

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YOKSULLUĞUN 1-4 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA
HASTALANMA SIKLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ**

NAZAN GÜRARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç Dr. Belkıs KARATAŞ

MERSİN- 2006

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**YOKSULLUĞUN 1-4 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA
HASTALANMA SIKLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ**

NAZAN GÜRARSLAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç Dr. Belkıs KARATAŞ

TEZ NO: 75

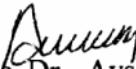
MERSİN- 2006

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan Yoksulluğun 1-4 Yaş Grubu Çocuklarda Hastalanma Sıklığı Üzerine Etkileri adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

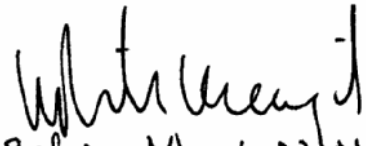
Tez Savunma Tarihi: 29.08.2006


Yrd. Doç. Dr. Rana YIGIT
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Ayşe AZMAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Belkıs KARATAŞ
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 04/09/2006 tarih ve 2006/218 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Mucit DIRMENÇİL
Enstitü Müdürü



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca;

Çalışmalarına her zaman katkı sağlayan, beni her anlamda destekleyen ve motive eden Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürü Sn.Prof.Dr.Ayşe ÖZCAN'a,

Her zaman sonsuz güven, destek, sabır, anlayış ve sevgisi ile yanımda olduklarını hissettiğim tez danışmanım Sn.Yrd.Doç.Dr. Belkıs KARATAŞ'a ve değerli hocam Sn.Yrd.Doç.Dr. Rana YİĞİT'e,

Değerli görüş ve katkılarını aktaran Jüri Üyem; Sn.Yrd.Doç.Dr.Ayşe AZMAN'a,

İstatistik değerlendirmelerinde katkılarından dolayı Sn.Yrd.Doç.Dr.Bahar TAŞDELEN'e ve Arş. Gör. Seval KUL'a,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca beni destekleyen, motive eden, ev arkadaşım, iş arkadaşlarıma ve sevgili arkadaşım Arş. Gör. Esmâ DEREĞENT'e,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, yardımlarını esirgemeyen ve beni her anlamda destekleyen, benim için çok değerli olan **aileme ve eşime**,

Çalışmama ilgi göstererek manevi katkı sağlayan herkese teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1.Yoksulluğun Tanımı.....	7
2.2.Yoksullukla İlgili Kavramlar.....	8
2.2.1.Mutlak Yoksulluk- Göreli Yoksulluk.....	8
2.2.2.Gelir Yoksulluğu-İnsani Yoksulluk.....	9
2.2.3.Sosyo-Ekonomik Güçsüzlük.....	10
2.2.4.Kırsal Yoksulluk-Kentsel Yoksulluk.....	10
2.3.Yoksulluk Sorununun Nedenleri.....	11
2.4. Yoksulluk ve Sağlık.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Şekli.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	17
3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	19
3.4.1. Veri Toplama Aracı.....	19

3.4.2. Anket Formunun Uygulanması.....	19
3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
4. BULGULAR.....	21
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	52
7. KAYNAKLAR.....	55
EKLER.....	60
EK-I Anket Formu- 1.....	60
EK-II Anket Formu- 2.....	68
ÖZGEÇMİŞ.....	72

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Aileleri Tanıtıcı Özellikler	21
Çizelge 2. Ailelerin Oturdıkları Mahalle ve Günlük Kişi Başına Düşen Gelir Miktarının Dağılımı.....	23
Çizelge 3. Ailelerin Oturdıkları Konutla İlgili Özellikler	24
Çizelge 4. Ailelerin Sahip Oldukları Dayanıklı Tüketim Malları	25
Çizelge 5. Ailelerin Genel Hijyen ile İlgili Özellikleri	26
Çizelge 6. Ailelerin Oturdıkları Mahalle Ve Aylık Gelirlerine Göre Mutfak Giderlerinin Dağılımı.....	27
Çizelge 7. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının Dağılımı.....	28
Çizelge 8. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Doğumlarını Yaptıkları Yere Göre Dağılımı	29
Çizelge 9. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarının Doğum Ağırlıklarının Dağılımı.....	29
Çizelge 10. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarının Aşılma Durumlarının Dağılımı.....	30
Çizelge 11. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve İlk Ay İçinde Çocuklarında Sorun Görülme Durumlarının Dağılımı.....	30
Çizelge 12. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve İlk Yıl İçinde Çocuklarında Sorun Görülme Durumlarının Dağılımı.....	31
Çizelge 13. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarında Kronik Hastalık Görülme Durumlarının Dağılımı.....	32
Çizelge 14. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarında Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Görülme Durumlarının Dağılımı.....	33
Çizelge 15. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarında Kulak Enfeksiyonu Görülme Sıklığının Dağılımı.....	34
Çizelge 16. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarında İshal - Kusma Görülme Durumlarının Dağılımı.....	34
Çizelge 17. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarında İshal - Kusma Görülme Sıklığının Dağılımı	35
Çizelge 18. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarında Ateşli Hastalık Görülme Durumlarının Dağılımı.....	35
Çizelge 19. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarında İdrar Yolu Enfeksiyonu Görülme Durumlarının Dağılımı.....	36
Çizelge 20. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarında İdrar Yolu Enfeksiyonu Görülme Sıklığının Dağılımı.....	37
Çizelge 21. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarında Paraziter Hastalık Görülme Durumlarının Dağılımı.....	37

Çizelge 22. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Çocuklarının Boylarına Göre Dağılımları.....	38
Çizelge 23. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Çocuklarının Yaşa Göre Kilo Dağılımları.....	39

KISALTMALAR DİZİNİ

DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
ICN	: Uluslararası Hemşirelik Konseyi
N	: Toplam Kişi Sayısı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNDP	: Birleşmiş Milletler Gelişim Programı
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

ÖZET

Araştırma, Yoksulluğun 1-4 Yaş Grubu Çocukların Hastalanma Sıklığı Üzerine Etkilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Muş ili sınırları içinde sosyoekonomik düzeyi en düşük olan Yeşilyurt Mahallesi ve sosyoekonomik düzeyi en iyi olan Kültür-2 Mahallesinde ikamet eden 1-4 yaş grubu çocuklar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek ve düşük olan mahalleler arasında hastalanma sıklığı bakımından %30'luk bir fark olacağı kabul edilerek, formülle hesaplanmış ve toplam 260 çocuk oluşturmuştur. Bu çocukların seçiminde, sağlık ocağı kayıtlarından çocuk izlem kartlarına numara verilip, basit tesadüfi rasgele sayılar tablosu kullanılmıştır. Hazırlanan anket formları 1-4 yaş grubu çocuğu olan annelere ev ziyareti yapılarak, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak doldurulmuştur.

Elde edilen veriler araştırmacı tarafından anket formları değerlendirildikten ve kodlandıktan sonra, bilgisayarda SPSS 11.5 (Statistical package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, sayı, yüzde ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Kültür-2 mahallesindeki kadınların (%72.1), Yeşilyurt mahallesindeki kadınlara (%45.4) göre daha fazla doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Kültür-2 mahallesindeki çocukların (%34.9) doğumdan sonraki ilk ay içinde, Yeşilyurt mahallesindeki çocuklara (%51.1) göre daha az sorun yaşadıkları görülmüştür ($p<0.05$).

Yeşilyurt mahallesindeki çocuklarda, üst solunum yolu enfeksiyonu, ishal-kusma, ateşli hastalık, idrar yolu enfeksiyonu, kronik ve paraziter hastalık görülme durumlarının Kültür-2 mahallesindeki çocuklara göre daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %16.9'unun yılda 3 kez kulak enfeksiyonu, %20.9'unun 5 kez ve üstü ishal-kusma, %19.5'inin 5 kez ve üstü idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği, Kültür-2 mahallesindeki çocukların ise, %89.3'ünün yılda 1 kez kulak enfeksiyonu, %62.9'unun 1-2 kez ishal-kusma, %90.0'nının ise yılda 1-2 kez idrar yolu enfeksiyonu geçirdikleri tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygun önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yoksulluk, yoksulluk ve sağlık, yoksulluk ve çocuk sağlığı.

ABSTRACT

This research was made as a descriptive study for the purpose of examining the effects of poverty on the frequency of illness in children aged 1-4 years. The research population was comprised of children aged 1-4 who lived in Yeşilyurt Subdivision, which has the lowest socioeconomic level in Muş province, and in Kültür-2 Subdivision, which has the highest socioeconomic level. The research sample was comprised of a total of 260 children who were chosen by using a formula that assumed that there would be a difference of 30% based on frequency of becoming ill between the high and low socioeconomic level subdivisions. The children's monitoring records at the public health clinic were given a number and then a random number table was used in choosing these children. A prepared survey form was completed in face to face interviews with the mothers of 1-4 year old children during home visits.

After the data were evaluated and coded by the researcher they were evaluated on the computer using SPSS version 11.5 (Statistical package for Social Sciences for Windows). Number, percentage and Chi square test were used in the analysis of the data.

There were more women in the Kültür-2 Subdivision (72.1%) who had received prenatal care than those living in the Yeşilyurt Subdivision (45.4%) ($p<0.05$). The children in the Kültür-2 Subdivision (34.9%) experienced fewer problems in the first month after birth than the children in the Yeşilyurt Subdivision (51.1%) ($p<0.05$).

It was also determined that there was a higher incidence of upper respiratory infections, diarrhea-vomiting, fever, urinary tract infection, and chronic parasitic diseases in the children in the Yeşilyurt Subdivision than in the children in the Kültür-2 Subdivision ($p<0.05$).

It was determined that 16.9% of the children in the Yeşilyurt Subdivision had ear infections three times a year, 20.9% had diarrhea-vomiting five or more times a year, and 19.5% had urinary tract infection five or more times a year; 89.3% of the children in the Kültür-2 Subdivision had ear infections once a year, 62.9% had diarrhea-vomiting once or twice a year and 90.0% had urinary tract

infection once or twice a year ($p < 0.05$). Based on the results of the study appropriate recommendation were made.

Key words: poverty, poverty and health, poverty and child health.

1. GİRİŞ

Yeterli gelir düzeyine sahip olmayan veya konforlu bir şekilde yaşamak için gerekli araçlara sahip olmayan kişi yoksul, yaşamın gerektirdiği olanaklardan yoksun olma durumu ise yoksulluk olarak tanımlanmaktadır (1). Yoksulluk kavramı insani ihtiyaçlara dayanır. İnsanın toplumsal varlık olması ve fiziki varlığını sürdürebilmesi için beslenme, giyim, barınma, eğitim, sağlık, kültür, ortak yaşama, dinlenme, estetik ve buna benzer sosyo-kültürel ihtiyaçlarının karşılanmasını gerektirir (1,2,3).

İnsan ihtiyaçları, ekonomik koşullara bağlı ve ekonomik koşullara bağlı olmayan ihtiyaçlar (manevi nitelikte ve kişilere özgü ihtiyaçlar) olarak iki grup şeklinde tanımlanmaktadır (1,3). Buna göre, insan yaşamını en asgari düzeyde sürdürebilmesine, yani biyolojik olarak kendini yeniden üretebilmesi için gereken kalori ve besin öğelerini karşılayabilmesine mutlak yoksulluk denmektedir (2,4). Göreli yoksulluk ise; bireyin toplumsal varlık olmasından hareket etmekte ve belli bir toplumda kabul edilebilir minimum tüketim düzeyinin altında gelire sahip olunması şeklinde tanımlanmaktadır (4).

Dünya Bankası ise, kişi başı günlük bir dolar kazancı “uluslar arası yoksulluk sınırı” olarak kabul etmekte ve bu sınıra göre belirlediği yoksulluğu “gelir yoksulluğu” olarak tanımlamaktadır. Beslenme için gerekli en az kalori ve temel ihtiyaçların karşılanamaması “temel gereksinim yoksulluğu” olarak tanımlanırken, bütün gelirin besin için harcadığı ve buna karşın yeterli besinin sağlanamadığı durum ise “ağır yoksulluk” olarak tanımlanmaktadır (5).

Dünya Bankasının 1990 sonrasında hazırladığı “Yoksullukla Mücadele” (Attacking Poverty) raporuna göre, dünyada yoksul sayısı giderek artmakta ve daha önce yoksulluğun olmadığı bölgelerde de yeni yoksullar ortaya çıkmaktadır. Dünyada altı milyar insandan 2.8 milyar insanın günde iki dolardan az, 1.2 milyar insanın ise bir dolardan az gelire yaşadığı (mutlak yoksul) ve bunun %44’ünün Güney Asya’da yer aldığı belirtilmektedir. Bu bölgede son on yıl içerisinde günde bir dolardan daha az gelire yaşayan insan sayısının 474 milyondan 522 milyona yükseldiği, Aşağı Sahra Afrikası’nda ise 217 milyondan 290 milyonlara çıktığı belirtilmiştir. Aynı raporda, Avrupa ve Orta Asya’da 1987 yılında yoksul insanların sayısı bir milyon iken 1998

yılında 24 milyona yükseldiği belirtilmiştir (6,7). Bu rapordan da anlaşıldığı gibi tüm dünyada yoksul sayısı çok kısa sürede hızla artmaktadır.

Dünya Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesinin 2002 yılı sonuç bildirgesinde, yoksulların açlık, hastalık, işsizlik, umutsuzluk ve okur-yazar olmamaya mahkum oldukları belirtilmiştir. Diğer bir ifadeyle dünya nüfusunun yarısından fazlasının gıda, içme suyu, sağlık, eğitim ve modern enerji imkanlarından yeterli yararlanamadığı ortaya çıkmıştır. Dünyada 1.3 milyar insanın içecek su ve doyacak yemek sıkıntısı çektiği, sağlık ve eğitim hizmetlerinden yoksun kaldığı belirtilmiştir (8,9,10,11,12,13).

Birleşmiş Milletler Gelişim Programı Raporu'na (UNDP 2002) göre, Türkiye'de nüfusun %8.0'inin mutlak yoksul, %24'ünün ise ekonomik bakımdan yoksulluk riski altında olduğu belirtilmektedir (12,13). Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ) tarafından her ay yapılan açlık ve yoksulluk sınırı araştırmasının Temmuz 2006 ayı sonuçlarına göre; dört kişilik bir ailenin dengeli ve sağlıklı beslenebilmesi için yapması gereken gıda harcaması tutarı 573,33 YTL, temel ihtiyaçların karşılanması için yapılması gereken toplam harcama tutarı ise 1861,80 YTL olduğu belirtilmiştir. Bu dönem için asgari ücret net 380.46 YTL'dir (14). Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) yerleşim yerleri dikkate alındığında, Türkiye genelinde %8.37 olan yoksulluk oranının, kırsal kesimde %11.82, kentlerde ise %4.60 olduğunu bildirmektedir. UNDP (2002) raporuna göre Türkiye'de yaklaşık 13 milyon kişinin günde iki dolarla, 1.5 milyon kişinin ise günde bir doların altındaki gelire geçindiği belirtilmektedir (3,8,12,13).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre yoksulluk bugün dünyada hastalık ve ölümlerin en büyük nedenidir. Yoksulluğun etkisi kalıcıdır. Yoksulluktan olumsuz etkilenme anne karnında başlamaktadır (Annenin ağır ve tehlikeli çalışma koşulları, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, kötü ve yetersiz beslenmesi vb.). Bireyler yoksulluktan kurtulsa da sağlık etkileri sürmekte, gelecek nesillere aktarılmaktadır (15,16,17).

Hastalık türleri ve seyri de ülkelerin zenginlik durumlarına göre farklılık göstermektedir. Yoksul ülkelerde özellikle bulaşıcı hastalıklar, gebelik ve doğum sürecinde ortaya çıkan sorunlar ve çevre koşulları ile ilgili hastalıklar sağlık sorunlarının önemli kısmını oluştururken, zengin ülkelerde kalp-damar hastalıkları, ruhsal hastalıklar, kanser ve sakatlıklar sağlık sorunlarının çoğunluğunu oluşturmaktadır. Yoksullar ile zenginlerin ölüm nedenleri de farklılık göstermektedir. Yoksul ülkelerdeki

ölümlerin %57.0'si bulaşıcı hastalık kaynaklıyken, zengin ülkelerde bu oranın %8.0 olduğu görülmektedir (18).

Yoksulluk herkesin sağlığını aynı düzeyde etkilemez. Yaşlılar, sakatlar, işsizler, etnik azınlıklar, emekliler, tek ebeveynli aileler, bir hastalığı olanlar olmak üzere en çok da kadınlar ve çocuklar yoksulluk etkilerinden daha çok zarar görürler (16,19,20,21,22,23,24). UNDP (2002) raporunda Türkiye'de yaşayan çocukların en az %20'sinin yoksul olduğu belirtilmektedir.

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), çocuk yoksulluğunun göstergesi olarak, bebek ve çocuk ölüm oranı, beş yaş altındaki düşük ağırlıklı veya kısa boylu çocuk oranı, temiz içme suyuna ulaşan nüfus oranı, yeterli temizlik, sağlık bakımı ve tam aşıları çocuk oranı, ilköğretime başlamayan çocuk oranını kabul etmektedir. Aynı zamanda, ülkelerin sağlık düzeyinin eğitim ve beslenme ile yakından ilgili olduğunu vurgulamaktadır (5,15,16,25).

UNICEF'in Çocukluk Tehdit Altında; Dünya Çocuklarının Durumu 2005 raporunda, yoksulluğun çocuk hastalık ve ölümlerinin yüksek düzeyde seyretmesinin temel nedeni olduğu belirtilmiştir. Çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere bir milyar çocuğun yaşamının yoksulluk içinde geçtiği vurgulanmıştır. Rapora göre; gelişmekte olan ülkelerde her üç çocuktan birinin (toplam 640 milyon çocuğun) sağlıklı barınaktan yoksun, her beş çocuktan birinin (toplam 400 milyon çocuğun) temiz içme suyu bulamadığı, her yedi çocuktan birinin (toplam 270 milyon çocuğun) temel sağlık hizmetlerine ulaşamadığı ve her yıl 10 milyon çocuğun öldüğü belirtilmiştir (15).

Yoksulluk çocuk sağlığını doğrudan etkilemektedir. Yoksul ailelerin sağlık güvencelerinin olmaması, sağlık bakımı için yetersiz miktarda para ayırıyor olma, yerleşim yerlerinin sağlık merkezlerine uzak olması nedeniyle karşılaştıkları ulaşım sorunları, sağlık bakımı verenlerin yoksullara karşı olumsuz tutumları bu ailelerin ve çocuklarının sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını zorlaştırmaktadır. Bu yüzden yoksul çocuklarda kronik hastalıklar, sakatlıklar ve bebek ölümleri daha fazla, hastalık oranı yüksek, yaşam süreleri kısa ve bir çok sağlık sorunları bulunmaktadır (10,26,27,28,29,30,31,32). Astım, diyabet, akut-kronik hastalık insidansı, AIDS, Malarya, travmalar, psikolojik problemler, kardiyovasküler, solunum yolu hastalıkları, tüberküloz, pnömoni, kronik akciğer hastalığı gibi sağlık sorunları bunların en önemli kısmını oluşturmaktadır (5,33,34,35,36,37,38,39).

Yoksulluğun çocuklar üzerindeki bilinen en önemli etkilerinden birisi de beslenme yetersizliğidir. Beslenme yetersizliği çocuklarda vücut direncini kırarak enfeksiyon hastalıklarına, bodurluğa ve beyin gelişiminde geriliğe neden olmaktadır. Ayrıca yoksulluk eve giren besinlerin azalmasına, ev içi stres, annenin kronik yorgunluğu nedeniyle anne sütünün erken kesilmesine, annenin yetersiz beslenmesinden dolayı bebeklerin düşük doğum ağırlıklı doğmasına, sağlıksız fiziksel ortam ve yetersiz sağlık hizmetlerine neden olmaktadır. Dünyada her yıl beş yaşın altında on üç milyon çocuk beslenme yetersizliğinden ölmektedir (5,8,16,20,24,40).

UNDP 2002 raporuna göre ülkemizdeki beş yaşın altındaki çocukların %12'sinde kronik beslenme yetersizliği görülmüştür. Bu oranın Doğu bölgelerinde %23.0'lere çıktığı belirtilmiştir (41,39).

