

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SOSYAL VE EKONOMİK DESTEK ALAN AİLELERDE
YOKSULLUK, SAĞLIK VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: KONYA ÖRNEĞİ**

Mehmet KIRLIOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Musa ÖZATA

KONYA-2015

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SOSYAL VE EKONOMİK DESTEK ALAN AİLELERDE
YOKSULLUK, SAĞLIK VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: KONYA ÖRNEĞİ**

Mehmet KIRLIOĞLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Musa ÖZATA

**Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Öğretim Üyesi Yetiştirme Koordinatörlüğü
tarafından ÖYP-102 proje numarası ile desteklenmiştir.**

KONYA-2015

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Mehmet KIRLIOĞLU tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Sosyal Hizmet Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Aliye MAVİLİ
Selçuk Üniversitesi

Danışman: Doç. Dr. Musa ÖZATA
Selçuk Üniversitesi

Üye: Yrd. Doç. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK
Selçuk Üniversitesi

İmza

İmza

İmza

ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulutarih ve.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

İmza

Prof. Dr. Hasan Hüseyin Dönmez
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yoksulluk, ülkemizde var olan sosyal sorunlardan biri olarak pek çok değişkenle ilişkili şekilde karşımıza çıkabilmektedir. Bu araştırmada Konya Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nden sosyal ve ekonomik destek alan ailelerde yoksulluk, sağlık ve yaşam kalitesi değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Üniversite öğrenim hayatım boyunca mesleğimin ve kişiliğimin gelişimine katkıda bulduklarına inandığım Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü'nde görev yapan başta Prof. Dr. Işıl BULUT, Doç. Dr. Ertan KAHRAMANOĞLU ve Dr. Bülent İLİK olmak üzere tüm kıymetli hocalarıma teşekkür ederim.

Mesleğe adım attığım ilk günden bu yana çalışma hayatlarındaki bilgi ve deneyimleri benimle paylaşan ve uygulamada sosyal sorunlara çok yönlü yaklaşabilmeme yardımcı olan Ankara Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü ve Uşak İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü çalışanlarına ve özellikle veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Konya Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü çalışanlarına teşekkür ederim.

Yüksek lisans öğrenimimin başından bu yana bilgisini ve emeğini benimle paylaşan, kendisiyle çalışmaktan onur duyduğum danışmanım Doç. Dr. Musa ÖZATA başta olmak üzere araştırma sürecime destek veren değerli bölüm başkanım Prof. Dr. Aliye MAVİLİ'ye, yakın dostum Arş. Gör. Doğa BAŞER'e ve tüm bölüm hocalarıma ve çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren sevgili babam İsmail KIRLIOĞLU'na ve annem Mefkür KIRLIOĞLU'na yürekten teşekkür ederim.

Rahatsızlığım sırasında çıkan ateşimi düşürebilmek için seferber olan babam Hasan Erdal KALAYCI'ya, başta su böreği olmak üzere yaptığı güzel yemeklerle beni ayağa kaldıran annem Ayfer KALAYCI'ya sevgi, saygı ve desteklerinden dolayı kendilerine teşekkür etmeyi bir borç bilirim.

Son olarak hayatımın yaklaşık son 10 yılında hep yanımda olan, mesleki bilgisini, kalbini, hayatını benimle paylaşan biricik eşim Arş. Gör. H. İrem KALAYCI KIRLIOĞLU'na çok teşekkür ederim.

Bu araştırmanın bundan sonra yapılacak yoksulluk temalı çalışmalara referans olmasını dilerim...

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Sosyal Yardımlar	2
1.1.1. Sosyal Yardımların Tanımı ve Kapsamı	2
1.1.2. Sosyal Yardımların Tarihi	3
1.1.3. Sosyal Yardım Uygulamaları	6
1.2. Yoksulluk Kavramı.....	10
1.2.1. Yoksulluğun Tanımı	11
1.2.2. Yoksulluğun Ölçümü.....	14
Mutlak yoksulluk-Görelî yoksulluk.....	16
Objektif yoksulluk-Subjektif yoksulluk.....	18
Gelir yoksulluğu-İnsani yoksulluk.....	18
Kapasite yoksulluğu.....	19
1.3. Sağlık Kavramı.....	20
1.3.1. Bir Sorun Alanı Olarak Sağlık.....	21
1.3.2. Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sistemleri	21
1.3.3. Sağlıkta Reform Politikası.....	25
1.4. Yoksulluk ve Sağlık Etkileşiminin Ölçülmesi	26
1.5. Yoksulluk ve Sağlık Etkileşimini Ortaya Koyan Çalışmalar.....	28
1.5.1. Yoksulluk ve Hastalıklar	29
1.5.2. Yoksulluk ve Ruh Sağlığı.....	30
1.5.3. Yoksulluk ve Beslenme.....	31
1.5.4. Yoksulluk ve Sağlık Hizmetinden Yararlanma	32
1.5.5. Yoksulluk ve Yaşanılan Ortam.....	33
1.6. Yoksulluk ve Sağlık Etkileşiminde Dezavantajlı Gruplar	35
1.6.1. Bebekler.....	35
1.6.2. Çocuklar	36
1.6.3. Kadınlar	39
1.7. Yoksulluk ve Sağlık Etkileşiminde Önemli Etmenler.....	40
1.7.1. Politikaların Uygulanma Biçimi	41

1.7.2. Gelir Desteği.....	41
1.7.3. İstihdam	42
1.7.4. Eğitim	43
1.7.5. Adaletli Gelir Dağılımı.....	43
1.7.6. Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi	44
1.8. Yaşam Kalitesi Kavramı	44
1. 9. Bۆlüm Değerlendirmesi.....	48
2. YÖNTEM	49
2.1. Araştırmanın Amacı	48
2.2. Araştırmanın Tipi	49
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	49
2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	50
2.5. Araştırmada Verilerin Toplanması	51
2.6. Araştırmada Verilerin Değerlendirilmesi	52
2.7. Araştırmanın Etiği	52
2.8. Araştırmada Çalışma Takvimi	52
2.9. Araştırmanın Hipotezleri	53
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	53
3. BULGULAR	54
4. TARTIşMA	100
4.1. SED Alan Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	101
4.2. SED Alan Ailelerin Yoksulluk Düzeylerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	103
4.3. SED Alan Ailelerin Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	109
4.4. SED Alan Ailelerin Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	116
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	119
5.1. Sonuçlar	119
5.2. Öneriler.....	121
6. ÖZET	123
7. SUMMARY	124
8. KAYNAKLAR	125

9. EKLER	140
EK-A. Anket Formu	140
EK-B. Etik Kurul Onay	148
EK-C. Araştırma İzni.....	149
10. ÖZGEÇMİŞ	152

SİMGELER VE KISALTMALAR

BASAGM: Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü

DDK: Devlet Denetleme Kurulu

OECD: OrganisationforEconomicCo-operationand Development

SED: Sosyal ve Ekonomik Destek

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World HealthOrganization

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne ve Warden (1998)'e göre yoksulluk bugün dünyada hastalık ve ölümlerin en büyük nedenidir. Birçok yoksulluğu azaltma stratejisi de, sağlığı yoksulluğun bir boyutu olarak görmektedir (OECD 2003). Yoksullukta meydana gelen artış ve beraberinde getirdiği durumlar hastalık ve ölüm oranları bakımından sağlığı ciddi bir biçimde tehdit etmekte ve bu durumda, kim en kötü koşullara sahipse sağlık açısından da en çok zararı o kişi görebilmektedir (Shaw ve ark 2009). Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, “*yalnızca hasta veya sakat olmamak değil beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlayarak sağlığın sosyal-bütünsel boyutuna vurgu yapmaktadır. Diğer bir ifade ile sadece hastalıklardan ve mikroplardan korunma değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olmak bu tanımın kapsamındadır. Burada bireyin beden-ruh-sosyal uyumuna vurgu yapılmakla beraber, bireyin beden-ruh-sosyal yönlerinden herhangi birine gelen zarar diğer tüm yönlerini de etkileyeceği üzerinde durulmaktadır. Bu nedenle “*tam bir iyilik hali*”ninsağlanabilmesi için bir takım insan ihtiyaçlarının karşılanması ve bireylerin “*insan haysiyeti ve şahsiyetine yaraşır bir hayatın altında*” (Arpacıoğlu ve Yıldırım 2011) yaşamaması için gereken önlemlerin alınması gerekmektedir. Çünkü sağlık, sosyal dinamiklerin bir sonucudur ve sosyo-ekonomik eşitsizliklerden doğrudan etkilenmektedir (Elbek 2009). Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada yaklaşık 1.2 milyar insan aşırı yoksulluk (günde bir dolardan az gelir) içinde yaşamaktadır. Buna bağlı olarak günde bir dolardan az gelire sahip olan yoksul bireyler; iyi barınak, temiz su veya sağlık önemleri olmaksızın kendilerini hasta yapan çevrelerde yaşamak zorunda kalmaktadır.

Yoksulluğun tarihin her döneminde var olduğu belirtilmiş olmasına rağmen Karataş (2003) yoksulluğun aslında tüm dünyada son 20-25 yıldır uygulanmakta olan liberalleşme/küreselleşme olgusu ile birlikte daha da yaygınlaştığı ve derinleştiği vurgusunu yapmaktadır. Hâlbuki küresel zenginliğin tarihin hiçbir döneminde görülmemiş büyüklüğe ulaşmasına rağmen, yoksulluk sorununun giderilemediği ve gelir dağılımındaki eşitsizliğin olağanüstü boyutlara ulaştığı belirtilmektedir (Özey 2003, Avcı 2003, Arı 2003, Yusufoglu 2013). Küreselleşme tartışmalarında refah artışı vurgulansa da yoksulluk halen küresel bir sorun olarak varlığını sürdürmekte (Shaw ve ark 2009, Arpacıoğlu ve Yıldırım 2011) ve az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde çok boyutlu ve dinamik (Türkdoğan 2003) etkiler ortaya

çıkarmaktadır. Dünya genelinde, insan olarak yaşamını sürdürebilecek gelire sahip olmayan kişilerin sayısı artış göstermektedir. Bazı ülkelerde doğuştan yaşam beklentisi düşüş göstermektedir (Mutioğlu 2003). Birleşmiş Milletler Örgütüncü yoksulluk, dünyadaki en önemli on iki temel sorundan biri olarak kabul edilmektedir (Yardımcı ve ark 2003). Yoksulluk ve sağlık arasındaki etkileşimi tanımlamaya çalışan yazarlar genellikle bu iki kavram arasında karşılıklılık ilkesini temel almaktadırlar. Bu bağlamda kimi insanlar düşük sosyo-ekonomik koşullar nedeniyle kötü sağlığa sahip olabilirken, kimi insanlar da önceki hastalıklarından dolayı düşük sosyo-ekonomik koşullara sahip olduğu savunulmaktadır (Benzeval ve Judge 1998).

Bu çalışmada sosyal yardım almanın “yoksul” olma kriterine bağlı olduğundan yola çıkılarak Sosyal ve Ekonomik Destek (SED) alan ailelerde yoksulluk, sağlık ve sağlıkla birebir ilişkili olan yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik ilk olarak sosyal yardımların tanımı, kapsamı, tarihi ve uygulamaları, ikinci olarak yoksulluğun tanımı ve ölçümü, üçüncü olarak sağlık kavramı, dördüncü olarak yoksulluk ve sağlık etkileşimi ve son olarak yaşam kalitesi kavramına odaklanılmıştır.

1.1. Sosyal Yardımlar

Bu bölümde sosyal yardımların ne olduğu, amaçları, kapsamı, nelerle ilişkili olduğu, tarihi, geçmiş uygulamalar ve şimdiki uygulamaların neler olduğu açıklanmaya çalışılacaktır. Bu amaçla literatürden derlenen bilgiler üç ayrı başlık altında sunulmuştur.

1.1.1. Sosyal Yardımların Tanımı ve Kapsamı

Sosyal yardımlar, temel gereksinimlerini karşılayabilme durumundan yoksun olan, kendisini ve ailesini geçindirme imkânından mahrum kalmış insanlara, beşeri sermayenin geliştirilmesinde ve yoksul hanelerin güçlendirilmesinde, sosyal ve ekonomik amaçlı olarak karşılık beklenmeksizin ayni ve nakdi yardımları içeren sosyal güvenlik yöntemi ve sosyal hizmet alanıdır (Dilik 1980, DDK 2009, Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü 2010, Yaşar ve Açıkgöz 2011, Zengin ve ark 2012, Günder 2013)

Sosyal yardımlar, gelirdağılımından kaynaklanan adaletsizliklerin engellenmesi, mevcut sosyal sistemlerin tamamlanması ve olgunlaştırılması, sosyal güvenlik sisteminin açıklarını kapatması, bireylerin en kısa sürede yeniden çalışması

ve gelir sağlayarak kendi kendilerine yeterli olabilmesi amacıyla yapılmaktadır (Dilik 1980, Yaşar ve Açığöz 2011, Zengin ve ark 2012).

Sosyal yardımlar, sosyal politika alanında ortaya çıkan ilk önlemlerden biridir(Buğra ve Keyder 2007). Ayrıca sosyal yardımların, sağlık, sosyal güvenlik ve sosyal hizmetler gibi sosyal koruma harcamalarını oluşturan etmenleri tamamlayıcı rolü bulunmaktadır (Dilik 1980, Zengin ve ark 2012, Yentürk 2013). Genel itibari ile sosyal yardımlar, sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan primsiz programlardır (Akyüz 2008, Kılıç ve Çetinkaya 2012).Örneğin Dilik (1980) ve Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2008) sosyal güvenlik sisteminin sosyal yardım sistemi, sosyal sigorta sistemi ve devletçe bakılma gibi sistemlerden oluştuğunu belirtmektedirler. Sonuç olarak sosyal yardımların kapsamının sosyal politika-sosyal koruma harcamaları-sosyal güvenlik sistemi içerisinde oluştuğu söylenebilir.

1.1.2. Sosyal Yardımların Tarihi

Sosyal yardımların temel çıkış noktasına bakıldığında genelde "din" özelde ise bununla bağlantılı olarak "hayırseverlik" vurgusu yapıldığı görülmektedir (Özdemir 2004, Atasü Topçuoğlu ve Akbaş 2009, DDK 2009, Alakavuklar 2009, Ünal 2012, Zengin ve ark 2012). Dinler tarih boyunca hayırseverlik ve yardım gibi hususları teşvik etmiştir. Örneğin 15. yüzyıla kadar Kilise tarafından yoksullara yardım edilmesi zorunluluk olarak yasalaştırılmış,İslamiyette desadaka ve zekât gibi karşılıksız yardımlaşmayı öngören uygulamalar her zaman ön planda olmuştur (Özdemir 2004).

Dini müesseseler (kiliseler,vakıflar, imaretler vb.), meslek örgütleri (loncalar, ahi birlikleri, yardımlaşma sandıkları vb.) ve diğer gönüllü kuruluşlar tarafından gerçekleştirilen çeşitli sosyal hizmet ve yardım faaliyetleri, yoksul ve kimsesizler ile muhtaçların korunması ve ihtiyaçlarının karşılanması konusunda önemli işlevler görmüştür (Dilik 1980, Özbek 2002, DDK 2009). Benzer bir şekilde Osmanlı Devleti'nde de yardımlaşma kültürü "aile içi yardımlaşma", "vakıflar" ve "dini kurallar"dan oluşmaktadır (Zengin ve ark 2012).Osmanlı toplumunda yoksulların korunması konusunda dini emirler çerçevesinde açılan hayır kuruluşları önemli rol oynamıştır. Süreç içerisinde sosyal refaha bağlı olarak artan vakıflar daha organize bir şekilde çalışan sosyal yardım kuruluşları olmuştur (Ünal 2012).

Sosyal yardımların sunumunda geleneksel yöntemlerden ayrılarak devletlerin sosyal yardımlara müdahil olma süreci sanayi devrimiyle başlamış, ulus devletlerin oluşması ile de sosyal yardımlara müdahil olma süreci hız kazanmıştır (Özdemir 2004, Zengin ve ark 2012). Örneğin İngiltere’de 17. yüzyıldan başlayarak bir dizi yoksulluk yasaları yapılmış ve yoksulluk mücadelesinde devlet aktif bir rol oynamaya başlamıştır (Ersöz 2003, Akyüz 2008). Osmanlı Devletinde, Tanzimat öncesi sosyal yardım çalışmaları vakıflar ve ahiler aracılığı ile yerine getirilirken, Tanzimat sonrasında bu hizmetler merkezîyetçi bir anlayış çerçevesinde devlet eliyle gerçekleştirilmiştir (Alakavuklar ve ark 2009, Ünal 2012). Sosyal yardımların dini kurumların elinden alınıp yasanın konusu haline getirilmesi yardımın “hayır” kavramından çıkıp “hak” kavramına dönüşmesini de beraberinde getirmiştir (Akyüz 2008). Modern anlamda sosyal refah uygulamalarının ülkemizde uygulanmaya başlaması ve kurumlaşmasının Cumhuriyet Dönemi’ne denk geldiği söylenebilir (Özdemir 2004). Böylece devlet gibi bir aktörün sürece dâhil olması ile seviye değişmiş ve mistik niyetten uzaklaşmaya başlanmış olmasına rağmen (Alakavuklar ve ark 2009) ülkemizin sosyal yardım anlayışının gönüllülük ve hayırseverliğin esas alındığı Osmanlı mirasının izlerini taşımaya devam ettiği belirtilmektedir (Metin 2011). Osmanlı Devleti’nde var olan vakıf sistemi anlayışı, 19. yüzyılın başlarında Avrupa’da ortaya çıkan ve genel kabul gören Bismarck¹ Modeliyle şekillenerek (Buğra 2008) 1950’li yıllardan sonra dünyadaki gelişmelere paralel (İkinci Dünya Savaşı) ve sosyal devlet olma ilkesinin de gereği olarak sosyal güvenlik sistemi Türkiye’de kurumsallaşmaya başlamıştır. Ancak, sosyal güvenlik sisteminin tüm çalışan gruplarını kapsayacak şekilde genişlemesi 1980’li yılların ortalarına kadar uzamaktadır (Karadeniz ve Öztepe 2013). Hatta buna ilişkin haklar anasayal güvence altına alınmıştır (Acar ve Kitapçı 2008). Ek olarak ülkemizde primsiz ödemeler (yaşlılık, özürllülük aylıkları) ve genel yardımlar (aynî ve nakdî) gibi sosyal yardım programlarının formel sosyal korumanın temel ayaklarını oluşturduğu söylenebilir (Yaşar ve Açıköz 2011). Yani bir anlamda “yoksul yardımları” olarak başlayan sosyal yardımlar süreç içerisinde “hak olarak sosyal yardım” ve “sosyal sigorta”ya doğru evrim sürecini tamamlamaya yaklaşmıştır (Akyüz 2008)

Ancak 1970’li yıllardan itibaren ortaya çıkan neo-liberal akımın, devleti verimsiz ve etkinsizlikle suçlayarak, diğer birçok alanla birlikte sosyal politikadan da

¹Almanya, Kanada, Fransa gibi ülkelerde uygulanan kamu sağlık sigortacılığı ve prim sistemine dayalı sağlık hizmeti modelidir.

çekilmeye zorlaması sonucunda, gönüllü kuruluşların nitelik ve nicelik olarak yeniden gelişmeye başladığı görülmüştür (Özdemir 2004). Sosyal refah alanında devletin sorumluluğunu azaltmak üzere toplumsal girişimler teşvik edilmeye çalışılmakta ve sivil toplum söylemi neo-liberal ideolojinin bir uzantısı haline dönüştürülmektedir (Özbek 2002). Kuşkusuz sosyal refah uygulamalarından olan sosyal yardım programları da bu süreçten etkilenmektedir.

Sosyal yardımların tarihi süreci içerisinde zamanla hayırseverlik faaliyetlerine devlet ve gönüllü kuruluşların desteği artmış; devletlerin merkeziyetçi yapısı ile sosyal yardımların sunumuna müdahil olması gerçekleşmiş, ancak yardımlar konusundaki gereklilik ve sorumluluk her zaman topluma ait olmaya devam etmiştir (Ersöz 2003). Bununla bağlantılı olarak Devlet Denetleme Kurulu (2009)'nun raporunda da Türkiye'de sosyal yardımların tarihten ve medeniyetimizden gelen bir anlayışla yürütüldüğü belirtilmiştir. Bu duruma 2022 sayılı kanunundan yararlanma koşulu ile Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü (SYDGM)'nin kuruluş felsefesi örnek olarak verilebilir. Şöyle ki:

"2022 sayılı yasa, muhtaç durumdaki yaşlılar ve özürülere düzenli aylık bağlanmasını öngörürken, kendilerine bakacak akrabaları olmadığı takdirde koşulunu getiriyor. Bu da muhtaç durumda olanlara yardım sorumluluğunun kamuya değil akrabalara ait olduğunu vurgulayan bir yaklaşımdır. Yinesosyal yardım alanında merkezi bir konuma sahip olan SYDGM'nin bir Fon olarak kuruluş yasasında kurumun amaçları arasında, geleneksel vakıflara gönderme yapan bir anlayışla, hayırseverlerin bağışlarını ihtiyaç sahiplerine ulaştırma hedefine değiniliyor. Bu doğrultuda, il ve ilçe vakıflarının mütevelli heyetlerinde üç tane hayırsever vatandaşın bulunması öngörülmüyor. Artık yeterli olmadığını herkesin gördüğü bireysel yardımların bir devlet kurumunun acil yardım alanına girmesiyle desteklenmesi gibi anlayışın izleri, kurumun işleyişine devlet-vatandaş ilişkisinin mantığından çok muhtaç-hayırsever ilişkisi mantığının hakim olmasında kendini gösteriyor" (Buğra ve Keyder 2007).

Bu konu ile ilgili Konya ilinde yaşayan, resmi kurumlar ve hayır derneklerinden düzenli yardım alan 1080 yoksul birey ile yapılan bir araştırmada; yoksullara ihtiyaç duyduklarında ilk nereye başvuracakları

sorulduğunda, öncelikle ailelerine sonra akrabalarına üçüncü olarak da dernek, vakıf gibi kuruluşlara başvuracaklarını belirtmişlerdir (Aksan 2012).

Sonuç olarak geçmişten günümüze doğru sosyal yardımlar değerlendirildiğinde; sanayi devrimine kadar devlet dışı organizasyonların sosyal yardımda etkili olduğu, sanayi devriminden sonra karma yapının hakim olduğu, zaman içerisinde devletin ağırlığının hissedildiği, ulus devletlerin kurulması ile birlikte devletin ağırlığının daha da hissedildiği, II. Dünya Savaşı sonrası refah devleti ve 1980 sonrası neo-liberal politika uygulamalarından önemli ölçüde etkilendiği, sosyal yardımların, geçmişindeki hayırseverlik yaklaşımı ile günümüz modern sosyal yardım anlayışını harmanlayarak sürekliliğini sağladığı söylenebilir.

1.1.3. Sosyal Yardım Uygulamaları

Sosyal yardımlar, yüzyıllar öncesinde tüm toplumlarda yaşanan anomilerin çözüme ulaşması noktasında, özellikle yoksulluk, işsizlik, engellilik ve çeşitli sebeplerden dolayı sosyal ve kültürel işlevsizliklerin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sorunun sonuçlarını en aza indirmek ya da bertaraf etmek için bir dizi önlemler almak devletlerce zorunluluk olarak değerlendirilmektedir. Örneğin ülkemizde anayasamızın ikinci maddesinde Türkiye Cumhuriyeti devletinin sosyal bir devlet olduğu belirtilmektedir. Sosyal bir devlet olma ise vatandaşları her türlü sosyal riske karşı koruyacak önlemler almak ve kurumsal bir sosyal güvenlik sistemine sahip olmak demektir (Acar ve Kitapçı 2008). Bu bahsedilen koruyucu önlemlere ve kurumsal bir sosyal güvenlik sistemine sahip olmak için bir dizi uygulamaların yapılmakta olduğu belirtilmektedir. Bunlar (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2008, Kılıç ve Çetinkaya 2012):

- Sağlık yardımları
- Gıda yardımları
- Barınma yardımları
- Yakacak yardımları
- Yaşlılara yapılan yardımlar
- Özürlülere yapılan yardımlar
- Giyim ve ev eşyası yardımları
- İşsizlere yardım olarak sıralanabilir.

Yoksullukla mücadelede yukarıda sıralanan uygulamaların gerçekleştirilmesine Sağlık Bakanlığı (sosyal güvencesi olmayan bireylere ücretsiz sağlık hizmeti), Vakıflar Genel Müdürlüğü (aşevi, muhtaç aylığı, burs ve hastalara tedavi gideri hizmetleri), Sosyal Güvelik Kurumu (2022 sayılı kanun ile yaşlı ve özörlönlere maaş ödemesi hizmeti), Kredi ve Yurtlar Kurumu Genel Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (özörlönlö evde bakım aylığı, aynı ve nakdi yardım hizmetleri meslek edindirmeye yönelik aynı ve nakdi destek hizmeti), Adalet Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Sivil Toplum Kuruluşları (dernekler ve vakıflar), kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşları, sendikalar, kurum yardımlaşma sandıkları (Oyak, İlksan, Kızılay vb.), Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Üniversiteler, Toplu Konut İdaresi, DPT Müsteşarlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, belediyeler ve özel kuruluşlarkatki vermektedir (DDK 2009, Çalcalı 2011, Arpacıoğlu ve Yıldırım 2011).

Anayasamızın ikinci maddesi ile güvence altına alınan sosyal devlet olması ilkesi gereğince Türkiye’de sosyal yardım programları ile ilgili bir çok kanun düzenlemeleri yapılmıştır. Bunlardan en önemlileri şunlardır:

- 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında 2022 Sayılı Kanun,
- 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılması Hakkında Kanun
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
- İlköğretim ve Ortaöğretimde Parasız Yatılı veya Burslu Öğrenci Okutma ve Bunlara Yapılacak Sosyal Yardımlara İlişkin 2684 Sayılı Kanun,
- Vakıflar Genel Müdürlüğünün Teşkilat Görevleri Hakkında 227 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname,
- 3294 Sosyal Yardımlaşmayı ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu Sayılı Sosyal Yardımlaşma Ve Dayanışma Genel Müdürlüğü Kanunu,
- Yüksek Öğrenim Öğrencilerine Burs, Kredi Verilmesine İlişkin 5102 Sayılı Kanun,
- 5393 Sayılı Belediye Kanunu ve 5216 Sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu
- Bakıma Muhtaç Özörlönlölerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik

- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Sosyal ve Ekonomik Destek Yönetmeliği

Türkiye'deki sosyal yardım ve hizmetler alanı düzenli gelir transferi boyutunda incelendiğinde dört uygulama bulunduğu görülmektedir. Bunlar (Yentürk 2013):

1. 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkındaki” 2022 sayılı Kanun çerçevesinde engelli ve yaşlı yurttaşlara belirli kriterleri sağlamaları koşuluyla aylık bağlamaktadır.
2. Düzenli gelir transferi sayılabilecek ikinci uygulama, 2011 yılına kadar Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) ve 2012 yılı ile birlikte Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından verilen “Evde Özürlü Bakım Aylığı”dır. 2005 yılında kabul edilen 5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun.
3. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü'nce 29.12.2011 tarih ve 2011/8 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fon Kurulu kararı ile eşi vefat etmiş kadınlara yönelik düzenli nakdî sosyal yardım programı başlatılmıştır.
4. 27.09.2008 tarih ve 27010 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Vakıflar Yönetmeliği hükümleri muhtaç aylığının bağlanışını düzenlemektedir. Bu aylık, sosyal güvencesi ve herhangi bir geliri ve mal varlığı olmayan, mahkeme kararı veya kanunla bakım altına alınmamış olan, annesi ya da babası olmayan muhtaç çocuklar ile yüzde 40 ve üzeri engelli olan muhtaçlara verilmektedir.

Türkiye'de sosyal yardım programlarına bir çok kurum etki etmesine ve bir çok kanunla bu programlar düzenlenmiş olmasına rağmen genel itibari ile sosyal yardım programları büyük ölçüde Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı altında organize edilmekte ve yürütülmektedir. Yentürk (2013) Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı dışındaki kurumların sahip olduğu sosyal yardım programlarının bakanlığın sahip olduğu sosyal programlarını yanında küçük bir oranı temsil ettiğini belirtmektedir. Nitekim yukarıda ifade edilen düzenli gelir desteği sayılabilecek uygulamaların dördünden üçünün, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı

uygulamalar olması sosyal yardım alanında söz konusu bakanlığın hakimiyetini de göstermektedir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın bir başka düzenli gelir transferi sayılabilecek sosyal yardım programı ise *"yoksulluk içinde olup da temel ihtiyaçlarını karşılayamayan ve hayatlarını en düşük seviyede dahi sürdürmekte güçlük çeken kişilere ve ailelere kaynakların yeterliliği ölçüsünde aynı ve nakdi yardım yapılmasına dair"* düzenlenmiş olan SED Programıdır. Bu program aynı ve nakdi yardımları kapsamaktadır. Söz konusu sosyal yardım programı *"Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Sosyal ve Ekonomik Destek Yönetmeliği"* ile düzenlenmiş ve halen geçerliliğini korumaktadır. SED programından yararlanacak yedi farklı grupta tanımlanmış olmasına rağmen ilgili yönetmelikte yararlanacak gruplardan ikisine öncelik verilmiştir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı sosyal yardım hizmetlerinde korunmaya muhtaç çocukların ailelerinin yanında yaşamlarını sürdürmelerini temel hedefi olarak belirtmiştir (SHÇEK SED Yönetmeliği 2011). İlgili yönetmelikte bakanlığın SED programında öncelik verdiği iki grup (29.09.1986 Tarih ve 19235 Sayılı Resmi Gazete) ise;

- a) *Ekonomik yoksunluk nedeniyle haklarında korunma/tehdit kararı aldırılarak, sosyal hizmet kuruluşlarının himayesine bırakılan, desteklendikleri takdirde ailesi veya yakınları tarafından yanlarına alınabilecek özellikleri taşıyan çocuklar,*
- b) *Ekonomik yoksunluk nedeniyle haklarında korunma/tehdit kararı alınarak Kuruma ait bir sosyal hizmet kuruluşuna yerleştirilmesi talep edilen ve kendilerine sosyal ve ekonomik destek sağlanamaması durumunda Kuruma ait sosyal hizmet kuruluşuna yerleştirilmesi zorunlu görülen, ancak korunma/tehdit kararı alınmaksızın sosyal ve ekonomik destekle ailesi veya yakınları tarafından bakılabilecek çocuklar,*
- c) *Koruma/tehdit kararlı iken yaş sınırlarını tamamlamaları nedeniyle yetiştirme yurtlarından ayrılan, bir iş ve meslek sahibi olamayan gençler,*
- d) *Sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup; korunmaya, bakıma ve yardıma ihtiyacı olan, sosyal çevrelerinden uzaklaşmadan evlerinde yaşamlarını sürdürmek isteyen ve*

1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanundan yararlanamayan 60 yaşını doldurmuş ve 65 yaşını doldurmamış yaşlılar,

- e) Korunma kararı olmamakla birlikte maddi sorunlarla karşılaşarak eğitimini devam ettiremeyecek duruma düşen ilköğretim ve orta öğretimdeki öğrenciler,*
- f) Tabii afetler nedeniyle muhtaç duruma düşen aileler veya yakınlarını kaybederek kimsesiz ve korunmasız kalmış kişiler,*
- g) Olağanüstü bir felaket, hastalık veya kaza geçirerek belirli bir süre kendisinin ve geçindirmekle yükümlü bulunduğu aile fertlerinin temel ihtiyaçlarını karşılayamayacak durumda olanlar, hayati tehlike arz eden ve ameliyat gerektiren durumlarla karşılaşan kişiler, şeklinde tanımlanmıştır.*

Başbakanlık Teftiş Kurulunca SHÇEK Genel Müdürlüğü hizmetlerinin denetlenmesi sonucu düzenlenen 26.06.2008 tarihli raporda “*eve dönüş uygulamasında*” önemli sayısal artışlar sağlandığı, özellikle korunma kararı alınmadan aile yanında desteklemede başarılı uygulamalar yapıldığı belirtilmektedir (DDK 2009). Buna göre SED Yönetmeliği çerçevesinde Aralık 2013'e kadar korunma kararı devam eden ancak aileye döndürülen çocuk sayısının 9937, korunma altına alınmadan aile yanında desteklenen çocuk sayısının da 42970 olduğu belirtilmiştir (Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2013). Bir diğer ifade ile söz konusu yönetmelik uyarınca sosyal yardım programından yararlanan çocuk sayısının 52970 olduğu hesaplanabilir. Konya'da bu rakamın aynı tarih itibari ile toplamda 701 olduğu bilgisi Meram Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü'nden öğrenilmiştir.

1.2. Yoksulluk Kavramı

Bu bölüm özelde yoksulluğu tanımlamanın ve yoksulluğun ölçülmesinin zorluğuna ilişkin tartışmalara odaklanmaktadır. Ancak bölümün genel amacı yoksulluk ile ilgili özet bir bilgi kümesi sunabilmesidir. Bu amaçla literatürden derlenen bilgiler sistemli bir şekilde verilmeye çalışılmıştır.

1.2.1. Yoksulluğun Tanımı

Literatür incelendiğinde yoksulluğun tanımı ile ilgili ortak (Avcı 2003), genel kabul görmüş (Bağdadioğlu ve Çakmak 2003, Topgül 2013) veya üzerinde uzlaşmış (Cömertler 2003, Yılmaz 2003, İçağasioğlu-Çoban 2006, Ünlütürk-Ulutaş 2009, Aksan 2012, Karadeniz ve Öztepe 2013, Günder 2013) bir tanımdan bahsetmek mümkün görünmemektedir. Literatürde genel olarak yoksulluk kavramı ile ilgili “çok yaygın”, “geniş”, “büyük”, “karmaşık”, “zor”, “güç” gibi nitelermeler yapılmaktadır (Calman 1997, Uryanoğlu 2003, Onat 2003, Buz 2003, Uzun 2003, Türkdoğan 2003, Avcı 2003, Gündoğan 2003, Kayaoğlu 2003, Cömertler 2003, Bağdadioğlu ve Çakmak 2003, Yılmaz 2003, Açıkalın 2003, Bilgili ve Altan 2003b, Önder ve Şenses 2005, Buğra 2005, İçağasioğlu-Çoban 2006, Tezcan 2006, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2008, Sam 2008, Şener 2009, Ünlütürk-Ulutaş 2009, DDK 2009, Koray 2010, Çamur-Duyan 2010, Yaşar ve Açıkgöz 2011, Güzel 2011, Şener 2012, Taş ve Özcan 2012, Aksan 2012, Karadeniz ve Öztepe 2013, Topgül 2013). Hatta daha az kısıtlanan bir yoksulluk tanımının yapılmasının altı çizilmektedir (Dashiff 2009).

Yoksulluk, Birleşmiş Milletler örgütüne dünyadaki en önemli 12 sorundan birisi olarak kabul edilmektedir (Yardımcı ve ark 2003). Birleşmiş Milletler dışında Dünya Bankası (WB), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi ekonomi odaklı uluslararası kuruluşların programlarına dâhil edilen konulardan birisidir (Koray 2010). Yoksulluk, küresel bir sorun olarak nitelenmekte (Uzun 2003, Özey 2003, Bilgili ve Altan 2003b, User 2006, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2008, Güzel 2011) ve gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerin üstesinden gelmesi gereken ortak sorunlarından birisi olarak kabul edilmektedir (Türkdoğan 2003, Gürdoğan 2003, Yüksek 2003, Cömertler 2003, Bağdadioğlu ve Çakmak 2003, Öztürk 2003, Bağdadioğlu 2006, User 2006, Kaya ve ark 2006, Taş ve Özcan 2012, Günder 2013). Yoksulluğun toplumsal sorunların başında geldiği (Koşar 2000, Karahan Uslu 2003, Boynukara 2003, Erbay 2006, Şen 2006, Buğra ve Keyder 2007) ve tarihin her döneminde var olduğu belirtilmektedir (Buğra 2005, Sam 2008). Bu nedenle yoksulluk üzerinde anlaşılmış, genel kabul görmüş, ortak bir tanımın neden yapılamadığı sorusu değerlendirmeye değer bir soru olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin Cömertler (2003), yoksulluk tanımının zamana ve mekana göre değiştiğini belirtmektedir. Aynı şekilde Ünlütürk-

Ulutaş (2009) da sanayi devriminden günümüze kadar farklı dönemlerde egemen olan ideolojilerin etkisiyle yoksulluk kavramının temel vurgusunun değiştiğini; “*çalışma, gelişme ve büyüme, tüketim*” gibi kavramların ön plana çıkarılarak onlarca farklı yoksulluk tanımının yapıldığını vurgulamaktadır. Mekan ve zaman farklılığı nedenine ek olarak insanların, toplumların, kültürlerin, dünya görüşü farklılığını da yoksulluğun tanımının farklılaşmasına neden olarak öne sürenler bulunmaktadır (Şener 2012, Taş ve Özcan 2012, Topgül 2013). Yaşanan yoksulluk süreçlerinin bireyden bireye değişmesi, yoksulluğun ekonomik, sosyal ve kültürel birçok etmeni içermesi, toplumların gelişme seviyeleri ve tüketim ölçeklerinin birbirinden farklı olması (Gündoğan 2003, Avcı 2003, Önder ve Şenses 2005, DDK 2009, Karadeniz ve Öztepe 2013) ve neye göre veya hangi ölçüte yoksulluk tanımının yapılacağına bilinmemesi (Şener 2009, Güzel 2011) yoksulluk tanımını güçleştiren etmenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yoksulluğu tanımlamanın zorluğuna ilişkin tartışmalar varlığını devam ettirirken literatürde yapılmış çeşitli yoksulluk tanımları bulunmaktadır. Örneğin Friedman (1996) yoksulluğun tanımlanmasında temel alınan ölçütlere göre yoksulluk tanımı tiplerinden bahsetmektedir (Öztürk 2008). Bunlar; (1) *Bürokratik* (Nesnel ölçülere göre tanımlanması ve sınıflandırılması-Milli Gelir ve yüzdesi), (2) *Moralistik* (Ahlaki değerlere göre tanımlanması-yoksulluğun yoksulların kendi suçları olması açıklamaları), (3) *Akademik* (Sosyo-ekonomik sistemin yoksulluğa neden olduğu düşünce-yapısal sorun; işsizlik, özelleştirme, sosyal yardımların azalması, toprak reformu vb) ve (4) *Yetkisizleştirme* (Politik, sosyal, psikolojik boyutları-karar alma mekanizmalarından uzaklaştırma) olarak sıralanmaktadır. Yoksullukla ilgili yapılabilecek tanımların yukarıda sayılan ölçütleri içerebileceği ifade edilebilir.

Yoksulluk tanımlarında temel vurgunun “ortalama yaşam standardının altında yaşamaya” (Hatun 2002, Özey 2003, Gürdoğan 2003, Seyyar 2003, Bocutoğlu 2003, Tatar 2006, İçli 2006, Öztürk 2008, Ünlütürk-Ulutaş 2009, Taş ve Özcan 2012, Özbaş ve Avcı 2013) ve “insan haysiyet ve şahsiyetine yaraşır bir hayata” (Cömertler 2003, Seyyar 2003, Arpacıoğlu ve Yıldırım 2011) yönelik olduğu belirtilmektedir. Atalay (2003) insanca yaşayabilmek için sağlıklı gıda ve yeterli beslenme, altyapı ve modern donanıma sahip yerleşim ortamlarında barınma, eğitim ve sağlık imkânlarından gerektiği oranda yararlanma, gelecek kaygısını giderecek

güvencelere sahip olma, kendisi ve ailesini geliştirmeye yönelik bilimsel, kültürel ve sanatsal imkânlardan yararlanabilmenin şart olduğunu belirtmektedir.

Diğer bir taraftan tanımların bir kısmı nesnelliği yakalamaya ilişkin vurgu yaparken bir kısmı da öznenliği yakalamaya ilişkin vurgu yapmaktadır. Örneğin nesnelliği yakalamaya ilişkin vurgu yapanlardan Şen (2006) ve Phipps (2003), en temel ihtiyaçlarını, yaşadığı coğrafyaya, günün şartlarına ve ait olduğu sosyal çevrenin standartlarına göre kendi imkanlarıyla yeteri kadar temin edemeyen insanın yoksul olarak tanımlanabileceğini belirtmektedir. Yine Hatun (2002) yoksulluğu *açlık* ile ilişkilendirmiş, aç olmayı yoksul olmaya denk tutmuştur. Bağdadioğlu (2003) ise yoksulluğu dar ve geniş anlamda tanımlamıştır. Dar anlamda yoksulluk, açlıktan ölme ve barınacak yeri olmama durumu iken; geniş anlamda yoksulluk, gıda, giyim ve barınma gibi olanakları yaşamlarını devam ettirmeye yettiği halde toplumun genel düzeyinin gerisinde kalmayı ifade etmektedir. Kulaksızoğlu (2003) da kötü ev ortamında ve sağlıksız çevre koşullarında yaşamının, üst başın kirli ve elbiselerin eski olmasının ve en önemlisi yetersiz ve kötü beslenmenin yoksulluk olduğunu vurgulamaktadır. Atalay (2003), Bilgili ve Altan (2003a) ve Arpacıoğlu ve Yıldırım (2011) ise kesin bir dille insanların elde etmiş oldukları gelirle yaşam için gerekli ihtiyaçlarını karşılayamamaları halinin yoksulluk olduğunu belirtmektedir. Öznenliği yakalamaya ilişkin vurgu yapan kimi yazarlar da yoksulluğubireylerin yeterli beslenme, barınma, öğrenim-eğitim, sağlık olanaklarından ve toplum içinde kendi kaderlerini belirleyen tercih ve kararlarda söz sahibi olma özgürlüğünden yoksunluğu olarak tanımlamaktadır (Özşahin 2003, Çabuk 2003, Erdoğan 2003, Bal ve Öter 2006). Arslan (2006) öznenlik konusunda daha da ileri giderek bireyin kendisinin ait olduğu sınıf içerisindeki yerine bakarak yoksulluğun anlaşılabilirliğini ifade etmektedir. Bağdadioğlu ve Çakmak (2003) da yoksulluğu tanımlamaktan ziyade, yoksul hayatın nasıl olduğunu tarif etmeye çalışmışlardır. Buna göre yoksulluk;“hayatta kalmanın neredeyse başlıca amaç haline geldiği, yaşam çevresinin insanın hususi bir hayatı olmasına elvermeyecek derecede kalabalık olduğu ve nihayet mevcut imkanların ferdin gelecek beklentisini karartacak derecede kısıtlı olduğu bir hayat şeklidir.”

Sosyolojik bir bakış açısı ile konu değerlendirildiğinde yoksulluğun toplumsal normlar ve algılamalarla ilişkisi ön plana çıkmaktadır. Nitekim modern çağın tiplerinin ressamı olan Simmel yoksul kişiyi tanımlarken; yoksulun düşük

sosyo-ekonomik düzey nedeniyle yoksul olmadığını, yoksul kişinin düşük sosyo-ekonomik düzey nedeniyle yardım alan kişi olduğunu ve toplumsal normların bu yardım ilişkisinde etkili olduğu vurgusu yapmaktadır. Ayrıca Simmel “*elindeki araçlar amaçlarına ulaşmaya yetmeyen kişi*”yi de yoksul olarak adlandırmaktadır (Simmel 2009). “*Muhtaç olma*” durumu ve bunun toplumsal ilanı, yoksulluğun anlamlandırılmasına önemli bir faktördür. Anlaşılacağı üzere Simmel yardım almayı yoksulluk-sosyo ekonomik düzey ilişkisinde bir ara değişken olarak görmektedir.

Literatürde yoksulluğun beş çekirdek boyutundan bahsedilmektedir. Bunlar: “ekonomik (gelir, geçim, insana yakışır iş), insani (sağlık, eğitim), siyasal (güçlenme, haklar, düşünce), sosyo-kültürel (statü, haysiyet) ve korumadır (güvensizlik, risk, savunmasızlık)” (OECD ve WHO 2003). Anlaşılacağı üzere yoksulluk en temel insan ihtiyacı olan beslenmeden demokrasi, eşitlik, özgürlük gibi siyasi ihtiyaçlara kadar etki etmektedir. Bu beş çekirdek boyutlar ile birlikte yoksulluğun başlı başına bir insan hakları sorunu olduğu söylenebilir.

Görüldüğü üzere literatürde yoksulluk kavramına çok boyutlu yaklaşılmakta ve farklı bağlamlara vurgu yapılmaktadır. Ancak genel olarak yoksulluk denildiğinde akla gelebilecek en yalın tanım yoksulluğun gıda, barınma, giyim vb gibi çok temel insani ihtiyaçları karşılayamama ya da karşılamakta büyük güçlükler yaşama durumu olduğudur.

1.2.2.Yoksulluğun Ölçümü

Genel olarak yoksulluğa odaklanan çalışmalarda temel sorunlardan biri yoksulluğun ölçülüp ölçülememesi, ölçülecekse nelerin birim olarak kabul edilip edilmeyeceği sorunudur. Bu sorun yoksulluğun çok boyutluluğu ve net sınırlarının belirlenememesi ile daha da çatallaşmaktadır (Avcı 2003, Bilgili ve Altan 2003b, Bağdadioğlu ve Çakmak 2003, Yılmaz 2003, Calman 1997). Yoksulluk sosyal bilimler ve sağlık bilimleri literatüründe önemli bir değişken olmasına rağmen kendi başına tanımlanması konusunda bir takım sıkıntılar yaşanmaktadır. Örneğin;Aber ve ark (1997), çocuk yoksulluğunun çocuk sağlığı ve gelişimi üzerindeki etkileri ile ilgili çalışmalarda hızlı bir artış olmasına rağmen yoksulluğun hangi değişkenlere göre ele alınacağı hususunda ortak bir görüş bulunmadığını ifade etmektedir.

Yoksulluk tanımlarında ölçüt düzeyleri yoksulluğu anlamlandırmada önemli bir yere sahiptir. Nitekim ölçütlerin herkesçe kabul edilebilirliği ve istatistiksel

savunabilirliği (Aber ve ark 1997) karşılaması gerektiği vurgulanmaktadır. Yani yoksulluğun ölçülmesinde yoksulluk sınırının ortak bir standarda göre belirlenmesinin altı çizilmektedir (Seyyar 2003). Bu perspektiften “açlık sınırı, dört kişilik bir ailenin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenebilmesi için yapması gereken aylık zorunlu gıda harcaması tutarı” olarak daha sınırları net bir tanımlı verirken, yoksulluk sınırında devreye giren eğitim ve kültür harcamaları (Danış ve ark 2003) ölçüm durumunu karmaşıklaştırmaktadır.

