

# DOĞUMLA İLİŞKİLİ SAĞLIK HİZMETLERİ KULLANIMINDA EŞİTSİZLİKLER

Hakan TÜZÜN\*

## 1. GİRİŞ

Dünya genelinde her yıl 10 milyon çocuk ve 529 bin anne ölümü olmaktadır ve bu ölümlerin çoğunluğu önlenebilir nedenlerden kaynaklanmaktadır (WHO, 2005). Geçmiş yıllar içinde pek çok ülke anne ve çocuk sağlığında önemli ilerlemeler kaydetmiş olmasına karşın, ilerleme yavaş gerçekleşmektedir. Belirgin düzelme sağlanamazsa daha önce "milyenyum gelişme hedefleri" adı altında toplanan amaçlar arasında yer alan anne ölümlerini dörtte üç, bebek ölümlerini üçte iki oranında azaltma hedefine 2015 yılı içinde ulaşılması olanaksız olacaktır (WHO, 2005).

Kadınların gebelikleri süresince, doğum esnasında ve sonrasında sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanabilirse anne ve bebek ölümleri önemli ölçüde azaltılabilir (Akın, 2006). Doğum öncesi bakım alma sıklıklarında dünya genelinde bir artış gözlenmekle birlikte, en az 4 kez izleme sahip kadınların oranları çok düşüktür ve ilk izlem genellikle gebeliğin ilerleyen dönemlerinde meydana gelmektedir (WHO, 2005).

Kadınların yaşadıkları bölge ve sosyoekonomik düzeyleri doğum öncesi bakım almada rol oynayan temel etmenler olmaktadır. Bu etmenler yaş, etnik köken, din, kültürel inanışlar, tıbbi bakıma ihtiyaç durumunu içermektedir ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesi, ücreti, erişim olanakları ile ilgilidir (Say, 2007). Doğum öncesi bakım alma sıklıkları yoksullar, kırsal alanda yaşayanlar, göçmenler, azınlıklar, evlilik dışı adolesan gebeliklerde daha düşüktür (WHO, 2005).

---

\* Uzman Dr.

## 2. YÖNTEM

Bu çalışmada veri kaynağı olarak Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın 1998-2003-2008 yılları raporları kullanılmıştır (HÜNEE 1999, HÜNEE 2004, HÜNEE 2009). "Doğum öncesi bakım almayan kadın sıklığı" gebeliği esnasında hekim ya da ebe/hemşire tarafından hiç kontrol edilmemiş olanların sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Raporlarda bölgeler doğu, batı, kuzey, güney, orta olarak gruplandırılmıştır. Annelerin eğitim düzeyleri 1998 TNSA'da "eğitimi yok-ilkokulu bitirmedi", "ilkokul mezunu ortaokulu bitirmedi", "ortaokul mezunu ve üzeri eğitim" olarak; 2003 ve 2008 TNSA'da ise "eğitimi yok-ilkokulu bitirmemiş", "ilköğretim birinci kademe", "ilköğretim ikinci kademe", "lise ve üzeri" olarak sınıflandırılmıştır.

"Topluma Atfedilen Risk" (TAR) sağlık eşitsizlikleri ile ilgili değerlendirmelerde kullanılan ölçütlerden birisidir. İncelenen toplumun sosyoekonomik durumunun, sosyoekonomik durumu en iyi olan grubun düzeyine ulaştırılması durumunda sorunun ne kadarından korunabileceğini gösterir. Kaynaklar eşit dağıtıldığında ulaşılabilecek sağlık düzeyini göstermesi açısından önemlidir (Hamzaoğlu, 2006).

Bir sağlık sorunu ile ilgili olarak topluma atfedilen risk (TAR) değeri hesaplanırken, toplumun genelinde o sağlık sorunun görülme hızından, en üst sosyoekonomik grupta o sağlık sorunun görülme hızı çıkarılıp; toplumun genelinde o sağlık sorunun görülme hızına bölünmesi ile elde edilen sonuç bir katsayı (yüzdelerle ifade etmek üzere 100) ile çarpılır (WB, 2005).

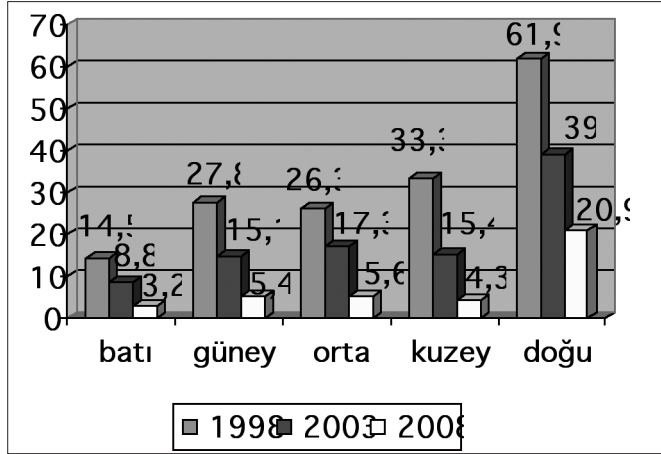
Bölgeye ve eğitim düzeyine göre doğum öncesi bakım almayan kadın sıklığı ve sağlık kuruluşu dışında yapılan doğum sıklığı için TAR değerleri hesaplanırken, sıklıkların en düşük olduğu "batı bölgesi" ve "lise ya da daha üzeri eğitim alanlar" grubu (TNSA 2003 için ortaokul mezunu ve üzeri eğitim alanlar grubu) en üst sosyoekonomik grup olarak değerlendirilmiştir.

