



**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
EĞİTİM YÖNETİMİ, TEFTİŞİ PLANLAMASI VE EKONOMİSİ
BİLİM DALI
TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROJESİ**

EĞİTİM ve SAĞLIK İLİŞKİSİ

Özlem KARACA

DENİZLİ-2019

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
EĞİTİM YÖNETİMİ, DENETİMİ, PLANLAMASI ve EKONOMİSİ BİLİM DALI
TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROJESİ

EĞİTİM ve SAĞLIK İLİŞKİSİ

Özlem KARACA

Danışman: Dr. Gökhan TUZCU

DENİZLİ

HAZİRAN 2019

TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROJESİ ONAY FORMU

Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Eğitim Yönetimi, Denetimi, Planlaması ve Ekonomisi Bilim Dalı öğrencisi Özlem KARACA tarafından hazırlanan “Eğitim ve Sağlık İlişkisi” başlıklı Tezsiz Yüksek Lisans Projesi, tarafımdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından Tezsiz Yüksek Lisans Projesi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Gökhan TUZCU

Danışman

Pamukkale Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
2019 tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa BULUŞ

Enstitü Müdürü

ETİK BEYANNAMESİ

Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, proje yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu proje çalışmasında;

- Proje içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda, ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu projenin herhangi bir bölümünü bu üniversite ya da başka bir üniversitede bir proje çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

İmza:

Özlem KARACA

TEŞEKKÜR

Araştırmanın gerçekleştirilmesinde pek çok kişinin katkısı olmuştur. Araştırmanın gerçekleşmesi sũrecinde zgũn akademik grũřleri ile bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bana rehberlik eden, karşılaştığım zorlukları yenmemde bana yardımcı olan, sũrecin her aşamasında katkısı, yardımı, sabrı ve desteğiyle bana gũ veren değerli hocam, proje danışmanım Dr. Gökhan TUZCU'ya çok teőekkũr ederim.

Çalışmalarım boyunca bana desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Yeşim Kınacı ÇİMEN'e ve sevgili kardeşim znur KARABIYIK'a katkılarından dolayı teőekkũr ederim.

ÖZET

Eğitim ve Sağlık İlişkisi

Özlem KARACA

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM YÖNETİMİ, DENETİMİ, PLANLAMASI ve EKONOMİSİ
Haziran 2019, s.66
Danışman: Dr. Gökhan TUZCU

Bu araştırmanı amacı, kişilerin eğitim düzeyi ile meslekleri ve sağlık durumları arasında bir ilişki olup-olmadığını ortaya koymaktır. Bu bağlamda kişilerin, cinsiyetlerine, yaş gruplarına, eğitim ve gelir düzeylerine, yaşadıkları yerleşim yerlerine, çalıştıkları iş alanı ve meslek bilgilerine, geçirilmiş hastalık ve ameliyatlarına göre değişiklik gösterip göstermediği incelenmiştir.

Bu araştırma, tarama modeli ile yapılmıştır ve niceldir. Araştırmanın örneklemini Denizli ili Pamukkale Üniversitesi Hastanesindeki hastalar, hasta yakınları ve çalışanlardan rastgele seçilen 1000 kişidir. Araştırmada veri toplamak amacıyla Dr. Gökhan Tuzcu ve Özlem Karaca tarafından geliştirilen “Eğitim ve Sağlık İlişkisi” ölçeği kullanılmıştır. Toplanan verilerin çözümlenmesi SPSS 22 ile yapılmıştır. Kişisel bilgilerde frekans (f) ve yüzde (%) kullanılmıştır.

Katılımcıların eğitim düzeyi ile düzenli ve sağlıklı beslenme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyi ile sağlık düzeyi arasında da ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Katılımcıların gelir düzeyi ile beslenme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yaşa göre geçirilmiş ya da devam eden hastalığa sahip olma durumunda istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır. Kişiler küçük yaşlardan beri düzenli ve sağlıklı beslenme ortamı oluşturamamışlardır. Eğitim durumlarına ve mesleklerine göre düzenli yemek yeme alışkanlığı edinememişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Eğitim Ekonomisi, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Eğitimi.

ABSTRACT

The Education and Health Relationship

KARACA, Özlem

PAMUKKALE UNIVERSITY
INSTITUTE OF EDUCATIONAL SCIENCES
EDUCATION MANAGEMENT, SUPERVISION, PLANNING AND ECONOMICS

June 2019, p. 66

Consultant: Asst. Dr. Gökhan TUZCU

The purpose of this study is to present the impacts of individuals education levels and occupational groups on their status. In this context, alteration in individuals in terms of their gender, age groups, education and income levels, residential areas they live in, their occupational and occupational knowledge, medical history were analyzed.

The research has been conducted using quantative research method and consists of 1000 subject selected from the patients, their relatives and employees from Pamukkale University Hospital in Denizli. In order to collect data fort he study the survey, “ What is the Relationship between Education, and health? Which is conducted by Özlem KARACA has been utilized.

The data analysis is done by SPSS 22. The frequency (f) and percentage (%) technique are used for descriptive statistical analysis of the characteristics of the individuals in data analysis. The data collected according to the independent parameters of the research has been analyzed serving to the objectives. The square test is used for statistical techniques. In the analysis of the data, the significance level is accepted as 0.05 and 0.001.

As a result of the study, statistically significant difference were found in participants' level of education according to their diet, and their health status. When the health level of the participants were compared according to their education level, a statistically significant difference was found.

Key Words: Health, Education Economics, Education Health

İÇİNDEKİLER

PROJE ONAY SAYFASI	iii
BİLİMSEL ETİK SAYFASI.....	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
KISALTMALAR.....	x

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu.....	1
1.2. Problem Cümlesi ve Alt Problemler.....	5
1.3. Araştırmanın Amacı	5
1.4. Araştırmanın Önemi	6
1.5. Sınırlılıklar.....	6
1.6. Sayıtlılar.....	6
1.7. Tanımlar.....	6

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kuramsal Çerçeve.....	8
2.2. İlgili Araştırmalar	9

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli	12
3.2. Evren ve Örneklem	12
3.3. Veri Toplama Aracı ve Uygulanması	15

3.4. Verilerin Çözümlemesi.....	16
---------------------------------	----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Katılımcılara İlişkin Kişisel Bilgiler	17
4.2. Sosyodemografik Özellikler ile Beslenme Düzeyi Arasındaki İlişki	27
4.3. Sosyodemografik Özellikler ile Aşı Yaptırma Düzeyi Arasındaki İlişki	32
4.4. Sosyodemografik Özellikler ile Mevcut Hastalık ya da Geçirilmiş Hastalık Düzeyi Arasındaki İlişki	36
4.5. Sosyodemografik Özellikler ile Ameliyat Olup-Olmama Arasındaki İlişki	41

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA ve ÖNERİLER

5.1. Tartışma	47
5.2. Öneriler	50
KAYNAKÇA	51
EKLER	53
ÖLÇEK.....	54
ÖZGEÇMİŞ.....	56

SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

Akt.	: Aktaran
Çev.	: Çeviren
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Fak.	: Fakülte
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve diğerleri
X	: Aritmetik Ortalama
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)
OSHO	: Occupational Safety and Health Administration (İş Sağlığı ve İş Güvenliği Yönetimi)
NIOSH	: Ulusal İş Güvenliği ve Sağlık Enstitüsü

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problem Durumu

Eğitim, kişilerin gereksinimlerini toplumun beklentileriyle örtüşecek şekilde karşılayan, bütün kişilerin katılımına açık, ülkenin nitelikli insan gücünü karşılayan bir kurumdur. Eğitimle ilgili bütün planlı çalışmalar, belirli amaçlara ulaşmak ve belirli işlevleri gerçekleştirmek içindir (Şişman 2007, s.19).

Eğitim genel anlamda, kişilerin bilgi dağarcığında, düşünce ve davranış yapısında, becerilerinde olumlu değişimler sağlayan süreçtir. Eğitim, toplumun yaratıcı gücünü ve verimliliğini artıran, kalkınma çabasının gerçekleşmesi için gerekli nitelikte ve nicelikte işgücü yetiştirilmesini sağlayan ve toplumdaki bireylere; yeteneklerine göre yetiştirme ve meslek edinme olanağı sağlayan etkili bir araçtır. Eğitimin kişiye ve topluma sağladığı ekonomik katkıları yanında ekonomik kalkınmanın diğer unsurları olan siyasal ve toplumsal gelişmeler üzerinde de önemli katkıları vardır. Yapılan araştırmalar, eğitim düzeyi yüksek ülkelerin, ekonomik göstergelerinin yanısıra siyasal ve toplumsal göstergelerinin de yüksek olduğunu göstermektedir (Çalışkan 2007, s.237).

Eğitimle birlikte kişinin insan sermayesinin bir diğer önemli bileşeni, kişinin sağlık durumudur. Eğitim seviyesi yükseldikçe, kişilerin sağlık ve beslenme durumları daha düşük eğitimlilere göre iyi olma eğilimindedir. Eğitim ile sağlık arasındaki pozitif ilişki nedeniyle, eğitim seviyesinin yükselmesi hem içinde bulunulan dönemde, hem de gelecek dönemlerde işgücü verimliliğini artıracaktır. Eğitim seviyesi yükseldikçe gelirlerin artması, kişilerin sağlıkları için daha fazla harcama yapmasını olanaklı kılar. Belli aralıklarla yapılan genel kontroller, düzenli egzersizler sağlıklarını korumakta daha duyarlı hal kılar (Çalışkan 2007, s.240).

Sağlık ve hastalığı etkileyen sosyal yapı faktörleri, toplumların tarihsel değişimleriyle de ilişkilidirler. Örneğin mesleki riskler veya istihdam, toplumsal değişim sürecinde artan öneme sahip olabilmektedir (Özen 1993, s.81).

Bireysel kazançlarla eğitim düzeyi arasındaki aynı yönlü ilişki, eğitimi yoksullukla mücadele ve sosyal mobilitenin en önemli aracı haline getirmiştir. Eğitim, kişiye ekonomik kazanımlar yanında sosyal kazanımlarda sağlamaktadır (Çalışkan 2007, s.235).

Eğitim, daha iyi istihdam fırsatları sağlayarak, nüfus artış hızını düşürerek, daha gelişmiş sağlık ve beslenme olanakları sağlayarak, yoksulluğu azaltarak, mesleki gelişmişliği de doğrudan bilgi, beceri ve verimliliği yönünden artırır (Çalışkan 2007, s.236).

Sağlık sosyolojisinde yapılan araştırmalarda, sağlık ve hastalıklarla ilişkisi en fazla kullanılan somut sosyal değişkenlere bakıldığında, yaşanan coğrafi bölge, meslek, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, yaş, kültürel yapının yaygın olarak kullanıldığını görülmektedir (Özen 1993, s.81). Sağlık durumunda cinsiyete bağlı farklılıklar bulunmaktadır. Erkeklerin ölümlülüğü, kadınlardan daha yüksektir, kadınlar erkeklerden daha uzun yıllar yaşamaktadır. Buna karşın, kadınların hastalanabilirliği, erkeklerden daha yüksektir. Bunun temel nedenleri arasında, toplumdaki cinsiyet rolleri ve her iki cinsin yaşam tarzı farklılıkları bulunmaktadır. Erkeklerin başarıya, yeterlilik ve diğer gerilimlerle karşı karşıya olmaları, kadınların düşük düzeyde istihdamı, ev içi uğraşları, farklı hastalık örüntülerine sahip olmalarına yol açmaktadır (Özen 1993, s.82).

Eğitim, daha önceki kuşakların yarattığı birikime, yeni kuşakları hazırlıyorken kullanılan, düzenli, bilinçli ve amaçlı bir uygulama sürecidir. Sağlık ve onun ön koşulu olan beslenme olgusu da, bu bireylerin, biyolojik varlıklarının olabildiğince kusursuz olmasına hizmet eden ve bir anlamda insanları organik olarak yeniden üretmeyi amaçlayan hizmetlerdendir (Kaynak ve Akar, 1978, s.26).

Eğitim, besleme ve sağlık olgularının ve bunlar arasındaki ilişkileri, soyut ve düzenin alt yapısal öğelerinden kopuk olarak ele almak olanaksızdır. Bunun nedeni, altyapının, bu tür olguların biçimlenmesinde çok belirgin etkilere sahip olmasıdır. Hiç kuşkusuz burada, düzenin hangi amaca yönelik olduğu ve bu amacını gerçekleştiriyorken kullandığı yöntemler önemlidir. Böylece düzen, alt yapısal özellikleri nedeni ile gereksindiği insan tipini de sağlık, eğitim gibi hizmetlerle biçimleyip yaratmayı deneyecektir (Kaynak ve Akar, 1978, s.26).

