

Bebek ölümlülüğünde eşitsizlikler: Dünya ve Türkiye'deki duruma dair bir değerlendirme

Inequalities in infant mortality: An evaluation of the situation in the World and Turkey

İşıl ERGİN, Hür HASOY

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir

ÖZET

2010 yılında dünyada 5,4 milyon bebek birinci yaşını doldurmadan hayata veda etmiştir. Beş yaş altı ölümlerin %70'i yaşamın ilk yılında meydana gelmiştir. Bebek ölümlüğü; birey, anne, hane, toplum ve çevreye dair faktörlerin bileşkesi olup, toplum sağlığı ve refahının duyarlı bir göstergesidir. Binyıl Kalkınma Hedefleri arasında çocuk ölümlülüğünü 2015'e kadar 1990'daki seviyesinin 1/3'üne azaltmak bulunmaktadır. Bu amaca ulaşmak için belirlenen ölçütler; beş yaş altı ölüm hızı, bebek ölüm hızı ve kızamığa karşı aşılınmış çocuk oranıdır. Uluslararası kamuoyunun yoğun ilgisine rağmen, bebek ve çocuk ölüm hızları son 50 yılda ciddi biçimde azalmakla birlikte, ülkelerarası eşitsizlikler artarak devam etmekte, 2015 için konulan hedeflerin çok gerisinde kalmaktadır. Gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasındaki bu derin fark ülke içindeki farklı sosyoekonomik gruplarda daha da şiddetlenmekte, sosyoekonomik düzey bebek ölümlülüğünün güçlü bir belirleyicisine dönüşmektedir. Türkiye'deki bebek ölümlülüğü incelendiğinde ise, eğitim grupları ve bölgeler arasında var olan farkın, yıllar içinde derinleşerek devam ettiği, kırsal alanın ise değişmediği görülmektedir. Bebek ölümlülüğündeki bu eşitsizlikleri giderebilmek ve bebek ölümlülüğünü, bölgemizdeki diğer ülkelerin seviyesine azaltabilmek için eşitsizlikleri gidermeye yönelik ekonomik ve sosyal politikalara gereksinim kesindir. Bu eşitsizliklerin derinleşmesi, anne ve bebelere sunulan sağlık hizmetinin ve bunun finansman biçiminin bebek sağlığı açısından yeniden irdelenmesini gerekli kılmaktadır. Bireylerin dezavantajları oranında yoğunlaşan hizmeti esas alan bir bakış açısının benimsenmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Bebek ölüm hızı, sağlıkta eşitsizlikler, hızlar oranı, sosyoekonomik durum

ABSTRACT

In the world, in 2010, 5.4 million infants died before their first birthday. 70% of infant mortalities up to 5 years of age occur within the first year of life. Infant mortality is a result of combination of factors related to the individual, mother, household, community and environment, and represents a sensitive indicator of health state, and welfare of the community. Diminishing child deaths at 2015 to a level that is one third the level in 1990 is among the Millennium Development Goals. The criteria established for the achievement of this goal are infant mortality rates up to 5 years of age, infant mortality and percentage of children immunized against measles. Despite the intensive attention of international public opinion, and a serious decrease in infant and child mortality rates within the last 50 years, the inequalities between countries are sustained with an increasing trend and the rates are far behind the 2015 goals. This marked difference between developed and developing countries is more intense for various socioeconomic groups within the country in question and thus, socio-economic status turns out to be an important determinant of infant deaths. In Turkey, when the infant mortality is evaluated, it is seen that existing difference between educational groups and regions is sustained with a gradually increasing trend, while inequalities between urban and rural areas remain the same. For the efforts to eliminate these inequalities in infant mortality and to achieve a level similar to the countries of our region, the necessity for economic and social policies is absolute. The deepening of these inequalities makes it necessary to reevaluate the health services for the mother and the child and the means of financing with respect to infant health. It is vital to adopt a perspective that concentrates on health care services in proportion to the level of disadvantage.

Key words: Infant mortality, health inequalities, rate ratio, socioeconomic status

Alındığı tarih: 02.10.2011

Kabul tarihi: 12.10.2011

Yazışma adresi: Dr. İşıl Ergin, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bornova 35100 İzmir
e-mail: isil.ergin@ege.edu.tr

