

KENTSEL ALANLARDA YOKSUL KESİMİN SAĞLIK SORUNLARI: ANKARA ve DİYARBAKIR KENTLERİNDE KARŞILAŞTIRMALI BİR ARAŞTIRMANIN GÖSTERDİKLERİ

Prof. Dr. Melih ERSOY

ODTÜ

Giriş

Ülkemizde son yirmi yılda sağlığa ayrılan mali kaynak önemli ölçüde artmasına karşın, bu alanda yaşanan eşitsizlikler azalmamış, daha da keskin hale gelmiştir.

Bu bildiriye yukarıda özetlenen sav, Ankara ve Diyarbakır kentlerinde yoksul kesimler üzerine yapılan alan çalışmalarında toplanan veriler temel alınarak irdelenmeye çalışılacaktır. Makalede, aynı bir başlık altında toplanan "kent yoksullarının sağlık sorunlarının ülkenin eşitsiz gelişmiş farklı mekansal birimlerinde nasıl ikinci bir eşitsizlik kaynağı olduğu üzerinde durulacaktır. Kentsel alanlarda yaşamlarını sürdürmeye çalışan yoksulların sağlık sorunlarının ulaştığı boyutlarının bilinmesi, bu kesimlere yönelik olarak geliştirilecek politika ve stratejilerde tekdüze bir yaklaşımın yanlışlığını kavramamıza da yardımcı olacaktır.

Sağlık alanında yaşanan eşitsizlik salt Türkiye'ye ya da çevre ülkelere özgü bir durum da değildir. Nitekim küresel ölçekte yapılan çok sayıda araştırmada, sağlık ve yoksulluk arasında, diğer bir deyişle kişilerin ve ailelerin sosyo-ekonomik konumları ile sağlık durumları arasında yakın bir ilişki olduğu gösterilmiştir. ABD ve Avrupa ülkelerinde yapılan araştırmalar yoksul bir mahallede yaşayan bireylerin yaşamları boyunca sağlık açısından yüksek riskli bir kesimi temsil ettiklerini ve durumun ölüm oranını çok belirgin bir biçimde yükselten bir etken olduğu saptanmıştır (Power v.d 1996)..

Keynesgil iktisat politikalarının egemen olduğu dönemde etkin olan toplumsal mücadeleler, sosyal hizmetlere ayrılan kamu harcamalarının payını yükselterek, öncelikle orta sınıf birey ve ailelerin yaşam kalitelerini arttırmış ve bu alanda önemli bir iyileşmenin gerçekleşmesini sağlamıştı (Popay vd., 1998; Charlton ve Murphy, 1997; Glennester, 1983). Ancak, 1980'li yıllardan başlayarak hızla küresel ölçekte egemen olan ve piyasa güçlerini öne çıkartan yeni liberal politikaların yol açtığı yeni yoksulluk bu alanda kazanılmış mevzileri büyük ölçüde tahrip etmiştir. Temel ekonomik eşitsizliklerdeki belirgin kötüleşme, beklendiği gibi sağlık sektöründeki eşitsizlikleri de hızla körüklemiş, sağlık harcamalarına yapılan toplam harcama artmasına karşın farklı gelir düzeylerindeki kesimler arasındaki açık azalmamıştır.

Bireysel gelir düzeyi ile bireysel sağlık durumu arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır (Wolfson ve diğerleri 1993). Bu noktada, kişi başına gelir yerine, toplumsal düzeyde gelir dağılımı daha önemli bir değişken olarak görülmektedir (Preston 1975). Toplumsal düzeyde sağlık sorunlarını

açıklamanın yolu, o toplumun toplam zenginliğini değil, o zenginliğin bireyler arasında nasıl bölüldüğünün incelenmesi ile yapılmalıdır. Bu anlamda, ulusal zenginlik ne kadar hakça dağıtılsa, toplum sağlığı da o denli iyileşir. Bu düşünce aynı zamanda toplumsal adalet kavramıyla da örtüşmektedir. Nitekim, bir UNICEF araştırması ekonomik düzeylerine göre beklenenden daha iyi performans göstermiş 10 ülkeyi göstermektedir. Çalışmada Hindistan'daki Kerala eyaleti (%0 17) ile Küba (%0 8) ve Kore (%0 5) gibi ülkeler de yer almaktadır. Burada temel nokta bu ülkelerin ekonomik büyümeyi sağlamaya çalışırken sosyal gelişmeyi de göz ardı etmemeleridir.

