

DÜNYADA ÇOCUK SAĞLIĞINDAKİ EŞİTSİZLİKLER

Neriman AYDIN*

Özet: Yaşam boyunca en önemli sağlık belirleyicileri arasında yer alan sosyoekonomik durum en çok çocukları etkilemektedir. Yoksulluk ve düşük sosyoekonomik durum bebeklik ve çocuklukta, yüksek ölüm riski, kronik çocukluk çağı hastalıkları ve birçok akut hastalıkla da ilişkilidir. Dünya'da 5 yaş altı ölüm oranı DSÖ Afrika Bölgesinde binde 95 iken Avrupa Bölgesi'nde binde 12'dir. Yıllar içinde azalma olsa da, bölgeler arası eşitsizlik artarak devam etmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde ölüm nedeni ağırlıklı olarak konjenital anomaliler ve prematürite iken düşük gelirli ülkelerde enfeksiyon hastalıklarıdır. Bir başka önemli gösterge olan yaşına göre düşük ağırlıkta olma, özellikle Afrika'da ve Güney -Doğu Asya'da önemli boyuttadır. Beslenme problemlerinin çocuk ölümlerinin % 45'inde altta yatan neden olduğu tahmin edilmektedir. Bağışıklama oranlarında da eşitsizlikler görülmektedir. 2011 yılında 1 yaşına kadar kızamık aşısı yapılanların oranı DSÖ Afrika Bölgesi'nde %75, Batı Pasifik Bölgesi'nde %96 olarak gerçekleşmiştir. Aynı bölgelerde DBT3 aşısı için oranlar %71 ve %96 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık düzeyi ile ilgili tüm göstergelerde kızlar erkeklere göre, kırsal alanda yaşayanlar kentsel alanda yaşayanlara göre, hiç eğitim almamış anne çocukları ilköğretim ya da daha yüksek eğitim almış anne çocuklarına göre dezavantajlı durumdadır. Sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi için, güçlü, etkili ve sistematik stratejiler, politik kararlılık, ulaşılabilir hedef seçimi, sağlıkta sosyoekonomik eşitsizliklerin önemini kavramış insan gücünün ve kamuoyu duyarlılığının oluşturulması gereklidir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, Sağlıkta eşitsizlik.

Inequalities in Child Health in the World

Abstract: Socioeconomic status, one of the most important health determinants throughout life, affects children mostly. Poverty and low socioeconomic status are associated with increased risk of mortality during infancy and childhood, chronic childhood diseases and many acute illnesses. While the mortality rate among children under 5 years of age is 95 per 1000 in the WHO African Region, it is 12/1000 in the European Region. Despite reduction over the years, interregional inequalities are increasing steadily. Congenital anomalies and prematurity are the leading causes of death in high-income countries, whereas infectious diseases rank first in low-income countries. Another important index, babies with low weight for age are particularly prevalent in Africa and Southeast Asia. Nutritional problems are considered as the underlying cause of 45% of child deaths. Inequalities are also observed in immunization rates. In 2011, 75% of infants up to 1 year of age residing in the WHO African Region and 96% of those in West Pacific Region were vaccinated against measles. The corresponding figures for DBT3 vaccine in those regions were 71% and 96%, respectively. With regard to all indices of health status, girls versus boys, people residing in rural areas versus those residing in urban areas and children whose mothers never had any education versus those whose mothers had primary school or higher education are at a more disadvantageous position. Robust, effective and systematic strategies, political determination, selection of achievable targets, increased public awareness and manpower with an understanding of socioeconomic inequalities are needed in order to eliminate health inequalities.

Key words: Child, Health inequality

Dünyanın geleceğini oluşturan çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmelerinin sağlanması tüm toplumların en önemli görevlerinden olmalıdır.

Küresel ve tarihsel olarak, sosyoekonomik durum yaşam boyunca en önemli sağlık belirleyicileri arasında yer almaktadır. Çocuklar olumsuz sosyoekonomik durum ve yoksulluğun etkilerine karşı en savunmasız gruptur. Yoksulluk ve düşük sosyoekonomik durum bebeklik ve çocuklukta, yüksek ölüm riski, kronik çocukluk çağı hastalıkları ve birçok akut hastalıklarla da ilişkilidir. Sağlıkta eşitsizlik;

önlenebilir, önlenebilir olduğu için de kabul edilemez niteliktedir. Ayrıca çocuk sağlığı üzerine sosyal, ekonomik, çevresel ve diğer tıbbi olmayan belirleyicilerin etkisi, yetişkinlik boyunca da devam etmektedir (**Spencer, 2003**).

