

ÇEVİRİ**YOKSULLUK DURUMU ve SAĞLIKTA HAKKANİYET: BANGLADEŞ KIRSALINDAN KANIT****Çeviren: Hakan TÜZÜN*****Giriş****Arka Plan**

Dünyada sağlık eşitsizliklerinden başlıca hiç bir ülke görülmemektedir, farklı sosyal grupların sağlık düzeyleri arasındaki farkların dünya genelinde genişlemesi kaygıyı arttırmaktadır. Eyob Zore ve McIntyre Güney Afrika'da varsılların belirttikleri hastalık düzeylerine karşılık doktorları ve hastane hizmetlerini daha sık kullandıklarını belirtmişlerdir. Aşılama hizmetleri kullanımının sosyoekonomik düzey, coğrafi bölge, yerleşim yeri ve cinsiyete dayalı olarak ayrılaşması Bangladeş'te yayılmaktadır. Aynı zamanda koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin kullanımında etnik ayrımcılık mevcuttur.

Bangladeşli yoksulların özel sağlık ihtiyaçlarına hitap etmek üzere, sivil toplum örgütleri (STK) yoksulların temel sağlık hizmetlerine erişimini arttırmaya çalışmaktadır. Bununla birlikte STK'lar yalnızca kendi girişimleri kapsamında yer alan yoksulların ihtiyaçlarına yönelmekte, kendi girişimlerinin kapsamı içerisinde yer almayan ya da alamayanlar dışarıda kalmaktadır. Üstelik yoksullar homojen bir grup değildir. Yoksullar arasında sağlık hizmetine erişim bakımından büyük ayrımlar bulunduğu görülmektedir ve bu durum yeterince araştırılmamıştır. Aslında bu dezavantajlı grupların sağlığı Bangladeş'in sosyoekonomik ve politik gelişimine oldukça duyarlıdır.

Bazı araştırmacılar Bangladeş'te sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizlikleri araştırmışlardır. Mannan toprak vb gibi değişkenleri dikkate alarak sağlık eşitsizliklerini araştırdığı çalışmada kırsaldaki topraksız kadınların %84'ünün son gebelikleri ya da emzirme

dönemleri esnasında beslenmelerinde özgül bir besin bulundurmadıklarını saptamıştır. Bangladeş resmi istatistikleri ile (BBS) Rahman haneleri yoksul, orta ve varıl olarak gruplamış ve varsıllar ile yoksullar arasında sağlık hizmetleri kullanımında geniş farklılıklar saptamışlardır. Gwatkin gelir gruplarına göre yaptığı analizde, çocuklarda aşılanmanın yoksul grupta daha düşük olduğunu bulmuştur.

Sen ve Begum yoksulları çok yoksullar ve ortalama yoksullar olarak ayırmışlardır. Bu analiz yoksul gruplar arasındaki sağlık farklılıklarını açığa çıkarmaktadır. Milenyum gelişme hedeflerinde farklı sosyal gruplar arasındaki sağlık eşitsizliklerinin azaltılması ihtiyacı vurgulanmaktadır, Gwatkin aşırı yoksulların ve ortalama yoksulların özgül gereksinimleri yeterince dikkate alınmadıkça başarının şansa bırakılmış olacağını savunmaktadır.

Bununla birlikte hükümet bazı STK'lar ile birlikte sağlık hizmetlerini de içeren çeşitli hizmetleri sağlayarak Bangladeş'teki yoksulların yaşam kalitesini geliştirmek üzere çabalamaktadır. Müdahalenin sonucu olarak farklı yoksul gruplar arasındaki sağlık farklılıklarının azalıp azalmadığının görülmesi ve azalma olduysa bu azalmanın nasıl gerçekleştiğinin görülmesi ilginç olacaktır. Bu çalışmada Bangladeş'teki farklı yoksul gruplar arasındaki sağlık eşitsizlikleri incelenmiştir.

BRAC Üreme Sağlığı ve Hastalık Kontrol Programı'nın (RHDC) Tanıtımı

BRAC (Bangladeş Kırsal Kalkınma Komitesi) büyüyen sağlık eşitsizlikleri ve sonuçlarıyla ilgili yenilikçi bir STK'dır. BRAC en çok ihtiyaç duyulan yerlerde sağlık hizmeti sunumu sağlamak üzere Bangladeş'in bazı bölgelerinde sağlık programları başlattı. 9,7 milyon kişiyi kapsayan RHDC programı 1992 ile 1996 arasında BRAC tarafından uygulanan

*F. Karim, A. Tripura, M.S. Gani, A.M.R Chowdhury, *Public Health* (2006) 120, 193-205

**Dr., Halk Sağlığı Uzmanı

kadın sağlığı ve gelişimi programının (WHDP) ardıdır. RHDC gebelik bakımı, üreme sistemi enfeksiyonu, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, AIDS eğitimi, adolesan üreme sağlığı eğitimi, çocuklara ve gebelere beslenme desteği, akut solunum yolu enfeksiyonları ve tüberkülozun toplum tabanlı kontrolü gibi geniş bir aralıktaki sağlık hizmetlerini sağlamaktadır. RHDC aynı zamanda uydu klinikler, genişletilmiş bağışıklama programı (EPI), aile planlaması, vitamin A dağıtımı, su ve sanitasyon gibi çeşitli kamu hizmetlerine daha eşit erişimi desteklemektedir. Ek olarak BRAC sağlık merkezleri (BHCs) birincil ve ikincil klinik destek ve konsültasyon hizmetlerini sağlamaktadır: Ayaktan hasta bakımı, konsültasyon, tedavi, ilaçlar, mikroskopik olan ve olmayan laboratuvar hizmetleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar/üreme sistemi enfeksiyonu hizmetleri, güvenli doğum, menstrual regülasyon, düşük sonrası bakım ve evde bakımla ilgili diğer hizmetler.

Başlangıçta BRAC sağlık hizmetleri tüm topluma açıktı. Bununla birlikte Ağustos 1997'de BRAC insan kaynakları ve verimliliğini geliştirmek, farklı acil sağlık ihtiyaçlarından kaynaklanan gelir kaybını önlemek ve özellikle STK'ların BRAC'ı içeren mikrofinans aktivitelerine üye yoksulların sağlık hizmeti ihtiyacına odaklanmak üzere bir yönelim değişikliği yaptı.

BRAC'ın sağladığı mikrokrediyeye (iş kurma için küçük borçlar) sahip bazı STK'lar yoksulluğu azaltmak üzere Bangladeş'te yoksullara yönelik hizmet vermektedir. BRAC şu koşulları sağlayan haneleri yoksul olarak saptamıştır: 50 decimalden (ÇN¹: yerel alan ölçüm birimi) az ekilebilir toprağı olan hane, bir yıl boyunca en az 100 gün süre ile el emeği satan herhangi bir erişkin hane halkı üyesi olan haneler ve her köyde onların oluşturduğu gruplar. Bu gruplar köy teşkilatı (VO) olarak tanımlandı. Bu koşulları sağlamayan haneler hedeflenmemiş haneler (NTG) olarak tanımlandı. Köy teşkilatları yoksulluğun azaltılması için mikrokredi ve eğitim vermektedirler. BRAC %20'si verici katkılarından sağlanan 153 milyon doların üzerinde para harcamıştır.

