tüketim için uygun iklim yaratabileceği de tartışılan bir konudur (133).

## 6. Sağlık Hizmeti Kullanım Davranışı

Sağlık hizmeti kullanımı için Andersen (9) tarafından önerilen modele göre toplum etmenleri arasında hazırlayıcı etkenler, mümkün kılan kaynaklar ve gereksinim öne çıkmaktadır. Toplum etmenleriyle etkileşim içinde olan çevresel nedenler arasında ise toplumsal yapı, sağlık sistemi özellikleri yer alır. Toplum etmenleriyle ilişki içinde olan diğer bir başlık ise bireysel sağlık davranışları ve sağlık durumudur. Tüm bunlar birlikte sağlık hizmeti kullanımını etkilemektedir. Bu döngünün sonucunda gözlenen sağlık çıktıları ve memnuniyet ile sistem geri besleme yolları ile tamamlanmaktadır. Başka bir ifadeyle sağlık hizmeti kullanım davranışlarını şekillendiren bireysel, toplumsal ve politik bir etkileşim düzleminden söz edilebilir.

Türkkan tarafından yapılan tez çalışmasında biri gecekondü, diğeri düzenli yerleşim bölgesi olan iki mahallede sağlık hizmeti alma konusunda eşitsizlikler bulunduğü belirtilmiştir (152). Gecekondü bölgesinde yaşayanların %12,5'inin sağlık hizmeti almadığı belirtilirken, düzenli yerleşim bölgesinde bu durumda kimsenin bulunmadığı ifade edilmiştir. Ayrıca, hizmet alınan kurum tercihlerinde sınıfsal konum ve sosyal güvenlik türünün hizmete erişimi kolaylaştıran etkenler olduğı gösterilmiştir. Law ve VanDerslice tarafından ABD'nin Teksas Eyaleti'nde Latin kökenli bireylerle yapılan bir çalışmada da iş sahibi olmak, sosyal güvence ve sağlık hizmeti maliyetlerini karşılayabilme erişimin yakın belirleyenleri iken, cinsiyet ve eğitimin ise uzak belirleyenler olarak saptanmıştır (95).

Çalışmamızda ihtiyacı olmasına karşın sağlık hizmeti alamadıklarını belirtenlerin oranı %18,4'dür. Cinsiyete göre sağlık hizmeti alamama durumları anlamlı bir farklılık göstermezken, iki yerleşim bölgesi arasında oransal olarak yaklaşık üç kat, eğitim düzeyine göre ise iki kat farklılık göze çarpmaktadır. Aylık hane geliri yükseldikçe sağlık hizmeti alamadıklarını bildirenlerin oranı anlamlı derecede azalmaktadır. Diğeryandan erişim için belki de en değerli göstergelerden biri olan sosyal güvence türünün sağlık hizmeti alamama açısından anlamlı bir belirleyici olduğı saptanmıştır. Sosyal sermaye ile sağlık hizmeti alamama arasındaki ilişki değerlendirildiğinde sağlık hizmeti alamadıklarını bildirenlerin SSÖ puan ortalamalarının anlamlı derecede düşük olduğı gözlenmiştir. Yapılan lojistik regresyon analizi ise bize yerleşim bölgesi ve SSÖ puanının davranışa anlamlı katkıyı yaptığını göstermiştir.

Son 12 ay içinde ihtiyacı olmasına karşın sağlık hizmetini almayı geçiştirme davranışı ise demografik ve sosyo-ekonomik değişkenler açısından sorgulanmıştır. Sağlık hizmetini geçiştirme davranışı istenmeyen bir davranıştır, ancak insanların algıladıkları güçlükler, sosyo-ekonomik, kültürel nedenler bu davranışta önemli rol oynuyor olabilir. Araştırmamızda ihtiyacı olmasına karşın sağlık hizmeti almayı geçiştirenlerin oranı %42,4'dür. Cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir, ancak diğer sosyo-ekonomik değişkenler için yapılan değerlendirmeler önemli farklılıklara işaret etmektedir. Düzenli yerleşim bölgesine kıyasla gecekondü bölgesinde yaşayanlar, dokuz yıl ve üstünde öğrenim görenlere kıyasla sekiz yıla kadar öğrenim görmüş olanlar daha yüksek oranlarda sağlık hizmeti almayı geçiştirdikleri yönünde bilgi vermiştir. Aylık hane geliri yükseldikçe sağlık hizmetini geçiştirdiklerini bildirenlerin oranı anlamlı olarak azalmaktadır. Sosyal güvencesi olmayan ya da Yeşil Kart sahibi olanların arasında sağlık hizmeti geçiştirme davranışı SSK/ES/B-K sahibi olanlara kıyasla daha düşük oranda olmasına karşın, gözlenen fark anlamlı bulunmamıştır. Ancak özel sigorta sahibi olanların sağlık hizmetini geçiştirme oranları anlamlı olarak düşüktür. Öte yandan belirtilen sosyo-ekonomik farklılıklara ek olarak sağlık hizmeti alamadıklarını bildirenlerin daha yüksek oranda sağlık hizmeti almayı geçiştirdiği saptanmıştır. Tüm bunlar kısır bir döngüye işaret ediyor gibi görünmektedir. Sosyo-ekonomik etkenler bir yandan sağlık hizmeti alma önünde engel oluştururken, sağlık hizmeti alamayanların da sosyo-ekonomik açıdan dezavantajları ile birlikte sağlık hizmetine başvurmaları da anlamlı olarak azalmaktadır. Sosyal sermaye ile sağlık hizmetini geçiştirme davranışı arasındaki ilişki incelendiğinde sağlık hizmetini geçiştirdikleri öğrenilen grubun SSÖ sor ortalaması diğer gruba kıyasla daha düşük bulunmuştur. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda davranışa katkı yapan değişkenler sosyal güvence ve sağlık hizmeti alamama olarak bulunmuştur.

Hendryx ve ark. (74) sağlık hizmeti alamama ve sağlık hizmetini geçiştirme sorularını birlikte değerlendirerek sosyal sermaye ile sağlığa erişim arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarında sosyal sermaye ile erişimin kolaylaştığı yönünde bir sonuca varmışlardır. Prentice, ABD'nin Los Angeles şehrinde gerçekleştirdiği çalışmada mahalle ortamının düzenli sağlık bakımına erişme yönünde önemli etki sahibi olduğunu ve toplumsal birliğin yüksek olmasının erişimi kolaylaştırdığını dile getirmiştir (130). Lindström ve Axen tarafından yapılan bir çalışmada ise güven düzeyi düşük olan bireylerin sağlık çalışanlarının kendi taleplerine açık olmadıklarını ve sağlık durumları, tahliller ve tedavi ile ilgili yeterli bilgilendirilmediklerini söyleme oranlarının da yüksek olduğu belirtilmiştir (102).

Çalışmamızda düşük SSÖ puanı ile sağlık hizmeti alamama arasında anlamlı bir birliktelik bulunmaktadır. Bu durum sosyal destek mekanizmaları ve güven unsuru ile açıklanabilir. Ancak sosyal güvence türü daha güçlü bir değişken olarak öne çıkmaktadır. Sosyal sermaye bu aşamada sosyal güvence ile birlikte sağlık hizmeti almama durumunu tamponlayıcı bir değişken olabilir. Diğer yandan sağlık hizmetini geçiştirme davranışı için temel belirleyicilerin sağlık hizmeti alamama ve sosyal güvence türü olması anlamlıdır. Zira, somut olarak sosyal güvencesi bulunmayan ve diğer yandan sağlık hizmeti alamayan kişiler için hizmet ihtiyacını geçiştirmek kaçınılmaz olabilir. Bu noktada sosyal ağ üyelerinden gelebilecek maddi destek dışında sosyal sermayenin hizmete erişimi kolaylaştırması güç olabilir. Yine de bu durumu sorgulamak adına sosyal sermayeyi değerlendiren sorularımız arasında muayene olmalarını kolaylaştıracak yakınlarının varlığı sorgulanmış ancak faktör yüklerinin yeterli olmamaları nedeniyle analize alınmamıştır. Sosyal sermayenin hizmete erişimi sağlaması yönünde sağlık hizmetlerine yönelik araçsal sosyal desteğin araştırılması gerekmektedir.

Tedaviyi veya önerilen ilaçları düzenli olarak uygulamak tedaviye uyum olarak adlandırılmaktadır (63) ve bu davranışın altında yatan birçok etken bulunmaktadır: Yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık inanışları, psikososyal etkenler (psikiyatrik bozukluklar, ilaç bağımlısı olmaktan korkmak vb.), hastalık veya sağlık durumu (kronik veya akut, psikiyatrik vb.), hekim-hasta ilişkisi, tedavi rejimi, tedavinin önerildiği ortam (özel klinik, kamu kliniği vb.) ve sosyal etkenler (aile birliği, sosyal destek), sosyal statü, eğitim düzeyi, ilaca erişim bu etkenler arasında sayılabilir (63, 82; 126).

Araştırmamızda tedaviye uyum gösterme oranları yüksek tespit edilmiştir. Cinsiyet, yerleşim bölgesi, eğitim düzeyi ve aylık hane geliri gibi sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik değişkenler ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Sosyal güvence türüne göre yapılan değerlendirmede sosyal güvencesi olmayan veya Yeşil Kart sahibi olanların tedaviyi veya önerilen ilaçları yarım bırakma davranışları daha azdır. Tedaviye duyulan ihtiyaç nedeniyle daha seyrek olarak yarım bırakma davranışı sergilemeleri bu sonuca katkı sağlamış olabilir. Özel sigorta sahibi olmak ile tedavi uyumsuzluğu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Diğer yandan tedaviyi veya önerilen ilaçları yarım bırakanların SSÖ puan ortalamaları diğer gruba kıyasla daha düşüktür. Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda SSÖ puanı ve sosyal güvence türü anlamlı etkenler olarak bulunmuştur.

Tedaviye uyumsuzluk halinde istenmeyen sonuçların toplum tarafından yaygın olarak benimsenmesi ve bunun çeşitli kanallarla paylaşılması (sosyal sermayenin özellikle aile-akraba ve komşular arası sosyal destek mekanizmaları ve informel toplumsal denetim alt boyutlarıyla) tedaviye uyumu etkiliyor olabilir. Öte yandan sosyal güvencesi olmayan veya Yeşil Kart sahibi olanlar bir yandan hastalıklar karşısında ihtiyaçlarından doğan motivasyona ek olarak sosyal sermaye mekanizmalarından yararlanarak davranışlarını olumlu yönde şekillendiriyor olabilirler.

