

Sağlıkta Eşitsizlik ve Hemşirelik

Zuhal Bahar* Nihal Gördes Aydoğdu**

Özet

Günümüzde sağlık alanında yaşanan eşitsizlikler, üzerinde en fazla tartışılan konular arasında yer almaktadır. Halk sağlığı hemşireleri bulunduğu konum açısından sosyo-ekonomik durumu kötü olan bireylere daha yakın olması nedeniyle sosyo-ekonomik eşitsizliklere daha duyarlı olmalı ve eşitsizlikleri ortaya çıkaran faktörlerin farkında olması gerekmektedir. Hizmet verdikleri bölgelerde risk gruplarını belirleyip verdikleri bakımı planlayarak eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasında hemşireler bağımsız fonksiyonlarını kullanmalıdır. Bu derlemenin amacı Dünyada ve Türkiye’de sağlıkta eşitsizliklerin boyutlarını ve eşitsizlikleri önlemeye yönelik hemşirelik girişimlerini açıklamaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta Eşitsizlik, Hemşirelik, Hemşirelik Uygulamaları.

Inequality in Health and Nursing

Inequalities experienced in the health sector in recent years rank among the topics that are most frequently discussed. Public health nurses should be more sensitive to the socio-economic inequalities as they are closer to the individuals with poor socio-economic status due to their positions and should be aware of the factors bringing out these inequalities. Nurses should use their independent functions in eliminating these inequalities by determining the risk groups and planning the care that they provide. The objective of this review is to reveal the nursing interventions aimed at determining the inequalities in the health sector in Turkey and in the world and at preventing these inequalities.

Key Words: Health Inequality, Nursing, Nursing Practices.

Geliş tarihi:01.07.2011 **Kabul tarihi: 14.07.2011**

Eşitsizlik etik bir boyutu olan, gereksiz, önlenemez ve aynı zamanda adil olmayan farklılıklar anlamına gelmektedir. Eşitsizlik sadece günümüz toplumlarına özgü olmayıp, tarihin her döneminde yaşanan eşitsizlikler eğitim, hukuk gibi alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da görülmektedir (Belek, 1998; Belek, 1999; Kim & Chung, 2003).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre sağlıkta eşitsizlik; yalnızca gereksiz ve önlenemez değil aynı zamanda haksız ve adaletli olmayan farklılıklar olarak tanımlanmaktadır (İnanlı, 1999).

Sağlıkta eşitsizlik olgusu 1970’lerin ortasından itibaren uluslararası sağlık kamuoyunun gündeminde önemli yer edinmeye başlamıştır. Bu anlamda 1978 Alma Ata Temel Sağlık Hizmetleri felsefesinde ve 1984 Avrupa Bölgesi Herkes İçin Sağlık Hedefleri içinde sağlıkta eşitsizlikler üzerinde durulmuştur (Belek, 1998). DSÖ’nün 21. yılında Herkes İçin Sağlık adlı dökümanında; ‘2020 yılına kadar ülkelerdeki sosyo-ekonomik gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılık, dezavantajlı grupların sağlık düzeyleri geliştirilerek tüm üye ülkelerde ¼ oranında azaltılmalıdır’ tümcesi bulunmaktadır (WHO, 1998). Eylül 2000’de toplanan BM Genel Kurulu’nda 147 devlet ve hükümet başkanı (ve toplam 189 üye ülke) ‘‘insan onuru, eşitlik ve esenlik ilkelerinin güçlendirilmesi için topluca taşıdıkları sorumluluğu’’ kabul ederek [Binyıl Bildirgesi](#)’ni ilan etmişlerdir. Söz konusu ilkelerin hayata geçirilmesi için aşağıda belirtilen sekiz [Binyıl Kalkınma Hedefi](#) belirlenmiştir*:

- Yoksulluğu ve açlığı ortadan kaldırmak,
- Eğitim fırsatı sağlamak,
- Cinsiyet eşitliğini güdülemek ve kadının güçlendirilmesini sağlamak,
- Çocuk ölümlerini azaltmak,
- Anne sağlığını iyileştirmek,
- HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele,
- Sağlıklı çevre yaratmak,

* Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,
** Arş. Gör., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,
nihalgordes@gmail.com

- Uluslar arası işbirliği

* *Bu hedefler International Council of Nurses (ICN)’in ‘‘Closing The Gap: Increasing Access and Equity, 2011’’ kitinden yararlanılarak aynen alınmıştır.*

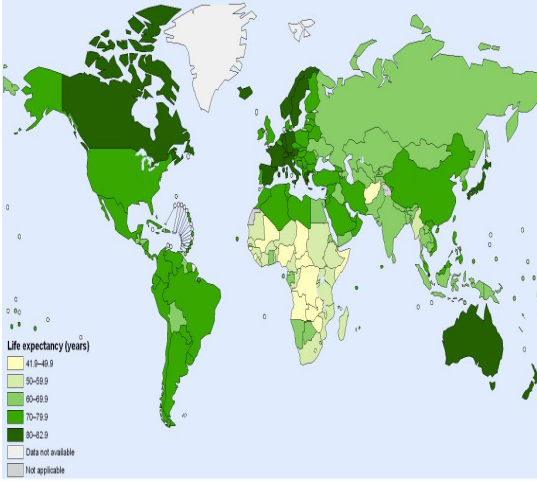
Bu sekiz [Binyıl Kalkınma Hedefi](#) her bir ülke için 2015 yılına kadar sürdürülebilir kalkınma ve yoksullukla mücadele alanında sağlanan ilerlemeyi ölçülebilir ve izlenebilir bir biçimde gösterecek şekilde geliştirilmiştir. Buna rağmen, bilinen veriler ışığında ülkeler arasında ve ülkeler içerisinde farklı bölgelerde eşitsizlikler günümüzde artarak devam etmektedir.