## 3. SONUÇLAR ve TARTIŞMA

### 3.1 Doğum Öncesi Bakım Almayan Kadın Sıklıkları ve Sağlık Kuruluşu Dışında Doğum Yapma Sıklıkları İçin Topluma Atfedilen Risk Değerlerinin Değişimi

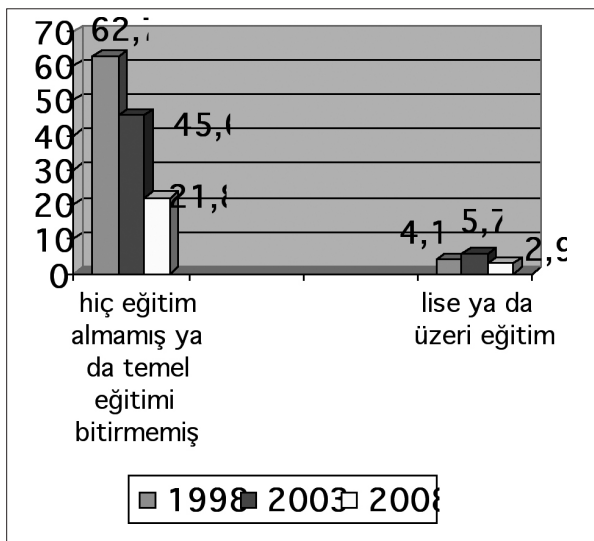
Doğum öncesi bakım almayan kadın sıklığı 1998-2003-2008 için sırasıyla batıda %14,5-%8,8-%3,2; güneyde %27,8-%15,1-%5,4; ortada %26,3-%17,3-%5,6 kuzeyde %33,3-%15,4-%4,3; doğuda %61,9-%39,0-%20,9'dur. Bölgeye göre TAR değerleri 1998-2003-2008 için sırasıyla %55,3-%53,9-%60,0'dır. 2008 yılı TAR değeri "Türkiye'deki kadınların tümü için doğum öncesi bakım al-

mayan kadın sıklığı batıda yaşayan kadınlardaki sıklıkta olsaydı, Türkiye’de doğum öncesi bakım almayan kadınların %60’ının doğum öncesi bakım alması sağlanabilirdi” anlamına gelmektedir.



**Şekil 1:** Bölgelere Göre Doğum Öncesi Bakım Almayan Kadın Sıklıklarının Değişimi

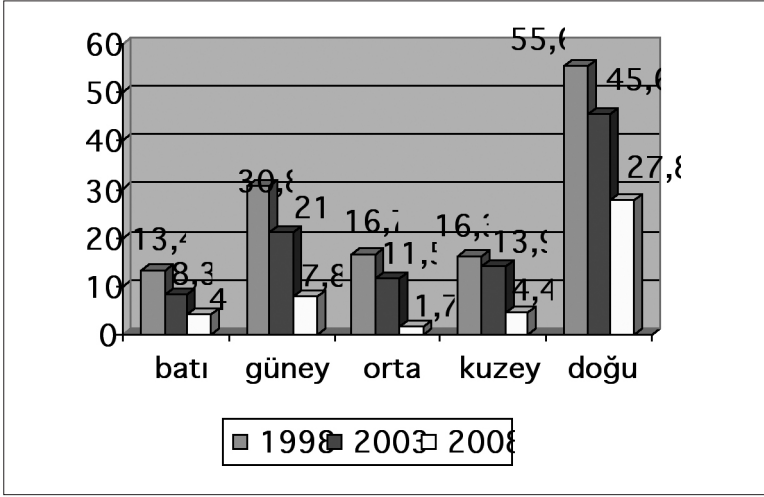
Doğum öncesi bakım almayan kadın sıklığı 1998-2003-2008 için sırasıyla en düşük eğitim grubu olan “hiç eğitim almamış ya da temel eğitimi bitirmemişlerde” %62,7-%46,6-%21,8; en yüksek eğitim grubu olan “lise ya da daha üzeri eğitim alanlarda” (TNSA 1998 için ortaokul ve üzeri eğitim alanlar grubu) %4,1-%5,7-%2,9’dur. Eğitim düzeyine göre TAR değerleri 1998-2003-2008 için sırasıyla %87,3-%92,6-%91,3’tür. 2008 yılı TAR değeri “Türkiye’deki kadınların tümü için doğum öncesi bakım almayan kadın sıklığı lise ya da üzeri eğitim alan kadınlardaki sıklıkta olsaydı, Türkiye’de doğum öncesi bakım almayan kadınların % 91,3’ünün doğum öncesi bakım alması sağlanabilirdi” anlamına gelmektedir.



kadınlardaki sıklıkta olsaydı, Türkiye’de doğum öncesi bakım almayan kadınların % 91,3’ünün doğum öncesi bakım alması sağlanabilirdi” anlamına gelmektedir.

