

Ülkeler Arası Sağlıkta Eşitsizliklerin Karşılaştırılması

Comparison of Health Inequalities Between Countries

Gökhan ABA,^a
Metin ATEŞ,^b
Haydar SUR^c

^aSağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü,
Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Balıkesir

^bSağlık Yönetimi Bölümü,
Marmara Üniversitesi

^cSağlık Bilimleri Enstitüsü,
Biruni Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 12.03.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 04.04.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Gökhan ABA
Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü,
Balıkesir,
TÜRKİYE/TURKEY
gokhanaba@aydin.edu.tr

ÖZET Amaç: Bu çalışma, ülkeler arası sağlık eşitsizliklerinin boyutlarını, eşitsizliğe neden olan değişkenleri ve bu değişkenlerin etki derecelerini saptayabilmek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Geriye dönük tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada, 175 ülke araştırma örneklemini oluşturmuş ve eşitsizliklerin ortaya konabilmesi için 29 gösterge kullanılmıştır. Araştırmada öncelikle ülkelere ait her bir değişken en kötü göstergeden en iyi göstergeye doğru sıralanmış ve her ülkeye karşılık gelen sıra puanı (1-175) skor olarak atanmıştır. Bu puanlardan elde edilen ülke sıralamaları tablo ve dünya haritası üzerinde gösterilmiştir. Global sağlık göstergelerinin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bölgelerine ve gelir gruplarına göre dağılımı grafikler hâlinde gösterilmiştir. Çalışmada kullanılan değişkenlerin birbirleriyle ilişkisi ve bu değişkenlerin, toplumların sağlık düzeyinin üç önemli göstergesi (doğumda beklenen yaşam süresi, anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı) üzerine etkisi araştırılmıştır. **Bulgular:** Ülkelerin global sağlık göstergelerinden aldıkları toplam puana göre, Afrika ülkelerinin en kötü, Avrupa ülkelerinin ise genel olarak en yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile sağlık göstergeleri arasında çok güçlü bir ilişkinin olduğu ve ülkeler arası sağlık göstergelerinde büyük uçurum olduğu göze çarpan diğer önemli hususlardır. **Sonuç:** Ülkeler arasındaki sağlık eşitsizlikleri düzeyi çok yüksektir. Başta Birleşmiş Milletler ve DSÖ olmak üzere ilgili tüm uluslararası kuruluşların sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında daha etkin rol oynamaları ve daha somut adımlar atmaları gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık durumu eşitsizlikleri; sağlık durumu göstergeleri

ABSTRACT Objective: The purpose of this study is to look at the sizes of health inequalities between countries along with the variants that contribute to inequality and the extents to which they contribute. **Material and Methods:** This retrospective descriptive study considers a research sample of 175 countries through 29 indicators to present health inequalities. Firstly, countries have been ranked for each variant from highest to lowest and the corresponding position (1 to 175) has been taken as that country's score for that variant. The scores have then been indicated on tables and world maps. The distribution of global health indicators per World Health Organization (WHO) region and income group has been indicated in graphs. The study also works on the interdependencies of the various variants used in the study and their relative impact on the three main indicators of societies' health: life expectancy at birth, maternal mortality and infant mortality. **Results:** The ultimate scores that countries receive in global health indicators show us that African countries have the lowest average scores whereas European countries have the highest. Other significant observations include a strong correlation between the level of development in a country and its health indicators as well as a considerable gap between the various countries. **Conclusion:** Consequently, the level of inequality in health is very high between countries. All international organisations, specifically the United Nations and WHO can help alleviate the inequalities by playing a more active role and taking firm steps.

Key Words: Health status disparities; health status indicators

doi: 10.5336/healthsci.2015-44564

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Health Sci 2016;1(1):24-37

İnsanlığın küresel düzeyde yaşadığı temel sorunların merkezinde yer alan eşitsizlikler sağlık için büyük bir tehdit oluşturmakta ve sağlığı olumsuz olarak etkileyen etmenlerin ardındaki temel neden olarak görülmektedir. Sağlıkta eşitsizlikler konusunun detaylarına geçmeden önce eşitlik/eşitsizlik kavramlarına ve bu kavramlarla sıklıkla karıştırılan hakkaniyet/hakkaniyetsizlik kavramlarına açıklık getirmekte fayda vardır. “Equailty” iki ya da daha çok şeyin eşit olması durumu, denklik anlamındadır (TDK). Bu kelimenin zıttı olan “inequality”, iki veya daha çok şeyin eşit olmaması durumu, müsavatsızlık anlamındadır (TDK). Hakkaniyet kavramı, çoğu zaman eşitlik kavramıyla karıştırılsa da bu iki kavram birbirinden farklıdır. “Equity” kısaca adalet, haklılık, doğruluk anlamlarına gelir. Bir başka ifadeyle, “teoride değil pratikte, herkesin uygun sağlık hizmetlerine erişebilmesi ve kullanabilmesidir”.¹ Hakkaniyet kavramının ahlaki ve etik boyutu vardır. Hakkaniyetsizlik (inequity) gereksiz, önlenebilir ve adil olmayan farklılıkları ifade eder.² Sağlıkta eşitsizlik bazılarının diğerlerine göre genetik ve fizyolojik olarak dezavantajlı olmasıdır. Yani, eşitsizlik denince bugün için insan eliyle değiştirilmesi mümkün olmayan durumların yol açtığı farklılıklar akla gelmelidir. Sağlıkta hakkaniyetsizlik ise bazılarının diğerlerine göre sosyal farklılaşma nedenleriyle sağlık hizmetlerine erişim, kullanım ve sağlık açısından dezavantajlı olmasıdır. İşte bu kısım, insan eliyle meydana gelmiş ve yine insan eliyle düzeltilmesi gereken kısmını oluşturmaktadır.

Eşitlik ve hakkaniyet kavramları farklı anlam taşımakla birlikte birbirleriyle ilişkilidir. Çünkü eşitsizliği azaltmak amacıyla yapılan müdahaleler hakkaniyetsizliği de azaltabilir veya bunun tersi de geçerlidir. Ancak eşitsizlik, her zaman hakkaniyetsizlik anlamına gelmeyebilir. Örneğin; aynı gelir düzeyine sahip iki grup arasında doğuştan beklenen yaşam süresinde bulunan fark, yaşam tarzlarındaki farklılıklardan kaynaklanıyor ise bu eşitsizlik hakkaniyetsizlik anlamına gelmeyebilir.³ Kısaca, eşitlik/eşitsizlik matematiksel olarak eşit olma/olmama durumunu, hakkaniyet/hakkaniyetsizlik ise hakça, adaletli davranma/davranmama durumudur. Her eşitsizlik, hakkaniyetsizlik anlamına gelmez, ancak

hakkaniyetsizlikler, eşitsizlikler sonucu oluşur. Başka bir ifadeyle; her hakkaniyetsiz durum aynı zamanda eşitsizdir, ancak her eşitsiz durum hakkaniyetsiz değildir.