Ülkemizde 2004 verilerine göre son bir yıl içinde bir dış hekime muayene olma sıklığı 35-44 yaş grubunda %42,6 iken, 65-74 yaş grubunda %20,2 olarak bildirilmiştir (60). Türkkan tarafından yapılan tez çalışmasında bireylerin %33,7'si son bir yıl içinde dış hekime muayene olmuştur (152). Aynı çalışmada gecekondu bölgesi ile düzenli yerleşim bölgesi arasında düzenli yerleşim bölgesi lehine ve sosyal sınıf açısından da yüksek sınıflar lehine farklılıklar olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda son bir yıl içinde dış hekime muayene olanların oranı %46,3 olarak bulunmuştur. Diğer çalışmalara kıyasla yüksek olan bu oran Beşiktaş ilçesinin sosyo-ekonomik gelişmişliği nedeniyle olabilir. Ek olarak cinsiyet farklılıkları gözlenmiştir. Kadınların erkeklere kıyasla daha yüksek oranda son bir yıl içinde dış hekime muayenesine başvurdukları gözlenmiştir. Türkkan'ın çalışmasına benzer olarak, araştırmamızda gecekondu bölgesinde yaşayanların son bir yıl içinde dış hekime muayene olma oranları düzenli yerleşim bölgesinde yaşayanlar kıyasla oldukça düşüktür. Eğitim düzeyi de dış hekime muayene olma ile anlamlı ilişki göstermektedir. sekiz yıla kadar öğrenim görenlerin son bir yıl içinde dış hekime muayene olma oranları dokuz yıl ve üzerinde öğrenim görenlere kıyasla daha düşüktür. Diğer bir sosyo-ekonomik gösterge olan aylık hane geliri de yükseldikçe dış hekime muayene olanların oranı artmaktadır. Sosyal güvencenin dış sağlığındaki kapsayıcılığı sınırlı olmasına karşın sosyal güvencesi olmayan veya Yeşil Kart sahibi olanlar, diğer gruba kıyasla anlamlı derecede daha az oranda dış hekime muayene olduklarını bildirmiştir. Ülkemizde dış hekimliğinin yaygın olarak özel hizmet sunumu ile yürümesi nedeniyle son bir yılda dış hekime muayene olmada sosyo-ekonomik etkenler ciddi şekilde ön plandadır.

SSÖ puanı ile son bir yılda dış hekime muayene olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde muayene olduklarını bildirenlerin SSÖ puan ortalamaları, olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir. lojistik regresyon sonucuna göre aylık hane geliri başta olmak üzere cinsiyet, yerleşim bölgesi ve SSÖ puanı son bir yıl içinde dış hekime muayene olma davranışında belirleyici etkenler olarak öne çıkmıştır. Ekonomik açıdan avantajlı

olanların daha fazla yararlandığı bir hizmet olan diş hekimi muayenesinde SSÖ'nün anlamlı bir değişken olması ölçeğin başta sosyal destek olmak üzere barındırdığı alt boyutların etkisinin hizmete erişimde önemli rol oynadığını göstermektedir. Özellikle maddi durumun belirleyici olduğu bir hizmet kullanımında maddi destek alınabilecek akraba, komşu ve arkadaşların varlığı bu etkiyi açıklamada yardımcı olabilir.

## **E. KISITLILIKLAR**

Sosyal sermaye kavramının tanımı ve ölçümü konusunda fikir birliği olmaması ve çok sayıda soru biçimiyle değerlendirilmeye çalışılan bir konu olması kısıtlılıkların başında gelmektedir. Harpham, bu nedenle ölçüm aracının geçerlilik ve güvenilirliğine dair çalışmaların önemli olduğunu belirtmiştir (70). Ancak bu durum bizim çalışmamızda sosyal sermayenin önemli alt boyutlarından formel ve informal alanların kapsam dışında kalması ile sonuçlanmıştır. Yine de kavramsal olarak sosyal sermayenin kaynak ve sonuçlarıyla ele alınmasıyla bu durum bir ölçüde hafifletilmiştir. Zira formel ve informal ağların önemli bir sonucu sosyal destektir ve bir alt boyut olarak duygusal, araçsal ve bilgisel açıdan yeterince kapsanmıştır. Ancak yine de belirtilmelidir ki tüm başlıklar kapsansa da sosyal sermayenin tanımından ve pratik olarak ölçümünden kaynaklanan sorunlar bulunmaktadır. Bir yandan sosyal sermayeyi değerlendirmede kullanılan soruların birer vekil işlevi görmesi ve birer sonuç mu yoksa kaynak mı oldukları yönünde belirsizlikler varken, diğer yandan örneğin algılanan sosyal desteğin sorgulanmasında desteğin düşük olmasının yanıtlayan açısından olumsuz bir durum olarak algılanarak yüksek bildirimde bulunma gibi sorunları da içinde barındırmaktadır (48, 52, 70, 119). Bir başka nokta da veri toplama aşamasında çalışmaya katılmayı reddeden bireylerin sosyal sermaye puanlarını özellikle güven alt boyutları üzerinden düşürme olasılığı olmasıdır.

Sosyal sınıf değişkeninin belirlenmesinde önerilen hane reisine dayalı sınıflama yerine farklı bir sınıflamaya gidilmiştir. Araştırmanın örnekleme, ASM'ye kayıtlı bireylerin tekil olarak örnekleme seçilmeleri yoluyla gerçekleştirilmiştir. Hane örnekleme olmaması nedeniyle dağıtılan veya geri alınan soru formlarında hane reislerinin araştırmaya dâhil edilmelerinde kısıtlılıklar olmuştur. Bu durum, özellikle kadınlar ve öğrenciler başta olmak üzere literatüre belirli açılardan uygun düşmeyen bir sosyal sınıf tasnifine yol açmıştır. Ancak literatürde buna benzer bir şekilde yapılmış çalışmalar da mevcuttur (bkz. 128 numaralı kaynak). Yine de bu değişkenin kullanımında imtina edilmiştir. Özellikle yerleşim bölgeleri arasında gözlenen farklılıklar (eğitim düzeyi, aylık kişisel gelir, aylık hane geliri, sosyal sınıf)

bu değişkeni önemli bir sosyo-ekonomik gösterge olarak ele almamızı sağlamıştır. Bir başka ifadeyle gecekondu bölgesi ile düzenli yerleşim bölgesi arasındaki ayırım, sosyal sınıf ayırımı yapmasa da sosyo-ekonomik açıdan farklılıkların da bir temsilcisi olarak düşünülebilir.

Araştırma bölgesinin seçiminde farklı sosyal kesimlerden bireyleri barındırması, ulaşılabilir olması, veri toplamanın kolay olması gibi kriterler gözetilmiştir. Bu nedenle her ne kadar bir gecekondu ve bir düzenli yerleşim bölgesini içeriyor olsa da sosyo-ekonomik açıdan gelişmiş bir ilçe olan Beşiktaş'a bağlı bir alan olması sosyal sermaye göstergelerinde bir iyileşmeye yol açmış olabilir.



## VIII. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sosyal sermaye ve sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan araştırmamız kesitsel tipte tasarlanmıştır. Araştırmamız sosyal sermayenin sağlıkla ve sağlık davranışlarıyla ilişkisinin test edilmesi açısından Türkiye’de yürütülen ilk birkaç çalışmadan biridir. Araştırma İstanbul İli, Beşiktaş İlçesi’ne bağlı bir ASM’ye kayıtlı 18-65 yaş arası nüfusu temsil yeteneğine sahip 629 kişilik bir örneklem üzerinde yürütülmüştür. Araştırma bölgesi sosyo-ekonomik açıdan farklı iki yerleşim bölgesinden oluşmaktadır. Bu iki yerleşim bölgesi arasında eğitim, aylık kişisel gelir ve aylık hane geliri başta olmak üzere anlamlı sosyal statü farklılıklarının olduğu gözlenmiştir.

Sağlığın sosyal belirleyicileri dünya genelinde yalnızca halk sağlığı camiasınca değil, farklı disiplinlerden diğer bir çok bilim dalının da ilgi odağı olmaya başlamıştır. Özellikle güç ilişkilerinin sorgulanmaya başlaması ile birlikte bu ilişkilerin altında yatan mekanizmalar ve bunların sağlığa olan etkileri giderek artan bir ilgiyle incelenmektedir. Bu bağlamda sosyal sermaye kavramı sağlığın belirleyicileri şemasına bir ara değişken olarak oturtulmuştur. Kendisini belirleyen birçok etkenle, üzerine etki ettiği sağlık ve hastalık çıktıları bulunan bir kavramdır. Üzerinde anlaşılan bir tanımı bulunmamakla birlikte her türlü insan ilişkilerini ve bunların dinamiklerini bir çatı altında toplayan, kimi araştırmacılara göre eşitsizlikleri yeniden üreten, diğerlerine göre ise eşitsizliklerin etkilerini tamponlayıcı ve azaltıcı etki gösteren bir kavramdır. Üzerinde bir fikir birliğinin olmaması nedeniyle incelenmesi güçlükleri de beraberinde getirmektedir.

Çalışmamızda sosyal sermaye, Bourdieu’nün yaklaşımına uygun olarak, belirli değerleri benimseyen bir ağ yapısının içinde barındırdığı sosyal kaynakların toplamı olarak tanımlanabilir. Bireyler bu toplam kaynağa bu yapı içinde yer alarak erişir ve harekete geçirdikleri kaynakların büyüklükleri oranında yarar sağlarlar. Dolayısıyla bir altyapı (kaynak) görevi gören sosyal sermaye ve bir de bunların sonuçlarından oluşan sosyal sermaye unsurları bulunmaktadır. Bu kavramsallaştırmanın değerlendirilebilmesi için literatüre dayalı olarak sorulan sorular yapılan faktör analizi ve güvenilirlik testleri ile bir ölçek haline getirilmiştir. Analizler sonucunda altyapı unsuru olan formel ve informel ağlar dışarıda kalmış olsa da sonuçlarının yeterince kapsandığı, geçerli ve güvenilir bir sosyal sermaye ölçeği (SSÖ) meydana getirilmiştir. Sosyal sermaye belirleyicilerinin ortaya konması amacıyla

yapılan analizlerde kronik hastalık varlığı, aylık hane geliri ve eğitim düzeyinin, SSÖ ölçeği ile değerlendirilen sosyal sermayeyi belirleyici etki gösterdikleri belirlenmiştir.

Sigara içme dışında diğer sağlık davranışlarının çeşitli sosyo-ekonomik etkenlerle anlamlı bir ilişkisi olduğu gözlenmiştir. Sağlık davranışlarının SSÖ ile sağlık algısı ve sağlık davranışları arasındaki ilişki değerlendirilmiş, anlamlı birlikteliklerin saptandığı analizlerden sonra çok değişkenli analizler yapılmıştır. Buna göre SSÖ puanı ile sağlık algısı, öğün atlama, yatmadan önce bir şeyler yiyip içme, sağlıklı beslenme algısı, diş fırçalama, düzenli spor yapma, son 12 ay içinde sağlık hizmeti alamama, son 12 ay içinde tedavi uyumu ve son 12 ay içinde diş hekimine muayene olma arasında gözlenen anlamlı ilişkilerin sürdüğü gözlenmiştir.

SSÖ puanının davranışlar ile ilişkisinde genelde sosyo-ekonomik etkenlerle birlikte etkili olduğu gözlenmiştir. SSÖ puanının da çeşitli sosyo-ekonomik etkenlerce belirlendiği göz önünde tutulursa bu bağlamda var olan eşitsizliklerin giderilmesi ile bir yandan sosyal sermayeye erişim artırılabilirken diğer yandan sağlık davranışlarında iyileşmelerin görüleceği de öngörülebilir. Öte yandan, düzenli spor/egzersiz yapmada olduğu gibi yalnızca SSÖ puanının etken olarak ortaya çıkması özellikle yerel olarak sosyal sermayeyi geliştirme yönünde gösterilecek çabaların da ülke çapında sosyo-ekonomik eşitsizlikleri gidermedeki çabalar kadar sağlığın geliştirilmesi açısından değerli katkılar sağlayabileceğini göstermektedir.