1991 ile 1996 yılları arasında BRAC/WHDP hizmetlerin ücretsiz kullanımını sağlamıştır. 1997'de BRAC/RHDC finansal sürdürülebilirliği sağlamak üzere

hizmet ücretlerini belirlediler. Hizmet ücreti hizmetin türüne ve kullanıcının sosyoekonomik durumuna göre değişmektedir (Tablo 1). NTG üyeleri için muayene ücreti 20 Tk iken VO üyeleri için 10 Tk'dır (57.5 Tk=1 US\$). İhtiyaç duyulan ilaçlar herkese maliyeti fiyatına satılmaktadır. Antenatal bakımda her başvuru için VO üyeleri 10 Tk, NTG üyeleri 15 Tk ödemektedir. BHC'deki her doğum için hem VO hem NTG üyeleri için ücret 250 Tk'dır. Menstrual regülasyon için ücret 140-160 Tk'dır. BRAC 140-160 Tk'ya tuvalet taşı üretmekte ve satmaktadır. BRAC doğrudan aşılama hizmeti ve VAC (Vitamin A kapsülü) dağıtımı yapmamaktadır, bunlar kamu hizmetleridir. Bununla birlikte BRAC, VO üyesi olup olmasına bakmaksızın aşırı yoksullara her başvuru için toplam ücretin %20'sini ödemektedir. Buna ek olarak hiç ödeme gücü olmayan aşırı yoksullara ücretsiz hizmet verilmektedir.

Temel olarak ücretsiz hizmetleri içeren benzer uygulamalar aynı zamanda hükümet tarafından uygulanmaktadır. Yoksullar uzaklık ve hizmet sunucuların davranışları yüzünden hizmetlere kolay erişim olanağına sahip değildirler. Dahası bazen hizmetlerin piyasadaki fiyatlarını geride bırakan gizli fiyatlar söz konusu olmaktadır. Üstelik verilmesi gereken hizmetlerin kalitesini ve ulaşılabilirliğini sağlamaya yönelik hükümet kaynakları yetersizdir. RHDC programının etkisi üzerine daha kapsamlı bir çalışmanın bir parçası olan bu çalışma, iki kırsal RHDC alanında sağlık hizmeti kullanımında hakkaniyete odaklanmaktadır.

Yöntem ve Gereçler

Çalışma Alanı ve Örneklem Tasarımı

Çok aşamalı örneklem yöntemi kullanılarak, Bogra ve Dinajpur bölgelerinden 80 köy bu çalışma için seçildi. Mayıs ve Temmuz 2000 tarihleri arasında küme örneklem yöntemi kullanarak saptanan toplam 4003 hane doğurganlık ve ölüm verileri toplamak amacı ile izlendi. Sağlık hizmeti ile ilişkili veriler hanelerden sistematik olarak seçilen (toplamın %25'i) 1032 alt örneklemden elde edildi.

Öncelikle yapısal ve açık uçlu sorular içeren denenmiş standart anket sorumlu ve yetkili anneler ile

Tablo 1. Hizmet çeşidine ve hizmet alıcılara göre hizmet fiyatları

Hizmetler	Sosyoekonomik gruba göre miktar (Tk)	
	Köy teşkilatları	Hedeflenmemiş haneler
Konsültasyon ücreti (hizmet başına)	10	20
Antenatal bakım ücreti (hizmet başına)	10	15
BRAC sağlık merkezinde doğum	250	250
Menstrual regülasyon	140-160	140-160
Tuvalet taşı (hazırlama başına)	140-160	140-160

1 Tk 57,5= 1 US \$.

görüşülerek uygulandı. Arsa sahibi gibi duyarlı değişkenler hakkındaki bilgi için hane reisi ya da yaşlılar gibi diğer hane üyeleri aracılığı ile çapraz kontrol yapıldı.

Dört saha gözlemcisinin direk kontrolü altında 20 eğitilmiş saha araştırmacısı dört takım halinde çalışarak verileri topladı. Verilerin tutarlılığı ve eksikliği için araştırmacıların kapsadığı hanelerin %5'i ile tekrar görüşüldü ya da rastgele kontrolü yapıldı. Tutarlılığı ve tamlığı sağlamak için anket yönetici birim tarafından dikkatlice gözden geçirildi ve düzenlendi. Veriler SPSS yazılımı kullanılarak analiz edildi. Değişkenler arasındaki farkın anlamlılığını değerlendirmek için ki kare testi kullanıldı. $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$ değerleri

için değişkenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edildi.

Kırsal Hanelerin Yoksulluk Durumlarının Ölçülmesi

Kırsal hanelerin yoksulluk düzeyinin doğrudan (günlük kalori alımının ölçülmesi gibi) ya da dolaylı olarak (gelir düzeyinin ölçülmesi gibi) ölçülmesi işlemi zordu ve yoksulların kendi içlerinde alt gruplara ayrılması çözülmesi gereken bir sorun oluşturmaktaydı. Bu kritik işlem farklı yoksul grupları (aşırı yoksullar ve ortalama yoksullar) arasındaki sağlık eşitsizlikleri düzeyinin ölçülmesidir. Bununla birlikte toprak sahipliği, hane halkı reisinin cinsiyeti gibi temel değişkenler/belirteçler kırsal hanelerin yoksulluk düzeyinin değerlendirilmesinde yetersiz kaldığı için,

Tablo 2. Hanelerin sosyoekonomik değişken/ belirteçlerine göre dağılımı (n=1032)

Sosyoekonomik Değişkenler - Belirteçler	Hane sayısı	%
Toprak sahipliği (toprak alanları decimal olarak)		
0-11	551	53,3
11-50	175	17,0
50+	306	29,7
Hane halkı reisinin cinsiyeti		
Erkek	1013	98,2
Kadın	19	1,8
Eğitim (yıl)		
0-2	546	52,9
3-5	189	18,3
6+	297	28,8
Hane halkı tarafından genellikle yenilen günlük öğün sayısı		
1	0	0
2	41	4,0
3	991	96,0
Tüm hane üyeleri tarafından önceki gün yenilen öğün sayısı		
1	3	0,3
2	55	5,3
3	974	94,4
Önceki gün pirinç yenilen öğün sıklığı		
1	13	1,3
2	150	14,5
3	169	84,2
Önceki gün için pirinç sağlama yöntemi		
Satın alma	590	57,2
Kendi üretimi	437	42,3
Ödünç alma	3	0,3
Bağış alma	2	0,2
Gıda güvencesi durumu		
Eksik	307	29,7
Yeterli	406	39,3
Fazla	319	30,9

indeks geliştirilmesi gerekli oldu. Bu çalışmada çalışma kapsamındaki hanelerin yoksulluk düzeyinin değerlendirilebilmesi amacıyla oluşturulan indeks için sekiz değişken/belirteç üzerinden veriler toplanmıştır (Tablo 2). Veriler bazı belirteçlerin sıklığının (hane halkı reisinin cinsiyeti, hane halkı tarafından genellikle yenilen günlük öğün sayısı, hane halkı tarafından son 24 saat içerisinde yenilen öğün sayısı, son 24 saat içinde hane halkının pirinç yediği öğün sıklığı ve yemek için pirinç sağlama yöntemi) anlamlı analizler için oldukça az olduğunu göstermiştir. Bu nedenle çalışmadaki hanelerin yoksulluk düzeyi için geliştirilen indekse üç değişken (toprak sahipliği, hane halkı reisinin eğitim düzeyi ve gıda güvencesi durumu) seçilmiştir.

