

## PANEL

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER VE  
KULLANILAN ÖLÇÜTLER

Onur HAMZAOĞLU\*

Teşekkür ederim sayın başkan, erenlerden Nevzat Eren'i hasretle ve saygıyla anıyorum. Eren ailesine, Nevzat Eren'in ışık tuttuğu yolda yürüme çabasındaki genç meslektaşlarıma ve bütün katılımcılara saygılar sunuyorum.

Bu oturumu ortak olarak planlarken sevgili dostum İlker Belek ile birbirimizi yinelememe çabasıyla kılı kırk yaran bölüşüm yapmıştık. Eşitlikçi bir bölüşümdü. Ancak onun sağlık sorunları nedeniyle katılamaması ve o alana şu aşamada benim de giremeyeceğim için konu bir yönüyle biraz eksik kalacak. Ama her iki değerli hocamızın, dostlarımızın sunumunun benden önce yapılmış olması bu eksikliği kısmen azaltmış oldu. Ben de benden önce yapılmayan sunumun ana mesajını iki başlık altında, kendi cümlelerimle sizlere iletmek istiyorum. İlker'in sunumunun sonunda bana göre akılda kalması gereken şunlardı; Sosyoekonomik statü, sosyoekonomik katman dediğiniz zaman **saygınlığa** odaklanmış olursunuz; ne kadar geliri var hangi meslekte, eğitimi nasıl gibi. Halbuki sosyal sınıf, **kontrol** bir başka ifadeyle, toplumdaki ekonomik ve politik gücün kontrolüne odaklanmıştır. Birincisi bu denilebilir. İkincisi sosyoekonomik statü ya da sosyoekonomik konum denildiği zaman toplum **aşamalar açısından** tanımlanmak çabasındadır. Saygınlık, eğitim, gelir gibi. Halbuki sosyoekonomik sınıf dediğimiz zaman **sınıfın çatışmacı ilişkileri açısından** tanımlama çabası içerisindeyiz demektir. Böyle olunca, daha sonraki tanımlarımızda kısmen geçecek ama sömürünün sürdüğü üretim ilişkilerinde ve onun yansımaları bölüşümde sağlık sorunlarının olması kaçınılmaz olacaktır. Dolayısıyla sınıflı toplumlarda sağlık sorunlarının olması/olmaması

sömürünün varlığına bağlıdır. Korkut Hoca'nın da önceki oturumda ifade ettiği gibi, kapitalist toplumlarda her zaman ve her zaman sömürü olacağı için, yani kar olacağı için; ki biz ona patron tarafından emekçilerin ürettiklerine el konan kısım diyoruz; sağlıklı bir toplum olamayacağını rahatlıkla söyleyebiliriz. Özetle, sağlıklı toplumsal yaşantı, kapitalizmin doğasına aykırıdır.

Ben kendi sunumumu, 1996 yılında o zaman beraber çalıştığım arkadaşlarımla yaptığımız hazırlıkları yeniden güncelleyerek sizlerle paylaşmaya çalışacağım. Kullandığım materyallerde o yıllarda çalışma arkadaşlarımda emeği olduğu için konuyu sizlerle paylaşmak istedim.

Konuya eşitlik mi ve hakkaniyet mi sorusuna yanıt arayarak başlamak istiyorum. Özellikle son yıllarda bizim alanımızda Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere pek çok kuruluş ve kişi tarafından hazırlanan raporlar, araştırmalar, sunular ve yayınlarda eşitliğin bir kenara itilip hakkaniyetin öne çıkartıldığını görüyoruz. Öyle ki çok yakın çalışma arkadaşlarımız, hayata benzer alanlardan baktığımız çalışma arkadaşlarımız bile eşitlik mi hakkaniyet mi konusunda ben bu sunuma buradan başlamanın hepimiz için daha anlamlı olacağını düşünerek hazırlık yaptım. Şöyle bir kurguyu ifade edebilirim; tarihsel olarak toplumsal yaşantıda biliyorsunuz ilk yaşanan eşitlik, ideolojik alanda ilk yaşanan ise eşitsizlikti. Toplumlarda ayrıcalıkların yaşanmaya başlanmasıyla eşitsizlikler doğmuştu. Bu ayrıcalıkları kendi menfaatleri için yaşayanlarla, buradan mağdur olanlar arasında bir gerilim yaşanmaya başlanmıştır. Bu tarihsel süreçte mağdur olanların öfkelerini kabartmamak ya da öfkelerini kontrol etmek için geliştirilen çok sayıda mekanizma ile beraber, hak kavramı da kullanılmaya başlanmıştır.