GİRİŞ

Dünyada 2010 yılında 5,4 milyon bebek bir yaşını doldurmadan yaşama veda etmiştir. Beş yaş altı ölümlere bakıldığında, sayı 7,6 milyona yükselmektedir. Bu ölümlerin pek çoğu gelişmemiş ülkelerde gerçekleşmiş, üstelik neden çoğu zaman önlenebilir ve tedavi edilebilir hastalıklar olmuştur ^(1,2). Beş yaş altı çocuk ölümlerinin %70'i yaşamın ilk yılında meydana gelmektedir. Bebek ölümleri içinde de, yeni doğan ölümleri giderek artan bir oran göstermekte, çocuk ölümleri içindeki payı 1990'lardaki %10'luk seviyesinden 2010'da %40'lara ulaşmaktadır ⁽²⁾. Ülkelerin bebek ölümlülüğü sıralamasında ilk üç sırada Angola (binde 174,9), Afganistan (binde 149,20) ve Nijer (binde 112,2) yer alırken, binde 1,79 ile Monako en iyi durumdaki ülke olarak görülmektedir. Almanya, Finlandiya, Fransa, Japonya gibi gelişmiş ülkelerde, bebeklerin ölümü binde 4'leri bulmamaktadır ⁽³⁾. Türkiye'de 2008'deki bebek ölüm hızı, bin canlı doğumda 17'dir ⁽⁴⁾.

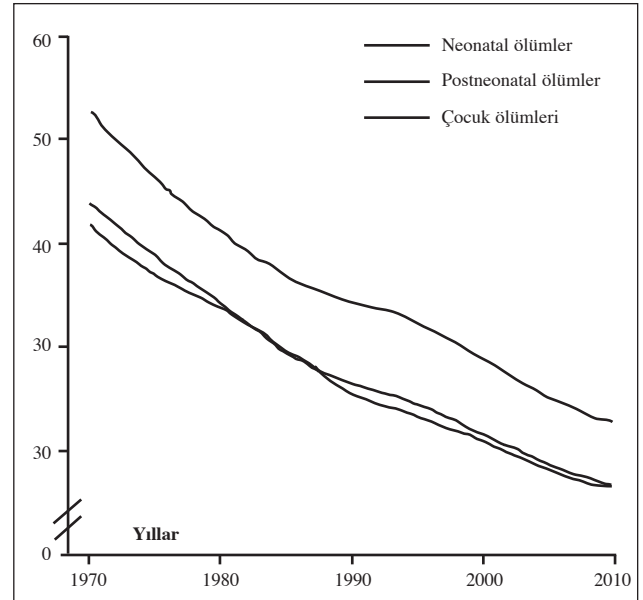
Çalışmalar, bu ölümlerin yıllar içinde oldukça azaldığını, ancak bu azalmanın tüm dünya ülkelerinde benzer biçimde gerçekleşmediğini göstermektedir. Güney Asya ve Sahra Altı Afrika'nın toplam bebek ve çocuk ölümlerindeki payı yıllar içinde artmıştır. 1970'lerde ölen çocukların %55'i bu bölgelerden iken, 2010'da bu oran %82'ye çıkmıştır (%33 Güney Asya, %49 Sahra Altı Afrika). Çocuk ölümlerinin yalnızca %1'i yüksek gelir grubu ülkelerde gerçekleşmektedir ⁽⁵⁾.

Dünyada durum: Bebek ölümlülüğüne eşitsizlikler penceresinden bakış

Bebek ölümlülüğü; birey, anne, hane, toplum ve çevreye dair faktörlerin bileşkesi olup, toplum sağlığı ve refahının duyarlı bir göstergesidir ⁽⁶⁾. Birleşmiş Milletler'in 2000 yılında benimsediği Binyıl Kalkınma Hedeflerinden biri de çocuk ölümlülüğünü azaltmaya yönelik olmaktadır. Bu hedef doğrultusunda, 2015'e kadar, 1990'daki seviyesinin 1/3'ine azalt-

mak amaçlanır ve bu hedefi izlemeye dair belirlenen ölçütler; beş yaş altı ölüm hızı, bebek ölüm hızı ve kızamağa karşı aşılanmış çocuk oranıdır ⁽⁷⁾. Diğer yedi ana hedefle birlikte bu hedef de dünyanın özellikle yoksul ülkelerini, sosyal ve ekonomik unsurlar yanı sıra sağlık alanında da yükseltme amacına yönelmektedir. Ancak, uluslararası toplumun yoğun ilgisine rağmen belirlenen hedefe ulaşılması her yıl daha olanaksız hal almakta, yoksul ülkelerdeki iyileşme oldukça yavaş düzeyde seyretmektedir.