Literatür incelendiğinde yoksulların genel bir kategori altında birleştirilemeyecek kadar farklı özellikler gösterdiği görülmektedir (Yaşar ve Açıkgöz 2011). Buna bağlı olarak da mutlak yoksulluk, görelı yoksulluk, objektif yoksulluk, subjektif yoksulluk, gelir yoksulluğu, insani yoksulluk ve kapasite yoksulluğu gibi farklı farklı ölçütler kullanılmaktadır (Hablemitoğlu 2006, Yaşar ve Açıkgöz 2011, Aksan 2012). Ancak yoksulluğun tanımlanmasında *gelir, kaynaklar ve yapabilirlik* olmak üzere üç farklı ölçütün kullanıldığı belirtilmektedir (Koray 2010). Ölçüm sorunları ön planda olsa da genel olarak yoksulluğun geleneksel ve en yaygın ölçümü; gelir, tüketim ve harcamalar, günde bir dolar ya da günde iki dolar gibi parasal seviyelerin raporlarına dayanmaktadır (Greene 2008, Koray 2010, Topgöl 2013). Önder ve şenses (2005)’e göre de yoksulluk çizgisinin her alanda kullanılabilen kesin bir değer olarak belirlenmesinde üç temel yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Bunlar:

- *Aşarî gıda harcaması yaklaşımı*; mutlak yoksulluk sınırı bireyin günlük kalori gereksinimini karşılayan bir besin sepetinin maliyeti esasına göre belirlenmekte ve yaşa, cinsiyete ve yaşanılan yere bağlı olarak farklı biçimlerde hesaplanabilmektedir.
- *Temel gereksinimler yaklaşımı*; aşarî gıda harcamasına ek olarak gıda dışı harcamaları da hesaba katması bu yaklaşımı bir önceki yaklaşımdan ayırmaktadır.
- *Gıda oranı yaklaşımı*; gelirin belirli bir oranından fazlasını (genellikle % 40) gıda harcamalarına ayıran hane halklarını yoksul olarak tanımlayan gıda oranı yaklaşımı mutlak yoksulluk çizgisinin saptanmasındaki üçüncü yaklaşımı oluşturmaktadır.

Literatürde yoksulluğun ölçümünün zorluğuna ilişkin tartışmalara rağmen bir takım yoksulluk ölçütleri, yoksulluğun boyutunu belirlemek üzere özet istatistikler

sunmaktadır. Yoksulluk literatüründe yaygın olarak kullanılan endeksler; kafa sayısı yoksulluk endeksi, yoksulluk açığı endeksi, Sen endeksi ve Foster, Greer ve Thorbecke (FGT) yoksulluk endeksidir. Kafa sayısı yoksulluk endeksi, yoksulluk çizgisi altında kalan kişilerin toplam nüfusa oranlanmasıyla bulunmaktadır. Yoksulluk açığı endeksi ise kişinin geliri ile yoksulluk sınırı arasındaki gelir açığıdır. Sen endeksi, yoksulların sayısını, yoksulluğun boyutunu ve yoksullar arasındaki gelir dağılımı farklılıklarını dikkate alan bir ölçüttür. Bir diğer endeks ise yoksulluğu değişik alt gruplara ayırabilen ve bunlara ilişkin yoksulluk oranlarını ayrı ayrı hesaplayabilen FGT endeksidir. (Aktan ve Vural 2002, Cafrı 2009, Bildiri 2011, Doğan 2014).

Yoksulluğun ölçümünün zorluklarını veya ölçüm zorluklarına rağmen geliştirilen ölçütleri bir kenara bırakarak yoksulluk kavramına niceliksel ve niteliksel olmak üzere iki açıdan yaklaşmak mümkündür. Bu bağlamda, mutlak yoksulluk-göreceli yoksulluk, objektif yoksulluk-subjektif yoksulluk, gelir yoksulluğu- insani yoksulluk, kapasite yoksunluğu kavramları karşımıza çıkmaktadır (Taş ve Özcan 2012, Topgül 2013)

Mutlak yoksulluk-Görelî Yoksulluk

Günümüz itibariyle yoksulluk çalışmalarında, politika geliştirme süreçlerinde iki tanımlama biçimi karşımıza çıkmaktadır. Bunlar, sınırlı bir dönem için geliri veya harcamaları önceden saptanmış belirli bir miktarın altında olanların yoksul sayıldığı mutlak yoksulluk çizgisi yaklaşımı ve yoksul olanlarla olmayanları ayıran sınır değerini ifade eden yoksulluk çizgisinin, gelir dağılımının belirli bir oranı olarak saptanması gerektiğini öne süren görelî yoksulluk yaklaşımıdır (Önder ve Şenses 2005, Şener 2009, Şener 2012).

Literatürde mutlak yoksulluk, insanın biyolojik olarak kendini yenileyebilmesi (Taş ve Özcan 2012, Sunar 2013, Karatay ve ark 2013), hayatta fizyolojik olarak kalabilmesi (Gül ve Ergun 2003, Danış ve ark 2003, Erken 2003, Seyyar 2003, Şener 2009, Şener 2012), insanın yaşamını minimum düzeyde sürdürebilmesi (Koşar 2000, Kuyurtar 2003, Bağdadioğlu 2006) için gereken asgari kalori düzeyindeki beslenmeyi sağlayacak gelire sahip olamama olarak tanımlanmaktadır. Belirtilen asgari kalori düzeyinin ve asgari gelirin ne kadar olacağı ile ilgili Dünya Bankası'nın metodolojisi kullanılmaktadır. Dünya Bankası, günlük

geliri asgari 2400 kalori değerindeki besini almaya yetmeyen kişileri *mutlak yoksul* olarak tanımlamaktadır (Sam 2008, Taş ve Özcan 2012) Ortalama bir hesaplama yöntemi ile *mutlak yoksulluk* sınırı, yoksulluğun evrenselliği ve satın alma paritelerinin farklılıkları da düşünülerek, az gelişmiş ülkeler için kişi başına günde 1\$ kabul edilirken, Latin Amerika ve Karayipler için bu sınır 2\$, Türkiye'nin de dâhil edildiği Doğu Avrupa ülkelerinin de içinde bulunduğu grup için 4\$, gelişmiş sanayi ülkeleri için 14,40\$ olarak belirlenmiştir (Uzun 2003, Aksan 2012).

Görelî yoksulluk, doğrudan doğruya bir toplumdaki gelir ve refahın dağılımına ve yaşam standardına odaklanmaktadır (Koşar 2000, Bağdadioğlu 2006, Sam 2008, Koray 2010). Bu nedenle de bir anlamda sosyal psikolojik bir kavramdır (User 2006). Bunun nedeni ise görelî yoksulluğun, kişinin bir toplumsal varlık olmasından hareketle, toplumsal olarak kendisini üretebilmesi için gerekli tüketim ve yaşam biçimi düzeyinin saptanmasını önermesindedir (Erken 2003, Sunar 2013). Görelî yoksullar, birinci dereceden yoksul olmaktan ziyade daha çok ikinci derecede dar gelire sahip, asgari yaşam seviyesini yakalamış olsalar da ortalama refah seviyesinin altında olan temel ihtiyaçlarını kısmen karşılamakla beraber, eğitim, sağlık ve sosyal katılım yönünden yetersiz insanlardır (Danış ve ark 2003, Karatay ve ark 2003, şener 2009, Taş ve Özcan 2012, şener 2012). Dolayısı ile görelî yoksulluk sınırı toplumdaki genel yaşam düzeyini yansıtmayı ve içerisindeki eşişsizliği göstermesi açısından önemlidir (Taş ve Özcan 2012).

Görelî yoksulluk yaklaşımı, eşişsizliğin objektif ve subjektif sonuçlarını içermekte olduğu için mutlak yoksulluk yaklaşımına alternatif olarak daha çok tercih edilen bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır (Aksan 2012). Mutlak yoksulluğun hesaplanmasında kullanılan yöntemin aksine görelî yoksulluk bir ülkenin ortanca gelirinin % 40, 50 ya da 60 oranına göre hesaplanmaktadır. Örneğin, AB düzeyinde yoksulluk riski altındakiler, her üye ülkede, ülkenin ortanca gelirinin yüzde 60'ının altında bir gelire sahip bireylerden oluşacak şekilde tanımlanmaktadır (Buğra ve Keyder 2007).

Sonuç olarak literatürde yoksulluğun ölçümünde genellikle asgari beslenme standardına göre "*mutlak yoksulluk*" ve gelire göre belirlenen "*görelî yoksulluk*" kavramları kullanılmaktadır (Dansuk 1997). "*Mutlak yoksulluk*" bireyin en temel ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmaması (Arpacioğlu ve Yıldırım 2011) ile ilgiliyken, "*görelî yoksulluk*" geçinmek için yeterli gelire sahip olmadıklarını hisseden ve

ortalama yaşam düzeyinin altında yer alan bireylerle ilgilidir (Phipps 2003, Durgun 2011). Bu nedenle görelî yoksulluk "*öznel*" bir durumu nitelerken, mutlak yoksulluk "*nesnel*" bir durumu nitelemektedir.

Objektif yoksulluk-Subjektif yoksulluk

Objektif yoksulluk önceden uzmanlarca belirlenen kalori miktarı, gelir ve tüketim harcamaları gibi somut ölçütlere dayanarak ölçülmektedir. Tercih edilen somut ölçütlerle belirlenen yoksulluk çizgisinin altında kalanlar objektif olarak yoksulluk olarak değerlendirilmektedir. Diğer bir ifade ile objektif yaklaşım (refah yaklaşımı) yoksulluğu neyin meydana getirdiği ve kişileri yoksulluktan kurtarmak için nelerin gerektiği konusunda önceden belirlenen (normatif) değerlendirmeleri içerir. Objektif yaklaşımda yoksulluk sınırı çeşitli değer yargılarını içerse de, subjektif yoksulluktaki gibi, bireylerin kendi değerlendirmeleri sonucunda değil, uzmanlar tarafından varsayılan ihtiyaçlara göre belirlenmektedir. Bu yaklaşıma göre yoksulluğun ölçümünde mutlak ve görelî yoksulluk kriterleri dikkate alınmaktadır (Aktan ve Vural 2002, İbrişim 2008, Başaran ve Çetinkaya 2013, İncedal 2013).

Subjektif yaklaşımda ise objektif yaklaşımın aksine önceden belirlenen herhangi bir ölçüt veya kriter yoktur. Bu yaklaşım tamamen bireylerin değerlendirmelerine önem vermektedir. Subjektif yaklaşımda tüm ihtiyaçların karşılanacağı minimum gelir seviyesinin ne olduğu bireylere sorularak öğrenilir (Aktan ve Vural 2002, İbrişim 2008, Başaran ve Çetinkaya 2013, İncedal 2013).

Gelir yoksulluğu-İnsani yoksulluk

Gelir yoksulluğu ölçümleri mutlak gelir üzerinde odaklanırken, insani yoksulluğun ölçülmesi eğitim düzeyi, sağlık ve temiz su kaynaklarına erişebilme gibi konularda yoğunlaşmaktadır (Gündoğan 2008). Literatürde de mutlak ve görelî yoksulluk gibi sadece gelire odaklanan yoksulluk türlerinin yoksulluğu açıklamada yeterli olmadığı; yoksulluğun, gelirin de içinde olduğu toplumsal cinsiyet, üretim araçları, mülkiyetinin dağılımı ve bireysel dezavantajlar gibi çok sayıda sosyal ihtiyaçları da içermesi gerektiği belirtilmektedir (Önder ve Şenses 2005, Kılıç ve Çetinkaya 2012, Topgül 2013). İnsani yoksulluk olarak adlandırılan bu yoksulluk türünde gelir yoksulluğundan farklı olarak okur-yazarlık, yetersiz beslenme, kısa yaşam süresi, ana-çocuk sağlığının yetersizliği, önlenemez hastalıklara yakalanmak

gibi temel insanî yeteneklerden veya kapasiteden yoksun olmak ele alınmaktadır (Taş ve Özcan 2012).

Ülkelerin sahip oldukları gelir düzeyine göre gelişmişlik düzeyinin hesaplanmasının yerine daha çok Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından geliştirilen İnsani Kalkınma Endeksi (İKE) kullanılmaktadır UNDP, gelişmekte olan ülkelerde insani yoksulluğu üç kriterden yola çıkarak hesaplamaktadır: (1)*Beklenen Yaşam Süresi* (doğumda beklenen yaşam süresi), (2)*Eğitim* (yetişkin okuma-yazma oranı ve okullaşma oranı), (3)*Ekonomik ve Sosyal İmkanlar* (sağlıklı içme suyuna sahip olmayan nüfus yüzdesi, temel sağlık imkânlarından yoksun olan nüfus yüzdesi, beş yaşın altında olan ve yeterli beslenemeyen nüfus yüzdesi) (Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2008, Tüylüoğlu ve Tekin 2009).

Kapasite yoksulluğu

Yoksulluk günümüzde sadece temel ihtiyaçları karşılayamama durumu olarak değil, yetenek ve becerileri ifade eden kapasite yoksunluğu olarak da tarif edilmektedir (Açıkgöz 2010). Kapasite yaklaşımı, sadece mal, gelir ve maddi kaynakları ölçüt alan normatif değerlendirmeleri reddeder. Maddi kaynakları temel alan teoriler, kişilerin bu kaynakları çeşitli kişisel, toplumsal ve çevresel farklılıklardan ötürü yapabilirliklere dönüştürme açısından farklılıklar göstereceklerini dikkate almamaktadırlar (Kardam ve Yüksel 2004 50). Bir diğer ifade ile önemli olanın belirli bir gelire ya da mala sahip olmak ya da olmamak değil, insani yaşam için gerekli seviyeye gelmektir (Topgül 2013 282). Kapasite yoksulluğu Amartya Sen tarafından klasik yoksulluk kavramlarından farklı ve özgürlükler temeline dayandırılan bir kavramdır (Bildiri 2011). Örneğin; güçlenme bireyin kapasitesinin farkına varmasını, hayatı üzerine düşünmesini ve müdahale etmesini beraberinde getirecektir (Şener 2012). Tersinden düşünecek olursak yoksul bireyler birçok haktan ve yapabilirlikten dışlanırken; bireylerin bu yapabilirliklerden dışlanması onlara yoksul bir yaşam sürmekten başka bir seçenek sunmamaktadır(Karadeniz ve Öztepe 2013).

Griffin (1990), Amartya Sen'in yoksulluk sorununa ilişkin geliştirdiği bakış açısında maddi gereksinmelerin yanında insanlara var olma ve kendi kapasitelerini geliştirme haklarının da tanınması gerektiğinin yer aldığını belirtmektedir. Buna

göre, bir insanın yaşam standardı parayla satın alamayacağı bileşenlerden oluşmaktadır (Yurdakul 2010). Sen (2004) geliştirdiği kapasite yoksulluğu yaklaşımında bireylerin gelirlerindeki artışın onların gelişim açısından önemli bir unsur olduğunu; ancak gerçek refah ölçümü için tek başına gelir düzeyindeki artışın yetersiz kaldığını ve sağlık hizmetleri, eğitim ve toplumsal güvenlik gibi alanlarda görülen gelişimin de yaşam kalitesine ve bu kalitenin artmasına etki ettiğini belirtmektedir (Sam 2008).

Amartya Sen'in kapasite yoksulluğu yaklaşımı, özellikle 1990'lı yıllardan bu yana kalkınma politikalarının gündemini etkilemekte ve uluslar arası kalkınmada yoksulluğa yalnızca gelir temelinde bakmanın yanı sıra temel insani kapasitelerden yoksun olmak gibi daha geniş bir bakış açısıyla tartışılmasına etki etmektedir (Metin 2014). Bu yaklaşımın yoksulluğun analizine önemli katkılar sağladığı ve yoksulluğu insanların yaşadıkları hayatlar ve kullandıkları özgürlükler açısından tutarlı bir şekilde tanımlamada etkili olduğu söylenebilmektedir. Kısacası bu yaklaşım ile yoksulluğun nedenleri ve politikaları salt parasal yaklaşımlarla değil; çok daha kapsamlı şekilde ele alınabilmektedir (Kabaş 2009).

1.3. Sağlık Kavramı

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "*sadece hastalıklardan ve mikroplardan korunma değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma hali*" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım sağlığın sosyal yönünü de vurgulamakta, sosyo-ekonomik özelliklerin, değerlerin-tercihlerin-alışkanlıkların ve demografik özelliklerin sağlıkla ilişkisine dikkat çekmektedir. Nitekim eğitim durumu, yoksulluk, cinsiyet, din, sınıf, meslek vb.. faktörlerin sağlık üzerindeki etkisi bilinmektedir.

Sağlık sosyal faktörlerin yanında politika alanını da ilgilendiren bir meseledir. T.C Anayasası'nın 56. Maddesi uyarınca "*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler*" demektir. Nitekim ülke çapında sağlık politikalarını geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetlerini sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığı'nın görevidir. Sağlık Bakanlığının yanı sıra diğer kamu kuruluşları ve hükümet dışı kuruluşlar da bazı sağlı hizmetlerinin yürütülmesine katkıda

bulunmaktadırlar (Sargutan2006). Burada devletin vatandaşlarına yönelik en temel sorumluluğu vurgulanmakta ve “*yaşam hakkının*” devlet garantisinde olduğunun altı çizilmektedir. Bununla birlikte söz konusu vurgular “*sosyal güvenlik*” kavramını ön plana çıkarmakta, devleti, toplumsal eşitsizliklerin giderilmesi ve kamu yararının sağlanması açısından temel bir fail olarak görmektedir.

1.3.1. Bir Sorun Alanı Olarak Sağlık

Sağlık alanı refahın önemli bir belirleyicisi ve bir sorun alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Demirbilek (2005)’in de ifade ettiği üzere “sağlığa sosyal sorun niteliği kazandıran faktörler ülkelerin ekonomik, sosyal ve kültürel yapı özelliklerine göre değişmektedir”. Bu anlamda ülkelerin gelişmişlik düzeyleri-sağlık politikaları ile sağlık girdi-çıktıları arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğu söylenebilir. Örneğin gelişmekte olan ülkelerde “sağlık sisteminin yapısal sorunları” yani sağlığa yönelik bilgi ve bilinçlilik düzeyi, hizmetlere ulaşmada sıkıntılar, kalitesizlik ve yetersizlikler ön plandayken, gelişmiş ülkelerde sağlık maliyetleri yaşlılık sorunu, azınlıkların sağlık sorunları ön plandadır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik ve elde edilebilirlik derecesi, bu hizmetlerden faydalanmayı belirleyici temel kriterlerdir.

1.3.2. Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sistemleri

Sargutan (2006)’ın ifadeleri ile “sosyal güvenlik, pirim gibi özel bir ödeme olmadan, devletin sosyal politikaları kapsamında kamu bütçesinden ayrılan kaynaklarla ve tüm bireylere yönelik bir sosyal dayanışma niteliğinde olması sebebiyle ‘sosyal’, devlet garantisinde sosyal güvenlik sağlamak amacıyla ve sigortadan daha güçlü bir kaynak ve kapsam içinde verilmesi sebebiyle ‘güvenlik’ nitelendirmeleriyle vurgulanan bir diğer güvence türüdür”. Sosyal Güvenlik ise, “kişilerin ihtiyaçları olabilecek kişiye yönelik koruyucu, geliştirici ve tedavi edici tüm sağlık hizmetlerinin, pirim gibi özel bir ödeme olmadan, kamu bütçesinden ayrılan kaynaklarla ve sosyal politikaları uyarınca devlet tarafından verileceğini içeren devlet güvencesidir”. Bu anlamda sosyal güvenlik tanımları uygulayıcı olarak devleti temel kurum olarak kabul etmektedir.

Uluslararası Çalışma Örgütü’ne göre “sosyal güvenlik; toplumun hastalık, analık, iş kazası, meslek hastalığı, işsizlik, sakatlık, yaşlılık ve ölüm nedeniyle kazancın kesilmesi ya da büyük ölçüde azalmasının yol açacağı ekonomik ve sosyal

sıkıntılara karşı, bir dizi kamusal önlem aracılığıyla üyeleri için sağladığı koruma ile sağlık hizmetleri ve çocuklu aileler için yapılan çocuk yardımlarıdır” (Demirbilek, 2005). Bu anlamda sosyal güvenlik ülkenin sosyo-ekonomik refahının en dezavantajlı kişilere göre ayarlanmasıdır. Görüldüğü gibi sosyal güvenlik sadece sağlık alanını kapsamamakta sağlığı olumsuz etkileyebilecek faktörlerin de ortadan kaldırılmasına yönelik faaliyetleri de içermektedir. Nitekim “sağlık sistemleri, yalnızca insanların sağlığını yükseltme sorumluluğuna değil, aynı zamanda da onları hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve onları saygınlıkla tedavi etmek sorumluluklarına da sahiptirler” (Uğurluoğlu ve Çelik 2005). Sonuç olarak sağlık politikalarının hizmet sunumun yanında sunulan hizmetin kalitesinin de ön plana çıktığı görülmektedir

Çizelge 1. 1. Sağlık sistemleri ve özellikleri.

Özel Teşebbüs-Serbest Pazar Tipi	Refah Yönelimli Tip	Kapsayıcı-Bütüncül-Tekçil Hizmet Tipi	Sosyalist-Merkezi Planlama Tipi
1-Kişisel doğrudan ödeme ve/veya isteğe bağlı (bazen de kamu) hastalık ve sağlık sigortalarıyla talep asıl uygulamalardır.	1-Tüm bireylere yönelik zorunlu, kişisel prim ödemeli, kamu (bazen özel) hastalık (bazen sağlık) sosyal sigortasıyla talep asıl uygulamalardır.	1-Tüm bireylere yönelik, zorunlu, tam kapsamlı sağlık sosyal güvenliğiyle talep ve kamu sağlık hizmet nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalardır.	1-Tüm bireylere yönelik, zorunlu, toplumun ortak-kollektif sağlık güvencesiyle talep ve toplumun ortak sağlık hizmeti nitelikli ücretsiz arz asıl uygulamalardır.
2-Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde var olsa da, asıl unsur değildir.	2-Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin talebinde asıl unsurdur, arzda daha az olabilir.	2-Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur, bazen arzda daha az olabilir.	2-Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.
3-Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.	3-Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkânlar sunabilir.	3-Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkânlar sunabilir.	3-Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde yer almaz veya istisnadır.

Kaynak: (Roemer 1991)

Çizelge1.1. değerlendirildiğinde özel teşebbüs tipinin serbest piyasa özelliklerine dayandığı görülmektedir. Böyle bir sistemde sağlık tıpkı piyasadaki diğer hizmetler gibi metalaşmış bir biçimde değerlendirilir. Örneğin Hindistan hükümetinin “patent” kurallarını önemsemeyen kanser tedavisinde kullanılan ilaçları kendisinin üreteceğini ve yine aynı şekilde kendisinin çok ucuza satacağını bildirmesi üzerine Bayer’in CEO’su Marjın Dekkers “Biz bu ürünü (hasta başına yılda 67 bin dolar talep edilen Nexavar adlı ilaç) Hindistan pazarı için geliştirmedik. Bu ürünü doğrusunu söylemek

gerekirse Batı'daki bunu alabilecek maddi güce sahip insanlar için geliştirdik” diye itirazını belirtmiştir (Radikal Gazetesi 2014).

Nitekim sağlık sisteminin ulaşmayı arzuladığı üç önemli amacı vardır. Bunlar sağlık statüsünün iyileştirilmesi, yeterlilik ve finansal katılımıdır. Bu üç amacın ilk ikisinde sadece bu amaçları maksimize etmek değil aynı zamanda elde edilecek olan kazanımların toplum içinde adil bir şekilde dağıtılması da önemli bir amaç olarak değerlendirilmektedir (Uğurluoğlu ve Çelik 2005). Yani en temel insan hakkı olarak görülen sağlığın bir meta gibi düşünülmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumunda eşitlikçi bir anlayışın olmaması geniş halk kesimlerinin temel sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırmaktadır. Kısacası sağlığın meta olarak algılanması “bedeli ödendiği müddetçe” var olacağı anlamına gelmektedir (Ener ve Yelkikalan 2003, Yıldız 2008). Örneğin, 1980’den sonra Latin Amerika ülkelerinde sağlık harcamalarında kısıtlama yapılmış, ayrılan bütçenin yetersizliği de anne veya bebek ölüm oranlarının yükselmesine sebep olmuştur (Yıldız 2008). Halbu ki diğersosyo-ekonomik dinamikleri (sosyal güvenlik kapsamının tüm nüfusu kapsamaması ve hakkaniyet ölçütlerinin olması gibi) kullanarak kişi başına gelirdeki düşüklüğe rağmen, sosyal ve sağlık göstergelerde başarılı olunabilmektedir (Tüylüoğlu ve Tekin 2009). Örneğin beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu’ndan (UNICEF) ve Satınalma Gücü Paritesi’ne (SGP) göre kişi başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) ve SGP’ye göre kişi başına sağlık harcaması WHO’dan, insani kalkınma endeksi (İKE) değerleri Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı’ndan (UNDP) alınarak iktisadi göstergelerin sağlık göstergelerini açıklayıcılığı çoklu regresyon analizi ile incelenen ülkeler arası çalışmada (Tüylüoğlu ve Tekin 2009):

- Kişi başına sağlık harcamasının doğumda beklenen yaşam süresini açıklamadaki payı kişi başına GSYİH’den daha fazladır. Ülkelerin kişi başına sağlık harcamalarını %1 artırmaları halinde, doğumda beklenen yaşam süresinin yaklaşık olarak 7,2 yıl arttığını göstermektedir. Buna karşılık ülkelerin kişi başına GSYİH’sini ortalama olarak %1 artırmaları halinde, ülkelerin ortalama doğumda beklenen yaşam süresinin, yaklaşık olarak 1,4 yıl arttığını göstermektedir
- Kişi başına sağlık harcamasının bebek ölüm oranını açıklamadaki payı kişi başına GSYİH’den daha fazladır. Ülkelerin kişi başına sağlık harcamalarını

%1 artırmaları halinde ülkelerin bebek ölüm oranlarının yaklaşık olarak %0-9,218 düştüğünü göstermektedir. Buna karşılık ülkelerin kişi başına GSYİH'sini ortalama olarak %1 artırmaları halinde ülkelerin ortalama bebek ölüm oranlarının %0-5,574 oranında düştüğünü göstermektedir.

Refah yönelimli tipte ise kamunun sağlık sektöründe belirleyici olduğu görülür, fakat prim ödeme yinede temel faktördür. Türkiye'nin bu tipte yer aldığı söylenebilir. Ancak Türkiye'nin özel teşebbüs-serbest pazar tipine doğru gittiği söylenebilir. Nitekim ülkemizde kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hedefi son yirmi yılda değişmez bir politika olarak sağlık alanındaki tüm uygulamalara damgasını vurmuştur. 224 Sayılı Yasa'nın gereği olarak yapılan nüfusa dayalı bir örgütlenme temelinde, herkese eşit, ulaşılabilir ve entegre hizmet sunmayı ilke edinen sağlık ocakları yerine, bireye dayalı ve ekonomik olanaklar ölçüsünde hizmet alınabilen, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bölündüğü, muayenehane temelli aile hekimliği sisteminin kurulması bu politikaların bileşenlerinden biridir (Çağlayan ve ark 2005). Örneğin, sağlıkta yeniden yapılanmanın temel izdüşümlerinden olan Genel Sağlık Sigortası, Performansa Dayalı Ücretlendirme, Aile Hekimliği, Tam Gün Çalışma ve Toplam Kalite Yönetimi ile ilgili Ankara İli Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Çanakkale Devlet Hastanesi'nde sağlık hizmeti veren üç farklı sosyo-kültürel katmanı temsil eden doktor, hemşire ve yardımcı personelden oluşan 310 sağlık çalışanı ile yapılan bir araştırmada; çalışanlardan insan ve toplum sağlığı ve kendileri açısından neoliberal politikaları değerlendirmeleri istenmiştir. Çalışanların %50'si insan ve toplum sağlığı için neoliberal politikalarından "Genel Sağlık Sigortası"nı, %62,9'u "Aile Hekimliği"ni, %79,7'si "Tam Gün Yasası"nı, %87,1'i "Performansa Dayalı Ücretlendirme"yi, %66,5'i ise "Toplam Kalite Uygulamaları"nı yararlı bulmadığı belirtmiştir (Aka 2012). Ancak Özata ve ark (2014)'nin Konya ilinde 287 kişi ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %91,6'sının sağlıkta yeniden yapılanmanın temel izdüşümlerinden olan aile hekimliği uygulamasından memnun oldukları belirtilmiştir.

Kapsayıcı tipte ise ücretsiz arz ve zorunlu prim ile kişilerin sosyal güvenlik sistemine doğrudan katıldıkları görülmektedir. Sosyalist planlama SSCB ülkelerinde uygulandığı için günümüzde Küba dışında geçerliliği kalmamıştır. Ancak bu tipin bir başka farklı versiyonu Avrupa ülkelerinde uygulanmaktadır. Prim ödemelerine

dayanmayan sosyal emeklilik uygulaması, neredeyse bütün Avrupa ülkelerinde emeklilik sisteminin bir ayağını oluşturmaktadır (Buğra ve Keyder 2007).

1.3.3. Sağlıkta Reform Politikası

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimine bakıldığında 1928-1937döneminde, koruyucu sağlık hizmetlerine ve bulaşıcı hastalıklarla savaşa büyük önem verilmiş, hasta tedavi hizmetleri öncelikli ve asli hükümet görevi olarak kabul edilmemiş, bu konuda daha çok yerel (belediye) yönetimlere görev verilmiştir. 1938-1960döneminde koruyucu hekimlik örgütü kurmak, köylerde sağlık örgütü kurmak, ihtiyaca uygun sağlık personeli yetiştirmek, hastane ve sağlık kuruluşlarını çağdaş hale getirmek, tüm ülkede yeni sağlık tesisleri kurmak, sağlık harcamalarının finansmanı için Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları kurmak amacıyla çalışmalar yürütülmüştür. 1961-1983 döneminde ise sağlık sistemini sosyalleştirilmesine yönelik tedbirler alınmıştır(Sargutan 2006).

2003 yılından günümüze sağlıkta dönüşüm projesi devam etmektedir. Bu anlamda kamu ve SSK hastaneleri sağlık bakanlığına bağlanmış, yeşil kart suistimali engellenmiş, aile hekimliği uygulamasına ve genel sağlık sigortası (GSS) sistemine geçilmiştir (Yıldırım ve Yıldırım 2011). Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 16.05.2006 tarih ve 5502 sayılı Kanun'la kurulmuştur. İlgili kanun ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tarafından yürütülen sosyal güvenlik hizmetlerinin tek çatı altında toplanması hedeflenmiş ve bu kurumların kadroları, mal varlıkları ile yetkileri Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredilmiştir. SGK'nın temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sisteminin yürütülmesi olarak belirtilmiştir. Görevleri (Özata ve Sevinç 2010) ise;

- Ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak sosyal güvenlik politikalarını uygulamak, bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmak,
- Hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak,
- Sosyal güvenliğe ilişkin konularda uluslararası gelişmeleri izlemek, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak, yabancı ülkelerle

yapılacak sosyal güvenlik sözleşmelerine ilişkin gerekli çalışmaları yürütmek, usûlüne uygun yürürlüğe konulmuş uluslararası antlaşmaları uygulamak,

- Sosyal güvenlik alanında, kamu kurumları arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamaktır.

1.4. Yoksulluk ve Sağlık Etkileşiminin Ölçülmesi

Yoksulluğun ölçüm sorununa benzer bir ölçüm sorunu yoksulluk-sağlık ilişkisinin karşılıklı değerlendirmesinde de görülmektedir. Öncelikle sorulması gereken soru “*Yoksulluğun hangi etkileri ne şekilde ortaya çıkardığının nasıl bilinebileceğidir?*” Nitekim Dashiff ve ark (2009), yoksulluk ve yoksulluğun etkisi hakkında bildiğimiz şeylerin dar ve muhafazakâr tanımlar tarafından sınırlandırıldığını ifade etmektedir. Bu çalışmanın konusu olmamakla birlikte yoksulluğun her zaman ideolojik bir boyutu da mevcuttur ve bu durum istatistiklerden politikalara kadar her konuya etki edebilmektedir.

Politik mücadeleler bir yana, psiko-sosyal etmenler hakkında giderek gelişen anlayışımız, sosyal çevrenin sağlık üzerindeki güçlü bir etkisi olabileceğinin yollarına işaret etmektedir (Marmot 2009). Bununla birlikte “*sosyal çevre ne ölçüde sınırlanabilecektir?*” sorusu kritik sorulardan bir tanesi olarak karşımıza çıkmaktadır. Santana (2002) yoksulluk ve sağlık arasındaki ilişkiyi etkileyen bütün durumları tam olarak belirlemenin zor olduğunu ancak; çocukların yetersiz beslenmesi, sosyal dışlanma, dezavantajlı fiziksel çevre, madde bağımlılığı ve ruhsal bozukluklar gibi üzerinde uğraşılması gereken başlıca alanların bulunduğunu belirtmektedir. OECD ve WHO (2003) da benzer şekilde yoksulların sağlığının gelir, gıda güvenliği, çevresel koşullar, su ve sağlık önlemlerine ulaşım gibi geniş bir aralığa sahip faktörlerce belirlendiğini belirtmektedir. Bu anlamda yoksullukla mücadele bir öncelikler meselesi olarak düşünülebilir.

Yoksulluk-sağlık ilişkisindeki karşılıklılık, neden-sonuç sorunsalını ortaya çıkarmaktadır. Brunner ve Marmot (2009)'unda ifade ettiği üzere düşük sosyo-ekonomik düzey sağlığın bozulmasına mı neden olmaktadır, yoksa sağlığın bozulması mı düşük sosyo-ekonomik düzeye neden olmaktadır? Aynı şekilde “*kişiler ruh hastası oldukları için mi yoksuldurlar, yoksa yoksul oldukları için mi ruhsal bozukluk gösterirler?*” soruları kritik sorular olarak ön plana çıkmaktadır. Yine de

karşılıklı etkileşim her zaman kötüye gidişi belirtir. Nitekim hastalıklar istihdam sorunlarını ortaya çıkarır, sağlık harcamalarını arttırır ve diğer ihtiyaçların karşılanmasına engel olur (Koşar 2000). Beslenme sorunları da verim ve üretimi düşürerek yoksulluğu devam ettirir (Özey 2003).Çünkü yetersiz beslenme, gıda güvenliği ve sağlık arasında güçlü bir ilişki olduğuna inanılmaktadır. Açlık ve yetersiz beslenme zamanında önce doğumlara ve hastalıklara karşı savunmasızlığı artırır ve insanların geçimlerini kazanma yeteneklerini azaltır (OECD ve WHO2003). Shaw ve ark (2009)'na göre ise insanları hangi açıdan değerlendirirsek değerlendirelim sosyo-ekonomik açıdan kötü durumda olanlar sağlık açısından da kötü bir durumdadır. Sağlık olmaksızın zaman, çalışma ve gelir kaybı ve sağlık harcamaları nedeniyle bir kişinin yoksulluğun boyunduruğundan kaçıp kurtulma imkanı kalmadığı gibi yoksul insanlar kendilerini aşağıya doğru ilerleyen bir sarmalın içinde bulmaktadır (OECD 2003, Kaselman ve Thomson 2009). Tersinden düşünecek olursak gelirin artmasına paralel olarak sağlık düzeyinde de bir artış olacağı düşünülmektedir (Aktürk ve ark 2003).

Sağlık ve yoksulluk araştırmalarında boylamsal ve kesitsel yöntemler kullanılmaktadır. *Boylamsal yöntemlerde* veriler on binlerce insandan doğdukları andan itibaren on yıllarca sürede toplanmaktadır. *Kesitsel yöntemlerde* ise bireylerin, semtlerin ve ülkelerin belirli bir andaki durumuna odaklanılır (Marmot 2009). Kesitsel ve boylamsal olarak bireylerin durumlarındaki avantajlar ve dezavantajlar daha ileri yaşlardaki avantajlar ve dezavantajları etkileyebilir. Örneğin çalışma ortamı tehlikelerden arınmış bir kişinin iyi bir ev ortamında yaşıyor olması, yaşadığı yerde hava kirliliğinin az olması ve iyi beslenmesine yetecek bir geliri olması olasıdır (Kesitsel). Zengin bir evde büyümüş bir çocuk, büyük olasılıkla, iyi bir eğitim almış olacak, iş pazarında daha ayrıcalıklı bir yerde bulunacak, bu da kendisine finansal açıdan güvenli bir yaşlılık (Boylamsal) sağlayabilecektir (Blane 2009). Bununla birlikte burada doğrudan bir nedensellik kurmak da mümkün değildir. Örneğin, daha yüksek maddi yaşam standartlarına sahip olmalarına rağmen Harlem'de yaşayan Afrikalı-Amerikalı erkeklerin ortalama yaşam süresi, Bangladeş'teki erkeklerden kısadır (Brunner ve Marmot 2009). Kültürel faktörler, doğrudan sayısal ölçümlerin okunmasında dikkatli olunmasını gerektirmektedir.

Sağlık ve yoksulluk arasındaki ilişkiyi okumanın önemli bir yolu yaşam seyri perspektifidir. Blane'in ifadesiyle sağlığa ve sağlığın sosyal belirleyicilerine yaşam

seyri perspektifinden bir bakış, kişinin biyolojik durumunu, geçmiş sosyal konumunun bir belirteci olarak görür ve sosyal süreçlerin yapılandırılmış doğası gereği bu durumun, gelecekteki avantaj veya dezavantajlarının sorumlusu olduğunu kabul eder (Blane 2009). Bu yoksulluk, sağlık üzerinde önemli uzun vadeli bir etkiye sahip olacaktır. Örneğin İngiltere, İskoçya ve Galler’de yaşayan 16-75 yaş aralığındaki 7726 kişiyle yapılan bir araştırmada (Weich 1998); işsizliğin ve yoksulluğun bir çok yaygın zihinsel hastalıklarının evrelerinin devam etmesi ile ilişkili olduğu, 12 ay yoksulluk ve finansal zorlanmayı deneyimlemenin insanların psikiyatrik hastalıklara yakalanma oranlarını önemli bir şekilde artırdığı görülmüştür. Ayrıca anksiyete ve depresyon gibi yaygın ruhsal hastalıkların prevalansı yoksulluk ve işsizlik ile tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Yine 442 haneden 15 yaş ve üzerinde bulunan 516 kişi ile yapılan bir araştırmada; sağlık sorunu yaşadığı halde bir sağlık kurumuna başvurmeyen kişilerin kişi başına düşen aylık gelir ortalamaları 122 YTL iken, başvuranların ortalamaları 160 YTL olup bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir (Çağlayan ve ark 2005).

1.5. Yoksulluk ve Sağlık Etkileşimini Ortaya Koyan Çalışmalar

Birleşmiş Milletler İnsani gelişmişlik endeksine göre insanca yaşayabilmek için; “sağlıklı gıda ve yeterli beslenmeyi, altyapı ve modern donanıma sahip yerleşim ortamlarında barınmayı, eğitim ve sağlık imkânlarından gerektiği oranda yararlanmayı, gelecek kaygısını giderecek güvencelere sahip olmayı, kendisi ve ailesini geliştirmeye yönelik bilimsel, kültürel ve sanatsal imkânlardan yararlanabilmeyi ölçüt almaktadır” (Atalay 2003). Bu anlamda yoksulluk-sağlık ilişkisi basit bir nedensellik ilişkisinden ziyade geniş bir aralığa sahip faktörlerce belirlenmektedir. Bunlar gelir, gıda güvenliği, çevresel koşullar, su ve sağlık önlemlerine ulaşımı içermektedir (OECD ve WHO 2003). İnsanca yaşayabilmek gerekli kaynaklara sahip olma açısından değerlendirildiğinde yoksulluk ve sağlık ilişkisi çevresel imkânlar açısından ön plana çıkmaktadır.

Sosyo-ekonomik düzey ve sağlık arasında ilişki olduğunu belirten çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Fox 1994, Nazaroo 1998, Kivela ve ark 2000). Gelirin dağılımı ile oluşan sosyal statünün sağlık ve hastalığın önemli bir belirleyicisi olduğu vurgulanmaktadır (Kawachi ve Kennedy 1997, Benzeval ve Judge 1998, Santana 2000a, Santana 2000b, Gupta ve Kumar 2007, Wadsworth ve Butterworth 2009). Sayısız araştırmalara göre gelişmiş ülkelerde dahi meydana gelen ölümlerin

oranlarının çoğu düşük sosyo ekonomik gruplarda daha fazladır (Gupta ve Kumar 2007). Örneğin, Avrupa geneline bakıldığında gelir ve sosyal statü bakımından dezavantajı olan bireylerin durumu iyi olanlara kıyasla hem sağlığa ilişkin bulguları hem de ölüm hızları daha yüksek bulunmaktadır. Sağlığa ilişkin verilerin yüksek çıkmasında gelir düşüklüğünün yanı sıra yoksulluk ortamında yaşamaktan ileri gelen sosyal ve psikolojik problemler de önemli rol oynamaktadır (Shaw ve ark 2009). Kanada’da yaklaşık olarak 2000 erkek katılımcı ile yapılan bir araştırmada, sosyo-ekonomik durum ile sağlık durumu arasında pozitif ve doğrudan bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Daha yüksek sosyo-ekonomik durum daha iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (Hay 1988). Her ne kadar yoksulluk her dönemde sağlıksız olmayı işaret etse de, Karadağ ve ark (2009) özellikle ekonomik kriz dönemlerinde sosyo-ekonomik açıdan kırılgan nüfusun sağlık ve sosyal açıdan krizden olumsuz etkilendiğine dikkat çekmektedir.

1.5.1. Yoksulluk ve Hastalıklar

Literatürde yoksulluğun, trafik kazalarındaki ölüm oranlarıyla (OECD ve WHO 2003) kronik hastalıkların yaygınlığı (astım, anemi gibi), özürüllük oranı ve durdurulan tedavi deneyimiyle (McConnochie ve ark 1999, Kim ve ark 2010) erken kalp hastalığıyla (Brunner ve Marmot 2009) kolorektal kanser evrelendirilmesiyle (Tekşen 2003), sigara kullanımıyla (Marmot, 2009), yüksek hastalık oranlarıyla (Johnston ve ark 1987, Nestel ve ark 1999, Tabone ve Vincelet 2000, Demirbilek 2005) ve sağlık düzeyinin düşüklüğüyle (Benzeval ve Judge 1998, Gould 2004) ilişkide olduğu belirtilmektedir.

Yoksulluk birçok hastalık grubu ile ilişkilendirilse de sosyo-ekonomik durum ile daha yakından ilişkili hastalıklar mevcuttur. Yeteri derecede beslenemeyen ve kendilerini değişik hastalıklara karşı koruyamayan yoksul insanlar, sağlıklı bir hayat idame ettiremedikleri gibi, yeni kalıcı hastalıklara da maruz kalabilirler (Seyyar 2003). Örneğin tüberküloz toplumsal kökenli bir hastalık olup sosyal yaşam ile yakından ilişkilidir (Yıldırım ve Balbay 2003, Rodrigo ve Rajapakse 2010). Sosyo-ekonomik sorunlar nedeniyle Doğu Avrupa’da tüberkülozun 1990’lı yıllarda yeniden belirdiği kayıtlara geçmiştir (Shaw ve ark 2009). Ülkemizde Tüberküloz hastalığına yakalanmış 206 hasta ile yapılan bir araştırma sonucunda yoksulluk nedenleri ile tüberküloz hastalığına yakalanma nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmada hastaların 52’si’nin (%25,2) gecekondularda

yaşadığı, 92'sinin (%44,7) ilkokul mezunu olduğu, 80'inin (% 38,8) işsiz olduğu, ortalama gelirlerinin 545,68 lira (2008 yılında asgari ücret 638,70) olduğu belirtilmiştir (Karataş 2008). Benzer şekilde Liverpool şehrinde yaşayan 344 tüberküloz hastası ile yapılan bir başka araştırmada da tüberküloz ile yoksulluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Spence ve ark 1993). Sosyal yaşam ile ilgili olan bir diğer rahatsızlık ise obezitedir. Kimm ve ark (1996) tarafından 9-10 yaşlardaki 2,379 kız ile yapılan bir araştırmada sosyo ekonomik düzey (eğitim ve gelir) ile kızlardaki obezite yaygınlığı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu, daha yüksek sosyo-ekonomik düzeyde obezite yaygınlığının daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir (Kimm ve ark 1996)

1.5.2. Yoksulluk ve Ruh Sağlığı

Yoksulluğun kısa ya da uzun dönemde bedensel sağlığın yanısıra ruh sağlığına da etki ettiği bilinen bir gerçektir. Yoksulluğun kendine özgü; (1) hem ekonomik, hem de (2) sosyo-psikolojik diyebileceğimiz iki belirgin kalıp yargısı ortaya çıkmaktadır (Türkdoğan 2003). Yoksulluğun; psikolojik dengeyi bozduğu (Dooley ve Catalano 1988, Elder ve Caspi 1988, Liem ve Liem 1988, Whitbeck ve ark 1991, Aber ve ark 2000, Kaya ve ark 2006, User 2006, Ulaş ve Kaya 2009, Fryer ve Fagan 2003), kronik endişe, güvensizlik, düşük öz saygı, sosyal izolasyon (toplumsal dışlanma) ve iş yerinde düşük düzeyde kontrol sahibi olma (Seyyar 2003, Karadağ ve ark 2009, Brunner ve Marmot 2009) yanında “mutsuzluk, huzursuzluk, yaşama sevincinde azalmaya ve geleceğe yönelik karamsarlık ve çaresizlik” yaşamaya yol açtığı (Kulaksızoğlu 2003) ve umutsuzluk duygularını tetiklediği (Ekşi ve ark 2003) söylenebilir. Ek olarak “sürekli stres altında yaşama, tehlikeli koşullar, istismar, sağlıksız ortamlar, gelecek ümidinin yitirilmesi” (Saltık 2003a) de yoksullukla ilişkilendirilebilecek durumlar olarak ruh sağlığını derinden etkilemektedir. Örneğin Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 136 gebe ile yapılan bir araştırmada, gebelerin depresyon puan ortalamaları ile ekonomik durumları arasında fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Geliri giderden az olan gebelerin depresyon puan ortalaması, geliri gidere denk ve geliri giderden fazla olanların puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur (Gözüyeşil ve ark 2008). Yine Deniz Feneri Yardımlaşma Derneğine gönderilen yardım mektuplarına yönelik içerik analizi çalışmasında “*Yoksulluk kavramlarına ilişkin düşünceler nelerdir?*” temasını en fazla tükenmişlik

ve bunalım (%24,13) ve çözüm üretememe/çaresizlik (%17,24) ilk iki sırayı, utanç duyma (%10,34), kaygı (%10,34), yardım göreceğine ilişkin umut (%10,34) üç, dört ve beşinci sırayı paylaşmakta, başkası için yaşama/kendini adama (%6,90), kendini anlatma, ifade edebilme (%6,90) ihtiyacı içinde olma altıncı ve yedinci sırayı paylaşmıştır (Aslan ve Bilgili 2003).Yoksul çocuklar arasında depresyon ve intihar girişiminin daha fazla olduğu ve bu nedenle ruh sağlığı kliniklerine daha sık başvurdukları belirtilmektedir (Hatun 2002). Örneğin Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi bölümüne intihar girişimi nedeniyle başvuran ve psikiyatrik değerlendirilmeleri yapılan, 7-16 yaş grubundaki 58 hasta ile yapılan bir başka araştırmada; annelerin %67,2'si ilkokul mezunu, babaların %44,8'i ilkokul mezunu, babaların %32,7'sinin işsiz, 42 vakanın (%72,4) kötü sosyoekonomik düzeye sahip olduğu tespit edilmiştir.Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine, intihar girişimi sonrası başvuran, 14-18 yaşları arasındaki 46 ergen ile yapılan bir çalışmada (Ercan ve ark 2000); olguların %18,6'sının üst, %34,9 'unun orta, %46,5'inin alt gelir grubu ailelerden geldikleri görülmüştür. Olguların annelerinin %65,9'u okur-yazar ya da ilköğretim düzeyinde, %22,7'sinin orta-lise düzeyinde, %11,4'ünün yüksek eğitim düzeyinde oldukları görülmüş, babalarının ise bu değerlendirmelerindeki oranları sırasıyla %43,2, %38,6, %18,2 olarak bulunmuştur.