Yoksulluğu ve Açlığı Ortadan Kaldırmak

Yoksulluğun ortadan kaldırılması hedefi günde bir dolar-dan az bir parayla geçinmek zorunda bulunan ve açlık çeken nüfusun yarı yarıya azaltılmasını içermektedir. Yoksulluk, hem sağlık göstergelerinde hem de sağlık hizmetlerine ulaşımında bireyler arasında eşitsizliklere neden olmaktadır.

Yoksulluk ve sağlıkla ilişkili örneklerle bakıldığında; gelişmekte olan bölgelerde, kırsalda yaşayan çocuklar şehir çocuklarına kıyasla daha yüksek oranda düşük doğum kilolu olma eğilimindedir ve Latin Amerika, Karayıbler, ve Asya’nın bazı bölgelerinde bu eşitsizlik durumu son yıllarda artış göstermiştir. Avrupa’da, en düşük sosyo-ekonomik sınıftaki orta yaş erişkinler arasındaki yüksek ölüm riski genellikle %25-50 arasında değişmektedir ve bu oran %150’ye kadar yükselebilmektedir. Endonezya’da anne ölümleri yoksullar arasında zenginlere oranla 3-4 kat daha yüksektir. İskoçya’da erkeklerdeki sağlıklı yaşam ortalaması 2006 yılında 67.9 iken kadınlarda 69 yıldır. İskoçya’nın en çok mahrumiyet yaşayan %15’lik alanında, erkeklerin sadece 57.3 yıl, kadınların ise 59 yıl sağlıklı yaşayabildikleri bildirilmiştir. Brezilya’nın Porto Alegre kentinde 1980 yılında yoksul ailelerdeki çocuk ölümleri zengin aile çocuklarında gözlenen ölümlerden iki kat daha fazla olarak belirtilmiştir. Toplumun en zengin %-20’sindeki kadınların doğumlarında deneyimli bir sağlık personelinin katılımı, yoksul kadınların doğumlarına kıyasla %20 daha fazla olarak belirtilmektedir. Kanada da hastaneye yatma oranlarının, sosyo-ekonomik düzeyi düşük toplumlarda, orta ve yüksek olanlara kıyasla sürekli olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Sağlık göstergelerinden birisi olan doğumda beklenen yaşam süresi

gelişmiş ülkeler arasında yer alan Avustralya'da 2009 yılında 82 iken, gelişmekte olan Güney Afrika'da bu oran 54'tür (World Health Statistics, 2011) (Şekil 1). Ülkemizde 2009 yılına ait doğumda beklenen yaşam süresi 73.7 olup bu oran kadınlarda 76.1, erkeklerde 71.5'tir (Türkiye İstatistik Kurumu [TUİK], 2010).



Şekil 1. Dünyada Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Eşitsizlikleri (WHO, 2009)

Herkes İçin Eğitim Fırsatı Sağlama

Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nden ikincisi olan evrensel eğitimin sağlanması tüm erkek ve kız çocuklarının ilk-öğretimi tamamlamalarını sağlamayı içermektedir. Dünya'da gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında kadınların eğitim seviyelerinde eşitsizlikler bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde 15 yaş üzeri kadınların ortalama eğitim yılı 2000 yılında 6.87 iken bu oran gelişmekte olan ülkelerde 1.46 yıldır (Barro & Lee, 2001). Kadınlarda sağlık göstergelerinde olduğu gibi eğitim seviyesinde de ülkemizin Doğu'su ile Batı'sı arasında eşitsizlikler bulunmaktadır (Şekil 2).

Eğitim düzeyi ile sağlık durumu ve sağlık hizmetlerine ayrılan yüksek maliyetler arasında ilişki bulunmaktadır. Daha yüksek eğitim düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim için daha istekli ve becerikli olmanın yanı sıra, tarama programları gibi koruyucu sağlık hizmetlerine katılım ile ilişkilidir. Örneğin; Hollanda'da düşük eğitim düzeyindeki kadın ve erkeklerin doğumda yaşam beklentisi, eğitim düzeyleri yüksek olanlardan 7 yıl ve sağlıklı şekilde yaşam süreleri 18 yıl daha azdır. Seksen yaş üstü Avrupalı erkekler arasında uzun süreli yetersizliği olanların prevalansı, düşük eğitimliler arasında %58.8 iken yüksek eğitimliler arasında %40.2 olarak saptanmıştır. Daha düşük eğitim düzeyi, mamografi taramaları gibi koruyucu uygulamaların daha az kullanılmasıyla da ilişkilidir. Eğitimli kadınlara kıyasla, orta öğrenimi alan kadınlarda doğum kontrol haplarının kullanılması dört kat daha yüksektir.



Şekil 2. Türkiye'de Kadınların Okur-Yazarlık Durumu (Koç, 2009).