Hizmet kullanım davranışı ile sosyal sermaye arasındaki ilişkilerin incelenmesi ülkemiz için ayrı bir önem taşımaktadır. Uygulanmakta olan sağlıkta dönüşüm projeleri nedeniyle sağlık sistemi özellikle hastane ayağında fabrika usulü bant sistemi benzeri bir dönüşüme sahne olmaktadır: işlenen “mal” hasta veya sağlam insan, işleyen “makine” hekimler ve sağlık çalışanları, “fabrika” da hastaneler. Böyle bir ortamda sistemin her unsuruna ayrı ayrı güvenmenin hizmete erişim ve hizmet kullanımında ne gibi etkilere yol açtığı bizim için önemli bir merak konusu olmuştur. Çünkü bugün yaşanan dönüşümün önemli iddialarından biri memnuniyet artışıdır. Bu, erişimin kolaylaşması ile açıklanabilecek bir durumdur. Ancak, sağlık sistemine güven duygusu ile desteklenmesi memnuniyetin doğru bir şekilde saptanmasına olanak tanıyacaktır. Bunun ötesinde sağlık hizmeti kullanımını etkileyen unsurların sosyal sermaye ile birlikte araştırılmasına ihtiyaç vardır.

## IX. KAYNAKLAR

1. Abaan ED. Fayda Teorisi ve Rasyonel Seçimler. Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Araştırma Genel Müdürlüğü Ankara 1998. Tartışma Tebliğ No: 2002/3, s.51
2. Abel T. Cultural Capital and Health Promotion. In McQuin DV, Kickbusch I (ed.) Health and Modernity: The Role of Theory in Health Promotion. Springer 2007 New York. pp.43-73
3. Abel T. Cultural Capital and Social Inequality in Health. Journal of Epidemiology and Community Health, 2008; 62; e13
4. Ahern MM, Hendryx MS. Social capital and risk for chronic illnesses. Chronic Illness (2005) 1, 183–190
5. Aida J, Kondo K, Hirai H, Subramanian SV, Murata C, Kondo N, Ichida Y, Shirai K, Osaka K. Assessing the association between all-cause mortality and multiple aspects of individual social capital among the older Japanese. BMC Public Health 2011, 11:499
6. Akbulut G, Çiftçi H, Yıldız E. Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Beslenme Tedavisi. Sağlık Bakanlığı Yayınları No: 728 1. Basım. Klasmat Matbaacılık Ankara, 2008
7. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. DEÜ Rektörlük Matbaası, İzmir 2001
8. Almedom AM ve Glandon D; Social capital and mental health: An updated interdisciplinary review of primary evidence. In Kawachi I, Subramanian SV, Kim D (ed) Social Capital and Health, Springer New York, USA, 2008, pp 191-214
9. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? Journal of Health and Social Behavior, Vol. 36, No. 1 (Mar., 1995), pp. 1-10
10. Australian Bureau of Statistics. Social Capital and Social Wellbeing. August 2002, Discussion Paper.
11. Aydemir M.A. Sosyal Sermaye: Topluluk Duygusu ve Sosyal Sermaye Araştırması. Çizgi Kitabevi. 2011
12. Baltaş Z. Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitabevi 3. Basım İstanbul 2007
13. Başkak B, Öneş U. Sosyal Sermaye ve Psikiyatrik Bozukluklar: Güven ve Karşılıklılık Üzerine. Nöropsikiyatri Arşivi 2010; 47: 252-9
14. Baran E. Alkol Kullanımı. Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar içinde. Aslan D. (ed) Ankara Tabip Odası, 2009. Ankara
15. Baum F, Ziersch AM. Glossary: Social Capital. Journal of Epidemiology and Community Health 2003; 57:320–323

16. Belek İ. Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik. Sorun Yayınları, İstanbul. 1998
17. Berkman LF, Glass T. Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In Berkman LF, Kawachi I (ed.) Social Epidemiology. Oxford University Press New York, 2000. pp.137-173
18. Berkman LF, Syme L. Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine-Year Follow-Up Study of Alameda County Residents. American Journal of Epidemiology 1979 Vol.109, No.2, pp.186-204
19. Beşiktaş Belediyesi, <http://www.besiktas.bel.tr/t/15/sub.jsp?p=9168> (Erişim tarihi: 02.08.2011)
20. Blomgren J, Martikainen P, Makela P, Valkonen T. The effects of regional characteristics on alcohol-related mortality—a register-based multilevel analysis of 1.1 million men. Social Science & Medicine 58 (2004) 2523–2535
21. Boratav K. İstanbul ve Anadolu’dan Sınıf Profilleri. İmge Kitapevi Yayınları, Ankara. 2. Baskı. 2004 s.23-27
22. Bourdieu P. The Forms of Capital. Richardson, J., Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education (1986) içinde, Westport, CT: Greenwood, pp.241–58
23. Braveman PA, Cubin C, Egerter S, Chideya S, Marchi K, Metler M, Posner S. Socioeconomic Status in Health Research: One Size Does Not Fit All. JAMA. 2005;294:2879-2888
24. Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the Transition from International to Global Public Health. Am J of Public Health. Vol.96, No.1, 2006
25. Brown TM, Scheffler RM, Seo S, Reed M. The empirical relationship between community social capital and the demand for cigarettes. Health Economics (2006). 15: 1159–1172
26. Carpiano RM. Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: Can Bourdieu and Sociology help? Social Science & Medicine 62 (2006) 165 – 175
27. Carpiano RM. Neighborhood social capital and adult health: An empirical test of a Bourdieu-based model. Health & Place 13 (2007) 639–655
28. Cockerham WC. Social Causes of Health and Disease. Polity Press, Cambridge, 2007
29. Coleman J. Social Capital in the Creation of Human Capital. The American Journal of Sociology 1988, Vol. 94, pp. 95-120

30. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study pf the psychosocial, structural and behavioral determinants of health. *Social Science & Medicine* 58 (2004) 2585–2600
31. De Silva MJ, Huttly SR, Harpham T, Kenward MG. Social capital and mental health: A comparative analysi s of four low income countries. *Social Science & Medicine* 64 (2007) 5-20
32. De Silva MJ, McKenzie K, Harpham T, Huttly SRA. Social capital and mental illness : a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2005;59:619–627
33. DiPasquale D, Glaeser EL. Incentives and Social Capital: Are Homeowners Better Citizens? *Journal of Urban Economics* 45; 354-384. 1999
34. Durkheim E. Toplumsal İşbölümü. çev. Ozankaya Ö. Cem Yayınevi, İstanbul, 2006. 32. Basım
35. Durkheim E. İntihar. çev. Ozankaya Ö. Cem Yayınevi, İstanbul, 2011. 2. Basım
36. Dünya Bankası, Resmi İnternet Sitesi (Erişim Tarihi: 02 Şubat 2012): <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALDEVELOPMENT/EXTTSOCIALCAPITAL/0,,contentMDK:20194767~menuPK:401035~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:401015,00.html>
37. Dünya Sağlık Örgütü. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
38. Dünya Sağlık Örgütü. Declaration of Alma-Ata. Geneva, 1978. (internet adresi: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf), erişim tarihi: 02.01.2012)
39. Dünya Sağlık Örgütü. Health Promotion Glossary. World Health Organization 1998, Geneva
40. Dünya Sağlık Örgütü. The World Health Report 2002. World Health Organization 2002, Geneva
41. Dünya Sağlık Örgütü. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organization 2008, Geneva
42. Dünya Sağlık Örgütü. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. World Health Organization 2009, Geneva
43. Dünya Sağlık Örgütü. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. World Health Organization 2011, Geneva.

44. Dünya Sağlık Örgütü. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011, World Health Organization 2011, Geneva
45. Egolf B, Lasker J, Wolf S, Potvin L. The Roseto Effect: A 50 Year Comparison of Mortality Rates. *Am J of Public Health* 1992; 82:1089-1092
46. Emmons KE. Health Behaviors in a Social Context. In Berkman LF, Kawachi I (ed.) *Social Epidemiology*. Oxford University Press, New York. 2000, pp.174-190 In Berkman LF, Kawachi I (ed.) *Social Epidemiology*. Oxford University Press, New York. 2000, pp.242-266
47. Erengin K, Dedeoğlu N. Sağlık Ölçmenin Kolay Bir Yolu: Algılanan Sağlık. *Toplum ve Hekim* 1977. 12:11-16
48. Erselcan F. Disiplinlerarası Ortak Bir Çalışma Alanı Olarak Sosyal Sermaye. *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 2009 Cilt: 35, Sayı: 2, s. 248-256
49. Ersöz GA. Tüketim Toplumunda “Sıfır Beden” Söylemi: Neden ve Sonuçları Üzerine Sosyolojik Bir Değerlendirme. *Edebiyat Fakültesi Dergisi*. Cilt:27, Sayı:2. 2010
50. Ferlander S. The Internet, Social Capital and Local Community. Doktora Tezi. Stirling Üniversitesi, Stirling, 2003. (Erişim:<http://www.crdlt.stir.ac.uk/Docs/SaraFerlanderPhD.pdf> erişim tarihi: 01.12.2011)
51. Ferlander S. The Importance of Different Forms of Social Capital for Health. *Acta Sociologica*. 2007 Vol 50(2): 115–128
52. Field J. Sosyal Sermaye. çev. Bilgen B, Şen B, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2006
53. Fine B. Sosyal Sermaye Sosyal Bilime Karşı (Bin Yılın Eşiğinde Ekonomi Politik ve Sosyal Bilimler). (çev.) Ayşegül Kars. Yordam Kitap 1. Basım, İstanbul 2011
54. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine* 56 (2003) 2505–2514
55. Fujisawa Y, Hamano T, Takegawa S. Social capital and perceived health in Japan: An ecological and multilevel analysis. *Social Science & Medicine* 69 (2009) 500–505
56. Fukuyama F. Social Capital, Civil Society and Development. *Third World Quarterly*, Vol 22, No 1, pp 7-20, 2001
57. Fukuyama F. Güven (Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması). çev. Buğdaycı A. Türkiye İş Bankası Yayınları 2005.
58. Glaeser EL, Laibson D, Sacerdote B. An Economic Approach to Social Capital. *The Economic Journal* Vol:112 No:483 pp.F437-F458 (2002)

