



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**YOKSULLUK OLGUSU VE TÜRKİYE’DE YOKSULLUĞUN VE
ÇEŞİTLİ FAKTÖRLERİN SAĞLIK STATÜSÜ VE SAĞLIK
HİZMETLERİ KULLANIMI ÜZERİNE ETKİSİ**

Fatih ŞANTAŞ

Doktora Tezi

Ankara, 2016

YOKSULLUK OLGUSU VE TÜRKiYE'DE YOKSULLUĞUN VE
ÇEŞİTLİ FAKTÖRLERİN SAĞLIK STATÜSÜ VE SAĞLIK
HİZMETLERİ KULLANIMI ÜZERİNE ETKİSİ

Fatih ŞANTAŞ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

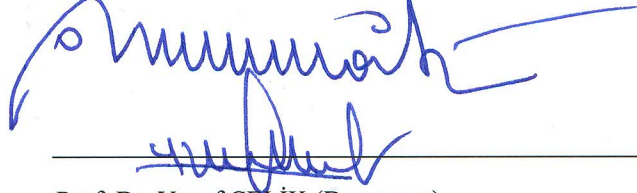
Doktora Tezi

Ankara, 2016

KABUL VE ONAY

Fatih ŞANTAŞ tarafından hazırlanan “Yoksulluk Olgusu ve Türkiye’de Yoksulluğun ve Çeşitli Faktörlerin Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerine Etkisi” başlıklı bu çalışma, 24. 11. 2016 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

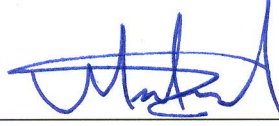
Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ (Başkan)



Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Danışman)



Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU



Doç. Dr. Mehmet Ali ERYURT



Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Sibel BOZBEYOĞLU

Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kâğıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun 3.. yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

24.11.2016



Fatih ŞANTAŞ

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her sürecinde vermiş olduğu destek ve yol göstericiliği için tez danışmanım Prof. Dr. Yusuf ÇELİK'e,

Çalışmayı baştan sona okuyarak çalışmanın içeriği ve yazımı açısından yaptığı katkı için Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU'na,

Çalışmada kullanılan verilerin analize hazır hale getirilmesi ve çalışmanın geneli ile ilgili görüş, öneri ve katkılarından dolayı Doç. Dr. Mehmet Ali ERYURT'a,

Çalışmayı değerlendiren jüri üyeleri Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ'a ve Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU'na,

Çalışma boyunca destek veren ailem ve değerli eşim Arş. Gör. Gülcan ŞANTAŞ'a teşekkür ederim.

ÖZET

ŞANTAŞ, Fatih. *Yoksulluk Olgusu ve Türkiye’de Yoksulluğun ve Çeşitli Faktörlerin Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerine Etkisi*, Doktora Tezi, Ankara, 2016.

Yoksulluk, siyasi ve sosyal katılım, eğitim, ekonomi, sağlık, insan hakları gibi insan hayatının tüm boyutlarını kapsayan bir olgu şeklinde tanımlanmaktadır. Yoksulluk, sağlık statüsünü olumsuz etkilemekte ve sağlık hizmeti kullanımını sınırlandırmaktadır. Bu araştırmanın amacı, 1993-2013 döneminde Türkiye’de yoksulluğun ve çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin tespit edilmesi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Araştırmada, Dünya Sağlık Örgütü’nün referans listesi doğrultusunda, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (1993-1998-2003-2008-2013 TNSA) verilerinden dönemler itibarıyla karşılaştırma yapmaya uygun olan sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım göstergeleri belirlenmiştir. Sağlık statüsü göstergeleri olarak çocukların yaşlarına göre boy uzunlukları, çocuklarda ishalin yaygınlığı, beş yaş altı ölümü ve çocuğun doğum büyüklüğü; sağlık hizmeti kullanım göstergeleri olarak gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, doğum öncesi bakım alma ve doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi seçilmiştir. Araştırmanın kapsamına, modern gebeliği önleyici yöntem kullanımı göstergesinde araştırmanın yapıldığı tarih itibarıyla evli olan kadınlar; çocuklarla ilgili göstergelerde ise kadınların araştırma tarihinden önceki son beş yılda doğan son çocukları alınmıştır. Yapılan analizlere göre, çocukların boy uzunluğu, çocuklarda ishalin yaygınlığı, beş yaş altı ölümü ve çocukların doğum büyüklüğünü etkileyen faktörlerin hane refah düzeyi, yaş, anne eğitim düzeyi, bölge ve yerleşim yeri olduğu belirlenmiştir. Araştırmada, gebeliği önleyici yöntem kullanımının kadınların hane refah düzeyi, yaş, eğitim, çalışma durumu, yaşayan çocuk sayısı, bölge ve yerleşim yerine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Doğum öncesi bakım alma ve doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesini kadınların hane refah düzeyi, eğitim düzeyi, çocuğun doğumdaki sırası, eş eğitim düzeyi, bölge ve yerleşim yerinin etkilediği saptanmıştır. Bu araştırma, sağlık statüsü göstergelerinde iyileşmeler olduğu ve sağlık hizmeti kullanım oranının arttığını göstermektedir. Ancak araştırmada yoksulların, Doğu Bölgesi ve kırsal yerleşim alanında yaşayanların ve eğitim düzeyi düşük olanların daha düşük sağlık statüsüne sahip olduğu ve sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı saptanmıştır. Yoksulluğun azaltılması, diğer faydalarının yanında sağlığa yapılan bir yatırımdır. Bu nedenle yoksullukla doğrudan ve dolaylı mücadele yöntemlerine ağırlık verilerek yoksullukla etkin şekilde mücadele edilmelidir. Sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımında genel iyileşmenin yanında yoksul, düşük eğitimli, Doğu Bölgesi ve kırsal yerleşim alanında yaşayan kişilere yönelik politikalar geliştirilmelidir.

Anahtar Sözcükler

Yoksulluk, Sağlık Statüsü, Sağlık Hizmetleri Kullanımı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), Refah Endeksi

ABSTRACT

ŞANTAŞ, Fatih. *The Phenomenon of Poverty and Impact of Poverty and Various Factors on Health Status and Health Care Utilization in Turkey*, Ph.D. Dissertation, Ankara, 2016.

Poverty can be defined as a phenomenon that covers all aspects of human life, such as political and social participation, education, economy, human rights, etc. Poverty negatively affects health status and limits the use of health care. The purpose of this research is to determine the effect of poverty and various socio-demographic and socio-economic factors on the health status and health care utilization in Turkey, and identify the effect of Health Transformation Program on health status and health care utilization. In the research, the indicators of health status and health care utilization were determined from the data of Turkey Demographic and Health Surveys (TNSA 1993-1998-2003-2008-2013), which were suitable for comparison over periods, according to the reference list of the World Health Organization. The length of children according to their age, the prevalence of diarrhea in children, under-five mortality and birth size of the children were selected as the health status indicators. The use of modern contraceptive methods, taking prenatal care and giving birth in health facility were selected as the indicators of health care utilization. Women, who were married as of the date of the research, were taken in the indicator of the use of modern contraceptive methods. The last children born in the last five years before the date of the research were taken for the indicators related to children within the scope of the research. In the result of the study, the factors affecting the length of children, the prevalence of diarrhea in children, under-five mortality and birth size of children were found as household welfare level, age, maternal education level, region and residential area. In the research, it was found that the use of contraceptive methods differed as household welfare level, age, maternal education level, working status, number of living children, region and residential area. Taking prenatal care and giving birth in health facility were affected by household welfare level of women, maternal education level, the order of childbirth, education level of husband, region and residential area. This research suggests that health status indicators improve and the rate of health care utilization increases. However, in the research, it was found that the poor, the people living in the Eastern and rural areas, and those with a low level of education had lower health status and used the health care less. The reduction of poverty is an investment in health as well as other benefits. For this reason, it should be effectively struggled with poverty, emphasizing the methods of direct and indirect struggle with poverty. Besides the general improvement in health status and health care utilization, policies should be improved towards people living in the Eastern and rural areas, poor and low educated.

Key Words

Poverty, Health Status, Health Care Utilization, Turkey Demographic and Health Survey (TDHS), Wealth Index

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: YOKSULLUĞUN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ	4
1.1. YOKSULLUK KAVRAMI	4
1.2. YOKSULLUK TÜRLERİ	6
1.2.1. Mutlak Yoksulluk (Absolute Poverty).....	7
1.2.1.1. Gıda Yaklaşımı	7
1.2.1.2. Temel İhtiyaçlar Yaklaşımı.....	7
1.2.2. Göreli (Nispi) Yoksulluk (Relative Poverty)	8
1.2.3. İnsani Yoksulluk (Human Poverty)	9
1.2.4. Objektif ve Subjektif Yoksulluk (Objective-Subjective Poverty).....	9
1.2.5. Kentsel ve Kırsal Yoksulluk (Urban-Rural Poverty)	10
1.2.6. Kronik Yoksulluk (Chronic Poverty).....	10
1.3. YOKSULLUĞUN NEDENLERİ	11
1.3.1. Gelir Dağılımı	11
1.3.2. Yetersiz Eğitim	12
1.3.3. İşsizlik.....	13
1.3.4. Enflasyon	13
1.3.5. Katastrofik Sağlık Harcamaları.....	13
1.3.6. Diğer Nedenler.....	16
1.4. YOKSULLUK ÖLÇÜTLERİ	16
1.4.1. Kişi Sayısı Endeksi (Head-Count Index)	17
1.4.2. Yoksulluk Açığı Endeksi (Poverty Gap Index)	17
1.4.3. Sen Endeksi (Sen Index).....	17
1.4.4. Foster, Greer ve Thorbecke Endeksi (FGT Index).....	18
1.4.5. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Tarafından Kullanılan Endeksler	18
1.4.5.1. İnsani Gelişme Endeksi (Human Development Index).....	19
1.4.5.2. Eşitsizliğe Uyarlanmış İnsani Gelişme Endeksi (Inequality-Adjusted Human Development Index).....	19
1.4.5.3. Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi (Multidimensional Poverty Index).....	20

1.4.5.4. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi (Gender Inequality Index).....	20
1.4.5.5. Toplumsal Cinsiyet Bazında Gelişme Endeksi (Gender-Related Development Index)..	21
1.4.6. Refah Endeksi (Wealth Index)	21
2. BÖLÜM: YOKSULLUK PROFİLİ VE YOKSULLUKLA MÜCADELE	23
2.1. YOKSULLUK PROFİLİ	23
2.1.1. Dünyada Yoksulluk	24
2.1.2. Türkiye’de Yoksulluk	26
2.2. YOKSULLUKLA MÜCADELE.....	30
2.2.1. Dünyada Yoksullukla Mücadele.....	32
2.2.1.1. Dünya Bankası	33
2.2.1.1.1. 1980 Dünya Kalkınma Raporu	33
2.2.1.1.2. 1990 Dünya Kalkınma Raporu	34
2.2.1.1.3. 2000 Dünya Kalkınma Raporu	34
2.2.1.1.4. 2010 Dünya Kalkınma Raporu	34
2.2.1.1.5. Yoksulluğu Azaltma Stratejisi Dokümanları (Poverty Reduction Strategy Papers)....	35
2.2.1.2. Birleşmiş Milletler	35
2.2.1.3. Avrupa Birliği	37
2.2.1.4. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü	38
2.2.1.5. Dünya Sağlık Örgütü	38
2.2.2. Türkiye’de Yoksullukla Mücadele.....	39
2.2.2.1. Kalkınma Bakanlığı	40
2.2.2.2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	40
2.2.2.3. Sağlık Bakanlığı.....	41
2.2.2.4. Milli Eğitim Bakanlığı ve Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu	42
2.2.2.5. Vakıflar Genel Müdürlüğü.....	43
3. BÖLÜM: SAĞLIK STATÜSÜ VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI	44
3.1. SAĞLIK KAVRAMI.....	44
3.2. SAĞLIK STATÜSÜ.....	45
3.2.1. Kavramsal Açıdan Sağlık Statüsü.....	45
3.2.2. Sağlık Statüsünün Ölçümü.....	47
3.2.3. Sağlık Statüsü Göstergeleri.....	49
3.2.3.1. Ölüm Göstergeleri.....	49
3.2.3.2. Hastalık Göstergeleri.....	52
3.2.3.3. Doğum Göstergeleri.....	53
3.3. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI.....	55
3.3.1. Kavramsal Açıdan Sağlık Hizmeti Kullanımı.....	55
3.3.2. Sağlık Hizmeti Kullanımı Göstergeleri.....	57
3.3.3. Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlgili Kavramlar.....	60
3.3.3.1. Erişim (Access).....	60
3.3.3.2. Hakkaniyet (Equity).....	61

4. BÖLÜM: YOKSULLUĞUN SAĞLIK STATÜSÜ VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ	63
4.1. YOKSULLUK VE SAĞLIK STATÜSÜ	63
4.2. YOKSULLUK VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI	70
5. BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM	73
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	73
5.2. ARAŞTIRMA TASARIMI.....	74
5.3. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ.....	76
5.4. VERİ KAYNAĞI VE VERİ TOPLAMA ARACI	79
5.5. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	80
5.6. VERİ ANALİZİ	82
5.7. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR	82
6. BÖLÜM: BULGULAR	83
6.1. KATILIMCILARIN TEMEL ÖZELLİKLERİ.....	83
6.2. YOKSULLUĞUN (HANE REFAHININ) DAĞILIMI.....	85
6.3. SAĞLIK STATÜSÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	89
6.3.1. Beş Yaş Altındaki Çocukların Boy Uzunluğunu Etkileyen Faktörler	89
6.3.2. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığını Etkileyen Faktörler	99
6.3.3. Beş Yaş Altı Ölümünü Etkileyen Faktörler	105
6.3.4. Çocukların Doğum Büyüklüğünü Etkileyen Faktörler	112
6.4. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	119
6.4.1. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler	119
6.4.2. Doğum Öncesi Bakım Almayı Etkileyen Faktörler	129
6.4.3. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesini Etkileyen Faktörler.....	139
6.5. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN SONUÇLARI.....	149
7. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	156
8. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	171
KAYNAKÇA.....	176
EK 1. ETİK KURUL İZİN MUAFİYETİ FORMU	198
EK 2. TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK FORMU	199

KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ASPB	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
BAĞ-KUR	: Esnaf, Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BM	: Birleşmiş Milletler
BÖH	: Bebek Ölüm Hızı
CGE	: Cinsiyet Bazında Gelişme Endeksi
ÇBYE	: Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi
DB	: Dünya Bankası
DBYS	: Doğumda Beklenen Yaşam Süresi
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
EUİGE	: Eşsizliğe Uyarlanmış İnsani Gelişme Endeksi
GSMH	: Gayri Safi Milli Hâsıla
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HÜNEE	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
IMF	: Uluslararası Para Fonu
İGE	: İnsani Gelişme Endeksi
İGR	: İnsani Gelişme Raporu

KHK	: Kanun Hükümünde Kararname
KSE	: Kişi Sayısı Endeksi
KYK	: Kredi Yurtlar Kurumu
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
OR	: Odds Ratio (Tahmini Rölatif Risk)
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SS	: Standart Sapma
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TCEE	: Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNDP	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
VGM	: Vakıflar Genel Müdürlüğü

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Yoksullaşan Hane Oranı (%).....	15
Tablo 2. Günde 1,25 \$’dan Daha Az Gelirle Yaşayan Nüfus Sayı ve Oranı	24
Tablo 3. Günde 1,90 \$’dan Daha Az Gelirle Yaşayan Nüfus Sayı ve Oranı	25
Tablo 4. Ülkelerin İnsani Gelişme Endeksleri, Bileşenleri ve Gini Katsayıları	26
Tablo 5. Yoksulluk Sınırı Yöntemlerine Göre Fert Yoksulluk Oranları	28
Tablo 6. Gelire Dayalı Görelî Yoksulluk Sınırı, Yoksul Sayıları ve Yoksulluk Oranları.....	29
Tablo 7. Türkiye’nin Yıllara Göre Gelir Dağılımı	30
Tablo 8. Sağlık Statüsünün Ölçümünde Kullanılan Endeksler	48
Tablo 9. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Farklı Tanımları.....	60
Tablo 10. Yoksul ve Yoksul Olmayan Çocukların Sağlık Statülerinin Karşılaştırılması (%)	69
Tablo 11. Görüşme Yapılan Hanehalkı ve Kadın Sayıları	81
Tablo 12. Araştırmalara Katılan Kadınların Temel Özellikleri.....	84
Tablo 13. Dayanıklı Tüketim Malları Sahipliğinin Yüzde Dağılımı.....	85
Tablo 14. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre Yoksulluğun (Hane Refahının) Yüzde Dağılımı (1993-2003)	87
Tablo 15. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre Yoksulluğun (Hane Refahının) Yüzde Dağılımı (2008-2013)	88
Tablo 16. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğunun Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-1998)	91
Tablo 17. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğunun Temel Özelliklere Göre Dağılımı (2003-2013)	92
Tablo 18. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğunun Temel Özelliklere Göre Dağılımında Değişim (1993-2003-2013).....	93
Tablo 19. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-1998).....	96
Tablo 20. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2003-2013).....	97
Tablo 21. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri)	98
Tablo 22. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığının Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-2008)	101
Tablo 23. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-2008).....	103

Tablo 24. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri)	104
Tablo 25. Beş Yaş Altı Ölümünün Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-2013)	106
Tablo 26. Beş Yaş Altı Ölümünün Temel Özelliklere Göre Dağılımında Değişim (1993-2013).....	107
Tablo 27. Beş Yaş Altı Ölümünü Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-1998).....	109
Tablo 28. Beş Yaş Altı Ölümünü Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2003-2013).....	110
Tablo 29. Beş Yaş Altı Ölümünü Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri).....	111
Tablo 30. Çocukların Doğum Büyüklüğünün Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-2013).....	113
Tablo 31. Çocukların Doğum Büyüklüğünün Temel Özelliklere Göre Dağılımında Değişim (1993-2013).....	114
Tablo 32. Çocukların Doğum Büyüklüğünü Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-1998)	116
Tablo 33. Çocukların Küçük Doğum Büyüklüğünü Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2003-2013)	117
Tablo 34. Çocukların Küçük Doğum Büyüklüğünü Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri).....	118
Tablo 35. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımının Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-2013).....	121
Tablo 36. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımının Temel Özelliklere Göre Dağılımında Değişim (1993-2003-2013).....	122
Tablo 37. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-1998)	125
Tablo 38. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2003-2013)	126
Tablo 39. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri)	128
Tablo 40. Doğum Öncesi Bakım Almanın Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-2013).....	131
Tablo 41. Doğum Öncesi Bakım Almanın Temel Özelliklere Göre Dağılımında Değişim (1993-2003-2013)	132

Tablo 42. Doğum Öncesi Bakım Almayı Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-1998).....	135
Tablo 43. Doğum Öncesi Bakım Almayı Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2003-2013).....	136
Tablo 44. Doğum Öncesi Bakım Almayı Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri).....	138
Tablo 45. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesinin Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-2013)	141
Tablo 46. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesinin Temel Özelliklere Göre Dağılımında Değişim (1993-2003-2013).....	142
Tablo 47. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesini Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-1998).....	145
Tablo 48. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesini Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2003-2013).....	146
Tablo 49. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesini Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri)	148
Tablo 50. H1, H2, H3 ve H4 Hipotezlerinin Sonuçları	150
Tablo 51. H5, H6 ve H9 Hipotezlerinin Sonuçları.....	152
Tablo 52. H7 Hipotezinin Sonuçları.....	154
Tablo 53. H8 Hipotezinin Sonuçları.....	155
Tablo 54. Yoksulluğun Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerine Etkisi	156
Tablo 55. SDP ve Aile Hekimliğinin Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerine Etkisi.....	159

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Statüsünün Belirleyicileri	46
Şekil 2. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	50
Şekil 3. Bebek Ölüm Hızı (Bin Canlı Doğumda)	50
Şekil 4. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Bin Canlı Doğumda)	51
Şekil 5. Anne Ölüm Oranı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	51
Şekil 6. Tüberküloz İnsidansı (Yüz Bin Kişide)	52
Şekil 7. HIV İnsidansı (Yüz Bin Kişide)	52
Şekil 8. Kanser İnsidansı (Yüz Bin Kişide)	53
Şekil 9. Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	53
Şekil 10. Düşük Doğum Ağırlığı (%)	54
Şekil 11. Bireylerin Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımı (%)	55
Şekil 12. Davranışsal Model (Başlangıçtaki Hali)	56
Şekil 13. Davranışsal Model (Son Hali)	57
Şekil 14. 100.000 Kişiye Düşen Hastane Sayıları	58
Şekil 15. 100.000 Kişiye Düşen Hastane Yatağı Sayıları	58
Şekil 16. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayıları	59
Şekil 17. Ortalama Kalış Süresi, Tüm Hastaneler	59
Şekil 18. Yoksulluk ve Sağlık Arasındaki İki Yönlü İlişki	64
Şekil 19. Yoksulluk ve Sağlık Döngüsü	65
Şekil 20. Gelir Düzeyine Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2013, Yıl)	66
Şekil 21. Gelir Düzeyine Göre Doğumda Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (2013, Yıl)	66
Şekil 22. Gelir Düzeyine Göre Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (2015, %0)	67
Şekil 23. Gelir Düzeyine Göre Anne Ölüm Oranı (2013, %000)	67
Şekil 24. Gelir Düzeyine Göre Bulaşıcı Hastalıklardan Ölüm (2012, %000)	68
Şekil 25. Gelir Düzeyine Göre Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı (2013, %)	70
Şekil 26. Gelir Düzeyine Göre Doğum Öncesi Bakım Alma (2014, %)	71
Şekil 27. Gelir Düzeyine Göre Doğumun Sağlık Personelince Gerçekleştirilmesi (2014, %)	71
Şekil 28. Gelir Düzeyine Göre Kızamık Aşısı Olma Oranı (2013, %)	72
Şekil 29. Araştırma Modeli	76

GİRİŞ

Yoksulluk, gelire ilişkilendirilen ve bu doğrultuda açıklanmaya çalışılan bir kavramdır. Yoksulluk, düşük gelir ya da tüketim şeklinde anlaşılabilir birlikte (Chambers, 1995: 180), gelir yoksunluğunun yanında insanların temel gereksinimlerini karşılayamama durumudur (TÜİK, 2008: 32). Bir diğer ifadeyle yoksulluk, yaşamın gerektirdiği olanaklardan yoksun olma durumunu ifade etmektedir.

Yoksulluk genel olarak mutlak yoksulluk, göreceli yoksulluk, insani yoksulluk, objektif-subjektif yoksulluk, kırsal-kentsel yoksulluğu, kronik yoksulluk gibi türlere ayrılmaktadır. Yoksulluğa neden olan faktörler beceri eksikliği, yeterli çaba göstermemek gibi bireysel nedenler ve irade dışı işsizlik, ayrımcılık gibi sistemsel nedenler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Yoksulluğun saptanmasında çeşitli ölçütler kullanılmakta ve ölçütler; Kişi Sayısı Endeksi, Yoksulluk Açığı Endeksi, Sen Endeksi, Foster, Greer ve Thorbecke Endeksi, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'na Kullanılan Endeksler ve Refah Endeksi (Wealth Index) şeklinde sıralanabilir.

Yıllar itibariyle azalış görülmesiyle birlikte, halen dünya genelinde milyonlarca insan yoksul bir şekilde yaşamını sürdürmektedir. 1,90\$ olan yoksulluk sınırına göre, 2015 yılı itibariyle 700 milyon insan yoksuldur (Dünya Bankası, 2016). Türkiye'de yoksulluk oran ve sayısının yıllar itibariyle azaldığı söylenebilir. Türkiye'de gıda yoksulluğu (açlık) yaşanmamakta, 2,15\$ olan yoksulluk sınırında fert yoksulluk oranı % 0,02 ve 4,3 \$ sınırında ise % 0,64'tür (TÜİK, 2014).

Yoksullukla ulusal olarak devletler, uluslararası anlamda ise çeşitli örgütler mücadele etmektedirler. Uluslararası mücadelede Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği, OECD ve Dünya Sağlık Örgütü ön plana çıkmaktadır. Dünya Bankası, yoksulluğu azaltabilmek için ülkelere mali ve teknik yardım sağlamaktadır. Dünya Bankası, 1980 yılından itibaren her on yılda bir Dünya Kalkınma Raporlarının gündemini yoksulluğa ayırmaktadır. 2000 yılında gerçekleştirilen zirvede kabul edilen Binyıl Kalkınma Hedefleri arasında yer alan mutlak yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması hedefi ve bu yöndeki çalışmalar Birleşmiş Milletler tarafından yoksullukla mücadelede atılan önemli adımlardandır. Yoksullukla mücadelede rol alan uluslararası kuruluşlardan bir diğeri Avrupa Birliğidir. Avrupa Birliği'nin yoksullukla mücadelede çeşitli programlar uyguladığı görülmektedir. Bu kapsamda, 2000 yılında gerçekleştirilen Lizbon Zirvesinde belirlenen hedefler ve 2010 yılında belirlenen 2020 Avrupa Stratejisi öne çıkmaktadır. Dünya genelinde ekonomik ve sosyal koşulları düzeltme görevini icra eden OECD, ürettiği veriler ve yayınlar ile yoksulluğu gündeme taşımakta ve ülkelere yol göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü, başta yoksullar olmak üzere herkesin sağlıklı yaşamaları için

çeşitli uygulamalar geliştirmekte ve yoksulların sağlıklı olmaları ve bu şekilde üretimde rol alarak yoksulluktan kurtulma şansları sağlanmaya çalışılmaktadır.

Türkiye’de ise; Kalkınma Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Vakıflar Genel Müdürlüğü ve Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu’nun yoksullukla mücadele kapsamında çeşitli işlevleri bulunmaktadır. Kalkınma Bakanlığı’nca hazırlanan Kalkınma Planlarında yoksulluğa ilişkin mevcut durum ve yapılması gerekenler ele alınmakta ve diğer kurum ve kuruluşlara yoksullukla mücadele kapsamında yol gösterilmektedir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nca yoksullara parasal yardımda bulunulmakta ve yoksul kişilerin Genel Sağlık Sigortası (GSS) primi ödenmektedir. Sağlık Bakanlığı, politika ve uygulamaları ile yoksulların sağlıklı olmalarını sağlamaya çalışmaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı, Vakıflar Genel Müdürlüğü ve Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu’nca ihtiyacı olan öğrencilere kredi, burs ve yurt imkânları sağlanarak yoksullukla mücadele edilmektedir.

Yoksulluk, kişilerin sağlık durumunu bozmakta ve yoksullarda, ortalamanın üzerinde çocuk-anne ölümü ve hastalık görülmektedir. Dünya genelinde yüksek gelirli ülkelerde ortalama yaşam süresi, düşük gelirli ülkelerin ortalamasından 17 yıl daha fazladır. Doğumda beklenen sağlık yaşam süresi düşük gelirli ülkelerde 53 yıl iken, yüksek gelirli ülkelerde 70 yıldır. Beş yaş altı ölümü düşük gelirli ülkelerde binde 76 iken, yüksek gelirli ülkelerde binde 7’dir (DSÖ, 2015d; UNICEF, 2015).

Yoksulluğun bir diğer etkisi sağlık hizmeti kullanımını üzerinedir. Yoksullar, daha fazla ihtiyaçları olmasına rağmen, sağlık hizmetini daha az kullanmaktadır. Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, düşük gelirli ülkelerde % 41, yüksek gelirli ülkelerde ise % 69’dur. Doğum öncesi bakım alma oranı yüksek gelirli ülkelerde düşük gelirli ülkelere göre % 19, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme oranı ise iki kat daha fazladır (DSÖ, 2015d).

Yoksulluğun yanında sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Sağlık statüsü kavramının çok boyutlu olması nedeniyle, çok sayıda faktör sağlık statüsünü etkilemektedir. Sağlık statüsünü etkileyen faktörler, Blum (1974) tarafından çevre, davranış, genetik ve sağlık hizmetleri olmak üzere dört başlık altında toplanmıştır. Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörleri açıklamaya yönelik olarak Andersen’in Davranışsal Modeli (Behavioral Model) 1960’lı yıllardan beri sıklıkla kullanılmaktadır. Davranışsal Modele göre sağlık hizmeti kullanımı; eğilimlerin (predisposing characteristics), kolaylaştırıcı faktörlerin (enabling factors) ve sağlık hizmeti ihtiyacının (need) bir fonksiyonudur (Andersen, 1995: 1).

Türkiye’de sağlık sisteminin yapılandırılması ile ilgili son çalışmalar 2002 yılı genel seçimlerinden sonra kurulan hükümet tarafından gerçekleştirilmiş ve süreç devam etmektedir. Çeşitli alanlardaki reform çerçevesi “Acil Eylem Planı”nda, sağlığa ilişkin reform ise “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nda belirlenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003). SDP ile yıllar itibariyle çeşitli uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Aile hekimliği, Genel Sağlık Sigortası, Sosyal Güvenlik Kurumunun kurulması, Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması ve Kamu Hastane Birliklerinin oluşturulması dönüşüm kapsamında öne çıkan uygulamalardandır.

Bu çalışmada, 1993-2013 yılları arasında Türkiye’de yoksulluğun ve çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerine etkisinin tespit edilmesi ve sağlık reformlarının sağlık statüsü ve kullanım üzerinde yarattığı etkinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu araştırmanın amaçları: (1) 1993-2013 döneminde sağlık statüsünün ve sağlık hizmeti kullanım düzeyinin belirlenmesi, (2) Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye Sağlık Sistemi’nde gerçekleştirilen sağlık reformlarının sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin belirlenmesi ve (3) Yoksulluğun ve çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımı üzerine etkilerinin araştırılmasıdır.

Çalışmanın birinci bölümünde yoksulluğun kavramsal analizi, yoksulluk türleri, yoksulluğun nedenleri ve yoksulluk ölçütleri ele alınmıştır. Çalışmanın ikinci bölümünde, Dünyada ve Türkiye’de yoksulluk profili ve yoksullukla mücadele incelenmiştir. Üçüncü bölümde, sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı kavramları ve dördüncü bölümde, yoksulluğun sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerine etkisi açıklanmıştır. Beşinci bölümde, araştırmanın gereç ve yöntemi, altıncı bölümde araştırmanın bulguları, yedinci bölümde bulguların tartışması ve son bölümde ise sonuç ve öneriler yer almaktadır.

1. BÖLÜM

YOKSULLUĞUN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Yoksulluğun farklı bakış açılarına ve yoksulluk sınırlarına göre farklı tanımları yapılmaktadır. Yoksulluk, çok boyutlu bir kavram olması nedeniyle farklı türlere ayrılarak anlaşılmaya çalışılmakta ve bu doğrultuda yoksulluk, “mutlak-göreceli, kentsel-kırsal, objektif-subjektif, insani yoksulluk” gibi türlere ayrılmaktadır. Yoksulluğun üzerinde uzlaşılan bir tanımı olmadığı gibi yoksulluğa hangi faktörlerin yol açtığına dair farklı görüşler bulunmaktadır. Genel olarak yoksulluğa gelir dağılımı, işsizlik, enflasyon ve katastrofik sağlık harcamaları gibi faktörlerin yol açtığı söylenebilir. Yoksulluğun, ülkelerde ve ülke içinde farklı bölgelerde hangi oranda yaşandığının ve zaman içindeki seyrinin belirlenebilmesi amacıyla ölçülmesi gereklidir. Yoksulluğun ölçülmesinde çeşitli ölçütlerden yararlanılmaktadır. Yoksulluk ölçütleri olarak, Kişi Sayısı Endeksi, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Tarafından Kullanılan Endeksler ve Refah Endeksi gibi araçlardan yararlanılmaktadır.

Yoksulluğun kavramsal açıdan incelendiği bu bölümde, yoksulluk kavramının çeşitli bakış açılarına göre kavramsal analizi, yoksulluk türleri, yoksulluğun nedenleri ve yoksulluk ölçütleri ortaya konacaktır.

1.1. YOKSULLUK KAVRAMI

Yoksulluk, tarih boyunca ve bölge fark etmeksizin dünyanın her yerinde yaşanmış bir olgudur (Odabaşı, 2009: 11). Tarihsel akış içerisinde içeriği ve kişileri etkileme şekli farklılık göstermekle birlikte yoksulluk, gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun tüm ülkelerin ve dünyanın ortak sorunudur (Gündoğan, 2008: 42). Yoksulluk, temeli eşitsizliğe dayanan (Bradshaw, 2006: 4), tanımlanması ve açıklanmasında çoğu zaman politik düşüncenin etkili olduğu çok boyutlu bir olgudur (Arpacıoğlu ve Yıldırım, 2011: 61). Gelir ve tüketim seviyesi, sosyal göstergeler, gittikçe artan risklerle karşılaşma olasılığı gibi yoksulluğu belirtecek fazla sayıda göstergenin bulunması yoksulluğun tanımı ve ölçümünü zorlaştırmaktadır (Sapançalı, 2001: 127).

Yoksulluk, bireylerin ihtiyaçlarını karşılayacak yeterli gelire sahip olmamaları şeklinde tanımlanabilir. Ancak bu tanımda geçen ihtiyacın ne olduğu, hangi ihtiyaçların karşılanamaması durumunda kişinin yoksul olarak kabul edileceği ve sadece gelirin göz önüne alınması tanımı tartışmalı hale getirmektedir (Dinçoflaz, 2009: 15). Yoksulluk, refaktan yoksun olmak şeklinde

tanımlanabileceği gibi; toplam gelirin, biyolojik varlığın devamı için gerekli olan yiyecek, giyim vb. asgari düzeydeki fiziki ihtiyaçları karşılamaya yetmemesidir şeklinde de ifade edilebilir (Field,1983: 51).

Geniş bir bakış açısıyla yoksulluk, ekonomik yoksunluğun yanında, siyasi ve sosyal katılım, eğitim, sağlık, insan hakları gibi insan hayatının tüm boyutlarını kapsayan bir olgudur (Coşkun ve Tireli, 2008: 23). Bir başka tanımda yoksulluk, “gelir dağılımı eşitsizliğinin bir sonucudur” şeklinde tanımlanarak yoksulluğun gelir dağılımı ile ilişkisine dikkat çekilmektedir (DPT, 2001: 103).

Farklı yoksulluk tanımları bulunmakla birlikte, yoksullukla ilgili tanımlar üç ana vurguda birleşmektedir (Hagenaars ve de Vos, 1988: 212):

- Yoksulluk, objektif olarak tanımlanmış minimum düzeyin altında olmaktır.
- Yoksulluk, toplumun genelinden daha azına sahip olmaktır.
- Yoksulluk, bireyin kendi durumunu geçinmek için yetersiz görmesidir.

Yoksulluk yeni bir sorun değildir ve yoksulluğa karşı ilgi uzun yıllara dayanmaktadır. Sistematik bir şekilde 17. yüzyılda John Locke tarafından ele alınan yoksulluk, 18. ve 19. yüzyılda da düşünür ve kuramcılarının ilgisini çekmeye devam etmiştir (Şenses, 2013: 32-33). Yoksulluk kavramı, ilk ortaya çıktığı zamana göre farklılaşmış ve bu nedenle günümüzde politik ve akademik çevrenin yoğun bir şekilde ilgilendiği konular arasında yerini almıştır. Yoksulluğa yüklenen anlam kişilerin bilgi düzeylerine, benimsedikleri ideoloji ve etnik kökenlerine göre farklılık gösterebilmekte, bu nedenle yoksulluğun tanımlanması, sınıflandırılması, nedenlerinin ve derecesinin belirlenmesi, mücadele şeklinin seçimi ile ilgili olarak farklı kuram ve görüşler bulunmaktadır (Wilson, 1996: 413). Dönemler itibariyle, iktisadi akımların yoksulluğa bakış açıları şu şekildedir:

Merkantilizm, 1500–1800 yıllarını kapsayan dönemde devletlerin iktisat politikası ilkelerini belirlemiştir. Merkantilist düşünceye göre, sanayi ve ticaret dinamik alanlar iken, tarım sektörü statik alandır. Bu nedenle ekonomileri tarıma dayalı olan ve tarımı verimsiz bir şekilde yapan ülkelerde yoksulluk kaçınılmaz bir şekilde ortaya çıkmaktadır (Kazgan, 1984: 40). *Liberalizm*'de (Klasik İktisadi Ekol) esas olan doğal gidişe uymak ve ona müdahale etmemektir. Liberalizme göre, azalan verimler kanunu nedeniyle, ekonomi belirli bir olgunluğa ulaştıktan sonra sermaye birikimi yavaşlamakta, kâr ve ücret hadleri düşmektedir. Bu durum ekonominin durgunlaşmasına, ücretlerin kişilerin yaşamlarını sürdürmesine yetmemesine ve yoksulluğa neden olmaktadır (Kazgan, 1984: 96).

Malthus, yoksulluğun kaynağı olarak artan nüfusu sorumlu tutmaktadır. Nüfus geometrik bir hızla artış gösterirken, gıda maddeleri ise aritmetik oranda artmaktadır. Bu durum ise yoksulluğa ve açlığa neden olmaktadır (Malthus, 1971: 14). *Marksizm*'de yoksulluğun temel nedeni olarak işçilerin emeklerinin karşılığı olan değeri alamamaları gösterilmektedir. Bölüşümün sürekli işçi sınıfının aleyhine olması, bu sınıfın yoksulluk ve sefalet içine düşmesine neden olmaktadır (Marx ve Engels, 1847: 30; Marx, 1986: 779). *Keynesyen Yaklaşımda*, yoksulluğun sebebi olarak talep yetersizliği gösterilmektedir. Bir ekonomide yeterli talebin olmaması işsizliğe, işsizlik de yoksulluğa neden olmaktadır (Parasız, 1996: 11).

1.2. YOKSULLUK TÜRLERİ

Yoksulluk, çok boyutlu bir kavram olması ve açıklanmasının güçlüğü nedeniyle çeşitli türlere ayrılarak incelenmektedir. Yoksulluğun türlere ayrılması ve ölçülmesinde ilk olarak kimlere yoksul denileceğinin ve yoksulluğun saptanması için yoksulluk sınırının belirlenmesi gereklidir. Yoksulluk sınırı (poverty line), kişi ya da hanehalkının temel ihtiyaçlarını karşılamaya yetecek asgari gelir ya da harcama düzeyi olarak tanımlanabilir. Bir kişi ya da hanehalkının yaşamını devam ettirmesi için alması gereken minimum temel gıda maddelerinin parasal değeri açlık sınırı iken; gıda maddeleri yanında barınma, giyim, ulaştırma, haberleşme gibi temel gereksinimlerini karşılaması için gerekli olan miktar ise yoksulluk sınırıdır (Odabaşı, 2009: 20-21; Doğan ve Çelik, 2012: 136).

Yoksulluk sınırının belirlenmesinde, hanehalkındaki birey sayısı değiştikçe yeni yoksulluk sınırının belirlenmesinin gerekliliği; gelir, harcama ya da refah düzeyinden hangisinin tercih edileceği ve birey ya da hane düzeyinden hangisinin seçileceği gibi bazı güçlüklerle karşılaşılmaktadır (Wagle, 2002: 156). Bu nedenle yoksulluk sınırı saptanırken tek bir yoksulluk sınırı yerine, her toplumun kendi ekonomik ve kültürel şartlarına göre yoksulluk sınırının belirlenmesi daha doğru bir yaklaşım olacaktır (Kumar vd., 1996: 46; Pire, 2011: 9).

Temel alınan yoksulluk sınırının farklı olması nedeniyle çok çeşitli yoksulluk türlerine rastlanmakla birlikte, genellikle yoksulluk; mutlak yoksulluk, görelî yoksulluk, insani yoksulluk, objektif-subjektif yoksulluk, kır-kent yoksulluğu, kronik yoksulluk gibi türlere ayrılmaktadır. Mutlak ve görelî yoksulluk gelire odaklı iken, diğer yoksulluk türleri bireyin gelir yanında ihtiyaç duyacağı diğer etmenleri de göz önünde bulundurmaktadır.

1.2.1. Mutlak Yoksulluk (Absolute Poverty)

Mutlak yoksulluk, birey ya da hanehalkının yaşamını sürdürebilmesini sağlayacak temel ihtiyaçlarını karşılayamaması durumudur (Todaro ve Smith, 2006: 202). Mutlak yoksulluk, yoksulluğu tanımlamada en fazla kullanılan ve en eski yaklaşımdır. Mutlak yoksullar, temel gıda gereksinimlerini karşılayamayan kişilerdir ve genellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Mutlak yoksulluk, gıda ve gıda dışı bileşenler dikkate alınarak ayrı ayrı belirlenebilmekte ve yoksulluk sınırının belirlenmesinde gıda yaklaşımı ve temel ihtiyaçlar yaklaşımı olmak üzere iki yaklaşımdan yararlanılmaktadır (TÜİK, 2008; Arabacı, 2014: 182):

1.2.1.1. Gıda Yaklaşımı

Gıda yaklaşımı, mutlak yoksulluk sınırının belirlenmesinde sadece temel gıda gereksiniminin göz önüne alındığı yaklaşımdır. Belirlenen gıda ihtiyacını karşılayamayanlar yoksul olarak kabul edilmektedir. Dünya Bankası, günlük geliri 2400 k/cal besini almaya yetmeyen insanları yoksul olarak kabul etmektedir. Gıda yaklaşımına göre tespit edilen yoksulluk sınırı Dünya Bankası tarafından uluslararası karşılaştırmalarda kullanılmaktadır. Bu yaklaşım ile ülkelerin yoksullukla mücadelede kat ettikleri mesafenin tespiti yapılabilmektedir (Van der Berg, 2008: 2).

1.2.1.2. Temel İhtiyaçlar Yaklaşımı

Temel ihtiyaçlar yaklaşımı, temel gıda gereksinimi yanında barınma, giyinme gibi ihtiyaçların da yoksulluk sınırına dâhil edildiği yaklaşımdır. Bu yaklaşımda, gıda yaklaşımına göre bireylerin daha fazla sayıdaki ihtiyacı göz önüne alınmakla birlikte, yaklaşım sorunsuz değildir. Bu yaklaşıma göre belirlenecek yoksulluk sınırı her hane için farklılık göstermekte ve hem temel ihtiyaçların hem de minimum düzeyin ne olacağı konusunda uzlaşa sağlanamamaktadır (Hagenaars ve de Vos, 1988: 213).

Mutlak yoksulluk yaklaşımında, tüm nüfus için aynı kalori miktarı belirlenmekte ve bunun parasal karşılığına göre yoksulluk tespiti yapılmaktadır. Ancak kalori ihtiyacı aynı hanede bile farklılaşabilmekte ve belirlenecek kalori miktarını yaş, cinsiyet, meslek gibi değişkenler etkilemektedir (Arpacıoğlu ve Yıldırım, 2011: 63). Ayrıca bir ya da iki dolara dayalı yoksulluk tespitinin yeterli olmadığı yönünde görüşler bulunmaktadır. Bu nedenle mutlak yoksulluk yanında diğer yoksulluk türlerinin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Koray, 2009: 6).

1.2.2. Göreli (Nispi) Yoksulluk (Relative Poverty)

Görelî yoksullukta insanın toplumsal bir varlık olmasından hareket edilmekte ve karşılaştırma yapılmaktadır. Birey ya da hanehalkı, toplumun ortalama refah düzeyiyle karşılaştırılmakta ve bu ortalama refah düzeyinin altında kalan birey ya da haneler yoksul olarak kabul edilmektedir (UNDP, 1997: 23; Wagle, 2002: 157). Görelî yoksulluk, birey ya da hanehalkının mensubu olduğu sosyal grubun ortalamasına göre dezavantajlı olmasıdır (Zengingönül, 2004: 109). Mutlak yoksulluk yaklaşımına göre incelenen toplumda hiç kimse yoksul olmayabilir ancak görelî yoksulluk yaklaşımında bir karşılaştırma olduğu için her zaman nüfusun belli bir oranı diğerklerine göre yoksul olacaktır.

Temel gereksinimlerini mutlak olarak karşılayabilen ancak toplumun genel refah düzeyinin altında kalan ve topluma sosyal açıdan katılımları kısıtlanmış olanlar görelî yoksullardır. Görelî yoksulluk hesaplanırken öncelikle araştırmanın yapılacağı toplumun ortalama refah seviyesi belirlenmektedir (Arpacıoğlu ve Yıldırım, 2011: 62).

Gelişmiş ülkelerde mutlak yoksulluk sınırının altında bulunan kişilerin sayısı az olmakla birlikte görelî yoksulluk ile yaşamak zorunda kalan kişiler bulunmaktadır. Geri kalmış ya da gelişmekte olan ülkelerde ise hem mutlak hem de görelî yoksulluk yüksek düzeydedir. Sosyal ve ekonomik hayatın dışına itilen yetersiz eğitim, yetersiz gelirle yaşamak zorunda olan ve görelî yoksulluk yaklaşımınca yoksul olarak kabul edilen bu kişilerin tespit edilmesi gereklidir (Van der Berg, 2008: 2).

Görelî yoksulluğun tespitinde tüketim ya da gelir seçilebilmektedir. Toplam geliri ya da harcama düzeyi belli bir düzeyin altında olanlar yoksul olarak ifade edilmektedir. AB’de medyan gelirin yüzde 60’ının altında geliri olanlar yoksul olarak kabul edilmektedir. Türkiye’de eşdeğer fert başına medyan gelirin % 50’si görelî yoksulluk sınırı olarak kullanılmaktadır (TÜİK, 2008).

Görelî yoksulluk sınırı, incelenen toplumun genel yaşam düzeyi ve bu yaşam düzeyinde kişiler arasında var olan eşitsizlikler hakkında bilgi vermekte (Hulme, Moore ve Shepherd, 2001: 7; Taş ve Özcan, 2012: 427) ve ülkedeki sosyal ve ekonomik koşullardaki değişimin izlenmesini sağlamaktadır. Ancak yaklaşımın önemli bir dezavantajı, yoksulluğun gelirin ortalama ya da ortancasına göre belirlenmesi nedeniyle gelir dağılımı tam adil olmadıkça görelî yoksulluğu ortadan kaldırmanın mümkün olmamasıdır (Bellû ve Liberati, 2005: 4).

1.2.3. İnsani Yoksulluk (Human Poverty)

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından insani gelişme, insanların seçeneklerini artırma süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu seçenekler uzun ve sağlıklı yaşam, kaliteli eğitim ve iyi bir yaşam standardıdır. Bu üç seçeneğin yanında ayrıca politik özgürlük, garanti altına alınmış insan hakları ve öz saygı insani gelişme için gerekli olan diğer seçeneklerdir (UNDP, 1990: 10). İnsani yoksulluk ise insani gelişme kavramının özünü oluşturan seçeneklere sahip olamamaktır (UNDP, 1997: 25). Diğer bir tanımla insani yoksulluk, “okur-yazarlık, yetersiz beslenme, kısa yaşam süresi, ana-çocuk sağlığının yetersizliği, önlenemez hastalıklara yakalanmak gibi temel insani yeteneklerden yoksun olmaktır” (DPT, 2007: 1). UNDP tarafından yayınlanan İnsani Gelişme Raporlarında ülkeler için hesaplanan insani gelişme endeksleri ve insani yoksulluk endeksleri yer almaktadır. Bu endeksler yardımıyla ülkelerin kalkınma ve yoksullukta hangi düzeyde oldukları takip edilebilmektedir.

Mutlak yoksullukta temel gereksinimleri, göreceli yoksullukta toplumsal gereksinimleri karşılayamama durumu var iken; insani yoksullukta ise insana yakışan bir yaşam sürememe durumu söz konusudur (Açıkgöz ve Yusufoglu, 2012: 86).

1.2.4. Objektif ve Subjektif Yoksulluk (Objective-Subjective Poverty)

Nesnel yoksulluk ya da refah yaklaşımı olarak da adlandırılan objektif yoksulluk, yoksulluğun sebeplerinin ve yoksullukla mücadele yöntemlerinin uzman kişiler tarafından belirlendiği yoksulluk türüdür. Yoksulluk sınırı kalori miktarı, gelir ve tüketim harcamaları gibi somut ölçütlere göre belirlenmekte ve belirlenen sınırın altında kalan kişiler yoksul olarak kabul edilmektedir (Aktan ve Vural, 2002a: 6; İncedal, 2013: 23).

Öznel yoksulluk ve fayda yaklaşımı olarak da anılan subjektif yoksullukta ise yoksulluğun belirlenmesinde kişilerin değerlendirmelerine başvurulmaktadır. Kişilere anketler uygulanmakta ve ortaya çıkan yoksulluk sınırının altında geliri ya da harcaması olanlar yoksul olarak nitelenmektedir. Subjektif yoksulluğu belirleyebilmek amacıyla yapılan anketlerde kişilere kendilerini yoksul olarak görmeyecekleri gelir miktarı sorulmaktadır. Anket yoluyla minimum gelir düzeyi belirlendikten sonra ilerleyen zamanlarda belirlenen düzey, reel alım gücüne göre güncellenebilmektedir. Subjektif yaklaşımda yoksulluğun belirlenmesi güç olduğundan genel olarak yoksulluk sınırının belirlenmesinde objektif yaklaşım kullanılmaktadır (Atkinson, 1998: 23; Aktan ve Vural, 2002: 6).

1.2.5. Kentsel ve Kırsal Yoksulluk (Urban-Rural Poverty)

Kırsal ve kentsel yoksullukta, yoksulluk yerleşim yerine göre belirlenmektedir. Ancak, kırsal ve kentsel alan ayrımının yapılmasında güçlüklerle karşılaşmaktadır. Türkiye’de bu ayrım nüfus temeline göre yapılmakta ve nüfusu 20.000’den az olan köy, belde ve ilçeler kırsal alan olarak tanımlanmaktadır (Alemdar vd., 2012: 325). Yoksulluğun kır-kent şeklinde mekânsal olarak ayrılmasının temel sebebi, kır ve kentte yaşayan insanların farklı ihtiyaçlarının bulunması nedeniyle yoksulluk sınırının farklı olmasıdır.

Kentsel yoksulluk, kırdan kente gelen ve genellikle herhangi bir mal varlığı olmayan, düzensiz işlerde, düşük ücretlerle çalışmak zorunda kalan ve gecekondularda yaşayan kesimleri etkilemektedir (Kaygalak, 2001: 18). Dünya Bankası tarafından kentsel yoksulluğun çok boyutluluğuna vurgu yapılmakta ve kentsel yoksullar; istihdam edilme ve gelir kazanma imkânları kısıtlı olan, yetersiz ve güvenli olmayan barınma şartlarında, sağlıksız çevrede yaşayan, hiç ya da çok az sosyal korunma mekanizması içerisinde olan, sağlık ve eğitim hizmetlerine erişimleri kısıtlanmış kişiler olarak tanımlanmaktadır (Dünya Bankası, 2014a).

Kırsal kesimde yaşayan insanlar genellikle tarım ve hayvancılık faaliyetleriyle geçimlerini sağlamaktadır. Kırsal yoksulluğa, tarımda mevcut olan gizli işsizliğin açık işsizliğe dönüşmesinin kırsal yoksullukta belirleyici olduğu belirtilmektedir (DPT, 2001: 105). Daha genel olarak ise doğa koşulları, piyasa ve kamu politikalarının kırsal yoksulluğun oluşumunda etkili oldukları söylenebilir. Hemen hemen tüm ülkelerde kırsal kesimde yaşayan insanların kentlerde yaşayanlara göre kişisel tüketim seviyeleri daha düşük ve eğitim, sağlık hizmetleri, temiz suya ulaşım, barınma, ulaşım, iletişim gibi insani gereksinimlere erişme durumları daha kötüdür. Ayrıca kronikleşmiş kırsal yoksulluk, nüfus artışının ve kentlere göçün sebebidir. Aslında kentsel yoksulluk, kırsal yoksulluk ile mücadelenin bir yansımasıdır ve kırsal yoksulluk ile yeterince mücadele edilmemesi kentsel yoksulluğun da artmasına sebep olmaktadır (Khan, 2000: 6-7).

1.2.6. Kronik Yoksulluk (Chronic Poverty)

Kronik yoksulluk, yoksulluk durumunun zaman boyutunu ifade etmektedir. Kronik yoksulluk, uzun bir zaman diliminde devam eden, çoğu zaman nesilden nesile aktarılan yoksulluk türüdür (Barrientos ve Shepherd, 2003: 3). Diğer bir tanımla kronik yoksulluk, tüm gelirin harcanmasına rağmen mutlak yoksulluk kriterinin esas aldığı kalori miktarının ancak % 80’ini karşılayabilme durumunun beş yıldan daha fazla devam etmesi durumudur (Karagül, 2010: 96). Bu tanımda temel gıda maddesine vurgu yapılmakla birlikte kronik yoksulluk, gıda yanında temel insani

ihtiyaçların uzun yıllar karşılanamaması durumudur. Kronik yoksulluğun temel özellikleri uzun, sürekli, ciddi ve çok boyutlu olması ve sosyal destekten mahrum olma şeklinde sıralanabilir (Hulme, Moore ve Shepherd, 2001; Temiz, 2008: 63-68).

1.3. YOKSULLUĞUN NEDENLERİ

Yoksulluk ve yoksulluğa neden olan faktörler arasında iki yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Düşük gelirin; düşük sağlık statüsü ve yeterli olmayan eğitimin hem nedeni hem de sonucu durumunda olması, yoksulluğa neden faktörlerin tespitini güçleştirmekte ve yoksulluğun çok boyutluluğunu bir kez daha göstermektedir (Ravallion, 1996: 1).

Yoksulluğa yol açan faktörler genellikle iki başlık altında toplanmaktadır: Beceri eksikliği, yeterli çaba göstermemek gibi bireysel nedenler ve irade dışı işsizlik, yetersiz okullaşma, ayrımcılık gibi bireyin kendi kontrol ve gücünün dışındaki durumları sorumlu tutan, yoksulluğu yapısal sistemle ilişkilendiren görüştür (Wilson, 1996: 413).

Kaliforniya Üniversitesi'nde yürütölen bir çalışmada yoksulluğa neden olan bireysel faktörler yoksul kişilerdeki çaba eksikliği ve tembellik, kendilerini geliştirmeme, alkol ve uyuşturucu kullanımı, tutumlu olmamak ve parayı doğru kullanamamak, hastalık, sakatlık ve beceri eksikliği olarak saptanırken; yapısal faktörler ise iyi eğitim alamamak, sanayide istihdam eksikliği, yüksek vergiler ve teşvik eksikliği, yoksullara yönelik önyargı ve ayrımcılık, bazı sektörlerdeki düşük ücret ve kötü talih olarak belirlenmiştir (Zucker ve Weiner, 1993: 933).

Yoksulluğa neden olan temel faktörler olarak gelir dağılımı, yetersiz eğitim, işsizlik, enflasyon ve katastrofik sağlık harcamalarının ön plana çıktığı görölmektedir (Akhter vd., 2007: 1-4; DPT, 2001: 126; Eroğlu, 2010: 20; Arpacıoğlu, 2012: 26).

1.3.1. Gelir Dağılımı

Gelir dağılımı, milli gelirin üretim faktörleri, bireyler, bölgeler ve toplumsal gruplar arasında bölüşümüdür (DPT, 2001: 3). Üretilen gelirin bölüşümü ile ilgili bir kavram olan gelir dağılımı, bireylerin, örgütlerin, devletin ve uluslararası örgütlerin karar ve faaliyetleri sonucunda şekillenmektedir (Gustafsson ve Johansson, 1999: 585). Bir ülkede sosyal adalet ve sosyal barışın tesis edilmesi önemli hedefler arasındadır ve bu hedeflere ulaşmada gelir dağılımında adaletin sağlanması önemli bir adımdır. Demokrasi ile yönetilen ülkelerde ülke yöneticilerinin seçimle

göreve gelmeleri nedeniyle, gelir dağılımında adaleti sağlama konusunda yöneticiler daha fazla baskı hissetmektedirler (Afonso vd., 2008: 8).

Gelir dağılımı eşitsizliğinin ölçülmesinde Pareto Gelir Dağılımı Formülü, Lorenz Eğrisi, Gini Katsayısı, Yüzde Paylar Analizi ve Kuznets Katsayısından yararlanılmaktadır (Özdal, 2009: 28-33). Lorenz eğrisi ve Gini Katsayısı en fazla tercih edilen araçlardır (Haidich ve Ioannidis, 2004: 341-348; Arabacı, 2014: 176-177).

Lorenz Eğrisi, gelir dağılımının bir diyagram üzerinde gösterildiği araçtır ve eğrinin yatay ekseninde birikimli nüfus ve dikey ekseninde birikimli gelir yer almaktadır. Eğriyi oluşturabilmek için bireyler gelirlerinin büyüklüğüne göre küçükten büyüğe doğru sıralanmaktadır. Eğri yardımıyla, nüfusun yüzde kaçının gelirin yüzde kaçını aldığı belirlenebilmektedir.

Gelir dağılımı eşitsizliğinin ölçülmesinde kullanılan bir diğer araç ise Gini Katsayısıdır. Katsayı, 0 ile 1 arasında değişen değerler almakta, 0 tam eşitliği, 1 ise tam eşitsizliği göstermektedir. Katsayının 0'a yaklaşması gelir eşitsizliğinin azaldığını, 1'e yaklaşması arttığını göstermektedir.

Milli gelirin bölüşümü olarak tanımlanabilen gelir dağılımı ile bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılayamaması olarak ifade edilebilen yoksulluk arasında ilişki bulunmaktadır. Servet dağılımındaki eşitsizlikler, demografik faktörler, hanehalkının büyüklüğü ve yapısı, enflasyon gibi faktörlerin hem yoksulluğun hem de gelir dağılımının nedeni olması, gelir dağılımı ve yoksulluk arasındaki yakın ilişkiyi göstermektedir. Gelir dağılımının yapısı ve zaman içindeki seyri, yoksulluk ile ilgili bilgiler vermekte ve gelir eşitsizliğinin arttığı ülkelerde yoksulluğun da arttığı görülmektedir. Diğer bir ifadeyle gelir dağılımının bozulması yoksulluk oranının da artışı beraberinde getirmektedir (Şenses, 2013: 149-152; Arabacı, 2014: 184).

1.3.2. Yetersiz Eğitim

Bireylerin bilgi, beceri ve çeşitli davranışlar geliştirme süreci olarak tanımlanabilen eğitimin, bireylerin üretkenliğini, istihdam şanslarını, kişisel itibarlarını artırma, kamu hizmetlerinden etkin şekilde yararlanmalarını sağlama gibi çeşitli faydaları bulunmaktadır (Akhter vd. 2007: 2). Eğitim yoluyla beşeri sermayenin gelişimi sağlanmakta, böylece ülkenin kalkınması için gerekli emek ihtiyacı karşılanabilmektedir.

Eğitim ile yoksulluk arasında iki yönlü bir ilişki bulunmaktadır: Yoksul insanlar genellikle yeterli eğitim almada sıkıntılar çekmekte ve iyi bir eğitim almayan kişiler çoğu zaman yoksul bir şekilde yaşamak zorunda kalmaktadır (Van der Berg, 2008: 1-3). Diğer bir ifadeyle, yoksulluk düşük

eğitime, düşük eğitim düşük ücrete ve düşük ücret de yoksulluğa neden olmaktadır (Karayılmazlar, 2006: 214).

1.3.3. İşsizlik

Üretim faktörlerinden emeğin israf olması ya da atıl kullanılması durumu olan işsizlik, çalışma isteği ve yeterliliği olmasına rağmen piyasada cari ücret düzeyinden iş bulamama durumu olarak tanımlanmaktadır (Altan, 2003: 105; Gök, 2004: 34). Günümüzde işsizlik, eğitim seviyesi düşük kişilerin yanında, yüksek eğitilmiş kişileri de etkilemektedir. İşsizlik, ekonomik gelişme düzeyi ne olursa olsun, tüm toplumlara etkileyen ve sosyal, ekonomik, siyasi ve psikolojik sonuçları olan bir olgudur (Açıkgöz ve Yusufoğlu, 2012: 90; Işığçok, 2014: 136).

İşsizlik, yoksulluğun ana sebepleri arasındadır. Yoksul olarak tanımlanan kişilerin birçoğu işsiz kişilerdir (Saunders, 2002: 4). Yüksek düzeyde işsizlik, reel ücretlerin ve teşviklerin azalmasına, tüm sektörlerde yatırımların azalmasına, eğitimin kalitesinin ve eğitime devam eden kişi sayısının azalmasına neden olmaktadır. Tüm bunların sonucu olarak yoksulluk ve suç oranları artış göstermekte, diğer bir ifadeyle işsizlik sosyal, ekonomik, politik, psikolojik ve güvenlik gibi konularda sorunlara neden olmaktadır (Akwara vd., 2013: 2).

1.3.4. Enflasyon

Enflasyon, fiyatlar genel düzeyinin sürekli artmasıdır. Enflasyon sebebiyle başta gıda maddeleri olmak üzere çeşitli malların fiyatları artmakta ve kişilerin harcanabilir reel gelirleri düşmektedir. Bu durum, hem yoksul kişi sayısının artmasına hem de yoksul kişilerin yoksulluğu daha da şiddetli yaşamalarına neden olmaktadır. Bu nedenle hükümetlerin enflasyon ile mücadelede gösterdikleri başarı yoksulluk düzeyini azaltmada önemli bir role sahiptir (Talukdar, 2012: 7-8; Akçakaya, 2009: 24).

1.3.5. Katastrofik Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmeti ihtiyacı, genellikle öngörülemez bir şekilde ortaya çıkmakta ve sağlık hizmetlerinin kullanımı, birey ve haneleri finansal yük altında bırakabilmektedir. Ülkelere göre değişmekle birlikte sağlık hizmeti kullanıcıları, sağlık hizmetini alabilmek için çeşitli miktarlarda cepten ödeme yapmaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin kullanımı için kredi kullanılması, varlıkların satılması ya da sağlık harcamaları nedeniyle temel harcamalardan fedakârlık edilmesi durumlarıyla karşılaşılabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kullanımı için bireylerin ödedikleri

miktar gelirlerine göre çok yüksek olabilmekte ve bu tür harcamalar “katastrofik sağlık harcamaları” olarak adlandırılmaktadır. Tıbbi yoksulluk tuzağı olarak da ifade edilen (Whitehead, vd., 2001) katastrofik harcama, sağlık harcamasının toplam hane geliri ya da harcamasının belli bir yüzdesini aşmasıdır (O’Donnell vd. 2008: 203; TÜİK, 2014).

Sağlık harcamasının katastrofik harcama olarak nitelenebilmesi, harcamanın risk havuzlamasının olmaması, cepten yapılması ve hanehalkı gelir ya da harcamasının belirli düzeyinin üzerinde olması gibi şartlara bağlıdır. Ayrıca sağlık harcamasının katastrofik harcama niteliği kazanması için yüksek miktarda olması gerekmemektedir. Yoksul birey ve hanehalkı için düşük miktardaki cepten sağlık harcaması katastrofik olabilirken, zengin birey ve hanehalkı için yüksek miktardaki harcama katastrofik nitelik kazanmayabilir (DSÖ, 2005; Özgen, 2007).

DSÖ, 2000 yılında yayımladığı Dünya Sağlık Raporunda bir sağlık sisteminden beklenen üç rolden birisinin finansmanda hakkaniyet olduğunu ve bireylerin sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşmalarının önlenmesi gerektiğini vurgulamasına rağmen, dünyada her yıl yaklaşık 44 milyon hanehalkının ve 150 milyondan fazla kişinin sağlık harcamaları nedeniyle finansal krizler yaşadığı ve 25 milyon hanehalkı ya da 100 milyondan fazla kişinin yoksullaştığı tahmin edilmektedir (DSÖ, 2000; DSÖ, 2005).

Katastrofik sağlık harcamalarının düzeyini belirlemeye yönelik çeşitli araştırmalar yapılmaktadır. Çalışmalarda, sağlık harcamalarının toplam harcama içindeki payının % 40 ve üstünün ya da hanelerin ödeme kapasitelerinin % 40’ını aşan sağlık harcamalarının katastrofik sağlık harcaması için eşik değer olarak kabul edildiği görülmektedir.

Xu ve diğerleri (2003) tarafından 59 ülkenin kapsama alındığı çalışmada ödeme kapasitesinin % 40’ı eşik değer olarak alınmıştır. Araştırmada, katastrofik sağlık harcamasının en az olduğu ülkelerin % 0,01’lik oranla Çek Cumhuriyeti ve Slovakya olduğu ve katastrofik harcamanın en yüksek olduğu ülkenin % 10,5’lik oranla Vietnam olduğu saptanmıştır. Xu ve diğerleri (2007) tarafından 1990-2003 yıllarını kapsayan bir başka çalışmada, 89 ülke incelenmiş ve 150 milyon kişinin katastrofik sağlık harcaması yaptığı belirlenmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam hanehalkı geliri içindeki payının % 10’u geçmesi durumunda katastrofik harcama olarak kabul edilen bir başka araştırmada, Hindistan’da katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı % 3,5 olarak saptanmıştır (Devadasan, 2007).

Yardım vd. (2010) tarafından Türkiye’de yapılan katastrofik sağlık harcamalarının belirlenmesi amacıyla yürütülen çalışmada, eşik değer ödeme kapasitesinin % 40’ı alınmış ve katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranının % 0,6 olduğu ve bu hanelerin % 0,04’ünün yoksulluğa düştüğü belirlenmiştir. Yardım vd. (2013) tarafından yapılan bir diğer çalışmada, katastrofik

harcama yapan yoksul oranı 2003 yılında % 0,6, 2006'da % 0,5 ve 2009'da % 0,6 olarak belirlenmiş ve araştırmada katastrofik sağlık harcamalarının yoksulluğu derinleştirdiği bulgusuna ulaşılmıştır. Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu (2014) tarafından yapılan “Türkiye’de 2002-2011 Yılları Arasında Katastrofik Sağlık Harcamalarının Yoksulluk Yaratma Kapasitesi” isimli çalışmada da benzer şekilde katastrofik sağlık harcamalarının yeni yoksulluk yaratma kapasitesinin düşük olduğu ancak hâlihazırda yoksul olan kişileri daha da yoksullaştırdığı bulgusuna ulaşılmıştır.

Tablo 1’de 2002-2014 yılları arasında Türkiye’de katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı ve sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hane oranı verilmiştir. 2003 yılında Türkiye geneli için % 0,75 olan katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı, 2014 yılında % 0,31’dir. Tüm yıllarda katastrofik harcama yapan hane oranı, kırdan kentten daha fazladır.

Katastrofik sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hane oranı 2003 yılında % 0,25 iken 2014 yılında % 0,12’dir. Tüm dönemlerde hem Türkiye genelinde hem de kent ve kırdan katastrofik sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hane oranı % 1’in altındadır.

Türkiye’de katastrofik sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla da çalışmalar yürütülmektedir. Özgen Narcı vd. (2015) tarafından yapılan çalışmada, hane geliri ve büyüklüğü, 5 yaş altı çocuk sayısı, sağlık sigortası, engelli aile bireyi ve ayakta sağlık hizmeti için ödeme yapma gibi faktörlerin katastrofik sağlık harcamasını etkilediği tespit edilmiştir. Yereli vd. (2014) tarafından yapılan ve 2003-2011 yılları Hanehalkı Bütçe Anketi verileri kullanılarak yürütülen çalışmada ailede hasta fert ve 65 yaş üstü birey bulunmasının katastrofik sağlık harcaması yapmaya en fazla etki eden faktörler olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Yoksullaşan Hane Oranı (%)

Yıllar		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hane Oranı (%)	Türkiye	0,75	0,84	0,64	0,59	0,68	0,36	0,48	0,37	0,17	0,14	0,22	0,31
	Kent	0,53	0,72	0,60	0,36	0,48	0,33	0,27	0,27	0,12	0,14	0,19	-
	Kır	1,13	1,06	0,71	1,00	1,21	0,42	0,99	0,63	0,29	0,13	0,31	-
Sağlık Harcaması Nedeniyle Yoksullaşan Hane Oranı (%)	Türkiye	0,25	0,28	0,23	0,34	0,19	0,17	0,22	0,15	0,15	0,07	0,15	0,12
	Kent	0,09	0,12	0,10	0,10	0,05	0,11	0,06	0,04	0,06	0,02	0,10	-
	Kır	0,53	0,55	0,45	0,78	0,53	0,33	0,63	0,39	0,35	0,19	0,26	-

Kaynak: TÜİK (2015). Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları.

1.3.6. Diğer Nedenler

Yoksulluğa neden olan faktörlerden bir diğeri, hanehalkı büyüklüğü ve yapısıdır. Hane halkındaki fert sayısının fazla olduğu, tek ebeveynli ve aile reisinin kadın olduğu ailelerde yoksulluk riski artmaktadır. Ekonomik krizler, savaşlar, doğal afetler, sosyal dışlanma, yüksek doğurganlık gibi olaylar, yoksulluğa sebep olduğu düşünülen diğer faktörlerdir (Akhter vd., 2007; Arpacıoğlu, 2012).

1.4. YOKSULLUK ÖLÇÜTLERİ

Yoksulluğun ölçümü zaman, enerji ve finansman gerektiren zorlu bir süreçtir. Yoksulluk olgusuna ilginin artmasına paralel olarak birçok farklı ölçüm yöntemi ve endeks geliştirilmiştir. Yoksul sayısını ve oranını değiştirebildiğinden yoksulluğu ölçmede kullanılacak ölçütün seçimi dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Yoksulluk şu hususlar için ölçülmektedir (Haughton ve Khandker, 2009: 3-5):

- Yoksulluğu kamuoyunun gündeminde tutmak,
- Yoksul insanları doğru bir şekilde saptamak ve yoksullara yönelik uygun yardım araçlarını tespit edebilmek,
- Yoksullara yönelik proje ve planların izlenmesini ve değerlendirilmesini kolaylaştırmak,
- Yoksullukla mücadele eden kurumların etkililiğini belirlemek.

Çeşitli amaçları başarmada yoksulluğun ölçümü gerekli olmakla birlikte, bu süreçte çeşitli güçlüklerle karşılaşmaktadır: İlk olarak, yoksulluğun parasal ve parasal olmayan boyutları içeren çok boyutlu yoksulluk hali olması nedeniyle, bu boyutların tespit edilmesi ve ölçülmesi zorlu bir süreçtir. İkincisi, yoksulluk dinamik bir kavram olduğu için boyutları zaman içinde değişebilmektedir. Bu nedenle yoksulluğu her boyutuyla ölçen tek bir ölçüt bulunmamaktadır. Üçüncü olarak, temel ya da minimum yaşam standardının ne olduğu konusunda fikir birliği bulunmamaktadır ve temel ihtiyaç zamana ve topluma göre değişmektedir. Karşılaşılan bir diğer güçlük ise, yoksulluğun ölçümünde birey ya da haneden hangisinin seçileceği ile ilgilidir. Toplumda, hanelerin büyüklüğü ve yapısı farklılaşmakta ve yoksulluğun şiddeti aynı hanede bile bireyler arasında farklı düzeyde yaşanabilmektedir. Birçok hanede kadınların ve çocukların yoksulluğu diğer bireylere göre daha yoğun şekilde yaşadıkları görülmektedir (Khan, 2000: 5).