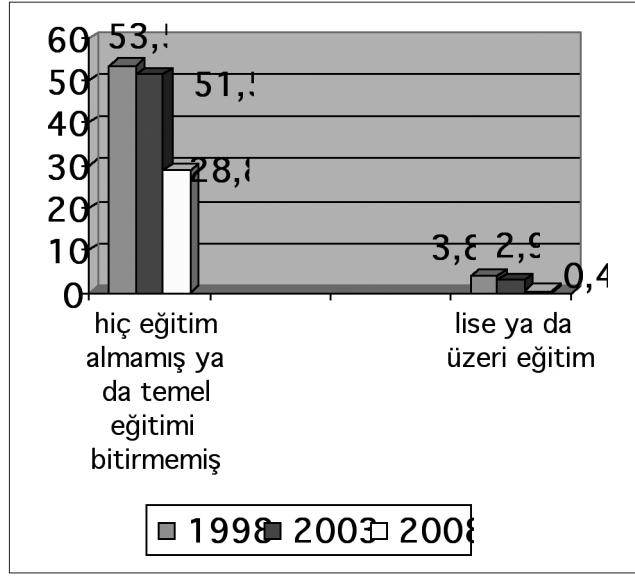
**Şekil 2:** Eğitim Düzeyine Göre Doğum Öncesi Bakım Almayan Kadın Sıklıklarının Değişimi

Bölgelere göre kadınlarda sağlık kuruluşu dışında doğum yapma sıklıkları 1998-2003-2008 için sırasıyla batıda %13,4-%8,3-%4; güneyde %30,8-%21-%7,8; ortada %16,7,%11,5,%1,7 kuzeyde %16,3-%13,9-%4,4; doğuda %55,6-%45,6-%27,8'dir. Bölgeye göre TAR değerleri 1998-2003-2008 için sırasıyla %65,5-%61,4-%61,1'dir. 2008 yılı TAR değeri "Türkiye'deki kadınların tümü için sağlık kuruluşu dışında doğum yapma sıklıkları batıda yaşayan kadınlardaki gibi olsaydı, Türkiye'de sağlık kuruluşu dışında yapılan doğumların % 61,1'inin sağlık kuruluşu dışında gerçekleşmesi engellenebilirdi" anlamına gelmektedir.



**Şekil 3:** Bölgelere Göre Kadınlarda Sağlık Kuruluşu Dışında Doğum Yapma Sıklıklarının Değişimi

Kadınlarda sağlık kuruluşu dışında doğum yapma sıklıkları 1998-2003-2008 için sırasıyla en düşük eğitim grubu olan "hiç eğitim almamış ya da temel eğitimi bitirmemişlerde" %55,5-%51,5-%28,8; en yüksek eğitim grubu olan "lise ya da daha üzeri eğitim alanlarda" (TNSA 1998 için ortaokul ve üzeri eğitim alanlar grubu) %3,8-%2,9-%0,4'dür. Eğitim düzeyine göre TAR değerleri 1998-2003-2008 için sırasıyla %90,2-%86,5-%96,1'dir. 2008 yılı TAR değeri "Türkiye'deki kadınların tümü için sağlık kuruluşu dışında doğum yapma sıklıkları en üst eğitim düzeyindeki kadınlardakine benzer olsaydı, Türkiye'de sağlık kuruluşu dışında yapılan doğumların % 96,1'inin sağlık kuruluşu dışında gerçekleşmesi engellenebilirdi" anlamına gelmektedir.



**Şekil 4:** Eğitim Düzeylerine Göre Kadınlarda Sağlık Kuruluşu Dışında Doğum Yapma Sıklıklarının Değişimi

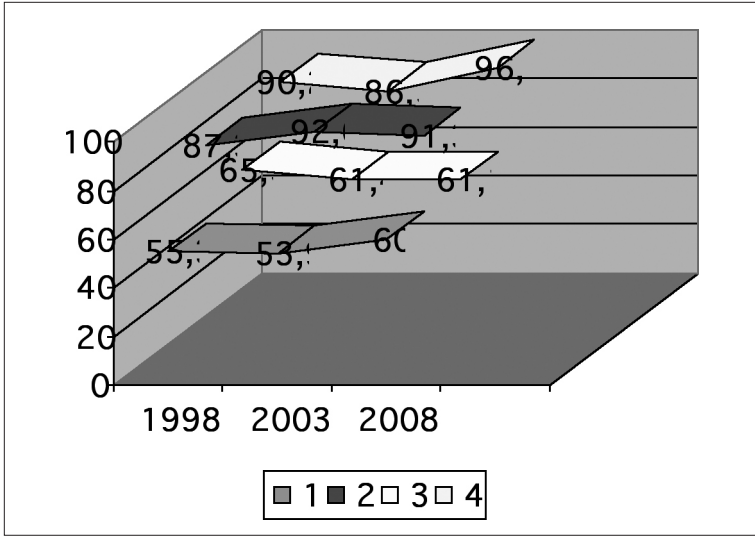
Doğu bölgesinde doğum öncesi bakım almayan kadınların sıklığı son on yıl içinde %61,9'dan %20,9'a gerilemiştir. Diğer yandan bu bölgedeki sıklıklar batı bölgesinin 1998 sonuçlarından ve diğer bölgelerin 2003 sonuçlarından kötüdür. Batı bölgesinde diğer tüm bölge göre sıklıklar daha düşük iken, güney-orta-kuzey bölgelerinde birbirine yakın sıklıklar gözlenmektedir. Bölgeye göre hesaplanan TAR değerlerinin 1998'de 55,3%'den, 2008'de 60,0%'a çıkması sağlık eşitsizliklerinin varlığını güçlendirerek koruduğunu göstermektedir.

