

T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
İŞLETME YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ETİMESGUT İLÇESİNDE SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA
VAKFINDAN YARDIM ALAN HANELERİN SAĞLIK HİZMETİ
KULLANIMI VE KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARININ
BELİRLENMESİNE YÖNELİK SAHA ARAŞTIRMASI

HAZIRLAYAN
FİKRİYE YILMAZ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. ADNAN KISA

ANKARA-2005

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada, ülkemizde boyutları ve uygulamaları açısından çok önemli olarak değerlendirilebilecek ancak mevcut çalışmalarda yer almamış sağlık ve yoksulluk ilişkisinin ekonomik olduğu kadar toplumsal ve yapısal boyutları da incelenmeye çalışılmıştır. Çalışmamın bu alanda yapılacak gelecek araştırmalara ve uygulamalara ışık tutacağını umuyorum.

İşletme Yönetimi Yüksek Lisans Programı'na katılmamda ve bu çalışmanın gerçekleşmesinde çok büyük maddi ve manevi desteği olan Başkent Üniversitesi Rektörü Saygıdeğer Hocam Prof. Dr. Mehmet HABERAL' a;

Lisans ve yüksek lisans çalışmalarım süresince bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren, tez konusunun belirlenmesinde ve tezin bütün aşamalarında yardımını esirgemeyen Rektör Yardımcısı ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölüm Başkanı Saygıdeğer Hocam Prof. Dr. Korkut ERSOY' a; araştırmamın şekillenmesinde ve bu aşamaya gelmesinde görüş ve düşünceleri ile önemli katkılar sağlayan Saygıdeğer Hocam Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI' na;

Beni bu konuda çalışmaya yönlendiren, araştırmanın her aşamasında bilgilerini benimle paylaşan ve bu çalışmaya benden fazla emek veren Saygıdeğer Hocam ve Danışmanım Doç. Dr. Adnan KISA' ya;

Bu çalışmanın oluşumuna dolaylı ve dolaysız katkı sağlayan İşletme Yönetimi Yüksek Lisans Programı'nın ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği'nin saygıdeğer tüm hocalarına ve çalışanlarına;

Kurumlarının arşiv ve kaynaklarından ihtiyacım olan her türlü bilgi ve belgeyi sağlayan ve bu çalışmayı destekleyen Etimesgut Kaymakamı Sayın Mehmet KALYONCU' ya ve Etimesgut Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Müdürü Sayın Melek ORDULU' ya;

Etimesgut İlçesi Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan yardım alan, araştırmaya katılmayı kabul ederek samimiyet ve büyük bir sabırla soruları yanıtlayan ve verdikleri bilgilerle tezimin temellerini oluşturan tüm hanehalkı üyelerine; örnekleme dahil ettiğimiz hanelerin adreslerini bulmamda çok fazla yardımını gördüğüm Etimesgut Belediye Başkanlığı çalışanlarına ve bana yol gösteren, tarif eden tüm bölge sakinlerine;

Saha çalışmamda büyük yardımlarını gördüğüm, abim Semih YILMAZ' a, kuzenim İkbal YILMAZ' a, 2. abim Erdal VAR' a ve paylaştığı elektronik donanımlar ile çalışmalarımı kolaylaştıran Bekir VAR' a;

Tıbbi terminoloji alanında ve analiz tasarımında yardımını esirgemeyen Uzm. Dr. Ergün ÖKSÜZ' e ve istatistiksel analizlerin yapılması aşamasında yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Meriç ÇOLAK' a;

Sonsuz sevgileriyle bana güç veren, hayatımdaki her şeyde benden fazla emeği olan, desteklerini ve ilgilerini bir an olsun esirgemeyen bana verilmiş en güzel ve en anlamlı armağan olan aileme; annem Nimet YILMAZ' a, babam Ali YILMAZ' a ve sonsuz ruhuna, abim Semih YILMAZ' a ve kısa bir süre önce resmi olarak da bizden biri olan Tuğba YILMAZ' a;

Pınar'a ve tüm dostlarıma;

Minnet ve saygılarımı sunarım.

ÖZET

Yoksulluk; sadece gelir yetersizliği değil, aynı zamanda düşük sağlık düzeyi, eğitim düzeyinin yetersizliği ve kötü beslenme gibi unsurlarla etkileşim içerisinde olan karmaşık ve çok boyutlu bir olgudur. Yoksulluk ve sağlıksızlık ilişkisi sadece yoksulluk içerisindeki insanları değil, bu insanların yaşadığı toplumları, bu toplumlarda faaliyet gösteren kuruluşları ve daha genel olarak ülkeleri etkilemektedir.

Bu çalışmanın amacı, hanehalklarının sosyo-demografik özelliklerinin, yaşam şartlarının ve sağlık durumlarının yoksulluk ile ilişkisini ortaya koymak ve katastrofik sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri açıklamaktır. Çalışma Ankara ili Etimesgut ilçesinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından yardımlar için öncelikli olarak belirlenmiş 92 hanehalkını kapsamaktadır. Bu çalışmada, yoksul olarak belirlenmiş hanehalklarının sosyo-demografik özellikleri, yaşam şartları ve katastrofik sağlık harcaması ile karşılaşma durumları incelenmiştir.

Çalışma sonucunda, yoksulluğun bir çok sosyo-demografik özelliklerle ve yaşam standardı ile ilişkisi bulunmuştur. Hanehalkı reisinin kadın olduğu hanelerde yoksulluk oranı (%61.33), hanehalkı reisinin erkek olduğu hanelere (%32.8) göre daha fazladır. Haneler arasında son bir yılda tıbbi yardımı erteleme sıklığı ortalama 4.66 kez olarak belirlenmiştir. 364 hanehalkı üyesinin 125'inin (%34.3) en az bir kronik hastalığı ve/veya sakatlığı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan 92 hane arasında 14'ü (%15.2) son bir ayda katastrofik sağlık harcaması yapmıştır ve bu hanelerin sağlık harcamaları gıda dışı harcamalarının ortalama %62.3'ünü oluşturmaktadır. Bunların yanı sıra, araştırma bulgularının dolaylı olarak ulaştığı sonuç, bu maliyetlerin sadece bireysel değil, sağlık sistemleri düzeylerinde de yük olduğudur. Bu nedenle, araştırma sonuçlarının politika yapanlar ve yerel yönetimlerce değerlendirilmesi gerekliliği kadar, devlet sağlık finansmanı ve kaynakların kullanımı açısından da değerlendirilmesi önerilerek çalışma sonlandırılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yoksulluk, katastrofik sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin kullanımı, sosyal yardım, sağlık sektörü finansmanı.

SUMMARY

Poverty is not only income insufficiency, but also a complex and multidimensional phenomenon interaction with such components as ill health, uneducation and malnutrition. The relationship between poverty and ill health has an impact on not only people who live in poverty, but also communities, organizations and more generally countries.

The aim of the study is to expose the relationship between socio- demographic characteristics and health status of households and poverty, to clarify factors which affect catastrophic health expenditures. The study covers 92 households determined as priority group for assistances by Etimesgut Social Solidarity Foundation in Ankara. In this study, socio-demographic characteristics, living standards of households and their situations whether they face catastrophic health expenditures are examined.

In the study, it was founded that poverty and households' socio-demographic characteristics, living standards are strongly related. Poverty rate of female-headed households (61.33 %) is more than that of male-headed households (32.8 %). It was founded that household members delayed seeking help averagely 4.66 times in past year. 125 household members (34.3%) have at least one chronic illness and /or disability. 14 households (15.2 %) face catastrophic health expenditures and their health expenditures constitute averagely 62.3 % of their non-food expenditures. Indirect result of study findings is that these costs create a big burden in not only individual level, but also health systems level. The study's results should be carefully evaluated not only by policy makers and local administrations' point view, but also in terms of governments' health sector financing and resource utilization perspective.

Key Words: Poverty, catastrophic health expenditure, health care utilization, social assistance, health sector finance.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iv
SUMMARY	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
TABLolar LİSTESİ	x
I. GİRİŞ	1
1 AMAÇ.....	4
II. KURAMSAL BİLGİLER VE KAYNAK TARAMASI	5
1 YOKSULLUK	5
2 YOKSULLUKLA İLGİLİ KAVRAMLAR	10
2.1 Mutlak yoksulluk-Görelî Yoksulluk	10
2.2 Objektif yoksulluk -Sübjektif Yoksulluk	11
2.3 Kırsal Yoksulluk- Kentsel Yoksulluk	13
2.4 İnsani Yoksulluk	18
2.5 Kadın Yoksulluğu	18
2.6 Genç İşsizliği ve Yoksulluk	20
2.7 Yaşlılar:Geleneksel Olarak Savunmasız Grup	21
3 YOKSULLUĞUN ÖLÇÜLMESİ	22
4 YOKSULLUK GÖSTERGELERİ	24
4.1 Gelir Göstergeleri	24
4.2 Sosyal Göstergeler	25
4.3 İmkan Yoksulluğu Göstergeleri	26
5 YOKSULLUK ÖLÇÜTLERİ	28
6 DÜNYA'DA YOKSULLUK	29
7 TÜRKİYE'DE YOKSULLUK	32
8 TÜRKİYE'DE YOKSULLUKLA MÜCADELE STRATEJİLERİ .	41
9 YOKSULLUK VE SAĞLIK	45
9.1 Yoksulluk Sağlığı Nasıl Etkiler?	47
9.2 Sağlığın Bozulması Yoksulluğu Nasıl Etkiler?	50
9.3 Katastrofik Sağlık Harcamaları	53
9.4 Sağlığın İyileştirilmesi	57
9.5 Sağlık Sektörü Politikaları	58
9.6 Yoksulluk ve Sağlık İlişkisi İçin Önemli Politika Alanları ..	60
9.6.1 Cinsiyet Eşitliği	60
9.6.2 Sağlık Sonuçlarının Gelişimi İçin Bir Araç Olarak Eğitim	61
9.6.3 Gıda Güvenliği, Beslenme ve Sağlık	64
9.6.4 Yoksulluk, Sağlık ve Çevre	66
9.6.5 Bir Halk Sağlığı Konusu Olarak Şiddet ve Yaralanmalar.....	68

III. MATERYAL ve YÖNTEM	70
1 ÇALIŞMANIN AMACI	70
2 PROBLEM CÜMLESİ	70
3 KISITLILIKLAR	70
4 EVREN ve ÖRNEKLEM	71
5 VERİLERİN ANALİZİ	74
6 ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ	75
IV. BULGULAR	80
1 HANELERE VE HANEHALKLARINA İLİŞKİN TEMEL BULGULAR	80
1.1 Hanehalkı Sosyo-Demografik Özellikleri	80
1.1.1 Hanehalkı Reislerinin Sosyo- Demografik Özellikleri.....	80
1.1.2 Hanehalkı Üyelerinin Sosyo- Demografik Özellikleri.....	83
1.2 Konut Özellikleri ve Konut İçin Yapılan Harcamalar	88
1.2.1 Konut Özellikleri.....	88
1.2.2 Konut İçin Yapılan Harcamalar	92
1.3 Hanehalkı Sağlık Güvence Sistemi	93
1.4 Kronik Hastalık ve Sakatlık	95
1.5 Yakın Zamanda Ortaya Çıkan Hastalık veya Yaralanmalar .	100
1.6 Hastanede Yatış	104
1.7 Günlük Aktiviteler	105
1.8 Sağlık Hizmetine Ulaşım	110
1.9 Hane Gelir Göstergeleri	114
1.10 Hanehalkı Tüketim ve Harcamaları	121
2 HANELERİN KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR	130
V. TARTIŞMA	135
VI. SONUÇ ve ÖNERİLER	148
KAYNAKÇA	156
EKLER	165
EK-1 : ETİMESGUT SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI 1. GRUP HAK SAHİBİ İCMALİ	165
EK-2: HANEHALKI ANKET FORMU	166
ÖZGEÇMİŞ	181

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB	Avrupa Birliği
Bağ-Kur	Esnaf Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
DALY	Disability Adjusted Life Years (Yeti Kaybına Uyarlanmış Kaybolan Yaşam Yılı)
DFID	Development For International Development
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
GSMH	Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HPI	The Human Poverty Index
ILO	International Labor Organization (Uluslar Arası Çalışma Teşkilâtı)
IMF	International Monetary Fund (Uluslar Arası Para Fonu)
LSMS	Living Standard Measurement Survey
MDG	Millenium Development Goals (Bin yıl Kalkınma Hedefleri)
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
OECD-DAC	Organisation for Economic Co-Operation and Development-Development Assistance Committee
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SRAP	Sosyal Riski Azaltma Projesi
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SYDTF	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu
şNT	şartlı Nakit Transferi
TL	Türk Lirası
TÜSİAD	Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği
UN	United Nations (Birleşmiş Milletler)
UNDP	United Nations Development Program (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı)
UNFPA	United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Uluslar Arası Çocuklara Yardım Fonu)
WB	World Bank (Dünya Bankası)
WHO	World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)
YTL	Yeni Türk Lirası

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİL	Sayfa no
Şekil-2.1: Yoksulluk ve Refahın Etkileşimli Boyutları	8
Şekil-2.2: Kentsel Yoksulluğun Birikimli Etkileri	17
Şekil-2.3: Sağlık ve Yoksulluk Döngüsü	46

TABLolar LİSTESİ

TABLO	Sayfa no
Tablo-2.1: Kentsel Yoksulluk Matrisi	15
Tablo-2.2: Çevre ve Hastalık Yüğü	67
Tablo-4.1: Hanehalkı Reislerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	81
Tablo-4.2: Ücret Karşılığında Çalışan Hanehalkı Reislerinin Çalıştıkları Sektörlere Göre Dağılımları	82
Tablo-4.3: Ücret Karşılığında Çalışan Hanehalkı Reislerinin Mesleklerine Göre Dağılımları	82
Tablo-4.4: Hanehalkı Üyelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	84
Tablo-4.5: Hanehalkı Üyelerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	85
Tablo-4.6: Hanehalkı Üyelerinin Hanehalkı Reisine Yakınlıklarına Göre Dağılımı	86
Tablo-4.7: Çalışmayan Hanehalkı Üyelerinin Çalışmama Nedenlerine Göre Dağılımı	86
Tablo-4.8: Hanehalkı Üyelerinden Çalışanların Çalıştıkları Sektörlere Göre Dağılımı	87
Tablo-4.9: Hanehalkı Üyelerinden Çalışanların Mesleklerine Göre Dağılımı	87
Tablo-4.10: Konut Tipi, Oda Sayısı ve Faydalanılan Net Alana Göre Hanelerin Dağılımı	89
Tablo-4.11: Diğer Konut Özelliklerine Göre Hanelerin Dağılımı	91
Tablo-4.12: Kiracı Olarak Oturan Hanehalklarının Aylık Ödedikleri Kira Tutarına Göre Dağılımı	92
Tablo-4.13: Zorunlu Sağlık Sigortası Kapsamında Yer Alan Kişilerin Sigorta Kuruluşlarına Göre Dağılımı	93
Tablo-4.14: Hanehalkı Üyelerinden Zorunlu Sağlık Sigortası Yeşil Kart Olanların Varsa Daha Önceki Sağlık Sigortasına Göre Dağılımları	94
Tablo-4.15: Hanehalkı Üyelerinin Sağlık Sigortasına Sahip Oldukları Zamana Göre Dağılımları	94
Tablo-4.16: Hanehalkı Üyelerinin Diğer Bir Kişiden Ötürü Sağlık Sigortası Olup Olmamasına Göre Dağılımları	95
Tablo-4.17: Hanehalkı Üyelerinin Kronik Hastalıklara Göre Dağılımları	96
Tablo-4.18: 6 Aydan Uzun Süren Hastalık/ Sakatlık Durumu İle Zorunlu Sağlık Sigortası Türü İlişkisi	98
Tablo-4.19: Kronik Hastalık Sayısı ve Gelir Düzeyi İlişkisi	98
Tablo-4.20: Hanehalkı Üyelerinin Bedensel Özürlülerinin Olup Olmasına ve Varsa Bedensel Özürlüğüne Göre Dağılımı	99
Tablo-4.21: Hanehalkı Üyelerinin Kronik Hastalık ve/veya Sakatlıkları İçin Son Bir Ayda Yaptıkları Harcamalara Göre Dağılımları	100
Tablo-4.22: Hanehalkı Üyelerinin Son Bir Ayda Geçirdikleri Hastalık veya Yaralanma Türüne Göre Dağılımları	101
Tablo-4.23: Tıbbi Yardım İçin Başvuru Yapan Hanehalkı Üyelerinin Başvurdukları Yer ve Kişilere Göre Dağılımları	101

Tablo-4.24: Hanehalkı Üyelerinin Hastalanma ve / veya Yaralanmaya Bağlı Yaptıkları Harcamalar	102
Tablo-4.25: Sağlık Kuruluşunda Kalma Nedenlerine Göre Hanehalkı Üyelerinin Dağılımı	104
Tablo-4.26: Hanehalkı Üyelerinin Son 12 Ayda Kaldığı Tıbbi Kuruluşta Yaptığı Harcama	105
Tablo-4.27: Hanehalkı Üyelerinin Genel Sağlık Durumu Değerlendirmesi Sonuçlarına Göre Dağılımları	106
Tablo-4.28: Genel Sağlık Değerlendirmesi ve Hane Geliri İlişkisi	107
Tablo-4.29: Hanehalkı Üyelerinin Genel Sağlık Değerlendirmeleri İle Sağlık Sigortalarının Türü Arasındaki İlişki	108
Tablo-4.30: Hanehalkı Üyelerinden Sigara Kullananların Sigara İçmeye Başladıkları Yaşa ve Günlük Tükettikleri Sigara Miktarına Göre Dağılımı	109
Tablo-4.31: Sigara Tüketim Miktarlarının Cinsiyetlere Göre U-Testi Sonucu	110
Tablo-4.32: Son 12 Ayda, Hanehalkı Üyeleri Arasında Hasta Olan Birinin Tıbbi Yardım Almayı Erteleme veya Aramama Sıklıkları ve Nedenlerine Göre Dağılım	112
Tablo-4.33: Hanehalkı Üyeleri Arasında İndirimle İlaç Alma Hakkı Olup Olmamasına, Bu Hakkın Olduğu Hanehalkı Üyelerinin Bu Haklarını Her Zaman Kullanıp Kullanmamalarına ve Kullanmıyorlarsa Nedenlerine Göre Dağılımı	114
Tablo-4.34: Hanelerin Sürekli Gelir Göstergelerine Göre Dağılımları	115
Tablo-4.35: Hanelerin Gelirlerine Göre Dağılımları	116
Tablo-4.36: Hanehalkı Rejslerinin Cinsiyetleri İle Hane Geliri İlişkisi	117
Tablo-4.37: Hanelerin Belirli Yoksulluk Sınırlarına Göre Dağılımları	118
Tablo-4.38: Hanelerin Harcama Alt Gruplarına Göre Yaptıkları Harcamaların Dağılımı	122
Tablo-4.39: Genel Harcamaların Hanehalkı Rejsinin Cinsiyetine Göre U Testi Sonucu	125
Tablo-4.40: Genel Harcamaların Hane Gelirine Göre U Testi Sonucu	126
Tablo-4.41: Hanelerin Toplam Gıda Tüketimleri İçerisinde Alt Grupların Ortalama Payları, Ortalamadan Sapmalar Ve Ortanca Değerlere Göre Dağılımları	127
Tablo-4.42: Gıda Tüketimlerinin Gelirlere Göre U – Testi Sonucu	129
Tablo-4.43: Belirlenen Farklı Sınırlara Göre Katastrofik Sağlık Harcaması İle Karşılaşan Hanelerin Oranları	131
Tablo-4.44 : Katastrofik Sağlık Harcaması İle 6 Aydan Uzun Süreli Hastalık/Sakatlık Durumu İlişkisi	134

ETİMESGUT İLÇESİNDE SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFINDAN YARDIM ALAN HANELERİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK SAHA ARAŞTIRMASI

Fikriye YILMAZ

ÖZET

Yoksulluk; sadece gelir yetersizliği değil, aynı zamanda düşük sağlık düzeyi, eğitim düzeyinin yetersizliği ve kötü beslenme gibi unsurlarla etkileşim içerisinde olan karmaşık ve çok boyutlu bir olgudur. Yoksulluk ve sağlıksızlık ilişkisi sadece yoksulluk içerisindeki insanları değil, bu insanların yaşadığı toplumları, bu toplumlarda faaliyet gösteren kuruluşları ve daha genel olarak ülkeleri etkilemektedir.

Bu çalışmanın amacı, hanehalklarının sosyo-demografik özelliklerinin, yaşam şartlarının ve sağlık durumlarının yoksulluk ile ilişkisini ortaya koymak ve katastrofik sağlık harcamalarını etkileyen faktörleri açıklamaktır. Çalışma Ankara ili Etimesgut ilçesinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından yardımlar için öncelikli olarak belirlenmiş 92 hanehalkını kapsamaktadır. Bu çalışmada, yoksul olarak belirlenmiş hanehalklarının sosyo-demografik özellikleri, yaşam şartları ve katastrofik sağlık harcaması ile karşılaşma durumları incelenmiştir.

Çalışma sonucunda, yoksulluğun bir çok sosyo-demografik özelliklerle ve yaşam standardı ile ilişkisi bulunmuştur. Hanehalkı reisinin kadın olduğu hanelerde yoksulluk oranı (%61.33), hanehalkı reisinin erkek olduğu hanelere (%32.8) göre daha fazladır. Haneler arasında son bir yılda tıbbi yardımı erteleme sıklığı ortalama 4.66 kez olarak belirlenmiştir. 364 hanehalkı üyesinin 125'inin (%34.3) en az bir kronik hastalığı ve/veya sakatlığı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan 92 hane arasında 14'ü (%15.2) son bir ayda katastrofik sağlık harcaması yapmıştır ve bu hanelerin sağlık harcamaları gıda dışı harcamalarının ortalama %62.3'ünü oluşturmaktadır. Bunların yanı sıra, araştırma bulgularının dolaylı olarak ulaştığı sonuç, bu maliyetlerin sadece bireysel değil, sağlık sistemleri düzeylerinde de yük olduğudur. Bu nedenle, araştırma sonuçlarının politika yapanlar ve yerel yönetimlerce değerlendirilmesi gerekliliği kadar, devlet sağlık finansmanı ve kaynakların kullanımı açısından da değerlendirilmesi önerilerek çalışma sonlandırılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yoksulluk, katastrofik sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin kullanımı, sosyal yardım, sağlık sektörü finansmanı.

A FIELD STUDY OF DETERMINATION OF HEALTH SERVICES UTILIZATION AND CATASTROPHIC HEALTH EXPENDITURES OF HOUSEHOLDS RECEIVE AID FROM THE ETIMESGUT COUNTY SOCIAL SOLIDARITY FOUNDATION

Fikriye YILMAZ

SUMMARY

Poverty is not only income insufficiency, but also a complex and multidimensional phenomenon interaction with such components as ill health, uneducation and malnutrition. The relationship between poverty and ill health has an impact on not only people who live in poverty, but also communities, organizations and more generally countries.

The aim of the study is to expose the relationship between socio- demographic characteristics and health status of households and poverty, to clarify factors which affect catastrophic health expenditures. The study covers 92 households determined as priority group for assistances by Etimesgut Social Solidarity Foundation in Ankara. In this study, socio-demographic characteristics, living standards of households and their situations whether they face catastrophic health expenditures are examined.

In the study, it was founded that poverty and households' socio-demographic characteristics, living standards are strongly related. Poverty rate of female-headed households (61.33 %) is more than that of male-headed households (32.8 %). It was founded that household members delayed seeking help averagely 4.66 times in past year. 125 household members (34.3%) have at least one chronic illness and /or disability. 14 households (15.2 %) face catastrophic health expenditures and their health expenditures constitute averagely 62.3 % of their non-food expenditures. Indirect result of study findings is that these costs create a big burden in not only individual level, but also health systems level. The study's results should be carefully evaluated not only by policy makers and local administrations' point view, but also in terms of governments' health sector financing and resource utilization perspective.

Key Words: Poverty, catastrophic health expenditure, health care utilization, social assistance, health sector finance.

I. GİRİŞ

20. yüz yılda sağlık sektörüyle ilgili çok önemli ilerlemeler olmuştur. Son yirmi beş yılda küresel sağlıktaki iyileşme eğilimi, yeni sağlık teknolojilerinden faydalanan, sağlık hizmetlerine ulaşabilen, daha iyi yaşam koşulları sağlanan ve özellikle kadın nüfusu içinde olmak üzere, eğitime ulaşabilen insan sayısının artmasıyla hızlanmıştır (DFID, 2000:8). Dünyada ortalama yaşam beklentisi bu dönemde 20 yıldan daha fazla (41'den 62'ye) artmıştır. Bebek ölüm hızları yarı yarıya azalmış ve okula gitme oranlarında yükselme meydana gelmiştir. Kırsal bölgede yaşayıp, sağlıklı suya ulaşabilen ailelerin payı %10'dan %70'e çıkmıştır. Son 30 yılda gelişmekte olan ülkelerde ortalama gelir, sağlık ve okur-yazarlık, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-Operation and Development-OECD) ülkelerinin son yüzyılda gösterdikleri gelişimden daha fazla iyileşmiştir (OECD, 2001a).

Dünyadaki ekonomik ve sosyal ilerlemelerden herkes eşit bir biçimde yararlanamamıştır. Dünyadaki insanların en yoksul %20'sinin 14 yaşından önce ölme olasılığı en zengin %20'lik nüfustan yaklaşık olarak 10 kat fazladır. Dünyanın en yoksul ülkesindeki kadınların doğum sırasında ölme olasılıkları Batı'nın en zengin ülkelerindeki kadınlara oranla 500 kat fazladır. Yoksul ülkelerde, özellikle Sahra-altı Afrika'da gerçekleşen ölüm ve sakatlıkların çok büyük bir bölümünün önlenemez olduğu belirtilmektedir (DFID, 2000: 8). Tüm dünya ülkeleri, "ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına sahip olmanın ırk,din, politik inanç ve ekonomik ve sosyal durum farkı olmaksızın her insanın temel haklarından biri olduğu" konusunda mutabıktır (OECD, 2001a). Ancak dünyanın hemen hemen her yerinde yoksullar daha kötü sağlık göstergelerine sahiptir ve daha genç ölmektedir. Ayrıca, sağlık konusunda zengin ve yoksul arasındaki farklılıklar oldukça yaygın olarak devam etmektedir. Hem ülkeler arasında hem de ülkelerin

kendi içlerinde bu problemin belirlenmesi, yeni yüzyılın en büyük sorunlarından birini oluşturmaktadır.

Sağlık ve yoksulluk arasındaki ilişkinin kısır bir döngü oluşturduğu, sağlığın bozulmasının yoksulluğa, yoksulluğun da sağlıksızlığa neden olduğu hem sağlık ekonomistleri hem de sosyologlar tarafından sık tekrarlanan bir kavramdır (WHO,1999; Claeson ve diğerleri, 2002 ; Wagstaff, 2002; Kısa, 2003; OECD ve WHO, 2003; International Council of Nurses, 2004). Hastalık ve sakatlıkların hanehalkı tasarruflarını azalttığı, öğrenme yeteneğini düşürdüğü, verimliliği azalttığı ve yaşam kalitesini azalttığı, böylece yoksulluğun yaratılmasına veya devam ettirilmesine olanak sağlayan bir ortam yarattığı bilinmektedir. Diğer taraftan, yoksullar daha fazla kişisel ve çevresel riske maruz kalmakta, daha kötü beslenmekte, daha az bilgi sahibi olmakta ve sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadırlar. Böylece daha fazla hastalık ve sakatlık riski altındadırlar. Sağlığın iyileştirilmesinin yoksulluğu önleyebileceği veya yoksulluktan kurtulma konusunda bir yol olabileceği konusuna ise daha az ilgi gösterilmektedir. Mevcut kanıtlar daha iyi sağlık düzeyine sahip olmanın, insani ve sosyal sermayeyi geliştirerek ve verimliliği arttırarak maddi refahın artmasını ve daha adil gelir dağılımı sağladığını göstermektedir. Sağlıklı bir işgücü sadece daha fazla üretmez, aynı zamanda daha fazla tasarruf yapabilir. Sağlıklı çocuklar daha iyi öğrenebilirler. Sağlıklı aileler uygun aralıklarla daha az çocuğa sahip olma eğilimindedirler (World Bank, 2001).

Farklı ülkelerde ve Türkiye’de yapılan hane halkı araştırmaları yoksulluk ve sağlık ilişkisi yönünden incelendiğinde, bu kısır döngüyü oluşturan en önemli faktörlerin sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda sosyal güvenlik sistemlerinin yetersizliği ve yoksulluğun temel göstergeleri olarak görülen yetersiz beslenme, sağlıksız konut gibi öğeleri ortadan kaldıracak programların devlet tarafından geliştirilememesi olduğu söylenebilir. Türkiye’de henüz tüm toplumu kapsayan genel sağlık sigortası uygulamasına geçilememiş olması, temel olarak uygulanan sağlık sigortası sisteminin çalışanlara yönelik ve primli olması, ve sağlık hizmetlerinin finansmanında çok büyük bir payın kullanıcıların cepten ödemeleri

olması (% 28.60) (Sağlık Bakanlığı, 2004) yoksul olarak nitelendirilen bir çok insanın sağlık hizmetine ulaşamamasına, acil duruma kadar sağlık hizmeti ihtiyacını ertelemesine, ve böylece daha ciddi sorunla daha fazla sağlık harcamasına neden olmakta ve nihayetinde daha yoksullaşmasına neden olmaktadır. Yoksulların parasal yetersizlik ve birikimsizliklerine bağlı olarak maruz kaldıkları ve temelde sosyal devlet anlayışı içerisinde yardım programları ve koruyucu sağlık hizmetleri ile önlenebilecek bir çok unsur da (güvensiz gıda ve kötü beslenme, aşırı kalabalık ve hijyenik olmayan yaşam koşulları, sanitasyon ve su eksikliği gibi) sağlığın bozulmasında temel oluşturmaktadır.

Bahsedilen sorunlar doğrultusunda Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi uygulamaları ve sosyal yardım programları temel alınarak; sağlık ile yoksulluk arasındaki ilişkinin tüm yönleriyle ortaya konulması, katastrofik sağlık harcamalarının bahsedilen ilişki açısından öneminin yanı sıra olası çözüm yollarının da belirlenmesi bu çalışmanın kavramsal çerçevesini oluşturmaktadır. Bunların yanında bahsedilen kavramların ülkemiz için sadece teorikte kalmış olmasından hareketle saha çalışması için yoksul hanehalklarını belirlemede temel alınan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (SYDTF) ve Sosyal Riski Azaltma Projesi (SRAP) kapsamında Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) Programı da kavramsal çerçevenin önemli bir parçasıdır.

AMAÇ

Bu çalışmanın amacını “ekonomik yada sosyal boyutlu gelişmelere paralel olarak ortaya çıkan, küresel ve ulusal bir tehdit olarak görülen, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ ne göre günümüzde bir çok hastalık ve ölümün en büyük nedeni olarak gösterilen” yoksulluk olgusunu, sağlık durumu ve sağlık harcamaları temelinde analiz etmek, “yoksul” olarak nitelendirilen hanehalklarının katastrofik sağlık harcamalarının nedenlerini ve sonuçlarını belirlemek oluşturmaktadır. Bu doğrultuda SYDTF ve SRAP kapsamında yardım alan hane halklarının sosyo-demografik özelliklerinin, sağlık sorunlarının ve katastrofik sağlık harcamalarının belirlenmesi hedeflenmiştir.

Katastrofik sağlık harcamaları konusunun gelişmekte olan ülkelerin hem sosyal güvenlik sistemi uygulamaları açısından, hem de sağlık hizmetlerinin sunumu açısından önemi göz önüne alındığında, bu kavramların ve dolayısıyla yoksulluk ve sağlık ilişkisinin döngüselliklerinin Türkiye açısından incelenmesi gerekliliği kaçınılmazdır. Uluslararası literatüre baktığımızda yoksulluk ve sağlık ilişkisinin bir çok araştırmacı tarafından incelendiği, gelişmekte olan bir çok ülke için yoksullaştırıcı ve katastrofik sağlık harcamalarının boyutunun ortaya konulduğu görülmektedir. Türkiye’de ise yoksulluk olgusu, nedenleri ve sonuçları ile bir çok araştırmanın konusu olurken, sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık harcamaları açısından irdelenmemiştir. Bölge bazında sağlık harcamalarının incelendiği az sayıdaki araştırmada ise daha çok harcama türlerine ve sağlıkla ilgili sosyal güvence durumuna odaklanılmıştır. Bu bağlamda bu araştırmanın bir diğer oluşum nedeni; Türkiye’de boyutları ve uygulamaları açısından çok önemli olarak değerlendirilebilecek ancak mevcut çalışmalarda yer almamış bir konunun incelenmesi çabasıdır. Bu çalışmanın sağlık finansmanı ve ekonomisi alanında yapılacak gelecek araştırmalara ve uygulamalara ışık tutacağı umulmaktadır.

II. KURAMSAL BİLGİLER VE KAYNAK TARAMASI

1 YOKSULLUK

Yoksulluk kavramı yoksunluğun farklı boyutlarını içermektedir. Genel olarak, insanların refahı için ekonomik, sosyal ve diğer standartları karşılayamamasıdır. Yoksulluğun çok boyutlu, yapısal olarak yerleşmiş ve cinsiyete ve yere özgü bir olgu olduğu bir çok kişi tarafından kabul edilmektedir (OECD,2001a; Nunan ve diğerleri, 2002). Bu yüzden yoksulluğun tanımı ve ölçümü ile ilgili çok fazla yaklaşım bulunmaktadır. Geleneksel olarak, ekonomistler ve politika analizcileri “bir kişinin maddi yaşam standardının büyük ölçüde refahını belirlediği” varsayımına dayanan yoksulluğun para metrik ölçümüne odaklanmaktadırlar (Falkingham ve Namazie, 2002). Bu yaklaşım doğrultusunda yoksul kişiler; yoksulluk sınırı olarak adlandırılan belirli bir sınırın altında gelir veya harcama şeklinde ölçülen maddi yaşam standartlı ailelerde yaşayan kişiler olarak tanımlanır (Falkingham ve Namazie, 2002; Case ve Dauton, 2002).

1960’larda, edinilen mal ve hizmetlerin tüketimi gelirden daha fazla süreklilik gösterdiği için iyi bir yoksulluk göstergesi olarak düşünülmüştür. Temel ihtiyaçları karşılamak için gerekli kabul edilen gıda ve minimum gıda dışı harcamalardan oluşan bir mal demeti bu kapsamda tanımlanmıştır (Lipton and Ravallion, 1993). Yoksulluk tanımının daha sonra genişletilmiş olmasına rağmen, tüketim en yaygın kullanılan yoksulluk göstergesi olarak kalmıştır (Nunan ve diğerleri, 2002).

Yoksulluk tanımı 1970’lerde temel ihtiyaçlar kavramı ile genişletildiği kadar, bu ihtiyaçların tatminiyle birleştirilerek daha nitel yoksulluk göstergeleri de geliştirilmiştir. Bu göstergeler kötü beslenme, barınma, giyinme ve sağlık hizmetlerine ulaşamama gibi hasta olmanın farklı yönlerini de içermektedir.

1970'lerin sonlarında Amartya Sen temel ihtiyaçlar kavramının yerine “olanaklar” kavramını kullanmıştır. Bu yaklaşım, yoksulluk tanımının sadece maddi refahı değil, aynı zamanda, insanların imkanlarını da ifade eden fırsatları içermesini sağlamıştır. Bu noktadan hareketle, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (United Nations Development Program- UNDP), yoksulluğun gelir/tüketim ölçümlerine alternatif olarak İnsani Gelişim Endeksini geliştirmiştir. Bu endekste insan yoksunluğunun üç boyutu ele alınmaktadır; yaşam beklentisi, yetişkinlerde okur-yazarlık ve sağlık hizmetlerine, temiz suya ulaşım göstergeleri, ve beş yaşın altındaki, orta ya da ciddi düzeyde düşük ağırlıklı çocukların oranları (Nunan ve diğerleri, 2002).

Dünya Gelişim Raporu 2001 “yoksulluk tanımını savunmasızlık ve risk - sesini duyuramama ve güçsüzlük- kavramlarını içerecek şekilde genişletmek” gerekliliğini vurgulamaktadır (Nunan ve diğerleri, 2002). Savunmasızlık genellikle ikinci veya daha sonraki incelemelerde yoksulluk sınırı altındaki düşüş olasılığı olarak tanımlanır. Yaşam Standartları Değerlendirmesi 2000’de savunmasızlık, gıda yoksulluk sınırının iki katına denk gelecek şekilde düzenlenmiş bir “savunmasızlık” sınırı altında harcama yapan hanehalkları olarak tanımlanmıştır (World Bank, 2003: 23).

Yoksulluğun yeterli bir tanımı, farklı toplumlarda ve yerel bağlantılarda her iki cinsiyetteki insanların yoksun olduğu ve yetersiz olarak görüldüğü önemli tüm alanları içermelidir. Bu tanım yoksulluğun temel boyutları ve cinsiyet ve çevresel olarak sürdürülebilir kalkınmanın temel önemi arasındaki nedensel bağlantıları da içermelidir. Yoksulluğun temel boyutları aşağıdaki beş alt başlıkla tanımlanmaktadır ve şekil-2.1’de de bu boyutların karşılıklı ilişkileri gösterilmektedir (bk. şekil-2.1) (OECD, 2001a).

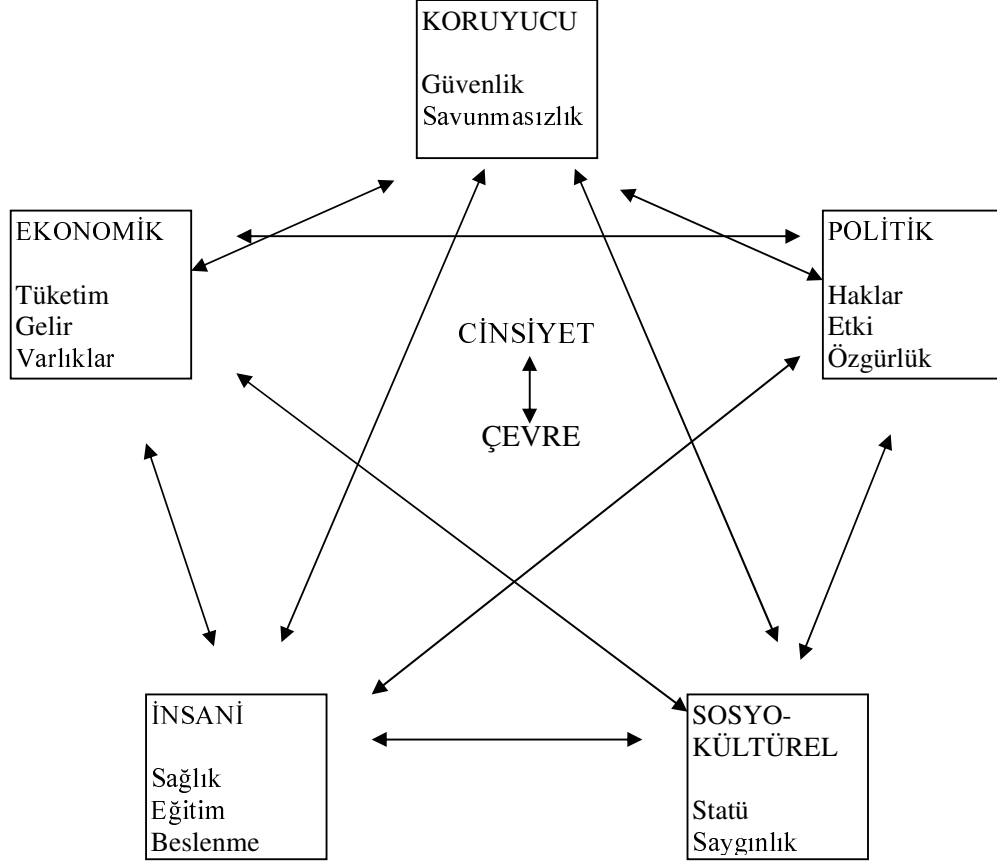
1. Ekonomik imkanlar; gıda güvenliği, maddi refah ve sosyal statü için önemli olan varlıklara sahip olacak ve tüketecek geliri kazanma olanağı olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikler yoksul insanların finansal ve fiziksel kaynaklara güvenli ulaşımı ile bir arada düşünölmektedir.

2. İnsani olanaklar; sağlık, eğitim, beslenme, temiz su ve barınmaya dayalıdır. Bunlar geçimi iyileştirmek için önemli oldukları kadar refahın da temel unsurlarıdır. Hastalık ve okuma-yazma bilmemek üretken çalışmayı ve böylece yoksulluğun azaltılması için gerekli ekonomik ve diğer imkanları engellemektedir. Okuma ve yazma sosyal ve politik katılım için önemli olan diğer insanlarla iletişim kurmayı kolaylaştırır. Özellikle kadınların eğitimi, yoksulluğu ve özellikle AIDS gibi hastalıklar ve aşırı doğurganlık gibi yoksulluğa neden olan faktörleri ortadan kaldırmak için en etkili araç olarak düşünülmektedir.

3. Politik olanaklar; insan haklarını, kamu politikaları ve politik öncelikler üzerinde söz sahibi olmayı içerir. Temel politik özgürlüklerin veya insan haklarının yoksunluğu, yoksulluğun önemli bir yönüdür. Güçsüzlük yoksulluğun diğer boyutlarını ağırlaştırmaktadır. Politik olarak zayıflık yoksulluğun artmasına neden olan ihtiyaç duyulan kaynaklara ulaşamamayı ve politika reformlarında söz sahibi olamamayı içerir.

4. Sosyo-kültürel olanaklar; topluma değer gören bir üye olarak katılma yeteneği ile ilgilidir. Bunlar yoksul insanların değer verdikleri bir topluma ait olmaları için sosyal statü, saygınlık ve diğer kültürel koşulları ifade eder. Coğrafik ve sosyal dışlanmanın bir çok toplumda insanlar için yoksulluğun temel anlamı olduğu ve diğer boyutların katkıda bulunan faktörler olarak görüldüğü düşünülmektedir.

5. Koruyucu olanaklar; insanların ekonomik ve dış şoklara dayanabilmesini sağlayacak olanakları içerdiği için yoksulluğun önlenmesinde önemlidirler. Güvensizlik ve savunmasızlığın yoksulluğun diğer boyutlarıyla güçlü bağlantıları vardır. Yoksul insanlar için açlığın ve gıda güvensizliğinin, hastalık, suç, kavga ve yoksunluk gibi diğer risklerle birlikte temel sorun olduğu belirtilmektedir. Daha geniş kapsamda, yoksulluk dönemsel değişimler ve dış şoklarla- doğal afetler, ekonomik krizler ve şiddetli çatışmalar- karşılaşmaktadır.



Şekil-2.1: Yoksulluk ve Refahın Etkileşimli Boyutları¹

¹ Kaynak: OECD (2001) Poverty Reduction :39

Şekil-2.1'deki her kutu yoksulluğun diğer tüm boyutlarını etkileyen veya onlardan etkilenen önemli boyutları göstermektedir. Hanehalkı üyeleri varlıklarının olmayışından, genellikle yetersiz gelir, sağlığın kötü olması ve eğitim seviyesinin düşüklüğünden veya bir şok sonucunda kıt olan üretim varlıklarını kaybetme nedeniyle tüketimleri azalabilir veya kısmen savunmasız olabilir. Savunmasızlık ve sosyal dışlanmanın, geliri ve sahip olunan varlıkları azaltarak insani ve politik imkanlara engel olduğu düşünülmektedir. Yoksulluğun farklı boyutlarının birbirleriyle hem nedensel ilişkilerinin olması hem de her birinin bağımsız olması çok boyutlu bir kavram olmasının temel nedeni olarak gösterilebilir (OECD, 2001a).

2 YOKSULLUKLA İLGİLİ KAVRAMLAR

2.1 Mutlak Yoksulluk-Görelî Yoksulluk

Mutlak yoksulluk kavramı 1960'ların başlarında, ihtiyaç duyulan gıda ve diğer mal ve hizmetlerin tüketimi için yeterli aile geliri (kaynakları) olmayan kişilerin sayılarının ve payının bir göstergesi olarak geliştirilmiştir (Berenguela ve Pescetto, 2003). Kavram, bir kişinin su, giyinme ve barınma gibi fizyolojik ihtiyaçlarına dayalı minimum yaşam standardına göre tanımlanmaktadır. Mutlak yoksulluk (gelir yoksulluğu olarak da adlandırılır) için 1980'lerde Dünya Bankası tarafından öncelikle on düşük gelirli ülkenin yoksulluk sınırı ortalamasına dayalı uluslar arası bir standart geliştirilmiştir ve daha sonra bu standart satın alma paritelerinin farklılığı da düşünülerek, az gelişmiş ülkeler için günde 1\$ olarak kabul edilirken, Latin Amerika ve Karaibler için bu sınır 2\$, Türkiye'nin de dahil edildiği Doğu Avrupa ülkelerinin bulunduğu grup için 4\$, gelişmiş sanayi ülkeleri için 14.40\$ olarak belirlenmiştir (Falkingham ve Namazie, 2002; World Bank, 1990).

Görelî yoksulluk ise fizyolojik ihtiyaçların ötesinde belirli bir zamanda belirli bir toplumda genel olarak kabul edilen yaşam standardına göre tanımlanmaktadır (Falkingham ve Namazie, 2002). Görelî yaklaşım açısından, bir kişinin geliri veya tüketimi toplumun ortalama tüketim veya gelirin daha önceden belirlenmiş bir yüzdesinin- genellikle %50 veya %60- altındaysa bu kişi yoksul olarak kabul edilmektedir. Bu yönüyle, görelî yoksulluk kavramı toplumdaki gelir ve refahın dağılımı farklılıklarına odaklanmaktadır (Berenguela ve Pescetto, 2003).

Mutlak ve görelî yoksulluk kavramları, yoksulluk probleminin farklı ancak eşit derecede önemli boyutlarını içerir. Bir tarafta, belirli bir mal ve hizmet demetini

satın almaya ve tüketmeye gücü yetmeyen hanelerde yaşayan insan sayısını ve bunların kim olduklarını yani mutlak yoksullukta yaşayanları belirlemek gereklidir. Diğer taraftan, toplumun geri kalanı tarafından kabul görmüş minimum düzeydeki yaşam standardını yakalama konusunda sınırlandırılmış kaynaklara sahip kişileri de belirlemek önemlidir. Göreli yoksulluk sınırları mutlak yoksunluğun sosyal norm olmadığı ülkelerde daha yaygın olarak kabul görmektedir. Bir çok düşük gelirli ülkede ortancanın yarısına denk gelen bir gelir hanehalkının temel ihtiyaçlarını bile karşılayamamaktadır. Ancak, toplumun büyük kısmının mutlak yoksullukta yaşadığı ülkelerde bile, göreli yoksulluk oranları yoksul insanlar arasında en yoksul olanların özellikleri ile ilgili yararlı bilgiler sağlayabilir. Göreli yoksulluk kavramı düşük ve yüksek gelirli ülkelerde sosyal uyumu ve sosyal uyumun öneminin değerlendirilmesinde uygun olarak düşünülmektedir (Falkingham ve Namazie, 2002).

2.2 Objektif Yoksulluk -Sübjektif Yoksulluk

Yoksulluk sübjektif (fayda) ve/ veya objektif (refah) bakış açılarından da ele alınabilir. Bir çok geleneksel yoksulluk ölçümünün (yoksulluk sınırları, temel ihtiyaçlar gibi) objektif nitelikte olmasına rağmen, son zamanlarda uluslar arası topluluklarda yoksulluğun sübjektif algılarının ölçülmesine de dikkat çekilmektedir. Bu yaklaşım yoksulluk değerlendirmesi için katılımcı yoksulluk değerlendirmeleri gibi yeni metodolojilerin geliştirilmesini gerektirir (UNDP, 1997b).

