

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**BİREYLERİN SOSYAL SAĞLIK DÜZEYİNDE
SOSYAL STATÜNÜN ROLÜ: KOCAELİ İLİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Aleyna CEBECİ
ORCID: 0000-0003-3385-1453**

**Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ
ORCID: 0000-0001-6055-6826**

TEMMUZ – 2024

Aleyna CEBECİ tarafından hazırlanan “Bireylerin Sosyal Sağlık Düzeyinde Sosyal Statünün Rolü: Kocaeli İli Örneği” başlıklı bu tez, 13/06/2024 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ

Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Selma ALTINDIŞ

Sakarya Üniversitesi

Doç. Dr. Bayram DEMİR

Batman Üniversitesi

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ İŞLETME ENSTİTÜSÜ TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU	Sayfa: 1/1
Öğrencinin		
Adı Soyadı	: Aleyna CEBECİ	
Öğrenci Numarası	: Y219047007	
Enstitü Anabilim Dalı	: Sağlık Yönetimi	
Enstitü Bilim Dalı	: Sağlık Yönetimi	
Programı	: ☒ YÜKSEK LİSANS ☐ DOKTORA	
Tezin Başlığı	: Bireylerin Sosyal Sağlık Düzeyinde Sosyal Statünün Rolü: Kocaeli İli Örneği	
Benzerlik Oranı	: %16	
Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim. / / 20.... İmza Öğrenci		
Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere gsbtez@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir. Bilgilerinize arz ederim.		
	 / / 20.... İmza Danışman	
Uygundur		
Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Doç. Dr. Harun KIRILMAZ Tarih: / / 20.... İmza:		
☐ Kabul Edilmiştir ☐ Reddedilmiştir EYK Tarih ve No: / / 20.... /	Enstitü Birim Sorumlusu Onayı	

ÖNSÖZ

Lisansüstü eğitim sürecimde bana rehberlik eden, fikirlerimi önemseyerek daima destekleyici tutumu ve profesyonel yardımıyla ilerlememi sağlayan saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Harun KIRILMAZ'a sonsuz saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitim sürecimde fikirleriyle yol gösteren, öğrencisi olduğum için son derece memnuniyet duyduğum saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT'a,

Lisans eğitimim boyunca şartlar ne olursa olsun kendisine yönelttiğim soruları cevapsız bırakmayan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU'na teşekkürü bir borç bilirim.

Koşulsuz sevgisi ve sonsuz desteğiyle en güzel anlarımın baş kahramanı biricik annem Handan CEBECİ'ye, bugüne kadar attığım tüm adımlarda bana inananlar listesinde birinciliğini koruyan biricik babam İrfan CEBECİ'ye, varlıklarıyla hayatıma anlam ve neşe katan kardeşlerim Kürşat Remzi CEBECİ ve Gülşah Tuana CEBECİ'ye sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Adını ayrı ayrı zikredemediğim, duygularıma ortak olan ve yürüdüğüm bu yolda içtenliğiyle desteğini hissettiren tüm sevdiklerime sonsuz teşekkürlerimle...

Bu tez çalışmamı hayatımın her aşamasında, bilhassa uzun ve zahmetli öğrenim hayatımda, tüm maddi ve manevi imkânlarıyla yanımda olan, her tökezlediğimde ayağa kaldıran, bana gerçek bir yol arkadaşlığı yapan sevgili babama ithaf ediyorum.

Aleyna CEBECİ

13.06.2024

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLolar.....	iv
ŞEKİLLER.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii

GİRİŞ	1
-------------	---

BÖLÜM 1. SOSYAL SAĞLIK KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	6
---	---

1.1. Sağlık ve Toplum.....	6
1.2. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri	7
1.2.1. Sağlık Hizmetlerine Erişim.....	8
1.2.2. Gelir ve Sosyal Koruma.....	8
1.2.3. Eğitim	9
1.2.4. Yaşam Koşulları.....	9
1.2.5. Bilgiye Erişim	9
1.2.6. Sağlık Okuryazarlığı.....	10
1.3. Sosyal Sağlık Kavramı	10
1.4. Sosyal Sağlık Bileşenleri.....	13
1.4.1. Sosyal Bütünleşme	13
1.4.2. Sosyal Kabul	14
1.4.3. Sosyal Gerçekleştirme	14
1.4.4. Sosyal Katkı	15
1.4.5. Sosyal Tutarlılık	15
1.5. Sosyal Sağlık ile İlişkili Yaklaşımlar.....	16
1.5.1. Biyopsikososyal Yaklaşım.....	17
1.5.2. Sosyal Ekolojik Yaklaşım.....	19

BÖLÜM 2. SOSYAL STATÜ KAVRAMSAL ÇERÇEVE	21
---	----

2.1. Sosyal Statü	21
2.2. Öznel Sosyal Statü	23
2.2.1. Öznel Sosyal Statü Ölçümü	24
2.2.2. Öznel Sosyal Statü ile İlgili Çalışmalar.....	25
2.3. Nesnel Sosyal Statü.....	27
2.3.1. Nesnel Sosyal Statü Ölçümü.....	29

2.3.2. Nesnel Sosyal Statü ile İlgili Çalışmalar	30
BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	33
3.1. Araştırmanın Amacı	33
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.3. Veri Toplama Aracı	34
3.4. Veri Toplama Süreci	35
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
3.6. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri	36
3.7. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler	37
3.8. Geçerlilik ve Güvenirlik Analizi.....	37
BÖLÜM 4. BULGULAR.....	42
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	43
4.2. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	44
4.3. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Fark Analizleri	45
4.4. Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Arasındaki İlişki	54
4.5. Sosyal Statünün Sosyal Sağlık ve Alt Boyutlarına Etkisi	55
TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	59
KAYNAKÇA.....	67
EKLER.....	89
ÖZGEÇMİŞ	96

KISALTMALAR

KMO	: Kaiser – Meyer – Olkin
SEM	: Sosyal Ekolojik Model
SES	: Sosyo-Ekonomik Statü
SSB	: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri
VD.	: Ve Diğerleri
VS.	: Vesaire
WHO	: World Health Organization



TABLÖLAR

Tablo 1: Bireylerin Öznel Sosyal Statü Düzeyleri.....	37
Tablo 2: Bireylerin Nesnel Sosyal Statü Düzeyleri	38
Tablo 3: Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	39
Tablo 4: Sosyal Sağlık Ölçeğine Ait Geçerlilik Analizi Sonuçları	41
Tablo 5: Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	44
Tablo 6: Ölçeklerin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	45
Tablo 7: Cinsiyete Göre Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Düzeyine İlişkin Fark Analizi Sonuçları	46
Tablo 8: Medeni Duruma Göre Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Düzeyine İlişkin Fark Analizi Sonuçları.....	47
Tablo 9: Yaş Göre Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Düzeyine İlişkin Fark Analizi Sonuçları	48
Tablo 10: Çalışılan Sektöre Göre Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Düzeyine İlişkin Fark Analizi Sonuçları.....	50
Tablo 11: Eğitim Durumuna Göre Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Düzeyine İlişkin Fark Analizi Sonuçları.....	52
Tablo 12: Gelir Durumuna Göre Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Düzeyine İlişkin Fark Analizi Sonuçları.....	53
Tablo 13: Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Hipotezleri Kabul Durumu	54
Tablo 14: Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık İlişkisi	55
Tablo 15: Öznel Sosyal Statünün Sosyal Sağlık ve Alt Boyutlarına Etkisi	57
Tablo 16: Nesnel Sosyal Statünün Sosyal Sağlık ve Alt Boyutlarına Etkisi.....	58

ŞEKİLLER

Şekil 1: Biyopsikososyal Modelin Sistemleri	18
Şekil 2: MacArthur Sosyal Statü Ölçeği.....	35
Şekil 3: Araştırmanın Modeli.....	36



ÖZET

Cebeci, A. (2024). *Bireylerin sosyal sağlık düzeyinde sosyal statünün rolü: Kocaeli ili örneği* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi.

Sosyal statü, bir kimsenin toplum içindeki durumunu ifade etmektedir ve yaşamın birçok alanında etkisini göstermektedir. Alan yazında birçok disipline konu olan sosyal statünün, fiziksel ve ruhsal sağlık açısından ele alındığı çalışmalar mevcuttur. Ancak sağlık tanımının üç temel unsurundan biri olan sosyal sağlık ile ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bireylerin sosyal sağlık düzeyinde sosyal statünün etkisinin değerlendirilmesi; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesini ve sunulmasını amaçlayan, toplumsal refahın artmasında etkili olan sağlık yönetimi için önem arz etmektedir. Bu çalışmanın nihai amacı, bireylerin sosyal sağlık düzeyleri ve sosyal statüleri arasındaki ilişkinin ve sosyal statünün sosyal sağlık düzeyine etkisinin değerlendirilmesidir.

Çalışma, Kocaeli ilinde araştırmaya katılmayı kabul eden 25 yaş ve üzeri 405 birey ile gerçekleştirilmiştir. Nicel araştırma yöntemi kullanılan çalışmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket; cinsiyet, medeni durum, yaş, çalışılan sektör, eğitim ve gelir durumu olmak üzere altı değişkenden oluşan sosyo-demografik bilgi formu, Abachizadeh ve diğerleri (2014) tarafından geliştirilen ve Erkoç (2021) tarafından Türkçeye uyarlanan Sosyal Sağlık Ölçeği, Adler ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilen MacArthur Sosyal Statü Ölçeği olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, güvenilirlik ve geçerlilik analizleri, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans (ANOVA) analizi, korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Çalışmada sosyal statünün sosyal sağlık ile ilişkisi, öznel sosyal statü ve nesnel sosyal statü olmak üzere iki farklı şekilde değerlendirilmiştir. Çalışma bulgularına göre, bireylerin öznel sosyal statü ve nesnel sosyal statüleri ortanın üzerindedir. Sosyal sağlıkları orta düzeyde olup; aile alt boyutu ortalaması en yüksek; toplum alt boyutu ortalaması en düşüktür. Katılımcıların öznel sosyal statüleri cinsiyet değişkenine göre; nesnel sosyal statüleri yaş, çalışılan sektör, eğitim ve gelir durumu değişkenlerine göre farklılık göstermiştir. Sosyal sağlık düzeyinde ise cinsiyet, medeni durum, yaş, çalışılan sektör, eğitim ve gelir durumu değişkenlerine göre farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin öznel sosyal statüleri ve sosyal sağlık düzeyleri arasında anlamlı, pozitif yönde ve düşük bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öznel sosyal statünün sosyal sağlık, arkadaş ve akrabalar, toplum alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu belirlenmiştir. Aile alt boyutunda ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bireylerin nesnel sosyal statüleri ve sosyal sağlık düzeylerinde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırmada, bireylerin öznel sosyal statülerinin sosyal sağlık düzeylerini etkilediğine ulaşılmaktadır. Bu doğrultuda hem politika yapıcıların hem de bireylerin öznel sosyal statü ve etkilerini daha iyi bir şekilde anlamlandırabilmesi için bireylerin öznel sosyal statülerini değerlendirirken göz önünde bulundurdıkları unsurların incelenmesi ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltacak, toplumsal katılımı artıracak politikaların geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyal Sağlık, Sosyal Statü, Öznel Sosyal Statü, Nesnel Sosyal Statü

ABSTRACT

Cebeci, A. (2024). *The role of social status at individuals' social health level: the case of Kocaeli province* (Unpublished master's thesis). Sakarya University.

Social status refers to a person's status in society and has an impact on many areas of life. In the literature, there are studies that examine social status, which is the subject of many disciplines, in terms of physical and mental health. However, there is no study examining its relationship with social health, which is one of the three basic elements of the definition of health. Evaluating the impact of social status on the social health level of individuals is important for health management, which aims to organize and deliver health services in an effective, efficient and equitable manner and is effective in increasing social welfare. The ultimate aim of this study is to evaluate the relationship between social health levels and social status of individuals and the effect of social status on social health levels.

The study was conducted with 405 individuals aged 25 and over who agreed to participate in the study in Kocaeli province. Quantitative research method was used in the study and questionnaire method was used as a data collection tool. The questionnaire consists of three parts: socio-demographic information form consisting of six variables: gender, marital status, age, sector of employment, education and income status, Social Health Scale developed by Abachizadeh et al. (2014) and adapted into Turkish by Erkoç (2021), MacArthur Social Status Scale developed by Adler et al. Descriptive statistics, reliability and validity analyses, independent sample t test, one-way variance (ANOVA) analysis, correlation analysis and regression analysis were used in the analysis of the data obtained. The data were analyzed with a 95% confidence interval.

In the study, the relationship between social status and social health was evaluated in two different ways: subjective social status and objective social status. According to the findings of the study, individuals' subjective social status and objective social status are above average. Their social health is at a medium level; with the highest mean for the family sub-dimension and the lowest mean for the community sub-dimension. Subjective social status of the participants differed according to gender variable; objective social status of the participants differed according to age, sector of employment, education and income status variables. At the level of social health, it was determined that there was a difference according to gender, marital status, age, sector of employment, education and income status variables. It was concluded that there is a significant, positive and low relationship between individuals' subjective social status and social health levels. It was determined that subjective social status has a significant effect on social health, friends and relatives, and community sub-dimensions. No significant relationship was found in the family sub-dimension. No significant relationship was found between individuals' objective social status and social health levels. The study concludes that individuals' subjective social status affects their social health levels. Accordingly, it is recommended that the factors that individuals take into account when evaluating their subjective social status should be examined in order for both policy makers and individuals to better understand subjective social status and its effects, and policies should be developed to reduce health inequalities and increase social participation.

Keywords: Social Health, Social Status, Subjective Social Status, Objective Social Status

GİRİŞ

Sağlık sosyolojisi, sağlık ve hastalık kavramlarını toplumsal ve kültürel yapıya dahil ederek inceleyen, sosyal yapılar ve süreçler arasında nedensellik ilişkileri kuran bir disiplin olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda sağlığın sosyal belirleyicilerine vurgu yapılmasıyla birlikte sağlık ve esenliği sadece hastalığın yokluğu olarak tanımlayan biyomedikal yaklaşım, yerini sağlığı zaman içinde ortaya çıkan biyolojik, psikolojik ve kişiler arası dinamiklerin karşılıklı etkilerinin bir ürünü olarak kabul eden biyopsikososyal yaklaşıma bırakmıştır. Sağlık kavramının üç temel unsurundan biri olan sosyal sağlık, toplumda kişiler arası ilişkiler bağlamında ortaya çıkmaktadır (Soofizad vd., 2022) ve sosyal refah, sosyal ağ kalitesi ve memnuniyeti, sosyal destek ve sosyal katılım kavramlarına odaklanmaktadır (Castel vd., 2008). Keyes (1998) sosyal sağlık bileşenlerini sosyal bütünleşme, sosyal kabul, sosyal gerçekleştirme, sosyal katkı ve sosyal tutarlılık olmak üzere beşe ayırmıştır. Sosyal katkı ve sosyal bütünleşme iki boyutu, topluma bağlılık, sosyal destek ve sosyal katılım duygularıyla; sosyal kabul boyutu, diğer insanların farklılıklarını göz ardı ederek onları olumlu bir şekilde kabul etmekle; sosyal gerçekleştirme ve sosyal tutarlılık boyutları ise kişinin topluma ilgisi, sosyal gruplara ve kurumlara güven konularıyla ilgilenmektedir. Bireyler sosyal yaşantılarında var olan gruplara kendi istekleriyle dahil olabilecekleri gibi zorunlu olarak da katılım sağlayabilmektedir (Ağın, 2022). Aile, akrabalar ve arkadaşlar bu gruplardan birkaçıdır. Tüm bunlar, sosyal sağlığın bir parçası olmaktadır.

Her toplumda belli bir hiyerarşi bulunmaktadır. Hiyerarşi kavramıyla ortaya çıkan sosyal statü ‘bireyin kendisini kıyaslayabileceği diğer bireyler karşısındaki varlık, yetenek ve beceri derecesi’ olarak tanımlanmaktadır (Hyman, 1942, aktaran Topçu vd., 2020). Sosyal statü; bireyin sosyal hiyerarşide kendi pozisyonuna ilişkin algısı ile ortaya çıkan öznel (sübjektif) sosyal statü ve gelir, eğitim, meslek gibi geleneksel ölçümlerle belirlenen nesnel (objektif) sosyal statü olmak üzere iki farklı şekilde değerlendirilmektedir. Geçmişten günümüze sosyal bilimcilerin insanların toplumsal konumlarını anlamak, sınıflandırmak ve karşılaştırmak amacıyla çeşitli sosyal statü ölçümleri geliştirmesi sosyal statünün önemini ortaya koymaktadır. Sosyal statü, sosyal yapı ile sağlık arasındaki ilişkinin anlaşılmasında anahtar bir kavram olmaya devam etmektedir (Williams, 2003).

Statü farklılıkları hayatın her alanında görülmektedir. Bazı araştırmacılar statü farklılıklarının kişiler arası iletişime engel olduğunu öne sürmektedir (Başerer vd., 2016). Akca ve Erigüç (2006) hastane çalışanlarının yöneticileri ve iş arkadaşlarıyla yaşadıkları çatışmanın nedenlerinden birinin statü farklılıkları olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte statü farklılıkları, sağlık ve hastalık durumunu etkilemekte; hastaların sık ve yüksek maliyetli sağlık hizmetleri kullanımında da rol oynamaktadır (Fitzpatrick vd., 2015). Toplumsal hiyerarşide en alt konumda olan bireyler zamanla kendilerine saygılarını yitirmekte, kişilikleri üzerindeki kontrollerini kaybetmekte ve ekonomik güçleri yetersiz olduğundan sosyal bir izolasyon içerisinde yaşamak zorunda kalmaktadır. Toplumsal düzeyde hiyerarşinin genişlemesi ve güçlenmesi, sağlığın belirleyicisi olan sosyal uyumu zayıflatmakta; sosyal ilişkilerin kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır. Bireylerin diğer insanlara karşı güveni azalmakta; kamu eğitimi, sağlık ve sosyal programlar gibi toplumsal yapılara verilen destek zayıflamaktadır (Wilkinson, 1999; Raphael, 2006; Cırhinlioğlu, 2021; Aytaç ve Kurttaş, 2016). Bu doğrultuda, kişiler arası iletişimi, yüksek maliyetli sağlık hizmetleri kullanımını, sağlık sonuçlarını, yaşam kalitesini ve toplumsal refahı etkileyen sosyal statünün sosyal sağlık üzerindeki etkisi göz ardı edilmemelidir.

Bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığın yanı sıra sosyal sağlık düzeyinde sosyal statünün etkisinin değerlendirilmesi sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesini ve sunulmasını amaçlayan, toplumsal refahın artmasında etkili olan sağlık yönetimi için önem arz etmektedir. Bu çalışmada bireylerin sosyal sağlık düzeyleri ve sosyal statüleri arasındaki ilişki, sosyal statünün sosyal sağlık düzeyine etkisi araştırılmaktadır.

Dört bölümden oluşan çalışmanın birinci bölümünde sosyal sağlık kavramının açıklanmasına yönelik genel bir çerçeve sunulmaktadır. Bu kapsamda sağlık-toplum ilişkisi, sağlığın sosyal belirleyicileri, sosyal sağlık kavramı ve bileşenleri, sosyal sağlığa ilişkin yaklaşımlar üzerinde durulmaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünde sosyal statü, öznel ve nesnel sosyal statü kavramları açıklanmaktadır. Öznel ve nesnel sosyal statü ölçümleri ve bu doğrultuda sağlık alanında yapılan araştırmalara yer verilmektedir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde araştırmanın amacı ve önemi, evren ve örnekleme, veri toplama yöntemi ve süreci, araştırmanın sınırlılıkları, çalışmanın modeli ve hipotezleri,

verilerinin analizinde kullanılan yöntemler, geçerlilik ve güvenilirlik analizi yer almaktadır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde araştırma sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, ölçeklere ilişkin tanımlayıcı bulgular, sosyo-demografik özelliklere göre sosyal statü ve sosyal sağlık düzeylerindeki farklılıklar, sosyal statü ve sosyal sağlık arasındaki ilişki ve sosyal statünün sosyal sağlık ve alt boyutlarına etkisi açıklanmaktadır.

Son olarak tartışma, sonuç ve öneriler bölümünde çalışmada elde edilen bulgular alan yazındaki diğer araştırmalarla birlikte tartışılmakta ve bu doğrultuda politika yapıcılara ve araştırmacılara öneriler sunulmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı bireylerin sosyal sağlık düzeyleri ve sosyal statüleri arasındaki ilişkiyi, sosyal statünün sosyal sağlık düzeyine etkisini ortaya koymaktır. Sosyal statü bireylerin kendi algılarına göre belirledikleri öznel sosyal statü ve gelir, meslek, eğitim gibi geleneksel ölçütlerle belirlenen nesnel sosyal statü olmak üzere iki ayrı şekilde ele alınmaktadır. Bireylerin sosyal sağlık düzeylerinde, öznel ve nesnel sosyal statülerinde cinsiyet, medeni durum, yaş, çalışılan sektör, eğitim ve gelir durumu değişkenlerine göre farklılıkların belirlenmesi hedeflenmektedir.

Araştırmanın Problemi ve Soruları

Sosyal sağlık, fiziksel ve ruhsal sağlık kadar bilinen bir kavram değildir. Fiziksel ve ruhsal sağlıkta yaşanan sorunlar belirgindir; teşhisi kolay ve hızlıdır. Ancak sosyal sağlık sorunlarının fark edilmesi güçtür. Kişilerin sosyal damgalanma endişesi ile yaşadıkları sorunları göz ardı etmeleri mümkündür. Goffman (2014) damgalama kavramını itibarı derinden sarsan bir özellik olarak tanımlamaktadır. Sosyal damgalama ise, toplumdaki bireylerin bir kişiye karşı takındıkları tavidir (Corrigan ve Watson, 2007). Dolayısıyla bireyler olumsuz tepkilerden kaçınmak, dışlanmamak ve toplum içindeki yerlerini korumak için belirli normlara uymaya çalışabilir; sosyal ilişkilerindeki sorunları tanımlamakta, kabullenmekte ve başa çıkmakta zorlanabilir.

Bireylerin sosyal faaliyetlere katılma yeteneğini ifade eden ve sosyal ilişkilerini yansıtan sosyal sağlığın sosyal hiyerarşi içinde göreceli sıralamasını ifade eden sosyal statüden etkileneceği varsayılmaktadır. Böylelikle çalışmada yedi temel soruya cevap aranacaktır:

- Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre öznel sosyal statüleri farklılaşmakta mıdır?
- Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre nesnel sosyal statüleri farklılaşmakta mıdır?
- Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sosyal sağlık düzeyi farklılaşmakta mıdır?
- Öznel sosyal statü ile sosyal sağlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Nesnel sosyal statü ile sosyal sağlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- Öznel sosyal statünün sosyal sağlık ve alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkisi var mıdır?
- Nesnel sosyal statünün sosyal sağlık ve alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkisi var mıdır?

Araştırmanın Önemi

Ulusal ve uluslararası alan yazın incelendiğinde sosyal statünün eğitim, reklamcılık, turizm, görsel sanatlar, mesleki bağlılık, sosyal medya vs. farklı sektör, grup ve konularla ilişkilendirildiği çalışmalara rastlanmaktadır. Sağlık alanında fiziksel ve ruhsal sağlık, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinin sosyal statü ile ilişkilendirildiği çalışmalar yapılmış olsa da bireylerin sosyal sağlıkları ile ilişkisi üzerine herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Özellikle ulusal alan yazında gerek sosyal statü gerekse sosyal sağlık çalışmaları oldukça sınırlıdır. Bu tez çalışması, bireylerin sosyal sağlık düzeylerinin sosyal statü ile ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmanın olmaması nedeniyle keşfedici bir araştırma olma özelliği taşımaktadır. Elde edilen sonuçlar ile toplumun genel refahının artmasına yönelik geliştirilecek politikalara ve gelecekteki çalışmalara katkı sağlanacağı ve alan yazındaki eksikliğin giderileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Kocaeli ilinde 25 yaş ve üzeri bireyler ile gerçekleştirilen çalışmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Ankette; cinsiyet, medeni durum, yaş, çalışılan sektör, eğitim ve gelir durumu olmak üzere altı değişkenden oluşan sosyo-demografik bilgiler, Abachizadeh ve diğerleri (2014) tarafından geliştirilen ve Erkoç (2021) tarafından Türkçeye uyarlanan “Sosyal Sağlık Ölçeği” ve Adler ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilen “MacArthur Sosyal Statü

Ölçeği” yer almaktadır. Elde edilen veriler, IBM SPSS Statistics 22 programında analiz edilmiştir. Program aracılığıyla; tanımlayıcı istatistikler, güvenirlik ve geçerlilik analizi, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın Kısıtları

Çalışmanın zaman kısıtlılığı nedeniyle yalnızca Kocaeli ilinde gerçekleştirilmesi, bireylerin sosyal sağlık düzeylerinin yalnızca aile, arkadaş ve akrabalar, toplum boyutlarıyla değerlendirilmiş olması araştırmanın kısıtlarıdır.



BÖLÜM 1. SOSYAL SAĞLIK KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın ilk bölümünde sosyal sağlık kavramının açıklanmasına yönelik genel bir çerçeve sunulmaktadır. Bu kapsamda sağlık-toplum ilişkisi, sağlığın sosyal belirleyicileri, sosyal sağlık kavramı ve bileşenleri, sosyal sağlığa ilişkin yaklaşımlar tartışılmaktadır.

1.1. Sağlık ve Toplum

Sağlık, bireyin veya toplumun isteklerini gerçekleştirebilme, ihtiyaçlarını karşılayabilme, sosyal, biyolojik ve fiziksel çevreyle baş edebilme derecesidir. Yaşamın amacı değil, günlük yaşam için bir kaynaktır; fiziksel ve psikolojik kapasitelerin yanı sıra sosyal ve kişisel kaynakları da kapsayan olumlu bir kavramdır (McCartney vd., 2019). Sağlık, doğrudan tıbbi faaliyetleri çağrıştırıyor olsa da sosyo-kültürel bir olgudur. Sosyal, psikolojik, çevresel ve ekonomik olmak üzere birçok bileşene sahip olduğundan üzerinde ortak bir yaklaşım geliştirilmesi zordur (Demir, 2020). Günümüzde başta sosyoloji olmak üzere birçok alan, hastalıkları mümkün olduğu kadar hastanelere yansımadan önleyebilmek amacıyla kendi kuramlarını sağlık ve hastalık kavramlarını anlamak için seferber etmiş bulunmaktadır (Cirinlioğlu, 2021).

Toplum, ‘aynı toprak parçası üzerinde bir arada yaşayan ve temel çıkarlarını sağlamak için iş birliği yapan insanların tümü’ olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu Sözlükleri, 2023). Toplum bilimi ve sosyal kalıpları tanımlama, ardından bu kalıpları açıklayan neden-sonuç ilişkilerini bulma çabası olarak ifade edilen sosyoloji (Weiss ve Lonquist, 2020), hem sağlık hem de çevre konusunda ayrı ilgi alanları geliştirmiş; sağlık ve hastalık, sosyolojik alt uzmanlık dalı haline gelmiştir (Fox ve Alldred, 2016).

Sağlık sosyolojisi, sağlık ve hastalık kavramlarını toplumsal ve kültürel yapıya dahil ederek inceleyen, toplum-sağlık alanında nedensellik ilişkileri kuran ve bu ilişkileri araştırarak genellemelere ulaşmaya çalışan teorik ve uygulamalı bir sosyoloji dalıdır (Özen, 1993). Fransız sosyolog Émile Durkheim’in 1897’de ‘İntihar (Suicide)’ adlı eseri sağlık sosyolojisinin temelini oluşturmaktadır. Durkheim eserinde, toplumsal bütünleşme düzeyinin ve bireyin toplumsal norm ve değerlerle aşırı bütünleşmesinin veya tamamen kopuk olmasının, bireysel intihar vakalarının altında yatan toplumsal düzlem olduğunu ileri sürmektedir. Kişisel edim gibi görülen intiharin altında yatan toplumsal nedenleri gün yüzüne çıkaran bu öncü tespitiyle Durkheim, sağlık sosyolojisi çalışmalarına

rehberlik etmiştir (Akçaoğlu, 2022). Durkheim'in geliştirdiği sosyolojik bakış açısı, toplumsal nesnelerin kökenini ve bireyler üzerindeki etkisini açıklamaya yönelik bir çabadır (Sağlık, 2019). Sağlık sosyolojisi; sağlık ve hastalık algısı, bu algıyı etkileyen toplumsal unsurları, toplumsal değişim ve sağlık, sağlık ve hastalığın sosyal nedenleri ve sonuçları, hastalıklara toplumun nasıl cevap verdiği, toplum sağlığı, sağlık politikaları, sağlık kurumları ve bunlara ilişkin düzenlemeler gibi yasal konuları kapsamaktadır (Güven, 2014).

Bireyin sağlığı üzerinde toplumsal kültürün doğrudan etkisi bulunmaktadır. Bir hastalığın hastalık olarak kabulü, tedavi yöntemleri toplumdan topluma büyük değişiklikler göstermektedir. İnsanların toplumsal bir ortam içerisinde hayatını devam ettirmesi ve bu toplumun oluşturduğu kültürel yapıya aidiyeti, sağlık ve hastalık kavramlarını algılayışı üzerinde büyük etkiye sahiptir (Ekizer, 2020). Kültürel değer sistemleri dinamiktir ve her zaman değişerek yeni ihtiyaçları beraberinde getirmektedir. Bu nedenle, kültür ve sağlık arasındaki ilişki ve özellikle sağlığı geliştirici davranışların benimsenip benimsenmemesini etkileyen kültürel unsurlar göz ardı edilmemesi gereken konulardır (Napier vd., 2014).