İlaç ve tıbbi teknoloji alanlarındaki bütün gelişmelere, pek çok ülkede yüksek miktardaki sağlık harcamalarına rağmen sağlıktaki eşitsizlikler varlığını sürdürmekte ve hatta artmaktadır. Bu durum, hem sosyoekonomik hem de sağlıktaki eşitsizlikleri bir halk sağlığı sorunu olarak görmek ve tartışmak gerekliliğini ortaya koymaktadır (**Belek, 2011**)

*Yrd. Doç. Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Çocukluğun yüzyıllara dayanan tarihi içinde, kayıt altına alınmada, eğitimde, çevrece önemsenmede, sağlık ve bakımda hep önde olan, varlıklı ve soylu sınıfların çocukları olmuştur. İmzalanan uluslararası sözleşmelere ve açılan kampanyalara rağmen çocuklarla ilgili demografik sorunlar ve sağlıksız yaşam süreci devam etmektedir. Çocuklar, özellikle de az gelişmiş ülkelerdeki çocuklar, eşitsiz gelir dağılımı ve dengesiz nüfus politikaları sonucu yüksek doğum oranı nedeniyle kalabalık ailelerde yaşamaktan kaynaklı çoğu hizmete erişememe ve bunun sonucunda çeşitli büyüme ve gelişme sorunları başta olmak üzere birçok sorunla yüz yüze kalmaktadır (**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, 2013a**).

Çocuk sağlığında önlenilebilir eşitsizlikler genellikle çocuğun seçme şansının olmadığı sosyal ve çevresel şartlar nedeniyle. Bu konuda en sık kullanılan göstergeler beslenme, barınma, ölümler ve nedenleri, eğitim olanakları ve çocuk işçiliği ile ilgili olanlardır.

Tüm dünyada çocukların beslenme konusu, çocukluk dünyasının temel sorunlarından biri olarak kendini göstermektedir. Bugün için az gelişmiş ülke çocukları yetersiz, gelişmiş ülke çocukları ise aşırı ve dengesiz beslenme biçimlerinden dolayı birçok sorunla karşılaşmaktadır.

Örneğin, çocukluk obezitesi sıklığı gelişmiş ülkelerde 1971 yılından bu yana artmaktadır ve gelişmiş ülkelerde salgın seviyelerine ulaştığı söylenmektedir. ABD’de çocukların %25’inin aşırı kilolu ve %11’inin obez olduğu bildirilmektedir. İskandinav ülkeleri gibi bazı Avrupa ülkelerinde çocukluk obezite prevalansı Akdeniz ülkelerinden düşüktür. Yine de obez çocukların oranı her iki bölgede de artmaktadır (**Dehghan, 2005**).

Obezite prevalansı Avrupa’da da 20 yıldan fazla süredir diyet ve fiziksel aktivite değişikliğine paralel olarak ve sosyoekonomik gruplar arasında eşitsiz dağılımı ile hızla artmaktadır. Düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde ise, kentsel alanlarda yüksek sosyoekonomik statülü gruplarda yüksek olma eğilimindedir (**Swinburn, 2011**).

1970 ve 1997 yılları arasında, Amerika Birleşik Devletleri Tarım Bakanlığı anketleri gazlı içeceklerin, kişi başına tüketimin %118 bir artış, süt tüketiminin %23 düşüş gösterdiğini saptamıştır. Çocuklar arasında alkolsüz içecek alımı obezite salgını ve tip II diyabet ile ilişkili bulunmuştur (**Dehghan, 2005**).

Çocuklar yeterli beslenme bilgisine sahip olmadıkları, davranışlarının risklerini algılayamadıkları ve seçimleri kolayca pazarlama tarafından etkilenebileceği için bu konuda toplumsal koruma ve hükümet müdahalesine ihtiyaç vardır.

Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerde de obezite prevalansında artış gözlenirse de bu ülkelerde zayıflık ve malnütrisyon önemli bir sorun olmaya devam etmektedir.

2012 yılında, gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı nüfusun yaklaşık %17’sinin (97 milyon çocuk) yaşına göre düşük ağırlıkta olduğu saptanmıştır. Zayıflık, özellikle Güney Asya’nın BM bölgesinde (%30), takiben Batı, Doğu ve Orta Afrika’da (sırasıyla %20, %19 ve %16) ve Güney-Doğu Asya’da (%16) önemli boyuttadır. Kısıtlı veriler nedeniyle tam bilinmemesine rağmen Okyanusya’da da %19 olduğu tahmin edilmektedir. Bu durum, çocukların %10’undan daha azının zayıf olduğu Doğu, Orta ve Batı Asya’nın BM bölgelerinde, Kuzey Afrika ve Latin Amerika ve Karayipler’de daha iyidir. Düşük kilolu olma oranı yoksul hane çocuklarında daha az yoksul olanlara göre iki kat fazladır. Benzer şekilde kırsal bölgelerde yaşayan çocukların kentsel alanlarda yaşayanlara göre düşük kilolu olma olasılığı daha yüksektir. Yetersiz beslenen özellikle şiddetli akut malnütrisyonlu çocuklarda, ishal, pnömoni ve sıtma gibi yaygın çocukluk çağı hastalıklarından ölüm riski daha yüksektir. Çocukluk çağı malnütrisyonunun, fetal büyüme geriliği, yetersiz anne sütü alma, bodurluk ve A vitamini ve çinko eksiklikleri de dahil olmak üzere, beş yaşın altı çocuk ölümlerinin %45’inde altta yatan neden olduğu tahmin edilmektedir (**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, 2013b**).