Sağlıkta eşitsizlikler Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık eşitsizlikleri farklı nüfus grupları arasında, sağlığın temel belirleyicilerinin dağılımındaki ya da sağlık statüsündeki farklılıklardır. Başka bir tanımda ise “belli bir hastalığa ya da sakatlığa sahip, yaşam süreleri refah seviyeleri yüksek olan toplumlara göre daha kısa olan, daha fakir ve/veya daha dezavantajlı sosyal gruplar arasındaki sağlık çıktılarında sistematik ve önlenebilir farklılıklar” olarak tanımlanmıştır.⁴ Whitehead, sağlık eşitsizliklerini şu şekilde tanımlamıştır: “Çeşitli sosyal gruplar arasında var olan, sosyoekonomik nedenlerden kaynaklanan, bu nedenle ortadan kaldırılabılır ve engellenebilir nitelikteki sağlık düzeyi ve sağlık hizmeti kullanımındaki farklılıklardır”.⁵ Kunst ve Mackenbach, sağlıkta eşitsizliklere farklı bir tanımlama getirmişlerdir: “Sağlık eşitsizlikleri, sosyoekonomik statüsü daha yüksek ve daha düşük bireyler arasındaki sağlık problemlerinin prevalansı ve insidansı arasındaki farklılıklardır”.⁶

1974 yılında, Kanada’da dönemin sağlık bakanı Marc Lalonde tarafından hazırlanan ve “Lalonde Raporu” olarak bilinen yayında, sağlığın iyileştirilmesinde sağlık sistemlerinin daha az rol oynadığı, sağlık hizmetlerinin toplumda eşit ve hakkaniyetli bir şekilde dağıtılması için sağlığın sadece insan biyolojisi, sağlık sistemi organizasyonu, çevre ve yaşam tarzı faktörleriyle değil; gelir, meslek ve sosyal destek ağları gibi diğer sosyal faktörler ile birlikte belirlendiği vurgulanmıştır.⁷ Sağlıkta eşitsizlikler konusu uluslararası düzeyde ilk kez 1978 yılında Alma-Ata Deklarasyonu’nda vurgulanmıştır.⁸ Deklarasyon’da, dünyada yaşayan yüz milyonlarca insanın sağlık koşullarının kabul edilemez düzeyde olduğu belirtilmiş, buna ek olarak sağlığa ve sağlık hizmetlerine ilişkin yeni bir yaklaşımın geliştirilmesi çağrısında bulunulmuştur. Bu yeni yaklaşıma göre, zenginlerle yoksullar arasındaki uçurum kapatılacak, sağlık kaynakları daha eşitlikçi bir dağılıma kavuşturulacak ve dünyada yaşayan bütün insanlar toplumsal ve ekono-

mik anlamda üretken bir yaşam sürdürebilecekleri sağlık düzeyine kavuşturulacaktır.⁹ İngiltere’de (1980), Douglas Black liderliğinde bir grup araştırmacı tarafından hazırlanan raporda (The Black Report) ise sağlığı iyileştirmede, sağlık hizmetleri kadar sosyoekonomik faktörlerin de sosyal sınıflar arasındaki sağlık statüsü ve sosyal gradyan farklılıklarını önemli ölçüde etkileyebileceği vurgulanmıştır. Bu rapordan hareketle, 1998 yılında Donald Acheson tarafından hazırlanan raporda (Acheson Raporu), biyolojik, ekonomik, çevresel, kültürel ve davranışsal faktörlerin, sağlığın sosyal varyasyonlarının oluşmasında ve sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına yönelik faaliyetlerde oldukça etkili olduğu belirtilmiştir.⁷ DSÖ’nün 21. yüzyılda “Herkes İçin Sağlık” adlı bildirisinde; ‘2000 yılına kadar ülkelerdeki sosyoekonomik gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılık, dezavantajlı grupların sağlık düzeyleri geliştirilerek tüm üye ülkelerde ¼ oranında azaltılmalıdır.’ ifadesi bulunmaktadır.¹⁰ DSÖ tarafından kurulan Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun 2008 yılında yayımladığı raporda, öncelikli hedefin ülkeler arasında ve ülke içindeki bölgeler arasında sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına vurgu yapılmaktadır.¹¹ DSÖ, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Hakkında Rio Deklarasyonu’nda “Ülkelerin kendi içerisinde ve ülkeler arasındaki sağlık eşitsizlikleri politik, sosyal ve ekonomik olarak kabul edilemez; bu eşitsizlikler adaletsizdir ve büyük ölçüde önlenemez. Sağlık alanında eşitliğin geliştirilmesi sürdürülebilir kalkınma, daha yüksek bir yaşam kalitesi ve herkes için sağlık konusunda hayati bir öneme sahiptir, barış ve güvenliğe de katkı sunabilir.” denmiştir.^{12,13}

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma, geriye dönük tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır. Ülkeler arası sağlık eşitsizliklerinin ortaya konulabilmesi için veriler sistematik bir şekilde gözden geçirilmiş ve analize tabi tutulmuştur.

Araştırmanın evrenini dünyadaki tüm bağımsız ülkeler oluşturmaktadır. Fiilen ve/veya resmen bağımlı ülkeler araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Başlangıçta DSÖ’ye üye toplam 194 ülke araştırmaya dâhil edilmek istenmiş, ancak bazı ül-

kelere ait yeterli ve güncel verilere ulaşılamaması sebebiyle toplam 175 ülke araştırma kapsamına alınmıştır. Bu nedenle araştırmanın örneklemini 175 ülke oluşturmaktadır. Örneklem sayısının evreni temsil etme oranı % 90,2’dir.

Araştırmada kullanılacak değişkenlerin seçimi için literatür detaylı bir şekilde taranmıştır. Literatürde sağlık eşitsizliklerini ölçebilecek çok çeşitli değişkenlerin kullanıldığı saptanmıştır. Çalışmamızda sağlık eşitsizliklerinin ülkeler arası karşılaştırılmasına olanak sağlayacak toplam altı ana değişken ve 29 alt değişken belirlenmiştir. Bu değişkenlerin seçimi için DSÖ tarafından 2013 yılında yayımlanan “Dünya Sağlık İstatistikleri” kaynağında yer alan global sağlık göstergeleri sınıflaması temel alınmıştır.¹⁴ Çalışmada kullanılan ana ve alt değişkenler şunlardır;

1. Yaşam beklentisi ve mortalite hızları

- Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)
- Ana ölüm hızı (her yüz bin canlı doğumda)
- Bebek ölüm hızı (her bin canlı doğumda)
- Beş yaş altı ölüm hızı (her bin canlı doğumda)

2. Nedene özel mortalite hızları

- Bulaşıcı hastalıklara, anneye, gebeliğe, doğuma ve beslenmeye bağlı ölümler (her yüz bin kişide)
- Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümler (her yüz bin kişide)
- Yaralanmalara bağlı ölümler (kasti ve kasti olmayan tüm yaralanmalar) (her yüz bin kişide)

3. Halk sağlığı hizmetleri

- Sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumlar (toplam doğumların yüzdesi olarak)
- Kontraseptif yöntem kullanımı (herhangi bir yöntem) (15-49 yaş kadınların yüzdesi olarak)
- Kızamık aşılama oranı (12-23 aylık çocukların yüzdesi olarak)
- DPT aşılama oranı (12-23 aylık çocukların yüzdesi olarak)

4. Sağlık insan gücü ve altyapı
 - a. Hekim sayısı (on bin kişiye düşen)
 - b. Ebe-hemşire sayısı (on bin kişiye düşen)
 - c. Hastane yatak sayısı (on bin kişiye düşen)
5. Sağlık harcamaları
 - a. Toplam sağlık harcaması (GSYİH'nin yüzdesi olarak)
 - b. Kişi başı sağlık harcaması (\$)
 - c. Kamu sağlık harcaması (toplam sağlık harcamasının yüzdesi olarak)
 - d. Özel sektör sağlık harcamaları (toplam sağlık harcamasının yüzdesi olarak)
 - e. Cepten sağlık harcaması (özel sektör sağlık harcamasının yüzdesi olarak)
6. Demografik ve sosyoekonomik göstergeler
 - a. Nüfus artış oranı (%)
 - b. Bağımlılık oranı (15-64 yaş arası her yüz kişi başına)
 - c. Doğurganlık hızı (her bir kadın başına)
 - d. Adolesan doğurganlık hızı (15-19 yaş arası her bin kadın başına)
 - e. Okuryazarlık oranı (15 yaş üstü nüfusun yüzdesi olarak)
 - f. Ortalama okullaşma yılı (yıl)
 - g. Beklenen okullaşma yılı (yıl)
 - h. İşsizlik oranı (toplam iş gücünün yüzdesi olarak)
 - ı. Toplam GSYİH (milyar \$)
 - j. Kişi başı GSYİH (\$)

Araştırmada öncelikle ülkelere (n:175) ait her bir değişken en kötü göstergeden en iyi göstergeye doğru sıralanmış ve her ülkeye karşılık gelen sıra puanı skor olarak atanmıştır. Bu puanlar, en kötü göstergeye sahip olan ülke 1 puan olmak üzere 1-175 arasında değişmektedir. Aynı değere sahip olan ülkelere aynı puan verilmiştir.