Sonuçta, mevcut düzenin gereksinimlerine ve koşullarına göre topluma nitelikli bir beslenme olanağı, yeterli bir sağlık hizmeti ve gerçekçi bir eğitim sistemi verebilmekte, ya da düzenin gereklerine uygun olarak, bu olanakların tümü kısıtlanabilmektedir. Hiç kuşkusuz, bu olguların hep birlikte nitelik kazanmaları, ya da yitirmeleri, hem doğrudan

doğruya aralarındaki sıkı ilişkiler sonucunda, hem de tek tek düzenin altyapısından etkilenmeleri sonucunda ortaya çıkmaktadır (Kaynak ve Akar, 1978, s.26-27).

Beslenmenin, sağlıklı olmanın bir koşulu olduğunu kabul ederek beslenme ve sağlık arasındaki bütünlüğün, eğitime olan etkileri ve eğitim olgusunun da bu bütünlüğe olan etkileri ortaya konulabilir (Kaynak ve Akar, 1978, s.26-27).

Bunun yanı sıra tedavi açısından da kişinin eğitimi olup-olmaması, sağlık hizmetlerinden yararlanma derecesini belirlemektedir. Öyle ki, kişinin eğitim düzeyi ile hastalıkların algılanması ve değerlendirilmesi arasında belirli bir ilişki vardır. Kitle taramalarından elde edilen sonuçlara göre, eğitim düzeyi yükseldikçe hastalıkları ciddiye alma, daha doğrusu küçük bir belirtinin büyük bir hastalığın habercisi olma olasılığı bilinci yerleşmektedir (Kaynak ve Akar, 1978, s.30).

Çalışma ortamında bulunan tehlike ve riskler, meslek hastalıklarına, iş kazalarına ve işe bağlı sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarında görülen meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının önlenmesinde işçi sağlığı ve güvenliği uygulamaları önemli bir yere sahiptir. 1970’li yılların başında OSHA ve NIOSH her çalışanın olduğu kadar sağlık çalışanlarının da “sağlıklı olma hakkı” ve “sağlıklı ve güvenli hastane ortamında çalışma hakkı” bulunduğunu ve bunu sağlamak için de hastanelerde ilgili birimlerin kurulması gerektiğini belirtmişlerdir (Özkan ve Emiroğlu, 2006, s.45).

Sağlık işletmeleri sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı açısından en riskli grupta yer almalarına ve sağlık politikalarıyla birlikte bu risklerin artmasına rağmen sağlık çalışanlarına yönelik yapılan işçi sağlığı ve güvenliği çalışmaları hala çok yetersizdir. Türkiye’de işçi sağlığı ve güvenliği alanı ile ilgili düzenlemeler yeni iken, özel olarak sağlık işletmelerinde işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili doğrudan düzenlemelerin olmaması veya yetersiz olması doğal bir sonuçtur. Türkiye’de yakın zamana kadar işçi sağlığı ve güvenliği ile ilgili tıbbi atıkların kontrolü, biyolojik risklerden korunma ve radyasyon güvenliği gibi düzenlemeler bulunmakla birlikte, sağlık çalışanlarının sağlığı ve güvenliği başlıklı bir düzenleme bulunmamaktaydı. Sağlık Bakanlığı tarafından 14 Mayıs 2012 tarihinde yayınlanan “Çalışan Güvenliği Genelgesi” ile de çalışan güvenliği birimlerinin kurulması, sağlık taramalarının yapılması ve çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması gibi konulara vurgu yapılsa da uygulamaya tam anlamıyla geçirilememiştir. 30 Haziran 2012 tarihinde yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası ile işyeri ve işkolu farklı olmaksızın, bütün çalışanlar işçi sağlığı ve güvenliği hizmetleri kapsamına alınır hale

gelmiştir. Bu değişiklikle birlikte kamu sağlık sektörü çalışanları için de bu hizmetlerden yararlanma olanağı doğmuştur. (Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik, 15 Mayıs 2013, Sayı:28648.)

Her çalışanın sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmasının bir insanlık hakkı olduğu, 1950’li yıllarda ILO tarafından belirtilmiştir. Sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmanın, çalışanın yaşam süresini uzatma, işten kaynaklı sağlık problemlerini önleme, çalışanın verimli çalışmasını ve işe devamlılığını sağlama gibi yararları vardır. Çalışma ortamının, sağlık çalışanlarının sağlığını destekler şekilde olması, kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını sağlar (Özkan ve Emiroğlu, 2006, s.45).

Sağlık sisteminin en önemli bileşenini sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2006 yılında yayınladığı raporunda, sağlık çalışanlarını, “asıl amacı sağlığı geliştirmek olan işlerde çalışan tüm kişiler” olarak tanımlayarak oldukça geniş bir çerçeve sunmuştur (Erkan 2014, s.9).

DSÖ tarafından 2005 yılında kurulan *Sağlığın Toplumsal Belirleyicileri Komisyonu* (DSÖ-STBK), çalışmalarını 2008 yılında tamamlayarak, sağlıktaki eşitsizliklerin toplumdaki eşitsizlikler nedeniyle ortaya çıktığı ve sağlıktaki eşitsizliklere insanların içinde doğduğu, büyüdüğü, yaşadığı, çalıştığı ve yaşlandığı koşullardaki eşitsizliklerin neden olduğu sonucuna ulaşmıştır. İnsanları “*hastalıkların değil, eşitsizliklerin öldürdüğü*” gerçeğini kanıtlarıyla gözler önüne seren Komisyon, toplumsal eşitsizliklerin itici gücünün de “*güç, para ve kaynaklardaki eşitsizlikler*” olduğunu ilan etmiştir (Dağhan 2017, s.109).

Sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, sağlığı ve iyiliği şekillendiren bir dizi birbirleriyle karşılıklı etkileşim içinde olan etmenleri ya da sağlığın toplumsal belirleyicilerini vurgulamaktadır. Bunlar, ekonomik koşullar, sosyal ortam, psikososyal etmenler, davranışlar ve biyolojik etmenleri kapsar. Bu etmenler, bireylerin sosyal konumu, eğitim düzeyleri, meslekleri, gelirleri, toplumsal cinsiyetleri ve etnik kökenlerinden etkilenir. Bireylerin içinde yaşadığı sosyo-politik, kültürel ve toplumsal bağlamların da bunların hepsi üzerine etkileri vardır (Akalin, 2014). (haber.sol.org.tr)

Sağlıktaki iyileşmeler nedeniyle ortalama yaşam süresinin uzaması, kişileri, becerilerini geliştirmek amacıyla gerçekleştirdikleri yatırım harcamalarını artırma yönünde güdüler (Kalemlı vd./2000). Bu güdü ile birlikte, kişiler eğitime yönelik harcamalarını ve dolayısıyla eğitim sürelerini uzatabilir. Eğitim süresinin uzaması, kişilerin çalışma yaşamına

bir an önce katılıp, ücret elde etmelerinin önüne geçebilir. Ancak yaşam beklentisinin uzaması halinde, bu tür kısa vadeli bir maliyete katlanmak rasyonel bir davranış olarak değerlendirilebilir. Bireyler zaman ve para açısından maliyete katlanarak eğitim sürelerini uzatıp ulaştıkları kariyerleri sayesinde elde edecekleri kazançlardan (ücret vb) yaşam beklentisinin iyileşmesi halinde uzun yıllar yararlanma olanağı elde edebileceklerdir (Bozkurt 2010, s.8).

1.2. Problem Cümlesi ve Alt Problemler

Kişilerin eğitim düzeyleri ile sağlık durumları arasında ilişkisi var mıdır? Varsa hangi düzeydedir? Bu ilişkiyi etkileyenler aralarındaki değişkenler nelerdir?

Araştırmada yanıt aranan alt problemler şunlardır:

- 1) Eğitim düzeyi yüksek olan kişiler en çok hangi hastalıklara yakalanmaktadır?
- 2) Eğitim düzeyi düşük olan kişiler en çok hangi hastalıklara yakalanmaktadır?
- 3) Eğitim düzeyi yükseldikçe hastalıklara yakalanma oranı azalmakta mıdır? Artmakta mıdır?
- 4) Gelir düzeyi yükseldikçe hastalıklara yakalanma oranı azalmakta mıdır? Artmakta mıdır?

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, kişilerin eğitim düzeyleri ile sağlık durumları arasında ilişki olup-olmadığını ortaya koymaktır. Diğer bir deyişle eğitim düzeylerinin, sağlık durumuna etkisini ortaya koymaktır.

Araştırma, kişilerin eğitim düzeylerin sağlık durumlarına etkisinin, cinsiyet, memleket, yaş, gelir durumu, sağlık kontrolüne gidip-gitmedikleri, mesleklerini yaparken koruyucu önlemler alıp-almadıklarını farklılaşp-farklılaşmadıklarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

1.4. Araştırmanın Önemi

Bu araştırma, kişilerin eğitim düzeyleri arttıkça sağlık düzeylerinin de olumlu gelişmeler olması konusunda yol göstermesi açısından önemlidir. Böylece kişiler bilgilenererek sağlık durumlarında korunmuş olmaları sağlanabilir.

Bu konu ile ilgili Türkiye’de yapılmış çok az araştırma vardır. Bu araştırma sonuçlarının ilerleyen yıllarda yapılacak olan araştırmalara ışık tutacağı umulmaktadır.

1.5. Sınırlılıklar

Bu araştırma;

- Şubat – Haziran 2019 dönemini kapsamaktadır. Diğer bir deyişle beş ayda tamamlanmıştır.
- Denizli ili Pamukkale Üniversitesi Hastanesindeki hastaları, hasta yakınlarını ve hastanedeki çalışanları kapsamaktadır. Denizli’deki diğer hastaneleri ve kişileri kapsamamaktadır.

1.6. Sayıtlar

Bu araştırmanın sayıtları şunlardır;

- Eğitim ve Sağlık İlişkisi Ölçeği, kişilerin eğitim düzeyleri ile sağlık durumları arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilecek niteliktedir.
- Eğitim ve Sağlık İlişkisi Ölçeğini kişiler doğru anlamışlardır. Araştırmaya katılanlar anket sorularını içtenlikle ve dürüstçe yanıtlamışlardır.

1.7. Tanımlar

Bu araştırmada kullanılan tanımlar aşağıda görülmektedir.

Eğitim: Kişilerin gereksinimlerini, toplumun beklentileriyle örtüşecek şekilde karşılayan, herkesin katılımına açık, ülkenin nitelikli işgücünü yetiştiren sistemdir.

Meslek: Bir kişinin bir iş üretebilmesi için diğer kişilere yarar sağlayabilecek nitelikte özelliğe sahip, doğuştan sahip olduğu ya da eğitim sonucu ile ilgili alanda edindiği nitelikler, yetenekler bütünüdür.

Sağlık: Sadece hastalık ya da sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kurumsal Çerçeve

Bu bölümde; eğitim ve sağlık ilişkisini oluşturan süreçler ve etkileri ele alınmıştır.

Alanyazın taraması ile elde edilmiş bilgiler verilmekte ve konuyla ilgili yapılmış araştırmalardan söz edilmektedir.

2.1.1. Eğitim

Eğitim, kişinin hem de toplumun refah ve mutluluğunun sağlanmasında önemli işlevlere sahiptir. Pek çok sosyal kurumda olduğu gibi eğitimle toplum arasında da karşılıklı olarak gerçekleşen organik bir bağ vardır. Eğitim, toplumun yarattığı ve ortaya koyduğu bir üründür. Bu nedenle eğitim, toplumda kişinin beklentilerini karşılarken, aynı zamanda diğer kurumların amaçlarını oluşturmasında ve amaçların gerçekleştirilmesinde işlevler üstlenir. Eğitim için amaç, erişilmek istenen bir sonucu yansıtırken, işlev belirlenen amaçlar doğrultusunda her unsurun gördüğü işi, görevi ve kendine özgü etkinlikleri ifade eder. Eğitimle ilgili bütün planlı çalışmalar, belirli amaçlara ulaşmak ve belirli işlevleri gerçekleştirmek içindir (Şişman 2007, s.19).