Yoksulluğun ölçümünde kullanılan ölçütler; Kişi Sayısı Endeksi, Yoksulluk Açığı Endeksi, Sen Endeksi, Foster, Greer ve Thorbecke Endeksi, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Tarafından

Kullanılan Endeksler ve Refah Endeksi (DHS Wealth Index) şeklinde sıralanabilir (Haugton ve Khandker, 2009; Eroğlu, 2010; Bildirici, 2011; Arpacioğlu, 2012; Şenses, 2013UNDP, 2014).

1.4.1. Kişi Sayısı Endeksi (Head-Count Index)

Kişi Sayısı Endeksi (KSE), kolay hesaplanabilmesi nedeniyle, yoksulluk ölçümlerinde en fazla kullanılan endekstir. Endeks, yoksulluk sınırı altında kalan kişilerin (Q) toplam nüfusa (N) oranını gösterir ve $KSE = Q / N$ şeklinde hesaplanır.

Hesaplanması ve anlaşılması kolay olmakla birlikte endeksin bazı dezavantajları bulunmaktadır: İlk olarak, endeks yoksul kişi sayısını göstermekte ancak yoksulluğun yoğunluğunu saptayamamaktadır. Ayrıca yoksulluk sınırı altındaki kişinin daha da yoksullaşması yoksul kişi sayısını değiştirmemektedir. Endeksin diğer bir eksikliği, hanedeki gelir dağılımına duysız kalması ya da gelir dağılımını eşit olarak varsaymasıdır. Oysaki hane reisleri ve erkek çocuklara göre kadınlar, kız çocukları ve yaşlılar daha az tüketimde bulunmaktadır (Haugton ve Khandker, 2009: 69-70).

1.4.2. Yoksulluk Açığı Endeksi (Poverty Gap Index)

Yoksulluk Açığı Endeksi, Kişi Sayısı Endeksinin eksikliklerini gidermek üzere geliştirilmiştir ve endekse, yoksulluğun derinliğinin ölçülebilmesi ve yoksulluk oranının yoksulluk sınırına duyarlılığının azaltılabilmesi amaçlanmıştır. Yoksulluk Açığı Endeksi, yoksulların gelir ya da tüketimlerinin yoksulluk sınırına uzaklığının yoksulluk sınırına oranıdır şeklinde tanımlanabilir (Şenses, 2013: 66). Yoksulluk açığı, kişinin harcamasının yoksulluk sınırından çıkarılıp, yoksulluk sınırına bölünmesiyle bulunmaktadır. Endeks ile birlikte, yoksulların yoksulluk sınırının üzerine çıkabilmeleri için gerekli parasal miktar tespit edilebilmektedir. Yoksulluk açığı endeksi de sorunsuz değildir. Yoksul kişi sayısı ile bilgi vermediği gibi yoksullar arasında gelirin nasıl dağıldığı konusunda da duysızdır (Aktan, 2002a: 27).

1.4.3. Sen Endeksi (Sen Index)

Sen Endeksi; yoksul kişi sayısı, yoksulluğun derinliği ve yoksullar arasındaki gelir dağılımını dikkate alması nedeniyle Kişi Sayısı Endeksi ve Yoksulluk Açığı Endeksinin eksik kaldığı yönleri gidermektedir. Sen Endeksi kişi sayısı oranı, gelir açığı oranı ve Gini Katsayısının birleşmesiyle oluşmaktadır ve şu formül yardımıyla hesaplanmaktadır:

$$S = HI + H(1-I)G$$

S = Sen Endeksi

H = Kişi Sayısı Oranı

I = Gelir Açığı Oranı

G = Gini Katsayısı

Yoksulların gelirlerinde azalma olması durumunda, yoksulluk ölçütünde artış olması ve yoksullar arasındaki gelir dağılımını dikkate alması endeksin önemli katkılarıdır. Ancak diğer ölçütler gibi basit olmaması ve farklı alt grupların yoksulluk durumlarını ayırtıramadığı için Sen Endeksi, akademik literatür dışında fazla kullanılmamaktadır (Haughton ve Khandker, 2009: 73-74).

1.4.4. Foster, Greer ve Thorbecke Endeksi (FGT Index)

Foster, Greer ve Thorbecke (FGT) Endeksi, en kapsamlı yoksulluk ölçütleri arasında yer almaktadır. Endekste, herhangi bir kişinin gelir açığı ölçümünün yalnızca yoksulluk sınırına ve o kişinin gelirinine bağlı olması gerektiği savunulmaktadır. Endeks yardımıyla, yoksulların sayısı, yoksulluğun derinliği ve farklı gruplarda yoksulluğun yoğunluğuna ilişkin bilgiler elde edilebilmektedir (Şenses, 2013: 66-67; Aktan, 2002: 29-30).

FGT Endeksi aşağıdaki formülle hesaplanır:

$$p_{\alpha}(y,z) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left(\frac{z-y_i}{z} \right)^{\alpha}$$

n= Toplam Hanehalkı Sayısı

q= Yoksul Hanehalkı Sayısı

z= Yoksulluk Sınırı

y= Hanehalkı Geliri

α = Yoksulluk Parametresi

1.4.5. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (United Nations Development Programme-UNDP) Tarafından Kullanılan Endeksler

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı tarafından, 1990 yılından itibaren yayınlanan İnsani Gelişme Raporlarında (Human Development Report) insani gelişmeyi ölçmeyi amaçlayan çeşitli endekslere yer verilmektedir. Bu endeksler: İnsani Gelişme Endeksi, Eşitsizliğe Uyarlanmış İnsani Gelişme Endeksi, Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi, Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi ve Toplumsal Cinsiyet Bazında Gelişme Endeksi'dir.

1.4.5.1. İnsani Gelişme Endeksi (Human Development Index)

Uzunca bir süre ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, GSYH'leri üzerinden değerlendirilmiş ancak ülkenin gelişmişlik durumunu değerlendirmede yalnızca gelirin göz önüne alınmasının eksikliğini anlaşılmaya üzerine yeni arayışlara girilmiştir. Bu amaçla geliştirilen araçlardan birisi İnsani Gelişme Endeksi (İGE)'dir. İGE, bir ülkenin gelişmişlik seviyesini göstermekte ve endekte insani gelişme üç boyutta ölçülmektedir:

- *Uzun ve Sağlıklı Yaşam*: Boyut, doğumda beklenen ortalama yaşam beklentisiyle ölçülmektedir. İGE hesaplamalarında ortalama yaşam beklentisi minimum 20, maksimum 85 yıl olarak alınmaktadır.
- *Bilgiye Erişim*: Bilgi boyutu, 25 yaş ve üzerindeki eğitim gördükleri ortalama süre ve okula gitme çağındaki çocuklar için beklenen eğitim süresi olmak üzere iki alt boyutla ölçülmektedir.
- *İnsana Yakınsır Yaşam Koşulları*: Yaşam koşulları boyutu kişi başına düşen GSYH ile ölçülmektedir. Hesaplamalarda kişi başına düşen GSYH satın alma gücü paritesine uyarlanmakta ve minimum 100\$, maksimum 75.000\$ olarak alınmaktadır.

En son yayınlanan 2015 İnsani Gelişme Raporunda, 188 ülke için hesaplanmış İGE'ler yer almaktadır. İGE, üç ana ve iki alt boyut üzerinden hesaplanmakta ve boyutlar eşit önemde olmaları nedeniyle ağırlıklandırılmamaktadır. 2010 yılından itibaren yapılan hesaplamalarda, boyutların aritmetik ortalaması yerine geometrik ortalaması kullanılmaktadır. Böylece herhangi bir boyutta yaşanan düşmenin diğer boyuttaki gelişmeyle telafi edilmesinin önüne geçilmektedir.

İGE, üç boyutun ortalamasının toplanması ile hesaplanmakta ve 0 ile 1 arasında değer almaktadır. Değerin 1'e yaklaşması ülkenin insani gelişme açısından ilerlediğini ve 0'a yaklaşması ise gerilediğini göstermektedir. Ülkeler elde ettikleri endeks değerlerine göre dört kategoriye ayrılmaktadır: 0,000-0,549 arası düşük, 0,550-0,699 orta, 0,700-0,799 yüksek ve 0,800-1,000 arası endeks değerine sahip olan ülkeler en yüksek insani gelişme kategorisinde yer almaktadır (UNDP, 2014a).

1.4.5.2. Eşitsizliğe Uyarlanmış İnsani Gelişme Endeksi (Inequality-Adjusted Human Development Index)

Eşitsizliğe Uyarlanmış İnsani Gelişme Endeksi (EUİGE) ile sağlık, eğitim ve gelir boyutlarındaki ortalama gelişmenin yanında sağlık, eğitim ve gelir boyutlarının nüfus grupları arasında nasıl

dağıldığı görülebilmektedir. EUİGE, her bir gelişme boyutunun ortalama değerinden, eşitsizlik düzeyinin çıkarılması ile hesaplanmaktadır. İGE ile EUİGE'nin eşit olabilmesi için mükemmel bir eşitliğin sağlanması gerekmektedir, bu nedenle ülkelerin EUİGE değerleri İGE değerlerinden daha düşük olmaktadır. İGE, ülkenin potansiyel gelişme endeksi, EUİGE, ise gerçek insani gelişme endeksi olarak görülebilir.

EUİGE ile birlikte sağlık, eğitim ve gelir boyutlarında ortalama yükselmenin yanında bunların ülke vatandaşları arasında eşit dağılımına da vurgu yapılmaktadır. EUİGE, 145 ülke için hesaplanmakta ve eşitsizlik nedeniyle dünyada İGE değerinde ortalama % 22,9 kayıp yaşandığı, kayıp oranının ülkeler bazında en az % 5,5 ile Finlandiya'da ve en fazla % 44 ile Angola'da gerçekleştiği görülmektedir (UNDP, 2014b).

1.4.5.3. Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi (Multidimensional Poverty Index)

Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi (ÇBYE), ilk olarak 2010 yılındaki İnsani Gelişme Raporunda kullanılmış ve 1997-2009 yılları arasında kullanılan İnsani Yoksulluk Endeksinin yerini almıştır. ÇBYE ile İnsani Yoksulluk Endeksinin eksik bıraktığı birey, hane veya daha büyük grupların yaşadığı yoksulluğun yoğunluğu ve yoksul kişi sayısının tespiti mümkün hale gelmiştir. Hesaplamalarda eğitim, sağlık ve yaşam koşulları boyutları kullanılmakta, ancak bu verilerin aynı araştırmadan gelme zorunluluğu bulunmaktadır. 2005-2012 döneminde 1,5 milyar kişinin çok boyutlu yoksulluğu yaşadığı belirlenmiştir (UNDP, 2014c).

1.4.5.4. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi (Gender Inequality Index)

1990 yılından itibaren cinsiyet eşitliğini sağlamada önemli adımlar atılmış olmakla birlikte, bu hedefe henüz tamamen ulaşamamıştır. Kadınların yaşadıkları olumsuzlukların ana kaynağı eşitsizliklerdir. Çoğu zaman sağlık, eğitim, politik temsil, istihdam vb. gibi alanlarda kadınlar negatif ayrımcılıkla karşı karşıya kalabilmektedir.

Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi (TCEE), cinsiyet eşitsizliğini üreme sağlığı, kadının güçlendirilmesi ve ekonomik faaliyetler boyutları üzerinden ölçmektedir. Üreme sağlığı boyutu, anne ölümü ve yetişkinlerde üreme oranıyla; kadının güçlendirilmesi boyutu, parlamentodaki kadın vekil sayısı ve 25 yaş ve üzerindeki kadın ve erkeklerin orta öğrenim görme oranlarıyla; ekonomik faaliyetler boyutu ise 15 yaş üzerindeki kadın ve erkeklerin istihdam oranlarıyla ölçülmektedir. TCEE, 0 ile 1 arasında değer almakta ve değer 1'e yaklaşması eşitsizliğin arttığını göstermektedir (UNDP, 2014d).

1.4.5.5. Toplumsal Cinsiyet Bazında Gelişme Endeksi (Gender-Related Development Index)

Toplumsal Cinsiyet Bazında Gelişme Endeksi (TCBGE)'nde, İGE'de olduğu gibi eğitim, sağlık ve yaşam koşulları boyutları kullanılmaktadır. Kadın ve erkeklerde doğumda beklenen yaşam süresi, okul çağına gelmiş kız ve erkek çocuklar için beklenen eğitim süresi ve 25 yaş ve üzerindeki kadın ve erkeklerin eğitim gördükleri ortalama süre ve kadın ve erkeklerin kazandıkları ortalama gelir dikkate alınmaktadır. TCBGE, İGE hesaplamalarında kullanılan yöntem ile aynı şekilde hesaplanmaktadır. TCBGE ile birlikte insani gelişmede cinsiyet unsuruna dikkat çekilmektedir (UNDP, 2014e).

1.4.6. Refah Endeksi (Wealth Index)

Hanehalkı ekonomik statüsünün belirlenebilmesi amacıyla gelir, tüketim ve hanehalkı refahı gibi unsurlardan yararlanılmaktadır. Gelir, hanelerin ekonomik seviyelerinin belirlenmesinde ekonomistler tarafından sıklıkla kullanılmakla birlikte düzenli bir işte çalışmayanlar ve kendi işinde çalışanların gelirlerini tam olarak bilememeleri ve görüşme esnasında çeşitli kaygılarla (devletten aldıkları yardımın kesilmesi, daha fazla vergi ödeme) kişilerin gerçek gelirlerini söylememeleri gelirin tespitini güçleştirmektedir. Hanehalkının ekonomik seviyesinin belirlenmesi amacıyla hanehalkı tüketim harcamalarından da yararlanılmaktadır. Hanelerin tüketim harcamasının farklı kişilerce yapılması, hangi mal ya da hizmetlere yapılacak harcamanın tüketim harcaması olarak kabul edileceği gibi nedenlerle tüketim harcamasının da belirlenmesi güçtür. Ekonomik statüsünün belirlenmesinde üçüncü alternatif ise hanehalkı refahıdır. Hanehalkı refahı, gelir ve tüketime göre hanenin daha uzun dönemli ekonomik durumunu gösterir ve daha az soru sorularak belirlenebilme gibi üstünlüklere sahiptir (Rutstein ve Johnson, 2004: 1-2; Cordova, 2008: 1; Rutstein ve Staveteig, 2013).

Gelir ve tüketime göre önemli üstünlükleri olan hanehalkı refahını belirlemeye yönelik çeşitli araçlar geliştirilmekte ve hanelerin ekonomik statülerinin belirlenmesinde bu araçlardan yararlanılmaktadır. Hanelerin ekonomik statülerinin belirlenmesinde kullanılan araçlar arasında Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Refah Endeksi (DHS Wealth Index) öne çıkmaktadır. Refah Endeksinin geliştirilmesi fikri, DSÖ'nün 1997 yılında gerçekleştirdiği konferansta gündeme getirilmiş ve "Nüfus ve Sağlık Araştırmaları"ndan yararlanılarak hanelerin refahlarının belirlenebileceği ve sağlıkla ilgili çeşitli durumların (sağlık hizmeti kullanımı, hakkaniyet) farklı ekonomik yapılarda nasıl farklılaştığının bu şekilde belirlenebileceği görüşü tartışılmıştır (Filmer ve Pritchett, 2001; Rutstein, 2008; Howe vd., 2009).

Refah Endeksi, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde hanelerin mal varlıklarına (asset) dayalı olarak, ekonomik statülerini belirlemeye yarayan endekstir. Endeks, 1996-2011 yılları arasında 97 düşük ve orta gelirli ülkede 2,1 milyon hanehalkı üzerinde gerçekleştirilen 165 araştırma verisine dayalı olarak geliştirilmiştir. Yapılan test analizlerinde endeksin geçerli ve güvenilir olduğu saptanmış ve Refah Endeksinin, dünyanın her yerinde hanehalkının, sosyal grupların ve toplumların ekonomik statülerini belirlemeye ve karşılaştırmaya uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Smits ve Steendijk, 2012: 2-3).

Refah Endeksi, hanehalkının sahip olduğu tüm dayanıklı tüketim malları (TV, buzdolabı, telefon, bisiklet, araba, saat, radyo, bilgisayar, klima gibi), hanede elektrik bulunma durumu, içme suyu, tuvalet tipi ve hanenin zemin malzemesinin kalitesi (düşük, orta, yüksek), oda sayısı gibi değişkenlerden oluşmaktadır.

Refah Endeksinin oluşturulması; değişkenlerin ağırlıklandırılması, standartlaştırma, hanelerin endeks değerlerinin hesaplanması ve bireylerin en düşük, düşük, orta, yüksek ve en yüksek şeklinde oluşturulan refah düzeylerine atanması aşamalarını içermektedir. Değişkenlerin ağırlıklandırılmaları (faktör skoru) Temel Bileşenler Analizi yardımıyla yapılmaktadır. Değişkenler ağırlıklandırıldıktan sonra elde edilen değerler sıfır ortalama ve bir standart sapmayla (z standartlaştırması) standart normal dağılıma göre standartlaştırıldıktan sonra, her hanenin her bir değişkenden elde ettiği skorlar toplanarak her bir hanenin endeks değeri elde edilmektedir. Hanehalkı üyeleri, yaşadıkları hanenin toplam skoruna göre sıralanmakta ve aynı sayıda bireyin yer aldığı beş grup oluşturulmaktadır (Rutstein, 2008; McKenzie, 2005; Filmer ve Scoot, 2012; HUNEE, 2014).

2. BÖLÜM

YOKSULLUK PROFİLİ VE YOKSULLUKLA MÜCADELE

Yoksulluk oran ve sayısının belirlenebilmesi amacıyla yoksulluk profili oluşturulmaktadır. Yoksulluk profili ile yoksulluğun zaman içindeki seyri takip edilmekte ve ulusal ve uluslararası örgütlerin yoksullukla mücadele kapsamında yürüttüğü faaliyetlerin etkinliği ölçülmektedir. Yıllar itibariyle azalış görülmekle birlikte halen dünya genelinde milyonlarca insan yoksul bir şekilde yaşamını sürdürmektedir.

Yoksullukla devletler, ulusal ve uluslararası örgütler mücadele etmektedirler. Uluslararası mücadele eden yapılanmalar olarak Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği, OECD ve Dünya Sağlık Örgütü ön plana çıkmaktadır. Türkiye’de ise, Kalkınma Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Vakıflar Genel Müdürlüğü ve Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu’nun yoksullukla mücadelede kapsamında işlevleri bulunmaktadır.

Yoksulluk profili ve yoksullukla mücadelenin ele alındığı bu bölümde Dünya’da ve Türkiye’deki yoksulluk oranları ve yoksullukla mücadele eden uluslararası ve ulusal örgütlerin politika ve faaliyetleri ortaya konulacaktır.

2.1. YOKSULLUK PROFİLİ

Yoksulluk profilinin oluşturulması, yoksulluğun daha çok hangi özellikteki birey, hane ve bölgede görüldüğünün saptanmasını sağlamaktadır. Yoksulluk profili, coğrafi alana (bölge, kırsal-kentsel alan vb.), toplumsal özelliklere (okulu olan ve olmayan yerler) ve hanehalkı ya da bireysel özelliklere (eğitim seviyesi vb.) göre oluşturulabilmektedir (Haughton ve Khandker, 2009: 121). Yoksullukla mücadele edilmesi için yoksulluğun çeşitli değişkenlere göre doğru bir şekilde belirlenmesi gereklidir. Dünyada yoksulluk incelenirken Dünya Bankası tarafından çeşitli yoksulluk sınırlarına göre yayınlanan verilerden ve Türkiye’de yoksulluğun mevcut durumu incelenirken ise TÜİK tarafından yayınlanan verilerden yararlanılmaktadır. Bu doğrultuda, çalışmanın bu kısmında, dünyada ve Türkiye’de yoksulluğun mevcut durumu çeşitli değişken ve yöntemlere göre incelenecektir.

2.1.1. Dünyada Yoksulluk

Yoksulluk geri kalmış, gelişmekte olan ya da gelişmiş tüm ülke ve bölgelerde değişen oran ve yapıda görülen bir olgudur. Yoksulluk, özellikle kalkınmasını gerçekleştirememiş ülkelerde temel gıda ihtiyacının dahi karşılanamaması şeklinde ortaya çıkarken, gelişmiş ülkelerde daha çok göreceli yoksulluk halini almaktadır. Tablo 2’de günde 1,25 dolardan az gelire yaşayan fert sayısı ve oranı görülmektedir. Tablo incelendiğinde, 1990 yılında dünya genelinde 1,817 milyon kişi günlük 1,25 dolarlık harcama sınırının altında yaşamaktadır. Bu rakam 2005 yılında 1,371 milyona düşmüş, 2015’te 918 ve 2020’de 826 milyon kişi olacağı tahmin edilmektedir. Oransal açıdan incelendiğinde, 1990 yılında dünya nüfusunun % 41,7’si yoksul iken 2005 yılında bu oran % 25’e düşmüştür. Yoksulluk oranının 2015’te % 15 ve 2020’de % 12,8 olacağı öngörülmektedir.

Bölgeler incelendiğinde, 1990 yılında yoksul fert sayısının en fazla olduğu bölge Doğu Asya ve Pasifik’tir. 1990’dan 2005’e bazı bölgelerde yoksul fert sayısı artış göstermekle birlikte Doğu Asya ve Pasifik ve Çin’de yoksul sayısı önemli oranda düşmüştür. 2015 ve 2020 yıllarında tüm bölgelerde yoksul sayısının azalacağı ancak 2020 yılında dahi dünya nüfusunun yedide birine yakını açlık sınırının altında yaşayacağı tahmin edilmektedir (bkz. Tablo 2).

Tablo 2. Günde 1,25 \$’dan Daha Az Gelirle Yaşayan Nüfus Sayı ve Oranı

Nüfus Sayısı (Milyon)				
Bölge	1990	2005	2015f	2020f
Doğu Asya ve Pasifik	873	317	120	83
Çin	683	208	70	56
Avrupa ve Merkezi Asya	9	16	7	5
Latin Amerika ve Karayipler	50	45	30	27
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	10	11	6	6
Güney Asya	579	595	388	352
Hindistan	435	456	295	268
Sahra Altı Afrika	296	387	366	352
Toplam	1,817	1,371	918	826
Nüfus Oranı (%)				
Doğu Asya ve Pasifik	54,7	16,8	5,9	4,0
Çin	60,2	15,9	5,1	4,0
Avrupa ve Merkezi Asya	2,0	3,7	1,7	1,2
Latin Amerika ve Karayipler	11,3	8,2	5,0	4,3
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	4,3	3,6	1,8	1,5
Güney Asya	51,7	40,3	22,8	19,4
Hindistan	51,3	41,6	23,6	20,3
Sahra Altı Afrika	57,6	50,9	38,0	32,8
Toplam	41,7	25,2	15,0	12,8

f: Tahmin

Kaynak: Dünya Bankası (2010a). Global Economic Prospects.

Tablo 3'te 2011 Satın Alma Gücü Paritesine göre 1,90 dolar yoksulluk sınırına göre bölgelerdeki ve dünyadaki yoksul sayısı ve oranı görülmektedir. 1990 yılında dünya genelinde 1,958 milyon kişi yoksul iken, 2015 yılında 702,1 milyon kişinin yoksulluk sınırının altında yaşadığı tahmin edilmektedir. Oransal açıdan bakıldığında, 1990 yılında dünya nüfusunun % 37,1'i yoksul iken 2015 yılında bu oranın % 9,6'ya düşmesi beklenmektedir. 1990-2015 döneminde dünya genelinde ve bölgelerde yoksul sayısı ve oranında düşüş olduğu görülmekle birlikte, Sahra Altı Afrika'da nüfusun % 35'i halen yoksuldur.

Tablo 3. Günde 1,90 \$'dan Daha Az Gelirle Yaşayan Nüfus Sayı ve Oranı

Nüfus Sayısı (Milyon)					
Bölge	1990	1999	2011	2012	2015 ^f
Doğu Asya ve Pasifik	995,5	689,4	173,1	147,2	82,6
Avrupa ve Merkezi Asya	8,8	36,8	11,4	10,1	4,4
Latin Amerika ve Karayipler	78,2	71,1	35,3	33,7	29,7
Güney Asya	574,6	568,0	361,7	309,2	231,3
Sahra Altı Afrika	287,6	374,6	393,6	388,8	347,1
Toplam	1,958.6	1,751.5	983,3	896,7	702,1
Nüfus Oranı (%)					
Doğu Asya ve Pasifik	60,6	37,5	8,5	7,2	4,1
Avrupa ve Merkezi Asya	1,9	7,8	2,4	2,1	1,7
Latin Amerika ve Karayipler	17,8	13,9	5,9	5,6	5,6
Güney Asya	50,6	41,8	22,2	18,8	13,5
Sahra Altı Afrika	56,8	58,0	44,4	42,7	35,2
Toplam	37,1	29,1	14,1	12,7	9,6

f: Tahmin

Kaynak: Dünya Bankası (2016). Global Monitoring Report.

Tablo 4'te 2014 yılında insani gelişim açısından her kategoride ilk beş sırada yer alan ülkelerin İnsani Gelişim Endeksi (İGE) değerleri ve endeksin 3 boyutu olan doğumda yaşam beklentisi, ortalama eğitim süresi, beklenen eğitim süresi ve kişi başına satın alma paritesine göre GSMH rakamları ve ülkelerdeki gelir dağılımını gösteren Gini Katsayısı yer almaktadır.

Tablo 4 incelendiğinde, 2014 yılında dünya İGE değerinin 0,711; doğumda yaşam beklentisinin 71,5; ortalama eğitim süresinin 12,2 ve kişi başına GSMH'nin 14.301 dolar olduğu görülmektedir. 0,944'lük İGE ile Norveç 2013 yılında 188 ülke arasından birinci sırada yer almaktadır. Norveç'i Avustralya ve İsviçre takip etmektedir. Çok yüksek İGE kategorisinde yer alan ülkelerde doğumda yaşam beklentisi 80 yıl ve üzerinde, ortalama eğitim süresi 12 yıl ve üzerinde, beklenen eğitim süresi 16 yıl ve üzerinde ve kişi başına GSMH düzeyleri 44-64.000 dolar aralığındadır.

Çok yüksek insani gelişme seviyesinde olan ülkelerde hem kişi başına düşen GSMH miktarı yüksek hem de gelir dağılımının diğer ülkelere göre daha adil olduğu söylenebilir. Türkiye'nin de yer aldığı yüksek insani gelişme değerine sahip ülkelerin çok yüksek insani gelişme değerine sahip ülkelere göre hem kişi başına GSMH düzeylerinin düşük hem de gelir dağılımının daha adaletsiz olduğu görülmektedir. İnsani gelişme seviyesi düştükçe gelir dağılımı daha adaletsiz hale gelmektedir.

Tablo 4. Ülkelerin İnsani Gelişme Endeksleri, Bileşenleri ve Gini Katsayıları

İnsani Gelişme	Ülke	İGE	Doğumda Yaşam Beklentisi (Yıl)	Beklenen Eğitim Süresi (Yıl)	Ortalama Eğitim Süresi (Yıl)	Kişi Başına GSMH (2011 SGP, \$)	Gini Kat Sayısı
Çok Yüksek	1. Norveç	0,944	81,6	17,5	12,6	64,992	26,8
	2. Avustralya	0,935	82,4	20,2	13,0	42,261	34,0
	3. İsviçre	0,930	83,0	15,8	12,8	56,431	32,4
	4. Danimarka	0,923	80,2	18,7	12,7	44,025	26,9
	5. Hollanda	0,922	81,6	17,9	11,9	45,435	28,9
Yüksek	50. Belarus	0,798	71,3	15,7	12,0	16,676	26,5
	50. Rusya	0,798	70,1	14,7	12,0	22,352	39,7
	52. Umman	0,793	76,8	13,6	8,0	34,858	-
	52. Romanya	0,793	74,7	14,2	10,8	18,108	27,3
	52. Uruguay	0,793	77,2	15,5	8,5	19,283	41,3
72. Türkiye	0,761	75,3	14,5	7,6	18,677	40,0	
Orta	106. Botswana	0,698	64,5	12,5	8,9	16,646	60,5
	107. Moldova	0,693	71,6	11,9	11,2	5,223	30,6
	108. Mısır	0,690	71,1	13,5	6,6	10,512	30,8
	109. Türkmenistan	0,688	65,6	10,8	9,9	13,066	-
	110. Gabon	0,684	64,4	12,5	7,8	16,367	42,2
Düşük	145. Kenya	0,548	61,6	11,0	6,3	2,762	47,7
	145. Nepal	0,548	69,6	12,4	3,3	2,311	32,8
	147. Pakistan	0,538	66,2	7,8	4,7	4,866	29,6
	149. Angola	0,532	52,3	11,4	4,7	6,822	42,7
	Dünya	0,711	71,5	12,2	7,9	14,301	-

Kaynak: UNDP (2015). İnsani Gelişme Raporu.

2.1.2. Türkiye'de Yoksulluk

Türkiye'de yoksullukla ilgili veriler TÜİK tarafından yayınlanmaktadır. TÜİK, 2010 yılından itibaren ülkenin sosyo-ekonomik yapısını ortaya koyacak ve uluslararası karşılaştırmaların yapılmasını sağlayacak veriler üretebilmek amacıyla yeni veri kaynakları ve hesaplama yöntemlerine geçmiştir (TÜİK, 2011). Bu nedenle 2010 yılı ve sonrasındaki yoksulluk verileri, satın alma gücü paritesine göre dolar cinsinden yoksulluk oranları şeklindedir.

Tablo 5'te farklı yöntemlere göre hesaplanmış, Türkiye, kır ve kent yoksulluk oranları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, Türkiye'de yoksulluk oranının 2002 yılından itibaren azaldığı görülmektedir. Gıda yoksulluğu (açlık) olarak ifade edilen ve bir kişinin yaşamını devam ettirebilmesi için alması gereken minimum gıda miktarını alamayanların oranı 2002 yılında % 1,35 iken bu oran azalarak 2009 yılında % 0,48 olarak saptanmıştır. Bu oran, kentlerde % 0,92'den 0,06'ya; kırsal alanlarda ise % 2,01'den % 1,42'ye düşmüştür. Gıda ve gıda dışı yoksulluk (temel ihtiyaçlar yoksulluğu) oranı 2002 yılında % 26,96 iken 2009 yılında % 18,08'e, kentlerde % 21,95'ten % 8,86'ya düşmüş ve kırsal alanlarda ise 2002 yılında % 34,48 iken, 2009 yılında % 34,69'a yükselmiştir.

Türkiye'de 2006 yılı itibariyle kişi başı günlük harcaması, satın alma gücü paritesine göre 1 doların altında olan fert bulunmamaktadır. Kişi başı günlük harcaması, satın alma gücü paritesine göre 2,15 doların altında kalan fert oranı Türkiye genelinde 2002 yılında % 3,04 iken 2011 yılında % 0,14 ve 2012 ve 2013 yıllarında ise % 0,06 olarak tespit edilmiştir. Aynı yoksulluk sınırına göre, kentlerde 2002 yılı için % 2,37 olan yoksulluk oranı, 2011, 2012 ve 2013 yıllarında % 0,02'dir. Kırsal yerleşim yerlerinde yoksulluk oranı ise 2002 yılında % 4,06 ve 2012 ve 2013 yıllarında sırasıyla % 0,14 ve % 0,13 olarak saptanmıştır.

Yoksulluk sınırı kişi başı günlük harcaması, satın alma gücü paritesine göre 4,3 dolar olarak belirlendiğinde ise, Türkiye genelinde yoksulluk oranı 2002 yılında % 30,30, 2012 yılında % 2,27 ve 2013 yılında % 2,06'dır. Bu oran kentsel yerleşim yerlerinde 2002 yılında % 24,62, 2012 yılında % 0,60 ve 2013 yılında % 0,64 olarak tespit edilmiştir. Kırsal yerleşim yerlerinde yoksulluk oranı ise 2002 yılında % 38,82, 2012 ve 2013 yıllarında sırasıyla % 5,88 ve % 5,13'dir.

Eşdeğer fert başına tüketim harcaması medyan değerinin % 50'si esas alınarak hesaplanan görelî yoksulluk oranı Türkiye'de 2002 yılında % 14,74 iken 2009 yılında % 15,12 olarak tespit edilmiştir. Görelî yoksulluk oranı kentsel alanlarda 2002 ve 2009 yıllarında sırasıyla % 11,33 % 6,59 iken kırsal yerleşim yerlerinde 2002 yılında % 19,86 ve 2009 yılında % 34,20'dir.

Tablo 5. Yoksulluk Sınırı Yöntemlerine Göre Fert Yoksulluk Oranları

Yöntemler	Fert yoksulluk oranı (%)											
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Türkiye												
Gıda yoksulluğu (açlık)	1,35	1,29	1,29	0,87	0,74	0,48	0,54	0,48	.	.	.	.
Yoksulluk (gıda+gıda dışı)	26,96	28,12	25,60	20,50	17,81	17,79	17,11	18,08	.	.	.	.
Kişi başı günlük 1 \$'ın altı	0,20	0,01	0,02	0,01	.	.	.	.	.	.	.	.
Kişi başı günlük 2.15 \$'ın altı	3,04	2,39	2,49	1,55	1,41	0,52	0,47	0,22	0,21	0,14	0,06	0,06
Kişi başı günlük 4.3 \$'ın altı	30,30	23,75	20,89	16,36	13,33	8,41	6,83	4,35	3,66	2,79	2,27	2,06
Harcama esaslı göreceli yoksulluk	14,74	15,51	14,18	16,16	14,50	14,70	15,06	15,12	.	.	.	.
Kent												
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gıda yoksulluğu (açlık)	0,92	0,74	0,62	0,64	0,04	0,07	0,25	0,06	.	.	.	.
Yoksulluk (gıda+gıda dışı)	21,95	22,30	16,57	12,83	9,31	10,36	9,38	8,86	.	.	.	.
Kişi başı günlük 1 \$'ın altı	0,03	0,01	0,01	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Kişi başı günlük 2.15 \$'ın altı	2,37	1,54	1,23	0,97	0,24	0,09	0,19	0,04	0,04	0,02	0,02	0,02
Kişi başı günlük 4.3 \$'ın altı	24,62	18,31	13,51	10,05	6,13	4,40	3,07	0,96	0,97	0,94	0,60	0,64
Harcama esaslı göreceli yoksulluk	11,33	11,26	8,34	9,89	6,97	8,38	8,01	6,59	.	.	.	.
Kır												
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gıda yoksulluğu (açlık)	2,01	2,15	2,36	1,24	1,91	1,41	1,18	1,42	.	.	.	.
Yoksulluk (gıda+gıda dışı)	34,48	37,13	39,97	32,95	31,98	34,80	34,62	38,69	.	.	.	.
Kişi başı günlük 1 \$'ın altı	0,46	0,01	0,02	0,04	.	.	.	.	.	.	.	.
Kişi başı günlük 2.15 \$'ın altı	4,06	3,71	4,51	2,49	3,36	1,49	1,11	0,63	0,57	0,42	0,14	0,13
Kişi başı günlük 4.3 \$'ın altı	38,82	32,18	32,62	26,59	25,35	17,59	15,33	11,92	9,61	6,83	5,88	5,13
Harcama esaslı göreceli yoksulluk	19,86	22,08	23,48	26,35	27,06	29,16	31,00	34,20	.	.	.	.

Kaynak: TÜİK (2014).Yoksulluk Çalışması.

Tablo 6’da medyan gelirin % 50’si esas alınarak hesaplanan yoksulluk sınırı, yoksul sayısı ve yoksulluk oranlarına ilişkin göstergeler yer almaktadır.

Tablo 6. Gelire Dayalı Görelî Yoksulluk Sınırı, Yoksul Sayıları ve Yoksulluk Oranları

Yıl	Yerleşim Yeri	Yoksulluk Sınırı (TL)	Yoksul Sayısı (Bin Kişi)	Yoksulluk Oranı (%)
2006	Türkiye	2,351	12,548	18,6
	Kent	2,718	8,018	17,0
	Kır	1,666	3,729	18,3
2007	Türkiye	3,041	11,163	16,3
	Kent	3,511	7,028	14,7
	Kır	2,163	3,123	15,1
2008	Türkiye	3,164	11,580	16,7
	Kent	3,623	7,096	15,2
	Kır	2,295	3,198	14,2
2009	Türkiye	3,522	12,097	17,1
	Kent	4,025	7,511	15,4
	Kır	2,508	3,488	16,1
2010	Türkiye	3,714	12,025	16,9
	Kent	4,225	7,034	14,3
	Kır	2,643	3,691	16,6
2011	Türkiye	4,069	11,670	16,1
	Kent	4,600	6,945	13,9
	Kır	3,023	3,533	15,7
2012	Türkiye	4,515	11,998	16,3
	Kent	5,138	6,972	13,8
	Kır	3,278	3,775	16,3
2013	Türkiye	5,007	11,137	15,0
	Kent	5,690	6,911	13,6
	Kır	3,724	3,371	14,3
2014	Türkiye	5,554	11,332	15,0

Kaynak: TÜİK (2006-2014). Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması.

Türkiye’de gelire dayalı görelî yoksulluk oranı, 2006 yılında % 18,6 iken 2013 ve 2014’te yıllarında % 15’e gerilemiş ve 12,5 milyon olan yoksul sayısı ise 11,3 milyona gerilemiştir. Yıllar itibariyle kent ve kırdaki yoksulluk oranının oransal olarak birbirine yakın seyrettiği ve 2008 yılı dışında kırsal kesimde yoksulluk oranı kentsel alana göre daha fazla olduğu görülmektedir.

Yoksullukla yakından ilişkili olması ve gelir dağılımında eşitsizliğin artmasının yoksulluğun da artışına yol açabilmesi nedeniyle ülkemizin gelir dağılımının seyri Tablo 7’de görülmektedir.

Tablo 7. Türkiye'nin Yıllara Göre Gelir Dağılımı

Gruplar	1963	1973	1983	1994	2002	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
İlk %20	4,5	3,5	2,7	4,9	5,3	5,8	5,6	5,8	5,8	5,9	6,1	6,2
İkinci %20	8,5	8,0	7,0	8,6	9,8	10,4	10,3	10,6	10,6	10,6	10,7	10,9
Üçüncü %20	11,5	12,5	12,6	12,6	14,0	15,2	15,1	15,3	15,2	15,3	15,2	15,3
Dördüncü %20	18,5	19,5	21,9	19,0	20,8	21,9	21,5	21,9	21,7	21,7	21,4	21,7
Beşinci %20	57,0	56,5	55,8	54,9	50,1	46,7	47,6	46,4	46,7	46,6	46,6	45,9
P80/P20	12,6	16,1	20,6	11,2	9,5	8,1	8,5	8,0	8,05	7,9	7,7	7,4
Gini Katsayısı	0,55	0,51	0,52	0,49	0,44	0,40	0,41	0,40	0,40	0,40	0,40	0,39

Kaynak: DPT (2001). Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele, Özel İhtisas Komisyonu Raporu; TÜİK (2006-2014) Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması.

Tablo incelendiğinde 1963 yılında en yoksul % 20'lik dilim gelirin % 4,5'ini alırken en zengin % 20'si % 57'sini almıştır. 1973 yılında en yoksul kesimin gelirden aldığı pay % 3,5'e ve 1983 yılında daha da kötüleşerek % 2,7'ye düşmüştür. 1994 ve sonrasında en yoksul kesimin gelirden aldığı payda çok az iyileşmeler olduğu görülmekte ve 2014 yılı itibariyle ilk dilimde yer alanlar gelirin % 6,2'sini almıştır.

Türkiye'deki gelir dağılımı P80/P20 yöntemiyle incelendiğinde en zengin grup, 1963 yılında en yoksul kesimden 12,6 kat daha fazla gelir elde etmiştir. 1973 yılında 16,1 olan oran 1983 yılında 20,6 olarak gerçekleşmiş ve sonraki yıllar düşüş göstermekle birlikte 2014 yılı itibariyle en zengin % 20 ile en yoksul % 20 arasındaki gelir farkı 7,4 kattır.

Gelir dağılımı incelemelerinde kullanılan bir diğer araç Gini katsayısıdır. Türkiye'de 1963 yılında 0,55 olarak tespit edilen Gini katsayısı 1973 yılında 0,51 ve 1983 yılında 0,52'dir. 1994 yılından itibaren gelir eşitsizliğinde azalmalar görülmekle, Gini Katsayısı 2010 yılından itibaren 0,40 civarında seyretmektedir.

2.2. YOKSULLUKLA MÜCADELE

Ülkelerin en temel hedefinin kalkınmalarını gerçekleştirmek olmasına rağmen, kalkınma tanımlanması ve ulaşılması zor bir kavramdır. Siyasal ve ekonomik yapının kalkınmayı önemli ölçüde etkilemesi, tek tip kalkınma yaklaşımından ziyade ülkelerin kendilerine özgü kalkınma araçlarını geliştirip uygulamalarına neden olmaktadır (Erbay ve Özden, 2013: 4). Kalkınma genel

olarak, ekonomik büyümenin yanında sosyal, kültürel ve diğer alanlarda topyekûn değişim ve gelişim anlamında kullanılmaktadır (Bocutoğlu ve Berber, 2012: 396). Bir diğer ifadeyle kalkınma, insanların refahını artırmaktır (Khan, 2000: 3). Kalkınmanın amacı insanların hayat standartlarını yükseltmek, temel hak ve özgürlüklerini güçlendirerek adil, güvenli ve huzurlu bir yaşam ortamı oluşturmaktır (Kalkınma Bakanlığı, 2013: 2). Ülkelerin kalkınma göstergelerinden birisi yoksulluğun olmaması ya da en azından kabul edilebilir bir düzeye indirilmesidir. Bu nedenle yoksullukla mücadele, kalkınmanın özünü oluşturan faktörler arasındadır (Doğan ve Çelik, 2012: 130-131).

Yoksullukla mücadelede nihai amaç, toplumun bütün bireylerini yoksulluk sınırı üzerine çıkarmaktır (Canbay ve Selim, 2010: 640). Yoksulluk, çok boyutlu bir olgu olması nedeniyle çok boyutlu yürütülmesi gereken bir mücadeleyi gerektirir (Metin, 2012:1).

Yoksullukla mücadele edilirken öncelikle hangi tür yoksullukla ve kimlerin yoksulluğu ile mücadele edileceğine karar verilmelidir. Bu nedenle, yoksulluk profillerinin ve yoksulluk türlerinin bilinmesi gereklidir. Karar verilmesi gereken bir diğer konu, yoksullukla mücadelenin kimin aracılığı ile gerçekleştirileceğidir (Gündoğan, 2008: 48). Yoksullukla farklı şekillerde mücadele edilmekle birlikte etkili bir mücadele için aşağıdaki maddeler önerilmektedir (OECD, 2001: 44):

- Yoksul yanlısı (pro-poor) ekonomik büyüme,
- Güçlendirme, haklar sağlama ve yoksul yanlısı yönetim,
- İnsani gelişim için temel sosyal hizmetlerin sağlanması,
- Bireylerin dışlanması önlenmesi ve şokların yönetilmesi yoluyla sosyal güvencenin sağlanması,
- Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması,
- Sürdürülebilir kalkınmanın sağlanması.

Yoksullukla mücadelede mikro kredi, şartlı nakit transferleri, şartsız ve çok amaçlı gelir transferleri, istihdam politikaları, bireylerin mülk sahibi yapılması, etkili yönlendirme gibi araçlardan yararlanılmaktadır (Birleşmiş Milletler, 2009: 135-149). Yoksullukla mücadelede kullanılan araçlar ülke ve bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte yoksullukla mücadele stratejileri, ekonomik büyüme yoluyla yoksulluğu azaltmaya yönelik dolaylı yaklaşım ve sosyal politikalar niteliğindeki doğrudan yaklaşım olmak üzere iki grup altında toplanabilmektedir:

Dolaylı yaklaşım, ekonomik büyüme yoluyla yoksulluğun azaltılmasını amaçlamaktadır. Ekonomik büyümenin yoksulluğu azalttığı yönünde görüş birliği bulunmaktadır. Özellikle mutlak

yoksulluk sürdürülebilir ekonomik büyüme ve gelir artışının yanında gelir dağılımında adaletin sağlanması durumunda önlenabilir. Ekonomik büyüme olmaksızın yoksulluğun azaltılması ve önlenmesi mümkün değildir. Ekonomik büyüme gerçekleştirilip, bireylerin sağlık ve eğitim hizmetlerinden daha fazla yararlandırılmaları durumunda hem mevcut gelirleri ve refah seviyeleri artırılmış, hem de gelecekte daha fazla gelir elde etme şansları sağlanmış olacaktır (Khan, 2000: 5). Yoksullukla mücadelede ekonomik büyümenin önemli bir araç olduğu yadsınamaz bir gerçek olmakla birlikte ekonomik büyümenin yapısı yoksulluğu azaltmada önemlidir. Literatürde yoksul yanlısı büyüme olarak adlandırılan ve yoksulluğu önemli ölçüde azaltan ekonomik büyüme olarak tanımlanan büyümenin gerçekleştirilmesi durumunda ekonomik büyüme yoksulluğun azalmasını sağlayacaktır. Diğer bir ifadeyle ekonomik büyümenin gerçekleştirilmesinin yanında ekonomik büyümenin yarattığı faydanın yoksullara ulaşma derecesi önemli hale gelmektedir (Şenses, 2013: 223).

Doğrudan yaklaşımda vergi, sosyal güvenlik, sosyal yardım, eğitim ve sağlık politikaları yoluyla yoksullukla mücadele edilmektedir. Yaklaşımda, devlete piyasaya müdahale etme hakkı tanınmakta, diğer bir ifadeyle piyasanın başarısızlığı kabul edilmektedir. Yoksullukla doğrudan mücadele uygulamalarının başarı sağlanması üç koşulun varlığına bağlıdır: Birincisi, yoksullukla mücadelenin kamuoyu tarafından benimsenmesi ve uygulamalara yönelik destek sağlanmasıdır. İkincisi, hedeflenen yoksul kesimin doğru saptanması ve üçüncüsü ise, uygulamanın şeffaf, karar alıcıların hızlı ve doğru karar alabilecek yetkinlikte olmasıdır (Şenses, 2013: 240). Yoksullukla mücadelede hem dolaylı hem de doğrudan yaklaşımın önemli katkıları bulunmaktadır. Bu nedenle, yoksullukla mücadelede iki yaklaşımdan da yararlanılmalıdır.

Uluslararası kuruluşlar, ulusal resmi kurumlar ve çeşitli sivil toplum örgütleri yoksullukla mücadele kapsamında faaliyet göstermektedir. Dünyada yoksullukla mücadelede Dünya Bankası başta olmak üzere çeşitli oluşumlar, ülkemizde ise çeşitli kurum ve örgütler rol almaktadır. Bu kısımda Dünyada ve Türkiye’de yoksullukla mücadele eden tarafların yoksulluğa ilişkin politika ve rolleri incelenecektir.

2.2.1. Dünyada Yoksullukla Mücadele

Dünya genelinde zenginlik ve refah artışı olmakla birlikte, hem azgelişmiş ülkelerde hem de gelişmiş ülkelerin bazı bölgelerinde yaygın şekilde yoksulluk hüküm sürmektedir. Özellikle azgelişmiş ülkelerin ulusal hükümetleri ve sivil toplum kuruluşları ile yoksullukla etkin mücadele etmelerinin yetersizliği, yoksullukla mücadelede uluslararası kuruluşların rol almalarını gerekli kılmaktadır.

Dünyada yoksullukla mücadelede Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği, OECD ve Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere çeşitli organizasyonlar rol almaktadır.

2.2.1.1. Dünya Bankası

Dünya Bankası, 1945 yılında kurulmuş ve 1946 yılında işlerlik kazanmıştır. Dünya Bankası üyesi IMF üyesi her ülkeye açıktır. Dünya Bankası'na üye ülke sayısı 187 olup, Türkiye 11 Mart 1947'de üye olmuştur. Dünya Bankasının üye ülkelere verdiği krediler proje, uyarlanma ve karma krediler olmak üzere üç grupta toplanmaktadır (Kaya, 2002; Aydın ve Mollahaliloğlu, 2013: 1109; Dünya Bankası, 2014b).

Başlangıçta savaş sonrası Avrupa'nın yeni yapılandırılması görevini üstlenen DB, bugün dünya genelinde yoksulluğu azaltma görevini üstlenmiş ve bu doğrultuda, gelişmekte olan ülkeler için hayati önem taşıyan mali ve teknik destek sağlamakta ve ülkelere çeşitli konularda yol göstermek üzere 1978 yılından itibaren her yıl Dünya Kalkınma Raporları (World Development Report) yayınlamaktadır. 1980-1990-2000 ve 2010 yıllarında yayınlanan Dünya Kalkınma Raporlarında yoksulluk olgusu ele alınmıştır.

2.2.1.1.1. 1980 Dünya Kalkınma Raporu

1980 Dünya Kalkınma Raporunda, 2000'li yıllar göz önünde bulundurularak, uluslararası şartların durumlarını daha da güçleştirdiği düşünülen sosyal ve ekonomik gelişmelerini sağlamaya çalışan gelişmekte olan ülkelerin durumu ve yaklaşık 800 milyon mutlak yoksulluk sınırı altında yaşayan kişilere yönelik politikalar incelenmiştir. İnsani gelişimin sağlanabilmesi için programlar uygulanmalı ve programların başarıya ulaşması için şu hususlar göz önünde bulundurulmalıdır (Dünya Bankası, 1980: 71-82):

- İnsani gelişim programları için politik destek şarttır.
- Programlar için yeterli bütçe ayrılmalıdır.
- Programların doğru şekilde işlenmesini sağlayacak yönetime sahip olunmalıdır.
- Hizmetlerin kullanımı sağlanmalıdır.
- Programlar için uluslararası yardım elde edilmelidir.
- Programların sürekliliği sağlanmalıdır.

2.2.1.1.2. 1990 Dünya Kalkınma Raporu

1990 Dünya Kalkınma Raporunda yoksulluk sorunu ele alınmış ve yoksulluğun ölçümü, yoksullukla mücadelede başarılı olmuş ülkelerin tecrübeleri ve gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin yoksullukla mücadelede birlikte hareket etmeleri durumunda dünyada yoksulluğun hangi seviyeye düşürebileceği konuları incelenmiştir. Raporda yoksulluk, asgari yaşam standardına ulaşamama durumu olarak tanımlanmakta ve yoksulluğun ölçümü de bu tanıma paralel bir şekilde gelir yanında eğitim, sağlık gibi yaşam standartları üzerinden yapılmaktadır. Yoksullukla etkin mücadele için iki strateji önerilmektedir: İlki, yoksul kesimin en önemli ve en bol değeri olma özelliği gösteren emeklerinin etkili kullanımını sağlayacak teknolojik, politik ve sosyal politikaların geliştirilmesi, ikincisi ise yoksullara temel sağlık hizmeti, aile planlaması, beslenme, temel eğitim gibi sosyal hizmetlerin sağlanmasıdır (Dünya Bankası, 1990: 3).

2.2.1.1.3. 2000 Dünya Kalkınma Raporu

2000 yılında yayınlanan raporda, yoksulluk ve yoksullara yönelik çeşitli saptanmalarda bulunulmuştur. Yoksul kişilerin gıda, barınma, eğitim ve sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları ve hastalıklara daha yatkın, ekonomik olarak zor durumda ve doğal afetlere karşı savunmasız bir şekilde yaşam sürdükleri, yoksullara toplumda ve kamu kurumlarında kötü muamele edildiği ve hayatlarını etkileyecek kararlarda söz sahibi olamadıkları ifade edilmiştir. Raporda yoksulluk, gelir yoksunluğu ve insani gelişimden fazlası olarak görülmekte ve sesini duyuramama, savunmasızlık, güç ve temsil yetersizliği şeklinde tanımlanmıştır. Yoksullukla mücadelede üç temel strateji önerilmiştir: Yoksullara fırsat sağlama, güçlendirme ve güvence sağlamadır (Dünya Bankası, 2000: 1-13).

2.2.1.1.4. 2010 Dünya Kalkınma Raporu

2010 yılında yayınlanan Dünya Kalkınma Raporunun konusunu küresel iklim değişikliği ve kalkınma oluşturmaktadır. Küresel iklim değişikliği, 21. yüzyılda gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerin dikkate almaları gereken önemli sorunlar arasındadır. İklim değişikliğinin ülkelerin tek başlarına çözemeyecekleri büyüklüğe ulaşması, işbirliği içerisinde hareket edilmesini gerektirmektedir. İklim değişikliği, yoksulluk ve ekonomik büyüme sorunlarıyla mücadele etmeye çalışan gelişmekte olan ülkeleri daha fazla risk altında bırakmaktadır. İklim değişikliği savunmasız kişileri daha fazla etkilemekte, ekonomik ve sosyal kazanımların kaybedilmesine ve sonuç olarak kalkınmanın gerçekleşmemesine yol açmaktadır (Dünya Bankası, 2010b).

2.2.1.1.5. Yoksulluğu Azaltma Stratejisi Dokümanları (Poverty Reduction Strategy Papers)

Dünya Bankası'nın yoksullukla mücadele kapsamında yerine getirdiği faaliyetlerden bir diğeri IMF ile birlikte 1999 yılında başlattıkları "Yoksulluğu Azaltma Stratejisi Dokümanları" (Poverty Reduction Strategy Papers-PRSP) uygulamasıdır. PRSP'ler, her ülkenin yoksulluk, makroekonomik ve yapısal durumunu, sosyal politika ve programlarını ve ekonomik büyümesini gerçekleştirmesi ve yoksulluğu azaltması için yapacağı faaliyetleri ve gerekli olan finansal kaynak tutarını içerir. Dokümanlar, düşük gelirli ülke hükümetlerince iç paydaşlar ve IMF ve Dünya Bankası yetkilileri başta olmak üzere dış paydaşların katılımıyla hazırlanmaktadır (IMF, 2015).

Yoksulluğu azaltma stratejisi, ulusal düzeyde çeşitli sektörlerin eşliğinde, ülkedeki yoksulluğun sebep ve etkilerinin hükümetçe ele alındığı bir programdır. Orta ve alt gelir grubundaki ülkeler Dünya Bankası'ndan ve IMF'den krediler alabilmek için yoksulluğu azaltma stratejilerini uygulamaya koymak zorundadırlar. Haziran 2014 itibariyle 127 ülkenin PRSP'lerini tamamladığı görülmektedir. PRSP'lerin şu özelliklere sahip olması gereklidir (DSÖ, 2008: 10; IMF, 2015):

- Yoksulluğu azaltma hedefleri ile birlikte sonuç odaklı, somut ve izlenebilecek özellikte olmalıdır.
- Makroekonomik, yapısal, sektörel ve sosyal unsurları kapsayacak tarzda olmalıdır.
- Ülkece benimsenmeli, uzlaşma içerisinde adımlar atıldığını gösterebilmelidir.
- Planlanmasına ve uygulanmasına tüm paydaşların katılabileceği tarzda olmalıdır.
- Hükümet ve diğer aktörlerin ortaklığına dayanmalıdır.
- Uzun dönemli olmalıdır.

2.2.1.2. Birleşmiş Milletler

Birleşmiş Milletler, İkinci Dünya Savaşının ardından 51 ülkenin katılımıyla 1945 yılında kurulmuştur. 193 üyesi bulunan Birleşmiş Milletler (BM), barışı sağlama işlevinin yanında sürdürülebilir kalkınma, çatışmanın önlenmesi, gerekli durumlarda insani yardım, yoksullukla mücadele ve kalkınma, eğitim, kadın hakları, terörle mücadele gibi pek çok alanda faaliyette bulunmaktadır. Üye ülkelerle çalışmalar, BM'ye bağlı alt kuruluşlar eliyle yürütülmekte olup, Türkiye 1945 yılından itibaren BM üyesidir (Birleşmiş Milletler, 2015).

Birleşmiş Milletler'in yoksulluk ve diğer alanlarda çok önemli hedefler belirlediği ve ülkeleri ortak hareket etmeye yönlendirdiği çalışması, 2000 yılı Eylül ayında 191 üye ülkenin katılımıyla

gerçekleştirilen zirvede kabul edilen “Binyıl Kalkınma Hedefleri”dir. Belirlenen hedeflere ulaşılmasında 2015 yılı son tarih olarak belirlenmiş ve hedeflere yönelik ilerlemeyi izlemek için göstergeler belirlenmiştir. Belirlenen hedefler şunlardır:

- Mutlak yoksulluk ve açlığı ortadan kaldırmak,
- Tüm bireylerin temel eğitim almasını sağlamak,
- Toplumsal cinsiyet eşitliğini artırarak kadınları güçlendirmek,
- Çocuk ölümlerini azaltmak,
- Anne sağlığını iyileştirmek,
- HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele etmek,
- Çevresel sürdürülebilirliği sağlamak,
- Kalkınma için küresel ortaklıklar geliştirmek.

2015 yılı itibariyle Binyıl Kalkınma Hedefleri için belirlenen sürenin dolması nedeniyle, 2015 yılı Eylül ayında 193 üye ülkenin katılımıyla gerçekleştirilen zirvede “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri” kabul edilmiştir. 2015-2030 yılları için yoksulluk ve sağlık için belirlenen hedefler şunlardır (Birleşmiş Milletler, 2015):

- Yoksulluğun tüm biçimlerinin her yerde ortadan kaldırılması
 - ✓ 2030’da 2,15 \$ olarak belirlenen aşırı yoksulluğun her yerde ortadan kaldırılması
 - ✓ 2030’da ulusal olarak tanımlanan yoksulluk ölçütlerine göre erkek, kadın ve çocuk yoksul sayısının en az yarıya indirilmesi
 - ✓ Ulusal sosyal koruma sisteminin uygulanması ve 2030 itibariyle yoksul ve savunmasız kişilerin kapsam içine alınması
 - ✓ 2030 itibariyle, tüm kadın ve erkeklerin, yoksul ve yardıma muhtaçların ekonomik kaynaklar ve temel hizmetler, arazi ve diğer mülkiyet, doğal kaynaklar, teknoloji, finansal hizmetler ve mikro finansla ilgili eşit hak ve kontrole sahip olması
- Sağlıklı yaşam sağlamak ve her yaşta herkes için iyilik halinin teşvik edilmesi
 - ✓ 2030 yılına kadar, dünya genelinde anne ölüm oranını yüz binde 70’in altına düşürülmesi
 - ✓ 2030 yılına kadar, yeni doğan ve beş yaş altı önlenebilir ölümleri sonlandırmak ve her yerde neonatal ölüm hızını binde 12’nin, beş yaş altı ölüm hızını ise binde 25’in altına düşürülmesi
 - ✓ 2030 yılına kadar, AIDS, tüberküloz, sıtma ve tropikal hastalıkların salgın yapmasının önlenmesi ve hepatit, su kaynaklı hastalıklar ve diğer bulaşıcı hastalıklarla mücadele edilmesi
 - ✓ 2030 yılına kadar, koruma ve tedavi ile bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan prematüre ölümleri üçte bir oranında azaltmak ve ruh sağlığı ve iyilik halini teşvik etmek

- ✓ Uyuşturucu ilaçların ve alkolün zararlı kullanımı dâhil olmak üzere madde kullanımının önlenmesi ve tedavisinin güçlendirilmesi

Binyıl Kalkınma ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin yanında yoksullukla mücadelede Birleşmiş Milletlere bağlı Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP)'nin faaliyetleri bulunmaktadır. 166 ülkenin üye olduğu UNDP, demokratik yönetim, yoksulluğun azaltılması, krizlerin önlenmesi gibi konularda yardım sağlamaktadır. Ülkelerin çeşitli alanlardaki durumlarının tespiti ve gelişimlerinin takip edilmesi için UNDP tarafından her yıl İnsani Gelişme Raporu hazırlanmaktadır (UNDP, 2014).

2.2.1.3. Avrupa Birliği

Avrupa Birliği, İkinci Dünya Savaşının Avrupa'da yarattığı yıkımı gidermek, kalıcı ekonomik ve politik barış sağlamak amacıyla 1951 yılında 6 ülke (Almanya, Belçika, Fransa, Hollanda, İtalya ve Lüksemburg) tarafından imzalanan Paris Antlaşması ile kurulmuştur. Avrupa Birliği, yoksullukla mücadelede çeşitli programları uygulamış olmakla birlikte, öne çıkan programlar Lizbon Zirvesi, Nis Zirvesi, Laeken Zirvesi ve Yenilenen Lizbon Stratejisi ve Avrupa Birliği 2020 Stratejisi şeklinde sıralanabilir.

Lizbon Zirvesi, 2010 yılında ulaşılması hedeflenen sosyal ve ekonomik hedeflerin belirlenmesi amacıyla 2000 yılında gerçekleştirilmiştir. Zirvede küresel iklim değişikliği ve çevresel sorunlar, AB'de yaşanan işsizlik ve yaşlılık, sosyal güvenlik harcamalarının artışı, ekonomik büyüme, yoksulluk, teknoloji gibi konular ele alınmıştır. Lizbon zirvesinde, yoksullukla mücadelede üyelerin yasal ve yapısal farklılıklarının üstesinden gelebilmek için açık işbirliği yöntemi uygulanması benimsenmiştir. 2000 yılı Aralık ayında gerçekleştirilen Nis Zirvesi'nde, her iki yılda bir Ulusal Eylem Planları hazırlanması ve böylece Lizbon Zirvesinde belirlenen hedeflerin uygulamaya geçirilmesi amaçlanmıştır. Laeken Zirvesi, 2001 yılı Aralık ayında gerçekleştirilmiş ve üye ülkelerin hedeflere ulaşma durumlarının değerlendirilmesi için 18 temel istatistiksel gösterge belirlenmiştir. Bu göstergeler yoksulluk, sağlık, eğitim ve istihdam konularını kapsamaktadır. 2005 yılında gerçekleştirilen Avrupa Zirvesi'nde Lizbon Zirvesinde belirlenen hedeflerin çok kapsamlı ve ulaşılması güç olduğu düşünülerek hedefler gözden geçirilmiş ve Yenilenen Lizbon Stratejisinde istihdam ve büyüme konularına daha fazla ağırlık verilmiştir (Coşkun ve Tireli, 2008: 70-72; Yılmaz, 2010: 23-37; Bildirici, 2011: 37-51).

Lizbon Zirvesi'nde belirlenen hedeflerin gerçekleştirilmesi için tanınan sürenin 2010 yılı itibariyle dolması nedeniyle, 3 Mart 2010 tarihinde "Avrupa 2020 Stratejisi: Akıllı, Sürdürülebilir ve Kapsayıcı Büyüme İçin Avrupa Stratejisi" kabul edilmiştir. Strateji ile günün koşullarına

uygun bir büyümenin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır. Stratejide istihdam oranının artırılması, araştırma-geliştirme için daha fazla kaynak ayrılması, sera gazı salınımının azaltılması ve çevrenin korunması, ilköğretim ve yükseköğretime devam oranının artırılması ve 20 milyon insanın yoksulluktan kurtarılarak, ulusal yoksulluk sınırı altında yaşayan AB vatandaşlarının oranının % 25 azaltılması gibi hedefler ön plana çıkmaktadır (AB, 2015b).

2.2.1.4. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD), İkinci Dünya Savaşının ardından Avrupa'nın Marshall Planı çerçevesinde yeniden inşası amacıyla 1947 yılında kurulan Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü'nün yerine Türkiye'nin de olduğu 20 kurucu üye ile birlikte 1961 yılında kurulmuştur. OECD, dünya genelinde ekonomik ve sosyal koşulları düzeltme misyonuna sahip bir örgüt olup, piyasaların ve ekonomik örgütlerin etkinliğinin artırılması, sürdürülebilir ekonomik büyüme için kamu finansmanının düzenlenmesi, çevreye zarar vermeden kalkınmanın sağlanması ve tüm yaş grubundaki insanların çalışma hayatında üretkenliğinin artırılması konularında ülkelere yol göstermektedir. OECD tavsiyelerinin üye ülkeler için bağlayıcılığı olmamakla birlikte, tavsiyeler üye ülkeler tarafından dikkate alınmaktadır. Bugün itibarıyla, 34 ülkenin üyesi olduğu OECD; yoksulluk, tarım, sağlık, ekonomi, güvenlik, enerji başta olmak üzere birçok konuda veri üretmekte ve yıllık 250 yeni başlıkta yayın çıkarmaktadır (OECD, 2015).

OECD tarafından çıkarılan yayınlarda yoksulluk olgusu kapsamlı şekilde ele alınmaktadır. OECD tarafından yoksulluğun kapsamlı bir şekilde ele alındığı çalışma, 2013 yılında yayınlanan "İşbirliğinin Geliştirilmesi: Yoksulluğun Sonu" başlıklı rapordur. Raporda yoksullukla mücadelede ülke içi ve ülkeler arası koordinasyon ve işbirliğinin ve sosyal korunma mekanizmalarının artırılması gerektiği ifade edilmiştir. Raporda ayrıca, tarım başta olmak üzere çeşitli sektörlerde yaratılacak verimliliğin yoksullukla mücadeledeki önemine, genel önlemlerin yanı sıra yerel önlemlerin de alınmasının zorunluluğuna ve yoksullukla mücadelede çevreye zarar vermemeye vurgu yapılmıştır (OECD, 2013).

2.2.1.5. Dünya Sağlık Örgütü

Sağlık için daha fazla yatırım yapmak ve sağlığı ülkelerin politik gündeminde birinci sıraya çıkarmak yoksullukla mücadeledir (Doğramacı, 2004). Sağlığın ülkelerin gündemlerinde üst sıralarda yer almasını ve başta yoksullar olmak üzere bireylerin sağlıklı olmalarında yönlendirici rol oynayarak yoksullukla mücadeleye destek sağlayan uluslararası kuruluş, Dünya Sağlık Örgütü'dür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm milletlerin mümkün olan en yüksek sağlık

düzelelerine ulaşmaları hedefiyle (DSÖ, 1946) 7 Nisan 1948 tarihinde kurulmuştur. DSÖ, sağlıkla ilgili işbirliği gerektiren konularda liderlik yapmakta, araştırma gündemi oluşturmakta, uygulamalar için norm ve standartlar oluşturmakta, etik ve kanıta dayalı politikalar belirlemede, çeşitli konularda teknik destek sağlamakta ve sağlıkla ilgili gelişmeleri takip etmektedir (DSÖ, 2015a).

DSÖ'nün kuruluşundan itibaren sağlıkla ilgili problemlerin belirlenmesi ve çözümüne ilişkin çeşitli fikirler üretilmiş ve özellikle Dünya Sağlık Asamblelerinde tartışılmıştır. DSÖ'nün 1978 yılında gerçekleştirdiği Alma-Ata Konferansı'nda belirlenen "2000 yılında Herkese Sağlık" hedefleri ve 1998 yılında "21. Yüzyılda 21 Hedef" çalışmaları ön plana çıkmaktadır. DSÖ bu çalışmalarla, başta yoksul kişiler olmak üzere herkesin eşit, adil ve kaliteli sağlık hizmeti alması gereğini ortaya koymuştur. DSÖ ayrıca, sağlıkla ilgili çeşitli konularda araştırmalar yapmakta ve raporlar yayınlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007; Sağlık Bakanlığı, 2008). DSÖ tarafından 1995 yılında itibaren Dünya Sağlık Raporu ve Dünya Sağlık İstatistikleri yayımlanmaktadır. Dünya Sağlık Raporunda, her yıl sağlıkla ilgili yeni bir konu ele alınmakta ve dünya gündemine taşınmaktadır. Dünya Sağlık İstatistikleri, ülkelerin başta ölüm ve hastalık olmak üzere çeşitli sağlık konularına ilişkin istatistikleri içermektedir.

2.2.2. Türkiye'de Yoksullukla Mücadele

Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin sosyal devlet olduğuna ilişkin hüküm ilk kez 1961 Anayasasında yer almış, bu durum 1982 Anayasasında da korunmuştur. Anayasanın 5. maddesinde Devlete, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırma görevleri verilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Devleti, sosyal devlet olmasının gereği olarak, bireylerin beslenme, sağlık, eğitim, güvence içerisinde yaşama gibi temel ihtiyaçları ve insanca yaşamaları için gerekli ekonomik ve sosyal tüm tedbirleri almakla görevlidir (Eroğlu, 2010: 77; Tokol, 2014: 65-66).

Türkiye'de 1980'li yılların öncesinde yoksulluğun ekonomik büyümeyle birlikte ortadan kalkacağı benimsenmiştir. Ancak artan yoksulluk ve gelir dağılımında adaletin bozulması, yoksullukla ilgili doğrudan mücadeleyi gerektirmiştir. Bu kapsamda yedi, sekiz, dokuz ve onuncu kalkınma planlarında yoksulluğun ve gelir dağılımında adaletsizliğin azaltılmasının temel amaç olduğu ifade edilmiş ve atılacak adımlar sıralanmıştır.

Türkiye'de yoksullukla mücadele kapsamında yapılan sosyal harcamaların miktarı ve GSYH içerisindeki oranı yıllar içerisinde artmıştır. 2002 yılında sosyal yardım harcaması 1 milyar TL

olarak gerekleŒmiŒ ve GSYH içerisindeki oranı % 0,50 olmuŒtur. 2014 yılında ise GSYH içerisindeki oran % 1,38'e ykselmiŒtir (Kalkınma Bakanlığı, 2013; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015).

Türkiye'de yoksullukla mücadelenin ele alındığı bu kısımda Kalkınma Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Yüksek ğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu ve Vakıflar Genel Müdürlüğü'nün yoksulluğa iliŒkin politika ve faaliyetleri incelenecektir.

2.2.2.1. Kalkınma Bakanlığı

Türkiye'de Kalkınma Planları yoluyla ekonomik ve sosyal kalkınmanın hızlandırılması amacıyla 30 Eylül 1960 tarihinde BaŒbakanlıđa bağlı olarak Devlet Planlama TeŒkilatı (DPT) kurulmuŒtur. 2011 yılında "641 sayılı Kalkınma Bakanlığı'nın TeŒkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile DPT kaldırılmıŒ ve Kalkınma Bakanlığı kurulmuŒtur. DPT'nin kurulduğu tarihten bugüne 10 adet Kalkınma Planı uygulamaya konulmuŒtur.