Öncelikle her ülkenin değişkenlerden aldığı puanlar belirlenmiş, sonrasında ise her alt değişkenin puanlarının toplamıyla ana değişken puanları hesaplanmıştır. Bu bağlamda verilerin analizinde,

alt değişkenler için “gerçek değerler” kullanılırken, ana değişkenler için, alt değişkenlerin almış oldukları puanların toplamı ile elde edilen “toplam puanlar” kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular altı ana başlıkta gösterilmiştir. Birinci bölümde; global sağlık göstergelerinin minimum, medyan ve maksimum değerlerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklere, ülkelerin global sağlık göstergelerinden aldıkları toplam puana göre sıralamalarına ve bu puanlardan elde edilen sonuçların dünya haritası üzerinde gösterimine yer verilmiştir. İkinci bölümde; global sağlık göstergelerinin DSÖ bölgelerine ve ülkelerin gelir gruplarına göre grafiksel dağılımı yer almaktadır. Üçüncü bölümde; sağlık eşitsizliklerini ortaya koymada kullanılacak değişkenlerin birbirleriyle olan ilişki düzeyleri analiz edilmiştir. Dördüncü ve son bölümde ise; “doğumda beklenen yaşam süresi”, “anne ölüm hızı” ve “bebek ölüm hızı”nı etkileyen faktörlerin ve etki derecelerinin belirlenmesine yönelik analizlere yer verilmiştir. Son bölümde bu üç göstergenin kullanılmasının sebebi; bunların, toplumların sağlık düzeylerine yönelik ölçütlerde ve sağlık eşitsizlikleri çalışmalarında sıklıkla kullanılıyor olmasıdır. Doğumda beklenen yaşam süresi, bir ülkenin sağlık düzeyini ölçmek için kullanılan önemli göstergedir. İnsani Gelişim Endeksi'nin hesaplanmasında, sağlıkla ilgili değişken olarak yaşam beklentisinin kullanılması bu yargıyı desteklediğini göstermektedir.¹⁵ Bebek ölüm ve anne ölüm hızı da ülkelerin gelişmişliğini ve sağlık düzeyini gösteren diğer iki önemli göstergedir.^{16,17}

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin analizinde öncelikle tanımlayıcı istatistiksel analizler için minimum, median ve maksimum değerler, değişkenlerden elde ettikleri puana göre ülke sıralamaları, ana değişkenlerin bölgelere ve gelir gruplarına göre dağılımı; değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde normal dağılıma uygun olan değişkenler için Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uygun olmayan değişkenler için Spearman korelasyon analizi; doğumda beklenen yaşam süresi, anne ölüm hızı, bebek ölüm hızına etki eden faktörlerin analizinde ise Lineer regresyon analizi (Backward) kullanılmıştır. An-

lamlılık $p < 0,01$ ve $p < 0,05$ düzeylerinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

GLOBAL SAĞLIK GÖSTERGELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde ülkelerin her bir değişkenden aldıkları toplam puanlara göre minimum, %50 (medyan) ve maksimum dilime denk gelen ülkelere ait sonuçlara yer verilmiştir. Yaşam beklentisi ve mortalite değişkenine göre en düşük puan Sierra Leone'ye, en yüksek toplam puan ise Japonya'ya aittir. Nedene özel mortalite hızlarına baktığımızda Malawi en düşük puanı alırken, İtalya'nın en yüksek puanı aldığı saptanmıştır. Halk sağlığı hizmetleri ve demografik/sosyoekonomik göstergeler açısından Çad en düşük puana sahip iken, Güney Kore'nin en yüksek puana sahip olduğu görülmektedir. Sağlık

harcamalarına göre en düşük puan Myanmar'a, en yüksek puan ise Hollanda'ya aittir (Tablo 1).

Bu sonuçlarla ülkelerin; global sağlık göstergelerinden elde ettikleri toplam puanlar ve bu puanlardan elde edilen ülke sıralamalarına göre Almanya 4457 puanla birinci sırada yer alırken, Çad 365 puanla son sırada yer almıştır (Tablo 2). Ülkelerin global sağlık göstergelerinden elde ettikleri toplam puanlara göre çıkarılmış sağlık eşitsizlikleri haritası ve Şekil 1'de görülmektedir. Ülkeler, almış oldukları toplam puanlara göre çok yüksek puan alandan en az puan alana doğru beş sınıfta ele alınmıştır.

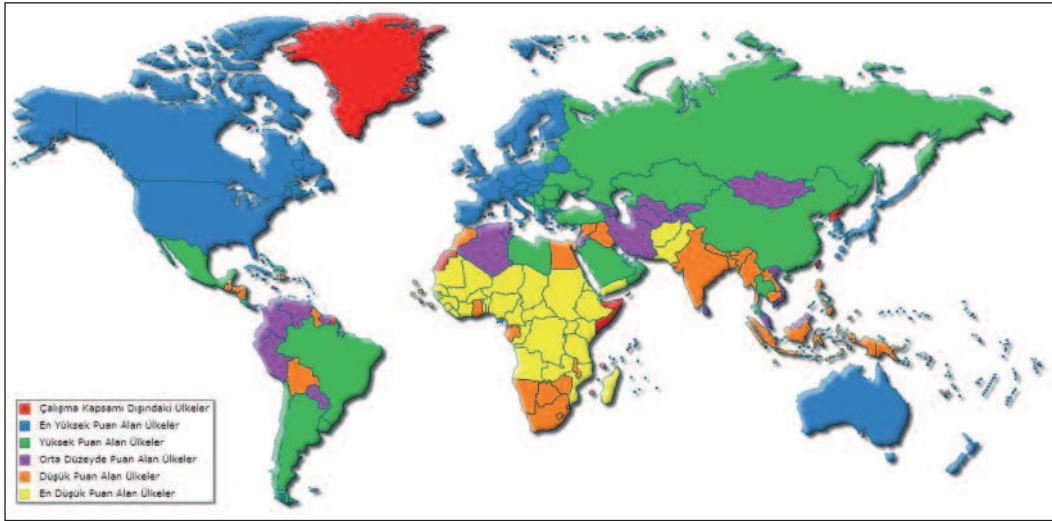
Çalışma kapsamında kullanılan göstergelerden elde edilen puan ortalamalarının, DSÖ'nün kendisine üye devletleri grupladığı altı bölgeye göre dağılımları ve dünya ortalamaları Şekil 2'de görülmektedir. Buna göre, tüm göstergelerde Av-

TABLO 1: Ana değişkenlere ilişkin ülke bilgileri.

Temel değişkenler (toplam skorlar)	Minimum		Medyan		Maksimum	
	Ülke	Skor	Ülke	Skor	Ülke	Skor
Yaşam beklentisi ve mortalite	Sierra Leone	5	Kolombiya	358	Japonya	683
Nedene özel ölümler	Malawi	12	Dominik Cumhuriyeti	265	İtalya	507
Halk sağlığı hizmetleri	Çad	5	Mısır	388	Güney Kore	646
Sağlık insan gücü ve altyapı	Nijer	13	Sri Lanka	266	Belarus	499
Sağlık harcamaları	Myanmar	57	Cape Verde	427	Hollanda	845
Demografik ve sosyoekonomik göstergeler	Çad	157	Fiji	947	Güney Kore	1590
Toplam	Çad	365	Kolombiya	2720	Almanya	4457