Yoksulluğun tanımlanmasında objektif yaklaşım (refah yaklaşımı) yoksulluğu neyin meydana getirdiği ve kişileri yoksulluktan kurtarmak için nelerin gerektiği konusunda önceden belirlenen (normatif) değerlendirmeleri içerir (Aktan ve Vural, 2002: 6).

Yoksulluğun kişilerin ve hane halkının kendileri için uygun görecekları bir tatmin düzeyini sağlamaya yetecek bir gelire sahip olmamaları şeklinde tanımlanması ise sübjektif yoksulluk olarak düşünölmektedir. Bu kavramın temelleri büyük ölçüde on sekizinci yüzyılda Adam Smith tarafından dolaylı olarak geliştirilen yoksulluk tanımına dayanmaktadır. Adam Smith'e göre eşit fırsat ve seçeneklere sahip olan insanların fırsat ve seçeneklerini çeşitlendirme haklarını kullanmaları gerekmektedir. Smith bu bağlamda "topluluk içinde var olmaktan utanmaksızın" diğeri insanlarla bir arada bulunarak onlarla bütünleşen kişilerin yoksul olmadıklarını belirtmekte, kendinden ve çevresinden utanacak durumda olmayı ise yoksulluk düzeyinin dolaylı olarak sınırı görmektedir (OECD, 2001a; DPT, 2001). Sübjektif yoksulluk yönteminde temel ihtiyaçları karşılamak için gerekli minimum maliyeti oluşturmada insanlara "toplumsal kabul edilebilir minimum yaşam standardını nelerin oluşturduğu" sorulmaktadır. Genellikle kullanılan soru; "hangi gelir düzeyinin tamamıyla sizin için asgari olacağını düşünürsünüz? Yani ihtiyaçlarınızı karşılamada sizin için asgari gelir düzeyi nedir?". Bu yöntem aynı zamanda "Minimum Gelir Sorusu" olarak da bilinir ve cevaplar kimlerin yoksul olduğunu veya yoksul olarak düşünöldüğünü tanımlayacak yoksulluk sınırını oluşturmak için çizelgelenirler. Burada gelir yerine tüketim de sorulabilmektedir. "Minimum gelir"le ilgili bireylerin ve/veya hanehalkı üyelerinin algılarındaki farklılıkları ele alma veya ağırlıklandırma sorunun yanı sıra, cevapların gerçek ihtiyaçlardan daha çok beklenen ihtiyaçları yansıması sorunu ile de karşılaşılmaktadır (Berenguela ve Pescetto, 2003).

2.3 Kırsal Yoksulluk- Kentsel Yoksulluk

Yoksulluk için farklı bir ayırım da kırsal kesimde yaşayan insanların yoksulluğunu azaltma stratejileri- piyasada sapmalara ve tarım kesiminin ve kırsal alandaki beşeri ve fiziki altyapının ihmal edilmesine yol açan kamu politikaları (Aktan ve Vural,2002:11)- sonucunda ortaya çıkmış kırsal-kentsel yoksulluk tanımlamasıdır. Kentsel yoksulluk kavramı, küreselleşme süreçlerinin etkisiyle nüfusun kentlerde yaşayan bir kesiminin çeşitli nedenlerle, tarihsel ve coğrafik olarak belirlenmiş asgari bir geçim standardını sağlayabilecek yeterli kaynaklara ve konuta ulaşamaması şeklinde tanımlanmaktadır (Bıçkı, 2005; Birleşmiş Milletler Habitat Raporu,1996).

Gelişmekte olan ülkelerde çoğu yoksul insan kırsal alanlarda yaşamaktadır. Bu insanlar, kişisel tüketim ile yeterli düzeyde eğitim, sağlık, temiz su, konut, ulaşım ve iletişim hizmetlerine erişim gibi alanlarda kentsel hanehalklarından daha fazla yoksundurlar (OECD, 2001a). Kente göç, endüstrileşmenin gelişimi, kırsal alanlarda güvenli gıdaya ulaşamama, çatışma ve çevresel zararlardan kaçınma, kentsel alanlarda iş imkanlarının, konforun ve teşviklerin çekiciliği gibi bir çok faktörü de yansıtmaktadır (McMichael, 2000).

Yoksulluğu kentsel bağlamda ele aldığımızda daha önce bahsedilen yoksulluk boyutlarını daraltarak incelemek uygun olacaktır. Kentsel yoksulluk bağlamında ele alınabilecek temel boyutlar; gelir/tüketim, sağlık, eğitim, güvenlik ve yetkilendirmedir. Tablo-2.1’de yoksulluğun belirleyici özellikleri kentsel durum için değerlendirilmektedir (Baharoğlu ve Kessides, 2002:124).

Kentsel yoksulluk genellikle birikimli yoksulluklarla nitelendirilir. Yani yoksulluğun bir boyutu genellikle diğer bir boyutun nedeni olmakta veya o boyutun ortaya çıkmasında katkı sağlamaktadır (bk. Şekil-2.2) (Baharoğlu ve Kessides, 2002:124).

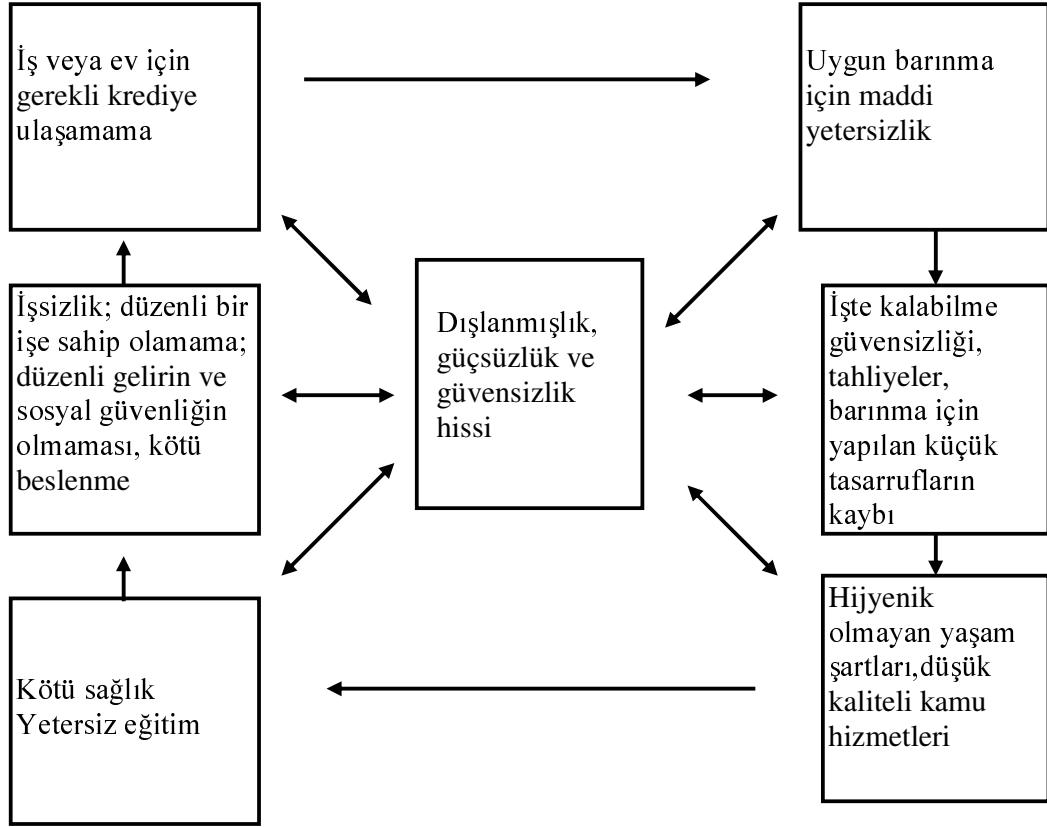
Uluslar Arası Çalışma Teşkilâtı (International Labor Organization-ILO) kırdâ yoksullaşma sürecine özellikle istihdam açısından yaklaşarak 1979'dan itibaren "kırsal yoksulluk" (rural poverty) üzerine eğilmiştir. ILO, kırsal alandaki açık veya gizli işsizliği kırsal yoksulluk olarak tanımlamakta ve azalan gelir düzeyleri nedeniyle kırsal alanda hızlı bir yoksullaşma sürecine girildiğine dikkat çekmektedir (DPT, 2001).

Tablo-2.1: Kentsel Yoksulluk Matrisi

Yoksulluk Boyutu	Görünür Nedenleri veya Etki Eden Faktörler	Yoksulluğun Diğer Boyutlarına Etkisi
Gelir	<ul style="list-style-type: none"> • Gerekli mal ve hizmetleri satın alma için nakit bağımlılığı • İş güvencesizliği /geçici iş • Vasıfsız işgücü/iyi ücretli işler için özelliklerin yeterli olmaması • Sağlığın kötü olmasından dolayı bir işte tutunamama • İş fırsatlarına ulaşamama(kentsel yoksullar genellikle bir işe gitme maliyeti ve barınma maliyeti arasında seçim yapmak zorunda kalırlar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiziksel sermaye varlıklarının gelişmemesine neden olan barınacak yer veya arazi almaya gücünün etmemesi • Gerekli kamu hizmetlerini yeterli kalite ve miktarda almaya maddi gücün yetmemesi (örneğin yetersiz su arzı hijyenik olmayan yaşam koşullarına ve sağlığın bozulmasına neden olabilir.) • Yetersiz insan sermayesi (örneğin stres, güvensiz gıda ve eğitim ve sağlık hizmetlerini almaya maddi gücün yetmemesinden dolayı kötü sağlık ve eğitim sonuçları) • Hane içi şiddet ve suça neden olan değer kaybetmiş sosyal sermaye
Sağlık	<ul style="list-style-type: none"> • Kalabalık ve hijyenik olmayan yaşam şartları • Şehirlerde barınma ve endüstriyel alanlar yan yana olduğunda, oturma alanları endüstriyel ve trafik kirliliğine maruz kalabilir. • Şehirlerdeki yoksullar toprak kayması ve sel gibi çevresel tehlikelere eğilimli kenar bölgelere yerleşirler. • Düşük hava ve su kalitesi ve sanitasyon eksikliğinden dolayı hastalıklara karşı korunmasızlık • Trafik nedeniyle yaralanma ve ölümler • Endüstriyel mesleki riskler (örneğin güvenilir olmayan çalışma şartları, özellikle özel sektör işlerinde) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bir işte tutunamama • Yeterli gelir elde edememe • Hastalıklardan dolayı çocukların öğrenme yeteneklerinin azalması • Hasar ve gelir şokları riski • Kötü eğitim sonuçları

Eğitim	<ul style="list-style-type: none"> • Hızlı büyüyen şehirlerde yetersiz okul kapasitesinden dolayı eğitime kısıtlı ulaşım • Okul masraflarını karşılamaya maddi gücün yetmemesi • Okula devamı engelleyen kişisel güvenlik riskleri 	<ul style="list-style-type: none"> • Bir işe sahip olamama • Okul çağındaki gençler için yararlı faaliyetlerin eksikliği- ki bu eksiklik suç işlemeye katkı da bulunmaktadır- • Cinsiyet ayrımcılığının devam etmesi
Güvenlik	<p><u>Sahiplik hakkı güvensizliği</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruhsatlı bölgelerde arazi ve barınmaya maddi güç yetmemekte, ve bu yüzden yoksullar genellikle kamu veya özel mülkiyetlerde ev yapmakta veya kiralamaktadır. Evler uygun inşaattan yoksun kalmakta ve doğal tehlikelere açık güvenilir olmayan bölgelerde yapılmaktadır. <p><u>Kişisel güvensizlik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • İlaç/alkol bağımlılığı ve hane içi şiddet • Aile parçalanmaları ve çocuklar için desteğin azalması • Şehirlerde sosyal farklılıklar ve görünür gelir eşitsizlikleri stresi arttır ve suç işlemeye teşvik edebilir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiziksel sermaye kayıplarına neden olan, iş ve güvenlik ağları için soysal ve gayri resmi ağlara zarar veren ve güvenlik hissini azaltan tahliyeler • Bir gelir kaynağı olarak başka birinin evini kullanamama (örneğin, bir odayı kiralayarak veya gelir yaratıcı faaliyetler için fazladan alanlar yaratarak) • Fiziksel ve ruhsal sağlığın gerilemesi ve düşük kazançlar • Mülkiyete zarar vermek veya mülkiyeti kaybetmek ve korunma ve sağlık hizmetleri için maliyetlerin artması • Aile birliğinin kaybı veya sosyal dışlanma gibi değer kaybetmiş sosyal sermaye
Yetkilendirme	<ul style="list-style-type: none"> • Konut veya işin yasalara aykırı oluşu • İş ve hizmetlerle bağlantıları kesmeye neden olan toplum dışlamaları • İş bulmada ve hizmetlerle ilgili yasal hakları öğrenmede bilgi kanallarının eksikliği vb. • Vatandaşlık haklarına ve sorumluluklarına sahip olmama 	<ul style="list-style-type: none"> • Kentsel hizmetlere ulaşamama • Dışlanmışlık ve güçsüzlük hissi • Şiddet • Tazminatın alternatif şekillerini aramada kişisel zaman ve paranın verimsiz kullanımı(örneğin, rüşvetler)

Kaynak: Baharoğlu ve Kessides (2002). Macroeconomic and Sectoral Approaches. "Chapter 16: Urban Poverty":125-126.



Şekil-2.2: Kentsel Yoksulluğun Birikimli Etkileri¹

¹ Kaynak: Baharoğlu ve Kessides (2002). Macroeconomic and Sectoral Approaches. "Chapter 16: Urban Poverty":127.

2.4 İnsani Yoksulluk

İnsani yoksulluk kavramı 1997 yılında UNDP tarafından yayınlanan İnsani Gelişme Raporu'nda geliştirilmiştir. İnsani yoksulluk; uzun ve sağlıklı bir yaşam, bilgi, ekonomik kaynaklar ve topluma katılım gibi gerekli imkanlardan yoksun olma durumu şeklinde tanımlanmaktadır (Morrisson, 2002). Aynı raporda yoksullukla ilgili tanımlanan diğer bir kavram da insani gelişimdir. UNDP insani gelişimi, insanların özgürlük, saygınlık, kişisel saygı ve sosyal statüyü içeren imkanlarını ve seçimlerini geliştiren bir süreç olarak tanımlar. İnsani gelişim gelir ve refahın gelişimi kadar yeterli beslenme, güvenli su, mal ve maddi gücün yetebileceği tıbbi hizmetler, okullar ve ulaşım, tatmin edici barınma ve istihdam ve güvenli geçimin de gelişimini içerir (Morrisson, 2002). İnsani Gelişme Raporu'nda insani yoksulluğu ölçmek için İnsani Yoksulluk Endeksi (The Human Poverty Index-HPI) geliştirilmiştir. İnsani Yoksulluk Endeksi insan yoksunluğunun üç boyutunu ele alınmaktadır; temel ihtiyaç göstergesi (yetişkinlerde okur-yazarlık ve eğitim düzeyinin ağırlıklı ortalaması); yaşam düzeyi ile ilgili gösterge (ortalama yaşam beklentisi) ve kaynaklara erişimi tespiti yönelik gösterge (sağlıklı içme suyuna erişimi olmayanların, sağlık hizmetine erişemeyenlerin ve beş yaşın altındaki, orta ya da ciddi düzeyde düşük ağırlıklı çocukların oranları) (Nunan ve diğerleri, 2002; Aktan ve Vural, 2002: 6-7).

2.5 Kadın Yoksulluğu

1975'lerden sonra feminist hareketlerin artmasıyla cinsiyet ayrımı (sex discrimination) düşüncesi yerini toplumsal cinsiyet ayrımına (gender discrimination) bırakmıştır, bu durum toplumsal cinsiyet ayrımına bağlı yoksulluk (gender poverty) ya da yaygın bir deyişle “kadınların yoksulluğu” (feminization of poverty)

tartışmalarını da gündeme getirmiştir (DPT, 2001). Türkiye’de yapılan araştırmalarda ve çalışmalarda “kadın yoksulluğu” kavramı kullanılmamasına rağmen, yabancı literatürde bu olgu uzun zamandır yer almaktadır.

Yoksulluk bir çok ülkede kadın görünüşlüdür: Dünya’da yoksulluk sınırı altında yaşayan 1,2 milyar insanın yaklaşık %70’i kadındır. Son yirmi yılda bir çok ülkede yoksul olarak yaşayan kadınların sayısı erkeklerinkinden çok daha fazla artmıştır. Kadınların okuma yazma bilmeme olasılıkları erkeklerinkinden yaklaşık iki kat fazladır ve demir eksikliği, kansızlık ve proteinsiz kötü beslenme gibi sağlık durumlarıyla ilgili yoksulluğa düşme ihtimalleri anlamlı düzeyde daha fazladır. Dünya Bankası’nın 2003 yılında Türkiye’de yaptığı araştırma sonuçları da “kadın yoksulluğu”na dikkat çekmektedir. Raporda kadınların iş bulmadaki zorlukları ve dolayısıyla aşırı gelir yokluğundan dolayı kadın-reisli hanhalklarının en yoksullar ve yoksulluğun giderilmesinin en umutsuz olduğu insanlar arasında yer aldığı belirtilmektedir (World Bank, 2003:107). Cinsiyet eşitsizliğine neden olan farklı faktörler bulunmaktadır. İşgücüne katılan kadınların artmasına rağmen, genellikle daha zor iş bulmaktadırlar, okuldan işe geçişleri daha zordur ve erkeklerden %30-40 oranında düşük maaş almaktadırlar (International Council of Nurses, 2004). Bahsedilen Dünya Bankası araştırmasına göre Türkiye’de yoksul kadın-reisli hanhalkları sadece üç temel işe sahip olabilmektedir. Kırsal bölgelerde mevsimsel işler ve faaliyetlerde tarımsal işçi olarak çalışabilirler fakat bu çok kısa bir süre için onlara iş sağlar. İkinci olasılık şehirlerde daha yaygın olan ücretli ev işleridir. Ancak dışardan kadın çalıştırmayı onaylamayan komşular veya akrabaların yardım etme olasılıkları bu şekilde çalışmalarını riske sokabilir. Ayrıca, bu tarz işlerde çalışan kadınlar küçük çocuklarına bakması için birini bulmakta da zorluk çekmektedirler. Üçüncü olasılık, evde çalışmaktır fakat halı dokuma ve el örgüsü gibi endüstri işleri çok azdır ve tüm kadınların bu tarz imkanlara ulaşması zordur. Tüm bu ücretli işlerde, çok karşılaşılan problem genellikle günlük veya geçici düşük-ücretli işlerin hiçbir sosyal güvenlik sağlamamasıdır. Bazı yoksul dul kadınlar ölmüş kocalarından düzenli fakat çok az emekli maaşı almaktadır (World Bank, 2003:107).

Çift gelirli ailelerin ve tek-ebeveynli hanehalklarının sayısındaki çok büyük artışa rağmen, toplumsal algılar çok az değişmektedir ve kadınlar hala evin bakımıyla ilgili temel sorumluluğu taşımaktadır. Aile ve iş hayatını dengelemeye çalışmak, kadınların daha fazla işe girip çıkmalarına neden olmaktadır, böylece kariyer geliştirme ve emeklilik ödeneği gibi fırsatları azalmaktadır (International Council of Nurses, 2004).

2.6 Genç İşsizliği ve Yoksulluk

Üretken iş bulabilen, sabit gelir elde edebilen ve başarılı olarak aile hayatına başlayan genç insanlar mutlak yoksulluğun azaltılması için çok önemlidir. Dünya nüfusunun 1 milyardan fazlası 15 ve 25 yaş arasında yer almaktadır ve bu yaş grubundaki insanlar dünyadaki toplam 180 milyon işsiz insanın %41'ini oluşturmaktadır (International Council of Nurses, 2004). Türkiye'de de durum benzerlik göstermektedir. 2004 yılı verilerine göre 15-24 yaş grubundaki erkeklerde işsizlik oranı % 18,2 ; kadınlarda %19,3'dür (DİE, 2004b). Bir çok gelişmekte olan ülkede, genç erkekler ve kadınlar özel işler ve çalışmama arasında seçim yapmak zorundadır ve uzun çalışma saatleri, düşük ücretler, ve tehlikeli çalışma koşullarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Genç işsizliği sadece yoksulluk döngüsünün devam etmesine neden olmaz , aynı zamanda yüksek suç oranlarına ve madde bağımlılığına da neden olabilir (International Council of Nurses, 2004).

2.7 Yaşlılar:Geleneksel Olarak Savunmasız Grup

Yaşamın son yıllarında varlığını sürdürebilir bir gelir elde etme sıkıntılı bir konudur. Gelişmekte olan ülkelerin bir çoğunda emeklilik çok az kişinin gücünün yettiği bir lüks olarak görülmektedir. Afrika'da 64 yaş üzerindeki insanların yaklaşık %40'ı ve Asya'dakilerin %25'i, hala işgücünde yer almaktadır ve çoğunluğu tarım sektöründe istihdam edilmektedir. Kendi geçimlerini temel olarak özel işlerle sağlayan yaşlı bireyler çok fazla yoksulluk riski altındadırlar, çünkü bu tarz işler değişken gelirlidir ve bu işler vasıtasıyla sosyal güvenlik planları içinde yer almak kısıtlıdır (International Council of Nurses, 2004).

3 YOKSULLUĞUN ÖLÇÜLMESİ

Yoksulluğun tanımı kadar ölçümü de tartışma ve anlaşmazlıklara neden olmaktadır. Herhangi bir ülkede, herhangi bir zamanda yoksulluk düzeyi temel olarak refah göstergelerinin seçimiyle, hanehalkı büyüklüğü ve unsurlarındaki farklılıkların ne kadar dikkate alınacağıyla ve kullanılacak uygun yoksulluk sınırının seçimiyle ilgili varsayımlara dayanmaktadır (Falkingham ve Namazie, 2002).

Yoksulluk sınırları yoksulluğu ölçmek için en kullanışlı ve yararlı araçlardır. Bir yoksulluk sınırı, bir ülkenin yoksulluk tanımına göre yoksulu yoksul olmayandan ayıracak göstergeleri içerir. Bir yoksulluk sınırı minimum beslenme ihtiyaçları ve diğer gereksinimleri sağlamak için ihtiyaç duyulan gelir veya tüketime göre oluşturulur. Örneğin, belirli bir ülkede yoksulluk sınırı altında yaşadığı kabul edilen insanlar ortalama yıllık gelirin altında kazanan insanlar olarak kabul edilebilir. Diğer bir ülkede, aldığı kalori miktarı tavsiye edilen günlük gereksinimin altında olan kişilerin yoksulluk sınırı altında yaşadığı düşünülebilir (International Council of Nurses, 2004).

Yoksulluk sınırı belirlemede daha önce tanımlanan mutlak yoksulluk, görelî yoksulluk, insani yoksulluk, objektif ve sübjektif yoksulluk gibi yaklaşımlar temel alınabilmesine rağmen, genellikle ilk iki yaklaşım üzerinde durulmaktadır.

Mutlak yoksulluk sınırı; yoksulluğu kişi başı hanehalkı tüketim harcamalarının mutlak değerine göre tanımlamaktadır (World Bank, 2004). Bir mutlak yoksulluk sınırı oluşturmada en yaygın kullanılan yaklaşım temel tüketim ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli malların/hizmetlerin miktarlarını kapsayan bir mal ve hizmet sepetinin maliyetini tahmin etmektir. Temel problem “temel ihtiyaçlar” için gıda-enerji gereksiniminin belirlenmesindedir. Kalori gereksinimlerini oluşturmanın yanı sıra bu kalorileri karşılamak için kullanılan gıda

malları demeti ÷lkeye uygun olmalıdır. Gıda sepetini düzenleme ihtiyaç duyulan enerji alımını sağlayacak en düşük maliyetli gıda demetini tanımlamaktansa düşük gelirli hanehalklarının ÷lkeye özgü tüketim modeline dayanmalıdır. İkinci problem gıda dışı tüketim için ayrılacak paranın belirlenmesidir. Bu genellikle bir gıda sepetinin minimum maliyetinin bulunmasıyla ve sonrasında bu maliyetin düşük gelirli hanehalklarının toplam harcamalarındaki gıda payına bölünmesiyle bulunur. Bu makul bir toplam geçim maliyetini vermektedir (Falkingham ve Namazie, 2002).

Görelî yoksulluk sınırı ise genellikle önceden belirlenmiş bir yüzdenin altında gelir veya tüketime göre tanımlanır. Bu sınır genellikle toplumun ortalama gelir veya tüketiminin %50 veya 60'ıdır. Ancak görelî yoksulluk temel olarak toplum içinde kabul edilen yaşam standartlarına göre tanımlandığı için sınırı belirlemede problemler yaşanmaktadır, toplumun normlarını neler oluşturur, mal sepetinin içine neler konulmalıdır gibi. Yaygın olarak benimsenen çözüm "orantılı" bir ölçüm kullanmaktır. Avrupa Birliği (AB) tarafından üye ÷lkeler arasında yoksulluk insidansını karşılaştırmak için kullanılan yoksulluk tanımı ÷lkeye özgü ortalama hanehalkı harcamalarının yarısının oranıdır. Böylece ulusal ortalamanın yarısının altında bir toplam harcama düzeyine sahip hanehalkları yoksul olarak tanımlanmaktadır (Falkingham ve Namazie, 2002).

4 YOKSULLUK GÖSTERGELERİ

Yoksulluk göstergeleri ulusal yoksulluğu azaltma strateji ve programlarının önemli bir parçasıdır. Yoksulluk göstergeleri bir ülkenin yoksulluk tanımını ve genellikle yoksulluğun ve nedenlerinin nasıl algılandığı ile ilgili temel varsayımlarını yansıtır. Yoksulluk çok boyutlu bir olgu olduğu için, çok boyutlu göstergelerle ölçülmektedir. Konunun karmaşıklığı göz önünde tutulursa, yoksulluğun tüm boyutları ile kavranılabilmesi için birden fazla gösterge grubunun kullanılması yararlı olmaktadır (UNDP, 1997b).

4.1 Gelir Göstergeleri

Yoksulluğun iki temel gelir ölçümü bulunmaktadır. Birinci yoksulluk göstergesi; yoksulluk sınırları, ikincisi ise kişi başı Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)'dır. Yoksulluk sınırları; yoksul olmayan hanehalklarının gelir/tüketim verileri kullanılarak, yaşamı devam ettirebilmek için gerekli mallardan oluşan asgari düzeyde belirlenmiş bir sepetin maliyetini hesaplayarak oluşturulmaktadır. Daha sonra geliri yoksulluk eşiğinin altında olan nüfusun yüzdesi şeklinde yoksulların sayısı (örneğin; kafa sayısı yoksulluk endeksi) hesaplanır (UNDP, 1997b).

Gelir göstergeleri yoksulluğun derinliğini ve şiddetini de ölçebilir. Yoksulluk açığı endeksi yoksulların ortalama gelirlerinin, oluşturulmuş yoksulluk sınırından ne kadar farklı olduğunun derecesini (yani yoksulluğun derinliğini) ölçer. Dağılımsal

olarak duyarlı ölçümler, yoksullar arası gelir eşitsizliği endeksi- yoksullar arasındaki gelir farklılıklarını (yoksulluğun şiddetini) ele alır (UNDP, 1997b).

4.2 Sosyal Göstergeler

Sosyal göstergelerin en büyük avantajı; insan refahı yönünden gerekli mal ve hizmetleri direkt olarak ölçmesidir (gelir ölçümlerinde olduğu gibi dolaylı olarak ölçmez). Örneğin barınma veya gerekli ulaşım maliyetlerindeki artışın sosyal göstergeler kullanılarak refahı ne kadar azalttığı hesaplanabilmektedir (UNDP, 1997b).

Sosyal göstergeler gelir/ tüketim yaklaşımına dayalı yoksulluk ölçümlerini desteklemekte ve yoksulların sağlık ve eğitim gibi sosyal hizmetlere erişimi ile yoksulluğa özgü nitelikler konusunda bilgiler sağlamaktadır. Ulusal düzeyde yoksulluğun belirlenmesinde yararlı olabilecek bazı göstergeler şunlardır; kişi başına gelir/harcama; toplam harcamalar içinde gıdaya yapılan giderin oranı; kafa sayısı yoksulluk endeksi; cinsiyetlere göre ortalama yaşam beklentisi; çocuk ölüm oranı; güvenli ve temiz suya erişebilen hane sayısı; kişi başına doktor oranı; kişi başına sağlık gideri; cinsiyetlere göre okur-yazarlık durumu; kişi başına eğitim gideri; öğrenci başına öğretmen oranı; cinsiyetlere göre işsizlik; cinsiyetlere göre karar alma mekanizmasına katılım oranı; ormansızlaşma oranı; türlerine göre toplam karayolu uzunluğu; kayıtlı ticari araç sayısı; elektrik sahibi evlerin oranı (kır/kent); türlerine göre yıllık araç tescil sayısı; kişi başına telefon sayısı; kişi başına motorlu araç sayısı (Aktan ve Vural, 2002:14-15).

4.3 İmkan Yoksulluğu Göstergeleri

Kişilerin yoksulluktan kurtulmaları ya da yoksulluk riski ile karşılaşmamları için sahip olmaları gereken olanaklar arasında, önlenebilir hastalıklarla karşılaşılmayan bir yaşam, yeterli beslenme, bilgili olma, sağlıklı üreme, kişisel güvenliğe sahip olma, topluma aktif bir şekilde katılabilme yer almaktadır. Bu olanakların her biri farklı olarak, ayrı göstergelerle ölçülmektedir (UNDP, 1997a; Aktan ve Vural, 2002: 16).

1996 İnsani Gelişim Raporunda yer alan imkan yoksulluğu ölçümü insan yoksunluğunun farklı boyutlarla tek bir endekste birleştirmektedir. Bu ölçüm ağırlıklandırılmış üç göstergeyi içermektedir; yeterli kiloya sahip olmayan beş yaş altı çocukların oranı, okuma yazma bilmeyen yetişkin kadınların oranı ve doğumların eğitilmiş sağlık personeli tarafından yaptırılma oranı. İlk ikisi direkt insani olanakların ölçümüdür ve yeterli beslenme ve yeterli bilgi sahibi olma durumunu ölçer. Üçüncüsü dolaylı bir ölçümdür; güvenli ve sağlıklı üreme yeteneğinin bir belirtisi olarak değerlendirilebilir. Bunların yanında yaygın olarak kullanılan başka imkan yoksulluğu göstergeleri de vardır (UNDP, 1997a).

Direkt İmkan Ölçümleri

Yeterli kiloya sahip olmayan beş yaş altı çocukların oranı
Büyümesinde sorunlar olan beş yaş altı çocukların oranı
Düşük kilo ile doğan bebeklerin oranı
Okuma-yazma bilmeyen yetişkin oranı

İmkanların Belirtisi Olan Ölçümler

İlkokula devam etme oranı
İlkokuldan mezun olma oranı
Aşı olma oranı

Hastalığa yakalanma oranı ve ölüm oranı

İmkanlara Ulaşım İlgili Ölçümler

Doğumların eğitimli sağlık personeli tarafından yaptırılma oranı

İçilebilir sulara erişim

Sıhhi bir çevreye sahip olma

Elektriğe erişim

Temel sağlık hizmetlerine ulaşım

Toplu ulaşım hizmetlerinden yararlanabilme.

5 YOKSULLUK ÖLÇÜTLERİ

Yoksullukla ilgili yapılan çalışmalarda çok farklı yoksulluk ölçütleri kullanılabilir. Ancak yaygın olarak kullanılan yoksulluk ölçütleri dört kategoride toplanmaktadır (Berenguela ve Pescetto, 2003);

5.1 Kafa Sayısı Yoksulluk Endeksi, yoksul olarak tanımlanan nüfusun toplam nüfus içindeki yüzdesini ölçmektedir. Bu ölçütten, yoksulluk sınırı altında bulunan kişi ve hane halkının oranında meydana gelen değişmelerin izlenmesinde yararlanılabilir).

5.2 Yoksulluk Açığı Endeksi, bireylerin yoksulluk sınırının ne kadar altında olduğunu, yani yoksulluklarının boyutunu ölçmekte ve yoksulluk sınırının bir oranı olarak açıklamaktadır. Başka bir deyişle, yoksulların yoksulluk sınırının üzerine çıkabilmeleri için gerekli olan ortalama gelir düzeyini belirleyen bir ölçüt olarak da değerlendirilir. Yoksulluğun “derinliği”nin ölçümü olarak kabul edilir.

5.3 Sen Endeksi, yoksulların sayısını, yoksulluğun derinliğini ve yoksul grup içindeki dağılım farklılıklarını birleştirmek için tasarlanmış bir ölçüttür.

5.4 Foster, Greer ve Thorbecke Endeksi, yoksulluk şiddetinin “katkı”lı ölçülmesidir. FGT Endeksine ait bu “katkı” özelliği toplam nüfus yoksulluğunun, toplumun farklı alt gruplarındaki yoksulluk düzeylerinin ağırlı toplamına eşit olmasını sağlar. Temel faydası toplam yoksulluğa her alt grubun ne kadar katkı sağladığının hesaplanabilmesidir.

6 DÜNYA'DA YOKSULLUK

Yoksulluk temelde bir azgelişmişlik problemi olarak nitelendirilse de, sadece geri kalmış ülkeler için değil, bir çok gelişmiş ülke için de önemli bir problem olarak görülmektedir.

Dünya'daki yoksul sayısına ilişkin veriler ilk kez Dünya Bankası 1990 raporunda yer almıştır. Rapora göre 1990 yılında 6,7 milyar nüfuslu dünyada 1,3 milyar yoksul insan (günlük 1\$'ın altında yaşayan) bulunmaktadır. Bu yıldan sonra dünyadaki yoksul sayısı tam olarak belirtilmemiştir. Ancak literatürde “Dünya'daki 6 milyar insanın yaklaşık yarısı -2,8 milyarı- günlük 2\$'ın altında, 1,2 milyarı (%20'si) günlük 1\$'ın altında yaşamaktadır” şeklinde tahminler bulunmaktadır. Bahsedilen kaynaklarda bu nüfusun önemli bir kısmının Güney Asya, Sahra Altı Afrika ve Doğu Asya'da (özellikle Çin'de) yaşadığı belirtilmektedir (World Bank, 2001; Gwatkin, 2000). Güney Asya'daki yoksul nüfus sayısı (1 doların altında gelire sahip insan sayısı) 522 milyon olarak tahmin edilmektedir. Doğu Asya ve Pasifik bölgesinde yaşayan nüfusun 278 milyon, Sahra Altı Afrika bölgesinde ise yoksul insan sayısının 291 olduğu tahmin edilmektedir (World Bank, 2000). Zengin ülkelerde 100 çocukta 1'den daha azı 5 yaşına ulaşmazken, en yoksul ülkelerde çocukların çoğunluğu 5 yaşını görememektedir. Bunun yanında, zengin ülkelerdeki beş yaş altı çocukların %5'inden daha azı kötü beslenirken, yoksul ülkelerde bu oran en az %50'dir. Bu yoksulluk, insani koşullarda –küresel zenginlik, küresel bağlantılar ve teknolojik ilerlemeler- geçen yüzyılda tarihin diğer tüm dönemlerinden daha fazla gelişim sağlanmasına rağmen devam etmektedir. Fakat bu küresel kazanımların dağılımı olağandışı bir şekilde eşitsizdir. 1960 yılında dünya nüfusunun en zengin %20'si ile en yoksul %20'si karşılaştırması 30'a 1 iken, (en yoksul %20 1 kazanırken en zengin %20 30 kazandığı), bu oranın 1994'te 78'e 1 haline gelmesi dikkat çekmektedir. En zengin 20 ülkedeki ortalama gelir en yoksul ülkedekinden ortalama 37 kat fazladır – bu fark son 40 yılda iki kat artmıştır-. Ayrıca, dünyanın değişik yerlerindeki

yaşantılar çok farklıdır. Orta Asya’da günlük 1\$’ın altında yaşayan insan sayısı 1987 ve 1998 arasında finansal krizlerin azalmasıyla 420 milyondan 280 milyona düşmüştür. Ancak, Latin Amerika, Güney Asya ve Sahra altı Afrika’da yoksul insanların sayısı artmaya devam etmektedir. Pazar ekonomisine geçiş sürecindeki Avrupa ve Merkezi Asya ülkelerinde, günlük 1\$’ın altında yaşayan insan sayısı 20 kattan fazla yükselmiştir. Bunların yanında önemli gelir dışı yoksulluk ölçümlerinde önemli ilerlemeler ve ciddi gerilemeler de yaşanmaktadır. Hindistan kızların okula devam oranında ilerleme kaydetmekte, ve en gelişmiş eyaletinde, Kerala’da, yaşam beklentisi de gelir düzeyi çok daha fazla olan diğer yerlere (Washington, D.C. gibi) göre daha fazla artmıştır. Ancak, Afrika’da HIV/AIDS salgınının merkezi olan ülkelerde, Botswana ve Zimbabwe gibi, dört yetişkinden biri hastalığa yakalanmaktadır, AIDS yetimleri hem geleneksel hem de resmi destek mekanizmalarında aşırı bir yük olmaktadır ve 20. yüzyılın ortasına kadar elde edilen yaşam beklentisindeki tüm kazanımlar yakı zamanda ortadan kalkacaktır. Tüm dünyadaki değişen bebek ölüm oranları –Sahra-altı Afrika’da yüksek gelirli ülkelerden 15 kat fazladır- büyük ölçüde farklılaşan yaşam tarzları hakkında bir fikir vermektedir (World Bank, 2001).

Dünya’daki yoksulluğu değerlendirmek için kullanabilecek bir diğer ölçüt de; UNDP’ nin sanayileşmiş, gelişmekte olan ve azgelişmiş sınıflamalarına sahip ülkelerin insana yaptıkları yatırım harcamalarını değerlendirerek oluşturduğu “İnsani Gelişme Endeksi”dir. Yaşam beklentisi, okur-yazarlık ve kişi başına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) (Satın alma gücü paritesi ile düzeltilmiş olarak) gibi üç temel göstergeden yola çıkılarak oluşturulan endeks uluslararası karşılaştırmalar açısından önemli bir veri tabanı oluşturmaktadır. Dünyadaki ülkeler arasında İnsani Gelişme Endeksinin en yüksek olduğu üç ülke; Norveç (0.956), İsveç (0.946) ve Avustralya (0.946)’dır. Endeksin en düşük olduğu üç ülke ise; Burkina Faso (0.302), Nijer (0.292) ve Sierra Leone (0.273)’dir. Türkiye 177 ülke arasında 88. sırada yer almaktadır ve İnsani Gelişme Endeksi 0.751’dir. Bu 177 ülke, kişi başına gerçek GSMH yönünden incelendiğinde, en düşük kişi başına gelire sahip ülke olan Sierra Leone’de kişi başına 520\$ düşerken, en yüksek gelirli Lüksembourg’da bu rakam

61.190\$'dır (2002 verileri ve Satın alma gücü paritesi ile düzeltilmiş olarak) (UNDP, 2004).

1990'lı yıllarda artan ve hızlanan küresel sermaye hareketleri bağlamındaki yapısal uyum programları sonucu, çoğu ülkede kamunun sosyal harcamalarının azaldığı Uluslar Arası Para Fonu (International Monetary Fund - IMF) verileriyle doğrulanmaktadır. Yoksulluğun global bir tehdit haline gelmesi, çözümün de küresel bağlamda ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Nitekim, 1975 yılında Avrupa Topluluğu ilk yoksullukla mücadele programını uygulamaya koymuş; Dünya Bankası da, 1978 yılından bu yana yayınlanmakta olan Dünya Kalkınma Raporunu 1980, 1990 ve 2000/2001 yıllarında özel olarak bu konuya ayırmıştır (TMMOB Şehir Plancıları Odası Ankara Şubesi, 2005).

7 TÜRKİYE'DE YOKSULLUK

Türkiye 1950-55 yılları arasında yeni bir döneme girmiştir. Bu dönem sanayileşme, kırdan kente göç hareketlerinin ve nüfus artışının hızlanması ile iç ve dış ekonomide hareketlenmelere neden olurken, yeni bir toplumsal düzenin oluşumunu da başlatmıştır. Bu dönemi izleyen yıllarda bahsedilen değişikliklerle birlikte temel toplumsal ve ekonomik sorunlar, iç ve dış göç, göçmenlerin konut sorunu, işçilerin yeni haklar istemeye başlamaları, temel tüketim mallarında kıtlık, işsizlik ve dış borçlanma gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. 1970'lerin ortalarına kadar toplum içinde gelir eşitsizliği, yoksul-zengin ayrımı gibi konular sorun teşkil etmemektedir. 1980'lerin sonlarına kadar Türkiye ile ilgili yapılan ekonomik, kültürel ve toplumsal çalışmalarda ve hükümet programlarında yoksulluk sorunundan açık olarak bahsedilmemektedir. Ancak ekonomik ve sosyal boyutlu gelişmelerle 1980 sonrasında yoksulluk kavramı Türkiye'nin de önemli bir sorunu olarak ortaya çıkmıştır. 1945-1980 yılları arasında yoksullukla ilgili ilk çalışma Orhan Türkdoğan tarafından "Yoksulluk Kültürü: Gecekonduların Toplumsal Yapısı" konulu çalışmadır. Türkdoğan'ın çalışmasından sonra yapılan çalışmalar temel olarak DİE'nin yaptığı 1994 Hanehalkı Gelir Dağılımı Anketine dayanmaktadır.

Türkiye'de yoksulluk konusunda yapılan özel araştırmaların dışında, Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) ve Dünya Bankası uzmanlarınca 1987 ve 1994 Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketlerinden elde edilen verilerin esas alındığı bir çalışma yapılmış ve Dünya Bankası tarafından "Türkiye: Ekonomik Reformlar, Yaşam Standartları ve Sosyal Refah Araştırması" adıyla 1999 yılında yayımlanmıştır.

Türkiye'de yoksulluğun profili üzerine DİE, 2002 Hanehalkı Bütçe Anketi verilerini kullanarak, "2002 Yoksulluk Araştırması"nı yapmıştır. Anket, 2002 yılı

boyunca toplam 9600 hanehalkı ile gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada yoksulluk göstergeleri gıda yoksulluğu, gıda ve gıda dışı yoksulluk, görelı yoksulluk ve uluslar arası yoksulluk sınırı şeklinde açıklanmıştır. Temel alınan yoksulluk sınırlarına göre araştırma sonuçları şu şekilde özetlenmektedir (DİE, 2004a);

1. Gıda Yoksulluğu. Çalışmada, gıda yoksulluğunun temelini oluşturacak gıda sepetinin belirlenmesinde 2002 Hanehalkı Bütçe Anketi verileri kullanılmıştır. Gıda harcamasına göre sıralı 3. ve 4. %10'luk dilimler, referans grup olarak alınmış ve bu hanelerin gıda tüketiminde en önemli paya sahip 80 madde gıda sepeti olarak belirlenmiştir. Bir ferдин günlük asgari 2100 kalori almasını sağlayacak miktarlar, bu 80 maddeden oluşturulmuştur. Bu sepetin maliyeti gıda yoksulluk sınırı olarak alınmıştır. Gıda harcaması maliyetinin gıda yoksulluk (açlık) sınırı olarak kabul edildiği durumda, gıda yoksulluğu hane halklarının toplam tüketim harcamasının bu sınırın altında olması şeklinde tanımlanmıştır. Gıda yoksulluğu oranı ise, bu sınırın altında yer alan hanehalklarının oluşturduğu nüfusun, toplam nüfus içindeki payı olarak hesaplanmaktadır. Gıda yoksulluğu oranı Türkiye geneli için % 1,35 iken, kırsal yerleşim yerlerinde % 2,01'e çıkmakta, kentsel yerleşim yerlerinde ise % 0,92'ye düşmektedir. 2002 yılında Türkiye'de yaklaşık olarak 926 bin kişi gıda yoksuludur

2. Gıda ve Gıda Dışı Yoksulluk. Fertlerin gıdanın yanı sıra gıda dışı ihtiyaçları da bulunduğu göz önüne alınarak gıda yoksulluk sınırına, gıda dışı mal ve hizmet payının da eklenmesi gerekmektedir. Bu yoksulluk sınırının belirlenmesi amacıyla da toplam tüketimleri gıda yoksulluk sınırının hemen üstünde olan hanelerin toplam harcama içindeki gıda dışı harcama payı (%57) temel alınmıştır. Buna göre gıda ve gıda dışı mal ve hizmetleri kapsayacak şekilde yoksulluk sınırı belirlenmiştir. Gıda ve gıda dışı yoksulluk, gıda ve gıda dışı harcamaların maliyetinin hane halkının toplam tüketim harcamasından az olduğu durumdur. Türkiye geneli için bu oran % 26,96 iken, kırsal yerleşim yerleri için % 34,48, kentsel yerleşim yerleri için ise % 21,95 olarak tahmin edilmiştir. 2002 yılında Türkiye'de 18,4 milyon kişi, gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altındadır.

3. Görelî Yoksulluk. Görelî yoksulluk, eşdeğer kişi başına tüketim harcaması medyan değerinin % 50'sinin yoksulluk sınırı olarak belirlendiği durumda, Türkiye geneli için yoksulluk oranı %14,74, kırsal yerleşim yerleri için %19,86 ve kentsel yerleşim yerleri için % 11,33 olarak tahmin edilmiştir.

4. Uluslar arası Yoksulluk Sınırı. Uluslararası karşılaştırmalarda kullanılan yoksulluk sınırlarına bakıldığında; satın alma gücü paritesine göre kişi başına günlük 1 \$'ın yoksulluk sınırı olduğu durumda, Türkiye geneli için yoksulluk oranı % 0,20 olurken, sınır 2,15 \$ olarak belirlendiğinde bu oran % 3,04 ve sınır 4,3 \$ olarak belirlendiğinde ise, % 30,3 olarak gerçekleşmektedir. Yine kırsal yerleşim yerlerinde yoksulluk kentsel yerlere göre daha fazladır.

2002 Yoksulluk Araştırması'nda yoksulluk sınırları ile bazı sosyo-demografik özelliklerin (hanehalkı büyüklüğü, eğitim durumu, işteki durum ve işsizlik, iktisadi faaliyet) ilişkileri de ortaya konulmuştur. Yoksulluk sınırları hanehalkı büyüklüğüne göre incelendiğinde, tek kişiden oluşan hanelerde, gıda yoksulluk sınırı 2003 yılı Aralık ayı itibarıyla 73 milyon TL iken, gıda ve gıda dışı ihtiyaçlardan oluşan yoksulluk sınırı 171 milyon TL olarak belirlenmiştir. Türkiye'de ortalama hanehalkı büyüklüğünün dört kişi olduğu düşünülürken, dört kişilik bir hanenin yoksulluk (açlık) sınırı, gıda için 167 milyon TL, gıda ve gıda dışı harcamaları karşılamaya yönelik yoksulluk sınırı ise 387 milyon TL' dir. Türkiye genelinde, hanehalkı büyüklüğü 7 ve daha fazla olan hanehalkları içinde yoksul hanehalklarının oranı % 45,95' tir. Türkiye genelinde hanehalkı büyüklüğü arttıkça yoksulluk oranı da artmaktadır. Hanehalkı büyüklüğü 1-2 olan hanelerdeki yoksulluk oranı % 16,48 iken, 7 ve daha fazla kişiden oluşan hanelerde bu oranın % 47,38 olduğu görülmektedir (DİE, 2004a).

