

**Türkiye’de Yerleşim Yeri Bazlı Sağlık Belirleyicilerinin Bazı Sağlık Düzeyi
Göstergeleri ile İlişkisi**

Saniye Orhan Aksoy

**CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.**

Danışman: Prof.Dr.Erhan Eser

Mayıs 2007

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
TEZ MERKEZİ TEZ VERİ GİRİŞ FORMU**

Yazar Adı / Soyadı : Saniye Orhan Aksoy

T.C. Kimlik No : 27572496024

E – Posta Adresi : saniyeorhanaksoy@yahoo.com

Tezin Özgün Dili : Türkçe

Tezin Adı : Türkiye’de yerleşim yeri bazlı sağlık belirleyicilerinin bazı sağlık göstergeleri ile ilişkisi

Tezin Yabancı Dildeki Adı :The relationships between health determinants and county based health indices

Tezin Konu Başlığı : Halk Sağlığı

Tezin Yapıldığı Yer :

Üniversite : Celal Bayar Üniversitesi

Enstitü : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

ABD / Bölüm : Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Türü : Yüksek Lisans

Tez Yılı : 2007

Sayfa Sayıları :

Giriş Sayfaları : 13

Ana Bölüm : 116

Ekler : -

Tez Danışmanı : Prof.Dr.Erhan Eser

Dizin Terimleri :

Türkçe Dizin Terimleri :

Sağlıkta Eşitsizlikler

Sağlık Hizmet Kullanımı

Ölümlülük

Doğurganlık

Ekolojik Çalışma

İngilizce Dizin Terimleri:

Inequalities in Health

Accessibility of Health Services

Reproductibility

Ecological Design

Tarih :

İmza :

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
Yayın ve Dökümantasyon Dairesi Başkanlığı
Tez Merkezi

TEZLERİN BASIMI VE YAYIMI İÇİN İZİN BELGESİ
(Telif Hakkı Tez Yazarına ait olan tezler için)

Tez Yazarının :

Soyadı : Orhan Aksoy

Adı : Saniye

Uyruğu : T.C.

T.C.Kimlik No : 27572496024

Sürekli Adresi : 133 sok. No: 30 Daire: 16 İZMİR

Telefon No : 0-505-2937425 Faks :

E – Posta :saniyeorhanaksoy@yahoo.com

Üniversite Adı : Celal Bayar Üniversitesi

Enstitü / Eğitim Hastanesi Adı : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Fakülte, Bölüm / Yüksekokul : Halk Sağlığı

Tez Türü : Yüksek Lisans

Mezuniyet Tarihi :

Tezin Başlığı : Türkiye’de yerleşim yeri bazlı sağlık belirleyicilerinin bazı sağlık göstergeleri ile ilişkisi

Tez yazarı aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyerek imzalamalıdır.

Not : Yükseköğretim Kurulu’nun kabul ettiği ilke ve tüm tezlerin, makul gerekçeler dışında (patent başvurusu, yayınlanma sürecinde oluşu vb.) hiçbir kısıtlama olmaksızın tüm araştırmacıların erişimine açık olmasıdır. (Tezin kopyalanması endişesi, tezin erişime açılmasının engellenmesi için bir gerekçe olarak kabul edilemez.)

a) Yukarıda başlığı yazılı olan tezimin, ilgilenenlerin incelemesine sunulmak üzere Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi tarafından arşivlenmesi, kağıt, mikroform veya elektronik formatta, İnternet dahil olmak üzere her türlü ortamda tamamen veya kısmen çoğaltılması, ödünç verilmesi, dağıtımı ve yayımı için, tezimle ilgili fikri mülkiyet haklarım saklı kalmak üzere hiçbir ücret (royalty) ve erteleme talep etmeksizin izin verdiğimi beyan ederim.

İmza

Tarih

b) Tezimin Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi tarafında çoğaltılması veya yayımının tarihine kadar ertelenmesini talep ediyorum. Bu tarihten sonra (a) maddesindeki koşulların geçerli olacağını kabul ve beyan ederim. (Ertelene süresi formun imzalandığı tarihten itibaren en fazla 3 (üç) yıldır.

İmza

Tarih

Ertelene gerekçeleri enstitümüz / fakültemiz / eğitim hastanemiz tarafından uygun bulunmuştur.
Enstitü Müdürü / Dekan / Baş Hekim İmza Tarih

ÖZET

Giriş: Sağlık düzeyi göstergelerinde, sağlık hizmetlerine ulaşmada, hizmetlerin kullanımında ve sunulan hizmetin kalitesinde bölgeler arasında ve toplumsal sınıflarda, sosyoekonomik gruplar arasında eşitsizlikler bulunmaktadır.

Amaç: Bu araştırma, Türkiye’de kamu kurum ve kuruluşları tarafından üretilen ilçe bazlı sağlık düzeyi göstergeleri ile sağlık belirleyicilerinin ilişkisini ve sağlıkta bölgesel eşitsizliklerin araştırılmasını amaçlamaktadır. Araştırmanın hipotezleri kanıtlanabildiği ölçüde ilçe bazlı kamu kurumları verilerinin yararlanılabilirliği ve güvenilirliği de gösterilmiş olacaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma ekolojik tipte olup, araştırmanın evrenini ilçe merkezli sağlık belirleyici değişkenlerinin elde edildiği DPT 2004 ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyesi araştırmasındaki ilçe sayısı oluşturmaktadır (872 ilçe). Araştırmada 533 ilçeye ulaşılmıştır (%61,1). Araştırmanın bağımlı değişkenleri ölümlülük, doğurganlık ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliktir. Bu araştırmada 4 temel bağımsız değişken grubu kullanılmıştır. Bunlar, eğitim, doğurganlık, coğrafi ve demografik gelişmişlik, sağlık hizmetlerinin niceliği ve niteliğidir.

Tek değişkenli (bağımsız gruplarda t testi ve Pearson korelasyon) ve çok değişkenli (çoklu doğrusal regresyon) analizleri SPSS 10.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ölümlülük, doğurganlık ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliktir. Bu araştırmada 4 temel bağımsız değişken grubu kullanılmıştır. Bunlar, eğitim, doğurganlık, coğrafi ve demografik gelişmişlik, sağlık hizmetlerinin niceliği ve niteliğidir.

Veri kaynakları: TÜİK, DPT, Sağlık Bakanlığı’dır.

Bulgular: İlçe temelli ulusal veri kaynaklarının verinin kaynağına göre değişiklikler gösterdiği, Sağlık Bakanlığı kaynaklı bazı verilerin tutarsız olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada farklı kaynaklardan elde edilen veriler bir araya getirilmiştir ve bu verilerin doğruluk düzeyi hakkındaki belirsizlik bu araştırmanın en önemli sorunudur.

Hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analizlerde eğitim, gelir, yerleşim yeri gibi bağımsız değişkenlerin ölümlülük, doğurganlık ve sağlık hizmetleri gibi bağımlı değişkenleri etkiledikleri bulunmuştur.

Bulgular ekolojik araştırmalarda neden sonuç ilişkisini kanıtlayamasa da alt grup farklılıkları anlamında bir fikir vermektedir. Bu araştırmada 4 temel bağımsız değişken grubu ile bazı sağlık düzeyi göstergeleri arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde elde edilen bulgular şöyle özetlenebilir

- Türkiye’ de sağlık göstergeleri açısından bölgelerarası farklılıklar mevcuttur. Doğu bölgesinde ölüm hızları daha yüksekken hastanede doğum yapma oranı, bebek izlem sayısının yüksek olması, yöntem kullanma oranları gibi veriler Batı’ da daha yüksektir. Aşı devamsızlık hızları ve sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı ise Doğu bölgesinde yüksektir. Doğu bölgelerinde Batı bölgelerine nazaran kaba doğum hızı, genel doğurganlık hızı, çocuk-kadın oranı daha yüksek bulunmuştur.
- Eğitimli nüfus oranı arttıkça bebek ölüm hızı, aşı devamsızlık hızı azalmış, sağlık hizmetlerinin kullanımını da artmıştır.
- Gelir arttıkça doğurganlık hızı düşmüştür.
- Sağlık hizmeti ile ilgili göstergeler Sağlık Bakanlığı kaynaklı göstergeleridir ve ilçe temelli olan bu veri grubunda da geçerliliği konusunda sorunlu olan bazı değişkenler saptanmıştır ve bu değişkenler, tek değişkenli analizler ve faktör analizlerinde anlamsız çıktığı için çoklu analizlere alınmamıştır.

- Kentsel ve gelişmiş toplum göstergeleri arttıkça postneonatal ölüm hızı düşük bulunmuştur.

Sonuç:

Türkiye’de Sağlık ve sağlığı belirleyen göstergeler açısından bölgesel ve sosyoekonomik alt gruplar arasında beklenen eşitsizlikler bir kez daha ortaya konmuştur: ölümlülük,doğurganlık,sağlık hizmetleri gibi bağımlı değişkenler üzerinde en belirleyici bağımsız değişkenler gelir ve eğitimidir.

İlçe temeline dayalı kamu kaynaklı sağlık ve sağlığı belirleyen değişken verilerinde nitelik açısından bazı sorunlar bulunmakla birlikte bu veriler önemli ölçüde kullanılır ve geçerli verilerdir. Ancak sağlıkta eşitsizlik araştırmalarında ilçe temelli verilere kıyasla il temelli verilerin daha güvenilir olduğu, Devlet Planlama Teşkilatı verilerine göre Sağlık Bakanlığı kaynaklı ilçe temelli verilerin daha az güvenilir olduğu söylenebilir

.Anahtar kelimeler : Sağlıkta eşitsizlikler, sağlık hizmet kullanımı, ölümlülük, doğurganlık, ekolojik çalışma

SUMMARY

Introduction: There are inequalities in health indices, accessibility, availability and quality of health services between geographic regions and social classes.

Purpose: This study aims to demonstrate the relationships between health determinants and county based health indices which have been developed by national public/governmental institutions. The second possible outcome of this study is to demonstrate the validity of the data processed by public institutions.

Materials and Methods: This is an ecological study design. The target data of this study was 872 counties which were included in the State Planning Agency (DPT) 2004 survey. Complete data could be collected from 533 counties which consists of 61.1 % coverage rate. The dependent variables of this study were mortality, fertility and accessibility and availability of health services. Four independent variable groups were studied in this study such as those with related to education, fertility, development (geographic, demographic and economic indices) criteria and the quality and the quantity of health care services. SPSS 10.0 package were used in the univariate (students t tests and correlations) and multivariate (multiple linear regression) analysis. The sources of data were State Planning Agency (DPT), Turkish Statistical Institute (TUIK) and Ministry of Health.

Results: National official county based data varies by its source and Ministry of Health data can be regarded as invalid compared to others. In both univariate and multivariate analysis the independent variables such as education, income, place of inhabitation were found to affect mortality, fertility and health service accessibility indices.

Although casual relationships are regarded as very weak in ecological designs the findings give a clue to develop hypothesis. The results that were generated in the analysis based on dependent and independent variables are:

- There are geographic differences in Turkey in regard to health measures. While mortality indices are higher in eastern regions, hospital deliveries, infant monitoring rates and rates of use of family planning methods are in favor of western counties of Turkey. In addition to these, Crude Birth rates, Gross Fertility Rates and child-women ratios; vaccine drop-out rates and the rate of deliveries without any health professional supervision are higher in Eastern counties compared to West.
- The higher the educated population, the lower the infant death rate and vaccine drop-out rate and the higher the utilization of health services.
- There is an obvious inverse relationship between income and fertility rates.
- The source of the health service indices is Ministry of Health and some of these variables could not be introduced in the analysis since they were evaluated as inconsistent and invalid variables ,
- Postneonatal infant death rate is inversely related with urbanization and improvement of development indices.

Conclusion:

The regional and socioeconomic -already expected- differences were once again demonstrated in this study: the most effective determinants of mortality , fertility and utilization of health services are income and education.

Although there are some inconsistencies, county based health and health determinants data generated by state institutions can be regarded as utilizable but province based data is preferable to county based data. If one can decide to use county based data, DPT is more valid compared to Ministry of Health originated data.

Key Words: Inequalities in Health, accessibility of health services, reproducibility, ecological design.

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanması süresince, tüm kötümserliğime rağmen anlayışı ve desteği ile sürekli yanımda olan, yardımlarını esirgemeyen değerli danışman hocam Prof.Dr. Erhan ESER'e, araştırma verilerimi temin etmekte bana yardımcı olan Manisa Sağlık Müdürlüğü' ne ve özellikle Bilgi İşlem ve İstatistik Şube Müdürü İsmail YILDIRIM'a, verdikleri destek ve görüşler için Dr. Nasır NESANIR ve Araştırma Görevlisi Aynur Ç. ÇETİNKAYA' ya teşekkür ederim.

Ayrıca gösterdikleri sabır ve ilgi için eşime ve tüm aileme de teşekkürler...

Saniye ORHAN AKSOY

Mayıs 2007

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	V-VI
SUMMARY	VII
TEŞEKKÜR	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	XII
TABLolar DİZİNİ	XIII
BÖLÜM I	
1. GİRİŞ, GENEL BİLGİLER, AMAÇ	1
1.1. SAĞLIĞIN ÖLÇÜLMESİ	2
1.1.1. MORTALİTE ÖLÇÜTLERİ	5
1.1.1.1. BEBEK ÖLÜM HIZI	5
1.1.1.2. ANA ÖLÜM HIZI	6
1.1.1.3. PERİNATAL ÖLÜM HIZI	7
1.1.1.4. ÇOCUK ÖLÜM HIZI	8
1.1.1.5. DÜŞÜKDOĞUM AĞIRLIKLI BEBEK YÜZDESİ	8
1.1.1.6. BEŞ YAŞ ALTI ÖLÜM HIZI	8
1.1.2. DOĞURGANLIK ÖLÇÜTLERİ	9
1.1.3. MORBİDİTE ÖLÇÜTLERİ	10
1.1.4. HİZMET ÖLÇÜTLERİ	10
1.1.5. DİĞER ÖLÇÜTLER	13
1.2. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ	13
1.3. SOSYO-EKONOMİK GELİŞME GÖSTERGELERİ	14
1.4. YOKSULLUK VE SAĞLIK	16
1.5. EKONOMİK KALKINMA VE NÜFUS İLİŞKİSİ	18
1.6. EĞİTİM	20
1.7. SAĞLIK VE EŞİTSİZLİKLER	22
1.8. SAĞLIK HİZMETLERİNDE EŞİTSİZLİK	26
1.9. AMAÇ	28
1.10. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ	28

BÖLÜM II		
2.	GEREÇ VE YÖNTEM	29
2.1.	ARAŞTIRMANIN TİPİ	29
2.2.	ARAŞTIRMANIN EVRENİ	29
2.3.	ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ VE ÖRNEKLEM YÖNTEMİ	29
2.4.	VERİ TOPLAMA BİÇİMİ, VERİ TOPLAMA ARAÇLARI, VERİLERİN OLUŞTURULMASI, ANALİZE ALINAN DEĞİŞKENLER VE VERİ KAYNAKLARI	33
2.4.1.	VERİ TOPLAMA BİÇİMİ VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	33
2.4.2.	VERİLERİN OLUŞTURULMASI	33
2.5.	ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	34
2.5.1.	ARAŞTIRMANIN ANALİZLERİ ÖNCESİ ELDE EDİLEN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER İLE KAYNAKLARI	34
2.5.1.1.	ARAŞTIRMANIN ANALİZLERİNDE KULLANILAN BAĞIMLI DEĞİŞKENLER VE KAYNAKLARI	34
2.5.1.2.	ARAŞTIRMANIN ANALİZLERİNDE KULLANILAN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER VE KAYNAKLARI	38
2.6.	ANALİZE ALINACAK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ, DEĞİŞKENLERİN SEÇİMİ VE ANALİZİ	40
2.7.	ARAŞTIRMANIN ANALİZİ	40
2.8.	ARAŞTIRMANIN TAKVİMİ	41
2.9.	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	41
BÖLÜM III		
3.	BULGULAR	42
3.1.	DEĞİŞKEN GRUPLARININ TANIMLANMASI	42
3.1.1.	İLÇELERE GÖRE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER	43
3.1.2.	İLÇELERE GÖRE EĞİTİM İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER	46
3.1.3.	İLÇELERE GÖRE EKONOMİ İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER	48
3.1.4.	İLÇELERE GÖRE SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER	50
3.1.5.	İLÇELERE GÖRE ÖLÜMLÜLÜK İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER	54
3.1.6.	İLÇELERE GÖRE DOĞURGANLIK İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER	59
3.2.	TEK DEĞİŞKENLİ ANALİZLER	62

3.3.	ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZLER	84
3.3.1.	ÇOKLU DOĞRUSAL REGRESYON (MULTİPLE LİNEAR REGRESYON) İNDİRGENMİŞ SON MODELLER	88
	BÖLÜM IV	
4.	TARTIŞMA	95
	BÖLÜM V	
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER	101
5.1.	SONUÇLAR	101
5.2.	ÖNERİLER	102
	KAYNAKLAR	103
	ÖZGEÇMİŞ	116

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1	Araştırma Kapsamına Giren İl Merkezleri Ve İlçelerinin Haritası	Sayfa 32
---------	---	-------------

TABLolar DİZİNİ

		Sayfa
Tablo 1.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Bölge Gruplarına Göre Yüzde Dağılımı	22
Tablo 2.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Bölgelere Göre Yüzde Dağılımı	22
Tablo 3.	Türkiye’de Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Demografik Yapı İle İlgili Değişkenler	39
Tablo 4.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Nüfus Artış Hızına Göre Yüzde Dağılımları	41
Tablo 5.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Nüfus Yoğunluğuna Göre Yüzde Dağılımları	41
Tablo 6.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Toplam Bağımlılık Oranlarına Göre Yüzde Dağılımları	42
Tablo 7.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Eğitim İle İlgili Değişkenler	42
Tablo 8.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Altı Yaş ve Üzeri Kadınlarda Okuma-Yazma Bilmeyenlerin Oranları	43
Tablo 9.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Okur -Yazar Nüfus Oranları	44
Tablo 10.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Ekonomi İle İlgili Değişkenler	44
Tablo 11.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin İşsizlik Oranları	46

Tablo 12.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Sağlık Hizmetleri İle İlgili Değişkenler	46
Tablo 13.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Kızamık Bağışıklama Oranları	47
Tablo 14.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Aşı Devamsızlık Hızı Dağılımı1	48
Tablo 15.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Aşı Devamsızlık Hızı Dağılımı2	48
Tablo 16.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Doğurgan Çağ Kadınların Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanım Oranları	49
Tablo 17.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Doğurgan Çağ Kadınların Herhangi Bir Yöntem Kullanım Oranları	49
Tablo 18.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Gebe Tetanoz Bağışıklama Oranı	50
Tablo 19.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Ölümlülük İle İlgili Değişkenler	51
Tablo 20.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Bebek Ölüm Hızı Dağılımı 1	52
Tablo 21.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Bebek Ölüm Hızı Dağılımı 2	52

Tablo 22.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Bebek Ölüm Hızı Dağılımı 3	53
Tablo 23.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Neonatal Bebek Ölüm Hızı Dağılımı 1	53
Tablo 24.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Neonatal Bebek Ölüm Hızı Dağılımı 2	54
Tablo 25.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Perinatal Ölüm Hızı Dağılımı	54
Tablo 26.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Doğurganlık İle İlgili Değişkenler	55
Tablo 27.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Genel Doğurganlık Hızı Dağılımı 1	55
Tablo 28.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Genel Doğurganlık Hızı Dağılımı 2	56
Tablo 29.	Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Çocuk Kadın Oranı Dağılımı	56
Tablo 30.	Nüfus Artış Hızı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	57
Tablo 31.	Nüfus Bağımlılık Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	59
Tablo 32.	Nüfus Yoğunluğu İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	61

Tablo 33.	İlçenin Bulunduğu Bölge İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	63
Tablo 34.	Altı Yaş Üzeri Okur-Yazar Olmayan Kadın Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	66
Tablo 35.	İşsizlik Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	68
Tablo 36.	Okur-Yazar Nüfus Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	70
Tablo 37.	Kızamık Bağışıklama Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	73
Tablo 38.	Aşı Devamsızlık Hızı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki 1	75
Tablo 39.	Aşı Devamsızlık Hızı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki 2	77
Tablo 40.	Araştırmanın Bağımsız Değişkenlerinin Açıklayıcı Faktör Çözümlemesi	80
Tablo 41.	Bebek Ölüm Hızı İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model 1	83
Tablo 42.	Bebek Ölüm Hızı İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model 2	84
Tablo 43.	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	85

Tablo 44.	Postneonatal Ölüm Hızı İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	86
Tablo 45.	Aşı Devamsızlık Hızı İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model 1	87
Tablo 46.	Genel Doğurganlık Hızı İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model 1	90

BÖLÜM I

1. GİRİŞ, GENEL BİLGİLER, AMAÇ

Sosyo-ekonomik gruplar ve cinsiyetler arasında sağlık düzeyi farklılıkları ve sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetlerin kullanımına ilişkin eşitsizlikler sağlık alanındaki en önemli sorunların başında yer almaktadır. Hatta en gelişmişler sınıfındaki batılı ülkelerde bile genel olarak toplumsal sağlık düzeyindeki gözle görülür yükselmeye karşın çeşitli gruplar arasındaki eşitsizlikler varlığını sürdürmektedir (1,5,6,9,12,17,20,31,32,35,43).

Eşitsizlikler konusu 1970' lerin ortalarından beri uluslararası gündemde yer almaktadır. 1978 yılında yayınlanan Alma-Ata deklarasyonunun 2. maddesinde sağlıkta özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerinde var olan büyük eşitsizlik durumu gerek politik gerek sosyal gerekse de ekonomik bakımdan kabul edilemez olarak belirtilmiştir (12,35, 44).

2000 yılında Herkes İçin Sağlık -HİS- anlayışı doğrultusunda Avrupa Bölgesi hedefleri belirlenirken ise herkes için sağlığın eşitlik demek olduğu vurgusu yapılmış ve birinci hedef "2000 yılına kadar dezavantajlı durumdaki devletler ile grupların sağlık düzeylerini yükselttilerek ülkeler arasındaki ve ülke içindeki gruplar arasında mevcut sağlık düzeyi farklılıkları 2000 yılına kadar en az %25 azaltılmalıdır" şeklinde belirlenmiştir (1,12,17,35,38).

DSÖ Avrupa Bölgesi, 1991 yılında belirlediği HİS hedeflerini 1998 yılında yeniden gözden geçirerek 'sağlık-21' adıyla 21 adet yeni hedef belirlemiştir. Ülkemizin de içinde yer aldığı bütün üye ülkeler için, 2020 yılına kadar ülke içi sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının dörtte bir oranında azaltılması hedeflenmiştir (1,35).

1994' te Kahire' de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı' nda (ICPD) kabul edilen eylem planında yoksulluğun giderilmesi, cinsiyetler arasındaki eşitliğin sağlanması, toplumsal refahtan, sağlık, eğitim gibi temel hizmetlerden eşit olarak yararlanabilmeyi, sorumlulukların paylaşılmasını ve herkesin bunlardan yararlanmada eşit fırsatlardan yararlanması bir hak olarak dikkate almaktadır (14,24,29).

BM tarafından gerçekleştirilen 4. Dünya Kadın Konferansı, toplumsal cinsiyet eşitliği konusunu gündeme yerleştirme konusunda önemli bir işlev üstlenmiştir. 1995 yılında gerçekleştirilen 4. Dünya Kadın Konferansı diğer konferanslardan farklı olarak bir taahhütler konferansı olmuş ve konferans sonucunda ortaya çıkan Pekin Eylem Platformu'nda belirtilen 12 kritik alanda ülkeler taahhütler üstlenmiştir. Bunlardan biri de 'kadın ve sağlık' tır. Bu konferans dünyanın her yerinde yaşayan kadınlar için eşitlik, gelişme ve barış hedeflerine ulaşma isteğinin bir göstergesiydi(28,29).

Dünya Bankası' nın 1993 raporu, 1995 yılında ilk olarak yayınlanan DSÖ Dünya Sağlık Raporu, Birleşmiş Milletler Nüfus ve Kalkınma Fonunun (UNDP) 1997 İnsani Kalkınma Raporu, sağlıkta eşitsizliklerin kabul edilemez boyutlarını ve sağlığın sürdürülebilir kalkınmadaki yerini yeniden vurgulayan, gelir dağılımında ülkeler arası ve ülke içi eşitsizlikleri ortaya koyan önemli raporlardır (1).

Black Rapor' un 1980 yılında yayımlanmasından sonra sağlıkta sosyo-ekonomik eşitsizliklerin artarak devam ettiğinin anlaşılması akademik ilgiyi bu konuya çekmiştir (1).

