



SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA A STUDY ON HEALTH INEQUALITY

Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ

Yozgat Bozok Üniversitesi, fatih.santas@bozok.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0595-4183

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan ŞANTAŞ

Yozgat Bozok Üniversitesi, gulcan.santas@bozok.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0488-9375

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (22.05.2021-28.06.2021)

Öz

Bu çalışma, sağlıkta eşitsizliğin araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada DSÖ bölgeleri; yaşam beklentisi, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ve obezite, sağlık hizmetine erişim, sağlık altyapısı ve finansmanı açısından değerlendirilmiştir. Çalışmanın verileri, Dünya Sağlık Örgütü veri tabanı olan "The Global Health Observatory"den elde edilmiştir. Çalışmada sağlık değişkenleri açısından mevcut durum verilmiş ve her bir değişken için göreceli katlar hesaplanmıştır. Bölgelerin sağlık değişkenleri açısından farklılıkları Tek Örneklem Ki-Kare Testi ile analiz edilmiştir. Bölgelerin sağlık değişkenleri açısından sıralanmasında faktör analizi kullanılmıştır. Çalışma sonucunda tüm sağlık göstergeleri açısından bölgeler arasında farklılıklar olduğu bir diğer ifadeyle bölgesel eşitsizlikler olduğu belirlenmiştir. Afrika Bölgesi'nin göstergeler açısından hem hesaplanan kat hem de faktör analizi sonucunda en olumsuz bölge olduğu saptanmıştır. Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına yönelik atılacak her adım ile hem eşitsizliğin yoğun olduğu ülke vatandaşlarının sağlık düzeyi artacak hem de sağlığın üretime olan katkısı nedeniyle dolaylı olarak bu kişilerin sağlıkları daha da iyi hale gelecektir.

Anahtar Kelimeler: sağlık, sağlıkta eşitsizlik, dünya sağlık örgütü bölgeleri

Abstract

This study was carried out to explore inequality in health. WHO regions in the study; life expectancy, child health, women's health, communicable diseases and obesity, access to health care, health infrastructure and financing. The data of the study were obtained from the World Health Organization database "The Global Health Observatory". In the study, the current situation in terms of health variables was given and the relative risks were calculated for each variable. The differences of the regions in terms of health variables were analyzed using the Single Sample Chi-Square Test. Factor analysis was used to rank the regions in terms of



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

health variables. As a result of the study, it was determined that there are differences between regions in terms of all health indicators, in other words, there are regional inequalities. It has been determined that the African Region is the most unfavorable region in terms of indicators as a result of both the calculated layer and factor analysis. With every step to be taken towards eliminating inequalities in health, both the health level of the citizens of the countries where inequality is intense will increase and their health will become even better indirectly due to the contribution of health to production.

Keywords: health, health inequality, world health organization regions

GİRİŞ

Sağlık; yaygın şekilde bilinen haliyle çevre, davranış, genetik ve sağlık hizmetlerinin bir fonksiyonudur. Son yıllarda sağlığın belirleyicileri daha da genişletilmiş ve özellikle sağlığın sosyal belirleyicilerine dikkat çekilmeye başlanmıştır. Sağlığın belirleyicileri anlaşıldıkça birey ve toplumların sağlık statüleri de daha iyi hale gelmektedir.

Sağlık göstergelerinde her ne kadar dünya genelinde bir iyileşme olduğu görülmekle birlikte bu iyileşmeler her ülke, toplum ya da birey açısından eşit değildir. Diğer bir ifadeyle bazı birey ya da toplumların sağlıkları diğerlerinden daha iyidir. Bu durum, kuramsal olarak ve sağlık yöneticileri tarafından uygulamada sıklıkla tartışılmaktadır. Sağlıkta eşitliğin ya da hakkaniyetin olmaması diğer bir ifadeyle sağlıkta eşitsizlik olarak ifade edilen olgu, ister gelişmiş ister gelişmekte olsun tüm ülke ve sağlık sistemlerinin ortak sorunudur. Sağlıkta eşitsizlik, farklı şekilde tanımlanan bir kavram olmakla birlikte tanımlarda ortaya çıkan benzer düşünce, sağlıkta eşitsizliğin istenmeyen ve önlenemez farklılıklar olduğudur. Tanım üzerinden gidildiğinde sağlıkta eşitsizlikler gerekli önlemler alındığında ortadan kaldırılabilir ya da en azından azaltılabilir haksızlıklardır.

Sağlıkta eşitsizliklerle mücadelede ilk adım eşitsizliklerin belirlenmesidir. Bu belirleme işinde de en önemli enstrümanlardan birisi doğru ve eksiksiz verilerdir. Ancak özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki veri eksikliği sağlıkta eşitsizliklerin araştırılmasını güçleştirmektedir.