Araştırmada eğitim durumu yükseldikçe yoksul olma riskinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Hanehalkı fertlerinin eğitim durumlarına göre yoksulluk oranlarına bakıldığında; eğitim durumunun yoksulluğu en iyi açıklayan değişkenlerden biri olduğu belirlenmiştir. Buna göre; toplam nüfus içindeki oranları

da dikkate alınarak eğitim durumlarına göre yoksulluk oranları incelendiğinde, Türkiye geneli için okuryazar olmayan fertlerde yoksulluk oranı % 41,07 iken, yükseköğretim, fakülte ve üstü eğitilmiş fertlerde yoksulluk oranı % 1,57'ye düşmektedir. Aynı oran, kırsal yerlerde sırasıyla % 46,42 ve % 4,37'ye yükselmektedir. Türkiye genelinde okur-yazar olup bir okul bitirmeyen fertler için yoksulluk oranı % 34,60 olup bu oran kırsal yerlerde % 41,13'e yükselmektedir (DİE, 2004a).

2002 yılında Türkiye genelinde yevmiyeli çalışanların % 45,01'inin yoksul olduğu belirtilmiştir. Çalışan fertlerin işteki durumları itibariyle yoksulluk oranlarına bakıldığında; en yüksek risk taşıyan grubun yevmiyeli (geçici, mevsimlik) olarak çalışanlar olduğu belirlenmiştir. Türkiye geneli için bu grup % 45,01'lik yoksulluk oranına sahip iken, en düşük yoksulluk oranına sahip işverenlerde bu oran % 8,99 olarak gerçekleşmiştir. Özellikle kırsal yerlerde oldukça yüksek nüfus payına sahip ücretsiz aile işçileri de ikinci sırada yoksulluk riskine sahip grubu oluşturmaktadır. İşsizlerde yoksulluk riski, Türkiye genelinde % 32,44 iken, kentsel yerlerde % 22,99, kırsal yerlerde ise % 62,56 olarak gerçekleşmiştir. Kırsal yerlerde, tarım, avcılık, ormancılık ve balıkçılık sektöründe çalışanların %36,62'sinin yoksul olduğu tahmin edilmiştir (DİE, 2004a).

Yoksul fertler, iktisadi faaliyet kollarına göre incelendiğinde, Türkiye genelinde, tarım, avcılık, ormancılık ve balıkçılık sektörü, çalışanların % 36,19'luk oranla yoksulluk riskinin en fazla olduğu sektör olarak birinci sırayı almaktadır. Bunu, % 35,92 ile inşaat ve bayındırlık sektörü izlemektedir. Kentsel yerlerde yoksulluk riski açısından birinci sırayı inşaat ve bayındırlık sektörü (% 37,62), ikinci sırayı tarım sektörü (% 32,80) almaktadır. Türkiye genelinde en düşük yoksulluk riski taşıyan sektör ise madencilik ve taşocakçılığı sektörüdür (DİE, 2004a).

Ülkemizdeki mevcut durum yoksulluk açısından irdelenirken satın alma paritesine göre düzeltilmiş olarak “kişi başına düşen GSMH” bir değişken olarak alındığında, Türkiye'nin OECD ülkeleri arasında kişi başına en düşük gelire sahip

ülke olduğu gözlenmektedir. Türkiye’de kişi başına düşen GSMH 6.390\$’ dır. OECD ülkelerinin ortalaması ise 24.904 \$’dır. Dünyada kişi başı en yüksek GSMH’nın olduğu ülke, 61.190 \$ ile Lüksembourg iken, en düşük olduğu ülke 520 \$ ile Sierra Leone’dir (UNDP, 2004).

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP), tarafından her yıl düzenli olarak yayınlanan, “İnsani Gelişme Endeksi 2004” verilerine göre; Türkiye, orta gelişmişlik düzeyindeki ülkeler arasında ve 177 ülke içinde 88. sırada yer almaktadır. Orta düzeyde kalkınma performansı gösteren 81 ülke arasında ise, Türkiye, 33. sıradadır. İnsani Gelişme Endeksinde en yüksek değer 1.0 olarak tanımlanmıştır. Orta gelişmişlik düzeyine sahip olduğu kabul edilen ülkelerin başında Bulgaristan (0.796) ve düşük insani gelişme gösteren ülkelerin en sonunda da Sierra Leone (0.273) yer almaktadır. Türkiye için İnsani Kalkınma Endeksi değeri, 0.751 iken, en yüksek değere sahip olan Norveç için bu değer, 0.956’dır. 1975-2002 yılları arasında, Türkiye’nin İnsani Kalkınma Performansı 0.161 değerinde artış göstermiştir. OECD ülkelerinin ortalama İnsani Kalkınma Endeksi değeri, 0,911’dir (UNDP, 2004).

Türkiye’de doğuştan beklenen yaşam süresi ortalama; 70,4 yıldır. Dünya’da yaşam beklentisi en uzun olan ülke 81,5 yıl ile Japonya’dır, yaşam beklentisinin en kısa olduğu ülke ise 32,7 ile Zambiya’dır. OECD ülkeleri içinde doğuştan beklenen yaşam süresi ortalama 77,1 yıldır (UNDP, 2004).

Türkiye 2015 yılına kadar ulaşması öngörülen Bin Yıl Kalkınma Hedefleri (Millenium Development Goals- MDG’s) açısından ise şu şekilde değerlendirilebilir (UNDP, 2003; UNDP, 2004);

Hedef- 1 Mutlak yoksulluk ve açlık çeken insan sayısının yarı yarıya azaltılması

2002 verilerine göre Türkiye’de 1.08 \$’ın (1993 yılı için belirlenmiş sınır) altında yaşayan nüfusun oranı < %2’dir. Dünya’da Türkiye ile aynı oranı paylaşan 13

ülke daha bulunmaktadır. Dünya’da 1.08 \$’ın altında yaşayan nüfusun en fazla olduğu ülke % 72,8 ile Mali’dir. Yoksulluk sınırı 2.15 \$ (1993 yılı için belirlenmiş sınır) olarak alındığında Kore Cumhuriyeti ve Dominik Cumhuriyetinde bu sınırın altında yaşayan nüfus < %2’dir. Türkiye’de 2.15\$’ın altında yaşayan nüfus %10,3’tür. Bu sınırın altında yaşayan nüfusun en fazla olduğu ülke ise % 90,8 ile Nijer’dir .

Türkiye’de (2000 yılı) en yoksul %10’luk kesim gelir /tüketimden %2,3’lük bir pay almaktadır. En yoksul %20’lik kesim % 6,1, en zengin %20’lik kesim %46,7 ve en zengin %10’luk kesim %30,7’lik bir pay almaktadır. Bu durum gelir eşitsizliğini çok net göstermektedir. Bu dağılımı yüksek gelişmişlik düzeyindeki ülkelerden biri ile kıyaslamak tabloyu daha anlamlı hale getirecektir. Örneğin Japonya’da bu dağılım şöyledir; en yoksul %10’luk kesim gelir /tüketimden %4,8’lik bir pay almaktadır. En yoksul %20’lik kesim % 10,6, en zengin %20’lik kesim %35,7 ve en zengin %10’luk kesim ise %21,7’lik bir pay almaktadır.

Dünya’da “Yeterli kiloya sahip olmayan beş yaş altı çocukların oranı”nın en fazla olduğu ülke %48 ile Bangladeş’tir. Türkiye’de ise bu oran %8’dir. Türkiye’de her 100 kişiden 3’ü yeterli beslenememektedir. Orta gelişmişlik düzeyindeki ülkelerde yeterli beslenemeyen nüfusun oranı ise %14’tür.

Hedef- 2 Herkes için (kız ve erkek) temel eğitim

Türkiye’de 15 yaş ve üstü yetişkinlerde okur-yazarlık oranı % 86,5’dir. Dünya’da 15 yaş üstü insanların okur-yazarlığının maksimum olduğu ülke %100 ile Gürcistan’dır, okur-yazarlığın en düşük olduğu ülke %12,8 ile Burkina Faso’dur. Türkiye’de ilkokula kayıt oranı %88’dir ve 15-24 yaş arası gençlerde okur-yazarlık oranı % 96,7’dir.

Hedef- 3 Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Kadının Durumunun Güçlendirilmesi

Türkiye’de ilköğretime devam eden kız çocuklarının erkek çocuklarına oranı %89 iken ortaöğretim ve lise eğitimi için %69’dur. 15-24 yaş arası okur-yazar kadınların erkeklere oranı %95’dir. Tarım dışı ücretli istihdamda kadının payı %19’dur ve mecliste kadınların temsil oranı; % 4.4’dür.

Hedef- 4 5 yaş altı çocuk ölümlerinin 2/3 oranında azaltılması

Türkiye’de 1000 çocuktan 42’si beş yaşına gelmeden ölmektedir. Bu oran 1970 yılında ‰ 201 olarak belirlenmişti. OECD ülkelerinde 5 yaşına ulaşmadan ölen çocuk oranı ‰ 14 olarak belirtilmiştir. Bu gösterge Türkiye ve orta gelişmişlik düzeyindeki ülkelerin ortalaması (‰61) ile kıyaslandığında Türkiye’deki oranın daha düşük olduğu görülmektedir.

Türkiye’de 2002 yılı verilerine göre 1000 canlı doğan bebekten 36’sı ölmektedir. Bu oran 1970 yılında ‰150 idi. OECD ülkelerinde bebek ölüm oranı ‰ 11’dir.

Türkiye’de kızamığa karşı bağışıklanma oranı incelendiğinde 100 kişiden 82’si kızamığa karşı bağışıklık kazanmıştır. Kızamığa karşı bağışıklamada 17 ülke %99 ile ilk sırayı paylaşıırken, Mali’de toplumun % 33’ü bu hastalığa karşı bağışıklık kazanmıştır. Türkiye’deki kızamığa karşı bağışıklama oranı orta gelişmiş düzeyindeki ülkelerinin ortalamasından (% 78) fazla iken, OECD ülkeleri ortalamasının (%90) altındadır.

Hedef- 5 Gebelik ve doğumdaki anne ölüm oranının ¼ oranında azaltılması

Türkiye’de 100.000 canlı doğum yapan anneden 70’i hamilelikle ilgili nedenlerle hayatını kaybetmektedir. Bu değer Birleşmiş Milletler Uluslar Arası Çocuklara

Yardım Fonu (UNICEF), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) tarafından düzenlenmiş bir orandır. Hamilelikle ilgili nedenlerle hayatını kaybeden annelerin en fazla olduğu orta gelişmişlik düzeyindeki ülkeler; Ekvator Ginesi (%880), Nepal (%740) ve Kamerun (%730) dur.

Doğumların eğitimli sağlık personeli tarafından yaptırılma oranı Türkiye’de %81’dir. Bu oranın %100 olduğu Norveç, İsveç, Avustralya,Hollanda gibi 32 ülke bulunmaktadır. Doğumların eğitimli sağlık personeli tarafından yaptırılmasının en az olduğu ülke ise %6 ile Etiyopya’dır. Türkiye bu oran açısından da OECD ortalamasının (%95) altındadır. Türkiye’de doğan 100 bebekten 16’sı düşük kiloya sahip olarak doğmaktadır.

Hedef- 6 HIV/AIDS, sıtma ve diğer salgın hastalıkların yaygınlaşmasının durdurulması

2003 yılı verileriyle Türkiye’de HIV/AIDS prevalansı %0.1’den azdır. Türkiye’de 100.000 kişinin 17’sinde sıtma hastalığı görülmektedir. Orta gelişmişlik düzeyindeki ülkeler arasında en fazla sıtma vakasıyla karşılaşılan ülkeler; Botswana (48.704 kişi), Gana (15.344) ve Solomon Adaları (15.172)’dir. 100.000 kişide tüberkülozla karşılaşan insan sayısı 50’dir. Türkiye’de 2002 yılı verilerine göre tüberküloza karşı bağışıklanma oranı %77’dir. Bu oranın en yüksek olduğu ülke (mevcut verilerle), %99 ile Finlandiya olurken, en düşük olduğu ülke %47 ile Nijer’dir. Bahsedilen oran açısından Türkiye orta gelişmişlik düzeyindeki ülkeler ortalamasının (% 84) altındadır.

Hedef- 7 Doğal ve çevresel kaynakların kaybının önlenmesi

Türkiye’de kişi başı karbondioksit emisyonu %3.1’dir. İstatistikler “içilebilir sulara erişim oranı” yönünden incelendiğinde Türkiye için bu oran %82’dir. Güvenli

suya ulaşmayan insanların en fazla olduğu ülke ise % 76 oranı ile Etiyopya'da yaşamaktadır.

Türkiye'de sıhhi bir çevreye sahip olma oranı % 90'dır. Bu oran orta gelişmişlik düzeyindeki ülkelerin ortalamasından (%51) fazladır. Ancak bu oranda %100'e ulaşabilmiş (mevcut verilerle) 21 ülke bulunmaktadır.

8 TÜRKİYE'DE YOKSULLUKLA MÜCADELE STRATEJİLERİ

1923 yılında Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte yoksulluk sorunuyla mücadele, ulusal kalkınma anlayışı biçiminde ele alınmaya başlanmıştır. Bu nedenle Türkiye'de yoksulluk, özellikle 1970'lere kadar "devletçi kalkınma modeli" çerçevesinde ulusal makro ekonomik büyüme ve kalkınma politikalarıyla orta ve uzun dönemde kendiliğinden çözülecek ya da azalacak bir sorun olarak görülmüş ve yoksulluk sorununa yönelik politikalar geliştirilmemiştir (Gül ve diğerleri, 2004). Ancak 1970'lerden sonra yoksullukla mücadelede daha fazla doğrudan yoksullara özgü programlar oluşturulmuş ve belirli dezavantajlı ve muhtaç grupları hedefleyen politikalar geliştirilmiştir.

1976'da ülkemiz için ilk sosyal yardım kanunu sayılabilecek olan ve yalnızca çalışmayacak durumda olan yaşlı, malul ve sakat kategorilerini kapsamına alan 2022 sayılı yasa ile kimsesiz yoksul yaşlılara yardım yapılması öngörülmüştür. Bu uygulama; 65 yaşını doldurmuş yoksul vatandaşlarla özürlü olup, sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birisinden bir gelir veya aylık hakkından yararlanmayan; nafaka bağlanmamış veya bağlanması mümkün olmayan; mahkeme kararıyla veya doğrudan doğruya kanunla bağlanmış herhangi bir devamlı gelire sahip bulunmayan yaşlılara gelir temin etmek amacıyla başlatılmıştır. 1977 yılında 2022 kapsamında gelir yardımları asgari ücretin yaklaşık yarısı düzeyinde iken, daha sonraki yıllarda bu oran sürekli olarak düşürülmüştür. Bu yasa kapsamında yardım alanların sayısı 1980 yılında 500 bin civarında iken, 2004 yılında 1 milyonun üzerine çıkmıştır (Koşar, 2000; Gül ve diğerleri, 2004).

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (2828, 1983) ; yoksulluk içinde olup da temel ihtiyaçlarını karşılayamayan kişilere kaynaklarının elverdiği ölçüde parasal ve ayni sosyal yardımlar sağlanması hükmünü getirmiştir. Aynı kanuna dayalı olarak çıkarılan Ayni ve Nakdi Yardım Yönetmeliği (192355, 1986)

korunmaya muhtaç çocukların ailelerine, doğal afetler nedeniyle yoksulluğa düşenlere, hastalık veya kaza nedeniyle ailesini geçindiremeyecek duruma düşenlere, maddi sıkıntı nedeniyle eğitimine devam edemeyecek çocuklara ekonomik yardım yapılmasını öngörür. Kurum bu amaçla yoksul kişi ve aileleri bulmak, ihtiyaç durumlarını belirlemek ve gerekli yardımı sağlamakla görevlendirilmiştir. Kurumun çocuk yuvaları, yetiştirme yurtları ve huzurevlerinde verdiği hizmetler sosyal yardımın hizmet şeklinde verilmesi olarak düşünülmektedir (Koşar, 2000).

Tüm yoksullara yönelik geniş kapsamlı olarak geliştirilen ilk kamusal yardım programı 1986 yılında kabul edilen 3294 sayılı kanunla oluşturulmuştur. Sözü geçen kanunla Başbakanlığa bağlı olarak kurulan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (SYDTF)'nin amacı, "fakr-u zaruret içinde ve muhtaç durumda bulunan vatandaşlar ile her ne suretle olursa olsun Türkiye'ye kabul edilmiş veya gelmiş kişilere yardım etmek, sosyal adaleti pekiştirici tedbirler alarak gelir dağılımının adilane bir şekilde tevzi edilmesini sağlamak ve sosyal yardımlaşma ve dayanışmayı teşvik etmek" tir (SYDTF, 2005). Fon yoksul olan ve sosyal güvenlik kuruluşlarından aylık almayanları ve koşulları varsa 2022 no.lu kanuna göre aylık alanları da kapsamaktadır. Fonda toplanan kaynakların ihtiyaç sahiplerine sosyal dayanışma ve yardımlaşma vakıfları aracılığıyla yapılacak incelemeler sonucu dağıtılması öngörülmektedir (Koşar, 2000).

SYDTF'undan değişik kalemlerde aynı ve nakdi yardımlar (periyodik yardımlar, sağlık yardımları, eğitim, gıda-yiyecek, aşevleri, yakacak, yatırımlar ve projeler gibi) sayıları 951'e ulaşan ilçe vakıfları aracılığıyla yapılmaktadır. Fon ilk kurulduğu yılda 318.876 yoksula yardım yapılmıştır. İlçe vakıfları aracılığıyla 1997 yılında 2.3 milyon, 1998'de 2.8 milyon, 1999'da 4.6 milyon ve 2000 yılında da 5.9 milyon kişiye yoksulluk yardımları yapılmıştır. 1997- 2000 yılları arasında toplam 16 milyon yoksul insan, fondan yararlanmışır (Sallan Gül, 2003; SYDTF, 2005).

Yoksulluk yardımlarında, yoksulların yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli sağlık hizmetlerinin karşılanması için 1991 yılında "Yeşil Kart"

uygulanmasına geçilmesi bu alandaki en önemli adım olmuştur. Çalışmayan ya da çalışmayacak konumda olup, bir sosyal güvencesi olmayan vatandaşların sağlıklı bir yaşam ihtiyaçlarını karşılamak için 1991 yılında 3816 sayılı yasayla ödeme gücü olmayan vatandaşların tüm tetkik ve tedavilerinin, yeşil kart verilerek Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde veya bu hastanelerin sevk etmesi durumunda üniversite hastanelerinde ücretsiz olarak yapılması kararlaştırılmıştır (Sallan Gül, 2003).

Yeşil Kart uygulamasından yararlanmada temel alınan ölçütler; hanenin geliri ve mülkiyet düzeyi ile, hiçbir sosyal güvencenin olmamasıdır. Gelir düzeyini belirlemenin temelinde, 1475 sayılı İş Kanunu'na göre sanayide çalışan 16 yaşından büyük işçiler için belirlenen yürürlükteki asgari ücretin, eşi gelir getirici bir işte çalışmayan, evli ve bir çocuklu bir mükellefin ödemesi gereken en düşük gelir vergisi ve sosyal sigorta primi düşüldükten sonra geriye kalan miktarının 1/3'ü sınır kabul edilmektedir. Bu doğrultuda geliri bu miktarın altında olan ve Türkiye'de ikamet eden vatandaşlar yeşil kart uygulamasından yararlanabilmektedir (Oral, 2002). 31.12.2003 tarihi itibarı ile (2003 yıl ortası nüfusu 70.877.000 olarak baz alındığında) ülke nüfusunun %18,7 'sine tekabül eden toplam 13.296.098 kişi yeşil kart hizmetinden yararlanmaktadır (Sallan Gül, 2003). Ancak Yeşil kart uygulamasının 2004 yılında yürürlüğe giren ve 2005 yılında uygulamaya geçilmesi kararlaştırılan 5222 sayılı kanun değişikliğine kadar ayaktan tedavi kapsamında muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi, diş protez, gözlük hizmetleri ve ilaç bedellerini karşılamaması yoksul insanların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini alamamasına neden olmuştur.

Yoksullukla mücadele kapsamında en son uygulamaya geçen program Sosyal Riski Azaltma Projesi'dir. SYDTF, 2001 yılında yürürlüğe giren ve ekonomik krizin yoksul aileler üzerindeki etkilerini azaltarak gelecekteki benzer risklere karşı mücadele etme kapasitelerini arttırmayı amaçlayan projenin uygulayıcı kuruluşudur. Projenin bölümlerinden biri olan Şartlı Nakit Transferi, kuşaklar arası yoksulluk zincirini kırmanın bir yolu olarak, insan sermayesi birikimini hedeflemektedir.

Adından da anlaşılacağı gibi, şartlı nakit transferleri, çocukların düzenli olarak okula devamının sağlanması veya sağlık muayenelerinin yapılması gibi insana yatırım yapmaları şartıyla yoksul ailelere düzenli nakit para transferi yapılmasıdır (SYDTF, 2005) .

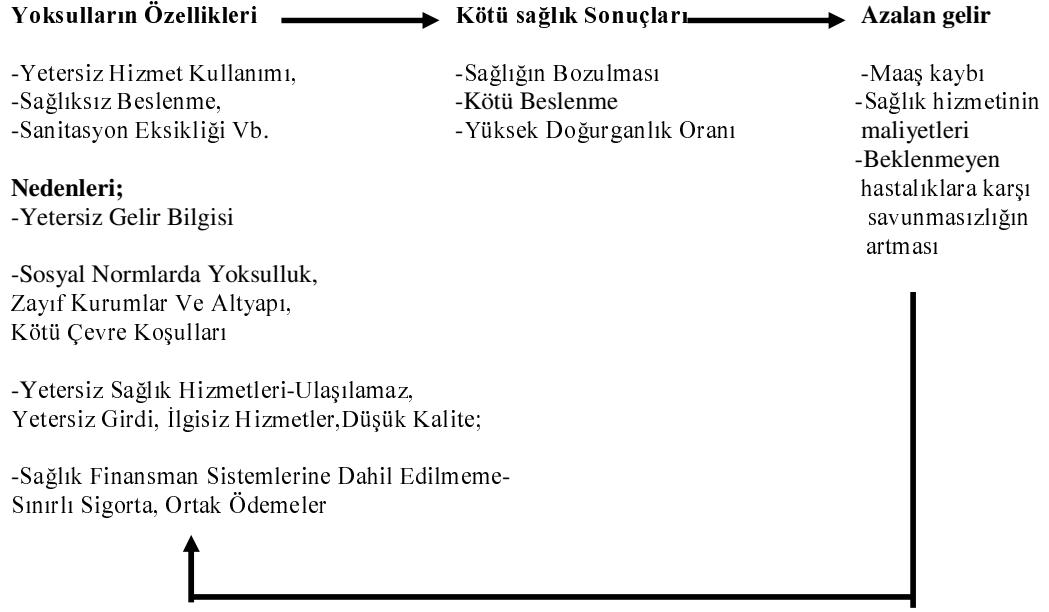
Çocuklara yatırım yapılmasını hedefleyen şartlı nakit transferleri, son yıllarda bir çok ülkede uygulanmaya başlamıştır. Büyük ölçekli ilk ŞNT projesini 1997 yılında hükümet kaynaklarıyla başlatan Meksika'nın ardından Brezilya, Jamaika, Şili ve Nikaragua gibi bir çok Orta ve Latin Amerika ülkesinde de uygulamaya başlanmıştır. Dünyanın pek çok ülkesinde uygulanmakta olan ŞNT programları temel olarak üç temel alanda paralel uygulamayı gerektirmektedir; sağlık, beslenme ve eğitim (SYDTF, 2005).

ŞNT Programı kapsamında, yoksulluk nedeniyle çocuklarını okula gönderemeyen veya okuldan almak zorunda kalan ya da okul öncesi çocuklarını düzenli sağlık kontrolüne götüremeyen aileler ile gebelikleri süresince düzenli sağlık kontrollerini yaptıramayan veya doğumlarını bir sağlık kuruluşunda gerçekleştiremeyen anne adaylarını ekonomik yönden desteklemek ve Türkiye'de düzenli bir nakit sosyal yardım sistemi yerleştirmek açısından bir ilk gerçekleştirilmektedir. Uygulamanın temel hedef kitlesi, toplum içerisinde ekonomik güçlükler nedeniyle çocuklarını okula gönderemeyen ve düzenli sağlık kontrollerini yaptıramayan en yoksul kesimdir. 1994 Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Araştırması sonuçları baz alınarak yapılan araştırmalara göre Türkiye nüfusunun %6'sı çok yoksul nüfus olarak tespit edilmiş ve ŞNT programı için hedef kitle olarak kabul edilmiştir (SYDTF, 2005).

9 YOKSULLUK VE SAĞLIK

Sağlık olgusu uluslar arası platformlarda son on yıldır çok fazla yer almaktadır ve yoksul insanların sağlığı kalkınmada temel bir konu olmaktadır. Tüm dünya ülkeleri, “ulaşılabilir en yüksek sağlık standardına sahip olmanın ırk,din, politik inanç ve ekonomik ve sosyal durum farkı olmaksızın her insanın temel haklarından biri olduğu” konusunda mutabıktır (OECD ve WHO,2003: 20). Bireyler için temel değerinin ötesinde sağlığı iyileştirme ve koruma genel insani gelişim ve yoksulluğun azaltılması için merkezi noktadır. Birleşmiş Milletler Bin yıl Bildirisinden türetilen Bin Yıl Kalkınma Hedefleri, 2015 yılına kadar aşırı gelir yoksulluğunu yarıya indirmek ve sağlıkta ilerlemeler kaydetmek konusunda ülkeleri sorumlu tutmaktadır. Sekiz hedefin üçü sağlıkla ilgilidir. Bunlar; çocuk ölüm oranlarının 2/3 azaltılması, anne ölüm oranlarının 3/4 azaltılması, ve HIV/AIDS, sıtma ve tüberküloz salgınını durdurma olarak belirlenmiştir. Her bir hedef genel yoksulluğun azaltması amacına katkı sağlamakla beraber temel mesaj bunların birbirine bağlı olduğudur (OECD ve WHO, 2003: 20).

Yoksulluk ve sağlık arasındaki çift yönlü ilişkiyi değerlendirmek hem çok boyutlu yoksulluk kavramının neden ve sonuçlarını hem de uygulanan programların etkinliğini ortaya koymak açısından birincil önceliklidir. Çünkü yoksulluk ve sağlıksızlık birbirinden ayrı düşünülemez. Daha önce de değinildiği gibi yoksulluk sadece gelir yetersizliği olmayıp, düşük sağlık düzeyi, eğitimsizlik, güçsüzlük gibi unsurları da içeren karmaşık bir olgudur (Dedeoğlu, 2004). Sağlık ve yoksulluk arasındaki ilişkinin kısır bir döngü oluşturduğu; yoksulların daha çok hastalandığı, ardından daha da yoksullaştıkları ve bunu yeniden hastalanmanın izlediği literatürde sıkça tekrarlanmaktadır. Yoksulluk ve sağlık ilişkisinde önemli bir diğer noktada da sağlığın iyileştirilmesinin yoksulluğun azaltılmasında önemli bir unsur olduğudur.



Şekil-2.3: Sağlık ve Yoksulluk Döngüsü¹

¹ Kaynak: Wagstaff (2002). "Poverty and Health Sector Inequalities". Bulletin of the World Health Organization(80):98.

9.1 Yoksulluk Sağlığı Nasıl Etkiler?

Bu çözümlerede öncelikle yoksulluğun sağlıksızlığın oluşumunda hangi aşamada yer aldığı sorusuna yanıt aranacaktır.

Yoksulluğun, kişisel ve çevresel riskleri, kötü beslenmeyi ve gıda güvensizliğini arttırdığı, bilgiye ulaşım imkanını azalttığı, sağlık hizmetlerine ulaşımı azalttığı ve böylece sağlığın bozulmasında önemli bir neden oluşturduğu bilinmektedir. Yoksulluk, gelir, sosyoekonomik durum, yaşam şartları veya eğitim düzeyine göre tanımlansa da sağlığın bozulmasının en büyük nedenidir. Yoksulluk içinde yaşama, yaşam beklentisinin düşmesiyle, yüksek bebek ölüm oranlarıyla, yetersiz üreme sağlığıyla, yüksek bulaşıcı hastalık -özellikle tüberküloz ve HIV enfeksiyonu- oranlarıyla, yüksek madde kullanım oranlarıyla (tütün, alkol, yasal olmayan ilaçlar), bulaşıcı olmayan hastalıklar, depresyon ve intihar oranlarının yüksekliğiyle, çevresel risklere maruziyetin artmasıyla birlikte düşünülmektedir (WHO, 2001c).

Yoksulluktan sıkıntı çeken ailelerin ve bireylerin aynı zamanda bebeklerin düşük ağırlıkta olmalarına, büyüme engellerine ve uzun dönemli kronik ve bulaşıcı hastalık risklerine neden olan gıda eksikliğinden de sıkıntı çektiği kanıtlarla gösterilmektedir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde en yaygın sorun yeterli besleyici gıdanın eksikliği olarak belirlenmiştir. Sadece obesiteye neden olan çok fazla enerji zengini yiyeceklerin değil, aynı zamanda sağlık ve hastalıklardan korunma için gereksinim duyulan besleyici maddeleri içermeyen yiyeceklerin tüketimi de bu sorunun temelinde yer almaktadır. Küçük çocuklarda yetersiz beslenmenin, zayıflık ve gelişim engelliği gibi, bireyleri, hanehalklarını ve ulusları etkileyen ciddi sonuçları vardır. Çocuklarda yetersiz beslenme büyümelerini engellemekte, ölme risklerini arttırmakta, anlama gelişimlerini etkilemekte ve ilerideki okul performanslarını ve işgücü verimliliklerini azaltmaktadır (WHO, 2001c). Brezilya'da yoksulluk içindeki ailelerin çocukların daha yüksek bebek ölüm

oranlarına, daha düşük doğum ağırlıklarına, ve daha yüksek kötü beslenme oranlarına sahip oldukları ve daha fazla hastanede kaldıkları belirlenmiştir (Kısa, 2003). Kötü beslenme ve hastalık ve ölüm oranları ve eğitim ve iş performansları arasındaki ilişkiler belgelerle kanıtlanmıştır. Çocukluktaki zayıflık yetişkinlikte de devam etmekte, obesite ve kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır (WHO, 2001c). Düşük doğum ağırlığı ve sonrasında da zayıflık, çocuklukta glikoz dayanıksızlığıyla ve sonraki yıllarda insülin dışı bağlı diyabetle ilişkilendirilmektedir. Bunun yanında kadınların aileleri için kendi beslenmelerinden vazgeçmeleri, yetersiz beslenmeye ve kansızlığa neden olmaktadır (Kısa, 2003). Yoksul çocukların beş yaşından önce ölme olasılığı ve akut solunum yolu enfeksiyonlarından, ishalden, doğuştan anomaliliklerden ve kronik hastalıklardan sıkıntı çekme olasılıkları daha yüksektir (WHO, 2001c).

Anne ölüm oranları da yoksullukla birlikte düşünülmektedir. Anne ölüm hızları ve bebek ölüm oranları Avrupa Bölgesi'nin en yoksul ülkelerinde çok yüksektir. Bu ülkelerdeki anne ölüm hızları bölgedeki diğer ülkelerindeki hızlardan yaklaşık sekiz kat fazladır. Genellikle, çoğu yaşam tarzı risk faktörü sosyoekonomik durumla ilişkili olarak görülmektedir. Birleşik Krallıkta 15 000'in üzerinde yetişkinde yapılan bir çalışma mesleğe göre tanımlanan farklı sosyal sınıflara göre hastalık faktörleri prevelansında anlamlı farklılıklar bulmuştur. Çoğu doğu Avrupa ülkesinde kardiyovasküler hastalık oranı, hanehalkı geliri gibi sosyoekonomik faktörlerle güçlü bir ilişki göstermektedir. Kadınlarda sosyoekonomik durum ve obesite arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir (WHO, 2001c).

Yoksulluk ve akıl sağlığı arasındaki ilişkinin doğasında yoksullaşma ve akıl hastalıkları arasında kısır bir döngü yaratan karmaşık bir yapı yatmaktadır. Toplum tabanlı çalışmalarda depresyon yaygınlığı incelendiğinde, aynı toplum içinde yoksul insanlar arasında depresyon riskinin zenginlere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca dünyada farklı ülkelerde yapılan çalışmalar gelir düzeyi iyi olan insanlarla kıyaslandığında yoksullar arasında depresyonun gelişme olasılığının daha fazla olduğunu göstermektedir. Avrupa'da, gelişmiş ülkelerde yapılmış toplum

araştırmaları, yoksulların depresyondan zenginlere göre daha fazla etkilendiğini göstermektedir (WHO, 2001c).

Yoksul insanların sağlık hizmetlerine ulaşımı çok daha zordur. Yapılan bir çok çalışma, özellikle kırsal alanda yaşayan düşük gelirli hanehalklarının genellikle temel sağlık hizmeti sunan merkezlere veya doktorların muayenehanelerine ulaşabilmek için çok daha uzun yol kat etmeleri gerektiğini göstermiştir. Örneğin, 1991’de Endonezya’da kırsal kesimde yaşayan en yüksek gelirli hanehalklarının sağlık merkezi olan bir yerde yaşama olasılıkları daha düşük gelirlilerden yaklaşık 3 kat fazladır. Sağlık hizmetine ulaşımda yaşanan zorluklar nedeniyle, gelişmekte olan ülkelerde yoksullar daha az sağlık hizmeti kullanmaktadırlar (World Bank, 1993). Hatta çoğunlukla hastalıkları acil duruma gelene kadar beklemektedirler. Bu yüzden hastaneye veya sağlık merkezine gittiklerinde durumları daha ciddi olmuştur ve dolayısıyla sağlık hizmetinin maliyeti de artmıştır.

Yoksul insanların uygun barınmanın, içme suyuna ulaşımın ve uygun sanitasyonun olmadığı sağlıksız bir çevrede yaşama olasılıkları daha fazladır. Gelişmiş su kaynaklarına sınırlı ulaşım Avrupa’da hala önemli bir problemdir. Dünya Sağlık rgt Avrupa Bölgesinin, çoğunlukla doğu ülkelerindeki, nüfusunun %12’sinin güvenilir içme suyuna ulaşamadığı ve daha fazla bir bölümü için uygun lağım atık imkanlarının olmadığı tahmin edilmektedir. Bazı ülkelerde insanların %60’ından daha azı güvenilir içme suyuna ulaşabilmektedir. Ev içinde su sisteminin olması, kişisel ve ev içi hijyeni sağlayarak olası bulaşıcı hastalık vektörlerinin oluşmasını engellerken, enfeksiyonlara karşı koruyucu bir bariyer olmaktadır. Avrupa’nın bir çok kırsal toplumunun olduğu gibi, su sisteminin kurulmadığı toplumlar özellikle yüksek risk altındadırlar (WHO, 2001c).

Yoksul insanların sağlık ihtiyaçlarını, gıda, temiz su, iyi sanitasyon, ve iyi bir sağlığın oluşması için önemli diğer girdileri karşılayabilecek finansal kaynaklardan yoksun oldukları çok açıktır. Yoksul insanlar arasında sağlığın bozulmasının tek nedeni gelir yetersizliği değildir, bununla birlikte, yoksullara hizmet eden sağlık

kuruluşları genellikle bakımsız, ulaşılamaz, temel ilaçların yeterince stoklanmadığı ve az eğitilmiş personel tarafından çalıştırılan yerlerdir. Ayrıca yoksullar sağlıklarını koruma ve sağlık hizmeti arama konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarından daha dezavantajlıdır. Yoksullar, kurumların yetersiz olduğu ve sağlığın iyi olmasına yardımcı olacak sosyal normların olmadığı toplumlarda yaşama eğilimindedirler (Claeson ve diğerleri, 2002).

Bunların yanında yoksulluk, insanların sağlık riskleri hakkında bilgilenme fırsatları olan eğitimi almalarına engel olur ve insanları sağlıklarına zarar verebilecek tehlikeli işlerde çalışmak zorunda bırakır (Kem ve Ritzen, bt.; Lambo, bt.; Wagstaff, 2002).

9.2 Sağlık Bozulması Yoksulluğu Nasıl Etkiler?

Yoksulluğun kötü ve yetersiz beslenme, sağlıksız yaşam ve çalışma koşulları aracılığıyla sağlığın bozulmasına neden olduğu bilinmektedir. Ancak, sağlığın bozulması da yoksulluğa neden olabilir. Kırsal Hindistan'da yapılmış bir çalışma sağlığın bozulmasının ve sağlıkla ilgili harcamaların araştırmaya katılan %80'den daha fazla hanenin yoksulluğa düşmesinde önemli rol oynadığını göstermiştir (Östlin ve diğerleri, 2004).

Sağlığın bozulması, kötü beslenme ve yüksek doğurganlık oranları, hanelerin yoksullaşmasında veya, yoksullarsa yoksulluklarının kronikleşmesinin nedenlerindedir. Sağlığın bozulması hane halkı gelirini azaltarak, insanların öğrenme yeteneklerini, verimliliklerini ve yaşam kalitelerini düşürerek yoksulluğa neden olabilir. Bir hane halkında ailenin geçimini sağlayan kişinin hastalığı ve dolayısıyla gelir kaybı sonucu, yoksul bir hane halkının finansal olarak varlığını

sürdürebilme yeteneği yıkılabilir. Sağlık hizmetler için cepten ödemeler- özellikle hastane hizmetleri için- bir hanehalkının yoksul olması veya olmaması arasındaki farkı belirleyebilir. Bunun yanında yüksek doğurganlık, diğer hanehalkı üyelerinin elde edebileceği kaynakları azaltarak ve özellikle kadınlar için para kazanma fırsatlarını kısıtlayarak hanehalkına ekstra finansal yük getirmektedir. (Claeson ve diğerleri, 2002; Wagstaff, 2002; WHO, 2001c; International Council of Nurses, 2004). Hastalıklar aynı zamanda çocukların verimli bir yetişkin olma şanslarını azaltarak okula devam etmemelerine neden olabilir (WHO, 2000).

Kamu ve özel sağlık hizmetlerinde cepten harcamaların yükselişi aileleri yoksulluğa sürüklemekte, zaten yoksul olan ailelerin ise yoksulluğunu arttırmaktadır (Whitehead, Dahlgren ve Evans, 2001). Gölbaşı bölgesinde yapılan hanehalkı araştırmasında herhangi bir sağlık hizmetine başvuranların %84'ü cepten harcama yapmıştır (Kılıç, 1997). Türkiye'de sağlık harcamalarının finansmanında kullanıcıların cepten ödemelerinin %28.60'lık (Sağlık Bakanlığı, 2004) bir paya sahip olması ülkemiz açısından da sağlıksızlık-yoksulluk ilişkisi için önem arz etmektedir.

Sağlık harcamalarının yoksulluk üzerindeki en ciddi etkileri, sağlık hizmetlerine maddi gücü yetmediği ve hastalıkları tedavi edilmediği için hizmetten yoksun bırakılan insanlarda görülür. Finansal sebeplerle sağlık hizmetini alamayan insanların sağlığı daha da bozulma riski altındadır. Hasta olduğu bilinen insanlar tedavi ve ulaşım için gerekli fonlardan yoksun olduklarından sağlık hizmeti alamamaktadırlar. Kırgız Cumhuriyeti'nde yapılan bir araştırmada hastaneye sevk edilmiş hastaların bir çoğunun hastane maliyetlerini ödeme gücü olmadığı için hastaneye kabul edilmediği sonucuna ulaşılmıştır. Tedavi edilmemiş hastalıkların bireylere ve sağlık sistemlerine maliyetleri çok büyük bir yüküdür (Whitehead, Dahlgren ve Evans, 2001).

Ayrıca, kullanıcıların cepten ödemeleri sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltmaktadır. Yoksul insanlar parasal sıkıntılardan dolayı acil bir durum oluşuncaya

kadar sağlık hizmetini ertelemektedirler. Bu erteleme onları sağlık bakımını daha pahalı düzeyden almak durumunda bırakır (Whitehead, Dahlgren ve Evans, 2001). Dünya Bankası'nın Türkiye'de yaptığı yoksulluk araştırmasında da sağlık sorunları olan yoksul hanehalkları ve çocuklarının genel olarak tıbbi tedaviden yararlanamadığı ve hastalıklarının kendi kendine iyileştiğini ve/veya kronikleştiği sonucuna ulaşılmıştır (World Bank, 2003:125).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı temel olarak hanehalkı gelinine, kullanıcı demelerine ve herhangi bir sigorta kapsamı içinde yer alma durumuna göre şekillenmektedir. Ancak, insanlar için vazgeçilmez bir olgu olan "sağlık" söz konusu olduğunda bireyler uzun dönemde geçimlerine mal olsa bile sağlık hizmetini satın alırlar. Onların sorunu, kıt kaynakların tahsis edilmesinde değil, ameliyat gibi acil tedaviler için gerekli parayı bulup bulamayacaklarıdır. Kırgız Cumhuriyeti'nde kırsal bölgede yaşayan hastaların %45'i sağlık ihtiyaçlarını finanse etmek için mallarını satmaktadırlar (World Bank, 2004). 1998'de yaklaşık 3 milyon Vietnamlının sağlık harcamaları nedeniyle yoksulluğa itildiği tahmin edilmektedir (Wagstaff, 2001). Dünya Bankası'nın yaptığı araştırma bulguları da Türkiye'de yoksul ailelerin sağlık hizmeti için acil olan parayı temin edemedikleri yönündedir (World Bank, 2003:126). Sağlık hizmeti için cepten harcamaların olumsuz sosyal etkileri diğer harcamalardan daha büyüktür. Çünkü, sağlık harcamaları beklenmedik harcamalardır ve tam maliyet tedavi sonuna kadar bilinmemektedir. Geleneksel ekonomik analizlerde yoksulların sağlık bakımı için ödeme yapması, tipik olarak ödeme için gönüllülüğün kanıtı olarak kullanılmaktadır. Buna rağmen, ödemenin, kişinin ödeme gücüyle aynı olmadığı açıktır. Birçok yoksul insan, ödeme gleri olmadığı halde ailelerine ve kendilerine uzun dönemde maliyeti ne olursa olsun bu ödemeyi yapar (Whitehead, Dahlgren ve Evans, 2001).

9.3 Katastrofik Sağlık Harcamaları

Hastalıklar ve sağlığın bozulması sadece acı çekme ve ölüme neden olmaz, aynı zamanda önemli maliyetler de yaratır. Bazı toplumlarda hastalıklar hastalar ve aileleri için cepten harcamalara neden olmanın yanında, gelir üretimini engellemekte ve bunun bir sonucu olarak gelecekteki ekonomik refahı tehlikeye sokmaktadır. Bu Avrupa ülkelerinin sosyal refah sistemleri veya ulusal sağlık hizmetleri oluşturmalarının itici güçlerinden biridir. 1990’larda sağlık ekonomistleri gelişmekte olan ülkelerde kullanıcı ücretlerinin sağlık hizmetine ulaşım üzerindeki etkilerini kanıtlamak için çok çaba harcamışlardır. Ancak, cepten sağlık harcamalarının refah üzerindeki etkisi çok az dikkat çekmiştir. Bu konu son zamanlarda araştırma gündeminde yer almaya başlamıştır, ve DSÖ katastrofik sağlık harcamalarının önemini değerlendirmiştir. Bu yeni ilgi gelişmekte olan ülkelerdeki hızlı değişim gerçekliğinden kaynaklanabilir. Gerçekten de geçen birkaç yılda çoğu gelişmekte olan ülkede liberalleşme ve pazarlaşma sağlık hizmetleri ücretlerinin artmasına ve varlıkların likiditesinin yükselmesine neden olmuştur. Amerika’da daha önce ortaya çıkmış ciddi bir problem olarak tanımlanan katastrofik sağlık harcaması diğer ülkeler için de problemleri bir hal almıştır. Bu yeni ilginin bir diğer nedeni hanehalkı ekonomisi üzerinde şokların sonuçlarının yeni anlayışlarla yorumlanması olabilir. Sen ve Dreze tarafından kıtlık ve yoksulluk literatürüne dahil edilen şoklar bir çok kişi tarafından bilinir olmuştur ve günümüzde diğer kıtlıklardan daha fazla ilgi çekmektedir. Neden hangisi olursa olsun, hastalığın refah üzerindeki etkisi günümüzde önemli bir konu olarak düşünülmektedir (Damme ve diğerleri, 2004).

Hastalığın stresi ve endişesi altında, çoğu insan sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından istenen ücretleri -istenilen para ödeme güçlerinden fazla olsa bile- ödemek dışında herhangi bir seçeneğe sahip değildir. Hanehalkları tüm üyelerinin gelecek refahı yerine, onlardan birinin yaşaması için gerekli olarak algılanan sağlık hizmetine ulaşımı tercih ederler. Böylece gelecekteki refah, borca girerek, üretim varlıklarını satarak veya çocukların eğitimini kesmek gibi gelecekteki verimliliğe yatırım

yapmaktan vazgeçerek riske atılmaktadır. Bu tarz başa çıkma mekanizmaları yoksullaşma ve daha fazla borca girme arasında kısır bir döngüye neden olabilir ancak gayri resmi sosyal destek ağına ulaşım bunu önleyebilir. Özellikle halk sağlığı sistemi zayıfsa veya çekiciliği yoksa, ve yoksul insanlar özel hizmetleri kullanmak zorunda kalıyorsa, sağlık harcaması ödemelerinin kesinlikle katastrofik sağlık harcaması olabileceği çok açıktır. Bireyleri hastalıktan yoksulluğa götüren yollar olarak bu tarz mekanizmalar tamamıyla evrenseldir fakat insidansları büyük ölçüde değişmektedir (Damme ve diğerleri, 2004).

Hane halkındaki bir veya daha fazla kişinin sağlık ihtiyacı için ödenmesi gereken miktar, ödeme yeteneğine oranla yüksek olduğunda, hanehalkı bir süreliğine de olsa diğer ihtiyaçları (beslenme, barınma, giyinme vs.) için harcamayı azaltmak zorunda kalır. Bu durum da daha fazla hanehalkının yoksulluk sınırı altında yaşamasına neden olur (Xu ve diğerleri, 2003). Katastrofik sağlık harcaması hanehalkının ödeme kapasitesine göre tanımlanmaktadır. Sağlık harcaması, bir veya daha fazla hane halkı üyesinin tıbbi harcamaları ile başa çıkmak için belirli bir periyotta temel harcamalarını azaltmaları gerektiğinde katastrofik olarak görülmektedir. DSÖ yapılması gereken sağlık harcamasının hanehalkı temel ihtiyaçları karşılandıktan sonra kalan gelirin %40'ını ve daha fazlasını aşması olarak tanımlanmaktadır. Berki tarafından yapılan tanımlamada ise bir sağlık harcaması, ailenin alışılmış yaşam standardını sürdürmesini tehlikeye attığında finansal olarak katastrofik harcamadır (Berki, 1986).

Sağlık sistemleri insanların sağlığını geliştirebilmek için koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunarlar. Ancak, bu hizmetlere ulaşma bireylerin mevcut gelirlerinin çok büyük bir kısmını ödemek zorunda bırakabilir ve bir çok hanehalkını yoksulluğa itebilir. Sağlık sistemlerinin nasıl finanse edildiğinin özellikle yoksul hanehalklarının refahı üzerindeki potansiyel etkisi ABD, Avustralya, Hindistan ve Endonezya gibi farklı ülkelerdeki sağlık sistemlerinin ve sigorta mekanizmalarının planlanmasını etkilemektedir. İnsanları katastrofik ödemelerden koruma arzu edilir bir sağlık politikası olarak kabul edilmektedir. Katastrofik sağlık harcaması her

zaman yüksek sağlık maliyetleriyle eşanlamalı değildir. Örneğin ameliyat için yüksek bir fatura, hizmetler ücretsiz veya uygun bir fiyatta sağlandığı veya sigortalar tarafından kapsandığı için hanehalkı tüm maliyete katlanmıyorsa, katastrofik olmayabilir. Diğer taraftan, yaygın hastalıklar için az maliyetler bile sigorta kapsamında olmayan yoksul hanehalkları için finansal olarak yıkıcı olabilir (Xu ve diğerleri, 2003).