Sosyo-ekonomik kalkınma açısından İngiltere'ye benzeyen ülkeler ile karşılaştırma yapıldığında, Batı Avrupa da yüksek performans gösteren ülkeler Lüksemburg, İsveç ve Finlandiya'dır. Bu ülkelerin ayırıcı özelliği, yoksulluğu ve sosyal eşitsizliği azaltmak için hükümetlerin müdahaleci politikalar uygulamasıdır. Nitekim, Finlandiya ve İsveç, daha yüksek ekonomik gelişmeye sahip olması ve harcama yapmasına karşın liberal/ serbest piyasa güdümlü sosyal politika hizmetini benimseyen Amerika'dan (%0 7) daha iyi bir performans göstermiştir.

Özetle, sağlıkta eşitsizliklerin giderilebilmesi için öncelikle toplumsal düzeyde bölüşüm ilişkileri ile yaşam ve çalışma koşullarındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Aşağıda Ankara ve Diyarbakır kentlerinde yapılan alan çalışmalarında elde edilen verilerin genel bir değerlendirmesi yapılacaktır.

Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmalarının Gösterdikleri

Çalışmada sunulan veriler Ankara'nın Mamak ilçesine bağlı, bir gecekondu bölgesinde yer alan Akşemsettin mahallesi ile Diyarbakır'ın göç alan ve yoksul kesimlerin yaşadığı 5 Nisan ve Aziziye mahallelerinde yapılan alan araştırmalarında toplanmıştır.¹ Çalışma kapsamında Ankara'da 148 hanede 637 kişi, D.Bakır'da ise 166 hanede 1029 kişi ile ilgili veri toplanmıştır. Aşağıda kentlerde alan çalışması yapılan yoksul mahallerle yaşayan deneklerin sosyal ve ekonomik özellikleri ile sağlık sorunları karşılaştırmalı olarak sunulmaktadır. Karşılaştırmalarda hane reisleri yanı sıra özellikle kadınlara ilişkin veriler çocukların sağlık sorunlarını da büyük ölçüde etkilediği için ayrıntılı olarak değerlendirilecektir.

Demografik ve Doğumla İlgili Veriler

Başta aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklar olmak üzere sağlığa yönelik müdahaleleri yönlendiren önemli bir veri hane halkı büyüklüğüdür. Her iki kentte de incelenen yoksul mahallelerdeki ortalama hane büyüklüğü bulundukları kent ortalamasının üzerinde ise de, Diyarbakır için bulunan değer (6.2), Ankara Akşemsettin mahallesinde ulaştığımız değer (4.3) yaklaşık % 50 üzerindedir. Araştırma kapsamında bilgi toplanan toplam 1018 çocuktan 321'i Ankara'da, 637'si ise Diyarbakır'dadır. Buna göre Diyarbakır'da hane başına çocuk sayısı 3,8 iken, Ankara'da bu sayı 2,1 dir.