59. Glanz K, Rimer BK, Visvanath K. Theory, Research, and Practice in Health Behavior and Health Education. In Glanz K, Rimer BK, Visvanath K (ed) Health Behavior and Health Education. Jossey-Bass 4th Edition, 2008, San Fransisco
60. Gökalp S, Güçiz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ünlüer Ş. Erişkin ve Yaşlılarda Ağız-Dış Sağlığı Profili Türkiye-2004. Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi. Cilt: 31, Sayı: 4, Sayfa: 11-18, 2007
61. Granovetter MS. The Strength of Weak Ties. American Journal of Sociology, Vol. 78, No. 6 (May, 1973), pp. 1360-1380
62. Green LW, Hiatt RA. Behavioural Determinants of Health and Disease. In Detels R, Beaglehole R, Langsang MA, Gulliford M (ed) Oxford Textbook of Public Health. Oxford University Press 5th Ed. 2009, Oxford. pp120-136
63. Griffith S. A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines. British Journal of General Practice, 1990, 40, 114-116.
64. Grootaert C. Social Capital: The Missing Link? The Wold Bank Social Capital Initiative Working Paper No. 3 (1998) İnternet adresi: <http://siteresources.worldbank.org/INTSOCIALCAPITAL/Resources/Social-Capital-Initiative-Working-Paper-Series/SCI-WPS-03.pdf> (Erişim Tarihi: 15.12.2011)
65. Grootaert C, van Bastelaer T. Social Capital: From Definition to Measurement. In “Understanding and Measuring Social Capital: A Multidisciplinary Tool for Practioners” ed. Grootaert C, van Bastelaer T. The World Bank, Washington D.C., 2002
66. Groth MV, Fagt S, Brondsted L. Social determinants of dietary habits in Denmark. European Journal of Clinical Nutrition (2001) 55,959–966
67. Güler S. Türk Mutfak Kültürü ve Yeme İçme Alışkanlıkları. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. Sayı: 26, 2010. ss.24-30
68. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009)Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
69. Hamano Y, Fujisawa Y, Ishida Y, Subramanian SV, Kawacji I, Schiwaku K. Social Capital and Mental Health in Japan: A Multilevel Analysis. PLoS ONE 2010; 5(10)
70. Harpham T. The measurement of community social capital through surveys. In Kawachi I, Subramanian SV, Kim D (ed) Social Capital and Health, Springer New York, USA, 2008, pp 51-62

71. Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring Social Capital within Health Surveys: key issues. *Health Policy and Planning*, 2002; 17 (1): 106-111
72. Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion: a review. *Social Science & Medicine* 51 (2000) 871-885
73. Helliwell JF, Putnam RD. The Social Context of Well-being. *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B* (2004) 359, 1435–1446
74. Hendryx MS, Ahern MM, Lovrich NP, McCurdy AH. Access to Health Care and Community Social Capital. 2002 HSR: Health Services Research 37:1
75. Hirsch J, Erel Muhiddin. Hıfzısıhha Ders Kitabı Cilt 1. İstanbul Üniversitesi Yayınları Sayı: 34, s.21. İstanbul Cumhuriyet Matbaası, İstanbul 1938
76. Iburg KM, Salomon JA, Tandon A, Murray CJA, Cross-population comparability of self-reported and physician-assessed mobility levels: Evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No. 14, World Health Organization, 2001
77. Inglis V, Ball K, Crawford D. Why do women of low socioeconomic status have poorer dietary behaviours than women of higher socioeconomic status? A qualitative exploration. *Appetite* 2005-12, vol. 45, no. 3, pp. 334-343.
78. Jarvis MJ, Wardle J. Kişisel Sağlık Davranışlarında Sosyal Kalıplanma: Sigara İçme Durumu. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri içinde, Marmot M ve Wilkinson R (ed.), Kayı İ, Yasin Y (çev. ed.), İNSEV Yayınları, İstanbul, 2008. s.257-272
79. Johnson CM, Sharkey JR, Dean WR. Eating Behaviors and Social Capital Are Associated With Fruit and Vegetable Intake Among Rural Adults. *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, 5:302–315, 2010
80. Kapu H. Sosyal Sermaye ve Organizasyonların Öngörü Yeteneğini Geliştirme Gücü. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2008. Cilt: 22, Sayı: 1
81. Karagül M, DüNDAR S. Sosyal Sermaye ve Belirleyicileri Üzerine Ampirik Bir Çalışma. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi* (12) 2006, 61-78
82. Kardas P. Patient compliance with antibiotic treatment for respiratory tract infections. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* (2002) 49, 897-903
83. Kawachi I, Berkman LF. Social Cohesion, Social Capital, and Health. In Berkman LF, Kawachi I (ed.) *Social Epidemiology*. Oxford University Press, New York. 2000, pp.174-190
84. Kawachi I, Berkman LF. Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* Vol. 78, No. 3, September 2001



85. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis, *Am J Public Health*. 1999; 89: 1187-1193
86. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social Capital, Income Inequality and Mortality. *Am J Public Health* 1997; 87:1491-1497
87. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. Social Capital and Health: A Decade of Progress and Beyond. In Kawachi I, Subramanian SV, Kim D (ed) *Social Capital and Health*, Springer New York, USA, 2008, pp 1-26
88. Kim D, Baum CF, Ganz ML, Subramanian SV, Kawachi I. The contextual effects of social capital on health: A cross-national instrumental variable analysis. *Social Science & Medicine* 73 (2011) 1689-1697
89. Kim D, Subramanian SV, Gortmaker SL, Kawachi I. US state- and county-level social capital in relation to obesity and physical inactivity: A multilevel, multivariable analysis. *Social Science & Medicine* 63 (2006) 1045 – 1059
90. Kim D, Subramanian SV, Kawachi I; Social capital and physical health: A systematic review of the literature. In Kawachi I, Subramanian SV, Kim D (ed) *Social Capital and Health*, Springer New York, USA, 2008, pp 139-190
91. Krishna A, Shareder E. Cross-cultural Measures of Social Capital: A Tool and Results from India and Panama. World Bank, 2000. Social Capital Initiative Working Papers no:21
92. Krishna A, Shareder E. The Social Capital Assessment Tool: Design and Implementation. In “Understanding and Measuring Social Capital: A Multidisciplinary Tool for Practitioners” ed. Grootaert C, van Bastelaer T. The World Bank, Washington D.C., 2002, pp.17-40
93. Kumar S, Calvo R, Avendano M, Sivaramakrishnan K, Berkman LF. Social support, volunteering and health around the world: Cross-national evidence from 139 countries. *Social Science & Medicine* 74 (2012) 696-706
94. Lakon CM, Godette DC, Hipp JR. Network-Based Approaches for Measuring Social Capital. In Kawachi I, Subramanian SV, Kim D (ed) *Social Capital and Health*, Springer New York, USA, 2008, pp 63-81
95. Law J, VanDerslice J. Proximal and Distal Determinants of Access to Health Care among Hispanics in El Paso County, Texas. *J Immigrant Minority Health* (2011) 13:379–384
96. Lin N. Building a Network Theory of Social Capital. *Connections*, 1999. Vol.22(1): s.28-51

97. Lin N. *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*. Cambridge University Press, New York. 2001
98. Lindström M. Social capital and the miniaturization of community among daily and intermittent smokers: a population-based study. *Preventive Medicine* 36 (2003) 177–184
99. Lindström M. Social capital, the miniaturisation of community and self-reported global and psychological health. *Social Science & Medicine* 59 (2004) 595–607
100. Lindström M. Social Capital, the Miniaturization of Community and High Alcohol Consumption: a Population Based Study. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 40, No. 6, pp.556–562, 2005
101. Lindström M. Social Capital and Health Related Behaviors. In Kawachi I, Subramanian SV, Kim D (ed) *Social Capital and Health*, Springer New York, USA, 2008, pp 215-238
102. Lindström M, Axen E. Social capital, the miniaturization of community and assessment of patient satisfaction in primary healthcare: A population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, (2004) 32(4), 243-249.
103. Locher JL, Ritchie CS, Roth DL, Baker PS, Bodner EV, Allman RM. Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Social Science & Medicine* 60 (2005) 747–761
104. Lwanga SK, Lemeshow S. *Sample Size Determination in Health Studies*. World Health Organization. Geneva, 1991
105. Lynch J, Smith GD, Hillemeier M, Shaw M, Raghunathan T, Kaplan G. Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet* 2001; 358: 194–200
106. Macinko J ve Starfield B; *The Utility of Social Capital in Research on Health Determinants*; *The Milbank Quarterly*, Vol.79, No 3, 2001
107. Marx K. *Ücretli Emek ve Sermaye; Ücret, Fiyat ve Kâr*. Sol Yayınları. 2008
108. Marmot M. Status Syndrome: A Challenge to Medicine. *JAMA*, 2006. Vol 295, No. 11
109. Marmot M. Giriş, Bölüm 1. *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri içinde*, Marmot M ve Wilkinson R (ed.), Kayı İ, Yasin Y (çev. ed.), İNSEV Yayınları, İstanbul, 2008. s.13-17
110. Marshall G. *Sosyoloji Sözlüğü*. Çev. Akınhay O., Kömürcü D. Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2009
111. Marshman Z, Robinson PG. Dental Public Health. In Detels R, Beaglehole R, Langsang MA, Gulliford M (ed) *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford University Press 5th Ed. 2009, Oxford. pp.1101-1116

112. McNeill LH, Kreuter MW, Subramanian SV. Social Environment and Physical Activity: A Review of Concepts and Evidence. *Social Science & Medicine* 63 (2006) 1011–1022
113. Mohseni M ve Lindstrom M, Social capital, trust in the health care system and self-rated health: The role of Access to health care in a population-based study, *Social Science & Medicine* 64 (2007) 1373-1383.
114. Muntaner C. Commentary: Social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology. *International Journal of Epidemiology* 2004;33:674–680
115. Murat S. Doğum Yerlerine Göre İstanbul Nüfusu ve İç Göçler. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*. Sayı:53. 2007/2 ss.83-140
116. Narayan D, Cassidy MF. A Dimensional Approach to Measuring Social Capital: Development and Validation of a Social Capital Inventory. *Current Sociology* 2001Vol. 49(2): 59-102
117. Navarro V. A Critique of Social Capital. *International Journal of Health Services*, Volume 32, Number 3, pp 423–432, 2002
118. Nikolic IA, Stanciole AE, Zaydman M. Chronic Emmergency: Why NCDs Matter? Health, Nutrition, and Population, Human Development Network, The World Bank, 2011
119. OECD. The Wellbeing of Nations: The Role of Human and Social Capital. OECD Paris. 2001
120. OECD. Society at a glance 2011: OECD Social Indicators, OECD, 2011 (İnternet Adresi: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8111041ec026.pdf?expires=1334049331&id=id&accname=guest&checksum=C47F2A9BA569C9E527FB2D874D0D0427> Erişim Tarihi: 01.04.2012)
121. Oksanen T, Kivimaki M, Kawachi I, Subramanian SV, Takao S, Suzuki E, Kouvonen A, Pentti J, Salo P, Virtanen M, Vahtera J. Workplace Social Capital and All-Cause Mortality: A Prospective Cohort Study of 28 043 Public-Sector Employees in Finland. *Am J of Public Health* 2011, Vol 101, No. 9
122. Onat A, Hergenç G, Küçükdurmaz Z, Uğur M, Kaya Z, Can G, Yüksel H. Moderate and heavy alcohol consumption among Turks: long-term impact on mortality and cardiometabolic risk. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol* 2009;37(2):83-90
123. Orak S, Akgün S, Orhan H. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının araştırılması. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.* 2006;13(2)/5-11