Gelişmekte olan ülkelerde beş yaşın altındaki çocuklarda düşük kiloluluk oranı 1990 ve 2012 yılları arasında %28 den %17’ye düşmüştür (**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, 2013b**). Ancak bu gelişme, ilgili Bin yıl Kalkınma Hedefi’ni karşılamak için gerekli orana yakın olmasına rağmen, ülkeler arasında ve içinde önemli farklılıkların devam etmesi nedeniyle dikkatle değerlendirilmelidir (**Birleşmiş Milletler web sayfası, 2013**).

Malnütrisyon, protein-enerji malnütrasyonu ve mikro besin eksiklikleri şeklinde, gelişmekte olan ülkelerde büyük bir hastalık yükü olmaya devam etmektedir. Özellikle hamile kadınlar ve küçük çocuklarda hastalık ve ölüm için en önemli risk faktörüdür. Gelişmekte olan ülkelerde, protein-enerji

malnütrisyondun 2 formu olan marasmus ve kwashiorkorlu çocuklarda demir, iyot, A vitamini ve çinko eksiklikleri başlıca sorunlardır. Bu topluluklarda, kötü beslenme ve bulaşıcı hastalık prevalansının yüksek olması bir kısır döngüye neden olmaktadır. Ciddi beslenme bozukluğu için tedavi protokolleri, son yıllarda daha iyi hale gelmesine rağmen özellikle kırsal kesimde hastaların çoğu resmi sağlık hizmetlerine çok az erişebilmekte veya hiç erişememektedir. Tuzların iyotlu hale getirilmesi küresel bir başarı hikayesi oluşturmuştur fakat diğer mikrobesein takviyesi düzenlemeleri henüz yeterli değildir. Düzenlemelerin etkili olabilmesi için, beraberinde beslenme eğitimi kampanyaları ve sağlık müdahaleleri de gereklidir (Müller, 2005).

Çocuk ve ergenlerde sosyoekonomik durum ile beslenme kalitesi arasında doğrudan bir bağlantı olduğu rapor edilmiştir. Fransa'da yapılan bir çalışmada kalifiye ve vasıfsız işçilerin çocuklarının üst sosyoekonomik gruptan çok daha fazla tatlı, ekme, patates, tahıl ve şarküteri ürünleri tükettikleri gösterilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, düşük sosyoekonomik statülü hane çocukları ve ergenlerinin daha az meyve ve sebze tükettikleri ve daha sınırlı bir ürün çeşitliliği tükettikleri saptanmıştır. Düşük eğitim seviyesine sahip ailelerden gelen çocuklarda, en düşük meyve tüketimi ve en yüksek şekerli içecek tüketimi olduğu bildirilmiştir. Üst sosyoekonomik gruptaki çocuklar alt sosyoekonomik gruplara göre daha çok vitamin, mineral ve lif almaktadır.

Çocuk ve adolesenlarda mikrobesein alım eksiklikleri de bildirilmektedir. Düşük sosyoekonomik gruplarda C vitamini, karoten, folik asit ve E vitamini alımı en düşük düzeydedir. Yine çalışmalar benzer şekilde demir, kalsiyum ve potasyum alımının da düşük olduğunu göstermiştir (Darmon, 2008).

Hindistan'da yapılan bir çalışma, beslenme konusunda cinsiyet ayrımcılığı olduğunu ve bunun anne eğitimi ile de ilgili olduğunu göstermiştir. Annesi okur yazar olmayanlarda kızlar dezavantajlı durumda iken eğitim almış annelerin beslenme konusunda cinsiyet ayrımcılığı yapmadığı görülmüştür (Bo-rooah, 2004).

Beslenme yetersizliğinin bir başka bulgusu olan bodurluk için de çocuklar arasında eşitsizlik gözlenmektedir. 72 düşük ve orta gelirli ülkede, 2005-2011 yılları çalışma verileri, beş yaş altı çocuklar arasında bodurluk prevalansının kızlarda erkeklerden daha düşük (sırasıyla %27.3 ve %31.3) olduğunu

göstermiştir. Bodurluk prevalansı yıllar içinde azalmakla birlikte kız ve erkek çocuklar arasında düşük gelirli ülkelerde orta gelirli ülkelere göre daha yüksek olma eğilimindedir. Kızlar için, düşük gelirli ülkelerde %37.1 ve orta gelirli ülkelerde %24.6 iken; bu oranlar erkekler için sırasıyla %41.7 ve %28.3 olarak bildirilmiştir (Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, 2014).