Yoksullukla birlikte işsizliğin özellikle de uzun dönemli işsizliğin daha önceden sağlıklı olanların ruh sağlığına da zarar verdiği yönünde güçlü kanıtlar vardır (Bartley ve ark 2009).Ailenin finansal durumu ile ilgili yüksek seviyedeki endişesi, kaygıları ve tartışmaları evlilik memnuniyetini ve genel yaşam mutluluğunu düşürdüğü gibi boşanma/ayrılma gibi aile süreçlerine, stres gibi nedensel mekanizmalara neden olabilmektedir (Aber ve ark 1997). Benzer şekilde eğitim sürecinde de yoksulluğun ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkisi olduğu söylenebilir. Macaristan'ın Szeged şehrindeki ortaokullarda eğitim gören 1.039 öğrenci ile yapılan bir araştırmada sosyo-ekonomik seviyelerini daha yüksek olarak belirten gençlerin daha iyi psikolojik iyilik hali, daha düşük psikosomatik belirtiler ve kendi sağlıkları hakkında daha pozitif değerlendirmeler yaptıkları rapor edilmiştir (Piko ve Fitzpatrick 2001).Benzer şekilde İzgiç ve ark (2000)'nın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada sosyal fobinin yaygınlığının düşük sosyo-ekonomik duruma sahip kişilerde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

1.5.3. Yoksulluk ve Beslenme

Yoksulluk-sağlık ilişkisinde önemli değişkenlerden biri de beslenmedir. Düzenli beslenme hastalıklardan korunma açısından hayati bir öneme sahiptir. Kulaksızoğlu (2003), beslenme sorunlarının “beslenme ve yiyeceklerin pişirilmesi konusundaki bilinç, parasal imkanlar, temiz içme suyuna sahip olamamak gibi çevresel koşullar” ile bağlantılı olduğunu ifade etmektedir. Bağdadioğlu (2003) da sosyo ekonomik düzeyi düşük ailelerin hayatta kalma stratejilerinden önemli bir tanesinin beslenme dışı harcamaları (elektrik su vb.) karşılayabilmek için beslenme harcamalarından kısmak olduğunu altını çizmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde beslenme kültürünün sosyo-ekonomik düzey ile doğrudan bağlantılı olduğu bilinmektedir. Nitekim Çelik (2003), ülkemizde en çok tahıl grubu besinlerin tüketildiğini, bunu sebze ve et tüketiminin takip ettiğini belirlemiştir. İstanbul ve Gaziantep örneğinde odak grup görüşmeleri ile yapılan çalışmada katılımcılar, bulgur, makarna ve patatesi temel gıda maddeleri olarak ifade etmiş, hanelerin %47,5’i evlerine hiç et, balık, tavuk girmedeğini, % 49,5’i süt ya da süt ürünleri ve %54,5’i de hiç kuru baklagiller tüketmediklerini belirtmişlerdir (Açıklalın 2003). Bu anlamda “gelir arttıkça ekmek, makarna, pirinç, bulgur gibi karbonhidratlı maddeler, yerlerini yaş sebze, meyve, et ve balık gibi besinlere” (Koşar 2000) bırakmaktadır. Ayrıca beslenme şeklinin hastalıklarla ilişkili olduğu da söylenebilir. Örneğin ülkemizde Çayır ve ark (2011)’nin Ankara’da yaptığı bir çalışmada gelir düzeyi azaldıkça, obezite oranının arttığı görülmektedir. En yüksek oranda obez olanlar (%33,3), aylık geliri 800 TL’nin altında olanlardır. Benzer şekilde Amerika’da 9-10 yaşlardaki 2,379 kız ile yapılan araştırmada sosyo ekonomik düzey (eğitim ve gelir) ile kızlardaki obezite yaygınlığı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu, obezite yaygınlığının düşük sosyo-ekonomik düzeyde daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Kimm ve ark 1996).

1.5.4. Yoksulluk ve Sağlık Hizmetinden Yararlanma

Hastalığın ortaya çıkışında sosyo-ekonomik faktörlerin etkili olduğu belirtilse de hastalık süreci de sosyo-ekonomik faktörlerden etkilenmektedir. Düşük gelir ve hastalık süreci ile ilgili temel bulgu, düşük gelir ile düşük sağlık hizmeti kullanımı arasında güçlü bir ilişki olduğudur (Costa ve Cardano 2000, Regidor 2000, Kivela ve ark 2000, Rognerud ve ark 2000, Kunst 2000). Özellikle sağlık hizmetlerine erişimde kırsal alanda yaşayan insanlar, şehir ve şehir merkezinde yaşayanlara göre iki kat daha dezavantajlıdır (Haynes ve Gale 2000, Costa ve Cardano 2000). Shaw ve ark

(2009) yoksulluktaki ve eşitsizlikteki artışın sağlıkta da eşitsizliğin artmasına neden olduğunu belirtmektedirler. Bu nedenle gelirin dağılımının toplum sağlığının önemli bir belirleyicisi olduğu söylenebilir (Kawachi ve Kennedy 1997). Buna dayanarak dezavantajlı grupların sağlık durumları hem ekonomik ve sosyal etkenlere hem de bu hizmete ihtiyaç anında ulaşmaya bağlı (Santana 2002) olduğundan bu durum yoksulların sağlık alanında daha fazla riskle karşı karşıya kalmasına sebep olabilmektedir.

Ülkemiz özelinde bakıldığında da sağlık hizmetlerinin kullanımında ekonomik belirleyicilerin ön planda olduğu görülmektedir. Çağlayan ve ark (2006)'nın Kocaeli'de beş sağlık ocağı bölgesinde yaptığı araştırmada, hastalandığında evde kendi kendine müdahale etmeye çalışanların %20,5'inin bunun nedenini ekonomik yetersizlikler olarak açıkladığı görülmektedir. Benzer bir şekilde İstanbul ve Gaziantep örneğinde yapılan çalışmada da örneklemin %24,5'i *hasta olduklarında hiçbir yere gitmediklerini*, %18'i *devlet hastanesine* ve %11,5'i ise *sağlık ocaklarından yararlandıklarını* belirtmektedirler (Açıkalın 2003). Deniz Feneri Derneği'ne yapılan müracaatlara yönelik içerik analizi çalışmasında dabireylerin sorunlarını ifade ediş tarzında gelir durumunu ifade eden cümleler (%24,98), sağlık problemini ifade edenler (%20,99), tedavi ihtiyacı (%11,11) ilk üç sırayı almaktadır. Aynı araştırmada "*Yardıma ihtiyaç duyan kişiler yoksulluğu hangi kelimelerle eşleştirmektedirler?*" sorusu için ise tedavi olamama (%12,07), işsizlik (%11,21), düzenli geliri olmama (%8,62), tükenmişlik (%6,87) kelimeleri en yüksek yüzdeyi almaktadır (Aslan ve Bilgili 2003). Ek olarak Sağlık Bakanlığı'nın 2013 yılında acilden gelen hastalardan para alınmamasına ilişkin kararından sonra hastaların acillere akın etmesi sağlık hizmetine ulaşımında gelir durumunun önemini belirtmektedir.

1.5.5. Yoksulluk ve Yaşanılan Ortam

Yoksulluk denilince zihinde canlanan imgelerden biri derme çatma mahallelerdir. Nitekim Aydın (2011) yoksullukla birlikte akla ilk gelen imgenin "*gecekondularda yaşayan insanlar*" olduğunu ifade etmektedir. Gecekondu zihinsel bir tip olsa da yaşanılan çevre ayrımının en keskin bir biçimde kent kır ayrımında olduğu görülmektedir. Örneğin 2003 Hanehalkı Bütçe Anketi verileri kullanılarak yapılan araştırmada aylık kişi başına tüketim harcaması Türkiye geneli için 144 TL, Türkiye geneli – kent için 168 TL iken, Türkiye geneli – kır için 128 TL'dir. Gelir

modellerinde olduğu gibi kırsal alanda yoksulluk daha ciddi bir sorundur (Karagöl ve ark 2013). Gelişmekte olan ülkelerdeki yoksulların %77'sinin kırsal alanlarda yaşaması şaşırtıcı değildir (Avcı 2003). Ülkemizde yapılan 2011 yoksulluk çalışmasına göre; kır ve kent ayrımı göz önünde bulundurularak gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşayan insan sayısı kır için 8,432 ve kent için ,4318 (x1000) olarak bulunmuştur (TÜİK 2012).Gecekondu kültürü, söz konusu kır-kent ayrımının kır kesiminin kentteki bir tezahürü olarak düşünülebilir.Gecekonduya yaşamının yoksul olma olasılığını %10-15 artırdığı vurgulanmaktadır (World Bank 2003). Nitekim Türk Mühendis ve Mimar Odaları'nın Diyarbakır'daki araştırması, kentsel ortamlardaki sıkıntıları da gözler önüne sermektedir. Söz konusu araştırmadaki sağlık için risk etmenleri;"aynı hanede iki-üç ailenin bir arada yaşaması, iyi beslenmeme, ısınamama, temizlik koşullarına uyulmaması, içme suyunun yetersiz ve temiz olmaması, atık suların düzensiz tahliye edilmesi, katı atıklarının rastgele atılması" olarak ifade edilmiştir (Çabuk 2003). Ek olarak literatürde konuttaki tuvaletin kanalizasyona bağlı olmaması, ev ortamında sigara içilmesi, ısınma ve pişirme için kullanılan geleneksel ve ucuz yakıtların kullanımının sağlık açısından risklerine değinilmektedir (OECD ve WHO 2003, Eryurt ve Koç 2009).

Kentsel alanlarda önemli tehlikelerden biri de sanayi atıklarıdır. Kentsel alanlarda yoksullar yüksek kirliliğe sebep olan sanayi kuruluşlarına ve ulaşım ağına yakın yaşamaktadırlar ki tahmin edileceği üzere bu da onların sağlıkları üzerine etki etmekte ve ölüm ihtimallerinin yükselmesine katkı yapmaktadır (OECD ve WHO, 2003). Örneğin yıllık olarak kükürt dioksit 4-5 milyon yeni kronik bronşit vakalarının ortaya çıkmasından sorumludur (OECD ve WHO 2003). Sanayinin varlığı ile çalışma koşullarına da dikkat çekilmektedir. Nitekim yüksek iş kazası riskiyle birlikte duman, gaz, toz ya da rutubet içeren çalışma koşulları (Açıkalin 2003) altında çalışmak da ölümcül sağlık risklerini oluşturmaktadır.

Kent merkezlerindeki mahallelerin sosyo ekonomik durumu sağlığa yönelik bilinci de yansıtır görünmektedir. Koçoğlu ve Akın (2009)'ın Konya kent merkezinde sosyo-ekonomik durumu farklı iki mahallede yaptığı araştırmada sınıfsal konum, algılanan ekonomik durum, gelir durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde belirleyici olduğu saptanmıştır.Bu anlamda Shaw ve ark (2009) "*yoksunluk düzeyi yüksek olan bölge*" kavramını kullanmakta ve bu tür bölgelerde

yaşamının bireyin sağlığına zarar vereceğini belirtmedirler. Ayrıca yüksek düzeyde gelir eğitsizliği bulunan bölgelerde yaşıyan insanların daha yüksek ölüm oranına (Kaselman ve Thomson 2009) sahip olduğu görölmektedir. Bu bağlantıda kuşkusuz en önemli faktör “*yoksulluk ortamında*” yaşamaktır. Örneğin ölkemizde Türk Tabipler Birliği tarafından 2000 yılında yapılan araştırmaya göre en yüksek ve en düşük ekonomik performansa sahip bölgelerde çocuk ölüm oranları sırasıyla 3,2 ve 7,0 olarak gerçekteşmiştir (Ener ve Yelkikalan 2003). Ayrıca ölkemizde sosyal yardım başvuruları yoksulluğun ve hastalığın mekansal dağılımına yönelik ipuçlarını ön plana çıkarmaktadır. Örneğin Ankara’da yapılan bir araştırmada 68 ailenin konut durumları incelenmiş ve bu konutların ikisi dışında geri kalanında ayrı bir banyonun olmadığı ve evlerin beşte birinde tuvaletin dışarıda olduğu gözlenmiştir (Gül ve Ergun 2003).

Çağlayan ve ark (2005) yaptıkları çalışmada sağlık kurumuna başvurmayanların evlerinin sağlık ocağına uzaklığının ortalama 2,3 km, sağlık kurumuna başvuranların uzaklığının ortalama 1,1 km olduğu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir.

1.6. Yoksulluk ve Sağlık Etkileşiminde Dezavantajlı Gruplar

Literatürde yoksulluk ve sağlık etkileşiminde öne çıkan dezavantajlı grupların başında çocukların ve kadınların geldiğine yönelik görüş bulunmaktadır (Cömertler 2003, Karataş 2003, Çamur-Duyan 2003, Topal 2003, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2008, Koçoğlu ve Akın 2009, Karadağ ve ark 2009, Shaw ve ark 2009, Koray 2010, Çamur-Duyan 2010, Aksan 2012, Gürarlan ve Karataş 2013). Bu nedenle literatürdeki görüşe dayanarak dezavantajlı gruplar bebekler, çocuklar ve kadınlar olmak üzere üç grupta incelenmiştir.

1.6. 1. Bebekler

Yoksulluk insan yaşamının her dönemine olumsuz etki yapabilecek olsa da özellikle bebeklik dönemindeki olumsuz koşullar sağlık açısından daha kritik bir değere sahiptir. İnsanın doğuştan getirdiği biyolojik olanakların serpiildiği ve çevreyle etkileşime daha açık olduğu fırsat kapıları olarak nitelenen kritik dönemler vardır. Bu dönemlerde olan gelişmelerin veya duraklamaların izleri yaşam boyu sürmektedir (Hatun 2002). Gelişmekte olan ölkelerde doğan her 10 çocuktan dördünün aşırı yoksulluk içinde dünyaya geldiğini düşündüğümüzde durumun

aciliyetini daha iyi anlayabiliriz (Güngör 2003). Düşük gelir düzeyinin bebek ölüm oranı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkiye sahip olduğu (Tüylüoğlu ve Tekin 2009), anne-çocuk arasındaki bağlanma ilişkisini etkilediği (Pianta ve Egeland 1990), düşük doğum ağırlığını artırdığı (Brown ve Pollitt 1996), yoksulluğun büyüme geriliğini 7,2 kat (Şimşek ve ark 2006), bebek ölüm oranlarını dört kata kadar (Smith 2001, Hatun 2002, Eryurt ve Koç 2009), doğumdan sonraki ilk dört hafta ve daha sonraki haftalardaki bebeklerin ölüm riskini arttırdığı ve bu risklerin çocuklar on iki aylık oluncaya kadar devam ettiği bilinmektedir (Aber ve ark 1997). Ülkemizde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan yardım alan 137 anne ile yapılan araştırmada annelerin %21,9'u bebek ya da çocuklarının öldüğünü açıklamıştır. Annelerin yarıya yakını en küçük çocuğuna hamile iken hiç sağlık kontrolüne gitmemiştir (%46). Annelerin en küçük çocuklarının %25,5'i bebeklik döneminde (1 yaş) hiç sağlık kontrolünden geçmemiştir. Çocukların % 42,3'ü günde iki öğün yemek yemektedir. Öğün atlama tasarruf olarak adlandırılmaktadır. Her gün süt içen çocuk oranının sadece %8'dir. Çocuklarına nadiren et yedirebildiklerini belirten annelerin oranı %76,6, hiç et yediremediklerini bildirenlerin oranı %14,6'dır. Çocuklarının her gün meyve yediğini belirten anneye rastlanmamıştır. Annelerin 10,2'si çocuklarının hiç meyve yiyemediklerini, %25,5'i nadiren meyve yiyebildiklerini aktarmıştır (Öztürk 2008).

1.6.2. Çocuklar

Çocukluk dönemi yoksulluk açısından riskin devam ettiği bir dönemdir. UNICEF (2005)'e göre yoksulluk, çocukların hastalanmalarında ve ölümlerinde en önemli nedendir. Çocuk Yoksulluğu Eylem Grubu, çocukların refahının maddi koşullar, konut ve mahalleler, okulda nasıl hissettikleri ve neler yaptıkları, sağlıkları, tehlikeli risklere maruz kalma durumları, ailesinin kalitesi gibi birçok farklı etkeni içerdiğini belirtmektedir (Child Poverty Action Group 2009). Yoksulluk riski ile yaşamak zorunda olan çocukların genelde çok çocuklu ailelerde doğan, göç eden, düzenli gelire sahip olmayan veya tek ebeveynli ailelerden olduğu ifade edilmektedir (Can 2003, Akdemir 2003, Doğan 2003, Buz 2003, Durgun 2011).

Ailenin sosyo-ekonomik düzeyi ailedeki çocukların yaşam kalitesini doğrudan bir şekilde etkilemektedir. Örneğin ailenin sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması ailedeki çocukların bedensel ve zihinsel kapasitelerinin gelişimine (Hatun 2002, Karatay ve ark 2003, Beritan 2003, Wadsworth ve Butterworth 2009),

ve kelime dağarcığı gelişimini olumsuz bir şekilde etkileyebilmekte (Pilancı 2009), çocukların çalışmasına neden olabilmekte (Mitra 1994, Mehra ve Kerpelman 1996, Thapa ve ark 1996, Woolf 2002) ve bu çocukların kazalar ya da fiziksel istismardan veya ihmalden kaynaklanan yaralanmalar için yüksek riskte olduğuna işaret edebilmektedir (Aber ve ark 1997, Wise 1997). Yoksulluğun bir diğer göstergesi olan yetersiz beslenme, erken çocukluk döneminde çocukların sağlığını ve ölüm ihtimallerini artırmaktadır (Smith 2001, Hatun 2002, Eryurt ve Koç 2009, Durgun 2011).

Kötü ve yetersiz beslenmenin dünyada her yıl yedi milyon çocuk ölümüne neden olduğu, düşük kilolu çocukların bir sonraki yılda ölme ihtimallerinin normal kilolu çocuklara göre iki ile sekiz kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Kulaksızoğlu 2003). Yoksul aileler ile zengin ailelerin çocuklarının karşılaştırıldığı bir başka araştırmada yoksul çocukların bir yaşını doldurmadan ölme olasılıklarının yaklaşık olarak 5 kat; beş yaşını doldurmadan ölme olasılıklarının yaklaşık olarak 4 kat daha fazla olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Eryurt ve Koç 2009). Ayrıca çocukluk döneminde karşı karşıya kalınan olumsuz yaşam koşulları yetişkinlik döneminde kalp-damar hastalıkları, solunum yolu hastalıkları ve bazı kanserlerin ortaya çıkmasına neden oluşturmaktadır (Shaw ve ark 2009). Bu da yoksulluğun “durağan, değişmeyen ve birikimli” olduğuna işaret etmektedir (Smith 2001, Hatun 2002, Shaw ve ark 2009).

Diğer bir ifade ile çocukluk döneminde yoksulluk ve yoksulluğun sebep olduğu yetersizliklere maruz kalma “kelebek etkisi” yaratarak bireylerin ileriki yaşlarda da yoksulluğun etkisinden kurtulamamasına sebep olmaktadır. Örneğin demir eksikliği yoksul çocuklarda sık görülen bir sorundur ve uzun süren demir eksikliğinin bilişsel gelişmeyi olumsuz etkilediği, bunun geri dönüşsüz olabileceği ve ağır demir eksikliğinin hafif derecede mental geriliğe neden olduğu belirtilmektedir (Hatun 2002). Gül ve Ergun (2003) bu durum için “yoksulluğun nesillerarasılaşması” kavramını kullanmaktadır. Çünkü kısa dönemli yoksulluğu deneyimleyen çocuklar ile yoksulluğu hiç deneyimlememiş çocuklar arasında çok az fark olduğu belirtilmiş olmasına rağmen sürekli yoksulluğu deneyimleyen çocuklar ile kısa süreli yoksulluğu deneyimlemiş ve yoksulluğu hiç deneyimlememiş çocuklar arasındaki fark önemsiz olmaktan çok uzaktadır (Aber ve ark 1997).

Çocuklar çevresel koşullardan yetişkinlerden daha fazla etkilenmektedir. Örneğin gecekondulaşmanın getirdiği en önemli sorunlardan biri çocuklar için riskli ortamların oluşturmasıdır (Beritan 2003). Yoksulların evlerinin bulunduğu mahalleler sigara tiryakiliği, suç, şiddet, uyuşturucu, erken ve korumasız cinsel ilişki gibi çocukların erken yaşta sağlıklı davranışlara yönelmesine neden olur (Aber ve ark 1997, Hatun 2002). Nitekim literatürde sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallede yaşayan çocukların astım, diyabet, kalp ve damar hastalıklarına ve psikolojik rahatsızlıklara daha fazla sahip olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır (Hatun ve ark 2003, Hamzaoğlu 2004, Özkan 2004, Magnuson ve Drzal 2009, Gürarslan-Baş ve Karataş 2013).

Çocuk boyutunda yoksulluk ve sağlık ilişkisine odaklanan ülkemizdeki araştırmalara bakıldığında Özdemir ve ark (2005)'nin farklı sosyo-ekonomik düzeye sahip iki ilköğretim okulunda yaptıkları araştırmada, ailesinin gelir düzeyi düşük olanlarda zayıflığın daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bununla birlikte Kaya ve ark (2006)'nin Malatya il merkezinde farklı sosyoekonomik düzeye sahip iki ilköğretim okulunda yaptıkları araştırmada ruhsal uyum düzeyinde anlamlı bir fark saptanmıştır. İntihar girişimi açısından değerlendirildiğinde ülkemizde intihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin çoğunluğunun alt-orta sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerin çocukları olduğu görülmektedir (Ercan ve ark 2000, Aktepe ve ark 2006).

Yoksulluk, suça yönelme konusunda da çocukları tehdit edebilmektedir. Gerek mikro, gerek mezzo ve gerekse makro düzeyde çocuğu suça iten faktörlere bakıldığında bu faktörlerin hepsinin de yoksunluk ve yoksullukla iç içe olduğu görülebileceğinin altı çizilmektedir (Baykara-Acar ve Cankurtaran-Öntaş 2003). Örneğin Kocadaş (2007) yaptığı araştırmada suç işleme oranının düşük gelir grubundan yüksek gelir grubuna doğru azalarak sıralandığını belirtmektedir. Yine Türkeri (1995) ve Uluğtekin (1991) yaptıkları araştırmalarda çocukların suça yönelme davranışı ile alt sosyo-ekonomik düzey arasında ilişki olduğunu vurgulamışlardır.

Genel olarak istatistikler çocuk yoksulluğu açısından Türkiye'deki durumun kritikliğine dikkat çekmektedir. Nitekim UNICEF (2005) Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde doğan yaklaşık her 10 çocuktan birinin yoksul olarak dünyaya geldiğini vurgulamaktadır. Buna ek olarak EUROSTAT, ülkemizde gerçekleştirdiği çalışmada 17 yaşından küçük olup yoksulluk riski ile karşı karşıya olan çocuk

oranını %34 olarak belirtmiştir (Durgun 2011). Örneğin, Mersin İlinde sokakta çalışan çocuklar üzerinde yapılan araştırmada çocukların %67,1'inin sokakta çalışmaktan kaynaklanan mikrobik hastalıklar geçirdiği, %54,3 ünün sokakta çalışmaktan dolayı karakola düştüğü, %57,1'inin sigara bağımlısı olduğu, anne-babalarında okur-yazar olmama ve işsizlik durumunun yaygın olduğu gibi sonuçlar tespit edilmiştir (Güngör 2003). Bakırköy Umut Çocuk Evi'nde kayıtlı 63 çocuk ve gencin sokağa düşme nedenleri arasında yoksulluk başta gelmektedir (Kulca ve Korkmazlar-Oral 2003).

Ülkemizde Gürarslan (2006) tarafından yapılan araştırmada sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallede yaşayan çocukların daha fazla ve daha sık hastalandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık kuruluşuna başvurma davranışının daha düşük bulunduğu, çocuklarda kronik hastalık görülme sıklığının daha düşük olduğu, gelişim geriliği yaşayan çocuk sayısının fazla olduğu, tam aşılı çocuk sayısının düşük bulunduğu, çocukların daha sık hastalandığı belirtilmiştir. Malatya il merkezinin, farklı sosyoekonomik koşullara sahip iki bölgesinde bulunan iki okulda, 4-8. sınıflardaki toplam 876 öğrenci ile yapılan bir araştırmada (Kaya ve ark 2006): Sosyoekonomik düzeyi düşük bölgede yer alan okuldaki öğrencilerde gece işemeleri, kekemelik ve okul başarısızlığı gibi gelişimsel süreçlerle ilişkili ruhsal bozuklukların daha sık olması, olumsuz sosyo-ekonomik etkenlerin zihinsel ve ruhsal gelişim süreçleri üzerinde belirgin etkilerinin olduğunu düşündürmektedir.

1.6.3. Kadınlar

Yoksulluk her ne kadar toplumun her kesimini etkilese de literatürde çocuk ve kadınların daha kırılgan nüfus grupları oldukları vurgulanmaktadır (Yıldız 2008, Durgun 2011, Cömertler 2003, Topal 2003, Çamur-Duyan 2003, Rodrigo ve Rajapakse 2010, Karataş 2003, Buğra ve Keyder 2007, Koçoğlu ve Akın 2009). Kadın ve çocuk yoksulluğunun birbiriyle ilişkili olduğu unutulmamalıdır. Çamur-Duyan (2003)'ın da ifade ettiği üzere yoksul kadının, yoksul çocuklara sahip olabileceği gerçeği gözden kaçırılmamalıdır. Ülkemizde kadın yoksulluğu bazında temel problem kadın yoksulluğuna yönelik istatistikî verilerin eksikliğidir (Şener 2009). Ancak Hem Türkiye hem Avrupa Birliği ülkelerinde reel kişi başına düşen gayri sayfi yurt içi hasıla (GSYİH) bakımından önemli bir cinsiyet eşitsizliği bulunmaktadır (Şimşek 2010).

Kadın yoksulluğu ve sağlığı çok boyutlu bir sorundur: Küresel ölçekte üretimin yarısından fazlasını kadınların oluşturmasına rağmen kadınlar küresel gelirinin yalnızca %5'ini almaktadır (Cömertler 2003). Bu yüzden bir çok araştırmacı “yoksulluğun kadınlaşması”na dikkat çekmektedir (Pearce 1978, Marcoux 1998, Parr 1999, Ecevit 2003, Kardam ve Yüksek 2004, Moghadam 2005, Kümbetoğlu 2006, Güneş 2006, Öztürk 2006, Hattatoğlu 2006, Arıkan ve Mavili-Aktaş 2008, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2008, Ünlütürk-Ulutaş 2009, Dinçoflaz 2009, Çamur-Duyan 2010, Açıkğöz 2010, Güzel 2011, Şener 2012, Karadeniz ve Öztepe 2013, Topgöl 2013). Kadın sağlığına yönelik en büyük tehdit tecavüz ve aile içi şiddet olarak görölmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde her yirmi kadından birinin tecavüze ve aile içi şiddete uğrayarak sağlık sorunu yaşadığı belirtilmektedir (Balcıoğlu 2003, OECD ve WHO 2003, Page ve İnce 2008, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2008, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2009, Sallan Gül 2011, Dönmez ve ark 2012). Yine kız çocuklarının okutulmaması sorunu yoksulluğun devamına neden olmaktadır (Durgun 2011). Örneğin varoş olarak adlandırılan Bayramtepe'deki bir ilköğretim okulunda sekiz yıllık kesintisiz eğitim yasaını ihlal ederek okulu terk eden öğrenci sayısının 400 olduğu ve bunun büyük çoğunluğunu kız öğrencilerin teşkil ettiği saptanmıştır (Tüfekçioğlu 2003).

Yoksulluk ve kadın sağlığı açısından önemli bir süreç de kadının hamilelik sürecidir. Gözüyeşil ve ark (2003) çalışmalarında gebelerin depresyon puan ortalamaları ile ekonomik durumları karşılaştırmıştır. Geliri giderden düşük olanların depresyon puan ortalamaları 17,95, geliri giderden fazla olanların depresyon puan ortalamaları ise 14,12 olarak bulunmuştur.

1.7. Yoksulluk ve Sağlık Etkileşiminde Önemli Etmenler

Yoksulluk ve sağlık arasındaki karşılıklı etkileşimden doğan ve başta çocuklar ve kadınlar olmak üzere tüm kesimi etkileyen sonuçların bertaraf edilmesi veyahut en azından asgari düzeye indirilmesi için bir takım hususlara dikkat çekilmektedir. Bu hususların neler olduğu ve açıklamaları aşağıda yer almaktadır.

1.7.1. Politikaların Uygulanma Biçimi

Yoksullukla mücadelede politka boyutunda OECD (2003) cinsiyet eşitliği, eğitim, gıda güvenliği ve beslenme gibi sağlık ile karşılıklı ilişkileri bulunan alanların geliştirilmesine vurgu yapmaktadır. Ek olarak literatürde ihtiyaç odaklı, (Eryurt ve Koç 2009), bireylerin ihtiyaçlarını barınmadan yönetime katılmaya kadar geniş bir şekilde tanımlayan (Erken 2003) “mikroekonomik” tabanlı tedbirlerden ziyade “makroekonomik” tabanlı tedbirleri içeren politikalar üzerinde durulmaktadır (Bocutoğlu 2003). Politikaların yasal olarak başlatılsa bile politikaların zayıf bir şekilde uygulanması eleştirilmekte (Santana 2002), politikaların uygulanması ve sürdürülebilirliğinin sağlanması hususunda ısrarcı bir yaklaşım sergilenmesi gerekliliği (Shaw ve ark 2009) vurgulanmaktadır. Politikaların oluşturulmasında temel sorunlardan bir diğeri de ulusal düzeyde uygulanacak programlardan ziyade konunun uluslararası politik gündemde yer almasının gerekliliğidir (Santana 2002). Ülkelerin sosyo-ekonomik düzeyi artmasına rağmen, çocuk yoksulluğu sorununun devam ediyor olması gelişmiş ülkelerin de mücadele içerisinde olmasını gerektirmektedir (Durgun 2011). Bu anlamda yoksulluğun küresel boyutunun politka bazında ayrı bir tartışma konusu olduğu görülmektedir.

1.7.2. Gelir Desteği

Yoksullukla mücadelede temel araçlardan biri gelir desteğidir. Gelir desteğinin yoksullukla mücadelede işlevsel olduğu (Yardımcı ve ark 2003, Aktan 2003, Şengül 2006) ifade edilmekte, sistemleştirilmiş ve teknolojiyi kullanan yardım sistemine vurgu yapılmaktadır (Bilgili ve Altan 2003b). Sadece bir gelir desteğinden ziyade desteğin “asgari gelir desteği” adı altında “topluma yararlı faaliyet koşuluyla” verilmesinin, destek ile iş arasında bağlantı sağlanmasının altı çizilmektedir (Beck 1997, Gorz 2001, Buğra 2002, Benassi and Mingione 2002, International Labour Office 2003, Vanderborght ve Van Parijs 2005, Buğra ve Keyder 2007, Balcı 2007, Akyüz 2008, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2008, Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu 2009, Koray 2010, Yaşar ve Açıkgöz 2011, Taş ve Özcan 2012, Şener 2012, Yentürk 2013, Günder 2013). Bununla birlikte sadece gelir desteğinin kalıcı bir çözüm olmadığı (Çengelci 1993, Gündoğan 2003, Dansuk 2003, Seyyar 2005, Taş ve Özcan 2012) uzun süreli işsizlik sürecinde işlevselliğini yitirdiği (Bartley ve ark 2009) bireyleri “yardım verenlere bağımlı kılan” bir hale getirdiği (Karataş 2003, Buğra 2005) ve doğrudan parasal yardımlarla mücadeleyi öngören "sosyal yardım devleti"ne (Aktan

2003) yönelik eleştiriler de vardır. SYDV'nin 33 çalışanı ile yapılan araştırmada katılımcılar, makro düzeyde yoksulluğu azaltmak için yardım hizmetlerinin oldukça yetersiz olduğunu belirtmektedirler (İçağasioğlu-Çoban ve ark 2011). Ayrıca sadece gelir desteğinin sağlık üzerinde olumlu etki yaptığı da söylenemez. Nitekim Tüylüoğlu ve Tekin (2009)'in 176 ülkenin iktisadi göstergeleri üzerine yaptıkları çalışmada kişi başına gelir artışının tek başına sağlığın gelişimini sağlamayacağı belirtilmektedir. İnsani Kalkınma Endeksi değerleri ile kişi başına sağlık harcamaları, doğumda beklenen yaşam süresini açıklamada anlamlıyken; sadece kişi başına gelirin artışı ise doğumda beklenen yaşam süresini açıklamada ön planda değildir. Bunlarla ilişkili olarak yoksulların temel sağlık ve gerekli altyapı ihtiyaçlarını karşılayacak minimal olarak yeterli düzeyde müdahaleler dizisi için kişi başına düşen miktarın 30-40 ABD doları olduğu tahmin edilmektedir (OECD 2003).

1.7.3. İstihdam

Yoksullukla mücadelede gelir desteği ile birlikte temel tartışma alanlarından biri de istihdam sorunudur. Çünkü işsizlik, Türkiye ve benzer ülkelerde açlık anlamına gelirken, Avrupa ve gelişmiş ülkelerde bu sadece teknik bir düzenleme olmaktadır (Yıldız 2003). Örneğin Ankara da SYDV'ye en çok başvuru yapılan üç mahalle örnekleminde 68 kişiye ulaşılmış *“Kişilere niye yoksul oldukları sorulduğunda”* yüzde 50'si işsizlik, yüzde 30,3'ü düzgün bir iş sahibi olmama, yüzde 4,4'ü eğitimsiz olma, yüzde 6'sı yaşlı ya da sakat olma nedenlerini bildirmişlerdir (Gül ve Ergun 2003). Literatürde istihdamın yoksulluğu önlemede etkili bir çözüm olduğu vurgulanmaktadır (Smith 1990, Atalay 2003, Gündoğan 2003, Dansuk 2003, Poçanoğlu 2003, Seyyar 2003, Yıldız 2003, Saltık 2003b, Sallan Gül ve ark 2006, Arıkan ve Mavili Aktaş 2008, DDK 2009, Durgun 2011). Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine bağlı olarak yapılan analizde Türkiye'de çalışan bireylerin toplam hane büyüklüğüne oranı olarak, ölçülen *“hanehalkının istihdam düzeyi”* yükseldikçe de, hanelerin yoksulluk riski azalmaktadır (Yardımcı ve ark 2003). Çözüm açısından da SYDV'nin 33 çalışanı ile yapılan araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğu yoksulluğu bertaraf etmede devletin istihdam fırsatları yaratma konusundaki çabalarını en önemli method olarak görmekteler (İçağasioğlu-Çoban ve ark 2011).

1.7.4. Eğitim

Literatürde eğitimin yoksullukla mücadelede, sağlık bilincinin geliştirilmesinde ve de yoksulluğun azaltılmasında etkili olduğu vurgulanmaktadır (Koşar 2000, Hatun 2002, Uzun 2003, Açıkalın 2003, Gürdoğan 2003, Kale 2003, Kulaksızoğlu 2003, Dansuk 2003, Şirin 2003, Hatun ve ark 2003, Saltıka 2003, Celkan 2003, Ekşi ve ark 2003, Erdoğan 2003, Topsakal 2003, Can 2003, Koç ve Hancıoğlu 2004, Hamzaoğlu 2004, Mcloughney 2006, Güven ve Işık 2006, Kumaş 2006, Tezcan 2006, Uz 2006, Yılmaz ve Şeker 2006, Sallan Gül ve ark 2006, Arıkan ve Mavili Aktaş 2008, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü 2008, Şener 2009, Karadağ ve ark 2009, Ünlütürk-Ulutaş 2009, Wadsworth ve Butterworth 2009, DDK 2009, Güzel 2011, Kılıç ve Çetinkaya 2012, Şener 2012, Avcı 2013). Çünkü ana-babalarının sahip olduğu eğitim düzeyinden daha fazlasını gerçekleştirme olanakları zaten çok kısıtlı olan ve küçük yaşlarda ya hiç okula gitmeden ya da eğitimlerini ilk basamaklarda bırakmak zorunda kalmış genç kuşaklar için yukarı doğru toplumsal hareketlilik şansı neredeyse hiç yoktur (Açıkalın 2003). Örneğin Şengül (2006) ve Durgun (2011) tarafından yapılan araştırmada eğitim seviyesi ile yoksulluk arasında ters bir ilişkinin olduğu, eğitim seviyesinin yükseldikçe çocukların ileriki yaşlarında yoksul olma riskinin azaldığı belirtilmektedir. Sağlık açısından baskın görüş bireysel bilgi, tutum ve becerilerin sağlık davranışlarını belirlediği yönünde (Kaselman ve Thomson 2009) olduğundan eğitim, üzerinde durulması gereken bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim eğitimsizlik nedeniyle aileler çocuklarındaki hastalık bulgularını erken fark edememekte veya önemsiz bulabilmektedir (Hatun 2002). Özellikle anne ve çocuk beslenmesinin daha iyi hale getirilmesi yetişkin eğitiminin yaygınlaştırılmasına ve okur-yazarlık oranının yükseltilmesine bağlıdır (Kulaksızoğlu 2003). Bir diğer konu da sosyal desteklerin sağlıklı yaşam ve beslenme eğitimleri ile birleştirilmesine ilişkindir. Bunun nedeni ise insanların, en önemli desteklerden olan gıda desteğini nasıl kullanacaklarını bilmemeleridir (Aktürk ve ark 2003).

1.7.5. Adaletli Gelir Dağılımı

Literatürde önemli bir diğer vurgu da gelir dağılımında adaletle yöneliktir. Yoksullukla mücadelede temel odağın gelir adaletsizliğini ortadan kaldırmak olduğu ifade edilmektedir (Gül ve Ergun 2003, Çabuk 2003, Bocutoğlu 2003, Bağdadioğlu 2003, Şen 2003, Aktan 2003, Kulaksızoğlu 2003, Karataş 2003, Özşahin 2003, Poçanoğlu 2003, Sezgin 2003, Akdemir 2003, Bağdadioğlu 2006, Fisunoğlu

2006, Karadağ ve ark 2009, Koray 2010, Durgun 2011, Arpacıoğlu ve Yıldırım 2011, Yaşar ve Açıkgöz 2011, Kılıç ve Çetinkaya 2012, Taş ve Özcan 2012, Yusufoglu 2013). Örneğin Portekizde 1996'dan beri uygulanan "Garantili Asgari Ücret" uygulaması bireylerin asgari ihtiyaçlarını karşılayacak araçlara sahip olmasını ve ileriye doğru giden sosyal ve profesyonel bir dahil etme programını amaçlamaktadır (Santana 2002). UNICEF'in 2010 raporuna göre de devletlerin GSMH'den aile yaşam standartlarını yükseltmek amacıyla ayırdığı bütçe arttıkça çocuk yoksulluğu riski de azalmaktadır (Durgun2011). Kimi yazarlar da vergi, sosyal güvenlik, sosyal yardım, sağlık ve eğitim politikaları gibi temel araçlarla gelirin ikincil dağılımına etkin bir biçimde müdahil olunması anlamına gelen doğrudan yaklaşımı belirtmektedir (Önder ve Şenses 2005, Arpacıoğlu ve Yıldırım 2011).

1.7.6. Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Yoksulluk sağlık ilişkisini daha olumlu bir yöne aktaracak önemli gelişme alanlarından biri de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesidir. Sağlıklı toplumsal yaşantı için sağlık hizmetlerinin yanı sıra, sağlığı etkileyen bütün hizmetlerin ve koşulların gereksinim duyulduğunda, gereksinildiği kadar erişilebiliyor ve kullanılabilir olması gerekir (Çağlayan ve ark 2005). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin yoksul bireylere yönelik olarak geliştirilmesi, yaygınlaştırılması, bebek ve çocuk sağlığının devlet güvencesine alınmasının altı çizilmektedir (Dansuk 2003, Eryurt ve Koç 2009, Karadağ ve ark 2009, Durgun, 2011). Benzer şekilde yoksul hamile kadınların gebelik ve emzirme dönemlerinde izlenmesi ve yeterli beslenemeyen hamile kadınların besleyici değeri yüksek besinlerden daha çok almalarına vurgu yapılmaktadır (Kulaksızoğlu 2003). Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesindeki en güzel örnek yoksul yanlısı sağlık yaklaşımıdır (A pro-poor health approach). Bu yaklaşım yoksulların sağlığını geliştirmeye, korumaya ve yükseltmeye öncelik veren ve eşitlikçi bir finansman mekanizması ile kaliteli halk sağlığı ve kişisel bakım hizmetlerinin sağlanması içermektedir. Bu durum eğitim, beslenme, su ve besin güvenliği gibi orantısız olarak yoksulların sağlığını etkileyen bölgelerde politikaları da kapsaması için sağlık sektörünün ötesine geçmektedir (OECD ve WHO 2003).

1.8. Yaşam Kalitesi Kavramı

Sosyal bilimlerde geliştirilen yaşam kalitesi kavramının pratik tıpta ilk olarak onkolojide ele alındığını belirten görüşe karşın (Top ve ark 2003), sağlıkta iyilik

halinin ölçülmesi için geliştirildiğini savunan görüş de literatürde yer almaktadır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2011). Özellikle tedavi etkinliğinin ve sağlık politikalarının belirlenmesinde yaşam kalitesi ifadesi ile sık karşılaşılmaması (Şimşek Aybar 2014) ve yaşam kalitesi kavramının daha çok sağlık alanında ve sağlık ile ilgili çalışmalarda kullanılması, kavramın sağlık ile birebir ilişkili olduğunun göstergesidir. Bununla ilgili literatürde birçok çalışma olduğu görülmektedir. Örneğin kanser (Usta-Yeşilbalkan ve ark 2005, Özçınar ve ark 2010, Şimşir Atalay ve ark 2011, Kutlu ve ark 2011, Karayurt 2012, Özbayır ve ark 2012), böbrek yetmezliği (Kuzeyli-Yıldırım ve Fadıloğlu 2005, Eşit-Üstün ve Karadeniz 2006), kalp yetmezliği (Özer ve Argon 2005, Demir Korkmaz 2012), organ nakli (Özşaker 2012), kronik yaralar (Öğce 2012), diyabet (Eren ve ark 2004), depresyon (Durukan ve ark 2011) gibi sağlık sorunları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmıştır. Bu nedenle yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerinden birisinin sağlık olduğu söylenebilir (Tüzün ve Eker 2003).

Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü'ne göre *"kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi"* olarak tanımlanmaktadır (Fidaner ve ark 1999, Işıklı ve ark 2007). Yaşam kalitesi *"hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram"* olarak karşımıza çıkmaktadır (Akdeniz ve Aydemir 1999). Yaşam kalitesi bireyin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenmişlik düzeylerini kapsamakta ve bu durumun bireyin işlevselliğini ne derece etkilediğini göstermektedir (Testa ve Simonson 1996, Ertam ve ark 2009). Yaşam kalitesi kavramı için ortak bir fikir bulunmamakla birlikte; kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu olarak tanımlanmaktadır (Telatar ve Özcebe 2004, Kılıçarslan 2008, Kutlu ve ark 2011). Buradaki temel amaç, kişi ve toplumların sağlığını daha iyi değerlendirmek ve sağlık hizmetlerinin yarar ve zararlarını ortaya koymaktır (Düzgün-Çelik 2006). Çünkü yaşam kalitesinin artmasının kişilerin sağlığına, psikolojik durumlarına, sosyal çevrelerine olumlu katkılar sağladığı belirtilmektedir (Gülmez 2003). Günümüz dünyasında sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin artırılması da hedeflenmektedir. Bu nedenle iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi konusunda giderek artan bir çaba gösterilmektedir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2011).

Literatürde yaşam kalitesi ölçeklerinin amaçlarına göre üç gruba ayrıldığı belirtilmektedir. Bunlar (Savcı 2006):

1. Hastalığa özel ölçekler
2. Özel bir konuya yönelik ölçekler
3. Genel kapsamlı ölçekler olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

Ancak Eser (2012) amaçlarına göre yaşam kalitesi ölçeklerini genel amaçlı ve özel amaçlı olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Hemen hemen her hastalığa, duruma (ağrı) ve işleve ilişkin olan ölçeklerin özel ölçek grubuna girdiğini (örneğin, whoqol-dis engelliler), toplumun tüm kesimlerinde, tüm hastalıklar ve durumlarda kullanılan ölçeklerin genel amaçlı (SF-36, Whoqol-Bref) ölçekler kategorisinde yer aldığını vurgulamaktadır. Buradan hareketle bu çalışmada Savcı(2006) ve Eser (2012)'in vurguladığı genel amaçlı yaşam kalitesi ölçeklerinden Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kısa formu (WHOQOL-BREF) kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı için hesaplanan "cronbach alfa" değerleri bedensel alanda 0,83, ruhsal alanda 0,66, sosyal alanda 0,53, çevre alanında 0,73 ve ulusal çevre alanında 0,73 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliğini hesaplamaya yönelik her soru için hesaplanan pearson katsayıları 0,57 ve 0,81 arasında değişmektedir (Eser ve ark 1999). Ayrıca WHOQOL-BREF, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soruyla birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların cevaplanmasında son 15 günün dikkate alınması istenmektedir. İlk iki soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları hesaplanmaktadır. WHOQOL-BREF uygulandıktan sonra 0-20 puan üzerinden hesaplanan fizik, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanlarında, puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir.

