# SAĞLIKSIZLIĞIN KENTLEŞMESİ

## Ankara ve Diyarbakır Kentlerinde Sağlık Sorunları Üzerine Bir Araştırma

Derleyenler
Prof. Dr. Melih ERSOY
Doç. Dr. H. Tarık ŞENGÜL
Araş. Gör. Gülçin TUNÇ
Araş. Gör. A. Cenap YOLOĞLU

ORTA DOĞU TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
KENTSEL POLİTİKA PLANLAMASI VE YEREL YÖNETİMLER
ANABİLİM DALI
2004-2006 YILLARI STÜDYO ÇALIŞMASI

Orta Doğu Teknik Üniversitesi
Kentsel Politika Planlaması ve Yerel Yönetimler Anabilim Dalı
2004-2006 Yılları Stüdyo Çalışması

Yayın No: 10

Ankara-Aralık 2006

**ÖNSÖZ** ..... 7

**1. GİRİŞ** ..... 9
*Araş. Gör. Ali Cenap YOLOĞLU*

1.1. Sağlık Konusundaki Yöntemsel Yaklaşımlar ..... 9
1.1.1. Olguculuk Yaklaşımı ..... 9
1.1.2. Yorumlayıcı Yaklaşım ..... 10
1.1.3. Eleştirel Gerçekçi Yaklaşım ..... 11
1.2. Sağlık Eşitsizlikleri ..... 12

**2. SAĞLIK KAVRAMI ve HİZMETLERİNE İLİŞKİN TANIM, ÖLÇÜT ve UYGULAMALAR** ..... 19
*Göknur ARABACI, Süphan NAKİPOĞLU, Pınar ÖZBAY, Okan ÖZYAZICI, İlknur URKUN, Ayça Öncü, Naci YILMAZ*

2.1. Temel Hak Olarak Sağlık ..... 19
2.2. Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Uygulamaları ..... 20
2.2.1. Tanımlar ..... 20
2.2.1.1. Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) ..... 20
2.2.1.2. Koruyucu Hekimlik Hizmetleri ..... 20
2.2.1.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ..... 21
2.2.1.4. Rehabilitasyon Hizmetleri ..... 21
2.2.1.5. Halk Sağlığı ..... 21
2.2.2.1. Bir Görüş Olarak TSH ..... 22
2.2.2.2. Örgütlenme Anahtarı Olarak TSH ..... 22
2.2.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Olarak TSH ..... 23
2.2.2.4. Etkinlikler Olarak TSH ..... 24
2.2.2.5. Hedeflenen İşleyiş ve Örgütlenme ..... 24
2.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme Modelleri ..... 26
2.3.1. İlk Basamak Hasta Bakım Hizmeti ..... 26
2.3.2. İkinci Basamak Hasta Bakımı ..... 27
2.4. Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinde Müdahale Çeşitleri ..... 28
2.4.1. Devlet Müdahalelerine İlişkin Kuramlar ..... 28
2.4.1.1. Marksist Kuram ..... 29
2.4.1.2. Liberal-Demokratik Kuram ..... 29
2.4.1.3. Çoğulcu Kuram ..... 30
2.4.1.4. Neo-Liberal Kuram ..... 31
2.4.2. Sosyal Güvenlik Kavramı ve Tarihsel Gelişimi ..... 32
2.4.2.1 Klasik Dönem: İlk Modern Sigorta Modeli ..... 33
2.4.2.2 Keynezci Refah Devleti Dönemi: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ..... 34
2.4.2.3 Neo-Liberal Dönem: Sosyal Güvenlik Harcamalarının Terk edilmesi ..... 34
2.4.3. Sağlık Reformları ..... 35
2.5. Yoksulluk, Eşitsizlik ve Sağlık ..... 36
2.6. Yabancı Ülke Deneyimleri ..... 37

2.6.1. İngiltere Sağlık Sistemi ..... 38
2.6.1.1. Sağlık Sistemi Organizasyonu ..... 38
2.6.1.2. Hizmet Sunumu ve Finansmanı ..... 40
2.6.2. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi ..... 40
2.6.2.1. Sağlık Sistemi Organizasyonu ..... 41
2.6.2.2. Sağlık Finansmanı ..... 43
2.6.3. Fransa Sağlık Sistemi ..... 44
2.6.3.1. Sağlık Organizasyonu ve Finansmanı ..... 45
2.6.3.2. Sağlık Sigortası ..... 45
2.6.4. Mısır Sağlık Sistemi ..... 47
2.6.4.1. Sağlık Sistemi Organizasyonu ..... 47
2.6.4.2. Sağlık Reformu Stratejisi ..... 48
2.6.5. Arjantin Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi ..... 49
2.6.5.1. Ülkenin Sağlık Sistemi ve Reform Programları ..... 49
2.6.6. Bulgaristan Sağlık Sistemi ..... 51
2.6.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ..... 51
2.6.6.2. Ulusal Sağlık Sigorta Fonu ..... 52
2.6.6.3. Zorunlu Emeklilik Sigortası ..... 53
2.6.6.4. Sağlık Reformu Sonucunda Oluşan Sorunlar ..... 53
2.6.7. Sosyalist Küba Cumhuriyeti Sağlık Sistemi ..... 54
2.6.7.1. Sağlık Sisteminin Örgütlenme İlkeleri ..... 55
2.7. Ülkeler Arası Genel Değerlendirme ..... 57
2.8. Türkiye Sağlık Sistemi ..... 64
2.8.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ..... 64
2.8.2. Örgütsel Yapı ve Yönetim ..... 66
2.8.3. Sağlık Hizmetleri ..... 68
2.8.3.1 Temel Sağlık Hizmeti ..... 68
2.8.3.2 İkinci ve Üçüncü Düzeyde Sağlık Hizmetleri ..... 69
2.8.4. İnsan Kaynakları ..... 70
2.8.5. Sağlık Hizmeti Finansmanı ..... 71
2.8.5.1 Sağlık Bakanlığı ..... 72
2.8.5.2 Üniversite Hastaneleri ..... 73
2.8.5.3 Sosyal Sağlık Sigorta Programları ..... 73
2.8.5.4 Türkiye'deki Özel Sağlık Sigortaları ..... 76
2.8.6. Sağlık Alanında AB'ye Yönelik Çalışmalar ve ..... 76
2.8.7. Sağlık Reformu Tartışmaları ve Bugün Gelinen Nokta ..... 77
2.8.7.1 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ..... 78
2.8.7.2. 1980 Sonrası Sağlık Reformu ..... 80
2.8.7.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı ..... 81
2.9. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Sağlıklı Şehirler Projesi ..... 86

**3. ANKARA ve DİYARBAKIR KENTLERİNİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ..... 91**
*Araş. Gör. Gülçin Tunç, Araş. Gör. Ayşe KAVUNCU*

**4. YOKSUL KENT ALANLARINDA SINIF BOYUTUYLA SAĞLIK SORUNLARI ..... 107**
*Göknur ARABACI, Pınar ÖZBAY, İlknur URKUN, Zeynep KARABATUR, Gökhan ERKAN, Barış UÇAKER, Evrim ŞAHİN, Nejat KOCABAY*

4.1. Kuramsal Çerçeve ..... 107
4.1.1. Sınıf Kavramı ve Sınıf Kuramları ..... 108
4.1.1.1. Marksist Sınıf Kuramı ..... 108
4.1.1.2. Weberci Sınıf Kuramı ..... 111
4.1.1.3. Yeni-Marksist Sınıf Kuramı ..... 112
4.1.1.4. Yeni-Weberci Sınıf Kuramı ..... 113
4.1.2. Alan Çalışmasına Yol Gösterici Çıkarımlar ..... 114
4.1.2.1. Sınıfsal Konum Analizi ..... 115
4.1.2.2. Sınıfsal Konumun Ölçütleri ..... 117
4.1.2.3. Sınıfsal Konuma Bağlı Sağlık Ölçütleri ..... 117
4.1.3. Sağlık Konusunu Sınıf Boyutuyla Ele Alan Çalışmaların Değerlendirilmesi ..... 118
4.2. Alan Çalışmalarının Değerlendirilmesi ..... 121
4.2.1. Örneklemin Sınıfsal Konumu ..... 122
4.2.1.1. Üretim Araçlarına Sahiplik ..... 123
4.2.1.2. Kurumsal Üstünlük ..... 124
4.2.1.3. Vasıflılık Durumu ..... 125
4.2.1.4. İşsizlik ..... 127
4.2.1.5.Örneklemin Sınıfsal Konum Şeması ..... 128
4.2.2. Sağlık Durumunun Sınıf Boyutu Çerçevesinde Değerlendirilmesi ..... 130
4.2.2.1. Sınıfsal Konumun Hane Reisinin Sağlık Durumuna Etkileri 130
4.2.2.2. Sınıfsal Konumun Hane Geneli'nin Sağlık Durumuna Etkileri ..... 151
4.2.2.3. Sınıfsal Konumun Bireylerin Beden ve Ruh Sağlığına Etkileri ..... 158
4.2.3.2. Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sağlık Hizmetleri ..... 172
4.3. Değerlendirme ..... 182

**5. YOKSUL KENT ALANLARINDA KADIN SAĞLIĞI ..... 187**
*Murat AKBAŞ, Emin Çetin HAŞAR, Gökçe OKULU, Hade TURKMEN*

5.1. Kadınlarda Sağlık Sorunlarına Neden Olan Etmenler ..... 188
5.1.1. Toplumsal Cinsiyet İlişkileri ve Kadın Sağlığı ..... 188
5.1.2. Kadının Hane İçindeki Konumu ..... 190
5.1.3. Yoksulluk ve Kadın Sağlığı ..... 192
5.1.3.1. Geçinme Stratejilerinde Kadının Rolü ..... 193

5.1.3.2. Toplumsal İlişki Ağları İçinde Kadının Rolü ..... 195
5.1.4. Şiddet ve Kadın Sağlığı ..... 196
5.1.5. Eğitim Durumu ve Kadın Sağlığı ..... 198
5.1.6. Sınıfsal Konum, Devlet ve Kadın Sağlığı ..... 199
5.2. Kadınlarda Görülen Hastalıklar ..... 200
5.2.1. Üreme Sağlığı ..... 201
5.2.1.1. Aile Planlaması ..... 201
5.2.1.2. Kürtaj ..... 201
5.2.1.3. Hamilelikte ve Doğumlar Sırasında Meydana Gelen Ölümler ve Nedenleri ..... 201
5.2.1.4. Doğum Sonrası Yaşanan Sağlık Sorunları ..... 202
5.2.2. Kanser ..... 203
5.2.3. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ..... 203
5.2.4. Akıl ve Ruh Sağlığı ..... 203
5.2.4.1. Depresyon ..... 203
5.2.4.2. İntihar ..... 204
5.2.5. Şişmanlık (Obezite) ..... 204
5.3. Kadın Sağlığının Uluslararası Politikadaki Yeri ..... 205
5.3.1. Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) ..... 205
5.3.2. Avrupa Konseyi'nin Üye Ülkelere Kadınların Şiddete Karşı Korunmasına İlişkin Tavsiye Kararı ..... 207
5.3.3. Kadın 2000: 21.Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış (Pekin +5) Konferansı ..... 208
5.3.3.1. Birleşmiş Milletler Birinci Dünya Kadın Konferansı ..... 208
5.3.3.2. Birleşmiş Milletler İkinci Dünya Kadın Konferansı ..... 208
5.3.3.3. Birleşmiş Milletler Üçüncü Dünya Kadın Konferansı ..... 208
5.3.3.4. Birleşmiş Milletler Dördüncü Dünya Kadın Konferansı ..... 209
5.3.3.5. Birleşmiş Milletler Beşinci Dünya Kadın Konferansı ..... 209
5.3.4. Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı ..... 212
5.4. Türkiye, Ankara ve Diyarbakır'da Kadın Sağlığı ..... 221
5.4.1. Demografik Göstergeler ..... 221
5.4.1.1. Yaş Gruplarına Göre Kadın Nüfusu ..... 221
5.4.1.2. Eğitim Durumu ..... 226
5.4.1.3. Çalışma Durumu ..... 227
5.4.1.4. Evlilik Yaşı ..... 228
5.4.1.5. Kadınlarda Sigara Kullanma Durumu ..... 229
5.4.2. Üreme Sağlığı ..... 230
5.4.2.1. Aile Planlaması ..... 230
5.4.2.2. Doğumun Yapıldığı Yer ..... 231
5.4.2.3. Doğuma Ait Diğer Veriler ..... 234
5.4.2.4. Gebe-Loğusa Döneminde İzlenme Durumu ..... 235
5.4.3. Kadına Yönelik Şiddet ..... 236
5.5. Alan Çalışmalarının Değerlendirilmesi ..... 238
5.5.1. Kadınlara Ait Demografik Göstergeler ..... 238
5.5.1.1. Kadınların Doğum Yerleri ..... 239

5.5.1.2. Kadınların Yaş Dağılımı ve Eğitim Durumları ..... 240
5.5.1.3. Kadınların Çalışma Durumları ..... 245
5.5.1.4. Kadınların Sosyal Güvenceye Sahip Olma Durumları ..... 246
5.5.2. Genel Sağlık Verileri ..... 249
5.5.2.1. Kadınların Genel Olarak Beden ve Ruh Sağlığı ..... 249
5.5.2.2. Sürekli Hastalıklar ..... 259
5.5.2.3. Son Altı Ay İçinde Rahatsızlık Geçirme Durumu ..... 265
5.5.2.4. Son 3 Yıl İçinde Ameliyat Geçirme Durumu ..... 271
5.5.2.5. Son 3 Yıl İçinde Hastaneye Yatma Durumu ..... 272
5.5.2.6. Rahatsızlanma Durumundaki Tavır ..... 273
5.5.3. Üreme Sağlığı Verileri ..... 276
4.5.3.1. Aile Planlaması ..... 284
5.5.4. Aile İçi Şiddet ..... 296
5.5.5. Uyku sorunu ve psikolojik nedenlerle ilaç kullanma durumu ..... 304
5.6. Sonuç ve Değerlendirme ..... 304

**6. YOKSUL KENT ALANLARINDA ÇOCUK ve GENÇ SAĞLIĞI ..... 307**
*Araş. Gör. Ayşe KAVUNCU, Filiz KUZU, Seçil ARSLAN, Eylem SAYILI*

6.1. Yoksulluk Kavramı ve Çocuk ve Genç Yoksulluğu ..... 307
6.1.1. Ekonomik Etmenler ve Sosyo-Ekonomik Durum ile Çocuk ve Genç Sağlığı ..... 309
6.1.2.Yoksulluğun Süresi, Derinliği, Etkileri ve Ortaya Çıktığı Zamanlar ..... 310
6.2. Çocuk ve Genç Sağlığını Etkileyen Etmenler ..... 311
6.2.1. Ailenin Sosyo-Ekonomik Düzeyinin Çocuk ve Genç Sağlığı Üzerindeki Etkisi ..... 311
6.2.2.Çevre Etmeni ..... 313
6.2.2.1.Fiziksel Çevre Etmeni ..... 313
6.2.2.2.Toplumsal Sermaye Etmeni ..... 314
6.2.2.3. Sosyo-Kültürel Yapı ..... 315
6.3. Yoksulluğun Çocuk Sağlığı Üzerindeki Etkileri ..... 316
6.3.1.Zihinsel ve Psikolojik Etkiler ..... 316
6.3.2. Fiziksel Etkiler ..... 318
6.3.3.Yoksulluk ve Çocuk İşçiliği ..... 319
6.4. Türkiye'de Yoksulluk İle Bağlantılı Olarak Çocuk ve Genç Sağlığı ..... 321
6.5. Alan Çalışmalarının Değerlendirilmesi ..... 327
6.5.1. Çocuk ve Gençlerin Değerlendirilmesi ..... 330
6.5.1.1. 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Yaş, Cinsiyet ve Sosyal Güvence Dağılımı ..... 330
6.5.1.2. 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Doğumla İlgili Bazı Göstergeleri 332
6.5.1.3. 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Yaş, Cinsiyet ve Toplumsal Güvence Dağılımı ..... 365
6.5.1.4. 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Eğitim Durumu ..... 367
6.5.1.5. 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerde Çocuk İşçiliği ..... 374
6.5.2 Çocuk ve Gençlerin Yaşadığı Sağlık Sorunları ..... 378
6.5.2.1. Çocuk ve Gençlerin Sürekli Rahatsızlıkları ..... 382

6.5.2.2 Çocuk ve Gençlerin Sürekli Olmayan Sağlık Sorunları ..... 389

**7. YOKSUL KENT ALANLARINDA MEKAN BOYUTUYLA SAĞLIK SORUNLARI ..... 397**
*Araş. Gör. Defne GÜNAY, Araş. Gör. Yasemin İLKAY, Dalsu USLU, Ali Şahin AKTAN*

7.1. Giriş ..... *397*
7.2. Sağlık ve Mekân ..... *399*
7.2.1. Fiziksel Çevre ve Hizmetler Açısından Komşuluk Birimleri ..... 400
7.2.1.1. Yoğun Risk Altındaki Kent Alanları ..... 401
7.2.1.2. Konut Koşulları ..... 403
7.2.1.3. Çevresel Etmenler ..... 405
7.2.2. Sosyal Sermaye ..... 406
7.2.2.1.Tanım ..... 407
7.2.2.2. Sosyal Sermaye Ölçütleri ..... 409
7.2.2.3. Sosyal Sermaye ve Sağlık ..... 414
7.2.2.4. Bir Sosyal Etmen Olarak Komşuluk ..... 417
7.2.2.5. Komşuluğun Sağlığa Etkileri Üzerine Örnek Bir Çalışma – İskoçya ..... 420
7.3. Alan Çalışmalarının Değerlendirilmesi ..... *421*
7.3.1. Konuta İlişkin Etmenler ..... 421
7.3.1.1.Konut Sahipliliği ve Tapu Durumu ..... 421
7.3.1.2. Konuta Ait Özellikler ve Konut Konforu ..... 429
7.3.1.3.Konutun Altyapı Durumu ve Kentsel Altyapı Hizmetlerinin Sunumu ..... 439
7.3.2. Konuta İlişkin Özelliklerin Hastalık Etmeni Olarak Değerlendirilmesi ..... 442
7.3.2.1.Ankara- Diyarbakır Alan Çalışmalarının Soğuk Alma Kaynaklı Hastalıklara göre Konut Konforu ve Altyapı Durumu ..... 444
7.3.2.2. Ankara-Diyarbakır Alan Çalışmalarının Soğuk Alma Kaynaklı Hastalıklara Göre Konut Sorunları ..... 446
7.3.2.3. Ankara-Diyarbakır Alan Çalışmalarının Bağırsak, İdrar Yolları Kaynaklı Hastalıklara göre Konut Konforu ve Konutun Altyapı Durumu ..... 446
7.3.2.4. Ankara-Diyarbakır Alan Çalışmalarının Bağırsak, İdrar Yolları Kaynaklı Hastalıklara göre Konut Sorunları ..... 448
7.3.3. Fiziksel Çevreye İlişkin Etmenler ..... 449
7.3.4. Sosyal Etmenler ..... 454
7.3.4.1. Sosyal Kaynaklı Sorunlara Göre Görülen Sürekli Hastalıklar ve Son 6 Ay İçinde Geçirilen Rahatsızlıklar ..... 456
7.4. Değerlendirme ..... *457*

**8. SONUÇ ve POLİTİKA ÖNERİLERİ ..... 463**

**9. KAYNAKÇA ..... 479**

## ÖNSÖZ

Sağlık kavramı insan yaşamını etkileyen en önemli olgulardan birisidir. Sağlık kavramıyla ilgili olarak iki temel ilgi alanından bahsedebiliriz. Bunlardan birincisi, sağlıklı kalma veya sağlıklı olma durumunu sürdürmektir. İkincisi, ve belki de daha önemlisi, hastalık durumunda tekrar sağlıklı olabilmek veya doğum gibi özel durumlarda sağlıklı bir eylem gerçekleştirmek için sağlık hizmetlerinden yararlanmaktır. Sağlıkla ilgili yazında en çok üzerinde durulan ikinci konudur.

Sağlık hizmetleri iki başlık altında incelenebilir: a) hizmet sunumuna ilişkin değerlendirmeler, b) hizmet kullanımına ilişkin değerlendirmeler. Hizmet sunumuna ilişkin değerlendirmeler içinde bekli de en temel konu, ilgili değişkenlerin ülke coğrafyasında nasıl dağıldığıdır. Hizmet kullanımına ilişkin değerlendirmeler ise doğası gereği birinci başlığa oranla daha karmaşıktır. Kimlerin hangi hizmetlerden hangi süreyle ve hangi koşullar altında yararlanabileceği, hizmetlerden yararlanmada yapısal ve kültürel farklılıkların ne olduğu ve nasıl aşılacağına ilişkin tartışmalar bu ikinci konun altında yapılmaktadır.

Yoksulluk olgusu da günümüz toplumlarının en önemli konulardan bir tanesidir. Özellilikle 80'li yıllardan itibaren uygulanan ekonomik ve politik siyasalarla olgu kronik bir şekil almaktadır. Tüm bu gelişmeler ışığında kendi başına yeterince önemliyken, sağlıktaki eşitsizliklerin yoksullukla birlikte ele alınması hem daha zor hem de daha önemli bir hale gelmektedir. Bu iki olgu arasındaki ilişkinin bu kadar önemli olmasının nedeni hem yoksulların sağlık hizmetlerine erişiminin diğer toplumsal kesimlere göre daha hayati olması hem de mevcut eşitsizliklerin yoksullar aleyhine daha da kötüleşen bir durum yaratmasıdır.

Bu çalışma yoksulluk ve sağlık arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Çalışma temel olarak beş ana alan kapsamında yürütülmüştür;

- Sağlık kavramı, tanım, ölçüt ve uygulamalar,
- Sınıf boyutuyla sağlık,
- Kadın sağlığı,
- Çocuk ve genç sağlığı ile
- Mekan boyutuyla sağlıktır.

Bu beş temel başlığa göre alan araştırması Ankara'nın Mamak ilçesine bağlı, bir gecekondu bölgesinde yer alan Akşemsettin mahallesinde ve Diyarbakır'ın göç alan ve yoksul kesimlerin yaşadığı 5 Nisan ve Aziziye mahallelerinde yürütülmüştür. Böylece sağlık olgusuna ilişkin hem yapısal benzerlikler hem de coğrafi farklılıklar ortaya konmaya çalışılmıştır.

Çalışma Prof. Dr. Melih Ersoy ile araştırma görevlileri A. Cenap Yologlu ve Gülçin Tunç yöneticiliğinde 2004-2005 öğretim yılı I. Dönemi ile 2005-2006 öğretim yılı I. Dönemi arasındaki üç dönem boyunca yüksek lisans öğrencileri

Araş. Gör. Defne Günay, Araş. Gör. Yasemin İlkay, Süphan Nakipoğlu, Okan Özyacı, Ayça Öncü, Naci Yılmaz, Göknur Arabacı, Pınar Özbay, İlknur Urkun, Zeynep Karabatur, Gökhan Erkan, Barış Uçaker, Evrim Şahin, Nejat Kocabay, Murat Akbaş, Emin Çetin Haşar, Gökçe Okulu, Hade Türkmen, Ayşe Kavuncu, Filiz Kuzu, Seçil Arslan, Eylem Sayılı, Dalsu Uslu, ve Ali Şahin Aktan tarafından gerçekleştirilmiştir.

Başta Akşemsettin mahallesi muhtarı Mehmet Doğan ve Diyarbakır'daki çalışma sırasından bize yardımcı olan Yunus Doğan ve Tuncer Kaleli olmak üzere, çalışmada emeği geçen herkese çok teşekkür ederiz.

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Sağlık Konusundaki Yöntemsel Yaklaşımlar

Sağlık eşitsizlikleri konusunda sosyal bilimler alanında yapılan çalışmalar temel olarak iki farklı yaklaşımdan yola çıkmaktadır. Bunlar, hemen hemen tüm sosyal bilim çalışmalarında kullanılan olguculuk (pozitivist) yaklaşımı ve olguculuğa karşı geliştirilen yorumlayıcı (interpretist) yaklaşımdır. Ancak, son dönemde eleştirel gerçekçi yaklaşımın, bu iki yaklaşıma getirdiği eleştirilerden yola çıkılarak bir üçüncü bakış açısı daha geliştirilmektedir.

Bu bölümde, önce üç yaklaşımın da genel içeriği incelenecek ve bu yaklaşımlar çerçevesinde gerçekleştirilmiş çalışmalardan örnekler verilecektir. Yöntemsel yaklaşımın belirlenmesi araştırmaya konu olan sorunun ele alınma biçimini doğrudan etkilemekte, bu da çözüm önerilerinin şekillenmesini belirlemektedir. Bu nedenle, temel yaklaşımların ortaya konulması yoluyla, sağlık ve yoksulluğun bir arada ele alınması konusunda en uygun yöntemsel yaklaşımın ne olması gerektiği konusunda belirli ipuçları elde edilmeye çalışılacaktır.

### 1.1.1. Olguculuk Yaklaşımı

Positivism olarak da adlandırılan olguculuk, sosyal bilimler alanındaki birçok çalışmada olduğu gibi sağlık konusunu araştıran çalışmalarda da çok önemli bir yer tutmaktadır. Olguculuk, gözlemlenebilir olgular üzerinden nesnel gerçeklikler inşa etme uğraşında olan bir yaklaşım biçimi olarak özetlenebilir.

Olguculuğun en önemli iddiası bilimselliktir. Sosyal bilimlerde doğa bilimlerinin yönteminin kullanılması (evrim teorisinin toplumsal kalkınma kuramlarına model teşkil etmesi gibi), olgucu gelenekte bilimsel yöntemin bütünlüğüne işaret etmektedir (Wainwright ve Forbes, 2000). Olguculuk, ilgilendiği konuyu bilimsel olarak ispatlanabilir veya çürütülebilir bir süreçten geçirerek olumlar. Bu süreç deney, gözlem ve olumlamaya dayalı bir dizi aracı içerir. Olguculuk, teknik olarak kullanılabilir verileri bu sürecin içine dahil ederek işlevselci yapısını da ortaya koymaktadır. Burada araçsal bilgi, kimi zaman bazı etmenlerin ne kadar önemli olsalar da, çalışmalarda göz ardı edilebilmesine yol açmaktadır.

Olguculuk yaklaşımından yola çıkılarak sağlık eşitsizlikleri konusunda yapılan pek çok çalışmanın, bu alana en önemli katkısı sağlık eşitsizliklerinin doğal yapısının göreceli olduğunu ortaya koyması olmuştur. Örneğin, refah devleti toplumlarında olguculuk yaklaşımı ile yapılan çalışmalar, bu toplumlarda bile gelir dağılımının sağlık eşitsizlikleri konusunda etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Olguculuk yaklaşımıyla gerçekleştirilen araştırmalarda kullanılan ve bireylerin sağlık durumunu belirleyen ölçütler şu şekilde sıralanabilir: kronik sağlık problemlerinin varlığı (kanser, kalp yetmezliği, damar problemleri vs.), ölüm

oranları, hastalığa yakalanma riski, ruhsal problemler, bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin öz değerlendirmeleri. Bu kıstaslardan ilk dördü için bireylerin sağlık durumlarını belirleyecek çeşitli testler yapılır ve çeşitli istatistiksel bilgiler kullanılır. Bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin öz değerlendirmeleri ise bireylerle yapılan çeşitli görüşme ve anketler vasıtası ile elde edilir. Bu kıstasların diğer bir takım istatistiksel verilerle birleştirilmesi ile çeşitli çıkarımlara varılır.

Örneğin, yapılan bir araştırmada mahallenin sosyo-ekonomik koşullarının, o mahallede yaşayan farklı sosyo-ekonomik koşullara sahip bireyleri sağlık açısından farklı etkileyip etkilemediği incelenmiştir. Hollanda'da Eindhoven şehrinde 86 mahallede 8.506 kişi üzerine yapılan araştırmada 6 yıllık bir süre içerisinde ölüm oranları takip edilmiş yoksul ya da zengin bir mahallede yaşama ile ölüm oranları arasındaki ilişki tespit edilmeye çalışılmıştır. Elde edilen bulgulardan, içinde yaşanılan ortamın (mahalle, semt) sosyo-ekonomik koşullarının yetersiz olmasının, başka bir deyişle yoksul bir mahallede yaşamanın, bireylerin ölüm oranını yükseltici bir etken olduğu saptanmıştır (Bosma vd. 2001).

### 1.1.2. Yorumlayıcı Yaklaşım

Olguculuğun sınırlandırıcı ve toplumsallıktan uzak yapısına karşılık yorumlayıcı yaklaşım toplumsal olguları sosyal içerikleriyle değerlendirmeye çalışır. Sosyal bilimler alanında yapılan çalışmalarındaki yorumlayıcı yaklaşım örnekleri, insan deneyimlerinden yola çıkarak içsel ve dışsal etkenleri bir araya getirecek bir diyalog kurmaya çalışır. Bu tür çalışmalarda, olgucu yaklaşımın, alan araştırmasından elde edilen verilerle oluşturulmuş sayısal ürünlerinden farklı olarak, bireyleri bilinçli ve farkında varlıklar olarak ele alan ve değerlendirmelerini veri olarak kabul eden niteliksel çalışmalar yapılmaktadır.

Yorumlayıcı yaklaşım, verilerin yorumlanması ve anlamlandırılması üzerine kurulu olduğu için normatif değerlere özel anlam atfeder. Olguculuğun katı bilimsellik anlayışına karşı, yorumlayıcı gelenekte sosyal bilimler ve doğa bilimlerinin gerek yöntem gerekse de konu açısından ayrıldığı görülmektedir. Bu geleneğe göre, yorumlamayı olanaklı kılan insan doğasıdır ve bu doğayı açıklamada bilginin felsefi (epistemolojik) kurgusu önemlidir. Olguculuğun özne-nesne ilişkisi yerine, yorumlayıcılıkta, özneler arası diyalog ön plana çıkmaktadır.

Yorumlayıcı yaklaşımın ürünü olan çalışmalar, toplum içinde insanların neden ve nasıl gruplar halinde ortak davranışlar sergilediğini inceler. Sağlık konusunda ise, özellikle değişik grupların ve bireylerin kendi sağlıkları hakkındaki görüşlerini davranış biçimleriyle ilişkilendirerek açıklamaya çalışır. Bu noktada, yorumlayıcı yaklaşımın temsilcileri; sağlık eşitsizliklerinin küçük ve büyük ölçekte yansımalarının içsel etmenlerini anlamada kültürel pratiklerin, zamanın, yerin ve davranışsal özelliklerin etkisini ortaya koyarak sağlık eşitsizlikleri konusunda önemli katkılarda bulunmuşlardır.

Yorumlayıcı yaklaşıma getirilen temel eleştiri; bireylere atfettiği aşırı önem ile ilgilidir. Bireyin kendisinin algıladığı ve sunduğu sağlık durumunu veri olarak kabul etmek bireyi tamamen bilinçli farz etmek anlamına gelmektedir. Bu; bireyler veya küçük gruplar halinde incelenen öznelere fazla önem atfederek yapıyı göz ardı etmeye yol açmaktadır. Sosyal dünyanın kurgusunun ilgili toplumsal aktörlerin bilinçli kabul edilen yorumlarına indirgenmesi yorumlayıcı yaklaşımın temel eksikliklerindendir.

Schrijvers vd. (1998), çalışan nüfusu kapsayan çalışmasında, meslek sınıfları ve birey tarafından bildirilen sağlık arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Alt grup meslek sınıflarının üst gruplara oranla daha riskli fiziksel koşullarda çalıştığı ve iş kontrolünde daha az etkin olduğu bilinmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre, bireylerin bildirdiği sağlık dereceleri ile iş kontrolü; dolayısıyla sosyo-iktisadi konum ile sıkı bir ilişki söz konusu olduğu ortaya çıkmıştır.

### 1.1.3. Eleştirel Gerçekçi Yaklaşım

Olguculuğun ve yorumlayıcılığın; sosyal bilimlerin tüm dallarında yaptığı önemli katkılar ve özel olarak sağlık eşitsizlikleri konusunda sağladıkları bulgu ve değerlendirmelere karşılık, bu konuda halen önemli eksiklikler olduğu görülmektedir. Yeni ortaya çıkan bir yaklaşım olan eleştirel gerçekçilik akımı, bu iki yaklaşımın kazanımlarını benimseyerek yeni ve daha kapsamlı bir açıklayıcılık arayışındadır. Eleştirel gerçekçilik, hem doğal ve sosyal dünyanın varlık bilimini (ontolojisini) yapmakta, hem de bilginin edinilmesi için bir çerçeve sunmaktadır.

Eleştirel gerçekçilik, bütünlüğü hem kuram hem de değer olarak kabullenmektedir ve bunu yaparken sosyal bilimlere de doğa bilimlerine de olguculuktan uzak bir yaklaşımla eğilmektedir. Olguculuğun indirgemeci yapısına karşılık, eleştirel gerçekçilik nedensel açıklamalar ile toplumsal süreçlerin belirleyicisi olarak altta yatan mekanizmaları açığa çıkarmaya yönelmiştir. Ancak, bunu yaparken radikal ve kusursuz bir bütünlük elde etmekten çok, sosyal gerçekliğin en uygun düzeyde yeniden tanımlanmasına çabalamaktadır. Bu yaklaşımda, olgular ve değerler birlikte ele alınmakta, birey ve yapıya eşit derecede önem verilmektedir. Böylece, yapı-birey eytişimini (diyalektiğini) en uygun düzeyde ilişkilendirerek, aradaki ilişkisel mekanizmaların önemini de ortaya koymaktadır (Scambler, 2001).

Eleştirel gerçekçilere göre, bazen görünmeyen gerçekler de vardır ve bu gerçekler pek çok durumda görünen gerçeklerden kadar önemli olabilir. Örneğin, toplumsal etmenleri göz ardı eden olgucu çalışmaların kısıtlılığının aksine, eleştirel gerçekçi yaklaşımın ürünleri süreçle ilgilenen, sosyo-ekonomik koşulları ve tarihsel ilişkileri de göz önünde bulunduran yöntemiyle kapsamlı tanımlar ve açıklamalar ortaya koyabilmektedir. Eleştirel gerçekçilik, olguculuğu ve yorumlayıcı yaklaşımları, özgün biçimde harmanlayarak hem niceliksel hem de niteliksel yöntemleri kullanmaktadır.

Bu yaklaşıma örnek olarak yakın zamanda Devlet İstatistik Enstitüsü'nün yaptığı bir çalışmayı örnek gösterebiliriz. Bu çalışmadan elde edilen veriler Türk halkının büyük çoğunluğunun kendini mutlu olarak tanımladığını göstermiştir. Eleştirel gerçekçi yaklaşım açısından bu veri yorumlandığında, halkın genelinde hakim olan olumsuz sosyo-ekonomik koşulların ve yaygın kadercilik anlayışının sistem içinde görece iyi durumda olanların; açlık sınırının az üstünde olsalar dahi kendilerini mutlu ve ruhsal açıdan iyi durumda olarak değerlendirmelerine yol açtığını ortaya koyar. Toplumun daha kısıtlı bir bölümünü oluşturan üst gelir grubunda ise yaşam koşulları daha iyi olmasına rağmen beklentilerdeki artış nedeniyle kendini mutsuz olarak tanımlama eğiliminin ve ruhsal rahatsızlıkların oranının artığı gözlenir. Görüldüğü üzere eleştirel gerçekçi yaklaşım olguları yorumlarken toplumsal yapının özelliklerini, toplumda yaygın normları göz ardı etmediğinden verileri daha sağlıklı bir bakış açısıyla değerlendirmektedir.

Özetle, bu üç araştırma yöntemi karşılaştırıldığında olgucu yöntemin sadece ölçülebilir ve görülebilir verileri göz önünde bulunduruyor oluşunun toplumsal yapıyı açıklamada yetersiz kaldığı görülmektedir. Buna bir eleştiri olarak geliştirilen yorumlayıcı yaklaşım ise bireylere fazla önem atfederek yapıları göz ardı etmektedir. Eleştirel gerçekçi yaklaşım ise bu iki yaklaşımı birleştirerek ölçülebilir ve görülür verilerle görülür olmasa da toplumsal yapıları derinden etkileyen olguları bir arada değerlendirebilmektedir. Bu özelliği, çok boyutlu toplumsal yapı ile sağlık ilişkisini açıklamada daha elverişli bir zemin sunmaktadır. Bu nedenle, bundan sonraki bölümlerde yer alan değerlendirme ve yorumlar böyle bir yöntemsel yaklaşımın daha doyurucu olduğu kabulünü aklıda tutarak yapılacaktır.

## 1.2. Sağlık Eşitsizlikleri

Sosyal eşitsizlikler, önlenebilir hastalık ve yetersizliklerin en temel kaynağı ve genel sağlık durumunu iyileştirmeyi amaçlayan kamu sağlığı uygulayıcıları için de kolay denetlenemeyen bir sorun alanıdır (Stewart-Brown, 2000). Kanıtlar sosyal eşitsizliklerin azaltılmasının kamu sağlığını iyileştireceğini göstermektedir. Ancak bu sorun basit çözümlerle üstesinden gelinemeyecek kadar karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu koşullara karşın sosyal eşitsizliklerin nedenini araştırma konusu yapan yazının azlığı ise çok çarpıcı ve şaşırtıcıdır.

Sağlık eşitsizlikleri üzerine yapılan tartışmalarda mutlak gelirin ve gelir dağılımının önemi üzerinde durulmaktadır. Wilkinson (1996), batı ekonomilerinde genel ölüm oranını belirleyen unsurun gelir dağılımı ve zengin ile yoksul arasındaki refah farklılaşması olduğunu ileri sürmektedir.

Buna karşın gelir dağılımı eşitsizliklerini gidermeyi amaçlayan sosyal politikaların çok da popüler olduğu söylenemez. Toplumsal eşitsizlikler üzerine yapılan araştırma ve çalışmaları kapsayan yazının incelenmesi, olgunun kaynakları ve ne yapılması gerektiği sorularına pek fazla yanıt sunmamaktadır.

Ne yazık ki gittikçe bu konuda bir tabu oluşmaya başlamıştır (Stewart-Brown, 2000).

Genel bir değerlendirme yapılacak olursa, bu konuda iki temel sonuca ulaşmak mümkündür.

- Zengin ile yoksul insanlar arasındaki farklılaşmanın kaynağı zenginlerin gelir düzeyidir. Bu durumda yoksullar üzerine odaklanan sosyal ve kamu sağlığı politikaları verimsiz ve etkisiz olmaya mahkumdur (Stewart-Brown, 2000).
- Kamu sağlığına ilişkin bir değişken toplumda sürekli/devamlı bir dağılım gösteriyorsa onu önlemeye dönük yüksek-risk yaklaşımı tıpkı yoksullara odaklanan yaklaşımlar gibi etkisiz olma eğilimindedir (Rose, 1989).

Bu koşullar altında neden yoksulların yüksek sağlık riski taşıdıkları ve bu sorunun giderilmesi yönünde neler yapılacağına ilişkin araştırmalara çok enerji harcanması gerektiğini söylemek iyimser bir tutum sergilemekten öteye gidemez.

Bu noktada yol açıcı bir başlangıç, sağlık eşitsizliklerinin nasıl kavramsallaştırılacağına ilişkin bir çalışma olabilir. Sağlık eşitsizlikleri çalışmalarındaki mevcut yaklaşımlarda kullanılan etkenler üç ana grupta toplanabilir. Bunlar;

- Biyolojik koşullar: bireyin denetleyemediği etmenler,
- Sosyal ve topluluk etkileri ile yaşama ve çalışma koşulları: bireyin belli bir noktaya kadar denetleyebildiği etmenler,
- Yaşam-tarzı: bireyin tam olarak kontrol edebildiği faktörlerdir.

Whitehall'ın çalışmaları bireysel risklerin sosyal bağlamı ile bireysel yaşam biçimlerini birleştirmeye çalışmaktadır (Aktaran, Marmot vd., 1978). Bu araştırmalar farklı sosyal konumlardaki İngiliz 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. Egzersiz, şişmanlık, sigara gibi faktörler bu farklılaşmanın 1/3'ünü açıklamaktadır. Whitehall'ın çalışmaları işyeri içindeki ve dışındaki psikolojik etmenleri de çözümlemeye katmayı denemiştir. Çalışma koşulları ve sosyal ilişkilerin, özellikle, niteliğinin, sağlık ve sağlık eşitsizlikleri üzerinde önemli bir oranda etkili olduğunu göstermektedir. Seeman (1996) sosyal bütünleşmenin ölüm riskini azalttığını ve daha iyi bir ruh sağlığına neden olduğunu ifade etmiştir. Ancak sosyal ilişkilerin olumsuz sağlık çıktıları olduğu konusunda da yorumlar bulunmaktadır (Williams vd., 1998; Hall ve Wellman, 1995). Whitehead ve Dahlgren'nin (1991) modelinin en dış katmanını, insan ve nüfus sağlığının içinde konumlandığı bağlamın maddi yönleri belirler. Bu yönler genellikle ulusal ve uluslar arası güçler tarafından tanımlanırlar. Wilkinson (1996) makro sosyo-ekonomik çevre ile sosyal ilişkilerin niteliğini

birlikte kullanmaya çalışır. Diğer bir değişle, Whitehead ve Dahlgren modelinde en dıştaki iki halka arasında bir ilişki kurmaya çalışılmaktadır. Bunun yanında sosyal sermaye kavramının da sağlıktaki eşitsizlikleri kuramsallaştırmakta önemli bir potansiyele sahip olduğu düşünülmektedir.

1960'lı yıllarda yapılan sosyal refah araştırmalarındaki baskın unsur ise sosyal mücadeledir (Popay vd., 1998). Bu kavram, sosyal hizmetlere ayrılan kamu harcamalarının payını yükselterek birey ve ailelerin yaşam kalitelerini arttırmaya dönük girişimler olarak değerlendirilebilir. Bu uygulama ile yaşam beklentisinde büyük artışlar gerçekleştirilmiştir (Charrlton vd.. 1997), ancak bu uygulamanın en büyük katkısı orta sınıfa olmuştur (Glennester. 1983). Sosyal mücadele daha materyalist bir çizgide sürdürülmüştür ve sosyal sermayeye göre daha az psikolojik ve ilişkiseldir.

"Hayat Akışı" yaklaşımı ise risk faktörlerinin epidemiolojisinin baskınlığına karşı gelişmiştir. Risk faktörleri yaklaşımına Power ile Bartley'in çalışmaları örnek olarak verilebilir. Power'a (Power v.d 1996) göre: yeni doğan çocukların ağırlıkları ebeveynlerinin sosyo-ekonomik konumlarından etkilenir ve bu durum çocuk büyüdükçe ve hatta erişkinliği sırasında risk faktörleri açısından etkinliğini korur. Bartley'e (Bartley v.d..1994) göre ise : doğumlarında düşük kilolu erkekler büyük olasılıkla çocukluk ve gençlik yıllarını da düşük kaliteli konutlarda geçireceklerdir. Hayat Akışı kuramı yeni bir yaklaşım gibi gözükse de kökenleri 1940'lara dayanmaktadır.

Mevcut yaklaşımlara yöneltilen eleştiriler ise şöyle özetlenebilir;

- Mevcut kuramsal çerçeveler nedensellik ilişkilerinin karmaşık yapısını kavramakta yetersiz kalmaktadırlar,
- İnsanların neden belirli bir biçimde davrandıklarını açıklayan kavramların geliştirilmesine yeterince önem verilmemektedir.
- Güçlü tarihsel bakış açılarında göz ardı edilen "yer" kavramı yeniden ele alınmalıdır.

Dean'e göre (1993), sağlık ve hastalık durumunu şekillendiren süreçleri anlamada epidemioloji ve sosyal inceleme araştırmaları pozitivist felsefi temelleri ve ampirik yöntemleri kıramadığı için zorlanmaktadır.

Paterson'a (1981), göre ise epidemiolojik çalışmalarda uzmanlaşma yetersizdir. Yazar, Dean'dan (1993) farklı olarak yapısal etmenlere yeterince ağırlık verilmediğinden söz ederek, pozitivist epidemioloji yerine materyalist epidemiolojiyi savunmaktadır. Paterson'a göre materyalist epidemioloji temel yapılara ve ilişkilere odaklanmalı ve kuramın amacı gözlenen düzenlilikleri açıklayan temel süreçleri açıklamak olmalıdır. O halde materyalist epidemiolojinin amacı çeşitli hastalıklar, ortam, aktör ve çevre arasındaki gözlenen ilişkiyi reddetmekten çok istatistiksel olarak tanımlanmış ilişkilerin

daha derinine inerek bu ilişkinin tanımlandığı sosyo-ekonomik ve tarihsel bağlamı incelemektir.

Macintyre'a (1997) göre, politik ve retorik nedenlerden dolayı sağlıktaki eşitsizlik çalışmaları gereksiz yere kutuplaştırılmıştır. Yazara göre, sosyo-ekonomik ölüm oranı farklılıklarını açıklamak için dört ana kategori mevcuttur;

- Yapay açıklamalar,
- Doğal veya sosyal seçici açıklamalar,
- Materyalist/yapısalcı açıklamalar,
- Kültürel/davranışsal açıklamalar.
-

Macintyre'a (1997) göre, belli bir düşünceyi izleyen kişiler karşılıklı olarak dışlayıcı ve yanlış antitezler kuran konumlar alma eğilimindedirler. Ona göre, sağlık eşitsizlikleri araştırmaları bu tek taraflı konumlanmaların ötesine geçmelidir.

Kelly ve Charlton (1995) post-modernizmin bir ürünü olasına karşın sağlığın sosyal modeline monte edilen sağlık desteklerinin normal bilim doktrininden belirgin bir ayrım yaratamadığını söyler. Kelly ve Charlton, Giddens'ın yapılanma (structuration) kuramından yola çıkarak modern sosyal teorideki gelişmelerin gerekirciliği (determinizm) ve özgür istenci bir araya getirmekte karşılaştıkları zorlukları aşmakta kullanılabileceğini ileri sürmektedirler.

Macintyre'a (1993) göre, bir alanın sosyo-ekonomik veya kültürel özellikleri ile ölüm oranı ve sağlıklı olma durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az çalışma vardır. Aynı zamanda bireylerin günlük yaşamlarında makro sosyal yapıların etkisini gösterdiği alanlar olarak "yer" de kavramsallaştırılmamıştır. Macintyre (1993) yer ve sağlık üzerine olan çalışmaları iki türe ayırmaktadır:

- Fiziksel çevrenin özgünlüklerine odaklanarak, bazı hastalıkların oluşumuna ilişkin veri sağlayanlar,
- Yoksunlukla ile ölüm oranı/sağlıksız olma arasındaki ilişkinin incelenmesinde yer düzeyinde toplu veri kullananlar.

Phillimore'a (1993:176) göre, sağlığın belli bir örüntüsünü anlamada bireylerin özellikleri kadar yerin özellikleri de önemlidir. Jones ve Moon'a (1993:515) göre, nadiren yerin kendisi analizlerde önemli bir yer oynamıştır. Ancak, yerin doğası ve sağlık statüsünün ve sağlıkla ilgili davranışların oluşmasında mekanın rolü göz ardı edilmiştir. 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 karşılaşıldığını göstermektedir.

Mekan ve sağlık üzerine yapılan çalışmalarda araştırma yapılan mekanlarda yaşayan insanların duygu ve düşünceleri de değerlendirmeye katılmaya başlanmıştır. Soman ve Macintyre'a (1995) göre, mekan algılaması, sosyal sınıftan bağımsız olarak, komşuluk birimleri arasındaki sağlık farklılıklarını etkilemektedir.

Sağlıkla ilgili çalışmalarda mekanın tarihsel boyutunun önemi, Barker ve Osmond'un (1987) çalışmasında vurgulanmaktadır. Bu araştırmada 19. yüzyılın sonlarında başlayan kamusal konut girişimlerinin güncel sağlık kalıtlarına vurgu yapılarak mekanın sosyo-ekonomik tarihinin önemine ışık tutulmuştur.

Sağlık alanındaki eşitsizlikleri kuramsallaştırma çabaları yanında, mevcut eşitsizliklerin kamu sağlığı tartışmalarındaki yeri de önemlidir. Kamu sağlığı ile ilgili tartışmalarda artan eşitsizlik yeterince vurgulanmamaktadır (Raphael, 2000). Ekonomik eşitsizlikler ile sağlık arasındaki ilişkinin tespitine yönelik araştırmalar da artık kamu sektörü yerine, sendikalar gibi bazı sivil toplum örgütleri tarafından desteklenmektedir. Mevcut kamu sağlığı tartışmaları ise genellikle, yoksul insanlara nasıl daha iyi sağlık programları sunulabilir sorusu çerçevesinde kalmıştır.

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 (r=0,77) bulunduğu ve en yoksul %20'lik dilimde bulunan insanların herhangi bir hastalıktan ölme olasılıklarının, daha üst gelir dilimlerindeki insanlara göre daha yüksek olduğu gösterilmektedir.. Yoksul çocuklarda sağlıkla ilgili sorunlara (alkoliklik, suç oranı vb.) daha yüksek yüzdelerle karşılaşılmaktadır.. Temel gereksinimler karşılandıktan sonra, sağlığı etkileyen en önemli etmen toplumda iktisadi açıdan en iyi ve en kötü durumda bulunan insanlar arasındaki gelir farkıdır. Çünkü, bu fark büyüdüğü ölçüde insanlar arasındaki sosyal ilişkiler de farklılaşmaktadır. Bu durumda insan sağlığını etkilemektedir; çünkü düşük sosyal statüye sahip insanların yaşamları üzerindeki denetim yetileri de zayıflamaktadır. Ekonomik eşitsizliklerin yüksek olduğu toplumlarda sosyal ayrışım daha da yaygın olmaktadır.

Geçen on yıl içinde gelir düzeyi, sağlık ile ilgili çalışmalarda daha çok kullanılmaya başlanmıştır. Bu bağlamda aynı ülke içindeki zengin ve yoksulları karşılaştıran yaklaşımlar, zengin ülkeleri yoksul ülkelerle karşılaştıran yaklaşımlarla da örtüşmektedir. Gelir düzeyi-sağlık hipoteziyle ters düşen araştırma bulguları, gelir ile sağlık durumu arasında kurulan karşılıklı ilişkinin zayıfladığını göstermektedir (Lynch, 2004). Bu anlamda, gelir düzeyinin sağlık durumunu açıklayan bir unsur olarak değerlendirilmesi savının tartışılması gerekmektedir. Genellikle, bireysel düzeyde yüksek gelir, iyi sağlık durumu ile ilişkilendirilmekte ise de, bu ilişkinin tüm hastalıklar, tüm mekanlar ve tüm zamanlar için geçerli olmadığı ileri sürülmektedir. Bu ilişki bir çok yazar

tarafından vurgulanmış olsa da, bu durum dezavantajlılara yönelik fizyolojik şüpheden kaynaklanmaktadır.

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). Genel düşünce, toplumsal düzeyde sağlık sorunlarını açıklamanın yolu, o toplumun toplam zenginliğini değil, o zenginliğin bireyler arasında nasıl dağıtıldığının 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.

Sağlık ile gelir arasındaki ilişkinin incelenmesinde, bazı kavramsal ve teorik nedenlerle, gelir ile bazı özel sağlık sonuçları arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalar gerçekleşmemiştir. Gelir ile sağlık arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde bazı özel sonuçların incelenmesi daha öğretici olabilir. Gelir ile bazı özel durumlar arasında kurulabilecek ilişkiler gelir ile yaşam beklentisi, ölüm oranı gibi daha genel değişkenler arasında kurulan ilişkiler yüzünden engellenmektedir.

Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda gelir ile sağlık arasında kurulan ilişkide önemli olan tüm zaman ve bağlamlarda geçerli olabilecek bir ilişki yakalama çabası olmuştur. Bu yaklaşımda ilişkinin nedeninden çok, sonuç ilişkinin kendisi önemlidir (Lynch, 2004). Ancak sosyo-ekonomik durumun sağlığı etkileme biçimi zaman içinde değişebilir.

Sağlık ve sağlık konusundaki eşitsizliklerini anlamaya dönük yaklaşımlar politikaya ilişkin yaklaşımlarla doğrudan ilişkilidir. 20. yüzyıl ortalarından başlayarak İngiltere hükümeti bu alanda iki strateji uygulamıştır. Birincisi, tedavi hizmetlerinin dağılımını vurgularken, ikincisi, insanları sağlıklı yaşam tarzlarına yönlendirmek için ikna etmeye uğraşır. Ulusal sağlık sistemi, 1940'lı yıllarda tüm yurttaşların tedavi imkanlarından yararlanabilmesinin sağlanması için kurulmuştur. 1976 yılında basılan "Sağlık ve Koruma: Herkesin Görevi" adlı kitapta ise sağlığı bozan veya sağlıklı yaşamı zorlaştıran koşullardan insanların kendilerini korumalarına vurgu yapılmaktadır. 20. yüzyıl sonunda yapılan çalışmalar sağlıklı yaşam ile ilgili yapılan önerilerin sağlık konusunda eşitsizliği arttırdığını ortaya koymuştur. Avantajlı insanların diğerlerine göre bu önerileri daha çabuk hayata geçirebildikleri görülmüştür.

Bebek ölümü gibi sağlık ölçütleriyle sosyo-ekonomik gelişmişlik arasında çok güçlü bir ilişki vardır. Genel olarak yoksulluk yüksek bebek ölümüyle birlikte görülmektedir. Bebek ölüm oranı her 1000 çocuktan kaç tanesinin 1 yaşına gelmeden öldüğünü gösteren bir ölçüttür. 1998 yılında sanayileşmiş ülkelerde bu oran ortalaması %0 6 iken, düşük gelirli ülkelerde % 8'dir. Ancak, zengin ülkelerden daha iyi değerlere sahip yoksul ülkelerin de olduğu görülmektedir. Bu örnekler salt ekonomik büyüme için çaba göstermenin sağlık açısından

yeterli olmadığını göstermektedir. 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. Bu araştırma dengeli ekonomik büyümeye, temel hizmetler ve eğitime özellikle kadınların eğitimine harcanan paraya ve kamu harcamalarında eşitlik gibi kavramlara vurgu yapmaktadır. 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 Lüksenburg, İsveç ve Finlandiya'dır. 1997 yılında çocuk ölüm oranı İngiltere'de %0 6 iken bu ülkelerde %0 4'tür. Bu ülkelerin ayırıcı özelliği, yoksulluğu ve sosyal eşitsizliği azaltmak için hükümetlerin müdahaleci politikalar uygulamasıdır. Finlandiya ve İsveç, daha yüksek ekonomik ve gelişme harcama miktarına karşın liberal/ serbest piyasa güdümlü sosyal politika hizmetini benimseyen Amerika'dan (%o 7) daha iyi bir performans göstermiştir.

Genel bir değerlendirme yapılacak olursa, özelde sağlık sorunları olmak üzere, toplumsal yaşamda bir sorun olarak ortaya çıkan her türlü gelişmenin arkasında sosyal adetsizlik vardır. Sosyal eşitsizlikleri tanımlama, tespit etme ve neden sonuç ilişkilerini kurmada bilim adamları arasında farklı görüşler olsa da bunlardan bağımsız olarak sosyal eşitsizlikleri gidermeye dönük olarak uygulanan her türlü siyasa, toplumsal yaşamda olumlu etkiler yaratmaktadır. Tüm bunlardan yola çıkarak sağlık sorunlarının nedeni olarak sosyal eşitsizlikleri görüp o çerçevede stratejiler geliştirmek bu sorunların çözümüne yönelik en doğru adım olacaktır.

## 2. SAĞLIK KAVRAMI ve HİZMETLERİNE İLİŞKİN TANIM, ÖLÇÜT ve UYGULAMALAR

### 2.1. Temel Hak Olarak Sağlık

Dünya Sağlık Örgütünün anayasasında yer alan ve evrensel kabul edilen sağlık tanımı şöyledir: "Yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir".

Sağlık konusu "bir hak" olarak ilk defa 15.yüzyılda Thomas More'un Ütopya adlı kitabında ele alınırken, insanların sağlıklı yaşama hakkının kabulü ilk defa 19.yüzyılda Almanya'da gerçekleşmiştir. Konunun evrensel bir konuma gelmesi ise bütün ülkelerin katıldığı Bileşmiş Milletler İnsan Hakları Bildirgesi'nde konuya yer verilmesi ile gerçekleşmiştir (Fişek,1990).

Daha ayrıntılı olarak bakıldığında temel bir hak olarak "sağlıklı olma hakkı" belli başlı belgelerde şu şekilde yer almaktadır:

- İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde;

"Herkes, kendisi ve ailesinin; yiyecek, giyim, konut ve sağlık bakımı ile gerekli sosyal hizmetler dahil, sağlık ve iyilik durumu için yeterli yaşam standardı hakkına ve işsizlik, hastalık, iş göremezlik, boşanma, yaşlanma ve çevresinde kendi denetimi dışında oluşacak geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir. Annelik ve çocukluk özel bakım ve yardımı hak eder. Evlilik sonucu ya da dışı, doğan tüm çocuklar, eşit sosyal korumadan yararlanırlar."

- Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Anayasası'nda;

"Irk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal durum farkı gözetilmeksizin herkesin ulaşılabilecek en yüksek sağlık düzeyine ulaşması temel haklarından biridir."

- WHO, Alma Ata Bildirgesi'nde[1];

"Sağlık durumunun düzelmesi toplumsal ve ekonomik yönden kalkınmaya bağlıdır. Hükümetler kırsal ve kentsel kalkınma programlarını dengeli bir biçimde düzenlemeli, temel sağlık hizmetlerini geliştirecek planları da kalkınma planları içine almalıdırlar."

"Kişilerin kendi sağlıklarını geliştirmek ve sürdürmek hakları olduğu gibi, bu alanda yapılan çalışmalara katılımları da hem görevleri, hem de toplumun gereksinimidir." denilmektedir.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde, WHO Anayasası'nda ve Alma Ata Bildirgesi'nde yukarıda belirtildiği şekilde güvence altına alınan sağlık ve sağlıklı yaşam hakkı kamunun en temel hizmet alanlarından biri olarak

[1] Bu bildirge 1978'de Alma Ata'da hemen hemen bütün dünya ülkelerince imzalanmış uluslar arası bir sağlık sözleşmesi niteliğindedir.

karşımıza çıkmaktadır.

## 2.2. Temel Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Uygulamaları

### 2.2.1. Tanımlar[2]

#### *2.2.1.1. Temel Sağlık Hizmetleri (TSH)*

134 ülke ve 67 uluslararası örgüt temsilcisinin imzaladığı Alma Ata Bildirgesi'nde Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) genel ilkeleri ile tanımlanmıştır. Ortak kabul gören tanım şöyledir:

"TSH. bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki sosyal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır, TSH, ulusal sağlık sisteminin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş, bireylerin, ailelerin ve toplumun ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur." Temel Sağlık Hizmeti üç aşamalı bir hizmet olarak açıklanır.

- Koruyucu Hekimlik Hizmetleri
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilitasyon Hizmetleri: ve

#### *2.2.1.2. Koruyucu Hekimlik Hizmetleri*

1. *Çevreye Yönelik:* Çevremizde sağlığı olumsuz etkileyen biyolojik, fizik ve kimyasal etkenleri yok ederek ya da kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirmektir.

2. *Kişiye yönelik* başlıca hizmet konuları aşağıdaki şekildedir:

- Bağışıklaşma
- Beslenmeyi düzenleme
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- Aşırı doğurganlığın denetimi
- İlaçla koruma
- Kişisel hijyen
- Sağlık eğitimi

[2] Bu bölüm http://www.tibbivelilercemiyeti.com sayfasından alınmıştır.

### 2.2.1.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetlerine ilişkin aşağıda verilen kademelenme ideal olarak tanımlanmaktadır:

- Kendi kendine bakım
- Birinci basamak tedavi hizmetleri(BBTH): Sağlık ocakları, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇSAP), Tüberküloz Dispanserleri gibi birimlerde sunulur.
- İkinci basamak tedavi hizmetleri: Hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği genel hastanelerde sunulur. 50-100 yataklı, üç-dört uzman hekimin çalıştığı hastaneler olabildiği gibi tam teşekküllü hastaneler de olabilmektedir.
- Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Özel dal hastanelerinde sunulan hizmetlerdir. Bu hastaneler, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezleridir. Kanser hastaneleri, sanatoryumlar, ruh sağlığı hastaneleri üçüncü basamak hastanelerine örnektir.

### 2.2.1.4. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon (iyileştirme) bedence ya da ruhça sakat kalmış olanların başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlamak için yapılan bütün çalışmaları kapsar. İki türlü rehabilitasyon vardır.

- Tıbbi rehabilitasyon: Bedensel sakatlıkların protez, işitme cihazları ve benzeri cihazlarla mümkün olduğu kadar düzeltilmesi amaçlanmaktadır.

- Sosyal rehabilitasyon: Sakatlıkları nedeniyle eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte çalışmayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe uyum sağlamalarına yönelik her türlü hizmeti kapsamaktadır.

### 2.2.1.5. Halk Sağlığı

Kişinin sağlığını korumak ve geliştirmek *bireysel düzeyde* ele alınıyorsa bu koruyucu hekimlik iken; kişinin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek bir *kamu hizmeti* olarak ele alınıyorsa bu "halk sağlığı" hizmetidir (Fişek, 1974).

Fişek (1974) halk sağlığını şu şekilde tanımlamaktadır:
"Halk Sağlığı, organize edilmiş sosyal çalışmalar sonunda çevre sağlık koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisini sağlayacak sağlık örgütleri kurarak, sosyal çalışmaları her bireyin sağlığını sürdürecek bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığıyla çalışma gücünün arttırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattır."

## 2.2.2. Temel Sağlık Hizmetlerinde Temel İlkeler ve Hizmetler, Hedeflenen İşleyiş ve Örgütlenme

Temel Sağlık Hizmetlerindeki (TSH) temel ilkeler ve hizmetler dört madde altında özetlenmektedir. Bu dört madde ile ekonomik, toplumsal ve uygulamaya dair alanlarda ideal bir örgütlenme modeline has temel ilkeler ve etkinlik alanları tanımlanmaktadır.

- Bir Görüş Olarak TSH
- Örgütlenme Anahtarı Olarak TSH
- Etkinlikler Olarak TSH
- Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Olarak TSH

### *2.2.2.1. Bir Görüş Olarak TSH*

a. Sosyal Eşitlik: Sağlık hizmetinden faydalanma, doğuştan kazanılmış bir haktır. Bu hizmetler, yalnızca onu satın alabilecek sosyal sınıflara ve kentlerde oturanlara değil, toplumdaki herkese ve en uzak yerleşim yerinde oturan kişilere de, sosyal adalet anlayışı içinde, eşit olarak götürülmelidir.

b. Öz Sorumluluk: Herkes kendi sağlığının değerini bilmeli ve kendinden sorumlu olmalıdır. Bunun için bireyler eğitilmeli ve bilinçlendirilmelidir. Kişiler toplumları oluşturduğundan, bu ilke aynı zamanda, toplumların kendi sağlıklarından sorumlu olduklarını da ifade eder. Bunun doğal sonucu olarak, toplumların sorumluluk duygusu içinde sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve halka sunuluşunda söz sahibi olması, diğer bir deyişle sağlık hizmetlerine katılımı gereği ortaya çıkar.

c. Sağlık Hizmetlerinin Boyutu: Sağlık, toplumsal bir olgudur. İnsan ve onun mutluluğu için olan her şey aynı zamanda onun sağlığı için demektir. Bu nedenle sağlık hizmetleri yalnızca "sağlık sektörü" tarafından yürütülmeyecek kadar geniş boyutludur ve birçok başka sektörü de ilgilendirir. Bu nedenle *sektörler arasında eşgüdüm* gerekli ve önemlidir.

d. Uluslararası Dayanışma: Sağlık düzeyi yönünden ülkeler arasındaki eşitsizlik politik, toplumsal ve ekonomik yönleri olan bir olgudur. Bu nedenle bütün ülkeleri ilgilendirmektedir. Gelişmiş ülkelerin, gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin kalkınmasını desteklemeleri bu ilkenin gereğidir.

### *2.2.2.2. Örgütlenme Anahtarı Olarak TSH*

Bir ülkede TSH kavramına uyulup uyulmadığını değerlendirebilmek için o ülkedeki sağlık örgütlenmesinde bazı ilkelere uyulup uyulmadığına bakmak gerekir. Bunlar aşağıda kısaca belirtilmiştir:

- Toplum, sağlık hizmetlerine katılmalıdır,
- Sağlık hizmetleri değişik meslek üyelerinden oluşan bir ekip tarafından

verilmelidir,

- Toplum içinde, halkın "ilk başvuruları" için hizmet birimleri kurulmalıdır,
- Sağlık örgütlenmesi içinde kademeli bir hasta sevk sistemi işletilmelidir,
- Korunma, tedavi- rehabilitasyon ve sağlığı geliştirici hizmetler birlikte, bir bütün olarak ele alınmalıdır,
- Hizmetler sürekli olmalıdır,
- Sağlık yönünden risk altındakileri belirlemek için evlere ve iş yerlerine kadar uzanan bir sistem oluşturulmalıdır,
- Hizmet modeli, kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olmalarını destekler biçimde olmalıdır,
- Hizmet modeli o ülkenin toplumuna ve koşullarına uygun olmalıdır.

### *2.2.2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Olarak TSH*

Temel sağlık hizmetlerini birinci basamakta verilmesi gereken hizmetler oluşturur. Bu tanım koruyucu hizmetlerle, evde ve ayaktan iyileştirici hizmetlerin bir arada sunulduğu hizmet basamağını anlatır. Bu, halkın "ilk başvuru" basamağıdır. Alma-Ata Bildirgesine göre, bu basamaktaki hizmetler, ülkenin durumuna göre, meslek sahibi olmayan kişiler tarafından da verilebilir.Birinci basamakta verilmesi gereken hizmetlerde:

- Hastaların büyük çoğunluğunun (%90) tanı ve tedavisi birinci basamakta yapılmalı, kronik hastalıklar izlenilmelidir.
- Birinci basamakta verilemeyen tedavi ve öneriler için hastalar ilgili dal uzmanına (İkinci basamağa) sevk edilmeli, ikinci basamaktan dönen hastanın bakım ve tedavisi yapılmalı ve takip edilmelidir.
- Kişilerin sağlığını geliştirici, özellikle kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri sunulmalıdır. Örneğin, aşılama, ve meme muayenesi, aile planlaması, kroner hastalıklardan korunma, menopozda hormon yerine koyma tedavisi, geriatrik taramalar ve sağlık eğitimi (seyahat önerileri, sağlıklı yaşam şartları konusunda öneriler; sigara, alkol, diyet ve egzersiz) hizmetleri.
- Kendilerinin hasta olduklarına inanan kişilere destek ve önerilerde bulunulmalıdır. Bu destek ve öneriler; hızlı, etkili ve mümkün olduğunca düşük maliyetli olmalı ve kişilerde rahatlama ve güven sağlamalıdır.
- Kişiye doktorunu seçme hakkını tanınmalıdır.
- Bu hizmetler sürekli olmalıdır. Diğer bir deyişle hastalar, gece ve gündüz yıl boyunca hizmetlere ulaşabilmelidirler.
- Çağdaş ve modern sağlık hizmetini sunabilmek için personel ve ekipman bulunmalıdır.
- Hizmetler bir ekip tarafından ve ekip anlayışı içinde sunulmalıdır.
- Sağlık bilimlerinde eğitim alan öğrencilerin (doktor, hemşire vb.) eğitimlerine katkıda bulunacak şekilde eğitici rolü olmalıdır.
- Hastalığın başlangıç dönemlerinde erken tanı ve tedavi yöntemleri,

endişeli hastalara en iyi güven verme yolları ve birinci basamakta görülen hastalıkların en iyi tedavi ve izlemesi konularında araştırma yapılmalıdır.

### *2.2.2.4. Etkinlikler Olarak TSH*

Alma-Ata Bildirgesinde "En Az Bakım" (minimal care) kavramından söz edilmektedir. Bu kavram çerçevesinde tanımlanan sekiz ana faaliyet alanı şöyledir:

- Halkın sağlık eğitimi,
- Beslenme durumunun geliştirilmesi,
- Temiz su sağlanması ve bu hizmetin sürekliliğinin korunması,
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması,
- Başlıca bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklaşma,
- Endemik hastalıkların denetimi,
- Sık görülen hastalıklar ve yaralanmaların uygun tedavisi,
- Temel ilaçların sağlanması.

### *2.2.2.5. Hedeflenen İşleyiş ve Örgütlenme*

Sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması gereksinimi. sağlık bakımının karmaşıklığı ve farklı düzeyleri içermesinden kaynaklanmaktadır. İdeal sağlık sistemi; kendi kendine bakım, Birinci Basamak (genel tıp yaklaşımı), İkinci Basamak (danışman uzman yaklaşımı) ve Üçüncü Basamak (ayrımlaşmış sistem ve organ uzmanlarının, yan dal uzmanlarının sunduğu bakım) bakımları kapsar. Sağlık hizmetlerinde basamaklandırma yaklaşımının iki önemli amacı vardır: Bireylerin sağlık sorunları için gereksinim duydukları sağlık bakımının, sunulan sorunlar için uygun eğitim almış kişiler tarafından karşılanmasını sağlamak ve oldukça özgül bir şekilde eğitilmiş kişilerin özel becerilerinin, eğitimi daha az özgül olan kişiler tarafından çok daha uygun bir şekilde verilebilecek bir hizmetin sunulmasında harcanmasını önlemek. Basamaklandırılmış sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin sunumu kendi kendine bakımdan üçüncü basamak uzman bakımına kadar bir bütünlük gösterir ve sağlığa ayrılan kaynakların akılcı kullanımı esastır (Başak, 2001).

Hastalıkların %90'ının I.Basamakta tedavi edilebilir hastalıklar olduğu kabul edilir. Bu noktadan yola çıkarak üstünde önemle durulması gereken kademe Koruyucu Hekimlik Hizmetleri kademesidir. Bu kademede yukarıda da değinildiği üzere çevreye yönelik ve kişiye yönelik olmak üzere hastalıkları önleyici temel hizmetler yer almaktadır. Bu alandaki çalışmalar ve yatırımlar ülke ekonomilerini ve özellikle dışa bağımlı ülke ekonomilerini oldukça rahatlatan uygulanmaktadır. Ülkemizin sağlık için yaptığı yurtdışı harcamasının yaklaşık 6,5 milyar dolar olduğu düşünüldüğünde, ileriki basamaklarda ihtiyaç duyulacak olan ilaç, teçhizat gibi ithal ürünlere olan talebin azımsanamayacak bir miktar olduğu ortaya çıkmaktadır.

Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin yeterli olmaması nedeniyle İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerine başvuran hastaların oranı tüm hastaların %10' u kadardır. Bu %10'luk kesim, tanı ve tedavisi ancak hastanede mümkün olan hastalıklara sahiptir. Bu kesimin bir kısmı ise daha uzmanlaşmış merkezlere yani üçüncü basamağa sevk edilmektedir.

Kişiye yönelmiş koruyucu hizmetlerle ilk basamak tedavi hizmetinin birlikte yürütülmesi hedeflenen bir durumdur. Bu, koruyucu hizmetlerin birinci basamak hekimlerince yürütülmesi ve ziyaretçi hemşirelerin evlerde hasta takip ve bakım hizmetlerini yürütmesi suretiyle olmaktadır. Tedavi edici ve koruyucu hekimlik hizmetini yürütmekte görevli sağlık merkezleri de bu modele örnek teşkil etmektedir. Ancak, sağlık merkezlerinin her iki hizmeti de (koruyucu hizmet ve evde hasta takibi) başarıyla yürütmesi için, kendi bölgesindeki evleri belirli bir program altında gezen ve orada yaşayanları daimi gözetim altında tutan, hasta bakımı ve koruyucu hekimlik hizmetini yürütmekle görevli hemşirelere ihtiyaç vardır (Fişek, 1974).

Kişiye yönelmiş koruyucu hizmetlerle ilk basamak hasta bakım hizmetlerinin bir arada yürütülmesi özellikle az gelişmiş ülkeler için önemli ve zorunludur. Ancak, bu ülkelerde örgütlenmede en önemli sorun, hekim, hemşire ve ebe eksikliğidir. Bu sorunu çözmek için en akılcı yol, bu ülkelerde hasta muayene ve tedavisinin salt hekimlere ve ebelik, hemşirelik hizmetlerinin salt ileri ülkeler standardında mesleki eğitim görmüş ebe ve hemşirelere bırakılmamasıdır. Hekim, hemşire ve ebelerin görevlerinin daha düşük düzeyde eğitim görmüş kişilere devredilmesi zorunluluğu vardır (Fişek, 1974). Bir diğer önemli konu ise tüm bu kademelenmeye paralel olarak yer alan uzman ve pratisyen hekimlerin tüm hekimler içindeki oranlarıdır. Sağlık hizmetlerinin görece iyi olduğunu kabul ettiğimiz başlıca Avrupa ülkelerinde pratisyen hekim/uzman hekim oranı 2/1 iken, örneğin Türkiye'de bu oran bire yakındır. Yine Avrupa ülkelerinde uzman hekimlerin tüm hekimlere oranı %10 civarında seyretmektedir. Ancak, bu oran ülkemizde %20'lere kadar yükselmektedir. Bu aynı zamanda bu ülkelerdeki BBSH'nin aksadığını gösterir bir orandır. Bu durumun başlıca sebebinin ise pratisyen hekimlerin ücretlerinin yetersizliği olduğu söylenebilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki hekimlerin ödemelerine ilişkin Avrupa'daki iki temel yaklaşım; hekimin hastaya yaptığı her muayene ve tedavi karşılığı ücret alması ya da ilgili kurum ve örgütlerin tespit ettiği maaşa tabi olmasıdır. Her iki yaklaşımda da muayene ve tedavi ücretlerinin söz konusu kuruluşlarca tespit edilip standart tarife uygulamalarının tercih edildiği söylenebilir. Fakat bu konuda her ülkede; o ülkede yer alan sendikaların ve hekimlerin politik gücüne göre farklılaşmalar kaçınılmazdır. Bunu yanı sıra bazı ülkelerde genel pratisyenliği teşvik için, genel pratisyen ve uzmanların muayene ve tedavi ücretlerini yıllık gelirleri eşit olacak şekilde düzenlemeye gidilmektedir.