Cinsiyet Eşitliğini Güdölemek Ve Kadının Güçlendirilmesini Sağlamak

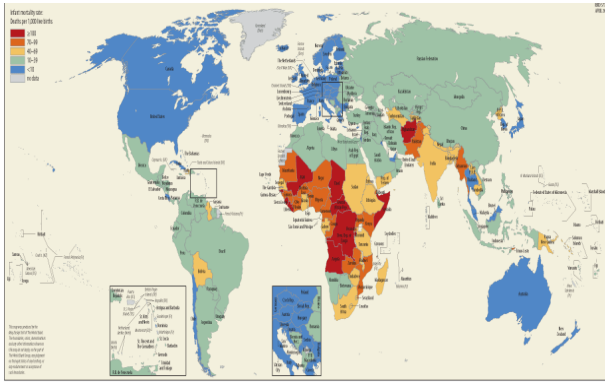
Üçüncü binyıllık kalkınma hedefi toplumsal cinsiyet eşitsizliğini ilk ve orta öğretimde tercihen 2005 yılına kadar ve eğitimin her düzeyinde 2015 yılına kadar ortadan kaldırmaktır. Birleşmiş Milletler'in en son yayınlanan Binyıl Kalkınma Hedefleri raporunda belirtildiği gibi, "cinsiyet eşitliği ve kadınların güçlendirilmesi, Binyıl Kalkınma Hedefleri'nin temelindedir ve yoksulluk, açlık ve hastalık durumlarının aşılması için önkoşuldur". Birleşmiş Milletler, kadın ve çocuk sağlığı için 2010 yılındaki çalışmasında, önlenabilir ölüm ve hastalıkları hedef alan ve kadınların sağlık hizmetlerine erişimini artıran, "erişim ve sonuçlarda eşitlik, özellikle dezavantajlı ve marjinal olanlara ulaşılacağı temin eden" bir yaklaşıma odaklanmıştır. Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne ulaşılması bunun önemli bir parçasıdır ve sadece 2015 yılında dört milyon çocuğun ve yaklaşık 190 bin kadının hayatını kurtarmak anlamına gelmektedir.

DSÖ yayınladığı *Erkeklerin ve erkek çocuklarının cinsiyet eşitliği ve sağlık alanında eşitlik elde etme çabalarına katılmalarının sağlanmasında politik yaklaşımlar* bildirişiyle, cinsiyet eşitliğinin teşvik edilmesi, hem erkek hem de kadın sağlığının iyileştirilmesi çabalarında, konuya erkeklerin ve erkek çocuklarının ilgisini çekmenin önemini kabul etmektedir. Politikanın amacı evde cinsiyet eşitliği yönündeki davranışları hızlandırmak, şiddet ve cinsel sömürüyü azaltmak, güvenli seks uygulamalarını desteklemek ve erkeklerin aşırı alkol tüketimini azaltmaktır.

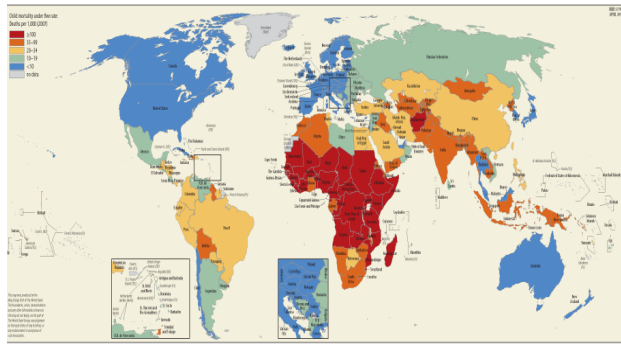
Dünya'da cinsiyet eşitsizliğinin neden olduğu sağlıkta eşitsizliklere ilişkin örnekler arasında; cinsiyete bağlı şiddet ile HIV'in yayılımı arasındaki ilişkinin gittikçe artan bulguları yer almaktadır. Amerika'daki Afrika kökenli Amerikalı kadınlar, 2005 yılında yeni AIDS vakalarının %67'sini oluşturmaktadır. İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) ülkelerinde yapılan 65 yaş üstü popülasyonda sağlık hizmetleri alanındaki eşitsizlikleri irdeleyen bir çalışmada, kadınların gelirleri daha düşük ve iş gücüne katılımları da az olduğundan, ayrıca işverenin ödediği sağlık sigortasından daha az oranda yararlandıklarından, doğrudan kendi ceplerinden yaptıkları sağlık ödemelerinin oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Çocuk Ölümünü Azaltmak

Çocuk ölümlülüğüne ilişkin göstergeler sıklıkla tüm uluslar arası kalkınma ölçütlerinde kullanılmaktadır. Binyıl kalkınma hedeflerinin kapsamı içerisinde, çocuk ölümlülüğünü ve çocuk sağlığını takip edebilmek için üç gösterge seçilmiştir: beş yaş altı ölüm hızı, bebek ölüm hızı, bir yaş altındaki çocuklar arasında kızamık aşısı olanların oranıdır. Bu hedefe rağmen Dünya'da ve Türkiye'de bebek ve çocuk ölüm oranlarında ciddi eşitsizlikler bulunmaktadır (Şekil 3, Şekil 4).



Şekil 3. Dünyada Bin Canlı Doğumda Bebek Ölüm Hızları, 2007 (Worldbank, 2010)



Şekil 4. Dünyada Bin Canlı Doğumda Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızları, 2007 (Worldbank, 2010)

Dünyada ve Türkiye’de bebek ölüm hızları (BÖH) incelenenler olursa; Dünyada, 2009 yılında düşük ve yüksek gelirli ülkeler arasında 1000 canlı doğumda 75 ile 6 arasında değişmektedir (World Health Statistics, 2011). Ülkemizde bebek ölüm hızı (BÖH) binde 26’dır. Ülkeler arasında olduğu gibi ülkeler içerisindeki eşitsizlikler de giderek artmaktadır. Türkiye’de Doğu bölgesinde BÖH 1000 canlı doğumda 39 iken, Batı’da bu oran 1000’de 16’dır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [HÜNEE], 2009).