Yoksulluk İndeksi Geliştirilmesinin Mantıkları

Mikrokredi uygulamaları hedeflenen topraksız haneler (50 decimalden az) için yaygın olarak kullanılmıştır. Bu çalışma bu grup hanelerin aşırı yoksul kırsal hanelerin %71'ini içerdiğini göstermiştir. Bu tanımlamadaki topraksız hanelerin tümü aşırı yoksul olarak tanımlanamaz. Ortalama yoksul hanelerin yaklaşık %57'si bu kategoride yer almaktadır. Dünya Bankası tarafından yapılan bir çalışmada 50 decimalden daha az toprağı olan 10 haneden altısının çok yoksul olduğu bulunmuştur. Buna karşılık 7,5 acres (ÇN¹: alan birimi) ya da daha çok toprağı olan 40 haneden biri yoksuldur.

Toprak sahipliği hanelerin yoksulluk düzeyini tanımlamak için tek başına yeterli değildir. Hane halkı reisinin eğitim düzeyi hanenin sosyoekonomik düzeyi ile güçlü olarak ilişkilidir. Bu sonuç okuma yazması olmayanların bulunduğu hanelerde yoksulluk sıklığının yüksek olması ile açıklık kazanmaktadır. İnsan sermayesi kuramı kişisel eğitim düzeyi ile gelir arasında pozitif ilişkiyi açıklamaktadır. Böylece, hane halkı reisinin eğitim düzeyi onun gelirinin ve hanenin sosyoekonomik düzeyinin iyi bir belirleyicisidir.

Sen ve arkadaşları haneler tarafından belirtilen yıllık gıda güvencesi durumunun hanenin yoksulluk düzeyinin tanımlanmasında duyarlı bir belirleyici olduğunu bulmuştur. Cevaplar yıllık gıda miktarının düzeyi üzerinden, gıdanın sürekli olarak az olması, ara sıra az olması, yeterince olması ya da fazla olması şeklinde kategorize edilmiştir. Hanelerin kendi belirlemelerinde gıda güvencesi bakımından dönemsel değişiklikler olmaktadır. Bunu göz önüne alarak "hane gıda güvencesi durumu" değişkeni mevcut çalışmada kullanılmak üzere seçilmiştir. Toprak sahipliği, hane halkı reisinin eğitim düzeyi ve gıda güvencesinden oluşan değişkenler kırsal hanelerin yoksulluklarının ölçülmesinde kullanılmaktadır. Diğer yandan bu çalışmada bu değişkenler arasındaki ilişkiyi tespit etmek için Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Korelasyon katsayıları hanenin toprak sahipliği ve hane halkı reisinin eğitim düzeyi arasında 0,376, hanenin toprak sahipliği ve gıda güvencesi durumu arasında

0,297, hane halkı reisinin eğitim düzeyi ve gıda güvencesi durumu arasında 0,254 olarak bulunmuştur. Değişkenler arasında orta düzeyde ilişki %1 anlamlılık düzeyi için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bundan dolayı bu üç değişken çalışılan hanelerin yoksulluk durumları indeksinin oluşturulmasında kullanılmıştır.

Bu haneler üç yoksulluk düzeyinde gruplandırılmıştır:

Aşırı yoksulluk: 0-10 decimal toprağı olan haneler, hane halkı reisinin 0-2 yıl eğitimi olduğu haneler ve yıllık gıda miktarında eksiklik olması.

Ortalama yoksulluk: 11-50 decimal toprağı olan haneler, hane halkı reisinin 3-5 yıl eğitimi olduğu haneler, yıllık gıda miktarının yeterince olması.

Yoksul olunmaması: 51 decimalden fazla toprağı olan haneler, hane halkı reisinin 6 yıl ya da daha fazla eğitimi olduğu haneler ve yıllık gıda miktarının fazla olması.

Bazı haneler yukarıdaki kategorilerden birine dahil edilmek için bu koşulların tümünü sağlamadı. Bu nedenle her değişken için birden üçe kadar değişen skorlar atandı. Bu işlemde aşırı yoksul olma için bir en yüksek üç en düşük olasılığı göstermek üzere haneler maksimum skor olarak üç ve minimum skor olarak bir değerini alabilmektedir. Elde edilen sonuçların sıklıkları Tablo 3'te görülmektedir.

Her değişken için öngörülen skor her hane için toplandı. En yüksek olası skor olarak dokuz elde edildi. Toplam skor aralığı üç dilime ayrıldı ve tüm haneler skorlarına bağlı olarak üç gruba ayrıldı (Tablo 4).

1-3 arası skor elde edilen haneler aşırı yoksul (%36,3), 4 ya da 5 skoru elde edilen haneler ortalama yoksul (%24,8), 6 ya da daha fazla skor elde edilen haneler yoksul olmayan haneler (%38,9) olarak sınıflandırıldı. Elde edilen oranlar BBS hane halkı harcamaları surveyi 2000 verileri ile karşılaştırılabilir durumdaydı. Kişi başı günlük kilo kalori alımı üzerinden BBS kırsal hanelerin %19'unu aşırı yoksul, %42'sini ortalama yoksul ve %39'unu yoksul değil olarak bulmuştur.

Sonuçlar

Doğum Öncesi ve Sonrası Hizmet Kullanımı

Tablo 5'te yoksulların farklı gruplarında doğumların onda birinden azının (aşırı yoksullarda %9,3 ve ortalama yoksullarda %8,6), yoksul olmayanlarda dörtte birinin (%26) hastane ve/veya kliniklerde (kurumsal tesisler olarak adlandırılan) gerçekleştirildiği görülmektedir ($p < 0,001$). Son gebelikleri esnasında hasta olan ve eğitilmiş hekimlerin verdikleri tedavileri alan annelerin oranı ortalama yoksul hanelerde (%34,6) aşırı yoksullarda (%50) ve yoksul olmayanlara göre (%72) daha düşüktür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (yoksul olmayanlar ile aşırı yoksullar arasında $p < 0,05$, yoksul olmayanlar ile

