

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

TÜRKİYE'DE KADIN VE ÇOCUK SAĞLIĞI İLE İLGİLİ
BAZI ÖLÇÜTLER İLE SOSYO-EKONOMİK VE
SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ
İLİŞKİ

Yüksek Lisans Tezi

Semra AY

107822

107822

Danışman Öğretim Üyesi

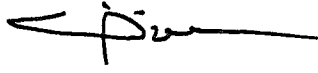
Prof. Dr. Cemil ÖZCAN

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Semra AY'ın YÜKSEK LİSANS tezi olarak hazırladığı "Türkiye'de Kadın ve Çocuk Sağlığı ile İlgili Bazı Ölçütler ile Sosyoekonomik ve Sosyodemografik Değişkenler Arasındaki İlişki" başlıklı bu çalışma Jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

..4.1.57./2001

Prof. Dr. Cemal ÖZCAN



Üye:

Doç. Dr. Erhan FİŞER

Üye:



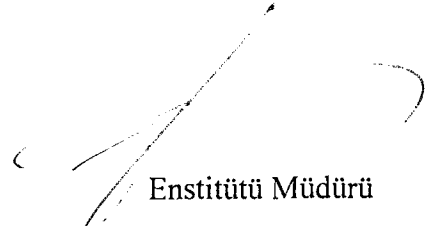
Doç. Dr. Feriye ÖZBAŞARAN

Üye:



Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun

20.07.2001 gün ve 14 sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Enstitü Müdürü

**YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ FORMU**

Tez No: **Konu:** **Üniversite Kodu:**

Not: Bu bölüm merkezimiz tarafından doldurulacaktır.

Tezin yazarının;

Soyadı: AY

Adı: Semra

Tezin Türkçe adı: Türkiye’de Kadın ve Çocuk Sağlığı İle İlgili Bazı Ölçütler İle
Sosyo- ekonomik ve Sosyo-demografik Değişkenler Arasındaki İlişki

Tezin Yabancı adı: The Relationship Between Some Indicators Related with Women and
Children Health and Socioeconomic, Sociodemographic Variables in
Turkey

Tezin Yapıldığı;

Üniversite: Celal Bayar Üniversitesi
Diğer Kuruluşlar:

Enstitü: Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yılı: 2001

Tezin Türü: Yüksek Lisans

Dili: Türkçe

Sayfa Sayısı: 169

Tez Danışmanının;

Ünvanı: Prof. Dr.

Adı: Cemil

Soyadı: ÖZCAN

Türkçe Anahtar Kelimeler:

- 1- Kadın ve çocuk sağlığı
- 2- Sağlıkta bölgesel eşitsizlikler
- 3- Ölümlülük ve doğurganlık
- 4- Beslenme ve doğuştan beklenen yaşam umudu
- 5- Sağlık hizmeti kullanımı, çevre, eğitim ve gelir

İngilizce Anahtar Kelimeler:

- 1- Women and children health
- 2- Geographical inequalities
- 3- Mortality and fertility
- 4- Nutrition and life expantancy
- 5- Health service use,
enviromental, education and
income

Tarih: 04.07.2001

İmza:

(Handwritten signature)

ÖNSÖZ

Çalışmam sırasında değerli katkı ve desteğini aldığım tez danışmanım Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Cemil ÖZCAN' a, araştırmam boyunca öneri ve yardımlarını esirgemeyen Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Erhan ESER' e teşekkürlerimi sunarım.

Semra AY

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
	NO
ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar DİZİNİ	V
BÖLÜM 1 - GİRİŞ, GENEL BİLGİLER, AMAÇ	1
1.1. Sağlık Ölçümü	2
1.2 Sağlık Düzeyi Göstergeleri	2
1.2.1. Mortalite Göstergeleri	3
1.2.2. Doğurganlık Göstergeleri	3
1.2.3. Morbidite Göstergeleri	4
1.2.4. Diğer Sağlık Düzeyi Göstergeleri	4
1.3 Sağlıkta Eşitsizlikler	6
1.3.1. Sağlıkta Eşitsizliklerin Ölçülmesinde Kullanılan Göstergeler	8
1.3.2. Sağlıkta Eşitsizlikler ve Mortalite	9
1.3.2.a Dünya' da ve Türkiye'de Mortalite Eğilimleri	10
1.3.2.b Ölümlülük İle Bazı Sosyo-Ekonomik ve Demografik Faktörlerin İlişkisi	12
1.3.2.c Yerleşim Yeri ve Bölgeye Göre Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü	13
1.3.2.d Demografik Özelliklere Göre Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü	13
1.3.3 Demografik Sorunlar İle Bazı Sosyoekonomik ve Demografik Faktörlerin Sağlıkta Eşitsizlikler İle İlişkisi	17
1.3.4 Doğurganlık Boyutunda Sağlıkta Eşitsizlikler	21
1.3.4.a Doğurganlık (Fertilite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler İle Bazı Sosyoekonomik ve Demografik Faktörlerin İlişkisi	21
1.3.4.b Aşırı Doğurganlık ve Bazı Sosyo-Demografik Faktörlerin İlişkisi	22
1.3.4.c Doğurganlık, Aile Planlaması ve Sağlık İlişkisi	23
1.3.5 Eğitimin Sağlık Düzeyi üzerindeki etkisi	23
1.3.5.a Dünyada ve Türkiye'de kadın okur yazarlığındaki eğilimler	27

1.3.5.b	Anne ve Baba Eğitime Göre Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü	27
1.3.6	Beslenme ile Bazı Sosyo-Ekonomik ve Sosyo-Demografik Faktörlerin İlişkisi	28
1.3.7	Sağlık Düzeyi Olanakları Ulaşılabilirlik ve Toplumun Sağlık Düzeyi Üzerine Etkisi	29
1.3.7.a	Bağışıklama ile Bazı Sosyo-Ekonomik ve Sosyo-Demografik Faktörlerin İlişkisi	29
1.3.7.b	Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmaya Göre Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü	29
1.3.7.c	Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Durumu	30
1.4	Sağlıkta Eşitsizlikler Nasıl Giderilebilir	33
1.5	Amaçlar	33
BÖLÜM 2 – GEREÇ VE YÖNTEM		34
2.1	Araştırmanın Hipotezleri	34
2.2	Araştırmanın Tipi	34
2.3	Araştırmanın Evreni	34
2.4	Veri Toplama Biçimi, Veri Toplama Araçları, Verilerin Oluşturulması, Analize Alınan Değişkenler ve Veri Kaynakları	34
2.4.1	Veri Toplama Biçimi, Veri Toplama Araçları	34
2.4.2	Verilerin Oluşturulması	35
2.5	Araştırmanın Değişkenleri	36
2.5.1	Araştırmanın Analizleri Öncesinde Elde Edilen Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler ile Kaynakları	37
2.5.1.a	Araştırmanın Analizleri Öncesinde Elde Edilen Bağımlı Değişkenler ve Kaynakları	38
2.5.1.b	Araştırmanın Analizleri Öncesinde Elde Edilen Bağımsız Değişkenler ve Kaynakları	39
2.5.2.	Analize Alınan Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler ile Kaynakları	46
2.5.2.a	Analize Alınan Bağımlı Değişkenler ve Kaynakları	46
2.5.2.b	Analize Alınan Bağımsız Değişkenler ve Kaynakları	48
2.5.2.c	Araştırmada Kullanılan Bazı İndeksler ile İlgili Bilgiler	51

2.6	Analize Alınacak Verilerin Değerlendirilmesi, Değişkenlerin Seçimi ve Analiz	52
2.6.1	Analize Alınacak Verilerin Değerlendirilmesi ve Değişkenlerin Seçimi	52
2.6.2	Araştırmanın Analizi	52
2.7.	Araştırmanın Takvimi	53
2.8.	Araştırmanın Sınırlılıkları	53
BÖLÜM 3 – BULGULAR		54
3.1.	Değişken Gruplarının Tanımlanması	54
3.1.1	İllere Göre Demografik Değişkenler	54
3.1.2	İllere Göre Eğitim ile İlgili Değişkenler	57
3.1.3	İllere Gelir ile İlgili Değişkenler	58
3.1.4	İllerin Sağlık Hizmetleri ile İlgili Olanakları ve Kullanımı	60
3.1.5	İllere Göre Çevre ile İlgili Değişkenler	64
3.1.6	İllere Göre Ölümlülük ile İlgili Değişkenler	65
3.1.7	İllere Göre Doğurganlık ile İlgili Değişkenler	67
3.1.8	İllere Göre Beslenme ile İlgili Değişkenler	69
3.1.9	İllerin İnsani Gelişme İndeksleri ile İlgili Değişkenler	70
3.2	Tek Değişkenli Analizler	71
3.3	Çok Değişkenli Analizler	122
3.3.1	Çoklu Regresyon Modelleri İçin Değişken Seçimi: Korelasyon Matriksleri ve Faktör Analizleri	123
3.3.2	Çoklu Lineer Regresyon Modelleri	131
BÖLÜM 4-TARTIŞMA ve SONUÇ		143
BÖLÜM 5-ÖNERİLER		154
BÖLÜM 6-ÖZET		155
SUMMARY		157
KAYNAKLAR DİZİNİ		159
ÖZGEÇMİŞ		169

TABLOLAR DİZİNİ

		SAYFA NO
Tablo 1.	Türkiye’de Araştırma Kapsamına Giren İllere Göre Demografik Yapı ile İlgili Değişkenler	54
Tablo 2.	İllerin Nüfus Yoğunluğuna Göre Yüzde Dağılımı	55
Tablo 3.	İllerin Bölgelere Göre Yüzde Dağılımı	55
Tablo 4.	İllerin Bölge Gruplarına Göre Dağılımı	56
Tablo 5.	İllerin Net Göç Hızına Göre Dağılımı	56
Tablo 6.	Araştırma Kapsamına Giren İllere Göre Eğitim ile İlgili Değişkenler	57
Tablo 7.	İllere Göre 6 Yaş Ve Üzeri Okuma Yazma Bilmeyen Kadınların Yüzde Dağılımı	58
Tablo 8.	Araştırma Kapsamına Giren İllere Göre Gelir ile İlgili Değişkenler	58
Tablo 9.	İllere Göre Kişi Başına düşen Milli gelir Dağılımı	59
Tablo 10.	İllere Göre Satınalma Gücü Paritesi Dağılımı	59
Tablo 11.	İllere Göre Kişi Başına düşen Tarım Üretim Değeri Dağılımı	59
		60
Tablo 12.	Araştırma Kapsamına Giren İllere Göre Sağlık Hizmetleri Olanakları ve Kullanımı	
Tablo 13.	Türkiye’de İllere Göre Sağlık Hizmetlerine Erişimden Memnun Olmayanların Dağılımı	61
Tablo 14.	İllere Göre Sağlık Hizmetlerine Erişimden Memnun Olmayanların Dağılımı	61
Tablo 15.	İllere Göre Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus Dağılımı	62
Tablo 16.	İllere Göre Onbin Kişi Başına Düşen Nüfus Dağılımı	62
Tablo 17.	İllere Göre Ebe başına Düşen 15-49 Yaş kadın Nüfus Dağılımı	62
Tablo 18.	Türkiye’de İllere Göre Aşı Devamsızlık Hızı	63

Tablo 19.	Türkiye’de İllere Göre Aşı Devamsızlık Hızı Dağılımı	63
Tablo 20.	İllere Göre Kızamık Aşılama Oranları	63
Tablo 21.	Araştırma Kapsamına Giren İllere Göre Çevre ile İlgili Değişkenler	64
Tablo 22.	İllere Göre Sağlıklı İçme Suyu Olmayanların Yüzde Dağılımı	64
Tablo 23.	Türkiye’de İllere Göre Ölümlülük	65
Tablo 24.	İllere Göre Bebek Ölüm Hızı Dağılımı	65
Tablo 25.	İllere Göre Beş Yaş Altı Ölüm Hızı Dağılımı	66
Tablo 26.	İllere Göre Kırk Yaşından Önce Öleceklerin Nüfus İçindeki Dağılımı	66
Tablo 27.	Türkiye’de İllere Göre Doğurganlık ile İlgili Değişkenler	67
Tablo 28.	Türkiye’de İllere Göre Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi	67
Tablo 29.	Türkiye’de İllere Göre Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi Dağılımı	67
Tablo 30.	İllere Göre Genel Doğurganlık Hızı Dağılımı	68
Tablo 31.	İllere Göre Toplam Doğurganlık Hızı Dağılımı	68
Tablo 32.	Türkiye’de İllere Göre beslenme ile İlgili Orta ve Şiddetli Düzeyde Az Beslenmiş Beş yaş Altı Çocukların Oranı	69
Tablo 33.	İllere Göre beslenme ile İlgili Orta ve Şiddetli Düzeyde Az Beslenmiş Beş yaş Altı Çocukların Oranı Dağılımı	69
Tablo 34.	İnsani Gelişme İndeksleri ile İlgili Değişkenler	70
Tablo 35.	İl Nüfusu ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	72
Tablo 36.	Nüfus Artış Hızı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	73
Tablo 37.	Nüfus Yoğunluğu ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	75
Tablo 38.	Net Göç Hızı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	77
Tablo 39.	Bölge ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	79

Tablo 40.	Altı Yaş ve Üzerindeki Kadınlarda Okur Yazar Olmayan oranı	81
Tablo 41.	Nüfusun Okur Yazar Olma oranı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	83
Tablo 42.	Okul Kayıt Oranı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	85
Tablo 43.	Kişi başına Düşen Milli Gelir ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	87
Tablo 44.	Satınalma Gücü Paritesi ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	89
Tablo 45.	Gayrisafi Yurtiçi Hasıla illere düşen pay yüzdesi ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	91
Tablo 46.	Kişi Başına Düşen Tarım Üretim Değer ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	93
Tablo 47.	Sağlık Hizmetlerine Erişimden Memnun Olmayan Nüfus oranı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	95
Tablo 48.	Hekim Başına Düşen Nüfus Oranı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	97
Tablo 49.	Ebe Başına Düşen Nüfus Oranı İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	99
Tablo 50.	Ebe Başına Düşen 15-49 Yaş Kadın Nüfus Oranı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	101
Tablo 50.a	Ebe Başına Düşen 15-49 Yaş Kadın Nüfus Oranı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	102
Tablo 51.	Ebe Başına Düşen Bebek (Sıfır Yaş) Nüfus Oranı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	104
Tablo 51.a	Ebe Başına Düşen Bebek (Sıfır Yaş) Nüfus Oranı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	106
Tablo 52.	Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus Oranı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	107
Tablo 53.	Onbin Kişi Başına Düşen Nüfus Oranı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	109

Tablo 54.	Aşı devamsızlık Hızı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	111
Tablo 55.	Kızamık Aşılama Oranı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	113
Tablo 56.	Sağlıklı Suyu Olmayan Nüfus İle Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	115
Tablo 57.	Kış dönemi kükürt dioksit (SO₂) ortalama değerleri ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	116
Tablo 58.	Kış dönemi Duman (asılı partikül) ortalama değerleri ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	118
Tablo 59.	Orta ve şiddetli Düzeyde Az beslenmiş Beş yaş Altı Çocukların Oranı ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	119
Tablo 60.	İnsani gelişme İndeksi (HDI) ile Bağımlı Değişkenler Arasındaki İlişki	120
Tablo 61.	Faktör Analizi	124
Tablo 62.	Demografi ile İlgili Değişkenlerin Korelasyon Matrisi	125
Tablo 63.	Eğitim ile İlgili Değişkenlerin Korelasyon Matrisi	125
Tablo 64.	Gelir ile İlgili Değişkenlerin Korelasyon Matrisi	126
Tablo 65.	Sağlık Hizmet Kullanımı ve Olanakları ile İlgili Değişkenlerin Korelasyon Matrisi	127
Tablo 66.	Son Faktör Matrisi	128
Tablo 67.	Son Faktör Analizindeki Değişkenler Arasındaki Korelasyon Matrisi	129
Tablo 68.	Genel doğurganlık Hızı ile Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	131
Tablo 69.	Toplam doğurganlık Hızı İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	132
Tablo 70.	Bebek Ölüm Hızı ile Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	133
Tablo 71.	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı ile Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	134

Tablo 72.	Kırk Yaşından Önce Öleceklerin Nüfus İçindeki Oranı ile Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	135
Tablo 73.	Orta ve Şiddetli Düzeyde Az Beslenmiş Beş Yaş Altı Çocukların Oranı ile Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	136
Tablo 74.	Aşı Devamsızlık Hızı ile Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	137
Tablo 75.	Kızamık Aşılama Oranı İle Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	138
Tablo 76.	Sağlık Hizmetlerine Erişimden Memnun Olmayan Nüfus Oranı ile Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	139
Tablo 77.	İnsani Gelişme İndeksi (HDI) ile Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	140
Tablo 78.	Kentsel İnsani Gelişme İndeksi ile Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	141
Tablo 79.	Kırsal İnsani Gelişme İndeksi (HDI) ile Modele Alınan Bağımsız Değişkenlere İlişkin İndirgenmiş Son Model	142

BÖLÜM 1

GİRİŞ, GENEL BİLGİLER, AMAÇ

Sağlıkta eşitsizlikler olgusunun önemi; toplumların sağlık düzeyleri, sağlık sistemlerinin verimli işlemesi yönünde oluşturduğu potansiyel engeller nedeniyle artarak sürmektedir. 1978 yılında yayınlanan Alma-Ata deklarasyonu 2'nci maddesinde, sağlıkta özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerinde varolan büyük eşitsizlik durumunu gerek politik, gerek sosyal ve gerekse de ekonomik bakımdan kabul edilemez olarak belirlemiştir (1).

2000 yılında herkes için sağlık (HİS) anlayışı doğrultusunda Avrupa Bölgesi hedefleri belirlenirken, bu hedeflerden birinci hedef 2000 yılına kadar “dezavantajlı durumdaki devletler ile grupların sağlık düzeylerini yükselterek ülkeler arasındaki ve ülke içindeki gruplar arasında mevcut sağlık düzeyi farklılıkları 2000 yılına kadar en az %25 azaltılmalıdır” şeklinde eşitsizliğe özel bir vurgu yapılmıştır (2).

Yaşadıkları fizyolojik özellikler nedeniyle sağlık açısından daha duyarlı olmaları ve potansiyel risk taşımaları nedeniyle çocuk ve kadınlar sağlıktaki eşitsizliklerden daha fazla etkilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinin belirlediği “2000 yılında herkes için sağlık hedefleri” içinde yeralan, doğrudan çocuk sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan hedefler şu şekildedir.

Hedef 5: 2000 yılına kadar bölgede çocuk felci, difteri, yenidoğan tetanozu, kızamık, kabakulak ve konjenital kızamıkçık kalmamalıdır, diğer bulaşıcı hastalıklar özellikle HIV infeksiyonlarında durma/azalma devam etmelidir.

Hedef 7: 2000 yılına kadar bölgedeki tüm çocuk ve gençlerin sağlığının geliştirilmesi, fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişmeleri için fırsat yaratılmalıdır. Bu amaca ulaşabilmek için, çocuklar ve aileleri sağlık gereksinimleri ve sosyoekonomik çevresine göre desteklenmelidir. Bebek ölüm hızı 1000 canlı doğumda 10 ile 20 arasında olan ülkeler bebek ölüm hızlarını 20'ye, 20'nin üzerinde olan ülkeler ise 15'e düşürmelidirler. Coğrafi bölgeler ve sosyoekonomik gruplar arasındaki bebek ölüm hızları farkı % 25'e düşürülmelidir. Kazalara bağlı, çocuklarda ve gençlerdeki ciddi yaralanma ve ölümlerde % 25 azalma sağlanmalıdır (2)

1.1 SAĞLIĞIN ÖLÇÜMÜ:

Sağlığın DSÖ Anayasası'nda yapılan tanımında ("sağlık, yalnızca bir hastalığın ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, mental ve toplumsal anlamda tam bir iyilik halidir") içerilen anlamı yakalayabilecek uygun ölçümlere kolayca ulaşamayacağı göz önüne alınmış ve bu nedenle sağlık alanındaki eğilimlerin değerlendirilmesinde yaşam beklentisi, mortalite ve morbidite gibi geleneksel göstergelere başvurulmuştur. Bebek ve çocuk ölümlüğünün düzeyi, yani bebek ve çocuk ölüm hızları , sağlık düzeyi ölçütleri içinde ayrı bir öneme sahiptir. Bebeklik ve çocukluk dönemlerindeki ölüm hızlarına ilişkin bilgiler, sağlık hizmetlerinin, nüfus politikaları ve programlarının bilinçli bir şekilde oluşturulmasına, verilen hizmetlerin etkinliğini değerlendirmeye yarayabilir (3,4)

Son yıllarda toplumların sağlığının değerlendirilmesinde geleneksel nesnel ölçütler yanında, genellikle öznel olarak değerlendirilen bazı özel ölçütlerden de yararlanılmaktadır. Bunlar algılanan sağlık ve yaşam kalitesi değerlendirmeleridir.

1.2 SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Bir toplumun sağlık düzeyini saptamak için çok sayıda sağlık ölçütü geliştirilmiştir. Toplumun sağlık düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılan sağlık ölçütleri:

1-Ölümlülük (mortalite),

2-Doğurganlık (fertilite),

3-Hastalanma (morbidite) ve

4-Diğer ölçütler (beslenme, sağlık hizmet göstergeleri, göçler, evlilik, vb.) olmak üzere dört ana grupta incelenebilir.

Sağlık düzeyi göstergeleri toplumu sağlık, hastalık, ölüm, doğurganlık, sağlık hizmetlerinden yararlanma vb. gibi değişik yönleri ile tanımlarlar. Bunlar bir toplumun sağlığını tanımlama (toplumsal tanı) ve sağlığın değişik özelliklerine (yaş, cins vb) göre değişimini belirleme, sağlık sorunlarının zaman içinde gösterdiği değişimi değerlendirme, bir toplumun sağlık düzeyini başka toplumları ile karşılaştırma; sunulan sağlık hizmetlerinin (ilaç, aşı, eğitim, yeni kurumlar açma vb.) sorunları çözmedeki etkinliklerinin değerlendirilmesinde kullanılır (4,5).

1.2.1 MORTALİTE GÖSTERGELERİ

Mortalite göstergeleri,

- 1-Nedene özel (hastalığa ve kaza nedenine özel, ana ölümü)
- 2-Yaşa özel (düşük, ölü doğum, perinatal, neonatal, postneonatal, bebek, beş yaş altı, çocuk ölüm hızları ve diğer yaşlara özel ölüm hızları),
- 3-Cinsiyete özel,
- 4-Mesleğe özel ve
- 5-Doğuşta ve belirli yaşlarda beklenen yaşam süreleri olarak sınıflandırılabilir.

Mortalite ölçütleri içinde bebek ölüm hızı, toplumun genel sağlık ve sosyoekonomik statüsünü yansıtan bir ölçüttür. Bebek ve çocuk ölümlülüğü toplumun sağlıklılık ve gelişmişlik düzeyi konusunda önemli göstergelerdir. Son dekadlarda bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm hızları toplumların kalkınmışlık düzeyini değerlendirmede sıkça kullanılmaktadır (4,5,6).

Doğumda beklenen yaşam süresi, erken yaştaki ölümlerden çok etkilenen bir yaşam olasılığıdır. Bu nedenle ölümlülük göstergeleri içinde sayılır. Çocukluk çağı mortalitesi düşük olan, yani gelişmiş olan toplumlarda doğumda beklenen yaşam süresi daha yüksektir. Diğer yaşlarda beklenen yaşam olasılıkları da hastalıkların yol açtığı üretim kayıplarının değerlendirilmesinde sağlık ekonomisinde kullanılmaktadır. Bunlardan yararlanarak Kaybedilen Potansiyel Yaşam Yılı Kayıpları (YPLL) da kullanılmaktadır.

1.2.2 DOĞURGANLIK GÖSTERGELERİ

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

Doğurganlığın doğrudan göstergesi olanlar,

Kaba doğum hızı

Genel doğurganlık hızı

Yaşa özel ve toplam doğurganlık hızı ve

Üreme hızları (net ve net olmayan) dır.

Doğurganlığı dolaylı olarak gösteren veya onu etkileyen göstergeler;

Gebeliği önleyici yöntem prevalansları

İlk evlilik ve doğum yaşı

Gebelik ve düşük (isteyerek ve kendiliğinden) sayısı

örnek olarak verilebilir.

1.2.3 MORBİDİTE GÖSTERGELERİ

Morbidite göstergeleri, tıpkı mortalite göstergeleri gibi toplumsal düzeyde kayıt sisteminin önemli ölçüde etkilediği sağlık düzeyi ölçütleridir. Bu nedenle gelişmiş ülkeler dışında sağlıklı morbidite göstergelerine ulaşmak oldukça güçtür.

Bunlar içinde prevalans, insidans ve fatalite hızları başlıcalarıdır. Bu hızlar, yaşa, cinsiyete, mesleğe, yerleşim yerine özel olabilir. Ayrıca toplumun incelenme süresine göre de çeşitlenebilirler. Bunlara örnek olarak nokta ve süre prevalanslar verilebilir.

Aynı nüfusun zaman içindeki hastalık sıklığı değişimini veya gruplar arasındaki farkı ortaya koymak amacıyla hastalık hızlarının birbirleri ile oranlanarak hesaplanan risk ölçütleri de önemli morbidite göstergeleridir. Bunlar rölatif risk, tahmini rölatif risk, atfedilen risk, korunabilirlik hızıdır (7,8).

Yine hastalıkların toplumda yol açtığı ekonomik yükü ölçmek ve yönetim biliminde kullanmak için kişi başına hastalık süresi, hastalık nedeniyle üretim ve iş günü kayıpları ve ayrıca kalite eklenmiş (QUALY) ve yeti yitimi eklenmiş (DALY) yaşam yılları da geliştirilmiş ve kullanılmaktadır (9).

1.2.4 DİĞER SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Toplumun sağlık düzeyini dolaylı olarak gösteren ölçütler, yukarıda da değinildiği gibi, nüfusla ilgili göstergeler, eğitim, beslenme, gelir ve sosyoekonomik durum ile ilgili göstergeler, çevre ve coğrafya ile ilgili göstergeler, sağlık hizmetlerinin sunumu ve olanaklar ile ilgili göstergelerdir.

Demografik göstergeler içinde, öncelikle nüfusun yaş ve cinsiyet dağılımı, nüfus yoğunluğu ve nüfus artış hızları, nüfus bağımlılık oranı, göç hızları, konut özellikleri, hane

halkı bileşimi, aile yapısı sayılabilir. Doğumlarla ilgili göstergeler de demografik göstergelerdendir.

Eğitim ile ilgili göstergeler çok çeşitli olmakla birlikte, yaşa ve cinsiyete özel okuma-yazma bilme, okula kayıt oranları okullaşma oranları ve indeksleri, örgün eğitim süreleri bunlar arasında sayılabilir.

Beslenme göstergeleri ise, doğrudan ve dolaylı göstergeler olarak sınıflamak olasıdır. Doğrudan yöntemler, biyokimyasal, biyofizik testler ve antropometrik göstergelerdir. Dolaylı olanlar ise vital ve tıbbi istatistiklerdir. Gıda tüketim araştırmaları, tarımsal üretim, gıdaların depolama nakliye ve pazarlaması ile ilgili verileri ayrıca belirtmekte yarar vardır.

Gelir ve sosyoekonomik göstergeleri de çeşitli biçimde sınıflamak mümkündür. Bu göstergeler, verilerin bireysel mi yoksa toplumsal düzeyde mi elde edildiğine göre değişmektedir.

Bireysel olarak yapılan değerlendirmelerde haneye giren toplam gelir, ücretler dışındaki kira vb. gelirler; gelirin gideri karşılayıp karşılamadığı gibi öznel değerlendirmeler ve gelir, yapılan iş ve eğitime göre yapılan sosyal sınıflamalar kullanılmaktadır. Sosyal sınıflamalara örnek olarak İngiltere ve Galler'de kullanılan ve toplumu altı sınıfa bölen ve ana sınıflama kriterleri olarak el emeği ve mesleki niteliğin alındığı sınıflama verilebilir. Hane bazında sahip olunan dayanıklı tüketim malı da bir değerlendirme kriteridir. Ayrıca birden çok değişkenin bir arada değerlendirilmesiyle oluşturulan yoksulluk veya gelişmişlik indeksleri de vardır. Bunlara Gini, Jarman, Robin Hood, Carstairs indeksleri, İnsani Gelişme ve Yoksunluk ve İnsan Sıkıntı indeksleri örnek olarak verilebilir (10, 11).

Toplumsal olarak yapılan değerlendirmelerde ise, toplumsal üretimin kişi başına düşen payı değerlendirilir. Bu tip sınıflamada ya miktar cinsinden ya da paraya çevrilmiş haldeki toplumsal üretimin kişi başına düşen payı hesaplanır. Bunlara, Kişi başına Gayri Safi Milli Hasıla (net olmayan ulusal gelir) Kişi başına Gayri Safi Yurt-içi Hasıla (Net olmayan yurt içi gelir) Alım Gücü Paritesine Göre Düzeltilmiş Kişi Başına Gelirdir. Ayrıca kişi başına düşen tarımsal, sanayi, enerji üretimi ve kişi başına tüketim sayılabilir.

Çevre ile ilgili sağlık göstergeleri ise çevresel maruziyet düzeylerine dayalıdır. Bunlar içinde hava kirliliği (duman ve SO₂ düzeyleri) düzeyleri, gürültü kirliliği düzeyleri,

temiz ve güvenli suya ulaşabilen nüfusun oranı veya yerleşim yerlerinin oranı, atık miktarları, atık su oksijen saturasyon düzeyleri sayılabilir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili göstergeleri ise, sağlık insangücü, sağlık kurumu sayısı ve sağlık kurumunun olanakları, sağlık kurumlarına başvuru, sunulan hizmetin çeşitliliği ve kapsamı, hizmet memnuniyeti olarak kabaca sınıflamak mümkündür. Bunlar içinde, sağlık personeli ve sağlık kuruluşu başına düşün nüfuslar; kişi başına ayaktan veya yatarak tanı, tetkik ve tedavi sayıları, kişi başına yatak sayıları, aşı, aile planlaması yöntemi ve benzeri koruyucu sağlık hizmeti kapsayıcılık oranları sık kullanılan göstergelerdir.

Ayrıca, yukarıda sayılan tüm göstergeler bölgesel düzeyde ayrı ayrı değerlendirilerek, bölgelerin kalkınma, coğrafi yerleşim ve nüfusun etnik ve kültürel yapısına özel yorumlar yapmak da olanaklı hale gelebilir.

1.3 SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER

Sağlıkta eşitsizlik deyince ilk akla gelen sağlık hizmetinin herkese eşit olarak verilmemesidir. Çok önceki çağlarda çeşitli biçimlerde söz edilmiş olmasına karşın sağlıkta eşitsizlik kavramından ilk kez batılı kaynaklarda söz edilmekte ve İngiliz dilinde “inequalities in health” olarak tanımlanmaktadır. Aynı kaynaklarda diğer bir tanımlama ise “inequity” sözcüğü ile betimlenen “sağlıkta hakkaniyet”tir. Sözlükte hakkaniyet, hakça, adaletli davranma anlamına gelmektedir (12). Sağlık için düşündüğümüzde de eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını en aza indirmek amacıyla, eşit ihtiyaçlar için mevcut sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, eşit ihtiyaç için eşit kullanım, herkes için eşit kalitede hizmet sağlayarak mümkün olan en düşük düzeye indirmek anlamını taşır. Toplumların ya da aynı toplum içindeki çeşitli gruplar arasında sağlık düzeyi farklılıkları bulunulabilir. Bu farklılıklar değerlendirilirken kaçınılmaz ya da önlenemez olanları, gereksiz ya da 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 (13).

Sağlıkta eşitsizlik konusu 1977 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kabul edilen 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık (HİS) anlayışı çerçevesinde büyük bir önem kazanmıştır. Dünya Sağlık örgütü sağlıkta eşitlik tanımını sağlık potansiyeline ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmaması olarak tanımlamakta ve önlenebilir, kabul edilemez sağlık eşitsizlikleri için tüm ülkeleri çaba harcamaya çağırmaktadır (2).

DSÖ Avrupa Bölgesi tarafından 1984 yılında kabul edilen Herkes için Sağlık hedeflerinin ilki sağlıktaki eşitsizliklerin azalmasıyla ilgilidir. Bu tanıma göre sağlıkta eşitlik” 2000 yılına kadar dezavantajlı ülkeler ve grupların sağlık düzeyleri yükseltilerek ülkeler ve ülkelerdeki çeşitli gruplar arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları en az % 25 azaltılmalıdır”. D.S.Ö. Avrupa Bölgesinin, 21 inci yüzyıl için koyduğu 21 hedefin ikincisi sağlıkta hakkaniyettir (2) Sağlıkta eşitsizlik kavramı sağlık düzeyi, sağlık hizmeti kullanımı ve bu ikisini etkileyen risk etkenleri açısından toplumsal gruplar arasında var olan, kabul edilemez ve önlenebilir nitelikteki farklılıkları ifade etmektedir. Bu tanım gereği cins ve yaş gibi yaş gibi yapısal, biyolojik etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan sağlık farklılıkları eşitsizlik kapsamında değerlendirilmez ve sağlıkta eşitsizlik dendiğinde sosyoekonomik etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan farklılıklar anlaşılır (13).

Sağlıktaki eşitsizlikler gelir ve eğitim grupları ile toplumsal sınıflara göre değerlendirilebilir. Bu üç sosyoekonomik faktörün eşitsizlikler üzerinde birbirinden farklı etkileri vardır (14).

Eşitsizlik yazınında meslek, gelir ve eğitim sosyoekonomik statüyü belirleyen etkenlerdir. Ancak eşitsizlik yazınında, sağlıktaki eşitsizliklerin belirleyicisi bireylerin mesleki statüleri, gelir ve eğitim düzeyleri arasındaki farklılıklardır (14).

Sağlıkta eşitsizlik tanımının kendi içinde sosyoekonomik etkenlerle ilişkili olarak ortaya çıkan sosyoekonomik sağlık farklılıklarını anlattığı anlaşılır. Nitekim bu nedenle pek çok yayında sağlıkta eşitsizlik ve sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizlik terimleri sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır ve böylesi bir kullanım yanlış da gözükmemektedir. Hatta coğrafi bölgeler arasında eşitsizliklerin bile (ki bu tür eşitsizlik çalışmalarına Ekolojik Çalışmalar denilmektedir) Bu bölgelerin ortalama sosyoekonomik statüleri ile bağlantılı olduğu anlaşılmaktadır.

1.3.1 SAĞLIKTAKİ EŞİTSİZLİKLERİN ÖLÇÜLMESİNDE KULLANILAN GÖSTERGELER

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

1- Sağlık, 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.

2- Sağlık durumu göstergeleri:

Çocuk Ölüm Hızı ve çocuklardaki malnütrüsyon prevalansı başta gelenlerdir.. Çocuklardaki sağlık düzeyi göstergeleri sosyoekonomik koşullara daha duyarlı olduğu için, yetişkin yerine çocuk sağlığıyla ilgili göstergeler genel toplumdaki sağlık eşitsizliklerinin saptanması için seçilmiştir. Öte yandan çocuk sağlığına yapılacak yatırım uzun erimde sağlık eşitsizlikleri üzerine daha olumlu etkide bulunmaktadır. Bu ikisi dışında ana ölüm hızı, tüberküloz gibi kimi özel bulaşıcı hastalıkların hızları, yaşa özel ölüm hızları, yaşa ve cinse özel yaşam beklentileri de kullanılabilecek sağlık göstergeleridir. Ancak bunlarla ilgili sağlıklı veri toplamak pek çok ülke için neredeyse olanaksızdır.

