

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOKSUL VE YOKSUL OLMAYAN
KADINLARDA SAĞLIK ALGISINI ETKİLEYEN
ETMENLERİN İNCELENMESİ**

CANTÜRK ÇAPIK

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR – 2006

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YOKSUL VE YOKSUL OLMAYAN
KADINLARDA SAĞLIK ALGISINI ETKİLEYEN
ETMENLERİN İNCELENMESİ**

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CANTÜRK ÇAPIK

Danışman Öğretim Üyesi
Prof. Dr. ZUHAL BAHAR

“Yoksul Ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi” konulu bu tez 12 Haziran 2006 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.

Jüri Başkanı
Prof. Dr. Zuhul BAHAR

(Jüri Üyesi)
Prof. Dr. Besti ÜSTÜN

(Jüri Üyesi)
Yrd. Doç. Dr. Ayşe BEŞER

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
İçindekiler	i
Tablolar Dizini	iii
Şekiller Dizini	iv
Kısaltmalar Dizini	v
ÖZET	1
SUMMARY	2
BÖLÜM 1 - GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Soruları	6
BÖLÜM 2 - GENEL BİLGİLER	
2.1. Yoksulluğun tanımı	7
2.1.1. Mutlak yoksulluk	8
2.1.2. Görelî yoksulluk	8
2.1.3. Öznel yoksulluk	8
2.1.4. Diğer Yoksulluk Tanımları	9
2.2. Yoksulluk sınırı hesaplama yöntemleri	9
2.2.1. Gıda kalori alımı yaklaşımı	9
2.2.2. Ortalama gelirin yarısı yaklaşımı	10
2.2.3. Leyden (öznel) yoksulluk sınırı yaklaşımı	10
2.3. Gelir eşitliği	11
2.3.1. Lorenz eğrisi	11
2.3.2. Gini katsayısı	12
2.4. Dünyada yoksulluk:	14
2.5. Türkiye’de yoksulluk	15
2.6. Yoksulluk, Sağlık ve Devletin Fonksiyonu	18
2.6.1. Yoksulluğun Bazı Durumlara Etkisi	20
2.6.1.1. Bebek ve Çocuklar	20
2.6.1.2. Kadınlar	22
2.6.1.3. Yaşlılar	23
2.6.1.4. Kronik Hastalıklar	24
2.6.1.5. Mental Hastalıklar ve Madde Bağımlılığı	24
2.7. Sağlık Algısı, Yoksulluk ve Kadın	25
2.7.1. Sağlık Algısı ve Yoksulluğa Yönelik Literatür İncelemesi	26
BÖLÜM 3 - GEREÇ/YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	31
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri	31
3.3. Araştırmanın Zamanı	31
3.4. Evren/Örneklem	31
3.4.1. Araştırmaya Alınan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	32

3.5. Verilerin Toplanması	34
3.5.1 Veri Toplama Araçları	34
3.5.2 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	34
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	36
3.6.1. Bağımlı Değişken	36
3.6.2. Bağımsız Değişkenler	36
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.8. Sınırlılıklar	38
3.9. Katılımcıların ve Kurum İzininin Alınması	38
3.10. Araştırma Planı	38
3.11. Araştırmanın Bütçesi	38
BÖLÜM 4 – BULGULAR	
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	39
4.2. Katılımcıların Sağlık Durumu İle İlgili Özellikleri	40
4.3. Sağlık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	42
BÖLÜM 5 – TARTIŞMA	
5.1. Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısının İncelenmesi	48
5.2. Yaş İle Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	48
5.3. Öğrenim Durumu ve Sağlık Algısı Arasındaki Farkın İncelenmesi	49
5.4. Medeni Duruma Göre Sağlık Algılamadaki Farkın İncelenmesi	50
5.5. Aylık Gelir İle Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	50
5.6. Sigara Kullanma Durumu ve Sağlık Algısı Arasındaki Farkın İncelenmesi	51
5.7. Kronik Hastalık Olması ve Sağlığı Algılama Arasındaki Farkın İncelenmesi	52
5.8. Sağlık Güvencesine Göre Sağlığı Algılamadaki Farkın İncelenmesi	52
BÖLÜM 6 – SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar	54
6.2. Öneriler	55
KAYNAKLAR	56
EKLER	
- Ek 1 - Yoksulluk ve Sağlık Anket Formu	
- Ek 2 - Birey İndeksi	
- Ek 3 - Besin Tablosu	
- Ek 4 - Örnek Yoksulluk Ölçümü	
- Ek 5 - Etik Kurul Raporu	
- Ek 6 - İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi	
- Ek 7 - Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı İzin Belgesi	
- Ek 8 - Araştırmanın Yapıldığı Bölgeden Fotoğraflar	

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Tablonun İsmi	Sayfa No
Tablo 1	Çeşitli Ülkelerde Gelir Dağılımı	13
Tablo 2	Türkiye’deki gelir dengesizliği	14
Tablo 3	Bazı Ülkelerdeki Yoksulluk Oranları	15
Tablo 4	Türkiye’de Yoksulluk Sınırı Yöntemlerine Göre Fert Yoksulluk Oranları 2002–2003–2004	16
Tablo 5	Yoksulluğun Neden Olduğu Hastalıklar	19
Tablo 6	Katılımcıların Konut Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 7	Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri	39
Tablo 8	Bireylerin Hane Gelirleri ve Ek Gelir Miktarları	40
Tablo 9	Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık Algısı	40
Tablo 10	Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık İle İlgili Özellikler	41
Tablo 11	Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık Algısı Farkının İncelenmesi	42
Tablo 12	Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık Algısı ile Yaş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	42
Tablo 13	Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Öğrenim Durumu ve Sağlık Algısının İncelenmesi	43
Tablo 14	Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Medeni Durum ve Sağlık Algısının İncelenmesi	44
Tablo 15	Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık Algısı ile Aylık Gelir Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	45
Tablo 16	Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sigara Kullanma ve Sağlık Algısının İncelenmesi	45
Tablo 17	Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Kronik Hastalık ve Sağlık Algısının İncelenmesi	46
Tablo 18	Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık Güvencesi ve Sağlık Algısının İncelenmesi	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Şekilin İsmi	Sayfa No
Şekil 1	Yoksulluk ve Sağlık	4
Şekil 2	Lorenz Eğrisi Örneği	12
Şekil 3	Yoksulluk Sınırı Altında Yaşayan Ev Halkı	17
Şekil 4	Yoksulluğun Nedenselliği	18
Şekil 5	Yoksulluk ve Sağlık Çemberi	20
Şekil 6	Türkiye’de Kentsel ve Kırsal Alana Göre Kronik Beslenme Yetersizliği	21
Şekil 7	Yoksulluğun Çocuk Sağlığı Üzerine Olan Etkileri	22
Şekil 8	Araştırmanın Adımları	35
Şekil 9	Araştırmanın Değişkenleri	36
Şekil 10	Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık Güvencesi	41

KISALTMALAR

Kısaltma	Açılımı
BM	Birleşmiş Milletler
BKH	Binyıl Kalkınma Hedefleri
DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HBA	Hane halkı Bütçe Anketi
NUFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
RTUK	Radyo ve televizyon üst kurumu
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SYDV	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı
SYDGM	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü
SYDTF	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu
SYTF	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonu
TNSA	Türkiye nüfus ve sağlık araştırması
TUSİAD	Türkiye Sanayi ve İş Adamları Derneği
UNDP	Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı

T E Ő E K K Ü R

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince desteğini ve ilgisini eksik etmeyen, deneyimlerini paylaşan danışman hocam sayın Prof. Dr. Zuhâl BAHAR 'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Eğitimim süresince fikir ve görüşlerinden yararlandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Besti ÜSTÜN, Yrd. Doç. Dr. Saniye ÇİMEN ve Yrd. Doç. Dr. Ayşe BEŞER 'e teşekkürlerimi sunuyorum, bütün hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini hiç esirgemeyen aileme sevgilerimi sunuyorum.

Çalışmaya katkılarından dolayı Kars İl Sağlık Müdürlüğü ile Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfına teşekkürlerimi sunuyorum.

Canürk ÇAPIK

YOKSUL VE YOKSUL OLMAYAN KADINLARDA SAĞLIK ALGISINI ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Cantürk ÇAPIK

ÖZET

Bu çalışma yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını ve etkileyen etmenleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Kars ilinde yaşayan 210 yoksul ve 210 yoksul olmayan olmak üzere 420 kadın oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak literatür bilgisinden derlenen yoksulluk ve sağlık anket formu kullanılmış, bireylerde yoksulluk sınırını belirlemek için gıda-kalori yaklaşımına göre hesaplanan mutlak yoksulluk ölçümü yapılmıştır. Sağlık algısını değerlendirmek için katılımcılara tek soru yöneltilmiştir. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde ki-kare ve spearman kolerasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmada yoksul kadınlarda %78,1, yoksul olmayan kadınlarda %43,4 oranında kötü-orta sağlık algısı saptanmıştır. Yoksul kadınlarda kronik hastalıklar, yaş, aylık gelir sağlık algısını etkilerken, öğrenim durumu, medeni durum, sigara kullanma durumu ve sağlık güvencesi sağlık algısını etkilememektedir. Yoksul olmayan kadınlarda ise öğrenim durumu, kronik hastalıklar, yaş, aylık gelir, sağlık güvencesi sağlık algısını etkilerken, medeni durum ve sigara kullanma durumu sağlık algısını etkilememektedir.

Elde edilen verilere göre sağlık algısı yoksul bireylerde daha kötüdür. Yoksul bireylere özellikle eğitim ve sağlık hizmeti götürülmesine yönelik çabalar arttırılmalı, ulaşılması daha kolay olan sağlık ocaklarının etkin kullanılması sağlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli yeri olan hemşireler, hizmet sunarken yoksul bireylere öncelik göstermeli, yeşil kart hizmetinden yararlanmalarını sağlamalı, kurumlar arası işbirliği yapmalı ve yoksul bireyleri, üretim sürecine katılabilmeleri için iş bulma kurumlarına yönlendirmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Yoksulluk, sağlık algısı, kadın ve hemşirelik

EVALUATION OF THE FACTORS AFFECTING THE PERCEIVED HEALTH STATUS IN POOR AND NOT POOR WOMEN

Cantürk ÇAPIK

SUMMARY

This study aimed to investigate the perceived health status and effecting factors in poor and not poor women.

Study population was consisted of 420 women from Kars the northeastern part of Turkey, 210 were poor and 210 were not. For data collection we used poverty and health questionnaire from which was derived from literature and the absolute poverty measure was calculated according to food-calory approach. To evaluate the perceived health status one question was directed to subjects. For the statistical analysis chi-square test and spearman correlation analysis were used.

We determined that perceived health is poor to moderate in poor and not poor women, 78.1% and 43.4% respectively. In poor women chronic diseases, age and monthly income effected the perceived health- while education degree, marital status, smoking and health-insurance did not. In not poor women education degree, chronic diseases, age, monthly income and health insurance effected the perceived health while marital status and smoking did not.

As a result, perceived health is poorer in poor individuals. Particularly education and health service must be increased for poor subjects and health cabins must be used more efficiently. Nurses have an important place in service and they must give priority to poor subjects provide the cooperation of the institutes, let them use green card and direct them to employment agencies.

Keywords: poverty, health-perception, women and nursing.

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi:

Yoksulluk genel olarak bir halkın ya da onun belirli bir kesiminin asgari yaşam düzeyini sürdürebilmesi için gereken gıda, giyim ve barınak gibi en basit gereksinimlerini bile karşılayamaması durumudur (Uzun, 2003). Yoksulluk genelde iki boyutta incelenir (Uzun, 2003; Rumsey, Foley, 2004). Birincisi toplumun tümü göz önünde bulundurularak elde edilen “görelî yoksulluk”, ikincisi ise sadece bireyin yaşayabilmesi için günlük kalori gereksinimi esasına göre belirlenen “ mutlak yoksulluk” dur (Sarı, 2001). Mutlak yoksulluk; Sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için gerekli olan minimum gıda harcama düzeyine sahip bulunamama durumu olarak tanımlanır (TUSİAD, 2000). Günlük geliri 2400 k/cal besini almaya yetmeyen insanlar mutlak yoksul olarak nitelendirilmektedir (DPT, 2001). Görelî yoksulluk ise toplumun ortalama refah düzeyinin belli bir oranın altında olması durumunu tanımlamaktadır (TUSİAD, 2000). Bu tanımlamaların dışında ayrıca UNDP (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı) yoksulluğu, “insani gelişme için zorunlu olan; hayat boyu sağlık, yaratıcı bir hayat, ortalama bir hayat standardı, özgürlük, kendine güven ve saygınlıktan mahrum olmak” şeklinde tanımlayarak, yoksulluğun sadece parasal bir içeriğe sahip olmadığını vurgulamıştır (Uzun, 2003). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'nün 2002 sağlık raporuna göre dünya nüfusunun 1/5 'i günde kişi başına bir dolardan daha az, yarıya yakını ise günde iki dolardan daha az gelire sahiptir, aynı rapora göre sağlık için en belirleyici risk faktörü yoksulluktur (WHO, 2002). Bazı ülkelerdeki yoksulluk oranlarına bakıldığında; Avustralya (1999) 11,2, Kanada (1999) 10,3, Danimarka (2000) %4,3, İrlanda (1999) %15,4, Belçika (1995) %7,8, Almanya (1994) %9,4, Fransa (1994) %7,5 (Förster, Pearson, 2000). Amerika (2002) %12,1 (Proctor, Dalaker, 2003), Rusya (1999) %18, Çin (1999) %35,2, Tunus (1999) %8 ve Mısır (1999) %49,6 'dır (Blakely ve Ark., 2004). Türkiye 'de ise bu oran Devlet İstatistik Enstitüsü 'ne göre 2004 yılında %14.18 'dir (DİE_a).

Bir toplumun üyeleri arasındaki gelir düzensizliği insanların sağlığını etkiler. Gelir dağılımını ölçmede en çok kullanılan ölçü Gini katsayısı adı verilen bir ölçüdür. Gini kat sayısı mutlak eşitliği ifade eden sıfır ile mutlak eşitsizliği ifade eden bir arasında değişir (Geyik

ve ark., 2005). Gini katsayısı gelişmiş ülkeler olan Danimarka'da 0.27 (1997), İsveç'te 0.25 (2000) ve Almanya'da 0.28 (2003) (WB, 2006) dir. Türkiye'de ise bu değer 0.42'dir (DIE_b). Gelişmiş ülkelerde Gini katsayısının sıfıra daha yakın olması, diğer bir değişle gelirin daha eşit dağılması devlet tarafından gerçekleştirilen vergi ve transferler ile sağlanırken, ülkemizde bu duruma yönelik bir girişim bulunmamaktadır ve en zengin ile en yoksul nüfus arasındaki fark 13 kata ulaşmıştır (UNDP, 2003; Sönmez, 2004). Türkiye'de İnsani Gelişim Raporu 'na (2003) göre yoksulluğun değerlendirilmesinde kullanılan okur - yazar olmayan nüfus oranı %14,8, sağlıklı içme suyuna ulaşamayan nüfus oranı %18 ve beş yaş altında yetersiz beslenme oranı %8 'dir (UNDP, 2003).

Sağlık sorunları sosyoekonomik yapıyla önemli ölçüde iç içedir. İnsanların sağlıklarını koruması ve geliştirmesi; bireysel, kültürel ve sosyoekonomik pek çok koşul ile doğrudan bağlantılıdır (Bataş, 2004). Yoksulluğun sağlığa olan etkisini net olarak anlamak için yoksulluğu Şekil 1 'de görüldüğü gibi öğeleri, ara faktörleri ve çıktıları ile birlikte değerlendirmek gerekir. Sağlıksız çevre şartları, sosyal güvencenin olmaması ve ağır çalışma koşulları gibi yoksulluk öğeleri; yetersiz sağlık bilgisi ve zararlı sağlık alışkanlıkları gibi ara faktörlerin yardımıyla sık hastalanma, anne ve çocuk ölümlerinin artması, kronik hastalıklar ve beslenme bozukluklarına sebep olmaktadır.

Şekil 1 - Yoksulluk ve Sağlık (Dedeoğlu, 2004)



Yoksulluk açısından kadınlar ve çocuklar riskli gruplardır (Soyer, 2001). Yoksulluğun çocuklar üzerinde en sık görülen etkisi beslenme yetersizliğidir. Ev içi stres, anne sütünün erken kesilmesi, annenin beslenme yetersizliği, sağlıklı fiziksel ortam ve yetersiz sağlık hizmeti beslenme yetersizliğinin temel belirleyicileri olmaktadır (Hatun, 2002). Kadınlar aynı sosyal gruptaki erkeklere göre daha yoksuldurlar. Bugün yoksullukla yaşayan 1,2 milyar insanın % 70'i kadınlardır (Öztek, 2001). Kadınlar yoksulluk durumunda daha fazla demir eksikliği, gebelik komplikasyonu, beslenme yetersizlikleri yaşamakta ve eğitim fırsatlarından yararlanamamaktadırlar (WHO₆).

Bugün birçok ülkede yoksullar zenginlere oranla çok daha fazla sigara içmektedirler (Kondro, 2002). Avrupa'da yoksul kadınlarda sigara içme oranı giderek artmaktadır. Özellikle genç yoksul kadınlarda artan sigara kullanımı başta akciğer kanseri olmak üzere sistemik olarak birçok hastalığa neden olmaktadır (www.huksam.hacettepe.edu.tr). Yaşam ve iş çevresindeki olumsuzluklar sonucu hastalıklar kronikleşmekte ve ağırlaşmaktadır. Yoksul bölgelerdeki bireyler; şişmanlık diyabet, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar ile savaşmak zorunda kalmaktadır. Agarth ve arkadaşları (2004) düşük sosyo ekonomik gruptaki kadınlarda diyabet gelişme riskinin üst sosyoekonomik seviyedekilere göre 3,2 kat daha fazla olduğunu, Lethbridge ve Phipps (2005) yoksullarda astımın çok daha fazla görüldüğünü, Goldstein ve Jacoby (2005) yoksul kadınlarda şişmanlık, hipertansiyon ve kolesterolün daha fazla görüldüğünü saptamışlardır (Goldstein, Jacoby, 2005; Agardh ve ark., 2004; Lethbridge, Phipps, 2005).

Sağlık algısı; sağlıktaki değişikliklere karşı duyarlı olması, klinik değerlendirmeler yapılmadan ve belirtilerinin görülmeden önce hastalığın varlığını haber vermesi nedeniyle önemlidir (Şahin, 1997). Goldberg ve arkadaşları (2001) tıbbi olarak teşhis edilmiş bir hastalıkla algılanan sağlık arasında iyi bir uyum olduğunu saptamışlardır (Goldberg ve Ark., 2001). Sosyo-ekonomik statü, gelir, cinsiyet ve eğitim sağlığın algılanmasını büyük oranda değiştirir (Sönmez, 2004; Öztek, 2001; Ahmad ve ark., 2005; Vissandjee ve Ark, 2004). Ahmad ve arkadaşları (2005) kadınlarda sağlık algısının daha olumsuz olduğunu, düşük sosyoekonomik statünün, kırsal alanda yaşamının ve okuryazarlık durumunun sağlık algısını etkilediğini saptamışlardır (Ahmad ve Ark., 2005). Vissandjee (2004) konut tipinin, istihdam durumunun ve yaşın sağlık algısını etkilediğini, ailesi ile birlikte yaşayanların sağlık algısının daha olumlu olduğunu saptamıştır (Vissandjee ve Ark., 2004). Yen ve Kaplan (1999) sağlık algısında yaşanan bölgenin önemi vurgulamış, yoksul bölgelerde yaşayan kadınların sağlık durumlarını daha olumsuz değerlendirdiklerini saptamıştır (Yen, Kaplan, 1999).

Literatür incelendiğinde yoksulluk, sağlık algısı ve demografik faktörlerin sürekli bir etkileşim içinde olduğu görülmektedir (Peden, 2004; Öz, 2004; Ahmad, ve Ark., 2005; Yen, Kaplan, 1999; Vissandjee ve Ark., 2004; Lancu ve Ark., 2003). Hemşireler yoksulların kişisel değer ve gereksinimlerinin farkında olmalıdırlar (Ergül, 2005). Ülkemizde hemşirelik araştırmalarına bakıldığında ise yoksulluk ve sağlık algısı ile ilgili araştırma olmadığı görülmektedir. Bu özden yola çıkarak bu çalışma da yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenlerin incelenmesi planlanmıştır. Bu yönüyle çalışmanın yoksul bireylerin kendi sağlık düzeylerinin farkına varmaları ve sağlık hizmetlerini kullanabilmeleri için gerekli hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına yönelik bir zemin oluşturacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmanın amacı yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını ve etkileyen etmenleri incelemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları:

Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda;

- 1- Yaş ile sağlığı algılama düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?
- 2- Öğrenim durumu ve sağlık algısı arasında bir fark var mıdır?
- 3- Medeni durum ve sağlık algısı arasında bir fark var mıdır?
- 4- Aile geliri ve sağlık algısı arasında bir ilişki var mıdır?
- 5- Sigara kullanma durumu ve sağlığı algılama düzeyi arasında bir fark var mıdır?
- 6- Kronik hastalık durumu ve sağlığı algılama arasında bir fark var mıdır?
- 7- Sağlık güvencesi ve sağlığı algılama arasında bir fark var mıdır?

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. YOKSULLUĞUN TANIMI

Yoksulluk; karmaşık, kökü hem ulusal hem de uluslararası alanlarda bulunan çok boyutlu bir problemdir ve tarihin her döneminde, her toplumda rastlanabilen bir olgudur (Uzun, 2003). Bugün sosyal bir sorun olarak tartışılan biçimiyle yoksulluk, onaltıncı yüzyılda Avrupa'da kapitalizmin ortaya çıkışıyla bağlantılıdır (Buğra, 2005). Küreselleşme, ülke düzeyinde uygulanan politikaların etkinliğini azaltmış ve radikal politik kararların alınmasını güçleştirmiştir (DPT, 2001). Tarımın ticarileşmesiyle tarımsal yapıların çözülmesi, kırsal alanda geçimlerini sağlayamaz hale gelenlerin şehirlere akın etmeleri, talepten kaynaklanan dalgalanmaların etkisi altındaki ulaşım, ticaret ve imalat sektörlerinde sağlanan istihdamın düzensiz niteliği ise modern yoksulluğu tanımlayan önemli gelişmelerdir (Buğra, 2005).