1.1. SAĞLIĞIN ÖLÇÜLMESİ

Sosyoekonomik gruplar arasında sağlık ve sağlık hizmeti kullanma farklılıklarının çalışılması sağlığın uygun yöntemlerle ölçülmesini de gerektirir. Sağlığı ölçebilmek için ne olduğunu da bilmek gerekir. DSÖ sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır (1,25). Sağlık, fiziksel ve sosyal etkenlerle ilişki içindeki, biyolojik ve mental işlevler bütünüdür. Yalnızca hastalık ve ölüm ile sağlığın tanımlanması olanaklı değildir. Artık sağlığın korunmasının ötesinde sağlığın geliştirilmesinden de söz edilmelidir. Sağlığın geliştirilmesi ise hastalıkların kontrolünün ve önlenmesinin ötesinde, genel olarak sağlıkla ilgili kaynakların güçlendirilmesini gerektirmektedir. Bu gereklilik de, sağlığın biyolojik bir çerçeve dışında daha sosyal bir ilişkiler bütünü içinde tanımlanmasını zorunlu kılar (8).

Ülkelerin ulaşmak istedikleri ekonomik kalkınma, günümüzde yeni bir yaklaşımla ele alınmakta ve sağlık konusu bu yaklaşımda önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık sektörünün kalkınma üzerindeki rolünü ön plana çıkartan bu yeni yaklaşım sektörün önemini daha arttırmış ve ülkelerin kalkınmışlık göstergelerinde sağlık verileri yer almaya başlamıştır. Kişi başına düşen milli gelir dağılımı, sanayileşme, işsizlik oranı, altyapı, beslenme ve eğitim düzeyi gibi bir çok ekonomik, sosyal ve kültürel göstergelerle açıklanan, klasik anlamda kalkınma, yeni yaklaşımda; beşeri kalkınma nosyonu ön plana alınarak, eğitim ve sağlık göstergeleriyle özleşmiştir. Diğer göstergelerle birlikte, toplam sağlık harcamalarının topluma yansımaları olan kişi başına hekim sayısı, yatak sayısı, ilaç tüketimi, sağlık hizmetleri kalitesi ile

buna ulaşılabilirlik ve bunların doğal uzantısı olan bebek ölüm oranı, genel ölüm oranı ve ortalama ömür gibi temel sağlık göstergeleri toplumun kalkınmışlık düzeyini belirleyen faktörlerdir (1).

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, sağlık alanındaki talebin saptanması ve karşılanması, toplumun sağlık sorunlarının belirlenmesi ve bunların çözümü amacıyla geliştirilmiş ölçütler kullanılmaktadır. Sağlık düzeyi ve temel demografik ölçütler adı altında toplanmakta olan bu ölçütler bir toplumun sağlık düzeyi ve sorunları hakkında bilgi vermenin yanı sıra ülkeler arasında kıyaslama yapılabilmesine olanak sağlamaktadır. Hız, orantı, olasılık, yüzde gibi ölçütler nüfus büyüklüğünden kaynaklanan farklılıkları ortadan kaldırıp, gerçekte var olan farklılığın saptanmasını sağlamaktadır (33) .

Bu amaçla son yıllara kadar en sık ölüm hızları kullanılmıştır. Kullanım kolaylığı gösterecek de ölüm hızları sağlık olgusunun ancak tek ve oldukça sınırlı bir yönünü ölçmeye yarayabilirler (5,12).

Sağlık düzeyi ve sağlık hizmetleri etkinlik göstergeleri olarak; ana çocuk sağlığı hizmetleri göstergeleri, demografik ölçütler, aile planlaması etkinliğinin ölçülmesi, bulaşıcı hastalıklar insidans hızı, sağlık personeli başına düşen nüfus, sağlık kayıtları, hekim başına düşen hasta sayısı kullanılmaktadır. Ülkelerin sağlık hizmetlerini ulusal ve uluslararası düzeyde ölçmek ve değerlendirme yapmak için belli kriterler kullanılmaktadır. Sağlık düzeyi ve sağlık hizmetleri etkinlik göstergeleri olarak; ana-çocuk sağlığı hizmetleri göstergeleri, demografik ölçütler, aile planlaması hizmetleri etkinliğinin ölçülmesi, bulaşıcı hastalıklar insidans hızı, sağlık personeli

başına düşen nüfus, yatak başına nüfus, sağlık kayıtları, hekim başına hasta sayısı kullanılmaktadır (5,12,21).

Göstergeler varolan bir durumun tanımlanmasına yardım etmek ve belirli bir zaman aralığındaki değişiklikleri veya trendleri ölçmek için kullanılan ölçütlerdir. Sağlık göstergelerinin çoğu niceliksel bazıları da niteliksel yapıdadır (45).

Sağlık göstergeleri;

-Bölgenin sosyo-ekonomik gelişmesi ve temel sağlık hizmetleri için karara bağlanan politikaların analizinde

-Uygulanan sağlık programlarının gelişiminin izlenmesinde

-Toplumun sağlık düzeyine etkisinin değerlendirilmesinde kullanılır.

Göstergeler ülkenin değişik bölgelerinin karşılaştırılmasını ve sağlık durumlarının yükselmesindeki gelişmeleri ölçmeyi sağlar.

Göstergeler ayrıcalıklı gruplar ve fakirler gibi toplumdaki belirli alt grupların veya kırsal ve kentsel bölgelerde yaşayanların sağlık durumları aralarındaki farklılıkları ortaya çıkarabilir (45).

Sağlık göstergeleri mevcut durumu dolaylı veya dolaysız ölçülebilir. Örneğin bebek ölüm hızı, bebeklerin yaşamlarının ilk yılında ölme risklerinin dolaysız ölçütüdür fakat aynı zamanda genel sosyo-ekonomik gelişmenin dolaylı bir ölçüsü olarak da kullanılır.

Halen var olan durumun analizini ve bununla ilgili karşılaştırmaları yapmada , politika belirlemede ve sağlık programlarının yönetiminde çok hassas göstergeler gerekmektedir (45).

Sağlık hizmetlerinin ne düzeyde olduğunu ölçmek ve hizmet etkinliğinin ne durumda olduğunu belirlemek için kullanılan sağlık ölçütleri sayısal, objektif, doğru ve güvenilir olmalıdırlar (46).

Toplumun sağlık düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılan sağlık ölçütleri:

-Mortalite istatistikleri

-Fertilite istatistikleri

-Morbidity istatistikleri

-Hizmet istatistikleri

-Diğer istatistikler olmak üzere gruplandırılabilir (52).

1.1.1 MORTALİTE ÖLÇÜTLERİ

Mortalite verileri, bir ölçüde morbiditenin ve algılanan sağlık düzeyinin sonuçlarını yansıtan verilerdir. Mortalite yönünden olumsuz olan gruplarda morbiditede de eşitsizlik olduğu beklenilmektedir. Bunun için daha çok yaşa, cinse, yerleşim yerine, mesleğe ve nedene özel ölüm oranları, beş yaş altı ölüm oranı, bebek ölüm hızı, perinatal ölüm hızı, ölü doğum hızı, potansiyel yaşam yılı kaybı, doğuşta beklenen yaşam süresi kullanılır. Eşitsizliği gösterirken yalnızca mortalite verilerinin kullanılması günümüzde ölüm oranlarındaki azalma ile kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi öldürmeyen ancak yaşam kalitesini düşüren hastalıkların artışı nedeniyle toplumun sağlık durumunu tam olarak yansıtamaz (35).

1.1.1.1 BEBEK ÖLÜM HIZI:

Bebek ölüm hızı, sağlık düzeyini ölçmede genellikle en iyi ölçüt olarak kabul edilir. Bebek ölüm hızı ile yapılan yorumların bir sakıncası da neonatal ölümler ile postneonatal ölümler arasındaki ilişkinin sıkı olmamasıdır. Bunun nedeni neonatal ve postneonatal ölüm nedenlerinin farklı oluşudur. Neonatal ölümler büyük ölçüde ana sağlık düzeyine bağlıdır ve ölüm nedenlerinin başında düşük doğum ağırlığı, malformasyonlar, doğum travmaları ve sepsis gelir. Postneonatal ölümler ise daha çok çevresel faktörlere bağlıdır. Bu nedenle çocuk sağlığı düzeyi ile ilgili çalışmalarda neonatal ve postneonatal ölüm hızlarını birbirinden ayrı olarak incelemek gerekir (27).

Yirmi birinci yüzyıla girerken, bütün dünyada yılda yaklaşık 114 milyon umudun doğmasına rağmen ancak bunlardan yaklaşık 10 milyonunun daha 5 yaşına gelmeden sönmektedir.

Bebek ölüm hızı bir toplumdaki ana-çocuk sağlığı, ülkenin koşulları, toplumun sosyo-ekonomik düzeyi hakkında bilgi veren önemli göstergelerdendir. Annenin sağlık hizmetlerinden yararlanması ölüm hızlarının düşürülmesi açısından önemli bir etkidir (46).

Annenin bir sağlık personelinden hem doğum öncesi bakım almış olması, hem de doğumunu bir sağlık personelinin yardımı ile yapmış olması durumunda bebek ve ölüm hızları önemli ölçüde düşmektedir (47).

Günümüzde ülkelerin gelişmişlik düzeyleri; o ülkenin ticari kapasitesi, kişi başına düşen gelir miktarı ve ortalama yaşam süresi gibi göstergelerden daha önemli bir parametre olan, bebek ölüm hızı ile değerlendirilmektedir. Bebek ölüm hızı, sadece çocuk sağlığının genel göstergesi olmayıp, aynı zamanda o ülkenin eğitim düzeyinin de göstergesidir (37).

Bebek ölüm hızını:

- Anne-baba eğitimi,
 - Ekonomik durum
 - Kötü çevrede yaşama
 - Ulaşım
 - İletişim
 - Geleneksel aile
 - Aile planlaması
 - Yetersiz ve dengesiz beslenme
 - Sağlık hizmetlerinden yararlanamama
- gibi pek çok faktör etkilemektedir (37).

Bebek ölüm hızının azaltılması, sağlık ve kalkınma programlarının başarısını ifade eder. Bu nedenle bebek ölüm hızının sifıra yakın olması beklenir.

Gelişmiş ülkelerde bebek ölüm hızı binde 4-5 dolayında iken Türkiye' de bu rakam binde 29' dur. Türkiye' deki bebek ölüm hızı İsveç ve Xisviçre' nin 13 katı, Avusturya ve Finlandiya' nın 10 katıdır (46).

1.1.1.2 ANA ÖLÜM HIZI

Ana sağlığı düzeyini en iyi gösteren ve bu alanla ilgili yapılan çalışmalar hakkında bilgi veren ana ölüm hızı, bir gebe kadının gebe kaldıktan sonra bu gebe kalışına bağlı bir nedenden doğum yaparken yada lohusalık süresinde ölmesi olarak tanımlanmıştır. Toplumun sosyo-

ekonomik düzeyi konusunda fikir veren ana ölüm hızı Türkiye’ de veri yetersizliği nedeniyle ancak araştırmalardan elde edilen verilerle hesaplanabilmektedir (100).

Dünya’ da 585.000 ana ölümü olmaktadır. Bunun %99’ u sosyal ve ekonomik düzeyleri düşük gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Gelişmiş ülkelere İsviçre ve İsveç’ de ana ölüm hızı en düşük (yüzbinde 5), Fransa’ da en fazladır (yüzbinde 10) (100,101).

1.1.1.3 PERİNATAL ÖLÜM HIZI

Erken neonatal ve ölü doğumların hemen tümü fetus ve yeni doğan ile ilgili olmakla beraber temel neden ana sağlığı ile ilgili bir olgudur. Yapılan araştırmalar ana ölüm hızı ile perinatal ölüm hızı arasında sıkı bir ilişki olduğunu gösteriyor. Perinatal ölümler genellikle anne ölümlerine göre daha sık görüldüğünden bu hız ana sağlığı düzeyi hakkında ana ölüm hızından daha geçerli bilgi verir (27).

Perinatal ölüm hızı doğum öncesi bakımı ve doğum koşullarını yansıtır. Perinatal ölüm hızı toplumda sağlık hizmetlerinin niteliğini gösteren en duyarlı ölçüttür (52).

Türkiye’de yenidoğan ölüm hızının bebek ölüm hızları arasında ön plana çıktığı ve anneye ait sosyodemografik özelliklerin bebek ölüm hızlarını önemli derecede etkilediği görülmektedir. Bu durum anne ve yenidoğan sağlığının önemli bir göstergesi olan perinatal ölüm hızının değerlendirilmesini gerektirmektedir. Türkiye’de “Nüfus ve Sağlık” Araştırmalarının (TNSA) gelismis analizlerine göre perinatal ölüm hızı 1993 yılında %0 42.6, 1998 yılında %0 39.2 ve2003 yılında %0,24 olarak belirtilmiştir. Bu hızlar ülkemizde yenidoğan ve anne sağlığı ile ilgili sorunların halen ön planda olduğunu göstermektedir.

Türk Neonatoloji Derneği’nin Çok Merkezli Çalışma Grubu yaptığı bir araştırmada perinatal ölüm nedenlerinin %44’ ünü ölü doğumlar, %26’ sını Prematürelilik, %14’ ünü fetal kongenital malformasyonlar ve %11’ ini perinatal asfiksi olarak sıralandığı görülmektedir (37)

1.1.1.4. ÇOCUK ÖLÜM HIZI

Çocuklardaki sağlık düzeyi göstergeleri sosyo-ekonomik koşullara daha duyarlı olduğu için, yetişkin yerine çocuk sağlığı ile ilgili göstergeler genel toplumdaki sağlık eşitsizliklerinin saptanması için seçilmiştir.

Bir toplumda çocuk sağlığı iyi değilse tüm ölümlerin yarıya yakınına 0-4 yaş grubu ölümleri oluşturur. Çocuk sağlığının iyi olduğu ülkelerde, 0-4 yaş ölümler tüm ölümlerin %5 kadarını, 45 yaş ve üzeri ölümler tüm ölümlerin %85-90' ını oluşturur. Çocuk sağlığını düzeyini en iyi yansıtan ölçüt bebek ölüm hızı ve 0-4 yaş orantılı ölüm hızıdır (48).

1.1.1.5 DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL BEBEK YÜZDESİ

Düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdesi anne ve bebek beslenmesini beraber değerlendiren ve yaygın olarak kullanılan en önemli ölçütlerdendir. Doğum öncesi bakımın yetersizliğini, annenin sağlık durumunu, çocuğun yaşama şansını da gösterir. Yirmi milyondan fazla fazla bebek yani her beş bebekten biri düşük kiloda dünyaya gelmektedir. Bu durum her yıl 4 milyon bebeğin daha bir aylık olmadan ölmesinin en önemli nedenidir. Düşük kiloda doğum ise ileride diabet, kanser ve kalp krizi riskini %50 arttırmaktadır (94).

Dünya' da düşük doğum ağırlıklı çocukların yüzdesi yüzde 1 ile yüzde 60 arasında farklılık göstermektedir (94).

1.1.1.6 BEŞ YAŞ ALTI ÖLÜM HIZI

Beş yaş altı ölüm hızı, çocukların yaşatılabilmesine ilişkin bir gösterge olmasının yanı sıra toplumsal, demografik, iktisadi ve çevresel etkiler sonucu belirlenen bir gösterge olması nedeniyle, aynı zamanda, çocukların içinde doğdukları genel ortamın bir göstergesi niteliğindedir. Bu yüzden beş yaş altı ölüm hızı, yalnızca sağlığa ilişkin değil, genel olarak kalkınmaya ilişkin bir gösterge olarak benimsenmektedir.

Beş yaş altı ölüm hızının azaltılması, sağlık ve kalkınma programlarının başarısını ifade eder. Bu nedenle beş yaş altı ölüm hızının sıfıra yakın olması beklenir.

5 yaş altı ölüm nedenleri arasında ilk sırayı %58.6'yla perinatal ölüm nedenleri, %16.3'ünü doğuştan gelen anomaliler, %14.6 doğum travması, güç doğum, anoksi, hipoksi halleri, %7.2'sini pnömoni oluşturmaktadır. Neonatal bebek ölümlerinin nedenlerine yönelik ülke genelini kapsayan yeni bir araştırma olmamakla birlikte Türk Neonatoloji Derneğinin Çok Merkezli Çalışma Grubu yaptığı araştırmada perinatal ölüm nedenlerinin %44'ünü ölüdoğumlar, %26'sını prematürelilik, %14'ünü fetal kongenital malformasyonlar ve %11'ini perinatal asfiksi olarak sıralandığı görülmektedir (89).

Ölüm istatistiklerinde yıllar içinde giderek iyileşme görülmeyle birlikte, mevcut hızlar Türkiye'nin ekonomik kalkınmışlık düzeyi ile uyumsuzdur. Beş yaş altı çocuk ölümleri gelişmiş ülkelerle kıyaslanamayacak kadar yüksektir. Diğer yandan görüldüğü gibi çocuklarımız önlenebilir nedenlerden dolayı ölmektedir (84).

Doğumdan itibaren beş yaşına kadar ölüm olasılığının bin canlı doğumdaki oranını gösteren beş yaş altı ölüm hızı gelişmiş ülkelerde en yüksek olarak binde 8 ile ABD'ye aittir. Türkiye'deki oran ise ABD'nin 6 katı, Norveç, İsveç ve İsviçre'nin 12 katıdır (46). Tüm Dünya'da ise binde 4 ile binde 316 arasında değişmektedir (94).

1.1.2 DOĞURGANLIK ÖLÇÜTLERİ

Doğurganlık ve doğumla ilgili göstergeler, doğurganlığın doğrudan göstergesi olan yada doğurganlığı etkileyen göstergeler olarak sınıflandırılabilir.

*Doğrudan göstergeler:

- Kaba doğum hızı
- Genel doğurganlık hızı
- Yaşa özel ve toplam doğurganlık hızı
- Üreme hızlarıdır.

*Dolaylı göstergeler:

- Gebeliği önleyici yöntem prevelansları
- İlk evlilik ve doğum yaşı
- Gebelik ve düşük sayısı örnek olarak verilebilir (17).

Doğurganlık nüfusun büyüklüğü, artışı ve kompozisyonunu etkiler. Doğurganlık örüntüsü sağlık bakımı üzerinde çok sayıda etkiye sahiptir. Örneğin doğum öncesi , sırası ve sonrasında anne ve bebeğin sağlık ihtiyaçları, sağlık hizmeti sunumu gibi (17,54).

1.1.3 MORBİDİTE ÖLÇÜTLERİ

Morbiditede eşitsizliği gösterebilmek için; sağlık kuruluşlarının kayıtlarından, bildirim zorunlu hastalık kayıtlarından, tarama yada izleme programı uygulanan bazı hastalık hızlarından, özel taramalardan, kişilerin genel sağlık durumunu değerlendiren kan basıncı, boy, kilo gibi göstergelerden ve kişilerin sosyal durumunu ortaya koyan toplumsal yaşama katılma durumu, dernek gibi kuruluşlara üyelik gibi göstergelerden ve DSÖ' nün alan araştırmalarında kullandığı algılanan sağlık, geçici ve uzun süreli sakatlık, kronik hastalık hızı ve ruhsal iyilik hali gibi sağlık göstergelerinden yararlanılabilir. Morbidite kayıtları, toplumdaki tüm hastaları temsil edemez. Hastalar var olan belirti ve yakınmalardan yalnızca en belirgin ve acil olanları yansıttıklarından tanılar kısmen taraflıdır ve ayrıntılı bilgi içermez (35).

1.1.4. HİZMET ÖLÇÜTLERİ

Sağlık hizmetlerine olan gereksinimi ve bu hizmetlerin ulaşılabilirliğini göstermek açısından önemli ölçütlerdir.

- Aşılma oranı
- Doğumun gerçekleştiği yer
- Doğum öncesi bakım alan gebelerin oranı (52).

Gelişmekte olan ülkelerde çocukların sağlık düzeylerinde iyileşmenin en belirgin bulgusu, başlıca çocukluk dönemi enfeksiyon hastalıklarının yavaş yavaş azalmasıdır.

Aşı ile korunulabilir bulaşıcı hastalıklara karşı çocukların aşılanarak bağışıklanması başarılı bir sağlık hizmeti sunumudur. Çocukluk döneminde ölüme neden olan bu hastalıklar arasında en önemlisi kızamıktır. Gelişmekte olan ülkelerde kızamık özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük kesimlerdeki çocuklarda görülen ölüm, malnütrisyon ve özürlülük olaylarının başlıca nedenidir (54).

Gebelerin tetanoza karşı bağışıklanması halinde gerek anne gerek neonatal tetanoz ölümlerinin önemli ölçüde azalacağı düşünülmektedir. Gebelerin tetanoz aşısı ile aşılanmaları, Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında olmasına rağmen bugün hala gebe aşılamalarında ulaşılan oran çok düşüktür. TT1 ve TT2 aşuları arasındaki aşya devamsızlık hızı oranının yüksek oluşu büyük ölçüde kayıt ve bildirim sisteminde TT aşu takviminin yanlış yorumlanmasından kaynaklanmaktadır. Aşılama çalışmalarında gerek sağlık ocakları gerekse okul aşılamalarında aşu kartı kullanımı yaygın olmadığı için kadınlar arasındaki TT bağışıklama düzeyi de tam olarak bilinmemektedir (96).

Aşılama hizmetleri özellikle bebek ölümlerinin azaltılmasında önemli yer tutar. Dünya’da gelişmekte olan ülkelerde bebek ölümlerinin 1/5’ i aşu ile önlenabilir hastalıklardan meydana gelmektedir. Oysa ki Dünyada gelişmekte olan ülkelerde 30 milyon bebek ilk doğum günlerinden önce aşılanmamaktadır. Hala 900 binden fazla beş yaş altı çocuk her yıl kızamıktan ölmektedir. Yine her yıl yeni doğmuş 200 bin bebek tetanozdan ölmektedir (94).

Kadının doğum sırasında aldığı yardım doğumu yaptığı yere göre değişmektedir. Sağlık kuruluşu dışında yapılan doğumlarda hekim yada diğer sağlık personeli tarafından sunulan yardım, sağlık kuruluşunda yapılan doğumlarla karşılaştırıldığında çok daha azdır (96).

1990’ da Dünya Çocuk Zirvesi’ nde dünya liderleri kadınların 2000 yılında maternal sağlık bakımı olanaklarına ulaşacaklarını vaat etmişlerdi. Ancak hala gelişmekte olan dünyada 44 milyon kadın doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Hamilelik ve doğumdaki yetersiz sağlık bakımı 600 bin annenin ve 5 milyon bebeğin ölümüne yol açmaktadır. Maternal bakım eksikliği ve maternal ölümler kadının statüsünün düşük olduğu yerlerde daha fazla olmaktadır (94).

Doğum öncesi dönemde bakım hizmetleri ile doğumun sağlık kuruluşunda gerçekleşmesinin bebek sağlığı üzerine direkt etkisi bulunmaktadır. TNSA-2003 verilerine

göre; doğum öncesi bakım almayan annelerin oranı %18.6 iken sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranı %78 olmasına rağmen, doğu Anadolu’da bu oranın %45.5’lere çıkması ve tüm doğumların %9’unun geleneksel ebeler tarafından yaptırılması bebek ölüm oranını yükselten bir diğer neden olmuştur (47).

Doğum öncesi bakım ziyaretlerinin toplam sayısı, doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirme açısından önemli bir göstergedir. Düzenli ziyaretler gebelik süresince anne ve bebeğin sağlığının uygun bir şekilde izlenmesini sağlar. Türkiye’de kadınların %53.9’unun dört veya daha fazla ev ziyaretiyle gebeliklerinde izlendikleri belirlenmiştir. Buna göre; birinci basamakta ev ziyaretlerini yapan ebenin, uygun görülen sayıda gebe kadınları izlemesi nitelikli doğum öncesi bakımıyla birlikte, bebek ölüm oranları üzerinde olumlu katkısı bulunacaktır (47,86,87,88).

Sağlıklı koşullarda doğum ve doğum sonu anne ve yenidoğan bakımı, komplikasyonların azaltılmasında ve komplikasyon gelişmesi durumunda anne ve bebeklerde ölüm riskinin azaltılmasında temel müdahaledir. Bu yaklaşım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen; anne ve çocuk sağlığında müdahale ve eylemleri yönlendiren ve rehberlik yapan “Güvenli Annelik Paketi”nde bu şekilde belirtilmektedir (90,95).

Sağlıksız koşullarda doğumlar, anne sağlığının yanı sıra bebek sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir. İstanbul’da yapılan bir araştırmada ev doğumlarının %19.7’si kaybedilirken, hastane doğumlarının %6.5’inin kaybedildiği tespit edilmiştir. Evde doğan bebeklerin sepsis, yenidoğanın hemorajik hastalığı, pnömoni, erken doğum nedeniyle asfiksi, yenidoğan tetanosu ve çeşitli anomaliler nedeniyle kaybedildiği saptanmıştır (91,92,95).

Avustralya’da yapılan bir çalışmada doğum sonrası evde bakım alan kadınların hastanede bakım alan kadınlara göre doğum sonrası bakım hizmetlerinden daha memnun oldukları tespit edilmiştir (93).

Aile planlaması başarısını değerlendirmede en sık kullanılan göstergelerden biriside, gebeliği önleyici yöntem prevalansıdır. Sağlık düzeyini önemli ölçüde etkileyen aşırı doğurganlığın azaltılmasında, kontraseptif kullanımının önemi büyüktür. Bu oranın gelişmiş ülke düzeyine ulaştırılması halinde pek çok sağlık sorunu giderilebilir (46).