3- Sağlık hizmeti kaynaklarının tahsisatıyla ilgili göstergeler:

Bunlar da bölge (district) ve üst bölge (province) düzeyinde ele alınmaktadır.

Bölge düzeyinde önerilen ilgili göstergeler:

- a) Kalifiye sağlık personeli başına düşen nüfus,
- b) Birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kurumları başına düşen nüfus.

Üst bölge düzeyinde önerilen ilgili göstergeler:

- a) Kalifiye sağlık personeli başına düşen nüfus,
- b) Kişi başına yapılan sağlık harcamalarının dağılımı.

4- Sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili göstergeler:

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

DSÖ'nün Nüfus Sağlık Araştırmaları gibi araştırma programlarından elde edilen verilerin karşılaştırılması; çocuk ölümlerinde meydana gelen değişimleri ve bunları açıklayacak bazı faktörlerin ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Çalışmalar sonunda bu faktörler beş grupta toplanmıştır:

Doğurganlık davranışları, Büyüme ve gelişme, Emzirme ve bebek beslenmesi, Çocuk ve annelerin sağlık hizmetlerinden faydalanma durumu, Çevre sağlığı ve sosyoekonomik düzeydir (15).

Toplumların ya da aynı toplum içindeki çeşitli gruplar arasında sağlık düzeyi farklılıkları bulunabilir. Bu farklılıklar değerlendirilirken kaçınılmaz ya da önlenemez olanları, gereksiz ya da haksız nedenlerle olanlardan ayırmak gerekir. Bu yaklaşım sağlıkta eşitlik kavramının anahtarıdır. Sağlıkta eşitlikten söz ederken anlatılmak istenen matematiksel bir eşitlik değil hakkaniyettir (13).

1.3.2 SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK VE MORTALİTE

Sağlık düzeyinde eşitsizlikle ilgili araştırmalar gözden geçirildiğinde bunların büyük bir bölümünün mortaliteye odaklandığı görülür. Bunun bir nedeni mortalitedeki eşitsizliğin daha çarpıcı olması, bir diğer nedeni de mortaliteye ilişkin verilerin kayıtlardan kolaylıkla elde edilebilen veriler olmasıdır. Bunlara ek olarak mortalite verileri özellikle ülkeler arasındaki karşılaştırmalar için daha uygundur. Mortalite verileri verileri aynı zamanda bir ölçüde morbiditenin ve algılanan sağlık düzeyi düzeyinin sonuçlarını da

yansıtan verilerdir. Dolayısıyla mortalite yönünden olumsuz durumda olduğu saptanan gruplarda morbitite de eşitsizlik olduğu beklenir. Yaşa, cinse, yerleşim yerine, mesleğe ve nedene özel ölüm oranları, beş yaş altı ölüm oranı, bebek ölüm hızı, ölü doğum hızı ve oranı, potansiyel yaşam yılı kaybı, doğuştan beklenen yaşam süresi, premorbid ölüm oranı bu amaçla sıklıkla kullanılır.

Mortalite verileri kullanılırken yaş dağılımı yönünden benzer olmayan gruplar karşılaştırıldığında yaş, karıştırıcı (“confounder”) değişken olur. Mortalite oranları bu nedenle yaşa göre standardize edilerek verilir.

Sağlıkta eşitlik çalışmalarının tarihi oldukça eskilere dayandırılabilir. Örneğin 19. yüzyılda sosyal sınıf ve meslekle mortalite arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar vardır. Konu günümüzde özellikle 1980’lerde İngiltere’de Black Raporu’nun yayınlanması ile yeniden gündeme gelmiştir (16). Zamanla toplumların sağlık düzeyleri belirgin biçimde yükselse de sosyal sınıflar arasındaki farklılıklar sürmüştür. Çünkü sağlığın temel belirleyicileri kişilerin içinde buldukları sosyokültürel sistem, ekonomik güçleri, inançları, çevre ve çalışma koşulları, eğitim düzeyidir. Sağlıkta eşitliğin yolu bu temel belirleyicilerde eşitlikten geçmektedir. Çünkü sağlığın temel belirleyicileri kişilerin içinde buldukları sosyokültürel sistem, ekonomik güçleri, inançları, çevre ve çalışma koşulları, eğitim düzeyidir. Sağlıkta eşitliğin yolu bu temel belirleyicilerde eşitlikten geçmektedir. Buna en güzel örnek İngiltere’dir. Uzun yıllardır Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) ile sağlık hizmeti sunulan İngiltere’de sosyal sınıflar arasındaki sağlık farklılıklarının giderilemediği ortaya konulmuştur.

1.3.2. a Dünya’da ve Türkiye’de Mortalite Eğilimleri

DSÖ, sağlığın basit ve anlamlı bir ölçüsünü ararken, Dünya Sağlık Durumu ile ilgili ikinci raporunda (1963), kullanılabilir bir gösterge olarak görece mortalite hızı’nı önerdi (50 ve daha yukarı yaşlardaki ölümlerin , hangi yaşta olursa olsun bütün ölümlere oranı). Bu ölçümü tarihsel eğilimlere uyguladığımızda , görece mortalite hızının küresel olarak 1955’ te %34 iken 1975’te %45’e çıktığını ,1995’te ise %58’e ulaştığını görürüz. Bir kez daha burada da eşitsizlikler çarpıcıdır. 1955 yılında gelişmekte olan diğer ülkelerdeki oran %27 iken, En Az Gelişmiş Ülkeler (EAGÜ)’de %20, gelişkin piyasa

ekonomilerine sahip ülkelerde ise %75 idi. 1995 yılı oranları ise EAGÜ için %26, gelişmekte olan diğer ülkeler için %56 ve gelişkin piyasa ekonomilerine sahip ülkeler için de %91'dir. 1955 ile 1995 arasında 5 yaşından küçük çocuklarda %96'dan %99'a çıkmış; daha büyükler ve ergenlik dönemindekilerde (5-19 yaş) %102'den %97'ye inmiş; 20-64 yaş grubundaki yetişkinlerde %79'dan %68'e; 65 yaş ve daha yukarı olanlarda ise %85'den %81'e inmiştir. 15-49 yaş grubunda bile doğum çağında olan kadınlar arası ölüm hızlarının erkek ölüm hızlarına oranı %84'ten %73'e inmiştir .

Doğum çağındaki kadınlar arası ölüm hızı 1955 yılında 100.000'da 620 iken 1995 yılında 100.000'de 230'a inmiştir. 5 yaşından küçüklerde ölüm hızları 1955'te 1000 canlı doğumda 210 iken 1975'te 1000 canlı doğumda 121'e 1995' te ise 1000 canlı doğumda 78'e düştü (3).

Beş yaşından küçük çocuklarda ölüm oranı (5 YKÖO) her 1000 canlı doğumda beş yaşına varmadan ölen çocuk sayısıdır. Çocukların refah düzeyini ve bu düzeydeki değişimleri ölçmede UNICEF tarafından kullanılan başlıca göstergelerden biri budur (17).

1995 yılında, 5 yaşından küçük çocuk ölümlerinin 1000 canlı doğumda 20'nin altında olduğu yalnızca 3 ülke vardı.

Gelişkin piyasa ekonomilerinde 5 yaşından küçük çocuk ölüm hızları 1000 canlı doğumda 8'ir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu hız 1000 canlı doğumda 87'dir. EAGÜ'de ise 1995'te 5 yaşından küçük çocuk ölüm hızları 1000 canlı doğumda 150'dir. Türkiye'de ise 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre 5 yaşından küçük çocuk ölüm hızları 1000 canlı doğumda 52.1'dir (21). Altısı Afrika'da olmak üzere yedi ülkede, 1995 yılı 5 yaşından küçük çocuk ölüm hızı hala 1000 canlı doğumda 200'ün üzerindedir (1). Türkiye'nin dünyadaki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında, 5 yaş altı ölüm sıralamasındaki yeri 77'dir (18).

Küresel olarak, gelişkin piyasa ekonomilerinde BÖH; 1000 canlı doğumda 6'dır. Gelişmekte olan ülkelere BÖH 1000 canlı doğumda 62 , EAGÜ'de ise 1000 canlı doğumda 104'tür. Türkiye'de ise 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre; BÖH 1000 canlı doğumda 42.7'dir (19).

Her yıl tüm dünyada 7.5 milyonu perinatal dönemde olmak üzere 9 milyon bebek ölümü meydana gelmekte, neonatal ölümlerin sayısı ise 4.8 milyona ulaşmaktadır.

DSÖ eldeki mevcut bilgilere dayanarak, 1997 yılında tüm dünyada meydana gelen 50 milyonu aşkın ölümden yaklaşık üçte birinin, akut alt solunum yolu enfeksiyonları,

verem, ishal, HIV/AIDS ve sıtma gibi bulaşıcı ve paraziter hastalıklar yüzünden ortaya çıktığını tahmin etmektedir. Bulaşıcı ve paraziter hastalıkların toplam ölümler içindeki payı gelişmiş ülkelerde %1, gelişmekte olan ülkelerde ise %43'tür (3).

Türkiye'de nüfusun %37'sini 0-14 yaş çocuklar, %15'ini 5 yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır (3). Çocukların sağlık düzeyleri dünyanın diğer ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye 129 ülke arasında 61. sırada yer almaktadır. Ayrıca önemli bölgelerarası farklılıklar da vardır.

Türkiye'de tüm ölümlerin %50'si 5 yaşından küçüklerde, %34'ü ise 1 yaşından küçüklerde görülmektedir. Bu ölümler yol açan hastalıkların hemen hepsi önlenebilir hastalıklardır. Bunların başında gebelik ve doğuma bağlı nedenler yer almakta olup, bunu zatürre ve ishal izlenmektedir. Bunlar malnütrüsyon zemininde gelişerek bir kısır döngü oluşturmaktadırlar (4).

Bütün bu sonuçların nedenleri olarak anne ve babaların temel eğitim düzeyinin yetersizliği, hızlı nüfus artışı, ailenin ekonomik durumu, sağlık hizmetlerinin sunumunda eksiklikler ve koordinasyon olmaması, aile planlaması eksikliğine bağlı nedenler, akraba evliliklerinin yaygınlığı, okul sağlığı hizmetlerinin yetersizliği sayılabilir. Benzer farklılıklar sağlık, eğitim ve beslenme gibi konularda da görülmektedir.

Ülkelerin sağlık düzeyi eğitim ve beslenme özellikleriyle yakından ilintilidir. Buna göre okur yazar oranı arttıkça bebek ölüm hızının ve malnütrüsyonun azaldığı bilinmektedir.

1.3.2.b Ölümlülük İle Bazı Sosyo-Ekonomik ve Demografik Faktörlerin İlişkisi

Sosyoekonomik durumun morbidite ve mortalite ile güçlü ilişkisini belirten bir çok çalışma vardır (20, 21, 22, 23, 24, 25,26). Sosyoekonomik durum kötüleştikçe, her aşamada sağlık düzeyi de kötüleşmektedir (20). Ancak sosyoekonomik durumun saptanmasında çeşitli güçlükler söz konusudur. Genel olarak mesleğin, gelirin, eğitim yılının, konut niteliğinin, sahip olunan eşyaların vb. sosyoekonomik durumun unsurları olduğu kabul görür (14).

1.3.2.c Yerleşim Yeri ve Bölgeye Göre Bebek Ve Çocuk Ölümlülüğü

Bölgesel ve ülkeler arasındaki sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti ile ilgili farklılık ve eşitsizlikler artık kabul edilmiş durumdur. Araştırmalar bu farklılığın nedenleri ve daha da önemlisi bu farklılığın nasıl azaltılacağı üzerine yoğunlaşmıştır. Bütün bu bölgesel karşılaştırmalarda en sık kullanılan bağımlı değişken önlenebilen hastalık ve ölümlerdir.

Bu ölçütler, ülkeleri çeşitli uygulama bölgelerini birbirleriyle karşılaştırmada ve zaman içindeki değişimi göstermede kullanılmaktadırlar. Bağımlı değişkenler yanında bölgesel karşılaştırmalarda bir çok toplumsal değişkenler de kullanılmaktadır (26). Sağlık hizmeti sunumundaki bölgesel farklılıklar değerlendirilirken bazı yazarlar bu sosyoekonomik değişkenleri standardize etmek (kontrol etmek) gerektiğini önerirken (27), birçoğu buna karşı çıkmakta, aksine bu sosyoekonomik özelliklerin hizmet sunumunu önemli ölçüde etkilediğini ve hizmetin başarısının bu koşullar altında ölçülmesi gerektiğini belirtmektedirler (28,29,30).

Doğumda yaşam beklentisi: 1955 yılında 48 iken 17 yıllık bir artış göstererek 1995 yılında 65'e çıkmıştır. Hep birlikte ele alındığında bugün 5 milyarı aşkın insan doğumda yaşam beklentisinin 60 yıldan yukarı olduğu 120 ülkede yaşamaktadır. Bugün 50 milyonu aşkın insan hala doğumda yaşam beklentisinin 45 yaşın altında olduğu ülkelerde yaşamaktadır. Küresel olarak alındığında, 1995 yılında 20 yaşında olan her 100 insandan yaklaşık 70'nin en az 50 yıl daha (70 yaşına kadar) yaşayacağı tahmin edilmektedir. Oysa EAGÜ'de bu yaşa gelebilme olasılığı olan insan sayısı 50'dir (EAGÜ'de 1955' de 37 yıl, 1995'te 52 yıl) (3).

1.3.2.d Demografik Özelliklere Göre Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü

Bir ülkede yaşam koşulları geliştikçe ölüm nedenleri de farklılaşır. Gelişmiş ülkelerde temel ölüm nedenleri hastalıklardır. Aradaki miktarsal farklılığı geliştirmekte olan ülkelerdeki bebeklik ve çocukluk çağı ölümlerinin çok yüksek olması yaratmaktadır. Sağlık bakımı, ilaçlar, donanım, fizik olanaklar ve sağlık insan gücü hastalık ve ölüm örüntülerinin değişimlerinden etkilenmektedir. Demografi ve sağlık açısından doğumlarla ölümler arasında önemli bir ilişki vardır (4).

Bebeklik ve çocukluk çağı başta olmak üzere ölümlerin düzeyini belirleyen bazı önemli faktörler şöyledir:

Doğumdaki biyo-demografik faktörler:

Çocuğun cinsiyeti; erkek bebeklerin doğumda yaşam olasılıkları kızlardan daha düşüktür.

Çocukların yaşamlarını sürdürebilmeleri için annelerinin doğurganlığı arasında güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Çok genç, çok yaşlı, daha önce çok doğum yapmış annelerden doğan çocukların ölüm olasılığının diğerlerine göre daha yüksek olduğu bilinmektedir.

Anne yaşı; çok genç ve çok yaşlı annelerin bebeklerinin ölüm olasılıkları daha yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda, kadınların üçte birinden çoğu 15-19 yaşlar arasında doğum yapmaktadır. 15-19 yaşlarında yaklaşık 15 milyon kız her yıl doğum yapmakta, bu doğumlar her yıl dünyada doğan bebeklerin % 10'unu oluşturmaktadır. Bu yaş grubunda gebelikle ilgili nedenler yüzünden ölme riski, 20 yaşından büyük kadınlara göre dört kat daha yüksektir. Bu oranlar Amerika Birleşik Devletleri için %59, İngiltere (Birleşik Krallık) % 29, İtalya ve İsveç'te % 7, Japonya, Hollanda ve İsviçre'de % 4'tür (3,4,18).

Gebelik aralıkları kısaldııkça bebeğin ölme bebek ve çocuk ölüm riski artmaktadır. Böylece aileler bebek ölümlerinin yüksek olduğu ortamlarda ikame kaygısı ile daha fazla çocuk doğurmaya yönelmektedir.

Yine anne tükenmesi ve önce hayatta olan çocuklarla anne ilgisi konusunda rekabet artar; prematür doğum ya da büyüme-gelişme geriliğine bağlı düşük doğum ağırlığı perinatal, bebek ve çocuk ölümlerindeki temel etkenlerden biridir.

Doğum sonrası etkili olan faktörler:

Emzirme ve süresi; bebek ölümleri düzeyi yüksek ise, doğum sonrası doğurgan olmayan süre emzirmenin kesilmesine paralel olarak kısılacığı için gebelik aralıkları da kısılacaktır. Gebelik aralığının açılması, anne sütünün steril olması, bulaşıcı hastalıklardan koruyuculuğu ve besleyiciliği bebeğin hayatta kalma olasılığını olumlu yönde etkiler; içme ve kullanma suyunun türü ve hijyen; enfeksiyon hastalıkları koşulların kötü olduğu durumda artar ve yeni doğanın ölme olasılığı yükselir.

Kadınlara yönelik şiddet ile bebek ve çocuk ölümlülüğü son yıllarda üzerinde önemle durulan bir diğer faktördür. Kadınların güçsüzlükleri bebekleri ve küçük çocukları

da tehlikeye düşürmektedir. Yakınlarının istismarına maruz kalan kadınların çocuklarının beş yaşından önce ölme olasılıkları, diğer çocuklara göre altı kat daha yüksek olabilmektedir. Ayrıca, istismara maruz kalan annelerin çocuklarının kötü beslenme, aşılansama ve ishalde sıvı tedavisi görmeme olasılıkları da daha büyüktür.

Herhangi bir ilişkideki yakını tarafından fiziksel saldırıya uğrayan yetişkin kadınların yüzdesi, Porto Riko'da %48, Mısır'da %34, Nikaragua'da %28, Kanada'da %29, ABD'de %22, İsviçre'de %13'tür (3,4, 18).

Avrupa ülkeleri içinde çocuk ve bebekleri en çok ölen Türkiye'dir. Toplumsal sağlık düzeyini ölçmekte ve uluslararası karşılaştırma yapmakta kullanılan temel gösterge olan çocuk ölüm hızı (ÇÖH) bakımından Türkiye'nin durumunun hiçte iç açıcı olmadığı gözlenmektedir. Türkiye'de çocuk ölüm hızı binde 47'dir. Yani Türkiye'de her yıl, 5 yaşından küçük her bin çocuktan 47'si ölmektedir. Aynı hız Avrupa ülkelerinde binde 5 ile 10 arasında değişmektedir.

Komşu ülkeler içinde (Irak dışında) çocuk ve bebekleri en çok ölen Türkiye'dir. ÇÖH açısından Türkiye komşu ülkelerle karşılaştırıldığında ; Yunanistan'da binde 9, İran'da binde 37, Suriye'de 34, Bulgaristan'da 19, Ermenistan'da 30, Gürcistan'da 29'dur. Komşu ülkeler içinde yalnızca (yıllardır savaş ve ambargoyu yaşayan) Irak'ta ÇÖH Türkiye'ye göre daha yüksektir (binde 122).

Türkiye gelirini sağlık alanına yatırmadığı için çocukları ölmektedir. Ulusal gelirleri Türkiye'den düşük olan 38 ülkenin ÇÖH Türkiye'den daha iyi durumdadır. Türkiye 189 ülke içinde gelir sıralamasında durumu en kötü 133. ülke iken (132 ülkenin geliri Türkiye'den daha düşük, 56 ülkeninki ise daha yüksektir); ÇÖH sıralamasında durumu en kötü 82. ülkedir (81 ülkenin durumu Türkiye'den daha kötü, 107 ülkenin ki Türkiye'den daha iyidir).

Geliri 1000 doların altında olan Arnavutluk, Azerbaycan, Ermenistan, Makedonya, Gürcistan, Honduras, Kore Demokratik Cumhuriyeti, Moldova, Nikaragua, Solomon Adaları gibi ülkelerde ÇÖH Türkiye'den daha düşüktür.

Türkiye'nin ÇÖH, geliri Türkiye'nin gelirinin yaklaşık ¼'ü kadar olan (620 dolar) Çin ile eşittir.

Türkiye ile aynı gelir grubunda yer alan (kişi başı yıllık 2500-4000 dolar aralığı) 20 ülke içinde 15'inin ÇÖH Türkiye'den daha düşüktür. Aynı grupta yaşam umudu

açısından yine 14 ülkenin durumu Türkiye'den daha iyidir. BÖH için ise 16 ülkenin durumu Türkiye'den daha iyidir.

Türkiye'nin sahip olduğu ulusal gelir düzeyi dikkate alındığında çocuk ölüm hızının binde 47 değil, yaklaşık binde 30 olması gerekmektedir. Aradaki fark UNICEF tarafından -17 puanlık kötü performans olarak değerlendirilmektedir. Yani Türkiye sağlık göstergesi bakımından kötü performans sergileyen ülkeler arasındadır. Kötü performansın nedeni ise eldeki ulusal geliri bile gerektiği şekilde kullanamayan yönetim yapısına bağlanmaktadır.

Çocuk ölüm hızı Türkiye'nin doğusunda binde 70 iken, batıda 48'dir. Her türlü eşitsizlik sağlık sonucuna da yansımıştır.

Gebeliği boyunca doğum öncesi herhangi bir tıbbi bakım almamış olan annelerin oranı doğuda %75, batıda %56'dır.

Doğu'da doğumların %70'i evde gerçekleşmektedir. Bu oran batıda %20'dir. Doğuda doğumların %50'si halen ara ebeleri ve konu komşu tarafından yaptırılmaktadır. Aynı oran batıda %6'dır.

Doğu'da çocukların %41'i, batıda %76'sı tam aşıdır. Doğu'da çocukların %10'una hiçbir aşı yapılmamıştır.

Doğu'da çocukların %20'sinde kilo bakımından beslenme bozukluğu bulunmaktadır.

Batıda ise aynı oran %5'tir (31).

1.3.3 DEMOGRAFİK SORUNLAR İLE BAZI SOSYO-EKONOMİK VE DEMOGRAFİK FAKTÖRLERİN SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER İLE İLİŞKİSİ

Coğrafi hareketlilik ya da göç nüfus hareketleri ile ilgili temel öğelerden olup en dinamik, karmaşık ve ölçümü en zor olan önemli bir olaydır. Zira nüfusun değişimi doğal artışla net göçlere bağlıdır. Farklı türdeki göçler, sağlık düzeyi, sağlık davranışları ve sağlık hizmeti kullanımı üzerinde etkilidir. Nüfus artışı ve çevre üstündeki baskılar ise yoksulluğu daha da arttırmaktadır. Yoksul kesimlerin kendi kaynakları ve olanakları ile bu döngüyü kendi başlarına kırmaları mümkün değildir. Ancak eğitim, özellikle kız çocukların eğitimi, aile planlaması ile doğurganlığın azaltılması nüfus artışını düşürecek ve iyi bir sağlık güvencesini oluşturacaktır. Unutulmaması gereken diğer bir konu da üreme sağlığına erken yaşlardan önem verilmesinin gereğidir (4).

Annenin eğitim düzeyi çocuk sağlığını doğrudan etkileyen bir etmendir. Fizik, sosyal ve biyolojik etkenlerin çocuk sağlığı üzerindeki etkilerini birbirinden ayırarak açıklamak mümkün değildir. Bugün dünyadaki ülkelerde özellikle gelişmekte olan ülkelerde nüfus artışı, yoksulluk ve çevrenin birbirleriyle olan etkileşiminin insan sağlığını nasıl etkilediği tartışılmaktadır (4,32,36).

Dünya ölçüsünde nüfus artışını ya da azalmasını iki öge; ölümler ve doğumları etkiler. Ülke ve bölge düzeyinde üçüncü bir ögenin göçlerin de nüfus artış ve azalışında rolü vardır (33).

İnsanlığın savaş korkularını azaltmak, hastalıkları önlemek, teknolojiyi daha iyi kullanmak çabalarıyla aydınlatmaya çalıştığı 2000'li ufukları, yine kendi yarattığı, açlık, çevre kirliliği, göçler, işsizlik ve geri kalmışlık bulutları karartmaktadır. Bu olayların temelindeki en büyük etkenlerden biri, hızlı nüfus artışı ve beraberinde getirdiği sağlık, eğitim, çevre ve kalkınma sorunlarıdır. Toplumun en savunmasız kesimi olan çocuklar, bu sorunlardan en fazla etkilenen gruptur (3,18,32).

Geçmiş yıllarda giderek büyüyen işgücü fazlası, gelişmekte olan ülkelere her yıl milyonlarca insanın iş bulma umuduyla gelişmiş ülkelere göç etmesine yol açmaktaydı . Ancak, gelişmiş ülkeler son 10 yılda işgücü kabulünü iyice azaltmış ve kapılarını kapamışlardır.

Öte yandan aynı nedene bağlı ülke içi göçler, kentlerin aşırı büyümesine, gecekondulaşmaya ve çevre koşullarının tehlikeli biçimde bozulmasına sebep olmaktadır. Kalabalık bir işgücü arzı iş ücretlerinin düşmesine ve fakirliğin artmasına yol açmaktadır.

Günümüzün gelişmekte olan ülkeleri kalkınmanın temel ilkesi olarak insanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesini benimsemişlerse de hızlı ve dengesiz nüfus artışından kaynaklanan sorunlar ülkemizde ve dünyada kalkınma çabaları karşısında engel oluşturmaktadır (32).

Nüfus sorunu dünya açısından ele alındığı zaman en önemli sorunun beslenme olduğunu görürüz. Şayet nüfus artışı bu hızla giderse gelecekte kıtlıklar kaçınılmaz bir sorun olacaktır. Bugün bile kendi nüfusunu besleyebilecek kadar besin üretebilen ülkelerin sayısı sınırlıdır. Protein üretim ve tüketiminde durum daha da kötüdür. Dünya açısından ikinci önemli sorun, az gelişmiş ülkelerde hızlı nüfus artışının sosyo-ekonomik gelişmeyi yavaşlatması ve buna bağımlı olarak gelişmiş ülkeler ile az gelişmiş ülkelerin refah düzeyleri arasındaki farkın hızla büyümesidir. Bu iki sorun yanında nüfusun artışına bağımlı olarak çevrenin daha fazla kirlenmesi ve aşırı şehirleşme de küçümsenemeyecek birer sorundur. Hızlı kentleşme ciddi bir istihdam sorunu ve alt yapı hizmetlerinin yetersizliğini (su ve kanalizasyon vb.) beraberinde getirmektedir (32,33,34).

Sorun ülkeler açısından ele alındığı zaman az gelişmiş ülkelerde nüfusun hızlı artışı sermaye birikimini olumsuz etkilemekte ve nitelikli insan gücü yetiştirmeyi güçleştirmekte, bu nedenle ekonomik gelişme hızı çok sınırlı kalmaktadır.

Eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve konut gibi sosyal gereksinimler de bir yandan ekonomik güce, bir yandan da yapılacak iş hacmine bağımlı olduğundan ülkeler buldukları düzeyi aşmamakta veya çok yavaş gelişebilmektedirler.

Nüfus artış hızı yükseldikçe çocukların eğitim görme şansı azalmaktadır. Bu durum, özellikle kız çocukların erkeklerden daha az okula gönderildiği ülkelerde, kızların ekonomik ve sosyal gelişme imkanlarını kısıtlamaktadır (32).

Nüfus artış hızının yüksek olması, aynı zamanda doğurganlığın yüksek olduğuna işaret etmektedir. Aşırı doğurganlık, hem kadınlar, hem de doğurdıkları çocuklar için hastalık ve ölüm tehlikesini arttırmaktadır. Yine çalışma çağındaki insanların aşırı doğurganlık, çalışma çağındaki insanların geçindirmek zorunda oldukları bağımlı nüfusun hızla artmasına sebep olmaktadır. Bağımlı nüfusun büyük bölümünü oluşturan 14 yaşındaki küçük çocukların eğitimi, bakımı ve diğer gereksinimlerinin karşılanması, aynı

zamanda ülkenin geleceğine yönelik bir yatırımdır ve tüm yatırımlar gibi maddi güç gerektirmektedir. Oysa ülkemizde doğurganlığın yüksek olduğu bölgeler aynı zamanda kişi başına yıllık gelirin en düşük olduğu ve bağımlı nüfusa bakmakta maddi güçlüklerin ortaya çıktığı bölgelerdir.

Dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye’de kadın ve erkekler, çocuk sahibi olmayı, yaşlılık dönemlerinde bakılma umuduyla istemektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine paralel olarak yaşlılara yönelik sosyal güvenlik hizmetlerinin etkinliğinin artması, çocuk sahibi olma ya da çocuklardan bakım görme isteğini önemli ölçüde azaltmaktadır.

Türkiye’de geleneksel aile yapısı içinde, yaşlılar saygı görür ve ailenin sahip olduğu tüm olanaklarla bakım şansına sahiptirler. Ancak hane halkında bağımlı nüfus oranları yükseldikçe, ailelerin arzuları ve gelenekleri ne olursa olsun ekonomik ve sosyal nedenler, yaşlıların gereği gibi bakım görme şanslarını azaltmaktadır. Ancak, çocuklarla yaşlıların aynı kısıtlı kaynaklarından yararlanmaları söz konusu olduğundan, her iki grup da bazı haklarını kaybetme tehlikesiyle karşı karşıya kalmaktadır (32).

Nüfus artışının yüksek, istihdam olanaklarının sınırlı olduğu kırsal kesimden, sosyal ve fiziki alt yapısı nispeten iyi olan ve sanayi kuruluşlarının yoğun olduğu kentlerde çalışmak ve kentlerin sosyal olanaklarından yararlanmak üzere giderek artan oranda göçler olmaktadır.

Hızlı kentleşme, su havzalarının yerleşime açılması nedeniyle kirlenen su kaynakları, temiz içme ve kullanma suyunun giderek azalması, yol, ulaştırma, çöp toplama ve bertarafı, otopark, sağlık, hava kirliliği, trafik sıkışıklığı, gürültü, kanalizasyon arıtım tesislerinin yetersizliği gibi sorunlara yol açmakta, yeşil alanlar azalmakta, çevre kirliliği artmakta, tarih ve doğa güzellikleri kaybolmaktadır.

Hızla artan nüfus ve kentleşme ile ortaya çıkan altyapı ihtiyaçlarının karşılanmasında yeterli olmamaktadır. Yine hızlı kentleşme sonunda ortaya çıkan konut talebinin karşılanmasında yetersizlik, artan gecekondulaşma, sağlıksız kentleşme söz konusudur.

Uygulamaya konulan ve bölgeler arası farklılıkları azaltmaya yönelik politikalara rağmen nüfus hareketleri durulmamaktadır. Doğal kaynaklar hızla tükenmektedir.

Genç nüfusun, bir başka deyişle tüketici nüfusun miktarının artışı, özellikle gıda maddeleri, konut, sağlık ve eğitim hizmetlerine olan talebi arttırmaktadır. Bu durum kamunun bu alanlara daha fazla kaynak ayırmasını gerektirmekte, dolayısıyla üretim ve

istihdamın genişlemesine yol açan üretken yatırımların payı istenilen düzeyde olmamaktadır. Aşırı doğurganlık ve yüksek ölümlerden dolayı erken ölümler ya da sakatlıklar nedeniyle ekonomik kayıplar olmaktadır.

Bir toplumda sağlık hizmetleri düzeyi sağlık insan gücü ve tesislere bağlıdır. Sağlık hizmetini geliştirmek için kişi başına düşen sağlık personeli ve tesis sayısını arttırmak gerekir. Uygulamaya konulan ve bölgeler arası farklılıkları azaltmaya yönelik politikalara rağmen nüfus hareketleri durulmamaktadır. Doğal kaynaklar hızla tükenmektedir. Nüfus ve tüketim talebi, yalnızca sınırlı olan doğal kaynakların aşırı kullanımına yol açmakla kalmayıp, ara değişken olan çevreye, zararlı teknoloji atıklarına, kirlenici çevre kullanımına ve ticari istismarlara yol açmaktadır (4,32,35).



1.3.4 DOĞURGANLIK BOYUTUNDA SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER

1.3.4.a Doğurganlık (Fertilite) Düzeyini Belirleyen Ölçütler İle Bazı Sosyo-Ekonomik ve Demografik Faktörlerin İlişkisi

Belirli bir coğrafik yörede yaşayan nüfusun sağlık alanındaki ihtiyaçları saptanırken bu nüfusun kompozisyonu, büyüklüğü ve nasıl dağıldığı, sağlık düzeyi ile birlikte potansiyel talebin belirlenmesi açısından (hizmet tipi, personel, donanım) önemlidir. Nüfusun yapısını o nüfustaki doğurganlık, ölümler ve göç düzeyleri yaş ve cinsiyet örüntüsünü etkileyerek belirler. Örneğin, bir dönem boyunca yaşanan yüksek doğurganlık bir nesil sonra nispi olarak doğurganlık çağındaki kadın nüfusunda artışa yol açacak sonuçta doğum sayısı artacaktır.

Toplumdaki doğurganlık, kaba doğum hızı, genel doğurganlık hızı ve toplam doğurganlık hızı ile değerlendirilir.

Kaba Doğum Hızı = Bir yılda canlı doğan çocuk sayısı / Yıl ortası nüfus *1000

Genel Doğurganlık Hızı = Bir yılda canlı doğan çocuk sayısı / 15-49 yaş arası kadın nüfusu *1000

Toplam Doğurganlık Hızı: Yaşa- özel doğum hızlarının (katsayı kullanılmadan) toplamının 5 ile çarpımıyla elde edilir. Bunun anlamı şudur: belirli bir yılda halen doğurganlık çağındaki kadınların doğurganlık düzeyleri aynen devam ederse, doğurganlık dönemlerini tamamladıklarında her kadın ortalama toplam doğurganlık hızı olarak elde edilen sayı kadar çocuk sahibi olacaktır.

Doğurganlık (fertilite) bir kadının gerçekte doğurduğu canlı doğumları kapsar ve nüfusun üreme deneyimleri ile ilgilidir (cinsel davranış, gebelik, doğum öncesi bakım, doğum sonucu, doğum sayısı, bebeğin özellikleri, doğum sonrası bakım ve anne-babanın biyo-sosyal ve sosyo-kültürel özellikleri).

Doğurganlık nüfus 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 (4,32,33).

Aşırı doğurganlık hem annenin, hem de çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkiler. Ailede çocuk sayısı arttıkça, doğum aralıkları azaldıkça çocuk ölüm oranları artmakta, çocuklar daha sık hastalanmakta ve çocukların beslenme durumları bozulmakta, zeka gelişmeleri de olumsuz yönde etkilenmektedir (4).

Doğurganlık düzeyini etkileyen çok sayıdaki faktör üç grupta toplanabilir: Doğurgan döneme başlamayı etkileyen faktörler; menarş yaşı, ilk evlilik yaşı, ilk cinsel ilişki yaşı, primer sterilite.

Doğurgan dönemle ilgili faktörler; emzirme ve amenore süresi, biyolojik fekandite, kontraseptif kullanımı ve etkililiği, cinsel ilişki sıklığı, rahim içi ölümler.

Doğurgan dönem sonu ile ilgili faktörler (menapoz yaşı, sürekli sterilite).

Doğurgan çağ kadınının ırk, eğitim, çalışma durumu, üretim faaliyetine katkı payı, toplumsal konumu, mesleği gelir düzeyi, yerleşim yeri gibi sosyo-ekonomik, kültürel ve demografik özellikleri doğurganlık düzeyini etkileyen önemli faktörlerdir.

Eğitimi az, düşük gelir grubundaki kadınların doğurganlıkları yüksek olup, orta ve üst gelir grubundakilere kıyasla daha düşük kalitede anne bakımı alırlar. Aynı şekilde yapılan çalışmalar eğitim düzeyi düşük, kırsal kesimde yaşayan, meslek sahibi olmayan ve gelir getirici bir işte çalışmayan kadınlarda doğurganlığın yüksek olduğunu göstermektedir.