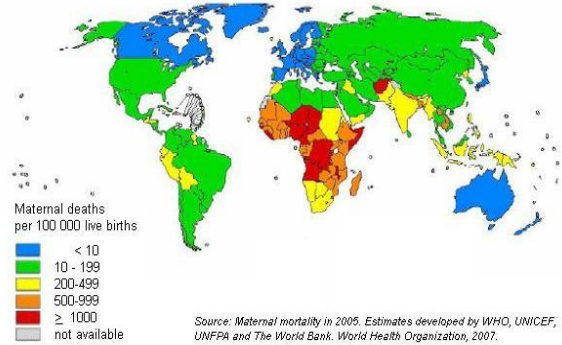
Beş yaş altı çocuk ölümleri düşük gelirli ülkelerde 1000’de 117, yüksek gelirli ülkelerde 1000’de 7 arasında değişim göstermektedir (World Health Statistics, 2011). Türkiye’de 5 yaş altı çocuk ölümleri binde 33’tür (HÜNEE, 2009).

Tam aşılı çocuk oranları incelenecek olursa; Danimarka’da %96, Bahreyn’de %100, Mısır’da %91.2 iken Pakistan ve Hindistan gibi Doğu ülkelerinde bu oranlar sırası ile %21.3 ve %22.5 gibi değerlerdedir. Farklı bir ülke olarak Küba’da bu oran %99’dur. Güney Afrika’da tam aşılı çocuk sayısı yoksul kesimde %51,3 iken, zengin bölgelerde bu oran %70,2’dir (WHO, 2005). Tam aşılı çocukların oranı Türkiye’de %80,5’tir ve bu oran doğu-batı arasında farklılık göstermektedir. Tam aşılı çocuk sayısı; Doğu bölgelerinde %64,3 iken Batı’da %84,6’dır (HÜNEE, 2009).

Anne Sağlığını İyileştirmek

Anne sağlığını iyileştirmek hedefi ile amaçlanan 1990-2015 yılları arasında gebelik, doğum ve loğusalık sırasında meydana gelen anne ölümlerinin $\frac{3}{4}$ oranında azaltılmasıdır. Gebelik, doğum ve loğusalığa ilişkin komplikasyonlar dünyada üreme çağındaki kadınlar arasında en önemli ölüm nedenleri arasında yer almaktadır ve ülkeler arasında anne ölüm hızlarında farklılıklar görülmektedir

(Şekil 5). Gelişmekte olan ülkelere Afrika’da anne ölüm hızı 2008 yılında 100.000 canlı doğumda 620 iken, Avrupa ülkelerinde ortalama 21, Güney Doğu Asya ülkelerinde ortalama 240’tır (World Health Statistics, 2011). Batı ülkeleri içerisinde yer alan İtalya’da anne ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 5 iken Doğu ülkelerinden olan Pakistan’da bu oran 260’dır (World Health Statistics, 2011). Türkiye’de anne ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 38,3’tir (Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, UAÖÇ 2005).

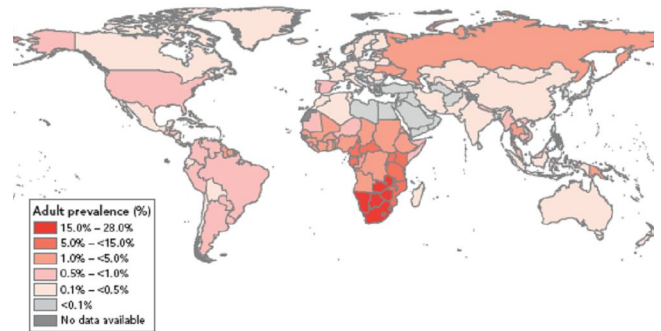


Şekil 5. Dünyada 100.000 Canlı Doğumda Anne Ölümleri, 2005. (WHO, 2007).

HIV/AIDS, Sıtma Ve Diğer Hastalıklarla Mücadele

Bu hedef doğrultusunda amaç; 2015 yılına gelindiğinde HIV/AIDS’in yayılımını durdurmuş olmak ve geriletmeye başlamak, ayrıca 2015 yılına gelindiğinde sıtmanın ve diğer salgın hastalıkların yayılımını durdurmuş olmak ve geriletmeye başlamaktır. Dünyada AIDS prevalansı incelendiğinde ülkeler arasında ciddi eşitsizliklerin olduğu görülmektedir (Şekil 6). Tüm HIV/AIDS olgularının %94’ü gelişmekte olan ülkelerde, %89’u da Sahraaltı Afrika, Güney ve Güney-Doğu Asya’da görülmektedir (Şekil 6). AIDS prevalansının yanı sıra düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde, antiretroviral tedavideki gelişmelere rağmen, Sahra’nın güneyindeki Afrika bölgesinde tedavi edilmesi gerekenlerin yaklaşık üçte birinin tedavi fırsatına erişimi bulunmamaktadır. Çocukların tedavi kapsamına alınma oranı daha düşük olup, yaklaşık %15’lerdedir. Sıtma vakalarının %89’u Afrika’da görülmektedir ve 2008 yılında görülen 243 milyon sıtma vakasının 863.000 ölümle sonuçlandığı tahmin edilmektedir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre 1985 yılında AIDS ve HIV (+) vaka sayısı 1 iken, 2010 yılında bu sayı sırasıyla 70 ve 557’dir (Sağlık Bakanlığı, 2010).



