

Kentsel Alanlarda Yoksul Kesimin Sağlık Sorunları: Ankara ve Diyarbakır Kentlerinde Karşılaştırmalı Bir Araştırmanın Gösterdikleri¹

Prof. Dr. Melih Ersoy, ODTÜ

Giriş

Bu bildirinin amacı, kentsel alanlarda yaşayan yoksul kesimlerin sağlık sorunlarını Ankara ve Diyarbakır'da yapılan alan çalışmalarında toplanan veriler ışığında tartışarak, ortak yapısal yönler kadar farklılıkları da ortaya koymaktır. Bu çalışmada, kent yoksullarının sağlık sorunlarını araştırmak ortak paydayı oluşturmasına karşın, incelenen kentlerin ülkenin eşitsiz gelişmiş iki mekansal birimini temsil etmesinin bu kesimler üzerine yüklediği ayrışmanın da küçümsenmeyecek boyutta olduğu gösterilmeye çalışılacaktır. Bu yerleşmelerde yaşamını sürdürmeye çalışan yoksul kesimlerin sağlık sorunlarının boyutları, nitelikleri ve nedenlerinin bilincinde olunması, bu kesimlere yönelik olarak geliştirilecek politika ve stratejilerde tekdüze bir yaklaşımın yanlışlığını kavramamıza yardımcı olacaktır.

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. Örneğin, 1999 yılında Hollanda'da Eindhoven şehrinde 86 mahallede 8.506 kişi üzerine yapılan araştırmada yoksul ya da zenginlerin yaşadığı bir mahallede oturmak ile ölüm oranları arasındaki ilişki tespit edilmeye çalışılmıştır. Elde edilen bulgulardan, içinde yaşanılan mekansal birimin (mahalle, semt) sosyo-ekonomik koşullarının yetersiz olmasının, başka bir deyişle yoksul bir mahallede yaşamının, bireylerin ölüm oranını yükseltici bir etken olduğu saptanmıştır.

Schrijvers (1998), iş/ meslek sıralamasında üst gruplara oranla daha riskli fiziksel koşullarda çalışan ve iş denetiminde daha az etkin olan alt grup meslek sınıflarında yer almakla sağlık durumu arasında sıkı bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Whitehall'ın çalışmaları bireysel risklerin sosyal bağlamı ile bireysel yaşam biçimlerini birleştirmeye çalışmaktadır (Aktaran, Marmot vd.1978). Bu araştırmalar, İngiltere örneğinde farklı sosyal sınıflardaki devlet memurları arasında ölüm oranları açısından açık farklılıkların olduğunu göstermektedir. En düşük ve en yüksek dereceli devlet memuru arasında ölüm oranları açısından üç kat fark vardır. Yazar, çalışma koşulları ve sosyal ilişkilerin, özellikle, niteliğinin, sağlık ve sağlık eşitsizlikleri üzerinde önemli bir oranda etkili olduğunu ileri sürmektedir.

Risk faktörleri yaklaşımına Power ve arkadaşlarının çalışmaları örnek olarak verilebilir (Power v.d 1996). Yazarlara göre, yeni doğan çocukların ağırlıkları ebeveynlerinin sosyo-ekonomik konumlarından etkilenir ve bu durum çocuk büyüdükçe ve hatta erişkinliği sırasında risk faktörleri açısından etkinliğini korur.

Keynesgil iktisat politikalarının egemen olduğu 1960'lı yıllarda yapılan sosyal refah araştırmalarında vurgu sosyal mücadeleler üzerinedir (Popay vd., 1998). Bu dönemin toplumsal mücadeleleri, sosyal hizmetlere ayrılan kamu harcamalarının payını yükselterek birey ve ailelerin yaşam kalitelerini arttırmayı amaçlamaktaydı ve ağırlıklı katkısı orta sınıfa

¹ *Kent ve sağlık Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, Bursa, 2006, s..33-39.

yaramış olsa da sonuçta ortalama yaşam süresinde önemli bir iyileşmenin gerçekleşmesini sağlamıştır (Charlton ve Murphy, 1997), (Glennester, 1983). Phillimore'a (1993:176) göre, sağlığın belli bir örüntüsünü anlamada bireylerin özellikleri kadar yaşanan yerleşmenin özellikleri de önemlidir. Phillimore ve Morris (1991), Phillimore (1993) ile Barker ve Osmond'un (1987) çalışmaları benzer sosyo-ekonomik profile sahip yerleşme alanlarında farklı toplum sağlığı profilleri ile karşılaştıldığını göstermektedir.

Temel ekonomik eşitsizliklerin sağlık sektöründeki eşitsizlikleri de açıklamakta büyük bir katkı sağlayacağı bilinmekte iken bu tartışmalara yeterince girilmemektedir. Bu eğilime örnek verilecek olursa; gini endeksine göre hesaplanmış ekonomik eşitsizlikler ile çocuk sağlığı arasında sıkı bir ilişki olduğu ve en yoksul %20'lik dilimde bulunan insanların herhangi bir hastalıktan ölme olasılıklarının, daha üst gelir dilimindeki insanlara göre çok daha yüksek olduğu gösterilmektedir.

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 bölüştüğüünün incelenmesi ile yapılmalıdır. Bu anlamda, ulusal zenginlik ne kadar hakça dağıtılırsa, 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. ² 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 kadınlar ile ocuk ve gençlere ilişkin veriler ayrı ayrı değerlendirilecektir.

Demografik zellikler

Türkiye'de doğurğanlık yaşındaki kadın nüfusunun (15-49) toplam kadın nüfusuna oranı % 54'tür, bu oran Ankara alan çalışması örnekleminde %65 olarak Türkiye ortalamasının üzerindedir. Doğurğanlık ağındaki nüfus oranı Diyarbakır alan çalışmasında ise %48.46 ile Türkiye ortalamasının altında kalmaktadır. Ancak gelecek yıllardaki nüfus artışı tahmininde bu veri tek başına bir değerken olarak alınamaz. Daha belirleyici olan değerkenler kadın/ocuk oranı ile 0-14 yaş grubundaki kız ocuk oranlarıdır. Her iki oran bakımından da D.Bakır alan çalışmasında ulaşılan oranlar Ankara alan çalışmasının iki katıdır.

Türkiye, Ankara il geneli ve alan çalışması verileri birbirlerine yakın değerlere sahipken, Diyarbakır'da hem il geneli hem de alan çalışması değerleri Diyarbakır'ın daha genç bir nüfusa sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum, Diyarbakır'da doğurğanlığın yüksek olduğunu ve aile planlaması yöntemlerinin, Türkiye ve Ankara ortalamalarından daha düşük oranda kullanıldığını göstermektedir ³.

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. Diğer bir deyişle, gelecek 20 yıllık dönemde D.Bakır'da nüfus artışı Ankara ile karşılaştırılmayacak kadar yüksek olacak ve gerekli önlemlerin alınmaması durumunda eğitim, sağlık v.b. sorunlar dayanılmaz boyutlara çıkabilecektir.

Hane Büyüklüğü

Başta aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklar olmak üzere sağlığa yönelik müdahaleleri yönlendiren bir başka önemli veri ise hane halkı büyüklüğüdür. Akşemsettin Mahallesinde ortalama hane büyüklüğü (4.3) Ankara il merkezinde ulaşılan ortalama hane halkı büyüklüğü'nün (3.7) üzerinde Türkiye genelinde 4.5 olan ortalamanın altında kalmaktadır. Diyarbakır il merkezinde Türkiye ortalamasının oldukça üzerinde olan ortalama hane büyüklüğü (5.8), alan çalışmasının yapıldığı alanda ise daha da artarak 6.2 ye çıkmaktadır.

² alışma Prof. Dr. Melih Ersoy 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. Araştırmanın ilk yılında Doç.Dr. Tanık şengül de çalışma ekibinde yer almıştır.

³ Diyarbakır'da aşırı nüfus artışı yalnızca yoksul aileler için geçerli olan bir durum değildir. Ataerkil bir kültürel ve toplumsal yapının güçlü olarak yaşandığı kentte erkek ocuk işteği, tüm sosyal kesimler için doğurğanlık oranını artıran nedenlerin başında gelir. Bu noktada, her iki kente ilişkin öneri politikalar üretilirken, ortaya çıkan bu farklı koşullar dikkate alınmalıdır.

Araştırma kapsamında bilgi toplanan toplam 1018 çocuktan 321'i Ankara'da, 637'si ise Diyarbakır'dadır. Buna göre Diyarbakır'da hane başına çocuk sayısı oranı 3,8 iken, Ankara'da bu oran 2,1 dir.

Eğitim Durumu

Bireylerin eğitim düzeyi hem sağlık hizmetlerine ulaşabilirliklerini belirlemekte hem de sağlık hizmetlerinden nasıl ve ne şekilde yararlanacakları konusundaki bilinçleri üzerinde etkili olmaktadır.

Ankara alan çalışmasında okuma yazma bilmeyenlerin oranı (%7.7), Türkiye genelinin (% 17) oldukça altında iken Ankara il merkezi ortalamasının (%5.8) üzerindedir. Alan çalışması verileri göre, lise ve üzerinde eğitim almış nüfusun oranı (% 20) Ankara il merkezi ortalamasının (%35) altında ve Türkiye ortalaması (%21) ile benzer orandadır. Diyarbakır örneğinde ise oldukça farklı bir tablo ile karşılaşmaktadır. Öncelikle, okuma yazma bilmeyenlerin oranı (%23) Türkiye geneline göre yüksek olması yanı sıra son derece yüksek bir orandır. Bu gruba “sadece okuma yazma bilenler”i de eklediğimizde, alan çalışması yapılan mahallelerde görüşülenlerin % 40 ının hiç okula gitmediği anlaşılmaktadır. Lise ve üzeri eğitim görmüş olanların oranı (%10) il ortalamasının (%18) da oldukça altındadır. Her iki araştırma alanında da en büyük grubu ilköğretim okulu mezunları oluşturmaktadır (% 68 ve % 51).

İnsan sermayesi bakımından çocuk ve gençlerin aldıkları eğitimin süresi ve niteliği, sağlıklı bir hayat sürmesi 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 seviyesinin; ölü doğum sayısını, annenin çocuk gelişimiyle ilgili bilgi düzeyini, bebek ölüm oranlarını, doğurganlık oranını, doğum aralığını, gebelik döneminde izlenme durumunu, 0-5 yaş arası çocukların izlenme oranını etkileyen başlıca etmen olduğu göz önüne alındığında, bu veri daha da önem kazanmaktadır. Ankara alan çalışmasında kadınların %26 sı, D.Bakır'da ise %76 sı hiç okula gitmemiştir. Yine D.Bakır'da okuma yazma dahi bilmeyen kadın oranı %60lardadır. Eğitim düzeyinin özellikle kadınların ve çocukların sağlığını doğrudan etkileyen kararların alınmasında taşıdığı önem düşünüldüğünde, kadınların eğitimi konusunun, halk sağlığı açısından da ne denli öncelikli bir sorun olduğu anlaşılacaktır.

Ailenin Ekonomik Durumu

Kişi başına düşen gelir ortalaması, Ankara alan çalışmasında yaklaşık 135,5 YTL ve Diyarbakır alan çalışmasında ise 66,5 YTL çıkmıştır. Diğer bir anlatımla, Ankara örneğinde kişi başına düşen gelir, Diyarbakır'ın iki katıdır. Bireylerin ekonomik durumlarını nasıl gördükleri, belki de onların nicel olarak kazandıkları gelirden çok daha önemlidir. Buna göre, toplam deneklerin %52'si durumlarını orta derecede görürken, ekonomik durumunu kötü diye tanımlayanlar iyi görenlerin yaklaşık beş katıdır Bu durum Diyarbakır özeline inildiğinde daha da belirginleşmektedir. Diyarbakır'dakilerin yarısı ekonomik durumlarını kötü görürken, bu oran Ankara'daki hane reislerinde ¼'tür.

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, çocuklar daha stresli ortamlarda büyümektedir. 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 verilen değerlerin çok üzerindedir.

Anne ve babanın mesleği, çocukların zihinsel, fizyolojik ve psikolojik gelişimleri açısından önem taşımaktadır. Ücretli işçilerin oranının 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. Memur, işveren, esnaf gibi güvencesi görece yüksek alanlarda çalışanların oranı her iki kentte de %10 civarındadır. Her iki kentte de kadınların %90 ın 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 en doğrudan etkileyen değişkenin bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı ve dolayısıyla da sağlık sigortası olup olmadığı ile ilişkili olduğu açıktır. Bu çerçeveden bakıldığında, her iki kentte de deneklerin yaklaşık ¼ ünün hiç bir sağlık sigortası olmaması ne denli büyük bir risk altında yaşadıklarının kanıtıdır. Diğer sağlık sigortalarına göre daha kısıtlı hizmet alımına yol açan yeşil kart sahibi olmak D.Bakırda son derece yaygındır. Nitekim görüşülen deneklerin yarısından fazlası yeşil kart sahibidir. Özetle, Ankara'daki deneklerin % 60 ı, D.Bakır'dakilerin ise sadece %24 ü SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur üyesidirler. İki yerleşmede eğitim durumunda ortaya çıkan büyük ayrımın sosyal güvence açısından da geçerli olduğu açıktır.

Özürlü Nüfus Oranı

Uygulanacak sağlık politikalarının belirlenmesiyle ilgili önemli bir gösterge de özürlü nüfusun büyüklüğüdür. Türkiye genelinde özürlü kişi oranı % 1,8 iken Ankara ve D.Bakır alan çalışmaları bu oranlar sırasıyla % 2,7 ve 3,8 olarak, çok daha yüksektir. Yapılan çalışmalar özürlülük 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 özürlülük durumunun yoksul kesimlerde daha fazla görülmesi beklenir bir durum olmaktadır.

Genel Olarak Beden ve Ruh Sağlığı

Ankara ve D.Bakır'da görüşülen deneklerden beden ve ruh sağlıklarını çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü seçenekleriyle betimlemeleri istenmiştir. Verilen yanıtlara karşılaştırmalı olarak bakıldığında Ankara'daki erkeklerin % 60 ının, 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. Bu değerlerin son derece yüksek olduğu açıktır.

Ruh sağlığı konusunda ise, Ankara’daki erkeklerin % 73 ü, kadınların ise %65 i kendi durumunu “iyi” olarak betimlediği, Diyarbakır’daki ise bu oranların sırasıyla %62 ve %45’e düştüğu görölmektedir. Ancak, Ankara’daki % 7 oranına karşılık Diyarbakır’da kadınların %31’inin ruh sağlığını “kötü” olarak nitelendirdiğini özellikle belirtmek gerekir. Erkekler için de durum benzerdir: Ankara’da % 6 olan oran D.Bakır’da % 23’e yükselmektedir. Bu veriler, iki yerleşme arasında Diyarbakır, toplumsal cinsiyet açısından ise kadın aleyhine olarak sağlık koşullarının ciddi ölçülerde kötüleştiği konusunda yeterli ipucu verebilecek niteliktedir.

6-25 yaş arası çocuk ve gençlerin genel olarak beden sağlıklarına ilişkin olarak ailelerine sorulan sorulara, Diyarbakır çalışmasında %63’lük bir orana sahip olan denekler “iyi” ve “çok iyi” yanıtını verirken, Ankara’da bu oran %85’e ulaşmaktadır. 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.(Tablo 6.86) 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 örneklemindeki çocuk ve gençlerin, Ankara örneklemindekilere göre oldukça olumsuz bir durumda oldukları görölmektedir.

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 ile Ankara’nın 3 katına yakındır.

Sürekli Hastalıklar

Ankara’da hane başına ortalama sürekli hastalık 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 hastalığı olduğunu belirtmiştir. Her iki ilde de (Ankara’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 soruda toplam 239 bebekten oluşan örneklem içerisinde 227 denekle ilgili bulgulara ulaşılmıştır. Buna göre Diyarbakır örneklemindeki bebeklerin %22 sini, Ankara’da ise %10 unun sürekli bir hastalığa sahip olduğu görölmüştür. 6-25 yaş arası çocuk ve gençler için ise, Ankara alan çalışmasında toplam 261 ebeveyn 29’u (%11) bu soruya “evet” yanıtını verirken, Diyarbakır’da %28’lik bir oranda ebeveynler 6-25 yaş arasındaki çocuklarının sürekli bir rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir.

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 gecekondü 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 mahallelerin kent içindeki sosyo- ekonomik konumlarının benzerliğine karşın, farklı gelişmişlik düzeyindeki bölge kentlerinde olmanın, diğer bir deyişle, mekansal konumlarının getirdiği ayırım eşitsizlikleri çok daha dayanılmaz boyutlara çıkartabilmektedir.

Geri kalmış yerleşmeler lehine pozitif ayrımcılığın beklendiği bu ortamda, ilk basamak sağlık hizmet birimi olan ve özellikle kadınların üreme sağlığı ve çocukların hastalıklarının önlenmesi gibi temel hizmetler açısından son derece önemli bir rol üstlenen sağlık ocaklarının her iki kentten incelenen mahallelerdeki nicelik ve nitelikleri açıklanan eşitsizlikleri⁴ daha da güçlendirecek vasıftadır.

Özetlersek, sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, uzun erimde, toplumu sınıflar, ulusları ve bölgeleri ise gelişmişler/gelişmemişler şeklinde dilimleyen ulusal ve uluslararası 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 yönetimlerin bu ayrımları gözetererek öncelikli sorun alanlarını mekânsal birimlerde yaşayan nüfusun özelliklerini gözetererek 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.

Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M. and Hamilton, P.J.S. (1978) Employment grade and coronary heart disease in British civil servants, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 3, p: 244-249.

Popay, J., Williams, G., Thomas, C., Gatrell, A. (1998) Theorizing Inequalities in Health: The Place of Lay Knowledge, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 20, Issue 5, p: 619-644.

Charlton, D., and Murphy, M. (eds) (1997) *Adult Health: Historical Aspects 1850-1980*. London: HMSO.

⁴ Alan çalışması yapılan Akşemsettin Mahallesinin de içinde yer aldığı Abidinpaşa Sağlık Grubu Bölgesinde 18.000 kişiye bir sağlık ocağı düşerken bu sayı Diyarbakır alan çalışmasında 45.000 kişiye yükselmektedir.

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. In Blane, D., Brunner, E. and Wilkinson, R. (eds) *Health and Social Organisation*. London: Routledge.