Önemli bir başka sağlık düzeyi göstergesi olan 5 yaş altı ölüm sayısı dünya çapında 1990 yılındaki 12 milyondan 2011 yılında 6,9 milyona düşmüştür (Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, 2013a). Dünya'da 5 yaş altı ölüm oranı binde 2 (San Marino) ile binde 185 (Sierra Leone) arasında değişmektedir. Beş yaşını tamamlamadan önce bir çocuğun ölme riski, DSÖ Afrika Bölgesi'nde (1000 canlı doğumda 95) DSÖ Avrupa Bölgesi'ne (1000 canlı doğumda 12) göre hala yaklaşık 8 kat daha yüksektir. DSÖ Afrika Bölgesi'nde 16 ülkenin 15'inde 5 yaş altı ölüm hızı binde 100 civarındadır. Buna ek olarak, yüksek gelirli ve düşük gelirli ülkeler arasında çocuk ölümlerindeki eşitsizlikler büyüktür. 2012 yılında düşük gelirli ülkelerde beş yaş altı ölüm oranı (1000 canlı doğumda 82 ölüm) yüksek gelirli ülkelere (1000 canlı doğumda 6 ölüm) 13 kez fazladır (Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, 2013d).

İlerleme kaydedilmiş olsa da, bölgelerarası eşitsizlik artarak devam etmektedir. DSÖ'nün 3 bölgesinde (Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik), 1990 ile 2012 tarihleri arasında beş yaş altı ölüm oranlarında düşüş %60'ın üzerinde olmuştur. Yani azalma zaten beş yaş altı ölümün en düşük olduğu ülkelerde daha büyük olmuştur. Bu, DSÖ Afrika bölgesinde beş yaş altı ölümlerinin payının artması anlamına gelmektedir.

Beş yaş altı ölümlerin yarısı sadece şu 5 ülkede olmaktadır: Çin, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Hindistan, Nijerya ve Pakistan. Kırsal bölgede, fakir ailede ya da temel eğitimini tamamlamamış anne çocuklarında ölüm riski daha büyüktür. Ölümlerin yarısından fazlası önlenebilir, uygun maliyetle basit yolla tedavi edilebilir hastalıklar nedeniyle olmaktadır. Bütün çocuklara bu tür müdahaleleri sağlamak için sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi birçok genç hayatı kurtaracaktır (Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, 2013c).

Beş yaş altı ölümlerin 2000 yılında %38'i, 2011'de %43'ü yenidoğan döneminde meydana gelmiştir. Bu dönemde ölüm riski, gebelik döneminde kaliteli bakım, güvenli ve temiz ortamda, sağlık görevlisi

tarafından doğum ve neonatal resüsitasyon, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin ekstra bakımı, bebek vücut ısısının korunması, neonatal sepsis tedavisi ve emzirmeye erken başlanmasını da içeren doğum sonrası bakım hizmetlerinin kaliteli sunumu ile azaltılabilir.

2011 yılında beş yaş altı çocuklarda dört büyük ölüm nedeni; pnömoni (%17.5), prematürite (%16.9), doğum asfiksisi ve doğum travması (%11.3) ve ishali hastalıklardır (%9.3). Sıtma Sahra-altı Afrika'da hala en büyük ölüm nedenidir; bölgede 5 yaş altı çocuk ölümlerinin yaklaşık yüzde 14'üne neden olmaktadır.

İshal nedeniyle ölümler 2000 yılında 1,2 milyon iken, 2011 yılında 645.000'dir ki son on yılda neredeyse yarı yarıya azalmıştır. Beş yaş altı çocuklarda kızamık ölümleri, 2000 yılındaki 480.000'den 2011 yılında 130.000'e düşmüştür. 2011'de 2000 yılına göre pnömoniye bağlı 510.000 ve sıtma nedeniyle 175.000 daha az çocuk ölmüştür. Ancak yine de 2011 yılında tüm 5 yaş altı çocuk ölümleri üçte birinden fazlası bu 4 enfeksiyon hastalığı nedeniyle dir (**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, 2013a**).

Beş yaş altı çocuk ölümlerinin önde gelen nedenlerinden olan pnömoni insidansının gelişmekte olan ülkelerde her çocuk yılı için 0.29, gelişmiş ülkelerde 0.05 olduğu tahmin edilmektedir. Bu, dünyada her yıl 156 milyon yeni olay anlamına gelir ki bunun 151 milyonu gelişmekte olan ülkelerdedir. Vakaların çoğu Hindistan (43 milyon), Çin (21 milyon) ve Pakistan (10 milyon) ile Bangladeş, Endonezya ve Nijerya'da (her birinde 6 milyon) ortaya çıkmaktadır. Olguların %7-13'ü yaşamı tehdit edecek boyuttadır ve hastanede yatışı gerektirir. Araştırmalar pnömoni insidansının yüksek olmasında risk faktörlerinin, anne sütüyle beslenme eksikliği, yetersiz beslenme, kapalı ortam hava kirliliği, düşük doğum ağırlığı, kalabalık ortamlar ve kızamık aşılama eksikliği olduğunu ortaya koymaktadır (**Rudan, 2008**).