Şekil 6. Dünya’da AIDS Prevalansı, 2007 (United Nations Programme on HIV/AIDS, July 2008)

Sağlıklı Çevre Yaratmak

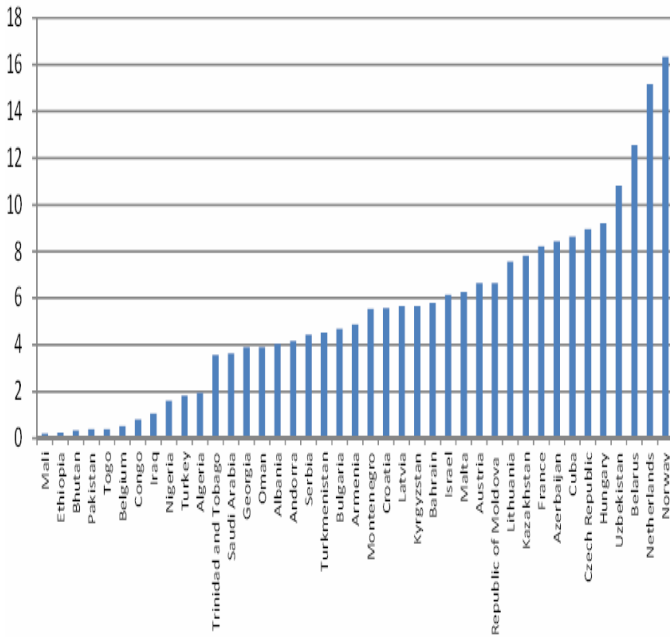
Hedef, sürdürülebilir kalkınma ilkelerini ülke politikaları ve programları ile bütünleştirmek ve çevresel kaynakların yok oluşunu tersine çevirmek, 2015 yılına kadar güvenli içme suyunu ve temel atık sistemine erişimi olmayan nüfusun oranının yarı yarıya azaltılması, 2020 yılına kadar gecekonduda yaşayan en az 100 milyon kişinin yaşamlarında belirgin bir iyileşmenin sağlanmasıdır.

Kalkınma İçin Sektörler/Uluslar Arası Dayanışma

Sağlık hizmetlerini geliştirmek, sürdürülebilmek ve uygulamalarda ortaya çıkacak engelleri ortadan kaldırmak ve sağlıkta eşitsizlikleri önlemek için uluslar arası dayanışma ve desteğin önemi vurgulanmaktadır. Binyıllık kalkınma hedeflerinde olan ortaklık oluşturma amacına yönelik hedefler; kurallara dayanan, önceden kestirilebilir ve ayrımcı olmayan bir açık ticaret sistemini ve finansal sistem geliştirmektir. En az gelişmiş ülkelerin ihtiyaçlarına cevap vermek, bu ihracatları için gümrük ve kota sınırları olmaksızın erişimi, çok borcu olan yoksul ülkeler için geliştirilmiş borç hafifletmeyi, ikili resmi borçların silinmesini ve yoksulluğu azaltmaya taahhüt etmiş ülkelerin daha cömert kalkınma yardımı yapmalarını içerir.

Tüm bu hedeflere rağmen binyıllık kalkınma hedeflerine ulaşılama nedenleri arasında iyi yetişmiş personel yetersizliği, hükümetlerin toplumun sağlık gereksinimine karşı verdiği yetersiz yanıt, sektörler arası daha fazla iş birliği gerekliliği yer almaktadır.

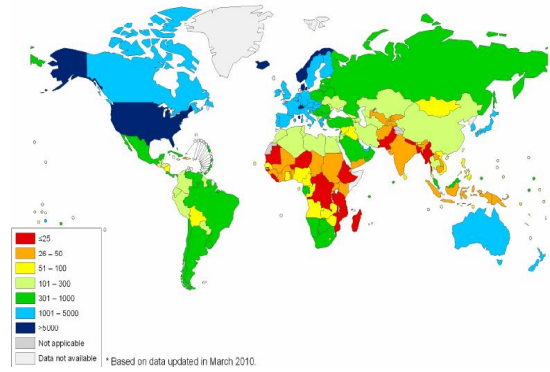
Sağlık personelinin ülkeler arasında dağılımındaki eşitsizlikler sağlık personeline erişimdeki eşitsizliklerin nedeni olarak belirtilmektedir ve dünyada sağlık insan gücünün dengesiz bir şekilde dağıldığı görülmektedir (Şekil 7).



Şekil 7. 1000 Kişiye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısı, Seçilmiş Ülkeler, 2007 (WHO, 2010b).

Türkiye’de de dünyada olduğu gibi sağlık personelinin dağılımında eşitsizlikler bulunduğu gibi, hemşire dağılımında da bu durum benzerdir. Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye’de yüz bin kişi başına düşen hemşire sayısı 141 iken, bu durum Avrupa Bölgesi’nde 727’dir (Yükseköğretim Kurumu [YÖK], 2011).

Eşitsizliğin bir diğer boyutu ülkelere göre sağlık harcamalarında da görülmektedir. Sağlık harcamaları; sağlık hizmetlerinin sunulması, sağlık insan gücünün yetiştirilmesi ve çalıştırılması ile doğrudan ilişkili olup hizmet kullanımını etkilemektedir. Dünyada ülkeler arasında bütçeden sağlığa ayrılan pay oranlarında ciddi eşitsizliklerin olduğu görülmektedir (Şekil 8). Türkiye’de sağlık hizmetlerine ayrılan pay; 2008 yılında %6.1 iken 2011 yılında bu oran %5.62 (17.2 milyon TL)’dir (WHO, 2010).



Şekil 8. Dünya’da Sağlık Hizmeti Harcamaları Farklılıkları, 2007 (WHO, 2010)

Sağlıkta Eşitsizliği Önlemeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Alma Ata Konferansı’nda temel sağlık hizmetleri felsefesi olarak sağlıkta eşitsizlikler üzerinde durulmuştur. Unicef temel sağlık hizmetlerinin çocuk sağlığı üzerinde olumlu etkisi olacağını düşünerek, TSH ile ilgili görüşünü 1983 yılında açıklamıştır. Bu görüşe göre dünyada özellikle gelişmekte olan ülkelerde bebek ve çocuk ölümlerinin nedenleri önlenemez sorunlardır. Bu sorunlardan kaynaklanan eşitsizlikleri azaltmak için hemşireler / ebeler çalıştıkları bölgelerde en uç kırsal yerleşim alanlarına ulaşarak hizmet vermektedirler. Bu kapsamda; GOBI-FFF olarak bilinen gelişmenin izlenmesi (Growth Monitoring), ağızdan sıvı tedavisi (Oral Rehydration Therapy), emzirme (Breast Feeding), bağışıklama (Immunization), aralıklı doğum (Family Spacing), gıda desteği (Food Entitlement) ve kadınların eğitimini (Female Education) içeren faaliyetler her ülkede ‘minimum hizmet paketi’ ve ‘çocuk yaşatma paketi’ olarak sağlıkta eşitsizliklerin önlenmesinde temel ilkelere (Öztek, 1986).

Hemşireler sağlıkta eşitsizlikleri önlemek için pek çok alanda hizmet yapmaktadırlar. Örneğin; Nurse Family Partnership (NFP) programı sağlıkta eşitsizlikleri azaltmaya yönelik hemşirelik alanında yapılan uygulamalar arasında yer almaktadır. Program 1977 yılında Amerika’nın New York şehrinde başlatılmış olup daha sonra İngiltere’de uygulanmaya devam edilmiştir. Hemşirelerin sağlıkta eşitsizlikleri önlemeye yönelik uygulamalarında önemli bir örnek olan programda halk sağlığı hemşireleri yoksul annelere ev ziyaretleri yaparak anne sağlığı, doğum öncesi ve erken çocukluk evrelerinde sağlık ve refahı arttırmak üzere yoğun şekilde çalışmaktadır. Ev ziyaretleri gebeliğin

28. haftasından başlayarak çocuğun ilk iki yılını kapsamaktadır. Program sonucunda preterm bebeklerin ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin azaldığı, ebeveynlerin çocuklarına verdikleri bakımın ve evlerinin fiziksel koşullarının iyileştiği, sık tekrarlanan ve istenmeyen gebeliklerin azaldığı, kadınlarda işgücüne katılımın arttığı, davranış bozuklukları insidansının azaldığı gösterilmiştir.

Avustralya'da nefroloji hemşireliği evde bakım hizmetleri kapsamında hem kırsal hem de kentsel bölgelerde yerli (aboriginal) ve yerli olmayan insanlar arasında son evre böbrek yetmezliği ve kronik hastalık tablolarının öncesi ve sonrasını yönetebilme hedeflenmiştir. Program kapsamında kronik hastalığın ve uygulanan tedavisinin hasta üzerindeki fiziksel, mental, ve sosyal etkisini bütüncül olarak değerlendirmek üzere ev ziyaretleri yapılmaktadır. Program sonucunda hipertansiyon, diyabet ve böbrek hastalığının erken tanısında artış olduğu belirtilmiştir. Ayrıca elde edilen veriler ışığında evde bakım hizmetlerinin nefroloji dışındaki alanlarda da yaygınlaştırılması önem kazanmıştır.

Sağlık hizmetlerine ulaşımın artırılması amacıyla 2007 yılında Yeni Zelanda'da kurulan Colville Rural Nursing (CRNL) şirketi, hemşireler tarafından yönetilen ve sağlıkta eşitsizliklerin önlenmesinde hemşirelik uygulamaları açısından önemli bir yere sahiptir. Kırsal alanda yaşayan ailelere sağlık hizmetlerinin ulaştırılmasında Yeni Zelanda Ulusal Sağlık Komitesi tarafından önerileri alınan bu kliniklerde alanlarında uzman hemşire ve ebelerin yanı sıra reçete yazabilen ve master derecesine sahip hemşireler de bulunmaktadır. Bu yolla kırsal topluluklara sürdürülebilir geniş kapsamlı sağlık hizmetinin verilmesi ile ilgili engeller büyük oranda aşılmıştır. Hemşirelerin reçete yazabilme yetkisi ile sağlık hizmetlerine ulaşımındaki eşitsizliklerin önlenmesine yönelik yapılan bir diğer uygulama da İsveç'te bölge hemşirelerinin çalışmalarıdır. Bu uygulama ile hemşirelere belirli bir eğitim sonrasında reçete yazma yetkisi verilmektedir. İsveç Tıbbi Ürünler Ajansı tarafından hemşirelerin reçete edebileceği ilaçların listesi oluşturulmuş olup, 60 farklı durumda reçete yazma yetkileri bulunmaktadır. Bu yolla özellikle yaşlı ve engelli hastalar için, erişimin iyileştirilmesi açısından olumlu sonuçlar ortaya konmuştur.