Eğitim, daha önceki kuşakların yarattığı birikime, yeni kuşakları hazırlıyorken kullanılan, düzenli, bilinçli ve amaçlı bir uygulama sürecidir. Sağlık ve onun ön koşulu olan beslenme olgusu da, bu bireylerin, biyolojik varlıklarının olabildiğince kusursuz olmasına hizmet eden ve bir anlamda insanları organik olarak yeniden üretmeyi amaçlayan hizmetlerdendir (Kaynak ve Akar, 1978, s.26).

2.1.2. Meslek

Meslek; kişinin eğitim yoluyla planlı bir şekilde edindiği ya da doğuştan sahip olduğu, diğer insanların yaşamlarına doğrudan ya da dolaylı şekilde yarar sağlayan, gerektiğinde para kazanmak için sahip olduğu, edindiği nitelikler bütünüdür. Meslek, önemli ölçüde eğitim, gelir, yerleşim bölgesi ile ilişkili olduğundan sosyoekonomik statünün de iyi bir belirleyicisidir (Özen 1993, s.82).

Meslek, bir kişinin yaşamını kazanmak için yaptığı, kuralları toplumca belirlenmiş ve belli bir eğitimle kazanılan bilgi ve becerilere dayalı etkinlikler bütünüdür. Ayrıca insanın yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan, eğitim ve bilgi birikimi gerektiren süreçlerin sonunda kişilerin kazandığı ünvanın adıdır (Ensari ve Alay, 2017, s.409).

2.1.3. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlık tanımının da medikal sosyolojinin gelişiminde etkisi olmuştur. Sağlık, salt hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel (bedensel), zihinsel (ruhsal) ve sosyal yönden tam iyilik halidir. Günümüz sağlık anlayışı; kişi, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzere dayandırılmıştır. Sağlığın geliştirilmesi; kişilere fiziksel ve zihinsel durumlarını optimum düzeye yükseltmek, fiziksel ve sosyal çevresini geliştirebilmeleri için bilinçli karar vermelerine yardımcı olma sürecidir. Sağlığın geliştirilmesi, insanların kendi sağlıklarını düzelterek, kontrol ederek ve tam bir sağlık potansiyeline kavuşturarak sağlanabilir. Bu hedefe ulaşabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel etkinlik, şiddet davranışları, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan kaçınılması gerekir (Özen 1993, s.82).

2.2. İlgili Araştırmalar

Cinsiyet tek başına en çok araştırılan kişisel etkidir. Sağlık durumunda cinsiyete bağlı farklılıklar bulunmaktadır. Buna karşın, araştırma sonuçlarında halen tam bir anlaşma yoktur (Özen 1993, s.82).

Navarro' ya (1993) göre de, hastalıklara ilişkin çalışmalarda, nedensellik kavramının yetersiz kaldığı görülmektedir. Örneğin nedensellik kavramının, hastalıklar (kanser) ve diğer özgül etkenler (meslek, sigara içme) arasında anında izlenebilen birliktelikler ile içsel olarak sınırlandırılması temel sorunun yani bu etkenlerin nasıl etkileştikleri sonucunun açıklanamamasını da birlikte getirmektedir. Navarro' ya göre, bir toplumdaki hastalık çalışmalarının bilimsel yolu, bu toplumdaki ekonomik, politik ve ideolojik güç ilişkilerinin tarihsel oluşum süreçlerinin incelenmesidir (Özen 1993, s.77).

Ekonomik gelişme aşamasındaki farklı toplumlarda, farklı hastalık örüntüleri görülmektedir. Örneğin Japonya'da erkeklerin başlıca ölüm nedeni felç iken, ABD'de ise kalp hastalığıdır (Özen 1993, s.80).

İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Toplumsal ve Ekonomik Araştırmalar Merkezi tarafından düzenlenen Team Seminerleri kapsamında sunum gerçekleştiren Dr. Deniz Karaoğlan, eğitim seviyesi ve sağlık ilişkisi üzerine açıklamalarda bulunmuştur. Dr. Deniz Karaoğlan'a göre eğitim düzeyi yüksek kişiler daha sağlıklıdır.

Yapılan çalışmalar, kişilerin eğitim düzeyi ve sağlık durumu arasındaki ilişkinin pozitif olduğunu gösteriyor. Bu ilişkinin neden pozitif olduğu kısaca şu maddelerle açıklanabilir:

-Kişilerin eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık konusunda daha çok bilinçleniyorlar ve sağlık hizmetlerinden (örneğin, koruyucu sağlık hizmetlerinden) daha fazla yararlanıyorlar.

-Eğitim düzeyi yüksek olan insanlar daha iyi işler buluyorlar, dolayısıyla bu işlerde kapsamlı bir sağlık sigortasına sahip oluyorlar ve daha güvenli ortamlarda çalışıyorlar.

-Eğitim düzeyi yüksek kişiler geleceklere daha umutla bakıyorlar ve geleceklere güvence altına almak için sağlıklarına daha fazla yatırım yapıyorlar.

-Eğitim düzeyi yüksek kişiler daha çok bilgi akışına sahip oldukları için sağlık konusunda yeni bir bilgiye daha kolay ulaşım davranışlarını (örneğin sağlıklarına zarar verebilecek yeme içme alışkanlıkları gibi) ona göre değiştirebiliyorlar.

Türkiye’de her insanın ortalama 25 yaşına geldiğinde ulaştığı eğitim düzeyi belli oluyor. Bu nedenle araştırmayı 25 ve 25 yaş üstü kişiler için yaptık. Tüm Türkiye geneli için yapılan bu araştırmaya göre, sadece 25 yaş üstü kişiler için rakamları veriyorum, ilkokul mezunlarının oranı % 44,5. Araştırmada ilkokul mezunu 5 yıllık ilkokulları bitirenler olarak tanımlanıyor. Bunun yanında lise mezunlarının oranı % 15. Üniversite mezunlarının oranı ise % 12 (mhthayat, Habertürk Dr. Deniz Karaoğlan ile Röportaj Eğitimli Kişiler Daha Mı Sağlıklı. Nisan 2016).

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2010 yılı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre; kişilerin genel sağlık durumunun cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı; Türkiye’de yaşayan erkeklerin % 73,5’i kadınların ise % 56,7’si genel sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak beyan etmişlerdir. Kentte bu oran erkekler için % 76,7, kadınlar için % 60,1 iken kırdaki erkekler için % 66,1, kadınlar için % 49,1 seviyesindedir (TÜİK 2010, s.6).

TÜİK’in 2012 yılı Sağlık Araştırması sonuçlarına göre; kişilerin genel sağlık durumunun cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılımı; Türkiye’de yaşayan erkeklerin % 77.1’i kadınların ise % 64.5’i genel sağlık durumunu çok iyi ya da iyi olarak beyan etmişlerdir. Kentte bu oran erkekler için % 80.1, kadınlar için % 67.9, iken kırdaki erkekler için % 70.3, kadınlar için % 57.1 seviyesindedir (TÜİK 2012, s.7).

Belek’in (1998) bildirdiğine göre sağlıkta eşitsizlikler ile ilgili yapılan araştırmalarda ortaya çıkan sonuç, gelir, eğitim ve mesleki statüsü düşük olan kişilerin bütün bireysel sağlık göstergeleri bakımından daha kötü durumda olmalarıdır. Düşük sosyoekonomik konumlu bireylerden oluşan yoksul bölgelerde hastalık sıklığı artmaktadır (Belek 2004, s.24).

Tıbbi açıdan bakıldığında ise yaş ile hastalıkların görülme yaşları arasında da bir ilişki vardır. Kızamık, kızamıkçık, suçiçeği gibi döküntülü hastalıklar, genelde pediatrik popülasyonda; diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi kronik hastalıklar ise orta yaş ve üstü popülasyonda daha sıklıkla görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında tıbbi araştırmalar yönünden, yaş her ne kadar demografik bir belirteç olsa da sosyoekonomik açıdan da önemli bir değişkendir (Geçkil 2015, s.15).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, araştırmanın evreni ve örnekleme, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve verilerin çözümlenmesinde yararlanılan istatistiksel yöntem ve teknikler açıklanmıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma "betimsel tarama modeli" esas alınarak gerçekleştirilmiştir, niceldir. Betimsel tarama modelinde araştırma konusu sonuçlar yorumlanarak, genellemelere varılır. Kaptan'a göre (1999) tarama yöntemleri ile yapılan araştırmalar, bireylerin belirli bir konudaki görüşlerinin, belirli bir konuya ilişkin tutumlarının, yaşanan olayların, nesnelerin, kurumların ve çeşitli alanların "ne" olduğunu betimlemeye, açıklamaya çalışan incelemeler olup, çok sayıda obje ya da denek üzerinde ve belirli bir zaman kesiti içinde yapılmaktadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni, Denizli ilindeki Pamukkale Üniversitesi Hastanesindeki hastalar ve yakınları ile hastane çalışanlarıdır. Bu evrenden tesadüfi örnekleme yoluyla 1.000 kişiden veri toplanmıştır.

Katılımcıların % 50.6'sı kadın, % 49.4'ü erkektir. 207'si 18-25 yaş grubunda, 188'i 26-33 yaş grubunda, 43'ü 65 + yaş üstü grubundadır.

Tablo 3.1. Katılımcıların Yaşlara Göre Dağılımı

Yaş	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
18-25	207	20,7
26-33	188	18,8
34-41	174	17,4
42-49	147	14,7
50-57	164	16,4
58-65	74	7,4
65 +	43	4,3

Tablo 3.2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Kadın	506	50,6
Erkek	594	49,4

Tablo 3.3. Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Dağılımı

Yaşanılan Yer	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
İl merkezi	622	62,2
İlçe merkezi	250	25,0
Kasaba	60	6,0
Köy	35	3,5

Tablo 3.4. Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Okuryazar değil	2	0,2
İlkokul mezunu	223	22,3
Ortaokul mezunu	81	8,1
Lise mezunu	221	22,1
Önlisans mezunu	94	9,4
Lisans mezunu	283	28,3
Yüksek lisans	60	6,0
Doktora mezunu	12	1,2

Tablo 3.5. Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslek	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Çiftçi	37	4,5
Devlet Memuru	18	1,8
Doktor	31	3,1
Emekli	50	5,0
Ev Hanımı	132	13,2
Hemşire	70	7,0
İntörn Doktor	40	4,0
İşçi	56	5,6
Mühendis	17	1,7
Öğrenci	75	7,5

Öğretmen	70	7,0
Serbest Meslek	29	2,9
Şöför	10	1,0
Tekstil	11	1,1
Tıbbi Sekreter	17	1,7
Diğer	287	28,7
Çalışmıyor	5	0,5
Belirtilmemiş	45	4,5

Tablo 3.6. Katılımcıların Çalıştığı Kurumlara Göre Dağılımı

Çalışılan Kurum	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Kamu	365	36,5
Özel	332	47,6

Tablo 3.7. Katılımcıların Gelirlerine Göre Dağılımı

Aylık Ortalama Gelir	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
0-1500 TL	256	25,6
1501-3000 TL	367	36,7
3001-4500 TL	130	13
4501-6000 TL	74	7,4
6001 TL ve üzeri	69	6,9
Belirtilmemiş	104	10,4

Aylık Ortalama Gelir (Ortalama standart sapma)	3382 TL	10,310
--	---------	--------

Yaş (ortalama standart sapma)	39	14,51
-------------------------------	----	-------

3.3. Verilerin Toplanması

3.3.1. Veri Toplama Aracı

Araştırmada, Dr. Gökhan TUZCU ve Özlem KARACA tarafından geliştirilen Eğitim ve Sağlık İlişkisi Ölçeği kullanılmıştır. Geliştirilen ölçek 2019 yılı Şubat ve Haziran ayları arasında uygulanmıştır. 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler "Hiçbir zaman", "Nadiren", "Zaman zaman", "Çoğu zaman", "Sık sık", "Her zaman" şeklindedir.

3.3.2. Veri Toplama Aracının Güvenirlik ve Geçerliliği

Ölçeğin yapı geçerliliğini belirlemek için faktör analizi yapılmıştır.

Yapılan analizler sonucunda kullanılan veri, toplama aracının geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3.3.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Ölçek, örneklem olarak seçilen 1.000 kişiye uygulanmıştır. Uygulama sırasında, kişilerin ölçek maddelerini doğru anlayabilmeleri açısından gerekli açıklamalar yapılmıştır. Samimi yanıtlar vermeleri için, çalışmanın önemi hakkında genel bir bilgi verilmiştir.

3.4. Verilerin Çözümlemesi

Ölçek ile elde edilen veriler SPSS 22 programıyla çözümlenmiştir. Verilerin çözümlenmesi için aşağıdaki istatistiksel işlemlerden yararlanılmıştır.