1.3.4.b Aşırı Doğurganlık ve Bazı Sosyo-Demografik Faktörlerin İlişkisi:

Nüfus sorununa sağlık açısından bakıldığında aşırı doğurganlık terimini kullanmak yerinde olur. Sağlık ile aşırı doğurganlık arasındaki ilişkide; ailede çocuk sayısı arttıkça çocuk ölümleri artmakta, çocukların hastalanma oranı yükselmekte, beslenme durumu bozulmakta, çocukların zeka gelişmeleri gerilemektedir. Ana sağlığı da olumsuz olarak etkilenmektedir.

Küresel olarak , her yıl yaklaşık 585.000 kadın gebelikle ilişkili nedenler yüzünden ölmektedir ve bu ölümlerin çoğunluğu önlenebilir ölümlerdir. Her bir gebelik olayında gebelikle ilgili nedenlere bağlı ölme riskini gösteren anne ölüm hızı, 1990 yılı için, 100.000 canlı doğumda 430 anne ölümü olarak belirlenmiştir. Ancak bu oran ülkeden ülkeye ve bir ülkenin kendi içinde önemli değişkenlikler göstermektedir.

Gelişkin piyasa ekonomilerinde her 100.000 canlı doğuma yaklaşık 13 anne ölümü düşerken EAGÜ’de bu sayı 1050’nin üzerindedir. Başka bir deyişle , canlı doğan her 100 bebekte 1 anne gebelikle ilgili nedenlere bağlı olarak ölmektedir. Anne ölümlerinde ve hastalıklarında hemen görünürdeki neden , anneye gebelik ve doğum sırasında yeterli bakımın sağlanamamasıdır. Ancak bu nedenin yanısıra, kadının toplumdaki statüsünün düşüklüğü, sağlıksızlık ve yetersiz beslenme gibi faktörler de söz konusudur (3,4).

1.3.4.c Doğurganlık, Aile Planlaması ve Sağlık İlişkisi:

Kadınların sağlığı, toplumdaki statüleri ile yakından ilgilidir. Kadının sağlığı eşitlikten yararlanır, ayrımcılıktan zarar görür.

Yeni doğan ve çocuk sağlığı da annenin toplumsal ve ekonomik durumuyla sağlık düzeyine yakından bağlıdır. Bebek ölümlerinin ve hastalıklarının çoğu toplum düzeyinde yeterli su ve sanitasyon olanaklarının sağlanmasıyla, annenin ve çocuğun iyi beslenmesiyle, yeterli bağışıklama düzeyi dahil ilk basamak bakım hizmetlerine erişimle önlenir.

Bugün dünyamızda gelişmekte olan ülkelerde çocukların sağlık düzeylerinde sağlanan iyileşmenin en belirgin bulgusu, başlıca çocukluk dönemi infeksiyon hastalıklarının yavaş yavaş azalmasıdır. Çocukluk döneminde ölüme neden olan bu hastalıklar arasında en önemlisi kızamıktır. Kızamık, gelişmekte olan ülkelerin özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük kesimlerindeki çocuklarda görülen ölüm, malnütrisyon ve özürlülük olaylarının başlıca nedenidir. Kızamık vakaları ölüme sonuçlanmasa bile, kızamık malnütrisyon, pnömoni, ishal, A vitamini yetersizliği, ensefalit, konjonktivit, orta kulak iltihabı, körlük ve sağırlığa yol açmaktadır (3,4).

Dünyanın birçok yöresinde erkek çocuğun tercih edilmesi yüzünden kadınlar daha doğumdan başlayarak yeterli beslenme ve bakımdan mahrum kalmaktadırlar. Bu yüzden kızlar daha doğuştan başlayarak dezavantajlı konuma itilmektedirler. Günümüzde de evde, işte, sınıfta ya da hastanede kızlara ve kadınlara, erkeklere tanınan haklar tanınmamaktadır.

Kadınlar, yoksulluğun, düşük toplumsal statünün ve doğumla ilgili birçok tehlikenin acısını daha fazla çekmektedir. Özellikle doğum sırasında gerekli özen gösterilmeyen çocukların, daha sonraki yaşamlarında çeşitli sağlık sorunlarıyla karşılaşma olasılıkları da daha büyüktür. Çocukluk dönemlerinde yeterince beslenemeyen kızların zihinsel kapasiteleri bundan zarar görebilir, ergenlik dönemi gecikebilir; yine aynı nedenlerle doğurganlıkları olumsuz etkilenebilir ve kızlar bodur kalabilir. Bu da bu durumdaki kadının ileride kendi yapacağı doğuma ilişkin riskleri artırır. Her yıl 2 milyon kız çocuğunun karşı karşıya kaldığı genital mutilasyon tehdidi ya da çocukluk dönemindeki cinsel istismar, daha sonraki yıllarda ciddi fiziksel ve ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir.

Üreme sağlığı ve aile planlamasıyla programların çoğu, ergenlik (adolesan) dönemini yaşayanların özel gereksinimlerine gerekli ilgiyi göstermemiştir. Çok erken

yaşlarda cinsel ilişkiye girme, riskli cinsel etkinliklerde bulunma ve eğitimin, temel sağlık bilgilerinin ve hizmetlerinin bulunmayışı, hep birlikte, bu yaş grubundaki kızların gelecekteki sağlıklarını tehdit etmektedir. Bu kızlar, HIV/AIDS dahil cinsel yolla bulaşan hastalıkların, erken gebelik ve doğumun ve sağlıksız kürtajın oluşturduğu risklerle yüz yüzedirler. Ergenlik dönemindeki genç kızlar doğum için gerekli fiziksel hazırlığa sahip olmadıkları gibi, anne ölüm riski bu yaştaki kızlar için 20'lerindeki kadınlar için olduğundan daha yüksektir. Ergenlik dönemindeki yetersiz beslenme, yol açtığı kalıcı sonuçlarla, kızların sağlığını ve fiziksel gelişimlerini tehlikeye sokabilir. Demir eksikliği anemisi de ergenlik dönemindeki kızlar arasında özellikle yaygındır.

Malnütrisyon dahil olmak üzere çocukluk ve ergenlik dönemlerindeki sağlıksızlığın sonuçları yetişkinlik döneminde açıkça ortaya çıkar. Kadınlar daha çocukluk dönemlerinde başlayan gündelik baskılar ve eşitliksizlikler yüzünden erken yaşlanmaktadır. Katlandıkları sorunlar arasında yetersiz beslenme, gebelik ve doğumla ilgili sağlık sorunları, tehlikeli çalışma koşulları, şiddet ve yaşam tarzına bağlı hastalıklar yer almaktadır. Bütün bunlar, menapoz sonrasında, göğüs ve rahim kanseri, osteoporosis ve diğer kronik hastalık olasılıklarını arttırmaktadır.

Yaşlılık dönemindeki yoksullukta ise yalnızlık ve yabancılaşma yaygın biçimde görülmektedir.

Sürüp giden ayrımcılık, kadın sağlığı alanındaki ilerlemeleri önlemektedir (3,18)

Çok erken veya çok geç yaştaki gebeliklerin önlenmesi ve gebelikler arasında yeterli süre geçmesinin sağlanması, kadınların gebelik ve doğum nedeniyle karşılaştıkları sağlık risklerini, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve sağlıksız koşullarda düşük yapma riskini azaltarak, ana ölümlerini önemli ölçüde azaltabilir.

Örneğin Bangladeş'te her 6 kadından biri menapoz yaşına gelmeden ölmektedir. Bu kadınların % 60'dan fazlası aile planlaması ile hayatta kalabilirlerdi. Başarılı aile planlaması programları anne ve çocuk ölümlerini önemli ölçüde azaltmaktadır. Aşırı doğurganlığı kontrol programları toplumda doğurganlığı çok fazla etkilememektedir. Çünkü, doğurganlık döneminde olup risk altında olmayan kadınların yaptıkları doğumlarda önemli bir azalma olmamaktadır. Böylece, istenen sayıda çocuk sahibi olmanın sağlanmasıyla beraber, bebek ve anne ölümlerinin azaltılması kolaylıkla mümkün olabilmektedir. Sonuç olarak, doğurganlık düzeyinde küçük azalmalar olduğunda bebek ölümlerinde önemli azalmalar görülmektedir.

Türkiye’de, ailelerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde yeterince başarılı olamadıkları, yapılan araştırmalarda, istemli düşüklerin yüksek sayılarda bulunmasıyla ortaya konmaktadır. Bu da gebeliklerin istenmeden ve planlamadan meydana geldiğini göstermektedir.

Türkiye’de gebelikten korunma kararı veren ailelerin etkili yöntem kullanmamaları sonucunda, istenmeyen gebelikler, düşükler ve istenmeyen doğumlar ortaya çıkmaktadır. Oysa, herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanan çiftlerin hepsi gerçekten etkili yöntemleri kullanabilseler bu istenmeyen durumların yol açtığı ana-çocuk sağlığı sorunları önemli ölçüde önlenebilecektir. Bebek ölümlerinin ve hastalıklarının çoğu toplum düzeyinde yeterli su ve sanitasyon olanaklarının sağlanmasıyla, annenin ve çocuğun iyi beslenmesiyle, yeterli bağışıklama düzeyi dahil ilk basamak bakım hizmetlerine erişimle önlenbilir (4).

Çok erken veya çok geç yaştaki gebeliklerin önlenmesi ve gebelikler arasında yeterli süre geçmesinin sağlanması, kadınların gebelik ve doğum nedeniyle karşılaştıkları sağlık risklerini, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve sağlıksız koşullarda düşük yapma riskini azaltarak, ana ölümlerini önemli ölçüde azaltabilir. Örneğin Bangladeş’te her 6 kadından biri menapoz yaşına gelmeden ölmektedir. Bu kadınların % 60’ dan fazlası aile planlaması ile hayatta kalabilirlerdi. Başarılı aile planlaması programları anne ve çocuk ölümlerini önemli ölçüde azaltmaktadır. Aşırı doğurganlığı kontrol programları toplumda doğurganlığı çok fazla etkilememektedir. Çünkü, doğurganlık döneminde olup risk altında olmayan kadınların yaptıkları doğumlarda önemli bir azalma olmamaktadır. Böylece, istenen sayıda çocuk sahibi olmanın sağlanmasıyla beraber, bebek ve anne ölümlerinin azaltılması kolaylıkla mümkün olabilmektedir. Sonuç olarak, doğurganlık düzeyinde küçük azalmalar olduğunda bebek ölümlerinde önemli azalmalar görülmektedir (3,4).

Türkiye’de, ailelerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde yeterince başarılı olamadıkları, yapılan araştırmalarda, istemli düşüklerin yüksek sayılarda bulunmasıyla ortaya konmaktadır. Bu da gebeliklerin istenmeden ve planlamadan meydana geldiğini göstermektedir.

Türkiye’de gebelikten korunma kararı veren ailelerin etkili yöntem kullanmamaları sonucunda, istenmeyen gebelikler, düşükler ve istenmeyen doğumlar ortaya çıkmaktadır. Oysa, herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanan çiftlerin hepsi gerçekten etkili yöntemleri kullanabilseler bu istenmeyen durumların yol açtığı ana-çocuk sağlığı sorunları

önemli ölçüde önlenebilecektir. Böylece aşırı doğurganlık engellenerek, anne ve çocuk ölümlerinin önemli ölçüde önlenmesi sağlanabilecektir.

Halk sağlığını alanında gerçekleştirilen başarılarından biri, ölüm oranlarının azaltılması olmuştur. Ancak doğumlarda yeterli bir azalma olmadığı için doğum ve ölüm arasındaki fark genişlemekte ve hızlı nüfus artışına neden olmaktadır. Nüfus artışının özellikle yoksulluğun fazla olduğu ülkelerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Yoksul toplumların sosyokültürel yapısının bu davranışı ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Diğer taraftan hızlı nüfus artışı da yoksulluğu arttırmaktadır. Yoksul insanların çevre koşullarının yetersiz olduğu yerlerde daha fazla toplandıkları görülmektedir. Bu koşullarda geçim ve yaşam için elde pek seçenek bulunmamaktadır. Bu durum zaten kötüleşmiş olan çevre koşullarını daha da zorlamakta ve halen mevcut olan kaynakları da sonuna kadar tüketmekte ve bunun sonucu ise insanlar hem kendilerini hem de çocuklarını daha fazla yoksulluğa mahkum etmektedirler. Dolayısıyla bu sorunlar bir kısır döngüyü oluşturmaktadır. Bu döngüde yoksulluk, nüfus artışını hızlandırıp çevre üstündeki baskıları ağırlaştırmaktadır. Nüfus artışı ve çevre üstündeki baskılar ise yoksulluğu daha da arttırmaktadır. Yoksul kesimlerin kendi kaynakları ve olanakları ile bu döngüyü kendi başlarına kırmaları mümkün değildir. Ancak eğitim, özellikle kız çocukların eğitimi, aile planlaması ile doğurganlığın azaltılması nüfus artışını düşürecek ve iyi bir sağlık güvencesini oluşturacaktır. Unutulmaması gereken diğer bir konu da üreme sağlığına erken yaşlardan önem verilmesinin gereğidir (3,4,32).

1.3.5 EĞİTİMİN SAĞLIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

1.3.5.a Dünyada ve Türkiye’de kadın okur yazarlığındaki

eğilimler :

Eğitim düzeyi düşükse kişinin sağlıkla ilgili davranışları olumsuz olmaktadır. Eğitimin kişi davranışlarında , organizasyonlarda, toplumda ve çevredeki değişikliklerde kritik bir önemi vardır. Eğitim sağlığı korumada ve hastalıkların önlenmesinde katkıda bulunur (38).

Örgün eğitim görmemiş kadınların doğurdukları bebeklerin bir yaşlarına gelmeden ölme olasılıkları, ilkokul sonrası eğitim görmüş annelerin bebeklerine göre iki kat daha fazladır. Eğitim görmüş annelerin çocukları ve aileleri daha sağlıklı olmakta, bu konumdaki kadınlar çocuklarını ve ailelerini daha iyi koruyabilmektedirler (18).

Dünyada özellikle gelişmekte olan ülkelerde eğitim düzeyi oldukça düşüktür. Bu ülkelerde okula devam edenlerin oranının giderek artmasına karşın cinsiyete göre farklılıklar sürmektedir. Yoksul ülkelerde okur-yazarlık oranına bakıldığında erkeklerde okur-yazarlık oranının kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir.

1.3.5.b Anne ve Baba Eğitimine Göre Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü :

Anne ve babanın eğitim düzeyi; özellikle annenin eğitimi kadının toplumsal konumunu, çalışma yaşamını, ücret düzeyini, dolayısıyla çocuğun fırsat maliyetini etkiler; bebeğin doğum yeri (hastane, ev, sağlık personeli ile vb.) iklim koşulları vb.

Ülkemizde kadınların eğitimini engelleyen hiçbir hukuki düzenleme bulunmamaktadır. Ancak kısıtlı ekonomik olanakların erkek çocuk lehine kullanılması, dini, kültürel ve diğer baskılar, artan iç göçler, çarpık kentleşme ile oluşan toplumsal ve kültürel istikrarsızlıklar, bölgesel ihtiyaçlardaki farklılıklar yanında örgün ve yaygın eğitim sistemindeki yetersizlikler, kadının eğitimini olumsuz etkilemektedir.

Türkiye’de ise kadınların %72’si, erkeklerin %89’u okur-yazardır (40).

Bu oran Güney Asya’da %41, Sahra Güneyi Afrika’da %52, Latin Amerika ve Karayipler’ de %87, Dünya’ da ise %74’tür (39).

Öğretim elemanları incelendiğinde Türkiye üniversitelerinde akademik personelin %32’si kadındır (41).

1.3.6 BESLENME İLE BAZI SOSYOEKONOMİK VE SOSYODEMOGRAFIK FAKTÖRLERİN İLİŞKİSİ:

1990 Çocuklar için Dünya Zirvesi, çocuklar arasındaki beslenme yetersizliklerinin 2000 yılına kadar yarı yarıya azaltılması hedefini belirledi.

Çocukların iyiliğinin en iyi global göstergesi büyüme-gelişmedir. Çünkü infeksiyonlar ve istenilen düzeyde olmayan beslenme düzeni bu ikisinin birleşmesi daha çok ve sık sık major faktörleri etkilemektedir ki bunlar fiziksel büyüme ve zeka gelişimidir. Kötü beslenme nüfusun ihtiyacını karşılamak ve yaşamın standartlarını kapsayan birbirine yakın faktörlerin dizilmesine bağlanmaktadır. Bunlar temel ihtiyaçlar, beslenme imkanı, barınma ve sağlık hizmetidir. Büyümenin değerlendirilmesi yalnızca çocukların beslenme durumu ve sağlığını değerlendirme amacıyla değil toplumların insani gelişmelerine dayanan eşitsizliklerinin ölçüm üstünlüğünü sağlamaktır. Kötü beslenme, bebek ve çocuk ölümlerinin temel nedenlerinden birisidir (15).

1990'ların başında Pelletier ve meslektaşları malnütrisyonun, çocuklardaki tüm ölüm nedenlerine katkıda bulunduğunu kanıtlamak için farklı bir yaklaşım kullandılar: Bu yaklaşımda önemli ölüm nedenleri göz önünde bulundurulmaktaydı. Analiz sonuçlarında malnütrisyonun, gelişmekte olan ülkelerde çocuklar arasında meydana gelen tüm ölümlerin hemen hemen yarısıyla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Sonuç olarak uluslararası dikkat, şiddetli olduğu kadar, hafif ve orta derecedeki malnütrisyonun korunmanın üzerinde de durmaktadır (42).

Malnütrisyon ve tüm ölüm nedenleri arasındaki ilişki belgelenmiştir. Malnütrisyon ve infeksiyon arasındaki "sinerjistik" ilişki iyi bilinmektedir.

Beslenmeyle ilgili müdahaleler, akut solunum yolu hastalıkları ve ishal mortalitesinin azalmasında önemli bir yaklaşım olarak kabul edilmişlerdir. Elde edilen veriler göstermiştir ki, malnütrisyon akut alt solunum yolu infeksiyonu ve pnömoni nedeniyle ölümlülük riskinin artmasıyla güçlü bir biçimde ilişkilidir (42,43,44,45,46).

1.3.7 SAĞLIK HİZMETLERİ OLANAKLARI, ULAŞILABİLİRLİK VE TOPLUMUN SAĞLIK DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ

1.3.7a Bağışıklama İle Bazı Sosyoekonomik ve Sosyodemografik Faktörlerin İlişkisi:

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

Çocukluk döneminde ölüme neden olan bu hastalıklar arasında en önemlisi kızamıktır. Gelişmekte olan ülkelerde kızamık özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük kesimlerdeki çocuklarda görülen ölüm, malnütrüsyon ve özürlülük olaylarının başlıca nedenidir. Kızamık vakaları ölümle sonuçlanmasa bile, kızamık malnütrüsyon, pnömoni, A vitamini yetersizliği, ensefalit, konjonktivit, orta kulak iltihabı, körlük ve sağırlığa yolaçmaktadır (3,4).

1.3.7.b Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmaya Göre Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü

Sağlık Hizmetlerini Dağılımı ve Kullanımı:

Sağlık Hizmetlerinin dağılım ve kullanımında eşitsizlik değerlendirilirken kaynaklar, kurumlar ve hizmet ele alınır (Hizmetin varlığı ve ulaşılabilirliği, hizmetin kalitesi ve hizmetin etkisi eşitlik yönünden koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinde ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Çünkü bu hizmetlerden biri eşit dağılmış ve kullanılıyorken bir diğesinde bu durum söz konusu olmayabilir).

Sağlık harcamalarının dağılımı, sağlık kurumlarının ve hizmetlerin dağılımı, hekimlerin ve diğere sağlık çalışanlarının dağılımı, aile planlaması ve doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetleri, doğumun olduğu yer, bağışıklama hizmetleri ve benzerleri yönünden eşitsizlik ele alınabilir (13).

Sağlık hizmetlerinden yararlanma ve doğum öncesi bakım bebek ölümlerini etkilemektedir. Bir toplumda sağlık hizmetleri düzeyi sağlık insan gücü ve tesislere bağımlıdır. Sağlık hizmetini geliştirmek için kişi başına düşen sağlık personeli ve tesis sayısını arttırmak gerekir. Aşırı nüfus artışı az gelişmiş ülkelerde bu oranların halk yararına değişmesi için yapılan çabaların verimini büyük ölçüde düşürmektedir.

1.3.7.c Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Durumu

Sağlık hizmetlerinin finansmanını değerlendirirken kullanılabilir en önemli göstergelerden birisi genel bütçe içinde Sağlık Bakanlığı payının oranıdır. Bu oranın uzun bir dönemdir %3 civarında seyrettiği bilinmektedir. Oysa Dünya Sağlık Örgütü'nün Türkiye gibi ülkeler için önerdiği oran %10'dur ve DSÖ bu oranı alt sınır olarak görmektedir.

OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı ortalama %7.2'dir. Aynı oran Türkiye'de %3.7'dir.

Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık harcamalarının payı ancak binde dokuzdur. Bir başka deyişle Türkiye'de sağlığın korunmasına verilen önem en fazla %1'dir. Kalan %99'luk kısım tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelmektedir. Türkiye'de bulaşıcı hastalıkların sıklığı, nüfus artış hızının yüksekliği dikkate alınırsa, bu oranın oldukça vahim bir tablo olduğu anlaşılır.

Türkiye'de sağlık sektörü ne kadar tedavi yönelimli olsa da, hastaneleri yetersizdir. Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının hemen tamamı tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılırsa da, bu tedavi edici kurumların/hastanelerin yeterliliği anlamına gelmemektedir. Nitekim 10 bin kişiye düşen hasta yatağı sayısı Amerika Birleşik Devletlerinde 53, Almanya'da 87, Arjantin'de 48, Avusturya'da 108, Belçika'da 83, Brezilya'da 35, Danimarka'da 57, Fransa'da 93, İngiltere'de 63, Özbekistan'da 124, Rusya'da 138, Türkmenistan'da 113, Yunanistan'da 51 ve Dünya ortalaması 36 iken Türkiye'de yalnızca 25.7'dir.

Türkiye'de hastane yatağı bakımından bölgeler arasında önemli eşitsizlikler bulunuyor. 1997 yılı için 10 bin kişiye düşen yatak sayısı Adana'da 24.3, Ankara'da 22.9, Antalya'da 39.9, Bursa'da 20.5, Balıkesir'de 22.7, İstanbul'da 35.2, İzmir'de 29.1 iken Adıyaman'da 8.5, Ağrı'da 5.3, Gümüşhane'de 20.9, Hakkari'de 7.1, Siirt'te 9.6, Şırnak'ta 6.9, Mardin'de 7.3'tür.

Sağlık ocağı başına düşen nüfus açısından en iyi durumdaki bölge Karadeniz, en kötü durumdaki bölge ise Marmara bölgesidir. Gelişme hızı açısından en kötü durumdaki bölgeler ise Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleridir. Sağlık ocağı başına nüfus bakımından en iyi durumdaki üç il sırasıyla Gaziantep (3144 kişi), Aksaray (3513 kişi) ve Ardahan (4490 kişi) iken, en kötü durumdaki üç il İstanbul (51025 kişi),

Ankara (23576 kişi) ve Urfa (21317 kişi)'dır.

Benzeri bir niceliksel eksiklik sağlık evleri için de söz konusudur. Esasen bugünkü sağlık evi sayısının yeterli olmadığı bilinmektedir. (Yine yukarıdaki verileri dikkate alarak Sağlık ocaklarının sayıca artışı her zaman nüfus artış hızının üzerinde olmuşsa da sağlık ocaklarında sayısal bir eksikliğin bulunduğu görülmektedir. (Türkiye'de nüfusun kabaca yarısının kentlerde, yarısının köylerde yaşadığı; kentsel kesim için her 20 bin kişiye, köylerde ise her 5 bin kişiye bir sağlık ocağı yapılması gerektiği kabul edilirse, 1996 Türkiye nüfusu için gerekli sağlık ocağı sayısı 7500 ve nüfus artış hızı %1.8 kabul edildiğinde yıllık açılması gereken sağlık ocağı sayısı kabaca 110 olmaktadır. 1990 sonrasında yılda açılan ortalama sağlık ocağı açılma hızının, yıllık gereksinimin üzerinde olduğu, ancak bu hızın toplam açığı uzun süre kapatmaya yetmeyeceği ortaya çıkmaktadır). Bu durumun kamu birinci basamak sağlık hizmetlerinin yerine getirilememesinin temel nedenlerinden birisi olduğu görülmelidir.

Sağlık evlerinin yalnızca kırsal kesim için gerekli olduğunu kabul ederek, 1996 nüfusu için gerekli olan sağlık evi sayısı 12500-15500 arasındadır. Sağlık evi sayısının yetersizliğinin yanı sıra 1990 sonrası dönem için sağlık evi açılma hızının nüfus artış hızının oldukça gerisinde kaldığı, bunun ötesinde 1996 yılında sağlık evi sayısında azalma olduğu görülmektedir. Bunda Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da sağlık evlerinin kapatılmasının etkili olduğu söylenebilir.

Sağlık ocakları ve sağlık evlerindeki yetersizlik yalnızca niceliksel olmayıp, nitelikselidir. Sağlık ocakları ve sağlık evlerinin bina durumunda ciddi bir olumsuzluk vardır. Nitekim 1996 yılı için sağlık evlerinin %55.7'si binasızdır. 1984'den bu yana binasız sağlık evi oranında önemli düşme olsa da, belirtilen bu oran halen yüksektir. Sağlık ocaklarının ise 1996 yılı için %37.7'si geçici binalardadır ve bu oran giderek artmaktadır. Geçici binaların önemli kısmının sağlık ocağı işlevlerini yerine getirmekten çok uzak olduğu, yeterli muayene odası, hekim odası, laboratuvar odası oluşturulmakta zorluk çekildiği bilinmektedir.

Sağlık İnsan Gücü: Nüfus dikkate alındığında, pratisyen hekim dağılımı bakımından iller ve bölgeler arasında ciddi bir eşitsizliğin bulunduğu gözlenmektedir. Bu bakımdan en kötü durumdaki bölge Güneydoğu Anadolu bölgesi, en iyi durumdakiler ise İç Anadolu, Marmara ve Ege bölgeleridir. 1996 için pratisyen hekim başına düşen nüfusun en az olduğu üç il sırasıyla Ankara (655 kişi için), İzmir (890 kişi için) ve İstanbul (1082kişi için)'dur. Bu gösterge için en kötü durumdaki üç il ise Şırnak (4670 kişi için), Urfa (4438 kişi için) ve Batman (4241 kişi için)'dır.

Bir ebenin 2000-2500 kişilik bir nüfustan sorumlu olması gerektiği yasa gereğidir. Bu sınırların üzerine çıkan nüfus büyüklüklerinin hizmetin niteliğini düşüreceği bilinir. Ebe başına düşen nüfusun Güneydoğu Anadolu dışındaki bölgeler için normal sınırlarda olduğu söylenebilir. Güneydoğu Anadolu'daki sorun ise yalnızca bir ebeye bağlı nüfusun 2500'ün üzerinde olmasından kaynaklanmamaktadır. Ek olarak bu bölgede ebe başına düşen nüfusta artışta da vardır. Ebe başına düşen nüfusun artışı şeklindeki eğilim İç Anadolu bölgesi için de geçerlidir. 1994 yılı dikkate alındığında ise Doğu Anadolu'da da , Güneydoğu Anadolu benzeri bir durum saptanmaktadır. Doğu Anadolu'nun gelişmişlik düzeyi de dikkate alındığında, bu veriler bu bölgede ebe başına düşen nüfus ölçütü bakımından bir sorunun yaşanacağını göstergesi olabilir. Ebe başına düşen nüfus bakımından en iyi durumdaki iller Tunceli (572 kişi için bir ebe), Artvin (590 kişi için bir ebe), Burdur (644 kişi için bir ebe)'dur. En kötü üç il ise Urfa (4206 kişi için bir ebe), Şırnak (3713 kişi için bir ebe), Mardin (3251 kişi için bir ebe)'dir. Sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların yetersizliği, kamunun önemli oranda sağlık hizmetleri finansman ve üretiminden çekilmiş olması , kaynakların bölgeler ve hizmet türleri arasında eşitsiz ve istenmeyen biçimde dağıtılmış olması gibi sorunlar, Türkiye'nin siyasal, ekonomik, sosyal sorunlarıyla birleştiğinde ortaya oldukça olumsuz bir halk sağlığı tablosu ortaya çıkmaktadır. Türkiye ulusal geliri düşük bir ülke olabilir. Ancak bilinmelidir ki, Türkiye'nin temel sağlık göstergeleri, elindeki gelire ulaşabileceği düzeyin de gerisindedir. Geliri Türkiye'den daha az olduğu halde sağlıkta çok daha iyi sonuçları elde edebilen ülkeler vardır. Ancak bu ülkeler bu başarıyı ellerindeki kıt kaynağı, sağlık, eğitim gibi sosyal sektörlere yönlendirerek başarabilmişlerdir (31).

1.4 SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER NASIL GİDERİLEBİLİR

Sağlıkta eşitsizliklerin saptanması onların giderilmesinin ilk adımı olacaktır. Unutulmaması gereken nokta sağlıktaki eşitsizliklerin büyük oranda yaşam ve çalışma koşullarından kaynaklanmakta oluşudur. Dolayısıyla çözümde bu temel nedenler üzerinde yoğunlaşılmalıdır. Bunlar ise gelir dağılımındaki dengesizlik, işsizlik gibi makro ekonomik sorunlardır. Kamu politikalarının en belirgin etkilerinin bunlar toplumun tümüne yarar sağlayacak şekilde oluşturulsalar da özellikle olumsuz durumda yaşayan insanlar üzerinde olduğu bildirilmektedir (13).

1.5 AMAÇLAR:

Bu çalışmanın amacı çeşitli kuruluşlarca üretilen Türkiye ile ilgili sağlık göstergeleri verileri değerlendirilerek sağlıkla ilgili coğrafi, sosyodemografik, sosyoekonomik ve sağlık hizmetleri ile ilgili eşitsizlikleri ortaya koymaktır.

Ülkenin epidemiyolojik tablosu gerek önlenebilir ölümler ve gerek korunabilir hastalıklar yönünden sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlerin yeterince sunulmadığını göstermektedir. Ölümlülük, doğurganlık, beslenme, önemli bazı sağlık düzeyi ölçütleridir. Bu çalışmada illere göre ölümlülük (bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm oranı, 40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı) doğurganlık (genel doğurganlık hızı ve toplam doğurganlık hızı), beslenme (az-orta şiddette az beslenmişlerin oranı), doğuştan beklenen yaşam umudu, sağlık hizmet kullanım verileri, çevre (sağlıklı içme suyuna sahip olan nüfus oranı) ile bu değişkenler üzerine etkili bazı sosyoekonomik ve sosyodemografik faktörler incelenebilecektir.

BÖLÜM 2

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ:

Araştırmanın temel hipotezi şudur: İller bazında gelir, eğitim, beslenme, sağlık hizmetine ulaşma ve hizmet kullanımı arttıkça; çevre ve konut alt yapısı iyileştikçe ölümlülük ve doğurganlık hızları düşecek, ortalama yaşam süresi de artacaktır. Diğer taraftan ekonomik eşitsizliklerin yanında, coğrafi ve sosyo-kültürel eşitsizliklerin de il bazında sağlık düzeyi göstergeleri üzerine olumsuz etkide bulunacağı da beklenen bir durumdur.

2.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ: Bu araştırma ekolojik tipte bir çalışmadır.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ: Araştırmanın evreni Türkiye'deki tüm (80 il) illerdir. Örneklem seçilmemiştir.

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

2.4.1. VERİ TOPLAMA BİÇİMİ, VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmanın verileri Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE), Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarının yayınladığı çeşitli yıllıklarından, ilgili kuruluş bizzat ziyaret edilerek ve internet ortamından, yayınlanmış ulusal ve uluslararası kitap, dergi, yayın ve yıllıkardan çalışmanın verileri toplanmıştır. Toplanan veriler 1997 nüfus sayımı temel alınarak, 1997 yılına ait olanları veya en yakın tarihli olanları araştırmada kullanılmak üzere seçilmiştir. Bunun nedeni araştırmacının bağımlı değişkenler ile sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik etkenlerin ilişkisinin iller düzeyinde aynı/yakın dönemlerin irdelenmesinin daha sağlıklı olacağını düşünmesinden kaynaklanmıştır.

2.4.2. VERİLERİN OLUŞTURULMASI

Değişkenlerle ilgili verilerin önemli bir kısmı ilgili kuruluşların kaynaklarından aynen alınmıştır. Az sayıdaki bazı değişkenler ise kurum verilerinden yararlanarak araştırmacı tarafından hesaplanmıştır. Araştırmacı tarafından hesaplanan değişkenler şunlardır:

1-Kaba Doğum Hızı: Canlı doğum sayısı yerine Sağlık Bakanlığında (S.B.) alınan sıfır yaş hedef nüfus ve T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü 1998 Yılığında yer alan il nüfusları kullanılarak hesaplandı.

2-Genel Doğurganlık Hızı : Canlı doğum sayısı yerine S.B. 'dan alınan sıfır yaş hedef nüfus ve 15-49 yaş kadın sayısı için 1997 nüfus sayımı sonuçlarına göre DİE 2000 yılı yayınlanmamış nüfus verileri (elektronik data) kullanıldı.

3- Ebe başına düşen bebek nüfusu: Bebek nüfusu yerine S.B.'dan alınan sıfır yaş hedef nüfus kullanıldı.

4- Sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı: 1998 DİE Yılığında yararlanıldı.

5- Altı yaş ve üzerindeki kadınlarda okuma-yazma bilmeyenlerin oranı:

İlçe merkezleri nüfusu ve eğitim verileri (yaş, yaş grubu, okuryazarlık, bitirilen son öğrenim kurumu ve cinsiyete göre nüfus) DİE Disket 2000 yayınlanmamış elektronik data kullanıldı.

6-15-49 yaş kadınlarda okuma-yazma bilmeyenlerin oranı :

İlçe merkezleri nüfusu ve eğitim verileri (yaş, yaş grubu, okuryazarlık, bitirilen son öğrenim kurumu ve cinsiyete göre nüfus) ve 15-49 yaş kadın sayısı için 1997 nüfus sayımı sonuçlarına göre nüfus verileri DİE 2000 yılı yayınlanmamış elektronik data kullanıldı.

7- Nüfus yoğunluğu: 1998 DİE Yılığında yararlanıldı.

8- Aşı devamsızlık hızı (dbt1-kızamık oranı) / dbt1:T.C. Sağlık Bakanlığı İllere Göre Aşı oranları, 1999 verilerinden yararlanıldı.

9- Ebe başına düşen nüfus: 1998 DİE Yılığında yararlanıldı.

10- Ebe ve hemşire başına düşen nüfus: 1998 DİE Yılığında yararlanıldı.

11- Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus: Ebe sayıları için 1998 DİE Yılığında ve 15-49 yaş kadın sayısı için 1997 nüfus sayımı sonuçlarına göre nüfus verileri; DİE 2000 yılı yayınlanmamış (elektronik data) veriler kullanıldı.