## 2.3. Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Örgütlenme Modelleri

Azgelişmiş ülkelerde tedavi hizmetlerinde belirli bir örgütlenme olmadığından örgütlenme modellerinden söz ederken ağırlıklı olarak gelişmiş ülkelerdeki durum yansıtılacaktır. Ancak şunu işaret etmek gerekir ki, Avrupa ülkelerindeki örgütlenme modellerinin örnek alınmasının sebebi ideal olmaları değil fakat tarihsel bir gelişimin ve birikimin ürünü olmalarıdır.

### 2.3.1. İlk Basamak Hasta Bakım Hizmeti

İlk basamaktaki hekim, diğer bir deyişle hastanın ilk başvurduğu hekim, serbest hekimlik yapan (tek başına çalışan) ve bir genel pratisyen ya da uzman olabilir. Aile Hekimi/Genel Pratisyen de denilen hekimler en önemli uygulayıcılardandır. Bunun yanı sıra, bu basamakta çalışan hekim, grup halinde çalışan hekimlerin kurduğu poliklinikte, kamu sektörü kurumlarının yönettiği sağlık merkezi ve dispanserlerde ya da hastanelerin polikliniklerinde çalışan hekim de olabilir.

*Tek başına çalışan hekim* muayenehanesinde ya da hastaların evinde hastalarını muayene ve tedavi eden hekimdir. Bu tip hekimler batı ülkelerinde genellikle belirli kişilerin hekimidir. Bu şekilde hasta-hekim ilişkisinin nedeni, halkın geleneğidir. Kişiler kendisine bir aile hekimi ya da en azından bir hekim seçme ve hastalandığı zaman daima ona başvurma eğilimindedirler. Aile hekimliği, 1974 Leeuwenhorst Konferansı'nda şöyle tanımlanmaktadır: "Aile Hekimi, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve tanımlanmış bir topluluğa kişisel, birinci basamak ve sürekli sağlık bakımı sunan lisanslı tıp doktorudur."

Tanımlanmış bir topluluğa hizmet vermesi, hastalarıyla uzun süreli ilişki kurması, sunduğu bakımın sürekli ve kapsamlı oluşu, hastaları bütüncül bir aile ve toplum ortamında değerlendirmesi, biyo-psiko-sosyal yaklaşım göstermesi ve iyi iletişim, aile hekiminin çalışma ilkelerini tanımlayan özellikleridir (Başak, 2001).

Batı ülkelerinde sağlık sigortalarının gelişmesi ya da devletin sağlık hizmetinde sorumluluk alması, hasta hekim ilişkisinde büyük değişikliğe sebep olmamış, yalnız hekimin ücret alma sistemi değişmiştir. Hekim ücretleri, genelde hastalar tarafından değil, sigorta kurumları ya da devlet tarafından ödenmektedir. Bu durum hekimler için, yeni ilişkilerin, doğmasına sebep olmuştur. Hekim-sigorta ya da hekim-hükümet ilişkilerinde her ülkedeki sistem, aşağı yukarı birbirinden farklıdır.

*Grup pratiği*, hekimlerin bir araya gelerek mesleklerini uygulamaları modeline verilen addır. Grup pratiği iki şekilde yürütülmektedir. Birinci şekil, çeşitli uzmanlık dallarındaki hekimlerin bir araya gelerek bir ekip kurmaları ve beraberce sahip oldukları bir merkezde hastalarına bakmaları, gerekirse

birbirlerinden ve kurdukları laboratuarlardan yararlanmalarıdır.[3] İkinci şekil, genel pratisyenlerin ya da aynı daldaki uzmanların bir araya gelerek hasta muayene ve tedavisinde işbirliği yapmalarıdır. Gece hasta ziyaretlerinin, hafta sonu ve yıllık tatillerin ayarlanabilmesi bakımından bu uygulama genellikle hekimler tarafından istenen bir şekildir. Bu sistem, hekimlere mesleki konularda grup pratiği vesilesiyle gelişme olanağı da sağlamaktadır. Avrupa'da hükümetler ve sigorta idareleri de grup pratiğini teşvik etmektedir. Batı Avrupa ülkelerinde grup pratiği hekimler arasında hızla yayılmaktadır. Danimarka'da ilk basamak hasta bakım hizmetinde çalışan hekimlerin yüzde 40'ı grup pratiğindedir. Buna karşılık, geleneksel "tek başına çalışan hekim" modelini koruyan ülkeler de vardır.

Grup pratiğinde hekim ve sigorta idareleri arasında ilişki tek başına çalışan hekimlerde olduğu gibidir. Hasta ve hekim ilişkisi de aynıdır. Ancak hasta hekimi seçerken, o hekimin bulunmadığı zaman hastalanırsa o gruptaki bir diğer hekim tarafından muayene ve tedavi edileceğini önceden bilir ve kabul eder.

*Sağlık merkezleri ve hastane poliklinikleri*, Batı Avrupa ülkelerinin bir kısmında (İsveç, Finlandiya ve Avusturya), Doğu Avrupa'da Sosyalist blok ülkelerinde ilk basamak hasta bakım hizmetinde ağırlık sağlık merkezlerinde ve hastane polikliniklerindedir. Buralarda hekimler sabit maaşla çalıştırılır. Sağlık merkezine ya da hastane polikliniğine gelen hastaların, genellikle hekim seçme hakkı yoktur. Muayene ve tedavileri o gün görevli olan hekim tarafından yapılır. Buna karşılık Batı Avrupa ülkelerinin çoğunda ilk basamak hasta muayene ve tedavisi, hastane polikliniklerinde yapılmaz. Hastanelerde ancak, ilk basamak hekimlerinin yolladığı hastalara bakılır. Sağlık merkezleri ise; hükümet ya da sigorta idarelerinin kurduğu ve hekimlerin ücretle istihdam edildiği tedavi kurumları olmaları açısından yukarıda belirtilen üç ülke dışında Batı Avrupa'da yaygın değildir.

### 2.3.2. İkinci Basamak Hasta Bakımı

İkinci basamak hasta bakım kurumları hastanelerdir. Avrupa'da hastanelerin sahibi genellikle kamu sektörü ya da kâr amacı gütmeyen kurumlardır. Batı Avrupa ülkelerinin çoğunda hastane hizmetlerinde örnek alınması gereken nokta, kamu sektörü hastanelerinde bile, her hastanenin belirli standartlara uymak şartıyla bağımsız olarak yönetilen kuruluşlar olmasıdır.

Batı Avrupa'da hastane hizmetlerini örgütlemede görülen yeni gelişmeler ulaşım kolaylığı elverdiği oranda küçük hastaneleri kapamak ve 200–400 yataklı genel hastaneler kurmaktır. Eskiden önemli olan özel dal hastaneleri gittikçe azalmakta, ruh hastalıkları servisleri bile genel hastanelerin içine

[3] Ülkemizdeki özel poliklinikler de aynı niteliktedir. Ancak Batı Avrupa'da, Türkiye'deki gibi hekimin poliklinik sahibi tarafından istihdam şekli yoktur ya da ihmal edilecek kadar azdır.

alınmaktadır. Avrupa ülkelerinde hastanelere acil vakalar dışında genellikle ilk basamak hekimleri tarafından gönderilen hastalar yatırılmaktadır. Bazı ülkelerde hastane, ilk basamak hekiminin hastaneye yatırılmak üzere yolladığı hastayı yatırmak zorundadır. Hastanede boş yatak yoksa, hastane hastaya çevre hastanelerde yer bulmaktadır (Fişek, 1976).

Hastanelerin finansmanı ya doğrudan hükümet bütçesinden sağlanmaktadır (örn: İngiltere) ya da sigorta idareleri varılan anlaşmaya göre, her hasta için ödeme yapmaktadır. Avrupa'da sigorta idareleri Amerika Birleşik Devletleri'nden farklı olarak, hastanelere hastaya yapılan her hizmet için ayrı ücret ödememektedir. Her hastanın yattığı gün için, ortalama bir ücret ödenmektedir. Bunun dışında çok pahalı araç ve müdahaleler için ek ödeme yapılmaktadır. Ödenecek ücretler, hastaneler ve sigorta idareleri tarafından saptanmaktadır. Avrupa'da hastane harcamalarının Amerika Birleşik Devletleri'ne kıyasla çok düşük olmasının önemli nedenlerinden biri budur.

Batı Avrupa ülkelerinde, kâr amacı güden özel hastaneler de vardır. Bunlar, Hastane ücretini kendi ödeme gücü olanlara hizmet eden ve ülkelerin toplam hastane hizmetleri yanında ihmal edilecek kadar küçük bir yer tutan kurumlardır.

Avrupa'da hastane hekimleri genellikle uzman hekimlerdir. Küçük hastaneler arasında genel pratisyenlerin hekimlik yaptığı hastaneler de vardır. Hastanelerde hasta bakımı genellikle salt o hastane hekiminin görevidir. Bazı yerlerde hastane hekimi olmayan hekimler de, hastanelerde hastalarını kabul edebilirler. Ancak, bu fazla yaygın bir sistem değildir. Hastane hekimleri hastanelerde tüm süre ya da yarı süre çalışırlar. Bunlara ücret ödeme sistemi, ilk basamak hekimlerinden farklıdır. Hastane hekimleri belirli bir aylık ve ek çalışma ücreti alırlar. Genellikle hastane hekimleriyle ilk basamak hekimleri arasında büyük gelir farkı yoktur. Batı Almanya'da genel pratisyenlerin gelirleri, hastanedeki uzman hekimlerden fazladır.

## 2.4. Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinde Müdahale Çeşitleri

### 2.4.1. Devlet Müdahalelerine İlişkin Kuramlar

Devlet ve Sağlık Hizmetleri arasındaki ilişkinin ele alınış şekline göre sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi hakkındaki öneriler de farklılaşmaktadır. Bu bölümde 3 ana politik kuramın bu ilişkiyi nasıl tanımladığına değinilecektir. Ancak, burada hangi kuramın en iyi verim sağladığı sorusuna cevap verilmeyecektir. Kuramların geçerliliklerinin basit bir şekilde ölçülememesi temel ve değişmeyen tarihi gerçeklerden ileri gelmektedir. Aşağıda ele alınan her bir kuram görgül kanıtlara dikkat edilmesi gereksinimine ve kuramcıların dünya gelişmelerine paralel olarak kuramlarını geliştirmeleri, incelemeleri, hatta vazgeçmeleri gerekliliğine işaret etmektedir.

### *2.4.1.1. Marksist Kuram*

Diğer kuramlardan daha eski ve bütünsel olarak, Marksist kuramın devlet ve toplum sağlığı arasındaki genel ilişki hakkında çıkarım bildirimleri yapmak konusunda daha başarılı olduğu söylenebilir. Marksistlerin sağlık hizmetlerine yaklaşımı sosyalizasyon sürecini de içermektedir. Bir başka deyişle, sağlık hizmetleri sunumu bugünkü sosyal ve ekonomik organizasyon türünün meşruiyetini de içermektedir. Böylece kapitalist sistemin genel anlamda toplumun organize olabileceği tek doğru ve olası yol olarak görünmesi sağlanmaktadır. Tekelci kapitalizm kapsamında bu meşruiyet kurumlarının en önemlisi refah devletidir ve bu kavram devletleştirilen tıbbi hizmetleri de kapsamaktadır.

Modern tıbbın gelişmesindeki en büyük etken, devletin birçok kapitalist ülkede sağlık hizmetini organize etmesindeki rolünün genişlemesidir. İngiltere'de bu müdahale süreci, 1948'de çalışmaya başlayan Ulusal Sağlık Hizmetinin (NHS) kurulmasıyla sonuçlanmıştır. "Devletleştirilen tıbbi hizmetlerin" hayata geçişi Marksist yaklaşım tarafından genellikle "çalışan sınıf mücadelesi" yoluyla başarılmış bir kazanım olarak tanımlanmaktadır. Ancak, sağlık ve hastalığın kapitalist sistemde daha geniş anlamlarının da olduğunun farkında olunmalıdır. Bu nedenle kapitalist üretimin ana girdisini oluşturan işçi gücü ve bu işçi gücünün fiziksel sağlığı sermaye için bütünüyle endişe konusu haline gelmektedir. Bunun bir sonucu olarak sağlık hizmetinin daha iyi standartlarından faydalananlar yaşlılar veya kronik hastalar değil, mevcut ve potansiyel işçilerdir. Ancak, fiziksel etkinlik seviyesinin sağlanması önemli olduğu gibi, bugünkü işçi sınıfının sonraki kuşak işçileri sağlayarak kendini yeniden üretmesi de önemlidir. Bu nedenle bugün tıp etkin yeniden üretim teknolojileri geliştirmiştir ve emeğin yeniden üretiminde önemi giderek artan bir kurum haline gelmiştir. Sonuç olarak belki de en önemlisi, emek gücünün sadece fiziksel sağlık ve yeterli seviyede yeniden üretilmesi değil ideolojik olarak da yeniden üretilmesinin kapitalizm için çok önemli olmasıdır; çünkü bu sosyal kontrolü sağlayacaktır. Marksistler kapitalist topluma bakışlarındaki çelişkilerin yanı sıra, sağlık hizmetine bir iş olarak da bakmamaktadırlar. Bu nedenle de sağlık konusunun "insancıl" yani "bakım" ile ilgili yönünden uzaklaşma eğilimindedirler.

### *2.4.1.2. Liberal-Demokratik Kuram*

Liberal demokratların çıkış noktası "bireylerin rekabetçi bir şekilde kendi ilgilerini izlemeleri" olup, bu görüş oy verme hakkı, serbest konuşma, serbest kurumsal ilişki kurma özellikleriyle desteklenmektedir. Liberal kuramda devlet, sivil topluma yaklaşımında tarafsız olarak kavramsallaştırılmaktadır. Devlet, sivil topluma sadece politik temsil kanalları yoluyla, bireylerin yeterli ağırlığı olduğunda bazı aktivitelerin düzenlenmesi veya bazı hizmetlerin sağlanması için isteklerini bildirmek şeklinde müdahale eder. Bunun gibi devlet müdahaleleri genellikle bir zararın ortadan kaldırılması durumunda, kişilerin gönüllü, özel çabalarıyla yapılmıyorsa söz konusu olur. Belediye

tarafından hastalık olasılığını da azaltacak, genel su ve çöp sistemini iyileştirmek için yapılan müdahale buna örnek olabilir. Diğer sağlık hizmetleri devlet müdahalesi gerektirmemektedir. Bireyler özel sağlık sigortasından yararlanabilirler ve diğer kişiler ise özel kişilere tedavi ve bakım sağlamak için, özel doktor ve hemşireler olarak çalışabilirler.

"Yeni sağ" ideolojisi liberal demokrasinin günümüzdeki yorumudur. En yoksula ulaşmanın yolunun, standartları çoğaltmak olduğunu kabul etmektedirler. Öncelikli ele alınması gereken konular, gelirlerdeki eşitsizlikler, yoksulluk ve ödeme imkânının olmamasıdır. İngiltere'de ve Amerika'da bugün uygulanmakta olan programlar bu amaçlara ulaşmada engel oluşturmaktadır. Sağlık hizmetine adaletsiz erişimin ikinci sebebi daha iyi sağlık hizmetini ödeme imkânına sahip olmaktır. İngiltere'de NHS olmasaydı birçok kişi daha fazla ödeyebilirdi. Daha fazla insanın devletin sağladığından daha fazlasını ödemesi İngiltere sağlık sisteminin gelecek için en büyük bir umududur. Bu limiti aşan ödemeler tıbbın ek fonlarının kaynağı olacaktır. NHS'nin bu amaca ulaşmada yöntemi ise vergilendirmedir.
Liberal demokratik teoriye göre sağlık hizmetlerinde devlet müdahaleleri aşağıdaki özelliklere sahiptir.

- Müdahaleler toplumun ilgi ve istekleri doğrultusunda şekillenmektedir. Seçim sandığı ve toplum müzakereleri yoluyla bunlar belirtilmektedir.
- Özel girişimlerin yerine geçmeyecek, özel girişimleri tamamlayıcı rol oynayacaklardır.
- Devlet müdahalesi esas olarak bireylerin kendi çabalarıyla isteklerini gidermekte teknik zorluklarla karşılaştıkları durumlarda ve ya devletin görünür otoritesi ve toplum uygulamalarını gerektiren açık zarar durumlarında gerçekleşecektir. Liberal demokratların devlet müdahalesi bu nedenlerle sosyal kontrolün sağlanmasına değil kişilerin iyi sağlık koşullarını karşılamada eksikliklerine ve ihtiyaçlarına hizmet edecektir.

### *2.4.1.3. Çoğulcu Kuram*

Toplum ve devlet ilişkisini çoğulcu analizleri tipik olarak kişilerin bireysel olarak hareket etmesine daha az vurgu yapmaktadır. Çoğulcular daha çok birçok bireyin çabalarını gruplara veya kurumlara bağlamalarından ortaya çıkan süreçler üzerinde durmaktadırlar. Bu gruplar ve kurumlar güç için rekabet ederler. Devletin otoritesi ve araçları bu rekabette kullanışsızlardır. Kurumlar- hem baskı grupları, hem de devlet kurumları olarak dürüst ve başarılı hizmet için kendi ödüllerini ve uygun hareket etmeyen üyeleri için kendi yaptırımlarını geliştirir. Kendilerine ait bir hayata sahip olup orijinal misyonlarıyla beraber toplumla iletişimi kaybedebilirler.

Kurumsal politikalar bu nedenle üyelerinin istekleri doğrultusunda şekillenecektir. Hem devlette hem de özel sektör içerisinde bürokratik elitlerin ve bürokratik yapının tehlikeleri bulunmaktadır. Bu nedenle modern çoğulcular

devlet çalışanlarının hareketlerini tarafsız olmasını ve hatta bazı halk temsilcilerine sorumlu olmalarını beklemezler. Bir konuya farklı grupların ve kurumların nasıl karıştığı ve ortaya çıkarabileceği güç kaynaklarını yani kimin neyi, nasıl ne zaman aldığını analiz etmek isterler. Marksistlerin sıkça yaptığı gibi sosyal sınıfın çoğu konunun altında yatan ayırıcı çizgi olduğunu savunmazlar. Sınıfın önemini kabul ederken, çoğulcular statü ve güç gibi diğer unsurların üzerinde dururlar. Bu nedenle Marksistler tıbbi uzmanlığın açık gücünü ve doktorların karar sınıfı üyeleri veya bunlarla yakından ilişkili olmaları arasında bağlantı kurma girişimindedirler. Çoğulcular ise herhangi bir sınıf pozisyonuyla ilişkilendirmenin çok gerekli olmadığını savunurken, uzmanlığın yeni bir tür güç ilişkisi olarak ele alma eğilimindedirler. Çoğulcular sağlık hizmetini *meslek* olarak görmenin yanı sıra *iş ve sosyal kontrolün* bir aracı olması işlevlerinin de üzerinde dururlar.

Çoğulculuğun sağlık hizmetlerinde devlet müdahalesi konusundaki beklentilerinin ne olduğu Marksist bakış açısının beklentilerinden daha az açıktır. Çoğulculuktaki devlet müdahalesi güçlerin dengesine dayanmaktadır denebilir. Ancak, bu da çok genel bir seviyede kalacaktır. Çağdaş çoğulcuların ise devlet müdahalesinden ne beklemedikleri daha açıktır ve bu görüşleri aşağıdaki biçimde özetlenebilir:

- Politikaların bireysel isteklere göre belirlenmesini istememektedirler. En iyi şekilde düzenlenmiş, kaynakların en iyi şekilde aktarıldığı grupların devlet aktörlerine ulaşmada ve etkilemede en başarılı olmalarını beklemektedirler.
- Pasif ve ya tarafsız bir devlet beklememektedirler. Modern devletler hizmetlerin düzeni ve dağılımıyla ilgilenen büyük düzenlemeler geliştirirken, çoğulcular bu bürokrasilerin ilgi ve hız kazanacağını ummaktadırlar.
- Devletler arasında sağlık hizmetlerini geliştirme konusunda bir rekabet söz konusudur. Her devlet kendi girişimlerinin daha iyi olduğunu ve ya hiç değilse komşu devletlerden daha kötü olmadığını gösterme çabasındadır.
- Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında ve düzenlenmesinde devlet iş ortaklıklarının büyümesini ve kar elde etmesini engellemek zorunda değildir. Örneğin, vergilerin özel sermaye birikimini tehdit edecek büyüklükte olması gerekli değildir.

### *2.4.1.4. Neo-Liberal Kuram*

Yaklaşık son 25 yılda geniş kitleler tarafından benimsenmiş bir takım ekonomik politikaların bütününe "neo-liberalizm" adı verilmektedir. Neo liberalizmin temel görüşleri ve bu görüşlerin ortaya çıkardığı ana uygulamalar şu şekilde verilebilir:

**1) Pazar Kuralı:** Ne kadar sosyal zarara neden olursa olsun devlet tarafından gerçekleştirilmekte olan hizmetlerin serbest ve özel girişime devredilmesi.

**2) Sosyal Hizmetleri için olan Kamu Harcamalarının Kısılması::** Vatandaşlar ve özellikle de yoksullar için sağlanan sosyal güvenlik ağının azaltılması yoluyla devlet rolünün en aza indirilmesi. Devletin doğrudan hizmet sunumu rolünden giderek çekilmesinin savunulduğu bu görüşün uygulamadaki yansımaları devletçe sağlanan sağlık ve eğitim hizmetlerinin kapsamının daraltılması ve bu alanlarda da özelleştirmelerin teşvik edilmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Ancak, üretici ve hizmet sağlayıcı konumunun zayıflatılması görüşüne rağmen neo-liberal politikalar özel yatırımlar konusunda devlet sübvansiyonlarına ve vergi kolaylıklarına karşı çıkmamaktadırlar.

**3) Fiyat kontrolünün kaldırılması (deregulation):** Pazar kurallarının geçerliliğinin savunulduğu görüşle paralel olan bu görüşe göre devlet, karları azaltabilecek her uygulama ve düzenlemeden kaçınmalıdır.

**4) Özelleştirme:** Basitçe, devletin sahip olduğu girişimlerin, malların ve hizmetlerin özel girişimcilere satılması olarak tanımlamak mümkündür. Özelleştirmenin kapsamı genellikle oldukça geniş olup bankaları, anahtar endüstrileri, tren yollarını, oto yolları, elektrik kurumlarının, okulları, hastaneler ve temiz su sistemini içerebilmektedir. Özelleştirme uygulamaları genellikle ilgili etkinliğin ve hizmet sunumunun verimliliğinin arttırılması amacıyla yapılmasına rağmen özelleştirme, zenginliğin daha az sayıda elde toplanması ve ihtiyaç sahiplerinin daha fazla kamu ödemesi yapması gibi sonuçlara hizmet etmektedir.

**5) "Kamu yararı" veya "toplum" kavramlarının ortadan kalkması ve yerini "bireysel sorumluluk"'un alması:** Bu anlayışın en önemli sonucu toplumdaki yoksul kesimlerin sağlık hizmetleri, eğitim ve sosyal güvenlik alanlarında aldıkları eksik hizmetler konusunda kendi kendilerine çözümler bulmaları noktasına itilmeleridir; çünkü mevcut durumdaki yoksunlukları bireysel başarısızlık ve hatta tembelliklerinin bir sonucu olarak algılanmaktadır.

### 2.4.2. Sosyal Güvenlik Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Devlet politikalarının sağlık alanına müdahalesi "sosyal güvenlik" sistemlerinin kurulması ile başlamıştır. Sosyal güvenlik; bir dizi kamu önlemi ile hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıklara karşı, toplumun kendini korumasıdır.Sosyal güvenlik politikalarının temelini ekonomik, sosyal ve fizyolojik risklerin bireyler üzerindeki etkilerini giderme çabaları oluşturmaktadır. Çağdaş sosyal güvenlik kavramının hedeflediği risklerin çoğu sağlıkla ilgilidir.

Günümüzde evrensel bir ilkeye dönüşen ve çağdaş uygarlığın simgesi olan sosyal güvenlik kavramı, temelde, bireyin karşılaşacağı ve yaşamı için tehlike oluşturan olaylara karşı bir güvence arayışının ürünüdür. Tarihin her

döneminde insanlar, farklı biçimlerdeki sosyal güvenlik önlemleri bulmuş ve kabul etmişlerdir. Önceleri kişisel, sonra karşılıklı yardım temeline dayanan bu sosyal güvenlik kurumlarının, çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinin çekirdeğini oluşturdukları kabul edilmektedir.

Sosyal güvenlik sistemlerinin tarihsel gelişimleri incelendiğinde Sanayi Devrimi'nin bu süreçte bir yol ayrımı oluşturduğu ve modern anlamda sosyal güvenlik sistemlerinin bu olaydan sonra ortaya çıktığını görülür. Bunda, sosyal güvenlik sistemlerinin varoluş nedeni olan; risklerin büyük bölümünün, sanayileşmenin doğurduğu riskler olmasının büyük payı olduğu düşünülebilir.

Sanayileşmeden önce sosyal güvenlik sistemi ilkel, bir tür "doğal sosyal güvenlik" anlayışında, kurumsallaşmamış, kamusal girişimden yoksun, dinsel boyutları ağır basan, oldukça dağınık, dar kapsamlı ve sınırlı, güçsüz, bu nedenlerle de etkisizdir Endüstri öncesi toplumlarda aile, karşılıklı yardım sandıkları ve dinsel nitelikli hayır kurumları yoksul ve hasta insanlara destek olma işlevini üstlenmişlerdir.

Sanayi Devrimi ile köklü dönüşümlere uğrayan sosyal hayat, en önemli değişimlerden birini de sosyal güvenlik alanında yaşamıştır. Üretim ilişkilerinin değişimine bağlı olarak sosyal yapı ve iş bölümü de değişmiştir. Toplum kısa sürede iki sınıfa bölünmüştür. Bu iki sınıf; çok zenginleşen kapitalistler ile tek geliri emek gücü olan yoksul işçiler olmuştur. İşçilerin içinde bulundukları kötü koşullar, uzun çalışma süreleri, çok sayıda iş kazası, yetersiz ücret, yoksulluk, hastalıklar, iş ve gelecek güvencesi bulunmamasının verdiği huzursuzluklar onları sık sık başkaldırıya yöneltmiştir. Gerçekten de ekonomik ve sosyal koşullar, modern anlamdaki sosyal güvenlik sistemlerinin hazırlayıcı ve yönlendirici etmenleri olmuştur. Sosyal güvenlik sistemleri devletin müdahale şekline göre 3 dönemde incelenebilir:

- Klasik dönem olarak adlandırılan ve Almanya'da sosyal sigortaların ilk kez kabul edilmesiyle başlayan dönem.
- Keynezci Refah Devleti Dönemi
- Neo-liberal dönem

### *2.4.2.1 Klasik Dönem: İlk Modern Sigorta Modeli*

19. yüzyılın sonunda iş kazaları ve meslek hastalıkları üzerinde yoğunlaşan ve sanayi kesiminde çalışan işçilerin korunmasına dayanan ilk sosyal güvenlik sistemleri, sosyal güvenlik tarihinin "klasik dönemi" olarak kabul edilmektedir. Almanya'da Bismarck, önemli bir sosyal politika aracı olarak sosyal güvenlik kavramına başvurmuştur. Bir yandan emek gücünün yeniden üretimine olanak tanıyan, öte yandan da işçileri sistem ile bütünleştirmeyi kolaylaştıran bu sosyal sigorta modeli modern sosyal güvenlik sisteminin ilk adımını oluşturmaktadır (Topak, 2000).

Almanya'da yöneticiler ve hekimler, halktan gelen baskı altında dokuz yıl kadar süren bir çalışma sonunda, mevcut düzeni bozmadan halkın isteğini karşılayacak bir çözüm yolu bulmuşlardır. Bu çözüm, zenginler hariç herkesin katılma zorunda olduğu ve kâr amacı gütmeyen "hastalık sandıkları" kurulmasıdır. Çalışan herkes geliri ile orantılı olarak her ay hastalık sandıklarına belli bir prim ödeyecek, kişi hasta olduğu zaman hekim, ilaç ve hastane masraflarını bu sandıklar hekime, eczaneye ya da hastaneye ödeyecektir. Bir başka deyimle sigorta bir finansman kurumu olacak, hizmet serbest hekim ve hastaneler tarafından halka sunulacaktır (Fişek, 1794). Uygulanan sistemde başlangıçta ücreti belli bir düzeyin altında olan sanayi işçileri kapsanırken, süreç içerisinde diğer ücretliler de kapsama alınmış, hastalık, iş kazası, sakatlık ve yaşlılık riskleri yönünden korunmuşlardır. Finansman kaynağı ilk başta sigorta kapsamındaki işçi iken: daha sonra iş veren primleri de dahil edilmiş ve zamanla devlet de finansmana katılmıştır. Almanya'da başlatılan bu sistem, diğer batı ülkelerinde de benimsenmiş ve aynı ilkelere dayanan sağlık sigortası sistemi kısa bir süre içinde batıda yayılmıştır.

### *2.4.2.2 Keynezci Refah Devleti Dönemi: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi*

1930 ekonomik bunalımı ile toplumun yaşam olanakları kötüleşip, büyük bir işsizlik sorunu ortaya çıkmıştır. Bu dönemde Keynezci tam istihdam görüşü gündeme gelmiş ve devletin bütün vatandaşlarına asgari bir yaşam standardı sağlayacak sosyal politikaları geliştirme zorunluluğunun olduğunu göstermiştir. Bunalımı izleyen yıllarda ekonomik liberalizm ve koruyucu devlet kavramı yerini "refah devleti" kavramına bırakmış, devletin ekonomik ve sosyal yaşama müdahalesi egemen kılınmıştır. Bu dönemde devlet sosyal güvenlik sistemine yönelik harcamalar yapmak için artı değerin bir kısmına vergi olarak el koymaktaydı.

İkinci Dünya savaşını izleyen dönemde dünya kapitalizmi bir genişleme dönemine girmiş ve bu sayede gelişen ve sosyal devlet döneminde sağlık hizmetleri devlet ya da kamu fonları aracılığı ile **sosyalleştirilmiştir.** Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin anlamı "kamunun sağlık hizmetleri üretimini üstlenmesi ve finansmanının sosyal sınıfların katkıları ile oluşan kamu fonları aracılığı ile sağlanmasıdır. Bu dönemde özel sektör ise ilaç ve tıbbi teknoloji üretiminde yer almıştır (Belek, 2001).

### *2.4.2.3 Neo-Liberal Dönem: Sosyal Güvenlik Harcamalarının Terk edilmesi*

Devletin artı değerin bir kısmına vergi olarak el koyması ve bunun yanı sıra ücret düzeylerinin yüksek tutulması sermayeye kalan artı değeri düşürmekteydi. Özellikle 1970 deki ekonomik kriz ile birlikte Keynezyen politikalar terk edilemeye başlanılmış ve 1980'lerde neo-liberal söylemler yükselmiştir. Parasız sağlık hizmeti, kamusal hizmet gibi kavramlar reddedilmiştir.

Dünya Bankası'na göre gerek gelişmiş ülkelerde gerekse az gelişmiş ülkelerde ekonomik büyümenin yavaşlamasının nedenlerinden biri Keynezyen refah devleti ve yaptığı üretken olmayan sosyal harcamalardır.

Neo- liberallere göre, ekonomi ancak kendi içsel dinamikleri ile diğer bir deyişle dışarıdan hiçbir müdahale olmaksızın daha rasyonel ve etkin sonuçlar doğurabilir. Bu hem gelişmiş kapitalist ülkeler hem de azgelişmiş ülkeler için geçerli olan genel bir ilkedir. Büyüme için devletin küçültülmesinin yanı sıra sosyal güvenlik harcamamalarının kesilmesi gerektiği savunulmaktadır. Bu dönem aynı zamanda üretimde post-fordist üretim tarzına geçildiği dönemdir. Bu bağlamda, esnek ve parçalanmış işgücü piyasalarına ihtiyaç duyulduğu için de sosyal güvenliğin ve yüksek iş gücü maliyetinin azaltılması anlamlıdır.

Neo-liberal politikalar başta ABD ve İngiltere'de etkinlik bulmuştur. İngiltere'de sosyal harcamalar, düşük gelir gruplarına yönelik programlar hem yerel hem de merkezi yönetim düzeyinde tasfiye edilmiştir. ABD'de ise genel olarak refah devleti harcamalarının bittiği ilan edilmiştir.

Dünyada neo-liberalizm Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası, Amerikan Gelişme Bankası gibi güçlü finansman kurumları tarafından dayatılmaktadır. Bu politikalar sağlık sektöründe de yansımasını bulmuştur. Bu çerçeve de Dünya Bankası, Dünya Sağlık Örgütü, OECD gibi uluslararası örgütlenmelerin de yol göstermesi ile gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde sağlık alanında son 20–25 yıldır bu yönde reformlar yürütülmektedir.

### 2.4.3. Sağlık Reformları

Sağlık reformları sağlık hizmetinin üretim ve finansman düzenlemelerini, değiştirmek amacı ile gerçekleştirilmektedir. Yukarıda değinilen İkinci Dünya Savaşı'nı izleyen dönemde sağlık harcamaları tüm merkez kapitalist ülkelerde önlenemez biçimde artmıştır. 1980'lerin sonunda sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki paylarının savunma ve eğitimi bile aştığı olmuştur. Bu harcamalar çoğu kez ulusal gelirin yıllık artış oranının üzerinde seyretmiştir. Kısaca, sağlık sektörü kaynak tüketir bir duruma gelmiştir. 1980'lerin sonlarına gelindiğinde sağlık harcamaları ekonominin içinde sürdürülemez bir yük olarak algılanmaya başlanmış ve harcamalardaki artışı ve kamunun payını sınırlayacak bir dizi stratejiyi uygulamaya yönelmişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki reform süreci sağlık sistemlerinin bütün bileşenlerini değiştirmeyi hedeflemektedir (Belek, 2001).

Sağlık reformlarının geliştirilmesi ve uygulanması sürecinde Dünya Sağlık Örgütünün *eşitlik, dayanışma ve verimlilik* olmak üzere üç temel değeri bulunmaktadır. Sağlık reformlarının temel amacı ise toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Bu bağlamda şunlar amaçlanmaktadır (Belek, 2001):

- Sağlık düzeyini, sağlık hizmetini kullananların memnuniyetini geliştirmek ve hizmetlerin kalitesini artırmak
- Dezavantajlı grupları gözeterek sağlıkta eşitliği sağlamak

- Kaynakları öncelikli alanlara kaydırmak (allocative efficiency)
- Tahsis edilen kaynakları daha iyi kullanarak teknik verimliliği arttırmak (technical efficiency)
- Sağlık harcamalarını daha maliyet etkin (cost-effective ) biçimde gerçekleştirmek.

Yukarıda verilen üç kavramla temellendirilen sağlık reformları asıl olarak sağlık hizmetlerinin finansmanına odaklanarak kamu sağlık harcamalarının azaltılması ve sınırlandırılmasını, kamu dışında kaynakların yaratılmasını öncelikli hale getirmiştir. Bu hedefler hükümetleri hükümet dışı kaynak bulmaya itmektedir ve sağlık reformları tartışmalarında merkezde yer alan temel kavram özelleştirme olmaktadır. Özelleştirme, kamusal sahiplikteki yapıların özel sektöre devri ya da satışı olarak tanımlanabilmekle beraber geniş anlamda kamu mülkiyetinde bulunan tekel gücündeki kuruluşların bu yapılarının değiştirilmesi ya da devre dışı bırakılması, kamuya yönelik hizmetlerin sunumunda ve bunun için gerekli altyapının hazırlanmasında özel sektörün teşvik edilmesi, desteklenmesi ve hizmet sunumunda kamu-özel sektör işbirliğinden yararlanılması olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda sağlık reformları çoğu ülkede karma sigorta programlarının uygulamaya geçişi ile karakterize edilebilir (Yavuz, 2004).

## 2.5. Yoksulluk, Eşitsizlik ve Sağlık

Toplumsal eşitsizlikler, toplumun farklı kesimlerinin sunulan sağlık hizmetlerine ulaşabilmesinde ve bu bağlamda değerlendirilebilecek sosyal güvenlik gibi bazı haklardan yararlanabilmesinde de yansımasını bulmaktadır. Özellikle, sosyal devlet anlayışının terk edildiği ve sağlık ve eğitim gibi toplumsal gelişme açısından çok önemli ve belirleyici rol oynayan kimi unsurların bile piyasanın görünmez eline terk edildiği bir dönemde yoksulluk başta olmak üzere toplum içindeki ekonomik ve sosyal eşitsizlikler giderek daha fazla kendini hissettirir olmuş, sağlık alanında da eşitsizlikler ve bu eşitsizlikleri dengelemeye yönelik çözüm yolları daha fazla tartışılır hale gelmiştir.

Ne var ki, sağlık hizmeti en temel haklardan biridir ve hiçbir ayrım gözetilmeksizin herkese eşit biçimde sunulmalıdır. Burada sağlıkta eşitlik kavramını nasıl tanımlandığı önemlidir. Whiteland (1994) eşitlik tanımını "İdeal olarak herkese tam sağlık potansiyeline ulaşma fırsatı verilmesi, başka bir deyişle kaçınılabilir bir nedenle hiç kimsenin bu potansiyele ulaşmada dezavantajlı olmamasıdır" şeklinde yapmıştır.

Sağlık söz konusu olduğunda eşitsizliği açıklayan kimi kuramlardan söz edilebilir. İlk olarak sağlık olgusuna salt tıbbi bir eksende yaklaşan ve eşitsizliği tıbbi bakım hizmetlerinin eşitsiz kullanımı sonucu ortaya çıkan bir olumsuzluk olarak ele alan tıbbi modelden söz edilebilir. Diğer bir yaklaşım ise eşitsizlikleri toplumsal düzeyde ve toplumsal, çevresel, bölgesel eşitsizliklerin bir yansıması olarak ele alan epidemiolojik modeldir. Bu modelde çözüm

olarak varolan kaynakların ihtiyaçlar dikkate alınarak yeniden dağıtılması ve koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi önerilmektedir. Benzer saptamaları ve vurguları yapan sosyo-politik model, epidemiolojik modelden farklı olarak tüm bunları toplumsal yapı ve toplumsal güç ilişkilerinin bir sonucu olarak değerlendirir. Sağlık alanındaki eşitsizliklerin çözümünün de toplumsal sosyoekonomik eşitsizliklerin çözümü ile mümkün olabileceğini savunur.

Burada eşitsizliği ve yoksulluğu yaratan koşulların mikro düzeyde parça parça mı, yoksa tüm bu parçaları kapsayan ve bu parçalardan oluşan çok daha bütünlüklü bir toplumsal yapı içinde makro düzeyde mi ele alınacağı belirlenmelidir. Dolayısıyla, eşitsizliklerin çözümü ile eşitsizlikleri yaratan koşullar ve yapı arasındaki ilişkinin ne düzeyde kurulacağı önem taşımaktadır.

Sonuç olarak sağlıkta eşitsizliklerin çözümü konusunda herkesçe kabul edilebilecek kimi ilkeler şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması öncelikle yaşam ve çalışma koşullarındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını gerektirir
- Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması yoksulluğun ortadan kaldırılmasını gerektirir.
- Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması gelir dağılımında eşitliğin sağlanmasını gerektirir
- Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması işsizliğin yok edilmesini gerektirir
- Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılması toplumu sınıflar, dünyayı ise gelişmişler/gelişmemişler vb. şeklinde dilimleyen ulusal ve uluslar arası ilişkilerin yeniden düzenlenmesini gerektirir
- Sağlık hizmetlerinin sunumundaki ve toplumsal sınıfların sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki eşitsizlik ortadan kalkmadıkça, sağlıktaki eşitsizlik olgusunun çözümüne katkıda bulunamaz.
- Sağlık hizmetleri temel sağlık hizmetleri yönelimli olarak örgütlenmelidir. Ancak bu şekilde sağlık hizmeti öncelikli sorunlarına yönelebilir ve sağlığı toplumsal gelişmenin vazgeçilmez bileşenlerinden birisi olarak ele alabilir.
- Sağlıktaki eşitsizlik olgusunun çözümü toplumun sorunun çözümüne politik ve teknik katılımını gerektirir.

## 2.6.Yabancı Ülke Deneyimleri

Bu bölümdeki amaç, çeşitli ülkelere ait sağlık sistemlerinin tanıtılması ve Türkiye sağlık sisteminin bu sistemlerle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesidir. Bu bağlamda incelenecek olan ülkeler, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasından birbirlerinden farklılaşan sistemler olmaları temel alınarak seçilmiştir. İzleyen bölümlerde gelişmiş ülkelerden sırasıyla İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri ve Fransa ve gelişmekte olan ülkelerden Mısır, Bulgaristan ve Arjantin ele alınacaktır. Farklı bir yönetim rejimine sahip

Küba'dan ise bu yönü göz önüne alınarak bahsedilecektir.

### 2.6.1. İngiltere Sağlık Sistemi

İngiltere ulusal sağlık sistemi olarak bilinen Ulusal Sağlık Sistemi (National Health System-NHS) 1948 yılında kurulmuştur. Avrupa'nın en büyük sağlık organizasyonudur ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyadaki en iyi sağlık servislerinden biri olarak kabul edilmektedir.

NHS'nin kökleri 19. yüzyılın küçük işçi sigortalarına ve Dostluk Dernekleri'ne dayanır. Örgütlü bir model haline gelmesi ise Marksist bir bakış açısıyla, 2. Dünya Savaşı'ndan önce güçlenen işçi sınıfının iktidar olma sürecini engellemek kaygısı ile açıklanabilir. Bu model oluşturulurken Sovyetler Birliği ve Doğu Avrupa ülkelerindeki modeller incelenmiştir (Aksakoğlu, 1994).

NHS'nin amacı "elden geldiğince halkın gereksinimlerine yönelik ve yerel olarak sağlık hizmetlerinin her yönünü sağlayan tam anlamıyla tümelci bir sağlık sistemi oluşturmak ve kaynakları hastane hizmetleri ve acil hizmetlerden uzun dönemli sorunlarla ilgili sağlık hizmetleri gruplarına yöneltmektir. (Aksakoğlu, 1994) Bu amaç, birinci basamak sağlık hizmetleri modelinin kurulup üst basamaklarla çalışır bir sevk zincirinin kurulmasına işaret eder.

#### *2.6.1.1. Sağlık Sistemi Organizasyonu*

İngiltere'de temel örgütlenme birimi bölgedir (district). Bölge, genel sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinin bütün olarak sunulabileceği en küçük, yönetimde etkin temsil yöntemiyle her türlü sağlık elemanının yer alacağı en büyük birim olarak tasarlanmıştır. Nüfus bazında oluşturulmuş ve 250 bin kişi ve on sağlık ocağı ile tanımlanmıştır (Aksakoğlu, 1994).

Bunun yanı sıra hizmetin türü ve kapsamı nüfusun ortalama yaşına, mevcut hastalıklara, sakatlıklara ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkabilecek olası gereksinimlerine göre planlanmıştır. Her bölgedeki hizmetler bu bağlamda değişiklikler göstermektedir.

İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi üç kademelidir.

- **Üst kademe:** *Sağlık Bakanlığı* ve *Modernizasyon Ajansı*'nın yer aldığı ve üst düzey politika ve planların oluşturulduğu kademedir. Bu kademede sağlık hizmetine ilişkin ulusal standartlar belirlenmekte, NHS'nin kaynakları güvence altına alınmakta ve NHS'nin hizmet sunumunu aksamamasına yönelik yatırım kararları alınmaktadır. Modernizasyon ajansı ise hizmet sunumunda aksaklıkların tespiti ve giderilmesi, hizmetin başarılı olduğu sağlık birimlerinin ise yetkilerinin arttırılması yoluyla ödüllendirilmesi konularında etkinlik göstermektedir.

- **Orta kademe**: Bu kademede *Stratejik Sağlık Otoriteleri ve Özel Sağlık Otoriteleri* yer almaktadır. Bu kademenin en önemli kurumlarından olan Stratejik Sağlık Otoriteleri bir üst kademede üzerinde uzlaşılan ve kabul gören politikaları stratejiye çeviren ve aynı zamanda yerel ölçekte NHS performans yönetimini gerçekleştiren birimlerdir. 2002 yılında oluşturulan bu birimlerden İngiltere'de 28 tane bulunmaktadır. Bir Stratejik Sağlık Otoritesi sorumlu olduğu yerel ölçekte sağlık hizmetlerinin performansını denetler, gerek gördüğünde hizmet kapasitelerini artırır, ulusal öncelik verilmiş konuların ve programların yerel ölçekte uygulanmasını sağlar. Özel Sağlık Otoriteleri ise yalnızca bir yerel topluluğa değil bütün ülkeye hizmet verirler. Ulusal Kan Otoritesi ( National Blood Authority) bunlara bir örnektir.
- **Alt kademe:** Hizmet sunum kollarıdır. Bunlar birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sağlayıcı birimler ve özelleşmiş hizmet birimleridir.

**a) Birinci basamak sağlık hizmetlerini sağlayan birimler (Primary Care Trust, PCT):**

Birinci basamak tedavi hizmetleri sunan örgütler NHS politikalarının yerel ölçekte odaklandığı birimler olup, NHS bütçesinin %75'ini kullanırlar. Hekimler, genel pratisyen hekimler, diş doktorları, göz doktorları, eczacılar, sağlık tavsiyeleri veren, ilk müdahaleyi yapan sağlık merkezler (NHS Walk-in Centres) ve telefon ile verilen ilk yardım hizmetleri PCT kapsamındadır.

Doktorlar genellikle, hemşirelerden ve sağlık personellerinden oluşan takımlarla çalışırlar. Bunun yanı sıra ekipte bazen başka konularda da sağlık uzmanları da bulunur. Tedavide yetersiz kalınan noktalarda hasta gerekli testler için hastaneye ya da uzman doktorlara sevk edilir. Her İngiliz vatandaşı bir yerel doktora kayıt olma hakkına sahiptir ve hizmet almaları herhangi bir ücrete tabi değildir.

**b) İkinci basamak sağlık hizmetlerini sağlayan birimler**

İkinci basamak sağlık hizmetlerini sağlayan birimlerden NHS Trust, hastanelerde yüksek kalitede sağlık hizmeti verilip verilmediğini ve yatırımların verimli kullanılıp kullanılmadığını araştırmaktadır.Ayrıca, hastanelerin gelişmelerine yönelik stratejiler geliştirmektedir.

Diğer ikinci basamak hizmet birimleri ise tedaviye yönelik çalışmalar yapmaktadırlar. Bunlardan biri "Foundation Trust"lar yerel yöneticiler tarafından yürütülen NHS hastaneleridir ve hükümetin adem-i merkeziyetçi politikalarının başarısının göstergesi olarak sunulurlar. 2004 yılında bu organizasyonlardan 31 tane kurulmuştur. Bunun dışında ambulans hizmeti veren oluşumların sayısı İngiltere'de 33'ü bulmuştur.

### *2.6.1.2. Hizmet Sunumu ve Finansmanı*

İngiltere'de bir sağlık kurumundan hiçbir ücret ödemeden yararlanılmaktadır. Bir sağlık kurumu tedavi ücretlerini yıllık olarak bildirmekte ve NHS bu ödemeyi genel bütçeden yani toplanan vergilerle yapmaktadır. Hastanenin ve genel pratisyenin yaptığı her türlü tedavi ücretsizdir. Temel sağlık hizmeti doktorlarının ücretlerini ödemede ise; "kişi başına ödemeler" ve "hizmet başına yapılan" ödemelerin beraber kullanıldığı bir sistem vardır. İlaçta ise farklı bir uygulama vardır. Gebeler, çocuklar, öğrenciler ve işsizler dışındaki kişiler ayakta ilaç kullanımında ağırlıklı katkıda bulunmak zorundadırlar (Aksakoğlu, 1994). Bunun yanı sıra özel sigortaya dahil olan kişiler NHS'den çıkartılmazlar. Ödedikleri vergiler gereği sistemin içinde kalırlar ve isteklerine göre özel hastanelerden ve ya NHS'den yararlanırlar.

Tüm olumlu taraflarının yanı sıra İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmetlerinde bir takım aksaklıklar vardır. Bunun sebebi bir doktorun belli bir bölgedeki sağlık ocağından bağımsız yerleştirilmesidir. Genel pratisyen olarak adlandırılan bu doktorlar ister kendi muayenehanelerinde, ister diğer doktorlarla birlikte bir poliklinikte, isterse de sağlık ocağında bir oda kiralamak vasıtasıyla hizmet verebilirler. Bir doktor kendine kayıt olacak hasta konusunda bağımsızdır. Hastaları başka bölgelerden olabilir. Sunulan hizmetin kapsamı bakımından doktorun ve sağlık ocaklarının hizmetlerinin çoğu zaman çakışması sorun çıkarır çünkü genel pratisyen NHS'den kişi başına ücret alırken ve kendine ortalama 2500 kişiye kadar hasta kayıt ettirebilirken, sağlık ocaklarında çalışan hemşireler de yaptıkları uygulamalara paralel ek ücret alırlar. Bu da birincil sağlık hizmetlerinde tümelci bir yaklaşımı ve ekip çalışmasını engeller (Aksakoğlu, 1994–1995).

Birinci basamak üzerinde yer alan genel ve özel hastaneler dizisi genelde örgütlü ve işlevseldir. Hastalar acil olmadıkça ve kendi doktorlarınca sevk edilmedikçe hiçbir hastaneye kabul edilmezler. Acil olgular dışında bekleme listeleri birkaç hafta ile birkaç ay arasında değişir.

2000 yılına gelindiğinde NHS'nin geliştirilmesine ilişkin reformların hala yürütüldüğü görülmektedir. Ancak istenilen sonuçlar henüz elde edilememiştir. Halen İngiltere çok uzun bekleme süreleri en önemli sorundur. Bunun yanı sıra sağlık alanında yapılan harcamaların artmasına rağmen sağlık göstergeleri bir gelişmeye işaret etmemektedir. NHS'ye yapılan yatırımların artmasına rağmen halen bazı hastalıklarla başa çıkılamaması ve bazı hastalıkların oranlarının diğer ülkelerle kıyaslandığında fazla çıkması NHS'nin eleştiri aldığı noktalardır (Civitas, 2005).

### 2.6.2. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) uygulanan sağlık sistemi, gerek sağlık hizmetlerinin finansmanı gerekse sunumu konularında özel sektöre verdiği ağırlık yönünden Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı (OECD) ülkeleri

arasında tektir. Kamu sektörü yalnızca yaşlılar, engelliler ve yoksullar için sigorta sağlamaktadır (OECD, 2003).

ABD sağlık sisteminin tanımlayıcı bir özelliği sigortalılara çok geniş bir seçenek yelpazesi ve sağlık alanındaki en son teknolojik gelişmeleri sunabilmesidir. Ancak %14'lük bir nüfus dilimi hiçbir sigortaya sahip değildir. Bu durum, ve sistemin sigorta sunan organizasyonlarının aralarındaki verimliliği arttırmaya dayalı rekabet ilişkilerinin sonucudur (OECD, 2003). Hizmet onu alabilecek güçte olanlara ulaşabilmektedir. Bunun yanı sıra ABD sağlık sisteminin en çok eleştiri alan yönlerinden biri sağlık harcamalarının akıl almaz boyutlardaki yüksekliğidir. Sağlık harcamalarının gayrı safi milli hasıladaki (GSMH) payı, kamu sektörünün hizmet alanının sınırlı olmasına rağmen diğer ülkelere kıyasla oldukça fazladır.

### *2.6.2.1. Sağlık Sistemi Organizasyonu*

ABD sağlık sisteminde düzenli bir basamaklanma yoktur. Bu hastalara verilen hekim ve hastane seçebilme özgürlüğünün bir ön koşuludur. Tedavi edici hizmetleri dışındaki birincil sağlık hizmetleri ayrı organizasyonlar aracılığı ile ve "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında verilmektedir.

ABD'deki birinci basmak sağlık hizmetleri ABD'ye özgü bir şekilde tanımlanmalıdır. Bu ülkede düzenli bir basamaklanma ve sevk zinciri olmayıp birinci basamak diye adlandırabileceğimiz yapı insanların hastalandıklarında gidebilecekleri özel hekim muayenehaneleri ve hastanelerden oluşmaktadır (Kılıç, 1995). Hekimlerin ise yalnızca %40'ı bu basamakta hizmet vermektedir. Bu oran raporun kuramsal bölümünde değinilen ve hedeflenen oran olarak sunulan %90'a kıyasla oldukça düşüktür. Bu da birinci basamak hizmetlerinin yetersizliğinin bir göstergesidir.

Hastalar, tedavi gördükleri hekimler tarafından bir üst basmağa sevk edilebilecekleri gibi kendileri de başka bir doktora ya da bir üst basamağa başvurabilmektedirler. Ancak, başvurabilecekleri hekimler ve hastaneler sahip oldukları sigorta poliçesi ve anlaşmalı hekimler ile sınırlıdır (Kılıç, 1995).

Sağlık harcamalarındaki artış nedeniyle ABD'de 'sağlık organizasyonları' olarak adlandırılan çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Yaygın olan iki tip organizasyon vardır:

- *Sağlığa Destek Organizasyonları* (Health Maintenance Organisations, HMO)
- *Tercihli Hizmet Organizasyonları* (Preferred Provider Organisations, PPO)

1970'ten beri uygulamada olan Sağlığa Destek Organizasyonları'nın en önemli özelliği kişi başına ödeme sistemine dayanmasıdır. ABD nüfusunun %15'ten fazlası HMO'ya kayıtlıdır (Kılıç, 1995).

HMO hizmeti alıp almamak kişiye bağlıdır ve kişi eğer bir HMO'ya ve girmek istiyorsa belli bir aylık prim ödemek zorundadır. HMO'nun değişik çalışma modelleri vardır. En yaygın olanları şunlardır:

- *Kadrolu hekim modeli:* HMO'nun merkezi bir ofisinde çalışan kadrolu hekimleri vardır. Kadrolu hekimler HMO'dan belli bir aylık alırlar.
- *Grup modeli:* HMO birden çok uzmanın bir arada çalıştığı özel bir hekim grubuyla anlaşır. Bu gruba ödemeler grubun bakmakla yükümlü olduğu nüfusa göre yapılır.
- *Ağ modeli:* Grup modelinden farklı olarak birden fazla grupla anlaşma yapılmasıdır.
- *Bireysel hizmet modeli:* HMO'lar tek tek ya da özel gruplarla anlaşma yapar. En çok kullanılan modeldir. Bu hekimler kendi muayenehanelerinde çalışırlar ve HMO dışından da hasta bakabilirler.
- Açık uçlu model: En son geliştirilen modeldir. Hastalar HMO'nun anlaşmalı olmadığı hekimlere de gidebilirler. Ancak bu durumda masrafın bir kısmına katılmak zorundadırlar (Kılıç, 1995).

İkinci tür sağlık organizasyonu olan PPO'lar 1980'lerden itibaren çoğalmaya başlamış ve HMO'larla rekabet halinde olan organizasyonlardır. PPO'ya kayıtlı hastaların, PPO'ya kayıtlı hekimlere gidip hiçbir ücret ödememek ya da başka hekimlere gidip ücretin %10–20 sini ödemek gibi temel olarak iki seçenekleri vardır. Bunun yanında, PPO'ya kayıtlı hekimler de sistem dışından hasta bakmak konusunda serbesttirler. PPO'ların HMO'dan farkları hastaları hekim seçmede daha özgür bırakmasıdır. Bu iki tip organizasyonun birleştirileceği sistemlerin geliştirileceği tahmin edilmektedir (Kılıç, 1995).
ABD'deki halk sağlığı uygulamaları göz önüne alındığında temel olarak üç düzey olduğu görülmektedir. Bunlar, federal hükümet düzeyi, eyalet düzeyi ve yerel düzeydir.

a) *Ulusal düzeydeki uygulamalar (Federal Düzey):* Bu düzey federal hükümet tarafından tüm ülke için geliştirilen politikaları ve ulusal düzeydeki örgütleri içermektedir. Ulusal düzeydeki örgütlenme eyaletler arasındaki eşitliği sağlamayı amaçlamaktadır (Kılıç, 1995).

b) *Eyalet düzeyindeki uygulamalar:* ABD'de bulunan 50 eyaletten her biri sağlık planlarının hazırlanmasını, bütçelerin belirlenmesini ve insan gücü sağlanması konularını kendileri düzenlemektedir. Eyaletlerin Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Tedavi Edici Hizmetler gibi bölümleri vardır. Bunlar kendi içlerinde bölgelere ve alt bölgelere ayrılmaktadırlar. Örneğin, Virginia eyaletinin 5 tane Toplum Sağlığı Hizmet bölgesi ve en az 100 bin nüfusa sahip 36 alt bölgesi vardır (Kılıç, 1995).

c) *Yerel düzeydeki uygulamalar:* Yerel sağlık birimleri kent merkezlerindeki sağlık yönetimleri olup ulusal düzeydeki ve eyalet düzeyindeki halk sağlığı kurumlarının bir kolu gibi işlev görürler. Bu birimler tedavi edici hizmetler (ana çocuk sağlığı, aile planlaması, bulaşıcı hastalıklar vb.), çevre sağlığı

hizmetleri (atıklar, işyeri denetimleri, konut sağlığı vb.) ve destek hizmetleri (istatistik, laboratuar vb.) olmak üzere üç temel tip hizmet vermektedirler (Kılıç, 1995).

Ancak, daha önce de değinildiği gibi büyük kentlerde yetersiz kent klinikleri dışında birincil sağlık hizmeti yoktur. Birçok hasta bu kliniklerde uzun kuyruklar beklemek yerine bu tedavi olanağından vazgeçmeyi tercih etmekte ya da acil servislere başvurmaktadırlar.

### *2.6.2.2. Sağlık Finansmanı*

ABD'de sağlık hizmetleri finansmanını sağlayan üç temel grup vardır:

- Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri
- Kar Amaçlı Olmayan Özel Sigorta Şirketleri: Mavi Haç ve Mavi Kalkan, Bağımsız Sigorta Planları
- Kamu Sigortaları: Medicare/Medicaid

Bu sigorta şirketleri toplumun %86'sını kapsamaktadırlar. Özel sigortalı kişilerin toplam sigortalı nüfus içindeki oranı 1980'lerden başlayarak gittikçe düşmektedir.

2000 yılına gelindiğinde sigorta sahibi kişilerden %56.7'si özel sigortaya sahipten ve %43.3' ü kamu sigortalarına üyedir. Bu oranlar 1960'ta özel sigorta için ve %78.6, kamu sigortaları için % 21.4'tür (OECD,2003). Bunun yanı sıra kişiler birden fazla sigortaya kayıtlı olabilmektedirler. Sigortasız %14'lük kesimi ise yoksullar ve mezun gençler oluşturmaktadır. Çünkü mezunlar mezun oldukları andan itibaren ebeveynlerinin sigorta poliçelerinden ayrılmak zorunda kalmaktadırlar (Kılıç, 1995).

**a) Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri**

Özel sigorta şirketlerinin yarısından fazlasını oluşturmaktadırlar. Çoğunlukla işyerlerine yönelik grup sigortalar yapmaktadırlar. Daha küçük bireysel sigorta şirketleri ise genellikle bireysel sigortalar ile uğraşmaktadırlar. Özel sigorta şirketlerinin ödemelerle ilgili çeşitli uygulamaları vardır. Birçok poliçede olan bir uygulamaya göre hasta o yıl içindeki harcamaların bir kısmını kendisi yapmak zorundadır (Kılıç, 1995).

**b) Kar Amaçlı Olmayan Özel Sigorta Şirketleri**

Kar amacıyla çalışmayan özel sigorta şirketleri kapsamında Mavi Haç, Mavi Kalkan ve Bağımsız Sigorta Planları bulunmaktadır. Maviler olarak adlandırılan Mavi Haç ve Mavi Kalkan 1930'larda hastane sahipleri ve hekimlerin bir araya gelmesi ile kurulmuş kurumlardır. Mavi Haç hastane masraflarını, Mavi Kalkan ise hekim masraflarını sigorta etmektedir. Maviler her eyalette hizmet vermektedirler. En büyük avantajları tedaviyi kendi hastanelerinde yapmaları ve buna paralel olarak hastanın yapacağı masrafların

daha düşük olmasıdır (Kılıç, 1995).

**c) Kamu Sigortaları**

**Tıbbi Bakım Sigortası (Medicare):** ABD'de 65 yaş üzerindeki herkes (toplumun yaklaşık %13'ü) gelir seviyesine bakılmaksızın doğrudan Tıbbi Bakım Sigortası kapsamına alınır. Ayrıca engelliler de bu sigorta kapsamındadır (OECD, 2003). Bu programın büyük bir eksikliği masrafların tümünü karşılamadığı gibi hastaya da belli bir miktarı ödeme zorunluluğu getirmesidir. Ayrıca, birçok ilaç, diş tedavisi ve benzeri pahalı hizmetler Tıbbi Bakım Sigortası tarafından karşılanmamaktadır. Bu nedenle daha önce de değinildiği gibi olanağı olanlar ikinci bir sigorta yapma yoluna gitmektedirler (Kılıç, 1995).

**Tıbbi Yardım Sigortası (Medicaid):** ve Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın altında olan kişiler bu program kapsamındadır. Bu sigorta toplumun yaklaşık %10'unu kapsamaktadır. Tıbbi Yardım Sigortası yanı sıra Çocuk Sağlığı Sigorta'sı (State Children's Health Insurance Program-SCHIP) da aynı amaçla hizmet vermektedir.

Hiçbir sigorta programına dahil olmayan sigortasız % 14'lük kesim için ise tek çare acil servislere başvurmaktır. Bu birimler gelen hastayı sigortalı olup olmadığına bakmaksızın kabul etmek durumundadır. Ancak, bu verimsiz ve pahalı bir yöntemdir. Bununla birlikte, bu şekilde hizmet alan sigortasız hastaların sayısı da oldukça düşüktür. Bu kişiler aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinden de yoksundurlar (OECD, 2003).

ABD'de bu sorunun çözümüne yönelik kapsayıcı nitelikte bir reform girişimi henüz gerçekleştirilmemiştir. Çözümler daha çok parçacı olmuş ve bütüncül bir politika oluşturmak için kararlı bir yaklaşım gelişmemiştir. Bunun altında sağlık sektörünün Amerikan ekonomisinin en dinamik ve en güçlü sektörü olması ve çok büyük bir kar endüstrisi olması yatmaktadır (Kılıç, 1995). Serbest piyasa kurallarının en açık şekliyle işlediği bu sektörde devlet müdahalesi yoluyla düzenlemeye gitmek sisteme aykırı düşmektedir.

### 2.6.3. Fransa Sağlık Sistemi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 2000 yılı araştırmasında Fransa'yı sağlık hizmeti sunumunda dünyanın en başarılı ülkesi seçmiştir. Fransa'yı bu noktaya getiren iki etken vardır. Bunlardan birincisi sağlığa yapılan harcamaların düzeyi, ikincisi ise hastaların doktor, uzman, hastane seçebilme özgürlükleridir. Gerçekten de Fransa'da sağlığa yapılan harcamalarının GSMH'ya oranı 2002 yılında % 9,7'dir ve bu oran diğer ülkelere ait oranlardan yüksektir. Bunun yanı sıra yüksek kalite hizmeti eşitlik ilkesi ile sunması ve bekleme listelerinin olmaması bu sistemi en başarılı konuma getiren diğer özellikleridir.

### *2.6.3.1. Sağlık Organizasyonu ve Finansmanı*

Fransa sağlık sistemi, özel ve kamusal birimler içeren aynı zamanda da sosyal ve özel sigorta sistemlerine sahip karma bir sistem olma özelliğine sahiptir. Tedavi hizmetlerinin yarısına yakını kamu hastaneleri ve özel klinikler tarafından sunulurken geri kalanı gezici doktorlar, yardımcı sağlık ekibi ve ilaç tedavisi ile karşılanır (Imai vd., 2002).

Üzerinde anlaşılan tarifeler sayesinde özel olsun olmasın tedavi merkezlerinin ücretleri benzerdir. Çünkü Fransa'da her tür tedavinin bir tarifesi vardır. Bu tarifeye uyan pratisyenler hastaneler, klinikler "conventioné" olarak tanımlanır. Bunlar dışında ücretlerini kendi isteklerine göre belirleyenler ise "non-conventioné" olarak tanımlanırlar ve bu hekimler genelde bir sağlık sigortası ile anlaşmalı çalışmayan doktorlardır. Şaşırtıcı olarak sağlık hizmeti veren birimlerin ve %97'si tarifeye tabidir. Bu yüzden Fransa'da özel bir doktora gitmek diğer ülkelerde anlaşıldığından farklıdır. Bununla birlikte tedavi veren doktorların hizmetlerini belirlenen tarifenin üzerine çıkardıklarına sık rastlanır. Özellikle Paris gibi metropoliten alanlarda bu sık rastlanılan bir durumdur (Imai vd., 2002).

Fransa'da hastalar doktor seçme konusunda özgürdürler. Buna göre fiyatlandırma mekanizmaları vardır. Bir uzmana tedavi olmayı tercih etmek pratisyen doktora göre daha pahalıdır. Benzer şekilde, evde tedavi olmak ya da gece tedavi olmak daha fazla ücrete tabi olup bu artı ücretin ödenmesi kişiye aittir. Aynı şekilde kişiler yukarıda bahsedilen "conventioné" kategorisindeki doktorları ya da tarifeye tabi olmayan doktorları seçmede özgürdürler (Imai vd., 2002).

Fransa'da tedavi ücretlerinin karşılanması açısından iki tip hastane vardır: ve Sosyal sigorta altında çalışan kamu hastaneleri ve özel hastaneler ile herhangi bir sosyal sigorta ile çalışmayan özel klinikler. Birinci tip hastanelerde tedavi ücretlerinin ilk ayda % 80'i daha sonra tamamı karşılanırken, ikinci tip hastanelerde sadece % 10'u karşılanmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının % 80'i kamu tarafından fonlandırılırken, % 10 u özel sigorta şirketleri ve "mutuelle" olarak adlandırılan yardım sandıkları tarafından, geri kalan ise doğrudan hastalar tarafından karşılanır (Imai vd., 2002).

### *2.6.3.2. Sağlık Sigortası*

Fransa'da uygulanan sağlık sigortaları *temel ve tamamlayıcı sigortalar* ve *genel sağlık sigortası* olarak iki ana başlık altında toplanmaktadır.

a) *Temel ve tamamlayıcı sigortalar:* Bu tür sigortaların ikili bir yapısı vardır. Bunlar temel zorunlu sosyal sigortası ve özel sigorta ve yardım sandıklarının sağladığı tamamlayıcı sigortalardır. Temel zorunlu sigortalar tüm nüfusu kapsamaktadır. On sekiz tane temel sigorta fonu vardır. Bunların içinde en

önemlisi ve Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleur Salariés[4] (CNAMTS) adlı nüfusun beşte dördünü kapsayan ve özellikle özel şirket çalışanları ve ailelerine hitap eden fondur.

Bunun dışında diğer önemli iki fon sırasıyla çiftçileri ve serbest meslek sahipleri ve esnafları kapsayan MSA[5] ve CANAM[6]'dır. Bunun dışında belli başlı meslek grupları için özel statülü sigortalar mevcuttur. Demiryolu çalışanları, maden işçileri bu tip sigorta fonlarına kayıtlıdır.

Yukarıda değinilen sosyal sigorta sistemlerine dahil kişiler doktor ziyaret ücretlerinin yaklaşık %30'unu ödemek durumundadırlar. Tamamlayıcı sigortalar bu noktada devreye girerler ve çoğu kez tüm tedavi ücreti karşılanır. 2002 yılı itibarıyla tamamlayıcı sigorta sahipleri nüfusun %80'ini kapsamaktadır (Imai vd., 2002).

b) *Genel Sağlık Sigortası (CMU):* 2000 yılından sonra sağlığa erişimdeki eşitsizlikleri daha aza indirgemek politikasıyla genel sağlık sigortası (CMU)[7] yürürlüğe girmiştir. CMU kişilerin iş durumlarına bakmaksızın Fransa'da yasal olarak yaşayan herkesi kapsar. Bu sigorta ile hiç sigortası olmayanlar, sürekli bir işe sahip olmayanlar ve oturma izni almak için bekleyen yabancılar bir sigorta programına dahil olmuş olmaktadırlar. Aynı zamanda bu sigorta geliri belli bir miktarın altındaki kişilere tamamlayıcı sigorta niteliğinde de işlev görmektedir (Imai vd., 2002). CMU'nun başlıca özellikleri şunlardır:

- Tıbbi ilaçlar ve tedavi, hükümetçe belirlenen sınırlara kadar ücretsizdir. Buna göz ve diş tedavileri dahildir. Tedavi ücretleri hasta başına tedaviyi yapan birime doğrudan sigorta tarafında ödenir.
- Kişilere CMU'ya ilişkin bilgi ulaşmamasının bu kişilerin sigortaya dahil edilememesi için engel teşkil etmediği bildirilmiştir. Bir önceki sistem yürürlükteyken yerel yönetimlerden ilaç yardımı alanlar ve asgari gelir sahibi olanlar başvuru yapmasalar da doğrudan CMU' ya kayıtlı sayılmaktaydılar.

Bu sistemde de arada kalan kesimler bulunmaktadır. Örneğin, CMU'ya dahil olabilecek kadar yoksul olmayan ancak tamamlayıcı bir sigortaya da kaydolabilecek olanakları olmayanlar tedavi ücretlerinin %30'a yakınını ya da göz, diş tedavisi gibi sigorta kapsamına dahil olmayan tedavi ücretlerini ödemede oldukça zorlanmaktadırlar (Imai vd., 2002).

---

[4] CNAMTS açılımının kelime karşılığı ve "Maaşlı işçilerin ulusal hastalık sigortası fonu" dur.

[5] Mutualité Sociale Agricole

[6] Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleur Independants et Artisan

[7] Cou ve rture Medical Uni ve rselle

Fransa Sağlık Sisteminde coğrafik düzeyde eşitsizlikler belirgindir. Gezici tedavi hizmetleri ve doktor yoğunluğu açısından bölgeler oldukça farklılıklar göstermektedir. Yatak sayısı, tıbbi araç-gereç ve bütçe fonları açısından da bazı bölgeler oldukça geri kalmaktadırlar. Fransa'nın politikaları bu eşitsizlikleri giderme yönündedir. Genel Sağlık Sigortası bu yönde atılmış olumlu bir adımdır (Imai vd., 2002).

### 2.6.4. Mısır Sağlık Sistemi

Nüfus bakımından ve coğrafi olarak Orta Doğu ve Kuzey Afrika'nın en büyük ülkesi olan Mısır'ın 70 milyona yaklaşan nüfusunun yalnızca %46'sı kentlerde yaşamaktadır. Ayrıca, nüfus yoğunluğu da ülke içinde dengesiz bir dağılım göstermekte ve ülke nüfusunun %95'i ülke topraklarının yalnızca %5'lik bir kesiminde yaşamaktadır. Örneğin, Kahire'de kilometre kareye 33.000 kişi düşmektedir. Bu da, kentleşme oranı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında düşük olmasına karşın, kentsel hizmetlerin sunumunda ciddi problemlerle karşılaşılmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla yeterli sağlık hizmeti sunumu konusunda ciddi problemlerle karşı karşıya kalınmaktadır (Rannan-Eliya vd., 1998).

Sosyalleştirilmiş bir sağlık sistemine sahip olmasına rağmen Mısır'da yalnızca nüfusun %60'ı sigorta kapsamındadır. Özellikle hizmetlerden yoksun kalan kırsal bölgelerde yaşayan yoksul kesimde önlenebilir hastalıklar nedeniyle ölümlerin oranı yüksektir. Bunun yanında yüksek doğum oranı, görece uzun yaşam süresiyle beraber Mısır sağlık sistemi üzerindeki baskıyı ve sorunları arttırmaktadır. Bu nedenle Mısır hükümeti temel sağlık hizmetlerinin yoksul kesimlerinin ihtiyaçlarını karşılamaya öncelik vererek yeniden organize etmek üzere bir sağlık reformu programı hayata geçirmeyi planlamaktadır. Reform programı Birleşik Devletler Uluslar Arası Kalkınma Ajansı'nın (USAID) önerileri ve öncülüğü doğrultusunda yürütülmektedir (Rannan-Eliya vd., 1998).

#### *2.6.4.1. Sağlık Sistemi Organizasyonu*

Mısır'ın sağlık sektörü, üç ana sistemden oluşmaktadır. Bunlardan birincisi devlet sektörüdür. Devlete bağlı olarak çalışan sağlık ile ilgili kurumlar; Sağlık ve Nüfus Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ve Savunma Bakanlığı'dır. İkinci sektör olan kamu sektörü, devletin sahip olduğu, ancak özerk olarak çalışan kurumlardan oluşmaktadır (Eğitim Hastaneleri ve Enstitüleri Kurumu, Sağlık Sigortası Kurumu ve İyileştirici Bakım Kurumu). Sonuncu sağlık sektörü, özel organizasyonlardan oluşmakta olup kar gütmeyen sağlık dernekleri, özel sağlık merkezleri ve klinikleri, özel hastaneler ve eczaneler örnek olarak gösterilebilir (Rannan-Eliya vd., 1998).

Temel, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel sağlayıcısı konumundaki Sağlık ve Nüfus Bakanlığı ülke çapında 5000 tesis ve 80.000 yatak kapasitesiyle hizmet vermektedir. İller düzeyinde kurulmuş olan sağlık

müdürlükleri sayesinde ülke çağında sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sunumunu gerçekleştirmektedir. Bakanlık bünyesinde temel sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştiren, 20–60 yatak kapasiteli bütünleşik (integrated) hastaneler; 100–200 yatak kapasiteli ve uzman sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştiren bölge hastaneleri; 200'den fazla yatak kapasitesine sahip genel hastaneler ve son olarak ihtisas hastaneleri hizmet vermektedir (Rannan-Eliya vd., 1998).

Kamu kurumlarında Sağlık Sigortası Kurumu 1964 yılında kurulmuş olup, Sağlık ve Nüfus Bakanlığı'na bağlı olarak çalışmaktadır. Devlet kurumlarında çalışan tüm personel, bazı kamu sektörü ve özel sektör çalışanları, emekliler ve dullar sigorta hizmetinden yararlanmaktadırlar. Sağlık Sigortası Kurumu tarafından işletilen 39 hastane, 7141 okul sağlık kliniği, 1040 ihtisas kliniği ile 677 poliklinik ve çeşitli ilaç fabrikaları bulunmaktadır (Rannan-Eliya vd., 1998).