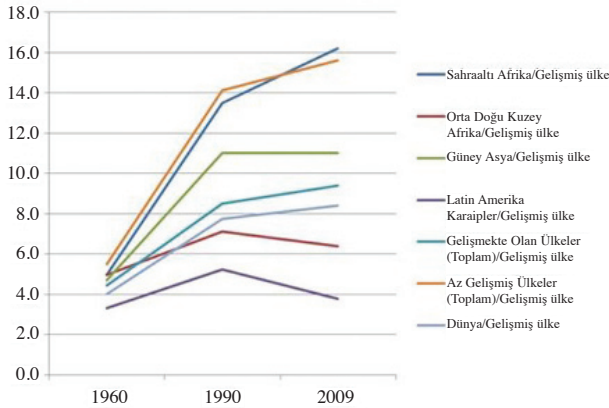
Yapılan değerlendirmeler, bebek ve çocuk ölümlülüğünde dünya ortalaması incelendiğinde ciddi bir düşüşe işaret etmektedir. Bu belirgin düşüş Şekil 1'de görülmektedir ⁽⁵⁾.



Şekil 1. Dünyada neonatal, postneonatal ve çocuk ölümlülüğündeki değişim ⁽⁵⁾.

Ancak, bu düşüşü bir de eşitsizlikler perspektifinden incelemekte yarar vardır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki eşitsiz "iyileşme" incelendiğinde bebek ölümlülüğündeki bu gözle görünür düşüşün tüm ülkeler için aynı hızda gerçekleşmediği anlaşılmaktadır. Bu amaçla en kötü durumdaki ülkelerin değerlerinin en iyi durumdaki grupla (endüstrileşmiş ülkeler grubu) oranlanması ile elde edilen "hızlar oranı" incelenebilir. Bu oran; sağlıktaki eşitsizliklerin değerlendirilmesinde ve politik müdahalelerin izlenmesinde kullanılan bir yöntemdir ⁽⁸⁾ ve

eşitsizlikteki artışı veya azalışı gösterir ⁽⁹⁾. Bu makalenin yazarları tarafından UNICEF'in 2009 yılındaki verileri kullanılarak benzer bir hızlar oranı hesaplanması, 5 yaş altı çocuk ölüm hızları için de yapılmıştır ⁽¹⁰⁾. Bebek ölüm hızları açısından yapılan mevcut karşılaştırmada hesaplanan hızlar oranı ise aşağıda sunulan Şekil 2'de yer almaktadır. Şekil 2, farklı ülke gruplarındaki bebek ölüm hızının, gelişmiş ülkeler grubundaki hız ile oranlanması ile elde edilen değerleri ve bu değerlerin yıllar içindeki değişimini göstermektedir. Oranın büyümesi eşitsizliğin de derinleştiği anlamına gelmektedir. Beş yaş altı ölümlerde de saptanan oranlara ⁽¹⁰⁾ benzer bir şekilde, bebek ölümlülüğündeki azalma da ne yazık ki eşitsiz bir biçimde gerçekleşmektedir. Gelişmiş ülkelerin bebek ölümlülüğünü azaltmaktaki başarısı, diğer ülke grupları için aynı hızda seyretmemiş, aradaki oransal fark yıllar içinde giderek açılmıştır.



Şekil 2. Farklı ülke gruplarındaki bebek ölüm hızının gelişmiş ülke grubundaki hız ile oranlanması ile elde edilen değerler (hızlar oranı) ve bu değerlerin yıllar içindeki değişimi.

Çalışmalar sosyoekonomik düzeyin kötü olduğu gruplarda bebek ölüm kayıtlarının da kötü olduğunu göstermektedir ⁽¹¹⁾. Bu durum, bu gruplardaki gerçek bebek ölüm hızlarının, bildirilen düzeylerden daha da yüksek olabileceğine işaret etmektedir. Uluslararası karşılaştırmalar açısından da, gelişmekte olan ülkelerin tespit ve kayıt sistemlerinin, gelişmiş ülkelere kıyasla daha sorunlu olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karşılaştırmalarda da gerçek durumun

ortaya konabilenden daha derin bir eşitsizliği barındırabileceği unutulmamalıdır.