Tablo 3. Yoksulluk durumu ve öngörülen skora göre hanelerin dağılımı

Sosyoekonomik Değişkenler	Hane Sayısı	Yoksulluk Durumu	Skor
Toprak sahipliği (decimal)			
0-10	551	Aşırı yoksul	1
11-50	175	Ortalama yoksul	2
51+	306	Yoksul değil	3
Eğitim (yıl)			
0-2	546	Aşırı yoksul	1
3-5	189	Ortalama yoksul	2
6+	297	Yoksul değil	3
Gıda güvencesi durumu			
Eksik	307	Aşırı yoksul	1
Yeterli	406	Ortalama yoksul	2
Fazla	319	Yoksul değil	3

Tablo 4. Hanelerin yoksulluk durumları ve skorlarına göre dağılımı

Yoksulluk düzeyi	Skor	Hane sayısı	%
Aşırı yoksul	1-3	375	36,3
Ortalama yoksul	4-5	256	24,8
Yoksul değil	6 ya da daha fazla	401	38,9
Toplam		1032	100,0

ortalama yoksullar arasında $p < 0,01$). Geri kalan annelerin önemli kısmı yoksulluk durumlarından bağımsız olarak tedavi için hekim başvurusunda bulunmuşlardır (aşırı yoksullarda %37,5, ortalama yoksullarda %34,6, yoksul olmayanlarda %22,2). Diğer hastalıklar tedavi edilmemişlerdir. Yoksulluk durumuna bakılmaksızın annelerin çoğu, son gebelikleri esnasında iki doz ya da daha çok TT aşısı olmuşlardır (aşırı yoksullarda %78,6, ortalama yoksullarda %66,4, yoksul olmayanlarda %84,7). Ortalama yoksullar ile yoksul olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Geleneksel doğum eğitimi almış görevlilerin (TBAs) eşliğinde evde yapılan doğumların oranı aşırı yoksullarda (%40) ortalama yoksullara (%45,3) ve yoksul olmayanlara (%51,3) göre daha düşüktür. Aşırı yoksul ve ortalama yoksul annelerin tümünde infantlara (0-6 aylık) doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde kolostrum verilmesine karşın, bu oran yoksul olmayanlarda %90,9'dur. Yoksul olmayan infantlarda yalnızca anne sütüyle emzirilme oranı (%40,9), aşırı yoksullara (%55,6) ve ortalama yoksullara göre (%57,1) daha düşüktür.

Genel Sağlık Hizmetleri Kullanımı

Tablo 6'da diyare tedavisi için ağızdan tuzlu sıvı alımının (ORS paketi ya da ev yapımı sıvı) ortalama yoksullarda (%35,7) aşırı yoksullara (%24,6) ve yoksul olmayanlara (%33,1) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna karşın diyare ataklarının çoğunda yoksulluk durumundan bağımsız olarak allopatik tedavi yapılmaktadır (aşırı yoksullarda %70,7, ortalama yoksullarda %71, yoksul olmayanlarda %69). Diyare için hiçbir tedavi almayan hastaların oranı aşırı yoksullarda en yüksek iken (%18,6) bunu yoksul olmayanlar (%13,9) ve ortalama yoksullar

(%13,3) izlemektedir. Farklı gruplardaki hastaların çoğunluğu genel olarak hastalandıklarında (diyare dışındaki hastalıklar) tedavi için köy doktorlarına görünmektedirler (aşırı yoksullar %45, ortalama yoksullar %48, yoksul olmayanlar %37). Eğitilmiş hekimden tedavi alanların oranı yoksul olmayanlarda (%45) aşırı yoksul hastalara (%37, $p < 0,01$) ve ortalama yoksul hastalara (%31, $p < 0,001$) göre daha yüksektir.

Çocukların büyük çoğunluğunun genel bağımsızlama programı kapsamındaki altı aşının tüm dozlarını almış olmalarına karşın aşırı yoksullarda oran (%89,7), ortalama yoksullara (%94,3) ve yoksul olmayanlara göre (%91,8) daha düşüktür. Doğurganlık çağındaki kadınların (15-49 yaş) büyük kısmı iki doz ya da daha fazla TT aşısı olmuşlardır. Oran aşırı yoksullarda (%77,5), ortalama yoksullara (%79,5) ve yoksul olmayanlara (%78,0) göre biraz düşüktür. Gruplar arasındaki küçük farklarla birlikte çocukların (6-71 aylık) büyük kısmı (%92) araştırmadan önceki 6 aylık dönem içinde A vitamini almışlardır. Oran yoksul olmayan çocuklarda en yüksektir (%95,8). Evli kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma oranları arasında yoksul olmayanlar (%56), ortalama yoksullar (%57) ve aşırı yoksullar (%59) arasında az fark vardır.

Aşırı yoksullarda yaklaşık olarak %74 olan pnömoni için allopatik tedavi oranı, yoksul olmayanlarda %78 ve ortalama yoksullarda %61'dir. Homeopatik tedavi bütün gruplarda pnömoninin tedavisinde en sık kullanılan ikinci yöntem olarak görülmektedir (aşırı yoksullarda %19, ortalama yoksullarda %12, yoksul olmayanlarda %22). Yoksul gruplarda pnömoni olgularının bir kısmı hiç tedavi görmemektedir (aşırı yoksullarda %12, ortalama yoksullarda %27).

Tablo 5. Yoksulluk düzeyine göre seçilmiş doğum öncesi ve doğum sonu hizmetlerin kullanımı

Belirteçler	Yoksulluk düzeyi		
	Aşırı yoksul 1	Ortalama yoksul 2	Yoksul değil 3
Hastanede doğum (%) n	9,3 (17) 182	8,6 (10) 116	26,1 (41) 157
Son gebelikte eğitimli hekim tarafından tedavi edilen hastalık (%) n	50,0 (24) 48	34,6 (9) 26	72,2 (26) 36
Son gebeliği sırasında 2 ya da daha fazla doz TT aşısı olan kadın (%) n	78,6 (143) 182	66,4 (77) 116	84,7 (133) 157
Geleneksel doğum eğitimi almış görevli eşliğinde evde doğum (%) n	40,0 (66) 165	45,3 (48) 106	51,3 (60) 117
Kolostrum alımı (0-6 aylık infantların %'si) n	100,0 (18) 18	100,0 (7) 7	90,9 (20) 22
Yalnızca anne sütü ile beslenme (0-6 aylık infantların %'si) n	55,6(10) 18	57,1(4) 7	40,9 (9) 22

Ayraç içindeki sayılar sıklığı belirtmektedir. Ki kare için anlamlı fark: hastanede doğum 1. ve 3. sütun $p<0,001$, 2. ve 3. sütun $p<0,001$. Son gebelikte eğitimli hekim tarafından tedavi edilen hastalık: 1. ve 3. sütun: $p<0,05$, 2. ve 3. sütun $p<0,01$. Son gebeliğinde TT aşısı alan kadın: 2. ve 3. sütun $p<0,01$.