Sağlık hizmeti veren diğer bir kurum ise üniversite hastaneleridir. Bu kuruluşlar Sağlık Bakanlığı ve Eğitim Bakanlığı kontrolü ve finansmanı altında işleyen özerk kuruluşlardır. Bu iki bakanlık dışında, gelirlerinin büyük bir kısmını anlaşmalı özel şirketler ve hastalardan alınan ücretlerden sağlanmaktadır. Çoğu Kahire ve diğer kent merkezlerinde bulunan bu hastaneler 15.375 yatak kapasitesi ile Mısır'ın sağlık açısından önemli bir yükünü karşılamakla beraber eğitim ve araştırmalarda da bulunmaktadır. Bu sağlık kuruluşları dışında İçişleri Bakanlığına bağlı, polislere ve hapishanelere sağlık hizmeti veren özerk hastaneler bulunmaktadır. Ayrıca, Ulaştırma Bakanlığında demiryolu işçilerine iki adet hastane tesis etmiştir. Savunma Bakanlığı ise ordu hastanelerine bakmakta ve kaliteyi yüksek tutmaktadır. Bu hastanelerden kısmen sivil halk da faydalanabilmektedir (Rannan-Eliya vd., 1998).

### *2.6.4.2. Sağlık Reformu Stratejisi*

Mısır'da sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin çok büyük bir payı olmasına rağmen devletin sağladığı finansman yetersiz ve çok dağınıktır. Örneğin, devletin en etkili sağlık programı sayılan sağlık sigortası programı ile her öğrenciden aylık 4 Mısır Poun'du (yaklaşık 1,5$) alınarak toplam 15 milyon öğrenci sigortalanmıştır. Bu sigorta ile öğrenciler genel sağlık bakımı, hastane bakımı, düşük fiyat ile ilaç alma, özel hastalıklar tedavisi, göz ve ağız sağlığı, protez sağlama gibi medikal hizmetlerden yararlanmaktadırlar. Ancak bu ülkenin en önemli sağlık problemi olan hizmetlere ulaşılabilirlilikteki eşitsizlik sorunu bu programda da baş göstermiştir (Rannan-Eliya vd., 1998).

Mısır hükümetinin öngördüğü sağlık reformu kapsamında temel esaslar olarak *genellik, eşitlik, verimlilik, karşılanabilirlik, sürdürülebilirlik, kalite ve hasta memnuniyeti* belirlenmiştir. Asıl olarak yönetim ve bütçenin adem-i merkeziyetleşmesini, personel rejiminin yeniden yapılandırılmasını, altyapının iyileştirilmesini ve özel sektör katılımının arttırılmasını hedeflemektedir.

Özellikle kırsal alanlarda birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini arttırmaya vurgu yapılmaktadır (Rannan-Eliya vd., 1998).

Sosyal sağlık sigortasının aile temel birim alınarak toplumun geneline yayılması, aile sağlığı yaklaşımı temelli bir hizmet sunumu anlayışı temelinde hizmetlerin yeniden organize edilmesi, yönetin sistemini güçlendirmek ve bölge ölçeğinde yeniden yapılandırmak ve son olarak yerli ilaç sanayini geliştirmek gibi temel hedefler koyulmuştur. Söz konusu reformlar Dünya Bankası, IMF, Avrupa Birliği ve USAID gibi uluslar arası kurumlar tarafından sağlanan finanssal destek ile gerçekleştirilmektedir (Rannan-Eliya vd., 1998).

### 2.6.5. Arjantin Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi

Güney Amerika ülkesi olan Arjantin 23 eyalet 1600 belediyeden oluşan federal bir yapıda yönetilen bir ülkedir. Arjantin'in toplam nüfusu 2001 nüfus sayımına göre 36 milyon olup, nüfusun %87,2 si kentlerde yaşamaktadır. 65 yaş üstü insanlar nüfusun %9,7 sini oluştururken, 15 yaş altı genç nüfus %27,9'unu oluşturmaktadır. Ekonomik olarak aktif nüfus 14 milyon 208 bin kişi olup 2001 yılında, krizden önce kişi başına düşen yıllık gelir 6565$ 'dır. Arjantin 1990'lı yılların başlarında Güney Amerika'daki en iyi ekonomik göstergelere sahip ülke iken 90'lı yılların ortasından itibaren ekonomisi gerilemeye başlamış, 2000 yılındaki kur ayarlaması ile beraber 2001 ve 2002 yıllarında ekonomik krize yakalanmıştır. Ekonomik krizin etkisi ile işsizlik oranı %12 civarında iken %19'a yükselmiş ve ülkenin en büyük problemlerinden biri haline gelmiştir. Krizin bir diğer etkisinin yoksulluk oranındaki artış olduğu görülmektedir. Örneğin, 1991 yılında başkent Buenos Aires'te fakirlik oranı %21,5 iken, 1999 yılında %26,7'ye çıkmıştır.

#### *2.6.5.1. Ülkenin Sağlık Sistemi ve Reform Programları*

1995 yılında ülke sağlığı için bütçeden ayrılan pay %9,1 iken, 2001 yılında, ekonomik krizin de etkisi ile %8,4 e düşmüştür. Nüfus artışı da göz önünde bulundurulursa, bu düşüşün ülke sağlığını olumsuz olarak etkileyebileceği düşünülmektedir. Arjantin'de sağlık sistemi kamu, sosyal ve özel sektörlerin sunduğu sağlık hizmetleri olarak üçe bölünmüştür. Devlet halk sağlığı sorumluluğunu eyalet yönetimine devretmiştir. Eyalet yönetimi de halk sağlığı ile ilgili strateji belirleme, hedefler koyma, politikalar tasarlayıp, uygulama ve sektör için kararlar alma sorumluluklarını üstlenmiştir. Eyalet yönetiminden ayrı olarak belediyeler de, özellikle ekonomik açıdan güçlü olanlar, kaynaklarının bir kısmını halk sağlığının kalitesini arttırmak için kullanmaktadırlar. Devlet ise Sağlık Bakanlığı, sağlık servisleri idaresi, bölgesel tehlikeler idaresi, emeklilik kurumu idaresi ve emeklilik fonu aracılığı ile halk sağlığı ile ilgili hizmetler vermektedir.

Sağlık Bakanlığının yönetiminde bulunan kuruluşlar, ulusal ilaç, beslenme ve tıbbi teknoloji yönetimi, sağlık kurumları ve laboratuar yönetimi, ulusal kontrol ve aşılama yönetimi, sosyal eğitim merkezi, rehabilitasyon ve destek

merkezidir. Ayrıca, bakanlık sağlık servisleri idaresi ve harcamalarının denetlenmesi, merkezi olmayan hastanelerin yönetiminin denetlenmesi ve sigortalıların kullandığı ana sağlık programı olan "Obras Sociales" planlarının düzenlenmesi ve programın düzgün çalışması için kontrolün sağlanması görevlerini üstlenmektedir. Bunların dışında, ordu kendi sağlık yapısını kurmuş ve bazı ilaçların da kendi bünyesinde üretmektedir. Üniversiteler ise ana sağlık eğitimi vermek ile yükümlü kurumlardır ve öğrenciler üniversitelerin hastanelerinden faydalanabilmektedirler. Bununla beraber, okulların sağlık denetimleri ve servislerini de üniversiteler yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın ana rolü sektörler arasındaki uyumu sağlamak, yasaları uygulamak, denetleme yapmak, bilgiye ulaşmak ve ulaştırmak, merkezi yönetimin verdiği görevleri yerine getirmek, genel değerlendirme ve sağlık durumu analizi yapmak, vatandaşların katılımını sağlamak, sağlık ile ilgili reklâm ve bilgilendirme yapmak, kamu sağlığını izlemek, araştırma yapmak, riskleri ve tehlikeleri kontrol altında tutmak, kamu sağlık planı hazırlayıp, stratejiler geliştirmek, kamu sağlığı üst seviyelere çıkartmak için politikalar üretmek, mutlak gerekli sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliliği sağlamak, kamu sağlığı eğitimleri vermek, insan kaynaklarını arttırmak, insan hayatı kalitesini arttırmak ve acil durumlarda müdahalelerde bulunmaktır. Bunlarla beraber Sağlık Bakanlığı, zorunlu sağlık planı çerçevesinde insanları sigortalamak ve sigortalılara yerel hastanelerde kaliteli hizmet sunmakla yükümlüdür. Ancak, nüfusun %38'i sigortasız durumdadır. Eyalet yönetimi ve belediyeler ise halka sağlık servisleri sunmaktadır. Özellikle; aile ve çocuk bakımı, kadın sağlığı, sosyal iletişim, sağlık eğitimi, sağlık hizmetlerinin nasıl kullanılacağı, hava kalitesini koruma, işçi sağlığı, kolera, sıtma, AIDS gibi bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi konulardan sorumludurlar.

Arjantin'de sigortalı halkın sağlık sistemini kullanması, "Obras Sociales" programları ile sağlanmaktadır. Sistemde yaklaşık 300 adet plan vardır. Halkın yaklaşık %50'si bu planları kullanmaktadır. Herkes kendi ihtiyaçlarına göre bir plan seçmekte ve devlet, herkesin seçtiği plana göre vatandaşının sağlığını korumak ile yükümlü olmaktadır. Ancak, plan ve servislerin yeterince tanıtılamaması, sağlık servislerindeki eşitsizlikler ve bazı grupların hizmetlerden yeteri kadar faydalanamaması gibi çeşitli sorunlar bulunmaktadır. Bu sebeplerden dolayı son yıllarda hükümet ve sivil kuruluşlar ortak hareket ederek halkın sağlık düzeyini yükseltmek, kaliteli ve eşit hizmet sağlayabilmek, ulaşılabilirliği arttırmak, sigortalar ve politikalar arsındaki rekabeti geliştirmek, finansmanı arttırmak için uluslar arası kuruluşlar ve WHO gibi örgütlerden kredi sağlayarak reform programları hazırlamışlardır. Yeni "Obras Sociales" planları hazırlayarak, sağlanan hizmetin eşit ve standart hale getirilmesi için düzenlemeler yapılmaktadır. Kamu hastaneleri bölgelere yayılarak, kapasiteleri arttırılarak daha etkin bir hale getirilmek istenmektedir. Ancak, ulusal politikaların, ulaşılabilirliği, etkinliği ve kaliteyi en az sosyal ve ekonomik maliyet ile bütün nüfusa yayması gerekmektedir. Zorunlu sağlık planı ile sigortalılık yayılmakta ancak sigorta, temel sağlık hizmetleri, sağlık kontrolü, teşhis koyma, ağız sağlığı, ilaçlar ve medikal tedaviyi karşılamaktadır.

### 2.6.6. Bulgaristan Sağlık Sistemi

Bugün ülkemizde gündemde olan sağlık reformu ile hemen hemen aynı içeriğe sahip bir reform programı yaklaşık olarak beş yıldan bu yana Bulgaristan'da uygulanmaktadır. Türkiye'de öngörülen Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği uygulamaları ile Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi gibi politikalar 1999 yılından itibaren Bulgaristan'da hayata geçirilmeye başlanmıştır. Bugün itibariyle de bu politikaların ve uygulamaların sonucu olarak Bulgaristan'da ortaya çıkan tablonun değerlendirilmesi, bize Türkiye için kimi somut değerlendirmeler yapma ve öngörülerde bulunma imkanını verecektir. Bu nedenle çalışmanın bu kısmında Bulgaristan sağlık sistemi ve son yıllarda sistemde yaşanan dönüşüm ve bu dönüşümün sonuçlarının incelenmesinin, Türkiye'de gündemde olan ve üzerine çokça tartışılan sağlık reformunun ortaya çıkartacağı olası sonuçları öngörmek açısından önemli veriler sunacağı düşünülmektedir.

#### *2.6.6.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı*

Bulgaristan'da sağlık finansmanının %50'si kamudan ve %50'si de Ulusal Sağlık Sigorta Fonu (USSF)'dan karşılanmakta, kamu payının %40'ı Sağlık Bakanlığı ve %60'ı Belediyelerce sağlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı kendi payını değişik alanların finansmanında kullanılmaktadır. 3 ana grupta toplanan bu harcamaların dağılımı şu şekildedir;

1. *Yasal olarak zorunlu hizmetler:* Sağlık bakanlığı harcamalarının %30'unu oluşturan ve yetkililerce, asla değiştirilmesinin düşünülmediği ve gelecekte de sürecek olan bu harcamalar kapsamında şu hizmetler yer almaktadır: ve
   - Acil yardımlar
   - Sabit psikiyatrik yardım
   - Özürlü ve Çocuk yurtlarında sunulan sağlık hizmetleri

2. *Merkezi İlaç Dağıtımı ve Ulusal Programlar:* Sağlık Bakanlığı harcamalarının diğer %30'luk kısmını oluşturan bu program tarafından, Sağlık Hizmet Paketi içerisinde yer almadığı için ödenmeyen bazı ilaç ve tıbbi malzemeler için yapılan harcamalar karşılanmaktadır. Bunun yanında ülke çapında uygulanan programlar için de kaynak olarak kullanılmaktadır. Bu grupta yer alan harcamaların giderek azaltılarak, Bulgaristan'ın Avrupa Birliği'ne dahil olacağı 2009 yılına kadar ilaç harcamalarının tamamının USSF tarafından karşılanması hedeflenmektedir. Bu grupta yer alan başlıca harcama alanları:
   - Pahalı ilaçlar (kanser ilaçları vb.)
   - Hemodiyaliz malzemeleri
   - Kan ve kan ürünleri
   - Kalp-damar hastalıkları, Çocuk sağlığı, Ruh sağlığı vb. alanlarda ve eğitim, araştırma gibi yöntemlerle uygulanan 15 Ulusal Program.

3. *Hastane Hizmetleri:* Bu hizmet grubu Sağlık Bakanlığı harcamalarının %40'ını oluşturmaktadır. Hastane hizmetleri henüz reform sürecine tam olarak dahil edilmediği için tüm hastane hizmetlerinin %60'ının kamu tarafından finanse edildiği ülkede, sağlık bakanlığı harcamalarının bu alanda da giderek azaltılarak gelecekte tamamen USSF'u tarafından karşılanması hedeflenmektedir. Bu hedef için öngörülen en yakın tarih 2004, en uzak tarih ise 2009 olarak belirtilmektedir. Sağlık bakanlığı tarafından finanse edilen hastaneler şöyledir;

- 20 Üniversite Hastanesi,
- 22 Özel Dal Hastanesi,
- 28 Bölge Hastanesi (Bu gruptaki hastanelerin finansmanına belediyeler de katkı yapmaktadır).

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan hastane finansmanına ek olarak, toplam kamu sağlık harcamalarının %60'ını karşılayan belediyeler 28 bölge hastanesinin finansmanına yaptıkları katkı dışında, ülke genelinde toplam 140 küçük hastanenin finansmanını karşılamaktadır.

Sağlık Bakanlığı ve belediyelerce finanse edilen hastane hizmetlerinin oranı tüm hastane hizmetlerinin finansmanın %60'ını oluşturmakta olup, finansmanın % 40'ı USSF tarafından karşılanmaktadır. Fonun katkısı sağlık hizmet paketine dahil edilen hastane hizmetlerinin ödenmesi şeklindedir. Sadece pakete dahil edilen hastalıkların tanı ve tedavi giderleri fon tarafından karşılanmaktadır.

### *2.6.6.2. Ulusal Sağlık Sigorta Fonu*

Zorunlu Sağlık Sigortası primlerinin toplandığı ve sağlık hizmetini satın alan kurum durumunda olan USSF, ülke sağlık harcamalarının %50 sini karşılamaktadır. Fonun karşıladığı sağlık hizmetleri de 3 grupta toplanabilir:

- Birinci Grup
  a. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tamamı USSF tarafından karşılanmaktadır.
  b. Hastanede özel yardım
  c. Laboratuar hizmetleri
- İkinci Grup
  a. İlaçlar
  b. Evde tedavi
- Üçüncü Grup
  a. Kısmi hastane desteği (Tüm hastane harcamalarının % 40'ı)

Sağlık Bakanlığı tarafından "Sağlık Hizmet Paketi" içerisinde yer alacak sağlık hizmetleri her yıl yeniden belirlenmektedir. Hizmet paketi belirlendikten sonra "Ulusal Çerçeve Sözleşmesi"ni yapacak heyet çalışmalarını tamamlamakta ve sözleşme imzalamaktadır. İmzalanan Ulusal Çerçeve Sözleşmesi'nin Sağlık Bakanlığı ve Bulgaristan Parlamentosu tarafından onaylamasının ardından

Genel Pratisyenlerle USSF arasında bireysel sözleşmeler bu ulusal çerçeve sözleşmesi esas alınarak yapılmaktadır. Genel pratisyenlerin ücretleri karma bir yöntemle belirlenmektedir. Bu yönteme göre ücretler üç temel yöntemle hesaplanmaktadır:

- Kişi başına ücret
- Hizmete dayalı ücret
- Hizmet taksidi

### *2.6.6.3. Zorunlu Emeklilik Sigortası*

Bulgaristan'da uygulanan reform sürecinin Avusturya ve Almanya modelleri örnek alınarak yürütülmeye çalışıldığı ve Bulgaristan'da ve Türkiye'de Dünya Bankası adına aynı isimlerin sorumlu olduğu düşünüldüğünde, ülkemizde uygulamaya konulmak istenen sistemin ve izlenen sürecin Bulgaristan'a olan benzerliklerini daha net göstermesi açısından Bulgaristan'da uygulan Zorunlu Emeklilik Sigortası daha yakından incelenmelidir.

Zorunlu emeklilik sigortası kapsamında toplanan primlerde de %25 çalışan ve %75 iş veren oranı korunmaktadır. Yine aynı şekilde bu oranlarında 2009'da % 50-%50 olması hedeflenmektedir. Benzer şekilde emekliler, işsizler, 18 yaşa dek öğrenciler ve devlet çalışanlarının primleri devlet tarafından ödenmektedir. 7.866.000 nüfuslu ülkede 2.5 milyon emekli olduğu düşünüldüğünde bu rakamın oldukça büyük olduğu görülmektedir. Devlet bütçesinin %10'unu oluşturan bu ödemelerin 2009 da tamamen ortadan kalkarak, sistemin kendini finanse edecek duruma geleceğini ve devlet sübvansiyonunun olmayacağı belirtilmektedir.

### *2.6.6.4. Sağlık Reformu Sonucunda Oluşan Sorunlar*

Reform sürecinden temel sağlık hizmetleri olumsuz etkilenmiştir. Bu etkilenme aşı oranlarındaki düşüş ile sınırlı olmayıp, bulaşıcı hastalıklarda artışı da beraberinde getirmiştir

İlaca harcanan para %50 artmış, birinci basamakla hastane arasında teşhis tekrarları yaşanmaya başlanmış ve hastane hekimleri ile genel pratisyenler arası gerilim, birinci basamakta konulan teşhislerin hastane hekimleri tarafından değiştirilmesi sonucunu beraberinde getirmiştir.

Hastanelerde yapılan tanı ve tedavi işlemlerinde hizmet paketine giren ve USSF tarafından ödeme yapılan alanlar lehine belirgin bir artış gözlenmekte olup teşhislerde ücrete endeksli değişiklikler yaşanmıştır.

Sistemin getirdiği karmaşa halkta bir hoşnutsuzluk yaratmış durumdadır. Bu, önceden ücretsiz sunulan hizmetler için ücret ödemek zorunda kalmaları ile sınırlı olmayan bir hoşnutsuzluktur. Vatandaşların çoğunun genel pratisyen-laboratuar-hastane üçgeninde boğuşmaktansa mecbur kalmadıkça hekime gitmediği, gücü yetiyorsa da cepten para ödeyerek serbest çalışan hekimlere

gitmeyi tercih ettiği belirtilmektedir.

Sistem Türkiye'de de iddia edildiği gibi birinci basamak hekimine saygınlık kazandırmak bir yana, saygınlığını yitirmesi ile sonuçlanmıştır. Halk genel pratisyenlere güvenmemekte ve uzmanlara gitmeyi tercih etmekte ve pratisyen hekimleri kendileri ile ilgilenmemekle, muayene etmeden reçete yazmakla suçlamaktadır.

Sonuç olarak ülkemizde uygulanması düşünülen Genel Sağlık Sigortası, aile hekimliği, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmet sunumundan çekilmesi gibi uygulamalarının yaklaşık üç yıldır uygulamaya çalışan Bulgaristan'da yaşananlar sistemin hiç de iddia edilen sonuçlara götürmediğini, aksine sağlık sisteminde tam bir karmaşa ve özelleşmenin önünü açan bir süreci doğurduğunu göstermektedir. İlaç ve teknoloji tüketimini artırarak, ülke kaynaklarının akılcı kullanımına olanak tanımayan ve kaynakların uluslar arası tekellere aktarılması sürecini hızlandıran bu süreç, hekimlerin iş güvencesini de ortadan kaldırmıştır. Ayrıca, vatandaşlar tarafından da zor, karışık ve pahalı bulunan bu sistemin, temel sağlık hizmetlerinde yarattığı olumsuzluklar insan sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

### 2.6.7. Sosyalist Küba Cumhuriyeti Sağlık Sistemi

Buraya kadar incelenen örneklerden toplumsal ve ekonomik yapısı itibariyle farklılaşan bir ülke olan Sosyalist Küba Cumhuriyeti, sahip olduğu sınırlı imkanlara rağmen özellikle sağlık alanında elde ettiği başarılar nedeniyle incelenmeye değerdir. Özellikle Sovyetler Birliği'nde reel sosyalizmin çözülüşünün ardından ciddi bir ekonomik bunalımla karşı karşıya kalan Küba'nın yaklaşık on beş yıl gibi kısa bir sürede sağlık alanında hem toplumsal anlamda hizmet sunumu hem de teknoloji üretimi açısından elde edilen başarılı sonuçlar bugün Küba'yı sağlık alanında pek çok gelişmiş ülkenin üzerinde standartlara ulaştırmıştır. Bu nedenle Küba örneği farklı ülkelere ve Türkiye'ye örnek olabilecek niteliktedir.

Bugün Küba'da sağlık hizmetleri vatandaşlar için bir hak ve devlet için bir sorumluluktur. Küba'da sağlık hizmetlerinin sunumuna dair ilkeler Anayasa ile güvence altına alınmış durumdadır. Buna göre Küba Anayasası'nın 49. maddesinde belirtilen ilkeler doğrultusunda sağlık hizmeti bir ekonomik kar aracı olarak değil, temel bir insan hakkı olarak tanımlanmıştır ve bütün sağlık hizmetleri parasızdır ve herkes için eşittir. Sağlık hizmetlerinin sunumu devletin bir görevi olarak Anayasaya konmuştur. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin toplumsal ve ekonomik gelişme ile iç içe olduğu belirtilmiş ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ve yönetimine toplum katılımının sağlanması hedeflenmiştir.

Küba'nın sağlık anlayışı, aile, okul ve işyeri çevresinin geliştirilmesine, ekonomik ve toplumsal güçlerin iyileştirilmesine, toplumsal eşitliğin sağlanmasına ve herkese sağlık hizmetinin parasız olarak sunulmasına

dayanmaktadır. Küba'da şu anda uygulanan sistemin hedefi, kişiyi bir biyo-sosyal birim olarak görerek, ona önem vermek ve sağlığı etkileyen toplumsal, ekonomik, psikolojik, kültürel, hijyenik ve epidemiolojik faktörleri içerecek şekilde teknokrat sağlık hizmet modelini genişletmektir.

### *2.6.7.1. Sağlık Sisteminin Örgütlenme İlkeleri*

Küba sistemi içinde *kapsayıcılık* büyük bir önem taşımaktadır ve bu ilke için üç düzey belirlenmiştir: amaç ve içerik olarak, içerdiği nüfus olarak ve örgütsel biçim ve uzmanlaşma olarak kapsayıcılık. Amaç ve içerik açısından kapsayıcılık bireylerin organik gereksinimlerinin ötesinde, toplumsal ve psikolojik gereksinimleriyle de ilgilenmeyi ve tedaviye ek olarak koruma ve rehabilitasyon hizmetlerinin de sunulmasını içerir. Nüfus açısından kapsayıcılık temel olarak bütün nüfusa sağlık hizmetinin sunulmasını içerir. Bu amaçla sağlık hizmetleri parasız hale getirilmiş ve kaynakların tüm ülkeye eşit dağılımı sağlanmıştır. Örgütsel biçim ve uzmanlaşma derecesi açısından kapsayıcılık ise planlamanın merkezileştirilmesini yönetimin adem-i merkeziyetleşmesi, sağlığın geliştirilmesi çalışmalarına toplumun katılımını ve koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütün olarak entegrasyonunu içermektedir.

Hükümet tarafından organize edilen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri, bütün nüfusun ulaşabileceği ve parasız, evrensel nitelikli sağlık hizmeti, koruyucu hizmetlerin sistemin merkezinde bulunması, bilimsel ve teknik gelişmelerin güncel olarak tıbba uygulanması, sağlık hizmetine toplum katılımı, uluslar arası işbirliği, sistemin planlı gelişimine kapsamlı yaklaşımdır.

Küba hükümetinin uyguladığı sağlık sistemi tüm ülkede tek tiptir ve üç ve hiyerarşik yönetim ve hizmet düzeyinden oluşmaktadır. Merkezi olarak Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarını ve normları belirler, araştırma yürütür, bilgi toplar-dağıtır, böylece sağlık hizmetleri merkezi düzeyde planlanmış olur. Eyalet düzeyinde hastaneler, eğitim kurumları, kan bankaları, kütüphaneler, vs eliyle sevk ve destek hizmeti sunulur. Yerel düzeyde ise kır sağlık evlerinde, hastanelerde ve kent polikliniklerinde birinci basamak sağlık hizmeti sunulur ve doğumevleri de yerel düzeydeki hizmet birimleri tarafından yönetilir.

Sağlık Bakanlığı içinde çeşitli teknik konularda ilgili planlama yapmak üzere 30 kadar (8-10 üyeli) teknik komisyon bulunmaktadır. Bu yapı eyalet düzeyinde de tekrarlanmaktadır. Böylece, ülke çapında yaklaşık bin kişilik nitelikli teknik personelden oluşan grup Sağlık Bakanlığı'nın politikalarına yön verir ve işleyiş "teknik aktivizm" olarak adlandırılır.

Ulusal düzeyin altında sağlık eyaletleri bulunmaktadır. Bugün bu eyaletlerin sayısı on dörttür ve her eyaletin başında bir sağlık direktörü bulunmaktadır. Eyalet düzeyinde asıl olarak eyalet içerisindeki alt birimlerin koordinasyonu sağlanmaktadır. Eyaletlerin altında, belediyeler esas alınarak oluşturulmuş bir sağlık örgütlenmesi yer almaktadır.

Küba'da sağlık bakım sistemi tıbbi bakım hizmeti sunan kurumlar ağı bakımından altı basamaktan oluşmaktadır:

- Bütün nüfusa hizmet veren, uzmanlaşmış ulusal dördüncü basamak hastaneleri ve sağlık enstitüleri.
- Eyalet düzeyinde her bir milyon kişiye üçüncü basamak hizmeti veren uzman hastaneler.
- Her 250 bin kişiye ikinci basamak hizmet veren belediye hastaneleri.
- Alan düzeyinde her 20-30 bin kişiye hizmet veren birinci basamak poliklinikleri.
- Daha çok kırsal kesimde her 4-5 bin kişiye destekleyici birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık ekipleri
- 120 aileye ya da yaklaşık 500 kişiye komşuluk ortamı içinde hizmet veren ve bir aile hekimi, bir hemşire ve sıklıkla da bir sosyal çalışmacıdan oluşan aile hekimliği birimleri (mini poliklinikler).

Küba sağlık sisteminin ana unsuru 1984 yılından itibaren uygulamaya konulan aile hekimliği (medico de familia) sistemidir. Aile hekimlerinin görevleri sağlık eğitimi, tanısal testler, doğum öncesi bakım, bağışıklaşma, beslenmenin izlenmesi, servisel yayma, mamografi hizmetlerini verme, hipertansiyon, tütün alışkanlığı ve stres ile mücadele ve sağlığın geliştirilmesi çalışmalarıdır. Aile hekimlerinin akademik eğitimlerinin geliştirilmesi amacıyla Ulusal Halk Sağlığı Okulu içinde Ulusal Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Bölümü kurulmuştur.

Her aile hekimi kendisiyle beraber çalışan hemşirelerden oluşan bir ekiple beraber çalışır. Hizmet ettikleri bölgede yaşarlar. Her ekip 800 kişiyi izlemekle yükümlüdür. Okullardan ve fabrikalardan da bu ekipler sorumludur. Burada amaç toplumla hekim arasındaki ilişkilerin geliştirilmesidir. 2001 yılı itibariyle toplam 30297 aile hekimi nüfusun %98,6'sına hizmet vermektedir. Yerel polikliniklerde güçlü bir laboratuar, röntgen ve destek servisleri, acil servisler, eğitim ve dal uzmanları bulunmaktadır. Her ekibin öncelikli görevleri arasında sağlığı eğitim ve yaşam koşullarının değişimi özellikle hijyenin sağlanması ile geliştirmek, sağlığı tehdit eden koşulları engellemek, erken tanı ve tedaviyi garantilemek, toplulukların ve ailelerin toplumsal entegrasyonunu sağlamak ve toplumun gereksinimleri doğrultusunda bilimsel araştırmalar yapmak yer almaktadır.

Küba'da devrimin gerçekleştiği 1959 yılından bugüne kadar sağlık alanında önemli gelişmeler. 1958 yılında Küba'da 16 profesör, 2000 doktor bulunmaktaydı. Bebek ölüm oranı 1000'de 6.4, anne ölümü 100.000'de 125, beklenen yaşam süresi ise 65 yıldı. 1959 yılında ilk hedefler toplum hijyeni, özellikle su ve atık su sisteminin tamamen yenilenmesi olarak belirlenmiştir. 1960'ta Küba Toplum Sağlığı Bakanlığı kurularak sağlıkla ilgili tüm sorumlulukları ve etkinlikleri bu kurumun ele alması sağlanmıştır. 1974'te biyo-psiko-sosyal yaklaşım benimsenerek, toplumun sağlık durumuyla ona etki eden biyolojik, toplumsal, ekonomik ve kültürel faktörlerin de

değerlendirilmesi anlayışı benimsenerek birinci basamak hizmetlerinde yeni bir dönem başlatılmıştır. 1984 yılında ise Aile Hekimliği modeli uygulanmaya başlanmıştır.

Aradan geçen yaklaşık 45 yıl sonunda sağlık hizmetleri toplumun hemen hemen tamamına ulaşmıştır ve bugün her 184 kişiye bir doktor düşmektedir. WHO'nun tanımı ile "Devrim içinde devrim" yapılarak şu sonuçlara ulaşılmıştır. Günümüzde yaşam beklentisi 10 yıldan fazla artarak 75 yıl üzerine çıkmıştır. Bebek ölüm oranı 1000'de 7.1'e yükselerek geçmişe oranla kötüleşmesine rağmen anne ölümleri 10.000'de 12.5'ten 2.4'te düşürülerek önemli ve olumlu bir gelişme sağlanmıştır.

## 2.7. Ülkeler Arası Genel Değerlendirme

Bu bölümde, ve Türkiye'ye ve önceki bölümlerde ele aldığımız yabancı ülkelere ait belli başlı sağlık göstergelerinin karşılaştırmalı değerlendirilmesi yapacaktır. Türkiye'nin sağlık sistemine ilişkin ayrıntılı bir inceleme ilerleyen bölümlerde sunulacaktır. Ülkeler arasında karşılaştırmalı bir değerlendirme yapılabilmesi için öncelikle sağlıkla ilgili temel ölçütlerin belirlenmesi gerekmektedir.

Kalkınma ve sağlık arasında doğru orantılı ve karşılıklı bir ilişki bulunmakta ve günümüzde hem kalkınmanın sağlık üzerindeki, hem de sağlığın kalkınma üzerindeki etkisini vurgulayan görüş giderek benimsenmektedir. Ülkelerin kalkınmışlık göstergelerinde kişi başına düşen milli gelir dağılımı, sanayileşme, işsizlik oranı, altyapı, beslenme ve eğitim düzeyi gibi alışılagelmiş sosyo-ekonomik göstergelerle birlikte sağlıkla ilgili verilerin de dahil edilmesi bu görüşün bir sonucudur. Toplam sağlık harcamalarının topluma yansıması olan kişi başına hekim sayısı, yatak sayısı, ilaç tüketimi, sağlık hizmetleri kalitesi ile buna ulaşabilirlik temel sağlık göstergeleri arasında yer almaktadır (Can, 2001). Bunlarla birlikte anne ölüm oranı, çocuk ölüm oranı ve yaşam umudu verileri sağlıkta eşitsizliği ölçmede kullanılan başlıca verilerdir (Mills, 1999). Yine aynı göstergeler, sağlık harcamaları ve sağlık hizmetleri arzının bir sonucu olarak yorumlanarak "hayat kalitesi" göstergeleri adı altında da tanımlanmaktadır (Can, 2001).

Bu bağlamda, bu bölümde ülkelerin karşılaştırılmasında kullanılacak ölçütler şunlar olacaktır:

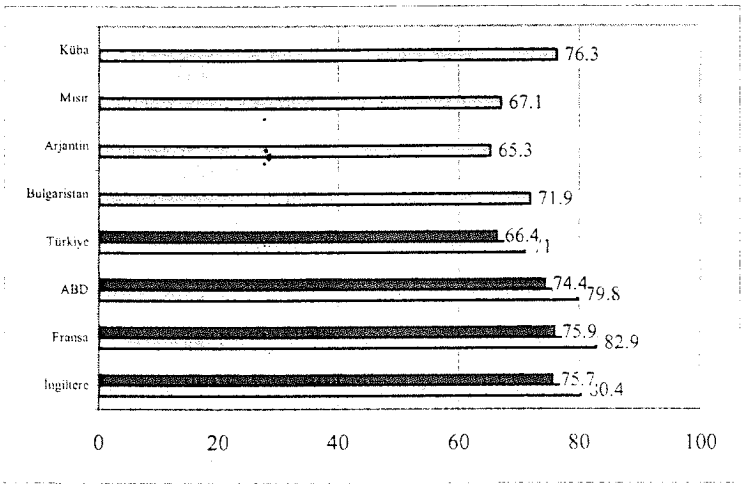
Karşılaştırma ölçütleri[8]

- Yaşam beklentisi
- Bebek ölüm oranı
- Anne ölüm oranı
- Doktor/1000 kişi

[8] Belirlenen ölçütler üzerinden yapılan değerlendirmede her ülke için ulaşılan en son araştırma verileri kullanılmıştır.

- Kişi başına düşen yatak sayısı
- Sağlığa yapılan harcamalar
  - kişi başına düşen sağlık harcaması
  - GSMH içinde sağlık harcaması yüzdesi
  - Tüm sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcaması yüzdesi
  - İlaç harcamalarının tüm sağlık harcamaları içindeki yüzdesi

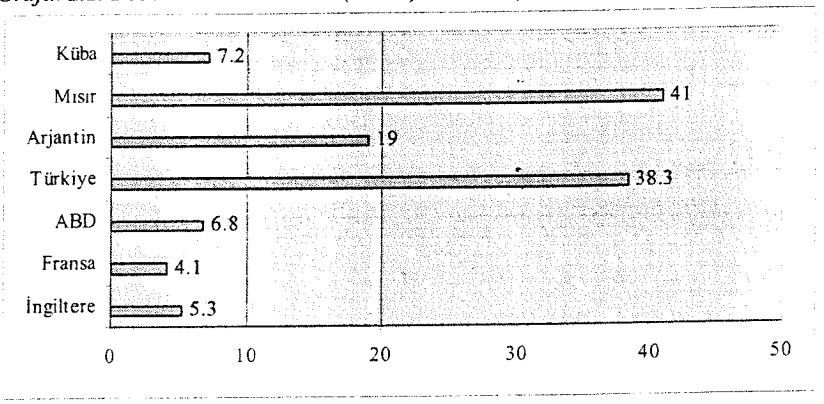
***Grafik 2.1. Ortalama Yaşam Beklentisi***




**Kaynak: Dünya Bankası*

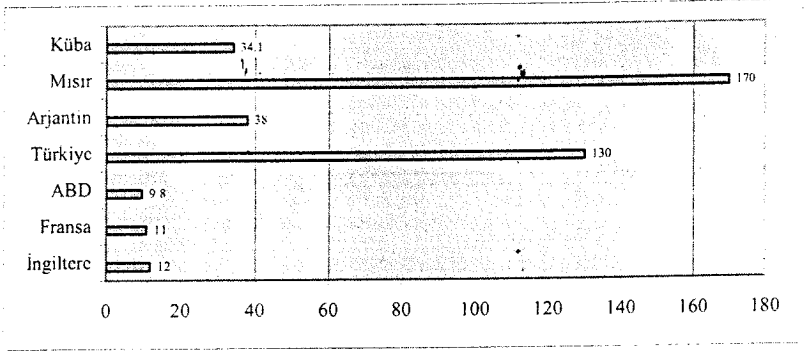
Şekil 2.1'de görüldüğü üzere gelişmiş ülkeler olarak ele aldığımız üç ülkede yaşam beklentisi kadınlar için ortalama 81 iken erkekler için 75,3 tür. Gelişmekte olan ve ülkeler için kadın ve erkek birlikte bu ortalama 68,1 ve sosyalist bir ülke olarak ele alınan Küba için ise 76,8'dir. Kadın erkek ortalamaları birlikte ele alınacak olursa ortalama yaşam beklentisinin gelişmiş ülkelerde 78,2 gelişmekte olan ülkelerde 68,1, Küba'da 76,1 ve Türkiye'de 68,7 olduğu görülmektedir. Sonuçlardan anlaşılacağı üzere Türkiye'nin ve yaşam beklentisi konusunda gelişmiş ülkelerin ve genel olarak Avrupa ülkelerinin oldukça gerisinde olduğu ortaya ve çıkmaktadır.

***Grafik 2.2. Bebek Ölüm Oranları (Binde)***




*Kaynak: Dünya Bankası*

***Grafik 2.3. Anne Ölüm Oranları (Yüz binde)***

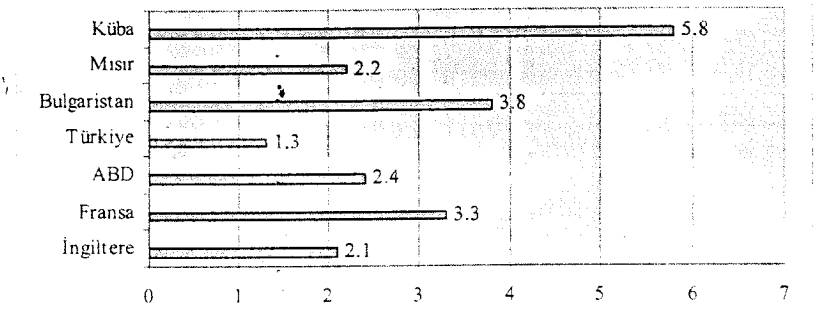



**Kaynak: Dünya Bankası*

Eşitsizliği ölçmede kullanılan başlıca veriler olan ölüm oranları aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğinin ve yaygınlığının da göstergeleridirler. Şekillerde de görüldüğü üzere gerek çocuk ölüm oranlarında gerekse anne ölüm oranlarında, ele alınan diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye oldukça yüksek değerlere sahiptir. Nüfusunun yalnızca %60'lık bir kesiminin sosyal sigorta sahibi olduğu ve sağlık sisteminde yoksullara ulaşmada büyük sorunlar yaşanan Mısır'daki ölüm oranlarına yaklaşan bu oranlar herkesin sigorta sahibi olarak göründüğü Türkiye'de sigorta sisteminin ve temel sağlık hizmetleri politikalarının yeniden ciddi bir şekilde ele alınmasının gerekliliğine işaret etmektedir.

Bu noktada raporun ilk bölümlerinde değinilen Alma Ata Bildirgesi'nde ortaya konulan Temel Sağlık Hizmetleri tanımının da hatırlatılmasında yarar vardır. Bu tanıma göre temel sağlık hizmetlerini oluşturan birinci basamak sağlık hizmetleri ülkenin sağlık hizmetlerinin çekirdeği, sosyal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez parçasıdır.

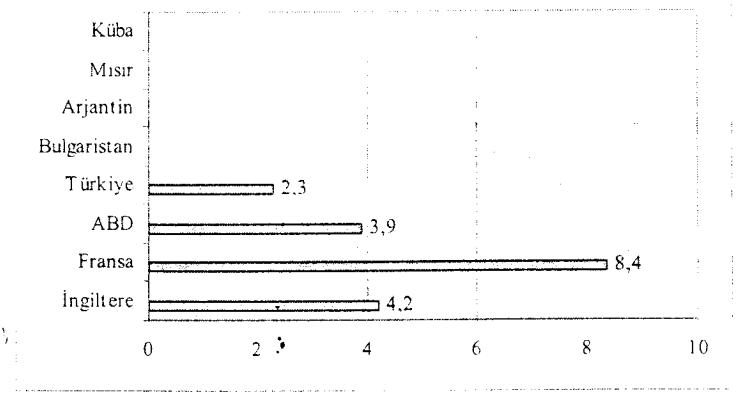
***Grafik 2.4. Her Bin Kişiye Düşen Pratisyen Doktor Sayısı***




**Kaynak: Dünya Bankası*

Türkiye'de tıp fakültesinden mezun olduktan sonra Sağlık Bakanlığı aracılığıyla belirlenecek bir yerde pratisyen hekim olarak göre ve başlanabilmektedir. Ancak, sağlık ocaklarının mevcut yapısı, hekimlerin aldığı ücretler ve toplumdaki saygınlıkları açısından, pratisyen hekimlere bir uzmanlık dalının alınmasının mutlak zorunluluğu hissettirilmekte ve uzmanlaşmaya özendirme politikası güdülmektedir. Sağlık sistemlerinin görece daha işlevsel olduğunu kabul ettiğimiz başlıca Avrupa ülkelerinde pratisyen hekim/uzman hekim oranı 2/1 iken, Türkiye'de bu oranın bire yakın olduğu daha önce belirtilmişti. Bununla birlikte Türkiye'de hekimlerin %55'ini oluşturan pratisyen hekimler, temel sağlık hizmetlerine gereken kamu yatırımının yönelmemesi nedeni ile gittikçe artan oranda hekimlik yapamaz hale gelmektedir (Özdemir vd., 2003).

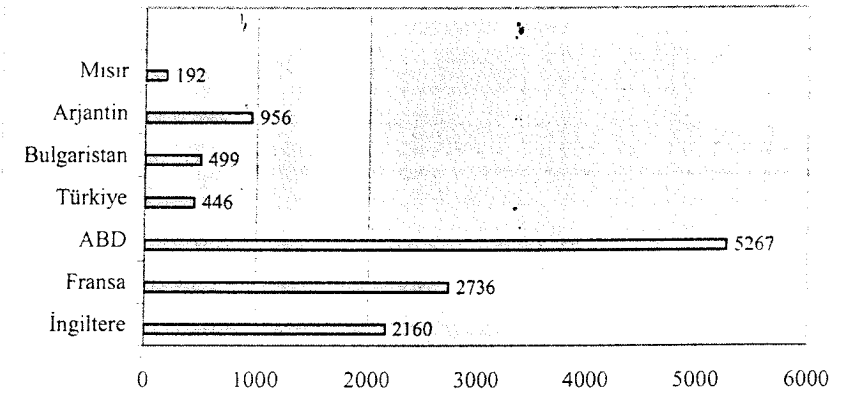
***Grafik 2.5. Her Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı***




**Kaynak: Dünya Bankası*

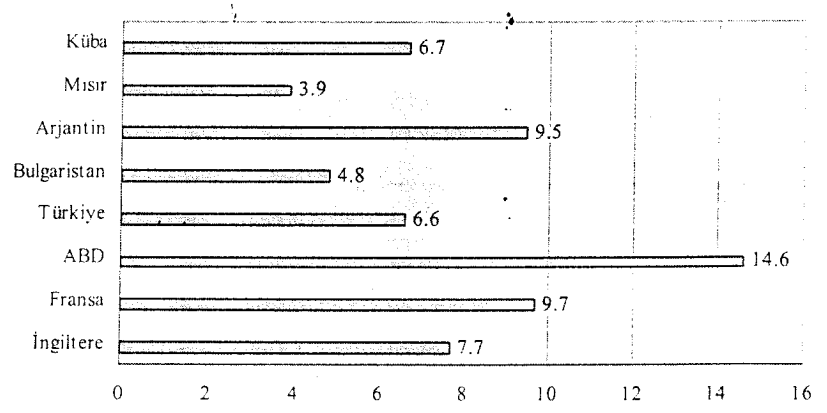
1000 kişiye düşen yatak sayısına ait sonuçların düşüklüğü bir ülkedeki bekleme sürelerinin uzunluğuna ve hastaların hastaneye yatmaları gereken durumda açıkta kalmalarına işaret etmektedir. Fransa'nın sağlık sisteminin başarılarından biri bekleme sürelerinin olmamasıdır. Gelişmekte olan ülkelere ilişkin bu bilgiye rastlanamamakla ve bu nedenle karşılaştırma yapılamamakla birlikte Türkiye'deki oranların yine Avrupa ülkelerine kıyasla düşük olduğu görülmektedir.

***Grafik 2.6. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması ($)***



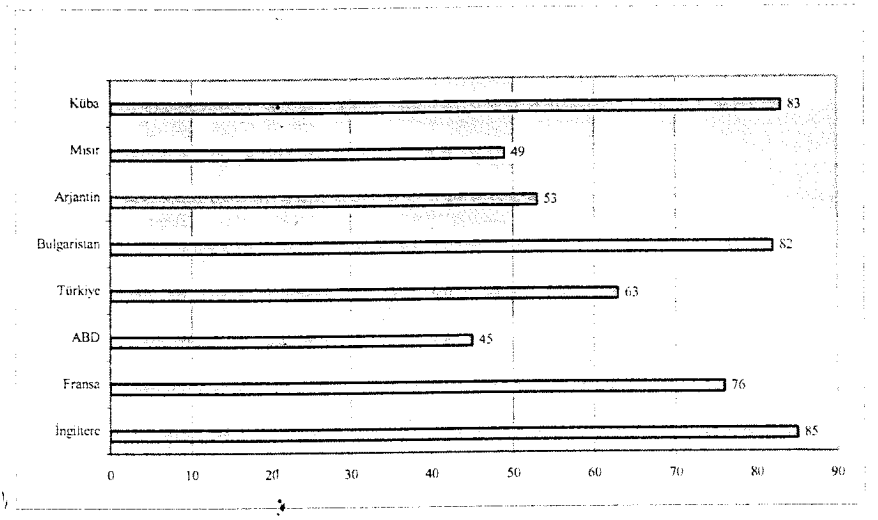

**Kaynak: Dünya Bankası*

***Grafik 2.7. GSMH İçinde Sağlık Harcaması Payı (%)***




**Kaynak: Dünya Bankası*

***Grafik 2.8. Tüm Sağlık Harcamaları İçinde Kamu Sağlık Harcaması Payı (%)***



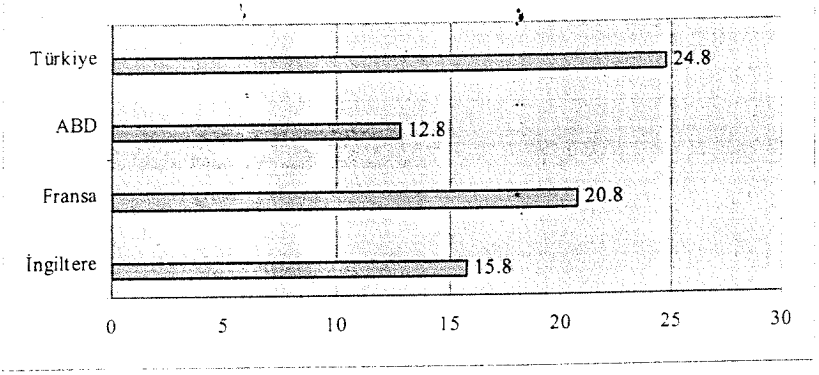

**Kaynak: Dünya Bankası*

Bugün ABD, İngiltere, Fransa, İs ve ç ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerde, sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı yaklaşık %10'lara yaklaşmış sağlık sektörü "en çok kaynak tüketen sektör" durumuna gelmiştir. İktisadi kalkınmanın temel unsurlarından olan insan sağlığının korunup geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi için, gelişmiş ülkeler, milli gelirlerinden artan oranda bu sektöre pay ayırmakta ve sektöre yapılan yatırımı "üretken yatırım" olarak kabul etmektedirler (Yıldırım, 1994:14). Diğer bir taraftan bu artış Avrupa ülkelerinde ve son yirmi yıldır yürütülen reformların başlıca nedenidir. OECD verileri kişi başına düşen milli gelir ve kişi başına düşen sağlık harcamaları arasında yakın bir ilişki olduğunu göstermektedir[9]. Bir kural olarak yüksek milli gelire sahip ülkelerin sağlığa daha fazla harcama yaptıkları söylenebilir. Bu kural şekildeki ülkelerin eğilimine bir açıklama getirmektedir. Ancak, Küba'nın durumu dikkat çekicidir. Kişi başına düşen milli geliri tüm bu ülkeler arasında en az olan Küba'nın GSMH içindeki sağlık harcamalarındaki payı bu kuralı geçersiz kılacak şekilde yüksektir.

[9] 2005 verilerine göre ilgili ülkelerin kişi başına düşen milli gelirleri şöyledir (http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/cu.html#Econ):

- BK: 29600$ - Bulgaristan: 8200$
- ABD: 40100$ - Arjantin: 12400$
- Fransa: 28700$ - Küba: 3000$
- Türkiye: 7400$

*Grafik 2.9. İlaç Harcamalarının Tüm Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)*




**Kaynak: Dünya Bankası*

Gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye'deki tüm sağlık harcamaları arasında ilaç harcamalarının payı oldukça yüksektir. İlaç harcamalarının fazlalığı birbirinin içine geçmiş birkaç nedenin sonucu olabilir. İlaçla tedaviyi teşvik eden bakımdan, ilaçların yurtiçinde ve ya yurtdışında üretilmesine kadar birçok etken bu oranları etkileyebilir.

Her ne kadar ülkelere ait bazı tespitler ve karşılaştırmalar yapmaya olanak sağlıyorsa da ele alınan ölçütler üzerinden yürütülen böyle bir değerlendirme nitel farklılıkları göz ardı etmekte ve gelişmeyi nicel boyuta indirgemektedir. Gelişmekte olan ülkelerden beklenilen, yatırım yaparak, kişi başına düşen milli gelirlerini, sağlık ve eğitim düzeylerini[10] yükseltmeleridir. Bu da gelir dağılımının adilleştirilmesi ve benzeri yapısal sorunları göz ardı etmektedir. Bu değerleri yükseltme gerekliliğini kabul etmekle beraber çözümün salt nicel boyutuyla ele alınması bir tür kısır döngü oluşturmaktadır.

Sağlığa yapılan harcamaların ve yatırımların artışının, toplumun her kesimine ulaşıldığının bir göstergesi olmadığı GSMH içinde sağlığa en çok pay ayıran ABD örneğinde de açıktır. Halen ABD'nin % 14'tü sigortasızdır. Bununla birlikte Türkiye'de nüfusun en yoksul yüzde 10'u gelirden %2.3 oranında pay alırken, en zengin yüzde 10'un aldığı pay ise ve %30.7'ye çıkmaktadır[11]. ABD'de ise bu oranlar en yoksul ve yüzde 10 için %1.9, en zengin yüzde 10 için ve ise yüzde 29.9'dur. Bu sonuçlar sorunun yatırım ya da tasarruf yapmanın ötesinde daha farklı bir bakışın geliştirilmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu bakışın gelir dağılımı adaletsizliği konusu üzerine odaklanan bir bakış olması kaçınılmazdır.

[10] Bu üç ölçüt (kişi başına düşen mili gelir, eğitim,sağlık verileri) UNDP İnsani Gelişme Raporunda kullanılan gelişmişliği ölçen değerlerdir. (http://www.un.org.tr/undp/hdr2003tur.asp)

[11] Veriler Dünya Bankası'nın Dünya Kalkınma Göstergeleri 2005 raporundan alınmıştır.

## 2.8. Türkiye Sağlık Sistemi

### 2.8.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye'de sağlık sisteminin gelişiminin incelenmesinde Sağlık Bakanlığı'nın kuruluşu milat kabul edilebilir. 3 Mayıs 1920 tarihli, 3 sayılı kanunla kurulan Sağlık Bakanlığı (o dönemdeki adıyla "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) ilk icraatlarını zorlu savaş koşullarında gerçekleştirmiştir. Bu dönemde bakanlık temel olarak cepheden gelen yaralıların tedavi edilmesi, iç ve dış göçmenlerin yerleştirilmesi ve bir sağlık mevzuatı geliştirilmesi gibi çalışmalarda bulunmuştur. Öngörülen teşkilat yapısı içinde; merkezde Hıfzısıhha Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak Kalemi kurulmuş, taşrada ise Sağlık Müdürleri, Hükümet, Belediye ve Karantina Tabiplikleri ile Küçük Sıhhiye Memurlukları'ndan oluşan hâlihazırdaki yapı korunmuştur. Taşradaki Hükümet Tabiplikleri temel olarak koruyucu ve tedavi edici hizmetler ile adli hekimlik ve yöneticilik başlıklarında faaliyet göstermişlerdir.

Savaş yıllarının ardından 1925'te Bakanlık ilk çalışma programını çıkarmıştır. Bu programın temel ilkeleri şu şekildedir:

- Devlet sağlık örgütünü genişletmek,
- Hekim sağlık memuru ve ebe yetiştirmek,
- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak,
- Sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek,
- Sağlıkla ilgili kanunlar yapmak,
- Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek,
- Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Hıfzısıhha Okulu kurmak.

1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 1936 yılında ise 3017 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu çıkartılmıştır. Bu kanunlar bugün yürürlükte olan sağlık mevzuatının temelini oluşturan ve yapılan kimi eklemeler ve değişikliklerle beraber halen yürürlükte olan kanunlardır.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın örgütlenmesi merkezi bir yapılanma çerçevesinde oluşturulmuştur. 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 4. maddesi şu şekildedir: "Şehir kasaba ve köylerdeki sağlık ve sosyal yardım hizmetleri belediyeler, özel idareler ve diğer mahalli idarelerce yürütülür. Bakanlık, özellikle bu idarelere rehber olmak üzere bazı mahallerde numune (örnek) kuruluşlar açar". Bu doğrultuda Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır'da bakanlığa bağlı numune hastaneleri açılmıştır. İlçelerde sağlık hizmetleri bakanlığa bağlı 5-10 yataklı muayene ve tedavi evleri, köylerdeki sağlık hizmetleri ise ücretleri özel idareler tarafından ödenen gezici hekimler ve sağlık memurları tarafından verilmiştir. İkinci Dünya Savaşı'na kadar süren dönemde temel olarak sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden, merkez tarafından yürütülmesi ve koruyucu hekimliğin devlet

görevi, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmeti olması hedeflenmiş, yine aynı dönemde Tıp Fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulaması getirilmiştir. Koruyucu hekimlik kavramı bu dönemde ortaya çıkmış ve yerel yönetimler hastane açmaya teşvik edilmiştir.

Bu dönemde çiçek, kuduz, sifiliz, lepra, tifüs, sıtma, verem, trahom ve cüzam gibi bulaşıcı hastalıklar en önemli sağlık sorunu olmuş ve çeşitli mücadele programları devreye sokulmuştur. Ne var ki savaş sonrasında yaşanan finanssal sıkıntılar sağlık hizmetlerinin temin edilmesinde çok ciddi sorunların yaşanmasına ve hizmetlerde kimi aksamalara neden olmuştur.

Dolayısıyla 1923–1946 yılları arasında ağırlıkla Bakanlığın koruyucu hizmetlere öncelik vermesi hedeflenmiş, tedavi edici hizmetler yerel yönetimlere bırakılmış, her ilçede hükümet tabipliği kurulmuş, o gün için sağlık sorunu olan konularda dikey yapılanma olarak tanımlanan verem-sıtma-frengi-trahom-cüzam gibi bulaşıcı hastalıklara yönelik programlar yürütülmüştür.

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı hazırlanmıştır. Bu plan bütünlüklü ve nüfusa göre hizmet anlayışını getirmektedir. Fakat basamaklandırılmış bir hizmet anlayışı yoktur. Kırsal bölgelerin de sağlık hizmetinden verimli bir şekilde yararlanabilmesi amacıyla sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi genel idari örgütlenmeden ayrı olarak ele alınmıştır. Kırkar köyü kapsayan köy sağlık merkezlerinin kurulması planlanmıştır. 1954 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Kaza Sağlık İdaresi adıyla yeni bir idare şekli uygulamaya sokulmuştur.

1960'lı yıllarda uygulanmaya başlayacak olan sosyalleştirme politikaları henüz daha gündemde olmamakla birlikte temel politika koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini birlikte sunması düşünülen sağlık merkezlerinin yerel birimlerde yaygınlaştırılması ve hastane sayısını arttırılması olarak şekillenmiştir. Bu dönemde finansmanın mümkün olduğunca genel bütçeden ayrı sağlanmasına çabalanmıştır.

Sigorta kurumunun kurulması ile beraber sistematik bir sosyal güvenlik sisteminin oluşturulmasına yönelik atılan ilk adımlar da yine bu döneme rastlar. 1945'te İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuştur. Sigorta sistemi ilk olarak iş kazaları, meslek hastalıkları ve annelik sigortaları ile başlamış, ardından yaşlılık ve hastalık sigortaları devreye girmiştir. Ancak, tüm bu sigortaların tek bir çatı altında toplanarak Sosyal Sigortalar Kurumu'nun kurulması 1965 yılında gerçekleşmiştir.

1961 yılında çıkarılan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'la, nüfusa dayalı, yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütün ve katılımlı sağlık hizmeti ilkeleri çerçevesinde, sağlık evleri-sağlık ocakları-ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. Böylece birinci basamak sağlık hizmetleri köylere kadar yayılmış ve "dar

bölgede çok yönlü hizmet anlayışı" temelinde tüm halkın koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden yararlanması hedeflenmiştir. Bu modelde temel birim 5000-10000 kişiye hizmet verecek olan sağlık ocaklarıdır. Sosyalleştirme politikası sosyal devlet anlayışının bir ürünüdür. Finansmanı, vatandaşların ödedikleri primler, kamu kurumlarının bütçeleri ve hastaların cepten yaptıkları harcamalarla sağlanmaktadır. Sosyalleştirme kanunu ile birlikte uygulamaya sokulan politikalar 1978 yılında Alma Ata'da kabul edilecek olan temel sağlık hizmetleri ilkeleriyle özde aynıdır.

1980 sonrasında Türkiye'nin içinden geçtiği ekonomik, toplumsal ve siyasal yeniden yapılanma süreci sağlık alanını da etkilemiştir. 1961 Anayasası devleti her vatandaşına sağlıklı yaşamı sağlamakla yükümlü kılınmasına rağmen 1980 Anayasası ile beraber insanlara sadece sağlıklı yaşam hakkı tanınmıştır.

İlk olarak bu dönemde gündeme gelen "sağlık reformu" stratejileri 1989 yılında DPT için yürütülen Sağlık Sektörü Mastır Plan Etüdü çerçevesinde belirlenmiştir. Mastır Plan Etüdü, "Sağlık Reformu" için dört ana strateji seçeneğini ortaya koymuştur:

- Mevcut Statü'nün İyileştirilmesi,
- Serbest Pazar Stratejisi,
- Ulusal Sağlık Hizmetleri Stratejisi, ve
- Uzlaştırma Seçeneği.

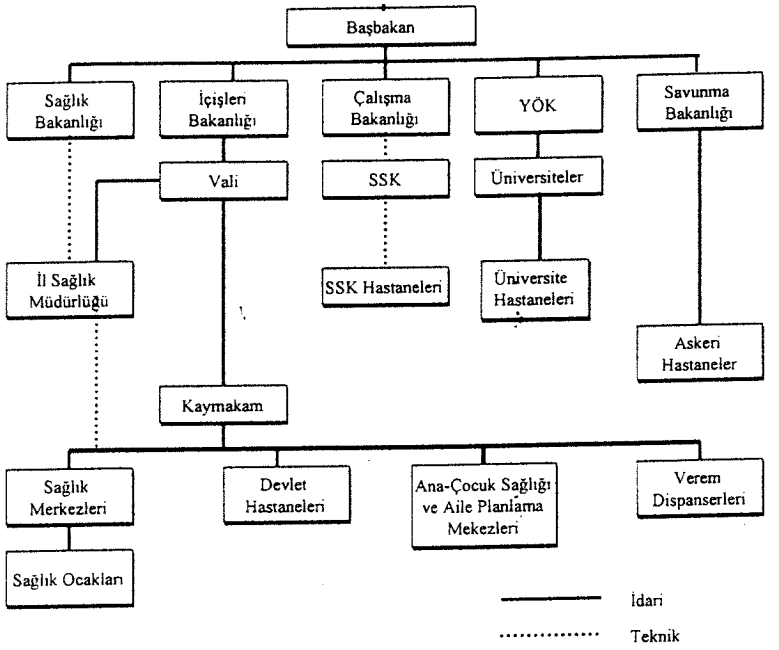
Bu stratejiler arasından DPT tarafından benimsenen Uzlaştırma seçeneğinin ana özellikleri, hizmeti satın alanın ve sunanın ayrılması, Sağlık Bakanlığı'nın rolünün değişmesi, hizmetlerin sözleşme yoluyla sağlanması için yerel bütçelerin bulunması ve hizmet ihtiyaçlarının karşılanması için yerel planlama yapılmasıdır.

1980'lerle birlikte gündeme gelen sağlık alanına yönelik kapsamlı dönüşüm ve yeniden yapılandırma planları ile 1960'ların sosyalleştirme politikaları bugün sağlık hizmetlerinin niteliğine ve hizmet sunumunun örgütsel ve finanssal yapısına dair yürütülen tartışmaların temel zeminini oluşturan başlıklar olmaları nedeniyle ilerleyen bölümlerde daha ayrıntılı biçimde incelenecektir.

### 2.8.2. Örgütsel Yapı ve Yönetim

Türkiye'deki sağlık hizmetleri temel olarak Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Savunma Bakanlığı, özel hastaneler, özel hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler ve diğer sağlık uzmanları tarafından sağlanmaktadır. Diğer kamu hastaneleri ve özel hastaneler hizmet sağlamakta ancak toplam kapasiteleri düşük seviyede kalmaktadır. Sağlık hizmeti sağlayan kurumların parçalanmış yapısının sağlık hizmetlerinin dağılımını ve etkin koordinasyonun sağlanmasını zorlaştırdığı söylenebilir.

*Şekil 2.1. Türkiye Kamu Sağlık Sektörünün Örgütlenme Şeması*




Sağlık bakanlığı temel sağlık ve ikincil sağlık hizmetlerini en önemli sağlayıcı olmakla beraber koruyucu sağlık hizmetini yerine getiren tek sağlayıcıdır. Merkezi düzeyde ülke sağlık politikalarından ve sağlık hizmetlerinden sağlık bakanlığı sorumludur. İl düzeyinde ise İl Sağlık Müdürlükleri sağlık bakanlığı tarafından verilen sağlık hizmetleri için valilere karşı sorumludur.

Türkiye'de çok sayıda sağlık hizmeti sunan kuruluş olmasına karşı, hasta yataklarının %95'i, koruyucu sağlık hizmetlerinin ise tümü kamu kesimine aittir. Kamu ve özel kesimde sağlık hizmetleri birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlarca sunulmaktadır ve kamu kuruluşları arasında etkin bir işbirliği ve eşgüdümün sağlanamamış olması; bu kuruluşların farklı nüfus gruplarına yönelik olmaları, kuruluşların yatırım ve hizmet sunumlarında çakışmalara ve kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır. Aynı şekilde temel sağlık hizmetlerinin sunumunda da entegrasyon sağlanamamıştır. Sağlık Ocakları, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri, Milli Eğitim Bakanlığı Dispanserleri, özel muayenehane ve poliklinikler, hastane poliklinikleri gibi çok çeşitli birinci basamak kuruluşları hizmetlerin tekrarına neden olan faaliyetler göstermektedirler.

### 2.8.3. Sağlık Hizmetleri

#### *2.8.3.1 Temel Sağlık Hizmeti*

Temel sağlık hizmeti Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık merkezleri, sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlama merkezleri, verem klinikleri, kızamık kontrol merkezleri ve kanser kontrol merkezleri gibi bazı dikey birimlerle sağlanmaktadır.

Devlet, temel sağlık hizmetlerini kırsal alanlarda sağlanması ve hem önlemeye hem de iyileştirmeye yönelik hizmet sağlanması amacıyla sağlık hizmetlerinin ulusallaştırılması programını üstlenmiştir. Basit sağlık hizmeti birimleri kırsal düzeyde sağlık merkezleri ve sağlık ocaklarıdır. Bugünkü yasalara göre sağlık ocakları kırsal alanlarda 1000–2000 nüfusa hizmet eden bir ebeyle işlevini sürdürmektedir. 2001 yılında Türkiye'de 11,737 adet sağlık ocağı bulunmaktadır. Sağlık merkezleri 5000–10.000 kişilik bir nüfusa hizmet ederken, doktor, hemşire, ebe, sağlık teknisyeni ve medikal görevliden oluşan bir ekiple hizmet vermektedir. Sağlık merkezlerinin ana işlevi bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi, aşı hizmetinin verilmesi, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması, halk sağlık eğitimi, çevresel sağlık, hasta bakımı ve sağlık alanında istatistiktî verinin toplanmasını içermektedir. Türkiye'de 5,773 adet sağlık merkezi bulunmaktadır (TSB, 2003).

Bugünkü programlarda kırsal alanlara öncelik verilmesinden dolayı, 295 adet Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) birimi, 273 verem dispanseri, 12 adet cildiye ve zührevi hastalıklar dispanseri, 3 adet cüzam dispanseri ve 2 adet ruh sağlığı dispanseri bulunmaktadır. Bu sağlık tesisleri, uzman personelleriyle koruma ve tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinin sunmanın yanında diğer temel sağlık hizmeti birimlerinde çalışan personeli de yetiştirmektedir (TSB, 2003). Halk sağlığını koruma ve laboratuar esaslı hizmetlerin yürütülmesi Sağlık Bakanlığının görevleri arasındadır ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı Refik Saydam Hijyen Merkezi tarafından yürütülmektedir. Merkez tüm ülkeye hizmet veren il toplum sağlık laboratuarlarının "referans merkezi" olarak hareket etmektedir.

Toplam sağlık harcamaları içinden temel sağlık hizmetleri için ayrılan payın %2'ler düzeyinde kalması hizmetlerin sunumu açısından ciddi bir soruna işaret etmektedir. Nüfus yapısında küçük de olsa yaşanan değişimin ortaya çıkardığı eğilimler de sağlık hizmeti sunumunda bir değişimi gerektirmektedir (DPT, 1997). Nüfusun büyük bölümünün kırsal alanda yaşadığı dönemlerde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yönünde çalışmalara, başka bir değişle kırsal hizmetlere ağırlık verilmişti. Ancak, ülkemiz nüfusu giderek artan oranda kentleşmektedir. Bu da sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin strateji ve organizasyonun farklı şekillerde ele alınması gerektiğine işaret etmektedir.

### 2.8.3.2 İkinci ve Üçüncü Düzeyde Sağlık Hizmetleri

İkinci ve üçüncü düzeyde sağlık hizmetlerini, Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, Üniversiteler ve özel sektör sağlamaktadır. Toplam 1,190 hastanenin 869'unu Sağlık Bakanlığı işletmektedir. Bakanlık Türkiye'deki hastane yataklarının % 66,4' üne sahiptir ve bu kapasiteyle doluluk oranının %59,4' ünü karşılamaktadır. Sağlık Bakanlığı Türkiye'deki en büyük sağlık hizmeti sağlayıcısıdır ve yaklaşık 204,932 kişiye istihdam sağlamaktadır. Türkiye'de 2001'de 10.000 nüfusa düşen hastane yatağı sayısı 26'dır (TSB, 2003).

*Tablo 2.1. İl ve Bölgelere göre Kamu ve Özel Hastanelerin Dağılımı*

| | | KAMU | | ÖZEL | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Değer | Hastane Sayısı | Yatak Sayısı | Hastane Sayısı | Yatak Sayısı |
| | Sayı | 929 | 158845 | 261 | 12775 |
| **Türkiye** | **%** | **100** | **100** | **100** | **100** |
| **İç Anadolu Bölgesi** | Sayı | 181 | 31863 | 29 | 1223 |
| | **%** | **19.5** | **20.1** | **11.1** | **9.6** |
| **G. Doğu Anadolu Bölgesi** | Sayı | 61 | 9253 | 6 | 146 |
| | **%** | **6.6** | **5.8** | **2.3** | **1.1** |

**Kaynak: "Türkiye İstatistik Yıllığı", 2004*

*Tablo 2.2. Hastanelerdeki İkincil ve Hastane Bakımının Kullanımı ve Performansı, Türkiye, 2000-2001:*

| | Toplam 2000 | Toplam 2001 | Sağlık Bk. 2000 | Sağlık Bk. 2001 | Diğer 2000 | Diğer 2001 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ayakta Hasta Oranı (%) | 158 | 175 | Veri yok | Veri yok | Veri yok | Veri yok |
| Yatan Hasta Oranı (%) | 4.8 | 4.4 | 4.5 | 4.3 | 5.2 | 4.6 |
| Hastanede kalış ortalama süresi (gün) | 5.9 | 5.8 | 5.5 | 5.5 | 6.3 | 6.2 |
| Doluluk Oranı (%) | 60.5 | 60.2 | 58.5 | 58.1 | 62.5 | 62.4 |

**Kaynak: Sağlık Bakanlığı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Sağlık İstatistikleri 2001 Kitabı, Ankara, 2002*

### 2.8.4. İnsan Kaynakları

2000 yılı için Türkiye'de sağlık hizmeti personeli sayıları Tablo 2.3.'de gösterilmiştir.

*Tablo 2.3. Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları, 2000*

| | Kamu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Personelin tipi** | **Toplam** | **Sağlık Bk** | **Üniversite** | **Diğer** | **Özel** |
| Doktor | 85,117 | 50,932 | 17,346 | 5304 | 11,535 |
| Uzman | 38,064 | 18,638 | 8,586 | 2,175 | 8,665 |
| Pratisyen | 47,053 | 32,294 | 8,760 | 3,129 | 2,870 |
| Diş Hekimi | 16,002 | 3,006 | 863 | 741 | 11,392 |
| Eczacı | 23,266 | 1,657 | 621 | 240 | 20,748 |
| Sağlık Memuru | 46,528 | 36,767 | 3,347 | 2,880 | 3,534 |
| Hemşire | 71,612 | 52,183 | 10,339 | 4,543 | 4,487 |
| Ebe | 41,590 | 40,198 | 110 | 156 | 1,126 |

**Kaynak: Sağlık Bakanlığı, " Sağlık İstatistikleri 2001 ", 2002*

Türkiye'de özel sektördeki istihdam diş hekimliğinde, eczacılık alanında ve uzman hekimlikte çok yüksek düzeyde iken, diğer sağlık personeli büyük ölçüde kamu alanında istihdam etmektedir. Birçok uzman doktor ikili iş yapısına sahiptir. Yarı zamanlı olarak kamu hastanelerinde çalışırken diğer zamanlarında ise kendi özel muayenelerinde hizmet vermektedirler.

2000 yılında Türkiye'deki ortalama sayılarla, doktor başına ortalama 797 kişi, diş hekimi başına 4,237 kişi, eczacı başına 2,194 kişi, hemşire başına 947 kişi, ebe başına 1,630 kişi ve sağlık memuru başına 1,437 kişi düşmektedir (TSB, 2003). Medikal çalışanlara düşen nüfus ortalaması bölgeler arasında büyük oranda farklılar göstermektedir. Ülkenin doğu kesimleri ve kırsal alanlar tüm kategorilerde birim nüfusa daha az çalışan düşmektedir. Coğrafi dağılımdaki dengesizliklerin nedenleri, sağlık kurumlarının dağılımındaki dengesizlik, sosyoekonomik ve bölgesel koşullardır.

Sağlık Bakanlığı Personel Müdürlüğü tüm bu birimlerdeki çalışanların işe alınmalarını ve yerleştirmelerini yürütmektedir. Kamuda çalışan sağlık personelinin ücreti, eğitim düzeyi, kamu hizmetindeki hizmet süresi ve meslek alanına ve devlet memurları yasasına göre belirlenmektedir. Yıl boyunca otomatik ücret artışları vardır ancak basit ödemeler daha iyi performans için teşviklerle desteklenmemektedir. Kamu çalışanları ömür boyu işle güvence altına alınmıştır. Özel hastaneler ya da il sağlık müdürleri iş verme, işten çıkarma ya da kendi personelini idare etme konularında biraz daha fazla özerktirler.

### 2.8.5. Sağlık Hizmeti Finansmanı

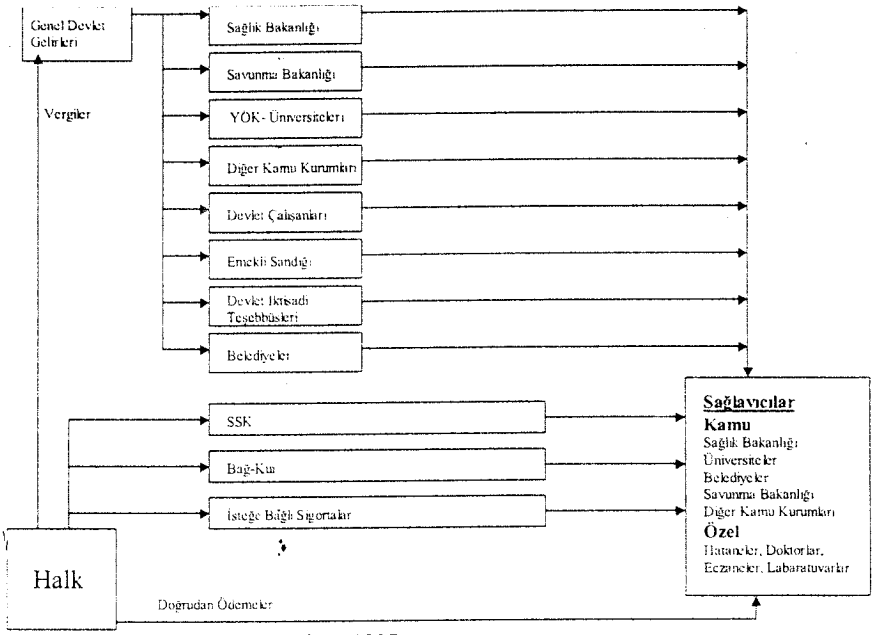
1980-2002 yılları arasında Sağlık Bakanlığı bütçesinin devlet bütçesinden aldığı oran %2.4 ile %4.71 arasında dalgalamalar göstermiştir. 1980 ve yılında bu oran %4.21'dir ve 1992 yılına kadar giderek artan bir değer göstermiştir. 1992 yılında %4.72 ile sağlık bakanlığının devlet bütçesinden aldığı pay en yüksek değerine ulaşmıştır. Ancak 1992 yılından itibaren bu oran düşen bir eğilim izlenmiştir. 2002 yılında bahsedilen pay %2.4 değerindedir. Diğer yandan 1980-2002 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'nın Gayri Safi Milli Hasıla içerisindeki payı %0.38 ve %0.91 arasında değişmiştir.