Kişisel özellikleri ile ilgili tanımlayıcı istatistiksel çözümler için frekans (f) ve yüzde (%) tekniği kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerine (cinsiyet, memleket, yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu) göre toplanan veriler, amaçlara paralel olarak çözümlenmiştir. Vardamsal istatistiksel tekniklerden ki kare testi kullanılmıştır.

Verilerin çözümlenmesinde anlamlılık düzeyi 0,05 ve daha anlamlı olan 0,001 olarak da kabul edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, toplanan verilerin çözümlenmesi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Bulgular

Araştırmaya, Pamukkale Üniversitesi Hastanesinde yatan hastalar ve bu hastaların yakınları ile hastane çalışanları katılmıştır.

Katılımcıların Genel Özellikleri

Tablo 4.1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Kadın	506	50,6
Erkek	594	49,4

Araştırmaya katılan kişilerin 506'sı (% 50,6) kadın, 494'ü (%49,4) erkektir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaş	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
18-25	207	20,7
26-33	188	18,8
34-41	174	17,4
42-49	147	14,7
50-57	164	16,4
58-65	74	7,4
65 +	43	4,3

Yaş ortalaması $39 \pm 14,51$ olup yaş aralığı 18-99 yaş aralığındadır. Katılımcıların 207'si ile 18-25 yaş aralığında, 188'i 26-33 yaş aralığında, 43'ü ise 65 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların çoğunluğunu 18-25 yaş grubu oluştururken, en azını ise 65 yaş ve üzerindeki grup oluşturmaktadır.

Tablo 4.3. Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Dağılımı

Memleket	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
İl	62 2	62,2
İlçe	25 0	25,0
Kasaba	6 0	6,0
Köy	3 5	3,5

Katılımcıların memleketi (son 5 yıldır yaşadığı yer) en yüksek oranla il merkezidir. 35'i (% 3,5) ile en az oranda köyde yaşamaktadır.

Tablo 4.4. Katılımcıların Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Eğitim Düzeyi	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Okuryazar değil	2	0,2
İlkokul mezunu	223	22,3
Ortaokul mezunu	81	8,1
Lise mezunu	221	22,1
Önlisans	94	9,4
Lisans	283	28,3
Yüksek lisans	60	6,0
Doktora	12	1,2

Katılımcıların çoğunluğu 223 kişi ve % 22,3 oranında ile ilkokul mezunu iken, 12'si (%1,2) ile en az doktora mezunudur.

Tablo 4.5. Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslek	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Çiftçi	37	4,5
Devlet Memuru	18	1,8
Doktor	31	3,1
Emekli	50	5,0
Ev Hanımı	132	13,2
Hemşire	70	7,0
İntörn Doktor	40	4,0
İşçi	56	5,6
Mühendis	17	1,7
Öğrenci	75	7,5
Öğretmen	70	7,0
Serbest Meslek	29	2,9
Şoför	10	1,0
Tekstil	11	1,1
Tıbbi Sekreter	17	1,7
Diğer	287	28,7
Çalışmıyor	5	0,5
Belirtilmemiş	45	4,5

Katılımcıların çoğunluğunu (% 13,2) ev hanımları, en azını ise çalışmayan kısım (% 0,5) oluşturmaktadır. Katılımcıların 75'ini (% 7,5) öğrenciler oluştururken, 70'ini (% 7,0) öğretmenler oluşturmaktadır. Katılımcıların 45'i (% 4,5) mesleklerini belirtmemişlerdir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Çalıştıkları Sektörlere Göre Dağılımı

Çalışılan Kurum	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Kamu	365	36,5
Özel	332	47,6

Katılımcıların (% 36,5) ile kamu sektöründe çalışırken, (% 47,6'sı) ile özel sektörde çalışmaktadır.

Tablo 4.7. Katılımcıların Gelirlerine Göre Dağılımı

Aylık Ortalama Gelir	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
0 - 1500 TL	256	25,6
1501 - 3000 TL	367	36,7
3001 - 4500 TL	130	13
4501 - 6000 TL	74	7,4
6001 TL ve üzeri	69	6,9
Belirtilmemiş	104	10,4

Aylık ortalama gelir $3382 \pm 10,310$ TL'dir. Katılımcıların (% 36,7'si) 1.501-3.000 TL arasında gelir elde etmektedir. 6000 TL ve üzerinde gelir elde edenlerin oranı ise % 6,9'dur. Diğer bir deyişle sayıca en az olan grup, en çok gelir elde eden gruptur.

Katılımcıların Görüşleri

Tablo 4.8. Katılımcıların Sağlıklı ve Düzenli Beslenmeye İlişkin Görüşleri

Sağlıklı ve Dengeli Beslenme	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet	684	68,4
Hayır	302	30,2

Katılımcılara, dengeli ve sağlıklı beslenmeye ilişkin soru sorulduğunda, (% 64,8)'i "evet" olarak yanıtlarken; (% 30,2)'si "hayır" olarak yanıtlayarak düzensiz ve sağlıksız beslendiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.9. Katılımcıların Sağlık Kontrolü Yaptırma Sıklığı

Sağlık Kontrolü Sıklığı	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Hiçbir zaman	88	8,8
Nadiren	383	38,3
Zaman zaman	362	36,2
Çoğu zaman	105	10,5
Sık sık	27	2,7
Her zaman	29	2,9

Katılımcılara ne kadar sıklıkta sağlık kontrolüne gittikleri sorulduğunda, (% 38,3)'ü "nadiren" gittiklerini söylemişlerdir. (% 36,2)'si ise "zaman zaman" kontrole gitmektedir. Sık sık kontrole gidenler ise en az orandadır (% 2.7).

Tablo 4.10. Katılımcıların Aşı Yaptırma Durumu

Aşı Yaptırma	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet	545	54,5
Hayır	444	44,4
Görüş Belirtmeyen	11	0.01

Hastalıklardan korunma amaçlı aşılama yöntemlerini yaptır mısınız? sorusuna, katılımcıların (% 54,5)'i koruma amaçlı aşı olduğunu söylemiştir. (% 44,4)'ü ise, aşılama yöntemini korunma amaçlı yaptırmayacağını ifade etmiştir.11 kişi ise bu soru hakkında görüşünü belirtmek istememiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların Ergonomik Çalışma Koşullarına İlişkin Görüşleri

Çalıştığı İşte Ulaştığı Ergonomi Düzeyi	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet	289	28,9
Hayır	263	26,3
Kısmen	272	27,2
Bilgim yok	104	10,4

Katılımcılara çalışma koşulları hakkında görüşleri sorulduğunda; çalıştığı işteki koşulların ergonomik olma konusunda (%28,9)'u ergonomik olduğunu ifade ederken, yakın bir oran (%26,3) çalışma koşullarının ergonomik olmadığı görüşündedir. 272 kişi ise yine evet ve hayır yanıtlarına yakın bir oranda çalışma koşullarının kısmen ergonomik olduğunu belirtirken; 104 kişi ise bu konuda herhangi bir bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.12. Mesleki Riskler ve Hastalıklara Karşı Kişisel Önlem Alınma Durumu

Önlem Alma Durumu	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet Alıyorum	402	40,2
Hayır Almıyorum	174	17,4
Kısmen Alıyorum	336	33,6
Bilgim yok	42	4,2

Katılımcılara mesleki riskler ve hastalıklara karşı kişisel olarak yeterince önlem alınıp alınmadığı sorulduğunda en yüksek oranda (%40,2) önlem aldıklarını belirtmişlerdir. 42 kişi ise bu konuda bilgi sahibi değildir. (%33,6)'sı kısmen önlem almakta, (%17,4)'ü ise mesleki risklere ve hastalıklara karşı kişisel olarak yeterince önlem almaktadır.

Katılımcıların Kronik Hastalık Durumu

Tablo 4.13. Katılımcıların Hipertansiyon Hastalığı

Hipertansiyon	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	114	11,4
Yok	886	88,6

Katılımcıların 114 kişi (% 11,4) hipertansiyon hastalığı olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.14. Katılımcıların Diyabetes Mellitus Hastalığı

Diyabetes mellitus	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	97	9,7
Yok	903	90,3

Katılımcılara geçirilmiş veya devam eden ve Türkiye’de prevalansı yüksek olarak görülen hastalıkların kendisinde olup olmadığı sorulmuştur. En yüksek 114 kişi (% 11,4) hipertansiyon hastalığının olduğu, sonrasında 97 kişi ile (% 9,7) diyabetes mellitus hastalığının olduğu belirlenmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların Guatr Hastalığı

Guatr	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	80	8,0
Yok	920	92,0

Katılımcıların 80’i guatr hastalığına yakalanmıştır.

Tablo 4.16. Katılımcıların Akciğer Hastalıkları

Astım ve Akciğer Hastalıkları	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	53	5,3
Yok	947	94,7

Katılımcıların 53'ü akciğer rahatsızlıklarına sahiptir.

Tablo 4.17. Katılımcıların HIV ya da AIDS Hastalığı

HIV ya da AIDS	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	1	0,1
Yok	999	99,9

Katılımcılara sorulan spesifik hastalıklardan en az görülen 1 kişi (%0,1) ile HIV ya da AIDS olmuştur.

Tablo 4.18. Katılımcıların Kalp Hastalığı

Kalp ve Kalp Hastalıkları	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	27	2,7
Yok	973	97,3

Katılımcıların 27 kişi % (2,7)'sinin kalp hastalığına yakalanmıştır.

Tablo 4.19. Katılımcıların Karaciğer Hastalıkları

Karaciğer Hastalıkları ve Hepatit	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	16	1,6
Yok	984	98,4

Katılımcıların 16 kişi (% 1,6)'sının karaciğer ve hepatit hastalıklarının olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 4.20. Katılımcıların Tüberküloz Hastalığı

Tüberküloz	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	2	0,2
Yok	998	99,8

Katılımcıların 2'sinde tüberküloz hastalığı olduğu görülmüştür.

Tablo 4.21. Katılımcıların Epilepsi Hastalığı

Epilepsi	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	14	1,4
Yok	986	98,6

Katılımcıların 14'ünde epilepsi hastalığının olduğu görülmüştür.

Tablo 4.22. Katılımcıların Böbrek Hastalıkları

Böbrek Hastalıkları	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	34	3,4
Yok	966	96,6

Katılımcıların 34'ünde böbrek hastalığı vardır.

Tablo 4.23. Katılımcıların Diğer Kronik Hastalıkları

Diğer Kronik Hastalıklar	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Kanser	29	2,9
Bel Fıtığı	9	0,9
Romatizma	8	0,8
Hiperlipidemi	4	0,4
Depresyon	3	0,3
Fmf (akdeniz ateşi)	3	0,3
Multiple skleroz	3	0,3
Panik atak	3	0,3
Uyku apnesi	2	0,3

Katılımcılar arasında çok farklı ve ender görülen hastalıklara rastlansa da diğer hastalıklar kategorisinde en çok kansere rastlanmaktadır (29 kişi - % 2,9). Kanser vakaları teker teker sorgulandığında ise en çok katılımcıların 13 kişi (% 1,3)'ünde kolon kanserine rastlanmışken, 4 kişi (% 0,4)'ünde meme kanserine ve 3 kişi (% 0,3)'ünde rektum kanserine rastlanmıştır. Kanser hariç sıklıkla görülen 2.sırada geçirilmiş veya devam eden rahatsızlık ise 9 kişi (% 0,9)'unda bel fitiği oluştururken, 8 kişi (%0,8)'inde bunu romatizmal hastalık takip etmektedir. Bundan sonra en sık görülen diğer geçirilmiş veya devam eden hastalıklar ise 4 kişi (%0,4)'ünde hiperlipidemi, 3 kişi (%0,3)'ünde akdeniz ateşi (fmf), multiple skleroz, depresyon, panik atak ve reflü izlemektedir. 2 kişide ise uyku apnesi olduğuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.24. Katılımcıların Kronik Hastalıklara Yakalanma Nedenlerine İlişkin Görüşleri

Hastalıklara Yakalanma Nedeni	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Stres	40	4,0
Düzensiz beslenme	33	3,3
Genetik (kalıtsal)	30	3,0
Hareketsizlik	17	1,7
Nedeni yok	14	1,4
Sigara	9	0,9
Kontrol yaptırmamak	8	0,8
Bilmiyorum	7	0,7