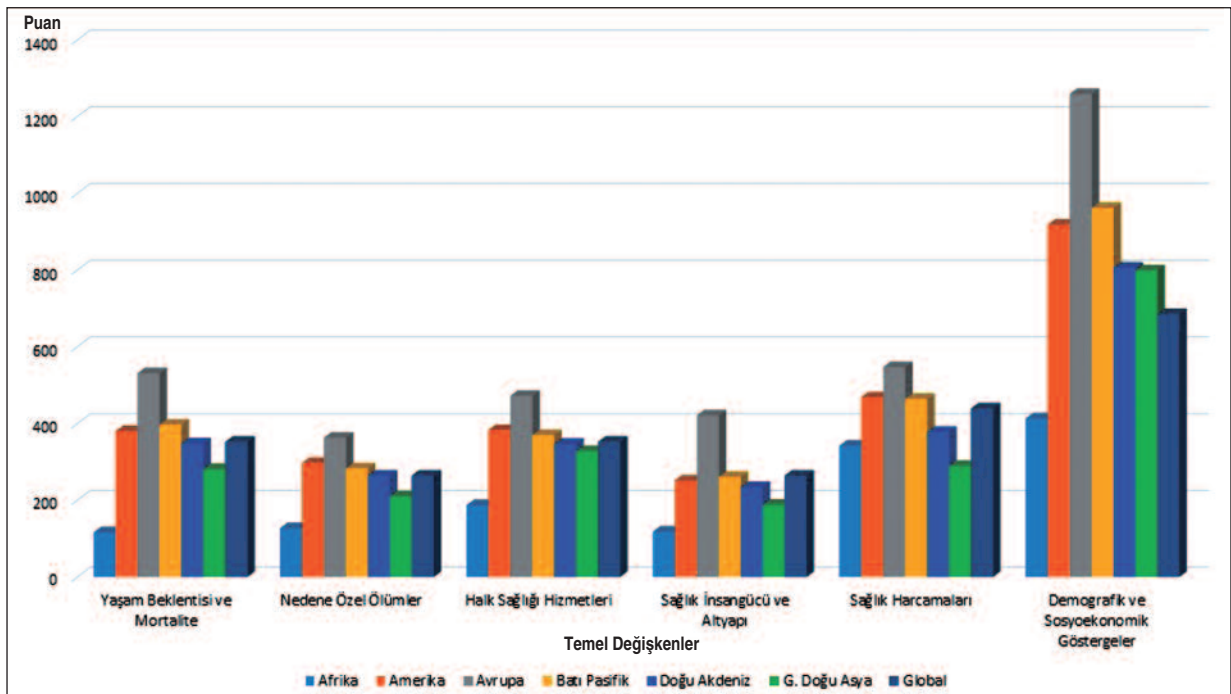
TABLO 2: Ülkelerin sağlık göstergelerinden aldıkları toplam puana göre sıralamaları.

İlk 10'da yer alan ülkeler			Son 10'da yer alan ülkeler		
Sıra	Ülke	Puan	Sıra	Ülke	Puan
1.	Almanya	4457	166.	Nijer	896
2.	Hollanda	4426	167.	Mozambik	848
3.	İsviçre	4272	168.	Fildişi Sahili	782
4.	Norveç	4215	169.	Kongo Demokratik Cumhuriyeti	760
5.	Japonya	4214	170.	Gine-Bissau	744
6.	İsveç	4194	171.	Mali	705
7.	Güney Kore	4176	172.	Afganistan	646
8.	Fransa	4164	173.	Orta Afrika Cumhuriyeti	604
9.	Finlandiya	4161	174.	Gine Cumhuriyeti	544
10.	Çek Cumhuriyeti	4151	175.	Çad	365



ŞEKİL 1: Dünya Sağlık Eşitsizlikleri Haritası.

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/saglik-bilimleri-dergisi/485/tr-index.html>)



ŞEKİL 2: Sağlık göstergelerinden elde edilen puanların bölgelere göre dağılımı.

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/saglik-bilimleri-dergisi/485/tr-index.html>)

rupa'nın en yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu, Afrika'nın ise sağlık harcamaları dışında en düşük puan ortalamalarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Sağlık harcamalarında en düşük ortalama Güney Doğu Asya'ya aittir. Diğer bölgelere ait veriler Şekil 2'de görülmektedir.

GLOBAL SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN GELİR GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI

Bu bölümde ülkelerin global sağlık göstergelerinden elde ettikleri puan ortalamalarının gelir gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Global sağlık göstergelerinin gelir gruplarına göre dağılımına ba-

kıldığında, tüm göstergelerde, elde edilen puan ortalamalarının, ülkelerin gelir seviyesi ile doğru orantılı olarak değiştiği görülmektedir. Başka bir ifadeyle, ülkelerin gelir düzeyi arttıkça sağlık göstergeleri de iyileşmektedir (Şekil 3).

GLOBAL SAĞLIK GÖSTERGELERİ ARASI İLİŞKİ ANALİZLERİ

Bu bölümde öncelikle ana değişkenler arasındaki ilişkiyi gösteren analizler değerlendirilmiş, ardından her bir ana değişkenin diğer ana değişkenlerin alt değişkenleriyle olan ilişkisi analiz edilmiştir. Analiz yapılmadan önce değişkenlerden elde edilen verilerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları belirlenmiştir. Normal dağılıma uygun olan veriler için Pearson korelasyon katsayısı, normal dağılıma uygun olmayan veriler için Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Analizlerde, ana değişkenler için alt değişkenlerden elde edilen toplam puanlar, alt değişkenler için ise gerçek değerler kullanılmıştır. Bu nedenle ilgili analiz hakkında yorum yaparken bu gerçeğe dikkat çekmek gerekmektedir. Örneğin; Tablo 3'te "yaşam beklentisi ve mortalite" ile "nedene özel mortalite hızları" arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır. Buna göre yaşam beklentisi ve mortalite puanı arttıkça (doğumda beklenen yaşam süresi arttıkça ve mortalite hızları azaldıkça) nedene özel mortalite hızlarına ait puanlar da artmaktadır (Nedene özel mortalite hızları düşmektedir). Bir ana değişkenin almış olduğu puanın yüksek olması, o

ana değişkene ait alt değişkenlere ilişkin göstergelerin iyi olduğunu göstermektedir. "Verilerin Analizi" başlığı altında belirtildiği üzere, bir göstergeye ait puanlama yapılırken olumsuz göstergelerde (mortalite hızları gibi) en düşük değere sahip ülke en yüksek puanı alırken, olumlu göstergelerde (doğumda beklenen yaşam süresi gibi) en yüksek değeri alan ülke en yüksek puanı almıştır.

Ana değişkenlerin birbirleriyle ilişki düzeyini belirlemek amacıyla yapılan istatistiksel analiz sonucunda tüm değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. En yüksek ilişki; yaşam beklentisi ve mortalite hızları ile demografik ve sosyoekonomik göstergeler arasında ($r:0,916$) bulunmuş iken, en düşük ilişkinin ($r:0,469$) halk sağlığı hizmetleri ile sağlık harcamaları arasında olduğu bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 3).

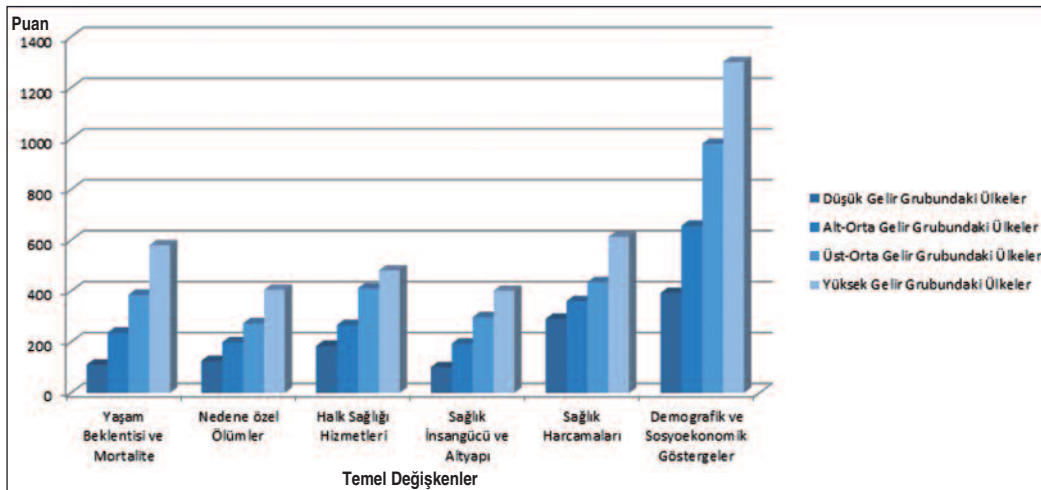
GLOBAL SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN DOĞUMDA BEKLENEN YAŞAM SÜRESİ, ANNE ÖLÜM HIZI VE BEBEK ÖLÜM HIZI ÜZERİNE ETKİLERİ

Bu bölümde tüm global sağlık göstergeleri değişkenlerinin, eğitim* gelir** ve İnsani Gelişim Endeksi'nin*** doğumda beklenen yaşam süresi, anne ve bebek ölüm hızları üzerine etkisi analiz edil-

* Eğitim endeksi; okuryazarlık oranı, ortalama okullaşma yılı ve beklenen okullaşma yılı puanlarının toplamıyla oluşturulmuştur.