- 12- Ebe ve hemşire başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus:** 15-49 yaş kadın sayısı için 1997 nüfus sayımı sonuçlarına göre nüfus verileri (yayınlanmamış DİE 2000 yılı elektronik data) kullanıldı. Ebe ve hemşire sayıları için 1998 DİE Yıllığından yararlanıldı.
- 13- Hekim başına düşen nüfus oranı:** 1998 DİE Yıllığından yararlanıldı.
- 14- Kişi başına düşen tarımsal üretim değeri:** Toplam tarımsal üretim değeri (milyon TL) www.die.gov.tr ve nüfus verileri için 1998 DİE Yıllığından yararlanıldı.
- 15- Onbin nüfusa düşen yatak sayısı :** T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998 Yıllığından yararlanıldı.

2.5. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Türkiye'deki rutin kayıt sistemi ile ilgili sorunlar (geri bildirim eksikliği, eksik kayıt, hatalı kayıt gibi) ve bunun sonucunda verilerdeki tutarsızlık nedeniyle bazı veriler kullanılmadı.

Araştırma için toplanan verilerin tutarlılıkları ölçülmüştür. Bunun için yapılan veri kalite değerlendirmesinde bazı veriler; örneğin Devlet İstatistik Enstitüsü'nden (DİE) alınan İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm İstatistiklerinden bazı ölüm hızları (bebek ölüm hızı, 50 yaş ve üzeri ölüm hızı gibi) hesaplanmış, sonuçlar Türkiye'de yapılmış olan araştırma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında verilerin tutarsız olduğu görülmüş ve sonuçların güvenilir olmadığına karar verilmiştir. Bu nedenle DİE'nin ölümler ile ilgili istatistik verileri kullanılmamıştır. Bunun üzerine çalışmamızda ölüm hızları olarak DPT-UNİCEF tarafından 1990 yılında yapılan çalışmada saptanan bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızları bağımlı değişkenler olarak kullanılmış, bazı sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik değişkenlerin bu hızlara etkisi incelenmiştir.

Araştırmanın hipotezleri doğrultusunda çalışma için toplanan veriler altı grupta toplanmıştır:

- 1-Demografi ile ilgili veriler,
- 2-Gelir (ekonomi) ile ilgili veriler,
- 3-Eğitim ile ilgili veriler,
- 4-Sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili veriler,
- 5-Çevre ile ilgili veriler,
- 6-Bazı indeksler ile ilgili verilerden oluşmaktadır.

Aşağıda araştırmanın analizleri öncesinde toplanan bu veriler yer almaktadır.

2.5.1. ARAŞTIRMANIN ANALİZLERİ ÖNCESİ ELDE EDİLEN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER İLE KAYNAKLARI

2.5.1.a Araştırmanın Analizleri Öncesi Elde Edilen Bağımlı Değişkenler ve Kaynakları

Bağımlı değişkenler	Kaynak
*Bebek ölüm hızı (‰)	*Türkiye’de Anne ve Çocukların Durumu Analizi, Ankara, Nisan 1991 (Unicef ve DPT) (47) İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm İstatistikleri, DİE 1997 (48)
*Beş yaş altı ölüm Hızı (‰)	*Türkiye’de Anne ve Çocukların Durumu Analizi, Ankara, Nisan 1991 (Unicef ve DPT) (47) İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm İstatistikleri, 1997 DİE Yıllık (48)
*40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	*Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos 1999 İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm İstatistikleri, 1997, DİE Yıllık (49)
Trafik kazası ölüm hızları	Karayolları Trafik Kaza İstatistikleri, 1997, DİE Yıllık (50)
* Doğuştaki beklenen yaşam süresi (yıl)	*Human Development Report Turkey, 1997 (UNDP1997) (51)
Doğumda yaşam beklentisi	Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos 1999 (49)
Doğumda yaşam beklentisi endeksi	Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos 1999 (49)
Ortalama yaşam süresi	Sayıların Dili,Toplum-Hekim Mayıs-Haziran 1998 Cilt:13, sayı: 3 (52)
Ortalama yaşam süresi endeks değeri	Sayıların Dili,Toplum-Hekim Mayıs-Haziran 1998, Cilt:13, sayı: 3 (52)
**Kaba Doğurganlık Hızı (‰)	**Hesaplandı.

2.5.1.a Araştırmanın Analizleri Öncesi Elde Edilen Bağımlı Değişkenler ve Kaynakları (Devamı)

***Genel Doğurganlık Hızı (‰)	***Hesaplandı.
*Toplam Doğurganlık Hızı	*Türkiye’de Anne ve Çocukların Durumu Analizi, Ankara, Nisan 1991 (Unicef ve DPT) (47)
*Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	*Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos 1999 (49)
****Sağlık hizmetleri ne erişimden memnun olmayanların oranı (%)	Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos 1999 (49)
Aile Planlaması Yöntemleri	T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997 verileri (53)
Aile Planlaması Yöntemleri İllere göre aşı oranları;	T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998 verileri (54)
***Aşı devamsızlık hızı	T.C. S.B: 1999 yılı verilerinden; (58)
*insani gelişme indeksi (HDI)	*** Aşı devamsızlık hızı hesaplandı.
	*UNDP1997 “Human Development Report”. Turkey, Ankara (51)

* Araştırmanın analizlerine alınan değişken ve kaynağı, diğer değişkenler veri tutarsızlığı nedeniyle analizlere alınmamıştır.

** Araştırmacı tarafından hesaplanmıştır.

*** Araştırmacı tarafından hesaplanan ve analize alınan değişken.

**** Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı, aşı devamsızlık hızı ve insani gelişme indeksi (HDI) değişkenleri bağımlı ve bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır.

2.5.1.b Araştırmanın Analizleri Öncesi Elde Edilen Bağımsız Değişkenler ve Kaynakları

Bağımsız değişkenler	Kaynak
*İl nüfusu	1997 nüfus sayımı sonuçlarına göre DİE 2000 yılı yayınlanmamış nüfus verileri * T.C. Başbakanlık DİE Yıllık, 1998 (56) İl nüfusu (il ve ilçe merkezleri) İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm İstatistikleri, DİE, 1997 (48) www.die.gov.tr (57)
*15-49 yaş kadın nüfusu	Aile Planlaması Yöntemleri; T.C. Sağlık Bakanlığı verileri (1997 ve 1998 yılı) (53 ve 54) * DİE 2000 yılı 1997 nüfus sayımı sonuçlarına göre yayınlanmamış (elektronik) nüfus verileri (55) DİE 2000 yılı yayınlanmamış (elektronik) eğitim verileri (59)
*Sıfır yaş hedef nüfus	*T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997 verileri (53)
Nüfus Yoğunluğu	T.C. Başbakanlık DİE Yıllık, 1998 (56)
***Nüfus Yoğunluğu	***Hesaplandı.
*İl Yüzölçümü (73 İl)	* T.C. Başbakanlık DİE Yıllık, 1998 (56)
* Bölgeler	1-Marmara, 2-Ege, 3-Akdeniz,4-İç Anadolu, 5-Karadeniz, 6-Doğu Anadolu, 7-Güneydoğu Anadolu bölgesi.
*Net göç hızı (%)	* T.C. Başbakanlık DİE Yıllık 1998 (56)
*Nüfus artış hızı (%)	* 1998 DİE Yıllık (İl ve ilçe merkezleri nüfusu) (56) www.die.gov.tr (57)

2.5.1.b Araştırmanın Analizleri Öncesi Elde Edilen Bağımsız Değişkenler ve Kaynakları (Devamı)

<u>Eğitim:</u>	
**Kentin okur-yazar oranı (%)	**Hesaplandı.
***6 yaş ve üzerindeki kadınlarda okur / yazar olmayanların oranı (%)	Eğitim verileri (yaş,yaş grubu, okuryazarlık, bitirilen son öğrenim kurumu ve cinsiyete göre nüfus; 2000 DİE yayınlanmamış (elektronik) veriler. (59) ***Hesaplandı.
**15-49 yaş kadınlarda okuma- yazma bilmeyenlerin oranı	**Hesaplandı. (59)
*Okul kayıt oranı (%)	* Mustafa Sönmez Bölgesel Eşitsizlik, Alan yayıncılık, Haziran 1998 verileri, 75 il (60)
Okul kayıt endex değeri	Mustafa Sönmez Bölgesel Eşitsizlik, Alan yayıncılık, Haziran 1998, 75 il (60)
Eğitim endeksi	Mustafa Sönmez, "Bölgesel Eşitsizlik" Alan yayıncılık, Haziran 1998 verilerinden, 75 il (60)
Okur-yazar oranı (%)	Ekonomik Forum, Ağustos, 1999 (49)
Okur-yazar oranı (%)	"Sayıların Dili", Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1998, Cilt:13, Sayı:3 (52)
Bileşik ilk, orta, yüksek okullaşma oranı (%)	Ekonomik Forum, Ağustos, 1999 (49)
*Okur-yazarlık oranı(%)	*Human Development Report Turkey, 1997 (51)

2.5.1.b Araştırmanın Analizleri Öncesi Elde Edilen Bağımsız Değişkenler ve Kaynakları (Devamı)

Gelir :	
*Satın alma gücü paritesi ; Satın alma gücüne göre ayarlanmış (Adj.PPP)	*Human Development Report Turkey, 1997 (51)
Gelir	“Sayıların Dili”, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1998, Cilt:13, Sayı:3 (52)
SGP (Satınalma gücü paritesi)	“Sayıların Dili”, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1998, Cilt:13, Sayı:3 (52)
SGP endeks değeri	“Sayıların Dili”, Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran 1998, Cilt:13, Sayı:3 (52)
*Kişibaşına düşen milli gelir (USD) (GSMH)	*DPT (1997) “Sosyo-ekonomik gelişme indeksi” (66)
Kişibaşına düşen milli gelir (USD) (GSMH)	www.die.gov.tr (57)
Kişi başına GSYH (USD)	Ekonomik Forum Ağustos, 1999 (49)
Kişi başına GSYH (USD)	www.die.gov.tr (57)
Gelir endeksi	Ekonomik Forum. Ağustos, 1999 (49)
Sosyo-ekonomik gelişmişlik indeksine göre ve milli gelirlere göre karşılaştırma	DPT 1997 yılı verileri (66)

2.5.1.b Araştırmanın Analizleri Öncesi Elde Edilen Bağımsız Değişkenler ve Kaynakları (Devamı)

*İller itibariyle Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) (%)	*T.C. Başbakanlık DİE Haber Bülteni,
14.12.1999 (61)	
(Sabit fiyatlarla illerin payı 1998)	www.die.gov.tr
İller itibariyle Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (%) (Cari fiyatlarla illerin payı 1998)	T.C. Başbakanlık DİE Haber Bülteni,
14.12.1999 (61)	
*İller itibariyle Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (Sabit fiyatlarla illerin payı 1998)	*T.C. Başbakanlık DİE Haber Bülteni,
14.12.1999 (61)	
Gelişme hızı (%)	www.die.gov.tr
	T.C. Başbakanlık DİE Haber Bülteni, 14.12.1999
	(61)
***Toplam tarımsal üretim değeri (1996)	***www.die.gov.tr (57)
HaneHalkı Tüketim Harcamaları	HaneHalkı Tüketim Harcamaları, DİE 1994
	(62)
SSK: İller itibariyle SSK kapsamındaki nüfusun genel nüfus içindeki payı (%)	SSK İstatistik Yıllığı, 1996 (63)
<u>İndeksler:</u>	
****insani gelişme indeksi (HDI)	*UNDP1997 "Human Development Report".
	Turkey, Ankara (51)
insani gelişme indeksi (erkek)	UNDP1997 "Human Development Report".
	Turkey, Ankara (51)
insani gelişme indeksi (kadın)	UNDP1997 "Human Development Report".
	Turkey, Ankara (51)

2.5.1.b Araştırmanın Analizleri Öncesi Elde Edilen Bağımsız Değişkenler ve Kaynakları (Devamı)

*kent insani gelişme indeksi (kentige)	* UNDP 1995, A.Halis Akder "Turkey: Country Profile (64)
*kır insani gelişme indeksi (kırige)	* UNDP 1995, A.Halis Akder "Turkey: Country Profile (64)
insani gelişme indeksi (ige)	"Sayıların Dili" Toplum ve Hekim Mayıs-Haziran 1998,Cilt:13, sayı:3 (52)
insani gelişme indeksi (ige)	*Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos, 1999 (49)
İye (iye 80 il) insani yoksulluk indeksi	Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos, 1999 (49)
<u>Sağlık hizmeti kullanım verileri :</u>	
*Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı (%)	*Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos, 1999 (49)
***Hekim başına düşen nüfus oranı	T.C. Başbakanlık 1998 DİE Yıllık (56) *** Hesaplandı
***Ebe başına düşen nüfus oranı	T.C. Başbakanlık 1998 DİE Yıllık (56) * **Hesaplandı
**Ebe ve hemşire başına düşen nüfus oranı	T.C. Başbakanlık 1998 DİE Yıllık (56) **Hesaplandı

2.5.1.b Araştırmanın Analizleri Öncesi Elde Edilen Bağımsız Değişkenler ve Kaynakları (Devamı)

***Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus oranı	1997 nüfus sayımı sonuçlarına göre DİE 2000 yılı yayınlanmamış nüfus verileri (55 , 56) **Hesaplandı.
** Ebe ve hemşire başına düşen 15-49 yaş kadın oranı	1997 nüfus sayımı sonuçlarına göre DİE 2000 yılı yayınlanmamış nüfus verileri (55,56) **Hesaplandı.
*** Ebe başına düşen bebek nüfusu	***Hesaplandı. (53)
***Onbin nüfusa düşen yatak sayısı	***T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998 Yıllık (56)
***Sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı	***T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998 Yıllık (56)
****Aşı devamsızlık hızı	T.C. S.B. 1999 yılı verileri, İllere göre aşı oranları, 1999 (58) ***Hesaplandı.
***kızamık aşılama oranları	T.C. S.B. 1999 yılı verileri (58) ***Hesaplandı.
*tt1oran	*T.C. S.B. 1999 yılı verileri (58)
tt2oran	T.C. S.B. 1999 yılı verileri (58)
Aşı ile korunabilir hastalıklar; vaka ve ölüm sayıları	T.C. S.B. 1999 yılı verileri (58)
Su ve besinlerle bulaşan hastalıklar vaka ve ölüm sayıları	T.C. S.B. 1999 yılı verileri (58)

2.5.1.b Araştırmanın Analizleri Öncesi Elde Edilen Bağımsız Değişkenler ve Kaynakları (Devamı)

Cevre :

*Kükürt dioksit (SO ₂) (µg / m ³) Ekim-Mart yıl ortası	T.C. Başbakanlık DİE, 1998 Yıllık (56) *T.C. Başbakanlık DİE Haber Bülteni 02.03.2001 (65) (Çevre İstatistikleri 2000 Yılı Hava Kirliliği)
*Duman (µg/m ³) (asılı partiküler madde) Ekim-Mart yıl ortası	T.C. Başbakanlık DİE, 1998 Yıllık (56) *T.C. Başbakanlık DİE Haber Bülteni, 02.03.2001 (65)
*Sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus (%)	*Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos, 1999 (49)

* Araştırmanın analizlerine alınan değişken ve kaynağı, diğer değişkenler veri tutarsızlığı nedeniyle analizlere alınmamıştır.

** Araştırmacı tarafından hesaplanmıştır.

*** Araştırmacı tarafından hesaplanan ve analize alınan değişken.

**** Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı, aşı devamsızlık hızı ve insani gelişme indeksi (HDI) değişkenleri bağımlı ve bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır.

2.5.2. ANALİZE ALINAN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER VE KAYNAKLARI

2.5.2.a Analize Alınan Bağımlı Değişkenler ve Kaynakları

Bağımlı değişkenler:	Kaynak
<u>Ölümlülük</u>	
*Bebek ölüm hızı (‰)	*Türkiye’de Anne ve Çocukların Durumu Analizi, Ankara, Nisan 1991 (Unicef ve DPT) (47)
*Beş yaş altı ölüm Hızı (‰)	*Türkiye’de Anne ve Çocukların Durumu Analizi, Ankara, Nisan 1991 (Unicef ve DPT) (47)
*40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	*Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos 1999 (49)
<u>Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi</u>	
*Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	*Human Development Report Turkey, 1997 (UNDP1997) (51)
<u>Doğurganlık</u>	
***Genel Doğurganlık Hızı (‰)	***Hesaplandı. (53,55)
*Toplam Doğurganlık Hızı	*Türkiye’de Anne ve Çocukların Durumu Analizi, Ankara, Nisan 1991 (Unicef ve DPT, T.C.Hükümeti UNICEF İşbirliği Programı) (47)

2.5.2.a Analize Alınan Bağımlı Değişkenler ve Kaynakları

(Devamı)

<u>Beslenme:</u>	
*Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	*Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos 1999 (49)
<u>Sağlık hizmeti kullanım verileri</u>	
****Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	*Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos 1999 (49)
**** Aşı devamsızlık hızı (%)	T.C. S.B. 1999 yılı verileri; (58) ***Hesaplandı.
<u>İndeksler:</u>	
****İnsani gelişme indeksi (HDI)	*UNDP 1997 "Human Development Report". Turkey, Ankara (51)
*Kent insani gelişme indeksi (kentige)	UNDP 1995, A.Halis Akder "Turkey: Country Profile (64)
*Kır insani gelişme indeksi (kırige)	UNDP 1995, A.Halis Akder "Turkey: Country Profile (64)

*** Araştırmanın analizlerine alınan değişken ve kaynağı, diğer değişkenler veri tutarsızlığı nedeniyle analizlere alınmamıştır.**

**** Araştırmacı tarafından hesaplanmıştır.**

***** Araştırmacı tarafından hesaplanan ve analize alınan değişken.**

****** Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı, aşı devamsızlık hızı ve insani gelişme indeksi (HDI) değişkenleri bağımlı ve bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır.**

2.5.2. b Analize Alınan Bağımsız Değişkenler ve Kaynakları

Bağımsız değişkenler:	Kaynak
<u>Demografi:</u>	
*İl nüfusu toplamı	*T.C. Başbakanlık DİE, 1998 Yıllık (56)
*Sıfır yaş hedef nüfus	*T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997 verileri (53)
***Nüfus Yoğunluğu	***Hesaplandı. (56)
*Bölgeler	*1-Marmara, 2-Ege, 3-Akdeniz, 4-İç Anadolu, 5- Karadeniz, 6-Doğu Anadolu ve 7-Güneydoğu Anadolu bölgesi.
*Net göç hızı (‰)	*T.C. Başbakanlık DİE, 1998 Yıllık (56)
*Nüfus artış hızı (%)	*T.C. Başbakanlık DİE, 1998 Yıllık (56)
<u>Eğitim:</u>	
***6 yaş ve üzerindeki kadınlarda okur/yazar olmayanların oranı (%)	Eğitim verileri (yaş,yaş grubu, okuryazarlık, bitirilen son öğrenim kurumu ve cinsiyete göre nüfus) yayınlanmamış DİE eğitim verileri 2000, (elektronik) (59) ***Hesaplandı.
*Okur-yazarlık oranı (%) (literacy rate)	*Human Development Report Turkey, 1997 (51)
*Okul kayıt oranı (%)	* Mustafa Sönmez Bölgesel Eşitsizlik , Alan yayıncılık, Haziran 1998 verileri, 75 il (60)

2.5.2. b Analize Alınan Bağımsız Değişkenler Ve Kaynakları
(Devamı)

Gelir :	
*Kişibaşına Düşen Milli gelir (GSMH) (USD)	*DPT(1997) “Sosyo-ekonomik gelişme indeksi” (66)
*Satınalma gücü paritesi ; Satınalma gücüne göre ayarlanmış (Adj.PPP)	*Human Development Report Turkey, 1997 (51)
*İller itibariyle Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (%) (Sabit fiyatlarla illerin payı 1998)	*T.C.Başbakanlık DİE Haber Bülteni, 14.12.1999 (61)
**Kişibaşına düşen tarımsal üretim değeri	Toplam tarımsal üretim değeri (milyon TL) www.die.gov.tr (57) **Hesaplandı.

2.5.2. b Analize Alınan Bağımsız Değişkenler ve Kaynakları

(Devamı)

Sağlık hizmeti kullanım verileri :	
****Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı (%)	Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos, 1999 (49)
***Onbin nüfusa düşen yatak sayısı	***T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998 Yıllık (56)
***Hekim başına düşen nüfus	T.C. Başbakanlık DİE, 1998 Yıllık (56) **Hesaplandı
***Ebe başına düşen nüfus	T.C. Başbakanlık DİE, 1998 Yıllık (56)
***Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus oranı	**Hesaplandı (55,56)
***Ebe başına düşen bebek nüfusu	**Hesaplandı. (53,56)
***Sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı	T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998 yıllık (56) ***Hesaplandı.
****Aşı devamsızlık hızı	T.C. S.B. 1999 yılı verileri (58) ***Hesaplandı.
***Kızamık aşılama oranları (%)	* T.C. S.B. 1999 yılı verileri (58)
*tt1oran	*T.C. S.B. 1999 yılı verileri (58)
Cevre :	
*Kükürt dioksit (SO ₂) (µg / m ³) Ekim-Mart yıl ortası	*T.C. Başbakanlık DİE 1998 Yıllık ve Haber Bülteni 02.03.2001 (65)
*Duman (asılı partiküler madde) (µg/m ³) Ekim-Mart yıl ortası	*T.C. Başbakanlık DİE 1998 Yıllık ve Haber Bülteni, 02.03.2001 (65)
Sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus (%)	Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos, 1999 (49)

* Araştırmanın analizlerine alınan değişken ve kaynağı, diğer değişkenler veri tutarsızlığı nedeniyle analizlere alınmamıştır.

** Araştırmacı tarafından hesaplanmıştır.

*** Araştırmacı tarafından hesaplanan ve analize alınan değişken.

**** Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı, aşı devamsızlık hızı ve insani gelişme indeksi (HDI) değişkenleri bağımlı ve bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır.

2.5.2.c Araştırmada Kullanılan Bazı İndeksler İle İlgili

Bilgiler

HDI: Human Development İndeks (İnsani Gelişme İndeksi) : İnsan gelişiminin üç temel göstergesinin bileşik bir indeksidir.

1- Doğuşta beklenen yaşam süresi

2-Bilgi; yani yetişkinlerdeki okur yazarlık oranıyla okulda geçen ortalama sürenin

(yıl olarak) bileşimi (toplam okullaşma oranı).

3-Yaşam standardı; kişi başına düşen ulusal gelir miktarı (GSMH) (Dolar olarak)

HDI değeri kendi içinde düşük, orta ve yüksek diye gruplanmaktadır: 0.500 değerinin altı düşük, 0.500-0.799 arası orta, 0.800 ve üzeri değerler ise yüksek olarak sınıflandırılmaktadır (38,64).

Türkiye 1992 yılı itibariyle 0.739 puan ile 173 ülke arasında 68. sıradadır (64).

2.6. ANALİZE ALINACAK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ, DEĞİŞKENLERİN SEÇİMİ VE ANALİZİ

2.6.1. ANALİZE ALINACAK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE DEĞİŞKENLERİN SEÇİMİ

Veri güvenilirliğinin sınanması ve analizlere alınacak değişkenlere karar verilmesi için aynı veri kategorisindeki aynı alt başlıklardaki (örneğin kişi başına gelir) verilerden hipotezde beklenen ilişkiler yönünde her bir değişken değerlendirilerek, verilerden hangisinin kullanılacağına karar verilmiştir. Beklenen ilişkiyi vermeyenler çıkartılmıştır. İl sayısı (n sayısı) düşük olduğundan çoklu analizlerde çok fazla değişkenin modellerde kullanılması uygun olmadığından, bağımsız değişken sayısının azaltılması gerekti.

Çoklu analizlere aynı kategoriden alınacak değişkenlere karar vermek için bağımsız değişkenler arasında bu amaçla faktör analizleri ve korelasyon matrisleri düzenlenmiştir. Bunun iki amacı vardı. Birincisi yukarıda ifade edildiği gibi değişken sayısını azaltmak, ikincisi de çoklu regresyon analizinde multicolinearity'den kaçınmaktı. Korelasyon matrisleri ve faktör analizleri sonrasında da modellere sokulabilen yeterinden fazla değişken elde edilmiştir. Bu durumda da bölüm 2.5'de sıralanan veri kategorilerinin modelde temsil edilmesine özen gösterilmiştir. Modellerin belirleyicilik katsayısının (R^2) olabildiğince yüksek tutulması hedeflenmiştir. Ayrıca çoklu analize değişken seçiminde Korelasyon Matrisleri ve Ana bileşenler Faktör Analizi yapılmıştır.

2.6.2. ARAŞTIRMANIN ANALİZİ

Veriler istatistik SPSS paket programında girildikten sonra 2001 yılı Şubat ve Mart aylarında analizler yapılmıştır. Analizlerde değişkenler arasındaki ilişkiler sağlık göstergeleri ile ilgili bazı ölçütler (ölüm hızları, doğurganlık, beslenme, sağlık hizmet verileri gibi) ile bunlara etki eden bazı sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik değişkenler SPSS paket programında yapılan tek ve çok değişkenli analizler ile incelenmiştir. Bunun için bağımsız değişkenler arasında önce tek değişkenli analiz yapılmış bağımlı değişkenlerin tek başına etkilerine bakılmıştır (Mann Whitney U ve t testi) Daha sonra çok değişkenli analizler (multiple linear regression) ile bu değişkenlerin birlikte etkileri incelenmiştir.

2.7. ARAŞTIRMANIN TAKVİMİ

Araştırma 1999 Haziran döneminde planlanmış, 1999 Eylül döneminde veri toplanmasına başlanmıştır. Veri girişi ve analizler Mart 2001 tarihinde yapılmış olup, araştırma raporunun yazılması ve basılması 2001 Haziran döneminde tamamlanmıştır.

2.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmada kullanılmak istenen ancak çeşitli nedenlerden dolayı ulaşılamayan araştırmaya alınmadı. Bunların başında illere göre sosyal güvenceli nüfusun veya sağlık sigortalı olma oranı, işsizlik oranı ve bütçeden illere ayrılan sağlık hizmet kaynağı gelmektedir. (Tüm nüfusun sağlık sigortası olma oranları olmadığı / ulaşılamadığı için iller itibariyle (SSK) Sosyal Sigortalar Kurumu kapsamındaki nüfusun genel nüfus içindeki payı verileri ve hava kirliliği verileri (64 il) kullanılmadı. Yine Sağlık Bakanlığı'ndan alınan illere göre aile planlaması yöntem kullanma prevalansları çok sayıda ilin verisi eksik olduğu için kullanılmadı.

Türkiye'deki rutin kayıt sistemi ile ilgili sorunlar nedeniyle (geri bildirim eksikliği, eksik kayıt, hatalı kayıt gibi) nedenlerle bazı veriler kullanılmadı.

Çalışmada kullanılacak veriler için yapılan veri kalite değerlendirmesinde Devlet İstatistik Enstitüsünden (DİE) alınan "İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm İstatistiklerinden" ölüm hız ve oranları hesaplanmış sonuçlar Türkiye'de yapılmış olan araştırma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında beklendik sonuçlar olmadığı görülmüştür. Bu nedenle "40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı" (1990-95) Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos 1999 yılında yayınlanan veriler kullanılmak üzere alınmıştır. Aynı şekilde bebek ve beş yaş altı ölüm hızı ve toplam doğurganlık hızı için 1990 yılı Unicef ve Devlet Planlama Teşkilatı'nın verileri kullanılmıştır. Bu veriler 73 ile aittir. Yine doğuştan beklenen yaşam süresi 75 il, net göç hızı 72 il, nüfus yoğunluğu 70 il, doğuştan beklenen yaşam süresine ait 75 il verisi olduğu için 80 ili kapsamamıştır.

Kaba doğum hızı, genel doğurganlık hızı ve ebe başına düşen bebek nüfusu hesaplanırken, kayıtlarla ilgili sorunlar nedeniyle canlı doğum sayısı yerine Sağlık Bakanlığı'ndan alınan sıfır yaş hedef nüfus kullanıldı. Araştırmaya alınan yerleşim yeri (il) sayısının azlığı analizlerde değişken kısıtlamasını zorunlu kılmıştır. Bu sorun eğer daha küçük yerleşimden örneğin ilçeler için veri bulma olanağı olsaydı aşılabilirdi. Ancak bu doğaldır ki mümkün olamadı.

BÖLÜM 3

BULGULAR

Araştırmanın bulguları çeşitli değişkenlere ait 73-80 il verileri üzerinden sunulmuştur. Bazı değişkenlerde 80 ile ait veri bulunurken, bazılarında veri bulunan il sayısı daha azdır. En az veri bulunan değişken 64 il ile hava kirliliği değişkenidir. Bu araştırmanın bulguları üç ana bölümde sunulmuştur. Bunlar:

3.1 Değişken gruplarının tanımlanması

3.2 Tek değişkenli analizler

3.3 Çok değişkenli analizlerdir.

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, gelir, sağlık hizmetleri ile ilgili olanaklar, çevre, ölümlülük, doğurganlık, beslenme ve gelişme indeksleri sırasıyla sunulmuştur.

3.1.1. İLLERE GÖRE DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

Tablo 1. Türkiye’de Araştırma Kapsamına Giren İllere Göre Demografik Yapı İle İlgili Değişkenler

	İl sayısı	Min.	Max.	Türkiye
İl nüfusu toplamı	80	33 759	8 506 026	62 865 574
Sıfır yaş hedef nüfus	80	2 033	168 029	-
Nüfus Yoğunluğu (kişi/km ²)	70	11.10	1610.44	-
Nüfus artış hızı (%)	80	-61.50	40.46	15.08
Net göç hızı (‰)	73	-164.00	108.00	-

Araştırma kapsamına giren 80 ilde il nüfusu; minimum 33 759 olup maksimum

8 506 026'dur. Türkiye il nüfusu toplamı 62 865 574'tür.

Sıfır yaş hedef nüfusun 80 ilde minimumu 2 033 olup maksimum 168 029'dur.

Nüfus yoğunluğu 70 ilde minimum 11.10ve maksimum 1610.44'tür.

Nüfus artış hızı 80 ilde minimum yüzde -61.50 ve maksimum yüzde 40.46'dır.

Türkiye'deki nüfus artış hızı yüzde 15.08'dir.

Net göç hızı 73 ilde minimum binde -164.00 ve maksimum binde 108.00'dir.

Tablo 2. İllerin Nüfus Yoğunluğuna Göre Yüzde Dağılımı

Nüfus yoğunluğu (kişi/km ²)	İl sayısı	%
> 100.0	24	34.3
≤ 100.0	46	65.7
Toplam	70	100.00

Tablo 2'de illere göre nüfus yoğunluğu incelendiğinde; 46 ilde nüfus yoğunluğu 100 ve altındadır (% 65.7). 24 ilde ise 100'ün üzerindedir (% 34.3).

Tablo 3. İllerin Bölgelere Göre Yüzde Dağılımı

Bölgeler	İl sayısı	%
1-Marmara	11	13.8
2-Ege	8	10.0
3-Akdeniz	8	10.0
4-İç Anadolu	13	16.1
5-Karadeniz	17	21.3
6-Doğu Anadolu	15	18.8
7-Güneydoğu Anadolu Bölgesi	8	10.0
Toplam	80	100.0

İl sayısına göre; 11 il Marmara bölgesinde (%13.8), 8 il Ege, Akdeniz ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde (%10.0), 13 il İç Anadolu bölgesinde (%16.1), 17 il Karadeniz bölgesinde (%21.3) ve 15 il Doğu Anadolu bölgesinde (%18.8) yer almaktadır.

Tablo 4 . İllerin Bölge Gruplarına Göre Dağılımı

Bölgeler	İl sayısı	%
Marmara,Ege, Akdeniz, İç Anadolu, Karadeniz Bölgeleri	57	71.2
Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri	23	28.8
Toplam	80	100.0

İl sayısına göre; Marmara, Ege, Akdeniz, İç Anadolu, Karadeniz Bölgelerinde 57 il bulunmaktadır (% 71.2). Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde ise 23 il bulunmaktadır (% 28.8).

Tablo 5. İllerin Net Göç Hızına Göre Dağılımı

Net göç hızı (‰)	İl sayısı	%
> 2.0	19	26.0
≤ 2.0	54	74.0
Toplam	73	100.0

İl sayısına göre; 54 ilde net göç hızı 2.0 ve 2.0'ın altındadır (% 74.0). 19 ilde ise 2.0'ın üzerindedir (% 26.0).

3.1.2 İLERE GÖRE EĞİTİM İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 6. Araştırma Kapsamına Giren İlere Göre Eğitim İle İlgili Değişkenler

	İl sayısı	Min.	Max.	Türkiye
6 yaş ve üzerindeki kadınlarda okur/yazar olmayanların oranı (%)	79	10.40	58.30	-
15- 49 yaş kadınlarda okuma yazma bilmeyen oranı (%)	79	0.03	0.63	-
Okur yazarlık oranı (%)	75	47.20	92.80	-
Okul kayıt oranı (%)	75	25.20	89.30	-

Araştırma kapsamına giren 79 ilde altı yaş ve üzerindeki kadınlarda okur/yazar olmayanların oranı; minimum yüzde 10.40, maksimum yüzde 58.30'dur.

Araştırma kapsamına giren 79 ilde 15- 49 yaş kadınlarda okuma yazma bilmeyen oranı; minimum yüzde 3, maksimum yüzde 63'tür.

Araştırma kapsamına giren 75 ilde okur yazarlık oranı; minimum yüzde 47.20, maksimum yüzde 92.80'dir.

Araştırma kapsamına giren 75 ilde okul kayıt oranı; minimum yüzde 25.20, maksimum yüzde 89.30'dur.

Tablo 7. İllere Göre 6 Yaş ve Üzeri Okuma – Yazma Bilmeyen Kadınların Yüzde Dağılımı

6 yaş ve üzeri okuma-yazma bilmeyen kadın oranı (%)	İl sayısı	%
≤ 20.0	50	63.3
>20.0	29	36.7
Toplam	79	100.0

İl sayısına göre; 50 ilde 6 yaş ve üzeri okuma-yazma bilmeyen kadın oranı yüzde 20.0 ve 20.0'nin altındadır (% 63.3). 29 ilde yüzde 20.0'nin üzerindedir (% 36.7).

3.1.3 İLLERE GÖRE GELİR İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 8. Araştırma Kapsamına Giren İllere Göre Gelir İle İlgili Değişkenler

	İl sayısı	Min.	Max.	Türkiye
Kişi başına düşen milli gelir (GSMH) USD	76	660.00	7349.00	
İller itibariyle Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (%) (GSYH) (Sabit fiyatlarla illerin payı)	80	0.00	22.10	3.1
Satınalma Gücü Paritesi (USD)	75	1 378.90	41 404.70	5 870.00
Toplam tarımsal üretim değeri (milyon)	79	6 790.00	151 007.0	-

Araştırma kapsamına giren 76 ilde kişi başına düşen milli gelir; minimum 660.00 (USD), maksimum 7 349.00 (USD)'dir.

İller itibariyle 80 ilde; Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (sabit fiyatlarla illerin payı) minimum yüzde 0.00 olup maksimum yüzde 22.10'dur.

Satınalma gücü paritesi 75 ilde; minimum 1 378.90 (USD); maksimum 41 404.70 (USD)'dir.

Toplam tarımsal üretim 79 ilde minimum 6 790.00 (milyon); maksimum 151 007.00 (milyon)'dur.

Tablo 9. İllere Göre Kişi Başına Düşen Milli Gelir Dağılımı

Kişi başına düşen milli gelir (USD) (GSMH)	İl sayısı	%
>1500	49	64.5
≤1500	27	35.5
Toplam	76	100.0

İl sayısına göre; 27 ilde kişi başına düşen milli gelir 1500 USD ve 1500 USD'nin altındadır (% 35.5). 49 ilde ise 1500 USD'nin üzerindedir (% 64.5).

