

Yoksulluk, Eşitsizlik ve Akciğer Hastalıkları

İnsanlar arasındaki eşitsizliklerin temelini Abraham Maslow'un tanımlamış olduğu ihtiyaçlar piramidindeki nefes alma, gıda, su, uyku, beden güvenliği, sağlık ve iş güvenliği gibi temel ihtiyaçlara erişimdeki eşitsizlik oluşturmaktadır (1). Bu eşitsizliklerin başlıca nedeni ise uygar yaşama geçişin bizzat kendisidir. Jean-Jacques Rousseau'nun 1754 yılında yayınlamış olduğu "İnsanlar Arasındaki Eşitsizliğin Kaynağı" isimli kitabında tariflemiş olduğu; tarihte ilk kez bir toprak parçasının etrafını çitle çevirip "Burası benimdir" diyen ve buna inanacak kadar saf olan insanlar bulabilen ilk insan, uygar toplumu kurmuş ve insanlar arasındaki mülkiyet ve gelir eşitsizliğini doğurmuştur. Esasen insanlar arasında doğuştan gelen zihinsel ve bedensel özelliklerden kaynaklanan doğal bir eşitsizlik vardır. Ancak modern yaşam ile birlikte gelir, eğitim, dil, din, ırk, cinsiyet, sosyal statü, ekonomik durum ve siyasal ayrıcalıklar gibi nedenlere bağlı sosyal eşitsizlik kavramı ortaya çıkmıştır (2).

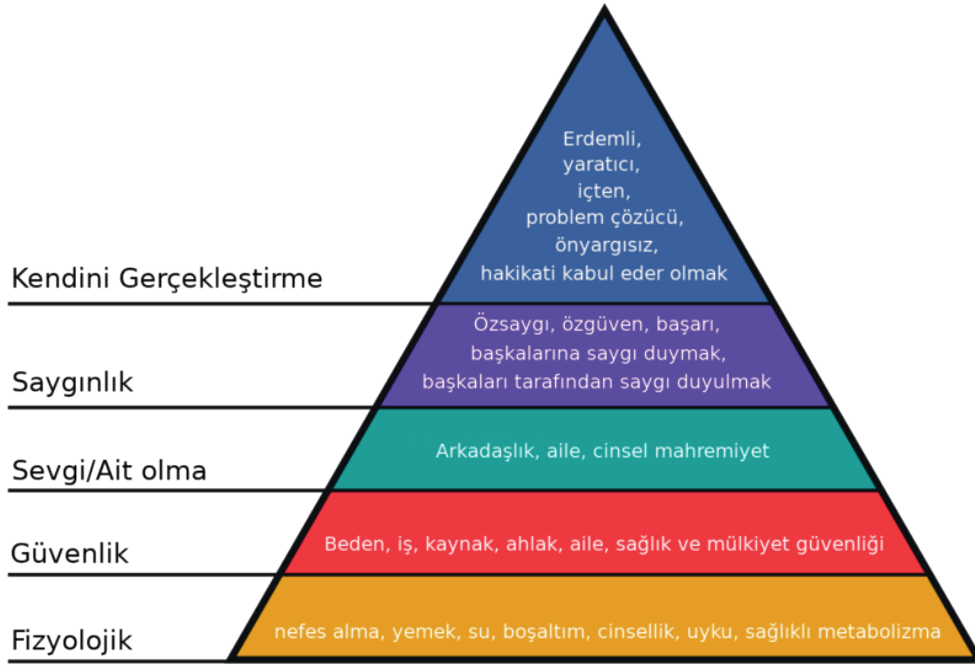
Yoksulluk, 20. yüzyılın başlarında bireylerin gelirlerinin, biyolojik varlıklarını devam ettirebilmeleri için gerekli olan yiyecek ve giyim gibi minimum düzeydeki fiziksel ihtiyaçlarını karşılamaya yetmemesi olarak tanımlanmaktaydı. Günümüzde ise sadece fiziksel ihtiyaçların değil aynı zamanda sosyal ihtiyaçların da yeterince karşılanamaması olarak tanımlanmaktadır. Birleşmiş Milletler Kalkınma Raporu'na göre yoksulluk



Deniz KIZILIRMAK

*Tıp Doktoru
Göğüs Hastalıkları Uzmanı
Akademisyen
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
TTD İzmir Şube Başkanı
TTD Sağlık Politikaları ve Solunum
Enfeksiyonları Yürütme Kurulu Üyesi*

dr_dkizilirmak@yahoo.com



yalnızca gelir düzeyi ile ölçülmez. Temiz suya erişim, okullaşma oranı, beslenme durumu, kullanılan yakıt, konut durumu, sanitasyon ve elektriğe erişim gibi birçok faktör Çok Boyutlu Yoksulluk Endeksi'ni oluşturmaktadır (3). Yoksulluğun en önemli nedeni ise gelirin eşit dağılmamasıdır. Türkiye'de en zengin %20'lik kesim, toplam gelirin yaklaşık %47-50 kadarcını alırken, en yoksul %20'lik kesim bu oranın %6'sından azını elde etmektedir ve bu oran gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında çok yüksektir. Gelir dağılımına göre hesaplanan ve ülkelerin gelir eşitliği durumunu inceleyen Gini İndeksi'ne göre Türkiye, OECD ülkeleri arasında sonlarda yer almaktadır (4).

Sağlıkta eşitsizlik, akciğer hastalıklarında, diğer sistem hastalıklarına göre daha yaygın gözlenmektedir. Bunun nedeni, farklı toplumsal grupların yaşadıkları çevrelerdeki farklılıklar ve çevrenin solunum üzerine etkisinin diğer pek çok sisteme olan etkisinden çok daha fazla olmasıdır. En düşük sosyal gruplar, en yüksek sosyal gruplara göre, 14 kat fazla solunum sistemi hastalığına sahip olmaktadır (5). Düşük sosyoekonomik duruma sahip bireylerde pasif sigara içimi, kötü barınma koşulları, hava kirliliğine maruziyet, kötü beslenme durumu, sağlık hizmetlerine ve eğitim olanaklarına ye-

tersiz ulaşım ve tedaviye daha düşük uyum çok daha fazladır. Akciğer hastalıklarında eşitsizlik en çok tüberküloz, bronşektazi, pnömoni gibi enfeksiyöz hastalıklar; KOAH ve meslek hastalıkları gibi maruziyet ilişkili hastalıklar; akciğer kanserinde erken tanı alma şansı, moleküler testlere ve tedavilere ulaşım ve mortalite; kronik hastalıkların kontrolü, transplantasyon için bekleme süreci; postoperatif pulmoner komplikasyonlar ve palyatif tedaviye ulaşımında görülmektedir.

Akciğer hastalıklarında eşitsizlik çocukluk döneminden itibaren başlamaktadır. Aylık hane geliri, anne ve babanın eğitim durumu ve konut şartları çocuklarda hışıltılı solunum, kronik öksürük, astım ve bronşit ile ilişkilidir. Hava kirliliği olan bölgelerde yaşayan çocuklarda astım prevalansı, semptomları ve atak sıklığı daha fazladır. Düşük sosyoekonomik durum, erişkin yaşta ise azalmış solunum fonksiyonları ile önemli ölçüde ilişkilidir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde kronik havayolu obstrüksiyonu olgularının %6'sının yoksulluktan kaynaklandığı düşünülmektedir (6). KOAH hastalarında yoksulluk mortalite ile doğrudan ilişkilidir. Kronik akciğer tedavisinde gerekli ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Temel İlaçlar Listesi'nde belirtilen ilaçlar düşük ve orta gelirli ülkelerde

büyük ölçüde erişilemez veya pahalıdır. Bu ülkelerin birçoğunda evrensel sağlık hizmetleri bulunmamaktadır ve yerel olarak uyarlanmış kılavuzlar eksiktir. Akciğer kanseri insidansı ve akciğer kanseri ilişkili mortalite yoksullarda ve kırsal bölgelerde yaşayanlarda daha fazladır.

Daha yüksek eğitim düzeyine ve daha yüksek gelire sahip olan insanların kronik akciğer hastalığına yakalanma olasılığı daha düşüktür. Ancak Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmış olan bir araştırmada Siyahilerde ve Latin Amerikalılarda ekonomik durum ve eğitimin koruyuculuğunun çok daha az olduğu gösterilmiştir (7). Sağlık, aynı zamanda sosyal belirleyiciler, etiyolojik sebepler ve sosyal statü ile de doğrudan ilişkilidir. Düşük sosyoekonomik seviyedekiler, sigortasızlar, Siyahiler ve kadınlar taramalardan ve araştırmalardan daha az faydalanabilmektedirler. Dil bariyerleri ve düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlık hizmetlerine erişimi doğrudan etkilemektedir. Düşük dil yeterliliği olması, hastalarda daha kötü sağlık durumu, sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanımını ve daha yüksek ölüm oranı ile ilişkilidir. Sağlıkta eşitsizlik COVID-19 pandemisinde de kendini göstermiştir. Hastane yatışları ve mortalitenin yüksek olduğu bölgeler; aylık hane geliri düşük, en fazla ırksal/etnik azınlık oranına sahip, en çok yoksulluk içinde yaşayan ve eğitim düzeyi en düşük olan bölgelerdir.

Ulusal astım veri tabanı verilerimize göre Türkiye'de astım hastalarının çoğunluğu kentsel alanlarda yaşayan, ilköğretim mezunu, fazla kilolu, düşük ve orta gelir seviyeli ve çalışmayan bireylerdir. Düşük hane geliri ve eğitim düzeyi; kötü astım kontrolü, kortikosteroid kullanımı ve hastane yatışları için bağımsız risk faktörü olarak saptanmıştır. Ulusal bronşektazi veri tabanımıza göre, bronşektazi hastalarının yarısından fazlasının etiyolojisi bilinmemektedir. Yarısına yakınının nedeni ise hâlâ tüberküloz ve pnömonidir. Akciğer kanserinden şüphe anından patolojik tanıya, evrelemeye ve tedavi başlangıcına kadar geçen süreler ülkemizde hâlâ çok uzundur. Başvurulan hastane türleri ve yaşanan coğrafi bölgeler arasında belirgin eşitsizlikler vardır (8).

Ülkemizden 26 merkezden toplam 2196 astım ve KOAH hastasını dahil etmiş olduğumuz araştırmamızda her iki hava yolu hastalığının da sosyal eşitsizliklerden ileri derece etkilendiği görülmüştür. KOAH hastalarının sağlık hizmetlerine ulaşım süreleri daha uzun, aylık hane gelirleri daha düşük, evsel ve mesleki maruziyetleri daha fazla ve doğalgaz ile ısınma oranları daha düşüktür. Astım kontrolü; kırsal bölgelerde yaşayanlarda, aylık hane geliri açlık sınırının altında olanlarda, odun veya kömür sobası ile ısınanlarda ve takipli olduğu merkeze ulaşım süresi 1 saatin üzerinde olanlarda belirgin olarak kötü saptanmıştır. KOAH ilişkili semptomlar ise; sosyoekonomik seviyesi daha düşük veya kırsal bölgede ikamet edenlerde, aylık hane geliri ve eğitim düzeyi düşük olanlarda daha fazla saptanmıştır (9).

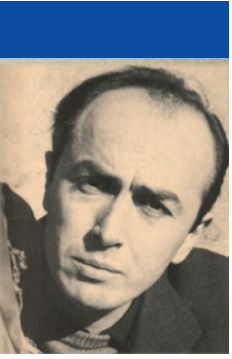
Yoksulluk ve eşitsizlik solunum hastalıklarını doğrudan etkilemektedir. Düşük gelirli gruplar hava kirliliğine, kötü konut koşullarına ve sağlık hizmetlerine erişim yetersizliğine daha fazla maruz kalmaktadır. Kronik akciğer hastalıkları dezavantajlı bireylerde daha yaygın ve ağır seyretmektedir. Sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesi ise hastalık yükünün azaltılması ile doğrudan ilişkilidir. Sağlıkta eşitlik, yalnızca sağlık hizmetinde eşitlik değildir. Her yerde eşit ve özgür olmaktır!

ÖNERİLER

- Sağlık sistemi, eşitsizlikleri ortadan kaldıracak biçimde düzenlenmelidir.
- Tanı ve tedaviye erişimde bölgesel farklılıklar giderilmelidir.
- Akciğer kanseri ve kronik akciğer hastalıkları için erken müdahale politikaları geliştirilmelidir.
- Çevresel koşullar üzerine araştırmalar ve önlemler artırılmalıdır.
- Kalıcı çözümler arayan sürekli bir yaklaşım ortaya konulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev. 1943;50:370-396.
2. Wade RH. The Piketty phenomenon and the future of inequality. Real World Econ Rev. 2014;(69):2-17.
3. United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Report 2023/24: Breaking the Gridlock – Reimagining Cooperation in a Polarized World. New York, NY: UNDP; 2024. Accessed April 21, 2025. <https://hdr.undp.org/>
4. OECD. Income inequality (indicator). OECD Data. Updated 2023. Accessed April 21, 2025. Available from: <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>
5. Schraufnaget DE, Slasi F, Kraft M, et al. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society policy statement: disparities in respiratory health. Eur Respir J 2013;42:906-15.
6. Patel JH, Amaral AFS, Minelli C, et al. Chronic airflow obstruction attributable to poverty in the multinational Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) study. Thorax. 2023;78(9):942-945. doi:10.1136/thorax-2022-218668.
7. Assari S, Chalian H, Bazargan M. Race, Ethnicity, Socioeconomic Status, and Chronic Lung Disease in the U.S. Res Health Sci. 2020;5(1):48-63. doi:10.22158/rhs.v5n1p48.
8. Kızılırmak D, Yılmaz Kaya Z, Gökçimen G, et al. Lung cancer from suspicion to treatment: An indicator of healthcare access in Turkey. Cancer Epidemiol. 2023;87:102480. doi:10.1016/j.canep.2023.102480.
9. Kızılırmak D, Fidan U, Yılmaz Kaya Z, et al. Sosyodemografik Özellikler ve Sağlık Sunucularına Erişimin Kronik Havayolu Hastalıklarının Kontrolü Üzerine Etkisi - Çok Merkezli Türkiye Verisi, Türk Toraks Derneği 28. Yıllık Kongresi, SS-227.



Ah güzel Ahmet Abim benim
Gördün mü bak
Dağılmış pazar yerlerine benziyor şimdi istasyonlar
ve dağılmış pazar yerlerine memleket
Gelmiyor içimden hüznülenmek bile
Çelse de
Öyle sürekli değil
Bir caz müziği gibi gelip geçiyor hüznü
O kadar çabuk
O kadar kısa
İşte o kadar.

 Edip
Cansever