Özel ve kamu sektörleri kaynaklarından elde edilen fonlar hizmet sağlayıcılarına aktarılmaktadır. Ülkemizde, kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamalarından oluşan toplam sağlık harcamalarının Gayrı Safi Milli Hâsıla içindeki oranı %5 iken, ABD, Fransa, İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde bu oran sırasıyla; %13,9, %9,6 ve %7,6'dır. 2003 yılında sağlık sektörüne Arjantin'de %9.5, Meksika'da %5,5 oranında bir pay ayrılırken, yalnızca Tayland'da (%4.8) ve Mısır'da (% 3,9) Türkiye'den daha düşük payların ayrıldığı gözükmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmeti finansmanında, hizmetleri finansmanına katılan çok sayıda kurum bulunması ve bunların birçoğunun hizmet sağlaması tamamen karmaşık bir yapı oluşturmaktadır. Belli başlı yapılan sağlık harcamaları şöyle sıralanabilir;

- Özel ve kamu sektörleri kaynaklarından elde edilen ve hizmet sağlayıcılarına aktarılan fonlar.
- Sağlık Bakanlığı ve Savunma Bakanlığı tarafından oluşturulan sosyal güvenlik programları: Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Devler Çalışanları Emeklilik Fonu (Emekli Sandığı), ve Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Güvenlik Fonu (Bağ-Kur).
- YÖK (üniversite hastaneleri), devlet iktisadi teşebbüsleri, belediyeler, kamu kurum ve kuruluşları, özel fonlar ve özel sağlık sigortası şirketleri yoluyla oluşturulan fonlar.
- "Doğrudan cepten çıkan harcamalar" şeklinde doğrudan kullanıcıların yaptığı harcamalar.

*Şekil 2.2. Türkiye'de Sağlık Hizmeti Finansmanın Yapısı:*




**Kaynak: PCU, Sağlık Bakanlığı, 1997*

### *2.8.5.1 Sağlık Bakanlığı*

Türkiye'nin sağlık harcamalarının büyük kısmından Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık Hizmeti harcamalarının yaklaşık 1995 yılında 1,9 milyar$ a Karşılık gelen %34'lük bölümünü Sağlık Bakanlığı karşılamaktadır. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin en önemli kaynakları şöyledir:

**1. Devlet Bütçe Ödenekleri:** Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin en basit düzeyde kaynakları devlet bütçe ödenekleridir. Önceki yılın enflasyon değerleri dikkate alınarak hazırlanırlar. Geçmiş yıllarda enflasyon, kamu harcamalarının kontrol edilme çabalarının önündeki en büyük engeli oluşturmuştur. Bu yüzden mali yıl boyunca öncelikli genel bütçe ödeneklerini düzenlemek rutin hale gelmiştir.

**2. Şahısların hastanelerin döner sermayelerine yaptıkları doğrudan ödemeler:** Döner Sermaye gelirleri basit olarak hizmetler için şahıslar ya da 3. kısım sigortacılar tarafından yapılan ödemelerdir Sağlık hizmetleri için ödenen ücretler servislerin güncel bedelleri de göz önünde tutulmayarak, ve Sağlık Bakanlığı ve Ekonomi Bakanlığının temsilcilerinden oluşan bir komisyon tarafından belirlenmektedir.

**3. Özel Fonlar:** 1998'den beri ek fonlar yakıt, yeni otomobil satışları ve sigara vergilerinden tahsil edilmektedir.

1992 yılında hastane harcamaları Sağlık Bakanlığı'nın toplam harcamalarının %51'i iken 1998 yılında %51,4'te yükselmiştir. Aynı zaman süresinde korumaya yönelik sağlık hizmetlerine harcanan pay %7'den %3'e düşmüştür. Sağlık Bakanlığı 1992 yılında, mevcut sosyal sağlık güvenlik programlarına dâhil olmayan ve sağlık hizmetlerinin ücretlerinin ödeyemeyenlere yönelik olarak hastanede kalan hastaların hizmetleri ve ameliyatların giderlerini karşılamak için Yeşil Kart uygulamasına başlamıştır (TSB, 2003).

### *2.8.5.2 Üniversite Hastaneleri*

Üniversite hastanelerinin devlet bütçe ödenekleri ve üniversite döner sermayeleri olmak üzere iki ana finans kaynağı bulunmaktadır. Devlet bütçesi hem tekrarlanan giderleri hem de ana giderleri karşılamaktadır. Devlet hastaneleri ile karşılaştırıldığında, hesaplı fiyatlandırma politikaları sayesinde döner sermaye gelirleri güçlenmiştir. Üniversitelerin döner sermaye fonları ile yaptıkları hastanelerin giderleri Devlet Planlama Teşkilatı tarafından karşılanmaktadır.

### *2.8.5.3 Sosyal Sağlık Sigorta Programları*

Hizmet kontratı altında çalışan kişiler ve onların yükümlü oldukları kişiler, SSK; Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar, Sosyal Güvenlik Fonu (Bağ-Kur); 657 sayılı Personel yasasına göre çalışmış emekli devlet memurları ve Devlet İktisadi Teşebbüslerinden emekli kişiler, dul ve yetim aylığı alanlar ve yükümlü oldukları kişiler, Emekli Sandığı; 657 sayılı Personel Yasasına göre çalışmakta olan devlet hizmetlileri ve yükümlü oldukları kişiler, kendi kurumları tarafından karşılanan sosyal sağlık sigortası kapsamına girmektedirler. Aşağıda bu farklı sosyal sağlık sigortaları ayrıntılı biçimde ele alınacaktır.

**SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu):** SSK özel sektör çalışanları ve işçi statüsündeki kamu çalışanları için hizmet veren sosyal sigorta kuruluşudur ve en son yasa değişikliği ile SSK'ya bağlı hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na devri ile birlikte yalnızca sağlık sigortası hizmeti sunan bir kurum olarak işlev görmektedir. Tek bir sistem hem emeklilik hem de sağlık sigortası primlerini toplarken, sağlık primleri ve sağlık harcamaları ayrı olarak SSK hesaplarında tanımlanmaktadır.

**Bağ-Kur (Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Güvenlik Fonu):** Bağ-kur serbest meslek sahiplerine ait sigorta programıdır. Tüm katkıda bulunanlar ayakta ve hastanede yatan hastaların teşhis ve tedavilerinde aynı yetkilere sahiptir. Bağ-kur kendi bünyesinde bir sağlık hizmeti işletmemektedir. Ancak, kamu hizmet sağlayıcıları ile kontrat yapmak suretiyle hizmetleri satın almaktadır.

Bu program masrafların geri ödenmesi şeklide çalışmaktadır ve ücretler bağımsız bir şekilde kurum tarafından belirlenmektedir. İlaç satışlarında SSK da olduğu gibi çalışmakta olan üyelerden %20 , emeklilerde % 15 olarak tahsil edilmektedir.

**Emekli Sandığı (Devlet Çalışanları Emeklilik Fonu):** Devlet çalışanları emeklilik fonu öncelikle emekli olmuş devlet çalışanları için maaş fonudur ve sağlık hizmetini de kapsayan kolaylıkları sağlamaktadır. Halen görev yapmakta olan devlet çalışanlarından ve emeklilerden alınan sağlık güvencesi primi yoktur. Program büyük bir çoğunlukla devlet bütçe ödenekleri ile finanse edilmektedir. Devlet Çalışanları Emeklilik Fonu, emekli devlet çalışanlarının tüm sağlık hizmeti ihtiyaçlarını ve ilaç masraflarının %10'luk bir bedelle yerine getirmektedir.

**Yeşil Kart:** 1991 seçimlerinde iktidara gelen Süleyman Demirel'in, seçim vaadi olan Yeşil kart uygulaması ülkemizde ilk defa 1992'de "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun"[12] ile hayata geçirilmiştir. Bu ve kanun kapsamında yeşil kartın amacı tanımlanmış ve yeşil kartı almak için gerekli koşullar, yeşil kart alacak kişilerin nasıl tespit edileceği ve yeşil kartlılara verilecek hizmetlerin kapsamı açıklanmıştır. Aşağıda, yeşil kart sistemini anlamada aydınlatıcı olduğu düşünülen kanun maddeleri yer almaktadır:

**Amaç**
Madde 1- Bu Kanunun amacı, hiç bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar Devlet tarafından karşılanması ve bu hususta uyulacak usul ve esasların belirlenmesidir.

**Kapsam**
Madde 2- Bu Kanun; hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve bu Kanunun öngördüğü usul ve esaslar çerçevesinde belirlenecek aylık geliri ve ya aile içindeki gelir payı 1475 sayılı İş Kanununa göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarının;
a) Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekleri tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını,
b) Tedavi hizmetlerini verecek kurum ve kuruluşları, kapsar.

**Temel ilke ve esaslar**
Madde 3- a) Bu Kanun kapsamına giren vatandaşlara bu Kanunun öngördüğü tedavi hizmetlerinden hiçbir ücret ve bedel ödemeksizin yararlanmaları amacıyla birer "Yeşil Kart" verilir.

[12] 18.06.1992 tarih ve 3816 sayılı kanun

b) Aylık gelir ve ya gelir payları artarak ikinci maddede belirtilen miktarın üzerine çıktığı anlaşılanların bu Kanunla öngörülen hakları sona erer ve kendilerine verilen Yeşil Kart geri alınır.

**Aylık gelir ve ya gelir paylarının hesaplanması**
Madde 4. Hane halkının her birinin elde ettikleri nakdi ve ayni bütün gelirlerinin toplamı hanede yaşayan hısımların sayısına bölünerek her birinin gelir payının ikinci maddede belirtilen miktarın altında olup olmadığı tespit edilir.

**Bilgi işlem ve araştırma yetkisi**
Madde 7- Köy ve mahalle ihtiyar heyetleri, muhtarlar, jandarma ve emniyet görevlileri, gerektiğinde talep sahiplerinin durumlarını araştırarak yönetmelikte belirtilen esas ve usullere göre il ve ilçe idare kurullarına bildirirler.

**Yeşil Kartın ve sağlık hizmetlerinin verilişi**
Madde 8- Yeşil kart, gerekli araştırma ve incelemeler yapıldıktan sonra, il ve ilçe idare kurullarının kararı üzerine valilik ve kaymakamlıkça hak sahiplerine verilir.

**Mali kaynak ve ödeme**
Madde 9- Yataklı tedavi kurumları, bu Kanun kapsamına giren kişilere verdikleri sağlık hizmetlerinin ücret ve bedellerini Sağlık Bakanlığına fatura ederler. Ödeme, en geç 15 gün içerisinde, ödeme emri beklenmeksizin Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilir

**Geçici Madde 2**- Yeşil kart verilmesine Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri ile gerice yörelerdeki vatandaşlardan başlanır.

Günümüzde ise "Yeşil Kart" uygulaması istismar edildiği gerekçesi ile yeniden düzenlenmektedir. Yeni düzenleme kapsamında eski kartlar kullanımdan kaldırılmakta, yeşil kartların yenileriyle değiştirilmesi işlemi sırasında, geniş çaplı inceleme de yapılmakta ve hak etmediği halde yeşil kart alanların kartları iptal edilmektedir. Bu düzenlemeler sonucunda Sağlık Bakanlığı'nın hedefi, 2003 yılı sonunda 13 milyon 600 bin olan yeşil kartlı vatandaş sayısını 8 milyona indirmek olarak açıklanmaktadır. Yeni kartları verilecek olan vatandaşların üzerine kayıtlı hiçbir taşınmazı, bankada parası ve kıymetli evrakı bulunmaması, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna üye olmaması, ayrıca gelirinin de asgari ücretin üçte birini aşmaması gerekmektedir (www.zaman.com.tr).

Bu düzenleme, asıl amacının *yeşil kart sistemine son vermek* olduğu gerekçesi ile eleştirilmektedir. Bu eleştiriler yeşil karttan yararlanan kişi sayısının 13 milyon 600 bin kişiye ulaşmasını (nüfusun % 18'si), istismarcıların sayısının artması ile değil, ve ülkenin giderek yoksullaşması ile açıklamaktadırlar (Hatun, 2005).

### *2.8.5.4 Türkiye'deki Özel Sağlık Sigortaları*

2001 yılında 40 sigorta şirketi toplam 655.703 sigortalıyı kapsayarak ve 188 milyon $ toplam prim geliri ile özel sağlık sigortası hizmeti sağlamaktaydı. (TSB, 2003). Sigorta dan faydalananları büyük bir kısmı bir sosyal güvenlik kurumu programı kapsamına dâhildirler ve kuruma yasal olarak bir parçası oldukları için prim ödemekte ancak daha iyi hizmet almak için de özel güvenlik programından faydalanmaktadırlar. Özel sağlık sigortası ülkenin en hızlı gelişen sektörlerden biridir.

*Tablo 2.4. Özel Sağlık Sigortaları tarafından toplanan Prim Miktarları (US$)*

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|---|---|---|---|---|
| Prim Geliri | 179.800.413 | 199.686.335 | 281.132.658 | 187.822.544 |
| Yıllık Artış | %51,96 | %11,06 | %40,79 | %-33.19 |

**Kaynak. Türkiye Sigortalar Birliği, 2001, Yıllık Rapor*

*Tablo 2.5. Özel Sağlık Sigortaları ve Sigortalanan Sayıları*

| | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|---|---|---|---|---|
| Bireysel Politikalar | 112.075 | 124.435 | 141.068 | 160.381 |
| Sigortalanan Sayısı | 205.787 | 258.050 | 250.813 | 260.202 |
| Grup Politikaları | 2.818 | 3.401 | 3.311 | 48.912 |
| Sigortalanan Sayısı | 393.916 | 475.290 | 439.550 | 395.501 |

**Kaynak. Türkiye Sigortalar Birliği, 2001, Yıllık Raporu*

### 2.8.6. Sağlık Alanında AB'ye Yönelik Çalışmalar ve

Sağlıktaki sorunların giderilmesi, değişen dünya ve ülkemiz koşullarına ve Avrupa Birliği'ne üyelik durumunda Birlik sağlık politikalarına uyum sağlayarak halkın sağlık düzeyini yükseltmek amaçlarına yönelik olarak Sağlık Bakanlığı'nca "Türkiye Sağlık Reformu Modeli" hazırlanmış ve bu reformun kısa sürede gerçekleştirilmesi için çalışmalar başlatılmıştır.

Belirtilen "Sağlık Reformu Paketinde" ülkemizin sağlık politikası ve hizmetindeki sorunlar şu şekilde belirtilmiştir:

- Politika geliştirilmesi ile ilgili sorunlar,
- Hizmet sunumu ile ilgili sorunlar,
- Finansman ile ilgili sorunlar,
- Yönetim ile ilgili sorunlar,
- Mevzuat ile ilgili sorunlar,
- Bilgi ve eğitim ile ilgili sorunlar.

Bu modelde yer başlıca amaçlar ise:

- Halkın tümünün sosyal sağlık güvencesi kapsamına alınması ve halkın sağlık düzeyinin iyileştirilmesi,
- Sağlık hizmeti sunumunda adaletin sağlanması,
- Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetlere ve birinci basamak tedavi hizmetlerine önem verilmesi,

- Hizmet sunumunda verimliliğin sağlanması,
- Kaynak kullanan ile hizmet sunan birimlerin ayrılması,
- Hizmet sunanlar arasında rekabet ortamının oluşturulması,
- Teknolojinin doğru kullanımı,
- Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğinin güçlendirilmesi,
- Etkin, zamanında ve doğru bilgi toplanması ve bilgiye dayalı karar alımlarının sağlanması,
- İnsan kaynaklarının uygun yetenekte, doğru zamanda, doğru yerde, yeterli sayıda ve doğru bileşimi,
- Karar alma yetkisinin bireysel hizmet birimlerine verilmesi şeklindedir.

### 2.8.7. Sağlık Reformu Tartışmaları ve Bugün Gelinen Nokta

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin hem ekonomik hem de coğrafi olarak toplumun tüm kesimlerine ulaştırılması yolunda atılmış ilk kapsamlı reform adımı 1961 yılında kabul edilen "224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" ile beraber başlayan sosyalleştirme politikalarıdır. Öncelikli olarak 1963 yılından itibaren pilot illerde uygulamaya koyulan sosyalleştirme çalışmaları pek çok aksakla ve engellerle karşılaşmış, tüm illerin sosyalleştirme kapsamına alınması ancak 1983'te mümkün olabilmiştir. Ne var ki, 224 sayılı yasada öngörülen dönüşümler ve uygulamalar bir türlü tam ve eksiksiz biçimde hayata geçirilememiştir. Zaten 1980'li yıllardan itibaren Türkiye'nin değişen ekonomik paradigması sağlık alanına da yansımış ve sosyalleştirme çalışmalarının yerine giderek yeni liberal politikaların sağlık alanına yansıması olan uygulamalar almıştır. 1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile beraber bu uygulamalar yasal ve maddi bir zemine oturtulmuş ve bu dönemle beraber "sağlıkta reform" tartışmaları başlamıştır. Bugün Türkiye'nin gündeminde önemli bir yer tutan Genele Sağlık Sigortası (GSS), SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilmesi, aile hekimliği, sağlık alanında özelleştirmeler gibi kimi konular tartışmaya açılmıştır. Bu konular arasından GSS ve aile hekimliği modeli sosyalleştirme uygulamaları öncesinde de Türkiye'nin gündeminde olmasına rağmen ancak 1980 sonrasındaki sağlık reformu önerileri ile beraber daha somut olarak tartışılmaya başlamıştır. Tüm bu tartışmalar bugün AKP hükümetinin uygulamaya koyduğu "sağlıkta dönüşüm programı" çerçevesinde hayata geçirilmeye çalışılmaktadır.

Sırasıyla sosyalleştirme, sağlıkta reform ve sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık hizmetlerinin sunumunda ve niteliğinde ciddi dönüşümleri öngören starılar kapsamında önemli değişiklik konuları olan SSK hastanelerinin devri, Sağlık Bakanlığı'nın değişen rolü, GSS ve aile hekimliği modeline aşağıda ayrıntılı biçimde değinilecektir.

### *2.8.7.1 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi*[13]

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hizmeti kullanım anında, hizmeti kullananın cebinden para çıkmasına gerek kalmayacak bir sisteme dayanır. Bunun için de sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere bir fon oluşturulur. Fonun oluşumuna gerek hizmetten yararlanacak olanlar, gerekse sermayedarlar katkıda bulunurlar. Finansmanla ilgili maddeler, piyasaya dayalı ekonomik sistem içindeki karma bir finansman modelini tanımlamaktadır. Kapitalist sistem içinde, ekonomik ve toplumsal konum olarak eşitsiz tarafların varlığı tanınmakta, parası olanlara istedikleri sağlık hizmetini seçme "hakkı" verilmektedir. Bunun yanı sıra eşitsizlikçi toplumsal ortam içinde kurulan sağlık sisteminin akışına uymak koşuluyla parasız-eşitlikçi bir yapı da oluşturulmaktadır. Bu şekilde, sağlık hizmetinin sunumu parasızlaştırılmış olur. Sağlık kurumlarının dengeli bir biçimde dağılımının sağlanması durumunda, bu uygulamanın ekonomik durumu kötü olan birey ve toplumsal grupların lehine olduğu, ancak ekonomik-toplumsal eşitsizlikleri yaratan toplumsal ve bir bütün olarak sağlıktaki eşitsizlikçi yapıya dokunmadığı söylenebilir. Bu haliyle yasa sağlık sektöründe bir yandan kamusal, diğer yandan da özel sağlık sistemlerini standardize etmiştir. Hizmetin parasızlaştırılması da hizmete ulaşımdaki eşitsizlikleri azaltır.

1961'de yürürlüğe giren sosyalleştirme yasasının temel ilkeleri şöyle sıralanabilir:

- Karma finansman modeli uygulaması,
- Sağlık personeli için tam gün çalışma uygulaması, basamaklı hizmet ve sevk sistemi,
- Entegre hizmet anlayışı (Sağlık ocakları ve sağlık evleri her tür koruyucu sağlık hizmeti ile tedavi edici hizmetleri entegre olarak sunarlar – Madde 10),
- Nüfusa orantılı hizmet,
- Ekip hizmeti,
- Sürekli eğitim ve toplum katılımı

224 sayılı yasanın uluslar arası düzeyde halk sağlığı politikalarını belirleyen üç belgeyle uyumlu olduğu söylenebilir. Bunlar 1978 yılında yayınlanan ve Temel Sağlık Hizmetleri anlayışının formüle edildiği Alma Ata Bildirgesi, 1984 yılında Avrupa Bölgesi için belirlenen 2000 Yılı Herkes İçin Sağlık Hedefleri ve 1998 yılında oluşturulan Sağlık 21 Hedefleri'dir.

Yasa tasarısı 1961'de kabul edildikten sonra, sosyalleştirme harcamaları ilk kez 1962 yılı bütçesine girmiştir. Uygulama planının orijinalinde Sosyalleştirmenin Edirne, Çankırı ve Muş'ta aynı anda uygulamaya konulması düşüncesi varken, bütçe tartışmalarında gündeme getirilen "olanakların

[13] Bu bölüm temel olarak Toplum ve Hekim dergisinin 2001 yılına ait çeşitli sayılarından derlenmiştir.

kısıtlılığı" gerekçesi nedeniyle, gerekenin üçte biri kadar bir parayla uygulama 1963'te yalnızca Muş'ta başlatılabilmiştir. İzleyen yıllarda da aynı bölgedeki diğer illere yaygınlaştırılmıştır.

Sosyalleştirme kapsamındaki il sayısı 1964'te 6 (Muş'a ek olarak Ağrı, Bitlis, Hakkari, Kars, Van), 1965 ve 1966'da 12 (ilk 6 ile ek olarak Diyarbakır, Erzincan, Erzurum, Mardin, Siirt, Urfa), 1967'de 17 (daha önceki 12 ile ek olarak Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya, Tunceli)'dır. Böylece 1967 sonuna kadar Doğu illeri sosyalleştirme kapsamına alınmıştır. Sosyalleştirilmiş il sayısının 1968'de 22, 1969'da 24 ve 1970 yılında da 25 olduğu görülmektedir. 1981 yılı sonunda toplam 45 il ve toplam nüfusun %53.2'si sosyalleştirilmiştir. 1983 yılında hiçbir altyapısal hazırlık gerçekleştirilmeden geriye kalan illerinde sosyalleştirme kapsamına alındığı ilan edilmiştir.

1983'e kadar süren yirmi senelik dönemde sosyalleştirme uygulamaları değerlendirildiğinde göze çarpan kimi sorunlar şunlardır:

- Yeterli sayıda sağlık ocağı ve sağlık evi yoktur. Bu durum birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli sorunlar yaşanmasına neden olmuştur. Birinci basamak sağlık kurumlarındaki eksiklik bakımından özellikle üç büyük ilde sorun yaşanmıştır. Bu illerde bir sağlık ocağına bağlı nüfusun ortalama büyüklüğü yasada belirtilen sınırın çok üzerindedir.
- Personel dağılımında, bütün zorunlu hizmet uygulamalarına karşın, bölgeler arasında eşitlik sağlanamamıştır. Bu açıdan sorunlu olan bölgeler ise Doğu illeridir.
- Sevk sistemi sağlıklı bir biçimde uygulanamamıştır.
- Personelin sürekli eğitimi ilkesi hayata geçirilmemiştir.
- Sağlık Bakanlığı hiçbir zaman sosyalleştirmenin gerektirdiği yatırımları gerçekleştirmeye yetecek bütçeyi alamamıştır.
- Sosyalleştirme uygulaması için gereken yönetici kadronun eğitim ve istihdamına yönelik yeterli çaba gösterilmemiştir.

Özellikle 1980 sonrasında benimsenen neo-liberal politikalar sağlıkta sosyalleştirmenin gerektirdiği makroekonomik ortamı tamamen bozmuş, bölgeler ve kır kent arasındaki gelir dağılımı eşitsizlikleri, yoksulluk sınırı altında yaşayanların oranı, işsizlik artmış, sosyalleştirme yerine özelleştirme sosyal sektörlerdeki temel tercih durumuna gelmiştir. Yasada kendi sağlık ocaklarına başvuranların yararlanacakları hizmetlerin parasız olduğu belirtilmiş olmasına rağmen, birinci basamak sağlık kurumlarının sunduğu hizmetler de (dernek ve vakıflara kesilen paralarla) paralı sunulmaya başlanmıştır. Bu uygulama özellikle dar gelirli, ancak birinci basamak hizmetlerine daha çok gereksinimi olan grupların hizmet kullanımını engelleyici ve eşitsizlikleri artırıcı etkiye sahiptir. Özellikle kent merkezlerinde ana çocuk sağlığı hizmetlerini gezici olarak sunmakta güçlükler ortaya çıkmıştır. Sonraki yıllarda iş ortamına ve yaşlanan nüfusa yönelik sağlık uygulamalarını bir sistem bütünlüğü içinde ele alacak yenileştirmeler yapılmamıştır.

Bugünden bakıldığında yasanın kimi noktalarına ilişkin öneriler getirilebilir. Örgütlenmeye ilişkin en önemli sınırlılık, kentlerde ortaya çıkan ve çalışan nüfusa ulaşamamak şeklinde beliren sorundur. Bunu çözebilmek için işyeri sağlık birimlerinin kurulması ve bunların da diğer birinci basamak sağlık kurumlarıyla (sağlık ocakları, sağlık evleri) birlikte aynı yönetsel çatı altında birleştirilmesi gerekir.

Finanssal açıdan ise sosyalleştirme yasasında primden ve cepten ödemelerden söz edilmiş olması önemli bir sorun olarak saptanabilir. Yasa en azından fidansal bir karmaşaya kapı aralamaktadır. Öte yandan sağlık hizmetini primlerle ya da cepten yapılan özel harcamalarla finanse etmenin, hizmetin verimliliğini azaltıcı etkisinin olduğu bilinmektedir. Prim uygulaması moral risk mekanizmayla tedavi edici sağlık hizmetlerini öne çıkarmakta, bu da sağlık harcamalarının gereksiz artışına neden olmaktadır. Cepten harcamalar ise parası olanın hizmetten yararlanacağı bir ortam yaratmakta ve eşitsizliklere neden olmaktadır. Hizmetin, hizmeti kullanım anında yapılan ödemelerle finanse edilmesi, dar gelirlileri hizmetten uzaklaştıran en önemli faktördür. Bu nedenlerle, yasanın hizmetin genel bütçeden finanse edileceği konusunda net olması, bütün kurumlardan yararlanmanın parasız olduğunu benimsemesi ve bütün sağlık kurumlarını kullanılması gerekir.

Yasada toplum katılımını sağlayacak kurumların daha çok devletin bürokratları ve teknokratlarından oluşması nedeniyle seçkinci bir görüntüye sahiptir. Bu yapıların halkın, çalışanların bölgesel temsiliyetini sağlayacak bir meclis şeklinde yeniden düzenlenmesi ve her birisinin toplumun sağlık ve siyasal bilincini yükseltecek şekilde çalıştırılması gerekir.

### *2.8.7.2. 1980 Sonrası Sağlık Reformu*

Sağlık reformu uygulamaları çerçevesinde 1980'den sonra atılan önemli adımlar tarihsel olarak aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- 1986: Dünya Bankası Nüfus Sağlık ve Beslenme Bölümü "Türkiye Sağlık Sektörü" araştırması yaptırmış ve Mayıs 1987'de de ANAP hükümeti somut adım atarak "3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanun"unu çıkartmıştır.
- 1989: ANAP hükümeti, DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) aracılığı ile "Türkiye Mastır Planını hazırlatmıştır.
- 1990-91: "Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü" kuruluş çalışmaları yaparak faaliyete geçti. Bunun ilk adımı da 1992'de "1. Ulusal Sağlık Kongresi" olmuştur.
- 1993: DYP -SHP koalisyon hükümeti tarafından "Sağlık Kanunu Tasarısı Taslağı", "Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı", "Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarısı Taslağı" ve "Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Taslağı" hazırlanmıştır.
- 1996: RP-DYP koalisyon hükümeti tarafından "Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu", "Birinci Basamak Sağlık

Hizmetleri" ve "Aile Hekimliği Kanunu" ile "Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu" tasarısı hazırlanmıştır. ANAP-DSP koalisyonu, bu süreci tamamlamak adına "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı" hazırlamıştır.

- 1999: DSP, MHP, ANAP koalisyonu Marmara Depremi sırasında Sosyal Güvenlik Yasasını, "Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu" tasarısını yayınlamıştır.

### *2.8.7.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı*

59. AKP hükümetinin Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan, "Sağlıkta Reform Programı", "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında kamuoyuna sunulmuştur. "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde ülkenin mevcut sağlık sisteminde çeşitli yapısal reformlar uygulanmak istenmektedir. Bu programın temelinde;

- Devletin sunduğu sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunun birbirinden ayrılması,
- Sağlık harcamalarının da bütün mevcut sosyal güvencelerin (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) birleştirilmesi ile oluşturulacak olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile finanse edilmesi,
- Ülke nüfusunun yarısına hizmet veren SSK sağlık kurumlarının sağlık bakanlığına devredilmesi,
- Sağlık Bakanlığının taşra teşkilatını kaldırılıp, Kamu Yönetimi Temel Kanunu'nun da yürürlüğe girmesi ile beraber mevcut sağlık kurumlarının il özel idarelerine, hastanelerinde belediyelere devredilmesi ile Sağlık Bakanlığının piyasada sadece planlayıcı ve denetleyici rol üstlenmesi,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temeli olan sağlık ocaklarının da kapatılarak "aile hekimliği" modeline dönülmesi,
- Kamu Yönetimi Temel Kanunu ile birlikte üniversite ve askeri hastaneler hariç bütün kamu hastanelerinin özelleştirilmesinin yollarının açılması,
- Hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının iş güvencesinin kaldırılarak sözleşmeli bir şekilde çalıştırılması ve maaşlarda performansa dayalı bir ücretlendirme politikası uygulanması.

Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli ve kamuoyunda en çok tartışılan konularından biri "Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun" ile SSK hastanelerin Sağlık Bakanlığına devredilmesidir. Tasarıda gerekçe olarak Anayasanın 56. maddesinde sağlık kuruluşlarının tek elden planlanarak hizmet sunulmasını öngörmüş olduğu belirtilerek, hizmetlerin tek elden yürütülmesi halinde kaynakların daha etkin ve verimli kullanılabileceği, israfı önleneceği ve uygulamada birliğin sağlanacağı hedeflenmiştir. Ancak, kamuoyunda bu hedeflerin ve bu yasanın arkasında, mecliste kabul edilen ancak

Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer'in onay vermediği " Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı"nın yürürlüğe girmesi ile beraber, mahalli idarelere tanınan haklar sayesinde sağlık hizmetlerinin özelleştirileceği yatmakta olduğu düşünülmektedir. SSK'ya ait 148'i hastane, 212'si dispanser, 202'si sağlık istasyonu, 3'ü ağız ve diş sağlığı merkezi, 6'sı dispanser/ağız ve diş sağlığı merkezi, 2'si dispanser e hemodiyaliz merkezi olmak üzere toplam 573 sağlık kurumu Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Ancak, ileride olabilecek özelleştirme uygulamaları ile bu kurumlar bir sağlık kurumu niteliğinden çıkıp, kar amacı güden işletmelere dönebilirler. İleride bu kurumların özel sektöre devredilmesi yoksul ve kırsal kesimde yaşayan halkı olumsuz yönde etkileyebilir. Özel işletmeler öncellikle kar amacı güden işletmeleridir. Dolayısıyla nüfus ve gelir açısından verimli olmayan bölgelerde, özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde, yeteri kadar sağlık hizmeti gitmemesi zaten yoksul olan halkın cebinden sağlık harcamaları için daha fazla çıkmaya başlaması gibi olumsuz durumlar söz konusu olabilecektir. Ayrıca, çeşitli özel işletmelerin devralabileceği bu sağlık kurumları arasında bir rekabet ortamı doğup, bu kurumların sağlık kurumu niteliğini kaybederek birer ticarethane niteliğine bürünebilmeleri tehlikesi vardır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile çıkacak yasalarla Sağlık Bakanlığı planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenecektir. Ancak Kamu Yönetimi Temel Kanunu sağlık bakanlığının mahalli ve taşra teşkilatlarının il özel idarelerine bırakılmasını öngörmektedir. Sağlık Bakanlığı üstlendiği rolün sadece merkez teşkilatınca yerine getirilmesinin ne kadar verimli yapabileceği de ayrı bir tartışma konusudur. SSK'nın sağlık bakanlığına devredilmesi ile ilgili bir diğer önemli sorun ise bu kurumda çalışan toplam 53.985 personelin geleceğinin ne olacağıyla ilgili önemli bir soruyu da gündeme getirmektedir. Kurulduğu yıldan beri ellerindeki kısıtlı imkanlara, düşük maaşlara ve olumsuz çalışma koşullarına rağmen olağan üstü bir gayret ile çalışan doktorlar, hemşireler, ebeler, memurlar ve diğer sağlık personeli tek dayanakları olan devlet güvencesi ile çalışma ayrıcalıklarından çıkıp, hazırlanan "Kamu Personeli Temel Kanunu'nun" yürürlüğe girmesi ile birlikte sözleşmeli personel olarak çalıştırıla bilinecektirler. Bu da emeğini bu kurumlara vermiş bunca personelin sözleşmeli statüsü ile iş güvencesi ve herhangi bir sendikalaşma ya da grev hakkı olmadan düşük ücret ile kötü koşullarda çalıştırılması ya da işsizliğin artması anlamına geleceği konuları tartışılmaktadır. Zaten yıllardır personel eksikliği nedeni ile büyük zorluklar çeken, halkın sağlığını korumak için didinen ve üzerine düşen görevden daha fazlasını olağan üstü bir çaba ile yerine getiren SSK çalışanlarına yapılacak bu haksız uygulamalar kamuoyunun yüksek tepkisini toplayacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yer alan bir diğer önemli konu ise SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sosyal güvenlik kuruluşların birleştirilerek Genel Sağlık Sigortası (GSS) adı altında ortak bir sistemin uygulanacak olmasıdır. Anayasamızın, "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak ve gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı sağlar" hükmünü getiren 60. maddesi gereği, herhangi bir sosyal güvencesi olmayan % 15

oranındaki nüfusun da Genel Sağlık Sigortası ile sosyal güvenceye kavuşacağını belirtmiştir.

Devlet yetkililerince GSS şu şekilde açıklanmaktadır:

"Genel sağlık sigortası sistemi ile, mevcut durumda farklı sigorta sistemlerine göre farklı standart ve kalitede sunulan, yararlanma koşulları birbirinden farklı olan sağlık hizmetlerinin tüm nüfus için aynı kapsam ve kalitede sunulması ve sigorta kapsamının tüm nüfusa yayılması amaçlanmaktadır. Bu çerçevede yeni bir Sağlık Sigortası Kurumu oluşturulması ve mevcut tüm kamu sağlık sigortası uygulamalarının bu kuruma aktarılması tasarlanmaktadır. Kurumca, kapsamdaki tüm nüfusa temel bir teminat paketi sunulması öngörülmektedir. Yeni kurulacak olan bu sistem, özellikle SSK için hizmet sunumunu ve finansmanını birbirinden ayırmakta ve bu bağlamda Genel Sağlık Sigortası Kurumunun sağlık hizmet sunucularından hizmeti satın almak ve finanse etmekle yükümlü olmasını tasarlamaktadır. Sistemin gelirleri mevcut sigortalılardan alınacak primler (gelirin % 12,5'i) ile bir emeklilik sigortası kapsamında olmayıp prim ödeme gücü olanlardan alınacak primlerden oluşmaktadır. Anılan sistemin finansmanına yönelik sigortalı primlerinin aktif çalışanlar için yine Acil Eylem Planı kapsamında kurulması planlanan Emeklilik Sigortası Kurumu tarafından toplanması ve söz konusu primlerin doğrudan Sağlık Sigortası Kurumuna aktarılması, yoksullara ilişkin primlerin ve sistemin açığının Hazine tarafından karşılanması öngörülmektedir" (Çanakçı[14], İ 2004)

Özel sigorta sistemlerinin yeni rolü ise şu şekilde belirlenmektedir:

"Genel sağlık sigortası sistemi zorunlu bir sigorta sistemi olacağı için, özel sağlık sigortasının bu sisteme alternatif değil aksine, söz konusu zorunlu sistemi tamamlayarak önemli bir rol üstleneceği düşünülmektedir. Genel sağlık sigortasının tüm nüfusu kapsadığı ve belirli bir temel teminat paketinin sigortalılara en iyi şartlarla sunulmasının hedeflendiği düşünüldüğünde, sistem tarafından sağlanacak olan söz konusu temel teminat paketi dışında kalan sağlık hizmetlerinin iyi işleyen, güvenilir bir özel sağlık sigortası sistemleri kanalıyla sunularak, özel sektörün de model içerisinde yer almasının sağlanmasına ve hizmet tanımının ve sınırlarının güvence altına alınmasına ihtiyaç duyulacağı düşünülmektedir" (Çanakçı, 2004).

Yeni sistem ve şu iki madde ile tarif edilebilir:

- Tüm nüfusu kapsayacak şekilde belirlenmiş sağlık hizmetlerinin verilmesi
- GSS kapsamındaki primler belirlenmiş sağlık hizmetlerini kapsaması (TTB, 2005)

[14] Hazine Müsteşarı

Türk Tabipler Birliği'nin eleştirisi, GSS ile, sağlığı bir hak olarak kabul eden, sağlığı bütüncül olarak gören ve bunun sağlayan bir sistem yerine, salt belirlenmiş sağlık hizmetleri için belirlenmiş miktarı aşamayan sağlık yardımı yapan bir sistem getirildiği yönündedir. Bir başka deyişle ödenilen primle bütün sağlık hizmetlerinden yararlanılamayacak, Yasa Taslağına göre 'belirlenmiş' sağlık hizmetlerinden yararlanılabilecek, belirlenen hizmetler dışındaki hizmetlere ihtiyaç duyulursa cepten ödeme ya da özel sağlık sigortacılığına başvurulacaktır.

Bununla birlikte bir diğer eleştiri ise, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için %12,5 prim ödeme şartı getirilmesi ve prim ödemeyenlerin sağlık hizmetlerinden yararlanamayacak olmasıdır. Dolayısıyla, şu anda yeşil kart kullanan yoksul vatandaşlarımızın durumu belli değildir, bu konuda herhangi bir çözüm önerilmemiştir. Prim ödeme alt sınırı ve aylık ve asgari ücret (488 YTL), üst sınır ise alt sınırın 6,5 katı (3.176 YTL) olarak öngörülmektedir. Asgari ücretin altında kazananlar asgari ücret üzerinden, aylık 3.176'nın üzerinde kazananlar da üst sınır üzerinden prim ödeyecektir (SES, 2005). Böyle bir durumda daha yüksek gelir gruplarının korunduğu ve yoksulluk sınırı ve açlık sınırının göz ardı edilerek düşük gelirlilerin prim kapsamına alındığı eleştirileri getirilmektedir. Bu uygulama zaten ortalama ömrün 69 olduğu ve emeklilik yaşının 68'e yükseltildiği ülkemizde ömür boyu çalışılıp prim ödenmesi itibarıyla haksız bir uygulama doğuracaktır. Bunun dışında, aylık kazancı asgari ücretin 1/3'ünden az olanların pirimlerinin devlet tarafından ödeneceği belirtilmektedir.

Fişek (1976) ise olaya farklı bir açıdan bakarak ülkemizdeki halk sağlığı sorununun bir finansman sorunu olmaktan çok, hekim gücü açığı sorunu olduğunu iddia etmektedir. Sağlık hizmetlerini geliştirmede hekim gücü sorununu çözümlemeden finansman kaynağı yaratmanın anlamsız olduğuna değinmektedir. Gerçekten de doktor ve hemşire sayısı ülkemizde diğer ülke örneklerine göre oldukça azdır.

Daha önce de değinildiği gibi Fransız sağlık sisteminde de tamamlayıcı özel sigortalardan bahsedilmektedir. Ancak, her ne kadar Fransız sağlık sistemi ile Türkiye'deki sağlık sistemi kullanılan kavramlar açısından benzerlik gösterse de içerikleri göz önüne alındığında önemli farklılıkların olduğu görünmektedir. Bu farklılık, özel sağlık sigortaları konusunda da belirmektedir. Bu sigortaları, zorunlu sosyal sigortanın ödemediği %30 tedavi masraflarının karşılanabilmesi için başvurulan özel sigorta ve programları oluşturur. Türkiye'de GSS ile getirilmek istenen bu sisteme yakın bir sistem iken, Fransa'daki GSS (CMU), bu sistemin getirdiği eşitsizlikleri ortadan kaldırmak amacıyla geliştirilmiştir. Fransa'da yasal olarak yaşayan herkesi kapsayan CMU hiç sigortası olmayanları, sürekli bir işe sahip olmayanları, asgari ücretlileri de sigorta programına dahil etmiştir. Bu kişiler sigorta kapsamına, başvuru gerekmeksizin otomatikman dahil olmakta, hükümetçe belirlenen sınırlar dahilinde hiçbir tedavi ücreti ödememektedirler.

Kısaca, GSS hakkındaki genel kanı, Genel Sağlık Sigorta Yasa Tasarısı'nın bu haliyle, sosyal bir devletin gereği olan topluma ücretsiz sağlık hizmeti sunarak sağlık seviyesini yükseltme amacını gerçekleştirmek yerine kapitalist devlet düzeni özelliklerinden biri olan, tamamlayıcı özel sağlık sigortaları ile vatandaşın aleyhine sonuçlanacak bir biçimde özel sektöre destek vermekte olduğu yönündedir.

Aile hekimi, kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığına bakmaksızın, kendisine kayıtlı birey ve ya ailelere, kişiye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ve ilk basamak tedavi hizmetlerini, bir ekip anlayışı içinde ekiple birlikte sunabilen, sağlıkla ilgili her türlü sorunlarına, ilk yaklaşımda bulunan ve ya bir dal uzmanı ile teşhis/sevk eden, hastasını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve sosyal faktörlerin hastalık oluşumundaki rolünü dikkate alan, özellikle kronik, tekrarlayan ve terminal dönem hastalıkların sürekli bakımını yapabilen, sektörler arası işbirliği yapabilen, hastasının sağlık haklarını üçüncü kişilere karşı savunabilen, Tıp Fakültesi sonrası uzmanlık eğitimi almış hekim olarak tanımlanmaktadır.

Son 10 yıldır ülkemizde de tartışılmakta olan, bazı ülkelerde farklı şekillerde uygulanan "Aile Hekimliği" sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programında da yer almakta olup "Aile Hekimliliğinin Pilot Uygulaması Hakkında Kanun"da TBMM'den geçmiştir. Aile hekimliği dünya genelinde uygulamalara bakıldığında; bu konu hakkında eğitim almış doktorların özel muayenehanelerinde kendisine bağlı bulunan vatandaşlara birinci basamak tedavi hizmeti veren ya da hastayı ilgili doktora ya da ilgili bölüme sevk eden bir hekimlik sistemi olarak gözükmektedir. Hükümet de aile hekimliğinin insanlarımız için daha etkili bir sağlık sistemi olacağını iddia ederek, zaten şu anda -özellikle ülkenin doğu kesiminde- faaliyette bulunmayan, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık ocaklarını ve sağlık merkezlerini zaman içinde kapatmayı düşünmektedir. Ancak, faaliyette bulunan sağlık ocakları ve sağlık merkezleri birinci basamak tedavi hizmeti verdikleri gibi koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini de üstlenmiş bulunmaktadırlar. Aile Hekimliği Sistemine geçildikten sonra bu hizmetlerin nasıl ve ne şekilde verileceği henüz bir açıklık kazanmamıştır. Hükümet kanun ile her bir aile hekimine en az 1000, en çok 4000 vatandaşın kaydolmasını belirtmiştir. Şu anda bir doktora düşen hasta sayısı 797 olmasına rağmen verimli çalışamayan hekimler, özellikle ülkemizin sağlık seviyesi düşük olan bölgelerde, kendilerinden beklenen etkili hizmeti veremeyebilirler. Aile Hekimliği hakkında diğer önemli konu ise, şu anda devlet hastaneleri ve diğer kuruluşlarda birbirleri ile uyum içinde çalışan hekimlerin ve sağlık personelinin, aile hekimliği sistemine geçildikten sonra kendilerini rekabet ortamında bulacak olmaları ve eski uyumlu çalışma düzeninin ortadan kalkabilecek olmasıdır. Bu durum da insan sağlığının bir ticari kazanç olarak görülmesi tehlikesini doğurmaktadır.

## 2.9. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Sağlıklı Şehirler Projesi

1987 yılında DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından başlatılan Sağlıklı Şehir Projesi, "şehirde yaşayan ve çalışan insanların fiziki, psikolojik ve çevresel refahlarını geliştirmeyi amaçlayan uzun dönemli bir kalkınma projesidir." (www.sağlıklıkentlerbirliği.org.tr) Proje bir şehrin ne olduğu ve sağlıklı şehrin nasıl olması gerektiğinden yola çıkmakta; şehri "yaşayan, nefes alan büyüyen, sürekli değişen, karmaşık bir organizma" sağlıklı şehri ise, "çevresini geliştirebilen, kaynaklarını genişletebilen, sadece belli bir sağlık düzeyine ulaşmış değil, sağlık bilincine sahip ve onu geliştirmek için çaba harcayan" şehir olarak tanımlamaktadır.

Bir şehrin sağlıklı şehir olması için sağlık için kesin kararlar almış ve bunları gerçekleştirmek için gereken yapı ve işleyişi oluşturmuş olması yeterlidir (www.euro.who.int/healthy-cities). Bu yaklaşımla DSÖ Avrupa bölgesinde 1000'in üzerinde şehre sağlıklı şehir sıfatı verilmiştir. Bu şehirlerin oluşturduğu Uluslararası Sağlıklı Şehirler Ağı aynı zamanda ulusal, bölgesel, metropoliten ve tematik sağlıklı şehirler ağları içermektedir. Türkiye Sağlıklı Şehirler Birliği bu ağ içinde yer almaktadır.

DSÖ, sağlıklı şehirler projesinde yer almanın yararlarını şöyle özetlemektedir:

- Halk sağlığı konularında bilincin artması ve ilgili uluslararası hareketlerin parçası olmak
- Gündem 21 ilkeleri ve uygulamaları içindeki "Herkes İçin Sağlık" hedefinde yerel çalışma olarak yer almak
- Ortaklık projeleri için Avrupa fonu gibi ek kaynaklara erişmek
- Diğer kentlere örnek olmak ve ulusal ağları geliştirmek
- Diğer üye şehirlerle bilgi ve uygulama deneyimi paylaşmak
- Sağlık ve sağlıktaki hakça olmayan dağılımın sosyal etkileri ile ilgili araştırma ve geliştirme çalışmalarına ulaşabilmek
- Kentte bütün tarafların, kent içi katılımcı ve demokratik çalışma kültürünü geliştirmelerini sağlamak (www.sağlıklıkentlerbirliği.org.tr).

Yoksulluk, şiddet, sosyal dışlanma, kirlilik, standardın altında barınma, orta ve genç yaştaki insanların karşılanamayan ihtiyaçları, evsizler ve göçmenler, sağlıksız yerleşim planlaması, katılımcı çalışmaların eksikliği ve eşitsizlik, Sağlıklı Şehirler Projesinin ele aldığı tehditlerin bazılarıdır. Projenin bu ve benzeri problemlere yaklaşımı yerel yöneticilerden açık bir siyasi taahhüt, kurumsal değişim ve sektörler arası ortaklık beklemektedir. Uluslararası Sağlıklı Şehirler Ağına üye olmak için gerekenler; sağlıkla ilgili karar vericilerin siyasi taahhüdü, sağlıklı şehir proje ofisinin kurulması, şehir sağlık profilinin oluşturulması, sağlıklı şehir göstergelerinin belirlenmesi ve şehir sağlık gelişim planının hazırlanmasıdır. Üyelik için başvuruyu yapacak karar vericiler kentin niteliğine göre değişmektedir (www.sağlıklıkentlerbirliği.org.tr).

Sağlıklı Şehirler Projesi bugün 4. Aşama'sındadır. 1. Aşama 1987'de, 2. Aşama 1993'te 3. Aşama 1998'de ve 4. Aşama 2003'te başlamıştır. Her yeni aşamada uluslararası ağ lağvedilmiş, yeni üyelerin katılımıyla yeni bir ağ kurulmuştur. 1987'den bu yana projenin odağı işleyiş ve yapılardan, planlama ve uygulamaya yönelmiştir. 4. Aşama'nın başlatıldığı Belfast Deklarasyonunun imzalanmasıyla Türkiye'den ilk olarak Bursa Büyükşehir Belediyesi uluslararası ağa üye olmuş, onun öncülüğünde Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği Kurulmuştur (www.sağlıklıkentlerbirliği.org.tr).

**Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği**

2003 yılında kuruluş çalışmaları başlatılan birlik, resmi olarak 20.02.2004 tarihinde kurulmuştur. Kurucu üye olarak birliğe katılma kararı alan kentler; Yalova, Van, Kadıköy,Afyon, Tepebaşı, Çankaya, Ürgüp, Ordu, Kırıkkale ve Bursa'dır. Trabzon, Gölcük, Nilüfer, Kırıkkale, Aydın, Avanos, Bartın ve Mardin'in katılımıyla bugün birliğin 17 üyesi bulunmaktadır. Kuruluşundan beri düzenli meclis toplantıları gerçekleştiren birlik, 8-9 haziran 2005 tarihlerinde gerçekleştirdiği Stratejik Planlama Çalıştayı çerçevesinde aşağıdaki misyon, vizyon, politika, ilke ve hedefleri belirlemiştir.

**Birliğin Misyonu:**

- Yaşanabilir ve sağlıklı şehirler için tüm kentsel ve çevresel konularda eşitsizlikleri azaltmak ve yoksulluk ile mücadele etmek amacıyla üye kentler arasında işbirliğini sağlamak, deneyimlerini paylaşmak ve güç birliği oluşturmak.
- Üye kentlerin aktif olarak deneyimlerini paylaşmalarını, sorunları aktarmalarını, ortak projeler geliştirmelerini, uluslararası düzeyde temsil edilebilmelerini ve ortak ihtiyaçlarının çözümlerini sağlamak ve üye belediyeler danışmanlık hizmeti vererek Sağlıklı Kentler Hareketini tüm Türkiye'de yaymak
- Yaşam Kalitesini yükseltmeyi görev edinerek güven ve huzur ortamı içinde çevre, insan sağlığı ve kültürel varlıklara saygılı, nitelikli kentsel altyapıya sahip, estetik ve konforlu bir kent yaratmaya katkıda bulunmak

**Birliğin Vizyonu:**

- "Sürdürülebilir Kalkınma" ile "Sürdürülebilir Kentler Yaratmak" için, "Sağlıklı Kentler" Hareketinin Türkiye'de gelişebilmesini, benimsenmesi ve uygulanabilmesini sağlamak.
- Türkiye'de bulunan Sağlıklı Kentleri ve aday kentleri bir araya getirerek ve bu kentler arasında sağlık ile planlamanın entegrasyonu, sürdürülebilir gelişme, yönetişim ve sosyal destek yaratmak, kent içi ve kentler arası eşitsizlikleri azaltarak, sağlıklı kentler yaratmak ve yaşatmak.
- Kentlilik bilinci ve sağlıklı kent kimliğinin oluşmasına katkıda bulunmak
- Toplumsal memnuniyet ve toplumsal fayda amaç edinilerek

yaşanabilir, herkesin yaşamaktan mutluluk duyacağı çağdaş kentler yaratmak

**Politikalar**

- Herkes için Sağlık prensiplerini uygulamak
- Değişimlerin takipçisi olmak
- Ölçülebilir, kıyaslanabilir hedefler koymak
- Hesap verebilir olmak
- Sektörler arası işbirliği sağlamak
- Müzakereci, katılımcı, şeffaf yönetim
- Halkın katılımını sağlamak
- Belirlenen vizyonun tüm paydaşlarca sahiplenilmesini sağlamak

**İlke ve Değerler**

- Paydaşların memnuniyetini sağlamak
- Yönetime katılımı sağlamak
- Birliğin sürdürebilirliğini sağlamak
- İnsan ve toplumun değerlerine saygı
- Siyaseten arınmışlık
- Tarafsızlık
- Fırsat eşitliği
- Ön koşulsuz yararlanma
- Hakça paylaşım
- Hizmete ulaşımda sınırsızlık
- Katılımcı planlama
- Toplumsal katılım
- Yasalara bağlılık

**Hedefler:**

- Sağlıklı Kentler Birliği'nin ulusal ve uluslar arası platformda gücünü artırmak için 2006 yılı sonuna kadar nitelikli üye belediye sayısını 20'ye çıkartmak
- Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Sağlıklı Şehirler Ağı'na üyelik için Türkiye'ye ayrılan 10 şehirlik kotayı, 2006 yılı sonuna kadar doldurmak
- 2010 yılı sonuna kadar, üye belediyelerin Sağlıklı Şehirler Hareketi'nin sonucunda, sosyal, ekonomik, fiziksel, kültürel, eğitim açısından daha tatmin edici yaşam koşullarına sahip olmasını sağlamak

**Şehir Sağlık Profili**

Şehir Sağlık Profilinin hazırlanması, sorunların tanımlanması ve çözüm önerilerinin hazırlanabilmesi için doğru, güncel, tarafsız ve bağımsız bilginin sağlanmasını amaçlamaktadır. Profil, şehirle ilgili sağlık bilgilerini özetler, sağlık konularını ve sağlığı etkileyen etmenleri tanımlar, sağlığın geliştirilmesi için önerilen faaliyet alanlarını tanımlar, sağlıkla ilgili hedefleri belirler, halka,

politikacılara, profesyonellere ve karar vericilere yönelik biçimde bilgi verir ve yerel toplumun sağlıkla ilgili görüşlerini içerir. Her şehir profilini, kendi belirlediği göstergelerle oluşturur. Tüm profiller temel demografik ve istatistikleri içermelidir.

**Göstergeler**

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi Sağlıklı Şehirler Projesinin ilk aşamasında, üye kentlerin sağlık durumlarının karşılaştırılması amacıyla aşağıdaki 53 göstergeyi belirlemiş,1990 yılında bu göstergeler bütünü üyelerce kabul edilmiştir.

**Sağlık Göstergeleri:**

- Ölüm oranı: bütün nedenler
- Ölüm nedeni
- Düşük doğum kilosu

**Sağlık Hizmeti Göstergeleri:**

- Kentte sağlık eğitimi programının bulunması
- Tam bağışıklığı sağlanmış çocukların oranı
- Temel sağlık personeli başına düşen nüfus
- Hemşire başına düşen nüfus
- Sağlık sigortası olan nüfusun oranı
- Yabancı dillerde temel sağlık hizmetinin bulunması
- Kent meclisinde ele alınan sağlıkla ilgili soru sayısı

**Çevresel Göstergeler:**

- Hava kirliliği
- Su kalitesi
- Üretilen kirli sudan ayrıştırılmış su kirleticisi oranı
- Evsel atık toplama kalitesi endeksi
- Evsel atık işleme kalitesi endeksi
- Kentsel alan içinde yeşil alan oranı
- Yeşil alanlara kamusal erişim
- Boş sanayi alanları
- Spor ve boş zaman
- Yaya yolları
- Kentte bisiklet kullanımı
- Toplu taşım
- Toplu taşım ağının kapsamı
- Yaşam alanı

**Sosyo-ekonomik Göstergeler:**

- Standart altı konutlarda yaşayan nüfusun oranı
- Tahmini evsiz sayısı
- İşsizlik oranı

- Kişi başı ortalama gelirin altında kazananların oranı
- Okul öncesi eğitim ve bakım kurumlarının oranı
- Bütün canlı doğumların annelere oranı >20; 20-34; 35+
- Toplam canlı doğum sayısına göre kürtaj oranı
- İstihdam edilmiş engellilerin oranı

**Şehir Sağlık Gelişim Planı**

Şehir sağlık gelişim planı, şehrin sağlık vizyonunu ve bunun elde edilmesi için atılacak adımları ortaya koyar. Plan Herkes İçin Sağlık stratejisinin uygulanmasına yöneliktir. Sağlık Gelişim Planının sektörler arası işbirliği ve toplum katılımı yoluyla hazırlanması esastır.

## 3. ANKARA ve DİYARBAKIR KENTLERİNİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Yoksul kent alanlarında yaşayanların sağlık durumları ve karşılaştıkları sağlık sorunlarının belirlenmesine yönelik olarak Ankara ve Diyarbakır kentlerinde yürütülen anket çalışmasının ayrıntılı olarak değerlendirileceği bölümlerden önce iki kentin temel demografik özelliklerinin kısaca ele alınması yararlı olacaktır. Böylece hem iki kentin temel sosyo-ekonomik göstergeler bağlamında Türkiye içindeki yerleri görülmüş hem de iki kent arasında genel bir karşılaştırma yapılmış olacaktır. Önceki bölümlerde de belirtildiği gibi sağlık ve yoksulluk arasında, diğer bir deyişle kişilerin ve ailelerin sosyo-ekonomik durumları ile sağlık durumları arasında yakın bir ilişki vardır. Bunun yanında yaş ve cinsiyet gibi etmenler de görülen hastalıkların türü ya da görülme sıklığı üzerinde oldukça etkili olan etmenlerdir. Bu nedenle Ankara ve Diyarbakır kentlerindeki nüfusun yaş ve cinsiyet dağılımları, eğitim durumu, çalışma durumu gibi demografik ve sosyo-ekonomik göstergelerinin ortaya konulması anket çalışmasının daha sağlıklı bir biçimde değerlendirilmesi yönünde önemli bir girdi sağlamaktadır.

Bu değerlendirme dört temel düzeyde yapılacaktır. Bunlardan ilk ikisi Ankara ve Diyarbakır kentlerinin temel göstergeler açısından Türkiye'deki yerlerinin belirlenmesi ve birbirleri ile karşılaştırılmalarıdır. Bu düzeylerde Türkiye geneli ve il ve merkezlerine ait veriler söz konusu olmaktadır. Üçüncü düzeyde kentlerin kendi içlerindeki farklılaşmalarının ortaya konulması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda, hem Ankara ve Diyarbakır kentlerinde anketlerin yapıldığı mahalleye hizmet eden sağlık ocaklarından alınan temel sağlık verileri hem de Ankara ve Diyarbakır'ın sosyo-ekonomik açıdan daha gelişmiş bölgelerindeki sağlık ocaklarından alınan veriler karşılaştırmalı olarak değerlendirilecektir. Son düzeyde ise anket çalışmalarından elde edilen veriler, anket yapılan mahallelerin içinde yer aldıkları kentte sahip oldukları konumun ortaya konması için kullanılacaktır.

Ankara'da anketin yapıldığı Akşemsettin Mahallesi'ni de içine alan sağlık ocağı Mamak ilçesi Akşemsettin Sağlık Ocağı, kent içi karşılaştırmanın yapılabilmesi için seçilen bölgeyi kapsayan sağlık ocağı ise Çankaya ilçesinde yer alan Hilal Sağlık Ocağı'dır. Diyarbakır'da anket çalışmasının yürütüldüğü mahallelere hizmet veren sağlık ocakları Seyrantepe ve Bağlar 1 nolu sağlık Ocakları'dır. Diyarbakır'da kent içi farklılaşmanın ortaya konulması için seçilen sağlık ocağı ise Ofis semtinde hizmet veren Batıkent Sağlık Ocağı'dır.

*Tablo 3. 1. Nüfusun Yaş Dağılımı (Ankara)*

| | Türkiye Geneli | Ankara İl Merkezi | Hilal S.O. | Akşemsettin S.O. | Ankara Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|
| **0-4** | 6 584 822 (% 9,7) | 248542 (% 7,8) | 2304 (% 5,8) | 2040 (% 10,8) | 43 (% 6,8) |
| **5-9** | 6 756 617 (% 10) | 258051 (% 8,1) | 2476 (% 6,3) | 1856 (% 9,9) | 57 (% 8,9) |
| **10-14** | 6 878 656 (% 10,1) | 275796 (% 0,9) | 3000 (% 7,6) | 1934 (% 10,3) | 62 (% 9,7) |
| **15-19** | 7 209 475 (% 10,6) | 326558 (% 10,2) | 3833 (% 9,7) | 2109 (% 11,2) | 72 (% 11,3) |
| **20-24** | 6 690 146 (% 9,9) | 367856 (% 11,5) | 4254 (% 10,8) | 1917 (% 10,2) | 70 (% 11) |
| **25-29** | 5 895 255 (% 8,7) | 308493 (% 9,6) | 3772 (% 9,5) | 2005 (% 10,6) | 67 (% 10,5) |
| **30-34** | 5 009 655 (% 7,4) | 270499 (% 8,4) | 3370 (% 8,5) | 1607 (% 8,5) | 50 (% 7,8) |
| **35-39** | 4 854 387 (% 7,2) | 268515 (% 8,4) | 3260 (% 8,2) | 1461 (% 7,8) | 46 (% 7,2) |
| **40-44** | 4 068 756 (% 6) | 225234 (% 7) | 3037 (% 7,7) | 1082 (% 5,7) | 50 (% 7,8) |
| **45-49** | 3 368 769 (% 5) | 181609 (% 5,7) | 2517 (% 6,4) | 834 (% 4,4) | 54 (% 8,5) |
| **50-54** | 2 717 349 (% 4) | 139903 (% 4,4) | 2363 (% 6) | 681 (% 3,6) | 27 (% 4,2) |
| **55-59** | 2 058 422 (% 3) | 97607 (% 3) | 1698 (% 4,3) | 436 (% 2,3) | 10 (% 1,6) |
| **60-64** | 1 829 288 (% 2,7) | 77399 (% 2,4) | 1256 (% 3,2) | 284 (% 1,5) | 14 (% 2,2) |
| **65-69** | 1 645 517 (% 2,4) | 65205 (% 2) | 1015 (% 2,6) | 275 (% 1,5) | 3 (% 0,5) |
| **70-74** | 1 172 643 (% 1,7) | 47497 (% 1,5) | 720 (% 1,8) | 160 (% 0,8) | 3 (% 0,5) |
| **75-79** | 577 597 (% 0,9) | 24113 (% 0,8) | 346 (% 0,9) | 69 (% 0,4) | 4 (% 0,6) |
| **80-84** | 246 692 (% 0,4) | 10605 (% 0,3) | 147 (% 0,4) | 29 (% 0,2) | - |
| **85+** | 216 500 (% 0,3) | 8876 (% 0,3) | 141 (% 0,4) | 38 (% 0,2) | 1 (% 0,2) |
| **Bilinmeyen** | 23 381 (0,03) | 1004 (% 0,03) | 14 (% 0,04) | 10 (% 0,05) | 4 (% 0,6) |
| **Toplam** | **67803927 (% 100)** | **3203362 (% 100)** | **39523 (% 100)** | **18827 (% 100)** | **637 (% 100)** |

**Kaynak: 1-DİE, Nüfus Sayım Sonuçları, 2000*
*ve 2- Akşemsettin ve Hilal Sağlık Ocakları Faaliyet Raporları, 2004*
*ve 3- Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 3. 2. Nüfusun Yaş Dağılımı (Diyarbakır)*

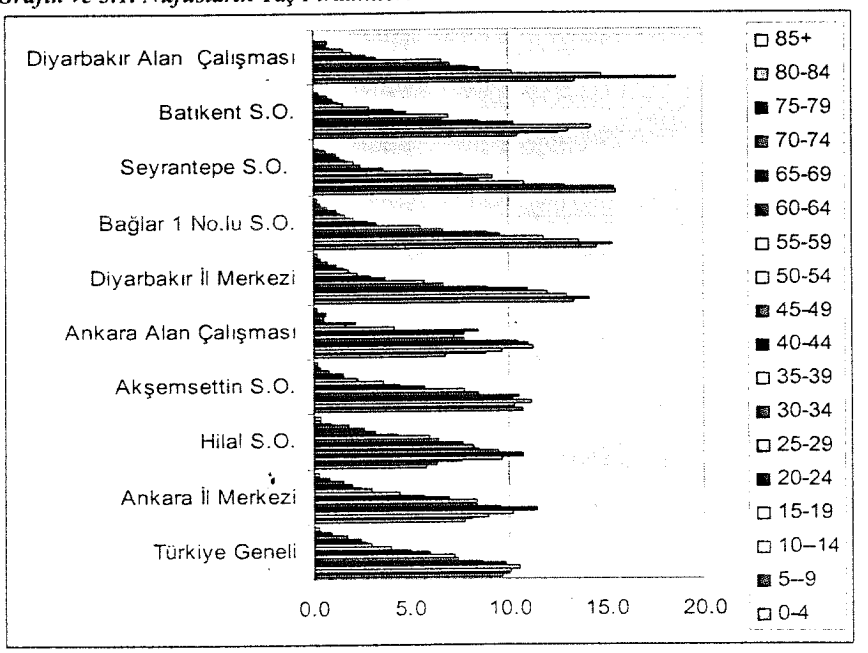
| | Diyarbakır İl Merkezi | Bağlar 1 Nolu S.O. | Seyrantepe S.O. | Batıkent S.O. | Diyarbakır Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|
| **0-4** | 73175 (% 13,4) | 13924 (% 14,6) | 3416 (% 15,6) | 1129 (% 10,5) | 139 (% 13,5) |
| **5-9** | 77602 (% 14,2) | 14702 (% 15,4) | 3409 (% 15,5) | 1352 (% 12,6) | 191 (% 18,6) |
| **10-14** | 71243 (% 13) | 13128 (% 13,7) | 2833 (% 12,9) | 1408 (% 13,1) | 152 (% 14,8) |
| **15-19** | 64917 (% 12) | 11425 (% 11,9) | 2393 (% 10,9) | 1539 (% 14,3) | 105 (% 10,2) |
| **20-24** | 59957 (% 11) | 9154 (% 9,6) | 1865 (% 8,5) | 1108 (% 10,3) | 88 (% 8,6) |
| **25-29** | 49119 (% 9) | 8577 (% 9) | 2017 (% 9,2) | 915 (% 8,5) | 81 (%7,98) |
| **30-34** | 36860 (% 6,7) | 6410 (% 6,7) | 1700 (% 7,7) | 710 (% 6,6) | 73 (% 7,1) |
| **35-39** | 31126 (% 5,7) | 5229 (% 5,5) | 1341 (% 6,1) | 757 (% 7) | 68 (% 6,6) |
| **40-44** | 20369 (% 3,7) | 3147 (% 3,3) | 790 (% 3,6) | 515 (% 4,8) | 34 (% 3,3) |
| **45-49** | 16577 (% 3) | 2638 (% 2,8) | 529 (% 2,4) | 451 (% 4,2) | 28 (% 2,7) |
| **50-54** | 12807 (% 2,3) | 2009 (% 2,1) | 465 (% 2,1) | 313 (% 2,9) | 21 (% 2) |
| **55-59** | 9569 (% 1,8) | 1525 (% 1,6) | 354 (% 1,6) | 166 (% 1,5) | 15 (% 1,5) |
| **60-64** | 8110 (% 1,5) | 1297 (% 1,4) | 318 (% 1,4) | 140 (% 1,3) | 8 (% 0,8) |
| **65-69** | 6660 (% 1,2) | 1126 (% 1,2) | 257 (% 1,2) | 113 (% 1) | 6 (% 0,6) |
| **70-74** | 3996 (% 0,7) | 653 (% 0,7) | 135 (% 0,6) | 70 (% 0,7) | 7 (% 0,7) |
| **75-79** | 2039 (% 0,4) | 353 (% 0,4) | 75 (% 0,3) | 29 (% 0,3) | 1 (% 0,1) |
| **80-84** | 880 (% 0,2) | 155 (% 0,2) | 26 (% 0,1) | 16 (% 0,1) | - |
| **85+** | 816 (% 0,2) | 146 (% 0,2) | 24 (% 0,1) | 13 (% 0,1) | 1 (% 0,1) |
| **Bilinmeyen** | 161 (% 0,03) | 20 (% 0,02) | 4 (% 0,02) | 4 (% 0,04) | 11 (% 1,1) |
| **Toplam** | **545983 (% 100)** | **95618 (% 100)** | **21951 (% 100)** | **10748 (% 100)** | **1029 (% 100)** |

**Kaynak: 1-DİE, Nüfus Sayım Sonuçları, 2000*

*2- Bağlar, Seyrantepe ve Batıkent Sağlık Ocakları Faaliyet Raporları, 2004*

*3- Diyarbakır Alan Çalışması*

*Grafik ve 3.1. Nüfusların Yaş Piramitleri*




Nüfusun yaş dağılımı incelendiğinde Ankara il merkezi, Ankara'da seçilen sağlık ocakları ve Ankara alan çalışmasından elde edilen sonuçların Türkiye'deki yaş dağılımı ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Buna rağmen az bir farkla da olsa Ankara'da erken yaş gruplarının toplam nüfusa oranının Türkiye ortalamasının altında kaldığı ve ileri yaş gruplarının da görece yüksek oranlar aldığı görülmektedir. Başka bir deyişle, Ankara bebek ve çocuk nüfus açısından Türkiye'nin altında, orta ve ileri yaş nüfus açısından ise Türkiye'nin ve üstünde değerler sergilemektedir. Ancak, kent içi farklılaşma konusunda dikkati çeken önemli bir nokta Akşemsettin Sağlık Ocağı bölgesinde görece iyi sosyo-ekonomik koşullara sahip Hilal Sağlık Ocağı bölgesine göre 0-14 yaş grubun oldukça yüksek oranlarda olmasıdır. Bu da Ankara'nın yoksul kesimlerinde daha yüksek olan doğurganlık oranlarına ve nüfus artış hızına işaret etmektedir. Ayrıca, Ankara alan çalışmasındaki 40-49 yaş arası nüfusun toplam nüfus arasındaki payının aynı yaş grubunun diğer düzeylerde sahip olduğu paylardan yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır ve bu sonucu kısmen Ankara'da görece yüksek olan ileri yaş nüfusa bağlamak mümkündür.

Diyarbakır il merkezi, sağlık ocakları ve alan çalışmasına ait yaş dağılımları incelendiğinde özellikle 0-9 yaş arası bebek ve çocukların oranının aynı yaş grubunun Türkiye ve Ankara'da sahip olduğu oranlardan yüksek olduğu görülmektedir. Ankara'daki değerlerin aksine Diyarbakır çocuk ve genç nüfusun daha yoğun olduğu bir kent olarak karşımıza çıkmaktadır. Diyarbakır'da kent içi farklılaşma Ankara'ya benzer bir özellik göstermekte, Seyrantepe ve Bağlar Sağlık Ocakları'nın kapsadığı bölgelerde 0-9 yaş arası

nüfus oranlarının sosyo-ekonomik düzeyin daha iyi olduğu Batıkent Sağlık Ocağı bölgesinden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Yaş dağılımıyla ilgili veriler halk sağlığıyla ilgili uygulamaların şekillenmesini belirleyen önemli girdiler sağlamaktadır. Bebek ve çocuk nüfusunun Diyarbakır'da Ankara'ya göre fazla olması ve her iki kentte de görece yoksul bölgelerde bebek ve genç nüfusun toplam nüfus içinde kentin sosyo-ekonomik açıdan daha gelişmiş alanlarına göre daha fazla pay alması nedeniyle ortaya çıkan önemli sonuçlar vardır. Bunlardan en önemlileri bebek ve genç nüfus oranlarının yüksek olduğu bölgelerde hem aile planlaması hem de bebek ve çocukların sağlıklarına yönelik uygulamalara öncelik verilmesi gerekliliğidir.

Nüfusun cinsiyete göre dağılımının bilinmesi kadın ve erkeklerin farklı biyolojik özellikler ve farklı yaşam ve çalışma koşulları nedeniyle sahip olabilecekleri cinslere özgü hastalıklar konusunda alınacak önlemler ve tedavi için gerekli müdahalelerin yoğunluklarının belirlenmesi açısından önemlidir. Ancak, cinsiyet dağılımı incelendiğinde (Tablo 3.3), kadın ve erkek nüfusun Türkiye geneli, Ankara ve Diyarbakır il merkezleri, sağlık ocakları ve alan çalışmalarında benzer dağılımları gösterdikleri, kadın ve erkek nüfusun her düzeyde hemen hemen birbirine eşit olduğu görülmektedir.

*Tablo 3. 3. Ankara ve Diyarbakır'da Cinsiyet Dağılımı*

| | Kadın | Erkek | Toplam |
|---|---|---|---|
| **Türkiye Geneli** | 33 457 192 (% 49,3) | 34 346 735 (% 50,7) | 67 803 927 (% 100) |
| **Ankara İl Merkezi** | 1592967 (% 49,7) | 1610395 (% 50,3) | 237510 (% 100) |
| **Hilal S.O.** | 20022 (% 50,7) | 19501 (% 49,3) | 39523 (% 100) |
| **Akşemsettin S.O.** | 9347 (% 49,6) | 9480 (% 50,4) | 18827 (% 100) |
| **Ankara Alan Çalışması** | 304 (% 47,7) | 333 (% 52,3) | 637 (% 100) |
| **Diyarbakır İl Merkezi** | 33 457 192 (% 49,3) | 34 346 735 (% 50,7) | 67 803 927 (% 100) |
| **Bağlar 1 Nolu S.O.** | 268286 (% 49,1) | 277697 (% 50,9) | 545983 (% 100) |
| **Seyrantepe S.O.** | 48501 (% 50,7) | 47117 (% 49,3) | 95618 (% 100) |
| **Batıkent S.O.** | 11010 (% 49,9) | 11041 (% 50,1) | 22051 (% 100) |
| **Diyarbakır Alan Çalışması** | 509 (% 49,8) | 514 (% 50,2) | 1023 (% 100) |

**Kaynak: 1-DİE, Nüfus Sayım Sonuçları, 2000*

*2- Akşemsettin, Hilal, Bağlar, Seyrantepe ve Batıkent Sağlık Ocakları ve Faaliyet Raporları, 2004*

*3- Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Başta aile planlaması ve bulaşıcı hastalıklar olmak üzere sağlığa yönelik müdahaleleri yönlendiren bir başka önemli veri ise hane halkı büyüklüğüdür. Türkiye geneli, il merkezleri, sağlık ocakları ve alan araştırmasının yapıldığı bölgelerde ortalama hane halkı büyüklükleri farklı düzeylerde bu konuda ortaya çıkan farklılıklar konusunda genel bir fikir vermektedir (Tablo 3.4). Ankara il merkezinde ulaşılan ortalama hane halkı büyüklüğünün (3.7) Türkiye genelinde 4.5 olan ortalamanın altında kaldığı, Diyarbakır il merkezinde ise önemli bir artış göstererek 5.8'e yükseldiği görülmektedir. Diyarbakır'da temel sosyo-ekonomik yapı ve kültürel özellikler göz önüne alındığında beklenen sonuçların ortaya çıktığını söylemek olasıdır. Ankara'da ise sosyo-ekonomik düzeyi daha düşük olan Akşemsettin sağlık Ocağı bölgesinde hem Ankara il merkezi ortalamasına hem de Hilal Sağlık Ocağı bölgense göre hane halkı büyüklüğünde bir yükselme vardır.