Tablo 10. İllere Göre Satınalma Gücü Paritesi Dağılımı

Satınalma Gücü Paritesi (USD)	İl sayısı	%
≥3000	50	66.7
<3000	25	33.3
Toplam	75	100.0

İl sayısına göre; 50 ilde satınalma gücü paritesi 3000 ve 3000 USD'nin üzerindedir (%66.7). 25 ilde 3000 USD'nin altındadır (%33.3).

Tablo 11. İllere Göre Kişi başına Düşen Tarım Üretim Değeri Dağılımı

Kişi başına düşen tarım üretim değeri (milyon TL)	İl sayısı	%
≤ 100.00	71	89.9
> 100.00	8	10.1
Toplam	79	100.0

İl sayısına göre; 71 ilde nüfus başına düşen tarım üretim değeri 100 milyon ve 100 milyonun altındadır (% 89.9). 8 ilde ise 100 milyonun üzerindedir (% 10.1).

3.1.4 İLLERİN SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ OLANAKLARI VE KULLANIMI

Tablo 12. Araştırma Kapsamına Giren İllere Göre Sağlık Hizmetleri Olanakları ve Kullanımı

	İl sayısı	Min.	Max.	Türkiye
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı (%)	80	7.00	36.00	-
Hekim başına düşen nüfus	80	329.00	4897.00	-
Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus	80	65.93	1873.05	-
Ebe başına düşen bebek nüfusu	80	4.84	171.37	-
Sağlık ocağı sayısı	80	10.00	229.00	-
Sağlık ocağı başına düşen nüfus	80	61.00	46.225	-
Onbin kişiye düşen yatak sayısı	80	5.10	55.60	-
Aşı devamsızlık hızı (%) (dbt1-kızamık oranı)/dbt1	80	-0.24390	0.454	-
Kızamık aşılama oranları (%)	80	15.00	128.00	-

Araştırma kapsamına alınan 80 ilde sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı minimum yüzde 7.00 ve maksimum yüzde 36.00'dır.

Sağlık ocağı başına düşen nüfus 80 ilde; minimum 61 ve maksimum 46 225'tir.

Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus 80 ilde; minimum 65.93, maksimum 1873.05'dur.

Ebe başına düşen bebek nüfusu 80 ilde; minimum 4.84, maksimum 171.37'dir.

Onbin kişiye düşen yatak sayısı 80 ilde; minimum 5.10 ve maksimum 55.60'tır.

Aşı devamsızlık hızı 80 ilde; minimum yüzde -0.24390 ve maksimum yüzde 0.454'tür.

Kızamık oranları 80 ilde; minimum yüzde 15.00 ve maksimum yüzde 128.00'dir.

Tablo 13. Türkiye'de İllere Göre Sağlık Hizmetlerine Erişimden Memnun Olmayanların Dağılımı

	İl sayısı	Min.	Max.	Türkiye
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%) *	80	17.00	36.00	-

* Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı araştırmada bağımlı ve bağımsız değişken olarak kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki 80 ilde, sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı minimum yüzde 17.00, maksimum yüzde 36.00'dir.

Tablo 14. İllere Göre Sağlık Hizmetlerine Erişimden Memnun Olmayanların Dağılımı

	İl sayısı	%
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)		
≤ 25.0	39	48.8
> 25.0	41	51.2
Toplam	80	100.0

İl sayısına göre; 39 ilde sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı yüzde 25.0 ve 25.0'in altındadır (% 48.8). 41 ilde ise memnun olmayanların oranı yüzde 25.0'in üzerindedir (%51.2).

Tablo 15. İllere Göre Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus Dağılımı

Sağlık ocağı başına düşen nüfus	İl sayısı	%
<9999	51	63.8
>10.000	29	36.2
Toplam	80	100.0

İl sayısına göre; 51 ilin sağlık ocağı başına düşen nüfusu 9999'un altındadır (% 63.8). 29 ilde ise 10 000'in üzerindedir (% 36.2).

Tablo 16. İllere Göre Onbin Kişi Başına Düşen Yatak Oranı Dağılımı

Onbin kişi başına düşen yatak sayısı (%)	İl sayısı	%
≤15	25	31.2
>15	55	68.8
Toplam	80	100.0

İl sayısına göre; 25 ilde onbin kişi başına düşen yatak sayısı yüzde 15 ve altındadır (%31.2). 55 ilde ise yüzde 15'in üzerindedir (%68.8).

Tablo 17. İllere Göre Ebe Başına Düşen 15 – 49 Yaş Kadın Nüfus Dağılımı

Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfusu	İl sayısı	%
≤ 300	30	32.5
> 300	50	67.5
Toplam	80	100

İl sayısına göre; 30 ilde ebe başına düşen 15 – 49 yaş kadın nüfusu 300 ve 300'ün altındadır (% 32.5). 50 ilde ise 300'ün üzerindedir (% 67.5).

Tablo 18. Türkiye’de İllere Göre Aşı Devamsızlık Hızı

	İl sayısı	Min.	Max.	Türkiye
Aşı devamsızlık hızı (%) (dbt1-kızamık oranı/ dbt1) *	80	- 0.24390	0.454	-

* Aşı devamsızlık hızı araştırmada bağımlı ve bağımsız değişken olarak kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına giren 80 ilde aşı devamsızlık hızı; minimum yüzde -0.24390, maksimum yüzde 0.454’tür.

Tablo 19. İllere Göre Aşı Devamsızlık Hızı Dağılımı

Aşı devamsızlık hızı Dbt1-kızamık/ dbt1) (%)	İl sayısı	%
≤ 5.0	41	63.7
>5.0	39	36.3
Toplam	80	100.0

İl sayısına göre; 41 ilde aşı devamsızlık hızı yüzde 5.0 ve 5.0’in altındadır (%63.7). 39 ilde yüzde 5.0’in üzerindedir (%36.3).

Tablo 20. İllere Göre Kızamık Aşılama Oranları

Kızamık aşılama oranları (%)	İl sayısı	%
< 65.0	41	63.8
≥ 65.0	39	36.2
Toplam	80	100.0

İl sayısına göre; 41 ilde kızamık aşılama oranları yüzde 65.0’in altındadır (%63.8). 39 ilde ise yüzde 65.0 ve 65.0’in üzerindedir (% 36.2).

3.1.5 İLLERE GÖRE ÇEVRE İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 21. Araştırma Kapsamına Giren Türkiye’de İllere Göre Çevre İle İlgili Değişkenler

	İl sayısı	Min.	Max.	Türkiye
Kükürt dioksit (μ^3/mg)	64	2.00	364.00	-
(SO2) (Ekim-mart yıl ortası)				
Duman μ^3/mg	64	2.00	166.00	-
(Asılı partikül)				
(Ekim-mart yıl ortası)				
Sağlıklı suyu olmayan nüfus oranı (%)	80	15.00	51.00	-

İl sayısına göre; 64 ilde kükürt dioksit miktarı (μ^3/mg) minimum 2.00 ve maksimum 364.00’dir.

İl sayısına göre; 64 ilde duman dioksit miktarı (μ^3/mg) minimum 2.00 ve maksimum 166.00’dir.

Sağlıklı suyu olmayan nüfus oranı 80 ilde; minimum yüzde 15.00; maksimum yüzde 51.00’dir.

Tablo 22. İllere Göre Sağlıklı İçme Suyu Olmayanların Yüzde Dağılımı

Sağlıklı içme suyu olmayanların oranı (%)	İl sayısı	%
≤ 30.0	36	45.0
> 30.0	44	55.0
Toplam	80	100.0

İl sayısına göre; 36 ilde sağlıklı içme suyu olmayanların oranı yüzde 30.0 ve 30.0’un altındadır (% 45.0). 44 ilde ise 30.0’ın üzerindedir (yüzde 55.0).

3.1.6 İLLERE GÖRE ÖLÜMLÜLÜK İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 23. Türkiye’de İllere Göre Ölümlülük İle İlgili Değişkenler

	İl sayısı	Min.	Max.	Türkiye
Bebek ölüm hızı (‰)	73	31	115	67
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	39	154	16
40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	80	4	22.80	–

Araştırmanın ölümlülük ile ilgili değişkenleri incelendiğinde; araştırma kapsamına giren 73 ilde minimum bebek ölüm hızı; binde 31, maksimum bebek ölüm hızı binde 115 olup, Türkiye ortalaması binde 67’dir.

73 ilde minimum beş yaş altı ölüm hızı; binde 39, maksimum beş yaş altı ölüm hızı binde 154 ve Türkiye ortalaması binde 16’dır.

Araştırma kapsamına giren 80 ilde kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı; minimum yüzde 4.00, maksimum yüzde 22.80’dir.

Tablo 24. İllere Göre Bebek Ölüm Hızı Dağılımı

Bebek ölüm hızı (‰)	İl sayısı	%
> 50.0	24	32.9
≤ 50.0	49	67.1
Toplam	73	100.0

İl sayısına göre; 49 ilde bebek ölüm hızı binde 50.0 ve 50.0’nin altındadır (% 67.1). 24 ilde binde 50.0’nin üzerindedir (% 32.9)

Tablo 25. İllere Göre Beş Yaş Altı Ölüm Hızı Dağılımı

Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	İl sayısı	%
≤75.0	41	51.3
>75.0	32	48.7
Toplam	73	100.0

İl sayısına göre; 41 ilde beş yaş altı ölüm hızı binde 75.0 ve 75.0'nin altındadır (% 51.3). 32 ilde binde 75.0'nin üzerindedir (%48.7).

Tablo 26. İllere Göre Kırk Yaşından Önce Öleceklerin Nüfus İçindeki Dağılımı

Kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	İl sayısı	%
≤13.0	41	51.2
>13.0	39	48.8
Toplam	80	100.0

İl sayısına göre; 41 ilde kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı yüzde 13.0 ve 13.0'nin altındadır (%51.2). 39 ilde ise 13.0'nin üzerindedir (%48.8).

3.1.7 İLLERE GÖRE DOĞURGANLIK İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 27. Türkiye’de İllere Göre Doğurganlık İle İlgili Değişkenler

	İl sayısı	Min.	Max.	Türkiye
Kaba doğurganlık hızı (‰)				
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	51.43	458.61	124.65
Toplam doğurganlık hızı	73	1.82	7.41	2.65

Araştırmanın doğurganlık ile ilgili değişkenleri incelendiğinde; araştırma kapsamına giren 80 ilde minimum genel doğurganlık hızı; yüzde 51.43, maksimum genel doğurganlık hızı yüzde 458.61 ve Türkiye’de ise yüzde 124.65’tir.

Araştırma kapsamına giren 73 ilde minimum toplam doğurganlık hızı; binde 1.82, maksimum toplam doğurganlık hızı binde 7.41 olup Türkiye’de ise binde 2.65’tir.

Tablo 28. Türkiye’de İllere Göre Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi

	İl sayısı	Min.	Max.	Türkiye
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	59.00	73.30	68.6

Araştırma kapsamına giren 75 ilde doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl) minimum 59.00 yıl, maksimum 73.30 yıl olup Türkiye’de ise 68.6 yıldır.

Tablo 29. İllere Göre Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi Dağılımı

Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	İl sayısı	%
> 68.0	46	57.5
≤ 68.0	29	42.5
Toplam	75	100.0

İl sayısına göre; 29 ilde doğuşta beklenen yaşam süresi 68.0 ve 68.0 yılın altındadır (%42.5). 46 ilde ise 68.0’in üzerindedir (%57.5).

Tablo 30. İllere Göre Genel Doğurganlık Hızı Dağılımı

Genel Doğurganlık hızı (%)	İl sayısı	%
≤ 84.99	41	51.3
> 84.99	39	48.7
Toplam	80	100.0

İl sayısına göre; 41 ilde genel doğurganlık hızı; binde 84.99 ve 84.99'un altındadır (51.3). 39 ilde ise binde 84.99'un üzerindedir (48.7).

Tablo 31. İllere Göre Toplam Doğurganlık Hızı Dağılımı

Toplam doğurganlık hızı	İl sayısı	%
≤ 2.6	35	47.9
> 2.6	38	52.1
Toplam	73	100.0

İl sayısına göre; 35 ilde toplam doğurganlık hızı 2.6 ve 2.6'nın altındadır (% 47.9) 38 ilde ise 2.6'nın üzerindedir (% 52.1).

3.1.8 İLLERE GÖRE BESLENME İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 32. Türkiye’de İllere Göre Beslenme İle İlgili Orta ve Şiddetli Düzeyde Az Beslenmiş Beş Yaş Altı Çocukların Oranı

	İl sayısı	Min.	Max.	Türkiye
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%) *	80	6.00	19.00	–

* Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı araştırmada bağımlı ve bağımsız değişken olarak kullanılmıştır.

Tablo 32’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına giren 80 ilde orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı minimum yüzde 6.00, maksimum yüzde 19.00’dur.

Tablo 33. İllere Göre Orta Ve Şiddetli Düzeyde Az Beslenmiş Beş Yaş Altı Çocuk Oranı Dağılımı

Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocuk oranı (%)	İl sayısı	%
≤10.0	55	68.8
>10.0	25	31.2
Toplam	80	100.0

İl sayısına göre; 55 ilde orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocuk oranı yüzde 10.0 ve 10.0’nun altındadır (% 68.8) 25 ilde ise yüzde 10.0’nun üzerindedir (% 31.2).

3.1.9 İLLERİN İNSANİ GELİŞME İNDEKSLERİ İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 34. İnsani Gelişme İndeksleri İle İlgili Değişkenler

	İl sayısı	Min.	Max.	Türkiye
insani gelişme indeksi (HDI)	75	0.47	0.88	0.804
insani gelişme indeksi, erkek	75	0.53	0.90	0.839
insani gelişme indeksi, kadın	75	0.38	0.82	0.640
kent insani gelişme indeksi	73	0.45	0.87	-
kır insani gelişme indeksi	73	0.32	0.78	-
insani yoksulluk indeksi	80	12.00	42.00	-

İnsani gelişme indeksi 75 ilde; minimum 0.47 ve maksimum 0.88'dir.

Erkekler için insani gelişme indeksi 75 ilde minimum 0.53 ve maksimum 0.90'dır.

Kadınlar için insani gelişme indeksi 75 ilde minimum 0.38 ve maksimum 0.82'dir.

Kentlerdeki insani gelişme indeksi 73 ilde minimum 0.45 ve maksimum 0.87'dir.

Kırdaki insani gelişme indeksi 73 ilde minimum 0.32 ve maksimum 0.78'dir.

İnsani yoksulluk indeksi ise 80 ilde minimum 12.00 ve maksimum 42.00'dir.

3.2 TEK DEĞİŞKENLİ ANALİZLER

Analize alınan; ölümlülük, doğurganlık, sağlık hizmetleri, beslenme ve çevresel durum ile ilgili bağımlı değişkenler, eğitim, gelir, demografik değişkenler gibi bağımsız değişkenlerle tek tek karşılaştırılmıştır.

Aşağıda tablo 35’te görüldüğü gibi il nüfusu azaldıkça, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı artmaktadır ($p<0.05$).



Tablo 35. İl Nüfusu ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	İl Nüfusu						
	Toplam il sayısı	1 milyon kişi ve üstü		< 1 milyon kişi		z*	p
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama ± ss		
Doğuştaki beklenen yaşam umudu (yıl)	75	16	69.17 ± 2.6	59	67.93±2.94	-1.747	0.08
Genel doğurganlık Hızı (‰)	80	16	99.81± 48.7	64	117.6±15.8	-0.46	0.64
Toplam doğurganlık hızı	73	16	2.79 ± 0.84	57	3.16 ± 1.38	-0.64	0.52
Bebek ölüm hızı (‰)	73	16	54.12 ± 12.38	57	61.00±21.3	-1.021	0.30
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	16	70.12 ± 16.50	57	80.03±29.3	-1.087	0.27
Kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	80	16	9.95 ± 4.02	64	13.83±4.21	-3.188	0.00
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	16	10.06 ± 4.72	64	11.65±5.43	-0.810	0.41
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	80	16	24.81 ± 6.42	64	25.84±7.98	-0.199	0.84
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	16	6.60±6.5	64	4.53 ± 9.30	-0.86	0.38

*Mann Whitney U testi.

Tablo 36. Nüfus artış hızı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Nüfus artış hızı						z*	p
	Toplam il sayısı	%2 ve üstü		<%2				
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss			
Doğuşta beklenen yaşam umudu (yıl)	75	51	68.51± 2.76	24	67.52 ± 3.11	-1.46	0.14	
Genel doğurganlık hızı (%o)	80	54	128.23 ± 91.58	26	84.50 ±25.44	-1.86	0.06	
Toplam doğurganlık hızı	73	51	3.21±1.47	22	2.75 ± 0.59	-0.78	0.93	
Bebek ölüm hızı (%o)	73	51	58.70 ±19.92	22	61.31± 20.11	-0.75	0.45	
Beş yaş altı ölüm hızı (%o)	73	51	76.66 ±27.25	22	80.63 ±27.71	-0.86	0.39	
Kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	80	54	12.33 ± 4.77	26	14.56 ± 3.24	-2.163	0.03	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	54	11.27 ± 5.42	26	11.46 ± 5.17	-0.54	0.59	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	80	54	24.44 ± 7.05	26	28.11± 839	-0.69	0.03	
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	54	5.51±9.27	26	3.78 ± 7.81	-0.11	0.8	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 36’da Nüfus artış hızı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analiz (Mann Whitney U testi) sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre;

Nüfus artış hızı arttıkça, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı düşmektedir ($p<0.05$). Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı azaldıkça, nüfus artış hızı artmaktadır ($p<0.05$).

Genel doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı ve doğuşta beklenen yaşam süresi ile nüfus artış hızı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Nüfus artış hızı ile bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Nüfus artış hızı arttıkça, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı azalmaktadır ($p<0.05$). Aşı devamsızlık hızı ve çocuk beslenmesi ile nüfus artış hızı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 37. Nüfus yoğunluğu ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Nüfus yoğunluğu (km ² /kişi)						z*	p
	Toplam İl sayısı	<100		≥ 100				
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss			
Doğuştan beklenen yaşam süresi (yıl)	69	45	67,38± 3.13	24	69.47± 2,01	-2.59	0.00	
Genel doğurganlık hızı (‰)	70	46	120.59±89.1	24	97.50±62.8	-1.48	0.1	
Toplam doğurganlık hızı	70	46	3.16± 1.32	24	2.67± 0.84	-1.51	0.1	
Bebek ölüm hızı (‰)	70	46	63.10 ± 22.7	24	52.04 ± 10.7	-1.72	0.8	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	70	46	82.9± 31.2	24	67.50 ±14.37	-1.80	0.7	
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	70	46	13.88 ± 4.10	24	10.64 ± 3.82	-2.86	0.00	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	70	46	11.05 ± 3.79	24	14.59 ± 4.03	-2.209	0.02	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	70	46	26.50± 7.75	24	22.41 ± 6.80	-2.107	0.03	
Aşı devamsızlık hızı (%)	70	46	4.58 ± 7.19	24	4.40± 8.92	-0.68	0.9	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 37’de nüfus yoğunluğu ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analiz (Mann Whitney U testi) sonuçları sunulmuştur. Analiz sonuçlarına göre;

Nüfus yoğunluğu arttıkça, doğuştan beklenen yaşam süresi artmaktadır ($p < 0.05$). Genel doğurganlık hızı ve toplam doğurganlık hızı ile nüfus yoğunluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır

Nüfus yoğunluğu ile bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Nüfus yoğunluğu arttıkça, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı azalmaktadır ($p < 0.05$).

Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı arttıkça nüfus yoğunluğu artmaktadır ($p < 0.05$). Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı azaldıkça, nüfus yoğunluğu azalmaktadır ($p < 0.05$). Aşı devamsızlık hızı ile nüfus yoğunluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 38. Net Göç hızı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Net Göç hızı						z*	p
	Toplam İl sayısı	≥ 2 (‰)		< 2 (‰)				
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss			
Doğuştan beklenen yaşam süresi (yıl)	72	19	68.84 ± 3.30	53	67.92 ± 2.75	-2.045	0.04	
Genel doğurganlık hızı (‰)	73	19	2.45 ± 0.94	54	3.29 ± 1.32	-2.55	0.01	
Toplam doğurganlık hızı	73	19	25.52 ± 25.99	54	23.70 ± 8.56	-3.67	0.00	
Bebek ölüm hızı (‰)	73	19	47.21 ± 9.12	54	63.81 ± 20.86	-3.50	0.00	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	19	61.05 ± 12.54	54	83.77 ± 28.62	-3.50	0.00	
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	73	19	8.93 ± 4.30	54	14.47 ± 3.45	-4.41	0.00	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	73	19	7.94 ± 3.13	54	12.51 ± 5.47	-3.62	0.00	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	73	19	21.053 ± 4.39	54	26.65 ± 7.99	-2.22	0.02	
Aşı devamsızlık hızı (%)	73	19	1.063 ± 7.00	54	5.73 ± 7.52	-2.22	0.01	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 38’de net göç hızı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analiz (Mann Whitney U testi) sonuçları sunulmuştur. Bu sonuçlara göre;

Net göç hızı arttıkça, genel doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı, az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı, sağlık hizmetlerinden memnun olmayan nüfus oranı ve aşı devamsızlık hızı azalmaktadır. Doğuşta beklenen yaşam süresi ise artmaktadır ($p < 0.05$).



Tablo 39. Bölge ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Bölge						z*	p
	Toplam İl sayısı	(Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri)		(Marmara, Ege, Akdeniz, İç Anadolu ve Karadeniz Bölgeleri)				
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss			
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	22	67.98 ± 2.69	53	68.29 ± 2.99	-0.51	0.6	
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	23	19.13 ±108.86	57	82.90 ±27.26	-5.58	0.00	
Toplam doğurganlık hızı	73	20	4.67 ± 1.46	53	2.47 ± 0.41	-5.47	0.00	
Bebek ölüm hızı (‰)	73	20	80.90 ± 21.2	53	51.41 ± 11.8	-5.14	0.00	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	20	106.95 ± 29.6	53	66.88 ± 16.2	-5.042	0.00	
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	80	23	16.6 ± 3.4	57	11.61 ± 3.8	-4.56	0.00	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	23	18.21 ± 2.6	57	8.56 ± 3.14	-6.68	0.00	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	80	23	32.6 ± 4.14	57	22.84 ± 6.96	-4.41	0.00	
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	23	10.90 ± 10.92	57	2.54 ± 6.51	-4.146	0.00	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 39’da illerin bulunduğu bölgelere göre araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analiz (Mann Whitney U testi) sonuçları görülmektedir

Bu sonuçlara göre bölgesel farklılıklar ele alındığında,

Bölgeler ile doğuştan beklenen yaşam süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Batı bölgesine göre Doğu bölgesinde genel doğurganlık hızı ve toplam doğurganlık hızı daha yüksektir ($p < 0.05$).

Doğu bölgesinde bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı Batı bölgesinden daha yüksektir ($p < 0.05$). Batı bölgesine göre Doğu’ da, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Doğu’ da orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı yüksek Batı’ da daha düşüktür ($p < 0.05$). Doğu bölgesinde sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı Batı’ dan daha yüksektir ($p < 0.05$).

Aşı devamsızlık hızı Doğu’ da Batı’ ya göre daha yüksektir ($p < 0.05$).

Tablo 40. Altı yaş ve üzerindeki kadınlarda okur-yazar olmayanların oranı

Bağımlı değişkenler	Altı yaş ve üzerindeki kadınlarda okur-yazar olmayanların oranı						
	Toplam İl sayısı	>20 (%)		≤ 20 (%)		z*	p
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl Sayısı	Ortalama± ss		
Doğuştaki beklenen yaşam süresi (yıl)	74	27	67.85 ± 2.65	47	68.43 ± 3.05	-1.101	0.2
Genel doğurganlık hızı (%o)	79	29	172.18±104.07	50	81.22 ±27.44	-5.69	0.00
Toplam doğurganlık hızı	72	26	4.30 ± 1.44	46	2.40 ± 0.38	-6.11	0.00
Bebek ölüm hızı (%o)	72	26	76.92 ± 20.59	46	49.82 ±11.13	-5.384	0.00
Beş Yaş altı ölüm hızı (%o)	72	26	101.46 ±28.62	46	64.76 ±15.31	-5.28	0.00
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	79	29	15.59 ± 3.87	50	11.67 ± 4.13	-3.79	0.00
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	79	29	15.93 ± 4.68	50	8.74 ± 3.65	-5.83	0.00
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı(%)	79	29	29.75 ± 6.41	50	23.40 ± 7.40	-2.93	0.00
Aşı devamsızlık hızı (%)	79	29	9.36 ± 10.39	50	2.60 ± 6.7	-3.17	0.02

*Mann Whitney U testi.

Tablo 40'ta altı yaş ve üzerindeki kadınlarda okur-yazar olmayanların oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analiz (Mann Whitney U testi) sonuçları görülmektedir.

Kadınlarda okur-yazar olmayanların oranı arttıkça, genel doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki payı, az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı, sağlık hizmetlerinden memnun olmayan nüfus oranı ve aşı devamsızlık hızı artmaktadır ($p < 0.05$).



Tablo 41. Nüfusun okur- yazar olma oranı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Nüfusun okur- yazar olma oranı						
	Toplam İl sayısı	≥85		<85		z*	p
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss		
Doğuştaki beklenen yaşam umudu (yıl)	75	28	68.51 ± 3.39	47	68.01 ± 2.57	-1.710	0.08
Genel doğurganlık hızı (‰)	72	27	2.25 ± 0.26	45	3.59 ± 1.39	-5.52	0.00
Toplam doğurganlık hızı	72	27	46.81 ± 8.21	45	67.68 ± 20.58	-4.766	0.00
Bebek ölüm hızı (‰)	72	27	60.55 ± 11.22	45	89.06 ± 28.26	-4.80	0.00
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	75	28	11.04 ± 4.22	47	14.53 ± 4.12	-3.33	0.00
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	75	28	8.50 ± 3.28	47	13.38 ± 5.60	-3.673	0.00
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	75	28	22.17 ± 5.81	47	27.78 ± 8.01	-2.213	0.02
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	75	28	2.22 ± 6.26	47	7.14 ± 9.71	-2.79	0.00
Aşı devamsızlık hızı (%)	75	28	2.22 ± 6.26	47	7.14 ± 9.71	-2.79	0.00

*Mann Whitney U testi.

Tablo 41'de nüfusun okur- yazar olma oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analiz (Mann Whitney U testi) sonuçları görülmektedir.

Nüfusun okur- yazar olma oranı ile doğuştan beklenen yaşam süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Nüfusun okur yazarlık oranı arttıkça, genel doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki payı, az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı, sağlık hizmetlerinden memnun olmayan nüfus oranı ve aşı devamsızlık hızı azalmaktadır ($p < 0.05$).



Tablo 42. Okul kayıt oranı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Okul kayıt oranı						z*	p
	Toplam İ sayısı	≥60		<60				
		İ sayısı	Ortalama± ss	İ sayısı	Ortalama± ss			
Doğuşta beklenen yaşam umudu (yıl)	75	21	68.47± 3.37	54	68.09 ± 2.71	-0.90	0.36	
Genel doğurganlık Hızı (%)	75	21	79.89 ± 28.90	54	128.51±90.1	-3.33	0.00	
Toplam doğurganlık hızı	72	21	2.35 ± 0.35	51	3.39 ± 1.41	-3.48	0.00	
Bebek ölüm hızı (%)	72	21	49.28 ± 9.79	51	64.21 ±21.21	-2.94	0.00	
Beş yaş altı ölüm hızı (%)	72	21	63.80 ± 13.34	51	84.37 ±29.08	-2.94	0.00	
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	75	21	10.98 ± 4.06	54	14.105 ±4.34	-2.62	0.00	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş Beş yaş altı çocukların oranı (%)	75	21	8.76 ± 3.64	54	12.64 ± 5.59	-2.72	0.00	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı(%)	75	21	21.28 ± 5.71	54	27.40 ± 7.76	-2.79	0.00	
Aşı devamsızlık hızı (%)	75	21	3.33 ± 4.81	54	6.07 ± 9.94	-1.54	0.1	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 42’de okul kayıt oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analiz (Mann Whitney U testi) sonuçları görülmektedir.

Nüfusun okul kayıt oranı ile doğuştan beklenen yaşam süresi ve aşı devamsızlık hızı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Nüfusun okula kayıt oranı arttıkça, genel doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki payı, az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı, sağlık hizmetlerinden memnun olmayan nüfus oranı ve aşı devamsızlık hızı azalmaktadır ($p < 0.05$).



Tablo 43. Kişi başına düşen milli gelir ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Kişi başına düşen milli gelir (USD)						z*	p
	Toplam İ sayısı	>1500		≤ 1500				
		İ sayısı	Ortalama± ss	İ sayısı	Ortalama± ss			
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	48	68.38 ± 3.12	27	67.87 ± 2.45	-1.126	0.2	
Genel doğurganlık hızı (‰)	76	49	87.46 ± 37.58	27	162.35±111	-4.25	0.00	
Toplam doğurganlık hızı	73	49	2.50 ± 0.55	24	4.23 ± 1.57	-5.02	0.00	
Bebek ölüm hızı (‰)	73	49	52.06 ± 14.68	24	74.66 ±20.71	-4.74	0.00	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	49	67.73 ± 20.16	24	98.54 ±28.51	-4.65	0.00	
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	76	49	11.46 ± 3.97	27	16.34 ± 3.44	-4.60	0.00	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	76	49	8.91 ± 3.67	27	16.14 ± 4.91	-5.04	0.00	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	76	49	22.53 ± 6.47	27	31.14 ± 6.70	-3.807	0.00	
Aşı devamsızlık hızı (%)	76	49	3.19 ± 6.40	27	8.82 ± 11.38	-3.24	0.00	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 43'te Kiři başına dūřen milli gelir ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (Mann Whitney U testi) sonuçları sunulmuştur.

Kiři bařına dūřen milli gelir ile doęuřta beklenen yařam sūresi arasında anlamlı bir iliřki bulunmamıřtır ($p>0.05$).

Kiři başına dūřen milli gelir arttıka, genel doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beř yař altı ölüm hızı, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı, orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beř yař altı çocukların oranı, sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı ve aşı devamsızlık hızı azalmaktadır ($p<0.05$).



Tablo 44. Satınalma Gücü Paritesi ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Satınalma Gücü Paritesi (SGP) (GSYİH) (USD)						z*	p
	Toplam İl sayısı	≥ 3000		< 3000				
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss			
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	50	68.41 ± 3.00	25	67.77 ± 2.67	-1.074	0.2	
Genel doğurganlık hızı (‰)	75	50	85.69 ± 33.96	25	173.31±11.54	-4.732	0.00	
Toplam doğurganlık hızı	72	50	2.49 ± 0.52	22	4.44 ± 1.49	-5.605	0.00	
Bebek ölüm hızı (‰)	72	50	51.82 ±12.51	22	78.13 ±21.25	-4.990	0.00	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	50	67.46 ± 17.12	22	103.18 ±29.49	-4.897	0.00	
40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	72	50	11.51 ± 4.05	25	16.67 ± 3.09	-4.884	0.00	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	75	50	9.16 ± 3.88	25	16.36 ± 4.79	-4.898	0.00	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	75	50	22.78 ± 6.64	25	31.52 ± 6.38	-3.761	0.00	
Aşı devamsızlık hızı (%)	75	50	3.42 ± 6.30	25	9.05 ± 11.81	-3.125	0.00	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 44'te Amerikan Doları alım gücü paritesine göre kişi başına düşen GSYİH ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (Mann Whitney U testi) sonuçları görülmektedir.

Amerikan Doları alım gücü paritesine göre kişi başına düşen GSYİH ile doğuştan beklenen yaşam süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Amerikan Doları alım gücü paritesine göre kişi başına düşen GSYİH arttıkça, genel doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı, orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı, sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı ve aşı devamsızlık hızı azalmaktadır ($p<0.05$).



Tablo 45. Gayrisafi yurtiçi hasıla illere düşen pay yüzdesi ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Gayrisafi yurtiçi hasıla illere düşen pay (%) (GSYİH)						
	Toplam İl sayısı	≥1.0		<1.0		z*	p
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss		
Doğuşta beklenen yaşam umudu (yıl)	75	22	68.80 ± 3.09	53	67.95 ± 2.80	-1.741	0.08
Genel doğurganlık hızı (%o)	80	22	86.92 ± 40.01	58	124.29 ± 87.7	-2.12	0.34
Toplam doğurganlık hızı	73	22	2.50 ± 66	51	3.33 ± 1.41	-2.75	0.00
Bebek ölüm hızı (%o)	73	22	50.04 ± 11.09	51	63.57 ± 21.48	-2.83	0.00
Beş yaş altı ölüm hızı (%o)	73	22	64.72 ± 14.87	51	83.52 ± 29.48	-2.88	0.00
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	80	22	8.45 ± 2.99	58	14.81 ± 3.57	-5.68	0.00
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	22	8.13 ± 2.96	58	12.55 ± 5.51	-3.34	0.00
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	80	22	22.18±5.30	58	26.94±8.042	-1.93	0.05
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	22	2.82 ± 8.20	58	5.75 ± 8.97	-1.47	0.14

*Mann Whitney U testi

Tablo 45'te Gayrisafi yurtiçi hasıla illere düşen pay ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (Mann Whitney U testi) sonuçları görülmektedir.

Gayrisafi yurtiçi hasıladan (GSYİH) illere düşen pay ile doğuştan beklenen yaşam süresi, genel doğurganlık hızı ve aşı devamsızlık hızı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gayrisafi yurtiçi hasıladan (GSYİH) illere düşen pay arttıkça, toplam doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı, orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı ve sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı azalmaktadır ($p<0.05$).



Tablo 46. Kişi başına düşen tarım üretim değeri ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Kişi başına düşen tarım üretim değeri (milyon TL)						z*	p
	Toplam İl sayısı	>100 milyon		≤100 milyon				
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss			
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	8	70.06 ± 1.01	67	67.98 ± 2.97	-1.95	0.05	
Genel doğurganlık hızı (‰)	79	8	71.6 ± 9.3	71	119.00 ± 82.6	-2.031	0.04	
Toplam doğurganlık hızı	73	8	2.29 ± 0.34	65	3.17 ± 1.33	-2.25	0.02	
Bebek ölüm hızı (‰)	73	8	44.88 ± 5.67	65	61.29 ± 20.28	-2.58	0.01	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	8	57.8 ± 7.40	65	80.3 ± 27.8	-2.58	0.00	
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	79	8	20.00 ± 3.70	71	26.26 ± 7.80	-3.39	0.00	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	79	8	7.25 ± 1.83	71	11.81 ± 5.41	-2.61	0.00	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	79	8	20.00 ± 3.70	71	26.26 ± 7.80	-1.84	0.06	
Aşı devamsızlık hızı (%)	79	8	2.68 ± 3.57	71	5.24 ± 9.25	-0.83	0.1	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 46'da kiři başına dūřen tarım üretim değeri ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (Mann Whitney U testi) sonuğları sunulmuştur.

Kiři bařına dūřen tarım üretim deęeri arttıķa, doęuřta beklenen yařam sūresi artmaktadır ($p<0.05$). Kiři bařına dūřen tarım üretim deęeri arttıķa, genel doęurganlık hızı ve toplam doęurganlık hızı dūřmektedir ($p<0.05$).

Kiři başına dūřen tarım üretim değeri arttıķa, bebek ölüm hızı ve beř yař altı ölüm hızı azalmaktadır ($p<0.05$). Kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı arttıķa kiři başına dūřen tarım üretim değeri azalmaktadır ($p<0.05$).