Enfeksiyon hastalıkları nedeniyle çocuk ölümlerinin çoğu 6 aya kadar sadece anne sütü alma, bağışıklama, uygun antibiyotik kullanımı, oral rehidratasyon tedavisi ve çinko, insektisit, cibinlik ve antimalaryal tedavi gibi bilinen, basit, karşılanabilir, düşük maliyetli müdahalelerle önlenir.

Yüksek gelirli ülkelerde, tüm çocuk ölümlerinin dörtte birinden fazlası (%26) konjenital anomaliler nedeniyle ve yaklaşık dörtte biri (%23) prematürite nedeniyle olmaktadır. Düşük ve orta gelirli

ülkelerde ise konjenital anomaliler, ölümlerin 15'de 1'ine, prematürite 6'da 1'ine neden olmaktadır. 2011 yılında yenidoğan ölümlerinin en düşük oranı (tüm 5 yaş altı çocuk ölümleri üçte biri) Afrika Bölgesi'nde meydana gelmiş, öte yandan, dünyada sıtmaya bağlı tüm beş yaş altı ölümlerinin %95'i ve HIV / AIDS nedeniyle tüm beş yaş altı ölümlerinin %89'u Afrika Bölgesi'nde olmuştur. 2011 yılında pnömoni nedeniyle 5 yaş altı çocuk ölümleri oranı DSÖ Güney Doğu Asya bölgesinde (%20) en yüksek ve Amerika Bölgesi'nde (%10) en düşük olarak gerçekleşmiştir (**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, 2013a**). Düşük gelir gruplarında ölümlerin büyük kısmının önlenabilir nedenlerle meydana geldiği görülmektedir.

Tüm dünyada toplam 2.2 milyar çocuk yaşamaktadır. Bunların 1.9 milyar'ı gelişmekte olan ülkelerdedir. Her iki çocuktan biri yoksulluk içinde yaşamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde çocukların üçte biri (yaklaşık 640 milyon çocuk) yeterli barınma imkanlarından, her beş çocuktan biri (yaklaşık 400 milyon çocuk) temiz içme suyu imkanlarından yoksundur ve her yedi çocuktan biri (yaklaşık 270 milyon çocuk) sağlık hizmetlerine erişememektedir. Yeterli su ve sanitasyon imkanlarından yoksun oldukları için her gün ölen çocuk sayısı 3900 ve yıllık ölüm sayısı, 1.4 milyondur. Dünyada, ilköğretim çağındaki 121 milyonu aşkın çocuk okula gitmemekte; bunların çoğunluğunu kızlar oluşturmaktadır (**UNICEF web sayfası**).

Rutin bağışıklama yoluyla her yıl 2.2 milyon çocuk ölümü önlenir (**UNICEF web sayfası**). Bağışıklama oranları incelendiğinde de eşitsizlikler görülmektedir. 2011 yılında 1 yaşına kadar kızamık aşısı yapılanların oranı ülkelere göre %28 ile %99 arasında değişmektedir. Bu oran DSÖ Afrika Bölgesi'nde %75, Batı Pasifik Bölgesi'nde %96 olarak gerçekleşmiştir. Aynı dönemde DBT3 aşısı için oranlar %22 ile %99 arasında ve yine benzer şekilde en düşük Afrika Bölgesi'nde (%71), en yüksek Batı Pasifik Bölgesi'nde (%96) gerçekleşmiştir (**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, 2013d**).

Hindistan'da yapılan bir çalışma aşılama oranının kızlarda erkeklerden 5 puan düşük olduğunu göstermiştir. Hindistan'da yoksul bölgede doğmuş çocukların ve annesi eğitim almamış çocukların aşılama konusunda dezavantajlı olduğu saptanmıştır (**Boroah, 2004**).

İngiltere Birmingham'da, etnik gruplar arasında 1994 ve 2000 yılları arasında MMR aşılama oranlarının incelendiği bir araştırmaya göre MMR

aşılama oranları Asya'lı çocuklarda anlamlı olarak artarken beyazlarda anlamlı olarak azalmıştır. Etnik gruplar arasındaki farklılık en yüksek (Asya'lı) ve en düşük (Karayip'li) grup arasında oran %2.1'den %6.8'e yükselmiştir. Bu çalışma, etnik gruplar arasındaki eşitsizliği göstermektedir (**Hawker, 2007**).