** Gelir endeksi; Toplam ve kişi başı GSYİH puanlarının toplamıyla oluşturulmuştur.

*** İnsani Gelişim Endeksi; Ülkelerin HDR sıralamalarından elde edilen puanlar aracılığıyla oluşturulmuştur.



ŞEKİL 3: Sağlık göstergelerinden elde edilen puanların gelir gruplarına göre dağılımı.

(Renkli hâli için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/saglik-bilimleri-dergisi/485/tr-index.html>)

TABLO 3: Ana değişkenlerin birbirleriyle ilişkisi (n:175).

	Yaşam beklentisi ve mortalite	Nedene özel mortalite hızları	Halk sağlığı hizmetleri	Sağlık insan gücü ve altyapı	Sağlık harcamaları	Demografik ve sosyoekonomik göstergeler
Yaşam beklentisi ve mortalite	1					
Nedene özel mortalite hızları	0,865**	1				
Halk sağlığı hizmetleri	0,765**	0,620**	1			
Sağlık insan gücü ve altyapı	0,835**	0,689**	0,718**	1		
Sağlık harcamaları	0,662**	0,644**	0,469**	0,577**	1	
Demografik ve sosyoekonomik göstergeler	0,916**	0,759**	0,804**	0,897**	0,576**	1

r: Pearson korelasyon analizi

**p<0,01

TABLO 4: Doğumda beklenen yaşam süresine etki eden faktörler.

Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	Beta katsayısı	t	p
Doğumda beklenen yaşam süresi	Sabit değer	83,441	30,149	0,001**
	Anne ölüm hızı	-0,007	3,310	0,001**
	Beş yaş altı ölüm hızı	-0,087	7,723	0,001**
	Nedene özel mortalite	0,021	7,048	0,001**
	Sağlık harcamaları	0,007	4,388	0,001**
	Eğitim endeksi	0,014	3,309	0,001**
	İnsani Gelişim Endeksi	0,082	5,598	0,001**
R=0,961	R ² =0,923	F=334,766	Anova	p=0,001**

**p<0,01.

miştir.¹⁻³ Bu etkinin belirlenmesi amacıyla lineer regresyon analizi (Backward) yöntemi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar tablolar hâlinde modellenmiş ve açıklanmıştır.

Tablo 4'te, tüm değişkenlerin, eğitim, gelir ve İnsani Gelişim Endeksi'nin doğumda beklenen yaşam süresi üzerine etkisini gösteren model görülmektedir. Buna göre, model ileri düzeyde anlamlı (p<0,01) bulunmuş ve R² değeri 0,923 olarak saptanmıştır. Anne ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, nedene özel mortalite hızı, sağlık harcamaları (toplam puan), eğitim endeksi ve İnsani Gelişim Endeksi sıralaması doğumda beklenen yaşam süresine ilişkin varyansı %92,3 oranında açıklamaktadır. Diğer bir ifadeyle, doğumda beklenen yaşam süresi %92,3 oranında bu faktörlere bağlı olarak şekillenmektedir.

Değişkenlerin anne ölüm hızı üzerine etkisi ile ilgili model Tablo 5'te görülmektedir. Buna göre model ileri düzeyde anlamlı (p<0,01) bulunmuş ve

R² değeri 0,800 olarak saptanmıştır. Doğumda beklenen yaşam süresi, sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumlar, adolesan doğurganlık hızı ve İnsani Gelişim Endeksi sıralaması ile anne ölüm hızına ilişkin varyansı %80 oranında açıklamaktadır. Diğer bir ifadeyle, doğumda beklenen yaşam süresi %80 oranında bu faktörlere bağlı olarak şekillenmektedir. Anne ölüm hızını; doğumda beklenen yaşam süresininin 16 764 kat azaltıcı, sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumların -3,030 kat azaltıcı, adolesan doğurganlık hızınının 0,669 kat artırıcı ve İnsani Gelişim Endeksi sıralamasınının -0,871 kat azaltıcı etkisi olduğu görülmüştür. Bu değerlere göre oluşan model aşağıdaki şekildedir;

Tablo 6'da bebek ölümüne etki eden faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılan regresyon analizi sonuçları görülmektedir. Model ileri düzeyde anlamlı (p<0,01) bulunmuş ve R² değeri 0,867 olarak saptanmıştır. Doğumda beklenen yaşam süresi, ebe-hemşire sayısı, sağlık harcamaları, doğurgan-

TABLO 5: Anne ölüm hızına etki eden faktörler.

Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	Beta katsayısı	t	p
Anne ölüm hızı	Sabit	1633,989	10,809	0,001**
	Doğumda beklenen yaşam süresi	-16,764	9,995	0,001**
	Sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumlar	-3,030	5,786	0,001**
	Adolesan doğurganlık hızı	0,669	2,403	0,017*
	İnsani Gelişim Endeksi	-0,871	2,693	0,008**
	R=0,895	R ² =0,800	F=170,501	Anova

*p<0,05.

**p<0,01.

TABLO 6: Bebek ölüm hızına etki eden faktörler.

Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	Beta katsayısı	t değeri	p değeri
Bebek ölüm hızı	Sabit değer	159,099	13,077	0,001**
	Doğumda beklenen yaşam süresi	-1,809	11,680	0,001**
	Ebe-hemşire sayısı	0,056	2,318	0,022*
	Sağlık harcamaları	-0,021	3,396	0,001**
	Doğurganlık hızı	3,429	3,190	0,002**
	Eğitim endeksi	-0,029	2,450	0,015*
	R=0,931	R ² =0,867	F=220,161	Anova

*p<0,05.

**p<0,01.

lık hızı ve eğitim endeksi; bebek ölüm hızına ait varyansı %92,3 oranında açıklamaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresinin -1,809 kat azaltıcı, ebe-hemşire sayısının 0,056 kat artırıcı, sağlık harcamalarının -0,021 kat azaltıcı, doğurganlık hızının 3,429 kat artırıcı ve eğitim endeksinin -0,029 kat azaltıcı etkisi olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Sağlık en temel insan haklarından biridir. Birçok uluslararası sözleşmede teminat altına alınmış olmasına rağmen, günümüzde çoğu insan bu haktan yararlanamamaktadır. Sağlıkta eşitsizlik çalışmalarının temelini oluşturan bu durum, sadece gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkeler için değil, gelişmiş ülkeler için de önemli bir sorun teşkil etmektedir. Aynı zamanda bu eşitsizlikler sadece ülkeler arası değil, ülkeler içindeki farklı bölgeler arasında da görülmektedir. Araştırmamızda sadece ülkeler arası sağlık eşitsizlikleri 30 değişken aracılığıyla ortaya konmaya çalışılmıştır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda, genel olarak Afrika bölgesinin en düşük puan ortalamalarına sahip olduğu, ülkeler açısından incelendiğinde ise Afrika ülkelerinin büyük çoğunluğunun sıralamada son sıralarda yer aldığı dikkat çekmektedir. DSÖ bölgeleri açısından Avrupa'nın en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu, Avrupa ülkelerinin çoğunluğunun da sıralamada en yüksek ortalamalara sahip olduğu belirlenmiştir.