Kiři başına dūřen tarım üretim değeri arttıķa, orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beř yař altı çocukların oranı azalmaktadır ($p<0.05$).

Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı ve aşı devamsızlık hızı ile kiři başına dūřen tarım üretim değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 47. Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus (%)						t	p
	Toplam İ sayısı	>25		≤ 25				
		İ sayısı	Ortalama± ss	İ sayısı	Ortalama± ss			
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	38	67.78 ± 2.8	37	68.63 ± 3.00	1.277	0.2	
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	41	144.91±98.19	39	81.54 ±27.29	-3.90	0.00	
Toplam doğurganlık hızı	73	35	3.83 ± 1.50	38	2.38 ± 0.34	-5.82	0.00	
Bebek ölüm hızı (‰)	73	35	70.45 ± 21.9	38	49.39 ±10.52	-5.30	0.00	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	35	92.65±30.17	38	64.23 ±14.56	-5.19	0.00	
40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	80	41	14.9 ± 4.06	39	11.15 ± 4.03	-4.11	0.00	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	41	14.93 ± 4.94	39	7.57 ± 2.11	-8.6	0.00	
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	41	7.51 ± 10.29	39	2.25 ± 5.96	-2.78	0.00	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 47’de Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (t testi) sonuçları sunulmuştur.

Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus ile doğuştan beklenen yaşam süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı azaldıkça, genel doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı, orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı ve aşı devamsızlık hızı azalmaktadır ($p<0.05$).



Tablo 48. Hekim başına düşen nüfus ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Hekim başına düşen nüfus						z*	p
	Toplam İl sayısı	≥1000		<1000				
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss			
Doğuşta beklenen yaşam umudu (yıl)	75	61	67.92 ± 2.81	14	69.38 ± 3.04	-2.081	0.03	
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	66	123.54 ± 84.02	14	69.11 ± 8.60	-3.57	0.00	
Toplam doğurganlık hızı	73	59	3.28 ± 1.34	14	2.202 ± 0.31	-3.96	0.00	
Bebek ölüm hızı (‰)	73	59	62.72 ± 20.38	14	45.85 ± 9.34	-3.18	0.00	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	59	82.32±27.94	14	59.07±12.74	-3.22	0.00	
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	80	66	13.66 ± 4.35	14	10.207 ±3.76	-2.53	0.01	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	66	11.96 ± 5.44	14	8.35 ± 3.45	-2.43	0.01	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	80	66	26.37 ± 7.92	14	22.14±5.18	-1.70	0.09	
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	66	5.22 ± 9.53	14	3.66 ± 3.99	-0.77	0.44	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 48’de Hekim başına düşen nüfus ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (Mann Whitney U testi) sonuçları görülmektedir.

Hekim başına düşen nüfus oranı azaldıkça, doğuştan beklenen yaşam süresi artmaktadır ($p < 0.05$). Hekim başına düşen nüfus azaldıkça, toplam doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı düşmektedir ($p < 0.05$).

Hekim başına düşen nüfus arttıkça, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı ve orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı artmaktadır ($p < 0.05$).

Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı ve aşı devamsızlık hızı ile hekim başına düşen nüfus arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).



Tablo 49. Ebe başına düşen nüfus ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Ebe başına düşen nüfus						z*	p
	Toplam İl sayısı	≥1000		<1000				
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss			
Doğuşta beklenen yaşam umudu (yıl)	75	24	67.68 ± 2.46	51	68.44 ± 3.07	-1.653	0.09	
Genel doğurganlık hızı (%)	80	24	172.72 ± 106.85	56	88.86 ± 45.43	-4.63	0.00	
Toplam doğurganlık hızı	73	24	4.15 ± 1.57	49	2.54 ± 0.66	-4.70	0.00	
Bebek ölüm hızı (‰)	73	24	72.12 ± 20.40	49	53.30 ± 16.56	-3.91	0.00	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	24	95.00 ± 27.92	49	69.46 ± 22.86	-3.87	0.00	
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	80	24	14.78 ± 4.48	56	12.31 ± 4.24	-2.16	0.31	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	24	14.87 ± 5.50	56	9.82 ± 4.48	-3.47	0.00	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı(%)	80	24	30.25 ± 6.43	56	23.66 ± 7.33	-3.120	0.00	
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	24	6.91 ± 9.62	56	4.11 ± 8.40	-2.02	0.04	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 49’da ebe başına düşen nüfus ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (Mann Whitney U testi) sonuçları görülmektedir.

Ebe başına düşen nüfus ile doğuşta beklenen yaşam süresi ve kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ebe başına düşen nüfus azaldıkça, genel doğurganlık hızı ve toplam doğurganlık hızı düşmektedir ($p <0.05$).

Bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı arttıkça, ebe başına düşen nüfus artmaktadır ($p <0.05$). Ebe başına düşen nüfus azaldıkça, orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı ve aşı devamsızlık hızı azalmaktadır ($p <0.05$).

Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı arttıkça, ebe başına düşen nüfus oranı artmaktadır ($p <0.05$)



Tablo 50. Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın oranı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın oranı						z*	p
	Toplam İl sayısı	>300		≤ 300				
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss			
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	47	68.00 ± 3.15	28	68.63 ± 2.19	-0.604	0.5	
Toplam doğurganlık hızı	73	52	2.60 ± 0.72	21	4.23 ± 1.62	-4.479	0.00	
Bebek ölüm hızı (‰)	73	52	55.17± 17.7	21	70.19 ± 21.32	-3.139	0.00	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	52	72.07 ± 24.25	21	92.19± 29.54	-2.986	0.00	

*Mann Whitney U testi.

Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (Mann Whitney U testi) sonuçları görülmektedir (Tablo 50).

Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus oranı ile doğuşta beklenen yaşam süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus azaldıkça, toplam doğurganlık hızı düşmektedir ($p < 0.05$).

Bebek ölüm hızı arttıkça, ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus artmaktadır ($p < 0.05$).

Beş yaş altı ölüm hızı azaldıkça, ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus azalmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 50 a. Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın oranı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın oranı						t	p
	Toplam İl sayısı	>300		≤ 300				
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss			
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	55	88.48 ± 38.28	25	170.19 ± 111.8	0.177	0.8	
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (‰)	80	55	11.87 ± 3.95	25	15.66 ± 4.41	-0.238	0.000	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (‰)	80	55	9.78 ± 4.54	25	14.76 ± 5.35	-0.793	0.4	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (‰)	80	55	24.05 ± 7.49	25	29.12 ± 6.97	-1.641	0.1	
Aşı devamsızlık hızı (‰)	80	55	3.74 ± 7.19	25	7.60 ± 11.35	-0.110	0.9	

Tablo 50.a'da Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (t testi) sonuçları görülmektedir

Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın oranı ile genel doğurganlık hızı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın oranı arttıkça, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı artmaktadır ($p <0.05$).

Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın oranı ile orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı, sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı ve aşı devamsızlık hızı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).



Tablo 51. Ebe başına düşen bebek (sıfır yaş) nüfus oranı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Ebe başına düşen bebek (sıfır yaş) sayısı						
	Toplam İ sayısı	≥ 28.0		< 28.0		z*	p
		İ sayısı	Ortalama ± ss	İ sayısı	Ortalama± ss		
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	46	67.55±2,879	29	69.23 ± 2.66	-2,977	0.003
Toplam doğurganlık hızı	73	45	3.324±1.464	28	2,344± 0.415	-4,629	0.000
Bebek ölüm hızı (‰)	73	45	65.78±19.50	28	49.392 ±16.20	-3,990	0.000
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	45	86.40±26.67	28	64.14 ± 22.49	-3,960	0.000
40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	80	49	13.56±4.63	31	12.26 ±4.053	-1,274	0.236
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	49	12.48±5.55	31	9.51±4.40	-2,655	0.015
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı (%)	80	49	26.67±7.63	31	24.00±7.53	-1,533	0.167

*Mann Whitney U testi.

Tablo 51’de Ebe başına düşen bebek sayısı (sıfır yaş) ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (Mann Whitney U testi) sonuçları görülmektedir.

Ebe başına düşen bebek sayısı azaldıkça, doğuştan beklenen yaşam süresi artmaktadır ($p < 0.05$).Ebe başına düşen bebek nüfus azaldıkça, toplam doğurganlık hızı düşmektedir ($p < 0.05$).

Bebek ölüm hızı arttıkça, ebe başına düşen bebek nüfus artmaktadır ($p < 0.05$).Beş yaş altı ölüm hızı azaldıkça, ebe başına düşen bebek nüfus azalmaktadır ($p < 0.05$).

Ebe başına düşen bebek nüfus ile kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$). Ebe başına düşen bebek nüfus azaldıkça, orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı azalmaktadır ($p < 0.05$). Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı ile ebe başına düşen bebek nüfus arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 51.a Ebe başına düşen bebek nüfus oranı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Ebe başına düşen bebek (sıfır yaş) sayısı						t	p
	Toplam İ Sayısı	≥ 28.0		< 28.0				
		İ sayısı	Ortalama ± ss	İ sayısı	Ortalama± ss			
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	49	137.95 ±91.88	31	76.20 ±23.55	-3.59	0.000	
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	49	4.80±9.03	31	5.18±8.61	0.189	0.849	

Tablo 51.a' da ebe başına düşen bebek sayısı (sıfır yaş) ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (t testi) sonuçları sunulmuştur.

Ebe başına düşen bebek nüfus azaldıkça, genel doğurganlık hızı düşmektedir ($p < 0.05$). Ebe başına düşen bebek nüfus ile aşı devamsızlık hızı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 52. Sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı						z*	p
	Toplam İl sayısı	≥10000		< 9999				
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss			
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	27	67.91 ± 2.74	48	68.33 ± 2.99	-0.71	0.4	
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	29	165.06 ± 109.86	51	84.99 ± 27.50	-3.69	0.00	
Toplam doğurganlık hızı	73	27	3.95 ± 1.69	46	2.56 ± 0.52	-3.103	0.00	
Bebek ölüm hızı (‰)	73	27	68.18 ± 2 1.56	46	54.39 ± 17.07	-2.82	0.00	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	27	89.37 ± 29.67	46	71.108 ± 23.5	-2.67	0.00	
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	80	29	13.41 ± 4.64	51	12.85 ± 4.35	-0.63	0.03	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	29	13.96 ± 5.42	51	9.84 ± 4.67	-3.60	0.00	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	80	29	28.24 ± 6.44	51	24.15 ± 7.96	-2.12	0.03	
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	29	6.75 ± 7.77	51	3.92 ± 9.27	-1.34	0.18	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 52'de sađlık ocađı bařına dűřen nűfus oranı ile arařtırmanın bađımlı deđiřkenleri arasında yapılan istatistiksel analiz (Mann Whitney U testi) sonuđları sunulmuřtur. Analiz sonuđlarına gűre;

Sađlık ocađı bařına dűřen nűfus oranı ile dođuřta beklenen yařam sűresi ve ařı devamsızlık hızı arasında anlamlı bir iliřki bulunmamıřtır ($p>0.05$).

Sađlık ocađı bařına dűřen nűfus azaldıkça, toplam dođurganlık hızı, genel dođurganlık hızı, bebek ۆlűm hızı, beř yař altı ۆlűm hızı, kırk yařından ۆnce ۆleceklerin nűfus içindeki oranı, orta ve řiddetli dűzeyde az beslenmiř beř yař altı çocukların oranı ve sađlık hizmetlerine eriřimden memnun olmayanların oranı azalmaktadır ($p<0.05$).



Tablo 53. Onbin kişi başına düşen yatak sayısı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Onbin kişi başına düşen yatak sayısı (%)						
	Toplam İl sayısı	>15.0		≤ 15.0		z*	p
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss		
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	52	68.00 ± 3.15	23	68.63 ± 2.19	-0.604	0.5
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	55	88.48 ± 38.28	25	170.19 ± 111.8	-4.479	0.00
Toplam doğurganlık hızı	73	52	2.60 ± 0.72	21	4.23 ± 1.62	-4.479	0.00
Bebek ölüm hızı (‰)	73	52	55.17± 17.7	21	70.19 ± 21.32	-3.139	0.00
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	52	72.07 ± 24.25	21	92.19± 29.54	-2.986	0.00
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	80	55	11.87 ± 3.95	25	15.66 ± 4.41	-3.442	0.00
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	55	9.78 ± 4.54	25	14.76 ± 5.35	-3.783	0.00
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	80	55	24.05 ± 7.49	25	29.12 ± 6.97	-2.332	0.02
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	55	3.74 ± 7.19	25	7.60 ± 11.35	-2.081	0.03

*Mann Whitney U testi.

Tablo 53'te onbin kiři başına dūřen yatak sayısı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analiz (Mann Whitney U testi) sonuğları izlenmektedir.

Dođuřta beklenen yařam sūresi ile onbin kiři bařına dūřen yatak sayısı arasında anlamlı bir iliřki bulunmamıřtır ($p>0.05$).

Onbin kiři başına dūřen yatak sayısı arttıkça, genel doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı, bebek ōlüm hızı, beř yař altı ōlüm hızı, kırk yaşından ōnce ōleceklerin nūfus içindeki oranı dūřmektedir ($p<0.05$).

Onbin kiři başına dūřen yatak sayısı azaldıkça, orta ve şiddetli dūzeyde az beslenmiş beř yař altı çocukların oranı ve sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı artmaktadır ($p<0.05$).

Onbin kiři başına dūřen yatak sayısı ile aşı devamsızlık hızı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 54. Aşı devamsızlık hızı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Aşı devamsızlık hızı (%)						
	Top lam İl sayısı	≤ 5.0		>5.0		t	p
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss		
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	37	67.98 ± 3.22	38	68.41 ± 2.57	-0.63	0.53
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	41	104.19 ± 7 2.20	39	124.36±85.4	-1.14	0.24
Toplam doğurganlık hızı	73	38	2.67 ± 0.93	35	3.52 ± 1.47	-3.012	0.00
Bebek ölüm hızı (‰)	73	38	52.74±16.10	35	66.83 ±21.18	-3.22	0.00
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	38	68.66 ± 21.93	35	87.86 ±29.20	-3.19	0.00
40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	80	41	11.70 ± 4.27	39	14.48 ± 4.20	-2.92	0.00
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	41	9.41 ± 4.23	39	13.35 ± 5.62	-3.55	0.00
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	80	41	22.82 ± 6.63	39	28.59 ± 7.63	-3.61	0.00

Tablo 54'te Aşı devamsızlık hızı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (t testi) sonuçları görülmektedir.

Aşı devamsızlık hızı ile doğuştan beklenen yaşam süresi ve genel doğurganlık hızı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Toplam doğurganlık hızı arttıkça, aşı devamsızlık hızı artmaktadır ($p<0.05$).

Aşı devamsızlık hızı arttıkça, bebek ölüm hızı artmaktadır ($p<0.05$).

Aşı devamsızlık hızı azaldıkça, beş yaş altı ölüm hızı azalmaktadır ($p<0.05$).

Kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı arttıkça aşı devamsızlık hızı artmaktadır ($p<0.05$). Aşı devamsızlık hızı arttıkça, orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı artmaktadır ($p<0.05$).

Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı arttıkça, aşı devamsızlık hızı artmaktadır ($p<0.05$).



Tablo 55. Kızamık aşılama oranı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Kızamık aşılama oranı (%)						z*	p
	Toplam İl sayısı	< 50		≥ 50				
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss			
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	6	67.68 ± 1.91	69	68.24 ± 2.97	-0.928	0.3	
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	6	301.69 ± 82.5	74	98.80 ± 56.34	-3.927	0.00	
Toplam doğurganlık hızı	73	6	5.88 ± 0.92	67	2.82 ± 0.98	-3.776	0.00	
Bebek ölüm hızı (‰)	73	6	83.83 ± 15.34	67	57.31 ± 18.83	-3.165	0.00	
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	6	110.3 ± 21.43	67	74.95 ± 25.9	-3.114	0.00	
40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	80	6	17.33 ± 4.86	74	12.71 ± 4.25	-2.083	0.03	
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	6	19.0 ± .00	74	10.71 ± 5.03	-3.170	0.00	
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	80	6	33.00 ± 1.54	74	28.59 ± 7.65	-1.892	0.05	

*Mann Whitney U testi.

Tablo 55'te kızamık aşılama oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (Mann Whitney U testi) sonuçları izlenmektedir. Kızamık oranı ile doğuştan beklenen yaşam süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Genel doğurganlık hızı azaldıkça, kızamık aşılama oranı artmaktadır ($p<0.05$).

Toplam doğurganlık hızı arttıkça, kızamık aşılama oranı azalmaktadır ($p<0.05$).

Kızamık aşılama oranı arttıkça, bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı azalmaktadır ($p<0.05$). Kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı ve sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı arttıkça kızamık aşılama oranı azalmaktadır ($p<0.05$).

Kızamık aşılama oranı azaldıkça, orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı artmaktadır ($p<0.05$).



Tablo 56. Sağlıklı suyu olmayan nüfus ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Sağlıklı suyu olmayan nüfus (%)						
	Toplam İ sayısı	>30		≤ 30		t	p
		İ sayısı	Ortalama± ss	İ sayısı	Ortalama± ss		
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	35	68.06 ± 2.78	40	68.32 ± 3.03	0.38	0.76
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	36	145.73±105.31	44	88.07 ±30.62	-3.18	0.00
Toplam doğurganlık hızı	72	32	3.92 ± 1.52	41	2.41 ± 0.43	-6.02	0.00
Bebek ölüm hızı (‰)	72	32	72.2 ± 21.41	41	49.5±11.15	-5.85	0.00
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	72	32	95.09 ± 29.58	41	64.41±15.40	-5.73	0.00
40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	80	36	15.69 ± 3.49	44	10.90 ± 3.97	-5.7	0.00
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	36	15.63 ± 5.13	44	7.81 ± 1.48	-9.63	0.00
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	80	36	31.61± 6.68	44	20.8 ± 4.14	-8.50	0.00
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	36	8.40 ± 10.0	44	2.13 ± 6.58	-3.37	0.00

Tablo 56'da sağlıklı suyu olmayan nüfus ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (t testi) sonuçları görülmektedir.

Sağlıklı suyu olmayan nüfus ile doğuşta beklenen yaşam süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sağlıklı suyu olmayan nüfus azaldıkça, genel doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı, az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı ve aşı devamsızlık hızı azalmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 57. Kış dönemi kükürt dioksit (SO 2) ortalama değerleri ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Kükürt dioksit (SO 2) μ^3/mg						
	Toplam İl sayısı	≥ 75		< 75		t	p
		İl sayısı	Ortalama \pm ss	İl sayısı	Ortalama \pm ss		
Doğuşta beklenen yaşam umudu (yıl)	63	33	67.69 \pm 3.02	30	68.6 \pm 3.00	1.174	0.24
Genel doğurganlık hızı (%o)	64	34	108.90 \pm 79.29	30	106.4 \pm 77.4	-0.125	0.94
Toplam doğurganlık hızı	64	34	2.81 \pm 0.99	30	2.90 \pm 1.13	0.37	0.75
Bebek ölüm hızı (%o)	64	34	57.02 \pm 17.38	30	56.73 \pm 19.85	-0.064	0.98
Beş yaş altı ölüm hızı (%o)	64	34	74.50 \pm 23.78	30	74.13 \pm 27.23	-0.058	0.96
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	64	34	11.40 \pm 4.07	30	13.69 \pm 4.20	2.2	0.03
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	64	34	10.29 \pm 5.04	30	10.93 \pm 5.05	0.50	0.61
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	64	34	24.32 \pm 7.26	30	24.80 \pm 7.90	0.25	0.84
Aşı devam sızlık hızı (%)	64	34	2.41 \pm 8.50	30	5.70 \pm 5.35	1.86	0.06

Tablo 57’de kış dönemi kükürt dioksit (SO 2) ortalama değerleri ile bağımlı değişkenler arasında yapılan istatistiksel analizlerin (t testi) sonuçları incelendiğinde;

Hava kirliliği; kükürt dioksit (SO 2) kış dönemi ortalama değerleri azaldıkça, kırk yaşımdan önce öleceklerin nüfus içindeki oranı azalmaktadır ($p<0.05$).

Diğer bağımlı değişkenlerle kükürt dioksit değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 58. Kış dönemi Duman (asılı partikül) ortalama değerleri ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Duman (asılı partikül) μ^3/mg						
	Toplam İl sayısı	≥ 58		< 58		t	p
		İl sayısı	Ortalama \pm ss	İl sayısı	Ortalama \pm ss		
Doğuşta beklenen yaşam umudu(yıl)	63	32	67.84 \pm 3.28	31	68.41 \pm 2.76	0.75	0.41
Genel doğurganlık hızı (%)	64	32	24.96 \pm 20.24	32	21.33 \pm 7.17	-0.96	0.32
Toplam doğurganlık hızı	64	32	112.81 \pm 80.74	32	102.69 \pm 75.8	-0.52	0.67
Bebek ölüm hızı (%)	64	32	2.87 \pm 0.95	32	2.84 \pm 1.16	-0.14	0.80
Beş yaş altı ölüm hızı (%)	64	32	59.38 \pm 17.37	32	54.40 \pm 19.4	-1.08	0.24
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	64	32	77.66 \pm 23.84	32	71.0 \pm 26.54	-1.05	0.23
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	64	32	12.28 \pm 3.94	32	12.66 \pm 4.62	0.35	0.76
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	64	32	11.03 \pm 5.18	32	10.16 \pm 4.90	-0.69	0.43
Aşı devamsızlık hızı (%)	64	32	3.93 \pm 6.41	32	3.98 \pm 8.25	0.019	0.98

Tablo 58’de kış dönemi duman (asılı partikül) ortalama değerleri ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (t testi) sonuçları görülmektedir.

Kış dönemi duman (asılı partikül) ortalama değerleri ile bağımlı değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 59. Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki

Bağımlı değişkenler	Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı						
	Toplam İl sayısı	>10 (%)		≤ 10 (%)		z*	p
		İl sayısı	Ortalama± ss	İl sayısı	Ortalama± ss		
Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	75	25	67.80 ± 2.64	50	68.40 ± 3.02	-1.057	0.2
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	25	180.17 ±109.91	55	83.95 ±28.94	-5.26	0.00
Toplam doğurganlık hızı	73	23	4.44 ± 1.49	50	2.45 ± 0.42	-5.62	0.00
Bebek ölüm hızı (‰)	73	23	79.17 ± 20.31	50	50.44 ±11.41	-5.631	0.00
Beş yaş altı ölüm hızı(‰)	73	23	104.61 ±28.127	50	65.56 ±15.71	-5.54	0.00
40 yaşın dan önce öleceklerin nüfus içinde ki oranı (%)	80	25	16.88 ±3 .40	55	11.32 ± 3.72	-5.170	0.00
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı (%)	80	25	9.14 ± 11.78	55	3.04 ± 6.34	-3.597	0.00
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	25	9.14 ± 11.78	55	3.04 ± 6.34	-3.597	0.00

*Mann Whitney U testi.

Tablo 59’da orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analiz (Mann Whitney U testi) sonuçları sunulmuştur.

Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı ile doğuştan beklenen yaşam süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı arttıkça, genel doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı, sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı ve aşı devamsızlık hızı artmaktadır ($p < 0.05$).

Tablo 60. İnsani Gelişme İndeksi (HDI) ile bağımlı değişkenler arasındaki ilişki**

Bağımlı değişkenler	İnsani Gelişme İndeksi						
	Toplam İ sayısı	≥ 0.65		< 0.65		z*	p
		İ sayısı	Ortalama± ss	İ sayısı	Ortalama± ss		
Genel doğurganlık hızı (‰)	80	41	82.46± 27.35	27	172.0 ±10.93	-5.137	0.00
Toplam doğurganlık hızı	73	47	2.42 ± 0.40	24	4.40 ± 1.65	-5.999	0.00
Bebek ölüm hızı (‰)	73	47	49.97 ± 10.90	24	78.83±19.74	-5.886	0.00
Beş yaş altı ölüm hızı (‰)	73	47	64.85±14.90	24	104.29±27.1	-5.855	0.00
40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı (%)	80	47	111.70± 4.35	27	15.84 ± 3.44	-3.813	0.00
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı (%)	80	47	14.93 ± 4.94	27	7.57 ± 2.11	-4.941	0.00
Aşı devamsızlık hızı (%)	80	47	3.49 ± 6.49	27	8.61± 11.46	-2.673	0.00
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı (%)	80	47	22.38±6.40	27	31.74±6.10	-3.573	0.00

*Mann Whitney U testi.

**Bağımlı değişkenlerden doğuştan beklenen yaşam süresi HDI bileşenlerinden birisi olduğu için analize alınmamıştır.

Tablo 60'ta İnsani Gelişme İndeksi (HDI) ile araştırmanın bağımlı değişkenleri arasında yapılan istatistiksel analizlerin (Mann Whitney U testi) sonuçları izlenmektedir.

İnsani gelişme indeks değeri arttıkça, genel doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı, orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı ve aşı devamsızlık hızı artmaktadır ($p < 0.05$).



3.3 ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZLER

3.3.1 Çoklu Regresyon Modelleri İçin Değişken Seçimi: Korelasyon Matrisleri ve Faktör Analizleri

Toplanan verilerden tutarlı olduğu kabul edilenler ile yapılan tek değişkenli analizler sonunda çok sayıda bağımsız değişken ile bağımlı değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Fakat değişkenlerden önemli bir kısmının karıştırıcı değişken olduğu düşünülebilir. Gerçek etkileyici değişkenleri bulmak için çoklu analizlere gerek vardır. Bu durumda çoklu modellere alınacak değişken seçimi önem kazanmış, aynı kategorideki değişkenlerin (eğitim, gelir vb.) hangisinin modellere alınacağına karar vermek ve birlikte doğrusal değişim gösteren (multicollinearity) değişkenleri belirleyip bunların aynı modele birlikte alınmasının önüne geçmek için bağımsız değişkenler arasında korelasyon matrisleri ve faktör analizleri yapılmıştır. İl sayısı 80 olduğundan ve hatta bazı veriler için bundan bile az sayıda ile ait veri bulunduğundan çoklu modellere 6-7 değişkenden fazlasını almamak gerektiğinden, korelasyon ve faktör analizlerinde her bir veri kategorisini temsil eden en az bir değişken alınmasına özen gösterilerek en fazla 6-7 değişken seçimi yapılmaya çalışılmıştır.

Tablo 61. FAKTÖR ANALİZİ *: Principal Component analysis, Varimax Çevrimi
(Temel Bileşenler Analizi)

	1	2	3	4	5	6	7
Toplam Doğurganlık Hızı	0.90						
Orta ve az şiddette az beslenmiş çocukların oranı	0.65						
*Onbin kişi başına düşen yatak sayısı	-0.49						
Hekim başına düşen nüfus oranı	-0.49						
Kızamık aşılama oranı	-0.82						
Okur-yazar oranı	-0.86						
6 yaş ve üstü okur-yazar olmayan kadın oranı	0.87						
Okul kayıt oranı	-0.48						
tt1	-0.77						
İl nüfusu		0.94					
Nüfus yoğunluğu		0.94					
Sağlık ocağı başına düşen nüfus		0.94					
Kişi başına düşen milli gelir (GSMH)		0.92					
Kişi başına düşen tarım üretim değeri		-0.56					
Bölge			-0.65				
Net göç			0.81				
Nüfus artış hızı			0.68				
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı			-0.53				
Sağlık ocağı sayısı			0.54				
Kişi başına düşen milli gelir			0.66				
Toplam tarımsal üretim değeri			0.68				
Sağlıklı suyu olmayan nüfus oranı			-0.70				
Ebe başına düşen nüfus oranı				0.81			
Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın oranı				0.93			
Ebe ve hemşire başına düşen 15-49 yaş kadın oranı				0.96			
Kükürt dioksit (SO ₂)					0.85		
Duman (aslı partikül)					0.83		
Aşı devamsızlık hızı						0.67	
Onbinkişi başına düşen yatak sayısı						0.48	
Amerikan doları Satılma gücü paritesi (SGP)ne göre kişi başına gelir							0.84

*Tek değişkenli analizlerde bağımlı değişkenlerle anlamlı ilişkisi olan bağımsız değişkenleri içeren faktör çözümlemesi.

I. KORELASYON

Tablo 62. DEMOGRAFİ İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLERİN KORELASYON

MATRİKSİ (Sunulan veriler korelasyon katsayısı: r değerleridir).

	İl Nüfusu	Nüfus yoğunluğu	Bölge	Göç	Nüfus artış hızı	Toplam doğurganlık hızı
İl Nüfusu	-					
Nüfus yoğunluğu	0.91	-				
Bölge	-0.23*	-0.27*	-			
Net göç	-0.49	0.39	-0.64*	-		
Nüfus artış hızı	0.37	0.28	-0.25*	0.66*	-	
Toplam doğurganlık hızı	-0.18	-0.14	0.69*	-0.34	-0.23	-

*Spearman Rho. Diğer değerler Pearson korelasyon katsayısıdır.

Tablo 63.EĞİTİM İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLERİN KORELASYON MATRİKSİ

	Okur-yazar oranı	6 yaş ve üstü okur-yazar olmayan kadın oranı	15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı	Okul kayıt oranı
Okur-yazar oranı	-			
6 yaş ve üstü okur-yazar olmayan kadın oranı	-0.89	-		
15-49 yaş okur-yazar olmayan kadın oranı	-0.88	-0.98	-	
Okul kayıt oranı	0.58	-0.53	-0.53	-

Tablo 64. GELİR İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLERİN KORELASYON MATRİKSİ

	Satın alma gücü paritesi (SGP)	Kişi başına düşen milli gelir (GSMH)	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH)	Toplam tarımsal üretim değeri	Kişi başına tarımsal üretim değeri
Satınalma gücü paritesi (SGP)	-				
Kişi başına düşen milli gelir (GSMH)	0.27	-			
Gayri Safi Yurtiçi Hasıla	0.10	0.50	-		
Toplam tarımsal üretim değeri	0.13	0.40	0.33		
Kişi başına tarımsal üretim değeri	0.18	0.39	-0.20	0.19	-

Tablo 65. SAĞLIK HİZMET KULLANIMI VE OLANAKLARI İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLERİN KORELASYON

MATRİKSİ

	Sağlık hizmet lerine erişim den memnun olmayanların oranı	Ebe başına düşen nüfus	Ebe ve hemşire başına düşen 15-49 yaş kadın nüfusu	Onbin kişi başına düşen yatak sayısı	Hekim Başına Düşen Nüfus	Sağlık ocacı sayısı	Sağlık ocacı başına düşen nüfus	Aşı devam sızlık hızı	Kızamık oranı
Sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayanların oranı	-								
Ebe başına düşen nüfus	0.22	-							
Ebe ve hemşire başına düşen 15-49 yaş kadın nüfusu	0.02	0.72	-						
Onbin kişi başına düşen yatak sayısı	-0.13	0.33	-0.18	-					
Hekim başına düşen nüfus	0.38	0.44	0.12	-0.64	-				
Sağlık ocağı sayısı	-0.37	0.17	0.32	0.32	-0.43	-			
Sağlık ocağı başına düşen nüfus	0.09	0.34	0.20	0.07	0.08	0.35	-		
Aşı devamsızlık hızı	0.33	0.14	0.05	-0.04	0.15	-0.06	0.16	-	
Kızamık oranı	-0.35	-0.37	-0.08	0.32	-0.67	0.14	-0.22	-0.15	-

Tablo 66. SON FAKTÖR MATRİKSİ

	1	2	3	4
Toplam Doğurganlık Hızı	0.81			
Orta ve az şiddetli düzeyde az beslenmiş çocukların oranı	0.83			
Aşı devamsızlık hızı	0.53			
Kızamık aşılama oranı	-0.56			
6 yaş ve üstü okur-yazar olmayan kadın oranı	0.80			
Kişi başına düşen milli gelir (GSMH)	-0.64			
Sağlıklı suyu olmayan nüfus oranı	0.75			
Nüfus yoğunluğu		0.85		
Onbin kişi başına düşen yatak sayısı		0.71		
Sağlık ocağı başına düşen nüfus		0.93		
Kişi başına düşen tarım üretim değeri		-0.67		
Satın alma gücü paritesi (SGP)			0.82	
Net göç hızı				0.59
Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfusu				0.72

Tablo 66’da izlendiği gibi tüm kategorilerden toplam doğurganlık hızı, orta ve az şiddetli düzeyde az beslenmiş çocukların oranı, aşı devamsızlık hızı, kızamık aşılama oranı, 6 yaş ve üstü okur-yazar olmayan kadın oranı, kişi başına düşen milli gelir, sağlıklı suyu olmayan nüfus oranı, nüfus yoğunluğu, onbinkişisi başına düşen yatak sayısı, sağlık ocağı başına düşen nüfus, kişi başına düşen tarım üretim değeri, satın alma gücü paritesi, net göç hızı, ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfusu adlı 14 değişken multiple regresyon modellerinde kullanılabilecek değişkenler olarak belirlenmiştir. Her bir bağımlı değişken için modele alınacak değişkenler bu faktör çözümlemesi ve tablo 67’deki korelasyon matrisinden yararlanılarak belirlenmiştir. Aynı kategoride olup da aralarında yüksek korelasyon olanlardan diğer kategorilerdeki değişkenlerle en küçük korelasyon katsayısı veren değişken çoklu modellere alınmıştır.

Tablo 67. SON FAKTÖR ANALİZİNDEKİ DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ KORELASYON MATRİKSİ:

	Nüfus yoğunluğu	Net göç hızı	Toplam doğurganlık hızı	Orta ve şiddetli düzeyde beslenmiş çocukların oranı	Sağlık hizmetlerinden memnun olmayanların oranı	Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfusu	Onbin kişi başına düşen yatak sayısı	Sağlık ocağı başına düşen nüfus	Aşı devam sızlık hızı	Kızda mik aşılama oranı	6 yaş ve üstü kadınlar da okuyamaz olmayan oranı	Satın alma gücü paritesi (SGP)	Kişi başına düşen milli gelir	Kişi başına düşen tarım üretimi değeri	Sağlık hizmetleri olmayan nüfus oranı
Nüfus yoğunluğu	1.0	0.39	-0.13	-0.19	-0.08	0.16	0.19	0.81	0.07	0.08	-0.09	0.03	0.27	-0.32	-0.09
Net göç hızı		1.0	-0.34	-0.55	-0.45	0.25	0.09	0.38	-0.17	0.09	-0.31	0.16	0.73	0.17	-0.58
Toplam doğurganlık hızı			1.0	0.73	0.57	0.16	-0.53	0.20	0.38	-0.75	0.94	-0.27	-0.56	-0.36	0.48
Orta ve şiddetli düzeyde az beslenmiş çocukların oranı				1.0	0.72	0.023	-0.31	0.098	0.35	-0.51	0.71	-0.31	-0.62	-0.28	0.59
Sağlık hizmetleri ne erişimden memnun olmayanların oranı					1.0	0.015	-0.13	0.09	0.33	-0.35	0.48	-0.050	-0.53	-0.28	0.62
Ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfusu						1.0	-0.18	0.20	0.045	-0.081	0.14	-0.08	0.19	0.049	0.023
Onbin kişi başına düşen yatak sayısı							1.0	0.072	-	0.32	-0.42	0.38	0.29	-0.063	-
									0.038						0.063

3.3.2 ÇOKLU LİNEER REGRESYON MODELLERİ

Tablo 68. Genel doğurganlık hızı ile modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R^2)
Sabit	-20.39	14.39		0.000	0.62
Aşı devamsızlık hızı	-1.56	0.90	-0.15	0.085	
6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı	6.57	0.66	0.842	0.000	

Tablo 68'de genel doğurganlık hızı ve bağımsız değişkenler arasında modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model izlenmektedir.