Eşitsizliklerin ülke içerisindeki farklı sosyal gruplar açısından nasıl seyrettiği incelendiğinde de sağlıkta, sosyoekonomik spektruma paralel giden basamaklı bir yapı (gradient) olduğu görülür ⁽¹²⁾. Bir bebeğin ölme riskini artıran unsurlar, o ülkedeki sosyoekonomik dinamikler, kültürel örüntüler, kamusal olanaklar, olanaksızlıklar ve eşitsizlikler çerçevesinde örülmektedir. Yapılan çalışmalar pek çok ülkede sosyoekonomik düzey ile bebek ölümlüğü arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir ⁽¹¹⁾. Yoksulluktan olumsuz etkilenme anne karnından başlamaktadır. Annenin ağır ve tehlikeli çalışma koşulları, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, kötü ve yetersiz beslenmesi, sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyinin düşüklüğü etkili olmaktadır ⁽¹³⁾. Yoksulluğun bebek ölüm hızında dört kata varan farklılıklar yarattığı bilinmektedir ⁽¹⁴⁾. Çocuk ve bebek ölümlüğü, toplumda temel gereksinimlerin (temiz su, temiz ve yeterli gıda, sağlıklı barınma ve yaşam koşulları, iş ve eğitim olanakları, vb.) sağlanması noktasında yaşanan yetersizlikler sonucu ortaya çıkmaktadır. Gelir, eğitim ve fırsatlar açısından derin eşitsizliklerin bulunduğu ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim açısından da önemli eşitsizlikler vardır. Sağlık hizmetlerine en çok gereksinimi olanlar, koruyucu sağlık hizmetleri dahil olmak üzere, yüksek kalitede bir sağlık hizmeti alma olasılığı en düşük olanlardır ⁽¹⁵⁾. Bu erişim engeli de, tüm bu sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerindeki etkisini daha da şiddetlendirmektedir. Bebek ve çocuk ölümlüğü o ülkedeki alt yapı, hizmetler ve gelişim açısından var olan eşitsizliklerin adeta bir endikatörüne dönüşmektedir ⁽¹¹⁾. İngiltere'de babanın sosyoekonomik durumuna göre yapılan sınıfsal gruplamada, en düşük bebek ölümlüğü olan grubun, yönetici ve profesyonellerin yer aldığı en üst sınıfsal grupta saptandığı bildirilmektedir. Aynı araştırmada yoksul yerleşim birimlerinde yaşayanlarda da bebek ölümlüğü riski en üst seviyelerde saptanmıştır. Etnik ve bölgesel eşitsizlikler de sürece eklenmektedir ⁽¹⁶⁾.

El Salvador'da eğitimsiz annelerin bebeklerinin ilk yıllarında ölme oranları binde 100 iken, en az ikinci basamak eğitim almış olanlarda oran, bunun 1/4'ine düşmektedir (12). Çin'de de eğitilmiş annelerin bebeklerinin yaşama olasılığının eğitimsizlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (17). Sosyal güvencesi olmayan çocukların finansal engellerden dolayı sağlık sorunlarının ertelendiği ve karşılanmamış sağlık gereksinimlerinin daha yüksek olduğu ve düzenli bir hizmet kaynaklarının olmadığını tespit eden çalışmalar vardır (18,19).

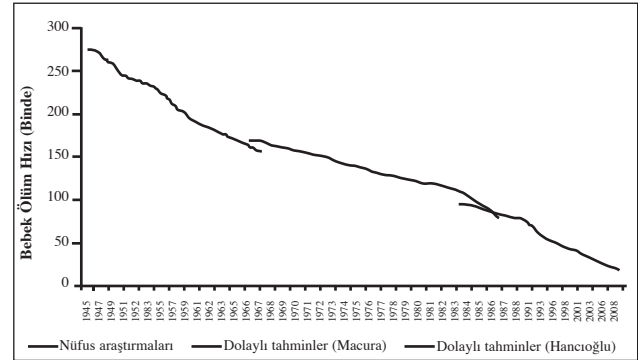
İspanya'da profesyonel mesleklere sahip olanların bebeklerine kıyasla tarım işçilerinin bebekleri iki kat daha fazla sıklıkta ölmektedir (15). Bu eşitsiz tablo, toplumsal sağlığın eşitsizlik temelinde irdelenmesini olası kılacak analizlere gereksinimi artırmaktadır. "Kalkınma" başlığı, ekonomik büyümeyi tanımlamaktan öte, sosyal ve özellikle de sağlık çıktıları açısından avantajlı ve dezavantajlı yanlarının incelenmesini içeren, daha geniş bir bakış açısına gereksinim duymaktadır (11).

Farklı sosyal gruplardaki bebek ölümlerinde nedenler de farklı noktalarda yoğunlaşabilmektedir. Şili'de yapılan bir araştırma işsiz hane reislerinin bebeklerinde, ilk aylardaki solunumsal hastalıklar ve travmalara bağlı ölümlerin, işi olan hane reislerine göre 10 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. Enfeksiyöz hastalıklarda da bu risk 5 kat artmıştır (11). Çünkü maruz kalınan enfeksiyöz ajanlar ve kötü yaşam koşullarından kaynaklanan etkilenimler (aşırı soğuk veya sıcak, nem, çevresel maruziyetler vb.) yanı sıra bebeğin direnç mekanizmalarında zayıflık yaratan sosyoekonomik unsurlar, katlanan bir hastalık yüküyle bebekleri karşı karşıya bırakmaktadır (20). Bebeğin ölme olasılığını artıran riskler her sosyal grupta farklı farklı örülmektedir.