Tahmin edilebileceği gibi, araştırma yapılan her iki mahallede de genç nüfus oranı buldukları kentlerin ortalamalarının üzerindedir. Ancak, Diyarbakır alan çalışmasında bulunan oran, Ankara'dakinden daha yüksektir. Diğer bir deyişle, Diyarbakır'ın yoksul mahallelerinde genç nüfus oranı gerek Türkiye, gerek Ankara'nın yoksul mahalleleri ve gerekse de Diyarbakır kent ortalamalarının üzerindedir. Özellikle, geleceğe yönelik demografik göstergeler açısından önemli olan

* Çalışma Prof. Dr. Melih Ersoy ve Doç.Dr. Tarık Şengül ile araştırma görevlileri A. Cenap Yoloğlu ve Gülçin Tunç yöneticiliğinde 2004-2005 öğretim yılı I. Dönemi ile 2005-2006 öğretim yılı I. Dönemi arasındaki üç dönem boyunca yüksek lisans öğrencileri ve araştırma görevlilerinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

kadın/ çocuk oranı ile 0-14 yaş grubundaki kız çocuk oranları bakımından D.Bakır alan çalışmasında ulaşılan oranlar Ankara alan çalışmasının iki katı gibi oldukça yüksek değerlere ulaşmaktadır. Veriler, Diyarbakır'da gerek doğurganlık oranının, gerekse çocuk ölüm hızının Türkiye ortalamasının iki katı olduğunu göstermektedir.

Alan çalışmalarındaki evlilik yaşı ortalamaları gerek Ankara (18) gerekse Diyarbakır (17) için Türkiye genelinin (23) oldukça altındadır. Erken evlilik kadının eğitim ve iş yaşamı açısından olumsuz bir etmen olarak değerlendirilmelidir. Görüşülen kadınların Ankara'da yandan fazlası 3-ila 6 kez hamile kaldığını belirtirken Diyarbakır'da bu sayılar 5 ila 10'a yükselmektedir. Kadınların her iki kentte de %90 a yakın bir kesiminin aile planlaması ve yöntemlerinden haberdar olduklarını belirtmelerine karşın, Ankara'da % 15 i, Diyarbakır'da ise % 26 sı hiç bir doğum kontrol yöntemine başvurmadığını belirtmiştir. Alan çalışmalarında toplanan verilere göre, kentsel alanlarda yaşanılmasına karşın kadınların Ankara'da % 10'u, Diyarbakır'da ise % 23'ü doğumlarını herhangi bir sağlık personelinin yardımı olmadan yaptıklarını söylemişlerdir.

Özetlersek, demografik veriler açısından bakıldığında gelecek 20 yıllık dönemde D.Bakır'da nüfus artışı Ankara ile karşılaştırılmayacak kadar yüksek olacak ve gerekli önlemlerin alınmaması durumunda başta kadınlar olmak üzere tüm kent yoksullarının eğitim, sağlık v.b. sorunları dayanılmaz boyutlara çıkabilecektir.

Kent Yoksullarının Sağlık Sorunları ve Eğitim Durumu

Bireylerin eğitim düzeyi hem sağlık hizmetlerine ulaşabilirliklerini belirlemekte hem de sağlık hizmetlerinden nasıl ve ne şekilde yararlanacakları konusundaki bilinç düzeyleri üzerinde son derece etkili olmaktadır. Ankara alan çalışmasında toplanan verilere göre, okuma yazma bilmeyenlerin oranı (%7.7), hiç okula gitmeyenlerin oranı ise % 11.2 iken, bu oranlar Diyarbakır alan çalışmasında sırasıyla, % 23 ve % 40 gibi son derece yüksek oranlara ulaşmaktadır.

insan sermayesi bakımından çocuk ve gençlerin aldıkları eğitimin süresi ve niteliği, sağlıklı bir hayat sürmeleri ve yoksulluktan kurtulmalarını sağlayabilecek en önemli fırsattır. Bu bağlamda alan çalışması yapılan yerlerde zorunlu eğitim olan ilköğretim yaş grubundaki (7-16) çocukların eğitim durumları incelenmiştir. Buna göre, bu yaş grubundaki çocukların Ankara'da % 1 i okul dışında iken D.Bakır'da bu oran %22 gibi çok yüksek bir düzeye ulaşmaktadır. Bu karanlık tabloyu çok daha ürkütücü kılan ise hanedeki kadınların eğitim düzeyine ilişkin verilerdir. Annenin eğitim düzeyi kent yoksullarının sağlık verileri açısından üzerinde durulması gereken en temel veridir. Çünkü, araştırma verilerinin de gösterdiği gibi, kadınların eğitim düzeyi ile aşağıdaki değişkenler arasında çok belirgin bir ilişki saptanmıştır. Bunlar:

- aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak,
- gebelik sayısı,
- ölü doğum sayısı,
- annenin çocuk gelişimiyle ilgili bilgi düzeyi,,
- bebek ölüm oranı,
- doğurganlık oranı,
- doğum aralığı,
- gebelik döneminde izlenme durumu,
- 0-5 yaş arası çocukların izlenme oranıdır.

Bu bakımdan hanede özellikle kadınların eğitim düzeyi ile sağlık verileri arasında çok belirgin bir doğrusal ilişki vardır. Eğitim düzeyi arttıkça sağlıkla ilgili göstergeler de düzelmektedir. Bu çerçevede bakıldığında, Ankara alan çalışmasında kadınların %26 sının, D.Bakır'da ise %76 sının hiç okula gitmediği, D.Bakır'da okuma yazma dahi bilmeyen kadınların oranının %60'lara kadar yükseldiği görülmektedir. Eğitim düzeyinin özellikle kadınların ve çocukların sağlığını doğrudan etkileyen kararların alınmasında taşıdığı büyük önem göz önüne alındığında, kadınların eğitimi konusunun, halk sağlığı açısından da ne denli öncelikli bir sorun olarak görülmesi gerektiği daha iyi anlaşılacaktır.

Ailenin Ekonomik Durumu ve Sağlık Verileri

Anket çalışmalarının yapıldığı 2005 yılında kişi başına düşen gelir ortalaması, Ankara alan çalışmasında yaklaşık 135,5 YTL ve Diyarbakır alan çalışmasında ise 66,5 YTL olarak hesaplanmıştır. Diğer bir anlatımla, Ankara örnekleminde kişi başına düşen gelir, Diyarbakır'ın iki katıdır. Ancak, bireylerin ekonomik durumlarını referans gruplarına göre nasıl değerlendirdikleri, elde ettikleri gelirden daha önemli görülebilir. Bu açıdan bakıldığında, Diyarbakır'da deneklerin yarısı ekonomik durumlarını "kötü" olarak betimlerken, bu oran Ankara'daki hane reislerinde _'e inmektedir.

Bu başlık altında hane reisinin yaptığı iş ve işsiz kalma durumuna ilişkin veriler önem kazanmaktadır. Buna göre işsizliğin yüksek olduğu bölgelerde, çocuk işçiliği oranı artmakta, bu durum bir yandan çocukların eğitim almalarını önleyerek içinde buldukları yoksulluk çemberinden çıkamalarını olanaksız hale getirirken, diğer yandan da daha sağlıksız ve stresli ortamlarda büyümelerine neden olmaktadır. Son bir yılda işsiz kalma durumuna bakıldığında Diyarbakır'da işsiz kalanlar %62'lere kadar ulaşmaktayken, Ankara'da bu oran %40'larda kalmaktadır. Bu oranlar Türkiye geneli için açıklanan resmi verinin (yaklaşık % 10) çok üzerindedir.