Modele alınan değişkenler: Satınalma gücü paritesi, 6 yaş ve üzerindeki kadınlarda okur-yazar olmayan oranı, sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus, aşı devamsızlık hızı, ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus değişkenleri modele alınmıştır.

6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı arttıkça, genel doğurganlık hızı artmaktadır ($p < 0.05$).

Genel doğurganlık hızını belirleyen en önemli değişken kadın okur-yazarlığıdır.

Tablo 69. Toplam doğurganlık hızı ile modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R^2)
Sabit	0.73	0.13	-	0.000	0.86
6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı	0.11	0.005	0.93	0.000	

6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı azaldıkça, toplam doğurganlık hızı azalmaktadır ($p < 0.05$)

Modele alınan değişkenler: Satın alma gücü paritesi, 6 yaş ve üzerindeki kadınlarda okur-yazar olmayan oranı, sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus, aşı devamsızlık hızı, ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus değişkenleri modele alınmıştır.

Tablo 70. Bebek ölüm hızı ile modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R^2)
Sabit	25.7	4.69	-	0.000	0.53
6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı	1.21	0.18	0.63	0.000	
Sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus oranı	0.25	0.14	0.17	0.079	

Tablo 70'de görüldüğü gibi , 6 yaş ve üzerindeki kadınlarda okur-yazar olmayan oranı arttıkça, bebek ölüm hızı artmaktadır ($p < 0.05$)

Modele alınan değişkenler: Satınalma gücü paritesi, 6 yaş ve üzerindeki kadınlarda okur-yazar olmayan oranı, sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus, aşı devamsızlık hızı, ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus değişkenleri modele alınmıştır.

Tablo 71. Beş yaş altı ölüm hızı ile modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R²)
Sabit	32.17	6.52	-	0.000	0.52
6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı	1.64	0.26	0.63	0.000	
Sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus oranı	0.34	0.20	0.17	0.091	

Tablo 71’de izlendiği gibi 6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı azaldıkça, beş yaş altı ölüm hızı düşmektedir ($p < 0.05$)

Modele alınan değişkenler: Satınalma gücü paritesi, 6 yaş ve üzerindeki kadınlarda okur-yazar olmayan oranı, sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus, aşı devamsızlık hızı, ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfus değişkenleri modele alınmıştır.

Tablo 72. Kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı ile modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R^2)
Sabit	9.31	0.85	-	0.000	0.52
6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı	0.096	0.038	0.24	0.014	
Net göç hızı	-0.04	0.007	-0.60	0.000	

Tablo 72’de görüldüğü gibi 6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı arttıkça, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı artmaktadır ($p < 0.05$)

Net göç hızı azaldıkça, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı azalmaktadır ($p < 0.05$)

Modele alınan değişkenler: Nüfus yoğunluğu, net göç hızı, satınalma gücü paritesi, 6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı, onbin kişi başına düşen yatak oranı, aşı devamsızlık hızı.

Tablo 73. Orta ve az şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı ile modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R^2)
Sabit	2.23	1.24	-	0.078	0.63
6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı	0.26	0.05	0.51	0.000	
Satınalma gücü paritesi (SGP)	-0.0002	0.000	-0.17	0.036	
Sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus oranı	0.14	0.034	0.36	0.000	

Tablo 73'te izlendiği gibi 6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı arttıkça, orta ve az şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı artmaktadır ($p < 0.05$).

Satınalma gücü paritesi (SGP) azaldıkça, orta ve az şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı artmaktadır ($p < 0.05$).

Sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus oranı arttıkça, orta ve az şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranı artmaktadır ($p < 0.05$).

Kadın eğitimi, gelir düzeyi ve altyapı olanakları ile çocuk beslenme düzeyini birbirlerinden bağımsız olarak belirlemektedirler.

Modele alınan değişkenler: Nüfus yoğunluğu, net göç hızı, satınalma gücü paritesi, 6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı, onbin kişi başına düşen yatak oranı, aşı devamsızlık hızı.

Tablo 74. Aşı devamsızlık hızı ile modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model

	B	SE	Standardize B	p	Modelin determinasyon katsayısı (R²)
Sabit	-0.65	1.86	-	0.73	0.13
6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı	0.24	0.074	0.365	0.000	

Tablo 74'te izlendiği gibi 6 yaş ve üzerinde kadınlarda okur-yazar olmayan oranı arttıkça, aşı devamsızlık hızı artmaktadır ($p < 0.05$).

Modele alınan değişkenler: Net göç hızı, satınalma gücü paritesi, 6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı, ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfusu, sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı.

Tablo 75. Kızamık aşılama oranı ile modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R^2)
Sabit	112.6	3.82	-	0.000	0.53
6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı	-1.36	0.15	-0.72	0.000	

Tablo 75'te izlendiği gibi, 6 yaş ve üzerinde kadınlarda okur-yazar olmayan oranı azaldıkça, kızamık aşılama oranı artmaktadır ($p < 0.05$).

Modele alınan değişkenler: Net göç hızı, satınalma gücü paritesi, 6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı, ebe başına düşen 15-49 yaş kadın nüfusu, sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı.

Tablo 76. Sağlık Hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı ile modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R^2)
Sabit	12.76	2.00	-	0.000	0.41
6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı	0.23	0.08	0.31	0.006	
Sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus oranı	0.24	0.06	0.43	0.000	

Tablo 76'da izlendiği gibi 6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı arttıkça, sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı artmaktadır ($p < 0.05$).

Sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus oranı arttıkça, sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı artmaktadır ($p < 0.05$).

Modele alınan değişkenler: Nüfus yoğunluğu, net göç hızı, satınalma gücü paritesi, 6 yaş ve üzeri okur-yazar olmayan kadın oranı, onbin kişi başına düşen yatak oranı, aşı devamsızlık hızı.

Tablo 77. İnsani Gelişme İndeksi (HDI) ile modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model *

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R^2)
Sabit	0.89	0.016	-	0.000	0.83
Net göç hızı	0.00093	0.00001	0.484	0.000	
Ebe başına düşen bebek nüfusu	-0.0002	0.0001	-0.16	0.059	
Toplam doğurganlık hızı	0.14	0.008	-0.52	0.000	

***HDI, doğumda beklenen yaşam süresi, eğitim ve gelir bileşenlerini içerdiğinden modellere eğitim, gelir ve mortalite ile ilgili değişkenler alınmamıştır.**

Tablo 77'de İnsani Gelişme İndeksi (HDI) ile modele alınan bazı bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model sunulmuştur.

Net göç hızı arttıkça, insani gelişme indeks değeri artmaktadır ($p < 0.05$).

Ebe başına düşen bebek (sıfır yaş) nüfusu azaldıkça, insani gelişme indeks değeri artmaktadır ($p < 0.05$).

Toplam doğurganlık hızı düştükçe, insani gelişme indeks değeri artmaktadır ($p < 0.05$).

Modele alınan değişkenler: Toplam doğurganlık hızı, aşı devamsızlık hızı, net göç hızı, ebe başına düşen bebek nüfusu, onbin kişi başına düşen yatak oranı, sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı.

Tablo 78. Kentsel İnsani Gelişme İndeksi (Kentsel HDI) ile modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model *

	β	SE	Standardize β	P	Modelin determinasyon katsayısı (R^2)
Sabit	0.977	0.015	-	0.000	0.84
Net göç hızı	0.00042	0.000	0.226	0.000	
Sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı	0.000002	0.000	-0.112	0.055	
Toplam doğurganlık hızı	0.07	0.005	-0.795	0.000	

*HDI, doğumda beklenen yaşam süresi, eğitim ve gelir bileşenlerini içerdiğinden modellere eğitim, gelir ve mortalite ile ilgili değişkenler alınmamıştır.

Tablo 78’de kentsel insani gelişme indeksi ile modele alınan bazı bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model sunulmuştur.

Net göç hızı arttıkça, kentsel insani gelişme indeks değeri artmaktadır ($p < 0.05$).

Sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı azaldıkça, kentsel insani gelişme indeks değeri artmaktadır ($p < 0.05$).

Toplam doğurganlık hızı arttıkça, kentsel insani gelişme indeks değeri azalmaktadır ($p < 0.05$).

Modele alınan değişkenler: Toplam doğurganlık hızı, aşı devamsızlık hızı, net göç hızı, ebe başına düşen bebek nüfusu, onbin kişi başına düşen yatak sayısı, sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı.

Tablo 79. Kırsal İnsani Gelişme İndeksi (Kırsal HDI) ile modele alınan bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model *

	β	SE	Standardize β	p	Modelin determinasyon katsayısı (R²)
Sabit	0.720	0.029	-	0.000	0.70
Net göç hızı	0.00051	0.000	0.326	0.000	
Onbin kişi başına düşen yatak sayısı	0.002	0.000	-0.171	0.031	
Toplam doğurganlık hızı	00.5	0.006	-0.737	0.000	

****HDI, doğumda beklenen yaşam süresi, eğitim ve gelir bileşenlerini içerdiğinden modellere eğitim, gelir ve mortalite ile ilgili değişkenler alınmamıştır.**

Tablo 79'da kırsal insani gelişme indeksi (Kırsal HDI) ile modele alınan bazı bağımsız değişkenlere ilişkin indirgenmiş son model sunulmuştur.

Net göç hızı arttıkça, kırsal insani gelişme indeks değeri artmaktadır ($p < 0.05$).

Onbin kişi başına düşen yatak sayısı azaldıkça, kırsal insani gelişme indeks değeri artmaktadır ($p < 0.05$).

Toplam doğurganlık hızı azaldıkça, kırsal insani gelişme indeks değeri artmaktadır ($p < 0.05$).

Modele alınan değişkenler: Toplam doğurganlık hızı, aşı devamsızlık hızı, net göç hızı, ebe başına düşen bebek nüfusu, onbin kişi başına düşen yatak sayısı, sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı.

BÖLÜM 4

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmanın en önemli sonucu ölümlülük, doğurganlık, beslenme, sağlık hizmetleri ve çevre olanakları gibi bağımlı değişkenler üzerinde en belirleyici bağımsız değişkenin kadın okur yazarlığı olmasıdır. Kadının okur yazar olma oranı düştükçe incelenen tüm bağımlı değişkenler kötüye gitmektedir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre kadının okur yazar olmaması genel doğurganlık ve toplam doğurganlık hızını arttırmaktadır. Bölgelerarası doğurganlık ve ölüm hızları bakımından farklılık bulunmaktadır. Doğu bölgelerinde Batı bölgelerine göre genel doğurganlık ve toplam doğurganlık hızı ile bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda okur yazar olmayan oranının yüksek olması bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, 40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranını arttırmaktadır. Yine araştırmanın sonuçlarına göre kadın okur yazar oranının düşük olması, az beslenmiş beş yaş altı çocuk oranı, sağlık hizmetlerinden memnun olmayanların oranını ve aşı devamsızlık hızını olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarına göre 6 yaş ve üzeri kadınlarda okur-yazar olmayan oranı arttıkça, genel doğurganlık hızı ve toplam doğurganlık hızı artmaktadır. Genel doğurganlık hızını belirleyen en önemli değişken kadın okur-yazarlığıdır. Bu da düşük eğitim düzeyinin aşırı doğurganlığa neden olduğunu göstermektedir. Yine araştırma sonuçlarına göre kadın okur yazarlığının bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızında etkili olduğu saptanmıştır. Bu da düşük eğitim düzeyinin yüksek doğurganlığa dolayısıyla bebek ve çocuk ölümlerinin artmasına neden olmasıyla bir kısır döngü yaratmaktadır. Annelerin doğum sayısının artması, gebelik aralığının azalması, erken yaşta ve ileri yaşlarda yapılan doğumlar, sağlık hizmetlerinden yararlanamama (gebelik ve doğum bakım hizmetleri) nedeniyle çocukların ölüm riski artmaktadır. Prematür ve düşük doğum ağırlığı olan bebekler dünyaya gelmektedir. Anne eğitiminin bebek/çocuk sağlığı üzerindeki etkisi Türkiye’de ve çeşitli ülkelerde yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında gösterilmiştir (19,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,91).

Annesi düşük eğitim düzeyinde olan çocukların erken ölme olasılıkları daha büyüktür. Hayatta kalabilenler ise, yetişkinlik döneminde bile hastalıklarla, bodurlukla ve diğer sağlık sorunlarıyla yüzyüze kalmaktadırlar (3).

İsveç de yapılan bir çalışmada sosyal farklılıkların bebek ölüm oranları ile ilişkisi değerlendirilmiş ve eğitim düzeyi düşük annelerin daha fazla sigara içtiği, daha genç olduğu, ve daha fazla çocuğu olduğu ortaya koyulmuştur (78). Bu araştırmanın sonuçları kadın okur yazarlığının düşük olmasının orta ve az şiddetli düzeyde az beslenmiş beş yaş altı çocukların oranını ve aşı devamsızlık hızını arttırdığını, kızamık aşılama oranlarını düşürdüğünü ortaya koymuştur. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda bu sonucu desteklemektedir. Yoksul aile çocuklarında aşı oranı daha düşük olarak saptanmıştır (79,80,81).

Araştırma sonuçlarına göre kadınlarda okur-yazar olmayan oranı arttıkça, kırk yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı ve sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı artmaktadır. Bu da eğitim düzeyi düşük kadınların çok çocuk sahibi olması, dolayısıyla dengesiz beslenme, alt yapı olanaklarının olmaması ve sağlıksız bir çevrede yaşanması, zaten kısıtlı olan kaynaklardan yararlanmayı azaltarak, sağlık hizmetlerine ulaşımı ve sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz yönde etkileyerek az beslenmiş çocukların oranını arttırmakta, çocukluk dönemindeki sağlıksız koşulların sonuçları yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Böylece kırk yaşından önce ölecek olan nüfusu arttırmaktadır.

Hollanda'da ölüm hızı için eğitim grupları arasındaki Nüfusa Atfedilebilir Risk % 24'tür. 1980 li yılların sonu için en düşük ve en yüksek eğitilmiş toplumsal grupların ölüm hızları arasındaki fark Hollanda'da %70, İngiltere'de %100, Fransa'da %200 ve Amerika Birleşik Devletlerinde % 26 'dır (82). Vietnam'dan yapılmış olan bir çalışmada bebek mortalitesi oranlarının, anne yaşı, anne eğitimi, coğrafi yerleşim (kırsal-kentsel), doğum aralığı ve doğum sırası faktörleri ile ilişkisini ortaya koymuştur (83).

Çek Cumhuriyeti' de yapılan bir çalışmada son yıllarda fetal büyüme ve bebek sağkalım oranlarında önemli ilerlemelere rağmen sosyal farklılıkları olan gruplarda; örneğin ilköğretim mezunları ile üniversite mezunları karşılaştırıldığında doğum ağırlıkları arasında bir uçurum olduğu ve bu farkın son yıllarda arttığı gösterilmiştir (84). Çin'de yapılan bir çalışmada özellikle kırsal kesimde eğitim düzeyi arttıkça genel doğurganlık hızı düşmektedir. Bu sonuç bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Aynı çalışmada

bebek ölüm hızının kırsal kesimde genel doğurganlık üzerindeki en etkileyici değişken olduğu gösterilmiştir (85).

Batı ve Doğu Almanya da yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi düşük kadınlarda doğum sayısının daha fazla ve düşük doğum ağırlıklı bebek riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir (86). Dudley Kirk'in 23 Afrika ülkesinde yaptığı çalışmada, doğurganlık düzeyleri, eğilimleri ve farklılıkları değerlendirilmiştir. Eğitim düzeyi yüksek ve mortalite düşük olan bölgelerde doğurganlık düşmektedir. Bu durumu açıklayan ana faktör kontraseptif kullanımının yaygınlaşması olarak saptanmıştır. Yine bu çalışmada; kadının eğitimi, kentleşme, bebek ve çocuk mortalitesi ve İnsani gelişme indeksi (HDI) arasındaki ilişki ortaya konmuştur (87).

Malezya'da yapılan bir çalışmada, Malezya'da bebek ölümlerindeki düşüş değerlendirilmiş ve anne eğitiminin 2 kattan fazla artmış olmasının bebek ölümlerini düşürdüğü ortaya konmuştur (88). Benzer şekilde Brezilya'da 140 yerel yönetim bölgesinde bebek ölümlülüğü nedenselliği konusunda yapılan ekolojik bir araştırmada anne eğitiminin en temel belirleyici neden olduğu gösterilmiştir (89). Martin ve arkadaşlarının çalışması kadın eğitimi ve doğurganlık ilişkisi ile kadının evlenme yaşı, aile büyüklüğü tercihi ve kontraseptif kullanımı üzerine etkisini incelenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınların doğurganlık düzeyleri düşük olup doğurganlığı hakkında kendi karar verme inisiyatifinin yüksek olduğu bulunmuştur (90).

Finlandiya'da 1971-85 arasında dönemde eğitim grupları (temel; orta; yüksek) arasındaki ölüm eşitsizlikleri varlığını korumuştur. 1971'de temel eğitimli 35 yaş üzerindeki bir erkeğin yüksek eğitime göre 65 yaşına gelmeden ölme olasılığı %50 daha yüksekti. Fransa, Macaristan, İngiltere, Danimarka, Norveç, Finlandiya; bu ülkelerin tümünde erkekler için en uzun süre eğitim almış nüfusun ölüm hızı, en kısa eğitimli nüfusun ölüm hızından %40-60 daha düşüktür. Bütün ülkelerde her bir ek eğitim yılı için ölüm hızında sağladığı düşme erkeklerde %8-9, kadınlarda ise %2-8 arasındadır. Bu veriler değişik ülkeler için eğitim grupları arasında var olan ve önlenebilir nitelikteki eşitsizlikleri göstermektedir (91).

Bu araştırmanın sonuçlarına göre, gelir düzeyi arttıkça, orta ve az şiddette beslenmiş çocukların oranı azalmaktadır. Yine araştırmanın bulguları gelir, eğitim ve doğuştan yaşam beklentisi (HDI) arttıkça, toplam doğurganlık hızının düştüğünü göstermiştir.

Shi ve arkadaşları, temel sağlık hizmetleri ve gelir düzeyi eşitsizliği ile total mortalite ve yaşam beklentisi arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur (92).

Pakistan' da yapılan 2000 yılına ait bir çalışmada; Pakistan' da mortalite oranlarının halen yüksek olduğu belirtilmiş, sağ-kalım farklılıklarının sosyoekonomik faktörlere, su ve sanitoryona erişim olanakları ile ilgili olduğunu göstermiştir. Kadınların düşük sosyal, ekonomik ve kanuni statüsü ile çocukların iyilik oranının sıkı sıkıya ilişkili olduğu ortaya konmuştur (93).

Black Report' ta çeşitli meslek gruplarına sağlıkta farklılaşmalar olduğu gösterilmiştir (16). Preston ve arkadaşları, ABD' de sosyoekonomik, ırksal ve etnik farklılıklar ve sağlık durumu ilişkisini değerlendirmişler ve bu ilişkide düşük gelir düzeyli ve/veya azınlık olan nüfusta çevresel eşitsizlik ve çevresel tehlikelere maruziyetin önemli oluşu üzerine yoğunlaşmışlardır. Hane bireylerinin çevresel sağlık eğitiminin artırılmasının düşük gelir düzeyli olan nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanımını arttıracığı ve çevre koşullarının olumsuz etkisini azaltacağını ortaya koymuştur (94).

Ölüm oranları ile sosyoekonomik statü arasındaki ilişki ters orantılıdır. Sosyoekonomik statü ile ölüm hızları arasındaki ilişki en büyük orandaki ilişki ise bebek, çocuk ve perinatal ölümler için geçerli olmaktadır (95). Stockwell ve arkadaşları ekonomik statü ile bebek sağkalımı arasındaki ters orantıyı ortaya koymuş ve bu durumun beyaz ve beyazlar dışında, kadın ve erkekler arasında da değişmediğini bulmuşlardır (96).

Oldukça fazla sayıda çalışma mutlak gelir düzeyinin mortalite ve morbidite ile ilişkisi ortaya koymuştur (97,98,99,100). Daha sonra ABD' den iki rapor gelir eşitsizliği ve mortalite arasındaki kuvvetli ilişkiyi ortaya koymuştur (10,101). ABD' de yapılan bir çalışmada gelir eşitsizliği ve mortalite oranları ilişkisi metropolitan bölgelerde değerlendirilmiştir; Bu çalışma düşük gelir seviyesi ve gelir eşitsizliğinin mortalite üzerindeki etkisini ortaya koymuştur.

Çin'de yapılan bir çalışmada gelir azaldıkça genel doğurganlık hızı artmaktadır (85). Yine Çin'de yapılan bir çalışmada kişi başına düşen gelir arttıkça doğurganlık düşmektedir (103) . Bu sonuçlar bizim çalışma bulgularımızla uyumludur. Bir rapora göre dünyada yılda 1.3 milyon kadın üreme sağlığı sorunları nedeniyle ölmektedir. Ölüm riski ülkelere göre değişmektedir. Ülkelerarası fark gelişmişlikle doğru orantılıdır (Örneğin, Zaire'de risk 1/16 iken, İtalya'da 1/17361) (104).

Diğer bir araştırmada TDH azaldıkça, kişi başına düşen ulusal gelirin arttığı ortaya konmuştur (105).

ABD’de yapılan bir araştırmada bebek ölüm hızı ile gelir arasındaki ters ilişki bebek ölüm hızı ile ırksal farklılık arasındaki ilişkiden daha güçlü olup, bebek ölüm hızını belirleyen esas değişkenin gelir olduğu saptanmıştır (106,107).

Bebek ölümlülüğü yoksullukla ilişkili bulunmuştur (108). Yoksul bölgelerde çocukluk morbiditesi daha yüksektir (109). Luxemburg’ta yapılan bir çalışmada yaşam beklentisi yüksek olanların gelir düzeyleri yüksek bulunmuştur (110). İngiltere’de yoksul ailelerin çocuklarında özellikle psikolojik morbidite, varlıklı olanlardan yüksek bulunmuştur (111).

Önlenebilir sağlık sorunlarına ait standart mortalite oranları; mavi yakalı ve eğitimsiz işçilerde, beyaz yakalı ve eğitilmişlere göre yüksek çıkmaktadır (112).

Bekarlarda, erken evlenenlerde, daha az çocuk sahibi olanlarda, çocuk ölümü olanlarda, alt sosyal sınıfa mensup olanlarda, en az bir kez işten atılmış veya işsiz kalmışlarda, eğitimsiz, düşük gelirli olanlarda hastalanma sıklığı daha yüksek bulunmuştur (113).

Sosyoekonomik düzey ile koruyucu hizmetlerden yararlanma arasında ters ilişki vardır. Bu ilişki sağlıklı yaşam tarzı alışkanlığından bağımsız bir ilişki olarak saptanmıştır (114).

ABD’de gelir eşitsizliği ile ilgili yapılan bir çalışmada, gelir eşitsizliği belirli gruplarda algılanan sağlıktaki eşitsizlik ile koşut olduğu gösterilmiştir (15). İspanya’da 1987’de yapılan bir araştırmada 20-44 yaş kadınlarda gelir düzeyi azaldıkça, kardiyovasküler sistem morbiditesi artmaktadır.

Kardiyovasküler sistem mortalitesi Avrupa’nın Kuzeyinde kol gücüne dayalı işte

1985-1999 arası sosyoekonomik statü ile mortalite ilişkisini değerlendirmiş ve diğer faktörlerden bağımsız olarak bu ilişki ortaya konmuştur (119).

İsveç’de yapılan bir araştırmada orta ve düşük gelir düzeylerinde 28 Afrika ülkesine ait bebek mortalitesi ile ilgili sosyoekonomik, demografik, tıbbi, çevresel ve politik faktörler değerlendirilmiştir. Sonuçlar göstermiştir ki kişi başına düşen milli gelir, okula giden nüfus, nüfus yoğunluğu ve sağlık hizmetlerine ulaşabilen nüfus oranı bebek mortalitesindeki farklılıkların % 80’nini açıklamıştır. İstatistiksel anlamlı faktörler kişi başına düşen milli gelir, okula giden nüfus oranı olarak saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık yakalanamayan ancak etkili ve mortalite ile ters orantılı faktörler; kadın okur yazarlığı, sağlıklı su ve kalori sağlanması, yiyecek yardımı, sağlık harcamaları ve kentleşme olarak saptanmıştır (120).

Bu sonuçlar bize sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin, eğitim ve gelir ilişkisinin sağlık düzeyi ile paralel olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi düşük olan kişilerin gelir düzeyleri de düşük olmakta bunun sonucunda beslenme, barınma olanakları kısıtlı olmakta ve sağlıksız bir çevrede yaşamaktadırlar. Sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Bunun sonucunda doğurganlık, hastalık ve ölüm hızları artmaktadır.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus oranı arttıkça, sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı artmaktadır. Bu sonuçlar eğitim ve gelir düzeyi düşük olanların sağlıksız bir çevrede yaşadıkları sosyal güvencelerinin olmayışı, sağlık hizmetleri olanakları/yararlanım ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliklerinin kısıtlı olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın sonuçlarına göre kadın eğitimi, gelir düzeyi ve altyapı olanakları ile çocuk beslenme düzeyini birbirlerinden bağımsız olarak belirlemektedirler.

Bangladeş’te yapılan bir araştırma sosyoekonomik düzey düştükçe morbiditenin arttığını göstermiştir (121). Batı Avrupa’da yapılan bir çalışmada morbidite ve mortalite ile ilgili sosyoekonomik eşitsizlikler değerlendirilmiş, incelenen tüm ülkelerde düşük sosyoekonomik grupta morbidity ve mortality oranları daha yüksek bulunmuştur. İsveç ve Norveç’de morbidite ve mortalitede diğer ülkelere göre daha fazla eşitsizlik bulunmuştur. Bu çalışmada sosyoekonomik durum; eğitim, mesleki sınıf ve gelir düzeyi gözönüne alınarak tanımlanmıştır (122). Sahra-altı Afrika’ındaki etnik gruplar arasındaki bebek ölümlerindeki eşitsizlikler, farklı sosyoekonomik koşullardan ve bağışıklamadan kaynaklanmaktadır. Coğrafi lokalizasyon nedeni ile çocuk sağlığı ve sağkalım olasılıkları

oldukça farklılıklar göstermektedir. Etnik gruplar arasında potansiyel çocuk sağkalımı eşitsizliklerini açıklamak için incelenen faktörler; en büyük şehirde yaşamak, hane halkı tüketim harcamaları ve eğitim, annelerin beslenme durumu, bağışıklama, doğurganlık ve göç ile ilgili çocuk sağlığı hizmetlerinin durumudur. Ülkeler arası durum oldukça benzerdi, 11 ülkenin tümünde bebek veya beş yaşından önce ölüm olasılığı etnik gruplar arasında belirgin farklılık gösteriyordu. Çoklu analizler, etnik grup çocuk mortalitesi farklılıklarının ekonomik eşitsizliklere ve bölgedeki farklı çocuk sağlığı hizmetleri ile sıkı bağlantılı olduğunu göstermektedir (123).

49 gelişmekte olan ülkenin ulusal verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada, yalnızca kadın okur-yazarlığı ve sağlıklı suya erişme ile bebek ölüm hızının arasında ilişki bulundu (124). Hindistan'da yapılan başka bir çalışma; sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin anne ve çocuk sağlığını olumlu etkilediği, ayrıca şehirlerdeki çocuk mortalitesindeki düşüşün kırsal kesimlere göre daha yavaş olduğunu ve bunun nedeninin kırsal kesimde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmiş olması olduğu ortaya koymuştur. Ayrıca beş yaş altı mortalite oranının maternal özelliklerle yakın ilgili olduğu ve anne eğitiminin, beslenme ve gebelik - doğum sırasında sağlık hizmetlerinin artırılmasının çocuk mortalitesini azaltmada önemli faktörler olduğu belirtilmiştir (125). Rutstein ve arkadaşları Uluslararası Nüfus ve Sağlık Araştırması (DHS) mortalite eğilimlerindeki değişiklikleri ve ilgili faktörler hakkında içgörü sağlamıştır.

Tekrarlanan Nüfus ve Sağlık Araştırması (DHS) ları çeşitli kategorilerde incelenmiştir; doğurganlık, beslenme durumu, emzirme, bebek beslenmesi, annelerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı, çevresel sağlık koşulları, sosyoekonomik durum. Hem basit hem de çoklu analizler tüm değişkenlerin mortalite eğilimlerini etkilediklerini göstermiştir. Mortalite oranlarında düşüş sağlanan ülkelerde söz konusu faktörlerde ilerlemeler sağlanmıştır (15).

Ana Cristina ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptığı bir çalışmada; Bebek mortalitesi ve 11 değişkenin etkisi incelenmiştir. Sonuçta anne sütü (emzirme), prenatal bakım hizmetlerinden yararlanma, kadın okur yazarlığı, kişi başına düşen milli gelir, hanehalkı harcamalarının düşük olması, bebek ölümlerinde etkili olduğu saptanmıştır. ABD'de gelir, eğitim düzeyi ve bunların birleştirilmesinden oluşan bileşik sosyoekonomik konum göstergesi ile ölüm ilişkisine bakılmış, düşük eğitilmiş, gelirli ve sosyoekonomik statülü bireylerde koroner arter hastalıklarına, Akciğer kanserine bağlı ölümler ile toplam

ölümlerin daha yüksek olduğu saptanmıştır (126). ABD’de gelir dağılımındaki eşitsizlik ile ölüm arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu çalışma ekolojik nitelikli olup, eşitsizlik Robin Hood İndeksi ile ölçülmüş, yoksulluğun etkisi kontrol edildikten sonra, indeks toplam ölüm hızı ile %54 oranında ilişkilidir ve indeksteki her %1’lik artışa karşılık toplam ölüm hızı 100 binde 21.68 oranında yükselmektedir. Benzer ilişkiler bebek ölüm hızı, koroner arter hastalıklarına bağlı ölümler, kanser ölümleri ve cinayetlere bağlı ölümler içinde geçerlidir. Bütün sonuçlar, analizlerin beyazlar ve siyahlar için ayrı ayrı yapılması durumunda da anlamını korumaktadır (10).

ABD’de 1950-1991 dönemi bebek ölümleri eğilimi araştırması, bebek ölümlerinde azalma olsa da sosyoekonomik eşitsizliklerin önemini koruduğunu saptamıştır. Bu dönem boyunca beyazlarda bebek ölüm hızındaki düşme yıllık %3.23 iken, siyahlarda %2.89’ dur. Bu eğilim ırksal eşitsizliklerin artmasına neden olmuştur. Eşitsizlikteki aynı eğilim yenidoğan dönemi bebek ölümleri için de geçerlidir. Siyah bebeklerin ölüm nedenleri arasında önlenemez ve doğum koşullarına bağlı olanları daha ağırlıklıdır

Bebek ölümlerinde gelir gruplarına göre de önemli farklar vardır. Önlenmesi daha güç olarak kabul edilen doğumsal anomaliler beyaz bebeklerin ölümüne en sık neden olurken, siyah bebekler için üçüncü sırada gelmektedir. Siyah bebeklerdeki birinci ölüm nedeni önlenemez olarak kabul edilen prematürelilik ve düşük doğum ağırlığı iken bu nedenler beyazlar için üçüncü sırada gelmektedir. Önlenemez nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan bebek ölümleri bakımından siyahlar aleyhine söz konusu olan eşitsizlik,1981-1991 arasındaki 10 yıl içinde genişlemiştir (21).

ABD’de Ohio eyaletinde bebek ölüm hızı ile sosyoekonomik durum ilişkisi 1960,1970,1980 ve 1990 yılları için ortaya konulmuştur. Araştırma ekolojik niteliklidir. Sosyoekonomik durum belirleyicisi olarak aile gelirlerine göre belirlenen yoksulluk sınırının altında yaşayan nüfusun oranı alınmıştır. Yukarı gelir gruplu bölgelerde yaşayan siyahlarda bebek ölüm hızı aynı bölgelerde yaşayan beyazlara göre daha yavaş düşme göstermesi gerçeği aynı bölgelerde yaşamalarına karşın siyahların bu bölgelerdeki sosyoekonomik olanaklardan yeterince yararlanamadıklarını göstermektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre beyaz olmayanlar açısından zengin bölgelerde yaşamak o bölgelerin iyileşmiş çevresel koşullarından yararlanma anlamına gelmemektedir (22).

ABD’de yapılan bir çalışmada 1950-1993 yılları arasında 1-4 yaş ölümleri önemli oranda azalmışsa da siyahlardaki hız halen beyazların iki katıdır. 1-4 yaş ölüm hızının aile geliriyle ilişkisi bulunmuştur (127).

Sosyoekonomik durum kötüleştikçe, her aşamada sağlık düzeyi kötüleşmektedir (20). Sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizlik Batılı ülkelerde özellikle 50 yaş altındaki orta ve genç orta yaş gruplarında belirgindir. Bu durum bu yaş dönemlerinde yaşamsal olanaklardan yoksunluğun daha olumsuz algılanışı ve yaşam üzerinde genel olarak kontrol eksikliğini algılamayla açıklamaktadır (128).

Bu araştırmada doğurganlık ve ölüm hızlarında bölgelerarası farklılıklar bulunmuştur. Doğu bölgelerinde Batı bölgelerine göre genel doğurganlık, toplam doğurganlık hızı ile ölüm hızları; bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu sonuçların kadın okur yazarlığının ve sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi Batı bölgelerine göre düşük olan Doğu bölgelerinde daha yüksek bulunması beklendik bir durumdur. Doğurganlığın yüksek olduğu yörelerde ilkokula kayıt oranlarına baktığımızda kızlarla erkekler arasındaki fark daha da büyümekte okula gitmeyen kızların oranı artmaktadır (32). Böylece kız çocuklarının temel insan hakkı olan eğitimden yararlanmaları azalmakta ve bunun sonucunda toplumun ana çocuk sağlık düzeyini etkileyerek sağlık göstergeleri üzerinde olumsuz sonuçlar yaratmaktadır.

Hollanda’ da yapılan bir bölgesel farklılıkların bebek mortalitesini perinatal koşullar üzerinden etkiledikleri ortaya konmuştur (129). Çin’de yapılan bir çalışmada coğrafi eşitsizliklerin mortalite oranlarına etkileri incelenmiş ve kentlerdeki mortalite oranlarının kırsal alanlara göre daha düşük olarak saptanmıştır. Bu durumun ekonomik,kültür,çevre ve sağlık hizmetlerdeki farklılıklar nedeni ile ortaya çıktığı düşünülmüştür. Ayrıca Çin de kentsel mortalitenin arttığı saptanmıştır ve bu durum yaşanan nüfusa ve çevre kirliliğine bağlanmıştır (130).

Bölgesel farklılık sosyoekonomik değişkenlerden farklı düzeyde etkilenmektedir (85). Bölgesel eşitsizliğin temel belirleyicisi bölgelerarası sosyoekonomik farklılıktır (131). İngiltere’de sağlık düzeyinde bölgesel eşitsizlikler (Güney Doğu İngiltere ile diğer bölgeler arasında) saptanmıştır (113). Avrupa’nın Kuzeyi ile Güneyi arasında farklı sosyoekonomik sınıflar arasında kardiyovasküler hastalıklar açısından Kuzey-Güney, Güney- Doğu farkı bulunmaktadır (117).