Dünya genelinde sağlık göstergeleri açısından ülkelere göre değişmekle birlikte önemli değişiklikler olmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı gibi temel sağlık göstergelerinde iyileşmeler görülmektedir. Ancak bu noktada bazı sorular oluşmaktadır: Neden bazı ülkelerdeki insanlar diğer ülkelerdeki insanlardan daha sağlıklıdır? Neden bazı ülkelerde ortalama yaşam süresi diğer ülkelerden daha fazladır? Aynı sorular aynı ülke içerisinde yaşayan insanlar için de sorulabilir: Neden aynı ülkede yaşamalarına rağmen bazı insanlar diğerlerine göre daha sağlıklı ya da daha sağlıklıdır? (Abel-Smith, 1994, s. 17). Tüm bu sorular sağlıkta eşitsizlik kavramını gündeme taşımaktadır.

Sağlıkta ve sağlık hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyet, açık ya da kapalı olarak kamu sağlık politikalarının temel amaçları arasındadır (Mooney, 1992, s. 102). Mooney (1994) tarafından sağlık hizmetlerinde eşitlik üç boyutla açıklanmaktadır: Sağlıkta eşitlik, eşit ihtiyaçlar için eşit sağlık hizmeti kullanımı ve eşit ihtiyaçlar için sağlık hizmetine eşit erişim şeklindedir. Sağlıkta eşitlik, bir hedef olmakla birlikte ulaşılabilmeye güçtür. Sağlıkta eşitlik, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme imkânı olması ve kimsenin bu potansiyele ulaşma konusunda dezavantajlı olmamasıdır (Aba ve Ateş, 2015, s. 34). Sağlığın tek belirleyicisi sağlık hizmeti değildir (davranış, genetik ve çevre faktörü de sağlığı etkiler). Ayrıca bireyler farklı sağlık statüleri ile dünyaya gelirler. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde eşitliğin tanımlanmasında sağlıkta eşitlik ulaşılabilmeye zor bir durumdur. Eşit ihtiyaçlar için eşit sağlık hizmeti kullanımı ve eşit ihtiyaçlar için eşit sağlık hizmetine ulaşım erişilmesi nispeten daha kolay hedeflerdir. İkisi arasındaki fark, kullanım hem arz hem de talep tarafıyla ilgili iken erişim arz tarafıyla ilgilidir. Erişim; coğrafik ulaşılabilirlik olarak tanımlanırken (O'Donnell, 2007, s. 2821), bir diğer şekilde hizmeti sunan ile alanın konumunun birbirine

319

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(ŞANTAŞ, F / ŞANTAŞ, G)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

uymasıdır (Çelik, 2013, s. 332). Sağlık hizmetine erişememe sağlıkta eşitsizliğe neden olan faktörlerden birisidir. Fuchs (1974) tarafından sağlık hizmetine erişim problemleri genel erişim ve özel erişim problemleri olmak üzere iki kısma ayrılmıştır: Genel erişim problemi, kişilerin tamamının yaşadığı sorundur. Ekonomik durumu ya da eğitim düzeyi ne olursa olsun kırsal kesimde yaşayan tüm bireylerin sağlık hizmetine erişimde yaşadığı sorun genel erişim problemine örnektir. Özel erişim problemi ise bireylerin sağlık güvencelerinin olmaması ya da ekonomik sıkıntılar nedeniyle sağlık hizmeti alamamalarıdır.

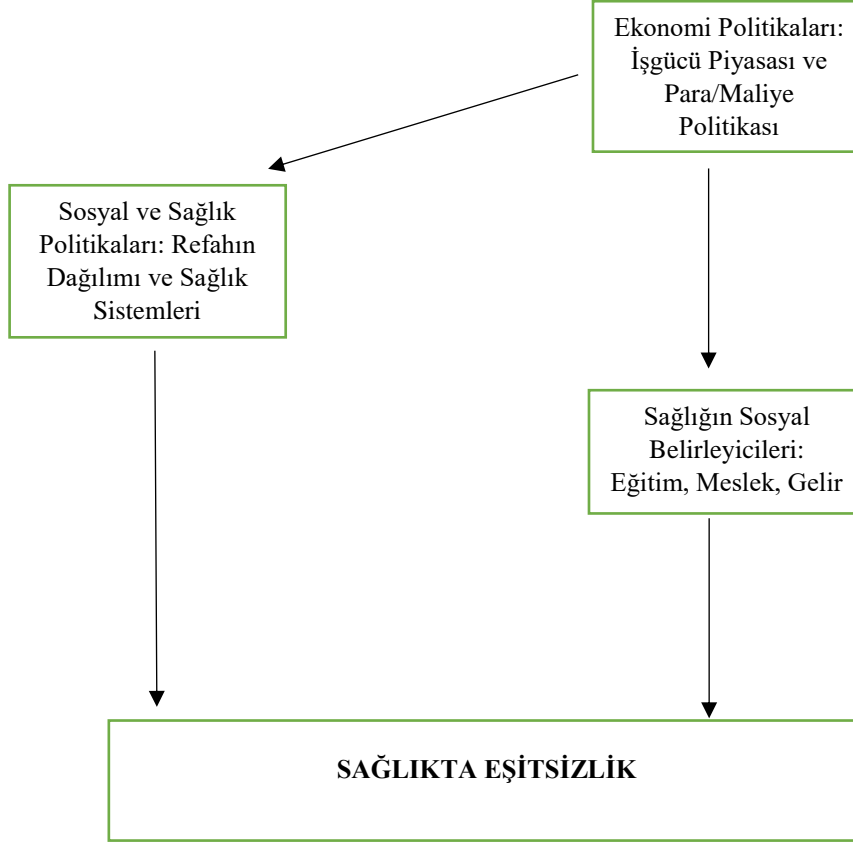
Sağlık politikalarında sağlıkta eşitlik kadar önem verilen ve bazen sağlıkta eşitliğin yerine kullanılan kavram, hakkaniyettir. Sağlıkta hakkaniyet, sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicileri açısından toplumun çeşitli katmanları arasında sistematik farklılıkların olmamasıdır (Braveman ve Gruskin, 2003, s. 254-256). Hakkaniyette iki durum ortaya çıkmaktadır: Dikey hakkaniyet ve yatay hakkaniyet. Dikey hakkaniyet, farklı olanların farklı şekilde tedavi edilmesidir. Örneğin, soğuk algınlığı ile zatürrenin farklı şekilde tedavi edilmesi dikey hakkaniyettir. Yatay hakkaniyet ise aynı sağlık sorunları olanlara aynı şekilde tedavi verilmesidir. İki zatürre hastasının başka sağlık sorunları olmaması koşuluyla aynı tedaviyi almaları yatay hakkaniyettir (McGuire vd., 1995, s. 54).