Ölçekte alanlara göre soruların içeriği şöyledir:

Bedensel Alan: Günlük yaşam etkinlikleri, ilaçlara ve tıbbi yardıma bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketsizlik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme ve çalışabilme kapasitesi.

Ruhsal Alan: Beden imgesi ve dış görünüş, olumsuz duygular, olumlu duygular, benlik, maneviyat, din, kişisel inançlar, düşünme, öğrenme, bellek ve dikkat toplama.

Sosyal Alan: Kişisel ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam.

Çevre Alanı: Maddi kaynaklar, özgürlük, fiziksel güvenlik ve emniyet, sağlık hizmetleri ve sosyal yardıma ulaşılabilirlik ve niteliği, ev ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatları, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatları ile bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım.

Yaşam kalitesini etkileyen faktörlere bakıldığında politik, sosyal ve ekonomik unsurların yer aldığı görülmektedir (Işıklı ve ark 2007). Ayrıca yaşam kalitesini düşüren durumlar içinde gelecek ile ilgili kaygıların, destek sistemlerindeki yetersizliklerin ve akut ya da kronik sağlık sorunlarının olduğu belirtilmektedir (Savcı 2006). Hem yaşam kalitesini etkileyen hem de yaşam kalitesini düşüren faktörlere bakıldığında yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal ve ekonomik destek alan ailelerde kullanılmasının uygunluğu ortaya çıkmaktadır.

1.9. Bölüm Değerlendirmesi

Bu bölüm, sosyal yardımlar, yoksulluk, sağlık ve yaşam kalitesi gibi temelde dört başlıktan oluşmasına rağmen yapay olarak sosyal yardımlar-yoksulluk ve sağlık-yaşam kalitesi başlıklarının iç içe geçmişliği göz önünde bulundurulmalıdır. Sosyal yardımlar ve yoksulluk iç içe geçmiştir çünkü sosyolojik bir bakış açısı ile durumu değerlendiren Simmel (2009) yoksulun düşük sosyo-ekonomik düzey nedeniyle yoksul olmadığını, yoksul kişinin düşük sosyo-ekonomik düzey nedeniyle yardım alan kişi olduğunu belirtmektedir. Aynı şekilde sağlık ve yaşam kalitesi iç içe geçmiştir çünkü Dünya Sağlık Örgütü'nün "*yalnızca hasta veya sakat olmamak değil beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali*" olarak tanımladığı sağlık tanımı bire bir yaşam kalitesine vurgu yapmaktadır. İç içe geçmiş ve yapay olarak iki başlık olarak düşünülmesi gereken bu bölümün nihai hedefi "*yoksulluk ve sağlığa*" ilişkin çok boyutlu bir bilgi kümesi sunabilmesidir. Belirtilen bu nihai hedefe ulaşabilmek için başta sosyal yardımlarla ilgili ayrıntılı bilgi verilmiştir. Sosyal yardımların tam olarak ne olduğu, neleri kapsadığı, öncesi, şimdisi, mevcut uygulamalar, uygulamalar içerisinde en fazla yer edinen ve sosyal yardımları tekelinde bulunduran kurumla ilgili vurgular yapılmıştır. Sosyal yardımlar konusundan sonra çok tartışılan ve tartışılmaya devam edilecek olan yoksulluk kavramı ele alınmıştır. Yoksulluğun tanımı ve tanımının zorlukları, yoksulluğun ölçümü ve ölçümünün zorlukları, yoksulluk ölçümünde kullanılan yöntemlerden

bahsedilmiştir. Daha sonra ise bölümün ve çalışmanın temel direklerinden olan sağlık konusuna değinilmiştir. Sağlık, bir sorun alanı olarak ele alınmış olup sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerine yer verilmiş ve sağlıkta reform politikasından bahsedilmiştir.

Bölümde, yoksulluk ve sağlık ile ilgili ayrı ayrı bilgilere yer verildikten sonra yoksulluk ve sağlık etkileşimine değinilmiştir. Literatürde yer alan ve bu etkileşimi ortaya koyan çalışmalar belirli bir sistem halinde ve kendi içinde başlıklandırma yapılarak verilmeye çalışılmıştır. Yoksulluk ve sağlık etkileşiminden en çok etkilenen grupların çocuklar ve kadınlar olduğu vurgulanmış ve özelde çocuklar ve kadınların ve genelde tüm kesimin bu etkileşimin zararlarından kurtulabilmesi ya da zararlarını asgari düzeye indirebilmek için “*politikaların uygulanma biçimi*”, “*gelir desteği*”, “*istihdam*”, “*eğitim*”, “*adaletli gelir dağılımı*”, ve “*sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi*” noktalarına değinilmiştir. Son olarak sağlıkla iç içe geçmiş olduğu vurgulanan yaşam kalitesi kavramına ve yaşam kalitesinin nasıl ölçüldüğüne ilişkin bilgiler okuyucunun ilgisine sunulmuştur.

Kısacası bu araştırma sonunda, yoksulluk nedeniyle sosyal yardım alan bireylerin ve ailelerinin yoksulluk ve sağlık düzeylerine yönelik faktörlerin saptanmasıyla diğer araştırmalarda kullanılabilir önemli sonuçlar elde edileceği düşünülmektedir.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Konya Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğü'ne bağlı Meram Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü'nden sosyal ve ekonomik destek alan ailelerde ve çocuklarında yoksulluk, sağlık ve yaşam kalitesi

düzeylerinin araştırılmasıdır. Çalışmanın bir diğer amacı ise özelde çocukların genelde ise ailelerin sağlık düzeylerine odaklanarak yoksullukla ilişkili olabilecek faktörleri ortaya koymaktır.

2.2. Araştırmanın Tipi

Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmıştır. Nicel araştırma en basit anlamıyla nicel verilerin toplanmasını ve analizini gerektiren çalışmalardır (Büyüköztürk ve ark 2013). Ayrıca araştırma tanımlayıcı nitelikler taşımaktadır. Tanımlayıcı araştırmaların en belirleyici özelliği araştırma sonuçlarının bir durumu tanımlaması, ancak bu durumu açıklamak üzere karşılaştırmalar yapmıyor olmasıdır. Dolayısı ile tanımlayıcı araştırmalarda karşılaştırma grubu bulunmaz. Bu araştırmaların diğer bir özelliği ise elde edilen sonuçların genellenememesidir (Kurtuluş 2004).

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Konya ilinde ikamet eden ve Meram Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü'nden 1 Kasım 2013 tarihi itibarı ile sosyal ve ekonomik destek alan 593 aile oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla aşağıdaki tablodan faydalanılmıştır (Altunışık ve ark 2012) ve tabloya göre 234 ailenin evreni temsil edebileceği sonucuna varılmıştır. Ancak elde edilen sonuçların güvenilirliğini artırmak amacıyla daha fazla aile araştırma kapsamına alınmaya çalışılmış ve sonuçta araştırmaya katılmayı kabul eden 246 aile araştırma kapsamında incelenmiştir.

Çizelge 2. 1. Belirli evrenler için kabul edilebilir örnek büyüklükleri

N	S	N	S	N	S	N	S
10	10	190	127	1100	285	5000	357
20	19	200	132	1200	291	6000	361
30	28	250	152	1300	297	7000	364
40	36	300	169	1400	302	8000	367
50	44	350	185	1500	306	9000	368
60	52	400	196	1600	310	10000	370

70	59	450	212	1700	313	15000	375
80	66	500	217	1800	317	20000	377
90	73	550	226	1900	320	30000	379
100	80	600	234	2000	322	40000	380
110	86	650	241	2200	327	50000	381
120	92	700	248	2400	331	75000	382
130	97	750	254	2600	335	100000	384
140	103	800	260	2800	338	1000000	384
150	108	850	265	3000	341	10000000	384
160	113	900	269	3500	346		
170	118	950	274	4000	351		
180	123	1000	278	4500	354		

Kaynak: Altunışık ve ark 2012 (N=Evren büyüklüğü, S= Gerekli Örnek Büyüklüğü)

2.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama tekniklerine göregörgül (ampirik, gözleme dayalı) araştırma tekniği kullanılmıştır. Görgül araştırmalar, araştırma sorularını cevaplamada ihtiyaç duyulan verilerin, anket, gözlem, görüşme gibi çeşitli araçlarla toplandığı çalışmalardır (Büyüköztürk ve ark 2013). Araştırmada sosyo-demografik verilerin toplanması amacıyla literatür taraması sonucunda araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formunda kullanılan soru tipleri, demografik, olgusal ve yargısal olmak üzere üç temel başlık altında incelenmeye çalışılmıştır (Baş 2010). *Demografik sorular*, cevaplayıcıların kişisel özellikleri ve geçmişleriyle; *olgusal sorular* cevaplayıcıların davranış ya da tecrübeleriyle, *yargısal sorular* ise cevaplayıcıların tutumları, algıları, inançları ve fikirleriyle ilgili bilgi toplamak amacıyla kullanılmıştır. Buna göre anket formu, sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin sosyo-demografik özellikleri (yardımı alan kişi, yaş, medeni durum, eğitim, sosyal güvence, meslek, gelir getiren iş vb.), sosyal yardım (yeterliliği, miktarı ve başka yardımlara ihtiyaç durumu), yoksulluk (nedenleri neler olduğu ve bertaraf edilmesi için neler yapılması gerektiği), yaşanan konutun özellikleri, çocuklar ve sağlık ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

Sosyal ve ekonomik desteği alan kişinin *yaşam kalitesini* belirlemek için Eser ve ark (1999) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (WHOQOL-BREF) kullanılmıştır. WHOQOL-Bref 26 soruluk bir ölçektir. WHOQOL-Bref, 4 Alan (domain) dan oluşmuştur, Aynı ayrı bölümleri (fasetleri) yoktur. Ölçeğin toplam skoru yoktur. Her bir bölüm ve alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. 27 soruluk Türkiye sürümü

(27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında “Çevre alan skoru” Çevretr olarak adlandırılır. Bu durumda Çevretr alan skoru çevre skoru yerine kullanılır.

Çizelge 2. 2. Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi'nin (WHOQOL-BREF) alt boyutlarına ilişkin bilgiler.

ALT BOYUTLAR	KAPSADIĞI SORULAR
Bedensel Alan	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
Ruhsal Alan	5, 6, 7, 11, 19, 26.
Sosyal İlişkiler Alanı	20, 21, 22.
Çevre Alanı	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25, 27

Ölçeğin 3, 4 ve 26. soruları ters puanlıdır. Alt boyutlarda yer almayan ölçeğin 1. sorusu ile algılanan yaşam kalitesi, 2. sorusu ile de algılanan sağlık durumu ölçülmektedir.

2.5. Araştırmada Verilerin Toplanması

Araştırmalar, verilerin toplanma zamanına göre anlık, kesitsel ve boylamsal olmak üzere üçe ayrılırlar (Büyüköztürk ve ark 2013). Buna göre araştırma için ihtiyaç duyulan veriler belirlenen bir aralıkta anlık olarak toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından, sosyal ve ekonomik destek alan aile üyesi ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmak istenmiş ancak Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü'nün yüz yüze görüşme tekniği ile veri toplama konusunda araştırmacıya izin vermemesi nedeniyle veriler posta yoluyla toplanmıştır. Verilerin posta yolu ile toplandığı için anket formu hazırlanırken bir takım hususlar dikkate alınmıştır. Bunlar (Baş 2010):

- Soruların uzunluklarının cevap seçenekleri ile birlikte 30 kelimeyi geçmemesine özen gösterilmiştir.
- Sorular A4 (105x297) büyüklüğündeki kâğıda olacak şekilde dergiye benzer şekilde basılmıştır.
- Times New Roman ve 10 front yazı kullanılmıştır.
- Sorular 90g/m²'lik kâğıda basılmıştır.
- Anketi daha ilginç göstermek için ön kapak tasarlanmıştır.
- Arka kapak anketi cevaplayan kişinin ek görüş ve tavsiyelerini rahatlıkla yazabileceği kadar boş bırakılmıştır.

Anketler posta yolu ile sosyal ve ekonomik destek alan ailelere yollanılmadan önce ilk etapta 15 aile ile Meram Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü'nde ön deneme yapılmış ve anlaşılmayan sorular yeniden düzenlenmiştir. İki aşamada gerçekleşen

uygulamada: *birinci aşamada* araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu, *ikinci aşamada* Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi kullanılarak veri toplama işlemi sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin anketleri posta yolu ile geri yollamaları ile süreç tamamlanmıştır.

2.6. Araştırmada Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktararak ilk etapta veri kontrolü yapılmış ve hatalı veriler düzenlenmiştir. İstatistiksel analizler bilgisayar ortamında yapılmıştır. Veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi ve bağımsız örneklem t testleri yapılmıştır.

2.7. Araştırmanın Etiği

Araştırma öncesi 25.06.2013 tarih ve 2013/28 sayılı Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı (Bakınız Ek-C) alınmıştır. Ayrıca Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'ndan araştırma için gerekli tüm izinler alınmıştır (Bakınız EK-D). Araştırmaya katılan ailelere araştırma süreci telefon ile açıklanarak sözlü onamları alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm ailelere araştırmanın amacını, süresini, sürecini anlayabilecekleri nitelikte açıklanarak “aydınlatılmış onam” ilkesi, istedikleri zaman ayrılacakları belirtilerek “özerklik ilkesi”, kişisel bilgilerin mutlaka korunacağı vurgulanarak “gizlilik ve gizliliğin korunması” ilkesi yerine getirilmiştir.

2.8. Araştırmada Çalışma Takvimi

- Araştırma süreci aşağıdaki takvim aşaması kapsamında gerçekleştirilmiştir.
- Konu seçimi ve literatür değerlendirmesi (kaynak taraması, konunun seçimi; konunun sınırlarının belirlenmesi): 4 ay (Şubat-Mayıs 2013)
- Tez önerisi verilmesi (projenin Yazımı; teslim edilmesi ve kabulü): 3 ay (Haziran-Ağustos 2013)
- Literatür değerlendirmesi ve veri toplama formu (literatür özetinin yazılması): 3 ay (Eylül-Kasım 2013)
- Gerekli izinlerin alınması, verilerin toplanması ve verilerin analizi (araştırma yerinde örneklem üzerinde veri toplama araçlarının uygulanması, verilerin istatistik analizinin yapılması): 7 ay (Aralık 2013-Haziran 2014)
- Araştırma raporunun yazılması (bulgular; Tartışma; Özet; Sonuç ve Önerilerin yazımı): 5 ay (Temmuz-Kasım 2014)

2.9. Araştırmanın Hipotezleri

- **Hipotez 1:**Ho= SED alan ailelerin eğitim düzeyleri ile algılanan yaşam kalitesi arasında fark yoktur.
- **Hipotez 2:**Ho= SED alan ailelerin eğitim düzeyleri ile algılanan sağlık durumu arasında fark yoktur.
- **Hipotez 3:**Ho= SED alan ailelerde medeni durum ile algılanan yaşam kalitesi arasında fark yoktur.
- **Hipotez 4:**Ho= SED alan ailelerde medeni durum ile algılanan sağlık durumu arasında fark yoktur.
- **Hipotez 5:** Ho= SED alan ailelerde toplam gelir ile algılanan yaşam kalitesi arasında fark yoktur.
- **Hipotez 6:**Ho= SED alan ailelerde toplam gelir ile algılanan sağlık durumu arasında fark yoktur.
- **Hipotez 7:**Ho= SED alan ailelerde yaş ile algılanan yaşam kalitesi arasında fark yoktur.
- **Hipotez 8:**Ho= SED alan ailelerde yaş ile algılanan sağlık durumu arasında fark yoktur.
- **Hipotez 9:**Ho= SED alan ailelerde sosyal güvence durumu ile algılanan yaşam kalitesi arasında fark yoktur.
- **Hipotez 10:**Ho= SED alan ailelerde sosyal güvence durumu ile algılanan sağlık durumu arasında fark yoktur.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma Konya ili merkez ve ilçelerinden ikamet eden ve sosyal ve ekonomik destek alan aileler üzerinde gerçekleştirildiğinden elde edilen bulguların tüm sosyal ve ekonomik destek alan ailelere genellenememesi bir sınırlılık olarak görülmektedir.

3. BULGULAR

Çocukları adına sosyal ve ekonomik destek alan ailelere ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

Çizelge 3. 1. Sosyal ve ekonomik desteği (SED) çocuklar adına alanaile bireyinin (ailenin bakım sorumluluğunu üstlenmiş kişi) sosyo-demografik özellikleri.

SED alan aile bireyi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anne	193	78,4
Baba	28	11,4

Diğer (Büyük kardeş, dede, büyük anne)	25	10,2
Medeni durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	111	45,1
Bekâr	135	54,9
SED alan aile bireyi&medeni durum	Evli	Bekar-Boşanmış
Anne	78	115
Baba	18	10
Diğer (Büyük kardeş, dede, büyük anne)	15	10
Sosyal ve ekonomik destek alan aile üyesinin yaşı	Sayı (n)	Yüzde (%)
20-29	27	11,0
30-39	91	37,0
40-49	76	30,9
50-59	29	11,8
60+	23	9,3
Eğitim durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuryazar değil	41	16,7
Okuryazar	19	7,7
İlkokul	152	61,8
Ortaokul	21	8,5
Lise-dengi ve üzeri	13	5,3
Meslek	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	10	4,1
Yok	236	95,9
Gelir getiren bir işte çalışma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	32	13,0
Yok	214	87,0
Toplam	246	100,0

Çizelge 3.1'de araştırma kapsamında incelenen ailelerden SED'î çocukları adına alan aile üyesinin, diğer bir ifade ile ailenin bakım sorumluluğunu üstlenmiş bireylere ilişkin sosyo-demografik bilgiler yer almaktadır. Çizelgede görüldüğü gibi sosyal ve ekonomik desteği çocuklar adına alan aile üyesi dağılımı açısından bireylerin 193'ü (%78,5) anne, 28'i (%11,4) baba ve 25'i (%20,2) diğer (büyük kardeş, dede, büyük anne) grubuna dahil olan aile üyelerinden oluşmaktadır. Sosyal ve ekonomik desteği çocukları adına alan aile üyelerinin 111'i (%45,1) evli ve 135'i (%54,9) bekar olduğu görülmektedir. SED'i alan annelerin 78'i evli, 115'i bekadır. SED'i alan babaların ise 18'i evli olup 10'u bekadır. Yaş dağılımına baktığımızda; 27'si (%11,10) 20-29 yaş grubunda, 91'i (%37,0) 30-39 yaş grubunda, 76'sı (%30,9) 40-49 yaş grubunda, 29'u (%11,8) 50-59 yaş grubunda ve 23'ü (%9,3) 60+ yaş grubunda yer almaktadır. Bireylerin eğitim durumlarını incelediğimizde; 41'inin (%16,7) okur-yazar değil, 19'unun (%7,7) okur-yazar, 152'sinin (%61,8) ilkokul,

21'inin (%8,5) ortaokul, 13'ünün (%5,3) lise-dengi ve üzeri eğitime sahip olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin meslek sahibi olma durumlarına baktığımızda; 10'nu (%4,1) meslek sahibi, 236'sı (%95,9) meslek sahibi değildir. Bireylerin 32'sinin (%13,0) gelir getiren bir işi bulunmakta iken 214'ünün (%87,0) gelir getiren işi bulunmamaktadır.

Çizelge 3. 2. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerdeki toplam kişi sayısı, ortalama kişi sayısı, toplam çocuk sayısı ve ortalama çocuk sayısına ilişkin bilgiler.

Ailedeki toplam kişi sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
2,00	21	8,5
3,00	54	22,0
4,00	70	28,5
5,00	36	14,6
6,00	30	12,2
7,00+	35	14,2
Toplam	246	100,0

Çocuk sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)		
1	24	9,8		
2	55	22,4		
3	71	28,8		
4	46	18,7		
5	27	11,0		
6 ve üzeri	23	9,3		
Toplam	246	100,0		
	Ortalama	Ortanca	Min.	Max
Her bir ailedeki kişi sayısı	4,6	4	1	11
Her bir ailedeki çocuk sayısı	3,3	3	1	6

Çizelge 3.2'de SED alan ailelerin hanelerinde bulunan toplam kişi sayısı ve çocuk sayısı ile ortalama kişi sayısı ve çocuk sayısına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan ailelerin hanelerinde bulunan kişi sayısını incelediğimizde; 21'i (%8,5) 2 kişilik, 54'ü (%22,0) 3 kişilik, 70'i (%28,5) 4 kişilik, 36'sı (%14,6) 5 kişilik, 30'u (%12,2) 6 kişilik ve 35'i (%14,1) 7+ kişilik ailelere sahip olduğu görülmektedir. Çocuk sayısına baktığımızda; 24'nün (%9,8) 1 çocuk, 55'inin (%22,4) 2 çocuk, 71'inin (%28,9) 3 çocuk, 46'sının (%18,7) 4 çocuk, 27'sinin (%11,0) 5 çocuk, 23'ünün (%9,3) 6 ve üzeri çocuğa sahip olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmaya katılan ailelerin hanelerindeki ortalama kişi sayısı ve çocuk sayısı incelendiğinde; ortalama kişi sayısının 4,6 ve ortalama çocuk sayısının 3,3 olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3. 3. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin sosyo-ekonomik özellikleri.

Sosyal güvence	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yok	101	41,1
G0 - Yeşil Kart	107	43,5
Çalışan	23	9,3
Emekli	15	6,1
Sosyal yardım miktarı (TL)	Sayı (n)	Yüzde (%)
365,00	59	24,0
550,00	136	55,3

700,00	6	2,4
1100,00	45	18,3
Diğer gelirler (tarım, hayvancılık, kira) (TL)	Sayı (n)	Yüzde (%)
170,00	1	0,4
300,00	1	0,4
500,00	2	0,8
Diğer geliri yok	242	98,4
Sosyal yardım alan ailenin toplam geliri (TL)	Sayı (n)	Yüzde (%)
351-550	86	35,0
551-750	56	22,7
751-1000	19	7,7
1001-1250	54	22,0
1251+	31	12,6
Araba sahipliği	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	15	6,1
Hayır	231	93,9
Toplam	246	100,0

Çizelge 3.3'te görüldüğü üzere araştırmaya katılan SED alan ailelerin sosyo-ekonomik özellikleri yer almaktadır. Ailelerin sosyal güvence durumları incelendiğinde; 101'nin (%41,1) sosyal güvencesinin olmadığı, 107'sinin (%43,5) G0-Yeşil Karthı, 23'ünün (9,3) çalışan sigortalı ve 15'inin (%6,1) emekli sigortalı olduğu görülmektedir. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin aldıkları sosyal yardım miktarına baktığımızda; 59'unun (%24,0) 365 TL, 136'sının (%55,3) 550 TL, 6'sının (%2,4) 700 TL, 45'inin (%18,3) 1100 TL sosyal yardım aldığı anlaşılmaktadır. Araştırmaya katılan ailelerin diğer gelirlere (tarım, hayvancılık, kira vb.) sahip olma durumları incelendiğinde; 242'nin (98,4) diğer bir geliri olmadığı, 1'inin (%0,4) 170 TL, 1'inin (%0,4) 300 TL ve 2'sinin (%0,8) 500 TL tutarında diğer bir gelire sahip olduğu görülmektedir. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin toplam gelirlerine baktığımızda; 86'sı (%35,0) 351-550 TL aralığında, 56'sı (%22,8) 551-750 TL aralığında, 19'u (%7,7) 751-1000 aralığında, 54'ü (%22,0) 1001-1250 TL aralığında ve 31'i (%12,6) 1251+ TL aralığında yer almaktadır. Ailelerin araba sahipliğini incelediğimizde; 15'inin (%6,1) araba sahibi olduğu ve 231'inin (%93,9) araba sahibi olmadığı anlaşılmaktadır.

Çizelge 3. 4. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin yaşadığı konutun özellikleri.

Konut tipi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Apartman Dairesi	87	35,4
Gecekondu	25	10,2
Müstakil Ev	87	35,3
Kerpiç Köy Evi	47	19,1
Toplam	246	100,0
Konutun sahipliği	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kira	140	56,9

Ev Sahibi	39	15,9
Yakın Akrabalara Ait	67	27,2
Toplam	246	100,0
Kira bedeli	Sayı (n)	Yüzde (%)
100-199	17	12,1
200-299	42	30,0
300-399	53	37,9
400 ve üzeri	28	20,0
Toplam	140	100,0
Ev sahibi olan ailelerin evinin tahmini bedeli (TL)	Sayı (n)	Yüzde (%)
40000-59000	25	64,2
60000-79000	7	17,9
80000+	7	17,9
Toplam	39	100,0
Konuttaki oda sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
1 Oda	31	12,5
2 Oda	118	48,0
3 Oda	86	35,0
4 Oda	11	4,5
Toplam	246	100,0
Tuvaletin evin hangi bölümünde olduğu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evin içinde (Bağımsız)	150	61,0
Bahçede	38	15,4
Evin içinde (banyo ile bir arada)	58	23,6
Toplam	246	100,0
Isınma şekli	Sayı (n)	Yüzde (%)
Soba	205	83,3
Kalorifer (odun-kömür)	19	7,8
Doğalgaz	22	8,9
Toplam	246	100,0
Isınma giderini nasıl ödediği	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yardımcılar aracılığı ile	182	74,0
Kendim ödüyorum	43	17,5
Akrabalarım ödüyor	21	8,5
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 4 (Devam). Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin yaşadığı konutun özellikleri.

Rutubet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	112	45,5
Hayır	134	54,5
Bireylerin kişisel temizliklerini ne sıklıkta yaptıkları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her gün	30	12,2
Haftada 3 gün	65	26,4
Haftada 1 gün	131	53,3

Nadir	20	8,1
Çocukların kendilerine ait yatak odası	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	37	15,0
Hayır	209	85,0
Çocukların kendilerine ait çalışma odası	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	34	13,8
Hayır	212	86,2
Ebeveynler ile çocukların aynı odada kalma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	158	64,2
Hayır	88	35,8
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 6'da SED alan ailelerin yaşadıkları konuta ilişkin tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır. Buna göre ailelerin 87'si (%35,4) apartman dairesi, 25'i (%10,2) gecekondur, 87'si (%35,4) müstakil ev ve 47'si (%19,1) kerpiç köy evinde yaşamaktadırlar. Konutun sahipliğini incelediğimizde; 140'ının (%56,9) kiracı oldukları, 39'unun (%15,9) ev sahibi oldukları ve 67'sinin (%27,9) yakın akrabalarına ait evde oturdukları anlaşılmaktadır. Yaşadıkları konuta kira ödeyen ailelerin 17'si (%12,1) 100-199 TL aralığında, 42'si (%30,0) 200-299 TL aralığında, 53'ü (%37,9) 300-399 TL aralığında, 28'i (%20,0) 400 TL ve üzeri kira ödemektedirler. Ev sahibi olan ailelerin evlerinin tahmini bedellerine baktığımızda; ailelerin evlerinin 25'inin (%64,1) 40000-59000 TL aralığında, 7'sinin (%17,9) 60000-79000 TL aralığında ve 7'sinin (%17,9) 80000+ TL değerinde olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan ailelerin yaşadıkları konuttaki oda sayısını incelediğimizde; 31'inin (%12,6) 1 odalı, 118'inin (%48,0) 2 odalı, 86'sının (%35,0) 3 odalı ve 11'inin (%4,5) 4 odalı evde yaşadıkları görülmektedir. Ailelerin yaşadıkları evlerde tuvaletlerin evin hangi bölümünde olduğuna baktığımızda; tuvaletlerin, evlerin 150'sinin (%61,0) evin içinde (bağımsız), 38'inin (%15,4) bahçede, 58'inin (%23,6) evin içinde (banyo ile bir arada) olduğu anlaşılmaktadır. Ailelerin yaşadıkları evde kullandıkları ısınma şeklini değerlendirdiğimizde; ailelerin 205'i (%83,3) soba, 19'u (%7,7) kalorifer (odun-kömür) ve 22'si (%8,9) doğal gaz ile ısınmaktadır. Ailelerin ısınma giderini nasıl ödediğini incelediğimizde; 182'sinin (%74,0) yardımlar aracılığı ile, 43'ünün (%17,5) kendi olanakları ile ve 21'inin (%8,5) akrabaları aracılığı ile ısınma giderini karşıladığı anlaşılmaktadır. Ailelerin yaşadıkları evde rutubet olup olmadığı sorusuna, 112'si (%45,5) Evet ve 134'ü (%54,5) Hayır yanıtını vermişlerdir. Araştırmaya katılan ailelerin yaşadıkları evde

kişisel temizliklerini ne sıklıkla yaptıkları incelendiğinde; ailelerin 30'u (%12,2) her gün, 65'i (%26,4) haftada üç gün, 131'i (%53,3) haftada bir gün ve 20'si (%8,1) nadir banyo yapmaktadır.

SED alan ailelerin çocuklarının kendilerine ait yatak odasının olup olmadığına baktığımızda; ailelerin 37'sinde (%15,0) çocukların kendilerine ait yatak odası bulunuyorken, ailelerin 209'unda (%85,0) çocukların kendilerine ait yatak odası bulunmadığı anlaşılmaktadır. Araştırmaya katılan ailelerin çocuklarının kendilerine ait çalışma odası olup olmadığı incelendiğinde; ailelerin 32'ünde (%13,8) çocukların çalışma odası var iken, 212'sinde (%86,2) çalışma odası bulunmadığı görülmektedir. Ebeveynler ile çocukların aynı odada kalma durumlarını incelediğimizde; 158 (%64,2) ailede ebeveynler ile çocuklar aynı odayı paylaşıyor iken, 88 (%35,8) ailede ebeveynler ile çocukların aynı odayı paylaşmadığı tespit edilmiştir.

Çizelge 3. 5. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin yaşadıkları konutu yaşam koşulları, eşyalar, oda sayısı, mutfak, banyo-tuvalet ve ısınma açısından değerlendirmelerine ilişkin bilgiler.

Konutun yaşam koşulları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok Yetersiz	47	19,1
Yetersiz	68	27,6
Normal	105	42,7
Yeterli	26	10,6
Konuttaki eşyalar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok Yetersiz	28	11,4
Yetersiz	85	34,6
Normal	113	45,9

Yeterli	20	8,1
Konuttaki oda sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok Yetersiz	32	13,0
Yetersiz	81	32,9
Normal	82	33,4
Yeterli	51	20,7
Konuttaki mutfak	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok Yetersiz	42	17,1
Yetersiz	57	23,2
Normal	85	34,5
Yeterli	62	25,2
Konuttaki banyo-tuvalet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok Yetersiz	32	13,0
Yetersiz	57	23,2
Normal	94	38,2
Yeterli	63	25,6
Konutun ısınması	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok Yetersiz	42	17,1
Yetersiz	79	32,1
Normal	92	37,4
Yeterli	33	13,4
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 5'de görüldüğü üzere yaşadıkları konutun yaşam koşulları değerlendiren ailelerin 47'sinin (%19,1) evlerini çok yetersiz, 68'inin (%27,6) evlerini yetersiz, 105'inin (%42,7) evlerini normal ve 26'sının (%10,6) evlerini yeterli biçimde değerlendirdikleri görülmektedir. Konuttaki eşyaların değerlendirilmesini incelediğimizde; ailelerin 28'i (%11,4) çok yetersiz, 85'i (%34,6) yetersiz, 113'ü (%45,9) normal ve 20'si (%8,1) yeterli şeklinde cevap vermişlerdir. Ailelerin konuttaki oda sayısına ilişkin değerlendirmelerine baktığımızda; 32'si (%13,0) çok yetersiz, 81'i (%32,9) yetersiz, 82'si (%33,3) normal, 51'i (%20,7) yeterli gördükleri anlaşılmıştır. Yaşanılan konuttaki mutfağın durumu ailelerin 42'si (%17,1) çok yetersiz, 57'si (%23,9) yetersiz, 85'i (%34,6) normal, 62'si (%25,2) yeterli olarak değerlendirmektedir. Konuttaki banyo-tuvaletin durumunun değerlendirilmesine ilişkin sorusuna, ailelerin 32'si (%13,0) çok yetersiz, 57'si (%23,2) yetersiz, 94'ü (%38,2) normal, 63'ü (%25,6) yeterli cevaplarını vermişlerdir. Yaşanılan konutun ısınması hususundaki değerlendirmede; ailelerin 42'si (%17,1) çok yetersiz, 79'u (%32,1) yetersiz, 92'si (%37,4) normal, 33'ü (%13,4) yeterli olarak ifade etmektedir.

Çizelge 3. 6. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin yaşadıkları sorunlara ve beklentilerine ilişkin bilgiler.

Ailenin herhangi bir üyesinin eğitimini yarıda bırakma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	147	59,8
Hayır	99	40,2
Ailede eğitimi yarıda bırakma nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
Maddi imkânsızlık	86	58,5
Gitmek istemedim	15	10,2
Kırsal bölgede okul bulunmaması	6	4,1
Erken evlilik	12	8,2
Kız çocuğunu okutmama anlayışı	23	15,6

Hastalık/Özür-Sakatlık	5	3,4
Ailenin yaşantısını olumsuz olarak etkileyen en önemli sorun	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eşin olmaması	61	24,8
Ekonomik sorunlar	96	39,0
Sağlık	89	36,2
Ailenin ekonomik olarak ne derece sıkıntı çektiği	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok	153	62,2
Az	20	8,1
Orta	40	16,3
Biraz	33	13,4
Ailenin ekonomik sıkıntısının ne zamandan itibaren olduğu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Doğduğumdan beri	57	23,2
Evlenmeden önce başlamıştı	17	6,9
Evlendiğimden beri	55	22,4
Evlendikten daha sonra	23	9,3
Eşimden ayrıldıktan sonra	69	28,0
Eşimi kaybettikten sonra	25	10,2
Aile üyesine göre eline yüksek miktarda para geçse ilk olarak ne yapacağı	Sayı (n)	Yüzde (%)
İhtiyaçlarımızı karşılarım	148	60,2
Gelecek için saklarım	24	9,8
Ev/arsa/araba alırım	49	19,8
Bir iş kurmayı düşünürüm	25	10,2
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 6 (Devam). Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin yaşadıkları sorunlara ve beklentilerine ilişkin bilgiler.

Aile üyesine göre bir ailenin geçimini sürdürebilmesi için ayda ortalama sahip olması gereken miktar	Sayı (n)	Yüzde (%)
501-1000	71	28,8
1001-1500	89	36,2
1501-2000	55	22,4
2001+	31	12,6
Sosyal yardım alan ile üyesi ailesinin geleceğini nasıl gördüğü	Sayı (n)	Yüzde (%)
Durumumuz daha iyi olacak	30	12,2
Bir şey değişmeyecek	35	14,2

Daha kötü olacak	22	8,9
Bilemiyorum	159	64,7
Toplam	246	100,0

Çizelge 3.6'te SED alan ailelerin yaşadıkları sorunlara ve beklentilerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Ailenin herhangi bir üyesinin eğitimi yarıda bırakma durumu incelendiğinde; 147 (%59,8) ailede eğitimi yarıda bırakan aile üyesinin olduğu, 99 (%40,2) ailede eğitimi yarıda bırakan aile üyesinin olmadığı anlaşılmaktadır. Eğitimi yarıda bırakan aile üyesinin bulunduğu ailelerdeki eğitimi yarıda bırakma nedenini değerlendirdiğimizde; 86'sının (%58,5) maddi imkansızlık, 15'inin (%10,2) gitmek istememesi, 6'sının (%4,1) kırsal bölgede okul bulunmaması, 12'sinin (%8,2) erken evlilik, 23'ünün (%15,6) kız çocuğunu okutmama anlayışı, 5'inin (%3,4) hastalık-özür-sakatlık nedenleriyle eğitimlerini yarıda bıraktıkları görülmektedir. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin aile yaşantılarını olumsuz olarak etkileyen en önemli sorunlarını incelediğimizde; 61'inin (%24,8) eşin olmaması, 96'sının (%39,0) ekonomik sorunlar ve 89'unun (%36,2) sağlık sorunlarını ifade ettiği görülmektedir. Ailenin ekonomik olarak ne derece sıkıntı çektiği sorusuna, ailelerin 153'ü (%62,2) çok, 20'si (%8,1) az, 40'ı (%16,3) orta, 33'ü (%13,4) biraz cevaplarını vermişlerdir. Ailelerin ekonomik sıkıntılarının ne zamandan itibaren var olduğu incelendiğinde; 57'sinin (%23,2) doğduğundan beri, 17'sinin (%6,9) evlenmeden önce başlamıştı, 55'inin (%22,4) evlendiğimden beri, 23'ünün (%9,3) evlendikten daha sonra, 69'unun (%28,0) eşimden ayrıldıktan sonra ve 25'inin (%10,2) eşimi kaybettikten sonra cevaplarını verdikleri görülmektedir. Sosyal ve ekonomik desteği çocukları adına alan aile üyesinin eline yüksek miktarda para geçse ilk olarak ne yapacağına baktığımızda; 148'inin (%60,2) ihtiyaçlarını karşılayacağı, 24'ünün (%9,8) gelecek için saklayacağı, 49'unun (%19,9) ev-arsa-araba alacağı ve 25'inin (%10,2) bir iş kuracağı anlaşılmaktadır.

Çizelge 3. 7. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin sosyal yardım miktarını ve diğer ihtiyaçlarını değerlendirmesine ilişkin bilgiler.

Sosyal yardım miktarının değerlendirilmesi	Sayı (n)		Yüzde (%)	
Yeterli	18		7,3	
Orta	62		25,3	
Yetersiz	113		45,9	
Çok yetersiz	53		21,5	
Toplam	246		100,0	
Diğer yardımlara ihtiyaç durumu	Evet		Hayır	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gıda	153	62,2	93	37,8
Giyecek	103	41,9	143	58,1

Yakacak	103	41,9	143	58,1
Temizlik	52	21,1	194	78,9
İlaç	51	20,7	195	79,3
Kırtasiye	76	30,9	170	69,1
Ev Eşyası	76	30,9	170	69,1
Çocuk Yardımı	111	45,1	135	54,9
Isınmak İçin Yakıt	58	23,6	188	76,4
Mutfak Kullanımı İçin Tüp	42	17,1	204	82,9
Kira Yardımı	124	50,4	122	49,6

Çizelge 3.7'te çalışmaya katılan ailelerin aldıkları sosyal yardım miktarını ve diğer ihtiyaçlarını değerlendirmesine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Sosyal yardım miktarını ailelerin 18'i (%7,3) yeterli, 62'si (%25,2) orta, 113'ü (%45,9) yetersiz ve 53'ü (%21,5) çok yetersiz olarak değerlendirmektedir. Çalışmaya katılan ailelerin sosyal yardım dışındaki diğer yardımlara ihtiyaç durumu incelendiğinde; ailelerin 153'ü (%62,2) gıda yardımına, 103'ü (%41,9) giyecek yardımına, 103'ü (%41,9) yakacak yardımına, 52'si (%21,1) temizlik yardımına, 51'i (%19,5) ilaç yardımına, 76'sı (%30,9) kırtasiye yardımına, 76'sı (%30,9) ev eşyası yardımına, 111'i (%45,1) çocuk yardımına, 58'i (%23,6) ısınmak için yakıt yardımına ve 42'si (%17,1) mutfak için tüp yardımına ihtiyaçları olduğu anlaşılmaktadır.

Çizelge 3. 8. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerde en çok tüketilen 1., 2., ve 3. gıdaların neler olduğuna ilişkin bilgiler.

Tüketilen 1. gıda	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ekmek	73	29,7
Süt ve süt ürünleri	46	18,7
Kuru bakliyat	39	15,8
Makarna	16	6,5
Sebze	14	5,7
Patates	13	5,3
Yağ	12	4,9
Yumurta	11	4,5
Meyve	10	4,1
Et ve et ürünleri	7	2,8
Çay	3	1,2

Şeker	2	,8
Tüketilen 2. gıda	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kuru bakliyat	64	26,0
Süt ve süt ürünleri	41	16,7
Sebze	26	10,6
Yağ	23	9,3
Meyve	21	8,5
Ekmek	16	6,5
Yumurta	13	5,3
Et ve et ürünleri	12	4,8
Makarna	10	4,1
Şeker	9	3,7
Patates	8	3,3
Çay	3	1,2
Tüketilen 3. gıda	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kuru bakliyat	51	20,7
Sebze	43	17,5
Süt ve süt ürünleri	36	14,6
Yağ	23	9,3
Meyve	17	6,9
Yumurta	15	6,1
Makarna	15	6,1
Patates	13	5,3
Ekmek	9	3,7
Şeker	9	3,7
Et ve et ürünleri	8	3,3
Çay	7	2,8
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 8’de SED alan ailelerin en çok tükettiği ilk üç gıdaların listesine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan ailelerin en çok tükettiği birinci gıdalar arasında ekmek (n=73, %29,7), süt ve süt ürünleri (n=46, %18,7) ve kuru bakliyat (n=39, %15,9) yer almaktadır. En çok tüketilen ikinci gıdalar arasında kuru bakliyat (n=64, %26,0), süt ve süt ürünleri (n=41, %16,7) ve sebze (n=26, %10,6) yer almaktadır. Ailelerin en çok tükettiği üçüncü gıdalar arasında kuru bakliyat (n=51, %20,7), sebze (n=43, %17,5) ve süt ve süt ürünleri (n=36, %14,6) yer almaktadır.

Çizelge 3. 9. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerdeki çocukların sabah, öğlen ve akşam öğünlerini yemek sıklıklarına ilişkin bilgiler.

Sabah	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her zaman	210	85,4
Bazen	21	8,5
Nadir	15	6,1
Öğle	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her zaman	175	71,1
Bazen	31	12,6
Nadir	26	10,6
Hiç	14	5,7
Akşam	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her zaman	227	92,3
Bazen	8	3,3
Nadir	9	3,7

Hiç	2	0,7
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 9'da SED alan ailelerin çocuklarının sabah-öğlen-akşam öğünlerini yeme sıklıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre çocukların 210'u (%85,4) sabah kahvaltısını her zaman, 21'i (%8,5) sabah kahvaltısını bazen ve 15'i (%6,1) sabah kahvaltısını nadiren yapmaktadır. Çocukların öğle öğününü yeme sıklıklarını incelediğimizde; çocukların 175'i (%71,1) her zaman, 31'i (%12,6) bazen, 26'ı (%10,6) nadiren öğle öğününü yedikleri ve 14'ü (%5,7) hiç öğle öğününü yemedikleri anlaşılmıştır. Çocukların akşam öğününü yeme sıklıklarına baktığımızda; çocukların 227'sinin (%92,3) her zaman, 8'inin (%3,3) bazen, 9'unun (%3,7) nadiren akşam öğününü yedikleri ve 2'sinin (%0,8) hiç akşam öğününü yemedikleri görülmüştür.

Çizelge 3. 10. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerdeki çocukların süt içme, et ve meyve yeme sıklıklarına ilişkin bilgiler.

Süt	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her gün	27	11,0
Haftada Üç Kez	29	11,8
Haftada Bir	36	14,6
Ara Sıra	76	30,9
Nadiren	53	21,5
Hiç	25	10,2
Meyve	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her gün	36	14,6
Haftada Üç Kez	33	13,4
Haftada Bir	43	17,5
Ara Sıra	86	35,0
Nadiren	48	19,5
Et	Sayı (n)	Yüzde (%)

Haftada Bir ya da Daha Fazla	30	12,2
Ara Sıra	95	38,6
Nadiren	92	37,4
Hiç	29	11,8
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 10'da SED alan ailelerdeki çocukların süt içme, et ve meyve yeme sıklıklarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre araştırmaya katılan ailelerin çocuklarının 27'sinin (%11,0) her gün, 29'unun (%11,8) haftada üç kez, 36'sının (%14,6) haftada bir, 76'sının (%30,9) ara sıra, 53'ünün (%21,5) nadiren süt içtikleri, 25'inin (%10,2) hiç süt içmediği anlaşılmıştır. Çocukların meyve yemek sıklıklarına baktığımızda; çocukların 36'sı (%14,6) her gün, 33'ü (%13,4) haftada üç kez, 43'ünün (%17,5) haftada bir, 86'sının (%35,0) ara sıra, 48'inin (%19,5) nadiren meyve yedikleri görülmüştür. Çocukların et yeme sıklıkları değerlendirildiğinde; 30'unun (%12,2) haftada bir ya da daha fazla, 95'inin (%38,6) ara sıra, 92'sinin (%37,4) ara sıra, 92'sinin (%37,4) nadiren et yedikleri, 29'unun (%11,8) hiç et yemedikleri tespit edilmiştir.

Çizelge 3. 11. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerde 18 yaş altı çocukların çalışma durumlarına ilişkin bilgiler.

18 yaş altı çocukların ne iş yaparak çalıştığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sokakta bir şey satarak	11	4,5
Bir mağazada, dükkânda	11	4,5
Sanayide çirak olarak	10	4,1
Çalışmıyor	205	83,3
İnşaat	9	3,6
18 yaş altı çocukların ne zaman çalıştığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaz tatilinde	24	9,8
Hafta sonları	4	1,6
Okuldan çıktıktan sonra	5	2,0
Okula gitmediği için hafta içi gündüz	8	3,3
Hiç bir zaman	205	83,3
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 11'de görüldüğü üzere SED alan ailelerde 18 yaş altı çocukların çalışma durumlarına ilişkin bilgilere yer verilmektedir. Buna göre ailelerin 205'inin (% 83,3) 18 yaş altı çocuklarını herhangi bir işte çalıştırmadığı, 11'inin (%4,5) 18 yaş altı çocuklarını sokakta bir şey sattırarak çalıştırdığı, 11'inin (%4,5) 18 yaş altı çocuklarını bir mağazada veya dükkânda çalıştırdığı, 10'unun 18 yaş altı çocuklarını sanayide çırak olarak çalıştırdığı ve 9'unun (%3,7) 18 yaş altı çocuklarını inşaatta çalıştırdıkları tespit edilmiştir.