Gebeliği önleyici yöntem kullanımının artması, genel olarak gelişmekte olan ülkelerde doğurganlıktaki düşmeyi yansıtan en önemli göstergelerden birisidir. Temel sağlık hizmetlerinden birisi olan aile planlaması da dahil olmak üzere üreme sağlığı hizmetlerine ulaşma durumunun dolaylı bir göstergesidir.

Aile planlaması programlarının mevcudiyeti ve bu programlara uyulması, kalkınma açısından oldukça önemlidir. Bu oranın yüksek olması beklenir.

1.1.5 DİĞER ÖLÇÜTLER

-Doğumda yaşam beklentisi:

Toplumun sağlık düzeyi konusunda en doğru bilgiyi verecek ölçütlerden birisi değişik yaşlarda beklenen ortalama yaşam süresidir. Gelişmekte olan ülkelerde beklenen yaşam süresinin kısa oluşunda 0-2 yaş ölümlerin yüksekliği önemli rol oynar.

-Bodurluk:

Boy uzunluğu yaşına göre normal ortanca boy değerinin 2 standart sapma sınırının altında yada kısa olan çocukları tanımlar(52).

1.2 SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ

İnsan sağlığı; iyi yaşam hali ve biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerden de etkilenmektedir. Bu faktörlere sağlığın belirleyicileri denilmektedir. Bunlar; bireysel(biyolojik), sosyal, ekonomik çevre, yaşam tarzı, hizmetlere ulaşılabilirlik, genetik, cinsiyet, yaş, yoksulluk, işsizlik, çalışma koşulları, sosyal dışlanma, hava kalitesi, konut, su kalitesi, sosyal çevre, fiziksel aktivite, obezite, sigara, alkol, uyuşturucu, cinsel tercihler, eğitim, sağlık, sosyal hizmetler, ulaşım, boş zamanlar. Bir politika, program yada proje sağlığı negatif ya da pozitif anlamda direkt etkileyebilir.(Dolaysız-direkt etki) Yada sağlığın belirleyicileri dolaylı olarak etkilenir (dolaylı etki) (30). Dünya Sağlık Örgütü sosyo-ekonomik

etkenlere ilişkili sağlık eşitsizliğinin ölçülmesinde kullanılmak üzere bir takım toplumsal düzeyli sağlık göstergeleri belirlemiştir. Belirlenen göstergeler dört grupta toplanmaktadır:

Sağlığın, sağlık sistemi dışındaki belirleyicileriyle ilgili göstergeler:

- a) Yoksulluk düzeyi ve prevalansı,
- b) Eğitim düzeyi,
- c) Güvenli içme suyu kullanma oranı,
- d) Yeterli sanitasyon koşullarına sahip olan nüfusun yüzdesi.

Daha geniş kapsamlı olarak;

1-Sağlık hizmeti kaynaklarının tahsisatı ile ilgili göstergeler:

Bunlar da bölge ve üst bölge düzeyinde ele alınmaktadır.

a) Bölge düzeyinde önerilen ilgili göstergeler:

- Kalifiye sağlık personeli başına düşen nüfus,
- Birinci,ikinci,üçüncü basamak sağlık kurumları başına düşen nüfus

b) Üst bölge düzeyinde önerilen ilgili göstergeler:

- Kalifiye sağlık personeli başına düşen nüfus,
- Kişi başına yapılan sağlık harcamalarının dağılımı

2-Sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili göstergeler:

- Cins ve sınıfa göre elde edilecek çocuk bağışıklama oranları,
 - Antenatal bakım alan kadınların oranı,
 - Kontrasepsiyon uygulama oranı,
 - Kalifiye sağlık personeli yardımıyla gerçekleştirilen doğumların oranı,
 - Tüberküloz tedavisi tamamlanma oranları ve servikal kanser tarama hızları
- olarak sınıflandırılabilir.

1.3 SOSYO-EKONOMİK GELİŞME GÖSTERGELERİ

Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinin ölçülebilmesi için öncelikle gelişmenin tanımlanması gerekmektedir. Gelişme, büyüme ile birlikte yapısal değişmeyi ifade etmektedir. Gelişme toplumun değer yargılarına göre anlam kazanmaktadır. Kişi başına düşen milli gelirin artması yanında genel olarak üretim faktörlerinin etkinlik ve miktarının değişmesi, sanayi

kesiminin milli gelir ve ihracat içindeki payının artması vb. yapısal değişiklikler gelişmenin temel öğeleridir. Gelişme, beşeri yönleriyle ekonomik büyümeden daha geniş anlama sahiptir. Bu nedenle işsizlik, yoksulluk, gelir dağılımı ve bölgesel dengesizlikler gelişme kavramı içerisinde değerlendirilmektedir. Gelişmenin göstergesi olarak kullanılan kişi başına düşen milli gelir 1970' li yıllara kadar kullanılmış ancak sosyoekonomik gelişmişliği yeterince ortaya koyamayan sadece talep genişlemesini açıklayabilen dar kapsamlı bir gösterge olmaktan ileri gidememiştir (18).

Ülkelerin içinde buldukları durum ifade edilirken genelde sosyo-ekonomik gelişme kavramı kullanılmaktadır. Bu kavram ülkenin ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasal yapılarını kapsamakta ve gelişme kavramıyla da örtüşmektedir. Sosyo-ekonomik gelişme, kişi başına düşen milli gelir yanında, yapısal ve insani gelişmeyi de içine alarak ölçülebilen bütün sosyal değişkenleri de kapsamaktadır. Günümüzde gelişmişlik düzeyi tespiti araştırmalarında kişi başına düşen milli gelirin artırılması şeklinde ifade edilebilecek iktisadi büyüme kriteri yanında yapısal ve insani gelişmeyi içine alan ve ölçülebilen bütün sosyal değişkenleri de içeren sosyo-ekonomik gelişme ölçütü daha kapsamlı olmaktadır (18).

1990' dan bu yana yayınlanan İnsani Gelişme Raporları aynı zamanda tüm dünya ülkelerindeki sosyal gelişmeyi sistematik olarak ölçüp, seçilmiş göstergelere göre ülkeleri "toplumsal gelişmişliklerine göre" sıralayan önemli bir dokümandır. Oysaki Birleşmiş Milletlerin sosyal gösterge geliştirme çabası İnsani Gelişme Raporu' ndan çok öncelere dayanmaktadır. 1990 yılında ilk çıkışından bu yana UNDP yıllık raporlarında toplumsal gelişmeyi ölçmek, derecelendirmek, başka ülkelere göre kıyaslamak üzere çok sayıda bileşik endeks kullanmış ve geliştirmiştir. Bunlardan birincisi İnsani Gelişme Endeksidir. İnsani Gelişme Endeksi 3 göstergeye dayanmaktadır:

1- Ömür

*doğuşta yaşam beklentisi

2- Bilgi

*yetişkin okur-yazarlığı

*25 yaş üzerinde kişi başına sağlanan ortalama eğitim süresi

3- Kaynakları yönetebilmek

İller ve bölgelere göre ayrıştırılmış İnsani Gelişme Endeksi ilk defa Türkiye ve Hindistan için hesaplanmıştır. 1991 raporu cinsiyete duyarlı İnsani Gelişme Endeksini, 1993 yılı raporu cinsiyetler arasında farka göre uyarlanmış İnsani Gelişme Endeksini, 1995 raporunda Toplumsal Cinsiyete Bağlı Gelişme Endeksine dönüşmüştür. Cinsiyete bağlı gelişme endeksi ortalama doğumda yaşam beklentisi, eğitim düzeyi ve gelir açısından kadın ve erkek arasındaki eşitsizliği dikkate alan bir ayarlama yapmaktadır. İnsani Gelişme Endeksi ülkenin eriştiği ilerlemeyi ölçtüğü halde, aynı ülkede süren yoksulluğun derinliğini ölçmekten aciz kaldı. Bu yüzden yoksulluk konulu 1997 yılı İnsani Gelişme Raporunda, İnsani Yoksulluk Endeksi (Human Poverty Index) ortaya atıldı ve 1998 yılından beri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için ayrı ayrı hesaplandı.

Türkiye’ de insani gelişme 1970’ ten 1990’lı yıllara kadar büyük ve hızlı ilerleme göstermiştir. 1970’ lerin başında düşük düzeyde olan Türkiye, pozisyonunu 1972’ den bu yana orta düzeyde ilerletmektedir (15).

1.4 YOKSULLUK VE SAĞLIK

21. yüzyılın en güçlü olgularından biri olan küreselleşme, yoksulluğu daha da yaygınlaştıran eğilimler içinde olmuştur. Yoksulluğun ilk kurbanları kadınlar ve çocuklardır. Uluslar arası Çalışma Örgütü’ nün tahminlerine göre, gelişmekte olan ülkelerde yaşları 5 ile 14 arasında olan 252 milyon çocuk işçi yanında yaşları 5 ile 11 arasında 50-60 milyon kadar çocuk da tehlikeli koşullarda çalışıyor. Buna karşılık zengin ülkelerde de kıyıya vuran yoksulluk ve çocuk işgücü alanında istismar yaygınlaşıyor. Yoksulluk sağlık ve eğitim alanındaki kazanımları da ciddi boyutlarda tehdit ediyor. Çalışan çocukların %61’ i Asya’ da, %32’ si Afrika’ da, %7’ si Latin Amerika ve Karaippler’ dedir (94).

Dünya Bankası, kişi başına günlük 1\$ kazancı ‘uluslararası yoksulluk sınırı’ olarak kabul etmektedir. Birleşmiş Milletler Gelişim Programı (UNDP) İnsani Gelişim Raporu (2002)’na göre Türkiye’ deki insanların %2.4’ ü günde 1\$’ dan az, %18’ i ise günde 2\$’ dan az gelire

sahiptir. Bu rakamlara göre nüfusumuzun dolayısıyla çocuklarında en az %20' si yoksuldur. Bu yoksulluğunun sonuçları düşük doğum ağırlığının, postneonatal ölümlerin ve çocuk ölümlerinin yüksek olmasıdır. Bunların altında yatan ise annede ve bebekte beslenme yetersizliği, kötü çevre koşulları gibi yoksullukla ilişkili nedenlerdir (13).

Dünyada yoksulluk içinde yaşayan çocuk sayısı 10 yıl öncesine göre daha fazladır. Dünyada 600 milyon çocuk yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Çocuk ve yetişkin yoksul sayısı ise 1 milyar 200 milyon kişidir. Bu ise her beş insandan birinin yoksul olduğu bir dünyada yaşıyoruz anlamına gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 5 yaşın altındaki 200 milyon çocuk mutlak yoksulluk düzeyinin altında yaşama mücadelesi vermektedir (94).

HÜNEE-1999 verilerine göre beslenme bozukluğuna bağlı boy kısalığı (bodurluk), ülkemizde 0-5 yaş grubunda % 16.0 oranındayken, kırdaki % 22 ve kentte % 12.6; Doğu' da %30 ve Batı' da %9.9; ilköğretim altı eğitim gören annelerin çocuklarında %31 ve ilköğretim üstü eğitimli annelerin çocuklarında %4' dür. TNSA-2003 verilerine göre ise ülkemizdeki beş yaş altındaki çocukların %8' inin ağırlığı yaşına göre düşüktür, bir başka deyişle beslenme yetersizliği göstermektedir ve ülkemizde 5 yaş altındaki çocukların %15' inin boyu yaşına göre kısadır (13,97).

Gelişmekte olan ülkelerde temel sağlık göstergeleri son derece kötüdür. Örneğin, Kenya' da 1990 yılı itibariyle 1000 nüfus başına 0.14 hekim düşmektedir. Bu ülkede bebek ölüm oranı binde 77.7 ve ortalama ömür 47 yıldır. Nijerya' da ortalama ömür 46.8 ve bebek ölüm oranı binde 153, Hindistan' da ortalama ömür 62.8 ve bebek ölüm oranı binde 87.7' dir. Genel olarak düşük gelirli ülkelerde ortalama ömür 58.9, bebek ölüm oranı binde 114.8' dir (11).

2000 yılı verileriyle düşük gelirli ülkelerde ortalama yaşam beklentisi 58.9 iken, yüksek gelirli ülkelerde 77.8' dir (11).

En yoksul ile en zengin farkı, ishali çocuk oranında da oldukça belirgindir. En yoksulların çocuklarında % 31.2 olan bu oran, en zenginlerde % 19.4' e düşmektedir (1.61 kat). Ancak zenginlik-yoksulluk farkı daha çok tıbbi hizmetlerden ve kamu sağlık olanaklarından yararlanmada ortaya çıkmaktadır. En zenginlerin çocuklarının % 30.6' sı, ishal olduklarında tıbbi tedavi alırlarken, bu oran en yoksulların çocuklarında % 16.8' e gerilemektedir. İkinci ve üçüncü %20' lik gelir gruplarında da tıbbi tedavi oranı, zenginlere yakındır %30.6 ve 28.1. Zengin-yoksul farkı kamu sağlık olanaklarından yararlanmada ortadan kalkmaktadır. Her iki grupta da bu oran % 13.3' tür. Bu fark

muhtemelen zenginlerin daha çok özel sağlık kurumlarını kullanmasından kaynaklanmaktadır (97).

Zengin-yoksul farkı akut solunum yolu enfeksiyonu görülmesi konusunda da söz konusudur. Son iki haftada alt solunum yolu enfeksiyonu görülen çocukların oranı en yoksul %20' lik grupta %15.5 iken, en zengin gelir diliminde 2.34 kat daha azdır (%6.6).

Yoksul %20' lik grupta bebek ölüm hızı binde 99 iken, en zengin %20' lik grupta bu hız binde 25.4' e kadar gerilemektedir. Yaklaşık 3.93' lük bu fark beş yaş altı çocuk ölüm hızı açısından bakıldığında ise, en zengin ve en yoksullar arasındaki farkın 4.6 kata çıktığı görülmektedir (97).

Tam aşılı olamayan çocuk oranı, 1993 yılında, en yoksul %20' lik gelir diliminde %59.3 iken, en zengin %20' lik dilimde bu oran %18.1' dir. Hiç aşılınmamış çocuk oranı en yoksullarda %7.7, en zenginlerde ise %17 dir. Hem tam aşılı hem de hiç aşı olmamış çocuk açısından diğer gelir gruplarının oranları oldukça yüksektir. Bu durum da, bir kamu sağlık hizmeti olarak sunulan aşılama hizmetlerinin, toplumsal eşitsizliklerden kaynaklanan eşitsizlikleri azatlığının bir kanıtı olarak değerlendirilebilir (7).

1.5. EKONOMİK KALKINMA VE NÜFUS İLİŞKİSİ

Nüfus; belli bir bölgede belirli bir anda yaşayan bireylerin oluşturduğu kitledir. Bu kitledeki sayısal değişimler üç ögenin doğumlar, ölümler, göçlerin etkisi altındadır. Bu 3 öge arasındaki dengede olabilecek değişimler o bölgedeki nüfusun hızlı artması yada azalmasına neden olur (23).

Türkiye' de yıllar içinde nüfusun yaş gruplarına göre dağılımında da farklılıklar olmuştur. Nüfus artış hızının en yüksek olduğu yıllar olan 1960'lı yıllarda 0-4 yaş grubunun tüm nüfus içindeki payı %15.3 iken, 2000 yılında %9.7' ye düştüğü görülmektedir. Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne göre 18 yaşına kadar bireyler çocuk sayılmaktadır. Bu tanıma göre Türkiye'nin 2000 yılı nüfusunun %38.3' ü "0-18" yaş grubundadır. Türkiye' de halen 10 kişiden biri "0-4" yaş grubunda ve her beş kişiden ikisi "18 yaş ve altında" dır. Bu veriler, Türkiye' de çocuk yaş grubu nüfus yüzdesi sağlık hizmet gereksinimi olan hedef kitlenin halen çok büyük olduğunu göstermektedir.

Türkiye' nin nüfus büyüklüğü açısından Avrupa Birliğini oluşturan ülkeler arasında Almanya dışında kalan ülkelere daha fazla nüfusa sahiptir. Nüfusun fazlalığı yanında ülkemizin özellikle genç bağımlı nüfusu Avrupa Birliği ülkelerine göre çok fazladır. Bağımlı nüfusun fazlalığı da ekonomi üzerine olumsuz etkisi vardır (33).

Ekonomik kalkınma ile nüfus arasındaki ilişkiden söz ederken şunu da belirtmek gerekir ki, ekonomik kalkınma ile nüfus arasında etkileşim var demek, nüfus faktörünün tek etken, bağımsız etken yada en önemli etken olduğu anlamına gelmez. Gerçekten nüfus etkeni ekonomik kalkınmada ne tek etkidir ne de en önemlisidir. Sadece ve özellikle aşırı doğurgan olan az gelişmiş ülkelerde, ekonomik kalkınma hızını etkileyen etkenlerden biridir (22).

Nüfus artış hızı, ekonomik gelişme temposu içinde işgücü artışını, sermaye birikimini, teknolojik gelişmeyi ve doğal kaynakların kullanılmasını etkileyen bir unsurdur.

Nüfus artışı bir yandan doğrudan doğruya, öte yandan ekonomik gelişme yoluyla kentleşmeye yol açarak, konut, sağlık ve eğitim harcamalarını da etkiler. Konut ile sağlık ve eğitim harcamaları da ekonomik faaliyeti etkilediği gibi nüfusun sosyal ve kültürel gelişmesini etkilemektedir (14).

1965 yılında kabul edilen doğurganlığı azaltıcı nüfus politikasına rağmen ülkemizdeki nüfus artış hızı Avrupa Birliği' ni oluşturan ülkelerin çok üzerindedir (33).

Nüfus artışının işgücü artışına yol açarak ekonomik gelişmeyi olumlu yönde etkilemesi yanında, artan nüfusun kişi başına gelir artışını olumsuz yönde etkilemesi de söz konusudur.

Nüfus artış hızı yükseldiğinde, 0-14 yaş grubu nüfusun toplam nüfus içindeki payının artacağı ve böylece çalışma çağı dışındaki bu yaş grubunun toplam tüketimi artırarak tasarruf oranını azaltacağı kabul edilir. 0-14 yaş grubu nüfus ile 65 yaşından yüksek olan nüfus grubu, çalışma çağı dışındaki nüfus olarak bilinir. Çalışma çağı dışındaki nüfusun, çalışma çağı nüfus grubu olan 15-64 yaş grubuna bölünmesiyle bağımlılık oranı adı verilen bir oran bulunur. Bağımlılık oranının yüksek olması tasarruf oranını azaltır. Öte yandan çalışma çağındaki nüfusun tamamının çalışmadığı da bilinen bir gerçektir.

Nüfus artış hızının yüksek olması, özellikle eğitim ve sağlık hizmetleri için gerekli olan cari harcamaları artıracığı için sermaye artış hızının yavaşlamasına sebep olabilir.

Nüfus artış hızının yüksek olması hızlı bir şehirleşmenin de temel sebebidir. Hızlı nüfus artışı ve hızlı şehirleşme hızla artan konut ihtiyacı ve hızla artması gereken konut yatırımları demektir.

Nüfus artış hızı, işgücü artış hızını belirleyen temel değişkendir. Ancak nüfus artış hızında ortaya çıkan değişmelerin, işgücü artış hızını 15 yıllık bir gecikme ile etkilediği söylenebilir. Zira çalışma çağı olarak 15 yaşından sonra başlar. İşgücü talebi yada istihdam, teknoloji düzeyi veri olarak ele alındığında gelir düzeyine bağlıdır. Bu bakımdan istihdamda beklenen artışlar, gelir artış hızına bağlı olarak belirlenir.

İşgücü arzındaki artış hızı doğrudan doruya, istihdam artış hızı ise dolaylı olarak nüfus artış hızı ile ilgilidir. Nüfus artış hızı işgücü arzı artış hızını doğrudan doğruya belirler.

Son kırk yılda dünya nüfusu değişikliğe uğramıştır. Gelişmiş ülkelerin nüfusları dünya nüfusunun üçte birinden beşte birine düşmüştür. Bu değişikliğe bağlı olarak gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasında var olan ekonomik farklılık artmıştır (33).

1.6 EĞİTİM

1935-2000 döneminde Türkiye’de cinsiyete göre okuryazar oranı gözden geçirildiğinde Cumhuriyetin ilk yıllarında (1935) okuryazar oranı kadınlarda % 9.81 iken, erkeklerde bu oran % 29.35’ tir. Anılan yılda genel okuryazar oranı ise % 19.3’ tür. Aradan geçen 65 yılda okuma yazma oranı ülke genelinde % 87.3’ e ulaşırken, kadınlarda okuryazar oranı % 80.6’ ya ve erkeklerde de % 93.9’ a ulaşmıştır. Ancak 2000 yılında kadınlarda okuryazar oranı ülke genelinden % 6.7 ve erkeklerden ise % 13.2 oranında daha geridir. Kadınlarda okuryazar oranının 1980 sonrasında hızla arttığını görmekteyiz. 1980 sonrasında düzenlenen okuma yazma seferberlikleri 1980-2000 döneminde kadınlarda okur-yazar oranının %20 kadar büyümesine neden olmuştur. Böylece Cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze kadınlarda okuma yazma oranı giderek artmasına rağmen ülke ortalamalarının ve erkeklere ait değerlerin gerisinde kalmıştır. Erkeklerde oranın fazla

olmasının nedenleri arasında; okuma yazma bilmeyen erkeklere askerlik hizmetini yaparken okuma yazma öğretilmesi ve kız çocuklarının hala okula gönderilmemesi sayılabilir (94).

Yetişkin okur yazarlık oranı, yetişkin nüfus içindeki okur yazarların büyüklüğüne ilişkin bilgi vermektedir. Okuryazarlık beraberinde yeniliklere açık olmayı da getirebilmekte, bireylerin çevresel, ahlaki, toplumsal sorunlara olan duyarlılığı konusundaki kapasitelerine ilişkin potansiyeli göstermektedir.

Okuma-yazma bilmeyen nüfus kalmamasının sağlanması küresel düzeydeki hedeflerden biridir. Okur yazarlık oranınının 100 ya da 100' e yakın çıkması beklenir.

Toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen etmenlerden biri eğitim durumudur. Eğitim göstergeleri yönünden gelişmiş ülkelerle Türkiye' yi karşılaştırdığımızda, ilköğretim okullaşma oranı Türkiye' de erkeklerde 93, kadınlarda 82' dir. Ortaöğretim okullaşma oranına bakıldığında Türkiye' nin düzeyi neredeyse gelişmiş ülkelerin yarısı kadardır. İsveç' te erkekte 128, kadında 153 iken, Türkiye' de erkekte 68, kadında 48' dir. Üniversite düzeyinde eğitim alanların 24-64 yaş grubu nüfus içindeki payı %6' lık bir değere sahiptir ve bu oran gelişmiş ülkelerde yaklaşık üç kat daha düşük değerdedir (46).

1990-99 arasında 54 ülkede yapılan araştırma sonuçlarına göre kırsal kesim ve şehir çocuklarının ilkokula gitme oranları arasındaki fark çok büyüktür ve bunun kapatılması gittikçe güçleşmektedir. 34 ülkede en az %10' luk bir fark vardır. Gelişmekte olan dünyada 110 milyondan fazla çocuk okumayıp iş yerlerinde çalışmaktadır. Eğitim ve yoksulluk arasındaki bağ zenginlerle fakirlerin arasındaki uçuruma neden olduğu için önemini korumaya devam etmektedir (94).

1994 İşgücü Araştırması' nda okulu terk etmiş çocukların kırsal alanda %25' i, kentsel alanlarda ise %30' u okulun ilgilerini çekmediğini söylemişlerdir (94).

1.7 SAĞLIK ve EŞİTSİZLİKLER

Tarihin her döneminde yaşanan eşitsizlikler her alanda olduğu gibi sağlık alanında da görülmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşmada, hizmetlerin kullanımında ve sunulan hizmetin kalitesinde bölgeler arasında ve toplumsal sınıflarda, sosyoekonomik gruplar arasında eşitsizlikler bulunmaktadır (1,6,12,20,35).

Sağlıkta eşitsizliklerle mücadele konusunda DSÖ' nün "2000 yılında herkes için sağlık" hedefi bir dönüm noktasıdır. II. Dünya Savaşı sonrası dönemde, başta sanayileşmiş ülkeler olmak üzere dünya genelinde görülen ekonomik gelişme ve istikrar sağlıkta eşitsizliklerle mücadele konusunda iyimser bir ortam yaratmıştır (1).

Sağlıkta eşitlik, sağlık için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık hizmeti almadaki farklılıkları mümkün olan en düşük seviyeye indirmek ve önlenebilir bir nedenle hiç kimsenin sağlık hizmetine ulaşmada dezavantajlı olmamasını sağlamaktır (1,36).

Whitehead tarafından hazırlanan DSÖ Avrupa Bölgesi dokümanında kullanılan "eşitlik" terimi türkçede karşılığı hakkaniyet olan "equity" terimidir. Sözlükte hakkaniyet hakça, adaletli davranma anlamına gelmektedir. Sağlık için düşünüldüğünde de eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını en aza indirmek amacıyla eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, eşit ihtiyaçlar için eşit kullanım, herkes için eşit kalitede hizmet sağlayarak mümkün olan en düşük düzeye indirmek anlamını taşır. Toplumların yada aynı toplum içindeki çeşitli gruplar arasında sağlık düzeyi farklılıkları bulunabilir. Bu farklılıklar değerlendirilirken kaçınılamaz yada önlenemez olanları, gereksiz yada haksız nedenlerle olanlardan ayırmak gerekir. Bu yaklaşım sağlıkta eşitlik kavramının anahtarıdır. Sağlıkta eşitlikten söz ederken anlatılmak istenen matematiksel bir eşitlik değil hakkaniyettir. Kısacası hakkaniyet, gereksinimi olana gereksindiği hizmeti tam anlamıyla sunmaktır. Yoksa gereksinimi olanla olmayana aynı hizmeti aynı düzey ve yoğunlukta sunmak değildir. Sağlıkta eşitsizlik tanımlaması aslında hakkaniyet olarak algılanmalıdır (54).