Sağlık sistemlerini planlamada sağlık politikacılarının insanların katastrofik ödemelere karşı daha savunmasız hale getiren özelliklerin neler olduğunu anlamaları gerekmektedir. Hanehalklarının sistemin hangi özelliklerinden dolayı daha savunmasız olduklarını bilmek de gereklidir. Bu yüzden Xu ve diğerleri, hanehalkı gelir ve harcama anketlerinden faydalanarak, katastrofik ödemelerin boyutunu ölçmeyi ve hangi koşullarda ortaya çıkma olasılıklarının fazla olduğunu araştırmayı hedeflemişlerdir.

Ke Xu ve diğerleri 1991- 2001 yılları arasında 59 ülkede yapılan hanehalkı araştırma verilerini kullanarak bu ülkeler için katastrofik sağlık harcamalarının boyutunu ortaya koymuşlardır. Çalışmanın bulgularında, cepten sağlık harcamaları yüzünden katastrofik ödemelerle karşılaşan hanehalkı oranlarının en düşük Çek Cumhuriyeti ve Slovak'ta %0.01 ve en yüksek Vietnam'da %10.5 olmak üzere ülkeler arasında çok farklılaştığını göstermektedir. Bir çok gelişmiş ülke katastrofik harcamalardan hane halklarını koruyan sosyal sigorta veya vergi fonlu sağlık sistemi gibi gelişmiş sosyal kurumlara sahiptir. Bu ülkeler arasında sadece Portekiz, Yunanistan, İsveç ve ABD % 0.5'den daha fazla katastrofik sağlık harcamasıyla karşılaşan aileye sahiptir. Katastrofik harcama oranları geçiş sürecindeki ülkelerde (Azerbaycan, Ukrayna, Vietnam, Kamboçya) ve bazı Latin Amerika ülkelerinde (Brezilya, Arjantin, Kolombiya, Paraguay, Peru)ve Lübnan'da çok yüksektir.

Çalışmanın bulguları toplam sağlık harcamaları içinde cepten ödemelerin payı ile katastrofik sağlık harcamalarıyla karşılaşan hanehalkı oranı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir. Cepten ödemelerin yanı sıra, yoksulluğun ciddi

boyutta olduğu, sağlık hizmetlerine ulaşım ve kullanımda sıkıntıların yaşandığı ve finansal riskleri paylaşan soysal mekanizmaların yetersizliği katastrofik ödemeler için önemli unsurlardır (Xu ve diğerleri, 2003).

Hindistan'da yapılan bir araştırmada toplum tabanlı genel sağlık sigortası uygulamasının yoksul hane halklarını tıbbi harcamaların belirsiz risklerinden koruyabileceği sonucuna ulaşmıştır (Ranson, 2002). Hane halkı üyelerinin geliri, yaşı ve hane halkı reisinin çalışıp çalışmama durumu katastrofik sağlık harcamalarının önemli belirleyicileri arasında sıralanmaktadır. Ayrıca yaşlı, engelli veya kronik hastalığı olan bireylerin bulunduğu ailelerin sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyacakları ve finansal kaynakları yeterli olmadığı için katastrofik sağlık harcamalarıyla karşı karşıya gelme olasılıkları yüksektir.

Win Van Damme ve diğerleri tarafından 2001 Nisan ve Aralık ayları süresince “Yoksul Hanehalklarında Cepten Sağlık Harcamaları ve Borç: Kamboçya örneği” konulu bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın amacı; Kamboçya'da yoksul kırsal bölgede cepten sağlık harcamalarının borçlanmaya nasıl yol açtığını belge ile kanıtlamaktır. Dengue humması salgınından sonra, dengue hastası olan 72 hanehalkı ile sağlık hizmeti arama davranışlarını, cepten harcamalarını ve bu harcamalarını nasıl finanse ettiklerini belirlemek için görüşülmüştür. 1 yıl sonra, başlangıçta borçlu olduğunu belirten 26 hanehalkının bu borçla nasıl başta çıktığını araştırmak için tekrar görüşülmüştür. Araştırmanın bulguları şu şekildedir; cepten sağlık harcamalarının miktarı büyük ölçüde hanehalkının sağlık hizmetini aldığı yere bağlıdır. Sadece özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alanlar ortalama 103\$; özel ve kamu sağlık kuruluşlarını beraber kullananlar ortalama 32\$ ve sadece kamu sağlık kuruluşlarını kullananlar ortalama 8\$ ödemişlerdir. Bu harcamaları finanse etmek için insanlar tasarruflarını kullanmışlar, tüketilebilir mallarını satmışlar, varlıklarını satmışlar ve borç para almışlardır. 1 yıl sonra, ilk başta borç alan bir çok aile bu borçlarını çözememişlerdir ve yüksek faiz oranları (aylık %2.5-15 arasında) ödemeye devam etmektedirler. Bazı hanehalkları kişisel arazilerini satmak zorunda kalmışlardır. Araştırmadan çıkarılan sonuçlar ise şu şekildedir; Kamboçya'da görel

olarak en makul cepten sağlık harcamaları bile borçlanmaya neden olmaktadır ve yoksulluğa neden olabilmektedir. Katastrofik sağlık harcamalarını önlemek için ve yoksullar için güvenlik ağları gibi diğer stratejilerin etkili olabilmesi için güvenilir ve ulaşılabilir bir halk sağlığı sistemine ihtiyaç duyulmaktadır (Damme ve diğerleri, 2004).

9.4 Sağlığın İyileştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi gittikçe önemli bir ekonomik kalkınma aracı olarak görülmektedir. Sağlık sonuçlarının yeteri kadar iyileştirilmesi, gelişmekte olan ülkelerin yoksulluk döngüsünü kırmaları için ön gereksinimi olarak gösterilmektedir. Sağlığın iyileştirilmesinin kalkınmaya sağlayacağı katkılar beş alt başlıkla değerlendirilebilir(World Bank, 1993; OECD ve WHO, 2003:21);

İşgücü Verimliliği: Sağlıklı çalışanlar daha verimlidir, daha yüksek kazanç sağlarlar, ve daha az devamsızlık yaparlar. Çalışanların hasta olmalarının neden olduğu üretim kayıplarını azaltır. Bu çıktıyı artırır, işgücü devir hızını azaltır ve girişim karlılığını ve tarımsal üretimi artırır.

Yerel ve Yabancı Yatırım: Artan işgücü verimliliği yatırım için teşvik yaratır. Ayrıca, HIV/AIDS gibi belli bir yere özgü ve salgın hastalıkların kontrol altına alınması, hem yatırımcılar için büyüme fırsatlarını arttırarak hem de çalışanlarının sağlık risklerini azaltarak yabancı yatırımı teşvik eder.

İnsan Sermayesi: Sağlıklı çocukların kavrama yetenekleri daha yüksektir. Sağlık iyileştikçe, devamsızlık oranı ve erken yaşlarda okulu bırakma azalır, çocuklar daha iyi öğrenirler ve insan sermayesi temelinde gelişme sağlanır.

Ulusal Tasarruf: Sağlıklı insanlar daha fazla kaynaklarını tasarruf için ayırabilirler, ve uzun yaşayan insanlar emeklilik için daha fazla tasarruf yapabilirler. Bu tasarruflar böylece sermaye yatırımı için fon sağlar. Sağlığın iyileştirilmesi hastalıklardan dolayı tamamıyla veya kısmen ulaşılamaz hale gelen doğal kaynakların kullanımına olanak sağlar. Sağlığın iyileştirilmesi, aksi takdirde hastalıkları tedavi etmek için harcanacak kaynakların alternatif kullanımına imkan sağlar.

Demografik Değişimler: Sağlık ve eğitimdeki iyileşmeler doğurganlık ve ölüm oranlarının azalmasına neden olur. Sonuçta, doğurganlık oranı ölüm oranından daha hızlı azalır böylece nüfus artışı azalır ve “bağımlılık oranı” azalır. Bu “demografik pay” düşük gelirli ülkelerde kişi başı gelirin artışı için önemli bir kaynak olarak gösterilmektedir. Ancak, yüksek HIV/AIDS oranı olan düşük ve orta gelirli ülkeler bağımlılık oranını arttıran ve büyümeyi yavaşlatan çalışma yaşındaki insanlar arasında yüksek ölüm oranına sahiptirler. Bunun aksine, daha yüksek gelirli ülkelerin gittikçe azalan doğum oranlarına daha dikkat etmeleri gerekmektedir, üstelik bu ülkelerde emeklilerin sayısının giderek artması bağımlılık oranını da arttırmaktadır.

9.5 Sağlık Sektörü Politikaları

Yoksul insanların ihtiyaçlarını belirlemede sağlık sistemlerinin daha etkili olabilmesi için; maddi gücün yetebileceği ve daha adil ödeme sistemlerinin oluşturulması (kullanıcı ödemelerinin yerine ön-ödemeli/sigortalı sistemler), sağlık sektöründe rol alan kişilerin yoksulları düşünmesini sağlama, yoksul insanları önemli düzeyde analiz ve kararlara dahil edecek mekanizmaları geliştirme, cinsiyet, sosyal dışlanma veya coğrafik izolasyon gibi belirli dezavantajların veya yoksunlukların

nedenlerinin üstesinden gelmek için belirli stratejilerin uygulanması gerekmektedir (WHO, 2001a).

Yoksulluğu daha iyi anlamak ve kimlerin ve nerede yaşayanların yoksul olduklarını anlamak için gelir, yaş, cinsiyet ve yere göre ayrıştırılmış sağlık verilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu özellikle eylemlerin, yoksulluğun gerçek ve yerel nedenleri ve sonuçlarına ve ölçülen yatırımların etkisine uyabilmesi için sağlık planlaması ve denetiminde kullanılan veriler için önemlidir. Bu ayrıştırılmış veri, yoksullar için nelerin yapılabileceğini analiz edebilmek, belgeleyebilmek ve yayabilmek için yapılmış daha büyük bir “bilgi evreni”nin parçası olmalıdır. Bu bilgi tabanı, yoksulların dile getirilen sağlık ihtiyaçlarının belgelendiği araştırmalarla ve kantitatif ve kalitatif çalışmalarla oluşturulmuş olmalıdır (WHO, 2001a).

Temel olarak yoksulluğu yaratan ve sürdüren sağlık tehditleri ve dezavantajlarının acil olarak üstesinden gelinmesi gerekmektedir. Bunlar, önemli bulaşıcı hastalıklar, anne hastalıkları ve ölümleri, kötü çevresel sağlık, şiddet ve kazalar, ve tütün ve diğer sağlıksız tüketim ve gıda ürünleri gibi önemli gelişmekte olan tehditleri içermektedir. Bir toplumun karşılaştığı belirli sağlık risklerinin, toplanmış ulusal veya uluslar arası veri tabanında oluşturulmasından daha çok yerel düzeyde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmeler aynı zamanda erkekler, kadınlar ve çocuklar tarafından karşılaşılan riskleri ve onların farklı ihtiyaçlarına önem vermelidir (WHO, 2001a).

Sağlık sistemleri için elde edilebilir finansal kaynakları ve insan kaynaklarını artırmak için daha etkili kaynak dağıtımı gerekmektedir. Bu kaynaklar mevcut ortakların sorumluluğu güçlendirilerek ve yeni ortaklıklar oluşturularak sağlanabilir. Aynı zamanda, sağlığın temelini oluşturan belirleyiciler daha yoksul odaklı tanımlanmalıdır. Sağlık sonuçlarında önemli ve sürdürülebilir kazanımlar için, hastalıkları ortaya çıkarma eylemlerinin ötesinde, sağlığın temelini oluşturan faktörlere dayalı eylemlere ihtiyaç vardır. Örneğin, insanların ulaşmadığı veya sağlık

hizmeti almaya maddi güçlerinin yetmediği veya ayrımcılıktan dolayı geri çevrildikleri kliniklerle çok az ilgilenilmektedir (WHO, 2001a).

9.5 Yoksulluk ve Sağlık İlişkisi İçin Önemli Politika Alanları

Yoksul insanların maddi güçlerinin yetebileceği, kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlama sadece bu insanların sağlığını iyileştirerek yeterli olmayacaktır, çünkü yoksul insanların durumlarının önemli belirleyicileri sağlık sektörü dışında yer almaktadır (OECD, 2003). Özellikle eğitim, gıda güvenliği, güvenilir içme suyu, sanitasyon ve enerji olmak üzere diğer sektör politikaları çok önemlidir. Yoksulların sağlığı aynı zamanda tütün veya alkol bağımlılık riskleri azaltılarak, trafik kazaları veya diğer yaralanmalara ve savaş ve doğal felaketlerin yıkıcı etkilerine maruz kalma riskleri azaltılarak geliştirilebilir. Gelişmekte olan ülkelerdeki hükümetler ve yardım kuruluşları eğitim, beslenme ve çevre gibi önemli sektörlerdeki politikaların hem sağlıkla ilgili hem de daha geniş ölçekte yoksulluğu azaltmakla ilgili hedeflere ne ölçüde yararlı olacağını veya engelleyeceğini değerlendirmelidirler. Bu, bu sektörler içinde sağlık hedefleriyle ilgili kapasiteyi güçlendirmek için çaba harcamayı da içerir. Bu bölümde yoksulluk, sağlık ve diğer önemli sektörler arasındaki ilişkiler açıklanacaktır (OECD ve WHO, 2003:54).

9.5.1 Cinsiyet Eşitliği

Cinsiyet ayrımcılığı yoksulluk ve kötü sağlık göstergelerinin en önemli belirleyicisidir. Yoksul kadınlar ve kızlar hanehalkı ve toplum içinde varlık ve hak

yönünden daha kötü durumdadırlar. Erkeklerin ve kadınların rolleriyle ilgili sosyo-kültürel inançların bu ayrımcılıkta payı bulunmaktadır. Yoksul kadınlar ve kızlar nakit ve finansman planları, hizmetler gibi sağlık için gerekli kaynaklara ulaşmada ve ihtiyaç ve düşüncelerini açıklamada daha dezavantajlıdırlar. Bazı kadın ve çocuk grupları özellikle daha savunmasızdır, örneğin yaşlı dullar, desteklenmeyen kadınlar, çocuklar tarafından yönetilen aileler ve sokak çocukları. Kadınlar aynı zamanda hanehalkı yöneticileri ve bakıcıları rolleriyle sağlık hizmetlerinin en önemli üreticileridir. Fakat yoksul kadınların ve kızların sağlığı yetersiz beslenme, ağır işyükü ve temel sağlık bakımının ihmal edilmesi, cinsel istismar ve kişiler arası şiddete maruz kalmayla ağırlaşan faktörlerle kötüleşmektedir. Tüm bunlar insani gelişim ve insan sermayesi oluşumu üzerinde ciddi etkiye sahiptir. Bu yüzden cinsiyet ayrımcılığı ile ilgili faaliyetler yoksullara yardım etmeyi hedeflemiş bir yaklaşımın temel unsurudur (OECD, 2003).

9.5.2 Sağlık Sonuçlarının Gelişimi İçin Bir Araç Olarak Eğitim

Eğitim ve sağlık yoksulluğun azaltılması için çok önemlidir ve sekiz Bin yıl Kalkınma Hedefinin beşinde dolaysız olarak yer almaktadırlar. Sağlıkla ilgili üç hedefin başarılması, evrensel ilköğretim hedefine ulaşılmasıyla birebir bağlantılıdır ve cinsiyet eşitliği hedefiyle yakından ilgilidir. Sağlık ve eğitime yatırım arasındaki ilişkiyi ve yoksulluğun azaltılmasındaki etkilerini gösterecek kanıtlar gerekmektedir. Bir çok ülkede eğitime yapılan yatırımın az olması eğitim sektörünü zayıf bırakmaktadır. Yetersiz alt yapı, öğrenme materyallerinin kıtlığı, eğitim programlarına ulaşamayan az eğitimli ve motive edilmemiş öğretmenler, aşırı yüklü müfredat, ve aşırı merkezileşmiş karar alma mekanizmaları, eğitim hedeflerini karşılamada genel bir başarısızlığa neden olmaktadır. Eğitim yatırımlarına öncelik veren düşük gelirli ülkeler, daha yüksek kişi başı gelire, ülkelerindeki ölüm oranlarını da azaltmaktadır (OECD ve WHO, 2003:54-55).

Zeka ve beden –eğitim ve sağlık- yoksul insanların sosyal ve ekonomik olarak verimli yaşamalarını sağlayan en önemli varlıklarıdır. Hatta birkaç yıl okula devam etme sağlık hizmeti arama davranış gibi temel özellikler kazandırabilir. Ayrıca, sağlığı koruma ve kişisel bakım bilgisi üzerinde duran eğitim, yoksulların kendi hayatlarının sorumluluğunu almaları konusunda güçlendirmenin en etkili yolları arasındadır (Smith, 2001).

Bir çok çalışmanın bulguları eğitim ve sağlık arasındaki bağlantının özelliklerini şu şekilde açıklamaktadır(OECD ve WHO, 2003: 55).;

- **Kadın eğitimi çocuklarda, ailelerde ve toplumlara sağlığın gelişimiyle temel olarak ilişkilidir.** Çocuk ölümlerinin azaltılması için en güçlü araçlardan biri annelerin okur-yazarlığıdır. Bu yoksullar için, erkekler kadar kızların da, eğitime ulaşımını sağlayan bir eğitim sisteminin ürünüdür. Daha yenilikçilik ve güven-yalnızca okulda kazanılan bilgi kadar- kadınların sağlık personeli tarafından verilen tavsiyeleri uygulamalarını sağlar. Kişisel davranışlara etkisinin ötesinde, kadınların okur-yazarlığı, resmi sağlık sistemlerine aile üyelerinin ve daha geniş toplulukların ulaşımının artmasını da kapsayan tüm sağlık müdahaleleri için çok önemlidir (OECD ve WHO, 2003:55). Afrika’da yapılan bir çalışma kadın eğitimindeki %10’luk bir artışın çocuk ölüm hızlarında %10’luk bir azalmaya neden olduğunu bulmuştur (DFID, 2000:16).
- **Eğitim düşük doğurganlık oranlarıyla ilişkilidir.** Eğitim üreme davranışlarında değişkenliklere neden olur. Bu değişiklikler bir dizi faydalı etkilere neden olmaktadır; daha düşük anne ölüm oranı, kadınların güçlenmesi, çocukların hayatta kalma sürelerinin artması, aralıklı doğumlar, anne ve çocuk sağlığının gelişmesi, daha iyi çocuk bakımı, doğurganlık oranlarının azalması ve yoksulluğun azalması.
- **Eğitim HIV/AIDS’e karşı en etkili araçlardan biridir.** Erken yaşlarda öğrenme geleceği şekillendirmede çok önemli olduğu için, genç insanlar hem

daha savunmasızdırlar hem de değişime daha açıktırlar. Bu, erken yetişkin ölümlerinin 2/3'ünden daha fazlasının ergenlikte kazanılan davranış kalıplarına bağlandığı, sağlık için de geçerlidir. Bilgi, eğitim, iletişim kampanyaları, eş eğitimi, gençlik merkezleri ve toplum-tabanlı hizmetler özellikle cinsel ve üreme sağlığında, önemli rol oynayabilir.

Yoksulların sağlığını koruma ve geliştirme için eğitimin potansiyelini geliştirmek için , kalkınma kuruluşları, ortak ülkeleri destekleyerek sağlık ve eğitim arasındaki sinerjilerden faydalanmalıdır (OECD ve WHO, 2003:56-57);

- Temel eğitim ve kadın okur-yazarlığı, toplumun en savunmasız ve en yoksul gruplarının sağlığını etkileyen belirli faktörler olduğu için eğitimle ilgili Bin yıl Kalkınma Hedeflerinin başarısını teşvik etme.
- Okullardaki kadın eğitimiyle ilgili engelleri ortadan kaldırma. Kızların okula giderken ve aynı zamanda okul içinde kişisel güvenliği, veya hamile kızların okullarına devam etmelerini sağlama gibi.
- Sağlık eğitimi ve sağlık hizmetlerinin sunumu için bir merkez noktası olarak okulları desteklemek için eğitim ve sağlık personellerinin ortak eylemlerini gerektiren okul sağlık programları için teknik ve finansal destek sağlayarak sağlık teşvikleri için okulları kullanmanın desteklenmesi.
- Sağlık eğitimlerini resmi olmayan eğitime ve fonksiyonel okur-yazarlık programlarına dahil etme.
- Sağlık ve eğitim programları arasında sektörler arası bağlantıları geliştirmek için kalkınma kuruluşları içinde sağlık ve eğitim uzmanları arasında eşgüdümü arttırma.

9.5.3 Gıda Güvenliği, Beslenme ve Sağlık

Açlık ve kötü beslenme, günümüzde dünyanın karşılaştığı en yıkıcı problemler arasındadır. Gelişmekte olan ülkelerde son otuz yılda gıda güvenliği gelişmişse de, 1990'larda açlığın azaltılmasında çok az yol kat edilmiştir. Yetersiz beslenen toplam insan sayısı (özellikle Çin'de) azalırken, çoğu ülkede artmaktadır. Uluslar arası topluluk, açlıktan sıkıntı çeken insanların oranını 2015'e kadar yarıya indirme konusunda ülkeleri sorumlu tutmaktadır (OECD ve WHO, 2003:57).

Kötü beslenme ve güvensiz gıdanın sağlık üzerinde güçlü etkileri bulunduğu açıktır. Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 800 milyon insan kronik olarak açtır. Bu insanların bir çoğu savaş alanlarında yaşamaktadır ve %60'ı kadındır. Aç insanların büyük çoğunluğunun kırsal alanlarda yaşıyor olmasına rağmen, hızlı kentleşme büyük kentlerde ve şehirlerde yoksulluğun ve güvensiz gıdanın artmasına neden olmaktadır. Açlık ve kötü beslenme hastalıklara karşı savunmasızlığı ve erken ölümleri arttırmakta, gelir elde etmelerini ve üretmelerini engelleyerek geçimlerini kazanma güçlerini azaltmaktadır. Kötü beslenme hem yoksulluğun hem de kalkınma eksikliğinin önemli bir nedeni ve sonucu ve çok önemli bir göstergesidir. Ayrıca, sağlığın bozulması tek başına gıdanın sağlayacağı besleyici maddeleri alma konusunda vücudun yeteneğini azaltırken, kötü beslenmenin temelini oluşturan nedenleri ve sonuçlarını görmede yetersizlik sağlığı geliştirmek için harcanan diğer çabaların etkisini de yok eder. Kötü beslenme yoksullar ve savunmasızlar başta olmak üzere dünyadaki üç insandan birini etkilemektedir. 161 milyon çocuk büyümesiyle ilgili sorunlar yaşarken, beş yaş altı çocuklar arasında yıllık ölümlerin %60'ı düşük ağırlıklı olmakla ilişkilendirilmektedir. İyot eksikliği beyin hasarlarının ve zihinsel yavaşlamaların önlenabilir en büyük nedenidir. Demir eksikliği, kansızlık en önemli sakatlık nedenleri arasında ikinci sıradadır ve tüm anne ölümlerinin %20'sinde payı vardır. A Vitamini eksikliği kalıcı körlüğe ve her yıl milyonlarca çocuğun ölünme nedeni olmaktadır (OECD ve WHO, 2003:57).

Tarımsal kalkınma yoksulluğun azaltılması ve gıda güvenliğinin geliştirilmesi için çok önemlidir. Kalkınma kuruluşları üye ülkelerin aile çiftçilerin gelir-kazanç kapasitesini artırma, kırsal istihdam üretme, kırsal çiftçilik dışı ekonomileri geliştirme ve üretilen gıdaların kullanılabilirliğini ve kalitesini artırma stratejilerini destekleyerek tarımsal çıktıyı arttırmada ve kırsal gelişimi özendirmede önemli bir rol oynamaktadır. Ancak, kentleşme kırsal ve kentsel alanlar arasındaki sınırların net görülmesini engellemekte ve bu yüzden kırsal bölgedeki yoksulların küçük şehirlerde işe başlama, kentsel alanlarda dönemsel faaliyetlerde çalışma ve kırsal gelirlere ek olarak para gönderme olasılıkları artmaktadır (OECD ve WHO, 2003:57).

Açlık, hanehalkının gıdaya ulaşabilirliğinden daha çok gelire ulaşabilirliğiyle ilgilidir. Bu yüzden gıda güvenliğini geliştirme temel olarak gıdaya ulaşımı sağlama veya satın alma gücünü artırma meselesidir. Politik olarak mümkün olan toprak sahibi olma reformunu destekleme yoksulluğu azaltmada ve gıda güvenliğini arttırmada yardım edecek uzun bir yol olabilir. Gelirin artırılması gerekliliğine rağmen, direkt beslenme müdahaleleri uygulayan ülkelerin kötü beslenmeyi azaltmada daha başarılı olduğu görülmüştür. Hedeflenen beslenme programları, anne ve çocuklar için sağlık programları ile etkili sağlık hizmetlerinin ulaşımının geliştirilmesine bağlıdır. Okullarda sağlık programlarının geliştirilmesi aynı zamanda sağlık eğitimi ve beslenme programları için daha fazla yol kat etmeyi sağlayacaktır (OECD ve WHO, 2003:58).

9.5.4 Yoksulluk, Sağlık ve Çevre

Tahminler global hastalık yükünün en az %25'inin çevresel koşullara bağlanabileceğini göstermektedir. Başlıca çevresel faktörler; dış ve iç mekanda hava kirleticileri, gürültü, kapalı ortam ve bina koşulları, su kirliliği, sanitasyon eksikliği, elektromanyetik alanlar ve radyasyon, kimyasallara maruz kalma. Bu faktörler astım, alerji, akciğer hastalıkları, kalp hastalıkları, kanser, doğum kusurları, işitme problemleri, uyku düzensizlikleri veya stres gibi çok sayıda sağlık sorunları ile yakından ilişkilidir. Kadınlar ve çocuklar su-kökenli vektörler, yetersiz sanitasyon imkanları ve kapalı alan hava kirliliğinden dolayı çok fazla risk altındadırlar. Tablo-2.2 bazı hastalıklara çevresel katkıları göstermektedir. Çevresel nedenlerle insan sağlığındaki kayıpların yüksek gelirli OECD ülkeleri için %5, düşük gelirli OECD ülkeleri için % 8 ve OECD dışındaki ülkeler için %13 olduğu tahmin edilmektedir. Hava kirliliği ve tehlikeli kimyasal maddelere maruz kalma OECD ülkelerinde çevreyle ilgili hastalık yükünün önemli nedenleridir. Kimyasal kirliliğin önemli kaynakları tarım, sanayi ve atıkların elden çıkarılması ve yakılması olsa da, ulaşım ve enerji sektörleri hava kirliliğinin en önemli yaratıcılarıdır (Nunan ve diğerleri, 2002; OECD,2001b; OECD ve WHO,2003).

Tablo-2.2: Çevre ve Hastalık Yüğü

Hastalık	Global DALY ¹ 'ler (000)	Çevresel nedenlere bağılı olanların yüzdesi
Solunum yolu enfeksiyonları	116 696	60
İshal	99 633	90
Aşı ile önlenebilir hastalıklar	71 173	10
Tüberküloz	38 426	10
Sıtma	31 706	90
Kasıtlı olmayan yaralanmalar	152 188	30
Kasıtlı yaralanmalar	56 459	
Akıl sağlığı	144 950	10
Kardiyovasküler hastalıklar	133 236	10
Kanser	70 513	25
Kronik solunum hastalıkları	60 370	50
Alt toplam	975 350	33
Diğer hastalıklar	403 888	
Tüm hastalıkların toplamı	1 379 238	23

Kaynak: Nunan ve diğerleri (2002). Poverty and the Environment: Measuring the links. Syf.18.

¹ DALY; Disability Adjusted Life Years (Yeti Kaybına Uyarlanmış Kaybolan Yaşam Yılı)

Yoksul insanlar genellikle evlerinde ve işyerlerinde atık madde alanları ve yakım alanlarını içeren kaynaklardan dolayı zehirli maddelere maruz kalmaktadırlar. Kötü sağlık durumları zehirli kimyasalların etkisine karşı savunmasızlığı arttırır. Sağlıklı ve güvenli bir iş çevresine ve kimyasalların üretimini, bulundurulmasını, depolanmasını ve elden çıkarılmasını içeren güvenli kullanımı için tutarlı bir politikanın olması önemlidir (OECD ve WHO, 2003:59).

Hem kentsel hem de kırsal alanlarda yaşayan yoksul insanlar kuraklıklar, seller, tayfunlar/kasırgalar gibi yıkıcı doğal felaketlere ve küçük adalarda ve kıyı alanlarında yaşayan tüm toplumları tehdit eden deniz seviyesinin yükselmesine karşı daha savunmasızdırlar. Bunların sıklığı ve hızlanması beklenen şiddeti küresel iklim değişiklikleriyle ciddi bir hal alabilir. Gelişmekte olan ülkelerde ekonomik büyüme yoksulluğun azaltılması için önemli olmasına rağmen, küresel iklim değişikliklerini etkileyen gazların emisyonunun artmasına neden olur (OECD, 2001b).

9.5.5 Bir Halk Sağlığı Konusu Olarak Şiddet Ve Yaralanmalar

Şiddet dünya çapında 15-44 yaş arasındaki insanlar için en önemli ölüm nedenleri arasındadır ve gelişmekte olan ülkelerde şiddetten kaynaklanan ölümler %90'nın üzerindedir. 2000'de 1.6 milyon insanın şiddet sonucu (toplu; savaş ve büyük ölçekli çatışmalardan dolayı ölüm ve yaralanmalar ve kişiler arası şiddet ve kendine zarar verme) öldüğü tahmin edilmektedir. Bununla birlikte araştırmalar yoksul kadınların ve genç kızların tecavüz, zorunlu evlilik ve fahişelik, dul kadınları suiistimal ve yaşlı kadınların ihmal edilmesi ve cinayet gibi fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddete karşı özellikle savunmasız olduklarını göstermektedir. İki milyon kadın ve genç kız her yıl tecavüze maruz kalırken, binlercesi akrabaları tarafından "aile onuru"nu korumak için öldürülmektedir. Ayrıca her yıl 2 milyon genç kızın

uluslar arası seks ticaretinin bir parçası olduğu tahmin edilmektedir. Seks ve yaş uyarlamasından sonra şiddet kurbanı olma riskinin düşük sosyo-ekonomik sınıflardan gelen genç insanlar için daha yüksek olduğu kanıtlarla gösterilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kadınların tecavüz ve ev içi şiddet sonucu sağlıklı yaşam yıllarının %5'ini kaybettiği tahmin edilmektedir (OECD, 2001a).

Kişiler arası şiddetin dolaysız sonuçları, kadınların sağlık hizmetine ulaşımının esirgenmesinin etkileri ile birleştiginde yaralanmadan ölüme kadar gidebilmektedir.şiddetin bir kurbanı olmak aynı zamanda kadınların farklı hastalıklardan veya durumlardan dolayı gelecekte sağlıklarının bozulma riskini de arttırmaktadır. Özellikle, cinsel şiddet istenmeyen hamileliklere, HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklara neden olabilmektedir ve eşler tarafından şiddete maruz kalma anne ölümlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Suiistimale maruz kalan kadınların uzun süreli sağlık hizmetlerini kullanma ihtimalleri de artmaktadır ve dolayısıyla sağlık hizmetlerinin maliyetleri de artmaktadır. Ayrıca, bazı çalışmalarda kişiler arası şiddetin ve sağlık üzerindeki sonuçlarının yarattığı ekonomik yük tahmin edilmiştir. Örneğin, Nikaragua'da ev içi suiistimal kurbanı kadınlar, bu tarz olaylara maruz kalmayan kadınlardan, kazancı etkileyen diğer faktörler kontrol altındayken, %46 daha az para kazanmaktadır (OECD, 2001a).

III. MATERYAL ve YÖNTEM

1 Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Ankara ili Etimesgut ilçesinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan yardım alan hane halklarının sosyo demografik özelliklerinin, sağlık sorunlarının ve katastrofik sağlık harcamalarının belirlenmesi ve katastrofik sağlık harcamalarının nedenlerinin ve sonuçlarının tespit edilmesidir.

2 Problem Cümlesi

“ Ankara ili Etimesgut ilçesinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu kapsamında yardım alan hane halklarının doğrudan cepten yaptıkları sağlık harcamaları, gıda dışı harcamaları (ödeme kapasiteleri içinde) arasında ne kadarlık bir paya sahiptir?” , “Sağlık hizmetleri kullanımının sağlık problemlerinden etkilenme düzeyi nedir?” soruları bu araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

3 Kısıtlılıklar

Bu araştırma sadece Ankara ili Etimesgut ilçesinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı'ndan yardım alan hane halkları için yapıldığından, araştırma sonuçlarının genellemesi olası değildir.

4 Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara ili Etimesgut ilçesinde yaşayan ve Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Vakfı'na kayıtlı, vakıf tarafından yardımlar için öncelikli olarak belirlenmiş 189 hane oluşturmaktadır. Bahsedilen 189 hane Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı kayıtlarına göre ilçe içerisinde en yoksul kesim olduğu için araştırmanın tüm evreni kapsamı hedeflenmiştir. Ek-1'de bu 189 hanenin Etimesgut mahallelerine göre dağılımları gösterilmektedir.

Vakıf kayıtlarının yılda bir kez güncellenmesi ve en son yapılan güncellenmenin 2005 yılı Ocak ayında yapılmış olması örneklem olarak belirlenen 189 hanenin tamamına ulaşamamasına neden olmuştur. Vakıf kayıtlarında mevcut olan ancak saha araştırmasında belirtilen adresten taşınma ve / veya vefat etme nedeniyle bulunamamış 28 hane araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Bunların yanı sıra saha araştırmasında vakıf kayıtlarında bildirilen adreslere “Mahalle/ Sokak adı veya apartman/daire numarası” yanlışlıkları nedeniyle ulaşamayan 50 hane de örneklemden çıkarılmıştır. Örneklem dahil edilen 1 hanede görüşme isteği kabul edilmemiş ve 17 hane ile evde hiç kimsenin bulunmaması/evde görüşmeye uygun kimsenin bulunmaması veya hanehalkı üyelerinin şehir dışında olması nedeniyle görüşülememiştir. Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı 96 hane araştırma kapsamından çıkarılmış olup, araştırmanın amaçlarına ulaşabilmesi için 92 hane araştırmanın örneklemine oluşturmuştur.

Veri toplama için farklı ülkelerin Hanehalkı Yaşam Standardı Anketleri, Hanehalkı Tüketim ve Harcama Anketleri ve Hanehalkı Bütçe Anketleri derlenerek oluşturulan anket kullanılmıştır (Ek-2). Hazırlanan anket temel olarak altı bölüme ayrılmıştır. Bu bölümler;

1. Demografik Özellikler
2. Konut (Konut Özellikleri ve Konut için Yapılan Harcamalar)

3. Sağlık (Hanehalkı Sağlık Güvence Sistemi, Kronik Hastalık ve Sakatlık, Yakın Zamanda Ortaya Çıkan Hastalanma ve Yaralanmalar, Hastanede Yatış, Günlük Aktiviteler)
4. Sağlık Hizmetlerine Ulaşım
5. İstihdam ve Gelir Durumu (İstihdam ve Ücret, Sürekli Gelir Göstergeleri)
6. Tüketim ve Harcamalar (Genel Harcamalar, Gıda Harcaması ve Tüketimi)

Bölüm 1. Hanehalkı üyelerinin cinsiyetleri, yaşları, eğitim düzeyleri (7 ve üstü yaş grubunun), medeni durumları (12 ve üstü yaş grubunun) , hanehalkı reisine yakınlığı ile ilgili bilgilerin elde edilmesi.

Bölüm 2.

- a. Hanenin oturduğu konut özellikleri; konut tipi, oda sayısı, faydalanılan net alan, içme suyu kaynağı, elektrik kaynağı, tuvalet tipi, ısıtma sistemi, yemek pişirmek için kullanılan yakıt türü ile ilgili bilgilerin toplanması.
- b. Hanenin oturduğu konut için yaptığı harcamalar; konutun mülkiyeti, kiracı hanelerin ödedikleri kira tutarı, konut için yapılan elektrik ve ısınma harcaması ile ilgili bilgiler toplanması.

Bölüm 3.

- a. Hanehalkı üyelerinin sağlık güvenceleri olup olmamasına ilişkin bilgiler. Sağlık güvencesi olan bireylerin buldukları güvence sistemi, ne kadar zamandır bu sistem içinde yer aldıkları, bu sistem içinde yer almalarını sağlayan kişinin kim olduğuna ilişkin bilgiler.
- b. Hanehalkı üyelerinin kronik hastalıkları / bedensel ve zihinsel özürleri olup olmadığına ilişkin bilgiler. 6 aydan uzun süreli hastalığı olanlar için hastalıklarının başladığı zaman, ilaç kullanıp kullanmadıkları, hastalığa bağlı yaptıkları harcamalara ilişkin bilgiler.
- c. Hanehalkı üyelerinin son 4 haftada aniden hastalanma /yaralanma geçirip geçirmediğine ilişkin bilgiler. Geçiren hanehalkı üyelerinin geçirdikleri hastalık türü, tıbbi yardım başvuru sayısı, başvuru yeri, başvuru yerine ulaşım süreleri ve

harcamaları, muayene süreleri ve harcamaları, reçeteli/reçetesiz ilaç kullanıp kullanmadıkları, kullandıysa yaptıkları ödemelerle ilgili bilgiler.

- d. Hanehalkı üyelerinin son 12 ayda hastanede kalıp kalmamalarına ilişkin bilgiler. Hastanede kalan hanehalkı üyelerinin kalış nedenleri, süreleri, kaldıkları sağlık kuruluşu ve yaptıkları harcamalara ilişkin bilgiler.
- e. Hanehalkı üyelerinin genel sağlık değerlendirmelerine ilişkin bilgiler. Hanehalkı üyelerinin sağlıkları ile ilgili yaşadıkları kısıtlamalar (kuvvetli, orta, hafif ve günlük faaliyetler için), sigara ve alkol kullanım alışkanlıklarına ilişkin bilgiler (7 ve üstü yaş grubuna ait).

Bölüm 4. Hanelerin son 12 ayda sağlık hizmetlerine ulaşmaları ile ilgili bilgiler. Sağlık ihtiyacı olmasına rağmen tıbbi yardımın ertelenmesi, ertelenme edeni, sevk edilip gitmemeye ilişkin durumları ve nedenleri, bir sağlık kuruluşu tarafından reddedilme durumları ve nedenleri, indirimli ilaç hakkı bulunup bulunmadığı ve bu hakkı kullanıp kullanmadığına ilişkin bilgiler.

Bölüm 5.

- a. Hanehalkı üyelerinin istihdam durumlarına ilişkin bilgiler. Hanehalkı üyelerinin ücret karşılığında çalışıp çalışmadıkları, çalışan hanehalkı üyelerinin çalıştıkları sektör ve meslekleri, gelir getiren ikinci bir işte çalışan hanehalkı üyelerinin çalıştıkları ikinci sektör ve meslekleri, çalışmayan hanehalkı üyelerinin çalışmama nedenlerine ilişkin bilgiler.
- b. Hanehalkının sürekli gelir göstergelerine ilişkin bilgiler. Hanehalkının sahip olduğu dayanıklı tüketim malları ve ulaşım araçları ve bir ayda ortalama olarak kullandıkları para miktarıyla ilgili bilgiler.

Bölüm 6.

- a. Hanehalkının son bir ayda yaptığı harcamalar; gıda ve alkolsüz içecek; alkollü içecek, sigara ve tütün; kafeterya, kantin ve restoranlarda tüketilen gıda maddeleri; evde kullanılan gıda-dışı ürünler (kibrit, mum, sabun, tıraş bıçağı, süpürge vb.); giyim ve ayakkabı; konut, su, elektrik, gaz ve diğer yakıtlar;

mobilya, ev aletleri ve ev bakım hizmetleri; sağlık; ulaştırma; haberleşme; eğence ve kültür; eğitim; lokanta ve oteller; çeşitli mal ve hizmetlere yaptıkları harcamalara ilişkin bilgiler.

- b.** Hanehalkının son bir ayda yaptığı gıda ve alkolsüz içecek harcamaları; Ekmek ve tahıllar (Ekmek, makarna, buğday unu, pirinç, bisküvi, bulgur vs.); Et ve et rnleri (Koyun eti, kuzu eti, sığır eti, tavuk, sakatat, salam, sucuk vs.); Balık (Hamsi, istavrit, inekop, midye vs.); Süt, peynir, yumurta ; Katı ve sıvı yağlar; Meyveler; Sebzeler; Şeker, reel, bal, çikolata ve Şekerlemeler; Alkolsüz içecekler; Başka yerde sınıflandırılmayan diğer gıda ürünlerinin harcama ve tüketimlerine ilişkin bilgiler.

Farklı anketlerden derlenerek oluşturulan anket formunda yer alan soruların mantıklı bir sıralamada yer alıp almadığı, sorularda kullanılan kelimelerin uygunluğu, anlaşılabilirliği ve anlamlılığı, ve cevap seçeneklerinin yeterliliği gibi noktaları belirleyebilmek amacıyla saha çalışmasından önce bir ön deneme yapılmıştır. n deneme alışması Ankara merkezinde yaşayan 6 hane ile yapılmıştır. Bu görüşmeler sonucunda anket formunda bazı değişiklikler yapılarak soru kağıdı saha çalışmasına uygun hale getirilmiştir.

Saha alışması Nisan 2005'in ortasında başlamış ve Mayıs 2005'in sonunda tamamlanmıştır. Saha alışması süresince Etimesgut ilçesinin 15 mahallesinden 8'inde anket yapılmıştır.

5 Verilerin Analizi

Toplanan veriler SPSS 12.0 paket programı kullanılarak bilgisayara girilmiş ve denetlenmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda oluşturulan hipotez testleri; Ki-kare, t testi ve Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

6 Araştırma Hipotezleri

1. H_0 : Hanehalkı reisinin cinsiyeti ile yoksulluk sınırının (günlük 2.15\$ sınır olarak kabul edilmiştir) altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanehalkı reisinin cinsiyeti ile hanenin yoksulluk sınırının (günlük 2.15\$ sınır olarak kabul edilmiştir) altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
2. H_0 : Hanehalkı reislerinin cinsiyetleri ile hanenin gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanehalkı reislerinin cinsiyetleri ile hanenin gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
3. H_0 : Hanehalkı reisinin istihdam durumu ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanehalkı reisinin istihdam durumu ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
4. H_0 : Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
5. H_0 : Hanehalkının oturduğu konutun oda sayısı ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanehalkının oturduğu konutun oda sayısı ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

6. H_0 : Hanehalkının kullandığı tuvalet tipi ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanehalkının kullandığı tuvalet tipi ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
7. H_0 : Hanehalkının oturduğu konutta ayrı banyonun olması ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanehalkının oturduğu konutta ayrı banyonun olması ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
8. H_0 : Hanehalkı reisinin cinsiyeti ile hanelerin yaptıkları genel harcamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanehalkı reisinin cinsiyeti ile hanelerin yaptıkları genel harcamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
9. H_0 : Hanelerin gelir düzeyleri ile yaptıkları genel harcamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanelerin gelir düzeyleri ile yaptıkları genel harcamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
10. H_0 : Hanelerin gelir düzeyleri ile yaptıkları gıda alt harcamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanelerin gelir düzeyleri ile yaptıkları gıda alt harcamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
11. H_0 : Hanehalkı üyelerinin sağlık sigortalarının türü ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H_1 : Hanehalkı üyelerinin sağlık sigortalarının türü ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

12. H_0 : Hanehalkı üyelerinin 6 aydan uzun süren hastalık/ sakatlık durumu ile, zorunlu sağlık sigortası türü (Yeşil Kart ve diğer sigorta türleri) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H_1 : Hanehalkı üyelerinin 6 aydan uzun süren hastalık/ sakatlık durumu ile, zorunlu sağlık sigortası türü (Yeşil Kart ve diğer sigorta türleri) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

13. H_0 : Hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayıları ile, bu üyelerin yaşadıkları hanenin gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H_1 : Hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayıları ile, bu üyelerin yaşadıkları hanenin gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

14. H_0 : Hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayıları ile, bu üyelerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H_1 : Hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayıları ile, bu üyelerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

15. H_0 : Hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayıları ile, eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H_1 : Hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayıları ile, eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

16. H_0 : Hanehalkı üyelerinin genel sağlık değerlendirmeleri ile, cepten yapılan sağlık harcamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H_1 : Hanehalkı üyelerinin genel sağlık değerlendirmeleri ile, cepten yapılan sağlık harcamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

17. H_0 : Hanehalkı üyelerinin genel sağlık değerlendirmeleri ile bu üyelerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanehalkı üyelerinin genel sağlık değerlendirmeleri ile bu üyelerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
18. H_0 : Hanehalkı üyelerinin sağlık sigortalarının türü ile genel sağlık değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanehalkı üyelerinin sağlık sigortalarının türü ile genel sağlık değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
19. H_0 : Sigara kullanan hanehalkı üyelerinin günlük tükettikleri sigara miktarı ile bu üyelerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Sigara kullanan hanehalkı üyelerinin günlük tükettikleri sigara miktarı ile bu üyelerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
20. H_0 : Sigara kullanan hanehalkı üyelerinin günlük tükettikleri sigara miktarı ile bu üyelerin yaşadıkları hanenin gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Sigara kullanan hanehalkı üyelerinin günlük tükettikleri sigara miktarı ile bu üyelerin yaşadıkları hanenin gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.
21. H_0 : Hanelerin katastrofik sağlık harcaması yapıp yapmama durumları ile hanehalkı üyeleri arasında 6 aydan uzun süren hastalığın/sakatlığın olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
 H_1 : Hanelerin katastrofik sağlık harcaması yapıp yapmama durumları ile hanehalkı üyeleri arasında 6 aydan uzun süren hastalığın/sakatlığın olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.
22. H_0 : Hanelerin katastrofik sağlık harcaması yapıp yapmama durumları ile hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H_1 : Hanelerin katastrofik sağlık harcaması yapıp yapmama durumları ile hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

IV. BULGULAR

1 HANELERE VE HANEHALKLARINA İLİŞKİN TEMEL BULGULAR

1.1 Hanehalkı Sosyo-Demografik Özellikleri

1.1.1 Hanehalkı Reislerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

Etimesgut ilçesinde 2005 yılı Nisan ve Mayıs ayı süresince yapılan araştırmaya 92 hane katılmıştır. Bu 92 hanede toplam 364 kişi yaşamaktadır. 18 hane (%19,6) yalnız yaşayan kişilerden oluşmaktadır ve en kalabalık 3 hane toplam sekiz kişiden oluşmaktadır. Ortalama hanehalkı büyüklüğü 3,96 kişidir (SS = \pm 2,06). Yalnız yaşayan 18 hane bulunmuş olup, bu hanelerde yaşayanların 15'inin cinsiyeti kadındır. Tablo-4.1'de araştırmaya dahil olan hanehalkı reislerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verilmektedir.