Kişisel Hijyen Uygulamaları

Tablo 7'de görüldüğü gibi çukurlu helası olan hanelerin oranı aşırı yoksullarda (%16), ortalama yoksullara (%21,5) ve yoksul olmayanlara (%29,7) göre daha düşüktür. Yoksul olmayanlarla yoksullar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (aşırı yoksullarla yoksul olmayanlar arasında $p<0,001$, ortalama

yoksullarla yoksul olmayanlar arasında $p<0,05$). Tuvalet taşı olan hela kullanımı da üç grup arasında benzer örüntü göstermektedir. Tuvalet taşı olan hela kullanımı bakımından çalışma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (aşırı yoksullar ile ortalama yoksullar ve yoksul olmayanlar arasında $p<0,001$, ortalama yoksullar ile yoksul olmayanlar arasında $p<0,01$).

Tablo 6. Yoksulluk düzeyine göre genel sağlık hizmetleri kullanımı

Belirteçler	Yoksulluk düzeyi		
	Aşırı yoksullar 1	Ortalama yoksullar 2	Yoksul olmayanlar 3
Diyare sırasında ağızdan sıvı alımı (%) n	24,6 (41) 167	35,7 (35) 98	33,1 (50) 151
Eğitimli hekim tarafından tedavi edilen genel hastalık (%) n	37,1 (136) 367	30,6 (74) 242	44,7 (189) 423
Tam aşıları çocuklar (12-23 aylık) (%) n	89,7 (61) 68	94,3 (33) 35	91,8 (45) 49
İki doz ya da daha fazla TT aşısı olan kadın (15-49 yaş) (%) n	77,5 (321) 414	79,5 (225) 283	78,0 (372) 477
VAC alan çocuklar (6-71 ay) (%) n	92,8 (310) 334	92,5 (196) 212	95,8 (277) 289
Aile planlaması yöntemi kullanımı (halen evli 15-49 yaş kadınlarda) % n	58,6 (231) 394	57,1 (149) 261	55,6 (247) 444
Pnömoni tedavisi (%) Allopatik tedavi Tedavi yok n	73,8 (31) 11,9 (5) 42	60,6 (20) 27,3 (9) 32	78,0 (32) 4,9 (2) 41

Ayraç içindeki sayılar sıklığı belirtmektedir. Ki kare için anlamlı fark: Eğitimli hekim tarafından tedavi edilen genel hastalık: 1. ve 3. sütun $p<0,05$, 2. ve 3. Sütun $p<0,01$.

Tablo 7. Yoksulluk düzeyine göre kişisel hijyen uygulamaları

Belirteçler	Yoksulluk düzeyi		
	Aşırı yoksul 1	Ortalama yoksul 2	Yoksul değil 3
Tuvalet taşı olan hela	16,0 (60)	21,5 (55)	29,7 (119)
Çukurlu hela	8,3 (31)	19,9 (51)	29,2 (117)
n	375	256	401
Hela yanında kül/sabun varlığı (hanelerin %'si)	54,6 (130)	60,1 (113)	77,4 (250)
n	238	188	323
Yemeklerden önce el yıkama (yanıt verenlerin %'si)	99,7 (373)	100,0 (258)	99,7 (399)
n	374	258	400
Her gün diş fırçalama (yanıt verenlerin %'si)	93,6 (350)	97,3 (251)	97,5 (390)
n	374	258	400

Ayraç içindeki sayılar sıklığı belirtmektedir. Ki kare için anlamlı fark: Kaba doğum hızı: 1. ve 2. sütun $p<0,05$, 1. ve 3. sütun $p<0,001$. Diyare 1. ve 2. sütun $p<0,05$, 1. ve 3. sütun $p<0,01$.

Yoksulluk durumlarından bağımsız olarak yanıt verenlerin büyük çoğunluğu dişlerini her gün fırçaladıklarını belirtmişlerdir, aşırı yoksullarda oran (%94), ortalama yoksullarda (%97) ve yoksul olmayanlara (%98) göre biraz daha düşüktür. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (aşırı yoksullar ve ortalama yoksullar arasında $p<0,05$, ortalama yoksullar ve yoksul olmayanlar arasında $p<0,01$).

Yoksulluğun Gruplara Etki Düzeyi

Tablo 8'de bin canlı doğumda infant ölüm hızının (IMR) ortalama yoksullarda (binde 86), aşırı yoksullarda (binde 65) ve yoksul olmayanlara (binde 38) göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kaba ölüm hızı (CDR) aşırı ve ortalama yoksullarda (binde 8) yoksul olmayanlara göre daha yüksektir. Kaba doğum hızı (CBR) aşırı yoksullarda en yüksek iken (binde 32) bunu ortalama yoksullar (binde 25) ve yoksul olmayanlar (binde 20) izlemektedir. Aşırı yoksullar ile ortalama yoksullar ve yoksul olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla $p<0,05$ ve $p<0,001$). Aşırı yoksullarda doğan bebeklerin tümü canlı doğum ile doğmalarına karşın (%100), bu oran ortalama yoksullarda %99,1 ve yoksul olmayanlarda %98,7'dir.

Tablo 8. Yoksul gruplarına göre etki düzeyi

Belirteçler	Yoksulluk düzeyi		
	Aşırı yoksul 1	Ortalama yoksul 2	Yoksul değil 3
IMR / 1000 canlı doğumda	65 (13)	86,2 (10)	38,2 (6)
Kaba ölüm hızı / 1000 nüfusa	7,9 (47)	8,0 (38)	6,1 (48)
Kaba doğum hızı / 1000 nüfusa	31,7 (186)	24,7 (117)	20,3 (159)
Canlı doğum (%)	100 (182)	99,1 (116)	98,7 (157)
n	182	117	159
Diyare prevalansı (%)	10,5 (167)	8,2 (98)	7,7 (151)
n	1584	1195	1960
Genel hastalık prevalansı (%)	23,2 (367)	20,3 (242)	21,6 (423)
n	1584	1195	1960
Son gebelik sırasında hastalanan anne insidansı (%)	26,4 (48)	22,4 (26)	22,9 (36)
n	182	116	157

Ayraç içindeki sayılar sıklığı belirtmektedir. Ki kare için anlamlı fark: Kaba doğum hızı: 1. ve 2. sütun $p<0,05$, 1. ve 3. sütun $p<0,001$. Diyare 1. ve 2. sütun $p<0,05$, 1. ve 3. sütun $p<0,01$.

Diyare sıklığı yoksulluk arttıkça artmaktadır (aşırı yoksullarda %10,5, ortalama yoksullarda %8,2, yoksul olmayanlarda %7,7). Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (aşırı yoksullar ve ortalama yoksullar arasında $p<0,05$, yoksul olmayanlar ve aşırı yoksullar arasında $p<0,01$). Genel hastalık sıklığı (diyare dışında) aşırı yoksullarda (%23), ortalama yoksullarda (%20) ve yoksul olmayanlara (%22) göre daha yüksektir. Annelerin son gebelikleri sırasında hastalık geçirme sıklıkları aşırı yoksullarda en yüksek (%26) iken bunu ortalama yoksullar (%22) ve yoksul olmayanlar (%23) izlemektedir.