Çizelge 3. 12. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin yaşadıkları çevrede çocukları için var olan tehlikelere ilişkin düşünceleri.

Kaçırılma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	81	32,9
Hayır	165	67,1
Uyuşturucu kullanma, içki içme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	92	37,4
Hayır	154	62,6
Suç çetelerine katılma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	38	15,4
Hayır	208	84,6
Haraç verme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	15	6,1
Hayır	231	93,9
Fiziksel şiddete uğrama	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	68	27,6
Hayır	178	72,4

Tecavüze uğrama	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	40	16,3
Hayır	206	83,7
Trafik kazası geçirme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	90	36,6
Hayır	156	63,4
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 12'de SED alan ailelerin yaşadıkları çevrede çocukları için var olduğu düşündükleri tehlikelere ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre çocukları için kaçırılma tehlikesinin olduğunu düşünen ailelerin sayısı 81 (%32,9), düşünmeyenlerin sayısı 165 (%67,12); uyuşturucu kullanma-içki içme tehlikesinin var olduğunu düşünen ailelerin sayısı 92 (%37,4), düşünmeyenlerin sayısı 154 (%62,6); suç çetelerine katılma tehlikesinin var olduğunu düşünen ailelerin sayısı 38 (%15,4), düşünmeyenlerin sayısı 208 (%84,6); haraç verme tehlikesinin var olduğunu düşünen ailelerin sayısı 15 (%6,1), düşünmeyenlerin sayısı 231 (%93,6); fiziksel şiddete uğrama tehlikesinin var olduğunu düşünen ailelerin sayısı 68 (%27,6), düşünmeyenlerin sayısı 178 (%72,4); tecavüze uğrama tehlikesinin var olduğunu düşünen ailelerin sayısı 40 (%16,3), düşünmeyenlerin sayısı 206 (%83,7); trafik kazası geçirme tehlikesinin var olduğunu düşünen ailelerin sayısı 90 (%36,6), düşünmeyenlerin sayısı 156 (%63,4) olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3. 13. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin yaşam alanlarındaki alt yapı ve üst yapı hizmetlerini değerlendirilmesine ilişkin bilgiler.

Yol	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok kötü	17	6,9
Kötü	21	8,5
Fena değil	102	41,5
İyi	77	31,3
Çok iyi	29	11,8
Kanalizasyon	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok kötü	26	10,6
Kötü	16	6,5
Fena değil	82	33,3
İyi	93	37,8
Çok iyi	29	11,8
Sokakların temizliği	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok kötü	34	13,8
Kötü	44	17,9

Fena değil	71	28,9
İyi	74	30,1
Çok iyi	23	9,3
Park ve oyun alanları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok kötü	50	20,4
Kötü	33	13,4
Fena değil	84	34,1
İyi	59	24,0
Çok iyi	20	8,1
Sinema ve tiyatro	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok kötü	81	32,9
Kötü	46	18,7
Fena değil	56	22,8
İyi	49	19,9
Çok iyi	14	5,7
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 13 (Devam). Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin yaşam alanlarındaki alt yapı ve üst yapı hizmetlerini değerlendirilmesine ilişkin bilgiler.

Sağlık hizmetleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok kötü	26	10,6
Kötü	30	12,2
Fena değil	76	30,8
İyi	85	34,6
Çok iyi	29	11,8
Eğitim hizmetleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok kötü	16	6,5
Kötü	22	8,9
Fena değil	90	36,6
İyi	92	37,4
Çok iyi	26	10,6
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 13'de SED alan ailelerin yaşadıkları çevredeki alt yapı ve üst yapı hizmetlerine ilişkin düşüncelerine yer verilmektedir. Ailelerin 102'si (%41,5) üst yapı hizmetlerinden yolu “fena değil” bulduğu, 93'ünün (%37,8) alt yapı hizmetlerinden kanalizasyonu “iyi” bulduğu, 74'ünün (%30,1) üst yapı hizmetlerinden sokakların temizliğini “iyi” bulduğu, 84'ünün (%34,1) üst yapı hizmetlerinden park ve oyunlarını “fena değil” bulduğu, 81'inin (%32,9) üst yapı hizmetlerinden sinema ve tiyatroyu “çok kötü” bulduğu, 85'inin (%34,6) üst yapı hizmetlerinden sağlık hizmetlerini “iyi” bulduğu ve 92'sinin üst yapı hizmetlerinden eğitim hizmetlerini “iyi” bulduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 3. 14. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin yoksulluğun temel nedenlerine ve yoksulluğun azaltılması ya da bertaraf edilmesi için neler yapılabileceğine dair nitel sorulara verdikleri cevaplara ilişkin kodlama bilgileri.

Yoksulluğun temel nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
İşsizlik	66	26,8
Ekonomik Pahalılık	60	24,4
Sağlık	35	14,3
Eğitimsizlik	30	12,3
Yoksul aile geçmişi	26	10,6
Tembellik	7	2,8
Maaşların düşüklüğü	6	2,4
Erken yaşta evlilik	5	2,0
Kader	5	2,0
İsraf	3	1,2
Kapitalist sistem	3	1,2
Yoksulluğun bertaraf edilmesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
İş olanakları sağlanmalı	67	27,2
Sosyal yardımlar artırılmalı	64	26,0
Eğitim ve öğretim	29	11,8

Devlet milletine sahip çıkmalı	28	11,4
Sağlığa önem verilmeli	14	5,7
Toplumda paylaşma ve yardımlaşma	11	4,5
Adaletli bir düzen kurulmalı	9	3,7
Maaşların artırılması	8	3,3
Gerçek ihtiyaç sahiplerine yardım edilmeli	7	2,8
Tasarruf	6	2,4
İş kurma destekleri verilmeli	3	1,2
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 14'de görüldüğü üzere SED alan ailelere göre yoksulluğun en temel 5 nedeni şu şekilde sıralanmaktadır: işsizlik (n=66, %26,8), ekonomik pahalılık (n=60, %24,4), sağlık (n=35, %14,2), eğitimsizlik (n=30, %12,2) ve yoksul aile geçmişi (n=26, %10,6) olarak sıralanmaktadır.

Sosyal ve ekonomik destek alan ailelere göre yoksulluğun bertaraf edilmesi için yapılması gereken en temel 5 adım şu şekilde sıralanmaktadır: iş olanakları sağlanmalı (n=67, %27,2), sosyal yardımlar artırılmalı (n=64, %26,0), eğitim ve öğretim geliştirilmeli (n=29, %11,8), devlet milletine sahip çıkmalı (n=28, %11,4) ve sağlığa önem verilmeli (n=14, %5,7) şeklinde sıralanmaktadır.

Çizelge 3. 15. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin mutfak, elektrik, su, ısınma, giyim, ulaşım gibi harcama kalemlerine ve ilaç harcamaları da dahil son üç aylık sağlık harcamalarına ilişkin bilgiler (TL).

Kalem	n	En küçük	En Büyük	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma
Mutfak	246	20	500	200	234,56	122,53
Elektrik	246	10	245	50	55,25	25,72
Su	246	10	100	30	34,74	16,49
Isınma	119	20	200	100	94,36	36,60
Giyim	160	10	250	100	99,12	53,78
Ulaşım	156	10	300	100	99,65	66,69
Sağlık harcamaları	n	En küçük	En Büyük	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma
	(TL)			(TL)	(TL)	
1.AY	168	6	500	60	94,69	92,45
2.Ay	157	10	700	60	88,84	87,21
3.Ay	168	10	1000	80	119,69	128,31

Çizelge 3.15'de SED alan ailelerin aylık ortalama harcama kalemleri ile birlikte ilaç harcamaları dâhil son üç aylık sağlık harcamalarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Harcama kalemleri incelendiğinde; en çoktan en aza doğru sırasıyla mutfak harcamaları (Ort. 234,5 TL), ulaşım harcamaları (Ort. 99,6), giyim harcamaları (Ort. 99,1), ısınma harcamaları (Ort. 94,3), elektrik harcamaları (Ort. 55,2) ve su harcamaları (Ort. 34,7) yer almaktadır. İlaç harcamaları da dahil son üç aylık sağlık harcamalarına baktığımızda ise sondan 1.ay için ortalama 94,6 TL, sondan 2.ay için ortalama 88,8 TL ve sondan 3.ay için ortalama 119,6 TL harcama yapıldığı anlaşılmıştır.

Çizelge 3. 16. Sosyal ve ekonomik destek alan aileden biri için son yıllarda ailenin sosyo-ekonomik durumunu etkileyen sağlık harcamasına ilişkin bilgiler.

Çeşitli sağlık harcamasının yapılma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	116	47,2
Hayır	130	52,8
Toplam	246	100,0
Kim için yapıldığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuklar	58	50,0
Eş	12	10,3
Kendi	40	34,5
Aile büyükleri	6	5,2
Toplam	116	100,0
Miktar	Sayı (n)	Yüzde (%)
1-250	44	37,9
251-500	30	25,9
501-750	6	5,2
751-1000	13	11,2
1001+	23	19,8

Toplam	116	100,0
Hangi tür rahatsızlık için yapıldığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Göğüs hastalıkları	30	25,9
Kanser	10	8,6
Bel	9	7,8
Diş	6	5,2
Göz	5	4,3
Kadın hastalıkları	5	4,3
Kaza	5	4,3
Mide	4	3,4
Kalp	4	3,4
Şeker hastalığı	4	3,4
Böbrek	3	2,6
Kist	3	2,6
Gelişim geriliği	3	2,6
Ruh sağlığı	3	2,6
Epilepsi	3	2,6
KBB	3	2,6
Kansızlık	2	1,7
Deri ve Zührevi Hastalıkları	2	1,7
Yüksek ateş	2	1,7
Tümör	2	1,7
Guatr	2	1,7
Behçet hastalığı	1	0,9
Tansiyon	1	0,9
Akdeniz ateşi	1	0,9
Karaciğer	1	0,9
Kemik	1	0,9
Doğum	1	0,9
Toplam	116	100,0

Çizelge 3. 16'da görüldüğü üzere SED alan ailelerin 116'sı (%47,2) aileden biri için son yıllarda ailenin ekonomik durumunu etkileyen sağlık harcaması yapmış iken 130'u (%52,8) bu tür bir harcama yapmamıştır. Son yıllarda ailenin ekonomik durumunu olumsuz bir şekilde etkileyen sağlık harcamasının kim için yapıldığına baktığımızda; harcamaların 58'i (%50,0) çocuklar için, 12'si (%10,3) eş için, 40'ı (%34,5) kendisi için ve 6'sı (%5,2) aile büyükleri için yapıldığı anlaşılmıştır. Yapılan harcamaların ne kadar olduğu incelendiğinde; harcamaların 44'ü (%37,9) 1-250 TL aralığında, 30'u (%25,9) 251-500 TL aralığında, 6'sı (%5,2) 501-750 TL aralığında, 13'ü (%11,2) 751-1000 TL aralığında ve 23'ü (%19,8) 1001+ aralığında olduğu görülmüştür. Son yıllarda ailenin ekonomik durumunu olumsuz bir şekilde etkileyen sağlık harcamasının ne tür rahatsızlık için yapıldığını incelediğimizde; harcamaların en çok göğüs hastalıkları (n=30), kanser (n=10) ve bel (n=9) için

yapıldığı, en az ise behçet hastalığı (n=1), tansiyon (n=1), akdeniz ateşi (n=1), karaciğer (n=1), kemik (n=1) ve doğum (n=1) için yapıldığı anlaşılmıştır.

Çizelge 3. 17. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin çocuklarının sağlıklarına ilişkin bilgiler.

Sondan birinci çocuğun doğum yeri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastane ya da Doğumevi	202	82,1
Evde	44	17,9
Toplam	246	100,0

Sondan ikinci çocuğun doğum yeri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastane ya da Doğumevi	175	78,8
Evde	47	21,2
Toplam	222	100,0

Sondan birinci çocukların doğum ağırlığının persentil değeri	Sayı (n)	Yüzde (%)
3	86	35,0
10	28	11,4
25	44	17,9
50	30	12,2
75	32	13,0

90	9	3,7
97	17	6,8
Toplam	246	100,0
Sondan ikinci çocukların doğum ağırlığının persentil değeri		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
3	65	29,3
10	26	11,7
25	42	18,8
50	25	11,3
75	35	15,8
90	11	5,0
97	18	8,1
Toplam	222	100,0
Sondan birinci çocuğun anne sütü ile beslenme süresi (ay)		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-5	66	26,8
6-11	62	25,2
12-17	47	19,2
18-23	38	15,4
24+	33	13,4
Toplam	246	100,0
Sondan ikinci çocuğun anne sütü ile beslenme süresi (ay)		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-5	49	22,1
6-11	75	33,8
12-17	39	17,6
18-23	24	10,7
24+	35	15,8
Toplam	222	100,0

Çizelge 3. 17 (Devam). Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin çocuklarının sağlıklarına ilişkin bilgiler.

Büyüme geriliği yaşayan çocuk		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yok	214	87,0
Var	32	13,0
Toplam	246	100,0
Vefat eden bebek (0-1 yaş)		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	48	19,5
Yok	198	80,5
Toplam	246	100,0
Vefat eden çocuk (2-12 yaş)		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	13	5,3
Yok	233	94,7
Toplam	246	100,0
Sondan birinci çocuğun hamilelik döneminde sağlık kontrolü sıklığı		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her ay	77	31,3

Birkaç kez	93	37,8
Bir kez	17	6,9
Hiç	59	24,0
Toplam	246	100,0
Sondan ikinci çocuğun hamilelik döneminde sağlık kontrolü sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her ay	69	31,1
Birkaç kez	79	35,6
Bir kez	15	6,8
Hiç	59	26,6
Toplam	222	100,0
Sondan birinci çocuğun bebeklik döneminde sağlık kontrolü sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her ay	102	41,5
Birkaç kez	111	45,1
Bir kez	9	3,7
Hiç	24	9,7
Toplam	246	100,0
Sondan ikinci çocuğun bebeklik döneminde sağlık kontrolü sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her ay	85	38,3
Birkaç kez	105	47,2
Bir kez	7	3,2
Hiç	25	11,3
Toplam	222	100,0
Sondan birinci çocuğun bebeklik döneminde aşılarını düzenli yaptırması	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düzenli	214	87,0
Düzensiz	24	9,7
Hiç yaptırmadım	8	3,3
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 17 (Devam). Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin çocuklarının sağlıklarına ilişkin bilgiler.

Sondan ikinci çocuğun bebeklik döneminde aşılarını düzenli yaptırması	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düzenli	191	86,0
Düzensiz	21	9,5
Hiç yaptırmadım	10	4,5
Toplam	222	100,0
Çocuklar için sağlık kuruluşuna başvurma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her zaman	150	61,0
Bazen	96	39,0
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 17'deSED alan ailelerin çocuklarının sağlıklarına ilişkin tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır. Buna göre sondan birinci ve ikinci çocuklarına doğum yerlerine baktığımızda; sondan birinci çocukların 202'sinin (%82,1) hastanede, 44'ünün (%17,9) evde doğduğu, sondan ikinci çocukların 175'inin (%78,8) hastanede, 44'ünün (%21,2) evde doğduğu görülmektedir.

SED alan ailelerin sondan birinci ve ikinci çocuklarının doğum ağırlıklarının persentil değerlerine bakıldığında; sondan birinci çocukların 86'sının (%35,0) persentil değerinin 3, 28'inin (%11,4) persentil değerinin 10, 44'ünün (%17,9) persentil değerinin 25, 30'unun (%12,2) persentil değerinin 50, 32'sinin (%13,0) persentil değerinin 75, 9'unun (%3,7) persentil değerinin 90 ve 17'sinin (%6,9) persentil değerinin 97 olduğu görülmektedir. Sondan ikinci çocukların ise 65'inin (%29,3) persentil değerinin 3, 26'sının (%11,7) persentil değerinin 10, 42'sinin (%18,9) persentil değerinin 25, 25'inin (%11,3) persentil değerinin 50, 35'inin (%15,8) persentil değerinin 75, 11'inin (%5,0) persentil değerinin 90 ve 18'inin (%8,1) persentil değerinin 97 olduğu tespit edilmiştir.

Sondan birinci ve ikinci çocukların anne sütü ile beslenme süreleri (ay) incelendiğinde; sondan birinci çocukların 66'sı (%26,8) 0-5 ay, 62'si (%25,2) 6-11 ay, 47'si (%19,1) 12-17 ay, 38'i (%15,4) 18-23 ay ve 33'ü (%13,4) 24+ ay, sondan ikinci çocukların ise 49'u (%22,1) 0-5 ay, 75'i (%33,8) 6-11 ay, 39'u (%17,6) 12-17 ay, 24'ü (%10,8) 18-23 ay ve 35'i (%15,8) 24+ ay anne sütü ile beslenmiştir.

Araştırmaya katılan ailelerin çocukları rahatsızlandığında sağlık kuruluşuna başvurma durumlarını incelediğimizde; ailelerin 150'i (%61,0) her zaman ve 96'sı (%39,0) bazen sağlık kuruluşuna başvurmaktadır.

Büyüme geriliği yaşayan çocukların olup olmadığı sorusuna ailelerin 214'ü (%87,0) yok, 32'si (%13,0) var olarak cevap vermişlerdir. Araştırmaya katılan ailelerin vefat eden bebeklerinin (0-1 yaş) olup olmadığı incelendiğinde; ailelerin 48'i (%19,5) vefat eden bebeklerinin olduğunu, 198'i (%80,5) vefat eden bebeklerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Ailelerin vefat eden çocuklarının (2-12 yaş) sayısına baktığımızda; ailelerin 13'ünün (%5,3) vefat eden çocuğunun olduğu, 233'ünün (%94,7) vefat eden çocuklarının olmadığı anlaşılmıştır.

Sondan birinci ve ikinci çocukların hamilelik dönemindeki sağlık kontrolü sıklığını incelediğimizde; sondan birinci çocukların 77'sinin (%31,3) her ay, 93'ünün

(%37,8) birkaç kez, 17'sinin (%6,9) bir kez ve 59'unun (%24,0) hiç sağlık kontrolünden geçtiği, sondan ikinci çocukların 69'unun (%31,1) her ay, 79'unun (%35,6) birkaç kez, 15'inin (%6,8) bir kez ve 59'unun (%26,6) hiç sağlık kontrolünden geçtiği görülmüştür.

Sondan birinci ve ikinci çocukların bebeklik dönemindeki sağlık kontrolü sıklığı değerlendirildiğinde; sondan birinci çocukların 102'si (%41,5) her ay, 111'i (%45,1) birkaç kez, 9'u (%3,7) bir kez ve 24 (%9,8) hiç sağlık kontrolünden geçtiği, sondan ikinci çocukların 85'i (%38,3) her ay, 105'i (%47,3) birkaç kez, 7'si (%3,2) bir kez ve 25'i (%11,3) hiç sağlık kontrolünden geçtiği anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılan ailelerin sondan birinci ve ikinci çocuklarının bebeklik dönemdeki aşılarını düzenli yaptırıp yaptırmadığını irdelediğimizde; sondan birinci çocukların 214'ünün (%87,0) aşılarının düzenli yapıldığı, 24'ünün (%9,8) aşılarının düzensiz yapıldığı, 8'inin aşılarının hiç yaptırılmadığı; sondan ikinci çocukların 191'inin (%86,0) aşılarının düzenli yaptırıldığı, 21'inin (%9,5) aşılarının düzensiz yaptırıldığı ve 10'unun (%4,5) aşılarının düzensiz yaptırıldığı tespit edilmiştir.

Çizelge 3. 18. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin yakın akrabalarından aktararak gelen kalıtsal bir rahatsızlığa sahip olmasına ve ailelerin birebir gelir durumu (yoksulluğa bağlı) ile ilgili olduğu düşündükleri hastalıklara ilişkin bilgiler.

Kalıtsal rahatsızlıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	93	37,8
Yok	153	62,2
Toplam	246	100,0
Kalıtsal rahatsızlıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Göğüs hastalıkları	48	51,6
Kanser	6	6,5
Ruh hastalıkları	5	5,4
Şeker hastalığı	16	17,2
Kalp ve damar hastalıkları	12	12,8
Kansızlık	1	1,1
Epilepsi	3	3,2
Akdeniz ateşi	1	1,1
Guatr	1	1,1
Toplam	93	100,0

Yoksulluğa bağlı rahatsızlıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	94	38,2
Yok	152	61,8
Toplam	246	100,0
Yoksulluğa bağlı rahatsızlıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ruh sağlığı	30	31,9
Kanser	27	28,7
Göğüs hastalıkları	12	12,8
Göz Hastalıkları	5	5,3
Beslenme yetersizliğine bağlı rahatsızlıklar	4	4,2
Tansiyon	3	3,1
Bel fitiği	3	3,1
Behçet hastalığı	2	2,1
Sedef	1	1,1
Eklem rahatsızlıkları	1	1,1
Verem	1	1,1
Hepatit B	1	1,1
Fiziksel Gelişim	1	1,1
Guatr	1	1,1
Çölyak	1	1,1
Şeker hastalığı	1	1,1
Toplam	94	100,0

Çizelge 3. 18'de görüldüğü üzere yakın akrabalarından aktararak gelen kalıtsal bir rahatsızlık olup olmadığı sorusuna, ailelerin 93'ü (%37,8) var, 153'ü (%62,2) yok cevabını vermişlerdir. Buna göre yakın akrabalarından aktararak gelen kalıtsal rahatsızlığın ne olduğu sorusuna, ailelerin 48'i (%51,6) göğüs hastalıkları, 16'sı (%17,2) şeker hastalığı, 12'si (%12,9) kalp ve damar hastalıkları, 6'sı (%6,5) kanser, 5'i (%5,4) ruh hastalıkları, 3'ü (%3,2) epilepsi, 1'i (%1,1) kansızlık, 1'i (%1,1) akdeniz ateşi ve 1'i (%1,1) guatr hastalıkları cevaplarını vermişlerdir.

Araştırmaya katılan ailelerin birebir gelir durumu (yoksulluğa bağlı) ile ilgili olduğu düşündükleri rahatsızlıkların olup olmadığını değerlendirdiğimizde; ailelerin 94'ü (%38,2) yoksulluğa bağlı rahatsızlıkların var olduğunu, 152'si (%61,8) yoksulluğa bağlı rahatsızlıkların var olmadığını ifade ettikleri tespit edilmiştir. Yoksulluğa bağlı rahatsızlıkların neler olabileceğine baktığımızda; ailelerin 30'u (%31,9) ruh sağlığı, 27'si (%27,7) kanser, 12'si (%12,8) göğüs hastalıkları, 5'i (%5,3) göz hastalıkları, 4'ü (%4,3) beslenme yetersizliğine bağlı rahatsızlıklar, 3'ü (%3,2) tansiyon, 3'ü (%3,2) bel fitiği, 2'i (%2,1) Behçet Hastalığı, 1'i (%1,1) sedef, 1'i (%1,1) eklem rahatsızlıkları, 1'i (%1,1) verem, 1'i (%1,1) hepatit B, 1'i (%1,1)

fiziksel gelişim, 1'i (%1,1) guatr, 1'i (%1,1) çölyak ve 1'i (%1,1) şeker hastalığı cevaplarını verdikleri görülmüştür.

Çizelge 3. 19. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin üyelerinden biri rahatsızlandığında söz konusu bireyi iyileştirmek için ne yapıldığına ilişkin bilgiler.

Geleneksel tedavi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	65	26,4
Hayır	181	73,6
Aile hekimliği	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	145	58,9
Hayır	101	41,1
Devlet hastanesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	175	71,1
Hayır	71	28,9
Özel hastane	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	10	4,1
Hayır	236	95,9
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 19'da SED alan ailelerin üyelerinden biri rahatsızlandığından söz konusu bireyi iyileştirmek için ne yapıldığına dair bilgiler yer almaktadır. Buna göre geleneksel tedavi uygulamasını irdelediğimizde; ailelerin 65'i (%26,4) geleneksel tedaviyi uyguladıkları, 181'i (%73,6) geleneksel tedaviyi uygulamadıkları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan ailelerin 145'inin (%58,9) aile hekimliğini tercih ettikleri, 101'inin (%41,1) tercih etmediği anlaşılmıştır. Devlet hastanesini tercih edenler incelendiğinde; ailelerin 175'i (%71,1) devlet hastanesini tercih ettiği, 71'inin (%28,9) tercih etmediği görülmektedir. Ailelerin üyelerinden biri rahatsızlığında özel hastaneyi tercih edip etmediğine baktığımızda; ailelerin 10'unun (%4,1) özel hastaneyi tercih ettiği, 236'sının (%95,9) özel hastaneyi tercih etmediği tespit edilmiştir.

Çizelge 3. 20. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerde daha önce görülmüş hastalıklara ilişkin bilgiler.

Görülen hastalıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dizanteri	2	,9
Tüberküloz	6	2,4
Astım-Bronşit	133	54,1
Fiziksel-Zihinsel Gelişim Geriliği	22	8,9
Tifo	3	1,3
Psikolojik Rahatsızlıklar	119	48,4
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 20'de görüldüğü üzere SED alan ailelerde daha önce görülmüş olan hastalıklar yer almaktadır. Araştırmaya katılan ailelerde daha önce görülen rahatsızlıklar, en çok görülenden en az görülüne doğru sırasıyla astım-bronşit (n=133, %54,1), psikolojik rahatsızlıklar (n=119, %48,4), fiziksel-zihinsel gelişim

geriliği (n=22, %=8,9), tüberküloz (n=6, %2,4), tifo (n=3, % 1,2) ve dizanteri (n=2, %0,8) şeklinde sıralanmıştır.

Çizelge 3. 21. Sosyal ve ekonomik desteklere göre hastalığa yakalanma nedenlerine ilişkin bilgiler.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ağır çalışma hayatı		
Evet	67	27,2
Hayır	179	72,8
Yetersiz ve dengesiz beslenme	Sayı (N)	Yüzde (%)
Evet	155	63,0
Hayır	91	37,0
Kötü konut ve çevre koşulları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	111	45,1
Hayır	135	54,9
Stres	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	172	69,9
Hayır	74	30,1
Sigara içme	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	47	19,1
Hayır	199	80,9

Alkol kullanma	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	18	7,3
Hayır	228	92,7
Toplam	246	100,0

Çizelge 3. 21’de SED alan ailelere göre ağır çalışma hayatının, yetersiz ve dengesiz beslenmenin (et, süt, süt ürünleri, yumurta, meyve-sebze ve diğer protein, vitamin, karbonhidrat ve mineralleri düzenli bir biçimde kullanamama, tek taraflı beslenme ya da öğün atlama durumu), kötü konut ve çevre koşullarının (güneş ışığı almayan, rutubetli, yeterli ısınmayan, alt yapısı olmayan bir konutta ve ekolojik yönden kirliliği ve alt yapıdan uzak bir çevrede yaşama durumu), sigara içmenin, alkol kullanmanın hastalığa yakalanma nedenleri arasında olup olmadığına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Buna göre ağır çalışma hayatının hastalığa yakalanma nedenleri arasında olup olmadığı sorusuna, araştırma katılan ailelerin 67’si (%27,2) Evet, 179’u (%72,8) Hayır yanıtı vermiştir. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin hastalığa yakalanma nedenleri arasında olup olmadığı sorusuna ailelerin 155’i (%63,0) Evet, 91’i (%37,0) Hayır yanıtını verdikleri tespit edilmiştir. Kötü konut ve çevre koşulları faktörüne baktığımızda; ailelerin 111’i (%45,1) bu faktörün hastalığa yakalanmada etkili olduğunu, 135’i (%54,9) bu faktörün etkili olmadığını belirtmişlerdir. Stresin hastalığa yakalanma nedenleri arasında olup olmadığı sorusuna, ailelerin 172’si (%69,9) Evet yanıtını, 74’ü (%30,1) Hayır yanıtını verdikleri görülmüştür. Sigara içmenin hastalığa yakalanma nedenleri arasında olup olmadığı incelendiğinde; ailelerin 47’si (%19,1) sigaranın hastalığa yakalanma nedenleri arasında olduğunu, 199’u (%80,9) sigaranın hastalığa yakalanma nedenleri arasında olmadığını ifade etmişlerdir. Alkol kullanımının hastalığa yakalanma nedenleri arasında olup olmadığına baktığımızda; ailelerin 18’i (%7,3) alkolü hastalığa yakalanma nedeni olarak gördüğü, 228’i (%92,7) alkolü hastalığa yakalanma nedeni olarak görmediği anlaşılmıştır.

Çizelge 3. 22. Yaşam kalitesi değerlendirme ölçeğinde (WHOQOL-BREF) yer alan alt boyutlara ilişkin 20 ve 100 lük puan türlerine göre tanımlayıcı istatistikler.

Alt Boyutlar	n	En küçük	En Büyük	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma
Bedensel Alan (0-20)	246	4	20	11,42	11,33	3,13
Ruhsal Alan (0-20)	246	4	20	11,33	11,17	2,99
Sosyal Alan (0-20)	246	4	20	10,66	10,76	3,57
Çevresel Alan TR (0-20)	246	4	20	10,66	10,74	2,37
Bedensel Alan (0-100)	246	0	100	46,42	45,83	19,61
Ruhsal Alan (0-100)	246	0	100	45,83	44,83	18,70
Sosyal Alan (0-100)	246	0	100	41,66	42,27	22,35

Çevresel Alan TR (0-100)	246	0	97,22	41,66	42,17	14,87
--------------------------	-----	---	-------	-------	-------	-------

Çizelge 3. 22’te çocukları adına SED alan aile üyelerinin yaşam kalitesi değerlendirme anketinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına yer verilmektedir. Buna göre en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla puan ortalamaları şu şekilde sıralanmaktadır: Bedensel Alan (Ort: 11,42-46,42), Ruhsal Alan (Ort: 11,33-45,83), Sosyal Alan (Ort:10,66-41,66) ve Çevresel Alan TR (Ort: 10,66-41,66) şeklinde sıralanmaktadır.

Çizelge 3. 23. Yaşam kalitesi değerlendirme ölçeğinde (WHOQOL-BREF) yer alan alt boyutlardaki sorulara ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Alt Boyutlarda yer almayan sorular	n	En küçük	En Büyük	Ort.	Standart Sapma
2. Sağlıkınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	246	1	5	2,41	1,11
1. Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	246	1	5	2,19	0,89
Bedensel alan alt boyutu soruları	n	En küçük	En Büyük	Ort.	Standart Sapma
3.Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	246	1	5	3,21	1,17
15. Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	246	1	5	2,90	1,08
18. İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	246	1	5	2,83	1,19
4.Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir	246	1	5	2,77	1,32

tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?					
10.Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	246	1	5	2,75	1,05
17. Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	246	1	5	2,75	0,98
16. Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	246	1	5	2,57	1,14
Ruhsal alan alt boyutu soruları	n	En küçük	En Büyük	Ort.	Standart Sapma
11.Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	246	1	5	3,39	1,26
26.Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	246	1	5	3,56	1,11
19.Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	246	1	5	3,01	1,24
7.Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	246	1	5	2,76	1,06
6.Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	246	1	5	2,71	1,06
5.Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	246	1	5	2,44	1,11

Çizelge 3. 23 (Devam). Yaşam kalitesi değerlendirme ölçeğinde (WHOQOL-BREF) yer alan sorulara ilişkin tanımlayıcı istatistikler.

Sosyal ilişkiler alanı alt boyutu soruları	n	En küçük	En Büyük	Ort.	Standart Sapma
20.Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	246	1	5	3,20	1,18
22.Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	246	1	5	2,64	1,26
21.Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	246	1	5	2,22	1,23
Çevre alanı alt boyutu soruları	n	En küçük	En Büyük	Ort.	Standart Sapma
25.Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	246	1	5	3,04	1,26
24.Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	246	1	5	3,02	1,25
9.Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	246	1	5	2,74	0,97

8.Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	246	1	5	2,71	1,12
23.Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	246	1	5	2,45	1,14
27.Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	246	1	5	2,43	1,12
13.Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	246	1	5	2,37	0,87
14.Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	246	1	5	2,31	1,06
12.Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	246	1	5	1,95	0,90

Çizelge 3. 23'te görüldüğü gibi yaşam kalitesi değerlendirme anketinin alt boyutlarında yöneltilen sorularda en yüksek puanı alansoru ile en düşük puanı alan soru şu şekilde sıralanmıştır:

Bedensel alan alt boyutunda yer alan en yüksek ve düşük puanlar; Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz? (Ort: 3,21), Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz? (Ort: 2,57) şeklinde sıralanmıştır.

Ruhsal alan alt boyutunda yer alan en yüksek ve düşük puanlar; bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz? (Ort: 3,39), yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız? (Ort: 2,44) şeklinde sıralanmaktadır.

Sosyal ilişkiler alanı alt boyutunda yer alan en yüksek ve düşük puanlar; diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz? (Ort: 3,20), cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz? (Ort: 2,22) şeklinde sıralanmaktadır.

Çevre alanı boyutunda yer alan en yüksek ve düşük puanlar; ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz? (Ort: 3,04), gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı? (Ort: 1,95) şeklinde sıralanmaktadır.

Çizelge 3. 24. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin eğitim düzeylerine göre algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumlarına ilişkin bulgular.

Yaşam kalitesi		n	Ort		SS	
Okur yazar değil		41	2,00		1,00	
Okur yazar		19	1,95		0,91	
İlkokul		152	2,24		0,85	
Ortaokul		21	2,33		1,02	
Lise ve dengi		13	2,31		0,85	
Toplam		246	2,19		0,90	
Sağlık durumu		N	Ort		SS	
Okur yazar değil		41	2,20		1,31	
Okur yazar		19	1,95		1,03	
İlkokul		152	2,45		,99	
Ortaokul		21	2,81		1,57	
Lise ve dengi		13	2,85		,80	
Toplam		246	2,42		1,12	
	Varyans analizi	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	p
Yaşam kalitesi	Gruplar Arası	3,64	4	0,91	1,13	0,34
	Gruplar İçi	194,38	241	0,81		
	Toplam	198,02				
	Varyans	Kareler	sd	Kareler	F	p

	analizi	toplamı		ortalaması		
Sağlık durumu	Gruplar Arası	11,98	4	2,99	2,46	0,046*
	Gruplar İçi	293,90	241	1,22		
	Toplam	305,88				

$p < 0,05$

Çizelge 3. 24'te görüldüğü üzere SED alan ailelerin eğitim düzeylerine göre algılanan yaşam kalitesi puan ortalamasının farklılaşmadığı anlaşılmaktadır. Bu nedenle Hipotez 1 kabul edilmiştir ($p > 0,05$). Ancak SED alan ailelerin eğitim düzeylerine göre algılanan sağlık durumu puan ortalamalarının farklılaştığı görülmektedir. Bunun için farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla varyansların homojen olmaması nedeniyle *Post Hoc* testlerinden *Games-Howell* testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda farkın lise ve dengi eğitim düzeyine sahip olanlar ile okur yazar olanlar, ortaokul eğitim düzeyine sahip olanlar ile okur yazar olanlar, ortaokul eğitim düzeyine sahip olanlar ile okur yazar olmayanlar arasında olduğu görülmüştür. Diğer bir ifade ile lise ve dengi eğitim düzeyine sahip olanlar okur yazar olanlara göre, ortaokul eğitim düzeyine sahip olanlar okur yazar olanlara göre, ortaokul eğitim düzeyine sahip olanlar okur yazar olmayanlara göre yaşam kalitelerini daha yüksek algılamaktadırlar. Bu nedenle Hipotez 2 reddedilmiştir ($p < 0,05$).

Çizelge 3. 25. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin medeni durumlarına göre algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumlarına ilişkin bulgular.

	Medeni durum	n	Ort	SS	t	p
Yaşam kalitesi	Evli	111	2,24	,93	0,83	0,41
	Bekâr	135	2,15	,88		
	Medeni durum	n	Ort	SS	t	p
Sağlık durumu	Evli	111	2,55	1,15	1,56	0,12
	Bekâr	135	2,32	2,32		

Çizelge 3. 25'te görüldüğü üzere SED alan ailelerin medeni durumları ile algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle Hipotez 3 ve 4 kabul edilmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3. 26. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin aylık gelirlerine göre algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumlarına ilişkin bulgular.

Yaşam kalitesi		n	Ort		SS	
351-550		86	2,09		,93	
551-750		56	2,09		,84	
751-1000		19	2,32		,89	
1001-1250		54	2,17		,93	
1251+		31	2,61		,80	
Toplam		246	2,1911		,89903	
Sağlık durumu		n	Ort		SS	
351-550		86	2,37		1,13	
551-750		56	2,25		1,07	
751-1000		19	2,42		1,07	
1001-1250		54	2,37		1,12	
1251+		31	2,94		1,13	
Toplam		246	2,42		1,12	
	Varyans analizi	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	p
Yaşam kalitesi	Gruplar Arası	7,25	4	1,81	2,29	0,06
	Gruplar İçi	190,77	241	0,79		
	Toplam	198,02				
	Varyans	Kareler	sd	Kareler	F	p

	analizi	toplamı		ortalaması		
Sağlık durumu	Gruplar Arası	10,19	4	2,55	2,08	0,085
	Gruplar İçi	295,67	241	1,23		
	Toplam	305,87				

Çizelge 3. 26'da görüldüğü üzere SED alan ailelerin aylık gelirlerine göre algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumları puan ortalamalarının farklılaşmadığı görülmüştür. Bu nedenle Hipotez 5 ve 6 kabul edilmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3. 27. Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin yaşlarına göre algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumlarına ilişkin bulgular.

Yaşam kalitesi	n	Ort	SS			
20-29	27	2,37	,79			
30-39	91	2,04	,94			
40-49	76	2,24	,86			
50-59	29	2,38	,94			
60+	23	2,17	,89			
Toplam	246	2,19	,90			
Sağlık durumu	n	Ort	SS			
20-29	27	2,93	1,27			
30-39	91	2,47	1,14			
40-49	76	2,28	1,03			
50-59	29	2,14	1,13			
60+	23	2,43	,99			
Toplam	246	2,49	1,12			
	Varyans analizi	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	p
Yaşam kalitesi	Gruplar Arası	4,03	4	1,01	1,25	0,29
	Gruplar İçi	193,99	241	0,81		
	Toplam	198,02				

	Varyans analizi	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	p
Sağlık durumu	Gruplar Arası	11,04	4	2,76	2,26	0,064
	Gruplar İçi	294,83	241	1,22		
	Toplam	305,87				

Çizelge 3. 27'de görüldüğü üzere SED alan ailelerin yaşlarına göre algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumları puan ortalamalarının farklılaşmadığı görülmüştür. Bu nedenle Hipotez 7 ve 8 kabul edilmiştir ($p>0,05$).

Çizelge 3. 28.Sosyal ve ekonomik destek alan ailelerin sosyal güvence durumlarına göre algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumlarına ilişkin bulgular.

Yaşam kalitesi	n	Ort	SS			
Yok	101	2,13	,91			
G0 - Yeşil Kart	107	2,09	,86			
Çalışan	23	2,74	,75			
Emekli	15	2,47	,99			
Toplam	246	2,19	,90			
Sağlık durumu	n	Ort	SS			
Yok	101	2,48	1,14			
G0 - Yeşil Kart	107	2,25	1,10			
Çalışan	23	2,74	1,01			
Emekli	15	2,73	1,10			
Toplam	246	2,42	1,12			
	Varyans analizi	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	p
Yaşam kalitesi	Gruplar Arası	9,46	3	3,15	4,05	0,01*
	Gruplar İçi	188,56	242	0,78		
	Toplam	198,02				

	Varyans analizi	Kareler toplamı	sd	Kareler ortalaması	F	p
Sağlık durumu	Gruplar Arası	7,13	3	2,37	1,93	0,13
	Gruplar İçi	298,74	242	1,23		
	Toplam	305,87				

p<0,05

Çizelge 3. 28'de görüldüğü üzere SED alan ailelerin sosyal güvence durumlarına göre algılanan sağlık durumları puan ortalamalarının farklılaşmadığı görülmüştür. Bu nedenle Hipotez 10 kabul edilmiştir (p>0,05). Ancak SED alan ailelerin sosyal güvence durumlarına göre algılanan yaşam kalitesi puan ortalamalarının farklılaştığı anlaşılmıştır. Bunun için farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla varyansların homojen olmaması nedeniyle *Post Hoc* testlerinden *Games-Howell* testi yapılmıştır. Yapılan test sonucunda farkın çalışan grup ile sosyal güvencesi olmayan, çalışan grup ile G0-Yeşil Kartlı olan grup arasında olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle Hipotez 9 reddedilmiştir (p<0,05).

4.TARTIŞMA

Gerçekleştirilen bu çalışma ile SED alan ailelerde yoksulluk, sağlık ve yaşam kalitesi düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmada genelde ailelere özeldir çocuklara odaklanılmaya çalışılmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular dört başlık altında toplanmıştır:

- Araştırmaya katılan ailelerin sosyo-demografik özelliklerine (SED alan aile üyesini ve medeni durumu gösteren çaprazlama, SED alan aile üyesinin eğitim durumu, mesleği, gelir getiren bir işte çalışma durumu, SED alan ailelerdeki toplam kişi sayısı ve ortalama kişi sayısı, toplam çocuk sayısı ve ortalama çocuk sayısı) ilişkin bulguların değerlendirilmesi.
- Araştırmaya katılan ailelerin yoksulluklarına ilişkin bulguların incelenmesi (SED alan ailenin sosyal güvencesi, SED alan ailenin toplam geliri, SED alan ailede eğitimi yarıda bırakma sebebi, SED alan aile üyesine göre bir ailenin geçimini sürdürebilmesi için ayda ortalama sahip olması gereken miktar, SED alan aile üyesinin geleceğini nasıl gördüğü, sosyal yardım miktarının değerlendirilmesi, diğer yardımlara ihtiyaç durumu, SED alan ailelerin

ortalama aylık harcama kalemleri, yaşanan konuttaki oda sayısı, yaşanan konuttaki oda sayısının değerlendirilmesi, alt yapı ve üst yapının değerlendirilmesi, yaşanan çevrede çocuklar için var olan tehlikeler, on sekiz yaş altı çocukların çalışma durumu, en çok tüketilen gıda türleri, çocukların süt içme-et-meyve yeme sıklıkları, ailelere göre yoksulluğun temel nedeni ve bertaraf edilmesi için yapılması gerekenler)

- Araştırmaya katılan ailelerin sağlık durumlarına ilişkin bulguların incelenmesi (SED alan ailenin cepten sağlık harcamaları, SED alan aileden biri için son yıllarda ailenin ekonomik durumunu etkileyen sağlık harcamasının yapılma durumu ve hangi tür rahatsızlık için yapıldığı, sondan birinci ve ikinci çocuğun doğum yeri, sondan birinci ve ikinci çocuğun doğum ağırlığı, büyüme geriliği yaşayan çocuk sayısı, vefat eden bebek ve çocuk sayıları, sondan birinci ve ikinci çocuğun hamilelik döneminde sağlık kontrolü sıklığı, sondan birinci ve ikinci çocuğun bebeklik döneminde sağlık kontrolü sıklığı, ailelerin sahip olduğu kalıtsal rahatsızlıklar, gelir durumu ile ilgili olduğu düşünülen rahatsızlıklar, aile üyelerinden biri rahatsızlandığında ne yapıldığı, ailelerde daha önce görülmüş rahatsızlıklar, sağlık sorununa yol açan etmenler)
- Araştırmaya katılan ailelerin yaşam kalitelerine ilişkin bulguların incelenmesi (eğitim düzeyi, medeni durum, toplam gelir, yaş ve sosyal güvenceye göre algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumu puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı).

4.1. SED Alan Ailelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Sosyo-demografik özellikler incelendiğinde; araştırmaya katılanların 193'ünün (%78,5) anne, 135'inin (%54,9) bekar, 91'inin (%37,0) 30-39 yaş grubunda, 41'inin (%16,7) okur-yazar değil, 19'unun (%7,7) okur-yazar, 152'sinin (%61,8) ilkökul düzeyinde eğitime sahip olduğu, 236'sının (%95,9) meslek sahibi olmadığı, 214'ünün (%87,0) gelir getiren işi bulunmadığı görülmektedir. Yapılan çaprazlama neticesinde araştırmaya katılan ve SED alan aile üyesinin 115'inin (%46,7) anne ve bekar-boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Sosyo-demografik özelliklerden anlaşılacağı üzere SED alan aile üyesinin büyük oranda bekar-boşanmış kadınlardan oluştuğu

yani tek ebeveynli anneler olduğu ve bu kadınların da ilkokul düzeyinde eğitime sahip olduğu görülmektedir.

Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü (BASAGM) (2010) tarafından 2032 hane ile yapılan araştırmada; sosyal yardım alanların %62,7'sini kadınların oluşturduğu, araştırma katılanların %38,7'inin bekar-boşanmış olduğu, %19'unun 26-35 yaş aralığında, %27,4'ünün 36-45 yaş aralığında olduğu, %43'ünün okur yazar olmadığı, %9,2'sinin okur yazar olduğu, %41,8'inin ilkokul mezunu olduğu, %90,0'ının meslek sahibi olmadığı, %88,6'sının gelir getiren işi bulunmadığı belirtilmiştir. Yine Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan aynı ve nakdi sosyal yardım alan 350 müracaatçının dosyası incelenerek yapılan bir araştırmada; yardım alanların %39,1'inin kadın olduğu, araştırmaya katılanların %55'inin 26-45 yaş aralığında olduğu, %30,3'ünün bekar-boşanmış olduğu, %44,9'unun ilkokul mezunu olduğu ifade edilmiştir (Özmete 2013). Doğan (2003) gecekondü bölgelerinde yapmış olduğu araştırmasında kişilerin %43'ünün ilkokul mezunu olduğunu, okur-yazar ve okur yazar olmayanların da eklenildiğinde yüzdenin 52'ye çıktığını tespit etmiştir.