Tablo-4.1: Hanehalkı Reislerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı
(n = 92)

Sosyo-Demografik Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	61	66,3
	Kadın	31	33,7
Medeni Durum	Hiç Evlenmedi	4	4,3
	Evli/Birlikte Yaşıyor	56	60,9
	Eşi Öldü	32	34,8
Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	34	37,0
	Okur Yazar Olup Okul Bitirmedi	12	13,0
	İlkokul	32	34,8
	Ortaokul	11	12,0
	Lise	2	2,2
	Lise Dengi Meslek	1	1,1

Hanehalkı reislerinin yaşları 25 ile 89 arasında dağılım göstermektedir, yaş ortalaması 60,66 yıldır (SS = ± 17,10 yıl). Hanehalkı reislerinin 49'u (%53.3) 65 yaş ve üzerinde yer almaktadır. Yaş ortalamasının ve yaşlı nüfus oranının yüksekliği hanehalkı reislerinin istihdam durumlarını da etkilemektedir. Hanehalkı reislerinin 32'si (%34.8) ücret karşılığında herhangi bir işte çalışırken, 60'ı (%65.2) çalışmamaktadır. Ücret karşılığında çalışmayan 60 kişinin çalışmama nedenleri sorulduğunda; 6'sı (%10) öğrenci /ev kadını veya emekli olduğunu, 15'i (%25) özürlü/engelli/hasta olduğunu ve 39'u (%65) çalışamayacak kadar yaşlı olduğunu ifade etmiştir. Hanehalkı reislerinden ücret karşılığında istihdam edilen 32 kişinin çalıştıkları sektörlere ve mesleklerine göre dağılımları ILO sınıflandırması göz önünde bulundurularak Tablo-4.2 ve Tablo-4.3'de verilmektedir.

Tablo-4.2: Ücret Karşılığında Çalışan Hanehalkı Reislerinin Çalıştıkları Sektörlere Göre Dağılımları

Çalışılan Sektör	Sayı (n)	Yüzde (%)
İmalat	9	28,1
İnşaat	3	9,4
Ticaret	5	15,6
Taşımacılık	1	3,1
Hizmet	11	34,4
Diğer	3	9,4
Toplam	32	100,0

Tablo-4.3: Ücret Karşılığında Çalışan Hanehalkı Reislerinin Mesleklerine Göre Dağılımları

Meslekler	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlmi ve Teknik Elemanlar (Serbest Meslek Sahipleri ve Bunlarla İlgili Meslekler Dahil)	2	6,3
Ticaret ve Satış Personeli	6	18,8
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	11	34,4
Tarım Dışı Üretim Faaliyetlerinde Çalışanlar ve Ulaştırma Makinelerini Kullananlar	10	31,3
Meslekleri Tayin Edilemeyenler	3	9,4
Toplam	32	100,0

1.1.2 Hanehalkı Üyelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan 92 hanede hanehalkı reislerinin dışında toplam 272 kişi yaşamaktadır. Hanehalkı üyelerinin sosyo-demografik özellikleri Tablo-4.4’de gösterilmektedir.

Tablo-4.4: Hanehalkı Üyelerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	99	36,4
	Kadın	173	63,6
	Toplam	272	100,0
Medeni Durum (12+Yaştakiler İçin)	Hiç Evlenmedi	80	37,6
	Evli/Birlikte Yaşıyor	94	44,1
	Esi Öldü	31	14,6
	Boşandı	5	2,3
	Ayrı Yaşıyor	3	1,4
	Toplam	213	100,0
Eğitim Düzeyi (6+ Yaştakiler İçin)	Okuryazar Değil	51	20,9
	Okur Yazar Olup Okul Bitirmedi	30	12,3
	İlkokul	87	35,7
	İlköğretim	1	0,4
	Ortaokul	42	17,2
	Lise	26	10,7
	Lise Dengi Meslek	5	2,0
	2 Yıllık Yüksekokul	2	0,8
	Toplam	244	100,0

Hanehalkı reisi dışında kalan hanehalkı üyelerinin yaşları 0 ile 81 arasında dağılım göstermektedir, yaş ortalaması 30,92 yıldır (SS = ± 22,21 yıl). Tablo-4.5’ de hanehalkı üyelerinin belirli yaş aralıklarına göre dağılımı gösterilmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi bağımlılık oranı olarak ifade edebileceğimiz genç ve yaşlı kişi sayısının fazlalığı (15 yaş altı; 71 kişi olup genç bağımlılık oranı (15-64 yaş grubundaki her 100 kişi için 0-14 yaş grubundaki kişi sayısı); 44.1 ve 65 yaş ve üstü; 40 kişi olup yaşlı bağımlılık oranı (15-64 yaş grubundaki her 100 kişi için 65 ve daha yukarı yaş grubundaki kişi sayısı); 24.84, toplam bağımlılık oranı (15-64 yaş grubundaki her 100 kişi için 0-14 ve 65 ve daha yukarı yaş gruplarındaki kişi sayısı) ;68.94), istihdam edilebilecek kişi sayısının görece olarak az olduğunu da göstermektedir.

Tablo-4.5: Hanehalkı Üyelerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-9	47	17,3
10-19	52	19,1
20-29	63	23,2
30-39	37	13,6
40-49	11	4,0
50-59	15	5,5
60-69	20	7,4
70-79	22	8,1
80-89	5	1,8
Toplam	272	100,0

Tablo-4.6’da hanehalkı üyelerinin hanehalkı reislerine yakınlıkları gösterilmektedir.

Tablo-4.6: Hanehalkı Üyelerinin Hanehalkı Reisine Yakınlıklarına Göre Dağılımı

Hanehalkı Reisine Yakınlık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eşi	56	20,6
Oğlu/Kızı	118	43,4
Torunu	37	13,6
Yeğeni	5	1,8
Babası/Annesi	25	9,2
Kardeşi	2	0,7
Damadı/Gelini	22	8,1
Kayınpederi/Kayınvalidesi	2	0,7
Diğer Akrabası	5	1,8
Toplam	272	100,0

Hanehalkı üyelerinin ücret karşılığında çalışıp çalışmama durumlarına göre dağılımı incelendiğinde çok büyük bir kesimin (%79) çalışmadığı belirlenmiştir. Tablo-4.7’de çalışmayan hanehalkı üyelerinin çalışmama nedenleri gösterilmektedir.

Tablo-4.7: Çalışmayan Hanehalkı Üyelerinin Çalışmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Çalışmama Nedenleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Öğrenci/Ev Kadını/Emekli	111	59
Özürlü/Engelli/Hasta	18	9,6
İş Arıyor/İşsiz	9	4,8
Eşi/Ailesi İzin Vermiyor	13	6,9
Becerisi/Eğitimi Yok	1	0,5
Yaşlı	36	19,1
Toplam	188	100,0

Hanehalkı üyeleri arasında ücret karşılığında herhangi bir işte çalışan 50 kişinin (%21) çalıştıkları sektörlere ve mesleklerine göre dağılımı sırasıyla Tablo-4.8 ve Tablo-4.9'da gösterilmektedir.

Tablo-4.8: Hanehalkı Üyelerinden Çalışanların Çalıştıkları Sektörlere Göre Dağılımı

Çalışılan Sektör	Sayı (n)	Yüzde (%)
İmalat	13	26,0
Elektrik,Gaz,Su	1	2,0
İnşaat	4	8,0
Ticaret	11	22,0
Taşımacılık	4	8,0
Hizmet	15	30,0
Diğer	2	4,0
Toplam	50	100,0

Tablo-4.9: Hanehalkı Üyelerinden Çalışanların Mesleklerine Göre Dağılımı

Meslekler	Sayı (n)	Yüzde (%)
İdari Personel ve Benzeri Çalışanlar	2	4,0
Ticaret ve Satış Personeli	8	16,0
Hizmet İşlerinde Çalışanlar	15	30,0
Tarımcı,Hayvancı, Ormancı, Balıkçı ve Avcılar	1	2,0
Tarım Dışı Üretim Faaliyetlerinde Çalışanlar ve Ulaştırma Makinelerini Kullananlar	21	42,0
Meslekleri Tayin Edilemeyenler	3	6,0
Toplam	50	100,0

1.2 Konut Özellikleri ve Konut İçin Yapılan Harcamalar

1.2.1 Konut Özellikleri

Etimesgut ilçesinin sekiz mahallesinde yapılan saha araştırmasında hanelerin yaşadıkları konutla ilgili olarak iki tür bilgi toplanmıştır; genel konut özellikleri ve hanelerin konut için yaptıkları harcamalar. Bu çerçevede yapılan analizlere göre hanelerin oturdukları konut tipine, konutlarındaki oda sayısına ve konutta faydalanabildikleri net alana göre dağılımları Tablo-4.10'da özetlenmektedir.

Tablo-4.10: Konut Tipi, Oda Sayısı ve Faydalanılan Net Alana Göre Hanelerin Dağılımı (n=92)

Konut Özellikleri		Sayı (n)	Yüzde (%)
Konut Tipi	Apartman Bodrum/Zemin	15	16,3
	Apartman Normal Kat	16	17,4
	Gecekondu	61	66,3
Oda Sayısı (Salon Dahil)	1	7	7,6
	2	13	14,1
	3	49	53,3
	4	19	20,7
	5	4	4,3
Faydalanılan Net Alan (m ²)	0-20 m ²	1	2,2
	21-41 m ²	3	6,7
	42-62 m ²	3	6,7
	63-83 m ²	16	35,6
	84-104 m ²	19	42,2
	105-125 m ²	1	2,2
	126-146 m ²	2	4,4

Hanelerin yaşadıkların konutların ortalama oda sayısı (salon dahil) 2,99'dur (SS = ± 0,92) ve faydalanılan net alan ortalaması 79,44 m²' dir (SS = ± 22,32 m²).

Hanelerin oturdukları konutla ilgili diğer özellikler; içme suyunun ana kaynağı, kullanılan tuvaletin tipi, konutun zemin kaplaması, yemek pişirmek için kullanılan ana yakıt ve konutun ısıtma sistemi ile ilgili bilgiler Tablo-4.11'de gösterilmektedir. Haneler arasında içme suyunu pınar/ortak kullanılan çeşmeden

sağlayan 3 hane dışında hepsi belirttikleri kaynakta genellikle her zaman su bulunduğunu, kalan 3 hane ise kaynaktaki suyun devamlılığı konusunda bilgileri olmadığını belirtmiştir. Hanelere içme suyunu kullanmadan önce herhangi bir şey yapılıp yapılmadığı sorulduğunda; hanelerin 4'ü suyu kaynattıktan sonra kullandıklarını, 1'i filtreden geçirip kullandığını, 87'si ise hiçbir şey yapmadan kullandıklarını belirtmiştir.

Hanelerin kullandıkları tuvaletin özellikleriyle ilgili sonuçlar ; 3 hanenin (%3,3) “Tuvalet Yok/Çalılık/Arazi/ Umumi Tuvalet” cevabı verdiğini, evin içinde veya dışında tuvaleti olduğunu söyleyen 89 hane arasında da 4'ü (%4,5) tuvalet tipi olarak “kapalı çukur” kullanıldığını, kalan 85 hane ise tuvaletlerinin kanalizasyona bağlı olduğunu belirtmiştir. Tuvaleti evin dışında olan 2 hane başka hanehalk(lar)ı ile birlikte kullanmaktadır.

Hanelere konut içinde ayrı bir mutfakları olup olmadığı sorulduğunda 10'u (%10,9) ayrı mutfak olmadığını, 82'si (%89,1) ayrı mutfakları olduğunu belirtmiştir.

Haneler arasında konutu içinde ayrı banyosu olan 64 (%69,6) hane bulunmaktadır. Kalan 28 (% 30,4) hane ise odalarında küçük bir alanı banyo yapmak için ayırmışlardır.

Araştırmaya katılan 92 hanenin tamamında aydınlatma kaynağı olarak elektrik kullanılmaktadır ve 4 hane (% 4,3) dışında her konuta elektrik sürekli gitmektedir.

Tablo-4.11: Diğer Konut Özelliklerine Göre Hanelerin Dağılımı (n=92)

Diğer Konut Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)	
İçme Suyu Kaynağı	Evde/Bahçede Şehir Suyu	79	85,9
	Ev Bahçe Dışında Ortak Kullanım	3	3,3
	Evde/Bahçede Kuyu Suyu	7	7,6
	Pınar/Ortak Kullanılan Çeşme	3	3,3
Tuvalet	Tuvalet Yok/Çalılık/Arazi/Umumi Tuvalet	3	3,3
	Evin İçinde	71	77,2
	Evin Dışında	18	19,6
Konut Zemini	Toprak Zemin	2	2,2
	Tahta Zemin	3	3,3
	Parke/Cilalı Tahta	4	4,3
	Beton	78	84,8
	Marley	5	5,4
Yemek İçin Kullanılan Yakıt Türü	Gaz (LPG)	88	95,7
	Elektrik	1	1,1
	Diğer	3	3,3
Isıtma Sistemi	Odun Sobası	19	20,7
	Kömür Sobası	66	71,7
	Doğalgaz Sobası	1	1,1
	Kat Kaloriferi/Kombi	2	2,2
	Diğer	4	4,3

1.2.2 Konut İçin Yapılan Harcamalar

Araştırmaya katılan 92 hanenin 39'u (% 42,4) oturdukları konutun sahibidir, ancak bu 39 hanenin 30'u gecekondü olarak nitelendirilen konutta yaşamaktadır. 52 hane (% 56,5) konutta kiracı olarak yaşamaktadır. Oturdukları konutta ev sahibi ya da kiracı olarak oturmadığını söyleyen 1 hane bulunmaktadır. Bu hanenin oturduğu konut belediye tarafından yapılmıştır. Oturdukları konutta kiracı olarak yaşayan hanehalkları ortalama 97,12 YTL kira ödemesi yapmaktadır (SS = ± 56,27 YTL). Kiracı olarak oturanların 7'si (%13,5) kirayı ödemede yardım almaktadır ve 9 hanenin (%17,3) ücretsiz oturması sağlanmıştır. Kiranın tamamını/bir kısmını ödeyen veya ücretsiz oturumu sağlayan kişinin kim olduğu sorusuna ise; 13'ü (%81,3) akraba, 3'ü (%18,8) özel kişi veya kuruluş yanıtını vermiştir. Oturdukları konutta kiracı olanların aylık ödedikleri kira tutarına göre dağılımları Tablo-4.12'de gösterilmektedir.

Tablo-4.12: Kiracı Olarak Oturan Hanehalklarının Aylık Ödedikleri Kira Tutarına Göre Dağılımı (YTL)

Kira Ödemesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-30	9	17,3
31-61	3	5,8
62-92	8	15,4
93-123	14	26,9
124-154	10	19,2
155-185	5	9,6
186-216	3	5,8
Toplam	52	100,0

92 hane arasında elektrik ihtiyacı için ortalama 21,62 YTL elektrik harcaması yapmaktadır (SS = ± 11,50 YTL). 7 hanenin elektrik faturaları hane dışı kişiler tarafından ödenmektedir. Hanelerin 69'u ısınma ihtiyacını Etimesgut Sosyal

Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı ve Etimesgut Belediye Başkanlığı tarafından verilen kömür ile karşılamaktadır ve herhangi bir harcama yapmamaktadır. Isınma ihtiyacı için harcama yapan haneler ayda ortalama 12,28 YTL ödemektedirler (SS = \pm 30,56 YTL).

1.3 Hanehalkı Sağlık Güvence Sistemi

Araştırmaya katılan 92 hanede yaşayan toplam 364 kişinin 262'si (%72) herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. 102 kişinin (%28) ise hiçbir sağlık güvencesi yoktur. Bahsedilen 262 kişinin tamamı zorunlu sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Sağlık güvencesi olan kişilerin zorunlu sağlık sigortalarına göre dağılımları Tablo-4.13'de gösterilmektedir. Zorunlu sağlık sigortası olarak "Diğer" cevabını veren hanehalkı üyesi sakatlığından dolayı sosyal güvenceye tabidir.

Tablo-4.13: Zorunlu Sağlık Sigortası Kapsamında Yer Alan Kişilerin Sigorta Kuruluşlarına Göre Dağılımı

Sigorta Türü	Sayı (n)	Yüzde (%)
SSK	127	48,5
Emekli Sandığı	6	2,3
Bağ-Kur	2	0,8
Yeşil Kart	126	48,1
Diğer	1	0,4
Toplam	262	100,0

Hanehalkı üyeleri arasında zorunlu sağlık sigortası "Yeşil Kart" olanların daha önceden başka bir sağlık sigortası kapsamında yer alıp almamalarına ilişkin bulgular Tablo-4.14'de gösterilmektedir.

Tablo-4.14: Hanehalkı Üyelerinden Zorunlu Sağlık Sigortası Yeşil Kart Olanların Varsa Daha Önceki Sağlık Sigortasına Göre Dağılımları

Yeşil Kart Öncesi Sağlık Sigortası Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
SSK	21	16,8
Bağ-Kur	1	0,8
Hayır	104	82,4
Toplam	126	100,0

Sağlık sigortası kapsamında bulunan hanehalkı üyelerinin ne zamandır sağlık güvencelerinin olduğuna ilişkin bulgular Tablo-4.15’de gösterilmektedir. Sağlık sigortası olan hanehalkı üyeleri ortalama 8,69 yıldır sigorta kapsamında yer almaktadır (SS = ± 7,01 yıl)

Tablo-4.15: Hanehalkı Üyelerinin Sağlık Sigortasına Sahip Oldukları Zamana Göre Dağılımları (YIL)

Sigorta Süresi	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-5	103	39,3
6-11	83	31,7
12-17	45	17,2
18-23	21	8,0
24-29	3	1,1
30-35	6	2,3
36-41	1	,4
Toplam	262	100,0

Hanehalkı üyelerinin sağlık güvencelerinin diğer bir kişiden ötürü olup olmamasına göre dağılımları Tablo-4.16’da gösterilmektedir. Diğer bir kişiden ötürü

sağlık sigortası olan hanehalkı üyelerinin 80'i (%74,1) hanehalkı reisinin, 24'ü (%22,2) diğer hanehalkı üyelerinin ve 5'i (% 4,6) hanehalkı üyesi olmayan kişilerin sağlık güvencesinden yararlanmaktadır.

Tablo-4.16: Hanehalkı Üyelerinin Diğer Bir Kişiden Ötörü Sağlık Sigortası Olup Olmamasına Göre Dağılımları

Diğer Bir Kişiden Ötörü Sağlık Sigortası Kapsamında Olma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	109	41,6
Hayır	153	58,4
Toplam	262	100,0

1.4 Kronik Hastalık ve Sakatlık

Araştırmaya katılan 364 kişiye hekim tarafından tanısı konulmuş, hekim kontrolünü ve devamlı ilaç kullanımını gerektiren kronik bir hastalığı olup olmadığı sorulmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin birden fazla hastalığı var ise hastalığın ciddiyetine göre ilk üç hastalık sıralanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre 120 kişinin (%32,9) en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan hanehalkı üyelerinin 72'sinin (%60) sadece 1 kronik hastalığı, 38'inin (%31,7) 2 kronik hastalığı ve 10'unun (%8,3) en az üç kronik hastalığı bulunmaktadır. Hanehalkı üyelerinden kronik hastalığı olan 120 kişinin ortalama 1,48 kronik hastalığı bulunmaktadır ($SS = \pm 0,65$). Araştırmaya katılan 5 kişinin kronik hastalığının yanı sıra bedensel özürüllüğü de bulunmaktadır. Hane halkı üyelerinin kronik hastalıklarına göre dağılımları Tablo-4.17'de gösterilmektedir. Bu sınıflandırma konunun uzmanı bir hekim tarafından yapılmıştır.

Tablo-4.17: Hane Halkı Üyelerinin Kronik Hastalıklara Göre Dağılımları

ICD-10	Hastalık Adı	Sayı (n)	Yüzde (%)
C34.9	Bronş veya akciğer, tanımlanmamış	1	0,6
D48.5	Deri	1	0,6
E04.9	Toksik olmayan tanımlanmamış guatr	2	1,1
E05.0	Tirotoksikoz, yaygın guatrlı	1	0,6
E14	Diyabetes mellitus, tanımlanmamış	17	9,4
E66.9	Obesite, tanımlanmamış	1	0,6
E78.0	Saf hiperkolesterolemi	2	1,1
F20.9	Şizofreni, tanımlanmamış	2	1,1
F32.9	Depresif nöbet, tanımlanmamış	2	1,1
G40.9	Epilepsi, tanımlanmamış	2	1,1
G43.9	Migren, tanımlanmamış	3	1,7
G93.9	Beyin bozukluğu, tanımlanmamış	2	1,1
H26.9	Katarakt, tanımlanmamış	4	2,2
H40.9	Glokom, tanımlanmamış	1	0,6
I10	Esansiyel (birincil) hipertansiyon	69	38,3
I50.9	Kalp yetmezliği, tanımlanmamış	1	0,6
I79.8	Arter, arteriyol ve kapillerin diğer bozuklukları, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda	6	3,3
J32	Kronik sinüzit	1	0,6
J40	Bronşit, akut veya kronik olarak tanımlanmayan	3	1,7
J45.9	Astım, tanımlanmamış	12	6,7
K27.9	Akut veya kronik olarak tanımlanmamış, kanama veya delinme yok	5	2,8
K29.7	Gastrit, tanımlanmamış	5	2,8
M19.9	Artroz, tanımlanmamış	8	4,4
M35.2	Behçet hastalığı	1	0,6
M51.9	Omurlar arası disk bozukluğu, tanımlanmamış	1	0,6
M79.0	Romatizma, tanımlanmamış	12	6,7

M81.9	Osteoporoz, tanımlanmamış	3	1,7
N20.9	İdrar yolu taşı, tanımlanmamış	2	1,1
N42.9	Prostat bozukluğu, tanımlanmamış	4	2,2
N71.9	Uterusun inflamatuvar hastalığı, tanımlanmamış	1	0,6
Q20.9	Kalp odacıkları ve bağlantılarının doğuştan bozuk oluşumu, tanımlanmamış	1	0,6
R00.2	Kalp Atım Anormallikleri	1	0,6
R06.0	Dispne	3	1,7
Toplam		180	100

Tablo-4.17’de belirtildiği gibi araştırmaya katılan kişiler arasında en sık rastlanan hastalıklar sırasıyla esansiyel (birincil) hipertansiyon (%38,3), diyabetes mellitus, tanımlanmamış (%9,4), romatizma, tanımlanmamış (%6,7) ve astım, tanımlanmamış (%6,7)’ dir.

Tablo-4.18’de hanehalkı üyelerinin 6 aydan uzun süren hastalık/ sakatlık durumu ile, zorunlu sağlık sigortası türü (1= Yeşil Kart, 2= SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve diğer) arasındaki ilişki verilmektedir. 6 aydan uzun süreli hastalık/ sakatlık durumu sahip olunan zorunlu sigorta türüne göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 23.18$; $sd=1$; $p < 0.05$); Zorunlu sağlık sigortası Yeşil Kart olan hanehalkı üyeleri arasında 6 aydan uzun süreli hastalığı/ sakatlığı olan daha fazla kişi (%71) bulunmaktadır.

Tablo-4.18: 6 Aydan Uzun Süren Hastalık/ Sakatlık Durumu İle Zorunlu Sağlık Sigortası Türü İlişkisi

Zorunlu Sigorta Türü	6 Aydan Uzun Süren Hastalık Durumları					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)
Yeşil Kart	66	50	66	50	132	100
Diğer	27	20,8	103	79,2	130	100
Toplam	93	35,5	169	64,5	262	100

* Tabloda gösterilen Yüzdeler (%) Satır yüzdesidir.

Tablo-4.19’da hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayısı (1= sadece bir kronik hastalığı olan kişi sayısı, 2= en az iki kronik hastalığı olan kişi sayısı) ile hanehalkı geliri arasındaki ilişki verilmektedir (Ortalama= 334 YTL). Hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayıları, bu üyelerin yaşadıkları hanenin gelirinin araştırmaya katılan hanelerin ortalama gelirinin altında veya üstünde olup olmamasına göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 3.88$; $sd = 1$; $p < 0.05$); hane gelirinin ortalama gelirin üstünde olduğu hanehalkı üyelerinin (%75) daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır.

Tablo-4.19: Kronik Hastalık Sayısı ve Gelir Düzeyi İlişkisi

Gelir	Kronik Hastalık Sayısı					
	1		2 ve daha fazla		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)
Ortalamanın Altı	32	72,7	12	27,3	44	100
Ortalamanın Üstü	40	52,6	36	47,4	76	100
Toplam	72	60	48	40	120	100

* Tabloda gösterilen Yüzdeler (%) Satır yüzdesidir.

Hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayıları, eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; iki ve daha fazla kronik hastalığı olan hanehalkı üyelerinin eğitim düzeyleri daha düşüktür ($X^2 = 20.22$; $sd= 4$; $p < 0.05$).

Tablo-4.20’de 6 aydan uzun süreli hastalığı olduğu belirtilen hanehalkı üyelerinin bedensel özürülüğü olup olmadığı, varsa bedensel özürünün ne olduğuna ilişkin dağılım gösterilmektedir. Araştırmaya katılan 364 hanehalkı üyesi arasında herhangi bir zihinsel özrü olan kişi bulunmamaktadır.

Tablo-4.20: Hanehalkı Üyelerinin Bedensel Özürlerinin Olup Olmasına Ve Varsa Bedensel Özürüne Göre Dağılımı

Bedensel Özür Durumu	ICD-10	Hastalık Adı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hayır			115	92
Evet	G83.9	Paralitik sendrom, tanımlanmamış	5	4
	H01.9	Göz kapağının tanımlanmamış enflamasyonu	1	0,8
	H54.7	Görme azlığı, tanımlanmamış	3	2,4
	S73.0	Kalça çıkığı	1	0,8
Toplam			125	100

Hanehalkı üyeleri arasında en az bir kronik hastalığı ve/veya sakatlığı olan 125 kişinin hastalığı ve/veya sakatlığı için son bir ayda yaptığı harcamalara göre dağılımı Tablo-4.21’de gösterilmektedir. Bu kişiler arasında kronik hastalığa bağlı olarak ortalama 19,04 YTL harcama yapılmıştır ($SS = \pm 54,50$ YTL). 67 kişi (%53,6) kronik hastalığı ve/veya sakatlığı ile ilgili hiçbir harcama yapmamıştır. 2 hanehalkı üyesinin kronik hastalığı için (bu kişilerden birinin kronik hastalığı akciğer kanseri, diğerinin ise kalp odacıkları ve bağlantılarının doğuştan bozuk oluşumudur) son bir ayda 400 YTL olmak üzere en yüksek harcama gerçekleştirilmiştir.

Tablo-4.21: Hanehalkı Üyelerinin Kronik Hastalık ve/veya Sakatlıkları İçin Son Bir Ayda Yaptıkları Harcamalara Göre Dağılımları (YTL)

Harcama Miktarı	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-50	118	94,4
51-101	4	3,2
204-254	1	,8
357-407	2	1,6
Toplam	125	100,0

1.5 Yakın Zamanda Ortaya Çıkan Hastalık veya Yaralanmalar

Araştırmaya katılan 364 kişiye son 4 hafta süresince (aniden) hastalanıp hastalanmadıkları sorulmuştur. Hanehalkı üyelerinden 68'i (%18,7) aniden hastalandığını veya yaralandığını belirtmiş, 296'sı (%81,3) ise hastalık veya yaralanma ile karşılaşmadığını söylemiştir. Hanehalkı üyeleri arasında son bir ayda aniden hastalandığını veya yaralandığını belirten kişilerin geçirdikleri hastalık veya yaralanma türüne göre dağılımları Tablo-4.22'de gösterilmektedir.

Tablo-4.22: Hanehalkı Üyelerinin Son Bir Ayda Geçirdikleri Hastalık veya Yaralanma Türüne Göre Dağılımları

Hastalık Türü	Sayı (n)	Yüzde (%)
Soğuk Algınlığı/Grip	46	67,6
Mide	11	16,2
İshal	2	2,9
Kulak/ Burun/ Boğaz	3	4,4
Böbrek Problemleri	2	2,9
Baş Ağrısı	1	1,5
Hamilelik/Doğum	1	1,5
Diğer Hastalık	2	2,9
Toplam	68	100,0

Son bir ayda hastalık veya yaralanma geçiren 68 kişinin 38'i (%55,9) tıbbi yardım için hiçbir başvuru yapmamıştır. 21 (%30,9) hanehalkı üyesi tıbbi yardım için 1 kez başvuru yapmıştır ve 9 kişi (%13,2) en az 2 kez başvuru yapmıştır. Tıbbi yardım için başvuru yapan 30 kişinin başvurdukları yer ve kişilere göre dağılımları Tablo-4.23'de gösterilmektedir. Tablo'da görüldüğü gibi başvuru yapan kişilerin 25'i (% 83,3) kamu, 5'i (% 16,7) özel bir sağlık kuruluşuna başvuru yapmıştır.

Tablo-4.23: Tıbbi Yardım İçin Başvuru Yapan Hanehalkı Üyelerinin Başvurdukları Yer ve Kişilere Göre Dağılımları

Başvurulan Yer	Sayı (n)	Yüzde (%)
Devlet Hastanesi	19	63,3
Özel Hastane	2	6,7
Sağlık Ocağı	6	20
Özel Poliklinik	3	10
Toplam	31	100,0

Hanehalkı üyeleri arasında son bir ayda geçirdikleri hastalık veya yaralanmaya bağlı tıbbi yardım için başvuru yapan kişilerin yaptıkları harcamalar iki kategoride incelenmiştir; sağlık hizmeti ve sağlık hizmetine ulaşım. Hanehalkı üyelerinin çeşitlerine göre yaptıkları harcamalar Tablo- 4.24’de özetlenmektedir. Son bir ayda geçirilen hastalanma veya yaralanmaya bağlı direkt sağlık hizmeti harcama ortalaması 26, 10 YTL’ dir (SS = ± 50,92 YTL). Hanehalkı üyeleri sağlık hizmetine ulaşım için ortalama 4,36 YTL harcamışlardır (SS = ± 4,56 YTL). Sağlık hizmeti için başvuru yapan 20 kişi (% 66,7) herhangi bir ödeme yapmamıştır. Benzer şekilde başvurdukları kuruluş yürüme mesafesinde olan 13 kişi (% 43,3) sağlık hizmetine ulaşım için harcama yapmamıştır.

Tablo-4.24: Hanehalkı Üyelerinin Hastalanma ve / veya Yaralanmaya Bağlı Yaptıkları Harcamalar (YTL)

Harcama Türü		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık Hizmeti Harcaması	10-60	4	36,4
	61-111	4	36,4
	163-213	3	27,2
	Toplam	11	100,0
Ulaşım Harcaması	3 -5	6	33,3
	6-8	4	22,2
	9-11	8	44,5
	Toplam	18	100,0

Araştırmaya katılan 364 kişi arasında 8 kişi (%2,2) son 4 haftada koruyucu hizmet için tıbbi bir kuruluşu ziyaret etmiştir. Koruyucu hizmet için tıbbi kuruluşu ziyaret eden 8 kişi de en fazla yedi yaşına kadar olan çocuklardır. Yedi yaş ve altı grubu tek değerlendirdiğimizde ise koruyucu hizmet için tıbbi kuruluşu ziyaret etmeyen çocuk sayısı 25 (%76)’dir.

Hanehalkı üyelerinin son 4 haftada reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanma durumları incelendiğinde 83 kişi (%22,8) doktor tarafından reçete edilmiş, 41 kişi (%11,3) reçete edilmemiş ilaç kullandığını belirtmiştir. Doktor tarafından reçete edilmesine rağmen 10 kişi (%12) maddi gücünün yetmemesi nedeniyle ilacını alıp kullanamamıştır. Bahsedilen 10 kişinin 2'sinin sosyal güvencesi bulunmaktadır ve bu kişiler SSK kapsamında yer almaktadırlar. Doktor tarafından reçete edilmiş ilacı alıp kullanamayan 10 kişiden 3'ü ücret karşılığında bir işte çalışırken, 7'si çalışmamaktadır. Bu kişilerin hanelerinin bir aylık ortalama geliri 262,00 YTL'dir (SS = ± 152,30 YTL) Hanehalkı üyeleri arasında doktor tarafından reçete edilmiş ilacı alabilen 73 kişiden 16'sı (%21,9), ilacın tamamını cepten ödemiş, geri kalan 57 kişinin ise 2'si ilaç bedelinin %25'ini (1'i SSK, 1'i Emekli Sandığı kapsamında) , 19'u %20'sini (1'i Emekli Sandığı, diğer 18'i SSK kapsamında), 10'u %10'unu (tamamı SSK kapsamında) ödemiştir. Reçeteli ilaç alabilen 26 kişi (%45,6) cepten hiçbir ödeme yapmamıştır. Bu 26 kişinin tamamı Yeşil Kart sağlık güvencesi kapsamında yer almaktadır. İndirimli ilaç alan kişiler için ortalama indirim oranı % 90,52' dir (SS = ± 9,39). Reçeteli ilaç kullanabilen hanehalkı üyelerinin cepten yaptıkları ilaç harcamasının ortalaması 14,93 YTL'dir (SS = ± 22,12 YTL). İlaç için yapılan maksimum harcama 130 YTL olup herhangi bir sağlık güvencesi bulunmayan “Kalp odacıkları ve bağlantılarının doğuştan bozuk oluşumu, tanımlanmamış” hastalığı olan kız çocuğu için özel eczaneye yapılmıştır. Reçetesiz ilaç satın alan hanehalkı üyelerinin 20'si aynı zamanda reçeteli ilaç da kullanmıştır. Diğer 20 kişi ise son bir ayda aniden hastalanma veya yaralanma geçiren, ancak tıbbi yardım için başvuru yapmayan kişilerdir. Reçetesiz ilaç alan 41 kişinin harcama miktarları ortalama 23,14 YTL'dir (SS = ± 19,77 YTL). Hanehalkı üyelerinin son 4 haftada reçeteli ve/veya reçetesiz ilaç için cepten yaptıkları harcamaların ortalaması ise 21,41 YTL'dir (SS = ±25,33 YTL).

1.6 Hastanede Yatış

Araştırmaya katılan 364 hanehalkı üyesi için son 12 ayda sağlık kuruluşunda kalma durumu sorulmuştur. 364 kişi içerisinde 28 kişi (% 7,7) son 12 ayda herhangi bir sağlık kuruluşunda kaldığını belirtmiştir. Sağlık kuruluşunda kalan bu 28 kişiden 21'i (%75) bu süre içinde 1 kez, 7'si (% 25) en az 2 kez sağlık kuruluşunda yatmıştır. Bahsedilen 28 kişinin sağlık kuruluşunda kalma nedenlerine göre dağılımları Tablo-4.25'de gösterilmektedir. Hanehalkı üyeleri arasında sağlık kuruluşunda kalması gereken tüm kişiler kamu kuruluşunda ortalama 17,11 gün olmak üzere kalmışlardır (SS = \pm 17,25).

Tablo-4.25: Sağlık Kuruluşunda Kalma Nedenlerine Göre Hanehalkı Üyelerinin Dağılımı

Hastanede Kalış Nedeni	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bağırsaklar/İshal	3	10,7
Kalp Ağrısı	6	21,4
Akciğerler	5	17,9
Cilt Hastalığı	2	7,1
Diğer Yaralanma	5	17,9
Diğer Hastalık	7	25
Toplam	28	100,0

Son 12 ayda bir sağlık kuruluşunda kalması gereken kişilerin sağlık hizmeti için ceplerinden ödedikleri harcamalara göre dağılımları Tablo-4.26'da gösterilmektedir. Hanehalkı üyelerinin hastanede kalış için yaptıkları ortalama harcama miktarı 60,36 YTL' dir (SS = \pm 130,00 YTL). Sağlık kuruluşu için yapılan en yüksek harcama herhangi bir sağlık güvencesi olmayan, "Fizik Tedavisi" amacıyla hastaneye yatmış kişi için 600 YTL olarak tespit edilmiştir. Sağlık kuruluşunda kalan 28 kişiden 20'si (%71,4) sağlık hizmeti için hiçbir ödeme

yapmamıştır. Bu 20 kişinin 18'inin zorunlu sağlık sigortası olup, bu kişilerin 15'i Yeşil Kart kapsamında, 3'ü SSK kapsamında yer almaktadır.

Tablo-4.26: Hanehalkı Üyelerinin Son 12 Ayda Kaldığı Tıbbi Kuruluşta Yaptığı Harcama (YTL)

Harcama Miktarı	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-120	22	78,6
121-241	4	14,2
242-362	1	3,6
484-604	1	3,6
Toplam	28	100,0

1.7 Günlük Aktiviteler

Bu bölümde araştırmaya katılan 364 kişi arasında 7 yaş üstü grupta olan ve araştırma sırasında evde bulunan hanehalkı üyelerinin günlük aktiviteleri değerlendirilmektedir. Bahsedilen özellikleri taşıyan 329 kişiye öncelikle genel olarak sağlık durumlarını nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur. Tablo-4.27'de hanehalkı üyelerinin sağlık durumlarını değerlendirme sonuçları özetlenmektedir. Hanehalkı üyeleri sağlıklarını ortalama olarak 2,34 düzeyinde değerlendirmişlerdir (SS = ± 0,70) (1=çok iyi, 5=çok kötü).

Tablo-4.27: Hanehalkı Üyelerinin Genel Sağlık Durumu Değerlendirmesi Sonuçlarına Göre Dağılımları

Sağlık Durumu Değerlendirmesi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çok İyi	22	6,7
İyi	192	58,4
Orta	96	29,2
Kötü	18	5,5
Çok Kötü	1	,3
Toplam	329	100,0

Tablo-4.28’de hanehalkı üyelerinin genel sağlık değerlendirmeleri (1= iyi ve çok iyi, 2= orta, 3= kötü ve çok kötü) ile hane geliri (1= 334 YTL /aylık ve altı, 2= 335 YTL/ aylık ve üstü) arasındaki ilişki verilmektedir. Sağlık değerlendirmesini yapan hanehalkı üyelerinin yaptıkları değerlendirmeler yaşadıkları hanenin gelirin göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 23.33$; $sd= 2$; $p< 0.05$) ve geliri ortalamanın üstünde olan hanelerde yaşayan hanehalkı üyeleri sağlıklarını daha çok “iyi” kategorisinde değerlendirirken (%79), hane gelirinin ortalama gelirin altında olduğu hanehalkı üyeleri sağlıklarını “kötü” şeklinde değerlendirmiştir (%68,4).

Tablo-4.28: Genel Sağlık Değerlendirmesi ve Hane Geliri İlişkisi

Gelir	Genel Sağlık Değerlendirmesi							
	İyi		Orta		Kötü		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)
Ortalamanın Altı	43	49,4	31	35,6	13	15	87	100
Ortalamanın Üstü	171	70,7	65	26,8	6	2,5	242	100
Toplam	214	65	96	29,2	19	5,8	329	100

* Tabloda gösterilen Yüzdeler (%) Satır yüzdesidir.

Genel sağlık değerlendirmesi yapan hanehalkı üyeleri cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 15.99$; $sd= 2$; $p< 0.05$); sağlığını kötü olarak değerlendiren hanehalkı üyelerinin çoğunun (%63,2) cinsiyeti kadındır.

Tablo-4.29’da hanehalkı üyelerinin sağlık sigortalarının türü ile genel sağlık değerlendirmeleri arasındaki ilişki gösterilmektedir. Araştırmaya katılan hanehalkı üyelerinin sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri ile kapsamında buldukları zorunlu sağlık sigortası türü arasında bir ilişki olup olmadığı değerlendirildiğinde, yeşil kart kapsamında yer alan hanehalkı üyeleri ile diğer sağlık sigortaları kapsamında yer alan hanehalkı üyelerinin genel sağlık durumlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı değerlendirdikleri belirlenmiştir ($X^2 = 26.70$; $sd = 2$; $p <0.05$). Sağlığını “iyi” olarak değerlendirenlerin 90’ının (% 60,8) zorunlu sağlık sigortası yeşil karttan farklı iken, sağlığını “kötü” olarak değerlendiren 10 kişi (%83,3) yeşil kart sahibidir.

Tablo-4.29: Hanehalkı Üyelerinin Genel Sağlık Değerlendirmeleri İle Sağlık Sigortalarının Türü Arasındaki İlişki

Zorunlu Sağlık Sigortası	Genel Sağlık Değerlendirmesi							
	İyi		Orta		Kötü		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)
Yeşil Kart	58	46,8	56	45,2	10	8	124	100
Diğer Sağlık Sigortaları	90	78,9	22	19,3	2	1,8	114	100
Toplam	148	62,2	78	32,8	12	5	238	100

* Tabloda gösterilen Yüzdeler (%) Satır yüzdesidir.

Hanehalkı üyelerinden sağlık durumlarını değerlendirmenin yanı sıra 4 kategoride sağlıklarının gerçekleştirdikleri faaliyetleri kısıtlayıp kısıtlamadığı sorulmuştur. 329 kişi arasında 33 kişi (% 10) ağır nesnelere kaldırma, spor yapma veya kuvvet isteyen işte çalışma gibi kuvvetli faaliyetleri sağlığından dolayı gerçekleştiremediğini, 93 kişi (%28,2) bu faaliyetleri gerçekleştirirken zorlandığını belirtmiştir. Kuvvetli faaliyetleri gerçekleştirmede hiçbir kısıtlama yaşamayan 204 kişi (% 61,8) bulunmaktadır. Kuvvetli faaliyetleri gerçekleştiremeyen veya az da olsa kısıtlama yaşayan kişilere bir masayı taşıma, merdiven çıkma, besin maddelerini taşıma gibi orta düzeyde faaliyetlerde sağlık nedeniyle kısıtlanma durumları sorulmuştur. Hanehalkı üyeleri arasında 12 kişi (%9,5) bu faaliyetleri de gerçekleştiremediğini, 85 kişi (%67,5) ise bu faaliyetleri gerçekleştirirken zorlandığını belirtmiştir. Kuvvetli faaliyetlerde az ya da çok kısıtlama yaşayan 29 kişi (%23) orta düzeydeki faaliyetleri gerçekleştirmede kısıtlama yaşamadığını söylemiştir. Orta düzeyde faaliyetleri gerçekleştirirken az ya da çok kısıtlama yaşayan 77 kişi (%79,4) 100 metre yürüme gibi hafif düzeyde faaliyetleri gerçekleştirirken sağlığından dolayı hiç kısıtlanmadığını, 19 kişi (%19,6) az kısıtlandığını, 1 kişi (%1) ise çok kısıtlandığını söylemiştir. Hafif düzeyde faaliyetlerde de az ya da çok kısıtlandığını söyleyen 20 kişi arasında 2 kişi (%10) yemek yeme, giyinme gibi günlük aktiviteleri tek başına gerçekleştirmede sıkıntı

yaşadığını, 18 kişi (%90) ise en azından bu faaliyetleri gerçekleştirebildiğini belirtmiştir.

Yedi yaş üstü tüm hanehalkı üyeleri için, anket sırasında evdeyse kendilerine, değilse hane özellikleri ile ilgili soruları cevaplayan kişiye sigara kullanma ve alkol tüketme alışkanlıkları sorulmuştur. Hanehalkı üyeleri arasında 78'i (%23) sigara kullandığını, 4'ü (%1,2) daha önce kullandığını ancak şimdi kullanmadığını, 248'i (% 75,8) ise hiç kullanmadığını söylemiştir. Şu an sigara kullanan 78 kişinin sigara içmeye kaç yaşında başladıkları ve bir günde ortalama ne kadar içtiklerine ilişkin dağılım Tablo- 4.30'da gösterilmektedir. Sigara kullanan hanehalkı üyeleri ortalama olarak 20,14 yaşında sigara içmeye başlamışlar ($SS = \pm 7,76$ yıl)ve bir günde ortalama 0,98 paket sigara tüketmektedirler ($SS = \pm 0,46$).

Tablo-4.30: Hanehalkı Üyelerinden Sigara Kullananların Sigara İçmeye Başladıkları Yaş ve Günlük Tükettikleri Sigara Miktarına (Paket Olarak) Göre Dağılımı

Sigara Kullanan Kişilerin Özellikleri		Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara İçmeye Başlanılan Yaş Grupları	10-17	30	38,4
	18-25	42	53,8
	26-33	3	3,9
	34-41	1	1,3
	50-57	1	1,3
	58-65	1	1,3
	Toplam	78	100,0
Günlük Tüketilen Sigara Miktarı	½ paket ve daha az	18	23,0
	½ - 1 paket	47	60,3
	1 – 1 ½ paket	4	5,1
	1 ½ – 2 paket	8	10,3
	2-2 ½ paket	1	1,3
	Toplam	78	100,0

Tablo-4.31’de cinsiyetlerine göre sigara kullanan hanehalkı üyelerinin günlük tüketim miktarlarının Mann Whitney U- testi sonuçları verilmiştir. Sigara kullanan hanehalkı üyelerinin günlük tükettikleri sigara miktarı cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($z = -4.077$, $p < 0.05$); sıra ortalamaları dikkate alındığında, sigara kullanan erkeklerin günlük ortalama tükettikleri sigara miktarının kadınların tüketiminden daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo-4.31: Sigara Tüketim Miktarlarının Cinsiyetlere Göre U-Testi Sonucu

Cinsiyet	Sayı (n)	Minimum	Maksimum	Ortalama	z	p
Erkek	63	0,50	2,50	1,07	-4.077	0.000
Kadın	15	0,10	1,00	0,60		

Tablo-4.31’de görüldüğü gibi sigara kullanan erkekler bir günde ortalama 1,07 paket sigara tüketirken ($SS = \pm 0.443$), kadınlar ortalama 0.60 paket tüketmektedirler ($SS = \pm 0.316$).

Hanehalkı üyelerine sigara kullanma alışkanlıklarının yanı sıra alkol tüketme alışkanlıkları da sorulmuştur. Araştırmanın bu bölümüne dahil edilen 330 kişi arasında sadece 1 hanehalkı üyesi ayda 2-3 kez alkol tükettiğini, alkol aldığı günlerde 3 bardak içtiğini belirtmiştir.

1.8 Sağlık Hizmetine Ulaşım

Araştırmaya katılan 92 haneye sağlık hizmetlerine ulaşımaları ile ilgili sorular sorulmuştur. Öncelikle hanehalkı üyelerinin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti için gerekli parayı bulmada zorluk çekip çekmedikleri araştırılmıştır. 92 hane arasında 10

hane(%10,9) içinde yaşayan hiç kimsenin sağlık hizmetine ihtiyacı olmamıştır. 27 hane (%29,3) maddi açıdan zorlanmadan hanehalkı üyelerinin sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamıştır. 39 hane (%42,4) sağlık hizmeti ihtiyacı için gerekli parayı bulmada zorlandığını, 16 hane (%17,4) ise çok zorlandığını belirtmiştir. Sağlık hizmeti ihtiyacı için para bulmada zorlanan 55 haneden 12'sinde hiçbir bireyin sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Para bulmada az ya da çok zorlanıldığını belirten hanelerin 38'inin hanehalkı reisi ücret karşılığında çalışmamaktadır. Hanehalkı üyelerinin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin bedeli olan parayı bulmada az ya da çok zorlandığını belirten 55 haneye bu parayı sağlamak için herhangi bir şey yapmaları gerekip gerekmediği sorulmuştur. Sağlık hizmetinin bedeli olan parayı 12 hane (%22,2) borç alarak, 2 hane (%3,7) eşya (telefon ve televizyon) satarak, 2 hane (%3,7) konut ihtiyaçlarını erteleyerek (kira ödemesi, elektrik ve su faturalarının ödenmesi) karşılamıştır. Ayrıca daha önce maddi durumlarının iyi olduğunu ancak hane halkı üyelerinin sağlık problemleri nedeniyle evlerini sattığını belirten 2 hane (%3,7) bulunmaktadır.

Araştırmaya görüşmeci olarak katılan hanehalkı üyesine son 12 ayda, hanehalkında hasta birinin tıbbi yardımını erteleme/ hiç aramama sıklığı ve erteleme/aramama nedeni sorulmuştur. Hanelerin tıbbi yardım erteleme/aramama sıklığı ve nedeni Tablo-4.32'de gösterilmektedir. Hanehalkı üyeleri arasında tıbbi yardım erteleme /aramama sıklığı ortalama 4,66'dır (SS = ±1,17 kez). Daha önce hanehalkı üyeleri arasında sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kimsenin olmadığını belirten 10 haneye bu soru sorulmamıştır.