Bir birey, sahip olduğu kaynaklar ve olanaklar ile ihtiyaçlarını karşılayamıyorsa yoksul olarak tanımlanır (Sarı, 2001) Yoksulluk aşağıda belirtildiği gibi genelde mutlak ve göreceli yoksulluk olmak üzere iki boyutta incelenir fakat yoksulluk sadece gelir açısından değil, bazı gelişmişlik ölçütlerine göre de değerlendirilmektedir. Yoksulluğun belirlenmesinde, gelirin yanında, doğuştan yaşam ümidi ve okur-yazarlık oranları da dikkate alınmaktadır. Sosyal güvenlik şemsiyesinin genişliği de gelir dağılımı ve yoksulluk analizinde önemli bir unsurdur (Uzun, 2003; Rumsey, Foley, 2004; Dansuk, 1997). Yoksulluğun evrenselliği ve ortalama bir hesaplama yöntemi gereksinimi nedeniyle, mutlak yoksulluk sınırı az gelişmiş ülkeler için kişi başına günde 1\$ kabul edilirken, Latin Amerika ve Karayipler için bu sınır 2\$, Türkiye'nin de dahil edildiği Doğu Avrupa ülkelerinin de içinde bulunduğu grup için 4\$, gelişmiş sanayi ülkeleri için 14.40\$ olarak kabul edilmektedir (DPT, 2001). Binyıl Kalkınma Hedefleri, insani kalkınmaya yönelik olarak yoksulluk ve açlığın ortadan kaldırılması, tüm bireyler için temel eğitim, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması çocuk ölümlerinin azaltılması, anne sağlığının iyileştirilmesi ve salgın hastalıklarla mücadele konularını ele alarak bunlardan yoksulluğa önemli bir yer vermiştir (BKH, 2005). Yoksulluk, bir ülkenin gelişmişlik seviyesi ile yakından ilişkilidir. İstisna olan ülkeler dışında genel olarak, azgelişmiş ülkelerde yoksulluk oranı nüfusun % 40 ile % 80'i arasında, gelişmekte olan

ülkelerde ise % 40'ın altındadır (Dansuk, 1997). Yoksulluk düzeyi bakımından ülkelerarası veya aynı ülke içinde dönemler arası karşılaştırmalar yapılabilmesi için yoksulluk kavramı mutlak yoksulluk (absolute poverty), görelî yoksulluk (relative poverty) ve öznel yoksulluk (subjective poverty) başta olmak üzere çeşitli yaklaşımlar aracılığıyla incelenir (TUSİAD, 2000).

2.1.1. Mutlak Yoksulluk

Mutlak yoksulluk sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için gerekli olan minimum gıda harcama düzeyine sahip bulunamama durumu olarak tanımlanmaktadır ve günlük geliri 2400 k/cal besini almaya yetmeyen insanlar “mutlak yoksul” olarak nitelendirmektedir (DPT, 2001). Mutlak yoksullukta yoksulluk çizgisi iki farklı yöntemle hesaplanır. Bunlardan birincisi sadece minimum gıda harcaması maliyetini esas alınır. Bunun için bir kişinin yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan minimum kalori ihtiyacı hesaplanır. Daha sonra bu kalori ihtiyacını karşılayacak gıda harcaması maliyeti çıkarılır (Ek 3–4). İkinci yöntem, bireyin sadece minimum gıda harcamasını değil onun yanında diğer temel gereksinimlerini (giyinme, barınma, ısınma gibi) de dikkate alır. Dolayısıyla birinci yönteme göre daha yüksek bir yoksulluk çizgisi tanımlar (TUSİAD, 2000).

2.1.2. Görelî Yoksulluk

Görelî yoksulluk, bir kişinin yaşam düzeyinin, kendisinden daha yüksek bir referans gurubunun geliri ile karşılaştırılması sonucunda ortaya çıkan bir olgu olarak tanımlanır. Diğer bir tanıma ile görelî yoksulluk, toplumun ortalama refah düzeyinin altında olmak durumudur (TUSİAD, 2000; Erdoğan, 2002; DİE_c, 2004). Yoksulluk araştırmalarında görelî yoksulluk yaklaşımı kullanılıyorsa genellikle ortanca değer (gelirler en küçükten en büyüğe sıraya dizildiğinde tam ortadaki gelirin değeri) tercih edilir (TUSİAD, 2000). Türkiye İstatistik Kurumu görelî yoksulluk hesaplamasında, yoksulluk çizgisi olarak ortanca bireysel gelirlerinin %50'sini esas almaktadır (DİE_a, 2004). Bu yöntemle göre geliri ortanca değerinin %50 'sinin altında kalanlar yoksul sınıfına girmektedir.

2.1.3. Öznel Yoksulluk

Öznel yoksulluk (Leyden Yaklaşımı) insanların kendileri için yeterli kabul ettikleri azami gelir düzeyi sorularak belirlenir. Bu yöntemle yoksulluk sınırı belirlemeye Leyden yaklaşımı da denir (Akyüz, 2002).

2.1.4. Diğer Tanımlamalar

Kalıtsal Yoksulluk: Yoksul ebeveynlerin kendi durumlarını çocuklarına devrederek bu şekilde yoksulluk çemberinin devam etmesidir (www.oegkv.at).

Ekstrem yoksulluk: Bütün gelirin besin için harcadığı ve buna rağmen yeterli besin sağlanamadığı durum “ekstrem yoksulluk” olarak tanımlanmaktadır ([Hatun, 2002](#)).

Ani Yoksulluk: Yoksulluğun ani olarak gelişen, doğal felaketler, savaşlar gibi sebeplerle meydana gelmesidir (www.oegkv.at).

Gelir Yoksulluğu: Kişi başına günlük bir dolar kazanç “uluslararası yoksulluk sınırı” olarak kabul edilmektedir. Bu sınıra göre belirlenen yoksulluk “gelir yoksulluğu” olarak da ifade edilir ([Hatun, 2002](#)).

Temel Gereksinim Yoksulluğu: Su, beslenme için gerekli minimum kalori ve çocukların okula başlayamaması gibi temel gereksinimlerin karşılanamaması durumuna temel gereksinim yoksulluğu denmektedir ([Hatun, 2002](#)).

2.2. Yoksulluk Sınırı Hesaplama Yöntemleri

Yoksulluk sınırı; bir toplumda yoksul olanlarla olmayanları birbirinden ayırmakta kullanılan izafi bir çizgidir ([TUSİAD, 2000](#)). Yoksulluk sınırının, gelir düzeyi üzerinden mi, harcama düzeyi üzerinden mi, birey düzeyinden mi, yoksa hane halkı düzeyinden mi tanımlanması gerektiği konusu üzerinde birçok yaklaşım mevcuttur ([Akyüz, 2002](#)). Yoksulluk sınırının hesaplanmasında neyin ölçüt olarak alınacağına karar vermek gerekir.

Yoksulluk sınırı hesaplamalarında en çok kullanılan yöntemler gıda - kalori alımı yaklaşımı, ortalama gelirin yarısı yaklaşımı ve daha az olmak üzere leyden yaklaşımıdır.

2.2.1. Gıda - Kalori Alımı Yaklaşımı

Gıda - kalori alımı yaklaşımı bireyin yaşayabilmesi için kabul edilebilir en düşük gıda tüketim düzeyi üzerinden hesaplanır ([Aktan, Vural, 2002](#)). Bu yaklaşım gereği farklı bölge ve kesimler için önceden belirlenmiş gıda enerjisi ihtiyacına denk gelen kaloriyi içeren gıda

sepeti hazırlanır ve bu sepeti almak için gereken maddi değer hesaplanır (**Ek 5**). Yoksulluk sınırı dünyanın birçok ülkesinde bu yöntemle hesaplanmaktadır (Akyüz, 2002; Aktan, Vural, 2002).

2.2.2. Ortalama Gelirin Yarısı Yaklaşımı

Bu yaklaşımda görelî yoksulluk tanımı temel alınarak, toplumda yaratılan ortalama gelirin yarısı yoksulluk sınırı olarak kabul edilmektedir. Ortalama gelirin yarısının altında kalan fertler yoksul olarak adlandırılmaktadır. Bu yöntem günümüz yaşam koşullarına bağlıdır. Eğer toplumda genel gelir düzeyi yüksekse, yoksulluk sınırında yüksek bulunur (Dansuk, 1997). Ortalama gelirin yarısı yaklaşımında toplumun bir kesiminden diğerine eğitsizliğin boyutu az ise, diğer bir değişle yaşayanların gelirleri genel ortalama civarında ise, ortalama gelirin yarısına sahip hiç kimse çıkmayacaktır, dolayısı ile toplumda yoksul bulunmayacaktır. Eğitsizliğin boyutu fazla ise ortalama gelirin yarısından az kazanan hane halkı sayısı toplumdaki ayırt edilebilecektir (Akyüz, 2002).

2.2.3. Leyden (Öznel Yoksulluk) Yöntemi Yaklaşımı

Bu yaklaşım, insanların kişisel kararlarına bırakılan bir yaklaşımdır ve Leyden Yoksulluk sınırı olarak adlandırmaktadır (TUSİAD, 2000; Akyüz, 2002). Leyden yaklaşımında katılımcılara aşağıda belirtilen soru yöneltilmekte ve alınan cevaplar üzerinden yoksulluk sınırı hesaplanmaktadır.

Soru: Lütfen her bir durum için kendinize en uygun para miktarı belirtiniz.

Yanıt: Aylık Kazancım:

.....TL olursa çok kötü

.....TL olursa kötü,

.....TL olursa yetersiz,

.....TL olursa yeterli,

.....TL olursa iyi,

.....TL olursa çok iyi

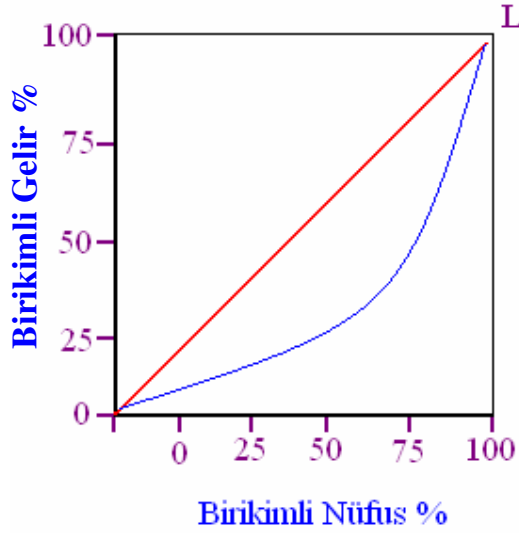
2.3. Gelir Eşitliği

Yoksulluk, sağlıktaki eşitsizlikleri belirleyen en önemli etken olarak sıklıkla vurgulanmaktadır. Avrupa'da yoksul sınıflarda hem hastalık hem de ölüm hızları daha yüksektir ve bu gerçek tıbbi teknolojideki bütün gelişmelere rağmen değişmemektedir (Peden, 2004). En gelişmişler sınıfındaki batılı ülkelerde genel olarak toplumsal sağlık düzeyindeki gözle görülür yükselmeye karşın, çeşitli toplumsal gruplar arasındaki kötü sağlık göstergeleri varlığını hala sürdürmektedir (Peden, 2004). Eşitsizlik, farklı insanlara farklı davranmak demektir. Burada eşitsizlik, ister gelirden, ister tüketimde veya bir toplumun gösterge ya da tutumlarındaki farklılıklarda olsun, bölüşüm dengesizliği olarak kavramsallaştırılır (Doğanoğlu, Gülcü, 2001). Bir toplumda eşitsizlikleri ele alırken Lorenz eğrisi ve bu eğriden elde edilen gini katsayıları kullanılarak yorum yapılır.

2.3.1. Lorenz Eğrisi

Lorenz eğrisi, gelir dağılımı çalışmalarında yaygın olarak kullanılan ve bazı gelir dağılımı eşitsizliği ölçülerinin hesaplanmasında temel alınan grafiktir. Eğriyi oluşturabilmek için birey veya hanehalkı geliri en küçükten başlayarak büyüğe doğru sıralanır. Lorenz eğrisinin yatay ekseninde bu şekilde sıralanmış birey veya hanehalkının nüfusunun birikimli yüzde payları, dikey ekseninde ise bu birey veya hanehalkının elde ettikleri gelirin birikimli yüzde payları yer alır. Lorenz grafiğinde çıkan "D" harfine benzer eğri ne kadar genişse eşitsizlik o kadar çoktur (TUSİAD, 2000). Lorenz eğrisi sağlıkla ilgili değişkenler için oluşturulduğunda x eksenini popülasyonun yüzdesini, y eksenini ise ilgilenilen sağlık değişkeninin yüzdesini temsil eder (Geyik ve ark, 2005). Lorenz eğrisi örneği şekil 2'de gösterilmiştir.

Şekil 2 - Lorenz Eğrisi Örneği (TUSİAD, 2000)



2.3.2. Gini Katsayısı

Gelir dağılımı ölçütlerinden en yaygın olarak kullanılanı Gini katsayısıdır (TUSİAD, 2000; Geyik ve ark, 2005). Gerek ülkeler arasında karşılaştırma yapmak gerekse bir ülkenin gelir dağılımındaki dengesizliğin zaman içindeki seyrini izlemek için Gini, kendi adıyla anılan bu katsayıyı kullanmıştır. Lorenz eğrisi gösteriminden elde edilen Gini katsayısı, eşitsizlik düzeyini tek bir sayı ile ifade ederek çeşitli gelir dağılımlarının karşılaştırılmasını sağlamaktadır (TUSİAD, 2000). Gini katsayısı sıfır ile bir arasında değer alır (Geyik ve ark, 2005). Bu katsayı sıfıra yaklaştıkça, gelir dağılımındaki adaletsizliğin azaldığı anlamı ortaya çıkar (TUSİAD, 2000; <http://www.isguc.org>; Geyik ve ark, 2005). Sıfır tam eşitliği (herkes aynı yaşam süresine sahip) 1 ise tam eşitsizliği gösterir. Gini katsayısının 0,20'nin altında olması düşük eşitsizliği, 0,20–0,50 arasında olması orta düzeyde eşitsizliği, 0,5'in üzerinde olması ise yüksek eşitsizliği gösterir (Geyik ve ark, 2005). Bir ülkede gelir dağılımındaki adaletsizlik ne kadar fazlaysa Gini katsayısı o kadar büyüktür.

Tablo 1 — Çeşitli Ülkelerde Gelir Dağılımı

Ülkeler	Gini Katsayısı
Belçika** 2000	0,26
İngiltere** 1999	0,34
Danimarka** 1997	0,27
Fransa* 2000	0,28
Almanya* 2000	0,28
İtalya** 2000	0,31
İspanya* 2000	0,35
Avustralya* 2001	0,23.7
Türkiye*** 2003	0,42

* - United Nations University (<http://www.wider.unu.edu/wiid/wiid.htm>)

** - Human Development Report 2006 (WB, 2006)

*** - DPT (<http://ekutup.dpt.gov.tr>)

Dünyada, ülkeler içindeki gelir dağılımındaki eşitsizliğinin yanı sıra, ülkeler arasındaki gelir dağılımı eşitsizliği de artmaya devam etmektedir (<http://www.isguc.org>). Belçika’da Gini katsayısı 0,26 düzeyinde iken İspanya’da 0,35, Türkiye’de 0,42 ’ye çıkmaktadır (**Tablo 1**). Birleşmiş Milletler (BM) İnsani Gelişme Raporu’na göre, 1990’ların sonunda dünya nüfusunun en zengin ülkelerinde yaşayan % 20’lik bölümü dünya hasılasının % 86’sına, en alt dilimdeki % 20’si de % 1’ine sahip bulunmaktadır. Bu durum 21. yüzyılın başlangıcı olan 2000 yılında da değişmemiş ve genelde en yoksul ülkelerin konumunda bir iyileşme olmamıştır. Piyasa mekanizmasının otomatik olarak oluşturduğu gelir ve servet dağılımındaki gayri adil yapının düzeltilmesi, günümüzde bütün devletlerin ortak bir sorunu haline gelmiştir (<http://www.isguc.org>). Devletin temel fonksiyonu, düşük gelirliilere daha az yük getirmek, gelir dağılımındaki uçurumları azaltarak yatay ve dikey adaleti sağlayacak bir gelir politikasını uygulamaya koymak, düşük gelirli gruplara yönelik eğitim ve sağlık hizmetlerini ön plana çıkaracak bir harcama politikası izlemektir. Birbiri ile uyumlu, vergi ve harcama politikalarını işlerlik kazandırmak, düşük gelir düzeyinde olan sınıfların bütçelerini doğrudan ya da dolaylı yoldan düzeltmektir (<http://www.isguc.org>). Ülkemizde ise bu duruma yönelik etkin bir müdahale gözlenmemektedir (Sönmez, 2004). Türkiye’de gelirin dağılımı ve yıllar içindeki değişimi **Tablo 2**’de verilmiştir.

Tablo 2 – Türkiye’deki gelir dengesizliği (www.ekutup.dpt.gov.tr)

Yüzde 20’lik Dilimler	1994	2002	2003
Birinci %20	4,9	5,3	6,0
İkinci %20	8,6	9,8	10,4
Üçüncü %20	12,6	14,0	14,5
Dördüncü %20	19,0	20,8	20,9
Beşinci %20	54,9	50,1	48,3
Gini Katsayısı	0,49	0,44	0,42

2.4 Dünyada Yoksulluk

Günümüzün “küreselleşen” dünyasında artık yoksulluk kavramı yalnız ulusal sınırlar içerisinde değerlendirilmemektedir. Yoksul ülkelerin içinde bulunduğu durum büyük ölçüde küreselleşme sürecine göndermelerle açıklanmaktadır(Doğan, 2002). Küreselleşme en çok 19. Yüzyılda ve 20.Yüzyılın ilk 25 yılında artış göstermiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrasında, dünya genelinde büyük bir büyüme dönemi yaşanmıştır. Birey başına yıllık büyüme oranı 1950–2001 yılları arası batı dünyasında yüzde 2,8, geri kalan kısmında ise yüzde 2,2 olmuş, en yoksul ülkeler ile en zengin ülkeler arasında gelir farklılığı büyümüştür. Dünya gelirin her geçen yıl artışına karşılık, bu dağılımın zengin ülkeler lehine olması, ülkelerin sınıfları arasındaki dağılımını daha da bozarak, az gelişmiş ülkelerin yoksulluk sorunun giderek artmasına yol açmaktadır. Aşırı küreselleşmeciler ulus devletini önemini yitirdiğini, küresel piyasanın, politikalarının yerini aldığını ifade etmektedirler (<http://www.bilgiyonetimi.org>). Dünya sistemine bir bütün olarak bakıldığında, yoksul alanların kaba çizgilerle ayrıldığı görülmektedir (**Tablo 3**). Güney kuzeye, çevre merkeze, kırsal kente göre daha yoksuldur. Alışlagelmiş gelir dağılımı kategorileri içinde de alt sınıflar doğal olarak üst sınıflara göre daha yoksuldur (<http://www.marmara.edu.tr>).

Tablo 3 — Bazı Ülkelerdeki Yoksulluk Oranları (WHO, 2001; Stevens, 2004)

Ülke	Yoksulluk %	Ülke	Yoksulluk %
Avustralya(1999)	11,20	Fransa(1994)	7,50
Kanada(1999)	10,30	Amerika(2002)	12.1
Danimarka(2000)	4,30	Rusya(1999)	18,00
İrlanda(1999)	15,40	Çin(1999)	35.2
Belçika(1995)	7,80	Tunus(1999)	8,00
Almanya(1994)	9,40	Mısır(1999)	49.6
Türkiye(2004)	14,18		

2.5. Türkiye’de Yoksulluk

Binyıl Kalkınma Hedefleri’nin (BKH) ortaya konulmasını takiben Türkiye’nin yoksullukla mücadele çabaları hız kazanmıştır. Türkiye yoksullukla mücadele etmeye resmi olarak 1990’lı yılların ortasında başlamıştır. Yedinci ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planlarında Türkiye’nin bu konudaki stratejik amacı gelir dağılımındaki eşitsizlikleri kalıcı olarak azaltmak ve mutlak yoksulluğu ortadan kaldırmaktır (BKH, 2005).

Türkiye’de yoksulluk üzerine yapılmış sınırlı sayıdaki araştırmalar, mutlak yoksulluk yaklaşımını temel alarak Türkiye’de yoksul sayısını ve buna bağlı olarak yoksul oranını belirlemeye çalışmaktadır. Bu çalışmalardan ilki Türk Sanayi ve İş Adamları Derneği (TUSİAD) ‘ın belirttiğine göre Celasun’un (1989), Derviş ve Robinson ‘un 1973 da yaptıkları yoksulluk analizinden faydalanarak 1973, 1978 ve 1983 yılları için Türkiye’de yoksul oranlarını tahmin ettiği araştırmadır (TUSİAD, 2000).

Türkiye’de mutlak yoksulluğun ve açlığın ortadan kaldırılmasına ilişkin değerlendirmeler büyük ölçüde Devlet İstatistik Enstitüsü’nün (DİE) yürütmüş olduğu resmi Hanehalkı Bütçe Anketlerinde (HBA) toplanan verilere dayanmaktadır(BKH, 2005). Ayrıca Türkiye’de yoksulluk çizgisi belirlemeye yönelik, genellikle işçi sendikalarının yaptıkları dört kişilik bir ailenin mutfak masrafları üzerinden hesaplanan yoksulluk çizgileri de mevcuttur (TUSİAD, 2000).

Türkiye’de günlük geliri bir doların altında olan nüfusun oranı 1994 yılında % 1,1, 2002 yılında % 0,20, 2003 yılında ise % 0,01 olarak bulunmuştur. Diğer yandan, gıda yoksulluğunun oranı 2002’de % 1,35, 2003 yılında ise % 1,29’dur (BKH, 2005). Türkiye ’deki yoksullukla ilgili diğer veriler ise **Tablo 4**’de belirtildiği gibidir.