124. Önsüz MF, Zengin Z, Özkan M, Şahin H, Gedikoğlu S, Erseven S, Dişli H, Bektaş H. Sakarya’da bir ilköğretim okulu öğrencilerinde obezite ve hipertansiyonun değerlendirilmesi. *Sakaryamj*;2011(3):86-92
125. Ören K. Sosyal Sermayede Güven Unsuru ve İşgücü Performansına Etkisi. *Kamu-İş*, 2007; C:9, S:1
126. Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan Ş. Yaşlılarda Tedaviye Uyum. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9 (3): 177-181
127. Özuğurlu A. Sosyal Sermaye: Kamunun Trajedisi ya da Emegin Sömürgeleştirilmesinde Yeni Bir Eşik. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi* (12) 2006, ss.188-213
128. Pichler F, Wallace C. Social Capital and Social Class in Europe: The Role of Social Networks in Social Stratification. *European Sociological Review* Vol.25 No.3 2009 319–332
129. Portes A. Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. *Annual Reviews Sociology* 1998. 24: 1-24
130. Prentice JC. Neighborhood effects on primary care access in Los Angeles. *Social Science & Medicine* 62 (2006) 1291 – 1303
131. Putnam R. The Prosperous Community; Social Capital and Public Life. *The American Prospect*, Spring 1993. Section: Mending The Social Fabric
132. Putnam R. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Simon&Schuster. New York. 2000
133. Room R. Alcohol. In Detels R, Beaglehole R, Langsang MA, Gulliford M (ed) *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford University Press 5th Ed. 2009, Oxford. pp1322-1333
134. Rosen G. Approaches to Concept of Social Medicine. *The Millbank Memorial Fund Quarterly* 1948. Vol.26, No.1, pp.7-21
135. Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (SSBK). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva. 2008
136. Sallis JF, Owen N, Fisher EB. Ecological Models of Health Behavior. In Glanz K, Rimer BK, Visvanath K (ed) *Health Behavior and Health Education*. Jossey-Bass 4th Edition, 2008, San Fransisco
137. Schultz T. Investment in Human Capital. *The American Economic Review*, 1961; Vol.51, No.1, pp.1-17

138. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva, World Health Organization, 2010.
139. Solar O, Irwin A, Vega J. Determinants of Health and Disease: Overview and Framework. In Detels R, Beaglehole R, Langsang MA, Gulliford M (ed) Oxford Textbook of Public Health. Oxford University Press 5th Ed. 2009, Oxford. pp101-119
140. Stafford M, De Silva M, Stansfeld S, Marmot M. Neighbourhood social capital and common mental disorder: Testing the link in a general population sample. Health & Place 14 (2008) 394-405
141. Stansfeld SA. Toplumsal Destek ve Toplumsal Birlik. Marmot M, Wilkinson RG (ed.) Sağlığın Sosyal Belirleyicileri (çev. ed. Kayı İ, Yasin Y) içinde. İNSEV Yayınları 2009, ss.173-199
142. Stephens C. Social capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health. Social Science & Medicine 66 (2008) 1174-1184
143. Sundquist J, Johansson S-E, Yang M, Sundquist K. Low linking social capital as a predictor of coronary heart disease in Sweden: A cohort study of 2.8 million people. Social Science & Medicine 62 (2006) 954 – 963
144. Szreter S. The State of Social Capital: Bringing Back in Power, Politics, and History. Theory and Society, Vol. 31, No. 5 (Oct., 2002), pp. 573-621
145. Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. International Journal of Epidemiology 2004;33:650–667
146. Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük. İnternet Adresi: <http://tdkterim.gov.tr/bts/> Erişim Tarihi: 03.02.2012
147. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması-2008. TÜİK Yayın No:3324, Türkiye İstatistik Kurumu, 2008, Ankara
148. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Haber Bülteni: Ölüm İstatistikleri 2009. Sayı: 179. Yayın Tarihi: 06 Eylül 2011. İnternet Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10711> (Erişim Tarihi: 01.03.2012)
149. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Haber Bülteni. Hanehalkı işgücü araştırması 2011 Ağustos dönemi sonuçları (Temmuz, Ağustos, Eylül 2011). Sayı: 228. 15 Kasım 2011
150. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), İnternet Sitesi, 2011: [http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10736&tb\\_id=2](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10736&tb_id=2) (Erişim Tarihi: 03.04.2012)

151. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2011, TÜİK, Ankara, 2011 [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) (Erişim Tarihi: 03.04.2012)
152. Türkkan A. Uludağ Üniversitesi-Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi Bölgesinde Sosyo-ekonomik Açından Farklı İki Bölgede Sağlıkta Eşitsizlikler ve Bunu Etkileyen Etmenler. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Bursa, 2005, s. 20
153. Ueshima K, Fujiwara T, Takao S, Suzuki E, Iwase T, Doi H, Subramanian SV, Kawachi I. Does Social Capital Promote Physical Activity? A Population-Based Study in Japan. PLoS ONE. 2010. Volume 5, Issue 8
154. Uğuz H.E. Kişisel ve Kurumsal Gelişmeye Farklı Bir Yaklaşım: Sosyal Sermaye. Orion Kitabevi. 2010
155. Ulaş B, Genç MF. Malatya Asker Hastanesinde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum ve Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 17 (3) 187-193 (2010)
156. Van der Gaag M, Webber M. Measurement of Individual Social Capital: Questions, Instruments, and Measures. In Kawachi I, Subramanian SV, Kim D (ed) Social Capital and Health, Springer New York, USA, 2008, pp 29-49
157. Veenstra G. Social capital, SES and health: an individual level analysis. Social Science & Medicine 2000, 50: 619-629
158. Veenstra G. Who you know, where you live:social capital, neighbourhood and health. Social Science & Medicine 60 (2005) 2799–2818
159. Virchow R. Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia, Social Medicine Journal Vol.1, No. 1, 2006; Orijinal raporun (*Archiv. für patholog. Anatomie u. Physiologie u. für klin. Medicin, 1848, Vol II, Nos. 1 and 2*) LJ Rather tarafından edisyonu yapılan “Collected Essays in Public Health and Epidemiology” isimli kitaptaki İngilizce çevirisinin yeniden basımı
160. Weitzman ER, Chen YY. Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and secondhand effects: national survey findings. J Epidemiol Community Health 2005;59:303–309
161. Wilkinson R. Income distribution and life expectancy. BMJ 1992; 304: 165-8
162. Wilkinson R. Unhealthy Societies. Routledge 1996, London
163. Wilkinson R. Inequality and the social environment: a reply to Lynch et al. J Epidemiol Community Health 2000;54:411–413

164. Wilkinson R, Marmot M. Social Determinants of Health: The Solid Facts. World Health Organization Europe. Second Edition. 2003
165. Winter I. Towards a theorised understanding of family life and social capital. Working Paper 21. Australian Institute of Family Studies, 2000
166. Woolcock M. The Place of Social Capital in Understanding Social and Economic Outcomes. Isma Canadian Journal of Policy Research, 2001. Volume 2, Issue 1 pp 11-17 Publisher: OECD. İnternet Adresi: <http://www.oecd.org/dataoecd/5/13/1824913.pdf> (Erişim Tarihi: 13.02.2012)
167. Yazıcıoğlu B. Ağız ve Diş Sağlığı. Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde (ed) Güler Ç, Akın L. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006. Ankata
168. Yücel B. Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Yeme Bozuklukları. Klinik Gelişim Cilt:22 Sayı:4 s.39-44 (2009)
169. Ziersch AM. Health Implications of Access to Social Capital: findings from an Australian study. Social Science & Medicine 61 (2005) 2119–2131
170. Ziersch AM, Baum FE, MacDougall C, Putland C. Neighborhood life and social capital: the implications for health. Social Science & Medicine. 60 (2005) 71-86

## X. EKLER

## EK 1. SOSYAL SERMAYE VE SAĞLIK DAVRANIŞLARI ARAŞTIRMASI SORU FORMU

**Sayın Katılımcı,**

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda **“İstanbul'da bir Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Nüfusta Sosyal Sermaye ve Sağlık Davranışlarının Araştırılması”** başlıklı uzmanlık tezi kapsamında yürütülmektedir. **Etik Kurul Onayı** bulunan bu çalışma için **İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile 08.06.2011 tarihinde imzalanan protokol çerçevesinde** bilgi toplanmaktadır. Amacımız sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirmek için sosyal sermaye ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Soru formu bağlı bulunduğunuz Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18-65 yaş arası bireylere uygulanacaktır. Sizden beklentimiz sadece anket kapsamındaki soruları yanıtlamanızdır.

Araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Katılsanız bile istediğiniz an sorulara yanıt vermekten vazgeçebilirsiniz veya daha sonra verdiğiniz yanıtların araştırma kapsamından çıkartılmasını talep edebilirsiniz. Araştırmaya katılmakla ne araştırmacı ne de katılımcı herhangi bir mali sorumluluk altına girmeyecektir. Kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu bilgiler kapsamında herhangi bir yayın hazırladığında özel yaşama ait bilgilerinizin gizliliği devam edecektir.

**Katılımınız ve verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.**

**İletişim:** Dr. İlker Kayı

Adres: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ÇAPA / İSTANBUL

Tel: 0212 414 20 00 (Dahili: 32404)

Cep: 0533 243 61 98

e-posta: [ikayi@istanbul.edu.tr](mailto:ikayi@istanbul.edu.tr) veya [ilkerkayi@gmail.com](mailto:ilkerkayi@gmail.com)

Aşağıdaki soruların bazıları noktalı boş alanlara yazarak, bazıları çoktan seçmeli sorular için bir şıkkı, bazıları da soruların her alt başlığı için birer cevap şıkkı işaretleyerek cevaplandırılmalıdır. Lütfen boş bırakmayınız!

1) Doğum tarihiniz (yıl): ..... Doğum yeriniz (il):

.....

2) Cinsiyetiniz: ( 1 ) Erkek ( 2 ) Kadın

Aşağıdaki sorular gündelik hayatınızda ilişki kurduğunuz kişi ya da kurumlara yönelik sorulmuştur.

3) Bu mahallede yaşayan insanlar birbiriyle iyi geçinir mi?

( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 )

Kesinlikle evet



**4) Komşularınızla bir tartışma yaşadığınızda, çözüm bulmak zor mudur?**

( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 )

Kesinlikle evet

**5) Genel olarak, aynı mahallede yaşadığınız komşularınıza güvenir misiniz?**

( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 )

Kesinlikle evet

**6) Genel olarak, Türkiye’de yaşayan insanlara güvenir misiniz?**

( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 )

Kesinlikle evet

**7) Bu mahallede yaşayan insanlar, ellerine bir fırsat geçerse başkalarından çıkar sağlamaya çalışır mı?**

( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 )

Kesinlikle evet

**8) Sizce, Türkiye’de yaşayan insanlar, ellerine bir fırsat geçerse başkalarından çıkar sağlamaya çalışır mı?**

( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 )

Kesinlikle evet

**9) Genel olarak Türkiye’deki devlet kurumlarına güvenir misiniz?**

( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 )

Kesinlikle evet

**10) Karanlık olduğunda mahallede yürürken kendinizi güvende hisseder misiniz?**

( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 )

Kesinlikle evet

**11) Mahallenize yeni taşınan bir kişinin cinsiyeti, cinsel yönelimi, dini, ırkı veya mesleği gibi özellikleri onun mahallede kabul görmesini etkiler mi?**

( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 )

Kesinlikle evet

**12) Kendinizi bu mahallenin bir parçası gibi hissediyor musunuz?**

( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 )

Kesinlikle evet

**13) Kendinizi Türkiye’de yaşayan toplumun bir parçası gibi hissediyor musunuz?**

( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 )

Kesinlikle evet

**14) Dini bayramlarda mahalledeki komşular arasında ev ziyaretleri olur mu?**

( 1 ) Hiçbir zaman ( 2 ) Nadiren ( 3 ) Ara sıra ( 4 ) Çoğu zaman ( 5 ) Her

zaman

**15) Bu mahallede oturan insanlar komşularına yardımda bulunmaya istekli midir?**

( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 )

Kesinlikle evet

**16) Siz veya komşularınız birbirinize ne sıklıkta yardım edersiniz?**

( 1 ) Hiçbir zaman ( 2 ) Nadiren ( 3 ) Ara sıra ( 4 ) Çoğu zaman ( 5 ) Her

zaman

**17) İhtiyacınız olduğunda size maddi destek sağlayabilecek yakınınız var mı? Varsa kaç kişi? (Lütfen her tanıdık grubu için bir cevap işaretleyiniz!)**

I. Akraba: ( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

II. Komşu: ( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

III. İş arkadaşları:( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

IV. Diğer arkadaşlar:( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

**18) İhtiyacınız olduğunda derdinizi paylaşabileceğiniz yakınınız var mı? Varsa kaç kişi?**

**(Lütfen her tanıdık grubu için bir cevap işaretleyiniz!)**

I. Akraba: ( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

II. Komşu: ( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

III. İş arkadaşları:( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

IV. Diğer arkadaşlar:( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

**19) Bir konu hakkında detaylı bilgiye veya danışmanlığa ihtiyacınız olursa yardım**

**alabileceğiniz yakınınız var mı? Varsa kaç kişi? (Lütfen her tanıdık grubu için bir cevap işaretleyiniz!)**

I. Akraba: ( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

II. Komşu: ( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

III. İş arkadaşları:( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

IV. Diğer arkadaşlar:( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

**20) Bir sağlık sorununuz olursa hastanede muayene olmanızı kolaylaştıracak bir yakınınız var mı? Varsa kaç kişi? (Lütfen her tanıdık grubu için bir cevap işaretleyiniz!)**

I. Akraba: ( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

II. Komşu: ( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

III. İş arkadaşları:( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

IV. Diğer arkadaşlar:( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

**21) İş arıyor olsanız, iş bulmanızda size yardım edecek yakınınız var mı? Varsa kaç kişi?**

**(Lütfen her tanıdık grubu için bir cevap işaretleyiniz!)**

I. Akraba: ( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

II. Komşu: ( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

III. İş arkadaşları:( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

IV. Diğer arkadaşlar:( 0 ) Hiç ( 1 ) 1-2 kişi ( 2 ) 3-4 kişi ( 3 ) 5 veya daha fazla kişi

**22) Aşağıdaki grup veya kurumlardan herhangi birine üye misiniz? Üye iseniz aktif olarak çalışmalara katılır mısınız? (Lütfen her grup veya kurum için bir cevap işaretleyiniz!)**

- |                                                       |                   |              |                         |
|-------------------------------------------------------|-------------------|--------------|-------------------------|
| I. Meslek kuruluşları                                 | ( 1 ) Üye değilim | ( 2 ) Üyeyim | ( 3 ) Aktif çalışan üye |
| II. Sendika                                           | ( 1 ) Üye değilim | ( 2 ) Üyeyim | ( 3 ) Aktif çalışan üye |
| III. Dini vakıf, dernek                               | ( 1 ) Üye değilim | ( 2 ) Üyeyim | ( 3 ) Aktif çalışan üye |
| IV. Kadın grupları                                    | ( 1 ) Üye değilim | ( 2 ) Üyeyim | ( 3 ) Aktif çalışan üye |
| V. Siyasi parti                                       | ( 1 ) Üye değilim | ( 2 ) Üyeyim | ( 3 ) Aktif çalışan üye |
| VI. Çevreci kuruluşlar                                | ( 1 ) Üye değilim | ( 2 ) Üyeyim | ( 3 ) Aktif çalışan üye |
| VII. Hayır kurumları,<br>sivil toplum kuruluşları     | ( 1 ) Üye değilim | ( 2 ) Üyeyim | ( 3 ) Aktif çalışan üye |
| VIII. Spor kulüpleri veya<br>Kültür sanat kuruluşları | ( 1 ) Üye değilim | ( 2 ) Üyeyim | ( 3 ) Aktif çalışan üye |
| IX. Gençlik klübü                                     | ( 1 ) Üye değilim | ( 2 ) Üyeyim | ( 3 ) Aktif çalışan üye |
| X. Diğer: .....                                       | ( 1 ) Üye değilim | ( 2 ) Üyeyim | ( 3 ) Aktif çalışan üye |

**23) Yukarıda sayılan gruplardan veya kurumlardan, üye olmasanız bile maddi veya manevi bakımdan veya bilgi danışmak için destek gördünüz mü? (Lütfen her seçenek için bir cevap işaretleyiniz!)**

- |                    |             |            |
|--------------------|-------------|------------|
| I. Maddi           | ( 0 ) Hayır | ( 1 ) Evet |
| II. Manevi         | ( 0 ) Hayır | ( 1 ) Evet |
| III. Bilgi danışma | ( 0 ) Hayır | ( 1 ) Evet |

**24) Akrabalarınız, komşularınız, iş arkadaşlarınız ve bu grupların dışında kalan yakın arkadaşlarınız ile ne sıklıkta buluşup görüşürsünüz? (Lütfen her alt başlık için bir cevap işaretleyiniz!)**

- |                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. Akrabalarınızla,                                                                                          |
| ( 1 ) Hiç ( 2 ) Yılda bir ( 3 ) 6 ayda bir ( 4 ) Ayda bir ( 5 ) 2 haftada bir ( 6 ) Haftada bir/birden fazla |
| II. Komşularınızla                                                                                           |
| ( 1 ) Hiç ( 2 ) Yılda bir ( 3 ) 6 ayda bir ( 4 ) Ayda bir ( 5 ) 2 haftada bir ( 6 ) Haftada bir/birden fazla |
| III. İş arkadaşlarınızla,                                                                                    |
| ( 1 ) Hiç ( 2 ) Yılda bir ( 3 ) 6 ayda bir ( 4 ) Ayda bir ( 5 ) 2 haftada bir ( 6 ) Haftada bir/birden fazla |
| IV. Diğer arkadaşlarınızla,                                                                                  |
| ( 1 ) Hiç ( 2 ) Yılda bir ( 3 ) 6 ayda bir ( 4 ) Ayda bir ( 5 ) 2 haftada bir ( 6 ) Haftada bir/birden fazla |

- 25) Mahallenizin gençleri uyuşturucu kullanırsa siz veya mahalle sakinleri bu konuda bir şeyler yapmaya çalışır mısınız?  
 ( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 ) Kesinlikle evet
- 26) Mahallenizde bir kavga çıkarsa siz veya mahalle sakinleri kavgayı ayırmaya çalışır mısınız?  
 ( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 ) Kesinlikle evet
- 27) Sokağa çöp döken kişiler olursa siz veya mahalle sakinleri onları uyarır mısınız?  
 ( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 ) Kesinlikle evet
- 28) Çöp toplama araçları uzun süre mahallenize uğramazsa mahalle sakinleri birlik olup bu konuda bir şeyler yapar mı?  
 ( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 ) Kesinlikle evet
- 29) Aile Sağlığı Merkezi kapatılıp daha uzak bir yerde açılacak olsa mahalle sakinleri birlik olup bu konuda bir şeyler yapar mı?  
 ( 1 ) Kesinlikle hayır ( 2 ) Hayır ( 3 ) Ne evet, ne hayır ( 4 ) Evet ( 5 ) Kesinlikle evet
- 30) 12 Haziran 2011 genel seçimlerinde oy kullandınız mı?  
 ( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet
- 31) Son 12 ay içinde bir imza kampanyasına katıldınız mı?  
 ( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet
- 32) Son 12 ay içinde bir halk yürüyüşüne (Cumhuriyet Bayramı fener alayları vb.) katıldınız mı?  
 ( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet
- 33) Son 12 ay içinde bir protesto eylemine katıldınız mı?  
 ( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet
- 34) Hayatınızın kontrolünün kendi elinizde olduğunu ne kadar sık hissedersiniz?  
 ( 1 ) Hiçbir zaman ( 2 ) Nadiren ( 3 ) Ara sıra ( 4 ) Çoğu zaman ( 5 ) Her zaman

Aşağıdaki sorular sağlıkla ilgili çeşitli davranışlarınızı değerlendirmek amacıyla sorulmuştur.

- 35) Her gün kahvaltı yapar mısınız?  
 ( 0 ) Hayır, hiç ( 1 ) Nadiren ( 2 ) Ara sıra ( 3 ) Çoğu zaman ( 4 ) Evet her zaman
- 36) Gün içinde yemek yemeyi ihmal ettiğiniz ve öğün atladığınız olur mu?  
 ( 0 ) Hayır, hiç ( 1 ) Nadiren ( 2 ) Ara sıra ( 3 ) Çoğu zaman ( 4 ) Evet her zaman
- 37) Yatmadan önce bir şeyler yiyip içer misiniz?  
 ( 0 ) Hayır, hiç ( 1 ) Nadiren ( 2 ) Ara sıra ( 3 ) Çoğu zaman ( 4 ) Evet her zaman
- 38) Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz?  
 ( 0 ) Hayır, hiç ( 1 ) Nadiren ( 2 ) Ara sıra ( 3 ) Çoğu zaman ( 4 ) Evet her zaman
- 39) Son 3 ayda, kilo vermeye ya da almaya çalıştınız mı?  
 ( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet

**40) Günde en az iki defa dişlerinizi fırçalar mısınız?**

( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet

**41) Haftada en az 2-3 gün en az 20-30 dakika olacak şekilde spor veya egzersiz yapar mısınız?**

( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet

**42) Sigara içiyor musunuz (Her gün en az bir adet)?**

( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet

**43) Son 30 günde, 24 saat içinde en az 5 kadeh alkollü içki içtiğiniz bir gün oldu mu?**

( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet

**44) Son 12 ay içinde ihtiyacınız olmasına rağmen sağlık hizmeti almayı geçiştirdiğiniz veya ertelediğiniz oldu mu?**

( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet

**45) Son 12 ay içinde ihtiyacınız olmasına rağmen sağlık hizmeti alamadığınız oldu mu?**

( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet

**46) Son 12 ay içinde bir hekim tarafından verilen tedaviyi veya önerilen ilaçları tamamlamadan bıraktığınız oldu mu?**

( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet

**47) Son 12 ay içinde diş hekimine muayene oldunuz mu?**

( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet

**48) Genel olarak kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**

( 1 ) Çok kötü ( 2 ) Kötü ( 3 ) Ne kötü ne iyi ( 4 ) İyi ( 5 ) Çok iyi

**Aşağıdaki sorular, barınma, eğitim, geçim durumu ve mesleğinizi değerlendirmeye yöneliktir.**

**49) Oturduğunuz evin mülkiyeti kime ait?**

( 1 ) Kendi evim ( 2 ) Anne veya babamın evi  
( 3 ) Kira ödemedem oturuyorum ( 4 ) Kirada oturuyorum (Aylık kira miktarı:.....TL)

**50) Salon hariç, evinizdeki oda sayısı: .....**

**51) Hanehalkı (beraber yaşadığınız toplam kişi) sayısı: .....**

**52) Ne kadar zamandır İstanbul'da yaşıyorsunuz? (.....ay veya ..... yıl)**

**53) Ne kadar zamandır şu anki evinizde oturuyorsunuz? (.....ay veya ..... yıl)**

**54) Medeni durumunuz: ( 1 ) Bekar ( 2 ) Evli ( 3 ) Dul ( 4 ) Boşanmış ( 5 ) Eşinden ayrı**

**55) Eğitim durumunuz:**

( 1 ) Okuma-yazma bilmiyor ( 6 ) Yüksek okul (2 yıllık) mezunu  
( 2 ) Okur-yazar ( 7 ) Üniversite mezunu  
( 3 ) İlkokul mezunu ( 8 ) Yüksek Lisans (Master) mezunu  
( 4 ) Ortaokul mezunu ( 9 ) Doktora mezunu  
( 5 ) Lise mezunu ( 10 ) Diğer:.....