Sağlıkta eşitliğin amacı, kısaca sağlık düzeyinde farklılıkları ortadan kaldırmak değil, sağlık düzeyinde farklılıklara yol açan, önlenebilir ve adil olmayan faktörleri azaltmak yada ortadan kaldırmaktır (36).

Sağlıkta eşitsizlik olgusu “doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenlerden kaynaklı etki gösterdikleri; önlenemez ve önlenemez olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan; bireysel değil toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, savaştırılması gereken; bu nedenle de bütün bu süreçte ekonomi, sosyoloji, siyaset gibi sağlık dışı disiplinlerinde etkinliğinin gerektiği; sadece politik, ekonomik ve toplumsal değil, aynı zamanda etik bir sorun olarak algılanması gereken; toplumsal gruplar/sınıflar arasındaki farklılıklardır” (2).

Eşitsizliklerin önlenemez olmasına bir örnek gerekirse bütün Amerika kıtasında Polio hastalığı ortadan kaldırılmıştır. Dolayısıyla Polio hastalığı Türkiye, Orta Doğu ülkeleri, Afrika ve Güneydoğu Asya ülkelerinde de ortadan kaldırılabilir. Bunun yanında günümüzde gelişmiş ülkelerde kronik hastalıklar bir numaralı sağlık problemi iken, gelişmekte olan ve gelişmiş toplumlarda akut ve bulaşıcı hastalıklar en önemli sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır (2).

Önlenemez sağlık eşitsizliklerine neden olan dört etken:

- a) Kişinin kendi yaşam şansını seçme, belirleme olanağının oldukça sınırlı olduğu durumlar
- b) Sağlıksız ve stresli iş ve yaşam koşulları
- c) Sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşmadaki yetersizlik ve güçlükler
- d) Hasta kişilerin hastalıklarına bağlı nedenlerle sosyal ve sınıfsal konumlarının dezavantajlı bir konuma gelmesi.

Bu nedenle de doğal ve biyolojik değişkenlere bağlı olarak ortaya çıkan sağlık farklılıkları eşitsizlik olarak kabul edilemez. Bunlar olsa olsa kaçınılmaz farklılıklar olarak tanımlanabilir. Kadınlarda meme kanseri riskinin erkeklerden fazla olması doğal nedenlerle ilişkili olup kaçınılmaz iken, kız çocuklarının eğitim durumlarının düşük olması, kültürel ve ekonomik nedenlerle ilgili olup önlenemez ve kabul edilemez bir eşitsizliktir (12,36).

DSÖ, sağlıkta eşitsizliklerin, özellikle risk grupları olarak kabul edilen gruplarda ortaya çıktığını bildirmektedir. Bu gruplar; işsizler, kadınlar, çocuklar, göçmenler, ırk ayrımına maruz kalanlar ve etnik azınlıklardır. Sağlıkta eşitsizlikleri doğuran temel nedenlerin başında ise yoksulluk ve savaşlar gelmektedir (36).

Sağlıkta eşitsizliği açıklamak bakımından üç önemli kuramdan söz edilmektedir. Bu kuramlar yalnızca sağlıktaki eşitsizliği değil, hastalık ve sağlık kavramlarını ve bu olguları belirleyen etkenleri açıklamak bakımından da tezler ileri sürerler. Bunlar;

-Geleneksel tıbbi model

Sağlıktaki eşitsizliğin tıbbi bakım hizmetinin eşitsiz kullanımı sonucunda ortaya çıkan bir olumsuzluk olarak değerlendirir.

-Epidemiyolojik model

Büyük vurgu koruyucu tıp uygulamalarına yapılır. Bölgeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarını ciddi sosyal farklılıkların bir göstergesi olarak kabul eder. Eşitsizliğin giderilmesi için yüksek riskli gruplara özel tıbbi programların uygulanmasını önerir. Bu yaklaşım sağlık kaynaklarının yeniden ve gereksinime göre dağıtılmasını gerektirecektir.

-Sosyopolitik model

Sağlıktaki eşitsizlikleri sosyo-ekonomik eşitsizlikler olarak tanımlar ve eşitsizliklerin önlenmesi ve yok edilmesi için de refah politikaları ,genel yaşam standartlarının yükseltilmesi gibi daha reformist olanlarından, devrimci dönüşümlere kadar bir dizi toplumsal, politik değişiklik önerilir (12).

1980' de yayınlanan Black Rapor sağlıkta sosyoekonomik farklılıkların açıklanmasını dört temel teorik kategoride ele almaktadır:

Artefakt

Doğal/sosyal seleksiyon

Maddi/yapısal

Kültürel/davranışsal (1).

Sağlıktaki eşitsizliklerin belirleyicisi bireylerin mesleki statüleri, gelir ve eğitim düzeyleri arasındaki farklılıklardır. Gelir ve eğitim ölçümleri daha kolay olan ve daha az tartışmalı konulardır. Gelir konusundaki önemli sorun, bireylerin gelirleri konusunda genellikle bilgi vermeme yada eksik bilgi verme eğiliminde oluşlarıdır. Bu nedenle de gerçek gelir düzeyini ortaya çıkaracak dolaylı (proxy) göstergelerin kullanılması önerilmektedir (12).

Eğitim hem sınıf hem de statü boyutlarının göstergesidir. Eğitim düzeyi kişinin yaşam tarzını ve sosyal ilişkilerini etkiler.Aynı zamanda eğitim kişiyi kalifiye hale getirerek, belli meslekleri ve belirli gelir düzeyi elde etmesini sağlar. Gelir düzeyi ise sınıf boyutu ile ilgilidir. Farklı gelir düzeyleri eğitim fırsatlarını etkiler ve farklı yaşam tarzlarına, saygınlığa ve güce

erişimi sağlar. Meslek, sağlık hizmetlerine ulaşımı ve iyi barınma koşullarına sahip olmayı da etkiler. Eğitim sağlık davranışlarını, problem çözme kapasitesini değer yargılarını etkileyerek sağlık sonuçlarını belirler (1).

Düşük gelirli ülkelerde toplumda mutlak yoksulluk sınırı altında yaşayanların oranı ve kişi başına düşen milli gelir gibi gelire ilişkin mutlak göstergeler daha belirleyicidir (12).

Ölüm hızları ile sosyoekonomik statü arasındaki ilişki ters orantılıdır ve bu gerçek her iki cins ve bütün ölüm nedenleri için geçerlidir. En büyük orandaki ilişki ise bebek, çocuk ve perinatal ölümler için geçerli olmaktadır (12).

Gelişmekte olan ve gelişmiş ülkeler karşılaştırıldığında yaşayan bebek ve çocuk sayısı arasındaki fark sağlıktaki eşitsizliği gösteren en belirgin örneklerden biridir (43).

Yoksulluk da sağlıktaki eşitsizlikleri belirleyen en önemli etken olarak sıklıkla vurgulanmaktadır. Gelir ve yoksulluk sağlık üzerinde, özellikle gelirin düşük olduğu ülkelerde, yüksek gelirli ülkelere göre daha belirleyici olmaktadır. Yoksulluk ve eşitsizlik arasındaki bu ilişki ve yoksulluğun giderek artan bir sorun olarak varlığını koruyor oluşu nedeniyle DSÖ yoksulluğu dünyanın en büyük katili olarak tanımlamış ve Uluslararası Hastalık Sınıflamasında Z59.5 olarak kodlamıştır (12)

Doğumdaki toplumsal sınıfla erişkin sağlığı risk faktörleri arasında güçlü ilişkiler bulunmaktadır. Bu riskler önceden değil, büyük oranda toplumsal sınıf tarafından belirlenmiştir (4).

Sağlıktaki eşitsizlikler yalnızca düşük gelirli ülkelerle sınırlı değildir. Tersine; DSÖ Avrupa Bölgesi 2000 yılı hedefleri için çeşitli Avrupa ülkelerinde ve başka amaçlarla diğer batılı ülkelerde benzer yöntemlerle yapılan karşılaştırmalı araştırmalar yüksek gelirli ülkelerde de sorunun önemli olduğunu ortaya koymuştur. Ancak bu bakımdan İskandinav ülkelerinin ve sonrada İngiltere' nin daha iyi durumda oldukları, Amerika Birleşik Devletleri' nin ise olumsuz tabloyu sergilediği anlaşılmakta ve aradaki farklılık sosyal politikalarla açıklanmaktadır.

Özellikle İngiltere verilerinden çıkan sonuçlar:

a) Bu yüzyılın başından beri toplam ölüm hızları düşse de mesleki sınıflar arasındaki eşitsizlik ısrarla varlığını korumakta hatta artabilmektedir.

b) Yaşam koşullarının genel olarak düzelmesinden en fazla oranda yararlananlar zaten iyi durumdaki mesleki sınıflar olmaktadır ve bu veri sağlık düzeyi ile sosyoekonomik etmenler arasındaki ilişkiyi daha da öne çıkarmaktadır (12).

1.8. SAĞLIK HİZMETLERİNDE EŞİTSİZLİK

Eşitsizlikle ilgili olarak belirtilen yasal durumlara karşın sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikler günümüzde giderek artmaktadır.

Sağlık hizmetlerindeki eşitsizlik, benzer gereksinimler için sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, benzer gereksinimler için eşit kullanım, herkese eşit kalitede hizmet olarak tanımlanabilir (53).

*Benzer gereksinimler için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşım:

Herkesin sağlık hizmetlerini kullanmasında eşit haklara sahip olmasıdır. Bu yaklaşımın amacı, sağlık hizmetleri ihtiyaçlarına göre ülke çapında eşit dağılımın, mevcut hizmetlere kolay ulaşımın sağlanması ve ulaşılabilirliği engelleyen faktörlerin ortadan kaldırılmasıdır. Ulaşılabilirliği etkileyen faktörler arasında kişilerin gelir, ırk, cinsiyet, yaş, din etkenlerini saymak mümkündür. Örneğin düşük gelir grupları için ulaşım maliyeti, mevcut hizmetlere ulaşılabilirliği kısıtlamaktadır. Ülke genelinde kaynaklar eşit dağıtılmadığında eşitsizlik artmaktadır. Sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyacı bulunan bölgelerde mevcut sağlık hizmetlerinin yetersiz olması eşitsizliği daha da arttırmaktadır. Buna ters bakım kuralı denmektedir.

*Benzer gereksinimler için eşit kullanım:

Farklı sosyal gruplar arasında hizmetlerin kullanım oranlarında farklılıklar varsa, kullanım oranlarını etkileyen nedenleri bulmak gereklidir.

*Herkes için eşit kalitede hizmet:

Eşit ihtiyacı olan kişilerin eşit kalitede hizmet almasıdır. Kaynakların kısıtlılığı durumunda ırk, etnik köken gibi nedenlerden dolayı belli dezavantajlı bir grup diğer gruplara göre daha gecikmeli olarak sağlık hizmeti alıyorsa eşitsizlik ortaya çıkmaktadır. Polonya’ da yapılan bir araştırmada hastane hizmetlerinin kısıtlı verildiği durumlarda yüksek sosyal sınıfın hastaneye giriş oranı daha fazladır. Hollanda’ da da, yatak kapasitesinin mali nedenlerden dolayı azaltıldığı durumlarda, yüksek sosyal sınıf hastaneye daha fazla kabul edilmiştir. Yatak kapasitesinin artırıldığı durumlarda ise, tam tersi bir durum ortaya çıkmıştır. Tüm hizmet sunanların toplumun her kesimine hizmet sunarken aynı çabayı göstermesi ve herkesin yüksek standartta profesyonel hizmet alması kaliteyi arttırmaktadır. Birleşik Krallık’ ta, doktorların düşük gelirli sınıflara daha az konsültasyon süresi ayırdıkları ortaya çıkmıştır. Bu da eşitsizliği ortaya çıkarmaktadır (35).

Sağlık hizmetlerine ulaşmada, hizmetlerin kullanımında ve sunulan hizmetin kalitesinde de sosyoekonomik gruplar arasında eşitsizlikler bulunmaktadır. Bu durumun sağlık düzeyini olumsuz etkileyerek sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin derinleşmesine de neden olduğu söylenebilir. Sağlık hizmetleri sağlık düzeyini etkileyen önemli bir etkidir ancak tek belirleyici değildir. Bu nedenle sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler ile sağlık hizmetlerinde sosyoekonomik eşitsizlikler ayrı değerlendirilmektedir (1).

1.9 AMAÇ

Bu araştırma, Türkiye’de kamu kurum ve kuruluşları tarafından üretilen ilçe bazlı sağlık düzeyi göstergeleri ile sağlık belirleyicilerinin ilişkisini ve sağlıkta bölgesel eşitsizliklerin araştırılmasını amaçlamaktadır. Araştırmanın hipotezleri kanıtlanabildiği ölçüde İlçe bazlı Kamu kuruluş verilerinin yararlanılabilirliği ve güvenilirliği de gösterilmiş olacaktır.

1.10 ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

İlçeler bazında gelir, eğitim, sağlık hizmetine ulaşma ve hizmet kullanımı arttıkça; çevre ve konut alt yapısı iyileştikçe ölümlülük ve doğurganlık hızları düşecek, ortalama yaşam süresi de artacaktır.

Aynı zamanda ekonomik eşitsizlikler gibi coğrafi ve sosyo-kültürel eşitsizliklerde ilçe bazında sağlık düzeyi göstergeleri üzerine olumsuz etkide bulunacaktır.

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ:

Araştırma ekolojik tipte bir çalışmadır.

2.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ:

Araştırmanın evreni Türkiye'deki tüm il merkezleri ve ilçeleridir (n= 872).

2.3 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ VE ÖRNEKLEM YÖNTEMİ

Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi belirtilmemiştir. Örneklem büyüklüğü Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 2004 yılında yapılan İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırmasındaki ilçe sayısı olarak belirlenmiştir (n=872). Araştırma sırasında 872 ilçenin 533'üne (%61.1) ait verile ulaşılabilmıştır. Ulaşılan ilçelerle ilgili bölgesel dağılım Tablo 1 ve 2' de izlenmektedir.

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Bölge Gruplarına Göre Yüzde Dağılımı

Bölgeler	İlçe sayısı	%
BATI (Marmara, Ege, Akdeniz, İç Anadolu, Karadeniz Bölgeleri)	446	83,7
DOĞU (Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri)	87	16,3
Toplam	533	100,0

Tablo 1 incelendiğinde;
Araştırmaya giren ilçelerin %83,7' sinin Batı bölgesinde, %16,3' ünün ise Doğu bölgesinde yer aldığı görülmektedir.

Tablo 2. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Bölgelere Göre Yüzde Dağılımı

Bölgeler	İlçe sayısı	%
Marmara	87	16,3
Ege	85	15,9
Akdeniz	55	10,3
Karadeniz	93	17,4
İç anadolu	126	23,6
Doğu Anadolu	56	10,5
Güneydoğu Anadolu	31	5,8
Toplam	533	100,0

Tablo 2' de araştırmaya giren ilçelerin % 16,3' ü Marmara Bölgesi' nde, % 15,9' u Ege Bölgesi' nde, % 10,3' ü Akdeniz Bölgesi' nde, % 17,4' ü Karadeniz Bölgesi' nde, % 23,6' sı İç Anadolu Bölgesi' nde, % 10,5' i Doğu Anadolu Bölgesi' nde, % 5,8' i Güneydoğu Anadolu Bölgesi' nde yer almaktadır.

Şekil 1. Araştırma Kapsamına Giren İl Merkezleri Ve İlçelerinin Haritası*



*Sarı alanlar araştırma kapsamına giren yerleri göstermektedir.

2.4 VERİ TOPLAMA BİÇİMİ, VERİ TOPLAMA ARAÇLARI, VERİLERİN OLUŞTURULMASI, ANALİZE ALINAN DEĞİŞKENLER VE VERİ KAYNAKLARI

2.4.1 VERİ TOPLAMA BİÇİMİ, VERİ KAYNAKLARI VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmanın verileri Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) ve Sağlık Bakanlığı' nın yayınladığı çeşitli yıllıklardan, ilgili kuruluşlar bizzat ziyaret edilerek, internet ortamından ve yayınlanmış ulusal yıllıklardan toplanmıştır.

Araştırmacı tarafından hesaplanan veriler Manisa Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla e-posta ile tüm illerden verileri istenmiş, göndermeyenler için istem tekrarlanmış, cevap vermeyen illere Bilgi İstem Formu doldurularak tekrar başvurulmuştur. Bazı illere ise bizzat gidilerek verileri istenmiştir. Toplanan veriler 2004 ve 2005 ve 2006 yılı verileridir.

2.4.2 VERİLERİN OLUŞTURULMASI

Değişkenlerle ilgili verilerin bir kısmı ilgili kuruluşların kaynaklarından olduğu gibi alınmış olup bazı verilerde araştırmacı tarafından hesaplanmıştır.

Sağlık Bakanlığı' ndan gelen verilerde canlı doğum sayıları ile sıfır yaş nüfus sayıları birbirleri ile tutarsız olduğundan hangisinin gerçeğe daha yakın olduğunu anlayabilmek, yapılacak analizlerde beklenen sonuçlarla uyumlu çıktığını anlayabilmek amacıyla bazı göstergelerin hesaplanmasında gerek canlı doğum verileri gerekse sıfır yaş bilgilerinden yararlanılarak iki ayrı hız hesaplanmıştır.

2.5 ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda çalışma için toplanan veriler (bağımsız değişkenler) 4 grupta toplanmıştır:

- 1- Nüfus ile ilgili veriler
- 2- Ekonomi ile ilgili veriler
- 3- Eğitim ile ilgili veriler
- 4- Sağlık hizmetleri ile ilgili olan veriler.

2.5.1 ARAŞTIRMANIN ANALİZLERİ ÖNCESİ ELDE EDİLEN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER VE BUNLARIN ELDE EDİLDİKLERİ KAYNAKLAR

2.5.1.1 Araştırmanın Planlanma Aşamasında Kullanılması Öngörülen Bağımlı Değişkenler ve Kaynakları

Bağımlı Değişkenler	Kaynak
*Kaba ölüm hızı (‰)	* Form 023' ten hesaplandı.
*Bebek ölüm hızı 1(‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Canlı doğum verisi kullanıldı.
*Bebek ölüm hızı 2(‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Sıfır yaş nüfus verisi kullanıldı.
*Bebek ölüm hızı 3(‰)	* İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 2004
*Erken neonatal ölüm hızı 1 (‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Canlı doğum verisi kullanıldı.
*Erken neonatal ölüm hızı 2 (‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Sıfır yaş nüfus verisi kullanıldı

Bağımlı Değişkenler	Kaynak
*Geç neonatal ölüm hızı 1 (‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Canlı doğum verisi kullanıldı
*Geç neonatal ölüm hızı 2 (‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Sıfır yaş nüfus verisi kullanıldı.
*Post neonatal ölüm hızı 1 (‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Canlı doğum verisi kullanıldı.
*Post neonatal ölüm hızı 2 (‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Sıfır yaş nüfus verisi kullanıldı
* Neonatal ölüm hızı 1 (‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Canlı doğum verileri kullanıldı.
* Neonatal ölüm hızı 2 (‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Sıfır yaş nüfus verisi kullanıldı
*0-4 yaş orantılı ölüm hızı (‰)	* Form 023' ten hesaplandı.
*45 yaş ve üzeri orantılı ölüm hızı (‰)	* Form 023' ten hesaplandı.
*Perinatal ölüm hızı (‰)	* Form 023' ten hesaplandı.
*5 yaş altı ölüm hızı	* Form 023' ten hesaplandı.
*Çocuk ölüm hızı	* Form 023' ten hesaplandı.
*Ölü doğum hızı	* Form 023' ten hesaplandı.
*Düşük doğum ağırlıklı bebek oranı	* Form 023' ten hesaplandı.
*Ortalama bebek izlem sayısı	* Form 023' ten hesaplandı.

Bağımlı Değişkenler	Kaynak
*Ortalama gebe izlem sayısı	* Form 023' ten hesaplandı.
*Ortalama lohusa izlem sayısı	* Form 023' ten hesaplandı.
*Ortalama çocuk izlem sayısı	* Form 023' ten hesaplandı.
*Ortalama kadın izlem sayısı	* Form 023' ten hesaplandı.
*Herhangi bir modern yöntem kullananların oranı (%)	* Form 023' ten hesaplandı.
*Herhangi bir yöntem kullananların oranı (%)	* Form 023' ten hesaplandı.
*Yöntem kullanmayanların oranı (%)	* Form 023' ten hesaplandı.
*Kaba doğum hızı 1(‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Canlı doğum verisi kullanıldı.
*Kaba doğum hızı 2(‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Sıfır yaş nüfus verisi kullanıldı.
*Genel doğurganlık hızı 1(‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Canlı doğum verisi kullanıldı.
*Genel doğurganlık hızı 2(‰)	* Form 023' ten hesaplandı. Sıfır yaş nüfus verisi kullanıldı.
*Kişi başına düşen ortalama muayene sayısı	* Form 023' ten hesaplandı.

Bağımlı Değişkenler	Kaynak
*Sevk hızı (%)	* Form 023' ten hesaplandı.
*Gebe tetanoz bağışıklama oranı (%)	* Form 013' ten hesaplandı.
*Kızamık bağışıklama oranı (%)	* Form 013' ten hesaplandı.
*Bcg bağışıklama oranı (%)	* Form 013' ten hesaplandı.
*Aşı devamsızlık hızı 1 (dbt1-dbt3/dbt1)	* Form 013' ten hesaplandı.
*Aşı devamsızlık hızı 2 (dbt1-kızamık/dbt1)	* Form 013' ten hesaplandı.
*Hastanede yapılan doğumların oranı (%)	* Form 023' ten hesaplandı.
*Sağlık personeli yardımı ile yapılan doğumların oranı (%)	* Form 023' ten hesaplandı.
*Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı (%)	* Form 023' ten hesaplandı.
*Çocuk kadın oranı (%)	* Form 023' ten hesaplandı.

2.5.1.2 Araştırmanın Planlanma Aşamasında Kullanılması Öngörülen Bağımsız Değişkenler ve Kaynakları

Bağımsız Değişkenler	Kaynak
*Ortalama hane büyüklüğü (kişi)	*İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 2004
*Yıllık ortalama nüfus artış hızı (%)	*İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 2004
*Nüfus yoğunluğu (kişi/km²)	*İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 2004
*Okur-yazar nüfus oranı (%) (6 yaş ve üzeri nüfusta)	*İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 2004
*Altı yaş ve üzeri okur-yazar olmayan kadın oranı (%)	*2000 yılı Genel Nüfus Sayımı Sonuçları,TÜİK
*15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı (%)	*2000 yılı Genel Nüfus Sayımı Sonuçları,TÜİK
*İşsizlik oranı %	* İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 2004
*Fert başına genel bütçe geliri (bin tl)	*İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 2004
*Şehirleşme Oranı	*İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik (%) Sıralaması Araştırması, 2004

Bağımsız Değişkenler	Kaynak
*Vergi gelirlerinin ülke içindeki payı (%)	*İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 2004
*Tarımsal üretimin ülke içindeki payı (%)	*İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 2004
*Tarım sektöründe çalışanların oranı(%)	*İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 2004
*Sanayi sektöründe çalışanların oranı(%)	*İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 2004
*Hizmetler sektöründe çalışanların oranı(%)	*İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 20004
*Doğal nüfus artış hızı 1(%)	* Form 023' ten hesaplandı.
*Doğal nüfus artış hızı 2(%)	* Form 023' ten hesaplandı.
*Nüfus bağımlılık oranı (%)	*İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması, 2004
*Genç bağımlılık oranı (%)	* Form 023' ten hesaplandı.
*Yaşlı bağımlılık oranı (%)	* Form 023' ten hesaplandı.
* Toplam bağımlılık oranı (%)	* Form 023' ten hesaplandı.

2.6 ANALİZE ALINACAK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ, DEĞİŞKENLERİN SEÇİMİ VE ANALİZİ

Veri güvenilirliğinin sınanması ve analizlere alınacak değişkenlere karar verilmesi için aynı veri kategorisindeki aynı alt başlıktaki verilerden hipotezde beklenen ilişkiler yönünde her bir değişken değerlendirilerek, verilerden hangisinin kullanılacağına karar verilmiştir. Beklenen ilişkiyi vermeyenler çıkartılmıştır. Bazı değişkenler hem bağımlı hem de bağımsız değişken olarak kullanılmıştır.

Çoklu analizlere aynı kategoriden alınacak değişkenlere karar vermek için bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında faktör analizleri ve korelasyon matrisleri düzenlenmiştir.

Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon analizlerinde kullanılacak değişkenleri belirlemek, değişken sayılarını azaltmak, aynı kategorideki değişkenlerin hangisinin modellere alınacağına karar vermek ve birlikte doğrusal değişim gösteren (multicollinearity) değişkenlerini belirlemek amacıyla bağımsız değişkenler faktör analizi ile değerlendirilmişlerdir. Açıklayıcı faktör analizinde Ana Bileşenler Analizi ve Varimax çevrimi kullanılmıştır. Bu çevrim sonucunda aynı faktörde yer alan değişkenlerin bağımlı değişkenlerle ve kendi aralarındaki korelasyon (Pearson) katsayıları incelenmiş, faktör analizleri ve korelasyon matrisleri sonucunda çoklu regresyon analizlerine alınması uygun görülen bağımsız değişkenler Çoklu Doğrusal Regresyon analizlerine alınmışlardır. Bağımlı değişkenlerle yüksek ilişki gösteren değişkenler ve diğer bağımsız değişkenlerle düşük korelasyon katsayısı veren değişkenler çoklu analizlere alınmışlardır

2.7 ARAŞTIRMANIN ANALİZİ

Verilerin analizleri SPSS 10.0 paket programında girildikten sonra 2007 yılı Mart ve Nisan aylarında yapılmıştır. Tek değişkenli analizlerde, dikotomize edilmiş olan değişkenlerle sürekli değişken karşılaştırmalarında Bağımsız gruplarda t testi, sürekli değişkenlerin karşılaştırıldığı çözümlenmelerde Pearson Korelasyon testleri, çok değişkenli çözümlenmelerde Çoklu Doğrusal Regresyon yöntemi kullanılmıştır.

2.8 ARAŞTIRMANIN TAKVİMİ

Araştırma 2005 yılı Haziran ayında planlanmış, 2005 yılı Eylül ayında veri toplanmasına başlanmıştır. Veri girişi 2006 yılının Kasım ayında yapılmış, analizler 2007 yılının Mart ve Nisan ayında yapılmıştır. Araştırma raporunun yazılması ve basılması 2007 Mayıs ayında tamamlanmıştır.

2.9 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmada kullanılmak istenen ancak çeşitli nedenlerden dolayı ulaşılamayan bazı veriler araştırmaya alınamadı. Bunların başında sağlık insan gücü, sosyal güvenceli nüfus, sağlık hizmetinden memnun olmayanlar, on bin kişiye düşen yatak sayısı, gelir ve çevre olanakları gelmektedir. Türkiye’de ilçe bazında yapılan araştırmaların azlığı bu değişkenlere ulaşılamamasına neden olmuştur. İlçe araştırmalarındaki en önemli konu nitelikli bilgi edinilmesine yönelik güçlüklerdir. Söz konusu güçlükler; tam ve uzun dönemli verilerin derlenmemiş ve/veya eksik derlenmiş olması, verilere ulaşılamaması ve aynı konuya ilişkin farklı kurumlardan elde edilen verilerin birbirleri ile çelişmesi olarak sıralanabilir. Ekolojik tipte olan bu araştırmada farklı kaynaklardan elde edilen veriler bir araya getirilmiştir ve bu verilerin doğruluk düzeyi hakkındaki belirsizlik bu araştırmanın en önemli sorunudur.

Bazı kaynaklardan elde edilen verilerle oluşturulan bağımlı değişkenler, hipotezde beklenen ilişkiyi vermemesi nedeniyle güvenilir olmadığı için analize dahil edilmemiştir.

BÖLÜM III

3. BULGULAR

Araştırmanın bulguları çeşitli değişkenlere ait 49 il-533 ilçe verileri üzerinden sunulmuştur. Bazı değişkenlerde 533 ile ait veri bulunurken bazılarında veri bulunan ilçe sayısı daha azdır. Bu araştırmanın bulguları üç ana bölümde sunulmuştur. Bunlar:

3.1 Değişken grupların tanımlanması

3.2 Tek değişkenli analizler

3.3 Çok değişkenli analizler.

3.1 DEĞİŞKEN GRUPLARININ TANIMLANMASI

Araştırmanın değişkenlerinin bağımlı ve bağımsız olmalarına göre tanımlamak yerine değişken gruplarına göre tanımlanmasının nedeni, bazı değişkenlerin hem bağımlı, hem de bağımsız değişken olmalarıdır. Değişkenlerle ilgili tanımlayıcı veriler, demografi, eğitim, ekonomi, sağlık hizmetleri ile ilgili olanaklar, ölümlülük, doğurganlık sırasıyla sunulmuştur.

3.1.1. İLÇELERE GÖRE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

Tablo 3. Türkiye’de Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Demografik Yapı İle İlgili Değişkenler

	İlçe sayısı	Ortalama\pmss	Min.	Max.
Nüfus artış hızı	533	4,01 \pm 21,33	-81,11	86,17
Nüfus yoğunluğu	533	75,28 \pm 101,46	3	1143
Beş yaş altı nüfus oranı	533	7,56 \pm 2,09	1,88	15,67
Ortalama hane halkı büyüklüğü	533	4,87 \pm 1,23	3,01	9,93
Doğal nüfus artış hızı 1	468	8,58 \pm 7,71	-21,91	132,61
Doğal nüfus artış hızı 2	468	11,29 \pm 6,03	-32,14	32,12
65 yaş üzeri nüfus oranı	533	10,08 \pm 4,51	1,97	27,98
Genç bağımlılık oranı	533	39,46 \pm 12,13	21,08	101,09
Yaşlı bağımlılık oranı	533	15,63 \pm 7,39	3,54	49,27
Toplam bağımlılık oranı	533	55,10 \pm 10,52	31,63	106,09
Nüfus bağımlılık oranı *	533	57,99 \pm 13,84	1,13	117,61

* (ref. DPT)

Araştırma kapsamına giren 533 ilçede;

Nüfus artış hızı minimum binde -81,11 ve maximum binde 86,17' dir.

Nüfus yoğunluğu minimum 3,01 kişi/km² ve maximum 1143 kişi/km²' dir.

Nüfus bağımlılık oranı minimum yüzde 3 ve maximum yüzde 1143'tür.

Ortalama hane halkı büyüklüğü minimum 3,01 olup maximum 9,93'tür.

Doğal nüfus artış hızı (canlı doğum sayısına göre) minimum binde -21,91 ve maximum binde 132,61' dir. Doğal nüfus artış hızı (sıfır yaş nüfusa göre) minimum binde -32,14 ve maximum binde 32,12' dir.

Beş yaş altı nüfusun toplam nüfusa oranı minimum yüzde 1,88 ve maximum 15,67' dir.

65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı minimum yüzde 1,97 ve maximum yüzde 27,98' dir.

Genç bağımlılık oranının minimumu yüzde 21,08 olup maximumu yüzde 101,09' dur.

Yaşlı bağımlılık oranı minimum yüzde 3,54 ve maximum yüzde 49,27' dir.

Toplam bağımlılık oranı minimum yüzde 31,63 ve maximum yüzde 106,09' dir.

Tablo 4. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Nüfus Artış Hızına Göre Yüzde Dağılımları

Nüfus artış hızı	İlçe sayısı	%
< ‰ 18,3*	367	68,9
≥ ‰ 18,3*	166	31,1
Toplam	533	100,0

*1990-2000 yılı nüfus artış hızı (TÜİK)

Tablo 4' te ilçelere göre nüfus artış hızı incelendiğinde; 166 ilçede nüfus artış hızı binde 18,3 ve üzerindedir (%31,1) ve 367 ilçede ise binde 18,3'ün altındadır (%68,9).

Tablo 5. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Nüfus Yoğunluğuna Göre Yüzde Dağılımları

Nüfus Yoğunluğu (kişi/km ²)*	İlçe sayısı	%
< 88	410	76,9
≥ 88	123	23,1
Toplam	533	100,0

*2000 yılı nüfus yoğunluğu (TÜİK)

Tablo 5 incelendiğinde ilçelere göre nüfus yoğunluğu; 123 ilçede nüfus yoğunluğu 88 kişi/km² ve üzerindedir (%23,1) ve 410 ilçede ise 88 kişi/km² ' in altındadır (%76,9).

Tablo 6. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Toplam Bağımlılık Oranlarına Göre Yüzde Dağılımları

Toplam bağımlılık oranı	İlçe sayısı	%
< %55,1*	284	53,3
≥ %55,1*	249	46,7
Toplam	533	100,0

*2000 yılı toplam bağımlılık oranı (TÜİK)

İlçe sayısına göre toplam bağımlılık oranı incelendiğinde 284 ilçede yüzde 55,10'dan az (%53,3) ve 249 ilçede ise yüzde 55,10 'dan yüksektir (%46,7).

3.1.2 İLÇELERE GÖRE EĞİTİM İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 7. Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Eğitim İle İlgili Değişkenler

	İlçe sayısı	Ortalama _{±ss}	Min.	Max.
6 yaş üzeri okuma-yazma bilmeyen kadın oranı *	533	17,04 ± 7,80	1,20	53,63
15-49 yaş okuma yazma bilmeyen kadın oranı *	533	9,43± 8,99	,72	58,16
Okur-yazar nüfus oranı **	533	85,00 ± 6,99	51,56	96,92

* (ref.TÜİK)

** (ref.DPT)

Araştırma kapsamına giren 533 ilçede;

6 yaş üzeri okuma-yazma bilmeyen kadın oranı minimum yüzde 1,20 maximum yüzde 53,63' tür.

15-49 yaş okuma yazma bilmeyen kadın oranı minimum yüzde ,72 maximum yüzde 58,16' dir.

Okur-yazar nüfus oranı incelendiğinde minimum yüzde 51,56 maximum yüzde 96,92' dir.

Tablo 8. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Altı Yaş ve Üzeri Okuma-Yazma Bilmeyen Kadınların Oranları

Altı yaş ve üzeri okuma-yazma bilmeyen kadın oranı	İlçe sayısı	%
< %19,36*	372	69,8
≥ %19,36*	161	30,2
Toplam	533	100,0

*2000 yılı altı yaş ve üzeri okur-yazar olmayan kadın oranı (TÜİK)

İlçe sayısına göre;

533 ilçede altı yaş ve üzeri okur-yazar olmayan kadın oranı 372 ilçede yüzde 19,36'nın altındadır (%69,8) ve 161 ilçede yüzde 19,36'nın üzerindedir (%30,2).

Tablo 9. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Okur -Yazar Nüfus Oranları

Okur-yazar nüfus oranı	İlçe sayısı	%
< %87,30*	313	58,7
≥ %87,30*	220	41,3
Toplam	533	100,0

*2000 yılı okur-yazar nüfus oranı (TÜİK)

Tablo 9' da ilçelere göre okur-yazar nüfus oranı incelendiğinde; 220 ilçede okur-yazar nüfus oranı yüzde 87,30 ve üzerindedir (%41,3) ve 313 ilçede ise yüzde 87,30'un altındadır (%58,7).

3.1.3 İLÇELERE GÖRE EKONOMİ İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 10. Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Ekonomi İle İlgili Değişkenler

	İlçe sayısı	Ortalama \pm ss	Min.	Max.
Şehirleşme Oranı	533	44,67 \pm 18,67	10,15	100,0
Tarım sektöründe çalışanların oranı	533	68,34 \pm 18,02	6,66	91,96
Sanayi sektöründe çalışanların oranı	533	6,98 \pm 7,27	,27	48,13
Hizmetler sektöründe çalışanların oranı	533	24,55 \pm 13,86	7,02	80,33
İşsizlik oranı	533	5,94 \pm 3,83	,98	27,75
Vergi gelirlerinin ülke içindeki payı	533	4,32 \pm ,16	,000026	2,37
Tarımsal üretimin ülke içindeki payı	533	,12 \pm ,18	,00002	1,49
Fert başına genel bütçe geliri	533	45458 \pm 1209524	2176	26987130

Araştırma kapsamına giren 533 ilçe incelendiğinde;

Şehirleşme oranı minimum yüzde 10,15 maximum yüzde 100,0' dır.

Tarım sektöründe çalışanların oranı minimum yüzde 6,66 maximum yüzde 91,96' dır.

Sanayi sektöründe çalışanların oranı minimum yüzde ,27 maximum yüzde 48,13' dür.

Hizmetler sektöründe çalışanların oranı minimum yüzde 7,02 maximum yüzde 80,33' dür. İşsizlik Oranı minimum yüzde ,98 maximum yüzde 27,75' dir.

Fert başına genel bütçe geliri (medyan olarak hesaplanmıştır) minimum 2176 binTL, maximum 26987130 bin TL' dir.

Vergi gelirlerinin ülke içindeki payı minimum ,000026 maximum yüzde 2,37' dir.

Tarımsal üretimin ülke içindeki payı minimum ,00002 maximum yüzde 1,49' dir.

Tablo 11. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin İşsizlik Oranları

İşsizlik oranı	İlçe sayısı	%
< % 6,6*	366	68,7
≥ % 6,6*	167	31,3
Toplam	533	100,0

*2000 yılı işsizlik oranı (TÜİK)

Araştırma kapsamına giren 366 ilçede işsizlik oranı yüzde 6,6' nın altında (%68,7), 167 ilçede ise yüzde 6,6' nın üzerindedir (%31,3).

3.1.4 İLÇELERE GÖRE SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 12. Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Sağlık Hizmetleri İle İlgili Değişkenler

	İlçe sayısı	Ortalama \pm ss	Min.	Max.
Ortalama kadın izlem sayısı	428	1,11 \pm ,93	,00	6,31
Ortalama bebek izlem sayısı	509	7,92 \pm 3,37	,43	31,42
Ortalama gebe izlem sayısı	509	4,73 \pm 1,97	,43	24,33
Ortalama lohusa izlem sayısı	434	1,91 \pm ,77	,62	8,91
Ortalama çocuk izlem sayısı	509	2,47 \pm 1,94	,24	20,15
Kişi başına düşen ortalama muayene	505	1,79 \pm 1,29	,00	10,65
Sevk hızı	477	144,15 \pm 105,14	12,00	1305,95
Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı	479	5,06 \pm 9,35	,00	76,88
Modern yöntem kullananların oranı	292	42,89 \pm 25,86	,00	224,57
Herhangi bir yöntem kullananların oranı	292	66,54 \pm 37,15	,00	340,65
Yöntem kullanmama oranı	292	33,45 \pm 37,15	-240,65	100,0
Gebe tetanoz bağışıklama oranı	337	82,17 \pm 144,07	4,40	2632,00
Kızamık bağışıklama oranı	459	93,75 \pm 25,76	9,75	284,51
Bcg bağışıklama oranı	453	80,24 \pm 35,89	,00	277,66
Aşı devamsızlığı 1	459	-1,43 \pm 19,65	-43,82	211,68
Aşı devamsızlığı 2	459	3,74 \pm 18,72	-52,09	113,81
Hastanede yapılan doğumların oranı	479	88,76 \pm 16,60	,09	100,00

Tablo 12’de gösterilmiş olan minimum değerleri “ ,00” olan ilçeler bazı verilerini gönderirken 0 olarak gönderenlerdir. Bunlar verilerin kalitesini gösterebilmek için olduğu gibi alınmıştır.

Tablo 13. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Kızamık Bağışıklama Oranları

Kızamık bağışıklama oranı	İlçe sayısı	%
< % 95	253	55,1
≥ % 95	206	44,9
Toplam	459	100,0

Tablo 13’de ilçelere göre kızamık aşılama oranları incelendiğinde; 253 ilçede kızamık aşılama oranı yüzde 95 ‘in altındadır (%55,1), 206 ilçede ise yüzde 95 ‘in üzerindedir (%44,9).

Tablo 14. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Aşı Devamsızlık Hızı Dağılımı 1

Aşı devamsızlık hızı 1	İlçe sayısı	%
< % 10	412	89,8
≥ % 10	47	10,2
Toplam	459	100,0

Tablo 14’ de ilçelere göre aşı devamsızlık hızı incelendiğinde; 412 İlçede yüzde 10’ un altındadır (%89,8) ve 47 ilçede ise yüzde 10’ un üzerindedir (%10,2).

Tablo 15. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Aşı Devamsızlık Hızı Dağılımı²

Aşı devamsızlık hızı 2	İlçe sayısı	%
< % 10	356	77,6
≥ % 10	103	22,4
Toplam	459	100,0

Tablo 15’ de ilçelere göre aşı devamsızlık hızları incelendiğinde; 356 ilçede yüzde 10’un altındadır (%77,6), 103 ilçede ise yüzde 10 ‘un üzerindedir (%22,4).

Tablo 16. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Doğurgan Çağ Kadınların Herhangi Bir Modern Yöntem Kullanım Oranları

Herhangi bir modern yöntem kullanma hızı	İlçe sayısı	%
<% 42,5*	193	66,3
≥% 42,5*	98	33,7
Toplam	291	100,0

*TNSA 2003

Araştırma kapsamındaki 291 ilçede; herhangi bir modern yöntem kullanma hızı yüzde 42,5’ un altında olan ilçe sayısı 193 (%66,3), yüzde 42,5’ un üzerinde olan ilçe sayısı ise 98’ dir (% 33,7).

Tablo 17. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Doğurgan Çağ Kadınların Herhangi Bir Yöntem Kullanma Hızı

Herhangi bir yöntem kullanma hızı	İlçe sayısı	%
< % 71*	224	76,7
≥ % 71*	68	23,3
Toplam	292	100,0

*TNSA 2003

Araştırma kapsamındaki 292 ilçede;
Herhangi bir yöntem kullanma hızı yüzde 71' in altında olan ilçe sayısı 224 (%76,7), yüzde 71' in üzerinde olan ilçe sayısı ise 68' dir (%23,3).

Tablo 18. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Gebe Tetanoz Bağışıklama Oranı

Gebe tetanoz bağışıklama oranı	İlçe sayısı	%
< % 80	223	33,8
≥% 80	114	66,2
Toplam	337	100,0

Araştırma kapsamındaki 223 ilçede;
Gebe tetanoz bağışıklama oranı yüzde 80'in altında olan ilçe sayısı 223 (%33,8), yüzde 80' in üzerinde olan ilçe sayısı ise 114' tür (%66,2).

3.1.5 İLÇELERE GÖRE ÖLÜMLÜLÜK İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 19. Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Ölümlülük İle İlgili Değişkenler

	İlçe sayısı	Ortalama \pm ss	Min.	Max.
Kaba ölüm hızı	468	3,25 \pm 3,09	,00	40,91
Bebek ölüm hızı 1	468	15,14 \pm 13,93	,00	86,96
Bebek ölüm hızı 2	468	12,46 \pm 12,03	,00	90,91
Bebek ölüm hızı 3	533	39,42 \pm 13,95	4,83	111,46
Erken neonatal ölüm hızı 1	328	6,87 \pm 9,30	,00	62,50
Erken neonatal ölüm hızı 2	328	5,77 \pm 8,04	,00	57,14
Geç neonatal ölüm hızı 1	328	1,85 \pm 3,33	,00	19,61
Geç neonatal ölüm hızı 2	328	1,60 \pm 3,00	,00	18,87
Neonatal ölüm hızı 1	328	8,73 \pm 10,08	,00	62,50
Neonatal ölüm hızı 2	328	7,38 \pm 8,79	,00	57,14
Postneonatal ölüm hızı 1	328	5,98 \pm 7,41	,00	50,00
Postneonatal ölüm hızı 2	328	5,04 \pm 6,24	,00	45,45
Perinatal ölüm hızı	307	16,89 \pm 14,00	,00	83,33
0-4yaş orantılı ölüm hızı	437	102,14 \pm 134,88	,00	1000,0
45 yaş orantılı ölüm hızı	436	825,80 \pm 165,56	,00	1000,0

Tablo 19. Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Ölümlülük İle İlgili Değişkenler (devam)

Beş yaş altı ölüm hızı	452	18,39 ± 15,67	0	102,0
Çocuk ölüm hızı	452	,60 ± ,92	,00	5,64
Ölü doğum hızı	465	9,31 ± 9,96	,00	83,33
Düşük doğum ağırlıklı bebek oranı	357	1,46 ± 1,83	0	13,0

Tablo 19’da gösterilmiş olan minimum değerleri “,00” olan ilçeler bazı verilerini gönderirken 0 olarak gönderenlerdir. Bunlar verilerin kalitesini gösterebilmek için olduğu gibi alınmıştır.

Tablo 20. Araştırma Kapsamına Giren İlçelere Göre Bebek Ölüm Hızı Dağılımı 1

Bebek ölüm hızı 1	İlçe sayısı	%
< ‰ 29*	418	89,3
≥ ‰ 29*	50	10,7
Toplam	468	100,0

*TNSA 2003

İlçe sayısına göre; 418 ilçede bebek ölüm hızı binde 29’un altında (%89,3), 50 ilçede binde 29’ un üzerindedir (%10,7).

Tablo 21. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Bebek Ölüm Hızı Dağılımı 2

Bebek ölüm hızı 2	İlçe sayısı	%
< ‰ 29*	436	93,2
≥ ‰ 29*	32	6,8
Toplam	468	100,0

*TNSA 2003

436 ilçede bebek ölüm hızı binde 29'un altında (%93,2), 32 ilçede binde 29' un üzerindedir (%6,8).

Tablo 22. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Bebek Ölüm Hızı Dağılımı 3

Bebek ölüm hızı 3	İlçe sayısı	%
< ‰ 29*	103	19,4
≥ ‰ 29*	427	80,6
Toplam	530	100,0

*TNSA 2003

Bebek ölüm hızı incelendiğinde 103 ilçede bebek ölüm hızı binde 29'un altında (%19,4), 427 ilçede binde 29' un üzerindedir (%80,6).

Tablo 23. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Neonatal Bebek Ölüm Hızı Dağılımı 1

Neonatal bebek ölüm hızı 1	İlçe sayısı	%
< ‰ 17*	279	85,1
≥ ‰ 17*	49	14,9
Toplam	328	100,0

*TNSA 2003

279 ilçede neonatal bebek ölüm hızı binde 17' nin altında (%85,1), 49 ilçede binde 17'nin üzerindedir (%14,9).

Tablo 24. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Neonatal Bebek Ölüm Hızı Dağılımı 2

Neonatal ölüm hızı 2	İlçe sayısı	%
< ‰ 17*	289	88,1
≥ ‰ 17*	39	11,9
Toplam	328	100,0

*TNSA 2003

İlçe sayısına göre; 289 ilçede neonatal bebek ölüm hızı binde 17' nin altında (%88,1), 39 ilçede binde 17' nin üzerindedir (%11,9).

Tablo 25. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerin Perinatal Ölüm Hızı Dağılımı

Perinatal ölüm hızı	İlçe sayısı	%
< ‰ 24*	46	15,0
≥ ‰ 24*	261	85,0
Toplam	307	100,0

*TNSA 2003

Perinatal ölüm hızı incelendiğinde; 46 ilçede perinatal ölüm hızı binde 24,0'ün altında (%15,0), 261 ilçede binde 24,0'ün üzerindedir (%85,0).

3.1.6 İLÇELERE GÖRE DOĞURGANLIK İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 26. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Doğurganlık İle İlgili Değişkenler

	İlçe sayısı	Ortalama \pm ss	Min.	Max
Kaba doğum hızı 1	533	12,19 \pm 7,66	1,513	134,87
Kaba doğum hızı 2	533	14,49 \pm 4,31	4,34	32,75
Genel doğurganlık hızı 1	533	46,62 \pm 35,47	5,99	703,11
Genel doğurganlık hızı 2	533	57,26 \pm 40,52	10,71	726,71
Çocuk kadın Oranı	533	31,65 \pm 32,05	7,4	394,3

Tablo 26 incelendiğinde;

Kaba doğum hızı-1' in minimum değeri 1,513 olup maximum değeri 134,87' dir.

Kaba doğum hızı-2' nin minimum değeri 4,34 olup maximum değeri 32,75' dir.

Genel doğurganlık hızı-1'in minimum değeri 5,99 olup maximum değeri 703,11' dir.

Genel doğurganlık hızı-2' nin minimum değeri 10,71 olup maximum değeri 726,71' dir.

Çocuk kadın oranının minimum değeri 7,4 olup maximum değeri 394,3'tür.

Tablo 27. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Genel Doğurganlık Hızı Dağılımı 1

Genel doğurganlık hızı 1	İlçe sayısı	%
< ‰79*	494	92,7
≥ ‰79*	39	7,3
Toplam	533	100

*TNSA 2003

Araştırma kapsamına giren 494 ilçede genel doğurganlık hızı binde 79' un altında (%92,7), 39 ilçede binde 79' un üzerindedir (%7,3).

Tablo 28. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Genel Doğurganlık Hızı Dağılımı 2

Genel doğurganlık hızı 2	İlçe sayısı	%
< ‰79*	479	89,9
≥ ‰79*	54	10,1
Toplam	533	100

*TNSA 2003

Araştırma kapsamına giren 479 ilçede genel doğurganlık hızı binde 79' un altında (%89,9), 54 ilçede binde 79' un üzerindedir (%10,1).

Tablo 29. Araştırma Kapsamına Giren İlçelerde Çocuk Kadın Oranı Dağılımı

Çocuk kadın oranı	İlçe sayısı	%
< %36,2*	444	83,3
≥ %36,2*	89	16,7
Toplam	533	100

*2000 yılı çocuk kadın oranı (TÜİK)

Araştırma kapsamına giren 533 ilçede; çocuk-kadın oranı yüzde 36,2' nin altında (%83,3), 89 ilçede yüzde 36,2' nin üzerindedir (%16,7).