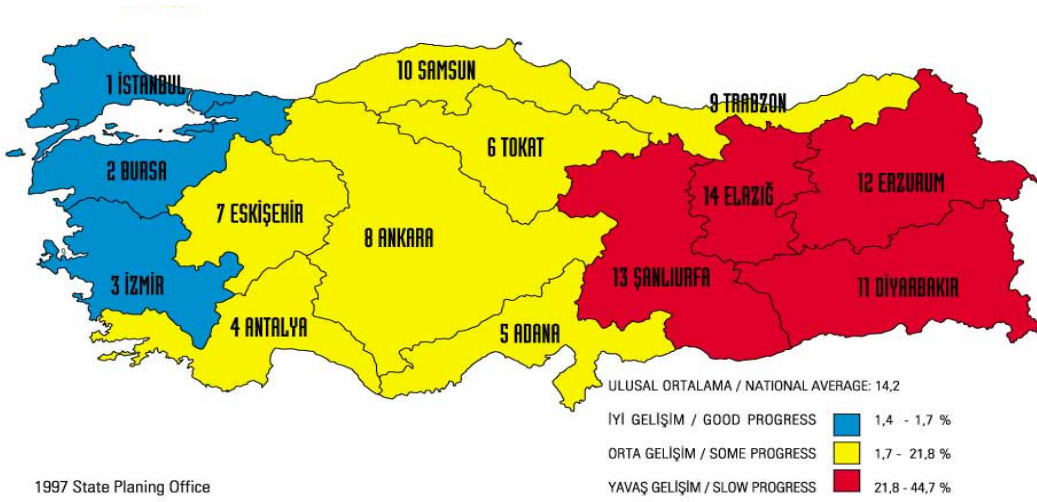
Tablo 4 — Türkiye’de Yoksulluk Sınırı Yöntemlerine Göre Fert Yoksulluk Oranları 2002–2003–2004 (DİE_a, 2004)

Yöntemler	Fert yoksulluk oranı								
	Türkiye %			Kent %			Kır %		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Gıda yoksulluğu (açlık)	1,35	1,29	1,29	0,92	0,74	0,62	2,01	2,15	2,36
Yoksulluk (gıda+gıda dışı)	26,96	28,12	25,60	21,95	22,30	16,57	34,48	37,13	39,97
Kişi başı günlük 1 \$'ın altı	0,20	0,01	0,02	0,03	0,01	0,01	0,46	0,01	0,02
Kişi başı günlük 2,15 \$'ın altı	3,04	2,39	2,49	2,37	1,54	1,23	4,06	3,71	4,51
Kişi başı günlük 4,3 \$'ın altı	30,30	23,75	20,89	24,62	18,31	13,51	38,82	32,18	32,62
Görelî yoksulluk*	14,74	15,51	14,18	11,33	11,26	8,34	19,86	22,08	23,48

*— Medyan değeri olarak %50 alınmıştır.

Türkiye’de yoksulluk yönünden bölgesel farklar bulunmaktadır, tablodan da görüldüğü gibi görelî yoksulluk 2004 yılında kentte % 8,4 iken bu oran kırsal bölgelerde %23,48 dir. Görelî yoksulluğa benzer şekilde mutlak yoksulluk oranı da kentte 2004 yılında % 21,95 iken kırsal bölgede 39,97 dir. Türkiye’de kentten kırsala, batıdan doğuya gidildikçe yoksulluk oranı artmaktadır (**Şekil 3**).

Şekil 3 — Yoksulluk Sınırı Altında Yaşayan Ev Halkı (<http://www.die.gov.tr>)



Devlet Planlama Teşkilatı 2004 yılı yoksulluk araştırması sonuçlarına göre; Türkiye’de okuryazar olmayanlarda yoksulluk oranı % 45.11 iken ilköğretim mezunlarında bu oran % 25.49, lise ve dengi meslek okulları mezunlarında % 8.28, yükseköğretim, fakülte ve üstü mezuniyete sahip fertlerde % 1.33 saptanmıştır. Hanehalkı büyüklüğü 2004 yılında üç veya dört kişiden oluşan hanelerde bulunan fertlerin yoksulluk oranı % 13.84 iken yedi ve daha fazla olan hanelerde fertlerin yoksulluk oranı % 51.97 olarak saptanmıştır. Hanehalkı türüne göre çekirdek ailede fertlerin yoksulluk oranı % 23.25 iken ataerkil veya geniş ailede % 32.03, tek yetişkinli ailede ise % 24.18 saptanmıştır (DİE_a, 2004). Yoksulluk araştırması sonuçlarına bakıldığında Türkiye’de eğitim seviyesi düşük olanlarda, hanehalkı çok olanlarda ve geniş ailelerde yoksulluk daha fazladır fakat **şekil 4**’de görüldüğü gibi yoksulluk, temel neden olan kapitalizm ve bir ara faktör olan eşitsizliklerden sonra son neden olarak ortaya çıkmaktadır (Hamzaoğlu, 2004). Bu sebepten dolayı yoksulluğun nedenselliğini sadece eğitim seviyesi, hane halkı sayısı ve aile tipinde aramamak gerekmektedir.

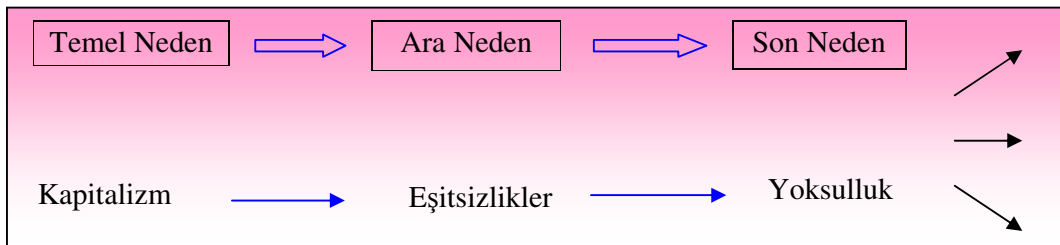
2.6. Yoksulluk, Sağlık ve Devletin Fonksiyonu

Sağlık, tek tek fertlerin olduğu kadar, bir bütün olarak toplum hayatında da birinci derecede önem taşıyan bir olgudur. Bu nedenle sağlık hizmetleri, hemen hemen tüm ülkeler tarafından desteklenmektedir. Genellikle yoksulluğa yönelik devlet müdahalesi şu üç biçimde yapılır: Hizmet arzı, destekleme, düzenleme ve vergileme (<http://www.isguc.org>). Devlet, uygulamacıların eğitimlerini üstlenip, gerekli özelliklerin neler olacağı konusunda düzenlemeler yapar. Sağlık hizmetlerini ya bedelsiz ya da yüksek oranda destekli fiyatla dağıtır. Hizmet dağıtım sisteminin piyasa kökenli olduğu ABD 'de de bile, kamuya ait hastane inşaatı, fakir ve yaşlıların tedavi harcamalarını destekleme gibi yoğun devlet düzenlemeleri söz konusudur (<http://www.isguc.org>).

Sağlık ekonomik büyüme ve sürdürülebilir gelişme ile iç içedir. Sağlığa yatırımın ekonomik açıdan yararlı olduğuna dair kanıtlar vardır. Türkiye Avrupa ülkeleri içinde bütçesinden sağlığa en az pay ayıran ülke konumundadır. Türkiye ile aynı gelir dilimine yerleştirilebilecek (2500–4000 dolar) toplam 14 ülkenin, Türkiye dışında yalnızca birisinde (Meksika) Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payı %3'tür. Diğer 12 ülkenin tümünde bu oran daha yüksektir ve %5 ile %21 arasında değişmektedir (Örneğin Botswana ve Brezilya'da %5, Kosta Rika'da %21, Panama'da %18 'dir) (<http://www.isguc.org>). Türkiye'de ise bu değer 2004 yılında sadece 3,19'dur (Hamzaoğlu, Özcan, 2005).

Sağlık sorunları sosyoekonomik yapıyla önemli ölçüde iç içedir. İnsanların sağlıklarını temin etmek, korumak, geliştirmek; bireysel, kültürel ve sosyoekonomik pek çok koşulla doğrudan bağlantılıdır (Batlaş, 2004). Yoksulluk hastalıkların ve sağlık sorunlarının ortaya çıkış zincirinde ancak son neden olarak tanımlanabilir. Aynı zincirde ara neden eşitsizlikler, temel neden de kapitalizm (toplumsal yapı) olarak tanımlamak gerekir (**Şekil 4**).

Şekil 4 —Yoksulluğun Nedenselliği (Hamzaoğlu, 2004)



Yoksulluk; kapitalizm, gelir dengesindeki adaletsizlik, işsizlik, ekonomik gerilik ve politika yanlışlıkları gibi nedenlerin sonucunda ortaya çıkarken, başta sağlık sorunları olmak üzere, birçok sorunun da temel nedeni konumuna gelmektedir (Yıldırım, Balbay, 2003).

Düşük gelirli ülkelerde ölümlerin çoğu önlenebilir nedenlerden olmaktadır. Hastalıkların temelini, beslenme yetersizliği, ev içi yetersiz havalandırma, sanitasyon ve eğitimsizlik oluşturur (Stevens, 2004). Yoksulluktan kaynaklanan hastalıkların toplamı az gelirli ülkelerde %54,1'ı bulurken bu oran zengin ülkelerde %6,2'ye düşmektedir (Stevens, 2004). (Tablo 5).

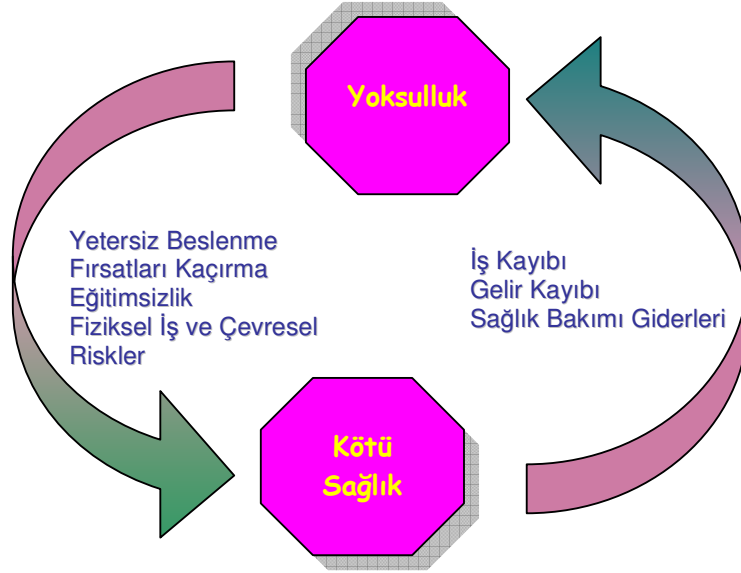
Tablo 5 - Yoksulluğun Neden Olduğu Hastalıklar (Stevens, 2004)

Ölüme neden olma durumu %	Yüksek Mortalite (Düşük Gelirli Ülkeler)	Düşük Mortalite (Orta Gelirli Ülkeler)	Yüksek Gelirli Ülkeler
Enfeksiyon veya paraziter hastalıklar	34,1	24,8	2,1
Solunum yolu Hastalıkları	9,9	8	3,7
Perinatal veya Maternal Durumlar	8,4	6,8	0,4
Beslenme Bozuklukları	1,3	1,1	0
Tropikal Hastalıklar	0,5	0,3	0
Toplam Yoksullukla İlişkili Hastalıklar	54,1	40,7	6,2

Yoksulluk kişinin uyku düzenini, davranışlarını, yorgunluk durumunu, öğrenme kapasitesini, alkol alma sıklığını, kullandığı ilaçları, tedavi olma şekillerini, çocuklarını ve etrafındaki diğer insanları etkiler (<http://www.owhn.on.ca>). Yoksulluk ve kötü sağlık kısır bir döngü oluşturur. Yoksulluk artmış çevresel riskler, yetersiz beslenme, eğitime ve sağlık bakımına ulaşamamaya neden olurken kötü sağlık da gelirin azalmasına, verimliliğin ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olarak yoksulluğa neden olur (Şekil 5). Bu döngüden de anlaşılacağı gibi yoksulluk sağlık için temel belirleyici durumdadır (WHO, 2001). Yoksulluk ve sağlık dört şekilde ilişkilidir; Kötü sağlık yoksulluğa neden olur, yoksulluk kötü sağlığa neden olur, iyi sağlık yüksek gelirle ilişkilidir, yüksek gelir iyi sağlık ile ilişkilidir (www.oegkv.at). Kötü sağlık verimliliği azaltır ve istenilen yaşam düzeyine ulaşmayı engeller, bir insan sağlığını yitirdiğinde gelir düşüklüğü yaşar ve sağlık hizmetlerine ulaşmak büyük

kayıplara neden olabilir. Sağlıklı bir insan verimlidir, bağışıklanması tamdır. Örneğin HIV-AIDS sıtma, tüberküloz, ishaller hastalıklar, malnütrisyon ve maternal ölümler, dengesiz beslenme gibi durumlar yoksulluktan kaynaklanır ve sıklıkla insanları çok daha yoksul yapar (www.oegkv.at).

Şekil 5: Yoksulluk ve Sağlık Çemberi (<http://www.icn.ch>)



Bireysel düzeyde incelendiğinde yoksulluk herkesin sağlığını aynı oranda etkilemez, kadınlar, çocuklar, tek ebeveynli aileler, kronik hastalığı olanlar, sakatlar, yaşlılar, emekliler, işsizler, etnik azınlıklar ve eski mahkûmlar yoksulluktan daha çok zarar görürler (Soyer, 2001). Bu kişiler sağlık bakımına ulaşmada sorun yaşayabilir, reçete edilen ilaçlar, diş bakımı, psikoterapi ve mental problemlerin tedavisine ulaşmada zorluk çekilebilirler (<http://www.owhn.on.ca>).

2.6.1. Yoksulluğun Bazı Durumlara Etkisi

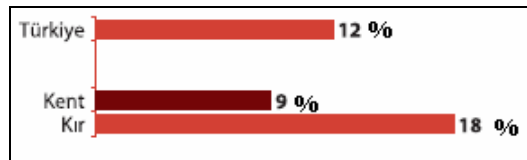
2.6.1.1. Bebek ve Çocuklar

Yoksulluğun çocuk sağlığı üzerine olan etkisini kanıtlayan sayısız yayın vardır (Hatun, 2002; Hatun, Etiler, Gönüllü, 2003; Guttman, Dick, 2004; Lethbridge, Phipps, 2005; Lee, 2003). Yoksul ailelerin çocukları daha sık hastalanmaktadır. Guttman ve Dick (2004) 'in yeni doğanın

hastaneye yatma sıklığı ile yoksulluk arasında kuvvetli ilişki saptaması bu duruma örnek olarak gösterilebilir (Guttmann, Dick, 2004).

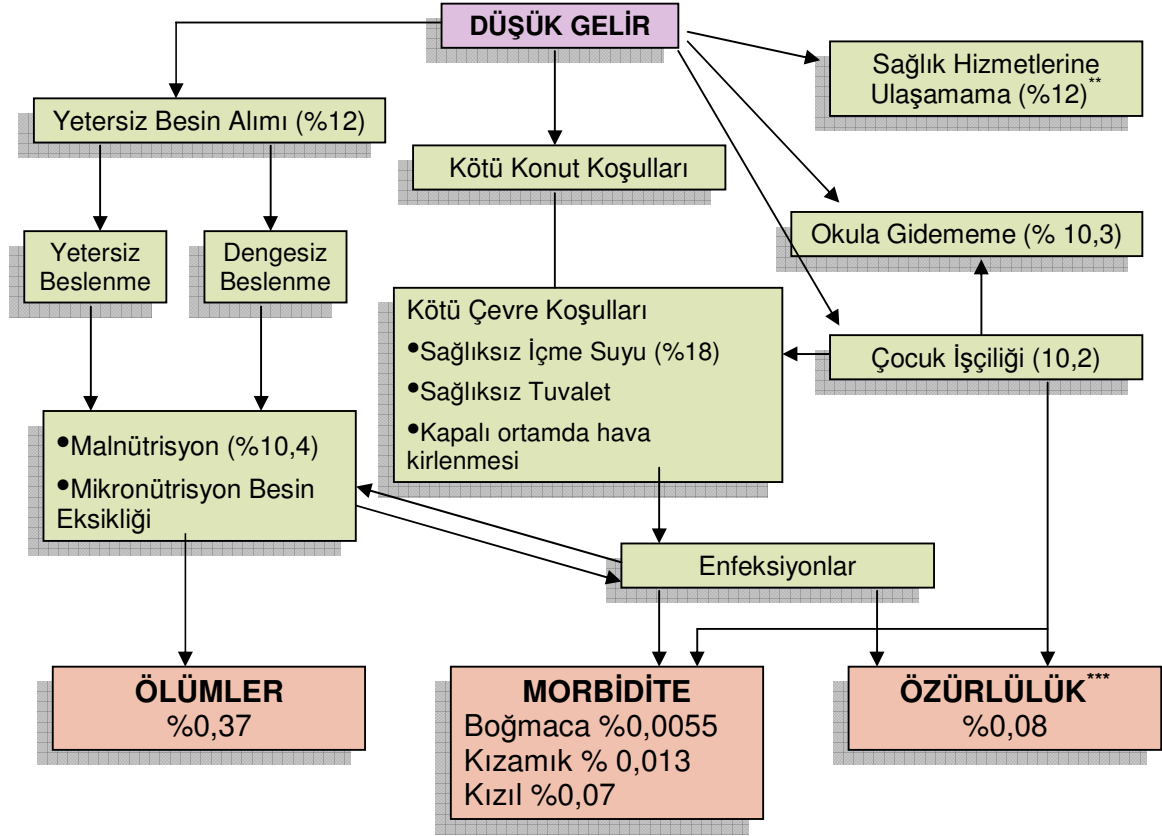
Yoksul evlerdeki bebeklerin hem beslenme yetersizliği hem de kötü fiziksel koşullar nedeni ile menenjit, orta kulak enfeksiyonları, soğuk algınlığı, idrar yolu enfeksiyonları, çeşitli parazit hastalıkları gibi enfeksiyonlara daha sık yakalandıkları ve enfeksiyonların bu çocuklarda daha şiddetli seyrettiği bilinmektedir (Hatun, Etiler, Gönüllü, 2003). Yoksulluğun çocuklar üzerindeki en sık görülen etkisi beslenme yetersizliğidir. Yoksulluk ev içi stres ve annenin kronik yorgunluğu nedeniyle sütün erken kesilmesine, annenin beslenme yetersizliğine, bebeklerin düşük doğum ağırlıklı olmasına, sağlıksız fiziksel ortama ve yetersiz sağlık hizmeti alımına neden olarak çocuklardaki beslenme yetersizliğinin temel belirleyicisi olmaktadır (Hatun, 2002). Yoksulluk annelerin eğitimsizliği yoluyla da beslenme yetersizliğine katkıda bulunmaktadır. Çocuklardaki boy kısalığı, kronik beslenme yetersizliğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. TNSA 2003 verilerine göre (Şekil 6) ekonomik olarak daha kötü durumda bulunan kırsal alanda kronik beslenme yetersizliği %18 iken kentsel alanda bu oran %9 civarındadır. Türkiye’de beş yaşın altındaki her sekiz çocuktan biri bodurdur (yaşına göre kısa) ve bu çocukların dörtte birinden fazlasının ciddi şekilde bodur olduğu belirtilmektedir. Yaşa-göre-ağırlık endeksine göre ise beş yaşın altındaki çocukların yüzde dördü düşük kiloludur (TNSA, 2003).

Şekil 6 – Türkiye’de Kentsel ve Kırsal Alana Göre Kronik Beslenme Yetersizliği



Yoksulluğun dolaylı etkileri; ailenin genel “tükenmişliği” ve eğitimsizliği nedeniyle çocuklarındaki hastalık bulgularını erken fark edememesi veya önemsiz bulması ve esas önemlisi yoksulluk nedeniyle sağlık kuruluşlarına geç getirmesi veya hiç getirmemesidir. Yoksulluğun diğer bir etkisi de çeşitli psikososyal sorunlara yol açması, zihinsel gelişmeyi olumsuz etkilemesidir (Hatun, Etiler, Gönüllü, 2003). Yoksulluğun çocuklara olan etkisini kısaca Şekil 7 ’de ifade edilmiştir.

Şekil 7 - Yoksulluğun Çocuk Sağlığı Üzerine Olan Etkileri (Hatun, Etiler, Gönüllü, 2003)



* - Parantez içindeki değerler Türkiye verileridir.

* - Yüzde değerleri İnsani Gelişim Raporu, DIE, UNICEF ve TNSA verilerinden derlenmiştir.

** - Gebelik sırasında sağlık hizmeti alamayan kadınlar.

*** - İlköğretim ve Lise çağındaki çocuklar için geçerlidir (Essex, 2004).

2.6.1.2. Kadınlar

Kadınların yoksul olmalarında toplumsal cinsiyet ayrımı büyük yer tutar. Dünyanın bütün bölgelerinde sosyal, ekonomik, yasal ve siyasal haklar açısından toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri vardır. Kadınlar, aile reisliği, toprak sahipliği, mülkleri yönetme, iş kurma ve yürütme gibi konularda erkeklerle eşit değildir (Ecevit, 2003). Kadınların, çocukluk dönemi hastalıkları, kötü beslenme, anemi, ishale bağlı hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar, sıtma ve diğer

tropikal hastalıkların ve tüberkülozun önlenmesi ve tedavisi için sunulan sağlık hizmetlerine ve temel sağlık kaynaklarına ulaşılabilmesinde eşitsizlikler vardır. Dünyadaki tüm yoksulların % 70'ini kadınlar oluşturmaktadır (Ecevit, 2003). Kadınlar, yoksulluk ve sağlık için önemli bir belirleyici olan eğitimde de erkeklerle eşit değildir. Graham ve arkadaşları (2004) doğum sırasında ölen kadınların bir çoğunun eğitimsiz olduğunu tespit etmişlerdir (Graham ve ark., 2004). Türkiye'de erkeklerde okur-yazarlık oranı %95,7 iken kadınlarda bu oran %81,1'e düşmektedir. Türkiye'de TNSA 2003 verilerine göre kadınlar kırsal alanlarda ve ülkenin doğusunda ortalamanın altında sağlık göstergelerine sahiptirler ve doğuştan beklenen yaşam ümidi haricinde bütün göstergelerde de erkeklerin gerisindedirler. Türkiye'de doğurganlık hızı yoksulluğun arttığı doğu bölgelerde 3,7 iken, batıda 1,9 dur. Gebelikte hiç bakım almamış kadınlar kırsal 34,2 iken kentte 11,6 dır (TNSA, 2003).