Bir diğerk çalışmada ÷lkelerarası ÷reme sağlığı farklılıklarının gelişmişlikle doğru orantılı olduğu gösterilmiştir (104). İspanya dan yapılan bir başka çalışmada İspanya'da ekonomik, sosyal ve bölgesel farklılar olduğu gösterilmiştir ve bu farklılıkların gelir düzeyi ve yaşama koşullarının farklılığından kaynaklandığı ortaya konmuştur (132). Bird ve arkadaşlarının ABD' de yaptıkları bir çalışmada eyaletler arasında infant, neo-natal, postnatal mortalite değerlendirilmiş ve sosyal, ekonomik ve politik faktörler analiz edilmiştir. Bu çalışmada siyahların oranın fazla olduğu eyaletlerde her üç grupta da daha yüksek mortalite saptanmıştır. Lise mezunlarının fazla olduğu eyaletlerde daha düşük mortalite oranları, fakat daha yüksek postneonatal mortalite saptanmıştır. Bu durum eyaletler arasındaki sosyal farklılıkları daha iyi anlama gerekliliğini ortaya koymuştur (133).

Endonezya' da yapılan bir çalışmada fakirliğin bir ölçüsü olduğu için beslenme durumu değerlendirmeye alınmış ekolojik ve coğrafik özelliklerin nutrisyonel durumun kestirilmesinde ana faktörler olduğunu ortaya koymuştur (134).

Brezilya'da yapılan bir çalışmada bölgeler sosyoekonomik farklılıklarına göre gruplara ayrılmış ve doğumda yaşam beklentileri, bebek ölüm oranları karşılaştırılmış ve coğrafi yerleşimin mortalite oranlarını direkt etkilediğini ortaya koymuştur (135). İngiltere' de yapılan bir çalışmada; İki bölge arasında hekim başına düşen nüfus 3.4 kat daha fazladır. Hekim başına düşen nüfus kullanımı morbidite ve sosyoekonomik etkenlerle bağlantılıdır(136). ABD'de 50 yerleşim bölgesinde yapılan çalışmalarda bölgesel eşitsizlikler gelir –mortalite ilişkisine dayandırılmıştır (10,101).

Özellikle eşitlikçi ve gelir dağılımı homojen olan toplumlarda mortalite düşmektedir (110).

Bu araştırmanın bulgularına göre göç hızı arttıkça, kentsel ve kırsal insani gelişme indeksi (gelir, eğitim düzeyi ve doğušta beklenen yaşam umudu da) artmaktadır.

Kanada'da yapılan bir çalışmada göç ve entegrasyon değerlendiren metropolis projesi göz önüne alınarak Kanadalı göçmenlerde sağlığın sosyal belirleyicileri incelenmiştir. Ayrıca göçmen ve göçmen olmayanlarda sağlık hizmetleri ve kullanımı değerlendirilmiştir. Sosyo-ekonomik faktörlerdeki farklılıkların göçmenlerde göçmen olmayanlara göre daha en önemli belirleyici olduğunu ortaya koymuştur (137). Kuzey Kore' de yapılan bir çalışmada mortalite paternleri ile göç oranları arasındaki olumsuz ilişki vurgulanmıştır (138).

Bu araştırmanın bulgularına göre ebe başına düşen bebek (sıfır yaş nüfus) azaldığında, gelir, eğitim düzeyi ve doğuşta beklenen yaşam süresi (HDI) artmaktadır. Diğer bir bulgu da sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı azaldıkça, kentsel gelir, eğitim ve doğuşta beklenen yaşam umudunun artmasıdır.

Onbinkisi başına düşen yatak sayısı ile kırsal insani gelişme indeksi (Kırsal HDI) arasındaki ilişkide, onbinkisi başına düşen yatak sayısı azaldıkça, kırsal insani gelişme indeksi (HDI) artmaktadır. Bunun nedenleri; bu veriler kadro yatağı verileri olup fiili yatak verileri değildir. Bir diğer neden politik nedenlerle hastane yapılmasıdır.

Meksika'da yapılan bir çalışmada, prenatal ve bebek sağlık hizmetlerinin kullanımı toplumun sosyoekonomik gelişmesinden bağımsız olarak bebek mortalitesini etkilediğini göstermiştir (139).

Hoffman ve arkadaşları tarafından Güney Afrika'da sağlık hizmetlerinin kullanımı ile kadın sağlığı arasında ilişki değerlendirilmiş ve çoğu bölgelerde hizmetlerde yararlanamamanın eğitim ve gelir seviyesi düşüklüğü ve kırsal kesimde yerleşme ile beraber gittiği ortaya konmuştur (140).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı; 8 gelişmekte olan ülkeye ait veriler incelendiğinde, hane halkı tüketim harcamaları verileri kullanılarak daha zengin grupların daha fakir gruplara göre hasta olduklarında daha fazla sağlılık hizmeti aldıkları, doktor tarafından görülmesi oranlarının daha fazla olduğu ve hasta olduklarında daha fazla ilaç aldıkları bulunmuştur. Daha zengin gruplar bakıma daha fazla para harcamaktadırlar (141).

Sosyoekonomik durumu yüksek olanlarda morbidite daha düşüktür ve herhangi bir sağlık hizmeti talebi (16-45 yaş) yaşlılarda, erkeklerde, hane reisinin eğitilmiş olması durumunda artmaktadır (121). ABD'de kadınlarda sosyal ve ekonomik koşulların iyileştirilmesinin, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırdığı gösterilmiştir (108).

Sosyoekonomik düzey ile koruyucu hizmetlerden yararlanma oranı arasında ters ilişki vardır (114). Carla çalışmasında; Kuzey Afrika'da anne-sağlık hizmetleri kullanım farklılıkları demografik, sosyoekonomik, kültürel faktörler gözönüne alarak incelenmiştir. Üreme sağlığı üzerinde sağlık bakımının olumlu etkisi bulunmuştur. Bu da kadının statüsü ve eğitim düzeyi ile ilişkilidir (142).

BÖLÜM 5

ÖNERİLER

Bu araştırmanın bulguları değerlendirildiğinde öneriler şöyle sıralanabilir:

1. Ulusal kaynaklarca üretilen, sağlıkla ilgili sağlığın belirleyicileri olan eğitim, kültür, gelir, sağlık hizmetleri kullanımı ve olanakları, çevre gibi verilerin, sağlık hizmetleri verilerinin, hayati istatistikler, hizmeti alanların talep ve memnuniyetleri, hizmeti verenlerin (sağlık personelinin) iş doyumları ile ilgili konularda veri eksikliğinin giderilmesi için önlemler alınmalıdır.
2. Diğer taraftan ulusal kaynaklarca çeşitli kurumlarca üretilen verilerin tek elde toplanması ve/veya kurum/kuruluşlar arası işbirliği ve koordinasyonun sağlanması, veri kalitesini, güvenilirliğini ve araştırmacıların verilere kolayca ulaşmalarını sağlayacaktır.
3. Bu araştırmanın en önemli sonucu ölümlülük, doğurganlık, beslenme, sağlık hizmetleri ve çevre olanakları gibi bağımlı değişkenler üzerinde en belirleyici bağımsız değişkenin kadın okur yazarlığı olmasıdır. Bu nedenle ivedilikle Türkiye’de kadın okur yazar oranını ve kadınların eğitim düzeyini arttırmak gerekmektedir. Yine bu çalışmanın sonuçları ışığında, istihdam ve iş olanakları yaratarak halkın gelir seviyesini yükseltmek, öncelikli gruplara (risk gruplarına) hizmet vermek, sağlık hizmetleri olanakları ve kullanımını eşit biçimde sağlamak, sağlık personelinin ve sağlık kurumlarının dengeli ve ihtiyaca yönelik dağıtmak, çevre koşullarını ve altyapı olanaklarını sağlıklı hale getirmek suretiyle bölgesel eşitsizliklerin giderilmesi mümkün olabilecektir.

BÖLÜM 6

ÖZET

Sağlıkta bölgesel eşitsizlikler, bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de belirgindir. Bunda rol oynayan değişkenler sosyoekonomik ve kültürel etkenlerdir.

Bu araştırmanın amacı çeşitli kuruluşlarca üretilen Türkiye ile ilgili sağlık göstergeleri verileri değerlendirerek, sağlıkla ilgili coğrafi, sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik ve sağlık hizmetleri ile ilgili eşitsizlikleri ortaya koymaktır.

Çalışma ekolojik tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın evreni Türkiye’deki tüm (80 il) illerdir.

Araştırmanın Analizi; Veriler istatistik SPSS paket programında girildikten sonra tek değişkenli (t ve Mann Whitney U testi) ve çok değişkenli (multiple lineer regresyon) analizler yapılmıştır.

Bu araştırmada illere göre ölümlülük (bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, 45 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranı) doğurganlık, beslenme (az, orta şiddette az beslenmişlerin oranı) doğuştan beklenen yaşam umudu, sağlık hizmet kullanım verileri, çevre (sağlıklı içme suyuna sahip olan nüfus oranı) ile bu değişkenler üzerine etkili bazı sosyo-ekonomik ve sosyo-demografik faktörler incelenmiştir. Hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analizler eğitim, gelir, çevre (sağlıklı suyu olmayan nüfus) gibi değişkenlerin , ölümlülük, doğurganlık, beslenme, sağlık hizmetleri ve çevre olanakları gibi bağımlı değişkenleri etkilediklerini göstermiştir.

Bu çalışmanın en önemli sonucu ölümlülük, doğurganlık, beslenme, sağlık hizmetleri ve çevre olanakları gibi bağımlı değişkenler üzerinde en belirleyici bağımsız değişkenin kadın okur yazarlığı olmasıdır. Kadının okur yazar olma oranı düştükçe incelenen tüm bağımlı değişkenler kötüye gitmektedir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre kadının okur yazar olmaması genel doğurganlık ve toplam doğurganlık hızını arttırmaktadır. Bölgelerarası doğurganlık ve ölüm hızları bakımından farklılık bulunmaktadır. Doğu bölgelerinde Batı bölgelerine göre genel doğurganlık ve toplam doğurganlık hızı ile bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı daha yüksek bulunmuştur. Kadınlarda okur yazar olmayan oranının yüksek olması bebek ölüm

hızı, beş yaş altı ölüm hızı, 40 yaşından önce öleceklerin nüfus içindeki oranını arttırmaktadır.

Bu sonuçlar bize sosyoekonomik gelişmişlik düzeyinin, eğitim ve gelir ilişkisinin sağlık düzeyi ile paralel olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi düşük olan kişilerin gelir düzeyleri de düşük olmakta bunun sonucunda beslenme, barınma olanakları kısıtlı olmakta ve sağlıklı bir çevrede yaşamaktadırlar. Sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Bunun sonucunda doğurganlık, hastalık ve ölüm hızları artmaktadır.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre sağlıklı suya erişimi olmayan nüfus oranı arttıkça, sağlık hizmetlerine erişimden memnun olmayan nüfus oranı artmaktadır. Bu sonuçlar eğitim ve gelir düzeyi düşük olanların sağlıklı bir çevrede yaşadıkları sosyal güvencelerinin olmayışı, sağlık hizmetleri olanakları/yararlanım ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliklerinin kısıtlı olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın sonuçlarına göre kadın eğitimi, gelir düzeyi ve altyapı olanakları ile çocuk beslenme düzeyini birbirlerinden bağımsız olarak belirlemektedirler.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre, gelir düzeyi arttıkça, orta ve az şiddette beslenmiş çocukların oranı azalmaktadır. Yine araştırmanın bulguları gelir, eğitim ve doğuştan yaşam beklentisi (HDI) arttıkça, toplam doğurganlık hızının düştüğünü göstermiştir.

Bu çalışmanın bulgularına göre göç hızı arttıkça, kentsel ve kırsal insani gelişme indeksi (gelir, eğitim düzeyi ve doğuştan beklenen yaşam umudu da) artmaktadır.

Ebe başına düşen bebek (sıfır yaş nüfus) azaldığında, gelir, eğitim düzeyi ve doğuştan beklenen yaşam süresi (HDI) artmaktadır. Diğer bir bulgu da sağlık ocağı başına düşen nüfus oranı azaldıkça, kentsel gelir, eğitim ve doğuştan beklenen yaşam umudunun artmasıdır.

Onbin kişi başına düşen yatak sayısı ile kırsal insani gelişme indeksi (HDI) arasındaki ilişkide, onbin kişi başına düşen yatak sayısı azaldıkça, kırsal insani gelişme indeksi (HDI) artmaktadır. Bunun nedenleri; bu veriler kadro yatağı verileri olup fiili yatak verileri değildir. Bir diğer neden politik nedenlerle hastane yapılmasıdır.

Kadın okur yazarlığı; doğurganlık, ölümlülük, sağlık hizmetleri olanakları üzerinde etkilidir. Türkiye’de kadın okur yazarlığı ve eğitim düzeyinin artırılması toplumun sağlık düzeyini olumlu etkileyecektir.

SUMMARY

The Relationship between Some Indicators Related with Women and Children Health and Socioeconomic, Sociodemographic Variables in Turkey

The purpose of this thesis is to put forward geographical, socioeconomic, socio-demographic, and health related inequalities in Turkey through evaluating the health indicator data gathered by various government institutions.

This study is an ecological desing work. The environment of the study covers the data of 80 provinces of Turkey. The data were assessed and analysed through SPSS program, and uni-variate (t and Mann Whitney U test), and multi-variate (multiple linear regression) analysis were done. In this study, mortality rates (infant mortality rate, under five mortality rates, the mortality rate of the ones under 45 years old), fertility rates, malnutrition rate of children, the life expectancy at fertility, the rates of health service use, environment (the rate of the population with the access to healthy drinking water, air pollution) variables and factors that have influence on these variables were assessed.

Both the uni-variate and multi-variate analysis showed that variables like education, income, environment (the rate of the population with the access to healthy drinking water) have negative relationship with .mortality, fertility, nutrition rate and, health service use and environmental conditions. The most influential independent variable on the dependant variables is the literacy rate of the women. As the literacy rate decreases all of the dependant variables worsen. According to the results of this study, general fertility and total fertility rate decrease with the high rate of the literacy of women. Though the eastern provinces showed higher mortality rates than western provinces in the univariate analysis. We could not detect a difference between the regions in terms of fertility and mortality. When they were controlled with female literacy and income rate in the multivariate analysis.

In the eastern provinces, the rates of general fertility, the total fertility, infant mortality, and the under five mortality rates were found to be higher than the western provinces, univariate analysis. Low female literacy rates in the eastern provinces increase infant mortality rate, children under five mortality rates, the mortality rate of the ones under 45 years old. These results also show us that levels of the socioeconomic status, education and income are parallel with the health status of the communities. The people with a low level of education have low income and as a consequence, they have a low nutritional and housing level resulting in unhealthy environmental conditions, and can not benefit from the health service enough. This situation causes increase in the fertility, disease, and mortality rates.

This study also showed that with the decrease of the rate of the population that have the access to healthy drinking water, the rate of population who are not satisfied with the availability for the health service increases. These results indicate that the people with low income and education live in unhealthy conditions, they do not have social security, and health service benefits. It is also shown that the level of women education determines level of income, child nutrition, and infrastructure. As the level of income increases, the ratio of under five mortality, infant mortality and low nutritional status decreases.

The results show that when the level of income, education, life expectancy increases, total fertility rate decreases. As the immigration rate increases, rural and urban human development index (income, education, life expectancy) increases. When the number of infant per midwife decreases, the level of income, education, life expectancy increases. When the population per health office decreases, the level of income, education, life expectancy also increases. When the relation between the hospital bed number per 10.000 person and rural development index is evaluated it is shown that as the hospital bed number per 10.000 person decreases, the rural development index increases. The reason for this type of relation is thought to be the fact that the data for bed numbers are not the real and active ones and questionable political decisions for the places to construct hospitals.

The dominance of the female literacy rate on determining the mortality, fertility and health services opportunities is a fact. So, public resources should have to be directed increasingly to the female education in Turkey. The increasing level of female education will positively influence the health level of the population.

KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Tarimo E., Webster EG. Alma Ata Decloration; Primary Healt Care Concept and Challanges in a Changing World, WHO, Geneva, 1994.
2. WHO, 1985. Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy Health for All, Denmark.
3. Metin B., A. Akın., Güngör İ., (Çev. Eds) Dünya Sağlık Raporu 1998, Dünya Sağlık Örgütü, Geneva.
4. Bertan M., Güler, Ç., (Eds) Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Güneş Kitabevi,
5. Neyzi O., Ertuğrul T., (Eds) Pediatri I, Nobel Kitabevi, 1989, S.:7-22
6. T.C. Hükümeti –UNICEF İşbirliği Programı, Türkiye’de Anne ve Çocukların Durum Analizi, Temmuz, 1996.
7. Greenberg RS. (Ed) Medical Epidemiology, A Lange Medical Book,Prentice-hall International Inc 1992, pp:13-23.
8. Tezcan S.,Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Ankara, 1992.
9. Murray CJL., Lopez AD., Quantifying Disability: Data, Methots and Result, Bulletin of World Health Organization 1994, 72 (3): 481-94
10. Kennedy BP. et al. Income distribution and mortality: Cross sectional ecological study of the Robin Hood İndex in the us. British Medical Journal, 1996, 312:1004-1008.
11. Wagstaff A., Paci P., Doorslaer EV., On the measurement of inequalities in health , Social Science Medicine, 1991, 33 (5): 545-557.
12. Macmillan Dictionary ,abc yayınevi, İstanbul, 1983.
13. Whitead, M., The concept and principles of equity and health, International Journal Health Services, 22 (3): 429-445.
14. Kunts AE., Mackenbach JP., Measuring socioeconomic inequalities in health , WHO 1995, Copenhagen.
15. Rutstein SO., Factors associated with trends in infant and child mortality in developing countries during the 1990s.Bulletin World Health Organization 2000;78 (10):1256-70

16. Townsend P. Davidson N., "Inequalities in Health. The Black Report " Penguin Books, Middlesex, England 1982, pp:127
17. Dünya Çocuklarının Durumu, UNICEF 1992.
18. Dünya Çocuklarının Durumu, UNICEF 2001.
19. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, H.Ü. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara, Ekim 1999.
20. Adler NE. et al, Socioeconomic inequalities in health: No easy solution, JAMA, 1993, 259 (24):3140-45.
21. Singh GK., Yu SM., İnfant Mortality in the United States: Trends, Differentials and Projections, 1950 through 2010. American Journal of Public Health, 1995, 85 (7): 957-964.
22. Stockwell EG., Goza FW., Racial differences in the relationship between infant mortality and socioeconomic status. Journal of Biosocial Sciences, 1996, 28: 73-84.
23. Singh GK., Yu SM., US Childhood mortality, 1950 through 1993: Trends and socioeconomic differentials, American Journal of Public Health, 1996, 86 (4): 505-512.
24. Mackenbach JP. et al. Socioeconomic inequality in morbidity and mortality in Western Europa. Lancet, 349: 1655-59
25. Smith DG. Et al. The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. British Medical Journal, 301:373-76
26. Westerling R., Gullberg A., Rosen M., Socioeconomic Differences in Avoidable Mortality in Sweden 1986-1990, İnternational Journal of Epidemiology, 25 (3), 560-567.
27. Charlton J.R.H., Hartley R.M., Holland W.W, Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervensions in England and Wales, Lancet, 1983; i: 691-96.
28. Carr-Hill R.A., Hardman G.F., Russel I.T., Variation in avoidable mortality and variations in health care resources , Lancet 1987, i: 789-92.
29. Clark M., McGrother C. Evaluation of health services, Lancet 1983; ii: 515
30. Charlton J.R.H., Holland W.W, Lakhani A, Paul E.A., Variation in avoidable mortality and variations in health care , Lancet 1987: i: 858
31. Bin yıl kapanırken Türkiye sağlık sektörünün durumu, Türk Tabipler Birliği, Mart 1999.

32. T.C. Sağlık Bakanlığı, Dünya' da ve Türkiye'de Sağlık- Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu, Ankara 1994
33. Dervişoğlu A.A.(Ed), Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1995
- 34.Tuncer B., Ekonomik Gelişme Ve Nüfus.Hacettepe Üniversitesi Yayınları1976, Lider Matbaacılık
35. Nüfus (Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı) DPT, Ankara 2001.
36. Hatcher R., Kowal D., Guest F. et al.(Çev.Ed. Dervişoğlu A.A.), Kontraseptif Yöntemler Uluslararası Basım, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1995,Yayın No:1, 1990
37. Bulut A., Doğum Kontrol Yöntemleri, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 1993.
- 38.Public Health Volume:1, PP:130, Oxford Publication.
- 39.UNESCO, 1999 İstatistik Yıllığı
40. İstatistiklerle Kadın, 1927-1992, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara, 1995.
41. Acar F., Türkiye'de Kadınların Yüksek Öğrenim Deneyimi. Türkiye'de kadın olmak. Say Yayınları, İstanbul, 1996
42. Pelletier D.L., E.A. Frangillo, Schroeder D.G., Habicht, The effects of malnutrition on child mortality in developing countries, Bulletin of the WHO, 1995, 73 (4): 443-448
43. De Onis, M., Frangillo, E.A., Blössner, M., Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980, Bulletin of the WHO, 2000, 78 (10): 1222-1234.
44. Amy, L. Rice, Lisa Sacco, Adnan Hyder, & Robert E. Black
- 45.Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries, Bulletin of the WHO, 2000, 78 (10): 1207-1221
- 46.De Onis, M., Measuring nutritional status in relation to mortality, Bulletin of the WHO, 2000, 78 (10): 1271-1275.
47. Türkiye'de Anne ve Çocukların Durumu Analizi, Ankara, Nisan 1991 (UNİCEF ve DPT)
48. İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm İstatistikleri, DİE 1997
49. Ekonomik Forum Dergisi, Ağustos 1999
50. Karayolları Trafik Kaza İstatistikleri, 1997, DİE Yıllık

51. Human Development Report Turkey, 1997 (UNDP1997)
52. Sayıların Dili,Toplum-Hekim Mayıs-Haziran 1998 Cilt:13, sayı: 3
53. T.C. Sağlık Bakanlığı, 1997
54. T.C. Sağlık Bakanlığı 1998
55. DİE 2000 yılı yayınlanmamış, 1997 nüfus sayımı sonuçlarına göre nüfus (elektronik) verileri
- 56.TC.Başbakanlık DİE Yıllık, 1998
- 57.www.die.gov.tr
58. T.C. Sağlık Bakanlığı 1999
59. DİE 2000 yılı yayınlanmamış (elektronik) eğitim verileri
60. Sönmez M.,Bölgesel Eşitsizlik, , Alan yayıncılık, Haziran 1998
61. T.C. Başbakanlık DİE Haber Bülteni, 14.12.1999
62. HaneHalkı Tüketim Harcamaları, DİE 1994
63. SSK İstatistik Yıllığı, 1996
64. UNDP 1995, A.Halis Akder "Turkey: Country Profile
65. T.C. Başbakanlık DİE Haber Bülteni, 02.03.2001
66. DPT 1997
67. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü, Ekim 1994
- 68.Studies In Family Planning, Volume 28, Number 3, Septembre 1997, page:251-260
Kazakistan 1995: Results from the Demographic and Health Survey
- 69.Studies In Family Planning, Volume 30, Number 4, December 1999, page:347-356
Kyrgyz Republic 1997 and Yemen 1997: Results from the Demographic and Health Survey
- 70.Studies In Family Planning, Volume 26, Number 5, Sept/Oct 1995, page:299-303
Bangladesh 1993-94: Results from the Demographic and Health Survey
- 71.Studies In Family Planning, Volume 29, Number 3, Septtembre1998, page:324-328
Tanzania 1996: Results from the Demographic and Health Survey
- 72.Studies In Family Planning, Volume 30, Number 2, June1999, page:153-157
Senegal 1997: Results from the Demographic and Health Survey
73. Studies In Family Planning, Volume 28, Number 1, March 1997, page:153-157
Central African Republic 194-94 and Colombia 1995: Results from the Demographic and Health Survey

74. *Studies In Family Planning*, Volume 29, Number 4, Decembre 1998, page:423-432
Dominican Republic 1996 and Zambia 1996: Results from the Demographic and Health Survey
75. *Studies In Family Planning*, Volume 28, Number 2, June 1997, page:151-160
Guatemala 1995, Uganda 1995: Results from the Demographic and Health Survey
76. *Studies In Family Planning*, Volume 30, Number 2, Septembre 1999, page:153-157
Chad 1996-1997 and Indonesia 1997: Results from the Demographic and Health Survey
77. *Studies In Family Planning*, Volume 31, Number 3, Septembre 2000, page:252-261
Kenya 1998, Bolivya 1998: Results from the Demographic and Health Survey
78. Nordstrom ML, Cnattingius S, Haglund B *Am J Public Health* 1993 Jan; 83(1):26-30
79. Bates A.S., Fitzsgerald JF., Dittus RS., Wolisky F.D., Risk factors for underimmunization in poor urban infants. *JAMA*, 1994;272:1105-1110.
80. Lopreiato J.O., Ottolini M.C., Assesment of immunization compliance among children in the Department of Defense healt care system, *Pediatrics*, 1996;97:308-311.
81. Wood D, Donald-Sherbourne C., Halfon N. Et al., Factors related to immunization status among inner-city Latino and African-American preschoolers., *Pediatrics.*, 1995; 96:294-301
82. Mackenbach JP., Socioeconomic Inequalities in Health in the Netherlands: Impact of a Five Year Reseach Programme, *British Medical Journal*, 1994, 309:1487-1491)
83. E., Nyugen MT., Pham BS., Vu QN., Vu DM., Factors influencing infant mortality in Vietnam , *J Biosoc Sci.* 1993 Jul;25(3):285-302
84. Koupilova I, Bobak M, Holcik J, Pichart H, Leon DA, Increasing social variation in birth outcomes in the Czech republic after 1989, *American Journal of Public Health* 1998 Septembre 88 (9): 1343-7
85. D.L. Poston, Zhongke J., Socioeconomic Structure and Fertility In China: A Country Level Investigation, *Journal Biosocial Science*, 1990, 22:507-515
86. Raum E., Arabin B., Schlaud M., Walter U., Schwartz F.W., The impact of maternal education on intrauterine growth: a comparison of former West and East Germany, *International Journal Epidemiological Association* 2001 (30) 81-87
87. Dudley K., Bernard P., Fertility in Sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s, *Studies in Family Planning*, Volume 29, Number 1, March 1998

88. De Souza T., Cufino E., Peterson K. et al. Variations in infant mortality rates among municipalities in the state of Ceara, Northeast Brazil: an ecological analysis. *International Epidemiological Association* 1999, 28:267-275
89. DaVanzo J, Habicht JP., Infant mortality decline in Malaysia, 1946-1975: the roles of changes in variables and changes in the structure of relationship., *Demography* 1986 May;23(2):143-60
90. Martin TC., Women's Education and Fertility: Result from 26 Demographic and Health Surveys, *Studies In Family Planning*, Volume 26, Number 4, July/Aug 1995, page:187-202
91. Valkonen T.1993, Problems in the measurement and international comparisons of socioeconomic differences in mortality. *Social Science and Medicine*, 36(4):409-418.
92. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I., Income inequality, primary care, and health indicators, *Journal Family Practise* 1999 April; 48(4):274-84
93. Agha S., The determinants of infant mortality in Pakistan. *Social Science and Medicine*, 2000 Jul; 51(2): 199-208
94. Preston BL., Warren RC, Stewart P., Factors affecting environmental awareness among head start families in Mississippi. *Am J Prev Med* 2000 Oct;19 (3):174
95. Najman JM., Health and poverty: Past, present and prospect for the future. *Social Science and Medicine* 1993, 36:2, pp:157-166
96. Stockwell EG, Svanson DA, Wicks JW Economic status differences in infant mortality by cause of death. *Public Health Rep.*1988 Mar- Apr; 103(2):135-42
97. Lynch J.,Kaplan G., Pamuk ER. Et al. Income inequality and mortality in Metropolitan areas of the United States, *American Journal of Public Health*, July 1998, 88:7, 1074-1079.
98. Davey S., Neaton JD., Wentworth D. et al., Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the multiple risk faktor intervention trial, 1: White men . *American Journal of Public Health*, 1996;86:486-496.
99. Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal* , 1992; 304:165-168.
100. Lynch J.,Kaplan G.,Sheme G., Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological and social functioning. *N. England J. Med.* 1997; 337:1889-1895.

101. Kaplan G., Pamuk ER., Lynch J.,Cohen RD., Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways . *British Medical Journal* 1996,312:999-1003
102. Liu GG, Yamada T., An economic analysis of Chinese fertility behavior.*Social Science and Medicine*, 1996 Apr; 42(7): 1027-37
103. Birdsall, N.,Jamisson, D.T. (1983), Income and other factors influencing fertility in China., *Popul.Dev. Rev.*,9, 651.
- 104.Dillner L., Inequalities cause reproductive deaths. *British Medical Journal* 1995, 311,147-148
- 105.Martina A., The quantity/quality of children hypothesis in developing countries: testing by considering some demographic experiences in China, India and Africa. *Health Transition Review*, Supplement to Volume 6,1996, 191-212
- 106.Stockwell EG., Goza F., Racial differences in the relationship between infant mortality and socioeconomic status. *J. Biosoc. Sci.* 1996,28:73-84
- 107.Navarro V., Race or class or race and class: Growing mortality differentials in the United States.,*International Journal of Health Services* 1991, Volume 21, Number 2, pp:229-235
- 108.Wise P.,Chavkin W., Romero D., Assessing the effects of welfare reform policies on reproductive and infant health. *American Journal of Public Health*, October 1999, 89:10,1514-1521
- 109.Ryan M., Monitoring effects of deprivation on health, *British Medical Journal* 1995, Feb.1995, Volume 310, pp:398-399
- 110.Kawachi I., Kennedy B., Lochner SM. et al., Social capital, income inequality and mortality. 1997, 87:9, pp:1491-1497
- 111.Baker D., Taylor H. Et al. Inequality in health and health service use for mothers of young children in south west England. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1997;51:74-79
- 112.Westerling R., Gullberg A., Rosen M., Socioeconomic differences in “avoidable” mortality in Sweden 1986-1990. *International Journal of Epidemiology*,1996,25:3 pp:560-567
- 113.Grundy E., Holt E., Adult life experiences and health in early old age in Great Britain. *Social Science and Medicine* 2000, 51, pp: 1061-1074

114. Hofer TP., Katz S., Health behaviors among women in the United States and Ontario: The effect on use of preventive care. *American Journal of Public Health*, 1996, 86:12, pp:1755-1759
115. LeClere F., Soobader MJ., The effect of income inequality on the health of selected US demographic groups. *American Journal of Public Health*, 2000,90:12, pp:1892-1897
116. Kunts EA., Groenhof F., Andersen O. Et al., Occupational class and ischemic heart disease mortality in the United States and 11 European countries. *American Journal of Public Health*, 1999,89:1, pp:47-53
117. Haynes R., Inequalities in health and health services use: evidence from the general household survey. *Social Science and Medicine* 1991, 33:4, pp:361-368
118. Law, MR., Morris JK., Why is mortality higher in poorer areas and in more northern areas of England and Wales? *Journal Epidemiol. Community Health* 1998.52:344-352
119. Turrel G., Mengersen K., Socioeconomic status and infant mortality in Australia: a national study of small urban areas, 1985-89. *Social Science and Medicine* 2000 May; 50:9 pp:1209-25
120. Gbesemete KP., Jonsson D., A comparison of empirical models on determinants of infant mortality: a cross-national study on Africa., *Health Policy* 1993 May;24:2, pp:155-74
121. Syed M.A., Adams M.A., Chowdhury M., Bhuiya A., Gender, socioeconomic development and health-seeking behavior in Bangladesh., *Social Science and Medicine*, 2000, 51, pp: 361-371
122. Mackenbach JP. Et al., Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet* 1997, 349:1655-59
123. Brockerhoff M., Hewet P., Inequality of child mortality in Sub-saharan Africa. *Bulletin World Health Organization* 2000;78 (1):30-41
124. Sufian AJM., A multivariate analysis of infant mortality in developing countries. *Nüfusbilim dergisi/Turk. Popul, Stud.* 1990,12,19-30
125. Claeson M., Bos ER., Mawji T. et al., Reducing child mortality in India in the new milenium. *Bulletin World Health Organization* 2000;78 (10):1192-1199
126. Bucher HC., Ragland DR. *American Journal of Public Health*, 1995
127. Singh GK., Yu SM. US Childhood mortality, 1950 through 1993: Trends and socioeconomic differentials, *American Journal of Public Health*,86:4, pp.505-512

128. Vagero D., Inequality in Health-Some Theoretical and Empirical Problems, *Social Science and Medicine* 1991,32(4):367-371.
129. Treurniet HF., Looman CW., van der Maas PJ, Mackenbach JP., Regional trend variations in infant mortality due to perinatal conditions in the Netherlands., *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2000 Jul 1;91(1):43-49
130. Fang RK., The geographical inequalities of mortality in China. *Social Science and Medicine* 1993 May,36(10):1319-23
131. Standing H., Gender and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Policy and Planning*: 12:1,pp:1-18
132. Rodriguez JA., Lemkow L., Health and social inequalities in Spain, *Social Science and Medicine* 1990;31(3):351-8
133. Bird ST, Bauman KE., State level infant, neonatal, and postneonatal mortality: the contribution of selected structural socioeconomic variables., *International Journal of Health Services* 1998;28 (1):13-27
134. Kusumayati A, Gross R., Ecological and geographic characteristics predict nutritional status of communities. Rapid assessment for poor villages., *Health Policy Plan.* 1998 Dec, 13 (4):408-16
135. Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, Pina MF, Esteves MA., Health conditions and residential concentration of poverty: a study in Rio de Janeiro, Brazil. *J Epidemiol Community Health* 2000 Jul; 54 (7):530-536
136. Benzeval M., Judge K., Access to health care in England: continuing inequalities in the distribution of GPs, *Journal of Public Health Medicine*, 18 (1):33-40.
137. Dunn JR, Dyck I., Social determinants of health in Canada's immigrant population: results from the National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2000, Dec;51 (11) 1573-93
138. Robinson WC, Lee MK, Hill K, Burnham GM, Mortality in North Korean migrant households : a retrospective study. , *Lancet* 1999 Jul 24; 354 (9175): 291-5
139. Holian J., Infant mortality and health care in Mexican communities., *Social Science and Medicine* 1989; 29 (5):677-9
140. Hoffman M, Pick WM, Cooper D, Myers JE., Women's health status and use of health services in a rapidly growing peri-urban area of South Africa. *Social Science and Medicine* 1997 Jul;45(1):149-57

141. Makinen M., Waters H., Rauch M., Almagambetova N., et al., Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition, *Bulletin of the World Health Organization* 2000,78(1):55-65
142. Obermeyer CM., Culture, maternal health care and women's status: A Comparison of Morocco and Tunisia, *Studies In Family Planning*, Volume 24, Number 6/PART I, NOV/DEC 1993, page:354-364



ÖZGEÇMİŞ

Semra Ay;

1963 yılı İzmir doğumludur. İzmir Kız Lisesi' ni bitirdikten sonra 1980 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda eğitimini devam ettirdi. 1984 yılında mezun oldu. Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin çeşitli Dahili bölümlerinde ve Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire ve süpervayzer hemşire olarak görev yaptı. Bu arada Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Hemşirelikte Yönetim Master Programını bitirdi. 1998 yılında Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrenimine ve aynı yıl CBÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaya başladı. Halen CBÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda Öğretim Görevlisi olarak görev yapmaktadır.