Sağlıkta eşitsizlik, sağlıkta eşitlik ya da hakkaniyetin olmaması durumudur ve sistematik, sosyal olarak üretilmiş ve haksız sağlık farklılıklarıdır (Whitehead ve Dahlgren, 2006, s. 2). Diğer bir tanımla sağlıkta eşitsizlik; gereksiz, kaçınılabilir, haksız ve adaletsiz sağlık farklılıklarıdır. Sağlıkta eşitsizlik, doğal durum yerine sosyal nedenlerden ortaya çıkan, önlenemez olması nedeniyle kabul edilmez nitelikte, toplumsal özelliği nedeniyle ortadan kaldırılmasında ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı alanların da işbirliğinin gerektiği, ahlaki bir sorun olarak ifade edilmesi gereken sağlıkla ilgili farklılıklardır (Belek, 1998, s. 102). Ancak biyolojik farklılıklar ve davranışlar (alkol, sigara kullanımı ya da spor yapma vb.) nedeniyle ortaya çıkan sağlık farklılıkları sağlıkta eşitsizlik olarak adlandırılmamaktadır (Abel-Smith, 1994, s.19). Kız ve erkek çocukların aşılama ve beslenme farklılıkları ya da bireylerin tedavi olmada bölgesel farklılıklar yaşamaları ise sağlıkta eşitsizliğe örnektir (Braveman ve Gruskin, 2003, s. 255).

Sağlıkta eşitsizliğin değerlendirilmesinde farklı karşılaştırmalardan yararlanmak mümkündür: Ülkeler arası ya da ülke içinde bölgesel karşılaştırmaların yapılması, ülke içindeki etnik gruplar arası karşılaştırmaların yapılması, meslekler arası karşılaştırmaların yapılması, çalışan ve işsiz arasında karşılaştırmaların yapılması, eğitim kategorileri arasında karşılaştırmaların yapılması ve cinsiyet arasında karşılaştırmaların yapılması öne çıkan karşılaştırma türleridir. Sağlıkta eşitsizliklerin değerlendirilmesi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde verilere ulaşımın güçlüğü sebebiyle zordur. Gelişmekte olan ülkelerdeki doğum ve ölüm kayıtlarının eksik olması, kayıt dışı sektörde çalışmanın yaygınlığı nedeniyle gelirin saptanmasının zorluğu bu ülkelerde sağlıkta eşitsizliğin tam anlamıyla değerlendirilmesini güçleştirmektedir (Abel-Smith, 1994, s. 19-20).

Sağlıkta eşitsizliklerin nedenleri; global ekonomi, makro sosyal-politik çevre, politik öncelikler ve kararlar, eşitlik/hakkaniyete yönelik sosyal değerler, gelir-güç ve zenginliğin adaletsiz dağılımı, yoksulluk ve ayrımcılıktır (NHS, 2015, s. 1). Sağlıkta eşitsizliğin nedenleri, Belek (1998) tarafından makro ve mikro nedenler olarak iki grupta toplanmıştır: Makro nedenler, kapitalizm ve emperyalizm; mikro nedenler ise politik yapı, kişi başına düşen milli gelir, yoksulluk, gelir dağılımında adaletsizlik ve sınıflı toplum yapısıdır. Şekil 1'de sağlıkta eşitsizliğin nedenleri verilmektedir.

Şekil 1. Sağlıkta Eşitsizliğin Nedenleri



Kaynak: Forster vd., (2018): 17

Eşitsizliğin izlenmesi ve değerlendirilmesinde çeşitli ölçütlerden yararlanılmaktadır: Gini Katsayısı ve Lorenz Eğrisi, İnsani Gelişim Endeksi, Konsantrasyon Endeksi, QALY (Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılları), DALY (Engelliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları), Regresyon Temelli Yöntemler, Toplumda Atfedilebilir Risk, Benzemezlik Endeksi öne çıkan ölçütlerdir (McGuire vd., 1995, s. 54; Aba ve Ateş, 2015, s. 53-63).