\*Prof. Dr., Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD.

Hak nasıl veriliyor? Bunun için adalet kurumu, adalet mekanizmaları kuruluyor. *Adalet*, ihtilafın varlığını öngörür. Önceden 'uyumlu' hale gelmiş bir düzende adalet uygulanamaz ve kullanılmaz durumdadır. İşte adalet bir denkleştirmeye denk geliyor -denkleştirmeye uğraşılıyor-. Bu denkleştirmeye *hakkaniyet* veya *nasafet* dememiz mümkün. Halbuki adalet, itaatin varlığını öngörür. Dolayısıyla, ihtilafın olmadığı yerde bunu kullanamayız, bundan yararlanamayız. Bunu göz önünde bulunduramaz gerekiyor. Özetle, *hakkaniyet/nasafet* ihtilafın kaynağını ortadan kaldırmaz; yalnızca olgusal düzeyde denkleştirmeler yaratır. Tarihsel süreç içerisinde baktığımızda, hakkaniyetin özellikle adalet sistemi içerisinde var olan mahkemelerin adalet dağıtma konusunda 'daha hassas davranmalarına olanak tanımak' için kullanılmaya başlandığını görüyoruz. Kavram ilk olarak Roma'da *Aequitas* olarak kullanılmış daha sonra İngiliz Hukuk Sistemi'nde bu günde kullandığımız şekliyle, *Equity* olarak kullanılmaya başlanmıştır. Tarihsel olarak hakkaniyet, yasadaki yazılı metinler ve adalet kurumundaki metinlere yönelik yargılama yapıldığında, gerçek eşitlik veya gerçek hak ediş sağlanamadığı düşüncesiyle yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Bu gerçek hak ediş sağlamanın yolu da, yazılı metinler dışında alınan kararlar olarak kabul edilmiştir. İngiliz hakkaniyet mahkemeleri konunun günümüze en yakın örnekleridir.

Şimdi hakkaniyetle ilgili olarak bazı saptamaları sizlere iletmek istiyorum. Bunlardan ilki hakkaniyet var olan zenginliğin adaletli, adil (equitable) bölüşümü ile ilgilenir. Bir başkası erişilebilir (access) olmak ve de adaletin (justice) ayrıcalığı giderebileceği öngörüsü vardır. Diğeri, insanların yetenek ve beceri aracılığı ile doğan farklılıkları kabullenmeleri anlamına gelir. Bir başka ifadeyle, *Sosyal Darwinizm*. Yeteneği olan daha saygın yerde, yeteneği var daha varsıl, yeteneği var daha iyi işi var diğerleri yeteneksiz oldukları için gerideler. İşte hakkaniyet bir boyutu ile bunu desteklemektedir. Bir başkası, hakkaniyet kavramını kullandığımızda farklılıkları doğuran nedenler ile, bunun kaynağının göz ardı edilmesidir. Gerçekte hakkaniyet farklılıkların yumuşatılmasıyla ilgilenir. Hakkaniyet, sorunu bireysel düzeyde ele aldığından, sorunların toplumsal düzeyi ile hiç ilgilenmez. Bir diğer saptama; bireysel yetenek ve başarı, sınıfsal hareketlilik için aracı olduğu sürece eşitlik sorununun; hakkaniyet ve adalet sorununa dönüştüğünü söyleyebiliriz. Eşitsizlik sorunu da bunlar üzerinden kurgulanır. Neden? Çünkü, başarılı olan ve çok çalışanın bu toplulukta kazanabiliyor ve saygınlığını arttırabiliyor olduğu meselesi gündeme kolaylıkla getirilip, toplumsal etkenin varlığı ve etkisi gözlerden kaçırılabilir. Son olarak; hakkaniyetsizlik; 'farklılıkların adaletsizliği'dir ve doğrudan ölçülemez, hakkaniyetsizliği ölçmek mümkün değildir.