Tablo-4.32: Son 12 Ayda, Hanehalkı Üyeleri Arasında Hasta Olan Birinin Tıbbi Yardım Almayı Erteleme veya Aramama Sıklıkları ve Nedenlerine Göre Dağılım

Tıbbi Yardım Erteleme Durumu		Sayı (n)	Yüzde (%)
Tıbbi Yardım Almayı Erteleme/ Aramama Sıklığı	Hiç	3	3,7
	Bir Defa	1	1,2
	İki Defa	8	9,8
	Üç Defa	19	23,2
	Dört-Beş Defa	32	39,0
	Beşten Fazla	19	23,2
	Toplam	82	100,0
Tıbbi Yardım Erteleme/ Aramama Nedeni	Hiçbir Şey Yapılmadan İyi Olunacağı Düşüncesi	6	7,6
	Şifalı Otların Kullanılmasıyla İyi Olunacağı Düşüncesi	10	12,7
	Evde Varolan İlaçların Kullanılmasıyla İyi Olunacağı Düşüncesi	9	11,4
	Maddi Olanakların Yeterli Olmayacağı İçin Tıbbi Yardımın Ertelemesi	50	63,3
	Çok Uzak Olması	4	5,1
	Toplam	79	100,0

Sağlık hizmeti ihtiyacını en az bir kez erteleyen 79 hanenin ortalama aylık geliri 356,51 YTL' dir (SS = ± 205,82 YTL). Bahsedilen 79 hanenin 8'inde yaşayan hanehalkı üyelerinin hiçbir sosyal güvencesi bulunmamaktadır, 47'si Yeşil Kart kapsamındadır ve 24'ü diğer bir sağlık güvencesi kapsamında yer almaktadır. Sağlık hizmeti ihtiyacının ertelendiği hanelerde hanehalkı reislerinin cinsiyetlerine göre dağılımları şu şekildedir; 53 hanenin hanehalkı reisinin cinsiyeti erkektir ve 26 hanenin reisi kadındır. İhtiyaç duyulduğu halde hanehalkı üyelerinin tıbbi yardım aramadığı ve /veya tıbbi yardımını ertelediği hanelerin hanehalkı reislerinin 24'ü (% 30,4) okur-yazar değildir, 13'ü (% 16,5) okur-yazar olup okul bitirmemiştir ve 31'i

(39,2) ilkokul mezunudur. Geri kalan 11 kişinin 8'i (%10,1) ortaokul, 2'si (%2,5) lise ve 1'i (%1,3) lise dengi meslek okulunu tamamlamıştır. Bahsedilen 79 hane salon dahil ortalama 3,07 odalı konutta yaşamaktadır (SS = ± 0,88). Bu hanelerin 71'inin içme suyunun ana kaynağı evde/bahçede şehir suyudur. 4 hane evde /bahçede kuyu suyu kullandığını belirtmiştir ve içme suyu olarak pınar /ortak kullanılan çeşme kullanan 3 hanenin tamamı en az bir kez sağlık hizmeti ihtiyacını ertelemiştir.

Sağlık hizmetlerine ulaşım ile ilgili olarak görüşülen kişiye yöneltilen bir diğer soru da hanehalkı üyelerinden hasta olan bir kişinin hastaneye sevk edildiği halde gitmediği olup olmadığı, eğer gitmediyse bunun sıklığı ve nedenidir. 92 hanede hanehalkı üyeleri arasında hastaneye sevk edildiği halde gitmeyen 6 hane (%6,5) bulunmaktadır. Bu altı hanede toplam 29 kişi yaşamaktadır ve ortalama hanehalkı büyüklüğü 4,83 kişidir (SS = ± 2,99 kişi). Bahsedilen 29 kişiden 6'sının kronik hastalığı bulunmaktadır ve bu kişiler arasında ortalama kronik hastalık sayısı 1,33'dür (SS = ± 0,50) Bu hanelerin ortalama aylık geliri 265,00 YTL' dir (SS = ± 163,43 YTL). Bu hanelerde hastaneye gitmeme nedeni olarak tedaviye maddi gücünün yetmemesi gösterilmiştir, ancak sadece bir hanenin üyelerinin hiçbiri sağlık güvencesi kapsamında yer almamaktadır.

Araştırmaya katılan haneler içinde hiçbir hanehalkı üyesi sağlık hizmeti kullanmasıyla ilgili hizmet sunucu tarafından geri çevrilmemiştir.

Hanehalkı üyeleri ile ilgili araştırılan bir diğer nokta da içlerinden herhangi birinin indirimle ilaç alma hakkı olup olmadığıdır. Tablo-4.33'de görüldüğü gibi hanelerin, hanehalkı üyeleri arasında indirimle ilaç alma hakkı olup olmamasına, bu hakkın olduğu hanehalkı üyelerinin bu haklarını her zaman kullanıp kullanmamalarına ve kullanmıyorlarsa nedenlerine göre dağılımı gösterilmektedir. İndirimle ilaç hakkı olmayan hanelerin aylık gelirleri ortalama 165,83 YTL' dir (SS = ± 139,76 YTL). İndirimli ilaç alma hakkı olanların ortalama aylık geliri 359,18 YTL ise bu değerden yaklaşık 2 kat fazladır (SS = ± 205,14 YTL).

Tablo-4.33: Hanehalkı Üyeleri Arasında İndirimle İlaç Alma Hakkı Olup Olmamasına, Bu Hakkın Olduğu Hanehalkı Üyelerinin Bu Haklarını Her Zaman Kullanıp Kullanmamalarına ve Kullanmıyorlarsa Nedenlerine Göre Dağılımı

İndirimle İlaç Alabilme Durumu		Sayı (n)	Yüzde (%)
İndirimle İlaç Alma Hakkı	Evet	80	87,0
	Hayır	12	13,0
	Toplam	92	100,0
İlaç Alma Hakkının Kullanımı	Evet, Bu Hak Her Zaman Kullanılır	32	40,0
	Hayır, Çünkü Bürokratik Problemlerden Dolayı	10	12,5
	Hayır, Çünkü Doktor Reçetelemek İstemiyor	1	1,3
	Hayır, Çünkü İndirime Rağmen İlaç Pahalı	29	36,3
	Diğer	8	10,0
	Toplam	80	100,0

1.9 Hane Gelir Göstergeleri

Araştırmaya katılan 92 hane için gelir göstergeleri iki bölüm halinde incelenmiştir. İlk bölüm sürekli gelir göstergeleri olarak ifade edilen hane halkının sahip olduğu eşyaların ve ulaştırma araçlarının incelenmesinden oluşmaktadır. İkinci bölüm ise haneye bir ayda ortalama olarak giren toplam miktarının araştırılmasını kapsar. Tablo-4.34’de araştırmaya katılan 92 hanenin sürekli gelir göstergelerine göre dağılımları özetlenmiştir. Araştırmaya katılan haneler arasında İnternet aboneliği, işverence sağlanan ücretsiz araç, minibüs-mobil karavan, bisiklet ve motosiklet bulunan hiçbir hane yoktur.

Tablo-4.34: Hanelerin Sürekli Gelir Göstergelerine Göre Dağılımları (n=92)

Bazı Eşyaların ve Ulaştırma Araçlarının Varlık Durumu		Sayı (n)	Yüzde (%)	Ortalama Hanehalkı Geliri (YTL)	Hanehalkı Geliri Std. Sapma (\pm)
Telefon	Evet	77	83,7	362,27	206,26
	Hayır	15	16,3	188,66	150,65
Cep Telefonu	Evet	37	40,2	452,84	94,10
	Hayır	55	59,8	254,00	225,10
Bilgisayar	Evet	3	3,3	508,33	166,45
	Hayır	89	96,7	328,08	207,25
Buzdolabı	Evet	80	87,0	371,06	195,14
	Hayır	12	13,0	86,67	83,81
Gazlı Veya Elektrikli Fırın	Evet	55	59,8	385,72	197,54
	Hayır	37	40,2	257,03	201,10
Çamaşır Makinesi	Evet	68	73,9	401,10	189,68
	Hayır	24	26,1	143,75	122,32
Bulaşık Makinesi	Evet	3	3,3	343,75	100,77
	Hayır	89	96,7	333,52	211,69
Ütü	Evet	63	68,5	403,09	197,12
	Hayır	29	31,5	183,79	142,11
Elektrikli Süpürge	Evet	57	62,0	403,42	180,95
	Hayır	35	38,0	220,85	200,97
Televizyon	Evet	76	82,6	378,09	194,76
	Hayır	16	17,4	124,37	124,84
Video	Evet	5	5,4	465,00	131,81
	Hayır	87	94,6	326,43	209,35
Otomobil	Evet	4	4,3	467,50	104,36
	Hayır	88	95,7	327,89	209,60

Araştırmaya katılan 92 hanenin bir aylık ortalama geliri 333,97 YTL' dir (SS = \pm 207,80 YTL). Bu oran 2002 yılında Türkiye için belirlenmiş gıda ve gıda dışı harcamaları karşılamaya yönelik yoksulluk sınırı olan 387 YTL' nin altında bulunmaktadır. OECD'nin belirlediği bölüşüm eşitliklerine¹ göre kişi başına düşen ortalama aylık gelir ise; 136,37 YTL' dir. Hanelerin gelirlerine göre dağılımları Tablo-4.35'de gösterilmektedir.

Tablo-4.35: Hanelerin Gelirlerine Göre Dağılımları (YTL)

Gelir Grupları	Sayı (n)	Yüzde (%)
50-172	31	33,7
173-295	5	5,4
296- 418	24	26,1
419- 541	17	18,5
542- 664	11	11,9
665- 787	2	2,2
788- 910	2	2,2
Toplam	92	100,0

Tablo-4.36'da hanehalkı reislerinin cinsiyetleri ile hane geliri (Ortalama = 334 YTL /aylık) arasındaki ilişki verilmektedir. Hanelerin gelirleri hanehalkı reisinin cinsiyetine göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 5.721$; sd = 2 ; p<0.05); hanehalkı reisinin kadın olduğu hanelerin gelirleri daha düşüktür (%61,3).

¹ OECD'nin belirlediği bölüşüm eşitliklerine göre;
Hanehalkındaki ilk yetişkin için = 1
Hanehalkındaki 2. ve diğer her bir yetişkin için = 0.5
Hanehalkındaki 14 yaşından küçük her bir çocuk için = 0.3 değerleri dikkate alınır.

Tablo-4.36: Hanehalkı Reislerinin Cinsiyetleri İle Hane Geliri İlişkisi

Hanehalkı Reisinin Cinsiyeti	Gelir					
	Ortalamanın Altı		Ortalamanın Üstü		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)
Erkek	20	32,8	41	67,2	61	100
Kadın	19	61,3	12	38,7	31	100
Toplam	39	42,4	53	57,6	92	100

* Tabloda gösterilen Yüzdeler (%) Satır yüzdesidir.

Tablo-4.37’de ise hanelerin gelirlerinin uluslararası yoksulluk sınırlarına göre değerlendirilmesi yer almaktadır. Hesaplamalar da öncelikle kişi başına eşitlenmiş günlük gelir belirlenmiş, daha sonra da bu değerler, uluslar arası mutlak yoksulluk sınırı olarak kabul edilen 1\$ ile karşılaştırılmıştır (Merkez Bankası verileri ile 2004 yılı ortalama kur 1\$ =1 421 761 TL. ve DİE verileriyle satın alma gücü paritesiyle düzeltilmiş olarak 2003 yılı kur 1 \$= 732 480 TL.). Tablo’nun ikinci bölümünde yoksulluk sınırı 2,15\$ ve üçüncü bölümde 4,3 \$ olarak alınmış ve aynı hesaplamalara göre bu sınırların altında yaşayan hane sayısı ve evren içinde payları belirlenmiştir. Günlük kişi başı geliri 1\$’ın altında olan 1 hanede 4 kişi (%1,1), 2,15\$’ın altında olan 27 hanede toplam 62 kişi (%17,1) ve 4,3 \$’ın altında olan 74 hanede 296 kişi (%81,3) yaşamaktadır. Bu oranlar Türkiye geneli için; günlük 1\$’ın altında yaşayan nüfus % 0,20, 15\$’ın altında yaşayan nüfus %3,04 ve 4,3 \$’ın altında yaşayan nüfus %30,3’tür.

Tablo-4.37: Hanelerin Belirli Yoksulluk Sınırlarına Göre Dağılımları

Yoksulluk Sınırı		Ortalama Kur (2004 Yılı)		Satın Alma Gücü Paritesi (2003 Yılı)	
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
1\$	≤ 1\$	1	1,1	0	0
	> 1\$	91	98,9	92	100,0
	Toplam	92	100,0	92	100,0
2,15\$	≤ 2,15\$	27	29,3	1	1,1
	> 2,15\$	65	70,7	91	98,9
	Toplam	92	100,0	92	100,0
4,3\$	≤ 4,3\$	74	80,4	32	34,8
	> 4,3 \$	18	19,6	60	65,2
	Toplam	92	100,0	92	100,0

Kişi başına eşitlenmiş günlük gelirin 1\$'ın altında olduğu hanenin özellikleri kısaca şu şekildedir. Hanehalkı reisi 1 yıl önce eşini kaybetmiş, ilkokul mezunu, 31 yaşında bir kadındır, en büyüğü 16 yaşında olmak üzere 3 çocuğu vardır. Hanehalkı üyeleri kiracı olarak gecekonduda olarak nitelendirilen konutta yaşamakta, 80YTL kira ödemektedirler. Hanehalkı reisinin ve çocuklarının 1 yıldır Yeşil Kartı bulunmaktadır. Hanehalkı reisi eşini kaybetmeden önce SSK kapsamında yer aldıklarını belirtmiştir. Hanehalkının, telefonu, buzdolabı, fırını, çamaşır makinesi, televizyonu bulunmaktadır. Hanenin geçimini hanehalkı reisi, evlere günlük temizliğe giderek kazanmaktadır. Hanenin gıda tüketiminin %43'ü verilen hediye ve yardımlara dayanmaktadır ve hanehalkının tükettikleri gıdanın %29'u tahıl ürünlerinden oluşmaktadır.

Kişi başına eşitlenmiş günlük gelirin 2.15 \$'ın altında olduğu 27 hanenin 16'sında hanehalkı reisi kadındır, bu 16 kadın okur-yazar değildir ve 15'inin eşi ölmüştür. Haneler arasında ortalama hanehalkı büyüklüğü 2,29'dur (SS = ± 2,015 kişi). Bahsedilen 27 hanenin hane halkı reislerinin 21'inin zorunlu sağlık sigortası

vardır ve Yeşil Karttır. Hanehalkı reislerinden 23'ü çalışmamaktadır. 20 hane gecekondü olarak nitelendirilen konutlarda yaşamaktadır. Sadece 1 aile apartmanda normal katta yaşamaktadır. Ayrı mutfağı olmayan 10, ayrı banyosu olmayan 15 hane bulunmaktadır. 22 hanenin evinin zemini beton, 3 hanenin tahta ve 1 hanenin topraktır. 27 hanenin 16'sı kiracı 10'u evsahibi olarak konutta yaşamaktadır. Kiracıların sadece 4'ü kira konusunda hiç kimseden yardım almadığını belirtmiştir. 27 hanenin 18'inde telefon, 16'sında buzdolabı, 9'unda fırın, 11'inde çamaşır makinesi, 9'unda ütü, 15'inde televizyon bulunmaktadır. 27 hanenin 18'inde hane halkı üyeleri arasında en az bir kişinin kronik hastalığı vardır. Bahsedilen 27 hanenin ortalama gıda tüketimlerinin %43,75'ini tahıl ürünleri oluşturmaktadır. Aylık ortalama 23,16 YTL' lik gıda harcaması yapmaktadırlar (SS = ± 11,24). Bu hanelerin gıda tüketimlerinin %45,65'i satın aldıkları ürünlere, %53,16'sı verilen ürünlere dayanmaktadır.

Hanehalkı reisinin cinsiyeti ile yoksulluk sınırının (günlük 2.15\$ sınır olarak kabul edilmiştir) altında olup olmama durumu karşılaştırıldığında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; kadınların hanehalkı reisi olduğu haneler arasında günlük 2\$'ın altında gelire yaşayan hane daha fazladır ($X^2 = 9.61$; $sd = 1$; $p < 0.05$).

Çalışmanın bulgularına göre hanehalkı reisinin çalıştığı haneler arasında kişi başı günlük 2.15\$'ın altında geliri olan 4 hane (% 12,5) bulunurken, işsiz hanehalkı reisleri arasında 23 kişi (%38,3) bulunmaktadır. İşli olan hanehalkı reisleri arasında yoksul olma durumu daha azdır ($X^2 = 5.529$; $sd = 1$; $p < 0.05$).

Araştırmaya katılan hanehalkı reislerinden okur yazar olmayanlar ve okur-yazar olup okul bitirmemiş olanların %40'ının hanehalkı üyeleri günlük 2.15\$'ın altında bir gelire geçinmektedir. Bu oran en az ilkökul bitirmiş hanehalkı reislerinde % 19,1'e düşmektedir. Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi ve yoksulluk durumu arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($X^2 = 3.867$; $sd = 1$; $p < 0.05$).

Oturulan konutun oda sayısı ile yoksulluk olup olmama durumu karşılaştırıldığında oturduğu konutun oda sayısı (salon dahil) ortalamasının altında (Ortalama = 2,96) olanlar (%32,2) ile ortalamasının üstünde olanlar (% 8,7) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; oturduğu konutun oda sayısı daha az olanlar daha yoksuldur ($X^2 = 5.050$; $sd = 1$; $p < 0.05$).

Hane içerisinde tuvaleti olmayanlar/ evin dışında olanlar (%61,9), tuvaleti evin içinde olanlara (% 19,7) göre daha yoksuldur. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($X^2 = 11.950$; $sd = 1$; $p < 0.05$).

Oturduğu konutta ayrı banyo olup olmaması durumu ile yoksulluk durumu karşılaştırıldığında oturduğu konutta ayrı banyosu olanlar (%53,6) olmayanlara (%18,8) göre daha yoksul olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($X^2 = 9.773$; $sd = 1$; $p < 0.05$).

Sağlık güvencesi yeşil kart olan haneler ve hanehalkı üyeleri, diğer sağlık güvence sistemleri kapsamında yer alanlardan daha yoksuldur. Sağlık güvencesi yeşil kart olanların %35,6'sı günlük 2\$'ın altında bir gelire geçinirken, diğer sağlık güvencesi kapsamında yer alan hanelerin ve hanehalkı üyelerinin hepsi bu sınırın üzerinde yaşamaktadır. Bahsedilen bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($X^2 = 54.014$; $sd = 1$; $p < 0.05$).

1.10 Hanehalkı Tüketim ve Harcamaları

Araştırma çerçevesinde hanelerin tüketim ve harcamaları iki bölüm halinde incelenmiştir. İlk bölümde hanelerin son bir ayda yaptıkları genel harcamalar alt gruplarına göre incelenmiş, ikinci bölümde ise gıda harcama ve tüketimleri alt gruplarıyla detaylandırılmıştır.

Hanelerin çeşitli alt gruplar için bir ayda yaptıkları ortalama harcama miktarı 334,72YTL'dir (SS = \pm 206,17 YTL). Kişi başına düşen ortalama harcama ise 134,99 YTL 'dir (SS = \pm 58,06 YTL). Bu ortalama OECD'nin belirlediği bölüşüm eşitliklerine göre hesaplanmıştır. Hanelerin bazı harcama alt gruplarına göre yaptıkları harcamalar Tablo-4.38'de gösterilmektedir.

Tablo-4.38: Hanelerin Harcama Alt Gruplarına Göre Yaptıkları Harcamaların Dağılımı (n=92)

Genel Harcama Alt Grupları		Sayı (n)	Yüzde (%)	Ortalama Harcama (YTL)	Toplam Harcama İçinde Ortalama Pay (%)
Gıda ve Alkolsüz İçecekler	0-30	32	34,78	58,14 ± 39,47	20,79
	31-61	19	20,65		
	62-92	19	20,65		
	93-123	13	14,13		
	124-154	8	8,70		
	186-216	1	1,09		
Alkollü İçecek, Sigara Ve Tütün	0-20	51	55,43	21,57 ± 24,65	6,12
	21-41	19	20,65		
	42-62	19	20,65		
	84-104	1	1,09		
	105-125	1	1,09		
	126-146	1	1,09		
Gıda-Dışı Ürün (Kibrit, Mum, Sabun,Tıraş Bıçağı, Süpürge Vb.)	0-10	39	42,39	16,67 ± 11,73	6,82
	11-21	30	32,61		
	22-32	19	20,65		
	33- 43	1	1,09		
	44-54	2	2,17		
	66-76	1	1,09		
Konut,Su, Elektrik, Gaz Ve Diğer Yakıt	0-35	14	15,22	93,90 ± 68,68	30,88
	36-71	28	30,43		
	72-107	20	21,74		
	108-143	5	5,43		
	144-179	8	8,70		
	180-215	11	11,96		
	216-251	6	15,22		

Sağlık	0-85	72	78,3	65,19 ±114,24	15,62
	86-171	10	10,9		
	172-257	5	5,4		
	258-343	2	2,2		
	344-429	1	1,1		
	430-515	1	1,1		
	516-601	1	1,1		
Ulaştırma	0-21	52	56,5	25,05 ± 31,04	6,12
	22-43	8	8,7		
	44-65	28	30,4		
	66-87	1	1,1		
	88-109	2	2,2		
	132-153	1	1,1		
Haberleşme	0-15	40	43,48	23,80 ± 20,66	7,42
	16-31	32	34,78		
	32-47	10	10,87		
	48-63	5	5,43		
	64-79	2	2,17		
	96-111	3	3,26		
Eğitim Toplam Harcama	0-72	86	93,5	22,71 ± 61,53	4,52
	73-145	3	3,3		
	146-218	2	2,2		
	438-510	1	1,1		
	36-176	23	25		
	177-317	16	17,4		
	318-458	30	32,4		
	459-599	16	17,4		
	600-740	2	2,2		
	741-881	3	3,3		
	882-1022	2	2,2		

Araştırmaya katılan hanelerin Tablo-4.38’de gösterilen harcama alt gruplarının yanı sıra, kafeterya, kantin ve restoranlarda tüketilen gıda maddeleri, giyim ve ayakkabı, eğlence ve kültür, lokanta ve otel, çeşitli mal ve hizmet harcamaları da araştırılmıştır. Araştırmaya katılan 92 hane içinde 6’sı (%6,5) kafeterya, kantin ve restoranlarda tüketilen gıda maddeleri harcaması yapmıştır ve ortalama olarak 6,67 YTL harcamışlardır. 8 hane giyim ve ayakkabı harcaması yapmış bunun için ortalama 35 YTL harcamışlardır. Araştırmaya katılan hiçbir hanede mobilya, ev aletleri ve ev bakım hizmetleri ve eğlence ve kültür harcaması yapılmamıştır. Sadece 1 hane lokanta ve otel için 20 YTL’ lik harcama yapmıştır. 11 hane sayılan harcama alt grupları dışında harcama yapmışlar ve ortalama 35,45 YTL harcamışlardır.

Araştırmaya katılan 92 hane gelirlerinin ortalama olarak %22,87’sini, toplam harcamalarının %15,62’sini sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için ayırmışlardır. Hanelerin sağlık harcamaları zorunlu gıda harcamaları çıkarıldığında genel harcamalarının %18,35’ini oluşturmaktadır. Bu oranın %40 ve üzeri olduğu 14 hane (%15,2), %50’nin üzerinde olduğu 10 (%10,87) hane bulunmaktadır.

Tablo-4.39’da araştırmaya katılan hanelerin hanehalkı reisinin cinsiyetine göre yaptıkları genel harcamaların Mann Whitney U testi sonuçları verilmiştir. Buna göre hanelerin gıda ve alkolsüz içecek harcaması ($z = -2.96$; $p < 0.05$), alkollü içecek, sigara ve tütün harcaması ($z = -2.737$; $p < 0.05$), konut, su, elektrik, gaz ve diğer yakıt harcaması ($z = -2.157$; $p < 0.05$), sağlık harcaması ($z = -2.847$; $p < 0.05$), haberleşme harcaması ($z = -2.820$; $p < 0.05$) ve eğitim harcaması ($z = -3.393$; $p < 0.05$) alt gruplarında hanehalkı reislerinin cinsiyetleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sıra ortalamaları dikkate alındığında, bahsedilen tüm harcama alt dallarında erkek reisli hanelerin daha fazla harcama yaptıkları anlaşılmaktadır.

Tablo-4.39: Genel Harcamaların Hanehalkı Reisinin Cinsiyetine Göre U Testi Sonucu

Alt Harcama Grupları	Hanehalkı Reisinin Cinsiyeti	Sayı (n)	Min.	Maks.	Ortalama	z
Gıda ve alkolsüz içecek harcaması	Erkek	61	0	210,00	65,73	-2.96*
	Kadın	31	15,00	130,00	43,19	
Alkollü içecek, sigara ve tütün harcaması	Erkek	61	0	105,00	26,22	-2.737*
	Kadın	31	0	60,00	12,41	
Evde kullanılan gıda-dışı ürün (kibrit, mum, sabun,tıraş bıçağı, süpürge vb.) harcaması	Erkek	61	0	70,00	17,91	-1.435
	Kadın	31	0	40,00	14,22	
Konut,su, elektrik, gaz ve diğer yakıt harcaması	Erkek	61	0	250,00	102,03	-2.157*
	Kadın	31	0	230,00	77,90	
Sağlık harcaması	Erkek	61	0	614,00	78,87	-2.847*
	Kadın	31	0	592,00	38,27	
Ulaştırma harcaması	Erkek	61	0	150,00	28,68	-1.735
	Kadın	31	0	100,00	17,90	
Haberleşme harcaması	Erkek	61	0	100,00	28,09	-2.820*
	Kadın	31	0	40,00	15,35	
Eğitim harcaması	Erkek	61	0	500,00	32,78	-3.393*
	Kadın	31	0	30,00	2,90	

* p< 0.05

Tablo-4.40’da araştırmaya katılan hanelerin gelirlerine göre yaptıkları genel harcamaların Mann Whitney U testi sonuçları verilmiştir. Buna göre hanelerin gıda ve alkolsüz içecek harcaması (z= -7.712; p< 0.05), alkollü içecek, sigara ve tütün harcaması (z = -2.855; p < 0.05), kafeterya, kantin ve restoranlarda tüketilen gıda maddeleri harcaması (z = -2.16; p < 0.05), evde kullanılan gıda-dışı ürün (kibrit, mum, sabun,tıraş bıçağı, süpürge vb.) harcaması (z= -6.032; p < 0.05), konut,su, elektrik, gaz ve diğer yakıt harcaması (z= -4.799; p < 0.05), sağlık harcaması (z = -

3.28; $p < 0.05$), ulaştırma harcaması ($z = -7.18$; $p < 0.05$), haberleşme harcaması ($z = -7.041$; $p < 0.05$) ve eğitim harcaması ($z = -4.427$; $p < 0.05$) alt gruplarında hane gelirinin ortalamasının altına ve üstünde olması arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sıra ortalamaları dikkate alındığında, sağlık harcaması hariç bahsedilen tüm harcama alt dallarında hanenin aylık gelirinin ortalamasının üstünde olduğu hanelerin daha fazla harcama yaptıkları anlaşılmaktadır.

Tablo-4.40: Genel Harcamaların Hane Gelirine Göre U Testi Sonucu

Alt Harcama Grupları	Hane Geliri (YTL)	Sayı (n)	Min.	Maks.	Ortalama	z
Gıda ve alkolsüz içecek harcaması	≤ 334	39	0	71,00	25,08	-7.712*
	> 335	53	25,00	210,00	82,46	
Alkollü içecek, sigara ve tütün harcaması	≤ 334	39	0	90,00	13,79	-2.855*
	> 335	53	0	105,00	27,30	
Kafeterya, kantin ve restoranlarda tüketilen gıda maddeleri harcaması	≤ 334	39	0	,00	,00	-2.16*
	> 335	53	0	10,00	,94	
Evde kullanılan gıda-dışı ürün (kibrit, mum, sabun, tıraş bıçağı, süpürge vb.) harcaması	≤ 334	39	0	22,00	8,82	-6.032*
	> 335	53	0	70,00	22,45	
Konut, su, elektrik, gaz ve diğer yakıt harcaması	≤ 334	39	0	200,00	56,92	-4.799*
	> 335	53	32,00	250,00	121,11	
Sağlık harcaması	≤ 334	39	0	614,00	43,53	-3.28*
	> 335	53	0	592,00	81,13	
Ulaştırma harcaması	≤ 334	39	0	10,00	,38	-7.18*
	> 335	53	0	150,00	43,20	
Haberleşme harcaması	1,00	39	0	35,00	8,79	-7.041*
	2,00	53	0	100,00	34,84	
Eğitim harcaması	≤ 334	39	0	50,00	2,30	-4.427*
	> 335	53	0	500,00	37,73	

* $p < .05$

Hanelerin gıda ve alkolsüz içecek harcamaları genel harcamaları içinde ortalama olarak % 20,79'luk bir paya sahiptir. Hanelerin genel gıda ve alkolsüz içecek harcamaları Tablo-4.38'de gösterilmiştir. Ancak hanelerin gıda tüketimleri içerisinde satın aldıkları ürünlerin yanı sıra, verilen hediye ve yardımlar ve kendi üretimlerinden tükettikleri gıdalar da bulunmaktadır. Hanelerin toplam gıda tüketimleri içerisinde alt grupların payları Tablo-4.41'de gösterilmiştir. Haneler bir ayda ortalama olarak 79,25 YTL'lik gıda tüketmektedirler. Hanelerin ortalama olarak gıda tüketimlerinin %69,21'i satın aldıkları ürünlerden, % 29,58'i verilen hediye ve yardımlardan ve %1,21'i kendi üretimlerinden oluşmaktadır.

Tablo-4.41: Hanelerin Toplam Gıda Tüketimleri İçerisinde Alt Grupların Ortalama Payları, Ortalamadan Sapmalar Ve Ortanca Değerlere Göre Dağılımları

Gıda Harcaması Alt Grubu	Gıda Tüketimi İçerisindeki Ortalama Payları (%)	Std. Sapma
Ekmek ve Tahıllar (Ekmek, Makarna, Buğday Unu, Pirinç, Bisküvi, Bulgur vs.)	33,38	12,98
Et ve Et Ürünleri (Koyun eti, kuzu eti, sığır eti, tavuk, sakatat, salam, sucuk vs.)	4,8	5,26
Balık (Hamsi, istavrit, çinekop, midye vs.)	0,04	0,41
Süt, Peynir, Yumurta	12,11	6,5
Katı Ve Sıvı Yağlar	9,61	4,4
Meyveler	4,06	3,27
Sebzeler	6,71	4,55
Şeker, Reçel, Bal, Çikolata ve Şekerlemeler	12,16	4,76
Alkolsüz İçecekler	15,16	6,55
Başka Yerde Sınıflandırılmayan Diğer Gıda Ürünleri	2,31	4,89

Tablo- 4.42'de araştırmaya katılan hanelerin gelirlerine göre gıda tüketimlerinin Mann Whitney U testi sonuçları verilmiştir. Buna göre hanelerin tahıl ($z = -4.114$; $p < 0.05$), et ($z = -4.627$; $p < 0.50$), meyve ($z = -3.677$; $p < 0.05$), sebze ($z = -4.629$; $p < 0.05$), şeker ($z = -2.024$; $p < 0.05$) ve diğer gıda ürünlerini tüketimlerinde ($z = -2.946$; $p < 0.05$) hane gelirinin ortalamanın altında ve üstünde olması arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Sıra ortalamaları dikkate alındığında, aylık geliri 334 YTL ve altında olan hanelerin tahıl (gıda tüketimlerinin ortalama %40'ı) ve şeker tüketimlerinin % 12) daha fazla olduğu anlaşılmaktadır (aylık geliri 335 YTL ve üstünde olan hanelerin gıda tüketimleri içerisinde tahıla ve şekere ayırdıkları pay sırasıyla; %28 ve %11'dir). Diğer taraftan sıra ortalamaları, aylık geliri ortalamanın üstünde olan hanelerin et (gıda tüketimlerinin ortalama %6,8'i), meyve (%5), sebze (%8,3) ve diğer gıda ürünlerini (%3,6) daha fazla tükettiklerini göstermektedir (aylık geliri 334 YTL ve altında olan hanelerin bu alt gıda tüketimleri sırasıyla; et ; %2.1, meyve; % 2.6, sebze; %4.3 ve diğer gıda ürünleri; % 0.41'dir).

Tablo-4.42: Gıda Tüketimlerinin Gelirlere Göre U – Testi Sonucu

Gıda Harcaması Alt Grubu	Hane Geliri (YTL)	Sayı (n)	Min.	Maks.	Ortalama	z
Ekmek ve Tahıllar (Ekmek, Makarna, Buğday Unu, Pirinç, Bisküvi, Bulgur vs.)	≤ 334	39	,20	,75	,40	-4.114*
	> 335	53	,11	,52	,28	
Et ve Et Ürünleri (Koyun eti, kuzu eti, sığır eti, tavuk, sakatat, salam, sucuk vs.)	≤ 334	39	0	,13	,02	-4.627*
	> 335	53	0	,19	,06	
Süt, Peynir, Yumurta	≤ 334	39	0	,25	,12	-0.087
	> 335	53	0	,29	,11	
Katı Ve Sıvı Yağlar	≤ 334	39	0	,20	,09	-0.154
	> 335	53	0	,19	,09	
Meyveler	≤ 334	39	0	,09	,02	-3.677*
	> 335	53	0	,16	,05	
Sebzeler	≤ 334	39	0	,19	,04	-4.629*
	> 335	53	0	,25	,08	
Şeker, Reçel, Bal, Çikolata ve Şekerlemeler	≤ 334	39	0	,23	,12	-2.024*
	> 335	53	,05	,19	,11	
Alkolsüz İçecekler	≤ 334	39	0	,36	,16	-1.727
	> 335	53	,05	,26	,14	
Başka Yerde Sınıflandırılmayan Diğer Gıda Ürünleri	≤ 334	39	0	,06	,00	-2.946*
	> 335	53	0	,18	,03	

* p< 0.05

2 HANELERİN KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Sağlık harcaması, hanehalkının belirli bir dönemde sağlık hizmeti maliyetlerini karşılayabilmek için temel harcamalarını azaltmak zorunda kaldığında Katastrofik olarak kabul edilmektedir. Ancak sağlık harcamalarının hanehalkı harcamaları içindeki payının ne kadar olduğunda katastrofik olarak kabul edileceği ile ilgili anlaşmaya varılmış bir sınır yoktur. Bu sınırla ilgili literatürdeki açık tek tanım, DSÖ' nün yaptığı; “sağlık harcamaları, hanehalkının ödeme kapasitesinin (gıda dışı harcamalarının) %40'ını aştığında katastrofik olarak adlandırılmalıdır” tanımıdır (Damme ve diğerleri, 2003; Xu ve diğerleri, 2003). Ancak farklı ülkelerde konuyla ilgili yapılmış çalışmalarda kadar katastrofik sağlık harcaması için farklı sınırlar kullanılmıştır. Örneğin Berki (1986) Amerika'da yaptığı çalışmada “cepten sağlık harcamalarının yıllık hane gelirinin %5,10 ve 20'yi geçtiği aileleri” katastrofik sağlık harcamasıyla karşılaşan aileler olarak değerlendirmiştir. Wagstaff (2001) ise Vietnam'da yaptığı çalışmada katastrofik sağlık harcaması olarak ödeme kapasitesi içinde %10,%15,%20,%25, %30 ve %40 eşiklerini değerlendirmiştir. DSÖ tarafından yayınlanan diğer bir çalışmada da gıda dışı harcamaların içinde sağlık harcamalarının %50 ve daha fazla olduğu durumlar katastrofik olarak kabul edilmiştir (Murray ve diğerleri, 2001). Bu çalışmada ise öncelikle toplam harcamaları içinde ve gıda dışı harcamalar içinde sağlık harcamaları %5,10,15,20, 25 ve 40 olan hanehalklarının oranı belirlenmiştir (Tablo-4.43). İkinci olarak gıda dışı harcamalar (ödeme kapasitesi) içinde sağlık harcamaları % 40 ve daha fazla olan hanelerin katastrofik sağlık harcamasıyla karşılaştığı kabul edilerek, bu hanelerin bazı özellikleri ortaya konulmuştur.

Tablo-4.43: Belirlenen Farklı Sınırlara Göre Katastrofik Sağlık Harcaması İle Karşılaşan Hanelerin Oranları

Cepten Sağlık Harcamaları	Sağlık Harcamalarının Toplam Harcama İçindeki Yüzdesine Göre Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Haneler		Sağlık Harcamalarının Gıda Dışı Harcamalar İçindeki Yüzdesine Göre Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Haneler	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
%5	51	55,4	58	63
%10	40	43,5	43	46,7
%15	32	34,8	36	39,1
%20	28	30,4	31	33,7
%25	21	22,8	27	29,3
%30	16	17,4	21	22,8
%40	11	12	14	15,2
%50	10	10,9	10	10,9
%60	4	4,3	9	9,8

Katastrofik sağlık harcamasıyla karşılaşan 14 hanenin özellikleri;

1. 14 hanede toplam 57 kişi yaşamaktadır.
2. 11'inin (%78,6) hane halkı reisi erkektir ve bu hanehalkı reisleri eşleri ile birlikte yaşamaktadır. Hane halkı reisinin kadın olduğu üç hanede (%21,4) ise bu kadınların eşleri ölmüştür.
3. Hanehalkı reislerinden sadece 1'i (%7,1) ortaokul, 7'si (%50) ilkokul mezunudur. 2'si (%14,3) okur yazar olup okul bitirmemiştir ve 4'ü (%28,6) okur-yazar değildir.

4. 14 hanenin 9'u (%64,3) gecekondular olarak nitelendirilen konutlarda, 4'ü (%28,6) apartmanın bodrum veya zemin katında, ve 1'i (%7,1) apartmanda normal katta yaşamaktadır. Hanelerin 7'si oturdukları konutta faydalandıkları net alan konusunda bilgi sahibidir ve bu 7 hanehalkının oturdukları konutta faydalandıkları net alan 15-90 m² arasında değişmektedir ve ortalama 72,14 m² 'dir.
5. 14 hanehalkının tamamının oturduğu konutun zemini betondur, 14'ü de aydınlatma kaynağı olarak elektrik kullanmaktadır ve elektrik konuta sürekli gelmektedir. 14 hanenin tamamı ısınma için soba (kömür ve odun) kullanmaktadır. 14 hanenin 13'ü (%92,9) içme suyu kaynağı olarak evde /bahçede şehir suyu kullanmaktadır ve tüm haneler içme suyunun belirttikleri kaynaktan devamlı olduğunu söylemişlerdir. 2 hane (%14,3) suyu kullanmadan önce kaynatmaktadır, diğer haneler hiçbir şey yapmamaktadırlar. 13 hanenin (%92,9) tuvaleti evin içindedir, 1 hanenin ise evin dışındadır.kullanılan tuvaletlerin tamamı kanalizasyona bağlıdır ve bu tuvaletler sadece hanehalkı üyeleri tarafından kullanılmaktadır. Sadece 1 evde (%7,1) ayrı mutfak ve 2 evde (%14,3) ayrı banyo yoktur.
6. 7 hanehalkının oturdukları konut kendilerine aitken, 7'si kiracı olarak oturmaktadır. Kiracı olarak oturan bu 7 hanenin kira ödemeleri 100-200 YTL arasında dağılım göstermektedir ve ortalama 142,85 YTL' dir (SS = ± 31,47). Kiracı olan 2 hanenin kira ödemesine akrabaları yardım etmektedir.
7. 14 hanehalkı reisinden sadece 2'si (%14,3) ücret karşılığında bir işte çalışmaktadır. Bu kişilerden biri hizmet işlerinde, diğeri de tarım dışı üretim faaliyetlerinde çalışmaktadır. Çalışmayan 12 hanehalkı reisinin 3'ü (%25) özürlü/engelli/hasta olduğu için 9'u (%75) ise çalışamayacak kadar yaşlı olduğu için çalışmadığını belirtmiştir. Hanehalkı reislerinden 7'sinin (%50) herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Zorunlu sağlık sigortası bulunan 4 hanehalkı reisinin (%57,1) sağlık güvencesi Yeşil Kart ve 3'ünün (%42,9) SSK'dır. Hanehalkı üyelerinin genelinde ise 36'sının (%63,15) sağlık güvencesi

bulunmaktadır ve 27'sinin (%75) sağlık güvencesi Yeşil Kart'tır, geri kalan 9 kişinin ise SSK'dır.

8. 14 hanehalkının 10'unda (%71,4) telefon, 6'sında (%42,9) cep telefonu, 1'inde (%7,1) bilgisayar, 12'sinde (%85,7) buzdolabı, 8'inde (%57,1) gazlı veya elektrikli fırın, 9'unda (%64,3) çamaşır makinesi, 7'sinde (%50) ütü, 10'unda (%71,4) elektrikli süpürge, 11'inde (%78,6) televizyon bulunmaktadır.
9. 14 hanenin 3'ünde yaşayan bireyler (9 kişi) aynı zamanda günlük 2,15\$'ın altında yaşamaktadırlar. 14 hanenin tamamında yaşayan bireylerin kişi başına düşen günlük gelirleri 4,3\$'ın altındadır.
10. 14 hanede yaşayan toplam 28 kişinin (%49,1) 6 aydan uzun süren bir hastalığı bulunmaktadır. 13 kişide Esansiyel (birincil) hipertansiyon, 4 kişide Astım, tanımlanmamış, 3 kişide Diyabetes mellitus, tanımlanmamış hastalığı bulunmaktadır. 14 hanede yaşayan 11 kişi son 4 haftada aniden hastalanmış veya yaralanmıştır.

Tablo-4.44'de hanelerin katastrofik sağlık harcaması yapıp yapmama durumları ile hanehalkı üyeleri arasında 6 aydan uzun süren hastalığın/sakatlığın olma durumu arasındaki ilişki verilmektedir. Katastrofik sağlık harcaması yapma durumu, hanehalkı üyeleri içinde altı aydan uzun süren hastalığı ve/veya sakatlığın olup olmamasına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 7.35$; $sd = 1$; $p < 0.05$) ve hanehalkı üyeleri arasında 6 aydan uzun süren hastalığı/sakatlığı olan haneler arasında katastrofik sağlık harcamasıyla karşılan daha fazla hane belirlenmiştir.

Tablo-4.44 : Katastrofik Sağlık Harcaması İle 6 Aydan Uzun Süreli Hastalık/Sakatlık Durumu İlişkisi

Katastrofik Sağlık Harcaması Durumu	Hanehalkı Üyelerinin 6 Aydan Uzun Süreli Hastalık Durumları					
	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)	Sayı (n)	Yüzde* (%)
Evet	96	31,3	211	68,7	307	100
Hayır	29	50,9	28	49,1	57	100
Toplam	125	34,3	239	65,7	364	100

* Tabloda gösterilen Yüzdeler (%) Satır yüzdesidir.

V. TARTIŞMA

Araştırmanın kavramsal çerçevesi göz önünde bulundurularak elde edilen bulgular şu şekilde değerlendirilebilir;

Etimesgut ilçesinde 2005 yılı Nisan ve Mayıs ayı süresince yapılan araştırmaya 92 hane katılmıştır. Bu 92 hanede toplam 364 kişi yaşamaktadır. 18 hane (%19,6) yalnız yaşayan kişilerden oluşmaktadır ve en kalabalık 3 hane toplam sekiz kişiden oluşmaktadır. Ortalama hanehalkı büyüklüğü 3,96 kişidir (SS = ± 2,06). Yalnız yaşayan 18 hane bulunmuş olup, bu hanelerde yaşayanların 15'inin cinsiyeti kadındır. 92 hanenin 31'inde hanehalkı reisi kadındır.

Hanehalkı reisinin cinsiyeti ile hanenin yoksulluk sınırının (günlük 2.15\$ sınır olarak kabul edilmiştir) altında olup olmama durumu karşılaştırıldığında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 9.61$; $sd = 1$; $p < 0.05$); kadınların hanehalkı reisi olduğu haneler arasında günlük 2\$'ın altında gelirle yaşayan hane daha fazladır. Bu bulgu araştırmanın hanehalkı reisinin cinsiyeti ile yoksulluk sınırının altında olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğuna ilişkin hipotezini desteklemektedir.

Casper, McLanahan ve Garfinkel (1994) Lüksembourg Gelir Çalışması verilerini kullanarak yaptıkları araştırmada özellikle Amerika'da olmak üzere İngilizce konuşulan ülkelerde ve Almanya'da kadınların erkeklerden daha çok yoksulluk içinde yaşadıkları sonucuna ulaşmışlardır. Pressman (2000)'ın yaptığı çalışmada kadın reisli hanehalkları ile diğer hanehalkları arasında yoksulluk oranları karşılaştırılmıştır ve Lüksembourg Gelir Çalışmasının yapıldığı 23 ülkeden 21'inde kadınların daha yoksul olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer olarak Rake ve Daly (2002) kadın ve erkek reisli hanehalklarının ortalama net gelirlerini karşılaştırmışlar

ve kadın reisli hanehalklarının ortalama gelirlerinin daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Gornick, 2004). Etimesgut ilçesinde yapılan bu çalışmada da hanelerin gelirleri hanehalkı reisinin cinsiyetine göre karşılaştırıldığında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 5.721$; $sd = 2$; $p < 0.05$); hanehalkı reisinin kadın olduğu hanelerin gelirleri daha düşüktür. Bu yönüyle araştırmanın 2. hipotezinde H_1 kabul edilmiştir. DİE tarafından uygulanan 1994 Hanehalkı Tüketim Harcamaları Anketinden elde edilen verilerle yapılan bir çalışmada hanehalkı reisi kadın olan hanelerin yoksulluk riskinin erkek olanlara göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmış ve bu hanelerin yoksulluk riskinin %57 daha fazla olduğu belirlenmiştir (Alıcı, 2002:12). 2003 yılında Dünya Bankası'nın Türkiye'de yaptığı araştırmada da; kadınların iş bulmada çok fazla zorluk yaşaması ve bu yüzden daha fazla nakit sıkıntısı çekmesi nedeniyle kadın reisli hanehalklarının, en yoksullar ve yoksulluktan kurtulma umudu olmayanlar arasında oldukları vurgulanmıştır (World Bank, 2003:112).