Katılımcılara geçirilmiş yada devam eden hastalıklara yakalanma nedeni sorulduğunda, en sık 40 kişi (% 4)'ü stresten kaynaklandığını belirtmişlerdir. 33 kişi (% 3,3)'ü düzensiz beslenmeden dolayı olduğunu belirtirken, 30 kişi (% 3)'ü genetik (kalıtsal) olduğunu belirtmiştir. 17 kişi (% 1,7)'si hareketsizlik veya düzenli spor yapmamaya bağlı olduğunu ifade etmişlerdir. 14 kişi kronik rahatsızlığının bir nedeni olmadığını belirtirken, 7 kişi herhangi bir nedenden kaynaklanıp kaynaklanmadığı konusunda bilgi sahibi olmadığını söylemiştir. Katılımcıların 9 kişi (% 0,9)'u sigaradan kaynaklandığını, 8 kişi (% 0,8)'i kontrole gitmediğinden ya da düzenli kontrol yaptırıp bu hastalıklara yakalanmadan önce önlem alınmadığından dolayı olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4.25. Katılımcıların Geçirdiği Ameliyatlar

Ameliyat Türü	Kişi Sayısı (n)	Yüzde(%)
Kolesistektomi	44	4,4
Apendektomi	39	3,9
Sezeryan	37	3,7
Troidektomi	26	2,6
Septoplasti	19	1,9
Ingunialherni	17	1,7
Anjio	15	1,5
Bel Fıtığı	14	1,4
Pilonidal sinus	13	1,3
Bypass	8	0,8

Katılımcılara, sağlık düzeyini belirlemek amacıyla hangi ameliyatları geçirdikleri sorulmuştur. En sıklıkla 44 kişi (% 4,4)'ü kolesistektomi (safra kesesi operasyonu) geçirmişlerdir. Sırasıyla 39 kişi (%3,9)'u apendektomi (apandisit alım operasyonu), 37 kişi (% 3,7)'si sezeryan, 26 kişi (% 2,6)'sı troidektomi (troid bezinin alınması operasyonu), 19 kişi (% 1,9)'u septoplasti (burun ameliyatı), 17 kişi (% 1,7)'si inguinal herni (kasık fıtığı operasyonu), 15 kişi (% 1,5)'i anjio, 14 kişi (% 1,4)'ü bel fıtığı, 13 kişi (% 1,3)'ü pilonidal sinüs (kıl dönmesi operasyonu), 8 kişi (% 0,8)'i bypass (kalp damar değişim operasyonu) geçirmişlerdir.

Tablo 4.26. Katılımcıların Ameliyat Olma Nedenlerine İlişkin Görüşleri

Ameliyat Nedeni	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Genetik(kalıtımsal)	7	0,7
Hareketsizlik	6	0,6
Düzensiz Beslenme	5	0,5

Katılımcılara, ameliyat olma nedeni görüşleri sorulduğunda, çok az katılımcı bu konuda görüş belirtmiştir. 7 kişi genetik (kalıtımsal) olduğunu, 6 kişi hareketsizlik ya da düzenli spor yapmaktan kaynaklandığını ve 5 kişi de düzensiz ve sağlıklı beslenmeye bağlı olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine ile Beslenme Düzeyleri Arasındaki İlişki

Tablo 4.27. Katılımcıların Yaşlarına Göre Beslenme Düzeyi

Yaş	Düzenli ve Sağlıklı Beslenme n (%)	Düzensiz ve Sağlıksız Beslenme n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
18-25	121 (59,0)	84 (41,0)	207	20,7	<0,001
26-33	108 (58,4)	77 (41,6)	188	18,8	
34-41	131 (76,2)	41 (23,8)	174	17,4	
42-49	111 (76,6)	34 (23,4)	147	14,7	
50-57	122 (76,3)	38 (23,8)	164	16,4	
58-65	55 (74,3)	19 (25,7)	74	7,4	
65 +	33 (78,6)	9 (21,4)	43	4,3	

Ölçek ile toplanan verilere ki-kare testi yapılarak sosyodemografik özelliklerin beslenme düzeyini etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Yaşa göre sağlıklı ve düzenli beslenme, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). En çok 65 ve yaş üzeri katılımcıların % 78,6 oranında düzenli ve sağlıklı beslendikleri saptanmıştır. Bunları sırasıyla % 76,6 oranıyla 42-49 yaş aralığındaki katılımcılar, % 76,3 oranıyla 50-57 yaş aralığındaki katılımcılar izlemiştir. En çok düzensiz ve sağlıksız beslendiklerini belirtenler ise 26-33 yaş grubundaki katılımcılardır. 26-33 yaş aralığındaki katılımcıların % 58,4'ü düzenli ve sağlıklı beslendiklerini ifade ederken, yüksek bir oranla (% 41,6) bu yaş aralığındaki katılımcıların dengesiz ve sağlıksız beslendiği saptanmıştır.

Tablo 4.28. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Beslenme Düzeyi

Cinsiyet	Düzenli ve Sağlıklı Beslenme n (%)	Düzensiz ve Sağlıksız Beslenme n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Kadın	345 (69,1)	154 (30,9)	506	50,6	0,872
Erkek	339 (69,6)	148 (30,4)	594	49,4	

Katılımcıların cinsiyete göre düzenli ve sağlıklı beslenip beslenmediklerini görmek için ki-kare testi yapılmıştır. Yapılan test sonunda cinsiyet açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Her iki cinsiyetin de yakın oranlarda düzenli ve sağlıklı beslendikleri görülmüştür. Kadınlarda bu oran % 69,1 iken, erkeklerde ise % 69,4'tür.

Tablo 4.29. Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Beslenme Düzeyi

Yaşanılan Yer	Düzenli ve Sağlıklı Beslenme n (%)	Düzensiz ve Sağlıksız Beslenme n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
İl merkezi	428 (69,6)	187 (30,4)	622	62,2	0,966
İlçe merkezi	168 (68,3)	78 (31,7)	250	25,0	
Kasaba	41 (70,7)	17 (29,3)	60	6,0	
Köy	25 (71,4)	10 (28,6)	35	3,5	

Katılımcıların en uzun yaşadığı yere göre sağlıklı ve düzenli beslenme durumuna bakıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p<0,05$).

Tablo 4.30. Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Beslenme Düzeyi

Eğitim Düzeyi	Düzenli ve Sağlıklı Beslenme n (%)	Düzensiz ve Sağlıksız Beslenme n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Okur-yazar değil	1 (50)	1 (50)	2	0,2	0,036
İlkokul mezunu	169 (76,1)	53 (26,9)	223	22,3	
Ortaokul mezunu	58 (73,4)	21 (26,6)	81	8,1	
Lise mezunu	158 (72,8)	59 (27,2)	221	22,1	
Önlisans mezunu	63 (67,7)	30 (32,3)	94	9,4	
Lisans mezunu	180 (64,3)	100 (35,7)	283	28,3	
Yüksek lisans mezunu	34 (57,6)	25 (42,4)	60	6,0	
Doktora mezunu	7 (58,3)	5 (41,7)	12	1,2	

Katılımcıların eğitim durumuna göre düzenli ve sağlıklı beslenme düzeyine bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0,05$). Katılımcılardan ilkokul mezunu olanlar, en yüksek oranda (% 76,1) beslenmelerine dikkat eden gruptur. En az dikkat eden grup ise yüksek lisans mezunu grubu olup % 57,6'dır.

Tablo 4.31. Katılımcıların Çalıştıkları Kuruma Göre Beslenme Düzeyi

Çalışılan Kurum	Düzenli ve Sağlıklı Beslenme n (%)	Düzensiz ve Sağlıksız Beslenme n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Kamu	245 (67,5)	118 (32,5)	365	36,5	0,301
Özel	234 (71,1)	95 (28,9)	332	47,6	

Katılımcıların çalıştıkları kuruma göre beslenme düzeyine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Katılımcıların 234 kişi (% 71,1)'i özel kurumda çalışıp, düzenli ve sağlıklı beslenirken; kamuda çalışanların 118 kişi (% 32,5)'i düzensiz ve sağlıksız beslenmektedir.

Tablo 4.32. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Beslenme Düzeyi

Aylık Ortalama Gelir	Düzenli ve Sağlıklı Beslenme n (%)	Düzensiz ve Sağlıksız Beslenme n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
0 - 1500 TL	163 (64,9)	88 (35,1)	256	25,6	0,048
1501 - 3000 TL	259 (71)	106 (29)	367	36,7	
3001 - 4500 TL	90 (69,8)	39 (30,2)	130	13	
4501 - 6000 TL	60 (81,1)	14 (18,9)	74	7,4	
6001 +	41 (61,2)	26 (38,8)	69	6,9	
Belirtilmemiş	613 (69,2)	273 (30,8)	104	10,4	

Katılımcıların gelir grubuna göre beslenme düzeyi karşılaştırıldığı zaman ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). 4.001-6.000 TL arasında aylık geliri olan grup sağlıklı ve düzenli beslenme açısından %81,1 oranında dikkat ettiğini belirtirken, en düşük oranda 6.000 TL ve üzeri alan gruptur. Bu grubu 0-1.500 TL gelir düzeyine sahip olan grup izlemiştir.

Tablo 4.33. Katılımcıların Meslek Grubuna Göre Beslenme Düzeyi

Meslek	Düzenli ve Sağlıklı Beslenme n (%)	Düzensiz ve Sağlıksız Beslenme n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Çiftçi	22 (62,9)	13 (37,1)	37	4,5	< 0,001
Devlet Memuru	15 (83,3)	3 (16,7)	18	1,8	
Doktor	14 (45,2)	17 (54,8)	31	3,1	
Emekli	36 (72)	14 (28)	50	5,0	
Ev Hanımı	104 (79,4)	27 (20,6)	132	13,2	
Hemşire	44 (63,8)	25 (36,2)	70	7,0	
İntörn Doktor	17 (42,5)	23 (57,5)	40	4,0	
İşçi	35 (62,5)	21 (37,5)	56	5,6	
Mühendis	15 (88,2)	2 (11,8)	17	1,7	
Öğrenci	41 (54,7)	34 (45,3)	75	7,5	
Öğretmen	54 (79,4)	14 (20,6)	70	7,0	
Serbest Meslek	23 (79,3)	6 (20,7)	29	2,9	
Şöför	8 (80)	2 (20)	10	1,0	
Tekstil	10 (90,9)	1 (9,1)	11	1,1	
Tıbbi Sekreter	11 (64,7)	6 (35,3)	17	1,7	
Diğer	203 (72)	79 (28)	287	28,7	
Çalışmıyor	2 (40)	3 (60)	5	0,5	
Belirtilmemiş	30 (71,4)	12 (28,6)	45	4,5	

Meslek grubuna göre bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,001$). Bu kategoride beslenmesine en çok dikkat eden grup % 83,3 oranla devlet

memuru olurken, aynı oranda % 79,4 ile ev hanımı ve öğretmenler izlemiştir. Çalışmayanlar en yüksek oranda (% 60) düzensiz ve sağlıksız beslenen grup olmuştur.

Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile Göre Aşı Olma Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 4.34. Katılımcıların Yaşlarına Göre Aşı Bilgi Düzeyi

Yaş	Aşı Yaptırma n (%)	Aşı yaptırmama n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
18-25	154 (75,1)	51 (24,9)	207	20,7	< 0,001
26-33	103 (55,1)	84 (44,9)	188	18,8	
34-41	89 (51,1)	85 (48,9)	174	17,4	
42-49	64 (44,1)	81 (55,9)	147	14,7	
50-57	78 (47,9)	85 (52,1)	164	16,4	
58-65	33 (46,5)	38 (53,5)	74	7,4	
65 +	23 (54,8)	19 (45,2)	43	4,3	

Korunma amaçlı aşı yaptırma ile yaş arasında ilişki olup-olmadığını belirlemek için ki-kare testi yapılmıştır. Test sonucunda yaş ile aşı yaptırma arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,001$). 154 kişi (% 75,1)'i ile en çok 18-25 yaş aralığındaki grup aşı yaptırmayı gerekli bulurken, aşı yöntemini hastalıklardan korunma amaçlı bu yöntemi kullanmayı düşünen grup ise 64 kişi ise (% 44,1)'i 4249 yaş aralığındaki gruptur.

Tablo 4.35. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Aşı Bilgi Düzeyi

Cinsiyet	Aşı Yaptırma n (%)	Aşı yaptırmama n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Kadın	293 (58,4)	209 (41,6)	506	50,6	0,036
	252 (51,7)	235 (48,3)	594	49,4	

Yapılan ki-kare testi sonucunda, katılımcıların korunma amaçlı aşı yaptırma düzeyi ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).Kadınlarda hastalıklardan korunma amaçlı aşı yaptırmayı isteme düzeyi % 58,4 iken, bu durum erkeklerde ise % 51,7'dir.