Anyangwe ve Mtonga yaptıkları çalışmada, Amerika bölgesi (başta Birleşik Devletler ve Kanada olmak üzere), dünya nüfusunun %14'ünü oluşturmasına rağmen global hastalık yükünün sadece %10'unu üstlenirken, global sağlık insan gücünün %37'sini ve global sağlık finansman kaynaklarının da %50'sini elinde bulundurduğunu saptamışlardır. Buna karşın Sahra Altı Afrika dünya nüfusunun %11'ini oluşturmasına rağmen, global hastalık yükünün %24'ünü üstlendiğini, sağlık insan gücünün sadece %3'üne sahip olduğunu ve global sağlık finansman kaynaklarının

%1'inden daha azını kullandıklarını belirtmişlerdir.¹⁸

Global sağlık göstergelerinin gelir gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, tüm göstergelerde, elde edilen puan ortalamaları, ülkelerin gelir seviyesi ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Reidpath ve Allotey, DSÖ bölgelerini kişi başı milli gelire göre 14 alt bölgeye ayırmış ve bu bölgeler arası sağlık eşitsizliklerini araştırmıştır. Araştırma sonucunda en sağlıklı olarak sınıflandırdığı ülkeler ile en sağlıklı sınıftaki ülkeler arasında sağlık eşitsizlikleri bakımından dört kat fark olduğunu bulmuşlardır.¹⁹ Bu sonucun bizim çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir. Sonuç olarak, bir bölgenin/ülkenin gelir düzeyinin sağlık eşitsizliklerini etkileyen en önemli faktörlerden biri olduğu ortaya konulmuştur.

Yaşam beklentisi ve mortalite hızlarının diğer ana değişkenler arasındaki ilişki düzeyleri incelendiğinde, yaşam beklentisi ve mortalite ile nedene özel mortalite, halk sağlığı hizmetleri, sağlık insan gücü/altyapı ve demografik/sosyoekonomik göstergeler arasında çok güçlü pozitif ilişki, sağlık harcamaları ile pozitif yönde güçlü bir ilişkinin olduğu bulunmuştur.

Mondal ve Shitan, düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerin yaşam beklentisini etkileyen faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, kullandıkları tüm değişkenler (milli gelir, ortalama okullaşma yılı, adolesan doğurganlık hızı, toplam doğurganlık hızı, hekim yoğunluğu ve HIV prevalansı) ile yaşam beklentisi arasında çalışmamıza benzer şekilde anlamlı düzeyde ilişkiler bulunmuşlardır.²⁰ Hertz, Hebert ve Landon, yaşam beklentisi, bebek ve anne ölüm hızlarını etkileyen sosyal ve çevresel faktörleri araştırdıkları çalışmada, bu üç bağımlı değişkeni en çok etkileyen faktörün sanitasyon hizmetlerinden faydalanamayan hane halkı oranı olduğunu belirlemişlerdir.¹⁶ Yüz seksen yedi ülkede sağlıklı yaşam beklentisi üzerine yapılan bir çalışmada, ülkeler arasında ve çalışmanın yapıldığı zaman dilimleri arasında yaşam beklentisi ile sakatlığa bağlı yaşam yılı kaybı arasında çok güçlü düzeyde pozitif ilişki olduğu saptanmıştır.²¹

Sağlık eşitsizlikleri araştırmalarında sıklıkla kullanılan diğer önemli değişken anne ölüm hızıdır. Çalışmamızda anne ölüm hızı ile doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler, sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumlar, doğurganlık hızı, eğitim ve gelir endeksi ve İnsan Gelişim Endeksi sıralaması arasında çok güçlü düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur.

Kadın eğitimi ve mortalite arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 148 ülke üzerinde yapılan başka bir çalışmada, kadın okuryazarlık ve okula kayıtlanma oranının anne ölüm hızı üzerinde orta düzeyde etkili olduğu belirlenmiştir.²²

Muldoon ve ark., anne ölüm hızını etkileyen en önemli faktörlerin su ve sanitasyona ulaşım, yolsuzluk algı indeksi (hükümetin sağlık politikaları konusundaki şeffaflık düzeyi) ve kişi başı toplam sağlık harcaması olduğunu bulmuşlardır. Buna ek olarak, çalışmada yüksek doğurganlık hızının anne ölümü için anlamlı bir risk faktörü olduğu da belirtilmiştir.²³

Herrera ve Kakehashi'nin çalışmasında, yaşam standardı göstergelerinin anne ölümü üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Özellikle şehirleşme oranı, yüksek doğurganlık, bağışıklama oranları ve tarımda çalışan kadın oranının anne ölümünü açıklamada etkili olduğu belirtilmiştir.²⁴

Sagynbekov ise anne ölümünü etkileyen en güçlü faktörlerin doğurganlık hızı ve kişi başı gelir olduğunu belirtmiştir.²⁵

Asya, Afrika ve Latin Amerika'da 24 ülke üzerinde yapılan çalışmada, anne ölümü ile anne eğitim düzeyi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre anne ölümü ile eğitim düzeyi arasında negatif yönlü güçlü düzeyde ilişki saptanmıştır. On iki yıl ve üzeri eğitim düzeyine sahip annelere göre, hiç eğitim almayan annelerin 2,7 kat, bir-altı yıl eğitim alanların ise iki kat daha fazla risk altında oldukları saptanmıştır.²⁶

Literatür bulguları çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermekle birlikte, sağlık eşitsizliklerini belirlemede önemli bir yere sahip olan anne ölüm hızının özellikle doğurganlık hızı ve eğitim düzeyi

ile çok güçlü düzeyde ilişkisi olduğu dikkat çekmektedir. Bu nedenle özellikle sağlık eşitsizliği sıralamasında en düşük puan ortalamalarına sahip ülkelerde doğurganlık hızının azaltılması ve kontrol altına alınması amacıyla ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bu hizmetlere hakkaniyetli bir şekilde ulaşımın sağlanması gerektiği düşünülmektedir. Buna ek olarak yalnızca toplumun değil, aynı zamanda kadın eğitim düzeyinin artırılması amacıyla eğitim reformlarının yapılmasının hem ülkeler hem de ülke içi bölgeler arası sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında etkin rol oynayacağı söylenebilir.

Çalışmamızda bebek ölüm hızı ile doğumda beklenen yaşam süresi, anne ölüm hızı, beş yaş altı ölüm hızı, bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümler, bağışıklık oranı, doğurganlık hızı, eğitim ve gelir endeksi ve İnsani Gelişim Endeksi sıralaması arasında çok güçlü ilişki olduğu, ancak toplam sağlık harcaması ve cepten sağlık harcaması ile anlamlı düzeyde ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Pickett ve Wilkinson, çocuk sağlığının iyileştirilmesi için ekonomik büyümeden öte gelir eşitsizliğinin azaltılması ve göreceli fakirliğin azaltılması gerektiğini savunmuşlardır. Örneğin; İspanya'da profesyonel mesleklere sahip olanların bebeklerine kıyasla tarım işçilerinin bebekleri iki kat daha fazla sıklıkta ölmektedir.²⁷

Tayvan ve 20 sanayileşmiş ülke arasındaki bebek ve çocuk ölümlülüğünü karşılaştırıldığı çalışmada; gelir eşitsizliğinin bir göstergesi olarak kullanılan Gini katsayısı ile bebek ölüm hızı ve beş yaş altı çocuk ölüm hızı arasında pozitif bir ilişkinin, sosyal harcamalar ile negatif yönde bir ilişkinin olduğunu belirtilmiştir.²⁸

DSÖ tarafından Güney Doğu Asya bölgesi ülkelerindeki sağlık eşitsizlikleri üzerine yapılan çalışmada; Bangladeş, Nepal ve Hindistan'da bebek ölüm hızının, Sri Lanka ve Maldivler'e göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun sebebi, Sri Lanka ve Maldivler'de anne çocuk sağlığı hizmetlerine (doğumların sağlık personeli tarafından yaptırılması gibi) ulaşım oranlarının yüksek olması şeklinde açıklanmıştır.²⁹

Schell ve ark., 152 ülke üzerinde yapmış oldukları çalışmada, bebek ölümlülüğünü etkileyen

sosyoekonomik faktörleri araştırmışlardır. Araştırmacılar, en çok etki eden faktörlerin kişi başı milli gelir, genç kadın okuryazarlık oranı ve gelir eşitsizliği olduğunu belirtmişlerdir.³⁰

Furukawa çalışmasında, sosyoekonomik çevre faktörlerinin bebek ölümünü azaltmada daha etkili olduğunu saptamıştır. Örneğin; okuryazarlık oranında gerçekleşecek %10'luk artışın, bebek ölüm hızını yaklaşık %6 azaltacağını belirlemiştir.³¹