2.6.1.3. Yaşlılar

Yaşlı nüfus, belli bir yaşa ulaşması nedeni ile ekonomik faaliyetlerin dışında kalan veya işgücüne katılımları sınırlı olan gruplardan birisidir (Kuzgun, 2002). Türkiye 'de TNSA 2003 verilerine göre nüfusun %7 'si 65 yaş ve üzerindedir ve ülkenin demografik tarihindeki en yüksek yaşlı nüfus oranıdır (TNSA, 2003). Üretici konumdan, tüketici konuma geçen yaşlının, gençlik yıllarında kendisi ve çevresi için kurduğu yaşamla ilgisini sürdürmesi zorlaşmakta ve yoksulluk karşısında savunmasız olan gruplar içinde yer almasına neden olmaktadır (<http://www.shudernegi.org>). Yoksulluğun yaygın olduğu bölgelerde, yaşam boyu yoksulluğa rağmen hayatta kalabilenler, çoğunlukla, yaşlılık döneminde artan yoksullukla karşı karşıya kalmaktadırlar (www.gebam.hacettepe.edu.tr).

Yaşlılarda kronik hastalıklar, hastaneye yatma, ilaç masrafları ve bu faktörlerin getirdiği sosyal ve ekonomik sıkıntılar vardır (www.geriatri.org.tr). Özellikle, hastalığı ya da yeti yetersizliği olan yaşlılar, toplumdan dışlanabilirler. Yeti yetersizliği olan yaşlılar, işverenlerin tutumları ve ihtiyaçlarına uygun olmayan işyeri koşulları başta olmak üzere yaşadıkları ayrımcılık nedeniyle, diğer yaşlılara göre daha büyük yoksulluk riski ile karşı karşıya kalabilirler (www.gebam.hacettepe.edu.tr).

2.6.1.4. Kronik Hastalıklar

Birey veya ailenin yoksulluğu, gıdaya ulaşamama, düşük kiloluluk, büyüme-gelişme geriliği ve kronik hastalıklara karşı risklere sebep olur. Yoksulluk açısından risk grubunu oluşturan işsizler, alkol bağımlıları, cezaevi geçmişi olanlar, aynı zamanda tüberküloz içinde risk grubudur (WHOc, 2001). Tüberküloz insanları üretken yıllarında etkiler ve yoksullaştırır(WHOd, 2001). Günümüzde AIDS 'den en çok etkilenen ülkeler yoksulluk açısından da büyük risk taşıyan Sahra güneyi Afrika ülkeleridir (WHOd, 2001).

Glover (2004) bireylerin sosyo ekonomik seviyelerini beş kategoriye ayırmış ve en düşük sosyo ekonomik gruptaki erişkinlerde diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, bronşit, astım, hipertansiyon, sindirim ve kas-iskelet sistemi hastalıklarının diğer gruplara göre anlamlı olarak fazla görüldüğünü saptamıştır (Glover, 2004). Kondro 'ya (2002) göre yoksulluk, kalp hastalıkları yönünden sigara içmek, şişman olmak, stres veya kan kollesterol düzeyinin yüksek olmasından daha tehlikelidir (Kondro, 2002). Kesioğlu ve arkadaşları (2003) düşük sosyoekonomik seviyede ki insanların yaşadığı bir sağlık ocağı bölgesini incelenmiş ve bölgede kronik hastalık yaygınlığının normal popülasyona göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Kesioğlu ve ark., 2003).

2.6.1.5. Mental Hastalıklar ve Madde Bağımlılığı

Stres düşük ekonomik düzeye eşlik eden bir faktördür. Hüzün ve düşük moral yoksul insanlarda sosyal izolasyon, belirsizlik, olumsuz yaşam olayları, yardım kaynaklarına ulaşmada sınırlılıklar gibi nedenlere sebep olur (<http://www.depression.realage.com>). Avrupa'da toplumsal araştırmalarda yoksulların zenginlere göre daha fazla depresyon yaşadıkları görülür. Schuls ve arkadaşlarının Amerikalı Afrikan 700 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada ekonomik zorluklar depresyon sebepleri arasında %79'luk bir paya sahiptir (Schulz ve ark., 2005). Patel ve arkadaşlarının dört yerleşim biriminde sosyo-ekonomik durum, eğitim ve depresyon ilişkisinin incelendiği bir araştırmada yoksul bireyler üzerinde %23 - %52 oranında depresyon saptamışlardır. Bu araştırmaya göre kadın cinsiyet, yaşlı olmak ve düşük eğitim seviyesi ile depresyon görülmesi tutarlılık göstermektedir (Patel ve ark., 1999). Türkiye 'de Üstün ve arkadaşları (2005) çeşitli çalışmalarda kadın cinsiyetin depresyon açısından bir risk faktörü olduğunu vurgulamış, Demet ve arkadaşları (2002) ise yaşlılar üzerinde yaptıkları

bir çalışmada ekonomik durumundan memnun olmayan bireylerin daha fazla oranda depresyon yaşadıklarını saptamışlardır (Demet ve ark., 2002; Üstün ve ark., 2005). Depresyonun yanı sıra madde bağımlılığı da yoksullarda görülen önemli sorunlardan biridir. Birçok ülkede yoksullar zenginlere oranla çok daha fazla sigara içmektedirler. Weinreb ve arkadaşları (1998) sigara bağımlılığının düşük gelirli kadınlarda genel popülasyona göre iki kat daha fazla olduğunu belirtmektedirler (Weinreb ve ark., 1998). Alkol kullanımı ve yoksulluk arasında kesin bir yargı yoktur fakat yaygın kanı alkoliklerin düşük eğitim seviyeli ve düşük sosyo-ekonomik seviyede olduklarıdır (Thomas, 2005). Türkiye 'de Gümüş ve arkadaşları (2002) Alkol bağımlılığını meslek gruplarına göre incelemiş ve vasıfsız çalışan işçilerde alkol bağımlılığının daha yüksek oranda olduğunu saptamışlardır (Gümüş, Şahin, Top, 2002).

2.7. SAĞLIK ALGISI, YOKSULLUK VE KADIN

Bir insanın varlığından mutluluk duyup, topluma ve insani değerlere katkıda bulunarak yaşaması onun var oluşunu anlamlı kılar. Bu anlamın oluşmasındaki temel şart ise sağlıklı olmaktır (www.sabem.saglik.gov.tr). Sağlık evrensel bir kavram olmasına karşın, herkesin kabul ettiği ortak bir tanımı yoktur. Yaşam çizgisinde optimal sağlıktan, yetersizlik ya da ölüme kadar uzanan dereceler vardır. Bu dereceler arasındaki önemli fark sağlığın her zaman süreklilik taşımasıdır (Velioğlu, 1999). Sağlık; fiziksel gücün olduğu kadar, sosyal ve bireysel kaynaklarında önemini vurgulayan bireyin ya da grubun istek ve gereksinimlerini karşılayabilme, çevre ile baş edebilme düzeyidir.

Subjektif olarak sağlık; bireyin kendi fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir (Belek, 1998). Sağlığın tanımlanmasında görülen farklılıklar gibi hastalığın algılanmasında da değişkenlik söz konusudur. Bazı insanlar için sağlık “toplumsal görevleri yerine getirebilme durumu” olarak algılanabilir (Öz, 2004). Bazı insanlar için ise soğuk algınlığı büyük bir hastalık olarak düşünülebilir. Objektif sağlık ise muayene ve tanı testlerine göre belirlenen bir hastalığın olmaması durumudur. Bir bireye sağlıklı diyebilmek için, bireyin kendisini subjektif olarak sağlıklı hissetmesi ve objektif olarak da sağlıklı olması gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin bireyi değerlendirirken ve girişim planlarken, hastalığın objektif verileri kadar, subjektif sağlık algısını da değerlendirmesi gerekmektedir (Belek, 1998).

Toplumun veya bireyin sağlık düzeyini ölçmek için objektif veya subjektif verilere göre değerlendirme yapılan çeşitli ölçütler vardır. Sağlık düzeyini belirlemek için çoğu zaman bireyin kendini nasıl hissettiğini dikkate almayan, bunun yerine objektif verilere göre karar verilen değerlendirmeler yapılır. Bu değerlendirmeler genelde bebek ölüm hızı, çocuk ölüm hızı, doğuştan beklenen yaşam süresidir (Belek, 1998). Bunların dışında kaba doğum hızı, genel doğurganlık hızı, ana ölüm hızı gibi göstergelerde bir toplumda sağlık düzeyini ölçmede kullanılan verilerdir (Belek, 1998). Belek, İ., (1998)Bireysel düzeyde ise sağlık algısı, beden kitle indeksi, sosyal yeti yitimi gibi ölçütler sağlığı ölçmede kullanılan en önemli yöntemlerdir (Belek, 1998).

Sağlığı değerlendirmek için çeşitli objektif ölçütler olsa da bunların yeterli olmadığı ya da elde edilemediği durumlarda, sağlığı ölçmenin en kolay ve bütüncül yolu olan sağlık algısı sıklıkla kullanılmaktadır (Erengin, Dedeoğlu, 1997; Belek, 1998). Sağlık algısını ölçmek için bireye tek soru sorulur ve bireyden sağlığını kötü, orta, iyi veya çok iyi şeklinde ifade etmesi istenir (Ayrancı, 2005; Erengin, Dedeoğlu, 1997; Üstün ve ark., 2005; Gönülal, 2005). Pender ve arkadaşlarına (1992) göre bireyin ifade ettiği bu sağlık durumu, biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığı kapsayan bütüncül bir ifadedir (Pender ve ark., 1992). Bireysel olarak ifade edilen bir hastalık durumu çoğu zaman yapılan tetkiklerle de doğrulanmaktadır. Bu nedenle bireysel sağlık algısı diğer yöntemlere nazaran daha bütüncül bir sağlık göstergesi olabilmektedir (Miilunpalo ve ark., 1997; Goldberg ve ark., 2001).

Sağlık algısı ile ilgili yapılan bir çok çalışma kadınlarda ve düşük sosyo-ekonomik seviyedeki bireylerde sağlık algısının daha olumsuz olduğu vurgulamaktadır (Ahmad, Jafar, Chaturvedi, 2005; Weinreb ve ark., 1998; Goldberg ve ark., 2001; Lancu ve ark., 2003). Sağlık algısı açısından diğer riskli durumlar ise genelde, düşük eğitim seviyesi, ileri yaş, sigara kullanmak, kronik hastalıklar ve depresyondur (Ahmad, Jafar, Chaturvedi, 2005; Vissandjee ve ark., 2004; Lancu ve ark., 2003; Belek, 2004).

2.7.1. Sağlık Algısı ve Yoksulluğa Yönelik Literatür İncelemesi

Bu bölümde önce yurt dışı daha sonra ülkemizde sağlık algısını inceleyen çalışmalara yer verilmiştir.

Ahmad ve arkadaşları (2005) Pakistan'da yaptıkları ulusal bir araştırmada kadınların erkeklere göre daha olumsuz sağlık algısına sahip olduklarını, sağlığı algılama ile yaş ve cinsiyet başta olmak üzere düşük sosyoekonomik statünün, kırsal alanda yaşamanın,

okuryazarlık durumunun ve sigara kullanımının ilişkili olduğunu saptamıştır. Araştırmanın önemli bir bulgusu sigara içmenin düşük/orta sağlık algısıyla anlamlı derecede ilişkili olmasıdır (Ahmad, Jafar, Chaturvedi, 2005).

Goldberg ve arkadaşları (2001) tıbbi olarak teşhis edilmiş bir hastalıkla sağlık algısı arasında güçlü bir ilişki olduğunu ve cinsiyetin sağlık algısına etkili olduğunu saptamışlardır (Goldberg ve ark., 2001).

Yen ve Kaplan (1999) yoksul bölgede yaşamının sağlık algısının olumsuzlaşmasında önemli olduğunu, yaş ve cinsiyet araştırma dışı bırakıldığında yoksul bölgede yaşamının sağlık algısını 3.41 kat daha olumsuz yaptığı saptamıştır. Eğitim seviyesi, gelir ve etnik kökenin sağlık algısı üzerine etkili olduğu, sigara içmenin sağlık algısı üzerine etkisi olmadığı belirtilmiştir (Yen, Kaplan, 1999).

Lancu ve arkadaşları (2003) İsrail halkında depresyon ve sağlık algısının incelendiği çalışmalarında sağlık algısıyla gelir, cinsiyet ve depresyon arasında anlamlı ilişki saptamışlardır (Lancu ve ark., 2003).

Sturm ve Gresenz (2002) düşük gelirin sağlık algısıyla ilişkili olduğunu, en düşük gelire sahip olan grubun anlamlı olarak diğer gruplardan daha düşük sağlık algısına sahip olduğunu saptamışlardır (Sturm, Carole, 2002).

Vissandjee ve arkadaşları (2004) sağlık algısının fiziksel, kültürel ve emosyonel durum için önemli bir ölçüt olduğunu vurgulamış, yaşın, sigara kullanmanın, düşük sosyoekonomik grupta olmanın ve düşük eğitim seviyesinin sağlık algısını olumsuzlaştırdığını saptamışlardır. Apartmanda oturan kadınlar müstakil evlerde oturanlara göre, çalışan kadınlar ev hanımlarına göre daha olumlu sağlık algısına sahiptirler (Vissandjee ve ark., 2004).

Al-Windi (2005) yaş arttıkça sağlık algısının olumsuzlaştığını, çocuk sahibi olmayanlarda, beden kitle indeksi yüksek olanlarda, sigara kullananlarda ve kronik hastalığı olanlarda sağlık algısının daha kötü olduğunu saptamıştır (Al-Windi, 2005).

Weinreb, Goldberg, Perloff (1998) yoksul kadınlarda genel popülasyona göre depresyon, alkol, ilaç bağımlılığı ve post travmatik stres bozukluğunun daha sık görüldüğünü saptamışlardır. Sağlık algısının evsiz olan kadınlarda %25 daha fazla, sigara bağımlılığının ise genel popülasyona göre iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Weinreb ve ark., 1998).

Rodriguez (2002) İngiltere ve Almanya daki bireyleri karşılaştırmış, her iki ülkede de işsizlerin, tam zamanlı çalışanlara oranla daha olumsuz sağlık algısına sahip olduklarını saptamıştır (Rodriguez, 2002).

Molinari, Ahern ve Hendryx (1998) kadınların toplumda daha güçsüz konumda bulunduğunu ve daha çok ikincil statüdeki işlerde çalıştıklarını belirlemiş, erkeklere nazaran daha kötü sağlık algısına sahip olduklarını saptamışlardır (Molinari, Ahern, Hendryx, 1998).

Ahmed (2002) yaşın ilerlemesiyle birlikte sağlık algısının kötüleştiğini, fiziksel ve ruhsal sağlık algısının kadınlarda daha olumsuz olduğunu saptamış, yaş, eğitim ve yoksulluğu sağlık algısı için önemli kıstaslar olarak belirlemiştir (Ahmed, 2002).

McMahon ve arkadaşları (2003) yaş, cinsiyet, eğitim, iş statüsü ve geliri sağlık algısında önemli kıstaslar olarak belirlemiştir. Sağlık davranışları olarak sigara içmenin, aşırı alkol kullanımının, beden kitle indeksi ve egzersizin sağlık algısı üzerine etkili olduğu saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da gelir düştükçe sağlık algısının kötüleştiği, yarı-zamanlı çalışanların tam zamanlı çalışanlara göre, kirada oturanların kendi evinde oturanlara göre daha olumsuz sağlık algısına sahip olduklarını tespit etmişlerdir (McMahon ve ark., 2003).

Artazcoz ve arkadaşları (2004) düşük eğitim seviyesindeki kadınların ve ev kadınlarının düşük sağlık algısı açısından risk altında olduklarını saptamışlardır (Artazcoz ve ark, 2004).

Eisenberg (1997) yoksulluk çizgisi altında yaşayanlarda kötü sağlık algısının üç kat daha fazla olduğunu belirtmektedir ve yazara göre bu durum yoksulluğun kötü sağlığa, kötü sağlığında yoksulluğa neden olduğunu bir kez daha göstermektedir (Eisenberg, 1997).

Plotnikoff (2004) fiziksel aktivite yapanların yapmayanlara göre anlamlı olarak daha olumlu sağlık algısına sahip olduklarını saptamıştır (Plotnikoff, 2004).

Koukoulis ve arkadaşları (2002) erkeklerin kadınlara göre daha olumlu sağlık algısına sahip olduğunu, sağlık algısı kötü olanların sağlık hizmetlerini daha sık kullandıklarını saptamışlardır (Koukoulis, Vlachonikolis, Philalithis, 2002).

Manderbacka ve arkadaşları (1998) beden kitle indeksinin yüksek olmasını ve egzersiz yapmamayı düşük sağlık algısı açısından risk faktörü olarak belirlemiş, alkol kullanımı, kronik hastalıklar ve hareket kısıtlılığının kötü sağlık algısı ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (Manderbacka, Lahelma, Martikainen, 1998).

Ohta ve arkadaşları (1998) işçiler, zanaatkarlar, nakliyeciler arasında sağlık algısının diğer meslek gruplarından daha olumsuz olduğu, bu grubun aynı zamanda mesleklerinin zor olduğunu ifade eden grup olması nedeniyle mesleklerini zor olarak ifade edenlerde sağlık algısının daha kötü olduğu yargısına varmışlardır (Ohta ve ark., 1998).

Szaflarski ve Cubbins (2004) Amerika ve Polonya halkında sağlık algısı ve etkileyen etmenlere yönelik çalışmalarında Amerikalıların, Polonyalıları göre daha olumlu sağlık algılamasında sahip olduklarını, sağlığı algılama ile gelirin ve eğitim seviyesinin gcl ilişki içinde olduğunu saptanmışlardır (Szaflarski, Cubbins, 2004).

Hoz ve Leon (1996) sağlık algısının 24 -34 yaş grubunda %85, 64 yaş ve üzerinde ise %39 oranında iyi - çok iyi olduğunu, geliri yüksek olanların ve erkeklerin daha yüksek oranda iyi/çok iyi sağlık algısına sahip olduklarını saptamışlardır (Hoz, Leon, 1996).

Stronks ve arkadaşları (1998) parasal problemlerin bir stres kaynağı olduğu için düşük sağlık algısı ile ilişkili olduğunu saptamış, özellikle ilkokul mezunu durumdakilerin risk taşıdıklarını belirtmişlerdir (Stronks ve ark., 1998).

Sağlık algısı ile ilgili Türkiye 'de yapılan çalışmalar diğer ülkelere benzer sonuçlar vermektedir.

Erengin ve Dedeoğlu (1997) yaşın artışı ile birlikte kişilerin sağlık algısının olumsuzlaştığını, 15–24 ve 25–34 yaş gruplarının sağlık algılarının diğer yaş gruplarından anlamlı olarak daha olumlu olduğunu saptamışlardır. Araştırmacılar, kadınların ve sosyal güvencesi olmayanların sağlık algılarının daha kötü olduğunu, son bir ay içinde beş ve daha fazla yakınmanın olması, araştırma anında sağlık yakınması bildirme, kronik hastalıklar, ilaç kullanma ve son bir yıl içinde hastaneye yatarak tedavi görme gibi faktörlerin sağlık algısını olumsuzlaştırdığını belirlemişlerdir. Konut tipi ve eğitim durumunun ise sağlık algısına etkisiz olduğunu vurgulamışlardır (Erengin, Dedeoğlu, 1997).

şahin (1997) sağlık algısı ile tedavi sonuçlarının tutarlılık gösterdiğini, sağlık algısının ilkokul ve altı eğitim seviyesinde daha kötü olduğunu saptamıştır (şahin, 1997).

Özcebe (2003) cinsiyete göre sağlık algısı dağılımını incelenmiş kadınlarda erkeklere göre daha kötü olduğunu saptamıştır. Kadınlara yaş ortalaması daha düşük olmasına rağmen sağlık algılarının düşük çıkmasının sebebini; yaşam boyunca sosyal aktivitelerinin erkeklere göre daha kısıtlı kalmış olmaları, öğrenim seviyelerinin daha düşük olması ve halen ev hanımı olarak "alışıyor" olmaları şeklinde değerlendirmiştir (Özcebe, 2003).

Öztürk (2005) sağlık algısının geleneksel sağlık uygulamalarına başvurmayı etkilediğini, sağlık algısının kötüleştikçe geleneksel uygulamalara daha sık başvurulduğunu saptamıştır (ztrk, 2005).

Erengin ve Dedeoğlu (1998) kötü sağlık algısının, kadınlarda erkeklerden 1,98 kat, gecekonduda da yaşıyanların apartman veya müstakil evlerde yaşıyanlardan 1,19 kat, eğitim seviyesi sekiz yılın altında olanların, üstünde olanlardan 1,20 kat, sosyal güvencesi olmayanların olanlardan 1,48 kat daha fazla olduğunu saptamışlardır (Erengin, Dedeoğlu, 1998).

Belek (2004) bireyleri beş yıl boyunca izlemiş ve eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık algısının daha olumlu olduğunu saptamış, gecekonduda bölgelerinde yaşıyanlar ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerde daha olumsuz sağlık algısı olduğunu tespit etmiştir (Belek, 2004).

Şenol ve Belek (2002) bireyleri iki yıl boyunca izlemiş, kadınlarda, niteliksiz emekçilerde ve eğitimsiz olanlarda daha fazla oranda kötü sağlık algısı olduğunu saptamışlardır (Şenol, Belek, 2002).

Ayrancı (2005) 75 yaş ve üstündeki yaşlılarda sağlık algısının %22,2, 65–74 yaş grubundakilerin ise %45,2 iyi ya da çok iyi olduğunu, sağlık güvencesi olmayan bireylerin daha fazla kötü sağlık algısına sahip olduğunu saptamıştır (Ayrancı, 2005).