Türkiye'de Kalkınma Bakanlığı planlama, koordinasyon ve kontrol iŒlevlerini yerine getirmektedir. Uygulama ise devletin ve özel sektörün her kademesindeki birimlerce yapılmaktadır (elik, 2013: 241). 1963 yılından itibaren hazırlanan tüm Kalkınma Planlarında yoksulluk ve yoksullukla mücadeleye yer verilmektedir. Yoksullukla mücadelede kurum ve kuruluşlar arasında iŒbirliđi ve koordinasyonun önemi ve yoksul kesimin desteklenmesinin gerekliliğinin her planda vurgulandığı görülmektedir.

2.2.2.2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB), 08.06.2011 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan "633 sayılı Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının TeŒkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile kurulmuŒtur. ASPB, diğer sorumluluklarının yanında sosyal hizmet ve yardımlara iliŒkin ulusal düzeyde politikalar geliŒtirmek ve uygulamaktan sorumludur. Bakanlık, sosyal yardım harcamalarını Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, ocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve zrl ve YaŒlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü hizmet birimleri vasıtasıyla yapmaktadır. 2015 yılında Sosyal YardımlaŒma ve DayanıŒmayı TeŒvik Fonu kaynaklarından 4,8 Milyar TL, 2022 sayılı Kanun kapsamında yaŒlılık ve engellilik maaŒı için 4,1 Milyar TL denmiŒ ve 8,9 milyon kiŒinin GSS primleri karŒılanmıŒtır (633 sayılı KHK; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015).

2.2.2.3. Sağlık Bakanlığı

2 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı Kanun ile kurulan Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı politikalar, yoksulların sağlığı üzerinde önemli etkiler yaratmakta ve yoksulların hastalıklardan korunmaları ve ihtiyaç duyduklarında tedavi olmalarını sağlayan sağlık politikaları yoksullukla mücadelede önemli işlev görebilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, 1920'de Sağlık ve Sosyal yardım Bakanlığı adıyla kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı başlangıçta, savaş sonrası yeniden yapılanmaya ve mevzuat geliştirmeye odaklanmıştır. 1923-1946 döneminde, Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam tarafından oluşturulan sağlık politikalarının etkisi görülmektedir. Bu dönemde, halk sağlığı sisteminin temelleri atılmış, sağlık personelinin nitelik ve niceliğinin artırılması, sıtma, frengi, trahom gibi hastalıklarla mücadele edilmesi gibi konulara ağırlık verilmiştir. 1946-1960 döneminde, Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından Milli Sağlık Planı (1946) ve Milli Sağlık Programı (1954) hazırlanmıştır. Planda, ülke 7 bölgeye ayrılmış ve ülkenin her tarafına hızlı ve kaliteli sağlık hizmetlerinin götürülmesi amaçlanmıştır (Aydın, 2002: 52-76; OECD, 2008: 32; Tengilimoğlu vd., 2011: 127-130; Tatar vd., 2011: 16-17; Sağlık Bakanlığı, 2012: 45).

1960 yılından itibaren DPT tarafından Kalkınma Planları hazırlanmaya başlanmış ve Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetlerinin ülkenin her yerine ulaşmasını sağlayacak sağlık örgütlenmesine ihtiyaç olduğunun ifade edilmesi üzerine, bu ihtiyacı gidermeye yönelik olarak 5 Ocak 1961 tarihinde "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" kabul edilmiştir. 1963 yılında başlatılan sosyalizasyon ile yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünlüğe sahip bir anlayışla, sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir örgütlenmenin oluşturulması hedeflenmiştir (OECD, 2008; SB, 2012).

Sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve hizmet kullanımında hakkaniyetin sağlanması, sağlık sektörüne finansman sağlanması gibi amaçlarla 1987 yılında "3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarılmıştır. Ancak kanunun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmesi ve kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemelerin yapılamaması nedeniyle istenilen başarı sağlanamamıştır (OECD, 2008: 33; Yıldırım, 2013: 9-11).

1990'lı yıllarda Sağlık Reformu için çalışmalar yapılmıştır. 1990 yılında DPT tarafından sağlık sektörü ile ilgili çeşitli konuların ele alındığı Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü yayınlanmış, 1992'de Birinci ve 1993'te İkinci Ulusal Sağlık Kongresi yapılmıştır. 1992 yılında 3816 sayılı Kanun çıkarılmış ve ödeme gücü olmayan vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Sağlık Politikası hazırlanmıştır. 1990'lı yıllarda

teorik çalışmalar yapılmakla birlikte sağlık reformu uygulanamamıştır (OECD, 2008; Tatar vd., 2011: 18-19; Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sağlık sisteminin yapılandırılması ile ilgili son çalışmalar, 2002 yılı genel seçimlerinden sonra kurulan hükümet tarafından gerçekleştirilmiş ve çalışmalara devam edilmektedir. Çeşitli alanlardaki reform çerçevesi “Acil Eylem Planı”nda, sağlığa ilişkin reform ise “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nda belirlenmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003).

SDP ile yıllar itibariyle çeşitli uygulamalar yapılmaktadır. 2003 yılında Acil Hizmetler ücretsiz hale getirilmiştir. 2004 yılında yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi giderleri de karşılanmaya başlanmış ve ilaçta KDV oranı % 8’e düşürülmüştür. 2005 yılında SSK sağlık kurumları ve bazı sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş, SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczaneden alabilme hakkına kavuşmuştur. 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulaması başlatılmış ve 18 yaşın altındaki tüm nüfus GSS kapsamına alınmıştır. Aynı yıl acil ve yoğun bakım tedavileri kamu ve özel tüm hastanelerde ücretsiz hale getirilmiştir. 2009 yılında ayakta bakım hizmetleri için katkı payı uygulaması başlatılmıştır. 2010 yılında Aile Hekimliği tüm yurttan yaygınlaştırılmış, aktif kamu çalışanları SGK’ya devredilmiş ve yeşil kartlı vatandaşlara özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanma hakkı sağlanmıştır. “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” çıkarılmış ve KHK doğrultusunda 2012 yılında Sağlık Bakanlığı yapılandırılarak Kamu Hastane Birlikleri oluşturulmuştur. 2012 yılında Yeşil kart programı GSS kapsamına alınmıştır (Tatar, 2011: 128; Sağlık Bakanlığı, 2012; Atasever, 2015: 23-26).

2.2.2.4. Milli Eğitim Bakanlığı ve Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu

Eğitimin birey ve toplumlara çeşitli yararlar sağlamanın yanında yoksulluğu engelleyici ya da azaltıcı etkisi de bulunmaktadır. Yoksulluğun eğitim seviyesi yeterli olmayan kişi ve ailelerde daha sık ortaya çıktığı gerçeği göz önüne alındığında, Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ve Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu’nun (KYK) öğrencilerin eğitim masraflarını karşılayarak kişilerin eğitimlerine devam etmelerinde yardımcı olarak bir nevi yoksullukla mücadeleye de katkı sağlamaktadır.

MEB, şartları yerine getiren ilk ve ortaöğretim öğrencilerine parasız yatılı ve burslu okuma imkânı vermektedir. 2012 yılında 254.128, 2013 yılında 254.833, 2014 yılında 243.117 ve 2015

yılında 242.351 kişi MEB burslarından faydalanmıştır (Milli Eğitim Bakanlığı, 2015-2016). 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu kapsamında, 7 – 18 yaş arasında ilköğretim ve ortaöğretime giden çocuğu olan annelere çocukların okula devam etmesi şartıyla verilen Şartlı Nakit Transferi de yoksullukla mücadele kapsamındaki yardımlar arasındadır. Çocuk başına, ilköğretime gitmesi şartıyla erkek öğrenci için aylık 30 TL, kız çocuk için aylık 35 TL; ortaöğretime gidiyorsa erkek öğrenci için aylık 45 TL, kız öğrenci için aylık 55 TL olarak ödenmektedir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2016).

Gençlik ve Spor Bakanlığı'na bağlı olan KYK tarafından önlisans, lisans ve lisansüstü öğrencilerine karşılıksız burs ve karşılığı daha sonra yasal faizi ile birlikte alınmak üzere öğrenim kredisi verilmektedir. 2016 yılında lisans öğrencileri için ödenen aylık burs ve kredi miktarı 400 TL, yüksek lisans öğrencileri için 800 TL ve doktora öğrencileri için 1200 TL'dir (Kredi Yurtlar Kurumu, 2016; Milli Eğitim Bakanlığı, 2014-2015).

2.2.2.5. Vakıflar Genel Müdürlüğü

Vakıflar Genel Müdürlüğü (VGM), Başbakanlığa bağlı olarak faaliyetlerini sürdürmektedir. VGM, sosyal hizmetler kapsamında imaret hizmetleri, muhtaç aylığı bağlanması, muhtaç öğrencilere burs verilmesi hizmetlerini yerine getirmektedir. 2014 yılında ilkokul, ortaokul ve liselerde okuyan 15.000 öğrenciye 9 ay süre ile aylık 60 TL, 3776 yükseköğrenim öğrencisine 8 ay süreyle 150 TL burs verilmiştir. 2.195 yetim ve 1.403 engelli olmak üzere toplam 3.598 kişiye 12 ay boyunca 482,10 TL muhtaç aylığı ödenmiştir. 81 il merkezinde ihtiyaç sahibi ailelere kuru gıda dağıtımı yapılmaktadır (Vakıflar Genel Müdürlüğü, 2014).

Türkiye'de, Dost Eli Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği, Yeryüzü Doktorları, Yarım Elma Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği, Yardım Eli Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği gibi çeşitli oluşumlar da yoksullukla mücadele etmektedirler. Yoksullara nakdi, giyim ve yakacak yardımı yapılmakta, eğitim için burs verilmektedir (Pire, 2011: 70; Arpacıoğlu, 2012: 104-118;).

3. BÖLÜM

SAĞLIK STATÜSÜ VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Sağlık, uzun bir süre hastalığın yokluğu şeklinde ifade edilmiş, hastalığın olmaması durumunun sağlığı tanımlamada yetersiz kaldığının anlaşılması üzerine, DSÖ tarafından hastalığın olmaması durumunun yanına fiziksel, ruhsal ve bedensel iyilik hali boyutları eklenerek kapsamlı şekilde tanımlanmıştır. Sağlık statüsü, sağlığın bir düzey olarak ifadesidir ve kişi, grup ya da ülkelerin çeşitli göstergeler yardımıyla sağlık durumlarını gösteren bir kavramdır. Sağlık statüsü göstergeleri olarak doğum, ölüm ve hastalık göstergeleri kullanılmaktadır. Hastalıkların önlenmesi, hasta olanların tedavi edilmesi ve sağlık durumlarının geliştirilmesi amaçlarıyla sağlık çalışanları tarafından sağlık hizmetleri sunulmaktadır. Sağlık hizmeti kullanım göstergeleri olarak kişi başı muayene sayısı, yapılan ameliyat sayısı, doğum öncesi ve sonrası bakım alma gibi çeşitli göstergeler kullanılmaktadır.

Çalışmanın bu bölümünde sağlık, sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı kavramları çeşitli açılardan ele alınacak ve Türkiye'nin sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanım göstergeleri yıllar itibariyle ve çeşitli uluslararası ortalamalarla karşılaştırmalı olarak incelenecektir.

3.1. SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık, başta sosyal, ekonomik, siyasal ve kültürel olmak üzere çeşitli alanlardaki birikimlerle birlikte anlamı ve kapsamı değişen ve tanımlanması güç bir kavramdır (Ateş, 2011: 3). Sağlık, ülkelerin ekonomik kalkınma ve büyümelerinde gereksinim duydukları insan kaynağının oluşması ve verimliliği üzerinde etkisi olan bir girdidir (Ünal, 2003: 88). Sağlık kavramı, dar bir kapsamdan çok geniş bir kapsama kadar farklı şekillerde tanımlanabilmektedir (Olsen, 2009: 4). Tıbbi bakış açısı, DSÖ tanımı ve çevresel bakış açısı ön plana çıkan tanımlardır (Boruchovitch ve Mednick, 2002: 175).

Tıbbi bakış açısıyla sağlık, dar bir kapsamda ve negatif bir şekilde tanımlanmaktadır. Sağlık, hastalığın yokluğu şeklinde tanımlanmakta ancak hastalık kavramının ne olduğuna ilişkin de bir görüş birliği bulunmamaktadır. Hastalık, fiziksel ve ruhsal olarak iyi olmama şeklinde tanımlanabileceği gibi günlük faaliyetleri yerine getirememeye şeklinde daha fonksiyonel olarak da ifade edilebilmektedir (Townsend vd., 1989: 6-7; McGuire vd., 1995: 1-2).

Tıbbi bakış açısına göre daha pozitif ve geniş kapsamda sağlık, DSÖ tarafından “*yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik hali*” şeklinde

tanımlanmaktadır. Fiziksel sağlık hareket, boşaltım gibi fonksiyonların yerine getirilmesini; ruhsal sağlık, kişinin kendisi ve çevresi ile uyumlu olmasını ve sosyal sağlık ise kişinin sosyal ilişkiler kurabilmesini ifade etmektedir (DSÖ, 1948). DSÖ'nün yaptığı tanım, hem hastalık ve sakatlığın olmaması gibi objektif ölçütler içermekte hem de kişinin kendini iyi hissetme haline vurgu yaparak öznel duyguları da içermektedir (McGuire, 1995: 21). DSÖ'nün sağlık tanımı, ideal durumu tanımlamakla birlikte sağlığın ölçümünde belirsizlikler içermektedir. Fiziksel sağlığın ne olduğu ve kişinin fiziki olarak sağlıklı olduğuna ilişkin kararın kimin tarafından (kendisi ya da hekim) verileceği belirsizdir. Aynı belirsiz durum ruhsal ve sosyal durum açısından da geçerlidir (Abel-Smith, 1996: 4).

Çevresel bakış açısı, 1960'lı yıllarda gündeme gelmeye başlamış ve bu bakış açısında sağlık, bireyin çevresine uyum sağlaması olarak görülmektedir. Çevreye uyumun nasıl sağlanacağı ve normallik, uyum sağlama gibi kavramların sosyal ve kültürel unsurların etkisinde olan kavramlar olmaları nedeniyle, çevresel bakış açısına çeşitli eleştiriler getirilmektedir (Boruchovitch ve Mednick, 2002: 176-177).

3.2. SAĞLIK STATÜSÜ

Sağlık statüsü, çok boyutlu bir kavramdır. Çok boyutluluğuna koşut olarak sağlık statüsü geniş yelpazede sınıflanabilecek faktörlerden etkilenmektedir. Çalışmanın bu kısmında, sağlık statüsü kavramı genel olarak ele alınacak ve çeşitli sağlık statüsü göstergeleri kullanılarak karşılaştırmalar yapılacaktır.

3.2.1. Kavramsal Açıdan Sağlık Statüsü

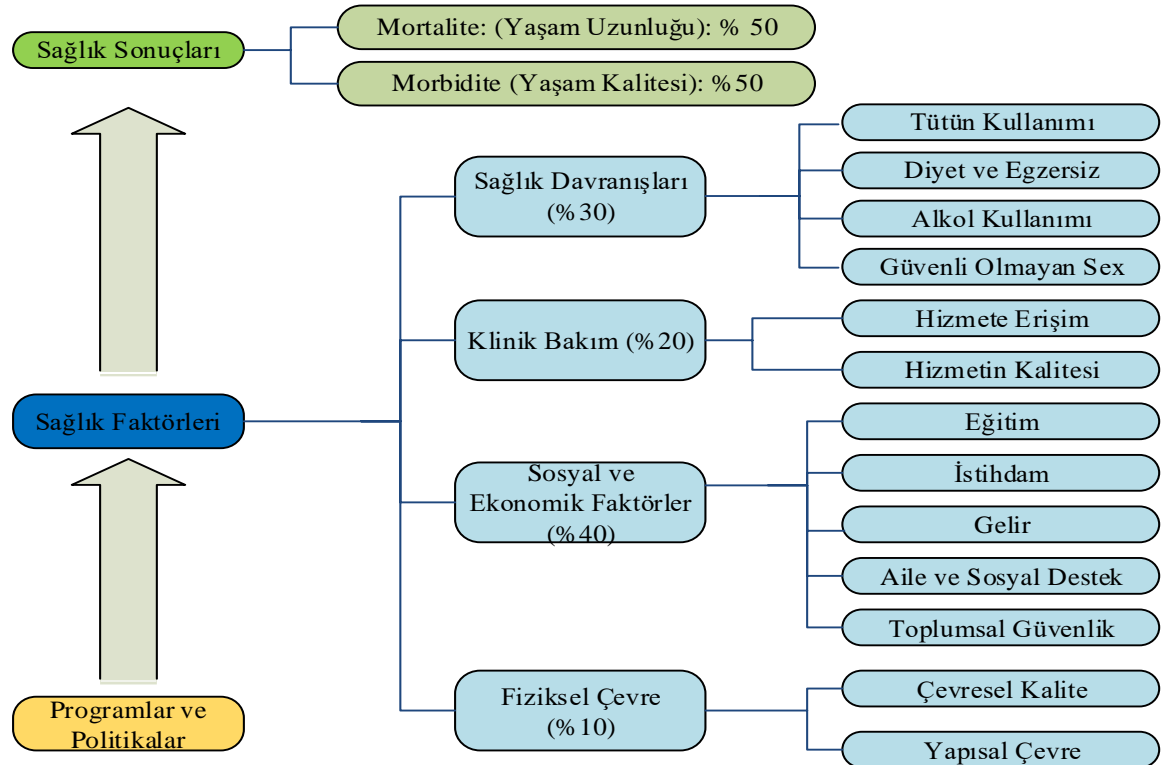
Sağlık statüsü, birey ve toplumun sağlık düzeyini tanımlamada ve karşılaştırmada kullanılan bir kavramdır. Sağlık statüsü, hem hekimlerin tıbbi imkânları kullanarak objektif olarak belirledikleri tıbbi olguları hem de kişilerin öznel olarak ifade ettikleri görüşleri içermektedir. Bireylerin sağlık statüsü, sorulan çeşitli sorular yardımıyla, ülkenin geneli ya da herhangi bir bölgenin sağlık statüsü ise hastalık ve ölüm istatistikleri kullanılarak ifade edilmektedir (Greenfield ve Nelson, 1992: 25; Feinstein, 1992: 51; van Deer Steeg vd., 2004; DSÖ, 2004).

Sağlık statüsü kavramının çok boyutlu olması nedeniyle, çok sayıda faktör sağlık statüsünü etkilemektedir. Sağlık statüsünü etkileyen faktörlerin diğer bir ifadeyle sağlık statüsünün belirleyicilerinin tespit edilmesi, bazı grupların neden daha sağlıklı ya da hasta olduklarının belirlenmesini ve hastalık ve sakatlıkların önlenmesini sağlamaktadır (Fleming ve Parker, 2009:

94). Sağlık statüsünü etkileyen faktörler, Blum (1974) tarafından çevre, davranış, genetik ve sağlık hizmetleri olmak üzere dört başlık altında toplanmıştır. Çevre, organizmanın yaşamını etkileyen dış güçlerin tamamıdır ve dört faktör içinde sağlığı en fazla etkileyen faktördür. Davranış (yaşam tarzı), bireyin kişilik, değer ve tutumlarına bağlı olarak gelişmektedir. Genetik (kalıtım), çeşitli özelliklerin bir kuşaktan diğerine geçmesidir ve bireyin genetik özellikleri çeşitli hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır. Sağlık hizmetleri; sağlığın korunması, tedavisi, rehabilitasyonu ve geliştirilmesi amacıyla verilen hizmetlerdir (Blum, 1974; Schultz ve Johnson, 2003; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010; Tengilimoğlu vd., 2010; Somunoğlu, 2012).

Şekil 1’de sağlık statüsünü etkileyen faktörlere yer verilmektedir. Şekil incelendiğinde, program ve politikaların hem sağlık faktörleri hem de sağlık sonuçları üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Şekilde ayrıca sağlık faktörlerinin sağlık sonuçları üzerindeki etkisine ilişkin yüzdeler de yer almaktadır. Yüzde dağılım çeşitli araştırmalarda farklılaşabilmekle birlikte, sağlık statüsünü en fazla etkileyen faktörün çevre, en az etkileyen faktörün ise sağlık hizmetleri olduğu bilinmektedir.

Şekil 1. Sağlık Statüsünün Belirleyicileri



Kaynak: The Los Angeles County Department of Public Health, 2013: 4.

Sağlığı ve dolayısıyla sağlık statüsünü etkileyen etmenlere ilişkin bir diğer sınıflama DSÖ tarafından yapılmıştır. Sağlığın sosyal belirleyicileri adı verilen etmenler sosyal katman, stres, erken yaşam, sosyal dışlanma, çalışma, işsizlik, sosyal destek, bağımlılık, beslenme ve ulaşım olarak belirlenmiştir (DSÖ, 2003):

- Sosyal katman, sosyal hiyerarşide her basamak inildiğinde daha kötü sağlık standartları oluşturacak şekilde işlemektedir. Düşük sosyal ve ekonomik koşullar, yaşam boyu sağlığı etkilemektedir.
- Sosyal ve fiziksel koşullar, uzun dönemli strese neden olmaktadır. Sürekli anksiyete, güvensizlik, düşük öz güven, çalışma ve ev hayatında kontrolü kaybetmenin sağlık üzerinde çok güçlü etkileri bulunmaktadır.
- Erken yaşam döneminde biyolojik gelişimin, sosyal ve çevresel koşulların belirlediği sağlık durumunun etkileri yaşam boyu sürmektedir.
- Sosyal dışlanma; boşanma ve ayrılık, sakatlık, hastalık, bağımlılık ve sosyal izolasyon riskini artırmakta ve karşılıklı olarak kısır döngü şeklinde derinleşerek insanlar için bir çıkmaz halini almaktadır.
- Bir iş sahibi olmak sağlık açısından işsizlikten iyidir. Ama işin sosyal örgütlenmesi, yönetim şekli ve iş yerindeki sosyal ilişkiler sağlık için problem oluşturabilir.
- İşsiz insanlar ve onların aileleri çeşitli hastalıklar ve erken ölüm riski ile karşı karşıyadır.
- Sosyal izolasyon alkol, uyuşturucu ve sigara kullanımını, erken ölüm oranlarını artırmaktadır.
- Beslenme biçimi, erken ölüme ve engelliliğe yol açan hastalıkların oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. İyi bir diyet ve yeterli beslenme sağlığın teşviki için temeldir.
- Bisiklet, yürüyüş ve toplu taşıma araçlarının kullanımı egzersiz yapmayı sağlamakta, hava kirliliğini ve ölümcül kazaları azaltmakta ve sosyal iletişimi artırmaktadır.

3.2.2. Sağlık Statüsünün Ölçümü

Ülkeler ve ülkelerin bölgeleri arasında sağlık düzeylerinin karşılaştırması ve farklı klinik uygulamaların etkililik düzeylerinin belirlenmesi için sağlık statüsünün ölçülmesi gerekmektedir. Sağlık statüsünün ölçümü, birey ve toplumun sağlığının ölçümü şeklinde tanımlanabilir. Sağlık statüsünün çok boyutluluğu nedeniyle doğrudan ölçümü gerçekleştirilememekte ve sağlık statüsünün ölçümü; sağlık statüsü ölçüm aracının seçimi, ölçümün yapılması ve sonuçların yorumlanması gibi adımlardan oluşmaktadır (Mooney, 1992: 34-35).

Sağlık statüsü, klinik ve algılanan sağlık statüsünün ölçümü yoluyla belirlenmektedir. Klinik açıdan ölçüm, hastalığın olmaması anlayışına dayanmakta ve çeşitli tetkik ve araştırmalarla kişilerin hasta olup olmadıkları saptanarak sağlık statüleri değerlendirilmektedir. Klinik ölçüm yanında sağlık statüsü, kişilerin algılarına dayalı olarak ölçülebilmekte ve çeşitli fonksiyonları yapabilme, iyilik hali gibi unsurlar üzerinde odaklanılmaktadır (McDowell, 2006: 13-15).

Tablo 8’de sağlık statüsünün ölçümünde kullanılan endeksler görülmektedir. Tablo incelendiğinde, sağlığın ölçümünde dikkate alınan boyutların farklılaştığı, bu duruma sağlık statüsü kavramına geniş ya da dar bir bakış açısıyla yaklaşılması neden olmaktadır. Endekslerin tamamı bedensel, ruhsal ve sosyal iyi olma halini göz önünde bulundurmakta ve yaşam yıllarından ziyade yaşam kalitesini dikkate almaktadırlar.

Tablo 8. Sağlık Statüsünün Ölçümünde Kullanılan Endeksler

Endeks	Geliştiren Ülke	Boyutları
EQ-5D	Birleşik Krallık	Hareket, kişisel bakım, günlük aktiviteler, acı/rahatsızlık, endişe/depresyon
Quality of Well-Being	ABD	Hareket, fiziksel aktivite, sosyal fonksiyonun 27 semptomu/problemi
SF-6D (SF-36’dan türetilmiştir)	Birleşik Krallık	Fiziksel işlev, rol kısıtlamaları, sosyal işlev, acı, ruh sağlığı, yaşama gücü
Health Utilities Index: (HU I-III)	Kanada	Görme, duyma, konuşma, dolaşma, beceri, duygu, bilişsellik, acı
AQoL (Assesment of Quality of Life)	Avustralya	Hastalık, bağımsız yaşayabilme, sosyal ilişkiler, fiziksel duyu, psikolojik sağlık
15D	Finlandiya	Hareket, görme, duyma, nefes alma, uyuma, yemek yeme, konuşma, eliminasyon, günlük aktiviteler, ruh sağlığı, rahatsızlık/semptomlar, depresyon, sıkıntı, yaşama gücü, cinsel aktivite

Kaynak: Olsen, (2009): 4.

Sağlık statüsünü ölçmeye yönelik geliştirilen endekslere çeşitli eleştiriler getirilmektedir. Eleştiriler şu şekilde sıralanabilir (McGuire vd., 1995: 28-29):

- Soruları cevaplayan kişiler, yeterli bilgiye sahip olmamaları nedeniyle sorulara hatalı cevaplar verebilmekte ve kişiler bilgilendirildikçe verdikleri cevaplar değişmektedir.
- Sorulara verilecek cevapların sağlıktan hastalığa doğru sıralanması kişilerin seçimlerinde yanlılık oluşturabilmektedir.
- Hastalıkla geçen süre sağlık durumunu değerlendirmede etkili olmakta ancak endekslerde bu durum gözden kaçırılmaktadır.

- Soruların soruluş tarzı verilen cevapları etkileyebilmekte ve hatalı sonuçların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

3.2.3. Sağlık Statüsü Göstergeleri

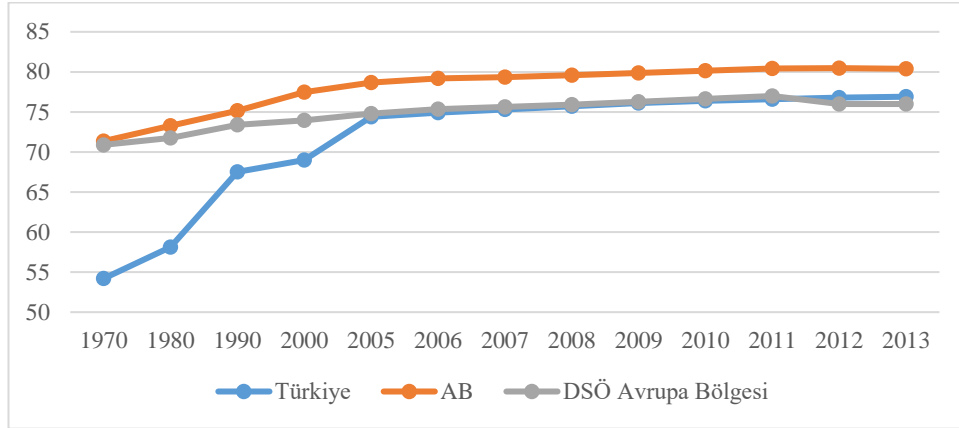
Sağlıkla ilgili göstergeler, Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık statüsü, risk, hizmet kapsamı ve sağlık sistemi göstergeleri olmak üzere dört başlık altında toplanmakta ve sağlık statüsü göstergeleri olarak ölüm, hastalık ve doğum oranları kullanılmaktadır (DSÖ, 2015b). Türkiye'nin sağlık statüsü göstergelerindeki mevcut konumunun belirlenebilmesi amacıyla, göstergeler DSÖ Avrupa Bölgesi ve Avrupa Birliği ülkeleri ortalaması ile karşılaştırılacaktır.

3.2.3.1. Ölüm Göstergeleri

Ölümün bir kez gerçekleşmesi nedeniyle, ölüm istatistiklerinin toplanması nispeten daha kolaydır (Çelik, 2011). Ölüm göstergeleri olarak doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ve beş yaş altı ölüm hızı ve anne ölüm oranı kullanılmaktadır (Tezcan, 2009; HÜNEE, 2010; Çelik, 2011).

Ülkelerin refah düzeylerinin göstergesi olarak GSYH, sağlıklarının göstergesi olarak ise çoğunlukla doğumda beklenen yaşam süresi kullanılmaktadır. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (DBYS), yeni doğan bir kişinin ölüm oranlarının değişmemesi durumunda yaşayacağı süreyi göstermektedir. 1820'de dünya genelinde 26 yıl olan DBYS, 1800'li yılların sonunda 30 yıla, 1920'de 33 yıla, 2000'li yılların başında 60 yıla yükselmiştir. Doğumda beklenen yaşam süresinin artışı yaşam standardındaki yükselme, eğitim, sağlık hizmetlerine ulaşım, beslenme, sanitasyon gibi faktörlerdeki iyileşmeler sağlamıştır (Soubotina ve Shera, 2000; Smits ve Manden, 2009; Coburn, 2010; OECD, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2012).

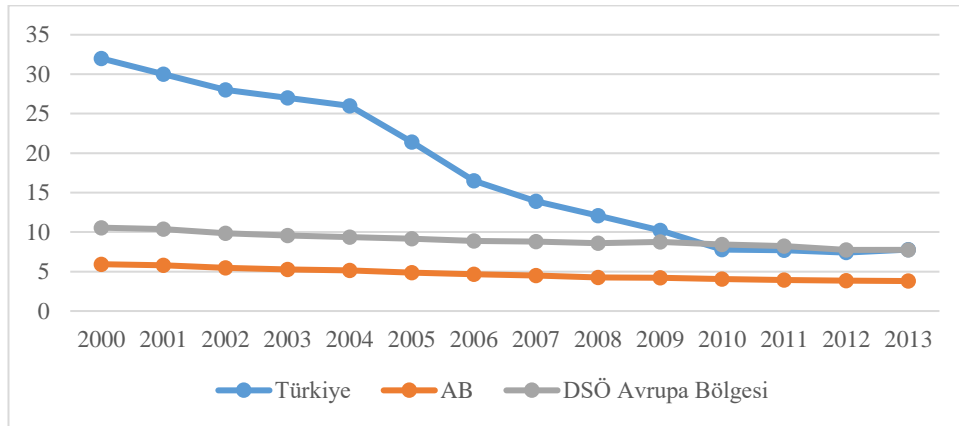
Şekil 2'de Türkiye, DSÖ Avrupa Bölgesi ve AB'nin doğumda beklenen yaşam süreleri görülmektedir. Türkiye'nin 1970 yılında 54 olan DBYS, 2000'li yıllarda 70 yılı aşmış ve DSÖ Avrupa Bölgesi ortalamasını yakalamıştır. Türkiye, AB ortalaması ile arasındaki farkı yıllar itibarıyla azaltmış olmakla birlikte 2013 yılı itibarıyla AB ortalamasının (80 yıl) 3 yıl gerisindedir.

Şekil 2. Doğumda Beklenen Yaşam Süresi

Kaynak: DSÖ (2015c); Dünya Bankası (2015); Sağlık Bakanlığı (2014).

Bir toplumun gelişmişliğini ve kalkınmışlığını gösteren en önemli göstergelerden birisi bebek ölüm hızıdır. Bebek ölüm hızı (BÖH), bir ülkenin başta ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere sağlık hizmetlerinin düzeyi hakkında fikir vermektedir (Özbaş vd., 2012; Kim ve Saada, 2013). BÖH, bir yıl içinde bir yaşına girmeden ölen bebeklerin o yıl canlı doğan bebek sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. BÖH, bölgelere göre ya da ülkenin geneli için ayrı ayrı hesaplanabilmekte ve canlı doğan her 1000 bebekten kaçının bir yaşını doldurmadan öldüğünü göstermektedir.

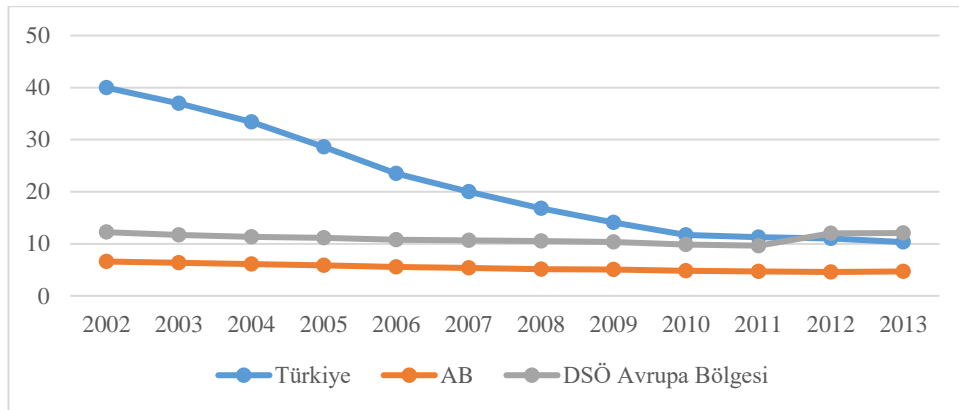
Türkiye, 2000 yılında binde 32 olan bebek ölüm hızını 2013 yılında binde 7,8'e düşürmüştür. 2013 yılında bebek ölüm hızı, AB ülkelerinde ortalama binde 3,8 ve DSÖ Avrupa Bölgesi'nde ortalama binde 7,75'tir. Bu durum, Türkiye'nin bebek ölümünde AB ortalamasını yakalaması için halen yol alması gerektiğini göstermektedir (Şekil 3).

Şekil 3. Bebek Ölüm Hızı (Bin Canlı Doğumda)

Kaynak: DSÖ (2015c); Dünya Bankası (2015); Sağlık Bakanlığı (2014).

Ülkelerin sağlık sistemlerinin, ana çocuk sağlığı hizmetlerinin ve sağlık statülerinin bir diğer göstergesi beş yaş altı ölüm hızıdır. Beş yaş altı ölüm hızı, doğumdan sonraki beş yıl içinde ölüm sayısını gösterir. Şekil 4'te Türkiye, AB ve DSÖ Avrupa Bölgesi'nin beş yaş altı ölüm hızları incelendiğinde, Türkiye'nin yıllar itibariyle beş yaş altı ölüm hızını DSÖ Avrupa Bölgesi ortalamasının altına düşürdüğü ancak AB ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir.

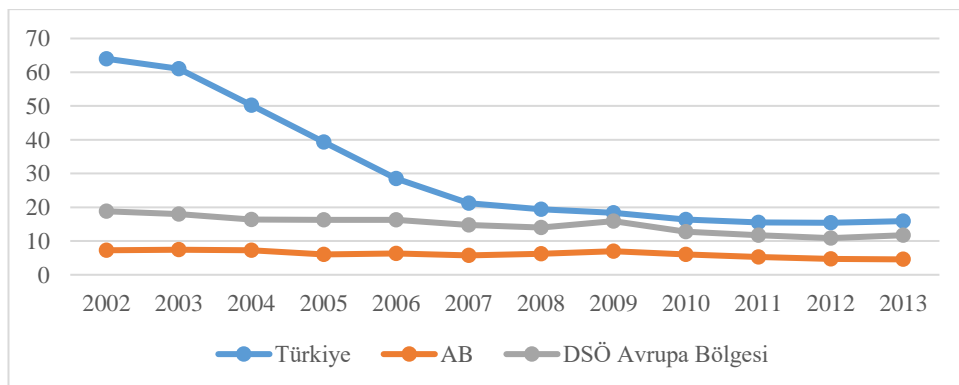
Şekil 4. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Bin Canlı Doğumda)



Kaynak: DSÖ (2015c); Sağlık Bakanlığı (2014).

Anne ölüm oranı; çocuk doğurma, gebelik komplikasyonları veya doğumla ilgili nedenlerle annelerin karşı karşıya olduğu ölüm riskini göstermektedir (Bonita vd., 2006: 27). Şekil 5'te yıllar itibariyle anne ölüm oranları verilmektedir. Türkiye, bebek ve beş yaş altı ölüm hızlarında olduğu gibi yıllar itibariyle anne ölüm hızını da düşürmeyi başarmış ancak anne ölüm hızı hem DSÖ Avrupa Bölgesi hem de AB ortalamasının üzerindedir.

Şekil 5. Anne Ölüm Oranı (Yüz Bin Canlı Doğumda)



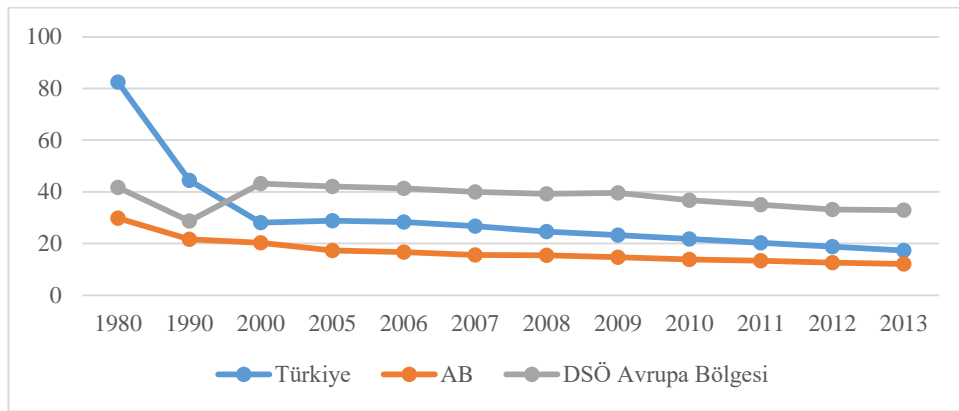
Kaynak: DSÖ (2015c); TÜİK (2013).

3.2.3.2. Hastalık Göstergeleri

Sağlık statüsü göstergesi olarak ölüm oranları yanında bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin oranlar da kullanılmaktadır. Karşılaştırmalarda, Tüberküloz, HIV ve kanser hastalıklarının seyirinden yararlanılmaktadır (WHO, 2015).

Şekil 6’da yıllar itibariyle tüberküloz insidansı görülmektedir. Türkiye’de 1980’de yüz binde 82 olan tüberküloz insidansı 2013 yılı itibariyle yüz binde 17’ye düşmüş ve AB ortalamasına yaklaşmıştır.

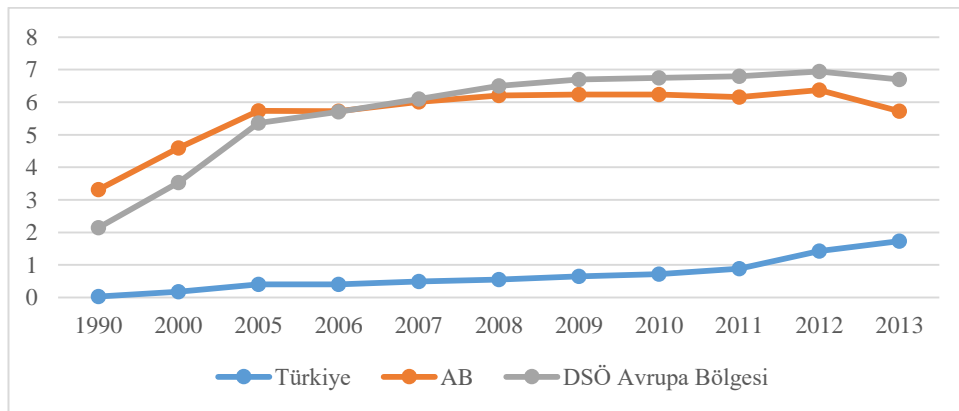
Şekil 6. Tüberküloz İnsidansı (Yüz Bin Kişide)



Kaynak: DSÖ (2015c).

Şekil 7’de verilen HIV insidansı incelendiğinde, Türkiye’nin insidansı 1990’da yüz binde 0,03 iken 2013 yılında yüz binde 1,13’e yükselmiştir. Türkiye’nin HIV insidansı, tüm dönemlerde hem AB hem de DSÖ Avrupa Bölgesi ortalamasının altında yer almakla birlikte, artma eğilimindedir.

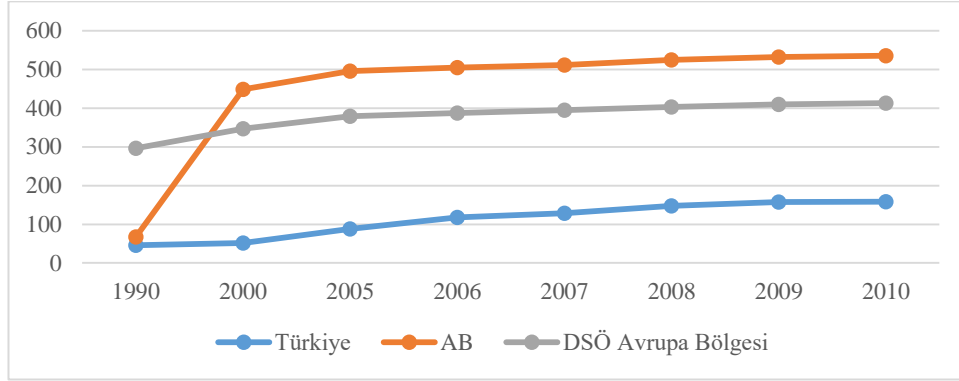
Şekil 7. HIV İnsidansı (Yüz Bin Kişide)



Kaynak: DSÖ (2015c).

Türkiye'nin kanser insidansı AB ve DSÖ Avrupa Bölgesinde olduğu gibi artış trendindedir. Türkiye'nin kanser insidansı AB ve DSÖ ortalamasına göre daha düşük ortalama seyretmektedir (Şekil 8).

Şekil 8. Kanser İnsidansı (Yüz Bin Kişide)



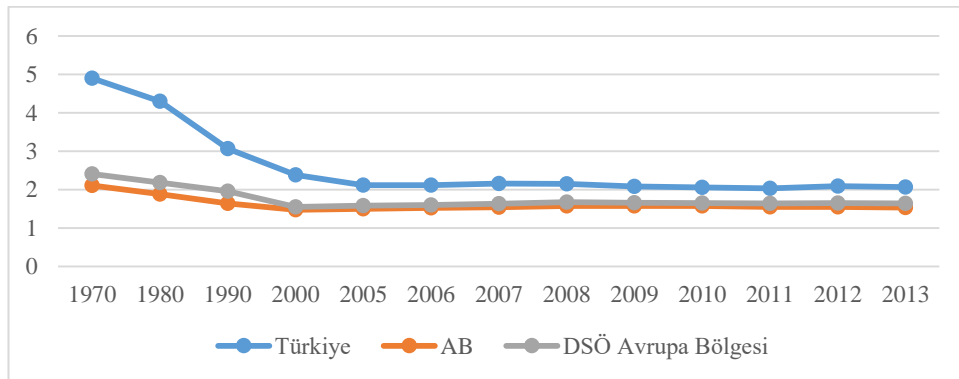
Kaynak: DSÖ (2015c).

3.2.3.3. Doğum Göstergeleri

Doğum göstergeleri olarak kaba doğum hızı, toplam doğurganlık hızı ve bebeğin doğum ağırlığı kullanılmaktadır. Ancak kaba doğum hızı hesaplanırken hesaplamaya tüm nüfusun dâhil edilmesi nedeniyle doğum göstergesi olarak toplam doğurganlık hızı daha fazla tercih edilmektedir.

Toplam doğurganlık hızı, kadınların doğurganlık yaşamları süresince, söz konusu yaşa özel doğurganlık hızlarının geçerli olması durumunda, yapacakları doğum sayısıdır. Şekil 9 incelendiğinde, Türkiye'nin 1970'te 4,9 olan toplam doğurganlık hızınının, 2013 yılında doğurganlık yenilenme düzeyinin de (2,1) altına inerek 2,07 olduğu görülmektedir. AB ve DSÖ Avrupa Bölgesi ortalaması 1,5 civarında seyretmektedir.

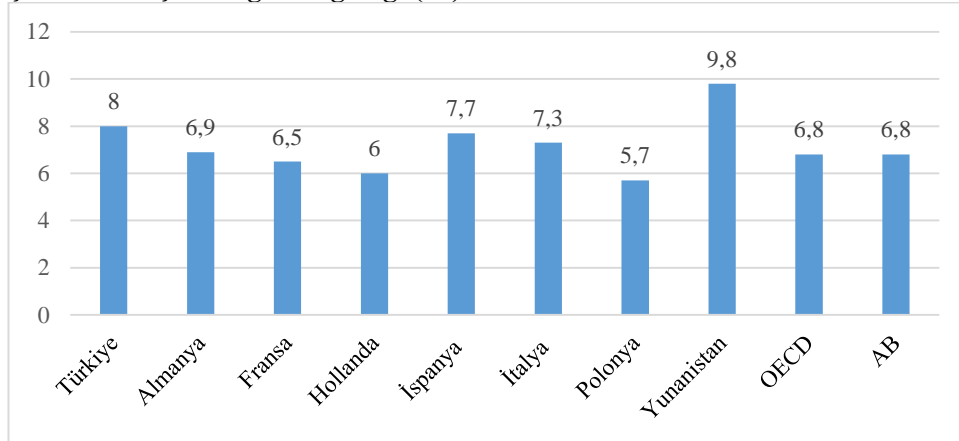
Şekil 9. Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)



Kaynak: DSÖ (2015c).

Sağlık statüsü ve doğum göstergesi olarak kullanılan bir diğer ölçüt bebeğin doğum ağırlığıdır. Bebeğin 2500 gramın altında bir ağırlıkta doğması, düşük doğum ağırlığı olarak adlandırılmaktadır. Şekil 10'da çeşitli ülkelerin, OECD ve AB ülkelerinin düşük doğum ağırlığı yüzdesi görülmektedir. Türkiye'de % 8 olan düşük doğum ağırlığı yüzdesi, OECD ve AB'de 6,8 ve diğer ülkelerde ise % 6-7 civarındadır.

Şekil 10. Düşük Doğum Ağırlığı (%)

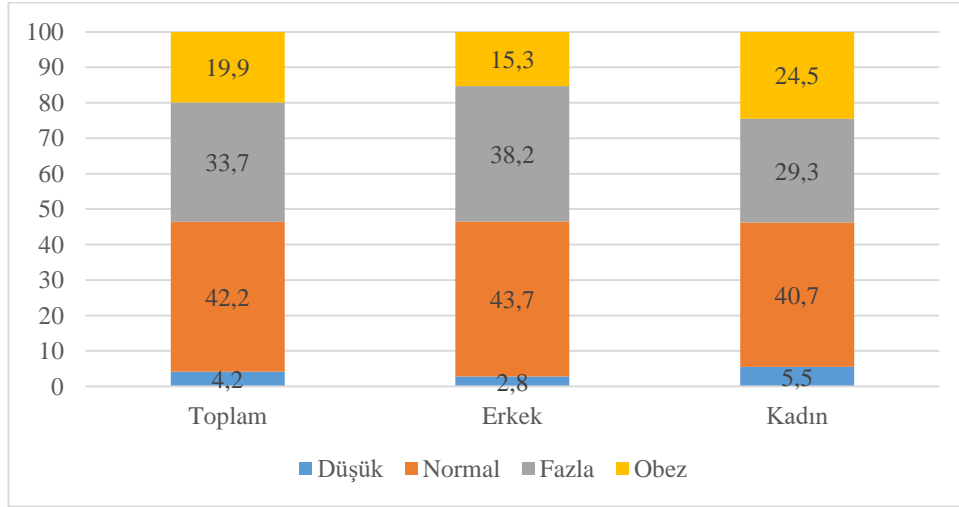


Kaynak: OECD (2015a).

Beden Kitle İndeksi (BKİ), bebeklerin, annelerin ve genel olarak tüm nüfusun sağlık statüsünün göstergesi olarak kullanılmaktadır. BKİ, vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır. BKİ, 18,50'nin altında olanlar düşük kilolu, 18,50-25,00 aralığında olanlar normal kilolu, 25,00-30,00 aralığında olanlar fazla kilolu ve 30,00'in üstünde olanlar obez olarak nitelenmektedir (SB; 2014; TÜİK, 2013).

Türkiye'de yaşayan 15 yaş üstü bireylerin % 4,2'si düşük kilolu, % 42,2'si normal kilolu, % 33,7'si fazla kilolu ve % 19,9'u obezdır. Erkeklerin % 44'ü, kadınların ise % 40'ı normal kilolu ve erkeklerin % 15'i kadınların ise % 24,5'i obezdır (Şekil 11).

Şekil 11. Bireylerin Beden Kitle İndeksine Göre Dağılımı (%)



Kaynak: TÜİK (2014).

3.3. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Sağlık hizmeti kullanımı, bireyin sağlık hizmetine ulaşması anlamına gelmektedir. Başta eğitim ve sağlık güvencesi olmak üzere çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörler sağlık hizmeti kullanımını etkilemektedir. Çalışmanın bu kısmında, sağlık hizmeti kullanımının kavramsal analizi ve kullanım göstergeleri karşılaştırmalı olarak ele alınacaktır.

3.3.1. Kavramsal Açıdan Sağlık Hizmeti Kullanımı

Sağlık hizmeti; sağlık statüsünü etkileyen çevre, davranış ve genetikte birlikte dört temel unsurdan birisidir. Sağlık hizmeti kullanımı, sağlık hizmetinin gereksinim duyan kişilerce kullanılması şeklinde tanımlanabilir (Erdem ve Pirinççi, 2003: 40). Sağlık hizmeti kullanımı, bireylerle sağlık sisteminin bağlantısıdır ve sağlık hizmetlerine erişimi gösterir. Sağlık hizmeti kullanımı; hizmetin kabul edilirliliği, maliyeti ve faydasına ilişkin algılardan etkilenmektedir (Hong vd., 2003: 187).

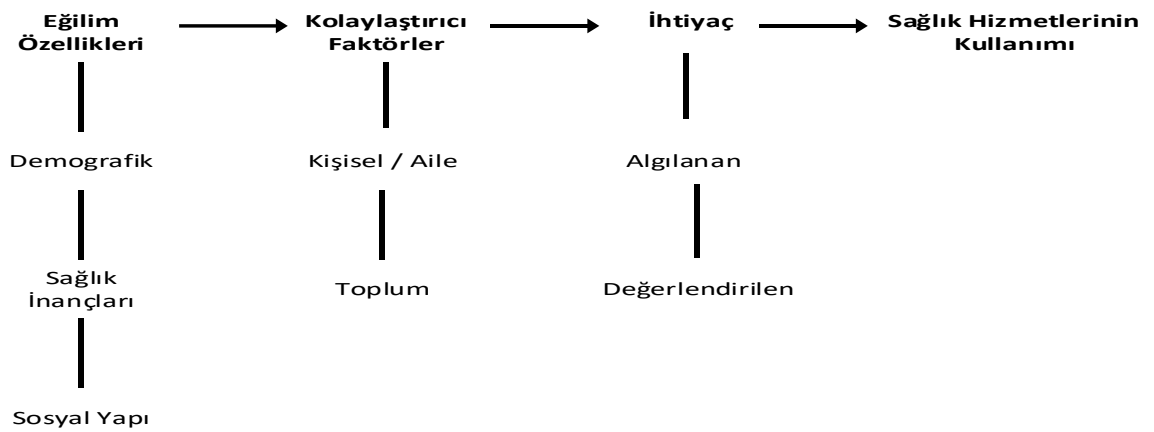
Sağlık hizmeti kullanımı çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Genel olarak kullanımı etkileyen faktörler şu şekilde sıralanabilir (Berstein, vd., 2003: 7):

- Arzın artışı ya da azalışı şeklinde görülen arz taraflı değişimler
- Nüfusun sayı ve yapısındaki değişim
- Yeni işlem ve teknolojilerin ortaya çıkması

- Yeni hastalıkların ve hastalıklara karşı kullanılan ilaçların keşfi
- Sağlık güvencesinin kapsamı ve derinliği
- Tedavi şekillerinde ve hastaların tedavi tercihlerinde değişim

Sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörleri açıklamaya yönelik Sağlık İnanç Modeli, Gerekçeli Eylem ve Planlı Davranış Teorisi gibi model ve teoriler bulunmakla birlikte Andersen'in Davranışsal Modeli (Behavioral Model) 1960'lı yıllardan beri, sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Şekil 12 incelendiğinde, sağlık hizmeti kullanımı; eğilimlerin (predisposing characteristics), kolaylaştırıcı faktörlerin (enabling factors) ve sağlık hizmeti ihtiyacının (need) bir fonksiyonu olduğu görülmektedir (Andersen, 1995: 1).

Şekil 12. Davranışsal Model (Başlangıçtaki Hali)

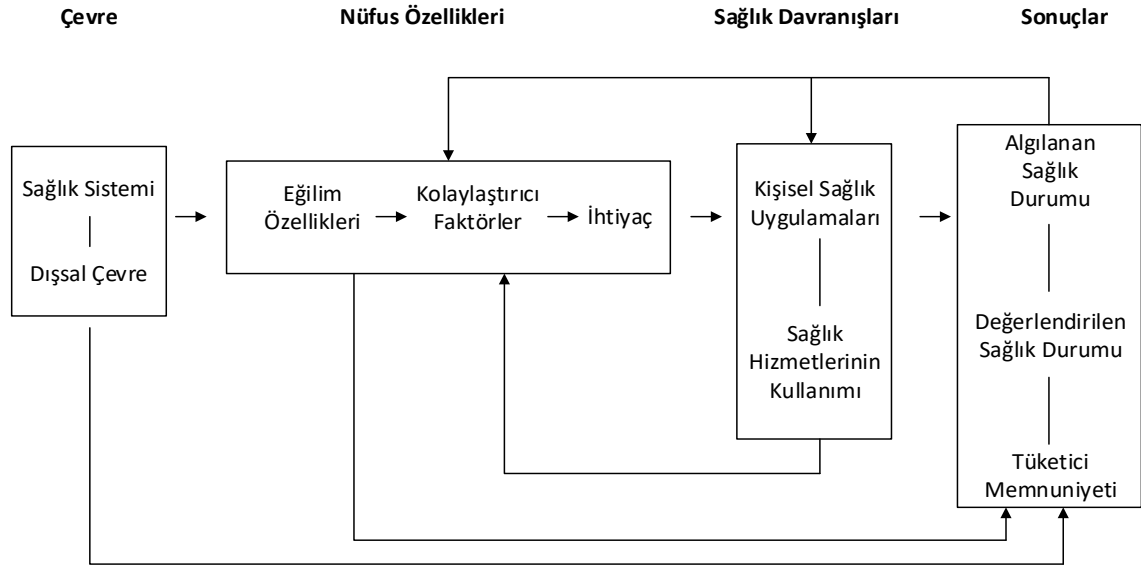


Kaynak: Andersen, 1968; Andersen, 1995: 8.

Eğilim faktörleri, sağlık hizmeti kullanımını dolaylı bir şekilde etkilemekte ve kişisel faktörleri içermektedir. Demografik yapı (yaş, cinsiyet, bireyin geçirdiği hastalıklar), sosyal yapı (eğitim, etnik köken, mesleki statü, aile büyüklüğü, dinsel inanç) ve sağlık inançları (sağlık hizmetlerine ilişkin tutum, değer ve bilgisi) olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır. Kolaylaştırıcı faktörler, bireylerin sağlık hizmeti kullanım yollarını açıklar ve aileye ilişkin kaynaklar (gelir, sağlık sigortası, düzenli ve yeterli gelir kaynağına sahip olma ve bu kaynağa erişim) ve kamusal kaynaklardan (sağlık kurumu ve sağlık çalışanlarının nüfusa oranı, sağlık hizmetlerinin fiyatı, bölgesel özellikler ve kır/kent özellikleri) oluşur. Sağlık hizmeti kullanımının doğrudan sebebi olan ihtiyaç ise algılanan ihtiyaç (hastalık, belirti, genel sağlık durumu gibi faktörlerin bireysel olarak değerlendirilmesi) ve değerlendirilen ihtiyaç (sağlık profesyonelleri tarafından karar verilen) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Andersen, 1968; Andersen, 1995: 1-4; Andersen ve Newman, 2005: 14).

Andersen tarafından 1968 yılında geliştirilen Davranışsal Model, çeşitli görüş ve eleştiriler neticesinde zaman içinde değişime uğramış ve modele çeşitli değişkenler eklenmiştir. Şekil 13'te Davranışsal Modelin son hali görülmektedir.

Şekil 13. Davranışsal Model (Son Hali)



Kaynak: Andersen, 1995: 8.

Şekil incelendiğinde davranışsal model çevre, nüfus özellikleri, sağlık davranışları ve sonuçlar olmak üzere 4 boyuttan oluşmaktadır. Eğilim, kolaylaştırıcı ve ihtiyaç faktörlerin yanında sağlık hizmetleri kullanımı sağlık sistemi (politika, kaynaklar ve örgütlenme) ve dış çevre (fiziksel, politik ve ekonomik) tarafından etkilenmektedir. Çevre ve nüfusun özellikleri bireyin davranışını (beslenme, egzersiz gibi) ve sağlık hizmeti kullanımını etkilemekte ve bu üç boyut, bireyin algılanan ve değerlendirilen sağlık durumunu ve memnuniyetini etkilemektedir. Şekilde ayrıca, faktörlerin karşılıklı olarak birbirini etkiledikleri diğer bir ifadeyle döngüsel bir ilişki olduğu görülmektedir (Aday ve Andersen, 1974: 212; Andersen, 1995: 1-4; Andersen ve Newman, 2005: 14).

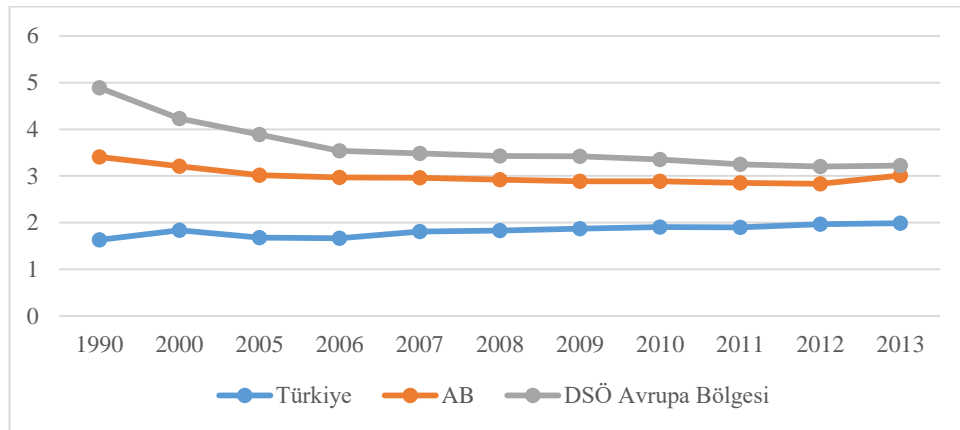
3.3.2. Sağlık Hizmeti Kullanımı Göstergeleri

Sağlık hizmeti kullanımı göstergeleri olarak hekime müracaat sayısı, hastanede ortalama kalış günü, yapılan ameliyat sayısı, doğum öncesi bakım alma oranı, çeşitli hastalıklara karşı koruyucu ve tedavi edici alınan hizmet oranı, aile planlaması yöntemi kullanma oranı gibi göstergeler kullanılmaktadır (DSÖ, 2015b). Doğrudan sağlık hizmeti kullanımı göstergesi olmamakla birlikte

kullanımın gerçekleşmesi için gerekli olmaları nedeniyle nüfus başına düşen hastane ve yatak sayıları Şekil 14 ve Şekil 15'te görülmektedir.

Şekil 14 incelendiğinde, 100.000 kişiye düşen hastane sayılarının 1990-2013 döneminde AB ve DSÖ Avrupa Bölgesi ortalamasının genel olarak düştüğü, Türkiye'de ise 2006 yılından itibaren arttığı görülmektedir. Bu duruma rağmen, tüm dönemlerde Türkiye her iki ortalamasının da altında seyir izlemektedir.

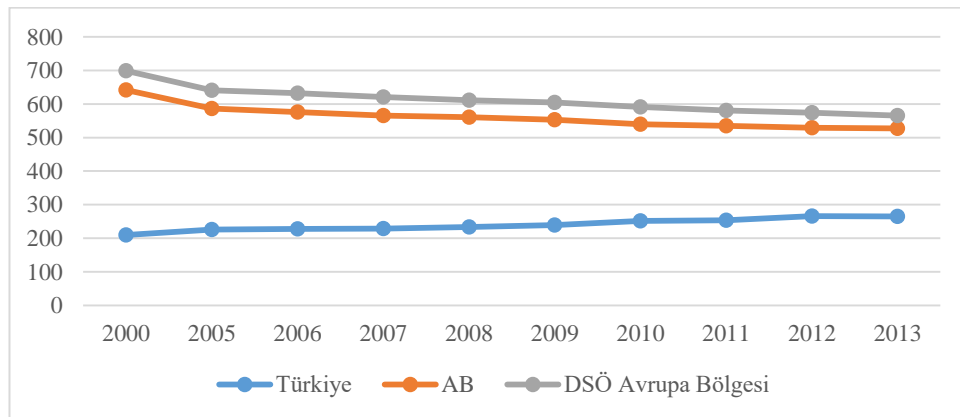
Şekil 14. 100.000 Kişiyeye Düşen Hastane Sayıları



Kaynak: DSÖ (2015c)

Şekil 15'te verilen 100.000 kişiye düşen hastane yatağı sayıları incelendiğinde Türkiye'nin nüfus başına düşen hastane sayısında olduğu gibi AB ve DSÖ Avrupa Bölgesi ortalaması altında yer aldığı görülmektedir.

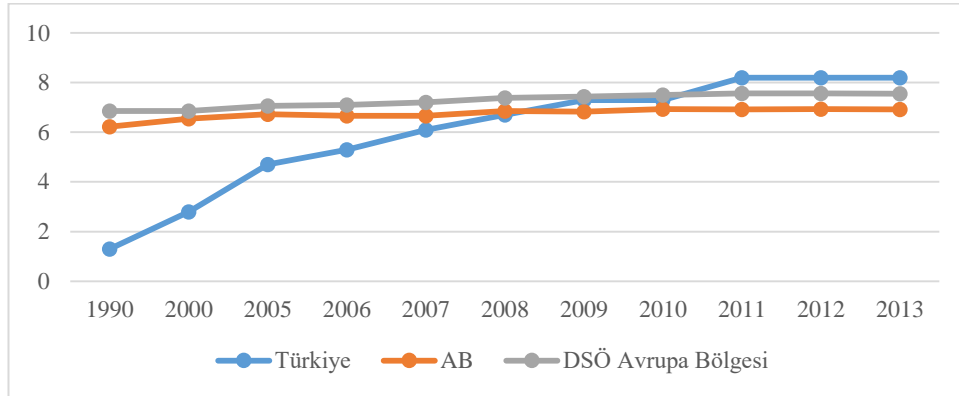
Şekil 15. 100.000 Kişiyeye Düşen Hastane Yatağı Sayıları



Kaynak: DSÖ (2015c)

Türkiye’de 1990 yılında her birey ortalama 1kez hekime müracaat ederken, 2013 yılında 8 kez hekime başvurmuştur. 1990 ve 2000’li yılların başlarında kişi başına hekime müracaat sayılarında AB ve DSÖ Avrupa Bölgesi ortalamasının çok altında yer almasına rağmen, Türkiye 2011 yılı itibarıyla her iki ortalamasının da üzerindedir (Şekil 16).

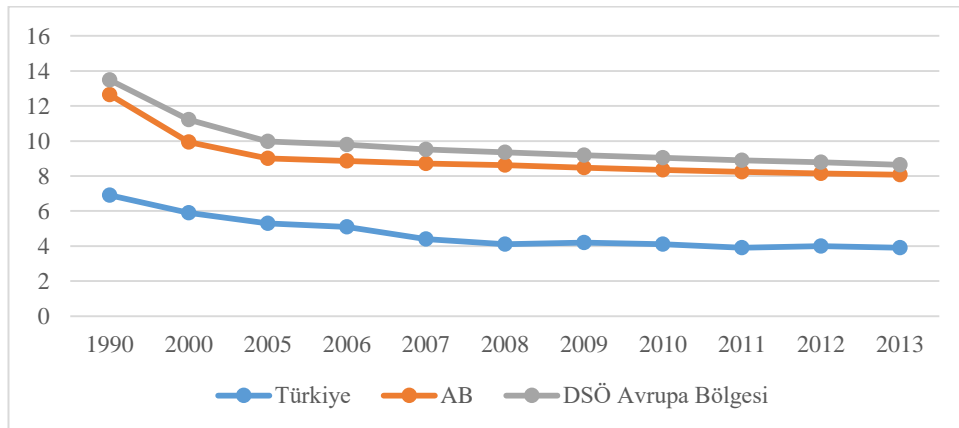
Şekil 16. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayıları



Kaynak: DSÖ (2015c)

Hastanelerde ortalama kalış süresine ilişkin seyir incelendiğinde, hem Türkiye hem de AB ve DSÖ Avrupa Bölgesi ortalamalarının yıllar içinde azaldığı görülmektedir. Türkiye’de ortalama kalış süresi incelenen tüm dönemlerde AB ve DSÖ Avrupa Bölgesi ortalaması altında yer almıştır (Şekil 17).

Şekil 17. Ortalama Kalış Süresi, Tüm Hastaneler



Kaynak: DSÖ (2015c)

3.3.3. Sağlık Hizmeti Kullanımı ile İlgili Kavramlar

Sağlık hizmeti kullanımı (utilization), bireyin sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alması şeklinde ifade edilmesine rağmen kullanım ile erişim aynı anlama gelecek şekilde kullanılabilir. Kullanımla ilişkili bir diğer kavram hakkaniyettir. Hakkaniyet çeşitli boyutları olan bir kavramdır ve kullanım açısından ele alındığında bireylerin ihtiyaçları ölçüsünde sağlık hizmetlerine erişimleri ve kullanımları sağlık hizmeti kullanımında hakkaniyetin olduğunu göstermektedir. Bu kısımda sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili kavramlardan erişim ve hakkaniyet kavramları incelenecektir.

3.3.3.1. Erişim (Access)

Sağlık hizmetine erişim çeşitli şekillerde tanımlanabilen karmaşık bir kavramdır. Erişimin çok boyutluluğu ve tanımlanmasındaki zorluk, erişimin anlaşılmasını ve önündeki engellerin kaldırılmasını güçleştirmektedir. En dar anlamda erişim, coğrafik ulaşılabilirlik olarak tanımlanırken; en kapsamlı şekilde ise, sağlık hizmetinin mevcut, ulaşılabilir, ekonomik olarak satın alınabilir ve kabul edilebilir olmasıdır (O'Donnell, 2007: 2821; Russell vd., 2013: 62-65).

Erişim, hizmeti sunan ile alanın konumunun birbirine uymasındadır (Çelik, 2013: 332). Sağlık hizmetine erişim, sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmeti tüketicilerinin etkileşimde bulunma durumunu ifade etmektedir (Fortney vd., 2011: 641).

Tablo 9. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Farklı Tanımları

Kaynak	Tanım
Donabedian (1972)	Sağlık hizmetinin mevcut olmasının yanında, sağlık hizmetinin kullanılmasıdır.
Freeborn ve Greenlick (1973)	İhtiyaç duyulduğu yer ve zamanda sağlık hizmetinin mevcut olmasıdır.
Parker (1974)	Hizmete ulaşabilme ve ekonomik olarak satın alabilmedir.
Penchansky ve Thomas (1981)	Alicının ihtiyacı ile hizmeti sağlayıcının özelliklerinin uyumlu olmasıdır.
IOM (1993)	En iyi sağlık sonuçlarının elde edilebilmesi için hizmetin tam zamanında kullanımıdır.
Khan ve Bhardwarj (1994)	Toplumun ya da toplumun çeşitli kesimlerinin hizmeti kullanabilme becerisidir.
Rogers, Flowers ve Pencheon (1999)	Uygun hizmetin, uygun zamanda, uygun yerde sunumudur.
Gulliford vd., (2002)	Yeterli kapsamda sağlık hizmetinin mevcut olması ve bireylerin istedikleri ve ihtiyaç duydukları anda sağlık hizmetini kullanabilme fırsatına sahip olmalarıdır.
Chapman vd., (2002)	Mevcut olma, kullanım, uygunluk, etkililik ve hakkaniyet kavramlarını içermektedir.

Kaynak: MacKinney vd., 2014: 6.

Tablo 9’da sağlık hizmetine erişimin çeşitli tanımları görülmektedir. Tanımlar incelendiğinde, erişiminin farklı araştırmacılarca farklı şekilde anlaşılan bir kavram olduğu, üzerinde hemfikir olunan bir tanımının olmadığı ve erişimin bazı araştırmacılarca kullanım ile eş anlamlı olarak kullanıldığı görülmektedir (Allin vd., 2007: 4).

Erişim ve kullanım eş anlamlı olarak kullanılmakla birlikte farklı anlama gelen kavramlardır. Erişim, arzın (hizmet sunucu) fonksiyonu iken, kullanım hem arzın hem de talebin (tüketicinin) bir fonksiyonudur (Mooney, 1992: 104). Sağlık hizmetleri kullanımının sağlanması için erişim gerekli ancak yeterli bir faktör değildir. Erişimin yanında nüfusun/kullanıcıların özelliklerinin de sağlık hizmetleri kullanımını için uygun olması gereklidir.

Çeşitli faktörler nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim sağlanamamaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimle ilgili problemler genel ve özel ulaşım problemleri olmak üzere iki grupta toplanabilir. Özel ulaşım problemi kişilerin ve grupların yoksulluk, azınlıkta olma, sağlık sigortasının olmaması gibi çeşitli özellikleri nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşamamalarıdır. Genel ulaşım problemi ise, yoksul olmamaları ya da sigortalı olmalarına rağmen kişi ve grupların genelini yaşadığı problemdir. Örneğin kişilerin kırsal kesimde yaşamaları nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşamaları genel erişim problemine örnektir. Özel erişim probleminin ortadan kaldırılması genel erişim sorunlarına göre daha kolaydır (Fuchs, 1974: 13-15). Sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar kırsal alanlarda sağlık statüsünün bozulmasına ve yoksulların sağlık hizmetlerinden memnun olmamalarına neden olmaktadır (Roberts vd., 2004: 135).