1.2. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri

Bireylerin sağlığı tek bir unsura bağlı değildir ve sosyal faktörlerin sağlığın güçlü belirleyicileri olduğu şüphesizdir (Arah, 2009; Braveman ve Gottlieb, 2014). Sağlık hizmetlerinde toplum sağlığı çıktılarına daha fazla vurgu yapılmasıyla birlikte, sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB), sağlıkta eşitliği sağlamak için temel müdahale hedefleri olarak öne çıkmaktadır (Hill-Briggs, 2021). Sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık sonuçlarını etkileyen tıbbi olmayan faktörlerdir. İnsanların doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, günlük yaşam koşullarını şekillendiren daha geniş sistemler dizisini ifade etmektedir. Gelir ve sosyal koruma, eğitim, işsizlik ve iş güvensizliği, çalışma hayatı koşulları, gıda güvensizliği, temel olanaklar ve çevre, erken çocukluk gelişimi, sosyal katılım, makul kalitede uygun fiyatlı sağlık hizmetlerine erişim sağlığın sosyal belirleyicilerinden birkaçıdır (WHO, 2023). Sosyal belirleyiciler klinik ortamlarda rutin olarak sorulmaz, belgelenmez veya kodlanmaz (Moscrop vd., 2020). McQueen (2009) sağlığın sosyal belirleyicilerine sosyal olanı ölçmenin zorluğundan ve sosyal sınıfın karmaşık yapısı sebebiyle farklı ortamlarda oldukça farklı sonuçlar doğurabileceğinden ötürü eleştiri getirir de sağlık hizmetlerinin sunumu ve sonuçlarını etkileyen sosyal belirleyicilerin ele

alınması, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarına müdahalelerin kapsamını genişletme ve böylece toplulukları daha sağlıklı hale getirme imkânı sunmaktadır. Sağlık sistemlerinde, sağlıkla ilgili sosyal risk faktörlerinin klinik uygulamalara nasıl entegre edilebileceği ve bu tür faaliyetleri kolaylaştırmak için ne tür altyapıya ihtiyaç duyulduğu geliştirme aşamasındaki alanlardır. Bireylerin, sağlığı geliştiren kaynak ve fırsatlara kimin erişip erişemeyeceğini şekillendiren yönetim, politika ve toplumsal norm ve değerler gibi sağlığın belirleyicilerinin birçoğunu doğrudan kontrol etmeleri mümkün değildir, dolayısıyla sağlığın sosyal belirleyicilerini ele alma konusunda yerel, eyalet ve federal hükümetlerin çabası da son derece önemlidir (Andermann, 2016; Crear-Perry vd., 2021).

Alan yazın incelendiğinde Covid-19 pandemisinden sonra, sağlığın sosyal belirleyicilerinin yaşanan pandemi çerçevesinde ele alındığı çalışmalara rastlanmaktadır (Abrams ve Szeffler, 2020; Ataguba ve Ataguba, 2020; Burström ve Tao, 2020; Rollston ve Galea, 2020; Ryan vd., 2020; Singu vd., 2020; Turner-Musa vd., 2020; Green vd., 2021; McQuaid vd., 2021; Paremoer vd., 2021; Paul vd., 2021; Viswanath vd., 2021). Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlemiş olduğu sağlığı etkileyen sosyal faktörlere ilaveten; sağlık okuryazarlığı (Nutbeam ve Lloyd, 2021), bilgiye erişim ve dijital katılım (Benda vd., 2020; Sieck, 2021) gibi unsurların da sağlığın sosyal belirleyicileri olarak kabul edilmesi gerektiği yönünde çalışmalar yapılmıştır.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerine Erişim

Birey ve toplumların fiziksel, zihinsel ve sosyal refahını korumak için sağlık hizmetlerine erişimi zorunludur. Sağlık hizmetlerine erişim, sosyoekonomik durum, etnik köken, coğrafi konum vs. bakılmaksızın tüm insanlara tanınması gereken temel bir haktır. Bu haktan yoksunluk, önleyici bakım veya hastalıklara yönelik uygun müdahaleden mahrum kalmaya, yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek uzun vadede daha ciddi sağlık sorunlarına ve daha yüksek sağlık hizmeti maliyetlerine yol açmakta; bir hastalığın tedavi edilmemesi rahatsızlık, sakatlık ve hatta ölüm ile sonuçlanabilmektedir (Tzenios, 2019).

1.2.2. Gelir ve Sosyal Koruma

Gelir düzeyi, bireylerin genel yaşam koşullarını, beslenme ve fiziksel aktivite düzeylerini etkileyen, madde ve alkol kullanımı gibi sağlıksız davranışlarda bulunmayı tetikleyen önemli bir unsurdur. Gelir düzeyinin düşmesi ile bireyler yoksulluk döngüsüne girmekte; daha yüksek düzeyde stres, daha kötü beslenme, daha az egzersiz yapma, sağlık

hizmetlerine erişimin azalması ile kişisel ve fiziksel gelişmeyi desteklemeyen yaşam ortamına maruz kalmaktadır. Tüm bu etmenler, hastalıkların artmasına sebep olmaktadır (Karatana, 2022). Sosyal koruma; hastalık, işsizlik, ekonomik kriz gibi durumlarda insanları gelir yetersizliği veya yoksulluk gibi finansal risklere karşı koruma sağlayan bir politika aracıdır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kullanımını kolaylaştırmakta ve teşvik etmektedir (Qui vd., 2018; Şenkal, 2021).

1.2.3. Eğitim

Sağlığı etkileyen ekonomik kaynakların temel belirleyicisi olan istihdam fırsatlarını şekillendiren eğitim, sosyal ve psikolojik faktörler ile sağlığı etkilemektedir. Daha fazla eğitim, daha fazla algılanan kişisel kontrol, yüksek statü ve finansal, psikolojik ve duygusal destek sağlayan sosyal ağlar da dahil olmak üzere daha fazla sosyal destek ile ilişkilidir. Eğitim düzeyi yüksek bireyler maddi, mali ve sosyal kaynaklara daha fazla erişim imkânına sahiptir ve sağlıkla ilgili bilgi aktarım davranış normlarını tanımlayabilmektedir (Bharmal vd., 2015; Zimmerman vd., 2015).

1.2.4. Yaşam Koşulları

İnsanların günlük yaşamlarını sürdürdükleri koşullar sağlık ve refah üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Yoksulluk, suç oranının yüksek olduğu mahalleler, sağlıklı gıdalara erişimin zayıf olması, eğitim ve beceri düzeyinin sınırlı olması ve yüksek işsizlik sağlığı olumsuz etkileyerek kalp damar hastalıkları, diyabet, astım gibi hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır (Krouse, 2020). Sağlığın belirleyicileri ile ilgili tartışmalarda doğum öncesi gelişim, erken yaşam koşulları ve yaşam boyu sosyal yoksunluğun etiyolojik öneme sahip olduğu ileri sürülmektedir. Çocukluk döneminde kötü ekonomik ve sosyal koşullara maruz kalmanın yetişkinlikteki sağlık durumuna etkisinin incelendiği birçok çalışmada, çocuklukları boyunca kötü koşullarda yaşayan bireylerin ölüm ve hastalık oranlarında artış olduğu görülmektedir (Rahkonen vd., 1997).

1.2.5. Bilgiye Erişim

Sağlık bilgilerine erişim ve bu bilgilerin kullanımı, kişisel ve kamu sağlığı sonuçları ile ilişkilidir. Hastalar; bakım, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine ilişkin hem geriye hem de ileriye dönük bir bakış açısı elde etmek amacıyla sağlık bilgilerine ihtiyaç duymaktadır. Bireyin sağlık bilgilerine erişiminin olup olmadığı ve bu bilgiyi nasıl kullandığı sağlık davranışlarını ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu etkilemektedir. Sağlık

bilgilerine daha iyi erişim ve kullanım, bireylerin sağlık hizmetlerinin kullanımını artırmasına, bilgiyi geliştirmesine, sağlık bakım maliyetlerini azaltmasına, daha sağlıklı davranış kalıpları benimsemesine ve böylelikle sağlığın geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. Örneğin, sağlık bilgilerine daha yüksek düzeyde erişim ve kullanım, daha düşük düzeyde sigara ve alkol tüketimi, daha yüksek düzeyde egzersiz ve sağlık muayeneleri ve daha iyi kişisel sağlık durumu değerlendirilmesiyle sonuçlanmaktadır (Davoody vd., 2019; Chen vd., 2019).

1.2.6. Sağlık Okuryazarlığı

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını ‘sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi’ olarak tanımlamaktadır. Sağlık okuryazarlığının geçmiş tanımları daha çok sağlık hizmetlerine odaklanırken; yıllar geçtikçe kavramın anlamı yazılı sağlık bilgilerini okumak ve bunlara göre hareket etmek, ihtiyaçları sağlık profesyonellerine iletmek ve sağlık talimatlarını anlamak gibi daha karmaşık ve birbirine bağlı yetenekleri de hesaba katacak şekilde genişlemiştir. Son zamanlarda sağlık okuryazarlığı kavramı halk sağlığında da kendine yer bulmuştur (Van den Broucke, 2014). Bireylerin sağlıkla ilgili kararlar almak için bilgi ve hizmetlere erişmesi, anlaması, değerlendirmesi ve kullanması için gereken kişisel özellikler ve sosyal kaynaklar bütünü olan sağlık okuryazarlığı, insanların sağlığın değiştirilebilir sosyal belirleyicileri üzerindeki kontrolünü geliştirecek ve birey ve toplumların sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarını sağlayacak bir araç sunmaktadır (Rowlands vd., 2017; Coughlin vd., 2020). Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bir birey, kendi sağlığı yanı sıra aile ve toplum sağlığı sorumluluğunu da üstlenme becerisine sahiptir. Sağlık okuryazarı bir toplum ise, basit eylemlerle kendisini ve başkalarını nasıl koruyacağını anlayan bir toplumdur. Sağlık okuryazarlığındaki kazanımlar yalnızca bireysel eylemlerle değil, uyum içinde çalışan sistemlerle mümkün olmaktadır. Hükümet, sağlıkla ilgili bilgi sağlayıcılar, sağlık profesyonelleri, medya ve genel kamuoyu sağlık okuryazarlık düzeyinin artmasından sorumlu aktörlerdir (Sørensen vd., 2012; Christie ve Ratzan, 2019; Spring, 2020).

1.3. Sosyal Sağlık Kavramı

Sosyal sağlık kavramı, sağlık tanımının üç temel unsurundan biri olmasına rağmen, fiziksel ve zihinsel sağlıktan çok daha az bilinmektedir. Herhangi bir toplumdaki

bireylerin durumuna ve algısına bağı olabileceğinden ötürü evrensel olarak değerdendirilememektedir ve literatür oldukça sınırlıdır (Soofizad, 2022).

Sosyal ortamda insanların potansiyellerini ve yükümlölüklerini yerine getirme kapasitesi, tıbbi bir duruma rağmen hayatlarını bir dereceye kadar bağımsız olarak yönetebilme ve sosyal faaliyetlere katılma yeteneğı olarak tanımlanabilen sosyal sağık (Huber vd., 2011), sosyal iyilik hali, sosyal refah veya sosyal esenlik (social well-being/wellness) kavramlarıyla da kullanılmaktadır ve hem insanlar arasındaki bağların niceliğini ve niteliğini hem de toplumsal katılımlarını içermektedir. Geçmişten günümüze sosyal bilimciler sosyal refahın toplumun mu yoksa bireyin bir yönünü mü ifade ettiğı konusunda ikileme düşmüş; bu kavramları tanımlamakta ve ölçmekte zorlanmıştır. Bir bireyin çok az sosyal ilişkiye sahipken tamamen sağıklı olabilmesi, bir diğerdinin ise çok sayıda sosyal ilişkiye sahipken sağıksız olabilmesi, sosyal refahın derecelendirilmesinde etkileşimlerin miktarı ya da kalitesiyle ilgili herhangi bir standart olmayıp bireyin memnuniyet duygularına bağı olduğu yönünde bir düşünce geliştirmiştir. Fakat sosyal sağık üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde sosyal sağık ölçümünün çoğunlukla insanların aile, iş, toplum katılımı ve bireylerin sosyalliğı olmak üzere dört ana alandaki performansına odaklandığı görölmektedir (Larson, 1996; Alidoust ve Bosman, 2015). Renne (1974), 6928 yetişkin örnekleminde sosyal sağığı istihdam edilebilirlik, evlilik doyumu, sosyallik ve toplum katılımı bileşenleri ile değerdendirerek sosyal sağık ölçeğı geliştirmiştir. Bao ve diğerdeleri (2018), 60 yaş ve üzeri bireylerin sosyal sağık düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirdikleri ölçekte yaşlı bireylerin akraba, arkadaş ve diğerd kişilerden aldıkları sosyal destek ve sosyal rollerdeki performanslarını içeren sosyal uyumlarını dikkate almıştır. Soofizad ve diğerdeleri (2022) ise çalışmalarında bireylerin sosyal sağığının değerdendirilebileceğı, diğerd insanlarla ilişkilerindeki belirli özelliklerine ve becerilerine dayanan etkileşime açıklık, sosyal uyumluluk, sosyal sorumluluk, özsaygı, karşılıklı güven, iletişim becerisi, sosyal iyimserlik, sosyal destekten hoşlanma, insan odaklı kişilik olmak üzere çoklu sosyal sağık boyutları tanımlamıştır.

Son yıllarda sosyal ilişkilerin sağık üzerindeki etkisi sağık sosyolojisinin de ana konularından biri olmuştur (Smith ve Christakis, 2008). Sosyal ağlar, tanımlanmış bir grup arasındaki belirli bir dizi bağlantıyı ifade etmektedir. Bireyler ve sağıkla ilgili biyolojik süreçler aile, mahalle ve topluluk, toplum ve kültür gibi daha geniş sosyal bağlamlar içinde var olmaktadır (Holt-Lunstad, 2018; Song vd., 2021). Topluluk ve sosyal bağlamlar sosyal destek ile ilişkilidir. Sosyal destek ise psikolojik esenlik, stresle

başa çıkma becerisi, gelişmiş öz bakım, sağlıkla ilgili genel yaşam kalitesi kavramlarıyla ilgilidir ve çocukluk dönemi de dahil olmak üzere her yaş ve durumda genel iyilik hali için önemli bir koruyucu faktör olarak kabul edilmektedir (Bauer vd., 2021; Jilani vd., 2021). Sosyal destek kavramsal olarak sosyal ağ terimiyle örtüşse de birbirinden farklıdır. Sosyal ağlar sosyal etkileşimin yapısını, sosyal destek ise bu ağlar aracılığıyla paylaşılan kaynakları ifade etmektedir. Sosyal ağlar ve sosyal destek stres, depresyon gibi psikolojik süreçlerin şiddetini azaltarak sağlıkla ilgili davranışları iyileştirme ve sağlığı koruyucu kaynakların geliştirilmesinde etkili olmaktadır (Beckers vd., 2023; Ackerson ve Viswanath, 2009). Zayıf sosyal ilişkiler sigara kullanımı, obezite, yüksek kolesterol, fiziksel hareketsizlik, kardiyovasküler hastalıkların gelişimi ve ilerlemesi, kanser ve kanser iyileşmesinin gecikmesi gibi risk faktörleriyle ilişkilidir (Sachdev, 2022; Umberson ve Karas Montez, 2010).

Sosyal destek, bireyin başkaları tarafından sevildiği, önemsendiği, saygı gördüğü, değer verildiği, karşılıklı yardım ve sorumluluklardan oluşan bir sosyal ağın parçası olduğu algısı veya deneyimi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımla birlikte, bir kişinin diğerinden açıkça fayda sağladığı belirli fiili destek durumlarını kapsayabileceği gibi, ihtiyaç duyulması halinde bu fayda ve kaynakların mevcut olduğu algısını da içerebilmektedir. Sosyal destek:

- *Araçsal Destek:* Somut ve maddi yardım
- *Bilgisel Destek:* Herhangi bir sorunla başa çıkmak için ihtiyaç duyulabilecek kaynaklar veya stratejiler
- *Duygusal Destek:* Bir kişiye sıcaklık ve yakınlık sağlanması

olmak üzere üç farklı türde görülmektedir (Tay vd., 2013). Sadece insanlar arasındaki maddi yardım ve duygusal güvence değil; bir topluluğa ait olduklarını hissettiren ilişkileri de kapsamaktadır (Behrentdt vd., 2023). Aidiyet duygusu, bireyin topluluğa, arkadaşlarına, ailesine, iş yerine, veya kişisel ilgi alanlarına bağlılığına dayanan psikolojik bir yapı olup diğer insanlar, gruplar veya ortamlarla uyum içinde hissetmesidir (Kitchen vd., 2012; Stewart vd., 2009). İnsanların sosyal ilişkilere olan duyarlılığı, aidiyetin önemini ve insanların olumlu ilişkilere ve bağlılığa olan ihtiyacını vurgulamaktadır (Pickett ve Wilkinson, 2015).

Aidiyet, öznel bir duygu olarak ortaya çıksa da dinamik bir toplumsal ortam içerisinde var olmaktadır (Allen vd., 2021). Güçlü bir topluluğa ait olma duygusu, bireylerin

sorunlarının çözümü için katılımcı süreçleri harekete geçirme olasılığını artırmaktadır. Bununla birlikte, topluluğa ait olma ve katılım yaşam kalitesine katkıda bulunarak, yalnızlığa karşı daha etkili bir kimlik ve güven duygusuyla sonuçlanmaktadır (Michalski vd., 2020). Toplumsal aidiyet, davranışsal unsurlar aracılığıyla sağlığı etkilemektedir. Sıkı örülmüş bir topluluk ağı, artan bilgi alışverişi ve sosyal destek ile sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirebilir, sigara bırakmak gibi olumlu sağlık davranışlarını teşvik edebilir, kişiler arası psikolojik desteği artırarak yalnızlıkla ilgili stres tepkilerini azaltabilir. Örneğin, kanserle mücadele eden bir birey söz konusu olduğunda, güçlü bir toplum ağı sağlık hizmetlerine erken başvurmak için kişiyi teşvik edebilir ve bir mahalle yürüyüş grubu fiziksel aktivite seviyelerinin korunmasını destekleyebilir (Michalski vd., 2024). Hystad ve Carpiano (2010) çalışmalarında, toplumsal aidiyetin sağlık davranışları üzerinde güçlü bir etkisinin olduğunu tespit ederek; nüfus sağlığı stratejilerinin önemli bir bileşeni olabileceğini belirtmiştir.

Bir toplumun sosyo-kültürel işlevselliğini koruması, üyelerinin fiziksel durumu ne olursa olsun kabul edilebilir bir sosyal sağlık durumu vaat edebilmektedir (Nosrati ve Fouladi, 2020). Toplum sağlığını iyileştirmede sosyal sağlığı desteklemek, tıp eğitimini ilerletmek ve sağlıkla ilgili sosyal ihtiyaçlara yatırımı teşvik etmek önem arz etmektedir (Nash vd., 2021).

1.4. Sosyal Sağlık Bileşenleri

Keyes (1998), pozitif sosyal sağlığı yansıtan bir sosyal refah modelini ortaya koyarak ‘Social Well-Being’ adlı eserinde sosyal sağlık bileşenlerini ‘*Sosyal Bütünleşme, Sosyal Kabul, Sosyal Gerçekleştirme, Sosyal Katkı ve Sosyal Tutarlılık*’ olmak üzere beşe ayırmıştır.

1.4.1. Sosyal Bütünleşme

Bütünleşme, topluluk halinde yaşamının ilk şartıdır. Kişilerarası ilişkilerin ve karmaşık yapılardan oluşan toplumun sürekliliği bütünleşme ile sağlanabilmektedir (Avcioğlu, 2013). Sosyal bütünleşme, toplumsal yapıdaki birlik ve bütünlüğe işaret etmek üzere kullanılan sosyolojik bir kavram olup bireylerin kendilerini toplumun bir parçası olarak hissetmelerini ifade etmektedir (Özdil, 2017; Keyes, 1998). Sosyal dışlanma ise, sosyal bütünleşmenin karşıtı olarak, yeterli kaynaklara sahip olamayan bireylerin kendilerini toplumun bir parçası olarak görmemelerini ve toplumla olan bağlarının kopmasını ifade

etmektedir. Sosyal dışlanma, sosyal ilişkiler açısından toplumun içinde ya da dışında olmakla ilgili bir kavramdır (Yıldırım, 2014; Şahin, 2009). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sosyal dışlanma, sağlık alanındaki eşitsizliklere yol açan güçlerden biridir. Sosyal dışlanma durumu sağlığın belirleyicilerinden sosyal ilişkiler, maddi kaynaklar, sağlık hizmetlerine erişim ve barınma gibi alanlardan yoksunluk ile sonuçlanmaktadır (Van Bergen vd., 2018). Bununla birlikte kronik ağrılar da hastaların sosyal etkileşimlerini kısıtlamaktadır. Örneğin, nöropatik ağrısı olan hastalarda fiziksel kapasite ve zihinsel sağlıkta bir düşüş olduğu ve böylelikle sosyal bütünleşmelerinin bozulduğu kanıtlanmıştır (Dueñas vd., 2016).

1.4.2. Sosyal Kabul

Kabul, bir şeye isteyerek veya istemeyerek razı olmaktır (Türk Dil Kurumları Sözlükleri, 2024). Ryff (1989), öznel iyi oluşun temel kriteri olarak kendini kabul kavramlarına yer vermektedir. Kişinin kendi eylemlerini, motivasyonlarını ve duygularını doğru bir şekilde algılayarak kendini tanıma ve kendisi hakkında olumlu bir görüşe sahip olma ihtiyacı vardır. Kendini kabul yalnızca kişinin kendisini sevmesi değil; aynı zamanda kendi güçlü ve zayıf yönlerini anlayarak onlar üzerinde çalışabilmeyi de gerektirmektedir. Kısaca kendini kabul, kişinin kendi niteliklerini ve zayıflıklarını tanıması ve kabul etmesidir (Flecha Garcia, 2019). Sosyal kabul ise, bireyin sosyal bağlamı tarafından teşvik edilme, değer görme ve memnuniyetle karşılanma duygusu olarak tanımlanmaktadır (Arslan, 2018). Sosyal kabul, kişisel kabulün sosyal bir benzeridir. Çevresi tarafından kabul gören bireyler insan doğasına ilişkin olumlu görüşlere sahiptir; insanların iyilik yapabileceğini düşünürler ve kendilerini diğer insanların yanında rahat hissederler. Kişisel bağları hakkında iyi hisseden ve hayatlarının hem iyi hem de kötü yönlerini kabul eden insanlar iyi bir ruh sağlığına örnek teşkil ederler. Dolayısıyla başkalarının sosyal kabulü, bireyin kendini kabullenmesinin sosyal karşılığı olarak yorumlanmaktadır (Keyes, 1998). Bireyin benlik saygısı ve sosyal kabulü birbirinden etkilenmektedir. Sosyal kabul, kişinin kendini tatmin hissetmesine neden olmaktadır. Bu durumun aksine, sosyal olarak kabul görmemesi halinde benlik saygısı azalmaktadır (Vasile, 2013).

1.4.3. Sosyal Gerçekleştirme

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi, Abraham Maslow (1943) tarafından geliştirilen en eski ve bilinen motivasyon teorisidir. Maslow, insanın doğuştan iyi olduğuna inanmış; bireylerin büyük bir potansiyele ve sürekli büyüyen bir iç güdüye sahip olduğunu

savunmuştur. İhtiyaçlar hiyerarşisi sistemi; en altta, üst düzey ihtiyaçlar devreye girmeden önce tatmin edilmesi gereken alt düzey ihtiyaçlar olacak şekilde düzenlenmiş beş kategori içermektedir. Bu kategorilerden biri ‘kendini gerçekleştirme’dir. Maslow’un ‘kendini gerçekleştirme’ terimini kullanmasının genellikle içsel bir odağa sahip olduğu, psikolojik bütünleşme veya belirli bir düzeyde kişisel potansiyele ulaşma olduğu düşünülse de kendini gerçekleştirmedeki amaç benliği daha iyi hale getirmektir (Acquah vd., 2021; Greene ve Burke, 2007).

Sosyal gerçekleştirme ise, toplumun potansiyelinin ve yörüngesinin değerlendirilmesidir. Bu, toplumun büyüme ve gelişmesine olan inanç ve toplumun kurum ve vatandaşlar aracılığıyla gerçekleştirilebilir potansiyele sahip olduğu duygusudur. Sosyal yönden daha sağlıklı insanlar toplumun durumu ve geleceği konusunda umutlu olan; kendilerinin ve diğer insanların toplumsal büyümenin potansiyel yararlanıcıları olduğunu tasavvur edebilen insanlardır. Toplumda optimum işlevsellik, deneyime açıklık ve sürekli büyüme arzusu ve çabasıdır. Sosyal gerçekleştirme, bu büyüme ve gelişme fikirlerini içeren bir bileşendir (Keyes, 1998).

1.4.4. Sosyal Katkı

Sosyal katkı, bireylerin toplumun bir üyesi olduklarına dair inançlarını ifade etmekte ve gerçekleştirdikleri iş veya faaliyetlerin toplum tarafından ne ölçüde değer gördüğünü içermektedir. Sosyal katkı, yeterlilik ve sorumluluk kavramlarına benzemektedir (Keyes, 1998). Öz yeterlilik, bireyin belirli bir durumda bir şeyi başarılı bir şekilde yapma kapasitesine ilişkin değerlendirmesine odaklanan bir yapıdır (Waddington, 2023). Sorumluluk ise bir iş veya işlevle ilişkili yükümlülüklerdir (Bivins, 2006). Sorumlu olmak, birine ya da bir şeye bağlı olmak anlamında daha derin duyguları da içermektedir. Bu, sorumluluğun daha içten benimsenmesini ve dünyaya anlam katan değerli faaliyetlere odaklanmayı sağlamaktadır (Weed ve McKeown, 2003).

1.4.5. Sosyal Tutarlılık

Tutarlılık, rasyonel olarak bütünleşik ve anlaşılabilir olma niteliğidir ve takdir, şefkat, özen ve sevgi gibi olumlu duyguların harekete geçmesiyle kendiliğinden ortaya çıkma eğilimindedir. Sosyal sağlık bileşenlerinden sosyal tutarlılık; yaşamın kalitesi, organizasyonu ve işleyişinin algılanmasıyla dünya hakkında bilgi sahibi olma kaygısını içermektedir. Sosyal yönden daha sağlıklı insanlar yalnızca nasıl bir dünyada

yaşadıklarını önemsemekle kalmaz; aynı zamanda çevrelerinde olup bitenleri de kavrayabilirler. Kendilerini mükemmel bir dünyada yaşadıkları konusunda yanıltmaz, yaşamı anlamlandırma arzusunu korur ve geliştirirler (McCraty, 2011; Keyes, 1998).

Sosyal Katkı ve Sosyal Bütünleşme iki boyutu, topluma bağlılık, sosyal destek ve sosyal katılım duygularıyla; *Sosyal Kabul* boyutu, diğer insanların farklılıklarını göz ardı ederek onları olumlu bir şekilde kabul etmekle; *Sosyal Gerçekleştirme ve Sosyal Tutarlılık* boyutları ise kişinin topluma ilgisi, sosyal gruplara ve kurumlara güven konularıyla ilgilenmektedir.

Keyes'e göre;

- Köklü bir aidiyet duygusuna, sağlam sosyal bağlara ve destek ağlarına sahip olan,
- Hem başkalarına hem de kendilerine güvenen, kendini olduğu gibi kabul eden, hayatının olumlu ve olumsuz yönlerini aşırı dramatize etmeden kabul eden,
- Hayatlarını sosyal baskıların yönlendirmesine izin vermeden yaşayan,
- Topluma faydalı olduğunu hisseden,
- Toplumun geleceğine güvenen, gelişme potansiyelini kabul eden ve bundan fayda sağlayabileceğine inanan ve yaşamlarını anlamlı bir amaca sahip olarak sürdüren bireylerin sosyal sağlık düzeyleri yüksek olacaktır (Blanco ve Diaz, 2007).

1.5. Sosyal Sağlık ile İlişkili Yaklaşımlar

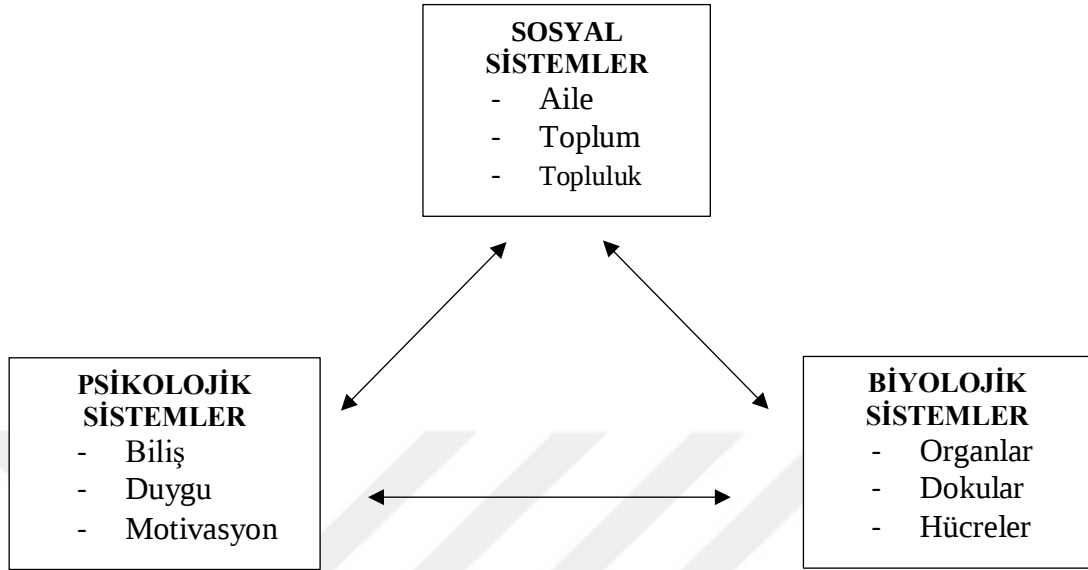
Sağlığın sosyal modelleri, sağlık ve hastalığın sosyal belirleyicilerine odaklanan yaklaşımları ifade etmektedir. Sosyal model insanları sosyal bağlamlara yerleştirmekte, fiziksel çevreyi sosyal yönden organize ederek kavramsallaştırmakta ve sağlığı insanlar ve çevreleri arasındaki bir etkileşim süreci olarak belirlemektedir. Bununla birlikte toplumun yapısal olarak organize edilme şeklinin sağlık ve hastalığı etkilediğini ileri sürmektedir. Sağlık, sağlık hizmetleri ve hastalığın birbirinden ayrı düşünülemeyeceği bakış açısıyla sağlık ve hastalığın sosyal kalıplarına odaklanmaktadır. Hastalık, tedavi ve sağlık hizmetlerinin sunumu; sosyal sınıf, etnik köken, cinsiyet, yaş gibi unsurlardan önemli ölçüde etkilenmektedir. Dolayısıyla sosyal ve ekonomik koşullar ve bunların insanların yaşamları üzerindeki etkileri, bireylerin sağlık durumlarını ve hastalık risklerini belirlemektedir. Bu bağlamda sosyal bakış açısı, sadece biyolojik ve psikolojik açıklamalara odaklanmak yerine hastalığa yönelik sosyal açıklamalar da aramaktadır (Adibi, 2014).