Literatürde yoksulluğun kadınlaşması ile birlikte sosyal yardımların da kadınlaştığının altı çizilmektedir (Alcock 1997, Ünlütürk-Ulutaş 2009). Örneğin Ankara'nın Altındağ ilçesinde en yoksul 6 mahallesinde 458 kadın ile yapılan bir araştırmada (Çamur-Duyan, 2010); kadınların % 44'ü ilkokul mezunu olup % 38'i okuma yazma dahi bilmemekte ve görüşülen kadınların % 94'ü gelir getirici bir işte çalışmadığı vurgulanmaktadır. Muş ilinde sosyo-ekonomik düzeyi en düşük ve en yüksek iki mahallede 1-4 yaş grubu 260 çocuğu kapsayacak şekilde karşılaştırmalı olarak yapılan bir araştırmada sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallede yaşayan kadınların %46,6'sının (n=81) okur-yazar olmadığı belirtilmiştir (Gürarslan-Baş ve Karataş 2013). Ankara'da dar gelirli, yoksul ve Altındağ, Mamak, Keçiören, Yenimahalle ilçelerinin çeşitli mahallelerinde yaşayan 40 kadınla yapılan bir araştırmada yardım almanın gitgide kadın işi olarak, yani kadının geleneksel rolünün devamı gibi görülmesi söz konusudur (Kardam ve Yüksel 2004). Şener (2012)'e göre bunun nedeni; kadınların yoksul olduklarını itiraf etmelerinin daha kolay olması ve kadınların kültürel şekillenişten kaynaklı evin geçiminden sorumlu olmadıkları için geçinememeyi kişisel bir başarısızlık olarak algılamamasından kaynaklanmaktadır. Buğra ve Keyder (2007) de geleneksel hak eden yoksul anlayışı temelinde yardım

istemeleri biraz daha hoş karşılanan kadınların bu alanı büyük bir mesai harcayarak ve aşığılanmayı göze alarak doldurduklarının altını çizmektedirler.

Çalışmada ortaya çıkan diğeri bir husus ise eğitim faktörüdür. Araştırmaya katılan aile üyesinin eğitim düzeyi büyük oranda ilkokul düzeyindedir. Eğitimin yoksulluk üzerindeki etkisi bilinmektedir. Örneğin Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUİK) 2009 yoksulluk çalışmasına göre yüksekokul, fakülte veya daha üstü bir eğitim düzeyine sahip olanlar arasında yoksulluk oranı 0,71 iken eğitim düzeyi ilkokul olanlar arasında yoksulluk oranı 15,34'tür. Özellikle bu oran okur yazar değil ya da bir okul bitirmeyenler arasında 29,84'e çıkmaktadır (TUİK 2011). Görüldüğü üzere eğitim hem yoksullukta ve buna bağlı olarak işleyen sosyal yardım sürecinde önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır.

SED alan ailelerdeki kişi sayısı ve çocuk sayısına bakıldığında; ailelerin 70'inin (%28,5) 4 kişilik, 101'nin (%40,9) 5+ kişilik olduğu, ailelerin hanelerindeki ortalama kişi sayısının 4,6 olduğu, ailelerin 71'inde (%28,9) 3 çocuk, 96'sında (%39,0) 4+ çocuk bulunduğu, ailelerin sahip olduğu ortalama çocuk sayısının 3,3 olduğu anlaşılmaktadır. Sosyal yardım alan 2032 aile ile yapılan bir araştırmada ailelerin %20,7'sinin 4 kişilik, %38,7'sinin 5+ kişilik olduğu, ailelerin hanelerindeki ortalama kişi sayısının 4,13 olduğu belirtilmiştir (BASAGM 2010). Sosyal yardım alan 350 müracaat ile yapılan araştırmada ailelerin %21,7'sinin 4 kişilik, %22,9'unun 5 kişilik olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Özmete 2013). Ankara'nın Altındağ ilçesinde en yoksul 6 mahallesinde 458 kadın ile yapılan bir araştırmada hane büyüklüğünün 5,06, ortalama çocuk sayısının 3,2 olduğu tespit edilmiştir (Çamur-Duyan 2010).

4.2. SED Alan Ailelerin Yoksulluk Düzeylerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

SED alan ailelerin sosyal güvence durumlarına bakıldığında; ailelerin 101'nin (%41,1) sosyal güvencesinin olmadığı, 107'sinin (%43,5) G0-Yeşil Kartlı olduğu tespit edilmiştir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallelerde yaşayanların çoğunluğunun sosyal güvencesinin olmadığı ya da G0-Yeşil Kart olduğuna dair literatürde çalışmalar bulunmaktadır (Kaya 2011, Gürarlan-Baş ve Karataş 2013). Sosyal yardım alan 2032 kişi ile yapılan araştırmada; araştırmaya katılanların %87,0'mın bağlı bulunduğu bir sosyal güvenlik kurumunun olmadığı, bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumu olmayanların da %82,7'sinin G0-Yeşil Kartlı

olduğu belirtilmiştir (BASAGM 2010). İstanbul'un farklı gecekondu bölgelerinde Ümraniye, Alemdağı, Bakkalköy, Gazi Mahallesi ve Ümraniye'de uzunlamasına toplamda 300 kişi ile yapılan araştırmaların bulgularından hazırlanan araştırma sonucunda katılımcıların %64'ünün herhangi bir sosyal güvencesi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Doğan 2010). Çamur-Duyan (2010) yoksul bölgelerde kadınlarla yaptığı araştırmasında kadınların %71'inin de herhangi bir sosyal güvence kapsamında yer almadığını göstermiştir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallede yaşayan ailelerin %44,9'unun (n=78) sosyal güvencesinin yeşil kart olduğu, %20,1'nin (n=35) herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı belirtilmiştir (Gürarlan-Baş ve Karataş 2013).

Araştırmamızda SED alan ailelerin sosyal yardımlarla birlikte elde ettikleri toplam gelire bakıldığında ailelerin %35'inin 351-550 TL, %22,8'nin 551-750 TL arasında toplam geliri olduğu görülmektedir. Benzer olarak Özmete (2013) yaptığı araştırmasında sosyal yardım alanların %33'ünün 301-600 TL arasında gelire sahip olduğunu bulmuştur. Başka bir araştırmada da sosyal yardım alan ailelerin %24,2'sinin 301-600 TL arasında bir gelire sahip olduğu bilgisine ulaşılmıştır (BASAGM 2010). Araştırmanın yapıldığı tarihte alınarak 2014 yılının ilk yarısındaki asgari ücretin 846 lira olduğu düşünüldüğünde ailelerin büyük bir bölümünün toplam gelirlerin asgari ücretin altında kaldığı söylenebilir. Buna ek olarak bu araştırmada ailelerin 113'ünün (%45,9) aldıkları sosyal yardım miktarını yetersiz olarak değerlendirmeleri bu durumu destekler niteliktedir. Halbuki SED alan aile üyelerin büyük çoğunluğu bir ailenin geçimini sürdürebilmesi için ayda ortalama sahip olması gereken miktarın 1001-1500TL (n=89, %36,2) arasında olması gerektiğini belirtmektedir. Literatürde de sosyal yardım alanların olması gereken geliri 751-1500TL (n=834, %41,0) olarak belirttiklerine ilişkin araştırmalar mevcuttur (BASAGM 2010). SED alan aileler kendilerine yapılan sosyal yardımı yetersiz bulmakla beraber nakdi yardım dışında da yardımlara ihtiyaçları olduklarını belirtmektedir. İhtiyaç duyulan yardımların başında gıda yardımı gelmektedir. Ailelerin %62,2'si gibi büyük bir bölümünün bu konuda hem fikir olduğu görülmektedir. Bununla birlikte SED alan ailelerin toplam gelirlerinden en çok mutfak harcamalarına ortalama 234 TL gibi bir pay ayırmaları da nakdi yardım dışında gıda yardımına ihtiyaçları olduğunu doğrulamaktadır. Benzer olarak Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü (2010) tarafından yapılan

araştırmada araştırmaya katılan 2032 haneden 1445'i gıda yardımına ihtiyaçı olduğunu belirtmektedir. Bununla bağlantılı olarak Özmete (2013)'nin yapmış olduğu araştırmada araştırmaya katılanların %12'si nakdi yardımlara ek olarak gıda yardımının, %8,9'u kira yardımının yapılmasını talep etmektedir. Bu şartlar altında araştırmaya katılan bireylerin %64,6'sı gibi büyük bir bölümünün gelecekleri ile ilgili bir tahminde bulunamamasının şaşırtıcı olmayacağı söylenebilir.

Araştırmaya katılan ailelerin 147'sinde (%59,8) aile üyelerinden en az birinin eğitimini yarıda bıraktığı, eğitimi yarıda bırakma durumunun yařandđı ailelerin 86'sında (%58,5) maddi imkansızlığın bu duruma etki eden temel faktör olduğu saptanmıştır. Literatürde yoksulluğun dolaylı etkilerinin başında ailenin genel eğitimsizliğinin geldiği belirtilmektedir (Hatun 2002). Çünkü yoksulluğun bütün alanları yatay kesen bir olgu olduğu ve özellikle bireylerin eğitiminin yarıda kesilmesine yol aadığı bilinmektedir(Kadının Statüsü Genel Müdürlüğu 2008). Örneğin yoksul bir aile çocuğunu okutmak yerine çalıştırıyorsa, yeterli eğitim almayan çocuğun yoksulluktan kurtulma olasılığı da çok düşük kalmakta, yoksulluk ve yoksunluk birbirini doğuran ve besleyen bir kısır döngü olarak sürüp gitmektedir (Koray 2010). Bir anlamda eğitim imkanlarından yararlanamamak yoksulluğu kalıcılaştırmaktadır. Ek olarak maddi imkansızlık nedeniyle de yoksul ailelerde eğitim öncelik erkek çocuklarına verilmekte (şener 2009, şener 2012) olup bu durum da kız çocuklarının eğitimini olumsuz etkilemektedir.

SED alan ailelerin yaşadıkları konuttaki oda sayısına bakıldığında; ailelerin 149'unun (%60,6) 1-2 odalı evlerde yařadđı görölmektedir. SED alan ailelerin yaşadıkları konuttaki oda sayısını değerlendirmeleri incelendiğinde; ailelerin 82'si (%33,3) oda sayısını normal olarak değerlendirilmektedir. Bu sonuçlar literatürdeki diğer çalışmamalar benzerlik göstermektedir. Örneğin, sosyal yardım alanlarla yapılan bir araştırmada araştırmaya katılanların %41,2'si 1-2 odalı evlerde kaldığı görölmüştür (Özmete 2013). Sosyal yardım alanlarla yapılan başka bir çalışmada da araştırmaya katılanların %36,24'ünün 1-2 odalı evlerde kaldığı belirtilmiştir (BASAGM 2010).Oda sayısı hanedeki bireylerin refahı için önemli görölmektedir. Örneğin kişi başına oda sayısının bire eşit olması durumunda konuttaki her bireye bir oda düşmekte iken birden büyük olması refahın arttığına işaret eder. Fakat yoksul kesimde kişi başına oda sayısının birden düşük olması beklenir. Bu oran ne kadar düşük ise konut o kadar kalabalıktır, dolayısıyla o hane halkının refahının düşük

olması beklenir. Bu nedenle kişi başına oda sayısındaki her artış hanenin refahını arttırır (Karagöl ve ark 2013). Araştırmamızdaki ailelerde bireylere düşen oda sayısının birden düşük olduğu düşünüldüğünde ailelerin refahının da düşük olduğu söylenebilir.

Çevresel koşullar bağlamında SED alan ailelerin yaşam alanları ile ilgili hususlar da değerlendirilmeye alınmış ve ailelerin 102'si (%41,5) yol durumunu fena değil, 93'ü (%37,8) kanalizasyon hizmetini iyi, 74'ü (%30,1) sokakların temizliğini iyi, 84'ü (%34,1) park ve oyun alanlarını fena değil, 81'i (%32,9) sinema ve tiyatroyu çok kötü, 85'i (%34,6) sağlık hizmetlerini iyi, 92'i (%37,4) eğitim hizmetlerini iyi olarak derecelendirdikleri görülmüştür. Literatürde yoksulluğun en önemli belirtisinin sağlıksız çevre koşullarında (Kulaksızoğlu 2003) ve sosyal çevrede hem alt hem de üst yapı hizmetleri açısından mahrumiyetin yaşanması olarak belirtilse de (Özbaş ve Avcı 2013) araştırmaya katılan ailelerin sinema ve tiyatro hariç tüm alt ve üst yapı hizmetleri için iyi veyahut fena değil yanıtını verdikleri görülmüştür. Bu durumun da genelde Konya Büyükşehir Belediyesi özelde ise Karatay, Meram ve Selçuklu gibi merkez ilçe belediyelerin belediyecilik alanındaki başarısından kaynaklanabileceği söylenebilir. Ancak sinema ve tiyatro hizmeti için çok kötü yanıtının ağırlıklı olarak verilmesi bizi, yoksulluk tanımlamalarının yapıldığı bölümde yer alan “insani yoksulluk” kavramına götürmektedir. Yoksulluk tartışmalarında gelir önemli bir etken olmakla birlikte bireylerin sinema ve tiyatro gibi çok boyutlu sosyal ihtiyaçları olduğu ve bunun karşılanması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Buna dayanarak araştırmaya katılan ailelerin bu ihtiyacının karşılanmadığı veya bu hizmetten mahrum kaldıkları söylenebilir.

Çevresel koşullar bağlamında yaşam alanlarında çocuklar için var olan tehlikeler incelendiğinde; ailelerin 81'i (%32,9) kaçırlma, 92'si (%37,4) uyuşturucu kullanma-içki içme, 38'i (%15,4) suç çetelerine katılma, 15'i (%6,1) haraç verme, 68'i (%27,6) fiziksel şiddete uğrama, 40'ı (%16,3) tecavüze uğrama ve 90'ı (%36,6) trafik kazası geçirme tehlikelerinin çocuklar için var olduğuna işaret etmişlerdir. Literatürde çocuk sağlığının bir ulusun gelecekteki fiziksel ve ruhsal sağlığı için çok önemli olduğu, bugünün çocukların gelecek neslin ebeveynleri ve işçilerine dönüşecekleri ve erken yaşamdaki sağlık durumunun, yetişkin yaşamdaki sağlık durumunu da etkilediği, erken yaşam döneminde biyolojik gelişiminin, sosyal ve çevresel koşulların belirlediği sağlık durumunun etkileri yaşam boyu sürdüğü

belirtilmektedir (Kaya ve ark 2006, Wadsworth ve Butterworth 2009). Örneğin Ankara'da dar gelirli, yoksul ve Altındağ, Mamak, Keçiören, Yenimahalle ilçelerinin çeşitli mahallelerinde yaşayan 40 kadınla yapılan bir araştırmada (Kardam ve Yüksel 2004); görüşülen kadınların ev içi sorumlulukların çocukluk döneminden itibaren yoğun olması, fiziksel ve/veya ruhsal sağlığın iyi olmaması, eğitim ve eğitimin engellenmesi açısından olumsuzlukların yaşanması, çocukluktan itibaren olumsuz fiziksel çevre koşullarında yaşıyor olma gibi faktörler iç içe geçtiği ve aynı zamanda da birbirini tetiklediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmamızda ailelerin %16,3'ü çocukları için tecavüze uğrama tehlikesi olduğunu belirtmektedir. Bununla bağlantılı olarak birçok ülkede yoksulluğa karşı korunaklı bir sistemden ve toplumsal çevreden yoksun olan kadınlar, tecavüzdten dolayı fuhuş gibi illegal sektörlere girmek zorunda kalmaktadırlar. Doğu Asya ülkelerindeki kadın ticaretinin artmasında yoksulluk önemli bir neden olarak görülmektedir (Açıkgöz 2010). Hatun (2002) ise yoksulların bulunduğu mahallelerin çocukların erken yaşta sigara tiryakiliği, şiddet, erken ve güvenliksiz cinsel ilişki vb gibi sağlıksız davranışlara yönelmesine neden olabileceğini vurgulamaktadır. Açıkça, erken yaşamda kötü bir sosyo-ekonomik çevrenin varlığı, gelişim süreçleri ve zararlı çevresel etkiler arasındaki etkileşime bağlı olarak, sağlıkta bir risk artışına yol açmaktadır (Wadsworth ve Butterworth 2009).

SED alan ailelerde 18 yaş altı çocukların çalışma durumları incelendiğinde; 205 (%83,3) ailede 18 yaş altı çocukların çalışmadığı ancak 31 (%16,7) ailede çocukların çalıştığı tespit edilmiştir. Literatürde yoksulluğun çocukların çalışmasında en önemli etkenlerden biri olduğu belirtilmektedir (Mehra ve Kerpelman 1996, Mitra 1994, Thapa ve ark 1996, Woolf 2002) ve sosyal yardım almanın çocukların çalışmasını engellemediği bilinmektedir. Örneğin sokakta çalışan 91 çocuğun anneleri ile yapılan bir çalışmada; sosyal yardım almanın çocukları çalışmaktan uzak tutmadığı, sokakta çalışan 91 çocuktan 78'inin ailesinin sosyal yardım aldığı belirtilmektedir (Hatiboğlu 2009).

SED alan ailelerdeki çocukların süt içme, et ve meyve yeme sıklıklarına bakıldığında; ailelerin %11'inde (n=27) çocukların her gün süt içtiği, %10,2'sinde (n=25) çocukların hiç süt içmediği, %14,6'ında (n=36) çocukların her gün meyve yiyebildiği, %19,5'inde (n=48) hiç meyve yiyemediği, %12,2'inde (n=30) çocukların her gün et yiyebildiği, %11,8'inde (n=29) çocukların hiç et yiyemediği sonucuna

ulaşmıştır. Sosyal yardım alan annelerle yapılan başka bir araştırmada her gün süt içen çocuk oranının sadece %8, çocuklarına nadiren et yedirebildiklerini belirten annelerin oranının %76,6, hiç et yediremediklerini bildirenlerin oranının %14,6, çocuklarının her gün meyve yediğini belirten anneye rastlanmadığı, annelerin 10,2'si çocuklarının hiç meyve yiyemediklerini, %25,5'i nadiren meyve yiyebildiklerini aktardıkları belirtilmiştir (Öztürk 2008). Süt içme, et ve meyve yeme sıklıklarında Türkiye ortalamasına bakıldığında; Türkiye'de ailelerin çocuklarının %26'nın her gün süt içebildiği, %28'inin hiç süt içemediği, %42,8'inin her gün meyve yiyebildiği, %1,4'ünün hiç meyve yiyemediği, %9,8'inin her gün et yiyebildiği ve %5,1'inin hiç et yiyemediği belirtilmiştir (TC Sağlık Bakanlığı 2014).

Araştırmada çalışmaya katılan ailelerin en çok tükettikleri gıda türlerine ilişkin bilgilere de yer verilmiştir. Ailelerin 73'ü (%29,7) ekmeği, 46'sı (%18,7) süt ve süt ürünlerini ve 39'u (%15,9) kuru bakliyatı en çok tükettikleri birincide olarak işaretlemişlerdir. Ailelerin 64'ü (%26,0) kuru bakliyatı, 41'ı (%16,7) süt ve süt ürünlerini ve 26'sı (%10,6) sebze yi en çok tükettikleri ikinci gıda olarak belirtmişlerdir. Ailelerin 51'i (%20,7) kuru bakliyatı, 43'ü (%17,5) sebze yi ve 36'sı (%14,6) süt ve süt ürünlerini en çok tükettikleri üçüncü gıda olarak ifade etmişlerdir. Literatüre bakıldığında gelirin azalması ile birlikte ailelerin daha çok ekme k, makarna, pirinç, bulgur gibi karbonhidratlı maddelere başvurduğu, yaş sebze, meyve, et ve balık gibi besinleri daha az tercih edebildikleri belirtilmektedir (Koşar 2000). Diğer bir ifade ile gelirin azalması ile birlikte beslenme alışkanlıkları değişebilmektedir. Düşük gelirli bireyler ya da aileler daha ucuz olan gıda tüketimine yönelebilmektedir (Karadağ Çaman ve Çilingiroğlu 2009). Örneğin demir ve protein gibi besin maddeleri, hayvansal ürünlerde yoğun olarak bulunmaktadır ki bunlar nispeten pahalı ve fakir ailelerin bütçelerini zorlamaktadır (Tüylüoğlu ve Tekin 2009). Literatürde gelirin azalması ile beraber bu tür besinlere yönelmenin bir takım sağlık çıktılarına neden olacağı yönünde görüş bulunmaktadır. Örneğin hayati maddelerin vücuttaki azlığının enfeksiyon hastalıklarına zemin hazırlayacağını belirtilmektedir (Tüylüoğlu ve Tekin 2009, Karadağ Çaman ve Çilingiroğlu 2009). Çayır ve ark (2011) tarafından Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beslenme Ve Diyet Bölümü'ne Başvuran 450 katılımcı ile yürütülen tanımlayıcı araştırmada aylık gelirin azalması ile obezite oranının arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Benzer bir çalışma da Karadağ Çaman ve Çilingiroğlu (2009)

tarafından da yapılmış olup beslenme alışkanlığının ucuz besin yönünde değişmesinin obeziteprevalansını artırdığı belirtilmektedir. Ek olarak bebek ve çocuklar için malnutrisyona yol açtığı ve büyüme-gelişme (fiziksel ve zihinsel) bozuklukları ile karşılaştığı ifade edilmektedir.

Araştırmada SED alan ailelere göre yoksulluğun temel nedeni ve yoksulluğun bertaraf edilmesi için yapılması gerekenlere ilişkin bilgiler elde edilmiştir. Yoksulluğun temel nedenini işsizlik olarak görenlerin sayısı 66 (%26,8), ekonomik pahalılık olarak görenlerin sayısı 60 (%24,4), sağlık (kötü sağlık) olarak görenlerin sayısı 35 (%14,2), eğitimsizlik olarak görenlerin sayısı 26 (%10,6)'dır. Yoksulluğun bertaraf edilmesi hususunda ailelerin 67'si (%27,2) iş olanakları sağlanmalı, 64'ü (%26,0) sosyal yardımlar artırılmalı, 29'u (%11,8) eğitim ve öğretim, 28'i (%11,4) devlet vatandaşına sahip çıkmalı ifadelerini kullandıkları tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde yoksulluğun nedenleri arasında başat rol oynayan etkenin işsizlik olduğuna ve yoksulluğun bertaraf edilmesinde iş olanaklarının önemine dikkat çekilmektedir. Örneğin yapılan bir araştırmada katılımcıların %86'sı Türkiye'de iş sahalarının olmayışını yoksulluğun nedenleri arasında birinci sıraya koymuştur. Çözüm yolları konusunda da yine tahmin edileceği üzere, %83 oranı ile iş yerlerinin açılması gerektiği birinci sırada kendine yer bulmaktadır (Açıkalin 2003). Açıkgöz (2010) ise iş olanaklarının olmaması ile bağlantılı olarak mevcut iş olanaklarının kısıtlılığından dolayı var olan işler için düşük ücret ödenmesini yoksulluğun nedenleri arasına koymaktadır. Ankara'da SYDV'ye en çok başvuru yapılan üç mahallede 68 kişi ile yapılan bir araştırmada kişilere niye yoksul oldukları sorulduğunda %50'si işsizlik, %30,3'ü düzgün bir iş sahibi olmama, %4,4'ü eğitimsiz olma, %6'sı yaşlı ya da sakat olma nedenlerini bildirmişlerdir (Gül ve Ergun 2003). Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'nın 33 çalışanı ile yapılan bir araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğu yoksulluğu bertaraf etmede devletin istihdam fırsatları yaratma konusundaki çabalarını en önemli method olarak görmektedirler. Katılımcılar gerçekleştirdikleri hizmetlerin hem birey hem de aile düzeyinde etkili olarak görmelerine rağmen makro düzeyde yoksulluğu azaltma için bu tür yardım hizmetlerinin oldukça yetersiz olduğunu belirtmektedirler (İçağasioğlu-Çoban ve ark 2011). Bununla bağlantılı olarak DİE verilerine bağlı olarak yapılan bir analizde Türkiye'de çalışan bireylerin toplam hane büyüklüğüne oranı olarak, ölçülen hanehalkının istihdam düzeyi yükseldikçe, hanelerin yoksulluk riskinin azalması bu

durumu doğrular niteliktedir (Yardımcı ve ark 2003). Görüldüğü üzere yoksulluğun birden çok nedeni olmasına rağmen işsizliğin kendi başına yoksulluğun oluşmasında en önemli etken olduğu söylenebilir. Literatür bulguları da ailelerin yoksulluğun nedenleri ve bertaraf edilmesi ile ilgili dile getirdiklerini doğrular niteliktedir.

4.3. SED Alan Ailelerin Sağlık Durumlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

SED alan ailelerin sağlık durumlarına ilişkin bulgular iki aşamada incelenmeye çalışılmıştır. Birinci aşamada ailede bulunan çocukların sağlık bilgileri incelenmiştir. İkinci aşamada ise tüm aile bireylerini ilgilendirecek sağlığa ilişkin bilgiler değerlendirilmiştir.

SED alan ailelerin sondan birinci ve ikinci çocuklarının nerede doğduğu incelendiğinde; ailelerin 44'ünde (%17,9) sondan birinci çocukların evde doğduğu, 47'sinde (%21,2) sondan ikinci çocukların evde doğduğu belirtilmiştir. Türkiye'de sağlık kuruluşlarından gerçekleşen doğum oranının 2002 yılında %75 olduğu belirtilirken, 2013 yılında bu oranın %98'lere vardığı ifade edilmektedir (TC Sağlık Bakanlığı 2014). Diğer bir ifade ile 2002 yılında sağlık kuruluşları dışında gerçekleşen doğum oranı %25 dolayında iken, 2013 yılında bu oranın %2 seviyelerine indiği görülmektedir. Araştırmamızdaki ailelerin çocuklarının okul çağı çocukları olduğu düşünöldüğünde hemen hemen hepsinin 2000 yılı sonrası doğmuş olduğu söylenebilir. Bu nedenle evde doğan çocukların oranının yüksek çıkması bir bakıma Türkiye ortalaması ile uyumludur. Araştırmamızdaki ailelerin sondan birinci ve ikinci çocuklarına göre evde doğan çocuk oranının bir düşüş eğilimi de gösterdiği ifade edilebilir. Fakat evde doğan çocuk oranının Türkiye ortalaması ile uyumlu olduğu görölse de SED alan ailelerde evde doğan çocukların oranının yüksek olduğu ve bunun da birebir yoksullukla ilişkili olabileceği unutulmamalıdır.

SED alan ailelerin sondan birinci ve ikinci çocuklarının doğum ağırlıklara bakıldığında; çocuklarının 86'sının (%35,0) doğum ağırlıklarının persentil değerinin 3'e, 17'sinin (%6,9) persentil değerinin 97'ye, sondan ikinci çocukların 65'inin (%29,3) doğum ağırlıklarının persentil değerinin 3'e, 18'inin (%8,1) persentil değerinin 97'ye denk geldiği görölmüştür. SED alan ailelerin çocuklarının doğum ağırlıklarının persentil değerini bulabilmek için Neyzi ve ark (2008) tarafından 4493 çocuk ile yapılan araştırmaya başvurulmuştur. Söz konusu araştırma kapsamında

Türk çocuklarının doğumda olması gereken vücut ağırlığı referans değerlerine ulaşılmıştır. Referans değerlerine (kg) göre çocukların hangi persentilde olduğu bilinebilmektedir. Buna göre araştırmaya katılan ailelerin hem sondan birinci çocuklarının hem de sondan ikinci çocuklarının üçte birlik kısmı doğum ağırlıklarına göre persentil değerleri 3 olarak tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile araştırmamızdaki ailelerin çocukları, Türkiye’de doğan bebeklerin %3’üyle aynı doğum ağırlığına sahip, %97’isinden ise doğum ağırlığı olarak daha azdır. SED alan ailelerin çocuklarının doğum ağırlıklarına tersten bakıldığında aslında sonuç daha net görülebilir. Çünkü araştırmaya katılan ailelerin sadece %7-8’inde çocuklarının doğum ağırlıklarının persentil değeri 97 olabilmektedir. Diğer bir ifade ile araştırmadaki çocukların sadece %7-8’i, Türkiye’de doğan bebeklerin %97’si ile aynı doğum ağırlığını paylaşabilmektedir. Dünyada da her yıl 20 milyon çocuk 2500 gramın altında doğduğu ve bu doğumların da %90’ının gelişmekte olan ülkelerde olduğu belirtilmektedir (Hatun 2002). Örneğin farklı sosyoekonomik düzeye sahip iki ilkokulda, 7-15 yaş grubundaki 392 öğrenci ile yapılan bir araştırmada (Özdemir ve ark 2005); elde edilen bulgulara göre, çocukların büyümeleri üzerinde en önemli belirleyici faktörün sosyoekonomik durum olduğu tespit edilmiştir. Bununla bağlantılı olarak yoksulluğun annelerin yetersiz beslenmesine yol açtığı ve bu durumun da bebeklerin yetersiz beslenmesi ile doğrudan ilişkisi olduğu vurgulanmaktadır (Hatun 2002). Sosyal olarak da doğum öncesindeki ve bebeklikteki büyümeyi olumsuz yönde etkilediği kabul edilen etkenlerin arasında, yoksulluk ve yoksulluğa bağlı olarak annelerin ve bebeklerin kötü ve yetersiz beslenmesi yer aldığı ifade edilmektedir (Wadsworth ve Butterworth 2009). Brown ve Pollitt (1996) düşük doğum ağırlığının ve beslenme bozukluklarının sosyoekonomik düzey ile yakından ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Çünkü beslenmenin; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için insan hayatında olmazsa olmazlardan olduğu vurgulanmaktadır (Çayı ve ark 2011). Beslenmenin önemi doğum sonrasında da devam etmektedir. Çünkü yoksulluk besinlerin yetersizliğine, annenin sütünden erkenden kesilmesine ve bebeğin yetersiz beslenmesine sebep olabilmektedir (Kulaksızoğlu 2003). Bunun nedeni ise yoksulların beslenme dışı harcamalarının (kira, ulaşım, yakıt, elektrik ve benzerleri) bir kısmını da beslenme harcamalarından kısararak elde edebilmesinden kaynaklanmaktadır. Sonuçta, gelir düzeyinin düşük olması dar gelirli kesimde yeterli ve dengeli beslenme yapılamamasına yol açmaktadır (Bağdadıoğlu 2003). Halbuki

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde çocuklar için “*yetersiz beslenmeye karşı mücadele edilmesi*”(Madde 24/2/c) gerektiği vurgulanmaktadır.

SED alan ailelerin 48'inde (%19,5) 0-1 yaş aralığında vefat eden bebek olduğu, 13'ünde (%5,3) 2-12 yaş aralığında vefat eden çocuk olduğubelirtilmiştir.Benzer olarak Öztürk (2008)'ün Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan yardım alan 137 anne ile yaptığı araştırmada; araştırma kapsamındaki annelerin %21,9'unun bebek ya da çocuklarının öldüğünü bulmuştur. Halbuki 2000 yılında dahi Türkiye genelinde bebek ölüm hızı binde 42'dir (Özdemir ve Karabulut 2009). Günümüzde ise Türkiye'de bin canlı doğumda bebek ölüm hızının binde 7,8 olduğu vurgulanmaktadır. Aynı raporda neonatal dönemde ölüm hızının binde 4,2, postneonatal dönemde ölüm hızının binde 3,6, beş yaş altı ölüm hızının binde 10,3 olduğu belirtilmektedir (TC Sağlık Bakanlığı 2014). Sonuç olarak hangi verileri kullanırsak kullanalım SED alan ailelerdeki bebek ölüm hızının ortalamanın çok üstünde olduğu söylenebilir.

SED alan ailelerin 77'sinde (%31,3) sondan birinci çocukların hamilelik döneminde her ay sağlık kontrolüne götürüldüğü, 59'unda (%24,0) sondan birinci çocukların hamilelik döneminde hiç sağlık kontrolüne götürülmediği, 69'unda (%31,1) sondan ikinci çocukların hamilelik döneminde her ay sağlık kontrolüne götürüldüğü, 59'unda (%26,6) sondan ikinci çocukların hamilelik döneminde hiç sağlık kontrolüne götürülmediği, 102'sinde (%41,5) sondan birinci çocukların bebeklik döneminde her ay sağlık kontrolüne götürüldüğü, 24'ünde (%9,8) sondan birinci çocukların bebeklik döneminde hiç sağlık kontrolüne götürülmediği, 85'inde (%38,3) sondan ikinci çocukların bebeklik döneminde her ay sağlık kontrolüne götürüldüğü, 25'inde (%11,3) sondan ikinci çocukların bebeklik döneminde sağlık kontrolüne hiç götürülmediği saptanmıştır.Benzer olarak Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan yardım alan 137 anne ile yapılan araştırmada; annelerin yarıya yakını (%46) en küçük çocuğuna hamile iken hiç sağlık kontrolüne gitmediği, annelerin en küçük çocuklarının %25,5'i bebeklik döneminde hiç sağlık kontrolünden geçmediği tespit edilmiştir (Öztürk 2008). SED alan ailelerin çocuklarının sağlık kontrolünü hem hamilelik döneminde hem de bebeklik dönemin aksattıkları hatta birçok ailede her iki dönemde de çocuklarını sağlık kontrolüne götürmedikleri görülmüştür.

SED alan ailelerin yaşadıkları rahatsızlıklara ilişkin bilgiler incelendiğinde; ailelerin 116'sında (%47,2) son yıllarda ailenin ekonomik durumunu etkileyen sağlık harcamasının yapıldığı, sağlık harcamasının 44 (%37,9) ailede 1-250 TL arasında yapıldığı, 30 (%25,9) ailede 251-500 TL arasında yapıldığı tespit edilmiştir. Araştırmada sağlık için yapılan cepten harcamanın en düşük 50 en yüksek 2000 lira olduğu düşünüldüğünde cepten sağlık harcamasının aileleri daha da yoksullaştırabileceği söylenebilir. Literatürde de yoksulların daha fazla cepten sağlık harcaması yaptığı ve bu nedenle yoksulların daha da yoksullaşma riskiyle karşı karşıya kaldığını vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (Gottlieb 2000, WHO 2000, Wagstaff 2002, Whitehead ve ark 2001, Banthin ve Bernard 2006, Ruger ve Kim 2007, Van Doorslaer ve ark 2007, Öz 2008). Çünkü SED alan ailelerin ödediği ortalama cepten sağlık harcaması 650 TL'dir. Türkiye'de cepten yapılan kişi başı sağlık harcamasının ortalaması 169 TL olduğu belirtilmektedir (TC Sağlık Bakanlığı 2014). Diğer bir ifade ile ailelerin Türkiye ortalaması ile benzer cepten sağlık harcaması yaptığı, ancak Türkiye'nin milli gelirinden aynı oranda pay alamadıkları söylenebilir.

SED alan ailelerin yaptıkları sağlık harcamasının en çok göğüs hastalıkları (n=30, %25,9), kanser (n=10, %8,6) ve bel (n=9, %7,8) rahatsızlığı için yaptığı anlaşılmıştır. Ailelerin 93'ünde (%37,8) kalıtsal bir rahatsızlığın olduğu, kalıtsal rahatsızlığı bulunan ailelerin 48'inde (%51,6) göğüs hastalıkları, 16'sında (%17,2) şeker hastalığı ve 12'sinde (%12,9) kalp ve damar hastalıklarının görüldüğü belirtilmiştir. SED alan ailelerde daha önce görülmüş rahatsızlıklar incelendiğinde; ailelerin 133'ünde (%54,1) göğüs hastalıkları, 119'unda (%48,4) psikolojik rahatsızlıkların, 22'sinde (%8,9) fiziksel-zihinsel gelişim geriliğinin, 6'ında (%2,4) tüberkülozun, 3'ünde (%1,2) tifonun ve 2'sinde (%0,8) dizanterinin görüldüğü saptanmıştır. Hem sağlık harcaması yapılan rahatsızlıklara, hem kalıtsal rahatsızlıklara hem de daha önce görülmüş rahatsızlıklara bakıldığında açıkça görülmektedir ki SED alan ailelerin yarısından fazlasında göğüs hastalıkları geçmişi bulunmaktadır. Literatürde de sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallede yaşayan bireylerin astım, diyabet, kalp ve damar hastalıklarına ve psikolojik rahatsızlıklara daha fazla sahip olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır (McConnochie ve ark 1999, Hatun ve ark 2003, Hamzaoğlu 2004, Özkan 2004, Magnuson ve Drzal 2009, Gürarlan-Baş ve Karataş 2013). Örneğin, Muş ilinde sosyo-ekonomik düzeyi en

düşük ve en yüksek iki mahallede 1-4 yaş grubu 260 çocuğu kapsayacak şekilde karşılaştırmalı olarak yapılan bir araştırmada (Gürarlan-Baş ve Karataş 2013); sosyo-ekonomik düzeyi düşük mahallede yaşayan çocukların %57,5'inin (kronik bronşit, konvülsiyon, astım), %29,1'inin kronik hastalığı olduğu görülmüştür. Yine 458 yoksul kadın ile yapılan bir araştırmada (Çamur-Duyan 2010); yoksul kadınlardan % 40'ının kronik bir hastalığı olup, bu hastalıklar da kalp yetmezliği, yüksek tansiyon, astım, şeker, romatizma gibi tedavi ve yaşam kalitesi açısından kritik özellikler sergileyen hastalıklar olduğu tespit edilmiştir. TC Sağlık Bakanlığı (2014) verileri ile araştırma bulgularını karşılaştırdığımızda aradaki farkın önemi daha da ortaya çıkmaktadır. Örneğin Sağlık Bakanlığı verilerinde 15 yaş ve üzeri bireylerin %4,9'unda göğüs hastalıkları, %10,9'unda bel bölgesi kas iskelet sistem problemleri, %0,6'sında kanser hastalığı olduğu belirtilmektedir. Diğer bir husus da tüberküloz, tifo ve dizanteri gibi rahatsızlıklar ile ilgili olup bu rahatsızlıkların SED alan ailelerde görülme oranının diğer rahatsızlıkların yanında önemsiz gibi görünmesidir. Ancak Sağlık Bakanlığı verilerinde örneğin Türkiye'de tüberküloz rahatsızlığının enfeksiyon insidansının yüz binde 22 olduğu vurgulanmaktadır. Bu sonuç özellikle SED alan ailelerde yoksulluk ve sağlık boyutunda önemli bir ipucu vermektedir.

Bir diğer husus ise ruh sağlığı ile sosyo-ekonomik düzey arasındaki bağlantıdır. Araştırma kapsamındaki ailelerin yarısında daha önce psikolojik hastalıklar görülmüştür. Literatürde de ruh sağlığı ile sosyo-ekonomik bağlantıyı vurgulayan çalışmalar mevcuttur. Örneğin, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde 136 gebe ile yapılan bir araştırmada (Gözüyeşil ve ark 2008); gebelerin depresyon puan ortalamaları ile ekonomik durumları arasında fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Geliri giderden az olan gebelerin depresyon puan ortalaması, geliri gidere denk ve geliri giderden fazla olanların puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Ankara'da dar gelirlili, yoksul ve Altındağ, Mamak, Keçiören, Yenimahalle ilçelerinin çeşitli mahallelerinde yaşayan 40 kadınla yapılan bir araştırmada (Kardam ve Yüksel 2004); kadınların benzer yaşam öyküleri sonucunda ruh sağlıklarının bozulduğunu, güven duygularını yitirdiklerini, hiçbir şeyi kendi başlarına yapamayacak duruma geldiklerini, kendilerini dışlanmış ve aciz gördüklerini, umutlarının ve beklentilerinin kalmadığı belirtilmektedir. Yine

Cumhuriyet Üniversitesi'nde 1003 öğrenci ile yapılan bir çalışmada (İzgiç ve ark 2000); sosyal fobinin yaşam boyu yaygınlığı düşük sosyoekonomik düzeydeki grupta %14, orta düzeydeki grupta %9,2, son bir yıllık yaygınlık oranları düşük sosyoekonomik düzeydeki grupta %13,9, orta düzeydeki grupta %7,5 oranında bulunmuştur. Sosyal fobinin yaşam boyu ve son bir yıllık yaygınlığı düşük sosyoekonomik düzeydeki grupta diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Altındağ ilçesinde en yoksul 6 mahallesinde 458 kadın ile yapılan bir araştırmada (Çamur-Duyan 2010); araştırma kapsamındaki kadınların %17,3'ü gibi önemli bir bölümünün intihar girişiminde bulunduğu bu girişimin nedeni olarak %37,3'ü maddi sıkıntıyı göstermiştir. Aynı araştırmada katılımcıların %23,7'si (n=109) ruhsal bir hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi bölümüne intihar girişimi nedeniyle başvuran ve psikiyatrik değerlendirilmeleri yapılan, 7-16 yaş grubundaki 58 hasta ile yapılan bir araştırmada (Aktepe ve ark 2006); babaların %32,7'sinin işsiz, 42 vakanın (%72,4) kötü sosyoekonomik düzeye sahip olduğu bulunmuştur. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine, intihar girişimi sonrası başvuran, 14-18 yaşları arasındaki 46 ergen ile yapılan bir çalışmada (Ercan ve ark 2000); olguların %18,6'sının üst, %34,9'unun orta, %46,5'inin alt gelir grubu ailelerden geldikleri görülmüştür. Macaristan'ın Szeged şehrindeki ortaokullarda eğitim gören öğrencilerden görüşmeyi kabul eden 1039 öğrenci ile yapılan bir araştırmada; sosyo-ekonomik seviyelerini daha yüksek olarak belirten gençlerin daha iyi psikolojik iyi hali, daha düşük psikosomatik belirtiler ve kendi sağlıkları hakkında daha pozitif değerlendirmeler yaptıkları rapor edilmiştir (Piko ve Fitzpatrick 2001). Sonuç olarak hem araştırma bulgularından hem de literatür bilgilerinden anlaşılacağı üzere sosyo-ekonomik düzey ile ruh sağlığı ve göğüs hastalıkları arasında sıkı bir bağlantının olduğu söylenebilir.

Bununla birlikte araştırma kapsamında SED alan ailelere gelir durumu ile ilgili olduğu düşünülen (yoksulluğa bağlı) rahatsızlıklara ve hastalığa yakalanma nedenleri neler olduğuna dair verdiği cevaplar da hem literatürü hem de bulgularımızı doğrular niteliktedir. Bu kapsamda ailelerin 94'ü (%38,2) gelir durumu ile ilişkili rahatsızlıkların olduğunu, ailelerden 30'u (%31,9) ruh sağlığının ve 12'si (%12,8) göğüs hastalıklarının gelir durumu ile birebir ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca ailelerin 172'si (%69,9) stresi, 155'i (%63,0) yetersiz ve dengesiz beslenmeyi,

111'i (%45,1) kötü konut ve çevre koşullarını hastalığa yakalanma nedeni olarak gördüğünü ifade etmiştir. Daniş ve ark (2006)'nın Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tüberküloz tedavisi görmekte olan 146 hasta ile yaptıkları araştırma SED alan ailelerin hastalığa yakalanma nedenlerinin hepsini içermektedir. Söz konusu araştırmada hastalarda tüberküloz hastalığının oluşumunda %42,5 bir oranla yetersiz ve dengesiz beslenme, kötü konut ve çevre koşulları ve stresin etkili olduğu bilgisi elde edilmiştir. Bununla bağlantılı olarak hastalığa yakalanma nedenleri ile literatürün benzerlik gösterdiği söylenebilir. Sonuç olarak araştırma kapsamındaki ailelerin genelde ruh sağlığına özelde strese vurgu yapması Kaya ve ark (2006)'nın stres etkenlerinin biçimi, niteliği ve bunlara karşı oluşan ruhsal yanıtlar içinde yaşanan sosyoekonomik koşullara göre değişebildiği tezini doğruladığı söylenebilir.

SED alan aile üyelerinden biri rahatsızlığında ne yapıldığına bakıldığında; ailelerin 175'i (%71,1) devlet hastanesi tercih ettiği, 145'i (%58,9) aile hekimliğine gittiği, 65'i (%26,4) geleneksel tedavi uyguladığı ve 10'u (%4,1) özel hastaneye gittiği görülmüştür. Literatürde birinci basamak sağlık hizmetlerinin (Sağlık Ocakları-Aile Hekimlikleri), sosyoekonomik düzeyi düşük haneler arasında en çok başvurulan sağlık kurumları olduğu altı çizilmektedir (Aday 1993, Borrell ve ark 2000, Belek 2004, Çağlayan ve ark 2005, Özata ve ark 2014). Çalışma kapsamındaki ailelerin de birinci basamak sağlık hizmetlerini yoğun bir şekilde kullandığı görülmüştür. Türkiye'de 2013 yılında yaklaşık olarak 221 milyon müracaatçı birinci basamak sağlık hizmeti için başvururken, 31 milyon müracaatçı özel hastane için ve 379 milyon müracaatçı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti için başvuruda bulunmuştur. Konya ili örneğinde bakıldığında; Konya'da birinci basamak sağlık hizmeti için 7 milyon müracaatçı başvururken, 11 milyon müracaatçı da ikinci ve üçüncü basamak için başvuruda bulunmaktadır (TC Sağlık Bakanlığı 2014). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından kullanılmakta olan, Merkez Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Köseköy Merkez, Köseköy İstasyon, Arslanbey, Uzunçiftlik ve 42 Evler Sağlık Ocağı Bölgeleri'nde 442 haneden 15 yaş ve üzerinde bulunan 516 kişi ile yapılan bir araştırmada (Çağlayan ve ark 2005); "Hastalandığımızda ilk ne yapıyorsunuz?" sorusuna evde kendi kendine müdahale ettiğini belirtenlerin oranı %25,4 (n=130), sağlık Ocağına gidenlerin oranı %38,7 (n=198), devlet hastanesine gidenlerin oranı %25 (n=129), özel hastane veya özel

doktoru tercih edebilenlerin oranı %8,2 (n=42)'dir. Görüldüğü üzere özel hastaneyi tercih edenlerin oranı her daim düşük olmaktadır. Ancak geleneksel tedavinin kullanım yaygınlığı dikkat çeken bir bulgudur. Çağlayan ve ark (2005)'na göre ailenin sağlık kurumuna başvurularını kişi başına düşen gelir, hanenin sağlık ocağına uzaklığı ve sosyal güvence durumunun etkilediği belirtilmektedir. Ekonomik belirleyicilerin sağlık hizmetini kullanmada baskın olduğu düşünüldüğünde araştırma kapsamındaki ailelerin %26,4'ünün geleneksel tedaviyi ekonomik kaygı ile tercih ettikleri düşünülebilir. Çünkü benzer olarak Çağlayan ve ark (2005)'inin çalışmasında hastalandığında evde kendi kendine müdahale etmeye çalışanların %20,5'i bunun nedenini ekonomik yetersizlikler olarak açıkladığı ifade edilmektedir.

4.4. SED Alan Ailelerin Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

SED alan ailelerden araştırmaya katılanların yaşam kalitesi iki aşamada incelenmeye çalışılmıştır. Birinci aşamada algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumu ile bağımsız değişkenler arasında kurulan hipotezler analiz edilmiştir. İkinci aşamada Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutlarında yer alan "*Bedensel Alan*", "*Ruhsal Alan*", "*Sosyal İlişkiler Alanı*" ve "*Çevre Alanı*"na ilişkin bulgular değerlendirilmiştir.