Anne ve babanın mesleği, çocukların zihinsel, fizyolojik ve psikolojik gelişimleri açısından önem taşımaktadır. Ücretli işçilerin oranı Ankara'da %46'lara, Diyarbakır'da ise %28'lere ulaşırken, düzensiz, enformal işlerde çalışma oranının Diyarbakır'da (%48) Ankara'dan (%22) çok daha yaygın olduğu görülmektedir. Her iki kentte de vasıflı işgücü isteyen işlerde çalışanların oranı çarpıcı biçimde düşüktür. Sağlık göstergeleri açısından da, tahmin edilebileceği gibi, uzmanlık isteyen işlerde çalışan hane reisleri ve hane üyeleri diğer kesimlere göre daha olumlu konumdadırlar. Memur, işveren, esnaf gibi güvencesi görece yüksek alanlarda çalışanların oranı her iki kentte de %10 civarındadır. Her iki kentte de kadınların %90 in üzerinde bir bölümü ev kadını olduklarını belirtmişlerdir. İş arayan ya da çalışmak isteyen kadın oranı da son derece düşüktür. Çalışmama gerekçesi ise her iki ilde de "çocukların bakımı"dır. Dolayısıyla hanenin geçimi hane reisleri ile çocuklar sağlamaktadır.

Hanede Sosyal Güvenlik Durumu

Hane bireylerinin sağlık durumlarını doğrudan etkileyen bir değişken de, kişilerin herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olup olmadığı ile ilişkilidir.. Ülkemizde 2001 yılı verilerine göre, toplam sağlık harcamalarını 100 birim olarak kabul edersek, bunun içinde kamu sağlık sigortasının payı % 38'e yükselmiştir. Veriler son 20 yılda sağlık harcamalarında kamunun ağırlığının artışında, kamu sosyal güvenlik kurumlarının belirgin bir etkisi olduğu göstermektedir.

Ancak, incelediğimiz kentlerin yoksul mahallelerinin bu harcamalardan yeterli bir pay aldığı söylenemez. Nitekim, her iki alan çalışmasında da deneklerin yaklaşık _ ünün yeşil kart dahil hiç

bir sağlık sistemine dahil olmaması bu kesimin ne denli yüksek bir risk altında yaşadığının kanıtıdır.. D.Bakırda görüşülen ve bir sağlık sigortası kapsamında olduklarını belirten deneklerin yarısından fazlası yeşil kart sahibidir. Her iki kent arasında bu alanda da belirgin bir fark gözlenmektedir. Ankara'daki deneklerin % 60 ı, D.Bakır'dakilerin ise sadece %24 ü SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur üyesidirler. İki ayrı kentte yaşayan kent yoksullarının eğitim durumunda ortaya çıkan belirgin eşitsizliğin sosyal güvence açısından da geçerli olduğu açıktır.

Genel Olarak Beden ve Ruh Sağlığı

Araştırmada Ankara ve D.Bakır'da görüşülen deneklerden beden ve ruh sağlıklarını "çok iyi", "iyi", "orta", "kötü" ve "çok kötü" seçenekleriyle betimlemeleri istenmiştir. Verilen yanıtlara karşılaştırmalı olarak bakıldığında, Ankara'daki erkeklerin % 60 inin, kadınların ise %48'inin beden sağlığını "iyi" olarak tanımladığını görülmektedir. Diyarbakır'da ise bu oranlar sırasıyla, %33 ve %31 dir. Ankara'da beden sağlığını "kötü" ve "çok kötü" olarak betimleyenlerin oranı erkeklerde ve kadınlarda aynı düzeyde (% 18) iken D.Bakır'da bu oranlar sırasıyla, % 45 ve % 47 olarak belirlenmiştir. Diğer bir deyişle, D.Bakır kent yoksullarının yaklaşık yarısı beden sağlıklarının kötü ya da çok kötü olduğunu ifade etmektedirler. Bu değerlerin son derece yüksek olduğu açıktır.

Ruh sağlığı konusunda ise, Ankara'daki erkeklerin % 73 ünün, kadınların ise %67 sinin kendi durumunu "iyi" olarak betimlediği, Diyarbakır'da ise bu oranların, sırasıyla %62 ve %51'e düştüğü görülmektedir. Beden sağlığı ile karşılaştırıldığında, ruh sağlığı açısından kadınlarla erkekler arasındaki farkın özellikle Diyarbakır'da kadınlar aleyhine arttığı dikkat çekmektedir. Ankara'daki % 8 oranına karşılık, Diyarbakır'da kadınların %31'inin ruh sağlıklarını "kötü" ve "çok kötü" olarak nitelendirdiğini özellikle belirtmek gerekir. Bu veriler, deneklerin sağlık durumlarının iki yerleşme arasında Diyarbakır, toplumsal cinsiyet açısından ise kadınların aleyhine geliştiği konusunda yeterli ipucu verebilecek niteliktedir.

6-25 yaş arası çocuk ve gençlerin genel olarak beden sağlıklarına ilişkin olarak ailelerine sorulan sorulara, denekler Diyarbakır çalışmasında %63'lük bir oranla "iyi" ve "çok iyi" yanıtını verirken, Ankara'da bu oran %85'e yükselmektedir. Beden sağlığını "kötü" ve "çok kötü" olarak betimleyen deneklerin oranı ise Ankara'da %5'e yakın iken, Diyarbakır'da %25, diğer bir anlatımla Ankara için bulunan oranının 5 katıdır. Ergenlik dönemini barındıran bu yaş aralıklarında Diyarbakır'daki beden sağlığının kötü çıkması, fizyolojik olarak sağlıklı bir gelişimin ilk adımlarından olan ve ilerideki yaşlarda, kötü beslenme, bakımsızlık gibi nedenlerle, ortaya çıkabilecek çoğu hastalığın temelini dayandığı bu dönemde Diyarbakır örneğindeki çocuk ve gençlerin, Ankara ile karşılaştırıldığında oldukça olumsuz bir durumda oldukları görülmektedir.

Diğer yandan özellikle gençlik dönemi, ruhsal sağlık açısından en sancılı geçen dönemdir. Buna göre 6-25 arası çocuk ve gençlerin ruhsal sağlığının araştırıldığı soruda, Ankara'daki ebeveynler, %85 oranında çocuklarının ruhsal durumunun "iyi" ve "çok iyi" olduğunu belirtirken, Diyarbakır'da bu oran, %77'dir. Ancak ruh sağlığının kötü olduğu belirtilen çocuk ve gençlerin oranı D.Bakır'da % 14 oranı ile Ankara'nın 3 katına yakındır.

Sürekli Hastalıklar

Ankara'da hane başına sürekli hastalığı olan kişi sayısı genel ortalamada 0,96 iken Diyarbakır'da bu oran %1,76 ile Ankara ortalamasının iki katına yakındır. Görüşülen hanelerde yaşayan 1473 kişinin Ankara'da % 24 ü Diyarbakır'da ise %36 sı sürekli bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Bu oranlar Türkiye kent ortalaması olan 10.49 un oldukça üzerindedir. Her iki ilde de (An-

kara'da % 34 e karşılık %46, D.Bakır'da %54 e karşılık %52) kadınlarda bu oran çok daha yüksektir. 0-5 yaş arasındaki bebeklerin sürekli bir hastalığı olup olmadığıyla ilgili sorulan soruya verilen yanıtlara göre Diyarbakır örnekleminde bebeklerin %22 sinin, Ankara'da ise %10 unun sürekli bir hastalığa sahip olduğu görülmüştür. 6-25 yaş arası çocuk ve gençler için ise, Ankara alan çalışmasında deneklerin %11'i bu soruya "evet" yanıtını verirken, Diyarbakır'da bu oran %28'e yükselmektedir.

Özürü Nüfus Oram

Uygulanacak sağlık politikalarının belirlenmesiyle ilgili önemli bir gösterge de özürü nüfusun büyüklüğüdür. Türkiye'de kentler genelinde özürü kişi oranı % 2.2 iken Ankara ve D.Bakır alan çalışmalarında bu oranlar sırasıyla % 2.7 ve 3.8 olarak, ülke ortalamasının üzerindedir. Yapılan çalışmalar özürü lük durumu ile sosyoekonomik koşullar arasında bir ilişki olduğuna işaret etmektedir. Fiziksel ya da zihinsel bir özre neden olabilecek nedenler arasında hamilelik esnasında yetersiz beslenme ve sağlık kontrolünde olmama, bebeklik ve çocuklukta yetersiz beslenme ve gerekli bakımdan yararlanamama ve kötü ve tehlikeli çalışma koşullarına bağlı iş kazaları sayılabilir. Bu nedenlerin ortaya çıkması konusunda yoksul hanelerin sosyoekonomik koşullarının yetersizliğine bağlı olarak diğer toplum kesimlerine göre daha dezavantajlı bir konumda oldukları düşünüldüğünde özürü lük durumunun yoksul kesimlerde daha fazla görülmesi beklenir bir durum olmaktadır.

Sonuç

Çalışmanın girişinde de belirtildiği gibi, yapılan çok sayıda araştırmada, sağlık ve yoksulluk arasında, diğer bir deyişle kişilerin ve ailelerin sosyo-ekonomik konumları ile sağlık durumları arasında yakın bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Ankara ve Diyarbakır örneklerinde ulaşılan bulgular bu tezi destekler niteliktedir. Ankara alan çalışmasında toplanan veriler Akşemsettin gecekondulu mahallesinin bir çok değişken açısından Türkiye ortalamaları ile büyük ölçüde uyumlu iken, Ankara il merkezinin gerisinde kaldığı; Diyarbakır verilerinin ise gerek Türkiye ortalaması gerekse Akşemsettin Mahallesi için bulunan ortalamaların çok altında kaldığı görülmektedir. Diğer bir deyişle, araştırma yaptığımız mahalleler buldukları kent içindeki sosyo- ekonomik açıdan benzerlik göstermesine karşın, farklı gelişmişlik düzeyindeki bölge kentlerinde yer almalarının yol açtığı ayırım nedeniyle, eşitsizlikleri çok daha dayanılmaz boyutlara çıkartabilmektedir.

Bildiride sunulan verilerin de gösterdiği gibi, tüm sosyal göstergeler yanı sıra sağlık sorunları bakımından da kent yoksulları içinde kadınların durumu çok daha da olumsuz bir tablo sergilemektedir. Bu değişkenler arasında kadınların eğitim düzeyi hanenin bir bütün olarak kendisini yeniden üretmesi açısından bakıldığında özel bir önem arz etmektedir. Eğitim düzeyi yüksek kadınların, gelecek nesillerin de bu niteliklerle donanmasında son derece belirleyici olduğu gibi ailenin sağlıkla ilgili göstergelerinin de iyileşmesine büyük katkı yaptığı görülmektedir. Bu bakımdan, diğer tüm gerekçelere ek olarak, yoksul kesimin sağlık düzeyinin iyileşmesi için genç, yaşlı tüm kadınların eğitim düzeylerinin yükseltilmesi için özel bir çaba gösterilmesi gerektiği kanısındayız.

Aile hekimliği modeli yerine birinci kademe sağlık birimleri yeniden yapılandırılarak güçlendirilmelidir. Sağlık hizmetleri açısından geri kalmış yerleşmeler lehine pozitif ayrımcılık gündeme getirilmelidir. Araştırmamızda, özellikle kadınların aile planlaması yöntemlerini öğrenmeleri, üreme sağlığı ve çocukların hastalıklarının önlenmesi gibi temel hizmetler açısından son derece önemli bir eğitim işlevinin de üstlenen sağlık ocaklarının incelenen mahallelerdeki nicelik ve ni-

telikleri, var olan eşitsizlikleri² daha da güçlendirecek vasıftadır. Aile hekimliğinde pilot uygulamanın sürdürüldüğü illerde Türk Sağlık-Sen tarafından yapılan bir araştırmanın verileri, görüşülen kişilerin 2/3 ünün aile hekimliği uygulamasından memnun olmadığını, önemli bir kesimin eksiklikleri giderilerek sağlık ocağı sistemine dönülmesini önerdiğini göstermektedir.³ Bu gerçeklere karşın, ne yazık ki ülkemizde toplam sağlık harcamalarında ağırlığın hala tedavi edici hizmetlerde olduğu görülmektedir. 1996 yılında toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu hizmetlerin payı %12'den 2002 yılında %6'ya gerilemiştir. Sağlığa giden her 100 liranın, sadece 6 lirası koruyucu hizmetlere ayrılmıştır ve bu miktar giderek azalmaktadır.

Sağlık sorunlarının yüksek boyutlarda olduğu yoksul mahallelerde yeni bir sağlık hamlesinin gerçekleştirilmesinde salt merkezi ve yerel yönetimlerin girişimleri ile yetinilmemelidir. Bu mahallelerde özellikle hijyen kuralları, aile planlaması, ana- çocuk sağlığı v.b. temel sağlık konularında, mahallelerin yetenekli kadınlarına sağlık ocaklarında kısa süreli eğitimler verilerek, bu kişilerin gönüllü sağlık elemanı haline getirilmesi sağlanmalıdır. Bu şekilde oluşturulacak yeni sağlık ağıları bu alanda sosyal sermayeyi güçlendirerek koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına katkıda bulunacaktır.

Özetlersek, sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, uzun erimde, toplumu sınıflar; ulusal ve bölgeleri ise gelişmişler/gelişmemişler şeklinde bölen ulusal ve uluslar arası makro ilişkilerin yeniden düzenlenmesini zorunlu kılmaktadır. Orta ve kısa erimde ise, ülke genelinde tek ve aynı bir sağlık politikası geliştirmenin yukarıda anılan bölgeler ve kentler arası farklılıkları göz ardı etmesi nedeniyle tüm kesimler için aynı sonuçlar vermesi beklenmemelidir. Merkezi ve yerel yönetimler yanı sıra meslek ve sivil toplum örgütlerinin bu ayrımları gözeterek, öncelikli mekansal birimlerde yaşayan nüfusun özelliklerini gözeterek belirlemeleri ve çözüm önerilerini buna göre geliştirmeleri daha doğru bir strateji olacaktır.

Kaynaklar

- Shrijvers, C.T.M.; Mheen, H.D.; Stronks, K.; Meckerbach, J.P. (1998) 'Socio-economic Inequalities in Health in the Working Population: The Contribution of Working Conditions', International Journal of Epidemiology, sayı 27: 1011-1018.
- Popay, J., Williams, G., Thomas, C., Gatrell, A. (1998) "Theorizing Inequalities in Health: The Place of Lay Knowledge", Sociology of Health & Illness, cilt. 20, sayı 5, ss: 619-644.
- Charlton, D., and Murphy, M. (eds) (1997) Adult Health: Historical Aspects 1850-1980. London: HMSO.
- Glennester, H. (1983) The Future of the Welfare State: Remaking Social Policy. London: Fabian Society.
- Power, C., Bartley, M., Davey Smith, G. and Blane, D. (1996) "Transmission of social and biological risk across the life course" Blane, D., Brunner, E. and Wilkinson, R. (eds) Health and Social Organisation. London: Routledge.
- Wolfson, M., Rowe G., Gentleman, J.F. and Tomiak, M. (1993). "Career Earnings and Death: A Longitudinal Analysis of Older Canadian Men", Journal of Gerontology, cilt 48, sayı 4, ss: 167-179.

² Alan çalışması yapılan Akşemsettin Mahallesi de içinde yer aldığı Abidinpaşa Sağlık Grubu Bölgesinde 18.000 kişiye bir sağlık ocağı düşerken bu sayı Diyarbakır alan çalışmasında 45.000 kişiye yükselmektedir.

³ 20 Mart 2007 tarihli Cumhuriyet Gazetesinin haberi.