1.5.1. Biyopsikososyal Yaklaşım

Sağlık hizmetlerine yönelik taleplerin hızla arttığı kabul edilmekle birlikte, bu sorunlarla başa çıkmak için kullanılan biyomedikal model yıllar boyunca büyük ölçüde değişmeden kalmıştır. Biyomedikal model, sağlığın biyolojik faktörlerden kaynaklandığı perspektifini benimseyerek sağlık ve esenliğin sadece hastalığın yokluğu olduğu teorisi üzerinde durmaktadır. Bu yaklaşım, sağlık araştırmalarındaki ilerlemelere katkı sağlasa da hastalıkların önlenmesinde sosyal belirleyicilerin önemini göz ardı etmektedir. Fiziksel, zihinsel ve sosyal refah dahil olmak üzere daha geniş sosyal belirleyicilerin sağlık, hastalık ve refah üzerindeki etkisinin giderek daha fazla üzerinde durulması ile geleneksel biyolojik modelin yetersiz kaldığını görülmüştür. Sağlık ve hastalığın belirleyicilerini anlamak, akılcı tedavilere ve sağlık hizmeti modellerine ulaşmak için bir temel sağlamak amacıyla tıbbi bir modelin hastayı, içinde yaşadıkları sosyal bağlamı, hastalığın yıkıcı etkileriyle başa çıkmak için toplum tarafından tasarlanan sistemi, hekimin ve sağlık sisteminin rolünü de dikkate alması gerekmektedir (Rahman vd., 2024). 1977 yılında George Engel'in yalnızca sağlığı ve hastalığı etkileyen biyolojik faktörleri değil; aynı zamanda psikolojik ve sosyal faktörleri de göz önünde bulunduracak yeni bir modele ihtiyaç duyulduğu yönündeki önerisi ile biyopsikososyal yaklaşım ortaya çıkmıştır. Bu bakış açısı biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin, fiziksel sağlık ve hastalıkla bütünlüklü ve etkileşimli bir şekilde ilişkili olduğu fikrine dayanmaktadır. Biyopsikososyal yaklaşım, insan sağlığını zaman içinde ortaya çıkan biyolojik, psikolojik ve kişilerarası dinamiklerin karşılıklı etkilerinin bir ürünü olarak yorumlamaktadır. Bu alt sistemlerin iç içe geçmiş ve ayrılmaz biçimde birbirine bağlı olduğu varsayımı, sağlığı geliştirmeye yönelik müdahalelerde yenilikleri teşvik etmiştir (Bolton, 2023; Lehman vd., 2017; Suls ve Rothman, 2004).

Şekil 1

Biyopsikososyal Modelin Sistemleri



Kaynak: Sarafino ve Smith, 2014, aktaran Sezer Korucu vd., (2021).

Suls ve diğerleri (2013), biyopsikososyal modelin benimsenmesi için üç farklı strateji önermektedir:

- Disiplinler arası iş birliği ve eğitim;*
- Araştırma ve teoriyi klinikle daha ilgili hale getirmek için sistematik çabalar;*
- Temsili örnekler, ortamlar ve sonuçlar*

Biyopsikososyal yaklaşımın sağlık yönetiminde uygulanmasına daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Bireyin sağlığı sosyal açıdan ilgili diğer kişilerle (eş, akraba, arkadaş) ayrılmaz bir şekilde bağlantılıdır. Sağlık konusundaki bu karşılıklı bağımlılık, kaynakların bir havuzda toplanmasını, sermayenin paylaşılmasını ve ortak kaynaklar üzerinde anlaşılmasını gerektirmektedir. Modelde ise bu karşılıklı bağımlılık, iki sağlıklı bireyin ortaklaşa hareket ederek her birinin tek başına üretebileceğinden daha fazla bir artı değer üretmesine olanak tanımaktadır. Bununla birlikte, kronik hastalıklara ayrılan sağlık hizmeti kaynakların artan oranı ve bu duruma eşlik eden hasta sonuçlarını iyileştirme ihtiyacı, eylem gerektirmektedir. Biyopsikososyal modelin sağlık hizmetlerinin finansmanından sorumlu kişiler tarafından daha iyi anlaşılması ve kullanılması, sağlık hizmetlerinin sonuçlarının iyileştirilmesine ve aynı zamanda maliyetlerin kontrol edilmesine yardımcı olacaktır. Hastaya ilgiyi artıracak; daha fazla iş birliği, bakım ve kaynak paylaşımı ile daha fazla hizmet sağlayacaktır. Biyopsikososyal

bakış açısı, daha başarılı ve sürdürülebilir bir sağlık sistemine katkıda bulunma potansiyeline sahip bütünsel bir yaklaşımdır (Lindau vd., 2003; Wade ve Halligan, 2017).

1.5.2. Sosyal Ekolojik Yaklaşım

Bronfenbrenner'in (1977) ekolojik sistem teorisi, çeşitli unsurların çevre içerisindeki yapılanmasını ve birbirleriyle etkileşimini anlamak için geniş bir perspektif sunmaktadır (Varol, 2023). Sosyal ekolojik model (SEM), bireysel sonuçlardaki değişikliklerin yalnızca yaş ve cinsiyet gibi faktörlerden değil; aynı zamanda bireylerin yaşadığı daha geniş sosyal, kültürel, ekonomik ve çevresel bağlamlarla olan etkileşimlerden de etkilendiğini varsaymaktadır (Ohri-Vachaspati vd., 2014). Ekolojik perspektif, birey ve toplum sağlığına ilişkin birbirine bağlı, çok boyutlu ve etkileşimli bir bakış açısı getirmektedir. Sosyal ekolojik model, sağlığın biyopsikososyal bir olgu olduğu gerçeğini kabul etmekte ve diğer sağlık modellerine göre birçok avantaj sağlamaktadır (Grzywacz ve Fuqua, 2000). Halk sağlığı araştırma ve uygulamalarında yaygın olarak kullanılan sosyal ekolojik model, sağlığın geliştirilmesinde sağlık davranışlarını anlamak ve bu davranışlara yönelik hedefleri belirlemek için kullanılmaktadır (Golden vd., 2015; Wold ve Mittelman, 2018). Sosyal ekolojik model aynı zamanda sağlık okuryazarlık düzeyini etkileyen faktörlerin anlaşılmasına yardımcı olmaktadır. Bu model;

- I. *Kişisel faktörler: Bilgi ve beceriler*
- II. *Kişilerarası faktörler: Sosyal destek ve etkileri, insan ilişkilerinin kalitesi, aile ve akranların niteliği*
- III. *Toplumsal faktörler: Sağlık politikası ve toplumun sağlığı teşvik etme yeteneği*

olmak üzere çeşitli unsurların sağlık okuryazarlığına etkisini açıklamaktadır (Higgins vd., 2009). Sağlık okuryazarlığı kavramını bireyin ötesine geçirerek sağlık bilgisinin verilmesine, halka sunulan materyal ve araçlara, sağlık çalışanlarının iletişim becerilerine, sağlıkla ilgili kurumların özelliklerine ve sağlık politikalarına odaklanmaktadır (McCormack vd., 2017).

Sosyal ekolojik modelin hastalığın önlenmesinde ve sağlığın iyileştirilmesinde kullanıldığı birçok çalışma yapılmıştır. Louisiana'da toplum sağlığı kliniklerine ve devlet hastanelerine başvuran sağlık sigortası olmayan hastalar için sosyal ekolojik model uygulanarak kolorektal kanser tarama programı geliştirilmiş; çalışmalar sonucunda devlet hastanelerinin tarama kapasiteleri artmıştır (Nuss vd., 2012). Yine aynı eyalette, çocukluk

çağı astımını değerlendirmek amacıyla hastalığın birden fazla bileşenini ele alan programlar aracılığıyla sosyal ekolojik yaklaşım çerçevesinde ‘Astım Dostu Okullar Girişimi’ uygulamaya konmuştur. Sosyal ekolojik modelin uygulanması okulları daha donanımlı hale getirmiş, astımlı çocuklar ve hekimler arasındaki ilişkiyi potansiyel olarak geliştirmiş, öğretmenler arasındaki bilgiyi artırmış ve iç hava kalitesini iyileştirmiştir (Nuss vd., 2016). Model özellikle fiziksel aktivite düzeylerinin ele alındığı çalışmalara (Fleury ve Lee, 2006; Cochrane ve Davey, 2008; Nelson vd., 2009; Langille ve Rodgers, 2010; King ve Gonzalez, 2018; Miller vd., 2019) konu olmuştur. Elder ve diğerleri (2007), ekolojik modelin her bir davranış veya sağlık durumuna uyarlanabileceğini belirtmiştir.



BÖLÜM 2. SOSYAL STATÜ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Çalışmanın bu bölümünde sosyal statü, öznel ve nesnel sosyal statü kavramları açıklanmakta; öznel ve nesnel sosyal statü ölçümleri ve bu doğrultuda sağlık alanında yapılan araştırmalara yer verilmektedir.

2.1. Sosyal Statü

Dünya tarihinde insanlığa ve toplumsal yapıya etkileri olan birçok olgu bulunmaktadır. Toplumsal düzeni değiştiren ve toplumsal sınıfların oluşmasında etkili olan sanayi devrimi bu olgulardan biridir. 18. yüzyılda ortaya çıkan sanayi devrimiyle birlikte kırsal alanlardan kentsel alanlara yoğun bir göç yaşanmış; şehirlerde farklı sosyo-kültürel özelliklere sahip toplumsal gruplar oluşmuştur. Bu süreç ‘sosyal sınıf’ kavramını ortaya çıkarmıştır (Yıldız ve Baş, 2017).

Sosyal sınıf, toplum içinde benzer düzeyde zenginlik, statü ve güce sahip bireylerin oluşturduğu bir grup veya kategori olarak tanımlanmaktadır. Sosyal sınıflar ile birlikte ortaya çıkan hiyerarşi (Nesanır, 2007), sosyal gruplardaki üyelerin sergiledikleri güç, etki veya baskınlığa dayalı olarak sıralanması anlamına gelmektedir. Bu sayede bazı üyeler diğerlerinden üstün veya alt konumdadır (Koski vd., 2015). Hiyerarşi, çeşitli biçimleriyle günlük yaşamda, pek çok grup ve örgütte yaygın olmasıyla sosyal ilişkilerin en temel özelliklerinden biridir (Magee ve Galinsky, 2008). Hiyerarşinin güç, hakimiyet, saygınlık, liderlik boyutlarıyla ilişkili olan statü (Blader ve Chen, 2014), ‘bir kimsenin, bir kurum veya bir toplum içindeki durumu’; sosyal statü ise ‘bir sosyal pozisyonun diğer sosyal pozisyona göre işgal ettiği durum’ olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumları Sözlükleri, 2024).

Geçmiş yıllarda bireylerin gelir, eğitim ve mesleki durumu ile ortaya çıkan ekonomik hiyerarşideki konumu olarak tanımlanan sosyal statü, çoğunlukla ekonomik konumlandırma ile şekillense de sosyal ve psikolojik unsurlardan da etkilenmektedir (Kraus vd., 2017). Bir çalışma grubundaki lider, sosyal hayatında çekingen davranışlar sergileyebilir. Dolayısıyla insanlar arasındaki dikey ilişkilerin tek bir kavramsal tanımlamasını yapmak zordur (Hall vd., 2005).

Bir bireyin belirli bir sosyal hiyerarşi içinde bir veya daha fazla sosyal boyut dahilinde göreceli sıralaması olarak da tanımlanan sosyal statü (Mattan vd., 2017), hem atfedilen hem de elde edilen statüleri içermektedir. Atfedilen statü, biyolojik veya grup

özelliklerine dayalı olarak doğumda bireye atfedilen statüdür. Cinsiyet, etnik köken ve yaş atfedilen statüye örnektir. Elde edilen statü ise fırsatlara erişim ve bireysel iradenin kullanılması yoluyla kazanılan statüdür. Gelir, eğitim ve mesleki durum elde edilen statüler arasındadır (Alwin ve Wray, 2005).

Toplumsal statüler arasında hiyerarşik bir yapı söz konusudur. Dolayısıyla her statü aynı değerde olmamakla birlikte bireye aynı oranda saygınlık kazandırmamaktadır (Ceylan, 2011). Statü farklılıkları bireyleri, grupları ve toplumları doğrudan etkilemektedir (Van Kleef ve Cheng, 2020) ve sosyal statü arayışı, sosyal davranışların çoğunu yönlendiren güçlü bir güdüdür. Sosyal düzende üst sıralarda yer alanlar, daha yüksek statüye sahip bireyler olumlu sosyal ilgi, gelişmiş haklar ve ayrıcalıklar, ortak kararlar üzerinde etki ve kontrol, kıt kaynaklara daha fazla erişim gibi birçok avantaja sahiptir. Tüm bu üstünlüklerin statü peşinde koşmak için içsel bir güç oluşturması muhtemeldir (Anderson vd., 2012; Anderson ve Kilduff, 2009; Anderson vd., 2015).

Sosyal statü; gelir, eğitim, meslek, aile nüfusu, fiziksel varlıklar, sosyal konum, sosyal katılım, siyasi etki gibi çeşitli değişkenler ile nispeten belirlenmektedir (Wani, 2019). Sosyal statünün kavramsallaştırılmasında öznel (sübjektif) sosyal statü ve nesnel (objektif) sosyal statü olmak üzere iki yaklaşım kullanılmaktadır. Öznel sosyal statü sosyal unsurları ifade ederken; nesnel sosyal statü maddi malları ifade etmektedir. Öznel sosyal statü, bireylerin sosyal hiyerarşideki konumlarına ilişkin algılarını yansıtmakta, psikolojik bir süreci temsil etmektedir. Buna karşın nesnel sosyal statünün üç ana bileşeni gelir, eğitim ve meslektir. Gelir, bireyin finansal gücünü; eğitim ve meslek ise saygınlığını yansıtmaktadır. Bu üç gösterge kişilerin, ailelerin, toplulukların değer verilen malları üretme veya tüketme kapasitesine göre konumunu ifade eden ve geniş bir kavram olan sosyal statünün kapsamlı ölçütleri değildir. Sosyal gruplarda etkili olmayan fakat yüksek gelire ve fazla mala sahip olan bireyler takdir edilmediklerini ve saygısızlığa uğradıklarını hissedebilirler. Aynı zamanda, düşük nesnel sosyal statüye sahip bireyler sosyal gruplarında saygı ve hayranlık görebilir, yüksek öznel sosyal statüye sahip olabilirler. Dolayısıyla öznel ve nesnel sosyal statünün temsil ettiği göstergeler farklı olduğundan her iki ölçütün birbirinden ayrı değerlendirilmesi önem arz etmektedir (Kim vd., 2018; Shaked vd., 2016; Bolló vd., 2020; Miech ve Hauser, 2001).

2.2. Öznel Sosyal Statü

Geçmiş araştırmalarda, sosyal statü değerlendirmelerinde mesleki roller üzerine odaklanan bir yaklaşım tercih edilmiştir. Son zamanlarda ise sosyal statünün daha çok psikolojik yönlerine; özellikle de bireylerin kendi sosyal statülerine ilişkin öznel değerlendirmelerine odaklanılmıştır. Sağlık alanında sosyal statünün öznel yönlerine odaklanılmasının en önemli sebebi, sağlık sosyolojisi çalışmalarında düşük sosyal statünün daha kötü sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğuna dair elde edilen bulgulardan kaynaklanmaktadır (Nielsen vd., 2015).

Öznel sosyal statü 1909 yılında, Amerikalı sosyolog Charles Horton Cooley'in sosyoekonomik hiyerarşilerin mutlak olmadığını, kişinin bakış açısına göre değiştiğini ileri sürmesi ile anlam kazanmıştır. Sonrasında araştırmacılar sınıfsal konumların çok boyutluluğunu derinlemesine incelemiş, özellikle bireysel algılardan kaynaklanan farklılıkları dikkate almıştır (Nobles vd., 2013).

Öznel sosyal statü, bireyin sosyal hiyerarşide kendi pozisyonuna ilişkin algısını ifade etmektedir (Jackman ve Jackman, 1973, aktaran Franzini ve Fernandez-Esquer, 2006). Kişinin ne kadar şeye sahip olduğundan ziyade başkalarına göre ne kadarına sahip olduğuna inandığıdır (Kraus ve Stephens, 2012). Öznel sosyal statü, bireyin geçmişini ve gelecek beklentilerini göz önünde bulundurarak sosyal konumunu daha doğru bir şekilde yansıtabileceğinden ötürü sosyal konumun daha kesin bir ölçüsü olarak kabul edilmektedir ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin anlaşılmasında nesnel göstergelerle birlikte bir tamamlayıcı olarak düşünülmelidir. Sosyal statünün öznel değerlendirmeleri, sosyal statünün nesnel göstergeleri ve yaşam olanakları hakkında bir yargıya varılmasını sağlamaktadır. Örneğin, bireyler üniversite mezuniyetlerine göre aynı nesnel derecelendirmeye tabi tutulabilir ancak daha saygın üniversitelerden mezun olanların daha iyi yaşam olanaklarına sahip olmalarına göre öznel statülerini daha yüksek değerlendirmeleri mümkündür (Singh-Manoux vd., 2005). Bununla birlikte geleneksel bir mesleki statü ölçütü, çok az gelir potansiyeli olan bir işte uzun saatler çalışan bireyi, daha iyi fırsatlara sahip bir ortamda çalışan başka bir bireyden ayırt etmeyecek olsa da gelecekteki beklentiler ve fırsatlara ilişkin algılara göre bu bireylerin öznel sosyal statüleri büyük ölçüde farklılık gösterecektir (Finch vd., 2013).

Öznel sosyal statü, nesnel olarak anlamlı statü belirleyicilerinin bulunmasının, tanımlanmasının veya ölçülmesinin nispeten zor olabileceği çeşitli nüfus veya gruplarda,

sosyal statünün anlaşılmasına yardımcı olmaktadır (Andersson, 2018). Gage-Bouchard ve Devine (2014), kanser hastası çocukların ailelerinin öznel ve nesnel sosyal statülerini incelemiştir. Çalışma bulgularına göre klinisyenler, hasta bakım ortamlarında yürütülen araştırmalarda ailelerin gelir ve mali durumlarını değerlendiren maddeleri dahil etme konusunda isteksizdir. Çocuklarının hastalık dönemlerinde ailelerin iş gücüne katılımları etkilenmekte ve sağlık harcamaları artmaktadır. Tüm bu sebeplerden ötürü, nesnel sosyal statü ölçümlerinden ziyade öznel sosyal statü ölçümleri tercih edilmektedir.

Öznel sosyal statü, geçmiş tecrübe ve gelecek beklentilerini dikkate alması sebebiyle bireyin sosyal konumunu nesnel sosyal statüye kıyasla daha doğru yansıtabilir (Şahin ve Nasır, 2019). Ancak Tan ve diğerleri (2020), öznel değerlendirmelerin geçici ruh hallerine ve kişisel inançlara duyarlılığı nedeniyle, nesnel göstergelere kıyasla daha az tutarlı olabileceğini belirtmektedir.

2.2.1. Öznel Sosyal Statü Ölçümü

Öznel sosyal statü, sağlık ve davranışlar, tutumlar, değerler ve dünya görüşleri dahil olmak üzere bir dizi kişisel nitelikte yakından ilişkilidir. Belirli sosyoekonomik konum boyutlarına odaklanan ve yaygın olarak kullanılan ölçümlerin aksine öznel sosyal statü ölçümü, geleneksel sosyoekonomik konum ölçümlerinin göz ardı ettiği yaşam boyu başarı, başkaları tarafından tanınma, saygınlık ve aile hayatı gibi kişiselleştirilmiş yönleri de hesaba katmaktadır (Demakakos vd., 2018). Örneğin, Lindberg ve diğerleri (2021) tarafından Avustralya ve Norveç olmak üzere iki ülkenin öznel sosyal statü durumları incelendiğinde, Norveç'te annenin eğitim düzeyinin öznel sosyal statü üzerinde güçlü bir etkiye sahip olması dikkat çekmektedir.

Bireylerin öznel sosyal statülerini değerlendirirken göz önünde bulundurdukları unsurlar zamanla değişmektedir. Yamaguchi ve Wang (2002) insanların öznel sosyal statülerini değerlendirirken hem bireysel hem de aile özelliklerini dikkate aldıklarını öne sürmektedir. Miyakawa ve diğerleri (2011), bireylerin kendi öznel sosyal statülerine ilişkin algılarıyla ilgili faktörleri belirlemek amacıyla yürüttükleri çalışmada, 2003 yılında öznel sosyal statünün temel belirleyicilerinin gelir, eğitim ve mesleki sınıfı; 2006 yılında ise hanehalkının mali durumu, genel yaşam memnuniyeti ve iş kontrolü olduğunu belirtmektedir.

Öznel sosyal statü ölçümünde en bilinen ve sıkça kullanılan ölçek MacArthur Sosyal Statü Ölçeğidir (Zell vd., 2018) Mevcut tez çalışmasında da kullanılan ölçekte,

katılımcılardan kendilerini 10 basamaklı bir merdivene yerleştirmeleri istenmektedir; merdivenin en üst basamağı (10. Basamak) en çok paraya, en çok eğitime ve en saygın işlere sahip olanları temsil ederken; merdivenin en alt basamağı (1. Basamak) en az paraya, en az eğitime ve en az saygın işlere sahip olanları temsil etmektedir (Adler vd., 2000). MacArthur sosyal statü merdiveninin hem ekonomik koşulları hem de sosyal statüyü ölçmesi, ölçümü geçerli kılmaktadır. Merdiven, bireylere ekonomik durumlarını gelir gibi geleneksel ölçümlerin ötesinde birçok alanda özetleme imkânı sunmaktadır. Örneğin, aynı gelire sahip iki kişi, yaşadıkları yerdeki yaşam maliyetinin düşük ya da yüksek olmasına bağılı olarak kendilerini merdivenin farklı basamaklarına yerleştirebilir (Galvan vd., 2023).

Sağıık araştırmalarında sosyal statü ölçümü araştırma konusuna, dikkate alınan temel teoriye, ilgilenilen popölasyon, olay ve durumlara bağılı olarak değışiklik göstermektedir (Cabieses vd., 2011). MacArthur Sosyal Statü Ölçeğı halk sağıığı araştırmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle çalışma popölasyonlarının gelirlerini bilmediğı veya bildirmek istemediğı durumlarda sosyal statünün anlaşılmasına fayda sağılamaktadır. Birçok dile çevrilen MacArthur Sosyal Statü Ölçeğinin geçerliliğini ve güvenilirliğini kanıtlayan önemli bir literatür bulunmaktadır ve nüfus sağıığı araştırmalarında kullanılan başka bir öznel sosyal statü ölçeğine rastlanmamaktadır (Moss vd., 2023).

Goodman ve diğeri (2001) MacArthur Sosyal Statü Ölçeğini kullanarak ergenlere yönelik öznel sosyal statü ölçeğı geliştirmiş, öznel sosyal statünün ergenlerin fiziksel ve psikolojik sağıığı ile ilişkisini ortaya koymuştur. Bu ölçek, Sweeting ve diğeri (2010) tarafından İskoç gençlerine; Turkay ve diğeri (2018) tarafından ise Türkçeye uyarlanmıştır.

2.2.2. Öznel Sosyal Statü ile İlgili Çalışmalar

Öznel sosyal statü kavramı sağıık araştırmalarına 2000 yılında dahil edilmiştir ve günümüzde sağııkla ilgili çalışmalara konu olmaya devam etmektedir (Hoebel vd., 2017). Son yıllarda çalışma popölasyonları çeşitli ölkelerin temsili örneklemlerinden, devlet memurlarını içeren büyük örneklemlere, çocuklara ve ergenlere, orta yaşlı ve yaşlılara, göçmenlere, hamile kadınlara kadar uzanmaktadır. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular düşük öznel sosyal statünün depresif belirtiler, madde kullanımı, uyku kalitesinde düşüş, fonksiyonel gerileme, gıda güvensizliğı, kötü sağıık hizmetleri ve ağız sağıığı, biyolojik risk faktörleri, solunum yolu hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve ölüm

dahil olmak üzere çeşitli sağlık göstergeleri ve hastalık risk faktörleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Euteneuer, 2014).

Öznel sosyal statünün fiziksel ve ruhsal sağlığa etkilerinin araştırıldığı birçok çalışma mevcuttur. Neubert ve diğerleri (2023) gerçekleştirdikleri çalışmalarında katılımcıların öznel sosyal statülerini deneysel olarak manipüle ederek algılanan sosyal statünün ağrı eşikleri üzerindeki etkisini incelemiştir. Deney sonunda, öznel sosyal statünün ağrı eşikleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür. Bir diğer deneysel çalışma McEwen ve Gianaros (2010) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmalarında kendini öznel sosyal statü merdiveninde alt basamağa konumlandıran bireyin beyni görüntülenmiş; önceki çalışmalara benzer olarak, düşük öznel statünün olumsuz zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada ayrıca düşük öznel sosyal statünün bozulmuş bağışıklık fonksiyonu ile bağlantılı olduğu kanıtlanmıştır.

Demakakos ve diğerleri (2008), 52 yaş ve üzeri 3368 erkek ve 4065 kadın örnekleminde yaşlılıkta sosyal statü ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, öznel sosyal statünün hem kadınlarda hem de erkeklerde neredeyse tüm sağlık sonuçlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu tespit etmiştir. Chen ve diğerleri (2011), yaş ortalaması 64 olan yaşlı yetişkinlerde, kendilerini öznel sosyal statünün en alt basamaklarına yerleştiren yaşlı yetişkinlerin kötü sağlık sonuçları açısından yüksek risk altında olduğunu bildirmiştir. Zahodne ve diğerleri (2018) tarafından yaşlı örnekleminde gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, önceki çalışmaların sonuçlarına benzer olarak, düşük sosyal statünün, nesnel sosyoekonomik kaynaklara bakılmaksızın, yaşlı yetişkinlerin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Öznel sosyal statü düzeyi yükseldikçe risk davranışları azalmakta, fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçları iyileşmektedir (Ritterman, 2007).

Öznel sosyal statü stres ile ilişkilidir (Steen vd., 2020; Ursache vd., 2015; Rahal vd., 2020; Huynh ve Chiang, 2018) ve ruh sağlığını etkilemektedir (Scott vd., 2014; Hong ve Yi, 2017; Neubert vd., 2019; Russell ve Odgers, 2019; Heitz ve Mitchell, 2022). Daugall ve diğerleri (2024) öznel sosyal statünün ruh sağlığı ve esenlik arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini öne sürmektedir. O'Leary ve diğerleri (2021) olumsuz duygulanımın öznel sosyal statü ile sağlık arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini belirtmektedir. Çalışmada elde edilen bulgulara göre, öznel sosyal statü olumsuz duygulanımla ters yönde ilişkili iken; olumsuz duygulanım kötü sağlık sonuçlarıyla pozitif yönde ilişkilidir. Düşük öznel sosyal statünün

yüksek depresif düşünce ile ilişkisi de kanıtlanmıştır (Schubert vd., 2016). Zou ve diğerleri (2016) tarafından yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığının, kalp yetmezliği olan hastalarda öznel sosyal statü ile depresif semptomlar arasındaki ilişkiye aracılık ettiği görülmüştür.

Öznel sosyal statü, sağlık ihtiyaçlarının bildirilmesini ve sağlık arama davranışını etkilemektedir. Merdivenin en üstünde yer alanların hastalık dönemlerinde veya tıbbi müdahale gerektiren herhangi bir durumda, resmi olmayan kaynaklardan yardım aramanın aksine sağlık merkezleri, hastaneler ve özel klinikler gibi resmi sağlık kuruluşlarından yardım alma olasılığı merdivenin en altında yer alanlara göre iki kat daha fazladır (Rosário vd., 2021).

Dennis ve diğerlerinin (2012) MacArthur Sosyal Statü Ölçeği ile düşük gelirli annelerin öznel sosyal statülerini belirlemeye yönelik gerçekleştirdikleri çalışmada, kendilerini merdivenin en düşük basamağına yerleştiren kadınların hamilelik sırasında fiziksel ve doğumdan sonra ruhsal sağlıklarının kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Michelson ve diğerleri (2016) merdiven sıralamasının sosyal destek ile pozitif yönde ilişkili olduğunu, diğerlerine kıyasla daha düşük statü algılayan annelerin aynı zamanda daha az sosyal destek algıladıklarını tespit etmiştir.

Macleod ve diğerlerinin (2005) çalışmasındaki bulgular öznel sosyal statünün nesnel sosyal statüye kıyasla sağlığın daha önemli bir belirleyicisi olduğu hipotezini desteklemese de; Tang ve diğerlerinin (2016) çalışmasında elde edilen sonuçlar, kişinin sosyal hiyerarşide kendi statüsüne ilişkin algısının gelir, eğitim ve meslek ile derecelendirilen nesnel sosyal statüsünden daha güçlü bir belirleyici olduğunu göstermektedir.

2.3. Nesnel Sosyal Statü

Sosyal statü, bireyin önemli maddi (finansal varlıklar, ulaşım, sağlık hizmetleri) ve sosyal (etkili sosyal ağlar, normlar veya değerler) kaynaklara erişimi ile tanımlanmaktadır. Sosyal statünün bireylerin bu kaynaklara erişmesini sağlayacak çeşitli nesnel göstergeleri vardır. Nesnel sosyal statü, belirli nesnel göstergeler ile tanımlanan statüyü ifade etmektedir. Araştırmaların çoğu nesnel sosyal statünün belirleyicileri olarak gelir, eğitim düzeyi ve mesleğe odaklanmaktadır. Gelir, kaynaklara erişimi belirler ve finansal sermayenin bir boyutu olarak görülür. Eğitim, sağlıkla ilgili davranışlar hakkındaki bilgiyi yansıtır, bireyin gelecekteki kazancına katkıda bulunur ve insan sermayesi sağlar.

Mesleki saygınlık ise bireyin kabiliyetini ve sosyal ilişkilerini ölçer (Cassedy vd., 2013). Dolayısıyla bu üç gösterge, bireyin nesnel sosyal statüsünün belirlenmesinde en sık kullanılan değişkenlerdir (Kraus ve Stephens, 2012).

