

DOSYA**SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞİN GÖSTERİLMESİ***K. Hakan ERENGİN*, Necati DEDEOĞLU*****1. Bağımlı Değişken: "Sağlık":**

Eşitlik tanımından yola çıkarak toplumların ya da aynı toplum içindeki çeşitli grupların arasında sağlık yönünden haksız ve önlenemez farklılıklar olduğu gösterilirken sağlık düzeyini belirleyen geleneksel göstergelerden yararlanır. Eşitsizlik varlığı genel olarak sağlık düzeyinde (morbidite ve mortalitede), sağlıkla ilgili davranışlarda ve sağlık hizmetlerinin kullanımında incelenmektedir.

1.a. Mortalite:

Sağlık düzeyindeki eşitsizlikle ilgili araştırmalar gözden geçirildiğinde bunların büyük bir bölümünün mortaliteye odaklandığı görülür. Bunun bir nedeni mortalitedeki eşitsizliğin daha çarpıcı olması, bir diğer nedeni de mortaliteye ilişkin verilerin kayıtlardan kolaylıkla elde edilebilen veriler olmasıdır. Bunlara ek olarak mortalite verileri özellikle ülkeler arasındaki karşılaştırmalar için daha uygundur. Çünkü morbidite verileri karşılaştırılırken tanınmış sınıflamaya ilişkin sorunlar ya da algılanan sağlık için kültürel etkiler devreye girebilir. Mortalite verileri aynı zamanda bir ölçüde morbiditenin ve algılanan sağlık düzeyinin sonuçlarını da yansıtan verilerdir. Dolayısıyla mortalite yönünden olumsuz durumda olduğu saptanan gruplarda morbiditede de eşitsizlik olduğu beklenir. Yaşa, cinse, yerleşim yerine, mesleğe ve nedene özel ölüm oranları, 5 yaş altı ölüm oranı, bebek ölüm hızı, perinatal ölüm hızı, ölü doğum hızı ve oranı, potansiyel yaşam yılı kaybı, doğuştan beklenen yaşam süresi, premorbid ölüm oranı bu amaçla sıklıkla kullanılır. Bunlardan özellikle ölüm nedenleri sosyoekonomik gruplar arasında önemli farklılıklar gösterebilir. Alt sosyoekonomik gruplarda kazalar, malnütrisyon, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerin daha çok görülmesi eşitsizliğin iyi bir göstergesi olabilir. Kolon ve pankreas kanseri gibi bazı hastalıklar için ise sosyal sınıf ile mortalite arasında ilişki olmadığı gösterilmiştir. Ma-

lign melanom, beyin tümörleri, Hodgkin hastalığı ve göğüs kanseri gibi bazı hastalıklarda ise mortalite üst sosyal sınıflarda daha fazla bulunmaktadır (Mackenbach J.P., P.J. v.d. Mass. 1989:34-35).

Mortalite verileri kullanılırken yaş dağılımı yönünden benzer olmayan gruplar karşılaştırıldığında yaş, karıştırıcı ("confounder") değişken olur. Mortalite oranları bu nedenle yaşa göre standardize edilerek verilir. Yine mortalite hızı hesaplamalarında sık görülen bir durum pay/payda hatasıdır. Örneğin paya ölen kişinin sosyal sınıfı, paydaya ise toplumda o sosyal sınıftaki kişilerin sayısı yazılırken ölen kişinin sosyal sınıfının aileden, sosyal sınıftaki kişi sayısının ise nüfus sayımlarından elde edilmesi hatalara yol açmaktadır.

Yalnızca mortalite verilerinin kullanılması bugün ölüm oranlarındaki azalma ile kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi öldürmeyen ancak yaşam kalitesini düşüren hastalıkların artışı nedeniyle toplumun sağlık durumunu tam olarak yansıtamaması sonucunu doğurabilir (Sundquist J., Johansson S, 1997:35).