Türkiye'de durum

Türkiye, uzun yıllar OECD ülkeleri arasındaki sıralamada, ekonomik seviyesine göre, yüksek bir bebek ve çocuk ölümlülüğü düzeyi göstermiştir (21).

Bu duruma rağmen, çocuk ölümlülüğünün belirlenmelerine ilişkin az sayıda çalışma bulunmaktadır (22). Bebek ölüm hızımızı bölgemizdeki ve benzer gelir grubu ülkelerinkinden daha yüksek kılan unsurların aydınlatılması büyük önem taşımaktadır. Bebek ölümlülüğü hızının yıllar içindeki değişimi incelendiğinde 1945'lerden günümüze dek dramatik bir azalma göze çarpmaktadır (Şekil 3) (21).



Kaynak: Hancıoğlu 1991; Yüksel 2008 HÜNEE 2009

Şekil 3. Türkiye'de bebek ölüm hızı (1945-2008) (21).

Bu düşüşün farklı sosyoekonomik gruplarda nasıl seyrettiğinin incelenmesi büyük önem taşımaktadır. Böylesi bir inceleme, gerçekleşen iyileşmenin daha çok hangi gruplar lehinde olduğuna ve bundan sonraki müdahalelerde yaklaşımın ne olması gerektiğine önemli oranda ışık tutabilir. Eşitsizlikler alanının ünlü biliminsanı Marmot, sağlık eşitsizliklerine yönelik müdahalelerde yalnızca yoksullara odaklanan yaklaşım yerine, bireylerin dezavantajları oranında yoğunlaşan bir bakış açısının benimsenmesi gerektiğini bildirmektedir. Böylelikle en iyi konumdakinden en kötü konumdakine doğru artan risklerde, ara gruplardaki sağlıksızlık unsurları da gözardı edilmemiş olacaktır (23).

Bebek ölümlülüğündeki değişimi, eşitsizlikler açısından değerlendirmeden önce, gelir, eğitim, fırsat ve sağlık hizmet kullanımındaki eşitsizlikler açısından ülkemizdeki duruma dair kısa bir değerlendirme yapmak gerekmektedir. Gelir eşitsizliği, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de çözüm bekleyen önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Ülke geneline kapsayan gelir dağılımına ait verilerin üretilmeye

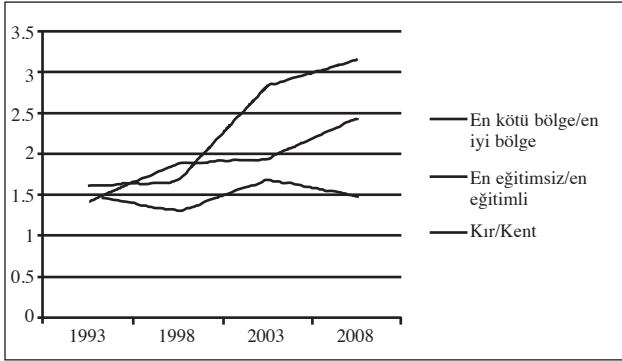
başlandığı 1960'lı yıllardan günümüze, gelir eşitsizliğinde anlamlı bir iyileşmenin gerçekleşmediği görülmektedir ⁽²⁴⁾. Gelir dağılımına dair ülkelerarası karşılaştırmaları ve zaman içindeki değişimi anlamayı olası kılan Gini katsayıları dikkate alındığında; ülkemiz OECD üyesi ülkeler arasında en yüksek Gini katsayısına (0,474) sahip olan Meksika'nın ardından, 0,43 Gini katsayısıyla gelir eşitsizliğinin en yüksek olduğu ikinci ülkedir. 1980'lerin ortalarından 1990'ların ortalarına kadar gelir dağılımının ciddi oranda bozulduğu ülkeler arasında yer almaktadır. En yoksul %10'luk dilimin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'dan (GSYİH) aldığı pay %2'dir. En zengin ile en yoksul dilim arasında 17 kat fark bulunmaktadır ⁽²⁵⁾. Eğitim olanağı açısından da cinsiyet, gelir grupları, kır, kent ve bölgeler arası önemli eşitsizlikler bulunmaktadır. Eğitim almamış/ilkokul bitirmemiş kadın nüfus, kırdan %47,6, Doğu bölgesinde %56,6'ya ulaşmaktadır ⁽⁴⁾. Fırsatların eşitliği açısından istihdam olanaklarına bakıldığında da işsizlik oranlarının illere göre önemli farklılıklar barındırdığı görülmektedir ⁽²⁶⁾. Eğitim, kadınların işgücüne katılımı açısından önemli bir etmen olmayı sürdürmekte, şehirlerde yaşayan düşük eğitimli genç kadınların istihdama katılma olanaklarının çok düşük olduğu bildirilmektedir ⁽²⁶⁾. Bu unsurlarla oldukça yakın ilişki içindeki sosyal güvence durumu sağlık hizmet kullanımının önemli bir belirleyicisi olmaktadır. 2006 yılı verilerine göre nüfusun %20'sinin Yeşil Kart dahil hiçbir sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Kadınların sosyal güvenlik kapsamında olmalarının; yerleşim yeri, eğitim durumu ve hane halkı refah düzeyi gibi temel özelliklerle ilişki içinde olduğu bildirilmektedir ⁽⁴⁾. Bu unsurlar sağlık hizmet kullanımı bağlamında incelendiğinde, özellikle kırsal alanda yaşayan, hiç eğitimi olmayan veya ilköğretim birinci kademeyi tamamlamamış ve hane halkı gelir düzeyi en düşük düzeylerde olan kadınlar arasında her beş kadından biri, 15-19 yaş grubundaki genç kadınlar arasında da üç kadından biri, sağlık hizmetlerine erişememektedir ⁽²⁶⁾.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre; hiç doğum öncesi bakım almamış