3.3.3.2. Hakkaniyet (Equity)

Hakkaniyet, sağlık statüsünün yükseltilmesi ve verimlilik yanında ulaşılmaya çalışılan üç temel hedeften biridir. Hakkaniyet, değer odaklı ve subjektif bir şekilde tanımlanmakta ve etik değerleri içeren, normatif, sosyal adalet ve insan hakları ile ilgili ve dağıtım adaleti prensiplerine dayanan bir kavramdır (Mooney, 1992: 113; Mooney, 1994: 65).

Sağlıkta hakkaniyet, sağlıkta eşitsizliklerin olmaması durumudur. Diğer bir ifadeyle sağlıkta hakkaniyet, sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicileri açısından toplumun çeşitli katmanları arasında sistematik farklılıkların olmamasıdır (Braveman ve Gruskin, 2003: 254-256). Sağlıkta hakkaniyet, sağlık hizmetleri faydasının ve maliyetlerinin nasıl dağıldığı değerlendirilerek belirlenmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin nasıl sunulduğunun ve finansmanın nasıl sağlandığının değerlendirilmesini gerektirmektedir (Öktem, 2010: 28).

Sağlıkta hakkaniyet denildiğinde yatay ve dikey hakkaniyet söz konusu olmaktadır. Yatay hakkaniyet, eşit durumda olan insanlara eşit davranılmasını, dikey hakkaniyet ise, farklı olanlara farklı muamele edilmesini içermektedir (Folland vd., 1997: 486). Çeşitli finansal ve coğrafik sorunlar, yatay hakkaniyetin oluşmasını engelleyebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kullanımında katkı payının alınması, yoksulların sağlık hizmetlerine erişimini etkileyebilmekte, ayrıca kırsal kesimde yaşayanlar sağlık tesislerine uzaklık ve ulaşımında maliyet nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşamayabilmektedir. Dikey hakkaniyet, farklı grupların ihtiyaçlarının dikkate alınmasında ve öncelik verilmesi gereken konu ve kişilerin belirlenmesinde göz önünde bulundurulmaktadır (James vd., 2004: 8-9).

Sağlıkta eşitlik kavramı, sağlıkta hakkaniyet yerine kullanılabilen ve sağlıkta eşitlik bir hedef olarak dile getirilmektedir. Ancak iki kavram birbirinden farklıdır. Sağlıkta hakkaniyet daha ulaşılabilir bir hedef olmakla birlikte, sağlıkta eşitliğe, sağlığın sağlık hizmetlerinin yanında çok sayıda faktör tarafından etkilenmesi, insanlar arasındaki genetik farklılıklar, iyi sağlığın ne olduğu üzerinde uzlaşının bulunmaması, bireylerin yaşam tarzlarının kısıtlanmasının gerekliliği ve çok maliyetli bir hedef olması nedeniyle ulaşılması güçtür (Guinness ve Wiseman, 2011: 254).

Sağlıkta hakkaniyetin bulunmaması sağlıkta eşitsizlik olarak adlandırılmakta ve sistematik, sosyal olarak üretilmiş ve haksız sağlık farklılıkları sağlıkta eşitsizlik olarak adlandırılmaktadır (Whitehead ve Dahlgren, 2006: 2). Sağlıkta eşitsizlik, toplumsal nedenlerden kaynaklanan, önlenemez, toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, savaşılmaması gereken, toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardır (Belek, 1998: 102). Sağlıkta eşitsizlik anlamına gelmemektedir. Biyolojik, doğal değişkenlikler ve sağlığa zararlı davranışların bilinçli seçimi nedeniyle sağlık durumunun bozulması hallerinde ortaya çıkan farklılıklar sağlıkta eşitsizlik olarak adlandırılmamaktadır (Whitehead, 2000: 5). Örneğin gençlerin yaşlılardan daha sağlıklı olmaları, kız çocuklarının erkek çocuklardan daha düşük ağırlık ile doğmaları, erkeklerin prostat problemi yaşamaları gibi durumlar sağlıkta farklılıkları göstermekle birlikte, eşitsizlik değildir. Ancak, kız ve erkek çocukların beslenme ve aşılama farklılıkları ya da tedavi olmada etnik ve bölgesel farklılıklar eşitsizlik durumlarına örnektir (Braveman ve Gruskin, 2003a: 255).

4. BÖLÜM

YOKSULLUĞUN SAĞLIK STATÜSÜ VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI İLE İLİŞKİSİ

Yoksulluk, kişilerin sağlık durumunu bozmakta ve sağlık hizmeti kullanımını sınırlamaktadır. Yoksulluk; güvenli içme suyuna ulaşamama, güvenli ve temiz konutlarda yaşayamama, eğitimsizlik, yetersiz sanitasyon, sağlık hizmetleri ve ulaşım gibi kamu hizmetlerinden yararlanamama ve güvencesiz istihdama neden olarak sağlıksızlığı ortaya çıkarmaktadır (Carr, 2004: 2). Daha öz bir ifadeyle, sosyo-ekonomik açıdan kötü durumda olma, sağlık açısından da kötü olmaya neden olmaktadır (Shaw vd., 2009: 226-227).

Yoksulluk, sağlıksızlığa neden olmasının yanında bireylerin sağlık hizmetini nerden ve nasıl alacaklarını bilememelerine, sağlık kurumlarına uzak yerlerde ikamet etmelerine neden olarak sağlık hizmeti kullanımını sınırlamaktadır.

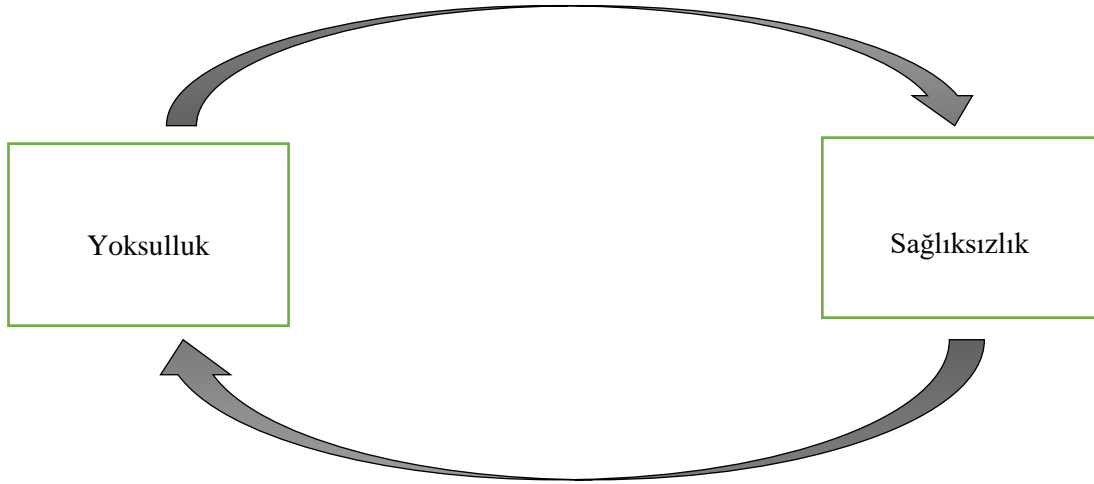
Çalışmanın bu bölümünde yoksulluğun sağlık ve sağlık statüsü ile ilişkisi ele alınacak ve çeşitli sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım göstergeleri üzerinde yoksulluğun etkisi karşılaştırmalı olarak incelenecektir.

4.1. YOKSULLUK VE SAĞLIK STATÜSÜ

Yoksulluk, kişilerin yaşam süresini ve yaşam kalitesini azaltmakta ve kişilere yaşam boyunca zarar vermektedir (Kaplan, 2009: 8). Yoksullar daha fazla hastalanmakta ve ortalamaya göre daha erken yaşta ölmektedir. Yoksullarda, ortalamanın üzerinde çocuk ve anne ölümü ve hastalanma, sosyal korunmadan yetersiz yararlanma görülmekte ve yoksul kadın ve kız çocukları cinsiyet eşitsizliğinin etkisinden daha fazla zarar görmektedir (DSÖ/OECD, 2003: 20). Yoksulluk ve sağlık statüsü ölçümünde farklı metotlar kullanılsa da ulaşılan sonuç, yoksulluğun sağlıksızlığa neden olduğudur (Phipps, 2003: 13).

Dünya genelinde, sağlıksızlık yoksulluğa neden olmaktadır. Hem makro seviyede (ülkeler arası ve ülke genelinde) hem de mikro seviyede (birey, hane, toplum) yapılan çalışmalar yoksulluk ve sağlıksızlık arasındaki iki yönlü ilişkiyi göstermektedir (Hulme ve Lawson, 2006: 7). Şekil 18'de yoksulluk ve sağlık arasındaki iki yönlü ilişki görülmektedir. Sağlıksızlık, yoksulluğa; yoksulluk ise sağlıksızlığa yol açmaktadır.

Şekil 18. Yoksulluk ve Sağlık Arasındaki İki Yönlü İlişki



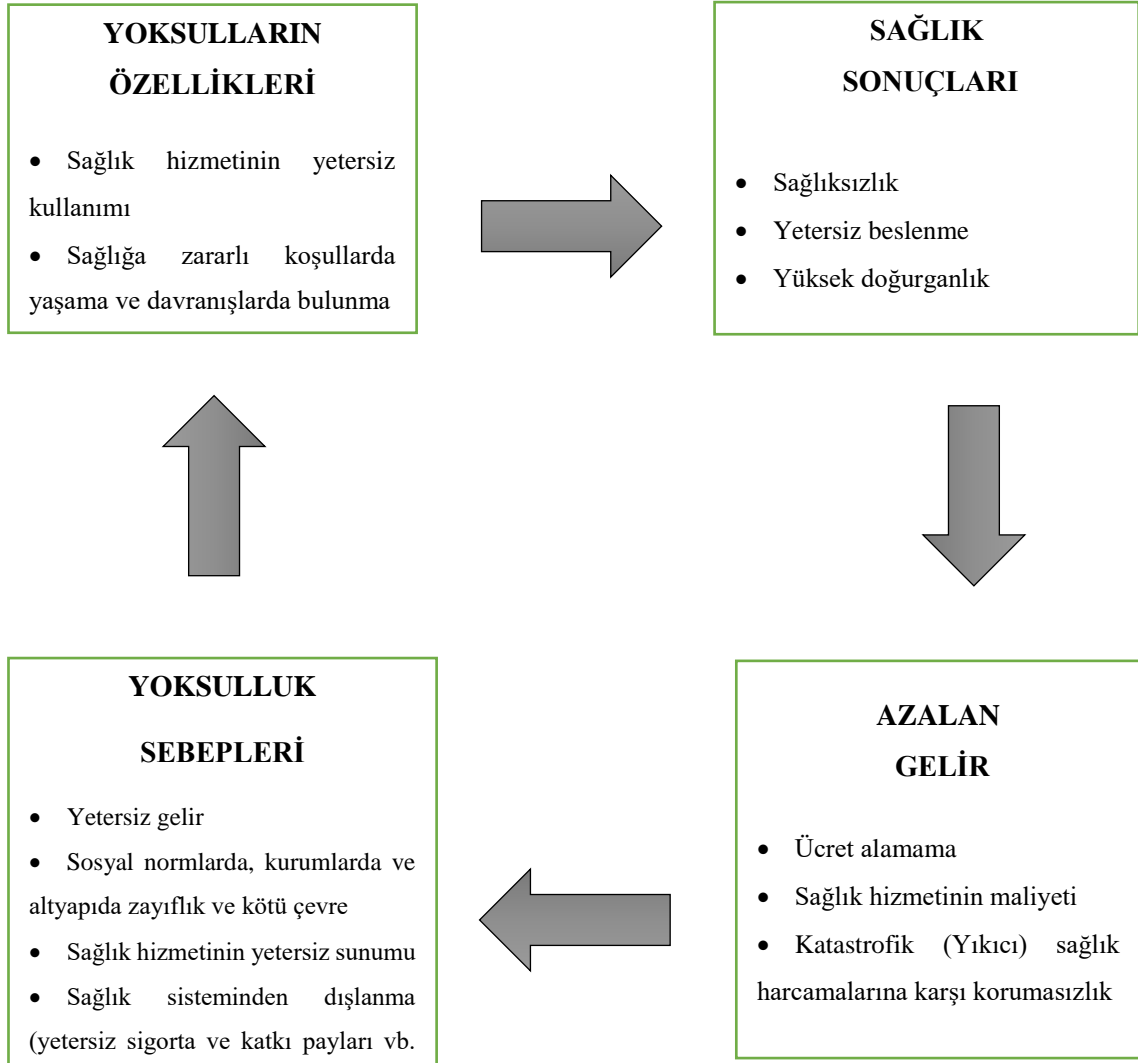
Kaynak: Grant, 2005: 4

Sağlıksızlık yoksulları daha fazla etkilemesinin yanında yoksulluğun da bir nedenidir. Hastalığın tedavisi nedeniyle katlanılan maliyet ve hastalık nedeniyle çalışamama yoksulluğa neden olmakta ya da yoksulluğu derinleştirmekte ve bu durum yoksulluk tuzağı (poverty trap) olarak adlandırılmaktadır. Düşük gelir ve sağlıksızlığın bileşik etkisi yoksulluk tuzağını oluşturmaktadır (DSÖ, 2002: 53).

Yoksullar için sağlık ekonomik varlıktır. Geçimlerini sağlamaları sağlıklarına bağlıdır. Yoksul bir kişi hastalandığında ya da kaza geçirdiğinde, tüm hanehalkı azalan gelir ve yüksek sağlık hizmeti maliyetiyle karşı karşıya kalmaktadır (DSÖ/OECD, 2003: 20). Yoksul haneler, gelirlerinin büyük kısmını beslenme için harcamak zorunda kaldıkları için gelirlerindeki küçük değişiklik bile beslenmelerini ve sağlıklarını etkilemektedir (Hupalo ve Herden, 1999: 1).

Şekil 19’da yoksulluk ve sağlık arasındaki ilişkiyi gösteren kapsamlı döngü yer almaktadır. Şekil incelendiğinde yetersiz gelir ve sosyal koruma mekanizması, sağlık hizmetleri sunumunda alınan katkı payları gibi faktörlerin yoksulluğa neden olduğu görülmektedir. Yoksul kişiler, sağlık hizmetini yetersiz kullanmakta ve sağlığa zararlı yaşam sürmektedir. Bu özellikler başta sağlıksızlık olmak üzere çeşitli sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Sağlığın kaybedilmesi nedeniyle çalışamayan ve sağlık harcamalarını karşılamak zorunda kalan yoksulların gelirleri azalmakta ve bu durum yoksulluğu derinleştirmektedir. Bu döngü birbirini besler hale gelmekte ve yoksulluk-sağlıksızlık kısır döngüsü ortaya çıkmaktadır.

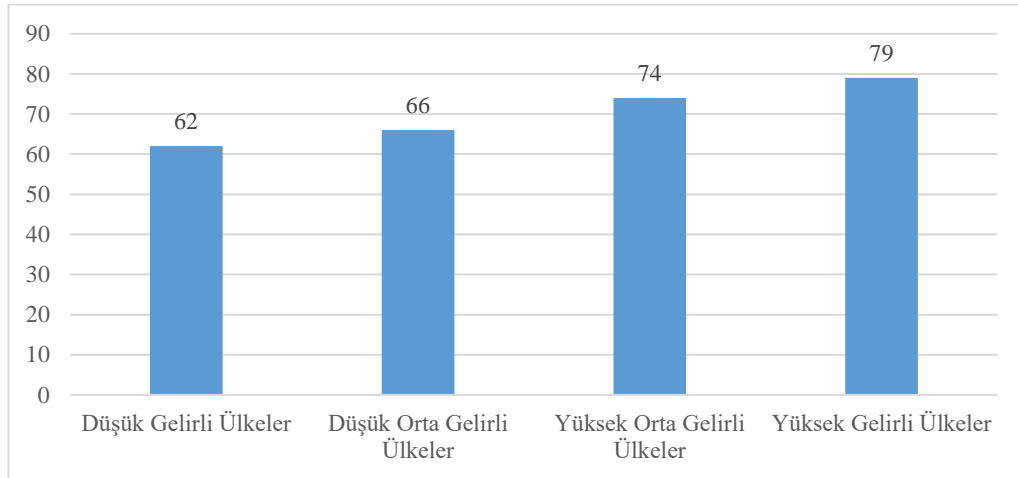
Şekil 19. Yoksulluk ve Sağlık Döngüsü



Kaynak: Wagstaff, 2002: 98.

Yoksulluğun ve gelirin sağlık statüsü üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla, gelir gruplarına göre sınıflandırılan ülkelerin sağlık statüsü göstergeleri birbirleriyle karşılaştırılmaktadır. Şekil 20’de gelir düzeyine göre doğumda beklenen yaşam süresi verilmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresi ile ülkelerin geliri pozitif ilişkilidir ve gelir arttıkça doğumda beklenen yaşam süresi de artmaktadır.

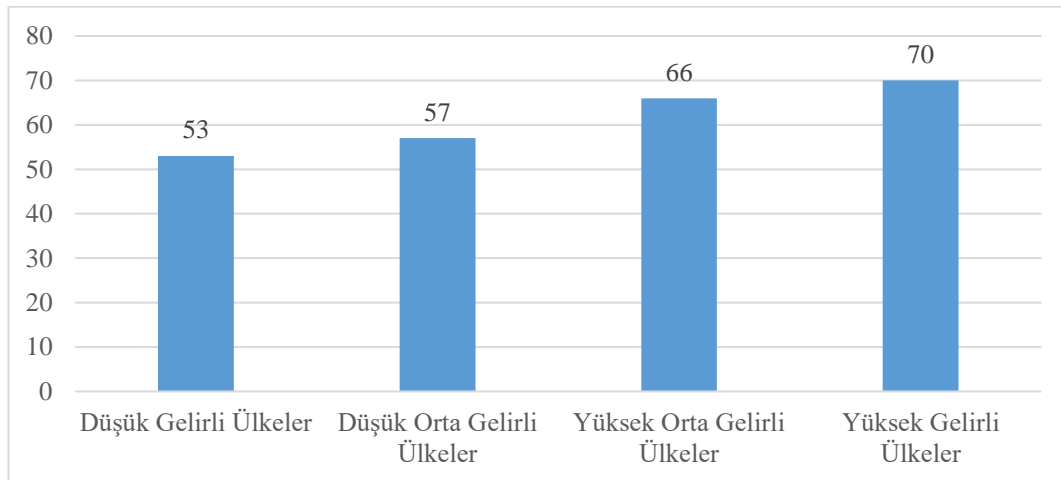
Şekil 20. Gelir Düzeyine Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (2013, Yıl)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Doğumda beklenen yaşam süresi gibi, doğumda beklenen sağlıklı yaşam süresi de gelire ilişkili olup, 2013 yılı için düşük gelirli ülkelerde doğumda beklenen sağlıklı yaşam süresi 53 yıl iken, yüksek gelirli ülkelerde 70 yıldır (Şekil 21).

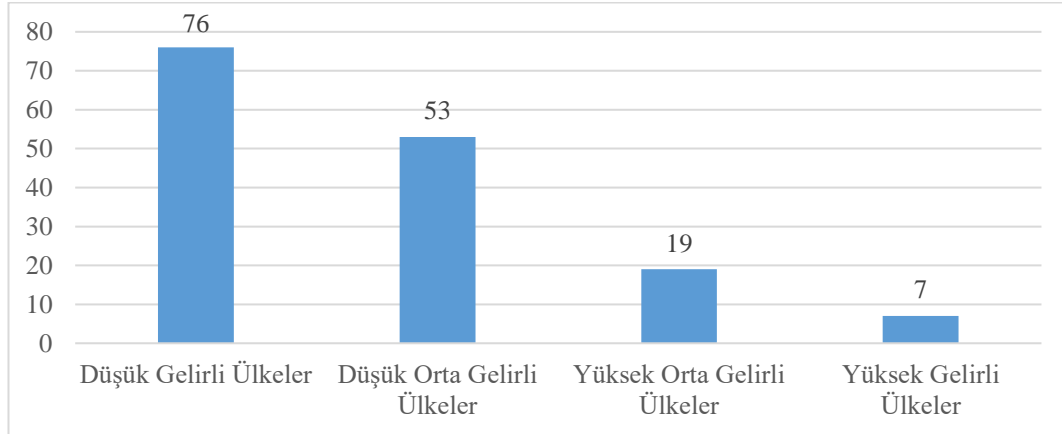
Şekil 21. Gelir Düzeyine Göre Doğumda Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi (2013, Yıl)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Şekil 22 incelendiğinde beş yaş altı ölümü açısından düşük gelirli ülkeler ile yüksek gelirli ülkeler arasında fark olduğu, düşük gelirli ülkelerde beş yaş altı ölümünün yüksek gelirli ülkelere göre yaklaşık 7 kat daha fazla olduğu görülmektedir.

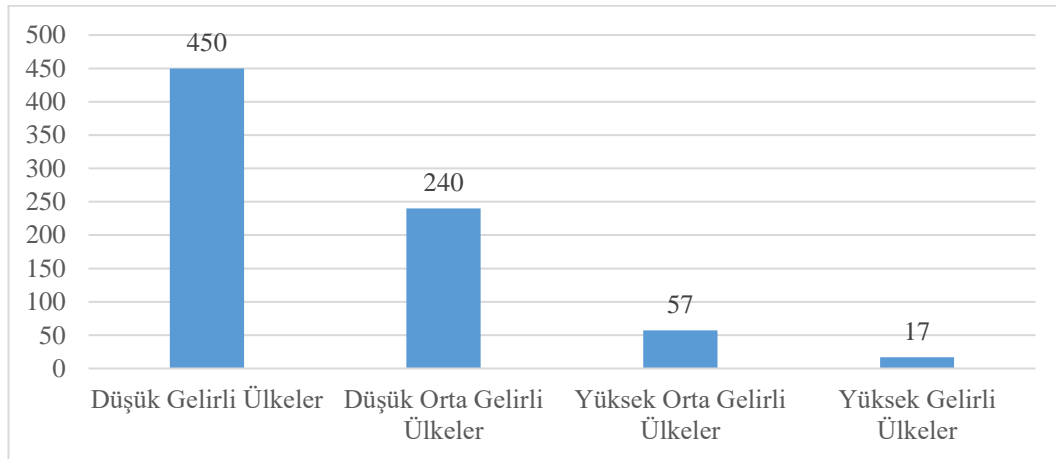
Şekil 22. Gelir Düzeyine Göre Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (2015, %0)



Kaynak: UNICEF (2015).

Gelir ile anne ölümü ilişkili olup, düşük gelirli ülkelerde yüz binde 450 olan anne ölüm oranı yüksek gelirli ülkelerde yüz binde 17'dir (Şekil 23).

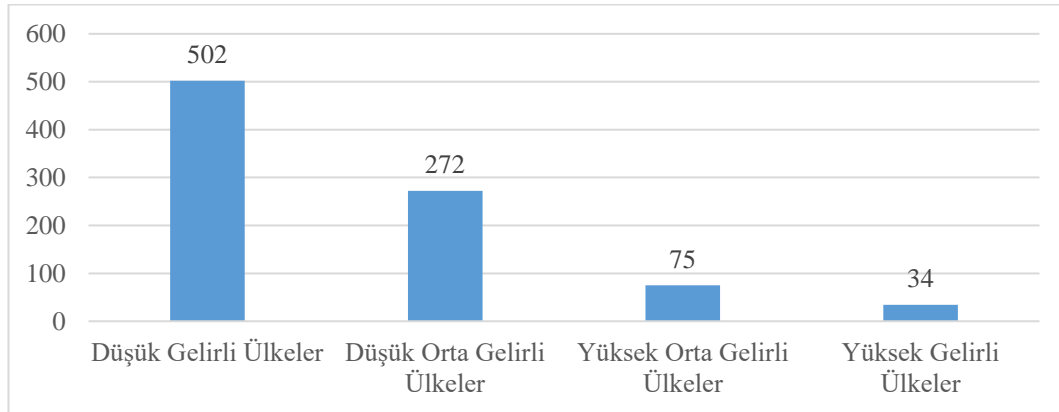
Şekil 23. Gelir Düzeyine Göre Anne Ölüm Oranı (2013, %000)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Bulaşıcı hastalıklardan ölümün yüksekliği, ülkelerin gelişmemişliğinin göstergelerindedir. Şekil 24'te ülkelerin gelir seviyeleri ile bulaşıcı hastalıklardan ölümlerin negatif ilişkili olduğu ve gelir seviyesi arttıkça bulaşıcı hastalıklardan ölümün azaldığı görülmektedir.

Şekil 24. Gelir Düzeyine Göre Bulaşıcı Hastalıklardan Ölüm (2012, %000)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Ülke seviyesinde karşılaştırmaların yanında yoksulluğun sağlık üzerine etkisi çok sayıda araştırmada da incelenmektedir (Leon ve Walt, 2001; Diamond vd., 2001; Santana, 2002; Wen vd., 2003; Cohen, vd., 2003; Shaw vd. 2009). Çalışmalarda yoksulluğun çeşitli sağlık statüsü göstergeleri üzerine etkisi incelenmiştir.

Kanada'nın en büyük eyaleti Ontario'da yürütülen araştırmalarda, en düşük refah seviyesinde yer alan insanların, en yüksek refah seviyesinde yer alan insanlara göre sağlıklarını 3 kat daha kötü şeklinde ifade ettikleri, yoksul erkeklerin 2 kat, kadınların ise 2,5 kat daha fazla diyabete yakalandıkları saptanmıştır. Ayrıca, yüksek maddi yoksunluk içerisindeki bölgelerde yaşayan ailelerin çocuklarında düşük doğum ağırlığı görülme oranı binde 60 iken; maddi yoksunluğun düşük olduğu bölgelerde yaşayanlarda ise binde 43'tür (Barnes vd., 2013: 1).

Toronto'da yürütülen araştırmada, yoksul erkeklerin yarısının ortalama yaşam süresinden önce öldüğü, yoksul kadınların % 85'inde diyabet olduğu, 15-24 yaş grubundaki yoksul kadınlarda cinsel yolla bulaşan hastalıkların 2 kat fazla görüldüğü ve en düşük refah seviyesinde yaşayanların çocuklarında düşük doğum ağırlığının % 40 daha fazla görüldüğü bulgularına ulaşılmıştır (Toronto Public Health, 2015: 9).

Yaşanılan ülkenin zengin ya da yoksul olması, yoksulların kötü sağlık statüsüne sahip oldukları gerçeğini değiştirmemektedir. Hollanda, Finlandiya ve Birleşik Krallık'ta yoksullar zenginlere göre 10 yıl daha az yaşamaktadır (Carr, 2004: 4).

Karataş (2008) tarafından 206 tüberküloz hastası üzerinde gerçekleştirilen araştırmada katılımcıların % 43'ü tüberküloza yakalanma nedenlerinin işsizlik ve bunun sonucunda yoksulluk olduğunu belirtmiştir. Ayrıca tüberküloza yakalanma nedenleri ile yoksulluk nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Özen (2008) tarafından kent yoksullarının sağlık ve hastalık deneyimlerinin incelendiği çalışmada, yoksulların akut ve kronik hastalıklara karşı savunmasız oldukları, sağlıklı hastalığın olmaması şeklinde algıladıkları saptanmıştır.

Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelediği çalışmada, yoksullarda sağlık durumunu kötü-orta şeklinde algılayanların oranı % 78,10 iken, yoksul olmayanlarda bu oran % 43,33 olarak bulunmuştur (Çapık, 2006).

Kaynak (2006) tarafından “İnönü Emin Aytan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yoksulluğun Sağlık Üzerine Etkisi” isimli çalışmada cinsiyet (kadın), düşük eğitim, yoksulluk, çalışma statüsü (mavi yakalı) gibi değişkenlerin sağlık üzerinde anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır.

Yoksulluk etkisini çocuk sağlığı üzerinde de göstermektedir. Yoksul olan çocuklar yoksul olmayanlara göre daha fazla hastalanmakta ve ölüm yoksul çocuklarda daha yüksek oranda görülmektedir (Starfield, 1992: 17). Uzun süreli yoksulluk çeken çocuklar erişkinliklerinde fiziksel ve ruhsal hastalıklara daha yatkın hale gelmektedir (Evans ve Cassells, 2014).

Bolivya’da en yoksul dilimde yer alan kesimde beş yaş altı ölüm hızı 5 kat daha fazladır (DSÖ, 2002: 44). Bir başka çalışmada, yoksul çocukların bir yaşını doldurmadan ölme olasılıklarının yaklaşık olarak 5 kat; beş yaşını doldurmadan ölme olasılıklarının yaklaşık olarak 4 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Eryurt ve Koç, 2009: 113).

Gürarlan (2006), tarafından yoksulluğun 1-4 yaş grubu çocukların hastalanma sıklığı üzerine etkisinin incelendiği çalışmaya ilişkin bulgular Tablo 10’da verilmektedir. Tablo incelendiğinde, tüm sağlık statüsü göstergelerinde yoksul çocuklar daha kötü konumdadır.

Tablo 10. Yoksul ve Yoksul Olmayan Çocukların Sağlık Statülerinin Karşılaştırılması (%)

	Düşük Doğum Ağırlığı	İlk Ay Sorun Görülme	İlk Yıl Sorun Görülme	Kronik Hastalık	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	İshal-Kusma	Ateşli Hastalık	İdrar Yolu Enfeksiyonu	Paraziter Hastalık	Yaşa Göre Boy Kısaldığı	Yaşa Göre Düşük Kilo
Yoksul	26,4	51,1	82,2	57,5	100,0	98,9	99,4	44,3	24,1	40,2	43,1
Yoksul Değil	19,8	34,9	61,6	29,1	94,2	72,1	94,2	11,6	8,1	38,4	18,6

Kaynak: Gürarlan, 2006.

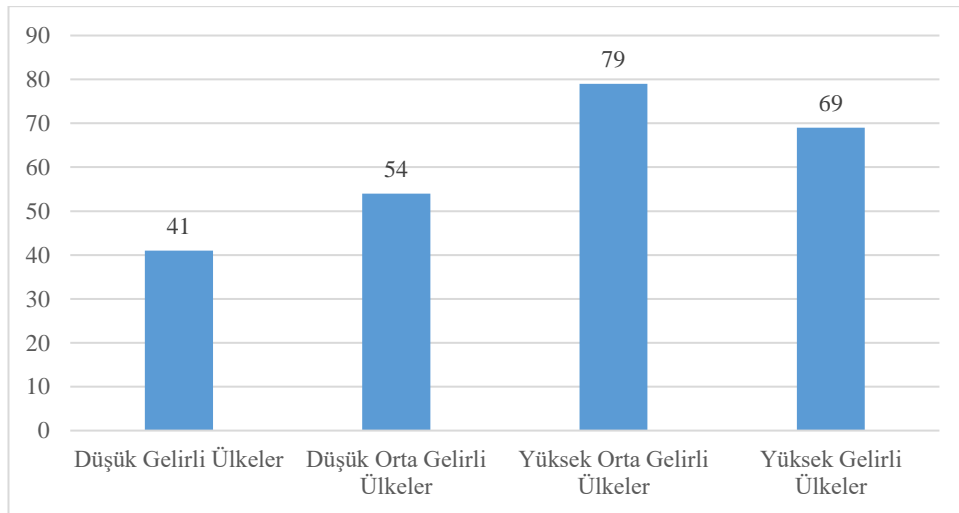
4.2. YOKSULLUK VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Yoksulluk, sağlık statüsü üzerinde olumsuz etkisinin yanında sağlık hizmeti kullanımını da kısıtlamaktadır (OECD, 2003: 1). Yoksulların sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaçları olmasına rağmen, sağlık hizmetini daha az kullanmaları “tersine hizmet yasası” olarak adlandırılmaktadır (Hart, 1971; OECD, 2008: 13).

Yoksullar için sağlık hizmeti pahalı, düşük kalitede ve ulaşılamaz olabilmektedir (Carr, 2004: 13). Yoksulluk, ailelerin eğitimsizliği, tükenmişliği ve ilgisizliği nedeniyle çocuklardaki hastalık bulgularının önemsizliğine ya da fark edilmemesine neden olmakta, böylece çocuklar sağlık kurumlarına geç götürülmekte ya da hiç götürülmemektedir (Hatun, 2002: 25).

Yoksulluk ve gelirin sağlık hizmeti kullanımına etkisinin incelenmesi amacıyla gelir düzeylerine göre gruplandırılmış ülkelerin sağlık hizmeti kullanım göstergeleri karşılaştırılmaktadır. Şekil 25’te gelir düzeylerine göre gruplandırılmış ülkelerde gebeliği önleyici yöntem kullanımı verilmektedir. Yöntem kullanımı gelire ilişkili olup, yöntem kullanımı en az düşük gelirli ülkelerde, en çok yüksek gelirli ülkelerde görülmektedir.

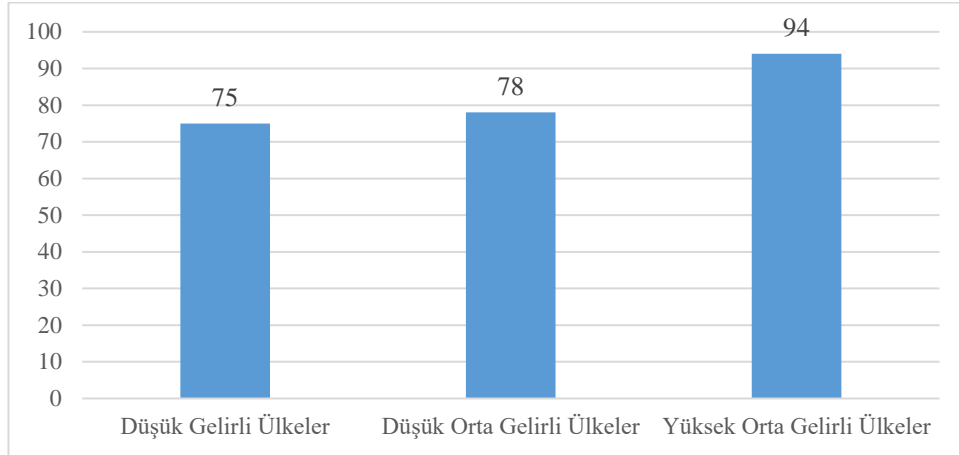
Şekil 25. Gelir Düzeyine Göre Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı (2013, %)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Doğum öncesi bakım alma oranı ülkelerin gelirlerine göre değişmekte ve gelir düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alımı da artmaktadır. Doğum öncesi bakım düşük gelirli ülkelerde % 75 iken yüksek orta gelirli ülkelerde % 94’tür (Şekil 26).

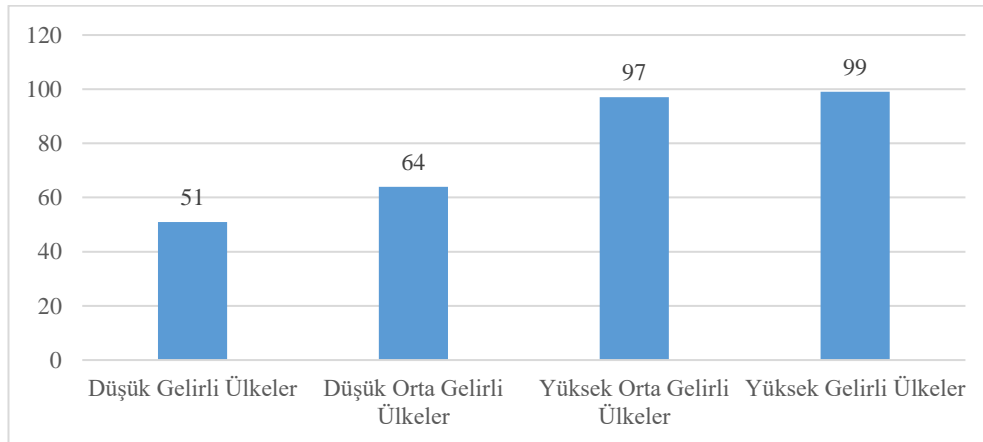
Şekil 26. Gelir Düzeyine Göre Doğum Öncesi Bakım Alma (2014, %)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Şekil 27 incelendiğinde, sağlık personeline gerçekleştirilen doğum oranının ülkelerin gelirlerinden etkilendiği ve doğumun sağlık personeline gerçekleştirilmesi oranının düşük gelirli ülkelerde % 51 ve yüksek gelirli ülkelerde % 99 olduğu görülmektedir.

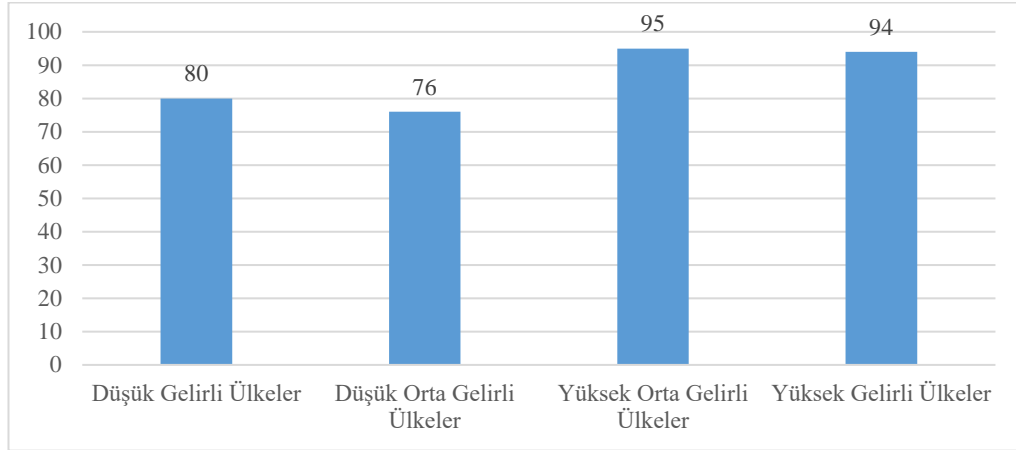
Şekil 27. Gelir Düzeyine Göre Doğumun Sağlık Personeline Gerçekleştirilmesi (2014, %)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Binyıl Kalkınma Hedefleri ile çocukların kızamığa karşı korunması tüm ülkeler için ortak bir hedef olarak belirlenmiş olmakla birlikte, çocukların kızamık aşısı olma oranı farklıdır. Şekil 28 incelendiğinde, düşük gelirli ülkelerde yaşayan çocukların % 80'ine, yüksek orta ve yüksek gelirli ülkelerin ise % 90'ından fazlasına kızamık aşısı yapılmıştır.

Şekil 28. Gelir Düzeyine Göre Kızamık Aşısı Olma Oranı (2013, %)



Kaynak: DSÖ (2015d).

Yoksulluğun sağlık hizmeti kullanımına etkisini araştıran çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Dubay ve Kenney, 2001; Lubbock ve Stephenson, 2008; Swartz, 2009; Wolfe, 1999). Arcury vd. (2005) tarafından ABD'nin Güney Karolina eyaletinde sağlık hizmeti kullanımının incelendiği araştırmada, düşük gelirlilere göre orta gelirlilerin 1,06 kat, yüksek gelirlilerin ise 1,24 kat daha fazla düzenli check-up yaptırıldıkları, düşük gelirlere göre orta gelirlilerin 1,60 kat, yüksek gelirlilerin ise 2,93 kat daha fazla kronik bakımdan yararlandıkları belirlenmiştir. ABD'de gelirin çocukların sağlığı ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, yoksul ailelerin çocuklarında karşılanmayan sağlık hizmeti ihtiyacının 3,96 kat, karşılanmayan diş sağlığı hizmeti ihtiyacının 2,51 kat ve reçete edilen ilaçların alınmamasının 4,67 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Larson ve Halfon, 2010). Güraslan (2006) tarafından Muş'ta yürütülen çalışmada, yoksul mahallede yaşayan çocukların % 65,5'inin, refah düzeyi yüksek mahallede çocukların ise % 82,6'sının tam aşı olduğu saptanmıştır.

Etiyopya'da karşılanmayan aile planlaması ihtiyacının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada yüksek refah düzeyindekilere göre, en düşük ve düşük refah düzeyinde yaşayanlarda karşılanmayan aile planlaması ihtiyacının 1,11 kat daha fazla olduğu (Ayele vd., 2013), Sudan'da yapılan çalışmada ise gebeliği önleyici yöntem kullanımının en düşük refah düzeyine göre, en yüksek refah düzeyinde 5,362 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ahmed, 2008).

Gana'da doğum öncesi bakım almayan kadın oranı, en düşük refah düzeyinde % 6,2 iken en yüksek refah düzeyinde % 0,4'tür (Arthur, 2012). Namibya'da doğum öncesi bakım alma oranının yoksullarda % 91,7 iken, zenginlerde % 97,7 ve doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesinin sırasıyla % 66,1 ve % 94,7 olduğu belirlenmiştir (Rashid ve Antai, 2014).

5. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi başta olmak üzere çeşitli uluslararası dokümanlarda ve Türkiye’de ise 1961 ve 1982 Anayasalarında sağlık ve sağlık hizmetleri bir hak olarak düzenlenmesine rağmen, yoksulluğun ve çeşitli sosyal ve demografik faktörlerin sağlıkta ve sağlık hizmetleri kullanımında eşitsizliğe neden olduğuna yönelik çeşitli tartışmalar yapılmaktadır. Bu nedenle, dönemler itibariyle sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde yoksulluğun, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin nasıl bir seyir izlediği, varsa farklılık ve eşitsizlik kaynaklarının belirlenmesi ve son yıllarda Türkiye Sağlık Sistemi’nde gerçekleştirilen sağlık reformlarının sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımında eşitsizliği ortadan kaldırmada etkilerinin ortaya konulması ile bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu amaçla çalışmada, 1993-2013 yılları arasında Türkiye’de yoksulluğun ve çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin tespit edilmesi ve 1990’lı ve 2000’li yıllarda gerçekleştirilen çeşitli sağlık reformlarının sağlık statüsü ve kullanım üzerinde yarattığı etkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada ulaşılmaya çalışılan amaçlar şu şekilde sıralanabilir:

- 1993-2013 döneminde sağlık statüsünün ve sağlık hizmeti kullanım düzeyinin belirlenmesi,
- Yoksulluğun ve çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisinin tespit edilmesi,
- Türkiye Sağlık Sistemi’nde gerçekleştirilen reformların sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin incelenmesidir.

Araştırma ile birlikte, araştırmanın belirlenen amaçları doğrultusunda, 1993-2013 dönemini kapsayan süreçte sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım göstergelerindeki değişim ve sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörlerin etkisindeki değişim ortaya konulabilecektir.

5.2. ARAŞTIRMA TASARIMI

Araştırmanın temel amacı olan sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım düzeyinin ve sağlık statüsü ve kullanımı etkileyen faktörlerin belirlenmesi doğrultusunda sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım göstergeleri ile sağlık statüsü ve kullanımı etkileyen faktörler seçilmiştir. Sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım göstergelerinin belirlenmesinde, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015 yılında yayınladığı 100 Temel Sağlık Göstergesinin Küresel Referans Listesi (Global Reference List of 100 Core Health Indicators) esas alınmıştır. Listede sağlık göstergeleri sağlık statüsü göstergeleri (health status indicators), risk faktörleri göstergeleri (risk factors indicators), hizmet kapsamı göstergeleri (service coverage indicators) ve sağlık sistemi göstergelerinden (health systems indicators) oluşmaktadır. Sağlık statüsü göstergeleri doğumda yaşam beklentisi, çocuk ve anne ölümleri, intihar ve çeşitli hastalıklar olmak üzere 28 göstergeden oluşmaktadır. Risk faktörü göstergeleri olarak 21 gösterge belirlenmiştir. Risk faktörü göstergeleri beş yaş altı çocuklarda bodurluk, anemi, şehirlerde hava kirliliği, çocuklarda obezite, sigara kullanımı gibi göstergelerden oluşmaktadır. Hizmet kapsamı göstergeleri gebeliği önleyici yöntem kullanımı, doğum öncesi bakım alma, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, çocuklarda ishal gibi 27 göstergeden oluşmaktadır. Sağlık sistemi göstergeleri başlığı altında 24 gösterge belirlenmiştir. Bu başlık altında sağlık hizmetlerine erişim, hastane yataklarının yoğunluğu, ölüm ve doğum kayıtlarının yapılma oranı, sağlık harcamaları, yıkıcı ve yoksullaştırıcı sağlık harcamaları gibi göstergeler yer almaktadır (DSÖ, 2015b).

Araştırmada, DSÖ'nün referans listesi doğrultusunda, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (1993-1998-2003-2008-2013 TNSA) verilerinden dönemler itibariyle karşılaştırma yapmaya uygun sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım göstergeleri belirlenmiştir. Sağlık statüsü göstergeleri olarak çocukların yaşlarına göre boy uzunlukları, çocuklarda ishalin yaygınlığı, beş yaş altı ölümü ve çocukların doğum büyüklüğü; sağlık hizmeti kullanım göstergeleri olarak gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, doğum öncesi bakım alma ve doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi seçilmiştir.

Araştırmanın kapsamına, modern gebeliği önleyici yöntem kullanımı göstergesinde araştırmanın yapıldığı tarih itibariyle evli olan kadınlar, çocuklarla ilgili göstergelerde kadınların araştırma tarihinden önceki son beş yılda doğan son çocukları alınmıştır. Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımında evli olmayan kadınların yöntem kullanımına daha az ihtiyaç duymaları ve baskı, utanma ya da herhangi bir sebeple kullanım durumlarını gizleyebilmeleri nedeniyle (TNSA, 2013) yöntem kullanımında incelemeler araştırma tarihi itibariyle evli olan kadınlar üzerinden gerçekleştirilmiştir. Çocuklarla ilgili göstergelerde, araştırma tarihinden önceki son beş yılda doğan son çocukların seçilmesinin nedeni, geriye yönelik sorular sorulması nedeniyle hatırlama

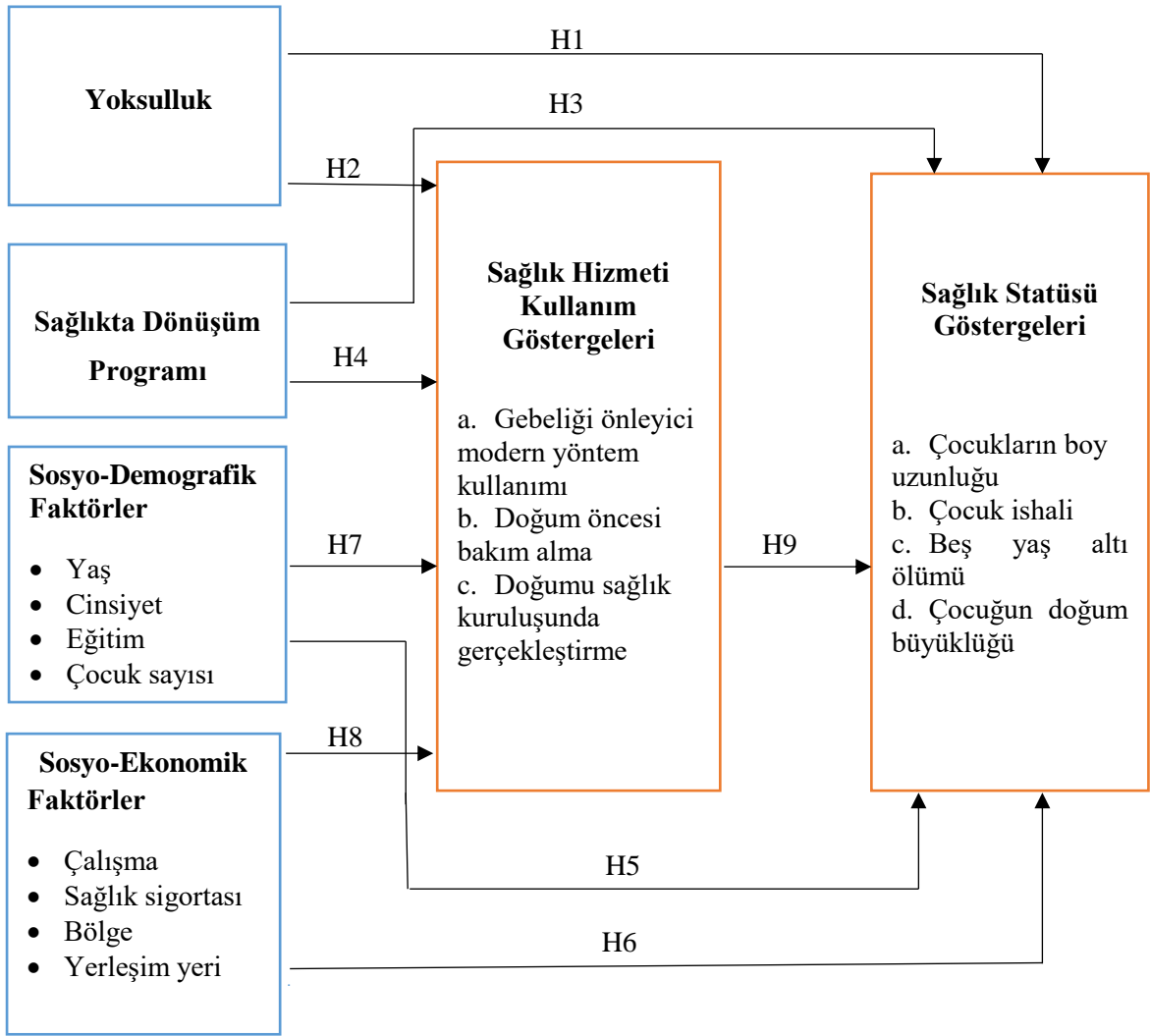
kaynaklı hatanın en aza indirilmesidir. Ayrıca, olgunun (çocuk ölümü, doğum öncesi bakım alma, doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleşmesi gibi) araştırma tarihinden önceki herhangi bir zamanda gerçekleşmesi ancak hane refahının araştırma tarihi itibarıyla hane ile ilgili toplanan bilgiler (dayanıklı tüketim malları) yardımıyla hesaplanması nedeniyle olgunun gerçekleştiği zaman ile araştırma tarihindeki hane refahı arasındaki farklılaşmanın en aza indirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsünü etkileyen faktörlerin belirlenmesinde literatürde yaygın şekilde kullanılan (bkz. sy. 56-57) Davranışsal Model (Behavioral Model) esas alınmıştır. Bu model kapsamında, sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörler ulusal ve uluslararası çeşitli araştırmalar incelenerek belirlenmiştir.

Araştırmada, yoksulluğun (hane refah düzeyi) belirlenmesinde “Refah Endeksi (Wealth Index)” kullanılmıştır. Hanehalkı ekonomik statüsünün belirlenebilmesi amacıyla gelir, tüketim ve hanehalkı refahı gibi unsurlardan yararlanılmaktadır. Hanelerin ekonomik statülerinin belirlenmesinde kullanılan araçlar arasında Refah Endeksi öne çıkmaktadır. Refah Endeksi, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde hanelerin mal varlıklarına (asset) dayalı olarak, ekonomik statülerini belirlemeye yarayan endeks olup, hanenin uzun dönemli ekonomik durumunu göstermektedir. Refah Endeksi, hanehalkının sahip olduğu tüm dayanıklı tüketim malları (TV, buzdolabı, telefon, bisiklet, araba, saat, radyo, bilgisayar, klima gibi), hanede elektrik bulunma durumu, içme suyu, tuvalet tipi ve hanenin zemin malzemesinin kalitesi (düşük, orta, yüksek), oda sayısı gibi değişkenlerden oluşmaktadır. 1993-1998-2003 TNSA çalışmalarında refah endeksi hanenin sahip olduğu dayanıklı tüketim malları üzerinden, 2008 ve 2013 TNSA çalışmalarında ise hanenin sahip olduğu dayanıklı tüketim malları ve konut özelliklerine bakılarak oluşturulmuştur. Her bir değişken Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) ile hesaplanan faktör skoru yardımıyla ağırlıklandırılmış ve elde edilen değerler sıfır ortalama ve bir standart sapmayla (z standartlaştırması) standart normal dağılıma göre standartlaştırılmıştır. Her hanenin her bir değişkenden elde ettiği skorlar toplanarak her bir hanenin endeks değeri elde edilmiş ve hanehalkı üyeleri, yaşadıkları hanenin toplam skoruna göre sıralanarak aynı sayıda bireyin yer aldığı beş grup (en düşük, düşük, orta, yüksek ve en yüksek refah düzeyi) oluşturulmuştur.

Şekil 29’da araştırmanın amaçları doğrultusunda ve yukarıda verilen bilgiler ışığında oluşturulan araştırma modeli yer almaktadır. Araştırmada sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımı üzerinde başta yoksulluk olmak üzere çeşitli faktörlerin (bu faktörler sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörler olarak sınıflandırılmıştır) etkisi araştırılmıştır.

Şekil. 29. Araştırma Modeli



5.3. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

Araştırma modeli doğrultusunda oluşturulan bu çalışmanın hipotez ve alt hipotezleri şu şekildedir:

H1: Dönemlere* göre yoksulluğun sağlık statüsü göstergeleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H1a: Dönemlere* göre yoksulluğun sağlık statüsü göstergelerinden çocukların boy uzunluğu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

* 1993-1998-2003-2008-2013

H1b: Dönemlere^{†*} göre yoksulluğun sağlık statüsü göstergelerinden çocuk ishali üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H1c: Dönemlere^{*} göre yoksulluğun sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı ölümü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H1d: Dönemlere^{*} göre yoksulluğun sağlık statüsü göstergelerinden çocuğun doğum büyüklüğü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2: Dönemlere^{*} göre yoksulluğun sağlık hizmeti kullanım göstergeleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2a: Dönemlere^{*} göre yoksulluğun sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2b: Dönemlere^{*} göre yoksulluğun sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum öncesi bakım alma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2c: Dönemlere^{*} göre yoksulluğun sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3: Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık statüsü göstergeleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3a: Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık statüsü göstergelerinden çocukların boy uzunluğu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3b: Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık statüsü göstergelerinden çocuk ishali üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3c: Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı ölümü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3d: Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık statüsü göstergelerinden çocuğun doğum büyüklüğü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H4: Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık hizmeti kullanım göstergeleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H4a: Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H4b: Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum öncesi bakım alma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

* 1993-1998-2003-2008-2013

H4c: Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H5: Dönemlere* göre, sosyo-demografik faktörlerin, sağlık statüsü göstergeleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H5a: Dönemlere* göre, sosyo-demografik faktörlerin, sağlık statüsü göstergelerinden çocukların boy uzunluğu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H5b: Dönemlere* göre, sosyo-demografik faktörlerin, sağlık statüsü göstergelerinden çocuk ishali üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H5c: Dönemlere* göre, sosyo-demografik faktörlerin, sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı ölümü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H5d: Dönemlere* göre, sosyo-demografik faktörlerin, sağlık statüsü göstergelerinden çocuğun doğum büyüklüğü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H6: Dönemlere* göre sosyo-ekonomik faktörlerin, sağlık statüsü göstergeleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H6a: Dönemlere* göre, sosyo-ekonomik faktörlerin, sağlık statüsü göstergelerinden çocukların boy uzunluğu üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H6b: Dönemlere* göre, sosyo-ekonomik faktörlerin, sağlık statüsü göstergelerinden çocuk ishali üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H6c: Dönemlere* göre, sosyo-ekonomik faktörlerin, sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı ölümü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H6d: Dönemlere göre, sosyo-ekonomik faktörlerin, sağlık statüsü göstergelerinden çocuğun doğum büyüklüğü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H7: Dönemlere* göre, sosyo-demografik faktörlerin, sağlık hizmeti kullanım göstergeleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H7a: Dönemlere* göre, sosyo-demografik faktörlerin, sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H7b: Dönemlere* göre, sosyo-demografik faktörlerin, sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum öncesi bakım alma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

* 1993-1998-2003-2008-2013

H7c: Dönemlere* göre, sosyo-demografik faktörlerin, sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8: Dönemlere* göre, sosyo-ekonomik faktörlerin, sağlık hizmeti kullanım göstergeleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8a: Dönemlere* göre, sosyo-ekonomik faktörlerin, sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8b: Dönemlere* göre, sosyo-ekonomik faktörlerin, sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum öncesi bakım alma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8c: Dönemlere* göre, sosyo-ekonomik faktörlerin, sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H9: Dönemlere* göre doğum öncesi bakım almanın, çocuğun doğum büyüklüğü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

5.4. VERİ KAYNAĞI VE VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 5 yılda bir yapılan “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması” verileri kullanılmıştır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 1967 yılında kurulmuş ve Türkiye’de doğurganlık, ölümlülük, göç, ana çocuk sağlığı konularında ülke genelinde bilimsel çalışmalar yapan bir kuruluştur. Enstitü, 1968 yılından beri her beş yılda bir nüfus özellikleri ve ana çocuk sağlığı konularında ülke genelinde araştırma yapmaktadır. Enstitü tarafından 1968 yılından itibaren 10 adet demografik araştırma gerçekleştirilmiş olmakla birlikte, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından verileri paylaşılan ve birbirleriyle karşılaştırılabilir araştırmalar, 1993 yılından itibaren beş yılda bir yürütülen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA)’dır. Bu nedenle bu çalışmada 1993, 1998, 2003, 2008 ve 2013 TNSA verileri kullanılmıştır (TNSA, 1993-2013).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında “Hanehalkı Soru Kâğıdı” ve doğurgan yaşlardaki (15-49) kadınlar için “Kadın Soru Kâğıdı” kullanılmaktadır. Hanehalkı soru kâğıdı yardımıyla,

* 1998-2003-2008-2013

örneklem kapsamında yer alan hanelerde yaşayan kişilere ve hanelere ilişkin bilgiler toplanmaktadır. Hanehalkı soru kâğıdının ilk bölümünde hanelerde yaşayan kişilerin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi bilgileri toplanmakta ve bu bilgiler yardımıyla Kadın Soru Kâğıdının uygulanacağı kadınlar belirlenmektedir. Soru kâğıdının ikinci bölümünde konuta ve sahip olunan dayanıklı tüketim mallarına ilişkin sorular yer almaktadır.

Kadın Soru Kâğıdında, Hanehalkı listesinde yer alan, 15-49 yaş arasındaki kadınlara* ilişkin bilgi toplanmaktadır. Kadın soru kâğıdında, şu konulara ilişkin bilgi toplanmaktadır:

- Temel özellikler
- Göç tarihçesi
- Evlilik tarihçesi ve evliliğe ilişkin bilgiler
- Gebelik, doğum tarihçesi ve doğurganlık özellikleri
- Üremeye yardımcı yöntemler
- Gebeliği önleyici yöntem bilgisi ve kullanımı
- Doğum öncesi ve sonrası bakım
- Beş yaş altı çocukların emzirilme, beslenme ve aşılama durumları
- Kadınların çalışma tarihçesi ve statüsü
- Koca ile ilgili temel bilgiler
- Kadınların ve 5 yaşın altındaki çocukların antropometrik ölçümleri

5.5. EVREN VE ÖRNEKLEM

1993-1998-2003-2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında (TNSA), araştırmanın evrenini 15-49 yaş aralığında en az bir kez evlenmiş kadınlar, 2013 TNSA'da ise evreni, 15-49 yaş arasındaki tüm kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmalarda örneklem seçiminde ağırlıklı, çok aşamalı, tabakalı küme örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. 1993-1998-2003-2008 TNSA çalışmalarında örneklem seçimi üç aşamadan, 2013 TNSA'da ise iki aşamadan oluşmaktadır.

1993-1998-2003-2008 TNSA çalışmalarında üç bölümden oluşan örneklem seçiminin ilk aşamasında örneklem kapsamına alınacak yerleşim yerleri seçilmiştir. Nüfus sayımları ve adrese dayalı nüfus kayıt sisteminden edinilen bilgiler doğrultusunda nüfusu 10.000 ve üzerinde olan yerleşim birimleri kent, nüfusu 10.000'in altında olan yerleşim birimleri ise kır olarak tanımlanmış ve yerleşim birimleri, nüfus büyüklüklerine orantılı olasılıklı seçim ile tabakalanmıştır. Örneklem seçiminin ikinci aşamasında, tabakalanan yerleşim birimlerinden belirlenen sayıda küme seçilmiştir. Bu aşamadaki seçim işlemlerinde, 1993-1998-2003

* 1993-1998-2003 ve 2008 TNSA çalışmalarında en az bir kez evlenmiş kadınlara ilişkin, 2013 araştırmasında ise hane listesinde yer alan tüm kadınlara ilişkin bilgi toplanmıştır.

araştırmaları için Devlet İstatistik Enstitüsü, 2008 araştırmasında ise TÜİK tarafından belediyesi olan yerleşim yerleri için oluşturulan kümeler veri sağlanarak kümeler oluşturulmuştur. Veri sağlanamayan kümeler için hane listeleri saha ekipleri tarafından sahada hazırlanmıştır. Örneklem seçiminin üçüncü aşamasında hanehalkı listeleri kullanılarak sistematik tesadüfi örneklem yoluyla her küme içinden sabit sayıda hanehalkı seçilmiştir. Seçilen hanelerde yaşayan 15-49 yaşlarında en az bir kez evlenmiş kadınlar araştırmaların kapsamına alınmıştır (HÜNEE, 1994; 1999; 2004; 2009).

2013 TNSA'da örneklem seçimi iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçiminin ilk aşamasında tabakalardan ilk örnekleme birimi olarak bloklar seçilmiştir. Blokların seçiminde sistematik seçim kullanılmış ve nüfusu 10.000 ve üzerinde olan yerleşim birimleri kent, nüfusu 10.000'in altında olan yerleşim birimleri ise kır olarak tanımlanarak nüfus büyüklüklerine orantılı olasılıklı seçim yapılmıştır. İkinci aşamada, oluşturulan hanehalkı listelerinden sistematik tesadüfi örneklem yoluyla sabit sayıda hanehalkı seçilmiştir. Seçilen hanelerde yaşayan 15-49 yaşlarındaki kadınlar araştırmanın kapsamına alınmıştır (HÜNEE, 2014).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının önceliklerinden birisi örneklem tasarımının daha önce gerçekleştirilen Nüfus ve Sağlık Araştırmaları ile yöntem ve içerik açısından tutarlı olmasıdır. TNSA-1993'ten önce yapılan araştırmalarda Türkiye tabakalama amacıyla Batı, Güney, Orta, Kuzey ve Doğu bölgeleri olarak beş bölgeye ayrılmıştır. Bu bölgeler birbirine komşu olan değişik sayıdaki illerden oluşmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada Türkiye beş bölgeye ayrılarak incelenmektedir (HÜNEE, 2014: 200).

Tablo 11'de 1993-1998-2003-2008-2013 TNSA çalışmalarında görüşme yapılan hanehalkı ve hanede 15-49 yaş arasında yer alan ve görüşmeye katılan kadın sayıları görülmektedir. 1993 çalışmasında 6519, 1998 çalışması 8576, 2003 çalışmasında 8075, 2008 çalışmasında 7405 ve 2013 çalışmasında 9746 kadın ile görüşme gerçekleştirilmiştir.

Tablo 11. Görüşme Yapılan Hanehalkı ve Kadın Sayıları

	1993	1998	2003	2008	2013
Hanehalkı Görüşmeleri					
Seçilen Hanehalkı Sayısı	10631	9970	13049	13521	14490
Görüşme Yapılan Hanehalkı	8619	8059	10836	10525	11794
Kişi Görüşmeleri					
Görüşmeye Uygun Kadınlar	6862	9468	8447	8003	10840
Görüşme Yapılan Kadınlar	6519	8576	8075	7405	9746

5.6. VERİ ANALİZİ

Sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımının yoksulluk ve çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özelliklere göre dağılımını değerlendirirken çapraz tablolardan yararlanılmıştır. Yoksulluğun ve çeşitli faktörlerin sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım düzeyi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin (yoksulluğun, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin) bağımlı değişkenler (sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımı) üzerindeki etkisinin belirlenmesinde, bağımlı değişkenlerin iki kategorili olması nedeniyle binary (iki kategorili) lojistik regresyon yönteminden yararlanılmıştır.

Lojistik regresyon analizinin güvenilir sonuçlar vermesi için bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantının olmaması gerekmektedir. Çoklu bağlantı sorununun oluşmaması için, bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon incelenmiş ve birbiriyle yüksek ilişki göstermeyen değişkenler modellere alınmıştır. Lojistik regresyon analizinde, modelin değerlendirilmesinde çeşitli istatistikler kullanılmakla birlikte literatürde sıklıkla kullanılan Nagellkerke R², Hosmer-Lemeshow Testi ve Doğru Sınıflandırma Yüzdesi kullanılmıştır (Alpar, 2013; Sümbüloğlu ve Akdağ, 2009; Karagöz, 2014).

Analizler, 1993-1998-2003-2008 ve 2013 TNSA çalışmaları için ayrı ayrı yapılmıştır. Bağımlı değişkenlerde (sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı) eksik veri (missing) bulunan gözlemler veri setinden çıkarılmış, analizler eksik veri olmayan gözlemler üzerinden yapılmıştır. Tüm istatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Science) 20,0 kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

5.7. KISITLILIKLAR VE VARSAYIMLAR

Araştırmada, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nce 5 yılda bir gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları verileri kullanılmıştır. İkincil veriler kullanılması nedeniyle, araştırma toplanan veriler çerçevesinde şekillenme kısıtlılığına sahiptir. Ayrıca, örneklem araştırmalarının örneklem ve örneklem dışı hatalardan etkilendiği bilinmekle birlikte (HÜNEE, 2014: 217), TNSA çalışmalarında bu tip hataların en az yapıldığı varsayılmıştır.

6. BÖLÜM

BULGULAR

6.1. KATILIMCILARIN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Tablo 12’de araştırmalara katılan kadınların temel özellikleri görülmektedir. Görüşmecilerin yaş dağılımı incelendiğinde, 20-29 ve 30-39 yaş grubunda yoğunlaşmanın olduğu görülmektedir. 1993-2008 araştırmalarının kapsamını en az bir kez evlenmiş kadınların oluşturması nedeniyle 15-19 yaş grubundan katılımcılar 1998 araştırması dışında düşük orandadır. 2013 TNSA çalışmasına 15-49 yaş arasında tüm kadınların dâhil edilmesi nedeniyle 15-19 yaş grubundan katılım artmıştır.

Katılımcıların eğitim düzeyi incelendiğinde, 1993-2013 döneminde eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmeyenlerin oranının her çalışmada azaldığı buna karşın ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olanların oranının arttığı görülmekte ve bu durum doğurganlık çağındaki kadınların gittikçe daha eğitilmiş olduklarını göstermektedir. 1993-2003-2008 araştırmalarında kadınların % 95’i evlidir, eşi ölen ya da ayrılanların oranı % 5 civarındadır ve 1998 ve 2013 araştırmalarında ise evli olan katılımcı oranı % 69’dur. 2013 çalışmasına evli olsun olmasın tüm kadınların araştırma kapsamına alınması nedeniyle evli olan kadın oranının azaldığı görülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumu incelendiğinde, çalışma durumunun düşük oranda olduğu ve 1993’te % 34,1 olan çalışma oranının 2013’te % 19,0’a gerilediği görülmektedir. Görüşmecilerin her araştırma döneminde yarısından fazlasının sağlık güvencesi olduğu görülmekte ve 1993 araştırma döneminde kadınların % 56,3’ü sağlık güvencesine sahipken, bu oran 2013 döneminde % 89,4’e yükselmiştir.

Katılımcıların eşlerinin eğitim düzeyleri zaman içinde genellikle artış göstermiş ve 1993 döneminde % 11 olan eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmeyenlerin oranı 2013 araştırma döneminde % 3,6’ya düşmüştür. Ortaokul ve üzeri mezun olanların oranı 1993-2013 döneminde % 20’den % 27’ye yükselmiştir. Tüm araştırma dönemlerinde katılımcıların çoğunluğunun Batı bölgesinde ve kentsel yerleşim alanında yaşadığı görülmektedir. Katılımcıların refah düzeyi, refah endeksine göre belirlenmiştir. Refah endeksine göre aynı sayıda bireyin yer aldığı beş grubun oluşturulması nedeniyle, dönemler itibarıyla çeşitli refah düzeylerinde yer alan kişi sayı ve oranları birbirine yakındır.

Tablo 12. Araştırmalara Katılan Kadınların Temel Özellikleri

Temel Özellikler	1993		1998		2003		2008		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Yaş										
15-19	332	5,1	1720	20,1	238	2,9	183	2,5	1572	16,1
20-29	2252	34,5	2955	34,5	2525	31,3	2189	29,6	2828	29,0
30-39	2356	36,1	2283	26,6	2909	36,0	2716	36,7	3078	31,6
40-49	1580	24,2	1618	18,9	2403	29,8	2317	31,3	2267	23,3
Eğitim										
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	2196	33,7	1861	21,7	1761	21,8	1358	18,3	1168	12,0
İlkokul	3339	51,2	5158	60,1	4339	53,7	3840	51,9	3371	34,6
Ortaokul ve Üzeri	984	15,1	1556	18,1	1975	24,5	2207	29,8	5207	53,4
Medeni Durum										
Evli	6271	96,2	5921	69,0	7672	95,0	6999	94,5	6655	68,3
Evlenmemiş/ Ayrılmış/ Eşi Ölmüş	248	3,8	2655	31,0	403	5,0	406	5,5	3091	31,7
Çalışma Durumu										
Çalışıyor	2218	34,1	3019	35,2	2182	27,0	1507	20,4	1855	19,0
Çalışmıyor	4292	65,8	5543	64,6	5892	73,0	2982	40,3	3505	36,0
Cevapsız	8	0,1	14	0,2	1	0,0	2916	39,4	4385	45,0
Sağlık Güvencesi										
Var	3672	56,3	4857	56,6	5340	66,1	6198	83,7	8713	89,4
Yok	2726	41,8	3634	42,4	2720	33,7	1193	16,1	1028	10,5
Cevapsız	121	1,9	85	1,0	15	0,2	14	0,2	5	0,1
Eş Eğitim										
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	715	11,0	583	6,8	596	7,4	370	5,0	353	3,6
İlkokul	4498	69,0	4953	57,8	5098	63,1	3595	48,6	4052	41,6
Ortaokul ve Üzeri	1305	20,0	645	7,5	2370	29,4	3398	45,9	2632	27,0
Cevapsız	2	0,0	2395	27,9	11	0,1	42	0,6	2700	27,8
Bölge										
Batı	2325	35,7	3204	37,4	3286	40,7	3252	43,9	4154	42,6
Güney	998	15,3	1258	14,7	1028	12,7	894	12,1	1235	12,7
Orta	1520	23,3	1985	23,1	1867	23,1	1631	22,0	2004	20,6
Kuzey	612	9,4	692	8,1	590	7,3	477	6,4	654	6,7
Doğu	1064	16,3	1437	16,8	1305	16,2	1151	15,5	1699	17,4
Yerleşim Yeri										
Kent	4181	64,1	5704	66,5	5752	71,2	5615	75,8	7905	81,1
Kır	2338	35,9	2872	33,5	2323	28,8	1790	24,2	1841	18,9
Refah Düzeyi										
En Düşük	1107	17,0	1374	16,0	1253	15,5	1154	15,6	1460	15,0
Düşük	1219	18,7	1647	19,2	1467	18,2	1429	19,3	1921	19,7
Orta	1268	19,5	1753	20,4	1638	20,3	1559	21,1	2035	20,9
Yüksek	1446	22,2	1860	21,7	1830	22,7	1618	21,9	2118	21,7
En Yüksek	1479	22,7	1943	22,7	1888	23,4	1645	22,2	2212	22,7
Toplam	6519	100,0	8576	100,0	8075	100,0	7405	100,0	9746	100,0

6.2. YOKSULLUĞUN (HANE REFAHININ) DAĞILIMI

Tablo 13'te hanelerde bulunan dayanıklı tüketim mallarının dağılımı görülmektedir. Dayanıklı tüketim malları, hanenin sosyo-ekonomik seviyesini göstermesi nedeniyle refah endeksinin oluşturulmasına temel teşkil etmektedir. Tablo, Türkiye'nin refah düzeyindeki değişimi göstermektedir. Hanelerde bulunan dayanıklı tüketim mallarının dönemler itibariyle sürekli arttığı görülmekte ve bu durumun Türkiye'de hane refahının yükseldiğini gösterdiği söylenebilir.