1.b. Morbidite:

Morbiditede eşitsizliği gösterebilmek için ise sağlık kuruluşlarının kayıtlarından, bildirim zorunlu hastalık kayıtlarından, tarama ya da izleme programı uygulanan bazı hastalıkların sıklıklarından (tüberküloz, anemi, malnütrisyon gibi) yararlanılabilir. Trafik kazaları kayıtları, askere alma muayeneleri de veri kaynağı olabilirler. Başka amaçla yapılan bir anketin sonuna sağlıkla ilgili sorular da eklenebilir. Morbiditeye ilişkin veri toplamanın diğer yolu ise özel taramalardır. Özel taramalar fizik muayene ve/veya laboratuvar kullanarak yapılabileceği gibi, zaman, para ve insan gücü yükü nedeniyle geniş kesimlere uygulanamadığı durumlarda sağlıkla ilgili bir anket uygulanması (yüzyüze, postayla ya da telefonla) da yapılabilir. Burada kişilerin genel sağlık durumunu değerlendiren göstergelerden yararlanır. Bunlar arasında en çok görüldüğü düşünülen semptomları içeren (örneğin baş ağrısı,

* Uzm.Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.

** Prof.Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.

soğuk algınlığı, eklem ağrısı gibi bedensel ve sinirlikli, yorgunluk gibi psikososyal) semptom listeleri, herhangi bir hastalık ya da sakatlık varlığı ve bunun yetiyitimi ("disability") yol açıp açmadığı, genel sağlık durumunu değerlendiren ölçümler (kan basıncı, solunum fonksiyonları, boy, kilo ve bunlardan elde edilen vücut kitle indeksi, hemoglobün düzeyi gibi) sayılabilir. Ayrıca doğum kilosu (düşük doğum ağırlığı), beslenme durumunu değerlendiren yaşa göre boy, yaşa göre kilo, boya göre kilo göstergeleri kullanılabilir. Sağlığın sosyal yönünü ortaya koyabilmek için toplumsal yaşama katılma durumu, dernek, parti ve benzeri kuruluşlara üyelik, gazete okuma ve benzeri göstergelerden yararlanılabilir. Dünya Sağlık Örgütü saha araştırmalarında bazı sağlık göstergelerinin kullanılmasını önermektedir (Kunst A.E., Mackenbach J.P., 1995:27-33). Bunlar algılanan sağlık, geçici ve uzun süreli yetiyitimi, kronik hastalık sıklığı ve ruhsal iyilik durumudur. Algılanan sağlık için kişinin genel olarak kendi sağlığını değerlendirmesi ve iyi, orta, kötü olarak derecelendirmesi istenir. Bu basit ancak güçlü göstergenin mortalite ile ilişkili olduğu (Kaplan G.A., Camacho T., 1983: 292-304) ve kişinin genel morbidite durumunu yansıttığı gösterilmiştir (Erengin K.H., Dedeoğlu N., 1997:11-16). Geçici yetiyitimi ise günlük alışlagelmiş etkinliklerin kesintiye uğraması olarak tanımlanır ve ortalama gün sayısı olarak ifade edilir. Uzun süreli yetiyitimi ise günlük işleri aksatma, evde ya da yatakta gün geçirme olarak değerlendirilir. Günlük işler içerisinde giyinme, merdiven çıkma, çanta taşıma, alışveriş yapma ve benzeri etkinlikler ele alınır. Kronik hastalık sıklığı başlığı altında ise kanser, diyabet, inme, solunum sistemi ve kalp hastalıkları, mide, duodenum ülseri gibi bedensel ve demans, mental retardasyon gibi mental hastalıkların sıklığı kullanılır. Ruhsal iyiliğin saptanması için ise "Genel Sağlık Anketi"nin (General Health Questionnaire, GHQ) kullanılması önerilmektedir. Ancak bu tip göstergeler kayıtlardan sağlanamaz ve yukarıda sözü edilen özel saha araştırmaları yapılması gerekir.

Morbidite kayıtları sağlık kuruluşunun varlığına ve insanların başvurusuna bağlı oldukları için toplumdaki tüm hastaları temsil etmezler ve genellikle özgül bir hastalığa yöneliktir. Bu kayıtları kullanarak morbiditeyi ölçmenin bir sakıncası da tanınların kısmen taraflı olabilmesidir. Hastalar var olan belirti ve yakınmalarından yalnızca en belirgin ve en acil olanlarını yansıtabilirler. Ayrıca kayıtlar ayrıntılı bilgi içermez ve dolayısıyla sorunların nedenlerini belirlemek olanaklı olmayabilir (Vacek M, 1965: 158-62). Ek olarak kayıt sistemleri her zaman yeterli ve güvenilir değildir. Saha araştırmaları ile hem kayıtlardan elde edilemeyecek olan genel sağlık durumunu yansıtan ölçütler elde edilmiş olur, hem de kayıtların eksik bıraktığı yerler tamamlanarak tablo bütünlenmiş olur.