Sağlıkta eşitsizlikleri önlemeye yönelik olarak Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği A.D. öğretim elemanları ve intörnlere tarafından koruyucu sağlık hizmetlerinden tedavi edici sağlık hizmetlerine kadar birçok uygulama yürütülmektedir. Bu uygulamalar arasında bebeklikten yaşlılığa kadar geniş bir yaş grubunda gereksinimleri olan bireylere ev ziyaretleri, sağlık taramaları, halk eğitimleri, sektörler arası işbirliği yer almaktadır ve sağlık hizmeti alamayan bireylere ulaşılma hedeflenmektedir. Bu amaçla Narlıdere ve Mordoğan Belediyesi ile işbirliği halinde çalışılarak ihtiyacı olan ailelere düzenli ev ziyaretleri yapılmaktadır. Halka verilen sağlık eğitimleri; aile planlaması, madde bağımlılığı, hijyen, evrensel bir kadın sağlığı sorunu: kadına yönelik şiddet, alzheimer hastalığı ve alzheimer'dan korunma yolları, yaşam biçimi değişimi: menapoz / osteoporoz, kaza ve yaralanmalarda ilk yardım, adolesan özellikleri ve iletişim, bulaşıcı hastalıklar ve korunma, meme kanseri ve korunma, kronik hastalıklar ve korunma vb. konuları içermektedir.

Öğrenciler sahada çalıştıkları merkezlerde diyabet ve hipertansiyona yönelik poliklinik hizmetlerini yürüterek kayıtlarını tutmaktadırlar. Gerekli durumlarda bireyleri

ilgili sağlık kurumlarına ileri tetkik için sevk ederek, erken tanıda önemli rol oynamaktadırlar. Ayrıca Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) ile işbirliği içerisinde Narlıdere ve Mordoğan bölgelerinde meme ve serviks kanseri erken tanısına yönelik sağlık eğitimleri yapılarak, kadınların meme ve serviks kanseri taramaları yaptırılmaktadır. Taramaları yapılan toplam 75 kadın içerisinde bir kadının göğsünde kitle tespit edilerek izleme alınmıştır. Dört kadında vajinal enfeksiyon tespit edilmiş olup tedavilerine başlanmıştır. Bir kadının serviks kanser açısından riskli olduğu tespit edilmiş olup izlemleri devam ettirilmektedir.

Haftada bir gün özel alan uygulamaları (iş ve okul sağlığı hemşireliği) yürütülmektedir. Öğrenciler bir dönem iş sağlığı hemşireliği alanında, diğer dönem okul sağlığı hemşireliği alanında sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik uygulamalarını yürütmektedirler.

İş sağlığı hemşireliği uygulamasının amacı, çalışanın sağlığını korumak, geliştirmek ve sağlıklı çalışma çevresi oluşturmak için gerekli hemşirelik hizmetlerini sunmaktır. Bu amaca yönelik olarak öğrenciler iş yerlerinde hekim, iş yeri hemşiresi ve diğer ekip üyeleri ile işbirliği içinde erken tanı çalışmalarını yürütmekte, poliklinik hizmeti vermekte ve çalışanların gereksinimlerine göre sağlık eğitimleri düzenlemektedirler. Verilen eğitimler arasında obezite / sağlıklı beslenme, aile planlaması, sigaranın zararları ve sigarayı bırakma, stres ile baş etme yöntemleri, meme ve serviks kanseri erken tanısı yer almaktadır. Sigarayı bırakmaya yönelik poliklinik hizmeti verilmekte olup, 54 kişiye danışmanlık hizmeti sunulmuştur ve 17 kişi sigarayı bırakmıştır. Meme kanseri erken tanısına yönelik kadın çalışanların meme muayeneleri yapılmış ve üç kişide kitle tespit edilerek sevk edilmiştir. Aşırı kilolu çalışanlara danışmanlık hizmeti verilerek, beslenmeleri düzenlenmiştir. Ayrıca çalışan sağlığına yönelik olarak Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik Hemşirelik Araştırma Merkezi 11.06.2010 tarihinde kurulmuş olup, merkez kapsamında yürütülen ve yürütülmesi planlanan çalışmalar ile maliyet etkinlik analizi yapılarak, sağlıkta eşitsizlikleri önlemeye yönelik uygulamalar tüm öğretim elemanları ve öğrencilerimiz tarafından yürütülmektedir. 'Kesici-Delici Alet Yaralanmalarını Önlemeye Yönelik Hemşirelik Girişimleri:

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Örneği' ve 'Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Sağlık Çalışanlarının İş Yerindeki Hepatit B Maruziyetlerinin, Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi ve Hemşirelik Girişim Sonuçlarının Etkisinin Değerlendirilmesi' isimli projeler çalışan sağlığına yönelik olarak yürütülen çalışmalara örnek oluşturmaktadır.

Okul sağlığı hemşireliği uygulamasının amacı, öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesidir. Bu amaca yönelik olarak öğrenciler okullarda ekip işbirliği içerisinde (müdür, öğretmen, rehber öğretmen, ebeveynler ve okul personeli) erken tanı çalışmaları yapmakta ve öğrencilerin gereksinimlerine göre sağlık eğitimleri vermektedirler.