UNICEF Dünya Çocuklarının Durumu 2002 raporunda, yoksul evlerdeki bebeklerin hem beslenme yetersizliği hem de kötü fiziksel koşullar nedeniyle menenjit, ortakulak enfeksiyonları, soğuk algınlığı, idrar yolu enfeksiyonu, paraziter hastalıklara daha sık yakalandıkları belirtilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde beş yaşından küçük çocuklar arasında meydana gelen her 10 ölümün 7'si akut solunum yolu enfeksiyonları, ishal, kızamık ve sıtma gibi birkaç nedene bağlıdır. Milyonlarca çocuk aşılarla ve ilaçlarla tedavi edilebilecek hastalıklar nedeniyle ölmektedir (5,25,36,38,41,42).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 sonuçlarına göre, ülkemizdeki beş yaş altındaki çocukların %4'ünün ağırlığı yaşına göre düşük, yine beslenme yetersizliğine bağlı olarak çocukların %5'inin boyunun yaşına göre kısa olduğu belirtilmiştir. Türkiye genelinde ve Doğu bölgesinde önceki beş yıla göre bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızında düşüş görülmektedir. Ancak yine de bebek ve beş yaş altı ölüm hızlarının, Kuzey ve Doğu Anadolu Bölgesinde ülke ortalamasından, kırsal yerleşim yerlerinde kentsel yerleşim yerlerinden yüksek olduğu belirtilmiştir. Ülkemizde son 5 yıllık dönem içinde canlı doğan bin bebekten 29'unun bir yaşını tamamlamadan, 37'sinin ise beş yaşına gelmeden öldüğü belirtilmiştir. Bebek ölümlerinin yüzde 59'unun ise neonatal dönemde (doğumdan sonraki ilk dört hafta) meydana geldiği bildirilmiştir (43).

Yoksulluğun dolaylı etkilerinin başında ailenin genel tükenmişliği ve eğitimsizliği nedeniyle çocuklardaki hastalık bulgularının erken fark edilmemesi veya önemsiz bulunması ve yoksulluk nedeniyle sağlık kuruluşlarına geç getirilmesi ya da

hiç getirilememesi yer almaktadır. Evlerinin şehre uzak olması, sağlıksız çevre koşulları içinde yer alması, evde sigara içilmesi, sınırlı ve depresyonda olan ailelere sahip olma nedeni ile çocuklar sağlıksız ortamda yetişmektedirler. Bu tür özelliklere sahip yerlerde yetişen çocuklar, erken yaşta sigara tiryakiliği, şiddet, erken ve güvenliksiz cinsel ilişki gibi sağlıksız davranışlara da yönelmektedirler (5,30,44,45,46,47,48,49,50,51,52). Yoksulluğun birey ve aile sağlığı üzerine doğrudan etkileri olduğundan, bu hastalıkları ele alma ve önleme hemşireleri yakından ilgilendirir. Erken önlem alma bir aileyi sağlam ve sağlıklı tutmak için en önemli yol olabilmektedir (53).

ALMA-ATA Bildirgesi'nin sekizinci maddesinde, çocukların sağlık hizmetlerine en fazla gereksinimi olan grup olduğu, bunların sağlıklarını tehdit eden faktörlerin ortadan kaldırılması için gerekli önlemlerin alınması gerektiği vurgulanarak, çocuk sağlığının önemi üzerinde durulmuştur (54).

Birleşmiş Milletler Teşkilatı Genel Kurulunca kabul edilen Çocuk Hakları Bildirisi'nin (1959) 24. maddesinde de, Birleşmiş Milletlere üye ülkelerin her birinin, ülkelerinde çocuk sağlığı konusunda çaba göstermesini ve özellikle anne babaların temel bilgileri elde etmeleri, bu bilgileri kullanmaları için rehberlik yapılmasını, konuyla ilgili uygun önlemleri alması vurgulanmaktadır (55). Ülkemizde "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge"ye göre; çocuk sağlığı hizmetleri sağlık ocaklarının ve sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşirenin görevleri arasında yer almaktadır (56).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin (ICN) 2004 teması olan yoksulluk çalışmasında, yoksulluğun hastalıklara yol açtığı vurgulanmış ve sağlığın korunmasında hemşirelere önemli görevlerin düştüğü belirtilmiştir. Yoksul ailelerin sağlık gereksinimlerini ele almak için hemşirelik çalışmaları şunları içermektedir;

- Düşkün insanların sağlık durumunu belirlemek,
- Gelir dağılımı ve gelir güvenliği için toplumdaki gruplarla ve sektörlerle iş birliği yapmak, örneğin aile ve çocuk yardımı alanların sayısını artırmak,
- Yoksulların sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamak,
- Çocuk işçiler ve sömürü konusunda hükümetleri etkilemek,
- Kronik hastalığı olan insanlara bakan ailelere ya da HIV/AIDS kurbanı olan çocuklara bakanlara destek sağlamak,
- Toplumdaki kaynaklar ve kurumlarla ilgili bilgi sağlamak, örneğin, sığınma evleri,

yoksullar için sağlık merkezleri ile iletişim kurmak (57,58).

Çocukluk döneminde görülen bir çok sağlık sorunu çözümlenmediği taktirde, bu sorunlar daha değişik ve büyük boyutlarda ileriki yıllarda karşımıza çıkmaktadır. Özellikle, çocuk sağlığında çalışan ebe ve hemşirelerin, sık görülen çocukluk hastalıkları, çocuk beslenmesi ve bağışıklama konusunda anneleri eğitmeleri ile birçok hastalık ve ölümlerin önlenmesi mümkündür. Çocuğun ileriki yaşamında sağlıklı olabilmesi için hemşire ve ebelerin, intrauterin dönemden başlayarak, doğum ve doğumdan sonraki dönemlerde anneye ve çocuğa uygun hemşirelik/ebelik yaklaşımında bulunmaları gerekmektedir (36,37).

Hemşirelerin hem klinikte hem de sahada, özellikle ev ziyaretleri yoluyla, çocuk ve ailesini yoksulluğun riskleri açasından gözleyerek, bu riskleri tanımaları ve gerekli önlemleri almasıyla, yoksulluk açasından risk altında bulunan çocukların sağlığının daha iyi bir düzeyde olacağı kaçınılmazdır. Bu nedenle yoksulluğun çocuk sağlığı üzerine etkilerinin bilinmesi gerekmektedir.

Bu çalışma, yoksulluğun 1-4 yaş grubu çocuklar üzerinde hastalanma sıklığı üzerine etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Yoksulluğun Tanımı

Bireylerin sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olan yoksulluğun çeşitli tanımları yapılmıştır. Genel anlamda yoksulluk, insanların temel gereksinimlerini karşılayamama durumudur. Temel gereksinimler dar anlamda yaşamı sürdürmek için gerekli olan beslenme, barınma, eğitim-öğrenim, sağlık olanaklarından ve toplum içinde kendi kaderlerini belirleyen tercih ve kararlarda söz sahibi olma durumundan yoksun olma iken, geniş anlamda ise toplumdaki genel yaşam düzeyinin altında olmayı ifade etmektedir (19,26,42,59,60,61,62).

UNDP ise yoksulluğu, “insani gelişme için zorunlu fırsatlardan (hayat boyu sağlık, yaratıcı bir hayat, ortalama bir hayat standardı, özgürlük, kendine güven, saygınlık) mahrum olma” şeklinde tanımlayarak, kavramın sadece parasal bir içeriğe hapsedilmesini engellemiştir. Bu amaçla hayat beklentisi, okuma yazma, çocuk ölüm oranları ve reel satın alma gücü gibi göstergeleri kullanmaktadır (1,9).

Townsend (1974), “toplum içinde bireyler, aileler ve gruplardan temel gıda gereksinimlerini karşılayamayan ve toplumsal etkinliklere katılamayan, aktif unsur haline gelemeyen, geleneksel ölçüde yerleşmiş yaşam standartlarını tutturamamış kimselere” yoksul demektedir (1,42).

Drewnowski (1977), yoksulluğu “kişilerin ve hane halkının kendileri için uygun görecekleri bir tatmin düzeyini sağlamaya yetecek bir gelire sahip olmamaları şeklinde (subjektif yoksulluk) ya da asgari yaşam standardının gerektirdiği temel gereksinimlerin karşılanabilmesi için yeterli miktarda gelirin elde edilememesi durumu” olarak (gelir yoksulluğu) tanımlamaktadır (1,63).

Alagh (1992) yoksulluğu, “insanların ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli kaynağa sahip olmama” veya “mutlak asgari refah düzeyinin altında kalma” ve “hayatta kalabilmek için gerekli mal ve hizmetlere olan ihtiyacın karşılanmaması durumu” olarak tanımlamaktadır (28).

Yukarıdaki tanımlardan da anlaşıldığı gibi, yoksulluk hayatın devam etmesi için gerekli olan gereksinimlerin yeterli şekilde karşılanamaması durumudur.

2. 2. YOKSULLUKLA İLGİLİ KAVRAMLAR

Yoksulluğun görelî bir kavram olmasından dolayı bütün literatürlerce kabul edilmiş bir tanımı bulunmamaktadır. Bu sebeple yoksulluğun çeşitli tanımları yapılmaktadır (1). Bunlardan bazıları aşağıda verilmiştir.

2. 2.1. Mutlak Yoksulluk- Görelî Yoksulluk

Yoksulluk akademik ve politik çevrelerde mutlak ve görelî yoksulluk olarak iki grup altında incelenmektedir. Bu da yoksulluk kavramının daha kolay anlaşılmasını sağlamaktadır.

Mutlak yoksulluk, bir insanın yaşamını en asgari düzeyde devam ettirmesi yani günlük yaşamını devam ettirmek için gerekli besin ihtiyaçlarını karşılaması durumudur (2,59,64). Mutlak Yoksulluk Yaklaşımı, bireyi sosyal değil, en düşük düzeyde ve en düşük kalitede besinlerle karnını doyurmaya çalışan bir canlı-organizma olarak görmektedir. Yoksulluğu, şiddetle yaşayan ancak kazandığı gelirini fiziki devamlılığını sağlamak için harcayan insanların durumu şeklinde ifade etmekte ve gıda dışı harcamayı neredeyse yok saymaktadır (65).

Mutlak yoksulluk, yeterli (kalori) ve dengeli (protein, karbonhidrat gibi besin bileşenleri) beslenme açısından asgari tüketim düzeyini ve geliri mutlak olarak ele alırken, görelî yoksulluk, kişinin toplumsal varlık olmasından hareket etmekte ve kendisini biyolojik olarak değil, toplumsal olarak yeniden üretebilmesi için gerekli tüketim ve yaşam düzeyinin saptanmasını içermektedir. Hesaplamalarında, bireyin asgari standartların üstünde bir yaşam sürdürebilmesi için gerekli sosyal, kültürel, eğitim, sağlık, toplu taşıma vb. ihtiyaçlarının karşılanma düzeyi temel alınır. Bu durumda, belli bir toplumda kabul edilebilir minimum tüketim düzeyinin altında geliri olanlar görelî yoksul olarak tanımlanmaktadır (4,13,16,24,59,64,66).

2. 2. 2. Gelir Yoksulluğu-İnsani Yoksulluk

Gelir yoksulluğu (income poverty), yaşamı sürdürmek ya da asgari yaşam standartlarını karşılamak için kişi veya hanehalkının ihtiyaç duyduğu temel gereksinimlerinin karşılanabilmesi bakımından yeterli miktarda gelirin elde edilememesi durumu olarak tanımlanır (1). Bu anlamda, gelir yoksulluğu satın alma gücünden yoksun olma anlamına gelmektedir.

İnsani yoksulluk ise iyi bir yaşam standardıyla özgür, onurlu, özgüvenli ve diğer insanlara da saygı duyabilir şekilde uzun, sağlıklı ve yaratıcı bir hayat sürdürebilme olanaklarından mahrum olma durumudur. Diğer bir deyişle bir kısım bireylerin insanca yaşam imkanlarına sahip olmaması anlamına gelmektedir (1,3).

UNDP, gelişmekte olan ülkelerde insani yoksulluğu üç kriterden yola çıkarak hesaplamaktadır;

1. Yaşam Süresi: Uzun bir yaşamdan yoksun olma insani yoksulluğun ilk göstergesi olarak kabul edilmektedir. Hesaplamalarında 40 yaşı esas almakta ve bu yaşın altındaki yaşam süresini insani yoksulluk olarak değerlendirmektedir.
2. Eğitim: Eğitim imkanlarından yoksun olma insani yoksulluğun ikinci göstergesini oluşturmaktadır. Hesaplamalarda yetişkinler arasındaki okuma yazma bilme oranı insani yoksulluğun diğer bir kriterini oluşturmaktadır.
3. Ekonomik ve Sosyal İmkanlar: Bireylerin ekonomik ve sosyal imkanlardan yoksun olması, insani yoksulluğun diğer bir göstergesini oluşturmaktadır. Ekonomik ve sosyal imkanlara sahip olma düzeyini ise aşağıdaki kriterler belirlemektedir;
 - Sağlıklı içme suyuna sahip olmayan nüfus yüzdesi
 - Temel sağlık imkanlarından yoksun olma yüzdesi
 - 5 yaş altında olan ve yeterli beslenemeyen nüfus yüzdesi

Yukarıda belirtilen üç kriterin ortalaması alınarak “insani yoksulluk indeks değeri” tespit edilmektedir.

UNDP, gelişmiş ülkelerdeki insani yoksulluğu da başlıca şu kriterleri esas alarak hesaplamıştır:

- 60 yaşından daha fazla yaşam imkanına sahip olmayan nüfus yüzdesi

- Yeterli ölçüde okuma yazma imkanına sahip olmayan nüfus yüzdesi
- Gelir yoksulluğu sınırı altında bulunan nüfus oranı (Kullanılabilir kişisel gelirin % 50'sinden daha az gelire sahip nüfus oranı)
- Uzun dönem işsizlik oranı (1,2,3,23,24,63,64,67).

2. 2. 3. Sosyo-Ekonomik Güçsüzlük

Yoksulların ortak özelliklerinden biri, yoksul kişilerin tercihte bulunmalarını kısıtlayan ve birbirleri ile olan ilişkilerinin kalitesini etkileyen güçsüzlük ve söz hakkının olmamasıdır. Refah ve zenginlik maddi, sosyal, fiziki, psikolojik ve ruhsal açıdan güven ve esenlik içinde olmayı ve hemen hemen her alanda tercihte bulunma özgürlüğünü gündeme getirirken, yoksulluk maddi olanakların olmamasını, güvensizliği, sosyal dışlanmayı, psikolojik sıkıntıları ve girişimci olmamayı akla getirir (1,2). Bunlar, yoksulluğun doğrudan sonucu olan açlık ile ortaya çıkan “hayattan dışlanma”, yoksulluğun benlik saygısı ve dolayısıyla insan onurunu tahrip etmesiyle ortaya çıkan “manevi dışlanma”, yoksulluğun toplumsal yaşamın yanı sıra, toplumsal hizmetler alanının da dışında ortaya çıkan “siyasal, toplumsal ve kültürel dışlanma”dır. Ekonomik bunalımlar sonucu ortaya çıkan düşük gelir, gelir kaybı, bireyin dışlanma olgusunu hayata geçirmekte, ayrıca bireyin kötü sağlık koşulları içinde açlık sorunu yaşamasına yol açmakta, bu da bireyin sağlıklı düşünme ve karar verme özelliğini yitirmesine neden olmaktadır (16,68).

2. 2. 4. Kırsal Yoksulluk-Kentsel Yoksulluk

Yoksulluk kırsal ve kentsel alanlarda değişik şekillerde karşımıza çıkmaktadır. Kırsal yoksulluk daha çok, bağımsızlık, güvenlik, öz-saygı, sosyal kimlik, sosyal ilişkilerin sıklığı ve sağlamlığı, karar alma özgürlüğü, hukuki ve siyasi haklar gibi niteliksel beklentiler ve yoksunluklar üzerine odaklanırken, kentsel yoksulluk, gelir ve tüketim şeklinde niceliksel beklentiler ve yoksunluklar konusuna eğilmektedir (69).

Yoksulluk kırsal alanlarda kentsel alanlara göre daha şiddetlidir. Çünkü buralarda oran olarak kişi başına gelir düşüktür, tüketim kalıbı dardır ve iletişim teknolojileri ile iletişimde daha fazla geri kalmışlık söz konusudur. Yani kır kent gelişmişlik düzeyinin farklılığından dolayı kırsal kesimde yaşayanlar daha yoksuldur. Kırdaki geri kalmış bölgelerde, büyük kentler de ise gecekondu bölgelerinde yaşayanların daha çok yoksullukla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir (68,69).

Ülkemizdeki araştırmalar ve gözlemler, ülkemiz kentlerinde sosyo-ekonomik eşitsizliklerin derinleştiğini, kentlerin büyüdüğünü, büyüdükçe de parçalandığını ortaya koymaktadır. Bu süreç içerisinde, varoşlar, gecekondu, kente yeni göçlerle sürekli büyüyen yoksul semt ve mahalleler oluşmaktadır. Kent yoksulluğu en büyük olumsuz etkiyi, özellikle kentin yoksul mahallelerinde yaşayan, kente göçle gelmiş, kentle bütünleşmemiş, işsiz, sürekli bir mesleği olmayan, eğitim düzeyi düşük ve problemler içinde yaşayan bireyler üzerinde göstermektedir (70).

2. 3. Yoksulluk Sorununun Nedenleri

Yoksulluk sorununun nedenlerinin belirlenmesi için öncelikle yoksulluğa etki eden faktörlerin bilinmesi gerekir. Yoksulluğa etki eden faktörler incelendiğinde ise, hane halkı büyüklüğü, eğitim durumu, işteki durum ve işsizlik, iktisadi faaliyetlerin etki ettiği bulunmuştur (1). DİE 2004 Yoksulluk çalışmasında, hane halkı fertlerinin eğitim durumlarına göre yoksulluk oranlarına bakıldığında, eğitim durumunun yoksulluğu açıklayan bir değişken olduğu görülmüş, kır ve kentsel yerlerde eğitim durumunun artmasının yoksulluk riskini azalttığı belirtilmiştir. Kırsal kesimde yaşayan kadınların %22.0'si eğitimsizken, kentsel alanda yaşayan kadınların %14.0'ünün eğitimsiz olduğu ortaya konmuştur. Türkiye geneli için %1.27'lik nüfus payına sahip bireylerin okuma yazma bilmediği ve bunlarda yoksulluk oranının %47.07 olduğu görülmektedir. %3.79'luk nüfus payına sahip yüksek okul, fakülte ve üstü eğitime sahip bireylerde ise yoksulluk oranı %1.57'ye düşmektedir (71).

Çalışan bireylerin işteki durumlarına göre yoksulluk oranına bakıldığında, geçici, mevsimlik işçilerin %45.01'lik oranla en riskli grup, %8.99 orana sahip işverenlerin ise en az risk taşıyan grup olduğu görülmüştür (72).

Yoksul bireyler, iktisadi faaliyet kollarına göre incelendiğinde, Türkiye genelinde tarım, avcılık, ormancılık ve balıkçılık sektöründe çalışanların %36.19'lük oran ile yoksulluk riskinin en fazla olduğu, madencilik ve taşocakçılığı sektöründe çalışanların ise en düşük yoksulluk riski taşıyan grup olduğu görülmüştür (72).

Zastrow ve Bowker'ın (1984) belirlediği yoksulluk nedenlerini gruplandırarak olursak;

- Yüksek işsizlik oranı,
- olumsuz fiziksel ve ruhsal sağlık,
- yoğun tıbbi harcamalar,
- zararlı alışkanlıklar,
- geniş aile,
- düşük eğitim düzeyi,
- kadının sorumlu olduğu ve küçük çocuklu aileler,
- boşanma, terk edilme veya eşin ölümü,
- ücret sorunları ve iş yerinde kötü yönetimden kaynaklanan sorunlar,
- suç kurbanı olmak (16,20,22,70,73,74,75).

Zastrow ve Bowker, bu listeye dayanak olarak;

- a) yoksulluğun çok sayıda nedeni olduğunu,
- b) yoksulluğun nedenlerini ortadan kaldırmak için geniş sosyal programlara gereksinim olduğunu,
- c) yoksulluğun diğer sosyal sorunlarla etkileşim içinde olduğunu, bunların duygusal sorunlar, alkolizm, işsizlik, ırk ve sekse ilişkin suçlar, tıbbi sorunlar, suç, kumar, zihinsel gerilik gibi sorun ve alanları kapsadığını belirtmektedirler (19,42,73,76).

Şen ise, yoksulluğun iki nedeni olduğunu ileri sürmüştür. Bunlar;
- Ülke olarak üretim kapasitesi düşüktür ve toplumun büyük çoğunluğu yoksuldur. Bu tür yoksulluk ülkenin genel özelliğinden kaynaklanmaktadır.

- Ülke genel olarak zengin olduğu halde toplumun bir kesimi yoksuldur. Bu tür yoksulluk, ülkenin genel özelliğinden değil, sistemin insan merkezli olmayışından kaynaklanmaktadır.

Buna göre ülkemizdeki yoksulluk biçiminin yukarıda ifade edilen her iki özelliği de içine aldığı görülmektedir. Bu anlamda ülkemizin hem çok az üreten bir konumda olduğu, hem de sistem nedeniyle gelir dağılımında dengesizlikler olduğu anlaşılmaktadır (61).