Bu çalışma, gündemdeki yerini her zaman koruyan sağlıkta eşitsizliğin araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma, Dünya Sağlık Örgütü Bölgesi'ni kapsamaktadır ve DSÖ verilerinden yararlanarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, DSÖ Bölgeleri çeşitli sağlık değişkenleri açısından birbirleriyle karşılaştırılarak mevcut durumdaki eşitsizliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada herkesçe ulaşılabilir ikincil veriler kullanılması nedeniyle etik kurul izni alınmasına gerek görülmemiştir.

LİTERATÜR ÖZETİ

Sağlıkta eşitsizlik konusu uzun yıllardır araştırılan ve sağlık politikası ve sağlık yönetimi alan yazınında her zaman gündemdeki yerini koruyan konu başlıklarındandır. Alan yazın incelendiğinde sağlıkta eşitsizlik konusunun derleme ve araştırma şeklindeki çalışmalar ile incelendiği görülmektedir. Araştırma şeklinde gerçekleştirilen çalışmaların özet bulguları şu şekildedir: Aba ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Ateş (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmanın kapsamını, 194 DSÖ üyesi ülke oluşturmuştur. Çalışmada 5 ana değişken belirlenmiştir. Bunlar: Yaşam beklentisi ve mortalite oranları, nedene özel mortalite oranları, halk sağlığı hizmetleri, sağlık insangücü ve altyapı, sağlık harcamaları ve demografik ve sosyo-ekonomik göstergeler. Araştırma kapsamında Almanya ilk sırada Çad son sırada yer almıştır. Türkiye ise 52. sıradadır.

Yardım ve Özcebe (2010) tarafından yapılan çalışmada Ankara ili Çankaya ilçesinde sağlık düzeyi üzerinde sosyo-ekonomik farklılıkların etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda gelir, eğitim ve mesleki prestij morbidite hızı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışma; gelir, eğitim ve mesleki prestij açısından düşük düzeyde olanların morbidite hızlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlıkta eşitsizlikler ile ilgili bir diğer araştırma Yoloğlu vd. (2020) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmada sağlık eşitsizlikleri DSÖ yaşam kalitesi üzerinden incelenmiştir. Yaşam kalitesinin kadınlarda, düşük eğitim ve gelir düzeyinde olanlarda, çalışmayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda ve geliri asgari ücretin altında olanlarda daha düşük olduğu saptanmıştır.

Şantaş ve Şantaş (2018) tarafından OECD ülkeleri, Türkiye'nin bölgeleri ve illeri sağlık statüsü, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık altyapısı açısından incelenmiştir. Çalışma sonucunda ülke, bölge ve şehirler açısından farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Tüm göstergeler açısından en iyi durumda olan ülkenin Japonya, Türkiye'deki en iyi bölgenin Batı Anadolu ve en iyi şehrin ise Tunceli olduğu belirlenmiştir. Tunceli'nin en iyi durumda olmasını yazarlar, nüfus yoğunluğunun az olması (göstergelerin nüfusa oranlanması) ile açıklamışlardır.

Anyangwe ve Mtonga (2007) tarafından yapılan çalışmada Amerika ve Sahra Altı Afrika karşılaştırılmıştır. Amerika Bölgesi dünya nüfusunun %14'ünü kapsarken global hastalık yükünün %10'unu, sağlık çalışanlarının %42'sini ve sağlık harcamalarının %50'den fazlasını kapsamaktadır. Sahra altı Afrika ise dünya nüfusunun %11'ini, global hastalık yükünün %25'ini, sağlık çalışanlarının %3'ünü, ve toplam sağlık harcamalarının %1'inden azını kapsamaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada Dünya Sağlık Örgütü Bölgeleri açısından sağlıkta eşitsizliğin ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışmada kullanılan değişkenler, verilerin tüm bölgeler için tam olma ve en güncel olma şartlarına göre seçilmiştir. Veri setinde yer alan ve bu kriterlere uygun olan tüm değişkenler çalışma kapsamına alınmıştır. Değişkenler; yaşam beklentisi, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ve obezite, sağlık hizmetine erişim, sağlık altyapısı ve finansmanı şeklinde gruplanmıştır.

Çalışmanın verileri, Dünya Sağlık Örgütü veri tabanı olan "The Global Health Observatory" (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators>) elde edilmiştir.

Çalışmada gruplanan sağlık değişkenleri doğrultusunda mevcut durumlar verilmiş ve her bir değişken için göreceli katlar hesaplanmıştır. Katların hesaplanmasında değişkenin türüne göre en iyi ya da en kötü durumdaki bölge referans kategori kabul edilerek 1,00 ile kodlanmış ve diğer bölgelerin katları referans bölgeye oranlanarak Excel'de hesaplanmıştır. Örneğin yaşam beklentisi değişkeni için Afrika Bölgesi en az değere sahip olan bölge olduğu için referans kategori olarak belirlenmiştir.