Tartışma

Veriler çalışma grupları arasında anahtar sağlık belirteçleri bakımından değişen derecelerde sağlık eşitsizlikleri olduğunu baştan sona ortaya koymaktadır. Aşırı yoksullar ve ortalama yoksullar yoksul olmayan grupla ayrı ayrı karşılaştırıldığında değişik sağlık belirteçleri arasındaki farklılıklar daha da büyümektedir. Bu eşitliğin amaç olarak ortaya konmadığı ya da sağlık eşitsizliklerinin artışına karşı politik araçların olmadığı ülkelerde genel bir eğilim olabilir.

Aslında yoksulluk durumunun farklı belirleyicileri araştırılırken veriler aşırı yoksulların en yüksek aile

Tablo 9. Hizmetlerde kullanıcı ödentisi, fiziksel erişim ve bilgi-tutumun çok önemli etmen oluşuna göre yoksul grupları arasında sağlık hizmetleri kullanımında farklılıklar

Parametreler	Yoksul grupları arasındaki farklar		
	Aşırı yoksullar-ortalama yoksullar	Ortalama yoksullar-yoksul olmayanlar	Aşırı yoksullar yoksul olmayanlar
Kullanıcı ödentisinin çok önemli olduğu hizmetler			
Hastanede doğum	-	***	***
Son gebelik sırasında eğitilmiş hekim tarafından tedavi edilen hastalık	-	**	*
Eğitilmiş hekim tarafından tedavi edilen genel hastalık	-	***	**
Fiziksel erişimin çok önemli olduğu hizmetler			
Son gebelikleri sırasında iki ya da daha fazla doz TT aşısı olma	**	***	-
Geleneksel doğum eğitimi almış görevli eşliğinde evde doğum	-	-	*
Tuvalet taşı olan hela kullanımı	-	*	***
Çukurlu hela kullanımı	***	**	***
Diyare sırasında ağızdan sıvı alımı	*	-	-
Bilgi/tutumun çok önemli olduğu hizmetler			
El yıkama için hela yanında kül/sabun varlığı	-	***	***
Günlük diş fırçalama	*	-	**

*İstatistiksel anlamlılık için Ki kare testi kullanıldı.***:anlamlılık düzeyi % 0,1, **: anlamlılık düzeyi % 1, *: anlamlılık düzeyi % 5,*

**: anlamlılık düzeyi % 10.*

planlaması yöntemi kullanma sıklığına, kaba doğum hızlarına ve son gebelikleri esnasında hastalık geçiren kadın sıklığına sahip olduklarını göstermektedir. Diyare ve genel hastalık prevalansı bu grupta en yüksektir. Diyare için ağızdan tuzlu sıvı kullanımı ve çocuklar ile kadınlarda aşılama oranları ortalama yoksullarda en yüksektir. Bu grup aynı zamanda en yüksek infant mortalite hızına sahiptir. Yoksul olmayan grup en düşük diyare insidansı ve IMR, CDR, CBR'ye sahip iken bu çalışmada araştırılan hizmetleri en çok kullanan gruptur. 26 belirteç içerisinde yoksul olmayanların 16 belirleyici için yüksek düzey gösterdiği kaydedilmişken, bu sayı aşırı yoksullarda üç, ortalama yoksullarda yedi belirleyicidir. Bu çalışmadaki belirteç sayıları ile aşırı yoksullar ile ortalama yoksullar arasında bir karşılaştırma yapıldığında aşırı yoksulların sekiz belirteçte ortalama yoksulların on iki belirteçte yeterli olduğu görülmektedir. Bu iki grup sağlık ve mikro kredi ile ilgili BRAC müdahalelerinin hedefinde yer almaktadır.

Aslında herhangi bir referans düzeyi olmadan yoksul gruplar arasındaki farklarla ilgili sonuca varmak zordur. Bunun yerine bu değerlendirme hakkaniyetin mevcut durumunu yansıtmaktadır. Bununla birlikte aşırı yoksullar ve ortalama yoksullar arasında farklılıkların nasıl açıklanacağı soru olarak ortaya çıkmaktadır. Ki kare analizi sonuçlarına göre bu belirteçler arasında istatistiksel olarak anlamlı farkların bulunduğu saptanmıştır (Tablo 9). Hizmetlerin bazı özelliklerine göre belirteçler üç gruba ayrılmışlardır: 1- Kullanıcı ödentisinin çok önemli olduğu hizmetler, 2- Fiziksel erişimin çok önemli olduğu hizmetler, 3- Bilgi/tutumun çok önemli olduğu hizmetler. Bu özellikleri dikkate alan değerlendirme fiziksel erişim ve bilgi/tutumun çok önemli olduğu hizmetlerde aşırı

yoksullar ile ortalama yoksullar arasında anlamlı fark olduğunu göstermektedir. Ortalama yoksullar ile karşılaştırıldığında aşırı yoksul kadınlarda son gebelikleri sırasında iki ya da daha fazla doz TT aşısı olma oranı daha yüksektir. Buna karşın ortalama yoksullarda aşırı yoksullara göre diyare sırasında ağızdan sıvı alımı, tuvalet taşı olan hela kullanma, her gün dişlerini fırçalama sıklıkları daha yüksektir. Bu hizmetler hükümet tarafından ücretsiz olarak verilmekte diğer yandan STK'lar ücretsiz sağlık eğitimi vermekte ve düşük ücretli tuvalet taşı sağlamaktadır. Yoksullar STK hizmetlerinin temel amacı içerisinde. Kullanıcı ödentisi olan hizmetler için aşırı yoksullar ve ortalama yoksullar arasında anlamlı fark olmaması, bu grupların hiç birinin bu hizmetleri ödeyebilecek güçlerinin olmadığını göstermektedir.

Yoksullarla yoksul olmayanlar arasındaki farkın çocuklarda aşılama, doğurganlık çağındaki kadınlarda TT aşılması, VAC alım sıklığı, aile planlaması yöntemi kullanımı, yemeklerden önce el yıkanması, ağız bakımı, CDR, canlı doğumlar ve genel hastalıklar gibi bazı belirteçler bakımından kapanma eğilimi vardır. Bu hizmetler arasında kadın ve çocukların aşılması, VAC ve aile planlaması ücretsiz olarak hanelere gidilerek verilmektedir. Belki de bu nedenlerle bu hizmetlerin kullanımında hakkaniyet diğer kullanıcı ödentisinin önemli olduğu hizmetlere göre aşamalı olarak düzelmektedir. BRAC ve STK'lar tarafından sağlanan kişisel hijyenle ilgili sağlık eğitim ve sosyal mobilizasyon yoksulluk düzeyinden bağımsız olarak erişilebilir niteliktedir. Bu etmenler yemeklerden önce el yıkanması, dişlerin her gün fırçalanması gibi kişisel hijyen davranışlarının gelişmesine ve genel hastalık insidansının azalmasına yardım etmiş olabilir.