Gelir, her türlü kazanç akışını ifade etmektedir ve hayatta kalma için gerekli maddi koşullar, sosyal katılım ve yaşam koşullarını kontrol etme fırsatı yoluyla sağlığı etkilemektedir (Marmot, 2002). Eğitim durumu; gelecekteki iş ve gelir olanakları için belirleyici olması, kişinin bilgiye erişme olanaklarına ilişkin bilgi vermesi, herkes için kullanılabilir bir değişken olması, gençlik dönemi sonrasında genellikle değişmemesi, ölçümde güvenilirliğinin yüksek olması ve uluslararası karşılaştırmalara görece uygun olması sebebiyle sosyal statünün belirlenmesinde tercih edilen bir değişken olup (Şimşek ve Kılıç, 2012) sosyal statünün sağlık açısından en önemli yönüdür. Eğitim, fiziksel sağlığı korumakta, bilgi ve davranışları şekillendirmektedir. Eğitim seviyesi yüksek kişilerin olumlu sağlık davranışlarını geliştirme ve risk davranışlarından kaçınma olasılığı daha yüksektir (Ross vd., 1990). Eğitime kültürel ve ekonomik değer de atfedilmektedir. Bullock ve Limbert'in (2003) çalışmasında, bir eğitim programına kayıtlı düşük gelirli kadınlar, eğitimi orta sınıf statüye ulaşmak için önemli bir strateji olarak gördüğünü belirtmektedir. Katılımcılar, mezuniyetlerinden yaklaşık on yıl sonra statülerinin hem şimdiki hem de çocukluktaki statülerinden daha yüksek olacağını öngörmektedir. Sosyal statünün bir diğer nesnel göstergesi olan meslek, geçimi sağlama aracıdır ve hem sağlığı geliştiren kaynakları hem de sağlığa zarar veren maruziyetleri yansıtmaktadır. Daha yüksek mesleki saygınlık, daha iyi kendi kendine değerlendirilen sağlık ile ilişkilidir (Fujishiro vd., 2010).

Birçok çalışma nesnel sosyal statünün bireyin fiziksel ve sosyal çevresini, yaşam koşullarını şekillendirdiğini; böylece bireylerin sağlığı teşvik eden ve/veya sağlığa zarar veren koşullara maruz kalma olasılığını etkilediğini savunmaktadır (Mirowsky vd., 2000, aktaran Gong vd., 2012). Özetle, bireyin aldığı eğitim sonunda edineceği mesleği gelirini, bu gelir de bireyin yaşam koşullarını belirleyecek ve sonuç olarak bireyin sağlığını etkileyecektir (Limanlı, 2021).

Nesnel sosyal statüyü ifade eden sosyoekonomik durum, sağlık, mortalite ve morbiditenin önemli bir belirleyicisi olup; sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini, satın alınabilirliğini ve fiili kullanımını da etkilemektedir. Bu doğrultuda sosyoekonomik durumu ölçmek için farklı ölçekler geliştirilmiştir (Aggarwal vd., 2005).

2.3.1. Nesnel Sosyal Statü Ölçümü

1980'li yıllardan önce sosyoekonomik statü (SES) ölçütü yoksulluk durumu olmuş; bireylerin statüleri yoksulluk sınırının üstünde ya da altında olmaları ile tanımlanmıştır. Sonraki yıllarda ölçüte eğitim ve meslek durumu dahil edilerek sosyoekonomik statü sağlıkla ilgili araştırmalarda kontrol değişkeni olarak yer almaya başlamıştır (Adler ve Ostrove, 1999). Sosyoekonomik statünün analizi ve ölçümü zor olsa da çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiş, kullanımları ülkelere göre farklılık göstermiştir. Ancak gelir, eğitim ve meslek gibi bireysel düzeydeki değişkenlerin sağlık araştırmalarında kullanılmasının daha uygun olacağı görüşü hâkim olmuştur (Calixto ve Anaya, 2014). Sosyoekonomik statü ölçümleri hastalıkların, yapılan tedavilerin ve koruyucu hekimlikteki çalışmaların toplum sağlığı üzerindeki etkilerinin anlaşılması için oldukça önemlidir (Kut ve Salgür, 2015).

Geleneksel üç göstergeden biri olan meslek; yeni mesleklerin ortaya çıkması ile dinamik bir yapıda olması ve kültürel olarak mesleklere verilen değerin farklılaşması nedeniyle diğer değişkenlere kıyasla kavramsallaştırılması ve ölçülmesi en karmaşık olanıdır. Geçmişte bir mesleğin saygınlık düzeyi, hangi mesleklerin daha fazla eğitim gerektireceği ve daha yüksek gelir sağlayacağı konusunda nesnel bir değerlendirmesi veya hangi mesleklerin daha saygın olduğu konusunda toplumun öznel bir değerlendirmesi ile çeşitli şekillerde ele alınmıştır.

1950'den önce bir mesleğin saygınlığının mesleğin kendi özelliklerinden ziyade insanların görüşleri ile belirlenmesi sebebiyle Bernard Blisshen, 1951 Kanada nüfus sayımında listelenen 343 mesleği, her bir mesleği çalışanların ortalama gelir ve eğitim düzeylerine göre sıralamış; mesleki statünün ilk nesnel ölçümünü geliştirmiştir (Veenstra ve Kelly, 2007).

Warner ve diğerleri (1960) değerlendirilmiş katılım ve statü özellikleri olmak üzere iki yöntem kullanarak sosyal sınıf ölçeği geliştirmiştir. Değerlendirilmiş katılım, bir toplulukta etkileşimde bulunanların, çevrelerindeki katılımını değerlendirdikleri ve bu sosyal katılıma ilişkin değerlendirmelerini sosyal sınıf derecelendirmelerine dönüştürdükleri bir tekniktir. Statü özelliklerinde ise meslek, gelir kaynağı, konut tipi ve ikamet yeri değişkenleri kullanılarak yedi puanlık bir ölçekte derecelendirilmiştir.

Bir diğer yaygın olarak kullanılan ölçek, 1976 yılında, Hindistan'da, Kuppuswamy tarafından geliştirilen Kuppuswamy sosyoekonomik durum ölçeğidir. Bu ölçek, bir birey

veya ailenin sosyoekonomik durumunu düşük, orta ve yüksek olarak kategorize etmek için eğitim, meslek ve aylık hane geliri olmak üzere üç bileşeni dikkate almaktadır. Bu üç bileşenden eğitim ve meslek sık sık değişmemektedir. Ancak sürekli enflasyon ve Hint rupisinin değer kaybetmesi nedeniyle ailenin geliri hızla değişmektedir. Bu nedenle aylık aile gelir aralıkları ile ölçeği sürekli olarak değiştirme ihtiyacı doğmakta; ölçekteki gelir değişkeni her yıl güncellenmektedir (Bisai ve Dutta, 2018; Saleem ve Jan, 2019).

Sosyoekonomik statünün ölçülmesinde en yaygın kullanılan ölçeklerden biri olan Hollingshead sosyal durum ölçeği, medeni durum, emeklilik/çalışma durumu, eğitim durumu ve mesleki saygınlık olmak üzere dört unsura dayalı olarak bir bireyin ya da ailenin sosyal statüsünü ölçmek için tasarlanan ve sıklıkla kullanılan bir ölçektir (Kumar vd., 2022).

Kalaycıoğlu ve diğerleri (2010) toplumsal tabakaları ve farklı tabakalara ait özellikleri tanımlamak amacıyla, Türkiye’de sosyoekonomik statü ölçümünde kullanılabilecek eğitim, gelir, meslek/iş, mülkiyet ve hanenin fiziksel nitelikleri ile sahip olduğu araçları ifade eden diğer sahip olunanlar olmak üzere beş alt boyut belirleyerek bir ölçüm aracı geliştirmiştir.

Gaur (2013) sosyoekonomik statünün yalnızca gelir, eğitim ve meslek ile ölçülmesinin yeterli olmadığı, aynı zamanda ailenin sosyoekonomik durumunun anlaşılması için harcamalar, barınma durumu gibi değişkenlerin de ölçüme dahil edilmesi gerektiği düşüncesiyle yeni bir sosyoekonomik statü ölçeği geliştirip test etmiştir. Bu ölçekte eğitim, meslek, kişi başına gelir, harcama, konut durumu, yaşam koşulları ve borç/varlık oranı olmak üzere yedi değişken bulunmaktadır.

2.3.2. Nesnel Sosyal Statü ile İlgili Çalışmalar

Nesnel sosyal statünün fiziksel ve ruhsal sağlığa etkilerinin araştırıldığı birçok çalışma mevcuttur. Cohen (1999) tarafından sosyal statü ve solunum yolu enfeksiyonlarına duyarlılık arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada düşük statüye sahip bireyler arasında bulaşıcı hastalık riski daha yüksektir ve işsizlik, yetişkinlerde enfeksiyona karşı duyarlılığı artırmaktadır. Karp ve diğerleri (2004) düşük eğitim seviyesinin Alzheimer hastalığı ile ilişkisini ortaya koymaktadır. Kim ve diğerleri (2018) ebeveynlerin nesnel sosyal statüleri ile çocukların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Lampert ve diğerlerinin (2018) Almanya’da gerçekleştirdikleri çalışmada ebeveynlerin %95’inden fazlasının çocuklarının genel sağlığını ‘çok iyi’ veya

'iyi' olarak değerlendirmesine rağmen düşük sosyal statüye sahip ailelerden gelen çocuk ve ergenlerin genel sağlık durumlarının yüksek statülü akranlarına göre daha kötü olduğu görülmektedir. Seo ve diğerleri (2017) Kore'de gerçekleştirdikleri çalışmalarında hane gelirinin ergenlerin uyku süresinde etkili olduğunu öne sürmektedir.

Geyer ve Peter (2000) Almanya'da bir sağlık sigortasının kayıtlarını kullanarak ölüm oranlarındaki sosyal farklılıkları açıklamaya yönelik gerçekleştirdikleri çalışmalarında, gelirin ölüm üzerindeki etkisinin diğer statü göstergelerinden daha güçlü olduğunu vurgulamaktadır. Ammitzbøll ve diğerleri (2022) İskandinav ülkelerindeki kanser sağ kalımındaki farklılıkları araştırmak amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında düşük sosyoekonomik statüye sahip hastalarda tanı sırasında ileri evre, daha az olumlu tedavi ve daha düşük sağ kalım olduğu görülmektedir.

Sosyal statü ile yeme davranışı ve obezite konulu çalışmalarda, düşük sosyoekonomik durum, özellikle gelişmiş ülkelerde yaşayan kadınlarda yüksek obezite ile ilişkilidir (Caldwell ve Sayer, 2019). Beyaz ve Koç (2011) çalışmalarında cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim, gelir ve otomobil sahibi olup olmamanın obeziteyi etkilediğini belirtmektedir. Beyaz Sipahi (2023) eğitim düzeyindeki artışın aşırı kilolu ve yoksul olma olasılığını azalttığına dikkat çekmektedir. Smith ve Baghurst (1992) gelir, eğitim ve meslek göstergeleriyle diyet farklılıklarını belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında daha yüksek sosyal statünün daha düşük yağ ve rafine şeker alımı, daha sağlıklı beslenme düzeni ile ilişkisini ortaya koymaktadır.

Sosyal statü ve sosyal roller bireyin maruz kaldığı stresin hem türünü hem de miktarını etkilemektedir (Williams vd., 1997). Nesnel sosyal statü, öznel sosyal statüde olduğu gibi, stres ile ilişkilidir. Daha düşük sosyal konumdaki bireylerde stres artmaktadır ve stres anındaki tepkileri yüksek sosyal statüye sahip kişilerden farklılık göstermektedir (Baum vd., 1999). Birçok çalışma daha düşük sosyoekonomik statüye sahip bireylerin mali durum, ilişkiler, ulaşım ve istihdamla ilgili daha fazla sayıda stres faktörü bildirdiğini göstermektedir. Massachusetts'te psikiyatrik hastaneye yatış oranlarına ilişkin boylamsal bir çalışma, daha düşük sosyoekonomik statüye sahip toplulukların daha yüksek psikiyatrik hastaneye yatış oranlarına sahip olduğunu ve bu ilişkiye ekonomik stresin aracılık ettiğini göstermektedir. Bir diğer çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin gündelik hayatta karşılaştıkları zorluklar daha fazla olmasına rağmen günlük stresörlerin,

eğitim düzeyi daha düşük olan bireylerin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri daha fazladır (Businelle vd., 2013).



BÖLÜM 3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırmanın amacı ve önemine, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama yöntemi ve sürecine, araştırmanın sınırlılıklarına yer verilmektedir. Çalışmanın modeli ve hipotezleri, verilerinin analizinde kullanılan yöntemler, geçerlilik ve güvenilirlik analizi de bu bölümde sunulmaktadır.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı bireylerin sosyal sağlık düzeyleri ve sosyal statüleri arasındaki ilişkinin ve sosyal statünün sosyal sağlık düzeyine etkisinin belirlenmesidir. Araştırmada ayrıca bireylerin sosyal sağlık düzeylerinin, öznel ve nesnel sosyal statülerinin cinsiyet, medeni durum, yaş, çalışılan sektör, eğitim düzeyi, gelir düzeyi değişkenlerine göre herhangi bir farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır.

Sosyal statünün fiziksel ve ruhsal sağlık üzerindeki etkileri bilinse de ulusal ve uluslararası alan yazında sosyal sağlık üzerindeki etkisine yönelik herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada öznel ve nesnel sosyal statünün sosyal sağlık üzerindeki etkisi değerlendirilecektir. Bu nedenle ele alınacak konunun alan yazına katkı sağlaması, halk sağlığı çalışmalarında kullanılabilir olması hedeflenmektedir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Çalışma evrenini Kocaeli ilindeki 25 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Çalışmanın örnekleme basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Kocaeli ilinin 2021 yılı 25 yaş ve üzeri toplam nüfusu 1.277.493'tür (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2021). %95 güven aralığında evreni temsil eden örneklem büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2014). Gönüllülük esasına dayalı olarak çalışmaya katılan 25 yaş ve üzeri 405 birey ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

İnsan yaşamında ortalama 18-25 yaş aralığını kapsayan beliren yetişkinlik döneminde sorumluluk almak, bağımsız kararlar verebilmek ve ekonomik anlamda bağımsız olmak gibi psikolojik özellikler yavaş yavaş kazanılmaktadır (Atak ve Çok, 2010). 2021 yılında gerçekleştirilen bir araştırmaya göre Türkiye'de 18-25 yaşları arasındaki bireylerin %66.9'u düzenli bir işe ve aylık gelire sahip değildir (Çok vd., 2023). Beliren yetişkinlik dönemindeki bireylerin çoğunluğunun devam eden lise ya da lisans eğitimi ve/veya

düzensiz gelir sebebiyle sosyal statülerini düşük değerlendirebilecekleri öngörüldüğü için araştırma örnekleminde 25 yaş ve üzeri bireyler tercih edilmiştir.

3.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır (Ek 1). Tasarlanan anket formu sosyo-demografik özellikler, Sosyal Sağlık Ölçeği ve MacArthur Sosyal Statü Ölçeğinin bulunduğu toplam 40 ifadeyi kapsamaktadır ve üç bölümden oluşmaktadır.

Sosyo-Demografik Bilgiler: Katılımcıların cinsiyetleri, medeni durumları, yaşları, çalıştıkları sektör, eğitim ve gelir durumları olmak üzere toplam altı değişkenden oluşmaktadır.

Sosyal Sağlık Ölçeği: Abachizadeh ve diğerleri (2014) tarafından geliştirilen ve Erkoç (2021) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçek, 33 ifade ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Boyutlar sırasıyla *aile boyutu* altı ifade (örnek ifade; *Eğer bir sakatlık veya engelle karşılaşırsam ailem beni himaye eder.*), *Arkadaş ve akrabalar boyutu* sekiz ifade (örnek ifade; *Ruhsal veya duygusal sorun yaşadığımda başkaları ile dertleşirim.*) ve *Toplum alt boyutu* 19 ifade (örnek ifade; *Ben mahallemde kendimi güven ve huzur içinde hissederim.*) dir. Ölçek; Kesinlikle katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle katılıyorum (5) olmak üzere 5'li Likert yapıda düzenlenmiştir. Ölçek kullanımı için sorumlu yazardan e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 2).

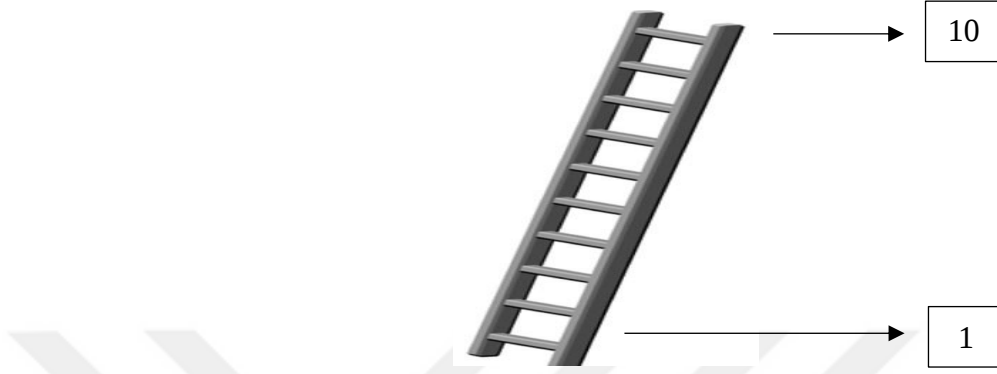
Bireylerin sosyal statüleri öznel sosyal statü ve nesnel sosyal statü olmak üzere iki farklı şekilde değerlendirilmiştir. Öznel sosyal statüleri MacArthur Sosyal Statü Ölçeği ile değerlendirilmiş; nesnel sosyal statüleri ise sosyo-demografik bilgilerde yer alan eğitim ve gelir durumu değişkenleriyle ölçülmüştür.

MacArthur Sosyal Statü Ölçeği: Adler ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilen MacArthur Sosyal Statü Ölçeği, katılımcılara on basamaklı bir merdiven görseli sunmaktadır. Katılımcılara “*Merdivenin en tepesinde en iyi durumda olanlar, en çok paraya, en çok eğitime ve en iyi işe sahip olanlar var. En altta en kötü durumda olan, en az paraya, en az eğitime, en kötü işe sahip olan veya hiç işi olmayan insanlar var. Lütfen merdivende durduğunuzu düşündüğünüz yeri en iyi temsil eden basamağa bir ‘X’ koyun.*” İfadesi yöneltilerek katılımcılardan kendilerini, sosyal konumlarını temsil eden bir merdiven üzerinde, başkalarına göre durduğunu düşündükleri basamağa yerleştirmeleri

istenmektedir. Merdivenin her basamağı 1’den 10’a kadar olan sayılara karşılık gelmektedir. Ölçek kullanımı için ölçek yazarından e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 3).

Şekil 2

MacArthur Sosyal Statü Ölçeği



3.4. Veri Toplama Süreci

Veriler toplanmadan önce Sakarya Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından çalışmanın etik ilkelere uygun olduğunu belirten 30/01/2023 tarihli ve E-61923333-050.99-217540 sayılı onay belgesi alınmıştır (Ek 4). Alınan izin doğrultusunda çalışma Kocaeli’de ikamet eden bireyler ile Ekim-Aralık 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin gizli tutulacağı ve yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacağı hakkında bilgi verilerek katılımcıların sözlü onamları alınmış; özellikle 25 yaş ve üzeri oldukları teyit edilmiştir. Yüz yüze görüşme tekniği ile 405 kişiyle çalışma gerçekleştirilmiştir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

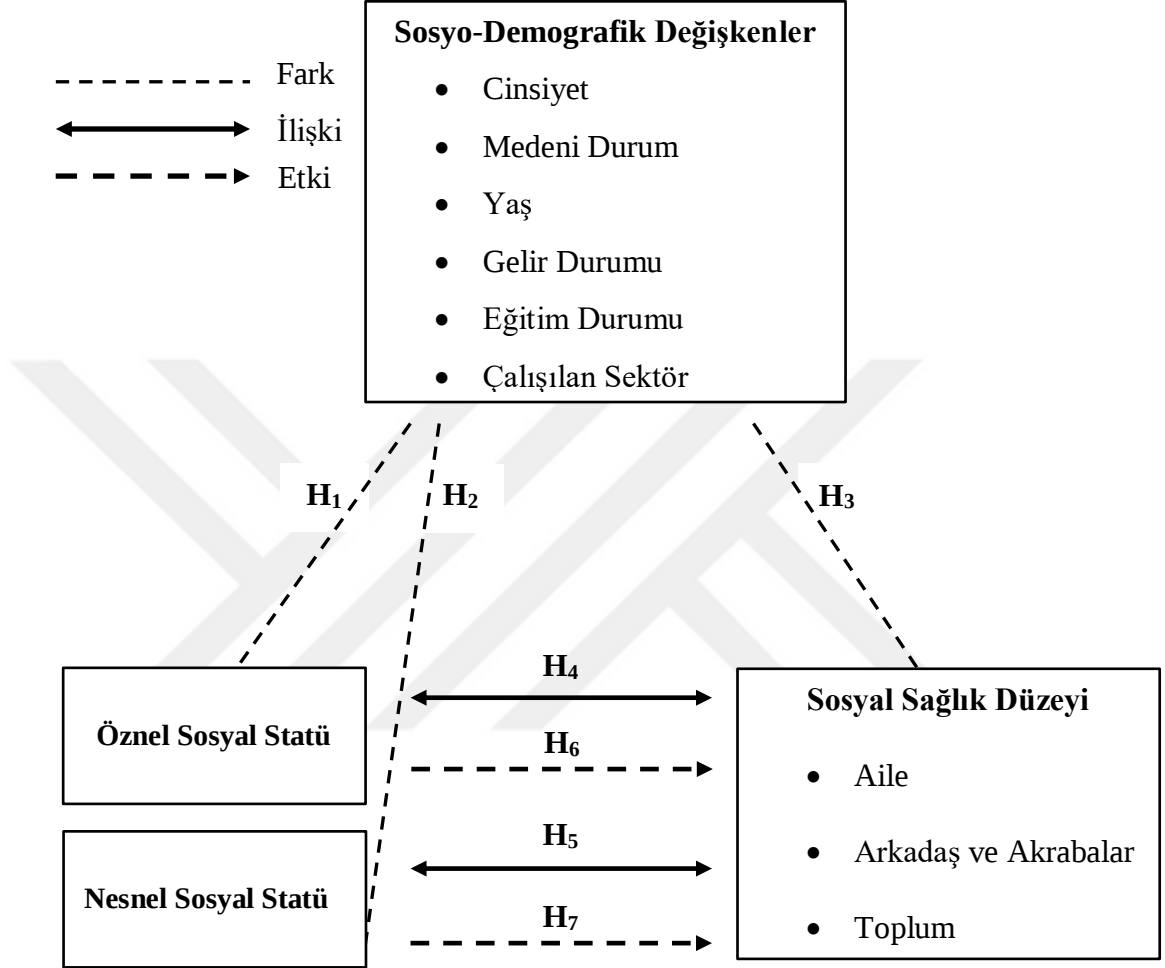
Yapılan tez araştırmasının zaman kısıtlılığı nedeniyle yalnızca Kocaeli ilinde gerçekleştirilmesi araştırmanın sınırlılığıdır.

Sürekli değişen ve gelişen insan unsurunun sosyal yönden değerlendirilmesi, sosyal bağlamların yanı sıra kişinin sosyalliği ve toplumsal katılımı gibi daha fazla bileşen ile ele alınmasını gerektirmektedir. Çalışmada bireylerin sosyal sağlık düzeylerinin yalnızca aile, arkadaş ve akrabalar, toplum boyutlarıyla değerlendirilmiş olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.6. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Şekil 3

Araştırmanın Modeli



Şekil 3’deki araştırma modeline göre belirlenen hipotezler şu şekildedir:

H₁: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre öznel sosyal statülerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

H₂: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre nesnel sosyal statülerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

H₃: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sosyal sağlık düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.

H₄: Öznel sosyal statü ile sosyal sağlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₅: Nesnel sosyal statü ile sosyal sağlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₆: Öznel sosyal statünün sosyal sağlık ve alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H₇: Nesnel sosyal statünün sosyal sağlık ve alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

3.7. Verilerin Analizinde Kullanılan Yöntemler

Çalışmada elde edilen verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler, sosyal statüye ilişkin tanımlayıcı bulguları ortaya koymak amacı ile frekans ve yüzdeler, Sosyal Sağlık Ölçeğinin güvenirlik ve geçerliliğini test etmek amacıyla Cronbach's Alpha değeri ve faktör analizi kullanılmıştır. Bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılan çalışmada, gruplar arasında anlamlı bir farkın tespit edilmesiyle farkın hangi gruptan kaynaklandığına yönelik Post-Hoc testleri kullanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde test edilmiştir.

3.8. Geçerlilik ve Güvenirlik Analizi

Sosyal statü, öznel sosyal statü ve nesnel sosyal statü olmak üzere iki ayrı kategoride incelenmiştir. Bireylerin 10 basamaklı merdivende kendilerini konumlandıkları ile aşağıdan yukarı 1-10 arası sayılara göre öznel sosyal statüleri belirlenmiştir. Katılımcılardan 94 kişi (%23,2) kendilerini 6. basamakta konumlandırırken; 5 kişi (%1,2) 2. basamağa yerleştirmiştir (Tablo 1).

Tablo 1

Bireylerin Öznel Sosyal Statü Düzeyleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
1	9	2,2
2	5	1,2
3	18	4,4
4	30	7,4
5	81	20,0
6	94	23,2
7	85	21,0
8	41	10,1
9	20	4,9
10	22	5,4
Toplam	405	100,0

Bireylerin nesnel sosyal statüleri belirlenirken, eğitim ve gelir düzeyleri dikkate alınmıştır. Eğitim düzeyleri 100 üzerinden olacak şekilde; ilköğretim 20 puan, lise 40 puan, önlisans 60 puan, lisans 80 puan ve lisansüstü 100 puan olarak hesaplanmıştır. Gelir düzeyinde ise; gelirim giderimden düşük 33 puan, gelirim giderime denk 66 puan ve gelirim giderimden yüksek 99 puan olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların eğitim ve gelir düzeyine denk gelen puanlar toplanarak ortalamaları alınmış, onluk sisteme çevrilmiştir. Nesnel sosyal statü düzeylerinde en yüksek seviye 9,95; en düşük seviye ise 2,65'tir. 9,95 ortalamaya sahip katılımcı sayısı 7 (%1,7) iken; 2,65 ortalamaya sahip kişi sayısı 15'tir (%3,7). Katılımcıların nesnel sosyal statüleri 67'sinin (%16,5) 7,30; 3'ünün (,7) ise 6,65 olarak tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2

Bireylerin Nesnel Sosyal Statü Düzeyleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
2,65	15	3,7
3,65	33	8,1
4,30	25	6,2
4,65	26	6,4
5,30	38	9,4
5,65	55	13,6
5,95	8	2,0
6,30	34	8,4
6,65	3	,7
6,95	18	4,4
7,30	67	16,5
7,95	11	2,7
8,30	23	5,7
8,95	42	10,4
9,95	7	1,7
Toplam	405	100,0

Tablo 3'te Sosyal Sağlık Ölçeğinin güvenilirlik analizi yer almaktadır. Araştırmada verilerin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach's Alpha katsayısı kullanılmıştır. Cronbach's Alpha katsayısının $0,00 < \alpha < 0,40$ aralığında olması ölçeğin güvenilir olmadığı; $0,40 < \alpha < 0,60$ aralığında olması ölçek güvenilirliğinin düşük olduğu anlamına gelmektedir. Değerin $0,60 < \alpha < 0,80$ aralığında olması ölçeği güvenilir; $0,80 < \alpha < 1,00$ aralığında olması ise ölçeği yüksek derecede güvenilir kılmaktadır (Kalaycı, 2010). Analiz sonuçlarına göre, Sosyal Sağlık Ölçeğinin Cronbach's Alpha değerinin 0,92 olduğu görülmektedir. Böylelikle ölçeğin güvenilirliği yüksektir. Alt boyutların

Cronbach's Alpha değerleri, aile boyutu 0,91; arkadaş ve akrabalar boyutu 0,82 ve toplum boyutu için 0,91 bulunmuştur. Elde edilen bulgular sonucunda, çalışmada kullanılan ölçek ve ölçek alt boyutlarının yüksek derecede güvenilir olduğu kabul edilmektedir.

Abachizadeh ve diğerleri (2014) tarafından geliştirilen orijinal ölçekte, Cronbach's alpha değeri 0,86 olarak hesaplanmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda üç alt boyutun iç tutarlılığı için Cronbach's Alpha değerleri aile alt boyutu 0,78; arkadaş ve akrabalar alt boyutu 0,77; toplum alt boyutu ise 0,91 olarak hesaplanmıştır.

Bireylerin sosyal sağlık düzeylerini değerlendirmek amacıyla ölçeği Türkçeye uyarlayan ve geçerlik ve güvenilirliğini analiz eden Erkoç (2021) çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha iç tutarlık katsayısını 0,92 olarak tespit etmiştir. Maddelerin iç tutarlılık katsayısını aile alt boyutunda 0,90; arkadaş ve akrabalar alt boyutunda 0,80 ve toplum alt boyutunda 0,90 olarak bulmuştur.

Buna göre mevcut çalışmada ölçeğin güvenilirliğine dair elde edilen sonuçların, önceki çalışmaların sonuçları ile benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Tablo 3

Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Ölçekler	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Aile	0,914	6
Arkadaş ve akrabalar	0,828	8
Toplum	0,915	19
Sosyal Sağlık Ölçeği	0,920	33

Sosyal Sağlık Ölçeğinin güvenilirliği tespit edildikten sonra geçerlilik analizi için faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizi, birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni daha az ve tanımlanabilir olacak şekilde daha az değişkene indirgeyen bir ölçümdür (Büyüköztürk, 2002).

Tablo 4'te, Sosyal Sağlık Ölçeği için yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, orijinal ölçekte olduğu gibi, toplam 33 ifade ve üç boyutlu bir yapı ortaya çıkmıştır. Ölçek, toplam varyansın %49,36'sını açıklamaktadır. Açıklanan varyans oranının %40 - %60 arasında olması yeterlidir (Tavşancıl, 2005). Faktör analizinin uygulamalarından biri olan keşfedici faktör analizi, ölçek ifadelerinin faktör yapısını ortaya koymayı sağlayan bir yöntemdir (Suhr, 2006). Tablo 4'te Sosyal Sağlık Ölçeği için gerçekleştirilen faktör analizinde görüldüğü üzere, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliliği test sonucu 0,918 olarak hesaplanmıştır. KMO değerinin 1'e yaklaşması örneklem büyüklüğünün

mükemmel seviyeye ulaştığı anlamına gelmektedir (Karagöz, 2014). Buna göre, örneklem büyüklüğünün mükemmel olduğu söylenebilir. Faktör analizinin uygunluğuna yönelik yapılan Bartlett testi, önceki korelasyon matrisinin ölçümsel olarak anlamlılığına bakmaktadır ve bu testin anlamlı çıkması beklenmektedir (Yaşlıoğlu, 2017). Tablo incelendiğinde, Bartlett test sonucunun anlamlı olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Böylelikle veri setinin örneklem büyüklüğü yeterli olup faktör analizine uygundur. Ölçeğin gerekli koşulları sağladığı ve kullanılabilir olduğu görülmektedir.