Japonya'da, kızamık içeren aşı oranları ile gelir eşitsizliği ve sosyal sermaye arasındaki ilişkiyi araştıran bir araştırma yüksek gelir eşitsizliği olan bölgede daha düşük aşılama oranları; yüksek sosyal sermaye ise yüksek aşılama oranı ile ilişkili bulunmuştur (**Nagaoka, 2012**).

Bangladeş'te aşılama hizmetindeki eşitsizliklerin incelendiği bir çalışma, kız çocuklarının erkek çocuklara göre daha düşük aşılama oranına sahip olduğunu, farkın doz sayısındaki artışla genişlediği; anneleri daha eğitilmiş olan çocuklar için oranların daha yüksek olduğu; babası yüksek statülü olan çocuklarda da yüksek olduğu saptanmıştır. Kentsel alanlarda yaşayan çocukların kırsal alanda yaşayanlara göre tam aşı olma oranları daha fazla bulunmuştur (12-23 aylık çocuklar için sırasıyla %70 ve %59). Kentsel alanlarda da, gecekondularda durumun daha kötü olduğu görülmüştür. Büyük farklılıklar ülkenin çeşitli idari bölgeleri arasında da saptanmıştır. Etnik azınlıkların olduğu bölgelerde aşılama oranları daha düşük bulunmuştur. Ayrıca yerel işçilerin çocuklarının yabancı sermayeli çalışanların çocuklarından daha düşük bir aşılama oranına sahip olduğu gözlenmiştir (**Chowdhury, 2003**).

Çin'in bir eyaletinde, 2008-2009 doğumlu çocukların BCG, difteri, tetanoz, boğmaca, çocuk felci, hepatit B, kızamık aşılarıyla bağışıklama kapsamının belirleyicilerini tespit etmeyi amaçlayan çalışma sonuçlarına göre; aşılama oranlarının kardeş sayısı, annenin eğitim düzeyi, yerleşim alanlarının sosyoekonomik düzeyi, klinik bağışıklama hizmetinden memnuniyet ve yerel aşı kliniğine kolay erişimle ilişkili olduğu bulunmuştur (**Hu, 2011**).

Çocuk ölümlerinin önemli bir bölümü iyi bir sağlık sistemi varlığı ve aşılama hizmetleri ile önlenir. Malavi'de bağışıklamada bölgeler arasındaki farklılıkların değerlendirildiği çalışmada doğumu sağlık kuruluşunda ya da hemşire/ebe yardımıyla yapan kadınların çocuklarında aşılama oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Sağlık personelinin katıldığı doğumların oranının yüksek olduğu bölgelerde aşı oranlarının da daha yüksek olduğu gözlenmiştir (**Abebe, 2012**).

Genel olarak bakıldığında pek çok göstergede olduğu gibi aşı oranlarında da cinsiyet, sosyoekonomik durum, anne eğitim düzeyi ve kent-kır arası eşitsizliklerin olduğu görülmektedir.

Bir başka gösterge olan doğumda yaşam beklentisi için de durum pek farklı değildir. Tüm dünyada doğumda yaşam beklentisi 2011'de 70 yıldır. Ancak ülkelerarası eşitsizlik burada da çok belirgindir ve 47 ile 83 yıl arasında değişmektedir. DSÖ Afrika Bölgesi'nde 56 iken Amerika, Avrupa ve Batı Pasifik Bölgesi'nde ise 76 yıldır (**Dünya Sağlık Örgütü web sayfası, 2013d**).

Dünyada HIV/AIDS yüzünden annesiz/babasız kalan çocuk sayısı 15 milyondur ki bu sayı Almanya'da yaşayan çocuk sayısı kadardır. Sahra altı Afrika'da 14 yaşından küçük olup HIV pozitif olan tahmini çocuk sayısı (1.9 milyon), İspanya'da 5 yaşından küçük toplam çocuk sayısına eşittir (**UNICEF web sayfası**).

Dünyanın en yoksul 20 ülkesi arasında 16'sı son 15 yıl içinde önemli silahlı çatışmalara tanık olmuştur. İster doğrudan ister dolaylı olsun, çocuklar, her zaman silahlı çatışmalardan da ilk etkilenenlerdir. Çocuklar savaşta ölmeseler ve yaralanmasalar bile, bu yüzden yaşadıkları annesiz/babasız kalma, sevdiklerini kaybetme, kaçırılma ya da şiddet, fiziksel, duygusal ya da cinsel istismara uğrama, yerlerinden olma, okulundan ve diğer sosyal destek yapılarından yoksun kalma, yoksulluk gibi olumsuzluklar çocuklarda psikolojik ve psikososyal yaralara yol açabilmektedir. Savaşlar nedeniyle yiyecek, su, elektrik, yakıt veya tıbbi malzeme gibi temel gereksinimlere ulaşamayan milyonlarca çocuk açlık, hastalık, yetersiz barınma koşulları ve yoksulluk içerisinde yaşam mücadelesi vermek zorunda kalır (**Dünya Çocuklarının Durumu, 2005**).