Yoksullukla yakın ilişkili olarak düşünülen bir diğer faktör de, işsizliktir. Çalışmanın bulgularına göre hanehalkı reisinin çalıştığı haneler arasında kişi başı günlük 2.15\$'ın altında geliri olan 4 hane (% 12,5) bulunurken, işsiz hanehalkı reisleri arasında 23 kişi (%38,3) bulunmaktadır. İşli olan hanehalkı reisleri arasında yoksul olma durumu daha azdır ($X^2 = 5.529$; $sd = 1$; $p < 0.05$). Bu bulgu araştırmanın hanehalkı reislerinin cinsiyetleri ile hanenin gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğuna ilişkin hipotezini desteklemektedir. Dünya Bankası (2003) tarafından yapılan çalışmada Türkiye'de hanehalkı reisinin çalıştığı hanehalklarının yoksulluk oranı %17.2 olarak belirlenmişken, hanehalkı reisinin çalışmadığı hanehalkları için bu oran %30.6'dır. Littman (1989) Amerika'da yaptığı çalışmada yoksul hanehalkı reisleri ile yoksul olmayan hanehalkı reislerinin istihdam durumlarını, ve çalışmama nedenlerini karşılaştırmıştır. Çalışmada 1986 yılında, yoksul olmayan hanehalkı reislerinin istihdam oranı % 79,7 olarak belirlenirken, yoksul hanehalkı reislerinde bu oran %49,8'dir. Etimesgut ilçesinde yapılan bu çalışmada, çalışabilecek yaş grubunda (15-64) olduğu halde çalışmayan 11 hanehalkı reisi bulunmaktadır. Bu hanehalkı reislerinin en önemli çalışmama nedenleri şu

şekilde dağılım göstermektedir; ev kadını (% 36,4), özür/engelli/hasta (% 18,2) ve iş bulamamış (%45,4). Hanehalkı reislerinin çalışmama nedenleri ile hanenin yoksulluk sınırı altında yaşayıp yaşamaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak Littman (1989)'ın yaptığı araştırmaya katılan yoksul olan ve yoksul olmayan erkek hanehalkı reisleri arasında çalışmama nedenleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. yoksul olan erkek hanehalkı reisleri çalışmama nedenlerine göre şu şekilde dağılım göstermektedir; %36'sı hasta veya emekli, %37'si emekli, % 13'ü iş bulamıyor, %9'u ev işleriyle ilgileniyor, % 3'ü okuyor ve %3'ü de diğer nedenler. Araştırmada yoksul olmayan hanehalkı reislerinin çalışmama nedenleri ise ; %75'i emekli, %16'sı hasta veya engelli, %2'si iş bulamamış, %6'sı ailesel nedenler ve % 1'i diğer nedenlerdir. Yoksullukla ilgili literatürde hanehalkı reisinin çalıştığı sektör ve mesleği yoksulluk riski açısından önemli olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu çalışmada gerek hanehalkı reisinin gerekse diğer hanehalkı üyelerinin çalıştıkları sektörler ve meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bunun nedeni araştırma örnekleminin, sektörler ve meslekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların bulunduğu çalışmalarla kıyaslandığında çok daha küçük olması ve araştırma kapsamında çok az bir nüfusun çalışması olarak düşünülmektedir.

Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi yoksulluğu etkileyen önemli bir faktördür. Araştırmaya katılan hanehalkı reislerinden okur yazar olmayanlar ve okur-yazar olup okul bitirmemiş olanların %40'ının hanehalkı üyeleri günlük 2.15\$'ın altında bir gelirle geçinmektedir. Bu oran en az ilkokul bitirmiş hanehalkı reislerinde % 19,1'e düşmektedir. Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi ve yoksulluk durumu arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($X^2 = 3.867$; $sd = 1$; $p < 0.05$). Bu yönüyle araştırmanın hanehalkı reisinin eğitim düzeyi ve yoksulluk durumu arasında istatistiksel olarak bir ilişki olduğuna ilişkin hipotez desteklenmektedir. Dünya Bankası'nın 2003 yılında Türkiye'de yaptığı araştırma da eğitimin aşırı yoksullukla ilişkili olduğunu göstermektedir. Genel olarak, araştırmaya katılan hanehalkı reislerinin %6'sı okuma-yazma bilmediğini belirtmiştir. Bu hanelerde yoksulluk oranı (toplumun yüzdesi olarak) %4.4'dür (ortalama yoksulluk oranı ise %1.8'dir).

sadece temel eğitim almış hanehalklarının yoksulluk oranı, %3 iken, lise mezunu hanehalklarında bu oran %0.5 olarak belirlenmiştir.

Hanelerin yaşadıkları konutun özelliklerine göre yoksulluk durumunu incelediğimizde; gecekonduda yaşayanlar (%32,8), apartmanda yaşayanlara (%22,6), kiracılar (%30,8) ev sahiplerine (%28,2) göre daha yoksuldur.

Oturulan konutun oda sayısı ile yoksulluk sınırı altında olup olmama durumu karşılaştırıldığında oturduğu konutun oda sayısı (salon dahil) ortalamanın altında (Ortalama = 2,96) olanlar (%32,2) ile ortalamanın üstünde olanlar (% 8,7) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 5.050$; $sd = 1$; $p < 0.05$) ; oturduğu konutun oda sayısı daha az olanlar daha yoksuldur. Bu bulgu araştırmanın oturulan konutun oda sayısı ile yoksulluk sınırı altında olma durumu arasında bir ilişki olduğuna ilişkin hipotezi desteklemektedir.

Hane içerisinde tuvaleti olmayanlar/ evin dışında olanlar (%61,9), tuvaleti evin içinde olanlara (% 19,7) göre daha yoksuldur. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($X^2 = 11.950$; $sd = 1$; $p < 0.05$). Bu bulgu araştırmanın hanenin kullandığı tuvalet tipleri ile yoksul olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu hipotezini desteklemektedir.

Oturduğu konutta ayrı banyo olup olmaması durumu ile yoksulluk durumu karşılaştırıldığında oturduğu konutta ayrı banyosu olanlar (%53,6) olmayanlara (%18,8) göre daha yoksul olduğu belirlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır ($X^2 = 9.773$; $sd = 1$; $p < 0.05$). Bu bulgu araştırmanın ayrı banyo bulunması ile yoksulluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğuna ilişkin hipotezini desteklemektedir.

Araştırmaya katılan haneler aylık ortalama 58.14 YTL' lik gıda ve alkolsüz içecek tüketmektedirler. Bu toplam harcamalarının ortalama % 20.79'unu oluşturmaktadır.

Hanelerin yaptıkları gıda harcamaları tüm dünya ülkelerinde farklılık göstermektedir. Örneğin yüksek gelirli ülkelerde yaşayanlar gelirlerinin %16'sını gıdaya harcarken, orta gelirli ülkelerde yaşayanlar %35'ini, düşük gelirli ülkelerde yaşayanlar % 55'ini gıda ve alkolsüz içecekler için harcamaktadır (Meade ve Rosen, 1996). 2003 Hanehalkı Bütçe Anketi sonuçlarına göre Ankara ilinde hanelerin harcama alt kategorileri incelendiğinde gıda ve alkolsüz içecekler ortalama %17'lik bir paya sahiptir, Türkiye geneli için bu oran %27,5 olarak belirlenmiştir (DİE, 2004a).

Etimesgut ilçesinde yapılan bu çalışmada hanelerin gıda harcamaları içinde en önemli alt harcama gruplarının ekmek ve tahıllar (%33.38), alkolsüz içecekler (%15.16), şeker vb. (% 12.16) ve süt, peynir, yumurta (%12.11) olduğu belirlenmiştir.

Hanelerin gıda ve alkolsüz içecek harcaması ($z = -2.96$; $p < 0.05$), alkollü içecek, sigara ve tütün harcaması ($z = -2.737$; $p < 0.05$), konut,su, elektrik, gaz ve diğer yakıt harcaması ($z = -2.157$; $p < 0.05$), sağlık harcaması ($z = -2.847$; $p < 0.05$), haberleşme harcaması ($z = -2.820$; $p < 0.05$) ve eğitim harcaması ($z = -3.393$; $p < 0.05$) alt gruplarında hanehalkı reislerinin cinsiyetleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu bulgu araştırmanın hanehalkı reisinin cinsiyeti ile hanehalkı harcamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğuna ilişkin hipotezini desteklemektedir. Sıra ortalamaları dikkate alındığında, bahsedilen tüm harcama alt dallarında erkek reisli hanelerin daha fazla harcama yaptıkları anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan hanelerin gelirlerine göre yaptıkları genel harcamalar farklılık göstermektedir. Hanelerin gıda ve alkolsüz içecek harcaması ($z = -7.712$; $p < 0.05$), alkollü içecek, sigara ve tütün harcaması ($z = -2.855$; $p < 0.05$), kafeterya, kantin ve restoranlarda tüketilen gıda maddeleri harcaması ($z = -2.16$; $p < 0.05$), evde kullanılan gıda-dışı ürün (kibrit, mum, sabun, tıraş bıçağı, süpürge vb.) harcaması ($z = -6.032$; $p < 0.05$), konut,su, elektrik, gaz ve diğer yakıt harcaması ($z = -4.799$; $p < 0.05$), sağlık harcaması ($z = -3.28$; $p < 0.05$), ulaştırma harcaması ($z = -7.18$; $p < 0.05$),

0.05), haberleşme harcaması ($z = -7.041$; $p < 0.05$) ve eğitim harcaması ($z = -4.427$; $p < 0.05$) alt gruplarında hane gelirinin ortalamasının altına ve üstünde olması arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu bulgu araştırmanın hanelerin gelir düzeyleri ile yaptıkları genel harcamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğuna ilişkin hipotezini desteklemektedir. Sıra ortalamaları dikkate alındığında, bahsedilen tüm harcama alt dallarında hanenin aylık gelirinin ortalamasının üstünde olduğu hanelerin daha fazla harcama yaptıkları anlaşılmaktadır.

Hanelerin tahıl ($z = -4.114$; $p < 0.05$), et ($z = -4.627$; $p < 0.50$), meyve ($z = -3.677$; $p < 0.05$), sebze ($z = -4.629$; $p < 0.05$), şeker ($z = -2.024$; $p < 0.05$) ve diğer gıda ürünlerini tüketimlerinde ($z = -2.946$; $p < 0.05$) hane gelirinin ortalamasının altında ve üstünde olması arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu yönüyle araştırmanın hanelerin yaptıkları gıda alt harcamalarının gelir düzeylerine göre değiştiğine ilişkin hipotezini desteklemektedir. Sıra ortalamaları dikkate alındığında, aylık geliri 334 YTL ve altında olan hanelerin tahıl (gıda tüketimlerinin ortalama %40'ı) ve şeker tüketimlerinin % 12) daha fazla olduğu anlaşılmaktadır (aylık geliri 335 YTL ve üstünde olan hanelerin gıda tüketimleri içerisinde tahıla ve şeker ayırdıkları pay sırasıyla; %28 ve %11'dir). Diğer taraftan sıra ortalamaları, aylık geliri ortalamasının üstünde olan hanelerin et (gıda tüketimlerinin ortalama %6,8'i), meyve (%5), sebze (%8,3) ve diğer gıda ürünlerini (%3,6) daha fazla tükettiklerini göstermektedir (aylık geliri 334 YTL ve altında olan hanelerin bu alt gıda tüketimleri sırasıyla; et ; %2.1, meyve; % 2.6, sebze; %4.3 ve diğer gıda ürünleri; % 0.41'dir).

İsviçre'de 1995'de yapılan bir çalışmaya göre; hanehalkı gıda harcamaları içinde en önemli alt grupların et, süt ve şeker olduğu belirlenmiştir. Hanelerin bazı gıda alt harcamaları şu şekildedir; süt %27,5; sebzeler %3,5, tahıl %7,8, et %26,9, balık %0,3, yumurta %1,2, patates %2,6, şeker %17,2 (OECD, 2001c). Amerika'da yapılan bir araştırma hanehalkı reisinin 65- 74 yaş arasında olduğu hanelerin diğer hanelere göre daha çok tahıl ve tahıl ürünleri, süt, sebze ve meyve tükettikleri sonucuna ulaşmıştır (Haris ve Blisard, 2002).

Sağlık güvencesi yeşil kart olan haneler ve hanehalkı üyeleri, diğer sağlık güvence sistemleri kapsamında yer alanlardan daha yoksuldur. Sağlık güvencesi yeşil kart olanların %35,6'sı günlük 2\$'ın altında bir gelire geçinirken, diğer sağlık güvencesi kapsamında yer alan hanelerin ve hanehalkı üyelerinin hepsi bu sınırın üzerinde yaşamaktadır. Bahsedilen bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($X^2=54.014$; $sd = 1$; $p < 0.05$). Bu doğrultuda araştırmanın hanehalkı üyelerinin sağlık sigortalarının türü ile hanenin yoksulluk sınırının altında olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğuna ilişkin hipotezi desteklenmektedir. Bu bulgu Dünya Bankası (2003) araştırmasıyla benzerlik göstermektedir. Bahsedilen çalışmada da sağlık güvencesi yeşil kart olanların yaklaşık ortalamadan iki kat fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve bu yönüyle, sosyal güvence kapsamında değerlendirilen yeşil kart uygulamasının tek başına yeterli bir sağlık güvencesi olmadığı belirtilmiştir.

6 aydan uzun süreli hastalık/ sakatlık durumu sahip olunan zorunlu sigorta türüne göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 23.18$; $sd = 1$; $p < 0.05$); zorunlu sağlık sigortası Yeşil Kart olan hanehalkı üyeleri arasında 6 aydan uzun süreli hastalığı/ sakatlığı olan daha fazla kişi vardır. Bu doğrultuda, araştırmanın hanehalkı üyelerinin 6 aydan uzun süren hastalık/ sakatlık durumunun, zorunlu sağlık sigortası türüne (Yeşil Kart ve diğer sigorta türleri) göre değiştiğine ilişkin hipotezi desteklenmektedir.

Hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayısı cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 = 1.93$; $sd =1$; $p > 0.05$). Bu yönüyle araştırmanın cinsiyetlere göre kronik hastalık sayısının farklılaştığı hipotezi desteklenmemektedir.

Hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayıları, bu üyelerin yaşadıkları hanenin gelirinin araştırmaya katılan hanelerin ortalama gelirinin altında veya üstünde olup olmamasına göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 3.88$; $sd =1$; $p < 0.05$) ; hane gelirinin

ortalama gelirin üstünde olduğu hanehalkı üyelerinin daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır. Bu yönüyle araştırmanın sahip olunan kronik hastalık sayısının hane gelirinden etkilendiğine ilişkin hipotezi desteklenmektedir. Hollanda’da 2000 yılında yapılan bir çalışmada da kronik hastalığı olanlar arasında yoksulluğun daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada kronik hastalığı olanların %14’ü yoksul olarak belirlenmişken, kronik hastalığı olmayanlar arasında bu oran %5 olarak belirlenmiştir. Yoksulluk prevalansının kronik hastalığı olanlar arasında yaygın olması; gelir düzeyinin düşüklüğü kadar yapılan tıbbi harcamaların da bir sonucu olarak değerlendirilmiştir (Agt ve diğerleri, 2000).

Hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayıları, eğitim düzeylerine göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 20.22$; $sd = 4$; $p < 0.05$); iki ve daha fazla kronik hastalığı olan hanehalkı üyelerinin eğitim düzeyleri daha düşüktür. Bu doğrultuda araştırmanın sahip olunan kronik hastalık sayısının eğitim düzeyine göre farklılaştığı hipotezi desteklenmektedir.

Hanehalkı üyelerinin genel sağlık değerlendirmeleri cepten yapılan sağlık harcamaları (cepten yapılan ortalama sağlık harcamasının altı ve üstü şeklinde 2 grup olarak) ile karşılaştırıldığında üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 = 1.32$; $sd = 2$; $p > 0.05$). Bu doğrultuda araştırmanın genel sağlık değerlendirmesinin cepten yapılan sağlık harcaması ile ilişkili olduğu hipotezi desteklenmemektedir.

Sağlık değerlendirmesini yapan hanehalkı üyelerinin yaptıkları değerlendirmeler yaşadıkları hanenin gelirin göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 23.33$; $sd = 2$; $p < 0.05$) ve geliri ortalamanın üstünde olan hanelerde yaşayan hanehalkı üyeleri sağlıklarını daha çok “iyi” kategorisinde değerlendirirken, hane gelirinin ortalama gelirin altında olduğu hanehalkı üyeleri sağlıklarını “kötü” şeklinde değerlendirmiştir. Bu yönüyle araştırmanın kişilerin genel sağlık değerlendirmelerinin hane gelirinden etkilendiği hipotezi desteklenmektedir.

Genel sağlık değerlendirmesi yapan hanehalkı üyeleri cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; sağlığını kötü olarak değerlendiren hanehalkı üyelerinin çoğunun (%63,2) cinsiyeti kadındır ($X^2 = 15.99$; $sd = 2$; $p < 0.05$). Bu yönüyle araştırmanın cinsiyetler arasında sağlık değerlendirmelerinin değiştiiği hipotezi desteklenmektedir.

Araştırmaya katılan hanehalkı üyelerinin sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri ile kapsamında buldukları zorunlu sağlık sigortası türü arasında bir ilişki olup olmadığı değerlendirildiğinde, yeşil kart kapsamında yer alan hanehalkı üyeleri ile diğer sağlık sigortaları kapsamında yer alan hanehalkı üyelerinin genel sağlık durumlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı değerlendirdikleri belirlenmiştir ($X^2 = 26.70$; $sd = 2$; $p < 0.05$). Bu doğrultuda araştırmanın hanehalkı üyelerinin sağlık sigortalarının türüne göre sağlıklarını değerlendirmelerinin değişeceği hipotezi desteklenmektedir. Zorunlu sağlık sigortası yeşil karttan farklı olan hanehalkı üyelerinin 90'ı (% 78,9) sağlığını “iyi” olarak değerlendirirken, sağlık sigortası yeşil kart olan hanehalkı üyeleri arasında sağlığını “iyi” olarak değerlendiren 58 kişi (%46,8) bulunmaktadır.

Sigara kullanan hanehalkı üyelerinin günlük tükettikleri sigara miktarı cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($z = -4.077$, $p < 0.05$); sıra ortalamaları dikkate alındığında, sigara kullanan erkeklerin günlük ortalama tükettikleri sigara miktarının kadınların tüketiminden daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Bu yönüyle araştırmanın cinsiyetlere göre günlük sigara tüketiminin farklı olduğu hipotezi desteklenmektedir. Sigara kullanan erkekler bir günde ortalama 1,07 paket sigara tüketirken ($SS = \pm 0.443$), kadınlar ortalama 0.60 paket tüketmektedirler ($SS = \pm 0.316$).

Sigara kullanan hanehalkı üyelerinin günlük tükettikleri sigara miktarı hanenin gelirine göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2_{(1)} = 0.00$; $p > .05$). Bu bulgu araştırmanın hane gelirine göre

bireylerin günlük sigara tüketimleri arasında farklılık olduğuna ilişkin hipotezi desteklememektedir.

92 hane arasında 10 hane(%10,9) içinde yaşayan hiç kimsenin sağlık hizmetine ihtiyacı olmamıştır. 27 hane (%29,3) maddi açıdan zorlanmadan hanehalkı üyelerinin sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamıştır. 39 hane (%42,4) sağlık hizmeti ihtiyacı için gerekli parayı bulmada zorlandığını, 16 hane (%17,4) ise çok zorlandığını belirtmiştir. Sağlık hizmeti ihtiyacı için para bulmada zorlanan 55 haneden 12'sinde hiçbir bireyin sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Para bulmada az ya da çok zorlanıldığını belirten hanelerin 38'inin hanehalkı reisi ücret karşılığında çalışmamaktadır. Hanehalkı üyelerinin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin bedeli olan parayı bulmada az ya da çok zorlandığını belirten 55 haneye bu parayı sağlamak için herhangi bir şey yapmaları gerekip gerekmediği sorulmuştur. Sağlık hizmetinin bedeli olan parayı 12 hane (%22,2) borç alarak, 2 hane (%3,7) eşya (telefon ve televizyon) satarak, 2 hane (%3,7) konut ihtiyaçlarını erteleyerek (kira ödemesi, elektrik ve su faturalarının ödenmesi) karşılamıştır. Ayrıca daha önce maddi durumlarının iyi olduğunu ancak hane halkı üyelerinin sağlık problemleri nedeniyle evlerini sattığını belirten 2 hane (%3,7) bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan hanehalkı üyeleri arasında tıbbi yardım erteleme /aramama sıklığı ortalama 4,66'dır (SS = ±1,17 YTL).

Sağlık hizmeti ihtiyacını en az bir kez erteleyen 79 hanenin ortalama aylık geliri 356,51 YTL' dir (SS = ± 205,82 YTL). Bahsedilen 79 hanenin 8'inde yaşayan hanehalkı üyelerinin hiçbir sosyal güvencesi bulunmamaktadır, 47'si Yeşil Kart kapsamındadır ve 24'ü diğer bir sağlık güvencesi kapsamında yer almaktadır. Sağlık hizmeti ihtiyacının ertelendiği hanelerde hanehalkı reislerinin cinsiyetlerine göre dağılımları şu şekildedir; 53 hanenin hanehalkı reisinin cinsiyeti erkektir ve 26 hanenin reisi kadındır. İhtiyaç duyulduğu halde hanehalkı üyelerinin tıbbi yardım aramadığı ve /veya tıbbi yardımı ertelediği hanelerin hanehalkı reislerinin 24'ü (% 30,4) okur-yazar değildir, 13'ü (% 16,5) okur-yazar olup okul bitirmemiştir ve 31'i

(39,2) ilkokul mezunudur. Geri kalan 11 kişinin 8'i (%10,1) ortaokul, 2'si (%2,5) lise ve 1'i (%1,3) lise dengi meslek okulunu tamamlamıştır. Bahsedilen 79 hane salon dahil ortalama 3,07 odalı konutta yaşamaktadır (SS = ± 0,88). Bu hanelerin 71'inin içme suyunun ana kaynağı evde/bahçede şehir suyudur. 4 hane evde /bahçede kuyu suyu kullandığını belirtmiştir ve içme suyu olarak pınar /ortak kullanılan çeşme kullanan 3 hanenin tamamı en az bir kez sağlık hizmeti ihtiyacını ertelemiştir.

Fitzpatrick ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada, geliri çok düşük olan insanların, yaşlıların, kadınların, eğitim seviyesi düşük olan insanların ve sigortası olmayan/ yetersiz olan insanların sağlık hizmetlerine ulaşımında en riskli grup olduğu belirtilmiştir. Bu bulgular, Etimesgut ilçesinde yapılan bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Sağlık hizmetlerine ulaşım ile ilgili olarak görüşülen kişiye yöneltilen bir diğer soru da hanehalkı üyelerinden hasta olan bir kişinin hastaneye sevk edildiği halde gitmediği olup olmadığı, eğer gitmediyse bunun sıklığı ve nedenidir. 92 hanede hanehalkı üyeleri arasında hastaneye sevk edildiği halde gitmeyen 6 hane (%6,5) bulunmaktadır. Bu altı hanede toplam 29 kişi yaşamaktadır ve ortalama hanehalkı büyüklüğü 4,83 kişidir (SS = ± 2,99 kişi). Bahsedilen 29 kişiden 6'sının kronik hastalığı bulunmaktadır ve bu kişiler arasında ortalama kronik hastalık sayısı 1,33'dür (SS = ± 0,50) Bu hanelerin ortalama aylık geliri 265,00 YTL' dir (SS = ± 163,43 YTL). Bu hanelerde hastaneye gitmeme nedeni olarak tedaviye maddi gücünün yetmemesi gösterilmiştir, ancak sadece bir hanenin üyelerinin hiçbiri sağlık güvencesi kapsamında yer almamaktadır.

Hanehalkı üyeleri ile ilgili araştırılan bir diğer nokta da içlerinden herhangi birinin indirimle ilaç alma hakkı olup olmadığıdır. İndirimle ilaç hakkı olmayan hanelerin aylık gelirleri ortalama 165,83 YTL' dir (SS = ± 139,76 YTL). İndirimli ilaç alma hakkı olanların ortalama aylık geliri 359,18 YTL ise bu değerden yaklaşık 2 kat fazladır (SS = ± 205,14 YTL).

Katastrofik sağlık harcamasıyla karşılaşan 14 hanenin bazı özellikleri;

Hanehalkı reislerinden sadece 1'i (%7,1) ortaokul, 7'si (%50) ilkokul mezunudur. 2'si (%14,3) okur yazar olup okul bitirmemiştir ve 4'ü (%28,6) okur-yazar değildir. 14 hanehalkı reisinin sadece 2'si (%14,3) ücret karşılığında bir işte çalışmaktadır. Bu kişilerden biri hizmet işlerinde, diğerisi de tarım dışı üretim faaliyetlerinde çalışmaktadır. Çalışmayan 12 hanehalkı reisinin 3'ü (%25) özürlü/engelli/hasta olduğu için 9'u (%75) ise çalışamayacak kadar yaşlı olduğu için çalışmadığını belirtmiştir. Hanehalkı reislerinden 7'sinin (%50) herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Zorunlu sağlık sigortası bulunan 4 hanehalkı reisinin (%57,1) sağlık güvencesi Yeşil Kart ve 3'ünün (%42,9) SSK'dır. Hanehalkı üyelerinin genelinde ise 36'sının (%63,15) sağlık güvencesi bulunmaktadır ve 27'sinin (%75) sağlık güvencesi Yeşil Kart'tır, geri kalan 9 kişinin ise SSK'dır. 14 hanenin 3'ünde yaşayan bireyler (9 kişi) aynı zamanda günlük 2,15\$'ın altında yaşamaktadırlar. 14 hanenin tamamında yaşayan bireylerin kişi başına düşen günlük gelirleri 4,3\$'ın altındadır. 14 hanede yaşayan toplam 28 kişinin (%49,1) 6 aydan uzun süren bir hastalığı bulunmaktadır. 13 kişide Esansiyel (birincil) hipertansiyon, 4 kişide Astım, tanımlanmamış, 3 kişide Diyabetes mellitus, tanımlanmamış hastalığı bulunmaktadır. 14 hanede yaşayan 11 kişi son 4 haftada aniden hastalanmış veya yaralanmıştır.

Katastrofik sağlık harcaması yapma durumu, hanehalkı üyeleri içinde altı aydan uzun süren hastalığı ve/veya sakatlığın olup olmamasına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2 = 7.35$; $sd = 1$; $p < 0.05$) ve hanehalkı üyeleri arasında 6 aydan uzun süren hastalığı/sakatlığı olan haneler arasında katastrofik sağlık harcamasıyla karşılan daha fazla hane belirlenmiştir. Bu bulgu araştırmanın hanehalkı üyeleri içinde altı aydan uzun süren hastalığın /sakatlığın olması ile katastrofik sağlık harcaması yapma arasında ilişki olduğuna ilişkin hipotezi desteklemektedir.

Hanehalkı üyelerinin sahip oldukları kronik hastalık sayısı hanenin katastrofik sağlık harcamasıyla karşılaşması durumuna göre incelendiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2 = 3.02$; $sd = 2$; $p > 0.05$). Bu bulgu araştırmanın kronik hastalık sayısı ile katastrofik sağlık harcaması yapma durumu arasında ilişki olduğuna ilişkin hipotezi desteklememektedir.

VI. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada yoksulluk ve sağlık ilişkisi “yoksul insanların sağlık durumları, sağlık hizmetleri kullanımları ve sağlık harcamaları” araştırılarak, açıklanmaya çalışılmıştır. Çalışmanın kavramsal çerçevesi doğrultusunda bulgular hem mikro ve hem de makro bazda değerlendirilmiştir.

Bazı kısıtlılıklarına rağmen, Etimesgut ilçesinde yapılan bu çalışma yoksulluğun sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra, diğer bir çok faktörle birlikte kronik ve akut hastalıkların oluşumunu etkileyen yoksulluğun sosyal ve ekonomik durumlar nedeni ile, sağlık hizmeti kullanımını azalttığı, az sayıda yapılan sağlık hizmeti başvurusunun bile hanelerin yaşamlarını belirli bir standartta sürdürmesini engelleyen katastrofik sağlık harcamasına neden olduğunu da açık bir şekilde göstermiştir.

Yoksul insanlar arasında kronik hastalıkların fazla olması, ve buna rağmen sağlık ihtiyaçlarını ertelemeleri mikro ve makro düzeyde sağlık sistemi için sıkıntı yaratmaktadır. Yoksul insanların sağlık ihtiyaçlarını ertelemeleri hastalıklarının ciddiyetinin artmasına ve dolayısıyla maliyetinin de artmasına neden olmaktadır. Burada bahsedilen maliyet sadece hanehalkı için değil, başvuru alan sağlık kuruluşu ve eğer varsa sağlık güvence sistemi için de ek maliyet demektir. Sadece yoksul insanları katastrofik sağlık harcamalarından korumak adına değil, aynı zamanda sağlık sisteminin tüm düzeylerinde kaynakların etkin kullanımı ve dağıtımını sağlayabilmek için de, kronik hastalıkların sağlık kurumları için maliyetlerinin fazlalığı ve sağlık kuruluşu büyüdükçe maliyetlerinin de arttığı (hastalık ciddileştikçe, başvuru alan sağlık kuruluşunun düzeyi de arttığı için) dikkate alınarak yoksullar arasında sağlık hizmetlerini kullanımını teşvik edici programlar geliştirilmesi gerekliliği bu çalışmanın önemli bir sonucudur.

Yoksulluk olgusunda önemli ve öncelikli kabul edilmesi beklenen temel nokta, yoksulluğun sonuçları kadar nedenlerinin de incelenilmesi gerekliliğidir. Bu yüzden ülke genelinde ve yerel yönetim düzeylerinde, yoksulluk değerlendirmeleri ve ihtiyaç değerlendirmeleri aracılığıyla yoksulları ve yoksulların koşullarını tanımlamak gerekmektedir. Bölgedeki alt sektör yöneticileri öncelikle kendi alanları ile ilgili bölgenin yoksulluk profilini çıkarmalıdır. Yoksulları ve koşullarını tanımlamak bölge düzeyinde yapılacak planlamalar için önemlidir. Ayrıca bölgelerde çıkarılmış profiller birleştirilerek ülke genelinde planlamalar yapılabilir. Bu noktadan hareketle, bu araştırmanın sonuçlarının bölgedeki sosyal yardım ve sağlıkla ilgili idari yöneticiler tarafından incelenmesi ve elde edilen bulguların özellikle kaynak kullanımıyla ilgili planlamalarda kullanılması yararlı olabilir.

Yoksulluk sadece bu olguyu yaşayanları değil, aynı zamanda yoksul hanhalklarının yaşadığı bölgedeki tüm kurum ve kuruluşları etkilemektedir. Özellikle araştırma bulgularının da ortaya koyduğu gibi işsizlik, eğitim düzeyinin yetersizliği, kötü beslenme ve sağlıksızlık yoksullukla kısır birer döngü içerisindedir. Bu kısır döngüyle ilgili olarak, öncelikle yoksul insanları yoksulluktan çıkaracak adımların atılması sorunun çözümüne yardımcı olacaktır.

Çalışmanın istihdam ve eğitimle ilgili elde edilen bulguları gerek bu ilçedeki kurum ve kuruluşlar gerekse benzer özelliklere sahip hanhalklarının yaşadığı ilçelerdeki kurum ve kuruluşlar için önem taşımaktadır. İlçede istihdam olanağı sağlayan işletmeler için araştırma bulgularını değerlendirmek insan kaynakları yönetimi açısından olduğu kadar finansman açısından da önemlidir. Yoksul insanlar, yeterli düzeyde beslenememekte, bunun yanı sıra uygun yaşam şartlarını yakalayamamakta dolayısıyla daha fazla sağlık sorunu yaşamaktadırlar. Yaşanan daha fazla sağlık sorunu işgücü verimliliğini azaltmakta, işe devamsızlıkları ve işgücü devir hızını da arttırmaktadır. Bu, işletmelerin özellikle hizmet işletmelerinin, en büyük sermayesi olarak nitelendirilen insan kaynaklarını, etkin kullanamamasına, dolayısıyla mali açıdan verimsiz olmalarına neden olmaktadır. Bunun yanında üretim kayıpları, üretim karlılığını da azaltmaktadır. Öncelikli olarak bir bölgede faaliyet gösteren işletmelerin mevcut ve potansiyel insan kaynaklarının niteliklerinin farkında

olmaları ve bu farkındalıkla çalışanlarının temel ihtiyaçlarını karşılamaları sosyal yükümlülüklerinin bir parçası olarak beklenmektedir. Bahsedilen temel ihtiyaçlar noktasında işletmelere düşen en büyük sorumluluk, sosyal güvencenin sağlanmasıdır. Etimesgut ilçesinde yapılan bu çalışma ile de yoksul insanların iş bulmada yaşadıkları sıkıntının yanı sıra, iş bulduklarında “kalifiye olmamaları” nedeniyle sosyal güvencelerinin olmaması kısa ve uzun vadede yaşanan geçim sıkıntılarının temel noktalarından biridir.

Eğitimin düzeyinin düşük olmasının işsizliğin, yoksulluğun ve sağlıksızlığın oluşumunda çok büyük bir faktör olduğu bu araştırma bulguları ile desteklenmiştir. Yeterli düzeyde eğitim almamış insanlar iş bulmada daha fazla zorluk çekmekte, iş bulduklarında da daha düşük ücret karşılığında çalışmaktadırlar ve elde edilen daha az gelir insanların yaşamlarının yoksul olarak sürmesine yol açmaktadır. Yoksulluk ve eğitim arasındaki ilişkide en önemli nokta, yoksul hanelerde yaşayan çocukların durumudur. Yoksul haneler arasında gelir yetersizliği, geçinememe gibi nedenlerle çocuklarının eğitimini yarım bırakma durumu ile çok fazla karşılaşmaktadır. Böylece yeterli düzeyde eğitimi alamamış çocuklar, ailelerinden çok büyük oranda yoksulluğu da miras alarak hayatlarına devam etmektedirler. Bu doğrultuda, bölgedeki eğitim kuruluşları yoksul ailelerin çocuklarının psikolojik ve fizyolojik olarak bu sıkıntıyı yaşamamaları için uygulamalar geliştirmelidir. Eğitim kuruluşları bölgedeki zengin ailelerle yoksul aileler arasında dayanışmayı sağlayabilecek en ideal köprülerdir. Bunun yanı sıra ülke düzeyinde yapılabilecek ve uzun vadeli bir çözüm eğitimin ücretsiz olmasıdır. Eğitimle ilgili olarak hanelerin en çok harcama yaptıkları kalemler; genellikle kitap ve dergilerdir. Bölgedeki özel ve kamu eğitim kuruluşları bu durumu göz önünde bulundurarak müfredat belirlemelidir.

Bölgedeki eğitim kuruluşlarının özellikle “yoksulluk” nedeniyle çocukların eğitimini yarım bırakma gibi durumlarla karşılaşmamak için aileleri eğitimin gerekliliği konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapmaları da yararlı olabilir.

Eğitimin yoksulluk üzerindeki etkisi sağlık alanında da ortaya çıkmaktadır. Temel sağlık bilgisini almamış çocuklar, yetişkin olduklarında geçirdikleri veya

sahip oldukları hastalıklar konusunda tamamen pasif kalmaktadırlar. Sağlığı koruma ve kişisel bakım bilgisi üzerinde duran eğitim, yoksulların kendi hayatlarının sorumluluğunu almaları konusunda güçlendirmenin en etkili yolları arasındadır.

Sağlık eğitimi ve sağlık hizmetlerinin sunumu için odak noktası olarak okulları desteklemek için eğitim ve sağlık personelinin ortak eylemlerini gerektiren okul sağlık programları için teknik ve finansal destek sağlanmalıdır.

Yoksulluk ve eğitim ilişkisinde önemli bir nokta da kadınların eğitimiyle ilgili kültürel ve finansal engellerdir. Kadınlar arasında eğitim düzeyinin daha düşük olması, bu grup içerisinde yoksulluğun daha çok ve daha yoğun yaşanmasına neden olmaktadır. Kadınların eğitime ulaşabilmesi için ülke genelinde ve yerel bazda uygulamalar ve politikalar geliştirilmelidir.

Yoksulluğun önemli bir nedeni ve sonucu da aşırı kalabalık ve hijyenik olmayan yaşam koşullarıdır. Hava kirliliğine bağlı solunum hastalıklarının kentlerde yaşayan yoksullar arasında görülme olasılığının daha fazla olduğu kabul edilmektedir. Çevresel etkiler dikkate alınarak yerel yönetimlerde çevreyle ilgili yetkililer ve halk sağlığı yetkilileri arasında işbirliğine dayalı programlar geliştirilmelidir. Özellikle çevresel risklerin fazla olduğu bölgelerde sağlık ve hijyen eğitimi yaygınlaştırılmalıdır. Araştırmanın yapıldığı bölge de dahil olmak üzere, Ankara'nın bir çok yerinde ve diğer bir çok ilde hala kömür ve odun sobaları kullanılmaktadır. Bu bölge sakinlerinin doğal gaz gibi yakıtların tedariğini ve dağıtımını arttırarak daha temiz yakıta ulaşımını arttıracak faaliyetler düzenlenmelidir. Kirlilik ve sağlığın bozulması arasındaki ilişkinin anlaşılmasının geliştirilmesi ve ev içerisinde yoğun olarak yemek pişirilen zamanlarda çocukları dumandan uzak tutmayı teşvik edecek programlar gibi hanehalkı üyelerinin davranışlarını değiştirme programları da ev içi hava kirliliği için bir çözüm yoludur.

Mevcut sosyal programların sürekliliğini, gelişimini sağlamak, ve ihtiyaçlar doğrultusunda bu programları düzenlemek yoksulluk ve sağlıksızlık ilişkisi için önemlidir. Yaptıkları ısınma, giyinme ve gıda yardımlarıyla araştırma kapsamındaki

bir çok hanenin geçimini sağlayan SYDTF' nun sürekliliğini sağlamak, SYDTF' nun 2001 yılından beri uyguladığı SRAP gibi yoksullukla mücadele stratejilerini geliştirmesi için destek sağlamak, genel ve yerel yönetimlerin öncelikli hedeflerinden olmalıdır. İyi oluşturulmuş bir yoksulluk bilgi ağı ile SYDTF' nun ve uyguladığı Sosyal Riski Azaltma Projesi'nin ve bu çerçevede verilen Şartlı Nakit Transferleri'nin bir arada uygulanması ülkemizde yoksulluğun azaltılması, yoksullukla birer kısır döngü oluşturan eğitimsizliğin, sağlıksızlığın, kötü beslenmenin giderilmesi konusunda umut verici bir eylem olacaktır.

Etimesgut bölgesinde yapılan bu çalışma ile, sosyal yardım programları ve sivil toplum kuruluşları ile ilgili önemli bir nokta daha vurgulanmaktadır. Yoksul insanların ihtiyaçlarını karşılamak için düzenlenen programlarda gelişmiş bilgi ağı ile birlikte bölge bazında yardımların tek bir kanal aracılığıyla düzenlenmesi ve dağıtılması hem programların ve kuruluşların amaçlarına ulaşabilmesi hem de sınırlı kaynakların daha verimli kullanılabilmesi için gerekli bir noktadır. Bu yüzden Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarının bulunduğu ilçelerde yoksul hanelere yapılacak her türlü yardımın vakıflar aracılığıyla yapılması yararlı olabilir.

Yoksulluk ve sağlıksızlık kısır döngüsünü kırmak için sağlık sisteminin benimsemesi gereken temel hedeflerden biri de çocuklar arasında yetersiz ve kötü beslenmeyi ortadan kaldırmak olmalıdır. Gıdaların üretimi ve dağıtımını geliştirme ve verimliliştirme, iyi beslenme alışkanlıklarını teşvik etme ve besin maddelerinden yeterli miktarda almayı sağlama yönünde iyi beslenmeyi garanti edecek politikalar geliştirilmeli ve düzenlenmelidir.

Yoksulluk ve sağlıksızlık ilişkisini yok etmek için yerel yönetim kademelerinin sağlık hizmetleri kullanımını ve sağlık durumunu temel alarak yapabilecekleri bazı uygulamalar da mevcuttur. Öncelikle bölgedeki sağlık idarecileri sağlık hizmetleri kullanımını teşvik edici programlar geliştirmelidirler. Araştırma bölgesi de dahil olmak üzere kentsel alanda yaşayan yoksullar, “yoksul” olmalarına karşın bir çok avantaja sahiptirler. Şehirlerde, sağlık hizmetleri, eğitim, finansal ve sosyal hizmetler

kırsal bölgelere göre çok daha fazladır. Buna rağmen, bu bölgede yaşayan insanların sağlık hizmeti ihtiyacı olduklarında sağlık hizmetini kullanmamaları, dış etkenler kadar bireylere özgü iç etkenlerle de ilişkilendirilebilir. Bölgede yaşayan insanların temel sağlık problemleri, nedenleri ve sonuçları ile birlikte incelenerek, bölge sakinleri için temel bilinçlendirme programlarının düzenlenmesi sağlık hizmetleri kullanımını arttırabilir. Böylece daha fazla insan hastalıkları ciddi boyutlara ulaşmadan tedavi edilmek için sağlık hizmetini kullanabilir ve bir çok hastalığın ortaya çıkması koruyucu programlar sayesinde engellenebilir.

Etimesgut ilçesinde bu araştırmanın yapıldığı haneler arasında sağlık hizmeti kullanımı oldukça düşük bulunmuştur. Ülke ve bölge düzeyinde planlama yapabilmek için daha detaylı bir şekilde yoksul insanların sağlık hizmeti arama davranışlarını etkileyen faktörlerin anlaşılması gerekliliği olsa da, bu araştırmanın bulgularından bazı çıkarımlar elde edilebilir. Tıbbi hizmetlerin maliyeti, fiziksel ulaşımın yetersizliği ve uygun olmayan çalışma saatler, tıbbi yardım aramanın gizli maliyetleri, hizmet sunan sağlık kuruluşunda personel yetersizliği, sağlık personelinin davranışı, hizmetlerin kalitesi ve ilaçların bulunabilirliği gibi faktörler yoksul insanların sağlık hizmeti aramalarını etkilemektedir. Bunların yanında eğitim yetersizliği, sağlık problemlerinin anlaşılmaması veya kadın ve kızların sağlık ihtiyaçlarına az önem verilmesi de yoksullar arasında sağlık hizmeti kullanımının düşük olmasında çok önemlidir ve bu araştırmanın bulguları da bu faktörlerin ilk başta sayılanlardan daha önemli olduğunu ortaya koymuştur. Bu yüzden, uzun dönemde yoksul insanların, özellikle kadınların, eğitiminin sağlık hizmeti kullanımı konusunda ilerlemeler sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu insanların eğitiminin yanı sıra sağlık sigortası kapsamlarının ve sağlık hizmet kalitesinin geliştirilmesinin de sağlık hizmeti kullanım oranlarını geliştireceğine inanılmaktadır.

Sağlık hizmetlerine ulaşımın gelişimi finansal koruma politikalarıyla birlikte düşünülmelidir. Sağlık finansman mekanizmalarının planlanması ve uygulanması sağlık bakanlığından başka finans, sosyal refah ve sosyal güvenlik bölümleri gibi bazı kamu birimlerinin sorumluluğundadır. Bahsedilen bu birimler arasında işbirliği

adil bir finansman stratejisinin oluşumu ve yoksul insanların sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayamama olasılığının ortadan kalkması ve dolayısıyla daha yoksullaşmalarının önlenmesi için gereklidir.

Risk paylaşma özelliği ile tek bir fon, sağlık hizmetlerinin para toplama, risk paylaşma, ödeme ve sunumunun genel tüm yönlerinin tasarlandığı yasal ve düzenleyici bir çerçeve, kamu sorumluluğu altında herkesi kapsama, risk paylaşmayı içeren finansal fonksiyonların, ekonomik anlamdaki hizmet sağlama ve daha maliyet-etkili hizmet sunma fonksiyonundan ayrılmış olması gibi arzu edilir özelliklere sahip genel bir sağlık sigortası uygulamasına geçmek Dünya'nın bir çok ülkesinde olduğu gibi ülkemiz sağlık sistemi açısından da çok önemlidir.

Etimesgut ilçesinde yapılan bu çalışma, yoksul hanehalkları hangi düzeyde olursa olsun sağlık harcamalarını karşılamada gelir düzeyi iyi olan hanehalklarından daha fazla zorlandığını açık bir şekilde göstermektedir. Ülke bazında değerlendirdiğimizde, DSÖ' nün yaptığı çalışma ile ortaya konulan katastrofik sağlık harcaması yapan hanehalklarının payı ile toplam sağlık harcamalarında cepten ödemelerin payı arasındaki güçlü ilişki, ön ödeme ve risk havuzlarının hanehalklarını hastalığın katastrofik finansal sonuçlarıyla karşılaşmadan koruyabileceği hipotezini desteklemektedir. Ancak, cepten ödemeler katastrofik ödemelerin tek önemli belirleyicisi değildir. Yoksulluğun yaygınlığı, sağlık hizmetlerine ulaşım ve kullanımın başarısızlığı ve finansal riski paylaşmak için sosyal mekanizmaların yetersizliği katastrofik harcamaların büyük bir bölümünün temel nedenleridir. Bu faktörlerin üçü de kuvvetli olduğunda katastrofik ödemeler çok büyük sorun oluşturmaktadır.

Ulusal sağlık sistemleri hanehalklarını katastrofik ödemelerden koruyacak ve ihtiyaç duyulan hizmetlere ulaşımı sağlayacak şekilde finanse edilmelidir. En basit yaklaşım, sosyal sigortaların gelişimi veya genel vergilerle finansman aracılığıyla cepten harcamaları azaltmaktır. DSÖ' nün bir çok ülkede yaptığı araştırma sonuçları gelişen ücret planları, büyük ölçüde desteklenen veya ücretsiz hastane hizmetleri ve

belirli sağlık hizmetlerinin yoksullara sunumu gibi diğer daha karmaşık stratejilerin katastrofik harcamalara karşı hanehalklarını koruyabileceğini göstermiştir.

Bahsedilen tüm noktalar, bir toplumda sağlık hizmetlerinin rolünün sadece hastalık oranlarını, ölüm hızlarını veya insanların acısını azaltma yönünden görülmemesi gerektiğini vurgulamaktadır. Sağlık aynı zamanda ekonomik bir gerçekliktir, ve sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yoksul insanlar üzerindeki ekonomik etkisini azaltacak finansal korumayı hedeflemelidir.

Sağlık sistemlerinin hangi özelliklerinin hanehalklarını katastrofik harcamalardan koruyacağı veya bazı hanehalklarını böyle harcamalarla karşılaştırırken, bazılarını bu harcamalardan koruyan sağlık sistemi faktörlerinin neler olduğu ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Ülkelerin, hanelerin katastrofik sağlık harcamalarını etkileyen sağlık sistemi faktörlerinin belirlenmesi gerekliliğinin yanı sıra, her ülke için ayrı bir “katastrofik sağlık harcaması” tanımının yapılması ve hesaplanma yönteminin geliştirilmesi gerekmektedir. DSÖ’ nün katastrofik sağlık harcaması tanımlaması doğrultusunda, günlük bir doların altında bir gelirle yaşayan insanlar için tahmin edilmemiş her harcama kendiliğinden katastrofik olacaktır. Bu yüzden daha operasyonel bir tanım bulunmalıdır ve test edilmelidir.