Bölgelerin sağlık değişkenleri açısından birbirlerinden istatistiksel olarak farklılıkları, Tek Örneklem Ki-Kare Testi ile analiz edilmiştir.

Bölgelerin sağlık değişkenleri açısından sıralanmasında faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizine çalışmada kullanılan tüm sağlık değişkenleri dâhil edilmiştir. Bölgeler faktör skorlarına

göre en iyiden en olumsuz doğru sıralanmıştır. Faktör analizi ve Ki-kare Testi SPSS 21.0 programında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada herkesçe ulaşılabilir ikincil veriler kullanılması nedeniyle etik kurul izni alınmasına gerek görülmemiştir.

BULGULAR

Tablo 1’de yaşam beklentisine ilişkin değişkenler için yapılan analiz sonuçları verilmektedir. Her üç değişken açısından da yaşam süresi beklentisinin en az olduğu yer Afrika’dır. Yaşam süreleri için hesaplanan değerlere bakıldığında dünya genelinde doğumda beklenen yaşam süresi ve sağlıklı yaşam süresinin Afrika’ya göre 1,18 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Tabloda tüm bölgelere ilişkin değerlerin Afrika’dan fazla olduğu, diğer bir ifadeyle tüm bölgelerde yaşam sürelerinin Afrika’dan fazla olduğu görülmekle birlikte bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 1. Yaşam Beklentisi

DSÖ Bölgeler	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi		Doğumda Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi		60 Yaş Üstü Beklenen Yaşam Süresi	
	Yıl	Kat	Yıl	Kat	Yıl	Kat
Afrika Bölgesi	61,2	1,00	53,8	1,00	16,63	1,00
Amerika Bölgesi	76,8	1,25	67,5	1,25	22,74	1,37
Güney Doğu Asya Bölgesi	69,5	1,14	60,4	1,12	18,15	1,09
Avrupa Bölgesi	77,5	1,27	68,4	1,27	22,32	1,34
Doğu Akdeniz Bölgesi	69,1	1,13	59,7	1,11	18,24	1,10
Batı Pasifik Bölgesi	76,9	1,26	68,9	1,28	20,98	1,26
Ki-Kare Analizi	$\chi^2= 3,056$ $p=0,691$		$\chi^2= 2,926$ $p=0,711$		$\chi^2= 1,555$ $p=0,907$	

Tablo 2’de çocuk sağlığını çeşitli açılardan değerlendiren göstergelere ilişkin mevcut durum ve göstergeler için hesaplanan değerler verilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi beş yaş altı çocuklarda fazla kilo prevalansı hariç diğer değişkenler istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$). Neo-natal ölüm, beş yaş altı ölüm hızı ve beş yaş altı çocuklarda anemi prevalansı değişkenlerinde en iyi durumda olan bölge Avrupa’dır. Referans kategori durumundaki Avrupa Bölgesine göre Afrika’da neo-natal ölüm hızı 5,40 kat, beş yaş altı ölüm hızı 8,44 kat ve anemi prevalansının ise 2,69 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Referans kategoriye göre Afrika’da bodurluk 5,24 kat, yetersiz beslenme 8,00 kat fazladır. Beş yaş altı çocuklarda fazla kilo ise referans kategoriye göre Amerika Bölgesinde 2,43 kat daha fazladır.

Tablo 2. Çocuk Sağlığı

DSÖ Bölgeler	Neo-Natal Ölüm Hızı		Beş Yaş Altı Ölüm Hızı		Beş Yaş Altı Çocuklarda Bodurluk Prevalansı		Beş Yaş Altı Çocuklarda Yetersiz Beslenme Prevalansı		Beş Yaş Altı Çocuklarda Fazla Kilo Prevalansı		Beş Yaş Altı Çocuklarda Anemi Prevalansı	
	Binde	Kat	Binde	Kat	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat
Afrika Bölgesi	27	5,40	76	8,44	32,5	5,24	6,4	8,00	3,1	1,03	59,30	2,69
Amerika Bölgesi	7	1,40	14	1,56	6,3	1,02	0,8	1,00	7,3	2,43	22,73	1,03
Güney Doğu Asya Bölgesi	20	4,00	34	3,78	31,0	5,00	14,7	18,38	3,0	1,00	51,41	2,33
Avrupa Bölgesi	5	1,00	9	1,00	-	-	-	-	-	-	22,04	1,00
Doğu Akdeniz Bölgesi	26	5,20	47	5,22	24,2	3,90	7,5	9,38	5,7	1,90	45,34	2,06
Batı Pasifik Bölgesi	6	1,20	12	1,33	6,2	1,00	2,1	2,63	6,2	2,07	22,36	1,01
Ki-Kare Analizi	$\chi^2 = 35,264$ p<0,001		$\chi^2 = 106,813$ p<0,001		$\chi^2 = 43,972$ p<0,001		$\chi^2 = 19,562$ p<0,001		$\chi^2 = 2,800$ p=0,592		$\chi^2 = 37,568$ p<0,001	