Üstün ve arkadaşları (2005) bakımevinde yaşıyan yaşlılarda sağlık algısını incelemiş, yaşlılarda depresyonun sağlık algısını ileri düzeyde etkilediğini, depresyonda olan yaşlılarda sağlık algısının 20 kat daha kötü olduğunu saptamışlardır (Üstün ve ark., 2005).

Sonuç olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; kadınlarda (Ahmad, Jafar, Chaturvedi, 2005; Goldberg ve ark., 2001), okuma yazma bilmeyenlerde (Ahmad, Jafar, Chaturvedi, 2005), ileri yaştakilerde, sigara kullananlarda, kırsal alanda yaşıyanlarda (Ahmad, Jafar, Chaturvedi, 2005; Vissandjee ve ark., 2004), düşük gelirlielerde (Yen, Kaplan, (1999; Lancu ve ark., 2003; Sturm, Carole, 2002), depresyonda olanlarda, gece konduda yaşıyanlarda (Lancu ve ark., 2003, Vissandjee ve ark., 2004), beden kitle indeksi yüksek olanlarda (Al-Windi, 2005), kirada oturanlarda (McMahon ve ark., 2003), egzersiz yapmayanlarda (Plotnikoff, 2004; Manderbacka, Lahelma, Martikainen, 1998) ve niteliksiz işlerde çalışanlarda (Otha ve ark., 1998) sağlık algısı daha kötüdür.

BÖLÜM III

GEREÇ/YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi: Bu çalışma yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenleri incelemek amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri: Araştırma Kars İlinde yapılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü il ülkenin doğusundadır ve karasal iklim özelliğinden dolayı ülkenin en soğuk illerden birisidir. İl'e bağlı yedi ilçe bulunmaktadır (<http://www.kultur.gov.tr>). Yüzölçümü 9.587 km², rakımı 1.768 dir. Kars ili nüfus bakımından Türkiye'nin orta büyüklükteki illeri arasında yer alır, ilin toplam nüfusu 2000 genel nüfus sayımı sonuçlarına göre 325.864'tür. Bu nüfus ile Kars'ın ülke nüfusu içindeki payı yaklaşık % 0,5'tir. Sağlık Müdürlüğü; İl Müdürüne bağlı 3 Müdür Yardımcısı, 12 Şube Müdürlüğü, değişik kadrolardan oluşan 1190 personeli ile bağlı kurum ve kuruluşlarında hizmet sunmaktadır. Bölgede 4 Hastane, 40 Sağlık Ocağı, 31 Eczane, 118 Hekim, 185 Hemşire, 133 Sağlık Memuru hizmet vermektedir (<http://www.kars.gov.tr>).

Araştırmanın yürütüldüğü 1 ve 4 nolu sağlık ocağı bölgeleri il sağlık müdürlüğü, sağlık ocağına bağlı mahallelerin muhtarlarından ve belediyeden referans alınarak seçilmiştir. Bir nolu sağlık ocağı bölgesi yedi mahalleden oluşmaktadır, toplam 25922 nüfusa hizmet vermektedir ve çoğunlukla yüksek sosyo ekonomik seviyedeki bireyler yaşamaktadır. Dört nolu sağlık ocağı bölgesi ise dört mahalleden oluşmaktadır, toplam 16412 nüfusa hizmet vermektedir ve bölgede genelde düşük-orta sosyo ekonomik seviyedeki bireyler yaşamaktadır.

3.3. Araştırmanın Zamanı: Veriler 06 Ocak - 26 Şubat 2006 Tarihleri arasında toplanmıştır.

3.4. Evren/Örneklem: Örneklem seçiminde Dünya Sağlık Örgütü 'nün Saha Tarama Çalışmaları için önerdiği örnekleme yöntemi kullanılmıştır (Bahar, 1988; Rothenberg ve ark., 1985). Birinci aşamada; Yoksul grup için 4 Nolu sağlık ocağı bölgesinin; haritası, sokakları ve sokakların ev numaraları ebelerden sağlanmıştır. Sokaklar numaralandırılıp, içlerinden 30 tanesi randomize olarak seçilmiştir. Örneğe çıkan bu sokaklardaki ilk ve son evlerin

numaraları da aynı şekilde sıralanarak ve random olarak bir numara seçilerek ankete başlanacak ilk ev seçilmiştir. Araştırmacı tarafından örneğe çıkan ilk evde anket doldurulduktan sonra fiziki olarak en yakın eve gidilerek yedi aile tamamlanarak ve bir küme oluşturulmuştur. Bu şekilde toplam 30 sokaktan yedi şer aile alınarak toplam 210 aileye ulaşılmıştır. Yedi aile tamamlanamayan sokaklar için daha önceden belirlenen yedek sokaklara gidilmiştir. İkinci aşamada; Yoksul olmayan grup için 1 Nolu sağlık ocağı bölgesinin; haritası, sokakları ve sokakların ev numaraları ebelerden sağlanmıştır. Sokaklar numaralandırılıp, içinden 30 tanesi randomize olarak seçilmiştir. Örneğe çıkan bu sokaklardaki ilk ve son evlerin numaraları da aynı şekilde sıralanarak ve random olarak bir numara seçilerek ankete başlanacak ilk ev seçilmiştir. Araştırmacı tarafından örneğe çıkan ilk evde anket doldurulduktan sonra fiziki olarak en yakın eve gidilerek yedi aile tamamlanarak ve bir küme oluşturulmuştur. Bu şekilde toplam 30 sokaktan yedi şer aile alınarak toplam 210 aileye ulaşılmıştır. Yedi aile tamamlanamayan sokaklar için daha önceden belirlenen yedek sokaklara gidilmiştir. Bu şekilde yoksul ve yoksul olmayan grupta 210 kişi olacak şekilde toplam 420 kadına ulaşılmıştır (**Şekil 8**).

3.4.1. Araştırmaya Alınan Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri:

Yoksul grubun %76 'sı çekirdek ailede yaşamaktadır ve hanede yaşayan ortalama birey sayısı 5,27 ($\pm 2,10$) dir. Kadınların %95,7 'si ev hanımıdır. Eşler bu grupta %78,3 işsiz veya düzensiz işlerde çalışmaktadır ve %70,9 'u iş aramaktadır. Grupta çocukların %84,3'ü çalışmamaktadır, çalışan çocuklar ise %42 mendil satışı, tekstil ve bostan işleri yapmaktadır. Yoksul grubun tamamı bir kurumdan yardım almakta ve yardımların %77,6 'sını yakacak yardımları oluşturmaktadır.

Yoksul olmayan grubun ise %84,8 'i çekirdek ailede yaşamaktadır ve hanede yaşayan ortalama birey sayısı 4,29 ($\pm 1,43$) dur. Kadınların %68,1 'i ev hanımıdır. Eşlerin %42,2 'si devlet memurudur ve eşlerindeki işsizlik oranı %8,3 'e düşmektedir. Eşlerde ki iş arama oranı ise %2,6 dir. Grupta çocukların %92,9 'u çalışmamaktadır, çalışan çocukların ise %13,4 'ü yoksul gruba benzer işler yapmaktadır. Yoksul olmayan grubun tamamı herhangi bir kurumdan yardım almamaktadır.

Tablo – 6 Katılımcıların Konut Özelliklerinin Dağılımı

Değişken	Yoksul Grup		Yoksul Olmayan Grup	
	n	%	n	%
Konut Tipi				
Gecekondu	162	77,14	10	4,8
Apartman	3	1,43	146	69,5
Müstakil	45	21,43	54	25,7
Ortalama Oda Sayısı	2,61(±0,7)		3,61(±0,7)	
Konutun İyeliği				
Aileye Ait	97	46,2	114	54,3
Kira	78	37,1	89	42,4
Akrabalara Ait(Kira Ödemiyor)	35	16,7	7	3,3
Kanalizasyon				
Yok	114	54,3	4	1,9
Var	96	45,7	206	98,1
Şebeke Suyu				
Yok	79	37,6	2	1
Var	131	62,4	208	99
Ayrı Banyo				
Yok	170	81	10	4,8
Var	40	19	200	95,2
Hela Konumu				
İçeride	13	6,2	206	98,1
Dışarıda	197	93,8	4	1,9
Hela Tipi				
Sifonlu	4	1,9	119	56,7
Sifonsuz	206	98,1	91	43,3

Konut tipi yoksul grupta %77,14 gecekondu, ortalama oda sayısı 2,61 (±0,7) ve bireylerin %46,2 'si ev sahibiyken iken yoksul olmayan grupta hanelerin %69,5 'i apartman, ortalama oda sayısı 3,61 (±0,7) ve bireylerin %54,3'ü kendi evlerinde oturmaktadır. Yoksul grupta hanelerin %45,7 'sinde kanalizasyon, %62,4 'ünde şebeke suyu, %19 'unda ayrı banyo varken, yoksul olmayan grupta hanelerin %98,1 'inde kanalizasyon, %99 'unda şebeke suyu, %95,2 'sinde ayrı banyo vardır. Yoksul grupta hanenin helası %6,2 içeride ve %1,9 sifonlu iken, yoksul olmayan grupta %98,1 hela içeride ve %56,7 sifonludur (**Tablo 6**).

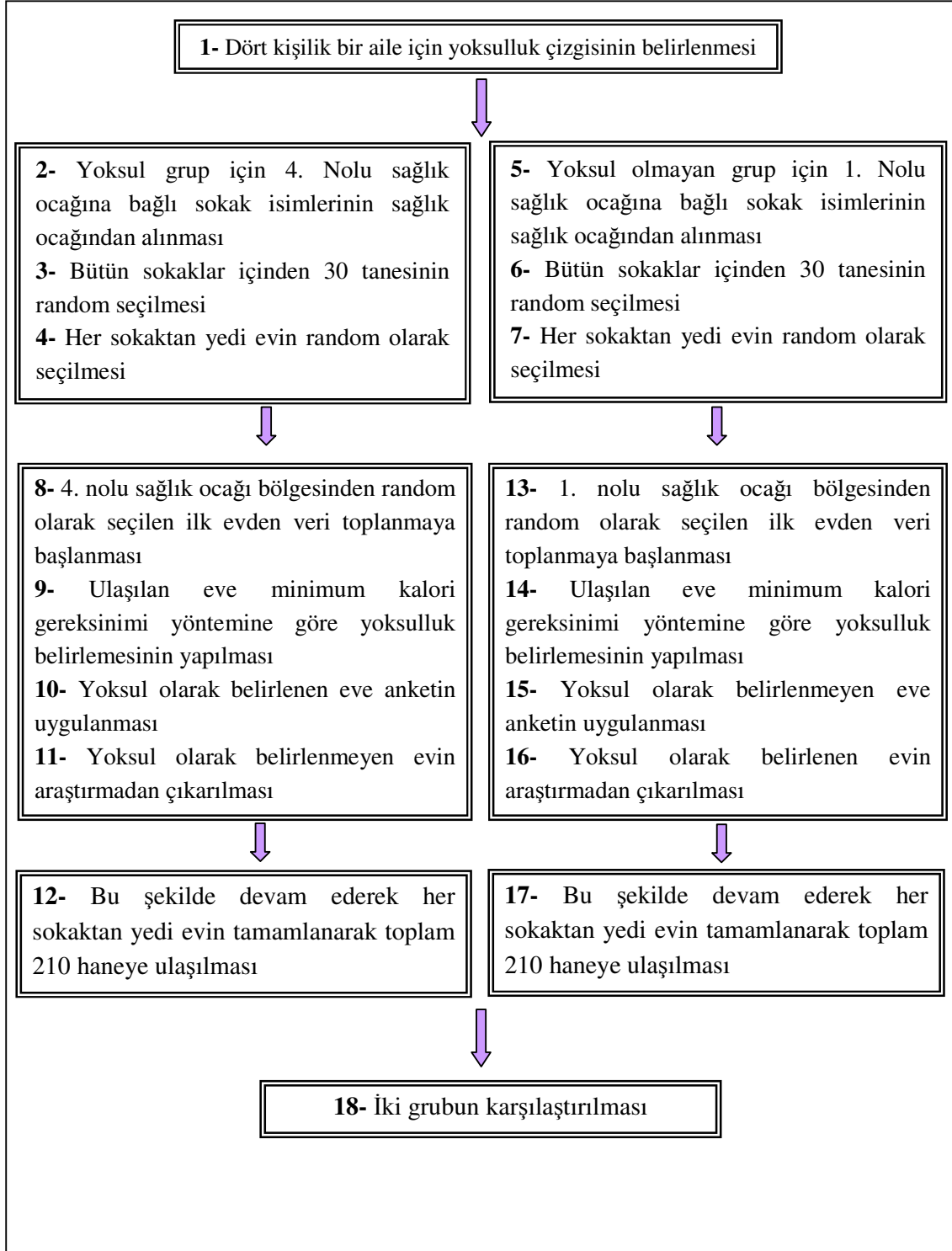
3.5. Verilerin Toplanması: Veriler yoksul olan grup için 4 Nolu sağlık ocağı bölgesinden, yoksul olmayan grup için 1 Nolu sağlık ocağı bölgesinden toplanmıştır. Yoksullara ulaşmak için Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı 'ından alınan resmi kayıtlar kullanılmıştır. Yoksul kadınlara ulaşıldıktan sonra ayrıca temel gıda gereksinimi yöntemi ile yoksulluk belirlemesi yapılarak, yoksul sınıfına girmeyenler araştırma dışı bırakılmıştır. Karşılaştırmanın yapılacağı yoksul olmayan kadınlara için ise veriler genelde üst sosyo-ekonomik seviyeli insanların yaşadığı 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinden toplanmıştır. Bu grup içinde temel gıda gereksinimi yöntemi ile yoksulluk belirlemesi yapılmış, yoksul sınıfına giren kadınlara araştırma dışı bırakılmıştır (**şekil 8**).

3.5.1. Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında anket yönteminden yararlanılmıştır. Çalışmada, bireylerin sağlık durumu, sosyo – demografik, sosyo - ekonomik özellikleri ve sağlık algısı durumunu kapsayan “yoksulluk ve sağlık anket formu” kullanılmıştır.

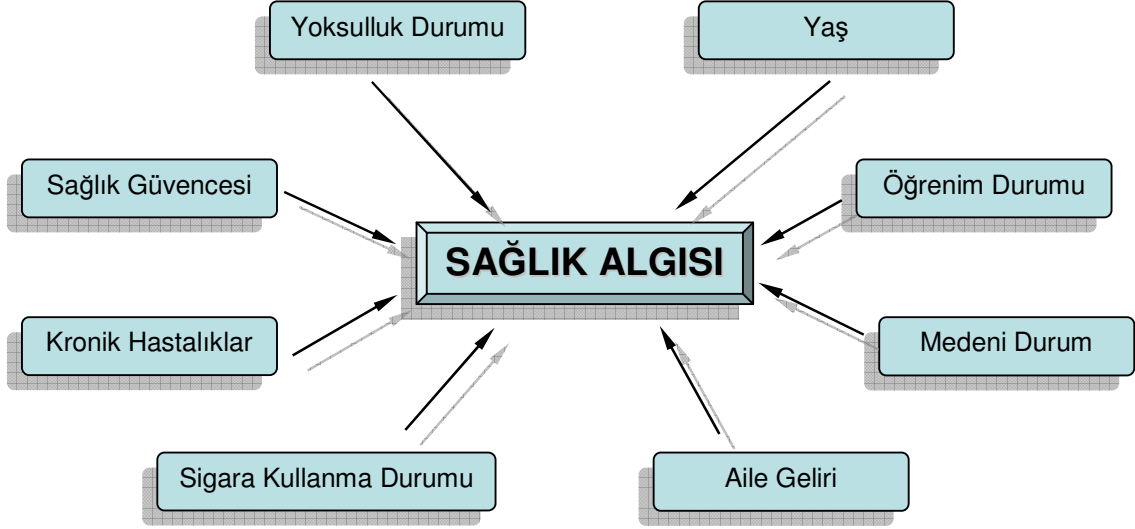
Yoksulluk ve Sağlık Anket Formu: Bu form bireylerin sağlık durumu bilgileri, sağlık algısı, sosyo-demografik özellikleri ve sosyo-ekonomik durumunu belirlemek amacıyla 26 sorudan oluşmaktadır (**Ek1**).

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması: Veri toplama araçlarının uygulanması **şekil 8** 'de gösterilmiştir. Veri toplama araçlarının doldurulması için her haneye ortalama 20 dakika gerekmiştir.

Şekil 8 – Araştırmanın Adımları



3.6. Araştırmanın Değişkenleri: Araştırmanın değişkenleri **Şekil 9** 'da gösterilmiştir.



Şekil 9 - Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişken: Sağlık algısı

Sağlık algısı: “Genel olarak değerlendirdiğinizde sağlık durumunuz nasıldır ?” sorusu ile değerlendirilmiştir. Kadınların sağlık algılamalarına verdikleri yanıtlara kötü (1), çok iyi (4) puan verilerek hesaplanmıştır (Ayrancı, 2005; Erengin, Dedeoğlu, 1997; Üstün ve ark., 2005; Gönülal, 2005) (Ek-1).

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

Yaş: Bireylerin yaşları herhangi bir gruplandırma yapılmadan sürekli veri olarak değerlendirildi.

Eğitim: Eğitim durumu; Okuma-yazma bilmeyen, okuma ve yazma bilen, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite ve üniversite üstü olmak üzere yedi gruba ayrılmıştır. Verileri istatistiksel

olarak uygun hale getirmek için analiz edilirken eğitim durumu, “ilkokul ve altı”, “ortaokul ve üzeri” şeklinde iki gruba ayrılmıştır.

Medeni Durum: Bireylerin medeni durumları “evli” ve “bekar” olarak gruplandırıldı.

Gelir durumu: Bireylerin aylık gelirleri sürekli veri olarak, herhangi bir gruplandırma yapılmadan incelenmiştir.

Yoksulluk: Yoksulluğun ölçümü için öncelikle sosyal yardımlaşma ve danışma vakfından alınan resmi kayıtlar ile bölgelerdeki kadınlara ulaşılmıştır. Daha sonra minimum gıda gereksinimi ile mutlak yoksulluk ölçümü yapılmıştır (**Ek-2,Ek-3**).

Mutlak Yoksulluk Ölçümü: Dünya Sağlık Örgütü bir bireyin yaşayabilmesi için gerekli günlük kalori miktarını 2400 kalori olarak belirlemiştir. Bu kaloriyi karşılamaya yetecek geliri olmayanlar mutlak yoksulluk sınıfına girerler. Bu yöntem gereği önce Ek-3’de gösterilen birey indeksine göre ailede kaç yetişkin yaşadığı hesaplanmıştır. Daha sonra Ek-4’de belirtilen temel besinler tablosunda bulunan gıda maddelerinin satış fiyatları yerel marketlerden alınarak dört kişilik bir aile için gerekli para miktarı belirlenmiştir. Aile üyelerinin dörtten fazla ya da daha az olması durumunda basit orantı yöntemi ile kişi sayısına göre yoksulluk belirlemesi yapılmıştır. Bu tutarı karşılamayan bireyler yoksul sınıfına alınmıştır (Erdoğan, 2002), (**Ek-4’de** örnek hesaplama verilmiştir).

Sigara kullanma durumu: Bireylerin sigara içme durumları üç gruba ayrılmıştır. Günlük kullanıcı, bırakmış ve kullanmıyor. Verileri istatistiksel olarak uygun hale getirmek için analiz edilirken sigara kullanma durumu, “Kullanmıyor, bırakmış” ve “Günlük İçici” şeklinde iki gruba ayrılmıştır.

Kronik hastalık: Bireydeki kronik hastalık durumu tek soru ile belirlenmiştir; Doktor tarafından tanı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı?

Sağlık Güvencesi: Bireylerin sağlık güvencesi analiz yapılırken “var” ve “yok” olarak gruplandırılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler bilgisayar ortamında SPSS 11 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında;

- Yoksul ve yoksul olmayan kadınların sağlığı algılama düzeyleri arasındaki fark **X² testi**,
- Yaş ile sağlığı algılama düzeyi arasındaki ilişki **spearman kolerasyon analizi**,
- Öğrenim durumu ve sağlığı algılama düzeyi arasındaki fark **X² testi**,
- Medeni durum ile sağlık algısı arasındaki fark **X² testi**
- Aile geliri ve sağlık algısı arasında ilişki **spearman kolerasyon analizi**,
- Sigara kullanma durumu ve sağlığı algılama düzeyi arasındaki fark **X² testi**,
- Kronik hastalık durumu ve sağlığı algılama arasındaki fark **X² testi**,
- Sağlık güvencesi ve sağlık algısı arasındaki farkın aranmasında **X² testi** kullanılmıştır.

3.8. Sınırlılıklar: Ulaşım, zaman ve ekonomik nedenlerden dolayı Kars ilinin 2,3 Nolu sağlık ocağı bölgeleri, ilçe ve köyleri araştırma kapsamına alınmamış, araştırmanın evreni sadece merkeze bağlı 1 ve 4 Nolu Sağlık Ocağına kayıtlı nüfus ile sınırlı tutulmuştur.

3.9. Kurum İzinlerinin Alınması ve Araştırmanın Etiği: Araştırmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan onay alınarak başlanmış, Kars İl Sağlık Müdürlüğü ve SYDD (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı) müdürlüğünden yazılı izin alınarak yürütülmüştür (**Ek 5, Ek 6, Ek 7**). Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden sözlü onam alındıktan sonra toplanmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü bölge ve katılan bireylerden fotoğrafları içeren **Ek 8** 'deki fotoğraflar bireylerden izin alınarak eklenmiştir.

3.10. Araştırma Planı:

Etik kurul onayı alınması, başlama ve verilerin toplanması	Aralık 2005 – Şubat 2006
Verilerin Değerlendirilmesi ve araştırma raporunun yazılması	Mart – Haziran 2006

3.11. Araştırmanın Bütçesi: Araştırmanın Bütçesi araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; Yoksul grubun yaş ortalaması 38,74 ($\pm 12,81$) iken yoksul olmayan grupta 35,86 ($\pm 10,06$) dir. Yoksul grupta kadınların %52,9'u okuryazar değilken, yoksul olmayan grupta bu oran % 11,4 'e düşmektedir. Her iki grupta da kadınların çoğu evlidir. Kadınların kendisine göre ailesinin ekonomik durumu yoksul grupta %46,7, yoksul olmayan grupta %62,4 “orta” düzeydedir (Tablo 7).