Tablo 4.36. Katılımcıların Yaşadığı Yer ile Aşı Olma Düzeyi Arasındaki İlişki

Yaşanılan Yer	Aşı Yaptırma n (%)	Aşı yaptırmama n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
İl merkezi	364 (58,9)	254 (41,1)	622	62,2	0,004
İlçe merkezi	122 (49,4)	125 (50,6)	250	25,0	
Kasaba	27 (46,6)	31 (53,4)	60	6,0	
Köy	13 (37,1)	22 (62,9)	35	3,5	

Kişilerin en uzun süre yaşadığı yere (memlekete) göre aşı yaptırma durumu en yüksek oranda % 58,9 ile il merkezinde yaşayanlarda gözükürken, sırasıyla bu durumu % 49,4 ile ilçe, % 46,6 ile kasaba izlemektedir. En az oran ise köyde yaşayanlarda % 37,1 oranında görülmektedir.

Tablo 4.37. Katılımcıların Eğitim Düzeyi ile Aşı Olma Düzeyi Arasındaki İlişki

Eğitim Düzeyi	Aşı Yaptırma n (%)	Aşı yaptırmama n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Okur-yazar değil	1 (50)	1 (50)	2	0,2	< 0,001
İlkokul mezunu	92 (42)	127 (58)	223	22,3	
Ortaokul mezunu	40 (50)	40 (50)	81	8,1	
Lise mezunu	121 (55,3)	98 (44,7)	221	22,1	
Önlisans mezunu	57 (61,3)	36 (38,7)	94	9,4	
Lisans mezunu	187 (66,5)	94 (33,5)	283	28,3	
Yüksek lisans mezunu	34 (56,7)	26 (43,3)	60	6,0	
Doktora mezunu	5 (41,7)	7 (58,3)	12	1,2	

Eğitim düzeyine göre koruma amaçlı aşı yaptırma oranına bakıldığında ise 187 kişi ve (% 66,5)'i lisans mezunlarında görülürken, en düşük oranda 92 kişi (% 42) ile ilkokul mezunu kişilerde görülmektedir. Eğitim düzeyine göre koruma amaçlı aşı yaptırma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 4.38. Katılımcıların alıştıkları Kuruma Göre Aşı Olma Düzeyi Arasındaki İlişi

Çalışılan Kurum	Aşı Yaptırma n (%)	Aşı Yaptırmama n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Kamu	231 (63,8)	131 (36,2)	365	36,5	0,002
Özel	172 (52,3)	157 (47,7)	332	47,6	

Yapılan ki-kare testi sonuçlarına göre, kamu sektöründe çalışanlar, özel sektörde çalışanlara göre daha yüksek oranda hastalıklardan korunma amaçlı aşı yaptırmaktadır. Kamuda alışanlar % 63,8 oran ile aşı yaptırmayı düşünürken, zelerde çalışanlar ise % 52,4 ile aşı yaptırmayı düşündüklerini ifade etmektedirler ve istatistiksel açıdan bakıldığında iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4.39. Katılımcıların Gelir Durumuna Göre Aşı Olma Düzeyi Arasındaki İlişi

Aylık Ortalama Gelir	Aşı Yaptırma n (%)	Aşı Yaptırma ma n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
0 - 1500 TL	142 (55,9)	112 (44,1)	256	25,6	0,377
1501 - 3000 TL	187 (51,7)	175 (48,3)	367	36,7	
3001 - 4500 TL	71 (55,5)	57 (44,5)	130	13	
4501 - 6000 TL	46 (62,2)	28 (37,8)	74	7,4	
6001 +	42 (60,9)	27 (39,1)	69	6,9	
Belirtilmemiş			104	10,4	

Aylık ortalama gelir açısından korunma amaçlı aşı yaptırma sorusu karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Katılımcıların 6.000 TL ve üzeri aylık ortalama gelire sahip olanlarda en yüksek % 60,9) ile korunma amaçlı aşı yaptırma durumu gözükürken, 1.501 – 3.000 TL gelire sahip olanlarda korunma amaçlı aşı yaptırmama oranı % 48,3 ile en yüksektir. Katılımcıların 104 kişi ise korunma amaçlı aşı yaptırma sorusuna görüşünü belirtmemişlerdir.

Tablo 4.40. Katılımcıların Mesleği ile Aşı Olma Düzeyi Arasındaki İlişki

Meslek	Aşı Yaptırma n (%)	Aşı Yaptırmama n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Çiftçi	12 (32,4)	25 (67,6)	37	4,5	< 0,001
Devlet Memuru	6 (33,3)	12 (66,7)	18	1,8	
Doktor	21 (67,7)	10 (32,3)	31	3,1	
Emekli	30 (61,2)	19 (38,8)	50	5,0	
Ev Hanımı	55 (42,3)	75 (57,7)	132	13,2	
Hemşire	55 (79,7)	14 (20,3)	70	7,0	
İntörn Doktor	36 (90)	4 (10)	40	4,0	
İşçi	12 (70,6)	37 (66,1)	56	5,6	
Mühendis	19 (33,9)	5 (29,4)	17	1,7	
Öğrenci	54 (72)	21 (28)	75	7,5	
Öğretmen	34 (50,7)	33 (49,3)	70	7,0	
Serbest Meslek	14 (50)	14 (50)	29	2,9	
Şoför	6 (60)	4 (40)	10	1,0	
Tekstil	4 (36,4)	7 (63,6)	11	1,1	
Tıbbi Sekreter	11 (64,7)	6 (35,3)	17	1,7	
Diğer	149 (52,3)	136 (47,7)	287	28,7	
Çalışmıyor	3 (60)	2 (40)	5	0,5	
Belirtilmemiş	24 (54,5)	20 (45,5)	45	4,5	

Yapılan ki-kare testi sonucunda, katılımcıların mesleği ile aşı olma düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,001$). En çok bu konuda dikkatli olanlar çok yüksek bir oranda % 90 oranıyla intörn doktorlar olurken, bunu % 79,4 oranla hemşireler izlemektedir.

Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Hastalık Durumları Arasındaki İlişki

Tablo 4.41. Katılımcıların Yaşları ile Hastalık Durumu Arasındaki İlişki

Yaş	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
18-25	175 (85)	31 (15)	207	20,7	< 0,001
26-33	158 (84,9)	28 (15,1)	188	18,8	
34-41	140 (81,4)	32 (18,6)	174	17,4	
42-49	92 (62,6)	55 (37,4)	147	14,7	
50-57	98 (59,8)	66 (40,2)	164	16,4	
58-65	29 (39,7)	44 (60,3)	74	7,4	
65 +	10 (23,3)	33 (76,7)	43	4,3	

Katılımcıların geçirilmiş ya da devam eden hastalıkları ile sosyodemografik özellikleri arasında bir ilişki olup-olmadığını anlamak için karşılaştırıldığında ki-kare testi uygulanmıştır. Yaşa göre hastalık sahibi olup-olmama durumu karşılaştırıldığında, yaş arttıkça geçirilmiş ya da devam eden bir hastalığa sahip olma durumu artmaktadır. En az 18-25 yaş aralığında 175 kişi ve % 85 oranında hastalık olmama durumu bulunurken, en çok 65 yaş ve üzeri yaşta 33 kişi ve % 76,7 oranında bu yaş aralığında herhangi bir hastalığa sahip olma durumuna rastlanmıştır. Yaşa göre geçirilmiş ya da devam eden hastalığa sahip olma durumunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$).

Tablo 4.42. Katılımcıların Cinsiyeti ile Hastalık Durumları Arasındaki İlişki

Cinsiyet	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Kadın	293 (58,4)	209 (41,6)	506	50,6	0,036
Erkek	252 (51,7)	235 (48,3)	594	49,4	

Cinsiyete göre hastalık durumu karşılaştırıldığında ise kadınların 209'u herhangi bir hastalığa sahipken, erkeklerin 235'i sahiptir. Cinsiyet açısından geçirilmiş ya da devam eden bir hastalığa sahip olma-olmama durumu karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.43. Katılımcıların Yaşadığı Yere Göre Hastalık Durumları Arasındaki İlişki

Yaşanılan Yer	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
İl merkezi	364 (58,9)	254 (41,1)	622	62,2	0,004
İlçe merkezi	122 (49,4)	125 (50,6)	250	25,0	
Kasaba	27 (46,6)	31 (53,4)	60	6,0	
Köy	13 (37,1)	22 (62,9)	35	3,5	

Katılımcıların en uzun süre yaşadığı yere (memlekete) göre geçirilmiş ya da devam eden bir hastalığı olup olmadığı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Son 5 yıldır yaşadığı yere (memlekete) göre bakıldığında, ilde yaşayanlarda geçirilmiş veya devam eden hastalık olma durumu % 71,6 iken, ilçede yaşayanlarda bu oran % 67,7, kasabada yaşayanlarda % 66,7 ve köylerde yaşayanlarda % 79,4'tür.

Tablo 4.44. Katılımcıların Eğitim Düzeyi ile Hastalık Durumları Arasındaki İlişki

Eğitim Düzeyi	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Okur-yazar değil	0 (0,0)	2 (100)	2	0,2	< 0,001
İlkokul mezunu	125 (56,3)	97 (43,7)	223	22,3	
Ortaokul mezunu	63 (78,8)	17 (21,3)	81	8,1	
Lise mezunu	167 (75,9)	53 (24,1)	221	22,1	
Önlisans mezunu	72 (77,4)	21 (22,6)	94	9,4	
Lisans mezunu	210 (74,7)	71 (25,3)	283	28,3	
Yüksek lisans mezunu	41 (68,3)	19 (31,7)	60	6,0	
Doktora mezunu	11 (91,7)	1 (8,3)	12	1,2	

Katılımcıların eğitim düzeyi ile hastalık düzeyi karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0,001$). 11 kişi ile ve % 8,3 oranıyla en az doktora mezunu katılımcılarda görünürken, % 100 oranıyla okuma-yazma bilmeyen katılımcılarda ve daha sonra 97 kişi ve % 43,7 oranıyla ilkökul mezunu katılımcılarda bulunmuştur.

Tablo 4.45. Katılımcıların Meslekleri ile Hastalık Durumları Arasındaki İlişki

Meslek	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Çiftçi	22 (61,1)	15 (33,3)	37	4,5	< 0,001
Devlet Memuru	11 (61,1)	14 (38,9)	18	1,8	
Doktor	24 (77,4)	7 (38,9)	31	3,1	
Emekli	21 (42,9)	7 (22,6)	50	5,0	
Ev Hanımı	68 (51,5)	28 (57,1)	132	13,2	
Hemşire	62 (88,6)	64 (48,5)	70	7,0	
İntörn Doktor	28 (70)	8 (11,4)	40	4,0	
İşçi	44 (78,6)	12 (30)	56	5,6	
Mühendis	14 (82,4)	12 (21,4)	17	1,7	
Öğrenci	65 (86,7)	3 (17,6)	75	7,5	
Öğretmen	48 (68,6)	10 (13,3)	70	7,0	
Serbest Meslek	22 (78,6)	22 (31,4)	29	2,9	
Şoför	8 (80)	6 (21,4)	10	1,0	
Tekstil	11 (100)	2 (20)	11	1,1	
Tıbbi Sekreter	14 (82,4)	0 (0,0)	17	1,7	
Diğer	210 (73,9)	3 (17,6)	287	28,7	
Çalışmıyor	2 (40)	3 (60)	5	0,5	
Belirtilmemiş	30 (66,7)	15 (33,3)	45	4,5	

Katılımcıların meslekleri ile geçirilmiş ya da devam eden hastalığa sahip olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0,001$). En çok devam eden

veya geçirilmiş hastalık olma durumu % 60 oranla çalışmayanlarda saptanırken, tekstil çalışanlarında ise devam eden yada geçirilmiş hastalık durumu bulunmamıştır.

Tablo 4.46. Katılımcıların Gelir Durumu ile Hastalık Durumları Arasındaki İlişki

Çalışılan Kurum	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Kamu	278 (76,4)	86 (23,6)	365	36,5	0,431
Özel	242 (73,8)	86 (26,2)	332	47,6	

Çalıştığı kuruma göre karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Kamuda çalışanlarda bu oran 278 kişi ve % 76,4 oranında bulunurken, özelde çalışanlarda ise % 73,8'dir.