Hiç eğitim almayanlar ya da temel eğitimi tamamlamayanlar grubunda doğum öncesi bakım almayan kadınların sıklığı son on yıl içinde %62,7'den %21,8'e gerilemiştir. Bu sonuç ülkenin geneli için en düşük eğitim grubunun, doğu bölgesinde yaşayanlardan daha kötü durumda olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyine göre hesaplanan TAR değerleri ise 1998'de %87,3'ten, 2008'de %91,3'e çıkmıştır. Bu çok yüksek değer, doğum öncesi bakım almanın sosyoekonomik belirleyicileri içerisinde eğitim düzeyinin en önemli etmen olduğunu düşündürmektedir.

Sağlık kuruluşu dışında doğum yapma sıklığı doğu bölgesinde, batı-orta ve kuzey bölgelerinin 1998'deki sıklığından ve güney bölgesinin 2003'teki sıklığından daha yüksektir. Bölgelere göre TAR değerinin 1998'deki %65,5'ten kısmi bir düşüşle birlikte 2008'deki %61,1'e gelmesi bölgesel eşitsizliklerin varlığını sürdürdüğünü göstermektedir.

Sağlık kuruluşu dışında doğum yapma sıklığı en düşük eğitim grubunda 1998'den 2008'e kadar %53,5'ten %28,8'e gerilemiştir. En düşük eğitim grubunun sıklığı, en yüksek sıklığın görüldüğü doğu bölgesinin de üzerindedir. Sağlık kuruluşu dışında yapılan doğum sıklığı için eğitim düzeyine göre TAR değeri 1998'de %90,2'den 2008'de %96,1'e çıkmıştır.

Hesaplanan TAR değerleri arasında bir karşılaştırma yapıldığında en yüksek değer sağlık kuruluşu dışında yapılan doğum sıklığı için eğitim düzeyine göre TAR değerinde görülmekte, bunu sırasıyla doğum öncesi bakım almayan kadın sıklığı için eğitim düzeylerine göre TAR değeri, sağlık kuruluşu dışında yapılan doğum sıklıkları için bölgelere göre TAR değeri, doğum öncesi bakım almayan kadın sıklığı için bölgele göre TAR değeri izlemektedir (Şekil 5).



**Şekil 5:** TAR değerlerin değişimi (1: bölgelere göre doğum öncesi bakım almayan kadın sıklığı için 2: bölgelere göre sağlık kuruluşu dışında yapılan doğum sıklığı için, 3: eğitim düzeylerine göre doğum öncesi bakım almayan kadın sıklığı için 4: eğitim düzeylerine göre sağlık kuruluşları dışında yapılan doğum sıklığı için)

### 3.2 Doğum Öncesi Bakım Alma ve Sağlık Kuruluşunda Doğum Yapma İle İlişkili Bazı Değişkenler

Türkiye'de gerek doğum öncesi bakım alan kadın sıklığında gerekse doğum sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen kadınların sıklığında zaman içinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Doğum öncesi bakım alan kadınların sıklığı ülke geneli için 1988'de %42,6 iken, 1988'de %67,5, 2008'de %89,7 olmuştur. Doğumu

sağlık kuruluşunda gerçekleşen kadınların sıklığı ise 1988'de %60,9 iken, 1988'de %72,5, 2008'de %92,0 olmuştur (HÜNEE, 2010).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA 2008) sonuçları arasında, doğum öncesi bakım alma ile ilişkilendirilen diğer parametreler için de, eşitsizlikler söz konusudur. Doğum öncesi bakım almayan kadınların sıklığı kentsel yerleşim bölgesinde %5,0 iken, kırdan %15,7'dir. Doğum öncesi bakım almayan kadınların sıklığı hane halkı refah düzeyi bakımından ise en düşük gruptan en yüksek gruba doğru %23,5 , %9,2; %1,3, %2,0, %1,1 olarak sıralanmaktadır (HÜNEE, 2009).

Bu çalışmada TAR hesaplanırken değerlendirmeler doğum öncesi en az bir kez bakım alma üzerinden yapılmıştır. TNSA sonuçlarına göre ise kadınların %73,7'si 4 veya daha fazla sayıda bakım almıştır. Doğum öncesi bakım almak için ilk ziyareti 4 ay ve öncesi olanların oranı ise %74,2'dir (HÜNEE, 2009). Ülke genelini yansıtan bu sayıların eğitim ve bölge için dezavantajlı gruplarda daha düşük değerler alınacağı göz önünde tutulduğunda, dile getirilen sağlık eşitsizliklerinin anne ve bebek sağlığı açısından olumsuz sonuçlara yol açma potansiyellerinin daha yüksek olduğu kanısına varılabilir.

Nüfus ve sağlık araştırmasına göre doğum öncesi bakım almayan kadınların sıklığı, en üst yaş grubunda (35-49) en yüksek değere (%13,4) ulaşmaktadır. Doğum sırası ilerledikçe doğum öncesi bakım almayan kadınların sıklığı artmakta 4-5'inci doğum sırası için %16,7 ve 6 ve üzeri doğum sırası için %26,9'a ulaşmaktadır (HÜNEE, 2009). Anne ve bebek ölümlerinin temel nedeni olan riskli gebeliklerin; daha dikkatli bir doğum öncesi bakım ile takip edilmesi gerekirken, doğum öncesi bakım almayan kadın sıklıklarının en yüksek değerlerine riskli gebelik gruplarında ulaşması dikkat çekicidir. Bu durumun sonuçları, doğum öncesi bakım almada dezavantajlı gruplarda daha ağır olacaktır.