kadın yüzdesi kırdan, Doğu'da, eğitimi olmayan grupta ve yoksullarda daha yüksektir. Bu hizmete ulaşamayanlar, iyi bir doğum öncesi bakım ve izlemin, anne ve bebek açısından sağladığı bütün avantajlardan yoksun kalmaktadır. Hiç doğum öncesi bakım almamış bu annelerin bebeklerinde hastalık ve ölüm riski ciddi oranda artmıştır. Doğum öncesi bakımı bulunan anneler incelendiğinde de bu kez izlem sayısı ve izlemlerin niteliği açısından da benzer eşitsizliklerin devam ettiği görülmektedir. Doğumun gerçekleştiği yer (ev, hastane, ebe yardımı vb.) incelendiğinde ev doğumlarının kırdan, yüksek doğurganlığa sahip kadınlarda, hiç doğum öncesi bakım hizmeti almamışlarda, Doğu Anadolu bölgesinde ve eğitimi olmayan annelerde en yüksek seviyelere ulaştığı görülmektedir. Altı ve üzeri doğumu olan kadınların %38,1'i evde doğurmada, hiç doğum öncesi bakım izlemi olmayan gebelerin %33,8'i doğumunu da yine bir sağlık kurumuna ulaşmadan gerçekleştirmektedir ⁽⁴⁾. Bu tablo, özellikle yenidoğan ölümlerine önemli bir zemin hazırlamak yanı sıra anne ölümleri açısından da riskleri ciddi oranda artırmaktadır ⁽²⁷⁾. Çocukların ve gebelerin aşılama durumuna bakıldığında da refah düzeyi ve anne eğitiminin önemli farklar yarattığı görülmektedir. Annenin gebelik yaşı, doğurganlık durumu, akraba evliliği olup olmaması gibi sosyoekonomik ve kültürel süreçlerle yakın ilişki içinde olan ve önemli eşitsizlikler barındıran unsurlar da bebek ölümlerini artıran dinamikler içinde yerini almaktadır ^(27,28).

Önceki TNSA'larda var olan eşitsizlik örüntüleri, 2008 TNSA'da da belirgin bir şekilde devam etmektedir. Şekil 4'te bu eşitsizliklerin seyri açısından bebek ölüm hızına odaklanılmıştır. TNSA 1993, 1998, 2003 ve 2008 TNSA ^(4,29,30,31) verilerindeki değerler incelenerek Şekil 4 oluşturulmuştur. Şekil 2'deki uluslararası karşılaştırmadakine benzer biçimde, en kötü durumdaki bölge, en kötü eğitim grubu ve kırdaki bebek ölüm hızları, en iyi hızların bulunduğu gruplarla karşılaştırılmış ve hızlar oranı hesaplanmıştır. Artan oran derinleşen eşitsizliği göstermektedir. İncelenen yıllardaki TNSA'larda, bebek ölüm hızının

hesaplanmasında farklılıklar (beş yıllık ve on yıllık dönemlerin ölüm hızları) veya Türkiye'ye dair bölgeleme yöntemi açısından değişiklikler bulunabilmektedir. Karşılaştırmanın bu bağlamda, elbette ki bir kısıtlılığı mevcuttur. Ancak, bu kısıtlılığa rağmen en kötü durumdakilerde var olan hız ile en iyi durumdakilerde var olan hızı karşılaştırmak ve yıllar içerisindeki değişimi incelemek açısından önemli bir fırsat da sunmaktadır.



Şekil 4. Türkiye'de 1993-2008 yılları arasında yapılan TNSA'larda bölgelere, eğitime ve yerleşim yerine göre Bebek Ölüm Hızı oranlarındaki değişim.