*Tablo 3.4. Ortalama hane halkı Büyüklükleri*

| | Toplam Yerleşik Nüfus | Topla Hane Sayısı | Ortalama hane halkı Büyüklüğü |
|---|---|---|---|
| **Türkiye Geneli** | 67803927 | 15070093 | 4,5 |
| **Ankara İl Merkezi** | 3102145 | 841488 | 3,7 |
| **Hilal S.O.** | 38941 | 11535 | 3,4 |
| **Akşemsettin S.O.** | 19077 | 4350 | 4,4 |
| **Ankara Alan Çalışması** | 637 | 148 | 4,3 |
| **Diyarbakır İl Merkezi** | 546005 | 93351 | 5,8 |
| **Bağlar 1 nolu S.O.** | 99459 | 16836 | 5,9 |
| **Seyrantepe S.O** | 22441 | 3907 | 5,7 |
| **Batıkent ve S.O.** | 11293 | 2028 | 5,6 |
| **Diyarbakır Alan Çalışması** | 1029 | 166 | 6,2 |

**Kaynak: 1-DİE, Nüfus Sayım Sonuçları, 2000*
*2- Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 3.5. Hanelerin hane halkı Büyüklüğüne Göre Dağılımı (Ankara)*

| hane halkı Büyüklüğü | Türkiye Geneli | Ankara Kent Merkezi | Hilal S.O. | Akşemsettin S.O. | Ankara Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 803 120 (% 5,3) | 55287 (% 6,6) | 1108 (% 9,6) | 117 (% 2,7) | - |
| 2 | 2 097 823 (% 13,9) | 13416 (% 1,6) | 2254 (% 19,5) | 385 (% 8,9) | 9 (% 6,1) |
| 3 | 2 578 281 (% 17,1) | 189070 (% 22,5) | 2841 (% 24,6) | 724 (% 16,6) | 22 (% 14,9) |
| 4 | 3 534 911 (% 23,5) | 251442 (% 29,9) | 3255 (% 28,2) | 1353 (% 31,1) | 62 (% 41,9) |
| 5 | 2 302 818 (% 15,3) | 127095 (% 15,1) | 1279 (% 11,1) | 917 (% 21,1) | 37 (% 25) |
| 6 | 1 387 646 (% 9,2) | 50560 (% 6) | 499 (% 4,3) | 436 (% 10) | 12 (% 8,1) |
| 7 | 1 023 323 (% 6,8) | 19575 (% 2,3) | 163 (% 1,4) | 233 (% 5,4) | 3 (% 2) |
| 8 | 420 934 (% 2,8) | 7468 (% 0,9) | 65 (% 0,6) | 74 (% 1,7) | 1 (% 0,7) |
| 9 | 272 365 (% 1,8) | 3199 (% 0,4) | 27 (% 0,2) | 39 (% 0,9) | - |
| 10+ | 648 872 (% 4,3) | 3624 (% 14,7) | 44 (% 0,5) | 72 (% 1,7) | 2 (% 1,4) |
| **Toplam Hane Sayısı** | **15 070 093 (% 100)** | **841 488 (% 100)** | **11535 (% 100)** | **4350 (% 100)** | **148 (% 100)** |

**Kaynak: 1-DİE, Nüfus Sayım Sonuçları, 2000*
*2- Hilal ve Akşemsettin ve Sağlık Ocakları Faaliyet Raporları, 2004*
*3- Ankara Alan Çalışması*

Türkiye geneli bakıldığında nüfusun önemli bir kısmını (% 69.8) 2, 3, 4 ve 5 kişilik hanelerin oluşturduğunu 5 kişiden büyük hanelerin oranının oldukça düşük olduğu görülmektedir (Tablo 3.5). Ankara il merkezinde ise çoğunluğu 3, 4 ve 5 kişilik haneler oluşturmasına rağmen Türkiye genelinden farklı olarak 10 kişi ve daha kalabalık ailelerin oranının ve il merkezi nüfusu içinde oldukça önemli bir yer tuttuğu (% 14.7) görülmektedir. Ankara'nın Türkiye genelinden ayrılan bir başka önemli özelliği de 2 kişilik hanelerin Türkiye'ye göre oldukça düşük bir oranda görülmesidir. Bu önemli fark konusunda akla gelen ilk nedenler Ankara'da yeni evli çiftlerin görece düşüklüğü ya da evli çocuklara sahip orta yaş ve üstü çiftlerin yoğunluğu olmaktadır. Ancak, yaş dağılımı tablosuna baktığımız zaman bu iki nedenin de geçerli olmayacağı yönünde sonuçlar çıkmaktadır. Bu nedenle bu farkın daha ayrıntılı çalışmalarla ortaya konabilecek bir fark olduğu anlaşılmaktadır.

Ankara'da hane halkı büyüklüğü konusunda kent içi farklılaşmanın açık olduğu görülmektedir. Hilal Sağlık Ocağı'nın kapsadığı bölgede 3 ve 4 kişilik ailelerin yoğunlaştığı buna karşın görece yoksul alanlar olan Akşemsettin Sağlık Ocağı bölgesi ve alan çalışmasının yapıldığı mahallede ailelerin çoğunu

4 ve 5 kişilik hanelerin oluşturduğu görülmektedir.

Diyarbakır il merkezinde hane halkı büyüklüğünün hem Türkiye geneli hem de Ankara'ya göre önemli ölçüde arttığı görülmektedir (Tablo 3.6). 1, 2, 3 ve 4 kişilik ailelerin Türkiye genelinde sahip olduğu oranlar aynı büyüklükteki ailelerin Diyarbakır'da sahip olduğu oranlardan yüksek olurken, 5 ve daha kalabalık aileler söz konusu olduğunda Diyarbakır'daki oranların Türkiye geneline göre önemli bir artış gösterdiği görülmektedir. 10 ve daha fazla kişinin oluşturduğu hanelerin Diyarbakır il merkezi, sağlık ocaklar ve alan çalışmalarının yürütüldüğü mahallelerde sahip olduğu yüksek oranlar da dikkat çekici ve sağlıkla ilgili olarak geliştirilecek politikalara önemli ölçüde yol gösterici olacak sonuçlardır. Diyarbakır'da Ankara'nın aksine sosyo-ekonomik düzeyin yükselmesinin hane halkı büyüklüğünü azalttığını söylemek olanaklı değildir. Kentin farklı sosyo-ekonomik özeliklere sahip üç alanında da yoğunlaşmanın hemen hemen aynı hane halkı büyüklüklerinde görülmesi ve bunun da il merkezi geneli ile tutarlı bir biçimde 5 ve daha kalabalık hanelerde olması fazla çocuk sahibi olmanın kültürel boyutuna da işaret eden önemli bir sonuçtur. Bu da sağlıkla ilgili müdahale ve uygulamaların karmaşık yapısını göstermekte, maddi koşullar ve bunlara yönelik düzeltmeler yanında kültürel boyutun da oldukça etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Kültürel boyutun bazen olumlu ancak bazen de olumsuz bir biçimde uygulamaların önünü kesen bir etken olarak devreye girme olasılığı bulunmaktadır.

*Tablo 3.6. Hanelerin hane halkı Büyüklüğüne Göre Dağılımı (Diyarbakır)*

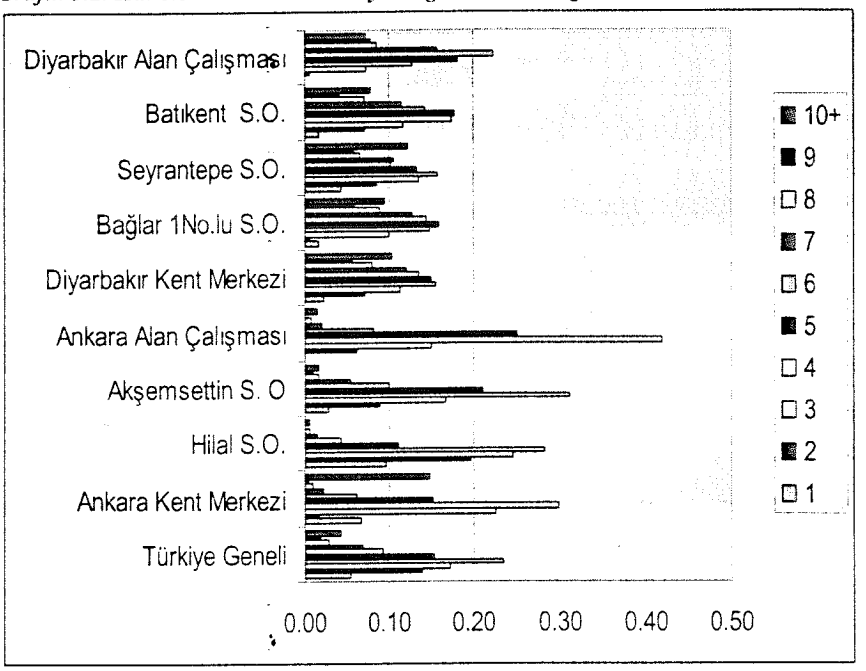
| hane halkı Büyüklüğü | Türkiye Geneli | Diyarbakır Kent Merkezi | Bağlar 1 Nolu S.O. | Seyrantepe S.. | Batıkent S.O. | Diyarbakır Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 803 120 | 2089 | 275 | 162 | 32 | - |
| % | 5,3 | 2,2 | 1,6 | 4,2 | 1,6 | |
| 2 | 2 097 823 | 6490 | 109 | 333 | 141 | 1 |
| % | 13,9 | -7 | 0,6 | 8,5 | -7 | 0,6 |
| 3 | 2 578 281 | 10489 | 1660 | 529 | 235 | 12 |
| % | 17,1 | 11,2 | 9,9 | 13,5 | 11,6 | 7,2 |
| 4 | 3 534 911 | 14430 | 2499 | 612 | 352 | 21 |
| % | 23,5 | 15,5 | 14,8 | 15,7 | 17,4 | 12,7 |
| 5 | 2 302 818 | 13892 | 2672 | 515 | 360 | 30 |
| % | 15,3 | 14,9 | 15,9 | 13,2 | 17,8 | 18,1 |
| 6 | 1 387 646 | 12544 | 2405 | 395 | 288 | 37 |
| % | 9,2 | 13,4 | 14,3 | 10,1 | 14,2 | 22,3 |
| 7 | 1 023 323 | 11212 | 2162 | 415 | 234 | 26 |
| % | 6,8 | -12 | 12,8 | 10,6 | 11,5 | 15,7 |
| 8 | 420 934 | 7341 | 1492 | 250 | 145 | 14 |
| % | 2,8 | 7,9 | 8,9 | 6,4 | 7,1 | 8,4 |
| 9 | 272 365 | 5258 | 992 | 221 | 82 | 13 |
| % | 1,8 | 5,6 | 5,9 | 5,7 | -4 | 7,8 |
| 10+ | 648 872 | 9606 | 1582 | 475 | 159 | 12 |
| % | 4,3 | 10,3 | 9,4 | 12,2 | 7,8 | 7,2 |
| Toplam | 15 070 093 | 93351 | 16836 | 3907 | 2028 | 166 |
| % | -100 | -100 | -100 | -100 | -100 | -100 |

**Kaynak: 1-DİE, Nüfus Sayım Sonuçları, 2000*

*2- Bağlar, Seyrantepe ve Batıkent Sağlık Ocakları Faaliyet ve Raporları, 2004*

*3- Diyarbakır Alan Çalışması*

*Grafik 3.2. Hanelerin hane halkı Büyüklüğüne Göre Dağılımı*




*Tablo 3.7. Eğitim Durumu (Ankara)*

| | Türkiye Geneli | Ankara ve İl Merkezi | Hilal S.O. | Akşemsettin S.O. | Ankara Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|
| **Okuma yazma bilmeyen** | 5802542 (% 17) | 169010 (% 5,8) | 2403 (% 4) | 427 (% 7,5) | 44 (% 7,7) |
| **Sadece Okuma yazma bilen** | 2151803 (% 6) | 504707 (% 17,3) | 7810 (% 13) | 938 (% 15) | 20 (% 3,5) |
| **İlkokul mezunu** | 16073529 (% 48) | 842204 (% 29) | 11414 (% 19) | 3094 (% 48) | 234 (% 41) |
| **Ortaokul ve ilköğretim mezunu** | 2770767 (% 8) | 359387 (% 12,7) | 6608 (% 11) | 998 (% 16) | 162 (% 28,4) |
| **Lise mezunu** | 4222915 (% 13) | 652372 (% 22,5) | 16821 (% 28) | 834 (% 13) | 95 (% 16,6) |
| **Yüksek okul mezunu** | 2625311 (% 8) | 376014 (% 13) | 15019 (% 25) | 26 (% 0,5) | 16 (% 2,8) |
| **Toplam** | **3366083 (% 100)** | **2905330 (% 100)** | **60076 (% 100)** | **6317 (% 100)** | **571 (% 100)** |

**Kaynak: 1-DİE, Nüfus Sayım Sonuçları, 2000*
*2- Ankara Alan Çalışması*

Temel sosyo-ekonomik göstergelerden biri olan eğitim durumu hem meslek ve çalışma durumu üzerindeki etkileriyle sağlık hizmetlerine ulaşabilirliği belirlemekte hem de kişilerin sağlık hizmetlerinden nasıl ve ne şekilde yararlanacakları konusundaki bilinçleri üzerinde etkili olmaktadır. Hem okuma yazma bilmeyenlerin oranının daha düşük olması hem de ilkokul sonrası eğitim görmüş kişilerin oranının daha fazla olması nedeniyle Ankara il merkezindeki eğitim düzeyinin Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında daha iyi bir durumda olduğu görülmektedir. Ancak, kent içi farklılaşma eğitim düzeyi konusunda da karşımıza çıkmakta ve Hilal Sağlık Ocağı bölgesinde Akşemsettin Sağlık Ocağı bölgesine göre çok daha yüksek bir eğitim seviyesi ile karşılaşılmaktadır. Anket çalışmasının yapıldığı alan da ise alanın yer aldığı Akşemsettin sağlık Ocağı bölgesine göre daha yüksek bir eğitim seviyesi olduğu görülmektedir. Bu farklılaşma ilkokul sonrası eğitimde görülen daha yüksek oranlardan anlaşılmaktadır.

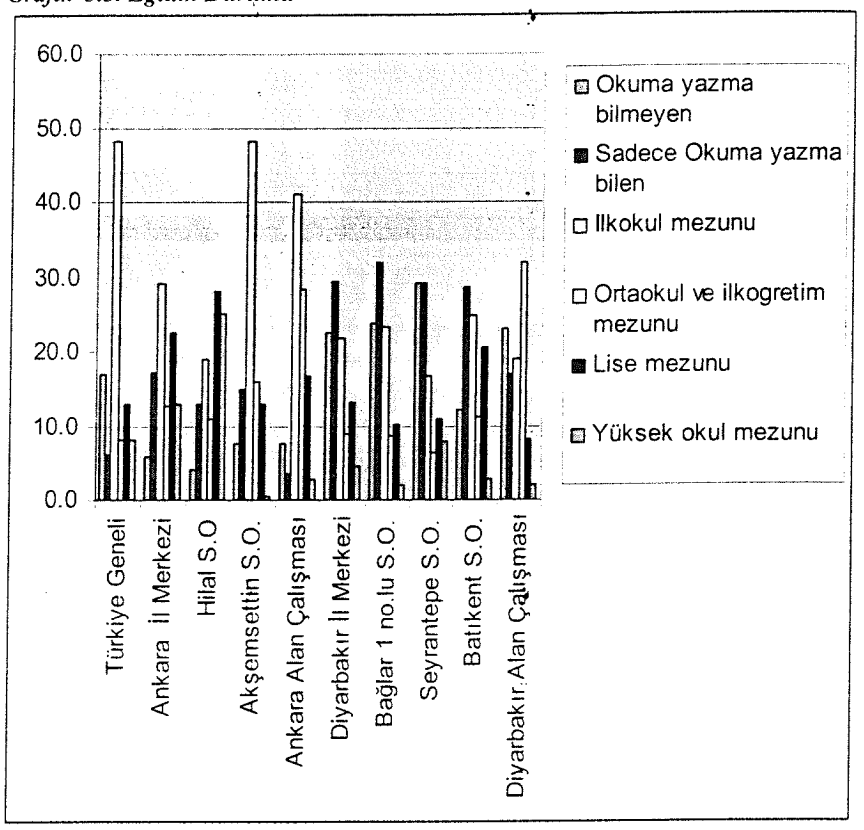
Diyarbakır'ın Türkiye içindeki yeri konusunda Ankara'dan farklı sonuçlar bulunmaktadır. Öncelikle, okuma yazma bilmeyenlerin oranının Diyarbakır'da Türkiye geneline göre yüksek olması dikkat çekicidir (Tablo 3.8). İkinci olarak ise ilkokul eğitimi almış ve sadece okuma-yazma bilenlerin oranları konusunda Türkiye geneli ile Diyarbakır il merkezi arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Diyarbakır il merkezinde ilkokul mezunu olan kişilerin oranı Türkiye geneline göre önemli bir düşüş gösterirken, sadece okuma-yazma bilenlerin oranı ise yükselmektedir. Bu sonuçlar devletin sunduğu temel eğitim hizmetine erişme düzeyinin hem Türkiye geneli hem de Ankara il merkezi ile karşılaştırıldığında Diyarbakır'da oldukça düşük olduğuna ve işaret etmektedir. Bu durumun sosyo-ekonomik yetersizlikler, çocukların eğitimlerine (özelikle kız çocuklarının) yerleşmiş bakış açısı ya da işgücü olarak kullanma amaçları nedeniyle öncelik vermeme, sunulan eğitim hizmetindeki eksiklikler ya da resmi olmayan evliliklerin çokluğuna bağlı olarak nüfusa kayıtlı olmayan çocukların varlığı gibi pek çok farklı düzey ve konuyla ilgili nedenleri olduğu söylenebilir. Üç sağlık ocağından alınan eğitim düzeyi verilerinin Diyarbakır il merkezine ait verilerden önemli sapmalar göstermediği, ve nüfusun büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu, sadece okuma-yazma bilenler ve okuma-yazma bilmeyenlerden oluştuğu görülmektedir (Tablo 3.8). Ancak, Seyrantepe sağlık Ocağı bölgesinde hem Diyarbakır il merkezine hem de sosyo-ekonomik düzeyi görece yüksek bir bölge olarak seçilen Batıkent Sağlık Ocağı bölgesine göre yüksek çıkan yüksekokul mezunlarının oranı dikkat çekicidir. Bu şaşırtıcı farka karşın Batıkent Sağlık Ocağı bölgesindeki ortaokul ve lise mezunlarının oranının hem Seyrantepe hem de Bağlar sağlık Ocaklarının kapsadığı bölgelerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Alan araştırmasının yürütüldüğü bölgede eğitim düzeyi konusunda ortaya çıkan sonuçlar Diyarbakır'da diğer düzeylerde rastlanan sonuçlarla tutarlılık göstermekte, nüfusun önemli bir kısmını ilköğretim mezunları oluşturmaktadır.

*Tablo 3.8. Eğitim Durumu (Diyarbakır)*

| | Türkiye Geneli | Diyarbakır İl Merkezi | Bağlar 1 nolu S.O. | Seyrantepe S.O. | Batıkent S.O. | Diyarbakır Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Okuma yazma bilmeyen** | 5802542 | 102995 | 18724 | 5170 | 1145 | 175 |
| % | 17 | 22,5 | 23,8 | 29 | 12,2 | 23 |
| **Sadece okuma yazma bilen** | 2151803 | 134360 | 25183 | 5199 | 2680 | 126 |
| % | 6 | 29,4 | 32 | 29,1 | 28,6 | 17 |
| **İlkokul mezunu** | 16073529 | 99459 | 18303 | 2956 | 2309 | 143 |
| % | 48 | 21,7 | 23,2 | 16,6 | 24,7 | 19 |
| **Ortaokul ve ilköğretim mezunu** | 2770767 | 40101 | 6883 | 1142 | 1051 | 239 |
| % | 8 | 8,8 | 8,7 | 6,4 | 11,2 | 32 |
| **Lise mezunu** | 4222915 | 59878 | 8033 | 1966 | 1932 | 61 |
| % | 13 | 13,1 | 10,2 | 11 | 20,6 | 8 |
| **Yüksek okul mezunu** | 2625311 | 20427 | 1598 | 1410 | 661 | 27 |
| % | 8 | 4,5 | 2,1 | 7,9 | 2,7 | 2 |
| **Toplam** | 3366083 | 457365 | 78724 | 17843 | 9358 | 755 |
| % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

**Kaynak: 1 DİE, Nüfus Sayım Sonuçları, 2000*
*2 Diyarbakır Alan Çalışması*

*Grafik 3.3. Eğitim Durumu*




Uygulanacak sağlık politikalarının belirlenmesiyle ilgili önemli bir gösterge de özürlü nüfusun büyüklüğüdür. Tablo 3.9'da görüldüğü gibi Ankara il merkezinde özürlü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı Türkiye genelinden düşüktür. Ancak, kentin farklı bölgeleri için bu oran değişmekte, sosyoekonomik düzeyin görece iyi olduğu Hilal Sağlık Ocağı bölgesinde Akşemsettin Sağlık Ocağı bölgesine göre özürlü nüfus oranının daha düşük olduğu görülmektedir. Özellikle alan araştırmasının yürütüldüğü bölgede bu oran hem Ankara il merkezi, hem de her iki sağlık ocağına ait oranlardan oldukça yüksek bulunmuştur. Diyarbakır il merkezi genelinde Türkiye genelinin üstünde olan özürlü nüfus oranının daha iyi sosyoekonomik koşullarda olan Batıkent Sağlık Ocağı bölgesinde hem Diyarbakır il merkezi hem de diğer iki sağlık ocağı bölgesinden daha düşük olduğu görülmektedir. Ankara alan çalışmasında olduğu gibi Diyarbakır alan çalışmasının yürütüldüğü bölgelerde Diyarbakır il merkezi ve sağlık ocakları sonuçlarının oldukça üstünde bir orana rastlanmaktadır. Bu sonuçlar 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 anlaşılır olmaktadır.

*Tablo 3.9. Özürlü Nüfus Oranı*

| | Toplam Özürlü Kişi Sayısı | Toplam Nüfus | Toplam Nüfusta Özürlü Nüfus Oranı |
|---|---|---|---|
| **Türkiye Geneli** | 1 234 139 | 67 803 927 | **% 1.8** |
| **Ankara İl ve Merkezi** | 50581 | 3102145 | **% 1.6** |
| **Hilal S.O.** | 557 | 38941 | **% 1.4** |
| **Akşemsettin S.O.** | 352 | 19077 | **% 1.8** |
| **Ankara Alan Çalışması** | 17 | 637 | **% 2.7** |
| **Diyarbakır İl Merkezi** | 11263 | 546005 | **% 2.1** |
| **Bağlar 1 nolu S.O.** | 1943 | 99459 | **% 2** |
| **Seyrantepe S.O** | 439 | 22441 | **% 2** |
| **Batıkent ve S.O.** | 153 | 11293 | **% 1.4** |
| **Diyarbakır Alan Çalışması** | 39 | 1029 | **% 3.8** |

**Kaynak: 1 DİE, Nüfus Sayım Sonuçları, 2000*
*2 Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 3.10. Özürlülük Durumu (Ankara)*

| | Türkiye Geneli | Ankara İl Merkezi | Hilal S.O. | Akşemsettin S.O. | Ankara Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|
| **Görme Özürlü** | 157 722 (% 12,8) | 5768 (% 11,4) | 56 (% 10,1) | 50 (% 14,2) | 7 (% 41,2) |
| **İşitme Özürlü** | 89 043 (% 7,2) | 4011 (% 7,9) | 48 (% 8,6) | 15 (% 4,3) | 2 (% 11,7) |
| **Konuşma Özürlü** | 55480 (% 4,5) | 1662 (% 3,3) | 12 (% 2,2) | 8 (% 2,3) | |
| **Fiziksel Özürlü** | 472 629 (% 38,3) | 20264 (% 40) | 244 (% 43,8) | 153 (% 43,5) | 8 (% 47,1) |
| **Zihinsel Özürlü** | 160 531 (% 13) | 6214 (% 12,3) | 58 (% 10,4) | 50 (% 14,2) | |
| **Diğer** | 123 209 (% 10) | 4951 (% 9,8) | 60 (% 10,8) | 29 (% 8,2) | |
| **Birden Fazla Özrü Olan** | 92 438 (% 7,5) | 3858 (% 7,6) | 35 (% 6,3) | 20 (% 5,7) | |
| **Bilinmeyen** | 83 087 (% 6,7) | 3853 (% 7,6) | 44 (% 7,9) | 27 (% 7,7) | |
| **Toplam** | **1 234 139 (% 100)** | **50581 (% 100)** | **557 (% 100)** | **352 % 100)** | **17 (% 100)** |

**Kaynak: 1 DİE, Nüfus Sayım Sonuçları, 2000*
*2 Ankara Alan Çalışması*

Farklı özürlülük durumlarının dağılımına bakıldığında (Tablo 3.10 ve 3.11) en fazla görülen özrün hem Türkiye geneli hem de Ankara il merkezinde fiziksel özür olduğu anlaşılmaktadır. Aynı sonuçlar sağlık ocağı bölgeleri ve alan araştırması için de geçerlidir. Ancak, Diyarbakır il merkezinde farklı bir sonuçla karşılaşılmaktadır. Görme özürlülerin en yüksek oranda yer aldığı Diyarbakır il merkezindeki bu sonuca en yüksek orana sahip olan özrü bilinmeyenler kategorisinin neden olduğunu söylemek olasıdır. Diyarbakır'da seçilen üç sağlık ocağı ve alan araştırması bölgesinde de fiziksel özürlü kişilerin en yüksek oranda görülmesi Diyarbakır il merkezi genelinde görülen bu farklılaşmayı desteklemektedir. Farklı kentlerde ve farklı ölçeklerde elde edilen verilerin genel bir değerlendirmesi yapıldığında ise fiziksel özürlülük durumunu görme ve işitme engellerinin izlediği görülmektedir.

*Tablo 3.11. Özürlülük Durumu (Diyarbakır)*

| | Türkiye Geneli | Diyarbakır İl ve Merkezi | Bağlar 1 nolu S.O. | Seyrantepe S.O | Batıkent ve S.O. | Diyarbakır Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Görme Özürlü | 157 722 | 1449.0 | 257.0 | 56.0 | 17.0 | 3.0 |
| % | 12.8 | 12.9 | 13.2 | 12.8 | 11.1 | 7.7 |
| İşitme Özürlü | 89 043 | 681.0 | 122.0 | 32.0 | 7.0 | 9.0 |
| % | 7.2 | 6.0 | 6.3 | 7.3 | 4.6 | 23.1 |
| Konuşma Özürlü | 55480.0 | 484.0 | 79.0 | 19.0 | 6.0 | |
| % | 4.5 | 4.3 | 4.1 | 4.3 | 3.9 | |
| Fiziksel Özürlü | 472 629 | 4464.0 | 787.0 | 151.0 | 64.0 | 23.0 |
| % | 38.3 | 4.0 | 40.5 | 34.4 | 41.8 | 59.0 |
| Zihinsel Özürlü | 160 531 | 1280.0 | 202.0 | 50.0 | 24.0 | 4.0 |
| % | 13.0 | 11.4 | 10.4 | 11.4 | 15.7 | 10.2 |
| Diğer | 123 209 | 1299.0 | 230.0 | 63.0 | 9.0 | |
| % | 10.0 | 11.5 | 11.8 | 14.4 | 5.9 | |
| Birden Fazla Özrü Olan | 92 438 | 785.0 | 138.0 | 31.0 | 18.0 | |
| % | 7.5 | 7.0 | 7.1 | 7.1 | 11.8 | |
| Bilinmeyen | 83 087 | 821.0 | 128.0 | 37.0 | 8.0 | |
| % | 6.7 | 42.9 | 6.6 | 8.4 | 5.2 | |
| Toplam | 1 234 139 | 11263.0 | 1943.0 | 439.0 | 153.0 | 39.0 |
| % | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

**Kaynak: 1 DİE, Nüfus Sayım Sonuçları, 2000*
*2 Diyarbakır Alan Çalış*

## 4. YOKSUL KENT ALANLARINDA SINIF BOYUTUYLA SAĞLIK SORUNLARI

Sağlık, bireysel olduğu kadar toplumsal boyutları da içinde barındıran bir olgudur. Sağlık sorununun toplumsal boyutlarından en önemlisi "sosyal sınıf" konusudur. Bu bölümün amacı sağlık konusunu özel olarak sınıfsal boyutu ile ele almak ve konunun diğer önemli unsurları ile ilişkilendirerek incelemektir. Bu bağlamda, yerel topluluk ölçeğinde sınıfsal farklılıkların birey, hane halkı ve toplum düzeyinde ne gibi farklılıklar ya da etkiler yarattığı incelenecek ve sınıfsal yapının sağlık üzerindeki etkileri irdelenecektir. Amacımız, görgül verilerden de yararlanarak sınıfsal konum ile sağlık arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmektir.

Toplumsal sınıf konumunun sağlık eşitsizlikleri ile ilişkisini inceleyen görgül çalışmalar iki temel sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bunların ilki sınıfsal konumun tanımı ve ölçütleri, ikincisi ise sınıfsal konuma bağlı gelişen sağlık sorunlarının ve ölçütlerinin belirlenmesidir. Bunların sorun olarak nitelendirilmesinin nedeni, öncelikle sınıf kuramlarının çeşitliliği ve ölçütlerin çok yönlü olmasıdır. Ayrıca görgül çalışmanın içeriği ve kapsamına göre bu ölçütlerin yeniden oluşturulması gerekmektedir. İncelenecek sağlık eşitsizliklerinin belirlenmesindeki zorluk ise sınıfsal konumun etkilerinin insan hayatının tümünü ve sağlığın her yönünü kapsamasıdır. Bu nedenle; çalışmamızda öncelikle bu iki sorun konusundaki tutumumuz açıklanmaya çalışılacaktır. Bu amaçla ilk olarak farklı sınıf kuramları incelenecek ve görgül çalışmamızın içeriği ve kapsamına uygun olarak sınıfsal konum tablosu oluşturulacak ve ölçütleri belirlenecektir. İkinci olarak; sağlık-sınıf ilişkisinin sağlık boyutunu irdelemek amacıyla bu konuda dünyada yapılmış görgül çalışmalardan faydalanılacaktır. Söz konusu görgül çalışmalar içerdikleri veriler açısından ve çeşitli sosyal, ekonomik vb. etkenlerin sağlık üzerinde ne gibi etkileri olabileceğini göstermeleri açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmalarda elde edilen sonuçlardan hareketle sınıfsal konuma bağlı gelişen sağlık eşitsizliklerinin ve ölçütlerinin belirlenmesine çalışılacaktır.

Çalışmanın ileriki bölümlerinde kuramsal çerçeve den hareketle Ankara ve Diyarbakır'da gerçekleştirilen alan çalışmalarının verileri sınıf ve sağlık ilişkisi üzerinden irdelenecektir. Bilinçli olarak alt gelir grubundan seçilen örneklemde araştırılan temel konu yoksulluğun ve sosyo-ekonomik statünün ötesinde sosyal sınıf yapısının sağlığa etkileridir. Görgül çalışmalardan elde edilen bulgular bu doğrultuda yorumlanacaktır.

### 4.1. Kuramsal Çerçeve

Sınıf ve sağlık konularında kuramsal çerçevenin oluşturulması iki aşamalıdır. Birinci aşama sınıf kavramının tanımlanması ve sınıfsal konumun belirleyicilerinin kararlaştırılmasıdır. Bu amaçla aşağıda dört farklı sınıf kuramı ve eleştirileri incelenecektir. Amaç alan çalışmasına en uygun çerçevenin oluşturulması ve sınıfsal konumun ölçütlerinin belirlenmesidir.

İkinci aşama olan sağlık ölçütlerinin belirlenmesi için ise sınıfsal yaklaşımın özelliklerinden ve diğer yaklaşımlardan hangi yönleriyle farklılaştığı üzerinde durulacaktır. Yine kuramsal bölüm içinde, benzer görgül çalışmalardan örnekler verilerek, alan çalışması bulgularını sunmadan önce ne tür tezlerle konuya yaklaşabileceğimiz araştırılacaktır.

### 4.1.1. Sınıf Kavramı ve Sınıf Kuramları

Sınıf, sosyolojideki en tartışmalı olmanın yanı sıra en önemli ve en çok başvurulan kavramlardan birisidir (Edgell, 1998). Bu açıdan "sınıf" kavramından ne anlaşılacağı ve sınıfsal konumun nasıl belirleneceği büyük önem taşımaktadır. Bu bölümde, öncelikle belli başlı bakış açılarına göre sınıf kavramının nasıl tanımlandığı incelenecek ve bu tanımlamaların her birine getirilen eleştirilere yer verilecektir.

Antik çağda sınıf kavramının doğuşu Roma halkının mali ve askeri amaçlarla, mülk temeline dayalı olarak bölünmesine dayanmaktadır. Bu toplumsal düzeyde kabul gören bir kademelenmeye ve buna dayalı gruplaşmalara işaret eden durağan bir kullanımdır (Edgell, 1998). Endüstri devrimini izleyen dönemde toplumun yeniden örgütlenmesi sınıf kavramının modern anlamda tanımlanması çabalarını doğurmuştur (Şengül ve Ersoy, 2000). Bu büyük sosyal değişimin yarattığı önemli sonuçlardan ikisi, yeni sınıfların oluşması ve söz konusu sınıfsal konumların doğuştan değil beceri temeline ya da üretim sürecindeki konumlarına dayalı olarak belirlenmesidir.

Sınıfı hızla değişen toplum çerçevesinde tanımlamak ve sınıf ilişkilerini çözümlemek, ilk sosyologlar için temel konulardan biri olmuş ve sınıf kavramı etrafında dönen tartışmalar günümüze değin devam etmiştir (Edgell, 1998). Sınıf konusunda iki temel kuramın varlığından söz edilebilir. Marx ve Weber tarafından geliştirilen ait bu kuramlar sonraki dönemde üretilen sınıf kuramlarının da temelini oluşturmuştur. Aşağıda bu iki temel kuramın yanı sıra, bu kuramlardan yola çıkarak Yeni-Marksist ve Yeni-Weberci sınıf kuramlarına da değinilecektir.

#### *4.1.1.1. Marksist Sınıf Kuramı*

Modern dönemde sınıf konusu ile ilgili olarak yapılan ilk çalışmalar Karl Marx'a aittir ve onun ortaya koyduğu sınıf tezi de dahil tüm tezler zaman içerisinde sürekli eleştiriye uğrasa da geçerliliğini hâla sürdürmektedir. Marksist sınıf kuramı, üretim araçlarının sahipliliğine göre belirlenen konumlar üzerine kuruludur. Buna göre, sanayi öncesi toplumlarda iki sınıf vardır; toprak sahibi olan aristokratlar ve doğrudan toprağı işleyerek üretimi gerçekleştiren köylüler (Giddens, 1997). Marx'a göre modern sanayi toplumlarında kapitalist üretim tarzı toplumu yine iki karşıt sınıfa ayırmıştır; burjuvazi ve proletarya. Komünist Manifesto'da bu durum şöyle ifade edilmiştir: "Çağımızın, yani burjuvazi çağının ayırıcı özelliği, sınıf karşıtlıklarını basitleştirmiş olmasıdır. Tüm toplumlar, giderek daha çok iki büyük düşman kampa, doğrudan

birbirlerinin karşısına dikilen iki büyük sınıfa bölünüyor: burjuvazi ve proletarya." (Marx ve Engels, 1998: 10). Marx'ın kapitalizmde sadece iki önemli sınıf olduğunu iddia etmesinin nedeni, artık ekonomik ilişkilerin temelinde özel mülkiyet olmasından ötürü mantıken sadece iki olasılığın bulunmasıydı: üretim araçlarına sahip olan bir sınıf ile bunlara sahip olmayan, dolayısıyla çalışma kapasitelerini ve yani "emek güçlerini" satmak zorunda olan bir sınıf ( Edgell, 1998).

Marx, temel olarak kapitalist sistemin yarattığı eşitsizliklere odaklanmış ve çalışanlar ile işverenler arasındaki ilişkinin başından beri "düşmanca" olduğunu ifade etmiştir. Bunun temelinde işverenin rekabetçi ekonomik koşullarda kar edebilmek ve ayakta kalabilmek için çalışanları "sömürmek" zorunda olması yatmaktadır. Üretim sürecinde işveren , bir yandan işçilere en düşük ücreti ödeyerek maliyetleri mümkün olduğunca düşük tutmaya çalışırken bir yandan da ulaşılabilecek en yüksek üretim seviyesine ulaşmaya çalışmaktadır. Bu nedenle karlar ile ücretler ters orantılıdır ve sermayenin çıkarları ile emeğin çıkarları taban tabana zıttır.

Ancak, Marksist sınıf kuramı sonuçları itibariyle dinamik bir sınıf anlayışıdır, çünkü sosyal değişimi harekete geçirecek olan ve sınıf çatışmasıdır. Marx, kapitalizmi dönemsel buhranların yaşandığı "anarşik bir rekabet sistemi" olarak tanımlamaktadır. Bu rekabet doğası gereği krizlere gebedir. Bununla birlikte ekonomik buhranlar ne kadar şiddetli ve sık olurlarsa olsunlar, kapitalizmin sona ermesini sağlamazlar; sadece devrimci değişimin önkoşulu konumundadırlar ve Marx'a göre kapitalist toplum, ancak proletaryanın sınıfsal hareketleri sayesinde aşılabilir. İşte bu devrimci değişimi sağlayacak olan sınıf bilincinin gelişmesinde üç aşama tanımlamıştır. İlk olarak toplum proleterleşecektir; yani sermaye küçük bir iş veren kesiminde yoğunlaşacak, serbest çalışanlar ve küçük ölçekli iş sahipleri işlerini kaybedip giderek yoksullaşacak ve ücretli emekçiler haline gelecektir. İkinci aşamada işgücünün proleterleşmesi gerçekleşecektir; yani uzmanlaşmış işbölümü sebebiyle işgücü beceriden yoksun hale gelecek ve kendi emek ürününe yabancılaşacaktır. Üçüncü ve son aşamada politik proleterleşme gerçekleşecektir; yani proletaryanın yoğunluğu ve göreli yoksulluğu büyüdüğünde ve işte gerileme yaşandığında, işçiler ücretlerini ve çalışma şartlarını savunmak / ve ya iyileştirmek için birleşecekleridir. Başka bir deyişle burjuvaziyle sınıfsal çatışma yaşamaya başlayacaktır. (Edgell, 1998).

Marx, devrimci değişim karşısındaki engelleri tanımlarken öncelikle; toplumda iki ana sınıftan daha fazla sınıfın var olmasından bahsetmiştir. Bunlar; ve ara sınıflar (küçük burjuvazi ve köylü sınıfı), ve orta sınıflar (ordu, üniversite, kilise, baro, bilim çevreleri ve basındaki yüksek mevki sahipleri), alt-orta sınıflar (serbest çalışanlar ve küçük ölçekli kapitalistler), mülksüz orta sınıflar (işçiler ve kapitalistler ve arazi sahipleri arasında yer alan grup) ile işçi sınıfı içi bölünmelerdir (yüksek ücret alan, emek aristokrasisi, ustalık, kırsal alan ve şehir işçileri). Marx bu çeşitlenmeyi açıklamak için, sınıf ilişkilerinin kesin yapısının belli bir zaman içerisinde, içinde bulunulan duruma bağlı olduğunu,

dolayısıyla; şiddetli siyasi çatışma dönemlerinde kutuplaşma ve birbirlerine karşı birleşme belirginleşirken diğer dönemlerde sınıfsal bölünmenin derecesinin arttığını söylemektedir (Edgell, 1998).

Özetle, Marksist sınıf kuramının temel tanımlayıcıları üç maddede toplanmaktadır:

- Sınıf "derece terimlerinden ziyade ilişki terimleriyle" tanımlanır. Sınıf gelir, statü, eğitim vs. gibi derecelenmeleri değil üretim araçlarıyla ilişkileri ifade eder. Bu çerçevede sınıf; derecelemeye dayalı sınıf anlayışının getirdiği gibi her biri bir ve ya daha çok yönüyle diğerlerinin üzerinde ve altında kabul edilen parçalı bir yapı yerine bağıntısal sınıf tanımının öngördüğü üzere birbirinin tamamen karşıtı olan ve aralarında ikisinden birinin zararına olmak üzere bir üstünlük ilişkisi bulunan temelde ikili bir yapı olarak anlaşılmalıdır.
- Sınıf ilişkilerinin ana ekseni, piyasadan çok toplumsal üretim örgütlenmesi içerisinde yer almaktadır.
- Sınıf ilişkileri analizi köklerini, "teknik işbölümü ve ya otorite ilişkilerinden ziyade sömürü sürecinin incelenmesinde" bulur. (Edgell, 1998)

Marksist sınıf kuramına yönelik ilk eleştiri onun toplumsal sınıflar üzerinde bu kadar çalışmış olmasına karşın sınıf kavramının sistematik bir analizini yapamadığına ilişkindir (Giddens, 1997). Giddens'ın ifadesiyle, Marksist sınıf kuramı Marx'ın yazdıklarının tümü ele alınarak sonradan oluşturulduğu için farklı pasajlar arasında tam bir tutarlılık bulunmamaktadır ve uzmanlar arasında "Marx gerçekte ne demek istedi" tartışmalarının sürmesine yol açmaktadır.

Temel diğer bir eleştiri ise Marx'ın devrimci değişime yönelik tezleri ile ilgilidir. Marx'ın sömürü, proleterleşme, ve kutuplaşma tezine dayanan "iki ana çatışan sınıf" modeli onun devrimci değişimin, özel mülkiyetin ortadan kalkması ve sınıfsız toplumun ortaya çıkmasıyla sonuçlanacağını düşünmesine yol açmıştır. Ancak, Edgell'in (1998) ifadesiyle; gelişmiş kapitalist toplumlardaki işçi sınıflarının Marx'ın teorik ve politik beklentilerini doğrulamaması, tarihsel olarak sınıfsal bölünmenin sınıf kutuplaşmasından daha yaygın olduğunu ve Marx'ın kapitalist toplumların hem sınıf çatışması içerip hem de gelişebilme yeteneğini ciddi şekilde azımsadığını ortaya koymaktadır.

Yine bununla ilgili olarak bazı sosyologlar, Marx'ın iki çatışan sınıf halinde kutuplaşan kapitalist toplum anlayışının eskidiği sonucuna varmışlardır (örneğin Dahrendorf ve Parkin) (Edgell, 1998). Bu çerçeveden bakan sosyologlar bu modelin, 19. yüzyıldaki sınıflar için doğru bir açıklama olabileceğini, ancak içinde bulunduğumuz yüzyılda giderek uygulanamaz hale geldiğini ve günümüzde devrimci değişimin gerçekleştirilmesi şöyle dursun, işçi sınıfının aleyhine olmak üzere orta sınıfın genişlediğini ifade etmişlerdir.

### *4.1.1.2. Weberci Sınıf Kuramı*

Max Weber'in sınıf kuramını Marx'tan yola çıkarak oluşturduğu kabul edilmektedir. Ancak iki kuram arasında bazı temel farklar söz konusudur. Weber, statüler ve etnik katmanlaşma başta olmak üzere, sınıf dışındaki başka katmanlaşma biçimlerine dikkat çekmiştir. Bundan dolayı Weber'in kuramı toplumun bir takım hiyerarşik düzenli tabakalara ayrılması anlamında "toplumsal katmanlaşma" teorisi olarak bilinmektedir (Edgell, 1998).

Weber'e göre, toplumsal ilişkilerin açıklanmasında önemli olan, üretim araçlarının denetiminden yoksun olmak değil, yönetim araçlarının denetiminden yoksun olmaktır. Bu nedenle, toplum düzeninde egemen olan hiyerarşik yapı ve bürokrasi genel bir belirleyicidir (Şengül, ve Ersoy, 2000). Weber'e göre sınıf ekonomik bir kategori olsa da, daha çok üretim süreci dışında ve piyasa ortamında sahip olunan olanaklar ekseninde tanımlanan bir ölçüttür ve piyasa olanaklarını belirleyen de kapitalizmin rasyoneli zemininde gelişen 'statü' konumudur (Belek, 1997). Kısacası, Weber sınıfın sadece üretim araçları sahipliği ile açıklanamayacağını, doğrudan mülkiyetle ilgisi olmayan ekonomik farklılıkların da çok önemli olduğunu vurgulamış ve sınıf kuramını bunun üzerinden geliştirmiştir.

Weber bu sınıf tanımına dayanarak, olumlu ayrıcalıklı sınıfların iki tipini, yani mülkiyetçi ya da mülk sahibi sınıf ile edinimci yani ticari sınıfı birbirinden ayırır. Bunlardan ilki, değişik türden mülklere (örneğin bina, arazi, insan) sahip olanları kapsamaktadır; diğeri ise, piyasaya arz edilebilecek malları, hizmetleri ve becerileri olanları, örneğin endüstri ve ya tarım alanındaki girişimcileri, tüccarları, bankerleri, meslek sahiplerini, tekelci nitelikleri ve becerileri olan işçileri kapsamaktadır. Weber ayrıca olumsuz ayrıcalıklı üç mülkiyetçi sınıf: özgür olmayanlar, sınıftan çıkarılanlar ve yoksullar ile yine olumsuz ayrıcalıklı üç ticari sınıf: kalifiye, yarı kalifiye ve kalifiye olmayan işçiler arasında ayrım yapar. Olumlu ve olumsuz ayrıcalıklı sınıf tipleri arasında da değişik "orta sınıfların" olduğunu söyler. Bunlar; köylüler, zanaatkârlar, kamu sektörü ve özel sektördeki memurlar, serbest meslek sahipleri ve az rastlanır ehliyetlere / ve ya becerilere sahip işçi gruplarıdır (Edgell, 1998).

Marx ve Weber'in kuramları; sınıfı ekonomi terimleriyle kavramsallaştırmaları ve temel sınıfsal kategori olarak mülk sahipliğini almaları açısından birbiriyle örtüşse de iki kuram arasında temel bir takım yaklaşım farklılıkları söz konusudur. Weber, bilgi ve becerilerden doğan sınıfsal üstünlükleri Marx'tan daha fazla vurgulamıştır. Marx, sınıfsal yapıda çatışmanın ve kutuplaşmanın rolüne ağırlık verirken Weber, sınıf yapısının parçalanması üzerinde durmuştur.

Weber'e yönelik en temel eleştiri sınıf kuramının aşırı derecede çoğulcu ve karmaşık olmasına ilişkindir. Sadece sosyal tabakalaşmanın değişik biçimlerini analiz etmekle kalmayıp, hem olumlu ayrıcalıklara sahip sınıflar, olumsuz ayrıcalıklara sahip sınıflar ve orta sınıflar arasında, hem de sınıfsal durumlar ile

sınıfsal durum gruplaşmaları arasında ayrım yapması sebebiyle, sosyal tabakalaşma yapısına ilişkin görüşü aşırı derecede karmaşık ve çoğulcu bir yapıya sahiptir (Edgell, 1998). Bu karmaşık ve çoğulcu yapının gerçekte, sistemin özündeki sömürü ilişkisini gizlemeye yönelik olduğu konusunda da eleştiriler almaktadır.

### *4.1.1.3. Yeni-Marksist Sınıf Kuramı*

Bu bölümde, çok sayıdaki yeni-Marksist sınıf kuramları içinde Eric Olin Wright'ın ve geliştirmiş olduğu sınıf kuramı üzerinde durulacaktır. Wright'ın sınıf kuramına temel katkısı, Marksist sınıf modelini yeniden gözden geçirmiş olmasıdır. Wright oluşturduğu sınıf haritasında Marx'ın geliştirdiği ikili sınıf modelini sorunlu orta sınıfları kapsayacak şekilde genişletmiştir. Böylece, incelemeye yöneticileri, küçük işverenleri ve yarı bağımsız ücretlileri de dahil etmiştir. (Edgell, 1998)

Wright'ın ilk oluşturduğu şemaya göre yöneticiler, burjuvazi ile proletarya arasında; yarı bağımsız işçiler, küçük burjuvazi ile proletarya arasında; küçük işverenler ise burjuvazi ile küçük burjuvazi arasında çelişkili bir mevki işgal etmektedirler. Bu kavramsallaştırmanın temelinde denetim etmeni vardır: yatırım ve birikim süreci üzerinde kontrol, üretim araçları üzerinde denetim ve emek gücü üzerinde denetim (Edgell, 1998). Ancak, Wright çelişkili mevkilerle ilgili temel bir sorunun farkındaydı; çelişkili sınıfsal konumlar kavramı, sömürü ilişkilerine değil neredeyse yalnızca hakimiyet ilişkilerine dayanmaktaydı. Bundan dolayı Wright sınıf şemasını tamamen yenilemiştir (Edgell, 1998).

Bu yönde oluşturduğu ikinci sınıf haritasına iki şekilde bakmak mümkündür. İlk olarak üretim araçlarına sahip olanlar ve olmayanlar arasındaki ayrım yani kapitalizmin temel yapısal sınıf bölünmesi söz konusudur. İkinci olarak, mülk sahiplerinin çalışıp çalışmamasına / ve ya işçi çalıştırıp çalıştırmamasına göre; mülksüzlerin de sahip oldukları kurumsal üstünlüklerin ve beceri/ehliyetle ilgili üstünlüklerin tipine ve derecesine göre, her iki temel sınıf kategorisi kendi içinde ayrılmaktadır.

*Tablo 4.1. Wright'ın İkinci Sınıf Şeması*

| | Üretim Araçlarının Sahipliliği | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Üretim Araçlarına Sahip Olanlar | Mülksüzler (Ücretli Emekçiler) | | | |
| Kendileri çalışmaksızın işçi istihdam edecek kadar sermayeye sahiptirler | 1 Burjuvazi | 4 Uzman İdareciler | 7 Yarı ehliyetli idareciler | 10 Ehliyetsiz idareciler | + Kurumsal Üstünlükler - |
| İşçi istihdam edecek kadar sermayeleri vardır, ama çalışmak zorundadırlar | 2 Küçük İşveren | 5 Uzman Denetçiler | 8 Yarı ehliyetli denetçiler | 11 Ehliyetsiz denetçiler | |
| Kendi adına çalışmaya yetecek kadar sermayeleri vardır, ancak işçi istihdam edemezler | 3 Küçük Burjuvazi | 6 İdareciler dışındaki uzmanlar | 9 Yarı ehliyetli işçiler | 12 Proletarya | |
| | + Beceri/Ehliyet Üstünlükleri | | | | |

**Kaynak: Edgell, ve 1998*

Wright'ın kendine yönelttiği temel bir takım eleştiriler söz konusudur ki bunlardan en önemlisi ırk, din ve cinsiyet gibi sınıfa dayanmayan sömürü ilişkilerinin şemasında bulunmayışına ilişkindir. Buna göre üretime dayalı sömürü, sömüren ile sömürülen arasında yarattığı özel karşılıklı bağımlılık sebebiyle, üretime dayanmayan sömürülerden ayrı bir kategori olmalıdır (Edgell, 1998).

Sosyologların Wright'a yönelttiği en temel eleştiri ise; ikinci sınıf şeması ile Marx'ın sınıf kuramından uzaklaşıp Weber'in şemasına yaklaştığına ilişkindir (Edgell, 1998). Gerçekten de Marksist sınıf kuramının temel tanımlayıcıları dikkate alındığında Marx'ın analizinden uzaklaşma açıkça görülmektedir. Örneğin, Wright'ın kullandığı kurumsal üstünlükler ve beceri/ehliyet üstünlükleri bağıntıya değil derecelemeye dayanır.

### *4.1.1.4. Yeni-Weberci Sınıf Kuramı*

John Goldhorpe yeni-Weberci bir sınıf kuramı ve geliştiren yazarlardandır. Goldhorpe her iki sınıf haritasında da yerleştirilen benzer bir sınıf kategorileri dizilimine yer vermiştir: beyaz yakalılar/hizmet sınıfları, ara sınıflar, kol işçileri/işçi sınıfları. Weber'in iki temel sınıf unsurunu (alışverişe yönelik mülk

sahipliği ve pazarlanabilir bilgi/beceriyi) tek bir modelde birleştirmeye çalışması, bu sınıf şemasının yeni-Weberci kökeninin açıkça ortaya koyar (Edgell, 1998). Goldhorpe'un hazırladığı ilk sınıf şeması İngiltere ve Galler'deki erkeklerin sosyal hareketliliğini incelemek için kullanılmıştır. Bu şema ülkelerarası hareketliliği (erkek hareketliliğini) araştırmak amacıyla yeniden gözden geçirilmiştir. Temel olarak farklı ülkelerde bu ayrımı tutarlı biçimde yapmanın zorluğu sebebiyle bir takım düzeltmelerden geçmiştir (Edgell, 1998).

Goldhorpe'un yenilenmiş haliyle sınıf şeması şu şekildedir (Edgell, 1998) :

- Sınıf I-II: tüm profesyoneller, idareci ve yöneticiler (büyük mal sahipleri dahil), yüksek düzey teknisyenler, kafa işçilerinin denetçileri;
- Sınıf III: yönetim ve ticaretteki sıradan çalışanlar, satış personeli, diğer alt tabaka hizmet sektörü işçileri;
- Sınıf IVa-b: küçük mal sahipleri, serbest çalışan zanaatçılar, işçi çalıştıran ve ya çalıştırmayan diğer "kendi hesabına" çalışanlar (birincil üretimdekilerin dışındakiler);
- Sınıf IVc: çiftçiler ve küçük toprak sahipleri, birincil üretimdeki diğer serbest çalışan işçiler;
- Sınıf V-VI: alt düzey teknisyenler, kol işçilerinin ve kalifiye kol işçilerinin denetçileri;
- Sınıf VIIa: yarı-kalifiye ve kalifiye olmayan kol işçileri (birincil üretimdekilerin dışındakiler);
- Sınıf VIIb: birincil sektördeki tarım işçileri ile diğer işçiler;
- Sınıf I-II: hizmet sınıfı,
- Sınıf III, IVa-b ve IVc: ara sınıf,
- Sınıf V-VI,-VIIa -VIIb: işçi sınıfı.

Goldhorpe'un şemasına öncelikle, Wright'a da yöneltildiği üzere; tek bir sınıf şeması ve grupları içersinde hem bağıntısal hem derecelemeye dayanan boyutları kullanmış olmasının sorunlu olduğuna ilişkin eleştiriler yöneltilmiştir. Yine şemasında, profesyonel ve idari çalışanları sermaye sahipleri ile aynı gruba alarak bunların ayırt edilemez olduğunu iddia etmesi eleştirilmiştir. Goldhorpe'un şeması ayrıca, beyaz yakalı çalışanlar ve küçük mal sahipleri için "ara" adı verilen geniş bir sınıf ayırması sebebiyle eleştirilmiştir (Edgell, 1998). Diğer bir eleştiri de feminist yazından gelmiştir. Bunun nedeni de Goldhorpe'un çalışmalarında erkekler üzerinde yoğunlaşması ve kadınları dikkate almamasıdır.

### 4.1.2. Alan Çalışmasına Yol Gösterici Çıkarımlar

Yukarıda ele aldığımız farklı sınıf kuramları ve bunların eleştirileri ışığında sınıf kavramının kesinleşmiş bir tanımı ve her koşulda uygulanabilecek bir sınıfsal konum şeması bulunmadığı açıktır. Bu nedenle, görgül çalışmaların kapsamına ve amacına bağlı olarak farklı sınıf şemalarının, sınıfsal konumun ve bununla ilişkili olarak sağlık durumunun belirlenmesinde kullanılacak farklı

ölçütlerin belirlenmesi, sınıfsal boyutu kapsayan her çalışmada ele alınması gereken konulardır. Çalışmamızın bu bölümünde alan çalışmasına yol gösterecek ve değerlendirmede kullanılacak bir sınıf şeması oluşturulmaya çalışılacaktır.

### *4.1.2.1. Sınıfsal Konum Analizi*

Sosyal sınıfı mesleki terimlerle tanımlayan, ekonomik olarak tam gün çalışma temelinde faal olan insanlar üzerinde yoğunlaşan ve sınıf analiz birimi olarak aileyi ele alan, ailenin sınıfsal konumunu da aile reisi erkeğin belirlediğini varsayan "geleneksel analitik sınıf çerçevesinin eleştirileri göz önünde bulundurulduğunda, sınıfsal konumun belirlenmesinde kullanılan üç temel bileşenin tekrar ele alınması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Sınıf analizinin daha işlevsel kılınması açısından kavramsal şema, analiz birimi ve kapsam genişliğinin kararlaştırılması gerektiği ifade edilmiştir (Edgell, 1998).

Birinci konu sınıf analizinde kullanılacak kavramsal şemanın belirlenmesidir. Bu konuda üç seçenek; mesleki sınıf kavramsal şeması, toplumsal sınıf kavramsal şeması yada her iki şemanın bir arada kullanılmasıdır. Mesleki sınıf paylaşılan değerleri, toplumsal sınıf ise çatışan çıkarları gerektirmektedir. Ancak, endüstriyel kapitalist toplumlar ne tamamen uyumlu ne de tamamen çatışmalı olduklarına göre, sadece bu iki varsayımdan birine dayalı olan sınıf şemalarının gerçekçi olmadığı iddia edilmiştir (Edgell, 1998).

Mesleki sınıf şemaları, önceki bölümde Goldhorpe'un sınıf kuramında değindiğimiz gibi, teknik üretim ilişkilerini dikkate alarak düzenlenmiştir. Dolayısıyla bu şemalar, iş sosyolojisinde çoğunlukla mavi/beyaz yaka ayrımı olarak dile getirilen, toplumsal tabakalaşma sosyolojisinde ise işçi sınıfı/orta sınıf ayrımı olarak tanımlanan, kol/kafa emeği sınıflandırmasına öncelik vermektedir. Mesleki sınıf şemaları derecelemelidir ve bu nedenle sınıf yapılarının parçalanmış ve açık doğasını tabiatını vurgulamaktadır. Mesleki sınıf şemalarının ana zaafı, bunlarda kol/kafa emeği ikiliğinin ön planda olmasıyla bağıntılıdır; çünkü söz konusu şemalar mülkiyet sahipliğinin merkezi konumunu, mesleki yapıdaki değişimler karşısındaki hassasiyetini ve cinsiyetle ilintisini kabul etmek konusunda başarısızdır (Edgell, 1998).

Toplumsal sınıf şemaları, Wright'ın geliştirdiği ilk şemada değindiğimiz üzere, sadece toplumsal üretim ilişkileri düşünülerek hazırlanmıştır. Dolayısıyla, mülkiyet/mülksüzlük ayrımına dikkat çekmekte, genellikle büyük ve küçük işverenler ile idari ve idari olmayan çalışanları gösteren alt bölümlere ayrılmaktadırlar. Bu şemalar dereceli olmaktan çok bağıntısaldır, bunun için de sınıfsal yapının çatışma, kutuplaşma ve kapalılık özelliğini vurgulama eğilimi gösterirler (Edgell, 1998).

İkinci konu sınıf analizinde kullanılacak olan analiz biriminin seçilmesidir. Buna göre sınıf kategorilerinin kimlere uygulanacağına karar verilmelidir. Bu konuda iki seçenek söz konusudur: katılımcı/bireye ve ya aile/haneye

uygulamak. Goldhorpe çalışmalarını aile/haneye uygulamış ve erkeği hanenin reisi olarak kabul etmiştir. Bu yaklaşım, toplumun büyük bir kesimini (ailenin tüm diğer bireyleri) ve sınıfsal analizden dışlamak anlamına geleceği ve kadınları ve *apriori* olarak sınıf analizinden dışlamanın hem cinsiyet ayrımcılığı olduğu hem de sosyolojik olmayan bir yaklaşım olduğu gerekçesiyle eleştirilmiştir (Edgell, 1998). Goldhorpe buna karşılık, kadının istihdam türünün kocasınınkinden sadece farklı değil, aynı zamanda üstün olduğu ailelerin göz ardı edilebilecek kadar az olduğunu ifade etmiştir.

Üçüncü konu ise sınıf analizinde kullanılacak kapsam genişliğinin seçilmesidir. Geleneksel olarak sınıf analizinde sadece ekonomik bakımdan tam gün faal olan yetişkinler çalışmaya dahil edilmektedir. Bu işsizlerin, yarım gün çalışanların, emeklilerin vs. sınıfsal yapının birer parçası olmadıklarını ima etmektir (Edgell, 1998).

Yukarıdaki tartışmalar ve eleştirel ışığında en kapsayıcı analizin gerçekleştirilmesi için, Wright'ın geliştirdiği ikinci sınıf şemasından yola çıkan, emek piyasasında en faal bireyin hane reisi olarak hanenin sınıfsal konumunu temsil ettiği aşağıda geliştirilen şema alan çalışmamıza uygun görünmektedir.

*Tablo 4.2. Görgül Çalışmada Kullanılacak Sınıfsal Konum Şeması*

<table>
<tr><td colspan="3">+ Üretim Araçlarına Sahiplik -</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">1<br>Üretim Araçlarına Sahip Olanlar</td><td>2<br>Vasıflı Düzenli İşçiler</td><td>3<br>Vasıfsız Düzenli İşçiler</td><td rowspan="4">+ Kurumsal Üstünlükler -</td></tr>
<tr><td>4<br>Vasıflı Düzensiz İşçiler</td><td>5<br>Vasıfsız Düzensiz İşçiler</td></tr>
<tr><td colspan="2">+ Beceri/ Ehliyet Üstünlükleri -</td></tr>
<tr><td colspan="2">6<br>Sürekli İşsizler</td></tr>
</table>

Yukarıdaki şemanın oluşturulmasında alan çalışmasında oluşturulan örneklem hakkında ön bilgiler ve beklentiler göz önünde bulundurularak, Wright'ın şeması üzerinde değişiklikler yapılmıştır. Örneğin, örneklemin yoksul kentsel alanlardan seçilmiş olması dolayısıyla, üretim araçlarına sahip olan sınıf içinde farklılaşmalar gerekli görülmemiş, vasıf yönünden ise çok sayıda bölünmenin yol açacağı kategoriler içi büyüklüklerin istatistiksel olarak anlamsız boyutlara inmesini de önlemek için sadece iki grupla sınırlamak yeterli görülmüştür.

Analiz birimi olarak aileyi ve dolayısıyla hane reisinin sınıfsal konumunu temel alan bir yaklaşım örneklemimiz açısından uygun görülmekle beraber hane reisinin belirlenmesinde *apriori* olarak erkek yerine "emek piyasasına katılımı en yüksek düzeyde olan aile ferdi " ele alınacaktır. Böylece yukarıda belirttiğimiz kadınların analizden dışlanması sorunu ortadan kalkacaktır. Ancak, örneklemimizde erkeklerin hane reisi konumunda baskın olması

kaçınılmazdır.

Kapsam genişliği konusunda yine örneklemin çalışma koşulları göz önünde bulundurularak hane reisinin tam gün faal çalışıyor olması koşulu aranmayacaktır. Hane reisi kısmi zamanlı, geçici olarak çalışıyor ya da işsiz olsa da ailenin sınıfsal konumunu ve belirlediğinden analize katılacaktır. Hane reisinin emekli olması durumunda ise emekli olmadan önce bulunduğu sınıfsal konum ele alınacaktır.

### *4.1.2.2. Sınıfsal Konumun Ölçütleri*

Yukarıda belirtildiği gibi, kullanılacak sınıfsal konum şeması Wright'ın ikinci sınıf şemasından yola çıkılarak, kendi alan çalışmamız için özel olarak hazırlanmıştır. Dolayısıyla bu sınıfsal konum şemasının kullanılabilmesi için Wright'ın kullandığı ölçütlerde bazı değişiklikler yapılması gerekmektedir.

Wright'ın şemasında öncelikle üretim araçlarına sahip olma durumu belirleyicidir. Bizim çalışmamızda da öncelikle üretim araçlarına sahip olanlar, diğer bir deyişle kendi adına çalışanlar ile başkası adına yani ücretli çalışanların ayrılması gerekmektedir. Ancak, genellikle sınıfsal analizlerin dışında bırakılan üçüncü bir konum olarak, örneklemimiz yönünden önemli bir yer teşkil eden sürekli işsizlik durumu, şemaya eklenmiştir.

Wright'ın kendi adına çalışanları ayırdığı üç grup gerekli görülmeyerek, zaten sadece küçük burjuvazi ve küçük iş veren sınıflarına dahil edilebilen üretim araçları sahipleri tek bir konumda toplanmıştır.

Ücretli çalışanlar açısından beceri/ehliyet üstünlükleri ve kurumsal üstünlükler ayrımı geçerliliğini korurken, alan çalışmamıza özgü bazı değişiklikler yapılmıştır. Kurumsal üstünlük sadece iş güvencesi yönüyle ele alınarak; idareci, denetçi, işçi ayrımı yerine düzenli işçi, düzensiz işçi ayrımı getirilmiştir. Ayrıca çalışmamız açısından fazla ayrıntılı görünen vasıflı, yarı vasıflı, vasıfsız ayrımı vasıflı, vasıfsız ayrımına indirgenmiştir.

Bu durumda çalışmamızda kullanılacak sınıfsal konum ölçütleri; üretim araçlarına sahiplik, işyerinde kurumsal üstünlük (iş güvencesi/düzenliliği), ehliyet üstünlüğü(vasıf) ve emek piyasasındaki durum (işsizliğin sürekliliği) olarak belirlenmiştir.

### *4.1.2.3. Sınıfsal Konuma Bağlı Sağlık Ölçütleri*

Sınıfsal konumun sağlık konusundaki önemli rolünün bilinciyle, sınıfsal konum ve sağlık sorunları ilişkisi üzerine birçok araştırma yapılmaktadır. Ancak, sağlık ve toplumsal sınıf ilişkisi üzerine yoğunlaşan çalışmaların hemen hepsinde baktığımızda ciddi bir sorunla karşılaşılmaktadır. Bu sorun sınıf kavramı ve sınıf ölçütleri üzerine bir uzlaşma olmamasından, bir çok çalışmada sınıf yerine toplumsal konumların sosyo-ekonomik statü (SES)

yaklaşımıyla açıklanmaya çalışılmasıdır. Gelir düzeyi, eğitim düzeyi, mesleki durum ve iş durumuna (çalışıp çalışmama durumuna) dayanan bu yaklaşım özellikle sağlık durumu ölçütleri bakımından da çoğu kez yetersiz kalmaktadır (Coburn, 2004). Sınıfsal konumu sağlık durumuyla ilişkilendirecek bir çalışmada sağlık durumu ölçütlerinin gelir eşitsizliğinin ve sosyo-ekonomik durumun ötesine geçen sınıfsal yaklaşımımızı yansıtması gerekmektedir.

Genel olarak sosyo-ekonomik durum ya da yoksulluğun sağlıkla ilişkilendirilmesinde iki konu ele alınmaktadır; gelir düzeyinin sağlığa doğrudan etkisi ve gelir durumuna dayanan sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. Ancak, çalışmanın yoksulluk ile sınırlı kalmayıp sınıfsal konumu ele alıyor olması, bireylerin araştırma sırasındaki sağlık durumunun ve sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarının yanı sıra, ömür boyu birikimli etkilerin, bulundukları sosyal çevrenin sınıfsal konumunun ve sağlık hizmeti dışında kamu mal ve hizmetlerinden yararlanma durumunun göz önünde bulundurulmasını gerektirmektedir (Coburn, 2004).

Bireylerin genel sağlık durumu ruhsal ve bedensel hastalıklar, sakatlıklar, kişisel sağlık bildirimi gibi ölçütlerle belirlenmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ise, sosyal güvence, niceliksel olarak sağlık kurumlarının kullanımı ve sağlık hizmeti sunumunun incelenmesiyle belirlenebilir. Ancak bu durumda elde edilen profil sağlığı sınıfsal ve kentsel etmenlerden kopuk ele alınmaktadır.

Sağlık konusuna sınıfsal ve mekansal bir yaklaşımla, sağlık durumunu belirlemek için, genel sağlık çalışmalarında da ele alınan hastalıklar, sakatlıklar, beslenme gibi göstergelere, iş yerinde gürültü, kirlilik, yük taşıma, tekrarlanan hareket gibi etmenlere maruz kalma, ayrıca bedensel hasar yada hastalık olarak ortaya çıkmayabilen stres, iş güvencesi bulunmaması ve maddi güvencenin bulunmaması eklenmelidir. Ayrıca, kadınların ev içi çalışma koşulları ve etkileri ele alınmalıdır (Borell vd., 2004). Sağlık hizmetleri konusunda nicelik yanında niteliksel durumu ele alınmalı, sosyal güvencenin mevcudiyeti değil erişilebilirliği ve etkinliği araştırılmalıdır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin yanı sıra sosyal yardımlaşma, altyapı, sağlıklı konut gibi sosyal ve mekansal hizmetlere erişim incelenmelidir. Sınıfsal konuma özel bu göstergelerin çoğu bu bölümde incelenecek, kadınların evde çalışma koşullarına yada mekansal koşullara ilişkin değerlendirmeler ise ilgili bölümlerde yapılacaktır.

### 4.1.3. Sağlık Konusunu Sınıf Boyutuyla Ele Alan Çalışmaların Değerlendirilmesi

Bu bölümde sağlık eşitsizliklerini sınıfsal açıdan ele almış farklı alan çalışmalarının bulguları özetlenecektir. Amacımız kendi alan çalışmamız sonucunda elde ettiğimiz verileri bu bulgularla karşılaştırarak yorumlayabilmektir. Elbette bu bulgular sınıf-sağlık ilişkisi üzerine kesin doğruları yada kullanılması gereken doğru yaklaşımı göstermemektir. Tersine

bizim yaklaşımımızdan farklılık gösteren ve kendi bulgularımızla örtüşmeyen bir çok çalışma, özellikle alan bulgularını yorumlamada yararlı olacağı düşüncesiyle incelenmiştir.

Sınıf ve sağlık ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar, sınıfsal ve sosyo-ekonomik konumun genel sağlık durumuna, ölüm oranlarına, psikolojik duruma, çocuk sağlığına etkisi gibi farklı ölçütler üzerinden hazırlanmıştır. Bu çalışmaların bazılarında sağlık durumunun belirlenmesinde bireysel sosyo-ekonomik statünün tek başına yeterli olmadığı ve yaşanılan mahallenin genel ekonomik statüsünün daha önemli olduğu kanıtlanmaya çalışılmıştır. Bunun dışında sınıf kavramını cinsiyet ve etnik yapı gibi değişenler üzerinden değerlendiren çalışmalara da rastlanmıştır. Aşağıda sınıf ve sağlık temelli bu çalışmalara kısaca değinilecektir.

Borrell'in (Borell vd., 2004) çalışmasında bizim yaklaşımımıza benzer yeni-Marxist bir sınıf tanımıyla sınıf ve sağlık ilişkisi irdelenmeye çalışılmıştır. İş gücünü vasıfsız, vasıflı işçiler, küçük ve büyük burjuvalar olarak dört temel sınıfa ayıran çalışmada vasıfsız işçilerle vasıflı işçiler ve küçük burjuvalar arasında çalışma şartları, tüketime dayalı refah düzeyi açısından farklar bulunduğu ve bunun sağlık durumlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırma verileri erkeklerin ölüm oranının daha yüksek olmasına karşın, kadınların daha sağlıksız olduğunu belirtmektedir. Sağlık, sınıf ve cinsiyet açısından önemli olan bir diğer bulgu, sınıf konumu ile sağlık ilişkisinde erkeklerde iş organizasyonunun, kadınlarda ise hem iş yerindeki sağlık koşullarının ve hem de evdeki etkilerin önemli oluşudur.

Bir diğer önemli çalışma Manoux'un (Manoux vd., 2002) psiko-sosyal sağlık ve düşmanlık, umutsuzluk üzerine olan çalışmasıdır. Bu çalışmada eğitimin dolaylı etkisi, iş ve gelir durumu temel sınıf belirleyicileri olarak ele alınır. Çalışma, düşük sosyal statünün, umutsuzluk, düşmanlık hissine ve kişisel sağlık bildiriminin olumsuz olmasına neden olduğunu ortaya koyar. Çalışma hayatındaki koşulların ve statü, gelir beklentisinin kadın ve erkeklerde sağlık açısından farklı sonuçlar doğurduğu belirtilir. Söz konusu çalışma, eğitimin, ve meslek, iş bulma durumu, çalışma koşulları ve kişisel kontrol, sosyal ilişkiler, sağlık davranışları-alışkanlıkları üzerinde etkili olmasından dolayı sağlık durumunu ve sınıfı belirlemede dolaylı bir etkisi olduğunu ortaya koyması bakımından önemlidir.

Bosma (Bosma vd., 2001) çalışmasında bireysel sosyo-ekonomik statünün yeterli olmadığını, mahalle/komşuluk biriminin sosyo-ekonomik durumunun sağlık üzerinde daha belirleyici bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur.