Sağlık kuruluşunda doğum yapma sıklığı içinde, doğum öncesi bakım almaya benzer sonuçlar mevcuttur. Sağlık kuruluşunda doğum yapma sıklığı kentsel bölgede %94, kırsal bölgede %79'dur. Birinci doğumunu yapan kadınlarda %95,9 iken, doğum sırası ilerledikçe düşmekte ve 6. ve üzeri doğum sırası için %60,9'a varmaktadır. Hanehalkı refah düzeyi en düşükten en yükseğe doğru sıklıklar %70,5/%91,8/%96,4/%98,8/%98,9 olarak sıralanmaktadır. Doğum öncesi bakım alma ile sağlık kuruluşunda doğum yapma arasında da ilişki bulunmaktadır. Doğum öncesi bakım almayanlarda sağlık kuruluşunda doğum yapma sıklığı %65,1 iken, doğum öncesi bakım sayısı 1-3 olanlarda %85,9, 4 ve üzeri olanlarda ise %97,2'dir (HÜNEE, 2009).

### 3.3 Doğum Öncesi Bakım Almanın Sosyoekonomik Belirleyicileri İle İlişkisi Üzerine Türkiye Örnekleri

Doğum öncesi bakım almanın sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisini inceleyen gerek yerel düzeyde yapılmış araştırma sonuçları gerekse de daha önceki yıllara ait TNSA verilerinin ileri analizlerinden elde edilen sonuçlar bulunmaktadır.

Yerel düzeyde araştırma sonuçları toplum temelli araştırmalar ile sağlık kuruluşlarına başvuranlar üzerinde yapılmış araştırmalardan oluşmaktadır. Aydın ve Elazığ'da yapılmış iki saha araştırmasının sonuçları arasında kadınların sosyoekonomik düzeyleri ile ilgili sonuçlar da yer almaktadır. Aydın il merkezinde yapılan bir çalışmada; kentsel alanda yaşamının, eğitim seviyesinin yüksek olmasının ve sosyal güvencenin bulunmasının "yeterli" doğum öncesi bakım alma etkilendiği tespit edilmiş, Türkiye'nin batı bölgesinde bulunan bir il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin nitelik ve nicelik bakımından beklenenin altında olduğu vurgulanarak, belirtilen etmenler açısından dezavantajlı gruplara daha duyarlı olunması gerektiği belirtilmiştir (Beşer, 2007). Elazığ il merkezinin kenar semtlerinde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre; doğum yapanların %30,3'ü son doğumunu evde kendi başına veya ara ebe yardımı ile yapmıştır. Kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe sağlığını kötü olarak ifade etme ve kronik bir hastalığa sahip olma oranları düşmektedir. Göç ile geldiğini söyleyen kadınların aynı yerde yerleşik kadınlara göre sağlığını kötü olarak ifade etme oranları daha yüksektir. Kronik bir hastalığı olduğunu belirtenlerin aylık gelir ortalaması hastalığı olmayanlara göre daha düşüktür (Deveci, 2010).

Ankara merkezinde, Malatya'nın merkezinde ve bir ilçesinde sağlık kuruluşuna başvuranlar üzerinde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Ankara'da iki eğitim ve araştırma hastanesinin jinekoloji polikliniğine muayene için başvuranlardan rastgele seçilen, 15-49 yaş, evli kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmanın sonuçlarına göre, lise ve üzeri eğitim alan, çalışan ve aile içi kararlarda söz hakkı olan kadınların daha yüksek oranda son gebeliklerinde doğum öncesi bakım aldıkları ve son doğumlarını daha yüksek oranda sağlık kuruluşunda, bir sağlık personeli ile yaptıkları, jinekolojik bir rahatsızlık durumunda rahatlıkla sağlık kuruluşuna başvurdukları ve daha az oranda sağlık kuruluşuna başvurmak için eşlerinden izin alma gerekliliği duydukları belirlenmiştir (Şahiner, 2010). Turgut Özal Tıp Merkezi'nde doğum yapan annelerde yapılan bir çalışmada, kentsel bölge yerleşiminin ve eğitim düzeyinin yeterli doğum öncesi bakım alma ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Çetin, 2005). Malatya Arapgir devlet hastanesine başvuran gebelerde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, doğum öncesi bakımın niteliğini belirleyen faktörler olarak; yaş, aile tipi, eşin eğitim düzeyi, sosyal güvence tespit edilmiştir (Omaç, 2009).



Türkiye nüfus sağlık araştırması 1998'in verileri kullanılarak elde edilen ve doğum öncesi bakım almanın niceliği ve niteliği ile ilgili değişkenlerin etkilerini ortaya koyan sonuçlar "Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma" adlı çalışmada bulunmaktadır (Özvarış). Tablo 1 ve 2'de doğum öncesi bakım alma durumunun ve doğum öncesi bakımın niteliğinin bazı özelliklere göre değişimi gözlenmektedir.