56) Mesleğiniz: .....

57) Çalışma durumunuz:

- |                                      |                                                      |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------|
| ( 1 ) Ev hanımı (72. Soruya geçiniz) | ( 8 ) Ücretli/aylıklı özel sektör çalışanı           |
| ( 2 ) Öğrenci (72. Soruya geçiniz)   | ( 9 ) Ücretsiz aile işçisi                           |
| ( 3 ) İşsiz (72. Soruya geçiniz)     | ( 10 ) Kendi hesabına (çalışan sayısı.....)          |
| ( 4 ) Emekli, çalışmıyor             | ( 11 ) Kendi hesabına, ortaklı (çalışan sayısı.....) |
| ( 5 ) Emekli, çalışıyor              | ( 12 ) Mevsimlik/iş buldukça                         |
| ( 6 ) Ücretli/aylıklı kamu işçisi    | ( 13 ) Diğer: .....                                  |
| ( 7 ) Ücretli/aylıklı memur          |                                                      |

58) İşinizde (emekli iseniz eski işinizde) yöneticilik göreviniz var mı?

- ( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet

59) İşiniz (emekli iseniz eski işiniz) beden veya kol gücüne mi dayalıdır, yoksa zihinsel bir iş midir?

- ( 0 ) Beden veya kol gücüne dayalı bir iş ( 1 ) Zihinsel bir iş

60) Aylık toplam geliriniz (maaş, kira, banka geliri vs. toplamı) ne kadardır?

- |                                             |                            |
|---------------------------------------------|----------------------------|
| ( 0 ) Aylık Gelirim yok                     | ( 3 ) 1.500-2.499 TL arası |
| ( 1 ) 655,57 TL (Asgari Ücret) veya daha az | ( 4 ) 2.500-3.499 TL arası |
| ( 2 ) 656-1.499 TL arası                    | ( 5 ) 3.500 TL ve üzeri    |

61) Toplam hane geliri miktarı ne kadardır?

- |                                             |                            |
|---------------------------------------------|----------------------------|
| ( 0 ) Aylık Hane Geliri yok                 | ( 3 ) 1.500-2.499 TL arası |
| ( 1 ) 655,57 TL (Asgari Ücret) veya daha az | ( 4 ) 2.500-3.499 TL arası |
| ( 2 ) 656-1.499 TL arası                    | ( 5 ) 3.500 TL ve üzeri    |

62) Haneye gelir getiren kişi sayısı: ..... Kişi

63) Size ait otomobil var mı?

- ( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet, ailemin ( 2 ) Evet, kendimin

64) Sosyal güvenceniz:

- ( 0 ) Yok ( 1 ) Yeşil kart ( 2 ) Emekli sandığı ( 3 ) SSK ( 4 ) Bağ-Kur

65) Özel sağlık sigortanız var mı?

- ( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet

66) Düzenli ilaç kullanmanızı veya düzenli tedavi olmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı?

- ( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet (Lütfen belirtiniz:.....)

67) Herhangi bir duyuşal (körlük, sağırılık vb.) engeliniz var mı?

- ( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet (Lütfen belirtiniz:.....)

68) Herhangi bir fiziksel engelliliğiniz var mı?

- ( 0 ) Hayır ( 1 ) Evet (Lütfen belirtiniz:.....)

**EK 2.** Soru formunda sosyal sermayeyi değerlendirmeye yönelik sorulan 61 sorunun madde toplam korelasyon değerleri

| Soru Numarası | Madde silinirse ölçek ortalaması | Madde silinirse ölçek varyansı | Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu | Madde silinirse Cronbach Alfa |
|---------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| 3             | 145,6709                         | 400,441                        | ,293                                 | ,889                          |
| 4             | 146,0159                         | 401,181                        | ,187                                 | ,890                          |
| 5             | 145,8824                         | 396,750                        | ,356                                 | ,888                          |
| 6             | 146,8235                         | 400,480                        | ,210                                 | ,889                          |
| 7             | 146,3768                         | 396,592                        | ,310                                 | ,888                          |
| 8             | 147,3561                         | 405,166                        | ,078                                 | ,891                          |
| 9             | 146,5199                         | 402,387                        | ,136                                 | ,890                          |
| 10            | 145,7806                         | 394,372                        | ,347                                 | ,888                          |
| 11            | 146,0588                         | 400,383                        | ,175                                 | ,890                          |
| 12            | 145,5437                         | 399,370                        | ,244                                 | ,889                          |
| 13            | 145,5390                         | 402,940                        | ,160                                 | ,890                          |
| 14            | 145,9793                         | 399,329                        | ,159                                 | ,891                          |
| 15            | 145,7790                         | 396,153                        | ,364                                 | ,888                          |
| 16            | 146,0954                         | 395,758                        | ,324                                 | ,888                          |
| 17.I          | 146,7520                         | 384,368                        | ,545                                 | ,885                          |
| 17.II         | 147,6010                         | 388,906                        | ,497                                 | ,886                          |
| 17.III        | 147,5533                         | 383,518                        | ,551                                 | ,885                          |
| 17.IV         | 147,3450                         | 380,099                        | ,593                                 | ,884                          |
| 18.I          | 146,7615                         | 387,297                        | ,514                                 | ,886                          |
| 18.II         | 147,6391                         | 389,365                        | ,517                                 | ,886                          |
| 18.III        | 147,5978                         | 383,324                        | ,579                                 | ,885                          |
| 18.IV         | 147,2258                         | 382,181                        | ,553                                 | ,885                          |
| 19.I          | 146,8776                         | 385,311                        | ,557                                 | ,885                          |
| 19.II         | 147,6407                         | 387,246                        | ,599                                 | ,885                          |
| 19.III        | 147,5564                         | 383,110                        | ,565                                 | ,885                          |
| 19.IV         | 147,2671                         | 380,540                        | ,589                                 | ,884                          |
| 20.I          | 147,5707                         | 387,647                        | ,485                                 | ,886                          |
| 20.II         | 148,0525                         | 392,540                        | ,506                                 | ,886                          |
| 20.III        | 147,9730                         | 389,622                        | ,520                                 | ,886                          |
| 20.IV         | 147,7377                         | 386,996                        | ,498                                 | ,886                          |
| 21.I          | 147,2178                         | 382,890                        | ,563                                 | ,885                          |
| 21.II         | 147,7901                         | 389,434                        | ,541                                 | ,886                          |
| 21.III        | 147,5596                         | 383,498                        | ,554                                 | ,885                          |
| 21.IV         | 147,3784                         | 381,267                        | ,572                                 | ,885                          |
| 22.I          | 148,3752                         | 404,228                        | ,277                                 | ,889                          |
| 22.II         | 148,4769                         | 408,005                        | ,058                                 | ,890                          |
| 22.III        | 148,4642                         | 407,577                        | ,089                                 | ,890                          |
| 22.IV         | 148,4849                         | 408,053                        | ,056                                 | ,890                          |
| 22.V          | 148,3545                         | 406,436                        | ,114                                 | ,890                          |
| 22.VI         | 148,4610                         | 407,711                        | ,080                                 | ,890                          |
| 22.VII        | 148,3529                         | 403,398                        | ,281                                 | ,889                          |
| 22.VIII       | 148,3307                         | 405,075                        | ,197                                 | ,889                          |

**EK 2'nin devamı**

| <b>Soru Numarası</b> | <b>Madde silinirse ölçek ortalaması</b> | <b>Madde silinirse ölçek varyansı</b> | <b>Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu</b> | <b>Madde silinirse Cronbach Alfa</b> |
|----------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|
| 22.IX                | 148,4801                                | 407,900                               | ,085                                        | ,890                                 |
| 22.X                 | 148,4738                                | 408,033                               | ,045                                        | ,890                                 |
| 23.I                 | 148,4102                                | 408,217                               | ,011                                        | ,890                                 |
| 23.II                | 148,3704                                | 406,966                               | ,098                                        | ,890                                 |
| 23.III               | 148,2925                                | 406,296                               | ,119                                        | ,890                                 |
| 24.I                 | 144,6153                                | 392,298                               | ,316                                        | ,888                                 |
| 24.II                | 144,9666                                | 395,121                               | ,151                                        | ,893                                 |
| 24.III               | 145,7822                                | 376,626                               | ,323                                        | ,892                                 |
| 24.IV                | 145,2607                                | 377,798                               | ,389                                        | ,889                                 |
| 25                   | 145,6661                                | 396,169                               | ,279                                        | ,889                                 |
| 26                   | 145,5707                                | 398,659                               | ,259                                        | ,889                                 |
| 27                   | 145,3418                                | 402,700                               | ,180                                        | ,890                                 |
| 28                   | 145,3657                                | 400,484                               | ,234                                        | ,889                                 |
| 29                   | 145,4817                                | 400,110                               | ,220                                        | ,889                                 |
| 30                   | 147,5390                                | 408,255                               | ,018                                        | ,890                                 |
| 31                   | 148,3116                                | 404,909                               | ,212                                        | ,889                                 |
| 32                   | 148,3514                                | 404,238                               | ,282                                        | ,889                                 |
| 33                   | 148,3959                                | 406,141                               | ,176                                        | ,890                                 |
| 34                   | 145,6486                                | 396,203                               | ,250                                        | ,889                                 |