Faktör analizi sonucunda Sosyal Sağlık Ölçeğinin ilk boyutu, toplam varyansın %22,56'sını açıklayan aile boyutudur. Bireylerin sosyal sağlık düzeylerinde etkili olan toplam altı ifadenin yer aldığı boyutta, "Aile fertlerimle ilişkilerimden memnunum" (0,882) en yüksek faktör yüküne sahiptir. "Eğer bir sakatlık veya engelle karşılaşırsam ailem beni himaye eder." (0,693) ifadesi ise diğerlerine göre daha düşük bir değerdedir.

Sosyal Sağlık Ölçeğinin ikinci boyutu olan arkadaşlar ve akrabalar boyutu, sekiz ifadeden oluşmaktadır. Bireylerin arkadaş ve akrabalarıyla ilişkilerini ifade eden boyut, toplam varyansın %13,81'ini açıklamaktadır. "Arkadaşlarımla ilişkilerimden memnunum" (0,709) ifadesi en büyük faktör yüküne sahip iken; en düşük faktör yüküne sahip ifade "Ruhsal veya duygusal sorun yaşadığımda başkaları ile dertleşirim." (0,531) ifadesidir.

Ölçeğin son faktörü toplam varyansın %12,97'sini açıklayan toplum boyutudur. Boyut 19 ifadeden oluşmaktadır. En yüksek faktör yükü "Toplum, benim ve ailemin güvenliği için gerekli imkânları sağlar." (0,778); en düşük faktör yükü ise "Toplumsal sorunlar hakkındaki görüşlerimi diğer fertlere duyurmak için çabalarım." (0,351) ifadesinde görülmektedir.

Tablo 4*Sosyal Sağlık Ölçeğine Ait Geçerlilik Analizi Sonuçları*

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy			0,918
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square		6764,407
	df		528
	Sig.		0,000
Açıklanan Toplam Varyans	%49,36	Cronbach Alpha	0,920
İfadeler	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans	Cronbach Alpha
Aile (Özdeğer=9,655)			
1.Ailem ruhsal ve duygusal açıdan benim koruyucumdur.	0,824	22,569	0,914
2.Ailemin fertleri, bana sevgi ve şefkat gösterir.	0,858		
3.Aile fertlerimle ilişkilerimden memnunum.	0,882		
4.Eğer bir sakatlık veya engelle karşılaşırsam ailem beni himaye eder.	0,693		
5.Mutluluğumu sağlama ve boş zamanlarımı doldurmada ailemin önemli rolü vardır.	0,812		
6.Ailem manevi ve dini gelişimimde bana imkânlar sağlar.	0,758		
Arkadaşlar ve Akrabalar(Özdeğer=4,649)			
7.Arkadaşlarım ruhsal ve duygusal açıdan benim koruyucumdur.	0,606	13,819	0,828
8.Aile fertlerimin dışında, diğer şahıslar da bana sevgi ve şefkat gösterir.	0,655		
9.Yaptığım olumlu işler takdir görür.	0,548		
10.Mali sıkıntıyla karşılaştığım zaman bana yardım edecek birisi vardır.	0,567		
11.Hastalık ve ihtiyaç anında başkaları tarafından destek görürüm.	0,663		
12.Arkadaşlarımla ilişkilerimden memnunum.	0,709		
13.Misafirlik ve ziyaret gibi dost toplantılarına katılırım.	0,649		
14.Ruhsal veya duygusal sorun yaşadığımda başkaları ile dertleşirim.	0,531		
Toplum(Özdeğer=1,985)			
15.Toplum benim sağlıklı olacağım ve hastalanmayacağım şartları sağlar.	0,605	12,972	0,915
16.Mali sorunla karşılaştığım zaman bana yardım edecek kurum veya bir yer vardır.	0,510		
17.Toplum manevi ve dini gelişimimde bana imkânlar sağlar.	0,740		
18.Toplum benim eğlenmem ve mutlu olmam için şartlar ve imkânlar sağlar.	0,701		

19.Toplum beni bir üyesi olarak kabul eder.	0,534
20.Toplum benim olgunlaşmama ve gelişmeme imkânlar sağlar.	0,704
21.Toplum bana kabiliyetlerimi ortaya çıkaracağım imkânlar verir.	0,717
22.Ben bir fert olarak toplumdan saygı görürüm.	0,411
23.Toplumun mevcut kuralları beni korur.	0,694
24.Toplumun adet ve geleneklerini beğenirim.	0,604
25.Ben toplumun karar almasında etkili bir kişiyim.	0,568
26.Toplumun birey ve fertlerine güveniyorum.	0,757
27.Eğer bir sakatlık veya engelle karşılaşırsam, toplumsal imkânlardan istifade edebilirim.	0,730
28.Toplum, benim ve ailemin güvenliği için gerekli imkânlar sağlar.	0,778
29.Radyo ve televizyon gibi medya programları benim gelişmemi ve olgunlaşmamı sağlar.	0,487
30.Ben mahallemde kendimi güven ve huzur içinde hissederim.	0,504
31.Hayır kurumları, dini gruplar, mahalle konseyleri, sendikalar ve benzeri toplumsal cemiyetlere katılırım.	0,603
32.Toplumsal sorunlar hakkındaki görüşlerimi diğer fertlere duyurmak için çabalarım.	0,351
33.Hastalık zamanında, uygun sağlık hizmeti alma imkânım vardır.	0,500

BÖLÜM 4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizleri yer almaktadır. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular, ölçeklere ilişkin tanımlayıcı bulgular, sosyo-demografik özelliklere göre sosyal statü ve sosyal sağlık düzeylerindeki farklılıklar, sosyal statü ve sosyal sağlık arasındaki ilişki ve sosyal statünün sosyal sağlık ve alt boyutlarına etkisi açıklanmaktadır.

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 5'te katılımcıların demografik bilgileri yer almaktadır. Tabloya göre, katılımcıların 236'sı (%58,3) kadın ve 169'u (%41,7) erkeklerden oluşmaktadır. Medeni durumlarına bakıldığında, 269'u (%66,4) evli ve 136'sı (%33,6) bekârdır.

Katılımcıların yaş dağılımlarına göre; 200 kişi (%49,4) 25-35 yaş aralığında, 128 kişi (%31,6) 36-45 yaş aralığında ve 77 kişi (%19,0) 46-55 yaş aralığındadır.

Gelir durumları incelendiğinde; 132 kişinin (%32,6) geliri giderinden düşük, 187 kişinin (%46,2) geliri giderine denk, 86 kişinin (%21,2) geliri giderinden yüksektir.

Katılımcıların eğitim durumları değerlendirildiğinde; 48 kişi (%11,9) ilköğretim, 89 kişi (%22,0) lise, 71 kişi önlisans (%17,5), 164 kişi (%40,5) lisans, 33 kişi (%8,1) lisansüstü eğitime sahip olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çalıştıkları sektöre göre ise; 127 kişi (%31,4) ile kamu sektörü çalışanları (memur, sağlık personeli), 205 kişi (%50,6) ile özel sektör çalışanları (mühendis, işçi, öğretmen), 40 kişi (%9,9) ile serbest meslek çalışanları (muhasibeci, esnaf), 33 kişi (%8,1) ile emekliler (ev hanımı, işsiz, öğrenci) oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunu kadınlar, evliler, 25-35 yaş aralığındakiler, geliri giderine denk olanlar, lisans eğitim düzeyine sahip olanlar ve özel sektör çalışanları oluşturmaktadır.

Tablo 5*Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=405)*

Cinsiyet	n	%	Medeni Durum	n	%
Kadın	236	58,3	Evli	269	66,4
Erkek	169	41,7	Bekar	136	33,6
Yaş	n	%	Gelir Durumu	n	%
25-35	200	49,4	Gelirim giderimden düşük	132	32,6
36-45	128	31,6	Gelirim giderime denk	187	46,2
46-55	77	19,0	Gelirim giderimden yüksek	86	21,2
Eğitim Durumu	n	%	Çalışılan Sektör	n	%
İlköğretim	48	11,9	Kamu Sektörü	127	31,4
Lise	89	22,0	Özel Sektör	205	50,6
Önlisans	71	17,5	Serbest Meslek	40	9,9
Lisans	164	40,5	Emekli	33	8,1
Lisansüstü	33	8,1			

4.2. Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 6’da katılımcıların öznel sosyal statüleri ortalamalarının 6,14 değerinde olduğu görülmektedir. Buna göre katılımcıların öznel sosyal statüleri orta üstü düzeydedir. Nesnel sosyal statü ortalamaları ise 6,22’dir. Buna göre, katılımcıların nesnel sosyal statüleri de orta üstü düzeydedir. Öznel ve nesnel sosyal statü ortalamaları arasındaki fark çok olmamakla birlikte, nesnel sosyal statü düzeyleri öznel sosyal statü düzeylerinden yüksektir.

2,66 düşük; 2,67-3,66 orta; 3,67 ve üzeri yüksek düzeyde katılımı ifade etmektedir. Sosyal Sağlık Ölçeğinin genel ortalaması $3,58 \pm 0,561$ olarak hesaplanmıştır. Bu durumda bireylerin sosyal sağlıkları orta düzeydedir. Sosyal Sağlık Ölçeği alt boyutlarından aile boyutu ortalaması $4,27 \pm 0,800$; arkadaş ve akrabalar alt boyutu ortalaması $3,96 \pm 0,646$ ve toplum alt boyutu ortalaması $3,20 \pm 0,707$ ’dir. Buna göre ölçek alt boyutlarından aile ve arkadaş ve akrabalar boyutlarına katılım yüksek iken; toplum boyutuna katılım orta düzeydedir. En yüksek katılımın aile boyutu, en düşük katılımın ise toplum boyutu olduğu dikkat çekmektedir.

Tablo 6*Ölçeklerin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri*

Ölçekler	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	N
Öznel (Sübjektif) Sosyal Statü	6,14	1,889	405
Nesnel (Objektif) Sosyal Statü	6,22	1,757	405
Aile	4,27	0,800	405
Arkadaş ve Akrabalar	3,96	0,646	405
Toplum	3,20	0,707	405
Sosyal Sağlık Ölçeği	3,58	0,561	405

4.3. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Fark Analizleri

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların öznel sosyal statü, nesnel sosyal statü ve sosyal sağlık düzeylerinde cinsiyet, medeni durum, yaş, çalışılan sektör, eğitim ve gelir durumlarına göre istatistiksel olarak farklılıkları incelemek amacıyla bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi bulguları yer almaktadır.

Tablo 7’de cinsiyet değişkeninde katılımcıların öznel sosyal statü, nesnel sosyal statü, sosyal sağlık düzeyleri ve aile ve toplum alt boyutları arasında istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Sosyal Sağlık Ölçeğinin arkadaş ve akrabalar boyutunda ise anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, kadınların ($\bar{x}=4,06$) arkadaş ve akrabalar alt boyutuna verdikleri puanlar, erkeklere ($\bar{x}=3,82$) göre daha yüksektir.

Cinsiyet değişkenine göre; kadınların ($\bar{x}=6,18$) öznel sosyal statü düzeyi, erkeklerin ($\bar{x}=6,07$) öznel sosyal statü düzeyinden yüksektir. Nesnel sosyal statü ise çok fark olmamakla birlikte, kadınlarda ($\bar{x}=6,23$) erkeklerden ($\bar{x}=6,22$) yüksektir. Sosyal sağlık düzeyinin kadınlarda ($\bar{x}=3,62$) erkeklerden ($\bar{x}=3,52$) yüksek olduğu görülmektedir.

Buna göre “H₁: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre öznel sosyal statülerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” ve “H₂: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre nesnel sosyal statülerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezleri cinsiyet değişkeni açısından reddedilmiştir.

“H₃: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sosyal sağlık düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi arkadaş ve akrabalar alt boyutu için cinsiyet değişkeni açısından kabul edilmiştir.

Tablo 7*Cinsiyete Göre Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Düzeyine İlişkin Fark Analizleri*

	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	s.s.	t	p
Öznel Sosyal Statü	Kadın	236	6,18	1,692	,562	,575
	Erkek	169	6,07	2,137		
Nesnel Sosyal Statü	Kadın	236	6,23	1,696	,055	,956
	Erkek	169	6,22	1,844		
Aile	Kadın	236	4,31	,732	1,292	,197
	Erkek	169	4,21	,885		
Arkadaş ve akrabalar	Kadın	236	4,06	,553	3,643	,000
	Erkek	169	3,82	,736		
Toplum	Kadın	236	3,21	,673	,379	,705
	Erkek	169	3,18	,753		
Sosyal Sağlık Ölçeği	Kadın	236	3,62	,514	1,612	,108
	Erkek	169	3,52	,618		

Katılımcıların medeni durumlarına göre öznel sosyal statü, nesnel sosyal statü, sosyal sağlık ve alt boyutları arasındaki farklılıkları belirlemek amacıyla yapılan bağımsız örneklemde t testi bulguları Tablo 8’de yer almaktadır. Elde edilen sonuçlarına göre katılımcıların medeni durumlarına göre öznel sosyal statü, nesnel sosyal statü ve Sosyal Sağlık Ölçeğinin bir alt boyutu olan arkadaş ve akrabalar boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Sosyal Sağlık Ölçeği, aile ve toplum alt boyutlarında ise medeni duruma göre anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, evli ($\bar{x}=3,65$) bireylerin sosyal sağlık düzeyleri bekârlara ($\bar{x}=3,44$) göre daha yüksektir. Evlilerin ($\bar{x}=4,39$) aile alt boyutuna verdikleri puanlar bekârlardan ($\bar{x}=4,02$) yüksektir. Toplum alt boyutuna verilen puanların da evlilerde ($\bar{x}=3,26$) bekârlardan ($\bar{x}=3,07$) yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Medeni durum değişkenine göre; evlilerin ($\bar{x}=6,22$) öznel sosyal statüsü bekârlardan ($\bar{x}=5,96$) yüksektir. Nesnel sosyal statü düzeyi incelendiğinde ise; bekârların ($\bar{x}=6,41$) nesnel sosyal statülerinin evlilerden ($\bar{x}=6,13$) yüksek olduğu görülmektedir. Evlilerin ($\bar{x}=3,65$) sosyal sağlık düzeyi bekârlardan ($\bar{x}=3,44$) yüksektir.

Buna göre “H₁: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre öznel sosyal statülerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” ve “H₂: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre nesnel sosyal statülerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezleri medeni durum değişkeni açısından reddedilmiştir.

“H₃: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sosyal sağlık düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi ise medeni durum değişkeni açısından kabul edilmiştir.

Tablo 8

Medeni Duruma Göre Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Düzeyine İlişkin Fark Analizi Sonuçları

	Medeni Durum	n	$\bar{x}$	s.s.	t	p
Öznel Sosyal Statü	Evli	269	6,22	1,841	1,308	,191
	Bekâr	136	5,96	1,976		
Nesnel Sosyal Statü	Evli	269	6,13	1,822	-1,480	,140
	Bekâr	136	6,41	1,613		
Aile	Evli	269	4,39	,737	4,564	,000
	Bekâr	136	4,02	,862		
Arkadaş ve akrabalar	Evli	269	3,99	,655	1,352	,177
	Bekâr	136	3,90	,626		
Toplum	Evli	269	3,26	,744	2,814	,005
	Bekâr	136	3,07	,609		
Sosyal Sağlık Ölçeği	Evli	269	3,65	,585	3,698	,000
	Bekâr	136	3,44	,485		

Tablo 9’da katılımcıların yaş gruplarına göre sosyal statü ve Sosyal Sağlık Ölçeği ile alt boyutlarına ilişkin tek yönlü varyans analizi sonuçları yer almaktadır. Analiz sonuçlarına göre tablo incelendiğinde, katılımcıların yaşlarına göre öznel sosyal statü, Sosyal Sağlık Ölçeği, aile alt boyutu ve toplum alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Nesnel sosyal statüleri ve Sosyal Sağlık Ölçeğinin arkadaş ve akrabalar alt boyutları üzerinde ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Nesnel sosyal statü düzeylerindeki farklılık incelendiğinde; farkın 25-35 yaş grubu ile 46-55 yaş grubundaki bireylerden kaynaklandığı görülmektedir. Buna göre, 25-35 yaş grubunun ($\bar{x}=6,47$) nesnel sosyal statü düzeyleri, 46-55 yaş grubundan ($\bar{x}=5,66$) yüksek olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Sosyal Sağlık Ölçeğinin arkadaş ve akrabalar alt boyutundaki farklılık incelendiğinde ise farklılığın 25-35 yaş grubu ile 46-55 yaş grubu, 36-45 yaş grubu ile 46-55 yaş grubundan kaynaklandığı görülmektedir.

Yaş değişkenine göre; 25-35 ($\bar{x}=6,16$) yaş grubu ve 36-45 ($\bar{x}=6,16$) yaş grubunun öznel sosyal statü düzeyleri aynı olup; 46-55 ($\bar{x}=6,04$) yaş grubundan yüksektir. Nesnel sosyal statü düzeyi en yüksek olan grup 25-35 ($\bar{x}=6,47$) yaş grubu iken; en düşük olan grup 46-

55 ($\bar{x}=5,66$) yaş grubudur. Sosyal sağlık düzeyi en yüksek olan grup 36-45 ($\bar{x}=3,63$) yaş grubu iken; en düşük olan grup 46-55 ($\bar{x}=3,51$) yaş grubudur.

Buna göre “H₁: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre öznel sosyal statülerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi yaş değişkeni açısından reddedilmiştir.

“H₂: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre nesnel sosyal statülerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi ve “H₃: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sosyal sağlık düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi yaş değişkeni açısından kabul edilmiştir.

Tablo 9

Yaş Göre Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Düzeyine İlişkin Fark Analizi Sonuçları

	Yaş	n	$\bar{x}$	s.s.	F	p	Fark
Öznel Sosyal Statü	25-35 ¹	200	6,16	1,641	,125	,882	
	36-45 ²	128	6,16	2,019			
	46-55 ³	77	6,04	2,256			
Nesnel Sosyal Statü	25-35 ¹	200	6,47	1,541	6,208	,002	1 > 3
	36-45 ²	128	6,17	1,934			
	46-55 ³	77	5,66	1,858			
Aile	25-35 ¹	200	4,32	,734	2,402	,092	
	36-45 ²	128	4,30	,799			
	46-55 ³	77	4,09	,941			
Arkadaş ve akrabalar	25-35 ¹	200	4,05	,545	7,975	,000	1 > 3 2 > 3
	36-45 ²	128	3,97	,626			
	46-55 ³	77	3,71	,838			
Toplum	25-35 ¹	200	3,13	,701	1,810	,165	
	36-45 ²	128	3,27	,735			
	46-55 ³	77	3,24	,664			
Sosyal Sağlık Ölçeği	25-35 ¹	200	3,57	,534	1,051	,351	
	36-45 ²	128	3,63	,550			
	46-55 ³	77	3,51	,641			

Tablo 10’da katılımcıların çalıştıkları sektöre ilişkin fark analizi sonuçları yer almaktadır. Elde edilen bulgulara, katılımcıların çalıştıkları sektöre göre öznel sosyal statülerinde ve Sosyal Sağlık Ölçeğinin arkadaş ve akrabalar alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Nesnel sosyal statü, Sosyal Sağlık Ölçeği ve aile ve toplum alt boyutları üzerinde ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık tespit edilmektedir ($p<0,05$). Farklılığa sebep olan sektörlerin belirlenmesi amacıyla Post-Hoc analizi yapılmıştır. Post-Hoc analizinden elde edilen sonuçlara göre, nesnel sosyal statüdeki farklılıklar kamu sektörü çalışanları ile özel sektör çalışanları ve kamu sektörü çalışanları

ile emeklilerden kaynaklanmaktadır. Kamu sektörü çalışanlarının ($\bar{x}=6,76$) nesnel sosyal statüleri diğer sektör çalışanlarına göre daha yüksektir. En düşük nesnel sosyal statüye sahip olanların ise emekliler ($\bar{x}=5,32$) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çalıştıkları sektöre göre sosyal sağlık düzeylerinde anlamlı bir farklılık vardır. Post-Hoc analizine göre bu farklılık özel sektör çalışanları ile kamu sektörü çalışanlarından kaynaklanmaktadır. Özel sektör çalışanlarının ($\bar{x}=3,65$) sosyal sağlık düzeyi, kamu sektöründe çalışanların ($\bar{x}=3,45$) sosyal sağlık düzeyinden yüksektir. En düşük sosyal sağlık düzeyine sahip grup kamu sektörü çalışanlarıdır ($\bar{x}=3,45$).

Sosyal Sağlık Ölçeğinin aile ve toplum alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmaktadır. Post-Hoc analizine göre aile alt boyutundaki farklılık, özel sektör çalışanları ve emekliler arasındadır. Özel sektör çalışanlarının ($\bar{x}=4,38$) aile alt boyutuna verdikleri puan yüksek bulunmuştur. Toplum alt boyutundaki farklılık ise, özel sektör çalışanları ve kamu sektörü çalışanlarından kaynaklanmaktadır. Özel sektör çalışanlarının ($\bar{x}=3,26$) toplum alt boyutuna verdikleri puan kamu sektörü çalışanlarından yüksektir ($\bar{x}=3,02$).

Çalışılan sektör değişkenine göre; öznel sosyal statü düzeyi serbest meslek çalışanlarında ($\bar{x}=6,43$) en yüksek; emeklilerde ($\bar{x}=5,64$) en düşüktür. Nesnel sosyal statü düzeyi kamu sektörü çalışanlarında ($\bar{x}=6,76$) en yüksek; emeklilerde ($\bar{x}=5,32$) en düşüktür. Sosyal sağlık düzeyi ise özel sektör çalışanlarında ($\bar{x}=3,65$) en yüksek; kamu sektörü çalışanlarında ($\bar{x}=3,45$) en düşüktür.

Buna göre “H₂: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, öznel sosyal statü düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi çalışılan sektör bakımından reddedilmiştir.

“H₁: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, nesnel sosyal statü düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi ve “H₃: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sosyal sağlık düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi ise çalışılan sektör açısından kabul edilmiştir.

Tablo 10

Çalışılan Sektöre Göre Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Düzeyine İlişkin Fark Analizi Sonuçları

	Çalışılan Sektör	n	$\bar{x}$	s.s.	F	n	Fark
Öznel Sosyal Statü	Kamu ¹	127	6,28	1,829	1,393	,245	
	Özel ²	205	6,07	1,873			
	Serbest ³	40	6,43	1,796			
	Emekli ⁴	33	5,64	2,261			
Nesnel Sosyal Statü	Kamu ¹	127	6,76	1,687	8,319	,000	1 > 2 1 > 4
	Özel ²	205	6,01	1,741			
	Serbest ³	40	6,33	1,612			
	Emekli ⁴	33	5,32	1,733			
Aile	Kamu ¹	127	4,18	,840	3,567	,014	2 > 4
	Özel ²	205	4,38	,702			
	Serbest ³	40	4,25	1,029			
	Emekli ⁴	33	3,96	,814			
Arkadaş ve akrabalar	Kamu ¹	127	3,90	,644	1,240	,295	
	Özel ²	205	4,02	,622			
	Serbest ³	40	3,87	,684			
	Emekli ⁴	33	3,97	,744			
Toplum	Kamu ¹	127	3,02	,736	3,955	,008	2 > 1
	Özel ²	205	3,26	,702			
	Serbest ³	40	3,34	,532			
	Emekli ⁴	33	3,30	,707			
Sosyal Sağlık Ölçeği	Kamu ¹	127	3,45	,580	3,630	,013	2 > 1
	Özel ²	205	3,65	,530			
	Serbest ³	40	3,63	,530			
	Emekli ⁴	33	3,58	,638			

Katılımcıların eğitim durumuna göre öznel sosyal statü, nesnel sosyal statü, Sosyal Sağlık Ölçeği ve alt boyutlarında istatistiksel açıdan fark olup olmadığına yönelik gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 11’de görülmektedir. Analiz sonucuna göre, katılımcıların eğitim durumlarına göre öznel sosyal statü ve Sosyal Sağlık Ölçeğinin aile alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Nesnel sosyal statü, Sosyal Sağlık Ölçeği, arkadaş ve akrabalar ve toplum alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Post-Hoc testine göre, nesnel sosyal statüdeki fark tüm gruplardan kaynaklanmaktadır. Nesnel sosyal statü, lisansüstü ($\bar{x}=8,50$) eğitime sahip olanlarda diğer eğitim durumuna sahip olanlardan yüksektir.

Eğitim düzeyi azaldıkça nesnel sosyal statü düzeyi de azalmaktadır. Sosyal Sağlık Ölçeğindeki farklılık ilköğretim ve lise gruplarından kaynaklanmaktadır. Arkadaş ve akrabalar alt boyutundaki farklılık lisans ve lise eğitim durumundan; toplum alt boyutundaki farklılık ilköğretim, lise, lisans ve lisansüstü eğitim durumundan kaynaklanmaktadır.

Eğitim durumu değişkenine göre; öznel sosyal statü düzeyi lisansüstü ($\bar{x}=6,48$) eğitim durumuna sahip bireylerde en yüksek iken; ilköğretim ($\bar{x}=5,67$) eğitim durumuna sahip bireylerde en düşüktür. Nesnel sosyal statü de öznel sosyal statüde olduğu gibi, lisansüstü ($\bar{x}=8,50$) eğitim durumuna sahip bireylerde en yüksek; ilköğretim ($\bar{x}=4,06$) eğitim durumuna sahip bireylerde en düşüktür. En yüksek sosyal sağlık düzeyine sahip grup eğitim durumu ilköğretim ($\bar{x}=3,75$) olanlar iken; en düşük sosyal sağlık düzeyine sahip grup lisansüstü ($\bar{x}=3,47$) eğitime sahip bireylerdir.

Bu sonuçlara göre “H₂: katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, öznel sosyal statü düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi eğitim durumu değişkenine göre reddedilmiştir.

“H₁: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, nesnel sosyal statü düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi ve “H₃: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sosyal sağlık düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi eğitim durumu değişkenine göre kabul edilmiştir.

Tablo 11

Eğitim Durumuna Göre Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Düzeyine İlişkin Fark Analizi Sonuçları

	Eğitim	n	$\bar{x}$	s.s.	F	p	Fark
Öznel Sosyal Statü	İlköğretim ¹	48	5,67	2,355	1,201	,310	
	Lise ²	89	6,04	2,110			
	Önlisans ³	71	6,17	1,781			
	Lisans ⁴	164	6,24	1,712			
	Lisansüstü ⁵	33	6,48	1,502			
Nesnel Sosyal Statü	İlköğretim ¹	48	4,06	1,128	118,415	,000	5 > 1, 2, 3, 4 4 > 1, 2, 3 3 > 1, 2 2 > 1
	Lise ²	89	5,02	1,225			
	Önlisans ³	71	5,95	1,147			
	Lisans ⁴	164	7,17	1,266			
	Lisansüstü ⁵	33	8,50	,900			
Aile	İlköğretim ¹	48	4,28	,655	1,341	,254	
	Lise ²	89	4,10	,988			
	Önlisans ³	71	4,38	,698			
	Lisans ⁴	164	4,30	,782			
	Lisansüstü ⁵	33	4,31	,684			
Arkadaş ve akrabalar	İlköğretim ¹	48	3,92	,713	2,530	,040	4 > 2
	Lise ²	89	3,80	,749			
	Önlisans ³	71	4,07	,491			
	Lisans ⁴	164	4,03	,610			
	Lisansüstü ⁵	33	3,91	,656			
Toplum	İlköğretim ¹	48	3,52	,703	3,734	,005	1 > 2, 4, 5
	Lise ²	89	3,17	,709			
	Önlisans ³	71	3,27	,665			
	Lisans ⁴	164	3,13	,699			
	Lisansüstü ⁵	33	3,02	,714			
Sosyal Sağlık Ölçeği	İlköğretim ¹	48	3,75	,555	2,548	,039	1 > 2
	Lise ²	89	3,49	,628			
	Önlisans ³	71	3,66	,482			
	Lisans ⁴	164	3,56	,546			
	Lisansüstü ⁵	33	3,47	,559			

Katılımcıların gelir durumuna yönelik gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi sonuçları Tablo 12’de yer almaktadır. Analiz sonucunda; katılımcıların gelir durumuna göre Sosyal Sağlık Ölçeği, arkadaş ve akrabalar ve aile alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Elde edilen bulgularda öznel sosyal statü, nesnel sosyal statü ve Sosyal Sağlık Ölçeğinin toplum alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Post-Hoc testi ile öznel sosyal statüdeki farklılığın geliri giderinden yüksek olan grup ile geliri giderinden düşük olan grup ve geliri giderine denk olan grup ile geliri giderinden düşük

olan gruptan kaynaklandığı sonucuna ulaşılmaktadır. Nesnel sosyal statüdeki fark tüm gruplardan kaynaklanmaktadır. Geliri giderinden yüksek olanlar; geliri giderine denk ve geliri giderinden düşük olanlara göre daha yüksek nesnel sosyal statüye sahiptir. Sosyal Sağlık Ölçeğinin toplum alt boyutundaki farklılıklar incelendiğinde ise; Post-Hoc testine göre farklılığa sebep olan grup; geliri giderine denk olan grup ile geliri giderinden düşük olan grup arasındadır.

Elde edilen bulgular sonucunda “H₁: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, öznel sosyal statü düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi, “H₂: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, nesnel sosyal statü düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi ve “H₃: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sosyal sağlık düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi gelir durumu değişkeni açısından kabul edilmiştir.

Tablo 12

Gelir Durumuna Göre Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Düzeyine İlişkin Fark Analizi Sonuçları

	Gelir	n	$\bar{x}$	s.s.	F	p	Fark
Öznel Sosyal Statü	Düşük ¹	132	5,51	1,979	13,664	,000	3 > 1 2 > 1
	Denk ²	187	6,28	1,603			
	Yüksek ³	86	6,78	2,055			
Nesnel Sosyal Statü	Düşük ¹	132	4,63	1,105	240,403	,000	3 > 2, 1 2 > 1
	Denk ²	187	6,43	1,257			
	Yüksek ³	86	8,21	1,160			
Aile	Düşük ¹	132	4,19	,883	1,935	,146	
	Denk ²	187	4,35	,686			
	Yüksek ³	86	4,20	,883			
Arkadaş ve akrabalar	Düşük ¹	132	3,91	,642	,663	,516	
	Denk ²	187	3,99	,643			
	Yüksek ³	86	3,98	,661			
Toplum	Düşük ¹	132	3,02	,740	7,639	,001	2 > 1
	Denk ²	187	3,33	,657			
	Yüksek ³	86	3,18	,706			
Sosyal Sağlık Ölçeği	Düşük ¹	132	3,45	,547	6,529	,002	2 > 1
	Denk ²	187	3,68	,543			
	Yüksek ³	86	3,56	,585			

Katılımcıların öznel sosyal statü, nesnel sosyal statü ve sosyal sağlık düzeylerinde sosyo-demografik özelliklerine göre tespit edilen fark analizi sonuçlarından elde edilen

hipotezler Tablo 13'te sunulmaktadır. Yapılan analizler sonucunda “H₁: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, öznel sosyal statülerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi, “H₂: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, nesnel sosyal statülerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi ve “H₃: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, sosyal sağlık düzeylerinde anlamlı farklılıklar bulunmaktadır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 13

Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Fark Analizi Hipotezleri Kabul Durumu

	Cinsiyet	Medeni Durum	Yaş	Çalışılan Sektör	Eğitim Durumu	Gelir Durumu
Öznel Sosyal Statü						√
Nesnel Sosyal Statü			√	√	√	√
Aile		√		√		
Arkadaş ve akrabalar	√		√		√	
Toplum		√		√	√	√
Sosyal Sağlık Ölçeği		√		√	√	

√ fark vardır.