Tablo 13. Dayanıklı Tüketim Malları Sahipliğinin Yüzde Dağılımı

Dayanıklı Tüketim Malları	1993	1998	2003	2008	2013
Buzdolabı	87,4	93,2	94,3	97,6	98,6
Gazlı/Elektrikli Fırın	62,1	67,6	71,2	77,0	78,5
Çamaşır Makinesi	53,2	63,6	78,3	91,8	95,9
Ütü	-	-	85,1	87,7	89,3
Elektrik Süpürgesi	49,6	65,1	75,6	85,1	89,0
Televizyon	86,7	91,4	94,7	95,9	97,9
Telefon	57,6	77,0	79,6	63,8	36,3
Cep Telefonu	-	13,3	67,2	91,8	95,6
Mikrodalga Fırın	-	-	7,2	12,4	19,9
Mutfak Robotu/ Mixer/ Blender	-	-	39,2	50,3	-
Bulaşık Makinesi	6,9	16,4	22,1	35,2	57,2
Çöp Öğütücüsü	-	-	-	0,6	0,8
Çamaşır Kurutma Makinesi	-	-	-	0,7	2,5
LCD/Plazma TV	-	-	-	6,2	41,4
Ödemeli TV Yayınları	-	-	6,2	12,2	14,0
Uydu Yayını	-	-	14,3	56,0	83,7
Fotoğraf Makinesi	-	-	33,9	-	-
Radyo	76,7	-	-	-	-
Müzik Seti	16,0	-	-	-	-
Video	11,4	10,9	7,3	-	-
Video Kamera	-	-	3,5	10,8	-
CD Çalar	-	15,1	18,2	-	-
DVD/VCD Çalar	-	-	31,7	39,1	27,3
Kamera	-	33,8	33,9	33,4	-
Bilgisayar	2,1	4,2	11,6	-	-
Masa Üstü Bilgisayar	-	-	-	28,8	25,1
Dizüstü Bilgisayar	-	-	-	11,4	33,0
İnternet Bağlantısı	-	-	6,3	26,8	37,2
Ev Spor Aletleri	-	-	-	5,0	-
Klima	-	-	4,7	11,7	18,6
Derin Dondurucu	-	-	-	-	19,7
Ev Sinema Sistemi	-	-	-	-	3,7
Araba	19,9	25,5	25,8	32,3	-
Araba/Traktör	-	-	-	-	37,6
Taksi/Minibüs/ Otobüs	-	-	5,3	4,4	3,8
Traktör	-	-	7,0	7,0	-
Motosiklet	-	-	4,5	6,1	6,7
Bisiklet	-	-	19,3	-	-
30'dan Fazla Kitap	22,3	-	-	-	-
Hane Sayısı	8619	8059	10836	10525	11794

Tablo 14 ve Tablo 15'te dönemler itibariyle katılımcıların çeşitli özelliklerine göre Türkiye'de yoksulluğun (hane refahının) dağılımı görülmektedir. Tablolar incelendiğinde, en düşük refah düzeyinde yaşayanlarda ilk sırayı 15-19 yaş grubundaki kadınlar almaktadır. Bu grubu 20-29 yaş grubundaki kadınlar izlemektedir. En yüksek refah düzeyinde ilk sırayı 40-49 yaş grubundaki kadınlar alırken, bu grubu 30-39 yaş aralığındaki kadınlar takip etmektedir.

Yoksulluğun (hane refahının) eğitim açısından dağılımına bakıldığında en düşük refah düzeyinde olan kadınların çoğunluğunu eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş kadınlar oluşturmaktadır. Yüksek ve en yüksek refah düzeyinde ilk sırayı ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınlar almaktadır. Medeni durum açısından yoksulluğun dağılımında belirgin bir farklılık olmayıp, beş refah düzeyi açısından dağılım birbirine yakındır.

Beş araştırmada da çalışan kadınların en düşük ve düşük refah düzeyinde daha yüksek oranda bulunduğu gözlenmektedir. En düşük ve düşük refah düzeyinde olanların oranı sigortası olmayanlarda daha yüksektir. Eşinin eğitimi olmayan/ilkokul mezunu kadınlarda yoksulluk oranı daha yüksektir.

Bölgesel açıdan incelendiğinde, beş araştırma döneminde de Doğu Bölgesinde yaşayan kadınların % 30'dan fazlası en düşük refah düzeyindedir. Batı Bölgesinde yaşayan kadınların ise % 30'dan fazlası en yüksek refah düzeyindedir. En düşük refah düzeyinde yaşama kırsal yerleşim alanında yaşayanlarda daha yüksektir.

Tablo 14 ve Tablo 15 yoksulluğun 15-19 yaş grubunda, eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş, çalışan, sağlık güvencesi olmayan, eşinin eğitimi olmayan, Doğu ve kırsal yerleşim alanında yaşayan kadınlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 14. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre Yoksulluğun (Hane Refahının) Yüzde Dağılımı (1993-2003)

Temel Özellikler	Refah Düzeyi														
	1993					1998					2003				
	En Düşük	Düşük	Orta	Yüksek	En Yüksek	En Düşük	Düşük	Orta	Yüksek	En Yüksek	En Düşük	Düşük	Orta	Yüksek	En Yüksek
Yaş															
15-19	23,9	24,5	24,2	17,2	10,3	19,5	22,1	21,3	20,2	17,0	24,3	23,8	21,3	19,2	11,3
20-29	18,8	19,2	21,3	21,5	19,1	15,8	20,6	20,8	21,5	21,2	17,4	19,3	20,8	23,8	18,7
30-39	14,9	17,8	18,0	23,2	26,1	14,1	17,3	20,8	22,9	24,8	15,1	19,2	20,1	22,1	23,5
40-49	16,1	18,0	18,0	22,6	25,3	15,5	16,1	18,3	21,8	28,3	13,2	15,2	19,8	22,5	29,2
Eğitim															
Eğitim yok/ İlkokul Bitir.	29,5	25,0	22,1	14,9	8,4	32,4	27,7	18,8	14,2	6,9	36,1	25,3	19,0	14,9	4,8
İlkokul	13,1	18,8	20,8	25,6	21,7	14,4	20,6	23,2	24,0	17,8	13,3	20,9	24,1	24,4	17,3
Ortaokul ve Üzeri	2,0	4,1	9,0	26,8	58,0	1,9	4,3	13,4	22,9	57,6	2,1	5,8	13,0	25,8	53,3
Medeni Durum															
Evli	17,0	18,6	19,5	22,2	22,8	15,8	18,9	20,4	21,9	23,0	15,5	18,1	20,2	22,8	23,4
Evlenmemiş/ Ayrılmış/Eşi Ölmüş	16,9	21,0	19,8	22,2	20,2	16,5	20,0	20,4	21,1	22,0	16,3	18,8	22,8	19,3	22,8
Çalışma Durumu															
Çalışıyor	23,1	24,8	18,3	14,8	18,9	22,3	21,7	18,7	17,7	19,6	19,6	18,3	18,8	18,5	24,8
Çalışmıyor	13,7	15,6	20,1	26,0	24,6	12,6	17,8	21,4	23,9	24,3	14,0	18,1	20,8	24,2	22,9
Sağlık Güvencesi															
Var	7,2	13,3	18,6	28,5	32,5	7,9	13,4	21,4	27,0	30,4	9,9	14,4	19,3	25,8	30,7
Yok	29,6	25,7	20,5	14,0	10,1	27,0	27,1	19,2	14,8	12,0	26,6	25,6	22,4	16,6	8,9
Eş Eğitim															
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	41,4	25,0	17,1	11,3	5,2	40,6	26,5	15,2	12,5	5,1	48,8	27,5	13,3	8,6	1,8
İlkokul	17,1	21,3	21,7	22,4	17,6	14,7	20,1	22,5	23,7	19,0	17,5	22,2	24,0	22,9	13,3
Ortaokul ve Üzeri	3,1	6,4	13,1	27,5	49,9	1,1	2,3	10,2	15,3	71,0	2,7	7,2	14,0	25,7	50,4
Bölge															
Batı	10,5	13,8	16,4	29,8	29,6	6,5	11,8	21,3	27,2	33,2	10,0	14,0	20,3	24,9	30,8
Güney	16,6	22,7	22,9	18,2	19,5	16,8	30,5	22,7	17,6	12,3	18,4	21,3	20,4	21,1	18,8
Orta	15,3	22,4	16,3	21,7	24,3	16,8	19,0	19,7	20,2	24,2	13,2	19,7	22,7	23,1	21,3
Kuzey	20,1	22,7	17,5	18,3	21,4	18,2	21,6	24,4	21,2	14,6	16,3	17,5	19,9	24,3	22,1
Doğu	32,3	18,1	28,5	12,0	9,0	34,6	25,0	15,4	15,1	9,9	30,0	24,4	16,9	16,8	11,9
Yerleşim Yeri															
Kent	8,8	11,2	18,5	29,9	31,6	5,2	14,2	21,5	27,0	32,1	9,1	15,7	20,8	25,4	29,1
Kır	31,7	32,1	21,1	8,3	6,8	37,5	29,2	18,3	11,1	3,9	31,5	24,3	19,1	15,9	9,1

Tablo 15. Katılımcıların Çeşitli Özelliklerine Göre Yoksulluğun (Hane Refahının) Yüzde Dağılımı (2008-2013)

Temel Özellikler	Refah Düzeyi									
	2008					2013				
	En Düşük	Düşük	Orta	Yüksek	En Yüksek	En Düşük	Düşük	Orta	Yüksek	En Yüksek
Yaş										
15-19	26,8	31,1	21,3	14,2	6,6	16,9	21,7	20,7	21,5	19,1
20-29	17,4	21,0	24,2	22,0	15,5	15,4	20,9	21,6	21,5	20,7
30-39	14,3	19,2	19,6	20,8	26,1	13,8	18,1	21,2	22,0	24,9
40-49	14,5	16,9	19,7	23,6	25,3	14,6	19,0	19,7	22,0	24,7
Eğitim										
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	40,5	29,4	17,5	10,2	2,4	41,8	30,4	17,9	8,3	1,6
İlkokul	14,0	22,7	26,1	24,1	13,1	17,5	25,1	25,5	20,9	10,9
Ortaokul ve Üzeri	3,1	7,2	14,4	25,1	50,2	7,3	13,8	18,6	25,3	35,0
Medeni Durum										
Evlü	15,6	19,5	21,1	21,6	22,2	15,6	19,5	20,5	21,5	22,8
Evlenmemiş/ Ayrılmış/Eşi Ölmüş	14,8	15,6	20,7	26,2	22,7	13,7	20,1	21,6	22,2	22,4
Çalışma Durumu										
Çalışıyor	24,5	21,4	18,4	14,3	21,4	22,2	19,2	17,1	18,5	23,0
Çalışmıyor	10,1	16,5	21,0	24,6	27,8	9,5	16,7	21,5	24,3	28,0
Sağlık Güvencesi										
Var	13,6	18,0	20,7	22,9	24,8	13,1	18,6	21,4	22,6	24,3
Yok	25,8	26,0	22,8	16,3	9,1	31,2	29,3	16,6	14,3	8,6
Eş Eğitim										
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	48,6	28,6	13,8	7,3	1,6	47,6	27,2	16,4	6,5	2,3
İlkokul	22,2	25,8	23,4	19,3	9,4	19,9	25,4	24,2	19,5	11,1
Ortaokul ve Üzeri	4,9	11,2	19,5	26,3	38,2	3,9	9,8	16,6	26,1	43,6
Bölge										
Batı	6,6	13,6	21,0	27,3	31,5	5,3	14,7	21,5	27,2	31,3
Güney	25,1	28,0	20,2	16,2	10,5	19,8	28,6	22,5	14,7	14,4
Orta	10,5	19,2	22,9	23,0	24,3	11,9	17,0	22,3	24,5	24,4
Kuzey	16,1	23,1	27,5	19,7	13,6	17,6	25,6	25,0	17,9	13,9
Doğu	40,4	27,1	16,6	10,3	5,6	37,9	26,4	14,8	11,9	9,0
Yerleşim Yeri										
Kent	6,1	16,8	22,5	26,4	28,3	6,2	18,0	23,0	25,7	27,1
Kır	45,3	27,3	16,6	7,6	3,2	52,7	26,9	11,7	4,7	3,9

6.3. SAĞLIK STATÜSÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık statüsü göstergeleri olarak beş yaş altındaki çocukların yaşa göre boy uzunluğu, beş yaş altındaki çocuklarda ishal, beş yaş altı ölümü ve çocukların doğum büyüklüğü seçilmiş ve çalışmanın bu kısmında yoksulluğun, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin seçilen sağlık statüsü göstergeleri üzerindeki etkisi incelenmiştir.

6.3.1. Beş Yaş Altındaki Çocukların Boy Uzunluğunu Etkileyen Faktörler

Çocukların yaşlarına göre boy uzunluğu beslenme durumlarını göstermektedir. Yaşa göre boy uzunluğu, yaşa göre boy endeksi yardımıyla hesaplanmakta ve beslenmenin uzun dönemdeki etkilerini göstermektedir. Referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapma (-2 SS) gösteren çocuklar yaşlarına göre kısa boylu, eksi üç standart sapma (-3 SS) gösteren çocuklar ise ciddi olarak kısa boylu olarak tanımlanmaktadır. -2 SS gösterme oranı, -3 SS gösterenlerin oranını da kapsamına rağmen, -3 SS gösteren çocuk oranı daha ciddi sorunu (boy kısalığını) göstermesi nedeniyle ayrı olarak hesaplanmaktadır. 1993-1998-2003 TNSA çalışmalarında referans grup olarak Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol Merkezi Standardı (U.S. Centers for Disease Control-CDC), 2008 ve 2013 TNSA çalışmalarında ise DSÖ'nün geliştirdiği (DSÖ, 2006) Büyüme ve Gelişme Standartları kullanılmıştır (U.S. Agency, 2014, TNSA, 2013).

Tablo 16 ve Tablo 17'de 1993, 1998, 2003, 2008 ve 2013 çalışmalarında beş yaş altındaki çocukların boy uzunluğunun dağılımı görülmektedir. Tablolar incelendiğinde, ciddi şekilde kısa boylu olan (-3 SS) çocukların oranı 1993 çalışmasında % 5,3, 1998'de % 4,9, 2003'te % 2,9, 2008'de % 3,0 ve 2013'te % 1,9'dur. Bu sonuçlar, 1993'te % 5 civarında olan ciddi şekilde kısa boyluluk oranının 2013 döneminde % 1,9'a düştüğünü göstermektedir. Çocuklardaki kısa boyluluk oranının (-2 SS), 1993'te % 17,3, 1998'te % 13,4, 2003'te % 10,4, 2008'te % 11,1 ve 2013'te % 6,7'dir. 1993-2013 döneminde kısa boylu çocuk oranı % 17,3'ten % 6,7'ye düşmüştür.

Çocuklardaki boy kısalığının çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özelliklere göre dağılımı incelendiğinde, beş araştırma döneminde de kısa boyluluk sorununun en az 11 ay ve daha küçük yaş grubunda yer alan çocuklarda, en fazla ise 25 ay ve üzeri yaş grubundaki çocuklarda ortaya çıktığı görülmektedir.

Cinsiyet açısından incelendiğinde, 2013 çalışması dışında ciddi şekilde kısa boyluluk oranına kız çocuklarında, kısa boyluluk oranına ise 2003 çalışması dışında erkek çocuklarda daha yüksek oranda rastlanmıştır. Ancak kız ve erkek çocuklar arasındaki oranların birbirine yakın olması,

yetersiz ve dengesiz beslenmenin her iki cinsiyetteki çocuklar için de sorun olduğu anlamına gelmektedir.

Beş araştırma döneminde de beş yaş altı çocuklarda boy kısalığı en fazla eğitimi olmayan/ilkokul bitirmeyen annelerin çocuklarında, en az ise ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan annelerin çocuklarında ortaya çıktığı görülmektedir.

Beş araştırma döneminde de hem kısa boyluluk hem de ciddi şekilde kısa boyluluk sorunu en fazla Doğu Bölgesi'nde, en az ise Batı Bölgesi'ndedir. 1993-2013 döneminde Doğu Bölgesi'nde görülen çocuklardaki kısa boyluluk oranı % 33,1'den % 10,7'ye düşmesine rağmen, Doğu Bölgesi'nde kısa boy uzunluğu sorunu yaşayan çocuk oranı, diğer bölgelere göre daha yüksektir.

Çocuklarda kısa boy sorununa kırsal yerleşim alanında daha fazla rastlanmaktadır. Dönemler itibariyle hem kentsel hem de kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan çocuklarda kısa boyluluk oranı gittikçe azalmakla birlikte 2013 çalışmasında kentsel yerleşim yerinde yaşayan çocukların % 5,2'si, kırsal yerleşim yerinde yaşayan çocukların ise % 12,4'ü kısa boyludur.

Tüm araştırma dönemlerinde hem kısa boyluluk hem de ciddi şekilde kısa boyluluk sorunu en fazla refah düzeyi en düşük hanede diğer bir ifadeyle en yoksul hanelerde yaşayan çocuklarda, en az ise refah düzeyi en yüksek hanede yaşayan çocuklarda ortaya çıkmıştır. Ciddi şekilde kısa boyluluk en yüksek refah düzeyinde % 1 ve altında seyrederken, kısa boyluluk tüm refah düzeyleri için sorun olmaya devam etmektedir.

Tablo 16. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğunun Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-1998)

Değişkenler	1993			1998		
	Çocuk Sayısı	-3 SS Altında (%)	-2 SS Altında (%)	Çocuk Sayısı	-3 SS Altında (%)	-2 SS Altında (%)
Yaş (Ay)						
≤11	514	0,6	6,0	423	0,2	2,4
12-24	646	2,0	15,8	598	4,0	13,4
25-47	830	8,9	21,9	685	8,0	17,7
48-60	410	9,0	24,9	370	5,9	18,4
Cinsiyet						
Erkek	1271	5,1	18,3	1120	4,8	13,7
Kız	1129	5,5	16,4	956	5,1	13,1
Anne Eğitim						
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	760	12,0	30,1	492	12,2	26,8
İlkokul	1257	2,6	13,7	1302	3,0	10,5
Ortaokul ve Üzeri	384	0,8	4,4	283	1,1	3,5
Bölge						
Batı	712	1,0	8,8	651	3,2	8,4
Güney	372	3,2	15,1	317	4,1	12,3
Orta	540	4,6	16,9	491	3,7	10,2
Kuzey	238	5,9	11,8	162	1,9	10,5
Doğu	538	12,8	33,1	456	10,5	25,9
Yerleşim Yeri						
Kent	1496	3,1	13,0	1364	4,1	10,6
Kır	904	9,0	24,6	712	6,5	18,7
Refah Düzeyi						
En Düşük	503	11,8	32,5	403	9,9	22,6
Düşük	481	6,4	23,9	446	8,1	21,1
Orta	492	4,3	14,0	443	3,4	11,1
Yüksek	481	2,3	8,7	393	1,8	7,9
En Yüksek	443	0,9	6,1	393	1,0	3,6
Toplam	2400	5,3	17,3	2076	4,9	13,4

Tablo 17. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğunun Temel Özelliklere Göre Dağılımı (2003-2013)

Değişkenler	2003			2008			2013		
	Çocuk Sayısı	-3 SS Altında (%)	-2 SS Altında (%)	Çocuk Sayısı	-3 SS Altında (%)	-2 SS Altında (%)	Çocuk Sayısı	-3 SS Altında (%)	-2 SS Altında (%)
Yaş (Ay)									
≤11	560	1,6	4,5	353	1,1	5,1	388	0,0	4,9
12-24	694	1,3	10,8	549	2,7	11,5	519	2,7	8,3
25-47	1064	3,7	11,8	734	4,8	14,4	757	2,2	6,6
48-60	533	4,7	12,9	372	1,9	9,7	365	1,9	6,6
Cinsiyet									
Erkek	1483	2,3	9,2	1064	2,5	11,1	1112	2,0	7,4
Kız	1368	3,5	11,5	945	3,5	11,0	917	1,7	5,9
Anne Eğitim									
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	627	7,7	21,9	377	9,8	23,9	358	3,4	10,1
İlkokul	1524	2,0	8,7	1020	1,9	9,4	753	1,3	7,0
Ortaokul ve Üzeri	701	0,6	3,7	612	0,8	5,9	918	1,6	5,1
Bölge									
Batı	999	0,3	5,4	742	1,5	9,6	778	1,3	4,1
Güney	384	2,6	9,1	247	2,9	8,4	302	1,7	5,6
Orta	611	3,3	9,2	455	1,1	5,9	355	2,3	9,0
Kuzey	172	3,5	12,2	106	2,8	7,6	137	0,7	4,4
Doğu	687	6,1	18,8	433	7,6	21,5	457	3,1	10,7
Yerleşim Yeri									
Kent	1954	1,9	7,4	1498	2,1	9,3	1626	1,4	5,2
Kır	897	5,0	16,7	510	5,5	16,4	403	4,0	12,4
Refah Düzeyi									
En Düşük	589	6,3	22,5	418	8,6	22,2	406	3,7	14,5
Düşük	602	4,5	12,0	463	2,2	11,9	457	1,5	5,5
Orta	560	2,5	9,6	445	2,5	10,3	439	1,1	4,5
Yüksek	612	0,5	3,4	347	1,2	4,9	372	1,6	5,1
En Yüksek	488	0,2	3,3	336	0,0	3,6	354	1,4	3,7
Toplam	2852	2,9	10,4	2009	3,0	11,1	2029	1,9	6,7

Tablo 18’de 1993-2003-2013 dönemlerinde beş yaş altındaki çocuklarda kısa boy uzunluğunun dağılımındaki değişim görülmektedir.

Tablo 18. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğunun Temel Özelliklere Göre Dağılımında Değişim (1993-2003-2013)

Değişkenler	1993		2003		2013	
	-3 SS Altında (%)	-2 SS Altında (%)	-3 SS Altında (%)	-2 SS Altında (%)	-3 SS Altında (%)	-2 SS Altında (%)
Yaş (Ay)						
≤11	0,6	6,0	1,6	4,5	0,0	4,9
12-24	2,0	15,8	1,3	10,8	2,7	8,3
25-47	8,9	21,9	3,7	11,8	2,2	6,6
48-60	9,0	24,9	4,7	12,9	1,9	6,6
Cinsiyet						
Erkek	5,1	18,3	2,3	9,2	2,0	7,4
Kız	5,5	16,4	3,5	11,5	1,7	5,9
Anne Eğitim						
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	12,0	30,1	7,7	21,9	3,4	10,1
İlkokul	2,6	13,7	2,0	8,7	1,3	7,0
Ortaokul ve Üzeri	0,8	4,4	0,6	3,7	1,6	5,1
Bölge						
Batı	1,0	8,8	0,3	5,4	1,3	4,1
Güney	3,2	15,1	2,6	9,1	1,7	5,6
Orta	4,6	16,9	3,3	9,2	2,3	9,0
Kuzey	5,9	11,8	3,5	12,2	0,7	4,4
Doğu	12,8	33,1	6,1	18,8	3,1	10,7
Yerleşim Yeri						
Kent	3,1	13,0	1,9	7,4	1,4	5,2
Kır	9,0	24,6	5,0	16,7	4,0	12,4
Refah Düzeyi						
En Düşük	11,8	32,5	6,3	22,5	3,7	14,5
Düşük	6,4	23,9	4,5	12,0	1,5	5,5
Orta	4,3	14,0	2,5	9,6	1,1	4,5
Yüksek	2,3	8,7	0,5	3,4	1,6	5,1
En Yüksek	0,9	6,1	0,2	3,3	1,4	3,7
Toplam	5,3	17,3	2,9	10,4	1,9	6,7

Tablo yardımıyla SDP’nin 10 yıl öncesi, başlangıcı ve 10 yıl sonrasının incelenme olanağı elde edilmektedir. 1993 döneminde % 17,3 olan kısa boyluluk oranının 2003’te % 10,4’e ve 2013’te % 6,7’ye düştüğü görülmektedir. Ciddi şekilde kısa boyluluk oranı da 1993’te % 5,3 iken 2013’te % 1,9’a düşmüştür. Boy kısıtlılığı sorununun dönemler itibariyle düştüğü görülmekle birlikte özellikle anne eğitim, bölge, yerleşim yeri ve refah düzeyi açısından farklılıklar ve eşitsizlikler olduğu görülmektedir.

Tablo 19 ve Tablo 20’de beş yaş altındaki çocuklarda kısa boy uzunluğunu etkileyen değişkenlere ilişkin yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Lojistik regresyon modellerinin yeterliği ve uyum iyiliği incelendiğinde, 1993 dönemine ilişkin modelin açıklama (Nagelkerke R²) yüzdesi 0,255; 1998 için 0,226; 2003 için 0,186; 2008 için 0,149 ve 2013 için 0,078’tir. Modelin veriye uyumunu gösteren Hosmer-Lemeshow istatistiğine göre beş modelde de model veriye uyum göstermekte ($p \geq 0,05$) ve modellerde düzgün sınıflama yüzdesi % 85 ve üzerindedir.

Referans kategori 11 aylık ya da daha küçük çocuklara göre, 12-24 aylık çocuklarda kısa boy sorunu, 1993’te 3,513 kat, 1998’de 7,148 kat, 2003’te 3,258 kat, 2008’de 2,876 kat ve 2013’te istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte 1,818 kat daha fazla ortaya çıkmıştır. Referans kategoriye göre 25-47 aylık çocuklarda 1993’te 6,640 kat, 1998’de 12,629 kat, 2003’te 4,255 kat, 2008’de 4,217 kat ve 2013’te 1,488 kat daha fazla ve 48-60 aylık çocuklarda referans kategoriye göre, 1993’te 9,225 kat, 1998’de 15,100 kat, 2003’te 5,206 kat, 2008’de 2,793 kat ve 2013’te 1,378 kat daha fazla kısa boy uzunluğu görülmekte ve 2013 dönemi dışında oranlar istatistiksel olarak anlamlıdır.

Cinsiyet açısından, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte 1993, 2008 ve 2013 araştırmalarında kısa boy uzunluğu kızlarda daha yüksektir.

Ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olan annelerin çocuklarında kısa boy sorunu daha az oranda ortaya çıkmaktadır. Ortaokul ve üzerinde eğitimi olan anneler referans alındığında eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş annelerin çocuklarında kısa boyluluk 1993’te 3,343 kat, 1998’de 3,383 kat, 2003’te 2,402 kat, 2008’de 1,782 kat ve 2013’te 1,114 kat daha fazla ortaya çıkmış ve bu değerler 2013 dönemi dışında istatistiksel olarak anlamlıdır. Referans kategoriye göre ilkokul mezunu olan annelerin çocuklarında kısa boy sorunu, 1993 dönemi 2,163 kat, 1998’de 1,786 kat, 2003’te 1,435 kat, 2008’de 0,989 kat ve 2013’te 1,068 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. 1993 dönemi dışındaki odds oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına rağmen ilkokul mezunu olmanın ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olmaya göre oluşturduğu dezavantajı göstermektedir.

Çocuklardaki kısa boy uzunluğunu etkileyen değişkenlerden bölge değişkeni incelendiğinde, Doğu Bölgesi en dezavantajlı konumdadır. Batı Bölgesi referans alındığında Doğu Bölgesinde 1993’te 3,421 kat, 1998’te 2,207 kat, 2003’te 2,416 kat, 2008’te 1,309 ve 2013’te 1,539 kat daha fazla kısa boylu çocuk olduğu ve 2008-2013 araştırmaları dışında değerlerin istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu görülmektedir. Diğer bölgeler incelendiğinde, çoğunlukla referans kategori olan Batı Bölgesine göre daha fazla risk altında oldukları söylenebilir.

Kırsal yerleşim alanında yaşamanın çocuklarda kısa boy uzunluğu açısından risk faktörü olduğu söylenebilir. Kentsel yerleşim alanına göre kırsal alanda 1993 döneminde 1,240 kat, 1998'de 1,159 kat, 2003'te 1,395 kat, 2008'de 1,067 kat ve 2013'te 1,449 kat daha fazla kısa boylu çocuk görülmektedir. 1993 dönemi dışındaki odds oranlarının istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasına rağmen, kırsal yerleşim yerinin risk faktörü olduğu söylenebilir.

Refah düzeyi açısından incelendiğinde, referans kategori en yüksek refah düzeyindeki hanelere göre en düşük refah düzeyinde yaşayan hanelerin çocuklarında 1993'te 4,022 kat, 1998'te 4,427 kat, 2003'te 4,326 kat, 2008'te 5,258 kat ve 2013'te 2,987 kat daha fazla kısa boy uzunluğu ortaya çıkmış ve odds oranlarının tamamı istatistiksel olarak anlamlıdır. Referans kategoriye göre düşük refah düzeyinde yaşayanlarda sırasıyla 3,171 kat, 5,052 kat, 2,572 kat, 3,084 kat ve 1,270 kat; orta refah düzeyinde yaşayanlarda sırasıyla 1,504 kat, 2,619 kat, 2,307 kat, 2,845 kat ve 1,184 kat ve yüksek refah düzeyinde yaşayanlarda ise sırasıyla 1,253 kat, 2,011 kat, 0,878 kat, 1,355 kat ve 1,383 kat daha fazla görülmüştür. 1993'te orta ve yüksek, 2003 ve 2008'de yüksek ve 2013'te düşük, orta ve yüksek kategorisi için hesaplanan odds oranları dışındakiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 19. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-1998)

Değişkenler	1993				1998			
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR
Sabit	-5,331	0,372	<0,001		-6,173	0,525	<0,001	0,002
Yaş (Ay)¹								
12-24	1,256	0,225	<0,001	3,513	1,967	0,353	<0,001	7,148
25-47	1,893	0,216	<0,001	6,640	2,536	0,349	<0,001	12,629
48-60	2,222	0,235	<0,001	9,225	2,715	0,363	<0,001	15,100
Cinsiyet²								
Kız	-0,030	0,120	0,804	0,971	0,047	0,141	0,738	1,048
Anne Eğitim³								
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	1,207	0,295	<0,001	3,343	1,219	0,384	0,002	3,383
İlkokul	0,771	0,285	0,007	2,163	0,580	0,367	0,114	1,786
Bölge⁴								
Güney	0,356	0,207	0,086	1,427	0,006	0,239	0,980	1,006
Orta	0,509	0,187	0,007	1,664	0,034	0,219	0,877	1,035
Kuzey	-0,089	0,259	0,732	0,915	-0,120	0,312	0,700	0,887
Doğu	1,230	0,183	<0,001	3,421	0,791	0,206	<0,001	2,207
Yerleşim Yeri⁵								
Kır	0,215	0,131	0,102	1,240	0,148	0,161	0,359	1,159
Refah Düzeyi⁶								
En Düşük	1,392	0,253	<0,001	4,022	1,488	0,354	<0,001	4,427
Düşük	1,154	0,250	<0,001	3,171	1,620	0,335	<0,001	5,052
Orta	0,408	0,258	0,114	1,504	0,963	0,338	0,004	2,619
Yüksek	0,225	0,265	0,395	1,253	0,699	0,347	0,044	2,011
Nagelkerke R²: 0,255; Hosmer-Lemeshow: 10,162; p=0,254; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 84,0					Nagelkerke R²:0,226; Hosmer-Lemeshow: 9,181 p=0,327; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 86,5			

Referans Kategorileri: ¹≤11 ay, ²Erkek, ³Ortaokul ve Üzeri, ⁴Batı, ⁵Kent, ⁶En Yüksek

Tablo 20. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2003-2013)

Değişkenler	2003				2008				2013			
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR
Sabit	-5,369	0,376	<0,001	0,005	-4,243	0,406	<0,001	0,014	-3,766	0,392	<0,001	0,023
Yaş (Ay)¹												
12-24	1,181	0,246	<0,001	3,258	1,056	0,288	<0,001	2,876	0,598	0,289	0,039	1,818
25-47	1,448	0,235	<0,001	4,255	1,439	0,276	<0,001	4,217	0,398	0,283	0,161	1,488
48-60	1,650	0,255	<0,001	5,206	1,027	0,312	<0,001	2,793	0,321	0,327	0,326	1,378
Cinsiyet²												
Kız	0,203	0,131	0,120	1,225	-0,027	0,150	0,858	0,974	-0,230	0,186	0,216	0,795
Anne Eğitim³												
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	0,876	0,267	<0,001	2,402	0,578	0,261	0,027	1,782	0,108	0,287	0,706	1,114
İlkokul	0,361	0,242	0,135	1,435	-0,011	0,224	0,959	0,989	0,066	0,232	0,776	1,068
Bölge⁴												
Güney	0,340	0,234	0,147	1,404	-0,632	0,268	0,018	0,532	0,055	0,323	0,865	1,057
Orta	0,433	0,207	0,036	1,542	-0,528	0,245	0,031	0,590	0,606	0,268	0,024	1,833
Kuzey	0,711	0,292	0,015	2,036	-0,395	0,399	0,323	0,674	-0,271	0,474	0,568	0,763
Doğu	0,882	0,193	<0,001	2,416	0,269	0,205	0,189	1,309	0,431	0,276	0,118	1,539
Yerleşim Yeri⁵												
Kır	0,333	0,141	0,018	1,395	0,065	0,189	0,732	1,067	0,371	0,237	0,118	1,449
Refah Düzeyi⁶												
En Düşük	1,465	0,316	<0,001	4,326	1,660	0,387	<0,001	5,258	1,094	0,406	0,007	2,987
Düşük	0,945	0,314	0,003	2,572	1,126	0,362	0,002	3,084	0,239	0,389	0,539	1,270
Orta	0,836	0,315	0,008	2,307	1,046	0,349	0,003	2,845	0,169	0,383	0,659	1,184
Yüksek	-0,130	0,350	0,710	0,878	0,304	0,392	0,438	1,355	0,324	0,378	0,390	1,383
Nagelkerke R²: 0,186; Hosmer-Lemeshow: 16,405; p=0,057; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 89,7					Nagelkerke R²:0,149; Hosmer-Lemeshow: 10,541; p=0,229; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 88,9					Nagelkerke R²:0,078; Hosmer-Lemeshow: 5,746; p=0,676; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 93,3		

Referans Kategorileri: ¹≤11 ay, ²Erkek, ³Ortaokul ve Üzeri, ⁴Batı, ⁵Kent, ⁶En Yüksek

Tablo 21’de 1993-1998-2003-2008-2013 veri setleri birleştirilerek beş yaş altındaki çocuklarda kısa boy uzunluğunu etkileyen değişkenlere ilişkin oluşturulan beş modele ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Birinci modelde yoksulluğun (hane refahının), ikinci modelde yoksulluğun ve SDP/Aile Hekimliğinin, üçüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-demografik faktörlerin, dördüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-ekonomik faktörlerin ve beşinci modelde tüm değişkenlerin çocukların boy uzunluğu üzerindeki etkisi analize dâhil edilmiştir.

Tablo 21. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğunu Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri)

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Refah Düzeyi					
En Düşük	7,197*	7,318*	5,072*	4,865*	3,880*
Düşük	4,105*	4,192*	3,217*	3,373*	2,842*
Orta	2,641*	2,682*	2,196*	2,360*	2,065*
Yüksek	1,485*	1,476*	1,329**	1,406*	1,303
En Yüksek	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
SDP ve Aile Hekimliği					
SDP ve AH Uygulamada Değil	MD	2,287*	2,135*	2,250*	2,135*
SDP Uygulamada	MD	1,734*	1,685*	1,740*	1,695*
SDP ve AH Uygulamada	MD	1,000	1,000	1,000	1,000
Yaş (Ay)					
≤11 ay	MD	MD	1,000	MD	1,000
12-24	MD	MD	3,233*	MD	3,384*
25-47	MD	MD	4,446*	MD	4,871*
48-60	MD	MD	4,725*	MD	5,329*
Cinsiyet		MD			
Erkek	MD	MD	1,000	MD	1,000
Kız	MD	MD	1,001	MD	0,995
Anne Eğitim					
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	MD	MD	2,753*	MD	2,219*
İlkokul	MD	MD	1,300*	MD	1,269**
Ortaokul ve Üzeri	MD	MD	1,000	MD	1,000
Bölge					
Batı	MD	MD	MD	1,000	1,000
Güney	MD	MD	MD	1,076	1,082
Orta	MD	MD	MD	1,165	1,253*
Kuzey	MD	MD	MD	0,997	1,010
Doğu	MD	MD	MD	2,189*	2,087*
Yerleşim Yeri					
Kent	MD	MD	MD	1,000	1,000
Kır	MD	MD	MD	1,255*	1,285*
Nagelkerke R²	0,084	0,098	0,161	0,120	0,177

*p<0.01; **p<0.05, MD: Modelde Değil

Tablo 21 incelendiğinde, modele dâhil edilen değişken sayısı arttıkça yoksulluğa ilişkin odds oranlarının düştüğü ancak etkisinin beş modelde de istatistiksel olarak anlamlı şekilde devam ettiği görülmektedir. Model 5 (full model) incelendiğinde SDP ve Aile Hekimliğinin uygulanmadığı ve sadece SDP'nin uygulandığı dönemde çocuklarda kısa boy uzunluğu sorununun istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ve yaş arttıkça kısa boy sorununun istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı görülmektedir. Cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır. Ayrıca, anne eğitim düzeyiyle kısa boy sorununun ters ilişkili olduğu, Doğu Bölgesi'nde ve kırsal yerleşim alanlarında yaşayanlarda kısa boy sorununun daha yüksek olduğu, hane refahı arttıkça kısa boy sorununun azaldığı belirlenmiştir.

6.3.2. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığını Etkileyen Faktörler

İshal nedeniyle ortaya çıkan dehidratasyon (sıvı kaybı), çocuk ölümlerinin en önemli nedenlerindedir (TNSA, 2008). Bu nedenle, çocuklarda ishal dikkatle takip edilmelidir. TNSA 1993, 1998 ve 2008 çalışmalarında araştırmadan önceki son iki hafta içinde çocukların ishal olup olmadığı araştırılmıştır. 2003 ve 2013 TNSA çalışmalarında, ishalle ilgili veri toplanmamıştır. Tablo 22'de beş yaş altındaki çocuklarda ishalin yaygınlığının temel özelliklere göre dağılımı verilmektedir. Tablo incelendiğinde, 1993 döneminde % 27,7 olan ishalin yaygınlığının, 1998 döneminde % 32,5'e çıktığı ve 2008 döneminde % 20'ye düştüğü görülmektedir.

İshalin yaygınlığının en az 48-60 aylık çocuklarda, en fazla ise 12-24 aylık çocuklardadır. İshalin en fazla ortaya çıktığı ikinci sıradaki yaş aralığı 0-11 aylık çocuklardır. Bu durum ishalin 0-24 yaş aralığında yoğunlaştığına işaret etmektedir. İshalin yaygınlığı cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, 1993 ve 1998 çalışmalarında erkek çocuklarda, 2008 çalışmasında ise kız çocuklarında daha yüksektir. Ancak oranların birbirine yakın olması, ishalin her iki cinsiyet için de risk olduğuna işaret etmektedir.

Anne eğitim düzeyi arttıkça çocuklarda ishalin yaygınlığı azalmaktadır. Her üç çalışma döneminde de ishalin en fazla eğitimi olmayan ya da ilkökul bitirmemiş annelerin çocuklarında, en az ise ortaokul ve üzeri eğitimi olan annelerin çocuklarında ortaya çıkmıştır. Bölgesel açıdan bakıldığında ishal en fazla Doğu Bölgesi'nde, en az ise Batı'da yaşayan çocuklarda görülmektedir. Her üç dönemde de Doğu Bölgesi'nde görülen oranlar diğer bölgelerin iki katı civarındadır.

Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan çocuklarda, kentsel yerleşim yerlerinde yaşayan çocuklara göre ishal daha yaygındır. Dönemler itibariyle hem kentsel hem de kırsal yerleşim yerlerinde

yaşayan çocuklarda ishal oranı gittikçe azalmakla birlikte, 2008 çalışmasında kentsel yerleşim yerinde yaşayan çocukların % 19,3'ünde, kırsal yerleşim yerinde yaşayan çocukların ise % 21,9 'unda araştırmadan önceki son iki hafta içinde ishal görülmüştür.

Hane refah düzeyi arttıkça çocuklarda ishal azalmaktadır. Üç çalışma döneminde de ishalin yaygınlığının en fazla en düşük refah düzeyinde, en az ise en yüksek hane refah düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 22. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığının Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-2008)

Değişkenler	1993		1998		2008	
	Çocuk Sayısı	İshal Oranı	Çocuk Sayısı	İshal Oranı	Çocuk Sayısı	İshal Oranı
Yaş (Ay)						
≤11	567	30,2	521	31,2	585	25,1
12-24	722	38,7	720	45,9	728	27,3
25-47	924	24,5	855	29,6	972	15,5
48-60	447	13,2	427	17,6	451	11,1
Cinsiyet						
Erkek	1407	28,9	1338	35,0	1416	19,3
Kız	1254	26,3	1186	29,8	1320	20,8
Anne Eğitim						
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	846	33,3	590	41,1	532	30,8
İlkokul	1382	27,0	1581	32,9	1349	17,5
Ortaokul ve Üzeri	433	18,9	353	16,4	855	17,2
Bölge						
Batı	791	21,6	837	24,4	1000	16,8
Güney	425	24,3	362	31,3	346	16,5
Orta	592	26,2	584	33,6	618	16,5
Kuzey	260	26,5	195	29,2	163	16,0
Doğu	593	40,0	546	45,8	609	31,7
Yerleşim Yeri						
Kent	1676	25,1	1662	28,9	2025	19,3
Kır	984	32,1	862	39,5	711	21,9
Refah Düzeyi						
En Düşük	569	34,6	490	45,8	562	27,2
Düşük	525	29,6	537	36,6	625	20,7
Orta	539	29,9	535	34,0	589	18,5
Yüksek	525	23,8	490	28,1	497	19,2
En Yüksek	503	19,5	472	16,9	464	13,1
Toplam	2661	27,7	2524	32,5	2736	20,0

Tablo 23'te beş yaş altındaki çocuklarda ishalin yaygınlığını etkileyen değişkenlere ilişkin yürütülen lojistik regresyon analizi sonuçları görülmektedir. 1993 dönemine ilişkin modelin açıklama (Nagelkerke R^2) yüzdesi 0,091, 1998 için 0,132 ve 2008 için 0,083 olarak bulunmuştur. Modelin veriye uyumunu gösteren Hosmer-Lemeshow istatistiği incelendiğinde, 3 modelde de model veriye uyum göstermekte ($p \geq 0,05$) ve modellerde düzgün sınıflama yüzdesi % 70 ve üzerindedir.

Referans kategori 48-60 aylık çocuklara göre, 11 ay ve daha küçük çocuklarda ishalin yaygınlığı, 1993 araştırmasında 2,584 kat, 1998 araştırmasında 1,932 kat ve 2008 çalışmasında 2,490 kat daha fazladır. Referans kategoriye göre, 12-24 aylık çocuklarda ishal 1993'te 3,969 kat, 1998'de 3,871 kat ve 2008'de 3,017 kat ve 25-47 aylık çocuklarda sırasıyla 2,110 kat, 1,950 kat ve 1,475 daha fazla ortaya çıkmaktadır. Yaş kategorisinde hesaplanan tüm odds oranları istatistiksel olarak anlamlıdır.

Cinsiyet değişkeni incelendiğinde ishal, 1993 ve 1998'de kızlarda, 2008'de ise erkeklerde daha yaygındır ve 1998 dönemi için hesaplanan odds oranı istatistiksel olarak anlamlıdır.

Referans kategori Batı Bölgesi'ne göre ishalin yaygınlığının en fazla olduğu bölge Doğu'dur. Batıya göre ishalin yaygınlığı Doğu'da 1993 için 2,017 kat, 1998'de 1,957 kat ve 2008'de 1,734 kat daha fazladır ve bu değerler istatistiksel olarak anlamlıdır. Diğer bölgeler için hesaplanan odds oranları istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, Batı Bölgesine göre ishal yaygınlığı daha fazladır.

Yerleşim yeri açısından hesaplanan odds oranları istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte referans kategori kentsel yerleşim alanına göre kırsal yerleşim alanında ishalin yaygınlığı, 1993'te 1,097 kat, 1998'te 1,057 kat daha yüksektir.

Hane refahının ishal yaygınlığı üzerindeki etkisi incelendiğinde referans kategori en yüksek refah düzeyine göre diğer tüm refah düzeyinde yer alan çocuklar dezavantajlıdır. Odds oranının ve bunun sonucunda yaygınlığının en fazla olduğu grup, refah düzeyi en düşük olan çocuklardır. 1993'te referans kategoriye göre en düşük refah düzeyinde ishalin görülmesi 1,359 kat, 1998'de 2,366 kat ve 2008'de 1,696 kat daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Referans kategoriye göre, diğer refah düzeyleri için de hesaplanan odds oranları 1'in üzerindedir.

Tablo 23. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-2008)

Değişkenler	1993				1998				2008			
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR
Sabit	-2,502	0,209	<0,001	0,082	-2,694	0,215	<0,001	0,068	-2,611	0,216	<0,001	0,073
Yaş (Ay)¹												
≤11	0,949	0,170	<0,001	2,584	0,658	0,163	<0,001	1,932	0,912	0,182	<0,001	2,490
12-24	1,379	0,161	<0,001	3,969	1,353	0,152	<0,001	3,871	1,104	0,175	<0,001	3,017
25-47	0,746	0,161	<0,001	2,110	0,668	0,152	<0,001	1,950	0,389	0,177	0,028	1,475
Cinsiyet²												
Kız	-0,135	0,090	0,135	0,874	-0,272	0,090	0,003	0,762	0,054	0,099	0,582	1,056
Anne Eğitim³												
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	0,300	0,172	0,082	1,350	0,572	0,199	0,004	1,772	0,403	0,169	0,017	1,497
İlkokul	0,306	0,151	0,042	1,358	0,556	0,173	<0,001	1,743	-0,032	0,130	0,804	0,968
Bölge⁴												
Güney	0,074	0,147	0,614	1,077	0,191	0,148	0,196	1,211	-0,073	0,176	0,677	0,929
Orta	0,132	0,132	0,319	1,141	0,352	0,127	0,005	1,422	0,024	0,142	0,866	1,024
Kuzey	0,134	0,175	0,444	1,143	0,061	0,188	0,744	1,063	-0,037	0,236	0,875	0,964
Doğu	0,702	0,137	<0,001	2,017	0,671	0,136	<0,001	1,957	0,550	0,141	<0,001	1,734
Yerleşim Yeri⁵												
Kır	0,093	0,104	0,374	1,097	0,056	0,108	0,605	1,057	-0,192	0,134	0,153	0,826
Refah Düzeyi⁶												
En Düşük	0,307	0,172	0,074	1,359	0,861	0,191	<0,001	2,366	0,529	0,228	0,020	1,696
Düşük	0,189	0,168	0,260	1,208	0,544	0,177	0,002	1,724	0,370	0,199	0,063	1,447
Orta	0,246	0,162	0,129	1,278	0,606	0,170	<0,001	1,833	0,322	0,189	0,088	1,380
Yüksek	0,184	0,157	0,243	1,202	0,408	0,170	0,016	1,504	0,438	0,187	0,019	1,549
Nagelkerke R²: 0,091; Hosmer-Lemeshow: 7,398; p=0,494; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 72,4				Nagelkerke R²: 0,132; Hosmer-Lemeshow: 4,350; p=0,824; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 69,2				Nagelkerke R²: 0,083; Hosmer-Lemeshow: 19,181; p=0,051; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 80,1				

Referans Kategorileri: ¹≤ 48-60 ay, ²Erkek, ³Ortaokul ve Üzeri, ⁴Batı, ⁵Kent, ⁶En Yüksek

Tablo 24'te 1993-1998-2008 veri setleri birleştirilerek beş yaş altındaki çocuklarda ishalin yaygınlığını etkileyen değişkenlere ilişkin oluşturulan beş modele ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Birinci modelde yoksulluğun (hane refahının), ikinci modelde yoksulluğun ve SDP/Aile Hekimliğinin, üçüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-demografik faktörlerin, dördüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-ekonomik faktörlerin ve beşinci modelde tüm değişkenlerin çocuklarda ishalin yaygınlığı üzerindeki etkisi analize dâhil edilmiştir.

Tablo 24. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri)

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Refah Düzeyi					
En Düşük	2,743*	2,814*	2,038*	2,179*	1,775*
Düşük	2,001*	2,069*	1,596*	1,804*	1,487*
Orta	1,782*	1,917*	1,596*	1,757*	1,524*
Yüksek	1,555*	1,567*	1,444*	1,528*	1,425*
En Yüksek	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
SDP					
SDP Uygulamada	MD	1,762*	1,658*	1,768*	1,692*
Değil	MD	1,000	1,000	1,000	1,000
Yaş (Ay)¹					
≤11	MD	MD	2,416*	MD	2,323*
12-24	MD	MD	3,666*	MD	3,602*
25-47	MD	MD	1,846*	MD	1,830*
48-60 ay	MD	MD	1,000	MD	1,000
Cinsiyet²					
Erkek	MD	MD	1,000	MD	1,000
Kız	MD	MD	0,892**	MD	0,883**
Anne Eğitim³					
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	MD	MD	1,679*	MD	1,400*
İlkokul	MD	MD	1,271*	MD	1,280*
Ortaokul ve Üzeri	MD	MD	1,000	MD	1,000
Bölge⁴					
Batı	MD	MD	MD	1,000	1,000
Güney	MD	MD	MD	1,039	1,050
Orta	MD	MD	MD	1,183*	1,184*
Kuzey	MD	MD	MD	1,048	1,053
Doğu	MD	MD	MD	1,973*	1,889*
Yerleşim Yeri⁵					
Kent	MD	MD	MD	1,000	1,000
Kır	MD	MD	MD	1,035	1,012
Nagelkerke R²	0,028	0,046	0,095	0,065	0,108

*p<0.01; **p<0.05, MD: Modelde Değil

Tablo 24 incelendiğinde modele dâhil edilen değişken sayısı arttıkça yoksulluğa ilişkin odds oranlarının düştüğü ancak etkisinin beş modelde de istatistiksel olarak anlamlı şekilde devam ettiği görülmektedir. Model 5 (full model) incelendiğinde en yüksek refah düzeyine göre diğer dört refah düzeyinde yer alan çocuklarda ishal daha yaygındır. SDP'nin etkisinin görüldüğü 2008 döneminde, SDP'nin uygulanmadığı 1993-1998 dönemlerine göre ishalin yaygınlığının 1,692 kat azaldığı söylenebilir. Referans kategori 48-60 aylık çocuklara göre diğer dört yaş kategorisinde ishal istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yaygındır. İshalin yaygınlığı erkek çocuklarda, Batı bölgesine göre diğer dört bölgede ve kırsal yerleşim alanında yaşayanlarda daha yüksektir.

6.3.3. Beş Yaş Altı Ölümünü Etkileyen Faktörler

Bebek ve çocuk ölümleri, bir ülkenin yaşam kalitesi ve sosyo-ekonomik durumunu yansıtan göstergelerdendir. Beş yaş altı ölümü, doğumdan sonraki beş yıl içinde ölen çocuk oranını göstermektedir. Tablo 25'te, beş yaş altı ölümün çeşitli özelliklere göre dağılımı verilmektedir. Beş yaş altı ölümü, 1993 döneminde % 3,4 (binde 34), 1998'de % 2,6 (binde 26), 2003'te % 1,7 (binde 17), 2008 ve 2013'te % 0,9 (binde 9) olarak gerçekleşmiştir.

Beş yaş altı ölümünün temel özelliklere göre dağılımına bakıldığında, 1993 ve 2008 dönemlerinde erkek çocuklarda ölüm oranı kız çocuklarına göre daha yüksek iken, 1998, 2003 ve 2013'te tersi durum söz konusudur. Anne eğitimi arttıkça beş yaş altı ölümü azalmaktadır. Beş yaş altı ölümü en yüksek oranda eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş annelerin çocuklarında iken, ilkokul mezunu annelerin oluşturduğu grup ikinci sırada yer almaktadır. Beş yaş altı ölümü en az oranda, annenin ortaokul ve üzerinde eğitim düzeyinde olduğu gruptadır.

Beş yaş altı ölümünün bölgesel dağılımına bakıldığında, 2013 dönemi dışında dört araştırma döneminde de ölüm oranının en yüksek olduğu bölge Doğu'dur. Ölüm oranının en düşük olduğu bölgeler Batı ve Kuzey'dir. Türkiye genelinde bebek ve beş yaş altı ölüm oranlarının azalmasına koşut olarak bölgelerde görülen ölüm oranları azalmakta ve bölgeler arası oranlar birbirine yaklaşmaktadır. Kırsal yerleşim yerinde yaşama, beş yaş altı ölümü açısından dezavantaj yaratmakta ve beş araştırma döneminde de kırsal yerleşim alanlarında daha yüksek beş yaş altı ölüm oranları gözlenmektedir. Dönemler itibariyle hem kırsal hem de kentsel alanlardaki beş yaş altı ölüm oranının azaldığı ve iki yerleşim alanı arasındaki farkın azaldığı söylenebilir.

En düşük hanede yaşayanlar en dezavantajlı gruptur. 2013 araştırmasında gözlemlere düşen ölüm sayısının azalması nedeniyle en düşük refah düzeyinde yaşayanlar nispeten daha iyi duruma gelmiş gibi görünmekle birlikte, ishalin yaygınlığı en düşük ve düşük refah düzeylerinde daha yüksektir.

Tablo 25. Beş Yaş Altı Ölümünün Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-2013)

Değişkenler	1993		1998		2003		2008		2013	
	Çocuk Sayısı	Ölüm Oranı	Çocuk Sayısı	Ölüm Oranı	Çocuk Sayısı	Ölüm Oranı	Çocuk Sayısı	Ölüm Oranı	Çocuk Sayısı	Ölüm Oranı
Cinsiyet										
Erkek	1467	3,9	1381	2,5	1654	1,5	1437	1,2	1435	0,8
Kız	1296	2,9	1235	2,8	1510	1,9	1331	0,6	1237	1,0
Anne Eğitim										
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	888	4,4	623	3,7	696	3,2	541	1,3	448	1,1
İlkokul	1440	3,8	1635	2,5	1665	1,3	1365	1,0	956	1,0
Ortaokul ve Üzeri	435	0,5	358	1,1	803	1,2	863	0,7	1269	0,8
Bölge										
Batı	810	2,1	863	2,1	1119	1,7	1004	0,3	1026	0,5
Güney	443	3,8	377	3,2	426	1,9	354	1,7	370	1,4
Orta	624	5,0	605	2,6	673	1,3	627	0,8	496	1,6
Kuzey	271	3,3	202	1,5	192	1,0	165	1,2	162	0,6
Doğu	616	3,4	571	3,5	754	2,1	619	1,5	618	0,8
Yerleşim Yeri										
Kent	1724	2,4	1708	2,2	2172	1,3	2049	0,8	2155	0,9
Kır	1038	5,1	908	3,4	992	2,5	719	1,0	517	1,0
Refah Düzeyi										
En Düşük	603	5,3	518	3,5	661	3,2	572	1,4	509	0,8
Düşük	551	4,4	566	4,1	655	0,9	635	1,1	581	1,7
Orta	564	3,9	554	2,5	621	2,1	597	1,2	568	0,4
Yüksek	535	1,9	503	2,2	677	1,3	497	0,0	506	0,4
En Yüksek	509	1,2	476	0,6	551	0,7	466	0,6	508	1,0
Toplam	2763	3,4	2617	2,6	3164	1,7	2768	0,9	2672	0,9

Tablo 26’da 1993-2003-2013 dönemlerine ilişkin beş yaş altı ölümünün dağılımı görülmektedir. 1993 çalışmasında % 3,4 olan beş yaş altı ölüm oranının, 2003’te % 1,7’ye ve 2013 döneminde % 0,9’a düştüğü görülmektedir. 2013 dönemi itibariyle, beş yaş altı ölüm oranında ilerleme kaydedildiği görülmekle birlikte anne eğitimi, bölge, yerleşim yeri ve refah düzeyi açısından farklılıklar ve eşitsizlikler söz konusudur.

Tablo 26. Beş Yaş Altı Ölümünün Temel Özelliklere Göre Dağılımında Değişim (1993-2003-2013)

Değişkenler	1993	2003	2013
Cinsiyet			
Erkek	3,9	1,5	0,8
Kız	2,9	1,9	1,0
Anne Eğitim			
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	4,4	3,2	1,1
İlkokul	3,8	1,3	1,0
Ortaokul ve Üzeri	0,5	1,2	0,8
Bölge			
Batı	2,1	1,7	0,5
Güney	3,8	1,9	1,4
Orta	5,0	1,3	1,6
Kuzey	3,3	1,0	0,6
Doğu	3,4	2,1	0,8
Yerleşim Yeri			
Kent	2,4	1,3	0,9
Kır	5,1	2,5	1,0
Refah Düzeyi			
En Düşük	5,3	3,2	0,8
Düşük	4,4	0,9	1,7
Orta	3,9	2,1	0,4
Yüksek	1,9	1,3	0,4
En Yüksek	1,2	0,7	1,0
Toplam	3,4	1,7	0,9

Tablo 27 ve Tablo 28’de beş yaş altı ölümünü etkileyen değişkenlere ilişkin gerçekleştirilen lojistik regresyon analizi sonuçları görülmektedir. 1993 dönemine ilişkin modelin açıklama (Nagelkerke R²) yüzdesi 0,059, 1998 için 0,036, 2003 için 0,047, 2008 için 0,073 ve 2013 için 0,054 olarak bulunmuştur. Modelin veriye uyumunu gösteren Hosmer-Lemeshow istatistiği incelendiğinde, beş modelde de modelin veriye uyum gösterdiği ($p \geq 0,05$) ve modellerde düzgün sınıflama yüzdesinin % 95’in üzerinde olduğu görülmektedir. Beş yaş altı ölüm oranının

dönemler itibariyle azalması ve bunun sonucunda gruplara düşen olgu sayısı azalması nedeniyle gruplar arasında istatistiksel olarak farklılaşmanın azaldığı ifade edilebilir.

Referans kategori kız çocuklara göre erkek çocuklarda beş yaş altı ölümü 1993'te 1,307 kat ve 2008'de 2,043 daha fazla olmakla birlikte, odds oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Anne eğitimi açısından karşılaştırma yapıldığında, referans kategori ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan annelere göre eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş annelerin çocuklarında beş yaş altı ölümünün 1993'te 5,349 kat, 1998'te 1,078 kat, 2003'te 1,743 kat, ve 2013'te 1,388 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Referans kategoriye göre ilkokul mezunu olan annelerin çocuklarında ise, beş yaş altı ölümü 1993'te 5,264 kat, 2008'de 1,095 kat ve 2013'te 1,293 kat daha fazladır.

2003 dönemi hariç, referans kategori Batı Bölgesine göre, diğer bölgeler beş yaş altı ölümü açısından dezavantajlıdır. Referans kategori Batı Bölgesine göre, Doğu Bölgesinde beş yaş altı ölümünün 1998'de 1,088 kat, 2008'de 4,549 kat ve 2013'de 1,416 kat daha fazla olduğu görülmektedir.

Kentsel yerleşim alanına göre kırsal yerleşim alanında beş yaş altı ölümünün 1993'te 1,455 kat, 1998'de 1,187 kat ve 2003'te 1,649 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Beş yaş altı ölümü üzerinde refah düzeyinin etkisi incelendiğinde, en yüksek refah düzeyinde yaşama beş yaş altı ölümünü engelleyici bir etki yaratmakta ve referans kategori en yüksek refah düzeyine göre, beş yaş altı ölümü en fazla oranda en düşük ve düşük refah düzeyinde yaşayanlarda görülmektedir. 2003'te düşük, 2008'de yüksek, 2013'te düşük, orta ve yüksek grupları dışında, diğer grupların odds oranları 1'in üzerindedir ve bu durum hane refahının beş yaş altı ölümü üzerinde etkili bir faktör olduğunu göstermektedir.

Tablo 27. Beş Yaş Altı Ölümünü Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-1998)

Değişkenler	1993				1998			
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR
Sabit	-6,110	0,816	<0,001	0,002	-5,158	0,173	<0,001	0,006
Cinsiyet¹								
Erkek	0,268	0,215	0,214	1,307	-0,114	0,247	0,644	0,892
Anne Eğitim²								
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	1,667	0,789	0,034	5,349	0,075	0,594	0,900	1,078
İlkokul	1,661	0,769	0,031	5,264	-0,092	0,548	0,867	0,912
Bölge³								
Güney	0,356	0,353	0,313	1,428	0,093	0,393	0,813	1,098
Orta	0,562	0,313	0,072	1,754	0,069	0,356	0,846	1,072
Kuzey	-0,031	0,439	0,945	0,970	-0,691	0,653	0,290	0,501
Doğu	-0,010	0,356	0,978	0,990	0,085	0,373	0,820	1,088
Yerleşim Yeri⁴								
Kır	0,375	0,234	0,110	1,455	0,171	0,282	0,544	1,187
Refah Düzeyi⁵								
En Düşük	0,968	0,491	0,049	2,631	1,741	0,762	0,022	5,701
Düşük	0,789	0,490	0,107	2,200	1,983	0,732	0,007	7,265
Orta	0,814	0,486	0,094	2,257	1,603	0,727	0,027	4,968
Yüksek	0,296	0,531	0,577	1,344	1,400	0,728	0,054	4,055
Nagelkerke R²: 0,059; Hosmer-Lemeshow: 10,473; p=0,233; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 96,6					Nagelkerke R²: 0,036; Hosmer-Lemeshow: 6,684; p=0,571; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 97,4			

Referans Kategorileri: ¹Kız, ²Ortaokul ve Üzeri, ³Batı, ⁴Kent, ⁵En Yüksek

Tablo 28. Beş Yaş Altı Ölümünü Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2003-2013)

Değişkenler	2003				2008				2013				
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR	
Sabit	-4,538	0,526	<0,001	0,011	-6,394	0,871	<0,001	0,002	-4,948	0,593	<0,001	0,007	
Cinsiyet ¹													
Erkek	-0,182	0,276	0,509	0,833	0,714	0,437	0,102	2,043	-0,263	0,416	0,527	0,769	
Anne Eğitim ²													
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	0,556	0,478	0,245	1,743	-0,023	0,711	0,974	0,977	0,328	0,696	0,637	1,388	
İlkokul	-0,286	0,414	0,490	0,751	0,091	0,571	0,874	1,095	0,257	0,522	0,623	1,293	
Bölge ³													
Güney	-0,118	0,433	0,786	0,889	1,721	0,729	0,018	5,588	0,870	0,659	0,187	2,388	
Orta	-0,333	0,414	0,421	0,717	0,994	0,757	0,189	2,703	1,195	0,590	0,043	3,304	
Kuzey	-0,792	0,748	0,290	0,453	1,258	0,993	0,205	3,520	-0,040	1,242	0,974	0,961	
Doğu	-0,481	0,397	0,226	0,618	1,515	0,728	0,037	4,549	0,348	0,692	0,615	1,416	
Yerleşim Yeri ⁴													
Kır	0,500	0,307	0,103	1,649	-0,406	0,516	0,432	0,666	-0,112	0,591	0,850	0,894	
Refah Düzeyi ⁵													
En Düşük	0,986	0,623	0,113	2,679	0,574	0,936	0,540	1,775	-0,424	0,866	0,624	0,654	
Düşük	-0,017	0,680	0,980	0,983	0,362	0,851	0,670	1,436	0,310	0,652	0,634	1,364	
Orta	0,909	0,589	0,122	2,483	0,539	0,798	0,500	1,714	-1,231	0,865	0,155	0,292	
Yüksek	0,507	0,596	0,394	1,661	-2,153	1,802	0,232	0,116	-1,054	0,844	0,212	0,349	
Negalkerke R ² : 0,047; Hosmer-Lemeshow: 6,164; p=0,629; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 98,3					Negalkerke R ² : 0,073; Hosmer-Lemeshow: 9,466; p=0,304; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 99,1					Negalkerke R ² : 0,054; Hosmer-Lemeshow: 7,457; p=0,488; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 99,1			

Referans Kategorileri: ¹Kız, ²Ortaokul ve Üzeri, ³Batı, ⁴Kent, ⁵En Yüksek

Tablo 29’da 1993-1998-2003-2008-2013 veri setleri birleştirilerek beş yaş altı ölümünü etkileyen değişkenlere ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Birinci modelde yoksulluğun (hane refahının), ikinci modelde yoksulluğun ve SDP/Aile Hekimliğinin, üçüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-demografik faktörlerin, dördüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-ekonomik faktörlerin ve beşinci modelde tüm değişkenlerin beş yaş altı ölümü üzerindeki etkisi analize dâhil edilmiştir.

Tablo 29. Beş Yaş Altı Ölümünü Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri)

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Refah Düzeyi					
En Düşük	3,671*	3,652*	2,793*	2,959*	2,311*
Düşük	2,963*	3,023*	2,443*	2,602*	2,132*
Orta	2,517*	2,552*	2,166*	2,345*	2,010*
Yüksek	1,456*	1,432	1,305	1,389*	1,273
En Yüksek	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
SDP ve Aile Hekimliği					
SDP ve AH Uygulamada Değil	MD	2,886*	2,635*	2,735*	2,475*
SDP Uygulamada	MD	0,976	0,936	0,952	0,912
SDP ve AH Uygulamada	MD	1,000	1,000	1,000	1,000
Cinsiyet					
Erkek	MD	MD	1,076	MD	1,078
Kız	MD	MD	1,000	MD	1,000
Anne Eğitim					
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	MD	MD	1,697**	MD	1,773*
İlkokul	MD	MD	1,351	MD	1,330
Ortaokul ve Üzeri	MD	MD	1,000	MD	1,000
Bölge					
Batı	MD	MD	MD	1,000	1,000
Güney	MD	MD	MD	1,460**	1,444
Orta	MD	MD	MD	1,406**	1,424**
Kuzey	MD	MD	MD	0,866	0,861
Doğu	MD	MD	MD	1,162	1,039
Yerleşim Yeri					
Kent	MD	MD	MD	1,000	1,000
Kır	MD	MD	MD	1,325**	1,319*
Nagelkerke R²	0,019	0,042	0,044	0,047	0,049

*p<0.01; **p<0.05, MD: Modelde Değil

Tablo 29 incelendiğinde modele dâhil edilen değişken sayısı arttıkça yoksulluğa ilişkin odds oranlarının düştüğü ancak etkisinin beş modelde de istatistiksel olarak anlamlı şekilde devam ettiği görülmektedir. Model 5 (full model) incelendiğinde hane refahı arttıkça beş yaş altı ölümünün azaldığı görülmektedir. SDP ve Aile Hekimliğinin etkisinin görüldüğü 2008-2013 dönemlerinde beş yaş altı ölümü, SDP ve Aile Hekimliğinin uygulanmadığı 1993-1998-2003 dönemlerine göre 2,475 kat daha yüksektir. Cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Anne eğitim düzeyiyle beş yaş altı ölümü ters ilişkilidir ve Güney ve Orta Bölgeler’de ve kırsal yerleşim alanında yaşayanlarda beş yaş altı ölümü daha yüksektir.

6.3.4. Çocukların Doğum Büyüklüğünü Etkileyen Faktörler

Bebeğin yeterli (2500 gram ve üzeri) ağırlıkta doğması ilerleyen yaşamı için önem arz etmektedir. 1998, 2003, 2008 ve 2013 TNSA’larda annelerin çocuğun doğumdaki büyüklüğüne ilişkin algıları sorulmuştur. Tablo 30’da annelerin ifadelerine göre küçük doğum büyüklüğü (ortalamadan küçük) ile doğan çocukların temel özelliklere göre dağılımı verilmektedir.

Tablo incelendiğinde, küçük doğum büyüklüğünün en az doğumda anne yaşının 20-34 yaş aralığında ortaya çıktığı, 20 yaş ve altı, 35-49 yaşları arasında küçük doğum büyüklüğünün arttığı görülmektedir. Küçük doğum büyüklüğünün en az 2-3. doğumda ortaya çıktığı saptanmıştır. Doğum öncesi bakım alma, küçük doğum büyüklüğünü azaltıcı bir etki yaratmakta ve küçük doğum büyüklüğü ile doğma, beş araştırma döneminde de doğum öncesi bakım almayan kadınlarda daha fazladır.

Annenin eğitim düzeyi düzeyi arttıkça küçük doğum büyüklüğü azalmaktadır. Buna göre küçük doğum büyüklüğü en fazla eğitimi olmayan ya da ilkökul bitirmemiş annelerin çocuklarında, en az ise ortaokul ve üzeri eğitime sahip olan annelerin çocuklarında ortaya çıkmaktadır.

Küçük doğum büyüklüğü en fazla Doğu Bölgesi’nde en az ise Batı ve Kuzey Bölgeleri’nde görülmektedir. Ayrıca, küçük doğum büyüklüğü aradaki fark azalmakla birlikte 4 araştırma döneminde de kırsal yerleşim alanında daha yüksektir.