Hanf ve ark., 193 ülke üzerinde yapmış oldukları çalışmada beş yaş altı çocuk ölümlülüğünü araştırmışlardır. Araştırma sonucunda; kişi başı milli gelir, iyileştirilmiş su kaynaklarına ve sanitasyona ulaşan nüfusun oranı, kentsel yaşam koşulları, adolesan doğurganlık hızı, kamu sağlık harcamaları, HIV prevalansı ve üreme çağındaki kadınların okula devam ortalaması faktörlerinin beş yaş altı çocuk ölüm hızında etkili olduğu bulunmuştur.³²

On üç Afrika ülkesi üzerinde beş yaş altı çocuk ölümlülüğünün araştırıldığı başka bir çalışmada; ülkelerin büyük çoğunluğunda beş yaş altı çocuk ölüm hızını etkileyen en önemli faktörlerin; kadının yaptığı doğum sayısı, doğum aralığı ve doğum yaptığı yer olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak hane halkı refah düzeyi, babanın mesleği ve annenin eğitim düzeyinin de diğer önemli faktörler arasında olduğu belirtilmiştir.³³

Bebek ölüm hızı, sadece çocuk sağlığının kalitesinin bir göstergesi değil, aynı zamanda yaşam beklentisinde de olduğu gibi toplumun gelişmişlik düzeyini de gösteren önemli bir ölçüttür.¹⁷ Aynı zamanda "Binyıl Kalkınma Hedefleri"nin doğrudan sağlıkla ilişkili önemli bir basamağını da oluşturmaktadır. Son yıllarda bebek ölüm hızlarının tek başına yeterli olmadığı, bununla birlikte beş yaş altı çocuk ölüm hızlarının da değerlendirilmesi gerektiği konusunda görüş birliği oluşmuştur. Çünkü ülkeler anne-çocuk sağlığı hizmetlerine daha çok önem vermeye başlamış ve bebek ölüm hızlarında düşüşler yaşanmıştır. Bu nedenle çalışmamız da dâhil olmak üzere diğer çalışmalarda da bebek ölüm hızları yanında beş yaş altı çocuk ölüm hızları da yoğunlukla kullanılmaktadır.³⁴

Bu bulgular doğrultusunda, çalışmamızda ve benzer şekilde literatürdeki diğer çalışmalarda da, bebek ölüm ve beş yaş altı çocuk ölüm hızları ile çok sayıda değişken arasında çok güçlü ilişkiler saptanmıştır. Birleşmiş Milletler tarafından belirlenmiş olan “Binyıl Kalkınma Hedefleri”nin doğrudan sağlıkla ilgili maddelerinden biri olan “çocuk ölümlülüğünün azaltılması” başlığı altında hem bebek hem de çocuk ölüm hızlarının azaltılması hedeflenmiştir. Bu nedenle sağlık eşitsizliği sıralamasında alt sıralarda yer alan ülkelerin, sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltabilmesi için öncelikli olarak bebek ve çocuk ölüm hızlarının azaltılmasına yönelik politikalar geliştirmeleri gerektiği düşünülmektedir.

Sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasında doğrudan sağlıkla ilgili göstergelerin iyileştirilmesi tek başına yeterli olmamakla birlikte, başta gelir ve eğitim düzeyleri olmak üzere sosyoekonomik göstergelerin de iyileştirilmesi ve geliştirilmesi, eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir belirleyici unsurdur. Çalışmamızda yaptığımız toplam puan ortalamalarına göre ülke sıralamasında, üst sıralarda yer alan ülkelerin sosyoekonomik göstergelerinin iyi olması, bu öngörüyü desteklemektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Tüm bulgulardan elde edilen genel ve çarpıcı sonuçlar özet hâlinde aşağıda yer almaktadır;

Ülkelerin gelir düzeyi ile sağlık eşitsizlikleri arasında çok güçlü düzeyde ilişki olduğu bulunmuştur. Başta Sahra Altı Afrika ülkeleri olmak üzere gelir düzeyi düşük olan ülkelerin sağlık göstergelerinin çok düşük seviyelerde olduğu göze çarpmaktadır.

Ülkelerin global sağlık göstergelerinden aldıkları toplam puana göre yaptığımız sıralamaya göre, gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelerin üst sıralarda, başta Afrika ülkeleri olmak üzere gelişmemiş ülkelerin ise son sıralarda yer aldığı görülmektedir.

Global sağlık göstergelerinin bölgelere göre dağılımları incelendiğinde, Afrika genel olarak tüm ana değişkenlerde çok alt seviyelerde yer almaktadır. Bölgelerin ortalama puanlarına göre Afrika en kötü puan ortalamalarına sahip iken, Avrupa en iyi puan ortalamalarına sahiptir.

Çalışmamızın da temelini oluşturan ve sağlık eşitsizlikleri araştırmalarında kullanılan en önemli göstergeler, doğumda beklenen yaşam süresi, anne ölüm hızı ve bebek ölüm hızıdır. Bu göstergelerde, ülkeler arasında büyük uçurum olduğu göze çarpmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi Sierra Leone’de 48,1 yıl iken, Japonya’da 83,6 yıldır. Anne ölüm hızı yüz binde 1100 iken, bu oran Estonya’da yüz binde 2’dir. Bebek ölüm hızına bakıldığında Sierra Leone binde 119 ile en yüksek orana sahip iken, Singapur, Japonya, İsveç, Lüksemburg, İzlanda, Finlandiya ve Slovenya’da sadece binde 2’dir.

Ana değişkenlerin birbirleriyle olan ilişki düzeyleri incelendiğinde, tüm değişkenlerin birbirleriyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmıştır. Özellikle yaşam beklentisi/mortalite hızları ile demografik/sosyoekonomik göstergelerin, diğer değişkenler ile çok güçlü pozitif ilişki içerisinde.

Doğumda beklenen yaşam süresi, anne ölüm hızı ve bebek ölüm hızı ile diğer değişkenler arasında en yüksek ilişkinin İnsani Gelişim Endeksi ile (sırasıyla; r:0,913; r: -0,920; r:-0,920) olduğu, toplam sağlık harcaması ve cepten sağlık harcamaları haricinde diğer bütün değişkenler ile ilişki içerisinde olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızın temelini oluşturan değişkenleri etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizleri sonucunda; anne ölüm hızı, beş yaş altı çocuk ölüm hızı, nedene özel mortalite hızı, sağlık harcamaları (toplam puan), eğitim endeksi ve İnsani Gelişim Endeksi sıralaması doğumda beklenen yaşam süresine ait varyansı %92,3 oranında açıklamaktadır. Anne ölüm hızına ait varyans; doğumda beklenen yaşam süresi, sağlık personeli tarafından yaptırılan doğumlar, adolesan doğurganlık hızı ve İnsani Gelişim Endeksi sıralaması değişkenleri tarafından açıklanmıştır (%80). Son olarak bebek ölüm hızına ait varyans ise doğumda beklenen yaşam süresi, ebe-hemşire sayısı, sağlık harcamaları, doğurganlık hızı ve eğitim endeksi tarafından açıklanmıştır (%86,7).