Bu çalışmada tüm yönleriyle incelenilmeye çalışılan yoksulluk ve sağlıksızlık ilişkisi, farklı düzeylerde de olsa özünde “insan”ın bulunduğu her alan için önem taşımaktadır. Ekonomik ve sosyal kalkınma konularının temel odağı olan bu ilişkinin daha makro düzeyde incelenilmesi, sosyal ve sağlık politikalarının oluşturulmasında, sağlık finansman sistemi uygulamalarında ve ekonomik gelişimin söz konusu olduğu tüm yönetim uygulamalarında ilerleme sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- AGT, Helen M.E. van, STRONKS Karien ve MACKENBACH, Johan P.
2000 “Chronic Illness and Poverty in The Netherlands”. European Journal of Public Health; 10 (3): 197-200.
- AKTAN, Coşkun Can ve VURAL, İstiklal Yaşar
2002 “Yoksulluk: Terminoloji, Temel Kavramlar Ve Ölçüm Yöntemleri”. (Ed. Coşkun Can AKTAN). Yoksullukla Mücadele Stratejileri. Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayınları.
- ALICI, Sema
2002 “ Türkiye’de Yoksulluğun Sosyo-Ekonomik Analizi”. (Ed. Coşkun Can AKTAN). Yoksullukla Mücadele Stratejileri. Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayınları.
- BAHAROĞLU, Deniz ve KESSIDES, Christine
2002 “Urban Poverty”. PRSP Sourcebook. Macroeconomic and Sectoral Approaches. Ch. 16: 123-159. World Bank.
- BERENGUELA, Ruben Suarez. ve PES CETTO, Claudia
2003 “Improving The Measurement Of Poverty in The Americas Health Adjusted Poverty Lines:Background Materials – A Literature Review”. Pan American Health Organization. Working Paper (Draft).
- BERKI, S.E.
1986 “A Look At Catastrophic Medical Expenses And The Poor”. Health Affairs (Winter), 138-145.
- BIÇKI, Doğan
2005 “Kentsel Yoksulluğun Yapısal Faktörlerle Analizi: Ekonomik ve Politik Yapının Yeniden Örgütlenmesi; Karşılaştırmalı Bir Analiz”. Ekonomi ve Toplum, 7(1). <http://www.isguc.org>
- BRUDER, Paul
2002 “Patterns of Health and Illness: The Effects of Poverty on Health”. Hospital Topics, 80 (1): 34-36.
- BÜYÜKÖZTÜRK, Şener
2003 Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. İstatistik, Araştırma Deseni.. SPSS Uygulamaları ve Yorum. Geliştirilmiş 3. baskı. Kasım. Pegem A Yayıncılık. Ankara.

- CASTRO- LEAL, F., DAYTON, J., DEMERY, L.ve MEHRA, K.
2000 “Public Spending on Health care in Africa: Do the Poor Benefit?”.
Bulletin of The World Health Organization, 78 (1): 66-74.
- CLAESON, Mariam, GRIFFIN, Charles C., JOHNSTON, Timothy A.,
McLACHLAN, Mildred, SOUCAT, Agnes L.B., WAGSTAFF, Adam ve
YAZBECK, Abdo S.
2002 “Health, Nutrition and Population.” PRSP Sourcebook.
Macroeconomic and Sectoral Approaches. Ch.18.World Bank.
- CONTOYANNIS Paul ve JONES Andrew M.
2002 “Socio-Economic Status, Health And Lifestyle”. Journal of Health
Economics (23): 965-995
- DAMME, Win Van, LEEMPUT, Luc Van, POR, Ir, HARDEMAN, Wim ve
MEESEN, Bruno
2004 “Out-of-pocket expenditure and debt in poor households: evidence
from Cambodia”. Tropical Medicine and International Health; 9(2):
273-280.
- DANSUK, Ercan
1997 Türkiye’de Yoksulluğun Ölçülmesi ve Sosyo-Ekonomik Yapılarla
İlişkisi. DPT Uzmanlık Tezleri. Mayıs. Yayın no: DPT 2472.
- DEDEOĞLU, Necati
2004 “Sağlık ve Yoksulluk”. Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 19 (1):51-53.
- DEVELOPMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (DFID)
2000 “Better Health For Poor People”.
- DIAMOND, Ian, MATTHEWS, Zoë ve STEPHENSON, Rob
2001 “Assesing The Health of The Poor: Towards A Pro-Poor
Measurement Strategy.”DFID Health Systems Resource Center.
- DİE
2004a “2002 Yoksulluk Çalışması”
2004b “Türkiye İstatistik Yıllığı”
- DPT
2001 “Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele Özel
İhtisas Komisyonu Raporu”.Ankara: DPT.
<http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gelirdag/oik610.pdf>

- EŞ, Muharrem ve GÜLOĞLU, Tuncay
“Bilgi Toplumuna Geçişte Kentleşme Ve Kentsel Yoksulluk:İstanbul Örneği” <http://www.bilgiyonetimi.org/>
- FALKINGHAM, Jane ve NAMAZIE Ceema
2002 “Measuring Health And Poverty: A Review Of Approaches to Identifying The Poor”. DFID
- FITZPATRICK, Annette L., POWE, Neil R., COOPER, Lawton S., IVES, Diane G. Ve ROBBIN John A.
2004 “Barriers to Health Care Access Among the Elderly and Who Perceives Them”. American Journal of Public Health, 94 (10): 1788-1793.
- FUCHS, Victor R.
1992 “Poverty and Health: Asking The Right Questions”. American Economist, 36 (2): 12-18.
- GÜL, Hüseyin, DULUPÇU, Murat Ali, SALLAN GÜL, Songül, OKÇU, Murat ve ÇARIKÇI, H.İlker
2004 “Kentsel Yoksullukla Mücadele Amaçlı Kamu Politikası Geliştirme ve Bir Model Önerisi”. IV.Aile Şurası “Aile ve Yoksulluk” Bildirileri (Ed. Rahime BEDER ŞEN). T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları.
- GORNICK, Janet C.
2004 “Women's Economic Outcomes, Gender Inequality and Public Policy: Findings From the Luxembourg Income Study”. Socio - Economic Review; 2 (2):213-238. May 2004.
- GWATKIN, D.R.
2000 “Health Inequalities and the Health of the poor: What do we know? What can we do?”. Bulletin of the World Health Organization ;78 (1):3-18.
- HARRIS, J.Michael ve BLISARD Noel
2002 “Food Spending and the Elderly”. Food Review, 25 (2): 14-18.
- HOLLAND, Jeremy, FISHER, Ele, JAMES, Sarah ve WALFORD, Veronica
2000 “Becoming Poverty- Focused: Implications For Health Actors”. DFID Health Systems Resource Center.
- INSTITUTE FOR HEALTH SECTOR DEVELOPMENT
“Which Health Policies are Pro-Poor?”.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES

2004 "Nurses: Working With The Poor; Against Poverty". Information And Action Tool Kit

KEM, Ann ve RITZEN, Jo

"Dying For Change. Poor People's Experience Of Health And Ill-Health". WHO&WB

KILIÇ, Bülent

1997 "Gölbaşı Bölgesinde Doğrudan Sağlık Harcamaları ve Bunu Etkileyen Etmenler". Toplum ve Hekim, TTB Yayını,12 (77):2-10.

KISA, Adnan

2003 "Poverty and Chronic Illness: Two Paths Into One Cycle". Ankara.

KOŞAR, Nesrin. G.

2000 Sosyal Hizmetlerde Sosyal Yardım Alanı (Yoksulluk ve Sosyal Hizmet). Ankara. Şafak Matbaacılık

LAMBO, Eyitayo

Linkages between Poverty, Health and Linkages between Poverty, Health and Sustainable Development in Africa

LEIBOWITZ, Arleen A.

2003 "The Demand For Health and Health Concerns After 30 Years". Journal of Health Economics, 23: 663-671.

LIPTON, Michael ve RAVALLION, Martin

1993 "Poverty and Policy". World Bank.

LITTMAN, Mark S.

1989 "Reasons For Not Working: Poor And Nonpoor Householders". Monthly Labor Review; 112 (8): 16- 21.

LIU, Korbin, PEROZEK, Maria ve MANTON, Kenneth

1993 "Catastrophic Acute and Long-term Care Costs: Risks Faced by Disabled Elderly Persons". The Gerontologist, 33 (3). Haziran 1993. Health Module. 299-307.

LOHLEIN, Daniela, JÜTTING Johannes ve WEHRHEIM, Peter

2004 "Rural Russia in Transition: What Determines Access to Health-Care Services?". Post-Soviet Affairs;19 (1): 1-15.

MARMOT, Michael.

2005 "Social Determinants of Health Inequalities". Lancet, 365: 1099-104

McMICHAEL, Anthony J.

2000 “The Urban Environment and Health in A World of Increasing Globalization: Issuesfor Developing Countries”. Bulletin of the World Health Organization;78 (9):1117-26.

MEADE, Birgit ve ROSEN Stacey

1996 “Income and Diet Differences Greatly Affect Food Spending Around The Globe”. Food Review,19 (3): 39-44.

MORRISSON, Christian

2002 “Health, Education and Poverty Reduction”. OECD Development Centre. Policy Brief No.19

MURRAY, Christopher JL., KNAUL, Felicia, MUSGROVE, Philip, XU Ke ve KAWABATA Kei

2001 “Defining and Measuring Fairness in Financial Contribution to the Health System”. GPE Paper Discussion Series. No.24. WHO

NUNAN, Fiona, GRANT, Ursula, BAHIGWA, Godfrey, MURAMIRA Telly, BAJRACHARYA, Pushkar, PRITCHARD, Diana ve VARGAS Mariano J.

2005 “Poverty and The Environment: Measuring The Links”. Environment Policy Department Issue Paper No. 2

OECD

2001a “Poverty Reduction”. The DAC Guidelines. (www.oecd.org/poverty)

2001b “Human Health and the Environment”. OECD Environmental Outlook. Ch. 21: 249-255.

2001c “Household Food Consumption: Trends, Environmental Impacts and Policy Response”. Sustainable Consumption: Sector Case Study Series.Environment Policy Committee.

2003 “Poverty and Health in Developing Countries: Key Actions”.

OECD ve WHO

2003 “Poverty and Health”. DAC Guidelines and Reference Series. France.

ORAL, A.İlhan

2002 Dünya’da ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları; No.1331, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları; No. 174 Eskişehir

- ÖSTLIN, Piroška, SEN, Gita ve GEORGE, Asha
2004 "Paying Attention to Gender and Poverty in Health Research: Content and Process Issues". Bulletin of the World Health Organization, 82 : 740-745.
- RANSON, Michael Kent
2002 "Reduction Of Catastrophic Health Care Expenditures By A Community Based Health Insurance Scheme in Gujarat, India: Current Experiences And Challenges." Bulletin of the World Health Organization; 80:613-621.
- REINHARDT, Uwe E.
2003 "Is There Hope For The Uninsured?". Health Insurance Forum. W3: 376-390.
- SAGLIK BAKANLIĞI
2004 "Turkey Health Report". Ankara.
- SAGLIK BAKANLIĞI TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ.
2004 80. Yılda Tedavi Hizmetleri (1923 - 2003). Ankara.
- SALLAN GÜL, S.
2003 "Yoksullukla Mücadelede Fak-Fuk-Fon ve Yeşil Kart Uygulaması". Yoksulluk Dosyası. Görüş.(TÜSİAD Yayın Organı), 55.
- SAUNDERS, Peter
1998 "Poverty and Health: Exploring The Links Between Financial Stress And Emotional Stress in Australia". Australian and New Zealand Journal of Public Health; 22 (1): 11-16.
- SMITH, Melissa J., JOHNSON, Rachel K. ve WANG Min Qi
1997 "The Association Between Smoking and The Diet and Health Attitudes, Awareness and Knowledge of Low-Income Parents". Family Economics and Nutrition Review;10 (1): 16-25.
- SMITH R.Stanwell
2001 "Poverty and Health". Health and Hygiene;22 (2): 10-12.
- TIEMAN, Jeff
2005 "Poverty and Health : Connections That Can Spark A Dialogue". Health Progress. Health & Medical Complete.
- TMMOB Şehir Plancıları Odası Ankara Şubesi
2005 Dünya Şehircilik Günü 2002 26. Kolokyum Bildirgesi "Yoksulluk, Kent Yoksulluğu ve Planlama" Başlıklı Haber. TMMOB Şehir Plancıları Odası Ankara Şubesi Web Sitesi.
<http://ankara.spo.org.tr/haber/php/sgoster.php?id=21>

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM (UNDP)

- 1997a “Poverty Measurement: Behind and Beyond the Poverty Line”. Technical Support Document. Poverty Reduction. Module 3.
- 1997b “Poverty Indicators”. Technical Support Document. Poverty. Module 1.
- 2003 “Millenium Development Goals”. Human Development Report 2003 :198-236
- 2004 “Human Development Indicators”. Human Development Report 2004: 139-150

UNICEF &WHO

- 1986 Kentsel Alanda Temel Sağlık Hizmetleri; Kentsel Yoksulluğun Yarattığı Bunalıma Karşı Bir Yanıt. (Çev. Metin ÇULHANOĞLU,).

VANDEMOORTELE, Jan

- 2002 “Are We Really Reducing Global Poverty?”. United Nations Development Program. Bureau for Development Policy. New York.

WADDELL, Charles ve PETERSON, Alan R. (Ed)

- 1995 Just Health: Inequality in illness, care and prevention. Malaysia

WAGSTAFF, Adam

- 2001 “Poverty and Health” WHO’s Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series Paper No. WG1 : 5.
- 2002 “Poverty And Health Sector Inequalities”. Bulletin of the World Health Organization;80:97-105.
- 2005 “The Economic Consequences of Health Shocks”. World Bank Policy Research Working Paper 3644. Development Research Group and East Asia & Pacific Region. The World Bank, Washington DC, USA.

WAGSTAFF, Adam, PACI, Pierella ve JOSHI, Heather

- 2001 “Causes of Inequality in Health: Who You Are? Where You Live? Or Who Your Parents Were?”. World Bank.

WEISSMAN, Joel S. ve EPSTEIN Arnold M.

- 1994 Falling Through The Safety Net, Insurance Status And Access To Health Care. Johns Hopkins University Press. London

WHITEHEAD, Margaret, DAHLGREN, Göran ve EVANS Timothy

2001. “Equity And Health Sector Reforms: Can Low Income Countries Escape The Medical Poverty Trap?” The Lancet. 358:833-836.

WHO

- 1996 Creating Supportive Environments for Health (Ed. B.J.A. HAGLUND, B.PETTERSON, D. FINER VE P. TILLGREN). Geneva.
- 1999 "Poverty and Health".WHO:Geneva.
- 2000 "Health Systems: Improving Performance". The World Health Report 2000. France.
- 2001a "A Common Agenda for Partnership on Poverty and Health". The Society for International Development.
- 2001b "Investing in Health For Economic Development". Report of Commission on Macroeconomics and Health.
- 2001c "Poverty and Health: Evidence and Action in WHO's European Region". Regional Committee For Europe.

World Bank

- 1993 World Development Report,1993: Investing in Health. World Development Indicators. Washington. USA.
- 2000 "Turkey Economic Reforms, Living Standards and Social Welfare Study." Poverty Reduction and Economic Management Unit Europe and Central Asia_Region Document of the World Bank. Report No 20029-TU
- 2001 "World Development Report, 2001"
- 2001 "Attacking Poverty: Opportunity, Empowerment and Security." World Development Report, 2001: Overview.
- 2003 "Turkey, Poverty and Coping After Crises". Human Development Unit Europe and Central Asia Region. Report No:24185- TR Vol.1-2.
- 2004 "Health And Nutrition Services". World Development Report, 2004: Chapter 8.

XU, Ke, EVANS, David B., KAWABATA, Kei, ZERAMDINI, Riadh, KLAIVUS, Jan ve MURRAY Christopher J.L.

- 2003 "Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis." Lancet (362):111-17

OECD Web Sitesi	www.oecd.org
Dünya Bankası Web Sitesi	www.worldbank.org
DİE Web Sitesi	www.die.gov.tr
DPT Web Sitesi	www.dpt.gov.tr
WHO Web Sitesi	www.who.int
SYDTF Web Sitesi	www.sydtf.gov.tr
UNDP Web Sitesi	www.undp.org

EKLER

EK-1: ETİMESGUT SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI 1. GRUP HAK SAHİBİ İCMALİ

SIRA NO	MAHALLE ADI	TOPLAM AİLE SAYISI
1	30 AĞUSTOS	34
2	ALSANCAK	21
3	BAĞLICA	0
4	BAHÇEKAPI	1
5	ELVAN	5
6	ERYAMAN	1
7	ETİLER	7
8	İSTASYON	22
9	K.KARABEKİR	32
10	PİYADE	28
11	SÜVARİ	19
12	ŞEKER	3
13	TOPÇU	9
14	YAPRACIK	0
15	YEŞİLOVA	6
16	GENEL TOPLAM	188

EK-2 HANEHALKI ANKET FORMU

BÖLÜM A. HANE HALKI BİLGİLERİ

Size bu hane ve hane halkı üyeleri ile ilgili bazı sorular sorarak başlamak istiyorum. Hane halkı reisinin adı ve soyadı:.....
Hanehalkı reisi şu anda evde değil ise yerine cevap verebilecek kişinin adı ve soyadı:.....
Bu hanede yaşayan toplam kişi sayısı:

Fert Sıra No.	1	2	3	4	5	6
	Adı ve Soyadı	Cinsiyeti	Yaşı	Hane halkı reisine yakınlığı	Medeni durumu (12+yaşta kişiler için sor)	Eğitim düzeyi (6+ yaşta kişiler için sor)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Soruların Kodları ve Açıklamaları

1	Hane halkı fertleri; hane halkı reisinden başlayarak yaş sırasına göre kaydedilecektir.					
2	01 Erkek	02 Kadın				
4	01 Kendisi 06 Babası /Annesi 11 Kayınpederi / Kayınvvalidesi	02 Eşi 07 Kardeşi 12 Diğer Akrabası	03 Oğlu /Kızı 08 Damadı /Gelini 13 Akrabası Değil	04 Torunu 09 Kardeşinin Eşi	05 Yeğeni 10 Büyükbaba / Büyükanne	
5	01 Hiç evlenmedi	02 Evli /Birlikte yaşıyor	03 Eşi öldü	04 Boşandı	05 Ayrı yaşıyor	
6	01 Okur yazar değil 06 Orta dengi meslek 11 Yüksek lisans / doktora	02 Okur yazar olup okul bitirmedi 07 Lise	03 İlkokul 08 Lise dengi meslek	04 İlköğretim 09 2 yıllık yüksek okul	05 Ortaokul 10 4 yıllık yüksek okul /fakülte	

BÖLÜM B. KONUT

Şimdi oturduğunuz konut ile ilgili olarak bazı sorular soracağım.

NO.	A. KONUT ÖZELLİKLERİ	KODLAMA
1	Oturduğunuz konutun tipi nedir?	<u>Müstakil Konut</u> 01 Bağımsız 02 Tek Duvarla Bitişik <u>Apartman</u> 03 Bodrum / Zemin 04 Normal Kat 05 Dupleks Daire 06 Gecekondu 07 Diğer (Belirtiniz)
2	Oturduğunuz konutun oda sayısı (salon dahil) nedir ve faйдalanılan net alan kaç metrekaredir?	Oda Sayısı Faйдalanılan net alan_____ m ²
3	Evinizin içme suyunun ana kaynağı nedir?	<u>Şehir Suyu</u> 01 Evde/Bahçede Şehir Suyu 02 Ev/Bahçe Dışında Ortak Kullanım <u>Kuyu Suyu</u> 03 Evde/Bahçede Kuyu 04 Ortak Kullanılan Kuyu <u>Yüzey Suyu</u> 05 Eve/Bahçeye Şebekeyle Pınar Suyu 06 Pınar/Ortak Kullanılan Çeşme 07 Irmak/ Dere/ Göl/ Gölet/ Baraj/ Bent 08 Yağmur Suyu 09 Tanker 10 Şişe Suyu/Damacana/Pet Su 11 Su İstasyonu 12 Diğer (Belirtiniz)
4	Bu kaynaktan su devamlı oluyor mu? Ne sıklıkta oluyor?	01 Genellikle Her zaman 02 Günde Birkaç Saat 03 Gün Aşırı 04 Haftada Bir İki Kez 05 Daha Seyrek Olarak 06 Bilmiyor
5	İçme suyunu kullanmadan önce herhangi bir şey yapıyor musunuz? Kaynatmak, filtreden geçirmek gibi...	01 Hayır 02 Su Kaynatılıyor 03 Su Klorlanıyor 04 Su Filtreden Geçiriliyor 05 Diğer (Belirtiniz) 06 Bilmiyor
6	Tuvalet evin içinde mi, dışında mı?	01 Tuvalet Yok/ Çalılık/ Arazi/ Umumi Tuvalet 02 Evin İçinde 03 Evin Dışında 04 Evin İçinde Ve Dışında 05 Diğer (Belirtiniz)
7	Evinizde ne tip bir tuvalet kullanılıyor? Birden fazla tuvalet kullanılıyorsa, ev içindeki veya eve daha yakın tuvalete göre kodlayın. (belirtin)	01 Kanalizasyona Bağlı 02 Açık Çukur 03 Kapalı Çukur 04 Diğer
8	Tuvaleti yalnızca sizin hanenizde bulunanlar mı kullanıyor, yoksa başka hane halk(lar)ı ile ortak mı kullanıyorsunuz?	01 Yalnızca Evde Yaşayanlar 02 Başka Hanehalkı(ları) ile Birlikte
9	Ayrı mutfak var mı?	01 Yok 02 Var
10	Ayrı banyo var mı?	01 Yok 02 Var

NO.	A. KONUT ÖZELLİKLERİ	KODLAMA	
11	Evinizin tabanı (zemin) ne ile kaplı?	<u>Doğal Zemin</u> 01 Toprak <u>Basit Zemin</u> 02 Tahta <u>İnşa Edilmiş Zemin</u> 03 Parke/Cilalı Tahta 04 Karo 05 Beton 06 Halı/Halifleks 07 Marley 08 Mozaik 09 Diğer	
12	Evinizde aydınlatma kaynağı nedir?	01 Elektrik 02 Gaz Yağı, Yağ Veya Gaz Lambası 03 Mum Veya Bataryalı El Feneri 04 Aydınlatma Yok	Yanıt 02-03 veya 04 ise 14. soruya geçiniz.
13	Elektrik konuta sürekli geliyor mu?	01 Evet 02 Hayır	
14	Evinizde yemek pişirmek için kullanılan ana yakıt nedir?	01 Gaz 02 Elektrik 03 Odun 04 Kömür 05 Gaz Yağı 06 Diğer (Belirtiniz) 07 Evde Yemek Pişirilmiyor.	
15	Oturduğunuz konutun ısıtma sistemi nedir?	<u>Soba</u> 01 Odun 02 Kömür 03 Doğalgaz 04 Elektrik 05 Diğer <u>Kalorifer</u> 06 Müşterek veya merkezi ısıtma 07 Kat kaloriferi / kombi 08 Diğer (Belirtiniz)	

NO.	B. KONUT İÇİN YAPILAN HARCAMALAR	KODLAMA	
1	Konutunuzun mülkiyet durumu nedir?	01 Ev Sahibi 02 Kiracı 03 Lojman 04 Diğer	Yanıt 01 ise 5. soruya geçiniz.
2	Aylık ödediğiniz kira tutarı ne kadardır? (Lojman veya diğer şekilde oturanların ödediği kira yoksa "0" yazınız.)	Kiracı _____ TL. Lojman _____ TL.. Diğer _____ TL.	
3	Hane halkı üyesi olmayan bir kişi kiranın tamamını veya bir kısmını ödüyor mu veya bu konutta ücretsiz yaşanmasını sağlıyor mu? Örneğin, bir akraba, özel işveren, devlet veya diğer sosyal kuruluş, özel kişi veya kuruluş?	01 Evet, Kirayı Ödüyor. 02 Evet, Ücretsiz Oturmanızı Sağlıyor. 03 Hayır	Yanıt 03 ise 5. soruya geçiniz.
4	Kiranın tamamını veya bir kısmını ödeyen veya ücretsiz oturmanızı sağlayan kişi kimdir?	01 Akraba 02 Özel İşveren 03 Miras 04 Özel Kişi / Kuruluş 05 Bilmiyor	
5	Elektrik ihtiyacınız için bir ayda yaklaşık kadar ödüyorsunuz? Ödemiyorlarsa, "Sıfır" Yaz.		
6	Isınma ihtiyacınız için bir ayda yaklaşık kadar ödüyorsunuz? Ödemiyorlarsa, "Sıfır" Yaz.		

BÖLÜM C. SAĞLIK**A. HANE HALKI SAĞLIK GÜVENCE SİSTEMİ**

Size hane halkı bireylerinin sağlık sigortası hakkında soru sormak istiyorum.

SORULARI HER BİR HANE HALKI ÜYESİ İÇİN SORUNUZ VE HANE HALKI SIRA NUMARASINI KULLANARAK AŞAĞIDAKİ SATIRLARI DOLDURUNUZ.

	1	2	3	4	5	6	7
Fert Sıra No.	Kişi herhangi bir sağlık sigortası kapsamında mı?	Kişi herhangi bir zorunlu sağlık sigortası kapsamında mı? "EVET" ise hangisi?	Kişi yeşil kart sahibi olmadan önce başka bir sağlık sigortası kapsamında yer alıyor muydu? "EVET" ise hangisi?	Kişi herhangi bir özel sağlık sigortası kapsamında mı?	Kişi ne kadar zamandır sağlık sigortası kapsamında yer alıyor?	Kişi diğer bir kişiden ötürü sağlık sigortası kapsamında mı?	Bu kişiye sağlık sigortasını sağlayan kişi kimdir?
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Soruların Kodları ve Açıklamaları

1	01 Evet	02 Hayır	Yanıt 02 ise diğer hane halkı bireyine geçiniz.			
2	EVET 01 Sosyal Sigortalar Kurumu	02 Emekli Sandığı	03 Bağ-Kur	04 Aktif Memur		08 HAYIR
	05 Özel Sandık	06 Yeşil Kart	07 Diğer			
3	EVET 01 Sosyal Sigortalar Kurumu	02 Emekli Sandığı	03 Bağ-Kur	04 Özel Sandık		08 HAYIR
	05 Diğer					
4	01 Evet	02 Hayır				
6	01 Evet	02 Hayır	Yanıt 02 ise sıradaki hane halkı bireyine geçiniz.			
7	Eğer hanehalkı bireyi ise o kişinin hanehalkı sıra numarasını kodlayınız. Değilse "Diğer" olarak kodlayınız.					16 Diğer

B. KRONİK HASTALIK VE SAKATLIK

Hane halkı bireyleri arasında, 6 aydan uzun süren hastalığı olan var mı? 01 Evet 02 Hayır

Yanıt "Evet" ise fert sıra no.sunu kullanarak, tablodaki bilgileri doldurunuz. Yanıt "Hayır" ise sonraki bölüme geçiniz.

Fert Sıra No.	1		2		3		4		5		6		7		8	
	Hane halkı bireyleri arasında, hekim tarafından tanısı konulmuş, hekim kontrolünü ve devamlı ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalığı olan birileri var mı? "EVET" ise hastalığın adını belirtiniz.		Hanenizde bedensel özürülüğü olan var mı? "EVET" ise özrünün türünü belirtiniz.		Hanenizde zihinsel özürülüğü olan var mı? "EVET" ise özrünün türünü belirtiniz.		Bu hastalık veya sakatlığınız ne kadar süre önce başladı?		Bu kronik hastalık /sakatlık için düzenli ilaç kullanıyor musunuz?		Bu hastalık veya sakatlıktan dolayı geçtiğimiz ay kaç gün olağan faaliyetlerinizi yerine getiremediniz?		Bu hastalığa/ sakatlığa bağlı olarak geçtiğimiz ay ne kadar harcama yaptınız? Ulaşım, konsültasyon ve ilaç vb. dahil.		Geçtiğimiz ay, tüm kronik hastalıklarınız / sakatlıklarınız için ne kadar harcama yaptınız? (Tüm harcamalar)	
1	1															
	2															
	3															
2	1															
	2															
	3															
3	1															
	2															
	3															
4	1															
	2															
	3															
5	1															
	2															
	3															
6	1															
	2															
	3															
7	1															
	2															
	3															

* Hanede 7'den fazla fert olması durumunda Ek sayfa kullanınız.

Soruların Kodları ve Açıklamaları

1	01 Hayır	02 Evet	Birden fazla ise, en ciddi olandan başlayınız.
2	01 Hayır	02 Evet	
3	01 Hayır	02 Evet	
5	01 Evet	02 Hayır	
7	Ödemediye, "Sıfır" yazın.		
8	Ödemediye, "Sıfır" yazın.		

C. YAKIN ZAMANDA ORTAYA ÇIKAN HASTALIK VEYA YARALANMALAR

Fert Sıra No.	1	2	3	4	5	6	7	8
	Son 4 hafta süresince (aniden) hastalandınız veya yaralandınız mı? (Nezle, ishal, kırık vb gibi)	Geçirdiğiniz hastalık veya yaralanmanın türü nedir?	Bu hastalık veya yaralanmadan dolayı son 4 hafta kaç gün olağan faaliyetlerinizi yerine getiremediniz?	Son 4 haftada, kaç defa tıbbi yardım için başvuru yaptınız?	Yardım için nereye başvurduunuz veya kime danıştınız?	Doktordan evde muayene etmesini istediniz mi veya doktorun muayenehanesine gittiniz mi?	Muayeneye ulaşım ne kadar zamanınızı aldı?	Son 4 haftada, muayene için ne kadar gidiş geliş ulaşım bedeli ödediniz?
1		1 2 3						
2		1 2 3						
3		1 2 3						
4		1 2 3						
5		1 2 3						
6		1 2 3						
7		1 2 3						

* Hanede 7'den fazla fert olması durumunda Ek sayfa kullanınız.

Soruların Kodları ve Açıklamaları

1	01 Evet	02 Hayır	Yanıt 02 ise 14. soruya geçiniz.					
2	Birden fazla ise, en ciddi olandan başlayınız. 01 Soğuk algınlığı /grip 06 Böbrek problemleri 11 STD	02 Mide 07 Baş ağrısı 12 Kemik kırılması	03 İshal 08 Kalp 13 Diğer travma	04 Kulak /Burun /Boğaz 09 Akciğer 14 Hamilelik/doğum	05 Karaciğer 10 Cilt hastalığı 15 Diğer hastalıklar			
3	Yoksa, "Sıfır" yazın.							
4	Yoksa, "Sıfır" yazın ve 11. soruya geçiniz.							
5	01 Devlet Hastanesi 06 Özel Hastane 11 Özel Dış hekim	02 Üniversite Hastanesi 07 Sağlık Ocağı 12 Diğer (Belirtiniz)	03 SSK Hastanesi 08 Özel Poliklinik	04 Belediye Hastanesi 09 Kurum Hekimi	05 KİT Hastanesi 10 Özel Hekim			
6	01 Doktora gittim. 02 Doktor bana geldi. (10. soruya geçiniz)							
7	01 Yarım saatten az	02 1 saatten az	03 1-4 saat arası	04 4 saatten fazla				

C. YAKIN ZAMANDA ORTAYA ÇIKAN HASTALIK VEYA YARALANMALAR (Devamı)

Fert Sıra No.	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	Bu muayenelerin her biri ortalama ne kadar sürdü?	Bu muayeneler için ne kadar harcama yaptınız?	Son 4 haftada, bu hastalanma veya yaralanma ile ilgili bahsetmediğimiz başka birinden sağlık hizmeti almayı istediniz mi?	Yardım için nereye gittiniz veya kiminle görüştünüz?	Son 4 haftada, bu ek tıbbi tedaviler için ne kadar harcama yaptınız? (Tüm harcamaları dahil edin.)	Geçtiğimiz ay her hangi bir tıbbi kuruluşu veya doktoru koruyucu hizmet (aşı gibi) için ziyaret ettiniz mi? (hastalıktan dolayı değil)	Geçtiğimiz ay geçmişteki bir hastalık veya yaralanmanın kontrolü veya tedavisi için her hangi bir tıbbi kuruluşu/doktoru ziyaret ettiniz mi?	Bu kontrol için kime başvurduunuz?	En son kontrolü için nereye gittiniz?	Bu kontrol için ne kadar harcama yaptınız?
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

Soruların Kodları ve Açıklamaları

9	01 Yarım saatten az	02 1 saatten az	03 1-4 saat arası	04 4 saatten fazla
10	Ödemediye "Sıfır" yazın.			
11	01 Evet	02 Hayır (14. soruya geçiniz)		
12	01 Yerel Bölge Devlet Doktoru 06 Aile Doktoru	02 Dişçi 07 Özel Doktor	03 Sağlık merkezi 08 Diğer	04 Ayaktan tedavi kliniği
13	Ödemediye "Sıfır" yazın.			
14	01 Evet	02 Hayır		
15	01 Evet	02 Hayır (19. soruya geçiniz)		
16	01 Doktor	02 Hemşire	03 Sağlık memuru	04 Diğer
17	01 Devlet Hastanesi 06 Özel Hastane 11 Özel Diş hekimi	02 Üniversite Hastanesi 07 Sağlık Ocağı 12 Diğer (Belirtiniz)	03 SSK Hastanesi 08 Özel Poliklinik	04 Belediye Hastanesi 09 Kurum Hekimi
18	Ödemediye "Sıfır" yazın.			

C. YAKIN ZAMANDA ORTAYA ÇIKAN HASTALIK VEYA YARALANMALAR (Son)

Fert Sıra No.	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	En son genel vücut kontrolü (check-up) için kime başvurduunuz?	En son genel vücut kontrolü (check-up) için nereye gittiniz?	Bu genel vücut kontrolü (check-up) için ne kadar harcama yaptınız?	Son 4 haftada, bir doktor tarafından reçete edilen bir ilaç kullandınız mı?	Bu ilacı alabildiniz mi?	Bu ilacı nereden aldınız?	Bu ilaç için herhangi bir indirim var mıydı?	İndirim oranı ne kadardı?	Bu ilaç için ne kadar ödeme yaptınız?	Neden bu ilacı almadınız?	Son 4 haftada, reçetesiz herhangi bir ilaç satın aldınız mı?	Bu ilaç için ne kadar ödeme yaptınız?
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Soruların Kodları ve Açıklamaları

19	01 Doktor	02 Hemşire	03 Sağlık memuru	04 Diğer
20	01 Devlet Hastanesi 06 Özel Hastane 11 Özel Dış hekimisi	02 Üniversite Hastanesi 07 Sağlık Ocağı 12 Diğer (Belirtiniz)	03 SSK Hastanesi 08 Özel Poliklinik	04 Belediye Hastanesi 09 Kurum Hekimi
21	Ödemediye "Sıfır" yazın.			
22	01 Evet	02 Hayır (29.soruya geçiniz)		
23	01 Evet	02 Hayır (28.soruya geçiniz)		
24	01 İlaç reçeteleyen doktor 05 Diğer	02 Devlet eczanesi	03 Özel eczane	04 Özel kişi
25	01 Evet	02 Hayır (27.soruya geçiniz)		
27	Ödemediye "Sıfır" yazın.			
28	01 Bulamadım. 05 Eczane çok uzaktı.	02 Çok pahalıydı. 06 Diğer	03 İstemedim.	04 Sağlık sebeplerinden dolayı gidemedim.
29	01 Evet	02 Hayır (Bölüm D'ye geçiniz)		

D. HASTANEDE YATIŞ

Fert Sıra No.	1	2	3	4	5	6
	Son 12 ayda, hastalık veya yaralanmadan dolayı bir hastanede veya bir sağlık kuruluşunda kalmanız gerekti mi? (Son 1 ay dahil.)	Son 12 ayda, kaç defa hastanede yattınız?	Hastaneye yatış sebebiniz neydi?	Ne tür bir tıbbi kuruluştaki kaldınız?	Son 12 ayda, kaç gece o sağlık kuruluşunda kaldınız?	Bu hastanede tıbbi tedaviler için ne kadar harcama yaptınız? (ilaçların değeri dahil)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Soruların Kodları ve Açıklamaları

1	01 Evet	02 Hayır (Bölüm E' ye geçiniz)		
3	01 Soğuk algınlığı/ Grip 05 Böbrek(ler) 09 Kırık(lar) 10 Diğer (Belirtiniz.)	02 Mide 06 Baş ağrısı 10 Cilt hastalığı	03 Bağırsaklar /İshal 07 Kalp ağrısı 11 Diğer yaralanma	04 Karaciğer 08 Akciğerler 12 Diğer hastalık
4	01 Kamu	02 Özel		
6	Ödemedyse "Sıfır" yazın.			

E. GÜNLÜK AKTİVİTELER

Fert Sıra No.	1	2				3	4	5	6	7	8	9	10
	Sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Aşağıdaki faaliyetleri gerçekleştirdiğinizde [A, B, C, D], sağlığınız sizi kısıtlıyor mu? (Çok, az veya hiç)				Eski bir yaralanma veya kazaya bağlı olarak işlerinizi yerine getirmede kısıtlamalar yaşıyor musunuz?	Sigara veya diğer tütün ürünlerini kullanıyor musunuz?	Daha önce hiç kullandınız mı?	Sigara içmeye kaç yaşında başladınız?	Ortalama olarak bir gün içinde ne kadar kullanıyorsunuz?	Son 4 haftada, alkollü içecek tükettiniz mi?	Hangi sıklıkla alkollü içecek tüketirsiniz?	Alkol aldığınız günlerde ortalama ne kadar tüketirsiniz?
		A. Kuvvetli faaliyetler, koşma, ağır nesneleri kaldırma, veya spor yapma, kuvvet isteyen işte çalışma gibi.	B. Orta düzeyde faaliyetler, bir masayı taşıma, merdiven çıkma, besin maddelerini taşıma gibi.	C. Hafif düzeyde faaliyetler, 100 metre yürüme gibi.	D. Günlük faaliyetler, yemek yeme, giyinme gibi.								
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Soruların Kodları ve Açıklamaları

1	01 Çok iyi	02 İyi	03 Orta	04 Kötü	05 Çok kötü
2	HER SEÇENEK İÇİN SORUYU TEKRARLAYIN. (A-D)				
	01 Çok kısıtlıyor.	02 Az kısıtlıyor.	03 Hiç kısıtlamıyor.		
	Kişinin sağlığı bahsedilen faaliyetleri hiç kısıtlamıyor ise 4. soruya geçiniz.				
3	01 Evet	02 Hayır			
4	01 Evet	02 Hayır	Yanıt 01 ise 6. soruya geçiniz.		
5	01 Evet	02 Hayır	Yanıt 02 ise 8. soruya geçiniz.		
8	01 Evet	02 Hayır			
9	01 Her gün	02 Bir haftada 4-6 defa	03 Bir haftada 2-3 defa	04 Haftada 1 defa	05 2-3 Defa
	06 Bir kez				

BÖLÜM D. SAĞLIK HİZMETİNE ULAŞIM

NO.	SORULAR	KODLAMA	
1	Son 12 ayda, aile üyelerinin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini almak için gerekli parayı bulmak.....	01 Çok zor oldu. 02 Zor oldu. 03 Zor değildi . 04 Hiç kimsenin sağlık hizmetine ihtiyacı olmadı.	Yanıt 03 ise 3. soruya, 04 ise 7. soruya geçiniz.
2	Geçen yıl, aile üyelerinden birinin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinin bedeli olan parayı sağlamada aşağıdakilerden herhangi birini yapmanız gerekti mi?	01 Borç almak 02 Çiftlik hayvanı satmak 03 Eşya satmak 04 Mücevherat gibi değerli şeyler satmak 05 Diğer (Belirtiniz.) 06 Hayır	
3	Son 12 ayda, hane halkınızda hasta olan biri kaç kez tıbbi yardım almayı erteledi (veya hiç tıbbi yardım aramadı)?	01 Hiç 02 Bir defa 03 İki defa 04 Üç defa 05 Dört-beş defa 06 Daha fazla	Yanıt 01 ise 5. soruya geçiniz.
4	Tıbbi yardımı erteleme/aramamanın nedeni neydi?	01 Hiçbir şey yapılmadan iyi olunacağı düşüncesi 02 Şifalı otların kullanılmasıyla iyi olunacağı düşüncesi 03 Evde varolan ilaçların kullanılmasıyla iyi olunacağı düşüncesi 04 Maddi olanakları yeterli olmayacağı için tıbbi yardımın ertelenmesi 05 Çok uzak olması 06 Diğer (Belirtiniz.)	
5	Son 12 ayda, hane halkınızda hasta olan biri kaç kez hastaneye sevk edildiği halde gitmedi?	01 Hiç 02 Bir defa 03 İki defa 04 Üç defa 05 Dört-beş defa 06 Daha fazla	Yanıt 01 ise 7. soruya geçiniz.
6	Hastaneye gitmeme nedeni neydi?	01 Hastalığın geçeceği düşüncesi 02 Tedaviye maddi gücünün yetmemesi 03 Hizmetlerin sunulduğu yere gidememe 04 Diğer bir hastaneye sevk edilme 05 Sağlık personeline güvensizlik 06 Çok uzak olması 07 Diğer (Belirtiniz)	
7	Hane halkında hiç kimse sağlık hizmeti almasıyla ilgili reddedildi mi?	01 Evet 02 Hayır	Yanıt 02 ise 9. soruya geçiniz.
8	Bu reddedilmenin sebebi neydi?	01 Maddi olanakların yetersiz olması 02 Hizmetlerin olduğu yere gitme gücünün olmaması 03 Hizmetlerin sadece belirli bölge sakinlerine sunulması 04 Uzmanlık hizmetleri için müracaatın yetersiz olması 05 Diğer (belirtiniz)	
9	Aile üyelerinden herhangi biri indirimle ilaç alma hakkına sahip mi?	01 Evet 02 Hayır	Yanıt 02 ise sonraki bölüme geçiniz.
10	İlaç ihtiyacı olduğunda, bu hakkını/haklarını her zaman kullanır/lar mı? Kullanmıyorlarsa, neden?	01 Evet, bu hak her zaman kullanılır. 02 Hayır, çünkü bürokratik problemlerden dolayı bu hakkı kullanmak için ihtiyaç duyulan belgelere sahip değil(ler). 03 Hayır, bu ilaçların kıtlığı nedeniyle. 04 Hayır, çünkü doktorlar bu ilaçları reçetelemek istemiyorlar. 05 Hayır, çünkü indirime rağmen, hala ilaçları satın almak maddi açıdan çok zor. 06 Diğer (belirtiniz)	

BÖLÜM E. İSTİHDAM VE GELİR DURUMU
A. İSTİHDAM VE ÜCRET (7 YAŞINDAN BÜYÜK TÜM AİLE ÜYELERİNİN BİLGİLERİ)

Fert Sıra No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Ücret karşılığında herhangi bir işte çalışıyor musunuz?	Hangi sektörde çalışıyorsunuz?	Mesleğiniz	Bu işinizde tıbbi hizmetlerden yararlanabiliyor musunuz?	Bu işinizde diğer hizmetlerden veya diğer avantajlardan yararlanabiliyor musunuz?	Gelir getiren başka bir işte çalışıyor musunuz?	Hangi sektörde çalışıyorsunuz?	Mesleğiniz	Çalışmamanızın en önemli nedeni nedir?
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Soruların Kodları ve Açıklamaları

1	01 Evet	02 Hayır	Yanıt 02 ise 9. soruya geçiniz.	
2	01 Tarım 05 İnşaat 09 Finans, Gayrimenkul, Sigorta	02 Madencilik 06 Ticaret 10 Diğer	03 İmalat 07 Taşımacılık	04 Elektrik, Gaz, Su 08 Hizmet
3	01 İlimi ve Teknik Elemanlar (Serbest Meslek Sahipleri ve Bunlarla İlgili Meslekler Dahil) 05 Hizmet İşlerinde Çalışanlar	02 Müteşebbisler, Direktörler ve Üst Kademe Yöneticiler 06 Tarımcı, Hayvancı, Omancı, Balıkçı ve Avcılar	03 İdari Personel ve Benzeri Çalışanlar 07 Tarım Dışı Üretim Faaliyetlerinde Çalışanlar ve Ulaştırma Makinalarını Kullananlar	04 Ticaret ve Satış Personeli 08 Meslekleri Tayin Edilmeyenler
4	01 Evet	02 Hayır		
5	01 Evet	02 Hayır		
6	01 Evet	02 Hayır	Yanıt 02 ise sıradaki kişiye geçiniz.	
7	2. sorudaki kodlamaları kullanınız.			
8	3. sorudaki kodlamaları kullanınız.			
9	01 Yeni işe başlayacak 05 Özürlü /engelli /hasta 09 Becerisi/eğitimi yok	02 Öğrenci /ev kadını /emekli 06 İş arıyor/İşsiz 10 Okulu yeni bitirdi	03 İrat sahibi 07 Eşi/ailesi izin vermiyor 11 Diğer	04 Aile işçisi 08 İhtiyacı yok

NO	B. SÜREKLİ GELİR GÖSTERGELERİ	KODLAMA	
1	Aşağıdaki eşyalardan hanenizde olup olmadığını, varsa sayısını belirtiniz.		ADET
	Telefon hattı	01 Evet 02 Hayır	
	Cep telefonu	01 Evet 02 Hayır	
	Bilgisayar	01 Evet 02 Hayır	
	İnternet aboneliği	01 Evet 02 Hayır	
	Buzdolabı	01 Evet 02 Hayır	
	Gazlı veya elektrikli fırın	01 Evet 02 Hayır	
	Çamaşır makinesi	01 Evet 02 Hayır	
	Bulaşık makinesi	01 Evet 02 Hayır	
	Ütü	01 Evet 02 Hayır	
	Elektrik süpürgesi	01 Evet 02 Hayır	
	Televizyon	01 Evet 02 Hayır	
	Video	01 Evet 02 Hayır	
2	Hanenizde aşağıdaki ulaşıma araçlarından olup olmadığını, varsa sayısını belirtiniz.		
	Otomobil	01 Evet 02 Hayır	
	İşverence sağlanan ücretsiz araç (otomobil, minibüs vb.)	01 Evet 02 Hayır	
	Minibüs- mobil karavan	01 Evet 02 Hayır	
	Bisiklet	01 Evet 02 Hayır	
	Motosiklet	01 Evet 02 Hayır	
3	Bu eve bir ayda ortalama olarak giren toplam para miktarının söyleyebilir misiniz?	_____ TL.	

BÖLÜM F. TÜKETİM VE HARCAMALAR (I)

A. GENEL HARCAMALAR

Aşağıdaki harcama alt gruplarına göre son 4 hafta içinde yaptığınız harcamaları belirtiniz.

No.	Harcama Alt Grupları	Satın Alışlar Toplamı (TL)
1	Gıda ve alkolsüz içecekler	
2	Alkollü içecekler, sigara, tütün	
3	Kafeterya, kantin ve restoranlarda tüketilen gıda maddeleri	
4	Evde kullanılan gıda-dışı ürünler (kibrit, mum, sabun, tıraş bıçağı, süpürge vb.)	
5	Giyim ve ayakkabı	
6	Konut, su, elektrik, gaz ve diğer yakıtlar	
7	Mobilya, ev aletleri ve ev bakım hizmetleri	
8	Sağlık	
9	Ulaştırma	
10	Haberleşme	
11	Eğlence ve kültür	
12	Eğitim	
13	Lokanta ve oteller	
14	Çeşitli mal ve hizmetler	

B. GIDA HARCAMASI VE TÜKETİMİ

Aşağıdaki harcama alt gruplarına göre son 4 hafta içinde yaptığınız gıda harcamalarını belirtiniz.

No.	GIDA HARCAMA ALT GRUPLARI	Satın Alışlar Toplamı	Verilen Hediye ve Yardımlar	Kendi Üretiminden Ay İçinde Tüketilen
1	Ekmek ve tahıllar (Ekmek, makarna, buğday unu, pirinç, bisküvi, bulgur vs.)			
2	Et ve et ürünleri (Koyun eti, kuzu eti, sığır eti, tavuk, sakatat, salam, sucuk vs.)			
3	Balık (Hamsi, istavrit, çinekop, midye vs.)			
4	Süt, peynir, yumurta			
5	Katı ve sıvı yağlar			
6	Meyveler			
7	Sebzeler			
8	Şeker, reçel, bal, çikolata ve şekerlemeler			
9	Alkolsüz içecekler			
10	Başka yerde sınıflandırılmayan diğer gıda ürünleri			

ÖZGEÇMİŞ

Fikriye Yılmaz, 1981 yılında Ankara'da doğdu. Ankara İltekin İlkokulu (1987-1992) 'nu, Ankara Kurtuluş İlköğretim Okulu (1992-1995) 'nu ve Ankara Kurtuluş Lisesi (1995-1998)'ni tamamladı. 1998 yılında kazandığı Başkent Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü'nden 2003 yılında birincilikle mezun oldu.

2003 yılında Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Yüksek Lisans Programı (MBA)'nda yüksek lisans yapmaya başladı.