2. 4. Yoksulluk ve Sağlık

Yoksulluk ve sağlık arasındaki ilişki incelendiğinde, yoksulluğun sağlığı olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Etkileşim bazen doğrudan bazen de ara mekanizmalar yoluyla olmaktadır. Bu ilişki aşağıdaki çizelgede görülmektedir;

<u>Yoksulluk Öğeleri</u>	<u>Ara Faktörler</u>	<u>Sağlık Sonucu</u>
- Parasal yetersizlik - Birikim olmayışı - Sağlıksız çevre - Sağlıksız, kalabalık konut - Sosyal güvence olmayışı	- Yetersiz Sağlık bilgisi - Sık ve çok doğum - Alkol, sigara - Yetersiz beslenme - Yetersiz koruyucu sağlık hizmeti →	- Sık hastalık - Ağır hastalık (Bulaşıcı, Kronik) - Sakatlık - Sık ve erken ölüm
- Sınırlı eğitim - İşsizlik - Çocuk işçiliği - Ağır çalışma koşulları - Göç - Marjinal yaşam - Yabancılaşma - Dışlanmışlık	- Sağlık hizmetine ulaşamama kullanmama - Yetersiz ve niteliksiz tedavi edici hizmet - İlaç alamama - Sık ve çok doğum - Kimyasal maruziyet - Suç ve yasa dışı davranış	- Anne ve bebek ölümleri - Kalıtsal hastalık - Düşük Doğum Ağırlığı - Ruh hastalıkları - Alkolizm - İntihar - Kaza - Protein Enerji Malnutrisyonu - Şiddet

*Dedeoğlu N. Sağlık ve Yoksulluk. Toplum ve Hekim, 2004,19(1) (76).

Bireysel düzeyde incelendiğinde, sağlığın bozulması ile yoksullar daha yoksullaşmakta, sınırdan yaşayanlar ise yoksulluğa düşmektedir. Bu yoksullaşmada hem hastalığın tedavi masraflarının ek maddi yükü, hem hastalanan aile bireyinin bakım

yükü, hem de iş veriminde ve dolayısı ile gelirden düşmenin rolü vardır. Geniş aile, hemşeriler ve komşulardan gelen sosyal dayanışma hafif krizlerin atlatılmasında yardımcı olsa da, ağır, hastane bakımı veya evde bakım gereken bir hastalık ya da sakatlık aileyi yoksulluğa itmektir (76).

Gelişmiş olan ülkelerde yaşayan yoksul kişilerin sayısı küçümsemeyecek düzeyde olmakla birlikte, yoksulluk ağırlıklı olarak gelişmekte olan ülkelerde yoğunlaşmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan yaklaşık 4,6 milyar insandan;

- 800 milyonu, normal, sağlıklı ve faal bir yaşam sürememekte, yeterli gıda alamamaktadır (39).

- 1 milyar temiz sudan yoksundur.

- 2,4 milyar temel sağlık hizmetlerinden yoksundur.

- 850 milyonu okur-yazar değildir.

- 325 milyon çocuk okula gitmemektedir.

- Her yıl, beş yaşından küçük 11 milyon çocuk önlenebilir hastalıklardan ölmektedir.

- 6 milyonu HIV/ AIDS'e yakalanmıştır.

- Doğum kontrol olanaklarından yararlanmak isteyen 120 milyon çift bunu gerçekleştirememektedir (77).

Dünyada 1995 yılında gerçekleşen beş yaş altı ölümlerinin %35.0'i, anne ölümlerinin %46.0'sı dünya nüfusunun %10.0'unun yaşamakta olduğu en yoksul ülkelerde meydana gelirken, dünya nüfusunun %25.0'inin yaşamakta olduğu sanayileşmiş ülkelerde meydana gelen yıllık anne ve çocuk ölümleri dünyadaki bu ölümlerin yalnızca %1'ini oluşturduğu görülmektedir. Ülkeler içerisinde de benzer farklılıklar görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşen bebek ve çocuk ölümlerinin 1/3'ü nüfusun en yoksul %20.0'sinin çocuklarıdır (18,58).

Dünyadaki insanların en yoksul %20.0'sinin 14 yaşından önce ölme olasılığı en zengin %20'ye göre yaklaşık 10 kat, yoksul ülkelerde yaşayan kadınların gebelik ya da doğum sürecinden kaynaklanan nedenlerden ölme olasılığı zengin ülkelerde yaşayan kadınlardan yaklaşık 500 kat daha fazladır. Yoksul ülkelerde, özellikle Sahra-altı Afrika'da gerçekleşen ölüm ve sakatlıkların büyük bölümü önlenebilir ölüm ve sakatlıklardır. Anne ve çocuk ölümlerinin %90'ından fazlası yoksul ülkelerde

meydana gelmektedir (18).

Ülkeler arasında ve ülkelerin içerisindeki bebek ölümlülüğündeki farklılıkların %70.0'i gelir paylaşımındaki eşitsizliklerden kaynaklanmaktadır. Hindistan'da son 10 yıl içerisinde zengin çocukları ile yoksul çocukları arasındaki malnutrisyon farkı kapanmak yerine daha da artmıştır. Afrikalı çocukların %35.0'inin ölüm riski 10 yıl önceye göre daha yüksektir ve her bir saatte 500'den fazla çocuk ölmektedir. Yine Afrika'da 2002 yılında, önceki yıllara göre 4 milyon daha fazla çocuk ölmüş, erişkin ölüm hızları da 30 yıl öncesine göre aşırı derecede artmıştır. Doğuştan yaşam beklentisi Afrika'nın her yerinde kısalmıştır (18).

Araştırmalar, ailelerin yoksul olmasının çocuklarının da yoksul olmasına ve hem sağlıkla ilgili sorunlar, hem de sosyal sorunlar yaşamasına neden olduğunu göstermektedir. Çocukların erken yaşlarda çalışma hayatına başlaması, eğitim ve öğrenime hiç başlayamamasına ya da okulu bırakma gibi sorunları beraberinde getirmektedir (5,23,26,30,31,44,46,78,79).

Çocukluk döneminde insan yeteneklerinin gelişmesi, büyük ölçüde ailenin ve devletin çocukları yoksunluktan koruyabilme gücüne bağlıdır. Başta toprak ve konut gibi fiziksel olanlar olmak üzere mülke erişimi çok sınırlı olan ailelerin çocukları yaşamlarına dezavantajla başlarlar. UNICEF 2005 raporunda çalışan (toprak işlerinde) kadınların aile reisi olduğu durumlarda çocukların beslenme gereksinimlerinin daha iyi karşılandığı ve bu çocukların tıbbi bakım görme ve okula gitme şanslarının daha fazla olduğu vurgulanmıştır. Ancak yine de kız çocuklarının erkek çocuklardan daha dezavantajlı olduğu, anneye yardım amaçlı çalıştığı için okula gitme durumlarının erkek çocuklara göre daha düşük olduğu vurgulanmıştır (80).

Ülkemizde TNSA 2003'e göre nüfusun %29'u 15 yaş altındadır. Bu yoksulluğu önemli bir sorun haline getirmektedir. Yılda 1.4 milyon olan yüksek doğum sayısı giderek düşmektedir. Ancak yine de çocuk nüfusunun artışı Türkiye'nin kalkınması açısından önemli bir konudur. Türkiye'de yoksulluğun bu kadar çok sayıda çocuğu tehdit etmesi şu anlamlara gelmektedir,

- Her yıl önlenebilir nedenlerden dolayı meydana gelen çocuk ölümü,
- İlköğretim çağında olup okula gitmeyen bir milyon çocuk,
- Çeşitli işlerde çalışan 1.6 milyon çocuk,
- Sokaklarda yaşayan ve/veya çalışan çocuk sayısında artış (78).

Bu bilgiler doğrultusunda, yoksulluğun tüm dünya ülkeleri için sorun olduğu, yoksulluğun pek çok nedeninin bulunduğu ve yoksulluk ile sağlığın doğrudan ilişkili olduğu görülmektedir. Yoksulluktan en fazla etkilenen grubun ise hiç kuşkusuz çocuklar olduğunu söyleyebiliriz. Bu nedenlerle ocuk ve ailesiyle yakın iletişim içinde bulunan ebe/hemşirelerin konuya duyarlı olmaları ve özellikle yoksul olan aileleri belirleyerek bunların çocuklarına yoksulluğun ocuk sağlığı üzerine olumsuz etkilerini engelleyecek çalışmalar yapması gerekmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, yoksulluğun 1-4 yaş grubu çocukların hastalanma sıklığı üzerine etkilerini incelenmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Muş ili sınırları içinde sosyoekonomik düzeyleri farklı iki mahallede yapılmıştır. Muş Valiliğinden alınan veriler (Muş İli Valiliğinin yapmış olduğu ev ziyaretlerindeki gözlemler) doğrultusunda, ilin sosyoekonomik düzeyi en düşük mahallesinin Yeşilyurt, sosyoekonomik düzeyi en iyi mahallesinin Kültür-2 Mahallesi olduğu belirlenerek araştırma bu mahallelerin bağlı bulunduğu sağlık ocaklarında yürütülmüştür. Ayrıca, bu iki mahallenin sosyoekonomik düzeyini belirleyici (aylık gelir düzeyi, Yeşil Karta sahip olma oranı, sahip olunan dayanıklı tüketim malları, DİE'nin belirlemiş olduğu yoksulluk sınırı vb.) faktörler ele alınmıştır.

Yeşilyurt Mahallesinin bağlı bulunduğu Zafer Sağlık Ocağı 1998 yılında kurulmuş olup, 2 hekim, 1 sağlık memuru, 2 hemşire, 5 ebe, 1 çevre sağlığı teknisyeni, 1 tıbbi sekreter, 1 idari memur, 2 hizmetli ile 2 mahalle ve 5 köy olmak üzere toplam 27489 nüfusa hizmet vermektedir.

Kültür-2 Mahallesinin bağlı bulunduğu 1 Nolu Sağlık Ocağı 1963 yılında kurulmuş olup, 3 hekim, 2 sağlık memuru, 8 hemşire, 4 ebe, 2 çevre sağlığı teknisyeni, 1 tıbbi sekreter, 2 idari memur, 1 laborant, 4 hizmetli ile 7 mahalle ve 3 köy olmak üzere toplam 20547 nüfusa hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Muş ili sınırları içinde sosyoekonomik düzeyi en düşük olan Yeşilyurt Mahallesi ve sosyoekonomik düzeyi en iyi olan Kültür-2 Mahallesinde

ikamet eden 1-4 yaş grubu çocuklar oluşturmaktadır. Araştırmaya 0-4 yaş grubu çocukların alınması planlandığı halde, bazı sorulara (bir yaşından sonra ishal-kusma geçirme durumları/sıklıkları, bir yaşından sonra üst solunum yolu enfeksiyonu geçirme sıklıkları vb.) yanıt alınamayacağı düşünüldüğünden 0-1 yaş grubu çocuklar araştırmanın kapsamından çıkarılarak, 1-4 yaş grubu çocuklar alınmıştır.

Yeşilyurt Mahallesi'nin bağlı bulunduğu Zafer Sağlık Ocağının 2004 yılı Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) sonuçlarına göre, 1-4 yaş arası çocuk sayısı (539 erkek ve 538 kız) 1077 olarak tespit edilmiştir. Kültür-2 mahallesi'nin bağlı bulunduğu 1 Nolu Sağlık Ocağının 2004 yılı ETF sonuçlarına göre ise, 1-4 yaş grubu çocuk sayısı (179 kız ve 186 erkek) 375 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın örneklemini, sosyo-ekonomik düzeyi yüksek ve düşük olan mahalleler arasında hastalanma sıklığı bakımından %30'luk bir fark olacağı kabul edilerek,

$$n = \frac{2 \left(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta} \right)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

α : I. Tip hata olasılığı (0.05)

$1 - \beta$: Testin gücü (0.99)

$X_1 - X_2 = \Delta$: İki ortalama arasında önemli kabul edilebilecek fark

z : Standart normal dağılım kritik değeri

formülüyle toplam örnek genişliği 233 çocuk olarak bulunmuştur. Standart sapmalar eşit kabul edilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda Yeşilyurt mahallesi'nin, Kültür-2 mahallesi'nden çocuk sayısının 3 katı fazla olduğu göz önünde bulundurularak, Kültür-2 Mahallesi'nden 43 kız, 43 erkek olmak üzere 86 çocuk, Yeşilyurt Mahallesi'nden 87 kız, 87 erkek olmak üzere 174 çocuk alınmasına karar verilmiştir. Bu çocukların seçiminde, sağlık ocağı kayıtlarından çocuk izlem kartlarına numara verilip, basit tesadüfi rasgele sayılar tablosu kullanılarak, iki mahalleden 1-4 yaş grubu toplam 260 çocuk örnekleme alınmıştır. Bu çocukların hastalanma sıklığını incelemek için çocukların sağlığı ile daha yakından ilgili olan kişilerin anneleri olacağı düşünüldüğünden, anket formları 1-4 yaş grubu çocuğu olan kadınlara uygulanmıştır.

3. 4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.4.1. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın amacına ulaşmak için, veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak geliştirilen iki farklı anket formu kullanılmıştır (Ek-1 ve Ek-2).

Ek-1'deki anket formunda anne ve babaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu vb.), ailelerin sosyo-ekonomik özellikleri (aylık gelir, aylık gider, ailelerin sağlık güvenceleri, sahip olunan dayanıklı tüketim malları, oturulan konutun özellikleri vb.) ve sağlık kuruluşuna uzaklığı ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Ek-2'de ise 1-4 yaş grubu çocuk sağlığı ile ilgili olarak annenin doğum öncesi bakım alma durumu, çocuğun doğum ağırlığı, doğumların yapıldığı yer ve çocukların hastalanma durumları ve sıklığı ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.4.2. Anket Formunun Uygulanması

Anket formu uygulanmadan önce gerekli izinler alınmış olup, araştırma kapsamına alınan kadınlardan sözel olarak izin alınmıştır. Seçilen örnekteki kadınların tümü araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Hazırlanan anket formlarının içeriğini, uygunluğu ve anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla örneklem kapsamına alınmayan farklı iki mahallede 1-4 yaş grubu çocuğu olan 20 kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra, veriler 10.04.2005 – 20.08.2005 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından, kadınlara ev ziyareti yapılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Anket formlarının uygulanma süresi ortalama 20-25 dakika sürmüştür. Kadınlardan alınan yanıtlar araştırmacı tarafından anket formuna kaydedilmiştir. Veri toplama araçlarının uygulanması sırasında kadınların kendilerini rahat hissetmelerine özen gösterilmiştir. Ayrıca anket formunun uygulanması tamamlandıktan sonra gerekli görülen konularda kadınlara eğitimler verilmiştir.

3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler araştırmacı tarafından anket formları değerlendirildikten sonra, bilgisayarda SPSS 11.5 (Statistical package for Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yzdelik ve ki-kare testi uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Çizelge 1. Aileleri Tanıtıcı Özellikler

N: 260

Özellikler	Yeşilyurt Mah.		Kültür-2 Mah.		Toplam		P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Anne Yaşı							
19 Yaş Altı	6	3.4	6	7.0	12	4.6	0.532
20-29 Yaş	96	55.2	44	51.2	140	53.8	
30-39 Yaş	51	29.3	28	32.6	79	30.4	
40-49 Yaş	21	12.1	8	9.3	29	11.2	
Anne Eğitim Düzeyi							
Okur-yazar değil	81	46.6	16	18.6	97	37.3	0.000
Okur-yazar	21	12.1	5	5.8	26	10.0	
İlk-Ortaokul	63	36.2	40	46.5	103	39.6	
Lise ve Üstü	9	5.2	25	29.1	34	13.1	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	9	5.2	11	12.8	20	7.7	0.000
Çalışmıyor	165	94.8	75	87.2	240	92.3	
Eşin Yaşı							
20-29 Yaş	49	28.2	22	25.6	71	27.3	0.532
30-39 Yaş	87	50.0	41	47.7	128	49.2	
40 Yaş ve üstü	38	21.8	23	26.7	61	23.5	
Eşin Eğitim Düzeyi							
Okur-yazar değil	22	12.6	4	4.7	26	10.0	0.000
Okur-yazar	18	10.3	1	1.2	19	7.3	
İlk-ortaokul	85	48.9	24	27.9	109	41.9	
Lise ve Üstü	49	28.2	57	66.3	106	40.8	
Eşin Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	9	5.2	-	-	9	3.5	0.000
Memur	36	20.7	41	47.7	77	29.6	
İşçi	17	9.8	10	11.6	27	10.4	
Serbest	20	11.5	17	19.8	37	14.2	
Günderlikçi İşçi	92	52.9	18	20.9	110	42.3	
Sağlık Güvencesi							
ES-SSK-BağKur	61	35.0	68	79.0	129	49.6	0.000
Yok	35	20.1	5	5.8	40	15.4	
Yeşil Kart	78	44.9	13	15.1	91	35.0	
Çocuk Sayısı							
1-3	101	58.0	58	67.4	159	61.2	0.061
4-6	51	29.3	24	27.9	75	28.8	
7 ve üstü	22	12.6	4	4.7	26	10.0	
Eş ile Akrabalık							
Var	78	44.8	22	25.6	100	48.5	0.010
Yok	96	55.2	64	74.4	160	61.5	
Aile Tipi							
Çekirdek aile	116	66.7	66	76.7	182	70.0	0.095
Geniş aile	58	33.3	20	23.3	78	30.0	
Oturulan Ev							
Kendine ait	68	39.1	41	47.7	109	41.9	0.160
Kira Ödüyor	81	46.6	39	45.3	120	46.2	
Kira ödemiyor	25	14.4	6	7.0	31	11.9	

Ortalama Aylık Gelir							
Asg. Ücr. Altı	51	29.3	4	4.7	55	21.2	0.000
Asgari ücret*	5	2.9	3	3.5	8	3.1	
Asg. Ücr.-700YTL	72	41.4	15	17.4	87	33.5	
701- 1000 YTL	35	20.1	30	34.9	65	2.0	
1001-1500 YTL	9	5.2	18	20.9	27	10.4	
1501 YTL ve üstü	2	1.1	16	18.6	18	6.9	

* Asgari Ücret: 01.01. 2005 tarihinde net 378.00 YTL'dir (81).

** Analizlerde p değeri ki-kare testi uygulanarak bulunmuştur.

Çizelge 1'de sosyoekonomik düzeyi en düşük olan Yeşilyurt ve sosyoekonomik düzeyi en yüksek olan Kültür-2 mahallelerinde yaşayan ailelere ait tanıtıcı özellikler yer almaktadır. Çizelgeye göre Yeşilyurt Mahallesiindeki kadınların %55.2'si, Kültür-2 Mahallesiindeki kadınların %51.2'si 20-29 yaş grubundadır. Kadınların eğitim düzeyine baktığımızda Yeşilyurt Mahallesiindeki kadınların yarıya yakını (%46.6) okur-yazar değilken, Kültür-2 Mahallesiindeki kadınların %46.5'inin ilk-ortaokul mezunu, %29.1'inin ise lise ve üniversite mezunu olduğu görülmektedir. İki mahalle arasında kadınların eğitim düzeyleri bakımından istatistiksel analiz sonucunda anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Çalışma durumlarına baktığımızda ise Yeşilyurt Mahallesiindeki kadınların %5.2'si (memur, öğretmen, hemşire vb.) çalışırken, Kültür-2 Mahallesiindeki kadınların %12.8'si (memur, öğretmen, hemşire vb.) çalışmaktadır. İstatistiksel analiz sonucunda, iki mahalle arasında kadınların çalışma durumları bakımından anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Kadınların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde, Yeşilyurt Mahallesiindeki eşlerin %48.9'u ilk-ortaokul mezunu iken, Kültür-2 Mahallesiindeki eşlerin %66.3'ü lise ve üniversite mezunudur. İki mahalle arasında eşlerin eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür ($p<0.05$).

Eşlerin çalışma durumuna baktığımızda, Yeşilyurt Mahallesiindeki eşlerinin %20.7'si memur, %52.9'u, gündelikçi işçi iken, Kültür-2 Mahallesiindeki eşlerin %47.7'si memur ve %20.9'u gündelikçi işçi olarak çalışmaktadır. İki mahalle arasında, eşlerin çalışma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Yeşilyurt Mahallesiindeki ailelerin %35.0'inin, Kültür-2 Mahallesiindeki ailelerin %79.0'unun sağlık güvencesi emekli sandığı, SSK ya da Bağ-Kur'dur. Yeşilyurt mahallesiindeki ailelerin %44.9'unun, Kültür-2 mahallesiindeki ailelerin ise %15.1'inin sağlık güvencesinin yeşil kart olduğu görülmüştür. İki mahalle arasında

ailelerin sağlık güvencesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Yeşilyurt mahallesindeki kadınların %44.8'inin, Kültür-2 mahallesindeki kadınların %25.6'sının eşleri ile birinci ya da ikinci derece akraba olduğu görülmüştür. İki mahalle arasında eşlerin akrabalık durumu bakımından istatistiksel analiz sonucunda anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Yeşilyurt Mahallesindeki ailelerin %58.0'i, Kültür-2 Mahallesindeki ailelerin ise %67.4' 1-3 sayıda çocuğa sahiptir. Her iki mahallede de çekirdek aile sayısı daha fazla bulunmuştur.

Ailelerin aylık gelir düzeyine göre dağılımına baktığımızda, Yeşilyurt Mahallesindeki ailelerin %29.3'ünün, Kültür-2 Mahallesindeki ailelerin ise %4.7'sinin gelir düzeyi asgari ücretin altındadır. İki mahalle arasında ailelerin gelir düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür ($p<0.05$).