Tüm bu sonuçlar ve literatür bilgisi doğrultusunda, global sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmak/azaltmak ve insanların daha mutlu ve sağlıklı

bir ömür geçirmelerini sağlamak amacıyla;

1. “Binyıl Kalkınma Hedefleri” nin ilk sırasında yer alan aşırı yoksulluğun ve açlığın ortadan kaldırılması için gerekli politikaların geliştirilmesi (Sahra Altı Afrika ülkelerinde yaşayan insanların yaklaşık yarısı günde 1,25 \$’ın altında gelire yaşamlarını sürdürmekte ve dünyada her sekiz kişiden biri yatağa aç girmektedir),

2. Sağlığı etkileyen faktörlerden özellikle sosyal faktörlere odaklanması (sağlığın sosyal belirleyicileri),

3. Bağışıklama hizmetleri başta olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerinin etkisinin ve önemini artırılması,

4. Bebek ve anne ölümlerinde önemli bir etken olan erken yaş evliliklerin önlenmesi, önlenemiyorsa gebeliklerin önlenmesi, gebelikler de önlenemiyorsa bu gebeliklerin riskli gebelikler sınıfına alınıp takip ve kontrollerinin düzenli ve öncelikli yapılması,

5. Doğurganlık hızının azaltılması ve kontrol altına alınması amacıyla anne-çocuk sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bu hizmetlere hakkaniyetli bir şekilde ulaşımın sağlanması,

6. Toplumun eğitim düzeyinin artırılması amacıyla eğitim reformlarının yapılması, özellikle de kadın eğitimine önem verilmesi,

7. Aşırı/sağlıksız/dengesiz beslenmenin önlenmesi ve obeziteye karşı savaş verilmesi,

8. Başta sigara ve alkol olmak üzere tüm bağımlılık yapıcı maddelerle savaş verilmesi,

9. İşsizliğin önlenmesi, işsizlik sonucu oluşabilecek olumsuz koşullara karşı bireylerin ve ailelerin korunması,

10. Çevreye yönelik koruyucu hizmetlerin artırılması (hava kirliliği, gürültü kirliliği, temiz su kaynaklarına ulaşım gibi),

11. Toplumunu oluşturan tüm fertlerin sağlık güvencesi kapsamına alınması ve ekonomik gücü olmayanların devlet güvencesi altında sağlık hizmetlerine ulaşmalarının sağlanması,

12. Halkların fakirliğe düşmesinde ve sağlık düzeylerinin bozulmasında en büyük etkenlerden biri olan savaşların ve çatışmaların önlenmesi,

13. Bireylere ve ailelerine güvenli barınma koşulları sağlanması,

14. Spor yapma ve fiziksel aktivite faaliyetlerinin desteklenmesi ve artırılması,

15. Sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır, kaliteli bir şekilde verilmesi,

16. Toplumdaki sosyal sınıf farklılıklarının ve bu farklılıkların yaratacağı olumsuz etkilerin ortadan kaldırılması,

17. Devletlerin sağlığa ayırdıkları payı artırmaları,

18. Doğumdan itibaren bebek ve çocuk sağlığına önem verilmesi,

19. Toplum içerisinde yaşayan savunmasız grupların hiçbir ayrımcılığa mahal vermeden desteklenmesi ve korunması,

20. Eşitsizliklerle mücadelede ulusal ve uluslararası kuruluşların etkinliğinin artırılması,

21. Ülkeler/bölgeler arası sağlık insan gücü ve altyapı eşitsizliklerinin önlenmesi,

22. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde, ölümlerin en büyük sebebi olan bulaşıcı hastalıkların önlenmesi (başta HIV/AIDS olmak üzere),

23. Sağlık sistemlerinin eşitlik ilkeleri temelinde kurulması,

24. Sağlık kayıtlarının düzenli tutulabilmesi ve kontrol edilebilmesi için etkin kayıt mekanizmalarının geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Braveman PA. Monitoring equity in health and healthcare: A conceptual framework. *J Health Popul Nutr* 2003;21(3):181-92.
- Belek İ. Sınıf Sağlık Eşitsizlik. 1. Baskı. İstanbul: Sorun Yayınları; 1998. p.176.
- Uğurluoğlu E, Özgen H. [Health services financing and equity]. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2008;11(2):133-59.
- Masseria C. Health inequality. Why is it important and can we actually measure it? *Eurohealth* 2009;15(3):4-6.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992;22(3):429-45.
- Hill RC, Dixon PC. Introduction. The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement. 1st ed. Oxford: The South East Public Health Observatory; 2005. p.1-8.
- Lloyd D, Newell S, Dietrich U. Health Inequity- a Historical Perspective. *Health Inequity: A Review of the Literature*. 1st ed. Health Promotion Unit, Population Health & Planning Directorate, Northern Rivers Area Health Service; Lismore, NSW: 2004. p.12-6.
- Crombie L, Elliott L, Irvine L, Wallace H. Closing the Health Inequalities Gap: an International Perspective. 1st ed. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005. p.6-10.
- Dikmetaş E. [Equality/inequality in health]. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006;1(2):2-16.
- Dahlgren G, Whitehead M, World Health Organization. Policies and Strategies to Promote Equity in Health. Regional Office for Europe. 1st ed. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1992. p.1-15.
- CSDH. Setting the Scene for A Global Approach to Health Equity. Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, WHO. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2008. p.26-46.
- WHO Regional Office for Europe. Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society across government and society for health and well being. Regional Committee for Europe, 62th session. Copenhagen: World Health Organization; 2012. p.1-12.
- WHO. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. World Conference on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro, Brazil; 2011. p.1-7.
- World Health Statistics. World Health Organization Library Cataloguing in Publication Data. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2013. p.3-6.
- Human Development Report. The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World. New York: UNDP; 2013. p.21-38.
- Hertz E, Hebert JR, Landon J. Social and environmental factors and life expectancy, infant mortality, and maternal mortality rates: results of a cross-national comparison. *Soc Sci Med* 1994;39(1):105-14.
- Holcman MM, Latorre Mdo R, Santos JL. Infant mortality evolution in the metropolitan region of São Paulo (Brazil), 1980-2000. *Rev Saude Publica* 2004;38(2):180-6.
- Anyangwe SC, Mtonga C. Inequities in the global health workforce: The greatest impediment to health in sub-Saharan Africa. *Int J Environ Res Public Health* 2007;4(2):93-100.
- Reidpath DD, Allotey P. Measuring global health inequity. *Int J Equity Health* 2007;6:16.
- Mondal MN, Shitan M. Relative importance of demographic, socioeconomic and health factors on life expectancy in low and lower middle income countries. *J Epidemiol* 2014;24(2): 117-24.
- Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859): 2144-62.
- McAlister C, Baskett TF. Female education and maternal mortality: a worldwide survey. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28(11):983-90.
- Muldoon KA, Galway LP, Nakajima M, Steve Kanters S, Hogg RS, Bendavid E, et al. Health system determinants of infant, child and maternal mortality: A cross-sectional study of UN member countries. *Globalization and Health* 2011;7:42.
- Herrera LR, Kakehashi M. An international data analysis on the level of maternal and child health in relation to socioeconomic factors. *Hiroshima J Med Sci* 2001;50(1):9-16.
- Sagynbekov KI. Maternal mortality and its correlates: practical implications of data analysis across multiple countries. *J Obstet Gynaecol Can* 2013;35(7):612-9.
- Karlsen S, Say L, Souza JP, Hogue CJ, Calles DL, Gülmezoglu AM, et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross sectional WHO global Survey on maternal and perinatal health. *BMC Public Health* 2011;11:606.
- Pickett KE, Wilkinson RG. Child wellbeing and income inequality in rich societies: ecological cross sectional study. *BMJ* 2007;335(7629): 1080.
- Wu JC, Chiang TL. Comparing child mortality in Taiwan and selected industrialized countries. *J Formos Med Assoc* 2007;106(2):177-80.
- WHO. Health Inequities: Concepts And Measurement. Health inequities in the South-East Asia Region: selected country case studies. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia Publication, Delhi; 2009. p.19-23.
- Schell CO, Reilly M, Rosling H, Peterson S, Ekström AM. Socioeconomic determinants of infant mortality: a worldwide study of 152 low, middle-, and high-income countries. *Scand J Public Health* 2007;35(3):288-97.
- Furukawa M. [Factor analysis of attributive determinants for life expectancy and infant mortality rate with recipient country data in consideration of socioeconomic environment]. *Nihon Eiseigaku Zasshi* 2005;60(3):335-44.
- Hanf M, Nacher M, Guihenneuc C, Tubert-Bitter P, Chavance M. Global determinants of mortality in under 5s: 10 year worldwide longitudinal study. *BMJ* 2013;8:f6427.
- Van Malderen C, Van Oyen H, Speybroeck N. Contributing determinants of overall and wealth-related inequality in under-5 mortality in 13 African countries. *J Epidemiol Community Health* 2013;67:667-76.
- Çelik Y. Sağlık ve sağlık statüsü. Sağlık Ekonomisi. 1. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2011. p.25-48.