Tablo 7 – Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=210)

Değişken	Yoksul Grup		Yoksul Olmayan Grup	
Yaş (Ortalama)	38,74 ($\pm 12,81$)		35,86 ($\pm 10,06$)	
Yaş (Gruplandırılmış)	n	%	n	%
15 – 24 Yaş	21	10	25	12
25 – 34 Yaş	71	33,8	78	37,1
35 – 44 Yaş	47	22,4	61	29
45 – 54 Yaş	38	18,1	33	15,7
55 – 64 Yaş	24	11,4	11	5,2
65 ve Üzeri	9	4,3	2	1
Öğrenim Durumu				
Okuryazar Değil	111	52,9	24	11,4
Okuryazar	12	5,7	12	5,7
İlkokul	65	30,9	63	30
Orta Okul	13	6,2	20	9,5
Lise	8	3,8	66	31,4
Üniversite ve Üzeri	1	0,5	25	12
Medeni Durum				
Bekar	35	16,7	18	8,6
Evli	175	83,3	192	91,4
Bireyin Kendisine Göre Ailesinin Ekonomik Durumu				
Çok Kötü	36	17,1	1	0,5
Kötü	64	30,5	4	1,9
Orta	98	46,7	131	62,4
İyi	12	5,7	62	29,5
Çok İyi	-	-	12	5,7
Toplam	210	100	210	100

Tablo 8 – Bireylerin Hane Gelirleri ve Ek Gelir Miktarları

	Yoksul Grup		Yoksul Olmayan Grup	
	n	%	n	%
Hane Geliri (Ortalama)	267,6 (\pm 111,3) YTL		1163,9 (\pm 697,08) YTL	
Hane Geliri				
0 – 499 YTL	204	97,1	20	9,5
500 – 999 YTL	6	2,9	72	34,3
1000 – 1499 YTL	-	-	55	26,2
1500 – 1999 YTL	-	-	33	15,7
2000 – 2499 YTL	-	-	21	10
2500 YTL ve Üzeri	-	-	9	4,3
Toplam	210	100	210	100
Ek Gelir				
Hayır	209	99,5	188	89,5
Evet	1	0,5	22	10,5
Ek Gelir Miktarı	n=1		n=22	
0 – 499 YTL	1	100	15	68,2
500 – 999 YTL	-	-	4	18,2
1000 YTL ve Üzeri	-	-	3	13,6
Toplam	1	100	22	100

Yoksul grupta ortalama hane geliri 267,6 (\pm 111,3) YTL dir. Gruptakilerin %99,5 'inin ek geliri yoktur. Yoksul olmayan grupta ise ortalama hane geliri 1.163,9 (\pm 697,08) YTL dir. Hanelerin %89,5'inin ek geliri yoktur. Ek gelirlerin ise %68,2'si 499 YTL ve altındadır (Tablo 8).

4.2. Katılımcıların Sağlık Durumu İle İlgili Özellikleri

Tablo 9 – Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık Algısının Dağılımı

Değişken	Yoksul Grup		Yoksul Olmayan Grup	
	n	%	n	%
Genel Sağlık Algılama				
Kötü	69	32,9	12	5,72
Orta	95	45,2	79	37,62
İyi	44	21,0	104	49,52
Çok İyi	2	1,0	15	7,14
Toplam	210	100	210	100

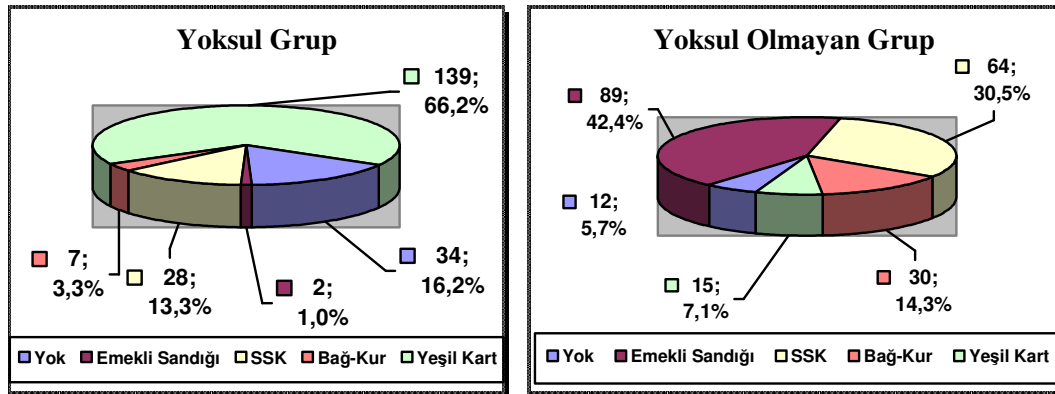
Yoksul olmayan grupta genel sağlık algısı %56,6 “iyi - çok iyi” düzeyinde iken bu oran yoksul grupta %22 ’ye düşmektedir (Tablo 9).

Tablo 10 – Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık İle İlgili Özelliklerin Dağılımı (n=210)

Değişken	Yoksul Grup		Yoksul Olmayan Grup	
	n	%	n	%
Sigara İçme Durumu				
İçmiyor	168	80,0	149	71,0
Bırakmış	5	2,4	15	7,1
Günlük İçici	37	17,6	46	21,9
Kronik Hastalık				
Yok	129	61,4	166	79,05
Bir	71	33,8	36	17,14
İki ve Üstü	10	4,8	8	3,81
Toplam	210	100	210	100

Yoksul grup %80, yoksul olmayan grup %71 sigara içmemektedir. Yoksul grup %61,4 yoksul olmayan grup ise %79,05 kronik bir hastalığa sahip değildir (Tablo 10).

Şekil 10– Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık Güvencesinin Dağılımı (n=210)



Yoksul grupta sağlık güvencesi %66,2 yeşil kart iken, yoksul olmayan grupta sağlık güvencesi %42,4 emekli sandığıdır (Şekil 10).

4.3. Sağlık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Tablo 11 – Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık Algısı Farkının İncelenmesi

Yoksulluk Durumu	Sağlığı Algılama				Toplam		X ² =53,195
	Kötü - Orta		İyi - Çok İyi		n	%	
	n	%	n	%			
Yoksul	164	78,10	46	21,9	210	50	p=0,000
Yoksul Değil	91	43,33	119	56,67	210	50	
Toplam	255	60,71*	165	39,29	420	100	p<0,001

* sütun yüzdesidir.

Yoksul grupta %78,10 kötü-orta sağlık algısı varken bu oran yoksul olmayan grupta %43,33 dür ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo 11).

Tablo 12 - Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık Algısı ile Yaş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=210)

Yoksul Grup	Değişkenler	Sağlığı Algılama Durumu	Yaş
	Sağlığı Algılama Durumu	1,00	- 0,206*
	Yaş	- 0,206*	1,00
Yoksul Olmayan Grup	Değişkenler	Sağlığı Algılama Durumu	Yaş
	Sağlığı Algılama Durumu	1,00	- 0,232*
	Yaş	- 0,232*	1,00

* 0,01 Düzeyinde anlamlıdır.

Yoksul ve yoksul olmayan grupta sağlık algısı ile yaş arasındaki ilişki **Tablo 12** 'de verilmiştir. Yoksul grupta yaş ile sağlık algısı arasında $r = - 0.206$, (negatif yönde) hafif düzeyde, yoksul olmayan grupta ise $r = - 0.232$ (negatif yönde) hafif düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 13 – Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Öğrenim Durumuna Göre Sağlık Algısı Farkının İncelenmesi

Yoksul Grup	Öğrenim Durumu	Sağlığı Algılama				Toplam		p=0,586
		Kötü - Orta		İyi - Çok İyi		n	%	
		n	%	n	%			
	İlkokul ve Altı	148	78,72	40	21,28	188	89,5	Fisher's
	Ortaokul ve üzeri	16	72,73	6	27,27	22	10,5	
	Toplam	164	78,1*	46	21,9	210	100	Ki-kare
Yoksul Olmayan Grup	Öğrenim Durumu	Sağlığı Algılama				Toplam		X ² =5,10
		Kötü - Orta		İyi - Çok İyi		n	%	
		n	%	n	%			
	İlkokul ve Altı	51	51,52	48	48,48	99	47,1	p=0,02
	Ortaokul ve üzeri	40	36,04	71	63,96	111	52,9	p<0,05
	Toplam	91	43,3*	119	56,67	210	100	

* sütun yüzdesidir.

Yoksul ve yoksul olmayan grupta öğrenim durumuna göre sağlığı algılama farkı **Tablo 13** 'de verilmiştir. Yoksul grupta, sağlığı algılama ve öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken yoksul olmayan grupta, sağlığı algılama ve öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 14 – Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Medeni Duruma Göre Sağlık Algısı Farkının İncelenmesi**

Yoksul Grup	Medeni Durum	Sağlığı Algılama				Toplam		X ² =1,42
		Kötü - Orta		İyi - Çok İyi		n	%	
		n	%	n	%			
	Bekar	30	85,71	5	14,29	35	16,7	p=0,33
	Evli	134	76,57	41	23,43	175	83,3	p>0,05
	Toplam	164	78,1*	46	21,9	210	100	
Yoksul Olmayan Grup	Medeni Durum	Sağlığı Algılama				Toplam		X ² =1,19
		Kötü - Orta		İyi - Çok İyi		n	%	
		n	%	n	%			
	Bekar	10	55,56	8	44,44	18	8,6	p=0,39
	Evli	81	42,19	111	57,81	192	91,4	p>0,05
	Toplam	91	43,3*	119	56,6	210	100	

* sütun yüzdesidir.

** Yates Düzeltmesi yapılmıştır.

Yoksul ve yoksul olmayan grupta medeni durum ve sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (**Tablo 14**).

Tablo 15 - Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık Algısı ile Aylık Gelir Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=210)

Yoksul Grup	Değişkenler	Sağlığı Algılama Durumu	Aylık Gelir
	Sağlığı Algılama Durumu	1,00	0,203**
	Aylık Gelir	0,203**	1,00
Yoksul Olmayan Grup	Değişkenler	Sağlığı Algılama Durumu	Aylık Gelir
	Sağlığı Algılama Durumu	1,00	0,139*
	Aylık Gelir	0,139*	1,00

* 0,01, ** 0,05 Düzeyinde anlamlıdır.

Yoksul ve yoksul olmayan grupta sağlık algısı ile aylık gelir arasındaki ilişki **Tablo 15** 'de verilmiştir. Yoksul grupta aylık gelir ile sağlık algısı arasında $r = 0.203$, (pozitif yönde) hafif düzeyde, yoksul olmayan grupta ise $r = 0.139$ (pozitif yönde) hafif düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 16 – Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sigara Kullanma Durumuna Göre Sağlık Algısı Farkının İncelenmesi**

Yoksul Grup	Sigara	Sağlığı Algılama				Toplam		$X^2=0,234$
		Kötü - Orta		İyi - Çok İyi		n	%	
		n	%	n	%			p=0,79
		Kullanmıyor, Bırakmış	134	77,46	39	22,54	173	
Günlük İçici	30	81,08	7	18,92	37	17,6	p>0,05	
Toplam	164	78,1*	46	21,9	210	100		
Yoksul Olmayan Grup	Sigara	Sağlığı Algılama				Toplam		$X^2=0,97$
		Kötü - Orta		İyi - Çok İyi		n	%	
		n	%	n	%			p=0,41
		Kullanmıyor, Bırakmış	74	45,12	90	54,88	164	
Günlük İçici	17	36,96	29	63,04	46	21,9	p>0,05	
Toplam	91	43,3*	119	56,7	210	100		

* sütun yüzdesidir. ** Yates Düzeltmesi yapılmıştır.

Yoksul ve yoksul olmayan grupta sigara kullanma durumuna göre sağlığı algılama durumları **Tablo 16** 'da verilmiştir. Her iki grupta da sigara kullanma durumu ve sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 17 – Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Kronik Hastalığa Göre Sağlık Algısı Farkının İncelenmesi**

Yoksul Grup	Kronik Hastalık	Sağlığı Algılama				Toplam		X ² =8,98
		Kötü - Orta		İyi - Çok İyi		n	%	
		n	%	n	%			n
	Yok	92	71,32	37	28,68	129	61,4	p=0,005
	Var	72	88,89	9	11,11	81	38,6	p<0,01
	Toplam	164	78,1*	46	21,9	210	100	
Yoksul Olmayan Grup	Kronik Hastalık	Sağlığı Algılama				Toplam		X ² =11,55
		Kötü - Orta		İyi - Çok İyi		n	%	
		n	%	n	%			n
	Yok	62	37,35	104	62,65	166	79,05	p=0,001
	Var	29	65,91	15	34,09	44	20,95	p<0,01
	Toplam	91	43,3*	119	56,7	210	100	

* sütun yüzdesidir.

** Yates Düzeltmesi yapılmıştır.

Yoksul ve yoksul olmayan grupta kronik hastalık durumu ve sağlığı algılama arasındaki fark **Tablo 17** 'de verilmiştir. Her iki grupta da kronik hastalık durumu ve sağlığı algılama arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 18 – Yoksul ve Yoksul Olmayan Grupta Sağlık Güvencesine Göre Sağlık Algısı Farkının İncelenmesi**

Yoksul Grup	Sağlık Güvencesi	Sağlığı Algılama				Toplam		X ² =0,06
		Kötü - Orta		İyi - Çok İyi		n	%	
		n	%	n	%			n
	Yok	26	76,47	8	23,53	34	16,2	p=0,98
	Var	138	78,41	38	21,59	176	83,8	p>0,05
	Toplam	164	78,1*	46	21,9	210	100	
Yoksul Olmayan Grup	Sağlık Güvencesi	Sağlığı Algılama				Toplam		X ² =12,10
		Kötü - Orta		İyi - Çok İyi		n	%	
		n	%	n	%			n
	Yok	11	91,67	1	8,33	12	5,7	p=0,001
	Var	80	40,40	118	59,60	198	94,3	p<0,01
	Toplam	91	43,3*	119	56,7	210	100	

* sütun yüzdesidir.

** Yates Düzeltmesi yapılmıştır.

Yoksul ve yoksul olmayan grupta sağlık güvencesi ve sağlık algısı arasındaki fark **Tablo 18** 'de verilmiştir. Yoksul grupta sağlık güvencesi ve sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, yoksul olmayan grupta sağlık güvencesi ve sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1. Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısının İncelenmesi

Yoksul gruptaki kadınlar %77 'i gecekonduda yaşamakta olup, evlerinin %54 'ünde kanalizasyon, %81 'inde banyo yoktur. Helaların %98 ' sifonsuz ve çoğunlukla dışarıdadır (**Tablo 6**). Çalışmada yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısı anlamlı olarak birbirinden farklı çıkmış, yoksul kadınların daha olumsuz sağlık algısına sahip oldukları saptanmıştır (**Tablo 11**). Eisenberg (1997) yoksulluk çizgisi altında yaşayanlarda kötü sağlık algısının üç kat daha fazla olduğunu vurgulamıştır (Eisenberg, 1997). Vissandjee ve arkadaşları (2004) düşük sosyoekonomik düzeyin kötü sağlık algısı için önemli bir belirleyici olarak saptamışlardır (Vissandjee ve ark., 2004). Benzer şekilde gelişmekte olan ülkelerde sağlık algısını ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada da yoksulluk sağlık algısı için önemli bir kıstas olarak belirlenmiştir (Ahmed, 2002). Ahmad ve arkadaşları (2005) düşük sosyo ekonomik seviyedeki bireylerin diğer bireylere oranla 1.56 kat daha kötü sağlık algısına sahip olduklarını belirlemiştir (Ahmad ve ark., 2005). Belek (2004) gecekondu bölgelerinde yaşayan, sosyo-ekonomik düzeyi düşük bireylerde daha olumsuz sağlık algısı olduğunu saptamıştır (Belek, 2004). Bu çalışmada da yoksul kadınların daha olumsuz sağlık algısına sahip olmaları beklenen bir sonuçtur. Yoksul olmayan grubun daha sağlıklı şartlarda yaşayıp, daha az geçim sıkıntısı çekmesi daha olumlu sağlık algısına sahip olmasının nedeni olabilir.

5.2. Yaş ile Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu çalışmadaki kadınların çoğunluğu orta erişkin yaş özelliklerini taşımaktadır. Her iki grupta da sağlık algısı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Yaş ilerledikçe sağlık algısı kötüleşmektedir (**Tablo 12**). Erengin ve Dedeoğlu (1997), Ahmed (2002), Goldberg ve arkadaşları (2001), Vissandjee ve arkadaşları (2004) yaşın artışı ile birlikte kişilerin sağlık algısının olumsuzlaştığını saptamışlardır (Ahmed, 2002; Vissandjee ve ark., 2004; Goldberg ve ark., 2001; Erengin, Dedeoğlu, 1997). Al-Windi (2005) 46–64 yaş grubundaki kişilerin büyük çoğunluğunun kötü sağlık algısına sahipken 16–44 yaş grubunun daha olumlu

sağlık algısına sahip olduklarını belirtmiştir (Al-Windi, 2005). Hoz ve Leon (1996) sağlık algısını 24 -34 yaş grubunda %85, 64 yaş ve üzerinde ise %39 iyi/çok iyi düzeyde olduğunu belirlemiştir (Hoz, Leon, 1996). McMahon ve arkadaşları (2003) 40 yaşın altındaki bireylerde %79 oranında iyi/mükemmel sağlık algısı varken, 70 yaş ve üzeri bireylerde bu oranın %15 'e düştüğünü saptamışlardır (McMahon ve ark, 2003). Özcebe (2003) ise 75 yaş üzeri kişilerin çoğunlukla sağlık durumlarını kötü olarak değerlendirdiğini, 65–74 yaş arası kişilerin ise sağlık durumlarını daha iyi bulduklarını belirtmektedir (Özcebe, 2003). Yaş; fizyolojik değişiklikler, kronik hastalıklar, psikososyal sorunlar, hareketsizlik problemlerini beraberinde getirmekte ve bir kısır döngü oluşturmaktadır. Yaşın artmasıyla birlikte sağlık sorunlarının artması ve yaşa bağlı fizyolojik değişikliklerin olması nedeniyle sağlık algısı daha olumsuz olabilir.

5.3. Öğrenim Durumu ve Sağlık Algısı Arasındaki Farkın İncelenmesi

Çalışmada yoksul bireylerin yaklaşık yarısı okuryazar değil iken, yoksul olmayan kadınların yaklaşık yarısı ortaokul ve üzeri eğitim seviyesindedir (Tablo 7). Yoksul grupta sağlık algısı ve öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaz iken yoksul olmayan grupta sağlığı algılama ve öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış, öğrenim durumu ilkökul ve altı olanlarda sağlık algısının daha olumsuz olduğu tespit edilmiştir (Tablo 13). Vissandjee ve arkadaşları (2004), Yen ve Kaplan (1999), Stronks ve arkadaşları (1998) ve Şahin (1997) eğitim seviyesi ilkökul ve altı olanlarda sağlık algısının, eğitim seviyesi yüksek olanlara göre daha kötü olduğunu saptamışlardır (Vissandjee ve ark., 2004; Yen, Kaplan, 1999; Stronks ve ark., 1998; Şahin, 1997). Szaflarski, Cubbins (2004), Ahmad ve arkadaşları (2005) okuryazarlık durumunun sağlık algısı ile ilişkili olduğunu saptamış ve eğitim durumunun sağlığı algılamada önemli bir etmen olduğunu vurgulamışlardır (Ahmad ve ark., 2005; Szaflarski, Cubbins, 2004). Belek (2004) bireyleri beş yıl boyunca izlemiş ve eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık algısının da yükseldiğini saptamıştır (Belek, 2004). Erengin ve Dedeoğlu (1998) ise eğitim seviyesinin sekiz yılın altında olanların, üstünde olanlardan 1,2 kat daha fazla kötü sağlık algısına sahip olduklarını tespit etmiştir (Erengin, Dedeoğlu, 1998). McMahon ve arkadaşları (2003) eğitim seviyesinin sağlık algısında önemli bir kıstas olduğunu belirtmişlerdir (McMahon ve ark, 2003). Bu çalışmada yoksul grupta eğitim seviyesi sağlık algısını değiştirmemektedir. Bu grupta ki kadınların ekonomik

bağımsızlıklarının olmaması ve ailece ekonomik sıkıntı çekmeleri, onların hangi eğitim seviyesinde olursa olsun sağlıklarını daha olumsuz değerlendirmesine neden olduğu düşünülebilir. Yoksul olmayan grupta ise eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin gelir ve sosyal faaliyetlere katılımı artacağı için eğitim seviyesi düşük olan bireylerden daha olumlu sağlık algısına sahip olabilirler.

5.4. Medeni Duruma Göre Sağlık Algılamadaki Farkın İncelenmesi

Evli olan bireylerde sosyal dayanışmanın daha kuvvetli olması nedeniyle sağlık algısının olumlu olması beklenir. Her iki grupta da kadınların çoğunluğu evli olup, bekar olanların ise daha fazla oranda kötü-orta sağlık algısına sahip olmasına rağmen aradaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (**Tablo 14**). Otha ve arkadaşları (1998) profesyonel mesleklerde çalışan bireylerin düşük sosyo ekonomik gruptaki bireylerden anlamlı olarak daha iyi evlilik ilişkilerinin olduğunu ve subjektif sağlık yakınmalarının daha az olduğu saptamışlardır (Otha ve ark., 1998). McMahan ve arkadaşları (2003) hiç evlenmemiş olanlarda %72 oranında iyi/mükemmel sağlık algısı varken, evli olanlarda %59, boşanmış olanlarda ise %21 oranında iyi/mükemmel sağlık algısı olduğunu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmişlerdir (McMahon ve ark, 2003). Erengin ve Dedeoğlu (1997) ise eşi hayatta olmayan veya eşinden ayrılmış bireylerde sağlık algısının anlamlı olarak daha kötü olduğunu saptamışlardır (Erengin, Dedeoğlu, 1997). Bu çalışmada medeni durumun sağlık algısını etkilememesinin nedeni geleneksel doğu kültüründe kadına verilen değer ve eşi tarafından yeterli desteğin sağlanmamasından kaynaklanabilir.