4.4. Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık Arasındaki İlişki

Öznel sosyal statü, nesnel sosyal statü, Sosyal Sağlık Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkiye dair gerçekleştirilen Pearson korelasyon analizi Tablo 14'te sunulmaktadır. Korelasyon katsayısı iki değişken arasındaki ilişkinin gücünü ifade etmektedir ve ‘r’ sembolü ile gösterilmektedir. Değişkenler arasındaki ilişki pozitif olduğunda işaret artı; negatif olduğunda ise eksi olmaktadır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında herhangi bir değer almaktadır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2014).

Elde edilen sonuçlarına göre, Sosyal Sağlık Ölçeği ile alt boyutları olan aile ($r=,559$; $p<0,01$) boyutu, arkadaş ve akrabalar ($r=,725$; $p<0,01$) boyutu ve toplum ($r=,900$; $p<0,01$) boyutu ile arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde, anlamlı ve yüksek düzeyde ilişki tespit edilmiştir. En yüksek korelasyon toplum boyutunda ($r=,900$), en düşük korelasyon ise aile ($r=,559$) boyutunda görülmektedir. Ölçek alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır.

Öznel sosyal statü ile Sosyal Sağlık Ölçeğinin alt boyutları olan arkadaş ve akrabalar ($r=0,187$; $p<0,01$) ve toplum ($r=0,174$; $p<0,01$) arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü, anlamlı ve düşük düzeyde bir ilişki söz konusu iken; aile ($r=0,072$) alt boyutunda anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Öznel sosyal statü ve Sosyal Sağlık Ölçeği arasında ($r=0,197$; $p<0,01$) istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve düşük seviyede ilişki tespit edilmiştir. Elde edilen sonuca göre “H₄: Öznel sosyal statü ile sosyal sağlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Nesnel sosyal statü ile Sosyal Sağlık Ölçeği ($r=0,016$) ve alt boyutları olan aile ($r=0,049$) boyutu, arkadaş ve akrabalar ($r=0,087$) boyutu ve toplum ($r=-,029$) boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bu sonuca göre “H₅: Nesnel sosyal statü ile sosyal sağlık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 14

Sosyal Statü ve Sosyal Sağlık İlişkisi

Değişkenler	1	2	3	4	5	6
Öznel Sosyal Statü(1)	1	,239**	,072	,187**	,174**	,197**
Nesnel Sosyal Statü(2)		1	,049	,087	-,029	,016
Aile(3)			1	,525**	,211**	,559**
Arkadaş ve Akrabalar(4)				1	,427**	,725**
Toplum(5)					1	,900**
Sosyal Sağlık Ölçeği(6)						1

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4.5. Sosyal Statünün Sosyal Sağlık ve Alt Boyutlarına Etkisi

Öznel sosyal statü, nesnel sosyal statü ve sosyal sağlık düzeyi arasındaki ilişki korelasyon analizi ile belirlendikten sonra, öznel sosyal statü ve nesnel sosyal statünün sosyal sağlık ve alt boyutlarına etkisi regresyon analizi ile tespit edilmiştir. Öznel sosyal statünün sosyal sağlık ve alt boyutlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen regresyon analizi sonuçları Tablo 15’te gösterilmektedir. Buna göre; sosyal sağlık ve alt boyutları ile dört regresyon modeli kullanılmıştır.

Öznel sosyal statünün sosyal sağlığa etkisini ifade eden model istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=16,526$; $p=0,000$). Öznel sosyal statü, sosyal sağlık üzerinde pozitif etkiye sahiptir ($\beta=0,197$). Modelin ilişki katsayısı $R=0,197$ olarak bulunmuştur. Öznel sosyal statünün sosyal sağlığı açıklama etkisi %3,6’dır ($R^2=,036$). Elde edilen bulgulara göre,

modelin pozitif yönde anlamlı olduğu ancak açıklayıcı etkisinin düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Öznel sosyal statünün aile alt boyutuna etkisini ifade eden model istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($F=2,126$; $p=0,146$).

Öznel sosyal statünün arkadaş ve akrabalar alt boyutuna etkisini ifade eden model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=14,552$; $p=0,000$). Öznel sosyal statü, arkadaş ve akrabalar alt boyutu üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir ($\beta=,187$). Modelin ilişki katsayısı $R=0,187$ olarak bulunmuştur. Öznel sosyal statünün arkadaş ve akrabalar alt boyutunu açıklama etkisi %3,2'dir ($R^2=,032$). Elde edilen bulgulara göre, modelin pozitif yönde anlamlı olduğu ancak açıklayıcı etkisinin düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Öznel sosyal statünün toplum alt boyutuna etkisini ifade eden model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=12,539$; $p=0,000$). Öznel sosyal statü, toplum alt boyutu üzerinde pozitif yönde etkiye sahip olup ($\beta=,174$); modelin ilişki katsayısı $R=0,174$ olarak bulunmuştur. Öznel sosyal statünün toplum alt boyutunu açıklama etkisi %2,8'dir ($R^2=,028$). Elde edilen bulgulara göre, modelin pozitif yönde anlamlı olduğu ancak açıklayıcı etkisinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Elde edilen bulgulara göre “ H_6 : Öznel sosyal statünün sosyal sağlık ve alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 15*Öznel Sosyal Statünün Sosyal Sağlık ve Alt Boyutlarına Etkisi*

Bağımsız Değişken	Standardize Edilmemiş Değerler		Standard ize Edilmiş Değerler	t	p	R	R ²	F	p
	β	S.H.	Beta						
(Sabit)	3,764	,595		6,320	,000				
Sosyal Sağlık	,663	,164	,197	4,032	,000	,197	,036	16,526	,000
(Sabit)	5,406	,510		10,609	,000				
Aile	,171	,117	,072	1,458	,146	,072	,003	2,126	,146
(Sabit)	3,973	,574		6,917	,000				
Arkadaş ve Akrabalar	,546	,143	,187	3,815	,000	,187	,032	14,552	,000
(Sabit)	4,651	,429		10,836	,000				
Toplum	,464	,131	,174	3,541	,000	,174	,028	12,539	,000

Bağımlı değişken: Öznel sosyal statü

Nesnel sosyal statü ile sosyal sağlık arasındaki ilişkinin ortaya konulması amacıyla gerçekleştirilen korelasyon analizi negatif sonuç verse de (Tablo 14); değişkenler arasındaki ilişkiyi modellemek amacıyla regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 16’da gösterilmektedir. Buna göre sosyal sağlık ve alt boyutları ile dört regresyon modeli kullanılmıştır. Nesnel sosyal statünün sosyal sağlığa ($F=0,102$; $p=0,750$), aile alt boyutuna ($F=0,955$; $p=0,329$), arkadaş ve akrabalar alt boyutuna ($F=3,084$; $p=0,080$) ve toplum alt boyutuna ($F=0,339$; $p=0,560$) etkisini ifade eden modellerin tümü istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Elde edilen sonuçlara göre “H₇: Nesnel sosyal statünün sosyal sağlık ve alt boyutları üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.” hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 16*Nesnel Sosyal Statünün Sosyal Sağlık ve Alt Boyutlarına Etkisi*

Bağımsız Değişken	Standardize Edilmemiş Değerler		Standardize Edilmiş Değerler Beta	t	p	R	R ²	F	p
	β	S.H.							
(Sabit)	6,046	,565		10,702	,000				
Sosyal Sağlık	,050	,156	,016	,319	,750	,016	-,002	,102	,750
(Sabit)	5,768	,475		12,152	,000				
Aile	,107	,109	,049	,977	,329	,049	,000	,955	,329
(Sabit)	5,285	,542		9,754	,000				
Arkadaş ve Akrabalar	,237	,135	,087	1,756	,080	,087	,005	3,084	,080
(Sabit)	6,454	,405		15,924	,000				
Toplum	-,072	,124	-,029	-,583	,560	,029	-,002	,339	,560
Bağımlı değişken: Nesnel sosyal statü									

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık ve sosyal statü arasındaki ilişki, bireylerin yaşam kalitesi, yaşam olanakları ve sosyal katılımları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu nedenle fiziksel ve ruhsal sağlığın yanı sıra sosyal sağlık ve sosyal statü arasındaki ilişkinin incelenmesi önem arz etmektedir. Bu çalışma kapsamında bireylerin sosyal sağlık düzeyinde sosyal statünün etkisi araştırılmıştır. Sosyal statü, öznel sosyal statü ve nesnel sosyal statü olmak üzere iki farklı şekilde değerlendirilmiştir. Öznel sosyal statü, bireylerin 10 basamaklı bir merdivende kendilerini başkalarına göre durduğunu düşündükleri basamağa yerleştirmeleri ile belirlenmiştir. Bu doğrultuda katılımcıların öznel sosyal statü ortalamaları 6,14 olup; öznel sosyal statüleri ortanın üzerindedir. Katılımcıların çoğunluğu (%23,2) kendilerini 6.basamakta konumlandırmıştır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde Giatti ve diğerlerinin (2012) Brezilya’da gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcılardan 64 kişi (%26,1) kendilerini 7.basamakta; 52 kişi (%21,2) ise 6.basamakta konumlandırmıştır. Katılımcıların öznel sosyal statüleri ortanın üzerinde bulunmuştur. Ferreira ve diğerleri (2018) tarafından Brezilya’da gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, katılımcıların ağırlıklı olarak kendilerini 6. ve 7.basamağa yerleştirdikleri görülmektedir. Garza ve diğerleri (2017) Amerika’da öznel sosyal statü için bildirilen ortalama puanın 5’in biraz üzerinde olduğunu tespit etmiştir. Her ülke ve bölgede sosyal, kültürel ve ekonomik değerler öznel sosyal statüyü etkileyebilmekte, bir toplulukta aynı sosyoekonomik duruma sahip bireyler arasında dahi öznel sosyal statü algısı değişebilmektedir. Öznel sosyal statü çeşitli soyut (aidiyet hissi, başarı algısı vs.) ve somut (eğitim, gelir düzeyi vs.) değişkenlere bağlı olduğundan bireylerin kendilerini konumlandıkları basamaklar zamanla değişebilir.

Çalışmadaki bulgulara göre, katılımcıların gelir durumlarına göre öznel sosyal statülerinde anlamlı bir fark saptanmıştır. Geliri giderinden yüksek olanlar; geliri giderine denk ve geliri giderinden düşük olanlara göre daha yüksek öznel sosyal statüye sahiptir. Çalışma sonuçlarına benzer olarak Sanchón-Macias ve diğerlerinin (2013) çalışmasında gelir durumunda anlamlı bir fark bulunmuştur. Ancak Operario ve diğerlerinin (2004) çalışmasında gelir durumunda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tay ve diğerleri (2018) gelirin ihtiyaçların karşılanması için bir araç olduğundan öznel refahı yükselteceğini dolayısıyla yüksek gelire sahip bireylerin daha mutlu olacağını öne sürmektedir. Bununla birlikte, dünyanın tüketim toplumu haline gelmesi gelirin öznel sosyal statü üzerindeki

etkisini artırmaktadır. Gelir düzeyi arttıkça statü göstergelerinden biri olan maddi alım gücünün artması ile bireylerin kendilerine dair algıladıkları statünün arttığını, böylelikle kendilerini daha yüksek bir merdiven basamağına yerleştirdiklerini söylemek mümkündür.

Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda katılımcıların cinsiyet, medeni durum, yaş, çalışılan sektör ve eğitim durumu değişkenlerine göre öznel sosyal statülerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde ise Goldman ve diğerleri (2006) gelir, eğitim ve meslek değişkenlerinde; Lindemann (2007) yaş değişkeninde; Langlois ve diğerleri (2020) yaş ve cinsiyet değişkenlerinde; Lindberg ve diğerleri (2021) cinsiyet değişkeninde anlamlı farklılık tespit etmiştir.

Çalışmanın geneline bakıldığında öznel sosyal statü; kadınlar, evliler, 25-45 yaş arası bireyler, serbest meslek çalışanları, lisansüstü eğitime sahip olanlar ve geliri giderinden yüksek olanlarda daha yüksektir. Erkekler, bekârlar, 46-55 yaş arasındaki bireyler, emekliler, ilköğretim eğitime sahip olanlar ve geliri giderinden düşük olanlarda daha düşüktür.

Çalışmada katılımcıların nesnel sosyal statüleri eğitim ve gelir düzeyleri ile değerlendirilmiştir. Her eğitim ve gelir değişkeni için puanlar belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim ve gelir düzeyine denk gelen sayılar toplanarak ortalamaları alınmış; onluk sisteme çevrilmiştir. Nesnel sosyal statü düzeylerinde en yüksek düzey 9,95; en düşük düzey ise 2,65'tir. Bu doğrultuda bireylerin nesnel sosyal statü ortalamaları 6,22 olup; ortanın üzerindedir. Katılımcıların çoğunluğunun (%40,5) lisans eğitim düzeyine sahip olması ve çalışan nüfusun fazlalığı (%91,9) statü ortalamasını artırırken; geliri giderinden düşük (%32,6) olanların geliri giderinden yüksek (%21,2) olanlardan fazla olması statü ortalamasını düşürmektedir.

Mevcut çalışmada katılımcıların cinsiyet ve medeni durumuna göre nesnel sosyal statülerinde anlamlı bir farklılık saptanmamışken; yaş, çalıştıkları sektör, eğitim ve gelir durumuna göre nesnel sosyal statülerinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Çalışma bulguları diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Robert ve Li (2001) yaş değişkeninde; Baigi ve diğerleri (2016) meslek değişkeninde; Choi ve diğerleri (2015) gelir değişkeninde; Mello (2009) eğitim değişkeninde anlamlı farklılık tespit etmiştir.

Çalışmada elde edilen sonuçlara göre nesnel sosyal statü; kadınlarda, bekârlarda, 25-35 yaş grubunda, kamu sektörü çalışanlarında, lisansüstü eğitime sahip bireylerde ve geliri

giderinden yüksek olanlarda daha yüksektir. Erkeklerde, evlilerde, 46-55 yaş arasındaki bireylerde, emeklilerde, ilköğretim eğitime sahip olanlarda ve geliri giderinden düşük olanlarda daha düşüktür.

Alan yazında çocuk ve ergen örnekleminde gerçekleştirilen; gelir, eğitim, meslek değişkenleriyle belirlenen ve nesnel sosyal statüyü ifade eden sosyoekonomik durumu konu alan çalışmaların fazla olması (Goodman ve Huang, 2002; Wardle vd., 2002; Huurre vd., 2003; Chen vd., 2004; McLaughlin vd., 2012; Wolfe, 2015; Devenish vd., 2017); yaşamın erken dönemlerinde sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olan yaşam koşullarının öneminden kaynaklanabilir.

Bireylerin sosyal sağlık düzeyleri diğer insanlara duydukları güven, hastalık ve sakatlık anlarında başkalarından gördükleri destek, uygun sağlık hizmetlerine erişim, mahallelerinde kendilerini güven ve huzur içinde hissetme, başkalarıyla kurdukları ilişkilerden duydukları memnuniyet; aile, arkadaş ve akrabalar, toplum kapsamında ele alınmıştır. Bu doğrultuda Sosyal Sağlık Ölçeğinin genel ortalaması 3,58 olarak hesaplanmıştır. En yüksek ortalama sırasıyla; aile alt boyutu 4,27; arkadaş ve akrabalar alt boyutu 3,96; toplum alt boyutu ise 3,20 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, bireylerin sosyal sağlık düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Çalışmada elde edilen sonuçlar ile benzer olarak Erkoç (2023) çalışmasında katılımcıların en yüksek katılım sağladıkları sosyal sağlık boyutunun 'aile', en düşük katılım sağladıkları boyutun ise 'toplum' boyutu olduğunu tespit etmiş; Türk toplumunda ailenin önemine vurgu yapmıştır.

Katılımcıların sosyal sağlık düzeylerinde medeni durum değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmaktadır. Evlilik ve ebeveynlik, uzun ömür ve iyi zihinsel ve fiziksel sağlıkla ilişkili olup evli bireylerin yaşam memnuniyeti bekârlara kıyasla daha fazladır (Macintyre, 1992; Holt-Lunstad ve Birmingham, 2008). Evlilikle beraber sosyal ağların genişleyip ortak ilgi alanların geliştirilmesi sebebiyle evlilerin sosyal sağlık düzeylerinin bekârlara göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Katılımcıların sosyal sağlık düzeylerinde çalıştıkları sektöre göre anlamlı bir fark bulunmaktadır. Özel sektör çalışanlarının sosyal sağlık düzeyi kamu sektörü çalışanlarından daha yüksektir. Meslek gruplarında çalışma koşulları ve stres seviyeleri farklılaşmaktadır. Mevcut çalışmada kamu sektörü çalışanlarının çoğunluğunu sağlık personeli oluşturmaktadır. Sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olup sağlık çalışanlarının

iş yükü fazladır. Tüm bu etmenlerin bireylerin sosyal sağlık düzeyine yansıdığını söylemek mümkündür.

Katılımcıların sosyal sağlık düzeylerinde eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmaktadır. İlköğretim eğitime sahip bireylerin sosyal sağlık düzeyi lisansüstü bireylerin sosyal sağlık düzeyinden yüksektir. Lisansüstü eğitime sahip bireylerin sosyal sağlıkları diğer eğitim seviyelerindeki tüm bireylerden düşüktür. Günkör ve Özdemir (2017) sosyal sermaye ve eğitim ilişkisini ele aldıkları çalışmalarında eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin sosyal katılımının artabileceğini belirtmektedir. Çobanoğlu ve Öğretir (2016) ise öğretmen örnekleminde gerçekleştirdikleri çalışmalarında eğitim seviyesi arttıkça sosyalleşme düzeyinin azaldığını tespit etmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin sosyal çevrelerinden beklentilerinin arttığı ve bu beklentilerinin karşılanmaması sonucu sosyal sağlık düzeylerinde bir azalma olduğu söylenebilir.

Katılımcıların Sosyal Sağlık Ölçeği aile alt boyutunda medeni durum değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmaktadır. Evlilerin aile alt boyutuna verdikleri puan bekârlardan yüksektir. Elde edilen bulgulara benzer olarak Erkoç'un (2023) çalışmasında da medeni duruma göre aile alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuştur. Genel olarak evli bireylerin aile üyelerinin refahını artırma ve ihtiyaçlarına giderme sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumlulukların aileler arasındaki bağı güçlendirdiği, böylelikle aile alt boyutu ortalamalarının yüksek olduğu söylenebilir.

Katılımcıların Sosyal Sağlık Ölçeği aile alt boyutunda çalıştıkları sektöre göre anlamlı bir fark bulunmaktadır. Buna göre özel sektör çalışanlarının aile alt boyutu ortalaması en yüksektir. Bireylerin iş yükü ve stresi aileleriyle geçirdikleri zamanın niceliğinde ve niteliğinde etkili olmaktadır. Dolayısıyla katılımcıların aileleri ile birlikte uzun ya da kaliteli vakit geçirmesi aile alt boyutu ortalamasını artırmış olabilir.

Katılımcıların Sosyal Sağlık Ölçeği arkadaş ve akrabalar alt boyutunda cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmaktadır. Buna göre kadınların arkadaş ve akrabalar alt boyutuna verdikleri puan erkeklerden fazladır. Moore (1990) erkeklerin sosyal ağlarında kadınlara göre daha fazla sayıda iş arkadaşı olduğunu, kadınların sosyal ağlarında ise aile dışı üye sayısının daha az olduğunu belirtmektedir. Buna göre erkeklerin sosyal yaşantısının daha çok iş arkadaşları ile şekillendiği, kadınların ise aile ve akrabalarıyla daha yakın ilişkiler kurduğu sonucu çıkarılabilir. Bu etmenler kadınların arkadaş ve akrabalar alt boyutuna verdikleri puanın artmasını mümkün kılabilir.

Katılımcıların Sosyal Sağlık Ölçeği arkadaş ve akrabalar alt boyutunda yaş değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmaktadır. 46-55 yaş grubu bireylerin arkadaş ve akrabalar alt boyutuna verdikleri puan en düşüktür. Bireyler yaş aldıkça toplumun sosyal yapısı içerisindeki rolleri, konumları ve sosyal ilişkileri değişmektedir. Eş, akraba ve arkadaşların ölümü yalnızlık ve umutsuzluk hissini beraberinde getirmektedir (Aslan ve Hocaoglu, 2017). Yaş arttıkça bireylerin sağlık problemleri artabilir, sosyal ilişkilere ayıracak vakitleri azalabilir. Dolayısıyla tüm bu sebeplerin arkadaş ve akrabaları ile ilişkilerini etkilediği söylenebilir.

Katılımcıların Sosyal Sağlık Ölçeği arkadaş ve akrabalar alt boyutunda eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmaktadır. Önlisans eğitim düzeyine sahip bireylerin alt boyut ortalaması en yüksek iken; lise eğitim düzeyine sahip bireylerin en düşüktür. Erkoç'un (2023) çalışmasında ise arkadaş ve akrabalar alt boyutunda eğitim durumuna göre anlamlı bir fark yoktur.

Katılımcıların Sosyal Sağlık Ölçeği toplum alt boyutunda medeni durum değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmaktadır. Evlilerin toplum alt boyutu ortalaması bekârlardan yüksektir. Evliliğin bireylerin sosyal çevresinin genişletme imkânı sunarak toplumsal uyumu kolaylaştırdığı, böylelikle toplum alt boyutuna verilen puanları artırdığı yorumu yapılabilir.

Katılımcıların Sosyal Sağlık Ölçeği toplum alt boyutunda çalıştıkları sektöre göre anlamlı bir fark bulunmaktadır. Toplum alt boyutu ortalaması en yüksek olanlar serbest meslek çalışanları iken; en düşük olanlar kamu sektörü çalışanlarıdır. Serbest meslek çalışanlarının daha esnek çalışma ortamı ve saatlerine sahip olması, çevre ile ilişkilerinde daha özgür kararlar alabilmeleri topluma karşı daha ılımlı olmalarını sağlayabilir. Böylelikle toplum alt boyutu puanları arttığı söylenebilir.

Katılımcıların Sosyal Sağlık Ölçeği toplum alt boyutunda eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmaktadır. İlköğretim eğitim düzeyine sahip olanların toplum alt boyutuna verdikleri puan en yüksek iken; lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerin verdikleri puan en düşüktür. Kubzansky ve diğerleri (1998) daha düşük eğitim seviyesinin daha geniş sosyal ağlar ile ilişkisini ortaya koymuştur. Buna göre eğitim düzeyi düşük olanların topluma katılımlarının arttığı ve eğitim düzeyi yüksek olanlara kıyasla toplum alt boyutu ortalamasının yüksek olduğu sonucu çıkarılabilir.

Katılımcıların Sosyal Sağlık Ölçeği toplum alt boyutunda gelir durumu değişkenine göre anlamlı bir fark bulunmaktadır. Geliri giderine denk olanların; geliri giderinden yüksek ve geliri giderinden düşük olanlara göre toplum alt boyutu ortalaması yüksektir. Buna göre ekonomik denge, toplumsal istikrarı sağlıyor olabilir.

Alan yazında sosyal statünün genel sağlık durumu, sağlık davranışları, sağlık hizmetleri kullanımı, sağlıkta eşitsizlikler, sağlık okuryazarlığı ile ilişkisini ele alan çalışmalar mevcuttur (Fein, 1995; Anderson ve Armstead, 1995; Ostrove ve Adler, 1998; Gallo ve Matthews, 2006; Cutler vd., 2008; Feinstein, 1993; Marmot vd., 1987; Kagamimori vd., 2009; Travassos vd., 2002; George, 2005; Hanson ve Chen, 2007; Klein vd., 2014; Chen ve Miller, 2013; Shavers, 2007; Stormacq vd., 2019). Ancak sosyal sağlık ile ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte öznel ve nesnel sosyal statünün birbirinden ayrı olarak sosyal sağlık ile ilişkisini konu alan herhangi bir çalışmaya da ulaşılmamıştır. Bu çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, bireylerin öznel sosyal statüleri ve sosyal sağlık düzeyleri arasında anlamlı, pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Sakura (2024) çalışmasında, yüksek öznel sosyal statünün bireylerin kendilerini kabul etmesini olumlu etkilediğini belirtmektedir. Öznel sosyal statü arttıkça bireylerin kendi kişisel değerlerini, deneyimlerini ve duygularını olduğu gibi kabul edeceği, bunun sonucunda başkalarıyla güvenli ve kaliteli ilişkiler kurarak sosyal sağlık düzeylerinin artacağı söylenebilir.

Öznel sosyal statü ile Sosyal Sağlık Ölçeğinin alt boyutları olan arkadaş ve akrabalar ve toplum arasında istatistiksel açıdan pozitif yönlü, anlamlı ve düşük düzeyde bir ilişki söz konusu iken; aile alt boyutunda anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bireylerin öznel sosyal statüleri arkadaş, akraba ve toplum ilişkilerinde rol oynamaktadır. Aile fertleriyle olan ilişkilerinde ise herhangi bir rolü yoktur. Aile, bireyin ilk sosyal çevresi olmakla beraber duygusal bağlar üzerine kuruludur. Rossello ve Bernal (1999) ailenin psikolojik ihtiyaçları karşıladığı ve üyelerinin duygusal güvenliğini artırdığı için önemli bir birim olduğunu vurgulamaktadır. Bireyler sosyal statüyü çoğunlukla kabul ve saygı aracı olarak görmektedir. Dolayısıyla bireylerde aileleri tarafından koşulsuz sevgi ve kabul görecekları inancı olduğundan öznel sosyal statü ile aile alt boyutu arasında bir korelasyon olmadığı söylenebilir.

Yapılan çalışmada nesnel sosyal statü ve sosyal sağlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Gelir ve eğitim düzeyi ile belirlenen nesnel sosyal statü ile sosyal sağlığın

birlikte ele alındığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Claes ve diğerleri (2023) nesnel sosyal statü ile sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesini düşüren sosyal kaygı arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu tespit ederek düşük nesnel sosyal statüye sahip bireylerin daha fazla sosyal kaygı yaşadığını öne sürmüştür.

Alan yazında sosyal statünün sosyal sağlığa etkisinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışmada sosyal statünün iki farklı göstergesi olan öznel sosyal statü ve nesnel sosyal statünün sosyal sağlığa etkisinin değerlendirilmesi amacıyla regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Sonuç olarak, öznel sosyal statünün sosyal sağlık üzerinde pozitif yönde anlamlı ancak düşük düzeyde bir etkisinin olduğu görülmektedir. Böylelikle öznel sosyal statü arttıkça sosyal sağlık düzeyi düşük düzeyde olsa da artacaktır. Öznel sosyal statünün sosyal sağlık alt boyutlarından arkadaş ve akrabalar ve toplum alt boyutları üzerinde pozitif yönde, anlamlı ve düşük düzeyde bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Aile alt boyutu üzerinde herhangi bir etkisi yoktur. Nesnel sosyal statünün ise sosyal sağlık üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre araştırmacılara ve politika yapıcılara aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

- Çalışmada eğitim düzeyi düşük olan bireylerin öznel ve nesnel sosyal statülerinin düşük olduğu görülmektedir. Bireyler uygun eğitim programları ile elde edecekleri bilgi ve birikim vesilesiyle meslek edinebilir, böylelikle gelir düzeyleri ve sosyal ağlara katılımları artabilir.
- Tüm yaş gruplarına herkesin anlayabileceği şekilde kişisel gelişim, sağlık okuryazarlığı ve finansal okuryazarlık eğitimleri verilerek kişisel yaşantılarında daha etkin kararlar almaları sağlanabilir.
- Mevcut tez çalışmasında bireylerin sosyal sağlık düzeyleri aile, arkadaş ve akrabalar ve toplum boyutlarıyla; onlara karşı duydukları güven, aidiyet hisleri kapsamında değerlendirilmiştir. Gelecek çalışmalarda sosyal sağlık düzeyleri bireylerin sosyalliği ve toplumsal katılımı gibi daha fazla bileşen ile ele alınarak değerlendirilebilir.
- Bireylerin sosyal statü ve sosyal sağlık düzeylerinin artması, sağlık sonuçlarını da iyileştirecek, daha etkili bir sağlık sisteminin gelişmesine yardımcı olacaktır. Daha düzenli sağlık kontrolü, erken teşhis ve tedavi sağlık kurumlarındaki doluluk oranını düşürecektir.

- Mevcut tez çalışmasında bireylerin öznel sosyal statülerinin sosyal sağlık düzeylerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda gelecek çalışmalarda bireylerin öznel sosyal statülerinin değerlendirirken göz önünde bulundurdıkları unsurlar (anne babanın eğitim düzeyi, çocukluk dönemi vs.) ayrıntılı olarak incelenebilir. Böylelikle hem politika yapıcılar hem de bireyler öznel sosyal statü ve etkilerini daha iyi bir şekilde anlamlandırabilir; sonuç olarak toplumun refah seviyesi yükselebilir.
- Mevcut çalışma Kocaeli ilinde gerçekleştirilmiştir. Bireylerin öznel sosyal statüleri, nesnel sosyal statüleri ve sosyal sağlık düzeylerinin her bölgede farklılık göstereceği düşünülmektedir. Bu nedenle evren ve örneklem genişletilerek daha kapsayıcı çalışmalar yapılabilir. Çalışmalarda elde edilecek sonuçlar ile Türkiye'nin öznel sosyal statü, nesnel sosyal statü ve sosyal sağlık düzeyi hakkında genel bir profili oluşturulabilir.

KAYNAKÇA

- Abachizadeh, K., Tayefi, B., Nasehi, A. A., Memaryan, N., Rassouli, M., Omidnia, S. ve Bagherzadeh, L. (2014). Development of a scale for measuring social health of Iranians living in three big cities. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28(2), 1-9.
- Abrams, E. M. ve Szeffler, S. J. (2020). Covid-19 and the impact of social determinants of health. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(7), 659-661.
- Ackerson, L. K. ve Viswanath, K. (2009). The social context of interpersonal communication and health. *Journal of Health Communication*, 14, 5-17.
- Acquah, A., Nsiah, T. K., Antie, E. N. A. ve Otoo, B. (2021). Literature review on theories motivation. *EPRA International Journal of Economic and Business Review-Peer Reviewed Journal*, 9(5), 25-29.
- Adibi, H. (2014). mHealth: Its implications within the biomedical and social models of health – a critical review. *Cyber Journals: Multidisciplinary Journals in Science and Technology, Journal of Selected Areas in Health Informatics (JSHI)*, 4(2), 16-23.
- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G. ve Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: preliminary data in healthy white women. *Health Psychology*, 19(6), 586-592.
- Adler, N. E. ve Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 3-15.
- Aggarwal, O. P., Bhasin, S. K., Sharma, A. K., Chhabra, P., Aggarwal, K. ve Rajoura, O. P. (2005). A new instrument (scale) for measuring the socioeconomic status of a family: preliminary study. *Indian Journal of Community Medicine*, 30(4), 111-114.
- Ağın, K. (2022). Grupların genel oluşumları, yapıları ve özellikleri açısından grup içi iletişim süreçlerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(1), 494-518.
- Akca, C. ve Erigüç, G. (2006). Hastane çalışanlarının yöneticileri ve çalışma arkadaşları ile yaşadıkları çatışma nedenlerine yönelik bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(2), 126-153.
- Akçaoğlu, A. (2022). Sağlık sosyolojisinde yeni bir perspektif: sağlık sermayesi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 12(3), 475-482.
- Alidoust, S. ve Bosman, C. (2015). Planning for an ageing population: links between social health, neighbourhoodenvironment and the elderly. *Australian Planner*, 52(3), 177-186.

- Allen, K. A., Kern, M. L., Rozek, C. S., McInerney, D. M. ve Slavich, G. M. (2021). Belonging: a review of conceptual issues, an integrative framework, and directions for future research. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 87-102.
- Alwin, D. F. ve Wray, L. A. (2005). A life-span developmental perspective on social status and health. *Journals of Gerontology: Series B*, 60(Special Issue 2), 7-14.
- Ammitzbøll, G., Graudal Levinsen, A. K., Kjær, T. K., Ebbestad, F. E., Horsbøl, T. A., Saltbæk, L., Badre-Esfahani, S. K., Joensen, A., Kjeldsted, E., Olsen, M. H. ve Dalton, S. O. (2022). Socioeconomic inequality in cancer in the Nordic countries. A systematic review. *Acta Oncologica*, 61(11), 1317-1331.
- Andermann, A. (2016). Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *Cmaj*, 188(17-18), E474-E483.
- Anderson, C., Hildreth, J. A. D. ve Howland, L. (2015). Is the desire for status a fundamental human motive? A review of the empirical literature. *Psychological Bulletin*, 141(3), 1-28.
- Anderson, C. ve Kilduff, G. J. (2009). The pursuit of status in social groups. *Current Directions in Psychological Science*, 18(5), 295-298.
- Anderson, C., Kraus, M. W., Galinsky, A. D. ve Keltner, D. (2012). The local ladder effect: social status and subjective well-being. *Psychological Science*, 23(7), 764-771.
- Anderson, N. B. ve Armstead, C. A. (1995). Toward understanding the association of socioeconomic status and health a new challenge for the Biopsychosocial approach. *Psychosomatic Medicine*, 57(3), 213-225.
- Andersson, M. A. (2018). An odd ladder to climb: socioeconomic differences across levels of subjective social status. *Social Indicators Research*, 136, 621-643.
- Arah, O. A. (2009). On the relationship between individual and population health. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 12, 235-244.
- Arslan, G. (2018). Psychological maltreatment, social acceptance, social connectedness, and subjective well-being in adolescents. *Journal of Happiness Studies*, 19, 983-1001.
- Aslan, M. ve Hocaoglu, Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53-62.
- Ataguba, O. A. ve Ataguba, J. E. (2020). Social determinants of health: the role of effective communication in the Covid-19 pandemic in developing countries. *Global Health Action*, 13(1), 1-5.
- Atak, H. ve Çok, F. (2010). İnsan yaşamında yeni bir dönem: beliren yetişkinlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 17(1), 39-50.
- Avcioğlu, G. Ş. (2013). Kriz dönemlerinde sosyal bütünleşme: milli mücadele örneği. *Uluslararası Tarih ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10, 155-170.

- Aytaç, Ö. Ve Kurttaş, M. Ç. (2016). Sağlık-hastalığın toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250.
- Baigi, V., Nedjat, S., Fotouhi, A., Janani, L. ve Mohammad, K. (2016). Subjective social status in association with various health and socioeconomic indicators in Tehran. *Journal of Public Health*, 24, 497-503.
- Bao, C., Yu, Z., Yin, X., Chen, Z., Meng, L., Yang, W., Chen, X., Jin, M., Wang, J., Tang, M. ve Chen, K. (2018). The development of the social health scale for the elderly. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16:67, 1-14.
- Başer, Z., Başer, D. ve Demirkaya, P. N. (2016). Kişiler arası iletişim engelleri ölçeği geliştirme. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 2016(43), 290-303.
- Bauer, A., Stevens, M., Purtscheller, D., Knapp, M., Fonagy, P., Evans-Lacko, S. ve Paul, J. (2021). Mobilising social support to improve mental health for children and adolescents: a systematic review using principles of realist synthesis. *PLoS ONE*, 16(5), 1-23.
- Baum, A., Garofalo, J. P. ve Yali, A. M. (1999). Socioeconomic status and chronic stress: does stress account for SES effects on health? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 131-144.
- Beckers, T., Maassen, N., Koekkoek, B., Tiemens, B. ve Hutschemaekers, G. (2023). Can social support be improved in people with a severe mental illness? A systematic review and meta-analysis. *Current Psychology*, 42, 14689-14699.
- Behrendt, D., Spieker, S., Sumngern, C. ve Wendschuh, V. (2023). Integrating social support into interventions among the elderly in nursing homes: a scoping review. *BMJ Open*, 13, 1-11.
- Benda, N. C., Veinot, T. C., Sieck, C. J. ve Ancker, J. S. (2020). Broadband internet access is a social determinant of health! *American Journal of Public Health*, 110(8), 1123-1125.
- Beyaz, F. B. ve Koç, A. A. (2011). Antalya’da obezite yaygınlığı ve düzeyini etkileyen sosyo-ekonomik değişkenler. *Akdeniz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21, 17-45.
- Beyaz Sipahi, B. (2023). Obezite ve yoksulluk: Türkiye örneği. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 64, 73-79.
- Bharmal, N., Derose, K. P., Felician, M. ve Weden, M. M. (2015). Understanding the upstream social determinants of health. *Rand Health*; 2015, 1-18.
- Bisai, S. ve Dutta, S. (2018). Kuppaswamy’s Socio-Economic Status Scale – Updating for 1999 to 2018. *International Journal of Science and Research*, 7(10), 1032-1034.
- Bivins, T. H. (2006). Responsibility and accountability. *Ethics in Public Relations: Responsible Advocacy*, 19-38.

- Blader, S. L. ve Chen, Y. (2014). What's in a name? Status, power, and other forms of social hierarchy. In J. T. Cheng, J. L. Tracy, & C. Anderson (Eds.), *The Psychology of Social Status*, 71-95.
- Blanco, A. ve Diaz, D. (2007). Social order and mental health: a social wellbeing approach. *Psychology in Spain*, 11(1), 61-71.
- Bolló, H., Hóger, D. R., Galvan, M. ve Orosz, G. (2020). The role of subjective and objective social status in the generation of envy. *Frontiers of Psychology*, 11, 1-8.
- Bolton, D. (2023). A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological Medicine*, 53, 7504-7511.
- Braveman, P. ve Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(supplement 2), 19-31.
- Bullock, H. E. ve Limbert, W. M. (2003). Scaling the Socioeconomic Ladder: low-income women's perceptions of class status and opportunity. *Journal of Social Issues*, 59(4), 693-709.
- Burström, B. ve Tao, W. (2020). Social determinants of health and inequalities in Covid-19. *European Journal of Public Health*, 30(4), 617-618.
- Businelle, M. S., Mills, B. A., Chartier, K. G., Kendzor, D. E., Reingle, J. M. ve Shuval, K. (2013). Do stressful events account for the link between socioeconomic status and mental health? *Journal of Public Health*, 36(2), 205-212.
- Büyüköztürk, Y. D. D. Ş. (2002). Faktör analizi: temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32(32), 470-483.
- Cabieses, B., Zitko, P., Pinedo, R., Espinoza, M. ve Albor, C. (2011). How has social status been measured in health research? A review of the international literature. *Pan American Journal of Public Health*, 29(6), 457-468.
- Caldwell, A. E. ve Sayer, R. D. (2019). Evolutionary considerations on social status, eating behavior and obesity. *Appetite*, 132, 238-248.
- Calixto, O. J. ve Anaya, J. M. (2014). Socioeconomic status. The relationship with health and autoimmune diseases. *Autoimmunity Reviews*, 13, 641-654.
- Cassedy, A., Drotar, D., Ittenbach, R., Hottinger, S., Wray, J., Wernovsky, G., Newburger, J. W., Mahony, L., Mussatto, K., Cohen, M. I. ve Marino, B. S. (2013). The impact of socio-economic status on health related quality of life for children and adolescents with heart disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 1-8.
- Castel, L. D., Williams, K. A., Bosworth, H. B., Eisen, S. V., Hahn, E. A., Irwin, D. E., Kelly, M. A. R., Morse, J., Stover, A., DeWalt, D. A. ve DeVellis, R. F. (2008).

- Content validity in the PROMIS social-health domain: a qualitative analysis of focus-group data. *Quality of Life Research*, 17, 737-749.
- Ceylan, T. (2011). Toplumsal sistem analizinde toplumsal statü ve rol. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(1), 89-104.
- Chen, B., Covinsky, K. E., Cenzer, I. S., Adler, N. ve Williams, B. A. (2011). Subjective social status and functional decline in older adults. *Society of General Internal Medicine*, 27(6), 693-696.
- Chen, E., Langer, D. A., Raphaelson, Y. E. ve Matthews, K. A. (2004). Socioeconomic status and health in adolescents: the role of stress interpretations. *Child Development*, 75(4), 1039-1052.
- Chen, E. ve Miller, G. E. (2013). Socioeconomic status and health: mediating and moderating factors. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 723-749.
- Chen, X., Orom, H., Hay, J. L., Waters, E. A., Schofield, E., Li, Y. ve Kiviniemi, M. T. (2019). Differences in rural and urban health information access and use. *The Journal of Rural Health*, 35(3), 405-417.
- Choi, Y., Kim, J. H. ve Park, E. C. (2015). The effect of subjective and objective social class on health-related quality of life: new paradigm using longitudinal analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13, 1-11.
- Christie, G. P. ve Ratzan, S. C. (2019). Beyond the bench and bedside: Health literacy is fundamental to sustainable health and development. *Information Services & Use*, 39(1-2), 79-92.
- Cirhinlioğlu, Z. (2021). *Sağlık sosyolojisi*. (9.Basım). Nobel Yayıncılık.
- Claes, N., Smeding, A. ve Carré, A. (2023). Socioeconomic status and social anxiety: attentional control as a key missing variable? *Anxiety, Stress, & Coping*, 36(4), 519-532.
- Cochrane, T. ve Davey, R. C. (2008). Increasing uptake of physical activity: a social ecological approach. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 128(1), 31-40.
- Cohen, S. (1999). Social status and susceptibility to respiratory infections. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 246-253.
- Corrigan, P. W. ve Watson, A. C. (2007). The public stigma of psychiatric and the gender, ethnicity and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, 43(5), 439-458.
- Coughlin, S. S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C. ve George, V. (2020). Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. *Journal of Environment and Health Sciences*, 6(1), 1-4.
- Courtin, E. ve Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799-812.

- Crear-Perry, J., Correa-de-Araujo, R., Lewis Johnson, T., McLemore, M. R., Neilson, E. ve Wallace, M. (2021). Social and structural determinants of health inequities in maternal health. *Journal of Women's Health*, 30(2), 230-235.
- Cutler, D. M., Lleras-Muney, A. ve Vogl, T. (2008). Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms. In: Glied, S., Smith, P. C. eds. *The Oxford Handbook of Health Economics*. New York: Oxford University Press; 2011.
- Çobanoğlu, F. ve Öğretir, M. (2016). İlköğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin örgütsel sosyalleşme düzeyleri. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi*, 5(2), 149-166.
- Çok, F., Özdoğan, H. K., Berber, K. ve Yeler, Z. (2023). Yetişkinliğe geçiş sürecinde gelişimsel bir kriz: çeyrek yaşam krizi. *Humanistic Perspective*, 5(2), 898-920.
- Daugall, I., Vasiljevic, M., Wright, J. D. ve Weick, M. (2024). How, when, and why is social class linked to mental health and wellbeing? A systematic meta-review. *Social Science & Medicine*, 343, 1-16.
- Davoody, N., Koch, S., Krakau, I. ve Hägglund, M. (2019). Accessing and sharing health information for post-discharge stroke care through a national health information exchange platform-a case study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19:95, 1-16.
- Demakakos, P., Biddulph, J. P., De Oliveira, C., Tsakos, G. ve Marmot, M. G. (2018). Subjective social status and mortality: the english longitudinal study of ageing. *European Journal of Epidemiology*, 33, 729-739.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E. ve Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Social Science & Medicine*, 67(2), 330-340.
- Demir, B. (2020). Sağlık kavramsallaştırılması ve insan odaklı sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon perspektifi. *İnsan ve İnsan Dergisi*, 7(24), 62-83.
- Dennis, E. F., Webb, D. A., Lorch, S. A., Mathew, L., Bloch, J. R. ve Culhane, J. F. (2012). Subjective social status and maternal health in a low income urban population. *Maternal and Child Health Journal*, 16(4), 1-16.
- Devenish, B., Hooley, M. ve Mellor, D. (2017). The pathways between socioeconomic status and adolescent outcomes: a systematic review. *American Journal of Community Psychology*, 59(1-2), 219-238.
- Dueñas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A. ve Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, 9, 457-467.
- Ekizer, A. (2020). Sağlık sosyolojisi ve tarihsel gelişimi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(1), 1-12.
- Elder, J. P., Lytle, L., Sallis, J. F., Rohm Young, D., Steckler, A., Simons-Morton, D., Stone, E., Jobe, J. B., Stevens, J., Lohman, T., Webber, L., Pate, R., Saksvig, B.

- I. ve Ribisl, K. (2007). A description of the social-ecological framework used in the trial of activity for adolescent girls (TAAG). *Health Education Research*, 22(2), 155-165.
- Erkoç, B. (2021). Sosyal sağlık ölçeğinin Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(5), 1455-1466.
- Erkoç, B. (2023). Toplumun sosyal sağlık düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 34(1), 133-149.
- Euteneuer, F. (2014). Subjective social status and health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 337-343.
- Fein, O. (1995). The influence of social class on health status. *Journal of General Internal Medicine*, 10, 577-586.
- Feinstein, J. S. (1993). The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. *The Milbank Quarterly*, 71(2), 279-322.
- Ferreira, W. A., Giatti, L., Figueiredo, R. C., Mello, H. R. D. ve Barreto, S. M. (2018). Concurrent and face validity of the MacArthur scale for assessing subjective social status: Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *Ciencia & Saude Coletiva*, 23(4), 1267-1280.
- Finch, K. A., Ramo, D. E., Delucchi, K. L., Liu, H. ve Prochaska, J. J. (2013). Subjective social status and substance use severity in a young adult sample. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 901-908.
- Fitzpatrick, T., Rosella, L. C., Calzavara, A., Petch, J., Pinto, A. D., Manson, H., Goel, V. ve Wodchis, W. P. (2015). Looking beyond income and education socioeconomic status gradients among future high-cost users of health care. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(2), 161-171.
- Flecha Garcia, A. C. (2019). Self-acceptance and meaning / purpose in life between senior citizens residing in nursing home. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 33, 137-148.
- Fleury, J. ve Lee, S. M (2006). The Social Ecological Model and physical activity in African American women. *American Journal of Community Psychology*, 37, 129-140.
- Fox, N. J. ve Alldred, P. (2016). Sociology, environment and health: a materialist approach. *Public Health*, 141, 287-293.
- Franzini, L. ve Fernandez-Esquer, M. E. (2006). The association of subjective social status and health in low-income Mexican-origin individuals in Texas. *Social Science & Medicine*, 63, 788-804.

- Fujishiro, K., Xu, J. ve Gong, F. (2010). What does “occupation” represent as an indicator of socioeconomic status?: Exploring occupational prestige and health. *Social Science & Medicine*, 71, 2100-2107.
- Gage-Bouchard, E. A. ve Devine, K. A. (2014). Examining parents’ assessments of objective and subjective social status in families of children with cancer. *PloS One*, 9(3), e89842.
- Gallo, L. C. ve Matthews, K. A. (2006). Do negative emotions mediate the association between socioeconomic status and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 226-245.
- Galvan, M. J., Payne, B. K., Hannay, J., Georgeson, A. R. ve Muscatell, K. A. (2023). What does the MacArthur Scale of Subjective Social Status Measure? Separating economic circumstances and social status to predict health. *Annals of Behavioral Medicine*, 57, 929-941.
- Garza, J. R., Glenn, B. A., Mistry, R. S., Ponce, N. A. ve Zimmerman, F. J. (2017). Subjective social status and self-reported health among US-born and immigrant Latinos. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19, 108-119.
- Gaur, K. L. (2013). Socio-Economic Status Measurement Scale: thirst area with changing concept for socio-economic status. *International Journal of Innovative Research & Development*, 2(9), 139-145.
- Geyer, S. ve Peter, R. (2000). Income, accupational position, qualification and health inequalities – competing risks? (Comparing indicators of social status). *J Epidemiol Community Health*, 54, 299-305.
- Giatti, L., Camelo, L. V., Rodrigues, J. F. C. ve Barreto, S. M. (2012). Reliability of the MacArthur scale of subjective social status – Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *BMC Public Health*, 12, 1-7.
- Goffman, E. (2014). *Damga: örselenmiş kimliğin idare edilişi üzerine notlar*. Heretik Yayıncılık.
- Golden, S. D., McLeroy, K. R., Green, L. W., Earp, J. A. L. ve Lieberman, L. D. (2015). Upending the Social Ecological Model to guide health promotion efforts toward policy and environmental change. *Health Education & Behavior*, 42(IS), 8-14.
- Goldman, N., Cornman, J. C. ve Chang, M. C. (2006). Measuring subjective social status: a case study of older Taiwanese. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 21, 71-89.
- Goodman, E., Adler, N. E., Kawachi, I., Frazier, A. L., Huang, B. ve Colditz, G. A. (2001). Adolescents’s perceptions of social status: development and evulation of a new indicator. *Pediatrics*, 108(2), e31.
- Goodman, E. ve Huang, B. (2002). Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(5), 448-453.

- Gong, F., Xu, J. ve Takeuchi, D. T. (2012). Beyond conventional socioeconomic status: examining subjective and objective social status with self-reported health among Asian immigrants. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 407-419.
- George, L. K. (2005). Socioeconomic status and health across the life course: progress and prospects. *The Journals of Gerontology*, 60(2), 135-139.
- Green, H., Fernandez, R. ve MacPhail, C. (2021). The social determinants of health and health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Public Health Nursing*, 38(6), 942-952.
- Greene, L. ve Burke, G. (2007). Beyond self-actualization. *Journal of Health and Human Services Administration*, 30(2), 116-128.
- Grzywacz, J. G. ve Fuqua, J. (2000). The social ecology of health: leverage points and linkages. *Behavioral Medicine*, 26(3), 101-115.
- Günkör, C. ve Özdemir, M. Ç. (2017). Sosyal sermaye ve eğitim ilişkisi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 15(1), 70-90.
- Güven, S. (2014). Türkiye’de sağlık sosyolojisi çalışmaları. *Sosyoloji Dergisi*, (29), 127-153.
- Hall, J. A., Coats, E. J. ve LeBeau, L. S. (2005). Nonverbal behavior and the vertical dimension of social relations: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 131(6), 898-924.
- Hanson, M. D. ve Chen, E. (2007). Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 263-285.
- Heitz, H. K. ve Mitchell, A. M. (2022). Subjective social status and mental health outcomes: the role of mindfulness. *Journal of Prevention and Health Promotion*, 3(4), 445-467.
- Higgins, J. W., Begoray, D. ve MacDonald, M. (2009). A Social Ecological conceptual framework for understanding adolescent health literacy in the health education classroom. *American Journal of Community Psychology*, 44, 350-362.
- Hill-Briggs, F., Adler, N. E., Berkowitz, S. A., Chin, M. H., Gary-Webb, T. L., Navas-Acien, A., Thornton, P. L. ve Haire-Joshu, D. (2021). Social determinants of health and diabetes: a scientific review. *Diabetes Care*, 44(1), 258-279.
- Hoebel, J., Maske, U. E., Zeeb, H. ve Lampert, T. (2017). Social inequalities and depressive symptoms in adults: the role of objective and subjective socioeconomic status. *PLoS One*, 12(1), 1-18.
- Holt-Lunstad, J. (2018). Why social relationships are important for physical health: a systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annual Review of Psychology*, 69, 437-458.

- Holt-Lunstad, J. ve Birmingham, W. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 239-244.
- Hong, J. ve Yi, J. H. (2017). The relationship of subjective social status to mental health in South Korean adults. *World Psychiatry*, 16(1), 107-108.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Horst, H. V. D., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Meer, J. W. M. V. D., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. V. ve Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal (BMJ)*, 343, d4163.
- Huurre, T., Aro, H. ve Rahkonen, O. (2003). Well-being and health behaviour by parental socioeconomic status. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 249-255.
- Huynh, V. W. ve Chiang, J. J. (2018). Subjective social status and adolescent health: the role of stress and sleep. *Youth & Society*, 50(7), 926-946.
- Hyman, H.H. (1942). *The psychology of status*. New York: Columbia University.
- Hystad, P. ve Carpiano, R. M. (2010). Sense of community-belonging and health-behavior change in Canada. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(3), 277-283.
- Jackman, M. R. ve Jackman, R. W. (1973). Interpretation of relation between objective and subjective social status. *American Sociological Review*, 38(5), 569-582.
- Jilani, M. H., Javed, Z., Yahya, T., Valero-Elizondo, J., Khan, S. U., Kash, B., Blankstein, R., Virani, S. S., Blaha, M. J., Dubey, P., Hyder, A. A., Vahidy, F. S., Cainzos-Achirica, M. ve Nasir, K. (2021). Social determinants of health and cardiovascular disease: current state and future directions towards healthcare equity. *Current Atherosclerosis Reports*, 23:55, 1-11.
- Kagamimori, S., Gaina, A. ve Nasermoaddeli, A. (2009). Socioeconomic status and health in the Japanese population. *Social Science & Medicine*, 68, 2152-2160.
- Kalaycı, Ş. (2010). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. (5.Baskı). Asil Yayın.
- Kalaycıoğlu, S., Çelik, K., Çelen, Ü. ve Türkyılmaz, S. (2010). Temsili bir örnekleme sosyo-ekonomik statü (SES) ölçüm aracı geliştirilmesi: Ankara kent merkezi örneği. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 13(1), 183-220.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 uygulamalı biyoistatistik*. Nobel Yayıncılık.
- Karatana, Ö. (2022). *Sağlığın sosyal belirleyicileri ve halk sağlığı hemşireliği*. Sağlık&Bilim-2022:Hemşirelik III. Efeakademi Yayınları. 1. Basım. 7-20.

- Karp, A., K reholt, I., Qiu, C., Bellander, T., Winblad, B. ve Fratiglioni, L. (2004). Relation of education and occupation-based socioeconomic status to incident Alzheimer’s disease. *American Journal of Epidemiology*, 159(2), 175-183.
- Kawachi, I. ve Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(3), 458-467.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Kim, K. W., Wallander, J. L., Peskin, M., Cuccaro, P., Elliott, M. N. ve Schuster, M. A. (2018). Associations between parental SES and children’s health-related quality of life: the role of objective and subjective social status. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(5), 534-542.
- King, K. M. ve Gonzalez, G. B. (2018). Increasing physical activity using an Ecological Model. *ACSM’s Health & Fitness Journal*, 22(4), 29-32.
- Kitchen, P., Williams, A. ve Chowhan, J. (2012). Sense of community belonging and health in Canada: a regional analysis. *Social Indicators Research*, 107, 103-126.
- Klein, J., Hofreuter-G tgens, K. ve Von dem Knesebeck, O. (2014). Socioeconomic status and the utilization of health services in Germany: a systematic review. *Health Care Utilization in Germany*, 117-143.
- Koski, J., Xie, H. ve Olson, I. R. (2015). Understanding social hierarchies: the neural and psychological foundations of status perception. *Social Neuroscience*, 10(5), 527-550.
- Kraus, M. W., Park, J. W. ve Tan, J. J. X. (2017). Signs of social class: the experience of economic inequality in everyday life. *Perspectives on Psychological Science*, 12(3), 422-435.
- Kraus, M. W. ve Stephens, N. M. (2012). A road map for an emerging psychology of social class. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(9), 642-656.
- Krouse, H. J. (2020). Covid-19 and the widening gap in health inequity. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 163(1), 65-66.
- Kubzansky, L., Berkman, L., Glass, T. ve Seeman, T. (1998). Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Findings from the MacArthur studies of successful aging. *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 578-585.
- Kumar, G., Dash, P., Patnaik, J. ve Pany, G. (2022). Socioeconomic status scale-modified Kuppuswamy Scale for the year 2022. *International Journal of Community Dentistry*, 10(1), 1-6.
- Kut, A. ve Salg r, F. (2015). Sağlık alanında sosyoekonomik d zey belirleme: tıbbi araştırmalarda doğru uyguluyor muyuz? *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(1), 4-13.

- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. ve Kroll, L. E. (2018). Socioeconomic status and subjective social status measurement in KiGGS Wave 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 108-125.
- Langille, J. L. D. ve Rodgers, W. M. (2010). Exploring the influence of a Social Ecological Model on school-based physical activity. *Health Education & Behavior*, 37(6), 879-894.
- Langlois, S., Zern, A., Anderson, A., Ashekun, O., Ellis, S., Graves, J. ve Compton, M. T. (2020). Subjective social status, objective social status, and substance use among individuals with serious mental illnesses. *Psychiatry Research*, 293, 1-8.
- Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's definition of health: social versus spiritual health. *Social Indicators Research*, 38, 181-192.
- Lehman, B. J., David, D. M. ve Gruber, J. A. (2017). Rethinking the biopsychosocial model of health: understanding health as a dynamic system. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(8), 1-17.
- Limanlı, Ö. (2021). Türkiye’de sağlık ve sosyoekonomik sınıf. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 6(15), 156-171.
- Lindau, S. T., Laumann, E. O., Levinson, W. ve Waite, L. J. (2003). Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: the Interactive Biopsychosocial Model. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3 Suppl), 1-11.
- Lindberg, M. H., Chen, G., Olsen, J. A. ve Abelsen, B. (2021). Explaining subjective social status in two countries: the relative importance of education, occupation, income and childhood circumstances. *SSM-Population Health*, 15, 1-10.
- Lindemann, K. (2007). The impact of objective characteristics on subjective social position. *Trames*, 1, 54-68.
- Macintyre, S. (1992). The effects of family position and status on health. *Social Science & Medicine*, 35(4), 453-464.
- Macleod, J., Smith, G. D., Metcalfe, C. ve Hart, C. (2005). Is subjective social status a more important determinant of health than objective social status? Evidence from a prospective observational study of Scottish men. *Social Science & Medicine*, 61, 1916-1929.
- Magee, J. C. ve Galinsky, A. D. (2008). Social hierarchy: the self-reinforcing nature of power and status. *The Academy of Management Annals*, 2(1), 351-398.
- Marmot, M. (2002). The influence of income on health: views of an epidemiologist. *Health Affairs*, 21(2), 31-46.
- Marmot, M. G., Kogevinas, M. ve Elston, M. A. (1987). Social/Economic status and disease. *Annual Review of Public Health*, 8, 111-135.

- Mattan, B. D., Kubota, J. T. ve Cloutier, J. (2017). How social status shapes person perception and evaluation: a social neuroscience perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 12(3), 468-507.
- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R. ve Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172, 22-30.
- McCormack, L., Thomas, V., Lewis, M. A. ve Rudd, R. (2017). Improving low health literacy and patient engagement: a social ecological approach. *Patient Education and Counseling*, 100, 8-13.
- McCraty, R. (2011). Coherence: bridging personal, social and global health. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 53(3), 85-102.
- McEwen, B. S. ve Gianaros, P. J. (2010). Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 190-222.
- McLaughlin, K. A., Costello, E. J., Leblanc, W., Sampson, N. A. ve Kessler, R. C. (2012). Socioeconomic status and adolescent mental disorders. *American Journal of Public Health*, 102(9), 1742-1750.
- McQuaid, R. J., Cox, S. M. L., Ogunlana, A. ve Jaworska, N. (2021). The burden of loneliness: Implications of the social determinants of health during Covid-19. *Psychiatry Research*, 296, 1-7.
- McQueen, D.V. (2009). Three challenges for the social determinants of health pursuit. *International Journal of Public Health*, 54, 1-2.
- Mello, Z. R. (2009). Racial/ethnic group and socioeconomic status variation in educational and occupational expectations from adolescence to adulthood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(4), 494-504.
- Michalski, C. A., Diemert, L. M., Helliwell, J. F., Goel, V. ve Rosella, L. C. (2020). Relationship between sense of community belonging and self-rated health across life stages. *SSM-Population Health*, 12, 1-7.
- Michalski, C., Hurst, M., Diemert, L., Mah, S. M., Helliwell, J., Kim, E. S. ve Rosella, L. C. (2024). A national cohort study of community belonging and its influence on premature mortality. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 78(4), 205-211.
- Michelson, N., Riis, J. L. ve Johnson, S. B. (2016). Subjective social status and psychological distress in mothers of young children. *Maternal and Child Health Journal*, 20(10), 2019-2029.
- Miech, R. A. ve Hauser, R. M. (2001). Socioeconomic status (SES) and health at midlife; a comparison of educational attainment with occupation-based indicators. *Annals of Epidemiology*, 11(2), 75-84.