1990 yılından bu yana silahlı çatışmalar yüzünden tahmini olarak 1.6 milyon çocuk hayatını kaybetmiştir. 5 yıl süren 'tipik' bir savaşta 5 yaş altı ölüm hızında meydana gelecek tahmini artış yüzde 13 oranındadır. Yine silahlı çatışmalar ve insan hakları ihlalleri yüzünden evlerini terk etmek zorunda kalan çocuk sayısı ABD'de yaşayan 5 yaşından küçük çocuk sayısı kadardır: 20 milyon (**UNICEF web sayfası**).

Genel olarak, sağlık göstergelerinin raporlanmasında ulusal ortalamalara odaklanır. Ancak, ülke içindeki ve nüfus alt grupları arasında sağlık ve sağlık hizmetlerinin dağılımı verileri eşit derecede önemlidir. Sağlık ve sağlık hizmeti sunumunda haksız

ve önlenebilir farklar, eğitim düzeyi, meslek, hane halkı gelir düzeyi gibi sosyoekonomik faktörlerden, coğrafik konum ve/veya etnisite ve cinsiyete kadar geniş bir yelpazede gözlenmektedir.

Tüm göstergelerde kızlar erkeklere göre, kırsal alanda yaşayanlar kentsel alanda yaşayanlara göre, hiç eğitim almamış anne çocukları ilköğretim ya da daha yüksek eğitim almış anne çocuklarına göre dezavantajlı durumdadır.

UNICEF'in "2012'de Çocukların Durumu: Kentsel Dünyada Çocuklar" adlı raporunda, milyonlarca çocuğun şehre çok yakın yaşamasına rağmen temel hizmetlere ulaşamadığı vurgulanmaktadır. Rapor da, varoşlarda yaşayan çocukların sıklıkla su, elektrik ve sağlık hizmeti sıkıntısı çektiği belirtilerek, politika belirleyicilere, şehir planlamalarının çocukların ihtiyaçlarının karşılanacağı şekilde yapılması çağrısında bulunulmuştur (**Dünya Çocuklarının Durumu, 2012**).

Kentsel bölgelerdeki çocukların üçte birinden fazlasının nüfus cüzdanının bile bulunmadığı, bu yüzden yetkililerce varlıkları bilinmeyen bu çocukların sosyal programlardan da yararlanamadığı vurgulanmıştır. Bu oranın, kırsal bölgeden kentlere göçün en yüksek olduğu Afrika ve Asya'da yarıya çıktığı belirtilmektedir. Şehirde yaşayan yoksul çocukların çoğunun okullara gönderilmediğine, aile bütçesine katkı için işe gitmeye zorlandığına, bu işlerin de bazen tehlikeli olabildiğine de dikkat çekilmiştir (**Dünya Çocuklarının Durumu, 2012**).

Bu arada çocuk işçiliğinde de eşitsizliklerin olduğu hatırlanmalıdır. Çocuk işçilerin sayısı 2000 yılından bu yana üçte bir oranında azalarak 246 milyondan 168 milyona düşmüştür. Bunların yarısından fazlası, 85 milyon çocuk (2000 yılında 171 milyon) tehlikeli işlerde çalışmaktadır. Asya ve Pasifik'de hala büyük sayılarda (yaklaşık 78 milyon, çocuk nüfusunun %9.3) çocuk çalışan vardır, ancak Sahra altı Afrika (59 milyon, %21'in üzerinde) çocuk işçiliğinin en yüksek olduğu bölge olmaya devam etmektedir. Tarım, çocuk işçiliğinde en önemli sektör olmaya devam ederken (98 milyon, ya da %59), sanayi ve hizmet sektörü de özellikle kayıt dışı ekonomide ihmal edilmeyecek düzeydedir (**Uluslararası Çalışma Örgütü web sayfası**).

Çocuk sağlığı ile ilgili olarak, aşırı yoksulluğun ve açlığın yok edilmesi, evrensel ilköğretimin sağlanması, çocuk ölüm oranının azaltılması maddelerini de içeren Binyıl Kalkınma Hedefleri'nin 2015 yılına

kadar gerçekleşmesi için gerekli yıllık harcama miktarı, 40 milyar ile 70 milyar dolar arasında tahmin edilmektedir; 2003 yılında dünyadaki askeri harcamalar, 956 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir (**Dünya Çocuklarının Durumu, 2005**).

Sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesi sadece sunulacak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ile mümkün değildir. Öncelikle yoksulluk ve açlıkla mücadele gereklidir ki bu da etkili politikaları gerektirir. Belirlenecek hedefin ulaşılabilir olması, tüm toplumu kapsamaması, uygulanabilir ve izlenebilir olması önemlidir. Politika belirleyiciler başta olmak üzere tüm toplumun sosyoekonomik eşitsizliklerin önemini bilen, duyarlı kişilerden oluşması sorunun çözümü için en temel faktörlerdendir.

Kaynaklar

Abebe D. S. , Nielsen V. O. , Finnvold J. E. (2012) Regional inequality and vaccine uptake: a multilevel analysis of the 2007 Welfare Monitoring Survey in Malawi. BMC Public Health 12:1075.

Belek İ. (2011) Sağlıkta Eşitsizlik Konusunda Yöntem. 3.Kent ve Sağlık Sempozyumu- Eşitsizlikler Kaçınılmaz mıdır? Sempozyum Kitabı 27-28 Mayıs 2011, Bursa
<http://www.kentsaglik.org/Sempozyum2011.pdf>

Birleşmiş Milletler web sayfası (2013) Children and the Millennium Development Goals, <http://www.un.org/millenniumgoals/> (erişim tarihi: 9.10.2013)

Borooh V.K. (2004) Gender bias among children in India in their diet and immunisation against disease Social Science & Medicine, , Volume 58, Issue 9, Pages 1719-1731.

Chowdhury M.R., Bhuiya A. Mahmud S. Abdus Salam A.K.M., Karim F. (2003) Immunization Divide: Who Do Get Vaccinated in Bangladesh? Journal of Health, Population and Nutrition. Vol. 21 No. 3 <http://www.jhpn.net/index.php/jhpn/article/view/208/203>

Dehghan M. Danesh N.A., Merchant A.T. (2005) Childhood obesity, prevalence and prevention. Nutrition Journal 4:24. <http://www.nutritionj.com/content/4/1/24>

Darmon N., Drewnowski A. (2008) Does social class predict diet quality? Am J Clin Nutr, 2008;87:1107-17. American Society for Nutrition

Dünya Sağlık Örgütü web sayfası (2013 a) Causes of child mortality, by region, 2000-2011, http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_causes_region_text/en/index.html (a) (erişim tarihi:9.10.2013)

Dünya Sağlık Örgütü web sayfası (2013b) Underweight in children, http://www.who.int/gho/mdg/poverty_hunger/underweight_text/en/index.html (b) (erişim tarihi:10.9.2013)

Dünya Sağlık Örgütü web sayfası (2013c) Children: reducing mortality, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/index.html> (c) (erişim tarihi:18.9.2013)

Dünya Sağlık Örgütü web sayfası (2013d) World Health Statistics 2013. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf (d) (erişim tarihi:18.9.2013)

Dünya Sağlık Örgütü web sayfası (2014) Stunting among children aged five or younger: inequality by child's sex. http://www.who.int/gho/health_equity/outcomes/stunting_children_text/en/index.html (e) (erişim tarihi:02.01.2014)

Dünya Çocuklarının Durumu (2005), Çocukluk Tehdit Altında, UNICEF.

Dünya Çocuklarının Durumu (2012) Kentsel Dünyada Çocuklar, UNICEF.

Hawker J.I., Olowokure B., Wood A.L., Wilson R.C., Johnson R. (2007) Widening inequalities in MMR vaccine uptake rates among ethnic groups in an urban area of the UK during a period of vaccine controversy (1994–2000). *Vaccine*, Volume 25, Issue 43, Pages 7516–7519.

Hu Y., Chen E. Li Q., Chen Y., Qi X. (2011) Immunization Coverage and Its Determinants Among Children Born in 2008–2009 by Questionnaire Survey in Zhejiang, China. <http://aph.sagepub.com/content/early/2011/12/08/1010539511430995.abstract>

Müller O. Krawinkel M. (2005) Malnutrition and health in developing countries. *CMAJ* vol. 173 no. 3

Nagaoka K. Fujiwara T. Ito J. (2012) Do income inequality and social capital associate with measles-containing vaccine coverage rate?. *Vaccine*, Volume 30, Issue 52, 14. Pages 7481–7488

Rudan I., Pinto C. B., Biloglav Z. Mulholland K. Campbell H. (2008) Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bull World Health Organ* vol.86 n.5 Geneva

Spencer N. (2003) Social, Economic, and Political Determinants of Child Health, *Pediatrics*;112;704. http://pediatrics.aappublications.org/content/112/Supplement_3/704.full.html (erişim tarihi:10.9.2013)

Swinburn B.A, Sacks G., Hall K.D., McPherson K., Finegood D.T, Moodie M.L., Gortmaker S.L. (2011) The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet*. 378: 804–14

Uluslararası Çalışma Örgütü web sayfası Child Labour <http://www.ilo.org/global/topics/child-labour/lang--en/index.htm#a2>

UNICEF web sayfası Dünya Çocuklarının Durumu (2005) H Basın Özeti, http://www.unicef.org/turkey/dcd05/_sum05_3.html (erişim tarihi: 9.10.2013)