5.5. Aylık Gelir İle Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Sağlıklı olabilmek için sosyal, fiziksel ve emosyonel iyilik hali gerekir. Bu çalışmada hem yoksul hemde yoksul olmayan grupta sağlık algısı ile aylık gelir arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (**Tablo 15**). Her iki grupta da gelirin artmasıyla birlikte sağlık algısı yükselmektedir. McMahan ve arkadaşları (2003) gelir durumu düştükçe sağlık algısının da düşmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamış ve en alt düzeyde geliri olan grupta %40 oranında iyi/mükemmel sağlık algısı varken bu oranın en üst düzey geliri olan grupta %82 olduğunu belirtmiştir (McMahon ve ark, 2003). Benzer şekilde Yen ve

Kaplan (1999) gelirin kötü sağlık algısını 2,67 kat arttırdığı saptanmışlardır (Yen, Kaplan, 1999). Sturm ve Gresenz (2002) düşük gelirin sağlık algısıyla ilişkili olduğunu tespit etmiş ve en düşük gelire sahip olan grubun anlamlı olarak diğer gruplardan daha olumsuz sağlık algısına sahip olduğunu vurgulamıştır (Sturm, Carole, 2002). Hoz ve Leon (1996) sağlık algısının yüksek gelirlili grupta daha fazla iyi/çok iyi düzeyinde olduğunu saptamışlardır (Hoz, Leon, 1996). Belek (2004) ise beş yıl sürecinde gelirin azalması ile birlikte bireylerin sağlıklarını daha kötü değerlendirdiklerini belirtmektedir (Belek, 2004). Bu çalışmada her iki grupta da gelirin artması ile birlikte bireylerin sağlık algısının daha iyi olmasının nedeni, yüksek gelirin bireylerde sosyal refahı arttırması ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinden de daha fazla yararlanabilmelerini sağlaması olabilir.

5.6. Sigara Kullanma Durumu ve Sağlık Algısı Arasındaki Farkın İncelenmesi

Her iki grupta da sağlık algısı ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (**Tablo 16**). Al-Windi (2005), Ahmad ve arkadaşları (2005), McMahon ve arkadaşları (2003) sağlık algısının sigara kullananlarda daha olumsuz olduğunu saptamışlardır (Al-Windi, 2005; Ahmad ve ark., 2005; McMahon ve ark., 2003). Benzer şekilde Vissandjee ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarında da sağlık algısı için sigara kullanma önemli belirleyici olarak belirlemişlerdir (Vissandjee ve Ark., 2004). Yen ve Kaplan (1999) ve Williamson (2000) ise sigara içmenin sağlık algısı üzerine etkisiz olduğunu saptamışlardır (Yen, Kaplan, 1999; Williamson, 2000). Otha ve arkadaşları (1998) sigara kullanmanın sosyo ekonomik statü düştükçe arttığını, fakat gruplar arasında anlamlı bir farkın olmadığını ifade etmektedirler (Otha ve ark., 1998). Yoksul bireylerde düşük gelire bağlı karşılaşılan stresörlerin yoğunluğu ve düşük eğitim seviyesine bağlı daha az sağlık farkındalığı gibi faktörler nedeniyle sigara tüketiminin daha fazla olması ve buna bağlı sağlık algısının da düşük olması beklenmektedir. Weinreb, Goldberg, Perloff (1998) sigara bağımlılığının düşük gelirlili kadınlarda genel popülasyona göre iki kat daha fazla olduğunu saptamışlardır (Weinreb ve ark., 1998). Bu çalışma da ise her iki grupta da sigara tüketimi Türkiye ortalamasından (%28) düşük çıkmıştır (TNSA, 2003) ve sağlık algısı için sigara içmenin etkisiz olduğu saptanmıştır. Bulgulardaki bu düşük sigara içme oranı ve anlamsız farkın sebebi araştırma yapılan bölgenin ataerkil bir aile yapısına sahip olması ve buna bağlı kültürel olarak kadınların daha az sigara kullanması veya sigara kullandığını söylememesi olabilir.

5.7. Kronik Hastalık ve Sağlık Algısı Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi

Yoksulluk ve sağlık çemberinde görüldüğü gibi (Şekil 5) yoksulluk; eğitimsizlik ve kötü yaşam koşulları gibi faktörlerle sağlık sorunları ve hastalıklara neden olabilmekte, bu durum kişilerin her konudaki verimlerinin azalmasında neden olabilmektedir. Bu çalışmada da her iki grupta kronik hastalığı olanların daha olumsuz sağlık algısına sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 17). Erengin ve Dedeoğlu (1997), Al-Windi (2005), Williamson (2000), Miilunpalo ve arkadaşları (1997) kronik hastalığın sağlık algısını olumsuzlaştırdığını saptamışlardır (Erengin, Dedeoğlu, 1997; Williamson, 2000; Miilunpalo ve ark., 1997; Al-Windi, 2005). Manderbacka ve arkadaşları (1998) kronik hastalıkların düşük sağlık algısı ile ileri düzeyde anlamlı ilişki içinde olduğunu belirtmişlerdir (Manderbacka, Lahelma, Martikainen, 1998). Bu çalışmada da kronik hastalıkların sağlık algısını daha olumsuz yapmasının nedeni, hastalığın ömür boyu sürmesi, bedensel kısıtlamalara neden olması, zaman zaman ataklar yaparak sekeller bırakabilmesi, daha sık doktor muayeneleri gerektirmesi ve bu hastalıklardan dolayı psikolojik ve fizyolojik sorunlar yaşanabilmesi olabilir.

5.8. Sağlık Güvencesi ve Sağlık Algısı Durumu Arasındaki Farkın İncelenmesi

Sağlık güvencesinin olabilmesi için bireylerin düzenli bir işleri ve gelirleri olması gerekir. Yoksul grubun sağlık güvencesi büyük oranında yeşil karttır, yoksul olmayan grubun ise emekli sandığıdır (Şekil 10). Yoksul grupta sağlık güvencesi sağlık algısını etkilemez iken, yoksul olmayan grupta etkilemektedir (Tablo 18). Erengin ve Dedeoğlu (1997) sosyal güvencesi olmayanların sağlık algısının olanlara göre 1,48 kat daha kötü olduğunu tespit etmişlerdir (Erengin, Dedeoğlu, 1997). Nenasır ve arkadaşları (2005) sosyal güvencenin her gelir düzeyinde sağlık algısı için önemli bir unsur olduğunu saptamışlardır (Nenasır ve ark., 2005). Ayrancı (2005) sağlık güvencesi olan bireylerde kötü sağlık algısının %58,8 iken bu oranın sağlık güvencesi olmayan bireylerde %73,3 'e yükseldiğini belirtmektedirler (Ayrancı, 2005). Özcebe (2003) sağlık güvencesi olmayan kişilerin sağlık durumlarını çoğunlukla kötü bulduklarını (%78,1), bu grubun maddi olanaklarının yetersiz olması nedeniyle sağlık kurumlarına gidemediğini ve hastalıklarını yeterli düzeyde tedavi edemediğini ifade etmektedir (Özcebe, 2003). Bu çalışmada yoksul grupta sağlık güvencesinin sağlık algısını etkilememesinin nedeni bu bireylerin bir sağlık kurumuna gitmeleri için gereken ulaşım

masraflarını dahi karşılayamamaları, sağlık kurumlarından nasıl yararlanacaklarını bilememeleri ve ilaç masraflarını karşılamada sıkıntılar yaşamaları olabilir. Yoksul olmayan grupta ise sağlık güvencesi olan bireyler hastalık durumunda gerek tanı, gerekse tedavi işlemleri için bir sağlık kurumundan yararlanabilecekleri ve ilaç masraflarını daha kolay karşılayabilecekleri için sağlık güvencesi olmayan bireylerden daha olumlu sağlık algısına sahip olabilirler.

BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yoksul ve yoksul olmayan kadınlarda sağlık algısını etkileyen etmenleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışma da aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

Sağlık algısı düzeyi, yoksul olan kadınlarda daha kötü saptanmıştır. (**Tablo 11**). Yoksul grupta sağlık algısını kronik hastalıklar etkilemektedir ve sağlık algısı ile yaş arasında $r = - 0.206$ (negatif yönde) düşük düzeyde, aylık gelir ile sağlık algısı arasında ise $r = 0.203$ (pozitif yönde) düşük düzeyde anlamlı ilişki vardır. Öğrenim durumu, medeni durum, sigara kullanma durumu ve sağlık güvencesinin sağlık algısını etkilemediği saptanmıştır (**Tablo 12,13,14,15,16,17,18**).

Yoksul olmayan grupta ise öğrenim durumu, kronik hastalıklar ve sağlık güvencesi sağlık algısını etkilemektedir ve sağlık algısı ile yaş arasında $r = - 0.232$ (negatif yönde) düşük düzeyde, sağlık algısı ile aylık gelir arasında $r = 0.139$ (pozitif yönde) düşük düzeyde anlamlı ilişki vardır. Medeni durum ve sigara kullanma durumunun ise sağlık algısını etkilemediği belirlenmiştir (**Tablo 12,13,14,15,16,17,18**).

6.2. Öneriler

- Elde edilen verilere göre bu çalışmada yoksulluk, sağlık algısını olumsuz etkilemektedir. Hemşireler, bakım verdiği bireyler içinde yoksullara öncelik vermeli, bu bireylerin duygularını ifade etmelerini ve karar verme sürecine katılmalarını sağlamalıdır.
- Hemşireler, kurumlar arası işbirliği yapmalı ve yoksul bireyleri üretim sürecine katılabilmeleri için iş bulma kurumlarına yönlendirmelidirler.
- Sağlık algısı yaş ilerledikçe kötüleşmektedir. Hemşireler bakım verirken ileri yaştaki kadınları göz önünde tutmalıdır. Yoksul olan yaşlı kadınlara sosyal bir uğraş bularak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamalı, onlara sosyal ve emosyonel yönden destek olmalıdırlar.
- Yoksul kadınlarda eğitim düzeyi sağlık algısını etkilememektedir. Bu nedenle hemşireler, yoksul kadınlara bakım verirken, eğitim seviyesi gözetmemeli, düşük eğitim seviyesindeki bireyleri ise okuma-yazma kurslarına ve halk eğitim merkezlerine yönlendirmelidirler. Bunun yanında yoksul kadınların okullaşma oranını arttırmak için ev ziyaretlerinde özellikle okula gitmeyen kız çocuklarının eğitim kurumlarına başvurmasını sağlamalıdır.
- Çalışmada sigara içmenin sağlık algısına etkisi saptanmasa bile, sigara kullanan yoksul kadınların daha kötü sağlık algısına sahip olmaları nedeniyle hemşireler, bakım verirken yoksul kadınlara baş etmede destek olmalıdırlar.
- Hemşireler, sağlık güvencesi olmayan bireylere sürekli ve düzenli sağlık hizmeti alabilmeleri için eğitim vermeli, bir sağlık güvencesine sahip olmayan bireyleri ise yeşil kart sahibi olmaları için yönlendirmelidirler. Yoksul kadınların sağlık ocağı hizmetlerini ve sevk zincirini daha etkin kullanabilmelerini sağlamalıdır.

Araştırmacılara Öneriler;

- Yoksulluğun sağlığa ve sağlık algısına olan etkisi hakkında daha kapsamlı bilgi sahibi olmak için bu konu hakkında niteliksel çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Agardh, E., ve ark (2004) Explanations of Socioeconomic Differences in Excess Risk of Type 2 Diabetes in Swedish Men and Women, *Diabetes Care*, 27(3); 716.
- Ahmad, K., Jafar, T., H., Chaturvedi, N., (2005) Self-Rated Health in Pakistan: Results Of A National Health Survey, *BMC Public Health*, 5:51.
- Ahmed, S., M., (2002) Measuring Perceived Health Outcomes in Non-western Culture: Does SF-36 Have a Place?, *J. Health Popul. Nutr. Dec.* 20(4); 334–342.
- Akın, A., Esin, Ç., Çelik, K., Kadının Sağlık Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da Kadın Sağlığının iyileştirilmesine yönelik Stratejik eylem planı. www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/kadinin_saglik_hakki.pdf (Mayıs 2006 tarihinde ulaşılmıştır).
- Aktan, C., C., Vural, İ., Y., (2002) Yoksulluk: Terminoloji, Temel Kavramlar Ve Ölçüm Yöntemleri, Coşkun Can Aktan (ed.), *Yoksullukla Mücadele Stratejileri*, Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayınları.
- Akyüz, F., (2002) 1980 Sonrası Dönemde Türkiye'deki Gelir Dağılımı Dengesizliği ve Yoksulluğun Boyutlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Muğla.
- Al-Windi, A., (2005) The relations between symptoms, somatic and psychiatric conditions, life satisfaction and perceived health. A primary care based study, *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(28), 1–9.
- Artazcoz, L., ve Ark, (2004) Women, Family Demands And Health: The İmportance Of Employment Status And Socio-Economic Position, *Social Science & Medicine*, 59; 263–274.
- Ayrancı, Ü., (2005) Eskişehir'de Yaşlıların Sosyoekonomik Özellikleri ve Sağlık Durumları, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(5); 113.
- Bahar, Z., (1988) Ergene Sağlık Bölgesinde Aşılama Yaygınlığını Değerlendirme Araştırması, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(3); 1-19.
- Batlaş, Z., (2004) Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitapevi, İstanbul.
- Baysal, A., (1993) Genel Beslenme. H.Ü. Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Hatipoğlu Yayınları, Ankara, Erdoğan, G., (2002) Türkiye'de ve dünyada yoksulluk

- ölçümleri üzerine Değerlendirmeler, C.C.Aktan (ed.), Yoksullukla Mücadele Stratejileri, Ankara: Hak-İş Konfederasyonu yayını s:31'den alıntı.
- Belek, İ., (1998) Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik, Sorun Yayınları, İstanbul.
- Belek, İ., (2004) Sağlıkta Eşitsizliklerin Değişimi Antalya'da Beş Yıllık Bir Araştırma, Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 19(2); 92-100.
- BKH, Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu Türkiye (2005), Devlet Planlama Teşkilatı Birleşmiş Milletler Mukim Koordinatörlüğü.
- Blakely, T., ve Ark., (2004) Comparative Quantification of Health Risks, Distribution of risk factors by poverty, Chapter 24, <http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume2/part4/en/index.html>.
- Buğra, A., (2005) Yoksulluk ve Sosyal Haklar, Sivil Toplum Geliştirme Merkezi Derneği İçin Hazırlanan Danışman Raporu, www.spf.boun.edu.tr/docs/STGP_Bugra.pdf, (Mart 2005 tarihinde ulaşılmıştır).
- Ceylan, H., Dünyada Yoksulluk , Kalkınma Üzerine Bir Deneme, <http://www.bilgiyonetimi.org/cm> (Şubat 2005 tarihinde ulaşılmıştır).
- Çevre Bakanlığı, (2002) Türkiye Ulusal Raporu, Sürdürülebilir Kalkınma Dünya Zirvesi Johannesburg.
- Dansuk, E., (1997) Türkiye'de yoksulluğun Ölçülmesi ve Sosyo-ekonomik Yapılarla Ölçülmesi, Devlet Planlama Teşkilatı Uzmanlık Tezi.
- Dedeoğlu, N., (2004) Sağlık ve Yoksulluk, Toplum ve Hekim, Ocak-Şubat (19);51-53.
- Demet, M., ve Ark. (2002) Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri, türk psikiyatri dergisi 13(4):290-299.
- DİE (a), 2004 Yoksulluk Çalışması, <http://www.die.gov.tr/TURKISH/SONIST/YOKSL/k140206.xls>. (Şubat 2005 tarihinde ulaşılmıştır).
- DİE (b), Devlet İstatistik Enstitüsü, www.nkg.die.gov.tr/goster.asp?aile=2 (Mart 2006 tarihinde ulaşılmıştır).
- DİE (c), Türkiye İstatistik Yıllığı, (2004) T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü.
- Doğanoğlu, F., Gülcü, A., (2001) Gelir Eşitsizliği Ölçümünde Kullanılan Yöntemler Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2(1); 47-65.
- DPT, Devlet Planlama Teşkilatı (2001) Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.

- Ecevit, Y., (2003) Toplumsal Cinsiyetle Yoksulluk İlişkisi Nasıl Kurulabilir? Bu İlişki Nasıl Çalışılabilir? Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), özel ek.
- Eisenberg, J., M., (1997) People with Low Income, <http://www.healthypeople.gov/Data/PROGRVW/PDFs/proglowincm.pdf> (Şubat 2005 tarihinde ulaşılmıştır).
- Erdoğan, G., (2002) Türkiye’de ve Dünyada Yoksulluk Ölçümleri Üzerine Değerlendirmeler, C.C.Aktan (ed.), Yoksullukla Mücadele Stratejileri, Ankara: Hak-İş Konfederasyonu yayını.
- Erengin, H., Dedeoğlu, N., (1997) Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu Algılanan Sağlık, Toplum ve Hekim, Ocak-Şubat, 12(77);11-16.
- Erengin, H., Dedeoğlu, N., (1998) Sağlıkta Eşitsizlik: Antalya Kent Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Morbiditede Farklılıklar, Toplum ve Hekim, Mart-Nisan, 13(2); 140-143.
- Ergül, Ş., (2005) Yoksulluk Sağlık İlişkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi Cilt 8, Sayı 2.
- Essex, C., M., (2004) Resources of Deaf People in Turkey, http://www.idcs.info/docs/Resources_for_Deaf_people_in_Turkey.pdf (Mayıs 2006 Tarihinde ulaşılmıştır).
- Förster, M., Pearson, M., (2000) Income Distribution and Poverty in OECD Countries, Paris.
- Geyik, Ö., P., ve ark, (2005) Yaşam Sürelerindeki Farklılıkların Gini Katsayısı İle İncelenmesi, VIII. Ulusal Biyoistatistik Kongresi.
- Glover, J., D., (2004) The Socioeconomic Gradient And Chronic İllness And Associated Risk Factors İn Australia Australia And New Zealand Health Policy, 1:8.
- Goldberg, A ve Ark. (2001) Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort J. Epidemiol. Community Health, 55; 233–238.
- Goldstein, J., Jacoby, E., (2005) Poverty is A Predictor Of Non-Communicable Disease Among Adults in Peruvian Cities, Preventive Medicine;1-7.
- Gönülal, A., (2005) Yaşlıların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

- Graham, W., J., ve Ark. (2004) The Familial Technique For Linking Maternal Death With Poverty, The Lancet, Vol 363, January 3; 23–27.
- Guttman, A., Dick, P., (2004) Infant hospitalization and maternal depression, poverty and single parenthood – a population-based study, Child: Care, Health & Development, 30, 67–75.
- Gümüş, Ö., Şahin, E., Top, Ő., (2002) Alkol Ve Eroin Bağımlıların Ailelerindeki sikososyal Ve Ekonomik Zorlukların Araőtırılması, Bağımlılık Dergisi, 3(3): 146-154.
- Hamzaoğlu, O., (2004) Yoksulların sağlığı ne, sorun nasıl çözülr? , Toplum ve Hekim, 19(1): 54–57.
- Hamzaoğlu, O., Özcan, U., (2005) Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006, Türk Tabipleri Birliği Yayını.
- Hatun, Ő., Etiler, N., Gönüllü, E., (2003) Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 46; 251-260.
- Hatuna, Ő., (2002) Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri, TBB Yayınları. Ankara.
- Herkes İçin Sağlıklı Yaşam: Yeni Avrupa Sağlık Stratejisi için Düşünce Üretme Süreci, <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/herkesicinsaglik.pdf> (Şubat 2005 tarihinde ulaşılmıştır).
- Hoz, K., F., Leon, D., (1996) Self-Perceived Health Status and Inequalities in Use of Health Services in Spain, International Journal of Epidemiology, 25(3); 593 – 603.
- <http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2005/gelirdag.html> (Şubat 2005 tarihinde ulaşılmıştır).
- <http://www.depression.realage.com/inc/routines.js>, Risk Factors for Depression, (Mart 2005 tarihinde ulaşılmıştır).
- <http://www.die.gov.tr/CIN/got-unicef/progress/gis.html> (Şubat 2005 tarihinde ulaşılmıştır).
- http://www.icn.ch/matters_poverty.htm, ICN on Poverty and Health, , (Mart 2005 tarihinde ulaşılmıştır).
- <http://www.isguc.org/myuce3.htm>, (Mart 2005 tarihinde ulaşılmıştır).
- <http://www.kars.gov.tr> (Mart 2005 tarihinde ulaşılmıştır).
- <http://www.kultur.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx> (Mart 2005 tarihinde ulaşılmıştır).
- <http://www.owhn.on.ca>, Ontario Women’s Health Network, Poverty & Health e-Bulletin 2005.
- <http://www.shudernegi.org/sosyalhizmetveinsanhaklari.htm>, (Mayıs 2006 Tarihinde ulaşılmıştır).

<http://www.wider.unu.edu/wiid/wiid.htm> (Şubat 2005 tarihinde ulaşılmıştır).

İlik, B., (1992) Yoksulluğun Genel Belirleyicileri, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.

Kesioğlu, P., Ve Ark (2003) İzmir Çamdibi-1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi Yaşlılarında Yetersizlik Ve Kronik Hastalık Prevalansı, Turkish Journal of Geriatrics, 6 (1) : 27–30.

Kondro, W., (2002) Poverty is main predictor of heart disease, says Canadian report, The Lancet (359), May 11.

Koukoulis, S., Vlachonikolis, I., G., Philalithis, A., (2002) Socio-Demographic Factors And Self-Reported Functional Status: The Significance Of Social Support BMC Health Services Research, 2:20.

Kutsal, Y., G., Yaşlanan Dünya ve Yaşlanan İnsan, www.geriatri.org.tr (Mayıs 2006 Tarihinde ulaşılmıştır).

Kuzgun, İ., K., (2002) Nüfusun Yaşlanmasının İşgücü Arzına Etkisi, GERİATRİ, 5(1); 38.

[Lancu, L.](#), ve Ark (2003) Epidemiological Study of Depressive Symptomatology Among Israeli Adults: Prevalence of Depressive Symptoms and Demographic Risk Factors, [The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences](#). Jerusalem: 40(2); 82-90.

Lee, P., R., (2003) Socioeconomic Status and Health in the Central Valley, Great Valley Center Conference, Sacramento, CA May 14.