Tablo 4.47. Katılımcıların Gelir Durumu ile Hastalık Durumları Arasındaki İlişki

Aylık Ortalama Gelir	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
0-1500 TL	161 (63,1)	94 (36,9)	256	25,6	0,021
1501-3000 TL	266 (73,3)	97 (26,7)	367	36,7	
3001-4500 TL	92 (73,1)	37 (28,7)	130	13	
4501-6000 TL	58 (78,4)	16 (21,6)	74	7,4	
6001 TL +	53 (76,8)	16 (23,2)	69	6,9	
Belirtilmemiş			104	10,4	

Aylık ortalama gelir arttıkça devam eden veya geçirilmiş bir hastalığa sahip olma durumu azalmış ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). 4.501-

6.000 TL gelire sahip olanlarda geçirilmiş veya devam eden hastalığa sahip olma durumu en az oranda % 21,6 ve 16 kişi ile bulunurken, en çok 94 kişi ve % 36,9 ile 0-1.500 TL arası gelire sahip olanlarda görülmüştür.

Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Ameliyat Olup-Olmama Durumu Arasındaki İlişki

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile ameliyat olup-olmama durumları arasında bir ilişki olup-olmadığını görmek için ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.48. Katılımcıların Yaşları ile Ameliyat Varlığı Arasındaki İlişki

Yaş	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
18-25	185 (89,8)	21 (10,2)	207	20,7	< 0,001
26-33	153 (81,4)	35 (18,6)	188	18,8	
34-41	140 (80,5)	34 (19,5)	174	17,4	
42-49	119 (81)	28 (19,0)	147	14,7	
50-57	126 (76,8)	38 (23,2)	164	16,4	
58-65	51 (68,9)	23 (31,1)	74	7,4	
65 +	25 (58,1)	18 (41,9)	43	4,3	

Katılımcıların yaşı ile ameliyat olma durumu karşılaştırıldığında, yaş arttıkça ameliyat olma durumunun arttığı görülmüştür. İstatiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0,001$). 65 yaş ve üzerinde ameliyat olma oranı % 41,9 ile en yüksek oranda iken, 18-25 yaş arasındaki katılımcılarda ise % 10,2'dir.

Tablo 4.49. Katılımcıların Cinsiyeti ile Ameliyat Olma Durumu Arasındaki İlişki

Cinsiyet	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Kadın	344 (68,3)	160 (31,7)	506	50,6	0,063
Erkek	360 (73,5)	130 (26,5)	594	49,4	

Katılımcıların cinsiyet ile ameliyat olma durumu arasında açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Kadınlarda ameliyat olma durumu % 31,7 iken, erkeklerde ise bu oran % 26,5'tir.

Tablo 4.50. Katılımcıların Yaşadığı Yer ile Ameliyat Olma Durumu Arasındaki İlişki

Yaşanılan Yer	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
İl merkezi	504 (81)	118 (19,0)	622	62,2	0,880
İlçe merkezi	198 (79,5)	51 (20,5)	250	25,0	
Kasaba	47 (78,3)	13 (21,7)	60	6,0	
Köy	27 (77,1)	8 (22,9)	35	3,5	

Katılımcıların yaşadığı yer (memleketi) ile ameliyat olma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Katılımcıların memleket veya son 5 yıldır yaşadığı yere göre ameliyat olma durumu karşılaştırıldığında il merkezinde yaşayanlarda ameliyat olan 118 kişi (% 19,0), ilçede yaşayanlarda 51 kişi (% 20,5)'i, kasabada yaşayan 13 kişi (% 21,7)'si ve köyde yaşayanlarda 8 kişi (% 22,9)'dur.

Tablo 4.51. Katılımcıların Eğitim Durumu ile Ameliyat Olma Durumu Arasındaki İlişki

Eğitim Düzeyi	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Okur-yazar değil	2 (100)	0 (0,0)	2	0,2	0,332
İlkokul mezunu	168 (75,3)	55 (24,7)	223	22,3	
Ortaokul mezunu	66 (81,5)	15 (18,5)	81	8,1	
Lise mezunu	173 (78,3)	48 (21,7)	221	22,1	
Önlisans mezunu	78 (83,0)	16 (17,0)	94	9,4	
Lisans mezunu	235 (83,3)	47 (16,7)	283	28,3	
Yüksek lisans mezunu	50 (83,3)	10 (16,7)	60	6,0	
Doktora mezunu	11 (91,7)	1 (8,3)	12	1,2	

Katılımcıların eğitim düzeyine göre ameliyat olma durumu karşılaştırıldığında, en yüksek ilkököl mezunlarında % 24,7 oranında görülürken, en az okuryazar olmayanlarda görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.52. Katılımcıların Meslek Grupları ile Ameliyat Olma Durumu Arasındaki İlişki

Meslek	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Çiftçi	29 (78,4)	8 (21,6)	37	4,5	0,006
Devlet Memuru	14 (77,8)	4 (22,2)	18	1,8	
Doktor	24 (77,4)	7 (22,6)	31	3,1	
Emekli	31 (62,0)	19 (38,0)	50	5,0	
Ev Hanımı	96 (72,7)	36 (27,3)	132	13,2	
Hemşire	61 (87,1)	9 (12,9)	70	7,0	
İntörn Doktor	37 (94,9)	2 (5,1)	40	4,0	
İşçi	43 (76,8)	13 (23,2)	56	5,6	
Mühendis	17 (100)	0 (0,0)	17	1,7	
Öğrenci	67 (89,3)	8 (10,7)	75	7,5	
Öğretmen	58 (82,9)	12 (17,1)	70	7,0	
Serbest Meslek	24 (82,8)	5 (17,2)	29	2,9	
Şoför	9 (90,0)	1 (10,0)	10	1,0	
Tekstil	7 (63,6)	4 (36,4)	11	1,1	
Tıbbi Sekreter	14 (82,4)	3 (17,6)	17	1,7	
Diğer	232 (80,8)	55 (19,2)	287	28,7	
Çalışmıyor	4 (80,0)	1 (20,0)	5	0,5	
Belirtilmemiş	34 (75,6)	11 (24,4)	45	4,5	

Katılımcıların meslek durumlarına göre ameliyat olma durumuna bakıldığında en yüksek oranda % 38 ile emeklilerde bulunmuştur, mühendis olan katılımcıların hiçbiri ameliyat olmamıştır ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.53. Katılımcıların Çalışılan Kurum ile Ameliyat Olma Durumu Arasındaki İlişki

Çalışılan Kurum	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
Kamu	304 (83,5)	60 (16,5)	365	36,5	0,098
Özel	261 (78,6)	71 (21,4)	332	47,6	

Katılımcıların çalıştığı kuruma göre ameliyat olma durumuna bakıldığında kamuda çalışanlarda ameliyat geçirme durumu % 16,5 oranında iken, özel sektörde çalışanlarda ise % 21,4 oranındadır ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4.54. Katılımcıların Gelir Durumu ile Ameliyat Olma Durumu Arasındaki İlişki

Aylık Ortalama Gelir	Yok n (%)	Var n (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	p
0-1500 TL	206 (80,8)	49 (19,2)	256	25,6	0,276
1501-3000 TL	281 (76,6)	86 (23,4)	367	36,7	
3001-4500 TL	107 (82,3)	23 (17,7)	130	13	
4501-6000 TL	64 (86,5)	10 (13,5)	74	7,4	
6001 TL +	54 (78,3)	15 (21,7)	69	6,9	
Belirtilmemiş			104	10,4	

Katılımcıların gelir durumuna göre ameliyat olma durumuna bakıldığında en çok 1.501 – 3.000 TL arasındaki gelirdeki katılımcılar % 23,4 oranıyla ameliyat olduğu saptanmıştır. En az 4.501 – 6.000 TL arasındaki gelirlere sahip olanlar % 13,5 oranla

ameliyat olmuşlardır. Katılımcıların gelir durumuna göre ameliyat olma durumunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA ve ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen sonuçlar tartışılmakta ve öneriler sunulmaktadır.

Araştırmada öncelikler olarak kişinin sağlık durumunu etkileyen sosyo-ekonomik etkenler incelenmiş ve bu etkenlerin kişinin sağlığı üzerinde ne gibi bir şekilde etkili olabilecekleri tartışılmıştır. Bu etkenler başlıca, eğitim, cinsiyet, yaş, yaşanılan bölge (kentsel/kırsal), medeni durum, istihdam durumu ve gelir durumu olarak sıralanabilir. Ancak araştırmanın önceliği, sağlık ve eğitim arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmada sağlık çıktıları olarak, kişinin kendi söylediği sağlık durumu ve kişilerin sağlık ile ilgili olan davranışları kullanılmıştır.

5.1. Sonuçlar

Pamukkale Üniversitesi Hastanesindeki hastalar ve yakınları ile hastane çalışanlarının oluşturduğu, eğitim düzeyleri ve sağlık durumları arasındaki ilişkiye yönelik bu araştırma sonucunda, şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Eğitim düzeyi yükseldikçe kişisel kazançlar da yükselmektedir. En yüksek gelir sahibi olanlar lisans mezunlarındandır.
- Kişilerin eğitim düzeyi yükseldikçe, sağlık konusunda daha çok bilinçlenmektedir ve sağlık hizmetlerinden (örneğin, koruyucu sağlık hizmetlerinden) daha fazla yararlanmaktadırlar.
- Eğitim düzeyi yüksek olan kişiler, daha iyi işlerde çalışmaktadır. Dolayısıyla bu işlerde kapsamlı bir sağlık sigortasına sahip olmakta ve daha güvenli ortamlarda çalışmaktadırlar.
- Eğitim düzeyi yüksek olan kişiler, geleceklerine daha umutla bakmaktadırlar ve geleceklerini güvence altına almak için sağlıklarına daha fazla yatırım yapmaktadırlar.

- Eğitim düzeyi yüksek olan kişiler, daha çok bilgi akışına sahip oldukları için sağlık konusunda yeni bir bilgiye daha kolay ulaşıp davranışlarını (örneğin sağlıklarına zarar verebilecek yeme içme alışkanlıkları gibi) ona göre değiştirebilmektedirler.
- Eğitim ve kişilerin sağlık durumları arasındaki ilişki şöyle özetlenebilir: Eğitim düzeyi ve sağlık durumu arasında pozitif bir ilişki vardır. En yüksek eğitim düzeyindeki kişilerin (üniversite mezunları ve yüksek lisans, doktora mezunları) diğer eğitim düzeylerine göre sağlık durumu en kötü olanlar, okuma-yazma bilmeyen kişilerdir.
- Eğitim düzeyi yüksek olan kişiler, sağlığa yararlı davranışlar yapmalarının kendileri için daha iyi olacağını farkındadırlar.
- Dengeli ve sağlıklı beslenme konusunda, katılımcıların % 64,8'i "evet" derken; % 30,2'si "hayır" diyerek, düzensiz ve sağlıksız beslendiklerini belirtmişlerdir..
- Katılımcıların % 38,3'ü nadiren sağlık kontrole gitmektedir. % 36,2'si ise zaman zaman kontrole gitmektedir. % 2,7'si ise sık sık kontrole gitmektedir.
- Hastalıklardan korunma amaçlı aşı yaptırır mısınız? sorusuna katılımcıların % 54,5'i yaptırdığını, % 44,4'ü yaptırmadığını söylemiştir. 11 kişi ise bu soru hakkında görüşünü belirtmek istememiştir.
- Katılımcılara çalıştığı işteki koşulların ergonomik olup-olmadığı sorulduğunda, % 28,9'u ergonomik olduğunu belirtmiştir. Yakın bir oranda katılımcı % 26,3'ü çalışma koşullarının ergonomik olmadığını belirtmiştir. % 27,2'si ise yine "evet" ve "hayır" yanıtlarına yakın bir oranda çalışma koşullarının "kısmen" ergonomik olduğunu belirtirken; % 10,4'ü ise bu konuda herhangi bir bilgi sahibi değildir.
- Katılımcılara mesleki riskler ve hastalıklara karşı kişisel olarak yeterince önlem alınıp-alınmadığı sorulduğunda, en yüksek oranda % 40,2'si önlem aldıklarını belirtmiştir; Katılımcıların % 4,2'si ise bu konuda bilgi sahibi değildir. % 33,6'sı kısmen önlem almakta, % 17,4'ü kişisel olarak yeterince önlem almamaktadır.
- Katılımcılarda en yüksek oranda % 11,4'ü hipertansiyon hastalığı vardır. Sonrasında % 9,7'si oranında diyabetes mellitus hastalığı vardır.
- Katılımcılarda spesifik hastalıklardan en az görülen HIV ya da AIDS hastalığıdır.
- Katılımcılara geçirilmiş ya da devam eden hastalıklara yakalanma nedeni sorulduğunda, en sık 40 (% 4) kişi ile stresten kaynaklandığını belirtmişlerdir.