Tablolarda gebeliğin 3. ay ve öncesinde tespit edilmiş olması, bir sağlık personeli tarafından izleme, 5 veya fazla sayıda izlem "yeterli doğum öncesi bakım", bunlardan herhangi biri sağlamamışsa "yetersiz doğum öncesi bakım" olarak değerlendirilmiştir. Doğum öncesi bakımın niteliği değerlendirilirken, doğum öncesi bakım sırasında tetanoza karşı bağışıklama, izlemlerin herhangi birinde ağırlık, hemoglobin, kan basıncı ölçülmesi, bebeğin kalp sesinin dinlenmesi ve gebelikte demir hapı alınması durumuna göre doğum öncesi bakımın niteliği 6 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

**Tablo 1: Bazı özelliklere göre doğum öncesi bakım alma durumlarının değişimi (Özvarış)**

	Doğum öncesi bakım yok	Yetersiz doğum öncesi bakım	Yeterli doğum öncesi bakım
<b>Bölge</b>			
Batı	13,5	37,1	49,5
Güney	27,1	42,4	30,5
Orta	25,0	45,1	29,9
Kuzey	34,0	38,2	27,8
Doğu	61,7	27,7	10,6
<b>Annenin eğitimi</b>			
Etimi yok/ilkokulu bitirmedi	62,4	28,0	9,6
İlkokul-ortaokulu bitirmedi	23,8	43,7	32,5
Ortaokul ve üzeri eğitim	4,0	23,8	72,2
<b>Yerleşim yeri</b>			
Kent	22,5	39,1	38,4
Kır	49,0	34,0	17,0
<b>Annenin anadili</b>			
Türkçe	22,1	39,8	38,1
Kürtçe	59,7	28,6	11,7
Diğer	49,9	37,1	13,0
<b>Türkçe konuşabilme</b>			
Evet	26,9	39,4	33,7
Hayır	82,5	14,3	3,2

**Tablo 2: Bazı özelliklere doğum öncesi bakım nitelik puanının değişimi (Özvarış)**

	1-2	3-4	5-6
<b>Bölge</b>			
Batı	2,5	28,9	68,6
Güney	11,4	32,0	56,6
Orta	7,3	39,0	53,8
Kuzey	9,7	30,3	60,0
Doğu	31,0	40,4	28,6
<b>Annenin eğitimi</b>			
Etimi yok/ilkokulu bitirmedi	29,1	39,4	31,4
İlkokul-ortaokul bitirmedi	7,6	36,6	55,7
Ortaokul ve üzeri eğitim	1,6	16,4	82,0
<b>Yerleşim yeri</b>			
Kent	8,2	31,9	60,0
Kır	12,3	37,5	50,2
<b>Annenin anadili</b>			
Türkçe	6,3	31,3	62,4
Kürtçe	29,0	44,3	26,7
Diğer	12,7	46,8	40,5
<b>Türkçe konuşabilme</b>			
Evet	8,7	33,2	58,1
Hayır	36,7	47,8	15,5

### 3.4 Doğum Öncesi Bakım Almanın Sosyoekonomik Belirleyicileri İle İlişkisi Üzerine Ülke Örnekleri

Dünyanın farklı ülkelerinde doğum öncesi bakım alma ile sosyoekonomik değişkenlerin ilişkisini inceleyerek dezavantajlı grupları ortaya koyan çalışma sonuçları mevcuttur. Gelişmekte olan 45 ülkede hane halkı refah düzeyine göre doğum öncesi bakım alma sıklıklarını karşılaştıran bir çalışmaya göre; en zengin grupta doğum öncesi bakım alma sıklığı bir kaç ülke haricinde (Bangladeş, Çad, Nepal, Pakistan, Yemen) %80'in üzerindedir. Diğer yandan hane halkı refah düzeylerine göre, doğum öncesi bakım alma sıklığı bakımından pek çok ülkede önemli farklılıklar bulunmaktadır (Houweling, 2007). Hindistan'da doğum öncesi bakım alma sıklığı en zengin grupta %86,2'den en yoksul grupta %26,3'e kadar düşmektedir (Rani, 2008). Bangladeş'te yapılan bir çalışmaya göre doğum öncesi bakım alma sıklığı en zengin grupta %87,1 en yoksul grupta %31,5'tir (Chakraborty, 2003).

Eğitim düzeyi, yaşanılan bölge, kırsal ya da kentsel yerleşim, sosyal sınıf, azınlık mensubiyetliği doğum öncesi bakım alma ile ilişkili bulunan değişkenler arasında yer almaktadır. Hindistan'da, doğum öncesi bakım alma sıklığı en yüksek eğitim grubunda %73'ten eğitimi olmayan grupta %34'e kadar düşmektedir, Kentsel bölge için %73,9 iken kırsal bölge için %37,7'dir. Bölgesel eşitsizlikler, Kuzey ve Güney eyaletler arasında göze çarpmaktadır. Sağlık personelinin doğum öncesi bakım alma Kuzey için %43,1, Güney için %93,4, 4 ya da daha fazla sayıda doğum öncesi bakım almış olma Kuzey için %9,6 Güney için %69,6'dır (Manju, 2008). Bangladeş'te yapılan bir çalışmaya göre, eğitimsiz annelerde %35,9 temel ya da daha yüksek düzey eğitilmiş annelerde %76,4'ür. Bangladeş'teki çalışmaya göre babanın mesleğine göre bir değerlendirme yapıldığında, kalifiye olmayan çalışanlarda %49,8, kalifiye çalışanlarda ise %61,3'ür (Amin, 2010).

Doğum öncesi bakım almanın sosyal belirleyicileri ile ilgili İngiltere'de yapılan çalışmalarda sosyal sınıf ile bakım alma arasında saptanan ilişkiler ortaya konmaktadır. Bazı çalışma sonuçlarından örnekler vermek gerekirse: El emekçisi çalışan kadınlarda, el emekçisi olmayan çalışan kadınlara göre doğum öncesi bakım almama riski 1,6 kat daha yüksektir (Lewis, 1987). Başka bir çalışmaya göre el emekçisi kadın çalışanlarda en az 2 doğum öncesi bakım alma ziyaretini kaçırma riski 10,4 kat daha yüksektir (Arnold, 1987). Bir diğer çalışmada eşi el emekçisi çalışan olan ya da eşi işsiz olan kadınlarda ilk doğum öncesi bakımı geç olarak alma riskinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Floreay, 1994). İngiltere'deki çalışmalarda Asya kökenlilerin doğum öncesi bakım almada daha dezavantajlı oldukları yapılan çalışmaların ortak sonuçları arasında yer almaktadır (Rowe, 2003).

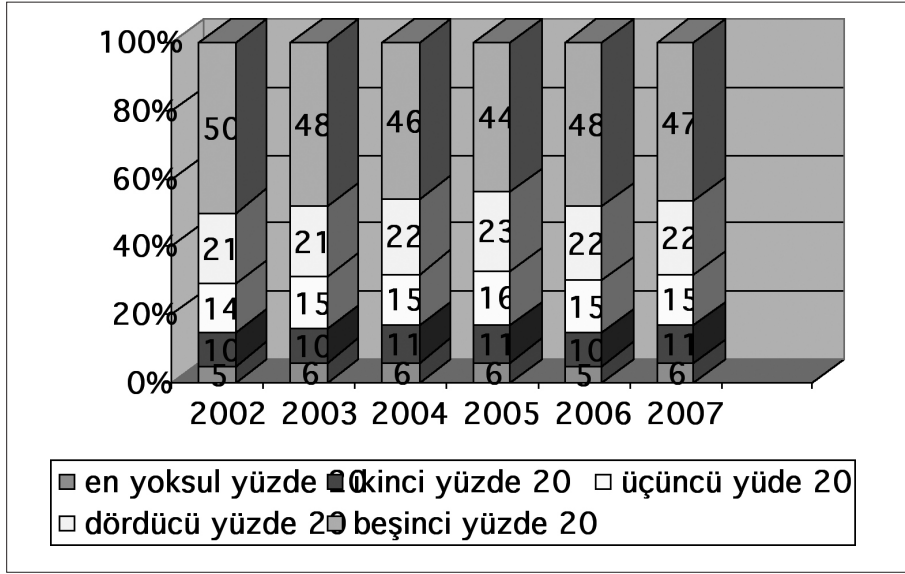
### 3.5 Toplumla Atfedilen Riskin Bertarafı

Yıllar içinde doğum öncesi bakım alan kadınların sıklığında ve sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen doğumların sıklığında ülke genelinde artış saptanmasına karşın; bölgelere ve annenin eğitim düzeyine göre eşitsizlikler varlığını korumaktadır. Bölgeler arası gelişmişlik farklılıkları ancak kamu müdahalesi içeren yöntemler geliştirilerek azaltılabilir. Annenin eğitim düzeyinin başat etkisi ise kız çocuklarının eğitiminin toplum kalkınmasına çarpan etkisi göstereceğini ortaya koymaktadır. Eğitime göre TAR değerlerinin, bölgelere göre TAR değerlerinden daha yüksek olması, bölgeler arası eşitsizlikleri gidermek için, dezavantajlı bölgelerde eğitim hizmetlerinin geliştirilmesini ve kız çocuklarına yönelik pozitif ayrımcılığı çözüm önerileri arasına sokmaktadır.

Bu çalışmada doğumla ilişkili sağlık hizmetlerinin bazı sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisine değinilmiştir. Doğumla ilgili sağlık hizmetleri almada eşitsizlikler hem ana hem çocuk sağlığı açısından ölümcül sonuçlara yol açma potansiyeli içermektedir. Bebek ve anne ölümlülüklerini azaltmanın yolu, ölüm hızlarının daha yüksek olduğu sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplara gerekli doğum öncesi bakım ve sağlık kuruluşunda doğum hizmetlerinin verilmesinden geçmektedir. Bebek ve anne ölümlerinin sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisi üzerine sonuçlar bu kanyı desteklemektedir. TNSA-2003 verilerinin kullanılarak ileri analizlerin yapıldığı bir çalışmada en yoksul hanelerde dünyaya gelen çocukların bir yaşını tamamlamadan ölme ihtimallerinin zengin hanelerde yaşayan çocuklardan 4.7 kat; beşinci yaş gününü göremeden ölme ihtimallerinin ise 3.5 kat daha fazla olduğu görülmüş; en yoksul hanelerde yaşayan çocukların anne-babalarının daha eğitimsiz oldukları, yaşanan konutta hijyen koşullarının yeterince sağlanmadığı, önemli bir bölümünün sağlık güvencesinden yoksun oldukları, doğum öncesinde ve doğum sırasında sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamadıkları saptanmıştır (Eryurt, 2009) Ulusal anne ölümleri çalışmasına göre ülke geneli için anne ölüm hızı yüz binde 28,5'tir. Ana ölüm hızı kentsel alanda yüz binde 20,7 iken kırsal alanda yüz binde 40,3'tür. Bölgelere göre değişime bakıldığında Batı Anadolu'da yüz binde 7,4, Orta Anadolu'da yüz binde 11,9, Akdeniz'de yüz binde 25,1 iken; Doğu Karadeniz'de ve Kuzey Doğu Anadolu'da yüz binde 68,3, Güneydoğu Anadolu'da ise yüz binde 38,9'dur (HÜNEE, 2005)

Sağlık eşitsizlikleri sadece ülkedeki sağlık hizmet sunumundaki eşitsizliklerin sonucu olarak belirmezler. Sağlık eşitsizliklerini ortaya çıkaran temel faktörlerden birisi gelir dağılımındaki eşitsizliklerdir. Dünya kalkınma raporuna göre Türkiye 124 ülke arasında gelirin en eşitsiz dağıldığı 55. ülke konumundadır; OECD üyesi ülkeler içinde ise Meksika'dan sonra gelirin en eşitsiz dağıldığı 2. ülkedir (HÜNEE, 2010). Şekilde Türkiye'de yüzde yirmilik dilimlerin toplam gelirden aldıkları payın değişimi görülmektedir.