Hane refah düzeyi arttıkça küçük doğum büyüklüğü azalmaktadır. Küçük doğum büyüklüğü sorunu en yüksek oranda en düşük hane refah seviyesinde iken, en az oranda en yüksek refah düzeyindedir.

Tablo 30. Çocukların Küçük Doğum Büyüklüğünün Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-2013)

Değişkenler	1998		2003		2008		2013	
	Çocuk Sayısı	Küçük Doğum Büyüklüğü Oranı	Çocuk Sayısı	Küçük Doğum Büyüklüğü Oranı	Çocuk Sayısı	Küçük Doğum Büyüklüğü Oranı	Çocuk Sayısı	Küçük Doğum Büyüklüğü Oranı
Anne Doğumdaki Yaş								
<20	261	34,9	256	33,2	175	24,0	117	31,9
20-34	2075	24,1	2546	26,2	2290	24,1	2170	21,1
35-49	257	23,3	344	34,3	295	28,1	372	21,8
Doğum Sırası								
1	808	30,4	996	30,6	893	24,0	776	22,6
2-3	1198	20,8	1457	22,4	1338	22,9	1470	19,7
4+	587	26,6	693	34,8	530	29,5	412	26,9
DÖB								
Almış	1862	21,6	2549	25,6	2544	23,4	2557	21,5
Almamış	730	33,8	595	37,0	215	36,7	99	24,5
Anne Eğitim								
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	615	33,1	693	38,0	538	32,7	440	31,3
İlkokul	1620	24,0	1651	26,9	1363	24,9	950	22,0
Ortaokul ve Üzeri	358	16,7	802	20,4	860	18,7	1268	18,1
Bölge								
Batı	850	21,2	1116	20,5	1004	20,8	1023	18,4
Güney	375	22,4	423	30,3	352	23,3	370	25,1
Orta	600	23,3	663	27,9	623	22,8	493	20,5
Kuzey	201	18,5	192	30,2	165	20,0	162	18,5
Doğu	568	37,0	752	36,0	616	34,3	611	26,9
Yerleşim Yeri								
Kent	1694	21,7	2159	25,0	2043	23,2	2145	20,8
Kır	899	31,5	987	33,7	718	28,4	513	25,3
Refah Düzeyi								
En Düşük	511	33,1	655	42,5	569	31,8	504	32,6
Düşük	561	29,5	653	29,1	635	28,8	577	21,5
Orta	551	25,7	614	26,5	596	20,5	564	19,1
Yüksek	496	19,8	675	18,4	497	20,7	506	16,0
En Yüksek	473	16,2	549	21,1	463	18,8	508	19,3
Toplam	2593	25,1	3146	27,7	2760	24,5	2659	21,6

Tablo 31’de 1998-2003-2013 dönemlerine ilişkin çocukların küçük doğum büyüklüğünün dağılımı görülmektedir. 1998 çalışmasında % 25,1 olan küçük doğum büyüklüğü oranının, 2003’te % 27,7’ye yükseldiği, 2013 döneminde ise % 21,6’ya düştüğü görülmektedir. 2013 dönemi itibariyle, küçük doğum büyüklüğü oranında ilerleme kaydedildiği görülmekle birlikte anne eğitimi, bölge, yerleşim yeri ve refah düzeyi açısından farklılıklar ve eşitsizlikler söz konusudur.

Tablo 31. Çocukların Küçük Doğum Büyüklüğünün Temel Özelliklere Göre Dağılımındaki Değişim (1998-2003-2013)

Değişkenler	1998	2003	2013
Anne Doğumdaki Yaş			
<20	34,9	33,2	31,9
20-34	24,1	26,2	21,1
35-49	23,3	34,3	21,8
Doğum Sırası			
1	30,4	30,6	22,6
2-3	20,8	22,4	19,7
4+	26,6	34,8	26,9
DÖB			
Almış	21,6	25,6	21,5
Almamış	33,8	37,0	24,5
Anne Eğitim			
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	33,1	38,0	31,3
İlkokul	24,0	26,9	22,0
Ortaokul ve Üzeri	16,7	20,4	18,1
Bölge			
Batı	21,2	20,5	18,4
Güney	22,4	30,3	25,1
Orta	23,3	27,9	20,5
Kuzey	18,5	30,2	18,5
Doğu	37,0	36,0	26,9
Yerleşim Yeri			
Kent	21,7	25,0	20,8
Kır	31,5	33,7	25,3
Refah Düzeyi			
En Düşük	33,1	42,5	32,6
Düşük	29,5	29,1	21,5
Orta	25,7	26,5	19,1
Yüksek	19,8	18,4	16,0
En Yüksek	16,2	21,1	19,3
Toplam	25,1	27,7	21,6

Tablo 32 ve Tablo 33’te beş yaş altındaki çocukların küçük doğum büyüklüğünü etkileyen değişkenlere ilişkin yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Lojistik regresyon modellerinin yeterliği ve uyum iyiliği incelendiğinde, 1998 ve 2003 dönemlerine ilişkin modelin açıklama (Nagelkerke R²) yüzdesi 0,080; 2008 için 0,040 ve 2013 için 0,041’dir. Modelin veriye uyumunu gösteren Hosmer-Lemeshow istatistiğine göre dört modelde de modelin veriye uyum göstermekte ($p \geq 0,05$) ve modellerde doğru sınıflandırma yüzdesi % 70 ve üzerindedir.

Doğumda anne yaşının 2013 araştırmasında anlamlı olduğu görülmekte, referans kategori 35-49 yaşa göre, 20 yaşın altında anne olan kadınların çocuklarında 1,666 kat ve 20-34 yaş aralığında anne olan kadınların çocuklarında 1,023 kat küçük doğum büyüklüğü daha fazla görülmektedir. Doğum sırası arttıkça küçük doğum büyüklüğü sorunu azalmaktadır. Bu bulgunun 1998-2003 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. 1998 araştırmasında referans kategori ilk doğumda küçük doğum büyüklüğü 2-3. doğuma göre 1,788 kat (1/0,559), dört ve üzeri doğuma göre 1,930 kat (1/0,518) fazladır. 2003 araştırmasında ilk doğumda sırasıyla 1,769 kat (1/0,565) ve 1,589 kat (1/0,629) daha fazladır. Doğum öncesi bakım almayan kadınların çocuklarında küçük doğum büyüklüğü daha fazla görülmektedir. Referans kategori doğum öncesi bakım almaya göre, doğum öncesi bakım almayan kadınların çocuklarında küçük doğum büyüklüğü 1998'de 1,724 kat, 2003'te 1,002 kat, 2008'de 1,742 kat ve 2013'te 1,105 kat daha fazladır.

Ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olan annelerin çocuklarında küçük doğum büyüklüğü sorunu daha az ortaya çıkmaktadır. Ortaokul ve üzerinde eğitimi olan anneler referans alındığında eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş annelerin çocuklarında 1998'te 1,535 kat, 2003'te 1,511 kat, 2008'de 1,481 kat ve 2013'te 1,708 kat daha fazla küçük doğum büyüklüğü ortaya çıkmış ve bu değerler istatistiksel olarak anlamlıdır. Referans kategoriye göre ilkokul mezunu olan annelerin çocuklarında küçük doğum büyüklüğü, 1998'de 1,211 kat, 2003'te 1,305 kat, 2008'de 1,337 kat ve 2013'te 1,304 kat daha fazla olduğu saptanmış ve odds oranları 1998 dönemi dışında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çocuklardaki küçük doğum büyüklüğünü etkileyen bölge değişkeni incelendiğinde, Doğu Bölgesi en dezavantajlı konumdadır. Batı Bölgesi referans alındığında, Doğu Bölgesinde küçük doğum büyüklüğünün 1998'de 1,619, 2003'te 1,660, 2008'de 1,536 ve 2013'te 1,176 kat daha fazladır. Diğer bölgeler incelendiğinde, çoğunlukla referans kategori olan Batı Bölgesine göre daha fazla risk altında oldukları söylenebilir. Kırsal yerleşim alanında yaşamayan çocuklarda küçük doğum büyüklüğü açısından dezavantaj yarattığı söylenebilir. Kentsel yerleşim alanında yaşayan çocuklara göre kırsal alanda yaşayan çocuklarda 1998'de 1,296 kat, 2003'te 1,051 kat, 2013'te 1,449 kat daha fazla küçük doğum büyüklüğü görüldüğü belirlenmiştir. Refah düzeyi açısından incelendiğinde, en düşük refah düzeyinde yaşayanlar en dezavantajlı konumdadır. Referans kategori en yüksek refah düzeyindeki hanelere göre en düşük refah düzeyinde yaşayan hanelerin çocuklarında 1998'de 1,495 kat, 2003'te 1,979 kat, 2008'de 1,318 kat ve 2013'te 1,508 kat daha fazla küçük doğum büyüklüğü ortaya çıkmış ve odds oranlarının tamamı istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 32. Çocukların Doğum Büyüklüğünü Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1998-2003)

Değişkenler	1998				2003			
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR
Sabit	-1,029	0,248	<0,001	0,357	-1,041	0,224	<0,001	0,353
Doğumda Anne Yaşı¹								
<20	-0,138	0,156	0,378	0,871	0,269	0,204	0,186	1,309
20-34	-0,357	0,230	0,122	0,700	-0,031	0,153	0,838	0,969
Doğum Sırası²								
2-3	-0,581	0,115	<0,001	0,559	-0,571	0,103	<0,001	0,565
4+	-0,658	0,159	<0,001	0,518	-0,463	0,141	<0,001	0,629
DÖB³								
Almamış	0,322	0,117	0,006	1,724	0,042	0,116	0,716	1,002
Anne Eğitim⁴								
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	0,429	0,213	0,044	1,535	0,413	0,161	0,010	1,511
İlkokul	0,192	0,177	0,278	1,211	0,266	0,119	0,026	1,305
Bölge⁵								
Güney	-0,097	0,157	0,537	0,908	0,417	0,133	0,002	1,517
Orta	0,001	0,134	0,997	1,000	0,351	0,118	0,003	1,421
Kuzey	-0,342	0,209	0,101	0,710	0,503	0,182	0,006	1,654
Doğu	0,482	0,142	<0,001	1,619	0,507	0,121	<0,001	1,660
Yerleşim Yeri⁶								
Kır	0,259	0,111	0,020	1,296	0,049	0,095	0,604	1,051
Refah Düzeyi⁷								
En Düşük	0,402	0,202	0,046	1,495	0,683	0,163	<0,001	1,979
Düşük	0,435	0,186	0,019	1,545	0,193	0,154	0,209	1,213
Orta	0,407	0,177	0,021	1,502	0,155	0,151	0,304	1,167
Yüksek	0,124	0,180	0,489	1,132	-0,255	0,150	0,088	0,775
Nagelkerke R²: 0,080; Hosmer-Lemeshow: 9,165; p=0,329; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 75,4					Nagelkerke R²: 0,080; Hosmer-Lemeshow: 7,381; p=0,496; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 72,3			

Referans Kategorileri: ¹35-49 yaş, ²İlk Doğum, ³DÖB Almış, ⁴Ortaokul ve Üzeri, ⁵Batı, ⁶Kent, ⁷En Yüksek

Tablo 33. Çocukların Doğum Büyüklüğünü Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2008-2013)

Değişkenler	2008				2013			
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR
Sabit	-1,028	0,261	<0,001	0,358	-1,674	0,320	<0,001	0,187
Doğumda Anne Yaşı¹								
<20	-0,278	0,242	0,251	0,757	0,510	0,258	0,048	1,666
20-34	-0,164	0,148	0,269	0,849	0,023	0,145	0,875	1,023
Doğum Sırası²								
2-3	-0,212	0,110	0,053	0,809	-0,064	0,147	0,661	0,938
4+	-0,252	0,151	0,095	0,777	0,147	0,171	0,389	1,158
DÖB³								
Almamış	0,298	0,163	0,048	1,742	0,100	0,248	0,686	1,105
Anne Eğitim⁴								
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	0,393	0,166	0,018	1,481	0,536	0,163	<0,001	1,708
İlkokul	0,290	0,125	0,020	1,337	0,265	0,126	0,035	1,304
Bölge⁵								
Güney	0,041	0,154	0,792	1,042	0,277	0,152	0,068	1,320
Orta	0,122	0,127	0,336	1,130	0,120	0,142	0,395	1,128
Kuzey	-0,104	0,215	0,628	0,901	0,009	0,227	0,967	1,010
Doğu	0,429	0,134	<0,001	1,536	0,162	0,143	0,257	1,176
Yerleşim Yeri⁶								
Kır	-0,028	0,121	0,818	0,972	-0,175	0,143	0,221	0,839
Refah Düzeyi⁷								
En Düşük	0,276	0,207	0,183	1,318	0,411	0,204	0,044	1,508
Düşük	0,301	0,176	0,086	1,351	-0,126	0,176	0,477	0,882
Orta	-0,063	0,170	0,711	0,939	-0,175	0,166	0,293	0,840
Yüksek	0,004	0,169	0,982	1,004	-0,317	0,169	0,062	0,728
Nagelkerke R²: 0,040; Hosmer-Lemeshow: 8,356; p=0,3999; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 75,5					Nagelkerke R²: 0,041; Hosmer-Lemeshow:2,449; p=0,964; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 78,3			

Referans Kategorileri: ¹35-49 yaş, ²İlk Doğum, ³DÖB Almış, ⁴Ortaokul ve Üzeri, ⁵Batı, ⁶Kent, ⁷En Yüksek

Tablo 34'te 1998-2003-2008-2013 veri setleri birleştirilerek çocukların ortalamadan küçük doğum büyüklüğünü etkileyen değişkenlere ilişkin oluşturulan beş modele ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Birinci modelde yoksulluğun (hane refahının), ikinci modelde yoksulluğun ve SDP/Aile Hekimliğinin, üçüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-demografik faktörlerin, dördüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-ekonomik faktörlerin ve beşinci modelde tüm değişkenlerin küçük doğum büyüklüğü üzerindeki etkisi analize dâhil edilmiştir.

Tablo 34. Çocukların Küçük Doğum Büyüklüğünü Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri)

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Refah Düzeyi					
En Düşük	2,346*	2,338*	1,829*	1,925*	1,546*
Düşük	1,607*	1,607*	1,344*	1,448*	1,221*
Orta	1,277*	1,278*	1,120	1,227*	1,081
Yüksek	0,982	0,976	0,901	0,954	0,882
En Yüksek	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
SDP ve Aile Hekimliği					
SDP ve AH Uygulamada Değil	MD	1,304*	1,183*	1,298*	1,137**
SDP Uygulamada	MD	1,152**	1,089	1,155**	1,085
SDP ve AH Uygulamada	MD	1,000	1,000	1,000	1,000
Anne Doğumdaki Yaş					
<20	MD	MD	1,065	MD	1,039
20-34	MD	MD	0,922	MD	0,914
35-49	MD	MD	1,000	MD	1,000
Doğum Sırası					
İlk Doğum	MD	MD	1,000	MD	1,000
2-3	MD	MD	1,333*	MD	1,451*
4+	MD	MD	0,919	MD	0,979
DÖB					
Almış	MD	MD	MD	MD	1,000
Almamış	MD	MD	MD	MD	1,528**
Anne Eğitim					
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	MD	MD	1,709*	MD	1,556*
İlkokul	MD	MD	1,284*	MD	1,303*
Ortaokul ve Üzeri	MD	MD	1,000	MD	1,000
Bölge					
Batı	MD	MD	MD	1,000	1,000
Güney	MD	MD	MD	1,151**	1,185**
Orta	MD	MD	MD	1,129**	1,162**
Kuzey	MD	MD	MD	0,971	1,018
Doğu	MD	MD	MD	1,545*	1,483*
Yerleşim Yeri					
Kent	MD	MD	MD	1,000	1,000
Kır	MD	MD	MD	1,050	1,035
Nagelkerke R²	0,029	0,032	0,045	0,042	0,051

*p<0.01; **p<0.05, MD: Modelde Değil

Tablo 34 incelendiğinde modele dâhil edilen değişken sayısı arttıkça yoksulluğa ilişkin odds oranlarının düştüğü ancak etkisinin beş modelde de istatistiksel olarak anlamlı şekilde devam ettiği görülmektedir. Model 5 (full model) incelendiğinde hane refahı arttıkça küçük doğum büyüklüğü sorununun azaldığı görülmektedir. SDP ve Aile Hekimliğinin etkisinin görüldüğü 2008-2013 dönemlerinde küçük doğum büyüklüğü, SDP ve Aile Hekimliğinin uygulanmadığı 1993-1998-2003 dönemlerine göre 1,137 kat daha yüksektir. Annenin doğumdaki yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı, ilk doğumda daha yüksek olduğu, anne eğitim düzeyiyle çocuğun ortalamadan küçük doğum büyüklüğünün ters ilişkili olduğu görülmektedir. Batı dışında diğer 4 bölgede ve kırsal yerleşim alanlarında yaşayanlarda çocuğun ortalamadan küçük doğum büyüklüğünün daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

6.4. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Çalışmanın bu kısmında yoksulluğun, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin seçilen sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, doğum öncesi bakım alma ve doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi üzerindeki etkisi incelenmektedir.

6.4.1. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler

Gebeliği önleyici yöntemler modern ve geleneksel yöntemler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Modern yöntemler; kadının tüplerinin bağlanması, erkeğin kanallarının bağlanması, hap, rahim içi araç, enjeksiyon, deri altı implantları, kondom, kadın kondomu, diyafram ve acil korunma hapını; geleneksel yöntemler ise, tehlikesiz günler ve geri çekmeyi içermektedir (U.S. Agency, 2014; TNSA, 2013). Modern yöntemlerin, sağlık hizmeti kullanımını gerektirmesi nedeniyle çalışmada modern gebeliği önleyici yöntem kullanımı incelenmiştir.

Tablo 35'te gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının çeşitli değişkenlere göre dağılımı verilmektedir. Araştırma tarihlerinde yöntem kullanım yaygınlıkları 1993'te % 34,5, 1998'de % 37,7, 2003'te % 42,5, 2008'de % 46,0 ve 2013'te % 47,4'tür.

Yöntem kullanımının temel özelliklere göre dağılımı incelendiğinde, yöntem kullanımının en düşük olduğu yaş grubu 15-19 ve en yüksek olduğu yaş grubunun ise 30-39 olduğu görülmektedir. Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, dönemler itibariyle tüm yaş gruplarında artış göstermektedir.

Yöntem kullanım yaygınlığı en az eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınlarda, en fazla ise ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlardadır. Tüm eğitim kategorilerinde yöntem kullanımı artmakta ve eğitim düzeyleri arasında modern yöntem kullanımındaki fark azalmaktadır.

Çalışan kadınlarda yöntem kullanım oranı daha yüksek olmakla birlikte, oranlar birbirine yakındır. 1993'te her iki grup için de % 34 civarında olan yöntem kullanım oranı, 2013'te çalışan kadınlarda % 50,9 ve çalışmayan kadınlarda ise % 45,6'dır.

Yöntem kullanımı, çocuk sayısı arttıkça yöntem kullanımı artmaktadır. Yöntem kullanımı en az çocuk sahibi olmayan kadınlarda görülmektedir. 2013 döneminde çocuğu olmayanların kadınların % 15'i yöntem kullanırken, 1 ve daha fazla çocuğu olan kadınlarda bu oran % 50 ve üzerine çıkmaktadır.

Kadınların eşlerin eğitim düzeyi arttıkça yöntem kullanımı artmaktadır. Yöntem kullanımının en yüksek oranda olduğu grup, eşleri ortaokul ve üzeri eğitimi olan; en düşük oranda olduğu grup ise, eşleri eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınlardır.

Beş coğrafi bölge arasında yöntem kullanımının en düşük olduğu bölge Doğu, en yüksek olduğu bölgeler ise Orta ve Batı'dır. Doğu Bölgesi, beş çalışma döneminde de en düşük kullanım oranına sahip olmasına rağmen, 1993'te % 26,3 olan yöntem kullanım oranı 2013 döneminde % 39,2'ye yükselmiştir. 2013 çalışmasında Batı, Orta ve Güney Bölgelerinde kullanım % 50 ve üzerindedir.

Yöntem kullanımının yerleşim yeri açısından dağılımına bakıldığında, kentsel yerleşim alanlarında yaşayan kadınlarda yöntem kullanım oranı daha yüksektir. 1993'te kentsel yerleşim alanlarında yaşayan kadınların % 38,9'u, kırsal yerleşim alanlarında yaşayan kadınların ise % 26,8'i gebeliği önleyici modern yöntem kullanırken; 2013'te bu oranlar sırasıyla % 49,3 ve % 40,0'a yükselmiştir.

Yöntem kullanımı sağlık sigortası olan kadınlarda daha yüksektir. Beş araştırma döneminde de yöntem kullanımı sigortalı olanlarda daha yüksek olmakla birlikte 1993'te % 12 civarında olan gruplar arasındaki fark 2013'te % 5'in altına düşmüştür.

Yöntem kullanım yaygınlığı en az en düşük refah düzeyinde yaşayan kadınlarda, en fazla ise en yüksek refah düzeyinde yaşayan kadınlardadır. 2013 çalışmasında en düşük refah düzeyinde yaşayan kadınların % 38,2'si, en yüksek refah düzeyinde yaşayan kadınlar ise % 54,5'inin yöntem kullandığı saptanmıştır.

Tablo 35. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımının Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-2013)

Değişkenler	1993		1998		2003		2008		2013	
	Kadın Sayısı	Yöntem Kullanım Oranı	Kadın Sayısı	Yöntem Kullanım Oranı	Kadın Sayısı	Yöntem Kullanım Oranı	Kadın Sayısı	Yöntem Kullanım Oranı	Kadın Sayısı	Yöntem Kullanım Oranı
Yaş										
15-19	329	9,4	262	15,6	237	16,9	180	17,8	111	18,0
20-29	2216	35,5	2121	37,9	2454	40,6	2134	43,4	1784	39,3
30-39	2280	43,7	2104	47,0	2756	51,4	2588	54,3	2745	55,7
40-49	1446	24,3	1434	28,0	2224	36,2	2098	40,8	2014	45,1
Eğitim										
Eğt. Yok/ İlk. Bitirmemiş	2102	25,6	1546	27,9	1664	29,9	1274	35,3	1019	36,4
İlkokul	3227	35,9	3570	38,6	4158	43,4	3671	46,8	2956	48,7
Ortaokul ve Üzeri	942	49,7	804	52,7	1850	51,8	2054	51,1	2680	50,3
Çalışma Durumu										
Çalışıyor	2092	34,6	1876	39,0	2004	46,6	1418	48,3	1226	50,9
Çalışmıyor	4170	34,5	4038	37,2	5666	41,0	2775	45,2	2724	45,6
Yaşayan Çocuk										
0	595	2,9	613	9,2	680	8,5	636	15,3	645	15,3
1-2	2847	40,3	2933	43,1	4006	46,8	3836	49,0	3801	47,6
3-4	1889	37,9	1668	42,8	2227	46,9	1938	50,2	1743	57,8
5+	940	30,2	706	28,3	759	36,8	589	45,8	466	51,5
Eş Eğitim										
Eğt. Yok/ İlk. Bitirmemiş	677	22,3	546	19,2	561	25,8	339	35,3	330	33,1
İlkokul	4343	33,7	4742	37,8	4867	41,4	3422	44,2	3812	45,5
Ortaokul ve Üzeri	1249	44,0	618	54,0	2236	49,1	3212	49,1	2501	52,4
Bölge										
Batı	2207	37,3	2261	40,5	3106	45,7	3049	48,2	2864	47,0
Güney	963	36,8	851	35,1	981	44,8	849	45,8	856	47,8
Orta	1472	36,5	1426	42,8	1770	46,6	1542	48,8	1391	56,3
Kuzey	589	29,7	474	35,2	561	32,4	455	41,4	445	42,2
Doğu	1039	26,3	909	26,7	1253	31,4	1105	37,8	1100	39,2
Yerleşim Yeri										
Kent	4005	38,9	3978	40,8	5437	45,8	5284	47,8	5341	49,3
Kır	2265	26,8	1943	31,4	2235	34,4	1716	40,3	1314	40,0
Sağlık Sigortası										
Var	3533	39,9	3329	42,6	5069	44,6	5888	46,7	5935	48,0
Yok	2629	27,8	2541	31,5	2588	38,3	1097	42,0	718	43,2
Refah Düzeyi										
En Düşük	1065	21,3	936	24,7	1188	30,0	1094	38,0	1038	38,2
Düşük	1166	28,2	1117	31,4	1390	37,6	1366	40,9	1299	42,2
Orta	1220	34,9	1210	37,9	1546	40,7	1475	47,0	1366	47,2
Yüksek	1390	38,9	1299	40,7	1752	46,5	1512	46,9	1433	51,7
En Yüksek	1430	44,8	1359	49,0	1796	52,1	1553	54,3	1519	54,5
Toplam	6271	34,5	5921	37,7	7672	42,5	6999	46,0	6655	47,4

Tablo 36’da gebeliği önleyici modern yöntem kullanımındaki değişim verilmektedir. Yöntem kullanımının, 1993’te % 34,5 iken SDP’nin başladığı 2003 döneminde % 42,5’e yükseldiği ve SDP’nin 10. yılına denk gelen 2013 döneminde % 47,4’e yükseldiği görülmektedir. Yöntem kullanım yaygınlığı artmakla birlikte eğitim, bölge, yerleşim yeri, sağlık sigortası ve refah düzeyi gibi değişkenlerde eşitsizlikler bulunmaktadır.

Tablo 36. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımının Temel Özelliklere Göre Dağılımında Değişim (1993-2003-2013)

Değişkenler	1993	2003	2013
Yaş			
15-19	9,4	16,9	18,0
20-29	35,5	40,6	39,3
30-39	43,7	51,4	55,7
40-49	24,3	36,2	45,1
Eğitim			
Eğt. Yok/ İlk. Bitirmemiş	25,6	29,9	36,4
İlkokul	35,9	43,4	48,7
Ortaokul ve Üzeri	49,7	51,8	50,3
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	34,6	46,6	50,9
Çalışmıyor	34,5	41,0	45,6
Yaşayan Çocuk			
0	2,9	8,5	15,3
1-2	40,3	46,8	47,6
3-4	37,9	46,9	57,8
5+	30,2	36,8	51,5
Eş Eğitim			
Eğt. Yok/ İlk. Bitirmemiş	22,3	25,8	33,1
İlkokul	33,7	41,4	45,5
Ortaokul ve Üzeri	44,0	49,1	52,4
Bölge			
Batı	37,3	45,7	47,0
Güney	36,8	44,8	47,8
Orta	36,5	46,6	56,3
Kuzey	29,7	32,4	42,2
Doğu	26,3	31,4	39,2
Yerleşim Yeri			
Kent	38,9	45,8	49,3
Kır	26,8	34,4	40,0
Sağlık Sigortası			
Var	39,9	44,6	48,0
Yok	27,8	38,3	43,2
Refah Düzeyi			
En Düşük	21,3	30,0	38,2
Düşük	28,2	37,6	42,2
Orta	34,9	40,7	47,2
Yüksek	38,9	46,5	51,7
En Yüksek	44,8	52,1	54,5
Toplam	34,5	42,5	47,4

Tablo 37 ve Tablo 38’de gebeliği önleyici modern yöntem kullanımını etkileyen değişkenlere ilişkin yürütülen lojistik regresyon analizi sonuçları görülmektedir. 1993 dönemine ilişkin modelin açıklama (Nagelkerke R^2) yüzdesi 0,184, 1998 için 0,169, 2003 için 0,168, 2008 için 0,116 ve 2013 için 0,150’dir. Modelin veriye uyumunu gösteren Hosmer-Lemeshow istatistiği incelendiğinde, beş modelde de modelin veriye uyum gösterdiği ($p \geq 0,05$) ve modellerde düzgün sınıflama yüzdesinin % 60’ın üzerinde olduğu görülmektedir.

Referans kategori 15-19 yaş grubuna göre, 20-29 ve 30-39 yaş grupları istatistiksel olarak farklılaşmaktadır. Referans kategoriye göre (15-19 yaş grubu) yöntem kullanımı, 20-29 yaş grubundakilerde 1993’te 2,323 kat, 1998’de 1,627 kat, 2003’te 1,611 kat, 2008’de 1,851 kat ve 2013’te 1,919 kat daha fazladır. Referans kategoriye göre 30-39 yaş grubunda yer alan kadınlarda yöntem kullanımı, 1993’te 2,504 kat, 1998’de 1,654 kat, 2003’te 1,861 kat, 2008’de 2,089 kat ve 2013’te 2,429 kat daha fazladır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, 40-49 yaş grubundaki kadınlarda yöntem kullanımı referans kategoriye göre, 1993’te 1,019 kat, 2008’de 1,131 kat ve 2013’te 1,483 kat daha fazladır.

Eğitim düzeyi yöntem kullanımını etkilemektedir. Eğitimi olmayan ya da ilkökul bitirmemiş kadınlara göre, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olan kadınlarda beş araştırmada da, ilkökul mezunu kadınlarda ise 1998 çalışması dışında dört araştırmada da istatistiksel olarak anlamlı şekilde yöntem kullanımının daha fazla olduğu görülmektedir. Referans kategoriye göre yöntem kullanımı, ilkökul mezunu kadınlarda 1993’te 1,400 kat, 1998’de 1,135 kat, 2003’te 1,436 kat, 2008’de 1,521 kat ve 2013’te 1,503 kat; ortaokul ve üzeri eğitimi düzeyindeki kadınlarda ise 1993’te 2,156 kat, 1998’de 1,811 kat, 2003’te 1,919 kat, 2008’de 2,048 kat ve 2013’te 1,876 kat daha fazladır.

Çalışan kadınlarda yöntem kullanımı daha fazla olup, 1998 araştırması dışında bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışmayan kadınlara göre çalışan kadınlarda yöntem kullanımı 1993’te 1,207 kat, 1998’de 1,133 kat, 2003’te 1,451 kat, 2008’de 1,255 kat ve 2013’te 1,297 kat daha fazladır.

Yaşayan çocuk sayısı arttıkça yöntem kullanımı artmaktadır. Referans kategoriye göre diğer gruplar için hesaplanan odds oranları beş araştırma döneminde de istatistiksel olarak anlamlıdır. Referans kategori çocuğu olmayan kadınlara göre 1-2 çocuğu olan kadınların yöntem kullanımı, 1993’te 20,066 kat, 1998’de 8,343 kat, 2003’te 10,051 kat, 2008’de 5,804 kat, 2013’te 5,537 kat daha fazladır. Referans kategoriye göre, 3-4 çocuğu olan kadınlarda yöntem kullanımı 1993’te 25,521 kat, 1998’de 12,495 kat, 2003’te 14,866 kat, 2008’de 8,572 kat, 2013’te 11,412 kat daha

fazladır ve 5 ve daha fazla çocuğu olan kadınlarda ise kullanım 1993'te 30,910 kat, 1998'de 11,828 kat, 2003'te 17,127 kat, 2008'de 11,520 kat ve 2013'te 15,672 kat daha yüksektir.

Eşlerin eğitim düzeyi arttıkça yöntem kullanımı artmaktadır. Referans kategori eşi eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmeyen kadınlara göre, eşleri ilkokul ya da ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan kadınlarda yöntem kullanımı daha fazla olup, odds oranları 1'in üzerindedir.

Gebeliği önleyici yöntem kullanımını etkileyen bir diğer faktör yaşanan bölgedir. Referans kategori Doğu Bölgesi'ne göre diğer 4 bölgede yöntem kullanımı daha fazla olup, Kuzey Bölgesi dışında bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Doğu Bölgesi'nde yaşamının yöntem kullanımını sınırlayıcı bir faktör olduğu söylenebilir.

Yöntem kullanımı kentsel yaşayan kadınlarda daha fazladır. 1998 ve 2008 çalışmalarında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kırsal yerleşim yerlerine göre kentlerde yaşayan kadınlarda 1993'te 1,310 kat, 1998'de 1,132 kat, 2003'te 1,404 kat, 2008'de 1,121 kat ve 2013'te 1,183 kat daha fazladır.

Sağlık sigortası olmayanlara göre, sağlık güvencesi kapsamında olanlarda yöntem kullanımı daha yüksektir. Sağlık sigortası olan kadınlarda yöntem kullanımı, 1993'te 1,216 kat, 1998'de 1,204 kat, 2008'de 1,044 kat ve 2013'te 1,074 kat daha fazladır. 2008 ve 2013 odds oranları istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, odds oranlarının 1'in üzerinde olması sigortanın yöntem kullanımını etkilediğini göstermektedir.

Yöntem kullanımı, hane refahından etkilenmekte ve refah düzeyi arttıkça kullanım artmaktadır. Referans kategori en düşük refah düzeyine göre diğer dört refah düzeyi için hesaplanan odds oranları 1'in üzerindedir. 2008 ve 2013 araştırmalarında en düşük refah düzeyi dışındaki diğer tüm refah düzeyleri için hesaplanan odds oranları beş araştırma döneminde de istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 37. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-1998)

Değişkenler	1993				1998			
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR
Sabit	-5,692	0,335	<0,001	0,003	-4,557	0,266	<0,001	0,010
Yaş ¹								
20-29	0,843	0,210	<0,001	2,323	0,487	0,190	0,010	1,627
30-39	0,918	0,215	<0,001	2,504	0,503	0,194	0,010	1,654
40-49	0,019	0,224	0,934	1,019	-0,374	0,204	0,067	0,688
Eğitim ²								
İlkokul	0,336	0,076	<0,001	1,400	0,126	0,082	0,121	1,135
Ortaokul ve Üzeri	0,768	0,116	<0,001	2,156	0,594	0,129	<0,001	1,811
Çalışma Durumu ³								
Çalışıyor	0,188	0,068	0,005	1,207	0,125	0,067	0,064	1,133
Yaşayan Çocuk ⁴								
1-2	2,999	0,251	<0,001	20,066	2,121	0,153	<0,001	8,343
3-4	3,239	0,258	<0,001	25,521	2,525	0,167	<0,001	12,495
5+	3,431	0,270	<0,001	30,910	2,470	0,192	<0,001	11,828
Eş Eğitim ⁵								
İlkokul	0,145	0,110	0,185	1,156	0,546	0,124	<0,001	1,726
Ortaokul ve Üzeri	0,225	0,135	0,095	1,252	0,884	0,164	<0,001	2,421
Bölge ⁶								
Batı	0,223	0,099	0,023	1,250	0,405	0,101	<0,001	1,499
Güney	0,311	0,108	0,004	1,365	0,316	0,113	0,005	1,372
Orta	0,293	0,101	0,004	1,341	0,531	0,103	<0,001	1,701
Kuzey	0,008	0,128	0,950	1,008	0,221	0,134	0,100	1,247
Yerleşim Yeri ⁷								
Kent	0,270	0,075	<0,001	1,310	0,124	0,075	0,098	1,132
Sağlık Sigortası ⁸								
Sigortası Var	0,196	0,066	0,003	1,216	0,186	0,064	0,004	1,204
Refah Düzeyi ⁹								
Düşük	0,242	0,105	0,021	1,274	0,237	0,107	0,027	1,268
Orta	0,519	0,105	<0,001	1,680	0,375	0,110	<0,001	1,455
Yüksek	0,476	0,111	<0,001	1,609	0,453	0,115	<0,001	1,573
En Yüksek	0,560	0,116	<0,001	1,750	0,600	0,125	<0,001	1,822
Nagelkerke R ² : 0,184; Hosmer-Lemeshow: 6,582; p=0,582; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 67,7					Nagelkerke R ² : 0,169; Hosmer-Lemeshow: 9,005; p=0,342; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 66,1			

Referans Kategorileri: ¹15-19, ²Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş, ³Çalışmıyor, ⁴Çocuk Yok, ⁵Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş, ⁶Doğu, ⁷Kır, ⁸Sigortası Yok, ⁹En Düşük

Tablo 38. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2003-2013)

Değişkenler	2003				2008				2013			
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR
Sabit	-4,730	0,258	<0,001	0,009	-3,687	0,274	<0,001	0,025	-4,250	0,332	<0,001	0,014
Yaş ¹												
20-29	0,477	0,196	0,015	1,611	0,616	0,217	0,005	1,851	0,652	0,272	0,016	1,919
30-39	0,621	0,198	0,002	1,861	0,737	0,221	<0,001	2,089	0,888	0,274	<0,001	2,429
40-49	-0,129	0,202	0,523	0,879	0,123	0,224	0,582	1,131	0,394	0,277	0,155	1,483
Eğitim ²												
İlkokul	0,362	0,075	<0,001	1,436	0,419	0,081	<0,001	1,521	0,407	0,089	<0,001	1,503
Ortaokul ve Üzeri	0,652	0,098	<0,001	1,919	0,717	0,103	<0,001	2,048	0,629	0,104	<0,001	1,876
Çalışma Durumu ³												
Çalışıyor	0,373	0,059	<0,001	1,451	0,227	0,071	<0,001	1,255	0,260	0,075	<0,001	1,297
Yaşayan Çocuk ⁴												
1-2	2,308	0,147	<0,001	10,051	1,759	0,121	<0,001	5,804	1,711	0,120	<0,001	5,537
3-4	2,699	0,156	<0,001	14,866	2,149	0,134	<0,001	8,572	2,435	0,134	<0,001	11,412
5+	2,841	0,178	<0,001	17,127	2,444	0,163	<0,001	11,520	2,752	0,170	<0,001	15,672
Eş Eğitim ⁵												
İlkokul	0,347	0,111	0,002	1,414	0,128	0,128	0,319	1,137	0,360	0,135	0,008	1,433
Ortaokul ve Üzeri	0,406	0,126	<0,001	1,502	0,198	0,136	0,145	1,219	0,566	0,145	<0,001	1,760
Bölge ⁶												
Batı	0,475	0,082	<0,001	1,608	0,332	0,087	<0,001	1,393	0,217	0,088	0,013	1,242
Güney	0,494	0,096	<0,001	1,639	0,311	0,102	0,002	1,365	0,262	0,102	0,010	1,299
Orta	0,550	0,087	<0,001	1,733	0,271	0,092	0,003	1,312	0,591	0,094	<0,001	1,805
Kuzey	-0,040	0,119	0,733	0,960	0,064	0,125	0,606	1,067	0,029	0,127	0,817	1,030
Yerleşim Yeri ⁷												
Kent	0,339	0,061	<0,001	1,404	0,114	0,072	0,110	1,121	0,168	0,081	0,038	1,183
Sağlık Sigortası ⁸												
Sigortası Var	-0,011	0,057	0,842	0,989	0,043	0,071	0,550	1,044	0,071	0,087	0,412	1,074
Refah Düzeyi ⁹												
Düşük	0,184	0,091	0,043	1,202	0,026	0,093	0,780	1,026	0,090	0,097	0,353	1,095
Orta	0,261	0,092	0,005	1,299	0,241	0,100	0,016	1,272	0,229	0,105	0,029	1,258
Yüksek	0,430	0,094	<0,001	1,537	0,222	0,108	0,039	1,249	0,355	0,112	0,002	1,426
En Yüksek	0,587	0,104	<0,001	1,798	0,387	0,119	<0,001	1,473	0,501	0,121	<0,001	1,650
Nagelkerke R ² : 0,168; Hosmer-Lemeshow: 15,309; p=0,053; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 64,3				Nagelkerke R ² : 0,116; Hosmer-Lemeshow: 10,097; p=0,258; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 61,4				Nagelkerke R ² : 0,150; Hosmer-Lemeshow: 8,330; p=0,402; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 62,4				

Referans Kategorileri: ¹15-19, ²Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş, ³Çalışmıyor, ⁴Çocuk Yok, ⁵Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş, ⁶Doğu, ⁷Kır, ⁸Sigortası Yok, ⁹En Düşük

Tablo 39’da 1993-1998-2003-2008-2013 veri setleri birleştirilerek gebeliği önleyici modern yöntem kullanımını etkileyen değişkenlere ilişkin oluşturulan beş modele ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Birinci modelde yoksulluğun (hane refahının), ikinci modelde yoksulluğun ve SDP/Aile Hekimliğinin, üçüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-demografik faktörlerin, dördüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-ekonomik faktörlerin ve beşinci modelde tüm değişkenlerin gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı üzerindeki etkisi analize dâhil edilmiştir.

Tablo 39 incelendiğinde, modele dâhil edilen değişken sayısı arttıkça yoksulluğa ilişkin odds oranlarının düştüğü ancak etkisinin beş modelde de istatistiksel olarak anlamlı şekilde devam ettiği görülmektedir. Model 5 (full model) incelendiğinde, hane refahı arttıkça yöntem kullanımının arttığı görülmektedir. SDP ve Aile Hekimliğinin etkisinin görüldüğü 2008-2013 dönemlerinde yöntem kullanımı, SDP ve Aile Hekimliğinin uygulanmadığı 1993-1998-2003 dönemlerine göre 1,287 kat daha yüksektir. Yaş, eğitim düzeyi ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı artmaktadır.

Tablo 39. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımını Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri)

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Refah Düzeyi					
En Düşük	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Düşük	1,302*	1,295*	1,203*	1,174*	1,112*
Orta	1,633*	1,630*	1,457*	1,409*	1,298*
Yüksek	1,868*	1,878*	1,591*	1,557*	1,377*
En Yüksek	2,376*	2,390*	1,873*	1,902*	1,587*
SDP ve Aile Hekimliği					
SDP ve AH Uygulamada Değil	MD	1,000	1,000	1,000	1,000
SDP Uygulamada	MD	1,372*	1,298*	1,265*	1,236*
SDP ve AH Uygulamada	MD	1,454*	1,350*	1,325*	1,287*
Yaş					
15-19	MD	MD	1,000	MD	1,000
20-29	MD	MD	1,944*	MD	1,862*
30-39	MD	MD	2,293*	MD	2,101*
40-49	MD	MD	1,204**	MD	1,077
Eğitim					
Eğitimi Yok/ İlk. Bitirmemiş	MD	MD	1,000	MD	1,000
İlkokul	MD	MD	1,566*	MD	1,467*
Ortaokul ve Üzeri	MD	MD	2,156*	MD	1,976*
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	MD	MD	MD	1,271*	1,265*
Çalışmıyor	MD	MD	MD	1,000	1,000
Yaşayan Çocuk					
Çocuk yok	MD	MD	1,000	MD	1,000
1-2	MD	MD	7,501*	MD	7,685*
3-4	MD	MD	11,092*	MD	11,680*
5+	MD	MD	11,869*	MD	13,461*
Eş Eğitim⁵					
Eğitimi Yok/ İlk. Bitirmemiş	MD	MD	1,000	MD	1,000
İlkokul	MD	MD	1,415*	MD	1,404*
Ortaokul ve Üzeri	MD	MD	1,593*	MD	1,590*
Bölge					
Batı	MD	MD	MD	1,273*	1,351*
Güney	MD	MD	MD	1,375*	1,359*
Orta	MD	MD	MD	1,514*	1,491*
Kuzey	MD	MD	MD	1,034	1,005
Doğu	MD	MD	MD	1,000	1,000
Yerleşim Yeri					
Kent	MD	MD	MD	1,240*	1,261*
Kır	MD	MD	MD	1,000	1,000
Sağlık Sigortası					
Sigortası Var	MD	MD	MD	1,194*	1,124*
Sigortası Yok	MD	MD	MD	1,000	1,000
Nagelkerke R²	0,026	0,036	0,145	0,048	0,155

*p<0.01; **p<0.05, MD: Modelde Değil

6.4.2. Doğum Öncesi Bakım Almayı Etkileyen Faktörler

Doğum öncesi bakım (DÖB), sağlık personeli tarafından annede oluşabilecek hastalıkları önlemek, saptamak, hamilelikle ilgili oluşan hastalıkları tedavi etmek, anne ve babayı sağlıklı gebeliğin gerçekleşmesi için bilgilendirmek gibi boyutları içeren sağlık hizmetidir (DSÖ, 2007).

Tablo 40'da araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinden (doktor ya da ebe/hemşire) doğum öncesi bakım almış kadınların oranları ve DÖB almanın temel özelliklere göre dağılımı verilmektedir. DÖB alan kadınların oranı 1993'te % 67,0; 1998'de % 72,0; 2003'te % 81,1; 2008'de % 92,2 ve 2013'te % 96,2'dir.

Doğum öncesi bakım almanın temel özelliklere göre dağılımı incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alan kadın oranının da arttığı görülmektedir. 1993'te eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınların % 41,4'ü, ilkokul mezunu kadınların % 74,7'si, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olan kadınların ise % 93,6'sı DÖB almıştır. Dönemler itibariyle tüm eğitim düzeylerinde bakım alan kadınların oranının arttığı ve eğitim düzeyleri arasındaki farklılığın azaldığı görülmektedir. 2013 araştırmasında eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınların % 91,5'i, ilkokul mezunu kadınların % 96,5'i, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olan kadınların ise % 97,8'i DÖB almıştır.

DÖB, en fazla ilk çocuğuna gebe olan kadınlar, en az ise 4 ve üzeri çocuğuna gebe olan kadınlar tarafından alınmaktadır. 1993-2013 döneminde doğum sırası gruplarının tamamında DÖB alma oranı artmıştır. 2013 dönemi itibariyle ilk çocuklarına gebe olan kadınların % 97,8'i, ikinci ya da üçüncü çocuğuna gebe olan kadınların % 96,3'ü, dört ve üzerinde çocuğuna gebe olan kadınların % 93,0'ü DÖB almıştır.

DÖB alma oranının en düşük olduğu grup, eşi eğitim almayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınlar; en yüksek olduğu grup ise, eşi ortaokul ve üzerinde eğitimi olan kadınlardır. 1993-2013 periyodunda gruplar arasındaki farklılık azalmakla birlikte eşi eğitim olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınların % 93,4'ü, eşi ilkokul mezunu kadınların % 95,4'ü ve eşi ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınların ise % 98,0'i DÖB almıştır.

Beş bölge içerisinde doğum öncesi bakım almanın en düşük olduğu bölge Doğu, en yüksek olduğu bölge ise Batı'dır. 1993'te araştırma tarihinden önceki son doğumunda doğum öncesi en az bir kez bakım alan kadın oranı Doğu Bölgesi'nde % 38,5 iken Batı Bölgesi'nde % 87,3'tür. 2013'te ise bu oranlar Doğu Bölgesi'nde % 93,0'e ve Batı Bölgesi'nde % 98,2'ye çıkmıştır. DÖB almada yükseliş diğer bölgeler için de söz konusu olup, tüm bölgeler için % 90'ın üzerindedir.

Yerleşim yeri açısından kentsel ve kırsal yerleşim yerleri arasında farklılık bulunmaktadır. Kentsel yerleşim alanlarında DÖB alma oranı daha yüksektir. Ayrıca, kırsal yerleşim alanlarında DÖB alma kentsel yerleşim alanlarından daha düşük oranda olmakla birlikte ülke ortalamasının da altındadır. 1993'te kentsel yerleşim alanlarında DÖB alan kadınların oranı % 76,4 iken kırsal yerleşim alanlarında % 51,3'tür. 2013 döneminde bu oranlar sırasıyla % 97,3 ve % 91,8'e yükselmiştir.

Sigortası olan kadınlarda bakım alma oranı daha yüksektir. 1993'te sağlık sigortası olan kadınların % 78,7'si sigortası olmayan kadınların ise % 54,7'si DÖB almıştır. 2013 döneminde bu oranlar sırasıyla % 97,0 ve % 90,8'dir.

Doğum öncesi bakım almanın en düşük olduğu grup en düşük (en yoksul) refah düzeyinde yaşayan kadınlar iken, en yüksek olduğu grup ise en yüksek (en zengin) refah düzeyinde yaşayan kadınlardır. 1993'te en düşük refah düzeyinde yaşayan kadınların % 42,1'i, en yüksek refah düzeyinde yaşayan kadınların ise % 89,8'i DÖB almıştır. Bu oranlar 2013 döneminde sırasıyla % 90,5 ve % 99,6'ya yükselmiştir. 2013 itibariyle tüm refah düzeylerinde doğum öncesi bakım alma % 90'ın üzerindedir.

Tablo 40. Doğum Öncesi Bakım Almanın Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-2013)

Değişkenler	1993		1998		2003		2008		2013	
	Kadın Sayısı	DÖB Alma Oranı	Kadın Sayısı	DÖB Alma Oranı	Kadın Sayısı	DÖB Alma Oranı	Kadın Sayısı	DÖB Alma Oranı	Kadın Sayısı	DÖB Alma Oranı
Eğitim										
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	888	41,4	619	41,8	695	53,4	539	78,5	445	91,5
İlkokul	1440	74,7	1634	78,2	1660	84,8	1362	93,5	953	96,5
Ortaokul ve Üzeri	435	93,6	358	95,8	802	97,5	862	98,7	1268	97,8
Doğum Sırası										
1	835	81,6	818	84,0	1000	92,9	894	98,4	776	97,8
2-3	1194	71,6	1202	74,9	1461	84,1	1338	92,9	1476	96,3
4+	733	42,7	592	49,3	696	57,9	531	80,0	414	93,0
Eş Eğitim										
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	260	31,9	223	41,3	248	49,6	148	78,4	165	93,4
İlkokul	1922	66,3	2127	72,8	1974	78,5	1282	88,5	1422	95,4
Ortaokul ve Üzeri	580	84,8	250	92,8	933	95,2	1322	97,4	1070	98,0
Bölge										
Batı	810	87,3	863	87,6	1118	91,4	1004	96,8	1026	98,2
Güney	443	77,6	377	73,7	424	85,2	352	94,9	370	97,3
Orta	624	62,2	603	75,8	670	83,1	625	94,7	495	96,2
Kuzey	271	64,6	201	70,6	192	84,4	165	95,8	162	93,2
Doğu	616	38,5	569	43,6	754	61,0	616	79,4	614	93,0
Yerleşim Yeri										
Kent	1724	76,4	1707	80,6	2168	88,2	2045	95,0	2152	97,3
Kır	1038	51,3	905	55,8	989	65,5	718	84,3	515	91,8
Sağlık Sigortası										
Var	1405	78,7	1291	84,4	1948	86,9	2297	93,5	2351	97,0
Yok	1307	54,7	1298	59,7	1200	71,8	459	85,6	314	90,8
Refah Düzeyi										
En Düşük	603	42,1	517	41,2	658	50,6	570	76,3	507	90,5
Düşük	551	55,0	563	58,4	654	78,1	635	90,7	581	95,0
Orta	564	67,6	553	80,3	621	87,8	596	98,7	565	97,3
Yüksek	535	84,9	503	88,6	674	93,5	497	98,0	506	98,6
En Yüksek	509	89,8	476	94,1	550	98,4	465	98,9	508	99,6
Toplam	2763	67,0	2612	72,0	3157	81,1	2763	92,2	2667	96,2

Tablo 41’de sağlık personelinden doğum öncesi bakım almadaki değişim görölmektedir. DÖB alma oranı, 1993’te % 67,0 iken SDP’nin başladığı 2003 döneminde % 81,1’e ve SDP’nin 10. yılına denk gelen 2013 döneminde % 96,2’ye yükseldiği görölmektedir. DÖB alma oranı artmakla birlikte eğitim, bölge, yerleşim yeri, sağlık sigortası ve refah düzeyi gibi değişkenlerde eşitsizlikler bulunmaktadır.

Tablo 41. Doğum Öncesi Bakım Almanın Temel Özelliklere Göre Dağılımında Değişim (1993-2003-2013)

Değişkenler	1993	2003	2013
Eğitim			
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	41,4	53,4	91,5
İlkokul	74,7	84,8	96,5
Ortaokul ve Üzeri	93,6	97,5	97,8
Doğum Sırası			
1	81,6	92,9	97,8
2-3	71,6	84,1	96,3
4+	42,7	57,9	93,0
Eş Eğitim			
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	31,9	49,6	93,4
İlkokul	66,3	78,5	95,4
Ortaokul ve Üzeri	84,8	95,2	98,0
Bölge			
Batı	87,3	91,4	98,2
Güney	77,6	85,2	97,3
Orta	62,2	83,1	96,2
Kuzey	64,6	84,4	93,2
Doğu	38,5	61,0	93,0
Yerleşim Yeri			
Kent	76,4	88,2	97,3
Kır	51,3	65,5	91,8
Sağlık Sigortası			
Var	78,7	86,9	97,0
Yok	54,7	71,8	90,8
Refah Düzeyi			
En Düşük	42,1	50,6	90,5
Düşük	55,0	78,1	95,0
Orta	67,6	87,8	97,3
Yüksek	84,9	93,5	98,6
En Yüksek	89,8	98,4	99,6
Toplam	67,0	81,1	96,2

Tablo 42 ve Tablo 43’te doğum öncesi bakım almayı etkileyen değişkenlere ilişkin yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. 1993 dönemine ilişkin modelin açıklama (Nagelkerke R²) yüzdesi 0,381, 1998 için 0,384, 2003 için 0,402, 2008 için 0,317 ve 2013 için 0,326’dır.

Modelin veriye uyumunu gösteren Hosmer-Lemeshow istatistiği incelendiğinde, 5 modelde de modelin veriye uyum gösterdiği ($p \geq 0,05$) ve modellerde düzgün sınıflama yüzdesinin % 75'in üzerinde olduğu görülmektedir.

Kadınların eğitim düzeyi doğum öncesi bakım almayı etkilemektedir. Eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınlara göre, ilkokul mezunu kadınlarda DÖB alma 1993'te 1,594 kat, 1998'de 2,189 kat, 2003'te 1,765 kat, 2008'de 1,520 kat ve 2013'te 1,719 kat daha fazladır. Referans kategori eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınlara göre, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınlarda doğum öncesi bakım alma, 1993'te 3,346 kat, 1998'de 4,640 kat, 2003'te 4,058 kat, 2008'de 2,572 kat ve 2013'te 1,242 kat daha fazladır. Eğitim kategorisi için hesaplanan odds oranları, 2013 çalışması dışında diğer dört çalışma dönemi için istatistiksel olarak anlamlıdır.

4 ve üzeri çocuğa gebe olan kadınlara (referans kategori) göre, ilk çocuğuna gebe olan kadınlarda DÖB alma, 1993'te 2,559 kat, 1998'de 1,929 kat, 2003'te 3,129 kat, 2008'de 4,915 kat ve 2013'te 1,851 kat daha yüksek olup, odds oranları 2013 dönemi haricinde istatistiksel olarak anlamlıdır. Referans kategoriye göre 2 ya da 3. çocuğa gebe olan kadınlar, 1993'te 1,565 kat, 1998'de 1,175 kat, 2003'te 1,429 kat, 2008'de 1,182 kat ve 2013'te 1,147 kat daha fazla DÖB almıştır ve bu bulgu, 1993 ve 2003 çalışmaları için istatistiksel olarak anlamlıdır.

Eş eğitimi, DÖB almayı etkilemekte ve 1993 ve 2003 araştırmalarında odds oranları istatistiksel olarak anlamlıdır. 1993'te eş eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınlara göre, eş ilkokul bitirmiş kadınlar 1,610 kat, eş ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olan kadınlar ise 1,715 kat daha fazla DÖB almıştır. 2003'te eş eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınlara göre, eş ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olan kadınlar ise 2,140 kat daha fazla DÖB almıştır.

Doğum öncesi bakım almayı etkileyen bir diğer faktör, yaşanan bölgedir. Referans kategori Doğu Bölgesi'ne göre diğer dört bölge için hesaplanan odds oranları 2013 dışında 1'in üzerinde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum Doğu Bölgesi'nde yaşamanın DÖB kullanımı açısından dezavantaj yarattığını göstermektedir. DÖB alma Doğu Bölgesi'ne göre Batı ve Güney'de 1993, 1998, 2003 ve 2008'de istatistiksel olarak anlamlı şekilde 2 kattan fazladır.

Kentsel alanda yaşayan kadınlarda, kırsal yerleşim yerinde yaşayan kadınlara göre DÖB alma daha yüksektir. Kırsal yerleşim alanında yaşayan kadınlara göre kentsel yerleşim alanında yaşayan kadınlarda DÖB alma 1993'te 1,330 kat, 1998'de 1,294 kat, 2003'te 1,866 kat, 2008'de 1,009 kat ve 2013'te 1,172 kat daha yüksektir ve 1993, 1998 ve 2003 dönemleri için hesaplanan odds oranları istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sağlık sigortası kapsamında olma, DÖB almayı etkilemektedir. Sağlık sigortası olmayan kadınlara göre, sağlık sigortası olan kadınlarda DÖB alma, 1993'te 1,528 kat, 1998'de 1,860 kat, 2003'te 1,498 kat, 2008'de 1,945 kat ve 2013'te 2,085 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir.

Hane refahı, doğum öncesi bakım almayı etkilemektedir. Referans kategori en düşük hane refahındaki kadınlara göre düşük, orta, yüksek ve en yüksek refah düzeyleri için hesaplanan odds oranları 1'in üzerinde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. En düşük refah düzeyine göre en yüksek refah düzeyinde yaşayan kadınlar, 1993'te 3,452 kat, 1998'de 6,162 kat, 2003'te 9,509 kat, 2008'de 6,433 kat ve 2013'te 7,672 kat daha fazla doğum öncesi bakım almıştır. En düşük refah düzeyine göre yüksek refah düzeyinde yer alan kadınların 2,5 kat ve üzerinde, orta ve düşük refah düzeyindeki kadınlar ise 1 kat ve üzerinde daha fazla bakım almıştır.

Tablo 42. Doğum Öncesi Bakım Almayı Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-1998)

Değişkenler	1993				1998			
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR
Sabit	-2,109	0,181	<0,001	0,121	-1,762	0,185	<0,001	0,172
Eğitim¹								
İlkokul	0,466	0,116	<0,001	1,594	0,783	0,130	<0,001	2,189
Ortaokul ve Üzeri	1,208	0,244	<0,001	3,346	1,535	0,318	<0,001	4,640
Doğum Sırası²								
1	0,940	0,142	<0,001	2,559	0,657	0,156	<0,001	1,929
2-3	0,448	0,119	<0,001	1,565	0,161	0,134	0,230	1,175
Eş Eğitim³								
İlkokul	0,476	0,170	0,005	1,610	-0,003	0,178	0,989	0,997
Ortaokul ve Üzeri	0,540	0,222	0,015	1,715	0,112	0,341	0,742	1,119
Bölge⁴								
Batı	1,529	0,153	<0,001	4,616	1,218	0,155	<0,001	3,382
Güney	1,311	0,158	<0,001	3,711	0,868	0,167	<0,001	2,383
Orta	0,384	0,138	0,006	1,468	0,721	0,152	<0,001	2,056
Kuzey	0,676	0,177	<0,001	1,966	0,570	0,205	0,005	1,767
Yerleşim Yeri⁵								
Kent	0,285	0,107	0,008	1,330	0,258	0,119	0,030	1,294
Sağlık Sigortası⁶								
Sigortası Var	0,424	0,106	<0,001	1,528	0,621	0,113	<0,001	1,860
Refah Düzeyi⁷								
Düşük	0,159	0,135	0,238	1,172	0,353	0,141	0,012	1,423
Orta	0,582	0,142	<0,001	1,790	1,062	0,161	<0,001	2,892
Yüksek	0,987	0,175	<0,001	2,684	1,409	0,193	<0,001	4,093
En Yüksek	1,239	0,203	<0,001	3,452	1,818	0,252	<0,001	6,162
Nagelkerke R ² : 0,381; Hosmer-Lemeshow: 7,909; p=0,442; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 77,1					Nagelkerke R ² : 0,384; Hosmer-Lemeshow: 8,038; p=0,430; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 79,8			

Referans Kategorileri: ¹Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş, ²4+ Doğum, ³Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş, ⁴Doğu, ⁵Kır, ⁶Sigortası Yok, ⁷En Düşük

Tablo 43. Doğum Öncesi Bakım Almayı Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2003-2013)

Değişkenler	2003				2008				2013			
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR
Sabit	-1,643	0,180	<0,001	0,193	-0,096	0,272	0,723	0,908	1,474	0,408	<0,001	4,365
Eğitim¹												
İlkokul	0,568	0,134	<0,001	1,765	0,419	0,190	0,028	1,520	0,542	0,283	0,056	1,719
Ortaokul ve Üzeri	1,401	0,274	<0,001	4,058	0,945	0,380	0,013	2,572	0,217	0,334	0,517	1,242
Doğum Sırası²												
1	1,141	0,170	<0,001	3,129	1,592	0,306	<0,001	4,915	0,616	0,356	0,084	1,851
2-3	0,357	0,130	0,006	1,429	0,167	0,178	0,347	1,182	0,137	0,271	0,612	1,147
Eş Eğitim³												
İlkokul	0,290	0,168	0,084	1,336	-0,135	0,246	0,583	0,874	-0,250	0,374	0,505	0,779
Ortaokul ve Üzeri	0,761	0,240	0,002	2,140	0,376	0,313	0,231	1,456	-0,261	0,455	0,566	0,770
Bölge⁴												
Batı	0,818	0,156	<0,001	2,266	0,856	0,244	<0,001	2,353	0,458	0,331	0,166	1,581
Güney	0,773	0,181	<0,001	2,167	1,140	0,282	<0,001	3,126	0,621	0,377	0,099	1,861
Orta	0,244	0,159	0,125	1,276	0,347	0,249	0,164	1,414	-0,104	0,316	0,742	0,901
Kuzey	0,723	0,253	0,004	2,061	0,914	0,432	0,035	2,494	-0,468	0,394	0,235	0,626
Yerleşim Yeri⁵												
Kent	0,624	0,116	<0,001	1,866	0,009	0,187	0,961	1,009	0,159	0,260	0,540	1,172
Sağlık Sigortası⁶												
Sigortası Var	0,404	0,111	<0,001	1,498	0,665	0,178	<0,001	1,945	0,735	0,247	0,003	2,085
Refah Düzeyi⁷												
Düşük	0,805	0,137	<0,001	2,238	0,722	0,204	<0,001	2,059	0,317	0,285	0,266	1,373
Orta	1,165	0,163	<0,001	3,207	2,354	0,409	<0,001	10,529	0,909	0,381	0,017	2,481
Yüksek	1,559	0,196	<0,001	4,753	1,687	0,386	<0,001	5,404	1,537	0,502	0,002	4,650
En Yüksek	2,252	0,365	<0,001	9,509	1,861	0,538	<0,001	6,433	2,872	0,863	<0,001	7,672
Nagelkerke R ² : 0,402; Hosmer-Lemeshow: 7,394; p=0,495; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 84,9				Nagelkerke R ² : 0,317; Hosmer-Lemeshow: 11,952; p=0,153; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 92,2				Nagelkerke R ² : 0,326; Hosmer-Lemeshow: 9,326; p=0,316; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 96,3				

Referans Kategorileri: ¹Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş, ²+ Doğum, ³Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş, ⁴Doğu, ⁵Kır, ⁶Sigortası Yok, ⁷En Düşük

Tablo 44'te 1993-1998-2003-2008-2013 veri setleri birleştirilerek doğum öncesi bakım almayı etkileyen değişkenlere ilişkin oluşturulan beş modele ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Birinci modelde yoksulluğun (hane refahının), ikinci modelde yoksulluğun ve SDP/Aile Hekimliğinin, üçüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-demografik faktörlerin, dördüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-ekonomik faktörlerin ve beşinci modelde tüm değişkenlerin doğum öncesi bakım üzerindeki etkisi analize dâhil edilmiştir.

Tablo 44 incelendiğinde, modele dâhil edilen değişken sayısı arttıkça yoksulluğa ilişkin odds oranlarının düştüğü ancak etkisinin beş modelde de istatistiksel olarak anlamlı şekilde devam ettiği görülmektedir. Model 5 (full model) incelendiğinde hane refahı arttıkça doğum öncesi bakım almanın arttığı görülmektedir. SDP ve Aile Hekimliğinin etkisinin görüldüğü 2008-2013 dönemlerinde doğum öncesi bakım alma, SDP ve Aile Hekimliğinin uygulanmadığı 1993-1998-2003 dönemlerine göre 8,474 kat daha yüksektir. Eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alma artmaktadır. Ayrıca, doğum öncesi bakım alma ilk doğumda, Doğu dışında ve kentte yaşayan, sigortası olan, en düşük refah düzeyi dışında yaşayan kadınların çocuklarında daha fazladır.

Tablo 44. Doğum Öncesi Bakım Almayı Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri)

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Refah Düzeyi					
En Düşük	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Düşük	2,183*	2,330*	1,785*	1,765*	1,482*
Orta	4,406*	5,054*	3,291*	3,245*	2,433*
Yüksek	8,661*	10,682*	5,466*	5,503*	3,449*
En Yüksek	17,276*	21,065*	7,672*	9,526*	4,670*
SDP ve Aile Hekimliği					
SDP ve AH Uygulamada Değil	MD	1,000	1,000	1,000	1,000
SDP Uygulamada	MD	5,215*	4,875*	4,530*	4,097*
SDP ve AH Uygulamada	MD	11,099*	10,084*	9,676*	8,474*
Eğitim					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş	MD	MD	1,000	MD	1,000
İlkokul	MD	MD	2,234*	MD	1,865*
Ortaokul ve Üzeri	MD	MD	4,483*	MD	3,403*
Doğum Sırası					
1	MD	MD	2,687*	MD	2,455*
2-3	MD	MD	1,521*	MD	1,355*
4+	MD	MD	1,000	MD	1,000
Eş Eğitim				MD	
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş	MD	MD	1,000	MD	1,000
İlkokul	MD	MD	1,220*	MD	1,183**
Ortaokul ve Üzeri	MD	MD	1,645*	MD	1,633*
Bölge					
Batı	MD	MD	MD	4,375*	3,060*
Güney	MD	MD	MD	3,267*	2,473*
Orta	MD	MD	MD	2,149*	1,426*
Kuzey	MD	MD	MD	2,138*	1,578*
Doğu	MD	MD	MD	1,000	1,000
Yerleşim Yeri					
Kent	MD	MD	MD	1,451*	1,418*
Kır	MD	MD	MD	1,000	1,000
Sağlık Sigortası					
Sigortası Var	MD	MD	MD	1,881*	1,770*
Sigortası Yok	MD	MD	MD	1,000	1,000
Nagelkerke R²	0,180	0,302	0,374	0,370	0,413

*p<0.01; **p<0.05, MD: Modelde Değil

6.4.3. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesini Etkileyen Faktörler

Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, doğum eylemi sırasında oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi, anne ve çocuk sağlığının korunması ve üreme sağlığı hizmet sunumu kalitesi ile yakından ilişkili olan anne ölümünün önlenmesi açısından tüm gebeler için gerekli bir sağlık hizmetidir (SB, 2010).

Tablo 45'te araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen son doğumların sağlık kuruluşlarında gerçekleşme oranları ve sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumların temel özelliklere göre dağılımı verilmektedir. Sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı 1993'te % 63,8; 1998'de % 76,9; 2003'te % 83,0; 2008'de % 92,8 ve 2013'te % 98,1'dir.

Doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesinin sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlere göre dağılımına bakıldığında, sağlık kuruluşunda doğum yapma en az oranda eğitimi olmayan ya da ilkökul bitirmemiş kadınlarda, en yüksek oranda ise ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlarda görülmektedir. 1993 çalışmasında sağlık kuruluşunda doğum yapma, eğitimi olmayan ya da ilkökul bitirmemiş kadınlarda % 38,4; ilkökul mezunu kadınlarda % 71,9 ve ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlarda % 89,0'dur. Yıllar içinde sağlık kuruluşunda doğum yapma oranının arttığı ve eğitim değişkeni açısından gruplar arasındaki farkın azaldığı görülmektedir. 2013 dönemi itibariyle, sağlık kuruluşunda doğum yapma, eğitimi olmayan ya da ilkökul bitirmemiş kadınlarda % 91,9; ilkökul mezunu kadınlarda % 98,7 ve ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlarda % 99,7'dir.

Doğum sırası arttıkça, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştiren kadın yüzdesi azalmaktadır. 1993'te kadınların % 81,4'ü ilk doğumlarını sağlık kuruluşunda yaparken, bu oran 2 ve 3. doğumunu yapan kadınlarda % 66,8'e ve 4. ve daha yüksek sıradaki doğumunu yapan kadınlarda % 39,0'a gerilemiştir. 2013 itibariyle, tüm doğum sırasındaki kategorilerde sağlık kuruluşunda doğum yapma % 90'ın üzerindedir.

Eş eğitimi arttıkça sağlık kuruluşunda doğum yapan kadın oranı artmaktadır. 1993'te eşleri en düşük eğitim düzeyinde olan kadınların % 28,8'i, eşleri ilkökul mezunu kadınların % 62,8'i ve eşleri ortaokul ve üzerinde eğitimi olan kadınların ise % 83,1'i doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmiştir. 2013 çalışması itibariyle bu oranlar sırasıyla % 88,0, % 98,0 ve % 99,8'dir.

Doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi bölgesel olarak farklılaşmakta ve doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilme oranının en az olduğu bölge Doğu iken en yüksek olduğu bölge Batı'dır. 1993'te sağlık kuruluşunda doğum yapma, Doğu Bölgesi'nde % 33,9 iken Batı

Bölgesinde ise % 82,2'dir. 2013 dönemi itibariyle beş bölge için de doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilme oranı % 90'ın üzerindedir.

Kentsel yerleşim alanlarında doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi oranı daha yüksektir. 1993'te kentsel yerleşim alanlarında sağlık kuruluşunda doğum yapan kadınların oranı % 75,9 iken kırsal yerleşim alanlarında % 43,7'dir. 2013 döneminde bu oranlar sırasıyla % 99,1 ve % 93,6'dır.

Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme oranı sağlık sigortası olan kadınlarda daha yüksektir. 1993'te doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme oranı, sağlık sigortası olan kadınlarda % 77,4 iken sağlık sigortası olmayanlarda % 49,7'dir. 2013 döneminde oranlar her iki grup için de % 95'in üzerindedir.

Sağlık kuruluşunda doğum yapma oranının en az olduğu grup, en düşük refah düzeyinde yer alan kadınlar iken; en yüksek olduğu grup ise, yüksek ve en yüksek refah düzeyinde yer alan kadınlardır. 1993'te sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı en düşük refah düzeyindeki kadınlar için % 37,3; en yüksek refah düzeyindeki kadınlarda ise % 88,8'dir. Dönemler itibariyle sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı tüm refah düzeyleri için artmış ve 2013'te beş refah düzeyi için de % 90'ın üzerinde olup, yüksek ve en yüksek refah düzeyinde yer alanlarda % 100'dür.