Bizim kullanacağımız ve tercih edeceğimiz kavram *Eşitlik*dir. Ben eşitliği hedef olarak tanımlamak istiyorum "*Hayatın öznesinin insan olduğu bir toplumsal yaşantı ile gereksinimlerin karşılanması hedefidir*" olarak tanımlanmasının daha doğru olacağını düşünüyorum. Bu tanımda, hayatın öznesinin insan olduğu bir toplumsal

yaşantı ve bu toplumsal yaşantıda gereksinimlerin karşılanması hedeflemektir. Eşitsizliğin ilk tanımlanışı sınıflı toplumsal yaşantılara denk düşmektedir. Böyle bakılınca, eşitsizliğin çok uzun süreden beri var olduğu ve ilk zamanlarda dahi sağlık sorunun kaynağının eşitsizlikler olduğunun saptamaları da bulunmaktadır. O günlerden bu günlere pek çok gelişme olmasına rağmen, özellikle sağlık alanında mevcut gelişmelere paralel bir ilerleme görülmediği gibi aksine sorunlar ve farklılıklar -eşitsizlikler- artmıştır. O zaman burada nasıl bir sorun var? Sağlıkta eşitsizliği nasıl tanımlamamız gerekiyor? Sağlıkta eşitsizlikler, *insanlar arasında hiçbir biyomedikal ve davranışsal risk faktörleriyle kesin olarak açıklanamayan sağlık durumu ve yaşam sürelerindeki farklılıkları şeklinde tanımlanabilir.*

Sağlıkta eşitsizlikler ve neden(ler)ini tartışırken insanları hangi aidiyetleriyle tasnif etmeli ya da toplumu neye göre gruplamak gerekir ya da sınıf mı yoksa başka şeyler mi kullanmalıyız konusunda gerekçemiz ifade edildi, bir sıkıntımız yok.

Bakın şimdi sizlerle sağlıkla ilgili pek çok doğru saptamanın yer aldığı cümleleri paylaşacağım. Ancak cümlelerin tümünde sağlıktaki farklılığın nedenlerinin hep başka yerlere oturtulmuş olduğunu göreceksiniz. Sosyoekonomik farklılıklar, sosyoekonomik statü, sosyoekonomik, fakirlik/yoksulluk, eğitim düzeyi, meslek bunlardan birkaçı.

"Hem merkez hem de çevre kapitalist ülkelerde, hem yenidoğanlar hem de erişkinler arasında ölümlülükte, akut ve kronik infeksiyon ve infeksiyon dışı hastalıklarda ve psikiyatrik hastalıklarda **sosyoekonomik farklılıklar** belirgindir"

"**Sosyoekonomik statü** ile sağlık durumu arasındaki eşitsizlik ilişkisi doğrusal bir ilişkidir"

"**Sosyoekonomik statünün** kötüleştiği her aşamada sağlık düzeyi de kötüleşmektedir"

"**Sosyoekonomik etkenlerin** ancak belli bir eşik değerin üzerinde sağlığı kötüleştirici etki gösterdiği savi geçersizdir"

"**Fakirsenez** zaman hızlanır, organlarınız çabuk eskir"

"Rahimde başlayan **yoksulluk** çocuklukta, gençlikte, yetişkinlikte yani ömür boyu devam eder"

"İnsanların ait oldukları **sosyal sınıfları** bedenlerinden okuyabilirsiniz"

"1950-1970 yılları arasında **yüksek toplumsal sınıfın** yetişkin erkeklerinde ölüm hızı %20 azalmıştır"

"ABD'de Washington DC ve Brony gibi **fakir yerleşim yerlerinde** doğuştan beklenen yaşam süresi Fairfax, Virginia, Douglas ve Colorado gibi **zengin yerleşim yerlerine** göre 10-15 yıl daha azdır"

"Her ikisi de günde 20 adet sigara içen **sekreter** ve

yöneticiden, sekreterin akciğer kanserine yakalanma riski daha fazladır”

“1987 yılında İspanya’da yapılan bir çalışmada 20-44 yaş grubu kadınlarda hanehalkı **gelir düzeyi** arttıkça kronik hastalıkların prevalansında azalma saptandı”

“Hollanda’da 1983-1985 ve 1992-1993 tarihlerinde yapılan izlem çalışmalarının her ikisinde de algılanan sağlığı “iyi”den daha kötü olanların yüzdesi **ilkokul** mezunlarında **üniversite** mezunlarına göre yüksek bulundu”

Sizlerle paylaştığım bu başlıklar üzerinden pek çok yayına ulaşmamız mümkün. Ama sanıyorum, benden önceki iki sunum bu anlamda bir zihin açıklığı ve önemli gerekçeler yaratıyor ve bir anahtar olma sıfatı taşıyor. Bu sunumlardaki verilerden yola çıkarak sözü edilen başlıkların bizim tarafımızdan nasıl kullanılması gerektiği konusunda huzurlu olabileceğimizi düşünüyorum.