Her çocuğa yaşama iyi bir başlangıç yapma şansının verilmesi ilke edinilmelidir ⁽²³⁾. Farklı sosyal gruplarda sağlık eşitsizliklerinin azaltılması önemli bir halk sağlığı hedefi olmalıdır. Bu eşitsizliklerdeki durumun izlenmesi de bu açıdan oldukça önemlidir. Bu izlem kapsamında hem ülkenin başka ülkelerle karşılaştırılması hem de aynı ülkedeki sosyal gruplar arasındaki oransal farkın, yıllar içindeki değişiminin incelenmesi önemlidir ⁽³²⁾. Bebek ölümlülüğünde; yaş grupları, ölüm nedenleri, bölgeler ve sosyoekonomik düzeye dair örüntülerin ayrıntısıyla irdelendiği ve eşitsizlikler zemininde geliştirilecek toplum sağlığı müdahale politikalarına gereksinim vardır. Toplumdaki bireylerin gelir, eğitim, fırsatlar ve temel gereksinimler yanı sıra sağlık hizmetlerine erişiminin, eşitsizliklerden arındırılması önemlidir. Engelleri ortadan kaldıracak politikalara ve dezavantajlı gruplar için özel kolaylaştırıcı unsurların hizmetlere eklenmesine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetleri özetinde ise; tüm basamaklardaki hizmet politikalarında,

ama özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında, eşitsizliklere yol açabilecek tüm engeller ortadan kaldırılmalıdır. Hem gebe hem de bebek tespit ve izlemlerini iyileştirmek ve evde gebe ve bebek ziyaretlerinin yapılmasını sağlamak büyük önem taşımaktadır. Bu hem kentsel yoksul bölgeler, hem de coğrafi erişim engeli olan kırsal alanlar için büyük önem taşımaktadır. Hastane doğumlarına erişimi artıran ve kolaylaştıran politikalar üretilmelidir. Evde doğumları azaltmak ve hastane doğumlarını teşvik etmek için coğrafi veya finansal erişim engellerini ortadan kaldırmak yanı sıra kültürel engellerle mücadele edecek ve toplumsal cinsiyet bakış açısını esas alan müdahalelere gereksinim vardır. Bebek izlemleri açısından kapsanmayan nüfusun kalmamasını sağlayıcı önlemleri almak, özellikle nüfusun hareketli olduğu ve sosyoekonomik düzeyin kötü olduğu bölgelerde büyük önem taşımaktadır. Bebek kayıtları yanı sıra bebek ölümlerinin kaydedilmesindeki sorunların giderilmesi de önemlidir. Ölümlerin ardında yatan risklerin ve eşitsizliklerin aydınlatılması, müdahale programlarının şekillenmesinde büyük rol oynayacaktır.

SONUÇ

Uluslararası kamuoyunun tüm ilgisine rağmen, bebek ölümlülüğünün azaltılması yolunda istenen yol kat edilememiştir. Yıllık düşüşler beklenen düzeyde olmayıp 2015 hedefi pek ulaşılabilir görünmemektedir. Veriler, mevcut düşüşün de, gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasındaki eşitsizliği derinleştirerek ilerlediğini göstermektedir. Ülkemiz, bebek ölümlülüğü hızı açısından incelendiğinde ise, eğitim grupları ve bölgeler arasında var olan farkın, yıllar içinde derinleşerek devam ettiği, kır, kent farkının ise değişmediği görülmektedir. Bebek ölümlülüğüne ilişkin yürütülen müdahale politikaları açısından bu saptama önemlidir. Bebek ölümlülüğündeki bu eşitsizlikleri giderebilmek ve bebek ölümlülüğünü, ülkemizdeki diğer ülkelerin seviyesine azaltabilmek için eşitsizlikleri gidermeye yönelik ekonomik ve sosyal