Diğer yandan hastanede doğum, hastalıkların eğitimli hekimler tarafından tedavi edilmesi ve tuvalet taşı temini doğrudan maliyet oluşturmaktadır. Görünüşe göre aşırı yoksullar yeterli mali güce sahip olmamaları nedeniyle bu hizmetlere ulaşamamaktadırlar. Çukurlu tuvalet kullanımının çok fazla maliyeti olmamasına karşın aşırı yoksullarda kullanımı düşüktür. Çukurlu hela yapımı ev çevresinde bir miktar alan olmasını gerektirmektedir, bazı haneler bu amaç için yeterli alana sahip değiller. Özellikle doğum sırasında eşlik eden aile üyelerine güvenen yoksullar olmak üzere bazı insanlar için doğum için TBA hizmeti kullanımı hediye ya da para verme geleneği yüzünden dolaylı olarak maliyete neden olmaktadır. Bu nedenlerle TBA hizmeti kullanımını aşırı yoksullarda düşüktür.

Aşırı yoksulların ortalama yoksullara göre genel hastalıklar için eğitimli hekimlere tedavi olma, pnömoni için allopatik tedavi gibi bazı hizmetleri daha iyi kullanmalarının nedeni STK'ların aşırı yoksullar için ücretsiz ya da büyük oranda sübvansede edilmiş sağlık hizmeti sunumu sağlamaları ile açıklanabilir. Sağlanan bazı destekler aşırı yoksulların hizmet kullanımında artışa yol açabilmektedir. BRAC'ın genel hastalıklar ve pnömoni için allopatik tedaviyi sağlaması bunun iyi bir örneğini oluşturabilir. Aşırı yoksullarda ortalama yoksullara göre düşük IMR ve yüksek canlı doğumun nedenini açıklayacak sağlam veriler mevcut değildir. Yoksul gruplar arasındaki bazı farklılıkların nedenini açıklamak üzere ileri araştırmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Kanıtlar en çok ihtiyacı olan popülasyonun sağlık ve gelişim hizmetlerine erişimini arttırmak için yapılması gerekenlerin saptanmasında ve tanımlanmasında bazı stratejik eksiklikler olduğunu göstermektedir ki bunlar sağlık eşitsizliklerine yol açmaktadır. Bangladeş'te hem hükümet hem de hükümet dışı kuruluşların sağlığı da içeren çok sayıda geliştirici müdahalelerine karşın, kimse toplumun yoksul üyelerine ulaşabilmeyi tam olarak başaramamıştır. Hashemi'nin çalışması Grameen Bankası (STK'nın ulusal mikro kredisi) mikro kredi programlarının ve diğer STK'ların hedefe ulaşmada ve müdahale için aşırı yoksulları saptamada yetersiz kaldıklarını göstermiştir. Bu durum hedeflenen toplumun yalnızca işletimsel tanımının yapılmasından, kullanılan mikro kredi programlarının aşırı yoksulları tanımlamada ve kapsamada yeterince duyarlı olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Aşırı yoksullar "mikro krediye uygun" olarak değerlendirilmemektedir. Bu yüzden mikro kredi programları bu gruba sistemli olarak gözden kaçırılmaktadır. Benzer şeyler sağlık hizmetleri sunumu içinde gerçekleşiyor olabilir. Bu nedenle hedeflenen toplumun yeniden tanımlanması ve aşırı yoksulların acil ihtiyaçlarına yönelmiş özgül yaklaşımların üstlenilmesi zorunluluk haline almıştır. Diğer yandan toplum gelişiminin başarılması, program katılımcılarının kişisel pozisyonları gelişmesine karşın

sosyoekonomik farklılıkların yoğunlaşmasına yol açabilir ve beklenenin tersi sonuçlar verebilir. Chowdhury ve arkadaşları standart BRAC programının yoksulların en yoksullarını kaydetmede çok başarılı olmadıklarını saptamıştır. Bununla birlikte BRAC programlarına kayıt olan yoksullar temel sosyoekonomik kazançlardan faydalanmışlardır. Çalışmalar gelişimi amaçlayan programların (yoksulların sağlık hizmetlerine en çok ihtiyaç duyan kesimleri için özgül hizmet sunumu) beslenme ve mortalite düzeylerinin yanı sıra yoksul ve yoksul olmayanlar arasındaki sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasını kapsayacak şekilde program katılımcılarının iyilik hallerinin gelişmesini sağlamada başarılı olduklarını göstermiştir. Ancak cesaret kırıcı tartışma aşırı yoksulların sağlık programlarına kayıt başvurularının nasıl arttırılacağıdır. Tartışmanın başlangıcında yoksulların çocuklarda ve kadınlarda aşılama, aile planlaması ve VAC gibi hizmetlere kolay erişebildikleri ve ücretsiz oldukları için daha çok kullandıkları söylenebilir. Hakkaniyetin sağlanmasında toplumun sağlığının geliştirilmesi için koruyucu programlar iyileştirici programlara göre daha büyük potansiyele sahiptir.

BRAC'ın "hassas gruplar için gelir temini" (IGVGD) programı ve "en yoksullara yönelik olarak yoksulluğun azaltılması için sınırları meydan okunması programı" (CFPR/TUP) muhtaçların özgül gereksinimlerini işlevsel olarak saptayan programların iyi örnekleridir. BRAC kendi programları için IVDG ve CFPR/TUP programlarının deneyimlerini örnek alabilir ve yoksullar için sosyal sağlık güvencesini içeren gereksinim temelli sağlık paket programları oluşturabilir. Bu yaklaşıma aşırı yoksulların düşük sağlık hizmeti kullanımında bir iyileşme sağlanıncaya kadar devam edilebilir. 2002'de başlayan en yoksullara özgül sağlık hizmeti paketi sunan BRAC's CFPR/TUP programı, sağlık ve beslenme eğitimi, ücretsiz olarak tuvalet taşı ve kuyu yapılması, ücretsiz gebelik bakımı ve çocuk aşılması, sık görülen hastalıkların ücretsiz temel tedavisi, ağır hastalıklar için finansal destek, kamu sağlık hizmetlerine ayrıcalıklı erişim için kimlik kartı verilmesi uygulamalarını içermektedir. Sharif farklı yoksul gruplarının acil gereksinimlerini karşılayacak yeterli mekanizmalar geliştirilirken yoksulluğun azaltılmasına yönelik stratejilerin yoksulluğun üç düzeyini akılda tutması gerektiğini belirtmektedir. Başta gelen amaç yoksulluktan herkes kurtuluncaya kadar herkesin kendi yoksulluk durumundan kurtulmasını sağlamaktır.

Yoksulluk durumu hanelerin sağlık hizmeti kullanımının temel belirleyicisidir. Skold'a göre, yoksulluk hem hastalıkların hem de kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanamamasının nedenidir. Hizmetlere azalmış talep, tedaviye devamsızlık ya da tedaviye uymama ve bulaşıcı hastalıklarda artış sonuç olarak ortaya çıkmaktadır. Olgu çalışmaları yoksullara yönelik muafiyet sağlanmadığı sürece sağlık hizmetlerinin kullanıcı ödentisi ya da ücretleri arttıkça

sağlık hizmetlerine erişim eşitsizliklerinin pekiştiğini göstermektedir.

Aşılama gibi bazı hizmetler ücretsiz olarak sunulsa bile Bangladeş'te sağlık hizmetine erişimdeki engelleri önlemek için harcanacak paranın bulunmaması olasılığı var. Daha önemlisi sağlık tesislerine olan uzaklık nedeniyle olan yüksek sosyal maliyetler ve çalışılan işten belirli süre ayrılmak gerekliliği yoksulların sağlık hizmetlerine ulaşımını engelleyebilmektedir. Hizmet sunucuların farklı davranışları ve gözdağı ile bu sonucun üzerinde anlaşılmaktadır. Bu faktörler sonuçta yoksulların sağlık sistemi dışına çıkmalarına yol açmaktadır.

Bununla birlikte yoksulluk ve sağlık arasındaki bağlantı somuttur. Yoksulluk sağlığın altını oymaktadır, insanları savunmasız kılmaktadır, gelirden azalmaya yol açacak şekilde çalışma kapasitesi ve verimliliği azaltmaktadır. Düşük gelirli olmaları yoksulların sağlıksız olmalarına yol açmaktadır. Bazı araştırmacılar toplumdaki bireysel pozisyonun sağlık düzeyinin göstergesi olduğunu saptamışlardır. İngiliz Tıp Birliği'nin yazısında sağlık eşitsizliklerinin ekonomik düzeyden bağımsız olarak tüm toplumu etkilediği belirtilmektedir. Macintyre sosyoekonomik düzey ve sağlık arasındaki ilişkinin tüm toplumlarda belirgin olarak var olduğunu belirtmektedir. Yüksek sosyoekonomik düzeylerde de geçerli olmak üzere sosyoekonomik düzey ve sağlık arasında doğrusal bir ilişki mevcuttur.

Sağlık hizmetleri kullanımındaki eşitsizlik tek faktörle açıklanamaz. Daha doğrusu genetik, biyolojik, sosyal, çevresel, kültür ve davranışla ilgili etmenler arasındaki kompleks etkileşimin sonucu olabilir. Sağlık ve kalkınma ile ilgili politika yapımcıların ve yöneticilerin çoğu toplumun yoksul üyelerinin katılımını arttırmak üzere bu etmenleri eylemlerini yönlendirmede yeterince dikkate almamaktadır. Bütün gelişim programları en çok gereksinimi olanlara yönelik özgül hizmet sunumu sağlamadıkça, sağlıkta hakkaniyete ulaşılması zor olacaktır. Sen toplum temelli girişimlerde yoksulların ve en savunmasız olanların ayrı bir dikkate layık görülmesi gerektiğini öne sürmektedir, böylece yoksullar "görülebilir" kılınır ve özgül gereksinimleri duyulabilir.

Bu çalışmada yoksulluk indeksi oluşturulurken üç değişken kullanılmıştır. Aşırı yoksullar ve ortalama yoksullar olarak iki alt gruba ayrılarak değerlendirilen yoksullar ve yoksul olmayanlar yoksulluk düzeyine göre sağlıkta hakkaniyet ölçülürken kullanılmıştır. Bununla birlikte konut kalitesi, hane reisinin mesleği, ekonomik bağımlılık vb gibi daha çok belirtecin kapsanması, kırsal hanelerin yoksulluk düzeyinin daha doğru belirlenmesini sağlayabilir. Zaman sınırlılığı nedeniyle ve verili kaynaklarla bu çalışmada bu ölçümlerin yapılabilmesi oldukça zordur. Hanelerin

yoksulluk düzeylerinin saptanmasının temel çıktısı farklı yoksul gruplarının sağlık hizmetleri kullanımı hakkaniyetinin saptanmasıdır (yoksulların alt grupları ve yoksul olmayanlar).

Bu çalışmadaki sağlık hizmetleri ölçüm sonuçları farklı hükümet kuruluşları tarafından sağlanmıştır. BRAC politikası özellikle BHCs tarafından verilenlerde olmak üzere hizmet ücretlerinin iyileştirilmesi için çaba harcamaktadır. BHCs adil fiyatlandırma stratejisine sahiptir. Hükümet hizmetleri ücretsiz olmasına karşın erişim sorunları vardır. Bu çalışma hizmetler için kullanılan kaynakları değerlendirme amacı taşımamaktadır, bunun yapılması sağlıkta hakkaniyetin mevcut durumunun ve önündeki engellerin daha iyi saptanmasını sağlayabilir. Bunun yapılması için ayrı bir çalışmanın yapılması faydalı olur.

Sonuç

Sonuç olarak bu çalışmada yoksulların farklı alt grupları ve yoksul olmayanlar arasında sağlık eşitsizlikleri ortaya konmuştur. Özellikle kullanıcı ödentisi olan hizmetlerin kullanımı yoksul gruplarında düşüktür, bu sonuç yoksulların bu hizmetlere erişim için yeterli güçlerinin olamamasından kaynaklanabilir. Ortalama yoksullar çalışmadaki bazı belirteçler bakımından aşırı yoksullara göre daha iyi durumdadırlar. Ancak yoksul ve yoksul olmayanlar arasındaki farkın çocukluk aşılması, kadınlarda TT aşılması, VAC alma sıklığı ve aile planlaması kullanımı gibi bazı belirteçler bakımından kapanma eğilimi gösterdiği saptanmıştır. Gerçekten bu hizmetler ücretsiz olarak hanelere gidilerek verilmektedir. Bunun anlamı kolaylıkla erişilebilir olan hizmetlerin yoksullar tarafından daha adilane kullanılmasıdır. BRAC ve diğer STK'lar bu hizmetlerin kullanılması için eğitim ve sosyal mobilizasyon faaliyetleri yürütmektedir. Belki bu nedenle çalışma grupları arasında hizmet kullanımındaki fark kapanmaktadır. Bunun için sağlık hizmeti sunum programının sağlık eğitimi ile entegre edilmesi gerekmektedir. Üstelik bazı belirteçlerde gruplar arasında ölçülebilir farkların olmayışı BRAC'ın müdahalelerinin etkisini gösterebilir fakat bu sonuç daha ileri araştırmalara gereksinim duymaktadır. Bütün sonuçlar aşırı ve ortalama yoksullara yönelik özel politikaları gerekli kılmaktadır, strateji ve programlar yoksulların farklı alt gruplarının acil sağlık gereksinimlerine yönelik "koruyucu ağ" öngörmelidir. Ücret iyileştirme programının sürdürülememesi ücretleri daha fazla karşılayamayan bazı yoksul insanların sağlığı üzerine olumsuz etki edebilir. Kırsal yoksulların koşullarını akılda tutarak her kuruluş kendi ücret iyileştirme politikasını ortaya koymalıdır. BRAC ve aynı çizgide çalışan diğer kuruluşlar aşırı yoksullara ücretsiz hizmet sunumunu sürdürmelidir.

DİPNOTLAR

1. ÇN: Çeviri Notu