Bulaşıcı hastalıklar ve yetişkinlerde obeziteye ilişkin durum ve hesaplanan değerler Tablo 3'te verilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi referans bölgeye göre tüberküloz 8,25 kat ve sıtma 88,19 kat Afrika Bölgesi'nde, obezite 6,09 kat Amerika Bölgesi'nde daha yaygındır. Her üç değişken için de yapılan ki-kare analizi istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 3. Bulaşıcı Hastalıklar ve Obezite

DSÖ Bölgeler	Tüberküloz İnsidansı		Sıtma İnsidansı		On sekiz Yaş Üstü Bireylerde Obezite Prevalansı (Yaşa Standardize)	
	Binde	Kat	Binde	Kat	Binde	Kat
Afrika Bölgesi	231	8,25	229,3	88,19	10,6	2,26
Amerika Bölgesi	29	1,04	6,7	2,58	28,6	6,09
Güney Doğu Asya Bölgesi	220	7,86	4,9	1,88	4,7	1,00
Avrupa Bölgesi	28	1,00	-	-	23,3	4,96
Doğu Akdeniz Bölgesi	115	4,11	10,0	3,85	20,8	4,43
Batı Pasifik Bölgesi	96	3,43	2,6	1,00	6,4	1,36
Ki-Kare Analizi	$\chi^2 = 331,017$ p<0,001		$\chi^2 = 781,906$ p<0,001		$\chi^2 = 30,874$ p<0,001	

Tablo 4'te kadın sağlığına ilişkin değişkenler görülmektedir. Kadın sağlığı değişkenleri için yapılan analizlerin tamamı istatistiksel olarak anlamlıdır. Adolesan doğum hızı, referans kategori Batı Pasifik Bölgesine göre Afrika Bölgesinde 7,09 kat daha fazladır. Üreme çağındaki kadınlarda anemi prevalansı, referans kategori Amerika Bölgesine göre Güneydoğu Asya'da 2,40 kat ve Afrika Bölgesinde ise 2,04 kat daha fazladır. Gebe kadınlarda anemi, Amerika Bölgesine göre Güneydoğu Asya Bölgesinde 1,89 kat ve Afrika Bölgesinde ise 1,81 kat daha fazladır. Anne ölüm oranı, Avrupa Bölgesine göre Afrika Bölgesinde 40,38 kat ve Doğu Akdeniz Bölgesinde ise 12,62 kat daha fazladır.

Tablo 4. Kadın Sağlığı

DSÖ Bölgeler	Adolesan Doğum Hızı		Üreme Çağındaki Kadınlarda Anemi Prevalansı		Gebe Kadınlarda Anemi Prevalansı		Ana-Ölüm Oranı	
	Binde	Kat	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat	Yüz Binde	Kat
Afrika Bölgesi	102,1	7,09	39,0	2,04	46,16	1,81	525	40,38
Amerika Bölgesi	49,9	3,47	19,1	1,00	25,48	1,00	57	4,38
Güney Doğu Asya Bölgesi	26,1	1,81	45,8	2,40	48,15	1,89	152	11,69
Avrupa Bölgesi	17,1	1,19	22,7	1,19	26,55	1,04	13	1,00
Doğu Akdeniz Bölgesi	46,5	3,23	39,8	2,08	40,91	1,61	164	12,62
Batı Pasifik Bölgesi	14,4	1,00	25,3	1,32	33,01	1,30	41	3,15
Ki-Kare Analizi	$\chi^2 = 125,422$ p<0,001		$\chi^2 = 19,000$ p<0,001		$\chi^2 = 13,018$ p<0,001		$\chi^2 = 132,395$ p<0,001	

Tablo 5'te aşılama ve aile planlaması yöntemlerine ulaşımına ilişkin değerler görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi her üç değişken açısından da en dezavantajlı olan bölge, Afrika Bölgesidir. Afrika'ya göre diğer bölgeler için hesaplanan risk değeri 1,00'in üzerindedir. Bunun anlamı, Afrika'ya göre diğer bölgelerde belirlenen değişkenler açısından sağlık hizmetine erişim daha fazladır. Ancak bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. Sağlık Hizmetine Erişim

DSÖ Bölgeler	DBT Aşısı		BCG Aşısı		Üreme Çağındaki Kadınlarda İstedikleri Modern Aile Planlaması Yöntemine Ulaşımı	
	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat
Afrika Bölgesi	76	1,00	80	1,00	56,5	1,00
Amerika Bölgesi	87	1,14	91	1,14	82,8	1,47
Güney Doğu Asya Bölgesi	89	1,17	91	1,14	75,3	1,33
Avrupa Bölgesi	94	1,24	93	1,16	76,7	1,36
Doğu Akdeniz Bölgesi	82	1,08	87	1,09	60,9	1,08
Batı Pasifik Bölgesi	93	1,22	96	1,20	86,8	1,54
Ki-Kare Analizi	$\chi^2 = 2,704$ p=0,745		$\chi^2 = 1,732$ p=0,885		$\chi^2 = 9,755$ p=0,082	