politikalara gereksinim kesindir. Ayrıca; bebek ölüm hızı açısından eşitsizliklerin derinleşmesi, anne ve bebeklere sunulan sağlık hizmetinin ve bunun finansman biçiminin bebek sağlığı açısından yeniden irdelenmesini gerekli kılmaktadır. Bireylerin dezavantajları oranında yoğunlaşan bir sağlık hizmetini esas alan bakış açısının benimsenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, Mahanani WR, Gore FM, Cousens S, Lawn JE, Mathers CD; on behalf of the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation and the Child Health Epidemiology Reference Group. Neonatal Mortality Levels for 193 Countries in 2009 with Trends since 1990: A Systematic Analysis of Progress, Projections, and Priorities. *PLoS Med* 2011;8(8).
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001080>
PMid:21918640 PMCID:3168874
2. UNICEF 2011. Levels and trends in child mortality. Report 2011-Estimates developed by the UN Inter Agency Group for Child Mortality Estimation.
3. World Fact Book. Country Comparison : Infant mortality rate. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2091rank.html>
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2009.
5. Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, Wang H, Levin-Rector A, Dwyer L, Costa M, Lopez AD, Murray CJ. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *Lancet* 2010;375(9730):1988-2008.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60703-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60703-9)
6. Chin B, Montana L, Basagaña X. Spatial modeling of geographic inequalities in infant and child mortality across Nepal. *Health Place* 2011;17(4):929-36.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.04.006>
7. UN Millennium Project. Who's got the power? Transforming health systems for women and children. Taskforce on child health and maternal health, 2005.
8. Regidor E. Measures of health inequalities: part 2. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:900-903.
<http://dx.doi.org/10.1136/jech.2004.023036>
9. Kunst A. and Machenbach J. Socioeconomic inequalities in health. WHO; 1994.
10. Akçay U, Ergin I, Hassoy H. Kalkınma'nın bilançosu: eleştirel bir değerlendirme *İktisat Dergisi*, Kalkınma İktisadi Özel Sayısı, Sayı: 519-520. Eylül-Ekim 2011.
11. Hertel-Fernandez AW, Giusti AE, Sotelo JM. The Chilean infant mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990-2005. *Bull World Health Organ* 2007;85(10):798-804.
PMid:18038062 PMCID:2636498
12. WHO-CSDH (2007) Achieving Health Equity: From Root Causes To Fair Outcomes. Commission On Social Determinants Of Health http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/cdsh_interim_statement_final_07.pdf (Erişim tarihi 20 Aralık 2010)
13. Dedeoğlu N. Sağlık ve Yoksulluk. *Toplum ve Hekim Dergisi* 2004;19(1):51-53.
14. Smith R. Countering child poverty. *BMJ* 2001;322:1137-1138.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7295.1137>
PMid:11348895 PMCID:1120271
15. Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992;3:429-445.
<http://dx.doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
PMid:1644507
16. Hollowell J, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Gray R. Social and ethnic inequalities in infant mortality: a perspective from the United Kingdom. *Semin Perinatol* 2011;35(4):240-4.
<http://dx.doi.org/10.1053/j.semper.2011.02.021>
PMid:21798404
17. Song S, Burgard SA. Dynamics of Inequality: Mother's Education and Infant Mortality in China, 1970-2001. *J Health Soc Behav* 2011;52(3):349-64.
<http://dx.doi.org/10.1177/0022146511410886>
PMid:21896686
18. Guendelman S, Pearl M. Children's Ability To Access and Use Health Care. The effects of no coverage, child-only coverage, and family coverage. *Health Affairs* 2004;23(2).
19. Newacheck PW, Claire D, Brindis CD. Adolescent health insurance coverage: Recent changes and access to care. *Pediatrics* 1999;104(2):195.
<http://dx.doi.org/10.1542/peds.104.2.195>
PMid:10428994
20. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003;362:233-41.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13917-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13917-7)
21. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri. Türkiye'nin demografik dönüşümü. Doğurganlık, Aile planlaması, anne-çocuk sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler 1968-2008. Ankara, 2010. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkeyninDemografikDonusumu_220410.pdf
22. Tezcan S, Eryurt MA. Nüfusbilim Dergisi/Turkish Journal of Population Studies, 2006-07;28-29, 15-28.
23. Marmot M. Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post 2010. 2011. <http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>
24. Çalışkan Ş. Türkiye'de gelir eşitsizliği ve yoksulluk. *Sosyal Siyaset Konferansları*, Sayı: 59, 2010.
25. OECD. OECD, Factbook 2008: Economic, Environmental and Social Statistics; OECD, Growing Unequal. Income Distribution and Poverty in OECD Countries, 2008.
26. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu. Türkiye'de eşitsizlikler: kalıcı eşitsizliklere genel bir bakış, 2010. www.aciktoplumvakfi.org.tr/pdf/turkiyede_esitsizlikler.pdf
27. Kültürsay N. The status of women and of maternal and perinatal health in Turkey. *Turkish Journal of Pediatrics* 2011;53:5-10.
PMid:21534333
28. Taşkın Ş, Atak N. Bebek ve Çocuk Ölümlerinin Değerlendirilmesi: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması, 1993 ve 1998. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004;57(1):1-12.
29. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-TNSA 1993. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, Ankara, 1994.
30. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması -TNSA 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara: 1999.
31. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-TNSA 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Ankara: 2004. NSA 1993.
32. Houweling TA, Kunst AE, Huisman M, Mackenbach JP. Using relative and absolute measures for monitoring health inequalities: experiences from cross-national analyses on maternal and child health. *Int J Equity Health* 2007;29:6-15.