Morbidite durumunu belirlerken sayılanlar dışında sakatlıklar, işten kalma (absenteizm) ölçütleri, ilaç kullanma durumu, düşük doğum ağırlığı, obezite, diş sağlığı göstergelerinden de yararlanır. Yine bu bölümde özellikle sağlık ekonomisi alanında kullanılan QALYs (Quality Adjusted Life Years) ve DALYs (Disability Adjusted Life Years)

teknikleri de sayılabilir (Murray C.J.L., Lopez A.D., 1994: 481-94, Badura B., Kidebusch I., 1991).

Bulaşıcı hastalıklar morbiditede eşitsizliği göstermede özel bir önem taşırlar. Çünkü bu hastalıkların kayıtları (nispeten daha iyi) tutulmaktadır. Ek olarak bulaşıcı hastalıkların hızları çabuk değiştikleri için zaman içindeki değişimin ilk habercisi olurlar.

Morbidite ile ilgili sonuçlar genellikle hastalık hızları, bir ya da daha fazla sağlık sorunu bildirenlerin oranı, 100 katılımcıda hiç sağlık sorunu olmayanların sayısı gibi şekillerde verilmektedir.

Genel Sağlık Ölçen İndeksler ve Profiller: Sağlığı bütün boyutlarıyla değerlendirebilme gereksinimini karşılamak amacıyla hazırlanmışlardır. En yaygın kullanılanları arasında Nottingham Sağlık Profili, Short Form 36 (SF36), Hastalık Etkisi Profili (Sickness Impact Profile) sayılabilir. Hastalara ya da çeşitli nüfus gruplarına kolayca uygulanabilmeleri, hastalığın ya da rahatsızlığın etkisini kişinin günlük yaşamı içinde değerlendirmeleri ve yaygın kullanımlarıyla karşılaştırma yapılmasına olanak sağlama-ları üstünlükleri arasındadır (Kind P., Gudex C.M., 1994: 86-91).

1.c. Kişisel Sağlık Davranışları:

Sağlık düzeyinin belirleyicilerinden birisi olan kişilerin sağlıkla ilgili davranışları da eşitsizlik araştırmalarında sıklıkla kullanılmaktadır. Bunlara tütün, alkol ve diğer maddelerin kullanımı, spor, egzersiz yapma gibi alışkanlıklar örnek verilebilir. Bu davranışlar sonucunda ortaya çıkan sağlık farklılıklarının eşitsizlik olarak nitelendirilmesi "kişileri sağlıksızlığa götüren nedenleri kendilerinin seçmesi" ile değerlendirilir (Whitehead M., 1992:5-8). Sağlıkla ilgili davranışlar ele alındığında sosyal ve ekonomik etkenlerin kişisel davranışları belirlediği gerçeği üzerinde durularak değerlendirme yapılmalıdır. Örneğin spor, egzersiz yapma alışkanlığı eksikliği kişinin buna ayıracak zamanının ya da spor alanlarına ulaşma olanağının olmamasına bağlı olabilir ve kişinin kendi seçimi değildir. Bu durumun yaratacağı sağlık farklılıkları eşitsizlik olarak değerlendirilir.

1.d. Sağlık Hizmetlerinin Dağılımı ve Kullanımı:

Sağlık hizmetlerinin dağılımı ve kullanımında eşitsizlik değerlendirilirken kaynaklar, kurumlar ve hizmet ele alınır. Hizmetin varlığı ve ulaşılabilirliği, hizmetin kalitesi ve hizmetin etkisi eşitlik yönünden koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinde ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Çünkü bu hizmetlerden biri eşit dağılmış ve kullanılıyorken bir diğerinde bu durum sözkonusu olmayabilir. Sağlık harcamalarının dağılımı, sağlık kurumlarının ve hizmetlerin dağılımı, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının dağılımı, aile planlaması ve doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetleri, doğumun olduğu yer, başıkkalama hizmetleri ve ben-

zerleri yönünden eşitsizlik ele alınabilir. Ulaşılabilirlik ile ilgili çalışmalarda hizmetleri kullanan ve kullanmayanların genel özellikleri incelenir. Ekonomik (hizmetin ya da ona ulaşmanın yüksek maliyeti) ve sosyokültürel (azınlıklar, göçmenler için iletişim sorunu gibi) nedenlerle gereksinimi olanların hizmeti kullanamayışları eşitsizlik kaynağı olabilir. Hizmetlerin niteliği yönünden de eşitsizlikler olabilir. Çalışmalar koruyucu sağlık hizmetleri de içinde olmak üzere sağlık hizmetlerine en fazla gereksinimi olanların yüksek standartlı hizmetlerden en az faydalandıklarını göstermektedir (Whitehead M., 1992:3). Yine hizmetlerin etkinliği ve verimliliği de eşitsizlik yönünden incelenebilir. Örneğin tanı ve tedavi yöntemi seçilirken kullanılan ölçütlerin nesnel ve bilimsel olup olmadığı değerlendirilebilir. Farklı özellikteki kişilere benzer durumda olsalar da farklı yöntemlerin uygulanması ile eşitsizlik sözkonusu olabilir.

2. Bağımsız Değişkenler:

2.a. Sosyoekonomik Durum:

Sağlıkta eşitsizliği gösterebilmek için "hangi" bağımsız değişkenlerin "nasıl" kullanılacağı konusunda çeşitli sorunlar vardır. Eşitsizlik araştırmalarının en önemli bağımsız değişkeni sosyoekonomik durumdur. Çünkü sağlık düzeyinin temel belirleyicilerinden olan sosyoekonomik durumun bir çok hastalık, risk faktörü ve mortalite için belirleyici olduğu gösterilmiştir. (Black D. ve diğerleri, 1982, Gunnig-Schepers L.J., 1989:5-24, Smith D.G. ve diğerleri, 1990:373-76, Mackenbach J.P. ve diğerleri, 1997:1655-59). Araştırmalarda önem taşıyan nokta sosyoekonomik durumun nasıl tanımlandığı ve ölçüldüğüdür. Çünkü burada bir çok değişkenin birlikte etkisi sözkonusu olmaktadır. Bununla birlikte bu değişkenler kendi aralarında da etkileşmektedirler. Örneğin kişinin gelir düzeyi onun yaşadığı konutun koşullarına, beslenmesine, yaşam biçimine, sağlık hizmetlerini kullanma düzeyine etki eder.

Sosyoekonomik durumu saptamada temel değişkenler olarak meslek (ya da sosyal sınıf), eğitim düzeyi ve gelirden yararlanır. Diğer bazı değişkenler ise dolaylı göstergeler olarak kabul edilir. Araştırmaların temel sosyoekonomik değişkenlerden en az ikisini kullanmış olması önerilir (Kunst A.E., Mackenbach J.P., 1995:35-45).

Meslek: Mesleğe dayalı sınıflamanın en bilinene örneği İngiltere'de kullanılan "Ulusal Kayıt Merkezi" sınıflamasıdır. Burada meslekler toplumdaki genel durumları ile üstten alta doğru sosyal sınıflara yerleştirilmişlerdir. Toplum sosyoekonomik yönden 5 sosyal sınıfa, III. sosyal sınıf ise ayrıca kol ve kafa emeği olarak iki ilt gruba ayrılmıştır (Kunst A.E., Mackenbach J.P., 1995:35-45). Ülkemizde ise kendine özgü koşulları nedeniyle mesleğe dayalı olarak toplumsal sınıfları ve sosyoekonomik durumu belirlemek kolay olmamaktadır. Bunun nedeni aynı meslek grubunda olduğu halde çok farklı ekonomik durumda olan kişilerin varlığıdır. Kişinin mesleğinden yararlanarak bulunduğu toplumsal sınıfı belirlerken bir diğer yaklaşım ise ek bazı sorularla daha ayrıntılı bilgi almayı gerektirir.