3.2 TEK DEĞİŞKENLİ ANALİZLER

Tablo 30. Nüfus Artış Hızı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

Bağımlı Değişkenler	NÜFUS ARTIŞ HIZI						
	Toplam ilçe sayısı	< % 18,3		≥ % 18,3		t	p
		İlçe sayısı	Ortalama _{±ss}	İlçe sayısı	Ortalama _{±ss}		
Bebek ölüm hızı 1	468	314	15,96 ± 14,43	154	13,46 ± 12,73	1,909	,057
Bebek ölüm hızı 3	533	367	40,20 ± 15,11	166	37,71 ± 10,79	2,162	,031
Ölü doğum hızı	465	317	10,17 ± 10,92	148	7,47 ± 7,18	3,168	,002
Kaba doğum hızı 2	533	367	14,00 ± 4,19	166	15,58 ± 4,37	-3,394	,000
Herhangi bir modern yöntem kullananların oranı	292	211	44,90 ± 29,39	81	37,65 ± 11,26	3,048	,003
Herhangi bir yöntem kullananların oranı	292	211	69,94 ± 42,76	81	57,68 ± 10,52	3,871	,000
Herhangi bir yöntem kullanmayanların oranı	292	211	30,05 ± 42,76	81	42,31 ± 10,52	-3,871	,000
Bcg bağışıklama Oranı	453	306	77,65 ± 34,70	147	85,62 ± 7,79	-2,223	,027

Tablo 30' da nüfus artış hızı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analiz (independent sample t test) sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre;

Nüfus artış hızı azaldıkça bebek ölüm hızı, ölü doğum hızı, yöntem kullanma oranları artmaktadır ($p < 0,05$).

Nüfus artış hızı arttığında ise Bcg aşısı bağışıklama oranı, kaba doğum hızı ve yöntem kullanmayanların oranı artmaktadır ($p < 0,05$).

Tablo 31. Nüfus Bağımlılık Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

Bağımlı Değişkenler	NÜFUS BAĞIMLILIK ORANI						
	Toplam ilçe sayısı	< % 55,10		≥ % 55,10		t	p
		İlçesayısı	Ortalama _{±ss}	İlçesayısı	Ortalama _{±ss}		
Bebek ölüm hızı 1	468	255	13,39 ± 10,20	213	17,23 ± 17,17	-2,868	,004
Bebek ölüm hızı 3	533	284	37,86 ± 11,02	249	41,20 ± 16,51	-2,709	,007
Postneonatal ölüm hızı 1	328	194	4,88 ± 4,96	134	7,58 ± 9,75	-2,949	,004
Postneonatal ölüm hızı 2	328	194	4,27 ± 4,37	134	6,16 ± 8,11	-2,458	,015
Beş yaş altı ölüm hızı	452	249	16,34 ± 12,39	203	20,90 ± 18,66	-2,983	,003
0-4 yaş orantılı ölüm hızı	437	243	62,44 ± 57,45	194	151,87 ± 180,24	-6,646	,000
45 yaş ve üzeri orantılı ölüm hızı	436	243	869,75 ± 95,50	193	770,47 ± 212,33	6,029	,000
Ortalama bebek izlem	509	280	8,20 ± 2,54	229	7,57 ± 4,14	2,015	,045
Herhangi bir yöntem kullananların oranı	292	154	61,96 ± 15,41	138	71,65 ± 51,15	-2,141	,034
Yöntem kullanmayanların oranı	292	154	38,03 ± 15,41	138	28,34 ± 51,15	2,141	,034
Hastanede yapılan doğumlar	479	272	94,25 ± 7,75	207	81,54 ± 21,65	8,064	,000

Tablo 31.Nüfus Bağımlılık Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki(devam)

Sağlık personeli yardımı olmadan doğumlar	479	272	2,20 ± 2,98	207	8,82 ± 12,90	-7,238	,000
Kaba doğum hızı 1	533	284	11,16 ± 2,77	249	13,36 ± 10,71	-3,152	,002
Kaba doğum hızı 2	533	284	13,34 ± 2,96	249	15,80 ± 5,16	-6,603	,000
Genel doğurganlık hızı 1	533	284	43,18 ± 41,28	249	50,54 ± 26,93	-2,465	,000
Genel doğurganlık hızı 2	533	284	51,77 ± 42,92	249	63,53 ± 36,70	-3,408	,001

Tablo 31' de nüfus bağımlılık oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analiz (independent sample t test) sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre;

Bağımlılık oranı arttıkça bebek ölüm hızı, postneonatal ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, 0-4 yaş orantılı ölüm hızı, herhangi bir yöntem kullanma oranı, sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı, kaba doğum hızı, genel doğurganlık hızı, artmaktadır (p<0,05).

Bağımlılık oranı azaldıkça ortalama bebek izlem sayısı, 45 yaş ve üzeri orantılı ölüm hızı, yöntem kullanmama oranı ve hastanede yapılan doğumların oranı da artmaktadır (p<0,05).

Tablo 32. Nüfus Yoğunluğu İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

Bağımlı Değişkenler	NÜFUS YOĞUNLUĞU						
	Toplam ilçe	< 88 kişi/km ²		≥ 88 kişi/km ²		t	p
		ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}	ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}		
Bebek ölüm hızı 1	468	361	15,90 ± 15,00	107	12,58± 9,07	2,809	,005
Bebek ölüm hızı 2	468	361	13,05 ± 13,20	107	10,46 ± 6,33	2,801	,005
Bebek ölüm hızı 3	533	410	40,07 ± 14,96	123	37,25 ± 9,56	2,482	,014
Geç neonatal ölüm hızı 1	328	254	1,99 ± 3,68	74	1,38 ± 1,57	2,076	,039
Geç neonatal ölüm hızı 2	328	254	1,73 ± 3,32	74	1,17 ± 1,31	2,191	,029
Erken neonatal ölüm hızı 2	328	254	6,13 ± 8,88	74	4,51 ± 3,83	2,265	,024
Post neonatal ölüm hızı 1	328	254	6,46 ± 8,08	74	4,24 ± 3,89	3,297	,002
Post neonatal ölüm hızı 2	328	254	5,45 ± 6,84	74	3,66 ± 3,11	3,181	,002
Neonatal ölüm hızı 1	328	254	9,23 ± 10,75	74	7,01 ± 7,12	2,078	,039
Neonatal ölüm hızı 2	328	254	7,87 ± 9,69	74	5,68 ± 4,15	2,812	,005
Beş yaş altı ölüm hızı	452	346	19,31 ± 16,71	106	15,39±11,18	2,782	,006

Tablo 32. Nüfus Yoğunluğu İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki(devam)

Kaba ölüm hızı	468	361	3,38 ± 3,39	107	2,78 ± 1,60	2,534	,012
0-4 yaş orantılı ölüm hızı	437	337	109,27±147,19	100	78,14±76,39	2,810	,005
45 yaş üzeri ölüm hızı	436	336	814,24±180,40	100	864,65±91,34	-3,754	,000
Bcg aşısı bağışıklama oranı	453	346	77,04 ± 37,70	107	90,57 ±26,90	-4,103	,000
Hastanede yapılan doğumlar	479	362	87,05±17,59	117	94,05±11,64	-4,928	,000
Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar	479	362	5,95 ± 10,19	117	2,30 ± 5,18	5,088	,000
Ortalama çocuk izlem	509	388	2,55± 2,10	121	2,21 ± 1,27	2,150	,032

Tablo 32' de nüfus yoğunluğu ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan analiz (independent sample t test) sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre;

Nüfus yoğunluğu azaldıkça bebek ölüm hızı, erken neonatal ölüm hızı, geç neonatal ölüm hızı, postneonatal ölüm hızı ve neonatal ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kaba ölüm hızı, 0-4 yaş orantılı ölüm hızı, ortalama çocuk izlem sayısı, sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı artmaktadır ($p < 0,05$).

Nüfus yoğunluğu arttıkça Bcg bağışıklama oranı, hastanede yapılan doğumların oranı, 45 yaş üzeri orantılı ölüm hızı artmaktadır ($p < 0,05$).

Tablo 33. İlçenin Bulunduğu Bölge İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

Bağımlı değişkenler	BÖLGELER						
	Toplam ilçe sayısı	BATI		DOĞU		t	p
		ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}	ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}		
Bebek ölüm hızı 1	468	381	13,15 ± 11,92	87	9,44 ±12,10	2,612	,009
Bebek ölüm hızı 2	533	446	38,47 ± 13,53	87	44,28 ± 15,05	-3,593	,000
0-4 yaş ölüm hızı	437	352	74,47 ± 79,43	85	216,73±227,08	-5,692	,000
45 yaş üzeri ölüm hızı	436	351	860,21±116,14	85	683,72±245,72	6,450	,000
Kaba ölüm hızı	468	381	3,65 ± 3,19	87	1,46 ± 1,64	9,127	,000
Düşük doğum ağırlıklı bebek oranı	357	284	1,63 ± 1,81	73	,79 ± 1,76	3,640	,000
Çocuk kadın oranı	533	446	30,43 ±32,70	87	37,98±27,84	-2,015	,044
Kaba doğum hızı 1	533	446	12,61 ± 8,05	87	10,03 ± 4,67	2,894	,004
Kaba doğum hızı 2	533	446	13,78 ± 3,55	87	18,13 ± 5,78	-6,768	,000
Genel doğurganlık hızı 1	533	446	48,06 ± 36,73	87	39,26 ± 27,11	2,123	,034
Genel doğurganlık hızı 2	533	446	54,84 ± 37,80	87	69,68 ± 50,78	-2,589	,011

Tablo 33. İlçenin Bulunduğu Bölge İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki(devam)

Ortalama bebek izlem sayısı	509	422	$8,38 \pm 3,17$	87	$5,67 \pm 3,40$	7,165	,000
Modern yöntem kullanma oranı	292	261	$45,33 \pm 26,18$	31	$22,32 \pm 7,47$	10,930	,000
Herhangi bir yöntem kullananların oranı	292	261	$69,18 \pm 38,33$	31	$44,29 \pm 8,81$	8,724	,000
Yöntem kullanmayan kadın oranı	292	261	$30,81 \pm 38,33$	31	$55,70 \pm 8,81$	-8,724	,000
Kızamık aşısı bağışıklama oranı	459	372	$92,04 \pm 20,72$	87	$101,09 \pm 40,20$	-2,038	,044
Aşı devamsızlık hızı 1	459	372	$-4,17 \pm 12,54$	87	$10,26 \pm 34,74$	-3,819	,000
Aşı devamsızlık hızı 2	459	372	$1,65 \pm 14,27$	87	$12,65 \pm 29,80$	-3,354	,001
Hastanede doğum yapanların oranı	479	406	$92,72 \pm 10,22$	73	$66,72 \pm 25,73$	8,514	,000
Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar	479	406	$3,09 \pm 4,97$	73	$16,04 \pm 17,26$	-6,363	,000

Tablo 33' de ilçelerin bulunduğu bölge ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan analiz (independent sample t test) sonuçları sunulmuştur. Bu sonuçlarına göre bölgesel farklılıklar ele alındığında;

Doğu bölgesinde 0-4 yaş ölüm hızı Batı bölgesinden daha yüksektir ($p < 0,05$).

Batı' da 45 yaş üzeri ölüm hızı Doğu' ya göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Bebek ölüm hızı (Dpt verisine göre) Doğu' da daha yüksek, sıfır yaş nüfusa göre ise Batı bölgesinde daha yüksektir ($p < 0,05$).

Batı bölgesinde hastanede yapılan doğumların oranı daha yüksekken, Doğu bölgesinde sağlık personeli yardımı olmadan doğumların oranı daha yüksektir($p < 0,05$).

Aşı devamsızlık hızı ve kızamık bağışıklama oranı Doğu' da yüksektir ($p < 0,05$).

Yöntem kullanma oranları Batı' da yüksekken yöntem kullanmama oranı ise Doğu' da yüksektir. Kaba ölüm hızı ve postneonatal ölüm hızı Batı bölgesinde Doğu'ya göre daha yüksektir ($p < 0,05$).

Ortalama bebek izlem sayısı ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranı Batı' da daha yüksektir ($p < 0,05$).

Kaba doğum hızı canlı doğumlara göre Batı' da, sıfır yaş nüfusa göre Doğu'da yüksektir ($p < 0,05$).

Genel doğurganlık hızı canlı doğumlara göre Batı'da, sıfır yaş nüfusa göre Doğu' da yüksektir ($p < 0,05$).

Bu tabloda ve bu tabloyu izleyen 36-37-41-42 nolu tablolarda, görüldüğü gibi bazı değişkenler gölgeli olarak belirtilmiştir. Bu değişkenler, beklenen hipotezlerin tersine anlamlılık gösteren tutarsız değişkenler olarak yorumlanmış ve daha sonraki aşama olan çok değişkenli analizlerde bu değişkenlerin bazılarında yer verilmemiştir.

Tablo 34. Altı Yaş Üzeri Okur-Yazar Olmayan Kadın Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

Bağımlı Değişkenler	6 YAŞ ÜZERİ OKUR-YAZAR OLMAYAN KADIN ORANI						
	Toplam ilçe sayısı	<% 19,36		≥% 19,36		t	p
		ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}	ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}		
Bebek ölüm hızı 3	533	372	37,60 ±13,08	161	43,63 ±14,98	-4,665	,000
Kaba ölüm hızı	468	321	3,52 ± 3,23	147	2,65 ± 2,65	2,839	,005
0-4 yaş orantılı ölüm hızı	437	295	76,43 ± 91,80	142	155,57 ±185,53	-4,808	,000
45 yaş üzeri orantılı ölüm hızı	436	295	860,43±117,63	141	753,35±219,77	5,426	,000
Kaba doğum hızı 2	533	372	13,59 ± 3,17	161	16,58 ± 5,66	-6,277	,000
Genel doğurganlık hızı 2	533	372	54,58 ±42,92	161	63,46 ± 33,67	-2,563	,011
Ortalama bebek izlem sayısı	509	353	8,31 ± 3,18	156	7,03 ± 3,61	4,005	,000
Aşı devamsızlık hızı 1	459	312	-5,22 ±11,56	147	-1,45 ± 19,64	-2,161	,032

Tablo 34. Altı Yaş Üzeri Okur-Yazar Olmayan Kadın Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki(devam)

Kızamık bağışıklama oranı	459	312	91,37± 21,10	147	98,79 ± 33,10	-2,489	,014
Hastanede doğum yapanların oranı	479	335	92,97 ±10,28	144	78,98 ± 23,18	6,954	,000
Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar	479	335	2,85 ± 4,52	144	10,19 ± 14,38	-5,993	,000

Tablo 34' de Altı yaş üzeri okur-yazar olmayan kadın oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan analiz (independent sample t test) sonuçları sunulmuştur. Bu sonuçlarına göre ele alındığında;

Altı yaş üzeri okur-yazar olmayan kadın oranı arttıkça bebek ölüm hızı, 0-4 yaş orantılı ölüm hızı, kızamık aşı bağışıklama oranı, kaba doğum hızı, genel doğurganlık hızı, sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı ve aşı devamsızlık hızı artmaktadır (p<0,05).

Altı yaş üzeri okur-yazar olmayan kadın oranı azaldıkça kaba ölüm hızı, 45 yaş üzeri orantılı ölüm hızı, ortalama bebek izlem sayısı, hastanede yapılan doğumların oranı ve artmaktadır (p<0,05).

Tablo 35. İşsizlik Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

Bağımlı Değişkenler	İŞSİZLİK ORANI						
	Toplam ilçe sayısı	< % 6,6		≥ % 6,6		t	p
		ilçe sayısı	Ortalama \pm ss	ilçe sayısı	Ortalama \pm ss		
Bebek ölüm hızı 1	468	321	16,35 \pm 14,24	147	12,50 \pm 2,90	2,795	,005
Bebek ölüm hızı 2	468	321	13,75 \pm 12,49	147	9,64 \pm 10,45	3,709	,000
Bebek ölüm hızı 3	533	366	40,22 \pm 14,56	167	37,67 \pm 12,35	1,965	,050
Erken neonatal ölüm hızı 1	328	228	7,55 \pm 9,60	100	5,33 \pm 8,40	2,007	,046
Erken neonatal ölüm hızı 2	328	228	6,49 \pm 8,52	100	4,11 \pm 6,57	2,752	,006
Neonatal ölüm hızı 1	328	228	9,53 \pm 10,31	100	6,91 \pm 9,33	2,175	,030
Neonatal ölüm hızı 2	328	228	8,25 \pm 9,28	100	5,37 \pm 7,19	3,041	,003
Postneonatal ölüm hızı 2	328	228	5,63 \pm 6,38	100	3,71 \pm 5,70	2,698	,008
Perinatal ölüm hızı	307	216	18,33 \pm 14,04	91	13,50 \pm 13,38	2,790	,006

Tablo 35. İşsizlik Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki(devam)

Düşük doğum ağırlıklı bebek oranı	357	239	1,66 ± 1,86	118	1,05 ± 1,70	3,093	,002
Kaba ölüm hızı	468	321	3,58 ± 3,43	147	2,51± 1,96	3,537	,000
Beş yaş altı ölüm hızı	452	306	19,65 ±15,84	146	15,74 ±15,01	2,495	,013
Ortalama bebek izlem sayısı	509	350	8,12 ± 3,35	159	7,47 ± 3,36	2,015	,044
Herhangi bir modern yöntem kullananların oranı	292	203	45,57 ±29,39	89	36,78 ±13,20	3,525	,000
Herhangi bir yöntem kullananların oranı	292	203	70,65 ±43,09	89	57,17 ±13,19	4,044	,000
Yöntem kullanmama oranı	292	203	29,34 ±43,09	89	42,82 ±13,19	-4,044	,000
Hastanede doğum yapanların oranı	479	328	87,65 ±17,57	151	91,18 ±14,04	-2,358	,019

Tablo 35' de işsizlik oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan analiz (independent sample t test) sonuçları sunulmuştur. Bu sonuçlarına göre ele alındığında;

İşsizlik oranı azaldıkça bebek ölüm hızı, erken neonatal ölüm hızı, neonatal ölüm hızı, postneonatal ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, perinatal ölüm hızı, düşük doğum ağırlıklı bebek oranı, kaba ölüm hızı, ortalama bebek izlem sayısı, ortalama lohusa izlem sayısı, yöntem kullanma oranı, sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı artmaktadır (p<0,05).

İşsizlik oranı arttığında ise hastanede doğum yapanların oranı, yöntem kullanmayanların oranı artmaktadır (p<0,05).

İşsizlik oranı ile diğer tüm değişkenler arasında beklenen eşitsizlik hipotezinin tersine bulgular elde edilmesi, ilçe bazlı işsizlik verilerinin güvenilir olmadığını düşündürmüştü, bu nedenle işsizlik oranı çok değişkenli analizlerden çıkarılmıştır.

Tablo 36. Okur-Yazar Nüfus Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

Bağımlı Değişkenler	OKUR-YAZAR NÜFUS ORANI						
	Toplam ilçe sayısı	<% 87,30		≥% 87,30		t	p
		ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}	ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}		
Bebek ölüm hızı 1	468	274	16,98 ± 15,31	194	12,54 ± 11,25	3,618	,000
Bebek ölüm hızı 2	468	274	13,33 ± 13,11	194	11,23 ± 10,20	1,947	,052
Bebek ölüm hızı 3	533	313	42,20 ± 15,42	220	35,47 ± 10,34	6,023	,000
Postneonatal ölüm hızı 1	328	209	5,55 ± 7,26	119	4,56 ± 3,94	3,183	,002
Kaba ölüm hızı	468	274	2,93 ± 3,36	194	3,69 ± 2,59	-2,641	,009

Tablo 36. Okur-Yazar Nüfus Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki(devam)

0-4 yaş orantılı ölüm hızı	437	262	131,62±161,98	175	58,01 ± 54,41	6,804	,000
Postneonatal ölüm hızı 2	328	209	17,40 ± 15,10	119	4,16 ± 3,71	2,288	,023
Beş yaş altı ölüm hızı	452	272	20,89 ± 17,51	180	14,61± 11,42	4,612	,000
45 yaş üzeri orantılı ölüm hızı	436	261	790,90 ±190,36	175	877,86± 99,16	-6,227	,000
Kaba doğum hızı 2	533	313	15,12 ± 4,86	220	13,59 ± 3,18	4,401	,000
Genel doğurganlık hızı 2	533	313	62,62 ± 50,06	220	49,64 ± 17,87	4,22	,000
Ortalama bebek izlem sayısı	509	301	7,43 ± 3,75	208	8,63 ± 2,57	-4,304	,000
Ortalama lohusa izlem sayısı	434	280	1,81 ± ,84	154	2,09 ± ,59	-3,606	,000
Bcg aşısı bağışıklama oranı	455	275	77,83 ± 40,23	178	83,97 ± 27,58	-1,925	,055
Aşı devamsızlık hızı 2	459	279	3,99E-02±23,43	180	-3,73±11,28	-2,305	,022
Herhangi bir modern yöntem kullanma oranı	292	180	40,57 ± 26,59	112	46,61 ± 24,29	-1,947	,052

Tablo 36. Okur-Yazar Nüfus Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki(devam)

Hastanede doğum yapanların oranı	479	290	84,40 ± 19,61	189	95,46 ± 5,95	-8,990	,000
Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar	479	290	7,34 ± 11,26	189	1,56 ± 2,65	8,395	,000

Tablo 36' da okur yazar nüfus oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan analiz (independent sample t test) sonuçları sunulmuştur. Bu sonuçlarına göre ele alındığında;

Okur yazar nüfus oranı azaldıkça bebek ölüm hızı, postneonatal ölüm hızı, 0-4 yaş orantılı ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kaba doğum hızı, genel doğurganlık hızı, aşı devamsızlık hızı, sağlık personeli olmadan yapılan doğumların oranı artmaktadır ($p < 0,05$).

Okur-yazar nüfus oranının arttığı ilçelerde ise kaba ölüm hızı, 45 yaş üzeri orantılı ölüm hızı, ortalama bebek izlem sayısı, ortalama lohusa izlem sayısı, Bcg bağışıklama oranı, modern yöntem kullanma hızı, hastanede yapılan doğumların oranı da artmaktadır ($p < 0,05$).

Tablo 37. Kızamık Bağışıklama Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki

Bağımlı Değişkenler	KIZAMIK BAĞIŞIKLAMA ORANI						
	Toplam ilçe sayısı	<% 95		≥ %95		t	p
		ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}	ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}		
Gec neonatal ölüm hızı 1	314	178	2,13 ± 3,62	136	1,25 ± 2,39	2,605	,010
Gec neonatal ölüm hızı 2	314	178	1,80 ± 3,19	136	1,18 ± 2,44	1,890	,060
Postneonatal ölüm hızı 1	314	178	6,46 ± 6,98	136	4,82 ± 6,67	2,110	,036
Kaba ölüm hızı	426	230	3,49 ± 3,00	196	2,90 ± 1,92	2,390	,017
Genel doğurganlık hızı 2	459	253	61,66 ± 54,69	206	53,37 ± 19,38	2,244	,025
Herhangi bir modern yöntem kullanma oranı	281	150	36,86 ± 14,34	131	41,67 ± 17,60	-2,524	,012
Herhangi bir yöntem kullananların oranı	281	150	58,64 ± 14,32	131	62,32 ± 17,54	-1,905	,058

Tablo 37. Kızamık Bağışıklama Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki(devam)

Herhangi bir yöntem kullanmama oranı	281	150	41,35 ± 14,32	131	37,67 ± 17,54	1,905	,058
Bcg aşısı bağışıklama oranı	453	251	66,60 ± 29,81	202	97,19 ± 35,63	-9,949	,000
Aşı devamsızlık hızı 2	459	253	6,65 ± 22,22	206	,16 ± 12,35	-3,958	,000

Tablo 37' de kızamık bağışıklama oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan analiz (independent sample t test) sonuçları sunulmuştur. Bu sonuçlarına göre ele alındığında;

Kızamık aşısı bağışıklama oranının azalması ile geç neonatal ölüm hızı, postneonatal ölüm hızı, kaba ölüm hızı, genel doğurganlık hızı ve yöntem kullanmayanların oranı arasında anlamlı ilişki vardır ($p < 0,05$).

Kızamık aşısı bağışıklama oranı arttığında yöntem kullanma oranları, Bcg aşısı bağışıklama oranı artmakta, aşı devamsızlık hızı azalmaktadır ($p < 0,05$).