Ben bundan sonraki sunumumu, konunun daha teknik bölümü ile devam edeceğim. Biz sağlıkta eşitsizlikleri ifade ederken, özellikle sağlık verilerini nasıl değerlendireceğiz, nasıl toplayacağız kısmı ile ilgiliyiz. Ama ondan önce buradaki değerlendirmeler ışığında sağlık sonuçlarını belirleyen bağımsız değişkenler arasında statüyü mü alacağız yoksa sınıfı mı alacağız konusunda artık netiz sanıyorum. Becerebiliyorsak (gerekli veriyi toplayabiliyorsak) sınıfı almamız. Bunu yapamadığımız zamanlarda statü kullanılabilir. Eğer statüyü kullanmamız gerekiyorsa o zamanda öncelikle gelir üzerinden bir gruplanma yapılması öneriliyor. Bu mümkün değilse, eğitim düzeyi üzerinden bir gruplama yapılması öneriliyor. Burada söz konusu eğitim yılı değil yalnız aşamayı ifade ediyor. Yani ilköğretim, ortaokul gibi. Üçüncüsü de meslekler üzerinden gruplama. Genel anlamda böyle bir daralmamız da oluyor zaman zaman.

Bununla birlikte, sağlıkta eşitsizlikler konusundaki kaynakların hemen hemen hepsinde “özel olarak veri toplamaya çıkmayınız, toplanmış verileri kullanmaya çaba gösteriniz. Çünkü mevcut verileri kullanmak veri toplamaktan her zaman daha uygundur” düşüncesi belirtiliyor. Onun için de çoğunlukla biz özellikle bahsedilen boyutları itibarıyla o verilerin sahiplerinin sınıfsal konumlarını ortaya koyacak verilere sahip olamıyoruz. O zaman da statüleri ile yetinebilirsiniz gibi bir saptama da var. Her türlü eksikliğine rağmen.

Veri toplamak için sahaya inmemek için elimizde üç veri kaynağı var. Bir tanesi ölüm kayıtları, bir tanesi hastalık kayıtları bir tanesi de biz de örneğin beş yılda bir yapılan nüfus ve sağlık araştırması gibi periyodik araştırmalar. Bu tür verilerden yararlanabileceğimiz ifade ediliyor. Ölüm verileriyle ilgi olarak özellikle ölüm nedenlerinin düzgün kaydedildiği verilerin kıymetli olduğu vurgusu var. Ya da çalışmalar yapılırken de ölüme ilgileniyorsak nedenlerini öncelikle saptamamız öneriliyor. Bunun dışında perinatal dönem ölümlerinin sağlıktaki eşitsizlikleri açıklamakta

yetkinliği vurgusu var ya da bebek ölümlerini saptamanın bu sıralamada bir başka yeri var. Eğer ölüm üzerinden sağlık sonucunu ifade edeceksek, ya ölüm nedenleriyle ya perinatal dönem ölümleriyle ya da bebek ölümleri üzerinden çalışmamız öneriliyor.

Bildiğiniz gibi, hastalık verileri klasik olarak üç başlık altında toplanabiliyor. Bunlardan ilki, fiziksel sağlık; akla ilk gelenler organik hastalıkların sıklığı, tek başına tansiyon arteriyelin bile yeterli olduğu söyleniyor. Ya da vücut kütle indeksi. Boy ile kilo bile, bunlar uygun ölçülmüşse bu işleri sorgulayabileceğimiz konusunda yeterli olabileceğini gösteren çalışmalar var. İkincisi zihinsel sağlık. Eğer kayıtlarda varsa, zihinsel hastalık sıklıkları kullanılabilir. Ya da genel psikopatoloji durumunun veya depresyon eğiliminin sorgulanması gerekir. İşte depresyon ölçeği gibi ölçeklerin, genel sağlık anketinin ve benzerlerinin kullanılması öneriliyor. Ya da hiç bunlar yoksa tek bir soruyla öğrenebileceğimiz algılanan sağlık durumu “son zamanlarda sağlığını nasıl hissediyorsunuz” gibi bir sorununun eklenmesi bile pek çok çalışmaya yeter. Şunun için söylüyorum, çok kötü, kötü, orta karar, iyi, çok iyi gibi beş aşamalı bir ölçeğin yeterli olabileceği pek çok çalışmada geçiyor. Ayrıca sınınamışta. Üçüncüsü mü? bedensel ve sosyal yeti yitimini ölçebileceğimiz diğer başlıklara ulaşamıyorsak yine önerilenler içerisinde. Ama yapılması gereken şey şu, özellikle bizden önce elde edilmiş verileri hangi koşullarda kullanıp kullanmayacağımıza karar vermek. Bir tanesi bu veriler uygun mu değil mi o yönüyle kontrol etmek gerekiyor. İlk soru bu veriler ne zaman toplanmış on yıl öncenin verileri ise kullanmamızı önermiyorlar. Ya da özellikle sınıf bu tür toplanmış verilerde çoğunlukla olmuyor statü ile ilgili veriler var. Sosyoekonomik veriler ile ilgili gelir ya da meslek gibi onlardan iki tanesinin var olmasının uygun olacağını belirtiyorlar. Mortaliteyle ilgili özellikle nedenler var mı yok mu bu da önemli. Mortalite ile ilgili en azından üç tane farklı değişkenin (nedenin), hastalığın sıklığının o verilerin içinde aramamız önerisi var. İkinci başlık temsiliyet. Bu veriler sadece kadınlarda mı çalışılmış yoksa sadece erkeklerde mi çalışılmış yoksa ikisini de içeriyor mu? Önerilen ikisini de içermesi. Hangi yaşlarda? Çok küçük yaşta mı tek bir yaş grubunu mu ifade ediyor? Beklenen ve istenilen çalışılacak yaş grubunun 14-75 yaş grubunu kapsaması. Bu yönden kontrol etmemiz gerekiyor. Yerleşim yeri de önemli. Örneğin, Türkiye’deki araştırmalara bakın hep kentsel bölgelerde gerçekleşmektedir. Dünyada da böyle. Ancak araştırmaların sadece kentsel bölgelerde yapılmasını çok önermiyorlar. Kentlerde ve kırdaki birlikte toplanmış verilerin bu konulardaki çalışmalar için daha uygun olacağı ifade ediliyor. Bunun dışında alt başlıkların sorularda sorulup sorulmadığına bakmamız öneriliyor. Özellikle kişilerin sosyal güvencesi var mı yok mu sağlıkta sosyal güvencesi var mı yok mu vb veriler içinde olup olmadığına bakmanın bir temsiliyet değerlendirmesi olarak doğrulanması öneriliyor. Bir başkası verilerin geçerliliği özellikle sağlık sonuçlarıyla sosyoekonomik düzey verileri birebir eşleştirilip eşleştirilmediğini araştırmacıların kontrol etmesi öneriliyor. Çünkü bazı veriler daha genel yerleşim

yerleriyle, bölgesel nedenlerle sosyoekonomik verilere sahip oluyor. Bunlarında özellikle birebir eşleştirilmesinin çalışılması düşünülen veri seti için önemi vurgulanıyor. Meslek ve eğitim verilerinin de yine yapılan gruplamalara uygun olup olmadığı yönünden değerlendirilmesi öneriliyor. Özellikle gelir sorusuna kolay yanıt verilmiyor diye gelir verisi toplamaya çalışmış bir araştırmada eğer o değişken çalışmaya katılanlarının %80'inden daha fazlasından elde edilememişse gelir değişkeninin kullanılmaması öneriliyor. Bir başka değerlendirme, istatistiksel güç olarak ifade ediliyor. Burada da kaç kişi üzerinden bu verilerin toplandığının önemi üzerinde duruluyor. Son olarak da karşılaştırma önerilen 10 yıldan daha kısa periyotlar için sağlıkta karşılaştırma yapmamamız. Eğer bir toplumu sınıfları aynı mekanda da olabilir, başka yerlerde olabilir. Zaman içindeki değişimi ile ilgileniyorsanız, sağlık üzerinden yapacağınız bu değerlendirmenin 10 yıllık bir periyodun altına düşmemesi önerisi var. Onun dışında zaman içinde hastalıkların tanı kriterlerinin değişmiş olabileceği ya da sosyoekonomik gruplandırmalarla ilgili değişkenlerin o çalışmalarda değişip değişmediğinin kontrol edilmesinin gerektiği bizlere öneriliyor. İşte verilerin değerlendirilmesi boyutunu da ben sizlere bu şekilde aktarabiliyorum. Veri kaynaklarının değerlendirilmesini beş başlıkta yaptıktan sonra sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin ölçülmesinde kullanabileceğimiz oniki hesaplama bahsedebilirim.

1. En düşük ve en yüksek SES'li grupların hız oranı
2. En düşük ve en yüksek SES'li grupların hız farkları
3. Regresyon temelli görece etki indeksi
4. Regresyon temelli mutlak etki indeksi
5. Topluma atfedilebilir risk (TAR)

6. Topluma atfedilebilir risk (mutlak tip)
7. Regresyon temelli TAR
8. Regresyon temelli TAR (mutlak tip)
9. Farklılık indeksi
10. Farklılık indeksi (mutlak tip)
11. Görece eşitsizlik indeksi
12. Eşitsizliğin eğimi indeksi

Tabi bunları burada ayrı ayrı değerlendirmeyeceğiz. Ama ben arzu eden arkadaşlarıma bunların tümünün bulunduğu kaynağı iletebilirim. Birkaçını sizlerle örnek üzerinden paylaşmak istiyorum.

Bunlardan birincisi hız oranı. **Hız oranı**, en kötü ve en iyi durumdaki sosyoekonomik grupların karşılaştırılmasıdır. Şöyle hesaplanıyor en kötü durumdakinin hızını en iyi durumdakinin hızına bölüyoruz.

Bir diğeri topluma atfedilen risk (**TAR**), incelenen toplumun "sosyoekonomik durumunun", sosyoekonomik durumu en iyi olan grubun düzeyine ulaştırılması durumunda sorunun ne kadarından korunulabileceğini gösterir. Herhangi bir sağlık girişimi yapmadan, sadece sosyoekonomik farklılığı giderdiğinizde, toplumun bütününe sosyoekonomik düzeyi toplumun sosyoekonomik düzeyi en iyi olanın düzeyine yükseltirseniz incelediğimiz sağlık sorunu ne duruma gelir sorusunun yanıtı için kullanılan bir hesaplama. Burada toplumun ortalama hızıyla durumu en iyi olan grubun hızının farkını alıyoruz ve toplumun ortalama hızına bölüyoruz.

**Tablo 1. Yıllara ve yerleşim yerine göre bebek ölüm hızı (binde) ile hız oranı ve TAR**

	Yıllar					
	1978	1983	1988	1993	1998	2003
Yerleşim yeri						
Kent	119	67.4	50.1	44.0	35.2	23.0
Kır	146	128.3	105.7	65.4	55.0	39.0
Toplam	134.0	101.6	77.7	52.6	42.7	29.0
Hız Oranı	1.2	1.9	2.1	1.5	1.6	1.7
TAR (%)	11.2	33.7	35.5	16.4	17.6	20.7

Evet, burada Türkiye nüfus ve sağlık araştırmasının verileri üzerinden 78 ile 2003'e kadar beş yıllık periyotlarla yapılmış çalışmada bebek ölüm hızını ben sizlerle paylaşmak istiyorum. Biliyorsunuz 1000'de 134'ten 29'a kadar düştü 25 yıl içerisinde. Ama bakalım 1978 yılında kentte bir kişi ölürken kırdaki bir bebek kaybediyorduk yani hız oranımız 1.2 imiş, 25 yıl sonra hız oranımız 1.7'ye

çıkıyorsa. Bin canlı doğumda 134'ten 29'a düşüyor ama kırdaki kent arasındaki fark tersine gelişme gösteriyor, artıyor. Topluma atfedilen risk diye baktığımızda eğer kırdaki kendi sosyoekonomik düzeyi bütün ülke geneline benzer düzeye getirilebilirse, sosyoekonomik fark giderildiğinde bebek ölümlerinin 1978'de %11'i engellenebilecekken, engellenebilecek bebek ölümü %21'e çıkıyor 25 yılda.

Tablo 2. Yıllara ve demografik bölgelere göre bebek Ölüm hızı (binde) ile hız oranı ve TAR

	Yıllar					
	1978	1983	1988	1993	1998	2003
D. Bölge						
Batı	108	82.5	44.5	42.7	32.8	22.0
Güney	109	-	96.3	55.4	32.7	29.0
Orta	151	97.6	90.0	57.9	41.3	21.0
Kuzey	141	112.5	-	44.2	42.0	34.0
Doğu	147	137.4	103.0	60.0	61.5	41.0
Toplam	134.0	101.6	77.7	52.6	42.7	29.0
Hız Oranı (Doğu/Batı)	1.36	1.67	2.32	1.41	1.88	1.86
TAR (%)	19.4	18.8	42.7	18.8	23.4	27.6

Bunu ifade edebiliyoruz biraz önce söylediğim hesaplamalarla.

Benzer şekilde bebek ölümlerini bu sefer doğu batı, demografik bölgelere göre karşılaştırabiliriz. Orada da benzer farklılıkları görebiliyoruz yine. Doğu ile Batı

arasındaki fark 1.36'dan 25 yıl sonra 1.86'ya çıkıyor. Bunu hız oranı olarak ifade ediyoruz. Ya da topluma atfedilen risk 78'de Doğu Batı ilişkisi üzerinden %19'dan 2003'te %28'e çıkıyor. Bu, eğer Türkiye'nin genelinin sosyoekonomik düzeyi Batının sosyoekonomik düzeyine yükseltilebilirse, biz Türkiye'deki yüz bebek ölümünden

Tablo 3. Yıllara ve anne eğitime göre bebek ölüm hızı (binde) ile hız oranı ve TAR

	Yıllar			
	1993	1998		2003
Anne Eğitimi				
İlk ↓	68.0	60.5	İlk ↓	51.0
İlk ve ↑	43.6	36.1	İlk birinci kademe	25.0
			İlk ikinci kademe ve ↑	18.0
Toplam	52.6	42.7		29.0
Hız Oranı (İlk ↓/İlk ve ↑)	1.56	1.68	İlk ↓/İlk ikinci kademe ve ↑	2.83
TAR (%)	17.1	15.5		37.9

28'ini önleyebiliriz demektir. Oysa, 25 yıl önce yüz bebek ölümünden 19'u önlenebilirdi. Böyle bir karşıtlığı biz topluma atfedilen risk hesabı ile ifade edebiliyoruz.

Evet anne eğitimi üzerinden de değerlendirebiliriz yine. En eski olarak 1993 verileri vardı. 1998 ile 2003 verileri de var. Bebek ölümleri anne eğitimine göre değerlendirildi burada. Toplumun genelinde bebek ölüm hızı 1993 yılında binde 53 civarında iken 2003 yılında binde 29'a geriliyor. Oysa, ilkokul bitirmemiş ve okuryazar olmayan annelerin bin bebeğinden 1993 yılında 68'i, 2003 yılında ise 51'i birinci doğum gününü göremeden kaybediliyor. Anne eğitim düzeyi ile ilgili gruplamalar araştırma yıllarına göre farklılık gösteriyor. Biraz önce ifade etmiştim karşılaştırılabilir olmak için bu tür değişkenlerin birbirine yakın olması değişmemiş olması gerekiyor. O bakımdan buradaki Hız Oranı 1993 yılında 1.56'dan, 2003 yılında 2.83'e çıkıyor ancak burada karşılaştırma yapılan grupların değiştiğini de görmemiz gerekir. Burada bakın dikkat

ederseniz ikinci ve daha üstü kademe karşılaştırılmış. Bu tabloyu bu tür farklılıklara da dikkat etmemiz gerekiyor vurgusunu yapmak için sizlerle paylaştım.

Evet bodurluk sıklığı. Beş yaş altı çocuklarda, Türkiye ortalaması 2003 yılında yaklaşık %12. Bunun üzerinden hesaplama yapalım ve bitirelim. Her bir bölgeyi Batıya göre düz oran hesapladığımız zaman yani Batıdaki bir bodurluğun karşısında diğer bölgelerde kaç bodur çocuğumuz var diye sorduğumuzda vereceğimiz yanıtı hesaplıyoruz. Buna göre, Güney'de 1.9, Orta Anadolu'da 1.7, Kuzey'de 2.4, Doğu'da 4'ün üzerinde. Hız farkına baktığımız zaman aynı sırayla 4.9, 4.0, 7.5 ve 17.0. Topluma atfedilen risk ise %55 civarında. Bu şu demek; eğer Batı'nın sosyoekonomik düzeyine bütün ülke ulaşırsa bodurluğun %55'ini engelleme şansımız vardı. Bunu mutlak olarak söyleyebiliriz. O zaman da topluma atfedilen riskin mutlak tipi değişiyor. Bunu hesaplamamızın yolu da arkadaşlar, hesaplamış olduğumuz topluma atfedilen riski

**Tablo 4. Demografik bölgelere göre yaşa göre boy açısından beslenme bozukluğu olan (-2SD ) 0-5 yaş grubu çocuklar (%) ile hız oranı ve TAR (2003)**

D. Bölge	2003			
	%	Hız Oranı	Hız Farkı	TAR(%)
Batı	5.5	1.0	0.0	
Güney	10.4	1.9	4.9	
Orta	9.5	1.7	4.0	
Kuzey	13.0	2.4	7.5	
Doğu	22.5	4.1	17	
Toplam	12.2			54.9

TAR (Mutlak Tip):  $0.549 \times 12.2 = 6.7$  (Her 100 kişide 7 bodurluk önlenir)

doğrudan doğruya toplumun ortalama değeri ile çarpacağız. İşte 6.7 buluyoruz. Bu da şu demek, her 100 kişide 7 bodurluk önlenir. Bodurların içinden bodurları engellemek değil, toplumun içerisinde ne kadar kişinin engellenebilirliği ifade ediyor. Buradan da 5 yaş altında her 100 çocukta 7 bodurluğu önleyebiliriz sonucunu çıkartmış oluyoruz.

Aynı şekilde yıllar içerisindeki farklılığı hesaplamak adına yine bir veri, hız oranı 1993 yılında bodurlukta 3.26 iken 2003'te 4.09'a çıkmış durumda. Mutlak değişim yönünden baktığımızda fark 1.36 kat artmış. Hız farkı ya da biraz önce paylaştığımız topluma atfedilen riskin mutlak tiplerindeki mutlak değişimleri de hesaplamak mümkün. Buna göre 5 yaş altı çocuklarda 1993 yılında beslenme

**Tablo 5. Yıllara ve demografik bölgelere göre yaşa göre boy açısından beslenme bozukluğu olan (-2SD↓) 0-5 yaş grubu çocuklara(%) göre bazı SSEE ölçütleri**

Eşitsizlik Ölçütü	Yıllar		Mutlak Değişim
	1993	2003	2003/1993
Hız Oranı	3.26	4.09	1.36
Hız Farkı	23.10	17.00	0.74
TAR	0.46	0.55	1.20
TAR(Mutlak Tip)	8.70	6.70	0.77

$(4.09-1)/(3.26-1) = 1.36$

bozukluğuna bağlı bodurluğun 8.7'si önlenirken, 2003 yılında 6.7'sini önleyebilir duruma gelmiş diye ifade etmek mümkün.

Evet ben bu sunumda oldukça teknik boyutuyla bir şeylerin yapılabileceğini eldeki veriler üzerinden göstermeye çalıştım. O da şunun içindi. Sıklıkla ifade edilen, evet ekonomide Korkut Hoca anlattı Gini katsayısı ile ilgi durumları, bizde de sağlık durumu ile ilgili

göstergelerdeki değişimler gerçekten toplumun bütününe yayılmış bir iyileşmeyi ifade ediyor mu etmiyor muyu sorgulayabilmek adına. Bu ifade ettiğim ölçeklerden en azından bir kaçını kullanmamız mümkün. Böyle yaptığımız takdirde de bu gelişmelerin esasında sağlık alanı üzerinden toplumun tümüne yansımadığını, görünenin altındaki gerçekliğin kısmen de olsa ne olduğunu görme, gösterme şansını yakalayabileceğimizi söylüyorum. Hepinize teşekkür ediyorum.