Dünya'da sağlıkta eşitsizlikleri önlemeye yönelik olarak evde bakım uygulamalarına daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. Türkiye'de evde bakımla ilgili ilk proje 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nce Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illerinde uygulanmış; ancak pilot uygulamalardan etkili sonuç alınmadığı için sürdürülememiştir. Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesinde 1994 yılında kurulan

Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı bir kuruluş olan İstanbul Sağlık A.Ş.'nin yaşlı hastalar için evde sağlık destek hizmetleri ile birkaç özel kurumda ücretli olarak sürdürülen tıbbi bakım ve refakat hizmetlerinin dışında evde bakım sunulmamaktadır (Danış, 2006). Ülkemizde evde bakım hizmeti sunan kuruluşların sayısı yetersiz olması nedeniyle Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği A.D. öğretim elemanları ve intörnleri eğitim öğretim dönemi süresince haftada bir gün hastane okul işbirliği kapsamında "evde bakım hizmetleri" sunmaktadır. Üç yıl önce başlatılan evde bakım hizmetlerinin amacı, hastaneden taburcu olan bireylerin ev ortamında hastalığa uyumunu kolaylaştırmak, hastalığın ve hastane şartlarının yarattığı olumsuz etkiyi en aza indirmek ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde yükseltmek için gerekli hemşirelik hizmetlerini sunmaktır. Evde bakım hizmeti stoma terapi ve diyabet olmak üzere iki alanda verilmektedir. Ayrıca evde bakım hizmetlerinin önemini giderek artması ve bu alanda hizmete olan ihtiyaçtan dolayı Dokuz Eylül Üniversitesi Evde Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi 14 Nisan 2011 tarihli YÖK onayı ile kurulmuştur.

Sonuç olarak; sağlıkta eşitsizlikleri azaltmak için; sağlık politikalarının gözden geçirilerek koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, uluslararası dayanışmanın artırılması, sağlık alanında herkese eşit fırsatlar tanınması, gereksinimi olana daha fazla hizmet felsefesiyle sağlık hizmetlerinin sunumunun yapılandırılması gerekmektedir.

Kaynakça

- Baro, R. J., Lee, J. W. (2001). International data on educational attainment: Updates and implications. *Oxford Economic Papers*, 3, 541-563.
- Belek, İ. (1998). Sağlıkta eşitsizlik: Önlenebilir ve kabul edilemez bir politik ekonomi sorunu. *Toplum ve Hekim*, 13:2.
- Belek, İ. (1999). Sınıflar; sağlık düzeyleri, sağlık hizmeti kullanımları ve yararlandıkları sağlık kurumları, Antalya'da iki bölge yedi sınıf. *Toplum ve Hekim*, 14:1.
- Danış, M. Z. (2006). Toplum temelli bakım anlayışı. *Özveri Dergisi*. Erişim: 13.06.2011, <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov3/ov3trbakim.htm>.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Erişim: 20.06.2011. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2005). Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005 UAÖÇ. Erişim: 20.06.2011. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC2005-OzetRapor.pdf.

- International Council of Nurses. (2011). Closing the gap: Increasing access and equity. Erişim:15.05.2011.<http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2011.pdf>.
- İnanlı, T. (1999). Sağlık hakkı ve eşitsizlikler. *Toplum ve Hekim*, 14:5.
- Kim, H., Chung, W. J. (2003). Changes in morbidity and medical care utilization after the recent economic crisis in the Republic of Korea. *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (8).
- Koç, İ. (2009). TNSA 2008'in sonuçları. Erişim: 18.06.2011. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/tnsa_2008_son_uclar.pdf.
- OECD. (2011). Health Data. Erişim: 30.06.2011. http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/48304068.xls#Total_expenditure,%_GDP!A1.
- Öztek, Z. (1986). *Temel sağlık hizmetleri*. Yayın No: 86/33. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). Türkiye'de HIV/AIDS vakalarının yıllara göre dağılımı. Erişim: 12.06.2011. <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/veriler/Aralik2011.pdf>.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2010). Doğuşta beklenen yaşam süresi. Erişim: 12.06.2011. <http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3712&sayfa=giris&metod=lgiliGosterge>.
- United Nation Programme on HIV/AIDS. (July 2008). Report on the global AIDS epidemic. Erişim:07.06.2011.http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511_gr08_executivesummary_en.pdf.
- World Bank (April, 2010). Infant mortality rate, 2007. Erişim: 12.06.2011. http://siteresources.worldbank.org/INTGLOMONREP2010/Resources/69113011271683227786/Infant_Mortality.pdf.
- World Health Organization. (1998). Health 21. Health for all in the 21 st century. Erişim: 12.06.2011. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/88590/EH_FA5-E.pdf.
- World Health Organization. (2005). Child and adolescent health and development, world health report 2005. Erişim: 20.06.2011. <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>.
- World Health Organization. (2007). Maternal Mortality in 2005. Erişim: 01.06.2011. http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf.
- World Health Organization. (2009). Life Expectancy at birth. Erişim: 25.06.2011. http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html.
- World Health Organization. (2010). Global Atlas of the Health Workforce. Erişim: 05.06.2011. <http://apps.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp>.
- World Health Organization. (2011). World health statistics 2011. Erişim: 20.06.2011. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf.
- Yükseköğretim Kurumu. (2011). Türkiye'de sağlık eğitimi ve sağlık insan gücü durum raporu. Erişim: 30.06.2011. www.yok.gov.tr/index.php?option=com_docman&task=doc.