SED alan aile üyesinin algılanan yaşam kalitesi ve algılanan sağlık durumu incelendiğinde; bireylerin algılanan yaşam kalitesi ortalamasının 2,19 olduğu, bireylerin algılanan sağlık durumu ortalamasının 2,41 olduğu tespit edilmiştir. En düşük değer 1 ve en yüksek değer 5 olduğu düşünüldüğünde hem algılanan yaşam kalitesinde hem de algılanan sağlık durumunda ortalamaların orta çizginin altında kaldığı söylenebilir. Halbuki Türkiye'de on beş yaş ve üzeri bireylerin %70,7'si genel sağlık durumunu çok iyi/iyi olarak değerlendirirken, %7,2'si genel sağlık durumunu kötü/çok kötü olarak değerlendirmektedir (TC Sağlık Bakanlığı 2014).

Çizelge 4. 1. SED alan ailelerde bazı bağımsız değişkenlere göre algılanan yaşam kalitesi ile algılanan sağlık durumuna ilişkin analiz sonuçları

	Algılanan Yaşam Kalitesi	Algılanan Sağlık Durumu
Eğitim	0,34	0,04*
Medeni Durum	0,41	0,12
Aylık Gelir	0,06	0,09
Yaş	0,29	0,06
Sosyal Güvence	0,01*	0,13

$p < 0,05$

SED alan ailelerin eğitim, aylık gelir, yaş ve sosyal güvence durumlarına göre algılanan yaşam kalitesi puan ortalamalarının ve algılanan sağlık durumu puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığını analiz etmek amacıyla bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizi, medeni duruma göre algılanan yaşam kalitesi puan ortalamasının ve algılanan sağlık durumu puan ortalamasının farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla da bağımsız örneklem t testi yapılmıştır.

Çizelge 4. 1'de görüldüğü üzere SED alan ailelerde eğitim ($p > 0,05$), medeni durum ($p > 0,05$), aylık gelir ($p > 0,05$) ve yaşa ($p > 0,05$) göre algılanan yaşam kalitesi puan ortalamasının farklılaşmadığı görülmüştür. Benzer şekilde SED alan ailelerde medeni durum ($p > 0,05$), aylık gelir ($p > 0,05$), yaş ($p > 0,05$) ve sosyal güvenceye ($p > 0,05$) göre algılanan sağlık durumu puan ortalamasının farklılaşmadığı görülmüştür. Araştırma kapsamında sadece SED alan ailelerin sosyal güvence durumuna göre algılanan yaşam kalitesi puan ortalamasının ($p < 0,05$) ve eğitim düzeyine göre algılanan sağlık durumu puan ortalamasının ($p < 0,05$) farklılaştığı tespit edilmiştir. Literatürde eğitim, medeni durum, yaş, gelir, eğitim düzeyi ve sosyal güvence durumuna (Pala ve Avcı 2004, Eşit Üstün ve Karadeniz 2006, Işıklı ve ark 2007, Ateş ve ark 2009, Ergen ve ark 2010, Durukan 2011) göre algılanan yaşam kalitesi ve sağlık durumu puan ortalamasının farklılaştığını belirten çalışmalar yer alırken; farklılaşmadığını belirten çalışmalar (Eren ve ark 2004, Ergen ve ark 2010, Durukan 2011, Gülmez 2013) da bulunmaktadır. Bu durumun, araştırma yapılan grupların yaş farkından ve toplumların yaşam biçiminden kaynaklanıyor olması muhtemeldir. Ancak literatürde ortak kanı, algılanan yaşam kalitesinin ve algılanan sağlık durumu puan ortalamasının yaşla birlikte azaldığı yönündedir (Birtane ve ark 2000, Turgul ve ark 2004, Arslantaş ve ark 2006). Araştırma bulgularının genel olarak literatür ile benzerlik göstermediği söylenebilir.

SED alan aile üyelerinin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt boyutlarında yer alan "*Bedensel Alan*", "*Ruhsal Alan*", "*Sosyal İlişkiler Alanı*" ve "*Çevre Alanı*"ndan aldıkları puanlar incelendiğinde; bireylerin bedensel alan alt boyutu puan ortalamasının 11,33 (100'lük puanlama sistemine göre 45,83), ruhsal alan alt boyutu puan ortalamasının 11,17 (100'lük puanlama sistemine göre 44,83), sosyal alan alt boyutu puan ortalamasının 10,76 (100'lük puanlama sistemine göre 42,27) ve çevresel alan alt boyutu puan ortalamasının 10,74 (100'lük puanlama

sistemine göre 42,17) olduğu tespit edilmiştir.Örneğin; meme kanseri tanısı alan hastalarla yapılan çalışmada yaşam kalitesi puan ortalaması bedensel alan için 13,74, ruhsal alan için 13,56, sosyal alan için 13,33 ve çevre alanı için 14,51 olduğu belirtilmektedir (Atalay ve ark 2011). Benzer bir şekilde ev hanımları ile yapılan çalışmada araştırmaya katılan ev hanımları bedensel alan alt boyutundan 15,8, ruhsal alan alt boyutundan 13,1, sosyal alan alt boyutundan 10,5 ve çevre alanı alt boyutundan 14,2 puan aldıkları görülmüştür (Ateş ve ark 2009). Çalışma kapsamındaki bireylerin yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında alt boyutlardan alınan puan ortalamasının oldukça düşük olduğu söylenebilir. Bu noktada yoksulluk ve yoksulluğa bağlı sonuçların etkisi hatırlanmalıdır.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılanların %78,5'i anne, annelerin %60'ı bekardır. Araştırma kapsamındaki bireylerin %54,9'u bekar, %37,0'ı30-39 yaş grubunda ve %61,8'i ilkokul mezunudur. Katılımcıların %96'sının bir mesleği ve %87,0'ının gelir getiren bir işi bulunmamaktadır.
- Ailelerde bulunan ortalama kişi sayısı 4,6 ve her bir ailede bulunan ortalama çocuk sayısı 3,3'tür
- Ailelerin %84,6'sının ya sosyal güvencesi yok ya da ailelerin yeşil kartı bulunmaktadır. Ailelerin %57,8'inin toplam gelirleri 750 TL'nin altındadır. Ailelerin %36,2'sına göre bir ailenin geçimini sürdürebilmesi için gerekli miktar 1001-1500 TL'dir. Ailelerin %56,9'u kirada oturmaktadır. Ailelerin %60,6'sı 1-2 odalı evlerde oturmaktadır.
- Ailelerin %59,8'inde eğitimini yarıda bırakan bireyler bulunmaktadır. Eğitimin yarıda bırakılma durumunun yaşandığı ailelerin %58,5'inde maddi imkansızlık nedeniyle eğitim yarıda bırakılmıştır.

- SED alan ailelerin %64,6'sının geleceği ile ilgili bir fikri yoktur.
- Ailelerin %67,4'ü sosyal yardım miktarını yetersiz ya da çok yetersiz görmekte olup %62,2'sinin gıda yardımına ihtiyacı vardır.
- Aileler en çok ekmek, kuru bakliyat ve sebze tüketmekte iken et ve et ürünlerini çok az tüketmektedirler.
- SED alan ailelerin çocuklarının %31,7'si hiç ya da nadiren süt içebilmektedir. Ailelerin çocuklarının %54,5'i nadiren meyve ve %49,2'si hiç ya da nadiren et yiyebilmektedirler.
- Ailelerin %16,7'sinde çocuklar bir işte çalışmaktadır.
- Ailelerin %70,7'si yaşadıkları çevreyi çocukları için tehlikeli görmektedir. Çevrede çocuklar için en çok var olan tehlikeler; uyuşturucu kullanma-içki içme, trafik kazası geçirme, kaçırılma, fiziksel şiddete uğrama, suç çetelerine katılma ve tecavüze uğramadır.
- Ailelerin %41,5'i yol ve %34,1'i park ve oyun alanlarını hizmetini fena değil olarak değerlendirirken, %37,8'i kanalizasyon, %30,1'i sokakların temizliği, %34,6'ı sağlık ve %37,4'ü eğitim hizmetlerini iyi olarak değerlendirmektedir. Ailelerin %32,9'una göre ise sinema ve tiyatro hizmetleri çok kötüdür.
- Araştırmaya katılan ailelere göre yoksulluğun temel nedeni %26,8 ile işsizlik, %24,4 ile ekonomik pahalılık ve %14,4 ile sağlık. Ailelerin yoksulluğu bertaraf etmek için sundukları öneriler arasında %27,2 ile iş olanakları sağlanmalı, %26,0 ile sosyal yardımlar artırılmalı ve %11,8 ile eğitim ve öğretim hizmetlerinin geliştirilmesi bulunmaktadır.
- Aileler ortalama 235 TL ile en çok mutfak harcamalarına pay ayırmaktadır.
- Araştırmaya katılan ailelerin %47,2'si son yıllarda ailenin ekonomik durumunu etkileyen sağlık harcaması yapmıştır. Sağlık harcaması %37,9 ile 1-250 TL, %25,9 ile 251-500 TL arasını kapsamaktadır. En fazla sağlık harcamasının yapıldığı hastalık %25,9 ile göğüs hastalıklarıdır.
- SED alan ailelerin sondan birinci ve ikinci çocukları sırasıyla %17,9 ve %21,2 ile evde doğmuşlardır. Sondan birinci çocukların %35,0'mının ve sondan ikinci çocukların %29,3'ünün doğum ağırlığı persentil değeri 3'e denk gelmektedir. Ailelerin %19,5'inde 0-1 yaş aralığında bebek ölüm vakası bulunmaktadır. Sondan birinci çocukların %24'ü, sondan ikinci çocukların %26,6'sı hamilelik dönemin hiç sağlık kontrolüne götürülmemiştir. Sondan

birinci ve ikinci çocukların bebeklik döneminde sağlık kontrolüne hiç götürülmemeyenlerin oranı sırasıyla %9,8 ve %11,3'tür.

- Ailelerin %37,8'inde kalıtsal bir hastalık bulunmaktadır. Ailelerde en çok bulunan kalıtsal rahatsızlığı %51,6 ile göğüs hastalıklarıdır.
- Ailelerin %38,2'sine göre gelir duruma bağlı hastalıklar vardır. Ailelerin %31,9'u ruh sağlığını, %28,7'si kanseri ve %12,8'i göğüs hastalıklarını işaret etmişlerdir.
- SED alan ailelerde yaşanan herhangi bir rahatsızlıkta ailelerin %71,1'i devlet hastanelerini, %58,9'u aile hekimliğini, %26,4'ü geleneksel tedaviyi ve %4,1'i özel hastaneleri tercih etmektedir.
- Ailelerde daha önce görülen hastalıklarda %54,1 ile göğüs hastalıkları birinci sıradadır.
- Ailelerin %69,9'una göre stres, %63,0'na göre yetersiz ve dengesiz beslenme, %45,1'ine göre ise kötü konut ve çevre koşulları hastalığa yakalanma sebepleri arasında ilk üç sırayı paylaşmaktadır.
- Ailelerin yaşam kalitesi alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını 11,33 ile bedensel alandan, en düşük puan ortalamasını 10,74 ile çevre alanından almışlardır.
- Ailelerin algılanan yaşam kalitesinden aldıkları puan ortalaması 2,19 iken algılanan sağlık durumu puan ortalaması 2,41'dir.
- SED alan ailelerde eğitim, medeni durum, aylık gelir ve yaşa göre algılanan yaşam kalitesi puan ortalaması farklılaşmamaktadır. Benzer şekilde SED alan ailelerde medeni durum, aylık gelir, yaş ve sosyal güvenceye göre algılanan sağlık durumu puan ortalaması farklılaşmamaktadır. Araştırma kapsamında sadece SED alan ailelerin sosyal güvence durumuna göre algılanan yaşam kalitesi puan ortalaması ve eğitim düzeyine göre algılanan sağlık durumu puan ortalaması farklılaşmaktadır.

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre;

- SED alan aile bireylerinin büyük çoğunluğu anne olmakla birlikte bekarlardır. Diğer bir ifade ile SED alan ailelerin tek ebeveynli annelerden

oluştugu söylenebilir. Bu amaçla bekar annelerin daha dezavantajlı konumda oldukları düşünüldüğünde annelerin güçlendirilmesi,

- Ailelerin çok büyük çoğunluğunun gelir getiren bir işi olmamakla beraber herhangi bir mesleği de bulunmamaktadır. Bu nedenle en azından SED alan aile bireylerinden biri ile istihdam arasında bağlantının kurulması çalışmalarının yapılması,
- Ailelerin büyük çoğunluğunun yeşil kartlı olduğu ancak yine önemli bir kısmının herhangi bir sosyal güvence kapsamında olmadığı görülmüştür. Sosyal güvence kapsamında olmayan ailelerin de sosyal güvence kapsamına dahil edilmesi için çalışmaların yapılması,
- Ailelerin yarısından fazlasının toplam gelirleri asgari ücretin altındadır. Bu nedenle ailelere insan haysiyet ve şahsiyetine yaraşır bir biçimde yaşamaları için gereken hayat koşullarının sağlanması için sosyal yardım alan ailelerin durumunun tekrar değerlendirilmesi,
- Ailelerin büyük bir çoğunluğunda maddi imkansızlık nedeniyle eğitimin yarıda bırakıldığı tespit edilmiştir. Ailedeki çocukların yoksulluk döngüsünden kurtulmasının en önemli yollarından olan eğitim ayağına özel önem verilmesi ve bu tür risk altında olabilecek çocuklarının takibinin yapılması,
- Ailelerin en çok ekmek tükettiği ve hiç ya da çok az et tüketebildikleri düşünüldüğünde ailelerin gerekli besin değerlerini alması için ailelere kalori hesabı yapılarak gıda paketlerinin dağıtılması,
- Özellikle çocukluk dönemindeki yoksulluğun dikkat çekici etkisi sebebiyle oluşturulacak sosyal politikaların odağının hem yoksul hem de küçük ve çok çocuklu aileleri kapsayacak şekilde oluşturulması,
- Aileler toplam gelirlerine kıyasla gelir-gider dengesini bozabilecek şekilde cepten sağlık harcaması yapabilmektedir. Bu yüzden sosyal yardımı sunan kuruluşlar ile sağlık hizmetini sunan kuruluşlar arasında bağlantının sağlanması,
- En fazla sağlık harcamasının yapıldığı, en çok rastlanan kalıtsal rahatsızlığın göğüs hastalıkları olduğu belirtilmiş ve aileler tarafından göğüs hastalıkları gelir durumu ile ilişkili bulunmuştur. Buna göre bu tür ailelerin yaşadıkları ev koşullarının göğüs hastalıkları açısından risk oluşturmayacak şekilde yeniden

tasarlanması, sigara kullananlar için sigarayı bırakması için çalışmalar yapılması,

- Ailelerin yaşam kalitesi alt boyutlarından en düşük puan ortalamasını çevre alanından aldığı düşünüldüğünde, başta çevre alanını oluşturan değerlendirme soruları olmak üzere alt boyutlarda belirtilen konularla ilgili çalışmaların yapılması,
- Sosyal eşitsizliklerin çok olduğu toplumlarda kalkınma göstergelerinin toplumun tüm grupları için hazırlanması, kimi özel ihtiyaç sahibi grupların ihtiyaçlarının göz ardı edilmesine yol açabileceğinden toplumun tabanında yer alan grupların belirlenmesi ve bu grupların ihtiyaçlarının da göz önünde bulundurularak özel politikaların üretilmesi,
- İnsan ihtiyaçlarının ve gereksinimlerinin belirli disiplinlere ya da bölümlere ayrılmasının çok akılcı olmadığından hareketle toplum gereksinimlerinin sağlanmasında beraberce çalışılması düşüncesinin en küçük eğitim biriminden itibaren aşılması önerilmektedir.

6. ÖZET

T. C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sosyal ve Ekonomik Destek Alan Ailelerde Yoksulluk, Sağlık ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi: Konya Örneği

"Mehmet KIRLIOĞLU"

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA-2015

Bu çalışmanın amacı Konya Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğü'ne bağlı Meram Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü'nden sosyal ve ekonomik destek alan ailelerde ve çocuklarında yoksulluk, sağlık ve yaşam kalitesi düzeylerinin araştırılmasıdır. Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmıştır. Ayrıca araştırma tanımlayıcı nitelikler taşımaktadır. Araştırmanın evrenini Konya ilinde ikamet eden ve Meram Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü'nden 1 Kasım 2013 tarihi itibarı ile sosyal ve ekonomik destek alan 593 aile oluşturmaktadır. 234 ailenin evreni temsil

edebileceği sonucuna varılmış olup elde edilen sonuçların güvenilirliğini artırmak amacıyla 246 aile araştırma kapsamında incelenmiştir. Araştırmada veri toplama tekniklerine göre görgül araştırma tekniği kullanılmıştır. Araştırmada sosyo-demografik verilerin toplanması amacıyla literatür taraması sonucunda araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Sosyal ve ekonomik desteği alan kişinin yaşam kalitesini belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi (WHOQOL-BREF) kullanılmıştır. Araştırmada veriler posta yolu ile toplanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılmış olup verilerin istatistiksel analizleri SPSS 20.0 paket programı aracılığı ile yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre SED alan ailelerin büyük çoğunluğunun tek ebeveynli annelerden oluştuğu, yarısından fazlasının toplam gelirin asgari ücretin bile altında kaldığı, cepten yaptıkları sağlık harcaması miktarının Türkiye ortalaması ile benzer olduğu, ailelerin üçte birinde kalıtsal rahatsızlıkların olduğu, özellikle göğüs hastalıkları ve ruh sağlığı bozukluklarına ilişkin hastalıkların ailelerde görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; toplumun tabanında yer alan grupların belirlenmesi ve bu grupların ihtiyaçlarının da göz önünde bulundurularak özel politikaların üretilmesi, sosyal yardım sunan kuruluşlar ile sağlık hizmetini sunan kuruluşlar arasında bağlantının sağlanması, bekar annelerin daha dezavantajlı konumda oldukları düşünüldüklerinde annelerin güçlendirilmesi çalışmalarının yapılması önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık; Sosyal ve Ekonomik Destek; Yoksulluk

7. SUMMARY

Evaluation Of Poverty, Health And Quality Of Life Of Families Who Get Social And Economic Support: Konya Sample

The purpose of this study is to research the levels of poverty, health, and life of the families and the children who get social and economic supports from the Social Service Center Directorate of Meram of the Provincial Directorate of the Ministry of Family and Social Policies of Konya. Under the research, the quantitative research design is used. In addition, the research has some descriptive attributes. The research population consists of 593 families who reside in Konya Province and get social and economic supports by 01.11.2013 from the Social Service Center Directorate of Meram. As concluded that 234 of the families can represent the research population, 246 of the families is examined under the scope of research to aim at increasing the reliability of results gotten. In the research, it is used the empirical research technique that is one of the data collection techniques. Aiming at collecting socio-demographic data towards the research, it is used a questionnaire developed by the researcher as a result of a literature review. In order to examine the person's quality of life who get social and economic supports, it is used the Assessment Questionnaire of Life Quality of the World Health Organization (WHOQOL-BREF). The data in the research is collected via mail. As the data obtained by the research is transferred to a computer, the statistical analyses of data are carried out by the SPSS software package program. According to the findings achieved in the result, the large majority of the families who get social and economic support consist of the mothers who have a single parent. The total income of more than half is even below the minimum wage. The amount of health of those spending from their pockets is similar with the average of Turkey. One third of the families have some inherited disorders and especially families have such diseases related to chest diseases and mental health disorders. Based on these results; the research offers to determine the

groups located at the base of society, produce special policies by considering the needs of these groups, provide links between the institutions providing social welfare and the institutions presenting health service, and do the work of strengthening mothers when taking into account that the single mothers have a more disadvantageous position.

Key Words: Health; Poverty; Social and Economic Support

8. KAYNAKLAR

1. Aber JL, Jones S, Cohen S. The impact of poverty on the mental health and development of very young children, C. H. Zeanah içinde, Handbook of Infant Mental Health. New York: Guilford Press, 2000; 113-25.
2. Aber J, Bennett N G, Conley, D C, Li J. The Effects of poverty on child health and development. Public Health. 1997; 18: 463-83.
3. Acar İA, Kitapçı İ. Sosyal güvenliğin demografik boyutu: Türkiye'deki emeklilik sistemindeki değişim. Maliye Dergisi. 2008; (154): 77-98.
4. Açıkalın N, Çalışan kent yoksulları İstanbul ve Gaziantep örnekleri. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 370-88.
5. Açıkalın N. Yoksulluk ve genç kuşakların toplumsal hareketlilik şansları: İstanbul ve Gaziantep örnekleri. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2008; 1 (3): 34-54.
6. Açıkgöz R. Kadın yoksulluğu üzerine bir inceleme. Yardım ve Dayanışma Dergisi. 2010; 1 (2): 45-60.
7. Aday LA, Indicators and predictors of health services utilization. Williams SJ, Torrens PR içinde, Introduction to Health Services. New York: Delmar Publishers, 1993; 46-63.
8. Radikal Gazetesi, Beyaz adam: "Ama biz bu ilacı zenginler için üretmiştik!", 2 Şubat 2014: 5, 2.
9. Aka A. Neoliberal dönüşümün sağlıktaki izdüşümleri: Temel sağlık aktörlerince bu izdüşümlerin algılanma biçimleri. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2012; 23 (1): 167-86.
10. Akdemir İO. Türkiye'nin doğusunda derin yoksulluğun bölgesel analizi. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 2: 107-44.
11. Akdeniz C, Aydemir C. Sağlık düzeyi ölçeğinin Türkçe'ye uyarlaması ve güvenilirliği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 1999; 9 (2): 104-8.
12. Aksan G. Yoksulluk ve yoksulluk kültürünün toplumsal görünüşleri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012; 27: 9-19.
13. Aksoy N. Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Bütçeleme ve Kadının Statüsü Genel Müdürlüğünün Rolü. Ankara, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2006.

14. Aktan CC. Yoksulluk sorununun nedenleri ve yoksullukla mücadele stratejileri. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 151-9.
15. Aktan CC, Vural İY. Yoksulluk: Terminoloji, temel kavramlar ve ölçüm yöntemleri. Coşkun Can A içinde, Yoksullukla Mücadele Stratejileri. Ankara, Hak-İş Konfederasyonu Yayınları, 2002.
16. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K, Topbaş M, Özkorumak E. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2006; 5 (6): 444-54.
17. Akyüz F. Sosyal yardımdan sosyal sigortaya: Bismarckçıyan ve İngiltere sosyal güvenlik sistemlerinin tarihsel dönüşümü. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2008; 1 (5): 58-70.
18. Alakavuklar ON, Kılıçaslan S, Öztürk EB. Türkiye'de hayırseverlikten kurumsal sosyal sorumluluğa geçiş: Bir kurumsal değişim öyküsü. Yönetim Araştırmaları Dergisi. 2009; 9 (2): 103-43.
19. Altunışık R, Coşkun R, Bayraktaroğlu S, Yıldırım E. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sakarya, Sakarya Yayıncılık, 2012.
20. Arı A. Yoksullukla mücadelede yerel bir dost: Dost Eli. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 172-80.
21. Arı, B. Adana aşıklık geleneğinde yoksulluk. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 236-52.
22. Arıkan Ç, Mavili Aktaş A. Türkiye'de kadın sağlığını etkileyen sosyo-ekonomik faktörler ve yoksulluk. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi. 2008; 4 (13), 21-8.
23. Arpacıoğlu Ö, Yıldırım M. Dünyada ve Türkiye'de yoksulluğun analizi. Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi. 2011; 4 (2), 60-76.
24. Arslan H. Anlamayı zorunlu kılan bir kavram: Yoksulluk. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 285-90.
25. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi. 2006; 28(2): 81-9.
26. Aslan AE, Bilgili AE. (2003). Yoksulluk Algısı, ifadelendirilme tarzı ve tutumlar -bir içerik analizi örneği-. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 324-42.
27. Atalay Y. Yoksulluğun tüketilmesine katkı ve paylaşım. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 9-11.
28. Atasü Topcuoğlu R, Akbaş E. Küreselleşme sürecinde daralan sosyal haklar ve Türkiye'de sosyal hizmet sunumunda yaşanan dönüşümün kuramsal ve politik çerçevesi. Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu, Bildiri Kitabı: s. 175-81, 22-23 Ekim 2009, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye.
29. Ateş B, Saygın Ö, Zorba E. Ev hanımlarının fiziksel kapasitelerinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2009; 6 (2): 357-67.
30. Avcı M. Yoksulluğun dili ya da alt sosyal sınıf çocuklarının dil kodlarının eğitim sürecine etkileri. International Journal of Human Sciences. 2003; 10 (1), 1050-77.
31. Avcı N. Yükselen bir değer(!) olarak yoksulluk ve Türkiye. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 124-36.
32. Aydın K. Gelir, konut, sağlık ve sosyal güvenlik açısından Türkiye'de nispi yoksulluk ve hayat standartları. Business and Economics Research Journal. 2011; 2 (3), 189-206.
33. Aysoy M. Yoksulluk Açısından Özürlülük. A. E. Bilgili, ve İ. Altan içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 2: 390-97.
34. Aytaç S, Kuşdil ME, Arabacı Ö. Yoksulluğun intihar davranışı üzerine etkilerinin ekonometrik analizi. Onat Ü. içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 2: 89-109.
35. Bağdadioğlu, E. Yoksulluk sınırı ve asgari ücret. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 115-33.

36. Bağdadioğlu, E. Yoksullukla m¼cadaleye yaklaşımlar. Onat Ü. içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler . Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 77-104.
37. Bağdadioğlu N, Çakmak O. Yoksulluk ve kapitalizm: Türkiye'deki yoksulluk meselesinin çözümünde devlete düşen görevler. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 231-38.
38. Bal H, Öter A. Sokağın yoksul çocukları ve aile yapıları. Onat Ü. içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 107-24.
39. Balcı ŞG. Tutunamayanlar ve Hukuk, Ankara, Dost Yayınları, 2007.
40. Balcıoğlu İ. Eşler arası şiddet. 2003; [cited 2014 şubat 23] Available from URL: <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/es-siddet.htm>.
41. Banthin JS, Bernard DM. Changes in financial burdens for health care. JAMA. 2006; 296: 2712-19.
42. Bartley M, Ferrie J, Montgomery SM. Sağlık ve emek piyasası dezavantajı: işsizlik, iş yokluğu ve iş güvencesizliği. Marmot M, Wilkinson RG içinde, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri. İstanbul: İnsev Yayınları, 2009; 98-118.
43. Başaran AA, Çetinkaya M. Türkiye'de s¼bjektif yoksulluk profili: 2003-2008. Sosyo Ekonomi. 2013; 1: 243-62.
44. Başbakanlık Sosyal Araştırmalar Genel Müdürl¼đ¼ (BASAGM). Sosyal Yardım Algısı ve Yoksulluk K¼lt¼r¼. Ankara, Ermat Matbaacılık, 2010.
45. Bauman Z. Yasa Koyucular ile Yorumcular. (K. Atakay, Çev.) İstanbul, Metis Yayınları, 2003.
46. Bauman Z. Bireyselleşmiş Toplum. (Y. Alogan, Çev.) İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 2005.
47. Baykara Acar Y, Cankurtaran Öntaş Ö. Yoksulluk ve yoksunluğun bir ür¼n¼: Çocuk suçluluğu. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 198-213.
48. Beck H. The Origins of the Authoritarian Welfare State in Prussia. Ann Arbor, The University of Michigan Press, 1997.
49. Belek İ. Sosyoekonomik Konumda ve Sağlıkta Sınıfsal Eşitsizlikler, Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma. Ankara, TTB Yayınları, 2004.
50. Benassi D, Mingione E. Welfare locale, lotta all'esclusione sociale e riforma dell'assistenza in Italia, Economia and Lavoro. 2002; 36 (1): 79-95.
51. Benzeval M, Judge K. Poverty and health. health variations the official newsletter of The ESRC. Health Variations Programme. 1998; (1): 12-3.
52. Beritan SC. (2003). Sokağın yoksul çocukları: İstanbul örneği. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu (Cilt III). İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 278-89.
53. Bildiri Z. Avrupa Birliği'nde Yoksullukla M¼cadele ve Türkiye'nin Uyum Sürecindeki Yeni Uygulamalar. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstit¼s¼ Yüksek Lisans Tezi, 2011.
54. Bilgili AE, Altan İ. Bir yardım yönetimi modeli: Deniz Feneri örneği. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri, 2003b; 3: 64-115.
55. Bilgili AE, Altan İ. Kendi modernliğini üreterek varolmayı sürdürmek. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003a; 1: 7-8.
56. Birkök MC. Sosyal rol ve işbölümü. Uluslararası İnsani Bilimler Dergisi. 2004; 1 (1), 1-10.
57. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne Huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin irdelenmesi. Geriatri. 2000; 3(4): 141-5.
58. Blane D. Yaşam seyri, sosyal gradyan ve sağlık. Marmot M, Wilkinson RG içinde, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri. İstanbul: İnsev Yayınları, 2009; 72-97.
59. Bocutoğlu E. Türkiye'de kamu ekonomisi ve yönetiminin şefflaştırılması, yolsuzluk ve yoksullukla m¼cadele. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 221-30.

60. Borrell C, Rue M, Pasarin MI, Rohlf I, Ferrando J, Fernandez E. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983–1994). *Preventive Medicine*. 2000; 31 (6): 691–701.
61. Boynukara H. Edebiyatın tükenmez malzemesi: Yoksulluk. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 196-212.
62. Brown JL, Pollitt E. Malnutrition, poverty and intellectual development. *Scientific American*. 1996; 274 (2): 38-43.
63. Brunner E, Marmot M. Sosyal yapı, stres ve sağlık. Marmot M, Wilkinson RG içinde, Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri. İstanbul: İnsev Yayınları, 2009; 18-44.
64. Buğra A. Yoksulluk ve Sosyal Haklar. Ankara, Sivil Toplum Geliştirme Merkezi Derneği, 2005.
65. Buğra A. Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika. İstanbul, Osmanlı Bankası Arşiv ve Araştırma Merkezi, 2008.
66. Buğra A, Keyder Ç. Bir Temel Hak Olarak Vatandaşlık Gelirine Doğru. İstanbul, İletişim Yayınları, 2002.
67. Buğra A, Keyder Ç. Sosyal Yardım Uygulamaları ve Toplum Yararlı Faaliyet Karşılığında Asgari Gelir Desteği Uygulaması. Ankara, UNDP, 2007.
68. Buz S. Yoksulluk ve göç. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 2: 156-63.
69. Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara, Pegem Akademi, 2013.
70. Cacı R. Adana İlinde Yoksulluğun Analizi: Sınırlı Bağımlı Değişkenli Modellerle Bir İnceleme. Adana, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2009.
71. Can Y. Yoksulluğun yeniden üretildiği mekanlar olarak kentler. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 2: 78-91.
72. Celkan HY. Türk milli eğitim mevzuatında yoksulluğa bakış tarzı. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 2: 164-71.
73. Child Poverty Action Group. Child wellbeing and child poverty. 2009; [Erişim Tarihi: 06.04.2012] Erişim Adresi URL: <http://www.cpag.org.uk>.
74. Corrigan P, Leonard P. Social Work Practice Under Capitalism: A Marxist Approach. Hong Kong, Palgrave Macmillan, 1978.
75. Costa G, Cardano M. The Health of the disadvantaged groups in Italy. Country report for the project monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union, 2000.
76. Cömertler N. Yoksulluk ve kadın. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 184-97.
77. Çabuk G, Işık A. Yoksulluk ve çocuk hakları “Antalya’da sokakta çalışan çocuklar”. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 154-72.
78. Çabuk N. Güneydoğu Anadolu’da yoksulluğun sosyal göstergeleri. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi. 2003; 43 (2): 41-65.
79. Çağlayan Ç, Hamzaoğlu O, Sevin E, Sondaş S. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitim sağlık ocakları bölgelerinde yaşayanlarda sağlık hizmetlerine başvurular etkileyen etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006; 25 (3), 15-22.
80. Çalçalı Ö. Yoksullukla mücadelede devletin rolü: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu. Memleket Siyaset Yönetim. 2011; 6 (16): 189-233.
81. Çalık S. Özürlülüğün nedenleri ve önlenmesinde yoksulluğun rolü. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 2: 398-407.
82. Çamur-Duyan G. Türkiye’de kadın yoksulluğu: Halk ekmek büfelerinde bir araştırma. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 358-370.

- 83.Çamur-Duyan G. Yoksulluğun kadınlaşması: Altındağ örneği. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi.2010; 6 (21):19-29.
- 84.Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2011; 64 (1): 13-9.
- 85.Çelik A. Muhafazakar sosyal politika yönelimi: Hak yerine yardım-yükümlülük yerine hayırseverlik. İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi. 2010; 42: 63-81.
- 86.Çelik K. Tarladan sofraya yoksulluk. Bilgili AE, Altan İ içinde,Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 434-41.
- 87.Çengelci E. Sosyal Refahın gerçekleştirilmesinde sosyal yardımların rol ve önemi. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi. 1993; 11 (1-2-3): 9-34.
- 88.Çevikbilen T. Sosyal hizmetin sağlık alanında örgütlenmesi.Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu-Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu ortak yayını içinde, Toplumsal Gelişme ve Değişme Sürecinde Sosyal Hizmet, 2001.
- 89.Çiftçi M. Ülkeler arası küresel eşitsizlikte uzun dönemli bozulma (1950-1998). Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2008; 1 (5): 156-79.
- 90.Danış, M. Z., Onat, Ü. ve Danış, Y. Tüberküloz Hastalığı ve Yoksulluk İlişkisi Üzerine Multidisipliner Bir Araştırma. A. E. Bilgili ve İ. Altan içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 393-401.
- 91.Danış MZ, Onat Ü, Danış Y. Yoksulluk, tüberküloz hastalığı ve sosyal hizmet. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler . Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 2: 80-8.
- 92.Dansuk E. Türkiye'de Yoksulluğun Ölçülmesi ve Sosyo-Ekonomik Yapılarla Ölçülmesi. Ankara, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Ücretler ve Gelirler Dairesi Başkanlığı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 1997.
- 93.Dansuk E. Yoksullukla mücadelede kurumsal kapasitenin geliştirilmesi. Bilgili AE, Altan İ içinde,Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 239-51.
- 94.Dashiff C, Dimicco W, Myers B, Sheppard K. Poverty and adolescent mental health. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing. 2009; 22 (1): 23-32.
- 95.Dedeoğlu N. Halk sağlığı ve sosyal hizmetler. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 4: 31-3.
- 96.Demir Korkmaz F. Kalp damar cerrahisinde yaşam kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Bildiri Kitabı: s. 52-9, 4 Mayıs 2012, Manisa, Türkiye.
- 97.Demirbilek S. Sosyal Güvenlik Sosyolojisi. İstanbul, Legal Yayıncılık, 2005.
- 98.Demirci EY.Yoksulluğun tüketilmesi. Bilgili AE, Altan İ içinde,, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 14-21.
- 99.Dilik S. Sosyal yardımlar iki anlamlı bir terim. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi.1980; 35 (1-4): 55-72.
- 100.Dinçoflaz NJ. Kentteki Kadının Yoksulluğu ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü'nün Kadın Yoksulluğuyla Mücadele Politikaları. Ankara, T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, 2009.
- 101.Doğan E. Türkiye'de Yoksulluğun Ölçülmesi. Ankara, Kalkınma Bakanlığı Uzmanlık Tezi, 2014.
- 102.Doğan İ. Türkiye yoksulluğunun sosyo-kültürel zemini. Bilgili AE, Altan İ içinde,, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 80-90.
- 103.Doğan MC. Gecekondu bölgelerinde işsizlik ve yoksulluk problemi. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 2: 145-55.
- 104.Dooley D, Catalano R. Recent research on the psychological effects of unemployment. Journal of Social Issues. 1988; 44 (4): 1-12.
- 105.Dönmez G, Şimşek H, Günay T. Evli erkeklerde eşlerine yönelik şiddet ve ilişki etmenler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi. 2012; 10 (3): 151-59.

- 106.Durgun Ö. Türkiye'de yoksulluk ve çocuk yoksulluğu üzerine bir inceleme. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi*, 2011; 6 (1): 143-54.
- 107.Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2 hafta - 18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Med J*, 2011; 28: 385-93.
- 108.Düzgün Çelik H. Omurilik Felçlilerinde Engellilik Durumunun ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İstanbul, TC Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği Uzmanlık Tezi, 2006.
- 109.Ecevit Y. Toplumsal cinsiyetle yoksulluk ilişkisi nasıl kurulabilir? Bu ilişki nasıl çalışabilir? C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2003; 25 (4): 83-8.
- 110.Ekşi H, Otrar M, Yukay M. Ön ergenlik dönemindeki öğrencilerin yoksulluk öz saygı ve umutsuzluk düzeyleri açısından incelenmesi. *Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 2: 172-84.
- 111.Elbek O. Yoksulluk ve sağlık. *Birikim Dergisi*. 2009; (243): 55-9.
- 112.Elder GH, Caspi, A. Economic stress in lives: Developmental perspective. *Journal of Social Issues*. 1988; 44 (4): 25-45.
- 113.Ener M, Yelkikalan N. (2003). Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin yeniden yapılanması ve finansmanı: Türkiye deneyimi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2003; 2 (6): 99-113.
- 114.Erbay E. Bir sosyal sorun olarak yoksulluk ve diğer sosyal sorunlarla ilişkisi. Onat Ü içinde, *Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 2: 321-5.
- 115.Ercan ES, Varan A, Aydın C. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde sosyodemografik, psikiyatrik ve ailesel özelliklerin araştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2000; 7 (2), 81-91.
- 116.Erdoğan G. Yoksulluk ölçümleri ve avrupa birliğinde yoksulluk. *Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 404-407.
- 117.Erdoğan Y. Eğitim göstergelerinin kişi başına düşen gayri safi milli hasılaya etkisi. *Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 2: 185-95.
- 118.Eren İ, Erdi Ö, Çivi İ. Tıp II diabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesi ve komplikasyonların yaşam kalitesine etkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2004; 7: 85-94.
- 119.Erjem Y. Türkiye'de büyük kentlerde sokakta çalışan ve/ya yaşayan çocukların sokağa inmeleri üzerinde yoksulluk ve aile dinamiklerinin etkileri. Onat Ü. içinde, *Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2009; 1: 125-34.
- 120.Erken E. Dünya sistemi ve yoksulluk ilişkisi. *Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 311-21.
- 121.Ersöz HY. Doğuştan günümüze sosyal politika anlayışı ve sosyal politika kurumlarının değişen rolü. *İ.Ü. İktisat Fakültesi Mecmuası*. 2003; 53 (2): 119-44.
- 122.Ersöz HY. Sosyal Politika Perspektifinden Yerel Yönetimler (İngiltere, İsveç ve Türkiye Örneği). İstanbul, Filiz Kitapevi, 2004.
- 123.Ertam İ, Kitapçıoğlu G, Aksu K, Keser G, Özaksar A, Elbi H, Ünal İ, Alper S. Quality of life and its relation with disease severity in Behçet's disease. *ClinExpRheumatology*. 2009; 27 (53): 18-22.
- 124.Eryurt MA, Koç İ. Yoksulluk ve çocuk ölümlülüğü: hanehalkı refah düzeyinin çocuk ölümlülüğü üzerindeki etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2009; 52: 113-21.
- 125.Eser E, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Göker E. Psychometric properties of WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF. *3P Dergisi*. 1999; 7 (2): 23-40.
- 126.Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, Tam Metin Bildiri Kitabı: s. 2-4, 4 Mayıs 2012, Manisa, Türkiye.
- 127.Eşit Üstün M, Karadeniz G. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006; 1 (1): 33-43.
- 128.Fisunoğlu M. Küreselleşme ve yoksulluk üzerine bazı görüşler. Onat Ü. içinde, *Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 308-12.

- 129.Fox J. Poverty and ill health: Time to review the link. *British Journal of Nursery*. 1994; 8 (3), 491-2.
- 130.Fryer D,Fagan R. Toward a criticalcommunitypsychologicalperspective on unemploymentandmentalhealthresearch. *Am J CommunityPsychol*. 2003; 32 (1-2): 89-96.
- 131.Gorz A. Yaşadığımız Sefalet. (Çev. Nilgün Tural), İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 2001.
- 132.Gottlieb S. Medicalbillsaccountfor 40% of bankruptcies. *BMJ*. 2000; 320(7245): 1295.
- 133.Gould E. *Essays On Health, Work, Poverty, And Income Inequality*. Madison, University of Wisconsin-Madison, The Degree of Doctor of Philosophy, 2004.
- 134.Gökbunar AR. Vergileme ilkeleri ve küreselleşme. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi*. 1998; (4): 1-23.
- 135.Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008; 3 (9): 39-66.
- 136.Greene ME. *Focus on Population, Environment and Security-Poor Health, Poor Women: How Reproductive Health Affects Poverty*. Washington, Woodrow Wilson International Center for Scholars,United States Agency for International Development, 2008.
- 137.Gupta R, Kumar P. Social evils, poverty and health. *Indian J Med Res*. 2007; 126: 279-88.
- 138.Gül H, Ergun C. Mutlak yoksulluk ve nedenleri: Ankara örneği. *Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 389-402.
- 139.Gülmez H. Çalışanların yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TurkishJournal of FamilyMedicineandPrimaryCare*. 2013; 7 (4): 74-82.
- 140.Günay F, Dönmez V, Balcı S. Antalya Devlet Hastanesi ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde yoksul hastalara yönelik uygulamalar. *Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 2: 326-30.
- 141.Günder Z. Türkiye için asgari gelir desteği programı önerisi ve yoksullukla mücadelede verimliliği. *TİSK AKADEMİ*. 2013; 2: 92-117.
- 142.Gündoğan N. Yoksullukla mücadelede istihdam politikalarının rolü ve önemi. *Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 160-71.
- 143.Gündoğan N. Türkiye’de yoksulluk ve yoksullukla mücadele. *Asodosya*. 2008; (1): 42-56.
- 144.Güneş F. Kadın ve yoksulluk. *Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler (Cilt I)*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 183-95.
- 145.Güngör M. Yoksulluk ve sokakta çalışan çocuklar (Mersin Örneği). *Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 290-97.
- 146.Gürarlan-Baş N, Karataş B. Yoksulluğun 1-4 yaş grubu çocuklarda hastalanma sıklığı üzerine etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16 (3): 141-47.
- 147.Gürarlan N. Yoksulluğun 1-4 Yaş Grubu Çocuklarda Hastalanma Sıklığı Üzerine Etkileri. *Mersin, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2006.
- 148.Gürdoğan, N. Yoksulluğun çelik çemberini kurmak. *Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 33-9.
- 149.Güven B, Işık H. Yoksullukla mücadelenin etkili aracı: Eğitim. *Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 209-12.
- 150.Güzel S. Kadın yoksulluğu ile mücadelede dünya bankası ve mikro kredi uygulaması: Türkiye açısından bir değerlendirme. *Azərbaycanın Vergi Xəbərləri*. 2011; 8: 79-96.
- 151.Hablemitoğlu Ş. Yoksullukla mücadelede hedef “Yaşam kalitesi hakkı”. *Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 352-9.
- 152.Hamzaoğlu O. Yoksulların sağlığı ne durumda, etken ne, sorun nasıl çözülür? *Toplum ve Hekim*. 2004; 19(1): 54-7.
- 153.Hatiboğlu B. *Yoksul Ailelerle Sosyal Hizmet: Sokakta Çalışan Çocuklar Örneği*. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2009.

- 154.Hatiboğlu B. Kadına yönelik Őiddetle m¼cadeleye anorko-feminist bakış: Makrodan mikroya sosyal hizmet. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2008; 19 (2): 97-109.
- 155.Hattatoğlu D. Kadın emeğinin sunum biçimleri ve kadın yoksulluğu. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 173-82.
- 156.Hatun Ő. Çocuk Hakları Sözleşmesinin 13. Yılında Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri. Ankara, Türk Tabipleri Birliği, 2002.
- 157.Hatun Ő, Etiler N, Gönüllü E.Yoksulluk ve çocuklar üzerine etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2003; 46 (4): 251-60.
- 158.Hay DI. Socioeconomic status and health status: A study of males in the Canada health survey. Soc Sci Med. 1988; 27 (12): 1317-25.
- 159.Haynes R, Gale S. Deprivation and poor health in rural areas: Inequalities hidden by averages. Health ve Place. 2000; 6:275-85
- 160.Hocaoğlu D. Küreselleşme, küresel köy, küresel yağma ve küresel yoksulluk. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003;1: 268-97.
- 161.International Labour Office (ILO). Minimum Income Schemes in Europe. Geneva, International Labour Organization, 2003.
- 162.İŐıklı B, Kalyoncu C, Arslantaş D. Eskişehir Mahmuğiye'de 35 yaş ve üzeri kişilerde yaşam kalitesi. Toplum Hekimliği B¼lteni. 2007; 26 (3): 7-12.
- 163.İbrişim, N. Yoksulluk, Yoksulluğun Ölç¼lmesi Ve Türkiye Üzerine Analizi. Adana, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstit¼s¼, 2008.
- 164.İçağasioğlu-Çoban A, Attepe S, Polat-Uluocak G, Çelik G. (2011). "Are we doing fine?" The views on poverty reduction strategies among front-line workers in the feild of social assistance in Turkey. Journal of Social Service Research. 2011; 37: 469-80.
- 165.İçağasioğlu Ç. Yoksulluğun aile sistemi üzerindeki etkileri ve yoksul ailelere ilişkin sosyal hizmet m¼dahalesi. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 196-204.
- 166.İçli T. Yoksulluk ve engelliler. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 2: 53-7.
- 167.İncedal S. Türkiye'de Yoksulluğun Boyutları: M¼cadele Politikaları Ve M¼cadele Araçları. Ankara, Aile ve Sosyal Politikalar Uzmanlık Tezi, 2013.
- 168.İzgiç F, Akyüz G, Doğan O, Kuğu N. Üniversite öğrencilerinde sosyal fobi yaygınlığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2000; 1 (4): 207-14
- 169.Johnston FE, Low SM, de Baessa Y, Macvean RB. Interaction of nutritional and socioeconomic status as determinants of cognitive develeopment in disadvantaged urban guatemalan children. Am J Phys Anthropol. 1987; 73 (4): 501-06.
- 170.Kabaş T. Gelişmekte Olan Yoksulluğun Nedenleri ve Yoksullukla M¼cadele Yolları. Adana, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstit¼s¼, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2009.
- 171.Kadının Stat¼s¼ Genel M¼d¼rl¼đ¼. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. Ankara, Elma Teknik Basım Matbaacılık, 2009.
- 172.Kadının Stat¼s¼ Genel M¼d¼rl¼đ¼. Politika Dok¼manı Kadın ve Yoksulluk. Ankara, Fersa Ofset, 2008.
- 173.Kale N. İnsan hakları bağlamında yoksulluk. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 74-9.
- 174.Karadağ Çaman Ö, Çilingiroğlu N. (2009). Ekonomik krizler ve sağlığa etkisi. Toplum Hekimliği B¼lteni. 2009; 28 (2): 1-11.
- 175.Karadeniz O, Öztepe ND. Türkiye'de yaşlı yoksulluğu. Çalışma ve Toplum. 2013; 3: 77-102.
- 176.Karagöl ET, Yıldırım J, Atan M, Eralp A, Güneş F, Sungur M. Türkiye'de sosyal yardım yararlanıcılarını belirleyen faktörler. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fak¼ltesi Dergisi. 2013; 15 (1): 1-22.