Lethbridge, L., N., Phipps, S., A., (2005) Chronic Poverty and Childhood Asthma in the Maritimes Versus the Rest of Canada, Canadian Journal of Public Health; 96, 1; pg. 18.

Manderbacka, K., Lahelma, F., Martikainen, P., (1998) Examining The Continuity Of Self-Rated Health, International Journal Of Epidemiology, 27 ;208-213.

McMahon, C., ve Ark, (2003) Inequalities in Perceived Health, www.publichealth.ie/getFile.asp?FCID=14&docID=81 (Şubat 2005 tarihinde ulaşılmıştır).

Miilunpalo, S., ve Ark. (1997) Self-Rated Health Status as a Health Measure: The Predictive Value of Self-Reported Health Status on the Use of Physician Services and on Mortality in the Working-Age Population, J. Clin. Epidemiol. 50(5); 517–528.

Molinari, C., Ahern M., L Hendryx, M., (1998) The Relationship Of Community Quality To The Health Of Women And Men, Soc. Sci. Med. 47(8); 1113±1120.

Nenasır, N., ve Ark. (2005) Manisa İlinde Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Sağlıkta Eşitsizlikler, Sted, 14(10); 221 – 228.

- Otha, A., ve Ark. (1998) Differences in Lifestyle and Perceived Health in Different Occupations in a Community, *Journal of Occupational Health*, 40; 325–333.
- Öz, F., (2004) Sağlık ve Hastalık, Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Ankara; 10-31.
- Özcebe, H., (2003) Ankara Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesi Anadolu Mahallesinde 65 yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Hizmeti kullanımının Değerlendirilmesi, *Geriatrici* 6 (1) : 22-26.
- Öztek, Z., (2001) Sağlık Kavramı Ve Sağlık Hizmetleri, *Yeni Türkiye Dergisi*, Sağlık Özel Sayısı 7(39);294-298.
- Öztürk, M., (2005) Isparta İlinde Halkın Geleneksel Tedavi Tercihi Türkiye Klinikleri *J Med Ethics*, 13:179-186.
- Patel, V., ve Ark, (1999) Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies, *Social Science & Medicine* 49, 1461±1471.
- Peden, A., R., (2004) Negative Thinking and the Mental Health of Low-Income Single Mothers, *j. Nursing Scholarship*, 36(4); 337-344.
- Pender, N., ve ark (1992) Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practise and Education, *Nursing Outlook*, 40(3); 106 – 112.
- Plotnikoff, R., C., (2004) Age, Gender, And Urban–Rural Differences İn The Correlates Of Physical Activity, *Preventive Medicine*, 39; 1115–1125.
- Proctor, B., D., Dalaker, J., (2003) Poverty in the United States: 2002, U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration U.S. Census Bureau.
- Rodriguez, E., (2002) Marginal Employment And Health In Britain And Germany: Doesuns Table Employment Predict Health?, *Social Science & Medicine*, 55 ;963–979.
- Rothenberg, R., B., ve ark. (1985) Observations On the Application of Epi Cluster Survey Methods For Estimating Disease Incidence, *Bulletin of WHO*, 63(1); 93-99.
- Rumsey, M., Foley, E., (2004) Poverty Profile of Australia. Royal College of Nursing, Australia (RCNA), Issues Paper, Released 12 May, Deakin West.
- Sarı, R., (2001) Gelir Dağılımı, Yoksulluk ve İstihdam, Düzce İl Gelişme Planı, Düzce.
- Savolainen, R., M., (1999) Perceived Health and EIA in Finland. Presentation paper. 2nd Health Impact Assessment Conference. Liverpool, 5-6th October.
- Schulz, A., J., ve Ark, (2005) Psychosocial stress and social support as mediators of relationships between income, length of residence and depressive symptoms among African American women on Detroit’s eastside, *Social Science & Medicine*;1-13.

- Soyer, A., (2001) ,”Türkiye ’de ki Sağlıkta Eşitsizlikler” Türk Tabipler Birliği Yayını,
Dedeoğlu, N., (2004) Sağlık ve Yoksulluk, Toplum ve Hekim, Ocak-Şubat, (19);51-53
den alıntı.
- Sönmez, M., DİE’nin “Gelir Dağılımı İyileşti” Safsatası Üzerine, Toplum ve Hekim, Ocak-
Şubat 2004, 19(1);34-38.
- Stevens, P., (2004) Diseases of Poverty and the 10/90 Gap, Islington.
- Stronks, K., ve Ark (1998) The Importance of Psychosocial Stressors for Socio-Economic
Inequalities in Perceived Health, Soe. Sci. Med. Vol. 46(4-5) ; 611–623.
- Sturm, R., G., Carole R., (2002) Relations Of Income Inequality And Family Income To
Chronic Medical Conditions And Mental Health Disorders: National Survey In USA,
BMJ 24, 5; 20-23.
- Sürdürülebilir Kalkınma Dünya Zirvesi Türkiye Ulusal Raporu (Taslak),
http://www.cevko.org.tr/surdur/rapor_turk/6%20-%20yoksulluk.enson.pdf, (Ocak 2005
tarihinde ulaşılmıştır).
- Szaflarski, M., Cubbins, L., A., (2004) Self-reported health in Poland and the United States: a
comparative analysis of demographic, family and socioeconomic influences, health: An
Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 8(1): 5–
31.
- Şahin, B., (1997) Algılanan Sağlık Statüsünün Ölçümü Yoluyla Tıbbi Müdahalelerin
Değerlendirilmesi: Bypass Ameliyatı Olan Koroner Arter Hastaları Üzerine Bir
Araştırma, Toplum ve Hekim, Kasım – Aralık, 12(82); 14 – 23.
- Şenol, Y., Y., Belek, İ., (2002) Antalya’nın İki Mahallesinde Bir Araştırma: Sağlıkta Eşit-
sizlik ve İki Yıllık Değişim Sonuçları, Sağlık ve Toplum, Temmuz-Eylül, 12(3);32-39.
- Temelli, S., Türkiye’de Borçlanma – Yoksulluk Dinamikleri : 1990-2002
<http://www.marmara.edu.tr/maliyeseempozyumu/tebligler/7-1.doc88>, (Mart 2005
tarihinde ulaşılmıştır).
- Thomas, R., Welch, M., D., (2005) The Link Between Poverty and Poor Child Health, The
Journal Of Pediatrics, 146(3); 349.
- TNSA, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2003), Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri
Enstitüsü, HUNNE.
- TUSİAD, Türk Sanayi ve İş Adamları Derneği (2000) Türkiye’de Bireysel Gelir Dağılımı ve
Yoksulluk. Yayın No. T.SÜAD-T/2000–12/295).

- UNDP, İnsani Gelişim Raporu 2003.
- UNICEF (2000) Türkiye’de Çocukların Durumu, Ön Rapor, ANKARA.
- Uzun, A., M., (2003) Yoksulluk Olgusu ve Dünya Bankası, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 4(2); 155-173.
- Üstün, B., ve Ark. (2005) Bakımevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Sağlık Eğitim Araştırma Dergisi, 1(1); 26 – 33.
- Velioglu, P., (1999) Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, İstanbul, 78-92.
- Vissandjee, B., ve Ark. (2004) Integrating Socio-Economic Determinants of Canadian Women's Health, BMC Women's Health, 4(Suppl 1);34.
- WB, World Bank, Human Development Report 2006.
- Weinreb, L., ve Ark. (1998) Health Characteristics and Medical Service Use Patterns of Sheltered Homeless and Low-Income Housed Mothers, J Gen Intern Med;13;389–397.
- WHOa, The World Health Report 2002, Geneva – Switzerland.
- WHOb,. Dünya Sağlık Örgütü’nün Kadın Sağlığının Çeşitli Konularındaki Görüş Ve Mesajları, Who.org.tr (Ekim 200 tarihinde alınmıştır).
- WHOc (2001) Poverty and Health– Evidence and Action in who’s European Region, Copenhagen.
- WHOd (2001) Yoksulluğun yol Açtığı En Ciddi Hastalıklar, Hemşire Dergisi, 51(1–2);3–7.
- Williamson, D., L., (2000) Health Behaviours And Health: Evidence That The Relationship is Not Conditional On Income Adequacy, Social Science & Medicine 51 1741±1754.
- www.gebam.hacettepe.edu.tr, Yaslanma 2002 Uluslararası Eylem Planı, (Mayıs 2006 Tarihinde ulaşılmıştır).
- www.oegkv.at, Nurses: Working With The Poor; Against Poverty, Information And Action Tool Kit, International Nurses Day 2004. (Mayıs 2006 tarihinde ulaşılmıştır).
- Yarcheki, A., (2004) A Meta Analıysis Of Predictors Of Pozitiv Healt Practices, Journal Of Nursing Scholarship, 36-2, 102,108.
- Yen, I., H.,Kaplan, G., A., (1999) Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: Evidence From The Alamada Country, International Journal of Epidemiology; 28(1); 90-94.
- Yıldırım, Y., Balbay, Ö., (2003) Tüberküloz ve Yoksullukla İlişkisi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 12(1) ;32 – 34.

Ek: 1

**YOKSUL VE YOKSUL OLMAYAN KADINLARIN SAĞLIK
ALGISINI ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ**

Yoksulluk ve Sağlık Anket Formu

MAHALLE:.....
SOKAK:.....
EV/APARTMAN NO:.....
DAİRE NO:.....

Bu soru kâğıdı Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Araştırma Görevlisi Cantürk ÇAPIK 'ın Yüksek Lisans Tez çalışması ile ilgili olarak düzenlenmiştir. Bu soru kâğıdı ile derlenecek bilgiler yalnız istatistik amacıyla toplanmakta olup, gizlidir, hiçbir kamu kurum ve kuruluşuna hane halkı ile ilgili bilgi verilmeyecektir.



HANENİN BAĞLI OLDUĞU SAĞLIK OCAĞI

.....

Sosyo-Demografik veriler Anketi

1- Yaşınız.....:

2- Şu anki öğrenim durumu.....:

- | | |
|-------------------|--------------|
| ① Okuryazar değil | ② Okuryazar |
| ③ İlkokul | ④ Ortaokul |
| ⑤ Lise | ⑥ Üniversite |

3- Medeni Durum.....:

- | | |
|--------|---------|
| ① Evli | ② Bekar |
|--------|---------|

4- Ne iş yapıyorsunuz.....:

- | | |
|-------------------------------|---|
| ① İşsiz(6.Soruya geçiniz) | ② İşçi |
| ③ Memur | ④ İşveren(yanında 3 ve üzeri işçi çalıştıran) |
| ⑤ Esnaf | ⑥ Düzensiz İşler |
| ⑦ Emekli | ⑧ Emekli+Çalışıyor |
| ⑨ Ev Hanımı(7.Soruya geçiniz) | ⑩ Öğrenci |
- 11-

5- Şu anda iş arıyor musunuz?(4. Soruyu 1 işaretleyenler için)

- | |
|---------------------------|
| ① Hayır(8.soruya geçiniz) |
| ② Evet |

6- Şimdiye kadar hiç işsiz kaldığınız veya iş bulamadığınız bir dönem oldu mu?

- | |
|---|
| ① Hayır |
| ② Evetay/yıl önce.....ay işsiz kaldım |

7- Eşiniz Ne İş yapıyor?

- | | |
|------------------------------|---|
| ① İşsiz(10.Soruya geçiniz) | ② İşçi |
| ③ Memur | ④ İşveren(yanında 3 ve üzeri işçi çalıştıran) |
| ⑤ Esnaf | ⑥ Düzensiz İşler |
| ⑦ Emekli | ⑧ Emekli+Çalışıyor |
| ⑨ Öğrenci(10.soruya geçiniz) | 10- |

8- Eşiniz Şu anda iş arıyor mu? (8. Soruyu 1 işaretleyenler için)

- | |
|---------|
| ① Hayır |
| ② Evet |

9- Eşiniz şimdiye kadar hiç işsiz kaldı mı veya iş bulamadığı bir dönem oldu mu?

- | |
|---|
| ① Hayır |
| ② Evetay/yıl önce.....ay işsiz kaldım |

Aile – Konut Anketi

Konut Özellikleri

Konut Tipi	Oda Sayısı	Konutun İyeliği	Kanalizasyon	Şebeke Suyu	Ayrı Banyo	Hela Konumu	Hela Tipi
Gecekondu <input type="radio"/>		Aileye Ait <input type="radio"/>	Yok <input type="radio"/>	Yok <input type="radio"/>	Yok <input type="radio"/>	İçeride <input type="radio"/>	Sifonlu <input type="radio"/>
Apartman <input type="radio"/>		Kira <input type="radio"/>	Var <input type="radio"/>	Var <input type="radio"/>	Var <input type="radio"/>	Dışarıda <input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müstakil <input type="radio"/>		Akrabalara Ait <input type="radio"/>					Sifonsuz <input type="radio"/>
Başka <input type="radio"/>		(Kira Ödemiyor)					<input type="radio"/>

10- Aile Tipi...:

- ① Çekirdek Aile
- ② Geniş Aile

11- Ailede yaşayan birey sayısı:

Sıra No:	Cinsiyet	Yaş
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Birey İndeksine göre
ailedeki birey sayısı

KADIN – Sağlık Anketi

12- Genel olarak değerlendirdiğinizde sağlık durumunuz nasıldır?

- ① Kötü
- ② Orta
- ③ İyi
- ④ Çok iyi

13- Sağlık Güvencesi.....:

- ① Yok
- ② SSK
- ③ Özel
- ④ ES
- ⑤ Bağkur
- ⑥ Yeşil Kart

14- Sigara içme durumunuz nasıldır?

<u>Sigara</u>	
İçmiyor	<input type="checkbox"/>
Bırakmış	<input type="checkbox"/>
Günlük İçici	<input type="checkbox"/>
Süre.....	
Miktar.....	

15- Doktor tarafından tanı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı?

- ① Hayır (19. soruya geçiniz)
- ② Evet(kaç tane var, isimleri nelerdir?).....

16- Bu uzun süreli hastalıktan dolayı sürekli kullanmanız gereken bir ilacınız var mı?

- ① Hayır
- ② Evet.....

KADIN – Ekonomik Durum Anketi

17- Geçim sıkıntısı nedeniyle kısıtlama yaptığınız alan var mı?

- ① Yok
- ② Eğitim
- ③ Eğlence
- ④ Diğer
- ⑤ Besin
- ⑥ Sağlık
- ⑦ Giyim

18- Yoksulluk nedeniyle hiç varlık sattınız mı?(açıklayınız)

19- Düzenli olmasa da ailenizin geçimine kaç kişi katkıda bulunuyor?.....

20- Ailenizde çalışan çocuk var mı?

- Hayır
 Evet (işi)

21- Sizce ailenizin ekonomik durumu nasıldır?

- Çok Kötü Kötü
 Orta İyi
 Çok İyi

22- Herhangi bir kurum veya kuruluştan yardım alıyor musunuz?

- Hayır (26.Soruya Geçiniz)
 Evet

23- Genellikle ne tür yardımlar alıyorsunuz? (miktarları ile)

- Para Gıda
 Giyim Ev eşyası
 Yakacak Diğer.....

24- Hanenizin ortalama aylık geliri ne kadardır?.....

25- Ailenizin başka bir gelir kaynağı var mı?(tarla icarı, ev kirası, faiz, vs.)

- Hayır
 Evet.....

26- Bu gelir kaynaklarının miktarları nedir?

Ek: 2

Birey İndeksi (İtik,1992)	
15 Yaş ve Üzeri	1.00 birey
9-14 Yaş	0.75 Birey
0-8 Yaş	0.5 Birey

Ek: 3

Tablo 6.2 Dört Kişilik Bir Ailenin Haftalık Besin Gereksinim Miktarları (Baysal, 1993)

Besin grupları	Besinler	Haftalık Gerekli Miktar (Kg)
(1) Grup	Et, tavuk, balık, sakatat	1.500
	Kuru nohut, mercimek, fasulye	1.250
	Yumurta	20 adet
(2) Grup	Süt, yoğurt	7
	Peynir, çökelek	0.750
(3) Grup	Yeşil ve sarı sebze	3
	Patates	3
	Soğan	1
	Diğer sebzeler	1,5
	Taze meyve	4
(4) Grup	Ekmek	5,6
	Bulgur	0.500
	Pirinç	0.500
	Makarna, şehriye	0.500
	Un	0.500
(5) Grup	Sıvı yağ	0.500
	Margarin veya tereyağı	0.500
	Zeytin	0.500
	Şeker	1
	Pekmez, reçel, bal	0.500
(6) Grup	Salça	0.500
	Tuz	0.500
	Çay	0.100
	Ceviz, fındık vb. içi	0.100

Ek: 3 - Devam

Dört Kişilik Bir Ailenin Aylık Tüketilmesi Gereken Et, Tavuk, Balık, Sakatat Grubu Madde Çeşitleri

Et, tavuk, balık, sakatat grubu	Miktar(kg)
Koyun Eti	2000
Dana Eti	1450
Tavuk Eti	1.640
Karaciğer	0.080
Hamsi	0.830
Toplam	6.000

Ek: 4**Dört Kişilik Bir Ailenin Örnek Haftalık Besin Gereksinim Miktarları (YTL)**

Besin grupları	Besinler	Haftalık Gerekekl Miktar (Kg)	Birim Fiyat	Haftalık tutar	Aylık Tutar
(1) Grup	Koyun eti	2 kg/ay	9.000		18.000
	Dana eti	1.450 kg/ay	9.000		13.000
	Tavuk	1.640 kg/ay	3.000		5.000
	Karaciğer	0.080 kg/ay	5.000		400
	Hamsi	0.830 kg/ay	5.000		4200
	Kuru fasulye	1.250 kg	2.500	3200	12800
	Yumurta (adet)	20 ADET	90	1800	7200
(2) Grup	Yoğurt	7 kg	1.500	10500	42000
	Peynir	0.750 kg	6.000	4500	18000
(3) Grup	Sivribiber	1.5 kg	3.450	5200	20800
	Havuç	1.5 kg	850	1300	5200
	Patates	3	800	2400	9600
	Soğan	1	800	800	3200
	Patlıcan	0.750	3.250	2450	9800
	Domates	0.750	1.150	900	3600
	Mandalina	4	1.100	4400	17600
(4) Grup	Ekmek (normal)	5,60	1.000	5600	22400
	Bulgur	0.5 kg	1.100	550	2200
	Pirinç	0.5 kg	2.100	1100	4400
	Makarna	0.5 kg	550	300	1200
	Un	0.5 kg	1.000	500	2000
(5) Grup	Ayçiçeği yağı	0.5 kg	4.750	2750	11000
	Tereyağı	0.5 kg	7.000	3500	14000
	Zeytin	0.5 kg	7.000	4500	18000
	Şeker	1 kg	2.500	1250	5000
	Bal	0.5 kg	10.000	5000	20000
(6) Grup	Salça	0.5 kg	2.000	1000	4000
	Tuz	0.5 kg	1.000	500	2000
	Çay	0.100 kg	7.500	750	3000
	Fındık	0.100 kg	22.500	2250	9000
4 kişilik bir aile için ayda kazanılması gereken en az miktar,(TL)					308.600

Ek: 4 - Devam

Basit Orantı Tablosu	
Ailedeki Birey Sayısı	Ayda kazanması gereken en az tutar
4	308.600,00
1	77.150,00
2	154.300,00
3	231.450,00
4	308.600,00
5	385.750,00
6	462.900,00
7	540.050,00
8	617.200,00
9	694.350,00
10	771.500,00
11	848.650,00
12	925.800,00
13	1.002.950,00
14	1.080.100,00
15	1.157.250,00

Ek: 5

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI SAYISI: 02

TOPLANTI TARİHİ: 17.01.2006

TOPLANTI GÜNÜ TOPLANTI GÜNÜ: Salı : 11.30

KARAR 20/ Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Cantürk ÇAPIK'ın tez danışmanı Prof.Dr.Zuhal BAHAR tarafından 16.01.2006 tarihli yazı ile önerilen ve Etik Kurul onayı alınan tez konusunun aşağıdaki şekilde kabulüne mevcudun oy birliği ile karar verildi.

Tez konusu 'Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi'

Ek: 6

T.C
KARS VALİLİĞİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : B104ISM4360009/
Şube: Eğitim:
Konu: Yüksek Lisans Tezi

380

09/01/2006

VALİLİK MAKAMINA

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğünün 16/01/2006 tarih ve 065 sayılı yazılılarıyla Hemşirelik Yüksek Okulu Halk Sağlığı Anabilim Dalında Yüksek Lisans Eğitimini sürdüren Araştırma Görevlisi Cantürk ÇAPIK'ın Müdürlüğümüze bağlı 06/01/2006-20/02/2006 tarihleri arasında İlimiz Merkez 1,2,3 ve 4 nolu Sağlık Ocağı bölgelerinde "Yoksulluk ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi" Yüksek Lisans Tezinin yürütülmesi hakkında Valilik Makamından izin verilmesi istenmektedir.

Tensip ve tasviplerinize arz ederim..

Dr.Erkan KOÇER
Sağlık Müdür V.

ONUR
16.01.2006

Mehmet ÖZ

Vali a.

Vali Yardımcısı

Ek: 7



T.C.
KARS VALİLİĞİ
Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlığı

SAYI : 68
KONU :

19.01.2006

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ
İZMİR

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı ANABİLİM Dalında yüksek lisans eğitimini sürdüren araştırma görevlisi Cantürk ÇAPIK'ın kurumumuzda gıda ve ihtiyaç yardımı alan yoksul vatandaşlar üzerinde 06.01.2006 – 20.02.2006 tarihleri arasında 'Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınlarda Sağlık Algısını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi' adlı yüksek lisans tezini hazırlayabilmesi için kurumumuz tarafından sadece istatistikçi bilgilerin verilmesi hususunda 14.10.2005 tarih ve 10 nolu kararla izin verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Muammer BALCI
Vali Yardımcısı
Vali Vekili

Ek: 8

Araştırmanın Yapıldığı Bölgeden Fotoğraflar



Araştırmanın yapıldığı Mevsimde Kars İli



Ek: 8 - Devam



Katılımcı bayanlar..



Ek: 8 - Devam



Bir Katılımcının Eşi



Araştırmanın yapıldığı bölgeden bir kesit