Beslenme alışkanlıkları, hayat tarzı ve kültürel yapı gibi etmenlerin sağlık üzerinde yoğun etkisi olduğunu ve bu etmenlerin sosyo-ekonomik statü ile ilişkili değişkenler olduğunu savunan çalışmalar da bulunmaktadır (Hopkins vd., 2000, Pekkannen vd., 1995, Prandy 1999). Bu çalışmaların bulguları şöyledir: Hopkins'in (2000) çalışmasına göre, yeme alışkanlıkları sosyal

sınıflar açısından farklılık gösterir. Orta sınıflarda gıdaların dengeli olması önemli iken, alt sınıflar için belirleyici olan yemeğin doyuruculuğudur. Bu durum obezite, vitamin eksiklikleri başta olmak üzere çeşitli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Pekkannen'ın (1995) sağlık davranışları, ölüm oranı ve kronik kalp krizi /rahatsızlıklarını ele aldığı sınıf (meslek sınıfı) temelli çalışmasında, sigara, alkol ve madde kullanımı, fiziksel aktivite gibi alışkanlıkların sınıf temelli olduğu ve ölüm oranı ile kronik kalp rahatsızlıkları üzerinde belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Prandy'nin (1999) meslek sınıflarının hiyerarşisini vurguladığı çalışmasında, hayat tarzının ve kültürel durumun neden olduğu seçimlerin sağlık üzerinde önemli etkileri olduğu belirtilmektedir.

Çalışma koşullarının sağlık üzerine ilişkisine dair çalışmalar da yapılmıştır. Brooker (2001), işe bağlı stres ve sınıf ilişkisi üzerine yaptığı çalışmasında, çalışma koşullarının stres, sakatlık ve fiziksel rahatsızlık şeklinde sağlık durumunu etkilediğini; sosyal konum düştükçe kroner kalp krizi riskinin arttığını ve emeğinin karşılığını alamadığını düşünenlerde stres ve kalp krizi riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Son saptama özellikle beyaz yakalı emek gücü için geçerlidir. Shrijvers (Shrijvers vd., 1998) çalışmasında, ağır fiziksel çalışma koşullarının, iş denetiminin yokluğunun ve sosyal olanak eksikliğinin, kadınlar ve erkekler açısından benzer şekilde. sağlık durumunu belirlediği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak iş talebinin en alt sınıftakiler için (çalışmada yedi sosyal sınıf tanımlanmıştır) sağlık açısından çok belirleyici olmadığı belirtilmiştir.

Kadınların sınıf konumu ile sağlık durumları arasındaki ilişkiyi araştıran Krieger'in çalışmasında ise (Krieger vd., 2001), kadınların sosyal sınıflarının hayat boyu bir olgu olarak ele alınması gerektiği üzerinde durulmuştur. Bu bağlamda kadınların hem mevcut sınıfsal konumları hem de çocukluktaki sınıfsal konumları birlikte ele alınarak daha kapsamlı şekilde sınıf konumları belirlenmiştir. İşçi sınıfı, işçi olmayan sınıf (kendi işini yapanlar ve çalışmayanlar) ve profesyoneller şeklindeki sınıflandırmadan yararlanılarak, hem çocukluk hem de yetişkinlik dönemlerinde ve işçi olmayan ya da profesyonel sınıfa dahil olan kadınların sağlık açısından en üstünlüklü grup olduğu ortaya konulmuştur. Bu çalışmaya göre, kadının sınıf konumu ailenin ve ekonomik açıdan en aktif bireyinin sınıf konumu tarafından belirlenmektedir. Çalışmanın önemi, sınıfı yaşam boyu bir deneyim olarak ele almasında ve çocuklukta içinde bulunulan sosyal sınıfın gerek yaşam biçimi gerek sağlık durumu üzerinde ömür boyu etkilere neden olduğunu ortaya koymasındadır.

Tüm bu çalışmaların tersine, sağlık durumu ve toplumsal sınıf arasında doğrudan bir bağlantı olmadığını, ancak bazı hastalıkların bazı sosyal sınıflar içinde yoğunlaştığını, bazı hastalıkların ise sınıftan bağımsız olduğunu savunan yaklaşımlar da vardır. Saul ve Payne'in (1999) çalışmasında gelir düzeyinin sağlıkla her zaman orantılı olmadığı vurgulanarak, ve farklı gelir gruplarının farklı hastalıkları yoğun olarak yaşadığı ortaya konmuştur.

Seccombe'nin (Seccombe vd., 1995) çalışması sınıfların sosyal güvenlik, iş güvencesi ve sendikalılık durumlarının sağlık durumlarını etkilediğini vurgulamıştır. Çalışma sonuçlarına göre yoksulluk sınırının altındaki işçiler olarak tanımlanan yoksul işçilerin, yoksul olmayanlara oranla tedavi, sosyal güvenlik hizmetlerine erişimi üçte bir oranında daha azdır. Ayrıca sosyal güvencesi olmayan işçiler şikayetlerini önemsememe, sağlık kurumuna başvuruları erteleme eğilimi gösterirler.

Son olarak; yukarıda görüldüğü gibi sınıf kavramının farklı ölçütler üzerinden tanımlandığı bu çalışmalar, sınıf ve sağlık ilişkisini de farklı odaklar üzerinden ele almaktadırlar. Çalışmaların çoğunda sosyo-ekonomik konumun kadın ve erkek sağlığı açısından benzer sonuçlar verdiği gözlemlenmektedir. Ancak enformel çalışma koşullarında daha çok kadın ve çocuk işçilerin çalışıyor olması bu iki grubun dezavantajlı konumunu arttırmaktadır (tabi bu tespit yapılırken enformel çalışma koşullarının , cinsiyet vb. ayrım yapılmadan ve bu ilişkiler içinde yer alan tüm emekçiler açısından olumsuz sonuçlar doğurduğu da unutulmamalıdır). Kadının sınıf konumunun sağlık durumu üzerindeki en önemli etkisi ise kadının hem işyeri, hem de evdeki çalışma koşullarından olumsuz etkileniyor olmasıdır.

### 4.2. Alan Çalışmalarının Değerlendirilmesi

Bu bölümde; kuramsal bölümde yeni-Marksist sınıf kuramı ve Wright'ın sınıfsal konum şemasının ölçütlerini bir araya getirerek oluşturduğumuz. sınıf şeması ile belirlediğimiz sağlık ölçütlerini ve kullanarak alan çalışmasında toplanan veriler değerlendirilecektir. Bilinçli olarak alt gelir grubundan seçilen örneklemde araştırdığımız temel konu yoksulluğun ve sosyoekonomik statünün ötesinde sosyal sınıf yapısının bireylerin sağlığına etkileridir.

Görgül verilerin değerlendirileceği bu bölüm iki kısımdan oluşuyor. Birinci kısımda hane reislerinin sınıfsal konumunu belirlemeye yönelik tablolar oluşturulacaktır. İkinci kısımda ise sınıfsal konum ile sağlık konusunu ilişkilendirebilmek için sınıfsal konum ile sağlık verilerinin çaprazlandığı tablolar oluşturacaktır. Çapraz tablolarla yapacağımız bu analiz üç aşamalı olacaktır; hane reisinin sağlık göstergeleri, hanenin bütününün sağlıkla ilişkili göstergeleri ve son olarak tüm bireylerin sağlıkla ilişkili göstergeleri.

Alan çalışması farklı tarihlerde iki farklı yerde gerçekleştirildi. İlki; Kasım 2004'te Ankara'da Mamak ilçesine bağlı Akşemsettin Mahallesinde 148 hanede toplam 637 kişi ile, kincisi ise Nisan 2005'te Diyarbakır'da Seyrantepe semtine bağlı Aziziye Mahallesinde ve Bağlar semtine bağlı 5 Nisan ve Kaynartepe Mahallelerinde 166 hanede toplam 1028 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Anketimiz üç bölümden oluşmaktadır; ilk bölüm tüm hane bireylerine, ikinci bölüm sadece hane reislerine, üçüncü bölüm ise sadece anneye yöneltilen soruları kapsamaktadır. Hane reisine yöneltilen sorularla hanenin sınıfsal

konumu belirlendikten sonra tüm bireylere yöneltilen sağlıkla ilgili sorular sınıfsal konumla ilişkili olarak değerlendirilmiştir.[15]

Çalışmamız nihai olarak yoksulluğa bağlanacağı için alan çalışmaları alt gelir grubunun yaşadığı mahallelerde gerçekleştirilmiştir. Bunun konumuz açısından yarattığı temel sorun sınıflar arası farklılıkların zayıf olması nedeniyle karşılaştırmaların yeterince belirgin farklar ortaya koyamamış olmasıdır. Şayet alan çalışması yaptığımız yerlerden biri üst gelir grubunun yaşadığı bir mahalle olsaydı sınıfsal farklılıkların sağlığa etkisi konusunda çok daha belirgin oranlar elde edebilirdik. Yine de, Ankara-Diyarbakır karşılaştırmalarımızda tespit ettiğimiz; sınıf farklılığı bize yol gösterici oldu. Ankara ve Diyarbakır arasındaki fark bulunulan sosyal çevrenin genel sınıfsal konumunun bireysel sınıf konumundan daha etkili olduğunu görmüş olduk. Sağlık durumu incelemesi de genel olarak Diyarbakır'daki daha düşük sınıfsal konumun yarattığı farklılığı yansıtmıştır.

### 4.2.1. Örneklemin Sınıfşal Konumu

Kuramsal çerçeve çalışması sonucunda Yeni-Marksist sınıf kuramı ve Wright'ın sınıfsal konum şemasından yola çıkılarak yeni bir sınıfsal konum şeması ve dört temel sınıf ölçütü elde edilmiştir. Bu ölçütler sınıfsal olarak olumlu ve olumsuz konumlar yaratan etmenlerdir. Bu ölçütler hane reisine ya da hanenin geçimini sağlayan bireye uygulandığında o hanenin sınıfsal konumu hakkında değerlendirme yapılabileceği varsayılmıştır.

Bu etmenlerin ilki ve en önemlisi üretim araçları sahipliğidir. Temel sosyal sınıf kuramlarının hemen hepsi bu ölçütü gözetmektedir. Buna göre, üretim araçlarına sahip olmak olumlu bir sınıfsal konum yaratırken, üretim araçlarına sahip olmamak olumsuz bir sınıfsal durumdur.

Sınıfsal konumunu belirleyici ikinci etmen ise ücretli çalışan sınıf içinde gruplama yapan kurumsal üstünlüktür. Yeni-Marksist teoride vurgulanan iş denetimi ve karar verme yetkisine sahiplik alan çalışmamız açısından etkin bulunmadığından ele alınmayacaktır. Ancak, iş güvencesi etmeni kurumsal üstünlük başlığı altında ele alınabilir. İş güvencesine sahip olmak, yani çalışılan işin sürekliliği sınıfsal konum yönünden olumludur.

---

[15] Anketimizde karşılaştığımız temel sorunlardan biri hane reisine yöneltilmesi gereken sorulara ilişkindir. Sınıf ölçütlerini belirlerken hane reisini bazı çalışmalardaki gibi ve "ailedeki en yaşlı erkek" farz etmeyeceğimizi, bunun yerine iş gücü piyasasında en aktif olan bireyi hane reisi kabul edeceğimizi belirtmiştik. Bu ayrım konusunda gösterdiğimiz hassasiyete rağmen hane reislerinin tamamına yakınının bu nitelikte çıktığını belirtmekte yarar var. Sınıfsal konum ile çalışma koşullarının sağlık üzerine etkisini inceleyebilmek için konuşmamız gereken hane reisleriyle anketi gerçekleştirdiğimiz gündüz saatlerinde çoğunlukla işte ya da kah ve de oldukları için görüşemedik ve hane reisine sorulması gereken soruları hane reisinin eşine sormak durumunda kaldık. Bayanlar da eşlerinin çalışma koşulları hakkında fazla bir bilgiye sahip olmadıkları için bu sorularımıza çoğunlukla gereken ayrıntıda yanıt alamadık.

Sınıfsal konumun belirlenmesinde kullanacağımız diğer bir ölçüt, yine ücretli çalışan sınıfı değerlendirmekte kullanılan vasıf durumudur. Vasıflılık durumunun getirisi burada gelir yönünden değil iş gücü pazarındaki konum yönünden ele alınmaktadır. Vasıflı olma ve yapılan işe bağımlı ya da bağımsız olan bir meslek sahibi olma iş gücü pazarındaki konumu etkiler. İş değiştirme, işin kaybedilmesinden sonra yeni iş bulma şansı sınıfsal konum açısından olumludur.

İşsizlik sınıfsal konum şemalarında genelde eksikliği hissedilen bir konudur. İşsizler bu şemalara ya hiç dahil edilmemekte ya da son çalıştıkları işe göre konumlandırılmakta, bazen de çalışmayan sınıf olarak üretim araçlarına sahip sınıfla aynı konuma yerleştirilmektedirler (Krieger vd., 2001). Bu çalışmada işsizlik konusuna yeni bir yaklaşımla değinebilmek için işsizliğin niteliği ve niceliği ayrıca ele alınacak sürekli işsizlik, düzensiz çalışmadan ayrı bir konum olarak ele alınacaktır.

### *4.2.1.1. Üretim Araçlarına Sahiplik*

Temel sınıf kuramlarının çoğunda sınıfsal konumun en önemli belirleyicisi üretim araçlarına sahipliktir. Üretim araçlarına sahipliğe bağlı olarak iki toplumsal sınıf belirleyen Marx gibi, yeni-Marksist sınıf kuramı da öncelikli ayrımı üretim araçlarına sahip olanlar ile olmayanlar, yani kendi adına çalışanlarla ücretli çalışanlar arasında yapmıştır. Alan çalışmasının yürütüldüğü örneklemin bu ayrıma göre alınan sonuçları aşağıdaki tablolarda görülmektedir.

*Tablo 4.3. Hane Reisinin İşi*

| | | | Ankara | Diyarbakır | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| Hane Reisinin İşi | İşsiz | Sayı | 5 | 8 | 13 |
| | | % | 3,4 | 4,8 | 4,1 |
| | İşçi | Sayı | 68 | 48 | 116 |
| | | % | 45,9 | 28,9 | 37,4 |
| | Memur | Sayı | 6 | 7 | 13 |
| | | % | 4,1 | 4,2 | 4,2 |
| | İşveren | Sayı | 1 | 1 | 2 |
| | | % | 0,7 | 0,6 | 0,7 |
| | Esnaf/ Zanaatkar | Sayı | 8 | 11 | 19 |
| | | % | 5,4 | 6,6 | 6,0 |
| | Düzensiz İşler | Sayı | 33 | 81 | 114 |
| | | % | 22,3 | 48,8 | 35,6 |
| | Emekli | Sayı | 25 | 8 | 33 |
| | | % | 16,9 | 4,8 | 10,9 |
| | Cevapsız | Sayı | 2 | 2 | 4 |
| | | % | 1,4 | 1,2 | 1,3 |
| | Toplam | Sayı | 148 | 166 | 314 |
| | | % | 100 | 100 | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Hane reisinin işveren , esnaf, zanaatkar ve serbest meslek sahibi olması durumunda üretim araçlarına sahip olan kesimi oluşturmaktadır. Buna göre, Ankara örnekleminde hane reisinin üretim araçlarına sahip olma oranı % 6.2 iken Diyarbakır'da bu oran % 7.2'dir. Bu bulgulara dayanarak iki ilde de ankete katılan bireylerin büyük çoğunluğunun üretim araçlarına sahip olmayıp ücretli çalışan, yani işçi sınıfına dahil olduğu söylenebilir.

### *4.2.1.2. Kurumsal Üstünlük*

Sınıfsal konumun ikinci ölçütü olan kurumsal üstünlük, yeni-Marksist kuramda ücretli çalışan kesimin kendi içinde kademelenmesinde kullanılmıştır. Kurumsal üstünlük çerçevesinde ele alınacak ilk konu, karar verme yetkisi olmasına karşın örneklemimiz içerisinde bu konuda önemli bir farklılaşma görülmediğinden ve öncelikli olarak kullanılacak ölçüt iş güvencesidir. Çünkü, ücretli çalışanlar arasında çalışılan işin sürekliliği önemli bir fark yaratmakta; geçici işçiler ile düzenli işçi ve ya memurların sınıfsal konumları farklılaşmaktadır.

Hane reisinin işinin görüldüğü tablo 4.3 bu yönden tekrar ele alındığında iki kent arasında büyük bir fark görülmektedir. Ankara'da bütün hane reisleri içinde geçici işçilerin oranı % 22.6 iken Diyarbakır'da bu oran %48.8'dir. Diyarbakır'da en yüksek oran geçici işçilikte görülürken, Ankara'da ağırlıklı olarak düzenli işçiler yer almaktadır. Bütün hane reisleri içinde düzenli işçilerin oranı Ankara'da % 45.9 iken Diyarbakır'da %28.9 dur. İş güvencesi bakımından düzenli işçilere göre daha iyi durumda olan memurların oranı ise iki kentte birbirine yakındır. Ancak iş güvencesi yönünden memurların konumuna benzerlik gösteren emeklilerin[16] oranı da dahil edildiğinde, en yüksek iş ve gelir güvencesine sahip olanların oranı Ankara'da %21.2, Diyarbakır'da ise % 9 olarak bulunmaktadır.

[16] İş güvencesi ve gelirin sürekliliği yönünden emeklilerin konumu emekli oldukları işten bağımsız olarak memurların durumu ile eşdeğer tutulmuştur. Bunun nedeni bu aşamada iş güvencesi etmeninin tek başına ele alınmış olmasıdır. İleride bütüncül bir sınıf şeması oluşturulduğunda emeklilerin konumu da bütüncül olarak ele alınacak, bu durumda sınıfsal konum emeklilik öncesi yapılan işe göre belirlenecektir.

*Tablo 4.4. Hane Reisinin Çalıştığı Kurum*

| | | | Anketin Yapıldığı Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Ankara | Diyarbakır | |
| Hane Reisinin Çalıştığı Yer | Belediye | Sayı | 11 | 3 | 14 |
| | | % | 7,4 | 1,8 | 4,5 |
| | Kamu Kurumu | Sayı | 13 | 11 | 24 |
| | | % | 8,8 | 6,6 | 7,6 |
| | Özel İşyeri | Sayı | 58 | 53 | 111 |
| | | % | 39,2 | 31,9 | 35,4 |
| | Belirli Değil | Sayı | 33 | 78 | 111 |
| | | % | 22,3 | 47,0 | 35,4 |
| | Evlerde Temizlik | Sayı | 0 | 3 | 3 |
| | | % | 0,0 | 1,8 | 1,0 |
| | Cevapsız | Sayı | 33 | 18 | 51 |
| | | % | 22,3 | 10,8 | 16,2 |
| | Toplam | Sayı | 148 | 166 | 314 |
| | | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Kurumsal üstünlük konusunda yukarıdaki "hane reisinin çalıştığı kurum" tablosu iki örneklem arasında yine net bir ayrım olduğunu göstermektedir. Ankara'da çalışan hane reislerinin % 50.4'tü, bütün hane reislerinin ise % 55.4'tü belirli bir kurumda çalışmaktadır. Diyarbakır'da ise bütün hane reisleri içinde belirli bir kurumda çalışma oranının % 40.3'e düştüğü; çalışan hane reislerinin % 54.7 sinin, bütün hane reislerinin ise % 59.7'sinin çalıştığı belli bir kurum bulunmadığı görülmektedir. Kısacası Diyarbakır'da hane reisleri arasında düzensiz işçilik Ankara'ya göre daha yaygındır.

### *4.2.1.3. Vasıflılık Durumu*

Vasıf durumu ücretli çalışan sınıf ele alınırken kullanılan diğer bir ölçüttür. Vasıflılığın işgücü pazarındaki duruma etkisi ile anlatılmak istenen, iş bulma şansını arttıran bir uzmanlık alanına ve tecrübeye sahip olunmasıdır. Vasıflılık her ne kadar eğitimle doğrudan ilişkili görünse de, örneklemin eğitim düzeyinin genelde düşük olması diğer ölçütlere başvurulmasını gerektirmektedir. Bu nedenle aşağıda eğitim durumunun yansıra meslek durumu tabloları incelenecektir.

*Tablo 4.5.Hane Reisinin Eğitim Durumu*

| | | | Anketin Yapıldığı Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Ankara | Diyarbakır | |
| Hane Reisinin Eğitim Durumu | Okur-Yazar Değil | Sayı | 4 | 30 | 34 |
| | | % | 2,7 | 18,1 | 10,8 |
| | Okur-yazar | Sayı | 5 | 38 | 43 |
| | | % | 3,4 | 22,9 | 13,7 |
| | İlkokul Mezunu | Sayı | 95 | 59 | 154 |
| | | % | 64,2 | 35,5 | 49,0 |
| | İlköğretim Mezunu | Sayı | 4 | 1 | 5 |
| | | % | 2,7 | 0,6 | 1,6 |
| | Ortaokul Mezunu | Sayı | 24 | 21 | 45 |
| | | % | 16,2 | 12,7 | 14,3 |
| | Lise Mezunu | Sayı | 15 | 13 | 28 |
| | | % | 10,1 | 7,8 | 8,9 |
| | Üniversite Mezunu | Sayı | 0 | 3 | 3 |
| | | % | 0,0 | 1,8 | 1,0 |
| | Cevapsız | Sayı | 1 | 1 | 2 |
| | | % | 0,7 | 0,6 | 0,6 |
| | Toplam | Sayı | 148 | 166 | 314 |
| | | % | 100,0 | 100 | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Hane reislerinin eğitim durumları karşılaştırıldığında iki kent arasında büyük bir farklılık ortaya çıkmaktadır. Eğitim durumu işgücü pazarındaki etkisi yönünden incelenecek olursa, okur yazarlık durumu, örgün eğitim durumu ve mesleki eğitim durumu ele alınmalıdır. Bütün hane reisleri içinde okur yazar olmayanların oranı Ankara'da %2.7 iken Diyarbakır'da % 18.2, hiçbir düzeyde örgün eğitim almamış olanların oranı Ankara'da %6.1 iken Diyarbakır'da %41.2'dir. Ancak iki kentte de ilkokul mezunu olanların oranı benzerlik göstermektedir. Ankara'da %70.7, Diyarbakır'da %77.0 olarak belirlenmiştir. İlkokul mezunu ve ya daha düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin çoğunluğu, sadece genel eğitim düzeyi değil mesleki eğitim düzeyi hakkında da fikir vermektedir. En düşük düzeyde mesleki eğitimin lise eğitimi sırasında, meslek liseleri aracılığıyla alınabileceğini kabul edersek; mesleki eğitim almış olma ihtimali bulunmayan, yani lise eğitimi almamış bireylerin çokluğu, iki kentte de vasıf düzeyinin genel olarak düşük olduğunu, işgücü pazarında yarar sağlayacak eğitimin eksik olduğunu göstermektedir. Bir sonraki tabloda bir meslekle vasıflı olarak uğraşan bireylerin oranı da bu saptamayı desteklemektedir.

*Tablo 4.6. Hane Reisinin Meslek Bildirimi*

| | | | Anketin Yapıldığı Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Ankara | Diyarbakır | |
| Hane Reisinin Meslek Belirtme Durumu | Mesleği var | Sayı | 68 | 66 | 134 |
| | | % | 45,9 | 39,8 | 42,7 |
| | Meslek sahibi değil | Sayı | 80 | 100 | 180 |
| | | % | 54,1 | 60,2 | 57,3 |
| | Toplam | Sayı | 148 | 166 | 314 |
| | | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Hane reislerinin meslek bildirimleri vasıflılık yönünden, diğer bir değişle iş gücü pazarında üstünlük sağlayacak bir meslek belirtip belirtmedikleri yönünden ele alınıp karşılaştırıldığında, iki kentte de meslek belirtmeyenlerin oranının oldukça yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Ankara örnekleminde belirli bir mesleği ya da uzmanlık alanı olmayan hane reislerinin toplam içinde oranı %54.1 iken Diyarbakır'da bu oran %60.2'dir. Anket sırasında emeklilerin ve işsizlerin de var olan uzmanlıklarını belirttiği göz önünde bulundurulursa, iki kentte de çalışan hane reislerinin çoğunluğunun vasıfsız olarak nitelendirilmesi mümkündür. Burada vasıf kavramının eğitim ötesinde anlam taşıdığını tekrarlamamız gerekir. Özellikle bizim örneklemimiz gibi genelde kol işçiliğinin görüldüğü durumlarda tecrübe ve çıraklığın vasıf kazandırıcılığı kurumsal eğitime göre daha etkilidir. Bu yüzden eğitim düzeyiyle ilgili saptamalar tek başlarına anlamlı değildir.

### *4.2.1.4. İşsizlik*

Kişinin işsiz kalıp kalmaması ve ne kadar süre işsiz kaldığı iş gücü pazarındaki durumunu olumsuz etkilemektedir. Aşağıda hane reislerinin işsizlik durumlarını gösteren tablolar birlikte incelenerek sadece sürekli işsizlik değil, belirli bir süre için de olsa işsiz kalma durumu genel olarak ele alınmıştır.

*Tablo 4.7. Hane Reisinin İşsiz Kalma Durumu*

| | | | Ankara | Diyarbakır | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| Hane Reisi Son 1 Yılda İşsiz Kaldı Mı? | Evet | Sayı | 62 | 101 | 163 |
| | | % | 42,5 | 62,3 | 52,9 |
| | Hayır | Sayı | 84 | 61 | 145 |
| | | % | 57,5 | 37,7 | 47,1 |
| | Toplam | Sayı | 146 | 162 | 308 |
| | | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Ankara'da hane reisleri arasında son bir yıl içinde işsiz kalanların oranı %42.5 iken Diyarbakır'da % 62.3'tür. Bu oranlar şu anda işsiz olduğunu belirten hane reislerinin oranına göre oldukça yüksektir (Ankara'da %3.4, Diyarbakır'da: % 4.8). Diyarbakır'da Ankara'ya göre daha yüksek olan son bir yıl içinde işsiz

kalma durumunun yanı sıra işsiz kalma süreleri arasındaki fark da dikkate değerdir.

*Tablo 4.8.Hane Reisinin İşsiz Kalma Süresi*

| | | | Anketin Yapıldığı Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Ankara | Diyarbakır | |
| Hane Reisinin İşsiz Kalma Süresi | 6 Aydan Kısa | Sayı | 29 | 40 | 69 |
| | | % | 19,6 | 24,1 | 22,0 |
| | 6-12 Ay | Sayı | 18 | 36 | 54 |
| | | % | 12,2 | 21,7 | 17,2 |
| | 12 Aydan Fazla | Sayı | 3 | 8 | 11 |
| | | % | 2,0 | 4,8 | 3,5 |
| | Cevapsız | Sayı | 98 | 82 | 180 |
| | | % | 66,2 | 49,4 | 57,3 |
| | Toplam | Sayı | 148 | 166 | 314 |
| | | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| | Kent İçin Ortalama İşsizlik ve Süresi (Ay) | | 6,8 | 7,9 | 7,5 |

*Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

İki kentte son bir yıl içinde işsiz kalan hane reislerinin işsiz kalma süreleri karşılaştırıldığında en büyük fark altı ay ve daha uzun süre işsiz kalanların Ankara'da % 42 Diyarbakır'da ise % 52.4 olmasıdır. Aynı şekilde işsizlik sürelerinin ortalamasında da iki kent arasında fark görülmektedir. Bu bulgulara göre Diyarbakır'da işsizlik durumunun Ankara'ya oranla daha uzun süreli olduğu ve daha sık görüldüğü söylenebilir.

### *4.2.1.5.Örneklemin Sınıfsal Konum Şeması*

Ankara ve Diyarbakır örneklemlerinin sınıfsal konum yönünden karşılaştırılması için yeni-Marksist sınıf kuramından uyarlanan üretim araçlarına sahiplik, kurumsal avantaj ve vasıflılık ölçütleri kullanılmıştır. İlk ölçüt olan üretim araçlarına sahiplik durumu incelendiğinde, iki kentte de hane reislerinin genelde ücretli çalışan sınıfa dahil olduğu görülmüştür. İşin denetimi yönünden yapılan karşılaştırmada Diyarbakır örnekleminde daha az iş güvencesi, daha yüksek düzensiz işçilik durumu saptanmıştır. Vasıflılık durumu ise iki kentte de hane reislerinin yarısından çoğunda görülmemekte, meslek sahibi olanların oranının Diyarbakır'da Ankara'ya oranla daha az olduğu görünmektedir. Ancak yeni-Marksist kuramın belirlediği bu ölçütler işsizlik durumuna gereken önemi vermemektedir. Bu eksikliği gidermek için işsizlik üzerine yaptığımız incelemede hem şu anda işsiz olan hane reislerinin oranı, hem son bir yıl içinde işsiz kalma durumu, hem de işsiz kalma süresi yönünden Diyarbakır örnekleminin Ankara'ya göre daha olumsuz sonuçlar verdiği görülmektedir. Bu incelemeler sonucunda iki örneklemin de sınıfsal konumunun ücretli çalışan sınıfta yoğunlaştığı, ancak diğer ölçütler yönünden

Diyarbakır hane reislerinin daha düşük sınıfsal konuma sahip olduğu söylenebilir.

Ankara ve Diyarbakır'da haneyi temsilen hane reisleri hakkında yukarıda yapılan incelemeleri netleştirmek amacıyla aşağıdaki tablo hazırlanmıştır. Her sınıfsal konum içinde iki kentte ilgili konumda bulunan hane reislerinin toplam içindeki oranı verilmiştir.

*Tablo 4.9. Hane Reisinin Sınıfsal Konumu*

<table>
<tr><td colspan="3">+ Üretim Araçlarına Sahiplik -</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">1<br>Üretim Araçlarına Sahip Olanlar<br><br>Ankara % 5,4<br>Diyarbakır % 6,6</td><td>2<br>Vasıflı Düzenli İşçiler<br>Ankara % 31,7<br>Diyarbakır % 18,6</td><td>3<br>Vasıfsız Düzenli İşçiler<br>Ankara % 25,6<br>Diyarbakır % 15,0</td><td rowspan="4">+ Kurumsal ve Üstünlükler -</td></tr>
<tr><td>4<br>Vasıflı Düzensiz İşçiler<br>Ankara % 4,7<br>Diyarbakır % 10,8</td><td>5<br>Vasıfsız Düzensiz İşçiler<br>Ankara % 17,5<br>Diyarbakır % 38,5</td></tr>
<tr><td colspan="2">+ Beceri/ Ehliyet Üstünlükleri -</td></tr>
<tr><td colspan="2">6<br>Sürekli İşsizler<br>Ankara % 5,4<br>Diyarbakır % 4,8</td></tr>
</table>

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Daha önce belirttiğimiz gibi, hane reisinin sınıfsal konumunun hane halkının tümünü temsil ettiğini kabul ettiğimizden, yukarıdaki tablodan yola çıkarak alan çalışmasına katılan bütün bireylere birer toplumsal sınıf üyeliği atfedilebilir. Sonuçta elde edilen sınıfsal konum dağılımı, sınıfsal konumun ölçütlerinden bağımsız olarak 6 sınıf içinde bireylerin dağılımı şeklinde yapılmıştır. 1'den 6'ya doğru sınıfsal konumun düştüğü kabulüyle aşağıdaki tablo oluşturulmuştur.

*Tablo 4.10. Bireylerin Sınıfsal Konumu*

<table>
<tr><td rowspan="3">1. Sınıf<br>Ankara % 4,7<br>Diyarbakır % 6,3</td><td>2. Sınıf<br>Ankara ve % 37,6<br>Diyarbakır % 22,9</td><td>3. Sınıf<br>Ankara % 28,9<br>Diyarbakır % 13,4</td></tr>
<tr><td>4. Sınıf<br>Ankara % 5,9<br>Diyarbakır % 10,6</td><td>5. Sınıf<br>Ankara % 18,6<br>Diyarbakır % 39,9</td></tr>
<tr><td colspan="2">6. Sınıf<br>Ankara % 4,3<br>Diyarbakır % 7,3</td></tr>
</table>

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

### 4.2.2. Sağlık Durumunun Sınıf Boyutu Çerçevesinde Değerlendirilmesi

Gelir düzeyi ve yoksulluğun ötesine geçen sınıfsal yaklaşım sosyo-ekonomik etmenlerden çok sınıfsal etmenlere odaklanır ve buna göre belirlenmiş sağlık ölçütleri üzerinde durur. Bu bölümde daha önce belirlenen ölçütler kullanılarak, sınıfsal konumun sağlık sorunlarını nasıl etkilediği ve sınıfsal konumun hangi boyutlarının sağlık yönünden önemli olduğu üzerine alan araştırmasında elde edilen görgül bulgular ve değerlendirmeler sunulacaktır.

Sınıfsal konum ile ilişkilendirilecek sağlık durumu tespitleri üç aşamada yapılacaktır. Birinci aşamada hanenin sınıfsal konumunu temsil etmesinin yanı sıra sınıfsal konumdan doğrudan etkilenen birey olarak hane reisinin sağlığı ile ilgili değerlendirmeler yapılacaktır. Ardından alan çalışması sırasında hane geneli hakkında toplanan bazı veriler kullanılacak, son olarak ise bütün bireylerin sağlık durumlarını sınıfsal yönden ele alan değerlendirmelere geçilecektir.

Görgül araştırma sonuçlarını ele aldığımız bu bölümde çalıştığımız mahallelerin sosyo-ekonomik niteliklerinin benzer olmasından ötürü elimizdeki sınıf şeması sınıflar arası farklılıkları göstermekte yetersiz kalmıştır. Bu nedenle verilerin daha sağlıklı okunabilir hale gelmesi için üretim aracı sahipleri ve sürekli işsizler grupları değerlendirme dışı bırakılmıştır. Araştırmamızın geneli sınıfsal yapı üzerinden yapılmadığından sınıfsal gruplar arası rakamsal dengesizlikler de (her sınıfın eşit sayıda birey tarafından temsil edilmemesi) bu yöntemin seçilmesinde etkili olmuştur (Araştırma'da üretim araçlarına sahip sınıf Ankara'da 8 kişi tarafından Diyarbakır'da ise 12 kişi tarafından temsil edilmekteydi. Sürekli işsizler ise sırasıyla 4 ve 10 kişiye denk geliyordu). Böylece analizimiz her iki mahallede de zaten benzer olan sınıf yapısı içinde esneklik söylemiyle ve değişen ve pekişen iş ve sosyal güvenlik sorunlarını daha kapsamlı olarak ele alabilecektir.

#### *4.2.2.1. Sınıfsal Konumun Hane Reisinin Sağlık Durumuna Etkileri*

Hane reisi, sınıfsal konumu belirleyici birey olduğundan, sınıfsal konumun ilk etkilerinin görüldüğü kişidir. Bu konumun sağlık durumu üzerine diğer aile fertlerinde görülmeyen etkileri bulunmaktadır. Hane reisine özel bu etkiler, sınıfsal konumun doğrudan etkileri (iş yeri ve çalışma koşulları) ve sınıfsal konumun dolaylı etkileri başlıkları altında incelenecektir.

Sınıfsal konumun hane reisini doğrudan etkilediği durumlar iş yeri koşullarında oluşmaktadır. Doğrudan etki ifadesi, sınıfsal konumun belirleyicisi olan ekonomik faaliyetin doğrudan etkisi olan çalışma koşullarını belirtmektedir. Bu bölümde yapılan işin hane reisinin sağlığına doğrudan etkisini gösteren, çalışma koşullarının etkisi, işinden ötürü hasar görme ve iş kazası geçirme durumu ele alınacaktır. Ayrıca hane reislerinin bildirdikleri mesleklerden yola çıkarak karşılaştıkları riskler üzerinde durulacaktır.

*Tablo 4.11. Çalışma Koşullarının Sağlığı Etkileme Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane Reisinin Çalışma Koşulları Sağlığını Olumsuz Yönde Etkiliyor Mu? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 | Sayı | 35 | 21 | 56 |
| | | % | 62,5 | 37,5 | 100 |
| | 3 | Sayı | 18 | 26 | 44 |
| | | % | 40,9 | 59 | 100 |
| | 4 | Sayı | 5 | 3 | 8 |
| | | % | 62,5 | 37,5 | 100 |
| | 5 | Sayı | 18 | 10 | 28 |
| | | % | 64,2 | 35,7 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 76 | 60 | 136 |
| | | % | **55,9** | **44,1** | **100** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 22 | 15 | 37 |
| | | % | 59,4 | 40,5 | 100 |
| | 3 | Sayı | 14 | 12 | 26 |
| | | % | 53,8 | 46,1 | 100 |
| | 4 | Sayı | 8 | 10 | 18 |
| | | % | 44,4 | 55,5 | 100 |
| | 5 | Sayı | 39 | 24 | 63 |
| | | % | 61,9 | 38,1 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 83 | 61 | 144 |
| | | % | **57,6** | **42,4** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 57 | 36 | 93 |
| | | % | 61,3 | 38,7 | 100 |
| | 3 | Sayı | 32 | 38 | 70 |
| | | % | 45,7 | 54,3 | 100 |
| | 4 | Sayı | 13 | 13 | 26 |
| | | % | 50 | 50 | 100 |
| | 5 | Sayı | 57 | 34 | 91 |
| | | % | 62,6 | 37,4 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 159 | 121 | 280 |
| | | % | **56,8** | **43,2** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Tüm örneklem genelinde iş koşullarından etkilenme oranı %56,8'dir. İş koşullarından en yüksek oranda etkilenen grup vasıfsız düzensiz çalışanlardır. Bu sınıfı az bir farkla vasıflı düzenli çalışanlar izler. En düşük oranda zarar görenler ise vasıfsız düzenli çalışanlardır (% 45.7)

Ankara hane reislerinin çoğunluğu (%55.8) çalışma koşullarının sağlıklarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Sınıflar arasında çalışma koşullarından etkilenme bakımından çok belirgin farklılaşmalar olmadığını görebiliriz. Bu duruma istisna olan "vasıflı-düzensiz çalışanlar"ın çalışma koşullarından daha az etkilenmesinin nedeni düzenli çalışmadıklarından ötürü

iş hayatının olumsuzluklarına daha az maruz kalmaları biçiminde yorumlanabilir. Örneğin bu kategorideki bir fayans işçisi üzerinde çalışma koşullarının etkisi, düzensiz çalıştığından, çalışma sıklığına bağlı olarak değişebilir.

Diyarbakır'da da benzer bir tablo ortaya çıkmakta, çalışma koşullarından etkilendiklerini bildiren hane reisleri % 57,6'yla çoğunlukta bulunmaktadır. Diyarbakır'da çalışma koşullarından olumsuz yönde etkilenenlerin en yoğun olduğu sınıf "vasıfsız-düzensiz çalışanlar" (%62), en az olduğu ise "vasıflı-düzensiz çalışanlar"dır (%44,5). Diğer sınıflar içinde ise belirgin bir farklılaşma yoktur.

*Tablo 4.12. Vasıflılık Durumuna Göre Çalışma Koşullarının Sağlığı Etkileme Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane Reisinin Çalışma Koşulları Sağlığını Etkiliyor Mu? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 ve 4 | Sayı | 40 | 24 | 64 |
| | | % | 62,5 | 37,5 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 36 | 36 | 72 |
| | | % | 50 | 50 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 76 | 60 | 136 |
| | | % | **55,8** | **44,1** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 4 | Sayı | 30 | 25 | 55 |
| | | % | 54,5 | 45,4 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 53 | 36 | 89 |
| | | % | 59,5 | 40,4 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 83 | 61 | 144 |
| | | % | **57,6** | **42,3** | **100** |
| Ankara Diyarbakır Toplamı | 2 ve 4 | Sayı | 70 | 49 | 119 |
| | | % | 58,8 | 41,1 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 89 | 72 | 161 |
| | | % | 55,2 | 44,7 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 159 | 121 | 280 |
| | | % | 56,7 | 43,2 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

ve

Vasıflılık durumu iki örneklemin toplamı ele alındığına çalışma koşullarından olumsuz yönde etkilenme bakımından belirleyici bir ölçüt değildir ancak kentler bazında farklılık ifade etmektedir. Ankara'da vasıflı çalışanların çalışma koşullarından daha fazla etkilendiği görülmektedir. Diyarbakır'da ise vasıfsız çalışmak iş koşullarından daha olumsuz etkilenilmesine neden olmaktadır. Bu durum Diyarbakır'daki vasıflı işçilerin vasıfsızlara oranla daha iyi koşullarda çalıştığı şeklinde yorumlanabileceği gibi Diyarbakır'daki vasıfsız işçilerin genelde ağır çalışma koşullarında (hamallık, inşaat işçiliği vb.) çalıştığı gerçeğiyle de açıklanabilir. Ankara'da vasıflı işçilerin iş

koşullarından daha fazla etkilenmesi ise bu grupta iş yaşamına dair beklentilerin yüksekliği ve sorumluluk almaktan kaynaklanan stres durumuyla açıklanabilir.

*Tablo 4.13. Düzenli Çalışma ve Durumuna Göre Çalışma Koşullarının Sağlığı Etkileme Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane Reisinin Çalışma Koşulları Sağlığını Etkiliyor Mu? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 53 | 47 | 100 |
| | | % | 53 | 47 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 23 | 13 | 36 |
| | | % | 63,8 | 36,1 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 76 | 60 | 136 |
| | | % | **55,8** | **44,1** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 36 | 27 | 63 |
| | | % | 57,1 | 42,8 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 47 | 34 | 81 |
| | | % | 58,0 | 41,9 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 83 | 61 | 144 |
| | | % | **57,6** | **42,3** | **100** |
| Ankara Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 89 | 74 | 163 |
| | | % | 54,6 | 45,3 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 70 | 47 | 117 |
| | | % | 59,8 | 40,1 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 159 | 121 | 280 |
| | | % | **56,7** | **43,2** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Düzenli çalışma ile çalışma koşullarının sağlığı etkileme durumu arasında iki kent toplamı değerlendirildiğinde ve Diyarbakır değerlendirmesinde belirgin bir ilişki gözlenememektedir. Ancak Ankara örneklemi için düzensiz çalışma koşulları sağlığı etkileme açısından olumsuz bir değişkendir.

İki ilde de vasıflı işçilerden düzesiz çalışanların iş koşullarından diğer sınıflara göre daha az etkilenmesi, buna karşılık "vasıfsız-düzensiz çalışanlar"ın iş koşullarından daha çok etkilenmesi vasıf durumunun önemine işaret etmektedir. Vasıfsız işçilerin, özellikle düzensiz çalışıyorlarsa, ağır işlerde çalıştırılma ihtimallerinin diğer sınıflardan daha fazla olduğu söylenebilir.

*Tablo 4.14. Çalışma Koşullarının Hasara Neden Olma Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane Reisinin Çalışma Koşulları Hasara Neden Oldu Mu? | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | Cevapsız | |
| Ankara | 2 | Sayı | 16 | 40 | 0 | 56 |
| | | % | 28,6 | 71,4 | 0 | 100 |
| | 3 | Sayı | 7 | 36 | 1 | 44 |
| | | % | 15,9 | 81,8 | 2,3 | 100 |
| | 4 | Sayı | 2 | 6 | 0 | 8 |
| | | % | 25 | 75 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 8 | 20 | 0 | 28 |
| | | % | 28,6 | 71,4 | 0 | 100 |
| **Toplam** | | Sayı | 33 | 102 | 1 | 136 |
| | | % | **24,3** | **75,0** | **0,7** | **100** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 8 | 28 | 1 | 37 |
| | | % | 21,6 | 75,7 | 2,7 | 100 |
| | 3 | Sayı | 7 | 19 | 0 | 26 |
| | | % | 26,9 | 73,1 | 0 | 100 |
| | 4 | Sayı | 5 | 13 | 0 | 18 |
| | | % | 27,8 | 72,1 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 18 | 44 | 1 | 63 |
| | | % | 28,6 | 69,8 | 1,6 | 100 |
| **Toplam** | | Sayı | 38 | 104 | 2 | 144 |
| | | % | **26,4** | **72,2** | **1,4** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 24 | 68 | 1 | 93 |
| | | % | 25,8 | 73,1 | 1,1 | 100 |
| | 3 | Sayı | 14 | 55 | 1 | 70 |
| | | % | 20,0 | 78,6 | 1,4 | 100 |
| | 4 | Sayı | 7 | 19 | | 26 |
| | | % | 26,9 | 73,1 | 0,0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 26 | 64 | 1 | 91 |
| | | % | 28,6 | 70,3 | 1,1 | 100 |
| **Toplam** | | Sayı | 71 | 206 | 3 | 280 |
| | | % | 44,0 | 73,6 | 1,1 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

İki kent toplamında çalışma koşullarının hasara yol açma oranları birbirine yakındır. Ancak sınıfsal olarak Diyarbakır'da sınıfsal konumun Ankara'ya göre daha az belirleyici olduğu görülmektedir. Ankara'da tüm sınıflar arasından en yüksek oranda hasar bildiren gruplar %28,5'lik hasar bildirimi oranlarıyla "vasıflı-düzenli çalışanlar" ile "vasıfsız-düzensiz çalışanlar" sınıflarıdır. Diyarbakır'da tüm sınıflar için veriler birbirine yakındır, en yüksek oranda hasar görme durumu %28,5 ile "vasıfsız-düzensiz çalışanlar" sınıfında görülmektedir. Bu sınıfı %27,7 ile "vasıflı-düzensiz çalışanlar" izlemektedir.

*Tablo 4.15. Vasıflılık Durumuna Göre Çalışma Koşullarının Hasara Neden Olma Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane reisinin çalışma Koşulları Hasara Neden Oldu mu? | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | Cevapsız | |
| Ankara | 2 ve 4 | Sayı | 18 | 46 | | 64 |
| | | % | 28,1 | 71,8 | 0 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 15 | 56 | 1 | 72 |
| | | % | 20,8 | 77,7 | 1,3 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 33 | 102 | 1 | 136 |
| | | % | **24,2** | **75** | **0,7** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 4 | Sayı | 13 | 41 | | 54 |
| | | % | 24,0 | 75,9 | 0 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 25 | 63 | 1 | 89 |
| | | % | 28,0 | 70,7 | 1,12 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 38 | 104 | 2 | 144 |
| | | % | **26,3** | **72,2** | **1,3** | **100** |
| Ankara Diyarbakır Toplamı | 2 ve 4 | Sayı | 31 | 87 | 2 | 120 |
| | | % | 25,8 | 72,5 | 1,6 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 40 | 119 | 1 | 160 |
| | | % | 25 | 74,3 | 0,6 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 71 | 206 | 3 | 280 |
| | | % | **25,3** | **73,5** | **1,0** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

İş koşullarının hasara denen olma durumu vasıflılık ölçütü üzerinden incelendiğinde Ankara'da ve vasıflı çalışanların Diyarbakır'da ise vasıfsız çalışanların daha fazla hasara uğradığı görülmektedir. Bu durum Ankara'da iş sorumluluğunun yüksek olmasının vasıflı çalışanları olumsuz etkilediği Diyarbakır'da ise vasıfsız çalışanların daha ağır koşullarda çalıştıkları savını destekler yöndedir.

*Tablo 4.16. Düzenli Çalışma Durumuna Göre Çalışma Koşullarının Hasara Neden Olma Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane reisinin çalışma Koşulları Hasara Neden Oldu mu? | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | Cevapsız | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 23 | 76 | 1 | 100 |
| | | % | 23 | 76 | 1 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 10 | 26 | 0 | 36 |
| | | % | 27,7 | 72,2 | 0 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 33 | 102 | 1 | 136 |
| | | % | **24,2** | **75** | **0,7** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 15 | 47 | 1 | 63 |
| | | % | 23,8 | 74,6 | 1,5 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 23 | 57 | 1 | 81 |
| | | % | 28,3 | 70,3 | 1,2 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 38 | 104 | 2 | 144 |
| | | % | **26,3** | **72,2** | **1,3** | **100** |
| Ankara Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 38 | 122 | 2 | 163 |
| | | % | 23,1 | 74,8 | 1,0 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 33 | 84 | 1 | 117 |
| | | % | 28,2 | 71,7 | 1,0 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 71 | 206 | 3 | 280 |
| | | % | **25,3** | **73,5** | **1,2** | **100** |

Çalışma koşullarının hasara neden olması ile düzenli çalışma durumu karşılaştırıldığında iki ilde de düzensiz çalışanların daha fazla hasara uğradığı görülmektedir. Bu durum düzensiz yapılan işlerin daha ağır olduğu ve bu işlerde iş Güvenliğine yeterince önem verilmediği şeklinde yorumlanabilir.

*Tablo 4.17. Çalışma Koşullarının Neden Olduğu Hasar*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane Reisinin Çalışma Koşullarının Neden Olduğu Hasarın Türü | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Fiziksel | Ruhsal | |
| Ankara | 2 | Sayı | 13 | 3 | 16 |
| | | % | 81,3 | 18,75 | 100 |
| | 3 | Sayı | 7 | 0 | 7 |
| | | % | 100 | 0 | 100 |
| | 4 | Sayı | 2 | 0 | 2 |
| | | % | 100 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 7 | 0 | 7 |
| | | % | 100 | 0 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 29 | 3 | 32 |
| | | % | **90,6** | **9,4** | **100** |
| | 2 | Sayı | 7 | 1 | 8 |
| | | % | 87,5 | 12,5 | 100 |
| | 3 | Sayı | 5 | 1 | 6 |
| | | % | 83,3 | 16,7 | 100 |
| | 4 | Sayı | 5 | 0 | 5 |
| | | % | 100 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 18 | 0 | 18 |
| | | % | 100 | 0 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 35 | 2 | 37 |
| | | % | **94,6** | **5,4** | **100** |
| | 2 | Sayı | 20 | 4 | 24 |
| | | % | 83,3 | 16,7 | 100 |
| | 3 | Sayı | 12 | 1 | 13 |
| | | % | 92,3 | 7,7 | 100 |
| | 4 | Sayı | 7 | 0 | 7 |
| | | % | 100 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 25 | 0 | 25 |
| | | % | 100 | 0 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 64 | 5 | 69 |
| | | % | 92,8 | 7,2 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Çalışma durumuna bağlı olarak her hangi bir hasar belirtenlerin hasarlarının niteliği yorumlandığında her iki ilde de çalışma koşullarının neden olduğu hasarın çok yüksek bir oranının fiziksel olduğu görülmektedir. Ankara'da %9,3 Diyarbakır'da ise %5,4 oranında bildirilen ruhsal hasar vakaları sosyo-ekonomik açıdan üst sınıflarda (vasıf durumunun ve düzenliliğin daha yüksek olduğu gruplarda) gözlemlenmektedir. Bu durum birkaç noktadan açıklanabilir, yapılan çalışmalarda belirtildiği gibi, ruhsal sorunlar daha çok üst sınıflar tarafından sağlık sorunu olarak bildirilmektedir. Alt sınıfların bu rahatsızlıkları ciddi sağlık sorunları olarak görme eğilimleri daha düşüktür.

Ayrıca çalışma koşullarının neden olduğu ruhsal hasar genellikle profesyonellerde yada beyaz yakalı işçilikte görülmekte, bu tür işçilik ise örneklemimiz kapsamında yer almamaktadır. Diğer bir etmen ise, görüşmelerin hane reislerinin kendileriyle yapılamaması nedeniyle tanısı konmamış ruhsal sorunların hane reisinin eşi tarafından belirtilmemiş olabileceğidir.

*Tablo 4.18. İş Kazası Geçirme Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane Reisi İş Kazası Geçirdi Mi? | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | Cevapsız | |
| Ankara | 2 | Sayı | 8 | 45 | 3 | 56 |
| | | % | 14,2 | 80,3 | 5,3 | 100 |
| | 3 | Sayı | 8 | 35 | 1 | 44 |
| | | % | 18,1 | 79,5 | 2,2 | 100 |
| | 4 | Sayı | 3 | 5 | 0 | 8 |
| | | % | 37,5 | 62,5 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 4 | 22 | 2 | 28 |
| | | % | 14,2 | 78,5 | 7,1 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 23 | 107 | 6 | 136 |
| | | % | **16,9** | **78,7** | **4,4** | **100** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 10 | 27 | 0 | 37 |
| | | % | 27 | 72,9 | 0 | 100 |
| | 3 | Sayı | 3 | 22 | 1 | 26 |
| | | % | 11,5 | 84,6 | 3,8 | 100 |
| | 4 | Sayı | 4 | 14 | 0 | 18 |
| | | % | 22,2 | 77,7 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 10 | 49 | 4 | 63 |
| | | % | 15,8 | 77,7 | 6,3 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 27 | 112 | 5 | 144 |
| | | % | **18,8** | **77,8** | **3,5** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Geneli | 2 | Sayı | 18 | 72 | 3 | 93 |
| | | % | 19,4 | 77,4 | 3,2 | 100 |
| | 3 | Sayı | 11 | 57 | 2 | 70 |
| | | % | 15,7 | 81,4 | 2,9 | 100 |
| | 4 | Sayı | 7 | 19 | | 26 |
| | | % | 26,9 | 73,1 | 0,0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 14 | 71 | 6 | 91 |
| | | % | 15,4 | 78,0 | 6,6 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 50 | 219 | 11 | 280 |
| | | % | **17,9** | **78,2** | **3,9** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

İki kentte iş kazasına uğrama oranları yakındır. Ankara örnekleminde iş kazası bildiriminde bulunanların büyük bölümü "vasıflı-düzensiz çalışanlar" sınıfına mensuptur (%37,5). En düşük iş kazasına uğrama oranı ise üretim araçlarına sahip olanlar sınıfına aittir. Diyarbakır'da ise en yüksek iş kazasına uğrama

oranı "vasıflı-düzensiz çalışanlar"a (%27) aittir, bunu %22'lik iş kazasına uğrama oranıyla "vasıflı-düzenli çalışanlar" takip etmektedir.

*Tablo 4.19. Vasıflılık Durumuna Göre İş Kazası Geçirme Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane reisi İş Kazası Geçirdi mi? | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | Cevapsız | |
| Ankara | 2 ve 4 | Sayı | 11 | 50 | 3 | 64 |
| | | % | 17,1 | 78,1 | 4,6 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 12 | 57 | 3 | 72 |
| | | % | 16,6 | 79,1 | 4,1 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 23 | 107 | 6 | 136 |
| | | % | **16,9** | **78,6** | **4,4** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 4 | Sayı | 14 | 41 | | 55 |
| | | % | 25,4 | 74,5 | 0 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 13 | 71 | 5 | 89 |
| | | % | 14,6 | 79,7 | 5,6 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 27 | 112 | 5 | 144 |
| | | % | **18,7** | **77,7** | **3,4** | **100** |
| Ankara Diyarbakır Toplamı | 2 ve 4 | Sayı | 25 | 91 | 3 | 119 |
| | | % | 21,0 | 76,4 | 2,5 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 25 | 128 | 8 | 161 |
| | | % | 15,5 | 79,5 | 4,9 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 50 | 219 | 11 | 280 |
| | | % | **17,8** | **78,2** | **3,9** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Vasıflılık ve ile iş kazasına uğrama durumu arasındaki ilişki yorumlandığında Ankara'da vasıflılık ölçütünün iş kazasına uğramada çok belirleyici olmadığı görülür Diyarbakır'da ise vasıflı çalışanların vasıfsızlara göre çok daha dezavantajlı olduğu görülmektedir. İki kentte de vasıflı iş gücünün iş kazasına uğrama oranının yüksek oluşu daha önceki bulgularla çelişmektedir.

Bu bulgular ışığında, ve çalışma koşulları ile bizim geliştirdiğimiz sınıfsal konum ölçütleri arasında çok net bir ilişki bulunmadığı söylenebilir. İş kazası ve hasar durumu, vasıflılık ve kurumsal üstünlükten çok çalışılan işin niteliği ile bağlantılıdır. Diğer bir deyişle, iş yerinde aynı işle uğraşan iki işçi arasında vasıf ve ya işin sürekliliği farkı, hasar ve iş kazası riskini değiştirmemektedir. Her ne kadar vasıflı işçinin daha az risk altında olması beklense de, örneklemimiz kapsamında vasıflılık tanımı mesleki eğitim konusunda üstünlük göstermemektedir. İki ilde ortalama %17'lik iş kazası geçirme durumuna da bakılırsa, örneklem içindeki hane reislerinin tümünün risk altında olduğu, her altı hane reisinden birinin iş kazası geçirmiş olduğu görülmektedir. Bu riskin büyüklüğü, işin niteliği hakkındaki aşağıdaki tabloda daha da açık görülmektedir.

*Tablo 4.20. Mesleğin Taşıdığı Riskler*

| | | | Anketin Yapıldığı Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Ankara | Diyarbakır | |
| Hane Reisinin Mesleğinin Niteliği | Kirliliğe Maruz Kalma | Sayı | 36 | 38 | 74 |
| | | % | 53,2 | 57,4 | 55,2 |
| | Bedensel Zorlanma | Sayı | 49 | 48 | 97 |
| | | % | 72,4 | 73 | 72,4 |
| | Stres | Sayı | 8 | 10 | 18 |
| | | % | 11,6 | 15 | 13,4 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Meslek ve uzmanlık alanlarını belirten bireylerin şu anda emekli ya da işsiz olsalar da belli bir dönemde bu mesleği yaptıkları kabul edilirse, hane reisinin belirttiği mesleğe bakılarak çalışma koşullarının sağlığa etkileri konusunda bazı fikirler edinilebilir. Yukarıdaki tabloda, bildirilen meslekler getirdikleri genel çalışma koşulları hakkında yorum yapabilmek için sınıflandırılmıştır. Meslekler kirliliğe maruz kalma, bedensel zorlanma ve stres yönünden ele alındığında; gürültü, toz ve kimyasal maddeler gibi etmenlere maruz kalan tamircilik, şoförlük gibi meslekleri bildiren hane reislerinin meslek belirten hane reisleri içindeki oranı Ankara'da % 53.2 Diyarbakır'da %57.4 olarak belirlenmiştir. Meslekler arasında bedensel zorlanmaya, yük taşıma, uzun süre ayakta kalma ya da hareketsizlik durumuna maruz kalan sanayi işçiliği, garsonluk gibi mesleklerin oranı ise Ankara'da % 72.4 Diyarbakır'da %73 dür. Geçirilen iş kazalarının Ankara'da %61, Diyarbakır'da ise %73 oranında iskelet sistemi ile ilişkili kazalar olması bu verilerle örtüşmektedir. Bu durumda iki kentte de hane reislerinin genellikle fiziksel olarak olumsuz koşullarda çalıştığını söyleyebiliriz.

Sınıfsal konum ve ekonomik zorlukların getirdiği ruhsal sorunlar bir sonraki bölümde incelenecekken, bunların yanında çalışılan işin kendisinin de ruhsal sorunlara ve strese yol açabileceğini göz ardı etmemek gerekir. Hane reislerinin bildirdiği meslekler arasında yer alan şoförlük ve güvenlik görevliliği gibi meslekler nitelikleri bakımından stresli mesleklerdir. Ankara'da böyle mesleklerle şu anda uğraşan ya da bir dönemde uğraşmış olan hane reislerinin bütün hane reislerine oranı %11.6 iken, Diyarbakır'da ve bu oran % 15'e yükselmektedir. Hasarın niteliği değerlendirmesinde ortaya çıkan ruhsal hasar oranları Ankara için örtüşürken, Diyarbakır için çok düşük görülmektedir. Bu durum Diyarbakır'da daha düşük olan sosyo ekonomik durumun ruhsal problemlerin algılanmasını ve bildirilmesinin etkilediği yönünde açıklanabilir.

Hane reisinin sağlık durumu, işyeri koşullarının doğrudan etkisi dışında, kazancın yetersizliği, işsiz kalma riskinin yüksek olması gibi dolaylı şekilde de sınıfsal konumdan etkilenmektedir. Bu bölümde hane reislerinin ekonomik durum bildirimleri, ek iş arama durumları, ek gelir sahibi olup olmadıkları ve son bir yıl içinde işsiz kalma durumları birer sağlık ölçütü olarak alınarak,

hastalık olarak ortaya çıkmayan ancak önemli ruhsal sorunlara yol açabilen bu koşullar üzerinden sınıfsal konumun dolaylı etkileri incelenecektir.

Ankara genelinde hane reislerin büyük bir oranı ekonomik durumlarının orta olduğunu bildirmiştir. "vasıfsız-düzensiz çalışanlar" %35'i ise ekonomik durumlarını kötü olarak nitelendirmiştir. Yine de sınıfsal konum ile ekonomik durum bildirimi arasında doğrudan bir ilişki gözlenememektedir.

Diyarbakır örnekleminde ise hane reislerinin yarısından fazlası ekonomik durumlarını kötü ve çok kötü olarak belirtmişlerdir. Bu kentte ekonomik durum bildirimi ile sınıfsal konum arasındaki ilişki daha belirgindir. (Tablolara almadığımız sürekli işsizlerin Diyarbakır'da %90'ı ekonomik durumlarını kötü ve çok kötü olarak bildirmişlerdir, oysa bu oran Ankara'da %20'dir.) Diyarbakır'da ekonomik bildirimin daha olumsuz olması sınıfsal konumun bireysel değil toplumsal etkisine bağlanabilir. Diyarbakır'daki genel iş ve yaşam koşulları Ankara ile kıyaslandığında aynı sınıfsal konum için bile daha olumsuzdur.

*Tablo 4.21. Sınıflar İçin Ortalama Ekonomik Durum Değerlendirmesi*

| | | Anketin Yapıldığı Kent | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | Ankara ve Diyarbakır Toplamı |
| | 2 | 2,77 | 2,54 | 2,66 |
| | 3 | 2,84 | 2,5 | 2,67 |
| | 4 | 2,75 | 1,94 | 2,35 |
| | 5 | 2,25 | 2,24 | 2,25 |
| **Genel** | | **2,65** | **2,30** | **2,47** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Tablo 4.21'de ise hane reislerinin ekonomik bildirimlerinin her sınıf geneli için ortalaması alınmıştır[17]. İki kentte de ekonomik durum değerlendirmesi tüm sınıflar için orta ile kötü arasındadır. Ancak Ankara'daki sonuçların Diyarbakır'la oranlandığında daha iyi olduğu görülmektedir. İli kentte de bazı sapmalar bulunsa da ekonomik durum değerlendirmesinin sınıfsal konumla beraber düştüğü söylenebilir. Kentler arasında farklılığın sınıfsal farklılıktan daha etkin olduğu bu tabloda da görülmektedir.

[17] 5= Çok İyi, 4= İyi, 3= Orta, 2= Kötü, 1= Çok Kötü

*Tablo 4.22. Düzenli Çalışma Durumuna Göre ve Sınıflar İçin Ortalama Ekonomik Durum Değerlendirmesi*

| | | Anketin Yapıldığı Kent | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | Ankara ve Diyarbakır Toplamı |
| | 2 ve 3 | 2,80 | 2,52 | 2,67 |
| | 4 ve 5 | 2,50 | 2,09 | 2,30 |
| Genel | | 2,65 | 2,30 | 2,47 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Düzenli çalışma durumu ile ekonomik durum değerlendirmesi arasıda ilişki belirtilebilir. Her iki örneklemde de vasıflılık ekonomik durum bildirimi açısından olumlu bir ölçüttür. Ancak Diyarbakır'da düzenli çalışma durumu Ankara'ya göre daha belirleyici bir değişkendir. Bu durum Diyarbakır'da düzensiz çalışma koşullarının ve Ankara'dakinden daha olumsuz olabileceği yöndeki savımızı bu işlerin gelirinin de daha düşük olduğu şeklinde genişletmektedir.

Ekonomik durum konusunda en sık karşılaşılan orta cevabı ve Diyarbakır'da karşılaşılan nispeten düşük ortalama göz önüne alındığında, iki örneklemde de ve özellikle Diyarbakır'da hane reislerinin ekonomik durum konusunda tatmin olmadıkları, bunun genel bir ruhsal baskı unsuru olduğu değerlendirmesi yapılabilir. Aşağıda ekonomik koşulların diğer ruhsal etkileri incelenmiş ve benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

*Tablo 4.23. İşler Dışında Gelir Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | İşler Dışında Geliri Var Mı? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 | Sayı | 4 | 49 | 53 |
| | | % | 7,5 | 92,5 | 100 |
| | 3 | Sayı | 4 | 39 | 43 |
| | | % | 9,3 | 90,7 | 100 |
| | 4 | Sayı | 1 | 7 | 8 |
| | | % | 12,5 | 87,5 | 100 |
| | 5 | Sayı | 4 | 24 | 28 |
| | | % | 14,3 | 85,7 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 13 | 119 | 132 |
| | | % | **9,8** | **90,2** | **100** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 2 | 34 | 36 |
| | | % | 5,6 | 94,4 | 100 |
| | 3 | Sayı | 6 | 19 | 25 |
| | | % | 24 | 76 | 100 |
| | 4 | Sayı | 1 | 17 | 18 |
| | | % | 5,6 | 94,4 | 100 |
| | 5 | Sayı | 4 | 56 | 60 |
| | | % | 6,7 | 93,3 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 13 | 126 | 139 |
| | | % | **9,4** | **90,6** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Geneli | 2 | Sayı | 6 | 83 | 89 |
| | | % | 6,7 | 93,3 | 100 |
| | 3 | Sayı | 10 | 58 | 68 |
| | | % | 14,7 | 85,3 | 100 |
| | 4 | Sayı | 2 | 24 | 26 |
| | | % | 7,7 | 92,3 | 100 |
| | 5 | Sayı | 8 | 80 | 88 |
| | | % | 9,1 | 90,9 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 26 | 245 | 271 |
| | | % | **9,6** | **90,4** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

İşler dışında gelirin bulunup bulunmadığı, hane reisi üzerindeki ekonomik sorumluluğun derecesi üzerine yorum yapabilmek için incelenmiştir. Her iki örneklemde de hane reislerinin büyük bölümünün ek bir geliri yoktur, ancak Ankara'da ek gelire sahip olma oranı Diyarbakır'dakinden daha yüksektir. Bu durumda iki kentte de hane reisi tek ekonomik kaynağa sahip olduğundan ve daha çok baskı altındadır ve bu durum Diyarbakır'da nispeten daha sık görülmektedir. Diyarbakır'da düzensiz işçilerin yoğunlaştığı gerçeği de dikkate alındığında Diyarbakır'da gelir güvencesinin önemli sorun olduğu ortaya çıkmaktadır.

*Tablo 4.24. Vasıflılık Durumuna Göre ve İşler Dışında Gelir Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | İşler Dışında Geliri Var mı? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 ve 4 | Sayı | 5 | 56 | 61 |
| | | % | 8,1 | 91,8 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 8 | 63 | 71 |
| | | % | 11,2 | 88,7 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 13 | 119 | 132 |
| | | % | **9,8** | **90,1** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 4 | Sayı | 3 | 51 | 54 |
| | | % | 5,5 | 94,4 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 10 | 75 | 85 |
| | | % | 11,7 | 88,2 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 13 | 126 | 139 |
| | | % | **9,3** | **90,6** | **100** |
| Ankara Diyarbakır Toplamı | 2 ve 4 | Sayı | 8 | 107 | 115 |
| | | % | 6,9 | 93 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 18 | 138 | 156 |
| | | % | 11,5 | 88,4 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 26 | 245 | 271 |
| | | % | **9,5** | **90,4** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Vasıflılık durumu ile ek gelire sahip olma durumu birlikte ele alındığında vasıfsız çalışanların ek gelire sahip olma oranının iki ilde de daha yüksek olduğu görülür.

*Tablo 4.25. Düzenli Çalışma Durumuna Göre ve İşler Dışında Gelir Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | İşler Dışında Geliri Var mı? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 8 | 88 | 96 |
| | | % | 8,3 | 91,6 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 5 | 31 | 36 |
| | | % | 13,8 | 86,1 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 13 | 119 | 132 |
| | | % | **9,8** | **90,1** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 8 | 53 | 61 |
| | | % | 13,1 | 86,8 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 5 | 73 | 78 |
| | | % | 6,4 | 93,5 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 13 | 126 | 139 |
| | | % | **9,3** | **90,6** | **100** |
| Ankara Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 16 | 141 | 157 |
| | | % | 10,1 | 89,8 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 10 | 104 | 114 |
| | | % | 8,7 | 91,2 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 26 | 245 | 271 |
| | | % | **9,5** | **90,4** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Düzenli çalışma ve ek gelire sahip olma arasındaki ilişki iller arasında farklılık göstermektedir. Ankara'da düzensiz çalışanlar daha yüksek oranda ek gelire sahip iken Diyarbakır'da düzenli çalışanlar içinde ek gelire sahip olma oranı daha yüksektir. Bu durum Diyarbakır'daki düzensiz çalışanların ekonomik kaynağa sahip olmamaktan ötürü daha fazla baskı altında olabileceğini gösterir. Ankara'da düzenli çalışanların Diyarbakır'dakilere oranla daha az ek gelire sahip olması bu kategorideki çalışanların zaman yetersizliğinden dolayı ek iş yapamadı gibi köyle ve ya akrabalarla ilişkilerin Diyarbakır'a oranla daha düşük olmasıyla da açıklanabilir.

*Tablo 4.26. Ek İş Arama Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane Reisi Ek İş Arıyor Mu? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 | Sayı | 12 | 41 | 53 |
| | | % | 22,6 | 77,4 | 100 |
| | 3 | Sayı | 8 | 33 | 41 |
| | | % | 19,5 | 80,5 | 100 |
| | 4 | Sayı | 3 | 5 | 8 |
| | | % | 37,5 | 62,5 | 100 |
| | 5 | Sayı | 9 | 18 | 27 |
| | | % | 33,3 | 66,7 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 32 | 97 | 129 |
| | | % | **24,8** | **75,2** | **100** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 5 | 29 | 34 |
| | | % | 14,7 | 85,3 | 100 |
| | 3 | Sayı | 5 | 17 | 22 |
| | | % | 22,7 | 77,3 | 100 |
| | 4 | Sayı | 8 | 9 | 17 |
| | | % | 47,1 | 52,9 | 100 |
| | 5 | Sayı | 16 | 29 | 45 |
| | | % | 35,6 | 64,4 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 34 | 84 | 118 |
| | | % | **28,8** | **71,2** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 17 | 70 | 87 |
| | | % | 19,5 | 80,5 | 100 |
| | 3 | Sayı | 13 | 50 | 63 |
| | | % | 20,6 | 79,4 | 100 |
| | 4 | Sayı | 11 | 14 | 25 |
| | | % | 44 | 56 | 100 |
| | 5 | Sayı | 25 | 47 | 72 |
| | | % | 34,7 | 65,3 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 66 | 181 | 247 |
| | | % | **26,7** | **73,3** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Ek iş arama durumu yine ekonomik tatminsizliğin oranını verirken, aynı zamanda işin kendisinden memnun olmama durumunu gösterebilir. Düzensiz işçi sınıflarının ek iş arama oranlarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Oranlar Diyarbakır'da Ankara'ya göre yine yüksektir.

*Tablo 4.27. Vasıflılık Durumuna Göre ve Ek İş Arama Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane Reisi Ek İş Arıyor Mu? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 ve 4 | Sayı | 15 | 46 | 61 |
| | | % | 24,5 | 75,4 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 17 | 51 | 68 |
| | | % | 25 | 75 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 32 | 97 | 129 |
| | | % | **24,8** | **75,1** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 4 | Sayı | 13 | 38 | 51 |
| | | % | 25,4 | 74,5 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 21 | 46 | 67 |
| | | % | 31,3 | 68,6 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 34 | 84 | 118 |
| | | % | **28,8** | **71,1** | **100** |
| Ankara Diyarbakır Toplamı | 2 ve 4 | Sayı | 28 | 84 | 112 |
| | | % | 25 | 75 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 38 | 97 | 135 |
| | | % | 28,1 | 71,8 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 66 | 181 | 247 |
| | | % | **26,7** | **73,2** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Vasıf sahibi olma, ek iş arama ölçütüne göre Ankara örneklemi ve iki kent genellemesi için belirleyici bir değişken değildir. Ancak Diyarbakır'da vasıfsız çalışanların ek iş arama oranı daha yüksektir. Bu durum Diyarbakır'daki vasıflı çalışmanın iş ve gelir durumu memnuniyetinde daha belirleyici olduğu şeklinde yorumlanabilir.

*Tablo 4.28. Düzenli Çalışma Durumuna Göre ve Ek İş Arama Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane Reisi Ek İş Arıyor Mu? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 20 | 74 | 94 |
| | | % | 21,2 | 78,7 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 12 | 23 | 35 |
| | | % | 34,2 | 65,7 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 32 | 97 | 129 |
| | | % | **24,8** | **75,1** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 10 | 46 | 56 |
| | | % | 17,8 | 82,1 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 24 | 38 | 62 |
| | | % | 38,7 | 61,2 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 34 | 84 | 118 |
| | | % | **28,8** | **71,1** | **100** |
| Ankara Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 30 | 120 | 150 |
| | | % | 20 | 80 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 36 | 61 | 97 |
| | | % | 37,1 | 62,8 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 66 | 181 | 247 |
| | | % | **26,7** | **73,2** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Düzenli çalışma durumuna göre ek iş arama eğilimi incelendiğinde, beklenildiği üzere, iki ilde de düzensiz çalışanların ek iş arama oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum düzensiz çalışanların daha düşük gelire sahip olmasından, ve düzenli çalışanlara kıyasla daha fazla zamanları olmasından kaynaklanmaktadır. Her iki ilde de düzenli çalışanlar arasında ek iş arama oranı da yüksek çıkmıştır, dolayısıyla düzenli işe sahip olanların da gelir durumu yeterli değildir.

*Tablo 4.29. İşsiz Kalma Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane Reisi Son 1 Yıl İçinde İşsiz Kaldı Mı? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 | Sayı | 14 | 41 | 55 |
| | | % | 25,5 | 74,5 | 100 |
| | 3 | Sayı | 8 | 35 | 43 |
| | | % | 18,6 | 81,4 | 100 |
| | 4 | Sayı | 8 | 0 | 8 |
| | | % | 100 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 23 | 5 | 28 |
| | | % | 82,1 | 17,9 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 53 | 81 | 134 |
| | | % | **39,6** | **60,4** | **100** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 13 | 23 | 36 |
| | | % | 36,1 | 63,9 | 100 |
| | 3 | Sayı | 8 | 16 | 24 |
| | | % | 33,3 | 66,7 | 100 |
| | 4 | Sayı | 16 | 2 | 18 |
| | | % | 88,9 | 11,1 | 100 |
| | 5 | Sayı | 52 | 11 | 63 |
| | | % | 82,5 | 17,5 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 87 | 54 | 141 |
| | | % | **61,7** | **38,3** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 27 | 64 | 91 |
| | | % | 29,67 | 70,32 | 100 |
| | 3 | Sayı | 16 | 51 | 66 |
| | | % | 24,24 | 77,27 | 100 |
| | 4 | Sayı | 24 | 2 | 26 |
| | | % | 92,30 | 7,69 | 100 |
| | 5 | Sayı | 75 | 16 | 91 |
| | | % | 82,41 | 17,58 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 140 | 145 | 285 |
| | | % | **49,12** | **50,87** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

İşsiz kalma durumu hane reisi üzerinde baskı yaratıcı diğer bir unsurdur. Son bir yılda işsiz kalma oranları iki kentte de yüksektir. Ancak Diyarbakır'da işsiz kalma oranı Ankara'ya nispeten belirgin şekilde daha yüksektir

*Tablo 4.30. Vasıflılık Durumuna Göre ve İşsiz Kalma Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane Reisi Son 1 Yıl İçinde İşsiz Kaldı Mı? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 ve 4 | Sayı | 22 | 41 | 63 |
| | | % | 34,9 | 65,0 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 31 | 40 | 71 |
| | | % | 43,6 | 56,3 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 53 | 81 | 134 |
| | | % | **39,5** | **60,4** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 4 | Sayı | 29 | 25 | 54 |
| | | % | 53,7 | 46,2 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 60 | 27 | 87 |
| | | % | 68,9 | 31,0 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 89 | 52 | 141 |
| | | % | **63,1** | **36,8** | **100** |
| Ankara Diyarbakır Toplamı | 2 ve 4 | Sayı | 51 | 66 | 117 |
| | | % | 43,5 | 56,4 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 91 | 67 | 158 |
| | | % | 57,5 | 42,4 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 142 | 145 | 275 |
| | | % | **49,4** | **50,5** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Her iki ilde de vasıfsız çalışanların daha fazla işsiz kalma riski olduğu görülmektedir. Bu beklenilen bir durumdur ve vasıflılığın iş sürekliliğini sağlamakta önemli bir etmen olduğunu kanıtlar yöndedir.

*Tablo 4.31. Düzenli Çalışma Durumuna Göre ve İşsiz Kalma Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Hane Reisi Son 1 Yıl İçinde İşsiz Kaldı Mı? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 22 | 76 | 98 |
| | | % | 22,4 | 77,5 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 31 | 5 | 36 |
| | | % | 86,1 | 13,8 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 53 | 81 | 134 |
| | | % | **39,5** | **60,4** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 21 | 39 | 60 |
| | | % | 35 | 65 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 68 | 13 | 81 |
| | | % | 83,9 | 16,0 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 89 | 52 | 141 |
| | | % | **63,1** | **36,8** | **100** |
| Ankara Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 43 | 127 | 170 |
| | | % | 27,2 | 80,3 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 99 | 18 | 117 |
| | | % | 84,6 | 15,3 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 142 | 145 | 287 |
| | | % | **49,4** | **50,5** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Her iki örneklemde de beklendiği gibi, son bir yıl içinde işsiz kalma oranının en yüksek çıktığı sınıflar düzensiz çalışanlardır. Ancak ilgi çekici olan, düzenli ve kendi hesabına çalışan sınıflarda işsiz kalma oranlarının oldukça yüksek olmasıdır.

Ayrıca düzensiz çalışmanın işsiz kalma açısından vasıfsız çalışmaktan daha belirleyici bir etmen olduğu görülmektedir.

### *4.2.2.2. Sınıfsal Konumun Hane Genelinin Sağlık Durumuna Etkileri*

Alan çalışmamızda hane halkının geneli için ele alınması gereken bazı veriler elde edilmiştir. Bunlar arasında yer alan beslenme bilgileri ve yardım alma durumunun yanı sıra hanede toplam sürekli hastalığı bulunan kişi sayısı bu bölümde sınıfsal konumla ilişkilendirilmeye çalışılacaktır.

*Tablo 4.32. Beslenme Alışkanlıkları*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Ağırlıklı Olarak Tüketilen Besin Maddesi | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Bakliyat | Ekmek-Hamur İşi | Sebze-Meyve | Et | Dengeli | Kahvaltılık Yiyecekler | |
| Ankara | 2 | Sayı | 9 | 1 | 38 | 0 | 6 | 0 | 54 |
| | | % | 16,7 | 1,9 | 70,4 | 0 | 11,1 | 0 | 100 |
| | 3 | Sayı | 11 | 1 | 23 | 1 | 3 | 0 | 39 |
| | | % | 28,2 | 2,6 | 59 | 2,6 | 7,7 | 0 | 100 |
| | 4 | Sayı | 3 | 1 | 4 | 0 | 0 | 0 | 8 |
| | | % | 37,5 | 12,5 | 50 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 7 | 0 | 17 | 0 | 1 | 0 | 25 |
| | | % | 28 | 0 | 68 | 0 | 4 | 0 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 30 | 3 | 82 | 1 | 10 | 0 | 126 |
| | | % | **23,8** | **2,4** | **65,1** | **0,8** | **7,9** | **0** | **100** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 9 | 1 | 19 | 0 | 4 | 1 | 34 |
| | | % | 26,5 | 2,9 | 55,9 | 0 | 11,8 | 2,9 | 100 |
| | 3 | Sayı | 1 | 3 | 14 | 0 | 6 | 0 | 24 |
| | | % | 4,2 | 12,5 | 58,3 | 0 | 25 | 0 | 100 |
| | 4 | Sayı | 4 | 2 | 10 | 0 | 1 | 0 | 17 |
| | | % | 23,5 | 11,8 | 58,8 | 0 | 5,9 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 19 | 6 | 28 | 0 | 7 | 1 | 61 |
| | | % | 31,1 | 9,8 | 45,9 | 0 | 11,5 | 1,6 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 33 | 12 | 71 | 0 | 18 | 2 | 136 |
| | | % | **24,3** | **8,8** | **52,2** | **0,0** | **13,2** | **1,5** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 18 | 2 | 57 | 0 | 10 | 1 | 88 |
| | | % | 20,5 | 2,3 | 64,8 | 0,0 | 11,4 | 1,1 | 100 |
| | 3 | Sayı | 12 | 4 | 37 | 1 | 9 | 0 | 63 |
| | | % | 19,0 | 6,3 | 58,7 | 1,6 | 14,3 | 0 | 100 |
| | 4 | Sayı | 7 | 3 | 14 | 0 | 1 | 0 | 25 |
| | | % | 28 | 12 | 56 | 0 | 4 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 26 | 6 | 45 | 0 | 8 | 1 | 86 |
| | | % | 30,2 | 7,0 | 52,3 | 0,0 | 9,3 | 1,2 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 63 | 15 | 153 | 0 | 28 | 2 | 262 |
| | | % | **38,9** | **9,3** | **58,3** | **0,0** | **17,3** | **1,2** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Yukarıdaki tabloda hane reisinin eşinin ağırlıklı olarak tüketilen besin hakkındaki bildirimiyle hazırlanmıştır. Her iki örneklemde de en çok tüketilen besin maddesi mey ve -sebzedir, bunu bakliyat tüketimi izlemektedir. Her gıdadan eşit ölçüde tükettiğini belirtenlerin oranı Ankara'da 8,0 Diyarbakır'da 12,2'dir. Ağırlıklı olarak tüketilen besin maddeleri ile sınıf durumu arasında ilişki kurmak mümkündür.

*Tablo 4.33. Vasıflılık Durumuna Göre ve Beslenme Alışkanlıkları*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Ağırlıklı Olarak Tüketilen Besin Maddesi | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Bakliyat | Ekmek-Hamur İşi | Sebze-Mey ve | Et | Dengeli | Kahvaltılık Yiyecekler | |
| Ankara | 2 ve 4 | Sayı | 12 | 2 | 42 | 0 | 6 | 0 | 62 |
| | | % | 19,3 | 3,2 | 67,7 | 0 | 9,6 | 0 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 18 | 1 | 40 | 1 | 4 | 0 | 64 |
| | | % | 28,1 | 1,5 | 62,5 | 1,5 | 6,2 | 0 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 30 | 3 | 82 | 1 | 10 | 0 | 126 |
| | | % | **23,8** | **2,3** | **65,0** | **0,7** | **7,9** | **0** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 4 | Sayı | 13 | 3 | 29 | 0 | 5 | 1 | 51 |
| | | % | 25,4 | 5,8 | 56,8 | 0 | 9,8 | 1,9 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 20 | 9 | 42 | 0 | 13 | 1 | 85 |
| | | % | 23,5 | 10,5 | 49,4 | 0 | 15,2 | 1,1 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 33 | 12 | 71 | 0 | 18 | 2 | 136 |
| | | % | **24,2** | **8,8** | **52,2** | **0** | **13,2** | **1,4** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 ve 4 | Sayı | 25 | 5 | 71 | 0 | 11 | 1 | 113 |
| | | Sınıfı İçi % | 22,1 | 4,4 | 62,8 | 0 | 9,7 | 0,8 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 38 | 10 | 82 | 1 | 17 | 1 | 149 |
| | | % | 25,5 | 6,7 | 55,0 | 0,6 | 11,4 | 0,6 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 63 | 15 | 153 | 1 | 28 | 2 | 262 |
| | | % | **24,0** | **5,7** | **58,3** | **0,3** | **10,6** | **0,7** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Ankara'da vasıflı çalışanların ailelerinde dengeli beslenme ve sebze mey ve tüketimi oranı vasıfsız çalışanların ailelerinden daha yüksek, bakliyat tüketimi ise daha düşük çıkmıştır.Diyarbakır'da ise oranlar arası farklar çok büyük olmadığı gibi vasıfsız çalışanların ailelerinde dengeli beslenme bildirimi daha yüksek orandadır. Bu sonuç öngörmediğimiz durumdur.

*Tablo 4.34.Düzenli Çalışma Durumuna Göre Beslenme Alışkanlıkları*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Ağırlıklı Olarak Tüketilen Besin Maddesi | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Bakliyat | Ekmek-Hamur İşi | Sebze-Meyve | Et | Dengeli | Kahvaltılık Yiyecekler | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 20 | 2 | 61 | 1 | 9 | 0 | 93 |
| | | % | 21,5 | 2,1 | 65,5 | 1,0 | 9,6 | 0 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 10 | 1 | 21 | 0 | 1 | 0 | 33 |
| | | % | 30,3 | 3,0 | 63,6 | 0 | 3,0 | 0 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 30 | 3 | 82 | 1 | 10 | 0 | 126 |
| | | % | **23,8** | **2,3** | **65** | **0,7** | **7,9** | **0** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 10 | 4 | 33 | 0 | 10 | 1 | 58 |
| | | % | 17,2 | 6,8 | 56,8 | 0 | 17,2 | 1,7 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 23 | 8 | 38 | 0 | 8 | 1 | 78 |
| | | % | 29,4 | 10,2 | 48,7 | 0 | 10,2 | 1,2 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 33 | 12 | 71 | 0 | 18 | 2 | 136 |
| | | % | **24,2** | **8,8** | **52,2** | **0** | **13,2** | **1,4** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 30 | 6 | 94 | 1 | 19 | 1 | 151 |
| | | % | 19,8 | 3,9 | 62,2 | 0,6 | 12,5 | 0,6 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 33 | 9 | 59 | 0 | 9 | 1 | 111 |
| | | % | 29,7 | 8,1 | 53,1 | 0 | 8,1 | 0,9 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 63 | 15 | 153 | 1 | 28 | 2 | 262 |
| | | % | **24** | **5,7** | **58,3** | **0,3** | **10,6** | **0,7** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Düzenli çalışma durumu ise Ankara örneklemi açısından belirleyici değilken Diyarbakır'da düzenli çalışan ailelerin daha sağlıklı beslenebildiği görülmektedir. Bu iki tablo birlikte yorumlandığında Ankara'da vasıflılığın Diyarbakır'da ise düzenli çalışmanın beslenme üzerinde etkili olduğu görülmektedir.

*Tablo 4.35. Sosyal Yardımlardan Yararlanma*

| Kent | Sınıfsal Konum | | En Az Bir Kurumdan Yardım Alıyor Mu? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 | Sayı | 14 | 42 | 56 |
| | | % | 25 | 75 | 100 |
| | 3 | Sayı | 19 | 25 | 44 |
| | | % | 43,1 | 56,8 | 100 |
| | 4 | Sayı | 7 | 1 | 8 |
| | | % | 87,5 | 12,5 | 100 |
| | 5 | Sayı | 18 | 10 | 28 |
| | | % | 64,2 | 35,7 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 58 | 78 | 136 |
| | | % | **42,6** | **57,3** | **100** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 5 | 32 | 37 |
| | | % | 13,5 | 86,4 | 100 |
| | 3 | Sayı | 4 | 22 | 26 |
| | | % | 15,3 | 84,6 | 100 |
| | 4 | Sayı | 3 | 15 | 18 |
| | | % | 16,6 | 83,3 | 100 |
| | 5 | Sayı | 17 | 46 | 63 |
| | | % | 26,9 | 73 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 29 | 115 | 144 |
| | | % | **20,1** | **79,8** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Genel | 2 | Sayı | 19 | 74 | 93 |
| | | % | 20,4 | 79,5 | 100 |
| | 3 | Sayı | 23 | 47 | 70 |
| | | % | 32,8 | 67,1 | 100 |
| | 4 | Sayı | 10 | 16 | 26 |
| | | % | 38,4 | 61,5 | 100 |
| | 5 | Sayı | 35 | 56 | 91 |
| | | % | 38,4 | 61,5 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 87 | 193 | 280 |
| | | % | **31,0** | **68,9** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Yardım alabilme durumu gelir durumu düşük olan her iki mahalle için de ekonomik bir güvence sağlayarak hane reisi üzerindeki baskıyı azaltabilen bir etkendir. Burada belirtilmesi gereken bir nokta, ele aldığımız mahalleler için yardım alma oranının düşüklüğünü yardıma daha az ihtiyaç duymak şeklinde yorumlamanın mümkün olmadığıdır.

Yardım alma oranları arasındaki temel fark iller arasında gözlenmektedir. Ankara'da toplam yardım alma oranı ile Diyarbakır arasında büyük fark görülmektedir, Ankara'da hanelerin neredeyse yarısı yardımlara erişebilirken, Diyarbakır'da bu oran % 20'lerdedir.

*Tablo 4.36. Vasıflılık Durumuna Göre Sosyal Yardımlardan Yararlanma*

| Kent | Sınıfsal Konum | | En Az Bir Kurumdan Yardım Alıyor Mu? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 ve 4 | Sayı | 21 | 43 | 64 |
| | | % | 32,8 | 67,1 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 37 | 35 | 72 |
| | | % | 59,6 | 56,4 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 58 | 78 | 136 |
| | | % | **42,6** | **57,3** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 4 | Sayı | 8 | 47 | 55 |
| | | % | 14,5 | 85,4 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 21 | 68 | 89 |
| | | % | 23,5 | 76,4 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 29 | 115 | 144 |
| | | % | **20,1** | **79,8** | **100** |
| Ankara Diyarbakır Toplamı | 2 ve 4 | Sayı | 29 | 90 | 119 |
| | | % | 24,3 | 75,6 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 58 | 103 | 161 |
| | | % | 36,0 | 63,9 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 87 | 193 | 280 |
| | | % | **31,0** | **68,9** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

İki ilde de vasıfsız çalışanlar daha yüksek oranda yardım almaktadır, ancak Diyarbakır'da yardım alma miktarı daha düşük olduğu gibi vasıflı olma ile yardım alma durumu arasındaki ilişki Ankara'daki kadar belirgin değildir.

*Tablo 4.37.Düzenli Çalışma Durumuna Göre Sosyal Yardımlardan Yararlanma*

| Kent | Sınıfsal Konum | | En Az Bir Kurumdan Yardım Alıyor Mu? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 33 | 67 | 100 |
| | | % | 33 | 67 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 25 | 11 | 36 |
| | | % | 69,4 | 30,5 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 58 | 78 | 136 |
| | | % | **42,6** | **57,3** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 9 | 54 | 63 |
| | | % | 14,2 | 85,7 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 20 | 61 | 81 |
| | | % | 24,6 | 75,3 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 29 | 115 | 144 |
| | | % | **20,1** | **79,8** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 42 | 121 | 163 |
| | | % | 25,7 | 74,2 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 45 | 72 | 117 |
| | | % | 38,4 | 61,5 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 87 | 193 | 280 |
| | | % | **31** | **68,9** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Her iki örneklemde de ekonomik yardım alma oranının en yüksek olduğu sınıflar düzensiz çalışanlardır. Bu durum bu sınıfların ekonomik güvenceleri daha düşük olduğu için yardıma erişme şanslarının daha yüksek oluşuyla açıklanabilir.

*Tablo 4.38. Hane Başına Ortalama Sürekli Hastalık Sayısı*

| | | Ankara | Diyarbakır | Ankara ve Diyarbakır Toplamı |
|---|---|---|---|---|
| Sınıfsal Konum | 2 | 0.85 | 2,29 | 1,57 |
| | 3 | 1,18 | 1,53 | 1,35 |
| | 4 | 0,62 | 1,33 | 0,97 |
| | 5 | 1,21 | 1,9 | 1,55 |
| Genel | | **0,96** | **1,76** | **1,36** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Ankara'da hane başına ortalama sürekli hastalik sayısı genel ortalamada 0,96 iken Diyarbakır'da bu oran %1,76 ile Ankara ortalamasının iki katına yakındır.

Ankara'da sürekli hastalık sayısı ile sınıfsal yapı arasındaki ilişki Diyarbakır'dakinden daha belirgindir. Yine de sınıfsal konum ve hastalık sayısı arasında belirgin bir ilişki görülmemekte, kentler arasındaki fark göze çarpmaktadır.

### *4.2.2.3. Sınıfsal Konumun Bireylerin Beden ve Ruh Sağlığına Etkileri*

Daha önce belirttiğimiz gibi, sınıfsal konumun sağlık sorunları üzerindeki etkileri sadece hastalıklar ve sakatlıkların ölçülmesiyle elde edilemez. Sınıfsal yaklaşım sağlık ile ilgili sosyal hizmetlere erişimin de değerlendirilmesinin gerektirmektedir. Bu nedenle bu bölümde bireylerin sağlık sorunları iki başlık altında incelenecek, önce bedensel ve ruhsal sağlık durumu, sonra sosyal güvence ve sağlık hizmetleri sınıf boyutlarıyla ele alınacaktır.

Kişinin genel beden sağlığı değerlendirmesi, bireylerin kendi sağlıkları hakkındaki görüşlerinin ifade etmektedir. Bu veri bir taraftan kişilerin sağlık durumu hakkında bilgi verirken, diğer taraftan sağlık durumunu etkileyen bir etmen olarak ele alınmalıdır. Kişinin sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği, diğer bir deyişle bedensel yönden kendini nasıl hissettiği, sağlık durumunu olumlu ve ya olumsuz etkileyebilmektedir.

Kişinin beden sağlığının genel durumu hakkında kendi bildirimi ele alındığında, Ankara genelinde en sık alınan cevabın İyi olduğu. Orta ve Kötü cevabının azalarak bunu takip ettiği, Çok İyi ve Çok Kötü cevaplarının çok küçük oranlarda alındığı görülmektedir. Ayrıca çalışan sınıflar arasında sınıfsal konum düştükçe Kötü cevabının arttığı görülmektedir. Diyarbakır'da da kişilerin bedensel sağlık durumlarıyla ilgili değerlendirmeleri İyi yönünde yoğunlaşırken, Kötü cevabının oranında artış görülmektedir. Ayrıca Ankara'dan farklı olarak Kötü cevabının sınıfsal olarak anlamlı dağılmadığı görülmektedir.

*Tablo 4.39. Ortalama Beden Sağlığı Bildirimi*

| | | Ankara | Diyarbakır | Ankara ve Diyarbakır Toplamı |
|---|---|---|---|---|
| Sınıfsal Konum | 2 | 2,92 | 3,2 | 3,06 |
| | 3 | 3,52 | 2,77 | 3,14 |
| | 4 | 3,6 | 3,55 | 3,57 |
| | 5 | 3,49 | 3,15 | 3,32 |
| **Genel** | | **3,38** | **3,16** | **3,27** |

Sınıflar içinde beden sağlığı bildirimi ortalamalarına bakarsak iki kentte de anlamlı bir sınıf sağlık ilişkisi görülmemektedir. Böyle öznel bir değerlendirme sonucunda sınıflar arasında büyük farklılıkların bulunmaması şaşırtıcı değildir. Ankara ve Diyarbakır arasındaki farklılığın sınıflar arasındaki farklardan daha çarpıcı olması, bulunulan sosyal çevrenin genel sınıfsal konumunun, bireysel sınıf konumundan daha etkili olabileceğini tekrar ifade etmektedir. Daha önce de belirttiğimiz gibi Ankara'da 2., Diyarbakır'da ise 5. sınıfın yoğunlaşması, iki örneklem arasında genel bir sınıfsal konum farklılığını ortaya koymaktadır.

Kişilerin sağlık durumu hakkında daha nesnel bir değerlendirme yapılması gerekirse, son altı ay içinde geçirilen rahatsızlıkların ve sürekli hastalıkların dağılımına bakmak gerekecektir.

*Tablo 4.40. Son 6 Ay İçinde Rahatsızlık Geçirme Durumu*

| | Sınıfsal Konum | | Kişi Son 6 Ay İçinde Rahatsızlık Geçirdi Mi? | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | Cevapsız | |
| Ankara | 2 | Sayı | 84 | 141 | 2 | 227 |
| | | % | 37 | 62,1 | 0,9 | 100 |
| | 3 | Sayı | 69 | 119 | 1 | 189 |
| | | % | 36,5 | 63 | 0,5 | 100 |
| | 4 | Sayı | 17 | 13 | 8 | 38 |
| | | % | 44,7 | 34,2 | 21,1 | 100 |
| | 5 | Sayı | 45 | 61 | 20 | 126 |
| | | % | 35,7 | 48,4 | 15,9 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 215 | 334 | 31 | 580 |
| | | % | **37,0** | **57,5** | **5,3** | **100** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 82 | 136 | 20 | 238 |
| | | % | 34,5 | 57,1 | 8,4 | 100 |
| | 3 | Sayı | 59 | 74 | 18 | 151 |
| | | % | 39,1 | 49 | 11,9 | 100 |
| | 4 | Sayı | 38 | 65 | 0 | 103 |
| | | % | 36,9 | 63,1 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 110 | 246 | 45 | 401 |
| | | % | 27,4 | 61,3 | 11,2 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 289 | 521 | 87 | 893 |
| | | % | **32,3** | **58,3** | **9,7** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 166 | 277 | 22 | 465 |
| | | % | 35,6 | 59,5 | 4,7 | 100 |
| | 3 | Sayı | 128 | 193 | 19 | 340 |
| | | % | 37,6 | 56,7 | 5,5 | 100 |
| | 4 | Sayı | 55 | 78 | 8 | 141 |
| | | % | 39,0 | 55,3 | 5,6 | 100 |
| | 5 | Sayı | 165 | 307 | 65 | 527 |
| | | % | 31,3 | 58,2 | 12,3 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 504 | 855 | 128 | 1473 |
| | | % | **45,5** | **77,2** | **11,5** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Kişinin son 6 ay içerisinde rahatsızlık geçirip geçirmediğine göre oluşturulan bu tablo sınıfsal konum ile yakın zamanda rahatsızlık geçirme arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymaktadır. Oranları incelendiğinde Evet diyenlerin oranının sınıfsal bir bağıntı öne sürülemeyecek şekilde dağıldığını görülmektedir. Dikkati çeken bir nokta soruya cevapsızlık oranının yüksek oluşudur.

*Tablo 4.41. Sürekli Hastalık Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişinin Sürekli Hastalığı Var Mı? | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | Cevapsız | |
| Ankara | 2 | Sayı | 51 | 174 | 2 | 227 |
| | | % | 22,5 | 76,7 | 0,9 | 100 |
| | 3 | Sayı | 49 | 123 | 17 | 189 |
| | | % | 25,9 | 65,1 | 9 | 100 |
| | 4 | Sayı | 6 | 32 | 0 | 38 |
| | | % | 15,8 | 84,2 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 34 | 85 | 7 | 126 |
| | | % | 27 | 67,5 | 5,6 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 140 | 414 | 26 | 590 |
| | | % | **24,1** | **71,3** | **4,48** | **100** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 96 | 131 | 11 | 238 |
| | | % | 40,3 | 55 | 4,6 | 100 |
| | 3 | Sayı | 48 | 100 | 3 | 151 |
| | | % | 31,8 | 66,2 | 2 | 100 |
| | 4 | Sayı | 36 | 64 | 3 | 103 |
| | | % | 35 | 62,1 | 2,9 | 100 |
| | 5 | Sayı | 143 | 249 | 9 | 401 |
| | | % | 35,7 | 62,1 | 2,2 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 323 | 544 | 26 | 893 |
| | | % | **36,1** | **60,9** | **2,9** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 147 | 305 | 13 | 465 |
| | | % | 31,6 | 65,5 | 2,7 | 100 |
| | 3 | Sayı | 97 | 223 | 20 | 340 |
| | | % | 28,5 | 65,5 | 5,8 | 100 |
| | 4 | Sayı | 42 | 96 | 3 | 141 |
| | | % | 29,7 | 68,0 | 2,1 | 100 |
| | 5 | Sayı | 177 | 334 | 16 | 527 |
| | | % | 33,5 | 63,3 | 3,0 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 463 | 958 | 52 | 1473 |
| | | % | **31,4** | **65,0** | **3,5** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Kişinin sürekli hastalığı olup olmadığına ilişkin bu tabloda yine sınıfla ilişkilendirilemeyecek bir dağılım görmekteyiz. Ancak sürekli hastalık oranının Diyarbakır'da Ankara'ya göre yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Ankara'da sürekli hastalığı olanların oranı % 24,1 iken Diyarbakır'da bu oran %36,1'dir. Burada da Ankara'daki örneklemin sınıfsal konumunun genel olarak Diyarbakır'dan daha yüksek oluşunun etkisi görülmektedir.

*Tablo 4.42. Son 3 Yıl İçinde Ameliyat Olma Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişi Son 3 Yıl İçinde Ameliyat Oldu mu? | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | Cevapsız | |
| Ankara | 2 | Sayı | 29 | 184 | 14 | 227 |
| | | % | 12,8 | 81,1 | 6,2 | 100 |
| | 3 | Sayı | 23 | 126 | 40 | 189 |
| | | % | 12,2 | 66,7 | 21,2 | 100 |
| | 4 | Sayı | 5 | 25 | 8 | 38 |
| | | % | 13,2 | 65,8 | 21,1 | 100 |
| | 5 | Sayı | 9 | 87 | 30 | 126 |
| | | % | 7,1 | 69 | 23,8 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 66 | 422 | 92 | 580 |
| | | % | **11,4** | **72,8** | **15,9** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 19 | 213 | 6 | 238 |
| | | % | 8 | 89,5 | 2,5 | 100 |
| | 3 | Sayı | 4 | 147 | 0 | 151 |
| | | % | 2,6 | 97,4 | 0 | 100 |
| | 4 | Sayı | 5 | 98 | 0 | 103 |
| | | % | 4,9 | 95,1 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 16 | 348 | 37 | 401 |
| | | % | 4 | 86,8 | 9,2 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 44 | 806 | 43 | 893 |
| | | % | **4,7** | **90** | **5,4** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 48 | 397 | 20 | 465 |
| | | % | 10,3 | 85,4 | 4,3 | 100,0 |
| | 3 | Sayı | 27 | 273 | 40 | 340 |
| | | % | 7,9 | 80,3 | 11,8 | 100.0 |
| | 4 | Sayı | 10 | 123 | 8 | 141 |
| | | % | 7,1 | 87,2 | 5,7 | 100,0 |
| | 5 | Sayı | 25 | 435 | 67 | 527 |
| | | % | 4,7 | 82,5 | 12,7 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 110 | 1228 | 135 | 1473 |
| | | % | **7,5** | **83,4** | **9,2** | **100,0** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Ameliyat olma oranı Ankara'da 11.4 iken Diyarbakır'da 4,7'dir. Bunun ve sebebi Ankara'da tam teşekküllü hastane sayısının daha fazla olması olabilir. Ankara hastalıkların tedavisi konusunda Türkiye'de bir merkez niteliğindedir. Diyarbakır'daki kişi için ise ameliyat İstanbul'a ve ya Ankara'ya gelmesini gerektirebilecek bir durum olduğundan ameliyat gerekli olsa bile gerçekleştirilmesi daha zor ve masraflıdır.

Tablolar sınıfsal farklılık üzerinden incelendiğinde bir takım ilişkiler görülmektedir. Ankara'da 2.,3. ve 4. sınıflarda ameliyat olanların oranı 5. sınıflara göre yüksektir. Diyarbakır'da da 2. sınıfta ameliyat olma oranı diğer

sınıfların çok üstündedir. Bunu da, sosyal güvence olsa da ameliyat olmanın masraflı bir tedavi oluşu ile açıklayabiliriz. Daha üst sınıflar bu masrafları karşılayabilirken, en alt ve sınıflar masrafları karşılayamayacağı için ameliyattan kaçınmaktadır yorumunu yapabiliriz. Genel toplamda da sınıfsal konum attıkça ameliyat olma oranının düzenli olarak arttığı görülmektedir.

*Tablo 4.43. Vasıflılık Durumuna Göre ve Son 3 Yıl İçinde Ameliyat Olma Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişi Son 3 Yıl İçinde Ameliyat Oldu mu? | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | Cevapsız | |
| Ankara | 2 ve 4 | Sayı | 34 | 209 | 22 | 265 |
| | | % | 12,8 | 78,9 | 8,3 | 100,0 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 32 | 213 | 70 | 315 |
| | | % | 10,2 | 67,6 | 22,2 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 66 | 422 | 92 | 580 |
| | | % | **11,4** | **72,8** | **15,9** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 ve 4 | Sayı | 24 | 311 | 6 | 341 |
| | | % | 7,0 | 91,2 | 1,8 | 100,0 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 20 | 495 | 37 | 552 |
| | | % | **3,6** | **89,7** | **6,7** | **100,0** |
| Toplam | | Sayı | 44 | 806 | 43 | 893 |
| | | % | 4,9 | 90,3 | 4,8 | 100,0 |
| Ankara ve Diyarbakır ve Toplamı | 2 ve 4 | Sayı | 58 | 520 | 28 | 606 |
| | | % | 9,6 | 85,8 | 4,6 | 100,0 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 52 | 708 | 107 | 867 |
| | | % | 6,0 | 81,7 | 12,3 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 110 | 1228 | 135 | 1473 |
| | | % | **7,5** | **83,4** | **9,2** | **100,0** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Tablo 4.43 Son 3 yıl içinde ameliyat olma durumunun vasıflılık üzerinden değerlendirmesini göstermektedir. Oranları dikkate aldığımızda vasıflı çalışanlar sınıfına dahil ettiğimiz grupta ameliyat olanların diğer gruba göre daha çok olduğu görülüyor ancak bu oranların karşılık geldiği rakamlara baktığımızda vasıflılık üzerinden bir çıkarım yapmamamız gerektiğini görebiliyoruz.

*Tablo 4.44. Düzenli Çalışma Durumuna Göre Son 3 Yıl İçinde Ameliyat Olma Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişi Son 3 Yıl İçinde Ameliyat Oldu mu? | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | Cevapsız | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 52 | 310 | 54 | 416 |
| | | % | 12,5 | 74,5 | 13,0 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 14 | 112 | 38 | 164 |
| | | % | 8,5 | 68,3 | 23,2 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 66 | 422 | 92 | 580 |
| | | % | **11,4** | **72,8** | **15,9** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 23 | 360 | 6 | 389 |
| | | % | 5,9 | 92,5 | 1,5 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 35 | 558 | 75 | 668 |
| | | % | 5,2 | 83,5 | 11,2 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 58 | 918 | 81 | 1057 |
| | | % | **5,5** | **86,8** | **7,7** | **100,0** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 75 | 670 | 60 | 805 |
| | | % | 9,3 | 83,2 | 7,5 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 49 | 670 | 113 | 832 |
| | | % | 5,9 | 80,5 | 13,6 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 124 | 1340 | 173 | 1637 |
| | | % | **7,6** | **81,9** | **10,6** | **100,0** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Tablo 4.44 Son 3 yıl içinde ameliyat olma durumunun düzenli/düzensiz çalışma üzerinden değerlendirmesini göstermektedir. Gerek Ankara'da gerekse Diyarbakır'da düzenli çalışanların hane bireylerinde ameliyat olmanın daha yüksek bir oran olduğunu görmekteyiz. Özellikle, Ankara-Diyarbakır toplamında bu daha belirgin olarak görülmektedir. Ameliyatın hazırlık ve ameliyat sonrası rehabilitasyon süreci değerlendirildiğinde uzun zamana yayılan masraflı bir tedavi olduğu söylenebilir. Bu nedenle, ameliyat olmak için düzenli gelirin gerektiğini; dolayısıyla, düzenli çalışanlar ailelerinde ameliyatın daha göze alınabilir olduğunu söyleyebiliriz.

*Tablo 4.45. Sürekli Hastalık Türü*

| | Sınıfsal Konum | | Kişinin Sürekli Hastalığı | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Diyabet | Tansiyon | Böbrek Hastalığı | Akciğer Enf./ Bronşit | Diğer | |
| Ankara | 2 | Sayı | 8 | 9 | 1 | 1 | 40 | 59 |
| | | % | 13,6 | 15,3 | 1,7 | 1,7 | 67,8 | 100 |
| | 3 | Sayı | 11 | 9 | 3 | 1 | 35 | 59 |
| | | % | 18,6 | 15,3 | 5,1 | 1,7 | 59,3 | 100 |
| | 4 | Sayı | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 7 |
| | | % | 14,3 | 14,3 | 14,3 | 0 | 57,1 | 100 |
| | 5 | Sayı | 5 | 5 | 1 | 0 | 24 | 35 |
| | | % | 14,3 | 14,3 | 2,9 | 0 | 68,6 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 25 | 24 | 6 | 2 | 103 | 160 |
| | | % | **15,6** | **15,0** | **3,8** | **1,3** | **64,4** | **100** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 6 | 4 | 14 | 9 | 66 | 99 |
| | | % | 6,1 | 4 | 14,1 | 9,1 | 66,7 | 100 |
| | 3 | Sayı | 1 | 2 | 6 | 4 | 42 | 55 |
| | | % | 1,8 | 3,6 | 10,9 | 7,3 | 76,4 | 100 |
| | 4 | Sayı | 0 | 0 | 6 | 4 | 25 | 35 |
| | | % | 0 | 0 | 17,1 | 11,4 | 71,5 | 100 |
| | 5 | Sayı | 2 | 7 | 28 | 16 | 126 | 179 |
| | | % | 1,1 | 3,9 | 15,6 | 8,9 | 70,4 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 9 | 13 | 54 | 33 | 259 | 368 |
| | | % | **2,4** | **3,5** | **14,7** | **9,0** | **70,4** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 14 | 13 | 15 | 10 | 106 | 158 |
| | | % | 8,9 | 8,2 | 9,5 | 6,3 | 67,1 | 100,0 |
| | 3 | Sayı | 12 | 11 | 9 | 5 | 77 | 114 |
| | | % | 10,5 | 9,6 | 7,9 | 4,4 | 67,5 | 100,0 |
| | 4 | Sayı | 1 | 1 | 7 | 4 | 29 | 42 |
| | | % | 2,4 | 2,4 | 16,7 | 9,5 | 69,0 | 100,0 |
| | 5 | Sayı | 7 | 12 | 29 | 16 | 150 | 214 |
| | | % | 3,3 | 5,6 | 13,6 | 7,5 | 70,1 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 34 | 37 | 60 | 35 | 362 | 528 |
| | | % | **6,4** | **7,0** | **11,4** | **6,6** | **68,6** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Kişilerin sürekli hastalıklarının türüne ilişkin bu tabloya göre Ankara'da en çok görülen iki rahatsızlık tansiyon ve diyabettir. Tansiyon ve diyabet arasındaki ilişki bilimsel olarak kanıtlanmış, bu oranların birbirine yakın olması şaşırtıcı olmamıştır.. Diyarbakır'da ise bu rahatsızlıkların oranları oldukça düşüktür. Diyarbakır'da da diyabetin en çok 2 sınıftaki bireylerde görülüyor oluşu, diyabet sorunun üst sınıflarda görülen bir rahatsızlık olduğu görüşünü desteklemekte, iki kent arasındaki farkı da açıklamaktadır.

Diyarbakır'da en çok görülen rahatsızlık ise %14,7'lik oranla böbrek rahatsızlığıdır. Ankara'da ise böbrek rahatsızlığının oranı %3,8'dir. Diyarbakır'da böbrek rahatsızlıklarının çokluğu sağlık ocaklarında uzman hekimlerle yapılan derinlemesine görüşmelerde alınan bilgilerle örtüşmekte, bu bilgilere göre Diyarbakır'da bu rahatsızlıkların sık görülmesi beslenme alışkanlıkları, içme suyu kirliliği, çevre temizliği, ısınma sorunları ve kadınlar işin fazla doğum yapma ile açıklanmaktadır. Bu durumda daha düşük sınıfsal yapısıyla Diyarbakır'da, çevresel koşulların hastalık yaratıcı etkisinin Ankara'dan daha yüksek olduğu söylenebilir.

*Tablo 4.46. Düzenli Çalışma Durumuna Göre Sürekli Hastalık Türü*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişinin Sürekli Hastalığı | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Diyabet | Tansiyon | Böbrek Hastalığı | Akciğer Enf./ Bronşit | Diğer | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 19 | 18 | 4 | 2 | 75 | 118 |
| | | % | 16,1 | 15,3 | 3,4 | 1,7 | 63,6 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 6 | 6 | 2 | 0 | 28 | 42 |
| | | % | 14,3 | 14,3 | 4,8 | 0,0 | 66,7 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 25 | 24 | 6 | 2 | 103 | 160 |
| | | % | **15,6** | **15,0** | **3,8** | **1,3** | **64,4** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 7 | 6 | 20 | 13 | 108 | 154 |
| | | % | 4,5 | 3,9 | 13,0 | 8,4 | 70,1 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 2 | 7 | 34 | 20 | 151 | 214 |
| | | % | 0,9 | 3,3 | 15,9 | 9,3 | 70,6 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 9 | 13 | 54 | 33 | 259 | 368 |
| | | % | **2,4** | **3,5** | **14,7** | **9,0** | **70,4** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 26 | 24 | 24 | 15 | 183 | 272 |
| | | % | 9,6 | 8,8 | 8,8 | 5,5 | 67,3 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 8 | 13 | 36 | 20 | 179 | 256 |
| | | % | 3,1 | 5,1 | 14,1 | 7,8 | 69,9 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 34 | 37 | 60 | 35 | 362 | 528 |
| | | % | **6,4** | **7,0** | **11,4** | **6,6** | **68,6** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Yukarıdaki tabloda ise düzenli ve düzensiz çalışan işçilerin ailelerinde gözlenen sürekli rahatsızlık çeşitleri karşılaştırılmıştır. Çıkan sonuç düzenli çalışanların ailelerinde diyabet ve diyabetle ilgisi kabul edilen tansiyon düzensiz çalışanların ailelerinden daha çok görülürken diğer rahatsızlıklar için tam tersi söz konusudur. Yani; çevresel koşulların hastalık yaratıcı etkisinin sonucu olan böbrek rahatsızlığı ve akciğer enfeksiyonu, bronşit gibi rahatsızlıklar düzensiz çalışan işçilerin ailelerinde daha çok gözlenmektedir.

*Tablo 4.47. Son 6 Ay İçinde Geçirilen Rahatsızlık Türü*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişinin Son 6 Ay İçinde Geçirdiği Rahatsızlık | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Grip/ Soğuk Algınlığı | Mide Ağrısı | Yüksek Ateş | Diş Ağrısı | Diğer | |
| Ankara | 2 | Sayı | 23 | 3 | 4 | 10 | 38 | 78 |
| | | % | 29,5 | 3,8 | 5,1 | 12,8 | 48,7 | 100 |
| | 3 | Sayı | 25 | 4 | 0 | 3 | 32 | 64 |
| | | % | 39,1 | 6,3 | 0 | 4,7 | 50 | 100 |
| | 4 | Sayı | 6 | 1 | 0 | 0 | 8 | 15 |
| | | % | 40 | 6,7 | 0 | 0 | 53,3 | 100 |
| | 5 | Sayı | 11 | 3 | 2 | 4 | 22 | 42 |
| | | % | 26,2 | 7,1 | 4,8 | 9,5 | 52,4 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 65 | 11 | 6 | 17 | 100 | 199 |
| | | % | **32,7** | **5,5** | **3,0** | **8,5** | **50,3** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 31 | 6 | 6 | 5 | 31 | 79 |
| | | % | 39,2 | 7,6 | 7,6 | 6,3 | 39,2 | 100 |
| | 3 | Sayı | 24 | 2 | 2 | 6 | 22 | 56 |
| | | % | 42,9 | 3,6 | 3,6 | 10,7 | 39,3 | 100 |
| | 4 | Sayı | 20 | 2 | 0 | 1 | 15 | 38 |
| | | % | 52,6 | 5,3 | 0 | 2,6 | 39,5 | 100 |
| | 5 | Sayı | 44 | 7 | 3 | 2 | 48 | 104 |
| | | % | 42,3 | 6,7 | 2,9 | 1,9 | 46,2 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 119 | 17 | 11 | 14 | 116 | 277 |
| | | % | **43,0** | **6,1** | **4,0** | **5,1** | **41,9** | **100,0** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 54 | 9 | 10 | 15 | 69 | 157 |
| | | % | 34,4 | 5,7 | 6,4 | 9,6 | 43,9 | 100,0 |
| | 3 | Sayı | 49 | 6 | 2 | 9 | 54 | 120 |
| | | % | 40,8 | 5,0 | 1,7 | 7,5 | 45,0 | 100,0 |
| | 4 | Sayı | 26 | 3 | 0 | 1 | 23 | 53 |
| | | % | 49,1 | 5,7 | 0,0 | 1,9 | 43,4 | 100,0 |
| | 5 | Sayı | 55 | 10 | 5 | 6 | 70 | 146 |
| | | % | 37,7 | 6,8 | 3,4 | 4,1 | 47,9 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 184 | 28 | 17 | 31 | 216 | 476 |
| | | % | **38,7** | **5,9** | **3,6** | **6,5** | **45,4** | **100,0** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Son 6 ay içinde geçirilen rahatsızlıkların türüne ilişkin bu tabloya göre: her iki ilde de son 6 ay içinde en çok görülen rahatsızlık grip/soğuk algınlığıdır. Bu durum alan çalışmasının kış aylarının sonunda yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır. Ancak Diyarbakır'daki oran %43,0 iken Ankara'da %32,7'dir. Aradaki bu fark Diyarbakır örnekleminin Ankara'ya göre düşük sınıfsal yapısını ve bunun sağlık sorunlarına etkisini gösterir niteliktedir.

Grip/Soğuk algınlığı, daha önce de belirttiğimiz gibi çok yaygın olarak karşılaşılan bir rahatsızlık olduğu için sınıfsal anlamda belirgin bir uyum gözlenmemektedir. Dikkate değer bir nokta, Ankara'da ikinci en fazla görülen rahatsızlık olan diş ağrısının Diyarbakır'da nispeten düşük kalmasıdır. Kuramsal çerçeve de belirtildiği üzere diş rahatsızlığı daha çok üst sınıflarda görülen bir rahatsızlık olarak kabul edilmektedir. Bunu pekiştiren bir etmen de altsınıfların diş rahatsızlıklarının tedavisini ihmal etmeleridir. Tablolarımızda bunu doğrular şekilde her iki ilde işsiz sınıfında diş ağrısı şikayeti hiç gözlenmemiştir ve Ankara-Diyarbakır toplamında sınıfsal konum yükseldikçe diş ağrısı şikayeti bildirenlerin oranının arttığı gözlenebilmektedir.

***Tablo 4.48. Düzenli Çalışma Durumuna Göre Son 6 Ay İçinde Geçirilen Rahatsızlık Türü***

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişinin Son 6 Ay İçinde Geçirdiği Rahatsızlık | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Grip/ Soğuk Algınlığı | Mide Ağrısı | Yüksek Ateş | Diş Ağrısı | Diğer | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 48 | 7 | 4 | 13 | 70 | 142 |
| | | % | 33,8 | 4,9 | 2,8 | 9,2 | 49,3 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 17 | 4 | 2 | 4 | 30 | 57 |
| | | % | 29,8 | 7,0 | 3,5 | 7,0 | 52,6 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 65 | 11 | 6 | 17 | 100 | 199 |
| | | % | **32,7** | **5,5** | **3,0** | **8,5** | **50,3** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 55 | 8 | 8 | 11 | 53 | 135 |
| | | % | 40,7 | 5,9 | 5,9 | 8,1 | 39,3 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 64 | 9 | 3 | 3 | 63 | 142 |
| | | % | 45,1 | 6,3 | 2,1 | 2,1 | 44,4 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 119 | 17 | 11 | 14 | 116 | 277 |
| | | % | **43,0** | **6,1** | **4,0** | **5,1** | **41,9** | **100,0** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 103 | 15 | 12 | 24 | 123 | 277 |
| | | % | 37,2 | 5,4 | 4,3 | 8,7 | 44,4 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 81 | 13 | 5 | 7 | 93 | 199 |
| | | % | 40,7 | 6,5 | 2,5 | 3,5 | 46,7 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 184 | 28 | 17 | 31 | 216 | 476 |
| | | % | **38,7** | **5,9** | **3,6** | **6,5** | **45,4** | **100,0** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Düzenli ve ya düzensiz çalışanların ailelerinde son 6 ay içinde geçirilen rahatsızlıkları inceleyen tablomuz daha önce de değindiğimiz diş ağrısı şikayeti üzerinden bir çıkarımı olanaklı kılmaktadır. Buna göre; daha çok üst sınıflarda görüldüğünü ifade ettiğimiz diş rahatsızlığı düzensiz çalışanlarla karşılaştırıldığında görece daha üstünlüklü konumda olan düzenli çalışan işçilerin ailelerinde daha çok ifade edilmiştir.

*Tablo 4.49. Sağlık Kurumuna En Son Gidiş Nedeni*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişinin Sağlık Kurumuna En Son Gidiş Nedeni | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Diş | Grip/ Soğuk Algınlığı | Kulak Burun Boğaz | Böbrek | Diğer | |
| Ankara | 2 | Sayı | 14 | 17 | 10 | 2 | 75 | 118 |
| | | % | 11,9 | 14,4 | 8,5 | 1,7 | 63,6 | 100 |
| | 3 | Sayı | 10 | 21 | 0 | 6 | 58 | 95 |
| | | % | 10,5 | 22,1 | 0 | 6,3 | 61,1 | 100 |
| | 4 | Sayı | 1 | 2 | 2 | 2 | 10 | 17 |
| | | % | 5,9 | 11,8 | 11,8 | 11,8 | 58,8 | 100 |
| | 5 | Sayı | 2 | 11 | 4 | 1 | 34 | 52 |
| | | % | 3,8 | 21,2 | 7,7 | 1,9 | 65,4 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 27 | 51 | 16 | 11 | 177 | 282 |
| | | % | **9,6** | **18,1** | **5,7** | **3,9** | **62,8** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 3 | 108 | 38 | 66 | 2 | 217 |
| | | % | 1,4 | 49,8 | 17,5 | 30,4 | 0,9 | 100 |
| | 3 | Sayı | 4 | 83 | 18 | 43 | 1 | 149 |
| | | % | 2,7 | 55,7 | 12,1 | 28,9 | 0,7 | 100 |
| | 4 | Sayı | 0 | 73 | 14 | 16 | 0 | 103 |
| | | % | 0 | 70,9 | 13,6 | 15,5 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 2 | 185 | 60 | 120 | 4 | 371 |
| | | % | 0,5 | 49,9 | 16,2 | 32,3 | 1,1 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 9 | 449 | 130 | 245 | 7 | 840 |
| | | % | **1,1** | **53,5** | **15,5** | **29,2** | **0,8** | **100,0** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 17 | 125 | 48 | 68 | 77 | 335 |
| | | % | 5,1 | 37,3 | 14,3 | 20,3 | 23,0 | 100,0 |
| | 3 | Sayı | 14 | 104 | 18 | 49 | 59 | 244 |
| | | % | 5,7 | 42,6 | 7,4 | 20,1 | 24,2 | 100,0 |
| | 4 | Sayı | 1 | 75 | 16 | 18 | 10 | 120 |
| | | % | 0,8 | 62,5 | 13,3 | 15,0 | 8,3 | 100,0 |
| | 5 | Sayı | 4 | 196 | 64 | 121 | 38 | 423 |
| | | % | 0,9 | 46,3 | 15,1 | 28,6 | 9,0 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 36 | 500 | 146 | 256 | 184 | 1122 |
| | | % | 3,2 | 44,6 | 13,0 | 22,8 | 16,4 | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Benzer şekilde, sağlık kurumuna gidiş nedenleri içinde en yüksek oran grip/soğuk algınlığı için (%53,5) Diyarbakır'da görülmektedir. Ankara'da ise bu oran %18,1'dir. Daha önceki tablolarda dikkati çeken Diyarbakır'daki böbrek rahatsızlıklarının yüksekliği bu tabloda da görülmektedir. Ayrıca diş sağlığı konusunda yapılan yorumlar burada da desteklenmiştir. Diş rahatsızlıkları konusunda diğer bir etmen sağlık ocaklarında bu hizmetin verilmemesi olabilir.

*Tablo 4.50. Düzenli Çalışma Durumuna Göre Sağlık Kurumuna En Son Gidiş Nedeni*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişinin Sağlık Kurumuna En Son Gidiş Nedeni | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Diş | Grip/ Soğuk Algınlığı | Kulak Burun Boğaz | Böbrek | Diğer | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 24 | 38 | 10 | 8 | 133 | 213 |
| | | % | 11,3 | 17,8 | 4,7 | 3,8 | 62,4 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 3 | 13 | 6 | 3 | 44 | 69 |
| | | % | 4,3 | 18,8 | 8,7 | 4,3 | 63,8 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 27 | 51 | 16 | 11 | 177 | 282 |
| | | % | **9,6** | **18,1** | **5,7** | **3,9** | **62,8** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 7 | 191 | 56 | 109 | 3 | 366 |
| | | % | 1,9 | 52,2 | 15,3 | 29,8 | 0,8 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 2 | 258 | 74 | 136 | 4 | 474 |
| | | % | 0,4 | 54,4 | 15,6 | 28,7 | 0,8 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 9 | 449 | 130 | 245 | 7 | 840 |
| | | % | **1,1** | **53,5** | **15,5** | **29,2** | **0,8** | **100,0** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 31 | 229 | 66 | 117 | 136 | 579 |
| | | % | 5,4 | 39,6 | 11,4 | 20,2 | 23,5 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 5 | 271 | 80 | 139 | 48 | 543 |
| | | % | 0,9 | 49,9 | 14,7 | 25,6 | 8,8 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 36 | 500 | 146 | 256 | 184 | 1122 |
| | | % | **3,2** | **44,6** | **13,0** | **22,8** | **16,4** | **100,0** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Düzenli ve düzensiz çalışanların ailelerinde sağlık kurumuna en son gidiş nedenini inceleyen yukarıdaki tablo ufak farklarla da olsa diş dışındaki rahatsızlıkların düzensiz çalışan hane reislerinin ailelerinde daha çok görüldüğünü ortaya koymaktadır. Bu yine; düzensiz çalışanların düzenli çalışanlara göre daha dezavantajlı oluşu ile açıklanabilir. Dişle ilgili rahatsızlıklar için sağlık kurumuna gitme oranında ise daha önceki gibi tam tersine bir durum söz konusudur. Muhtemelen düzenli çalışanlar öngörülebilir gelire sahip oldukları için diş ile ilgili gerekli tedavilerini yaptırabilmektedirler.

Yukarıda hastalık türleri ile ilgili yaptığımız incelemelerde çevresel koşulların alt sınıfları daha çok etkilediği yönünde bulgular elde edilmiştir. Aşağıda sürekli hastalığın nedenini inceleyen tabloda da bunu destekleyen bulgular elde edilmiştir.

*Tablo 4.51. Sürekli Hastalığın Nedeni*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişinin Sürekli Hastalığının Nedeni | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Doğuştan/ Kalıtsal/ Yapısal | Geçirilen ve Hastalık/ kaza | Sinir/ stres | Bilinmiyor | Diğer | |
| Ankara | 2 | Sayı | 6 | 7 | 6 | 10 | 9 | 38 |
| | | % | 15,8 | 18,4 | 15,8 | 26,3 | 23,6 | 100 |
| | 3 | Sayı | 15 | 2 | 7 | 12 | 5 | 41 |
| | | % | 36,6 | 4,8 | 17,1 | 29,3 | 11,2 | 100 |
| | 4 | Sayı | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | | % | 0 | 0 | 0 | 33,3 | 66,7 | 100 |
| | 5 | Sayı | 5 | 6 | 3 | 3 | 4 | 21 |
| | | % | 23,8 | 28,6 | 14,3 | 14,3 | 19 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 26 | 15 | 16 | 26 | 20 | 103 |
| | | % | **25,2** | **14,6** | **15,5** | **25,2** | **19,4** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 9 | 11 | 5 | 20 | 22 | 67 |
| | | % | 13,5 | 16,5 | 7,5 | 29,9 | 22,7 | 100 |
| | 3 | Sayı | 5 | 2 | 4 | 5 | 10 | 26 |
| | | % | 19,2 | 7,6 | 15,4 | 19,2 | 38,4 | 100 |
| | 4 | Sayı | 7 | 10 | 2 | 6 | 8 | 26 |
| | | % | 26,9 | 38 | 7,7 | 23,1 | 30,7 | 100 |
| | 5 | Sayı | 16 | 13 | 9 | 38 | 23 | 99 |
| | | % | 18,2 | 13 | 9,1 | 38,4 | 23 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 37 | 36 | 20 | 69 | 63 | 218 |
| | | % | **17,0** | **16,5** | **9,2** | **31,7** | **28,9** | **100,0** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 15 | 18 | 11 | 30 | 31 | 105 |
| | | % | 14,3 | 17,1 | 10,5 | 28,6 | 29,5 | 100,0 |
| | 3 | Sayı | 20 | 4 | 11 | 17 | 15 | 67 |
| | | % | 29,9 | 6,0 | 16,4 | 25,4 | 22,4 | 100,0 |
| | 4 | Sayı | 7 | 10 | 2 | 7 | 10 | 29 |
| | | % | 24,1 | 34,5 | 6,9 | 24,1 | 34,5 | 100,0 |
| | 5 | Sayı | 21 | 19 | 12 | 41 | 27 | 120 |
| | | % | 17,5 | 15,8 | 10,0 | 34,2 | 22,5 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 63 | 51 | 36 | 95 | 83 | 321 |
| | | % | **19,6** | **15,9** | **11,2** | **29,6** | **25,9** | **100,0** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Daha önceki değerlendirmelerde Ankara'da en sık görülen sürekli hastalıkların Tansiyon ve Diyabet olduğu belirtilmiştir. Hastalığın nedeni hakkında bir değerlendirme yapıldığında bunu destekleyici sonuçlar elde edilmektedir. Tansiyon ve Diyabette genellikle karşılaşılan kalıtsallık öne çıkmakta, ancak cevaplar hastalığın nedeninin bilinmediğinde yoğunlaşmaktadır.

Diyarbakır'da ise Ankara'dan farklı olarak nedeni bilinmeyen hastalıkların en sık verilen cevap olduğunu görülmektedir. Bunu yine kalıtsal hastalıklar takip etmektedir. Buradan elde edilen en anlamlı sonuç, Diyarbakır'da nedeni bilinmeyen hastalıklarla daha sık karşılaşılmasını kaynağında Diyarbakır için sık sık dile getirilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük olması ve kişilerin sağlık kurumlarında yeterince bilgilendirilmemesinin ve bulunabileceğidir.

Diğer dikkat çekici nokta, çevresel koşulların cevaplar arasında çok küçük oranlara sahip olmasıdır. Bu nedenle diğer cevabı altında tabloda yer alan çevresel etkiler, bir bakıma kişiler tarafından fark edilmedikleri için daha büyük risk yaratmaktadır.

Yukarıdaki incelemelerde ruhsal sorunlarla fazla karşılaşılmasa da, sinir ve stresin sıkça sağlık problemlerine sebep olarak gösterildiği görülmektedir. Kişilerin kendi ruh sağlıklarına ilişkin değerlendirmeleri, bu konuda yapılabilecek diğer bir değerlendirmedir. Genel beden sağlığının öznel değerlendirmesinde olduğu gibi, burada da değerlendirmenin sağlığa geri etkisi göz ardı edilmemelidir.

Beden sağlığı değerlendirmesinde olduğu gibi, iki kent arasındaki fark kötü yanıtının oranında ortaya çıkmaktadır. İki kentte de yüksek oranda iyi yanıtı verilmiştir ancak Diyarbakır'da kötü cevabı Ankara'ya oranla yüksektir.

*Tablo 4.52. Ortalama Ruh Sağlığı Bildirimi*

| | | Anketin Yapıldığı Kent | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | Ankara ve Diyarbakır Toplamı |
| Sınıfsal Konum | 2 | 3,79 | 3,48 | 3,64 |
| | 3 | 3,78 | 3,67 | 3,73 |
| | 4 | 3,86 | 3,72 | 3,79 |
| | 5 | 3,67 | 3,25 | 3,46 |
| **Genel** | | **3,70** | **3,55** | **3,63** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Ortalamalarda da iki ilde ruh sağlığı bildirimlerinin yüksek olduğu, Ankara'nın nispeten daha iyi konumunu koruduğu görülmektedir. Yine sınıflar arasında farklılaşmalar anlamlı görünmemektedir.

*Tablo 4.53. Vasıflılık Durumuna Göre Ortalama Ruh Sağlığı Bildirimi*

| | | Anketin Yapıldığı Kent | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | Ankara ve Diyarbakır Toplamı |
| Sınıfsal Konum | 2 ve 4 | 3,83 | 3,60 | 3,71 |
| | 3 ve 5 | 3,73 | 3,46 | 3,59 |
| Genel | | 3,78 | 3,53 | 3,65 |

*Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları

Yukarıdaki tablo vasıflı/vasıfsız çalışan hane reislerinin ruh sağlığı bildirimleri arasındaki farkları incelemektedir. Ankara'da da Diyarbakır'da da vasıflı çalışanların ailelerinin ruh sağlığı bildirimi ortalaması vasıfsız çalışanların ailelerininkine oranla yüksek olmuştur. Ankara-Diyarbakır toplamında ise bu fark belirginleşmektedir. Bunu vasıflı çalışanların iş piyasasında vasıfsızlara göre daha üstünlük sahibi oluşu ve bunun hanenin tümünde daha olumlu bir hava yaratıyor oluşu şeklinde yorumlayabiliriz.

*Tablo 4.54. Düzenli Çalışma Durumuna Göre Ortalama Ruh Sağlığı Bildirimi*

| | | Anketin Yapıldığı Kent | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | Ankara ve Diyarbakır Toplamı |
| Sınıfsal Konum | 2 ve 3 | 3,79 | 3,58 | 3,68 |
| | 4 ve 5 | 3,77 | 3,49 | 3,63 |
| Genel | | 3,78 | 3,53 | 3,65 |

*Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları

Düzenli/düzensiz çalışma ile hanedeki bireylerin ruh sağlığı bildirimini gösteren yukarıdaki tabloda da beklenenden daha az bir farkla olsa da düzenli çalışanların hanelerindeki kişilerin ruh salığı bildirimi düzensiz çalışanların ailelerinin bildirimine göre daha yüksek çıkmıştır.

### *4.2.3.2. Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sağlık Hizmetleri*

Sosyal güvenlik istemi ve sağlık hizmetlerinin incelenmesi çalışmamızın en önemli bölümlerinden birini oluşturmaktadır. Bu bölümde sağlık sorunlarına hizmetlere erişim yönünden yaklaşılacak, sosyal güvenlik sistemi ve sağlık kurumlarının yeterliliği, erişilebilirliği ve sorunları hakkında yorumlar yapılacaktır. Aşağıda da göreceğimiz gibi, çoğu zaman bu hizmetlerin sunumu etkinliğini beraberinde getirmeyebilmektedir. Bu durumda sağlık politikaları geliştirilirken etkinliğe nicelik ve nitelik kadar önem verilmelidir. Örneğin sağlık ocaklarının sayısını, hastanelerin yatak kapasitesini yada Yeşil Kart sahiplerinin arttırılması sağlık sorunlarının etkin çözümü için yeterli olmayabilir.

Sağlık güvencesine sahip olmak sağlık durumu açısından ilk olumlu adım olarak görülebilir. Ülkemizde birçok ülkeye göre gelişmiş olan sosyal güvenlik sistemi hemen her sınıf ve gelir grubuna farklı seçenekler sunmaktadır. İlk değerlendirmeyi sosyal güvenlik türlerinin sınıflar arasında nasıl dağıldığına bakarak yapabiliriz.

*Tablo 4.55. Sosyal Güvenlik Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişinin Sosyal Güvence Türü | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SSK | Bağ-Kur | Emekli Sandığı | Yeşil Kart | Özel | S.G. Yok | |
| Ankara | 2 | Sayı | 160 | 7 | 26 | 2 | 0 | 30 | 225 |
| | | % | 71,1 | 3,1 | 11,6 | 0,9 | 0 | 13,3 | 100 |
| | 3 | Sayı | 129 | 3 | 13 | 0 | 1 | 27 | 173 |
| | | % | 74,6 | 1,7 | 7,5 | 0 | 0,6 | 15,6 | 100 |
| | 4 | Sayı | 1 | 1 | 0 | 16 | 0 | 17 | 35 |
| | | % | 2,9 | 2,9 | 0 | 45,7 | 0 | 48,6 | 100 |
| | 5 | Sayı | 18 | 5 | 0 | 38 | 0 | 50 | 11 |
| | | % | 16,2 | 4,5 | 0 | 34,2 | 0 | 45 | 100 |
| **Toplam** | | Sayı | 308 | 16 | 39 | 56 | 1 | 124 | 444 |
| | | % | **69,4** | **3,6** | **8,8** | **12,6** | **0,2** | **27,9** | **100** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 102 | 0 | 9 | 71 | 0 | 41 | 223 |
| | | % | 45,7 | 0 | 4 | 31,8 | 0 | 18,4 | 100 |
| | 3 | Sayı | 40 | 9 | 5 | 41 | 0 | 35 | 130 |
| | | % | 30,8 | 6,9 | 3,8 | 31,5 | 0 | 26,9 | 100 |
| | 4 | Sayı | 7 | 0 | 0 | 78 | 0 | 18 | 103 |
| | | % | 6,8 | 0 | 0 | 75,7 | 0 | 17,5 | 100 |
| | 5 | Sayı | 27 | 11 | 1 | 232 | 0 | 113 | 384 |
| | | % | 7 | 2,9 | 0,3 | 60,4 | 0 | 29,4 | 100 |
| **Toplam** | | Sayı | 176 | 20 | 15 | 422 | 0 | 207 | 840 |
| | | % | **21,0** | **2,4** | **1,8** | **50,2** | **0,0** | **24,6** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 262 | 7 | 35 | 73 | 0 | 71 | 448 |
| | | % | 58,5 | 1,6 | 7,8 | 16,3 | 0,0 | 15,8 | 100 |
| | 3 | Sayı | 169 | 12 | 18 | 41 | 1 | 62 | 303 |
| | | % | 55,8 | 4,0 | 5,9 | 13,5 | 0,3 | 20,5 | 100 |
| | 4 | Sayı | 8 | 1 | 0 | 94 | 0 | 35 | 138 |
| | | % | 5,8 | 0,7 | 0,0 | 68,1 | 0,0 | 25,4 | 100 |
| | 5 | Sayı | 45 | 16 | 1 | 270 | 0 | 163 | 395 |
| | | % | 11,4 | 4,1 | 0,3 | 68,4 | 0,0 | 41,3 | 100 |
| **Toplam** | | Sayı | 484 | 36 | 54 | 478 | 1 | 331 | 1284 |
| | | % | **37,7** | **2,8** | **4,2** | **37,2** | **0,1** | **25,8** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Sosyal güvenlik durumu ile sınıfsal konum arasında ilişki kuran bu tabloya göre Ankara'da %69,4 ile SSK çoğunluktayken Diyarbakır'da %50,2 ile en yüksek oran Yeşil Kart'a aittir. Bu Ankara örnekleminde genel sınıfsal konumun vasıfsız düzenli çalışanlar oluşu ile açıklanabilir. Diyarbakır'da ise verilerle uyumlu şekilde genel sınıfsal konum vasıfsız düzensiz çalışanlardır. İki kentte de sık görülen sosyal güvence olmaması durumu Ankara'da görece daha yüksektir.

Beklendiği gibi iki ilde de özel sağlık sigortası neredeyse hiç görülmezken her sınıfta kendisinden beklenen güvenlik türü çoğunlukta bulunmuştur. Ancak Diyarbakır'da bütün sınıflarda olduğu gibi 1. sınıfta da Yeşil Kart'ın çoğunlukta olduğu görülmüştür. Dikkat çeken nokta Ankara'daki Yeşil Kart oranlarının Diyarbakır'ın çok altında kalıyor oluşudur. Bunu Ankara'da yeşil kart almanın Diyarbakır'a göre daha zor oluşundan kaynaklandığı şeklinde yorumlayabiliriz. Ayrıca Diyarbakır'da Yeşil Kart hizmetinin kontrollü yapılmıyor olabileceğini bu nedenle düzenli işçiler ve esnaf sınıfında bile kolaylıkla elde edilebildiğini söyleyebiliriz. Alt sınıflarda sosyal güvence bulunmaması durumu %30'lara ulaşırken üst sınıfların Yeşil Kart sahibi olmaları hizmetin etkin sunulmadığını göstermektedir.

Yukarıda aynı ulusal sosyal güvenlik sisteminin farklı bölgelerde farklı sınıflara hizmet ettiği görülmektedir. Aynı şekilde sağlık kurumlarının kullanımı da kentler arasında farklılık göstermektedir.

*Tablo 4.56. Vasıflılık Durumuna Göre Sosyal Güvenlik Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişinin Sosyal Güvence Türü | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SSK | Bağ-Kur | Emekli Sandığı | Yeşil Kart | Özel | S.G. Yok | |
| Ankara | 2 ve 4 | Sayı | 161 | 8 | 26 | 18 | 0 | 47 | 260 |
| | | % | 61,9 | 3,1 | 10,0 | 6,9 | 0,0 | 18,1 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 147 | 8 | 13 | 38 | 1 | 77 | 184 |
| | | % | 79,9 | 4,3 | 7,1 | 20,7 | 0,5 | 41,8 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 308 | 16 | 39 | 56 | 1 | 124 | 444 |
| | | % | **69,4** | **3,6** | **8,8** | **12,6** | **0,2** | **27,9** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 4 | Sayı | 109 | 0 | 9 | 149 | 0 | 59 | 326 |
| | | % | 33,4 | 0,0 | 2,8 | 45,7 | 0,0 | 18,1 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 67 | 20 | 6 | 273 | 0 | 148 | 514 |
| | | % | 13,0 | 3,9 | 1,2 | 53,1 | 0,0 | 28,8 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 176 | 20 | 15 | 422 | 0 | 207 | 840 |
| | | % | **21,0** | **2,4** | **1,8** | **50,2** | **0,0** | **24,6** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 ve 4 | Sayı | 270 | 8 | 35 | 167 | 0 | 106 | 586 |
| | | % | 46,1 | 1,4 | 6,0 | 28,5 | 0,0 | 18,1 | 100 |
| | 3 ve 5 | Sayı | 214 | 28 | 19 | 311 | 1 | 225 | 698 |
| | | % | 30,7 | 4,0 | 2,7 | 44,6 | 0,1 | 32,2 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 484 | 36 | 54 | 478 | 1 | 331 | 1284 |
| | | % | **37,7** | **2,8** | **4,2** | **37,2** | **0,1** | **25,8** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Yukarıdaki tablo vasıflılık ile sağlık güvencesi türü arasında ilişki kurmaktadır. Tablo oluşturulurken hane reisinin sınıfsal konumuna göre tüm bireyler dahil edildiği için meslek ile ilgili bir çıkarım yapmak doğru olmayacaktır. Tabloda beklentilere uygun olarak vasıfsız çalışan hane reislerinin hanelerinde gerek Ankara'da gerekse Diyarbakır'da Yeşil kartın oranı vasıflı çalışanlarınkine

göre daha yüksektir. Sosyal sigortası olmayanların oranında da vasıfsız çalışanların vasıflı çalışanlara göre çok daha az sosyal güvenceye sahip olduğu görülüyor. Dolayısıyla vasıfsız çalışanların haneleriyle birlikte vasıflı çalışanların hanelerine sosyal güvenlik açısından daha olumsuz durumda olduklarını söyleyebiliriz.

*Tablo 4.57. Düzenli Çalışma Durumuna Göre Sosyal Güvenlik Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişinin Sosyal Güvence Türü | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SSK | Bağ-Kur | Emekli Sandığı | Yeşil Kart | Özel | S.G. Yok | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 289 | 10 | 39 | 2 | 1 | 57 | 398 |
| | | % | 72,6 | 2,5 | 9,8 | 0,5 | 0,3 | 14,3 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 19 | 6 | 0 | 54 | 0 | 67 | 146 |
| | | % | 13,0 | 4,1 | 0,0 | ve 37 | 0,0 | 45,9 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 308 | 16 | 39 | 56 | 1 | 124 | 444 |
| | | % | **69,4** | **3,6** | **8,8** | **12,6** | **0,2** | **27,9** | **100** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 142 | 9 | 14 | 112 | 0 | 76 | 353 |
| | | % | 40,2 | 2,5 | 4,0 | 31,7 | 0,0 | 21,5 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 34 | 11 | 1 | 310 | 0 | 131 | 487 |
| | | % | 7,0 | 2,3 | 0,2 | 63,7 | 0,0 | 26,9 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 176 | 20 | 15 | 422 | 0 | 207 | 840 |
| | | % | **21,0** | **2,4** | **1,8** | **50,2** | **0,0** | **24,6** | **100** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 431 | 19 | 53 | 114 | 1 | 133 | 751 |
| | | % | 57,4 | 2,5 | 7,1 | 15,2 | 0,1 | 17,7 | 100 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 53 | 17 | 1 | 364 | 0 | 198 | 533 |
| | | % | 9,9 | 3,2 | 0,2 | 68,3 | 0,0 | 37,1 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 484 | 36 | 54 | 478 | 1 | 331 | 1284 |
| | | % | **37,7** | **2,8** | **4,2** | **37,2** | **0,1** | **25,8** | **100** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Yukarıdaki tabloda düzenli/düzensiz çalışanların haneleriyle birlikte sosyal güvenlik durumları değerlendirilmiştir. Dikkati çeken nokta düzenli çalışanların dahi dikkate değer bir kısmının her iki ilde de sosyal güvenceden yoksun oluşudur. Genel toplamda düzenli çalışanlar ve hane halkının %17,7'sinin sosyal güvencesi olmadığı görülmektedir. Diyarbakır'da oranın Ankara'ya oranla daha yüksek oluşu bunun sigortasız çalıştırma nedeniyle kaynaklandığını düşündürmektedir. Düzenli çalışan hane reislerinin büyük oranı her iki ilde de SSK'lıdır. Ancak, dikkati çeken diğer bir nokta Diyarbakır'da düzenli çalışanların da önemli bir kısmının Yeşil Kart'ı olmasıdır. Ankara'da düzenli çalışıp Yeşil Kartı ve olanların yok denecek kadar az olduğunu da dikkate alırsak Diyarbakır'daki bu durumun Yeşil Kart verilmesindeki kontrol eksikliğinden kaynaklandığını söyleyebiliriz.

*Tablo 4.58. En Son Gidilen Sağlık Kurumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişinin En Son Gittiği Sağlık Kurumu | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Sağlık Ocağı | SSK Hast. | Devlet Hast. | Üniv. Hast. | Özel Hekim-Hast. | |
| Ankara | 2 | Sayı | 9 | 30 | 23 | 3 | 6 | 71 |
| | | % | 12,7 | 42,3 | 32,4 | 4,2 | 8,5 | 100 |
| | 3 | Sayı | 8 | 42 | 19 | 3 | 8 | 80 |
| | | % | 10 | 52,5 | 23,8 | 3,8 | 10 | 100 |
| | 4 | Sayı | 3 | 1 | 7 | 0 | 1 | 12 |
| | | % | 25 | 8,3 | 58,3 | 0 | 8,3 | 100 |
| | 5 | Sayı | 12 | 2 | 9 | 1 | 4 | 28 |
| | | % | 42,9 | 7,1 | 32,1 | 3,6 | 14,3 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 32 | 75 | 58 | 7 | 19 | 191 |
| | | % | **16,8** | **39,3** | **30,4** | **3,7** | **9,9** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 17 | 58 | 37 | 5 | 7 | 124 |
| | | % | 13,7 | 46,8 | 29,8 | 4 | 5,6 | 100 |
| | 3 | Sayı | 15 | 23 | 33 | 0 | 13 | 84 |
| | | % | 17,9 | 27,4 | 39,3 | 0 | 15,5 | 100 |
| | 4 | Sayı | 10 | 4 | 28 | 4 | 0 | 46 |
| | | % | 21,7 | 8,7 | 60,9 | 8,7 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 33 | 15 | 98 | 0 | 22 | 168 |
| | | % | 19,6 | 8,9 | 58,3 | 0 | 13,1 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 75 | 100 | 196 | 9 | 42 | 422 |
| | | % | **17,8** | **23,7** | **46,4** | **2,1** | **10,0** | **100,0** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 26 | 88 | 60 | 8 | 13 | 195 |
| | | % | 13,3 | 45,1 | 30,8 | 4,1 | 6,7 | 100,0 |
| | 3 | Sayı | 23 | 65 | 52 | 3 | 21 | 164 |
| | | % | 14,0 | 39,6 | 31,7 | 1,8 | 12,8 | 100,0 |
| | 4 | Sayı | 13 | 5 | 35 | 4 | 1 | 58 |
| | | % | 22,4 | 8,6 | 60,3 | 6,9 | 1,7 | 100,0 |
| | 5 | Sayı | 45 | 17 | 107 | 1 | 26 | 196 |
| | | % | 23,0 | 8,7 | 54,6 | 0,5 | 13,3 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 107 | 175 | 254 | 16 | 61 | 613 |
| | | % | **17,5** | **28,5** | **41,4** | **2,6** | **10,0** | **100,0** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Kişinin en son gittiği sağlık kurumu ile sınıfsal konumunun karşılaştırıldığı bu tablo Ankara'da en çok gidilen kurumun %39,3 ile SSK Hastanesi, Diyarbakır'da ise %46,4 ile Devlet Hastanesi olduğunu göstermektedir. Bu sonuç sosyal güvence ile ilintilidir. Ankara'da daha önce belirttiğimiz gibi çoğunluk SSK'lı iken Diyarbakır'da çoğunluk yeşil kartlıdır ve yeşil kartlılar SSK hastanelerinden değil Devlet Hastane'lerinden faydalanabilmektedirler.[18] Bu durumda sağlık kurumu tercihlerinin sosyal güvenceye bağımlı olduğunu söyleyebiliriz.