33'ü (% 3,3) düzensiz beslenmeden dolayı olduğunu belirtirken, 30'u (% 3) ise genetik (kalıtsal) olduğunu belirtmiştir. 17'si (% 1,7) ile hareketsizlik ya da düzenli spor yapmamaya bağlı olduğunu belirtmiştir.

- Katılımcılara, hangi ameliyatları geçirdikleri sorulmuştur ve en sıklıkla 44'ü (% 4,4) kolesistektomi (safra kesesi alınma operasyonu) geçirdikleri görülmüştür.
- Yaşa göre sağlıklı ve düzenli beslenme istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). En çok 65 ve yaş üzeri katılımcılar % 78,6 oranında düzenli ve sağlıklı beslenmektedirler.
- Her iki cinsiyet (kadın-erkek) yakın oranlarda düzenli ve sağlıklı beslenmektedir. Kadınlarda bu oran % 69,1 iken, erkeklerde ise % 69,4'tür.
- Katılımcıların eğitim düzeyine göre düzenli ve sağlıklı beslenme düzeyine bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). Katılımcılardan ilkökul mezunu olanlar en yüksek oranda % 76,1 ile en çok beslenmelerine dikkat eden gruptur. En az dikkat eden grup ise yüksek lisans mezunu olanlardır (% 57,6).
- Katılımcıların gelir düzeyi ile beslenme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,05$). 4.001 - 6.000 TL arasında aylık geliri olan grup, sağlıklı ve düzenli beslenme açısından % 81,1 oranında dikkat ettiğini belirtirken, en düşük oranda 6.000 TL ve üzerinde geliri olan gruptur. Bu grubu 0 - 1.500 TL gelir düzeyine sahip olan grup izlemektedir.
- Beslenmesine en çok dikkat eden grup % 83,3 oranla devlet memurlarıdır. Bunları % 79,4 ile ev hanımı ve öğretmenler izlemektedir. En yüksek oranda (% 60) düzensiz ve sağlıksız beslenen grup, bir işte çalışmayanlardır.
- Kadınlarda hastalıklardan korunma amaçlı aşı yaptırmayı isteme düzeyi % 58,4 iken, bu durum erkeklerde ise % 51,7'dir.
- Eğitim durumuna göre koruma amaçlı aşı yaptırmaya oranı % 66,5 oranıyla lisans mezunları ilk sıradadır. En düşük oranda (% 42) ilkökul mezunlarıdır.
- Meslek ile sağlık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). Bu konuda çok yüksek oranda dikkatli olanlar % 90 oranıyla intörn doktorlar olurken, bunu % 79,4 oranla hemşireler izlemektedir.
- Son beş yıldır yaşadığı yere (memleketine) göre bakıldığında, il merkezinde yaşayanlarda, geçirilmiş ya da devam eden hastalık olma durumu % 71,6 iken, ilçe merkezinde yaşayanlarda bu oran % 67,7, kasabada yaşayanlarda % 66,7 ve köylerde yaşayanlarda % 79,4'tür.

- Aylık ortalama gelir arttıkça, devam eden ya da geçirilmiş bir hastalığa sahip olma durumu azalmaktadır ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). 4.501 - 6.000 TL gelire sahip olanlarda, geçirilmiş yada devam eden hastalığa sahip olma durumu en az orandadır. En çok 94 kişi ve aylık ortalama geliri 0 - 1.500 TL olanlarda ise en çoktur.
- Yaş arttıkça ameliyat olma durumu artmaktadır ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0,001$). 18-25 yaş aralığında ameliyat olma durumu % 10,2 iken, 65 yaş ve üzerinde ise % 41,9'dur. Cinsiyet, gelir durumu, memleketi, eğitim düzeyi ve çalışılan kurum açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktur.

5.2. Öneriler

Sonuçlara paralel olarak geliştirilen öneriler şunlardır:

- Kişilerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek için bilgi ve davranış olarak yetersiz kaldıkları konuların belirlenerek, sağlıklı yaşam, beslenme ve egzersiz vb bu konularda konferans ya da seminerler düzenlenmelidir.
- Çalışanların sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirebilmesi için uygun ortamlar sağlanmalıdır.
- Araştırmada, hipertansiyon, diabetes mellitus gibi hastalıklar baş sıralardadır. Sağlıklı toplumun oluşturulması için yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından bilgilendirme çalışmaları yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.
- Eğitim-Sağlık ilişkisi ile ilgili farklı illerde araştırmalar yapılmalıdır.
- Eşitsizliklerin sağlık durumu üzerindeki etkisinin zaman içinde izlenmesi için aynı ilde bu araştırma tekrarlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akalın, A. (2014). Sağlık Belirleyicilerinden, Sınıfsal Belirleyicilerine Doğru. (haber.sol.org.tr)
- Althusser, Louis. (1991), İdeoloji ve Devletin İdeolojik Aygıtları.
Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 10(1-2), 123-141. Greverus, I.M.
- Belek, İ. (2004). Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta sınıfsal Eşitsizlikler (Antalya’da Beş Yıllık Bir Araştırma). Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayını.
- Belek, İ. (2004). Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler (Antalya’da Beş Yıllık Bir Araştırma). Ankara: TTB Yayınları. s.24.
- Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi / 2010, Cilt, V Sayı: I
- Bozkurt, H. (2010). Eğitim, Sağlık ve İktisadi Büyüme Arasındaki İlişkiler: Türkiye İçin Bir Analiz. Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi, Cilt:5, Sayı:1, s.8.
- Bilgi Toplumu-Eğitim-Yeni Kimlikler-II: Bilgi Toplumu ve Eğitimde Yeni Kimlikler. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 32,
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmelik (2013) Tarih:15 Mayıs 2013, Sayı:28648. (www.resmigazete.gov.tr)
- Çalışkan, Ş. (2007). Eğitimin Getirisi “Uşak İli Örneği”, s.235, 236, 237, 240. (dergipark.gov.tr)
- Dağhan, Ş. (2017). “Halk Sağlığı Felsefesiyle Hemşire Olmak “ anlamı nedir? s.109.
- Dirican, R. (1990). Toplum Hekimliği (Halk Sağlığı) Ders Notları, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, sf. 125|26
- Ensari, M.Ş. ve Alay, H.(2017). Meslek Seçimini Etkileyen Faktörlerin Demografik Değişkenler ile İlişkisinin Araştırılması: İstanbul İlinde Bir Uygulama. Humanitas, 5(10), s.409.
- Erkan, S. (2014). Pamukkale Üniversitesinde Çalışan Hemşire ve Teknisyenlerin Mesleki Risk Algısının Belirlenmesi. s.9. (acikerisim.pau.edu.tr)
- Eskicumalı, A, ”Eğitim ve Toplumsal Değişme: Türkiye’nin Değişme Sürecinde Eğitimin Rolü ” 1923-1946, Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Dergisi, 19 (2), (2003).
- Geçkil, A.Ü. (2015). Tıbbi Araştırmalarda Sosyoekonomik Seviye Değerlendirme ve Gruplandırma Kriterlerinin Araştırılması. s15. (acikerisim.baskent.edu.tr)

Toplumbilim Sözlüğü, Remzi Kitabevi, İstanbul Karpaz, K.H. (1959)

Kaynak, S. ve Akar, N. (1978). Sağlık, Beslenme ve Eğitim. *Toplum ve Hekim Dergisi*; Ankara, s.10, 26, 27, 30.

Köksal, O. (1974). Türkiye'de Beslenme-Sağlık ve Gıda Araştırması, UNİCEF Yayını.

Özen, S. (1993). Sosyolojide Bir Alan:Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık-Toplumsal Yapı İlişkileri, s.77, 81, 82. (Sosyoloji Dergisi, 1993 - dergipark.gov.tr)

Özkan, Ö. ve Emiroğlu, N. (2006). Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği. C.Ü. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Sayı:10(3), s.45.

(saglikcalisanisagligi.org)

mhthayat, Habertürk Dr. Deniz Karaoğlan ile Röportaj. Eğitimli Kişiler Daha Mı Sağlıklı. Nisan 2016.

Şişman, M. (2007). *Eğitim Bilimine Giriş*. Pegem A Yayıncılık: Ankara, s.19.

Tuzcu, G. (2016). *Eğitim Planlaması*, Pamukkale Üniversitesi Denizli.

Tuzcu, G. (2018). *Eğitim Ekonomisi*, Pamukkale Üniversitesi Denizli.

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), Sağlık Araştırması, 2010, s.6.

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu), Sağlık Araştırması, 2012, s.7.

Zincir, H; Ege, E; Aylaz, R; Bilgin, N; Timur, S. (2003). Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 14 (1), 77-84.

EKLER

EĞİTİM ve SAĞLIK İLİŞKİSİ NEDİR?

Bu araştırmanın amacı, kişilerin eğitim düzeyleri ile sağlık düzeyleri arasında bir ilişkinin olup-olmadığını etkisini ortaya koymaktır.

Ankete isminizi yazmayınız. Anketi doldururken hata yaparsanız, üstünü çiziniz, doğrusunu yanına yazınız. Dürüstçe ve tarafsızca yanıt verdiğiniz için ve harcadığınız emek için çok teşekkür ederim.

ŞUBAT 2019

Özlem KARACA

PAÜ Tezsiz Yüksek Lisans Öğrencisi

Yaşınız:

Memleketiniz (son 5 yıldır hangi şehirde yaşıyorsunuz?):

Cinsiyetiniz: () Kız () Erkek

Eğitim Düzeyiniz: () İlkokul

() Ortaokul

() Lise

() Önlisans

() Lisans

() Yüksek Lisans

() Doktora

Mesleğiniz:

Çalıştığınız Kurum: () Kamu () Özel

Gelir Durumunuz (Bir Aylık Ortalama Geliriniz) :

Sağlıklı ve dengeli besleniyormusunuz? () Evet () Hayır

Hangi sıklıkla sağlık kontrolüne gidersiniz?

- Hiçbir zaman
 Nadiren
 Zaman zaman
 Çoğu zaman
 Sık sık
 Her zaman

Hastalıklardan korunma amaçlı aşılama yöntemlerini yaptırır mısınız?

- Evet Hayır

Çalışma koşullarınızın ve mesleki uygulama alanlarınızın ergonomik açıdan uygun olduğunu düşünüyor musunuz? Evet Kısmen Hayır Bilgim yok

Mesleki riskler ve hastalıklara karşı kişisel olarak yeterince koruyucu önlemler aldığınızı düşünüyor musunuz? Evet Kısmen Hayır Bilgim yok

Geçirilmiş ve devam eden hastalıklar ve ameliyatlar

Yüksek tansiyon Evet Hayır

Kalp-kapak yetmezliği Evet Hayır

HIV enfeksiyonu/AIDS evresi Evet Hayır

Karaciğer rahatsızlığı/hepatit Evet Hayır

Tüberküloz (verem) Evet Hayır

Astım/Akciğer rahatsızlıkları Evet Hayır

Diyabet/Şeker hastalığı Evet Hayır

Nöbet rahatsızlıkları (Epilepsi) Evet Hayır

Böbrek rahatsızlıkları Evet Hayır

Troit bezi (guatr) rahatsızlığı Evet Hayır

Diğer rahatsızlıklar:

Geçirilmiş ameliyatlar:

Devamlı kullandığı ilaçlar:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı	Özlem
Soyadı	KARACA
Doğum yeri	Dinar – 26.07.1988
Uyruğu	T.C.
İletişim Adresi ve Telefon Numarası	Pamukkale Üniversite Hastanesi Genel Cerrahi Servisi - 05071693361
Eğitim	
İlköğretim	Katip Çelebi İlkokulu / Ortaokulu
Ortaöğretim	Tavas Sağlık Meslek Lisesi
Yükseköğretim (Lisans)	Anadolu Üniversitesi / Açıköğretim Fakültesi - Türk Dili ve Edebiyatı
Pedagojik Formasyon	Dokuz Eylül Üniversitesi / Buca Eğitim Fakültesi
Mesleki Deneyim	
2007 – 2009	Denizli 112 / 3 no'lu İstasyonu
2010 – 2015	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
2016 -	Pamukkale Üniversitesi Hastanesi
Sertifikalar	
2006	Bilgisayar İşletmenliği Sertifikası
2007	Temel Yaşam Desteği Eğitimi
2008	Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Eğitimi
2010	Osmanlıca Kursu