- 177.Karahan Uslu Z. Türkiye'de yoksulluk ve yoksulluğun yazılı basımında yer alış biçimi. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 350-59.
- 178.Karataş K. Yoksulluk, yoksullukla savaşmada sivil toplum ve etik boyut: Bir sosyal hizmet yaklaşımı. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 91-104.
- 179.Karataş K. Tüberküloz ve yoksulluk: Hataların sosyo demografik özellikleri, yaşam koşulları, yoksulluk ve tüberküloz hastalığının nedenlerine ilişkin değerlendirmeleri. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2008; 19 (2): 7-20.
- 180.Karatay A, Laçın A, Yiğit T, Pala H. Beyoğlu bölgesinde yaşayan yoksul aileler ve sokakta çalışan çocuklar. A. E. Bilgili ve İ. Altan içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 254-71.
- 181.Karayurt Ö. Meme kanseri ve yaşam kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Bildiri Kitabı: s. 29-32, 4 Mayıs 2012, Manisa, Türkiye.
- 182.Kardam F, Yüksel İ. Kadınların yoksulluğu yaşama biçimleri: Yapabilirlik ve yapabilirlikten yoksunluk. Nüfusbilim Dergisi. 2004; 26: 45-72.
- 183.Kaselman D, Thomson S. Poverty and health from the health system perspective. Israeli Journal of Emergency Medicine. 2009; 9 (3): 42-6.
- 184.Kavlu İ, Pınar R. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. Türkiye Klinikleri J MedSci.2009; 29 (6): 1543-55.
- 185.Kaya F. Ağrı kent profilinde sosyo-ekonomik boyutlarıyla kentsel yoksulluk. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2011; 15(2): 219-42.
- 186.Kaya M, Özel Özcan Ö, Kaya B. Malatya il merkezinde farklı sosyoekonomik koşullardaki iki ilköğretim okulu öğrencilerinde ruhsal uyum taraması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006; 7: 157-61.
- 187.Kayaoğlu AG. Yoksulluğun sosyal psikolojisine eleştirel bir bakış. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 172-183.
- 188.Kılıç R, Çetinkaya Ş. Türkiye'de yoksullukla mücadelede sosyal yardım stratejileri ve bir model önerisi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2012; (34): 93-114.
- 189.Kılıçarslan, S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2008.
- 190.Kırgız C, Şenel Ö, Sever O, Arslanoğlu E. Beden eğitimi ve spor yüksek okullarında görev yapan öğretim elemanlarının yaşam kalitelerinin incelenmesi. e-Kafkas Eğitim Araştırmaları Dergisi. 2014; 1 (1): 26-31.
- 191.Kim J, Yang BM, Lee TJ, Kang E. A causality between health and poverty: An empirical analysis and policy implications in the Korean society. Social Work in Public Health. 2010; 25 (2): 210-22.
- 192.Kimm SY, Obarzanek E, Barton BA, Aston CE, Similo SL, Morrison JA. Race, socioeconomic status, and obesity in 9 to 10 year old girls: The NHLB growth and health study. AEP; 6 (4): 266-75.
- 193.Kivela K, Lahelma E, Volkonen T. The Health of the disadvantaged groups in Finland. Country Report for the Project Monitoring Socio-Economic Inequalities in Health in the European Union, 2000.
- 194.Kocadaş B. Düşük sosyo-ekonomik yapı suç ilişkisi: Malatya'da çocuk suçluluğu. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi. 2007; 10 (1): 157-86.
- 195.Koç İ, Hancıoğlu A. Hanehalkı Nüfusu ve Konut Özellikleri-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2004.
- 196.Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2009; 2 (4): 145-54.
- 197.Koray M. Büyüyen yoksulluk-yoksunluk sorunu ve sosyal hakların sınırları. İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi. 2010; 42: 1-31.
- 198.Koşar NG. Sosyal Hizmetlerde Sosyal Yardım Alanı (Yoksulluk ve Sosyal Hizmet). Ankara, Şafak Matbaacılık, 2000.

- 199.Kulaksızoğlu A. Çocukluktaki yetersiz ve kötü beslenme ile yoksulluğun ilişkisi. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 318-29.
- 200.Kulca YA, Korkmazlar Oral Ü. Yoksulluk ve sokak çocukları. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 272-7.
- 201.Kumaş R. Yoksulluk-savaş ve eğitim. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 213-20.
- 202.Kunst A. The Health of the disadvantaged groups in Netherlands. Country report for the project monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union, 2000.
- 203.Kurtuluş K. Pazarlama Araştırmaları. İstanbul, Literatür Yayıncılık, 2004.
- 204.Kutlu R, Çivi S, Börüban MC Demir A. Kanseri hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniv Tıp Derg, 2011; 27 (3): 149-53.
- 205.Kuyurtar E. Mutlak yoksulluğa ilişkin iki etik yaklaşım. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 111-23.
- 206.Kuzeyli Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. Diyaliz hastalarında progresif gevşeme yöntemlerinin kaygı düzeyi ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005; 21 (1): 33-45.
- 207.Kümbetoğlu B. Toplumsal cinsiyet rolleri, kadın ve yoksulluk. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 29-43.
- 208.Liem JH, Liem GR. Psychological effects of unemployment on workers and their families. Journal of Social Issues. 1988; 44 (4): 87-105.
- 209.Magnuson K, DrzalV. Enduringinfluences of childhoodpoverty. Focus. 2009; 26 (2): 32-7.
- 210.Marcoux A. .Thefeminization of poverty, claims, factsand data needs.Populationand Development Review. 1998; 24 (1): 131-9.
- 211.Marmot M. Giriş. Marmot M, Wilkinson RG içinde, Sağlıkın sosyal belirleyicileri. İstanbul: İnsev Yayınları, 2009; 13-17.
- 212.McConnochie KM, Russo MJ, McBride JT, Szilagyi PG, Brooks AM, Roghmann KJ. Socioeconomicvariation in asthmahospitalization: Excessutilizationorgreaterneed? Pediatrics. 1999; 103 (6):75-9.
- 213.Mehra-Kerpelman K. Children at work: How many and where? World of Work. 1996; 15: 8-9.
- 214.Metin B. Yoksullukla mücadelede insan hakları açısından bakmak: Amartya Sen'in kapasite (capability) yaklaşımı temelinde bir değerlendirme. Journal of Yasar University.2014; 9 (36): 6261-80.
- 215.Metin O. Sosyal politika açısından AKP dönemi: Sosyal yardım alanında yaşananlar. Çalışma ve Toplum. 2011; 1: 179-200.
- 216.Mitra S. Factors in the sociocultural environment of child labourers: Astudy in a small scale leather goods industry in Calcutta. Occup Environ Med. 1994; 51 (12): 822-5.
- 217.Moghadam VM. Thefeminization of povertyandwomen'shumanrights. France, UNESCO, 2005.
- 218.Mutioğlu H. Sefaletin küreselleşmesi. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 298-310.
- 219.Nakiboğlu C. Neoliberal Küreselleşme Sürecinde Yoksulluk ve Yoksullukla Mücadele. Ankara,Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Entsitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2004.
- 220.Nazaroo JY. Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health. Sociology of Health and Illness, Monograph On The Sociology of Health Inequality. 1998; 20 (5): 710-30.
- 221.Negiz N. Sosyal yardım ve sosyal hizmet faaliyetleri açısından ısparta belediyesi: Farkındalık, yararlanma ve değerlendirme açısından bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2001; 16 (2): 323-41.
- 222.Nestel P, Melara A, Rosado J, Mora JO. Undernutrition among honduran children 12-71 monthsold. Rev Panam Salud Publica. 1999; 6 (4): 256-65.

- 223.OECD, WHO. DAC Guidelines And Reference Series Poverty And Health. France, OECD Publishing, 2003.
- 224.OECD. Poverty And Health In Developing Countries: Key Actions. France, OECD Publishing, 2003.
- 225.Onat Ü. Yoksulluk ve sosyal Hizmet. A Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 2: 8-21.
- 226.Öğce F. Kronik yaralar ve yaşam kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Bildiri Kitabı: s. 22-8, 4 Mayıs 2012, Manisa, Türkiye.
- 227.Öğülmüş S. Sosyal yardım algısı ve yoksulluk kültürü. Aile ve Toplum. 2001; 7 (26): 83-96.
- 228.Önder H, Şenses F. Türkiye'de yoksulluk ve yoksulluk düşüncesi. Ülman B, Akça İ içinde, İktisat, Siyaset, Devlet Üzerine Yazılar (Prof. Dr. Kemali Saybaşılı'ya Armağan). İstanbul: Bağlam, 2005; 199-221.
- 229.Öz E. Ulusal Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2008.
- 230.Özata M, Tekin F, Cihangiroğlu N. Thedetermination of thesatisfactionlevels of thesocietyaboutfamilymedicinesystem. International Journal of SocialSciences. 2014; 3 (3); 113-23.
- 231.Özbaş M, Avcı M. Yoksul aile çocuklarının okullaşma sürecine etki eden sosyolojik ve okul kaynaklı değişkenler.Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2013; 6 (26): 403-413.
- 232.Özbayır T, Şahin Köze B, Şancı D, Moradi D. Meme kanserli hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Bildiri Kitabı: s. 78, 4 Mayıs 2012, Manisa, Türkiye.
- 233.Özbek N. Osmanlı'dan günümüze Türkiye'de sosyal devlet. Toplum ve Bilim. 2002; (92): 7-33.
- 234.Özçınar B, Güler SA, Özmen V, Güllüpülü BM, Kocaman N, Özkan M. Meme kanserinde local/bölgesel tedavi sonrası görülen komplikasyonlar ve bunların hasta yaşam kalitesi üzerine etkileri. Meme Sağlığı Dergisi. 2010; 6 (1): 9-16.
- 235.Özdemir P ve Karabulut E. İl ve bölgelere göre bebek ölüm hızlarındaki değişkenliğin gini eşitsizlik ölçüsü ile incelenmesi: Sağlık alanındaki eşitsizliklerin değerlendirmesi. Türkiye Klinikleri J Biostat. 2009; 1 (2): 45-53.
- 236.Özdemir O, Erçevik E, Çalışkan D. Farklı sosyoekonomik düzeye sahip iki ilköğretim okulunda öğrencilerin büyümelerinin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2005; 58: 23-9.
- 237.Özdemir S. Sosyal refah'ın sağlanmasında yeni bir anlayış: "Refah karması" ve sosyal refah sağlayıcı kurumlar. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi. 2004; (48): 97-127.
- 238.Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005; 21 (1): 63-77.
- 239.Özey R. Yoksulluk coğrafyası. Bilgili AE, Altan İ içinde, İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 136-50.
- 240.Özgün Ö, Özgün Ö. Ekonomik yoksunluğun aile üzerindeki etkileri: Babanın rolüne bakış. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 2: 359-67.
- 241.Özmete E. Yoksulluk ve sosyal yardımlar. Biz Bir Aileyiz Dergisi. 2013; 2 (2): 1-5.
- 242.Özşahin Ş. Yoksulluğu yenmek için acil plan.Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 181-6.
- 243.Özşaker E. Organ transplantasyonu ve yaşam kalitesi. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Bildiri Kitabı: s. 39-51, 4 Mayıs 2012, Manisa, Türkiye.
- 244.Öztürk AB. Çocuk yoksulluğunda yaşama, sağlık ve beslenme hakları. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2008; 19 (2): 67-80.
- 245.Öztürk N. Yoksulluk ve sivil toplum kuruluşları. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 8-22.

- 246.Öztürk Ö. Yoksulluğun kadımlaşması: Makro ekonomik politikalar açısından bir değerlendirme. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 205-8.
- 247.Öztürk Ş. Kırsal yoksulluk ve neo-liberal ekonomi politikaları. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2008; 1 (5): 605-34.
- 248.Page AZ, İnce M. Aile içi şiddet konusunda bir derleme. Türk Psikoloji Yazıları.2008; 11 (22): 81-94.
- 249.Parr SF. Whatdoesfeminisation of povertymeans? It is not justlack of income. Feminist Economics. 1999; 5 (2): 99-103.
- 250.Pearce D. Thefeminization of poverty: Women, workandwelfare.Urban ve SocialChangeReview. 1978; 11(1): 28-36.
- 251.Phipps S. The impact of poverty on health a scan of research literature. Ottawa, Canadian Institute for Health Information, 2003.
- 252.Pianta RC,Egeland B. Life stres andparentingoutcomes in a disadvantagedsample: results of motherchildinteraction. Journal of Clinical Child Psychology. 1990; 19 (4): 329-36.
- 253.Piko B, Fitzpatrick KM. Does class matter? SES and psychosocial health among Hungraian adolesent. Social Science & Medicine. 2001; 53: 817-30.
- 254.Pilancı H. 7-9 yaş arasındaki Türk öğrencilerinin kelime dağarcığı gelişimi.Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2009; 2 (9): 348-57.
- 255.Poçanoğlu A. Yoksulluğun tüketilmesinde ticaret odalarının rolü-Konya örneği. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 187-94.
- 256.Regidor E. The health of disadvantaged groups in Spain. Country Report for the project monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union, 2000.
- 257.Rodrigo C, Rajapakse S. HIV, poverty and women. International Health. 2010; 2: 9-16.
- 258.Roemer MI. Nationalhealthsystems of theworld. Vol I: TheCountries. New York, Oxford UniversityPress, 1991.
- 259.Roemer MI. Nationalhealthsystems of theworld. Vol II: Issues. New York, Oxford UniversityPress, 1991.
- 260.Rognerud M, Strand B, Hesselberg O. The health of the disadvantaged groups in Norway. Country report for the project monitoring socio-economic inequalitiesin health in the European Union, 2000.
- 261.Ruger JP, Kim H. Out-of-pockethealthcarespendingbythepoorandchronicallyill in theRepublic of Korea. AmericanJournal ofPublicHealth. 2007; 97(5): 804-11.
- 262.Sallan Gül S. Türkiye'de Kadın Sığınmaevleri: Erkek Şiddetinden Uzak Yaşama Açılan Kapılar Mı? İstanbul, Bağlam Yayıncılık, 2012.
- 263.Sallan Gül S, Gül H, Ergun C. (2006). Türkiye'de yoksulluk kültürü tezlerine bakış: Ankara örneği. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 391-407.
- 264.Saltık A. Küreselleşmenin acımasız, bilinçli silahı: "Yoksullaştırma" ve halk sağlığı. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 330-52.
- 265.Saltık, A. Sürdürülebilir Kırsal ve Kentsel Kalkınma Derneği (SÜRKAL) ve yoksullukla mücadele yaklaşımı. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 56-64.
- 266.Sam N. Yoksulluğa bir yaklaşım biçimi: Kapasite yaklaşımı. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2008; 27(1): 59-70.
- 267.Santana P. Ageing in Portugal: Regional iniquities in health and health care. Social Science and Medicine. 2000a; 50: 1025-36.
- 268.Santana P. The health of the disadvantaged groups in Portugal. Country report for the project monitoring socio-economic inequalities in health in the European Union, 2000b.

- 269.Santana P. Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Social Medicine and Medicine*. 2002; 55: 33-45.
- 270.Savcı AB. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Erzurum, TC Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- 271.Sevim Y, Şahin J. Toplumun yeni yoksulları: Emekliler (Şanlıurfa ili örneği). *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 2007; 10 (1): 187-207.
- 272.Seyyar A. Sosyal siyaset açısından yoksulluğa karşı mücadele. *Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 40-74.
- 273.Seyyar A. Sosyal Güvenlik Terimleri: Ansiklopedik Sözlük. İstanbul, Papatya Yayınları, 2005.
- 274.Sezgin F. Yoksulluk ve mimarı. *Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu (Cilt II)*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 92-106.
- 275.Shaw M, Dorling D, Smith GD. Yoksulluk, toplumsal dışlanma ve azınlıklar. *Marmot M, Wilkinson RG içinde, Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri*. İstanbul: İnsev Yayınları, 2009; 226-56.
- 276.Simmel G. Bireysellik ve Kültür. (T. Birkan, Çev.) İstanbul, Metis Yayınları, 2009.
- 277.Smith R. Countering child poverty. *BMJ*. 2001; 322: 1137-38.
- 278.Soyer A. Sağlık ve eşitsizlikler; mekan, konut mülkiyeti ve işteki statüye göre bebek ölümleri. *Toplum ve Hekim*. 1999; 14 (3): 204-08.
- 279.Sunal O. Sosyal politika: Sosyal adalet açısından kurumsal bir değerlendirme. *Ankara Üniversitesi SBF dergisi*. 2001; 66 (3): 283-305.
- 280.Sunar L. Yoksulluğun önlenmesinde sivil toplumun rolü ve Gönül Kuşağı Derneği. *Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 141-60.
- 281.Şen SM. Devlet yoksulun neresinde durmalı? *Bilgili AE, Altan İ içinde e, Yoksulluk Sempozyumu*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 200-20.
- 282.Şen SM. Devlet yoksulluğu nasıl kovalabilir? *Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 2: 110-23.
- 283.Şener Ü. Kadın Yoksulluğu. Ankara, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, 2009.
- 284.Şener Ü. Kadın yoksulluğu. *Mülkiye Dergisi*. 2012; 36 (4): 51-67.
- 285.Şengül S. Türkiye’de kentsel ve kırsal kesime yoksulluk ve yoksul hanehalklarının özellikleri. *Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 322-36.
- 286.Şimşek Aybar ŞS. Özel Eğitim Merkezinde Tedavi Edilen Çocukların Anne Babalarında Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Analizi. İstanbul: Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı, 2014.
- 287.Şimşek M. Türkiye’de beşeri kalkınma bakımından cinsiyet eşitsizliği: Türkiye-Avrupa Birliği karşılaştırması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2010; 3 (13): 232-45.
- 288.Şimşek Z, Erol N. Yoksulluk; çalışan çocuklarda yeterlik alanları davranış ve duygusal sorunlar. *Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 2: 349-58.
- 289.Şimşek Z, Kurçer MA, Kayahan M, Ersin F, Gözükar F. Yoksulluk ve çocuklar büyüme-gelişme. *Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 2: 341-8.
- 290.Şimşir Atalay N, Taflan Selçuk S, Ercidoğan Ö, Akkaya N, Sarsan A, Yaren A, Şahin F. Meme cerrahisi ve aksillerdiseksiyon uygulanan meme kanserli hastalarda üst ekstremitte problemlerinin sıklığı ve yaşam kalitesine etkisi. *Türk Fiz Tıp RehabDerg*. 2011; 57: 186-92.
- 291.Şirin A. Yoksulluğa karşı mücadelede bir yetişkin eğitimi uygulaması: İsmek örneği. *Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu*. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 403-7.

- 292.T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Tek Ebeveynli Aileler. Ankara, T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları, 2011.
- 293.Tabone MD, Vincelet C. Socioeconomic status and child Health: The experience of the paris child health checkup center. Arch Pediatr. 2000; 7 (12): 1274-83.
- 294.Tanner M. The End of Welfare: Fighting Poverty in the Civil Society. Washington, The Cato Institute, 1996.
- 295.Taş Y, Özcan S. (2012). Türkiye’de ve Dünya’da yoksulluk üzerine bir araştırma. International Conference on Eurasian Economies Bildiriler Kitabı: s. 423-30, October 2012Almaty, Kazakhstan.
- 296.Tatar H. Yoksulluk ve sakatlığın ortak toplumsal niteliği. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 58-60.
- 297.TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 956, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayın No: SB-SAG-2014/7. Ankara, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, 2014.
- 298.Tekşen F. Yoksulluk; kalıtsal hastalıklardan korunma ve genetik teknolojiden yararlanma. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 363-7.
- 299.Telatar TG, Özcebe H. Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi. 2004; 7 (3): 162-5.
- 300.Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med. 1996; 334 (13): 835-40.
- 301.Tezcan M. Uzaktan eğitim, eğitim hakkı ve yoksulluk ilişkisinin ekonomik amnalizi: Türk yükseköğretim uygulaması. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 236-42.
- 302.Thapa S, Chhetry D, Aryal RH. Poverty, literacy and child labour in Nepal: a district-level analysis. Asia Pac Popul J. 1996; 11 (3): 3-14.
- 303.Top M Ş, Özden S Y, Efe Sevim M. Psikiyatride yaşam kalitesi. Düşünen Adam. 2003; 16 (1): 18-23.
- 304.Topal Ş. Kadına olumsuz etkileri açısından yoksulluk problemine islam perspektifinden genel bir bakış. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 2: 386-8.
- 305.Topgül S. Türkiye’de yoksulluk ve yoksulluğun kadınlaşması. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2013; 14 (1): 277-96.
- 306.Topsakal C. Avrupa Birliği, yoksulluk ve eğitim: Avrupa Birliği’nde yoksullukla mücadelede bir araç olarak eğitim politika ve uygulamaları. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 2: 196-212.
- 307.Tozlu N. Modern insanı inşa düşüncesi temelinde yoksulluk. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 22-32.
- 308.Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK).2011 Yoksulluk Çalışması. Ankara: 10952, 2012.
- 309.Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). 2009 Yoksulluk çalışması sonuçları. Başbakanlık İstatistik Kurumu Haber Bülteni Sayı 3, 2011.
- 310.Turan N. Kanser hastalığının önlenmesi ve tedavi edilmesinde psiko-sosyal faktörlerin önemi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 1984; 2 (1-3): 25-40.
- 311.Turgul Ö, Mandıracıoğlu A, Özüğurlu B, Özgener N, Devenci H. Narlıdere ilçesinde 65 yaş üstü nüfusun yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Bildiriler Kitabı: s. 26,8-10 Nisan 2004, İzmir, Türkiye.
- 312.Tüfekçioğlu H. Varoşlarda yoksulluğun doğurduğu toplumsal değişmeler üzerine. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 343-9.
- 313.Türkdoğan O. Türk toplumunda yoksulluk kültürü. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 105-10.
- 314.Türkeri SS. Çocuk İslahevleri Ve Çocuk Cezaevlerindeki Çocukların Suç İşleme Nedenleri Açısından İncelenmesi. Ankara, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 1995.

315. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu (DDK). Türkiye’de sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler alanındaki yasal ve kurumsal yapının incelenmesi, aile, çocuk, özür, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetlerin ve sosyal yardımların genel olarak değerlendirilmesi, bu hizmetlerin düzenli ve verimli şekilde yürütülmesinin ve geliştirilmesinin sağlanması hakkında araştırma ve inceleme raporu. Ankara, Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı, 2009.
316. Tüylüoğlu Ş, Tekin M. Gelir düzeyi ve sağlık harcamalarının beklenen yaşam süresi ve bebek oranı üzerindeki etkileri. Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi. 2009; 13 (1): 1-31.
317. Tüzün EH, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum. 2003; 13 (3): 3-8.
318. Uğuhan F, Buğdaycı R, Şaşmaz T, Öner S, Kurt Ö, Tezcan H. Mersin’de sokakta çalışan ya da yaşayan çocukların sosyo-demografik ve sokak yaşamına ilişkin özellikleri. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 29-43.
319. Ulaş H, Kaya B. Ekonomik krizin ruh sağlığına etkileri ve çözüm önerileri. TPD Bülteni. 2009; 12(1): 59-62.
320. Uluğtekin SS. Hükümlü Çocuk ve Yeniden Toplumsallaşma. Ankara: Bizim Büro, 1991.
321. UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu 2005 Çocuklar Tehdit Altında. Ankara: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, 2005.
322. Uryanoğlu G. Yoksulluğun cezaevlerine yansması. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 314-6.
323. User İ. Görel yoksulluk ve ruh sağlığı: büyük kentlerde yaşayan yüksek riskli gençler. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 2: 61-79.
324. Usta Yeşilbalkan Ö, Durmaz Akyol A, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005; 21 (1): 13-31.
325. Uz A. Öğretmen eğitimi-müzik eğitimi sistemi ve sosyo ekonomik durum. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 221-35
326. Uzun AM. Yoksulluk olgusu ve dünya bankası. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2003; 4 (2): 155-73.
327. Ünal V. Osmanlının son dönemlerinde korunmaya muhtaç çocuklar için kurulan sosyal hizmet kuruluşları. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2012; 36 (2): 1-27.
328. Ünlütürk-Ulutaş Ç. Yoksulluğun kadınlaşması ve görünmeyen emek. Çalışma ve Toplum. 2009; 2: 25-40.
329. Van Doorslaer E, O’Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, Harbianto D, Herrin AN, Hug MN, Ibragimova S, Karan A, Lee TJ, Leung GM, Lu JF, Ng CW, Pande BR, Racelis R, Tao S, Tin K, Tisayaticom K, Trisnantoro L, Vasavid C, Zhao Y. Catastrophic payments for healthcare in asia. Health Economics. 2007; 16 (11): 1159-84.
330. Vanderborght Y, Van Parijs P. L’allocation universelle. Paris: La Découverte, 2005.
331. Wadsworth M, Butterworth S. Erken yaşam. Mermot M, Wilkinson RG içinde, Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri. İstanbul: İnsev Yayınları, 2009; 45-71.
332. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. Bull World Health Organ. 2002; 80: 97-105.
333. Whitbeck, LB, Simons RL, Conger RD, Lorenz FO, Huck S, Elder GH. Family economic hardship, parental support and adolescent self-esteem. Social Psychology Quarterly. 1991; 44 (4): 353-63.
334. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: Can low income countries escape the medical poverty trap? The Lancet. 2001; 358 (9284): 833-6.
335. WHO. The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Geneva, 2000.
336. Woolf AD. Health hazards for children at work. J Toxicol Clin Toxicol. 2002; 40 (4): 477-82.
337. World Bank. Turkey Poverty And Coping After Crises. Report No. 24185-TR, 2003.

- 338.Yardımcı Y, Uygur S, Alıcı S, Levent H, Ekni S. Türkiye'de hanehalkı yoksulluk profili ve yoksulluk kestirimine yönelik regresyon modelleri. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 408-33.
- 339.Yaşar MR, Açıkgöz R. Yoksullukla mücadelede bütüncül bir politika: insani gelişme ve yardım merkezi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2011; 10 (36): 405-29.
- 340.Yentürk N. Türkiye'de yoksullara yönelik harcamalar. ODTÜ Gelişme Dergisi. 2013; 40: 433-64.
- 341.Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011; 2 (2): 61-8.
- 342.Yıldırım Y, Balbay Ö. Tüberküloz ve yoksullukla ilişkisi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2003; 12 (1): 32-4.
- 343.Yıldız O. Sosyal koruma, istihdam ve fakirliğin giderilmesi. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 134-40.
- 344.Yıldız Ö. Küreselleşme, sağlık ve toplum. Gaziantep Tıp Dergisi. 2008; 14 (1): 30-4.
- 345.Yılmaz C. Küreselleşme ve 1980 sonrası hükümet programlarında yoksulluk söyleminin gelişimi. Bilgili AE içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 1: 251-65.
- 346.Yılmaz MT, Şeker A. "Sürdürülebilir" yoksulluk ve eğitim. Onat Ü içinde, Yoksulluk ve Sosyal Hizmetler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu, 2006; 1: 337-42.
- 347.Yusufoğlu M. Yoksulluk ve dayanışma. Bilgili AE, Atan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2013; 3: 161-72.
- 348.Yurdakul F. Amartya Sen'in Yoksulluk Üzerine Düşünceleri ve Sen Yoksulluk İndeksi: Türkiye Uygulaması. e-Journal of New World Sciences Academy. 2010; 5 (3): 1308-44.
- 349.Yüksel AT. Türk-İslam medeniyetinde vakıfların önemi ve fonksiyonları. Bilgili AE, Altan İ içinde, Yoksulluk Sempozyumu. İstanbul: Deniz Feneri Yayınları, 2003; 3: 23-32.
- 350.Zengin E, Şahin A, Özcan S. Türkiye'de sosyal yardım uygulamaları. Yönetim ve Ekonomi. 2012; 19 (2): 133-42.

9. EKLER

EK-A. Anket Formu

A. GENEL BİLGİLER

1. Anketi cevaplayan aile üyesi

Anne Baba Diğer ise belirtiniz

2. Yaşınız

3. Medeni durumunuz

4. Çocuğunuz var mı?

1-Yok 2-Var ise sayısını belirtiniz

5. Eğitim durumunuz

Okuryazar değil Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise ve dengi Lisansmezunu Lisansüstü

6. Okulu yarıda bırakan aile bireyi varsa bırakma sebebi nelerdir?

Maddi imkânsızlık Gitmek istemedim Kırsal bölgede okul bulunmaması Erken evlilik

Kız çocuğunu okutmama anlayışı Hastalık/özür-sakatlık Diğer

7. Sosyal güvenceniz var mı?

Yok Var ise hangi kapsamda?

8. Bir mesleğiniz var mı?

Evet ise mesleğinizi belirtiniz

Hayır

9. Şu anda gelir getiren bir iş yapıyor musunuz?

Evet ise belirtiniz

Hayır ise ne kadar süredir işsizsiniz?

10. Size göre aile yaşantınızı olumsuz olarak etkileyen üç temel sorun nedir? Lütfen sıralayınız.

- 1)
- 2)
- 3)

B. SOSYAL YARDIM İLE İLGİLİ SORULAR

11. Aldığınız sosyal yardımın miktarı

12. Alınan sosyal yardımın yeterlilik durumunu değerlendiriniz

- Çok yeterli Yeterli Orta Yetersiz Çok Yetersiz

13. Başka hangi tür yardımlara ihtiyacınız var?

- Gıda Giyecek Yakacak Temizlik İlaç Kırtasiye Ev Eşyası Çocuk yardımı Isınmak için yakıt Mutfak kullanımı için doğal gaz Kira yardımı Yok Diğer

YOKSULLUKLA İLGİLİ SORULAR

14. Yaşadığınız konut tipi;

- Apartman dairesi Gecekondu Müstakil ev Kerpiç köy evi

Diğer

15. Yaşadığınız ev ile ilgili olarak;

- Kira ise kira miktarını belirtiniz
Kendinize ait ise evin tahmini değerini belirtiniz
Kira vermiyoruz ancak yakınımıza ait
Diğer

16. Oturduğunuz evi yaşam kalitesi açısından değerlendirmek istesenz;

	Çok yetersiz	Yetersiz	Normal	Yeterli	Çok Yeterli
Oturduğunuz evin yaşam koşulları					
Evdeki eşyaların yeterlilik durumu					
Oda sayısı					
Mutfak					
Banyo-Tuvalet					
Isınma					

17. Evinizde salon dışında kaç oda bulunmaktadır?

- 1 Oda 2 Oda 3 Oda 4 Oda Başka oda yok

18. Yaşanılan evde rutubet var mı?

- Evet Hayır

19. Evinizi nasıl ısıtıyorsunuz?

- Soba Kalorifer Doğalgaz Elektrik Diğer

20. Yakıtınızı nasıl temin etmektesiniz?

- Yardımlar aracılığı ile Kendim ödüyorum Akrabalarım ödüyor Diğer

21. Tuvalet evinizin hangi bölümünde?

- Evin içinde (bağımsız) Bahçede Evin içinde (banyo ile bir arada)

22. Kişisel temizliğinizi ne sıklıkla gerçekleştirebiliyorsunuz?

- Her gün Haftada 3 gün Haftada 1 gün Nadir

23. Çocuklarınızın kendilerine ait yatak odası var mı?

- Evet Hayır

24. Çocuklarınızın kendilerine ait çalışma odası var mı?

- Evet Hayır

25. Aynı odada kalan aile üyeleriniz var mı?

- Yok Var ise kimler beraber kalmaktadır

26. Arabanız var mı?

- Yok Var ise markası ve modelini belirtiniz

C. GELİR İLE İLGİLİ BİLGİLER

27. Hanenize giren toplam gelir (Sosyal yardımla beraber) ne kadardır?
 28. Kira, hayvancılık, tarla gelirleri gibi diğer gelirleriniz var ise belirtiniz
 29. Ekonomik olarak sıkıntı çekiyor musunuz?
Çok Az Orta Biraz Hiç
 30. Size göre sizin durumunuzdaki bir ailenin geçimini sürdürebilmesi için bir ayda ortalama kaç TL geliri olması gerekir?
 31. Ekonomik durumunuz ile ilgili sıkıntılar ne zamandan beri var?
Doğduğumdan beri Evlenmeden önce başlamıştı Evlendiğimden beri
Evlendikten daha sonra Eşimden ayrıldıktan sonra Eşimi kaybettikten sonra
 32. Elinize yüksek miktarda para geçse ne yaparsınız?
İhtiyaçlarımızı karşılarım Gelecek için saklarım Ev/arsa/araba alırım
Bir iş kurmayı düşünürüm Diğer
 33. Aşağıda belirtilen harcama kalemlerine aylık olarak ne kadar harcadığınızı belirtiniz.

Kalemler	Kira	Mutfak	Elektrik	Su	Isınma	Giyim	Ulaşım	Diğer
Miktar								

İlaç harcamaları da dâhil olmak üzere son üç aylık sağlık harcama miktarlarını belirtiniz

Aylar	1.Ay	2.Ay	3.Ay
Miktar			

Son yıllarda aileden biri için ekonomik durumunuzu etkileyen sağlık harcaması yaptınız mı?

Kim için	
Ne kadar	
Hangi tür rahatsızlık için	

D. ÇOCUKLAR İLE İLGİLİ BİLGİLER

34. Son iki çocuğunuz ile ilgili aşağıdaki tabloyu lütfen eksiksiz doldurunuz.

	Nerede doğdu? (hastane, ev vb)	Kaç gram doğdu?	Kaç ay anne sütü ile beslendi?
Sondan 1. Çocuğunuz			
Sondan 2. Çocuğunuz			

35. Çocuğunuz herhangi bir sağlık sorunu yaşadığında sağlık kuruluşuna başvuruyor musunuz?
Her Zaman Bazen Hiç götürmüyorum
 36. Büyüme geriliği yaşayan çocuğunuz var mı?
YokVar ise söz konusu rahatsızlığın ismini yazınız

37. Vefat eden bebeğinizin ve çocuğunuzun olup olmadığı ile ilgili aşağıdaki tabloyu lütfen eksiksiz doldurunuz.

	Vefat Eden Bebeğiniz (0-1 Yaş)	Vefat Eden Çocuğunuz (2-12 yaş)
Var		
Yok		

38. Son iki çocuğunuza hamilelik döneminde sağlık kontrolü sıklığını belirtiniz

	Her ay	Birkaç kez	Bir kez	Hiç
Sondan 1. Çocuğunuz				
Sondan 2. Çocuğunuz				

39. Son iki çocuğunuzun bebeklik döneminde sağlık kontrolü sıklığını belirtiniz

	Her ay	Birkaç kez	Bir kez	Hiç
Sondan 1. Çocuğunuz				
Sondan 2. Çocuğunuz				

Son iki çocuğunuzun bebeklik dönemindeki aşılarını düzenli olarak yaptırdınız mı?

	Düzenli	Düzensiz	Hiç Yaptırmadım
Sondan 1. Çocuğunuz			
Sondan 2. Çocuğunuz			

E. SAĞLIK İLE İLGİLİ BİLGİLER

40. En çok tüketmekte olduğunuz gıdaları sıralamak istesiniz ilk üç sırayı hangi gıdalar alır?

- 1)
- 2)
- 3)

41. Çocuklarınız günde kaç öğünyemek yemektedir?

Yenilen Öğün	Her Zaman	Bazen	Nadir	Hiç
Sabah				
Öğle				
Akşam				

42. Çocuklarınızın süt içme, et ve meyve tüketme sıklıklarını değerlendiriniz.

	Her Gün	Haftada Üç Kez	Haftada Bir	Ara Sıra	Nadiren	Hiç
Süt İçme Sıklığı						
Et Yeme Sıklığı						
Meyve Yeme Sıklığı						

43. Ailenizde yakın akrabalarınızdan aktararak gelen kalıtsal rahatsızlık var mıdır?

- Evet ise belirtiniz
Hayır.

44. Birebir gelir durumu (yoksulluğa bağlı) ile ilgili olduğunuzu düşündüğünüz hastalık/hastalıklar var mı?

- Var ise belirtiniz
Yok.

45. Ailenizden herhangi biri hastalandığında nasıl iyileştiriyorsunuz? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

- Geleneksel tedavi Aile Hekimliğine Devlet Hastanesine Özel Hastaneye giderek

46. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini aile içinde yaşadınız mı?

- Dizanteri Tüberküloz Astım – bronşit Fiziksel ya da zihinsel gelişim geriliği Tifo Tifüs
Psikolojik Rahatsızlıklar

47. Size göre hastalığa yakalanma nedenleri aşağıdakilerden hangileri olabilir? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.

- Ağır çalışma hayatı
Yetersiz ve dengesiz beslenme (et, süt, süt ürünleri, yumurta, meyve-sebze ve diğer protein, vitamin, karbonhidrat ve mineralleri düzenli bir biçimde kullanamama, tek taraflı beslenme ya da öğün atlama durumu)
Kötü konut ve çevre koşulları (güneş ışığı almayan, rutubetli, yeterli ısınamayan, alt yapısı olmayan bir konutta ve ekolojik yönden kirli ve alt yapıdan uzak bir çevrede yaşama durumu)
Stres
Sigara içme
Alkol kullanma
Diğer ise lütfen belirtiniz

48. Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz?

- Durumumuz daha iyi olacak Bir şey değişmeyecek Daha kötü olacak
Bilemiyorum

49. Aşağıda ifade edilen kendi yaşam alanlarındaki alt ve üst yapı hizmetleri ile ilgili olarak düşüncelerinizi derecelendiriniz.

Alt Yapı Hizmetleri	Çok kötü	Kötü	Fena Değil	İyi	Çok İyi
Yol					
Kanalizasyon					
Sokakların temizliği					
Üst Yapı Hizmetleri	Çok kötü	Kötü	Fena Değil	İyi	Çok İyi
Park ve oyun alanları					
Sinema ve tiyatro					
Sağlık					
Eğitim					

50. 18 yaş altı çocuklardan çalışanlar var ise nerede, ne iş yaparak para kazandı/kazanıyor?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Sokakta bir şey satarak (simit, mendil, kalem vb.); ayakkabı boyacılığı, tartıcılık vb. yaparak

Bir mağazada, dükkânda çırak vb. olarak

Sanayide çırak olarak

Diğer

51. 18 yaş altı çocuklardan çalışanlar ne zaman çalıştı/çalışıyor?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Yaz tatilinde Hafta sonları Okuldan çıktıktan sonra Okula gitmediği için hafta içi gündüz

52. Çocuklarınız için yaşadığınız çevrede hangi tehlikelerin olduğunu düşünüyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Kaçırılma

Uyuşturucu kullanma, İçki içme

Suç çetelerine katılma

Haraç verme

Fiziksel şiddete uğrama

Tecavüze uğrama

Trafik kazası geçirme

Bir tehlike görmüyorum

Diğer (Lütfen belirtiniz)

53. Size göre yoksulluğun nedenleri nelerdir?

54. Yoksulluğun azaltılması ya da bertaraf edilmesi için sizce neler yapılabilir?

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____

Şu anda bir hastalığınız var mı? Evet Hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

Hastalık / Sorun

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz.

ŞİMDİ lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, Ne	Oldu kça iyi	Çok iyi
--	--	----------	------------	------------	--------------	---------

				kötü		
1.G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşn ut değil	Çok az hoşn ut	Ne hoşn ut, ne de değil	Epey ce hoşn ut	Çok hoşn ut
2.G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derec ede	Çokç a	Aşırı derec ede
3.F1, 4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4.F11 ,3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5.F4. 1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6.F24 .2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
7.F5, 3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8.F16 .1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9.F22 .1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derec ede	Çok ça	Tama men
10.F2 .1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11.F7 .1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12.F1 8.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13.F2 0.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14.F2 1.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Bira z kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldu kça iyi	Çok iyi
15.F9 .1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşn ut	Ne hoşn ut, ne de	Epey ce hoşn ut	Çok hoşn ut
--	--	------------------------	-------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------

				değil		
16.F 3,3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17.F1 0,3	Günlük uğraşlarınızı yürüteme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18.F1 2,4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19. F6,3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20.F1 3,3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21.F1 5,3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22.F1 4,4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23.F1 7,3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24.F1 9,3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25.F2 3,3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26.F8 .1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U.27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

EK-B. Etik Kurul Onay



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK
KURULU KARARLARI



Toplantı Sayısı: 05

Toplantı Tarihi: 25.06.2013

Karar Sayısı 2013/28 Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr.Musa ÖZATA'nın "Yoksulluğu Nedeniyle Sosyal Yardım Alan Ailelerde Yoksulluk ve Sağlık İlişkisinin Analizi" başlıklı araştırmasının değerlendirilme talebi ile ilgili 21.06.2013 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Yapılan inceleme ve görüşmelerden sonra; Doç.Dr.Musa ÖZATA'nın "Yoksulluğu Nedeniyle Sosyal Yardım Alan Ailelerde Yoksulluk ve Sağlık İlişkisinin Analizi" adlı araştırmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ASLI GİBİDİR
25/06/2013
Yasemin KARAFİĞLİ
Sekreterya

EK-C. Araştırma İzni



T.C.
KONYA VALİLİĞİ
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

Sayı : 33391740/200/196
Konu: Mehmet KIRLIOĞLU

09.01/2014

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)
KONYA

İlgi: Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığının 31/12/2013 tarih ve 141424 sayılı yazısı.

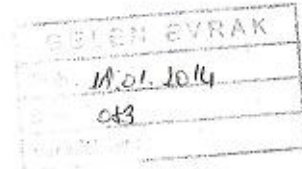
Üniversiteniz Öğretim Üyesi Arş. Gör. Mehmet KIRLIOĞLU' nun araştırma talebine ilişkin makam Onayı ilgi tarih ve sayılı yazı ile birlikte ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.


Süleyman KARADELİ
İl Müdürü

EKİ.
- Yazı (1 Sayfa)
- Onay (1 Sayfa)

Sağal Hz. Bl. Başkanına
15.01.2014
A





T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı: 73595336-605-141424
Konu: Selçuk Ün.Mehmet Kırloğlu.

31/12/2013

KONYA AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR İL MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi yazı ile söz edilen Selçuk Üniversitesi Öğretim Üyesi Arş Gör.Mehmet Kırloğlu'nun " araştırma talebini ilişkin makam Onayı ekte gönderilmiştir. Bilgileriniz ve gereğini rica ederim.

Amber TÜRKMEN
Bakan a.
Daire Başkan V.

EKLER :
1 sayfa

Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır
Tarih : 02.01.2014.

KONYA AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR İL MÜDÜRLÜĞÜ	
KAYIT	Tarih: 02.01.2014
	Sayı: 658
HAVALE	Bilgi: Arş. Gör. Mehmet Kırloğlu
DOSYA NO	
EKLER	

07 Ocak 2014

H.İbrahim ERER
Seymenli Memuru

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.

Adres : Ekişehir Yolu Sağüstü Mahallesi 2177.Sokak No:10/A
Çankaya/ANKARA
Telefon :
e-posta : ahmet.yuce1@ailg.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi : A. YÜCE Üzmesan Öğretmen
Fax :
Elektronik AŞ: www.ailg.gov.tr



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73595336-605- 372

30/12/2013

Konu : Selçuk Ün.Mehmet Kırlioğlu.

MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

İlgi yazı ile Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim elemanı Arş. Görv. Mehmet KIRLIOĞLU'nun " Sosyal ve Ekonomik Destek Alan Yoksulluk ve Sağlık İlişkisinin Araştırılması: Konya Örneği" adlı tez çalışmasının uygulamasında, Meram Sosyal Hizmet Merkezinden sosyal ve ekonomik destek alan ailelerle görüşme yapabilmetelebi bildirilmiştir.

Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğümüzce de olumlu değerlendirilen söz konusu araştırmanın; ulusal ve uluslararası mevzuata uygun şekilde, İl Müdürlüğü koordinesinde, Kuruluş Müdürlükleri denetiminde, ses-görüntü kaydı alınmaksızın gönüllülük esası çerçevesinde, gizliliğin her koşulda sağlanması, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayınlanmadan önce Kurum izni alınması ve bir örneğinin Başkanlığımıza gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunda;

Olurlarınızı arz ederim.

Amber TÜRKMEN
Daire Başkan V.

OLUR
30/12/2013

Dr. Nail Abdülgazi ALATAŞ
Müsteşar Yardımcısı

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na göre elektronik olarak imzalanmıştır.

Adres : Eskişehir Yolu Sığırmazı Mahallesi 2177.Sokak No:10/A
Çankaya/ANKARA
Telefon :
e-posta : ahmet.yuce1@ale.gov.tr

Ayrıntılı Bilgi : A. YÜCE Uzman Öğretmen
Faks :
Elektronik Akl: www.ale.gov.tr

10. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı Mehmet KIRLIOĞLU 19 Aralık 1987 tarihinde İzmir Menderes'te dünyaya gelmiştir. İlkokul eğitimini amönü İlkokulu'nda tamamladıktan sonra sırasıyla Meşkure şanlı İlköğretim Okulu ve Konak 50.Yıl Süper Lisesi'ni bitirmiştir.

2005 yılında Başkent Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü'nü burslu olarak kazanmış ve aynı dönemde Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü'nde çift anadal programından yararlanarak 2010 yılında Sosyal Hizmet Bölümü'nden, 2011 yılında da Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü'nden mezun olmuştur.

2010 yılında Ankara İl Sosyal Hizmet Müdürlüğü'nde Çocuk ve Gençlik Hizmetleri şubesi Korunmaya Muhtaç Çocuk Birimi'nde sosyal çalışmacı olarak çalışmaya başlamış, 2011 yılında Uşak İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü'nde sosyal çalışmacı olarak görevine devam etmiştir.

2012 yılının şubat ayında Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı kapsamında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü'nde yüksek lisans öğrenimine ve aynı üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü'nde araştırma görevliliği görevine başlamıştır. 2012 yılından itibaren araştırma görevlisi olarak görevine devam etmektedir. Evlidir.