Tablo 6'da sağlık altyapısı ve finansmanına ilişkin değerler verilmektedir. Dört değişken açısından da dezavantajlı olan bölgenin Afrika Bölgesi olduğu görülmektedir. Afrika'ya göre hekim sayısı Avrupa Bölgesinde 11,37 kat, hemşire ve ebe sayısı 8,05 kat, kamu harcaması olarak gerçekleştirilen sağlık harcamasının 1,71 kat ve genel sağlık sigortalısı oranının 1,67 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Bulgular kamu harcaması oranı olarak sağlık harcaması dışındaki diğer üç değişken için istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 6. Sağlık Altyapısı ve Finansmanı

DSÖ Bölgeler	Hekim Sayısı		Hemşire ve Ebe Sayısı		Kamu Harcaması Oranı Olarak Sağlık Harcaması		Genel Sağlık Sigortalısı (UHS)	
	On Binde	Kat	On Binde	Kat	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat
Afrika Bölgesi	3,0	1,00	10,1	1,00	7,2	1,00	46	1,00
Amerika Bölgesi	24,0	8,00	83,3	8,25	13,2	1,83	79	1,72
Güney Doğu Asya Bölgesi	8,1	2,70	17,9	1,77	8,1	1,13	56	1,22
Avrupa Bölgesi	34,1	11,37	81,3	8,05	12,3	1,71	77	1,67
Doğu Akdeniz Bölgesi	10,1	3,37	14,5	1,44	8,7	1,21	57	1,24
Batı Pasifik Bölgesi	18,8	6,27	36,3	3,59	9,6	1,33	77	1,67
Ki-Kare Analizi	$\chi^2 = 40,735$ p<0,001		$\chi^2 = 137,123$ p<0,001		$\chi^2 = 2,729$ p=0,742		$\chi^2 = 15,143$ p=0,010	

Çalışmada bölgelerin sırasını belirleyebilmek için faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizine çalışmada kullanılan tüm sağlık değişkenleri dâhil edilmiştir. Tablo 8’de bileşenler ve özdeğerler verilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi değişkenler 3 boyuttan oluşmuştur ve boyutların açıklanan toplam varyansı %94’tür.

Tablo 7. Bileşenler ve Özdeğerler

Bileşen No	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	Birikimli Açıklanan Varyans (%)
1	17,276	75,113	75,113
2	3,152	13,703	88,815
3	1,266	5,503	94,318

Tablo 9’da bölgeler aldıkları faktör skorlarına göre sıralanmıştır. Tüm sağlık değişkenleri açısından ilk sırada Avrupa, ikinci sırada ise Amerika Bölgesi yer almıştır. Afrika bölgesi son sıradadır. Diğer bir ifadeyle Afrika Bölgesi’nin kat hesaplarında olduğu gibi faktör analizi sonucunda da sağlık değişkenleri açısından en olumsuz bölge olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Bölgelerin Faktör Skorlarına Göre Sıralanmaları

Ülke	Faktör Skoru
1. Avrupa	1,01278
2. Amerika	,89072
3. Batı Pasifik	,66115
4. Doğu Akdeniz	-,52092
5. Güney Doğu Asya	-,58368
6. Afrika	-1,46005

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, ülke sağlık sistemi uygulayıcılarının sürekli olarak gündeminde yer alan sağlıkta eşitsizlik konusunun incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri kullanılmış ve DSÖ bölgeleri değerlendirilmiştir. Çalışmada DSÖ bölgeleri; yaşam beklentisi, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ve obezite, sağlık hizmetine erişim, sağlık altyapısı ve finansmanı açısından değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda tüm sağlık göstergeleri açısından bölgeler arasında farklılıklar olduğu bir diğer ifadeyle bölgesel eşitsizlikler olduğu belirlenmiştir. Afrika Bölgesi’nin hem hesaplanan kat



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

açısından hem de faktör analizi sonucunda göstergeler açısından en olumsuz bölge olduğu saptanmıştır. Avrupa Bölgesi ise sağlık göstergeleri açısından en iyi durumda olan bölgedir. Çalışmanın bulgularını literatürde yer alan çalışmalar destekleyici niteliktedir (Anyangwe ve Mtonga, 2007; Aba ve Ateş, 2015; Şantaş ve Şantaş, 2018).