Tablo 38. Aşı Devamsızlık Hızı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki 1

Bağımlı Değişkenler	AŞI DEVAMSIZLIK HIZI-1						
	Toplam ilçe	< % 10		≥ % 10		t	p
		ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}	ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}		
Bebek ölüm hızı 2	426	382	12,92 ± 11,60	44	5,98 ± 6,94	3,884	,000
Postneonatal ölüm hızı 1	314	283	6,00 ± 6,97	31	3,45 ± 5,73	1,965	,050
Postneonatal ölüm hızı 2	314	283	5,25 ± 6,18	31	1,67 ± 2,54	6,106	,000
Kaba ölüm hızı	426	382	3,36 ± 2,61	44	2,01 ± 1,89	3,328	,001
Kaba doğum hızı 1	459	412	12,26 ± 7,73	47	8,42 ± 3,47	3,365	,001
Kaba doğum hızı 2	459	412	14,29 ± 3,99	47	16,58 ± 6,50	-2,367	,022
Genel doğurganlık hızı 1	459	412	47,61 ± 37,74	47	33,87 ± 26,80	-3,102	,004
Ortalama kadın izlem	408	363	1,15 ± ,92	45	,86 ± ,75	1,989	,047
Ortalama bebek izlem	452	405	8,00 ± 3,20	47	6,04 ± 3,40	3,948	,000

Tablo 38. Aşı Devamsızlık Hızı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki 1(devam)

Herhangi bir modern yöntem kullanma oranı	281	261	39,92 ± 28,55	20	15,63 ± 18,66	3,087	,002
Herhangi bir yöntem kullanma oranı	281	261	61,21 ± 15,48	20	49,16 ± 18,47	3,310	,001
Yöntem kullanmayanların oranı	281	265	38,78 ± 15,48	16	50,83 ± 18,47	-3,310	,001
Hastanede yapılan doğumların oranı	410	395	89,83 ± 15,44	15	70,88 ± 25,04	4,403	,000
Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı	430	395	4,54 ± 8,32	35	12,80 ± 17,94	-2,695	,011

Tablo 38 incelendiğinde;

Aşı devamsızlık hızı azaldığında bebek ölüm hızının, postneonatal ölüm hızının, kaba ölüm hızının, canlı doğum sayılarına göre hesaplanan kaba doğum hızı ve genel doğurganlık hızının, ortalama kadın ve bebek izlem sayısının, herhangi bir yöntem kullanma hızı ve modern yöntem kullanma hızının, hastanede doğum yapma oranının arttığı görülmektedir (p<0,05)

Aşı devamsızlık hızı arttığında ise; sıfır yaş nüfusa göre hesaplanan kaba doğum hızı, doğal nüfus artış hızının, yöntem kullanmama hızı, sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma oranı artmaktadır. (p<0,05)

Tablo 39. Aşı Devamsızlık Hızı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki 2

Bağımlı Değişkenler	AŞI DEVAMSIZLIK HIZI -2						
	Toplam ilçe	< %10		≥ %10		t	p
		ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}	ilçe sayısı	Ortalama _{±ss}		
Bebek ölüm hızı 3	459	371	38,37 ± 13,37	88	44,02 ± 16,97	-2,914	,004
Erken neonatal ölüm hızı 2	314	253	6,13 ± 8,27	61	3,65 ± 4,80	3,081	,002
Kaba ölüm hızı	426	343	3,35 ± 2,63	83	2,68 ± 2,28	2,135	,021
0-4 yaş orantılı ölüm hızı	423	341	91,92 ± 130,04	82	134,70 ± 144,33	-2,455	,016
45 yaş ve üzeri orantılı ölüm hızı	422	340	838,91 ± 153,60	82	775,11 ± 202,79	2,670	,009
Kaba doğum hızı 1	459	371	12,23 ± 8,09	88	10,36 ± 3,88	2,104	,036
Kaba doğum hızı 2	459	371	14,13 ± 3,85	88	16,18 ± 5,80	-3,146	,002
Ortalama bebek izlem	452	368	8,01 ± 3,21	84	6,87 ± 3,37	2,825	,006
Kızamık aşısı bağımlılık oranı	459	371	95,56 ± 25,16	88	86,13 ± 26,98	3,114	,002
Hastanede yapılan doğumların oranı	430	353	89,95 ± 15,37	77	80,69 ± 22,39	3,456	,001

Tablo 39. Aşı Devamsızlık Hızı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki 2 (devam)

Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı	430	353	4,41 ± 8,30	77	8,91 ± 14,00	-2,718	,008
--	-----	-----	-------------	----	--------------	--------	------

Tablo 39' da aşı devamsızlık hızı ile bağımlı değişkenler arasında yapılan istatistiksel analizlerin (Independent sample t test) sonuçları görülmektedir.

Aşı devamsızlık hızı düşük olan ilçelerde bebek ölüm hızı da azalmaktadır (p<0,05).

Aşı devamsızlık hızı azaldıkça kaba ölüm hızı, erken neonatal ölüm hızı, 45 yaş ve üzeri orantılı ölüm hızı artmaktadır (p<0,05).

Aşı devamsızlık hızı azaldıkça canlı doğumlara göre hesaplanan kaba doğum hızı, ortalama kadın ve bebek izlem sayısı, kızamık bağışıklama oranı, hastanede doğum yapanların oranı artmaktadır (p<0,05).

Aşı devamsızlık hızı arttıkça; sıfır yaş nüfusa göre hesaplanan kaba doğum hızı, bebek ölüm hızı, 0-4 yaş orantılı ölüm hızı artmaktadır. (p<0,05)

3.3 ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZLER

Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon analizlerinde kullanılacak değişkenleri belirlemek, değişken sayılarını azaltmak, aynı kategorideki değişkenlerin hangisinin modellere alınacağına karar vermek ve birlikte doğrusal değişim gösteren (multicollinearity) değişkenlerini belirlemek amacıyla bağımsız değişkenler faktör analizi ile değerlendirilmişlerdir. Hangi bağımsız değişkenlerin çoklu modellere alınacağı konusundaki yaklaşım, bu araştırmanın Gereç ve Yöntem bölümünde belirtilmiştir.

Tablo 40. Araştırmanın Bağımsız Değişkenlerinin Açıklayıcı Faktör Çözümlemesi *

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Genç bağımlılık oranı	,885								
Toplam bağımlılık oranı	,544								
Nüfus bağımlılık oranı	,717								
Genel doğurganlık hızı 2	,651								
Doğal nüfus artış hızı 2	,721								
Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar	,523								
Ortalama hane halkı büyüklüğü	,668								
Hastanede doğum yapma oranı	,-458								
Sanayi sektöründe çalışanların oranı		,676							
Hizmetler sektöründe çalışanların oranı		,817							
Fert başına genel bütçe geliri		,343							
Nüfus yoğunluğu		,625							
Şehirleşme oranı		,805							
Tarım sektöründe çalışanların oranı		,-907							
Modern yöntem kullanma oranı			,925						
Herhangi bir yöntem kullanma oranı			,966						
Herhangi bir yöntem kullanmama oranı			,-966						

*Ana Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) Varimax Çevrimi

Tablo 40.Faktör Çözümlemesi (devam)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Okur-yazar nüfus oranı				, -705					
6 yaş üzeri okur-yazar olmayan kadın oranı				,802					
15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın				,694					
Nüfus artış hızı				, -643					
Ortalama lohusa izlem				,328					
Ortalama bebek izlem sayısı					,778				
Ortalama kadın izlem sayısı					,777				
Ortalama çocuk izlem sayısı					,751				
Vergi gelirlerinin ülke içindeki payı						,732			
Tarımsal üretimin ülke içindeki payı						,831			
Aşı devamsızlık hızı-2							,872		
Kişi başına ortalama muayene sayısı								,678	
Sevk hızı								, -704	
Yaşlı bağımlılık oranı									, -505
Kızamık bağışıklama oranı									,724

* Ana Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) Varimax Çevrimi

Tablo 40' da sunulan faktör çözümlemesi sonunda aynı faktöre düşen bağımsız değişkenlerle potansiyel bağımlı değişkenlerin korelasyon matrisleri yapılmıştır. Bu matrislerde bağımlı değişkenlerle en yüksek katsayı (r) veren, diğer bağımsız değişkenlerle en düşük korelasyon katsayısı veren değişkenler çoklu modellere alınmak üzere seçilmişlerdir.

3.3.1 ÇOKLU DOĞRUSAL REGRESYON (MULTİPLE LİNEAR REGRESYON) İNDİRGENMİŞ SON MODELLER

Tablo 41. Bebek Ölüm Hızı-2* İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model-1

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R^2)
Sabit	5,177	2,818		0,67	0.19
Herhangi bir sağlık personeli olmadan yapılan doğumlar	,474	,163	,189	,004	
Ortalama bebek izlem sayısı	1,436	,211	,404	,000	
15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı	,266	,156	-,106	,049	
Hizmetler sektöründe çalışanların oranı	-,116	,054	-,128	,032	

*ref. Sağlık Bakanlığı ETF sıfır yaş nüfus

Tablo 41' de bebek ölüm hızı ve bağımsız değişkenler arasında modele alınan bağımsız değişkenlere indirgenmiş son model izlenmektedir.

Modele alınan değişkenler: Okur-yazar nüfus oranı, 15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı, sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma oranı, ortalama bebek izlem sayısı, kızamık bağışıklama oranı, hizmetler sektöründe çalışanların oranı, yaşlı bağımlılık oranı, kişi başına düşen ortalama muayene sayısı, tarımsal üretimin ülke içindeki payı, herhangi bir yöntem kullanma oranı, aşı devamsızlık hızı değişkenleri modele alınmıştır.

Sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma oranı arttıkça bebek ölüm hızı artmıştır.

Ortalama bebek izlem sayısı arttıkça bebek ölüm hızı artmıştır.

15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı arttıkça bebek ölüm hızı artmıştır.

Hizmetler sektöründe çalışanların oranı azaldıkça bebek ölüm hızı artmıştır.

Tablo 42. Bebek Ölüm Hızı-2* İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model-2

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R^2)
Sabit	92,614	25,036		,000	0.13
Okur-yazar nüfus oranı	-,572	,263	-,188	,030	
15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı	,451	,200	-,177	,025	
Yaşlı bağımlılık oranı	-,327	,135	-,166	,016	
Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumlar	,747	,182	,285	,000	

*ref. DPT

Tablo 42' de bebek ölüm hızı ve bağımsız değişkenler arasında modele alınan bağımsız değişkenlere indirgenmiş son model izlenmektedir.

Modele alınan değişkenler: Okur-yazar nüfus oranı,15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı, sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma oranı, ortalama bebek izlem sayısı, kızamık bağışıklama oranı, hizmetler sektöründe çalışanların oranı, yaşlı bağımlılık oranı, kişi başına düşen ortalama muayene sayısı, herhangi bir yöntem kullanma oranı, tarımsal üretimin ülke içindeki payı, herhangi bir yöntem kullanma oranı, aşı devamsızlık hızı değişkenleri modele alınmıştır.

Okur-yazar nüfus oranı azaldıkça bebek ölüm hızı artmıştır.

15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı arttıkça bebek ölüm hızı artmıştır.

Yaşlı bağımlılık oranı azaldıkça bebek ölüm hızı artmıştır.

Sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma oranı bebek ölüm hızı artmıştır.

Tablo 43. Beş Yaş Altı Ölüm Hızı İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R^2)
Sabit	13,843	3,255		,000	0.10
Ortalama bebek izlem sayısı	-,628	,268	,146	,020	
Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı	,823	,195	,271	,000	
Hizmetler sektöründe çalışanların oranı	-,125	,068	-,114	,050	

Tablo 43' de beş yaş altı ölüm hızı ve bağımsız değişkenler arasında modele alınan bağımsız değişkenlere indirgenmiş son model izlenmektedir.

Modele alınan değişkenler: Okur-yazar nüfus oranı, 15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı, sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma oranı, ortalama bebek izlem sayısı, kızamık bağışıklama oranı, hizmetler sektöründe çalışanların oranı, yaşlı bağımlılık oranı, kişi başına düşen ortalama muayene sayısı, tarımsal üretimin ülke içindeki payı, herhangi bir yöntem kullanma oranı, aşı devamsızlık hızı değişkenleri modele alınmıştır.

Ortalama bebek izlem sayısı azaldıkça beş yaş altı ölüm hızı artmıştır.

Sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma oranı arttıkça beş yaş altı ölüm hızı artmıştır.

Hizmetler sektöründe çalışanların oranı azaldıkça beş yaş altı ölüm hızı artmıştır.

Tablo 44. Postneonatal Ölüm Hızı-2* İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R ²)
Sabit	,721	1,535	,639		0.19
Ortalama bebek izlem sayısı	-,691	,119	,394	,000	
Sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı	,247	,086	,199	,005	
Hizmetler sektöründe çalışanların oranı	-7,22E-02	,033	-,147	,030	

*ref. Sağlık Bakanlığı ETF sıfır yaş nüfus

Tablo 44' de postneonatal ölüm hızı ve bağımsız değişkenler arasında modele alınan bağımsız değişkenlere indirgenmiş son model izlenmektedir.

Modele alınan değişkenler: Okur-yazar nüfus oranı, 15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı, sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma oranı, ortalama bebek izlem sayısı, kızamık bağışıklama oranı, hizmetler sektöründe çalışanların oranı, yaşlı bağımlılık oranı, kişi başına düşen ortalama muayene sayısı, tarımsal üretimin ülke içindeki payı, herhangi bir yöntem kullanma oranı, aşı devamsızlık hızı değişkenleri modele alınmıştır.

Ortalama bebek izlem sayısı azaldıkça postneonatal ölüm hızı artmıştır.

Sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma oranı arttıkça postneonatal ölüm hızı artmıştır.

Hizmetler sektöründe çalışanların oranı azaldıkça postneonatal ölüm hızı artmıştır.

Tablo 45. Aşı Devamsızlık Hızı-2* İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R ²)
Sabit	10,705	4,790		,026	0.09
15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı	,517	,169	,190	,002	
Kızamık bağışıklama oranı	-,123	,039	-,192	,002	
Yaşlı bağımlılık oranı	-,321	,137	-,152	,020	
Kişi başına düşen ortalama muayene sayısı	1,698	,898	,120	,060	

*Dbt1-kızamık

Tablo 45' de aşı devamsızlık hızı ve bağımsız değişkenler arasında modele alınan bağımsız değişkenlere indirgenmiş son model izlenmektedir.

Modele alınan değişkenler: Okur-yazar nüfus oranı, 15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı, sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma oranı, ortalama bebek izlem sayısı, kızamık bağışıklama oranı, hizmetler sektöründe çalışanların oranı, yaşlı bağımlılık oranı, kişi başına düşen ortalama muayene sayısı, herhangi bir yöntem kullanma oranı, tarımsal üretimin ülke içindeki payı değişkenleri modele alınmıştır.

15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı arttıkça aşı devamsızlık hızı artmıştır.

Kızamık bağışıklama oranı azaldıkça arttıkça aşı devamsızlık hızı artmıştır.

Yaşlı bağımlılık oranı azaldıkça arttıkça aşı devamsızlık hızı artmıştır.

Kişi başına düşen ortalama muayene sayısı ile aşı devamsızlık hızı arasında ilişki anlamsız bulunmuştur.

Tablo 46. Genel Doğurganlık Hızı-2* İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R ²)
Sabit	78,346	7,429		,000	0.28
Kişi başına düşen ortalama muayene sayısı	-3,740	1,519	-,144	,014	
Herhangi bir yöntem kullananların oranı	-,184	,102	-,104	,042	
Yaşlı bağımlılık oranı	-,885	,217	-,229	,000	
Sağlık personeli olmadan doğum yapma oranı	1,773	,292	,346	,000	

*ref. Sağlık Bakanlığı ETF sıfır yaş nüfus sayısı

Tablo 46' da genel doğurganlık hızı ve bağımsız değişkenler arasında modele alınan bağımsız değişkenlere indirgenmiş son model izlenmektedir.

Modele alınan değişkenler: Okur-yazar nüfus oranı, 15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı, sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma oranı, ortalama bebek izlem sayısı, kızamık bağışıklama oranı, hizmetler sektöründe çalışanların oranı, yaşlı bağımlılık oranı, kişi başına düşen ortalama muayene sayısı, aşı devamsızlık hızı, herhangi bir yöntem kullanma oranı, tarımsal üretimin ülke içindeki payı değişkenleri modele alınmıştır.

Kişi başına düşen ortalama muayene sayısı azaldıkça genel doğurganlık hızı artmıştır.

Herhangi bir yöntem kullanma oranı azaldıkça genel doğurganlık hızı artmıştır.

Yaşlı bağımlılık oranı azaldıkça genel doğurganlık hızı artmıştır.

Sağlık personeli yardımı olmadan doğum yapma oranı arttıkça genel doğurganlık hızı artmıştır.

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

İlçe temelli ulusal veri kaynaklarının verinin kaynağına göre değişiklikler gösterdiği, sağlık bakanlığı kaynaklı bazı verilerin tutarsız olduğu düşünülebilir. Tek değişkenli analizlerde önceden bilinen değişken alt grupları arasında beklenen ilişkiler yerine tersine ilişkilere ulaşılması bu düşünceyi kanıtlamaktadır. Örneğin Doğu Anadolu ilçelerinde bazı verilerin Batı Anadolu'ya göre anlamlı düzeyde daha iyi çıkması, benzer şekilde alt sosyoekonomik gruplarda ters ilişkilerin bulunması gibi. Ancak yine de Sağlık Bakanlığı kaynaklarının diğer bir çok veri için çalışabilir nitelikte olduğu söylenebilir. İl ve ilçe kaynaklı ulusal kurum verilerinin diğer bazı araştırmalarda da ülke içi eşitsizlikleri gösterebilme amacıyla kullanılabileceği gösterilmiştir (17,49,69). Bu araştırmanın analizlerinin sonuçları araştırmanın sınırlı olduğu bazı noktalar göz önüne alınarak değerlendirilmelidir.

Bulgular ekolojik araştırmalarda neden sonuç ilişkisini kanıtlayamasa da alt grup farklılıkları anlamında bir fikir vermektedir. Bu araştırmada 4 temel bağımsız değişken grubu ile bazı sağlık düzeyi göstergeleri arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. Bunlar, Örgün eğitim, doğurganlık, coğrafi ve demografik gelişmişlik, sağlık hizmetlerinin niceliği ve niteliğidir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre Türkiye' de bölgelerarası farklılıklar mevcuttur. Doğu bölgesinde ölüm hızları daha yüksekken hastanede doğum yapma oranı, bebek izlem sayısının yüksek olması, yöntem kullanma oranları gibi veriler Batı' da daha yüksektir. Aşı devamsızlık hızları ve sağlık personeli yardımı olmadan yapılan doğumların oranı ise Doğu bölgesinde yüksektir. Bu veriler bu güne dek Türkiye'deki bölgesel farklılıkları gösteren diğer çalışmalarla uyumludur ve beklenen sonuçlardır. Nitekim DPT' nin 2004 yılında yaptığı ilçeler temelli araştırmasının sonuç bulgularında birinci derecede gelişmiş ilçeler kademesindeki ilçelerin çoğunlukla ülkenin batı kesimlerinde yer almakla birlikte, ülke coğrafyasına benek benek dağılmış durumda olduğu belirtilmiştir (49). Aynı kurumun iller ve bölgelerde yaptığı araştırmada da aynı sonuçlar bulunmuştur (50).

Yerleşim yeri ve coğrafik bölgeye göre oluşan farklılıklar yıllar içinde azalmak bir yana, giderek derinleşmektedir. Kır-kent arasındaki bebek ölüm hızı farkı 1978' de 1.23 misliken, 1988' de 2.1'e çıkmış, 1998' te 1.56 olmuştur. Doğu-Batı arasındaki fark ise 1978' de 1.36' dan 1988' de 2.32' ye, 1998' de 1.88' e çıkmıştır. Ayrıca, tüm bölgelerde bebek ölüm hızı düşerken, Doğu' da 1998' de 1993' e kıyasla bir artış da sözkonusudur (binde 60.0' dan, binde 61.5 'e) (98).

Postneonatal bebek ölüm hızı farkı kır-kent arasında 1978' de 1.38, 1988' de 2.83 ve 1998' de 2.17 iken, aynı yıllarda Doğu-Batı farkı 2.2,2.50,3.85' dir. Yani önlenebilir nedenlerden ölen bebekler, Doğu' da Batı' ya kıyasla yaklaşık 4 misli daha fazla ölmektedirler (98).

Türkiye' de kırsal yerleşim yerlerindeki bebek ölüm hızı kentsel yerleşim yerlerinden %70 daha yüksektir. Bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızları Kuzey ve Doğu bölgelerinde ülke ortalamasının üzerindedir (47). Hizmetten yararlanma kırsal bölgelerde, gecekonduarda ve Doğu Anadolu' da diğer bölgelere göre kötüdür (6,59,72,73). Doğu-Batı bölge karşılaştırmaları ile ilgili sonuçlar bize verilerin güvenilirliği ile ilgili ip uçları sağlamıştır. Elde edilen sonuçlar aracılığıyla kaba ölüm hızı, düşük doğum ağırlıklı bebek oranı, ölü doğum hızı, perinatal ölüm hızı, bebek ölüm hızı (canlı doğum sayısına göre hesaplanmış), kaba doğum hızı, sağlık personeli yardımıyla doğum yapma oranı ve Sağlık Bakanlığı' nın canlı doğum verileriyle hesaplanan çoğu verilerin güvenilir olmayan veriler olduğu sonucuna varılmış, analizlerde bu değişkenlere yer verilmemiştir. Diğer taraftan bu araştırma sonucunda Sağlık Bakanlığı verilerinde canlı doğumları yakalamada ve riskli grupların izlemlerinde problem olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir araştırma sonucunda sağlık ocaklarında eksik aşı olduğu saptanan bebeklerin çalışma sırasında aşularının tam olduklarının bulunması sağlık ocağı aşı izlem kayıtlarının düzenli tutulmadığını düşündürmektedir (75). Yine başka bir çalışmada yarı-kırsal bir bölgede hizmet vermekte olan sağlık ocağında kentsel sağlık ocağına kıyasla izlem sayılarının daha da yetersiz olduğu gözlenmiştir (76).

Bu araştırmanın sonuçlarına göre; okur-yazar nüfus oranı arttıkça bebek ölüm hızı ve aşı devamsızlık hızı da artmaktadır. Altı yaş ve üzeri ve 15-49 yaş kadınlarda okur-yazar olmayan oranı arttıkça ölümlülük hızları da artmaktadır. Aynı zamanda kadın okur-yazarlığı

sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırmaktadır. Bu da düşük eğitim düzeyinin sağlık hizmeti kullanımını etkilediği dolayısıyla bebek ölümlülüğünü arttırdığını göstermektedir. Toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen önemli etkenlerden biri eğitim durumudur. Sağlık hizmetlerinin daha etkin kılınmasında ve özellikle ana-çocuk sağlığı düzeyinin yükseltilmesinde kadınların eğitilmesinin oldukça büyük önemi bulunmaktadır (46).

Anne eğitiminin bebek/çocuk sağlığı üzerindeki etkisi Türkiye’de ve çeşitli ülkelerde yapılan nüfus ve sağlık araştırmalarında gösterilmiştir. Anne eğitiminin düşük olduğunda çocukların erken ölme olasılıkları daha büyüktür (14,37,47,70,71). Vietnam’ da yapılan bir çalışmada bebek mortalitesi oranlarının anne yaşı, anne eğitimi, coğrafi yerleşim, doğum sayısı ve aralığı faktörleri ile ilişkisini ortaya koymuştur (72). Çocuğun hayatta kalma şansı, annesinin eğitim düzeyi ile yakından ilişkilidir. Türkiye’ de anneleri eğitimsiz yada ilköğretimini tamamlamamış olan çocuklar arasındaki bebek ölüm hızı anneleri lise mezunu yada daha yüksek eğitilmiş olan çocuklardan 3 kat daha fazladır (47). 1990 yılında yapılan ‘Çocuklar İçin Dünya Zirvesi’ nde yetişkinlerden okur-yazar olmama oranının kadınlara öncelik tanınarak yarıya indirilmesi hedeflenmiştir.

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri incelendiğinde, gelişmişlik düzeyleri ile o ülkede yaşayan toplumun eğitim seviyesi arasında güçlü bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi yüksek bir toplum, kültürel ve ekonomik değerlerin üretilmesinde temel unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Eğitim, toplumlarda gelişmenin temel araçları olan bilgi ve teknolojinin üretilmesini, nitelikli işgücünün oluşmasını ve sosyal kalkınmayı sağlayan temel dinamiktir (49).