- Miller, J. M., Wolfson, J., Laska, M. N., Nelson, T. F., Pereira, M. A. ve Dianne, N. S. (2019). Factor analysis test of an Ecological Model of physical activity correlates. *American Journal of Health Behavior*, 43(1), 57-75.
- Mirowsky, J., Ross, C. E. ve Reynolds, J. (2000). *Links between social status and health status*. In E. C. Bird, P. Conrad, & A. M. Fremont (Eds.), *Handbook of medical sociology* (5th ed., pp. 47-67). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall.
- Miyakawa, M., Magnusson Hanson, L. L., Theorell, T. ve Westerlund, H. (2011). Subjective social status: its determinants and association with health in the Swedish working population (the SLOSH study). *European Journal of Public Health*, 22(4), 593-597.
- Moore, G. (1990). Structural determinants of mens's and women's personal networks. *American Sociological Review*, 55(5), 726-735.
- Moscrop, A., Ziebland, S., Bloch, G. ve Iraola, J. R. (2020). If social determinants of health are so important, shouldn't we ask patients about them? *BMJ*, 371, m4150, 1-4.
- Moss, R. H., Kelly, B., Bird, P. K., Nutting, H. Z. ve Pickett, K. E. (2023). Turning their backs on the 'ladder of success'? Unexpected responses to the MacArthur Scale of subjective social status. *Wellcome Open Research*, 8, 1-11.
- Napier, A. D., Arcano, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav, S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdasani, S., Smith, S., Stougaard-Nielsen, J., Tyler, N., Volkmann, A. M., Walker, T., Watson, J., Williams, A. C. C., Willott, C., Wilson, J. ve Woolf, K. (2014). Commission on culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1-61.
- Nash, D. B., Dobbins, J., Cockerell, T. ve Woodard, L. (2021). *Multi-Sector partnerships and networks to support social health, medical education, and return on investment*. College of Population Health Faculty Papers. Paper 122.
- Nelson, A., Abbott, R. ve Macdonald, D. (2009). Indigenous Australians and physical activity: using a social-ecological model to review the literature. *Health Education Research*, 25(3), 498-509.
- Nesanır, N. (2007). *Türkiye'de sağlık alanında kullanılmak üzere bir sosyoekonomik indeks denemesi*. (Uzmanlık tezi). Celal Bayar Üniversitesi.
- Neubert, M., Süßenbach, P., Rief, W. ve Euteneuer, F. (2019). Unemployment and mental health in the German population: the role of subjective social status. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 557-564.
- Neubert, M., Süßenbach, P., Rief, W. ve Euteneuer, F. (2023). Does subjective social status affect pain thresholds? – an experimental examination. *Psychology, Health & Medicine*, 1-11.

- Nielsen, F., Roos, J. M. ve Combs, R. M. (2015). Clues of subjective social status among young adults. *Social Science Research*, 52, 370-388.
- Nobles, J., Weintraub, M. R. ve Adler, N. E. (2013). Subjective socioeconomic status and health: relationships reconsidered. *Social Science & Medicine*, 82, 48-66.
- Nosrati, R. ve Fouladi, M. (2020). The impact of physical health on social health. Case study of two healthy and (cardiovascular) patient groups in Rasht City of Iran. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*, 28(1), 453-465.
- Nuss, H. J., Hester, L. L., Perry, M. A., Stewart-Briley, C., Reagon, V. M. ve Collins, P. (2016). Applying the Social Ecological Model to creating asthma-friendly schools in Louisiana. *Journal of School Health*, 86, 225-232.
- Nuss, H. J., Williams, D. L., Hayden, J. ve Huard, C. R. (2012). Applying the Social Ecological Model to evaluate a demonstration colorectal cancer screening program in Louisiana. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 23(3), 1026-1035.
- Nutbeam, D. ve Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159-173.
- Ohri-Vachaspati, P., DeLia, D., DeWeese, R. S., Crespo, N. C., Todd, M. ve Yedida, M. J. (2014). The relative contribution of layers of the Social Ecological Model of childhood obesity. *Public Health Nutrition*, 18(11), 2055-2066.
- O'Leary, D., Uysal, A., Rehkopf, D. H. ve Gross, J. J. (2021). Subjective social status and physical health: the role of negative affect and reappraisal. *Social Science & Medicine*, 291, 1-10.
- Operario, D., Adler, N. E. ve Williams, D. R. (2004). Subjective social status: reliability and predictive utility for global health. *Psychology & Health*, 19(2), 237-246.
- Ostrove, J. M. ve Adler, N. E. (1998). Socioeconomic status and health. *Clinical Psychology and Behavioural Medicine*, 11(6), 649-653.
- Özdiş, M. (2017). Kolektif ve bireysel kimlikler bağlamında sosyal bütünleşme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (28), 383-400.
- Özen, S. (1993). Sosyolojide bir alan: Sağlık Sosyolojisi ve sağlık-toplumsal yapı ilişkileri. *Sosyoloji Dergisi*, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları 4, 73-88.
- Paremoer, L., Nandi, S., Serag, H. ve Baum, F. (2021). Covid-19 pandemic and the social determinants of health. *BMJ*, 372(129), 1-5.
- Paul, R., Arif, A., Pokhrel, K. ve Ghosh, S. (2021). The association of social determinants of health with Covid-19 mortality in rural and urban counties. *The Journal of Rural Health*, 37(2), 278-286.
- Pickett, K. E. ve Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: a casual review. *Social Science & Medicine*, 128, 316-326.

- Qiu, M., Jessani, N. ve Bennett, S. (2018). Identifying health policy and systems research priorities for the sustainable development goals: social protection for health. *International Journal for Equity in Health*, 17:155, 1-14.
- Rahal, D., Chiang, J. J., Bower, J. E., Irwin, M. R., Venkatraman, J. ve Fuligni, A. J. (2020). Subjective social status and stress responsivity in late adolescence. *The International Journal on the Biology of Stress*, 23(1), 50-59.
- Rahkonen, O., Lahelma, E. ve Huuhka, M. (1997). Past or present? Childhood living conditions and current socioeconomic status as determinants of adult health. *Social Science & Medicine*, 44(3), 327-336.
- Rahman, R., Reid, C., Kloer, P., Henchie, A., Thomas, A. ve Zwigelaar, R. (2024). A systematic review of literature examining the application of a social model of health and wellbeing. *European Journal of Public Health*, 1-6.
- Raphael, D. (2006). Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *International Journal of Health Services*, 36(4), 651-677.
- Renne, K. S. (1974). Measurement of social health in a general population survey. *Social Science Research*, 3(1), 25-44.
- Ritterman, M. L. (2007). *Perceived social status and adolescent health and risk behaviors: a systematic review*. (ISSC Working Paper Series 2006 – 2007, 24). Berkeley, CA: Institute for the Study of Societal Issues, UC Berkeley.
- Robert, S. A. ve Li, L. W. (2001). Age variation in the relationship between community socioeconomic status and adult health. *Researching on Aging*, 23(2), 234-259.
- Rollston, R. ve Galea, S. (2020). Covid-19 and the social determinants of health. *American Journal of Health Promotion*, 34(6), 687-689.
- Rosário, E. V. N., Severo, M., Francisco, D., Brito, M. ve Costa, D. (2021). Examining the relation between the subjective and objective social status with health reported needs and health-seeking behaviour in Dande, Angola. *BMC Public Health*, 21, 1-16.
- Ross, C. E., Mirowsky, J. ve Goldsteen, K. (1990). The impact of the family on health: the decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1059-1078.
- Rossello, J. ve Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive- behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 734-745.
- Roth, A. R. (2020). Social networks and health in later life: a state of the literature. *Sociology of Health & Illness*, 42(7), 1642-1656.
- Rowlands, G., Shaw, A., Jaswal, S., Smith, S. ve Harpham, T. (2017). Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. *Health Promotion International*, 32(1), 130-138.

- Russell, M. A. ve Odgers, C. L. (2019). Adolescents' subjective social status predicts day-to-day mental health and future substance use. *Journal of Research on Adolescence*, 30(S2), 532-544.
- Ryan, B. J., Coppola, D., Canyon, D. V., Brickhouse, M. ve Swienton, R. (2021). Covid-19 community stabilization and sustainability framework: an integration of the Maslow Hierarchy of Needs and social determinants of health. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 14(5), 623-629.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sachdev, P. E. (2022). Social health, social reserve and dementia. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(2), 111-117.
- Sağlık, C. (2019). Emile Durkheim'in metodolojisi ve sosyolojisi. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (KÜSBD)*, 9(2), 449-480.
- Sakura, M. (2024). A review on the impact of subjective social status and socioeconomic status on people. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 26, 766-770.
- Saleem, S. M. ve Jan, S. S. (2019). Modified Kuppaswamy socioeconomic scale updated for the year 2019. *Indian Journal of Forensic and Community Medicine*, 6(1), 1-3.
- Sanchón-Macias, M. V., Prieto-Salceda, D., Bover-Bover, A. ve Gastaldo, D. (2013). Relationship between subjective social status and perceived health among Latin American immigrant women. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6), 1353-1359.
- Sarafino, E. P. ve Smith, W. T. (2014). *Health psychology: biopsychosocial interactions*. (8.Basım). John Wiley & Sons.
- Schubert, T., Süßenbach, P., Schäfer, S. J. ve Euteneuer, F. (2016). The effect of subjective social status on depressive thinking: an experimental examination. *Psychiatry Research*, 241, 22-25.
- Scott, K. M., Al-Hamzawi, A. O. ve Andrade, L. H. (2014). Associations between subjective social status and DSM-IV mental disorders results from the world mental health surveys. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1400-1408.
- Seo, W. H., Kwon, J. H., Eun, S., Kim, G., Han, K. ve Choi, B. M. (2017). Effect of socio-economic status on sleep. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53, 592-597.
- Sezer Korucu, K., Çalışkan Söylemez, Ş. ve Oksay, A. (2021). Biyopsikososyal Yaklaşım ve gelişim süreci. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(30), 689-700.

- Shaked, D., Williams, M., Evans, M. K. ve Zonderman, A. B. (2016). Indicators of subjective social status: differential associations across race and sex. *SSM – Population Health*, 2, 700-707.
- Shavers, V. L. (2007). Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *Journal of the National Medical Association*, 99(9), 1013-1023.
- Sieck, C. J., Sheon, A., Ancker, J. S., Castek, J., Callahan, B. ve Siefer, A. (2021). Digital inclusion as a social determinant of health. *npj Digital Medicine*, 4:52, 1-3.
- Singh-Manoux, A., Marmot, M. G. ve Adler, N. E. (2005). Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 855-861.
- Singu, S., Acharya, A., Challagundla, K. ve Byraredy, S. N. (2020). Impact of social determinants of health on the emerging Covid-19 pandemic in the United States. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-10.
- Smith, A. M. ve Baghurst, K. I. (1992). Public health implications of dietary differences between social status and occupational category groups. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 46(4), 409-416.
- Smith, K. P. ve Christakis, N. A. (2008). Social networks and health. *The Annual Review of Sociology*, 34, 405-429.
- Song, L., Pettis, P. J., Chen, Y. ve Goodson-Miller, M. (2021). Social cost and health: the downside of social relationships and social networks. *Journal of Health and Social Behavior*, 62(3), 1-46.
- Soofizad, G., Rakhshanderou, S., Ramezankhani, A. ve Ghaffari, M. (2022). The concept of social health from an Iranian perspective: a qualitative exploration. *Frontiers in Public Health*, 10, 1-12.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. ve Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80, 1-13.
- Spring, H. (2020). Health literacy and Covid-19. *Health Information and Libraries Journal*, 37, 171-172.
- Steen, P. B., Poulsen, P. H., Andersen, J. H. ve Biering, K. (2020). Subjective social status is an important determinant of perceived stress among adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20, 1-9.
- Stewart, M. J., Makwarimba, E., Reutter, L. I., Veenstra, G., Raphael, D. ve Love, R. (2009). Poverty, sense of belonging and experiences of social isolation. *Journal of Poverty*, 13, 173-195.
- Stormacq, C., Van den Broucke, S. ve Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 34(5), e1-e17.

- Suhr, D. D. (2006). Exploratory or confirmatory factor analysis? *SAS Institute: Cary*, 1-17.
- Suls, J., Krantz, D. S. ve Williams, G. C. (2013). Three strategies for bridging different levels of analysis and embracing the Biopsychosocial Model. *Health Psychology*, 32(5), 597-601.
- Suls, J. ve Rothman, A. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.
- Sundquist, J., Johansson, S. E., Yang, M. ve Sundquist, K. (2006). 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(4), 954-963.
- Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (2014). *Biyoistatistik*. (16. Baskı). Hatipoğlu Yayınları.
- Sweeting, H., West, P., Young, R. ve Kelly, S. (2010). Dimensions of adolescent subjective social status within the school community: description and correlates. *Journal of Adolescence*, 34(3), 493-504.
- Şahin, T. (2009). *Sosyal dışlanma ve yoksulluk ilişkisi*. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Sosyal Yardım Uzmanlık Tezi.
- Şahin, O. ve Nasır, S. (2019). Objektif ve sübjektif sosyal statü arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Economy Culture and Society*, (59), 143-156.
- Şenkal, A. (2021). Sosyal korumada küresel boyutlar: sorunlar ve temel tartışmalar. *İnsan&İnsan*, 8(30), 13-28.
- Şimşek, H. ve Kılıç, B. (2012). Sağlık eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(2), 116-127.
- Tan, J. J. X., Kraus, M. W., Carpenter, N. C. ve Adler, N. E. (2020). The association between objective and subjective socioeconomic standing and subjective well-being: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 146(11), 970-1020.
- Tang, K. L., Rashid, R., Godley, J. ve Ghali, W. A. (2016). Association between subjective social status and cardiovascular disease and cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 6(3), 1-14.
- Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Nobel Yayıncılık.
- Tay, L., Tan, K., Diener, E. ve Gonzalez, E. (2013). Social relations, health behaviors, and health outcomes: a survey and synthesis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5(1), 28-78.
- Tay, L., Zyphur, M. ve Batz, C. L. (2018). Income and subjective well-being: review, synthesis, and future research. In Diener, E., Oishi, S. and Tay, L. (Eds.), *Handbook of Well Being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.

- Topçu, U. C., Eroğlu, U. ve Özer, A. (2020). Gösterişçi tüketimin kökenleri: benlik, sosyal statü ve tüketici materyalizmi. *Tüketici ve Tüketim Araştırmaları Dergisi*, 12(1), 151-185.
- Travassos, C., Viacava, F., Pinheiro, R. ve Brito, A. (2002). Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics and social status. *Pan American Journal of Public Health*, 11(5-6), 365-373.
- Turkay, H., Mumcu, H. E., Kusan, O. ve Güngöz, E. (2018). Öznel sosyal statü ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 7(4), 2391-2403.
- Turner-Musa, J., Ajayi, O. ve Kemp, L. (2020). Examining social determinants of health, stigma, and Covid-19 Disparities. *Healthcare*, 8(2), 168, 1-7.
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri. (b.t.). *Güncel Türkçe sözlük: sosyal statü*. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden 11 Mart 2024 tarihinde erişilmiştir.
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri. (b.t.). *Güncel Türkçe sözlük: toplum*. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden 5 Kasım 2023 tarihinde erişilmiştir.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2022, 4 Şubat) *Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2021*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-%20Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500> adresinden 15 Ocak 2023 tarihinde erişilmiştir.
- Tzenios, N. (2019). The determinants of access to healthcare: a review of individual, structural, and systemic factors. *Journal of Humanities and Applied Science Research*, 2(1), 1-14.
- Umberson, D. ve Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: a flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 54-66.
- Ursache, A., Noble, K. G. ve Blair, C. (2015). Socioeconomic status, subjective social status, and perceived stress: associations with stress physiology and executive functioning. *Behavioral Medicine*, 41, 145-154.
- Van Bergen, A. P. L., Wolf, J. R. L. M., Badou, M., De Wilde-Schutten, K., Ijzelenberg, W., Schreurs, H., Carlier, B., Hoff, S. J. M. ve Van Hemert, A. M. (2018). The association between social exclusion or inclusion and health in EU and OECD countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 29(3), 575-582.
- Van den Broucke, S. (2014). Health literacy: a critical concept for public health. *Archives of Public Health*, 72:10, 1-2.
- Van Kleef, G. A. ve Cheng, J. T. (2020). Power, status, and hierarchy: current trends and future challenges. *Current Opinion in Psychology*, 33, iv-xiii.
- Varol, D. (2023). Kimlik gelişiminde sosyal bağlamanın rolü üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Yaşadıkça Eğitim*, 37(3), 972-989.

- Vasile, C. (2013). An evaluation of self-acceptance in adults. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 78, 605-609.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9, 449-469.
- Veenstra, G. ve Kelly, S. (2007). Comparing objective and subjective status: gender and space (and environmental justice?). *Health & Place*, 13, 57-71.
- Viswanath, K., Bekalu, M., Dhawan, D., Pinnamaneni, R., Lang, J. ve McLoud, R. (2021). Individual and social determinants of Covid-19 vaccine uptake. *BMC Public Health*, 21:818, 1-10.
- Wade, D. T. ve Halligan, P. W. (2017). The Biopsychosocial Model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 995-1004.
- Waddington, J. (2023). Self-efficacy. *ELT Journal*, 77(2), 237-240.
- Wani, R. T. (2019). Socioeconomic status scales-modified Kuppuswamy and Udai Pareekh's scale updated for 2019. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(6), 1846-1849.
- Wardle, J., Robb, K. ve Johnson, F. (2002). Assessing socioeconomic status in adolescents: the validity of a home affluence scale. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(8), 595-599.
- Warner, W. L., Meeken, M. ve Eells, K. (1960). *Social class in America; a manual of procedures for measurement of social status*. Harper Torchbooks. The Academy Library. Harper and Brothers Publishers. 1-44.
- Weed, D. L. ve McKeown, R. E. (2003). Science and social responsibility in public health. *Environmental Health Perspectives*, 111(14), 1804-1808.
- Weiss, G. L. ve Lonnquist, L. E. (2020). *The sociology of health, healing, and illness*. 10th edition.
- Wilkinson, R. G. (1999). Health, hierarchy, and social anxiety. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 48-63.
- Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J. S. ve Anderson, N. B. (1997). Racial differences in physical and mental health: socio-economic status, stress and discrimination. *Journal of Health Psychology*, 2(3), 335-351.
- Williams, G. H. (2003). The determinants of health: structure, context and agency. *Sociology of Health & Illness*, 25(3), 131-154.
- Wold, B. ve Mittelman, M. B. (2018). Health-promotion research over three decades: The social-ecological model and challenges in implementation of interventions. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(Suppl 20), 20-26.

- Wolfe, J. D. (2015). The effects of socioeconomic status on child and adolescent physical health: an organization and systematic comparison of measures. *Social Indicators Research*, 123, 39-58.
- World Health Organization (WHO). (2013, 7 Mayıs). *Social determinants of health: key concepts*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/social-determinants-of-health-key-concepts> adresinden 5 Kasım 2023 tarihinde erişilmiştir.
- Yamaguchi, K. ve Wang, Y. (2002). Class identification of married employed women and men in America. *American Journal of Sociology*, 108(2), 440-475.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46(Özel Sayı 2017), 74-85.
- Yıldırım, S. (2014). Sosyal dışlanma ve Avrupa Birliği yaklaşımı. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 91-108.
- Yıldız, O. ve Baş, M. (2017). Türkiye’de orta sınıf tüketim alışkanlıklarının özellikleri. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi*, 52(1), 150-179.
- Zahodne, L. B., Kraal, A. Z., Zaheed, A. ve Sol, K. (2018). Subjective social status predicts late-life memory trajectories through both mental and physical health pathways. *Gerontology*, 64(5), 1-9.
- Zell, E., Strickhouser, J. E. ve Krizan, Z. (2018). Subjective social status and health: a meta analysis of community and society ladders. *Health Psychology*, 37(10), 979-987.
- Zimmerman, E., Woolf, S. H. ve Haley, A. (2015). Understanding the relationship between education and health: a review of the evidence and an examination of community perspectives. *Population health: Behavioral and social science insights*, 347-384.
- Zou, H., Chen, Y., Fang, W., Zhang, Y. ve Fan, X. (2016). The mediation effect of health literacy between subjective social status and depressive symptoms in patients with heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 91, 33-39.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

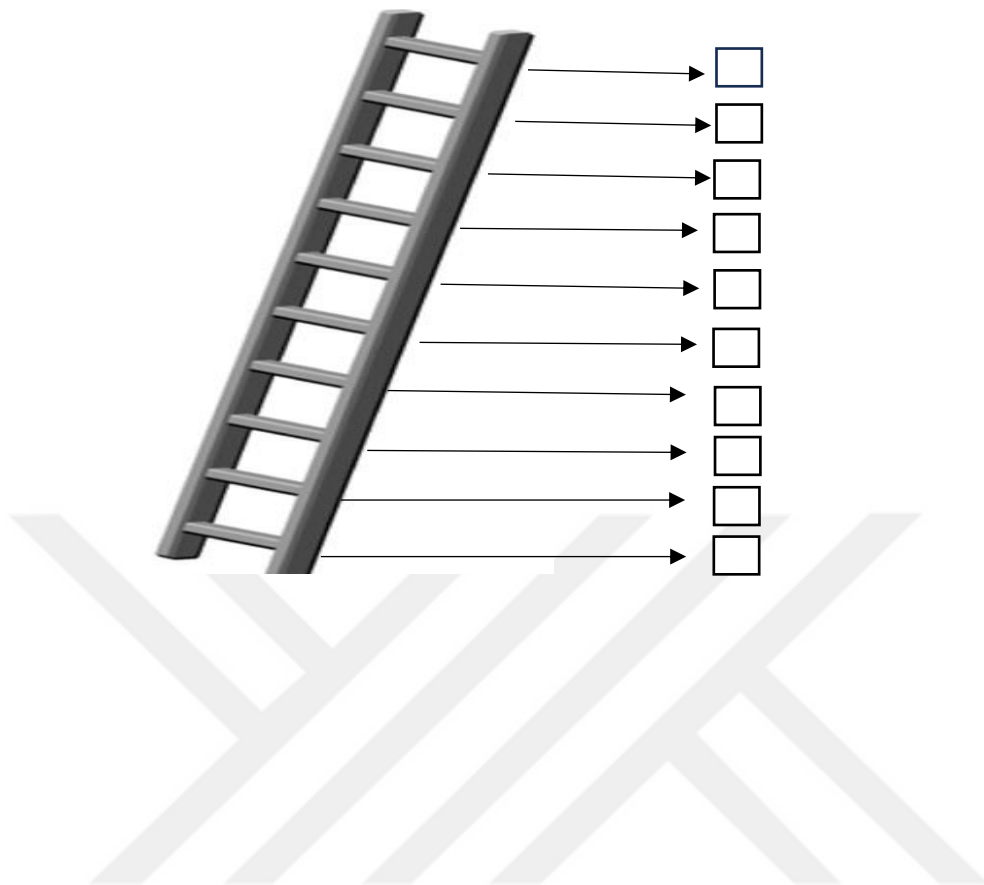
Sosyo-Demografik Bilgiler

Cinsiyet: () Kadın () Erkek
Medeni Durum: () Evli () Bekâr
Yaş: () 25-35 () 36-45 () 46-55 () 56 ve üzeri
Meslek:
Eğitim Durumu: () İlköğretim () Lise () Önlisans () Lisans () Lisansüstü
Gelir Durumu: () Gelirim giderimden düşük () Gelirim giderime denk () Gelirim giderimden yüksek

Soruların doğru cevabı yoktur. Size göre en uygun cevabı seçmeniz değerlendirme bakımından önemlidir.	Kesinlikle	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Ailem ruhsal ve duygusal açıdan benim koruyucumdur.					
Ailemin fertleri, bana sevgi ve şefkat gösterir.					
Aile fertlerimle ilişkilerimden memnunum.					
Eğer bir sakatlık veya engelle karşılaşırsam ailem beni himaye eder.					
Mutluluğumu sağlama ve boş zamanlarımı doldurmada ailemin önemli rolü vardır.					
Ailem manevi ve dini gelişimimde bana imkânlar sağlar.					
Arkadaşlarım ruhsal ve duygusal açıdan benim koruyucumdur.					
Aile fertlerimin dışında, diğer şahıslar da bana sevgi ve şefkat gösterir.					
Yaptığım olumlu işler takdir görür.					
Mali sıkıntıyla karşılaştığım zaman bana yardım edecek birisi vardır.					
Hastalık ve ihtiyaç anında başkaları tarafından destek görürüm.					
Arkadaşlarımla ilişkilerimden memnunum.					
Misafirlik ve ziyaret gibi dost toplantılarına katılırım.					
Ruhsal ve veya duygusal sorun yaşadığımda başkaları ile dertleşirim.					

Toplum benim sağlıklı olacağım ve hastalanmayacağım şartları sağlar.					
Mali sorunla karşılaştığım zaman bana yardım edecek kurum veya bir yer vardır.					
Toplum manevi ve dini gelişimimde bana imkânlar sağlar.					
Toplum benim eğlenmem ve mutlu olmam için şartlar ve imkânlar sağlar.					
Toplum beni bir üyesi olarak kabul eder.					
Toplum benim olgunlaşmama ve gelişmeme imkânları sağlar.					
Toplum bana kabiliyetlerimi ortaya çıkaracağım imkânlar verir.					
Ben bir fert olarak toplumdan saygı görürüm.					
Toplumun mevcut kuralları beni korur.					
Toplumumun adet ve geleneklerini beğenirim.					
Ben toplumun karar almasında etkili bir kişiyim.					
Toplumun birey ve fertlerine güveniyorum.					
Eğer bir sakatlık veya engelle karşılaşırsam, toplumsal imkânlardan istifade edebilirim.					
Toplum, benim ve ailemin güvenliği için gerekli imkânları sağlar.					
Radyo ve televizyon gibi medya programları benim gelişmemi ve olgunlaşmamı sağlar.					
Ben mahallemde kendimi güven ve huzur içinde hissederim.					
Hayır kurumları, dini gruplar, mahalle konseyleri, sendikalar ve benzeri toplumsal cemiyetlere katılırım.					
Toplumsal sorunlar hakkındaki görüşlerimi diğer fertlere duyurmak için çabalarım.					
Hastalık zamanında, uygun sağlık hizmeti alma imkânım vardır.					

Merdivenin en tepesinde en iyi durumda olanlar, en çok paraya, en çok eğitime ve en iyi işe sahip olanlar var. En altta en kötü durumda olan, en az gelire, en az eğitime, en kötü işe sahip olan veya hiç işi olmayan insanlar var. Lütfen merdivende durduğunuzu düşündüğünüz yeri en iyi temsil eden basamağa bir “X” koyun.



Ek 2. Sosyal Sağlık Ölçeği Kullanım İzni

Sosyal Sağlık Ölçeği Kullanım İzni

Gelen kutusu



ben 17 Oca



Sayın Hocam,
Ben Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans öğrencisi Aleyna Cebeci.
Sosyal sağlık ve sosyal statü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla çalışacağım "Bireylerin Sosyal Sağlık Düzeylerinde Sosyal Statünün Rolü: Kocaeli İli Örneği" başlıklı yüksek lisans tezimde izniniz olursa sizin geliştirdiğiniz Sosyal Sağlık Ölçeğini kullanmak istiyorum.
Müsait bir zaman diliminde geri dönüş sağlarsanız çok memnun olurum.

İyi çalışmalar dilerim.

Aleyna CEBECİ



beyza hatipoğlu 17 Oca



alıcı: ben v

Canım ölçeğimi kullanman beni mutlu eder.
Çalışmalarında başarılar

iPhone'umdan gönderildi

Ek 3. MacArthur Sosyal Statü Ölçeği Kullanım İzni

Postalarda arama yapın

Etkin

16.8 İleri dışından 2.

Turkey -- use of MacArthur Social Status Scale

Epel, Elissa

Alıcı: ben, Nancy

27 Ocak 2023 19:12 (2 gün önce)

Hello!

The scale is free to use! Please use it for your thesis.

I don't know if it has been used in Turkey yet -- I have cited the author
Of the scale, Dr. Nancy Adler, in case she knows.

With best wishes,
Elissa

From: ALEYNA CEBECİ
Date: Friday, January 27, 2023 at 1:38 AM
To: Elissa Epel
Subject: MacArthur Social Status Scale

This Message Is From an Untrusted Sender

You have not previously corresponded with this sender.

Dear Professor Epel,

I hope you and your loved ones are doing well. I am Aleyna Cebeci, a graduate student at Sakarya University, Department of Health Management. I will write my master's thesis on social health and social status, so I will be happy to use the "MacArthur Social Status Scale" you developed. Would you allow me to use the scale you developed for my master's thesis?

I will be able to use the scale after your positive answer, otherwise I will not be able to use it, therefore, I would be pleased if you provide feedback when you are able.

I wish you good work.

Aleyna CEBECİ

Ek 4. Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu



Sayı : E-61923333-050.99-217540
Konu : 54/26 Aleyna CEBECİ

02.02.2023

Sayın Aleyna CEBECİ

İlgi : 30.01.2023 tarihli ve E--000-0 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulunun 01.02.2023 tarihli ve 54 sayılı toplantısında alınan "26" nolu karar ile Aleyna CEBECİ'nin başvurusu **uygun** görülmüş ve karar örneği ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Bayram TOPAL
Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu
Başkanı

Ek: Karar Yazısı (1 Sayfa)

KARAR

26. Aleyna CEBECİ'nin “ Bireylerin Sosyal Sağlık Düzeyinde Sosyal Statünün Rolü: Kocaeli İli Örneği ” başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda 26. Aleyna CEBECİ'nin “ Bireylerin Sosyal Sağlık Düzeyinde Sosyal Statünün Rolü: Kocaeli İli Örneği ” başlıklı çalışmasının Etik açıdan **uygun** olduğuna oy birliği ile karar verildi.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Aleyna CEBECİ

ÖĞRENİM DURUMU

Öğrenim Derecesi	Öğrenim Yeri	Öğrenim Yılı
Yüksek Lisans	Sakarya Üniversitesi/İşletme Enstitüsü/Sağlık Yönetimi	2021-2024
Lisans	Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Yönetimi	2017-2021
Lise	Özel Gölcük Sınav Temel Lisesi	2016

YABANCI DİL

İngilizce

ESERLER

Kırılmaz, H. ve Cebeci, A. (2023). İnfoдеми sosyal ağ bağımlılığı ile ilişkili midir? *İletişim ve Diplomasi* (11), 5-26.

Kırılmaz, H., Cebeci, A. ve Ozan, Z. (2023). Kemoterapi tedavisinde hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler üzerine bir araştırma. S. Bostan, R. Erdem ve F. Sevim (Ed.), 8. *Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi Bildiriler Kitabı* içinde (ss. 230-236.) Karadeniz Teknik Üniversitesi Yayınevi.

Akbolat, M., Durmuş, A. ve Cebeci, A. “Doğa kaynaklı afetlere karşı hazırlıklı olma, kadercilik ve inkar niyeti arasındaki ilişkinin incelenmesi.” (Yayın aşaması)

Kırılmaz, H. ve Cebeci, A. “Belediyelerin Sağlık Hizmetleri” (Yayın aşaması)