**EK 3. Sosyal Sermaye Ölçeği'nde yer alan 34 Maddenin Toplam Korelasyon Sonuçları**

| <b>Soru numarası</b> | <b>Madde silinirse ölçek ortalaması</b> | <b>Madde silinirse ölçek varyansı</b> | <b>Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu</b> | <b>Madde silinirse Cronbach Alfa</b> |
|----------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|
| 17.I                 | 80,3641                                 | 164,108                               | ,594                                        | ,869                                 |
| 17.II                | 81,2130                                 | 168,381                               | ,499                                        | ,872                                 |
| 17.III               | 81,1653                                 | 164,090                               | ,578                                        | ,870                                 |
| 17.IV                | 80,9571                                 | 161,022                               | ,648                                        | ,868                                 |
| 18.I                 | 80,3736                                 | 166,139                               | ,563                                        | ,870                                 |
| 18.II                | 81,2512                                 | 168,774                               | ,516                                        | ,872                                 |
| 18.III               | 81,2099                                 | 164,020                               | ,607                                        | ,869                                 |
| 18.IV                | 80,8378                                 | 162,760                               | ,595                                        | ,869                                 |
| 19.I                 | 80,4897                                 | 164,916                               | ,602                                        | ,869                                 |
| 19.II                | 81,2528                                 | 167,565                               | ,591                                        | ,870                                 |
| 19.III               | 81,1685                                 | 163,924                               | ,590                                        | ,870                                 |
| 19.IV                | 80,8792                                 | 161,708                               | ,631                                        | ,868                                 |
| 21.I                 | 80,8299                                 | 163,361                               | ,603                                        | ,869                                 |
| 21.II                | 81,4022                                 | 168,919                               | ,537                                        | ,872                                 |
| 21.III               | 81,1717                                 | 164,311                               | ,573                                        | ,870                                 |
| 21.IV                | 80,9905                                 | 162,462                               | ,603                                        | ,869                                 |
| 23.I                 | 82,0223                                 | 181,429                               | ,008                                        | ,879                                 |
| 23.II                | 81,9825                                 | 180,753                               | ,077                                        | ,878                                 |
| 23.III               | 81,9046                                 | 180,332                               | ,098                                        | ,878                                 |
| 25                   | 79,2782                                 | 174,927                               | ,210                                        | ,879                                 |
| 26                   | 79,1828                                 | 176,436                               | ,189                                        | ,878                                 |
| 27                   | 78,9539                                 | 178,732                               | ,120                                        | ,879                                 |
| 28                   | 78,9777                                 | 177,468                               | ,168                                        | ,879                                 |
| 29                   | 79,0938                                 | 177,496                               | ,146                                        | ,879                                 |
| 31                   | 81,9237                                 | 179,157                               | ,215                                        | ,877                                 |
| 32                   | 81,9634                                 | 178,781                               | ,278                                        | ,877                                 |
| 33                   | 82,0079                                 | 180,068                               | ,170                                        | ,878                                 |
| 3                    | 79,2830                                 | 177,254                               | ,227                                        | ,877                                 |

EK 3'ün devamı

| Soru numarası | Madde silinirse ölçek ortalaması | Madde silinirse ölçek varyansı | Düzeltilmiş madde toplam korelasyonu | Madde silinirse Cronbach Alfa |
|---------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| 5             | 79,4944                          | 174,754                        | ,301                                 | ,876                          |
| 6             | 80,4356                          | 175,925                        | ,216                                 | ,878                          |
| 9             | 80,1320                          | 177,962                        | ,108                                 | ,881                          |
| 4             | 79,6280                          | 176,849                        | ,173                                 | ,879                          |
| 7             | 79,9889                          | 173,785                        | ,297                                 | ,876                          |
| 8             | 80,9682                          | 178,661                        | ,102                                 | ,880                          |

## XI. ÖZGEÇMİŞ

### **Kişisel Bilgiler**

**Adı-Soyadı:** İlker KAYI

**Doğum Yeri :** İstanbul

**Doğum Tarihi:** 02.01.1980

**Uyruğu :** T.C.

**TC Kimlik No:** 26386042618

**E-mail:** [ilkerkayi@gmail.com](mailto:ilkerkayi@gmail.com), ikayi@istanbul.edu.tr

**Telefon:** Cep: 0533 243 6198; İş (0212) 414 2000 - 32404

**Adres:** Akatlar Mah. Necati Cumalı Sok. M. Canbolat Apt. No:26/3 34535  
Beşiktaş/İstanbul

### **Eğitim Bilgileri**

|                   |                                                        |           |
|-------------------|--------------------------------------------------------|-----------|
| İlkokul:          | Lütfi Banat İlkokulu/ İstanbul                         | 1986-1991 |
| Ortaokul ve Lise: | Kadıköy Anadolu Lisesi                                 | 1991-1999 |
| Üniversite:       | İ.Ü./İstanbul Tıp Fakültesi                            | 1999-2005 |
| Tıpta Uzm. Öğr.:  | İ.Ü./İstanbul Tıp Fakültesi/Halk Sağlığı Anabilim Dalı | 2007-     |

### **İş Denevimi**

|                     |                                                        |           |
|---------------------|--------------------------------------------------------|-----------|
| 1) Araştırma Gör.:  | İ.Ü./İstanbul Tıp Fakültesi/Halk Sağlığı Anabilim Dalı | 2007-     |
| 2) Pratisyen Hekim: | Güzelkonak Sağlık Ocağı, Gevaş/Van                     | 2006-2007 |

| <b><u>Yabancı dil</u></b> | <b><u>Okuduğunu anlama</u></b> | <b><u>Konuşma</u></b> | <b><u>Yazma</u></b> | <b><u>Kpds/Üds</u></b> |
|---------------------------|--------------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|
| İngilizce                 | İyi                            | İyi                   | İyi                 | --                     |

### **Bilgisayar Bilgisi** **Kullanma Becerisi**

|                                                         |     |
|---------------------------------------------------------|-----|
| Microsoft Office Programları (World, Excel, Powerpoint) | İyi |
|---------------------------------------------------------|-----|

### **Bildiri Sunumları**

- 1) **Kayı İ**, YasinY, Artvinli F. Halkların Sağlık Hareketi ve Halkların Sağlık Bildirgesi; *12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21-25 Ekim 2008, Ankara (Poster ve Sözlü sunum)
- 2) Altundaş E, Çağlayan N, **Kayı İ**, Erkoç M. TTB Halk Sağlığı Kolu 20. Gezici Eğitim Semineri Sonuç Raporu; *12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21-25 Ekim 2008, Ankara (Poster ve Sözlü sunum)
- 3) Sarıkaya Ö, **Kayı İ**, YasinY, Yeşiltepe G, Karabey S. İstanbul’da Kentsel Dönüşüm Projesinin İlk Sonuçları: Kentsel Afet Bölgesi Olarak Sulukule; *12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21-25 Ekim 2008, Ankara (Poster sunum)
- 4) Gül H, **Kayı İ**, Çayır E, Açlalar N, Tezcan E, Özgülner N. “A Cross-Sectional Study about Mobbing Among the Finance Sector Workers in Istanbul-Turkey”, *The 8th Full Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology*, Book of Proceedings, p.262, Valencia, İspanya, 12-14 Kasım 2008.
- 5) Yeşiltepe G, **Kayı İ**, Nalbant H, Karabey S, Bulut A. No need to wait: We – medical students – can help for public health education just now!; *12<sup>th</sup> World Congress on Public Health*, 27 April – 01 May 2009, İstanbul (Poster sunum)
- 6) **Kayı İ**, Yasin Y. Sağlığa Alternatif Bakış: İki Dünya Raporu ve Farkları; *13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 18-22 Ekim 2010, İzmir (Poster Sunum)
- 7) **Kayı İ**, Önal E. İstanbul’da Bir Üniversite Tıp Fakültesinde Dördüncü ve Altıncı Sınıf Öğrencilerin Kan Bağışı Konusundaki Bilgi ve Davranışları; *13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 18-22 Ekim 2010, İzmir (Poster Sunum)
- 8) Yasin Y, Karabey S, İnce N, **Kayı İ**, Kılıçaslan Z. Mavi Beyaza Dönerken: Kot kumlama İşçilerinde Bir Meslek Hastalığı Olarak Silikozis” *13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 18-22 Ekim 2010, İzmir – Sözlü Sunum – Üçüncü isim
- 9) **Kayı İ**, Karabey S, Nalbant H, Bulduk S, Bulut A. The Association between Health-related Behaviors and Health Perception among Medical and Nursing Students in Istanbul University; *World Universities Congress*, 20-24 October 2010, Çanakkale (Oral Presentation in the session for “The Role of Universities to Reducing Health Inequalities”)
- 10) Karabey S, **Kayı İ**, Nalbant H, Bulut A. Medical Students Are in Need of Psycho-social Aid” *The Sixth World Conference on The Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders*, 17-19 November 2010, Washington, USA (Poster Presentation)

- 11) **Kayı İ**, Yalçınoglu N, Şahin B, Yalçınoglu Z, Karabey S. İstanbul Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Tıp Eğitimi ve Mesleki Gelecekleri İle İlgili Görüşleri. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011, Trabzon.
- 12) Yalçınoglu N, **Kayı İ**, Işık Ş, Aydın T, Zengin Ş, Karabey S. Farklı Cinsel Yönelimi/kimliği Olan Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleriyle Algılanan Sosyal Destek Durumunun Araştırılması. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 4-7 Ekim 2011, Trabzon.

#### **Yayınlar:**

- 1) Kitap: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri, İNSEV Yayınları, Kasım 2009, Çeviri Editörleri: **İlker Kayı**, Yeşim Yasin (Orijinal: Social Determinants of Health, M. Marmot, R. Wilkinson, Oxford University Press, Second edition)
- 2) Gül, H., Alçalar, N., **Kayı İ**, Özel, S., Özgülnar, N.; İş Yaşamında Psikolojik Yıldıma (Mobbing) ve Etkileri: Özel Sermayeli Bankalar Arasında Kesitsel Bir Araştırma; *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2010;30(6)
- 3) Kitap: Küreselleşme ve Sağlık, İNSEV Yayınları, Baskıda, Çeviri Editörleri: **İlker Kayı**, Yeşim Yasin (Orijinal: Globalization and Health, Ronald Labonte, Ted Schrecker, Corinne Packer, Vivian Runnels, Routledge, 2009)

#### **Sertifikalar**

- 1) İstanbul Üniversitesi Akran Eğitimi Projesi: Akran Danışmanlığı Eğitimi Programı Sertifika Programı (14-16 Aralık 2007)
- 2) İstanbul Üniversitesi İlk Yardım Eğitmeni Sertifikası (11-15 Şubat 2008)

#### **Katıldığı Eğitimler**

- 1) Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Temel Eğitim Kursu (HASAT); 2008
- 2) 20. TTB Gezici Eğitim Semineri – Küreselleşme, kentleşme, çevre ve sağlık; 2008
- 3) International Peoples Health University, “Struggle for Health”, Selanik-Yunanistan; 2009
- 4) TTB Halk Sağlığı Kolu 14. Güz Okulu, İzmir; 2009
- 5) TTB Halk Sağlığı Kolu 15. Güz Okulu, İzmir; 2009

#### **Mesleki Dernek ve Vakıf Üyelikleri**

- 1) İstanbul Tabip Odası, Üye
- 2) İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı (İNSEV), Başkan Yardımcısı
- 3) People’s Health Movement – Türkiye, Üye