Bu çalışmada da yer verilen "topluma atfedilen risk" sağlık eşitsizlikleri literatüründe kullanılagelen bir ölçüttür. Sağlık eşitsizlikleri yalnızca ülkedeki sağlık hizmeti sunumu özelliklerine atfedilerek açıklanamazlar, ülkedeki sağlık sisteminin sağlığın finansmanından sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesine kadar bütünüyle örgütleniş biçimi atfedilecek çerçeveyi çizebilir. Ama bu çerçevenin kendisi de içinde yer aldığı ekonomik-siyasal koşullar tarafından belirlenmektedir. Dolayısıyla terminolojik olarak kullanılan "topluma atfedilen risk" tanımlanması içindeki atıf verili koşullar göz önüne alınarak "piyasa toplumuna" yapılabilir. Toplumun piyasa ekonomisinin gereklilikleri dışında örgütleniş biçimi, riski ortadan kaldıracaktır.



Şekil 6: Yüzde Yirmilik Dilimlerin Toplam Gelirden Aldıkları Pay (HÜNEE; 2010)

## KAYNAKLAR

- Akın A., Özvarış Ş. B. (2006). Kadın Sağlığı/Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması İçinde Çağatay Güler, Levent Akın Halk Sağlığı Temel Bilgiler Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006.
- Amin R., Shah N. M., Becker (2010) S. Socioeconomic factors differentiating maternal and child health-seeking behavior in rural Bangladesh: A cross-sectional analysis International Journal for Equity in Health 2010 9:9.
- Arnold M. (1987) The cycle of maternal deprivation. Midwife Hlth Visit Commun Nurse 1987; 23(12): 539-542.
- Beşer E., Ergin F., Sönmez A. (2007) Aydın İl Merkezinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007 : 6 (2)
- Chakraborty N., Islam M. A., Chowdhury R. I., Bari W., Akhter H. H. (2003) Determinants of the use of maternal health services in rural Bangladesh Health Promotion International 2003. Vol. 18. No. 4
- Çetin F., Güneş G., Karaoğlu L., Üstün Y. (2005) Turgut Özal Tıp Merkezinde Doğum Yapan Annelerin Doğum Öncesi Bakım Alma ve Emzirmeye Başlama Durumları Ve Etkileyen Faktörler İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 12(4)247-252 (2005)
- Deveci S. E., Açık Y., Rahman S. (2010) Elazığ'ın Kenar Semtlerinde Yaşayan Kadınların Yaşam Koşulları ve Sağlık Riskleri TAF Prev Med Bull 2010; 9 (1): 45-50
- Eryurt M. A., Koç İ. (2009) Yoksulluk ve çocuk ölümlülüğü: Hanehalkı refah düzeyinin çocuk ölümlülüğü üzerindeki etkisi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52: 113-121

- Florey CD, Taylor DJ. (1994). The relation between antenatal care and birth weight. *Rev Epidemiol Sante Publ* 1994; 42 (3): 191-197.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü - HÜNEE 1999 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması - TNSA 1998
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü - HÜNEE 2004 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması - TNSA 2003
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü - HÜNEE 2005- Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü - HÜNEE 2009 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması - TNSA 2008
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü - HÜNEE 2010. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü- Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerindeki Değişimler 1968-2008.
- Hamzaoğlu O. (2006) Türkiye'nin Sağlığını Okumak *STED Cilt: 15 Sayı: 7 s: XII-XIII*
- Houweling T. A, Carine R., Oona MR, Kunst A. E. (2007) Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries *Bulletin of the World Health Organization* | October, 85 (10)
- Lewis E. (1982) Attendance for antenatal care. *Br Med J* 1982; 284 (6318): 788-789.
- Omaç M., Gunes G., Karaoğlu L., Pehlivan E. (2009) Arapgir Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi (Haziran 2004-2005) *Fırat Tıp Dergisi* 2009;14(2): 115-119
- Özvarış Ş.B., Akın A. (2010) Türkiye'de doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma
- Rani M., Bonu S., Harvey S. (2008). Differentials in the quality of antenatal care in India *3 International Journal for Quality in Health Care* 2008; Volume 20, Number 1: pp. 62-71
- Rowe R. E., Garcia J. (2003) Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review *Journal of Public Health Medicine* 25 (2) 2003.
- Say L. (2007) Rosalind Raine A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context *Bulletin of the World Health Organization* | October 2007, 85 (10)
- Şahiner G., Akyüz A. (2010) Toplumsal Cinsiyet ve Kadının Üreme Sağlığı *TAF Prev Med Bull* 2010; 9 (4): 333-342
- WHO (2005) *The World Health Report 2005 Make every mother and child count*
- WB; (2005). *World Bank Activities, Quantitative Techniques For Health Equity Analysis: Technical Notes*, [http : // www.worldbank.org/poverty/health/wbact/health\\_eq.htm](http://www.worldbank.org/poverty/health/wbact/health_eq.htm)