Tablo 45. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesinin Temel Özelliklere Göre Dağılımı (1993-2013)

Değişkenler	1993		1998		2003		2008		2013	
	Kadın Sayısı	Sağ. Kur. Doğum Oranı	Kadın Sayısı	Sağ. Kur. Doğum Oranı	Kadın Sayısı	Sağ. Kur. Doğum Oranı	Kadın Sayısı	Sağ. Kur. Doğum Oranı	Kadın Sayısı	Sağ. Kur. Doğum Oranı
Eğitim										
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	888	38,4	620	49,4	695	54,7	539	76,7	447	91,9
İlkokul	1440	71,9	1631	83,0	1662	88,0	1360	94,9	954	98,7
Ortaokul ve Üzeri	435	89,0	358	96,4	802	97,0	862	99,4	1268	99,7
Doğum Sırası										
1	835	81,4	818	91,0	1000	93,7	895	97,8	776	99,9
2-3	1194	66,8	1199	78,2	1463	86,9	1335	94,8	1478	98,8
4+	733	39,0	593	54,7	696	59,3	531	79,3	415	91,8
Eş Eğitim										
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	260	28,8	223	46,4	248	56,7	145	77,2	166	88,0
İlkokul	1922	62,8	2125	78,0	1976	81,2	1282	89,6	1424	98,0
Ortaokul ve Üzeri	580	83,1	250	94,4	933	93,8	1323	97,7	1070	99,8
Bölge										
Batı	810	82,2	861	89,3	1118	93,1	1001	96,9	1026	99,8
Güney	443	64,6	377	71,0	424	80,9	352	93,2	370	98,4
Orta	624	67,0	602	85,2	672	90,6	625	98,7	495	99,6
Kuzey	271	67,9	201	86,5	192	88,5	165	96,4	162	99,4
Doğu	616	33,9	570	49,8	754	60,8	617	78,8	617	93,5
Yerleşim Yeri										
Kent	1724	75,9	1706	83,1	2170	88,8	2043	95,6	2154	99,1
Kır	1038	43,7	904	65,0	989	70,1	718	84,8	516	93,6
Sağlık Sigortası										
Var	1405	77,4	1291	87,5	1950	89,3	2295	93,6	2354	98,5
Yok	1307	49,7	1296	66,5	1200	72,5	459	88,2	314	94,9
Refah Düzeyi										
En Düşük	603	37,3	516	53,3	658	57,9	571	76,9	508	92,3
Düşük	551	52,3	562	64,6	654	78,9	635	93,7	581	98,8
Orta	564	62,4	553	85,4	621	88,7	593	96,8	566	98,9
Yüksek	535	83,4	503	87,5	676	93,5	497	99,0	506	100,0
En Yüksek	509	88,8	476	95,8	550	98,0	465	99,1	508	100,0
Toplam	2763	63,8	2610	76,9	3159	83,0	2761	92,8	2670	98,1

Tablo 46’da doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesindeki değişim görülmektedir. Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, 1993’te % 63,8 iken SDP’nin başladığı 2003 döneminde % 83,0’e ve SDP’nin 10. yılına denk gelen 2013 döneminde % 98,1’e yükselmiştir. Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme oranı artmakla birlikte eğitim, bölge, yerleşim yeri, sağlık sigortası ve refah düzeyi gibi değişkenlerde eşitsizlikler bulunmaktadır.

Tablo 46. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesinin Temel Özelliklere Göre Dağılımında Değişim (1993-2003-2013)

Değişkenler	1993	2003	2013
Eğitim			
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	38,4	54,7	91,9
İlkokul	71,9	88,0	98,7
Ortaokul ve Üzeri	89,0	97,0	99,7
Doğum Sırası			
1	81,4	93,7	99,9
2-3	66,8	86,9	98,8
4+	39,0	59,3	91,8
Eş Eğitim			
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	28,8	56,7	88,0
İlkokul	62,8	81,2	98,0
Ortaokul ve Üzeri	83,1	93,8	99,8
Bölge			
Batı	82,2	93,1	99,8
Güney	64,6	80,9	98,4
Orta	67,0	90,6	99,6
Kuzey	67,9	88,5	99,4
Doğu	33,9	60,8	93,5
Yerleşim Yeri			
Kent	75,9	88,8	99,1
Kır	43,7	70,1	93,6
Sağlık Sigortası			
Var	77,4	89,3	98,5
Yok	49,7	72,5	94,9
Refah Düzeyi			
En Düşük	37,3	57,9	92,3
Düşük	52,3	78,9	98,8
Orta	62,4	88,7	98,9
Yüksek	83,4	93,5	100,0
En Yüksek	88,8	98,0	100,0
Toplam	63,8	83,0	98,1

Tablo 47 ve Tablo 48’de doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesini etkileyen değişkenlere ilişkin yürütülen lojistik regresyon analizi sonuçları görülmektedir. 1993 dönemine ilişkin modelin açıklama (Nagelkerke R²) yüzdesi 0,398, 1998 için 0,371, 2003 için 0,395, 2008 için 0,338 ve 2013 için 0,377 olarak bulunmuştur. Modelin veriye uyumunu gösteren Hosmer-

Lemeshow istatistiği incelendiğinde beş modelde de modelin veriye uyum gösterdiği ($p \geq 0,05$) ve modellerde düzgün sınıflama yüzdesinin % 75'in üzerinde olduğu görülmektedir.

Kadınların eğitim düzeyi, doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesini etkilemektedir. Eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınlara göre, ilkokul mezunu kadınlarda doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, 1993'te 1,407 kat, 1998'de 1,901 kat, 2003'te 2,162 kat, 2008'de 1,963 kat ve 2013'te 2,121 kat daha fazladır. Referans kategori eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınlara göre, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınlarda doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, 1993'te 1,573 kat, 1998'de 3,710 kat, 2003'te 3,661 kat, 2008'de 7,976 kat ve 2013'te 1,775 kat daha fazladır. Eğitim kategorisi için hesaplanan odds oranları 2013 çalışması dışında diğer dört çalışma dönemi için istatistiksel olarak anlamlıdır.

4 ve üzeri çocuğa gebe olan kadınlara (referans kategori) göre, ilk çocuğunu doğuran kadınlarda sağlık kuruluşunda doğum yapma, 1993'te 3,284 kat, 1998'de 3,646 kat, 2003'te 3,305 kat, 2008'de 3,279 kat ve 2013'te 2,957 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Referans kategoriye göre 2 ya da 3. çocuğunu doğuran kadınlarda sağlık kuruluşunda doğum yapma, 1993'te 1,445 kat, 1998'de 1,200 kat, 2003'te 1,737 kat, 2008'de 1,596 kat ve 2013'te 2,716 kat daha fazladır ve bu bulgu 1998 çalışması dışında istatistiksel olarak anlamlıdır.

Eş eğitimi, doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesini etkilemektedir. 1993 ve 2013 çalışmalarında odds oranları istatistiksel olarak anlamlıdır. 1993'te eş eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş kadınlara göre, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme eş ilkokul bitirmiş kadınlarda 1,645 kat, eş ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olan kadınlarda ise 1,811 kat daha fazladır. 2013 çalışmasında referans kategoriye göre doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, eş ilkokul bitirmiş kadınlarda 2,824 kat, eş ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olan kadınlarda ise 6,544 kat daha fazladır.

Doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi yaşanan bölgeden etkilenmektedir. Referans kategori Doğu Bölgesine göre diğer dört bölge için hesaplanan odds oranları 1'in üzerinde ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum Doğu Bölgesinde yaşamının doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi açısından dezavantaj yarattığını göstermektedir. Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, Doğu Bölgesine göre Batı ve Kuzey'de istatistiksel olarak anlamlı şekilde 2 kattan fazladır.

Kırsal yerleşim alanında yaşayan kadınlara göre kentsel yerleşim alanında yaşayan kadınlarda doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, 1993'te 2,322 kat, 1998'de 1,305 kat, 2003'te 1,604 kat, 2008'de 1,296 kat ve 2013'te 2,971 kat daha yüksektir ve 2008 çalışması dışında hesaplanan odds oranları istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sağlık sigortası olmayan kadınlara göre, sağlık sigortası olan kadınlarda doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, 1993'te 1,740 kat, 1998'de 1,827 kat, 2003'te 2,083 kat, 2008'de 1,577 kat ve 2013'te 2,892 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir.

Hane refahı doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesini etkilemektedir. Referans kategori en düşük hane refahındaki kadınlara göre düşük, orta, yüksek ve en yüksek refah düzeyleri için hesaplanan odds oranları 1'in üzerinde ve 2013 araştırması dışında istatistiksel olarak anlamlıdır. En düşük refah düzeyine göre en yüksek refah düzeyinde, 1993'te 3,676 kat, 1998'de 5,484 kat, 2003'te 6,710 kat, 2008'de 3,075 kat ve 2013'te 3,126 kat daha fazla doğum öncesi bakım almıştır. En düşük refah düzeyine göre yüksek refah düzeyinde yer alan kadınlarda doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme 2 kat ve üzerinde, orta ve düşük refah düzeyindeki kadınlarda ise 1 kat ve üzerinde daha fazladır.

Tablo 47. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesini Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (1993-1998)

Değişkenler	1993				1998			
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR
Sabit	-2,684	0,194	<0,001	0,068	-1,355	0,179	<0,001	0,258
Eğitim¹								
İlkokul	0,341	0,117	0,004	1,407	0,642	0,133	<0,001	1,901
Ortaokul ve Üzeri	0,453	0,214	0,034	1,573	1,311	0,340	<0,001	3,710
Doğum Sırası²								
1	1,189	0,143	<0,001	3,284	1,294	0,173	<0,001	3,646
2-3	0,368	0,120	0,002	1,445	0,183	0,136	0,178	1,200
Eş Eğitim³								
İlkokul	0,498	0,177	0,005	1,645	0,067	0,176	0,706	1,069
Ortaokul ve Üzeri	0,594	0,223	0,008	1,811	0,162	0,364	0,656	1,176
Bölge⁴								
Batı	1,318	0,148	<0,001	3,735	1,161	0,161	<0,001	3,195
Güney	0,792	0,152	<0,001	2,208	0,399	0,164	0,015	1,491
Orta	0,964	0,144	<0,001	2,622	1,173	0,164	<0,001	3,230
Kuzey	1,299	0,184	<0,001	3,664	1,462	0,245	<0,001	4,315
Yerleşim Yeri⁵								
Kent	0,842	0,106	<0,001	2,322	0,266	0,127	0,036	1,305
Sağlık Sigortası⁶								
Sigortası Var	0,554	0,103	<0,001	1,740	0,603	0,121	<0,001	1,827
Refah Düzeyi⁷								
Düşük	0,248	0,136	0,068	1,281	0,105	0,148	0,477	1,111
Orta	0,481	0,142	<0,001	1,618	0,884	0,176	<0,001	2,421
Yüksek	1,007	0,171	<0,001	2,738	0,738	0,199	<0,001	2,092
En Yüksek	1,302	0,199	<0,001	3,676	1,702	0,285	<0,001	5,484
Nagelkerke R²: 0,398; Hosmer-Lemeshow: 9,119; p=0,332; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 76,6					Nagelkerke R²: 0,371; Hosmer-Lemeshow: 2,635; p=0,955; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 82,1			

Referans Kategorileri: ¹Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş, ²4+ Doğum, ³Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş, ⁴Doğu, ⁵Kır, ⁶Sigortası Yok, ⁷En Düşük

Tablo 48. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesini Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (2003-2013)

Değişkenler	2003				2008				2013			
	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR	B	SH	p	OR
Sabit	-1,459	0,181	<0,001	0,232	-0,198	0,276	0,472	0,820	-0,575	0,429	0,180	0,563
Eğitim¹												
İlkokul	0,771	0,137	<0,001	2,162	0,675	0,193	<0,001	1,963	0,752	0,393	0,055	2,121
Ortaokul ve Üzeri	1,298	0,264	<0,001	3,661	2,076	0,519	<0,001	7,976	0,574	0,646	0,374	1,775
Doğum Sırası²												
1	1,196	0,176	<0,001	3,305	1,188	0,274	<0,001	3,279	3,331	1,213	0,006	2,957
2-3	0,552	0,134	<0,001	1,737	0,467	0,188	0,013	1,596	0,999	0,350	0,004	2,716
Eş Eğitim³												
İlkokul	0,048	0,174	0,780	1,050	-0,119	0,246	0,628	0,888	1,038	0,354	0,003	2,824
Ortaokul ve Üzeri	-0,010	0,237	0,966	0,990	0,137	0,316	0,665	1,147	1,879	0,792	0,018	6,544
Bölge⁴												
Batı	1,157	0,162	<0,001	3,181	0,836	0,246	<0,001	2,308	1,748	0,768	0,023	5,742
Güney	0,388	0,168	0,021	1,474	0,688	0,255	0,007	1,989	0,321	0,488	0,511	1,379
Orta	1,041	0,175	<0,001	2,833	1,844	0,403	<0,001	6,324	1,390	0,731	0,057	4,016
Kuzey	1,040	0,270	<0,001	2,829	1,151	0,467	0,014	3,160	1,105	0,941	0,240	3,019
Yerleşim Yeri⁵												
Kent	0,472	0,121	<0,001	1,604	0,260	0,199	0,192	1,296	1,089	0,374	0,004	2,971
Sağlık Sigortası⁶												
Sigortası Var	0,734	0,116	<0,001	2,083	0,455	0,191	0,017	1,577	1,062	0,353	0,003	2,892
Refah Düzeyi⁷												
Düşük	0,473	0,144	<0,001	1,605	0,840	0,225	<0,001	2,317	0,522	0,480	0,276	1,686
Orta	0,867	0,172	<0,001	2,381	0,964	0,307	0,002	2,622	-0,243	0,578	0,675	0,784
Yüksek	1,207	0,203	<0,001	3,342	1,747	0,499	<0,001	5,740	1,644	1,538	0,285	5,177
En Yüksek	1,904	0,353	<0,001	6,710	1,123	0,573	0,005	3,075	1,989	0,151	0,993	3,126
Nagelkerke R²: 0,395; Hosmer-Lemeshow: 16,662; p=0,054; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 85,6				Nagelkerke R²: 0,338; Hosmer-Lemeshow: 12,428; p=0,133; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 92,8				Nagelkerke R²: 0,377; Hosmer-Lemeshow: 6,799; p=0,558; Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 98,1				

Referans Kategorileri: ¹Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş, ²4+ Doğum, ³Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş, ⁴Doğu, ⁵Kır, ⁶Sigortası Yok, ⁷En Düşük

Tablo 49’da 1993-1998-2003-2008-2013 veri setleri birleştirilerek doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesini etkileyen değişkenlere ilişkin oluşturulan beş modele ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Birinci modelde yoksulluğun (hane refahının), ikinci modelde yoksulluğun ve SDP/Aile Hekimliğinin, üçüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-demografik faktörlerin, dördüncü modelde yoksulluk, SDP/Aile Hekimliği ve sosyo-ekonomik faktörlerin ve beşinci modelde tüm değişkenlerin doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi üzerindeki etkisi analize dâhil edilmiştir.

Tablo incelendiğinde, modele dâhil edilen değişken sayısı arttıkça yoksulluğa ilişkin odds oranlarının düştüğü ancak etkisinin beş modelde de istatistiksel olarak anlamlı şekilde devam ettiği görülmektedir. Model 5 (full model) incelendiğinde, hane refahı arttıkça doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştiriminin arttığı görülmektedir. SDP ve Aile Hekimliğinin etkisinin görüldüğü 2008-2013 dönemlerinde doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, SDP ve Aile Hekimliğinin uygulanmadığı 1993-1998-2003 dönemlerine göre 16,918 kat daha yüksektir. Eğitim düzeyi arttıkça doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme artmaktadır. Ayrıca, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme ilk doğumda, Doğu dışında ve kentte yaşayan, sigortası olan, en düşük refah düzeyi dışında yaşayan kadınlarda daha yüksektir.

Tablo 49. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesini Etkileyen Değişkenlere İlişkin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (Tüm Veri Setleri)

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Refah Düzeyi					
En Düşük	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Düşük	2,155*	2,302*	1,733*	1,660*	1,375*
Orta	3,868*	4,409*	2,764*	2,583*	1,884*
Yüksek	7,485*	9,202*	4,517*	4,193*	2,570*
En Yüksek	15,610*	18,982*	6,727*	7,346*	3,686*
SDP ve Aile Hekimliği					
SDP ve AH Uygulamada Değil	MD	1,000	1,000	1,000	1,000
SDP Uygulamada	MD	5,200*	4,906*	4,622*	4,203*
SDP ve AH Uygulamada	MD	20,385*	19,503*	18,667*	16,918*
Eğitim					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş	MD	MD	1,000	MD	1,000
İlkokul	MD	MD	2,574*	MD	1,972*
Ortaokul ve Üzeri	MD	MD	4,993*	MD	3,479*
Doğum Sırası					
1	MD	MD	3,436*	MD	3,221*
2-3	MD	MD	1,680*	MD	1,491*
4+	MD	MD	1,000	MD	1,000
Eş Eğitim				MD	
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş	MD	MD	1,000	MD	1,000
İlkokul	MD	MD	1,274*	MD	1,226**
Ortaokul ve Üzeri	MD	MD	1,435*	MD	1,343*
Bölge					
Batı	MD	MD	MD	4,705*	3,139*
Güney	MD	MD	MD	2,258*	1,607*
Orta	MD	MD	MD	4,045*	2,664*
Kuzey	MD	MD	MD	3,862*	2,936*
Doğu	MD	MD	MD	1,000	1,000
Yerleşim Yeri					
Kent	MD	MD	MD	1,750*	1,765*
Kır	MD	MD	MD	1,000	1,000
Sağlık Sigortası					
Sigortası Var	MD	MD	MD	1,975*	1,899*
Sigortası Yok	MD	MD	MD	1,000	1,000
Nagelkerke R²	0,159	0,298	0,390	0,385	0,437

*p<0.01; **p<0.05, MD: Modelde Değil

6.5. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

Tablo 50’de yoksulluğun (hane refahının) sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin kurulan hipotez sonuçları görülmektedir. Hane refahının 1993 çocuk ishali, 2003, 2008 ve 2013’te beş yaş altı ölümü dışında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (H1). Hane refahının sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin kurulan hipotez sonuçlarına göre doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme (2013) dışında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (H2).

Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin kurulan hipotezlerin sonuçlarına bakıldığında H3 ve H4 hipotezlerinin kabul edildiği görülmektedir.

Tablo 50. H1, H2, H3 ve H4 Hipotezlerinin Sonuçları

Araştırma	Hipotez	Sonuç	Araştırma	Hipotez	Sonuç	Hipotez	Sonuç			
1993	H1a	Çocuğun boy uzunluğu	Kabul	1993	H2a	Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı	Kabul	H3a	Çocuğun boy uzunluğu Çocuk ishali	Kabul
		Çocuk ishali	Ret			Doğum öncesi bakım alma	Kabul			
		Beş yaş altı ölümü	Kabul			Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme	Kabul	H3b	Beş yaş altı ölümü Çocuğun boy uzunluğu	Kabul
		Doğum büyüklüğü	-							
1998	H1b	Çocuğun boy uzunluğu	Kabul	1998	H2b	Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı	Kabul	H3c	Çocuk ishali Beş yaş altı ölümü	Kabul
		Çocuk ishali	Kabul			Doğum öncesi bakım alma	Kabul			
		Beş yaş altı ölümü	Kabul			Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme	Kabul	H3d	Çocuğun boy uzunluğu	Kabul
		Doğum büyüklüğü	Kabul							
2003	H1c	Çocuğun boy uzunluğu	Kabul	2003	H2c	Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı	Kabul	H4a	Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı	Kabul
		Çocuk ishali	-			Doğum öncesi bakım alma	Kabul			
		Beş yaş altı ölümü	Ret			Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme	Kabul	H4b	Doğum öncesi bakım alma Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme	Kabul
		Doğum büyüklüğü	Kabul							
2008	H1d	Çocuğun boy uzunluğu	Kabul	2008	H2d	Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı	Kabul	H4c	Doğum öncesi bakım alma	Kabul
		Çocuk ishali	Kabul			Doğum öncesi bakım alma	Kabul			
		Beş yaş altı ölümü	Ret			Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme	Kabul	H4c	Doğum öncesi bakım alma	Kabul
		Doğum büyüklüğü	Kabul							
2013	H7a	Çocuğun boy uzunluğu	Kabul	2013	H7b	Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı	Kabul	H4c	Doğum öncesi bakım alma	Kabul
		Çocuk ishali	-			Doğum öncesi bakım alma	Kabul			
		Beş yaş altı ölümü	Ret			Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme	Ret	H4c	Doğum öncesi bakım alma	Kabul
		Doğum büyüklüğü	Kabul							

Tablo 51’de sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü göstergeleri üzerine etkisine ilişkin araştırma hipotezlerinin sonuçları görülmektedir. Çocukların boy uzunluğunu etkileyen sosyo-demografik faktörlere ilişkin kurulan hipotezlerin (H5a) sonuçlarına bakıldığında, çocukların yaş ve anne eğitimlerinin istatistiksel olarak anlamlı değişkenler olduğu ancak cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir. Sosyo-ekonomik faktörlerden bölge ve yerleşim yeri çocukların boy uzunluğunu etkilemektedir (H6a).

Sosyo-demografik faktörlerin çocuklarda ishalin yaygınlığına etkisine ilişkin hipotezler (H5b) incelendiğinde, yaş ve anne eğitimi faktörlerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve hipotezlerin kabul edildiği, çocukların cinsiyetinin ise 1998 araştırması dışında istatistiksel olarak anlamlı olmayan faktör olduğu görülmektedir. Sosyo-ekonomik faktörlerin çocuklardaki ishalin yaygınlığındaki etkisine (H6b) bakıldığında, bölge faktörünün her üç araştırmada ancak yerleşim yerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir.

Sosyo-demografik faktörlerin beş yaş altı ölümü üzerindeki etkisinin (H5c) 1993 araştırmasında anne eğitimi dışında diğer faktörlerin istatistiksel olarak anlamsız olduğu ve hipotezlerin reddedildiği görülmektedir. Sosyo-ekonomik faktörlerin beş yaş altı ölümü üzerindeki etkisi (H6c) incelendiğinde 2003 ve 2008 araştırmalarında ise bölge faktörü istatistiksel olarak anlamlı faktörlerdir.

Çocukların boy uzunluğunu etkileyen sosyo-demografik faktörlere ilişkin kurulan hipotezlerin (H5d) sonuçlarına bakıldığında, anne eğitiminin dört araştırma döneminde de, doğum sırasının 1998 ve 2003 araştırmalarında, DÖB’nin 1998 ve 2008, annenin doğumdaki yaşının 2013 araştırmasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (H9). Sosyo-ekonomik faktörlerden bölge faktörünün 1998 ve 2003 araştırmalarında ve yerleşim yeri faktörünün ise 1998 araştırmasında istatistiksel olarak anlamlıdır (H6d).

Tablo 51. H5, H6 ve H9 Hipotezlerinin Sonuçları

Araştırma	Hipotez	Sonuç	Araştırma	Hipotez	Sonuç	Araştırma	Hipotez	Sonuç	Araştırma	Hipotez	Sonuç						
1993	H5a	Yaş	Kabul	1993	H5b	Yaş	Kabul	1993	H5c	Cinsiyet	Ret	1993	-	-	-		
		Anne Eğitim	Kabul			Anne Eğitim	Kabul			Anne Eğitim	Kabul						
		Cinsiyet	Ret			Cinsiyet	Ret			Cinsiyet	Ret						
1998	H5a	Yaş	Kabul	1998	H5b	Yaş	Kabul	1998	H5c	Cinsiyet	Ret	1998	-	-	-		
		Anne Eğitim	Kabul			Anne Eğitim	Kabul			Anne Eğitim	Ret						
		Cinsiyet	Ret			Cinsiyet	Kabul			Cinsiyet	Ret						
2003	H5a	Yaş	Kabul	2003	-	-	-	2003	H5c	Cinsiyet	Ret	2003	-	-	-		
		Anne Eğitim	Kabul							Anne Eğitim	Ret					Anne Eğitim	Ret
		Cinsiyet	Ret							Cinsiyet	Ret					Cinsiyet	Ret
2008	H5a	Yaş	Kabul	2008	H5b	Yaş	Kabul	2008	H5c	Cinsiyet	Ret	2008	-	-	-		
		Anne Eğitim	Kabul			Anne Eğitim	Kabul			Anne Eğitim	Ret						
		Cinsiyet	Ret			Cinsiyet	Ret			Cinsiyet	Ret						
2013	H5a	Yaş	Kabul	2013	-	-	-	2013	H5c	Cinsiyet	Ret	2013	-	-	-		
		Anne Eğitim	Ret							Anne Eğitim	Ret					Anne Eğitim	Ret
		Cinsiyet	Ret							Cinsiyet	Ret					Cinsiyet	Ret
1993	H6a	Bölge	Kabul	1993	H6b	Bölge	Kabul	1993	H6c	Bölge	Ret	1993	-	-	-		
		Yerleşim Yeri	Ret			Yerleşim Yeri	Ret			Yerleşim Yeri	Ret						
1998	H6a	Bölge	Kabul	1998	H6b	Bölge	Kabul	1998	H6c	Bölge	Ret	1998	-	-	-		
		Yerleşim Yeri	Ret			Yerleşim Yeri	Ret			Yerleşim Yeri	Ret						
2003	H6a	Bölge	Kabul	2003	-	-	-	2003	H6c	Bölge	Ret	2003	-	-	-		
		Yerleşim Yeri	Kabul							Yerleşim Yeri	Ret					Yerleşim Yeri	Ret
2008	H6a	Bölge	Kabul	2008	H6b	Bölge	Kabul	2008	H6c	Bölge	Kabul	2008	-	-	-		
		Yerleşim Yeri	Ret			Yerleşim Yeri	Ret			Yerleşim Yeri	Ret						
2013	H6a	Bölge	Kabul	2013	-	-	-	2013	H6c	Bölge	Kabul	2013	-	-	-		
		Yerleşim Yeri	Ret							Yerleşim Yeri	Ret					Yerleşim Yeri	Ret

Tablo 52’de sosyo-demografik faktörlerin ve Tablo 53’te ise sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık hizmeti kullanım göstergeleri üzerine etkisine ilişkin araştırma hipotezlerinin sonuçları görülmektedir. Sosyo-demografik gebeliği önleyici yöntem kullanımına ilişkin hipotez (H7a) incelendiğinde yaş, eğitim ve yaşayan çocuk sayısının beş araştırmada da, eş eğitimi faktörünün 1998, 2003 ve 2013 araştırmalarında, kadının çalışma durumunun ise 1993, 2003, 2008 ve 2013 araştırmalarında anlamlı faktörler olduğu görülmektedir. Gebeliği önleyici yöntem kullanımına sosyo-ekonomik faktörlerin etkisi (H8a) incelendiğinde, bölge beş araştırmada da, yerleşim yeri 1993, 2003 ve 2013, sağlık sigortası ise 1993 ve 1998 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlıdır.

Doğum öncesi bakım almada, sosyo-demografik faktörlerden eğitim ve doğum sırası 1993, 1998, 2003 ve 2008 araştırmalarında, eş eğitimi ise 1993 ve 2003 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlıdır (H7b). Sosyo-ekonomik faktörlerden sağlık sigortası beş araştırmada da, bölge ve yerleşim yeri 1993, 1998 ve 2003 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlıdır (H8b).

Doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesinde etkili olan sosyo-demografik faktörler (H7c) incelendiğinde doğum sırasının beş araştırmada da, eğitimin 2013 dışında dört araştırmada da, eş eğitiminin ise 1993 ve 2013 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı etki ettiği görülmektedir. Sosyo-ekonomik faktörlerden (H8c) bölge, yerleşim yeri, sağlık sigortası doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleşmesini istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir.

Tablo 52. H7 Hipotezinin Sonuçları

Araştırma	Hipotez	Sonuç	Araştırma	Hipotez	Sonuç	Araştırma	Hipotez	Sonuç			
1993	H7a	Yaş	Kabul	1993	H7b	Eğitim	Kabul	1993	H7c	Eğitim	Kabul
		Eğitim	Kabul			Doğum Sırası	Kabul			Doğum Sırası	Kabul
		Çalışma	Kabul			Eş Eğitim	Kabul			Eş Eğitim	Kabul
		Yaşayan Çocuk Sayısı	Kabul								
		Eş Eğitim	Ret								
1998	H7a	Yaş	Kabul	1998	H7b	Eğitim	Kabul	1998	H7c	Eğitim	Kabul
		Eğitim	Kabul			Doğum Sırası	Kabul			Doğum Sırası	Kabul
		Çalışma	Ret			Eş Eğitim	Ret			Eş Eğitim	Ret
		Yaşayan Çocuk Sayısı	Kabul								
		Eş Eğitim	Kabul								
2003	H7a	Yaş	Kabul	2003	H7b	Eğitim	Kabul	2003	H7c	Eğitim	Kabul
		Eğitim	Kabul			Doğum Sırası	Kabul			Doğum Sırası	Kabul
		Çalışma	Kabul			Eş Eğitim	Kabul			Eş Eğitim	Ret
		Yaşayan Çocuk Sayısı	Kabul								
		Eş Eğitim	Kabul								
2008	H7a	Yaş	Kabul	2008	H7b	Eğitim	Kabul	2008	H7c	Eğitim	Kabul
		Eğitim	Kabul			Doğum Sırası	Kabul			Doğum Sırası	Kabul
		Çalışma	Kabul			Eş Eğitim	Ret			Eş Eğitim	Ret
		Yaşayan Çocuk Sayısı	Kabul								
		Eş Eğitim	Ret								
2013	H7a	Yaş	Kabul	2013	H7b	Eğitim	Ret	2013	H7c	Eğitim	Ret
		Eğitim	Kabul			Doğum Sırası	Ret			Doğum Sırası	Kabul
		Çalışma	Kabul			Eş Eğitim	Ret			Eş Eğitim	Kabul
		Yaşayan Çocuk Sayısı	Kabul								
		Eş Eğitim	Kabul								

Tablo 53. H8 Hipotezinin Sonuçları

Araştırma	Hipotez	Sonuç	Araştırma	Hipotez	Sonuç	Araştırma	Hipotez	Sonuç
1993	H8a	Bölge	1993	H8b	Bölge	1993	H8c	Bölge
		Yerleşim Yeri			Yerleşim Yeri			Yerleşim Yeri
		Sağlık Sigortası			Sağlık Sigortası			Sağlık Sigortası
		Refah Düzeyi			Refah Düzeyi			Refah Düzeyi
1998	H8a	Bölge	1998	H8b	Bölge	1998	H8c	Bölge
		Yerleşim Yeri			Yerleşim Yeri			Yerleşim Yeri
		Sağlık Sigortası			Sağlık Sigortası			Sağlık Sigortası
		Refah Düzeyi			Refah Düzeyi			Refah Düzeyi
2003	H8a	Bölge	2003	H8b	Bölge	2003	H8c	Bölge
		Yerleşim Yeri			Yerleşim Yeri			Yerleşim Yeri
		Sağlık Sigortası			Sağlık Sigortası			Sağlık Sigortası
		Refah Düzeyi			Refah Düzeyi			Refah Düzeyi
2008	H8a	Bölge	2008	H8b	Bölge	2008	H8c	Bölge
		Yerleşim Yeri			Yerleşim Yeri			Yerleşim Yeri
		Sağlık Sigortası			Sağlık Sigortası			Sağlık Sigortası
		Refah Düzeyi			Refah Düzeyi			Refah Düzeyi
2013	H8a	Bölge	2013	H8b	Bölge	2013	H8c	Bölge
		Yerleşim Yeri			Yerleşim Yeri			Yerleşim Yeri
		Sağlık Sigortası			Sağlık Sigortası			Sağlık Sigortası
		Refah Düzeyi			Refah Düzeyi			Refah Düzeyi

7. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırma, 1993-2013 döneminde sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım düzeyinin izlenmesi, sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen başta yoksulluğun ve çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin belirlenmesi, sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımında farklılık ve eşitsizliklerin olup olmadığının ve eğer var ise dönemler itibariyle seyrinin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Ayrıca, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye Sağlık Sistemi'nde gerçekleştirilen sağlık reformlarının sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin belirlenmesi de araştırmanın amaçları arasındadır. Araştırmanın bulguları ve bulgulara yönelik tartışmalar şu şekildedir:

Bulgu 1: Yoksulluğun (Hane Refahının) sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde etkisi vardır.

Tablo 54'te 1993-1998-2003-2008-2013 veri setleri birleştirilerek gerçekleştirilen analizler sonucu yoksulluğun (hane refahının) sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisi görülmektedir.

Tablo 54. Yoksulluğun Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerine Etkisi

Hane Refahı	Sağlık Statüsü Göstergeleri				Sağlık Hizmeti Kullanım Göstergeleri		
	Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğu	Çocuklarda İshalin Yaygınlığı	Beş Yaş Altı Ölümü	Çocukların Küçük Doğum Büyüklüğü	Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımı	Doğum Öncesi Bakım Alma	Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesi
En Düşük	3,880*	1,775*	2,311*	1,546*	1,000	1,000	1,000
Düşük	2,842*	1,487*	2,132*	1,221*	1,112*	1,482*	1,375*
Orta	2,065*	1,524*	2,010*	1,081	1,298*	2,433*	1,884*
Yüksek	1,303	1,425*	1,273	0,882	1,377*	3,449*	2,570*
En Yüksek	1,000	1,000	1,000	1,000	1,587*	4,670*	3,686*

*p<0.01; **p<0.05

Tablo 54 incelendiğinde yoksulluğun (hane refahının) sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Buna göre:

Kısa boy uzunluğu ile hane refahı arasında ilişki bulunmaktadır. Hane refahı arttıkça çocuklarda boy kısalığı azalmaktadır. Kısa boy uzunluğunun düşük refah düzeyinde yaşayan çocuklarda 5 araştırmada da istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar, bu araştırmanın bulgusunu desteklemekte ve araştırmalarda çocuklarda kısa boy uzunluğu ile hane refahı arasında ilişki olduğu ifade edilmektedir. Tadese ve Alemu (2015) tarafından yapılan çalışmada, kısa boy uzunluğunun yüksek refah düzeyindeki hanelere göre orta refah düzeyinde 1,75 ve düşük refah düzeyinde 2,21 kat daha fazla görüldüğünü saptamıştır. Nepal’de gerçekleştirilen bir çalışmada, hane refahı arttıkça kısa boy sorununun azaldığı, diğer bir ifadeyle kısa boyluluğun yoksul ailelerin çocuklarında daha yaygın olduğu belirlenmiştir (Joshi vd. 2011). Kamal (2011) tarafından yapılan çalışmada da hane refahının çocukların boy uzunluğunu etkilediği ve kısa boy uzunluğu sorununun en yüksek refah düzeyine göre diğer dört refah düzeyinde de (yüksek, orta, düşük, en düşük) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Düşük refah düzeyinde eğitim düzeyinin de düşük olması, çocuk için gerekli besinlerin alınamaması, çocuk sağlığı ile ilgili bilgiye ulaşımı sağlayacak televizyon, internet gibi çeşitli araçların eksikliği (HÜNEE, 2014) kısa boy sorununun düşük refah düzeyinde yaygınlaşmasına yol açtığı söylenebilir.

Beş yaş altı çocuklarda ishal, hane refahından etkilenmektedir. Hane refahı arttıkça, ishalin yaygınlığı azalmakta ve bulgu 1998 ve 2008 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlıdır. Çeşitli çalışmalarda ishalin hane refahı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Agustina vd. (2013) tarafından yapılan çalışmada, çok düşük sosyo-ekonomik statüdeki ailelerin çocuklarında ishalin 1,58 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Siziya vd. (2013) tarafından gerçekleştirilen çalışmada en yüksek refah düzeyindeki hanelere göre diğer dört refah düzeyinde de ishalin daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada da hane refahının arttıkça ishalin yaygınlığının azaldığı tespit edilmiştir (Dessalegn vd. 2011). Hane refahı hanelerin çeşitli özelliklerine göre (içme suyu, tuvalet özellikleri, dayanıklı tüketim malları) belirlenmektedir. Yüksek refah düzeyinde yer alan hanelerde tuvalet ve içme suyu özellikleri sağlık için uygun durumdadır. Bu nedenle ishalin yaygınlığının yüksek refah düzeyinde azaldığı söylenebilir.

Beş yaş altı ölümü ile hane refahı arasında ilişki bulunmaktadır. Hane refahı arttıkça, beş yaş altı ölümü azalmaktadır ve 1993-1998 araştırmalarında bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır. Ettarh ve Kimani (2012) tarafından yapılan çalışmada, beş yaş altı ölümü en düşük refah düzeyinde, orta refah düzeyine göre 1,35 kat ve en yüksek refah düzeyine göre 1,29 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Hill vd. (2001) tarafından Kenya’da

yürütülen çalışmada da beş yaş altı ölümü üzerinde hane refahının etkili olduğu ve hane refahı arttıkça beş yaş altı ölümünün istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır. Düşük refah düzeylerinde, hanelerin çocuk sağlığı için uygun olmayan çeşitli koşullarda olması (yetersiz sanitasyon ve ısınma vb.), düşük eğitim düzeyi ve bilgiye erişim olanaklarının kısıtlılığı nedeniyle çocuk sağlığına gereken önemin verilememesi ve gerektiğinde sağlık kurumlarına başvurulmaması beş yaş altı ölümünün düşük refah düzeylerinde yükselmesine neden olduğu söylenebilir.

Hane refahı, çocukların doğumdaki büyüklüğünü etkilemektedir. Hane refahı arttıkça çocuklarda küçük doğum büyüklüğü azalmaktadır. Küçük doğum büyüklüğü dört araştırmada da istatistiksel olarak anlamlı şekilde en fazla en düşük refah düzeyinde en az ise en yüksek refah düzeyindedir. Gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar, araştırmanın bu bulgusu ile uyumludur. Sebeyang vd. (2012) tarafından yapılan çalışmada, küçük doğum büyüklüğünün en yüksek refah düzeyine göre yüksek refah düzeyinde 1,26 kat, orta refah düzeyinde 1,47 kat, düşük refah düzeyinde 1,53 kat ve en düşük refah düzeyinde ise 1,57 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Hindistan'da gerçekleştirilen bir çalışmada (Kader ve Perera, 2014) küçük doğum büyüklüğünün yüksek refah düzeyine göre orta refah düzeyinde 1,30 kat ve yoksul refah düzeyinde 1,44 kat ve Hirve ve Ganatra (1994) tarafından yapılan çalışmada ise küçük doğum büyüklüğünün düşük sosyo-ekonomik düzeyde 1,71 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Düşük refah düzeyinde yaşayan kadınların daha az eğitilmiş olmaları, doğum öncesi bakım hizmetinden daha az yararlanmaları, gebelik sürecinde yapılması ve yapılmaması gerekenlerden haberdar olmalarını sağlayacak haberleşme araçlarına daha az sahip olmaları, yeterli beslenmelerini sağlayacak maddi olanağa sahip olmamaları gibi etkenlerin, düşük refah düzeyinde yaşayan ailelerin çocuklarının küçük doğum büyüklüğü ile doğmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Hane refahı arttıkça doğum öncesi bakım alma ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme artmaktadır. Doğum öncesi bakım ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme en az en yoksul hane refahında yaşayan kadınlarda, en fazla ise en yüksek refah seviyesinde yaşayan kadınlarda bulunmuştur. Doğum öncesi bakımın beş araştırma döneminde de doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştiriminin ise 2013 araştırması dışında hane refahı arttıkça istatistiksel olarak arttığı tespit edilmiştir. Bu bulgular doğum öncesi bakım için Srivastava vd. (2015), Babalola (2014) ve Huq vd. (2015) ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme için Fekadu ve Regassa (2014) ve Tsawe (2015) tarafından yapılan çalışmaların bulguları ile uyumludur. Düşük refah düzeyinde yaşayan kadınların yeterli ekonomik güce sahip olmamaları (Singh vd. 2011), eğitim düzeylerinin düşüklüğü ve sağlık güvencesi kapsamında daha az yer almaları (HÜNEE, 2013) nedenleriyle

doğum öncesi bakım alma ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin daha düşük olduğu söylenebilir.

Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, hane refahından etkilenmektedir. Modern yöntem kullanımı, en az en düşük hane refah seviyesinde yaşayan kadınlarda iken; en fazla ise en yüksek hane refah seviyesinde yaşayan kadınlardadır. Yöntem kullanımı, 5 araştırma döneminde de hane refahı arttıkça istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmaktadır. Yapılan çeşitli araştırmalarda da yöntem kullanımının hane refahıyla arttığı tespit edilmiştir (Gonzalez vd. 2010; Palamuleni, 2013; Osmani vd. 2015). Hane refahı; TV, telefon, bilgisayar, ulaşım araçları gibi dayanıklı tüketim malları yardımıyla hesaplanmaktadır ve en düşük ve düşük refah düzeyinde yer alan hanelerde bu malların birçoğu bulunmamaktadır. Bu durum, en düşük ve düşük refah düzeyinde yer alan hanelerde yaşayanların modern yöntemlerle ilgili bilgi ve erişim imkânını sınırlandırmakta ve yöntem kullanımı açısından refah düzeyleri arasında farklılığa neden olduğu düşünülmektedir.

Bulgu 2: Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık statüsü göstergelerinde olumlu gelişmeler olduğu belirlenmiştir.

Tablo 55’te 1993-1998-2003-2008-2013 veri setleri birleştirilerek gerçekleştirilen analizler sonucu SDP ve Aile Hekimliğinin sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisi görülmektedir.

Tablo 55. SDP ve Aile Hekimliğinin Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerine Etkisi

Hane Refahı	Sağlık Statüsü Göstergeleri				Sağlık Hizmeti Kullanım Göstergeleri		
	Çocuklarda Kısa Boy Uzunluğu	Çocuklarda İshalin Yaygınlığı	Beş Yaş Altı Ölümü	Çocukların Küçük Doğum Büyüklüğü	Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımı	Doğum Öncesi Bakım Alma	Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesi
SDP Uygulamada Değil	2,135*	1,692*	2,475*	1,137**	1,000	1,000	1,000
SDP Uygulamada	1,695*	1,000	0,912	1,085	1,236*	4,097*	4,203*
SDP ve AH Uygulamada	1,000	-	1,000	1,000	1,287*	8,474*	16,918*

*p<0.01; **p<0.05

SDP ile ortalama yaşam süresinin uzaması, bebek ve anne ölüm oranında yaşanan düşüşler, sağlık hizmetlerine erişimin artışı başta olmak üzere sağlık ve sağlık hizmetinde önemli ilerlemeler kaydedilmiş ve Türkiye Sağlık Sisteminde elde edilen başarılar, başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere çeşitli otoritelerce takdir edilmiştir. Bu çalışmada da 2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP ile birlikte sağlık statüsü göstergelerinde iyileşmeler ve sağlık hizmeti kullanımında artış olduğu belirlenmiştir. Burada dikkat edilmesi gereken husus dönemsel olarak karşılaştırma yapılmasına ve 2003 dönemi sonrasında sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım göstergelerinde iyileşmeler görülmesine rağmen iyileşmeyi sağlayan faktörün tek başına SDP olarak ifade edilmesinde dikkatli davranılması gerektiğidir. 2003 sonrasında Türkiye’de ekonomik göstergelerdeki iyileşmeler, eğitim düzeyinin artışı, bilgi teknolojilerinin artışı nedeniyle insanların bilinçlenmesi gibi hususların SDP yanında sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımında iyileşmeleri sağladıkları ileri sürülebilir.

SDP ile birlikte sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımında olumlu gelişmeler yaşanmakla birlikte bölge, yerleşim yeri ve refah düzeyi açısından farklılıklar ve eşitsizlikler azalmasına rağmen halen mevcuttur. 2013 dönemi itibariyle sağlık statüsü göstergelerindeki mevcut durum incelendiğinde, beş yaş altı çocuklarda kısa boy uzunluğunun Doğu Bölgesi’nde Batı Bölgesi’ne göre 1,539 kat, ishalin 1,734 kat, ölümün 1,416 kat ve küçük doğum büyüklüğünün 1,176 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kentsel alana göre kırsal yerleşim alanında beş yaş altı çocuklarda kısa boy uzunluğunun 1,449 kat, ishalin 1,057 kat, ölümün 1,118 kat ve küçük doğum büyüklüğünün 1,191 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. En yüksek refah düzeyine göre en düşük refah düzeyinde beş yaş altı çocuklarda kısa boy uzunluğunun 2,987 kat, ishalin 1,696 kat, ölümün 1,529 kat ve küçük doğum büyüklüğünün 1,508 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Sağlık hizmeti kullanımı göstergeleri incelendiğinde, 2013 dönemi itibariyle Doğu Bölgesine göre Batı Bölgesinde gebeliği önleyici yöntem kullanımı 1,242 kat, doğum öncesi bakım alma 1,581 kat ve doğumu sağlık kurumunda gerçekleştirme 5,742 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kırsal yerleşim alanına göre kentsel yerleşim alanında gebeliği önleyici yöntem kullanımı 1,183 kat, doğum öncesi bakım alma 1,172 kat ve doğum öncesi bakım alma 2,971 kat ve doğumu sağlık kurumunda gerçekleştirme 2,971 kat daha fazladır. En düşük refah düzeyine göre en yüksek refah düzeyinde gebeliği önleyici yöntem kullanımı 1,650 kat, doğum öncesi bakım alma 7,672 kat ve doğum öncesi bakım alma 1,581 kat ve doğumu sağlık kurumunda gerçekleştirmenin 3,126 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

Bulgu 3: Doğum öncesi bakım alma ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme kadının ve eşinin eğitim düzeyi, çocuğun doğum sırası, yaşanan bölge, yerleşim yeri ve sağlık sigortasından etkilenmektedir.

Kadınların eğitim düzeyi ile doğum öncesi bakım alma ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Diğer bir ifadeyle, eğitim düzeyi arttıkça sağlık kurumundan doğum öncesi bakım alan ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştiren kadın oranı artmaktadır. Beş araştırmada da eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş kadınlara göre ilkokul mezunu ve ortaokul ve üzeri eğitim derecesine sahip kadınlarda doğum öncesi bakım alma ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin daha yüksek olduğu ve 2013 araştırması dışında bu bulgunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yürütülen çeşitli çalışmalarda da kadınların eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım almanın ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin arttığı belirlenmiştir. Yadav ve Kesarwani (2016) tarafından yapılan çalışmada eğitimi olmayan kadınlara göre doğum öncesi bakım almanın ilkokul mezunu kadınlarda 1,646 kat, ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlarda 2,868 kat daha fazla olduğu; Makan vd. (2015) tarafından doğum öncesi bakım almanın eğitimi olmayan/ilkokul bitirenlere göre ortaokul mezunlarında 1,84 kat, lise mezunlarında 5,50 kat ve üniversite mezunlarında 7,43 kat fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca Huq vd. (2015), Asres ve Davey (2015) ve Kamal vd. (2015) tarafından yapılan çalışmalarda kadınların eğitim düzeyi arttıkça doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin arttığı belirlenmiştir. Eğitimli kadınların sağlık hizmetlerinin faydasından daha fazla haberdar olmaları, sağlık hizmetlerini nerden ve nasıl alacakları ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olmaları ve sağlık hizmetlerinin gerektirdiği maliyetleri karşılama potansiyellerinin daha yüksek olması nedeniyle doğum öncesi bakım alma ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin eğitimli kadınlarda daha yüksek olduğu söylenebilir (Streatfield et al, 1990; Celik ve Hotchkiss, 2000).

Doğum öncesi bakım ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesini etkileyen bir diğer faktör, kadınların eşlerinin eğitim düzeyidir. Kadınların eğitim düzeyinde olduğu gibi eşlerin eğitim düzeyi ile doğum öncesi bakım ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Beş araştırma döneminde de eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş eşleri olan kadınlara göre ilkokul mezunu ve ortaokul ve üzeri eğitim derecesine sahip eşleri olan kadınlarda doğum öncesi bakım alma ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme daha yüksektir ve bu bulgu doğum öncesi bakım için 1993 ve 2003, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme için 1993 ve 2013 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan çeşitli çalışmalar araştırmanın bu bulgusunu destekler niteliktedir (Barasa vd. 2015; Babalola, 2014; Yadav ve Kesarwani, 2016). Eğitimli eşlerin, doğum öncesi bakım ve doğumu sağlık kuruluşunda

gerçekleştirmenin önemini bilmeleri ve bu hizmetlerin maliyetlerini karşılama olanaklarının daha fazla olması nedeniyle eşlerini bu hizmetleri almaya daha fazla yönlendirdikleri ifade edilebilir (Achia ve Mageto, 2015; Barasa vd. 2015).

Çocuğun doğumdaki sırası arttıkça doğum öncesi bakım alma ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme azalmaktadır. Doğum öncesi bakım ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme ilk doğumda en yüksek, 4+ doğumda ise en düşüktür ve bu bulgu doğum öncesi bakımda 2013 araştırması dışında, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmede ise 5 araştırma döneminde de istatistiksel olarak anlamlıdır. Srivastava vd. (2014) tarafından yapılan çalışmada, 4+ çocuğa gebe olan kadınlara göre doğum öncesi bakım ilk çocuğuna gebe olan kadınlarda 1,66 kat daha yüksek olduğu; İslam ve Odland (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada çocuğun doğumdaki sırası arttıkça doğum öncesi bakım almanın istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır. Kamal vd. (2015) ve Asres ve Davey (2015) tarafından yapılan çalışmalarda çocukların doğumdaki sırası arttıkça doğumu sağlık kuruluşlarında gerçekleştirmenin azaldığı belirlenmiştir. Doğum öncesi bakım almanın ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin ilk doğumda en yüksek, 4+ doğumda en düşük olmasına doğum sırası arttıkça kadınların doğumla ilgili tecrübelerinin artması nedeniyle modern sağlık hizmetine daha az ihtiyaç duyduklarını düşüncülerinin yol açtığı ileri sürülebilir (Begum vd. 2012; Nigussie, 2005).

Doğum öncesi bakım ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmede bölgesel ve yerleşim yeri açısından farklılıklar bulunmaktadır. Doğumu öncesi bakım alma ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin en az olduğu bölge Doğu, en fazla olduğu bölge ise Batı'dır. Araştırmanın bu bulgusu, doğum öncesi bakım için 2013 araştırması dışında; doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme için beş araştırma döneminde de istatistiksel olarak anlamlıdır. Çelik ve Hotchkiss (2000) tarafından yapılan çalışmada da doğum öncesi bakım alma ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin Doğu Bölgesi'nde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca doğum öncesi bakım alma ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme kentsel yerleşim yerinde yaşayanlarda, kırsal yerleşim yerinde yaşayanlara göre daha yüksektir ve bu bulgu doğum öncesi bakım için 1993, 1998, 2003 araştırmalarında; doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme için 2008 araştırması dışında istatistiksel olarak anlamlıdır. Mugo vd., (2010) ve Çetin vd. (2005) tarafından yapılan çalışmalarda doğum öncesi bakım almanın; Wang ve Hong (2015) ve Yadav ve Kesarwani, (2016) tarafından yapılan çalışmalarda doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin kentlerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Doğum öncesi bakım ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin Doğu Bölgesi ve kırsal alanda en az olması sağlık personelinin ve bunun sonucunda sağlık hizmetlerinin dengeli dağılmamasının ve bu nedenle her gebe kadın tarafından mutlaka kullanılması gereken doğum öncesi bakım ve

doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme açısından bölge ve yerleşim yeri açısından eşitsizlik yarattığı söylenebilir.

Sağlık sigortası ile doğum öncesi bakım ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Doğum öncesi bakım ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme sağlık sigortası olan kadınlarda beş araştırma döneminde de istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Achia ve Mageto (2015) tarafından yapılan çalışmada, doğum öncesi bakım almanın sigortası olan kadınlarda 2,15 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İzmir'in Bornova ilçesinde yaşayan gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yürütülen bir çalışmada, doğum öncesi bakım hizmetlerinden sigortası olan kadınların anlamlı şekilde daha fazla yararlandığı belirlenmiştir (Yücel, vd. 2015). Wang ve Hong (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin sigortası olmayana kadınlara göre sigorta kapsamında olan kadınlarda 1,2 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık sigortasının kapsam ve derinliğine göre değişmekle birlikte, hizmet kullanımı sırasında cepten ödemeyi gerektirmemesi ya da azaltması nedeniyle sigortası olan kadınlarda doğum öncesi bakım ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin daha yüksek olmasını sağladığı ileri sürülebilir.

Bulgu 4: Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı kadının yaşı, kadının ve eşinin eğitim düzeyi, çalışma durumu, yaşayan çocuk sayısı, yaşanan bölge, yerleşim yeri ve sağlık sigortasından etkilenmektedir.

Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı ile kadınların yaşları arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Yöntem kullanımı, beş araştırma döneminde de 20-29 ve 30-39 yaş aralığındaki kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Farklı ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda elde edilen bulgular da gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının yaşla birlikte arttığını göstermektedir. Motlaq vd. (2013) tarafından İran'da yürütülen çalışmada gebeliği önleyici yöntem kullanımının yaşla birlikte istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı belirlenmiştir. Osmani vd. (2012) tarafından yapılan çalışmada da referans kategori 20 yaşından küçük kadınlara göre diğer yaş gruplarında yer alan kadınların yöntem kullanımının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Yöntem kullanımının en düşük oranda 20 yaş altı kadınlarda olması, bu yaş dilimindeki kadınların yeni evli olmaları ve çocuk sahibi olmak istemeleri ile açıklanabilir.

Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, kadınların eğitim düzeyiyle birlikte artmaktadır. Modern yöntem kullanımı, beş araştırma döneminde de ilkökul, ortaokul ve üzeri eğitim derecesine sahip kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Rourke (2013)

tarafından yapılan çalışmada modern yöntem kullanımının eğitimi olmayan kadınlara göre ilkökul mezunu kadınlarda 1,27 kat, ortaokul ve üzeri eğitime sahip kadınlarda 2,44 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Giray ve Keskinoglu (2006) tarafından yapılan çalışmada da kadınların eğitim düzeyi ile modern yöntem kullanımı arasında ilişki olduğu ve yöntem kullanımının eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır. Eğitimli kadınların yöntem kullanımı ve modern yöntemlerin temin edileceği sağlık kurumları ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmalarının (Osmani vd. 2012; HÜNEE, 2013) modern yöntem kullanımının eğitim düzeyiyle birlikte artışını sağladığı ifade edilebilir.

Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, kadınların eşlerinin eğitim düzeyiyle ilişkilidir. Referans kategori eşinin eğitimi olmayan ya da ilkökul bitirmeyen kadınlara göre, eşleri ilkökul ya da ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan kadınlarda yöntem kullanımı 2008 araştırması dışında istatistiksel olarak daha fazladır. Mahmood ve Ringheim (1996) tarafından Pakistan'da gerçekleştirilen çalışmada, modern yöntem kullanımı eşi eğitimi olmayan kadınlarda % 8,5; eşi ilkökul mezunu olanlarda % 14,0 iken eşi ortaokul ve üzeri eğitim derecesine sahip olan kadınlarda ise % 26,8 olduğu saptanmıştır. Yapılan bir başka çalışmada da eş eğitim düzeyi ile modern yöntem kullanımı arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, modern yöntem kullanımı, eşi eğitimi olmayan kadınlara göre, eşi ilkökul mezunu olan kadınlarda 2,21 kat ve ortaokul mezunu olanlarda 3,32 kat ve lise mezunu olanlarda 2,65 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Kidayi, vd. 2015). Eşi eğitimli kadınların modern yöntem kullanımının daha yüksek olması, eğitimli eşlerin kadınları yöntem kullanımı ile ilgili doğru yönlendirmesi, yöntemleri temin edebileceği kaynaklar hakkında daha fazla bilgi sahibi olması ve yöntem kullanımında eşlerine daha fazla tercih hakkı tanınması ile ilgili olduğu söylenebilir.

Modern yöntem kullanımı ile ilgili diğer bir bulgu, *modern yöntem kullanımı kadınların çalışma durumundan etkilenmektedir.* Gebeliği önleyici modern yöntemi kullanımı, 1998 araştırması dışında çalışan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Araştırmanın bu bulgusu, Palamuleni (2013) ve Unumeri (2015) tarafından yapılan çalışmalarla uyumludur. Modern yöntem kullanımının çalışan kadınlarda daha yüksek olması, kadınların kendi gelirlerini kazanmaları ve iş yaşamıyla ilgili çeşitli hedefleri olması nedeniyle üreme ile ilgili kararlarda daha fazla söz sahibi olması ile ilgilidir (Gage, 1995; Hogan, 1999).

Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı ile yaşayan çocuk sayısı arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Kadınların yaşayan çocuk sayıları arttıkça modern yöntem kullanımı istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmakta ve yöntem kullanımı en az çocuğu olmayan kadınlarda iken, en fazla 5+ çocuğa sahip olan kadınlardadır. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda da yaşayan çocuk sayısı arttıkça modern yöntem kullanımının arttığı belirlenmiştir (Mohammed vd. 2014; Al-

Balushi, 2015). Her çocuğun aileye beslenme, barınma, eğitim vb. maddi ve manevi çeşitli maliyetinin olması nedeniyle yaşayan çocuk sayısı arttıkça yöntem kullanımı artarak yeni çocuk sahibi olmanın önlenmeye çalışıldığı ileri sürülebilir.

Modern yöntem kullanımında bölgesel ve kırsal-kent arasında farklılıklar bulunmaktadır. Modern yöntem kullanımının en az olduğu bölge Doğu'dur. Doğu Bölgesine göre diğer 4 bölgede yöntem kullanımı daha yüksek olup, beş araştırma döneminde de Kuzey Bölgesi dışında bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıdır. Akın vd. tarafından (2006) Türkiye'de aile planlaması yöntemlerinin kullanımını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada da modern yöntem kullanımının en az olduğu bölgenin Doğu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca araştırmada kırsal yerleşim yerlerinde modern yöntem kullanımının arttığı ve kentsel-kırsal alan arasındaki farkın azaldığı belirlenmekle birlikte kentsel alanda kırsal alana göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve bu bulgu 1993-1998-2013 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan çeşitli çalışmalar araştırmacının bu bulgusunu desteklemektedir (Indongo, 2007; Unumeri, 2015; Palamuleni, 2013). Doğu Bölgesi'nde ve kırsal yerleşim alanında modern yöntem kullanımının diğer bölgelere göre daha düşük olması aile planlaması kaynaklarına ulaşımındaki zorluğu gösterebilmektedir. Ayrıca Doğu Bölgesi'nde yaşayanlarda daha fazla çocuk sahibi olma isteğinin yöntem kullanımını sınırladığı düşünülmektedir.

Sağlık sigortası, gebeliği önleyici yöntem kullanımını etkilemektedir. Modern yöntem kullanımı, sağlık sigortası olan kadınlarda beş araştırmada da daha yüksektir ve bu bulgu 1993 ve 1998 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlıdır. Frost vd. (2004), Çakmak ve Ertem (2005) ve Akın vd. (2006) tarafından yapılan çalışmalarda sağlık sigortasının modern yöntem kullanımını artırdığı saptanmıştır. Sağlık sigortası, sağlık hizmetleri kullanımını kolaylaştırıcı faktör olmakla birlikte, Türkiye'de 2003-2008-2013 araştırmalarında sağlık sigortası kapsamında olan ve olmayanların yöntem kullanım oranlarının artması, oranların birbirine yaklaşması ve sağlık sigortasının modern yöntem kullanımında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yaratmaması, sigortası olmayanların da gebeliği önleyici yöntemlere ulaştıklarını göstermektedir.

Bulgu 5: Beş yaş altı ölümü annenin eğitim düzeyi ve yaşanan bölgeden etkilenmektedir.

Beş yaş altı ölümü, anne eğitiminden etkilenmektedir. Anne eğitim düzeyi arttıkça beş yaş altı ölümü azalmaktadır ve bu bulgu, 1993 ve 1998 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan çeşitli çalışmalarda anne eğitim düzeyi arttıkça beş yaş altı ölümünün azaldığı saptanmıştır (Adedini, 2014; Ezech vd. 2015). Eğitimli annelerin çocuklarında beş yaş altı ölümün daha az görülmesi çocuk sağlığı ile ilgili daha fazla bilgi sahibi olmaları ve gerektiğinde sağlık hizmetini nereden alacaklarını bilmeleri ile açıklanabilir. Ayrıca, eğitimli kadınların daha ileri

yaşta evlenmeleri ve daha az çocuk sahibi olmaları olgunun (beş yaş altı ölümü) bu grupta görülmesini azaltıcı etki yaptığı söylenebilir (Ettarh ve Kimani, 2012).

Beş yaş altı ölümünü etkileyen bir diğer faktör, yaşanan bölgedir. Beş yaş altı ölümü açısından bölgeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Beş yaş altı ölümü, en düşük oranda Batı Bölgesi'nde görülürken, en yüksek oranda Doğu Bölgesindedir ve bu bulgu 2008 ve 2013 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlıdır. Beş yaş altı ölümünün Doğu Bölgesi'nde daha yüksek olmasına, Doğu Bölgesi'nde yaşayan kadınların eğitim düzeyinin daha düşük olması, doğum öncesi bakım ve doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesinin bu bölgede düşük olması (HÜNEE, 2014) gibi faktörlerin yol açtığı söylenebilir.

Beş yaş altı ölümü ile çocuğun cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte beş yaş altı ölümü 1998, 2003 ve 2013 araştırmalarında erkek çocuklarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalarda da beş yaş altı ölümü ile çocukların cinsiyeti arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (Adedini, 2014; Hill vd. 2001; Uddin vd. 2008).

Beş yaş altı ölümü ile yerleşim yeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Beş yaş altı ölümü istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kırsal yerleşim alanında daha yüksektir. Kanmiki vd. (2014), Ettarh ve Kimani (2012), Ezech vd. (2015) tarafından yapılan çalışmalarda kırsal yerleşim alanında beş yaş altı ölümü istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Kırsal yerleşim alanlarında sağlık hizmetlerine ulaşım imkânının daha sınırlı olması, kırsal yerleşim alanında yaşayan kadınların eğitim düzeyinin daha düşük olmasının (HÜNEE, 2014) beş yaş altı ölümünün kırsal yerleşim alanında daha yüksek olmasına yol açtığı düşünülmektedir.

Bulgu 6: Beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı çocukların yaşı ve cinsiyeti, annenin eğitim düzeyi, yaşanan bölge ve yerleşim yerinden etkilenmektedir.

Beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı ile çocukların yaşları arasında ilişki bulunmaktadır. 48-60 aylık çocuklara göre, 0-47 aylık çocuklarda ishal üç araştırmada da istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Çeşitli ülkelerde beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığını belirlemeye yönelik çalışmalarda da ishalin çocukların yaşlarıyla ilişkili olduğu ve çocukların yaşları arttıkça ishalin yaygınlığının azaldığı belirlenmiştir (Komarulzaman vd. 2014; Arif ve Naheed, 2016). Çocuklarda artan yaşla ishalin azalması, vücut dirençlerinin mikroorganizmalara karşı bağışıklık kazanmasıyla açıklanabilir (Motarjemi vd. 1993).

Beş yaş altı çocuklarda ishali etkileyen bir diğer faktör, çocukların cinsiyetleridir. İshal, kız çocuklarına göre erkek çocuklarda daha fazla görülmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalar araştırmanın bu bulgusunun desteklemektedir. Siziya vd. (2013) tarafından yapılan çalışmada ishalin erkek çocuklarda 1,08 kat; Dessalegn vd. (2011) tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise 1,36 kat daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. İshalin yaygınlığının erkek çocuklarında daha fazla görülmesi, erkek çocukların biyolojik olarak enfeksiyon kaynaklı hastalıklara karşı daha savunmasız olmalarının sonucu olduğu söylenebilir (Siziya vd. 2013; Siziya vd. 2009).

Annenin eğitim düzeyi ile çocuklarda ishalin yaygınlığı arasında ilişki bulunmaktadır. Her üç araştırmada da annenin eğitim düzeyi arttıkça ishalin yaygınlığının azaldığı belirlenmiştir. Mengistie vd. (2013) tarafından yapılan çalışmada, ishalin yaygınlığının eğitimi olmayan annelerin çocuklarında 1,30 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Mihrete vd. (2014) tarafından gerçekleştirilen çalışmada da çocuklarda ishalin anne eğitiminden etkilendiği ve ilkökul ve ortaokul ve üzeri eğitim derecesi olan annelere göre eğitimi olmayan annelerin çocuklarında ishalin yaygınlığının 2,27 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Eğitimli anneler, çocuklarının hijyen ve beslenmesine daha fazla önem vermekte ve çocukların hastalıkları ile ilgili semptomlarına karşı daha duyarlı olmaları nedeniyle çocukların enfeksiyonlara karşı direnci artmakta ve bu durum eğitimli annelerin çocuklarında ishalin yaygınlığını azaltmaktadır (Dessalegn vd. 2011).

Çocuklarda ishalin yaygınlığı ile yaşanan bölge ve yerleşim arasında ilişki bulunmaktadır. Çocuklarda ishal, Batı dışındaki diğer dört bölgede daha yaygındır ve her üç araştırmada da çocuklarda ishalin Doğu Bölgesi'nde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, ishal ile yerleşim yeri arasında ilişki olduğu ve ishalin yaygınlığının kırsal yerleşim alanında daha fazla olduğu saptanmıştır. Çeşitli ülkelerde gerçekleştirilen çalışmalar araştırmanın bulgusunu destekler niteliktedir (Woldemicael, 2001; Mengistie vd. 2013; Sastry ve Burgard, 2005). İshalin Doğu Bölgesi'nde ve kırsal yerleşim alanlarında yaygınlığının daha fazla olmasına Doğu Bölgesi'nde ve kırsal yerleşim alanlarında annelerin eğitim düzeyinin daha düşük olması, tuvaletlerin evin dışında açık veya kapalı çukur şeklinde olması, içme suyu olarak şebeke suyu dışında kaynakların kullanılması, (HÜNEE, 2014) gibi faktörlerin neden olduğu düşünülmektedir.

Bulgu 7: Beş yaş altı çocuklarda kısa boy uzunluğu çocukların yaşı, annenin eğitim düzeyi, yaşanan bölge ve yerleşim yerinden etkilenmektedir.

Beş yaş altı çocuklarda kısa boy uzunluğu ile çocukların yaşları arasında ilişki bulunmaktadır. Çocukların yaşları arttıkça kısa boy sorununun beş araştırmada da istatistiksel olarak anlamlı

şekilde arttığı belirlenmiştir. Gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar araştırmancın bu bulgusunu desteklemektedir (Tadesse ve Alemu, 2015; Teshome vd. 2009; Alom vd. 2009). Bu durum anne sütü ile birlikte ve anne sütü tamamen bırakıldıktan sonra çocukların yeterli ve dengeli beslenmemeleri ile açıklanabilir. Diğer bir ifadeyle, çocukların gelişimi için gerekli besinin özellikle ilk 6 ay için anne sütü ile sağlanabilmesi ancak çocuk büyüdükçe ihtiyacı olan besini alamaması nedeniyle yetersiz beslenmenin ve kısa boy uzunluğunun yaşla birlikte arttığı ifade edilebilir.

Annenin eğitim düzeyi ile çocuklarda kısa boy uzunluğu arasında ilişki bulunmaktadır. Beş araştırmada da annenin eğitim düzeyi arttıkça çocuklarda kısa boyun istatistiksel olarak azaldığı tespit edilmiştir. Kısa boy sorununun en fazla eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş annenin çocuklarında en az ise ortaokul ve üzeri eğitimi olan annelerin çocuklarındadır. Dhok ve Tharke (2016) tarafından yapılan çalışmada, okuryazar annelere göre okuma yazması olmayan annelerin çocuklarında 2,74 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada, çocuklarda kısa boy sorununun ortaokul ve üzeri eğitimi olan annelere göre, ilkokul mezunu annelerin çocuklarında 2,26 kat ve eğitimi olmayan annelerin çocuklarında 2,54 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Chirande vd. 2015). Eğitilmiş annelerin çocuk sağlığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olması ve çocuğun yeterli ve dengeli beslenmesine daha fazla özen göstermesi, eğitilmiş annelerin çocuklarında yetersiz beslenmenin ve bunun sonucunda kısa boy uzunluğunun daha az görülmesini sağladığı söylenebilir.

Beş yaş altı çocuklarda kısa boy uzunluğu yaşanan bölge ve yerleşim yerinden etkilenmektedir. Çocuklarda kısa boy uzunluğu bölgesel olarak farklılaşmaktadır ve kısa boy uzunluğu beş araştırmada da Doğu Bölgesi'nde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Ayrıca, çocuklarda kısa boy uzunluğu yerleşim yerinden etkilenmektedir ve kırsal yerleşim alanında daha yaygındır. Chikhungu (2013), Mohammed Ali (2016) ve Girma ve Genebo (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda da kısa boy sorununun kırsal yerleşim alanında daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Doğu Bölgesi ve kırsal yerleşim alanlarında annelerin eğitim düzeyinin daha düşük olması nedeniyle çocuklarının sağlığına ve beslenmesine yeterince özen gösterememeleri, sağlık hizmetlerine erişim sorunları yaşayabilmeleri nedeniyle çocuklarının gelişimini takip edememeleri ve bu bölge ve yerleşim alanında işsizliğin daha yüksek olması nedeniyle besin için gerekli harcamayı yapamamaları gibi nedenlerin çocuklarda kısa boy sorununu Doğu Bölgesi ve kırsal yerleşim alanında yaygınlaştırdığı düşünülmektedir.

Beş yaş altı çocuklarda kısa boy uzunluğu ile çocukların cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kısa boy uzunluğunun 1993, 2008 ve 2013 araştırmalarında kızlarda, 1998 ve 2003 araştırmalarında

erkeklerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kısa boy uzunluğunun Das ve Sahoo (2011) ve Dhok ve Thakre (2016) tarafından yapılan çalışmalarda kız çocuklarında; Teshome vd. (2009), Miller ve Rodgers (2009) ve Chirande (2015) tarafından yapılan çalışmalarda ise erkek çocuklarda daha yaygın olduğu belirlenmekle birlikte, literatürde kısa boy uzunluğunun kız çocuklarında daha yaygın olduğu ifade edilmektedir. Kısa boy uzunluğunun kız çocuklarında daha yaygın olmasına kızların ihmal edilmesi diğer bir ifadeyle erkek çocuklarına daha özenli bakılmasının (Dhok ve Tharke, 2016) yol açtığı düşünülmektedir.

Bulgu 8: Çocukların doğumdaki büyüklüğü doğumda anne yaşı, doğum sırası, doğum öncesi bakım, annenin eğitim düzeyi, yaşanan bölge ve yerleşim yerinden etkilenmektedir.

Çocukların doğumdaki büyüklüğü, annenin doğumdaki yaşından etkilenmektedir. Küçük doğum büyüklüğü, doğumda yaşı 20 yaş altı ve 35+ olan annelerin çocuklarında daha fazla görülmektedir ve bu bulgu 2013 araştırması için istatistiksel olarak anlamlıdır. Yapılan çeşitli çalışmalar araştırmanın bulgusunu desteklemekte ve araştırmalarda riskli doğum yaşı olarak kabul edilen yaş aralığında (<20 ve 35+) doğum yapan kadınların çocuklarının ortalamadan daha küçük (2500 gram altı) doğduğu tespit edilmiştir (Agarwal vd. 2012; Dickute vd. 2004; Vettore vd. 2010). 20 yaş altında kadınların gebelik ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları ve bu sonucunda yeterli ve dengeli beslenmemeleri ve 35+ kadınların ise gebelik sürecinde yaşadığı fizyolojik ve psikolojik zorlukların daha fazla olması bu iki yaş grubunda yer alan kadınların çocuklarının ortalama ağırlıktan daha düşük doğmasına yol açtığı söylenebilir (Viengsakhone vd. 2010).

Çocukların doğumdaki büyüklüğü ile doğumdaki sıraları arasında ilişki bulunmaktadır. Doğum sırası arttıkça küçük doğum büyüklüğü sorunu azalmakta ve bu bulgunun 1998-2003 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle, küçük doğum büyüklüğü ilk doğumda daha fazladır. Viengsakhone vd. (2010) tarafından yapılan çalışmada da çocuğun doğumdaki büyüklüğü ile doğum sırası arasında ilişki olduğu ve ortalamadan küçük doğum büyüklüğünün ilk doğum sırasında olan çocuklarda 2,2 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. İlk doğumda düşük doğum ağırlığının daha fazla görülmesi, ilk doğumda annelerin gebelikle ilgili daha az bilgiye sahip olmalarının ve bunun sonucunda bebeğin yeterli ağırlıkta doğması için gerekli olan beslenme, spor gibi unsurlara daha az önem verilmesinin neden olduğu düşünülmektedir.

Çocuğun doğum büyüklüğünü etkileyen bir diğer faktör, doğum öncesi bakımdır. Küçük doğum büyüklüğü, doğum öncesi bakım almayan kadınların çocuklarında daha fazla görülmekte olup, bu bulgu 1998 ve 2008 araştırmalarında istatistiksel olarak anlamlıdır. Isuigo-Abanihe (2011), Deshpande Jayant (2011) ve Bortane vd. (2012) tarafından yapılan çalışmalarda doğum öncesi

bakım ve çocuğun doğum büyüklüğü arasında ilişki olduğu ve düşük doğum ağırlığının doğum öncesi bakım alan kadınların çocuklarında almayanlara göre daha az görüldüğü saptanmıştır. Doğum öncesi bakım, anne ve babanın sağlıklı gebeliğin gerçekleşmesi için yapılması gerekenler ile ilgili olarak bilgilendirilmeleri ve hamilelikle ilgili oluşabilecek hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi gibi unsurları içeren sağlık hizmetidir. Doğum öncesi bakım ile bebeğin gelişimi izlenmekte ve bebeğin sağlıklı gelişimi için annenin beslenmesi, zararlı alışkanlıklardan uzak durması gibi konularda rehberlik edilmektedir. Bunun sonucunda doğum öncesi bakım, çocuğun doğum ağırlığı üzerinde etkilidir.

Annenin eğitim düzeyi, çocuğun doğumdaki büyüklüğünü etkilemektedir. Annenin eğitim düzeyi arttıkça küçük doğum büyüklüğü istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmaktadır. Küçük doğum büyüklüğü en az ortaokul ve üzeri eğitimi olan, en fazla ise eğitimi olmayan kadınların çocuklarıdır. Gerçekleştirilen çeşitli çalışmalar araştırmanın bulgusunu desteklemektedir (Atuahene vd. 2015; Mbuya vd. 2010; Hirve ve Ganatra, 1994). Eğitilmiş annelerin gebelikle ilgili daha fazla bilgiye sahip olmaları ve bunun sonucunda beslenme, stres ve sağlığa zararlı davranışlardan uzak durmaları nedeniyle eğitilmiş annelerin çocuklarında düşük doğum ağırlığının daha az görüldüğü ileri sürülebilir.

Çocukların doğumdaki büyüklüğü ile yaşadıkları bölge ve yerleşim alanı arasında ilişki bulunmaktadır. Çocukların doğum büyüklüğünde bölgesel farklılıklar bulunmakta ve küçük doğum büyüklüğü en fazla Doğu Bölgesi'nde gözlenmektedir. Küçük doğum büyüklüğü, diğer dört bölgeye göre Doğu Bölgesi'nde 2013 araştırması dışında istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir. Doğum büyüklüğü yerleşim alanından da etkilenmektedir. Küçük doğum büyüklüğü kırsal yerleşim alanında daha fazla olup, 1998 araştırması için istatistiksel olarak anlamlıdır. Khatun ve Rahman (2008) ve Kader ve Perera (2014) tarafından yapılan çalışmalar araştırmanın bulgusunu desteklemekte ve küçük doğum büyüklüğüne kırsal yerleşim alanında daha fazla rastlandığını göstermektedir. Doğu Bölgesi ve kırsal yerleşim alanında kadınların daha az eğitilmiş olmaları, doğum öncesi bakımdan diğer bölge ve kentsel alana göre daha az yararlanmalarının küçük doğum büyüklüğü sorununu Doğu Bölgesi ve kırsal yerleşim alanında yoğunlaştırdığı söylenebilir.

8. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoksulluk kavramıyla genel olarak gelir yoksunluğu anlaşılmasına rağmen yoksulluk gelir yoksunluğunun yanında; başta sağlık ve eğitim olmak üzere yaşamın tüm boyutlarını kapsayan bir kavramdır. Yoksulluğun yaşamın tüm alanlarına etkisi bulunmakta, sağlık açısından ele alındığında yoksulluk sağlık hizmeti kullanımını engellemekte ve sağlıksızlığa neden olmaktadır. Yoksulluğun sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki bilinen bu etkilerinin Türkiye’de söz konusu olup olmadığının ve eğer söz konusu ise dönemler itibariyle değişim yaşanıp yaşanmadığının belirlenmesi bu çalışmanın yapılma gerekçeleri arasındadır. Bu çalışma, 1993-2013 döneminde sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım düzeyinin izlenmesi, 1993-2013 döneminde Türkiye’de yoksulluğun ve çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin tespit edilmesi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye Sağlık Sistemi’nde gerçekleştirilen sağlık reformlarının sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışma sonucunda elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

- Hanelerde bulunan dayanıklı tüketim malları dönemler itibariyle sürekli artmış ve bu durum Türkiye’de hane refahının arttığını göstermektedir.
- Yoksulluğun 15-19 yaş grubunda, eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş, çalışan, sağlık güvencesi olmayan, eşinin eğitimi olmayan, Doğu ve kırsal yerleşim alanında yaşayan kadınlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Yoksulluğun sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Buna göre yoksullar daha kötü sağlık statüsüne sahiptir ve yoksulların sağlık hizmeti kullanımı daha düşüktür.
- Türkiye’de eğitim düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir. 1993’te % 15,1 olan ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan kadın oranı 2013’te % 53,4’e yükselirken; eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş kadınların oranı % 33,7’den % 12,0’ye düşmüştür.
- Sağlık güvencesinin kapsadığı nüfus artmıştır. 1993’te kadınların % 56,3’ü sağlık güvencesi kapsamında iken, bu oran 2013’te % 89,4’e yükselmiştir.

- 1993-2013 döneminde sağlık statüsünde olumlu gelişmeler yaşanmıştır.
 - ✓ 1993'te beş yaş altı çocuklarda % 17,3 olan kısa boy uzunluğunun 2013'te % 6,7'ye,
 - ✓ 1993'te beş yaş altı çocuklarda % 27,7 olan ishalin yaygınlığının 2008'te % 20'ye,
 - ✓ 1993'te % 3,4 olan beş yaş altı ölümünün 2013'te % 0,9'a,
 - ✓ 1998'de % 25,1 olan küçük doğum büyüklüğünün (2500 gr altı doğum ağırlığı) 2013'te % 21,6'ya düştüğü belirlenmiştir.
- 1993-2013 döneminde sağlık hizmeti kullanımı artmıştır.
 - ✓ Gebeliği önleyici yöntem kullanımı % 34,5'ten % 47,4'e,
 - ✓ Doğum öncesi bakım % 67,0'den % 96,2'ye,
 - ✓ Doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi % 63,8'den % 98,1'e yükselmiştir.
- Çocukların boy uzunluğu, çocuklarda ishalin yaygınlığı, beş yaş altı ölümü ve çocukların doğum büyüklüğünü etkileyen faktörlerin yaş, anne eğitim düzeyi, bölge, yerleşim yeri ve hane refah düzeyi olduğu belirlenmiştir.
- Gebeliği önleyici yöntem kullanımının kadınların yaş, eğitim, çalışma durumu, yaşayan çocuk sayısı, bölge, yerleşim yeri ve refah düzeyine göre farklılaştığı ve doğum öncesi bakım alma ve doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesini kadınların eğitim düzeyi, çocuğun doğumdaki sırası, eş eğitim düzeyi, bölge, yerleşim yeri ve refah düzeyinin etkilediği saptanmıştır.
- Sağlık statüsü göstergelerinde bölge, yerleşim yeri ve refah düzeyi açısından farklılık ve eşitsizlikler söz konusudur. Batı Bölgesi'nde, kentsel yerleşim alanında yaşayan ve en yüksek refah düzeyindekilerde en iyi; Doğu Bölgesi'nde, kırsal yerleşim alanında yaşayan ve en düşük refah seviyesindekilerde ise en olumsuz sağlık statüsü göstergelerine sahiptir.
- Sağlık hizmetleri kullanımında bölge, yerleşim yeri ve refah düzeyi açısından farklılık ve eşitsizlikler söz konusudur. Sağlık hizmetleri kullanımı, Batı Bölgesinde, kentsel yerleşim alanında ve en yüksek refah düzeyinde yaşayanlarda en yüksek; Doğu

Bölgesinde, kırsal yerleşim alanında yaşayan ve en düşük refah seviyesindekilerde ise en düşüktür.

- Eğitim, sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen en önemli faktörlerdendir. Eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık hizmetleri kullanımı artmakta ve sağlık statüsü daha iyi hale gelmektedir.
- Doğum öncesi bakım, çocuğun doğumdaki büyüklüğünü etkilemektedir.
- 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımında iyileşmeler yaşanmıştır.

Uygulamaya İlişkin Öneriler

Yoksullukla Mücadeleye Yönelik Öneriler

Araştırmada yoksulluğun (hane refahının) sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifadeyle yoksullar (düşük refah düzeyindekiler) düşük sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımına sahiptir. Bu nedenle, yoksulluğun azaltılması, diğer faydalarının yanında sağlığa yapılan bir yatırımdır. Yoksullukla mücadele kapsamında yapılması gerekenlere ilişkin şunlar önerilebilir:

- Yoksul yanlısı ekonomik büyüme ve kalkınma gerçekleştirilmelidir.
- Gelir dağılımında adaleti sağlamaya yönelik politikalar geliştirilmelidir.
- Kayıt dışı ekonomi azaltılmalıdır.
- İstihdamın artırılmasına yönelik politikalar geliştirilerek, yoksullara istihdam sağlanmalıdır.
- İşsizlik sigortasından yararlanmada bürokratik engeller azaltılmalıdır.
- Yoksullara yönelik yardımların miktarı artırılmalı ve yardımların ihtiyacı olanlara ulaşmasını sağlayacak mekanizmalar sürekli denetlenmelidir.
- Vergi sistemi gözden geçirilerek dolaylı vergilerin oranı azaltılmalıdır.
- Sosyal güvenlik primleri, katkı payları dikkatle takip edilmeli, sağlık harcamalarının yoksullaştırıcı etkisi engellenmelidir.

- Yoksulluğun nedenleri arasında olan yolsuzlukla etkin mücadele politikaları geliştirilerek uygulanmalıdır.

Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımına Yönelik Öneriler

Araştırma kapsamında, dönemler itibariyle sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanım göstergelerinden iyileştirmeler olduğu ancak başta refah seviyesi olmak üzere bölge, yerleşim yeri, eğitim gibi değişkenlerin sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımında farklılık ve eşitsizlik yarattığı belirlenmiştir. Bu nedenle farklılık ve eşitsizliklerin azaltılmasına yönelik şu hususlar önerilebilir:

- Sağlık güvencesinin kapsamı genişletilmeli ve tüm nüfus kapsam içine alınmalıdır.
- Eğitimin çeşitli faydaları yanında sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi dikkate alındığında eğitim düzeyinin artırılmasına yönelik politikalara ağırlık verilmelidir.
- Sağlık statüsü göstergelerinde iyileşmeler yaşanmakla birlikte, sağlık statüsü göstergelerinde gelişme sağlanmalıdır. Düşük doğum ağırlığı ve çocuklarda kısa boy uzunluğunun azaltılması için gebe ve çocukların yeterli ve dengeli beslenmelerine yönelik etkin politikalar geliştirilmelidir.
- Sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum öncesi bakım ve doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi % 60'lardan % 95'in üzerine çıkarılmasına rağmen % 100'e çıkarılması hedeflenmelidir. Her gebenin doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanması ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmesine yönelik uygulamalar geliştirilmelidir.
- Gebeliği önleyici modern yöntem kaynaklarına ulaşılabilirlik önündeki engellerle mücadele edilmeli ve yöntem kullanımının faydaları kişilere anlatılmalıdır.
- Doğu Bölgesi ve kırsal yerleşim alanında yaşayanların dezavantajlarının giderilmesine yönelik politikalar geliştirilmelidir.
 - ✓ Sağlık hizmetinin ülkenin genelinde dengeli dağılımının sağlanmasına yönelik daha fazla çaba sarf edilmelidir.
 - ✓ Sağlık hizmeti sunucularının Doğu Bölgesi ve kırsal yerleşim alanında daha fazla istihdamına yönelik olarak maddi teşvikler artırılmalıdır.

- ✓ Doğu Bölgesi ve kırsal yerleşim alanlarında halkın bilinç düzeyinin artırılmasına yönelik olarak kitle iletişim araçlarından daha fazla yararlanılmalı ve bölge insanın anlayabileceği mesajlar verilmelidir.

Bu Alanda Daha Sonra Yapılacak Çalışmalar İçin Öneriler

- Bu çalışmada, yoksulluğun (hane refahının) sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisi, 4 sağlık statüsü (beş yaş altı çocuklarda kısa boy uzunluğu, beş yaş altı ölümü, çocuklarda doğum büyüklüğü ve çocuklarda ishalin yaygınlığı) ve 3 sağlık hizmeti kullanım göstergeleri (gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, doğum öncesi bakım ve doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi) kullanılarak belirlenmiştir. Gelecek araştırmalarda farklı sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı göstergeleri seçilerek yoksulluğun sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi farklı şekilde değerlendirilebilir.
- Çalışmada, hane refahının belirlenmesinde refah endeksi (wealth index) kullanılmıştır. Hane refahının belirlenmesinde farklı endeks ve ölçütlerden yararlanılarak hane refahının sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımına etkisi belirlenebilir.
- Bu araştırmada Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması verileri kullanılmıştır. Gelecek araştırmalarda farklı kurumların (TÜİK, Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası gibi) veri setlerine ulaşılarak yoksulluğun sağlık statüsü ve kullanım üzerine etkisi incelenebilir.
- Mikro ölçekte çalışmalar planlanabilir, açık uçlu sorular yardımıyla kişilerin sağlık hizmetleri kullanımı önündeki engeller belirlenebilir.

KAYNAKÇA

- Abel-Smith, B. (1994). An introduction to health policy, planning and financing. *Longman Group Limited*, London.
- Achia, T. N., & Mageto, L. E. (2015). Individual and contextual determinants of adequate maternal health care services in Kenya. *Women & Health*, 55(2), 203-226.
- Açıkgöz, R. & Yusufoglu, Ö. Ş. (2012). Türkiye’de yoksulluk olgusu ve toplumsal yansımaları. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırma Dergisi*, 1(1), 76-117.
- Aday, L. A. & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Adedini, S. A. (2014). Neighbourhood characteristics and under-five mortality in Nigeria. *African Population Studies*, 27(2), 273-287.
- Afonso, A. Schuknecht, L. & Tanzi, V. (2008). Income distribution determinants and public spending efficiency. European Central Bank, Working Paper Series 861, Germany.
- Agarwal, G., Ahmad, S., Goel, K., Kumar, V., Goel, P., Garg, M., & Punj, A. (2012). Maternal risk factors associated with low birth weight neonates in a tertiary care hospital, Northern India. *Journal of Community Medicine & Health Education*, 2(9), 1-4.
- Agustina, R., Sari, T. P., Satroamidjojo, S., Bovee-Oudenhoven, I. M., Feskens, E. J., & Kok, F. J. (2013). Association of food-hygiene practices and diarrhea prevalence among Indonesian young children from low socioeconomic urban areas. *BMC Public Health*, 13(1), 1-12.
- Ahmed, HMM. (2013). Barriers to family planning in Sudan: Results from a survey in White Nile, Kassala and Al-Gadarif. *African Development Review*, 25(4), 499-512.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2015). 2015 yılı idare faaliyet raporu, Ankara.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016). Eğitim Yardımları, Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, Ankara, Erişim: 07.05.2016, <http://sosyalyardimlar.aile.gov.tr/sosyal-yardim-programlarimiz/egitim-yardimlari>
- Akçakaya, M. (2009). Türkiye’de bölgesel yoksulluk. İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
- Akhter, AU. Hill, RV. Smith, LC. & Frankerberger, T. (2007). Characteristics and causes of severe poverty and hunger, 2020 focus brief on the worlds poor and hungry people. International Food Policy Research Institute, USA.
- Akın, L., Özaydın, N., & Aslan, D. (2006). Türkiye ‘de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 63-69.

- Aktan, C.C. & Vural, İ.Y. (2002). Yoksulluk: Terminoloji, temel kavramlar ve ölçüm yöntemleri. *Hak-İş Konfederasyonu Yayınları*, Ankara.
- Akwara, AF. Akwara, NF. Enwuchola, J. Adekunle, M. & Udaw, JE. (2013). Unemployment and poverty: Implications for national security and good governance in Nigeria, *International Journal of Public Administration and Management Research (IJPAMR)*, 2(1), 1-11.
- Al-Balushi, M.S., Ahmed, M.S., Islam, M. M. & Khan, H.R. (2015). Determinants of contraceptive use in Oman. *Far East Journal of Theoretical Statistics*, 50(1), 51-64.
- Alemdar, T., Demirdöğen, A. & Ören, M. N. (2012). Kırsal yoksulluk ölçüm sorunu ve Türkiye. 10. Ulusal Tarım Ekonomisi Kongresi, Konya, 322-329.
- Allin, S. Masseria, C. Sorenson, C. Papanicola, I. & Mossialos, E. (2007). Measuring inequalities in access to health care: A review of the Indices? European Commission.Brussels, Belgium.
- Alom, J., Islam, M. A., & Quddus, M. A. (2009). Socioeconomic factors influencing nutritional status of under-five children of agrarian families in Bangladesh: A multilevel analysis. *The Bangladesh Journal of Agricultural Economics*, XXXII (1 & 2), 63-74.
- Alpar, R. (2013). Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler. *Detay Yayıncılık*, 4. Baskı, Ankara.
- Altan, Ö. Z. (2003). Sosyal politika. *Anadolu Üniversitesi Yayınları*, Yayın No: 1477, Eskişehir.
- Andersen, R. & Newman, JF. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 1-28.
- Andersen, R. (1968). A behavioral model of families' use of health services, research series #25, The University of Chicago, Center for Health Administration Studies, Chicago.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Arabacı, RY. (2014). Gelir dağılımı ve yoksulluk, İçinde: Aysen Tokol ve Yusuf Alper (Editör), Sosyal Politika, Dora Yayınları, Bursa.
- Arcury, TA. Gesler, WM. Preisser, JS. Sherman, J. Spencer, J. & Perin, J. (2005). The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Services Research*, 40(1), 135-156.
- Arif, A., & Naheed, R. (2012). Socio-economic determinants of diarrhoea morbidity in Pakistan. *Academic Research International*, 2(1), 490-518.
- Arpacıoğlu, Ö. & Yıldırım, M. (2011). Dünyada ve Türkiye'de yoksulluğun analizi. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 4 (2), 60-76.
- Arpacıoğlu, Ö. (2012). Dünyada ve Türkiye'de yoksulluk ve yoksullukla mücadele. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, Gaziantep.

- Arthur, E. (2012). Wealth and antenatal care use: implications for maternal health care utilisation in Ghana. *Health Economics Review*, 2(1), 1-8.
- Asres, A., & Davey, G. (2015). Factors associated with safe delivery service utilization among women in Sheka Zone, Southwest Ethiopia. *Maternal and Child Health Journal*, 19(4), 859-867.
- Atasever, M. (2015). Türkiye ilaç sektörü analizi. ABSAM Yayınları, Ankara.
- Ateş, M. (2011). Sağlık işletmeciliği. *Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.*, İstanbul.
- Atkinson, AB. (1998). Poverty in Europe. *Blackwell Publishers*, U.K.
- Atuahene, M., Mensah, D., & Adjuik, M. (2015). A cross-sectional study of determinants of birth weight of neonates in the Greater Accra region of Ghana. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 1(1), 1-8.
- Avrupa Birliği (2015). The history of European Union, http://europa.eu/about-eu/eu-history/index_en.htm (Erişim: 22.02.2015).
- Avrupa Birliği, (2015a). Bir bakışta Avrupa Birliği, <http://www.ab.gov.tr/index.php?p=3> (Erişim: 21.02.2015).
- Avrupa Birliği, (2015b). Avrupa 2020 Stratejisi: Akıllı, Sürdürülebilir ve Kapsayıcı Büyüme İçin Avrupa Stratejisi, <http://www.ab.gov.tr/index.php?p=45169&l=1> (Erişim: 21.02.2015).
- Aydın, E. (2002). Türkiye’de sağlık teşkilatlanması tarihi. *Naturel Kitap Yayıncılık*, Ankara.
- Aydın, S. & Mollahaliloğlu, S. (2013). Uluslararası sağlık kuruluşları ve Türkiye ilişkileri, İçinde: Haydar Sur ve Tunçay Palteki (Editör), Hastane Yönetimi, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Ayele, W. Tesfaye, H. Gebreyes, R. & Gebreselassie, T. (2000). Trends and determinants of unmet need for family planning and programme options. Further Analysis of the EDHS, Ethiopia.
- Babalola, B. (2014). Determinants of urban-rural differentials of antenatal care utilization in Nigeria. *African Population Studies*, 28(3), 1263-1273.
- Barasa, K. S., Wanjoya, A. K. & Waititu, A. G. (2015). Analysis of determinants of antenatal care services utilization in nairobi county using logistic regression model. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 4(5), 322-328.
- Barnes, S. Block, S. Gardner, B. & Shapcott, M. (2013). Poverty is a health issue, Wellesley Institute Submission On The Ontario Poverty Reduction Strategy, Wellesley Institute, Toronto.
- Barrientos, A. & Shepherd, A. (2003). Chronic Poverty and Social Protection, CPRC Conference on Chronic Poverty, University of Manchester.

- Begum, H., Sayem, A. M., & Nili, N. (2012). Differentials in place of delivery and delivery assistance in urban slum areas. *Bangladesh. Journal of Family and Reproductive Health*, 6(2), 49-58.
- Belek, İ. (1998). Sınıf sağlık eşitsizlik. *Sorun Yayınları*, İstanbul.
- Bellû, LG. & Liberati, P. (2005). Impacts of policies on poverty: The Definition of Poverty, *EasyPol, FAO*, Module 004, 1-16.
- Bildirici, Z. (2011). Avrupa Birliği'nde yoksullukla mücadele ve türkiye'nin uyum sürecindeki yeni uygulamalar. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Avrupa Birliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Birleşmiş Milletler (2009). Rethinking poverty, report on the world social situational 2010, United Nations Publications, New York.
- Birleşmiş Milletler (2013). The Millenium Development Report, New York.
- Birleşmiş Milletler (2015). UN at a Glance. [http:// www.un.org/en/aboutun/index.shtml](http://www.un.org/en/aboutun/index.shtml)
- Birleşmiş Milletler (2015a). Sustainable Development Goals, <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> (Erişim: 30.12.2015).
- Blum, HL. (1974). Planning for health: Development and application of social change theory. Human Sciences Press, New York.
- Bocutoğlu, E. & Berber, M. (2012). Genel iktisada giriş. *Murathan Yayınevi*, 2. Baskı, Trabzon.
- Bonita, R. Beaglehole, R. & Kjellström, T. (2006). Basic epidemiology. 2nd Edition, World Health Organization, Geneva.
- Boratne, A. V., Gupta, S. S., Datta, S. S., Mehendale, A. M., & Garg, B. S. (2012). Determinants of low birth weight in rural Wardha. *Indian Journal of Maternal and Child Health*, 14(2), 1-9.
- Boruchovitch, E. & Mednick, BR. (2002). The meaning of health and illness: Some considerations for health psychology, *Psico-USF*, 7(2), 175-183.
- Bradshaw, TK. (2006). Theories of poverty and anti-poverty programs in community development. Rural Poverty Research Center, Working Paper Series.
- Braveman, P. & Gruskin, S. (2003). Poverty, equity, human rights and health, bulletin of the World Health Organization, 81(7), 539-545.
- Braveman, P. & Gruskin, S. (2003a). Defining equity in Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254-258.
- Bursal, MC. (2010). Yoksullukla mücadelede dünya bankasının değişen rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, Sivas.

- Canbay, T. & Selim, S. (2010). Türkiye’de hanehalkı yoksulluğu. *Ege Akademik Bakış*, 10 (2), 627-649.
- Carr, D. (2004). Improving the health of the worlds poorest people. *Health Bulletin*, (1), 1-34.
- Celik, Y., & Hotchkiss, D. R. (2000). The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Social Science & Medicine*, 50(12), 1797-1806.
- Chambers, R. (1995). Poverty and livelihoods: Whose reality counts? *Environment and Urbanization*, 7 (1), 173-203.
- Chikhungu, L. (2013). Modelling under-nutrition in under-five children in Malawi. *Doctoral Dissertation*, University of Southampton.
- Chirande, L., Charwe, D., Mbwana, H., Victor, R., Kimboka, S., Issaka, A. I. & Agho, K. E. (2015). Determinants of stunting and severe stunting among under-fives in Tanzania: Evidence from the 2010 cross-sectional household survey. *BMC pediatrics*, 15(1), 1-13.
- Coburn, D. (2010). Eşitsizlik ve sağlık. İçinde: Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları, Çev: Umut Haskan, Yordam Kitap, İstanbul.
- Cohen, AD., Farley AT. & Mason K. (2003). Why is poverty unhealthy? Social and physical mediators, *Journal Social Science and Medicine*, 57(9),1631-1641.
- Cordova, A. (2009). Methodological note: Measuring relative wealth using household asset indicators. *Americas Barometer Insights*, 806, 1-9.
- Coşkun, S. & Tireli, M. (2008). Avrupa Birliği’nde yoksullukla mücadele stratejileri ve Türkiye. *Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti*, Ankara.
- Çakmak, A., & Ertem, M. (2005). Aile planlaması eğitimi için önemli bir fırsat: Bir çocuk hastanesine yatan hastaların anneleri: Diyarbakır-2004. *Dicle Tıp Dergisi*, 32(4), 190-195.
- Çapık, C. (2006). Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği *Yüksek Lisans Tezi*, İzmir.
- Çelik, Y. (2013). Sağlık ekonomisi. 2. Baskı, *Siyasal Kitabevi*, Ankara.
- Çetin, F., Güneş, G., Karaoğlu, L., & Üstün, Y. (2005). Turgut Özal tıp merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 12(4), 247-252.
- Das, S., & Sahoo, H. (2011). An investigation into factors affecting child under nutrition in Madhya Pradesh. *Anthropologist*, 13(3), 227-233.
- Deshpande Jayant, D., Phalke, D. B., Bangal, V. B., & D Peeyuusha, B. S. (2011). Maternal risk factors for low birth weight neonates: a hospital based casecontrol study in rural area of western maharashtra, India. *National Journal of Community Medicine*, 2(3), 394-398.

- Dessalegn, M., Kumie, A., & Tefera, W. (2011). Predictors of under-five childhood diarrhea: Mecha District, West Gojam, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 25(3), 192-200.
- Devadasan, N. Criel, B. & Van Damme, W. (2007). Indian community health insurance schemes provide partial protection against catastrophic health expenditure, *BMC Health Services Research*, 7(43), doi:10.1186/1472-6963-7-43.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2001). Gelir dağılımının iyileştirilmesi ve yoksullukla mücadele özel ihtisas komisyonu raporu, Ankara.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2007). Gelir dağılımı ve yoksullukla mücadele özel ihtisas komisyonu raporu, Ankara.
- Dhok, R. S., & Thakre, S. B. (2016). Chronic undernutrition amongst under-five in an urban slum of Central India. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 3(3), 700-704.
- Diamond, I. Matthews, Z. & R. Stephenson (2001). Assessing the Health of the Poor: Towards a Pro-poor Measurement Strategy, DFID Health Systems Resource Centre, London.
- Dičkutė, J., Padaiga, Ž., Grabauskas, V., Nadišauskienė, R. J., Basys, V., & Gaižaukienė, A. (2004). Maternal socio-economic factors and the risk of low birth weight in Lithuania. *Medicina (Kaunas)*, 40(5), 475-82.
- Dinçoflaz, N. (2009). Kentteki kadının yoksulluğu ve sosyal yardımlaşma ve dayanışma genel müdürlüğü'nün kadın yoksulluğuyla mücadele politikaları. *Sosyal Yardım Uzmanlık Tezi*, TC Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Doğan, B. & Çelik, Y. (2012). Diyarbakır'daki kentsel yoksulluğun ana bileşen analizi dâhilinde değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 129-162.
- Doğramacı, İ. (2004). 4-9 Eylül 2004 tarihlerinde Kopenhag'da yapılan 54. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Komite toplantısında yaptığı konuşma. *SB Diyalog*, 1 (7), 54-57.
- DSÖ (1946). Constitution of World Health Organization, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (Erişim: 23.08.2015).
- DSÖ (2000). World Health Report 2000: Health systems-improving performance. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- DSÖ (2002). Health, economic growth and poverty reduction: The report of working group 1 of the commission on macroeconomics and health. World Health Organisation, Geneva.
- DSÖ (2003). Social determinant of health: The solid facts. WHO Regional Office for Europa, Copenhagen, Denmark.

- DSÖ (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. Volume 5, Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report World Health Organization.
- DSÖ (2005). Desingning health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. Technical Briefs for Policy –Makers Geneva.
- DSÖ (2007). Standards for maternal and neonatal care. World Health Organization, Department of making Pregnancy Safer, Geneva, Switzerland.
- DSÖ (2008). Human rights, health and poverty reduction strategies. Health and Human Rights Publication Series, Geneva.
- DSÖ (2015a). WHO History, <http://www.who.int/about/en/> (Erişim: 10.07.2015).
- DSÖ (2015b). Global reference list of 100 core health indicators, World Health Organization, Geneva.
- DSÖ (2015c). European health for all database, WHO Regional Office for Europe.
- DSÖ (2015d). World health statistics 2015, World Health Organization.
- DSÖ ve OECD (2003). DAC guidelines and reference series poverty and health. OECD Publishing.
- Dubay, L. & Kenney, GM. (2001). Health care access and use among low-income children: Who fares best? *Health Affairs*, 20(1), 112-121.
- Dünya Bankası (1980). World development report 1980: Poverty and Human Development, World Bank, Washington, D.C.
- Dünya Bankası (1990). World development report 1990: Poverty, World Bank, Washington, D.C.
- Dünya Bankası (2000). World development report 2000/2001: Attacking Poverty, World Bank, Washington, D.C.
- Dünya Bankası (2010a). Global economic prospects, crisis, finance and growth. The International Bank for Reconstruction and Development, Washington DC 20433, USA.
- Dünya Bankası (2010b). World development report 2010: Development and climate change. World Bank, Washington, D.C.
- Dünya Bankası (2014a) Urban Poverty: An Overview, <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTURBANDEVELOPMENT/EXTURBANPOVERTY/0,,contentMDK:20227679~menuPK:473804~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:341325,00.html> (Erişim: 01.08.2014).
- Dünya Bankası (2014b). World Bank History, <http://www.worldbank.org/en/about/history> (Erişim: 10.01.2014).
- Dünya Bankası (2015). Health Data, <http://data.worldbank.org/topic/health> (Erişim: 10.08.2015).

- Dünya Bankası (2016). Development goals in an era of demographic change, global monitoring report 2015-2016, The International Bank for Reconstruction and Development, Washington DC 20433, USA.
- Erbay, ER. & Özden, M. (2013). İktisadi kalkınma kuramlarına eleştirel yaklaşım. *Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Metinleri*, 2013 (3), 1-36.
- Erdem, R. & Pirinççi, E. (2003). Sağlık hizmetlerinde kullanım ve kullanımı etkileyen faktörler. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 20 (1), 39-46.
- Eroğlu, E. (2010). Türkiye’de yoksulluk ve yoksulluğu önlemeye yönelik uygulanan kamusal politikaların değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Bütçe ve Mali Planlama Bilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, Bursa.
- Eryurt, MA. & Koç, İ. (2009). Yoksulluk ve çocuk ölümlülüğü: hanehalkı refah düzeyinin çocuk ölümlülüğü üzerindeki etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 52(3), 113-121.
- Ettarh, R. R., & Kimani, J. (2012). Determinants of under-five mortality in rural and urban Kenya. *Rural Remote Health*, 12(1812), 1-9.
- Evans, GW. & Cassells, RC. (2014). Childhood poverty, cumulative risk exposure, and mental health in emerging adults. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 287-296.
- Ezeh, O. K., Agho, K. E., Dibley, M. J., Hall, J. J., & Page, A. N. (2015). Risk factors for postneonatal, infant, child and under-5 mortality in Nigeria: A pooled cross-sectional analysis. *BMJ open*, 5(3), 1-9.
- Feinstein, AR. (1992). Benefits and obstacles for development of health status assessment measures in clinical settings, *Medical Care*, 30 (5), 50-56.
- Fekadu, M., & Regassa, N. (2015). Skilled delivery care service utilization in Ethiopia: analysis of rural-urban differentials based on national demographic and health survey (DHS) data. *African Health Sciences*, 14(4), 974-984.
- Field, F. (1983). Minimum Wage. Policy Studies Institute, London.
- Filmer, D. & Pritchett, L. (2001). Estimating wealth effects without expenditure data- or tears: An application to educational enrollment in States of India, *Demography*, 38, 115-132.
- Filmer, D. & Scoot, N. (2012). Assessing Asset Indices, *Demography*, 49, 359-392.
- Fleming, M.L. & Parker, E. (2009). Introduction to public health. Churchill Livingstone, Elsevier, Australia.
- Folland, S. Goodman, AC. & Stano, M. (1997). The economics of health and health care. Second edition, *Prentice Hall*, New Jersey.
- Fortney, JC. Burgess, JF. Bosworth, HB. Booth, BM. & Kaboli, PJ. (2011). A Re-conceptualization of access for 21st century healthcare. *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 639-647.

- Frost, J. J., Singh, S., & Finer, L. B. (2007). Factors associated with contraceptive use and nonuse, United States, 2004. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(2), 90-99.
- Fuchs, VR. (2011). Who Shall Live?: Health, economics and social choice. *Basic Books, Inc.* Publishers, New York.
- Gage, A. J. (1995). Women's socioeconomic position and contraceptive behavior in Togo. *Studies in Family Planning*, 26(5), 264-277.
- Giray, H., & Keskinoglu, P. (2006). Işıkkent sağlık ocağına başvuran 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanımı ve etkileyen etmenler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(2), 23-26.
- Girma, W., & Genebo, T. (2002). Determinants of the nutritional status of mothers and children in Ethiopia. *ORC Macro, Calverton, Maryland, USA*.
- González, C., Houweling, T. A., Marmot, M. G., & Brunner, E. J. (2010). Research comparison of physical, public and human assets as determinants of socioeconomic inequalities in contraceptive use in Colombia-moving beyond the household wealth index. *Methods*, 22(24), 25.
- Gök, M. (2004). İşgücü piyasası ve kobiler. Roma Yayınevi, Ankara.
- Grant, U. (2005). Health and poverty linkages: Perspectives of the chronically. Chronic Poverty Research Centre, Background Paper for the Chronic Poverty Report, 2008-09.
- Greenfield, S. & Nelson, EC. (1992). Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical setting, *Medical Care*, 30 (5), 23-41
- Guinness, L. & Wiseman, V. (2011). Introduction to health economics, McGraw-Hill Education, Open University Press, UK.
- Gustafsson, B. & Johansson, M. (1999). In search of smoking guns: What makes income inequality vary over time in different countries?, *American Sociological Review*, 64(4), 585-605.
- Gündoğan, N. (2008). Türkiye’de yoksulluk ve yoksullukla mücadele, Ankara Sanayi Odası, Ocak- Şubat 2008: 42-56.
- Gürarlan, N. (2006). Yoksulluğun 1-4 yaş grubu çocuklarda hastalanma sıklığı üzerine etkileri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı *Yüksek Lisans Tezi*, Mersin.
- Hagenaars, A. de Vos, K. (1988). The definition and measurement of poverty. *The Journal of Human Resources*, 23(2): 211-221.
- Haidich, A. & Ioannidis, J. (2004). The Gini coefficient as a measure for understanding accrual inequalities in multicenter clinical studies, *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(4), 341-348.

- Hart, JT. (1971). The Inverse Care Law, *Lancet*, 97(7696): 405-412.
- Hatun, Ş. (2002). Yoksulluk ve çocuklar üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46(4), 251-260.
- Haughton, J. & Khandker, SR. (2009). Handbook on poverty and inequality, The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, Washington.
- Hill, K., Bicego, G., & Mahy, M. (2001). Childhood mortality in Kenya: An examination of trends and determinants in the late 1980s to mid-1990s. Johns Hopkins Population Center Working Paper.
- Hirve, S. S., & Ganatra, B. R. (1994). Determinants of low birth weight: A community based prospective cohort study. *Indian pediatrics*, 31(10), 1221-5.
- Hogan, D. P., Berhanu, B., & Hailemariam, A. (1999). Household organization, women's autonomy, and contraceptive behavior in southern Ethiopia. *Studies in Family Planning*, 30(4), 302-314.
- Hong, TK, Dibley, MJ. & Tuan, T. (2003). Factors affecting utilization of health care services by mothers of children ill with diarrhea in Rural Vietnam. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 34 (1), 187-198.
- Howe, LD, Hageaves, JR, Gabrysch, S. & Huttly, SR. (2009). Is the wealth index a proxy for consumption expenditure? A systematic rereview. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 871-880.
- Hulme, D. & Lawson, D. (2006). Health, health care, poverty and well being: An overview for a developing country focus. Development Economics and Public Policy Working Paper Series 19: 1-28.
- Hulme, D. Moore, K. & Shepherd, A. (2001). Chronic poverty: Meanings and analytical frameworks, CPRC Working Paper No.2, Chronic Poverty Research Centre, United Kingdom.
- Hupaloo, P. & Herden, K. (1999). Health policy and inequality, Commonwealth of Australia.
- Huq, N. L., Ahmed, A., al Haque, N., Hossaine, M., Uddin, J., Ahmed, F., & Quaiyum, M. A. (2015). Effect of an integrated maternal health intervention on skilled provider's care for maternal health in remote rural areas of Bangladesh: A pre and post study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 15(1), 1-15.
- HÜNEE (1994). 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- HÜNEE (1999). 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

- HÜNEE (2004). 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- HÜNEE (2009). 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- HÜNEE (2010). Türkiye'nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler, 1968-2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- HÜNEE (2014). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
- Indongo, I. N. K. (2007). Contraceptive use among young women in Namibia: Determinants and policy implications. *Doctoral dissertation*, University of Pretoria.
- International Monetary Fund (2015). Poverty Reduction Strategy Papers (PRSP), <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/pdf/prsp.pdf> (Erişim: 19.02.2015).
- Isiugo-Abanihe, U. C., & Oke, O. A. (2013). Maternal and environmental factors influencing infant birth weight in Ibadan, Nigeria. *African Population Studies*, 25(2), 250-266.
- Islam, M. R., & Odland, J. O. (2011). Determinants of antenatal and postnatal care visits among Indigenous people in Bangladesh: A study of the Mru Community. *Rural Remote Health*, 11(2), 1672-1685.
- İşığışık, Ö. (2014). Nüfus, istihdam ve işsizlik. İçinde: Aysen Tokol ve Yusuf Alper (Editör), Sosyal Politika, Dora Yayınları, Bursa.
- İncedal, S. (2013). Türkiye'de yoksulluğun boyutları: Mücadele politikaları ve müdahale araçları. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Politikalar Uzmanlık Tezi, Ankara.
- James, C. Carrin, G. Savedoff, W. & Hanvoravongchai, P. (2004). Clarifying efficiency-equity tradeoffs through explicit criteria, with a focus on developing countries, WHO Discussion Paper, Geneva.
- Joshi, H. S., Gupta, R., Joshi, M. C., & Vipul, M. (2011). Determinants of nutritional status of school children-A cross sectional study in the western region of Nepal. *National Journal of Integrated Research in Medicine*, 2(1), 10-15.
- Kader, M., & Perera, N. K. P. (2014). Socio-economic and nutritional determinants of low birth weight in India. *North American journal of medical sciences*, 6(7), 302-308.
- Kalkınma Bakanlığı (2013). 10. Kalkınma Planı, Ankara.
- Kamal, M. (2011). Socio-economic determinants of severe and moderate stunting among under-five children of rural Bangladesh. *Mal J Nutr*, 17(1), 105-118.

- Kamal, S. M., Hassan, C. H., & Kabir, M. A. (2015). Inequality of the use of skilled birth assistance among rural women in Bangladesh facts and factors. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(2), 1321-1332.
- Kanmiki, E. W., Bawah, A. A., Agorinya, I., Achana, F. S., Awoonor-Williams, J. K., Oduro, A. R., Philips, J. F. & Akazili, J. (2014). Socio-economic and demographic determinants of under-five mortality in rural northern Ghana. *BMC international health and human rights*, 14(1), 1-10.
- Kaplan, AG. (2009). The poor pay more- poverty's high cost to health, Robert Wood Johnson Foundation, New Jersey.
- Karagöz, Y. (2014). SPSS 21.1 uygulamalı biyoistatistik: Tıp, eczacılık, diş hekimliği ve sağlık bilimleri için. *Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Ltd. Şti.*, Ankara.
- Karagül, M. (2010). Tehdit ve fırsatlarıyla dünya ekonomisi. *Nobel Yayın Dağıtım*, Ankara.
- Karataş, K. (2008). Tüberküloz ve yoksulluk: Hastaların sosyo-demografik özellikleri, yaşam koşulları, yoksulluk ve tüberküloz hastalığının nedenlerine ilişki. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 19(2), 7-20.
- Karayılmazlar, E. (2006). Küreselleşme sürecinde yoksulluk ve eğitim. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(2), 205-225.
- Kavuncubaşı, Ş. & Yıldırım, S. (2010). Hastane ve sağlık kurumları yönetimi. *Siyasal Kitabevi*, 2. Baskı, Ankara.
- Kaya, S. (1996). Ankara metropolitan alanda sağlık bakım hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen ve kullanılabilirliği. *Toplum ve Hekim*, 11 (71), 2-14.
- Kaya, S. (2002). Dünya Bankası ve Türkiye. *Sayıştay Dergisi*, 46-47, 3-42.
- Kaygalak, S. (2001). Yeni kentsel yoksulluk, göç ve yoksulluğun mekânsal yoğunlaşması: Mersin/Demirtaş mahallesi örneği. *Praksis*, 2, 124-172.
- Kaynak, C. (2006). İnönü emine ayhan sağlık ocağı bölgesinde yoksulluğun sağlık üzerine etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı *Uzmanlık Tezi*, İzmir.
- Kazgan, G. (1984). İktisadi düşünce veya politik iktisadın evrimi. Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Khan, MH. (2000). Rural poverty in developing countries: Issues and policies, International Monetary Fund, WP/ 00/78.
- Khatun, S., & Rahman, M. (2008). Socio-economic determinants of low birth weight in Bangladesh: a multivariate approach. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 34(3), 81-86.
- Kidayi, P. L., Msuya, S., Todd, J., Mtuya, C. C., Mtuy, T., & Mahande, M. J. (2015). Determinants of modern contraceptive use among women of reproductive age in

- Tanzania: Evidence from Tanzania demographic and health survey data. *Advances in Sexual Medicine*, 5(03), 43.
- Kim, D. & Saada, A. (2013). The social determinants of infant mortality and birth outcomes in western developed nations: A cross-country systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10: 2296-2335.
- Komarulzaman, A., Smits, J., & de Jong, E. (2016). Clean water, sanitation and diarrhoea in Indonesia: Effects of household and community factors. *Global Public Health*, 1-15.
- Koray, M. (2009). Büyüyen yoksulluk ve yoksunluk karşısında insan hakları tartışmaları. *Toplum ve Demokrasi*, 3(5), 1-25.
- Kredi Yurtlar Kurumu (2016). Tarihçe, <http://yurtkur.gsb.gov.tr/Sayfalar/2397/2387/Tarihce> (Erişim: 15.03.2016).
- Kumar, TK. Gore, AP. & Sitaramam, V. (1996). Some conceptual and statistical issues on measurement of poverty. *Journal of Statistical Planning and Inference*, 49(1), 53-71.
- Laderchi, CR. Saith, R. & Stewart, F. (2003). Does it matter that we don't agree on the definition of poverty? A comparison of four approaches, QEH Working Paper Series-QEHWPS 107.
- Larson, K. & Halfon, N. (2010). Family income gradients in the health and health care access of US Children, *Maternal and Child Health Journal*, 14(3), 332-342.
- Leon, DA. & Walt, G. (2001). Poverty, inequality and health: An international perspective, Oxford University Press, UK.
- Lubbock, LA. & Stephenson, RB. (2008). Utilization of maternal health care services in the department of Matagalpa, Nicaragua, *Revista Panamericana De Salud Pública*, 24(2), 75-84.
- Lundberg, M. & Wang, L. (2006). Health Sector reforms, analyzing the distributional impact of reforms, İçinde: Coudouel ve S. Paternostro (Editör), A Practitioners's Guide to Pension, Health, Labor Markets, Public Sector Downsizing, Taxation, Decentralization and Macroeconomic Modeling, The World Bank, Washington D.C.
- MacKinney, AC. (2014). Access to rural health care- a literature review and new synthesis, Rural Policy Research Institute, US.
- Mahmood, N., & Ringheim, K. (1996). Factors affecting contraceptive use in Pakistan. *The Pakistan Development Review*, 35(1), 1-22.
- Makan, L. M., Moghadami, M., Sayadi, M., Azad, H. M., & Sakha, M. A. (2015). Assessment of social determinants related to mother and child healthcare services: A cross sectional study in Shiraz, Iran 2013. *Shiraz E-Medical Journal*, 16(5), 1-6.
- Malthus, T. (1971). Nüfus sorunu ve Malthus (Çeviren: O. Yaylalı), Sol Yayınları, İstanbul.

- Marx, K. & Engels, F. (1847). Komünist parti manifestosu (Çeviren: Erkin Özalp), Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Marx, K. (1986). Kapital (Çeviren: A. Bilgi), Sol Yayınları, İstanbul.
- Mbuya, M. N., Chideme, M., Chasekwa, B., & Mishra, V. (2010). Biological social and environmental determinants of low birth weight and stunting among infants and young children in Zimbabwe. Based on Further Analysis of Zimbabwe Demographic and Health Surveys, Working Papers, Zimbabwe.
- McDowell, I. (2006). Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires, Third Edition, Oxford University Press.
- McGuire, A. Hendersen, J. & Mooney G. (1995). The economics of health care: an introductory text, Routledge, London.
- McKenzie, DJ. (2005). Measuring inequality with asset indicators, *Journal of Population Economics*, 18: 229-260.
- Mengistie, B., Berhane, Y., & Worku, A. (2013). Prevalence of diarrhea and associated risk factors among children under-five years of age in Eastern Ethiopia: A cross-sectional study. *Open Journal of Preventive Medicine*, 3(07), 446-453.
- Metin, B. (2012). Yoksullukla mücadelede asgari gelir güvencesi: Türkiye’de sosyal yardım ve hizmet sisteminde mevcut durum ve asgari gelir güvencesi ihtiyacı, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2(1), 117-151.
- Mihrete, T. S., Alemie, G. A., & Teferra, A. S. (2014). Determinants of childhood diarrhea among underfive children in Benishangul Gumuz Regional State, North West Ethiopia. *BMC pediatrics*, 14(1), 1-9.
- Miller, J. E., & Rodgers, Y. V. (2009). Mother's education and children's nutritional status: new evidence from Cambodia. *Asian Development Review*, 26(1), 131-165.
- Milli Eğitim Bakanlığı (2015-2016). Milli Eğitim İstatistikleri, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara.
- Mohammed, A., Woldeyohannes, D., Feleke, A., & Megabiaw, B. (2014). Determinants of modern contraceptive utilization among married women of reproductive age group in North Shoa Zone, Amhara Region, Ethiopia. *Reprod Health*, 11(1), 1-7.
- Mooney, G. (1992). Economics, medicine and health care. 2nd Edition, Harvester, Wheatsheaf, London.
- Mooney, G. (1994). Key issues in health economics. Prentice Hall/Harvester, Wheatsheaf, England.

- Motarjemi, Y., Käferstein, F., Moy, G., & Quevedo, F. (1993). Contaminated weaning food: a major risk factor for diarrhoea and associated malnutrition. *Bulletin of the World Health Organization*, 71(1), 79-92.
- Motlaq, M. E., Eslami, M., Yazdanpanah, M., & Nakhaee, N. (2013). Contraceptive use and unmet need for family planning in Iran. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 121(2), 157-161.
- Mugo, N. S., Dibley, M. J., & Agho, K. E. (2015). Prevalence and risk factors for non-use of antenatal care visits: Analysis of the 2010 South Sudan household survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1-13.
- Muhammed Ali, A., Batu, M. M. & Kaushik, K. K. (2016). Socio-economic determinants of nutritional status of children in Ethiopia. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 6(3), 166-176.
- Nigussie, M., Mariam, D. H., & Mitike, G. (2005). Assessment of safe delivery service utilization among women of childbearing age in north Gondar Zone, North West Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 18(3), 145-152.
- O'Donnell, O. Van Doorslaer, E. Wagstaff, A. & Lindelow, M. (2008). Analyzing health equity using household survey data: A guide to techniques and their implementation. The World Bank, Washington.
- Odabaşı, F. (2009). Yoksullukla mücadelede istihdamın rolü. TC Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, *Sosyal Yardım Uzmanlık Tezi*, Ankara.
- O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: Breaking down demand side barriers. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12), 2820-2834.
- OECD (2001). The DAC guidelines poverty reduction, OECD Publication Service, Paris.
- OECD (2003). DAC guidelines and reference series poverty and health. OECD Publishing, ISBN 92-64-10018-0.
- OECD (2008). OECD sağlık sistemleri incelemeleri: Türkiye, OECD ve World Bank, Paris.
- OECD (2011). Health at a glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing.
- OECD (2013). Development Co-Operation Report 2013: Ending Poverty, OECD Publishing.
- OECD (2015). OECD History, <http://www.oecd.org/about/history/> (Erişim: 15.02.2015).
- OECD (2015a). OECD Health Statistics, <http://www.oecd.org/> (Erişim: 07.08.2015).
- Olsen, JA. (2009). Principles in health economics and policy, Oxford University Press, US.
- Osmani, A. K., Reyer, J. A., Osmani, A. R., & Hamajima, N. (2015). Factors influencing contraceptive use among women in Afghanistan: secondary analysis of Afghanistan Health Survey 2012. *Nagoya Journal of Medical Science*, 77(4), 551-561.

- Öktem, ZG. (2010). Equity in health care and economic growth: An analysis of health sector in Turkey, VDM Verlag Dr. Müller, Germany.
- Özbaş, S. Tezel, B. Aydın, Ş. Bolat, H. & Köse, MR. (2012). Türkiye'de çocuk sağlığının durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 55, 71-76
- Özdal, H. (2009). Gelir dağılımı ve yoksulluk ilişkisi ve Türkiye örneği, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, Konya.
- Özen, Y. (2008). Health and illness experiences among the urban poor: The case of Altındağ, The Graduate School of Social Sciences of Middle East Technical University, Doctoral Dissertation, Ankara.
- Özgen Narcı, H. Şahin, İ. & Yıldırım, HH. (2015). Financial catastrophe and poverty impacts of out-of-pocket health payments in Turkey. *The European Journal of Health Economics*, 16 (3), 255-270.
- Özgen, H. (2007). Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama: Nedir? Neden önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10 (2), 201-228.
- Öztürk, İ. (2006). Dünya Bankası politikaları. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 36-53.
- Palamuleni, M. E. (2013). Socio-economic and demographic factors affecting contraceptive use in Malawi. *African Journal of Reproductive Health*, 17(3), 91-104.
- Parasız, İ. (1996). Makro ekonomi teori ve politika. 6. Baskı, *Ezgi Yayınevi*, Bursa.
- Phipps, S. A. (2003). The impact of poverty on health: A scan of research literature. Canadian Institute for Health Information, Ottawa, Canada.
- Pire, Ö. (2011). Türkiye'de yoksullukla mücadelede uygulanan sosyal politika programları: Isparta ili örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
- Rashid, M. & Antai, D. (2014). Socioeconomic position as a determinant of maternal healthcare utilization: A population-based study in Namibia, *Journal of Research in Health Sciences*, 14(3): 187-192.
- Ravallion, M. (1996). Issues in measuring and modelling poverty, policy. Research Working Paper 1615, The World Bank Policy Research Department Poverty and Human Resources Division.
- Roberts, MJ. Hsiao, W. Berman, P. & Reich, M. (2004). Getting health reform right: A guide to improving performance and equity, http://medolympiad.behdasht.gov.ir/uploads/280_954_First_Modiriat4.pdf (Erişim: 02.01.2016).
- Robeyns, I. (2003). Sen's capability approach and gender inequality, selecting relevant capabilities, *Feminist Economics*, 9 (2-3), 61-92.

- Rourke, T. (2015). Association between socio-demographic factors and knowledge of contraceptive methods with contraception use among women of reproductive age: a cross-section study using the 2013 Liberia DHS. Master Thesis, Master Program in International Health Department of Women's and Children's Health Uppsala University.
- Russell, D J. Humphreys, JS. Ward, B. Chisholm, M. Buykx, P. McGrail, M. & Wakerman, J. (2013). Helping policy-makers address rural health access problems. *Australian Journal of Rural Health*, 21(2): 61-71.
- Rutstein, SO. & Johnson, K. (2004). The DHS Wealth Index. DHS Comparative Reports No.6, ORC Macro, Calvarton, Marlyland, USA.
- Rutstein, SO. & Staveteig, S. (2013). Making the demographic and health surveys wealth index comparable, ICF International Measure DHS Calverton, Maryland, USA.
- Rutstein, SO. (2008). The DHS Wealth Index: Approaches for rural and ural areas, Demografic and Health Research, No.60, Macro International Inc. USA.
- Sağlık Bakanlığı (2003). Sağlıkta dönüşüm programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2007). 21 hedefte Türkiye: Sağlıkta gelecek. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2008). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri (Alma-Ata'nın 30. Yıl Anısına), Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2010). Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2012). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu 2003-2011, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2014). Sağlık istatistikleri yılığı 2013, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Santana, P. (2002). Poverty social exclusion and health in portugal. *Journal of Social Science and Health*, 55(1), 33-45.
- Sapancalı, F. (2001). Yeni dünya düzeni ve küresel yoksulluk, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 115-140.
- Sastry, N., & Burgard, S. (2005). The prevalence of diarrheal disease among Brazilian children: Trends and differentials from 1986 to 1996. *Social Science & Medicine*, 60(5), 923-935.
- Saunders, P. (2002). The direct and indirect effects of unemployment on poverty and inequality, The Social Policy Research Center, University of New South Wales, Sydney, Australia.
- Schultz, R. & Johnson, AC. (2003). Management of hospitals and health services, Beard Books, Washington, D.C.
- Sebayang, S. K., Dibley, M. J., Kelly, P. J., Shankar, A. V., & Shankar, A. H. (2012). Determinants of low birthweight, small-for-gestational-age and preterm birth in Lombok,

- Indonesia: analyses of the birthweight cohort of the SUMMIT trial. *Tropical Medicine & International Health*, 17(8), 938-950.
- Shaw, M. Dorling, D. & Smith, GD. (2009). Yoksulluk, toplumsal dışlanma ve azınlıklar İçinde: Michael Marmot, Richard G. Wilkinson (Editör), Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri, İncev Yayınları, İstanbul.
- Singh, L., Rai, R. K., & Singh, P. K. (2012). Assessing the utilization of maternal and child health care among married adolescent women: evidence from India. *Journal of Biosocial Science*, 44(01), 1-26.
- Siziya, S., Muula, A. S., & Rudatsikira, E. (2009). Diarrhoea and acute respiratory infections prevalence and risk factors among under-five children in Iraq in 2000. *Ital J Pediatr*, 35(8), 1-9.
- Siziya, S., Muula, A. S., & Rudatsikira, E. (2013). Correlates of diarrhea among children below the age of 5 years in Sudan. *African Health Sciences*, 13(2), 376-383.
- Smits, J. & Manden, C. (2009). Length of life inequality around globe. *Social Science and Medicine*, 68(6): 1114-1123.
- Smits, J. & Steendijk (2012). The International Wealth Index (IWI), NICE Working Paper, 12-107.
- Somunoğlu, S. (2012). Sağlık-sağlık hizmetleri ve türk sağlık sistemi, İçinde: Mehtap Tatar (Editör), Sağlık Kurumları Yönetimi I, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631, Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1599, Eskişehir.
- Soubbotina, TP. & Sheram, KA. (2000). Beyond economic growth: Meeting the challenges of global developments, World Bank, Washington.
- Srivastava, A. K., Kishore, S., & Padda, P. (2015). Socio economic differentials in utilization of maternal health care services: A study in urban slums of District Dehradun. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 14(3), 280.
- Starfield, B. (1992). Effects of poverty on health status. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 68 (1), 17-24.
- Streatfield, K., Singarimbun, M., & Diamond, I. (1990). Maternal education and child immunization. *Demography*, 27(3), 447-455.
- Sümbüloğlu, K. & Akdağ, B. (2009). İleri biyoistatistiksel yöntemler: Tıp alanında uygulamalar, *Hatipoğlu Yayınları*, Ankara.
- Swartz, K. (2009). Health care for the poor: For whom, what care, and whose responsibility?, *Focus*, 26(2), 69-74.
- Şenses, F. (2013). Küreselleşmenin öteki yüzü: Yoksulluk, 6. Baskı, *İletişim Yayınları*, Ankara.

- Tadesse, S., & Alemu, Y. (2014). Urban-rural differentials in child undernutrition in Ethiopia. *International Journal of Nutrition and Metabolism*, 7(1), 15-23.
- Talukdar, S.R. (2013). The effect of inflation on poverty in developing countries: A panel data analysis, *Master of Arts*, Texas Tech University Graduate Faculty, USA.
- Taş, Y. & Özcan, S. (2012). Türkiye’de ve Dünya’da yoksulluk üzerine bir araştırma. International Conference on Eurasian Economies, Session 3D: 423-430.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Tatar, M. Mollahaliloğlu S. Şahin B. Aydın S. Maresso A. Hernandez-Quevedo C. (2011). Turkey: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 13(6), 1-186.
- Temiz, HE. (2008). Dünya’da kronik yoksulluk ve önleme stratejileri. *Çalışma ve Toplum*, 2, 61-100.
- Tengilimoğlu, D. Işık, O. ve Akbolat, M. (2011). Sağlık işletmeleri yönetimi. *Nobel Yayın Dağıtım*, 3. Baskı, Ankara.
- Teshome, B., Kogi-Makau, W., Getahun, Z., & Taye, G. (2009). Magnitude and determinants of stunting in children underfive years of age in food surplus region of Ethiopia: the case of west gojam zone. *Ethiopian Journal of Health Development*, 23(2), 98-106.
- Tezcan, S. (2009). Epidemiyoloji: Tıbbi araştırmaların yöntem bilimi. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara.
- The Los Angeles County Department of Public Health (2013). Social Determinant of Health: How Social and Economic Factors Affect Health, County of Los Angeles Public Health, California.
- Todaro, MP. & Smith, SC. (2006). Economic development. *Pearson Education Limited*, 9th Edition, USA.
- Tokatlıoğlu, İ. & Tokatlıoğlu, Y. (2014). Türkiye’de 2002-2011 yılları arasında katastrofik sağlık harcamalarının yoksulluk yaratma kapasitesi, *Ekonomik Yaklaşım*, 24 (87), 1-36.
- Tokol, A. (2014). Türkiye’de sosyal politika, İçinde: Aysen Tokol ve Yusuf Alper (Editör), Sosyal Politika, Dora Yayınları, Bursa.
- Toronto Public Health (2015). The unequal city 2015: Income and health inequities in Toronto.
- Townsend, P. Phillimore ve Beattie, A. (1989). Health and deprivation: Inequality and the North, Routledge, New York.
- Tsawe, M., Moto, A., Netshivhera, T., Ralesego, L., Nyathi, C., & Susuman, A. S. (2015). Factors influencing the use of maternal healthcare services and childhood immunization in Swaziland. *International journal for equity in health*, 14(1), 1-11.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2006-2014). Gelir ve yaşam koşulları araştırması, www.tuik.gov.tr

- Türkiye İstatistik Kurumu (2008). Tüketim harcamaları, yoksulluk ve gelir dağılımı. Sorularla Resmi İstatistikler Dizisi-6.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2011). Yoksulluk çalışması, Haber Bülteni, www.tuik.gov.tr (Erişim:10.08.2014).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2013). Türkiye istatistik yıllığı 2013, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2014). Türkiye sağlık araştırması, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2014). Yoksulluk çalışması, www.tuik.gov.tr
- Türkiye İstatistik Kurumu (2015). Türkiye’de katastrofik sağlık harcamaları, [http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/Katastrofik Saglik Harcamalari 2014_TR.pdf](http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/Katastrofik_Saglik_Harcamalari_2014_TR.pdf) (Erişim: 15.03.2016).
- Uddin, M., Hossain, M., & Ullah, M. O. (2009). Child mortality in a developing country: A statistical analysis. *Journal of Applied Quantitative Methods*, 4(3), 270-283.
- UNDP (1990). Human development report 1990. Concept and Measurement of Human Development, New York, USA.
- UNDP (1997). Human development report 1997, Human Development Eradicate to Poverty, New York, USA.
- UNDP (2014a). Human development index, <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi> (Erişim: 18.08.2014).
- UNDP (2014b). Inequality-Adjusted human development index, <http://hdr.undp.org/en/content/inequality-adjusted-human-development-index-ihdi> (Erişim: 20.08.2014).
- UNDP (2014c). Multidimensional poverty index, <http://hdr.undp.org/en/content/multidimensional-poverty-index-mpi> (Erişim: 22.08.2014).
- UNDP (2014d). Gender Inequality Index, <http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii> (Erişim: 24.08.2014).
- UNDP (2014e). Gender Development Index, <http://hdr.undp.org/en/content/gender-development-index-gdi> (Erişim: 26.08.2014).
- UNDP (2015). Human development report 2015, Work for Human Development, New York, USA.
- UNICEF (2015). Level and trends in child mortality report, United Nations Children’s Fund.
- Unumeri, G., Ishaku, S., Ahonsi, B., & Oginni, A. (2015). Contraceptive use and its socio-economic determinants among women in north-east and north-west regions of Nigeria: a comparative analysis. *African Population Studies*, 29(2), 1851-1867.
- US Agency (2014). Tabulation plan for DHS final report. Demographic and Health Survey’s DHS Toolkit, ICF International Inc. Rockville, Maryland USA.

- Ünal, E. (2013). Sağlık ekonomisi ve yönetimi, *Ekin Basım Yayın Dağıtım*, Bursa.
- Vakıflar Genel Müdürlüğü (2014). 2014 faaliyet raporu, Ankara.
- Van der Berg, S. (2008). Poverty and education, The International Institute for Educational Planing, UNESCO.
- Van der Steeg, AFW. De Vries, J. & Roukema, JA. (2004). Quality of life and health status in breast carcinoma. *European Journal of Surgical Oncology*, 1051-1057.
- Vettore, M. V., Gama, S. G. N. D., Lamarca, G. D. A., Schilithz, A. O. C., & Leal, M. D. C. (2010). Housing conditions as a social determinant of low birthweight and preterm low birthweight. *Revista de Saúde Pública*, 44(6), 1021-1031.
- Viengsakhone, L., Yoshida, Y., & Sakamoto, J. (2010). Factors affecting low birth weight at four central hospitals in vientiane, Lao PDR. *Nagoya journal of medical science*, 72(1-2), 51-58.
- Wagle, U. (2002). Rethinking poverty: Definition and measurement, Blackwell Publishers, Unesco, 155-165.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), 97-105.
- Wang, W., & Hong, R. (2015). Levels and determinants of continuum of care for maternal and newborn health in Cambodia-evidence from a population-based survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1-9.
- Wen, M. Browning RC. & Cagney AK. (2003). Poverty, affluence and income inequality: Neighborhood economic structure and its implications for health. *Journal Social Science Medicine*, 57(5), 843-860.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up. Part 1, *Studies on Social and Economic Determinants of Population Health 2*. World Health Organization.
- Whitehead, M. Dahlgren, G. & Evans, T. (2001). Equity and health sector reforms: Can lowincome countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*, 358(9284), 833-836.
- Wilson, G. (1996). Toward a Revised framework for examining beliefs about the causes of poverty, *The Sociological Quarterly*, 37(3): 413-428.
- Woldemicael, G. (2001). Diarrhoeal morbidity among young children in Eritrea: environmental and socioeconomic determinants. *Journal of health, population and nutrition*, 83-90.
- Wolfe, B. (1999). Poverty, children's health, and health care utilization, *FRBNY Economic Policy Review*, 9-21.
- Xu, K. Evans, D.B. & Carrin, G. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26(4), 972-83.

- Xu, K. Evans, DB. Kawabata, K. Zeramdini, R. Klavus, J. & Murray CJL. (2003). Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *Lancet*, 362(9378), 111–17.
- Yadav, A., & Kesarwani, R. (2016). Effect of individual and community factors on maternal health care service use in India: A multilevel approach. *Journal of Biosocial Science*, 48(1), 1-19.
- Yardim, M.S. Cilingiroglu, N. & Yardim, N. (2014). Financial protection in health in Turkey: The effects of the health transformation programme. *Health Policy and Planning*, 29 (2), 172-192.
- Yardim, MS. Cilingiroglu, N. & Yardim, N. (2010). Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy*, 94(1), 26–33.
- Yereli, AB. Köktaş, AM. & Selçuk, İŞ. (2014). Türkiye’de katastrofik sağlık harcamalarını etkileyen faktörler. *SosyoEkonomi*, 2, 273-296.
- Yıldırım, HH. (2013). Türkiye sağlık sistemi: Sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu, Sağlık-Sen Yayınları-21, Ankara.
- Yılmaz, L. (2010). Avrupa Birliği’nin sosyo-ekonomik geleceği: Lizbon stratejisi ve küreselleşme, Maliye Bakanlığı AB ve Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı Araştırma ve İnceleme Serisi: 4, Ankara.
- Yücel, U., Çiçeklioğlu, M., Öcek, Z. A., & Taner, Ş. (2015). İzmir’in Bornova ilçesinin üç semtinde yaşayan gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma düzeyi. *TAF Prev Med Bull*, 14(5), 370-377.
- Zengingönül, O. (2004). Küreselleşme: Yoksulluk, gelişmişlik ve işgücü piyasaları ekseninde. *Adres Yayınları*, Ankara.
- Zucker, GS. & Weiner, B. (1993). Conservatism and perceptions of poverty: An attributional poverty, *Journal of Applied Social Psychology*, 23(12), 925-943.



EK 1.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZ ÇALIŞMASI ETİK KURUL İZİN MUAFİYETİ FORMU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tarih: 05/12 /2016

Tez Başlığı: Yoksulluk Olgusu ve Türkiye'de Yoksulluğun Ve Çeşitli Faktörlerin Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerine Etkisi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmam:

1. İnsan ve hayvan üzerinde deney niteliği taşımamaktadır,
2. Biyolojik materyal (kan, idrar vb. biyolojik sıvılar ve numuneler) kullanılmasını gerektirmemektedir.
3. Beden bütünlüğüne müdahale içermemektedir.
4. Gözlemsel ve betimsel araştırma (anket, ölçek/skala çalışmaları, dosya taramaları, veri kaynakları taraması, sistem-model geliştirme çalışmaları) niteliğinde değildir.

Hacettepe Üniversitesi Etik Kurullar ve Komisyonlarının Yönergelerini inceledim ve bunlara göre tez çalışmamın yürütülebilmesi için herhangi bir Etik Kuruldan izin alınmasına gerek olmadığını; aksi durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

05.12.2016

Adı Soyadı: Fatih ŞANTAŞ
Öğrenci No: H11241178
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Programı: Sağlık Yönetimi
Statüsü: Y.Lisans Doktora Bütünleşik Dr.

DANIŞMAN GÖRÜŞÜ VE ONAYI

Danışmanlığımda yürütülen bu tezde kamuoyuna açık, herkesçe ulaşılabilen ikincil veriler kullanılmıştır. Bu nedenle bu tez için etik kurul izni alınmasına gerek görülmemiştir.

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK

Detaylı Bilgi: <http://www.sosyalbilimler.hacettepe.edu.tr>
Telefon: 0-312-2976860 **Faks:** 0-3122992147 **E-posta:** sosyalbilimler@hacettepe.edu.tr



EK 2.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS/DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tarih: 12/12 /2016

Tez Başlığı / Konusu: Yoksulluk Olgusu ve Türkiye'de Yoksulluğun ve Çeşitli Faktörlerin Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı Üzerine Etkisi

Yukarıda başlığı/konusu gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 176 sayfalık kısmına ilişkin, 12/12/2016 tarihinde şahsım/**tez danışmanım** tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 8 'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç/dâhil
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygularıyla arz ederim.

12.12.2016

Adı Soyadı: Fatih ŞANTAŞ
Öğrenci No: H11241178
Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi
Programı: Sağlık Yönetimi
Statüsü: Y.Lisans Doktora Bütünleşik Dr.

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK