

DOSYA

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK: ANTALYA KENT MERKEZİNDE 15 YAŞ ve ÜZERİ KİŞİLERDE MORBİDİTEDE FARKLILIKLAR

Hakan ERENGİN*, Necati DEDEOĞLU**

ÖZET

Bu çalışmada Antalya kent merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilerin sağlık düzeyleri arasındaki farklılıklar çeşitli morbidite göstergeleri kullanılarak incelenmiş ve bunlar eşitsizlik yönünden değerlendirilmiştir. Küme örnekleme yöntemiyle seçilen 300 hanede yaşayan 785 kişiye anket uygulanmıştır. Sonuçta, kadınların, gecekonduda yaşayanların, ekonomik durumunu kötü olarak değerlendirenlerin ve sosyal güvencesi bulunmayanların sağlık düzeylerinin diğerlerine göre daha olumsuz olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Morbidite, eşitsizlik, sağlık durumu, Antalya.

SUMMARY

Inequality in Health: Morbidity Differentials of People Aged Over 15 and Living in Antalya

In this study, levels of health of people aged 15 years and over and living in Antalya city centre were investigated and evaluated for inequality. 785 persons selected by cluster sampling and living in 300 households were included in the study. All subjects were visited at home and a questionnaire was filled. We found that risk factors for poor health status were being a women, having lower education and economic status, living in squatter areas and absence of social security.

Key Words: Morbidity, inequality, health status, Antalya.

GİRİŞ

Toplumların ya da aynı toplum içindeki çeşitli grupların arasında sağlık düzeyi farklılıkları bulunabilir. Bu farklılıklar değerlendirilirken kaçınılmaz ya da önlenemez olanları, gereksiz ya da haksız nedenlerle olanlardan ayırmak gerekir. Bu yaklaşım sağlıkta eşitlik kavramının anahatıdır. Sağlıkta eşitlikten söz ederken anlatılmak istenen matematiksel bir eşitlik değil, hakkaniyettir (Whitehead M., 1992).

Sağlıkta eşitlikle ilgili çalışmaların tarihi oldukça eskilere dayandırılabilir. Örneğin 19 yüzyılda sosyal sınıf ve meslekle mortalite arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar vardır (Adler N.A. ve diğerleri, 1993: 3140-5). Konu günümüzde ise özellikle 1980'lerde İngiltere'de Black Raporu'nun yayınlanması ile yeniden gündeme gelmiştir. Gerçekten de zamanla toplumların sağlık düzeyleri belirgin biçimde yükselse de sosyal sınıflar arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları sürmüştür. Üstelik bir ülkenin gelişmiş olması, sağlık sisteminin tüm vatandaşları kapsayan bir sistem olması da eşitsizlikleri gidermeye yetmemektedir (Dedeoğlu N., 1993:2-3). Çünkü sağlığın temel belirleyicileri kişilerin içinde buldukları sosyokültürel sistem, ekonomik güçleri, inançları, çevre ve çalışma koşulları, eğitim düzeyidir. Sağlıkta eşitliğin yolu bu temel belirleyicilerde eşitlikten geçmektedir. Buna en güzel örnek İngiltere'dir. Uzun yıllardır Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) ile sağlık hizmeti sunulan İngiltere'de sosyal sınıflar arasındaki sağlık farklılıklarının giderilemediği ortaya konulmuştur (Black D. ve diğerleri, 1982). Üstelik Black Raporu sonrası dönemde de mortalitede sosyal sınıf farklılıklarının artmakta olduğu, gelir dağılımındaki eğilimlerin gelecekte de mortalitedeki farklılıkları yaygınlaştıracağı vurgulanmaktadır (Smith D.G. ve diğerleri, 1990:373-76). Bu bağlamda Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa Bölgesi'ne

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

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

üye 32 ülkenin ortak sağlık politikasının hedeflerinin ilki "2000 yılına kadar, yoksunluk içindeki grupların ve ulusların sağlık düzeyleri yükseltilerek ülkeler ve aynı ülke içindeki gruplar arasında sağlık düzeyi farklılıkları en az % 25 oranında azaltılmalıdır" şeklinde belirlenmiştir (WHO,1993).

Türkiye'de sağlıkta eşitlik konusunu araştıran yeterince çalışma olmasa da bozuk gelir dağılımı, yüksek işsizlik oranı, düşük eğitim düzeyi, coğrafi ve kültürel farklılıklar ile benzeri nedenler eşitsizliğin önemli boyutlarda olduğunu düşündürmektedir. Eldeki veriler ülke genelinde sağlık hizmetleri ve sağlık insan gücü dağılımının dengeli olmadığını, hizmetlerin niceliği yanında niteliğinde de eşitsizlik olduğunu göstermektedir. Sağlıkla ilgili temel göstergeler bölgeler arasında, kentlerle kırsal kesim arasında ve kentin içinde eşitsizlikler olduğunu ortaya koymaktadır (Dedeoğlu N.,1993:2-3).

Bu çalışmada Antalya kent merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilerin sağlık düzeyleri arasındaki farklılıklar çeşitli morbidite göstergeleri kullanılarak incelenmiş ve bunlar eşitsizlik yönünden değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırma Antalya kent merkezinde Ağustos-Ekim 1995 döneminde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini 1994 yıl ortası nüfus tespitlerine göre 122.580 adet konutta yaşayan 339.797 15 yaş ve üzeri kişi oluşturmaktadır. Hane temelinde küme örnekleme yöntemi kullanılmış, her birinde 10 hane bulunan 30 küme ile toplam 300 evde yaşayan 785 kişiye ulaşılmıştır. Küme başı olacak hanelerin seçiminde sağlık ocaklarının kayıtlarından yararlanılmış, her kümede ilk evin ön kapısına en yakın ön kapısı olan eve geçilerek 10 hane tamamlanmıştır. Veriler soruluğun örnekleme çıkan hanelerde yaşayan 15 yaş ve üzerindeki kişilere araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanması ile toplanmıştır. Araştırma öncesinde hazırlanan soruluk araştırma bölgesi dışında iki iş gününde ön deneme amacıyla uygulanmıştır (Örnekleme yöntemiyle ilgili ayrıntılar için bakınız: "Sağlığı Ölçmenin Kolay Bir Yolu: Algılanan Sağlık, Toplum ve Hekim, (12)77: 11-16, Ocak-Şubat 1997).

Algılanan sağlık durumu değerlendirilirken kişilerin "Genel olarak baktığınızda sizce sağlığını nasıldır?" sorusuna verdikleri "mükemmel", "çok iyi" ve "iyi" yanıtları "iyi", "orta" ve "kötü" yanıtları ise "kötü" olarak sınıflandırılmıştır.

Yetiyitimi ("disability") varlığını belirlemek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Kısa Yetiyitimi Ölçeği ("Brief Disability Questionnaire") kullanılmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ölçeğin kolay uygulandığı, hastalar tarafından kabul edildiği ve bu özellikleri ile temel sağlık hizmetlerinde yapılacak değerlendirmelerde kullanılabilenliği belirtilmektedir (Kaplan İ., 1995: 169-79).

Evde gün geçirme için zaten evde gün geçiren kişilerde (örneğin evhanımları) evden ayrılmak istendiğinde bunun gerçekleştirilip gerçekleştirilemeyeceği dikkate alınmıştır. Yatakta gün geçirme için ise günün en az yarısını yatakta geçirme koşulu aranmıştır.

Son bir ayda bildirilen belirti ya da yakınma sayısını belirlemek için en çok görüldüğü düşünülen 33 belirti ya da yakınmayı içeren bir liste oluşturulmuştur. Bunlar dışındaki yanıtlar da listeye eklenmiştir.

Son ay içerisinde sağlıkla ilgili bir kişiye başvuru için hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru ve eczacıya yapılan başvurular değerlendirilmiştir.

Kronik hastalık varlığı soruşturulurken kişilerin kendi anlatımları gözönüne alınmıştır.

Son ay içerisinde herhangi bir ilaç kullanımı araştırılırken kronik bir hastalığı var olan ve bu nedenle sürekli ilaç kullanan kişilerin bildirdikleri ilaçlar dışta tutulmuştur.

Kişilerin ekonomik durumu "Size göre bu evin ekonomik durumu nasıldır" sorusuna verdikleri iyi, orta, kötü yanıtları ile belirlenmiştir.

Morbidite göstergelerinin yaş dağılımından etkilemeyeceği gözönüne alınarak cinsiyet dışındaki karşılaştırmalarda dolaysız yöntemle yaşa göre standardizasyon yapılmıştır. Standart yaş dağılımı olarak araştırma kapsamındaki kişilerin yaş dağılımı kullanılmıştır. Erkek ve kadınlar arasında yaş gruplarına dağılım yönünden fark yoktur (p>0.05).

Sağlık düzeyinde gruplar arasındaki farklılıkları değerlendirmek için risk oranları hesaplanmış, % 95 güven aralığının sınırları dikkate alınarak anlamlı olmayanlar belirtilmiştir.

Araştırmada toplanan veriler bilgisayarda Epi Info Ver 5 programında değerlendirilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Sosyoekonomik durumun morbidite ve mortalite ile güçlü ilişkisini belirten bir çok çalışma vardır (Adler N.A. ve diğerleri, 1993:3140-5, Black D. ve diğerleri, 1982, Mackenbach J.P., 1989:25-80, Delamothe, 1991:1046-50, Kunst A.E. ve diğerleri, 1994:932-37, Mackenbach J.P. ve diğerleri, 1994:140-45, Winkleby M.A. ve diğerleri, 1992:816-820). Ancak sosyoekonomik durumun saptanmasında çeşitli güçlükler söz konusudur. Genel olarak mesleğin, gelirin, eğitim yılının, konut niteliğinin, sahip olunan eşyaların vb. sosyoekonomik durum unsurları olduğu kabul görür (Kunst A.E. ve diğerleri, 1994:932-37, Mackenbach J.P. ve diğerleri,

1994:140-45, Winkleby M.A. ve diğerleri, 1992:816-820). Bu çalışmada da Antalya kent merkezinde yaşayan 15 yaş ve üzeri kişilerin sağlık düzeyleri arasındaki farklılıkları eşitsizlik yönünden değerlendirmek amacıyla eğitim durumu, konut niteliği, düzenli bir işe (dolayısıyla düzenli bir gelire) sahip olmayı yansıtan sosyal güvence durumu kullanılmıştır. Bunlara ek olarak kişilerin ekonomik durum algıları da değerlendirilmiştir. Ayrıca cinsiyetler arasındaki sağlık düzeyi farklılıkları da incelenmiştir.

Bu seçilmiş gruplarda olumsuz durumda olanların olumlu durumda olanlara göre çeşitli morbidite göstergeleri için risk oranları Tablo' da görülmektedir. Morbidite durumundaki farklılıklar özellikle yetiyetiminde ve onunla ilişkili olan günlük işleri aksatma, evde ve yatakta gün geçirmede belirginleşmektedir. Örneğin kadınlar erkekler göre 2.72 kat daha fazla yetiyetimi bildirmişler, 3.05 kat daha fazla günlük işlerini aksatmışlar, 3.10 kat daha fazla evde ve 2.61 kat daha fazla yatakta gün geçirmişlerdir. Benzer oranlar eğitim yılı, ekonomik durum algısı ve sosyal güvence için de geçerlidir. Konut niteliğinde ise risk oranları biraz daha düşüktür.

Kadınlar tüm morbidite göstergeleri yönünden erkeklerden daha olumsuz durumdadırlar. Sağlıkla ilgili kişiye başvuru, son ayda ilaç kullanma ve kronik hastalık varlığı yönünden diğer gruplarda gözlenmeyen farklılık cinsi-

yetler arasında saptanmıştır. Bu durum kadınların erkekler göre hastalık belirtilerine daha duyarlı, belirti ya da yakınmalarını anlatmaya daha istekli olması ile ilgili olabilir (Doğan O. ve diğerleri, 1989, 13-17). Ancak risk oranlarının yüksekliği, aradaki farklılığın tümünün açıklanmasını olanaksız kılmaktadır.

Ekonomik durumunu kötü olarak belirten kişiler, iyi olarak değerlendirenlere göre son ayda 5.93 kat daha fazla 5 ve üzeri yakınma/belirti bildirmişler, 1.58 kat daha fazla kendi sağlıklarını olumsuz olarak değerlendirmişler ve 2.56 kat daha fazla yetiyetimine uğramışlardır. Oysa bu iki grubun sağlıkla ilgili kişiye başvuru, son ayda ilaç kullanma durumu ve kronik hastalık varlığı yönünden benzer olduğu görülmektedir. Bu bulgular ekonomik durumu kötü olan kişilerin daha kötü sağlık durumuna sahip olmalarına karşın sağlık hizmetlerinden gerektiği kadar yararlanmadıklarını ya da yararlanamadıklarını düşündürmektedir. Benzer durum sosyal güvencesi olmayan, daha düşük eğitimli kişiler ve gecekondu da yaşayan kişiler için de geçerlidir. Sosyal güvencesi olmayan kişilerin sağlık hizmetlerinde gerçekleşen kullanılabilirlik yanında potansiyel kullanılabilirlik yönünden de dezavantajlı oldukları gösterilmiştir (Kaya S., 1996:2-14). Kronik hastalık varlığı ile ilgili bilgi kişilerin kendi anlatımlarına dayalıdır ve daha önce tanısı konmuş hastalıkları içermektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bir

Tablo: Araştırma Kapsamındaki Kişilerin Morbidite Göstergelerine Göre Risk Oranları

	CİNSİYET (Kadın/ Erkek) RİSK ORANI	KONUT NİTELİĞİ (Gecekondu/ Apartman/ Müstakil) RİSK ORANI	EĞİTİM YILI (8 yıl ve altı/ 9 yıl ve üstü) RİSK ORANI	EKONOMİK ALGI (Kötü/ İyi) RİSK ORANI	SOSYAL GÜVENCE (Yok/ Var) RİSK ORANI
Algılanan sağlığın olumsuzluğu	1.98	1.19*	1.20*	1.58	1.48
Araştırma anında yakınma	1.72	1.35	1.21*	1.39*	1.26*
Sağlıkla ilgili başvuru	1.41	1.10*	1.05*	0.88*	1.03*
Son ayda 5 ve üzeri yakınma ya da belirti	3.05	1.15*	1.42	1.93	1.10*
Son ayda ilaç kullanma	1.52	0.90*	1.04*	0.96*	0.99*
Kronik hastalık varlığı	1.53	1.06*	1.01*	0.87*	0.75*
Günlük işleri aksatma	3.05	1.37	1.76	2.04	1.72
Evde gün geçirme	3.10	1.56	2.03	1.98	1.85
Yatakta gün geçirme	2.61	1.93	2.43	2.06	2.08
Yetiyetimi varlığı	2.72	1.38	2.43	2.56	2.30

*: Anlamli değil.

göstergesi olarak değerlendirilmiştir.

Ülkenin en çok göç alan kentlerinden biri olan ve gecekondu sorununun yıllardır yaşandığı Antalya'da konut niteliğine göre morbiditedeki farklılıklar beklendiği kadar olumsuz bulunmamıştır. Bunun nedeni Antalya gecekondu mahallelerinin heterojen yapısı, özellikle eski gecekondu mahallelerinin diğer kesimlere göre göreceli iyiliği olabilir.

Araştırmada konut mülkiyeti, oda başına düşen kişi sayısı, çalışma koşulları ve sırdaş varlığı yönünden de eşitsizlik değerlendirilmiş, ancak anlamlı risk oranları elde edilmemiştir.

SONUÇ

Genel değerlendirmede kadınların, gecekondu oturanların, ekonomik durumunu kötü olarak değerlendirenlerin, düşük eğitimlilerin, sosyal güvencesi olmayanların sağlığı diğerlerinden daha kötüdür. Bu kesimler sağlık yönünden risk grubudurlar ve aradaki farklılık kaçınılmaz ve önlenemez nedenlerden kaynaklandığı için açıkça eşitsizlik olarak adlandırılabilir. Üstelik sağlıksızlığı belirleyen faktörlerin bir arada bulunması durumu daha da çarpıcı kılmaktadır. Örneğin gecekondu oturan, düşük eğitimli, sosyal güvencesi olmayan bir kadın için bu etkenlerin birlikte etkisi sözkonusudur.

Elde edilen sonuçlar değerlendirilirken Antalya'nın sosyal, kültürel ve ekonomik açılarından diğer kentlerimizden daha olumlu durumda olduğu da göz önüne alınırsa sağlık alanındaki eşitsizliğin ülkemizin önemli bir sorunu olduğunu söyleyebiliriz. Bu araştırma için morbidite yönünden saptanan eşitsizliklerin benzer olarak mortalitede ve sağlık hizmetlerinin kullanımında da olması beklenir. Ancak kayıt sistemimizin yeterli olmayışı, konuya olan ilgi azlığı gibi nedenlerle ülkemiz için sağlıkta eşitsizliğin ne kadar olduğu tüm boyutlarıyla yeterince ortaya konulamamaktadır. Oysa ekonomik sorunlar, kırdan kente hızlı göç hareketinin varlığı, sağlık sistemimize özgü sorunlar ve benzerleri ülkemizde sağlıkta eşitsizliklerin artma eğiliminde oluşunu düşündürmektedir.

Sağlıkta eşitsizliklerin saptanması onların giderilmesinin ilk adımı olacaktır. Unutulmaması gereken nokta sağlıktaki eşitsizliklerin büyük oranda yaşam ve çalışma koşullarından kaynaklanmakta oluşudur. Dolayısıyla çözümde bu temel nedenler üzerinde yoğunlaşılmalıdır. Bunlar ise gelir dağılımındaki dengesizlik, işsizlik gibi makro ekonomik sorunlardır. Kamu politikalarının en belirgin etkilerinin, bunlar toplumun tümüne yarar sağlayacak şekilde oluşturulsalar da özellikle olumsuz durumda yaşayan insanlar üzerinde olduğu bildirilmektedir (Whitehead M., 1992). Bu anlamda yeterli ve güvenli konut sağlanmasına, eğitim düzeyini yükseltmeye, olumsuz çalışma ve çevre koşullarını düzeltmeye yönelik önlemlerin gündeme gelmesi gerekmektedir. Sağlık alanında ise

özellikle ilk basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

Adler N.A., Boyce W.T., Chesney M.A., Folkman S., Syme S.L. (1993). Socioeconomic Inequalities in Health. JAMA 269(24); 3140-5.

Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P. (1982), Inequalities in Health, Penguin Books.

Dedeoğlu N. (1993), Herkese eşit sağlık. Toplum ve Hekim, 54; 2-3.

Delamothe T. (1991), Social Inequalities in Health, B.M.J., 303; 1046-50.

Doğan O., Özbek H., Gülmez H., Coşkunerden C. (1989), Kadınlarda ruhsal belirtilerin yaygınlığı. Düşünen Adam 3(1):13-17.

Kaplan İ. (1995), Yarı kırsal bir alanda sağlık ocağına başvuran hastalarda yeti yitimi. Türk Psikiyatri Dergisi 6(3); 169-79.

Kaya S. (1996), Ankara metropoliten alanda sağlık bakım hizmetlerinin potansiyel ve gerçekleşen kullanılabilirliği, Toplum ve Hekim, (11)71; 2-14.

Kunst A.E., Mackenbach J.P. (1991), The Size of Mortality Differences Associated with Educational Level in Nine Industrialized Countries. Am.J.Public Health. 84; 932-937.

Mackenbach J.P. (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, pp.25-80.

Mackenbach J.P., Looman C.W.N. (1994), Living Standards and Mortality in the European Community, J. Epidemiol Community Health 48; 140-45.

Smith D.G., Bartley M., Blase D. (1990), The Black Report on Socioeconomic Inequalities in Health 10 Years on. B.M.J. 301; 373-76.

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

Winkleby M.A., Jatulis D.E., Frank E., Fortmann S.P. (1992), Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease, Am.J.Public Health 82; 816-820.

WHO Regional Office for Europe (1993), Health for All Targets, The health policy for Europe. European Health for All Series, No:4. Copenhagen.