Bebek ölümlerini etkileyen annenin öğrenim durumunda; öğrenimi olmayan anneler ile en az ilkokul mezunu olan annelerin bebeklerinin ölüm olasılıkları arasında büyük bir fark bulunmaktadır. 1998 yılında öğrenim kurumlarına hiç gitmeyen annelerin bebeklerinde ölüm hızı %0 60.5 iken 2003 yılında %0 51 ve 1998 yılında en az ortaokul mezunu olan annelerin bebek ölüm hızı ise %0 36.1’den 2003 yılında %0 18’e düşmüştür (88,101,102)

Bu araştırmanın sonuçlarına göre hizmet sektöründe çalışanların oranı azaldıkça postneonatal ölüm hızı artmaktadır. Postneonatal ölümler beslenme yetersizliği, gelir, kötü çevre koşulları gibi yoksullukla ilişkili nedenler sonucu olmaktadır. Bu ölümlerin önemli bir

bölümü önlenabilir niteliktedir. Çünkü bu dönemde çevre koşullarının olumsuzluğu çocukların sağlığını da olumsuz etkilemektedir Ülkemizde bin canlı doğumdan 12' si önlenabilir nedenlerden ölmektedir (13,47). Ancak burada sağlık bakanlığı kaynaklı postneonatal ölüm hızının yeterince güvenilir bir veri olmadığını da akılda tutmakta yarar vardır. Yine araştırma sonuçlarına göre yaşlı bağımlılık oranı arttıkça aşı devamsızlık hızı azalmaktadır. Yaşlı bağımlılık oranının ve hizmetler sektöründe çalışanların oranının yüksek olması kentsel ve gelişmiş bir toplum göstergesidir. Kentsel ve gelişmiş toplumlarda da postneonatal ölüm hızının düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Gelir ile sağlık arasında çok güçlü bir korelasyon vardır. Ülkeler arasında karşılaştırma yapıldığında, eşit gelir dağılımına sahip olan gelişmiş ülkelerde mortalite oranı daha düşüktür. Örneğin, OECD' ye üye olan 23 ülke arasında yapılan araştırma göstermektedir ki, eşit gelir dağılımına sahip ülkelerde doğumdan beklenen yaşam yıl sayısı daha fazladır. Düşük gelire sahip olmanın sağlığa olan etkisini çözmek oldukça zordur. Çünkü çalışma koşulları, eğitimin olmayışı, dengesiz ve yetersiz beslenme, düşük gelire sahip olan kişilerin toplumda söz sahibi olmaması gibi sosyal etkenlerin de sağlığa olan etkisi çok fazladır (35). Bu araştırmada ilçe bazlı gelir verisi eksikliği nedeniyle gelir-sağlık ilişkisi doğrudan olmaktan çok dolaylı olarak gösterilebilmiştir. Bu araştırmada ekonomik göstergelerden yalnızca “kişi başına ortalama bütçe geliri” ve “işsizlik oranı” değişkenleri elde edilebilmiştir. Bu değişkenlerin de bilinen gruplar karşılaştırmasında (Doğu-Batı Anadolu, eğitilmiş-eğitimsiz grup karşılaştırmaları) geçerli değişkenler olmadığı, yani işsizlik oranı ve kişi başına bütçe payı değişkenlerinin sağlıklı veriler olmadığı kanaatine varılmış ve analizlere alınmamıştır. Dolaylı değişkenler olarak da ancak hizmet sektörü payı ve yaşlı nüfus ağırlığı gibi değişkenler kullanılabilmiştir.

Bu araştırmada bölgelerarasında doğurganlık farkının olduğu bulunmuştur. Doğu bölgelerinde Batı bölgelerine nazaran kaba doğum hızı, genel doğurganlık hızı, çocuk-kadın oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç bölgelerarası farkı göstermek açısından diğer yapılmış çalışmalarla uyumludur (17,47,77,78)

Kadının doğurganlığını etkileyen temel nedenlerden birisi kadının okur-yazar olmamasıdır. Bu da düşük eğitim düzeyinin aşırı doğurganlığa neden olduğunu göstermektedir. Anne eğitiminin bebek/çocuk sağlığı üzerindeki etkisi Türkiye’de ve çeşitli ülkelerde yapılan nüfus sağlık araştırmalarında gösterilmiştir (2,17,47,77,80)

Bu araştırmada çıkan diğer bulgu ise kadının doğurganlığını etkileyen diğer etmenlerin gelişmişlik göstergesi olarak bilinen yaşlı bağımlılık oranı ve hizmetler sektöründe çalışanların oranı olduğudur. Bu araştırmanın bulguları gelirin arttıkça doğurganlık hızının düştüğünü göstermiştir. Çin’ de yapılan bir çalışmada gelir azaldıkça genel doğurganlık hızı artmaktadır (81,82).

Toplumun sağlık düzeyini belirleyen değişkenler içinde sosyo-ekonomik göstergeler yanında doğal olarak sağlık hizmeti ile ilgili göstergeler de rol oynamaktadır. Bu araştırmada sağlık hizmeti göstergeleri Sağlık Bakanlığı kaynaklı göstergeleridir ve ilçe temelli olan bu veri grubunda da geçerliliği konusunda sorunlu olan bazı değişkenler saptanmıştır. Gebe izlem sayısı, ortalama lohusa izlem sayısı, sağlık personeli yardımı ile yapılan doğumların oranı, gebe tetanoz bağışıklama oranı, 0-4 yaş orantılı ölüm hızı, 45 yaş ve üzeri orantılı ölüm hızı, bcg bağışıklama oranı, aşı devamsızlık hızı (bcg-kızamık/bcg) tek değişkenli analizler ve faktör analizlerinde anlamsız çıktığı için çoklu analizlere alınmamıştır.

Bu araştırmanın temel kısıtlılığı, sağlığı belirleyen temel etkenlerle ilgili yeterli güvenilir veriye ulaşılamamış olmasıdır. Özellikle doğrudan gelir, sosyal güvence ve sağlık insan-gücü ve sağlık hizmet olanakları ve çevre ile ilgili ilçe bazlı veriler ya yetersizdir yada bu araştırmada ulaşılamamıştır. Örneğin bürokratik engellerin aşılabilmesi haline sağlık insan gücü ve yataklı tedavi kurumları ile ilgili ilçe bazlı verilerin ulaşılabilir veriler olduğu düşünülebilir. Örneğin Sağlık Bakanlığının illerde kullandığı TSİM (Türkiye Sağlık İstatistik Modülü) programı kullanılarak yalnızca bulunulan iller ile ilgili sağlık hizmeti verilere ulaşılabilen diğer il verilerine ulaşabilmek mümkün olmamaktadır. Ekonomik güç ile sağlık arasında genel bir ilişki vardır. Bir toplumda sağlık hizmetleri düzeyi, sağlık insan gücü ve organizasyonunun nitelik ve niceliğine bağlıdır. Sağlık hizmetlerini geliştirmek için kişi başına düşen nitelikli sağlık personeli ve uygun nitelikteki sağlık kuruluşu sayılarını arttırmak esastır (14,17,23).

Sağlık hizmetleri arzını birinci derecede belirleyen unsur hekim sayısıdır. Türkiye’ de yaklaşık 850 kişiye bir hekim düşmektedir. Özellikle Doğu Anadolu Bölgesindeki hekim sayısı ve oranı Türkiye ortalamasının çok altındadır. Bu bölgelerdeki hekimlerin dağılımında da eşitsizlik vardır; uzman hekimler büyük kentlerde birikmiş, küçük kentlerde ise pratisyen hekimlerin çoğunluktadır (11). DSÖ’ nün verilerine göre, bir bölgedeki yada ülkedeki hekim sayısı arttıkça ortalama yaşam süresi uzamaktadır. Öyle ki, endüstrileşmiş ülkelerdeki ortalama yaşam süresi, fakir ülkelerdeki ortalama yaşam süresinden yaklaşık 22 yıl daha fazladır (11,99). Sosyal bir güvenceye sahip olmama da sağlık kuruluşlarına erişimi olumsuz etkilemektedir (31).

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 SONUÇLAR

Bu araştırmada gerek Türkiye’de sağlıkta eşitsizlikler anlamında gerekse ilçe temelli sağlık ve sağlığı belirleyen göstergelerin niteliği anlamında iki temel sonuca ulaşılmıştır.

1-Türkiye’de Sağlık ve sağlığı belirleyen göstergeler açısından bölgesel ve sosyoekonomik alt gruplar arasında beklenen eşitsizlikler bir kez daha ortaya konmuştur.

2-İlçe temeline dayalı kamu kaynaklı sağlık ve sağlığı belirleyen değişken verilerinde nitelik açısından bazı sorunlar bulunmakla birlikte bu veriler önemli ölçüde kullanılır ve geçerli verilerdir. Ancak sağlıkta eşitsizlik araştırmalarında ilçe temelli verilere kıyasla il temelli verilerin daha güvenilir olduğu önerilebilir. Devlet Planlama Teşkilatı verilerine göre Sağlık Bakanlığı kaynaklı ilçe temelli verilerin daha az güvenilir olduğu söylenebilir.

5.2 ÖNERİLER

Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler alanında çalışan araştırmacılar için :

- 1- Türkiye Kamu kurumları verilerine dayalı araştırmalar daha sık yapılmalı, ulusal rutin hizmet verileri değerlendirilmelidir.
- 2- Ulusal düzeyde yaygın hizmet veren kamu kurumları rutin srveyans sisteminin nitelik ve niceliğine daha büyük önem vermeli, eksiklik ve tutarsızlıklar giderilmelidir.
- 3- Ulusal kaynaklarca ve çeşitli kurumlarca üretilmiş verilerin, bu kurum ve kuruluşların koordinasyonu ile tek elde toplanmalıdır.

Kamu kaynaklı rutin hizmet verileri araştırmacıların kullanımına açılmalı, kullanım özendirilmeli ve kolaylaştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yardım MS., Ankara İli Çankaya ilçesinde 25 yaş ve üzeri nüfusun sağlık düzeyinde ve sağlık hizmet kullanımında sosyo-ekonomik farklılıklar, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Abd., Ankara, 2001
2. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 1993, H.Ü. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara, Ekim 1999.
3. Saçaklıoğlu F., Sağlıkta eşitlik için kilometre taşlarından biri: Topluma dayalı tıp eğitimi 'Maastricht Örneği', *Toplum ve Hekim Dergisi*, Kasım 1994-Şubat 1995, Cilt:9, Sayı 64-65, ss: 92
4. Power C, Matthews S, Ulusal bir popülasyon örneğinde sağlıkta eşitsizliklerin kaynakları, (Çev. Civaner M.), *Toplum ve Hekim Dergisi*, Mart-Nisan 2001
Cilt:16, Sayı:2, ss:122
5. Belek İ. Algılanan sağlıkta sınıfsal ve sosyoekonomik eşitsizlikler Antalya'da bir alan araştırması, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Temmuz-Ağustos 1998, Cilt 13, Sayı 4, ss: 292
6. Soyer A. Sağlık ve eşitsizlikler; mekan, konut mülkiyeti ve işteki statüye göre bebek ölümleri, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Mayıs-Haziran 1999, Cilt 14, Sayı:3, ss: 204
7. Soyer A., Türkiye'de sağlıkta eşitsizlikler nereden nereye? neden?, TTB, Temmuz 2001

8. Belek İ., *Sınıf, sağlık ve eşitsizlik*, Sorun Yayınları, 1. Baskı, İstanbul, Ekim 1998.
9. Şahin B., Küçülen dünyada büyüyen beklentiler: Geleceğin sağlık sistemleri, http://www.stratejiyonetim.net/m_top_kuculen.html
10. İdem Ş., Sürdürülebilir kalkınma mı? Yaşam mı?, *Özgür Üniversite Dergisi*, Temmuz-Eylül 2002, Sayı:19
11. Karabulut K, Emsen Selçuk Ö., Doğu Anadolu bölgesinde sağlık sektörü ve bir model önerisi, *C.Ü. İktisadi ve idari Bilimler Dergisi*, 2003, Cilt 4, Sayı 1
12. Belek İ., Önlenebilir ve kabul edilemez bir politik ekonomi sorunu, http://www.akdeniz.edu.tr/tip/halksagligi/akd_files/belek/esitsizlik.htm
13. Hatun Ş.,Etiler N., Gönüllü E., Global bir sorun olarak yoksulluk ve sağlık, Yoksulluk ve çocuklar üzerine etkileri, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2003;46,ss:251-260
14. 8. Beş yıllık kalkınma planı, Nüfus, demografi yapısı, göç, özel ihtisas komisyonu raporu, DPT:2556-ÖİK:572, Ankara, 2001
15. Türkiye’de insani gelişme yada yaşam kalitesi, <http://www.e-aso.org.tr/asomedyamayas2004/dosyamayas2004.html>
16. Türkiye’de bölgelerarası iktisadi gelişmişlik farklarının gsyih (iller endeksi) esas alınarak karşılaştırılması. <http://ekutup.dpt.gov.tr/planlama/42nciyil/elvanl.pdf>

17. Ay S., Eser E., Özcan C., Türkiye’de kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili bazı ölçütler ile sosyo-ekonomik değişkenler arasındaki ilişki:bir ekolojik çalışma, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Mart-Nisan 2006, Cilt:19(2),ss:83-91
18. Karataş M., Sosyo-ekonomik gelişme göstergesi kriteri olarak insani kalkınma endeksi (Muğla örneği), “*İş,Güç”endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, Ocak 2005, Cilt:7 Sayı:1
19. Türkiye’de bölgesel eşitsizlikler konulu komisyon çalışması, TMMOB Şehir Planlamacıları Odası, 2004
20. Türkan A., AYTEKİN H., Sosyoekonomik açıdan farklı iki bölgede sağlıkta eşitsizlikler, www.halksagligi.org/Poster bildiri
21. Duleep HO.,Mortality and income inequality among economically developed countries,*Soc Secur Bull*, 1995 Summer;58(2):34-50
22. Ana-çocuk sağlığı, Nüfus sorunları ve Aile Planlaması, Prof. Dr. Nusret Fişek’in kitaplaşmamış yazıları-II, http://ww.ttb.org.tr/n_fişek/kitap_2/18.html
23. Ergüder T., Oğuzhan T., Avrupa Birliği genişlemesi ve sağlık düzeyi farklılıkları, IX Halk Sağlığı Kongresi
24. Akın A., Aile planlamasından üreme sağlığına geçiş, *Aktüel Tıp Dergisi*, Ocak-Şubat 2001, Cilt:6,Sayı:1, ss:4-8

25. Tümerdem Y.(Ed) *Halk sağlığı I*, İstanbul, İ.Ü.Basımevi ve Film Merkezi, 1992,ss:204-229
26. Erengin H., Dedeoğlu N., Sağlıkta eşitsizliklerin gösterilmesi, *Toplum ve Hekim Dergisi*,1998,13(2)
27. Lynch J.,Smith GD.,Harper S., "et all", Is income inequality a determinant of population health?Part 1.A systematic review, *Milbank Q*, 2004;82(1):5-99
28. Hodoğlugil N.Ş., AKIN A., Cinsiyet eşitliği , barış ve gelişme yolunda Pekin +5 sonuçları ve Türkiye’de durum, *Aktüel Tıp Dergisi*, Cilt:6, sayı:1, Ocak-Şubat 2001, ss:9-17
29. Karakoç F., Toplumsal cinsiyet eşitliği ve ulusal mekanizmanın rolü, III. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, 5-6 Mayıs 2005, Manisa
30. Sağlık etki değerlendirmesi , <http://www.sagliklikentlerbirligi.org.tr/pdf/hia.pdf>
31. Ekuklu G.,Tokuç B., Dedeler H.,Edirne ilinde sosyo-ekonomik açıdan farklı iki bölgede yaşayanların sağlık algıları, sağlık hizmetlerini kullanımları ve sağlıkta eşitsizlikler ilişkisi, X. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı,6-7 Eylül 2006, ss:205-206
32. Sağlık Çalışma Grubu Dönem Raporu,
http://www.antalyakentkonseyi.org.tr/saglik_calisma_grubu_donem_raporu.doc

33. Vehid S., Temel demografik ve sağlık d¼zeyi ölç¼tleri açısından Türkiye ile Avrupa Birliğine üye ÷lkelerin karşılaştırılması, *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*
34. Şehir Sağlık Profili, Bursa Büyükşehir Belediye Başkanlığı, A.P.K. Daire Başkanlığı, Sağlıklı Şehirler Koordinatörlüğü
35. Dikmetaş E., Sağlıkta eşitlik/eşitsizlik, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Ağustos 2006, Cilt:1, Sayı:2,
36. Öncel S., 2001 yılı ebelik teması: Bütün kadınlar uygun sağlık bakımı almada eşittir, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002, 6(1)
37. Aslan G., Şenol S., Türkiye‘de bebek ve çocukların durumuna ilişkin sorunlar ve ebenin rolü, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Nisan 2006, Cilt:1, Sayı:1, ss:64-72,
38. Hayran O., 2000 yılında herkes için sağlık hedefleri, Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi
39. Şen Z.D., Tan B.G., Tatac N., ve ark. Çocuk İzleminin Sağlığın Korunması Açısından Önemi, hacettepem.org.tr/makaleler.php
40. Bulut A., Uluslararası halk sağlığı kongresinin ardından, *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 22 Ocak 2001, sayı:1

41. Harputluoğlu F., etiner R., Balca C., Yeşildal N, Gerçek G., Bahçebaşı T. “Konuralp Kamil Fürtun sağlık ocağı 2003 poliklinik hizmetlerinin değerlendirilmesi, IX.Halk Sağlığı Kongresi.
42. Yardım M., Özcebe H., Sağlıkta eşitsizliklerin saptanması ve izlenmesinde hangi sosyoekonomik düzey göstergesi?, IX.Halk Sağlığı Kongresi.
43. Farklılıkların giderilmesi , Dünya Sağlık Raporu, 1995
44. Alma-Ata Bildirisi, 1978, (DSÖ, TURKEY)
- 45.Akgün S., TC. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet – Etkililik Projesi, 20 aralık 2004
46. Tekingündüz S., Önder RÖ., Gelişmiş ölkelerle Türkiye'nin kimi sağlık göstergeleri yönünden karşılaştırılması, http://www.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/2956.html
47. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*, 2003
48. Sağlık hizmet araştırmalarında demografinin yeri, *Nüfusbilim Dergisi*, 1983,Sayı:5

49. Dinçer B., Özaslan M., *İlçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırması*, DPT, 2004
50. Dinçer B., Özaslan M., Kavasoğlu T., *İllerin ve bölgelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralaması araştırması*, DPT, Yayın no:2671, 2003
51. Musgrove P., Measurement of Equity in Health, *Wld hlth statist quart*, 39 (1986)
52. Neyzi O., Ertuğrul T., *Pediatrici*, Nobel Tıp Kitabevi, Cilt:1
53. Whitehead M., Eşitlik ve sağlık: kavram ve temel ilkeler, Ankara, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 1992
54. Bertan M., Güler Ç.,(Eds) *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Güneş Kitabevi
54. Akdur R., *Sağlık ocağı hizmetlerinde izleme değerlendirme eğitim kılavuzu*, Ankara, 2003
55. DİE (2000) Genel nüfus sayımı, *Nüfusun sosyal ve ekonomik nitelikleri*, DİE, Ankara
56. Biliker M.A., Türkiye’de kadının sağlık durumu *Aktüel Tıp Dergisi*, Ocak-Şubat 2001, Cilt:6, Sayı:1, ss:18-23

57. Biliker M.A., Güvenli Annelik, *Aktüel Tıp Dergisi*, Ocak-Şubat 2001, Cilt:6, Sayı:1, ss:37-41

58. Dedeoğlu N., Herkese eşit sağlık, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 1998,13(2)

59. Öztürk L., Bölgelerarası gelir eşitsizliği: İstatistiki bölge birimleri sınıflandırması'na göre eşitsizlik indeksleri ile bir analiz, *Akdeniz İ.İ.B.F.Dergisi*, (10)2005, ss:95-110

60. Dünya çocuklarının Durumu 2000, Unicef Raporu Türkiye'de çocukların durumu-ön rapor, SHÇEK-Unicef, Ankara, Nisan 2000

61. Adler NE., Ostrove JM., Socioeconomic status and health: what we know and what we don't, *Ann N Y Acad Sci*.1999;896:3-15

62. Stanistreet D., Scott-Samuel A., Bellis MA., Income inequality and mortality in England, *J Public Health Med*.1999 Jun;21(2):205-7

63. Berridge V., Blume S.(Eds), Poor Health: Social Inequality before and after the Black Report, *BMJ*, 2003;326:169

64. Tunstall H V Z, Shaw M., Dorling D., Places and health, *J.Epidemiol.Community Health* 2004;58;6-10

65. Türkiye’de işgücü piyasası ve işsizlik, Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği, TÜSİAD-T/2002/12-354
66. Bos V., Kunst AE.,Garssen J.,Socioeconomic inequalities in mortality within ethnic groups in the Netherlands, *J Epidemiol Community Health*, 2005 Apr;59(4):329-35
67. Matera E.,Cacciani L.,Bugarini G.,”et all”,Income inequality and mortality in Italy, *Eur J Public Health*, 2005 Aug;15(4):411-7
68. Kaplan GA., Pamuk ER., Lynch JW, ”et all”,Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways, *BMJ*, 1996 Apr 20;312(7037):999-1003
69. Yardım MS., Sağlık hizmetleri ve eşitsizlikler, 10. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı
70. Valkonen T.,Problems in the measurement and international comparisons of socioeconomic differences in mortality, *Social Science and Medicine*,1993, 36(4):409-418.
71. Metin B.,Akın A.,Güngör İ., Dünya sağlık raporu 1998, Dünya Sağlık Örgütü, Geneva
72. Dedeoğlu N., Kentler ve sağlıkta eşitsizlik, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 1998b, 13(2)

73. Öcek A.Z., Soyer A., Türkiye’de Birinci basamak sağlık hizmetleri 2000-2004 durum değerlendirmesi,*Toplum ve Hekim Dergisi*, Temmuz-Ağustos 2006, Cilt:21,(8), ss:271-279
74. Özcan U., Sevin E.,Sondaş S.,ve ark,Birinci basamak sağlık hizmeti sunumundaki eşitsizliklere bakış, X. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 6-7 Eylül 2006, ss:205
75. Baysan P.,Cesur H.,Aksoy Ç.,ve ark, Manisa Nurlupınar Sağlık Ocağı bölgesinde 0-23 aylık bebeklerin aşılama durumu ve aşılınmayı etkileyen faktörler, IV.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Bildiriler, 13-14 Nisan 2005, Manisa
76. İlgün ŞM., Nesanır N., Eser E., Manisa kent merkezindeki iki sağlık ocağı bölgesinin bebek ve çocuk izlem fişi bilgilerinin niceliksel açıdan değerlendirilmesi, IV.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Bildiriler, 13-14 Nisan 2005, Manisa
77. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, H.Ü. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara,Ekim 1999.
78. Sönmez M.,Bölgesel Eşitsizlik, Haziran 1998, Alan yayıncılık
- 79.MazlumA.,Sağlıkve eşitsizlik,<http://public.cumhuriyet.edu.tr/~mazlum/esitsizlik.htm>

80.Martin TC., Women' s Education and Fertility: Ressult from 26 Demografic and Health Surveys, *Studies In Family Planning*, July/Augt 1995, 26(4),187-202

81.Poston D.L.,Zhongke J., Socioeconomic Structure and Fertility In China: A country Level Investigation, *Journal Biosocial Science*, 1990, 22:507-515

82.Birdsall N., Jamisson D.T., Income and other factors influencingfertility in China, *Popul.Dev.Rev.*,1983,9,651.

83. Özçebe, H. (2001). "Türkiye'de Çocuk Sağlığının Durumu", Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

84. Özgür, T., Özgür S. (1994) Sosyal Pediatri, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No:102, İzmir

85. Dünya Çocuklarının Durumu (2000), UNICEF, s:31

86.Türkiye'de Çocukların ve Kadınların Durumu (2000). Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ve UNICEF, Mayıs, s:9

87. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme (1999). Ulusal İlk Rapor, Ankara

88.Hancıoğlu, A. (1999). "Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü", Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, s:97-104

89. <http://www.saglik.gov.tr/>

90. LeClere FB.,Soobader MJ.,The Effect Of Income İnequality On The Health Of Selected US Demographic Groups, American Journal of Public Health, Vol 90, İssue 12, 1892-1897
91. Akın A, Özvarış ŞB. Türkiye’de Doğum Ve Doğum Sonrası Bakım. Ed.: Akın A, İçinde:Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. TNSA-1998 İleri Analiz Sonuçları. Ankara. 2002; 243-293
92. Salihoğlu Ö, Karatekin G, Sur H,Okan F, Uslu S, Kımıl H ve ark. Evde Doğan Yenidoğanların Sorunları. MN-Klinik Bilimler &Doktor. 2003; 9(3): 321-325
93. Kenny P, King MT, Dip SC, Shiell A. Satisfaction with postnatal care-the choice of home or hospital. Midwifery. 1993, 9(3);146-153.
94. http://www.cocukvakfi.org.tr/sayisal_rapor2.htm
95. Ergin F., Başar P.,Karahasanoğlu B. ve ark.Güvenli Olmayan Doğumlar Ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005:4(6)
96. T.C.Hükümeti Unicef İşbirliği Programı, Türkiye’de Anne ve Çocukların Durum Analizi, Temmuz, 1996
- 97.Gwatkin D.R. ve ark. Socio-economic differences in health, Nutrition, and Population in Turkey, HNP/Poverty Thematic Group of World Bank, May, 2000
- 98.Belek İ., Hamzaoğlu O.,Son Yirmi Yılda Sağlıktaki Değişim, *Toplum ve Hekim*, Sayı 4, Temmuz-Ağustos 2000

99.Griffin, C.C.,The Need to Change Health Care Priorities in Ldcs, *Finance Development*, March, 1991,Volume 28, Number 1.

100.Tezcan S., Epidemiyoloji, Tıbbi Araştırmaların Yönetim Bilimi, 1992

101.Açıkalm İ., Türkiye’ de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, C.10, S.5, s.177

ÖZGEÇMİŞ

06.10.1975 tarihinde Manisa' da doğan Saniye Orhan AKSOY, ilk ve ortaokul eğitimini tamamladıktan sonra 1993' te Çanakkale Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun olup hemşire olarak göreve başladı. 1995 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 2003 yılında da İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu' ndan mezun oldu. 2004 yılında Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında yüksek lisans programına başlamıştır. Halen Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapmaktadır.