



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**TÜRKİYE’DE İÇ GÖÇÜN SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI  
VE SAĞLIK STATÜSÜNE ETKİSİ**

Gülcan ŞANTAŞ

Doktora Tezi

Ankara, 2018

TÜRKİYE'DE İÇ GÖÇÜN SAĞLIK HİZMETLERİ  
KULLANIMI VE SAĞLIK STATÜSÜNE ETKİSİ

Gülcan ŞANTAŞ

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2018

## KABUL VE ONAY

Gülcan ŞANTAŞ tarafından hazırlanan “Türkiye’de İç Göçün Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Sağlık Statüsüne Etkisi” başlıklı bu çalışma, 07.06.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



Doç. Dr. Mehmet Ali ERYURT (Başkan)



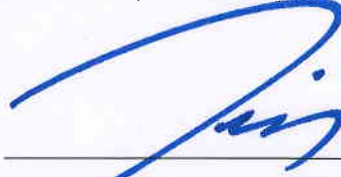
Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ (Danışman)



Doç. Dr. Yasemin AKBULUT



Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU



Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Musa Yaşar SAĞLAM

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.

07.06.2018



Gülcan ŞANTAŞ

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

**o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

**o Tezimin/Raporumun 07.06.2021 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

**o Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

**o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

07.06.2018

  
Gülcan ŞANTAŞ

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Gülcan ŞANTAŞ

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince benden desteğini esirgemeyen, iyi bir dinleyici olan, hayatımın birçok güzel gününde yanımda olan sevgili danışmanım ve hocam Prof. Dr. Gülsün ERİĞÜÇ'e,

Tez konum sebebiyle yaşamım kesişmiş olduğu için kendimi çok şanslı hissettiğim, varlığıyla tezim için umut olan değerli hocam Doç. Dr. Mehmet Ali ERYURT'a,

Akademik çalışma yaşamımda kendisinden çok şey öğrendiğim, değerli katkıları ve güler yüzüyle hep destek olan sevgili hocam Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU'na,

Tezimin son haline gelebilmesi için yaptıkları çok değerli katkılar için Doç. Dr. Yasemin AKBULUT ve Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK'e,

Çocukluk hayalimin gerçeğe dönüşmesinde emeği büyük olan Prof. Dr. Remide ARKUN ve Dr. Özgür ARKUN'a teşekkürü bir borç bilirim.

Ve hep iyi ki olanlar... Dünyaya koordinatım neresi olursa olsun hep yanı başımda olan ve yüreğimi hisseden canım aileme; bir kitaba baş eğmenin kıymetini ve emeğini bildiği için tüm yaşamımı çiçeklendiren yol arkadaşım ve meslektaşım Dr. Fatih Şantaş'a birlikte büyüttüğümüz güzel düşler için sonsuz teşekkür ederim.

## ÖZET

ŞANTAŞ, Gülcan. *Türkiye’de İç Göçün Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Sağlık Statüsüne Etkisi*, Doktora Tezi, Ankara, 2018.

Bu araştırmanın amacı, Türkiye’de iç göçün sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsüne etkisinin belirlenmesi ve sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü seyirindeki değişimin incelenmesi de bu araştırmanın amaçları arasındadır. Çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından beş yılda bir gerçekleştirilen “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (1993-1998-2003-2008-2013 TNSA)” verileri kullanılmıştır. Çalışma, 1993-2013 dönemini kapsamaktadır. Araştırmada, sağlık hizmeti kullanım göstergeleri olarak doğum öncesi bakım alma, doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi, doğum sonrası bakım alma, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı ve sezaryen doğum; sağlık statüsü göstergeleri olarak beş yaş altı ölümü, beş yaş altındaki çocuklarda ishalin yaygınlığı, çocukların doğumdaki büyüklüğü, beş yaş altı çocuklarda bodurluk, beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite ve kadınlarda obezite değişkenleri seçilmiştir. Sağlık statüsü ve sağlık hizmeti kullanımının göç durumu, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özelliklere göre dağılımını değerlendirirken çapraz tablolar kullanılmıştır. Göç durumunun, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsü üzerindeki etkisinin belirlenmesi için lojistik regresyon analizinden faydalanılmıştır. Analiz sonuçları iç göçün sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsünü etkilediğini göstermektedir. Sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü değişkenlerinde en iyi durum kentte yaşayanlarda, sonra sırasıyla kırdan kente göç etmişlerde, kentten kıra göç etmişlerde ve kırdaki yaşayanlardadır. Kırdaki yaşayanların sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsü bakımından en dezavantajlı grubu oluşturduğu tespit edilmiştir. 1993-2013 döneminde sezaryen doğum dışında sağlık hizmeti kullanım değişkenlerinde ve kadınlarda obezite dışında sağlık statüsü göstergelerinde iyileşmeler olduğu saptanmıştır. Çalışmada, sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, eğitim, çocuk sayısı) ve sosyo-ekonomik faktörlerin (çalışma durumu, sağlık sigortası, yaşanılan bölge, çocukluğun geçtiği bölge) sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsünü etkilediği belirlenmiştir. Çalışma sonucunda sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsü açısından eşitsizliklerin giderilmesine yönelik önlemler alınması önerilmektedir. Genel sağlık sigortasının kapsamına fiili olarak da nüfusun tamamının alınmasının gerekli olduğu söylenebilir. Ayrıca kadınların eğitim düzeyinin artırılmasına yönelik uygulamalar önerilebilir.

### Anahtar Sözcükler

İç Göç, Sağlık Hizmetleri Kullanımı, Sağlık Statüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Sağlık Politikası, Lojistik Regresyon



## ABSTRACT

ŞANTAŞ, Gülcan. *The Impact of Internal Migration on Health Care Utilization and Health Status in Turkey*, Ph.D. Dissertation, Ankara, 2018.

The aim of this study is to examine the impact of internal migration on health care utilization and health status in Turkey. The determination of the effect of socio-demographic and socio-economic factors on health care utilization and health status and the examination of the change in health care utilization and health status are among the purposes of this research. The data of Turkey Demographic and Health Survey (TDHS 1993-1998-2003-2008-2013), conducted by Hacettepe University Institute of Population Studies for a five-year, were used in the study. The study included the period of 1993-2013. In the study, receiving antenatal care, giving birth in health facility, receiving postnatal care, modern contraceptive use and cesarean delivery were selected as health care utilization indicators; under-five mortality, the prevalence of diarrhea in children under five years of age, birth weight of children, stunts in children under five years of age, overweight / obesity in children under five years of age, and obesity among women were selected as health status indicators. While assessing the distribution of health status and health care utilization by migration status, socio-demographic and socio-economic characteristics, it was used cross tables. Logistic regression analysis was used to determine the impact of migration status, socio-demographic and socio-economic factors on health care utilization and health status. The results of the analysis show that internal migration affected health care utilization and health status. The best conditions for health care utilization and health status variables are those who live in the city, then respectively those who are rural to urban migrants, urban to rural migrants, and rural people. It has been determined that rural people constituted the most disadvantaged group in terms of health status and health care utilization. It has been revealed that health care utilization variables, except cesarean delivery, and health status indicators, except obesity among women, improved between 1993 and 2013. It was found that socio-demographic (age, gender, education, number of children) and socio-economic factors (working status, health insurance, residential area, childhood residential area) affected health care utilization and health status. It is suggested that measures should be taken to eliminate inequalities in terms of health care utilization and health status as a result of the study. It can be argued that it is necessary to actually take out the entire population within the scope of the universal health insurance. Also, it can be suggested that the implications for increasing the education level of women can be suggested.

### Key Words

Internal Migration, Health Care Utilization, Health Status, Turkey Demographic and Health Survey, Health Policy, Logistics Regression

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
BİLDİRİM .....	ii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	iii
ETİK BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER .....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ .....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xiii
<b>GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>1. BÖLÜM: İÇ GÖÇÜN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ .....</b>	<b>4</b>
1.1. GÖÇ KAVRAMI .....	4
1.2. İÇ GÖÇ KAVRAMI.....	6
1.3. GÖÇ VE İÇ GÖÇÜN PROFİLİ.....	7
1.4. İÇ GÖÇÜN NEDENLERİ.....	10
1.4.1. Ekonomik Nedenlerle Gerçekleşen İç Göçler .....	11
1.4.2. Bireysel Nedenlerle Gerçekleşen İç Göçler .....	12
1.4.3. Ailevi Nedenlerle Gerçekleşen İç Göçler.....	13
1.4.4. Güvenlik Nedeniyle Gerçekleşen İç Göçler.....	13
1.4.5. Geri Dönüş Nedeniyle Gerçekleşen İç Göçler .....	14
1.4.6. Diğer Nedenlerle Gerçekleşen İç Göçler .....	14
1.5. İÇ GÖÇÜN SONUÇLARI .....	14
1.6. İÇ GÖÇ TEORİLERİ .....	16
1.6.1. Ravenstein Kanunları .....	17
1.6.2. Fayda-Maliyet Yaklaşımı.....	17
1.6.3. İtme-Çekme Teorisi .....	18
1.6.4. Davranışsal Yaklaşım (Önem Eşiği Modeli) .....	19
1.6.5. Seçicilik Yaklaşımı .....	20
1.7. TÜRKİYE'DE İÇ GÖÇÜN YÖNÜ.....	20
<b>2. BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI VE SAĞLIK STATÜSÜ .....</b>	<b>22</b>
2.1. SAĞLIK.....	22
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI .....	23
2.2.1. Sağlık Hizmeti Kullanımının Belirleyicileri .....	24
2.2.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımında Andersen Modeli: Davranışsal Model .....	26
2.3. SAĞLIK STATÜSÜ.....	28
2.3.1. Sağlık Statüsünün Belirleyicileri.....	30

<b>3. BÖLÜM: İÇ GÖÇ, SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI VE SAĞLIK STATÜSÜ.....</b>	<b>32</b>
3.1. İÇ GÖÇ VE SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI.....	32
3.1.1. Dünyada İç Göç ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı .....	33
3.1.2. Türkiye’de İç Göç ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı .....	38
3.2. İÇ GÖÇ VE SAĞLIK STATÜSÜ .....	39
3.2.1. Dünyada İç Göç ve Sağlık Statüsü.....	40
3.2.2. Türkiye’de İç Göç ve Sağlık Statüsü.....	42
<b>4. BÖLÜM: MATERYAL VE METOT .....</b>	<b>45</b>
4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ .....	45
4.2. VERİ KAYNAĞI.....	45
4.3. EVREN VE ÖRNEKLEM.....	46
4.4. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI .....	46
4.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ .....	47
4.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ .....	50
4.7. VERİLERİN ANALİZİNDE KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER .....	54
4.8. ARAŞTIRMANIN VARSAYIM VE SINIRLILIKLARI .....	54
<b>5. BÖLÜM: BULGULAR .....</b>	<b>56</b>
5.1. KATILIMCILARIN TEMEL ÖZELLİKLERİ.....	56
5.2. GÖÇ DURUMUNUN DAĞILIMI .....	58
5.3. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI .....	62
5.3.1. Doğum Öncesi Bakım Alma .....	62
5.3.2. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesi.....	65
5.3.3. Doğum Sonrası Bakım Alma .....	70
5.3.4. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımı.....	74
5.3.5. Sezaryen Doğum .....	78
5.4. SAĞLIK STATÜSÜ.....	82
5.4.1. Beş Yaş Altı Ölümü .....	82
5.4.2. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığı .....	85
5.4.3. Çocukların Doğumdaki Büyüklüğü .....	88
5.4.4. Beş Yaş Altı Çocuklarda Bodurluk.....	92
5.4.5. Beş Yaş Altı Çocuklarda Fazla Ağırlık/Obezite .....	98
5.4.6. Kadınlarda Obezite.....	101
5.5. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN SONUÇLARI.....	105
<b>6. BÖLÜM: TARTIŞMA.....</b>	<b>107</b>
<b>7. BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>135</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>140</b>
<b>EK 1. ETİK KURUL İZİN MUAFİYETİ FORMU .....</b>	<b>168</b>
<b>EK 2. TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK FORMU .....</b>	<b>169</b>

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AFAD</b>	: Afet ve Acil Durum
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>GSYH</b>	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
<b>HÜNEE</b>	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
<b>OECD</b>	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
<b>Ref</b>	: Referans
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu

## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Dünyada Göçün Genel Profili.....	8
<b>Tablo 2.</b> Türkiye’de Göç Profili.....	8
<b>Tablo 3.</b> Türkiye’de İç Göçün İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflamasına Göre Dağılımı (2016-2017).....	9
<b>Tablo 4.</b> Türkiye’de Net Göç Hızının Yıllar İtibariyle Dağılımı (2007-2017, %o).....	10
<b>Tablo 5.</b> İtici-Çekici Yönleriyle Göç.....	19
<b>Tablo 6.</b> Sağlık Hizmeti Kullanımı Özellikleri .....	28
<b>Tablo 7.</b> Dünyada İç Göç ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı İlişkisini İnceleyen Alanyazın .....	34
<b>Tablo 8.</b> Türkiye’de İç Göç ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı İlişkisini İnceleyen Alanyazın .....	38
<b>Tablo 9.</b> Dünyada İç Göç ve Sağlık Statüsü İlişkisini İnceleyen Alanyazın.....	40
<b>Tablo 10.</b> Türkiye’de İç Göç ve Sağlık Statüsü İlişkisini İnceleyen Alanyazın.....	42
<b>Tablo 11.</b> Araştırmalarda Görüşülen Kadın Sayıları.....	46
<b>Tablo 12.</b> Araştırmalara Katılan Kadınların Temel Özellikleri.....	57
<b>Tablo 13.</b> Katılımcıların Temel Özelliklerine Göre Göç Durumunun Yüzde Dağılımı (1993-2003).....	60
<b>Tablo 14.</b> Katılımcıların Temel Özelliklerine Göre Göç Durumunun Yüzde Dağılımı (2008-2013).....	61
<b>Tablo 15.</b> Doğum Öncesi Bakım Almanın Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2013).....	63
<b>Tablo 16.</b> Doğum Öncesi Bakım Alma Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları .....	65
<b>Tablo 17.</b> Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesinin Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2013).....	67
<b>Tablo 18.</b> Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesi Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları.....	69
<b>Tablo 19.</b> Doğum Sonrası Bakım Almanın Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (2008-2013).....	71
<b>Tablo 20.</b> Doğum Sonrası Bakım Alma Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları .....	73
<b>Tablo 21.</b> Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımının Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2013).....	75
<b>Tablo 22.</b> Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımı Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları.....	77

<b>Tablo 23.</b> Sezaryen Doğumun Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2013).....	79
<b>Tablo 24.</b> Sezaryen Doğum Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları.....	81
<b>Tablo 25.</b> Beş Yaş Altı Ölümün Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2013).....	83
<b>Tablo 26.</b> Beş Yaş Altı Ölümü Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları .....	85
<b>Tablo 27.</b> Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığının Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2008) .....	86
<b>Tablo 28.</b> Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığı Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları.....	88
<b>Tablo 29.</b> Çocuklarda Yetersiz Doğum Büyüklüğünün Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2013) .....	90
<b>Tablo 30.</b> Çocuklarda Yetersiz Doğum Büyüklüğü Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları .....	92
<b>Tablo 31.</b> Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Bodurluğun Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-1998).....	94
<b>Tablo 32.</b> Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Bodurluğun Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (2003-2013).....	95
<b>Tablo 33.</b> Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Bodurluk Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları .....	97
<b>Tablo 34.</b> Çocuklarda Boya ve Yaşa Göre Fazla Ağırılık/Obezitenin Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (2013) .....	99
<b>Tablo 35.</b> Çocuklarda Obezite Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları .....	100
<b>Tablo 36.</b> Kadınlarda Obezitenin Yaygınlığının Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2013).....	102
<b>Tablo 37.</b> Kadınlarda Obezitenin Yaygınlığı Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları .....	104
<b>Tablo 38.</b> Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 1, 2, 7, 8).....	105
<b>Tablo 39.</b> Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 3, 4, 5, 6).....	106

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b> Sağlık Hizmeti Kullanımında Arz ve Talep Engelleri.....	25
<b>Şekil 2.</b> Sağlık Hizmeti Kullanımında Andersen Modeli .....	27
<b>Şekil 3.</b> Araştırma Modeli.....	50

## GİRİŞ

Göç kavramı süresi, nedenleri ve yapısı ne olursa olsun, insanların yer değiştirdiği nüfus hareketi şeklinde tanımlanmaktadır (Uluslararası Göç Örgütü, 2009: 22). Bir başka şekilde göç kısa veya uzun süreli, sürekli veya geçici olabilen bir yer değiştirme hareketi olarak ifade edilmektedir (Yalçın, 2004: 12-13).

Göç genel olarak amaçlarına, gerçekleştirilme şekline, göç edenlerin ve göç edilen bölgenin özelliklerine göre sınıflanabilmektedir (Adıgüzel, 2016: 17). Ayrıca göçün isteğe bağlı (gönüllü)-isteğe bağlı olmayan (zorunlu), kısa süreli-uzun süreli, iç göç-dış göç gibi sınıflamaları da bulunmaktadır.

Göçün bir türü olan iç göç, bir ülke içinde ikametgâhın değiştirilmesi olarak ifade edilmektedir. İç göç, doğum ve ölüm kadar yaygın olan bir demografik değişkendir (Ginsburg vd., 2016: 59). Artan kentleşmeyle birlikte gelişen iç göç, uluslararası göçle karşılaştırıldığında daha fazla görülmektedir (Uluslararası Göç Örgütü, 2005: 10). Toplam 80.810.525 olan Türkiye nüfusu içinde 2.256,083 kişinin bölgeler arasında yer değiştirdiği belirlenmiştir (TÜİK, 2018).

İç göç gerçekleşmesinde birçok faktör etkili olabilmektedir. Göç nedenleri arasında iş bulmak, daha yüksek gelir elde etmek gibi ekonomik sebeplerle yapılan iç göçün öne çıktığı söylenebilir. Ayrıca tayin, eğitim, emeklilik gibi bireysel sebepler; evlilik gibi ailevi sebepler; can ve mal güvenliğini tehdit eden olumsuz koşulların ortadan kalkması gibi geri dönüş sebepleri ve sağlık, doğal afet gibi diğer sebepler iç göçe yol açmaktadır.

Politika, ekonomi, psikoloji gibi multidisipliner bir paydaşlık gerektiren ve gelişmekte olan ülkelerde sosyal bir sorun olan iç göç, başarılı bir şekilde yönetilebilirse ülke ekonomisi ve kalkınmasına katkı sağlayabilir. İç göç, ihtiyaç duyulan insangücü ve sermayenin oluşumunu kolaylaştırabilmekte ve göçmenler için daha iyi eğitim ve istihdam olanağı sunabilmektedir.

İç göçün avantajları yanında dezavantajları da bulunmaktadır. Göçmenler, daha iyi istihdam koşulları beklentisiyle göç etmektedir. Ancak Türkiye’de kalkınma hızı göç sonucunda gelen işsiz göçmenlere istihdam sağlamada yetersiz olduğu için ve genellikle



eğitim ve beceri yetersizliğinden dolayı gmenler genellikle büyük Őehirlerde enformel sektrlerde ve daha çok katma değeri düşük ve marjinal işlerde çalışmaktadır. Bu durum gmenler açısından arzu edilen yaşam koşullarına ulaŐılamamasına sebep olduğu gibi g edilen yerde de altyapı ve konut sorunlarına neden olabilmektedir.

İ gn etkilerinden bir diğeri de sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsüne olabilmektedir. Gmenlerin en çok sorun yaşadığı alanların başında sağlık hizmetleri gelmektedir. Gmenler, sağlık hizmetlerine erişimde engeller ile karşı karşıya kalmaktadır. G edilen yerleşim yerindeki işleyişe yabancı olan gmenler, sağlık hizmetleri kullanımında zorluk yaŐayabilmektedirler. Sağlık kuruluşuna uzaklık, sağlık sigortasının olmaması, sosyo-kültürel inanıŐlar, eğitim gibi faktrler gmenlerin sağlık hizmeti kullanımını etkileyebilmektedir. İ g sağlık hizmetleri kullanımı yanında gmenlerin sağlık statüsüne de etki edebilmektedir. İ g ana ve ocuk sağlığı, bulaşıcı ve kronik bulaşıcı olmayan hastalık, mesleki sağlık, cinsel sağlık ve üreme sağlığı gibi sorunlara yol açarak gmenlerin sağlık statüsünü etkileyebilmektedir (Hu vd., 2008: 1717).

Alanyazın incelendiğinde, i gn sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsünde ortaya çıkardığı etki ve sorun alanlarının daha çok kavramsal olarak ele alındığı grlmektedir. Ayrıca i gn sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsüne etkisi ile ilgili yapılmış ampirik çalışmaların günceli ve mevcut durumu yansıtmadığı sylenebilir. GerçekleŐtirilmiŐ çalışmalarda konu, mikrolkte kk temsil grupları üzerinde incelenmiŐ ya da i gn genel sorunları başlığı ile verilmiŐtir. İ gn sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü üzerindeki etkisini güncel verilerle ve makrolkte ortaya koyan bir çalışmaya ihtiyaç duyulduğu sylenebilir. Bu kapsamda bu çalışmada, Türkiye’de gerçekleşen i gn sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü üzerindeki etkisinin ortaya konulması hedeflenmektedir. Bu araştırmanın amaçları Şu Şekilde sıralanabilir: (1) Türkiye’de i gn sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü üzerine etkisinin belirlenmesi, (2) sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktrlerin sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsüne etkisinin incelenmesi ve (3) Türkiye’nin sağlık hizmetleri ve sağlık statüsü gstergelerindeki seyrinin araŐtırılmasıdır.

Bu çalışmanın birinci blmnde i gn kavramsal analizi, i gn nedenleri, i gn sonuçları, i gn türleri ve Türkiye’de i gn yn üzerinde durulmuŐtur. İkin-

bölümde sağlık kavramının tanımı, sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin kavramsal çerçeve, sağlık hizmeti kullanımının belirleyicileri, sağlık hizmetleri kullanımında davranışsal model, sağlık statüsüne ilişkin temel kavramlar ve sağlık statüsünün belirleyicilerine yer verilmektedir. Çalışmanın üçüncü bölümünde dünyada ve Türkiye’de iç göçün göçmenlerin sağlık hizmetleri kullanım düzeyine ve sağlık statüsüne etkileri yer almaktadır. Dördüncü bölümde araştırmanın materyal ve metot, beşinci bölümde araştırma bulguları, altıncı bölümde tartışma ve yedinci bölümde sonuç ve öneriler sunulmaktadır.

## 1. BÖLÜM

### İÇ GÖÇÜN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

İç göçün kuramsal olarak incelendiği bu bölümde göç ve iç göç kavramları, iç göçün sebepleri, iç göçün sonuçları, iç göçün türleri ve Türkiye’de iç göçün yönü üzerinde durulacaktır.

#### 1.1. GÖÇ KAVRAMI

Göçün değişken yapısı ve bir süreci içermesi sebebiyle tanımlanması, ölçümü, çözümlenmesi, yorumlanması kuramsal ve görgül olarak zordur (İçduygu ve Sirkeci, 1999: 249). Göç kavramının tanımlanması zor olmakla birlikte, kavram çeşitli şekillerde tanımlanmaya çalışılmaktadır.

Göç, genellikle konutun daimi ya da geçici olarak değiştirilmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Ancak bu tanımda hareket edilen mesafe veya hareketin gönüllü veya istemsiz yapılması ile ilgili herhangi bir sınırlama bulunmamaktadır ve dış ve iç göç arasında ayırım yapılmamaktadır (Lee, 1966: 49). Bir başka tanımlamada ise belirli bir zamanda bir yerleşim yerinden diğerine sürekli yaşamak amacıyla gidenler, göç etmiş sayılmaktadır. Bu tanımda geçen zaman dilimi, yerleşme ve sürekli yaşamak kavramlarının göçün ve göçmenin tanımını yapmayı zorlaştırdığı söylenebilir (Özbay ve Yücel, 2001: 1-2).

Göç, öz bir şekilde insanların ve grupların yer değiştirmesi olarak ifade edilmektedir (Çakır, 2011: 210). Ünal (2017: 139), göçü bir kişi veya grubun uluslararası ve ulusal şekilde bir yerden başka bir yere gitmesi şeklinde ele almaktadır. Bu harekete katılan insanlar, “göçmen” olarak isimlendirilmektedir. Göç eden nüfus, sayım günündeki ikametgâh edilen yer ve beş yıl önceki ikametgâh edilen yer aynı olmayan kişiler şeklinde ifade edilmektedir (TÜİK, 2018).

Uluslararası Göç Örgütü süresi, zamanı ve sebepleri farklı olmakla birlikte insanların yer değiştirdiği nüfus hareketini göç olarak tanımlamaktadır (Uluslararası Göç Örgütü, 2009:

22). Bir kişi, ikametini bir siyasi veya idari sınırdan diğerine kaydırđında “göç” gerçekteşmektedir (Virupaksha vd., 2014: 233).

Göç tanımları yapılırken mekân ve zaman olmak üzere iki önemli unsur bulunmaktadır. Göç sürecinin nedeni ne olursa olsun temelinde mekânsal yer değişikliği ortaya çıkmaktadır. Ancak bu mekân değişikliğinin anlamlı bir uzaklık olması gerekmektedir (Tümtaş ve Ergun, 2016: 1349). Göç tanımında ikinci önemli unsur ise zaman kavramıdır. Göç edilen zamanın sınırları konusunda alanyazında bir fikir birliği bulunmamaktadır. Tanımların bazılarında yer değişikliği süresinin bir yıldan az olmaması gerektiği belirtilmektedir. Ancak bu sınıflamada mevsimlik göçler dışarıda kalmaktadır (Özcan, 1998: 80).

Süresi, mesafesi ve yapısı itibariyle göç, farklı bağlamlarda ele alınabilmektedir (Tacoli, 2011: 5). Göçler amaçlarına, gerçekteşirilme şekline, göç edenlerin ve göç edilen bölgenin özelliklerine göre sınıflanabilmektedir (Adıgüzel, 2016: 17). Ayrıca göçe yönelik isteğe bağlı (gönüllü)-isteğe bağlı olmayan (zorunlu), kısa süreli-uzun süreli, iç göç-dış göç gibi sınıflamalar da yapılmaktadır.

İsteğe bağlı (gönüllü) göçlerde göç kararı başkasının etkisi altında kalınmadan kişi tarafından verilmektedir. İsteğe bağlı olmayan (zorunlu) göçlerde ise genellikle politik sebepler, savaş ve deprem gibi kişiyi göç etmeye zorlayan ve kendi isteği dışında gerçekteşen olaylar etkili olmaktadır (Akıncı vd., 2015: 62; Tümertekin ve Özgüç, 2004: 236). Zorunlu göçte göç eden kişinin hayatta kalmasına yönelik baskı ve tehdit unsuru bulunmaktadır. Genellikle bu göçlerin meydana gelmesinde şiddet içerikli anlaşmazlıklar ve ekonomik zorluklar etkili olmaktadır (Bartram vd., 2017: 151). İnsanların yaşadıkları mekânı değiştirerek bir başka mekâna temelli yerleşmek amacıyla ve genellikle geri dönmek üzere gerçekteştirdikleri göç hareketi sürekli göç olarak ifade edilmektedir (Koçak ve Terzi, 2012: 170). Ayrıca insanlar emek göçü gibi geçici işler bulmak amacıyla mevsimsel fırsatları değerlendirerek göç edebilmektedir (Hecht vd., 2015: 5).

Birleşmiş Milletler (1998) göçü kısa süreli, uzun süreli ve geri dönüş göçleri şeklinde sınıflamaktadır. Kısa süreli göç, göçmenin ikametgâh ettiği ülke dışında başka bir ülkeye en az üç ay ve en fazla bir yıl süreli taşınma durumudur. Ancak, bu hareketliliğin rekreasyon, tatil, arkadaş ve akraba ziyaretleri, iş, tıbbi tedavi veya hac gibi amaçlarla

olmaması gerekmektedir. Uzun süreli göç, göçmenin ikametgâhının bulunduğu ülkeden başka bir ülkeye en az bir yıl süreli taşınma durumu olarak tanımlanmaktadır. Geri dönüş göçleri ise, vatandaşların başka bir ülkede uluslararası göçmen olduktan sonra en az bir yıl süreli ülkelerine dönmesi şeklinde ifade edilmektedir.

Göç sınıflamaları arasında dış göç ve iç göç sınıflaması öne çıkmaktadır (Kara, 2017: 11; King ve Skeldon, 2010: 1620; İçduygu ve Sirkeci, 1999: 250). Dış göç, bir ülkeden bir başka ülkeye yapılan göç hareketidir (Sayın vd., 2016: 2). Uluslararası göç olarak da ifade edilen kavram, geçici ve kalıcı şekilde başka bir ülkeye yerleşmek olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımın yapılabilmesi için, uluslararası bir sınırın geçilmesi söz konusudur (Uluslararası Göç Örgütü, 2009: 59). Ülkeler demografik özellikleri ve bölgeler arasındaki ekonomik gelişmişlikleriyle farklılaşmakta; ekonomiler küresel olarak yeniden yapılanmaya zorlanmaktadır (Akıncı vd., 2015: 62; Güllüoğınar, 2012: 56). İzleyen kısımda ayrıntılı şekilde ele alınan iç göç ise aynı ülke içinde bir bölgeden, ilden ve yerleşim biriminden diğerine yapılan göç şeklinde ifade edilmektedir.

## 1.2. İÇ GÖÇ KAVRAMI

Ulusal bir sınırın aşılması uluslararası göç ve göçmenin tanımının yapılması için yeterli olmakla birlikte, iç göçün mekânsal boyutunun uygun şekilde nasıl tanımlanacağı konusunda herhangi bir uzlaşma bulunmamaktadır (Niedomysl vd., 2017: 1). Uluslararası göç, iç göçle bağlantılıdır ve karmaşık, sürekli değişen ve gelişen insan hareketliliğinde iç göç uluslararası göçe bağlıdır (Skeldon, 2017: 7). Ancak, iç göç ve dış göç arasında göç birimleri arasındaki mesafeler (fiziki, ekonomik, vb.), göç hareketinin siyasal kontrol edilebilirliği ve göç edilen bölgedeki uyum sorunları açısından belirgin farklılıklar bulunmaktadır (İçduygu ve Sirkeci, 1999: 250). Hacim olarak uluslararası hareketlerden daha geniş olan iç göç, dış göçe göre nispeten daha az anlaşılmıştır (Catney, 2016: 175) ve küreselleşmenin bir parçası olarak giderek yaygınlaşmaktadır. Bu sebeple, bu konuda küresel sosyal politika zemininde yapılan tartışmalar artmaktadır (Nielsen vd., 2005: 353).

İç göç, ülke sınırları içinde bölgeler arası yer değiştirme hareketidir (Hecht vd., 2015: 7; Bell vd., 2015: 33; Sağlam, 2006: 34). TÜİK tarafından iç göç, “son bir yıl içinde, ülke

sınırları içinde belirli alanlardaki (bölge, il, ilçe vb.) daimi ikametgâh adres değişiklikleri” şeklinde tanımlanmaktadır. Aynı ülke içinde bir bölgeden diğerine yapılan göç şeklinde ele alınan iç göç, gelişmekte olan ülkelerde genellikle kırsal yerleşim yerinden kentlere yapılan göçü ifade etmektedir (Bartram vd., 2017: 191).

İç göçün tanımında birden çok boyut bulunmaktadır. Tek bir boyutu dikkate alan çalışmalar, iç göç olgusunu belirsizleştirerek yanıltıcı olabilmektedir (Bell vd., 2002: 441-442). İç göç ile ilgili araştırmalar yürütülürken göçmenin doğduğu yer, göçmenin geçmişte belirli bir süre ikamet ettiği yer (genellikle bir veya beş yıl), göçmenin mevcut yerine gelmeden önceki son ikamet yeri gibi kayıtların tutulması önerilmektedir (Skeldon, 2017: 4-5). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye’de iç göçün tanımlanmasında çocukluğun geçtiği yere göre göç, yaşam boyu göç, son beş yılda en az bir kez gerçekleştirilen göç ve bir önceki yerleşim yerine göre göç bilgisinin kullanılabilceğini belirtmektedir (HÜNEE, 2015: 133).

### **1.3. GÖÇ VE İÇ GÖÇÜN PROFİLİ**

Göçe ilişkin değerlendirmelerde net göç parametresi öne çıkmaktadır. Herhangi bir bölgenin aldığı göçten verdiği göçün çıkarılmasıyla ortaya konulan net göç, göç alanyazınında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Ancak nüfus yapısında ortaya çıkan değişimleri ortaya koyma konusunda yeterli bulunmamaktadır. Bu sebeple, göçün etkililiği (migration effectiveness), nüfus devinimi (population turnover) ve nüfus değişim yöntemi (population churn measurement) gibi yöntemler de kullanılmaktadır. Göç etkinliği, bir bölgedeki alınan ve verilen göç arasındaki farkın toplam göçe bölünmesiyle elde edilmektedir. Genellikle yüzde olarak verilmektedir ve iç göçlerin nüfusun değişimine etkisini ortaya koymaktadır (Hugo ve Harris, 2011: 17). Dennett ve Stillwell (2008: 24), nüfus devinimini bir bölgenin içine veya dışına gerçekleşen göçün yoğunluğunun bir ölçüsü şeklinde tanımlamaktadır. Nüfus değişim (bozulma) oranı, alınan ve verilen göçlerle birlikte o alanda göç edenlerin toplamının o alanın toplam nüfusuna oranlanmasıyla tespit edilmektedir. Bu yöntemde, bölge içinin kendi dinamiği de dikkate alınmakta ve daha anlamlı sonuçlar vermesi beklenmektedir (Birinci, 2017: 81).

Dünya’da uluslararası göçün genel profili ile ilgili durum Tablo 1’de verilmektedir. Tabloya göre dünya genelinde 244 milyon uluslararası göçmen (dünya nüfusunun %3,3’ü) olduğu görülmektedir. Tabloya göre 1990 yılından beri göç sayılarının ve göç eden nüfusun dünya nüfusuna oranının sürekli arttığı söylenebilir.

**Tablo 1. Dünyada Göçün Genel Profili**

Yıl	Göç Sayıları	Göç Eden Nüfusun Dünya Nüfusuna Oranı
1990	153 milyon	% 2,9
1995	161 milyon	% 2,8
2000	173 milyon	% 2,8
2005	191 milyon	% 2,9
2010	222 milyon	% 3,2
2015	244 milyon	% 3,3

**Kaynak:** Uluslararası Göç Örgütü (2018). *World Migration Report 2018*, Geneva, Switzerland.

Tablo 2’de Türkiye’ye ilişkin göç istatistikleri görülmektedir. Tablo incelendiğinde yıllar itibariyle ikamet izniyle Türkiye’de bulunan yabancı sayısının, Uluslararası Koruma Başvurusu sayısının ve Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyelilerin sayısının arttığı görülmektedir.

**Tablo 2. Türkiye’de Göç Profili**

Yıl	İkamet İzniyle Türkiye’de Bulunan Yabancı Sayısı	Uluslararası Koruma Başvurusu	Geçici Koruma Kapsamındaki Suriyeliler
2005	178.964	-	-
2006	200.058	-	-
2007	225.208	-	-
2008	174.926	-	-
2009	163.326	-	-
2010	182.301	8.932	-
2011	234.268	17.925	-
2012	321.548	29.678	14.237
2013	313.692	30.311	224.655
2014	379.804	34.112	1.519.286
2015	422.895	64.232	2.503.549
2016	461.217	66.167	2.834.441
2017	593.151	112.415	3.426.786
<b>Toplam</b>	<b>3.851.358</b>	<b>363.772</b>	<b>10.522.954</b>

**Kaynak:** Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2018). Göç İstatistikleri.

Türkiye sınırları içinde gerçekleşen iç göçün verileri, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından toplanmaktadır ve yıllık olarak yayınlanmaktadır. En güncel veri 2016-2017 dönemine aittir. Toplam 80 810 525 olan Türkiye nüfusu içinde 2 256 083 kişinin bölgeler arasında yer değiştirdiği belirlenmiştir. Güncel rakamlar ile net göç değerlendirildiğinde

İstanbul, Akdeniz, Orta Anadolu, Batı Karadeniz, Doğu Karadeniz, Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde verilen göçlerin alınan göçlerden daha fazla olduğu söylenebilir (bkz. Tablo 3).

**Tablo 3. Türkiye’de İç Göçün İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflamasına Göre Dağılımı (2016-2017)**

İBBS 1. Düzey	Nüfus	Aldığı Göç	Verdiği Göç	Net Göç	Net Göç Hızı (‰)
<b>Türkiye</b>	<b>80 810 525</b>	<b>2 256 083</b>	<b>2 256 083</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>İstanbul</b>	15 029 231	416 587	422 559	- 5 972	-0,4
<b>Batı Marmara</b>	3 503 609	139 175	104 090	35 085	10,1
<b>Ege</b>	10 383 963	238 382	194 727	43 655	4,2
<b>Doğu Marmara</b>	7 824 597	262 226	183 508	78 718	10,1
<b>Batı Anadolu</b>	7 871 847	230 150	203 454	26 696	3,4
<b>Akdeniz</b>	10 303 984	224 699	233 992	- 9 293	-0,9
<b>Orta Anadolu</b>	3 977 447	114 913	127 408	- 12 495	-3,1
<b>Batı Karadeniz</b>	4 574 182	167 734	176 686	- 8 952	-2,0
<b>Doğu Karadeniz</b>	2 633 417	105 506	138 995	- 33 489	-12,6
<b>Kuzeydoğu Anadolu</b>	2 188 214	76 423	123 122	- 46 699	-21,1
<b>Ortadoğu Anadolu</b>	3 854 869	110 054	144 952	- 34 898	-9,0
<b>Güneydoğu Anadolu</b>	8 665 165	170 234	202 590	- 32 356	-3,7

**Kaynak:** TÜİK (2018). Göç İstatistikleri.

Tablo 4’te Türkiye’de bölgelerin 2007-2017 yılları arasındaki net göç hızlarının dağılımı verilmektedir. Tablo incelendiğinde Batı Marmara, Ege, Doğu Marmara ve Batı Anadolu nüfusunun tüm yıllar arttığı görülmektedir. İstanbul’un net göç hızı incelendiğinde, 2016 ve 2017 yıllarında ilk kez net göç hızı eksi “-” değer almıştır.



**Tablo 4. Türkiye’de Net Göç Hızının Yıllar İtibariyle Dağılımı (2007-2017, ‰)**

İBBS 1. Düzey	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
İstanbul	2,1	3,1	7,8	9,0	2,2	4,7	1,0	3,5	-4,8	-0,4
Batı Marmara	9,7	4,0	4,6	5,0	7,7	5,9	14,0	6,1	10,9	10,1
Ege	3,7	1,7	0,1	0,1	2,6	1,6	4,6	3,2	4,2	4,2
Doğu Marmara	12,6	6,4	5,5	6,2	5,3	6,6	7,7	9,7	10,2	10,1
Batı Anadolu	3,0	4,6	5,6	7,0	3,6	3,8	5,2	6,6	2,4	3,4
Akdeniz	2,2	0,5	0,6	-1,2	-1,1	-0,7	0,3	0,0	0,0	-0,9
Orta Anadolu	-9,0	-5,0	-9,0	-8,8	-4,1	-4,8	-6,6	-6,5	-0,1	-3,1
Batı Karadeniz	-4,4	-2,4	-11,2	-8,8	-3,2	-5,7	-7,7	-4,4	1,4	-2,0
Doğu Karadeniz	-2,2	0,6	-9,0	-9,9	7,3	-3,6	-1,8	-5,9	15,0	-12,6
Kuzeydoğu Anadolu	-26,1	-14,7	-13,6	-12,5	-15,3	-19,2	-19,3	-21,0	-11,9	-21,1
Ortadoğu Anadolu	-10,9	-9,1	-9,1	-16,5	-7,2	-7,1	-12,2	-12,6	-13,1	-9,0
Güneydoğu Anadolu	-7,6	-7,1	-3,8	-4,1	-7,6	-5,7	-6,1	-8,4	-8,7	-3,7

**Kaynak:** TÜİK (2018). Göç İstatistikleri.

İç göçün iller açısından dağılımına bakıldığında 2016-2017 döneminde aldığı göç açısından ilk beş sıradaki iller İstanbul, Ankara, İzmir, Kocaeli ve Antalya iken; verdiği göç açısından ise ilk beş sıradaki iller İstanbul, Ankara, İzmir, Antalya ve Bursa’dır. Doğum yeri açısından göç etmede ilk beş sıradaki iller İstanbul, Ankara, Adana, İzmir ve Şanlıurfa’dır (TÜİK, 2018).

#### 1.4. İÇ GÖÇÜN NEDENLERİ

Göçmenler heterojen bir gruptur ve göç kararının verilmesinde bireylerin kontrolü içinde ve dışında birçok faktör etkili olmaktadır. Bu faktörlerin etkileşimi sebebiyle, göç nedenleri çok yönlüdür (Fellmeth vd., 2016: 74). Göç nedenleri ekonomik (maddi), bireysel, ailevi, güvenlik, geri dönüş ve diğer nedenlerle gerçekleşen göçler olmak üzere

altı gruba ayrılmaktadır (HÜNEE, 2006: 23). Çalışmanın bu kısmında sınıflamayı oluşturan göç nedenleri incelenecektir.

#### **1.4.1. Ekonomik Nedenlerle Gerçekleşen İç Göçler**

Beşeri sermaye teorisi, göçü bir yatırım eylemi olarak ele almaktadır. Bu teoriye göre bireysel göç kararı, göç etmenin neler getireceğine bağlı olmaktadır (Korpi ve Clark, 2015: 31). Göçmenler, göç etme kararına ilişkin masrafları hesaplayarak, gelecek kazançlarının bugünkü değerini en üst düzeye çıkarmak istemektedir. Göçün maliyetleri, göç hareketinin maliyetleri (genellikle göç mesafesi olarak ifade edilmektedir), göç hareketi sırasında ve yeni bir iş bulup öğrenirken ortaya çıkan muhtemel kazanç kayıpları ve tanıdık çevreyi terk etmenin yol açtığı maliyetlerdir. Göç sonucunda göç edenler ve iş gücüne katılan diğer aile üyelerinin göç edilen bölgedeki iş kazançlarının artması, işsizlik riskinin azalması ve göç edilen yere göre daha üstün kamu hizmeti ve fırsatların elde edilmesi beklenmektedir (Munro, 1974: 638).

İşsizlik, iç göçe yönelten itici nedenler arasında ele alınmaktadır (Dücan, 2016: 172). Bireyler, daha iyi istihdam koşullarına sahip olabilme amacıyla göçe yönelmektedir (Çelikay, 2017: 208). Bu göçler, genellikle istihdam koşullarının elverişsizliği, gelir yetersizliği, para biriktirmek ve refah seviyesinin yükselmesi gibi sebeplerle yapılmaktadır (HÜNEE, 2006: 23). Kent ile kırsal arasındaki verim farklılığı, kırsaldan kente göçün temel itici gücünü oluşturmaktadır. Kırsal alanlarda işsizlik genellikle kırsal emeğin kentsel alanlara yönelmesine neden olmakta (Garriga vd., 2017: 4).

Gelir dengesizliği ve gelir dağılımındaki adaletsizlikler, iç göç olgusunun önemli belirleyicilerinden bir diğeridir (Yamak ve Yamak, 1999: 17). Bölgesel sosyo-ekonomik eşitsizlikler ve gelir dağılımındaki adaletsizlik iç göçü etkileyebilir. Göç, hane halkının gelir ve tüketimini etkilemesi yoluyla yoksulluğu ve gelir dağılımını etkileyebilmektedir (Nguyen, 2012: 14).

Göç sebepleri, beşeri sermaye ve yüksek gelir potansiyeline göre farklılaşabilmektedir. Kent kökenli bireyler, daha fazla gelir elde etmek için şehirlere göç etmektedir. Yoksul ve kırsal kökenli bireyler ise kırsalda yaşayan nüfusun artışı ve istihdam olanaklarının yetersiz olması nedeniyle göç etmektedir (Bulutay ve Taştı, 2009: 16). Kırsal alandan

kentlere göç eden göçmenler, kent yaşamında daha çok enformel sektörde ve marjinal işlerde (işportacılık, ev işçiliği, hamallık, vb.) çalışmaktadır (Kaya, 2007: 85-86).

#### **1.4.2. Bireysel Nedenlerle Gerçekleşen İç Göçler**

Göç kararının verilmesinde emekli olma, eğitim, iş değişikliği, tayin gibi bireysel nedenler etkili olabilmektedir (HÜNEE, 2006: 23). Erkekler daha çok iş, eğitim, tayin gibi sebeplerle göç ederken; kadınların göçünde evlenme ve eğitim etkili olmaktadır (Bayındırlık ve İskân Bakanlığı, 2009: 19).

Göç, genellikle daha iyi eğitim fırsatlarıyla ilişkilendirilmektedir ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip yetişkinlerin daha fazla iç göçe yöneldikleri ifade edilmektedir (Esipova vd., 2013: 3). Türkiye’de eğitimde taşınmalı sisteme geçilmesi durumunda da, aileler çocukların daha iyi eğitim almasını kolaylaştırmak amacıyla kentlere yerleşmek istemektedir (Yılmaz, 2009: 222). Metropol kentlerde yoğunlaşan büyük ve kaliteli eğitim verdiği inanan yükseköğretim kurumları da, iç göçün artma nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Göçmenler arasında ülke ortalamasından daha yüksek eğitime sahip olanların formel sektörde iş bulma şansı daha yüksek olmaktadır. Bu sebeple, eğitim, iç göçe yönelten bir unsur olarak ele alınabilmektedir (Bahar ve Korkmaz Bingöl, 2010: 53).

İş değişikliği/tayin sebebiyle yapılan göçler, bir çalışanın işinde devam edebilmesi için geçici veya kalıcı istemli veya istemsiz göç etmesi durumudur (Koçak ve Terzi, 2012: 171). Ordu, eğitim, sağlık kuruluşları, ulaştırma hizmetleri gibi birçok farklı sektörde kamu personelinin tayinleri gerçekleşmekte ve bu tayinler iç göçe sebep olmaktadır (Özbay ve Yücel, 2001: 7).

Emeklilik nedeniyle göç, genellikle memur ve işçi emeklilerinin yaşamlarının geri kalanını köylerinde geçirmek istemelerinden kaynaklı kentten köye doğru olmaktadır. Çoğunlukla çocuklarıyla anlaşamayan, geçim sıkıntısı yaşayan, köye özlem duyan yaşlı bireyler, emeklilik göçüne yol açmaktadır (Tezcan, 2009: 40). Emeklilik göçü genelde 60 yaş ve üzerindeki göçmenler tarafından gerçekleştirildiğinden, göç alan bölgelerdeki yaşlı nüfus oranı artmaktadır (Yakar, 2012: 136-137).

### 1.4.3. Ailevi Nedenlerle Gerçekleşen İç Göçler

Aile bireyleri ve akraba bağları göç sürecini şekillendirmektedir (Bartram vd., 2017: 143). Aile göçü, genellikle eşleri ve 18 yaşın altındaki çocukları içermektedir (Kofman, 2004: 245). Aileden birinin yanına gitmek, aileden birinin iş değişikliği/tayini, aileden birinin iş araması gibi nedenler, göçü tetikleyen ailesel nedenler arasındadır (HÜNEE, 2006: 23). Kırdan kente göçlerin yaygınlaşmasıyla birlikte geniş aile ve akrabalık ilişkileri yerini küçük çekirdek ailelere bırakmıştır. Kırsal alanda yaşayan kadınlar, köyde geleneksel geniş aile ve akrabalık ilişkileri yerine kentte özerk bir çekirdek aile kurmayı tercih etmektedir (Karpat, 2003: 77).

Evlilik nedeniyle göç, genellikle kadın üzerinden tanımlanmaktadır. Kadın evlenerek eşinin yaşadığı şehre yerleşmektedir. Evlilik göçü veya bağıntılı göç iş bulma, tayin gibi sebeplerle kadın üzerinden ifade edilmektedir. Kadının eş, anne olma gibi rollerine bağlı olarak yeni bir yerleşim yerine geçişi nedeniyle oluşan göç durumudur (Buz, 2009: 43; İlkaracan ve İlkaracan, 1999: 307).

### 1.4.4. Güvenlik Nedeniyle Gerçekleşen İç Göçler

Can ve mal güvenliğini tehdit eden, endişe yaratan ve genellikle terörle ilişkili olarak yapılan göçler bu kapsamda incelenmektedir. Coğrafi koşulların elverişsiz olduğu yerleşim yerlerinde güvenlik ile ilgili endişeler giderilemediğinde bu yerleşim yerleri boşaltılabilmektedir. Türkiye’de 1986-1995 dönemi, güvenlik nedeniyle göçlerin yoğun olduğu bir dönemdir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde yaşayan bireylerin %81,4’ü terörden kaynaklı göç etmek durumunda kalmıştır (HÜNEE, 2006: 56). Bu bölgelerde yaşanan terör olayları, özellikle 1990’lı yıllardan itibaren zorunlu iç göçleri artırmıştır (Dücan, 2016: 170; Öztürk ve Altuntepe, 2008: 1596). Bölgede yaşayan birçok insan, güvenlik sebebiyle istemsiz bir şekilde göç etmek zorunda kalmışlardır (Tümtaş ve Ergun, 2016: 1350; Tümtaş, 2007: 48).

#### 1.4.5. Geri Dönüş Nedeniyle Gerçekleşen İç Göçler

Güvenlik nedeniyle terkedilen yerleşim yerine veya yakınına yapılan göçler, geri dönüş göçleri olarak ifade edilmektedir (HÜNEE, 2006: 23). Geri dönüş göçleri, geçici veya döngüsel göçlerden daha uzun süreli olması özelliğiyle farklılaşmaktadır. Genellikle göç ettikleri kentte iş bulamayan ve geçimini sağlayamayan göçmenler, göç ettikleri bölgeye geri dönmektedir (Hirvonen ve Lilleør, 2015: 187).

Kırdan kente göç eden aileler, kentte güçlüklerle karşılaştığında (istihdam ve barınma sorunu, vb.) ve kentle ilgili beklentilerinde hayal kırıklığı yaşadığında, kıra geri dönmek isteyebilmektedirler (Güreşci, 2010: 82; Gürbüz, 2007: 6; Pazarlıoğlu, 2007: 131). Ayrıca, kırdan kente göç eden bireyler ciddi bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında, genelde kıra ve geldikleri yere geri dönüş eğilimi göstermektedir (Zhang vd., 2015: 2; Mou vd., 2015: 1328). Bu geri dönüşte, aile desteği aramak ve şehirlerdeki yüksek tıbbi ve yaşam maliyetlerinden kaçınmak etkili olabilmektedir (Hu vd., 2008: 1717-1718).

#### 1.4.6. Diğer Nedenlerle Gerçekleşen İç Göçler

Doğal afetler (tsunami, sel, deprem vb.), çevresel nedenler, kan davası, töre ve namus davaları gibi nedenlerle yapılan göçler, diğer nedenleri oluşturmaktadır (HÜNEE, 2006: 23). Göçe sebep olan faktörlerin ortadan kalkması nedeniyle göç eden bireyler tekrar geri dönüş yapabilmektedirler.

### 1.5. İÇ GÖÇÜN SONUÇLARI

Uluslararası göç kadar etkili olan (HÜNEE, 2015: 98) iç göç olgusunun sağladığı avantajlar olduğu gibi yol açtığı olumsuz durumlar da söz konusudur.

İç göçler tarım toplumu, sanayi toplumu ve bilgi toplumu arasında bağlantıları sağlamada önemli rol oynamaktadır. Kırdan kente yapılan göçlerle, üretimin ihtiyaç duyduğu insangücü ve sermaye sağlanmaktadır. Böylece ülkenin gelişmesi ve kalkınması hızlanmaktadır (Dücan, 2016: 169). Kalkınma sürecinde iç göç, hizmet ve sanayi sektörlerinde üretimi meydana getiren insangücünü sağlamaktadır. Dolayısıyla iç göçün

ekonomiye yansımaları olumlu olarak değerlendirilmektedir (Bahar ve Korkmaz Bingöl, 2010: 55). Düşük ve orta gelirli ülkelerde geçim kaynaklarının sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Ginsburg vd., 2016: 60). Buna ek olarak göçmenler göç ettikleri yerleşim yerinin sosyal ve kültürel özelliklerini gittikleri yerlere götürmektedirler. Bu durum, kültürel etkileşime zemin hazırlamaktadır (Tümtaş ve Ergun, 2016: 1352).

Kentsel alanlar endüstriyel, teknolojik ve siyasal anlamda sürekli değişim içinde olduğundan göçmenin alışkanlıklarını, toplumsal ve ailesel ilişkilerini, istek ve değerlerini de değiştirebilmektedir. Bu açıdan, kent bir modernleşme süreci yaşarken, göçmen de kentlileşmektedir. Kent, göçmenlere önceki yerleşim yerlerinde sahip olmadıkları gelişme ve değişme imkânları ortaya çıkarmaktadır (Karpat, 2003: 67-85).

İç göç, ülkenin gelişmişlik göstergelerine katkı sağlarken birçok olumsuzluğu da beraberinde getirebilmektedir. Yüksek eğitim düzeyine sahip genç sayısının artışı, kentte iş arayanların sayısında orantısız şekilde artışa yol açmaktadır. Daha iyi işlerde çalışma beklentisi ile kentlere gelen göçmenler için göç ettikleri yerleşim yerlerinde iş imkânları yetersiz kaldığından işgücü arzı işgücü talebini karşılayamamaktadır. Bu durum da büyük şehirlere göç eden göçmenlerin enformel sektörlerde ve daha çok katma değeri düşük işlerde çalışmasına sebep olmaktadır. Büyük şehirlere marjinal işlere yönelen göçmenler, yüksek işsizlik oranlarını daha da kronikleştirmektedir. Göç, göç veren bölgelerin işsizlik sorununu da çözememektedir (Bahar ve Korkmaz Bingöl, 2010: 55).

İller ve bölgelerarası gelişme farklılığı ve bölgeler arası dengesizlik, iç göçlerin sebebi ve sonucu olarak kısır döngüye yol açmaktadır. Bir başka ifadeyle, önceki yerleşim yerinde toplumsal refah dengeli dağılmadığından göçmen göç etmektedir. Ancak bu göçler, göçmenin göç ettiği yerleşim yerinde dengesizliği daha fazla belirginleştirmektedir (Başel, 2007: 520). İç göç, kırsal ve kentte bölgesel dengesizlikleri arz ve talep tarafı olmak üzere iki açıdan şiddetlendirmektedir. Arz tarafında kente göç edenler, kentte iş arayanların oranını artırmaktadır. Bu durum, iyi eğitim görmüş gençlerin sayısının yükselmesiyle ilişkilendirilmektedir. Talep tarafında ise kentte istihdam olanakları daha nitelikli kaynaklar gerektirmesi sebebiyle kırsal alanlarda istihdam yaratmaya kıyasla daha zor ve maliyetlidir (Todaro, 1980: 362).

Kırdan kentlere yapılan iç göçlerin önemli sonuçlarından biri de kentsel yatırım gereksinimlerine cevap verilememesi sonucunda kentlerde sosyal ve yapısal problemlerin oluşmasıdır (Tezcan ve Eryurt, 2006: 15). Sosyal ve kültürel olarak kent yerleşiklerinden farklı olan göçmenler, kente uyumda sorunlar yaşayabilmektedir. Göçmenler, genellikle düşük nitelikli barınma koşullarına sahip gecekondualarda yaşamaktadırlar (Özdemir, 2012: 11). Bu gecekondu bölgelerinin altyapı, konut koşulları ve ekonomik olanakları diğer bölgelere göre daha kötüdür (Aktekin ve Dedeoğlu, 1995: 13). Daha iyi yaşam standartlarına sahip olma beklentisiyle kente göç edenler, sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük ve pek çok çevresel riskle karşılaşmaktadır (Tezcan ve Eryurt, 2006: 15). Hızlı kentleşmeyle birlikte kırdan kente göç edenler, sağlıksız ve sanitasyon konusunda sorunlu alanlarda yaşamak durumunda kalmaktadır (Sorkin, 1976: 10).

Göçmenler, sosyolojik ve psikolojik yönleri ile yer değiştirme olgusundan etkilenmektedir. Bir yandan göç ettikleri yerleşim yerinin ekonomik, sosyal ve kültürel yapısıyla şekillenirken, bir yandan da gittikleri yerleşim yerine gelenek ve göreneklerini taşımaktadırlar. Bazı durumlarda bütünleşme ve uyum sağlama ile sonuçlanan bu etkileşim, bazı durumlarda kentsel ayrılmaya yol açabilmektedir (Kavili Arap ve Göktürk, 2015: 46). Farklı bir kültürden beslenerek gelen göçmen, içinde bulunduğu kültür ile karşılaştığı kültür arasında uyumsuzluk problemleri yaşayabilmektedir (Akıncı vd., 2015: 67-68). Zorunlu göç mağduru göçmenlerin, gönüllü göç edenler ve yerleşiklere göre göç ettikleri bölgede travmatik ve ruhsal sorunlar yaşama riski daha yüksek olabilmektedir (Erol ve Ersever, 2014: 48).

## 1.6. İÇ GÖÇ TEORİLERİ

Massey vd. (1993: 432), göç süreçlerinin tek bir disiplinle açıklanamayacağını belirtmektedir. Çağlayan'a (2006: 68) göre, göç edilen yerleşim yerinin farklılaşması nedeniyle göç durumu birçok parametrenin etkisinde olmaktadır. Göç üzerinde çok sayıda değişkenin varlığı nedeniyle genellemeler yapılamadığından, göçe ilişkin birçok görüş ortaya çıkmıştır. Çalışmanın bu kısmında göç olgusunu inceleyen teorilere yer verilmektedir.

### 1.6.1. Ravenstein Kanunları

Ravenstein'in 1885 yılında "Göç Kanunları" başlığı ile yayınlanmış çalışması, iç göç ile ilgili yapılmış ilk çalışmadır. Bu çalışmadan sonra, 1930'lu yıllara kadar konuyla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, göçün çoğunlukla iş bulmak nedeniyle gerçekleştiği ifade edilmektedir. Göçün diğer belirleyicileri olarak göç yerindeki geçim masrafları, çevre ve eğitim kurumlarının kalitesi öne çıkarılmaktadır. Göçün genel kuralları ve göçmenlerin özellikleri göçün yasasını belirlemekte ve göçe ilişkin şu görüşler ileri sürülmektedir (Ravenstein, 1885: 198-199):

- Genel olarak göç, kırsaldan kentsel alanlara doğru gerçekleşme eğilimindedir.
- Her göç akımı, tersine bir akımı üretmektedir.
- Göçmenler, çoğunlukla kısa mesafeler içinde hareket etmektedir.
- Uzun mesafeli göç edenler, ticaret ve sanayi şehir merkezlerini tercih etmektedir.
- Göç edenlerin çoğu yetişkindir.
- Aileler doğdukları yerden nadiren göç etmektedir.
- Büyük şehirler doğumdan çok göçlerle büyümektedir.
- Sanayi, ticaret ve ulaşım arttıkça göç hacmi artmaktadır.
- Göçün ana nedeni ekonomiktir.
- Kentte yaşayanların kırsalda yaşayanlara göre göç etme eğilimi daha düşük düzeydedir.
- Erkekler kadınlara göre daha sık yer değiştirmektedir.

### 1.6.2. Fayda-Maliyet Yaklaşımı

Fayda-maliyet yaklaşımı, bireylerin göç etme kararını rasyonel şekilde verdiğini ileri sürmektedir. Bu karar, göçün fayda ve maliyetleri karşılaştırılarak verilmektedir. Göç sonucunda elde edilen maddi ve manevi her türlü kazanç, göçün sebep olduğu maliyetlerden daha büyükse, göçün gerçekleşmesi beklenmektedir (Çelik, 2005: 168). Göç ile ilgili maliyetler ulaşım bedeli, işe girme ve gelir sağlama sürecine kadar birikimlerin kullanılması gibi maliyetlerdir. Bu maliyetlerin yanı sıra göçün maddi olmayan maliyetleri de bulunmaktadır. Göçmenler, göç ettikleri yerleşim yerinde



barınma koşulları, işsizlik, kötü çalışma koşulları gibi stresli koşullarla karşılaşabilmektedir (Awuse vd., 2016: 5).

Fayda-maliyet yaklaşımında neo-klasik bakış açısının yansımaları görülmektedir. Göçmenin daha yüksek kazanç elde etme, daha iyi iş fırsatları yakalama gibi gelecekle ilgili beklentileri göç kararı ile ilişkilendirilmektedir (Güler vd., 2015: 41). Bu yaklaşıma göre iç göç, insan sermayesi yatırımının bir türü olarak ele alınmaktadır (Sjaastad, 1962: 83).

### 1.6.3. İtme-Çekme Teorisi

Bu yaklaşıma göre göç veren bölgenin göç etmeyi kolaylaştıran itici yönleri ve göç alan bölgenin sunduğu fırsatlarla çekici yönleri, göç kararının verilmesinde etkili olmaktadır (Buz, 2009: 41). Göçmen fırsatları gözden geçirerek, fırsatların az olduğu yerleşim yerinden fırsatların ve gelişmişliğin fazla olduğu yerleşim yerine doğru göç etme eğilimindedir.

Lee (1966: 50), göç kararını etkileyen faktörleri (iten ve çeken faktörler) incelemiştir. Bu teoriye göre her göç sürecinin bir çıkış ve bir varış noktası bulunmaktadır. Göç kararını çıkış ve varış yerine ilişkin faktörler, araya giren engeller ve bireysel faktörler etkilemektedir. Her bölgede insanları bölgede tutan, onları buldukları bölgeden uzaklaştıran ve göçe yönelten birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar “+” ve “-” işaretleri olarak gösterilmektedir. Bunların dışında nötr olan ve “0” ile gösterilen bir başka grup daha bulunmaktadır. Birinci grup, göç kararını olumlu yönde etkileyen, insanı istikrarlı kılan faktörlerden oluşmaktadır (+); ikinci grup göç kararını olumsuz etkileyen, insanları farklı bir yere yerleştirmeye zorlayan faktörlerden oluşmaktadır (-); ve üçüncü grup göç kararında herhangi bir etkisi olmayan nötr faktörlerden (0) oluşmaktadır.

Lee dışında iç göçe ilişkin itici ve çekici faktörlerin belirlenmesi için çeşitli çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Yenigül (2005: 276), göç veren bölgedeki nüfusun hızlı artışı, istihdam olanaklarının yetersizliği, düşük gelir ve güvenliğin yetersiz olması gibi unsurların itici faktörleri; göç alan bölgedeki istihdam fırsatları, daha yüksek gelir beklentisi, daha nitelikli eğitim gibi unsurların çekici faktörleri meydana getirdiğini belirtmektedir. Karpat (2003: 45), benzer bir sınıflamayla refah seviyesinin düşüklüğü,

gelirin yetersizliği, eğitim ve sağlık hizmetlerine erişimde yetersizlikler gibi unsurların itici nedenleri; yüksek gelir, istihdam fırsatları, sağlık ve diğer hizmetlerin niteliği gibi faktörlerin çekici nedenleri oluşturduğunu ifade etmektedir. Virupaksha vd. (2014: 234) tarafından kapsamlı şekilde iç göçe ilişkin itici ve çekici faktörlerin Tablo 5’te verilmektedir.

**Tablo 5. İtici-Çekici Yönleriyle Göç**

İtici faktörler	Çekici Faktörler
Yeterli iş olanağının olmaması Olanakların yetersizliği İlkel koşullar Çölleşme Kıtlık veya kuraklık Siyasi korku veya zulüm Kölelik veya zorunlu çalışma Kötü tıbbi bakım Zenginlik kaybı Doğal felaketler Ölüm tehditleri Siyasi veya dini özgürlük Kirlilik, konut yoksulluğu Ev sahipliği, kiracılık konuları Zorbalık Ayrımcılık Daha kötü evlilikler kurulması Savaş	İş olanakları Daha iyi yaşam koşulları Siyasi ve/veya dini özgürlük Eğitim olanakları Daha iyi tıbbi bakım İklimin elverişliliği Güvenlik Aile bağlantıları Sanayi Daha iyi evlilik kurma şansı

**Kaynak:** Virupaksha, vd., 2014: 233-239.

#### 1.6.4. Davranışsal Yaklaşım (Önem Eşiği Modeli)

Davranışsal yaklaşım, Wolpert (1965) tarafından “stres eşiği modeli” ile gündeme getirilmiştir. Bu model, fayda-maliyet analizine benzemekle birlikte fayda-maliyet analizinde olduğu gibi bireylerin rasyonel davrandığı varsayımı üzerine kurulmamıştır. Bu yaklaşıma göre göçmenler, geçmişte ve gelecekte beklenen ödülleri temel alarak öznel bilginin ışığında karar vermektedir. Bireylerin kabul edebilecekleri bir eşik seviye bulunmaktadır ve göç edip etmeme kararı bu eşik seviyeye göre belirlenmektedir (Hagen Zanker, 2008: 10).

Davranışsal yaklaşımda göç etme kararının psikolojik yönlerinin belirlenmesi yoluyla göçün faydalarının algılanabileceği üzerinde durulmaktadır (Brown ve Moore, 1970: 1; Speare, 1974: 173). Göç kararında iki karar verme modeli bulunmaktadır. Birinci modelde, karar verme modelleri yalnızca göç etme veya kalma özgürlüğü olan gönüllü

yapılan göçler için geçerlidir. İkinci modelde ise, göç etme kararı rasyoneldir, ancak mutlak rasyonel bir karar verilememektedir. Göçmenlerin rasyonelitesi, insanların hedeflerini formüle edebildiklerini ve ulaşmayı istedikleri hedefleri seçebileceklerini varsaymaktadır. Sonunda, göçmenler bu tür hedeflere ulaşmak için mevcut çeşitli araçları değerlendirebilir ve en yararlı seçenekleri belirleyebilirler (Zolnik, 2004: 12).

### **1.6.5. Seçicilik Yaklaşımı**

Seçicilik yaklaşımında göçmenlerin kişisel özellikleri ön plana çıkarılmaktadır (Yakar ve Yazıcı, 2009: 156). Bu yaklaşıma göre göçmenlik gençlerde, iyi eğitimlilerde, erkeklerde ve bekârlarda oluşmaktadır (Çelik, 2002: 276). Seçicilik yaklaşımında yaş, beceri, evlilik ve cinsiyet göç kararında belirleyici olmaktadır. Genellikle 20-30 yaş aralığındaki yetişkinler göç etme eğilimindedir (Tekeli, 1975: 167).

## **1.7. TÜRKİYE'DE İÇ GÖÇÜN YÖNÜ**

İç göçler dokuz farklı türde yapılabilmektedir (İçduygu ve Sirkeci, 1999: 253). Türkiye'de iç göç kırdan kıra, kentten kıra, kentten kente ve kırdan kente doğru bir seyir izlemektedir (Pazarlıoğlu, 2007: 121) ve yoğunluklu olarak 1950'li yıllarda sanayileşme ve kentleşme ile birlikte ortaya çıkmıştır. Bu yıldan itibaren yoğun şekilde yaşanmaya başlamıştır. Bu dönemde (1940-1960), Marshall yardımları çerçevesinde Türkiye'ye traktörler gönderilmiş ve tarım topraklarının işlenmesinde traktörlerin kullanılması hız kazanmıştır. Ancak traktörlerin kullanımı, kırsal alanlarda temel üretim ve geçim yapısı tarım olan birçok insanın işsiz kalmasına yol açmış ve işsiz kalan insanlar, ülke içinde nüfus hareketliliğine yönelmiştir.

1970-1980 yıllarından sonra ise nüfus yoğunluğu kentlerde daha fazlalaşmış ve kentten kente göçler artış göstermiştir (Güreşci, 2010: 79). Türkiye'de serbest piyasa ekonomisinin gündeme geldiği 1980-1990 döneminde ise bir yandan özelleştirme ve modernleşme yolunda çaba gösterilirken, diğer taraftan Türkiye siyasi olarak belirsizliğin yüksek olduğu dönemlerden geçmektedir. Bu dönemde, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nde siyasi çalkantılar ve terör sebebiyle zorunlu iç göçler meydana gelmiştir.

Son yıllarda Türkiye’de iç göç, ekonomik yönden geri kalmış doğu bölgelerinden gelişmiş ve sanayileşmiş batı bölgelerine doğru gerçekleşmektedir (Aksu ve Sevil, 2010: 135; Çelik, 2006: 151; Karpat, 2003: 105). Ekonomik nedenlere ek olarak güvenlik nedeni ile göç yaygın şekilde görülmektedir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri’nin kırsal alanlarında yaşayanlar, bölgelerin kent merkezlerine ya da Batı’daki büyük kentlere göç etmektedir (Aksu ve Sevil, 2010: 135). Ayrıca turizm merkezlerine doğru gerçekleşen iç göçte iş olanaklarının fazlalığı, sanayi ve ticaret merkezleri ile iklim koşullarının daha elverişli olması etkili olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007: 11). İç göç ana çekim merkezi olan illerde yoğunlaşınca, bireyler göç alma potansiyeli olan çevre illere yönelmektedir (Bülbül ve Köse, 2010: 79).

## 2. BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI VE SAĞLIK STATÜSÜ

Çalışmanın bu bölümünde, sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin kavramsal çerçeve, sağlık hizmeti kullanımının belirleyicileri, sağlık hizmetleri kullanımında davranışsal model, sağlık kavramı, sağlık statüsüne ilişkin temel kavramlar ve sağlık statüsünün belirleyicilerine yer verilecektir.

#### 2.1. SAĞLIK

Sağlık, “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlanmaktadır (DSÖ, 1948). Bu tanımda erişilebilir en yüksek sağlık seviyesi, fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle değerlendirilmektedir (Çelik, 2006: 27).

DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımının “tam bir iyilik hali” ifadesi eleştirilmektedir. Bu tanımdaki sosyal iyilik halinin bireyler veya bir bütün olarak toplum açısından belirsizlik içerdiği belirtilmektedir. Bir başka eleştiri ise, işlevselleştirilmesinin zorluğu ile ilgili olmaktadır. Tanımda yer alan iyilik ifadesi, tanımlanması ve ölçümü zor bir kavramdır ve kültürler arasında farklılık gösterebilmektedir (Larson, 1996: 181-183). Ayrıca DSÖ tanımında sağlığın tam bir iyilik hali olarak ifade edilmesinin kronik hastalıkların doğasına yeterince uygun olmadığına işaret edilmektedir. Bunun yerine, sağlık tanımının sosyal, fiziksel ve duygusal zorluklar karşısında uyum ve kendini yönetme kabiliyetini vurgulaması önerilmektedir. Kronik hastalığı ve engeli olan bireyleri kesin olarak hasta olarak ilan eden bu tanım, hayatın değişen fiziksel, duygusal ve sosyal zorluklarıyla özerk bir şekilde başa çıkan bireylerin kapasitesini en aza indirmesi noktasında eleştirilmektedir (Huber vd., 2011: 1).

Sağlık kavramı, pozitif ve negatif sağlık olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır. Tıbbi bakış açısıyla sağlığın negatif tanımı, hastalığın yokluğunu ifade etmektedir (Bergner, 1985: 696). Sağlığın pozitif tanımı ise DSÖ tanımıyla örtüşmektedir. Bu tanımda, sağlık tam bir iyilik hali şeklinde özetlenmektedir (Nettleton, 2006: 38).

Tanımları belirsizlik içermekle birlikte sağlığı yalnızca yaşamın miktarıyla değil, yaşamın kalitesiyle de değerlendirmek gerekmektedir. Özellikle günümüzün tıbbi teknolojisi düşünüldüğünde sağlığın yaşam kalitesiyle ilişkisi, yaşamın sürdürülebilirliği kadar önemli bir konu olarak dikkat çekmektedir (Santerre ve Neun, 2013: 36).

## **2.2. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI**

Sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisine yönelik faaliyetleri kapsamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 29). Sağlık hizmetleri kullanımı, genel sosyal koşulların yanında bireyin sağlık statüsü, bireysel ve kolektif norm ve değerler, sağlık hizmetlerinin yapısı ve sosyal refah sistemi tarafından etkilenen karmaşık bir süreçtir (Babitsch vd., 2014: 87).

Sağlık hizmetleri kullanımı, profesyonel sağlık hizmeti arayışı ve sağlık problemlerini önlemek veya tedavi etmek amacıyla düzenli sağlık hizmetlerine yönelme süreci olarak tanımlanmaktadır (Scheppers vd., 2006: 326). Sağlık hizmetleri kullanımı, sağlık durumu ve tüketici memnuniyetinin sonuçlarını etkileyen ve erişime bağlı olarak sağlık politikasının bir ölçütü olan önemli bir sağlık sonuç göstergesidir (Ngwakongwi, 2017: 54). Gökkaya ve Erdem'e göre (2017: 151) sağlık hizmetleri kullanımı, belirli bir sağlık hizmetinin ihtiyaç sahibi kişiler (hastalar) tarafından kullanılmasıdır.

Sağlık hizmetleri kullanımı türü, yeri, amacı ve kapsanan zaman aralığı bakımından farklılaşabilmektedir. Hizmet kullanımının türü, alınan ve sunulan hizmetin türünü (hastane, hekim, diş hekimi, eczacı vs.) ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunulduğu yer, hizmetin alındığı yerdir (hekimin ofisi, hastane polikliniği, acil servis odası vs.). Hizmet kullanımının amacı, koruyucu sağlık hizmeti sunmak, hastalıkla ilişkili tedavi vermek ya da hastayı gözetim altında tutmak olabilmektedir. Kapsanan zaman aralığı ise, hizmet sunumu sırasındaki görüşme/temas, hizmetin hacmi ya da hizmetin sürekliliği ile açıklanabilmektedir (Aday ve Andersen, 1974: 214).

Sağlık hizmetleri kullanımı, genellikle hizmetlerin hacmi ile ilişkilendirilmektedir (Da Silva vd., 2011: 106). Ancak sağlık hizmetlerinin heterojen doğası düşünüldüğünde, sunulan sağlık hizmetinin miktarının tam olarak belirlenmesi zor olmaktadır (Santerre ve Neun, 2013: 39). Sağlık hizmetleri kullanımı ihtiyaç, algı ve bilgi bakımından farklı

boyutlara sahip tüketici odaklı önemli sorun alanlarından birini oluşturmaktadır. Hizmet kullanımının sağlık sisteminin dışındaki insanların işbirliği ve katılımını gerektirmesi, sorunun büyüklüğünü belirginleştirmektedir. Sağlık sistemlerinin planlanmasında önemli bir faktör olarak hizmet kullanımı, dünya çapında geçerliliği doğrulanmış sorunlar arasındadır (Oladipo, 2014: 322).

Ülkelerin sağlık sistemlerinin performansları değerlendirilirken ve sağlık reformları yapılandırılırken sağlık hizmetleri kullanımı verilerinden yararlanılmaktadır (Kılıç ve Çalışkan, 2013: 193). Sağlık hizmetleri kullanımı incelenerek sağlık hizmetlerinde geleceğe ilişkin değerlendirmeler ve planlamalar yapılmakta, toplumun sağlık statüsü belirlenmekte, sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimlilik ölçülmektedir (Erdem ve Pirinçci, 2003: 39).

Sağlık hizmetleri kullanımı, erişim ve kapsam sıklıkla birbirine karıştırılan kavramlardır. Kavramların arkasındaki düşünce birbiriyle ilişkili olsa da erişim, belirli bir nüfusun sağlık sistemi içerisine girme olasılığını ifade edilmektedir (Andersen vd., 1983: 51). Sağlık hizmetlerine erişim, insanların sağlık hizmetlerinden yararlanma becerilerinin fiziksel, ekonomik ve sosyo-psikolojik yönlerinin sistematik bir şekilde değerlendirilmesini gerektirmektedir. Kullanım, genellikle kullanılan sağlık hizmetleri miktarıyla tanımlanmaktadır. Kapsam ise, ihtiyaç duyanlar arasında belirli bir hizmeti alanların oranını göstermektedir (DSÖ, 2010: 2).

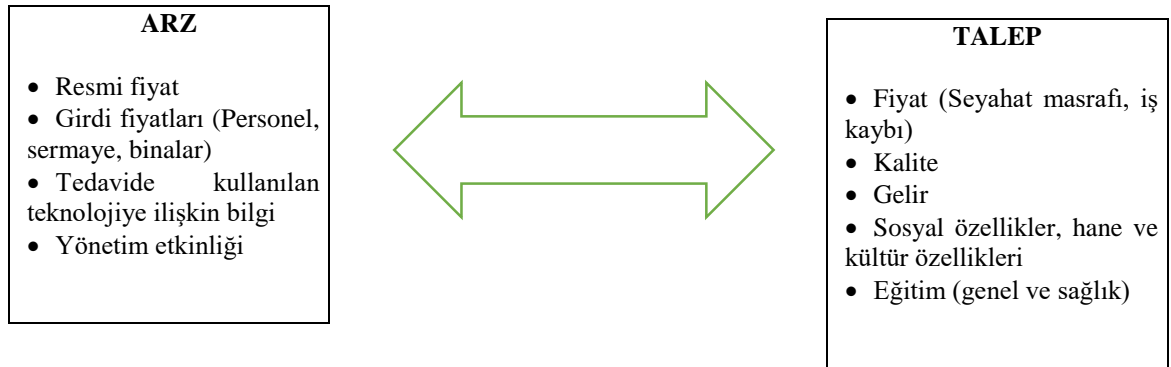
### **2.2.1. Sağlık Hizmeti Kullanımının Belirleyicileri**

Sağlık hizmetleri kullanımında üç temel yaklaşım bulunmaktadır. İlk yaklaşımda kullanımın belirlenmesinde hastaların hekim tarafından belirlenmiş ihtiyaçları dikkate alınmaktadır. Bu yaklaşım, karşılanmamış ve yeni ihtiyaçların belirlenmesine ve bu ihtiyaçların karşılanmasına odaklanmaktadır. İkinci yaklaşım, kullanımın hasta tercihleri ve kişisel kaynaklara göre belirlenmesidir. Son perspektif ise risk ile aşırı kullanım arasında varsayım dayanan değişimi optimize etmek için talebin esnekliğini ölçmeye odaklanmaktadır (Evans, 2016: 114).

Sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen önemli faktörler olarak bireysel farklılıklar, cinsiyet ve eğitim ön plana çıkmaktadır. Bir hastalık belirtisi, bireyler tarafından farklı

algılanabilmektedir (Aslan vd., 2006: 41). Sağlık statüsü, sağlık hizmetleri kullanımına yönelik talebi etkileme potansiyeline sahiptir. Sağlık statüsü kötüleşen bireyler, daha fazla sağlık hizmeti kullanma eğilimi göstermektedir (Saraçoğlu ve Öztürk, 2016: 306). Hastalığın kronik veya akut olma durumu ve hastalık belirtisinin süresi, sağlık hizmeti kullanımını etkileyebilmektedir (Aslan vd., 2006: 41). Sağlık hizmetleri kullanımında belirleyici bir değişken olarak cinsiyet ile ilgili yapılan çalışmalarda, kadınların erkeklerden daha fazla sağlık hizmeti kullandıkları belirtilmektedir (Bertakis vd., 2000: 147; Rosenberg ve Hanlon, 1996: 980). Bu durum, kadınların biyolojik durumlarıyla ilişkilendirilmektedir (Kılıç ve Çalışkan, 2013: 194). Sağlık hizmetleri kullanımının bir belirleyicisi olarak eğitim, bireylerin daha iyi yaşam tarzları ile daha sağlıklı olabilmeye kabiliyetlerini artırabilmektedir (Ensor ve Cooper, 2004: 71).

Sağlık hizmeti kullanımına ilişkin alanyazın, talep ve arz tarafı olmak üzere iki standart ekonomik çerçeve üzerinden konuyu ele almaktadır. Talep kaynaklı belirleyiciler, talep üzerinde etkili olan ve bireysel, hanehalkı veya topluluk düzeyinde etkili olabilecek faktörler şeklinde tanımlanmaktadır. Fiyat, kalite, gelir, sosyal özellikler, hane ve kültüre ilişkin özellikler ve eğitim, talep kaynaklı engelleri oluşturmaktadır. Arz kaynaklı belirleyiciler sağlık hizmetleri sunumunda etkileşim kuran sağlık üretim fonksiyonundan türetilen faktörler şeklinde ele alınmaktadır. Resmi fiyat, girdi fiyatı, tedavide kullanılan teknolojiye ilişkin bilgi ve yönetim etkinliği, sağlık hizmeti kullanımında arz kaynaklı engelleri oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri kullanımında arz veya talepten kaynaklı engeller birbirini etkileyebilmektedir (Ensor ve Cooper, 2004: 69) (bkz Şekil 1).



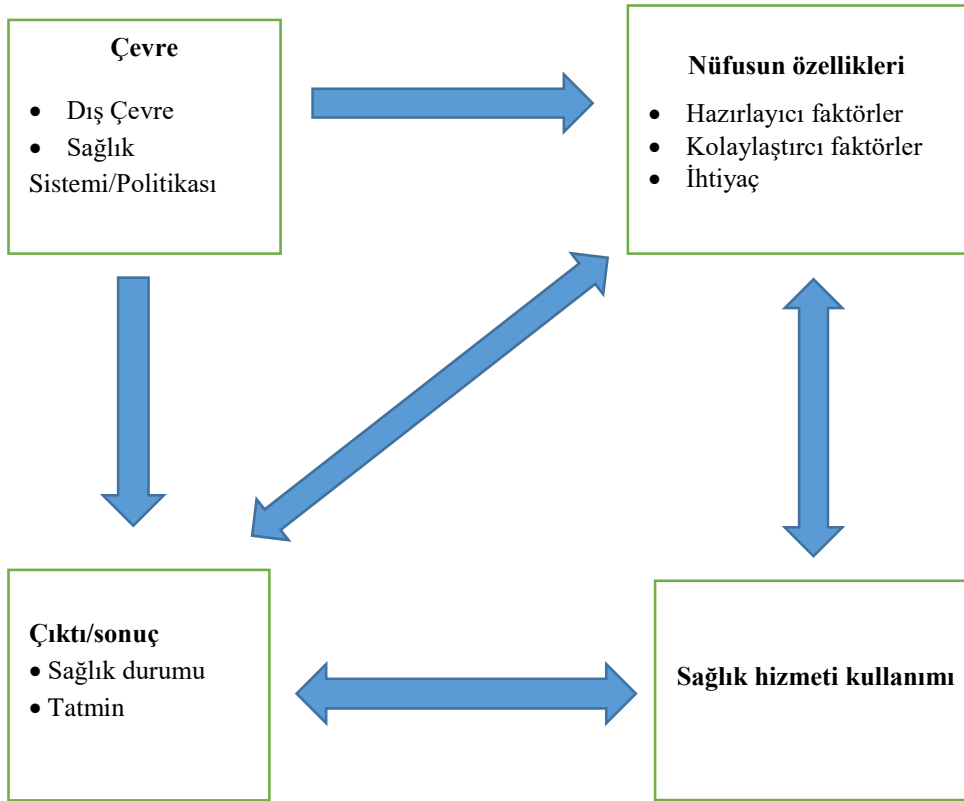
**Şekil 1. Sağlık Hizmeti Kullanımında Arz ve Talep Engelleri**

**Kaynak:** Ensor, T. & Cooper, S., 2004: 6979.



### 2.2.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımında Andersen Modeli: Davranışsal Model

Sağlık hizmetleri kullanımını genel olarak çevre ve nüfus özellikleri etkilemektedir (bkz. Şekil 2). Çevre faktörleri olarak sağlık sistemi ve çevre ön plana çıkmaktadır. Nüfusun özellikleri hazırlayıcı, kolaylaştırıcı faktörler ve ihtiyaçtır. Hazırlayıcı faktörler, bir kişinin bakım aramak için temel eğilimini etkilemektedir. Bu faktörler, cinsiyet, yaş ve ırk gibi sosyo-demografik özellikleri ve sosyal yapıyı (eğitim, etnik köken, aile büyüklüğü) içermektedir (Portes vd., 1992: 284; Andersen ve Newman, 2005: 14). Bireyleri tıbbi bakım aramaya yönelten tıbbi ihtiyaç ya da algılanan ihtiyaç da hazırlayıcı faktörler arasında sınıflandırılabilir. İkinci olarak kolaylaştırıcı faktörler, hizmete erişimi belirlemektedir. Bu faktörler, aileye ilişkin özellikler (gelir, sağlık sigortası) ve topluma ilişkin özelliklerden (sağlık hizmetlerinin fiyatı, bölgesel ve kırsal/kent özellikleri) oluşmaktadır (Leclerc vd., 1994: 371-372). İhtiyaç (hastalık seviyesi), sağlık hizmetleri kullanımına yönelten üçüncü bir faktör olarak ele alınmaktadır. Hazırlayıcı ve kolaylaştırıcı koşulların varlığı düşünüldüğünde, birey veya ailesinin sağlık hizmetlerinin kullanımını için hastalık veya oluşma olasılığını algılaması gerekmektedir. Hastalık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımının en acil nedeni olarak belirtilmektedir (Andersen ve Newman, 1973: 109). Alanyazın incelendiğinde, hazırlayıcı ve kolaylaştırıcı faktörlere ek olarak, hastalık düzeyinin yerini sağlık hizmetleri kullanımını motive eden ihtiyaç faktörünün aldığı görülmektedir. Modelde ayrıca tüm değişkenlerin birbirlerini etkilediğine vurgu yapılmaktadır (Solorio vd., 2006: 382; Gelberg vd., 2000: 1275).



**Şekil 2. Sağlık Hizmeti Kullanımında Andersen Modeli**

**Kaynak:** Andersen, 1995: 1-10.

Tablo 6’da tür, amaç ve analiz birimine göre sağlık hizmetleri kullanımının özellikleri ele alınmaktadır. Sosyal belirleyiciler, hekim, hastane ve dış hekimliğine göre farklılaşabilmektedir. Hastanenin, hekimin ve dış hekimliğinin mevcut bireysel belirleyicileri önemli ölçüde değişmekte ve bu sebeple tür, önemli bir değişken olarak incelenmektedir. Diğer bir değişken, sağlık hizmetleri kullanımının amaçlarıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruma önemli olurken, ikinci basamak sağlık hizmetleri bireyi önceki işlev durumuna geri getiren tedavi sürecini kapsamaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, kalp rahatsızlığı veya diyabet gibi uzun süren geri döndürülemez hastalıkların ilerlemesini engelleyerek dengede tutmayı sağlamaktadır. Analiz birimi ise belli bir süre boyunca bir doktorla iletişim kurarak çalışma ya da belirli bir süre içinde alınan hizmet sayısına göre önemli farklılıklar göstermektedir. Örneğin,

bireyin özellikleri sağlık hizmetlerinin alınıp alınmadığının açıklanmasında birincil önemdedir. Bununla birlikte doktorun özellikleri ve sağlık sisteminin özellikleri genel hizmet hacmini belirlemede belirleyici olabilmektedir (Andersen ve Newman, 1973: 98-99).

**Tablo 6. Sağlık Hizmeti Kullanımı Özellikleri**

TÜR	AMAÇ	ANALİZ BİRİMİ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastane</li> <li>• Hekim</li> <li>• İlaçlar</li> <li>• Diş Hekimi</li> <li>• Bakım Evi</li> <li>• Diğer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Birinci/İkinci/Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İletişim</li> <li>• Hacim</li> <li>• Aralıklı Bakım</li> </ul>

**Kaynak:** Andersen, R., & Newman, J. F., 1973.

### 2.3. SAĞLIK STATÜSÜ

Sağlığın bir kişinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme kabiliyeti üzerindeki etkisi sağlık statüsü olarak tanımlanmaktadır (Curtis ve Patrick, 2003: 36). Sağlık statüsü, belirli bir zaman içinde bir bireyin işlev seviyesinin bir bileşimi ve gelecekteki zamanlarda diğer seviyelere beklenen geçişi olarak ifade edilmektedir. Bir başka tanımda ise sağlık statüsü, bireyin ya da hastanın sağlık durumunu ya da düzeyini tanımlamada ve göstermede kullanılmaktadır (Çelik, 2011: 26; Keith, 1994: 482). Sağlık statüsü, bireylerin veya grupların çevreleriyle olan dinamik dengesi ve fiziksel, zihinsel ve sosyal yaşama kapasiteleri şeklinde ifade edilmektedir. Bergner (1985: 698), sağlık statüsünü beş boyut ile kavramsallaştırmaktadır:

- Genetik yapı veya kalıtsal özellikler
- Hastalık ve engelliliği içeren biyokimyasal, fizyolojik ya da anatomik durum
- Çalışma, yürüme ve düşünme gibi her zamanki yaşam aktivitelerinin performansını içeren işlevsel durum
- Ruh hali ve duyguyu içeren zihinsel durum

- Bireyin uzun ömürlülük, fonksiyonel potansiyel ve hastalığın ve engelliliğin prognozunu içeren sağlık potansiyeli

Sağlık statüsü geleneksel olarak biyoloji ve hastalık ile ilişkilendirilmekte ve biyomedikal model ile incelemektedir. Ancak yakın tarihli araştırmalar, sağlık statüsünün inançlar ve düşüncelerle daha geniş bir sosyo-kültürel bağlamda kök salmış toplumsal bir yapı olduğunu ortaya koymaktadır. Genellikle ortalama ömür, önlenbilir hastalık ve ölümlerin önüne geçilmesi ve makro düzeyde sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık statüsünün göstergeleri olarak kabul edilmektedir (Sengupta, 2016: 20).

Sağlık statüsünün tanımlanması kadar ölçümünde de birçok zorluk bulunmaktadır (Ocak ve Gider, 2017: 52) ve genel olarak sağlık statüsü biyolojik rezervler, fonksiyonel değerlendirme ve kişinin sağlık algısı olmak üzere üç farklı şekilde ölçülmektedir (Breslow, 1989: 207). Sağlık statüsünün ölçümünde, bireyin sağlığının hem biyolojik yönleriyle hem de ruhsal, fiziksel ve sosyal işlevselliği ile değerlendirilmesi amaçlanmaktadır (Greenfield ve Nelson, 1992: 25). Ancak sağlık statüsünün ölçümünde ve bu konuda endeks geliştirmede sorunlar bulunmaktadır. Sağlık statüsü endekslerinin geliştirilmesindeki en büyük sorun, sağlığın işlevsel hale getirilebileceği bir kavramsallaştırmadır (Bergner, 1985: 698). Ware vd. (1981: 620-621) neden sağlık statüsünün ölçülmesi gerektiğini beş temel neden ile açıklamaktadır:

- *Tıbbi müdahalelerin verimliliğini veya etkililiğini ölçmek*: Sağlık ve tıbbi müdahaleler ya sağlık bütçelerine yük olmadan sağlık statüsünü iyileştirmeli ya da sağlığı bozmadan maliyetleri düşürmeli ya da azaltmalıdır.
- *Sağlık bakım kalitesinin değerlendirilmesi*: Sağlık statüsü ölçümü, hasta sonuçlarına göre (sunucuların veya bakım süreçlerinin ölçümünün aksine) tıbbi bakımın değerlendirilmesi için önemlidir.
- *Nüfusun ihtiyaçlarını tahmin etmek*: Sağlık statüsü ölçümü, nüfusun sağlık düzeylerini tanımlamak için yararlı araçlardır. Bu tür bilgiler, belirli hizmetlere veya tesislere olan ihtiyacı öngören sağlık planlaması faaliyetleri için kullanılabilir. Ayrıca sağlık planlaması çalışmalarının sonuçlarını değerlendirmek için bir kıyaslama görevi görebilir. Sağlık kaynaklarının

programlar veya bölgeler arasında nasıl dağıtıldığına karar vermek için nüfusun sağlığı hakkında bilgi kullanılabilir.

- *Klinik kararların iyileştirilmesi*: Standardize edilmiş sağlık statüsü ölçümü, sağlık hizmetleri sunucuları tarafından toplanan hastaya özgü bilgilere ek olabilmektedir. Örneğin, yeni bir hastanın olağan geçmişine kapsamlı bir sağlık statüsü özeti eklenebilir.
- *Sağlıktaki farklılıkların nedenlerini ve sonuçlarını anlama*: Sağlık statüsü ölçümü, zaman içindeki sağlıktaki değişiklikleri ve sağlık ile diğer değişkenler arasındaki ilişkileri görmek için kullanılabilir.

### 2.3.1. Sağlık Statüsünün Belirleyicileri

Bir ülkede iyi işleyen bir sağlık sistemi, o ülkenin sağlık statüsünün de iyi durumda olduğu gibi bir yanılsamaya neden olmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 29). Ancak Blum (1974), bütüncül sağlık modelinde sağlık statüsünün sadece sağlık hizmetleri ve sistemi ile açıklanmasının yetersizliğini ortaya koymaktadır. Bu modelde, sağlık statüsünü en fazla etkileyen faktörün çevre olduğu belirtilmektedir. Çevre faktörünü sırasıyla yaşam tarzı, kalıtım ve sağlık hizmetleri etkilemektedir. Bireylerin ve toplumların sağlığını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. İnsanlar sağlıklı olsun veya olmasın, çevre ve koşullardan etkilenmektedir. Yaşanılan yer, çevrenin durumu, genetik, gelir ve eğitim seviyesi, arkadaşlar ve aileyle olan ilişkiler büyük oranda sağlığı belirlemektedir. Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım gibi faktörler, sağlık üzerinde genellikle daha az etkiye sahiptir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012; Blum, 1974).

DSÖ (2017), sağlığın belirleyicilerini çevre, bireysel özellikler ve davranış şeklinde ele almaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri yaklaşımı konut, istihdam, eğitim, eşitlik, yaşam kalitesi, beslenme, sosyal destek ve sağlık hizmetleri gibi alanlarda yaşam koşullarının iyileştirilmesini vurgulamaktadır (Vlahov vd., 2007: 19; Marmot ve Wilkinson, 2009: 14). Sağlığın sosyal belirleyicileri olarak şu unsurlar öne çıkmaktadır:

- *Sosyal gradyan*: Sağlık statüsü, toplumun üst kesiminden alt kesimine doğru gidildikçe ve sosyal hiyerarşide inilen her bir basamakta kötüleşen bir özellik göstermektedir.

- *Gelir ve sosyal statü:* Yüksek gelir ve sosyal statü daha iyi sağlıkla ilişkilendirilmektedir. En zengin ve fakir arasındaki uçurum ne kadar büyükse, bu bireylerin sağlıklarındaki farklılıklar da o kadar büyük olmaktadır.
- *Eğitim:* Düşük eğitim seviyesi daha kötü sağlık, daha fazla stres ve düşük özgüvenle ilişkilendirilmektedir.
- *Fiziksel çevre:* Güvenli su ve temiz hava, sağlıklı işyerleri ve güvenli evler, sağlığa katkıda bulunmaktadır
- *Sosyal destek ağı:* Aile, arkadaş ve toplumdan daha fazla destek almanın daha iyi sağlık ile ilişkisi bulunmaktadır. Kültür, gelenek ve görenekler, ailenin ve toplumun inançları sağlığı etkilemektedir.
- *Genetik:* Yaşam süresini, sağlığı ve belirli hastalıkların görülme olasılığını belirlemede rol oynamaktadır.
- *Sağlık hizmetleri:* Hastalığı önleyen ve tedavi eden sağlık hizmetlerine erişim ve bu sağlık hizmetlerini kullanma sağlığı etkilemektedir.
- *Cinsiyet:* Erkekler ve kadınlar farklı yaşlarda farklı hastalık türleriyle karşılaşmaktadır.

### 3. BÖLÜM

## İÇ GÖÇ, SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI VE SAĞLIK STATÜSÜ

Çağdaş göçün hızı, bu göçlere katılan insanların sayısı ve bu insanların genellikle çok farklı sağlık koşulları ve hastalık profili ile hareket ediyor olmaları, göç eden ve göç alan yerlerdeki bireylerin sağlığını ve bu yerlerdeki sağlık hizmetleri uygulamalarını önemli ölçüde etkilemektedir (Carballo ve Mboup, 2005: 2). İç göç ve sağlık ilişkisi, çalışmalarda genellikle eşitsizlik zemininde ele alınmaktadır ve sağlık eşitsizlikleri göçün bir ürünü olarak ifade edilmektedir (Green vd., 2015: 27; Brimblecombe vd., 2000: 861).

İç göç ve sağlık arasındaki ilişkinin incelendiği bu bölümde, dünyada ve Türkiye’de iç göçün göçmenlerin sağlık hizmetleri kullanım düzeyine ve sağlık statüsüne etkileri ele alınacaktır.

### 3.1. İÇ GÖÇ VE SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI

Göç, sağlığın önemli bir sosyal belirleyicisidir. DSÖ (2008: 24), göçmenlere duyarlı sağlık politikaları üretmek, sağlık teşvikinde adil erişim sağlamak, hastalıkları önlemek ve göçmenler için sağlık programları geliştirmek konusunda üye ülkeleri sürekli uyarmaktadır. Dünyada dış ve iç göç hareketliliğinin giderek artması nedeniyle göçmenlerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları dikkat çekici bir konu haline gelmiştir.

İç göç hareketliliği ülkelerde giderek artmakla birlikte göç sonucu ortaya çıkan sorunlara yeterince çözüm önerisi getirilmesinde zorlanılmaktadır. Göçmenlerin en çok sorun yaşadığı alanların başında sağlık hizmetleri gelmektedir. Göçmenler, sağlık hizmetlerine erişimde engeller ile karşı karşıya kalmaktadır. Göçmenler, yerleşiklere kıyasla kamu sağlık hizmetlerine erişimde daha yüksek düzeyde sorun yaşamaktadır. İç göç sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler yaratmakta ve göçmenler dezavantajlı duruma gelmektedir (Zhou vd. 2009: 170). Babu vd. (2010: 54), göçmen toplulukların sağlık hizmetlerinin yetersiz kullanımını konusunda daha savunmasız olduklarını ve kentteki

işleyişe yabancı olmaları sebebiyle kamu sağlık sistemlerinden yararlanamadıklarını vurgulamaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde göçmenlerin ana-çocuk sağlığı hizmetlerine erişimi uzun yıllardır tartışılmaktadır. Ana-çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ve meslek hastalıkları ile birlikte göçmenlerin üç büyük sağlık sorunundan birini oluşturmaktadır (Cheung ve Pan, 2012: 363; Hu vd., 2008: 1717). Ana çocuk sağlığı hizmeti kullanımının belirleyicileri kültürlere göre farklılık göstermekte (Bashour vd., 2008: 596; Navaneetham ve Dharmalingam, 2002: 1866) ve hizmetlerin kullanımı, annenin ve yenidoğanın sağlığı ile yakından bağlantılı olarak sağlık sonuçlarını doğrudan etkilemektedir (Babalola ve Fatusi, 2009: 2).

İç göç sonucunda göçmenlerin sağlık hizmetleri kullanım düzeyi, çeşitli çalışmalarda araştırılmaktadır. Ancak, iç göç sonucunda göç eden bireylerin sağlık hizmetleri kullanımına yönelik araştırma sayısının uluslararası göçü inceleyen çalışmalar kadar sayıca çok ve kapsamlı olmadığı belirtilebilir (Liu vd., 2013: 618).

### **3.1.1. Dünyada İç Göç ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı**

Alanyazın incelemesi sonucunda dünyada iç göç ve sağlık hizmetleri kullanımı ilişkisini inceleyen çeşitli çalışmalar olduğu belirlenmiştir. Yapılan incelemede erişimi sağlanan çalışmalara Tablo 7’de yer verilmektedir.

Wang vd. (2018: 7) tarafından yapılan çalışmada, kente göç edenlerde üçüncü basamak sağlık hizmetleri kullanımının anlamlı şekilde arttığı tespit edilmiştir.

Sengupta vd. (2017: 1188), göçün sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışma sonucunda, yeni bir yerde sağlık sistemine henüz yabancı olan göçmen kadınların gebelik süresince göç ettikleri kentte kalmaları durumunda, ana çocuk sağlığı hizmetlerinden en az yararlanan ve en dezavantajlı grubu oluşturdukları bulgusu elde edilmiştir.



**Tablo 7. Dünyada İç Göç ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı İlişisini İnceleyen Alanyazın**

Yazarlar	Yıl	Ülke	Çalışma Başlığı
Wang vd.	2018	Çin	“Association between social health insurance and choice of hospitals among internal migrants in China: A national cross-sectional study”
Sengupta vd.	2017	Hindistan	“Status of maternal and child health services amongst migrants in Ludhiana slums–how far from the MDG targets?”
Zhang vd.	2017	Çin	“Public health services utilization and its determinants among internal migrants in China: Evidence from a nationally representative survey”
Gu vd.	2017	Çin	“Internal migration and maternal health service utilisation in Jiangsu, China”
Liang ve Guo	2015	Çin	“Utilization of health services and health-related quality of life research of rural-to-urban migrants in China: A cross-sectional analysis”
Le vd.	2015	Vietnam	“Utilization of Health Care Services Among Internal Migrants In Hanoi and Its Correlation With Health Insurance: A Cross-Sectional Study”
Kusuma vd.	2013	Hindistan	“Migration and access to maternal healthcare: Determinants of adequate antenatal care and institutional delivery among socio-economically disadvantaged migrants in Delhi, India”
Mou vd.	2013	Çin	“Health of China's rural–urban migrants and their families: a review of literature from 2000 to 2012”
Hu vd.	2008	Çin	“Internal migration and health in China”
Lu	2008	Endonezya	“Test of the ‘healthy migrant hypothesis’: A longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia”
Hesketh vd.	2008	Çin	Health status and access to health care of migrant workers in China”
Subaiya	2007	Peru	“Internal migration and the use of reproductive and child health services in Peru”
Stephenson ve Matthews	2004	Hindistan	“Maternal health-care service use among rural-urban migrants in Mumbai, India”
Shaokang vd.	2002	Çin	“Economic transition and maternal health care for internal migrants in Shanghai, China”

Zhang vd. (2017: 7), Çin'de yaptıkları çalışmada göçmenlerin daha az halk sağlığı hizmeti kullandığı bulgusunu elde etmiştir. Bu çalışmaya göre daha yüksek sosyo-ekonomik statüye sahip olan göçmenlerin halk sağlığı hizmetlerini kullanma olasılıkları daha yüksektir. Kent içinde göçe kıyasla iller arasında göç, sağlık kayıtlarının kullanılma

olasılığını önemli ölçüde azaltmaktadır. Sosyo-ekonomik durum açısından, daha yüksek gelir ve eğitim seviyesine sahip göçmenlerin sağlık kayıtları oluşturması ve sağlık eğitimine erişimi daha yüksek olasılıklıdır. Ülkede kamu sağlık hizmetlerinin göçmenlere yönelik hükümetin sübvansiyonları nedeniyle büyük bir gelişme kaydettiği belirlenmiştir.

Gu vd. (2017: 124-126) tarafından yapılan çalışmada da ana ve çocuk sağlığı göstergelerinin göçmenlerde daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Hastaneye uzaklığın ve sağlık sigortası kapsamında olmamanın yetersiz ana-çocuk sağlığı hizmetleri kullanımıyla yüksek düzeyde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu durum, Çin’de göçmenlerin genellikle konut maliyetleri nispeten düşük olan banliyö bölgelerinde yaşamasıyla ilişkilendirilmiştir. İkametgâhları bulunmayan ve çoğunlukla kırsal alanlarda çoğu düşük gelirlili işlere sahip olan göçmenler, kirası düşük ve yaşam masrafları görece az olan banliyö sanayi bölgelerinde, kasaba fabrikalarını çevreleyen kiralık evlerde ya da diğer kentsel gecekondu bölgelerinde kümelenme eğilimindedirler. Çin’de sağlık kurumları genellikle kalabalık kent merkezlerinde toplandığı için ve göçmenlerin daha uzak bölgelerde yaşaması sebebiyle, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları vurgulanmaktadır.

Liang ve Guo (2015: 277), Çin’de kırdan kente göçü inceledikleri çalışmasında, kırdan kente göç edenlerde ihtiyaç olduğunda doktora gidenlerin yaşam kalitesinin gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kent hastanelerine gidenlerin yaşam kalitesi birinci basamak sağlık kuruluşlarını seçenlerden daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda, tıbbi tedavinin maliyetleri ve zaman sağlık hizmetleri kullanım tercihlerini etkilemektedir.

Le vd. (2015: 44) tarafından yapılan çalışmada, göç etmeyenlere göre göç edenlerde (mevsimlik göçmenler) sağlık hizmeti kullanım oranı daha düşük bulunmuştur. Sağlık sigortasına sahip olmama, sağlık hizmeti kullanımında bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyo-ekonomik durum ve aylık gelir gibi diğer faktörlerin sağlık hizmetlerinin kullanımı ile ilişkisi olmadığı tespit edilmiştir.

Kusuma vd. (2013: 1202), Hindistan’daki sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı göçmenler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, sağlık hizmetlerinin kentsel alanlarda yoğunlaştığını, kentlerde sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler olduğunu ve yoksul

göçmenlerin bu eşitsizlikten etkilendiklerini belirtmektedir. Kentte yaşayanlar, daha iyi sağlık imkânlarına sahip olmaları sebebiyle ana çocuk sağlığı göstergeleri açısından daha iyi durumdadır. Bu çalışmada, göç ettikleri bölgede yeni olan göçmenlerin ana çocuk sağlığı hizmetleri ve hizmetin alındığı yer konusunda bilinçsiz olduklarını ve hizmeti almaya ihtiyaç duymadıkları ve gereksiz olduğunu düşündükleri bulgusu elde edilmiştir. Bu göçmenlerin ana çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanamamasının diğer sebepleri olarak zaman eksikliği, utangaçlık, sağlık çalışanlarının davranışları, finansal problemler, hamilelik boyunca görülen hastalıklar ve sağlık kuruluşuna uzaklık gösterilmiştir.

Mou vd. (2013: 27), Çin'de göçmen kadınlar arasındaki sağlık eşitsizliklerinin yoğun olduğunu belirtmektedir. Özellikle doğurganlık çağındaki kadınların ana çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanma potansiyeli düşünüldüğünde, göçmen kadınların ana sağlığı sonuçlarının ve sağlık hizmetleri kullanımının yetersiz olduğu ifade edilmektedir.

Hu vd. (2008: 1717), Çin'de göç eden nüfusta ana ve çocuk sağlığı göstergelerinin kentte yerleşik olarak yaşayan nüfusa göre daha kötü olduğunu saptanmıştır. Göç eden annelerin sağlığı, kent sağlık sistemi için zorlayıcı bir konudur ve birçok şehirde bu konudaki ihtiyaçları belirlemek için pilot programlar başlatılmıştır.

Çin'de göçmenler ve sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada, sağlık hizmetlerine erişimde önemli engellerden birinin sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti olduğunu belirtmektedir. Çalışma bulgularına göre göçmenlerin %47'si yüksek bedelleri nedeniyle sağlık sigortasına katkıda bulunmak istememektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri hastanelerde ücretli olarak verilmektedir. Ancak, eşdeğer tedaviler için kırdaki ve kentte hizmetin maliyetleri arasında büyük bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu durum da, göçmenleri tedavi için memleketlerine geri dönmeye zorlamaktadır (Hesketh vd., 2008: 196).

Lu (2008: 1333), Endonezya'da gerçekleştirdiği çalışmasında, sağlık ve iç göç arasındaki ilişkinin karmaşıklığına değinmektedir. Çalışmada, iç göç ve yaşın yanı sıra sağlığın farklı sebeplerle değiştiği belirtilmektedir. Kronik hastalığı olan genç bireylerin hareket etme olasılıklarının daha düşük olduğu gözlenmiştir, ancak kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin hareket etme eğilimi daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, gençlerin çoğu kez işle ilgili nedenlerden ötürü göç etmesiyle ilişkilendirilmektedir. Yaşlı insanlar için göç,

sağlıkta bozulmayla birlikte daha iyi sağlık hizmeti almak için bir araç olarak düşünülmüştür.

Subaiya (2007: 8), Peru'da kırdan kente göç ile üreme ve çocuk sağlığı arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, göçmenlerin kentte yerleşik olanlara göre sağlık hizmeti kullanımı oranının daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Çalışma bulgularına göre kırsal kesimden kente göç eden az sayıda göçmen, özel ya da kamu kaynaklarından üreme ve çocuk sağlığı ihtiyacıyla ilgili sağlık hizmeti arayışındadır.

Stephenson ve Matthews (2004: 3), Hindistan'da yaptıkları bir çalışmada, kırdan kente göç eden kadınlar ve kentte yaşayan kadınlar arasındaki ana çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımını incelemişlerdir. Kırdan kente göç eden kadınlar, doğum öncesi bakım almada kentte yaşayan göç etmemiş kadınlarla benzer özellikleri gösterirken; bu kadınlar doğum yeri tercihinde kırdan yaşayan göç etmemiş kadınlarla benzer özellikleri göstermektedir. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kırdan kente göç edenler ile kentte yaşayan kadınlar arasında yüksek oranda kullanılması, kentte ana çocuk sağlığı hizmetlerinin daha fazla bulunabilirliğine bağlanmaktadır. Kırdan kente göç eden kadınlar ile kırdan yaşayan kadınlar arasındaki doğum yerinin seçiminde benzerlik görülmektedir. Kırdan yaşayan kadınlar, kırdan kente göç etmiş kadınlar gibi evde doğum yapmaktadır. Ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanımındaki başlıca engeller, kırsal alanlarda hizmetlerin olmaması, hizmetlere mesafeler, ana çocuk sağlığı hizmetlerinin tedavi amacıyla alınması gereken bir hizmet olduğu algısı ve maliyet ve doğumla ilgili tutumlardır. Kırdan kente göç eden kadınlar, kentte yaşamının yüküyle karşılaştıklarında ve yeterli sosyal ağları yoksa sağlık hizmetlerini kullanmamaktadır.

Shaokang vd. (2002: 53), Çin'de yaptıkları çalışmada, göçmen kadınların kentte yaşayan kadınlarla karşılaştırıldığında gebeliğe ilişkin sonuçlarının daha olumsuz olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmada, kadının doğum öncesi bakım alma durumuna bakılmaksızın, neredeyse tüm sonuç göstergelerine ilişkin göreceli risk göçmenler için önemli derecede yüksek bulunmuştur. Göçmen kadınlarda doğum öncesi bakıma düşük katılım yapısal, bireysel ve sosyal faktörlere bağlanmıştır.

### 3.1.2. Türkiye’de İç Göç ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı

Türkiye’de sağlık hizmeti kullanımına ilişkin ulusal çalışmaların kısıtlı olduğu ve yapılan çalışmaların genellikle mikro ölçekte yapıldığı görülmektedir. Türkiye’de iç göç ve sağlık hizmetleri kullanımı ilişkisini inceleyen çeşitli çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Yapılan araştırma sonucunda erişilebilen çalışmalara Tablo 8’de yer verilmektedir.

**Tablo 8. Türkiye’de İç Göç ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı İlişkisini İnceleyen Alanyazın**

Yazarlar	Yıl	Çalışma Türü	Çalışma Başlığı
Taşçı Duran	2016	Araştırma	“Göç eden gebe kadınların planlı davranış kuramına göre doğum öncesi bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını etkileyen etmenler”
Aksu ve Sevil	2010	Derleme	“Göç ve kadın sağlığı”
Deniz ve Etlan	2009	Araştırma	“Kırdan kente göç ve göçmenlerin uyum süreci üzerine bir çalışma: Van örneği”
HÜNEE	2006	Araştırma	“Türkiye Göç ve Yerinden Olmuş Nüfus Araştırması”
Topçu ve Beşer	2006	Derleme	“Göç ve sağlık”
Topçu	2006	Yüksek Lisans Tez Çalışması	“Göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi”
Tezcan ve Eryurt	2006	Araştırma	“Türkiye’de iç göç ve çocuk sağlığı”

Taşçı Duran (2016: 9), göç eden gebe kadınların doğum öncesi bakım almaya yönelik niyet ve tutumlarını etkileyen etmenleri planlı davranış kuramına göre incelemiştir. Bu çalışmada, göçmen gebelerin etnik kökeni, eşlerinin eğitimi ve sağlık çalışanları ile iletişimde zorluk yaşama deneyiminin doğum öncesi bakım almaya yönelik niyeti etkilediği bulgusu elde edilmiştir. Göçmen gebelerde eğitim durumu, karar alma durumu, gebelik sayısı, gelir durumu, kültürel etmenler ve din doğum öncesi bakım alma hizmetine yönelten nedenler arasında bulunmuştur.

Aksu ve Sevil (2010: 133-138), göç sonucunda düşük gebelikler, doğum öncesi bakım yetersizliği, aile planlaması eksikliği gibi sorunların görüldüğünü belirtmektedir.

Deniz ve Etlan (2009: 496), Van ilinde kente göç eden göçmenlerin sağlık hizmetleri kullanım durumunu inceledikleri çalışmasında göçmenlerin % 40’ının yeşil kart ve % 30’unun sağlık sigortası aracılığıyla sağlık hizmetlerinden yararlandığını ve %30’unun ise sağlık sigortası olmadığını belirlemiştir. Sağlık sigortası olmayan göçmenler, kendi

olanaklarıyla hizmet almakta veya hizmete erişimde sorunlar yaşamaktadır. Göçmenlerin doktorla iletişimde sağlık sorunlarını iletmede güçlük çekmeleri de çalışmanın bir başka bulgusudur.

HÜNEE tarafından yapılan araştırmaya göre sağlık hizmetlerine erişim önemli sorun alanlarından biri olarak belirlenmiştir. Rapora göre yerlerinden olmuş kişilerin %58'i göç nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşadıklarını beyan etmişlerdir. Ekonomik sebepler, sağlık sigortasının olmaması, dil engeli ve sağlık kurumlarının yetersizliği gibi sebeplerin sağlık hizmetleri kullanımını zorlaştırdığı belirtilmiştir (HÜNEE, 2006: 85).

Topçu ve Beşer (2006: 38), göçmenlerin göç edilen yerleşim yerinde yeterli sağlık kuruluşunun bulunmaması, sağlık personeli yetersizliği, sağlık sigortasının eksikliği gibi sebeplerle sağlıklarının olumsuz etkilendiğini belirtmektedir. Topçu (2006: 14), göçmenlerin göç ettikleri bölgelerde sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu ve bu durumun hizmet kullanımını etkileyen bir faktör olduğu vurgulanmaktadır. Bu durumun sonucunda, sağlık hizmetleri kullanımı düşük düzeyde olan göçmenler, önlenebilir sağlık sorunlarıyla daha fazla karşılaşabilmektedir.

Tezcan ve Eryurt (2006: 21), Türkiye'de iç göç ve çocuk sağlığı ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, kırsal ve kentsel yerleşim yerleri arasında doğum öncesi bakım almanın farklılaştığını; kentte yaşayan kadınların %60'ı yeterli doğum öncesi bakım hizmeti alırken, kırdan bu hizmetin alınma oranının %20 olduğunu tespit etmişlerdir. Doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilme oranı %78 ve kamu sektöründe doğum gerçekleştirme oranı %66'dır.

### **3.2. İÇ GÖÇ VE SAĞLIK STATÜSÜ**

Sağlık statüsü ile iç göç arasındaki ilişki karmaşıktır. Sağlık statüsü iç göçü hem engelleyebilmekte hem de teşvik edebilmektedir (Ginsburg vd., 2016: 60). Göç etmeden önce göçmenler ile göç etmeyen yerleşikler arasındaki mevcut sistematik farklılıklar, göç ve sağlık arasındaki ilişkiyi tersine çevirebilmektedir (Nauman vd., 2015: 3). Kuramsal olarak kırsaldan kente göçün sağlık üzerindeki etkisi, göç sırasında yaşam koşulları ve davranışlarındaki değişikliklerden kaynaklandığı için belirsizlik eğilimindedir. İnsanlar daha yüksek gelir elde etmek, yaşam standartlarını yükseltmek ve istihdam olanaklarını

artırmak için göç ettiğinde, iç göç sağlık üzerinde olumlu bir etki yapabilmektedir. Ancak, iç göçün sağlığı olumsuz etkilediği durumlar da yaşanabilmektedir (Song ve Sun, 2016: 1252). Çoğunlukla ekonomik amaçlı yapılan iç göç, olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir (Gerritsen vd., 2013: 4). Bulaşıcı ve kronik bulaşıcı olmayan hastalıklar, zihinsel hastalıklar, cinsel hastalıklar ve ana ve çocuk sağlığı ile ilgili problemlere yol açarak sağlık statüsünü etkileyebilmektedir (Hu vd., 2008: 1717).

Artan kentleşmeyle birlikte beslenen ve gelişen iç göç, özellikle kırdan kente yapılanlar, uluslararası göçle karşılaştırıldığında daha büyük bir ölçekte görülmektedir (Uluslararası Göç Örgütü, 2005: 10). Bununla birlikte, iç göç ve sağlık üzerine yapılmış bilimsel çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır (Lu, 2010: 412).

### 3.2.1. Dünyada İç Göç ve Sağlık Statüsü

Yapılan araştırma sonucunda erişimi sağlanabilen Dünyada iç göç ve sağlık statüsü arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, Tablo 9’da yer almaktadır.

**Tablo 9. Dünyada İç Göç ve Sağlık Statüsü İlişisini İnceleyen Alanyazın**

Yazarlar	Yıl	Ülke	Makale Başlığı
Gu vd.	2017	Çin	“Internal migration and maternal health service utilisation in Jiangsu, China”
Dodd	2017	Hindistan	“Determinants of internal migrant health and the healthy migrant effect in South India: A mixed methods study”
Anil Kumar vd.	2016	Hindistan	“Effect of women’s migration on urban children’s health in India”
Nauman vd.	2015	Tayland	“Rural-to-urban migration and changes in health among young adults in Thailand”
Faetanini ve Subrahmanian	2012	Hindistan	“For a better inclusion of internal migrants in India”
Chen	2011	Çin	“Internal migration and health: Re-examining the healthy migrant phenomenon in China”
Hu vd.	2008	Çin	“Internal migration and health in China”
Hesketh vd.	2008	Çin	“Health status and access to health care of migrant workers in China”

Gu vd. (2017: 124) tarafından yapılan çalışmada, Çin’de göç eden nüfusta ana ve çocuk sağlığı göstergelerinin kentte yaşayanlara göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir.

Dodd vd. (2017: 6), Hindistan'da işçilerin iç göçü ile sağlık ilişkisini inceledikleri çalışmada, bu göçlerin tek başına sağlığın bir belirleyicisi olmadığı ancak bu hareketliliğin sağlıkta gelişmelere katkı sağlayabileceğini belirtmektedir.

Anil Kumar vd. (2016: 140-142) tarafından yapılan çalışmada, Hindistan'da göçmen kadınların kentte doğan çocuklarının sosyal ve demografik özelliklere göre daha dezavantajlı olduğu saptanmıştır. Çalışmaya göre göçmen annelerin çocuklarının sağlık statüsü, kentte yaşayan ailelerin çocuklarıyla karşılaştırıldığında daha düşüktür.

Nauman vd. (2015: 7), Tayland'da genç yetişkinlerin sağlığının kırdan kente göçle birlikte izlediği seyrin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, kırdan kente göç eden göçmenlerin ruh sağlığının düşük puanlar aldığı ortaya konmuştur. Bununla birlikte, kırdan kente göç edenlerde fiziksel sağlık statüsü, kıra geri dönen göçmenler ve kırdan yaşayanlara göre daha iyi yönde gelişme gösterdiği bulgusu elde edilmiştir.

Faetanini ve Subrahmanian (2012: 15), Hindistan'da iç göçü inceledikleri çalışmada, çocukların en fark edilmeyen savunmasız göçmenler olduğunu belirtmektedir. Göçmen çocuklar genellikle temel haklara erişimde, eğitim, sağlık ve güvenlik gibi konularda sorunlar ve risklerle karşılaşmaktadır. Göçmenlerin kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunlar, çocuklar üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır. Erken çocukluk çağındaki yetersiz beslenme sıklıkla hastalık ve fiziksel eksikliklere neden olurken; güvenli içme suyuna ve sanitasyon imkanlarına erişim sızma, su kaynaklı hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve ishale sebep olmaktadır.

Çin'de iç göç ve sağlık statüsü arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada (Chen, 2011: 1295), kırdan kente göç edenlerin başlangıçtaki sağlıklarının daha iyi olduğu belirtilmektedir. Bu durumu genç ve sağlıklı insanların istihdam için kente göç etmesiyle ilişkilendirmektedir. Dikkat çeken bir başka bulgu ise kırdan kente göç edenlerin ciddi bir sağlık sorunuyla karşılaştığında genellikle kırsal kesime geri dönmesidir.

Çin'de yapılan bir çalışmada (Hu vd., 2008: 1717), göçmenlerin sağlığını tehdit eden üç temel endişeden bahsedilmektedir. Bu endişelerden birincisi bulaşıcı hastalıklardır. Göçmen grubu, bu tür hastalıkların hem mağduru hem de vektörü olabilmektedir. Göç bölgesindeki hastalıkların çeşitliliği, göç etmeyen kent nüfusundaki hastalıklardan daha



farklı olma eğilimindedir. İkinci olarak, göç eden nüfusta ana ve çocuk sağlığı göstergelerinin kentte yaşayanlara göre daha kötü olduğu endişesidir. Üçüncü endişe ise göçmen işçilerde silikoz, kimyasal zehirlenme ve makine kaynaklı kazalar da dâhil olmak üzere meslek hastalığı ve yaralanmaların daha fazla görülmesidir. Bu çalışmada, genç ve sağlıklı insanların yaşlı insanlardan daha fazla göç ettiği ve zayıf ve hastaların yaşadıkları yerlerde kalma eğilimi gösterdikleri bulunmuştur.

Hesketh vd. (2008: 193), Çin’de yürüttükleri bir çalışmada, göçmenlerin sağlık statüsünün iyi durumda olduğunu, kronik hastalık ve engellilik durumunun en az olduğunu, düzenli ilaç almaya en az ihtimalle maruz kaldıklarını ve göçmenlerin en az akut hastalık bildirimini yapıldığı grup olduğunu belirtmiştir. Çalışmada, göçmenlere ilişkin en çok işyeri yaralanmaları bildiriminde bulunulduğu belirlenmiştir.

### 3.2.2. Türkiye’de İç Göç ve Sağlık Statüsü

Yapılan araştırma sonucunda erişimi sağlanabilen Türkiye’de iç göç ve sağlık hizmetleri kullanımı ilişkisini inceleyen çalışmalara Tablo 10’da verilmektedir.

**Tablo 10. Türkiye’de İç Göç ve Sağlık Statüsü İlişkisini İnceleyen Alanyazın**

Yazarlar	Yıl	Çalışma Türü	Makale Başlığı
Arabacı vd.	2016	Derleme	“Türkiye’de kadın göçmenlik ve göçün kadın sağlığı üzerine etkisi”
Tuzcu ve Bademli	2014	Derleme	“Göçün psikososyal boyutu”
Demir ve Arıöz	2014	Araştırma	“Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler”
Eryurt ve Koç	2012	Araştırma	“Internal migration and fertility in Turkey: Kaplan-Meier Survival Analysis”
Şirin vd.	2011	Derleme	“The effects of internal migration on women’s health in Turkey”
Aksu ve Sevil	2010	Derleme	“Göç ve kadın sağlığı”
Polat	2007	Araştırma	“İç göçün çocuk ruh sağlığına etkisi ve sosyal hizmet müdahalesi”
Tezcan ve Eryurt	2006	Araştırma	“Türkiye’de iç göç ve çocuk sağlığı”
Aker vd.	2002	Araştırma	“Zorunlu iç göç: Ruhsal ve toplumsal sonuçları”
Ertem	1999	Derleme	“Göç ve bulaşıcı hastalıklar”
Sır vd.	1998	Araştırma	“Zoraki iç göçün ruh sağlığına etkileri üzerine bir ön çalışma”
İpekyüz	1996	Araştırma	“Güneydoğu’da iç göç tartışmaları ve sağlık boyutu”

Arabacı vd. (2016: 134), göçün kadın sağlığı üzerine etkisini incelediği çalışmasında, bulaşıcı hastalıklar, üreme sağlığı sorunları, yetersiz beslenme, travma, stres ve anksiyete gibi ruhsal sorunların göçmenlerde görülebildiğini belirtmektedir. Tuzcu ve Bademli (2014: 57), göçmenlerde ruhsal sağlık sorunlarının belirlenmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Göç ettikten sonra yeni kültüre uyum sağlamada stres yaşayan bireylerin anksiyete sorunları ve depresyon yaşadığını ifade etmektedir. Aksu ve Sevil (2010: 135), göçmenlerin sağlıksız koşullarda yaşıyor olmaları ve yetersiz beslenmelerinin önemli sağlık sorunlarına yol açtığını ortaya koymaktadır. Göç eden bireylerde karşılaşılan en temel sağlık sorunlarından biri de bulaşıcı hastalıklar olmaktadır. Bu bireylerin kızamık, akut solunum yolu enfeksiyonları, tüberküloz gibi hastalıklara yakalanmasında ekonomik koşulların yetersizliğinin, hijyen koşullarının yetersizliğinin, yetersiz alt yapı ve beslenmenin etkisi olduğu tespit edilmiştir (Ertem, 1999: 224).

Demir ve Arıöz (2014: 7) tarafından yapılan çalışmada, göçmen kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenmiştir. Göçmen kadınların %19,7'sinin bir sağlık sorunu olduğu tespit edilmiştir. Göçmen kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışının göç etmeyen kadınlara göre medeni durum, aile tipi, gelir, eğitim, sosyal sigorta ve sağlık sorununa sahip olma açısından farklılaştığı bulunmuştur.

Eryurt ve Koç (2012: 9-10), göçmenlerin doğurganlık düzeyini inceledikleri çalışmada, göçmenlerin doğurganlık seviyeleri, özellikleri ve eğilimleri göç etmeyenlerle karşılaştırılmıştır. Kentten kente göç edenlerin kentte yaşayanlara göre daha yüksek sayıda doğum yapmaya eğilimli olduğu bulgusunu elde etmişlerdir.

Şirin vd. (2011: 1019), göçmen kadınların sık gebelikler ve birden çok çocuk sahibi olma, yeterli doğum öncesi bakım almama, gebeliğin son dönemleri ve doğumun olduğu zamanı kapsayan dönemde yüksek mortalite oranı gibi sorunlarla karşılaştığını belirtmektedir. Türkiye'de göç sürecinde kadınların yaşadığı diğer sorunlar arasında cinsel yolla bulaşan hastalıklar, anne-çocuk sağlığı, aile planlaması hizmetlerinin eksikliği ve doğum öncesi sağlık hizmetlerine erişimin olmaması nedeniyle sağlık personelinin desteği olmaksızın evde doğum yapma yer almaktadır.

Polat (2007: 94) tarafından yapılan çalışmada, göç yaşayan ve göç etmemiş çocukların ruhsal durumları karşılaştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre göçmen çocuklardan ruhsal uyumsuzluğun göç etmemiş çocuklardan yaklaşık iki kat daha fazla olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Tezcan ve Eryurt (2006: 21), kırdan doğan çocukların yaşamlarının ilk yılında 2,23 kat daha fazla ölüm olasılığına sahip olduklarını belirtmektedir. Çalışmada kentten kıra göç eden ailelerin çocuklarında düşük kilolu çocukların oranının en fazla olduğu ve kentte yaşayan ailelerin çocuklarında en düşük olduğu ortaya konmuştur.

Aker (2002: 101), zorunlu olarak göç eden göçmenler ile gerçekleştirdiği psikiyatrik görüşmeler sonucunda bazı bulgular elde etmiştir. Dört gruptan oluşan görüşmelerde depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, ağrı bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, panik bozukluğu, özgül fobi gibi durumlara rastlanmıştır.

Sır vd. (1998: 83), zoraki iç göçün ruh sağlığına etkilerini ele aldıkları çalışmada, zoraki göçün olumsuz etkilerine değinmektedir. Bu çalışma bulgularına göre kadın göçmenler erkeklere göre göçten duygusal olarak daha fazla etkilenmekte ve duygusal zorlanma yaşamaktadır.

İpekyüz (1996: 59) tarafından Güneydoğu'da önemli bir göç merkezi olan Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada, sindirim sistemi hastalıklarının yoğun olduğu belirlenmiştir. Bu hastalıklar, bölgede temiz suyu yeterli olmamasıyla ilişkilendirilmektedir. Çalışmada, bu bölgeye iç göçle gelen bireylerin sağlık sigortasına ve yeterli maddi imkânlarla sahip olmadığı, hastalar şikâyetleri geçince ilacını kestiği için tedavilerin yeterli yapılamadığı ve göçle birlikte taşıyıcıların tüm ülkeye yayılabileceği üzerinde durulmaktadır.

## 4. BÖLÜM

### MATERYAL VE METOT

#### 4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Türkiye’de yıllar itibariyle sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü göstergelerinde yükselme ve iyileşmeler olduğu ifade edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016; HÜNEE, 2014). Ancak söz konusu iyileşmelerin her kesimden (eğitim düzeyi vb.) ve her yerde (kent-kır vb.) yaşayan bireyler için geçerli olup olmadığı incelenebilecek konular arasında yer almaktadır. Bu nedenle, sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı üzerinde göç durumunun etkisinin ortaya konulması, sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımındaki değişimin incelenmesi ile bu çalışmanın alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda bu çalışmanın amaçlarını aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür:

- Türkiye’de iç göçün sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü üzerine etkisinin belirlenmesi,
- Çeşitli demografik ve ekonomik faktörlerin sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsüne etkisinin incelenmesi,
- Türkiye’nin sağlık hizmetleri ve sağlık statüsü göstergelerindeki seyrinin ortaya konmasıdır.

#### 4.2. VERİ KAYNAĞI

Bu çalışmada, HÜNEE tarafından gerçekleştirilen “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1993-1998-2003-2008-2013” verileri kullanılmıştır. TNSA’larda “hanehalkı soru kâğıdı” ve 15-49 yaş aralığındaki kadınlar için “kadın soru kâğıdı” kullanılmaktadır. Hanehalkı soru kâğıdı ile örneklem kapsamındaki hanelerde yaşayan kişilere ve hanelere ilişkin bilgiler toplanmaktadır. Kadın soru kâğıdında hanehalkı listesinde yer alan, 15-49 yaş aralığındaki kadınların temel özellikleri, göç tarihçeleri, evliliklerine ilişkin bilgiler, çalışma tarihçeleri, beslenme durumları gibi konulara ilişkin sorular yer almaktadır.

### 4.3. EVREN VE ÖRNEKLEM

TNSA’larda araştırmanın evreni doğurgan yaşlardaki kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmalarda örneklem seçiminde ağırlıklı örnekleme yöntemi, çok aşamalı örnekleme yöntemi ve tabakalı küme örnekleme yöntemlerinden yararlanılmaktadır.

Tablo 11’de TNSA’larda görüşülen kadın sayıları görülmektedir. 1993 araştırmasında 6519 kadın ile görüşme yapılmışken bu sayı 2013 araştırmasında 9746’dır.

**Tablo 11. Araştırmalarda Görüşülen Kadın Sayıları**

Görüşme Yapılan Kadınlar	1993	1998	2003	2008	2013
	6519	8576	8075	7405	9746

### 4.4. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI

Araştırmanın temel amacı olan Türkiye’de iç göçün sağlık hizmetleri ve sağlık statüsü üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü göstergeleri belirlenmiştir. Bu çalışmada TNSA 1993-1998-2003-2008-2013 verileri kullanılmıştır. Sağlık hizmeti kullanım göstergeleri olarak doğum öncesi bakım alma, doğum sonrası bakım alma, doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı ve sezaryen doğum; sağlık statüsü göstergeleri olarak beş yaş altı ölümü, beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı, çocukların doğumdaki büyüklüğü, beş yaş altı çocuklarda bodurluk, beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite ve kadınlarda obezite seçilmiştir.

TNSA verilerinde tüm değişkenler beş dönemde de (1993-1998-2003-2008-2013) toplanmamıştır. Doğum öncesi bakım, doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi, gebeliği önleyici yöntem kullanımı, sezaryen doğum, beş yaş altı ölümü ve beş yaş altı çocuklarda bodurluğa ilişkin veriler beş dönemde de toplanmıştır. Doğum sonrası bakım alma 2008-2013, beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı 1993-1998-2008, çocukların doğumdaki büyüklüğü 1998-2003-2008-2013, beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite 2013 ve kadınlarda obezite 1998-2003-2008-2013 dönemlerinde veri toplanmıştır. Bu nedenle değişkenler verilerin toplandığı dönemler için incelenebilmiştir.

Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı göstergesinde araştırmanın yapıldığı tarihte evli olan kadınlar, çocuklarla ilgili göstergelerde kadınların araştırma tarihinden önceki son beş yılda doğan son çocukları dâhil edilmiştir. Ayrıca kadınlarda obezitenin yaygınlığının belirlenmesinde araştırma anı itibariyle hamile olmayan (hamileliğin kiloyu artırması nedeniyle) tüm kadınlar ve sezaryen doğumda ise araştırma tarihinden önceki son beş yılda sağlık kurumunda doğan son çocuklar kapsamı oluşturmaktadır.

Araştırmada Davranışsal Model (bkz sy 26) esas alınarak sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsünü etkileyen faktörler ulusal ve uluslararası alanyazın incelenerek belirlenmiştir.

#### 4.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmada yer alan değişkenler bağımlı ve bağımsız değişkenler olmak üzere iki genel başlık altında toplanmaktadır:

- Bağımlı Değişkenler: Araştırmada bağımlı değişken olarak nitelenen değişkenler sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsü göstergeleridir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri şunlardır:

✓ *Doğum öncesi bakım alma:* Araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinen (doktor ya da ebe/hemşire) bakım almayı,

✓ *Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme:* Araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen son doğumlarını sağlık kuruluşlarında gerçekleştirmeyi,

✓ *Doğum sonrası bakım alma:* Araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen son doğumlarından sonra sağlık personelinen (doktor ya da ebe/hemşire) doğum sonrası bakım almayı,

✓ *Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı:* Araştırma tarihi itibariyle kadının tüplerinin bağlanması, hap, rahim içi araç, enjeksiyon, deri altı implantları, kadın kondomu, diyafram ve acil korunma hapı gibi yöntemlerden en az birini kullanmayı,

✓ *Sezaryen doğum:* Araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen son doğumlarını sağlık kurumlarında sezaryen ile gerçekleştirmeyi,

- ✓ *Beş yaş altı ölümü*: Doğumdan sonraki beş yıl içinde ölen çocukları,
  - ✓ *Beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı*: Araştırmadan önceki son iki hafta içinde ishal olan çocukları,
  - ✓ *Çocukların doğumdaki büyüklüğü*: Annenin çocuğun doğumdaki büyüklüğüne ilişkin görüşlerini,
  - ✓ *Beş yaş altı çocuklarda bodurluk*: Referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart sapma (-2 SS) gösteren çocukların yaşlarına göre kısa boylu, eksi üç standart sapma (-3 SS) gösteren çocukların ise ciddi olarak kısa boylu olmalarını,
  - ✓ *Beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite*: Referans grubun ortanca değerinden artı iki standart sapma (+2 SS) gösteren çocukları,
  - ✓ *Kadınlarda obezite*: Beden kitle indeksi 30,0 ve üzerinde olan kadınları göstermektedir.
- **Bağımsız Değişkenler**: Araştırmanın bağımsız değişkenleri göç durumu, dönem, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik değişkenler olarak dört grupta toplanmıştır:
    - ✓ *Göç değişkeni*: Çalışmada göç durumu değişkeni kadının çocukluğunun geçtiği yerleşim yerine göre belirlenmektedir. Kadının çocukluğunun geçtiği yerleşim yeri kır, şu an yaşamakta olduğu yer kent ise “kırdan kente göç etmiş” kategorisinde, çocukluğun geçtiği yerleşim yeri kent, şu an yaşamakta olduğu yer kır ise “kentten kıra göç etmiş”, yaşam boyu hiç göç etmemiş ve şu an kentte yaşıyor ise veya göç etmiş ama hem çocukluğun geçtiği yer, hem de şu an yaşadığı yer kent ise “kentte yaşıyor” kategorisinde, kadın hiç göç etmemişse ve şu an kırdan yaşıyor ise veya göç etmiş ancak çocukluğun geçtiği ve araştırma tarihinde yaşadığı yerleşim yerlerinin her ikisi de kır ise “kırdan yaşıyor” kategorisinde yer almaktadır (Tezcan ve Eryurt, 2006: 17).
    - ✓ *Dönem değişkeni*: Çalışmada sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsünün dönemler itibariyle seyrinin belirlenmesi için dönem değişkeni oluşturulmuştur. Dönem değişkeni 1993 dönemi verileri için 1, 1998 dönemi verileri için 2, 2003 dönemi verileri için 3, 2008 dönemi verileri için 4 ve 2013 dönemi verileri için 5

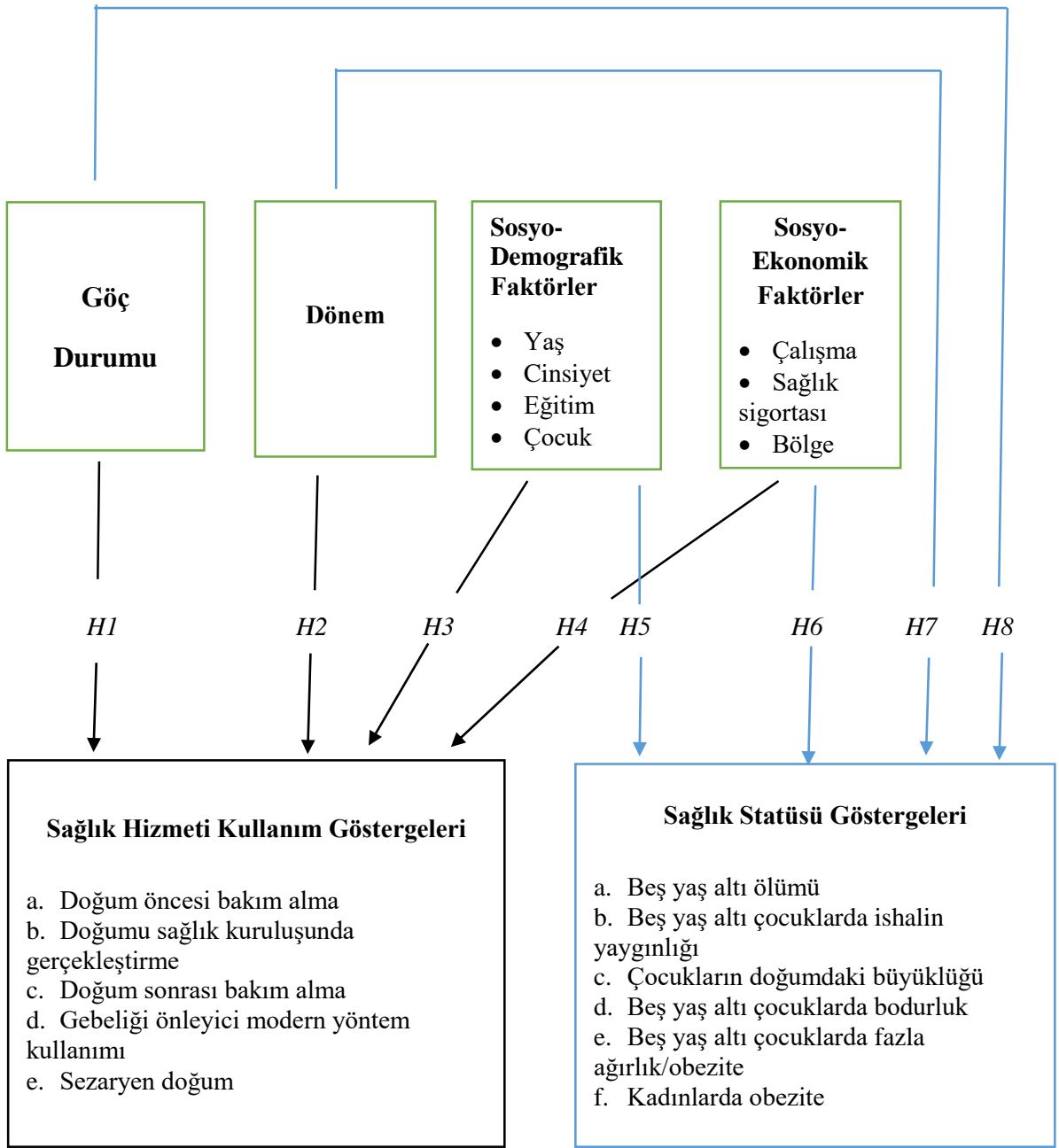
kodu atanarak oluşturulmuştur. Böylece değişkenlerin dönemsel değişiminin izlenebilmesi ve karşılaştırılabilmesi sağlanmıştır.

✓ *Sosyo-demografik faktörler*: Yaş, cinsiyet, eğitim, çocuk sayısı, medeni durum gibi değişkenler bu kapsamda yer almaktadır.

- Yaş: Yaş değişkeni kategorik olup, 15-19, 20-29, 30-39 ve 40-49 şeklinde gruplandırılmıştır.
- Eğitim: Beş veri setinde standardizasyonu sağlamak için eğitim değişkeni eğitimi yok/ilkokul bitirmemiş, ilkokul, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyinde olma şeklinde üç kategoriye ayrılmıştır.
- Çocuk sayısı: Sahip olunan çocuk sayısını göstermektedir.
- Medeni durum: Araştırma anı itibariyle medeni durumu göstermekte ve evli ya da bekâr şeklinde gruplanmaktadır.
- Doğum sırası: Çocuğun doğumdaki sırasını göstermektedir.
- ✓ *Sosyo-Ekonomik Faktörler*: Bu çalışmada sosyo-ekonomik faktörler çalışma, sağlık sigortası, yaşanılan ve çocukluğun geçtiği bölge değişkenlerini ifade etmektedir.
- Çalışma: Çalışma değişkeni araştırma tarihi itibariyle herhangi bir işte istihdam edilme durumunu göstermektedir.
- Sağlık sigortası: Özel ya da kamu herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olma durumudur.
- Yaşanılan ve çocukluğun geçtiği bölge: Araştırma anı itibariyle bulunulan bölge ve çocukluk döneminde yaşanılan bölgeyi gösteren değişkendir.

Araştırmanın amaçları ve açıklanan değişkenler doğrultusunda Şekil 3'te verilen model oluşturulmuştur. Şekil 3'te görüldüğü gibi bu çalışmada göç durumu ve diğer üç temel faktörün (dönem, demografik ve ekonomik) faktörlerin sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsü göstergelerine etkisi incelenmektedir. Araştırma modelinde verilen sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik değişkenler sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsünü etkileyen ortak değişkenler olup, modelde verilmeyen ancak ilgili sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsünü etkileyen farklı sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik değişkenler de bulunmaktadır.





Şekil 3. Araştırma Modeli

#### 4.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırma modeli doğrultusunda oluşturulan bu çalışmanın hipotezler şu şekildedir:

H1: Göç durumu sağlık hizmeti kullanım göstergelerini etkilemektedir.

H1a: Göç durumunun sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum öncesi bakım alma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H1b: Göç durumunun sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H1c: Göç durumunun sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum sonrası bakım alma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H1d: Göç durumunun sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H1e: Göç durumunun sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden sezaryen doğum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2: Dönem sağlık hizmeti kullanım göstergelerini etkilemektedir.

H2a: Dönemin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum öncesi bakım alma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2b: Dönemin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2c: Dönemin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum sonrası bakım alma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2d: Dönemin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H2e: Dönemin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden sezaryen doğum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3: Sosyo-demografik faktörler sağlık hizmeti kullanım göstergelerini etkilemektedir.

H3a: Sosyo-demografik faktörlerin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum öncesi bakım alma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3b: Sosyo-demografik faktörlerin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3c: Sosyo-demografik faktörlerin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum sonrası bakım alma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3d: Sosyo-demografik faktörlerin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H3e: Sosyo-demografik faktörlerin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden sezaryen doğum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H4: Sosyo-ekonomik faktörler sağlık hizmeti kullanım göstergelerini etkilemektedir.

H4a: Sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum öncesi bakım alma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H4b: Sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H4c: Sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden doğum sonrası bakım alma üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H4d: Sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H4e: Sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık hizmeti kullanım göstergelerinden sezaryen doğum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H5: Sosyo-demografik faktörler sağlık statüsü göstergelerini etkilemektedir.

H5a: Sosyo-demografik faktörlerin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı ölümü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H5b: Sosyo-demografik faktörlerin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H5c: Sosyo-demografik faktörlerin sağlık statüsü göstergelerinden çocukların doğumdaki büyüklüğü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H5d: Sosyo-demografik faktörlerin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı çocuklarda bodurluk üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H5e: Sosyo-demografik faktörlerin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H5f: Sosyo-demografik faktörlerin sağlık statüsü göstergelerinden kadınlarda obezite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H6: Sosyo-ekonomik faktörler sağlık statüsü göstergelerini etkilemektedir.

H6a: Sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı ölümü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H6b: Sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H6c: Sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü göstergelerinden çocukların doğumdaki büyüklüğü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H6d: Sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı çocuklarda bodurluk üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H6e: Sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H6f: Sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık statüsü göstergelerinden kadınlarda obezite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H7: Dönem sağlık statüsü göstergelerini etkilemektedir.

H7a: Dönemin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı ölümü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H7b: Dönemin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H7c: Dönemin sağlık statüsü göstergelerinden çocukların doğumdaki büyüklüğü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H7d: Dönemin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı çocuklarda bodurluk üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H7e: Dönemin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H7f: Dönemin sağlık statüsü göstergelerinden kadınlarda obezite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8: Göç durumu sağlık statüsü göstergelerini etkilemektedir.

H8a: Göç durumunun sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı ölümü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8b: Göç durumunun sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8c: Göç durumunun sağlık statüsü göstergelerinden çocukların doğumdaki büyüklüğü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8d: Göç durumunun sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı çocuklarda bodurluk üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8e: Göç durumunun sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

H8f: Göç durumunun sağlık statüsü göstergelerinden kadınlarda obezite üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

#### **4.7.VERİLERİN ANALİZİNDE KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER**

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizinde çeşitli analizlerden yararlanılmıştır. Katılımcıların temel özelliklerinin sunumunda tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (frekans ve yüzde) kullanılmıştır. Sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsünün dağılımı değerlendirilirken çapraz tablolardan ve göç durumunun, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsü üzerindeki etkisinin belirlenmesi için lojistik regresyon analizinden faydalanılmıştır.

Lojistik regresyon analizlerinde dönem değişkeninin de etkisinin belirlenebilmesi için beş döneme ilişkin veriler birleştirilerek analizler gerçekleştirilmiştir. Lojistik regresyon analizlerinde referans kategoriler çapraz tablolara bakılarak belirlenmiştir. Sağlık hizmeti kullanım değişkenlerinde hizmet kullanımının en az olduğu ve sağlık statüsü değişkenlerinde ise sağlık statüsünün en iyi olduğu değişkenler referans kategoriler olarak seçilmiştir. Lojistik regresyon analizleri beş model şeklinde gerçekleştirilmiştir. Birinci modelde göç durumunun, ikinci modelde göç durumu ve dönemin, üçüncü modelde göç durumu, dönem ve sosyo-demografik faktörlerin, dördüncü modelde göç durumu, dönem ve sosyo-ekonomik faktörlerin ve beşinci modelde tüm değişkenlerin etkisi incelenmiştir. Analizler SPSS paket programı kullanılarak yapılmıştır.

#### **4.8. ARAŞTIRMANIN VARSAYIM VE SINIRLILIKLARI**

Bu araştırmada, TNSA verileri kullanılmıştır. Örneklem araştırmalarında örneklem ve örneklem dışı hatalar yapılabilmekle birlikte TNSA verilerinde bu tip hataların en az şekilde yapıldığı varsayılmıştır. Bu araştırma, TNSA verilerinin ana-çocuk sağlığı göstergelerini kapsamı nedeniyle ana çocuk sağlığı göstergeleri çerçevesinde

oluşturulma kısıtlılığına sahiptir. Ayrıca bu araştırmada beş döneme ilişkin verilerin kullanılması nedeniyle göç durumu değişkeni kadının çocukluğunun geçtiği yerleşim yerine göre belirlenmiştir. Diğer bir ifadeyle göç durumuna ilişkin verilerin TNSA'lar arasında farklılıklar göstermesi nedeniyle göç durumu bir önceki yerleşim yerine göre göç, yaşam boyu göç ve son beş yılda en az bir kez yapılan göç bilgisi gibi değişkenlere göre oluşturulamamıştır. Bu durumun da araştırmanın bir diğer sınırlılığını oluşturduğu söylenebilir.

## 5. BÖLÜM

### BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde katılımcıların temel özellikleri, sağlık hizmeti kullanım ve sağlık statüsü değişkenleri üzerinde göç durumu, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin etkisine ilişkin bulgular yer almaktadır.

#### 5.1. KATILIMCILARIN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Tablo 12’de araştırma kapsamında yer alan katılımcılara ilişkin temel özellikler verilmektedir. Katılımcıların göç durumlarına göre dağılımı incelendiğinde 1993 döneminde katılımcıların %34,3’ü kentlerde yaşarken, bu oran 2013 döneminde %58,5’e yükselmiştir. 1993-2013 döneminde kırsal yerleşim alanında yaşayanların oranı sürekli azalmıştır. Kırdan kente göç oranı beş dönemde de %20 ve üzerinde iken kentten kıra göç %3-5 aralığında değişmiştir.

Katılımcıların yaşlarına göre dağılımlarına bakıldığında beş araştırma döneminde de 20-29 ve 30-39 yaş gruplarında yer alanların oranı daha fazladır. Katılımcıların 1993’te %5,1’i 15-19 yaş grubunda yer alırken bu oran 2013’te %16,1’e yükselmiştir. 1993’te 20-29 yaş grubunda yer alanların oranı %34,5, 30-39 yaş grubunda yer alanların oranı %36,1 ve 40-49 yaş grubunda yer alanların oranı %24,2 iken bu oranlar 2013 döneminde sırasıyla %29,0, %31,6 ve %23,3’tür.

Araştırma kapsamında yer alan kadınların eğitim düzeyleri incelendiğinde dönemler itibariyle eğitim düzeyinin yükseldiği görülmektedir. Kadınların 1993 döneminde %33,7’si eğitimi yok/ilkokul bitirmemiş ve %51,2’si ilkokul mezunu iken bu oranlar sırasıyla 2013 döneminde %12,0 ve %34,6’ya düşmüştür. Ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindekilerin oranı 1993 döneminde %15,1, 2013 döneminde %53,4 olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamında yer alan kadınların eşlerinin eğitim düzeyleri de dönemler itibariyle yükselme göstermiş ve 1993-2013 dönemlerinde eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemişlerin oranı %11’den %3,6’ya düşerken ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olma oranı %20’den %27’ye yükselmiştir.

**Tablo 12. Araştırmalara Katılan Kadınların Temel Özellikleri**

Temel Özellikler	1993		1998		2003		2008		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Göç Durumu</b>										
Kentte Yaşıyor	2235	34,3	3686	43,0	3295	40,8	3568	48,2	5698	58,5
Kırda Yaşıyor	2116	32,5	2424	28,3	2034	25,2	1444	19,5	1529	15,7
Kırdan Kente Göç Etmiş	1867	28,6	1905	22,2	2328	28,8	1965	26,5	2043	21,0
Kentten Kıra Göç Etmiş	214	3,3	430	5,0	278	3,4	331	4,5	298	3,1
Cevapsız	87	1,3	130	1,5	140	1,7	97	1,3	178	1,8
<b>Yaş</b>										
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
<b>Eğitim</b>										
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
<b>Eş Eğitim</b>										
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
<b>Medeni Durum</b>										
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
<b>Çalışma Durumu</b>										
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
<b>Sağlık Sigortası</b>										
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
<b>Yaşanan Bölge</b>										
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
<b>Toplam</b>	6519	100,0	8576	100,0	8075	100,0	7405	100,0	9746	100,0



Tablo 12’de araştırmanın katılımcılarının medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde beş araştırma döneminde de evli olanların oranı %60 ve üzerindedir. Evli olanların oranı 1993’te %96,2 iken 2013 döneminde %68,3’tür. Beş araştırma döneminde de çalışmayan kadınların oranı çalışan kadınların oranından daha yüksektir. Çalışan kadın oranı 1993 döneminde %34,1 ve 2013 döneminde %19,0’dur.

Sağlık sigortası kapsamında yer alma oranı 1993-2013 dönemlerinde sürekli artış göstermiş ve 1993 döneminde %56,3 olan oran 2013 döneminde %89,4’e yükselmiştir. Katılımcıların yaşadıkları bölgeye göre dağılımları incelendiğinde beş araştırma döneminde de Batı Bölgesi ilk sırada ve Kuzey Bölgesi ise son sırada yer almaktadır.

## 5.2. GÖÇ DURUMUNUN DAĞILIMI

Tablo 13 ve Tablo 14’te dönemler itibariyle katılımcıların temel özelliklerine göre göç durumunun dağılımı verilmektedir. Dönemler itibariyle 2003 dönemi dışında kentte yaşayanların oranının sürekli arttığı görülmektedir. 1993 döneminde %34,8 olan kentte yaşayanların oranı 2013 döneminde %59,6’ya çıkmıştır. Kırdan yaşayanların oranı ise 1993-2013 dönem aralığında %32,9’dan %16,0’ya kentten kıra göç edenlerin oranı %29,0’dan %21,4’e ve kentten kıra göç edenlerin oranı ise %3,3’ten %3,1’e düşmüştür.

Tablolar incelendiğinde, 1993-2013 döneminde dört yaş grubunda da kentte yaşayanların oranının arttığı görülmektedir. 2013 döneminde kentte yaşayanlarda ilk sırayı 15-19 yaş grubundaki kadınlar almaktadır. Kırdan yaşayanlarda ise ilk sırayı 40-49 yaş grubundaki kadınlar almaktadır. Kırdan kente ve kentten kıra göç etme 40-49 yaş grubundaki kadınlarda diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir.

Göç durumunun eğitim açısından dağılımına bakıldığında beş araştırma döneminde de ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınların %60’dan fazlası kentlerde yaşamaktadır. Kırsal yerleşim alanında yaşama ve kırdan kente göç etme, eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş kadınlarda daha yüksektir.

Eş eğitimi ile göç durumu arasındaki ilişki kadınların eğitimi ile göç arasındaki ilişki ile benzerlik göstermektedir. Medeni durum açısından göç durumunun dağılımına bakıldığında beş araştırma döneminde de kentlerde yaşama oranı evli olmayanlarda,

kırsal yerleşim alanlarında yaşama ve kırdan kente göç etme oranı evli olanlarda daha yüksektir.

Beş araştırma döneminde de kentlerde yaşamanın çalışmayan kadınlarda, kırsal yerleşim alanlarında yaşama ve kırdan kente göç etme oranının ise çalışan kadınlarda daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Kentlerde yaşama sağlık sigortası olan kadınlarda kırsal yerleşim alanlarında yaşama ve kırdan kente göç etme oranı ise sağlık sigortası olmayan kadınlarda yüksek olduğu gözlenmektedir.

Kentlerde yaşama, Batı Bölgesi'nde yaşayanlarda daha yüksektir. Kırdan yaşama ve kentten kıra göç etme Kuzey ve Doğu Bölgeleri'nde yaşayanlarda ve kırdan kente göç ise Batı ve Güney Bölgeleri'nde yaşayanlarda daha yüksektir.

Tablo 13. Katılımcıların Temel Özelliklerine Göre Göç Durumunun Yüzde Dağılımı (1993-2003)

Temel Özellikler	1993				1998				2003			
	Göç Durumu				Göç Durumu				Göç Durumu			
	Kentte Yaşiyor	Kırda Yaşiyor	Kırdan Kente Göç Etmiş	Kentten Kıra Göç Etmiş	Kentte Yaşiyor	Kırda Yaşiyor	Kırdan Kente Göç Etmiş	Kentten Kıra Göç Etmiş	Kentte Yaşiyor	Kırda Yaşiyor	Kırdan Kente Göç Etmiş	Kentten Kıra Göç Etmiş
<b>Yaş</b>												
15-19	37,6	31,8	22,4	8,2	50,3	34,7	9,5	5,5	45,3	26,7	22,5	5,5
20-29	38,5	31,3	26,2	4,0	47,4	25,9	20,9	5,9	45,9	24,2	25,4	4,5
30-39	34,8	32,4	30,0	2,7	39,8	27,2	28,3	4,7	41,1	26,3	29,2	3,4
40-49	28,7	36,2	33,0	2,2	35,1	29,5	31,5	3,9	37,2	26,2	34,3	2,3
<b>Eğitim</b>												
Eğitimi yok/ İlkokul Bitirmemiş	18,3	45,9	32,4	3,3	22,2	39,9	33,1	4,8	21,6	35,7	38,2	4,4
İlkokul	33,0	32,2	31,5	3,3	40,9	31,1	22,9	5,1	33,7	29,6	33,6	3,1
Ortaokul ve Uzeri	79,5	4,9	12,2	3,3	80,0	6,3	8,4	5,3	78,6	6,9	11,0	3,5
<b>Eş Eğitim</b>												
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	18,7	49,4	29,4	2,5	23,6	38,0	31,9	6,6	29,1	33,2	33,3	4,4
İlkokul	29,0	36,4	31,0	3,5	36,6	29,2	29,0	5,1	32,9	30,9	32,8	3,5
Ortaokul ve Uzeri	63,8	11,2	21,9	3,1	77,5	5,6	13,6	3,3	63,8	12,1	20,7	3,4
<b>Medeni Durum</b>												
Evli	34,2	33,0	29,4	3,5	38,9	28,0	28,0	5,1	41,0	25,8	29,5	3,6
Evlenmemiş/ Ayrılmış/Eşi Ölmüş	49,6	29,9	20,5	0,0	54,1	30,2	10,6	5,1	51,2	21,6	26,5	0,8
<b>Çalışma Durumu</b>												
Çalışıyor	23,8	56,1	16,6	3,5	33,9	44,4	16,7	4,9	37,2	39,5	19,3	4,0
Çalışmıyor	40,4	20,9	35,5	3,2	48,9	20,2	25,8	5,2	43,1	20,6	33,0	3,3
<b>Sağlık Sigortası</b>												
Var	43,0	19,9	34,0	3,1	52,6	19,0	23,8	4,6	46,3	20,9	29,5	3,3
Yok	24,4	49,5	22,6	3,6	31,8	41,5	20,9	5,8	32,2	34,9	29,0	3,9
<b>Yaşanan Bölge</b>												
Batı	43,3	21,8	32,3	2,6	52,7	15,4	28,5	3,3	47,8	16,1	33,8	2,4
Güney	36,5	28,9	31,1	3,5	45,2	31,8	18,9	4,2	42,1	26,6	27,6	3,7
Orta	31,6	36,4	29,8	2,2	39,3	32,4	22,2	6,1	39,2	29,0	28,3	3,5
Kuzey	15,0	56,8	23,2	4,9	26,8	48,3	18,0	7,0	27,7	45,7	21,4	5,3
Doğu	30,8	41,7	22,2	5,3	36,6	40,3	15,5	7,6	35,4	34,3	24,9	5,4
<b>Toplam</b>	34,8	32,9	29,0	3,3	43,6	28,7	22,6	5,1	41,5	25,6	29,3	3,5

Tablo 14. Katılımcıların Temel Özelliklerine Göre Göç Durumunun Yüzde Dağılımı (2008-2013)

Temel Özellikler	2008				2013			
	Göç Durumu				Göç Durumu			
	Kentte Yaşiyor	Kırda Yaşiyor	Kırdan Kente Göç Etmiş	Kentten Kıra Göç Etmiş	Kentte Yaşiyor	Kırda Yaşiyor	Kırdan Kente Göç Etmiş	Kentten Kıra Göç Etmiş
<b>Yaş</b>								
15-19	47,0	27,3	18,6	7,1	72,5	17,4	7,7	2,4
20-29	53,9	19,0	21,3	5,8	64,2	14,8	17,9	3,0
30-39	49,6	17,7	27,9	4,7	57,1	13,5	26,1	3,3
40-49	43,2	22,2	31,7	3,0	47,9	19,7	28,9	3,5
<b>Eğitim</b>								
Eğitimi yok/ İlkokul Bitirmemiş	26,0	33,0	36,9	4,1	32,1	29,4	34,9	3,6
İlkokul	40,3	22,9	32,7	4,1	42,7	20,7	33,6	3,0
Ortaokul ve Üzeri	78,6	5,8	10,1	5,6	77,0	9,8	10,2	3,1
<b>Eş Eğitim</b>								
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	28,9	32,7	34,6	3,8	32,2	27,0	35,9	4,9
İlkokul	36,7	27,0	32,2	4,0	43,9	21,2	31,6	3,3
Ortaokul ve Üzeri	64,2	10,3	20,4	5,1	72,0	7,0	17,7	3,4
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	48,1	20,0	27,2	4,7	53,2	16,5	26,8	3,5
Evlenmemiş/ Ayrılmış/Eşi Ölmüş	60,5	16,3	20,9	2,3	73,0	14,8	9,8	2,4
<b>Çalışma Durumu</b>								
Çalışıyor	33,6	40,6	20,4	5,4	47,7	29,6	19,6	3,1
Çalışmıyor	55,1	13,2	27,5	4,1	63,2	10,1	23,2	3,4
<b>Sağlık Sigortası</b>								
Var	50,4	17,8	27,2	4,6	61,0	14,5	21,4	3,1
Yok	40,8	30,0	25,0	4,2	46,3	28,8	21,3	3,6
<b>Yaşanan Bölge</b>								
Batı	55,8	10,1	30,2	4,0	65,0	8,1	25,1	1,8
Güney	43,4	23,6	28,2	4,8	58,7	16,1	21,6	3,6
Orta	49,2	24,2	23,5	3,1	64,8	15,1	17,6	2,4
Kuzey	31,8	36,4	23,4	8,4	37,5	37,0	19,0	6,5
Doğu	40,3	30,5	22,9	6,2	49,5	27,6	17,6	5,3
<b>Toplam</b>	48,8	19,8	26,9	4,5	59,6	16,0	21,4	3,1

### 5.3. SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI

Çalışmanın bu kısmında doğum sonrası bakım alma, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı ve sezaryen doğum değişkenleri incelenmektedir.

#### 5.3.1. Doğum Öncesi Bakım Alma

Tablo 15'te doğum öncesi bakım almanın göç durumu ve katılımcıların temel özelliklerine göre dağılımı verilmektedir. Doğum öncesi bakım alma 1993 döneminde 2013 döneminde %96,2'ye yükselmiştir.

Bakım alma kentlerde yaşayanlarda daha yüksektir. 2013 dönemi itibariyle tüm göç durumu kategorilerinde doğum öncesi bakım alma oranı %90'ın üzerindedir. Bakım alma ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlarda en yüksek ve eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş olanlarda ise en düşük orandadır. Ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlarda doğum öncesi bakım alma oranı beş dönemde de %90 ve üzerinde iken, eğitimi olmayan ilkokul bitirmemiş kadınlarda %41,4'ten (1993) %91,5'e (2013) yükselmiştir. Aynı şekilde doğum öncesi bakım alma, eşi ortaokul ve üzeri eğitimdeki kadınlarda daha yüksektir.

Doğum öncesi bakım alma, ilk çocuğuna gebe olan kadınlarda en yüksek ve dördüncü ve üzerinde çocuğuna gebe olan kadınlarda ise en düşük düzeydedir. 2013 çalışmasında bakım alma üç kategori için de % 90'ın üzerindedir. Doğum öncesi bakım alma, Batı Bölgesi'nde çocukluğu geçen ve şu anda Batı Bölgesi'nde yaşayan kadınlarda en yüksek ve Doğu Bölgesi'nde çocukluğu geçen ve şu anda Doğu Bölgesi'nde yaşayan kadınlarda ise en düşüktür. 2013 dönemi itibariyle tüm bölgelerde doğum öncesi bakım alma oranı %90'ın üzerindedir.

Bakım alma oranı sağlık sigortası olan kadınlarda 1993'te %78,7 iken 2013'te %97,0'ye yükselmiştir. Sağlık sigortası olmayanlarda bu oranlar sırasıyla %54,7 ve %90,8'dir.

Tablo 15. Doğum Öncesi Bakım Almanın Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde 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
<b>Göç Durumu</b>										
Kentte Yaşıyor	964	80,5	1028	83,0	1284	91,7	1350	96,0	1416	97,9
Kırda Yaşıyor	915	48,9	731	52,1	848	64,3	575	82,8	415	90,9
Kırdan Kente Göç Etmiş	734	70,6	641	75,7	839	82,3	678	92,8	679	96,3
Kentten Kıra Göç Etmiş	118	67,8	169	71,0	139	72,7	140	90,0	91	95,6
<b>Eğitim</b>										
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
<b>Eş Eğitim</b>										
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
<b>Doğum Sırası</b>										
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
<b>Yaşanan Bölge</b>										
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
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>										
Batı	576	88,9	533	91,7	655	94,4	603	98,0	572	98,1
Güney	329	80,2	286	75,2	406	85,5	334	94,9	365	97,3
Orta	707	64,9	718	77,4	730	86,2	699	95,3	539	97,0
Kuzey	389	69,5	295	71,3	318	84,3	278	95,3	268	96,6
Doğu	733	43,2	741	50,3	997	65,0	827	82,8	853	94,0
<b>Sağlık Sigortası</b>										
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
<b>Toplam</b>	2763	67,0	2612	72,0	3157	81,1	2763	92,2	2667	96,2

Tablo 16’da doğum öncesi bakım alma üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesine için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. İlk model incelendiğinde kırdan kente göç etmişlere göre doğum öncesi bakım alma kentte yaşayanlarda 5,602 kat, kırdan kente göç etmişlerde 2,833 kat ve kentten kıra göç etmişlerde 2,018 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Modele dâhil edilen değişken sayısı arttıkça göç durumuna ilişkin odds oranlarının düştüğü ancak göç durumunun doğum öncesi bakım alma üzerindeki etkisinin beş modelde de istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

Tüm değişkenlerin yer aldığı 5. Model incelendiğinde kırdan kente göç etmişlere göre doğum öncesi bakım alma kentte yaşayanlarda 2,314 kat, kırdan kente göç etmişlerde 2,026 kat ve kentten kıra göç etmişlerde 1,582 kat daha yüksektir. 1993 dönemine göre doğum öncesi bakım alma 1998 döneminde 1,267 kat, 2003 döneminde 1,967 kat, 2008 döneminde 4,610 kat ve 2013 döneminde 9,310 kat daha yüksektir. Diğer bir ifadeyle tüm değişkenlerin varlığında 2013 döneminde doğum öncesi bakım alma 1993 dönemine göre 9,310 kat daha fazladır.

Bakım alma eğitim düzeyinden etkilenmektedir. Doğum öncesi bakım alma referans kategoriye göre ilköğretim mezunu kadınlarda 1,908 kat ve ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınlarda ise 3,861 kat fazladır. Doğum öncesi bakım alma kadınların eşlerinin eğitim düzeyinden de etkilenmektedir. Referans kategori dördüncü ve üzeri çocuğuna gebe olan kadınlara göre ilk çocuğuna gebe olan kadınlarda doğum öncesi bakım alma 2,398 kat ve ikinci ya da üçüncü çocuğuna gebe olan kadınlarda ise 1,365 kat yüksektir.

Doğum öncesi bakım alma yaşanan ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilenmektedir. Referans kategori Doğu Bölgesi’ne göre Orta Bölge dışında diğer bölgelerde doğum öncesi bakım alma istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Bakım alma, sağlık sigortası olmayanlara göre sağlık sigortası kapsamında olanlarda 1,901 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

**Tablo 16. Doğum Öncesi Bakım Alma Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları**

Değişkenler	1. Model	2. Model	3. Model	4. Model	5. Model
<b>Göç Durumu</b>					
Kırda Yaşıyor (Ref)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Kentte Yaşıyor	5,602*	4,828*	2,723*	3,504*	2,314*
Kırdan Kente Göç Etmiş	2,833*	2,646*	2,424*	2,183*	2,026*
Kentten Kıra Göç Etmiş	2,018*	1,954*	1,611*	1,840*	1,582*
<b>Dönem</b>					
1993 (Ref)	(x)	1,000	1,000	1,000	1,000
1998	(x)	1,197*	1,175*	1,283*	1,267*
2003	(x)	2,036*	1,855*	2,228*	1,967*
2008	(x)	5,281*	4,787*	5,242*	4,610*
2013	(x)	10,433*	9,384*	10,843*	9,310*
<b>Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
İlkokul	(x)	(x)	2,781*	(x)	1,908*
Ortaokul ve Üzeri	(x)	(x)	6,592*	(x)	3,861*
<b>Eş Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
İlkokul	(x)	(x)	1,632*	(x)	1,389*
Ortaokul ve Üzeri	(x)	(x)	2,724*	(x)	2,303*
<b>Doğum Sırası</b>					
1	(x)	(x)	2,597*	(x)	2,398*
2-3	(x)	(x)	1,543*	(x)	1,365*
4+ (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Yaşanan Bölge</b>					
Batı	(x)	(x)	(x)	2,905*	2,432*
Güney	(x)	(x)	(x)	2,302*	2,062*
Orta	(x)	(x)	(x)	1,417**	1,180
Kuzey	(x)	(x)	(x)	2,355*	1,880*
Doğu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>					
Batı	(x)	(x)	(x)	1,349**	1,598**
Güney	(x)	(x)	(x)	0,761	1,021
Orta	(x)	(x)	(x)	0,820	1,039
Kuzey	(x)	(x)	(x)	0,553	0,764
Doğu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Sağlık Sigortası</b>					
Sigortası Var	(x)	(x)	(x)	1,854*	1,901*
Sigortası Yok (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Nagelkerke R<sup>2</sup></b>	0,119	0,226	0,357	0,350	0,405

(x): Modelde Değil; \*p<0,01; \*\*p<0,05

### 5.3.2. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesi

Tablo 17’de doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesinin göç durumu ve temel özelliklere göre dağılımı verilmektedir. Tablo incelendiğinde, 1993 döneminde %63,8



olan sağlık kuruluşunda doğumun gerçekleştirilmesi oranının 2013 doneminde %98,1'e yukseldiği gorlmektedir.

Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin go durumuna gore dağılımına bakıldığında 2013 donemi dışında dort donemde doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirme oranı en yuksek kentlerde iken, beş araştırma doneminde ise kırsal yerleşim alanında en duşuktur. 2013 donemi itibariyle doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi oranı go kategorisindeki dort grupta da %90'ın üzerindedir.

Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, 2013 donemi itibariyle tüm eğitim düzeyinde %90'ın üzerindedir. Aynı Şekilde doğum ncesi bakım alma eşi ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınlarda daha yüksektir.

Sağlık kuruluşunda doğum yapma, ilk çocuğuna gebe olan kadınlarda en yuksek ve dordnc ve üzeri çocuğuna gebe olan kadınlarda ise en duşuk düzeydedir ve 2013 itibariyle üç kategoride de %90'ın üzerindedir.

Yaşanan ve çocukluğun geçtiği bolgeye gore doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesinin dağılımına bakıldığında, ilk sırada Batı, son sırada ise Doğu Blgesi yer almaktadır. 2013 donemi itibariyle Batı Blgesi'nde doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme oranı %99,8 ve Doğu Blgesi'nde ise %93,5'tir.

Sağlık sigortası kapsamında yer alan kadınlarda doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme oranı 1993 doneminde %77,4 iken bu oran 2013 doneminde %98,5'e yukselmiştir. Sağlık sigortası kapsamında olmayanlarda doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme oranı daha duşuk düzeyde olup 2013 doneminde %94,9'dur.

Tablo 17. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesinin Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2013)

Değişkenler	1993		1998		2003		2008		2013	
	Kadın Sayısı	Sağlık Kur. Doğum Oranı	Kadın Sayısı	Sağlık Kur. Doğum Oranı	Kadın Sayısı	Sağlık Kur. Doğum Oranı	Kadın Sayısı	Sağlık Kur. Doğum Oranı	Kadın Sayısı	Sağlık Kur. Doğum Oranı
<b>Göç Durumu</b>										
Kentte Yaşıyor	964	79,4	1028	85,5	1284	91,8	1348	96,7	1417	99,5
Kırda Yaşıyor	915	41,2	730	62,3	848	68,8	575	83,5	416	92,1
Kırdan Kente Göç Etmiş	734	71,5	640	78,3	841	83,9	678	93,4	680	98,2
Kentten Kıra Göç Etmiş	118	61,9	169	76,3	139	77,7	140	89,9	91	100,0
<b>Eğitim</b>										
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
<b>Eş Eğitim</b>										
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
<b>Doğum Sırası</b>										
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
<b>Yaşanan Bölge</b>										
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
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>										
Batı	576	80,4	533	90,8	655	93,9	603	97,8	572	100,0
Güney	329	68,1	286	77,6	406	83,7	335	95,2	365	99,2
Orta	707	68,6	717	87,0	732	92,3	699	98,7	539	99,8
Kuzey	389	70,7	295	86,1	318	90,3	275	96,7	268	99,6
Doğu	733	40,2	740	51,9	997	65,4	827	81,5	856	94,5
<b>Sağlık Sigortası</b>										
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
<b>Toplam</b>	2763	63,8	2610	76,9	3159	83,0	2761	92,8	2670	98,1

Tablo 18’de doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesine ilişkin yürütülen lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. Beş modelde de göç durumu, doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesini istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir. Sadece göç değişkeninin yer aldığı Model 1 incelendiğinde referans kategori kırdan yaşayanlara göre doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme kentte yaşayanlarda 5,790 kat, kırdan kente göç etmişlerde 2,964 kat ve kentten kıra göç etmişlerde 2,118 kat daha yüksektir. Modele dâhil edilen değişken sayısının artması ile göç değişkenine ilişkin odds oranının düşmesi ile birlikte tüm değişkenlerin yer aldığı 5. model incelendiğinde kırdan yaşayan kadınlara göre doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme kentte yaşayanlarda 2,794 kat, kırdan kente göç etmişlerde 2,293 kat ve kentten kıra göç etmişlerde 1,810 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme döneme göre değişmekte ve tüm değişkenlerin yer aldığı Model 5 incelendiğinde 1993 dönemine göre 1998 döneminde 2,162 kat, 2003 döneminde 3,053 kat, 2008 döneminde 6,993 kat ve 2013 döneminde 27,682 kat daha yüksektir. Diğer bir ifadeyle doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme 1993 dönemine göre 2013 döneminde 27,682 kat artmıştır.

Eğitim, sağlık kuruluşunda doğumun gerçekleştirilmesini etkilemektedir. Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş kadınlarda en azın orandadır. Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme kadınların eşlerinin eğitim düzeyinden de etkilenmektedir.

Dördüncü ve üzeri çocuğuna gebe olan kadınlara göre ilk çocuğuna gebe olan kadınlarda doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme 3,266 kat ve ikinci ya da üçüncü çocuğuna gebe olan kadınlarda ise 1,496 kat daha yüksektir.

Sağlık kuruluşunda doğum yapma, referans kategori Doğu Bölgesi’ne göre diğer dört bölgede istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Sağlık kuruluşunda doğum yapma sağlık sigortası olmayanlara göre sağlık sigortası kapsamında olan kadınlarda 1,994 kat daha yüksektir.

**Tablo 18. Doğumun Sağlık Kuruluşunda Gerçekleştirilmesi Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları**

Değişkenler	1. Model	2. Model	3. Model	4. Model	5. Model
<b>Göç Durumu</b>					
Kırda Yaşıyor (Ref)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Kentte Yaşıyor	5,790*	4,952*	2,800*	4,066*	2,794*
Kırdan Kente Göç Etmış	2,964*	2,787*	2,601*	2,426*	2,293*
Kentten Kıra Göç Etmış	2,118*	2,010*	1,680*	2,076*	1,810*
<b>Dönem</b>					
1993 (Ref)	(x)	1,000	1,000	1,000	1,000
1998	(x)	1,829*	1,896*	2,151*	2,162*
2003	(x)	2,691*	2,639*	3,278*	3,053*
2008	(x)	6,684*	6,574*	7,406*	6,993*
2013	(x)	24,039*	24,328*	29,694*	27,682*
<b>Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş (Ref)	(x)	(x)	1,000	MD	1,000
İlkokul	(x)	(x)	3,070*	MD	1,860*
Ortaokul ve Üzeri	(x)	(x)	6,907*	MD	3,575*
<b>Eş Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş (Ref)	(x)	(x)	1,000	MD	1,000
İlkokul	(x)	(x)	1,705*	MD	1,385*
Ortaokul ve Üzeri	(x)	(x)	2,505*	MD	1,932*
<b>Doğum Sırası</b>					
1	(x)	(x)	3,365*	MD	3,266*
2-3	(x)	(x)	1,696*	MD	1,496*
4+ (Ref)	(x)	(x)	1,000	MD	1,000
<b>Yaşanan Bölge</b>					
Batı	(x)	(x)	(x)	3,295*	2,742*
Güney	(x)	(x)	(x)	1,508*	1,294**
Orta	(x)	(x)	(x)	1,981*	1,685*
Kuzey	(x)	(x)	(x)	3,269*	2,721*
Doğu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>					
Batı	(x)	(x)	(x)	1,677*	1,772**
Güney	(x)	(x)	(x)	1,549**	1,932**
Orta	(x)	(x)	(x)	1,979**	2,362**
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1,276**	1,719**
Doğu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Sağlık Sigortası</b>					
Sigortası Var	(x)	(x)	(x)	2,226*	1,994*
Sigortası Yok (Ref)	(x)	(x)	MD	1,000	1,000
<i>Nagelkerke R<sup>2</sup></i>	0,118	0,253	0,397	0,396	0,451

(x): Modele dâhil değil, \*p<0,01; \*\*p<0,05

### 5.3.3. Doğum Sonrası Bakım Alma

Tablo 19’da doğum sonrası bakım almanın göç durumu ve katılımcıların temel özelliklerine göre dağılımı verilmektedir. Doğum sonrası bakım almanın 2008’de %89,8 ve 2013’te %95,4 olduğu saptanmıştır.

Doğum sonrası bakım alma, kentlerde yaşayanlarda daha yüksektir. 2013 dönemi itibariyle dört grupta da doğum sonrası bakım alma %90’ın üzerindedir. Ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlarda doğum sonrası bakım alma iki dönemde de %90 ve üzerinde iken, eğitimi olmayan ilkokul bitirmemiş kadınlarda %74,8’den (2008) %87,4’e (2013) yükselmiştir. Aynı şekilde doğum sonrası bakım alma eşi ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınlarda daha yüksektir.

Doğum sonrası bakım ilk çocuğuna gebe olan kadınlarda en yüksek ve dördüncü ve üzeri çocuğuna gebe olan kadınlarda ise en düşük düzeydedir ve 2013 itibariyle üç kategoride de %90’ın üzerindedir. Doğum sonrası bakım Batı Bölgesi’nde çocukluğu geçen ve şu anda Batı Bölgesi’nde yaşayanlarda en yüksek ve Doğu Bölgesi’nde çocukluğu geçen ve şu anda Doğu Bölgesi’nde yaşayanlarda ise en düşüktür. 2013 dönemi itibariyle doğum sonrası bakım alma Batı Bölgesi’nde %99,0 ve Doğu Bölgesi’nde ise %87,8’dir.

Doğum sonrası bakım alma sağlık sigortası olan kadınlarda 2008’de %91,1 iken 2013’te %96,2’ye yükselmiştir. Sağlık sigortası olmayan kadınlarda bu oranlar sırasıyla %83,6 ve %89,5’tir.

**Tablo 19. Doğum Sonrası Bakım Almanın Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (2008-2013)**

Değişkenler	2008		2013	
	Kadın Sayısı	DSB Alma Oranı	Kadın Sayısı	DSB Alma Oranı
<b>Göç Durumu</b>				
Kentte Yaşıyor	1351	93,6	1416	97,5
Kırda Yaşıyor	575	79,4	416	90,8
Kırdan Kente Göç Etmiş	678	91,0	680	95,1
Kentten Kıra Göç Etmiş	140	89,3	91	92,3
<b>Eğitim</b>				
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	539	74,8	446	87,4
İlkokul	1363	90,7	954	95,6
Ortaokul ve Üzeri	862	98,0	1268	98,2
<b>Eş Eğitim</b>				
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	148	74,3	166	87,3
İlkokul	1282	85,7	1423	94,4
Ortaokul ve Üzeri	1323	95,7	1070	98,2
<b>Doğum Sırası</b>				
1	895	95,2	776	97,7
2-3	1338	90,9	1476	95,4
4+	531	78,3	415	91,6
<b>Yaşanan Bölge</b>				
Batı	1004	96,2	1026	99,0
Güney	352	89,5	370	96,5
Orta	625	94,9	495	96,2
Kuzey	165	96,4	162	97,5
Doğu	617	72,8	615	87,8
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>				
Batı	603	96,7	572	99,5
Güney	335	90,4	365	97,0
Orta	699	95,1	539	97,2
Kuzey	278	96,8	268	98,1
Doğu	827	77,6	855	90,8
<b>Sağlık Sigortası</b>				
Var	2298	91,1	2353	96,2
Yok	459	83,6	314	89,5
<b>Toplam</b>	2764	89,8	2668	95,4

Tablo 20’de doğum sonrası bakım alma üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. İlk model incelendiğinde kırdan yaşayan kadınlara göre doğum sonrası bakım alma kentte yaşayan kadınlarda 4,090 kat, kırdan kente göç etmiş kadınlarda 2,523 kat ve kentten kıra göç etmiş kadınlarda 1,778 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Tüm değişkenlerin yer aldığı Model 5 incelendiğinde kırdan yaşayan kadınlara göre doğum sonrası bakım alma kentte yaşayan kadınlarda 1,552 kat, kırdan kente göç etmiş kadınlarda 1,536 kat ve kentten kıra göç etmiş kadınlarda 1,316 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

Doğum sonrası bakım almanın döneme göre değişim durumuna bakıldığında, tüm değişkenlerin varlığında (Model 5) 2013 döneminde doğum sonrası bakım almanın 2008 dönemine göre 2,566 kat daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

Doğum sonrası bakım alma kadınların ve eşlerin eğitim düzeyi arttıkça artmaktadır. Referans kategori dördüncü ve üzeri çocuğuna gebe olan kadınlara göre ilk çocuğuna gebe olan kadınlarda doğum sonrası bakım alma 1,575 kat daha yüksektir.

Doğum sonrası bakım alma yaşanan ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilenmektedir ve referans kategori Doğu Bölgesine göre diğer bölgelerde daha yüksektir. Bakım alma, sağlık sigortası kapsamında olan kadınlarda 1,730 kat daha yüksektir.

**Tablo 20. Doğum Sonrası Bakım Alma Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları**

Değişkenler	1. Model	2. Model	3. Model	4. Model	5. Model
<b>Göç Durumu</b>					
Kırda Yaşıyor (Ref)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Kentte Yaşıyor	4,090*	3,867*	1,940*	2,388*	1,552*
Kırdan Kente Göç Etmış	2,523*	2,397*	2,128*	1,664*	1,536*
Kentten Kıra Göç Etmış	1,778**	1,830**	1,257	1,620**	1,316**
<b>Dönem</b>					
2008 (Ref)	(x)	1,000	1,000	1,000	1,000
2013	(x)	2,331*	2,324*	2,598*	2,566*
<b>Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
İlkokul	(x)	(x)	2,527*	(x)	1,497*
Ortaokul ve Üzeri	(x)	(x)	6,004*	(x)	3,204*
<b>Eş Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
İlkokul	(x)	(x)	1,150	(x)	1,771**
Ortaokul ve Üzeri	(x)	(x)	2,048*	(x)	0,927
<b>Doğum Sırası</b>					
1	(x)	(x)	1,953*	(x)	1,575*
2-3	(x)	(x)	1,210	(x)	0,940
4+ (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Yaşanan Bölge</b>					
Batı	(x)	(x)	(x)	4,880*	4,792*
Güney	(x)	(x)	(x)	1,954*	1,998*
Orta	(x)	(x)	(x)	2,412*	2,261*
Kuzey	(x)	(x)	(x)	3,680*	2,926**
Doğu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>					
Batı	(x)	(x)	(x)	4,578*	4,047*
Güney	(x)	(x)	(x)	3,619*	3,753*
Orta	(x)	(x)	(x)	4,574*	4,049*
Kuzey	(x)	(x)	(x)	4,796*	5,230*
Doğu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Sağlık Sigortası</b>					
Sigortası Var	(x)	(x)	(x)	1,873*	1,730*
Sigortası Yok (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Nagelkerke R<sup>2</sup></b>	0,056	0,081	0,183	0,213	0,250

(x): Modele dâhil değil; \*p<0,01; \*\*p<0,05



### 5.3.4. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımı

Tablo 21’de gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının göç durumu ve katılımcıların temel özelliklerine göre dağılımı verilmektedir. Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, 2013 itibariyle %47,7’dir.

Beş araştırma döneminde de gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı kentlerde yaşayan kadınlarda daha yüksektir. Yöntem kullanımı 15-19 yaş grubunda en düşük, 20-29 ve 30-39 yaş grubunda ise en yüksek orandadır.

Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlarda en yüksek ve eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş olanlarda ise en düşük orandadır. Aynı şekilde modern yöntem kullanımı eşi ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınlarda daha yüksektir.

Yaşayan çocuk sayısı arttıkça gebeliği önleyici yöntem kullanım oranı artmaktadır. 2013 döneminde yöntem kullanımının çocuğu olmayan kadınlarda %15,3 ve dört ve üzeri çocuğu olan kadınlarda ise %51,5 olduğu saptanmıştır.

Çalışma durumu açısından gebeliği önleyici yöntem kullanım oranlarının birbirine yakın olmakla birlikte yöntem kullanımı çalışan kadınlarda daha yüksektir.

Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı Doğu Bölgesi’nde çocukluğu geçen ve şu anda Doğu Bölgesi’nde yaşayanlarda en düşük orandadır. 2013 dönemi itibariyle tüm bölgelerde gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı %40’ın üzerindedir.

Sağlık sigortası kapsamında olanlarda yöntem kullanımı daha yüksektir. 2013 dönemi itibariyle kullanım sağlık sigortası olan kadınlarda %48,0 ve sağlık sigortası olmayan kadınlarda %43,2’dir.

Tablo 21. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımının Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde 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
<b>Göç Durumu</b>										
Kentte Yaşıyor	2114	42,2	2267	43,5	3097	48,9	3330	49,8	3465	51,3
Kırda Yaşıyor	2043	26,5	1631	30,5	1950	33,4	1380	38,3	1076	39,6
Kırdan Kente Göç Etmiş	1817	35,3	1629	36,6	2225	41,8	1883	44,3	1745	45,4
Kentten Kıra Göç Etmiş	214	29,8	296	36,4	275	41,5	323	48,4	226	41,6
<b>Yaş</b>										
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
<b>Eğitim</b>										
Eğitim 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
<b>Eş Eğitim</b>										
Eğitim 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
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>										
0	595	2,9	613	9,2	680	8,5	636	15,3	645	15,3
1	2847	40,3	2933	43,1	4006	46,8	3836	49,0	3801	47,6
2-3	1889	37,9	1668	42,8	2227	46,9	1938	50,2	1743	57,8
4+	940	30,2	706	28,3	759	36,8	589	45,8	466	51,5
<b>Çalışma Durumu</b>										
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
<b>Yaşanan Bölge</b>										
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
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>										
Batı	1596	38,8	1409	42,9	1911	48,3	1803	50,6	1664	49,2
Güney	727	38,4	640	38,0	908	46,6	827	45,0	851	46,4
Orta	1703	36,1	1738	41,1	1996	45,5	1809	49,0	1627	55,9
Kuzey	893	30,7	729	34,2	933	37,6	839	42,9	716	45,3
Doğu	1274	27,8	1311	28,8	1794	33,6	1634	39,5	1644	39,1
<b>Sağlık Sigortası</b>										
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
<b>Toplam</b>	6271	34,5	5921	37,7	7672	42,5	6999	46,0	6655	47,4

Tablo 22’de gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. Beş modelde de göç durumu gebeliği önleyici modern yöntem kullanımını istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir. Modele dâhil edilen değişken sayısının artması ile göç değişkenine ilişkin odds oranının düşmesi ile birlikte tüm değişkenlerin yer aldığı 5. model incelendiğinde kırdan yaşamaya göre gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı kentte yaşayanlarda 1,627 kat, kırdan kente göç etmişlerde 1,409 kat ve kentten kıra göç etmişlerde 1,314 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı döneme göre değişmektedir. Kullanım, referans kategoriye göre 2013 döneminde 1,453 kat daha yüksektir. Yaş, kullanımı etkilemektedir. Yöntem kullanımı, referans kategoriye göre 20-29 yaş grubunda 1,866 kat ve 30-39 yaş grubunda 2,151 kat daha yüksektir. Referans kategoriye göre 40-49 yaş grubunda gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı 1,112 kat daha fazla olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Yöntem kullanımı, referans kategoriye göre ilkokul mezunu kadınlarda 1,435 kat ve ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınlarda 1,961 kat daha yüksektir. Kullanım eşlerin eğitim düzeyinden de etkilenmektedir. Çocuğu olmayan kadınlara göre yöntem kullanımı bir çocuğu olan kadınlarda 7,759 kat, 2-3 çocuğu olan kadınlarda 12,044 kat ve dört ve üzeri çocuğu olan kadınlarda 14,036 kat daha fazladır.

Çalışan kadınlarda yöntem kullanımı daha yüksektir. Çalışmayan kadınlara göre yöntem kullanımı çalışan kadınlarda 1,266 kat daha yüksektir. Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, yaşanan ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilenmekte ve referans kategori Doğu Bölgesi’ne göre diğer dört bölgede istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı sağlık sigortası kapsamında olan kadınlarda daha yüksektir. Yöntem kullanımı sağlık sigortası olmayanlara göre sağlık sigortası olanlarda 1,157 kat daha yüksektir.

**Tablo 22. Gebeliği Önleyici Modern Yöntem Kullanımı Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları**

Değişkenler	1. Model	2. Model	3. Model	4. Model	5. Model
<b>Göç Durumu</b>					
Kırda Yaşıyor (Ref)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Kentte Yaşıyor	1,886*	1,780*	1,559*	1,734*	1,627*
Kırdan Kente Göç Etmiş	1,418*	1,374*	1,328*	1,420*	1,409*
Kentten Kıra Göç Etmiş	1,379*	1,332*	1,251*	1,365*	1,314*
<b>Dönem</b>					
1993 (Ref)	(x)	1,000	1,000	1,000	1,000
1998	(x)	1,121*	1,169*	1,127*	1,192*
2003	(x)	1,351*	1,293*	1,357*	1,349*
2008	(x)	1,505*	1,396*	1,413*	1,399*
2013	(x)	1,560*	1,426*	1,465*	1,453*
<b>Yaş</b>					
15-19 (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
20-29	(x)	(x)	1,995*	(x)	1,866*
30-39	(x)	(x)	2,474*	(x)	2,151*
40-49	(x)	(x)	1,349*	(x)	1,112
<b>Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
İlkokul	(x)	(x)	1,639*	(x)	1,435*
Ortaokul ve Üzeri	(x)	(x)	2,321*	(x)	1,961*
<b>Eş Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
İlkokul	(x)	(x)	1,545*	(x)	1,471*
Ortaokul ve Üzeri	(x)	(x)	1,828*	(x)	1,739*
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>					
0 (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
1	(x)	(x)	7,481*	(x)	7,759*
2-3	(x)	(x)	10,986*	(x)	12,044*
4+	(x)	(x)	11,492*	(x)	14,036*
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışıyor	(x)	(x)	(x)	1,276*	1,266*
Çalışmıyor (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Yaşanan Bölge</b>					
Batı	(x)	(x)	(x)	1,175*	1,233*
Güney	(x)	(x)	(x)	1,223*	1,209*
Orta	(x)	(x)	(x)	1,393*	1,416*
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1,062	1,028
Doğu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>					
Batı	(x)	(x)	(x)	1,377*	1,408*
Güney	(x)	(x)	(x)	1,247**	1,279**
Orta	(x)	(x)	(x)	1,244**	1,203**
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1,118	1,125
Doğu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Sağlık Sigortası</b>					
Sigortası Var	(x)	(x)	(x)	1,269*	1,157*
Sigortası Yok (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Nagelkerke R<sup>2</sup></b>	0,020	0,029	0,146	0,048	0,157

(x): Modele dâhil değil; \*p<0,01; \*\*p<0,05

### 5.3.5. Sezaryen Doğum

Tablo 23’de sezaryen doğumun göç durumu ve katılımcıların temel özelliklerine göre dağılımı verilmektedir. Sezaryen doğumun 1993’te %14,3, 1998’te %20,1, 2003’te %29,4, 2008’de %43,4 ve 2013’te %51,9 olduğu saptanmıştır.

Sezaryen doğum beş araştırma döneminde de kentlerde yaşayanlarda daha yüksektir. 2013 dönemi itibariyle dört grupta da sezaryen doğum %40’ın üzerindedir.

Sezaryen doğum annenin doğumdaki yaşı ile birlikte artmaktadır. 1993 döneminde sezaryen doğum doğumdaki yaşı 20 ve daha küçük olan kadınlarda %9,2, 20-34 yaş grubundaki kadınlarda %14,3 ve 35-49 yaş grubundaki kadınlarda %21,9’dur. Bu oranlar 2013 döneminde sırasıyla %27,8, %51,9 ve %59,8’e yükselmiştir.

Sezaryen doğum, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınlarda en yüksek düzeydedir. 2013 dönemi itibariyle sezaryen doğum oranı tüm eğitim kategorilerinde yer alan kadınlar için %30’un üzerindedir. Aynı şekilde sezaryen doğum, eşi ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınlarda daha yüksektir.

Sezaryen doğum, ilk çocuğuna gebe olan kadınlarda en yüksek ve dördüncü ve üzeri çocuğuna gebe olan kadınlarda ise en düşük düzeydedir. Sezaryen doğum oranı özel sağlık kuruluşlarında daha yüksektir. Sezaryen doğum oranı kamu sağlık kuruluşlarında %13,0’ten (1993) %42,4’e (2013) ve özel sağlık kuruluşlarında ise %30,6’dan (1993) %66,3’e (2013) yükselmiştir.

Sezaryen doğum Doğu Bölgesi’nde çocukluğu geçen ve şu anda Doğu Bölgesi’nde yaşayanlarda en düşüktür. 2013 dönemi itibariyle sezaryen doğum Doğu Bölgesi’nde %38,1, diğer dört bölgede ise %50’nin üzerindedir. Sezaryen doğum sağlık sigortası olan kadınlarda daha yüksek oranda görülmekte olup, 2013 döneminde sezaryen doğum oranı sağlık sigortası olan kadınlarda %53,1 ve sağlık sigortası olmayan kadınlarda ise %43,1’dir.

Tablo 23. Sezaryen Doğumun Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2013)

Değişkenler	1993		1998		2003		2008		2013	
	Kadın Sayısı	Sezaryen Oranı	Kadın Sayısı	Sezaryen Oranı	Kadın Sayısı	Sezaryen Oranı	Kadın Sayısı	Sezaryen Oranı	Kadın Sayısı	Sezaryen Oranı
<b>Göç Durumu</b>										
Kentte Yaşıyor	765	13,9	880	24,5	1179	36,1	1303	50,4	1408	55,8
Kırda Yaşıyor	377	13,3	455	13,9	583	19,2	480	32,9	383	40,2
Kırdan Kente Göç Etmiş	525	15,8	501	19,0	706	25,1	632	38,6	668	49,7
Kentten Kıra Göç Etmiş	73	11,0	129	14,7	108	28,0	125	36,5	91	48,9
<b>Doğumdaki Yaş</b>										
<20	195	9,2	213	11,7	218	15,1	162	34,2	115	27,8
20-34	1431	14,3	1626	20,2	2141	30,0	2138	42,6	2139	51,9
35-49	137	21,9	167	29,3	262	35,9	261	55,6	362	59,8
<b>Eğitim</b>										
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	341	14,4	306	15,1	380	18,9	414	30,2	411	34,3
İlkokul	1035	13,0	1354	17,7	1462	24,3	1291	40,1	941	50,6
Ortaokul ve Üzeri	387	17,5	346	34,2	778	43,8	857	54,7	1264	58,6
<b>Doğum Sırası</b>										
1	680	14,9	744	23,6	937	35,7	875	49,9	775	56,0
2-3	798	14,6	938	19,5	1270	27,4	1265	43,0	1460	52,1
4+	286	12,2	324	13,7	413	20,8	421	31,3	381	43,0
<b>Doğumun Yapıldığı Sağlık Kurumu</b>										
Kamu	1642	13,0	1754	17,2	2166	24,7	1959	38,3	1576	42,4
Özel	122	30,6	252	40,3	454	51,5	603	60,1	1041	66,3
<b>Yaşanan Bölge</b>										
Batı	666	17,3	769	25,5	1041	35,7	969	50,3	1024	56,7
Güney	286	11,5	267	21,8	343	28,9	328	45,9	364	57,7
Orta	418	12,2	513	15,0	609	24,1	618	44,4	492	51,8
Kuzey	184	16,8	173	18,6	170	39,4	159	49,1	160	57,5
Doğu	209	10,0	284	14,1	458	18,3	486	24,9	577	38,1
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>										
Batı	463	17,3	483	27,3	615	40,3	589	52,5	572	58,9
Güney	224	13,4	222	25,3	340	27,4	319	46,1	362	59,9
Orta	485	12,4	625	16,6	676	25,1	691	43,8	539	54,3
Kuzey	275	17,1	254	17,3	288	38,5	266	51,1	267	56,9
Doğu	294	10,5	384	15,1	652	18,5	674	30,5	809	39,7
<b>Sağlık Sigortası</b>										
Var	1086	15,7	1130	22,8	1741	32,7	2149	44,6	2318	53,1
Yok	650	12,2	862	16,3	870	22,6	405	36,8	297	43,1
<b>Toplam</b>	1763	14,3	2006	20,1	2621	29,4	2561	43,4	2616	51,9

Tablo 24’te sezaryen doğum üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesine ilişkin lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. Sezaryen doğum, göç durumundan etkilemekte ve göç durumuna ilişkin odds oranları beş modelde de istatistiksel olarak anlamlıdır. Model 1 incelendiğinde sezaryen doğumun kırsal yerleşim alanına göre diğer üç göç kategorisinde daha yüksek olduğu görülmektedir. Tüm değişkenlerin dâhil edildiği Model 5 incelendiğinde, referans kategori kırdan yaşamaya göre sezaryen doğum kentte yaşayanlarda 1,343 kat, kırdan kente göç edenlerde 1,225 kat ve kentten kıra göç etmişlerde 1,081 kat daha yüksektir.

Sezaryen doğumu etkileyen bir diğer değişken, dönemdir. 1993 dönemine göre sezaryen doğum 1998 döneminde 1,547 kat, 2003 döneminde 2,309 kat, 2008 döneminde 4,100 kat ve 2013 döneminde 4,699 kat artmıştır. Doğumda anne yaşı arttıkça sezaryen doğum artmaktadır. Sezaryen doğum referans kategoriye göre 20-34 yaşları arasında anne olan kadınlarda 2,147 kat ve 35-49 yaşları arasında olan kadınlarda ise 4,412 kat yüksektir.

Sezaryen doğum, eğitim düzeyi ile artmaktadır. Sezaryen doğum referans kategoriye göre ilkokul mezunu kadınlarda 1,041 kat ve ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınlarda 1,438 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Doğum sırası arttıkça sezaryen doğum azalmaktadır. Dört ve üzerinde doğum sırasına göre ilk ve 2-3 doğum sırası için hesaplanan odds oranları 1’in üzerinde olup istatistiksel olarak anlamlıdır.

Doğumu özel sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, sezaryen doğumu istatistiksel olarak anlamlı şekilde artırmaktadır. Kamu sağlık kuruluşlarına göre özel sağlık kuruluşlarında sezaryen doğum 2,383 kat daha yüksektir. Doğu Bölgesine göre diğer dört bölgede sezaryen doğum istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

Sağlık sigortası sezaryen doğumu etkilemektedir ve sezaryen doğum sağlık sigortası olan kadınlarda 1,202 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

**Tablo 24. Sezaryen Doğum Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları**

Değişkenler	1. Model	2. Model	3. Model	4. Model	5. Model
<b>Göç Durumu</b>					
Kırda Yaşıyor (Ref)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Kentte Yaşıyor	2,117*	1,944*	1,517*	1,544*	1,343*
Kırdan Kente Göç Etmiş	1,434*	1,381*	1,331*	1,253*	1,225*
Kentten Kıra Göç Etmiş	1,258**	1,249**	1,086	1,182	1,081
<b>Dönem</b>					
1993 (Ref)	(x)	1,000	1,000	1,000	1,000
1998	(x)	1,522*	1,560*	1,506*	1,547*
2003	(x)	2,479*	2,364*	2,385*	2,309*
2008	(x)	4,589*	4,424*	4,172*	4,100*
2013	(x)	6,227*	5,551*	5,075*	4,699*
<b>Doğumdaki Yaş</b>					
<20 (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
20-34	(x)	(x)	2,361*	(x)	2,147*
35-49	(x)	(x)	4,960*	(x)	4,412*
<b>Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
İlkokul	(x)	(x)	1,339*	(x)	1,041**
Ortaokul ve Üzeri	(x)	(x)	2,063*	(x)	1,438*
<b>Doğum Sırası</b>					
1	(x)	(x)	1,900*	(x)	1,707*
2-3	(x)	(x)	1,396*	(x)	1,279*
4+ (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Doğumun Yapıldığı Sağlık Kurumu</b>					
Kamu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
Özel	(x)	(x)	(x)	2,523*	2,383*
<b>Yaşanan Bölge</b>					
Batı	(x)	(x)	(x)	1,394*	1,410*
Güney	(x)	(x)	(x)	1,481*	1,491*
Orta	(x)	(x)	(x)	1,331*	1,344*
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1,902*	1,837*
Doğu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>					
Batı	(x)	(x)	(x)	1,014	1,149**
Güney	(x)	(x)	(x)	1,248**	1,136**
Orta	(x)	(x)	(x)	0,870	1,005
Kuzey	(x)	(x)	(x)	0,945	1,115
Doğu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Sağlık Sigortası</b>					
Sigortası Var	(x)	(x)	(x)	1,114**	1,202**
Sigortası Yok (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Nagelkerke R<sup>2</sup></b>	0,026	0,016	0,176	0,196	0,220

(x): Modele dâhil değil; \*p<0,01; \*\*p<0,05



## 5.4. SAĞLIK STATÜSÜ

Çalışmanın bu kısmında göç durumu ve katılımcıların temel özelliklerinin sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı ölümü, beş yaş altındaki çocuklarda ishalin yaygınlığı, çocukların doğumdaki büyüklüğü, beş yaş altındaki çocuklarda bodurluk, beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite ve kadınlarda obezite üzerindeki etkisi incelenmektedir.

### 5.4.1. Beş Yaş Altı Ölümü

Tablo 25'te, beş yaş altı ölümün dağılımı verilmektedir. %3,4 (% 34) olan beş yaş altı ölümü, 2013'te %0,9 (% 9)'a düşmüştür.

Beş yaş altı ölümü göç durumu açısından dönemler itibariyle değişkenlik göstermektedir. Beş yaş altı ölümü kentlerde ve kentlerden kıra göç etmişlerde daha az, kırdan göç etmişlerde daha yüksek oranda görülmektedir. 1993 ve 2008 dönemlerinde ölüm oranı erkek çocuklarda daha yüksektir.

Beş yaş altı ölümü, ortaokul ve üzerinde eğitimdeki annelerin olduğu kategoride en az orandadır. Ölüm oranının en yüksek olduğu bölge Doğu'dur. Beş yaş altı ölümünün annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından dağılımına bakıldığında Batı ve Güney Bölgeleri dışındaki diğer üç bölgede beş yaş altı ölümü daha yüksek düzeydedir.

Tablo 25. Beş Yaş Altı Ölümün Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde 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
<b>Göç Durumu</b>										
Kentte Yaşıyor	964	1,8	1028	1,8	1285	0,9	1352	0,7	1417	0,8
Kırda Yaşıyor	915	4,9	735	3,4	849	2,5	576	1,2	417	0,7
Kırdan Kente Göç Etmiş	734	3,4	643	2,6	843	2,0	680	1,0	681	1,0
Kentten Kıra Göç Etmiş	118	6,8	169	3,6	141	2,1	140	0,7	92	0,0
<b>Cinsiyet</b>										
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
<b>Anne Eğitim</b>										
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
<b>Yaşanan Bölge</b>										
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
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>										
Batı	576	2,3	533	1,9	657	1,8	603	0,2	572	0,9
Güney	329	3,6	287	1,4	406	1,5	336	2,1	365	1,4
Orta	707	4,7	720	3,2	734	1,6	701	0,6	540	1,1
Kuzey	389	3,3	296	0,7	318	0,9	278	0,7	269	0,4
Doğu	733	3,3	742	3,5	998	2,1	829	1,3	857	0,7
<b>Toplam</b>	2763	3,4	2617	2,6	3164	1,7	2768	0,9	2672	0,9

Tablo 26’da beş yaş altı ölümü üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesine ilişkin yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. Göç durumu, beş yaş altı ölümü etkilemektedir. Beş yaş altı ölümü üzerinde sadece göç durumunun etkisinin incelendiği Model 1 beş yaş altı ölümünün kentte yaşayanlara göre kırdan yaşayanlarda 2,537 kat, kırdan kente göç etmişlerde 1,775 kat ve kentten kıra göç etmişlerde 2,348 kat daha yüksektir. Eklenen değişken sayısının artması ile birlikte göç durumuna ilişkin odss oranlarının azalmasına rağmen göç durumu 5 modelde de istatistiksel olarak anlamlıdır.

Beş yaş altı ölümü üzerinde analiz edilen bir diğer değişken dönemdir. Referans kategori 2013 dönemine göre beş yaş altı ölümü 1993 döneminde 2,980 kat, 1998 döneminde 2,281 kat ve 2003 döneminde 1,613 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. 2008 dönemine ilişkin odds oranı istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Beş yaş altı ölümü açısından cinsiyet değişkeninin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş annelerin çocuklarında beş yaş altı ölümü 2,163 kat ve ilkokul mezunu annelerin çocuklarında 1,583 kat daha yüksektir.

Beş yaş altı ölümü yaşanan bölge açısından farklılık göstermektedir. Referans kategori Batı’ya göre diğer dört bölge dezavantajlı konumdadır. Annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından beş yaş altı ölümünün dağılımına bakıldığında Batı Bölgesi’ne göre Orta Bölge için hesaplanan odds oranı 1,216’dır. Diğer üç bölge için hesaplanan odds oranı istatistiksel olarak anlamlı değildir.

**Tablo 26. Beş Yaş Altı Ölümü Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları**

Değişkenler	1. Model	2. Model	3. Model	4. Model	5. Model
<b>Göç Durumu</b>					
Kentte Yaşıyor (Ref)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Kırda Yaşıyor	2,537*	2,136*	1,759*	2,057*	1,731*
Kırdan Kente Göç Etmiş	1,775*	1,645*	1,409**	1,652*	1,439**
Kentten Kıra Göç Etmiş	2,348*	2,129*	1,906*	2,076*	1,890**
<b>Dönem</b>					
1993	(x)	3,549*	3,096*	3,493*	2,980*
1998	(x)	2,679*	2,365*	2,622*	2,281*
2003	(x)	1,779**	1,638**	1,766**	1,613**
2008	(x)	0,988	0,928	0,976	0,912
2013 (Ref)	(x)	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	(x)	(x)	0,914	(x)	0,914
Kız (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Anne Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş	(x)	(x)	2,133*	(x)	2,163*
İlkokul	(x)	(x)	1,595**	(x)	1,583**
Ortaokul ve Üzeri (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Yaşanan Bölge</b>					
Batı (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
Güney	(x)	(x)	(x)	1,849**	1,846**
Orta	(x)	(x)	(x)	1,253**	1,226**
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1,229**	1,265**
Doğu	(x)	(x)	(x)	1,411**	1,343**
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>					
Batı (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
Güney	(x)	(x)	(x)	0,839	0,791
Orta	(x)	(x)	(x)	1,238**	1,216**
Kuzey	(x)	(x)	(x)	0,685	0,640
Doğu	(x)	(x)	(x)	1,043	0,864
<i>Nagelkerke R<sup>2</sup></i>	0,016	0,041	0,047	0,048	0,053

\*p<0,01; \*\*p<0,05, MD: Modelde Değil

#### 5.4.2. Beş Yaş Altı Çocuklarda İshalin Yaygınlığı

Tablo 27 incelendiğinde, ishalin yaygınlığının üç araştırma döneminde de %20'nin üzerinde olduğu görülmektedir. İshalin yaygınlığı kentlerde yaşayan çocuklarda daha düşük düzeydedir. 2008 döneminde ishalin yaygınlığı kentlerde yaşayanlarda %18, kırdan kente göç etmişlerde %21,8 ve kentten kıra göç etmişlerde %22,3, kırdan kente göç etmişlerde %21,8 ve kentten kıra göç etmişlerde

%20,3'tür. İshalin yaygınlığının en az olduğu yaş grubu 48-60 aylık çocuklardır. İshal, 2008 çalışmasında ise kız çocuklarda daha yüksektir.

İshalin yaygınlığının en az olduğu eğitim kategorisi ortaokul ve üzeri eğitimi olan annelerin çocuklarıdır. İshal en fazla Doğu Bölgesi'nde yaşayan çocuklarda görülmektedir. Annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından da benzer durum söz konusu olup, ishalin yaygınlığı en yüksek Doğu Bölgesi'ndedir.

**Tablo 27. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığının Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2008)**

Değişkenler	1993		1998		2008	
	Çocuk Sayısı	İshal Oranı	Çocuk Sayısı	İshal Oranı	Çocuk Sayısı	İshal Oranı
<b>Göç Durumu</b>						
Kentte Yaşıyor	945	24,6	1003	27,6	1337	18,0
Kırdan Yaşıyor	870	32,3	697	39,0	569	22,3
Kırdan Kente Göç Etmiş	705	26,1	623	31,7	671	21,8
Kentten Kıra Göç Etmiş	110	31,8	160	41,9	139	20,3
<b>Yaş (Ay)</b>						
≤11	567	30,2	521	31,2	585	25,1
12-23	695	39,3	685	46,0	684	27,6
24-47	951	24,5	891	30,2	1016	15,9
48-60	447	13,2	427	17,6	451	11,1
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	1407	28,9	1338	35,0	1416	19,3
Kız	1254	26,3	1186	29,8	1320	20,8
<b>Anne Eğitim</b>						
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
<b>Yaşanan Bölge</b>						
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
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>						
Batı	563	21,1	516	22,7	601	14,3
Güney	317	23,7	279	32,6	326	17,2
Orta	672	25,6	692	32,8	696	16,1
Kuzey	373	28,4	289	28,7	275	12,0
Doğu	707	36,8	710	41,8	815	31,5
<b>Toplam</b>	2661	27,7	2524	32,5	2736	20,0

Tablo 28'de ishalin yaygınlığı üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir.

İshalin yaygınlığı üzerinde sadece göç durumunun etkisinin incelendiği Model 1, ishalin yaygınlığının kentte yaşayan çocuklara göre kırdan yaşayan çocuklarda 1,581 kat, kırdan kente göç etmiş çocuklarda 1,212 kat ve kentten kıra göç etmiş çocuklarda 1,574 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. Göç durumu değişkeni, 5 modelde de istatistiksel olarak anlamlıdır.

İshalin yaygınlığı referans kategori 2008 dönemine göre 1993 döneminde 1,461 kat ve 1998 döneminde 1,861 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. İshalin yaygınlığının çocukların yaşları açısından dağılımı incelendiğinde 48-60 aylık çocuklara göre 11 aydan küçük çocuklarda 2,383 kat, 12-23 aylık çocuklarda 3,708 kat ve 24-47 aylık çocuklarda 1,889 kat daha yüksektir. İshalin yaygınlığı erkek çocuklarda daha yüksek olup hesaplanan odds oranı 1,140'dır.

Eğitim düzeyi arttıkça ishalin yaygınlığının azaldığı belirlenmiştir. İshalin yaygınlığı, yaşanan bölge açısından farklılık göstermektedir. Batı Bölgesi'ne göre Orta ve Doğu Bölgeleri için hesaplanan odds oranı anlamlı şekilde daha yüksektir. Annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından ishalin yaygınlığına bakıldığında, Batı Bölgesi'ne göre Kuzey dışındaki diğer bölgeler için hesaplanan odds oranı 1'in üzerinde olup, istatistiksel olarak anlamlıdır.

**Tablo 28. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda İshalin Yaygınlığı Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları**

Değişkenler	1. Model	2. Model	3. Model	4. Model	5. Model
<b>Göç Durumu</b>					
Kentte Yaşıyor (Ref)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Kırda Yaşıyor	1,581*	1,503*	1,171*	1,316*	1,134*
Kırdan Kente Göç Etmış	1,212*	1,182*	1,015	1,111	1,017
Kentten Kıra Göç Etmış	1,574*	1,510*	1,334*	1,400*	1,306**
<b>Dönem</b>					
1993	(x)	1,469*	1,364*	1,531*	1,461*
1998	(x)	1,888*	1,789*	1,953*	1,861*
2008 (Ref)	(x)	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>Yaş (Ay)</b>					
≤11	(x)	(x)	2,522*	(x)	2,383*
12-23	(x)	(x)	3,839*	(x)	3,708*
24-47	(x)	(x)	1,917*	(x)	1,889*
48-60 (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	(x)	(x)	1,138**	(x)	1,140*
Kız (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş	(x)	(x)	2,218*	(x)	1,564*
İlkokul	(x)	(x)	1,493*	(x)	1,411*
Ortaokul ve Üzeri (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Yaşanan Bölge</b>					
Batı (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
Güney	(x)	(x)	(x)	0,986	0,987
Orta	(x)	(x)	(x)	1,151**	1,103**
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1,055	1,081
Doğu	(x)	(x)	(x)	1,576*	1,527*
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>					
Batı (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
Güney	(x)	(x)	(x)	1,254**	1,224**
Orta	(x)	(x)	(x)	1,187	1,219**
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1,163	1,123
Doğu	(x)	(x)	(x)	1,744*	1,563*
<b>Nagelkerke R<sup>2</sup></b>	0,011	0,029	0,091	0,063	0,110

(x): Modele dâhil değil; \*p<0,01; \*\*p<0,05

### 5.4.3. Çocukların Doğumdaki Büyüklüğü

Tablo 29'da annenin çocuğunun doğumdaki büyüklüğüne ilişkin görüşüne göre belirlenen dağılım verilmektedir. Tablo incelendiğinde yetersiz (ortalamadan küçük)

doğum büyüklüğü oranının 1998'de %25,1, 2003'te %27,7, 2008'de %24,5 ve 2013'te %21,6 olduğu görülmektedir.

Yetersiz doğum büyüklüğünün göç durumuna göre dağılımına bakıldığında yetersiz doğum büyüklüğü en yüksek oranda kırdaki yaşayan annelerin çocuklarında en az ise kentte yaşayan annelerin çocuklarında görülmektedir. 2013 dönemi itibariyle dört göç kategorisinde de yetersiz doğum büyüklüğü oranı %20'nin üzerindedir. Yetersiz doğum büyüklüğü en az 2-3. doğumda gözlenmektedir. Ayrıca yetersiz doğum büyüklüğü doğum öncesi bakım almayan kadınların çocuklarında daha fazladır.

Yetersiz doğum büyüklüğü en az ortaokul ve üzeri eğitime sahip olan annelerin çocuklarında görülmektedir. 2013 döneminde yetersiz doğum büyüklüğü oranı eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş annelerin çocuklarında %31,3, ilkokul mezunu annelerin çocuklarında %22,0 ve ortaokul ve üzerinde eğitim düzeyindeki annelerin çocuklarında ise %18,1'dir.

Yetersiz doğum büyüklüğü en fazla Doğu Bölgesi'nde gözlenmektedir. Annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından da aynı durum söz konusu olup, yetersiz doğum büyüklüğü çocukluğu Doğu'da geçmiş annelerin çocuklarında daha yüksek oranda görülmektedir.



Tablo 29. Çocuklarda Yetersiz Doğum Büyüklüğünün Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2013)

Değişkenler	1998		2003		2008		2013	
	Çocuk Sayısı	Yetersiz Doğum Büyüklüğü Oranı	Çocuk Sayısı	Yetersiz Doğum Büyüklüğü Oranı	Çocuk Sayısı	Yetersiz Doğum Büyüklüğü Oranı	Çocuk Sayısı	Yetersiz Doğum Büyüklüğü Oranı
<b>Göç Durumu</b>								
Kentte Yaşıyor	1024	21,7	1280	23,7	1351	22,1	1412	21,1
Kırda Yaşıyor	726	32,4	845	34,0	574	28,2	414	25,2
Kırdan Kente Göç Etmiş	633	21,8	836	26,9	677	24,8	676	20,6
Kentten Kıra Göç Etmiş	169	28,6	139	33,1	140	27,9	91	27,5
<b>Doğum Sırası</b>								
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
<b>Doğum Öncesi Bakım</b>								
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
<b>Eğitim</b>								
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
<b>Yaşanan Bölge</b>								
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
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>								
Batı	527	22,4	655	22,0	603	20,1	570	20,0
Güney	285	22,5	405	27,7	335	21,5	365	23,8
Orta	715	24,3	726	26,4	699	20,5	537	17,9
Kuzey	293	20,4	317	26,7	278	25,9	268	16,8
Doğu	735	31,0	993	32,9	826	31,7	849	26,3
<b>Toplam</b>	2593	25,1	3146	27,7	2760	24,5	2659	21,6

Tablo 30’da çocuklarda yetersiz doğum büyüklüğü üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. Göç durumu, yetersiz doğum büyüklüğünü etkilemektedir. Yetersiz doğum büyüklüğü üzerinde sadece göç durumunun etkisinin incelendiği Model 1, yetersiz doğum büyüklüğünün kentte yaşayan çocuklara göre kırdaki yaşayan çocuklarda 1,566 kat ve kentten kıra göç etmiş çocuklarda 1,466 kat daha yüksektir. Referans kategoriye göre kırdan kente göç etmiş çocuklar için hesaplanan odds oranı istatistiksel olarak anlamlı değildir. Eklenen değişken sayısının artması ile göç durumuna ilişkin odds oranlarının azalmasına rağmen göç durumu 5 modelde de istatistiksel olarak anlamlıdır.

Referans kategori 2013 dönemine göre yalnızca 2003 dönemi için hesaplanan odds oranı istatistiksel olarak anlamlıdır. Doğum sırası arttıkça yetersiz doğum büyüklüğü azalmaktadır. Doğum öncesi bakım almayan kadınların çocuklarında yetersiz doğum büyüklüğü 1,339 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Eğitim düzeyi arttıkça yetersiz doğum büyüklüğünün azaldığı belirlenmiştir. Referans kategoriye göre eğitimi olmayan ya da ilköğretim bitirmemiş annelerin çocuklarında yetersiz doğum büyüklüğü 1,922 kat ve ilköğretim mezunu annelerin çocuklarında 1,487 kat daha yüksektir.

Batı Bölgesi’ne göre Kuzey dışındaki diğer üç bölge için hesaplanan odds oranı istatistiksel olarak anlamlıdır. Annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından yetersiz doğum büyüklüğü dağılımına bakıldığında Batı Bölgesi’ne göre Doğu Bölgesi için hesaplanan odds oranı 1,862’dir. Diğer üç bölge için hesaplanan odds oranı istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yaşanılan ve çocukluğun geçtiği bölge açısından Doğu Bölgesi’nin dezavantajlı olduğu söylenebilir.

**Tablo 30. Çocuklarda Yetersiz Doğum Büyüklüğü Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları**

Değişkenler	1. Model	2. Model	3. Model	4. Model	5. Model
<b>Göç Durumu</b>					
Kentte Yaşıyor (Ref)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Kırda Yaşıyor	1,566*	1,528*	1,195*	1,375*	1,152*
Kırdan Kente Göç Etmiş	1,096	1,084	0,926	1,075	0,964
Kentten Kıra Göç Etmiş	1,466*	1,447*	1,286*	1,307*	1,214**
<b>Dönem</b>					
1998	(x)	1,127*	0,892	1,149**	0,917
2003	(x)	1,300*	1,118**	1,314*	1,140**
2008	(x)	1,120*	1,021**	1,135**	1,034
2013 (Ref)	(x)	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>Doğum Sırası</b>					
1	(x)	(x)	1,351*	(x)	1,430*
2-3	(x)	(x)	1,081	(x)	0,937
4+ (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Doğum Öncesi Bakım</b>					
Almış (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
Almamış	(x)	(x)	1,417*	(x)	1,339*
<b>Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş	(x)	(x)	2,142*	(x)	1,922*
İlkokul	(x)	(x)	1,493*	(x)	1,487*
Ortaokul ve Üzeri (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Yaşanan Bölge</b>					
Batı (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
Güney	(x)	(x)	(x)	1,494*	1,510*
Orta	(x)	(x)	(x)	1,330*	1,329*
Kuzey	(x)	(x)	(x)	0,925	0,971
Doğu	(x)	(x)	(x)	1,812*	1,744*
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>					
Batı (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
Güney	(x)	(x)	(x)	0,801	0,774
Orta	(x)	(x)	(x)	0,844	0,850
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1,072	1,044
Doğu	(x)	(x)	(x)	1,011**	1,862**
<b>Nagelkerke R<sup>2</sup></b>	0,010	0,012	0,040	0,029	0,047

(x): Modele dâhil değil; \*p&lt;0,01; \*\*p&lt;0,05

#### 5.4.4. Beş Yaş Altı Çocuklarda Bodurluk

Çocukların yaşlarına göre boy uzunluğu beslenme durumlarını göstermektedir. Tablo 31 ve Tablo 32’de beş yaş altındaki çocuklarda bodurluğun göç durumu ve temel özelliklere

göre dağılımı verilmektedir. Tablolar incelendiğinde ciddi olarak boy kısalığı (-3 SS) 1993 çalışmasında %5,3, 1998 çalışmasında %4,9, 2003 çalışmasında %2,9, 2008 çalışmasında %3,0 ve 2013 çalışmasında %1,9 olarak bulunmuştur. Kısa boyluluk oranı (-2 SS) ise 1993'te %17,3 iken 2013'te %6,7'ye düşmüştür.

Çocuklardaki bodurluğun göç durumuna göre dağılımına bakıldığında bodurluk en yüksek oranda kırsalda yaşayan çocuklarda en düşük oranda ise kentte yaşayan çocuklarda görülmektedir. 2013 dönemi itibariyle çocuklarda ciddi boy kısalığı kentlerde yaşayan çocuklarda %1,4 ve kırsalda yaşayan çocuklarda ise %4,3'tür. Kısa boyluluk ise kentlerde %5,2 ve kırsalda %12,5'tir.

Bodurluk yaş dağılımı açısından 11 ay ve daha küçük bebeklerde en az orandadır. Bodurluk cinsiyet açısından birbirine yakındır.

Bodurluk, eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş annelerin çocuklarında daha yüksek oranda görülmektedir. Diğer bir ifadeyle anne eğitim düzeyi arttıkça çocuklarda bodurluk görülme oranı azalmaktadır.

Bodurluk Doğu Bölgesi'nde yaşayan çocuklarda diğer dört bölgeye göre daha yüksek oranda görülmektedir. Annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından da aynı durum söz konusu olup; bodurluk en yüksek Doğu Bölgesi'nde yaşayan çocuklarda, en düşük oranda ise Batı Bölgesi'nde yaşayan çocuklarda görülmektedir.

**Tablo 31. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Bodurluğun Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-1998)**

Değişkenler	1993			1998		
	Çocuk Sayısı	-3 SS Altında (%)	-2 SS Altında (%)	Çocuk Sayısı	-3 SS Altında (%)	-2 SS Altında (%)
<b>Göç Durumu</b>						
Kentte Yaşıyor	838	2,6	10,7	819	4,0	9,9
Kırda Yaşıyor	793	9,8	25,3	571	6,3	19,6
Kırdan Kente Göç Etmiş	634	3,8	16,2	518	4,4	12,3
Kentten Kıra Göç Etmiş	106	3,8	19,8	137	8,0	15,3
<b>Yaş (Ay)</b>						
≤11	514	0,6	6,0	423	0,2	2,4
12-23	622	2,1	16,1	575	4,2	12,5
24-47	854	8,7	21,7	708	7,8	18,2
48-60	410	9,0	24,9	370	5,9	18,4
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	1271	5,1	18,3	1120	4,8	13,7
Kız	1129	5,5	16,4	956	5,1	13,1
<b>Anne Eğitim</b>						
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
<b>Yaşanan Bölge</b>						
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
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>						
Batı	514	0,4	8,0	404	2,2	6,7
Güney	275	4,0	15,3	242	2,5	9,1
Orta	612	4,9	16,7	592	2,9	10,0
Kuzey	339	5,3	11,5	226	4,8	11,5
Doğu	634	10,6	30,0	582	10,3	24,8
<b>Toplam</b>	2400	5,3	17,3	2076	4,9	13,4

**Tablo 32. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Bodurluğun Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde 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 (%)
<b>Göç Durumu</b>									
Kentte Yaşıyor	1170	1,7	6,7	985	1,5	8,1	1040	1,4	5,2
Kırda Yaşıyor	767	5,1	17,2	405	5,4	16,5	328	4,3	12,5
Kırdan Kente Göç Etmiş	749	2,4	9,0	502	3,4	11,8	544	1,3	5,3
Kentten Kıra Göç Etmiş	129	4,7	14,0	103	5,8	16,5	68	2,9	13,2
<b>Yaş (Ay)</b>									
≤11	766	1,8	5,7	353	1,1	5,1	388	0,0	4,9
12-23	625	1,3	11,2	512	2,5	11,3	494	2,6	7,9
24-47	1087	4,6	13,1	771	4,8	14,3	782	2,3	6,9
48-60	373	2,9	10,7	372	1,9	9,7	365	1,9	6,6
<b>Cinsiyet</b>									
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
<b>Eğitim</b>									
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
<b>Yaşanan Bölge</b>									
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
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>									
Batı	583	0,2	5,1	435	1,6	9,0	426	0,9	4,2
Güney	370	2,7	10,0	263	2,7	8,4	285	1,8	4,9
Orta	664	2,9	9,2	510	1,0	6,5	389	2,3	7,5
Kuzey	289	2,1	8,0	203	2,0	8,4	227	1,3	4,8
Doğu	905	5,1	15,7	582	6,4	19,1	651	2,5	8,9
<b>Toplam</b>	2852	2,9	10,4	2009	3,0	11,1	2029	1,9	6,7

Tablo 33'te beş yaş altındaki çocuklarda bodurluk üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesi için yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. Bodurluk üzerinde sadece göç durumunun etkisinin incelendiği 1. Model bodurluğun kentte yaşayan çocuklara göre kırdan yaşayan çocuklarda 2,795 kat, kırdan kente göç etmiş çocuklarda 1,430 kat ve kentten kıra göç etmiş çocuklarda 2,181 kat daha

yüksek olduğunu göstermektedir. Göç durumu değişkeni, 5 modelde de istatistiksel olarak anlamlıdır.

Bodurluğun döneme göre değişim durumu incelendiğinde 2013 dönemine göre diğer dört dönemde daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Bodurluk yaşla birlikte artmaktadır. Referans kategori 11 ay ve daha küçük çocuklara göre bodurluk 12-23 aylık çocuklarda 3,028 kat, 24-47 aylık çocuklarda 4,444 kat ve 48-60 aylık çocuklarda ise 4,448 kat daha yüksektir. Bodurluk cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık göstermemiştir.

Annenin eğitim düzeyi arttıkça çocuklarda bodurluğun azaldığı belirlenmiştir. Bodurluk, bölgesel olarak farklılık göstermektedir. Batı Bölgesi'nde yaşayan çocuklara göre bodurluk Orta Bölge'de 1,205 kat ve Doğu Bölgesi'nde 1,995 kat istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından bodurluk, Batı Bölgesi'ne göre Orta Bölge'de 1,248 ve Doğu Bölgesi'nde 1,473 kat daha yüksektir.

**Tablo 33. Beş Yaş Altındaki Çocuklarda Bodurluk Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları**

Değişkenler	1. Model	2. Model	3. Model	4. Model	5. Model
<b>Göç Durumu</b>					
Kentte Yaşıyor (Ref)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Kırda Yaşıyor	2,795*	2,577*	1,910*	2,208*	1,835*
Kırdan Kente Göç Etmış	1,430*	1,388*	1,058	1,294*	1,076
Kentten Kıra Göç Etmış	2,181*	2,066*	1,747*	1,822*	1,647*
<b>Dönem</b>					
1993	(x)	2,491*	2,139*	2,828*	2,471*
1998	(x)	1,917*	1,722*	2,104*	1,890*
2003	(x)	1,448*	1,442*	1,504*	1,534*
2008	(x)	1,664*	1,587*	1,769*	1,669*
2013 (Ref)	(x)	1,000	1,000	1,000	1,000
<b>Yaş (Ay)</b>					
≤11 (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
12-23	(x)	(x)	2,827*	(x)	3,028*
24-47	(x)	(x)	3,965*	(x)	4,444*
48-60	(x)	(x)	3,808*	(x)	4,448*
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	(x)	(x)	1,010	(x)	1,003
Kız (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş	(x)	(x)	4,713*	(x)	3,249*
İlkokul	(x)	(x)	1,724*	(x)	1,665*
Ortaokul ve Üzeri (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Yaşanan Bölge</b>					
Batı (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
Güney	(x)	(x)	(x)	1,160	1,159
Orta	(x)	(x)	(x)	1,201**	1,205**
Kuzey	(x)	(x)	(x)	0,906	0,949
Doğu	(x)	(x)	(x)	1,943*	1,995*
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>					
Batı (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
Güney	(x)	(x)	(x)	1,220**	1,151
Orta	(x)	(x)	(x)	1,250**	1,248**
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1,243**	1,143
Doğu	(x)	(x)	(x)	1,951*	1,473*
<b>Nagelkerke R<sup>2</sup></b>	0,038	0,054	0,140	0,102	0,165

(x): Modele dahil değil; \*p<0,01; \*\*p<0,05



#### 5.4.5. Beş Yaş Altı Çocuklarda Fazla Ağırlık/Obezite

Tablo 34'te 2013 dönemi için boya ve yaşa göre fazla ağırlık/obezitenin dağılımı verilmektedir. Tablo 33 incelendiğinde, boya göre fazla ağırlık/obezite oranının %8,6 ve yaşa göre fazla ağırlık/obezite oranının ise %6,6 olduğu görülmektedir.

Tablo 34, fazla ağırlık/obezitenin kentlerde yaşayan, 12-24 aylık çocuklarda ve kızlarda daha yaygın, kırdaki yaşayan, 24-47 aylık çocuklarda ve erkeklerde daha düşük olduğuna işaret etmektedir. Anne eğitim düzeyi arttıkça çocuklarda fazla ağırlık/obezite oranı artmakta, diğer bir ifadeyle fazla ağırlık/obezite oranı ile annenin eğitim düzeyi arasında pozitif ilişki bulunmaktadır. Boya göre fazla ağırlık/obezite oranı ortaokul ve üzeri mezunu annelerin çocuklarında %10,7, yaşa göre fazla ağırlık/ağırlık oranı ise %8,7'dir. Bu oranlar eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş annelerin çocuklarında sırasıyla %5,9 ve %3,6'dır.

Fazla ağırlık/obezite oranı en fazla Batı'da en az ise Doğu'da görülmektedir. Boya göre fazla ağırlık/obezite oranı Batı Bölgesi'nde %10,5 Doğu Bölgesi'nde ise %4,4'tür. Yaşa göre fazla ağırlık/obezite oranı ise sırasıyla %8,0 ve %4,2'dir. Annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından da aynı durum söz konusu olup, fazla kilo/obezite çocukluğu Batı Bölgesi'nde geçen annelerin çocuklarında en yüksek ve çocukluğu Doğu Bölgesi'nde geçen annelerin çocuklarında ise en azdır.

**Tablo 34. Çocuklarda Boya ve Yaşa Göre Fazla Ağırlık/Obezitenin Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (2013)**

Değişkenler	Çocuk Sayısı	Boya Göre Fazla Ağırlık/Obezite	Yaşa Göre Fazla Ağırlık/Obezite
<b>Göç Durumu</b>			
Kentte Yaşıyor	1040	10,1	7,2
Kırda Yaşıyor	328	5,5	3,4
Kırdan Kente Göç Etmiş	544	7,9	7,4
Kentten Kıra Göç Etmiş	68	4,4	2,9
<b>Yaş (Ay)</b>			
≤11	388	10,1	8,5
12-23	494	12,8	8,3
24-47	782	5,5	5,0
48-60	365	7,7	6,0
<b>Cinsiyet</b>			
Erkek	1112	7,4	5,5
Kız	917	10,0	8,1
<b>Doğum Sırası</b>			
1	555	10,1	8,3
2-3	1147	8,5	6,6
4+	327	6,1	3,7
<b>Anne Eğitim</b>			
Eğitim yok/ İlkokul Bitirmemiş	358	5,9	3,6
İlkokul	753	7,2	5,5
Ortaokul ve üzeri	918	10,7	8,7
<b>Yaşanan Bölge</b>			
Batı	778	10,5	8,0
Güney	302	8,6	6,3
Orta	355	9,9	6,8
Kuzey	137	8,0	7,3
Doğu	457	4,4	4,2
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>			
Batı	426	12,0	9,2
Güney	285	6,7	4,9
Orta	389	10,8	8,7
Kuzey	227	11,0	8,8
Doğu	651	4,6	3,7
<b>Toplam</b>	2029	8,6	6,6

Çocuklarda fazla ağırlık/obezite üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 35'te verilmektedir. Kırdan yaşayanlara göre kentte yaşayan ve kırdan kente göç etmiş çocuklara obezite daha yüksektir.

Fazla kilo/obezite, 11 ay ve daha küçük ve 12-23 aylık çocuklarda daha yüksek olup, bu gruplar için hesaplanan odds oranları istatistiksel olarak anlamlıdır.

Cinsiyet açısından incelendiğinde, kız çocuklar daha fazla risk altındadır. Boya göre fazla ağırlık/obezite, erkeklere göre kızlarda 1,475 kat ve yaşa göre fazla ağırlık/obezite 1,710 kat daha yüksektir. Fazla kilo/obezite ilkökul, ortaokul ve üzerindeki annelerin çocuklarında daha yüksektir.

Doğu Bölgesi'nde yaşayan çocuklara göre diğer bölgelerde yaşayan çocuklarda fazla ağırlık/obezite sorunu daha fazla görülmektedir. Annenin çocukluğunun geçtiği bölge açısından ise Doğu Bölgesi'nde çocukluğu geçmiş annelerin çocuklarına göre Batı Bölgesi'nde çocukluğu geçmiş annelerin çocuklarında istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir.

**Tablo 35. Çocuklarda Obezite Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları**

Değişkenler	Boya Göre Fazla Ağırlık/Obesite	Yaşa Göre Fazla Ağırlık/Obesite
<b>Göç Durumu</b>		
Kırda Yaşıyor (Ref)	1,000	1,000
Kentte Yaşıyor	1,494*	1,780**
Kırdan Kente Göç Etmiş	1,287*	2,216*
Kentten Kıra Göç Etmiş	0,817	0,788
<b>Yaş (Ay)</b>		
≤11	1,317**	1,652**
12-23	1,669**	1,457**
24-47	0,657	0,909
48-60 (Ref)	1,000	1,000
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek (Ref)	1,000	1,000
Kız	1,475*	1,710*
<b>Eğitim</b>		
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş (Ref)	1,000	1,000
İlkokul	0,919	1,162**
Ortaokul ve Üzeri	1,068**	1,557**
<b>Yaşanan Bölge</b>		
Batı	1,163**	1,629**
Güney	2,041*	1,302**
Orta	1,187**	1,484**
Kuzey	0,721	1,580**
Doğu (Ref)	1,000	1,000
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>		
Batı	1,232**	1,900**
Güney	1,073	1,005
Orta	1,002	1,080
Kuzey	0,088	0,980
Doğu (Ref)	1,000	1,000
<i>Nagelkerke R<sup>2</sup></i>	0,080	0,071

#### 5.4.6. Kadınlarda Obezite

Tablo 36'da kadınlarda obezitenin göç durumu ve temel özelliklere göre dağılımı verilmektedir. 1998 döneminde %21,7 olan obezite oranı, 2003 ve 2008 dönemlerinde %34'e yükselmiş ve 2013 döneminde %26,5'e düşmüştür.

Kadınlarda obezitenin göç durumuna göre dağılımına bakıldığında obezite kırdan kente göç etmiş kadınlarda en yüksek, kentte yaşayan kadınlarda ise en düşüktür. 2013 dönemi itibariyle kentlerde yaşayan kadınlar dışında diğer üç göç kategorisinde obezite oranı %30'un üzerindedir.

Obezite, yaşla birlikte artmaktadır. Obezite 15-19 yaş aralığındaki kadınlarda en düşük 40-49 yaş aralığındaki kadınlarda ise en yüksek orandadır. 2013 çalışmasında obezite, 15-19 yaş grubundaki kadınlarda %4,4 ve 40-49 yaş grubundaki kadınlarda %51,1'dir.

Obezitenin yaygınlığı, eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş kadınlarda en yüksek, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki kadınlarda ise en düşük orandadır. Obezitenin yaygınlığı doğum sayısı arttıkça artmaktadır. 2013 döneminde obezitenin yaygınlığı doğum yapmamış kadınlarda %7,8 iken dört ve üzerinde doğum yapmış kadınlarda ise %53,7'dir.

Obezite, oranlar birbirine yakın olmakla birlikte çalışmayan kadınlarda daha yüksektir. Obezitenin yaygınlığı, 1998'de çalışan kadınlarda %19,0 iken 2013'te % 27,5'e yükselmiştir. Çalışmayan kadınlarda bu oranlar sırasıyla %23,2 ve %29,6'dır.

Obezitenin yaygınlığı, yaşanan bölge açısından farklılık göstermektedir. Obezite oranı, Orta ve Doğu Bölge'lerinde yaşayan kadınlarda en düşüktür. 2013 dönemi itibariyle kadınlarda obezitenin yaygınlığı tüm bölgeler için %20'nin üzerindedir. Kadınların çocukluğunun geçtiği bölge için de aynı durum söz konusudur.

Tablo 36. Kadınlarda Obezitenin Yaygınlığının Göç Durumu ve Temel Özelliklere Göre Yüzde Dağılımı (1993-2013)

Değişkenler	1998		2003		2008		2013	
	Kadın Sayısı	Obezite	Kadın Sayısı	Obezite	Kadın Sayısı	Obezite	Kadın Sayısı	Obezite
<b>Göç Durumu</b>								
Kentte Yaşıyor	3252	17,6	2996	29,4	3038	30,5	4740	21,1
Kırda Yaşıyor	2192	20,6	1858	36,1	1289	37,9	1357	31,6
Kırdan Kente Göç Etmiş	1687	30,8	2159	41,9	1724	40,5	1711	36,9
Kentten Kıra Göç Etmiş	388	23,5	248	27,8	281	29,2	258	31,0
<b>Yaş</b>								
15-19	1550	2,2	181	3,9	127	7,1	1419	4,4
20-29	2522	11,2	2156	16,0	1789	17,0	2287	13,3
30-39	2063	29,5	2720	33,7	2399	32,6	2563	31,8
40-49	1503	48,7	2334	55,4	2110	53,4	1947	51,1
<b>Eğitim</b>								
Eğitim yok/ İlk. Bitirmemiş	1641	34,2	1600	45,9	1148	44,1	1002	42,0
İlkokul	4613	21,1	4020	36,7	3388	39,6	2877	41,6
Ortaokul ve Uzeri	1384	8,8	1771	19,9	1888	19,8	4338	12,9
<b>Doğum Sayısı</b>								
0	2635	4,7	526	21,1	496	17,7	2869	7,8
1	951	14,4	1368	17,3	1242	16,9	1065	22,1
2-3	2517	29,1	3721	35,1	3357	37,1	3298	36,1
4+	1534	43,3	1776	51,3	1329	51,2	985	53,7
<b>Çalışma Durumu</b>								
Çalışıyor	2748	19,0	2035	32,1	1326	35,9	1583	27,5
Çalışmıyor	4877	23,2	5356	35,6	2656	32,6	2954	29,6
<b>Yaşanan Bölge</b>								
Batı	2809	22,0	3053	33,6	2875	33,4	3432	27,2
Güney	1147	23,0	942	33,8	789	35,0	1051	29,9
Orta	1805	22,8	1718	38,2	1429	36,6	1706	23,9
Kuzey	626	26,4	545	41,7	409	37,4	601	29,1
Doğu	1251	15,8	1133	29,6	923	33,6	1426	24,4
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>								
Batı	1942	21,2	1898	32,4	1740	33,4	2312	23,7
Güney	884	21,3	868	32,4	779	34,7	1015	29,6
Orta	2111	23,3	1934	38,4	1681	35,3	1906	26,3
Kuzey	906	26,4	905	40,2	750	37,2	847	32,1
Doğu	1678	18,2	1650	31,6	1378	34,6	1977	26,3
<b>Toplam</b>	7638	21,7	7391	34,7	6425	34,6	8217	26,5

Tablo 37’de kadınlarda obezitenin yaygınlığı üzerinde göç durumu ve temel özelliklerin etkisinin belirlenmesine ilişkin yürütülen lojistik regresyon analizi sonuçları verilmektedir. Obezite üzerinde sadece göç durumunun etkisinin incelendiği 1. model obezitenin kentte yaşayan kadınlara göre kırdan yaşayan kadınlarda 1,379 kat, kırdan kente göç etmiş kadınlarda 1,918 kat ve kentten kıra göç etmiş kadınlarda 1,189 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. Eklenen değişken sayısının artması ile göç durumuna ilişkin odds oranları azalmaktadır. Ancak göç durumu 5 modelde de istatistiksel olarak anlamlıdır.

Obezite, referans kategori 1998 dönemine göre 2003 döneminde 1,419 kat, 2008 döneminde 1,460 kat ve 2013 döneminde 1,551 kat daha yüksektir. Yaş arttıkça obezite de artmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça obezitenin yaygınlığının azaldığı belirlenmiştir. Referans kategoriye göre eğitimi olmayan ya da ilköğretim bitirmemiş kadınlarda obezite 2,441 kat ve ilköğretim mezunu kadınlarda 2,159 kat daha yüksektir.

Doğum sayısı arttıkça obezitenin yaygınlığı artmaktadır. Çalışan kadınlara göre çalışmayan kadınlarda obezite 1,015 kat daha yüksektir.

Obezitenin yaygınlığı kadınların yaşadığı ve çocukluklarının geçtiği bölgeye göre farklılık göstermektedir. Doğu Bölgesi’ne göre diğer bölgelerde obezite daha yüksektir. Çocukluğun geçtiği bölge değişkeni açısından da aynı durum görülmektedir.

**Tablo 37. Kadınlarda Obezitenin Yaygınlığı Üzerinde Göç Durumu ve Temel Özelliklerin Etkisinin Belirlenmesi İçin Yapılan Analiz Sonuçları**

Değişkenler	1. Model	2. Model	3. Model	4. Model	5. Model
<b>Göç Durumu</b>					
Kentte Yaşıyor (Ref)	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Kırda Yaşıyor	1,379*	1,407*	1,906*	1,451*	1,914**
Kırdan Kente Göç Etmiş	1,918*	1,871*	1,089**	1,856*	1,107*
Kentten Kıra Göç Etmiş	1,189*	1,217*	1,044	1,238*	1,050
<b>Dönem</b>					
1998 (Ref)	(x)	1,000	1,000	1,000	1,000
2003	(x)	1,878*	1,406*	1,863*	1,419*
2008	(x)	1,930*	1,433*	1,989*	1,460*
2013	(x)	1,378*	1,508*	1,439*	1,551*
<b>Yaş</b>					
15-19 (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
20-29	(x)	(x)	2,792*	(x)	2,774*
30-39	(x)	(x)	5,833*	(x)	5,683*
40-49	(x)	(x)	12,367*	(x)	11,679*
<b>Eğitim</b>					
Eğitimi Yok/İlkokul Bitirmemiş	(x)	(x)	2,161*	(x)	2,441*
İlkokul	(x)	(x)	2,144*	(x)	2,159*
Ortaokul ve Üzeri (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
<b>Doğum Sayısı</b>					
0 (Ref)	(x)	(x)	1,000	(x)	1,000
1	(x)	(x)	1,260*	(x)	1,236*
2-3	(x)	(x)	1,762*	(x)	1,743*
4+	(x)	(x)	2,293*	(x)	2,419*
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışıyor (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
Çalışmıyor	(x)	(x)	(x)	1,123*	1,015**
<b>Yaşanan Bölge</b>					
Batı	(x)	(x)	(x)	1,150*	1,065**
Güney	(x)	(x)	(x)	1,291*	1,181**
Orta	(x)	(x)	(x)	1,191*	1,220*
Kuzey	(x)	(x)	(x)	1,262*	1,346*
Doğu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Çocukluğun Geçtiği Bölge</b>					
Batı	(x)	(x)	(x)	3,728*	3,074*
Güney	(x)	(x)	(x)	3,536*	2,645**
Orta	(x)	(x)	(x)	3,883*	2,643**
Kuzey	(x)	(x)	(x)	4,132*	2,704**
Doğu (Ref)	(x)	(x)	(x)	1,000	1,000
<b>Nagelkerke R<sup>2</sup></b>	0,021	0,041	0,244	0,145	0,249

(x): Modele dahil değil, \*p<0,01; \*\*p<0,05

## 5.5. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİNİN SONUÇLARI

Tablo 38’de göç durumu ve dönemin sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsü üzerindeki etkisine ilişkin kurulan hipotez sonuçları görülmektedir. Hipotezlerin değerlendirilmeleri analizlerdeki Model 5 (tüm değişkenlerin yer aldığı model) sonuçları dikkate alınarak yapılmıştır. Göç durumunun sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü üzerindeki etkisine ilişkin kurulan H1 ve H8 hipotez sonuçlarının anlamlı olduğu saptanmıştır.

Dönemin etkisine ilişkin kurulan hipotezlerin sonuçlarına bakıldığında H2 ve H7 hipotezlerinin tamamının kabul edildiği görülmektedir.

**Tablo 38. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 1, 2, 7, 8)**

Hipotez	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Sonuç	Hipotez	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Sonuç
H1a	Doğum öncesi bakım	Göç Durumu	Kabul	H2a	Doğum öncesi bakım	Dönem	Kabul
H1b	Doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi		Kabul	H2b	Doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi		Kabul
H1c	Doğum sonrası bakım		Kabul	H2c	Doğum sonrası bakım		Kabul
H1d	Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı		Kabul	H2d	Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı		Kabul
H1e	Sezaryen doğum		Kabul	H2e	Sezaryen doğum		Kabul
H8a	Beş yaş altı ölümü		Kabul	H7a	Beş yaş altı ölümü		Kabul
H8b	Beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı		Kabul	H7b	Beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı		Kabul
H8c	Çocukların doğumdaki büyüklüğü		Kabul	H7c	Çocukların doğumdaki büyüklüğü		Kabul
H8d	Beş yaş altı çocuklarda bodurluk		Kabul	H7d	Beş yaş altı çocuklarda bodurluk		Kabul
H8e	Beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite		Kabul	H7e	Beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite		-
H8f	Kadınlarda obezite	Kabul	H7f	Kadınlarda obezite	Kabul		

Tablo 39’da sosyo-demografik faktörlerin (H3) ve sosyo-ekonomik faktörlerin (H4) sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisi için kurulan hipotez sonuçları verilmektedir. Hipotez sonuçlarına göre beş yaş altı ölümü ve bodurluk üzerinde cinsiyet değişkeninin anlamlı olmadığı ve diğer tüm değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu



saptanmıştır. Bu sonuçlar H3 ve H4 hipotezlerinin kabul edildiğine, H5 ve H6 hipotezlerinin kısmen kabul edildiğine işaret etmektedir.

**Tablo 39. Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları (Hipotez 3, 4, 5, 6)**

Hipotez	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Sonuç	Hipotez	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Sonuç
H3a	Doğum öncesi bakım	Eğitim	Kabul	H4a	Doğum öncesi bakım	Yaşanan bölge	Kabul
		Eş Eğitim	Kabul			Çocukluğun geçtiği bölge	Kabul
		Doğum Sırası	Kabul			Sağlık sigortası	Kabul
H3b	Doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi	Eğitim	Kabul	H4b	Doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi	Yaşanan bölge	Kabul
		Eş Eğitim	Kabul			Çocukluğun geçtiği bölge	Kabul
		Doğum Sırası	Kabul			Sağlık sigortası	Kabul
H3c	Doğum sonrası bakım	Eğitim	Kabul	H4c	Doğum sonrası bakım	Yaşanan bölge	Kabul
		Eş Eğitim	Kabul			Çocukluğun geçtiği bölge	Kabul
		Doğum Sırası	Kabul			Sağlık sigortası	Kabul
H3d	Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı	Yaş	Kabul	H4d	Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı	Çalışma durumu	Kabul
		Eğitim	Kabul			Yaşanan bölge	Kabul
		Eş Eğitim	Kabul			Çocukluğun geçtiği bölge	Kabul
		Yaşayan çocuk sayısı	Kabul			Sağlık sigortası	Kabul
H3e	Sezaryen doğum	Doğumdaki yaş	Kabul	H4e	Sezaryen doğum	Yaşanan bölge	Kabul
		Eğitim	Kabul			Çocukluğun geçtiği bölge	Kabul
		Doğum sırası	Kabul			Sağlık sigortası	Kabul
		Doğumun yapıldığı sağlık kurumu	Kabul				
H5a	Beş yaş altı ölümü	Cinsiyet	Ret	H6a	Beş yaş altı ölümü	Yaşanan bölge	Kabul
		Eğitim	Kabul			Çocukluğun geçtiği bölge	Kabul
H5b	İshalin yaygınlığı	Yaş	Kabul	H6b	İshalin yaygınlığı	Yaşanan bölge	Kabul
		Cinsiyet	Kabul			Çocukluğun geçtiği bölge	Kabul
		Eğitim	Kabul			Yaşanan bölge	Kabul
H5c	Doğumdaki büyüklük	Doğum sırası	Kabul	H6c	Doğum büyüklüğü	Çocukluğun geçtiği bölge	Kabul
		Doğum öncesi bakım	Kabul				
		Eğitim	Kabul				
H5d	Bodurluk	Yaş	Kabul	H6d	Bodurluk	Yaşanan bölge	Kabul
		Cinsiyet	Ret			Çocukluğun geçtiği bölge	Kabul
		Eğitim	Kabul			Yaşanan bölge	Kabul
H5e	Çocuklarda fazla ağırlık/obezite	Yaş	Kabul	H6e	Çocuklarda fazla ağırlık/obezite	Çocukluğun geçtiği bölge	Kabul
		Cinsiyet	Kabul				
		Eğitim	Kabul				
H5f	Kadınlarda obezite	Yaş	Kabul	H6f	Kadınlarda obezite	Çalışma durumu	Kabul
		Eğitim	Kabul			Yaşanan bölge	Kabul
		Doğum sayısı	Kabul			Çocukluğun geçtiği bölge	Kabul

## 6. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu çalışmada, Türkiye’de iç göçün sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü üzerine etkisinin belirlenmesi, demografik ve ekonomik değişkenlerin sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsüne etkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Ayrıca Türkiye’nin sağlık hizmetleri ve sağlık statüsü göstergelerindeki değişimin ortaya konması da araştırmanın amaçları arasında yer almıştır. Bu bölümde, çalışmanın bulgularının tartışılması amaçlanmıştır.

#### **Bulgu 1: İç göçün sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü üzerine etkisi vardır.**

İç göç, sağlık hizmetleri kullanımının önemli bir sosyal belirleyicisidir. Göçmenlerin sağlık hizmetleri kullanımında karşılaştıkları sorunlar ve göç durumunun sağlık statüsüne yansımaları dikkat çeken konu başlıkları arasında yer almaktadır. İç göç, sağlık hizmetlerine erişimde engeller oluşturarak göçmenlerin sağlık statüsünde olumsuz yansımalara sebep olabilmektedir (Gong vd., 2012: 843; Babu vd., 2010: 54, Zhou vd., 2009: 170; Shaokang vd., 2002: 53). Yeni bir yerde sağlık sistemine henüz yabancı olan göçmen kadınlar, gebelik süresince göç ettikleri kentte kalmaları durumunda, ana çocuk sağlığı hizmetlerinden en az yararlanan ve en dezavantajlı grubu oluşturmaktadır (Gu vd., 2017: 124-126; Sengupta vd., 2017: 1188; Mou vd., 2013: 27).

İç göç ve sağlık statüsü arasındaki ilişki karmaşıktır. Sağlık statüsü, iç göçü hem engelleyebilmekte hem de teşvik edebilmektedir (Ginsburg vd., 2016: 60). Bu karmaşıklık, sağlık statüsünün yalnızca göç değişkeniyle açıklanamaması ve göç sırasında yaşam koşulları ve davranışlarındaki değişikliklerin de etkili olmasından kaynaklanmaktadır (Song ve Sun, 2016: 1252). Ekonomik amaçlı yapılan iç göçün genellikle olumsuz sağlık sonuçlarına neden olduğuna dikkat çekilmektedir (Gerritsen vd., 2013: 4). İç göç ve sağlık statüsü sorunlarının giderek arttığı (Mou vd., 2015: 1328) ve iç göçün bulaşıcı hastalıklar, ana çocuk sağlığı, akıl sağlığı gibi sağlık sorunlarına yol açtığı belirtilmektedir (Hu vd., 2008: 1717). Göçmen kadınların kentte doğan çocuklarının da sosyal ve demografik özelliklere göre dezavantajlı olduğu saptanmıştır.

Göçün süresinin, kentli çocukların sağlık statüsü üzerinde olumsuz bir etkiye sebep olduğu ve göçmen annelerin çocuklarının sağlık statüsünün göç etmeyen ailelerin çocuklarıyla karşılaştırıldığında daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Anil Kumar vd., 2016: 140-142).

*İç göçün doğum öncesi bakım alma, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme ve doğum sonrası bakım alma üzerinde etkisi vardır.* Bu çalışmada, doğum öncesi bakım alma, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme ve doğum sonrası bakım almanın kırdan yaşayanlara göre kentte yaşayanlarda, kırdan kente göç etmişlerde ve kentten kıra göç etmişlerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışma bulgularına göre, kentte yaşayanlar, sağlık hizmetlerinden en fazla yararlanan grubu oluşturmaktadır. Mekonnen ve Mekonnen (2003: 376) tarafından yapılan çalışmada da, kentte yaşayan kadınların kırdan yaşayan kadınlara göre 4 kat fazla doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir. Beşer vd. (2007: 140), kentte yaşayan kadınların kırdan yaşayan kadınlara göre daha yüksek düzeyde doğum öncesi bakım hizmeti aldığını ortaya koymuştur. Smith ve Sulzbach (2008: 2469), kentsel alanlarda yaşayanların sağlık kurumlarında doğumu gerçekleştirme olasılığının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Fort vd. (2006: 25), doğum sonrası bakım almanın kentlerde daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Sağlık hizmetleri genellikle kentsel alanlarda yoğunlaştığı için, kentte yaşayanlar daha iyi sağlık imkânlarına sahip olmakta ve ana çocuk sağlığı göstergeleri açısından daha iyi durumda olmaktadır (Kusuma vd., 2013: 1202). Stephenson ve Matthews (2004: 3), Hindistan'da yaptıkları bir çalışmada, doğum öncesi bakım alma oranlarının kırdan kente göç edenler ile kentte yaşayan kadınlarda yüksek olmasını, kentte ana çocuk sağlığı hizmetlerinin daha fazla bulunabilirliği ile ilişkilendirmektedir.

Bu çalışmada sağlık hizmetleri kullanım göstergelerine göre kentte yaşayanları, kırdan kente göç etmişler ve kentten kıra göç etmişler takip etmektedir. Kırdan kente göç edenlerin kentte yerleşik olanlara göre ana çocuk sağlığı hizmetlerini daha düşük düzeyde kullandığını ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Hu vd., 2008: 1717; Subaiya, 2007: 8). Deniz ve Etlan (2009: 496) tarafından Van ilinde yapılan çalışmada, kente göç eden göçmenlerin % 40'ının yeşil kart ve % 30'unun Sosyal Güvenlik Kurumu aracılığıyla sağlık hizmetlerinden yararlandığı ve %30'unun ise sağlık sigortası olmadığı tespit edilmiştir. Kırdan kente göç eden göçmenler, sağlık sigortası olmadığı için genellikle

kendi olanaklarıyla hizmet almaktadır. Bu durum, ana çocuk sağlığı hizmetlerine erişimde de sorunların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Kentte yaşayanlara göre diğer gruplarda düşük düzeyde sağlık hizmeti kullanımı, hastaneye uzaklık, sağlık sigortası eksikliği gibi sosyoekonomik sebeplerle açıklanmaktadır. Kırdan kente göç edenler, genellikle düşük gelirli işlerde çalışmaları sebebiyle banliyö sanayi bölgelerinde, kasaba fabrikalarını çevreleyen kiralık evlerde ya da gecekondu bölgelerinde yaşamaktadırlar. Sağlık kurumları genellikle kalabalık kent merkezlerinde toplandığı için, bu bölgelerde oturan göçmenler ana çocuk sağlığı hizmetlerini yetersiz düzeyde kullanabilmektedir (Gu vd., 2017: 124-126). Bununla birlikte kırdan kente göç edenler, göç ettikleri bölgede ana çocuk sağlığı hizmetleri ve hizmetin alındığı yer konusunda bilinçsiz olabilmektedir (Kusuma vd., 2013: 1202).

Çalışma bulguları, kırdan yaşayan kadınların doğum öncesi ve sonrası bakım alma, sağlık kuruluşunda doğum yapma hizmetlerini en düşük düzeyde kullandığını ortaya koymaktadır. Tezcan ve Eryurt (2006: 21), kırdan yaşayan kadınların ancak %20'sinin yeterli doğum öncesi bakım hizmeti alabildiğini belirtmektedir. Zambiyalı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, kırdan yaşayan ve sağlık kuruluşuna uzak olan kadınların sağlık kuruluşunda doğum yapma olasılığı daha düşük bulunmuştur (Gabrysch vd., 2011: 6). Ononokpono ve Odimegwu (2014: 4) tarafından yapılan çalışmada da, kırdan yaşayan kadınların kentte yaşayanlara göre sağlık kuruluşunda doğum yapma olasılığı %61 daha düşük bulunmuştur. Ergin vd. (2010: 5), kırsal bölgede doğum sonrası bakım hizmetlerine yönelik lohusalık döneminde verilen hizmetlerin kentsel alanlara göre daha düşük düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Stephenson ve Matthews (2004: 3), kırdan yaşayan kadınların ana çocuk sağlığı hizmetlerinden yeterince yararlanamamasında bazı engellerinin olduğuna işaret etmektedir. Kırdan yaşayan kadınlar genellikle evde doğum yapmaktadır. Kırsal alanlarda ana çocuk sağlığı hizmetleri yeterince bulunmamaktadır ve kırdan yaşayan kadınların genellikle hizmet almak için kentlere gitmesi gerekmektedir. Kırdan yaşayan kadınlar, ana çocuk sağlığı hizmetlerinin tedavi amacıyla alınması gereken bir hizmet olduğu algısına sahip olabilmektedir. Hizmete erişimde karşılaştıkları maliyetler ve doğumla ilgili tutumlar da, bu kadınlar için ana çocuk sağlığı hizmetlerinin alınmasında engel oluşturabilmektedir. Doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme konusunda ekonomik faktörler, kırdan yaşayan kadınlar için önemli bir engel

oluşturmaktadır. Kırdaki yaşayan kadınlar için evde doğum yapmaya göre sağlık kuruluşunda doğum yapmanın yüksek maliyetleri bulunmaktadır (Kitui vd., 2013: 7).

*Gebeliği önleyici yöntem kullanımı, iç göçten etkilenmektedir.* Bu çalışma bulgularından hareketle, kırdaki yaşayanlara göre kentte yaşayanlarda, kırdan kente göç etmişlerde ve kentten kıra göç etmişlerde gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı yüksektir. Rahman vd. (2010: 109) tarafından yürütülen çalışmada, kent kadınlarının kırdaki yaşayan kadınlara göre daha yüksek oranda gebeliği önleyici modern yöntem kullandığı tespit edilmiştir. Unumeri vd. (2015: 1863), benzer bulguyu elde etmiştir. Olalekan ve Olufunmilayo (2012: 222), kırdaki yaşayan kadınların kentte yaşayanlara göre gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı düzeylerinin düşük olduğunu tespit etmiştir. Bu durum, kır-kent arasındaki eşitsizlik ile açıklanmıştır. Çalışmaya göre, kırsal alanlarda kapsamlı sağlık merkezleri ve gebeliği önleyici sağlık hizmetlerine yönelik merkezlerin kolayca bulunamadığından böyle bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte çalışmada yan etki endişesi, yüksek maliyetler ve yöntemin etkisizliği gibi sebeplerin hem kırdaki hem de kentte yaşayan kadınlar için gebeliği önleyici modern yöntem kullanımında engel oluşturabileceği belirtilmektedir. Ejembi vd. (2015: 35), Nijerya'da yürüttükleri çalışmada, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının ikamet edilen yerin özellikleriyle ilişkili olabileceğini ortaya koymaktadır. Kentlerde daha gelişmiş alt yapıların mevcudiyeti ve sağlık hizmetlerine erişimin daha yüksek düzeyde olması sebebiyle, kentlerde modern yöntem kullanımının artabileceğine işaret etmektedir. Ayrıca, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının kentte yaşayanlarda daha fazla olması durumu, kentte yaşayanların kırdaki yaşayanlara göre gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı konusunda daha fazla farkındalığının olmasıyla açıklanabilir (Ozumba vd., 2005: 293).

*İç göç, sezaryen doğumu etkilemektedir.* Sezaryen doğum kırdaki yaşayanlara göre kentte yaşayanlarda 1,343 kat, kırdan kente göç edenlerde 1,225 kat ve kentten kıra göç etmişlerde 1,081 kat daha yüksek bulunmuştur. Hindistan'da gerçekleştirilen bir çalışmada da, kırdaki yaşayan kadınlara göre kentte yaşayan kadınlarda sezaryen doğumun daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Padmadas vd., 2000: 518). Khanal vd. (2016: 5) tarafından yapılan çalışmada, kentlerde sezaryen doğumların kırsalda yapılan sezaryen doğumlardan 4 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Ergöl ve Kürtüncü (2014: 32) tarafından

Zonguldak ilinde yapılan çalışmada, kentlerde sezaryen doğumun daha fazla olduğuna işaret edilmektedir. Bu durum, kent ve kırsal alanda sağlık hizmetlerine ulaşımında ortaya çıkan farklılıklar ile açıklanmaktadır.

*Beş yaş altı ölümü iç göçten etkilenmektedir.* Bu çalışmada, beş yaş altı ölümü kentlerde ve kentlerden kıra göç etmişlerde daha az, kırdan göç etmişlerde daha yüksek bulunmuştur. Temiz su, sanitasyon, elektrik ve kamu temizliği gibi avantajlarıyla kent yaşamı daha düşük çocuk ölümü oranlarını sağlayabilmektedir (Sastry, 1997: 999). Ettarh ve Kimani (2012: 4) tarafından yapılan çalışmada, kırsal alanda beş yaş altı çocuk ölümünün anlamlı şekilde yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir. Kanmiki vd. (2014: 4), istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kırdan göç eden kadınların çocuklarında kentte yaşayanlara göre beş yaş altı ölümün daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Sastry (1997: 994), Brezilya’da gerçekleştirdiği çalışmasında benzer bulguyu elde etmiştir. Tezcan ve Eryurt (2006: 21), kırdan göç eden çocukların daha fazla ölüm olasılığı taşıdıklarını belirtmektedir. Şirin vd. (2011: 1019), Türkiye’de göçmen kadınların sık gebelikler ve doğum öncesi sağlık hizmetlerine erişimin olmaması nedeniyle sağlık personelinin desteği olmaksızın evde doğum yaptığını ortaya koymaktadır. Bu durum da beş yaş altı ölümünü artırabilmektedir.

*Beş yaş altı çocuklarda ishal, iç göçten etkilenmektedir.* Kentte yaşayan çocuklara göre kırdan göç eden çocuklarda, kırdan kente göç etmiş çocuklarda ve kentten kıra göç etmiş çocuklarda ishalin yaygınlığı daha yüksek bulunmuştur. Plate vd. (2004: 419), köylerde ishalin daha yaygın olduğunu ve bu durumun su kaynaklarının dağılımıyla ilgili olabileceğini belirtmektedir. Bir diğer çalışmada, ishalin kırdan göç eden çocuklarda kentte yaşayanlara göre daha yüksek görüldüğü tespit edilmiştir (Mengistie vd., 2013: 448). Siziya vd. (2013: 378) tarafından yapılan çalışmada da, kentte yaşayan çocukların kırdan göç eden çocuklara göre %6 daha az ishal vakasıyla karşılaştığı bulgusu elde edilmiştir. İshal, genellikle hijyen koşulları ve suyun nasıl kullanıldığı ile ilişkilidir. Kentle karşılaştırıldığında kırsalda su sanitasyonu ile ilgili problemlerin daha fazla yaşandığı söylenebilir (Plate vd., 2004: 419).

*İç göç, çocukların doğumdaki büyüklüğünü etkilemektedir.* Yetersiz doğum büyüklüğü, kentte yaşayan çocuklara göre kırdan göç eden çocuklarda 1,566 kat ve kentten kıra göç etmiş çocuklarda 1,466 kat daha yüksek bulunmuştur. Gana’da gerçekleştirilen bir

çalışmada da, kırsalda doğan çocukların kentte doğan çocuklara göre doğum büyüklüğünün daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Abubakari vd., 2015: 8). Bir diğer çalışmada da, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, kırdaki yaşayan kadınların çocuklarında düşük doğum ağırlığı daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Bu bulgu, kentli kadınlara göre kırsalda yaşayan kadınların daha az yeterli beslenebileceği ve hamilelik boyunca daha az kilo alabileceği ile ilişkilendirilmiştir (Alexy vd., 1997: 66-67). Hamile kadınların doğum öncesi bakım alması, gebelik sonucunun iyileşmesine katkı sağlayabilmektedir. Bu süreçte, uygun beslenme eğitimi ve annelere gıda takviyeleri verilmesi, çocuğun doğumdaki büyüklüğünü etkileyebilir. Ancak, genellikle sosyo-ekonomik durumun düşük olduğu kırsal alandaki annelerin büyük bir kısmı doğum öncesi bakım hizmetlerini kullanamamakta veya yetersiz kullanmaktadır (Hayat vd., 2013: 397). Doğum öncesi bakım alma ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkin kullanımının yetersiz doğum büyüklüğünü etkileyebilme potansiyeli bulunmaktadır (Hosain vd., 2005: 91). Bu durumun hamilelik döneminde annenin beslenmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kentte yaşayan kadınların hamilelik döneminde daha dengeli beslenmesi ve kırdaki yaşayan kadınlara göre demir, folik asit gibi ekstra besinleri daha fazla tüketmesi ile açıklanabilir. Bu durum, doğacak bebeğin doğum büyüklüğünü etkileyebilmektedir.

*Bodurluk ile iç göç arasında ilişki bulunmaktadır.* Bu çalışma sonuçlarına, bodurluk kentte yaşayan çocuklara göre diğer üç göç kategorisi için daha yüksektir. Etiyopya'da yürütülen bir çalışmada, bu çalışmayla benzer şekilde, kırsal alanda bodurluğun kentsel alanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Girma ve Genebo, 2002: 14). Bir diğer çalışmada, kırsalda yaşayan çocuklarda bodurluğun kentlerde yaşayan çocuklara göre iki kat daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (Smith vd., 2005: 1292). Faetanini ve Subrahmanian (2012: 15), göçmen çocukların genellikle temel haklara erişimde, eğitim, sağlık ve güvenlik gibi konularda sorunlar ve risklerle karşılaştığını ve göçmen çocukların erken çocukluk çağında yetersiz beslenmelerinin sıklıkla hastalık ve fiziksel eksikliklere neden olduğunu belirtmektedir. Ece vd. (2004: 130), Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde iç göçün çocukları etkilediği ve bu çocukların beslenme, sağlık hizmetine erişim gibi konularda sorunlar yaşadıklarına işaret etmektedir. Çocukların iyi beslenememesi sebebiyle büyüme gerilikleri ortaya çıkabilmektedir. Aksu ve Sevil (2010: 135), göçmenlerin kentte yaşayanlara göre yetersiz beslenmelerinin önemli sağlık

sorunlarına yol açtığını tespit etmiştir. Kentte yaşayan çocuklar sosyoekonomik koşulların daha iyi olduğu ve daha iyi bakım aldıkları çevrelerde yaşayabilmektedir.

*Beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite iç göçten etkilenmektedir.* Kırdaki yaşayanlara göre kentte yaşayan ve kırdan kente göç etmiş çocuklarda fazla ağırlık/obezite daha fazla görülmektedir. Yapılan pek çok çalışmada da çocuklarda obezitenin kentsel kesimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Aryeetey vd., 2017: 7; Martinovic vd., 2015: 834; Wang and Lobstein, 2006: 23). Martorell vd. (2000: 961), beş yaş altı çocuklarda obeziteyi incelediği geniş çaplı araştırmasında, 50 ülke arasından 24'ünde çocuklarda obezitenin kentlerde daha fazla olduğunu belirtmektedir. Tayland dışında odds oranları, 1,5 and 3,5 kat arasında değişmektedir. Tayland'da kıra göre kentte çocuklarda obezite oranı 7,5 kat daha fazladır. Yemen ve Pakistan'da ise tersi şekilde kırsal alanda çocuklarda obezitenin kente göre daha yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir. Kentte yaşayan çocuklarda obezite artışında hareketsiz yaşamın etkisinin olduğu düşünülmektedir. Bilgisayar, cep telefonu, apartman yaşamının önemli bir unsuru haline gelen asansörler gibi teknolojik imkânlar nedeniyle, kentte yaşayan çocuklar daha az fiziksel aktivitede bulunmakta ve kent yaşamında yeşil alanların yetersizliğinin tetiklemeyle vücuda aldıkları besinleri enerjiye dönüştürmek yerine vücutta yağ olarak depolamaktadırlar. Tüm bu bahsedilen nedenler, kentte yaşayan çocuklarda obeziteyi tetikleyebilmektedir.

*İç göç ile kadınlarda obezite arasında ilişki vardır.* Bu çalışmada, obezite en az kentte yaşayan kadınlarda daha düşüktür. Alanyazın incelendiğinde, kırdaki yaşayanlar kadınlarda obezitenin daha yüksek olduğu bulgusunu elde eden diğer çalışmalar olduğu görülmüştür (Patterson vd., 2004: 154; Demir, 2009: 34). Kırdaki yaşayan kadınlarda obezitenin yüksek olmasının kırsaldaki sağlığı geliştirme programlarının ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunun yeterli olmamasıyla ilişkisi olabilir. Kırsal alanda diyet, egzersiz ve sigara kullanımı konusunda verilen danışmanlıklar yeterli olmayabilir (Probst vd., 2002: 613). Bu durum da kırsalda yaşayan kadınlarda obeziteyi artırabilir. Bununla birlikte, kırdaki yaşayan kadınların kentte yaşayan kadınlarla karşılaştırıldığında çocuk sahibi olma olasılığı daha yüksektir. Kadının sahip olduğu çocuk sayısı, her bir doğumla birlikte kilosunun artışına sebep olabilir.



**Bulgu 2: Andersen'in davranışsal modeli çerçevesinde oluşturulan dönem değişkeni ve bireysel belirleyicilerin (hazırlayıcı faktörler ve kolaylaştırıcı faktörler) sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü üzerinde etkisinin bulunduğu saptanmıştır.**

Çalışmada 1993-2013 dönemleri arasında sağlık hizmetleri kullanım düzeyinin arttığı ve sağlık statüsü göstergelerinde iyileşmeler olduğu belirlenmiştir. 1993 dönemine göre 2013 döneminde doğum öncesi bakım alma 9,310 kat, doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesinin 27,682 kat, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının 1,453 kat, sezaryen doğumun 4,699 kat ve doğum sonrası bakım almanın 2008 dönemine göre 2,566 kat daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık statüsü göstergelerinden beş yaş altı ölümünün 1993 dönemine göre 2013 döneminde 2,980 kat, bodurluğun 2,471 kat, ishalin yaygınlığının 2008 döneminde 1,461 kat, çocuğun doğumdaki büyüklüğünde 2003 dönemine göre 2013 döneminde 1,140 kat azaldığı ancak kadınlarda obezitenin 1998 dönemine göre 2013 döneminde 1,551 kat arttığı tespit edilmiştir. Türkiye’de 1990’lı yılların başlarında teoride kalan sağlık reform uygulamaları 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya dönüşmüştür. Sekiz bileşen halinde uygulamaya konulan program ile sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsü göstergelerinde yıllar itibariyle iyileşmeler yaşanmıştır. Türkiye’de ayrıca 1990-2013 döneminde kişi başına düşen GSYH oranının arttığı, Gini katsayısının azaldığı (gelir dağılımının daha adil hale geldiği), ortalama eğitim süresinin arttığı ve yoksulluğun azaldığı görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2018; Türkiye İstatistik Kurumu, 2017; Devlet Planlama Teşkilatı, 2001). Bu nedenle sağlık hizmetleri ve sağlık statüsü göstergelerinde yaşanan iyileşmeler üzerinde sağlık alanında gerçekleştirilen reformların yanında sosyal ve ekonomik alanlarda elde edilen ilerlemelerin de etkisi olduğu düşünülmektedir.

Göstergelerde iyileşme ve gelişmeler olmakla birlikte halen ulaşılması gereken hedefler bulunmaktadır. Bu çalışmada 1993 dönemine göre 2013 dönemi itibariyle 2,980 kat azaldığı saptanan beş yaş altı ölümü, 2016 sağlık istatistikleri yılına göre Türkiye için 2015 yılında % 11,9 olduğu belirlenmiştir. Beş yaş altı ölümü DSÖ Avrupa Bölgesi için % 11,3 ve üst gelir grubu ülkeler için % 6,8’dir. Ayrıca bu araştırmada doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesinin 1993 dönemine göre 2013 döneminde 27,682 kat ve doğum öncesi bakım almanın 9,310 kat arttığı belirlenmiştir. Ancak her iki değişken

açısından da Türkiye Avrupa Birliği, DSÖ Avrupa Bölgesi ve üst gelir grubu ülke ortalamalarının altında yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017). Bu rakamlar Türkiye'nin halen atması gereken adımlar olduğuna işaret etmektedir.

Bireysel belirleyicilerin sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü üzerindeki etkisine bakıldığında hazırlayıcı faktörlerin (sosyo-demografik özellikler ve sosyal yapı) sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsünü etkilediği belirlenmiştir. Bu çalışmada bireylerin yaş ve cinsiyet gibi sosyo-demografik özelliklerinin ve eğitim gibi sosyal yapı faktörlerinin sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsünü etkilediği belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca kolaylaştırıcı faktörlerin (sağlık sigortası, yaşanan bölge ve yerleşim alanı) sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsünü etkilediği belirlenmiştir.

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

*Doğum öncesi bakım alma, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme ve doğum sonrası bakım alma, kadının eğitim durumundan etkilenmektedir.* Doğum öncesi bakım alma, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme ve doğum sonrası bakım alma, ilköğretim, ortaokul ve üzerindeki kadınlarda anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Shaokang vd. (2002: 52), eğitimin artışıyla birlikte kadınların doğum öncesi bakım alma hizmetlerine daha fazla uyum gösterdiklerini belirtmektedir. Zhao vd. (2012: 5), 10 yıldan fazla eğitime sahip kadınların daha yüksek düzeyde yeterli doğum bakım öncesi bakım aldığını tespit etmiştir. Kusuma vd. (2013: 1202), eğitilmiş kadınlara göre eğitilmeyen kadınların yetersiz doğum öncesi bakım alma riskinin olduğunu ortaya koymaktadır. Mekonnen ve Mekonnen (2003: 376-377), Etiyopya'da eğitimin kadınların doğum öncesi bakım alma hizmetlerini kullanmalarında önemli bir faktör olduğunu ve eğitim arttıkça kullanımın arttığını tespit etmiştir. Alanyazın incelendiğinde, daha yüksek eğitim düzeyi olan kadınların daha yüksek oranda sağlık kuruluşunda doğum yaptığı saptanmıştır (Belay ve Sendo, 2016: 6; Ononokpono ve Odimegwu, 2014: 4; Falkingham, 2003: 41; Navaneetham ve Dharmalingam, 2002: 1864; Padmadas vd., 2000: 512). Kitui vd. (2013: 5), eğitim düzeyi yüksek olan annelerin doğumunu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme olasılığının 7,46 kat daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Doğum sonrası bakım alma düzeyinin herhangi bir eğitim almamış kadınlara göre eğitilmiş kadınlarda daha yüksek

olduğu bulgusunu elde eden çalışmalar da bulunmaktadır (Mohan vd., 2015: 8; Abor vd., 2011: 642; Babalola ve Fatusi, 2009: 8; Dhakal vd., 2007: 3; Fort vd., 2006: 26). Eğitim düzeyi yüksek anne adayları, gebelik ve doğum süreciyle ilgili daha fazla bilgi araştırmakta ve öğrenebilmektedir. Eğitimli kadınlar, gebelikten kaynaklanan riskleri ve ortaya çıkabilecek komplikasyonları azaltabilmek için doğum öncesi ve sonrasında sağlık kurumundan hizmet almaya daha eğilimli olabilmektedir. Eğitimin etkisiyle geleneksel yöntemler yerine sağlık kurumunun güvenini hissederek sağlık personelinin bilimsel bilgisinden yararlanarak doğumunu sağlık kurumunda gerçekleştirmeye yönelebilir.

*Bu çalışma sonuçları, doğum öncesi bakım alma, doğumu sağlık kurumunda gerçekleştirme ve doğum sonrası bakım alma kadının eşinin eğitim düzeyinden etkilendiğini göstermektedir. Annenin eğitimine göre etkisi az olmakla birlikte, eğitim düzeyi yüksek olan eşlere sahip kadınların hastanede doğum yapma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Gabrysch ve Campbell, 2009: 8). Taşçı Duran (2016: 11), kadının ve eşinin eğitimi arttıkça doğum öncesi bakım almanın arttığı bulgusunu elde etmiştir. Dhakal vd. (2007: 3), doğum sonrası bakım almada eş eğitiminin etkisi olduğu bulgusunu elde etmiştir. Omaç vd. (2009: 118), kadının eşinin eğitim düzeyi düşük olduğunda, doğum öncesi bakım hizmetinin yavaşladığını ortaya koymuştur. Bu noktada, yalnızca kadınların değil eşlerinin de doğum hizmetlerine yönelik programlara dâhil edilmesinin önemine vurgu yapmaktadır. Kadının eşinin modern tıbbi bakış açısı, kadının sağlık hizmetleri arayışı ve bu konudaki kararını etkileyebilmektedir (Elo, 1992: 56).*

*Çocuğun doğum sırası ile doğum öncesi bakım alma, sağlık kuruluşunda doğum yapma ve doğum sonrası bakım alma arasında ilişki bulunmaktadır. Referans kategoriye göre diğer kategoriler için hizmet kullanımları daha yüksektir. Alanyazın incelendiğinde, çocuk sayısının artışıyla doğum öncesi bakım almanın (Taşçı Duran, 2016: 11; Kusuma vd., 2013: 1204; Chandhiok vd., 2006: 49; Mekonnen ve Mekonnen, 2003: 375), doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmenin (Ononokpono ve Odimegwu, 2014: 4; Kusuma vd., 2013: 1204; Navaneetham ve Dharmalingam, 2002: 1860; Kesterton vd., 2010: 7; Iyengar vd., 2009: 305) ve doğum sonrası bakım almanın (Dhakal vd., 2007: 3; Chakraborty vd., 2002: 497) azaldığı bulgusunu destekleyen çalışmalara rastlanmıştır. Bu durum, gebelik sayısının artmasıyla kadınların gebeliği normal olarak algılaması ile ilişkilendirilmektedir*

(Taşçı Duran, 2016: 11). Kadının daha önce hiç doğum deneyimi olmadığı için, ilk hamilelik genellikle daha değerli görülmekte ve kadının ailesi genellikle ilk doğum sürecinde mümkün olan en iyi bakımı almasına yardımcı olmaktadır (Navaneetham ve Dharmalingam, 2002: 1852). Buna ek olarak, daha sonraki çocuklarda zaman ve maddi olarak kaynaklar daha sınırlı olduğu için anneler sağlık kuruluşunda doğum yapma konusunda isteksiz olabilirler (Ononokpono ve Odimegwu, 2014: 5; Gabrysch ve Campbell, 2009: 7).

*Doğum öncesi bakım alma, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme ve doğum sonrası bakım alma, kadının yaşadığı ve çocukluğunun geçtiği bölgeden etkilenmektedir.* Bu çalışmada, Doğu Bölgesi'ne göre Orta Bölge dışında diğer bölgelerde doğum öncesi bakım alma, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme ve doğum sonrası bakım alma, istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Karabulut ve Emsen (2003: 20), Türkiye'de Doğudan Batıya doğru sağlık hizmetlerinin etkinliğinin arttığını ve Batı bölgelerinin sağlık kaynaklarına erişimde avantajlı bir konumda olduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla, doğum öncesi ve sonrası bakım alma ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme oranlarının Doğu'da düşük düzeyde bulunması, Türkiye'nin sağlık sistemi altyapısından kaynaklı olabilir. Türkiye'de sağlık personelinin dağılımındaki eşitsizlikler, hizmet sunumunun kalitesi ve aynı zamanda Doğu Bölgesi'nde yaşanan sosyal huzursuzluklar, ana-çocuk sağlığı hizmetlerin kullanımını etkileyebilmektedir (Celik ve Hotchkiss, 2000: 1798). Doğu Bölgesi'nde kaynak dağıtımında ortaya çıkan eşitsizlikler, doğudaki sağlık kuruluşlarına başvuru oranlarını ve bölge halkının sağlıkla ilgili göstergelerini negatif yönde etkileyebilmektedir (Yüksel Arabacı, 2009: 22). Özellikle Doğu Bölgeleri'nde kırsal alanlarda coğrafi eşitsizliklerin yol açtığı ulaşım engelleri, ana-çocuk sağlığı hizmetlerine erişimi engelleyebilmektedir. Bölgede yaşayan kadınlar, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım almada ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmede sosyal ve ekonomik nedenlerle Batı Bölgeleri'ne göre dezavantajlı konumda bulunmaktadır.

*Sağlık sigortası ile doğum öncesi bakım alma, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme ve doğum sonrası bakım alma arasında ilişki bulunmaktadır.* Bu çalışmada, sağlık sigortası olanlarda hizmet kullanımını daha yüksek bulunmuştur. Shaokang vd. (2002: 52), sağlık sigortası olan annelerin cepten ödeme yapan annelere göre doğum öncesi bakım

alma olasılığının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Browne vd. (2015: 3), sigortası olan kadınların sigortası olmayanlara göre 1,96 kat daha fazla doğum öncesi bakım aldığını ortaya koymuştur. Omaç vd. (2009: 118), Beşer vd. (2007: 140) ve Wang vd. (2018: 372) tarafından yapılan çalışmalarda da, sağlık sigortası olmayan gebelerin aldıkları doğum öncesi bakım hizmetinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, sigortası olan annelerin doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme olasılığı da yüksek bulunmuştur. Alanyazın incelendiğinde, bu bulguyu destekleyen başka çalışmalara rastlanmıştır (Wang vd., 2018: 372; Browne vd., 2015: 3; Celik ve Hotchkiss, 2000: 1804; Kitui vd., 2013: 5). Gana'da gerçekleştirilen bir çalışmada, sigortası olan kadınların olmayanlara göre sağlık kurumunda doğum yapma olasılığının sigortası olmayan kadınlardan 2,29 kat daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada, doğum sonrası bakım almanın sigortası olan annelerde %61 daha yüksek olduğu görülmüştür (Browne vd., 2015: 3). Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım almada ve doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirmede sağlık sigorta sahipliği, Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimde önemli sorun alanlarından birini oluşturmaktadır. Sigortası olmayan kadınların hizmeti alırken ödemek zorunda oldukları cepten ödemeler, sağlık hizmetlerine erişiminde engel oluşturabilir. Sigorta sahibi kadınların sağlık hizmet kullanım durumlarının daha yüksek olması ise, hizmet alırken kullanıcı katkı payı dışında ayrıca herhangi bir ödememe yapmaması ile ilişkili olabilir.

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

*Kadının yaşı, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımını etkilemektedir.* Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, referans kategoriye göre 20-29 yaş grubunda ve 30-39 yaş grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, referans kategoriye göre 40-49 yaş grubunda yöntem kullanımı daha yüksek olarak belirlenmiştir. Rahman vd. (2010: 105), bu çalışma bulgularıyla benzer şekilde, 20-34 yaş ve 35-49 yaş arası kadınlarda gebeliği önleyici modern ve geleneksel yöntem kullanımının 20 yaşın altında kadınlara göre sırasıyla 1,321 kat ve 1,567 kat daha fazla kullanıldığı bulgusunu elde etmiştir. Adegbola ve Okunowo (2009: 989), kadınların artan yaşla birlikte gebeliği önleyici yöntemler kullanımı

konusundaki isteklerinin arttığı bulgusunu elde etmiştir. Ejembi vd. (2015: 26), 15-49 yaş aralığında %4 olan modern yöntem kullanımının 40-49 yaş aralığında %17'ye çıktığını ve 30-39 yaşlarındaki kadınlarla karşılaştırıldığında, modern yöntem kullanımının daha genç ve daha yaşlı yaş gruplarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Artan yaşla birlikte kadınların sahip olduğu çocuk sayısının artışı, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımını artırabilir. Genellikle, orta yaş dönemine denk gelen bu dönemde kadınların daha fazla çocuk sahibi olmayı istememesi korunma yöntemlerine başvurmasında etkili olabilir.

*Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı, kadının eğitiminden etkilenmektedir.* Bu çalışmada, referans kategoriye göre ilkokul, ortaokul ve üzerindeki kadınlarda gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı daha yüksek olarak saptanmıştır. Asekun Olarinmoye vd. (2013: 651) tarafından yapılan çalışmada, yüksekokul düzeyinde eğitim almış kadınların ortaöğretim eğitimine sahip olan kadınlara göre yaklaşık bir buçuk kat daha fazla düzeyde gebeliği önleyici modern yöntem kullandığı belirlenmiştir. Adegbola ve Okunowo (2009: 989), üniversite eğitimi alan kadınların gebeliği önleyici yöntemler kullanımı konusundaki isteklerinin arttığını tespit etmiştir. Ejembi vd. (2015: 32), modern yöntem kullanımının kadınlarının eğitimiyle birlikte artış gösterdiği bulgusunu elde etmiştir. Eğitim almamış kadınlara göre orta öğretim ve daha yüksek düzeyde eğitime sahip kadınların gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı üç kat daha fazla bulunmuştur. Eğitimli kadınlar gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının avantajlarını daha iyi anlayabilmekte ve kendileri için uygun olan yöntemi seçebilmektedir (Islam vd., 2016: 99; Gough, 2008: 9). Eğitim, aile planlaması ve aile planlaması yöntemlerinin kullanımı konusunda güçlü bir belirleyici olabilmektedir. Eğitim arttıkça, kadınların gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı konusundaki bilgi düzeyi ve farkındalığı artmaktadır (Lindstrom ve Muñoz-Franco, 2005: 282). Kitle iletişim araçları ve akran gruplarından bilgi alma, bu farkındalığın sebepleri arasındadır (Ozumba vd., 2005: 293).

*Kadının eşinin eğitimi ile gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı arasında da ilişki bulunmaktadır.* Kadınların eşlerinin eğitim düzeyi arttıkça, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı artmaktadır. Bu çalışmayla benzer şekilde, eş eğitimi arttıkça gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının arttığını tespit eden diğer çalışmalar da

bulunmaktadır (Debebe vd., 2017: 372; Ejembi vd., 2015: 26). Eğitimle birlikte sağlık konusundaki farkındalık artabileceğinden, eğitim gebeliği önleyici yöntemler konusunda karar verme gücünün paylaşımını teşvik edebilir ve bu konudaki tutumları geliştirebilir. Dolayısıyla eğitimin etkisiyle eşler, kadınları yöntem kullanımı konusunda motive edebilir ve destekleyebilirler. Eğitim, planlanmamış hamileliklerin yol açtığı sağlıkla ilgili ve ekonomik tehlikeleri fark etmede ve yöntem kullanımının sağladığı faydaları görmeye önemli rol oynamaktadır (Adegbola ve Okunowo, 2009: 991).

*Yaşayan çocuk sayısı, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımını etkileyen faktörlerden biridir.* Çocuğu olmayan kadınlara göre modern yöntem kullanımı, bir çocuğu olan kadınlarda, 2-3 çocuğu olan kadınlarda ve 4 ve üzeri çocuğu olan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çocuk sayısı arttıkça gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı artmaktadır. Rahman vd. (2010: 106) tarafından yapılan çalışmada, beş ve daha fazla çocuğu olan kadınlarda gebeliği önleyici modern ve geleneksel yöntem kullanımı, çocuğu olmayan kadınlara göre 7,162 kat daha fazla bulunmuştur. Kamal ve Islam (2010: 444) tarafından yapılan çalışmada, çocuğu olmayan kadınlara göre, 1 veya 2 çocuğu olan kadınlarda gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı 2,93 kat daha fazla bulunmuştur. Mohammed vd. (2014: 5), hiç çocuğu olmayan kadınlara göre en az 1 çocuğu olan kadınların gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının daha yüksek düzeyde olduğunu tespit etmiştir. Asekun Olorinmoye vd. (2013: 651) tarafından yapılan çalışmada, iki çocuktan daha az çocuğa sahip kadınlara göre, iki ve üzerinde çocuğa sahip kadınlarda gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı üç kat daha fazla bulunmuştur. Çocuk sayısının artması, kadının yaşının ve bu çocuklarla ilgili sorumluluklarının artmasıyla ilişkilidir. Hem maddi hem de manevi boyutu sebebiyle kadınların sahip oldukları mevcut çocuk sayısını artırmama yönünde karar alabilir ve modern korunma yöntemlerini tercih edebilirler.

*Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı ile çalışma durumu arasında ilişki bulunmaktadır.* Çalışan kadınlarda çalışmayan kadınlara göre gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının 1,266 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre daha yüksek oranda gebeliği önleyici modern yöntem kullandığını ortaya koyan başka çalışmalar da bulunmaktadır (Unumeri vd., 2015: 1858; Rahman vd., 2010: 105). Miles Doan ve Brewster (1998: 73), kadınların çalıştıkları işin

niteliğinin gebeliği önleyici yöntem kullanımını etkileyebildiğini belirtmektedir. Kadınların güçlendirilmesi, kadınların seçimlerini ve üreme sağlığı kararları da dâhil olmak üzere karar verme becerisini geliştirir ve aynı zamanda sağlıklı davranışların iyileştirilmesine de yol açar. Bu durum da kadınların gebeliği önleyici modern yöntem kullanımını artırabilir (Ejembi vd., 2015: 36). Her ne kadar çalışan kadınlara doğumla birlikte süt ve emzirme izni, erken emekli olma gibi haklar verilmiş olsa bile, çalışma yaşamı ve çocuk büyütme sürecinin bir arada yürütülmesinin zorlukları düşünüldüğünde, çalışan kadınlarda gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının çalışmayan kadınlara göre yüksek olması anlaşılabilir.

*Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı yaşanan bölge ve çocukluğun geçtiği bölgeye göre farklılıklar göstermektedir.* Yöntem kullanımının en az oranda olduğu bölge Doğu'dur. Ejembi vd. (2015: 34) tarafından Nijerya'da yürütülen çalışmada, ülkenin kuzey bölgelerinde modern yöntem kullanımının daha düşük düzeyde olduğunu tespit etmiş ve bu bulguyu, kuzey bölgelerinde yaşayanların muhafazakâr kültürüyle ilişkilendirmiştir. Müslümanların yoğun olarak yaşadığı kuzey bölgelerde, dinin yöntem kullanımını olumsuz yönde etkileyebilmesiyle, modern yöntem kullanımı daha düşük düzeyde olabilir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda, Doğu'da yaşayan kadınların Orta ve Kuzey bölgesinde yaşayan kadınlara göre başka çocuk isteme eğilimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (HÜNEE, 2015: 204). Bu durum, Doğu bölgesinde yaşayan kadınların içinde yaşadıkları sosyo-kültürel çevrenin etkisinden kaynaklanabilir. Bölge koşulları düşünüldüğünde, bölge halkı tarafından çok çocuğa sahip olmanın daha fazla iktidar ve geçim sağlamada aile içinden çalıştırılacak daha fazla nüfus anlamına geldiğine inanılmaktadır.

*Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı sağlık sigortasından etkilenmektedir.* Modern yöntem kullanımı, sağlık sigortası olmayanlara göre sağlık sigortası olan kadınlarda 1,157 kat daha fazla olduğu söylenebilir. ABD'de gerçekleştirilen bir çalışmada, sağlık sigortası olan kadınların özel sigortası olan kadınlara göre gebeliği önleyici yöntem kullanımının daha yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir (Frost vd., 2007: 97). Rahim içi araç, aylık iğneler, doğum kontrol hapı kullanma, tüp ligasyonu gibi yöntemler, bir sağlık kuruluşuna başvurularak hekim tarafından verilecek önerilerle uygulanabilecek modern yöntemden bazılarıdır. Sağlık sigortası, sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan finansal engelleri



azaltarak, kadının sahip olmak istediği çocuk sayısı ve sahip olmak istediği zaman konusunda özgürlük sağlayabilir. Sağlık sigortası olmayan bir kadının sosyo-ekonomik koşullarının tedaviyi karşılama konusunda yetersiz olması sebebiyle sigorta kapsamında olan kadınlara göre dezavantajlı konumda olduğu ileri sürülebilir.

**Bulgu 5: Sezaryen doğum yapma doğumdaki yaş, eğitim, doğum sırası, doğumun yapıldığı sağlık kurumu, yaşanan bölge, çocukluğun geçtiği bölge ve sağlık sigortasından etkilenmektedir.**

*Sezaryen doğum yapmanın doğumdaki yaş ile ilişkisi bulunmaktadır. Annenin yaşı arttıkça, sezaryen doğum artmaktadır. Sezaryen doğum, 20-34 yaşları arasında olan kadınlarda 2,147 kat ve 35-49 yaşları arasında olan kadınlarda ise 4,412 kat daha fazladır. Bu bulguyu destekleyen başka çalışmalar da bulunmaktadır (Parikh ve Oza, 2018: 580; Briggs vd., 2007: 554; Suzuki ve Nakata, 2013: 2; Lin vd., 2004: 1180; Ecker vd., 2001: 885; Padmadas vd., 2000: 516). Hem fetal distres tanısı hem de süreç içindeki başarısızlıklar ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. Bu durum, artan yaşla birlikte sezaryen oranlarını etkileyebilir (Ecker vd., 2001: 885). Yaş arttıkça kadınların sağlık konusunda komplikasyonlar ile karşılaşma eğilimi de artabilmektedir (Rosenthal ve Paterson, 1998: 1068).*

*Eğitim durumu, sezaryen doğum yapmayı etkilemektedir. Bu çalışmada, sezaryen doğumun eğitim ile arttığı belirlenmiştir. Taşpınar vd. (2014: 447), eğitim düzeyi arttıkça, kadınların sezaryen doğum oranlarının arttığını tespit etmiştir. Padmadas vd. (2000: 516) tarafından yürütülen çalışmada, 9 yıl ve üzerinde eğitim alan annelerin daha az eğitim almış annelere göre daha yüksek oranda sezaryen doğum gerçekleştirdiği bulgusu elde edilmiştir. Bakhtari vd. (2017: 10), üniversite mezunu annelerin ortaokul mezunu annelere göre 2,42 kat daha fazla sezaryen doğum riski olduğunu ortaya koymuştur. Bir diğer çalışmada da, en fazla lisenin sonuna kadar eğitim almış kadınlarla karşılaştırıldığında, yüksekokul okuyan kadınlarda 1,38 kat ve üniversite mezunu kadınlarda 1,42 kat daha fazla sezaryen doğum yapıldığı tespit edilmiştir (Gilbert vd., 2010: 942). Bu durumun sebebi eğitilmiş kadınların doğumun gerçekleştirilme yöntemine ilişkin belirsizliklere yönelik bilgi araştırma davranışıyla ilişkili olabilir. Eğitilmiş kadın, kendisini doğumda bekleyen durumlar konusunda daha fazla internet araştırması yapabilir ve çevrenin tavsiyelerini daha fazla dikkate alabilir. Bu durum, eğitilmiş kadında*

doğum korkusuna yol açabilir. Normal doğumun ağrılı geçebileceğine yönelik korkudan dolayı, ağrısız doğum yapma gerekçesiyle sezaryen doğuma yöneliyor olabilirler. Ergöl ve Kürtüncü de (2014: 32), doğum korkusunun sezaryen doğumu tetikleyebileceğini ileri sürmektedir.

*Sezaryen doğum yapma ile doğum sırası arasında ilişki bulunmaktadır.* Çalışmada, doğum sırası arttıkça sezaryen doğumun azaldığı bulgusu elde edilmiştir. Dört ve üzerinde doğum sırasına göre, ilk çocuk ve 2 ya da 3. sıradaki çocukta sezaryen doğum istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İlk doğan çocuğun sezaryen doğumla dünyaya gelme olasılığı sonraki çocuklara göre daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Taşpınar vd., 2014: 445; Khawaja vd., 2004: 275; Padmadas vd., 2000: 516). İlk doğum sırasında kadının yaşadığı doğum korkusunun sezaryen doğuma yönelmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

*Sezaryen doğum yapmayı etkileyen bir diğer faktör, doğumun yapıldığı sağlık kurumudur.* Çalışmada, kamu sağlık kuruluşlarına göre özel sağlık kuruluşlarında sezaryen doğum istatistiksel olarak anlamlı şekilde 2,383 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Son yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre 2016 yılında sezaryen doğumun hastane doğumları içindeki payının Bakanlık hastanelerinde %38,2, üniversite hastanelerinde %69,1 ve özel hastanelerde ise %70,5 olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017: 71). Hindistan'da gerçekleştirilen bir çalışmada, kamu hastanesine göre özel sağlık kuruluşunda sezaryen doğumun 1,7 kat daha fazla olduğu bulgusu elde edilmiştir. (Padmadas vd., 2000: 518). Bir diğer çalışmada da, kamu hastaneleriyle karşılaştırıldığında, özel hastanelerin 3,07 kat daha fazla tercih edildiği tespit edilmiştir (Bakhtari vd., 2017: 10). Diğer amaçlarının yanında özel hastanelerin faaliyetlerini sürdürmelerinin nedenleri arasında kar elde etmek olduğu bilinmektedir. Sezaryen doğumun özel hastanelerde daha yüksek bulunmasının sezaryen doğumdan elde edilecek gelirin normal doğuma göre daha yüksek olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

*Sezaryen doğum yapma kadının yaşadığı ve çocukluğunun geçtiği bölgeden etkilenmektedir.* Doğu Bölgesine göre diğer dört bölgede sezaryen doğum istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Doğu Bölgesi, eğitim seviyesi, istihdam oranları, refah seviyesi, doğum öncesi bakım alma, doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesi gibi göstergeler açısından diğer bölgelere göre daha geri düzeydedir.

Doğu Bölgesi, sağlık hizmetlerine erişim konusunda hâlâ sorunların yaşandığı bölgeler arasındadır. Yıllar itibariyle sağlık kuruluşunda doğum yapma oranları artmakla birlikte, hâlâ Doğu'da evde ebeler yardımıyla doğumların yaptırıldığı bilinmektedir. Bu durum da, cerrahi bir operasyon olan sezaryen doğumun bu bölgede daha düşük düzeyde bulunmasında etkili olabilir. Bu açıdan bakıldığında, sezaryen doğumun daha gelişmiş göstergelere sahip Batı Bölgeleri'nde daha yüksek olması anlaşılabilir.

*Sağlık sigortası, sezaryen doğum yapmayı etkilemektedir.* Sağlık sigortası olan kadınlarda sezaryen doğum, sağlık sigortası olmayan kadınlara göre 1,202 kat daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Sezaryen doğum ve kadınların sağlık sigortasına sahipliği arasında ilişkinin bulunduğunu ortaya koyan başka çalışmalar da bulunmaktadır (Cai vd., 1998: 779). Yapılan bir çalışmada da, özel sağlık sigortası olan kadınların sezaryen doğum oranı ulusal sağlık sigortasına sahip olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (Murray, 2000: 1504). Sezaryen doğum, özellikli ve pahalı bir hizmettir. Bu yönüyle bakıldığında, sağlık sigortası kapsamında olmayan kadınların ekonomik durumu, doğum hizmeti tercihinde etkili olabilmektedir.

**Bulgu 6: Beş yaş altı ölümü annenin eğitim düzeyi, yaşanan bölge ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilenmektedir.**

*Annenin eğitim düzeyi, beş yaş altı ölümünü etkileyen faktörler arasındadır.* Beş yaş altı ölümü, eğitimi olmayan ya da ilkokul bitirmemiş annelerin çocuklarında ve ilkokul mezunu annelerin çocuklarında daha yüksek bulunmuştur. Ettarh ve Kimani (2012: 4)'nin Kenya'da örnekleminde gerçekleştirdiği çalışmada, anne eğitimi arttıkça çocuk ölümlerinin anlamlı şekilde azaldığı bulgusu elde edilmiştir. Sastry (1997: 995), çalışmasında bu bulguyu desteklemektedir. Kanmiki vd. (2014: 4), hiç eğitim almamış kadınlara göre ilkokul ve lise mezunu kadınların çocuklarında beş yaş altı ölümün görülme olasılığı %45 daha düşük bulunmuştur. Bu oranın eğitimsiz kadınlara göre lise ve yükseköğretim eğitimi almış kadınlarda %76 daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bebek ölümlerini azaltmada, ailelerin sağlık kurumları ile işbirliği içinde bebeklerin düzenli sağlık kontrollerinin yaptırması önemli olmaktadır. Eğitimli annelerin bebeklerinin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini alması konusundaki duyarlılığı eğitimi olmayan annelere göre daha yüksek olabilir ve bu durum, bebeğin sağlık problemlerinin erken teşhisine katkı sağlayarak beş yaş altı ölümün azalmasına neden olabilir. Eğitimli

annelerin çocuğun beslenmesi konusunda batıl ve kulaktan dolma bilgilerle daha az hareket ederek sağlık profesyonelinin nitelikli bilgi arama yollarına başvurma potansiyelinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Korkmaz vd. (2013), bebek ve çocuk ölümlerinin önlenmesinde aşılanmanın önemli olduğuna değinmektedir. Doğumdan sonraki ilk 12 ay içinde çocukların BCG (Bacillus Calmette-Guerin), DBT (difteri, boğmaca ve tetanos aşısı), polio, kızamık aşısı olması gerektiğine işaret etmektedir. Bu aşuların yaptırılması, dozları ve aşuların tarihlerinin takibi konusunda eğitilmiş annelerin daha duyarlı olabileceği düşünülmektedir.

*Beş yaş altı ölümü, yaşanan bölgeden ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilenmektedir.* Bu çalışmada, Batı Bölgesi'ne göre Orta Bölge'de beş yaş altı ölümü 1,216 kat daha yüksek bulunmuştur. Beş yaş altı bebek ölümünde bölgeler arasındaki eşitsizliklere odaklanmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Doğuya doğru gidildikçe sosyoekonomik gelişmişlik azalmakta, ailelerin eğitim düzeyi düşmekte, sağlık hizmetlerine erişim zorlaşmakta ve coğrafi eşitsizliklerin yol açtığı acil hizmetlere ulaşım, altyapının elverişsizliği gibi sorunlar artmaktadır (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, 2018). Sağlık hizmetlerine erişimde sosyoekonomik eşitsizliklerin derin olduğu Türkiye'de, batıdan uzaklaştıkça sağlık hizmetine erişimde yıllar itibariyle iyileştirmeler bulunmakla birlikte, hala belirli sorunlar bulunmaktadır. Batıdan uzaklaştıkça ana çocuk sağlığı hizmetlerinin içeriğinde, doğum öncesi-sonrası bakım almada, doğumun takibinde, doğumu sağlık kurumunda gerçekleştirme gibi konularda problemler söz konusudur. Bebek ölümlülüğü ile bölgeler arası hizmetlerin kapsamı ve erişimi konusundaki eşitsizliklerin Orta ve Doğu Bölgeleri'nde oranların yüksek olmasıyla bir ilişkisi olabilir.

**Bulgu 7: Beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı çocukların yaşı ve cinsiyeti, annenin eğitim düzeyi, yaşanan bölge ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilenmektedir.**

*Beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı, çocukların yaşından etkilenmektedir.* Bu çalışmada, ishal 48-60 aylık çocuklara diğer kategorilere göre daha düşük bulunmuştur. Plate vd. (2004: 419) tarafından yapılan çalışmada, 4 yaşından küçük çocuklarda ishal prevalansının yüksek olduğu, 12-16 aylık çocuklarda en yüksek seviyeye ulaştığı ve artan yaşla birlikte ishalin azaldığı bulgusu elde edilmiştir. Dessalegn vd. (2011: 196)

tarafından yapılan çalışmada, 6-11 aylık çocuklarda ishal riskinin en yüksek olduğu ve 0-5 aylık ve 24 ayın üzerindeki çocuklarda ishal riskinin en düşük düzeyde olduğu ortaya koyulmuştur. Nanan vd. (2003: 162), çocuk yaşı arttıkça ishalin %1,4 oranında azaldığını saptamıştır. Bir diğer çalışmada da, 35 aydan büyük çocuklarla karşılaştırıldığında 6-11 aylık ve 12-23 aylık çocuklarda ishalin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Mesgistie vd., 2013: 452). 48-60 aydan küçük olan çocuklarda ishalin daha fazla görülmesi, 6 aydan sonra başlanan ek gıdalarla ilişkili olabilir. İnsan sütünün humoral ve hücrel antiinfektif özellikleri nedeniyle anne sütü bebekleri ishale karşı korumaktadır. Bu dönemde çocuklara verilen ek sıvı ve katı gıdalar, bu yaş grubundaki ishali artırabilmektedir (Popkin vd., 1990: 874).

*Çocukların cinsiyeti ile beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı arasında ilişki bulunmaktadır.* Erkek çocuklarında ishalin yaygınlığının kız çocuklarına göre 1,140 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmayı destekler şekilde erkek çocuklarında ishalin daha fazla olduğunu ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır. George vd. (2014: 1192), çalışmasında cinsiyet ishal risk faktörünün anlamlı olduğunu ve erkek çocuklarda prevalansın daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Diğer bir çalışmada da, ishal riskinin erkek çocuklarda daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Quick vd., 1999: 87). Siziya vd. (2013: 378) tarafından yapılan çalışmada, erkek çocuklarında ishalin kız çocuklarına göre %3 daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Bu durum erkek çocukların kız çocuklara oranla hastalıklara dirençsizliği ile açıklanabilir. Ayrıca erkek çocukların kız çocuklarına göre sokakta daha fazla oynamaları nedeniyle enfeksiyonlara daha fazla maruz kalmalarının ishale yol açabileceği düşünülmektedir.

*Annenin eğitim düzeyi, beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığını etkileyen değişkenlerden biridir.* İshalin yaygınlığı, ortaokul ve üzeri eğitimdeki annelerin çocuklarında daha düşük bulunmuştur. Dargent Molina vd. (1994: 345), anne eğitimi ile ishal arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu belirtmektedir. Eğitimin sağlığı koruyucu yönde bir etkisi bulunmaktadır. Eğitim almamış veya yalnızca ilkökul eğitimi almış annelerin bebekleriyle karşılaştırıldığında, lise eğitimini tamamlayan annelerin bebeklerinde ishal 6,8 kat daha az görüldüğü ve yüksek eğitilmiş annelerin bebeklerinde ishal riskinin %25 daha az olduğu bulgusu elde edilmiştir. Woldu vd. (2016: 4) tarafından yapılan çalışmada, eğitimsiz annelerin çocuklarında ishal oranı eğitilmiş annelerle

karşılaştırıldığında 2,5 kat daha fazla bulunmuştur. Bir diğer çalışmada da, eğitim almamış annelerin çocuklarında ishalin eğitilmiş annelere göre 5 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Dessalegn vd., 2011: 196). Bu durumun sebebi, eğitim seviyesi düşük annelerin yaşadığı çevre koşullarıyla ilişkilendirilebilir. Eğitilmiş annelerin ishal sebepleri olabilecek çevre koşullarını yok ederek hijyen koşullarını sağlama konusunda daha bilinçli oldukları düşünülmektedir. Buna ek olarak, ishal süresince çocuklara bol sıvı verilmekte ve bu sıvı takviyesi yeterli gelmediğinde bir sağlık kurumundan yardım alınması gerekebilmektedir. Bu açıdan annelerin bilgi düzeyi çocuğa uygulanabilecek iyileştirme yöntemlerinin bilinmesinde ve sağlık kuruluşundan hizmet alma sürecinde etkili olabilir. Eğitilmiş annelerin ishal tedavisinde hangi sağlık kurumuna başvurabileceği ve hangi hizmeti alabileceği konusunda bilgi düzeyi daha yüksek olabilir.

*Beş yaş altı çocuklarda ishalin yaygınlığı, yaşanan ve çocukluğun geçtiği bölgeye göre değişiklikler göstermektedir.* Batı Bölgesi'ne göre Orta ve Doğu Bölgeleri'nde beş yaş altı çocuklarda ishal daha yüksek olarak belirlenmiştir. Annenin çocukluğunun geçtiği bölgeye bakıldığında ise, Batı Bölgesi'ne göre Kuzey dışındaki diğer bölgelerde ishalin yaygınlığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de bölgeler geneline bakıldığında, Doğu Anadolu Bölgesi ülke gelişmişliğinin en az olduğu bölgeyi ve Batı Bölgesi ise sanayinin, sosyal ve ekonomik imkânların en gelişmiş olduğu bölgeyi oluşturmaktadır (Eryurt, 2005: 69). Doğu Bölgesi'nde diğer bölgelere göre geri kalmış olması sebebiyle sağlık göstergeleri genellikle daha olumsuz durumdadır. İshalin hijyen koşulları, eğitim düzeyi, beslenme alışkanlıkları gibi faktörler ile ilişkisi olabilir. Doğu'da özellikle kırsal alanlarda hala evlerinde tuvalet imkânı bulunmayan haneler bulunduğu ve su sanitasyonunda sorunlar olduğu bilinmektedir. Bu olumsuz koşulların Doğu Bölgesi'ndeki beş yaş altı çocuklarda ishal yaygınlığını etkileyebileceği ileri sürülebilir.

**Bulgu 8: Çocukların doğumdaki büyüklüğü doğum sırası, doğum öncesi bakım alma, annenin eğitim düzeyi, yaşanan bölge ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilenmektedir.**

*Çocukların doğumdaki büyüklüğü doğum sırasından etkilenmektedir.* Bu çalışmada, doğum sırası arttıkça yetersiz doğum büyüklüğünün azaldığı bulgusu elde edilmiştir. Negi vd. (2006: 32) tarafından yürütülen çalışmada, ilk çocuğunu doğuran annelerin

çocuklarında yetersiz doğum büyüklüğü diğer annelerin çocuklarına göre 3,21 kat daha fazla bulunmuştur. Bisai vd. (2006: 140-141), ilk çocuk ve diğer çocuklar arasında doğumdaki büyüklükte farklılıkların olduğunu ve üçüncü ve daha sonraki çocuklarla karşılaştırıldığında ilk çocuğun doğum büyüklüğünün 3,66 kat daha düşük olduğunu saptamıştır. Muchemi vd. (2015: 3), ilk çocuklarda düşük doğum ağırlığının anlamlı şekilde daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Hindistan'da yapılan bir çalışmada da, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, ilk çocukların sonraki doğan çocuklara göre daha düşük doğum ağırlığına sahip oldukları tespit edilmiştir (Dhall ve Bagga, 1995: 338). Bu durumun sebebi, ilk çocukta annenin doğum öncesi bakım alma sıklığıyla ilişkili olabilir. Kaliteli doğum öncesi bakım ve sağlık hizmeti sunumu, gebelikte ortaya çıkabilecek yan etkiler konusunda önlemlerin alınmasına katkı sağlayabilir. İlk çocukta anne gebelik süreci konusunda yeterince bilinçli olmadığından doğum öncesi bakıma yeterince önem vermeyerek bebeğinin düşük doğum ağırlığıyla doğmasına sebep olabilir. İlk çocuğuna gebe anneler beslenme düzeninin önemi konusunda yeterince bilgi sahibi olmamaları sebebiyle, yetersiz ve dengesiz beslenebilir ve gebelik sonuçlarını önemli ölçüde etkileyebilirler (Muchemi vd., 2015: 3).

*Çocukların doğumdaki büyüklüğü ile doğum öncesi bakım alma arasında ilişki bulunmaktadır.* Bu çalışmada, doğum öncesi bakım almayan kadınların çocuklarının yetersiz doğum büyüklüğüne sahip olduğu bulgusu elde edilmiştir. Doğum öncesi bakım almayan kadınların çocuklarında yetersiz doğum büyüklüğü, doğum öncesi bakıma göre 1,339 kat daha fazla bulunmuştur. Zamanında ve yeterli doğum öncesi bakımın çocuğun doğum büyüklüğüyle ilişkisinin olduğunu ortaya koyan başka çalışmalar da bulunmaktadır (Hayat vd., 2013: 15; Okurut vd., 2013: 115; Jayant vd., 2011: 397; Siza, 2008: 1). Negi vd. (2006: 32), doğum öncesi bakım almanın sıklığının da çocuğun doğum büyüklüğünde etkili olabileceğine işaret etmektedir. Beş ve daha fazla kez doğum öncesi bakım alan kadınlarla karşılaştırıldığında, bir kez doğum öncesi bakım alan kadınların çocuklarında yetersiz doğum büyüklüğünün altı kat daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Doğum öncesi bakımın amacı, annenin veya doğmamış çocuğun sağlığını etkileyebilecek herhangi bir enfeksiyonun teşhisi ve tedavisidir. Doğru teşhis sadece eğitimli tıbbi personel tarafından yapılabilir. Doğum öncesi bakımın kalitesi ve bu bakımın eğitimli sağlık personeli tarafından uygulanması, normal doğum ağırlıkları olan bebeklerin dünyaya gelmesine katkı sağlayabilmektedir (Okurut vd., 2013: 115).

*Annenin eğitim düzeyi, çocuğun doğumdaki büyüklüğünü etkileyen faktörlerden biridir. Referans kategoriye göre eğitimi olmayan/ilkokul bitirmemiş annelerin çocuklarında ve ilkokul mezunu annelerin çocuklarında yetersiz doğum büyüklüğü daha yüksek bulunmuştur. Annenin eğitim düzeyi arttıkça yetersiz doğum büyüklüğünün azaldığı söylenebilir. Bu bulgu, başka çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Khan vd., 2014: 390; Hayat vd., 2013: 15; Okurut vd., 2013: 115; Koupilova vd., 2000: 123; Koupilova vd., 1998: 13; Hirve ve Gantra, 1994: 1224). Siza (2008: 1), eğitilmiş kadınların çocuklarına göre eğitimsiz kadınların çocuklarında düşük doğum ağırlığı 4 kat daha fazla bulmuştur. Eğitilmiş annelerin beslenme, bağışıklama ve doğum öncesi bakım almaya yönelik eğilimi, çocuğun doğum büyüklüğünü pozitif yönde etkileyebilmektedir (Okurut vd., 2013: 115).*

*Çocukların doğumdaki büyüklüğünde, yaşanan ve çocukluğun geçtiği bölgeye göre farklılıklar bulunmaktadır. Yaşanılan ve çocukluğun geçtiği bölge açısından Doğu Bölgesi'nde yetersiz doğum büyüklüğünün daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın diğer bulgularıyla tutarlı olarak, Doğu Bölgesi genel olarak doğum öncesi bakım hizmetlerinin düşük düzeyde alındığı bölgeler arasındadır. Doğu'da yaşayan kadınlarda düzenli gebelik takibinin yapılma oranının düşük olması, bebeğin doğumdaki büyüklüğünü etkileme potansiyeline sahiptir. Bununla birlikte, Doğu'da kadınlarda nitelikli aile planlamasının yapılmaması sebebiyle peş peşe doğum gerçekleştirme oranlarının da yüksek olduğu bilinmektedir. Art arda gerçekleştirilen bu doğumlar, annenin gebelik sonuçlarını etkileyebilir ve dünyaya getireceği diğer bebeklerin düşük doğum ağırlığına sahip olmasına sebep olabilir. Zhu vd. (1999: 590), bu ifadeyi destekler şekilde, iki doğum arasındaki sürenin kısa olmasının bebeğin doğumdaki büyüklüğünü olumsuz etkisi olduğuna işaret etmektedir.*

**Bulgu 9: Beş yaş altı çocuklarda bodurluk çocukların yaşı, annenin eğitim düzeyi, yaşanan bölge ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilenmektedir.**

*Beş yaş altı çocuklarda bodurluk, çocukların yaşından etkilenmektedir. 11 ay ve daha küçük çocuklara göre bodurluk 12-23 aylık çocuklarda, 24-47 aylık çocuklarda ve 48-60 aylık çocuklarda daha yüksek bulunmuştur. Girma ve Genebo (2002: 21) tarafından yapılan çalışmada da, 6-11 aylık ve 11 ayın üzerindeki çocuklarla karşılaştırıldığında 0-5 aylık çocuklarda bodurluğun daha düşük düzeyde görüldüğü bulgusu elde edilmiştir.*



Asfaw ve Giotom (2000: 69), 12-24 aylık çocuklarda bodurluğun en yüksek ve 0-6 aylık çocuklarda bodurluğun en düşük prevalansa sahip olduğunu ortaya koymuştur. Teshome vd. (2009: 100) tarafından yapılan çalışmada da, 0-6 aylık çocuklarda bodurluğun en düşük ve 13-24 aylık çocuklarda en yüksek olduğu belirlenmiştir. Bir diğer çalışmada da, çocuklarda bodurluk riskinin yaşla birlikte arttığı tespit edilmiştir (Rakotomanana vd., 2017: 3). Bu durum, yaşamın ilk dönemlerinde anne sütünün büyüme ve gelişme üzerindeki koruyucu etkisi ile açıklanabilir. Özellikle anne sütünden sonra tamamlayıcı ek gıdalara başlama dönemine denk gelen 12 aydan sonra verilen tamamlayıcı gıdalar, çocuklarda yaşın artışıyla birlikte beslenme eşitsizliğine yol açabilir ve bodurluğu artırabilir.

*Annenin eğitim düzeyi, beş yaş altı çocuklarda bodurluğu etkileyen değişkenlerden biridir.* Ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan annelere çocuklarında bodurluğun daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Annenin eğitimi arttıkça, çocuklarda bodurluğun azaldığı yorumu yapılabilir. Yapılan bir çalışmada, herhangi bir eğitim almamış annelere göre ilköğretim mezunu annelerin çocuklarında bodurluğun %11 ve ortaöğretim mezunu annelerin çocuklarında bodurluğun %37 daha az olduğu tespit edilmiştir (Rayhan ve Khan, 2006: 560). Etiyopya'da yürütülen bir çalışmada, bu çalışmayla benzer şekilde, annenin eğitiminin çocuğun boy kısalığı ile negatif ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Orta öğretim ve daha yüksek eğitime sahip annelerin çocuklarına göre, bodurluğun eğitimi olmayan annelerin çocuklarında 1,6 kat ve ilköğretim mezunu annelerin çocuklarında ise 1,9 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Girma ve Genebo, 2002: 18). Boy kısalığı problemleri büyük oranda eğitimsiz annelerin çocuklarında görülmektedir. Eğitimli anneler, çocuklarda yetersiz beslenme ve boy kısalığı ile ilgili sorunlarda önemli rol oynamaktadır. Çocuklarının sağlığından endişe duyan eğitimli anneler, boy kısalığı prevalansının azaltılmasına katkı sağlayabilirler (Rayhan ve Khan, 2006: 562).

*Beş yaş altı çocuklarda bodurluk, yaşanan ve çocukluğun geçtiği bölgeye göre değişiklikler göstermektedir.* Batı Bölgesi'nde yaşayan çocuklara göre, Orta Bölge'de ve Doğu Bölgesi'nde bodurluk daha yüksek bulunmuştur. Beş yaş altı çocuklarda bodurluğun önemli nedenlerinden biri kronik yetersiz beslenmedir (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, 2018). Özellikle çocukluk çağında iskelet sisteminin güçlenmesi ve bilişsel gerileme, otoimmünite, kardiyovasküler hastalıklar gibi çeşitli

hastalıklardan korunmaya yönelik besinler (özellikle de vitaminlerin) annenin kontrolünde çocuğun beslenme programında yer almalıdır. Ancak, Türkiye'de batıdan doğuya doğru gidildikçe sosyoekonomik dezavantajlar artabilmektedir. Özellikle Doğu'da annelerin eğitim düzeyi genellikle düşüktür ve aile refah düzeyi ancak sınırlı sayıda temel besinleri karşılayabilmektedir. Bu bölgede özellikle kırsalda yaşayan çocuklarda yeterli ve dengeli beslenme konusunda batı bölgeleri ve kentlere göre eşitsizliklerin olduğu söylenebilir.

**Bulgu 10: Beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite çocukların yaşı, cinsiyeti, annenin eğitim düzeyi, yaşanan bölge ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilenmektedir.**

*Beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite, çocukların yaşlarına göre farklılıklar göstermektedir.* 11 ay ve daha küçük ve 12-23 aylık çocuklarda fazla ağırlık/obezite daha yüksek düzeyde görülmektedir. Sorrie vd. (2017: 7), bu çalışmayla benzer şekilde, 48-60 aylık çocuklara göre 36-47 aylık çocuklarda 2,38 kat daha fazla obezite riski bulunduğunu saptamıştır. Tchoubi vd. (2015: 6-7) tarafından yapılan çalışmada, 49-59 ay arasında çocuklarla karşılaştırıldığında, 13-24 ay arasındaki çocukların obezite riski 1,78 kat ve 25-36 ay arasındaki çocukların obezite riski 2,79 kat daha fazla bulunmuştur. Salama ve Tayel (2018: 5) tarafından Mısır'da beş yaş altı çocuklarda obezitenin incelendiği çalışmada, 24-36 aylık çocuklarda obezitenin en fazla görüldüğü, ancak 48- 60 aylık çocukların daha obez olduğu tespit edilmiştir. Alawi vd. (2013: 531), 18-24 aylık çocukların obezite prevalansının en yüksek, 9-12 aylık çocuklarda obezite riskinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmadan çıkarılabilecek ay arttıkça çocuklarda obezitenin azalacağı bulgusu, çocuğun hareketliliğinin artmasıyla ilişkili olabilir. Çocuk emekleme ve yürüme dönemlerine geldiğinde daha fazla hareket etmek isteyecek ve bu durum da enerji dönüşümüne sebep olarak çocukta fazla kilonun azalmasına katkı sağlayabilecektir.

*Cinsiyet ile beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite arasında ilişki bulunmaktadır.* Bu çalışmada, kız çocuklarında fazla ağırlığın/obezitenin erkeklere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Alanyazın incelendiğinde, bu çalışma bulgusunu destekler şekilde kız çocuklarının erkek çocuklara göre daha obez olduğu bulgusu elde edilmiştir (Jouret vd., 2007: 1647; O'Callaghan vd., 1997: 314; White vd., 1995: 40). Bu durum kız ve erkek çocuklarda biyolojik özelliklerin farklı olması ile açıklanabilir. Genel olarak kız

çocuklarda yağ dokusu ve dağılımı ve erkek çocuklarda ise kas dağılımı daha fazla olmaktadır (Çetin vd., 2015: 157). Bu durum da kız çocuklarda obeziteyi artırabilmektedir.

*Annenin eğitim düzeyi, beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obeziteyi etkileyen bir diğer faktörü oluşturmaktadır.* Bu çalışmada, eğitim arttıkça çocuklarda fazla ağırlığın/obezitenin arttığı saptanmıştır. Alawi vd. (2013: 531) tarafından yapılan çalışmada da, çocuklarda obezite prevalansı yüksek eğitilmiş ailelerin çocuklarında daha yüksek bulunmuştur. Ancak alanyazın incelendiğinde, yüksek eğitilmiş ailelerin çocuklarında obezite riskinin daha düşük olduğu bulgusunu elde eden çalışmalar yer almaktadır (Sorrie vd., 2017: 8; Amin vd., 2008: 313). Okul öncesi dönemde çocuklarda görülen obezite genellikle önlenemez olması sebebiyle, birçok paydaşın rol aldığı bir halk sağlığı sorunudur. Bu noktada en büyük sorumluluk aileye düşmektedir. Okul öncesi dönemde çocukların beslenme düzeni ve alışkanlığının şekillenmesinde anne ve babanın beslenme düzeninin önemli olduğu düşünülmektedir. Ailenin fiziksel aktivite düzeyi yüksekse, çocuk da bu durumu örnek alarak hareket edebilir (Köksal vd., 2012: 11). Türkiye koşullarında çocuğun yaşamını idame ettirmesinde anneye genellikle daha fazla sorumluluk düşmektedir. Annenin nitelikleri, çocuğun beslenme alışkanlıkları ve fiziksel hareket potansiyelini önemli ölçüde etkileyebilir. Anne eğitim düzeyi düşük olsa bile, çocuğunun sağlığına yönelik müdahaleler konusunda ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik farkındalığı yüksek olabilir. Ekonomik koşulları da elverişliyse, çocuklarını çeşitli spor dallarında kurslara yönlendirerek fiziksel hareket ve sağlıklı yaşam konusunda destekleyebilir.

*Beş yaş altı çocuklarda fazla ağırlık/obezite yaşanan ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilenmektedir.* Çalışma bulgularından hareketle, Doğu Bölgesi'nde yaşayan çocuklara göre diğer bölgelerde yaşayan çocuklarda fazla ağırlık/obezite sorununun daha fazla görüldüğü ortaya konulmuştur. Gelişmekte olan gelir düzeyi düşük ülkelerde obezite oranları genellikle kentsel alanlarda daha yüksektir. Bu ülkelerde kentlerde yaşayan çocukların ucuz ancak sağlıksız gıdaya erişimi daha kolay olmaktadır. Çocuklarda sağlıksız beslenme alışkanlığı (abur cubur, fast food, asitli içecek tüketimi, vb.), Türkiye'de Batıya gidildikçe kentleşme ve ekonomik gelişmişliğin etkisiyle artış

gösterebilmektedir. Bu durum da, Batıya gidildikçe çocuklarda fazla kilo/obezite riskinin yüksek olmasına sebep olabilir.

**Bulgu 11: Kadınlarda obezite yaş, eğitim düzeyi, doğum sayısı, çalışma durumu, yaşanan bölge ve çocukluğun geçtiği bölgeden etkilenmektedir.**

*Kadının yaşı, obeziteyi etkileyen değişkenlerden biridir.* 15-19 yaş kategorisine göre obezite diğer yaş gruplarında daha yüksek bulunmuştur. Yaş arttıkça obezitenin arttığı bulgusu elde edilmiştir. Kadınlarda obezitenin yaşla birlikte artış gösterdiğini ortaya koyan başka çalışmalar da bulunmaktadır (Alharbi, 2016: 80; Sarma vd., 2016: 3; Nazlıcan vd., 2011: 10; Khan ve Kraemer, 2009: 808; Dastgiri vd., 2006: 997). Kadınlarda artan yaşla birlikte vücuda alınan enerji harcanamayabilir ve bazal metabolizma hızı azaldığından obezite riski ortaya çıkabilir (Nazlıcan vd., 2011: 10). Artan yaşla birlikte kadınlarda görülen hormonal değişiklikler de obeziteyi tetikleyebilmektedir.

*Obezite, kadınların eğitim düzeyine göre farklılıklar göstermektedir.* Bu çalışmada, eğitimle birlikte kadınlarda obezitenin azaldığı belirlenmiştir. Dastgiri vd. (2006: 997), hem kadın hem de erkekler için eğitim düzeyi yüksek olan kadınların daha düşük eğitim düzeyine sahip kadınlara göre obezite riskinin daha düşük olduğunu belirtmektedir. Diğer çalışmalarda da, benzer bulguya değinilmektedir (Nazlıcan vd., 2011: 10; Martorell vd., 2000: 251). Bu durumun sebebi, eğitilmiş kadınların sosyal konumları sebebiyle fiziksel görünümüne ve vücut tiplerine daha fazla dikkat etmeleri ile açıklanabilir (Nazlıcan vd., 2011: 10; Arslan ve Ceviz, 2007: 218). Eğitim seviyesi arttıkça kadınların spor konusundaki bilinç düzeyi, kilo vermesini kolaylaştıracak diyetlerin uygulanması konusunda farkındalığı ve kilo verme sürecinde sağlık profesyoneli, diyetisyen gibi uzmanlar ile olan işbirliğinin artabileceği düşünülmektedir.

*Doğum sayısı, obeziteyi etkilenmektedir.* Doğum yapmamış kadınlara göre doğum yapmış tüm kadınlarda obezite yaygınlığının daha fazla olduğu bulgusu elde edilmiştir. Sarma vd. (2016: 3) tarafından yapılan çalışmada, beş ve üzerinde çocuğa sahip kadınlarda hiç çocuğu olmayan kadınlara göre obezitenin daha fazla olduğu bulgusu tespit edilmiştir. Alanyazın incelendiğinde, bu bulguyu destekleyen başka çalışmalar da olduğu görülmektedir (Kaner vd., 2017: 256; Alharbi, 2016: 81; Nazlıcan vd., 2011: 10;

Rosenberg vd., 2003: 1531; Güneş vd., 2000: 52). Kadınların doğum sırasında aldıkları kiloları doğum sonrasında verememesi, doğum sayısı ile kadınlarda obezite ilişkisinde önemli bir neden olabilir (Kaner vd., 2017: 256; Balcı Yangın ve Hınçal, 2016: 5). Doğum sonrasında kadınlar çevrenin baskısıyla sürekli süt artırıcı besin tüketmekte ve sonucunda kilo artışı sorunuyla karşılaşabilmektedir (Avcuoğlu vd., 2014: 146). Doğum sayısının artışı, kadının yaşının da artışıyla ilişkili olabilir. Yaşla birlikte doğumların anne bedeninde yol açabileceği farklı hastalıkların ortaya çıkması ve ilaç kullanımı da kadınlarda obeziteyi artırabilir.

*Kadının çalışma durumu, obeziteyi etkileyen bir diğer faktördür.* Çalışma bulgularından hareketle, çalışan kadınlara göre çalışmayan kadınlarda obezite yaygınlığı 1,015 kat daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda obezitenin incelendiği diğer çalışmalarda da benzer bulgu elde edilmiştir (Sarma vd., 2016: 5; Mohammad Ali ve Lindström, 2005: 327; Sarlio Lähteenkorva ve Lahelma, 1999: 446). Çalışan kadınların obezite riskinin düşük olması, çalışma yaşamının temposu ve görsel niteliğinin bulunabilmesi sebebiyle, diyet uygulamalarına daha sadık kalabilmeleri ile açıklanabilir (Arslan ve Ceviz, 2007: 219). Ayrıca, eğitim düzeyi yüksek çalışan kadınların diyetler ve gıdaların kalorileri konusundaki farkındalık daha yüksek düzeyde olabilir. Herhangi bir işte çalışmayan kadınların günlük yaşamlarını ev içinde geçirmeleri nedeniyle besin tüketimi artırmakta ve fiziksel aktiviteler ile desteklenmezse kiloya dönüşebilmektedir. Bu durum da kadınlarda obeziteyi artırabilmektedir.

*Yaşanan ve çocukluğun geçtiği bölge ile obezite arasında ilişki bulunmaktadır.* Doğu Bölgesi'ne göre diğer dört bölgede kadınlarda obezite istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Kent yaşamı, masa başında çalışma, araç kullanımının artışı, fiziksel aktivitenin azalması, çalışma yaşamının yoğunluğu sebebiyle hazır, fast food ve dışarıda gıda tüketiminin artması gibi sebepler, kentlerde yaşayan kadınlarda obeziteyi tetikleyebilir. Doğu Bölgesinde özellikle kırsalda yaşayan kadınlarda beslenmede süt ve süt ürünlerine ağırlık verilmesi sebebiyle beslenme alışkanlıklarının daha sağlıklı olabileceği düşünülmektedir. Organik gıdaya erişim, kırsalda yaşayan kadınlar için kentte yaşayanlara göre daha uygun fiyatlı ve erişimi daha kolay olmaktadır. Bu gibi sebeplerin kırsalda yaşayan kadınlarda obezite riskini artırabileceği ileri sürülebilir.

## 7. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın amacı, Türkiye’de iç göçün sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü üzerindeki etkisini belirlemektir. Çalışmada ayrıca sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü üzerinde sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerin etkisinin belirlenmesi ve 1993-2013 yılları arasındaki dönemde Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsünün seyrinin incelenmesi de amaçlanmıştır.

Bu araştırmanın öne çıkan sonuçları şu şekilde sıralanabilir:

- Çalışmada, iç göçün sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü değişkenlerini etkilediği görülmüştür. Sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık statüsü değişkenlerinde en iyi durumun kentte yaşayanlarda, sonra sırasıyla kırdan kente göç etmişlerde, kentten kıra göç etmişlerde ve kırdaki yaşayanlarda olduğu ortaya konulmuştur. Buna göre kırdaki yaşayanlar, sağlık hizmetinden en az yararlanan ve sağlık statüsü bakımından en dezavantajlı olan grubu oluşturduğu belirlenmiştir.
- 1993-2013 yılları arasındaki dönemde sağlık hizmeti kullanımı artmıştır. Sezaryen doğum dışında sağlık hizmeti kullanım değişkenlerinde iyileşmeler olduğu saptanmıştır.
  - Doğum öncesi bakım alma 1993’te %67 iken 2013’te %96,2’ye ve doğum sonrası bakım alma 2008’de %89,8 iken 2013’te %95,4’e yükselmiştir. Diğer bir ifadeyle, 1993 dönemine göre 2013 döneminde doğum öncesi bakım alma 9,310 kat ve 2008 dönemine göre doğum sonrası bakım alma 2,566 kat artmıştır.
  - Sağlık kuruluşunda doğumun gerçekleştirilmesi 1993-2013 döneminde %63,8’den %98,1’e yükselmiştir. Lojistik regresyon analizinde bu yükselmenin 27,682 kat olduğu tespit edilmiştir.
  - Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı 1993’te %34,5 ve 2013’te %47,7 olduğu saptanmıştır. Başka bir ifadeyle, modern yöntem kullanımının 1,453 kat arttığı belirlenmiştir.

- Sezaryen doğumun 1993'te %14,3 iken, 2013'te %51,9'a yükseldiği tespit edilmiştir. Çok değişkenli analizde bu yükselmenin karşılığı 4,699 kattır.
- 1993-2013 yılları arasındaki dönemde kadınlarda obezite dışında sağlık statüsü göstergelerinde iyileşmeler olduğu tespit edilmiştir.
  - Beş yaş altı ölümünün 1993 döneminde %3,4 (%o 34) iken, 2013'te %0,9 (%o 9)'a düştüğü belirlenmiştir. Diğer bir ifadeyle, beş yaş altı ölümü 1993 dönemine göre 2013 döneminde 2,980 kat azalmıştır.
  - Beş yaş altı çocuklarda bodurluk, 1993-2013 döneminde %5,3'den %1,9'e düşmüştür. Beş yaş altı çocuklarda bodurlukta azalmanın 2,471 kat olduğu tespit edilmiştir.
  - İshalin yaygınlığı, 1993 dönemine göre 2008 döneminde 1,461 kat azalmıştır.
  - Annelerin ifadesiyle yetersiz doğum büyüklüğü oranının 1998'de %25,1 iken, 2013'te %21,6'a düştüğü saptanmıştır. Çok değişkenli analizde bu azalmanın karşılığı 1,140 kattır.
  - Kadınlarda obezitenin 1998-2013 döneminde %21,7'den %26,5'e yükseldiği belirlenmiştir. Başka bir ifadeyle, 1998 dönemine göre 2013 döneminde kadınlarda obezite 1,551 kat artmıştır.
- Sağlık hizmetleri kullanımında ve sağlık statüsünde kadının eğitim düzeyi önemli bir belirleyicidir. Eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi ve doğum sonrası bakım alma, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı gibi hizmet kullanımlarının arttığı saptanmıştır. Eğitimin artmasıyla obezite, beş yaş altı çocuk ölümü, çocuğun doğumdaki büyüklüğü, ishal ve bodurluk gibi sağlık statüsü göstergelerinde iyileşmeler olduğu belirlenmiştir. Diğer bir ifadeyle eğitim düzeyi arttıkça, sağlık hizmeti kullanımının arttığı ve sağlık statüsü göstergelerinin iyileştiği söylenebilir.
- Sağlık sigortası olan kadınların doğum öncesi bakım alma, doğum sonrası bakım alma, doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleştirme, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı ve sezaryen doğum hizmetlerini kullanım düzeyleri daha yüksektir.
- Sağlık hizmetleri kullanımında Türkiye'de bölgeler arası eşitsizlikler bulunmaktadır. Doğu Bölgesi ve Orta Bölge dışında diğer bölgelerde sağlık

hizmetleri kullanımının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Doğu Bölgesi ve Orta Bölge, sağlık statüsü göstergeleri (beş yaş altı çocuk ölümü, çocuğun doğumdaki büyüklüğü, ishal, bodurluk) açısından dezavantajlı bölgelerdir. Çocuklarda obezite ve kadınlarda obezitenin Batı Bölgesi'nde daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

- Sezaryen doğum oranı, 1993-2013 döneminde kamu sağlık kuruluşlarında %13,0'ten %42,4'e ve özel sağlık kuruluşlarında ise %30,6'dan %66,3'e yükselmiştir. Sezaryen doğum dönemler itibariyle hem kamu hem de özel hastanelerde yükselmekle birlikte, kamu sağlık kuruluşlarına göre özel sağlık kuruluşlarında 2,383 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmanın elde edilen bulgularına yönelik şu hususlar önerilebilir:

- Türkiye'de aile hekimliği sistemi, şehir hastaneleri başta olmak üzere çeşitli uygulamalar yoluyla sağlık hizmetlerine her yerde ulaşılması hedeflenmekle birlikte bu çalışma sonucunda ortaya konulduğu gibi kırsal yerleşim alanında yaşayanlar, kentten kıra göç edenler ve Doğu Bölgesi'nde yaşayanların sağlık hizmetlerine erişiminde dezavantaj yaşadığı görülmektedir. Bu nedenle, kırsal yerleşim alanlarında ve Doğu Bölgesi'nde sağlık hizmetine erişimin artırılması için hem arz hem de talep taraflı önlemler alınması önerilebilir.
- ✓ Bu noktada, özellikle kırdan kente göç etmiş ve kırdan yaşayan kadınlarla iletişim stratejilerinin doğru bir şekilde yönetilmesi önemli olmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu sırasında gebe, lohusa ve bebek takiplerine yönelik hekim ziyaretleri, kırsalda yaşayan kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası bakım alma, gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı gibi konularda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesine imkân sağlayabilir. Dolayısıyla aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezleri, bu kadınlara farklı okuryazarlık düzeyleri için sağlık eğitiminin verilmesini kolaylaştıran önemli bir stratejik basamak olarak düşünülebilir. Bu merkezlerde kadınlar için ana-çocuk sağlığını iyileştirmeye yönelik eğitim programları ve eğitim materyalleri hazırlanabilir. Böylece, doğumda ortaya çıkabilecek komplikasyonların erken ortaya çıkarılmasını kolaylaştırabilecek sağlık hizmetinin alınması ve doğumu



sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmenin önemi gibi konularda kadınların farkındalık düzeyi artırılabilir.

- ✓ Kırsal bölgelerde dezavantajlar oluşturan fiziki koşulların belirlenerek bu koşulların avantaja çevrilmesinde yerel çerçevede uygulanacak sosyal politikaların etkili olabileceği düşünülmektedir. Türkiye'de özellikle Doğu Bölgesi'nde kırsal yerleşim yerlerinde gecekondularda banyo, tuvalet ve mutfığa sahip olmayan ve sahip olunsu bile hijyen koşullarının elverişli olmadığı birçok hane bulunmaktadır. Dolayısıyla Doğu Bölgesi'nde ve kırsal yerleşim yerlerinde çoğunlukla çocukların maruz kaldığı enfeksiyon hastalıklarını azaltmada ve bölgesel dengesizliklerin giderilmesinde politika belirleyicilerin somut adımlarına ihtiyaç duyulmaktadır.
- Bu çalışmada kadınların ve eşlerinin eğitim düzeylerinin sağlık hizmetleri kullanımını ve sağlık statüsünde belirleyici olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de “zorunlu eğitim”, “okuryazarlık seferberliği”, üniversite sayısının artırılması gibi uygulamalar yoluyla eğitim düzeyi artırılmaya çalışılmaktadır. Eğitimin sağlık hizmetleri kullanımını ve sağlık statüsü üzerindeki etkisi göz önüne alındığında mevcut eğitim politikalarının artırılarak devam edilmesi önerilebilir.
- Çalışmada sağlık sigortasının sağlık hizmeti kullanımını etkilediği ve sağlık hizmeti kullanımının sigortası olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de 2008 yılında yürürlüğe giren ancak 2012 itibariyle uygulanan Genel Sağlık Sigortası ile nüfusun tamamı sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. Ancak teorik olarak nüfusun tamamı kapsam içerisinde olmakla birlikte, gelir testini yaptırmama, sağlık primini ödeyememe gibi durumlar nedeniyle kapsam içerisine alınamayan kişiler olabilmektedir. Bu nedenle, fiili olarak da nüfusun tamamının kapsam içine alınmasına yönelik uygulamalar önerilebilir.
- Çalışmada kadınlarda obezite ve sezaryen doğumda istenmeyen bir şekilde artış olduğu belirlenmiştir. Birey, devlet, medya ve gıda endüstrisinin ortak geliştireceği politikalar yardımıyla yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivitenin artırılması, dışarıda tüketilen hazır gıdaların azaltılması gibi önlemler alınarak kadınlarda obezite prevalansının azaltılabileceği düşünülmektedir. Sezaryen doğumdaki artış ülke sağlık politikası yapımcılarının da dikkatini çekmesi üzerine son yıllarda para cezası, sağlık personeline yönelik eğitim gibi somut

adımlar gündeme gelmiştir. Belirlenen politikaların kararlılıkla uygulanması ile sezaryen doğum oranının düşüşünün sağlanabileceği düşünülmektedir.

Gelecekte yapılacak çalışmalara yönelik şu öneriler getirilebilir:

- Çalışmada göç durumu değişkeni kadının çocukluğunun geçtiği yerleşim yerine göre belirlenmiştir. Gelecekte yapılacak başka çalışmalarda son beş yılda en az bir kez gerçekleştirilen göç, yaşam boyu göç ve bir önceki yerleşim yerine göre göç bilgileri incelenerek göç durumu değişkeni oluşturulabilir.
- Bu çalışmada TNSA verileri kullanılmıştır. TNSA verileri daha çok ana-çocuk sağlığına ilişkin bilgileri kapsamaktadır. İç göçün sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin etkisinin değerlendirilmesinde farklı sağlık statüsü ve sağlık hizmetleri kullanımı değişkenleri ile araştırılması önerilebilir.
- Göç deneyimi yaşamış bireylerin sağlık hizmetlerine erişimine ilişkin görüş ve önerilerini ortaya koyan çalışmalar planlanabilir. Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliği ortadan kaldırmaya yönelik ilgili paydaşların (akademisyen, politika belirleyiciler, sivil toplum kuruluşları, sağlık hizmeti kullanıcıları vb.) görüşlerini alan çalışmalar önerilebilir.

## KAYNAKÇA

- Abor, A. P., Abekah-Nkrumah, G., Sakyi, K., Adjasi, C. K., & Abor, J. (2011). The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Ghana. *International Journal of Social Economics*, 38(7), 628-648.
- Abubakari, A., Kynast-Wolf, G., & Jahn, A. (2015). Maternal determinants of birth weight in Northern Ghana. *PloS One*, 10(8), 1-15.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Adegbola, O., & Okunowo, A. (2009). Intended postpartum contraceptive use among pregnant and puerperal women at a university teaching hospital. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 280(6), 987-992.
- Adıgüzel, Y. (2016). *Göç sosyolojisi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Aker, T., Ayata, B., Özeren, M., Buran, B., & Bay, A. (2002). Zorunlu iç göç: Ruhsal ve toplumsal sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(2), 97-103.
- Akhavan, S., & Lundgren, I. (2012). Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden-A qualitative study. *Midwifery*, 28(1), 80-85.
- Akıncı, B., Nergiz, A., & Gedik, E. (2015). Uyum süreci üzerine bir değerlendirme: Göç ve toplumsal kabul. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 58-83.
- Aksu, H., & Sevil, Ü. (2010). Göç ve kadın sağlığı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 133-138.
- Aktekin, M., & Dedeoğlu, N. (1995). Antalya'da gecekondu bölgeleri ve sağlık sorunları. *Toplum ve Hekim*, 10(66), 11-16.
- Alawi, S. A., Abdulatif, F., Dhubaib, D. A., Mohammed, H., & Ansari, A. A. (2013). Prevalence of overweight and obesity across pre-school children from four cities of the Kingdom of Bahrain. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2(2), 507-510.
- Alexy, B., Nichols, B., Heverly, M. A., & Garzon, L. (1997). Prenatal factors and birth outcomes in the public health service: A rural/urban comparison. *Research in Nursing & Health*, 20(1), 61-70.
- Alharbi, M. (2016). *Factors associated with obesity and perceived barriers to weight maintenance among saudi women of reproductive age in Jeddah City (Doctoral dissertation)*. University of Maryland, College Park, USA.

- Amin, T. T., Al-Sultan, I., & Ali, A. (2008). Overweight and obesity and their relation to dietary habits and socio-demographic characteristics among male primary school children in Al-Hassa, Kingdom of Saudi Arabia. *European Journal of Nutrition*, 47(6), 310–318.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Andersen, R. M., McCutcheon, A., Aday, L. A., Chiu, G. Y., & Bell, R. (1983). Exploring dimensions of access to medical care. *Health Services Research*, 18(1), 49-74.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*, 51(1), 95-124.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 1-28.
- Anil Kumar, K., Reshmi, R. S., & Hemalatha, N. (2016). Effect of women's migration on urban children's health in India. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 12(2), 133-145.
- Arabacı, Z., Hasgül, E., & Serpen, A. (2016). Türkiye'de kadın göçmenlik ve göçün kadın sağlığı üzerine etkisi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 16(36), 129-144.
- Arslan, C., & Ceviz, D. (2007). Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(5), 211-220.
- Aryeetey, R., Lartey, A., Marquis, G. S., Nti, H., Colecraft, E., & Brown, P. (2017). Prevalence and predictors of overweight and obesity among school-aged children in urban Ghana. *BMC Obesity*, 4(38), 1-8.
- Asekun Olarinmoye, E. O., Adebimpe, W. O., Bamidele, J. O., Odu, O. O., Asekun Olarinmoye, I. O., & Ojofeitimi, E. O. (2013). Barriers to use of modern contraceptives among women in an inner city area of Osogbo metropolis, Osun state, Nigeria. *International Journal of Women's Health*, 5, 647-655.
- Asfaw, S. T., & Giotom, L. (2000). Malnutrition and enteric parasitoses among under-five children in Aynalem Village, Tigray. *Ethiopian Journal of Health Development*, 14(1), 67-75.

- Aslan, D., Özcebe, H., Bilir, N., Vaizoğlu, S., & Subaşı, N. (2006). What are the predictors of health services utilization by women in a city center located in the eastern part of Turkey?: A cross sectional study. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 36(1), 37-43.
- Avcuoğlu, A., Eray, İ. K., Yurdakul, A. V., Üstü, Y., & Uğurlu, M. (2014). Doğum sonrası dönemdeki annelerin sağlıklı kilo vermek konusundaki bilgi düzeylerinin ve tutumlarının sorgulanması. *Ankara Medical Journal*, 14(4), 144-150.
- Awuse, N., Agyei, J., & Tandoh-Offin, P. (2016). The cost-benefit analysis of migration from Northern to Southern Ghana. *Researchjournali's Journal of Economics*, 4(5), 1-15.
- Babalola, S., & Fatusi, A. (2009). Determinants of use of maternal health services in Nigeria-looking beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(43), 1-13.
- Babitsch, B., Berger, C., Borgetto, B., & Ciupitu Plath C. C. (2014). Health care utilization: Insights from qualitative research. In C. Janssen, N. Ladebeck, & T. Von Lengerke (Ed.), *Health care utilization in Germany: Theory, methodology, and results*(pp. 87-97). Germany: Springer Science & Business Media.
- Babu, B. V., Swain, B. K., Mishra, S., & Kar, S. K. (2010). Primary healthcare services among a migrant indigenous population living in an eastern Indian city. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(1), 53-59.
- Bahar, O., & Bingöl, F. K. (2010). Türkiye'de iç göç hareketlerinin istihdam ve işgücü piyasalarına etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(2), 43-61.
- Bakhtari, F., Nadrian, H., Matlabi, H., Sarbakhsh, P., & Bidar, M. (2017). Personal, interpersonal, and organizational predictors of the mode of delivery among urban women: A prospective study with socio-ecological approach. *Clinical Nursing Research*, 1-18.
- Balcı Yangın, H., & Hınçal, S. (2016). Gecekondu bölgesinde yaşayan evli kadınlarda şişmanlık sıklığı ve etki eden faktörler. *Van Tıp Dergisi*, 23(1), 1-6.
- Bartram, D., Poros M. V., & Monforte, P. (2017). *Göç meselesinde temel kavramlar*. (I. Ağabeyoğlu Tuncay, Çev.) Ankara: Hece Yayınları.

- Bashour, H., Abdulsalam, A., Al Faisal, W., & Cheikha, S. (2008). Patterns and determinants of maternity care in Damascus. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 14(3), 595-604.
- Başel, H. (2007). Türkiye'de nüfus hareketlerinin ve iç göçün nedenleri. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 53, 516-542.
- Bayındırlık ve İskân Bakanlığı. (2009). *Kentsel yoksulluk, göç ve sosyal politikalar komisyon raporu*. <https://webdosya.csb.gov.tr/db/kentges/edordosya/kitap7.pdf> (Erişim Tarihi: 10.04.2018).
- Belay, A., & Sendo, E. (2016). Factors determining choice of delivery place among women of child bearing age in Dega Damot District, North West of Ethiopia: A community based cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(229), 1-8.
- Bell, M., Blake, M., Boyle, P., Duke-Williams, O., Rees, P., Stillwell, J., & Hugo, G. (2002). Cross-national comparison of internal migration: Issues and measures. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 165(3), 435-464.
- Bell, M., Charles-Edwards, E., Ueffing, P., Stillwell, J., Kupiszewski, M., & Kupiszewska, D. (2015). Internal migration and development: Comparing migration intensities around the world. *Population and Development Review*, 41(1), 33-58.
- Bergner, M. (1985). Measurement of health status. *Medical Care*, 23(5), 696-704.
- Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J., & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of Family Practice*, 49(2), 147-147.
- Beşer, E., Ergin, F., & Sönmez, A. (2007). Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2), 137-141.
- Birinci, S. (2017). Türkiye'de göç etkinliği, nüfus devinimi ve nüfus değişimi (2014-2015). *Türk Coğrafya Dergisi*, 69, 81-88.
- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (2018). *Çocuk sağlığı ve beslenmesi*. <http://www.unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=18> (Erişim Tarihi: 10.04.2018).
- Birleşmiş Milletler. (1998). *Recommendations on statistics of international migration, statistical papers series.*

- [http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM\\_58rev1e.pdf](http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_58rev1e.pdf) (Erişim Tarihi: 10.04.2018).
- Bisai, S., Sen, A., Mahalanabis, D., Datta, N., & Bose, K. (2006). The effect of maternal age and parity on birth weight among Bengalees of Kolkata, India. *Human Ecology*, *14*, 139-143.
- Blum, H. L. (1974). *Planning for health: Development and application of social change theory*. New York: Human Sciences Press.
- Breslow, L. (1989). Health status measurement in the evaluation of health promotion. *Medical Care*, *27*(3), 205-216.
- Briggs, M. M., Hopman, W. M., & Jamieson, M. A. (2007). Comparing pregnancy in adolescents and adults: Obstetric outcomes and prevalence of anemia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, *29*(7), 546-555.
- Brimblecombe, N., Dorling, D., & Shaw, M. (2000). Migration and geographical inequalities in health in Britain. *Social Science & Medicine*, *50*(6), 861-878.
- Brown, L., & Moore, E. (1970). The intra-urban migration process: A perspective. *Geografiska Annaler*, *52*(1), 1-13.
- Browne, J. L., Kayode, G. A., Arhinful, D., Fidder, S. A., Grobbee, D. E., & Klipstein-Grobusch, K. (2016). Health insurance determines antenatal, delivery and postnatal care utilisation: Evidence from the Ghana demographic and health surveillance data. *BMJ Open*, *6*(3), 1-6.
- Bulutay, T., & Taştı, E. (2004). *Informal sector in the Turkish labour market* (Publication No. 2004/22). [https://www.econstor.eu/bitstream/10419/83265/1/dp\\_2004-22.pdf](https://www.econstor.eu/bitstream/10419/83265/1/dp_2004-22.pdf) (Erişim Tarihi: 05.02.2018).
- Buz, S. (2009). Göç ve kentleşme sürecinde kadınların görünürlüğü. *Aile ve Toplum*, *5*(17), 40-50.
- Bülbül, S., & Köse, A. (2010). Türkiye'de bölgelerarası iç göç hareketlerinin çok boyutlu ölçekleme yöntemi ile incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, *39*(1), 75-94.
- Cai, W. W., Marks, J. S., Chen, C. H., Zhuang, Y. X., Morris, L., & Harris, J. R. (1998). Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in Shanghai, China. *American Journal of Public Health*, *88*(5), 777-780.

- Carballo, M., & Mboup, M. (2005). *International migration and health*. [https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/policy\\_and\\_research/gcim/tp/TP13.pdf](https://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/policy_and_research/gcim/tp/TP13.pdf) (Erişim Tarihi: 12.03.2018).
- Catney, G. (2016). *Minority internal migration in Europe*. New York: Routledge.
- Celik, Y., & Hotchkiss, D. R. (2000). The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Social Science & Medicine*, 50(12), 1797-1806.
- Chakraborty, N., Islam, M. A., Chowdhury, R. I., & Bari, W. (2002). Utilisation of postnatal care in Bangladesh: Evidence from a longitudinal study. *Health & Social Care in the Community*, 10(6), 492-502.
- Chandhiok, N., Dhillon, B. S., Kambo, I., & Saxena, N. C. (2006). Determinants of antenatal care utilization in rural areas of India: A cross-sectional study from 28 districts (An ICMR task force study). *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 56(1), 47-52.
- Chen, J. (2011). Internal migration and health: Re-examining the healthy migrant phenomenon in China. *Social Science & Medicine*, 72(8), 1294-1301.
- Cheung, N. F., & Pan, A. (2012). Childbirth experience of migrants in China: A systematic review. *Nursing & Health Sciences*, 14(3), 362-371.
- Curtis, J. R., & Patrick, D. L. (2003). The assessment of health status among patients with COPD. *European Respiratory Journal*, 21(41), 36s-45s.
- Çağlayan, S. (2006). Göç kuramları, göç ve göçmen ilişkisi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 67-91.
- Çakır, S. (2011). Türkiye’de göç, kentleşme/gecekondu sorunu ve üretilen politikalar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23, 209-222.
- Çelik, F. (2002). İç göçlerin seçkinlik yaklaşımı ile analizi. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13, 275-296.
- Çelik, F. (2005). İç göçler: Teorik bir analiz. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14(2), 167-184.
- Çelik, F. (2006). İç göçlerin itici ve çekici güçler yaklaşımı ile analizi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 27, 149-170.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çelik, Y. (2014). Sürdürülebilir kalkınma kavramı ve sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 19-37.



- Çelikay, F. (2017). İşsizlik, kamu harcamaları ve iç göçler arasındaki nedensellik ilişkileri: Türkiye üzerine bir inceleme. *Maliye Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 205-219.
- Çetin, İ., Muhtaroglu, S., Yılmaz, B., & Kurtoğlu, S. (2015). Obez çocuklarda small dense ldl, endotelin-1 ve lipokalin-2 seviyelerinin değerlendirilmesi. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 5(1), 151-161.
- Da Silva, R. B., Contandriopoulos, A. P., Pineault, R., & Tousignant, P. (2011). A global approach to evaluation of health services utilization: Concepts and measures. *Healthcare Policy*, 6(4), e106-e117.
- Dargent Molina, P., James, S. A., Strogatz, D. S., & Savitz, D. A. (1994). Association between maternal education and infant diarrhea in different household and community environments of Cebu, Philippines. *Social Science & Medicine*, 38(2), 343-350.
- Dastgiri, S., Mahdavi, R., TuTunchi, H., & Faramarzi, E. (2006). Prevalence of obesity, food choices and socio-economic status: A cross-sectional study in the North-West of Iran. *Public Health Nutrition*, 9(8), 996-1000.
- Debebe, S., Limenih, M. A., & Biadgo, B. (2017). Modern contraceptive methods utilization and associated factors among reproductive aged women in rural Dembia District, Northwest Ethiopia: Community based cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 15(6), 367-374.
- Demir, G. (2009). *Diyabetik obez kadınlarda obeziteyi etkileyen süreçlerin genel olarak değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Demir, G., & Arıöz, A. (2014). Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 1-8.
- Deniz, O., & Etlan, E. (2009). Kırdan kente göç ve göçmenlerin uyum süreci üzerine bir çalışma: Van örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(2), 472-498.
- Dennett, A., & Stillwell, J. (2008). Population turnover and churn: Enhancing understanding of internal migration in Britain through measures of stability. *Population Trends*, 134, 24-41.

- 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.
- Devlet Planlama Teşkilatı. (2001). *Gelir dağılımının iyileştirilmesi ve yoksullukla mücadele özel ihtisas komisyonu raporu*. <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/zet%20ihtisas%20Komisyonu%20Raporlar/Attachments/76/oik610.pdf> (Erişim Tarihi: 09.09.2017).
- Dhakal, S., Chapman, G. N., Simkhada, P. P., Van Teijlingen, E. R., Stephens, J., & Raja, A. E. (2007). Utilisation of postnatal care among rural women in Nepal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7(19), 1-9.
- Dhall, K., & Bagga, R. (1995). Maternal determinants of birth weight of north Indian babies. *The Indian Journal of Pediatrics*, 62(3), 333-344.
- Dodd, W., Humphries, S., Patel, K., Majowicz, S., Little, M., & Dewey, C. (2017). Determinants of internal migrant health and the healthy migrant effect in South India: A mixed methods study. *BMC International Health and Human Rights*, 17(23), 1-12.
- Dücan, E. (2016). Türkiye’de iç göçün sosyo-ekonomik nedenlerinin bölgesel analizi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(2), 167-183.
- Dünya Sağlık Örgütü. (1948). *Constitution of world health organization: Principles*. <http://www.who.int/about/mission/en/> (Erişim Tarihi: 18.12.2017).
- Dünya Sağlık Örgütü. (2008). *Sixty-First World Health Assembly*. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA61-REC1/A61\\_REC1-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-en.pdf) (Erişim Tarihi: 24.10.2017).
- Dünya Sağlık Örgütü. (2010). *Health service delivery*. [http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_section1\\_web.pdf](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_section1_web.pdf) (Erişim Tarihi: 02.01.2018).
- Dünya Sağlık Örgütü. (2017). *The determinants of health*. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> (Erişim Tarihi: 18.12.2017).
- Ece, A., Ceylan, A., Gürkan, F., Dikici, B., Bilici, M., Davutoğlu, M., & Karaçomak, Z. (2004). Diyarbakır ve çevresi okul çocuklarında boy kısalığı, düşük ağırlık ve obezite sıklığı. *Van Tıp Dergisi*, 11(4), 128-136.

- Ecker, J. L., Chen, K. T., Cohen, A. P., Riley, L. E., & Lieberman, E. S. (2001). Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: Indications and associated factors in nulliparous women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *185*(4), 883-887.
- Ejembi, C. L., Dahiru, T., & Aliyu, A. A. (2015). *Contextual factors influencing modern contraceptive use in Nigeria*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/WP120/WP120.pdf> (Erişim Tarihi: 07.12.2017).
- Elo, I. T. (1992). Utilization of maternal health-care services in Peru: The role of women's education. *Health Transition Review*, *2*(1), 49-69.
- Ensor, T., & Cooper, S. (2004). Overcoming barriers to health service access: Influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, *19*(2), 69-79.
- Erdem, R., & Pirinçci, E. (2003). Sağlık hizmetlerinde kullanım ve kullanımı etkileyen faktörler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi*, *20*(1), 39-46.
- Ergin, F., Aksu, H., & Demiröz, H. (2010). Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, *13*(4), 1-9.
- Ergöl, Ş., & Kürtüncü, M. (2014). Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *1*(3), 26-34.
- Erol, M., & Ersever, O. G. (2014). Göç krizi ve göç krizine müdahale. *Kara Harp Okulu Bilim Dergisi*, *24*(1), 47-68.
- Ertem, M. (1999). Göç ve bulaşıcı hastalıklar. *Toplum ve Hekim*, *14*(3), 225-228.
- Eryurt, M. A. (2005). Türkiye’de doğurganlığı belirleyen ara değişkenler: Yakın döneme bakarken. *Nüfusbilim Dergisi*, *27*, 67-84.
- Eryurt, M. A., & Koç, İ. (2012). Internal migration and fertility in Turkey: Kaplan-Meier survival analysis. *International Journal of Population Research*, doi:10.1155/2012/329050.
- Esipova, N., Pugliese, A., & Ray, J. (2013). The demographics of global internal migration. *Migration Policy Practice*, *3*(2), 1-6.
- Ettarh, R. R., & Kimani, J. (2012). Determinants of under-five mortality in rural and urban Kenya. *Rural Remote Health*, *12*(1812), 1-9.

- Evans, R. G. (2016). A new paradigm for health economics? We already have three. M. L. Barer, G. L. Stoddart, K. M. McGrail, & C. B. McLeod (Ed.), *An undisciplined economist: Robert G. Evans on health economics, health care policy, and population health*. Canada: McGill-Queen's Press-MQUP.
- Faetanini, M., & Subrahmanian, R. (2012). *For a better inclusion of internal migrants in India. Policy Briefs*. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002191/219173e.pdf> (Erişim Tarihi: 02.01.2018).
- Falkingham, J. (2003). Inequality and changes in women's use of maternal health-care services in Tajikistan. *Studies in Family Planning*, 34(1), 32-43.
- Fellmeth, G., Fazel, M., & Plugge, E. (2016). Migration and perinatal mental health in women from low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(5), 742-752.
- Fort, A. L., Kothari, M. T., & Abderrahim, N. (2006). *Postpartum care: Levels and determinants in developing countries*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/CR15/CR15.pdf> (Erişim Tarihi: 09.10.2017).
- 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.
- Gabrysch, S., & Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(34), 1-18.
- Gabrysch, S., Cousens, S., Cox, J., & Campbell, O. M. (2011). The influence of distance and level of care on delivery place in rural Zambia: A study of linked national data in a geographic information system. *PLoS Medicine*, 8(1), 1-12.
- Garriga, C., Hedlund, A., Tang, Y., & Wang, P. (2017). *Rural-urban migration, structural transformation, and housing markets in China* (Publication No. w23819). <http://www.nber.org/papers/w23819.pdf> (Erişim Tarihi: 25.11.2017).
- Gelberg, L., Andersen, R. M., & Leake, B. D. (2000). The behavioral model for vulnerable populations: Application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Services Research*, 34(6), 1273-1302.
- George, C. M., Perin, J., De Calani, K. J. N., Norman, W. R., Perry, H., Davis Jr, T. P., & Lindquist, E. D. (2014). Risk factors for diarrhea in children under five years of

- age residing in peri-urban communities in Cochabamba, Bolivia. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 91(6), 1190-1196.
- Gerritsen, A., Bocquier, P., White, M., Mbacke, C., Alam, N., Beguy, D., Odhiambo, F., Sacoer, C., Phuc, H. D., Punpuing, S., & Collinson, M. A. (2013). Health and demographic surveillance systems: Contributing to an understanding of the Dynamics in migration and health. *Global Health Action*, 6(21496), 1-6.
- Gilbert, A., Benjamin, A., & Abenhaim, H. A. (2010). Does education level influence the decision to undergo elective repeat caesarean section among women with a previous caesarean section? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(10), 942-947.
- Ginsburg, C., Bocquier, P., Béguy, D., Afolabi, S., Augusto, O., Derra, K., Herbst, K., Lankoande, B., Odhiambo, F., Otiende, M., Soura, A., Wamukoya, M., Zabre, P., White, M. J., Collinson, M. A. (2016). Healthy or unhealthy migrants? Identifying internal migration effects on mortality in Africa using health and demographic surveillance systems of the INDEPTH network. *Social Science & Medicine*, 164, 59-73.
- Girma, W., & Genebo, T. (2002). *Determinants of nutritional status of women and children in Ethiopia*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fa39/02-nutrition.pdf> (Erişim Tarihi: 05.07.2017).
- Gong, P., Liang, S., Carlton, E. J., Jiang, Q., Wu, J., Wang, L., & Remais, J. V. (2012). Urbanisation and health in China. *The Lancet*, 379(9818), 843-852.
- Gough, A. J. N. (2008). The effects of government policies towards contraception use in women. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5(2), 1-22.
- Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (2018). Göç İstatistikleri. [http://www.goc.gov.tr/icerik/goc-istatistikleri\\_363\\_378](http://www.goc.gov.tr/icerik/goc-istatistikleri_363_378) (Erişim Tarihi: 25.04.2018).
- Gökkaya, D., & Erdem, R. (2017). Sağlık hizmetleri kullanımına etki eden faktörlerin hastalık şiddeti algısıyla değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26(1), 149-184.
- Green, M. A., Subramanian, S. V., Vickers, D., & Dorling, D. (2015). Internal migration, area effects and health: Does where you move to impact upon your health? *Social Science & Medicine*, 136, 27-34.

- Greenfield, S., & Nelson, E. C. (1992). Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings. *Medical Care*, 30(5), 23-41.
- Gu, H., You, H., Ning, W., Zhou, H., Wang, J., Lu, Y., Sun, J., Kou, Y., & Dong, H. (2017). Internal migration and maternal health service utilisation in Jiangsu, China. *Tropical Medicine & International Health*, 22(2), 124-132.
- Güler, B. K., Özmen, A. Ö., & Sarıpek, D. B. (2015). İç göç ve kent ile bütünleşme: Kocaeli ili alan araştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2), 37-69.
- Güllüoğınar, F. (2012). Göç olgusunun ekonomi-politiği ve uluslararası göç kuramları üzerine bir değerlendirme. *Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(4), 53-85.
- Güneş, G., Genç, M., & Pehlivan, E. (2000). Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda obezite. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 7(1), 48-53.
- Gürbüz, M. (2007). Yüreğir'e göç eden nüfusun sosyo-ekonomik özellikleri ve şehirleşme sürecindeki değişimi. *Coğrafya Dergisi*, 15, 1-12.
- Güreşci, E. (2010). Türkiye'de kentten-köye göç olgusu. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11(1), 77-86.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf) (Erişim Tarihi: 04.06.2017).
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2006). *Türkiye göç ve yerinden olmuş nüfus araştırması*. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tgyona/TGYONA\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tgyona/TGYONA_rapor.pdf) (Erişim Tarihi: 10.05.2017).
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2015). *Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması* 2013. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA2013\\_ilerianaliz.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA2013_ilerianaliz.pdf) (Erişim Tarihi: 04.11.2017).
- Hagen Zanker, J. (2008). *Why Do People Migrate? A Review of the Theoretical Literature (Paper No. 2008/WP002)*. <https://ssrn.com/abstract=1105657> (Erişim Tarihi: 03.02.2018).
- Hayat, H., Khan, P. S., Hayat, G., & Hayat, R. (2013). A study of epidemiological factors affecting low birth weight. *Eastern Journal of Medicine*, 18(1), 7-13.

- Hecht, S., Yang, A. L., Basnett, B. S., Padoch, C., & Peluso, N. L. (2015). *People in motion, forests in transition: Trends in migration, urbanization, and remittances and their effects on tropical forests*. [http://www.cifor.org/publications/pdf\\_files/OccPapers/OP-142.pdf](http://www.cifor.org/publications/pdf_files/OccPapers/OP-142.pdf) (Erişim Tarihi: 08.06.2017).
- Hesketh, T., Jun, Y. X., Lu, L., & Mei, W. H. (2008). Health status and access to health care of migrant workers in China. *Public Health Reports*, 123(2), 189-197.
- Hirve, S. S., & Ganatra, B. R. (1994). Determinants of low birth weight: A community based prospective cohort study. *Indian Pediatrics*, 31(10), 1221-1225.
- Hirvonen, K., & Lilleør, H. B. (2015). Going back home: Internal return migration in rural Tanzania. *World Development*, 70, 186-202.
- Hosain, G. M., Chatterjee, N., Begum, A., & Saha, S. C. (2005). Factors associated with low birthweight in rural Bangladesh. *Journal of Tropical Pediatrics*, 52(2), 87-91.
- Hu, X., Cook, S., & Salazar, M. A. (2008). Internal migration and health in China. *The Lancet*, 372(9651), 1717-1719.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., van der Meer, J. M., Schnabel, P., Smith, R., van Weel Head, C., & Smid, C. H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343(d4163), 1-3.
- Hugo, G., & Harris, K. (2011). *Population distribution effects of migration in Australia*. <https://www.homeaffairs.gov.au/ReportsandPublications/Documents/research/condensed-version.pdf> (Erişim Tarihi: 06.10.2017).
- Hulka, B. S., & Wheat, J. R. (1985). Patterns of utilization: The patient perspective. *Medical Care*, 23(5), 438-460.
- International Organization for Migration (2013). *World Migration Report*. [https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr2013\\_en.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr2013_en.pdf) (Erişim Tarihi: 08.08.2017).
- Islam, A. Z., Mondal, M. N. I., Khatun, M. L., Rahman, M. M., Islam, M. R., Mostofa, M. G., & Hoque, M. N. (2016). Prevalence and determinants of contraceptive use among employed and unemployed women in Bangladesh. *International Journal of MCH and AIDS*, 5(2), 92-102.

- Iyengar, S. D., Iyengar, K., Suhalka, V., & Agarwal, K. (2009). Comparison of domiciliary and institutional delivery-care practices in rural Rajasthan, India. *Journal of Health Population and Nutrition*, 27(2), 303-312.
- İçduygu, A., & Sirkeci, İ. (1999). Cumhuriyet dönemi Türkiye'sinde iç göç hareketleri. A. Berktaş (Ed.), *75 yılda köylerden şehirlere*, İstanbul: İş Bankası Tarih Vakfı.
- İldam Çalım, S., Kavlak, O., & Sevil, Ü. (2012). Evrensel bir sorun: Göç eden kadınların sağlığı ve sağlık hizmetlerinde yaşanan dil engeli. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 22(2), 11-19.
- İlhan, M., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F. N., & Özkan, S. (2006). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: Sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 33-41.
- İlkaracan, P., & İlkaracan, İ. (1999). 1990'lar Türkiye'sinde Kadın ve Göç. A. Berktaş (Ed.), *75 yılda köylerden şehirlere*, İstanbul: İş Bankası Tarih Vakfı.
- İpekyüz, N. (1996). Güneydoğu'da iç göç tartışmaları ve sağlık boyutu. *Toplum ve Hekim*, 11(74), 56-60.
- 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.
- Jouret, B., Ahluwalia, N., Cristini, C., Dupuy, M., Nègre-Pages, L., Grandjean, H., & Tauber, M. (2007). Factors associated with overweight in preschool-age children in Southwestern France. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85(6), 1643-1649.
- Kamal, S. M., & Aynul Islam, M. (2010). Contraceptive use: Socioeconomic correlates and method choices in rural Bangladesh. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 22(4), 436-450.
- Kaner, G., Seremet Kürklü, N., Tel Adıgüzel, K., & Bellikci Koyu, E. (2017). İzmir'de beslenme ve diyet polikliniğine başvuran kadınlarda obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 10(3), 250-257.
- Kanmiki, E. W., Bawah, A. A., Agorinya, I., Achana, F. S., Awoonor-Williams, J. K., Oduro, A. R., Phillips, 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(24), 1-10.
- Kara, M. A. (2017). *Göç yazıları: Kuramdan alana Türkiye'de göç*. Ankara: Kırmızı Çatı Cadde Kitabevi.
- Karabulut, K., & Emsen, Ö. S. (2003). Doğu Anadolu Bölgesi'nde sağlık sektörü ve bir model önerisi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(1), 19-30.
- Karpat, K. H. (2003). *Türkiye'de toplumsal dönüşüm: Kırsal göç, gecekondu ve kentleşme*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Kavili Arap, S., & Göktürk, A. (2015). Kırdan kıra bir göç öyküsü. *Çağdaş Yerel Yönetimler*, 24(3), 45-71.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, E. (2007). *Kentleşme ve kentlileşme*. İstanbul: Okutan Yayıncılık.
- Keith, R. A. (1994). Functional status and health status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(4), 478-483.
- Kesterton, A. J., Cleland, J., Sloggett, A., & Ronsmans, C. (2010). Institutional delivery in rural India: The relative importance of accessibility and economic status. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(30), 1-9.
- Khan, M. M., & Kramer, A. (2009). Factors associated with being underweight, overweight and obese among ever-married non-pregnant urban women in Bangladesh. *Singapore Medical Journal*, 50(8), 804-813.
- Khan, M. W., Arbab, M., Murad, M., Khan, M. B., & Abdullah, S. (2014). Study of factors affecting and causing low birth weight. *Journal of Scientific Research*, 6(2), 387-394.
- Khanal, V., Karkee, R., Lee, A. H., & Binns, C. W. (2016). Adverse obstetric symptoms and rural-urban difference in cesarean delivery in Rupandehi district, Western Nepal: A cohort study. *Reproductive Health*, 13(17), 1-7.
- Khawaja, M., Kabakian-Khasholian, T., & Jurdi, R. (2004). Determinants of caesarean section in Egypt: Evidence from the demographic and health survey. *Health Policy*, 69(3), 273-281.

- Kılıç, D., & Çalışkan, Z. (2013). Sağlık hizmetleri kullanımı ve davranışsal model. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 2(2), 192-206.
- King, R., & Skeldon, R. (2010). 'Mind the Gap!' Integrating approaches to internal and international migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 36(10), 1619-1646.
- Kitui, J., Lewis, S., & Davey, G. (2013). Factors influencing place of delivery for women in Kenya: An analysis of the Kenya demographic and health survey, 2008/2009. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(40), 1-10.
- Koçak, Y., & Terzi, E. (2012). Türkiye'de göç olgusu, göç edenlerin kentlere olan etkileri ve çözüm önerileri. *Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(3), 163-184.
- Kofman, E. (2004). Family-related migration: A critical review of European Studies, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30(2), 243-262.
- Korkmaz, A., Aydın, Ş., Çamurdan, A. D., Okumuş, N., Onat, F. N., Özbaşı, S., Polat, E., Şenel, S., Tezel, B., Tezer, H., & Köse, M. R. (2013). Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56, 105-121.
- Korpi, M., & Clark, W. A. (2015). Internal migration and human capital theory: To what extent is it selective? *Economics Letters*, 136, 31-34.
- Koupilova, I., Rahu, K., Rahu, M., Karro, H., & Leon, D. A. (2000). Social determinants of birthweight and length of gestation in Estonia during the transition to democracy. *International Journal of Epidemiology*, 29(1), 118-124.
- Koupilova, I., Vågerö, D., Leon, D. A., Pikhart, H., Prikazsky, V., Holcik, J., & Bobak, M. (1998). Social variation in size at birth and preterm delivery in the Czech Republic and Sweden, 1989-91. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 12, 7-24.
- Köksal, G., & Hökmen Özel, H. (2012). *Çocukluk ve ergenlik döneminde obezite*. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t53.pdf> (Erişim Tarihi: 08.06.2017).
- Kusuma, Y. S., Kumari, R., & Kaushal, S. (2013). Migration and access to maternal healthcare: Determinants of adequate antenatal care and institutional delivery among socio-economically disadvantaged migrants in Delhi, India. *Tropical Medicine & International Health*, 18(10), 1202-1210.

- Larson, J. S. (1996). The World Health Organization's definition of health: Social versus spiritual health. *Social Indicators Research*, 38(2), 181-192.
- Le, A. T. K., Vu, L. H., & Schelling, E. (2015). Utilization of health care services among internal migrants in hanoi and its correlation with health insurance: A cross-sectional study. *Vietnam Journal of Public Health*, 3(2), 44-56.
- Leclere, F. B., Jensen, L., & Biddlecom, A. E. (1994). Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(4), 370-384.
- Lee, E. S. (1966). A theory of migration. *Demography*, 3(1), 47-57.
- Liang, Y. & Guo, M. (2015). Utilization of health services and health-related quality of life research of rural-to-urban migrants in China: A cross-sectional analysis. *Social Indicators Research*, 120, 277-295.
- Lin, H. C., Sheen, T. C., Tang, C. H., & Kao, S. (2004). Association between maternal age and the likelihood of a cesarean section: A population-based multivariate logistic regression analysis. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 83(12), 1178-1183.
- Lindstrom, D. P., & Muñoz-Franco, E. (2005). Migration and the diffusion of modern contraceptive knowledge and use in rural Guatemala. *Studies in Family Planning*, 36(4), 277-288.
- Liu, S., Hu, C. X., & Mak, S. (2013). Comparison of health status and health care services utilization between migrants and natives of the same ethnic origin-The case of Hong Kong. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(2), 606-622.
- Lu, Y. (2008). Test of the 'healthy migrant hypothesis': A longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia. *Social Science & Medicine*, 67(8), 1331-1339.
- Lu, Y. (2010). Rural-urban migration and health: Evidence from longitudinal data in Indonesia. *Social Science & Medicine*, 70(3), 412-419.
- Marmot, M. G., & Wilkinson, R. G. (2009). *Sağlığın sosyal belirleyicileri*. (İ. Kayı, & Y. Yasin, Çev.) İstanbul: İnsev Yayınları.
- Martinovic, M., Belojevic, G., Evans, G. W., Lausevic, D., Asanin, B., Samardzic, M., Terzic, N., Pantovic, S., Jaksic, M. & Boljevic, J. (2015). Prevalence of and

- contributing factors for overweight and obesity among Montenegrin schoolchildren. *The European Journal of Public Health*, 25(5), 833-839.
- Martorell, R., Khan, L. K., Hughes, M. L., & Grummer-Strawn, L. M. (2000). Overweight and obesity in preschool children from developing countries. *International Journal of Obesity*, 24(8), 959-967.
- Massey, D. S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A., & Taylor, J. E. (1993). Theories of international migration: A review and appraisal. *Population and Development Review*, 19(3), 431-466.
- Mekonnen, Y., & Mekonnen, A. (2003). Factors influencing the use of maternal healthcare services in Ethiopia. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 21(4), 374-382.
- 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(7), 446-453.
- Miles Doan, R., & Brewster, K. L. (1998). The impact of type of employment on women's use of prenatal-care services and family planning in urban Cebu, the Philippines. *Studies in Family Planning*, 29(1), 69-78.
- Mohammad Ali, S., & Lindström, M. (2006). Socioeconomic, psychosocial, behavioural, and psychological determinants of BMI among young women: Differing patterns for underweight and overweight/obesity. *European Journal of Public Health*, 16(3), 324-330.
- 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. *Reproductive Health*, 11(13), 1-7.
- Mohan, D., Gupta, S., LeFevre, A., Bazant, E., Killewo, J., & Baqui, A. H. (2015). Determinants of postnatal care use at health facilities in rural Tanzania: Multilevel analysis of a household survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 282.
- Mou, J., Griffiths, S. M., Fong, H. F., & Dawes, M. G. (2015). Defining migration and its health impact in China. *Public Health*, 129(10), 1326-1334.

- Mou, J., Griffiths, S. M., Fong, H., & Dawes, M. G. (2013). Health of China's rural–urban migrants and their families: A review of literature from 2000 to 2012. *British Medical Bulletin*, *106*(1), 19-43.
- Muchemi, O. M., Echoka, E., & Makokha, A. (2015). Factors associated with low birth weight among neonates born at Olkalou District Hospital, Central Region, Kenya. *Pan African Medical Journal*, *20*(1), 1-11.
- Munro, J. M. (1974). Migration in Turkey. *Economic Development and Cultural Change*, *22*(4), 634-653.
- Murray, S. F. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: Qualitative and quantitative study. *BMJ*, *321*(7275), 1501-1505.
- Nanan, D., White, F., Azam, I., Afsar, H., & Hozhabri, S. (2003). Evaluation of a water, sanitation, and hygiene education intervention on diarrhoea in Northern Pakistan. *Bulletin of the World Health Organization*, *81*, 160-165.
- Nauman, E., Van Landingham, M., Anglewicz, P., Pathavanit, U., & Punpuing, S. (2015). Rural-to-urban migration and changes in health among young adults in Thailand. *Demography*, *52*(1), 233-257.
- Navaneetham, K., & Dharmalingam, A. (2002). Utilization of maternal health care services in Southern India. *Social Science & Medicine*, *55*(10), 1849-1869.
- Nazlıcan, E., Demirhindi, H., & Akbaba, M. (2011). Adana ili Solaklı ve Karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *1*(2), 5-12.
- Negi, K. S., Kandpal, S. D., & Kukreti, M. (2006). Epidemiological factors affecting low birth weight, *JK Science*, *8*(1), 31-34.
- Nettleton, S. (2006). *The sociology of health and illness*. USA: Polity Press.
- Nguyen, T. D. (2012). Income inequality and migration in Vietnam. *NAGOYA Repository*, *60*(2), 3-24.
- Ngwakongnwi, E. (2017). Measuring health services utilization in ethnic populations: Ethnicity and choice of frameworks. *The Open Public Health Journal*, *2*(2), 53-58.
- Niedomysl, T., Ernstson, U., & Fransson, U. (2017). The accuracy of migration distance measures. *Population, Space and Place*, *23*(1), 1-12.

- Nielsen, I., Nyland, C., Smyth, R., Zhang, M., & Zhu, C. J. (2005). Which rural migrants receive social insurance in Chinese cities? Evidence from Jiangsu survey data. *Global Social Policy, 5*(3), 353-381.
- Nuñez, M. A. (2002). *Inequalities in the utilization of health services in Chile? Analysis of the effects of individual income and health insurance coverage in timely receipt health care services* (Doctoral dissertation), Johns Hopkins University, USA.
- Ocak, S., & Gider, Ö. (2017). Conceptual view on the relationship between social well-being and health status. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi, 6*(2), 48-59.
- O'callaghan, M. J., Williams, G. M., Andersen, M. J., Bor, W., & Najman, J. M. (1997). Prediction of obesity in children at 5 years: A cohort study. *Journal of Paediatrics and Child Health, 33*(4), 311-316.
- Okurut, F. N., Kapaletswe, F., & Mmopelwa, D. (2013). Determinants of birth weight in Botswana. *International Journal of Academic Research in Economics and Management Sciences, 2*(52), 107-117.
- Oladipo, J. A. (2014). Utilization of health care services in rural and urban areas: A determinant factor in planning and managing health care delivery systems. *African Health Sciences, 14*(2), 322-333.
- Olalekan, A. W., & Olufunmilayo, A. O. E. (2012). A comparative study of contraceptive use among rural and urban women in Osun State, Nigeria. *International Journal of Tropical Disease & Health, 2*(3): 214-224.
- Omaç, M., Güneş, G., Karaoğlu, L., & Pehlivan, E. (2009). Arapgir Devlet Hastanesi'ne başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, Haziran 2004-2005. *Fırat Tıp Dergisi, 14*(2), 115-119.
- Ononokpono, D. N., & Odimegwu, C. O. (2014). Determinants of maternal health care utilization in Nigeria: A multilevel approach. *The Pan African Medical Journal, 17*(1), 1-6.
- Ozumba, B. C., Obi, S. N., & Ijioma, N. N. (2005). Knowledge, attitude and practice of modern contraception among single women in a rural and urban community in Southeast Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 25*(3), 292-295.

- Özbay, F., & Yücel, B. (2001). Türkiye’de göç hareketleri, devlet politikaları ve demografik yapı. *Nüfus ve kalkınma: Göç, eğitim, demokrasi, yaşam kalitesi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- Özcan, Y. Z. (1998). İçgöçün tanımı ve verileri ile ilgili bazı sorunlar. *Türkiye’de içgöç konferans Bolu-Gerede* (ss. 78-90). İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları.
- Özdemir, H. (2012). Türkiye’de iç göçler üzerine genel bir değerlendirme. *Akademik Bakış Dergisi*, 30(11), 1-18.
- Öztürk, M., & Altuntepe, N. (2008). Türkiye’de kentsel alanlara göç edenlerin kent ve çalışma hayatına uyum durumları: Bir alan araştırması. *Journal of Yaşar University*, 3(11), 1587-1625.
- Padmadas, S. S., Kumar, S., Nair, S. B., & K. R., A. K. (2000). Caesarean section delivery in Kerala, India: Evidence from a national family health survey. *Social Science & Medicine*, 51(4), 511-521.
- Parikh, U., & Oza, P. R. (2018). Study of rate, trends and determinants of caesarean section among mothers attending a tertiary care center in Ahmedabad, Gujarat, India. *International Journal of Integrative Medical Sciences*, 5(2), 577-81.
- Patterson, P. D., Moore, C. G., Probst, J. C., & Shinogle, J. A. (2004). Obesity and physical inactivity in rural America. *The Journal of Rural Health*, 20(2), 151-159.
- Pazarlıoğlu, M. V. (2007). İzmir örneğinde iç göçün ekonometrik analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 14(1), 121-135.
- Plate, D. K., Strassmann, B. I., & Wilson, M. L. (2004). Water sources are associated with childhood diarrhoea prevalence in rural east-central Mali. *Tropical Medicine & International Health*, 9(3), 416-425.
- Polat, G. (2007). İç göçün çocuk ruh sağlığına etkisi ve sosyal hizmet müdahalesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18(1), 89-106.
- Popkin, B. M., Adair, L., Akin, J. S., Black, R., Briscoe, J., & Flieger, W. (1990). Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, 86(6), 874-882.
- Portes, A., Kyle, D., & Eaton, W. W. (1992). Mental illness and help-seeking behavior among Mariel Cuban and Haitian refugees in South Florida. *Journal of Health and Social Behavior*, 33(4), 283-298.

- Probst, J. C., Moore, C. G., Baxley, E. G., & Lammie, J. L. (2002). Rural-urban differences in visits to primary care physicians. *Family Medicine-Kansas City*, 34(8), 609-615.
- Quick, R. E., Venczel, L. V., Mintz, E. D., Soletto, L., Aparicio, J., Gironaz, M., Hutwagner, L., Greene, K., Bopp, C., Maloney, K., Chavez, D., Sobsey, M., & Tauxe, R. W. (1999). Diarrhoea prevention in Bolivia through point-of-use water treatment and safe storage: A promising new strategy. *Epidemiology & Infection*, 122(1), 83-90.
- Rahman, M. M., Islam, A. Z., & Islam, M. R. (2010). Rural-urban differentials of knowledge and practice of contraception in Bangladesh. *Journal of Population and Social Studies*, 18(2), 87-110.
- Rakotomanana, H., Gates, G. E., Hildebrand, D., & Stoecker, B. J. (2017). Determinants of stunting in children under 5 years in Madagascar. *Maternal & Child Nutrition*, 13(4), 1-10.
- Ravenstein, E. G. (1885). The laws of migration. *Journal of the Statistical Society of London*, 48(2), 167-235.
- Rayhan, M. I., & Khan, M. S. H. (2006). Factors causing malnutrition among under five children in Bangladesh. *Pakistan Journal of Nutrition*, 5(6), 558-62.
- Rosenberg, L., Palmer, J. R., Wise, L. A., Horton, N. J., Kumanyika, S. K., & Adams-Campbell, L. L. (2003). A prospective study of the effect of childbearing on weight gain in African-American women. *Obesity*, 11(12), 1526-1535.
- Rosenberg, M. W., & Hanlon, N. T. (1996). Access and utilization: A continuum of health service environments. *Social Science & Medicine*, 43(6), 975-983.
- Rosenthal, A. N., & Paterson-Brown, S. (1998). Is there an incremental rise in the risk of obstetric intervention with increasing maternal age? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 105(10), 1064-1069.
- Sağlam, S. (2006). Türkiye'de iç göç olgusu ve kentleşme. *Türkiyat Araştırmaları*, 5, 33-44.
- Sağlık Bakanlığı (2017). *Sağlık istatistikleri yılı-2016*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 08.04.2018).



- Sağlık Bakanlığı. (2007). *Türkiye’de sağlığa bakış*.  
[http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200708281545440\\_sagligabakis20.pdf](http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200708281545440_sagligabakis20.pdf)  
 (Erişim Tarihi:15.10.2017).
- Salama, A. A., & Tayel, D. I. (2018). Overweight and obesity among preschool children aged 2–5 years in Alexandria, Egypt. *Canadian Journal of Clinical Nutrition*, 6(1), 34-54.
- Santerre, R. E., & Neun, S. P. (2013). *Health economics theory, insights, and industry studies*. USA: South Western Cengage Learning.
- Saraçoğlu, A. G. S., & Öztürk, F. (2016). Sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirleyicileri: Türkiye üzerine bir uygulama. *İş ve Hayat*, 2(4), 293-342.
- Sarlio Lähteenkorva, S., & Lahelma, E. (1999). The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men. *International Journal of Epidemiology*, 28(3), 445-449.
- Sarma, H., Saquib, N., Hasan, M. M., Saquib, J., Rahman, A. S., Khan, J. R., Uddin, M. J., Cullen, M. R., & Ahmed, T. (2016). Determinants of overweight or obesity among ever-married adult women in Bangladesh. *BMC Obesity*, 3(13), 1-11.
- Sastry, N. (1997). What explains rural-urban differentials in child mortality in Brazil? *Social Science & Medicine*, 44(7), 989-1002.
- Sayın, Y., Usanmaz, A., & Aslangiri, F. (2016). Uluslararası göç olgusu ve yol açtığı etkiler: Suriye göçü örneği. *Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 18(31), 1-13.
- Scheppers, E., Van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review. *Family Practice*, 23(3), 325-348.
- Sengupta, K. (2016). *Determinants of health status in India*. India: Springer.
- Sengupta, P., Benjamin, A. I., & Babu, B. V. (2017). Status of maternal and child health services amongst migrants in Ludhiana slums—how far from the MDG targets? *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4(4), 1188-1194.
- Shaokang, Z., Zhenwei, S., & Blas, E. (2002). Economic transition and maternal health care for internal migrants in Shanghai, China. *Health Policy and Planning*, 17(1), 47-55.

- Sır, A., Bayram, Y., & Özkan, M. (1998). Zoraki iç göçün ruh sağlığına etkileri üzerine bir ön çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1(2), 83-88.
- Siza, J. E. (2008). Risk factors associated with low birth weight of neonates among pregnant women attending a referral hospital in Northern Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, 10(1), 1-8.
- Siziya, S., Muula, A. S., & Rudatsikira, E. (2013). Correlates of diarrhoea among children below the age of 5 years in Sudan. *African Health Sciences*, 13(2), 376-383.
- Sjaastad, L. (1962). The costs and returns of human migration. *Journal of Political Economy*, 70(5), 80-93.
- Skeldon, R. (2017). *International migration, internal migration, mobility and urbanization: Towards more integrated approaches*. <http://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/27/papers/II/paper-Skeldon-final.pdf> (Erişim Tarihi: 15.07.2017).
- Smith, K. V., & Sulzbach, S. (2008). Community-based health insurance and access to maternal health services: Evidence from three West African countries. *Social Science & Medicine*, 66(12), 2460-2473.
- Smith, L. C., Ruel, M. T., & Ndiaye, A. (2005). Why is child malnutrition lower in urban than in rural areas? Evidence from 36 developing countries. *World Development*, 33(8), 1285-1305.
- Solorio, M. R., Milburn, N. G., Andersen, R. M., Trifskin, S., & Rodríguez, M. A. (2006). Emotional distress and mental health service use among urban homeless adolescents. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 381-393.
- Song, Y., & Sun, W. (2016). Health consequences of rural-to-urban migration: Evidence from panel data in China. *Health Economics*, 25(10), 1252-1267.
- Sorkin, A. L. (1976). *Health economics in developing countries*. USA: Lexington Books.
- Sorrie, M. B., Yesuf, M. E., Gyorgis, T. G., & Michael, G. (2017). Overweight/obesity and associated factors among preschool children in Gondar City, Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, E12(8): e0182511, 1-13.
- Speare, A. (1974). Residential satisfaction as an intervening variable in residential mobility. *Demography*, 11(2), 173-188.

- Stephenson, R., & Matthews, Z. (2004). Maternal health-care service use among rural-urban migrants in Mumbai, India. *Asia-Pacific Population Journal*, 19(1), 39-60.
- Subaiya, L. (2007). *Internal migration and use of reproductive and child health services in Peru*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/wp38/wp38.pdf> (Erişim Tarihi: 09.10.2017).
- Suzuki, S., & Nakata, M. (2013). Factors associated with the recent increasing cesarean delivery rate at a Japanese perinatal center. *ISRN Obstetrics and Gynecology*, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/863282>.
- şirin, A., Kavlak, O., şen, E., & Yağcan, H. (2011). The effects of internal migration on women's health in Turkey. *Journal of Human Sciences*, 8(1), 1019-1027.
- Tacoli, C. (2011). *Not only climate change: mobility, vulnerability and socio-economic transformations in environmentally fragile areas in Bolivia, Senegal and Tanzania*. <http://pubs.iied.org/pdfs/10590IIED.pdf> (Erişim Tarihi: 12.12.2017).
- Taşçı Duran, E. (2016). G eden gebe kadınların planlı davranış kuramına gre doğum ncesi bakım almaya ynelik niyet ve tutumlarını etkileyen etmenler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(1), 1-15.
- Taşpınar, A., zpinar, S., oban, A., & Kk, M. (2014). The effects of prenatal care on cesarean section rates in a maternity and children's hospital. *Cumhuriyet Medical Journal*, 3, 442-450.
- Tchoubi, S., Sobngwi-Tambekou, J., Noubiap, J. J. N., Asangbeh, S. L., Nkoum, B. A., & Sobngwi, E. (2015). Prevalence and risk factors of overweight and obesity among children aged 6-59 months in Cameroon: A multistage, stratified cluster sampling nationwide survey. *PloS One*, 10(12), 1-16.
- Tekeli, İ. (1975). G teorileri ve politikaları arasındaki ilişkiler. *ODT Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 1(1), 153-176.
- 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, M. (2009). *Kentten kye g*. <http://www.education.ankara.edu.tr/ebfdergi/pdfler/1989-22-1/37-42.pdf> (Erişim tarihi: 10.01.2018).

- Tezcan, S., & Eryurt, M.A. (2006). Türkiye’de iç göç ve çocuk sağlığı. *Nüfusbilim Dergisi*, 28-29, 15-28.
- Todaro, M. (1980). Internal migration in developing countries: A survey. R. A. Easterlin, (Ed.), *Population and economic change in developing countries* (pp. 361-402). USA: University of Chicago Press.
- Topçu, S. (2006). *Göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi* (Bilim Uzmanlığı Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Topçu, S., & Beşer, A. (2006). Göç ve sağlık. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 37-42.
- Tuzcu, A., & Bademli, K. (2014). Göçün psikososyal boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(1), 56-66.
- Tümertekin, E., & Özgüç, N. (2004). *Beşeri coğrafya: İnsan kültür mekân*. İstanbul: Çantay Kitabevi.
- Tümtaş, M. S. (2007). *Türkiye’de iç göçün kentsel gerilime etkisi: Mersin Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.
- Tümtaş, M. S., & Ergun, C. (2016). Göçün toplumsal ve mekânsal yapı üzerindeki etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(4), 1347-1359.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2017). *Gelir ve yaşam koşulları araştırması 2016*, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24580> (Erişim Tarihi: 25.04.2018).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). *Göç İstatistikleri*. [http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt\\_id=1067](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1067) (Erişim Tarihi: 25.04.2018).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). *İstatistiklerle Kadın 2017*. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27594> (Erişim Tarihi: 25.04.2018).
- Uluslararası Göç Örgütü. (2005). *Internal migration and development: A global perspective*. <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/68.pdf> (Erişim Tarihi: 22.04.2018).
- Uluslararası Göç Örgütü. (2009). *Göç terimleri sözlüğü, uluslararası göç hukuku*. (B. Çiçekli, Çev.) İstanbul: Littera Çeviri ve Dil Hizmetleri.

- Uluslararası Göç Örgütü. (2018). *World Migration Report 2018*. <https://www.iom.int/wmr/world-migration-report-2018> (Erişim Tarihi: 04.03.2018).
- 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.
- Ünal, Ç. (2017). İller arası göç korelasyonu “Ankara, İstanbul, İzmir”. F. Arslan (Ed.), *Türkiye Coğrafyası Araştırmaları* (ss. 115-140). Ankara: Pegem Akademi.
- Virupaksha, H. G., Kumar, A., & Nirmala, B. P. (2014). Migration and mental health: An interface. *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine*, 5(2), 233-239.
- Vlahov, D., Freudenberg, N., Proietti, F., Ompad, D., Quinn, A., Nandi, V., & Galea, S. (2007). Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 84(1): 16–26.
- Wang, H., Zhang, D., Hou, Z., Yan, F., & Hou, Z. (2018). Association between social health insurance and choice of hospitals among internal migrants in China: A national cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(2), e018440. doi:10.1136/bmjopen-2017-018440
- Wang, Y., & Lobstein, T. I. M. (2006). Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Pediatric Obesity*, 1(1), 11-25.
- Ware, J. E., Brook, R. H., Davies, A. R., & Lohr, K. N. (1981). Choosing measures of health status for individuals in general populations. *American Journal of Public Health*, 71(6), 620-625.
- White, E. M., Wilson, A. C., Greene, S. A., McCowan, C., Thomas, G. E., Cairns, A. Y., & Ricketts, I. W. (1995). Body mass index centile charts to assess fatness of British children. *Archives of Disease in Childhood*, 72(1), 38-41.
- Woldu, W., Bitew, B. D., & Gizaw, Z. (2016). Socioeconomic factors associated with diarrheal diseases among under-five children of the nomadic population in northeast Ethiopia. *Tropical Medicine and Health*, 44(40), 1-8.
- Wolpert, J. (1965). Behavioral aspects of the decision to migrate. *Papers in Regional Science*, 15(1), 159-169.
- Yakar, M. (2012). İç ve dış göçlerin kırsalda nüfusun yaş yapısına etkisi: Emirdağ ilçesi örneği. *Coğrafi Bilimler Dergisi*, 10(2), 129-149.

- Yakar, M., & Yazıcı, H. (2009). Afyonkarahisar kentinde göçlerin seçkinlik yaklaşımı ile analizi (1990–2000). *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20, 155-172.
- Yalçın, C. (2004). *Göç sosyolojisi*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Yamak, N., & Yamak, R. (1999). Türkiye'de gelir dağılımı ve iç göç. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 16-28.
- Yenigül, S. B. (2005). Göçün kent mekânı üzerine etkileri. *Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 18(2), 273-288.
- Yılmaz, C. (2009). Türkiye’de kırdan kente göç sürecinde etkili olan faktörlerden biri; evlilik yoluyla göç. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 14(21), 221-232.
- Yüksel Arabacı, R. (2009). Türkiye’de yoksulluk ve bölgeler arası gelişmişlik farkları açısından: Sağlıkta adalet. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 28(1), 1-25.
- Zhang, J., Lin, S., Liang, D., Qian, Y., Zhang, D., & Hou, Z. (2017). Public health services utilization and its determinants among internal migrants in China: Evidence from a nationally representative survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9), 1002, 1-12.
- Zhang, L., Liu, S., Zhang, G., & Wu, S. (2015). Internal migration and the health of the returned population: A nationally representative study of China. *BMC Public Health*, 15(719), 1-9.
- Zhao, Q., Huang, Z. J., Yang, S., Pan, J., Smith, B., & Xu, B. (2012). The utilization of antenatal care among rural-to-urban migrant women in Shanghai: A hospital-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 12(1012), 1-10.
- Zhou, J. F., Mantell, J. E., & Ru, X. M. (2009). Reproductive and sexual health of Chinese migrants. *Journal of Reproduction and Contraception*, 20(3), 169-182.
- Zhu, B. P., Rolfs, R. T., Nangle, B. E., & Horan, J. M. (1999). Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes. *New England Journal of Medicine*, 340(8), 589-594.
- Zolnik, E. J. (2004). *A multilevel model of US internal migration* (Doctoral dissertation). University of Connecticut, USA.



**EK 1.**  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**TEZ ÇALIŞMASI ETİK KOMİSYON MUAFİYETİ FORMU**

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

Tarih: 14/06/2018

Tez Başlığı: TÜRKİYE'DE İÇ GÖÇÜN SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI VE SAĞLIK STATÜSÜNE ETKİSİ

Yukarıda başlığı 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, mülakat, 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 Kurul/Komisyon'dan izin alınmasına gerek olmadığını; aksi durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

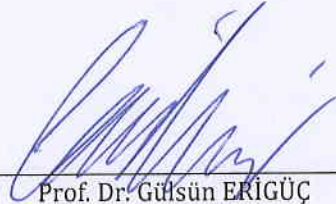
Gereğini saygılarımla arz ederim.

14.06.2018

**Adı Soyadı:** Gülcan ŞANTAŞ  
**Öğrenci No:** N13246683  
**Anabilim Dalı:** Sağlık Yönetimi  
**Programı:** Sağlık Yönetimi  
**Statüsü:**  Yüksek Lisans  Doktora  Bütünleşik Doktora

**DANIŞMAN GÖRÜŞÜ VE ONAYI**

Bu tezde kamuoyuna açık, talep eden herkesçe ulaşılabilen ikincil veriler kullanılması sebebiyle etik kurul izni alınmasına gerek görülmemiştir.

  
Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ

**Detaylı Bilgi:** <http://www.sosyalbilimler.hacettepe.edu.tr>

**Telefon:** 0-312-2976860

**Faks:** 0-3122992147

**E-posta:** [sosyalbilimler@hacettepe.edu.tr](mailto:sosyalbilimler@hacettepe.edu.tr)



• EK 2.  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**

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

Tarih: 18/06/2018

Tez Başlığı: TÜRKİYE'DE İÇ GÖÇÜN SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMI VE SAĞLIK STATÜSÜNE ETKİSİ

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 140 sayfalık kısmına ilişkin, 18/06/2018 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 9'dur.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1-  Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
- 2-  Kaynakça hariç
- 3-  Alıntılar hariç
- 4-  Alıntılar dâhil
- 5-  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 saygılarımla arz ederim.

18.06.2018

**Adı Soyadı:** Gülcan ŞANTAS  
**Öğrenci No:** N13246683  
**Anabilim Dalı:** Sağlık Yönetimi  
**Programı:** Sağlık Yönetimi  
**Statüsü:**  Doktora  Bütünleşik Dr.

**DANIŞMAN ONAYI**

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