Çizelge 2. Ailelerin Oturdıkları Mahalle ve Günlük Kişi Başına Düşen Gelir Miktarının Dağılımı
N: 260

Mahalle	Günlük Kişi Başı Gelir Miktarı*						P Değerı
	4.3 Dolar		4.4 Dolar		Toplam		
	Altı**		st				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yeşilyurt Mahallesi	153	87.9	21	12.1	174	100.0	0.000
Kültür-2 Mahallesi	37	43.0	49	57.0	86	100.0	
Toplam	190	73.1	70	26.9	260	100.0	

* DİE 2004 Yoksulluk alışması Sonuçları (71).

** Dolar: 1. 3330 YTL (02.05.2005) olarak alınmıştır (81).

Çizelge 2'de ailelerin oturdıkları mahalle ve günlük kişi başına düşen gelir miktarına göre dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin yalnızca %12.1'inde günlük kişi başına düşen gelir miktarı 4.4 dolar ve üstü iken, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin ise %57.0'sinde günde kişi başına düşen gelir miktarı 4.4 dolar ve üstüdür. Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %87.9'unun günlük kişi başına düşen geliri 4.3 doların altındadır. İstatistiksel analiz sonucunda iki mahalle arasında günlük kişi başına düşen gelir miktarı bakımından anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Çizelge 3. Ailelerin Oturdukları Konutla İlgili Özellikler**N:260**

Özellikler	Yeşilyurt Mah.		Kültür-2 Mah.		Toplam		P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaşanılan Ev							
Apartman	51	29.3	64	74.4	115	44.2	0.000
Müstakil	123	70.7	22	25.6	145	55.8	
Evin Yer Döşemesi							
Beton	126	72.4	44	51.2	170	65.4	0.000
Toprak	6	3.4	-	-	6	2.3	
Parke-Seramik-Halı	42	24.5	41	48.8	84	32.3	
Oda sayısı							
2 Oda	29	16.7	2	2.3	31	11.9	0.000
3 Oda	114	65.5	33	38.4	147	56.5	
4 Oda	31	17.8	51	59.3	82	31.5	
Her Bireye Ait Oda							
Var	27	15.5	31	36.0	58	22.3	0.000
Yok	147	84.5	55	64.0	202	77.2	
Evde Rutubet							
Var	83	47.7	14	16.3	97	37.3	0.000
Yok	91	52.3	72	83.7	163	62.7	
Isınma Aracı							
Kömür/Elektrik sobası	162	93.1	37	43.0	199	76.5	0.000
Kalorifer	12	6.9	49	57.0	61	23.5	
Banyo Isıtma Aracı							
Güneş Enerjisi	7	4.0	7	8.1	14	5.4	0.000
Şofben	48	27.6	57	66.3	105	40.4	
Banyo Kazanı	38	21.8	17	19.8	55	21.2	
Elektrik	41	23.6	2	2.3	43	16.5	
Kazan	40	23.0	3	3.5	43	16.5	

Çizelge 3’de ailelerin oturdukları konut ile ilgili özellikler verilmiştir. Çizelgeye göre Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %70.7’sinin müstakil evde oturduğu, %65.5’inin oturduğu evin 3 odalı, %72.4’ünün yer döşemesinin beton olduğu ve %15.5’inde her bireye bir oda düştüğü görülmüştür.

Kültür-2 Mahallesindeki ailelerin ise %74.4’ünün apartmanda oturduğu, %59.3’ünün oturduğu evin 4 odalı, %51.2’sinin yer döşemesinin beton olduğu ve %36.0’sında her bireye bir oda düştüğü görülmüştür. İki mahalle arasında oturan evin tipi, yer döşemesi ve bireye düşen oda sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür ($p<0.05$).

Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin yalnızca %6.9’u, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin ise %57.0’si kalorifer kullanmaktadır. İstatistiksel analiz sonucunda iki mahalle

arasında ısınma aracı bakımından anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Her iki mahalledeki evlerin tamamının evlerinde musluktan akan su bulunmaktadır ve tuvalet-banyoları evin içinde yer almaktadır.

Yeşilyurt Mahallesi (%85.1) ve Kültür-2 mahallesindeki evlerin (%93.0) çoğunluğu güneş almaktadır. Evde rutubet olup olmadığı sorulduğunda, Yeşilyurt mahallesindeki evlerin %47.7'sinde, Kültür-2 mahallesindeki evlerin %16.3'ünde rutubet olduğu anlaşılmıştır. İki mahalle arasında evde rutubet bulunması açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür ($p<0.05$).

Çizelge 4. Ailelerin Sahip Oldukları Dayanıklı Tüketim Malları

N: 260

Tüketim Malları	Yeşilyurt Mah.		Kültür-2 Mah.		Toplam		P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Fırın							
Var	106	60.9	81	94.2	187	71.9	0.000
Yok	68	39.1	5	5.8	73	28.1	
Çamaşır Makinesi							
Var	142	81.6	82	95.3	224	86.2	0.005
Yok	32	18.4	4	4.7	36	13.8	
Bulaşık Makinesi							
Var	21	12.1	42	48.8	63	24.2	0.000
Yok	153	87.9	44	51.2	197	75.8	
Elektrik Süpürgesi							
Var	131	75.3	79	91.9	210	80.8	0.001
Yok	43	24.7	7	8.1	50	19.2	
VCD/DVD							
Var	41	23.6	55	64.0	96	36.9	0.000
Yok	133	76.4	31	36.0	164	63.1	
Radyo/Kasetçalar							
Var	72	41.4	74	86.0	146	56.2	0.000
Yok	102	58.6	12	14.0	114	43.8	
Telefon							
Var	123	70.7	74	86.0	197	75.8	0.007
Yok	51	29.3	12	14.0	63	24.2	
Bilgisayar							
Var	6	3.4	11	12.8	17	6.5	0.004
Yok	168	96.6	75	87.2	243	93.5	

Çizelge 4'de ailelerin sahip olduğu dayanıklı tüketim malları ile ilgili bilgileri verilmiştir. Çizelgeye göre Yeşilyurt Mahallesiindeki ailelerin %60.9'unda fırın, %81.6'sında çamaşır makinesi, %75.3'ünde elektrik süpürgesi ve %70.7'sinde ev telefonu bulunmaktadır. Ancak bu ailelerin %87.9'unda bulaşık makinesi, %76.4'ünde VCD/DVD, %58.6'sında radyo/kasetçalar, %96.6'sında bilgisayar ve %83.9'unda kendilerine ait araba bulunmamaktadır.

Kültür-2 Mahallesiindeki ailelerin ise %94.4'ünde fırın, %95.3'ünde çamaşır makinesi, %91.9'unda elektrik süpürgesi, %64.0'ünde VCD/DVD, %86.0'sında radyo/kasetçalar ve ev telefonu bulunmaktadır. Ancak bu ailelerin %51.2'sinde bulaşık makinesi, %87.2'sinde bilgisayar ve %76.7'sinde kendilerine ait araba bulunmamaktadır. Her iki mahalledeki ailelerin tamamına yakınının televizyonu bulunmaktadır.

İki mahalle arasında dayanıklı tüketim mallarından fırın, çamaşır makinesi, bulaşık makinesi, elektrik süpürgesi, VCD/DVD, radyo/kasetçalar, ev telefonu, bilgisayar ve arabaya sahip olma bakımından istatistiksel analiz sonucunda anlamlı ilişki olduğu görülür iken ($p<0.05$), buzdolabı ve televizyona sahip olma bakımından anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 5. Ailelerin Genel Hijyen ile İlgili Özellikleri

N: 260

Özellikler	Yeşilyurt Mah.		Kültür-2 Mah.		Toplam		P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Tuvalette Lavabo							
Var	100	57.5	78	90.7	178	68.5	0.000
Yok	74	42.5	8	9.3	82	31.5	
İçme Suyu							
Şebeke Suyu	166	95.4	68	79.1	234	90.0	0.000
Damacana Su	8	4.6	18	20.9	26	10.0	
Ev İçinde Çöp Biriktirme							
Kapaklı Çöp Kovası	38	21.8	55	64.0	93	35.8	0.000
Poşet İçinde	115	66.1	31	36.0	146	56.2	
Teneke Kutu	21	12.1	-	-	21	8.1	
Ev Dışında Çöp Biriktirme							
Kapaklı çöp varili	6	3.4	27	31.4	33	12.7	0.000
Poşetlerle sokağa bırakma	168	96.6	59	68.6	227	87.3	

Çizelge 5'te ailelerin genel hijyen ile ilgili özellikleri verilmiştir. Çizelgeye göre Kültür-2 Mahallesiindeki ailelerin %90.7'sinin tuvaletinde lavabo bulunmakta iken, Yeşilyurt mahallesiindeki ailelerin yalnızca %57.5'inde bulunmaktadır. İstatistiksel analiz sonucunda iki mahalle arasında tuvalette lavabo bulunma durumlarına bakıldığında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Yeşilyurt mahallesiindeki ailelerin %95.4'ü, Kültür-2 mahallesiindeki ailelerin %79.1'i içme suyu olarak şebeke suyu kullanmaktadır. İki mahalle arasında kullanılan

içme suyu durumlarına bakıldığında istatistiksel analiz sonucunda anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Kullanma suyu olarak ise her iki mahallenin tamamının şebeke suyu kullandığı görülmüştür.

Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %66.1'i ev içinde çöplerini poşet torbalarda biriktirirken, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin %64.0'ü ağzı kapaklı çöp kovası kullanmaktadır. Ayrıca, Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin tamamına yakını (%96.6), Kültür-2 mahallesindeki ailelerin ise yarıdan fazlası (%68.6) çöplerini poşetlerle sokağa bıraktıklarını ifade etmişlerdir. İstatistiksel analiz sonucunda çöpleri ev içinde ve ev dışında biriktirmede kullanılan yöntemlere bakıldığında iki mahalle arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 6. Ailelerin Oturdukları Mahalle ve Aylık Gelirlerine Göre Mutfak Giderlerinin Dağılımı
N: 260

Mahalle	Aylık Gelirlerine Göre Mutfak Giderleri					P Değeri		
	Gelirin 1/4		Gelirin 1/2		Gelirin 3/4		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yeşilyurt Mah.	57	32.8	102	58.6	15	8.6	174	100.0
Kültür-2 Mah.	49	57.0	31	36.0	6	7.0	86	100.0
Toplam	106	40.8	133	51.2	21	8.1	260	100.0

Çizelge 6'da ailelerin oturdukları mahalle ve aylık gelirlerine göre mutfak giderlerinin dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre Yeşilyurt Mahallesindeki ailelerin %58.6'sı toplam aylık gelirinin yarısını mutfak giderlerine harcamakta iken, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin %57.0'si gelirinin 1/4'ünü mutfak giderlerine harcamaktadır. İki mahalle arasında ailelerin ortalama aylık gelirlerinden mutfak masraflarına ayrılan gider oranına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Ailelerin öğün sayısı ve öğünlerde tükettikleri besin gruplarına baktığımızda, Yeşilyurt mahallesinde (%93.7) ve Kültür-2 mahallesinde yaşayan ailelerin (%93.6) tamamına yakını günde üç öğün yemek yemektedir. Öğünlerde tükettikleri besin gruplarına baktığımızda, Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %23.0'ü ayda bir kez, %14.4'ü ayda sekiz kez et ürünleri tüketirken, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin %3.5'i ayda bir kez, %30.2'si ise ayda sekiz kez tüketmektedirler. Kurubaklagil grubunu her iki mahalledeki ailelerin aynı sıklıkta tükettikleri, hamur işlerini ise, Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin iki kat daha sıklıkla tükettikleri görülmüştür. İstatistiksel analiz

sonucunda iki mahalle arasında kurubaklagillerin tüketilme sıklığı bakımından anlamlı ilişki görülmez iken, et ve diğer besin gruplarının tüketilme sıklığı bakımından anlamlı ilişki görülmüştür ($p<0.05$).

Ailede kronik hastalığa sahip olan birey durumuna baktığımızda, Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %66.7'sinde, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin ise %31.4'ünde kronik hastalığı olan birey bulunmaktadır. İki mahalle arasında kronik hastalığa sahip olma durumlarını bakımından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastalık olmaksızın kontrol amaçlı herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma durumları incelendiğinde, Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin yalnızca %5.2'sinin, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin ise %24.4'ünün başvurdukları görülmüştür. İstatistiksel analiz sonucunda iki mahalle arasında kontrol amaçlı herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma durumlarına göre anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %99.4'ünün evine en yakın sağlık kuruluşu sağlık ocağı iken, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin çoğunluğuna (%89.5) en yakın sağlık kuruluşu hastanedir. Her iki mahallede de ailelerin büyük çoğunluğu evlerine en yakın sağlık kuruluşuna ulaşımı yürüyerek sağlamaktadır.

Aile Planlaması yöntemi kullanma durumları incelendiğinde Yeşilyurt mahallesindeki kadınların %63.2'si, Kültür-2 mahallesindeki kadınların ise %41.9'unun herhangi bir yöntem kullanmadığı görülmüştür. İki mahalle arasında kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma durumlarına bakıldığında istatistiksel analiz sonucunda anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yeşilyurt mahallesindeki kadınların %76.4'ü, Kültür-2 mahallesindeki kadınların ise %77.9'u sahip olunan çocuk sayısını yeterli bulmuştur ($p>0.05$).

Çizelge 7. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının Dağılımı

N: 260

Mahalle	Doğum Öncesi Bakım				P Değeri		
	Alan		Almayan			Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%
Yeşilyurt Mahallesi	79	45.4	95	54.6	174	100.0	0.000
Kültür-2 Mahallesi	62	72.1	24	27.9	86	100.0	
Toplam	141	54.2	119	45.8	260	100.0	

Çizelge 7’de kadınların oturdukları mahalle ve doğum öncesi bakım alma durumlarının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre, Kültür-2 Mahallesindeki kadınların %72.1’i, Yeşilyurt Mahallesindeki kadınların %45.4’ü doğum öncesi bakım almıştır. İki mahalle arasında kadınların doğum öncesi bakım alma durumlarına göre fark istatistiksel olarak ta anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 8. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Doğumlarını Yaptıkları Yere Göre Dağılımı
N: 260

Mahalle	Doğumların Yapıldığı Yer						P Değeri
	Hastane		Ev		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yeşilyurt Mahallesi	131	75.3	43	24.7	174	100.0	0.010
Kültür- 2 Mahallesi	77	89.5	9	10.5	86	100.0	
Toplam	208	80.0	52	20.0	260	100.0	

Çizelge 8’de kadınların oturdukları mahalle ve doğumlarını yaptıkları yere göre dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre, Yeşilyurt Mahallesindeki kadınların %24.7’si ve Kültür-2 Mahallesindeki kadınların %10.5’i doğumlarını evde yapmışlardır. İstatistiksel analiz sonucunda iki mahalle arasında kadınların doğum yaptıkları yer bakımından anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$).

Çizelge 9. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Çocuklarının Doğum Ağırlıklarının Dağılımı
N:260

Mahalle	Çocuklarının Doğum Ağırlıklarına Göre Dağılımı						P Değeri				
	Bilmiyor		Normalin Altı		Normal			Normalin Üstü		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%		
Yeşilyurt Mah.	58	33.3	46	26.4	62	35.6	8	4.6	174	100.0	0.130
Kültür-2 Mah.	22	25.6	17	19.8	39	45.3	8	9.3	86	100.0	
Toplam	80	30.8	63	24.2	101	38.8	16	6.2	260	100.0	

* Yenidoğanın normal doğum ağırlığı 2.7-3.8 kg olarak alınmıştır (80).

Çizelge 9’da kadınların oturdukları mahalle ve çocuklarının doğum ağırlıklarının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre, Yeşilyurt Mahallesindeki çocukların %26.4’ünün, Kültür-2 Mahallesindeki çocukların ise %19.8’inin doğum ağırlığı normalin altındadır.

İki mahalle arasındaki çocukların doğum ağırlıkları bakımından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 10. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Çocuklarının Aşılama Durumlarının Dağılımı
N: 260

Mahalle	Çocukların Aşılama Durumları								P Değeri	
	Bilgi Alınmadı		Yaptırmamış		Eksik		Tam			Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yeşilyurt Mah.	14	8.0	22	12.6	24	13.8	114	65.5	174	100.0
Kültür-2 Mah.	2	2.3	8	9.3	5	5.8	71	82.6	86	100.0
Toplam	16	6.2	30	11.5	29	11.2	185	71.2	260	100.0

Çizelge 10’da kadınların oturdukları mahalle ve çocuklarının aşılama durumlarının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %65.5’inin ve Kültür-2 mahallesindeki çocukların %82.6’sının aşıları tam olarak yapılmıştır. İstatistiksel analiz sonucunda kadınların oturdukları mahalle ve çocukların aşılama durumlarına göre fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 11. Kadınların Oturdukları Mahalle ve İlk Ay İçinde Çocuklarında Sorun Görülme Durumlarının Dağılımı
N: 260

Mahalle	Çocuklarda İlk Ay İçinde Sorun Görülme Durumları								P Değeri
	Görüldü		Görülmedi		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Yeşilyurt Mahallesi	89	51.1	85	48.9	174	100.0			
Kültür-2 Mahallesi	30	34.9	56	65.1	86	100.0			
Toplam	119	45.8	141	54.2	260	100.0			

Çizelge 11’de kadınların oturdukları mahalle ve ilk ay içinde çocuklarında sorun görülme durumlarının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %51.1’inin, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %34.9’unun çocuklarında doğumdan sonra ilk ay içerisinde sağlık sorunları olduğu görülmüştür. İstatistiksel analiz sonucunda iki mahalle arasında çocuklarda ilk ay sorun görülme durumları arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

İlk ay içerisinde çocuklarda görülen sorunlara baktığımızda, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %21.3’ünde, Kültür-2 mahallesindeki çocukların

%16.7'sinde morarma, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %30.3'ünde, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %23.3'ünde ateşli hastalık olduğu görülmüştür. İlk ay içinde sorun yaşayan çocuklardan, Yeşilyurt mahallesinde %48.9'u, Kültür-2 mahallesinde ise %65.1'i hemen bir sağlık kuruluşuna götürülmüştür. İki mahalle arasında çocukların sağlık kuruluşuna götürülme durumları bakımından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 12. Kadınların Oturdukları Mahalle ve İlk Yıl İçinde Çocuklarında Sorun Görülme Durumlarının Dağılımı

N:260

Mahalle	Çocuklarda İlk Yıl İçinde Sorun Görülme Durumları					P Değeri	
	Görüldü		Görülmedi		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı		%
Yeşilyurt Mahallesi	143	82.2	31	17.8	174	100.0	0.000
Kültür-2 Mahallesi	53	61.6	33	38.4	86	100.0	
Toplam	196	75.4	64	24.6	260	100.0	

Çizelge 12'de kadınların oturdukları mahalle ve ilk yıl içinde çocuklarında sorun görülme durumlarının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre, Yeşilyurt Mahallesindeki çocukların %82.2'sinin, Kültür-2 Mahallesindeki çocukların %61.6'sının doğumdan sonra ilk yıl içinde sağlık sorunları yaşadıkları görülmüştür. İki mahalle arasında çocuklarda ilk yıl içinde herhangi bir sağlık sorunu görülme durumları arasında istatistiksel analiz sonucunda anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Çocuklarda görülen sağlık sorunlarına baktığımızda, Yeşilyurt mahallesinde yaşayan çocukların %51.1'inde, Kültür-2 mahallesinde yaşayan çocukların ise %39.6'sında ilk yıl içinde ishal-kusma-ateşli hastalık görülmüştür. Çocukların ilk yıl sağlık sorunları olduğunda, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %69.9'u ve Kültür-2 mahallesindeki çocukların %83.0'ü doktora götürülmüştür. İki mahalle arasında ilk yıl çocuklarda sorun görüldüğünde doktora götürülme durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çocukların ilk yıl içinde gelişimlerinde yaşına göre gecikme yaşama durumlarına baktığımızda, Yeşilyurt Mahallesindeki çocukların %19.0'unun, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %9.3'ünün ilk yıl gelişmelerinde gecikme yaşadığı

görülmüştür. İki mahalle arasında çocukların gelişmede yaşına göre gecikme yaşama açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür ($p<0.05$).

Gelişmede gecikme yaşama durumlarına baktığımızda, Yeşilyurt Mahallesiindeki çocukların %9.2'sinde emekleme ve yürümede, %7.5'inde anne babayı tanımada, Kültür-2 mahallesinde yaşayan çocukların ise %1.2'sinde emekleme ve yürümede, %4.7'sinde ise konuşmada yaşına göre gecikme yaşadığı görülmüştür. İki mahalle arasında çocukların yaşına göre gelişmede gecikme yaşama durumları bakımından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Gelişmede yaşına göre gecikme olan çocukların Yeşilyurt mahallesinde %23.3'ü, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %42.9'u doktora götürülmüştür. İstatistiksel analiz sonucunda iki mahalle arasında gelişmede yaşına göre gecikme olan çocukların doktora götürülme durumları bakımından anlamlı ilişki görülmemiştir ($p>0.05$).

Çizelge 13. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Çocuklarında Kronik Hastalık Görülme Durumlarının Dağılımı

N: 260

Mahalle	Çocuklarda Kronik Hastalık						
	Var		Yok		Toplam		P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yeşilyurt Mahallesi	100	57.5	74	42.5	174	100.0	0.000
Kültür-2 Mahallesi	25	29.1	61	70.9	86	100.0	
Toplam	125	48.1	135	51.9	260	100.0	

Çizelge 13'de kadınların oturdukları mahalle ve çocuklarında kronik hastalık görülme durumlarının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre, Yeşilyurt Mahallesiindeki çocukların %57.5'inin, Kültür-2 Mahallesiindeki çocukların %29.1'inin çocuklarında kronik hastalık olduğu görülmüştür. İki mahalle arasında çocuklarda kronik hastalık görülme durumlarına bakımından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kronik hastalığı bulunan çocuklardan, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %37.3'ünde kronik bronşit, %7.5'inde konvülsiyon, %4.6'sında kronik astım hastalıkları görülürken, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %20.9'unda kronik bronşit, ve %1.2'sinde kronik astım hastalıkları görülmüştür. İstatistiksel analiz sonucunda iki mahalle arasında kronik hastalığı olan çocuklar açısından anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Kültür-2 mahallesindeki kronik hastalığı olan çocukların %72.0'si düzenli olarak kontrole götürülürken, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların ise yalnızca %28.0'i

düzenli olarak kontrole götürülmektedir. İki mahalle arasında kronik hastalığı olan çocukların kontrole götürülme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 14. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Çocuklarında Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Görülme Durumlarının Dağılımı

N: 260

Mahalle	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Görülme Durumları						
	Görülen		Görülmeyen		Toplam		P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yeşilyurt Mahallesi	174	100.0	-	-	174	100.0	0.006
Kültür-2 Mahallesi	81	94.2	5	5.8	86	100.0	
Toplam	255	98.1	5	1.9	260	100.0	

Çizelge 14’de kadınların oturdukları mahalle ve çocuklarında üst solunum yolu enfeksiyonu geçirme durumlarının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre, Kültür-2 Mahallesiindeki çocukların %94.2’sinde üst solunum yoluna ait sorunlar görülür iken, Yeşilyurt Mahallesiinde üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmeyen çocuk bulunmamaktadır. İki mahalle arasında çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonu geçirme durumları bakımından istatistiksel analiz sonucunda anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ancak her iki mahallede çocukların üst solunum yolu enfeksiyonu görülme sıklığı açısından istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna göre, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %42.0’si, Kültür-2 mahallesindeki çocukların ise %39.5’i yılda en az 3-4 kez üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmektedir.

Çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonu görüldüğünde, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %26.4’ü, Kültür-2 mahallesindeki çocukların ise %53.1’i hemen doktora götürülmüştür. İki mahalle arasında çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonu görüldüğünde, çocukların doktora götürülme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların oturdukları mahalle ve çocuklarının kulak enfeksiyonu geçirme durumlarını incelediğimizde, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların (%44.3) ve Kültür-2 mahallesindeki çocukların (%32.6) yarısından daha azının kulak enfeksiyonu geçirdiği görülmüştür. İki mahalle arasında çocukların kulak enfeksiyonu geçirme durumlarına göre fark istatistiksel analiz sonucunda anlamlı bulunmaz iken ($p>0.05$), kulak

enfeksiyonu geçirme sıklığı arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu fark izelge 15’de verilmiştir.

Çizelge 15. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarında Kulak Enfeksiyonu Görölme Sıklığının Dağılımı

N:105

Mahalle	Kulak Enfeksiyonu Görölme Sıklığı					P Değeri		
	Yılda 1 Kez		Yılda 2 Kez		Yılda 3 Kez		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yeşilyurt Mah.	44	57.1	20	26.0	13	16.9	77	100.0
Kültür-2 Mah.	25	89.3	3	10.7	-	-	28	100.0
Toplam	69	65.7	23	21.9	13	12.4	105	100.0

Çizelge 15’de kadınların oturdıkları mahalle ve çocuklarında kulak enfeksiyonu görölme sıklığının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %16.9’unda yılda 3 kez kulak enfeksiyonu görölürken, Kültür-2 mahallesindeki çocuklarda yılda 3 kez kulak enfeksiyonu geçiren çocuk bulunmamaktadır. Kulak enfeksiyonu durumunda, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %71.4’ü hemen doktora götürölür iken, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %57.1’ine geleneksel uygulama, eczaneden ilaç alıp kullanma veya kendiliğinden iyileşmesini bekleme yoluna gidilmiştir. İki mahalle arasında çocuklarda kulak enfeksiyonu görölme sıklığı ve çocuklara yapılan uygulamalar bakımından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 16. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarında İshal-Kusma Görölme Durumlarının Dağılımı

N: 260

Mahalle	İshal - Kusma Görölme Durumları					P Değeri
	Görölüdü		Görölmedi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	
Yeşilyurt Mahallesi	172	98.9	2	1.1	174	100.0
Kültür-2 Mahallesi	62	72.1	24	27.9	86	100.0
Toplam	234	90.0	26	10.0	260	100.0

Çizelge 16’da kadınların oturdıkları mahalle ve çocuklarında ishal-kusma görölme durumlarının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre, Yeşilyurt Mahallesindeki çocukların yalnızca %1.1’inde şimdiye kadar ishal-kusma görölmemiştir. İki mahalle

arasında çocuklarda ishal-kusma görülme bakımından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 17. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Çocuklarında İshal-Kusma Görülme Sıklığının Dağılımı

N:234

Mahalle	İshal - Kusma Görülme Sıklığı					P Değeri			
	Yılda 1-2 Kez		Yılda 3-4 Kez		Yılda 5 ve Daha Fazla		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Yeşilyurt Mah.	71	41.3	65	37.8	36	20.9	172	100.0	0.011
Kültür-2 Mah.	39	62.9	13	21.0	10	16.1	62	100.0	
Toplam	110	47.0	78	33.3	46	19.7	234	100.0	

Çizelge 17.'de kadınların oturdukları mahalle ve çocuklarında ishal-kusma görülme sıklığının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %20.9'unda, yılda 5 kez ve daha fazla ishal-kusma görülürken, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %62.9'unda yılda 1-2 kez görülmektedir. İstatistiksel analiz sonucunda iki mahalle arasında çocuklarda ishal-kusma görülme sıklıkları bakımından anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$).

Çocuklarda ishal-kusma görüldüğünde, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %18.6'sı, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %45.2'si doktora götürülmüştür. İki mahalle arasında ishal-kusma görülen çocukların doktora götürülme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($p<0.05$).

Çizelge 18. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Çocuklarında Ateşli Hastalık Görülme Durumlarının Dağılımı

N: 260

Mahalle	Ateşli Hastalık Görülme Durumu					P Değeri	
	Görüldü		Görülmedi		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı		%
Yeşilyurt Mahallesi	173	99.4	1	0.6	174	100.0	0.027
Kültür-2 Mahallesi	81	94.2	5	5.8	86	100.0	
Toplam	254	97.7	6	2.3	260	100.0	

Çizelge 18'de kadınların oturdukları mahalle ve çocuklarında ateşli hastalık görülme durumlarının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre, Yeşilyurt Mahallesindeki

çocukların %94.4'ünde, Kültür-2 Mahallesiindeki çocukların %94.2'sinde ateşli hastalıklar görülmüştür. İstatistiksel analiz sonucunda iki mahalle arasında çocuklarda ateşli hastalık görülme durumu bakımından anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Ancak, çocuklarda ateşli hastalık görülme sıklığı ve ateşli hastalık görüldüğünde çocukların sağlık kuruluşuna götürülmeleri bakımından anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$)

Çocukların ateşlenme sıklığına bakıldığında ise, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %29.5'inin ve Kültür-2 mahallesindeki çocukların %29.6'sının yılda 5 kez ve üstü ateşli hastalık yaşadığı görülmüştür. Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %21.4'ü, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %37.0'si ateşli hastalık yaşadığında doktora götürülmüştür.

Döküntülü hastalık görülme sıklığı bakımından iki mahalle incelendiğinde, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %56.3'ünün, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %44.2'sinin kızamık, suçiçeği gibi döküntülü hastalık geçirdiği görülmüştür. İki mahalle arasında kadınların çocuklarında döküntülü hastalık görülme durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemiştir ($p > 0.05$).

Çizelge 19. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Çocuklarında İdrar Yolu Enfeksiyonu Görülme Durumlarının Dağılımı

N: 260

Mahalle	İdrar Yolu Enfeksiyonu Görülme Durumları						
	Görüldü		Görülmedi		Toplam	P Değeri	
	Sayı	%	Sayı	%			
Yeşilyurt Mahallesi	77	44.3	97	55.7	174	100.0	0.000
Kültür-2 Mahallesi	10	11.6	76	88.4	86	100.0	
Toplam	87	33.5	173	66.5	260	100.0	

Çizelge 19'da kadınların oturdukları mahalle ve çocuklarında idrar yolu enfeksiyonu görülme durumlarının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre, Yeşilyurt Mahallesindeki çocukların %44.3'ünde, Kültür-2 Mahallesindeki çocukların %11.6'sında idrar yolu enfeksiyonu görülmüştür. İki mahalle arasındaki çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu görülme durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür ($p < 0.05$).

Çizelge 20. Kadınların Oturdıkları Mahalle ve Çocuklarında İdrar Yolu Enfeksiyonu Görülme Sıklığının Dağılımı

N: 87

Mahalle	İdrar Yolu Enfeksiyonu Görülme Sıklığı						P Değeri		
	Yılda 1-2 Kez		Yılda 3-4 Kez		Yılda 5 ve Kez			Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%
Yeşilyurt Mah.	39	50.6	23	29.9	15	19.5	77	100.0	0.016
Kültür-2 Mah.	9	90.0	-	-	1	10.0	10	100.0	
Toplam	48	55.2	23	26.4	16	18.4	87	100.0	

Çizelge 20’de kadınların oturdukları mahalle ve çocuklarında idrar yolu enfeksiyonu görülme sıklığının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %19.5’i (15 çocuk) ve Kültür-2 mahallesindeki çocukların %10.0’u (1 çocuk) yılda 5 kez ve üstü idrar yolu enfeksiyonu geçirmektedir. Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %29.9’u yılda 3-4 kez idrar yolu enfeksiyonu geçirirken, Kültür-2 mahallesinde yılda 3-4 kez idrar yolu enfeksiyonu geçiren çocuk bulunmamaktadır. İstatistiksel analiz sonucunda iki mahalle arasında çocukların idrar yolu enfeksiyonu geçirme sıklıkları arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %31.2’si, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %80.0’i idrar yolu enfeksiyonu geçirdiklerinde doktora götürülmüştür. Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %68.8’i ise, geleneksel uygulama, kendiliğinden iyileşmesinin beklenmesi veya eczaneden ilaç alıp kullanma yoluna gidilmiştir. İki mahalle arasında idrar yolu enfeksiyonu geçiren çocuklara yapılan uygulamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 21. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Çocuklarında Paraziter Hastalık Görülme Durumlarının Dağılımı

N:260

Mahalle	Paraziter Hastalık Görülme Durumları						P Değeri
	Görüldü		Görülmedi		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yeşilyurt Mahallesi	42	24.1	132	75.9	174	100.0	0.002
Kültür-2 Mahallesi	7	8.1	79	91.9	86	100.0	
Toplam	49	18.8	211	81.2	260	100.0	

Çizelge 21’de kadınların oturdukları mahalle ve çocuklarında paraziter hastalık görülme durumlarının dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre, Yeşilyurt Mahallesindeki

çocukların %24.1'inde, Kültür-2 Mahallesiindeki çocukların %8.1'inde paraziter hastalıklar görülmüştür. İki mahalle arasındaki çocuklarda paraziter hastalık görülme durumları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Paraziter hastalık görülme durumunda Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %69.0'u ve Kültür-2 mahallesindeki çocukların (%100) tamamı doktora götürülmüştür. İstatistiksel analiz sonucunda iki mahalle arasında paraziter hastalık görülen çocukların doktora götürülmesi açısından anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kadınların oturdukları mahalleye göre çocuklarda düşme, zehirlenme, yanma gibi herhangi bir ev kazası geçirme durumları incelendiğinde ise, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %21.3'ünün, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %17.4'ünün yılda 1-2 kez yüksekten (kanepeler, divanlar, duvar vb.) düştükleri görülmüştür. Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %48.8'inin, Kültür-2 mahallesindeki çocukların ise %66.7'sinin düşmeden hemen sonra doktora götürüldüğü görülmüştür. İstatistiksel analiz sonucunda çocukların ev kazası geçirme sıklığı ve bu durumda doktora götürülmeleri bakımından anlamlı ilişki görülmemiştir ($p>0.05$).

Çizelge 22. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Çocuklarının Boylarına Göre Dağılımları
N:260

Mahalle	Yaşa Göre Boy Durumları						P Değeri
	Kısa		Normal		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yeşilyurt Mahallesi	70	40.2	104	59.8	174	100.0	0.773
Kültür-2 Mahallesi	33	38.4	53	61.6	86	100.0	
Toplam	103	39.6	157	60.4	260	100.0	

*National Center for Health Statistics- NCHS standartlarıyla karşılaştırılmıştır (82).

Çizelge 22'de kadınların oturdukları mahalle ve çocuklarının boylarına göre dağılımları verilmiştir. Çizelgeye göre Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %40.2'sinin, Kültür-2 mahallesindeki çocukların ise %38.4'ünün boylarının yaşlarına göre kısa olduğu görülmüştür. İki mahallede de çocuklarda, yaşa göre boy uzunluklarına baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0.05$).

Çizelge 23. Kadınların Oturdukları Mahalle ve Çocuklarının Yaşa Göre Kilo Dağılımları
N: 260

Mahalle	Yaşa Göre Kilo Durumları				P Değeri		
	Düşük		Normal			Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%
Yeşilyurt Mahallesi	75	43.1	99	56.9	174	100.0	0.000
Kültür-2 Mahallesi	16	18.6	70	81.4	86	100.0	
Toplam	91	35.0	169	65.0	260	100.0	

* National Center for Health Statistics- NCHS standartlarıyla karşılaştırılmıştır (82).

Çizelge 23’de kadınların oturdukları mahalle ve çocuklarının yaşa göre kilo dağılımları verilmiştir. Çizelgeye göre Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %43.1’i, Kültür-2 mahallesindeki çocukların ise %18.6’sının kilolarının yaşlarına göre az olduğu görülmüştür. Kadınların oturdukları mahalleye göre çocuklarının yaşa göre kilo ölçümlerine baktığımızda, istatistiksel analiz sonucunda anlamlı ilişki görülmüştür ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan mahallelerden, sosyoekonomik düzeyi en düşük Yeşilyurt Mahallesiindeki kadınların %46.6'sı, okur-yazar değilken, sosyoekonomik düzeyi en gelişmiş Kültür-2 Mahallesiindeki kadınların %18.6'sı okur-yazar değil ve %46.5'i ilk-ortaokul mezunudur. Kadınların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde, Yeşilyurt Mahallesiindeki eşlerin %48.9'u ilk-ortaokul mezunu iken, Kültür-2 Mahallesiindeki eşlerin %66.3'ü lise ve üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Araştırmamızda Yeşilyurt mahallesinde anne ve babaların eğitim düzeyinin Kültür-2 mahallesine göre düşük olduğu görülmüştür (Çizelge 1, $p<0.05$). Erdem'in, Ankara Kent Yoksulları adlı çalışmasında da yoksulların yarısından fazlasının (%55.1) ilköğretim mezunu olduğu ve %28.4'ünün de okur- yazar olmadığı görülmüştür (65). TNSA 2003 verilerine göre Doğu Anadolu bölgesindeki erkeklerin %85.0'inin, kadınların ise %61.0'inin herhangi bir eğitim aldığı görülmüştür. Türkiye'de kentsel alanda yaşayan kadınların %18.3'ünün ilköğretimini tamamlamadığı, %50.9'unun ise ilköğretimini tamamladığı görülmüştür. Eğitimi olmayan veya ilköğretimini tamamlayamayan kadınların %51.8'inin doğu bölgesinde yaşadığı bildirilmiştir (43). TNSA 2003 sonuçlarına benzer biçimde, bizim çalışmamızda da, Yeşilyurt ve Kültür-2 mahallelerindeki erkeklerin eğitim düzeylerinin kadınlardan daha fazla olduğu görülmüştür.

Araştırmamızın örneklemindeki kadınların eğitim durumları ile Türkiye ortalaması arasında yakın benzerlik görülmektedir. Literatür incelendiğinde de kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması yoksulluk açısından, büyük bir risk oluşturmaktadır. Bu durum çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (5,18,25,34). Bizim çalışmamızda olduğu gibi, bu konuyla ilgili yapılmış araştırmalarda da (43,65) yoksulluk ile eğitim arasında ters bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Düşük eğitim düzeyi işgücü piyasası için gerekli olan eğitim ve beceri eksikliğine yol açmakta, bunun sonucunda işsizlik ya da düşük ücretli işlerde çalışma kaçınılmaz duruma gelmektedir (26).

Hamzaoğlu, eğitim düzeyi düşük olanların yetersiz sağlık bilgisi, beslenme, sağlık hizmetlerinden etkin şekilde yararlanamama veya sağlık hizmetlerine ulaşmada

güçlükler yaşamaları nedeniyle, daha sık ve ağır hastalıklar yaşadıklarını ve anne-bebek ölümlerinin bu grupta daha sık görüldüğünü ileri sürmektedir (18). Hatun ise, anne eğitiminin yetersiz olmasının, beslenme yetersizliğine yol açarak çocuk sağlığını olumsuz etkilediğini vurgulamıştır (5). Çalışmamızda kadın ve erkek eğitim düzeyinin düşük olduğu Yeşilyurt mahallesindeki çocukların daha sık hastalanması bu görüşleri desteklemektedir.

Kadınların eşlerinin çalışma durumuna baktığımızda, Yeşilyurt mahallesinde %20.7'si memur, %52.9'u, gündelikçi işçi iken, Kültür-2 Mahallesindeki eşlerin %47.7'si memur ve %20.9'u gündelikçi işçi olarak çalışmaktadır (Çizelge 1, $p<0.05$). Bu sonuçlar yoksullukla ilgili yapılan diğer araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (5, 42,65,71,74).

Ayrıca, ailede anne ve baba dışında gelir getirici herhangi bir işte çalışan olup olmadığı incelendiğinde, Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %58.8'inde, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin ise %26.7'sinde anne-baba dışında gelir getirici bir işte çalışan olduğu görülmüştür (Çizelge 1, $p<0.05$). Erdem'in çalışmasında da, aile reisi dışında ikinci bir çalışan olduğu görülmüştür (65). Çalışmamızda ve diğer çalışmaların sonuçlarına da baktığımızda yoksulların çoğunlukla düşük ücretli işlerde çalıştığı görülmüştür. Bu da bize yoksul olan ailelerin gelirlerinin yetersiz olduğunu, yaşamlarını sürdürmek için aile reisi dışında ikinci birilerinin çalışması gerektiğini düşündürmektedir.

Yeşilyurt Mahallesindeki ailelerin %35.0'inin, Kültür-2 Mahallesindeki ailelerin %79.9'unun sağlık güvencesi emekli sandığı, SSK ya da Bağ-Kur'dur. Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %44.9'unun, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin ise %15.1'inin sağlık güvencesinin yeşil kart olduğu görülmüştür (Çizelge 1, $p<0.05$). İlik, Erdem, Danış ve ark. yoksullukla ilgili çalışmalarında (42,65,74) olduğu gibi bizim çalışmamızda da sosyoekonomik düzeyi düşük olan mahallede yaşayan ailelerin çoğunluğunun Yeşil Karta sahip oldukları görülmüştür. Bu sonuçlar yoksul ailelerin büyük çoğunluğunun sosyal güvencelerinin Yeşil Kart olduğunu, sosyal güvencenin yoksullukla olan ilişkisini vurgulamaktadır. Özkan'ın "Dünya Bankası Türkiye'de Yoksulluğu Araştırıyor" makalesinde, sağlık güvencesi Yeşil Kart olanların diğerlerinden iki kat daha yoksul olduğu görülmüştür. Bu sonuca göre, sosyal güvence kapsamında değerlendirilen yeşil kart uygulamasının tek başına yeterli bir sağlık

güvencesi olmadığı belirtilmiştir (83). Aynı makalede, ailelerin en az bir çocuğunun kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir. Yeşil karta sahip olan bireyler, sağlık hizmetlerinden çeşitli nedenlerle yeterince yararlanamamakta ve hastalıkları kendi kendine iyileşmekte veya kronikleşmektedir. Yeşil Karta sahip olan ailelerin sağlık sorunlarını, konjoktivit, konvülsiyon, enürezis, astım, mental retardasyon, tonsilit, bronşit, pnömoni, psikolojik rahatsızlıklar ve romatizmal hastalıklar gibi sorunlar oluşturmaktadır (83). Araştırmamızda da, Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %66.7'sinin, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin ise %31.4'ünün kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). İlik ve Özkan'nın çalışmaları (42,83) da bizim sonuçlarımızı desteklemektedir.

Kadınların eşleri ile aralarındaki akrabalık durumları incelendiğinde, Yeşilyurt mahallesindeki kadınların %44.8'inin, Kültür-2 mahallesindeki kadınların ise %25.6'sının birinci ya da ikinci derece akraba olduğu görülmüştür (Çizelge 1, $p<0.05$). Sosyoekonomik ve eğitim düzeyinin düşük olmasının Yeşilyurt mahallesinde geleneksel olarak akraba evliliklerinin daha fazla görülmesine neden olduğunu düşündürmektedir. Tatar, "Yoksulluk ve Engelliler" çalışmasında akraba evliliğinin iki nedeninin olduğunu belirtmiştir. Birincisi mal dışarı gitmesin, gelir kaynakları azalmasın kaygısı, ikincisi ise cehalettir (78).

Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %29.3'ünün aylık gelirinin asgari ücretin altında ve %12.1'inin kişi başına düşen günlük gelir miktarı 4.4 dolar ve üstü iken, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin %4.7'sinin gelir düzeyinin asgari ücretin altında ve %57.0'sinin ise kişi başına düşen günlük gelir miktarının 4.4 dolar ve üstünde olduğu görülmüştür (Çizelge 2, $p<0.05$). Yoksulluk sınırını 4.3 dolar kabul ettiğimizde (71,72), Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin %87.9'unun günlük kişi başı gelir miktarı 4.3 dolar ve altında olarak saptanmıştır. Buna göre Yeşilyurt mahallesinde 4.3 dolar ve altı yoksulluk sınırı altında olan bireyler, Kültür-2 mahallesindeki bireylere göre daha fazla bulunmuştur (71,72).

Ailelerin konut durumları incelendiğinde; Yeşilyurt Mahallesindeki ailelerin %39.1'inin kendilerine ait bir evde, %14.4'ünün kira ödemedi yakınına ait bir evde, Kültür-2 Mahallesindeki ailelerin ise %47.7'sinin kendilerine ait bir evde, %7.0'sinin ise yakınlarına ait bir evde kira ödemedi yaşadıkları görülmektedir (Çizelge 3, $p>0.05$). İlik yaptığı bir çalışmada kira ödememenin yoksulluk için belirleyici

olmadığını belirtmiştir (42). Bu da bize yoksullukla evin mülkiyetinin ilişkisi olmadığını düşündürmektedir.

Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin, evlerinin yer döşemesinin beton olması, evlerinde rutubet görülmesi Kültür-2 mahallesindeki ailelere göre fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmamızda Yeşilyurt mahallesindeki ailelerde oda başına düşen kişi sayısının, Kültür-2 mahallesine göre daha az olması, Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin daha kalabalık olduğunu göstermektedir (Çizelge 3, $p<0.05$). Yoksullukla ilgili diğer çalışmalarda da, yoksul ailelerin oda sayılarının yetersiz olduğu, içme suyu olarak şebeke suyu kullandıkları, yer döşemelerinin beton olduğu ve her bireye düşen oda sayısının yetersiz olduğu belirtilmektedir (42,74,84). TNSA 2003'de konut ile ilgili özelliklerin konutta yaşayanların sağlık durumuyla ilişkili olduğu ve sosyoekonomik durumlarının bir göstergesi olduğu belirtilmiştir (43). Literatür incelendiğinde, kalabalık konut ve sağlıksız çevrenin bir yoksulluk ögesi olduğunu, bu ailelerde aile içi şiddet, stres, ruhsal problemler ve diğer hastalıkların daha sık ortaya çıktığı belirtilmiştir (5,17,18,34,48). Kalabalık ortamlarda yaşayanlar özellikle enfeksiyon hastalıkları açısından risk oluşturmaktadır (48). Çalışmamızda da üst solunum yolu enfeksiyonu, idrar yolu enfeksiyonu, paraziter hastalıkların Yeşilyurt mahallesinde fazla çıkması literatürle örtüşmektedir.

Yeşilyurt mahallesinde ve Kültür-2 mahallesindeki ailelerin sahip oldukları dayanıklı tüketim malları arasında da istatistiksel analiz sonucunda anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ancak, buzdolabı ve televizyon her iki mahallede oturan ailelerin tamamına yakınında bulunmaktadır (Çizelge 4, $p>0.05$). Çalışmamızda olduğu gibi diğer çalışmalarda da (42,43,84) yoksul ailelerin çoğunluğu televizyon ve buzdolabına sahipken, diğer dayanıklı tüketim mallarına sahip olma durumları daha düşüktür. Bu sonuçlara göre, yoksulların sosyal hayatla bağlantılarını sağlayan ve onların tek eğlence seçeneklerinin televizyon olduğu, buzdolabının ise, ihtiyaçtan kaynaklandığı düşünülürse, burada fark olmayışı açıklayabilir. Çamaşır ve bulaşık makinesi vb. diğer dayanıklı tüketim malları hayatı kolaylaştırıp, insanların teknolojiyle buluşmalarını sağlayarak, sosyal yaşama daha fazla zaman ayırmalarına olanak sağlar. Fakat, yoksul ailelerde fırın, çamaşır makinesi, bulaşık makinesi vb. dayanıklı tüketim mallarının olmaması hayatlarını zorlaştırıp, sağlığı olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin çoğunluğu, ev içinde çöplerini poşet torbalarda biriktirirken, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin çoğunluğu ağzı kapaklı çöp kovası kullanmaktadır. Ayrıca, Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin tamamına yakını (%96.6), Kültür-2 mahallesindeki ailelerin ise yarısından fazlası (%68.6) çöplerini poşetlerle sokağa bırakmaktadırlar (Çizelge 5, $p<0.05$). Çöpleri ev içinde biriktirme durumlarına baktığımızda sosyoekonomik düzeyi yüksek olan mahallede kullanılan çöp biriktirme yönteminin, sosyoekonomik düzeyi düşük olan mahalleye göre daha sağlıklı olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde sağlıksız çevre koşulları ve yoksulluğun yakından ilişkili olduğu, yine sağlıksız çevrenin özellikle ishal, paraziter hastalıklar ve solunum yolu enfeksiyonlarına yol açtığı görülmüştür. Çöplerin uygun koşullarda muhafaza edilmemesi, özellikle çocukların çöplerle kolay temasına neden olup, enfeksiyon hastalıklarına neden olabileceğini düşündürmektedir. Araştırmamızda ishal ve solunum yolu hastalıklarının görülme durumunun Yeşilyurt mahallesinde daha fazla görülmesi literatürle örtüşmektedir (18,30,57,85).

Yeşilyurt Mahallesindeki ailelerin %58.6'sı toplam aylık gelirinin yarısını mutfak giderlerine harcarken, Kültür-2 mahallesindeki ailelerin %57'si gelirinin 1/4'ünü mutfak giderlerine harcamaktadır (Çizelge 6, $p<0.05$). Öğünlerde tükettikleri besin gruplarına baktığımızda; Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin, Kültür-2 mahallesindeki ailelere göre et ürünlerini daha az, hamur işlerini daha sık tükettikleri görülmüştür ($p<0.05$). Yeşilyurt mahallesinde yaşayan ailelerin aylık gelirlerinin yarısını mutfak giderleri için kullandıkları görülmektedir. Bunun nedeni ailelerin ortalama aylık gelirlerinin düşük olması ve ailede yaşayan birey sayısının fazla olmasıdır. Yeşilyurt mahallesinde ailelerin ekonomik yetersizlikten dolayı besin değeri yüksek ve pahalı olan et ürünlerini daha az, besin değeri düşük ve ucuz olan hamur işlerini daha sık tükettikleri görülmüştür. Literatür incelendiğinde, yoksulluğun çocuklar üzerindeki en önemli etkisinin beslenme yetersizliği olduğu görülmektedir. Ayrıca yoksulluk eve giren besinlerin yetersizliğine, ev içi stres ve annenin kronik yorgunluğuna ve anne sütünün erken kesilmesine, annenin beslenme yetersizliğine, bebeklerin düşük doğum ağırlıklı olmasına, uzun süreli açlığın boy kısalığına neden olduğunu vurgulamaktadır. Yine kötü beslenme, ümmün sistemi olumsuz etkilemekte başta ishal, pnömoni gibi öldürücü hastalıklar olmak üzere enfeksiyon hastalıklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (5,25,30,34,37,39). Bizim çalışmamızda da

Yeşilyurt mahallesindeki çocuklarda hastalıkların görülme durumları, Kültür-2 mahallesine göre fazladır. Yeşilyurt mahallesinde kişi başına düşen günlük gelir miktarının düşük olması, aylık gelir düzeyinin asgari ücretin altında olması ve aile reislerinin geçici işlerde çalışması çocuk sağlığını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir.

Kültür-2 Mahallesindeki kadınların (%72.1), Yeşilyurt Mahallesindeki kadınlardan (%45.4) daha fazla doğum öncesi bakım aldığı saptanmıştır (Çizelge 7, $p<0.05$). TNSA 2003 verilerine göre de kentsel alandaki kadınların (%88.1) daha fazla doğum öncesi bakım aldıkları görülmektedir. Ancak bu oran doğu bölgesinde (%61.0) düşmektedir (43). Kültür-2 mahallesindeki kadınların doğum öncesi bakım alma oranları doğu bölgesine göre yüksek, Türkiye kent ortalamasına göre düşük iken, Yeşilyurt mahallesindeki kadınların doğum öncesi bakım alma durumu hem doğu bölge ortalaması hem de Türkiye ortalamasına göre düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük kadınları belirlemeleri ve doğum öncesi bakım hizmetlerini almalarını sağlamaları gerekmektedir. Gebeliğin sağlıklı geçirilmesi, dar anlamda sağlıklı anne ve bebek, geniş anlamda sağlıklı bir aile ve toplumun oluşması biçiminde tanımlanmaktadır. Gebelikte ve normal yaşamda annenin sağlığı fetüs-yenidoğan ve çocuğun sağlığını doğrudan etkileyeceği için anne sağlığı hizmetlerinin çocuk sağlığından ayrılamayacağı belirtilmektedir. Doğum öncesi bakım hem anne hem de bebeğin sağlığı yönünden büyük önem taşımaktadır. Gebeliğin ve doğumun getireceği riskler, doğum öncesi bakımla tanımlanabilir (86). Hatun, ülkemizdeki yoksulluğun yanında, temel sağlık hizmetleri ağının giderek güçsüzleşmesi nedeniyle gebe izleminin yetersiz yapıldığını belirtmiştir (5).

Yeşilyurt mahallesindeki kadınların %24.7'si ve Kültür-2 mahallesindeki kadınların %10.5'i hiçbir sağlık personeli yardımı almadan doğumlarını evde yapmışlardır (Çizelge 8, $p<0.05$). TNSA 2003 verilerine göre doğumu bir sağlık kuruluşunda yapma ile eğitim düzeyi arasında yakın ilişki olduğu belirtilmiştir. Kentsel alanda evde, hiçbir sağlık personeli yardımı almadan doğum yapanların oranı Türkiye geneli için %14.1'dir (43). Araştırmamızda da, Yeşilyurt mahallesindeki kadınların evde doğum yapma yüzdesi Türkiye ortalamasının üstünde iken, Kültür-2 mahallesindeki kadınların evde doğum yapma yüzdesi Türkiye kent ortalamasının

altındadır. Literatür incelendiğinde, doğumlarını sağlıklı ortamda ve eğitilmiş kişilerce yapan ve doğum öncesi bakım alan kadınların ve çocuklarının ölme olasılığının daha düşük olduğu görülmektedir (5,39,80,86).

Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %26.4'ünün, Kültür-2 mahallesindeki çocukların ise %19.8'inin doğum ağırlığı normalin altındadır (Çizelge 9, $p>0.05$). Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin hamur işlerini daha sık, et ve diğer besin öğelerini daha az tüketmeleri, annelerin gebelik döneminde yetersiz beslendiklerini ve düşük doğum ağırlıklı çocukların doğmasına yol açtığını düşündürmektedir. UNDP 2002 verilerine göre, bebeklerin %15.0'inin düşük doğum ağırlıklı olduğu gözlenmiştir. Düşük doğum ağırlığı ve prematüre doğum, anne karnında gelişme geriliğinin önemli bir sonucudur. Düşük doğum ağırlığı, erken-geç yenidoğan ölümlerinin en önemli nedeni olduğu gibi, erken bebeklik dönemi malnutrisyonu, yenidoğan enfeksiyonları, nörolojik gelişim bozukluğu, büyüme yetersizliği ve erişkin yaşlarda kronik hastalıklara hazırlayıcı rol oynamaktadır (5,11,39,85).

Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %65.5'inin ve Kültür-2 mahallesindeki çocukların %82.6'sının aşılarının tam yapıldığı belirlenmiştir (Çizelge 10, $p<0.05$). Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %56.3'ünün, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %44.2'sinin kızamık, suçiçeği gibi döküntülü hastalıklar geçirdiği görülmüştür ($p>0.05$). TNSA 2003 verilerine göre; okur-yazar olmayan annelerin çocuklarının %26.0'sının, en az lise eğitimi almış annelerin çocuklarının ise %69.0'unun tam aşı olduğu belirlenmiştir (43). Yukarıda görüldüğü gibi bizim çalışmamızda her iki mahallede de tam aşılanan çocuk sayısı yüksek bulunmuştur. Bu sonuç Türkiye ortalamasının üstündedir. Bu da bize, bu bölgelerdeki sağlık ocaklarının, bağışıklama konusunda etkin çalıştığını düşündürmektedir. Ancak yine de, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların aşılama oranının, Kültür-2 mahallesine göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür ($p<0.05$). UNICEF 2005 "Dünya Çocuklarının Durumu" raporunda 5 yaş altı aşıları çocuk oranının az olmasının çocuk yoksulluğunun belirleyicisi olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca yoksulluğun milyonlarca çocuğu pahalı olmayan ilaçlar ve basit aşılarla tedavi edilebilecek ve önlenilecek hastalıklara karşı savunmasız duruma getirdiği belirtilmiştir. Her yıl beş yaşından küçük iki milyon çocuğun aşıları yapılmadığı için öldüğü, her on ölümden yedisinin akut solunum yolu enfeksiyonları, ishal, kızamık, sıtma vb. nedenlere bağlı olduğu bildirilmiştir (15,25,34).

Yeşilyurt Mahallesiindeki çocukların %51.1'inin, Kültür Mahallesiindeki çocukların ise %34.9'unun doğumdan sonraki ilk ay içerisinde morarma, ateşli hastalık vb. sağlık sorunları görülmüştür (Çizelge 11, $p<0.05$). İlk ay içinde Yeşilyurt mahallesinde sağlık sorunu yaşayan çocukların %48.9'u, Kültür-2 mahallesindeki çocukların ise %65.1'i doktora götürülmüştür ($p<0.05$). Hatun, gelişmekte olan ülkelerde yenidoğan dönemindeki ölümlerin en önemli nedenleri arasında enfeksiyonlar (%42.0), doğum asfiksisi ve travması (%32), konjenital anomaliler ve prematürelilik olduğunu belirtmektedir. Ayrıca bu sorunların yeterli doğum öncesi bakım almama ve sağlık personeli tarafından yaptırılmayan doğumlarla ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (5). Çalışmamızda da sosyoekonomik düzeyi düşük olan Yeşilyurt mahallesindeki kadınların doğum öncesi yeterli bakım almadığı ve evde sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların fazla olduğu görülmektedir. Bu durum, Yeşilyurt mahallesindeki çocuklarda morarma ve ateşli hastalıkların daha fazla görülmesine yol açtığını düşündürmektedir. Ayrıca Yeşilyurt mahallesindeki ailelerin eğitim ve aylık gelir düzeylerinin düşük olması, çocukların sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde yararlanamadıklarını da göstermektedir.

Yeşilyurt Mahallesiindeki çocukların %82.2'sinin, Kültür-2 Mahallesiindeki çocukların ise %61.6'sının doğumdan sonra ilk yıl içinde ishal-kusma-ateşli hastalıklar yaşadıkları görülmüştür (Çizelge12, $p<0.05$). Çocukların ilk yıl yaşadığı sağlık sorunlarında, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %69.9'unun ve Kültür-2 mahallesindeki çocukların ise %83.0'ünün doktora götürüldüğü belirlenmiştir ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde yoksul ailelerin çocuklarını sağlık kuruluşlarına götüremedikleri, hastalıkların ya kendiliğinden iyileştiği ya da kronikleştiği belirtilmiştir (5,18,34). Çalışmamızda da ilk ay içinde sorunların fazla görülmesi, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların doktora götürülmemesi, yaşanan fiziki koşulların olumsuz olması ve beslenmelerinin yetersiz olması sonucuna bağlanabilir.

Yeşilyurt Mahallesiindeki çocukların emeklemede-yürümede-anne-babayı tanımada yaşına göre gelişmelerinde gecikme yaşamaları Kültür-2 mahallesindeki çocuklara göre daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Gelişmede yaşına göre gecikme olan çocukların Yeşilyurt mahallesinde %23.3'ü, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %42.9'u doktora götürülmüştür ($p>0.05$). Şimşek ve ark. yaptığı bir çalışmada da yoksul ailelerin çocuklarının dil ve bilişsel gelişimlerinin geri olduğu saptanmıştır (40).

Çalışmamızda her iki mahallede de gelişmesinde gecikme görülen çocukların sağlık kuruluşuna götürülmesi bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu da bize kadınların çocuklarının yaşına göre gelişme durumları hakkında bilgi sahibi olmadığını ve gelişmede gecikme olmasını önemli bulmadıklarını düşündürmektedir.

Yeşilyurt Mahallesiindeki çocukların %57.5'inin (kronik bronşit, konvülsiyon, astım), Kültür-2 Mahallesiindeki çocukların %29.1'inin kronik hastalığı olduğu görülmüştür (Çizelge 13, $p<0.05$). Kültür-2 mahallesiindeki kronik hastalığı olan çocukların %72.0'si düzenli olarak kontrole götürülürken, Yeşilyurt mahallesiindeki çocukların ise yalnızca %28.0'i düzenli olarak kontrole götürülmektedir ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde, sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin etkin tedavi hizmeti alamadıklarını ve bu ailelerin çocuklarında astım, diyabet, kalp hastalıkları, psikolojik hastalıkların daha sık görüldüğü belirtilmiştir (5,18,83). Çalışmamızda da kronik hastalıkların Yeşilyurt mahallesinde fazla olması, buna karşılık düzenli kontrole götürülmemesi literatürle örtüşmektedir.

Yeşilyurt mahallesiindeki çocukların Kültür-2 mahallesiindeki çocuklara göre daha fazla üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdikleri belirlenmiştir ($p<0.05$). Her iki mahallede yaşayan çocukların üst solunum yolu enfeksiyonu geçirme sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte Yeşilyurt mahallesinde yaşayan çocukların daha sık geçirdikleri tespit edilmiştir ($p>0.05$). Çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonu görüldüğünde, Yeşilyurt mahallesiindeki çocukların %26.4'ü, Kültür-2 mahallesiindeki çocukların ise %53.1'i hemen doktora götürülmüştür ($p<0.05$). Araştırmamızda Yeşilyurt mahallesiindeki çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonunun daha fazla görülmesi, evlerde rutubet olması, yetersiz beslenme, ısınma aracı olarak çoğunlukla soba kullanma, annelerinin eğitim düzeyinin düşük olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Ancak her iki mahallede de üst solunum yolu enfeksiyonu görülme sıklığı bakımından fark görülmemiştir. TNSA 2003 verilerine göre Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu (ASYE) Doğu Anadolu Bölgesi ve eğitim düzeyi düşük kadınların çocuklarında daha fazla olduğu belirtilmektedir (43). Araştırmamızda çıkan sonuçlar TNSA 2003 verileri ile benzerlik göstermektedir. Literatürde, akut solunum yolu enfeksiyonları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde benzer sıklıktadır. Ancak gelişmiş ülkelerde bu hastalıklar soğuk algınlığı, üst solunum yolu enfeksiyonları, bronşiolit şeklinde görülürken, gelişmekte olan ülkelerde tedavi

edilmediği takdirde öldürücü seyredabilen pnömoni veya bronkopnömoniyeye dönüşmektedir (37,80).

Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %44.3'ünün ve Kültür-2 mahallesindeki çocukların %32.6'sının kulak enfeksiyonu geçirdiği görülmüştür (Çizelge 14, $p>0.05$), Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %16.9'u yılda 3 kez kulak enfeksiyonu geçirirken, Kültür-2 mahallesindeki çocukların yılda en fazla iki kez (%10.7) kulak enfeksiyonu geçirdiği belirlenmiştir. Kültür-2 mahallesindeki çocukların %71.4'ü hemen doktora götürülürken, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %57.1'ine geleneksel uygulama, eczaneden ilaç alıp kullanma veya kendiliğinden iyileşmesini bekleme yoluna gidilmiştir (Çizelge 15, $p<0.05$). Kulak enfeksiyonu geçirme sıklığı ile kadının eğitim düzeyi ve ailenin gelir düzeyi arasında yakın bir ilişki vardır. Ayrıca kadının eğitim düzeyi ile hastalığın algılanması arasında da yakın ilişki vardır. Eğitim düzeyi düşük olan kadın, çocuğun sağlık sorununu, sorun olarak görmediği için ya da görse de ekonomik gücü olmadığı için kendiliğinden iyileşmesini beklemektedir. Yeşilyurt mahallesinde kadınların kulak enfeksiyonu geçiren çocuğa geleneksel uygulama vb. yöntemleri uygulamaları hastalığın önemsenmediğini ya da ekonomik yetersizlik nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurulmadığını düşündürmektedir. Literatürde de yoksul aile çocuklarının kulak enfeksiyonuna sık yakalanmaları çalışmamızla benzerlik göstermektedir (5,39).

Yeşilyurt Mahallesinde yaşayan çocukların Kültür-2 mahallesinde yaşayan çocuklara göre daha fazla ve daha sık ishal-kusma geçirdikleri görülmüştür (Çizelge 16,17, $p<0.05$). Çocuklarda ishal-kusma görüldüğünde, Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %18.6'sı, Kültür-2 mahallesindeki çocukların %45.2'si doktora götürülmüştür ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde gelişmiş ülkelerde ishaller hastalıklar sonucunda ölümler görülmezken, gelişmekte olan ülkelerde ishale bağlı ölümler sık görülmektedir. Dünyada her yıl 4-5 milyon çocuk ishale bağlı hastalıklar sonucu yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde de ishaller hastalıklar 0-4 yaş grubu çocuklarda en fazla ölüme neden olan hastalıklar arasında üçüncü sırada yer almaktadır (5,37,80,86). Hatun, ASYE, ishal ve diğer enfeksiyon hastalıklarının malnutrisyon için risk faktörü olduğunu belirtmiştir (5). Enfeksiyon çocukta metabolizmanın artmasına ve iştahsızlığa, beslenmenin bozulmasına, sıvı-elektrolit ve kilo kaybına neden olmaktadır. Hatun babanın düşük maaşlı veya işsiz olmasının ishali 4.5 kat, kişi başına gelirin düşük

olmasının ise 5 kat arttırdığını belirtmiştir (5,12). Çalışma sonuçlarımız literatürle örtüşmektedir.

Yeşilyurt Mahallesiindeki çocukların %94.4'ünde, Kültür-2 Mahallesiindeki çocukların ise %94.2'sinde ateşli hastalıklar görülmüştür (Çizelge 18, $p<0.05$). Yeşilyurt mahallesiindeki çocukların %21.4'ü, Kültür-2 mahallesiindeki çocukların %37.0'si ateşli hastalık yaşadığında doktora götürülmüştür ($p>0.05$). Subaşı'nın belirttiğine göre, düşük gelirli çocuklarda diğer çocuklara göre ateşten ölüm oranı dört kat daha fazladır (48). Literatür incelendiğinde de çocuk ölüm nedenlerinden birinin ateş olduğu görülmektedir (5,49,52). Çocuklarda ateş yükselmesi önemlidir ve hemen müdahale edilmesi gereken bir durumdur. Anneleri bu konuda bilgilendirmek ve önemini açıklamak gerekir. Uygun müdahale edilmeyen ateşli durumlar çocuklarda ciddi hastalıklara neden olabilir.

Yeşilyurt Mahallesiindeki çocukların Kültür-2 mahallesiindeki çocuklara göre daha fazla ve sık olarak idrar yolu enfeksiyonu geçirdikleri tespit edilmiştir (Çizelge 19,20, $p<0.05$). Bebeklerde beslenme yetersizliği, fiziksel koşulların uygun olmaması idrar yolu enfeksiyonlarını arttırmaktadır (5,18,31,34,35). Araştırmamızda da görüldüğü gibi sosyoekonomik düzeyi düşük mahalledeki çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu görülme durumları ve sıklıkları sosyoekonomik düzeyi iyi olan mahalleye göre daha fazladır. Yeşilyurt mahallesiindeki kadınların eğitim düzeyinin düşük olması, çocukların perine hijyenine dikkat edilmemesine, gelir düzeyinin düşük olması ise çocukların sağlık kuruluşlarına götürülmesine engel olmaktadır.

Yeşilyurt Mahallesiindeki çocukların, Kültür-2 Mahallesiindeki çocuklara göre daha fazla paraziter hastalıklar yaşadıkları görülmektedir (Çizelge 21, $p<0.05$). Paraziter hastalık görülme durumunda Yeşilyurt mahallesiindeki çocukların %69.0'u ve Kültür-2 mahallesiindeki çocukların (%100) tamamı doktora götürülmüştür ($p>0.05$). Araştırmamızda sosyoekonomik düzeyi düşük Yeşilyurt mahallesinde paraziter hastalıkların daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun nedeni ailenin yaşadığı koşulların sağlıklı olmaması, tedavinin etkin uygulanmaması ya da beslenme yetersizliğine bağlı çocuğun ümmün sisteminin zayıf olmasını düşündürmektedir. Literatür incelendiğinde, yoksul aile çocuklarında paraziter hastalıkların daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (5). Subaşı'nın belirttiğine göre düşük gelirli çocukların paraziter hastalıktan ölüm oranı diğer çocuklara göre beş kat daha fazladır (48).

Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %40.2'sinin, Kültür-2 mahallesindeki çocukların ise %38.4'ünün boylarının yaşlarına göre kısa olduğu görülmüştür (Çizelge22, p>0.05). Yine Yeşilyurt mahallesindeki çocukların %43.1'inin, Kültür-2 mahallesindeki çocukların ise %18.6'sının kilolarının yaşlarına göre az olduğu görülmüştür (Çizelge 23, p<0.05). Şimşek ve ark. yaptığı bir çalışmada da yoksul ailelerin çocuklarının yaşına göre boy ve kilosunun uygun olmadığı belirlenmiştir. Bodurluğun genetik faktörlerin yanı sıra, doğrudan kronik malnutrisyon ve tekrarlayan enfeksiyon hastalıklarıyla ilişkisi olduğu bilinmektedir (40). Şimşek ve ark. belirttiğine göre Baysal yoksulluğun bebek ve çocuk ölüm hızını arttırdığını, büyüme ve gelişmeyi engellediğini ifade etmektedir (40).

TNSA 2003 verilerine göre kentsel alandaki çocukların %9'unun, kırsal alandaki çocukların ise %18.4'ünün boyunun yaşına göre kısa olduğu belirtilmiştir (43). UNDP 2002 raporuna göre ülkemizdeki beş yaş altındaki çocukların % 8'inin ağırlığı yaşına göre düşüktür. Yoksulluğa bağlı beslenme yetersizliğinin uzun dönemli yan etkilerinden biri de boy kısalığıdır. Ülkemizde beş yaş altındaki çocukların %16'sının boyu yaşına göre kısadır. Ülkemizde kronik malnutrisyon sıklığı ile yoksulluk arasında güçlü bir bağ vardır ve bu nedenle doğu bölgesinde bu oran %30.0'lara çıkabilmektedir. WHO 2002 Sağlık Raporu'na göre bütün bölgelerde yoksulluk arttıkça düşük ağırlıklı çocukların oranı da artmaktadır. WHO dünyadaki 5 yaş altındaki çocukların %27.0'sinin ağırlığının yaşına göre düşük olduğunu ve bunlarında çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde olduğunu ileri sürmektedir (5,39).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar şöyledir;

- Araştırmamızda her iki mahallede yaşayan kadınların yarısından fazlası 20-29 yaş grubundadır.
- Yeşilyurt mahallesindeki kadınların eğitim düzeyi daha düşüktür.
- Yeşil Karta sahip olan aileler Yeşilyurt mahallesinde üç kat daha fazladır.
- Yeşilyurt mahallesinde aylık gelir düzeyi asgari ücretin altında olan aileler, yaklaşık yedi kat daha fazladır.
- Günlük kişi başına düşen gelir miktarı 4.4 dolar ve üstü olanlar, Kültür-2 mahallesinde beş kat daha fazladır.
- Ailelerin toplam aylık gelirinden mutfak giderlerine harcadıkları miktar, Yeşilyurt mahallesinde, Kültür-2 mahallesindeki ailelerden daha fazladır.
- Yeşilyurt mahallesindeki ailelerde kronik hastalığı olanlar daha fazladır.
- Kontrol amaçlı sağlık kuruluşuna başvuranlar, Kültür-2 mahallesinde beş kat daha fazladır.
- Yeşilyurt mahallesindeki tam aşılı çocuk sayısı daha düşüktür.
- Doğumdan sonraki ilk bir ay ve ilk bir yıl içinde sağlık sorunu yaşayan çocuk sayısı Yeşilyurt mahallesinde daha fazladır.
- Yeşilyurt mahallesindeki çocuklarda gelişme geriliği iki kat daha fazladır.
- Yeşilyurt mahallesindeki çocuklarda kronik hastalık görülme sıklığı iki kat daha fazladır.
- Yeşilyurt mahallesinde kronik hastalığı olan çocukların düzenli kontrole götürülmesi daha düşüktür.
- Üst solunum yolu enfeksiyonu, ishal-kusma, ateşli hastalık, idrar yolu enfeksiyonu ve paraziter hastalıklar Yeşilyurt mahallesinde yaşayan çocuklarda daha fazla görülmüştür.
- Orta kulak enfeksiyonu, ishal-kusma ve idrar yolu enfeksiyonu yeşilyurt mahallesinde yaşayan çocuklarda daha sık tekrarlamaktadır.

- Herhangi bir sağlık sorunu olduğunda Kültür-2 mahallesinde yaşayan çocuklar daha fazla doktora götürülmektedir.
- Her iki mahalledeki çocukların yaşa göre boy uzunlukları arasında fark yoktur.
- Yeşilyurt mahallesinde yaşayan çocukların ağırlıkları yaşlarına göre daha düşüktür.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- 1- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallede yaşayan çocukların, daha fazla ve daha sık hastalandıkları tespit edildiğinden, ebe/hemşirelerin özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde yaşayan çocukları belirleyerek sık takip etmeleri, hastalıklardan korunma konusunda anneleri eğitmeleri,
- 2- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallede yaşayan çocukların herhangi bir sağlık sorunu olduğunda sağlık kuruluşuna başvurma davranışı, daha düşük bulunduğundan ebe/hemşirelerin anneleri bu konuda bilgilendirmeleri, sağlık kuruluşuna götürmeme nedenlerini ve nedenlerine yönelik çözüm yollarını araştırmaları,
- 3- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan mahallede yaşayan çocuklarda kronik hastalık grlme sıklığı daha fazla ve kontrole götürülme durumları daha düşük bulunduğundan, ebe/hemşirelerin anneleri kronik hastalıklar konusunda bilgilendirmeleri, düzenli kontrollerinin yapılmasını sağlamaları,
- 4- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallede, gelişme geriliği yaşayan ve yaşına göre boy ve kilosu düşük olan ocuk sayısı fazla olduğundan, hemşire ve ebelere 0-6 yaş grubu çocukların büyüme ve gelişme kontrollerini özenle yapmaları ve büyüme gelişme konusunda annelere eğitim vermeleri,
- 5- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan mahallede yaşayan çocukların doğumdan sonraki ilk bir ay ve yıl içinde daha fazla sağlık sorunlarını yaşadıkları tespit edildiğinden, ebe/hemşirelerin doğumdan bir yaşına kadar çocukları daha sık

izlemeleri,

- 6- Sosyoekonomik düzeyi düşük mahallede tam aşılı çocuk sayısı düşük olduğundan, hemşire/ebelerin bu mahallede bağışıklama hizmetlerine ağırlık vermeleri, anneleri bu konuda eğitmeleri,
- 7- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahalledeki anne ve babaların eğitim düzeylerinin düşük olması ve çocuklarının sık hastalandığı saptandığından, hemşirelerin/ebelerin özellikle bu mahalledeki kadınlara çocuk hastalıkları konusunda eğitim vermeleri, eğitim verirken anne-babaların eğitim düzeylerine uygun yöntemleri kullanmaları,
- 8- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallede ailelerin ortalama aylık gelirlerinin düşük olması ve buna bağlı olarak mutfak giderlerinin fazla olduğu tespit edildiğinden, hemşire/ebelerin bu ailelere ekonomik durumlarına uygun beslenme konusunda eğitim vermeleri,
- 9- Hemşire ve ebelere aileleri sosyo-ekonomik durumlarına göre değerlendirmeleri ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan ailelerin sağlıkla ilgili olası risk faktörlerini belirlemeleri,
- 10- Araştırmamız sosyo-ekonomik düzeyi az gelişmiş illerden birinde yapıldığından, araştırmacılara benzer çalışmaların sosyo-ekonomik düzeyi farklı başka illerde yapılması ve sonuçlarının karşılaştırılması,
- 11- Hemşire ve ebelere yoksulluğun çocuk sağlığı üzerine etkileri ile ilgili görüşlerinin ve bununla ilgili yaptıkları uygulamalarını ortaya çıkaran araştırmalar yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Aktan C. C.** Yoksullukla Mücadele Stratejileri, Ankara: Hak- İş Konfederasyonu Yayını, 2002
Erişim: www.canaktan.org/ekonomi/yoksulluk/ucuncu-bol/dumanli.pdf
Erişim Tarihi: 12.05.2004
2. **İnsel A.** İki Yoksulluk Tanımı ve Bir Öneri. Toplum ve Bilim, **2001**; (89): 62-72.
3. **Oruç Y, M.** Küresel Yoksulluk ve Birleşmiş Milletler. Toplum ve Bilim, **2001**; (89): 73-87.
4. Sürdürülebilir Kalkınma Dünya Zirvesi Türkiye Ulusal Raporu(Taslak)
Erişim: www.tobb.org.tr/organizasyon/sanayi/kalitecevre/6.pdf Erişim Tarihi: 19.04.2005.
5. **Hatun Ş, Etiler N, Gönüllü E.** Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, **2003**; 46(4): 251-260.
6. **Köse A, H.** Dünya Bankası ve Benzer Kuruluşların Raporlarında Yoksulluk, Ne İçin, Ne Zaman Var?. Toplum ve Hekim, **2004**; 19(1):23-26.
7. **Koray M.** Gerçeklerin “Stilize” Edildiği Bir Dünyada “Ötekileşen” Yoksulluk. Toplum ve Bilim, **2001**; (89): 218-241.
8. **Şenses F.**Yoksulluğun Küreselleşmesi mi? Küreselleşmenin Yoksulluğu mu?, Toplum ve Hekim, **2004**; 19(1): 13-18.
9. **Uzun A, M.** Yoksulluk Olgusu ve Dünya Bankası. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, **2003**; 4 (2): 155-173.
10. **Soyak A.** Küreselleşme, Yapısal Uyum Programları ve Yoksulluk
Erişim:<http://www.mimozamarmara.edu.tr/asoyak/krizalit.htm> Erişim Tarihi: 09.01.2003
11. Yoksulluk Çocukların Sorunu
Erişim:<http://www.unicef.org/turkey/sy16/gm15.html> Erişim Tarihi: 05.12.2005.
12. **Alper Y, Yüksel A, R.** Yeşil Kart ve Yoksullukla Mücadele. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 171-183.
13. **Abay A. R.** Yoksulluk Algısı ve Yoksullukla Mücadelede Sosyal Yardımlaşma ve dayanışma Vakıflarının Yeri (Deprem Öncesi ve Sonrası İle Adapazarı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Örneği). Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 192-203.
14. Ücretlerle İlgili Temel Bilgiler
Erişim: www.kristalis.org.tr/aa_html/temel-bilgiler.htm Erişim Tarihi: 02.10.2006
15. UNICEF Türkiye Dünya Çocuklarının Durumu **2005**, Yoksulluk Çocukları Haklarından Yoksun Bırakıyor
Erişim: <http://www.Unicef.org/turkey/dcd05/dcd05d5.html> Erişim Tarihi: 18.04.2006.
16. **Aytaç S. ve Ark.** Yoksulluğun İntihar Davranışı Üzerine Etkilerinin Ekonometrik Analizi. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003 Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 89-102.
17. **Cresswell T.** What is Child Public Health?. Current Pediatrics.Elsvier, **2004**; 14 (7): 612-618.
18. **Hamzaoğlu O.** Yoksulların Sağlığı Ne Durumda, Etken Ne, Sorun Nasıl Çözülür?. Toplum ve Hekim, **2004**; 19(1): 54-57.

19. **Erbay E.** Bir Sosyal Sorun Olarak Yoksulluk ve Diğer Sosyal Sorunlarla İlişkisi. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 321-325.
20. **Tufan B, Karataş K.** Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 15-23.
21. **Gökçearslan E.** Çocuk Hakları Açısından Korunmaya Muhtaç Çocuk ve Yoksulluk İlişkisi. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 144-153.
22. **Çabuk G, Işık A.** Yoksulluk ve Çocuk Hakları ‘Antalya’da Sokakta Çalışan Çocuklar’. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 154-172.
23. **Yılmaz M, T, Şeker A.** ‘Sürdürülebilir’ Yoksulluk ve Eğitim. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 337-342.
24. **Onat Ü.** Sosyal Hizmet Açısından Günümüzde Yoksulluk Sorunu. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 26-35.
25. Dünya Çocuklarının Durumu 2002, Unicef
Erişim: www.ankara@unicef.org Erişim Tarihi: 13. 04. 2005.
26. Buğra A, ve Ark. Toplum Ve Çocukları, BM Kalkınma Programı, Ankara
Erişim: www.spf.Boun.edu.tr/docs/radikal-2-2005.04.24.pdf Erişim Tarihi: 15. 02. 2006.
27. **Çoban İ, A.** Yoksulluğun Aile Sistemi Üzerindeki Etkileri Ve Yoksul Ailelere İlişkin Sosyal Hizmet Müdahalesi. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 196-204.
28. **Öztürk Ö.** Yoksulluğun Kadınlaşması: Makro Ekonomik Politikalar Açısından Bir Değerlendirme. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 205-208.
29. **Güven B, Işık H.** Yoksullukla Mücadelenin Etkili Aracı: Eğitim. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 209-220.
30. Poverty Fact Sheet # 6, Let’s Talk About Poverty
Erişim: <http://www.waterlooregion.org/poverty/talk/6.html> Erişim Tarihi: 17. 08. 2005.
31. Duration And Developmental Timing Of Poverty And Children’s Cognitive And Social Development From Birth Trough Third Grade. Child Development, July/ **August 2005**: (76)4: 795-810.
32. Çocuk Hakları Sözleşmesinin 13. Yılında Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri
Erişim: <http://www.tbb.org.tr/yoksulluk-cocuklar/cocukların-yoksullugu> Erişim Tarihi:09.01.2003
33. **Öztek Z, Kubilay G.** Gebelik Dönemi ve Hijyen. Toplum Sağlığı Hemşireliği. 3. Baskı. Palme Yayıncılık. Ankara, **2004**: 107-127
34. Yes, World Hunger is a Staggering Problem
Erişim: <http://www.freefromhunger.org/endlhunger.html?origin=12>, Erişim Tarihi: 07.12.2005
35. **Wagstaff A.** Child Health On A Dolar A Day: Some Tentative Cross-Country Comparisons. Social Science&Medicine. Kasım **2003**; (57)9:1529-1538.
36. **Oral N, S.** Çocuk Sağlığına Giriş. Halk Sağlığı Temel Bilgiler.1.Baskı, Ankara:Özışık Ofset ,**1995**: 159-163.
37. **Özcebe H, ve Ark.** Önemli Bazı Çocuk Sağlığı Sorunları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. 1.Baskı,Ankara: Özışık Ofset,**1995**: 173-185.

38. **Stigliz J. E.** Kararlı Bir Dünya Çocuk Yoksulluğuna Son Verebilir, UNICEF Türkiye Dünya Çocuklarının Durumu **2005**.
Erişim: www.Unicef.org/turkey/dcd05/dcd05d27.html Erişim Tarihi: 21.03.2006
39. **Yurdakök M.** Dünyada ve Ülkemizde Çocuk Sağlığı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, **2005**; 48(3,9): 41-42.
40. **Şimşek Z, ve Ark.** Yoksulluk ve Çocuklarda Büyüme-Gelişme. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 341-348.
41. Türkiye’de Çocukların Durumu Ön Rapor, Ankara, Nisan 2000.
42. **İlik İ. B.** Yoksulluğun Genel Belirleyicileri, Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **1992**.
43. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003**, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, **2004**.
44. **Yörükoğlu A.** Değişen Toplumda Aile ve Çocuk, 6.Baskı, İstanbul: Özgür Yayınları, **2000**: 184-190.
45. **Broome M, E, ve Ark.** Children and Families in Health and Illness, USA, SAGE Publication, **1998**: 40-41.
46. **Robert P, Ross D, P.** Income and Child Well-being: A new perspective on the poverty debate
Erişim: <http://www.ccsd.ca/pubs/inckids/2.htm> Erişim Tarihi: 16.05.2005.
47. **Brooks J. ve Ark.** The Effeccets Of Poverty On Children
Erişim:http://www.futureofchildren.org/information2826/information_show.htm?doc_id=721
Erişim Tarihi: 17. 08. 2005
48. **Subaşı B, M.** Sokakta Yaşayan/Çalışan Çocukların Sağlık Bakım ve Gereksinimlerinin Belirlenmesi Ve Çözümünde Halk Sağlığı Hemşiresinin Yeri. Hacettepe üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, **2002**: 10-13.
49. **Ocak E.** Yoksulun Evi. Yoksulluk Halleri, Sena Ofset, İstanbul, **2002**: 85-105.
50. **Evans G, W.** The Enviroment Of Childhood Poverty. Mart **2004**: (59)2:77-92.
51. **Yıldırım Y, Balbay Ö.** Tüberküloz ve Yoksulluk İlişkisi, Sted **2003**, 12(1): 32-34.
52. **Bora A.** Yoksul Çocukların Medyada Temsili. Çoluk Çocuk Aylık Anne Baba Eğitimci Dergisi, **2005**; (54): 32-35.
53. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye İrtibat Ofisi, Hemşireler Her Zaman Yanınızda: Ailelere Bakıyorlar
Erişim: <http://www.un.org.tr/who/nurseturk/icn.HTML> Erişim Tarihi: 12. 12. 2003.
54. **Öztek Z.** Temel Sağlık Hizmetleri, 2. Baskı, Ankara, Hacattepe Halk Sağlığı Vakfı, **1992**.
55. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, Resmi Gazete, **27.01.1995**; sayı: 22184.
56. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge
Erişim: http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/mevzuat/y_saglik_hiz_yur_yon.pdf
Erişim Tarihi: 21.09.2006.

57. **International Nurses Day 2004**, Nurses: Working With The Poor; Against Poverty, International Counsel of Nurses, 3, Place, Jean-Marteau, CH-1201, Geneva, **2004**.
58. Healty, Poverty and MDG, June 2005 Erişim: [WHO-WPRO-Health, poverty and MDG.htm](http://www.who-wpro-health.org/poverty_and_mdg.htm)
Erişim Tarihi: 15.05.2006.
59. **Özşahin Ş.** Yoksulluğu Yenmeye Yönelik Bir Öneri Paketi. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 65-71.
60. **Bal H, Öter A.** Sokağın Yoksul Çocukları Ve Aile Yapıları, Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 107-124.
61. **Şen S, M.** Devlet Yoksulluğu Nasıl Kovabilir?. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 110-123.
62. **Kümbetoğlu B.** Toplumsal Cinsiyet Rollerini, Kadın Ve Yoksulluk. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 29-43.
63. **Tezcan M.** Uzaktan Eğitim, Eğitim Hakkı Ve Yoksulluk İlişkisinin Ekonomik Analizi: Türk Yükseköğretim Uygulaması İktisadi Kalkınma Teorisinin Zaman İçerisindeki Gelişimi. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 236-242.
64. **Hablemitoğlu Ş.** Yoksullukla Mücadelede Hedef ‘Yaşam Kalitesi Hakkı’. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 352-359.
65. **Erdem T.** Yoksulluk Üzerine Sosyolojik Bir Çalışma ‘Ankara Kent Yoksulları’, Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2003**.
66. **Bağdadioğlu E.** Yoksullukla Mücadeleye Yaklaşımlar. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 77-104.
67. **Buz S.** Yoksulluk Ve Sosyal Adalet. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 36-41.
68. Türkiye İnsan Hakları Hareketi Konferansı 15-17 Kasım 2002 Yoksulluk ve İnsan Hakları Nihai Rapor Ve Sonuç Bildirgesi
Erişim: <http://www.ihd.org.tr/rapozel/kongeransonuc2002/yoksulluk.html>
Erişim Tarihi: 12.04. 2004.
69. **Özsoy E.** Kalkınma- Yoksulluk İkilemi Ve Türkiye, Endüstri İlişkileri Ve İnsan Hakları Dergisi
Erişim: http://www.isguc.org/yoksulluk_ikilemi.php Erişim Tarihi: 08. 04. 2006.
70. **Erjem Y.** Türkiye’de Büyük Kentlerde Sokakta Çalışan ve/veya Yaşayan Çocukların Sokağa İnmeleri Üzerinde Yoksulluk Ve Aile Dinamiklerinin Etkileri. Sosyal Hizmet Sempozyumu Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 125-134.
71. DİE 2004 Yoksulluk Çalışması Sonuçları
Erişim: www.die.gov.tr Erişim Tarihi: 12.05.2006
72. DİE 2002 Yoksulluk Çalışması Sonuçları
Erişim: <http://www.die.gov.tr> Erişim Tarihi: 18. 07. 2004
73. **Atalay T. ve Ark.** Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler Raporu. 4. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı. Ankara, 26-27-28 Mayıs **1994**: 221-228.

74. **Daniş M, Z, ve ark.** Yaşlılıkta Yoksulluk ve Sosyal Hizmet. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 217-225.
75. **Güneş F.** Kadın ve Yoksulluk. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 183-195.
76. **Dedeoğlu N.** Sağlık ve Yoksulluk. Toplum ve Hekim, **2004**; 19 (1) :51-57.
77. BM Enformasyon Merkezi UNIC-Ankara, Dünya Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi 26 Ağustos- 4 Eylül 2002 Johannesburg, Güney Afrika.
78. **Tatar H.** Yoksulluk ve Engelliler. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 53-60.
79. **User İ.** Görelî Yoksunluk ve Ruh Sağlığı: Büyük Kentlerde Yaşayan Yüksek Riskli Gençler. Sosyal Hizmet Sempozyumu 2003. Antalya, 9-11 Ekim 2003. Antalya, 9-11 Ekim **2003**: 61-79.
80. **Agarwal B.** Çocukların Esenliği ve Annenin Mülkü, UNICEF Türkiye Dünya Çocuklarının Durumu **2005**.
Erişim: <http://www.Unicef.org/turkey/dcd05/dcd05d7.html> Erişim Tarihi: 18. 04. 2006
81. www.sabah.Com.tr/2005/02/01/ekoco.html. Erişim Tarihi: 18. 06. 2006
82. **Neyzi O, Ertuğrul T.** Büyüme Gelişme ve Bozuklukları. Pediatri. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, **2002**.
83. **Özkan Ö.** Dünya Bankası Türkiye’de Yoksulluğu Araştırıyor. Toplum ve Hekim, **2004**; (19): 27-33.
84. **Bilgiç H.** Bitlis İli’nde Yaşayan Sosyal Yardıma Muhtaç Ailelerin İçinde Buldukları Durum İle İlgili Bir Araştırma.Master Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü , Ankara, **2001**.
85. **Hızal Bülbül S.** Bin Yıl Hedefleri, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi, **2005**, 48(1).
Erişim: <http://www.csh.dergisi.org/text.php3?id=120> Erişim Tarihi: 06. 06. 2006
86. **Taşkın L.**, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 4. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, **2000**: 119,155.

EKLER

EK- I Anket Formu 1

1. Anne yaş:
2. Annenin eğitim durumu
 - 1- Okur-yazar değil
 - 2- Okur-yazar
 - 3- İlkokul
 - 4- Ortaokul
 - 5- Lise
 - 6- Üniversite
3. Annenin çalışma durumu
 - 1- Çalışıyor (Açıklayınız).....
 -
 - 2- Çalışmıyor
4. Baba yaş :
5. Babanın eğitim durumu
 - 1- Okur-yazar değil
 - 2- Okur-yazar
 - 3- İlkokul
 - 4- Ortaokul
 - 5- Lise
 - 6- Üniversite
6. Babanın çalışma durumu
 - 1- Çalışıyor (Açıklayınız).....
 - 2- Çalışmıyor (Açıklayınız).....
7. Ailenin sağlık/sosyal güvencesi:
 - 1- Emekli Sandığı
 - 2- SSK
 - 3- Bağ-kur
 - 4- Yeşil kart
 - 5- Yok
 - 6- Diğer (Açıklayınız)
8. Ailede yaşayan toplam birey sayısı;

8. Kaç çocuğunuz var?

<u>Çocuk Sırası</u>	<u>Cinsiyeti</u>
1-	
2-	
3-	
4-	
5-	
6-	
7-	

10. Aile tipi;

- 1- Geniş aile
- 2- Çekirdek aile
- 3- Diğer

11. Eşinizle aranızda akrabalık var mı?

- 1- Evet (Yakınlık derecesi)
- 2- Hayır

12. Yaşadığınız ev;

- 1- Apartman katı
- 2- Müstakil
- 3- Gece kondu
- 4- Diğer (Açıklar mısınız?)

13. Yaşadığınız evin mülkiyeti kime ait?

- 1- Kendimize
- 2- Kiracıyız
- 3- Diğer (Açıklar mısınız?)

14. Kendinize ait arabanız var mı?

- 1- Evet (ne tür?)
- 2- Hayır

15. Aşağıda bulunan dayanıklı tüketim mallarından sizin evinizde bulunanları söyler misiniz?

Adet

- 1- Buzdolabı
- 2- Fırın.....
- 3- Çamaşır makinesi.....
- 4- Bulaşık makinesi.....
- 5- Elektrik süpürgesi.....
- 6- Televizyon.....
- 7- VCD-DVD.....
- 8- Radyo-kaset çalar.....
- 9-Telefon.....
- 10- Bilgisayar.....
- 11- Diğer (Bunların dışında varsa açıklayınız)

16. Yaşadığınız evin yer döşemesi;

- 1- Beton
- 2- Tahta
- 3- Toprak
- 4- Parke
- 5- Halı
- 6- Diğer (Açıklar mısınız?)

17. Yaşadığınız evin oda sayısı;

18. Eviniz yaklaşık olarak kaç m²'dir?

19. Yaşadığınız ev güneş ışığı alıyor mu?

- 1- Evet 2- Hayır

20. Yaşadığınız evde rutubet var mı?

- 1- Evet 2- Hayır

21. Evinizi ne ile ısıtıyorsunuz?

- 1- Kömür ya da odun sobası
- 2- Elektrikli soba
- 3- Kalorifer
- 4- Tezek
- 5- Diğer (Açıklar mısınız?)

22. Evinizin içinde musluktan akan su var mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

23. Tuvaletiniz;

- 1- Evin içinde
- 2- Evin dışında
- 3- Diğer (Açıklar mısınız?)

24. Evinizden lağım ve pis su gibi atıklar hangi yolla uzaklaştırılıyor?

- 1- Kanalizasyona bağlı
- 2- Tuvalet çukuru, foseptik (Arada vidanjörle boşaltılıyor mu?)
- 3- Diğer (Açıklayınız?)

25. Tuvalette musluk var mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

26. Tuvaletinizin içinde el yıkanacak yer var mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

27. Banyo evinizin:

- 1- İçinde
- 2- Dışında

28. Haftada kaç kez banyo yapıyorsunuz?

- 1- 1 kere
- 2- 2 kere
- 3- 3 ve daha fazla
- 4- Diğer (Açıklar mısınız?)

29. Banyo suyunu ısıtma aracı olarak ne kullanıyorsunuz?

- 1- Güneş enerjisi
- 2- Şofben
- 3- Banyo kazanı
- 4- Diğer (Açıklar mısınız?)

30. İçme suyunuzu nereden temin ediyorsunuz?

- 1- Şebeke suyundan
- 2- Kuyudan
- 3- Pınardan
- 4- Diğer (Açıklar mısınız?)

31. Kullanma suyunu (el ve bulaşık yıkamak için) nereden sağlıyorsunuz?

- 1- Şebeke suyundan
- 2- Kuyudan
- 3- Pınardan
- 4- Diğer (Açıklar mısınız?)

32. Çöplerinizi evin içinde nasıl biriktirirsiniz?

- 1- Ağız kapalı çöp kabı
- 2- Poşet
- 3- Teneke kutu
- 4- Diğer (Açıklar mısınız?)

33. Çöplerinizi evin dışında nasıl biriktirirsiniz?

- 1- Kapaklı çöp varili
- 2- Konteynır
- 3- Diğer (Açıklar mısınız?)

34. Mutfak masrafı için ortalama olarak ayda harcadığınız miktar ne kadardır? TL (Gelirinizin ne kadarı?)

35. Günde kaç öğün yemek yersiniz?

- 1- 1 2- 2 3- 3 4- 4 ve üstü

36. Beslenmenizde ne tür gıdalara ağırlık veriyorsunuz?

Sıklık/Ayda

- 1 Et ve et ürünleri.....
- 2 Kuru baklagiller.....
- 3- Hamur işleri.....
- 4- Sebze ve meyve.....
- 5- Süt ve süt ürünleri.....
- 6- Diğer.....

37. Mutfak masrafı dışında kalan giderleriniz için ortalama olarak ayda harcadığınız miktar ne kadardır? (TL) (Gelirinizin ne kadarı?)

Miktar

- Eğitim.....
- Sağlık.....
- Sosyal-eğlence.....
- Yatırım.....
- Diğer (Açıklayınız).....

38. Ailenizde sigara kullanan var mı?

Kim

Yaş

Miktar

1- Evet.....

2- Hayır

39. Ailenizde kronik (sürekli) hastalığı olan var mı?

Yaş

Cinsiyet

Hastalık

1- Evet

2- Hayır

40. Daha önce siz ya da ailenizde bulunan bireyler herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

Kim/ler

Nedeni?

1- Evet

2- Hayır : Nedenini açıkla mısınız:

41. Siz ya da ailenizde bulunan bireyler hastalık dışında kontrol amaçlı sağlık

kuruluşlarına başvurur musunuz?

Kim

Sıklığı

1- Evet.....

2- Hayır (Neden).....

42. Evinize en yakın sağlık kuruluşu hangisi?

- 1- Hastane
- 2- Sağlık ocağı
- 3- Diğer

43. Tahmini ne kadar uzaklıkta (km/süre)?

44. Ulaşımı nasıl sağlıyorsunuz?

- 1- Otobüsle
- 2- Dolmuşla
- 3- Yürüyerek
- 4- Diğer

45. Şu anda herhangi bir Aile Planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

- 1- Evet (hangisi)
- 2- Hayır

46. Sizce şu anda sahip olduğunuz çocuk sayısı yeterlimi?

- 1- Evet (Açıklar mısınız?)
- 2- Hayır (Açıklar mısınız?)

47. Ana diliniz nedir?

- 1- Türkçe
- 2- Kürtçe (sağlık personeli ile anlaşmakta güçlükleriniz oluyor mu?)
- 3- Arapça (sağlık personeli ile anlaşmakta güçlükleriniz oluyor mu?)
- 4- Diğer

48. Ana dilinizin dışında hangi dilleri konuşabiliyorsunuz?

49. Evinize giren ortalama aylık gelir ne kadar?

50. Evde(anne/babanın dışında) gelir getirici bir işte çalışan var mı?

1- Evet

2- Hayır

51. Evet ise kimler?

Kim

Cinsiyet

Yaş

52. (Evde gelir getirici herhangi bir işte çalışan yoksa) aile geçimini nasıl sağlıyor?

1. Çocuğunuza/çocuklarınıza gebe iken doğum öncesi bakım aldı mı?

Evet

Hayır

1- 1.Çocuk.....

2- 2.Çocuk.....

3- 3.Çocuk.....

2. Doğumunuzu/doğumlarınızı nerede yaptınız?

1- 1.Çocuk.....

2- 2.Çocuk.....

3- 3.Çocuk.....

3. Çocuklarınızın doğum ağırlığı;

1- 1.Çocuk.....

2- 2.Çocuk.....

3- 3.Çocuk.....

4. Doğumunuzu/doğumlarınızı kimin yardımıyla yaptınız?

1- 1.Çocuk.....

2- 2.Çocuk.....

3- 3.Çocuk.....

5. Doğumdan/doğumlarınızdan hemen sonra çocukta herhangi bir sorun yaşandı mı?

Hayır

Evet(Ne/ler)

Ne/ler yaptınız

1- 1.Çocuk.....

2- 2.Çocuk.....

3- 3.Çocuk.....

6. Çocuğunuzun/çocuklarınızın ilk bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık sorunu oldu mu?

Hayır

Evet (Ne/ler)

Ne/ler yaptınız?

1- 1.Çocuk.....

2- 2.Çocuk.....

3- 3.Çocuk.....

7. Çocuğunuzun/çocuklarınızın ilk bir yıl içerisinde emekleme, konuşma, seslere tepki verme, anne ve babayı tanıma gibi konularda bir sorun yaşad mı?

Hayır

Evet(Ne/ler)

Ne/ler yaptınız?

1- 1.Çocuk.....

2- 2.Çocuk.....

3- 3.Çocuk.....

9. Çocuğunuzun/çocuklarınızın aşıları tam mı?

Evet(Hangileri)

Hayır

- 1- 1.Çocuk.....
2- 2.Çocuk.....
3- 3.Çocuk.....

9. Çocuğunuz/çocuklarınızın bir yaşından bu yana döküntülü bir rahatsızlığı oldu mu?

Hayır

Evet(Ne/ler)

Ne/ler yaptınız?

- 1- 1.Çocuk.....
2- 2.Çocuk.....
3- 3.Çocuk.....

10. Çocuğunuz/çocuklarınızın bir yaşından bu yana önemli bir sağlık sorunu yaşad mı?

Hayır

Evet (Ne/ler)

Ne/ler yaptınız?

- 1- 1.Çocuk.....
2- 2.Çocuk.....
3- 3.Çocuk.....

11. Çocuğunuzun/çocuklarınızın kronik bir hastalığı var mı?

Evet(Neler)

Hayır

- 1- 1.Çocuk.....
2- 2.Çocuk.....
3- 3.Çocuk.....

12. Kontrollerini yaptırıyor musunuz?

Evet(Nerede)

Hayır

- 1- 1.Çocuk.....
2- 2.Çocuk.....
3- 3.Çocuk.....

13. Çocuğunuz/çocuklarınızın bir yaşından bu yana nezle, grip, öksürük, burun akıntısı gibi rahatsızlıkları oldu mu?

Hayır

Evet(Ne kadar sıklıkla)

Ne/ler yaptınız?

- 1- 1.Çocuk.....
2- 2.Çocuk.....
3- 3.Çocuk.....

14. Çocuğunuz/çocuklarınızın bir yaşından bu yana kulak akıntısı, kulak ağrısı gibi rahatsızlıkları oldu mu?

Hayır

Evet(Ne kadar sıklıkla)

Ne/ler yaptınız?

1- 1.Çocuk.....

2- 2.Çocuk.....

3- 3.Çocuk.....

15.Çocuğunuz/çocuklarınızın bir yaşından bu yana ishal, kusma, karın ağrısı gibi rahatsızlıkları oldu mu?

Hayır

Evet(Ne kadar sıklıkla)

Ne/ler yaptınız?

1- 1.Çocuk.....

2- 2.Çocuk.....

3- 3.Çocuk.....

16. Çocuğunuz /çocuklarınızın bir yaşından bu yana ateşlenme problemi oldu mu?

Hayır

Evet(Ne kadar sıklıkla)

Ne/ler yaptınız?

1- 1.Çocuk.....

2- 2.Çocuk.....

3- 3.Çocuk.....

17. Çocuğunuz/çocuklarınızın bir yaşından bu yana barsak paraziti,kıl kurdu,solucan gibi rahatsızlığı oldu mu?

Hayır

Evet(Ne kadar sıklıkla)

Ne/ler yaptınız?

1- 1.Çocuk.....

2- 2.Çocuk.....

3- 3.Çocuk.....

18. Çocuğunuz/çocuklarınızın bir yaşından bu yana idrar yolları ile ilgili herhangi bir rahatsızlığı oldu mu?

Hayır

Evet(Ne kadar sıklıkla)

Ne/ler yaptınız?

1- 1.Çocuk.....

2- 2.Çocuk.....

3- 3.Çocuk.....

19. Çocuğunuz/çocuklarınız bir yaşından bu yana düşme, zehirlenme, yanma gibi herhangi bir kaza geçirdi mi?

Hayır Evet(Ne kadar sıklıkla) Ne/ler yaptınız?

- 1- 1.Çocuk.....
- 2- 2.Çocuk.....
- 3- 3.Çocuk.....

20.Yukarıda sayılanların dışında bir yaşından bu yana çocuğunuzun/çocuklarınızın başka bir sağlık problemi oldu mu?

Hayır Evet(Ne/ler) Ne/ler yaptınız?

- 1- 1.Çocuk.....
- 2- 2.Çocuk.....
- 3- 3.Çocuk.....

21. Çocuğunuzun/ çocuklarınızın; (Ölçülecek)

Boy Kilo

- 1- 1.Çocuk.....
- 2- 2.Çocuk.....
- 3- 3.Çocuk.....

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1981 yılında Tunceli’de doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Tunceli’de tamamladıktan sonra, 1999-2003 yılları arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Muş Sağlık Yüksekokulu’nda yüksek öğrenim görmüştür. 2003-2004 yılları arasında Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans öğrenimine başlamıştır ve aynı yıl Mersin Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Pediatri servisinde hemşire olarak çalışmıştır. Araştırmacı temel derecede Almanca, intermediyer düzeyde de İngilizce bilmektedir.