Çalışma sonucunda görüldüğü gibi sağlık göstergeleri açısından ilerleme olmakla birlikte bu durum dünya genelinde herkesi kapsar nitelikte değildir. Bir diğer ifadeyle sağlıkta eşitsizlikler bulunmaktadır. Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına yönelik her uygulama, eşitsizliğin yoğun olduğu ülke vatandaşlarının sağlığını artırmanın yanında sağlığın üretime olan katkısı nedeniyle dolaylı olarak yine bireylerin sağlıklarının daha iyi hale gelmesine de katkı sağlayacaktır. Çalışma kapsamında ulaşıldığı üzere sağlıkta eşitsizlikle ilgili yapılması gerekenler şöyle özetlenebilir:

- ✓ Yoksul ülkelere ve ülkelerdeki yoksullara parasal yardım yapılmalıdır. Böylece yoksul bireyler daha iyi beslenme, ev koşulları ve sağlık hizmetlerine ulaşım sağlayarak sağlık statüleri gelişecektir.
- ✓ Genel olarak tüm bireylerin eğitim düzeylerinin yükseltilmesinin yanında kadınların eğitim düzeylerinin yükseltilmesine özellikle önem verilmelidir.
- ✓ Ekonomik büyüme önem verilen bir konu olmakla birlikte sağlıkta eşitsizliği azaltmada gelir dağılımının adil olması daha önemlidir. Gelir dağılımında adalet başlı başına bir amaç olmasının yanında sağlıkta eşitsizliğinin azaltılmasına da katkı sağlayacaktır.
- ✓ Bireylerin mevcut sağlık hizmetlerine erişimlerinden genel ve özel erişim problemleri ortadan kaldırılmalıdır. Son yıllarda alanyazında yoğun şekilde çalışılan sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi erişim probleminin azaltılmasını destekleyecektir.
- ✓ Sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanılmalıdır.

Bu çalışmada DSÖ verilerinden yararlanılarak DSÖ Bölgeleri sağlıkta eşitsizlik açısından değerlendirilmiştir. Gelecekte gerçekleştirilecek çalışmalarda ülkeler ve bölgeler farklı veri setleri ve farklı yöntemler ile (konstrasyon endeksi, Gini katsayısı vb. gibi) değerlendirilebilir. Ayrıca Türkiye için oluşturulacak soru formları yardımıyla şehirlerin gelişmiş ve gelişmekte olan bölgeleri sağlıkta eşitsizlik açısından karşılaştırılabilir.

Çalışmada herkesçe ulaşılabilir ikincil veriler kullanılması nedeniyle etik kurul izni alınmasına gerek görülmemiştir.

KAYNAKÇA

- Aba, G. ve Ateş, M. (2015). Sağlıkta Eşitsizlikler (1. Baskı). İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Abel-Smith, B. (1994). An Introduction to Health Policy, Planning and Financing. London: Longman Group Limited.
- Anyangwe, S.C.E. ve Mtonga, C. (2007). Inequities in the Global Health Workforce: The Greatest Impediment to Health in Sub-Saharan Africa. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 4(2), 93-100.
- Belek, İ. (1998). Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Braveman, P. ve Gruskin, S. (2003). Defining Equity in Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254-258.
- Braveman, P. & Gruskin, S. (2003). Poverty, Equity, Human Rights and Health. *Bulletin of The World Health Organization*, 81(7), 539-545.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Çelik, Y. (2013). Sağlık Ekonomisi (2. Baskı), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Forster, T., Kentikelenis, A., ve Bambra, C. (2018). Health inequalities in Europe: Setting the stage for progressive policy action, Erişim Tarihi: 21.07.2020, <https://www.feps-europe.eu/attachments/publications/1845-6%20health%20inequalities%20inner-hr.pdf>
- Fuchs, VR. (2011). Who Shall Live?: Health, Economics And Social Choice. New York: Basic Books, Inc. Publishers.
- McGuire, A. Hendersen, J. ve Mooney G. (1995). The Economics of Health Care: An Introductory Text, London: Routledge.
- Mooney, G. (1992). Economics, Medicine and Health Care (2nd Edition). London: Harvester, Wheatsheaf.
- Mooney, G. (1994). Key Issues in Health Economics. England: Prentice Hall/Harvester, Wheatsheaf.
- NHS (2015). Health Inequalities: What are they? How do we reduce them? A series of briefings to promote action to reduce health inequalities. Inequality Briefing, NHS Scotland, Erişim Tarihi: 20.07.2020, <http://www.healthscotland.scot/media/1086/health-inequalities-what-are-they-how-do-we-reduce-them-mar16.pdf>
- O'Donnell, O. (2007). Access to Health Care in Developing Countries: Breaking Down Demand Side Barriers. Cadernos de Saúde Pública, 23(12), 2820-2834.
- Şantaş, F. ve Şantaş, G. (2018). Türkiye'nin, Bölgelerin ve İllerin Sağlık Değişkenleri Açısından Mevcut Durumu ve Sıralanması. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11(3), 2419-2432.
- Whitehead, M. ve Dahlgren, G. (2006). Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up. Part 1, Studies on Social and Economic Determinants of Population Health 2. World Health Organization. Erişim Tarihi: 12.08.2020, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107790/E89383.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yardım, M.S. ve Özcebe, H. (2010). Ankara İli Çankaya İlçesinde 25 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Düzeyinde Sosyoekonomik Farklılıklar. Ege Tıp Dergisi, 49(1), 19-30.
- Yoloğlu, A.C., Kurt, A.Ö., Sarıkaya Levent, Y., Levent, T., Burat, S., Karaca, S. ve Gökalp, S. (2020). Sağlık Eşitsizlikleri, DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Üzerinden Bir Değerlendirme: Mersin İli Mezitli İlçesi Örneği. Planlama, 30(1),66-88.