Burada kişinin kendi hesabına çalışıp çalışmadığı, yanında insan çalıştırıp çalıştırmadığı, çalıştıyorsa kaç kişi çalıştırdığı gibi bilgiler değerlendirilebilir ve mesleğin tek başına bilinmesinin yetersizliği aşılabilir. Sonuçta meslek sağlıkta eşitsizlik incelenirken önem taşıyan bir değişkendir. Burada meslek ve iş kavramlarını ayırtırmak gerekebilir. Çünkü kişiler meslekleri olmayan bir işi yapıyor olabilirler. Çocuklar, kadınlar ve ekonomik olarak etkin olmayan erkeklerin sınıflanması mesleğe dayalı sosyal sınıf belirlemede sorun yaratmaktadır. Bu durum evli kadınların eşlerinin, çocukların babalarının, emekli ve işsizlerin ise en son ya da en uzun süre çalıştıkları mesleğe göre sınıflanması, evli olmayan kadınların ise kendi meslekleriyle sınıflamaya girmesiyle çözümlenmektedir (Kunst A.E., Mackenbach J.P., 1995:35-45, Smith D.G., 1992:65).

Eğitim durumu: Mesleğe dayalı karşılaştırmalardaki kısıtlılıklar eğitim durumunu kullanarak bir ölçüde aşılabilmektedir (Kunst A.E., Mackenbach J.P., 1994: 932-37). Eğitim durumu temel eğitim, orta ve yüksek öğrenim şeklinde sınıflanabileceği gibi doğrudan toplam eğitim süresi kullanılarak ta değerlendirilebilir. Eğitim süresinde açık öğrenimde süreye eklenmelidir. Ancak ülkemizde eğitim durumuna göre yapılan sınıflamalar kişilerin sosyoekonomik durumunu tam olarak yansıtmayabilmektedir. Yine eğitim durumu için yukarıda sözedilen değişkenler arası geçişkenliğin sözkonusu olduğu da belirtilmelidir. Çünkü eğitim durumu sosyoekonomik durumla birlikte kişilerin sağlıkla ilgili bilgilerine, tutumlarına ve davranışlarına da yansır. Yaşam biçimini belirler, problem çözme yeteneğini arttırarak sorunlarla başa çıkabilmeyi kolaylaştırır.

Gelir: Sosyoekonomik durumun en doğrudan görüntüsü olan gelir değişik şekillerde (evin toplam geliri ya da kişi başına düşen gelir ve benzeri) kullanılabilir. Gelirle ilgili veri toplarken kişilerden yeterli ve geçerli yanıt almak zor olabilir. Kişiler çeşitli nedenlerle gelirleri ile ilgili bilgi vermek istemeyebilirler. Burada gelirin gidere göre durumu (geliri giderinden fazla, geliri giderine denk, geliri giderinden az şeklinde) sorgulamak yarar sağlayabilir. Gelir değişken olabilir. Ayrıca özellikle ülkemizde çeşitli toplumsal destek mekanizmaları ile düşük bir gelire karşılık göreceli olarak daha olumlu koşullara sahip kişilerle karşılaşılabılır.

Dolaylı göstergeler: Bunların en önemlisi sosyal güvenlik durumudur. Sosyal güvenlik durumu hem kişinin (ve ailesinin) düzenli bir işe ve/veya gelire sahip olduğunu gösterir, hem de kişinin sağlık sigortası olduğu anlamına gelir. Sosyal güvencesi olan kişilerin elde ettiği gelirin yeterli olup olmadığı ayrıca tartışılabileceği gibi, sosyal güvencesi olmayan ancak ekonomik durumu iyi olan kişilerin varlığı da sözkonusu olabilir. Ancak araştırmalar sosyal güvence durumunun kişilerin ekonomik durumu ile doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Antalya araştırmasında ekonomik durumunun kötü olduğunu belirtenlerin % 49.0'unun sosyal güvencesi yokken, ekonomik durumunun iyi olduğunu söyleyenlerin yalnızca

% 20.7'sinin sosyal güvencesi bulunmamaktadır (Erengin K.H., 1996). Bir başka araştırmada iş arayan-ışsizlerin % 47.0'sinin, ev halkı geliri en düşük olanların ise % 42.0'sinin sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır (Kaya S., 1996:2-14). Sonuçta sosyal güvenlik durumu kolay bilgi toplanabilen ve sosyoekonomik durumu iyi yansıtan bir değişken olarak önem taşımaktadır.

Sosyoekonomik durumun dolaylı göstergeleri arasında konut mülkiyeti, tipi ve koşulları, özel araba ve dayanıklı tüketim malları varlığı sayılabilir. Konutun mülkiyetinin konut tipi ile ilişkilendirilmesi gecekondulu ve müstakil ya da apartman dairesi sahipleri arasındaki farkı ortaya koyabilir.

Konutun tipi yerine konutun bulunduğu mahallenin tipi de değerlendirilebilir. Bu durum özellikle gecekondulu ve apartmanların birlikte bulunduğu geçiş özelliği gösteren mahalleler için önem taşıyabilir. Konutun ya da mahallenin değerlendirilmesi, kent verilerinin içinde kaybolan gecekonduya ait verilerin açığa çıkartılmasını ve kent içindeki eşitsizliklerin gösterilmesini sağlar. Gerçekten de kentin diğer yerlerine göre çeşitli sağlık sorunlarının gecekondularda daha sık görüldüğü bir çok araştırmada gösterilmiştir. Hatta daha ileri giderek eski ve yeni gecekondulu mahalleleri arasında bile çarpıcı farklar bulunduğu saptanmıştır (Aktekin M., Dedeoğlu N., 1995:11-16). Konut koşullarında ise oda başına düşen kişi sayısı, banyo-tuvalet ve içme-kullanma suyu, zemin döşemesinin niteliği ve ısınlma durumu gibi ölçütler kullanılabilir. Bu tip ölçütler kullanılırken araştırmanın yapıldığı bölgenin özelliklerini dikkate almak gerekir.

Özel araba ve dayanıklı tüketim malları hem o konutta yaşayanların sosyoekonomik durumu hakkında bilgi verir, hem de konutta yaşayanların dolaylı ya da dolaysız olarak sağlıkları üzerinde etkili olabilir. Örneğin buzdolabı varlığı gıda hijyeni üzerinde etkili olur, araba varlığı uzaktaki hizmetlere (ve sağlık hizmetine) ulaşmayı kolaylaştırır, radyo-televizyon varlığı ile çeşitli mesajların alınması, yeni ve değişik düşüncelerin ulaşması mümkün olur ve bunlar toplumsal yaşama katılımı artırır (SB, HÜNEE, 1994:20).

İndeks kullanma: Sosyoekonomik durumu belirlemenin bir yolu da indeks kullanmaktır. Genel olarak buraya kadar sayılan değişkenlerin tümü ya da bir kısmı kullanılarak bir indeks geliştirilmektedir. Ancak burada bu değişkenlerin ağırlıklarının nesnel ve bilimsel yöntemlere göre belirlenebilmesi ve geçerlik ve güvenilirliğinin saptanması gibi sorunlar bulunmaktadır. Araştırmacıların kendileri tarafından geliştirilmiş çeşitli indeksler varsa da genel kabul gören bir indeks bulunmamaktadır. Bu nedenle bu tip indekslerin geliştirilmesi sorunu çözmektedir, ayrıca araştırmalar arasında farklı indekslerin kullanılması nedeni ile karşılaştırma yapılamamaktadır.

2.b. Yaşanılan Bölge:

Sağlıkta eşitsizliği incelerken bölgesel eşitsizlik büyük

önem taşır. Bu yukarıda değinildiği gibi kent içinde gecekondulu-kentsel alanlar şeklinde olabileceği gibi, kentsel-kırsal olarak ta ele alınabilir. Ülkemizde ayrıca üç büyük il ve diğerleri, kalkınmada öncelikli iller ve diğerleri ya da kuzey-güney-doğu-batı şeklinde de ele alınabilir. Bölge düzeyinde eşitsizlik incelenirken bölge içindeki insanların arasındaki eşitsizlikte gözden kaçırılmamalıdır. Örneğin kırsal kentsel karşılaştırılmasında daha olumsuz durumda olan kırsal kesim insanı kentte yaşayan gecekonduludan daha olumlu bir durumda olabilir. Bölgesel incelemelerin bir üstünlüğü başka bazı veri kaynaklarının kullanımına olanak sağlamasıdır. İşsizlik, suç oranları, konut tipi ve çevre koşullarına ilişkin veriler ve benzerleri mevcut kayıtlardan sağlanabilir.

2.c. Cinsiyet ve Yaş:

Eşitsizlik araştırmalarında cinsiyetin bağımsız değişken olarak kullanılması durumunda dikkat edilmesi gereken nokta, eşitsizliğin gösterildiği sağlık sorununun biyolojik olarak cinsiyetten kaynaklanan bir sağlık sorunu olmamasıdır. Örneğin cinsiyet organlarının kanserleri (örneğin serviks kanseri) haksız sosyal ya da çevresel nedenlerden değil, cinsler arasındaki biyolojik farklılıktan kaynaklanmaktadır ve eşitsizlik olarak değerlendirilemezler (Whitehead M., 1992:7). Cinsiyet gibi yaş için de özel bir dikkat gerekir. Yaşın bağımsız değişken olarak kullanılması durumunda doğal yaşlanma sürecinin bir parçası olan sağlık sorunlarını eşitsizlik olarak adlandırmamak gerekir. Yaş değişkeni özellikle mortalitede önem taşır. Burada mortalite oranları yaşa göre standardize edilir. Yaş değişkeni ayrıca erken ölümlerin (prematür ölüm) değerlendirilmesinde özellikle önemlidir.

2.d. Etnik, Dinsel Azınlıklar, Göçmenler

Eşitsizlik araştırmalarında kişilerin mensup oldukları etnik gruplar, azınlık ya da göçmen olup olmamaları ele alınır. Bu grupların daha olumsuz sağlık düzeylerine sahip olmaları sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Ayrıca sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği değerlendirilirken bu gruplar özellikle ele alınmalıdır. Ancak bu gruplarda yer alan kişilerin dini ya da etnik nedenlerle bazı sağlık hizmetlerini kullanmamaları durumunun da sözkonusu olabileceği akla gelmeli ve bu eşitsizlik olarak değerlendirilmemelidir (Whitehead M., 1992:8).

3. Eşitsizliğin Gösterilmesi:

Sonuçlar verilirken eşitsizlik genel olarak iki şekilde ortaya konulur. Bunların ilki "görece eşitsizlik"tir. Burada örneğin en düşük sosyoekonomik sınıfın morbidite/mortalitesinin en yüksek sosyoekonomik sınıfının yüzdesi olarak gösterilir. "Gerçek eşitsizlik"te ise örneğin en yüksek sosyoekonomik sınıfın morbidite/mortalite hızı ile en düşük sosyoekonomik sınıfının farkı verilir. Görece eşitsizlik şeklindeki anlatım daha kolay anlaşılır olabilir. Ancak seyrek görülen bir sağlık sorununun bir grupta % 50 daha yüksek oluşunun, sık görülen bir sağlık sorununun

bir grupta % 10 daha yüksek oluşundan daha az önemli olduğunun bu anlatımla gözden kaçabileceği düşünülmelidir (Kunst A.E., Mackenbach J.P., 1995:49-50).

Elde edilen sonuçlar eşitsizliğin boyutunun iki yönünü ortaya koyacaktır. İlki eşitsizliğin sağlık üzerindeki etkisidir. Örneğin iki sosyoekonomik grubun sağlık sorunları arasındaki fark gibi. Diğeri ve daha önemli olanı ise gruplar arasındaki eşitsizliğin temel toplum sağlığına olan etkisidir. Bir toplumda eşitsizlik ne kadar büyüksün ya da sağlık düzeyi kötü olan grubun nüfusu ne kadar fazla ise bu eşitsizliğin tüm toplumun sağlık düzeyine etkisi o kadar büyük olacaktır.

4. Eşitsizliğin İzlenmesi:

Eşitsizliğin sürekli izlenmesi temel olarak bunu gidermeye yönelik çabaların sonuçlarını gösterecektir. Aynı zamanda eşitsizlikle sorunların zaman içinde içeriğindeki değişimlere de ışık tutacak ve yeni yaklaşımların geliştirilmesine yol açacaktır. Bazı hastalıkların mortalite hızları zaman içinde sosyal sınıflar arasında değişebilir. Örneğin önceleri üst sosyal sınıflarda fazla olan diyabet ölümleri 1970'lerden sonra alt sosyal sınıflarda fazla görülmeye başlanmıştır. Bu durum zaman içinde diyet alışkanlıklarının değişmesi, alt sosyal sınıflara tanı koyma oranının artışı ve insülinin tedaviye girişinden üst sosyal sınıfların daha çok yararlanması ile açıklanmaktadır (Mackenbach J.P., P.J.v.d.Mass, 1989:40). Yine eşitsizliği azaltmaya yönelik sosyopolitik ve sosyokültürel önlemlerden başlangıçta üst sosyoekonomik sınıfların daha fazla ya da daha etkin yararlanmaları ters olarak eşitsizliği artırıcı bir etki yapabilir. Zaman içinde alt sosyoekonomik sınıfların da yararlanmalarının artışı ile bu durum düzelir. "Mattheus etkisi" olarak bilinen bu tablo da eşitsizliğin izlenmesi ve değerlendirilmesi açısından önem taşır (Deleek H., 1989: 113-24).

Eşitsizliğin izlenmesi için eşitsizlikle ilgili çalışmanın planlanma aşamasında çalışmanın yinelenebilir ve karşılaştırılabilir olması gözönünde tutulmalıdır.

Eşitsizliğin temel belirleyicisinin ülkelerin genel sosyal ve ekonomik politikalarının olduğu düşünülürse izlemin önemi daha da artar. Burada gözden kaçmaması gereken nokta tüm grupların sağlığının iyiyeye doğru gitmesi durumunda da bu düzelmelerin hızının kötü gruplarda daha az olması durumunda farkın yine açılabilirliğidir.

KAYNAKLAR

Aktekin M., Dedeoğlu N. (1995). Antalya'da Gecekondu Bölgeleri ve Sağlık Sorunları, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 10(66):11-16.

Badura B., Kidebusch I. (1991). Health Promotion Research WHO Regional Office for Europe. Pub No:37,Copenhagen

Black D.ve ark. (1982). Inequalities in Health. Penguin Books.

Deleek H. (1989). The Mattheus Effect in Health Care, A

Proposed Explanation of Social Inequalities. In: Gunnig-Schepers L.J., Spruit I.P., Krijnen J.H. (Eds) Socioeconomic Inequalities in Health; Questions on Trends and Explanations:113-24.

Erengin K.H., Dedeoğlu N. (1997). Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu: Algılanan Sağlık. Toplum ve Hekim, 12(77):11-16

Erengin K.H. (1996). Antalya Kent Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Morbidite Sıklığı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Antalya.

Gunnig-Schepers L.J. (1989). The Unequal Distribution of Health; An Introduction In: Gunnig-Schepers L.J., Spruit I.P., Krijnen J.H. (Eds) Socioeconomic Inequalities in Health; Questions on Trends and Explanations:5-24.

Kaplan G.A., Camacho T. (1983). Perceived Health and Mortality: A Nine-year Follow-up Of The Human Population Laboratory Cohort. Am.J.Epidemiol. 117:292-304.

Kaya S. (1996). Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Bakım Hizmetlerinin Potansiyel ve Gerçekleşen Kullanılabilirliği, Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 11(71):2-14.

Kind P., Gudex C.M. (1994). Measuring Health Status in the Community: A Comparison of Methods. J. Epidemiol Community Health 48:86-91.

Kunst A.E., Mackenbach J.P. (1995). Measuring Socio-economic Inequalities in Health. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.

Kunst A.E., Mackenbach J.P. (1994). The Size of Mortality Differences Associated with Educational Level in Nine Industrialized Countries. Am.J.Public Health. 84:932-937.

Mackenbach J.P., P.J.v.d.Mass (1989). Social Inequality and Differences in Health; A Survey of the Principal Research Findings In: Gunnig-Schepers L.J., Spruit I.P., Krijnen J.H. (Eds) Socioeconomic Inequalities in Health; Questions on Trends and Explanations.

Mackenbach J.P. ve diğerleri (1997). Socioeconomic Inequalities in Morbidity and Mortality in Western Europe. Lancet 349:1655-59.

Murray C.J.L., Lopez A.D. (1994). Quantifying Disability: Data, Methods and Results. Bulletin of the World Health Organisation 72(3):481-94.

Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. (1994). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993:20, Ankara.

Smith G.D. ve diğ. (1990). The Black Report on Socioeconomics Inequalities in Health 10 Years on. B.M.J. 301:373-76.

Smith G.D. (1992). Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık. TTB Sağlık Kongresi Kitabı Cilt 1:65, Ankara.

Sundquist J., Johansson S.E. (1997). Self Reported Poor Health and Low Educational Level Predictors for Mortality: A Population Based Follow up Study of 39 156 People in Sweden. J. Epidemiol Community Health; 51:35.

Vacek M. (1965). Information on Morbidity from Medical Practice In: Curiel D., Griffith G.W., Linder E.L. et al.(Eds) Trends in The Study of Morbidity and Mortality, WHO Public Health Papers 27:158-62, Geneva.

Whitehead M. (1992). Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. TTB Merkez Konseyi, Ankara.