[18] Alan çalışmasının yapıldığı tarihte SSK ve Devlet hastanesi ayrımı hâla geçerli idi.

*Tablo 4.59. Düzenli Çalışma Durumuna Göre En Son Gidilen Sağlık Kurumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişinin En Son Gittiği Sağlık Kurumu | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Sağlık Ocağı | SSK Hast. | Devlet Hast. | Üniv. Hast. | Özel Hekim-Hast. | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 17 | 72 | 42 | 6 | 14 | 151 |
| | | % | 11,3 | 47,7 | 27,8 | 4,0 | 9,3 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 15 | 3 | 16 | 1 | 5 | 40 |
| | | % | 37,5 | 7,5 | 40,0 | 2,5 | 12,5 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 32 | 75 | 58 | 7 | 19 | 191 |
| | | % | **16,8** | **39,3** | **30,4** | **3,7** | **9,9** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 32 | 81 | 70 | 5 | 20 | 208 |
| | | % | 15,4 | 38,9 | 33,7 | 2,4 | 9,6 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 43 | 19 | 126 | 4 | 22 | 214 |
| | | % | 20,1 | 8,9 | 58,9 | 1,9 | 10,3 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 75 | 100 | 196 | 9 | 42 | 422 |
| | | % | **17,8** | **23,7** | **46,4** | **2,1** | **10,0** | **100,0** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 49 | 153 | 112 | 11 | 34 | 359 |
| | | % | 13,6 | 42,6 | 31,2 | 3,1 | 9,5 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 58 | 22 | 142 | 5 | 27 | 254 |
| | | % | 22,8 | 8,7 | 55,9 | 2,0 | 10,6 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 107 | 175 | 254 | 16 | 61 | 613 |
| | | % | **17,5** | **28,5** | **41,4** | **2,6** | **10,0** | **100,0** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Tabloda düzensiz çalışanların çoğunlukla Yeşil Kart sahibi oluşunun yansımasını görebilmekteyiz. Yeşil Kartlılar Devlet Hastanelerinden faydalanabildikleri için düzensiz çalışan işçi sınıfına dahil kabul ettiğimiz grupta Devlet Hastanesine gitme oranı yüksek çıkmıştır. Önemli bir diğer nokta da Sağlık Ocağı'nın daha çok düzensiz çalışan işçiler sınıfındaki bireyler tarafından tercih ediliyor oluşudur. Bu durum sağlık ocaklarının dezavantajlı kesimler açısından önemini göstermektedir.

Sosyal güvenlik sisteminin etkinliği konusunda diğer bir inceleme hastaların ceplerinden harcama yapma durumları üzerine yapılabilir.

*Tablo 4.60. Rahatsızlık İçin Cebinden Harcama Yapma Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişi Rahatsızlığı İçin Cebinden Harcama Yaptı Mı? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 | Sayı | 36 | 23 | 59 |
| | | % | 61 | 39 | 100 |
| | 3 | Sayı | 27 | 16 | 43 |
| | | % | 62,8 | 37,2 | 100 |
| | 4 | Sayı | 4 | 6 | 10 |
| | | % | 40 | 60 | 100 |
| | 5 | Sayı | 24 | 7 | 31 |
| | | % | 77,4 | 22,6 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 91 | 52 | 143 |
| | | % | **63,6** | **36,4** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 24 | 26 | 50 |
| | | % | 48,0 | 52,0 | 100 |
| | 3 | Sayı | 15 | 30 | 45 |
| | | % | 33,3 | 66,7 | 100 |
| | 4 | Sayı | 7 | 15 | 22 |
| | | % | 31,8 | 68,2 | 100 |
| | 5 | Sayı | 29 | 52 | 81 |
| | | % | 35,8 | 64,2 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 75 | 123 | 198 |
| | | % | **37,9** | **62,1** | **100,0** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 60 | 49 | 109 |
| | | % | 55,0 | 45,0 | 100,0 |
| | 3 | Sayı | 42 | 46 | 88 |
| | | % | 47,7 | 52,3 | 100,0 |
| | 4 | Sayı | 11 | 21 | 32 |
| | | % | 34,4 | 65,6 | 100,0 |
| | 5 | Sayı | 53 | 59 | 112 |
| | | % | 47,3 | 52,7 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 166 | 175 | 341 |
| | | % | 48,7 | 51,3 | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Tablo ile ilgili en çarpıcı nokta Diyarbakır ve Ankara'da bu soruya evet diyenler arasındaki oran farkıdır. Buna göre; Ankara'da evet diyenlerin oranı %63,6 iken Diyarbakır'da bu oran %37,9'dur. Bu farkın yanı sıra, oranlar sosyal güvencenin bulunmaması oranlarıyla birlikte değerlendirildiğinde sistemin etkinliği hakkında daha net bir yorum yapılabilir. Tablo 4.59'a göre sosyal güvence bulunmaması durumu Ankara'da %27,9, Diyarbakır'da % 24,6 oranında görülmekte idi. Sosyal güvenlik açısından iki kent arasındaki fark çok küçük olmasına rağmen, harcamaları cebinden karşılama oranları Ankara'da Diyarbakır'ın iki katına yakındır. Bu durumda daha önceki değerlendirmelere de dayanarak Ankara'da sosyal güvenlik sisteminin nispeten daha az etkin

olduğunu, Diyarbakır'da ise sosyal güvenlik türlerinin sınıflar arasında uygun dağılmadığını söyleyebiliriz. Örneğin, tablomuzda en olumsuz konumda bulunan vasıfsız düzensiz çalışanlara ait sınıfın rahatsızlığı için cebinden %77,4 oranında harcama yapmak zorunda kaldığını görüyoruz. Ayrıca, Ankara-Diyarbakır toplamını değerlendirdiğimizde neredeyse bireylerin %50'sinin rahatsızlıkları için cebinden harcama yapmak zorunda kaldığını görüyoruz. Bu, sağlık sisteminin yapısını ortaya koyması açısından çarpıcı bir orandır.

***Tablo 4.61. Düzenli Çalışma Durumuna Göre Rahatsızlık İçin Cebinden Harcama Yapma Durumu***

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişi Rahatsızlığı İçin Cebinden Harcama Yaptı Mı? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 ve 3 | Sayı | 63 | 39 | 102 |
| | | % | 61,8 | 38,2 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 28 | 13 | 41 |
| | | % | 68,3 | 31,7 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 91 | 52 | 143 |
| | | % | **63,6** | **36,4** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 ve 3 | Sayı | 39 | 56 | 95 |
| | | % | 41,1 | 58,9 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 36 | 67 | 103 |
| | | % | 35,0 | 65,0 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 75 | 123 | 198 |
| | | % | **37,9** | **62,1** | **100,0** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 ve 3 | Sayı | 102 | 95 | 197 |
| | | % | 51,8 | 48,2 | 100,0 |
| | 4 ve 5 | Sayı | 64 | 80 | 144 |
| | | % | 44,4 | 55,6 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 166 | 175 | 341 |
| | | % | **48,7** | **51,3** | **100,0** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Yukarıda yaptığımız yorumu destekler nitelikte Tablo 4.61 Ankara'da düzensiz çalışanların Diyarbakır'a göre rahatsızlıkları için daha çok ceplerinden para harcamak zorunda kaldıklarını göstermektedir.

Sağlık hizmetine erişim konusunda ekonomik koşullar ve sosyal güvence kadar sağlık hizmetinin nicelik ve nitelik bakımından yeterliliği de önemli rol oynamaktadır. Aşağıdaki incelemeler kişilerin gittikleri sağlık kurumlarıyla ilgili görüşlerini ve sağlık hizmetinden yaralanmama sebeplerini değerlendirmektedir.

*Tablo 4.62. Gidilen Sağlık Kurumundan Memnun Kalma Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişi Gittiği Sağlık Kurumundan Memnun Kaldı Mı? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 | Sayı | 41 | 24 | 65 |
| | | % | 63,1 | 36,9 | 100 |
| | 3 | Sayı | 30 | 13 | 43 |
| | | % | 69,8 | 30,2 | 100 |
| | 4 | Sayı | 7 | 2 | 9 |
| | | % | 77,8 | 22,2 | 100 |
| | 5 | Sayı | 26 | 10 | 36 |
| | | % | 72,2 | 27,8 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 104 | 49 | 153 |
| | | % | **68,0** | **32,0** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 40 | 29 | 69 |
| | | % | 58 | 42 | 100 |
| | 3 | Sayı | 37 | 14 | 51 |
| | | % | 72,5 | 27,5 | 100 |
| | 4 | Sayı | 18 | 9 | 27 |
| | | % | 66,7 | 33,3 | 100 |
| | 5 | Sayı | 49 | 38 | 87 |
| | | % | 56,3 | 43,7 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 144 | 90 | 234 |
| | | % | **61,5** | **38,5** | **100,0** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 81 | 53 | 134 |
| | | % | 60,4 | 39,6 | 100,0 |
| | 3 | Sayı | 67 | 27 | 94 |
| | | % | 71,3 | 28,7 | 100,0 |
| | 4 | Sayı | 25 | 11 | 36 |
| | | % | 69,4 | 30,6 | 100,0 |
| | 5 | Sayı | 75 | 48 | 123 |
| | | % | 61,0 | 39,0 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 248 | 139 | 387 |
| | | % | 64,1 | 35,9 | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Bireylerin son gittikleri sağlık kurumunun hizmetinden memnun kalma oranları yukarıda görülmektedir. Memnuniyet belirtenlerin sınıflar içindeki oranları çok düzenli olmasa da sınıfla beraber düştüğü söylenebilir. İki kent arasında da sağlık hizmeti hakkında memnuniyet oranları çok farklı olmasa da aşağıda görülen memnun kalmama nedenlerinin dağılımı bazı farklar ortaya koymaktadır. Kişinin sağlık kurumunda bulduğu eksik iki kentte de kötü muamele ve ilgisizlikte yoğunlaşmıştır. Ancak ikincil eksikliklerde farklılık ortaya çıkmış, Ankara'da ikinci önemli sorun sağlık kurumundaki kalabalık ve sıra bekleme sorunuyken, Diyarbakır'da yanlış tedavi öne çıkmıştır. Bu

bulgular derinlemesine görüşmelerde sıkça dile getirilen sorunlarla örtüşmektedir. Ankara'nın merkezi konumundan dolayı hastanelerin nispeten kalabalık olması, Diyarbakır'da ise personel ve teçhizat sorunlarından kaynaklanan teşhis ve tedavi hataları sağlık hizmetinin niteliğini olumsuz etkilemektedir. Sağlık kurumlarının etkinliği konusunda diğer bir gösterge de kişilerin kontrol için sağlık kurumuna başvurma durumlarıdır.

*Tablo 4.63. Kontrol İçin Sağlık Kurumuna Gitme Durumu*

| Kent | Sınıfsal Konum | | Kişi Sürekli Hastalığının Kontrolü İçin Sağlık Kurumuna Gidiyor Mu? | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | 2 | Sayı | 32 | 13 | 45 |
| | | % | 71,1 | 28,9 | 100 |
| | 3 | Sayı | 27 | 23 | 50 |
| | | % | 54 | 46 | 100 |
| | 4 | Sayı | 5 | 0 | 5 |
| | | % | 100 | 0 | 100 |
| | 5 | Sayı | 6 | 28 | 34 |
| | | % | 17,6 | 82,4 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 70 | 64 | 134 |
| | | % | **52,2** | **47,8** | **100,0** |
| Diyarbakır | 2 | Sayı | 29 | 52 | 81 |
| | | % | 35,8 | 64,2 | 100 |
| | 3 | Sayı | 11 | 28 | 39 |
| | | % | 28,2 | 71,8 | 100 |
| | 4 | Sayı | 7 | 22 | 29 |
| | | % | 24,1 | 75,9 | 100 |
| | 5 | Sayı | 57 | 67 | 124 |
| | | % | 46 | 54 | 100 |
| Toplam | | Sayı | 104 | 169 | 273 |
| | | % | **38,1** | **61,9** | **100,0** |
| Ankara ve Diyarbakır Toplamı | 2 | Sayı | 61 | 65 | 126 |
| | | % | 48,4 | 51,6 | 100,0 |
| | 3 | Sayı | 38 | 51 | 89 |
| | | % | 42,7 | 57,3 | 100,0 |
| | 4 | Sayı | 12 | 22 | 34 |
| | | % | 35,3 | 64,7 | 100,0 |
| | 5 | Sayı | 63 | 95 | 158 |
| | | % | 39,9 | 60,1 | 100,0 |
| Toplam | | Sayı | 174 | 233 | 407 |
| | | % | **42,8** | **57,2** | **100,0** |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, 2004-2005*

Yukarıda sürekli bir hastalığı olduğunu belirten kişiler arasında kontrol için düzenli olarak sağlık kurumuna gidenlerin oranının iki ilde de ve özellikle Diyarbakır'da düşük olduğu görülmektedir. Ankara'da orta sınıflarda,

Diyarbakır'da ise alt sınıflarda kontrole gitme en düşük oranlardadır. Kontrole gitmeme nedenlerinin dağılımına bakıldığında bu konuda değerlendirme yapmak kolaylaşacaktır.

Kontrole gitmeme nedenleri arasında ekonomik nedenler ve sosyal güvencenin bulunmaması iki ilde de en sık karşılaşılan sorundur. Ancak Diyarbakır'da bu sorun nispeten daha az görülmekte, bu da daha önce sosyal güvence durumu konusunda yapılan değerlendirmeyle örtüşmektedir. Diyarbakır'da görülen diğer bir önemli sorun ise kontrolü gerekli görmeme cevabının sıklığıdır. Kişiler hem kendi bakış açıları hem de sağlık personelinin önemini yeterince vurgulamamaları nedeniyle doktor kontrolünü gerekli görmemektedirler. Sağlık hizmetinin etkinliğinin arttırılması için alınacak önlemlerin tasarlanmasında bu bulgular özellikle ele alınmalıdır.

Sosyal güvence ve sağlık hizmetleri hakkındaki bulgular özetlenirse, hizmet sunumunun ve bu hizmetlerin adaletli dağılımının sağlık sorunları üzerine önemli etkisi olduğu sağlık kurumlarının nicelikselin yanında niteliksel olarak geliştirilmesinin ve eğitimin önemi ortaya çıkmaktadır.

### 4.3. Değerlendirme

Sınıfsal konum ile sağlık arasıdaki ilişkiyi araştırdığımız bu çalışmada Ankara'da 148, Diyarbakır'da 166 aile ile yapılan anketlerin verileri kullanılmıştır. Bilinçli olarak alt gelir grubundan seçilen örneklemde araştırdığımız temel konu yoksulluğun ve sosyo-ekonomik statünün ötesinde sosyal sınıf yapısının sağlığa etkileridir. Yaptığımız görgül çalışmadan elde edilen bulgular bu doğrultuda yorumlanmıştır.

Yukarıda yer alan anket verileri sınıfsal konumların yanı sıra Ankara ve Diyarbakır karşılaştırması çerçevesinde değerlendirilmiştir. Öncelikle ankete katılan hanelerin sınıfsal konumları, hane reisine ait verilerin incelenmesiyle saptanmış, sınıfsal konumun farklı ölçütleri de tek tek ele alınmıştır. Üretim araçlarına sahiplik, kurumsal üstünlük (iş güvencesine sahip olma), vasıf durumu ile sürekli işsizlik dikkate alınarak oluşturulan sınıf şemasına göre, iki örneklemin de baskın biçimde işçi/ ücretli çalışan sınıfına dahil olduğu, bununla beraber ve Ankara'da vasıflı düzenli işçiliğin, Diyarbakır'da ise vasıfsız düzensiz işçiliğin yaygın olduğu görülmüştür. Bu yüzden Diyarbakır örnekleminin Ankara'ya göre daha alt sosyal sınıflara mensup olduğunu söylemek mümkün olacaktır.

Çalışmanın hedefi olan sınıf-sağlık ilişkisinin kurulmasının temelinde, düşük toplumsal sınıf durumunun sağlık durumunu olumsuz etkileyeceği savı bulunmaktadır. Bosma (Bosma vd, 2001) bu durumu sınıf sağlık ilişkisinin incelenmesinde bireysel sosyo-ekonomik statünün yeterli olmadığı, mahalle komşuluk biriminin sosyo-ekonomik durumunun sağlık üzerinde daha belirleyici olduğu şeklinde ifade etmiştir. Bu durumda sınıf bulgularımız ışığında Diyarbakır'da sağlık bulgularının nispeten kötü olması

beklenmektedir. Ancak sınıfsal konumun sağlık üzerine etkileri çalışmanın diğer bölümlerinde yapılacak değerlendirmeler de göz önüne alınarak tekrar yorumlanmalıdır. Kadın sağlığı, çocuk sağlığı gibi farklı konularda özelleşmiş diğer bölümlerde sınıfsal konumun farklı yönlerden ele alınmasıyla, sağlık ile ilişkisinde yeni sonuçlara ulaşılabilir.

Bu çalışmada sağlık durumunu ortaya koyan sınıfsal konuma özgü göstergeler, hane reisinin sınıfsal konuma bağlı sağlık durumu, hane genelinin sınıfsal konumuna bağlı sağlık durumu ve bireylerin sınıfsal konumuna bağlı sağlık durumu başlıkları altında incelenmiştir. Aşağıda bu değerlendirmeler özetlenecektir.

Hane reisinin sınıfsal konumuna bağlı sağlık durumu, sınıfsal konumun hane reisi sağlığına doğrudan etkisi (işyeri ve çalışma koşullarının sağlık üzerindeki etkisi) ve dolaylı etkisi olarak iki başlıkta incelenmiştir. Çalışma koşullarından etkilenme, çalışma koşullarının hasara neden olma durumu, iş kazası geçirme, hane reislerinin ekonomik durum değerlendirmesi, iş dışında gelir sahibi olma, ek iş arama durumu ve son bir yıl içinde işsiz kalma durumunun incelendiği bu bölümde temel farklılıklar sınıfsal konumdan öte kentler arasında belirginleşmiştir. Hemen tüm değişkenlerde Diyarbakır verilerinin Ankara verilerinden daha olumsuz olduğunu söylemek mümkündür. Bu durum Bosma'nın bulgularını haklı çıkarır niteliktedir.

İki ilde de görülen hasar tiplerinin çoğu fizikseldir. Bu durum iki ilde de bedensel zorlamaya ve kirliliğe maruz kalınan mesleklerin, strese neden olan (taksi şoförlüğü, güvenlik görevliliği gibi) mesleklerden daha fazla olmasıyla açıklanabilir. Uğranılan az sayıdaki psikolojik hasar ise görece üst sınıflarda gözlenmektedir. Bu durum alt sınıfların uğradıkları psikolojik hasarları önemsememe eğilimiyle /ya anketlerin çoğunun hane reisinin eşiyle yapıldığı gerçeğinden hareketle, teşhis edilmemiş olan psikolojik rahatsızlıkların nesnel şekilde ifade edilmemiş olabileceği şeklinde açıklanabilir.

Hane bireylerinin sınıf konumlarının hane reisinin sınıf konumlarına göre belirlendiği çalışmamızda, hane ölçeğinde elde edilebilen ağırlıklı olarak tüketilen besin maddeleri, yardım alma durumu gibi veriler sınıfsal konumun hane halkının sağlığına etkisi bölümünde incelenmiştir. Ağırlıklı olarak tüketilen besin maddesinin sınıfsal açıdan anlamlı bir veri olduğunu söylemek mümkündür. İki ilde de dengeli beslenme oranını çok düşüktür ve üst sınıflarda yoğunlaşmıştır (işsizlerde %0), sebze meyve tüketimi alt sınıflara doğru azalırken, bakliyat tüketimi artmaktadır (iki ilde de en çok bakliyat tüketimi işsizler arasında görülmektedir). Bu durum Hopkins'in yeme alışkanlıklarının sınıflar arasında değiştiği, orta sınıflar için dengeli beslenmenin, alt sınıflar için ise doyuruculuğun besin seçiminde daha belirleyici olduğu savı ile açıklanabilir (Hopkins vd., 2000). Yardım alma durumu Ankara'da Diyarbakır'dakinden daha yüksektir, ancak iki ilde de sınıfsal anlamda çok belirgin bir farklılık gözlenememiştir. Ankara'da yardım kuruluşlarının sayısının, Diyarbakır'da ise yardım alanların sayısının düşük olduğunu

söylemek mümkündür.

Son aşamada sınıfsal konumun bireylerin sağlığı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Daha önce de belirtildiği üzere Ankara'da 2., Diyarbakır'da ise 5. sınıf daha yoğundur. Bu durum iki örneklem arasında sınıfsal bir fark yaratır ve daha üst ölçekteki bu sınıfsal farklılık sağlık durumu değerlendirmelerinde bireysel sınıf farklılıklarından daha belirleyici bir etmendir. Bu nedenle birey sağlığı-sınıf ilişkisi bağlamında değerlendirilen verilerin büyük bölümünde kentsel farklılaşmalar, kent içi sınıfsal farklılaşmalardan daha belirgindir.

Manoux'un (Manoux vd., 2002) düşük sosyal statünün umutsuzluk ve kişisel sağlık bildiriminin olumsuz olmasına neden olduğunu bildirmektedir. Bizim çalışmamızda ise her iki örneklemde de sınıfsal olarak çok keskin bir fark gözetmeyen şekilde beden sağlığı, ruh sağlığı ve ekonomik durum bildirimi 'orta' düzeydedir. Monoux'un iddia ettiği gibi olumsuz bir bildirimin olmayışı halkın kabullenme alışkanlığı ile açıklanabilir. Düşük sosyal statüdeki bu bireyler muhtemelen kabullenme alışkanlıklarının bir getirisi olarak sağlık bildirimlerini orta olarak ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda "son altı ayda geçirilen hastalık" ve" bir sağlık kurumuna son başvurma" nedeni açısından da sınıfsal olarak bir farklılık gözlemlenmemektedir. Bu hastalıkların büyük bölümünün grip, soğuk algınlığı olması, Saul ve Payne'nin (1999), sağlık durumu ve sosyo-ekonomik sınıf arasında her zaman doğrudan bir bağlantı olmadığı, ancak bazı hastalıkların bazı sosyal sınıflar içinde yoğunlaştığını, bazı hastalıkların ise sınıftan bağımsız olduğunu savunan yaklaşımları ile uyumludur. Sürekli hastalık bildiriminde Ankara'da daha çok şeker ve tansiyon, Diyarbakır'da ise böbrek rahatsızlığının çıkması sınıfsal konumun yanında yaygın yaşam, beslenme alışkanlıkları üzerinden de açıklanmalıdır.

Seccombe (Seccombe vd., 1995) sınıfların sosyal güvenlik durumu ve iş güvencesinin de sağlık durumlarını etkilediğini belirtmiştir. Alan çalışmalarımızdan Ankara'da nüfusun büyük bölümü SSK'lıdır, Yeşil Kart sahibi olanlar ve sosyal Güvenliği olmayanların oranı %40'tır. (%11 Yeşil kart, %29 güvencesiz); Diyarbakır'da ise nüfusun %52,1'i yeşil kartlı %23'ü ise sosyal güvencesizdir. Bu oranlar iki ilde de nüfusun önemli bir bölümünün kontroller başta olmak üzere sağlık sorunlarıyla (acil/ağır olmadığı taktirde) ilgilenmediği gerçeğiyle birlikte okunduğunda, Seccombe'nin sosyal güvencesi olmayan işçilerin şikayetlerini önemsememe, sağlık kurumuna başvuruları erteleme eğilimi olduğu yönündeki savını desteklemektedir. Diyarbakır örnekleminden elde edilen önemli bir veri de sürekli hastalık nedeninin bilinmemesi oranının bu kentte Ankara'ya kıyasla belirgin şekilde yüksek oluşudur. Bu durum yukarıdaki açıklamaya ek olarak, Diyarbakır'daki sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük olduğu ve kişilerin sağlık kurumlarınca yeterince bilgilendirilmediği şeklinde açıklanabilir.

Sosyal güvenlik durumuna dair önemli bir veri de Diyarbakır'da Yeşil Kart'a sahip olma oranının Ankara örnekleminin çok üzerinde oluşudur (Diyarbakır: %52, Ankara: %11). Bu durumun bir nedeni Diyarbakır'da yoğun olarak düzensiz iş gücünün bulunmasıdır. Ancak Diyarbakır'da üretim araçlarına sahip kesimde dahi yeşil kart sahipliğinin yüksek olması Ankara'da ise Diyarbakır'a göre görece daha yüksek bir kesimin sağlık sigortasından yoksun oluşu yeşil kart almanın Ankara'da daha zor olduğunun bir göstergesidir.

Bireysel bölümde ele alınan son gidilen sağlık kurumu, son üç yıl içinde ameliyat oma durumu, kontrole gitme durumu gibi veriler sosyal güvence durumuyla uyum içindedir. Ankara'da nüfusun büyük bölümü SSK hastanelerini tercih ederken, yeşil kart sahipliğinin yaygın olduğu Diyarbakır'da (önceki dönemin sağlık uygulamalarıyla uyumlu şekilde) Devlet Hastanesine gitmenin daha yaygın olduğu gözlenmektedir. Daha alt sınıfa mensup bireyler arasında sosyal güvence sahipliğine rağmen ameliyat oranının düşük olması, ameliyatların maliyetinin yüksek olması nedeniyle bu sınıflar arasında ağır olmadığı takdirde sağlık rahatsızlıkların ihmal edilmesi eğilimi ile açıklanabilir.

Sınıfsal açıdan, belirtilen tüm değişkenler açısından en olumsuz konumda olan tek bir sınıf yoktur, sınıfsal konumun farklı değişkenleri farklı olumsuzluklara neden olabilmektedir. Vasıflılık ve düzenli çalışma oluşturduğumuz sınıfsal konum şeması ile doğru orantılı olarak incelediğimiz temel değişkenlerdi. Düzenli ve ya düzensiz çalışma vasıflı ve ya vasıfsız çalışmaya göre çok daha belirgin bir göstergedir. Yine de vasıfsız çalışan sınıfa dahil kişilerin vasıflı çalışanlara göre genel olarak daha dezavantajlı olduklarını gösteren bir takım veriler söz konusudur. Ekonomik durum bildirimi, beslenme alışkanlıkları, ek iş arama durumu, son 1 yıl içinde işsiz kalma durumu, ruh sağlığı bildirimi, sağlık güvencesi konularında vasıflı çalışanların aileleriyle birlikte her iki ilde de daha olumlu duruma sahip olduğu görülmüştür. İller bazında karşılaştırıldığında ise Ankara'da vasıflılık ölçütünün Diyarbakır'a oranla daha belirleyici olduğu söylenebilir. Genel olarak tüm göstergeler açısından düzenli-düzensiz çalışmanın önemli farklar yarattığı görülmüştür. Çalışma koşullarının hasara neden olma durumu, ek iş arama durumu, beslenme alışkanlıkları, son 3 yıl içinde ameliyat olma durumu, sürekli hastalık çeşidi, sağlık kurumuna en son gidiş nedeni, ruh sağlığı bildirimi, sosyal güvenlik durumu açısından düzensiz çalışanların ve ailelerinin oluşturduğu sınıf düzenli çalışanlarınkine göre daha olumsuz koşullara sahiptir. Diyarbakır'da düzensiz çalışma koşulları bir çok ölçüt açısından Ankara'ya göre daha belirgin şekilde olumsuz sonuçlar ortaya koymuştur. Diyarbakır örnekleminin büyük bölümünün düzensiz çalışanlardan oluştuğu gerçeği göz önüne alındığında halkın büyük kısmının ele aldığımız ölçütler açısından olumsuz durumda olduğu söylenebilir. Vasıflılıkla birlikte değerlendirildiğinde her iki ilde de düzensiz çalışanların ailelerinin oluşturduğu sınıfların sağlık yönünden en dezavantajlı sınıf olduğunu söylemek mümkündür. İkisinin kesişimi itibariyle de 1. ve 6. sınıfları çıkardığımız durumda vasıflı düzenli çalışanlar haneleriyle birlikte en olumlu konuma sahip; vasıfsız düzensiz çalışanların haneleriyle oluşturdukları sınıf ise

en olumsuz koşullara sahip sınıfı oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, farklı toplumsal sınıf kuramları tarafından farklı şekilde ele alınabilecek Ankara ve Diyarbakır örneklerinin yeni-Marksist sınıf kuramından yola çıkılarak incelenmesi sonucu, vasıfsız düzensiz çalışanların hanelerinin oluşturduğu sınıfın sağlık konusunda en olumsuz koşullara sahip sınıf olduğu ve görülmüştür. İki örneklem karşılaştırıldığında; Diyarbakır'da daha düşük bir sınıfsal konum dağılımı olduğu ve yaptığımız sağlık durumu incelemesinin genel olarak bu farklılığı yansıttığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca, tüm verilerin salt sınıf konumu ile açıklanamayacağı çünkü, bireylerin tek tek sınıfsal konumundansa tüm bireylerden oluşan yaşanılan çevrenin düşük gelirli kesimlerin sağlık sorunları üzerinde daha büyük etkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu açıdan, çalışmanın bulguları sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde sınıfın yanı sıra kente özgü faktörlerin ele alınmasının önemine işaret etmektedir.

## 5. YOKSUL KENT ALANLARINDA KADIN SAĞLIĞI

Sağlıkla ilgili yapılan hemen her çalışmada, kadın sağlığı, kadının toplumsal alandaki rolü nedeniyle araştırmalarda ayrı bir konu olarak ele alınmaktadır. Bu nedenle sağlıkla ilgili bu çalışmada kadın konusu ayrı bir bölümde verilerek bireysellikten toplumsallığa kadar farklı analiz ölçülerinde değerlendirmeler yapılacaktır.

Bu çalışmada, ekonomik ya da feminist perspektiflerin ötesine geçilmeye çalışılarak, alan çalışması grubunun içinde bulunduğu kentsel mekanların özelliklerine, sosyo-kültürel yapıya, ekonomik-duruma ve toplumsal cinsiyete özgü niteliklere dikkat çekilecektir.

Çalışma altı ana bölümü kapsamaktadır. Birinci bölüm, kadınların sağlık sorunlarıyla karşılaşmalarına yol açan etmenleri kapsamaktadır. Bu çerçevede ele alınacak etmenlerin tümü pratikte birbirinden ayrılamayacak kadar iç içe geçmekte ise de konuyu daha anlaşılır kılmak amacıyla, bunları ayrı başlıklar halinde değerlendirmek yararlı olacaktır. Bu etmenlerin başında toplumsal ilişkiler yer almaktadır. Toplumsal ilişkiler çerçevesinde kadına biçilen roller ve kadının hane içindeki konumu ele alınacaktır. Bu etmenlerden bir diğeri, kadının karşılaştığı yoksulluğun erkeğin karşılaştığından farklı olduğu öngörüsünden yola çıkan kadın sağlığı ve yoksulluk konusudur. Diğer bir etmen ise şiddet ve kadın sağlığıdır. Şiddet, kadın üzerinde yarattığı fiziksel tahripler ve psikolojik bunalımlar nedeniyle, bir sağlık sorunu olarak değil, sağlık sorunlarına sebep olan bir unsur olarak ele alınacaktır. Birinci bölümde üzerinde durulacak konulardan bir diğeri ise, okur-yazarlık ve kadın sağlığıdır. Burada okur-yazarlığın önemi kadınların sağlık sorunlarına nasıl yaklaştıklarıyla ilgili olarak ele alınacaktır. Birinci bölümdeki son konu, ve sınıfsal konum devlet ve kadın sağlığı arasındaki ilişkidir. Bu kapsamda kadınların emek piyasasındaki konumları, devletin sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanmaları ve kadınlar için üretilen politikalar çalışma kapsamında ele alınacaktır.

Çalışmanın ikinci bölümünde, kadınlarda görülen sağlık sorunları incelenecektir. Bu bağlamda, alan çalışmasına geçmeden önce kadın sağlığıyla ilgili yazın incelenmiş ve karşılaşılabilecek temel sorunlarla ilgili bir çerçeve hazırlanmıştır. Bu bölümde, alan çalışması verileri, ilgili yazın ve araştırma yapılan alanlara özgü niteliklerle birlikte değerlendirilecektir.

Üçüncü bölümün konusu kadın sağlığının ulusal ve evrensel politikadaki yeridir. Bu bölümde kadın sağlığı konusunda Türkiye'nin altına imza attığı uluslararası anlaşmalar ele alınacaktır.

Çalışmada yer alan dördüncü bölümün konusu ise, Türkiye-Ankara-Diyarbakır kadın sağlığı genel verilerinin karşılaştırılmasıdır. Bu bölümde sağlık alanında anketin yürütüldüğü kentlerin özelliklerini ve Türkiye'deki yerlerini görmek amacıyla Türkiye, Ankara ve Diyarbakır verileri karşılaştırmalı olarak genel

bir değerlendirmeye tabi tutulacaktır.

Beşinci bölümde Ankara ve Diyarbakır kentlerinde yapılan anket çalışması verileri, kuramsal kısımla değerlendirilecektir.

Son olarak çalışmanın geneline dair bir değerlendirme yapılacak ve çeşitli politika ve yöntem önerileri sunulacaktır.

## 5.1. Kadınlarda Sağlık Sorunlarına Neden Olan Etmenler

"Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın yokluğu olmayıp; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Kadın sağlığı; duygusal, sosyal ve fiziksel iyilik halini içerir ve tüm bunlar yaşamlarının biyolojik olduğu kadar sosyal, ekonomik ve siyasi çerçevesi ile de belirlenir." (http://www.huksam.hacettepe.edu.tr). Bu bağlamda kadınlarda sağlık sorunlarına neden olan toplumsal etmenler, kent, yoksulluk, şiddet, eğitim durumu ve sınıfsal konum boyutlarıyla ele alınmıştır.

### 5.1.1. Toplumsal Cinsiyet İlişkileri ve Kadın Sağlığı

Toplumsal cinsiyet ilişkileri, kadın ve erkek arasında farklılaşmaya yol açan ve eşitsizliklere neden olan ilişkilerdir. Bu türden ilişkilerin kavramsal bir çerçeve ye oturtulmasında dört temel yaklaşımın ön plana çıktığı görülmektedir. (Hochsild, 1973, aktaran; Şengül, Ersoy, 2002) Bu yaklaşımlar sırasıyla;

- Biyolojik cinsiyet farklılıklarına dayanan yaklaşımlar,
- Cinsiyet rollerine dayanan yaklaşımlar,
- Kadınların azınlık konumlarına dayanan yaklaşımlar
- Kadınların kast/sınıfsal konumlarına dayanan yaklaşımlardır.

Toplumsal cinsiyet ilişkilerinin incelenmeye başlandığı dönemlerde, bu ilişkilerin özellikle feminist kuramlarca, biyolojik cinsiyet farklılıklarına ve cinsiyet rollerine dayalı olarak belirlendiği görülmektedir. 18. yy.da İngiltere'de doğan ve 1968 hareketinden sonra dünya ölçeğinde akademik yazına dahil olan feminist yaklaşımlar kadının toplumdaki yerine ilişkin yeni ve farklı bakış açıları oluşturmuş ve mevcut yazının yanlı ve yanlış olduğu savıyla toplumsal cinsiyet kavramına dayalı yeni tartışmaları akademik yazına eklemiştir.

Feminizm, cinsler arasındaki eşitliği kadın haklarının genişletilmesiyle sağlamaya çalışan bir toplumsal harekettir. Gordon Marshall'in sosyoloji sözlüğüne göre, feminizm terimi 1890'larda, özellikle kadınlara oy hakkı verilmesi ve kadınların eğitim ve çalışma olanağına sahip olmaları için kampanya yürüten kadınlar ve erkekler için kullanılıyordu. 1969'dan sonra gelişen "ikinci dalga" feminizmin birçok kolu vardır, ancak ortak bir çekirdeğe sahip olduğu belirtilmelidir. Birleşmiş Milletler'in kadın on yılı ilan ettiği 1975-1985 döneminde hemen her ülkede ve dünya ölçeğinde kadınlar lehine

hareketler ortaya çıkmıştır. "İkinci Dalga" feminizm, sosyolojiyi de önemli ölçüde etkilemiştir. Artık daha çok sayıda kadın akademik çalışmalarıyla kendisini kabul ettirmiş, ayrıca kadınların yaşamlarına eğilen araştırmaların sayısı da artmıştır. Bu tartışmaların en önemli sonucu toplumsal cinsiyet, ataerkillik ve cinsiyet rolleri gibi kavramlardan yararlanarak cinsiyetlerin eşitsizliği hakkında kuramlar geliştirilmesidir.

Ancak, bu yaklaşımlar özellikle 1980'lerden sonra değişmiş ve toplumsal cinsiyet ilişkilerinin kurulmasında sınıf, etnisite, kültür gibi farklılıkların göz ardı edildiğini ve sadece biyolojik cinsiyet ve cinsiyet rolleri farklılığından kaynaklanmadığı vurgulanmıştır. Bu doğrultuda değişen feminist kuramda toplumsal cinsiyet, bir toplumun kültürü tarafından cinsiyetle ilişkili olarak oluşturulan kimlikleri, davranışları ve güç ilişkilerini içinde barındıran bir matris olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle, toplumsal cinsiyetin içeriği, farklı toplumlar arasında farklılıklar göstermektedir. Kadınların azınlık ya da kast/sınıfsal konumlarına dayanan bu yaklaşımlar toplumsal cinsiyet ilişkilerini daha genel düzeydeki sınıfsal, dinsel vb. toplumsal yapılar bağlamında açıklamaktadır.

Sonuç olarak, toplumsal cinsiyet ilişkileri ile kadın sağlığı arasındaki ilişkiye bakıldığı zaman toplumsal cinsiyet ilişkilerinin kadınların hayatlarını belirlemekte ve yaşadıkları pratikler de bu ilişkiler çerçevesinde gerçekleşmektedir. Kadınların, kadın olmalarından dolayı sağlık alanında yaşadıkları eşitsizliklerin nedenlerini toplumsal cinsiyet ilişkileri içinde aramak ve bu ilişkilerin tarihsel süreç içindeki gelişimine vurgu yapmak yapılacak çalışmaların kotarılmasında ve okunmasında önemlidir.[19]

---

[19] Toplumsal cinsiyet ilişkileri, bireylerin yaşamlarında üstlendikleri rolleri belirlemekte ve yeniden üretilmektedir. Buna göre, bireylerin emek piyasasındaki konumları, hane içindeki döngüye katılımları, kuşaklar arası bilgi aktarımları toplumsal cinsiyet ilişkileri içinde belirlenmektedir. Dolayısıyla toplumsal cinsiyet ilişkilerini sınıf, kültür, etnisite gibi ayrımlarla farklılaşmış grupların toplumsal olarak ürettiği kadın-erkek ilişkileri olarak ele almak gerekmektedir. Bu tip bir bakış açısı toplumsal cinsiyet ilişkilerinin oluşumunun tarihsel sürecini incelemekte ve karşılaştırmalar yapmada olanak sağlayacaktır. Sonuçta, toplumsal cinsiyet ilişkileri toplumsal ürünlerdir ve oluşumunda karmaşık, farklılaşan süreçler etkilidir.

Ataerkillik de toplumsal cinsiyet kavramı açıklanırken tanımlanması gereken bir kavramdır. Ataerkilliği, erkeğin kadın, yaşlı ve genç üzerindeki, kaynağını erkekten alan egemenliği olarak tanımlayabiliriz. Bu egemenlik kaynağını toplumda hakim olan kültür ve ideolojiden kaynağını alır ve bu kültür ve ideoloji vasıtasıyla yeniden üretilir. (Şengül, Ersoy, 2002). Ataerkil ilişkilerin toplumsal cinsiyet ilişkilerini şekillendirdiğini düşündüğümüz zaman kadının hanedeki ve toplum indeki rolünün ataerkil ilişkiler içinde belirlendiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bu durumda kadının hane içindeki ve toplumdaki konumuna dair yapılacak olan bir çalışmada ataerkil ilişkilere gerekli önemin verilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda ataerkil ilişkilerin baskın olduğu toplumlarda toplumsal cinsiyetten doğan eşitsizliklerin varlığı söz konusudur. Kabul gören yargı, kadınların toplumsal, ekonomik ve siyasal hayatta ayrımlara maruz kaldıklarıdır. Özellikle kadınların sosyo-ekonomik hayat içinde aldıkları görevlere ve konumlarına baktığımızda belirli bir dışlanmadan söz etmek mümkündür.

Toplumsal cinsiyet ilişkilerinin yarattığı eşitsizlikleri yoksulluk ve geçinme stratejileri gibi kavramlar incelemeye söz konusu olduğu zaman daha somut olarak görebilmekteyiz. Bunlardan

### 5.1.2. Kadının Hane İçindeki Konumu

Hane halkı aynı çatı altında yaşayan, temel ev içi işlerini, üretim ve yeniden üretim etkinliklerini paylaşan bireyler topluluğu olarak tanımlanmaktadır. Hane halkı sadece kan bağı ile birbirine bağlı olan insanlardan meydana gelmemektedir. Ekonomik, toplumsal, kültürel ve politik yeniden üretim süreçlerinin gerçekleştiği bir toplumsal birim olarak hane ve toplumsal cinsiyet ilişkilerinin yeniden üretiminde de en önemli rolü oynamaktadır. Haneler hem toplumsal yapıdan etkilenen, hem de ev içindeki döngüyle değişen dinamik birimlerdir.

Hane, paylaşımın ve birlikte çalışmanın mekanı olduğu kadar çatışmanın ve eşitsizliğin de mekanıdır. Hane üzerinden yapılacak bir çalışmada göz önünde bulundurulması gereken nokta hanenin homojen bir birim olmadığıdır. Kaynaklara ulaşmadaki farklılıklar, güç ilişkilerinin varlığı, karar alma süreçlerinde yaşanan çatışma ve etkinlik düzeyleri hanenin karmaşık yapısına neden olan etkenlerdir. Hane, farklı rolleri olan ve zamanlarını farklı kullanan, farklı isteklere ve uğraşlara sahip insanlardan oluşmaktadır.

---

bir tanesi yoksulluk-emek ilişkisidir. ve Yoksulların en büyük sermayesi emekleridir. Ancak yoksul kadınlar yaşanan eşitsizlikler ve kendilerine biçilen roller yüzünden emek piyasası içinde yer almakta zorlanmaktadırlar ve çoğu durumda yoksul kadınlar emeklerini kullanamamaktadırlar. Kadınlar emek piyasasında, gelir dağılımda, haneye giren gelirin kontrolünde yaşadıkları eşitsizlikler ve hane içindeki ikincil rolleri nedeniyle emeklerini ve sahip oldukları kapasiteyi farklı alanlara yöneltememektedirler. Kaldı ki, kadınların kaynaklara ulaşımı da toplumsal cinsiyet ilişkileri ile şekillendiğinden kadınlar bazı durumlarda sağlık, beslenme, eğitim gibi temel ihtiyaçlarına dahi ulaşamamaktadırlar. Bu durum, yaşanan toplumsal cinsiyet ilişkilerinin üretilmesinin sonucu olduğu kadar nedenidir de.

Toplumsal cinsiyet ilişkileri bağlamında bakılacak önemli bir nokta da kadınların üstlendikleri rollerin hayatlarına olan etkisidir. Sosyoloji sözlüğündeki tanımına göre cinsiyet rolleri olarak adlandırılan kavram, erkeklerin ve kadınların nasıl davranmaları gerektiğini ve onlardan gerçekleştirilmeleri beklenen farklı görevleri ortaya koyar. Peki ve cinsiyet rollerindeki farklılıklar niçin ortaya çıkmaktadır? Biyolojik ve psikolojik perspektif genetik seçim kuramında ve kadınların çocuk yetiştirici nitelikleri ile erkeklerin daha saldırgan ve araçsal yaradılışını savunan biyolojik kuramlarda görülen doğuştan gelen farklılıkları vurgular. İşlevselcilere göre ise, cinsiyet rolleri birbirlerini tamamlayıcı niteliktedir ve erkek ile kadın arasındaki işbölümü ailenin istikrarını artırır. Bu görüş, geleneksel cinsiyet rollerinde gücün önemine vurgu yapan feminist yazarlarca eleştirilmiştir. Feministler cinsiyet rollerinin esas olarak kadınları erkeklerin hizmetine sokmanın bir yolunu yansıttığını ve erkeklerin bu statükonun devamını sağlayarak kendi öz çıkarlarını korudukları ataerkil toplumdan kaynaklandığını ileri sürerler. Bu bağlamda kadınların toplumsal hayata katılımı toplumsal cinsiyet ilişkileri ile belirlenen roller üzerinden gerçekleşmektedir. Örneğin, kadın öncelikle bir annedir ve annelik rolü ile bütünleşen haneyi ayakta tutma görevi kadının üzerindedir. Ancak çoğu hanede kadın hane reisi değildir. Kadınların hane içindeki konumu toplumsal cinsiyet ilişkileri içinde belirlenmektedir. Konumuz özelinde duruma yaklaştığımız zaman, kadının toplumsal cinsiyet ilişkileri sonucu üstlendiği görevler sağlık konusunda da kendini göstermektedir. Kadın sağlığı konu olduğu zaman sadece bir birey olarak kadının sağlığından değil, hane içindeki diğer insanların da sağlığından söz edilmektedir.

Hane içindeki roller toplumsal ve tarihsel süreç içinde belirlenmektedir. Bu doğrultuda hane içindeki güç ilişkileri, stratejiler, çıkar anlayışı zaman içinde değişen olgulardır. Hanenin, farklı bireylerin bir araya gelmesiyle oluşan bir birim olduğunu düşündüğümüzde, hane içinde oluşturulacak olan ortak çıkarlar ile bireysel çıkarların çatışacağı açıktır. Özellikle, karar alma ve kararların uygulanması sürecinde kaynaklar üzerinde kontrol sahibi olan bireyin daha etkili olması ve bu nedenle çeşitli eşitsizliklerin yaşanması, hane üzerinden yapılacak bir çalışmada göz ardı edilmemesi gereken önemli bir noktadır. Karar alma mekanizması olarak hanenin birincil etmen olmasının önemini vurgulayan ekonomik kuramların ve kavramların gelişmesi, 1970'lerden itibaren, akılcı bireylerin akılcı hanelerle yer değiştirmesi şeklinde eleştiriye uğradı (Boyd, 2003 aktaran; Şengül, Ersoy, 2002) Boyd (2003)'a göre bu eleştiriler, hane ya da aile ölçeğinde alınan kararların ve tercihlerin hanenin tüm üyeleri için eşit derecede yararlı sonuçları temsil etmediğini vurgulamaktadır. Bu nedenle üretimin ve yeniden dağıtımın gerçekleştiği birimler olan haneler, farklı etkinliklere ve çıkarlara sahip her bireyin bir diğeriyle çatışma içinde olduğu merkezleri temsil etmektedir. Hane içinde süregelmekte olan güç ilişkilerine bakıldığında, bu çatışma doğrultusunda kadınların ve erkeklerin çıkarları her zaman birbiriyle uyuşmayabilmekte ve hane içinde alınacak kararları etkileyebilmektedir. Hane içindeki kaynak dağılımında yaşanan eşitsizliklerde ve farklılaşmada toplumsal cinsiyet ve yaşın etkili olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bu noktada kadınlar, çocuklar (özellikle kız çocuklar) ve yaşlılar hanede eşitsizliği en çok yaşayan grup olarak ortaya çıkmaktadır. Buradan yola çıkılarak varılacak önemli bir sonuç, kaynakların dağılımdaki eşitsizlikler nedeniyle sağlık konusunda da hakça olmayan durumlardan söz etmenin mümkün olmasıdır. Örneğin, sağlık harcamalarının aile bireyleri arasındaki toplumsal cinsiyet, yaş ve haneye giren gelire katkı ölçütlerine bağlı olarak şekilleneceği öne sürülebilir.

Daha önce de belirtildiği gibi, haneyi biçimlendiren ve günlük işleri kotararak ayakta tutmaya çalışan, geçinme stratejileriyle hanenin ortak ihtiyaçlarına cevap vermeye çalışan kadındır. Sağlık açısından bakıldığında da hanenin sağlık düzeyini kadınların biçimlendirdiği görülmektedir. Clark (1992 aktaran; Şengül, Ersoy, 2002) çalışmasında, evin sağlık işlerini (domestic health works) çevreye bağlı olarak gelişen sağlık ölçütlerinin planlanması, organizasyonu yenilenmesi ve bu işlerin günlük hayata aktarılması olarak tanımlamıştır. Bu görevin de büyük çoğunlukla kadının üzerinde olduğunu belirtmiştir. Bu durumda, kadın tüm ailenin sağlığından sorumlu kişi durumundadır. Sadece kendi çekirdek ailesi değil, aynı çatı altında yaşayan diğer bireylerin bakımları da kadının ev içi işleri arasında görülmektedir. Bir başka deyişle, kendisi dışında hanedeki diğer tüm bireylerin bakımı kadının üzerindedir.

Kadının hane içindeki rolü kuşkusuz onun bireysel sağlığını da fazlasıyla etkilemektedir. Aşırı yüklenme, zaman yoksulluğu, bakımıyla ilgilendiği kişilerin yükleri, geçim sorunları kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığını fazlasıyla etkilemektedir. Özellikle psikolojik ve psikiyatrik hastalıklarda kadınların hane içindeki konumlarının ve altında kaldıkları yükün büyük etkisi

olduğu görülmektedir.

### 5.1.3. Yoksulluk ve Kadın Sağlığı

Yoksulluk ve özelinde kentsel yoksulluk kavramının refah devleti politikalarının son bulmasıyla ve yeni-liberal politikaların etkinlik kazanmasıyla özellikle 1980'den sonra bir hayli farklılaştığı görülmektedir. Bu farklılaşmayla birlikte kent yoksulluğu olgusu içerisinde farklı açılımlar ortaya çıkmıştır. Bunlardan bir tanesi de "yoksulluğun kadınlaşması" kavramıdır (Pekin +5, 2000).

Yoksulluğun kadınlaşması kavramı batı yazınında refah devletinin çöküşüyle birlikte yer almaya başlamıştır. Bunun en önemli açıklaması refah devleti politikalarının son bulmasıyla birlikte, devletin kapsayıcı sosyal politikalarının yerini dışlayıcı politikaların alması ve bundan en çok zarar gören kesimlerin de kent yoksulları ve özellikle de kadınlar ve çocuklar oluşudur. Geleneksel aile yapısı, toplumsal cinsiyet farklılıkları, hane içindeki kaynak dağılımı, emek pazarında konumlanış kadınların bu durumdan daha çok etkilenmesinin önemli ve açıklayıcı nedenleridir. Bu bağlamda, kadın ve erkek yoksulluğunun farklılaştığını söylemek yanlış olmayacaktır. Bu farklılıkların temel ekseni kadına toplumsal yaşamda biçilen roller ve bu rollerin yeniden üretimidir. Gerek yoksullukla baş edebilmek için geliştirilen geçinme stratejilerindeki farklılaşma, gerekse toplumsal cinsiyet ilişkileri ve bu ilişkilerden doğan eşitsizlikler sonucu kadınların kaynaklara ulaşımında yaşadıkları sorunlar kadın yoksulluğunun erkek yoksulluğundan farklılaştığı ana çerçeveyi oluşturmaktadır.

Kadın yoksulluğu iki boyutta ele alınabilir. Bunlardan birincisi erkek egemen toplumun kadına bakışının yarattığı yoksulluk; ikincisi ise, kadının emek piyasasındaki ikincil konumundan kaynaklanan ekonomik eşitsizliklerin yarattığı yoksulluktur.

Erkek egemen toplumda kadın ikinci sınıf insandır. Bu toplumda hem kadın hem de erkek için belirlenmiş roller vardır ve özellikle kadın, bu roller üzerinde değiştirici, dönüştürücü bir etkiye sahip değildir. Diğer bir deyişle, kendi varlığını kolaylıkla gerçekleştiremez. Kadın ve erkek arasında sağlıklı bir işbirliği –özellikle çocuk bakımı ve yetiştirilmesi konusunda- yoktur. Kadın bu koşullarda artık sadece bir annedir; eş, dost, üretken ya da yaratıcı bir birey değildir. Kadının emeği, zamanı, üretkenliği ve dış dünyayla kurabileceği her türlü iletişim kısıtlanır. Hatta kimi ailelerde kadın kocasının izni ya da emri olmadan dışarıda bir şey yapamaz. Bu durumda dış dünyayla aracısız, doğrudan ilişki kuramaz. Kadının üzerindeki baskı sadece ev içinde değil, dışında da kadının hareket özgürlüğünü engeller. Sokakta gözler üzerindedir, yapıp ettikleri her an eleştiriye tâbi tutulur. Dogmatik felsefeler ve inançların kendisine dayatılmasına ya da bu inançlar aracılığıyla değerlendirilmeye maruz kalır. Uygun koşullara sahip olmayan evlerde çocuk bakımı, temizlik, yemek pişirme, misafir ağırlama gibi işlerle hayatını geçirir. Daha az ışık görür, daha

çok rutubete maruz kalır. Gerek toplum ölçeğinde, gerekse hane ölçeğinde baskıyı en çok kadın hisseder ve adeta bir şok emicidir. Tüm bunlara maruz kalan kadın, hem ruhsal hem de bedensel olarak zayıf düşer, yoksunlaşır. Kadın artık hem bilinçten, hem zamandan, hem de kendi varlığından yoksundur.

Ekonomik eşitsizliklerin yarattığı yoksulluk da kadını derinden etkiler. Kadın, emek piyasasında kendine bir yer edinmeye çalışırken de, hane içinde ekonomik üretim etkinliğinin bir parçasıyken de dışlanmaya maruz kalır. Çoğu ailede kadın bir yandan haneyi ayakta tutacak bütün görevleri üstlenirken, diğer yandan salt ekonomik anlamda gücü elinde tutmadığı için bunlar üzerinde söz sahibi dahi olamaz.

Maddi yoksulluk, bireyi hijyen koşullarından, temiz sudan sağlıklı bir altyapıdan yoksun elverişsiz ev koşullarıyla, beslenme bozukluklarıyla, sosyal güvenlikten yoksunlukla, eğitimsizlikle, devlet hastanelerindeki yetersizliklerle yüz yüze bırakır. Kadın tüm bu olanaksızlıkların yarattığı türlü gerilimleri yüklenmekle kalmaz, çoğu zaman bu gerilimleri kaldıramayan erkeğin yükünü de üstlenir. Bir anlamda maddi yoksulluk hanenin üstünde bir yüktür; ancak bu yük hane içinde eşit olarak dağılmaz. Hanenin ayakta durması adına kendi sağlığından ödün veren çoğunlukla kadındır.

Kadın sağlığı ve yoksulluk ilişkisi oldukça sorunlu alanları gündeme getirmektedir. Yoksulluğun yarattığı yoksunluk kadın sağlığında oldukça büyük sorunlara yol açmaktadır. Sadece kadınlar açısından yoksulluk ve sağlık konusuna baktığımızda, ilk olarak gözümüze çarpan konular, kaynaklara ulaşamama, haneye giren gelirin eşit olarak paylaşılmaması, bilgi yoksunluğu, yoksul mekanların ve çevrelerin etkileri, ve sağlık hizmetlerinden haberdar olamama, hizmetlerden yararlanamama olarak sıralanabilir. Bu durum toplumsal cinsiyet ilişkilerinden kaynaklandığı gibi özellikle yoksul hanelerde bir geçim stratejisinin sonucu da olabilmektedir. Haneye giren gelirin optimum kullanımı ve haneyi ayakta tutabilmek için geliştirilen geçim stratejilerinin oluşmasında kadının üzerine düşen rol ve kadının salt kendisinin oluşturduğu stratejiler konumuz açısından da önemlidir. Bu nedenle geçinme stratejilerine genel olarak bakmak, sağlık konusundaki yaklaşımlarımızın da gelişmesine neden olacaktır.

### *5.1.3.1. Geçinme Stratejilerinde Kadının Rolü*

Geçinme stratejileri bireylerin ya da hane halklarının günlük yeniden üretim etkinliklerini yerine getirebilmek için gerçekleştirdikleri eylemler olarak tanımlanmaktadır. Bu stratejiler genelde hane dışında oluşan ekonomik ve toplumsal koşullara göre belirlenmektedir. Ancak bu stratejiler hanenin üzerinde uzlaştığı kararlar olmayabilir. Hane içindeki güç ilişkileri, stratejilerin oluşumunda ve kaynakların dağıtımında etkilidir.

De la Rocha (1994), geçinme stratejilerini 'gelir yaratıcı etkinlikler' ve 'yeniden üretim etkinlikleri' olarak ikiye ayırmaktadır. Gelir yaratma etkinlikleri haneye giren para miktarının yanı sıra, genellikle kadınlar tarafından gerçekleştirilen ev içi üretim ve kamusal mal ve hizmetlerden yararlanma gibi etkinlikleri de içermektedir. Yeniden üretim süreçleri ise ekonomik, toplumsal, kültürel ve politik yapıların hane içinde yeniden üretilmesi olarak tanımlanabilir (Şengül ve Ersoy, 2002).

Gelir yaratıcı etkinlikler içerisinde kadınların konumuna öncelikle emek piyasası içindeki durumları üzerinden yaklaşmak faydalı olacaktır. Özellikle 1980'lerden sonra kadınlar emek piyasasında daha etkin bir biçimde yer almaya başlamışlardır. Ancak, bu durum çalışma koşullarının ve ataerkil ilişkilerin değişim göstermesi nedeniyle değil, hane içine giren toplam geliri arttırıcı bir strateji olarak hayata geçmiştir. Kadınların emek piyasası içinde yer almaya başlaması, onların hane içindeki konumlarını ve iktidar ilişkilerini değiştirmemiştir. Kadınların 'dışarıda' çalışmaya başlamaları, hane içinde üstlendikleri iş yüküne ek olarak gelen iş yükü durumundadır. Dolayısıyla, kadınlar emek piyasasının içinde yer alarak yoksulluğa karşı strateji geliştirmiş olmakla birlikte, bu sefer de yoksulluğun bir başka boyutu olan, zaman yoksulluğu ile karşı karşıya kalmışlardır.

Gelir yaratıcı etkinliklerde kadının izlediği yollara baktığımızda, günlük uğraşlarını ve haneyi ayakta tutma çabalarını günlük koşullara göre belirlediklerini görmekteyiz. Yenilen yemek çeşitleri, hane içinde yiyecek üretimi, ısınma, hane halkının ihtiyaçlarının karşılanması, temizlik gibi günlük uğraşlar kadının görev alanı içindedir. Bu alanlar içinde kadınların izleyeceği yol hanenin ayakta kalması için geliştirilmiş bir strateji olacaktır. Ancak, burada belirtilmesi gereken bir nokta, gelirin dağılımında kadının sözünün geçmediği ve hane içinde eşitsiz bir gelir dağılımı olduğudur. Bu durum çoğu zaman ataerkil yapı durumundan ve tarihsel olarak gelişim göstermiş bir fedakarlık durumundan kaynaklanmaktadır. Kaynakların eşit olarak dağıtılmaması ile birlikte gelir getirici etkinlikler sonucunda yaratılan kaynaktan kadınların ve hatta kız çocukların diğer hane bireyleriyle aynı biçimde yararlanamadığını belirtmek yanlış olmayacaktır. Örneğin, kadınların sağlık sorunlarıyla ilgilenmeyip hanenin diğer bireyleri için kaynak aktarımı yapılması, kız çocuklarının eğitim ihtiyaçlarının giderilmemesi ve benzeri durumlar bir çok hanede karşılaşılabilecek durumlardır. Ancak bu durumu sadece kadının fedakarlığı üzerinden açıklamak konuya oldukça sığ bir yaklaşım olacaktır. Duruma toplumsal cinsiyet ilişkilerinin yeniden üretimi ve gelecekle ilgili planlar dahilinde bakmak farklı açılımları da beraberinde getirecektir.

Yeniden üretim etkinliklerine baktığımız zaman da yine kadının oldukça önemli görevler üstlendiğini görmekteyiz. Tüm toplumsal, ekonomik, kültürel ve siyasal faaliyetler hane içinde üretilmektedir ve bu üretimde şüphesiz kadına önemli görevler düşmektedir. Öncelikle kadın, çocuklarla ilgilenen kişi olarak, kendi kültürünü ve kimliğini kendinden sonrakilere aktarmak ve haneyi ayakta

tutmak için farklı bir birikim oluşturmaktadır. Hanede oluşturulan yeniden üretim etkinlikleri, hanenin içinde yer aldığı toplumsal yapıdan etkilendiği gibi, sistemin sürekliliğini de da sağlamaktadır ve bu nedenle karşılıklı bir ilişkinin varlığından söz edilebilmektedir.

Geçinme stratejilerinde kadının konumunu sağlık çalışmalarıyla birlikte incelediğimiz zaman bir çok sav ile karşılaşmaktayız. Öncelikle, günlük ve ev içi ilişkiler kadının görev alanına girdiği için, hanenin sağlık ölçütleri de bilinçli ya da bilinçsiz olarak kadın tarafından biçimlendirilmektedir. Bu nedenle yoksulluk ve geçinme stratejileri ve sağlık bağlamında ana belirleyicinin [hane içindeki gelire doğrudan etki edemiyor olsa da] kadın olduğunu görmekteyiz. Ayrıca, hane halkının sağlık faaliyetleri de daha çok kadının görev alanı içerisine girmektedir. Bu faaliyetlerin şekillenmesi de geliştirilen geçinme stratejileriyle ilişkilidir. Dolayısıyla, yapılacak her hangi bir sağlık araştırmasında, özellikle de yoksulların konu olduğu çalışmalarda, geçinme stratejilerinin biçimlenişi ve bireylerin aldıkları roller göz ardı edilmemelidir.

### *5.1.3.2. Toplumsal İlişki Ağları İçinde Kadının Rolü*

Yoksulluk bağlamında toplumsal ilişkilerin niteliği önemli bir yer tutar. Toplumsal ilişki ağları iki grup altında toplanabilir. Bunlardan ilki akrabalar, ikincisi ise yaşanılan çevre, mahalle olarak tanımlanabilir.

Toplumsal ilişkiler geçinme stratejileri içinde oldukça önemli bir yere sahiptir. De la Rocha (1994 aktaran; Şengül, Ersoy, 2002) akrabalık, arkadaşlık ilişkilerini, özellikle değişen kent yapısına uyum sağlayabilmek ve ayakta kalabilmek için elde bulundurulan bir silah olarak değerlendirmektedir.

Sağlık açısından toplumsal ilişkilerin önemine baktığımızda iki nokta ile karşılaşmaktayız. İlki toplumsal ilişkililerin geçinme stratejileri içindeki önemidir. Sağlık ile ilgili herhangi bir konuda akrabalar ve arkadaş çevresi ilk başvurulacak kesim olarak belirmektedir. Özellikle akrabalardan maddi yardım almak ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamak önemlidir. Balay (2002 aktaran; Şengül, Ersoy, 2002) yaptığı çalışmada, yoksul kadınların maddi destek için öncelikle akrabalarına başvurduklarını belirtmektedir. Daha sonra ise, yaşanan bir sorun karşısında mahallenin çözüm üretici etkinliklerde bulunduğu söylenmektedir. Bu tip yardımların bir başka boyutu da, özellikle göç eden ailelerin köklerinin olduğu yöreden geçinme stratejileri bağlamında aldıkları yardımlardır. Örneğin, bir çok kent yoksulu aile halen kırdaki akrabalarından yiyecek, giyecek yardımı almak suretiyle geçinme faaliyetlerine katkı sağlamaktadır. Toplumsal ilişkilerin geçinme stratejileri içinde yer almasında özellikle kadınların kurdukları bağ önemlidir. Geçinme stratejileri konusunda kadının toplumsal ilişkiler kurmak suretiyle hanenin gelir getirici etkinliklerine katkıda bulundukları bir gerçektir. Gerek akrabalık bağları, gerekse mahalle çevresinde geliştirdiği ilişkiler hanenin ayakta kalması için gerekli olan günlük etkinliklerin gerçekleşmesinde etkili olabilmektedir. Ayrıca, kadınların 'zor

günler' için sakladıkları ve genelde bireysel olarak geliştirdikleri stratejiler de önemlidir.

Sağlık alanında paylaşımın ve birikimin oluşumunda toplumsal ilişkilerin önemli olduğunu görülmektedir. Genel kanıların yaygınlaşması, paylaşımlar sonucunda oluşan açılımlar, toplumsal bilgi ağının gelişmesi sıralanabilecek etkilerdendir. Örneğin, sosyal yardımlaşma, kamusal hizmetler gibi konularda oluşturulacak bilgi ağı özellikle eğitimsiz ve kamusal hizmetlere ulaşmakta zorlanan kişilerin sürece katılmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Bu bilgi ağının oluşturulması da, yine daha çok kadınlar tarafından yapılmaktadır. Kadınların toplumsal hayat içinde katıldıkları etkinlikler bu tür birikimlerin paylaşılması için uygun ortamlar oluşturmaktadır.

### 5.1.4. Şiddet ve Kadın Sağlığı

Şiddet, olgunun anlamı, varlık sebepleri ve varolan toplumsal örüntüler içinde kapladığı alan nedeniyle salt bir sağlık sorunu değil, diğer sağlık sorunlarının da özsel nedenlerinden biridir. Bu çalışmada vurgulanan, şiddetin aslında "toplumsal bir sağlık sorunu" olduğudur. Bu durum sorunun, kültürel, siyasal ve ekonomik boyutlarıyla zaman ve mekana yayılmış, birbiriyle iç içe geçmiş maddi ve manevi bir çok yönü olduğunu göstermektedir. Bu anlamda şiddet, sadece bireye atfedilebilecek nedenlerle değil, aynı zamanda bireylerin toplum tarafından belirlenen kimlikleri ve kendilerine atfedilen rolleri, tamamen değiştiremeyecekleri bedensel nitelikleri (güçlü-güçsüz gibi), içsel dünyalarındaki -ancak toplumdan yalıtılması büyük ölçüde mümkün olmayan- iniş çıkışları ve görgül verilerle saptanamayacak daha birçok farklı nedenle sürekli olarak yeniden üretilmektedir. Bu bağlamda, sözgelimi, sadece şiddeti uygulayanı suçlu gören anlayışın temelden sorgulanması gerekir. Çünkü şiddet, sadece ona maruz kalanda yarattığı ruhsal ve bedensel çöküntünün ötesinde, şiddeti uygulayanda varolan benzer çöküntü unsurlarıyla da doğrudan ilişkili olan iki yönlü bir olgudur. Sorunun bu kapsamda ortaya konulması bu çalışmanın boyutlarını aşmakla birlikte bu sorgulamanın başta yapılıyor olması çözüm önerilerinin saptanmasında yön gösterici olacaktır.

Şiddet, "bir bireyin fiziksel ve psikolojik olarak acı çekmesine neden olabilecek, fiziksel ve ruhsal yönden ona zarar veren her türlü davranış", diye tanımlanabilir (Ünsal. 1996). Olgu kendi içinde insanın özlük haklarını zedeleyici ve bedensel varlığına zarar verici şiddet olarak gruplandırılabilirse de bu ikisinin etkilerinin birbirinden ayrılması mümkün değildir.

Kadının maruz kaldığı şiddet, boyutları her ne olursa olsun, kadının yaşamda kendini var etmesinin önünde ciddi bir engel oluşturmaktadır. Bu kendini var etme bilinci kimi durumlarda öylesine körelmiştir ki, şiddetin kadınlar tarafından haklı görüldüğü hatta kendi içlerinde bulundukları durumun "normal", "kendi suçu" şeklinde algılandığı görülmektedir (Ersoy, Şengül: 2000). Oysa şiddet sorununa kalıcı çözümler bulunabilmesi için öncelikle kadının kendi varlığının farkında olması gerekir. Bu yüzden şiddet sorununda

çözüm ve çözümsüzlük iç içe geçmiştir. Kadına yönelik şiddet, hem kadının kendi varlığının farkında olması, hem de toplumun da kadının varlığının farkında olması sorundur. Şiddetin, günümüz toplumunda egemen baskı unsuru olarak yerini koruması böyle bir toplumsal ve bireysel öz bilinçlenme ve özsaygı kazanımının bir anda yaratılamamasının hem nedeni hem de sonucudur.

Şiddet sorununun çözümüne yönelik olarak maddi ve manevi iki bakış açısından söz edilebilir. Aslında bu iki yaklaşım birbirini bütünlemektedir. Sorunu sadece maddi olgular üzerinden analiz etmek, toplumsal öz bilinçlenmenin ve özsaygının arkasında yatan çok daha derin insani, sosyal ve kültürel yapıların gözden kaçmasına neden olabilecektir. Maddi açıdan bakıldığında, şiddet sorununun uzun vadeli çözümleri ekonomik iyileştirmeler ya da daha genel anlamda toplumsal yapıda gerçekleştirilecek değişikliklerdir. Bu ikisini kimi noktada çözümsüzlük haline getiren şey, çok üst ölçekte, çok bileşenli, derin ve uzun erimli yapısal değişikliklere bağımlı olmalarıdır. Bunların dışında kısa vadeli ve kolay uygulanabilir planlar olarak, kadına ve erkeğe yönelik kadının rolünü ve varlığını fark ettirecek eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarının gerçekleştirilmesi, bunlara aracılık edecek dayanışma merkezlerinin aktif hale getirilmesi ve şiddete yönelik ceza uygulamalarında yasalardaki açıklıkların (töre cinayetleri vb.) giderilmesi sayılabilir.

Ancak, toplumu dışarıdan değiştirmeye yönelik bu yaklaşımlar çözümün bir yönüdür. Toplumsal kimlikler ve roller, eğitim ve gelir düzeyi, aile yapısı ve büyüklüğü gibi, görece somut unsurların baskıcı niteliklerinin şiddetle sonuçlanan etkilerinin yanı sıra, insanın "kendi dışındaki varlıklarla kurduğu ilişkinin esasının karşılıklı saygı olduğunu içsel olarak anlaması-bilmesi" şeklinde tanımlanabilecek "manevi yönünün" giderek zayıflaması şiddeti besleyen diğer önemli unsur olarak kabul edilebilir. Özellikle geleneksel ve modern yapıların çatışmasının yarattığı ülkemize özgü koşullarda dayanışmacı ve yaratıcı topluluk değerlerinin yitirilmesi ya da bunların özsel-içsel değerler olma niteliklerini kaybederek metalaşması ve daha da kötüsü yitirilen bu özsel topluluk değerlerinin yerine yeni değerlerin konulamaması toplumdaki şiddetin artmasında önemli rol oynamaktadır. Dolayısıyla bu çalışmada, sorunların yüzeydeki maddi yansımalarıyla yetinmek yerine, içinde yaşadığımız toplumun özgün değerlerinin giderek eriyip çözülmekte olduğunun göz önüne alınması, her hangi bir nedenle gözden kaçtığına inandığımız arka planda yatan unsurların da hesaba katılmaya çalışılmasına değer verilmektedir. Manevi-özsel-altyapısal unsurların ne olduklarının ortaya konulması çok zor olsa da, en azından varlıklarının dikkate alınmasına ve analize dahil edilmesine özen gösterilmektedir.

Ancak vurgulanması gereken bir diğer nokta, aile içi şiddetin boyutlarını ve maddi-manevi nedenlerini tanımlamaya yönelik araştırma sonuçlarının yaşanan durumu tam olarak ortaya koyamamasıdır. Çünkü şiddeti yaşayan aile bireyleri bunu genellikle gizli tutmayı tercih etmektedirler ve bu nedenle hangi tür

ailelerde, ne boyutta bir şiddet yaşandığı tam olarak belirlenememektedir (Ersoy, Şengül: 2000).

Aile içi şiddet sadece kadını etkilemenin ötesinde, çocukları, erkeği, aile hayatını, ailenin görüştüğü insanları ve toplumun bütününü etkilemektedir. Etki düzeyleri ve ortaya çıkış zamanları farklı olmalarına karşın, bütün bu birimler yaşanan aile içi şiddetten dolayı bir şekilde kayba uğramaktadırlar (Ersoy, Şengül: 2000).

### 5.1.5. Eğitim Durumu ve Kadın Sağlığı[20]

Eğitimin kadın sağlığı bağlamında ele alınması, cinsler arasında eşitsiz koşulların söz konusu olduğu bir toplumda, bu koşulların erkek ve kadın sağlığını nasıl etkilediğini anlamak açısından değerlidir. Eğitim durumu çeşitli düzeyleri içermekte ancak, eğitimin en alt düzeyi olan okur-yazar olma durumu, özellikle yoksul kent mekanlarında yapılan araştırmalarda önemli bir yer tutmaktadır.

Okur-yazarlık eğitimi, gelişmekte olan ülkelerde resmi ve zorunlu eğitim almamış yetişkinler için başlıca eğitim kaynağıdır. Yetişkinlere yönelik okur-yazarlık eğitimi ile cinsiyet temelli yoksulluk arasındaki ilişki ve özellikle bu eğitime katılan kadınların geçmişe dönük değerlendirmesi, kadınların gelişiminde ve yoksulluğun ortadan kaldırılmasında okur-yazarlık eğitiminin aldığı rolün önemini göstermektedir. Genel olarak okur-yazarlık, bireyin psikolojik, ekonomik ve sosyal dönüşümünün temel kaynağı olarak görülmektedir. Bu bağlamda öncelikle okur-yazarlığın tanımlarına bakmak gerekmektedir. Venezky ve arkadaşları (1990), okur-yazarlığın 1950'lerde UNESCO tarafından genel bir çerçevesinin çizildiğini ve "okuyup yazabilme yeteneğinin oluşturulması" olarak belirlendiğini belirtiyorlar. Egbo (2000) bu tanıma temel matematik bilgilerini ve günlük hayatın gerektirdiği işlevleri yerine getirebilecek yeteneklerin geliştirilmesini de ekler. Bu işlevsel okur-yazarlık tanımına karşı Freire (1987) eleştirel okur yazarlık tanımını geliştirmiştir. Freire, okur-yazarlık eğitimine katılanların, bu yolla var olan statü ve konumlarını sorgulayabilme ve aşabilme şansını elde ettiğini söyler. Marksist felsefeden geliştirilen bu okur-yazarlık yaklaşımı, eğitimi toplumsal kurtuluş projesi olarak görür. Bu yaklaşıma göre, özellikle kadınların okur-yazarlığı, toplumsal sorunlarla olan mücadelelerinde güvence ve geleceklerine dair umut sağlayan önemli bir unsurdur. Başka bir deyişle, kadın okur-yazarlığı yoksulluğa karşı olası çözüm ve mücadele yollarından biri olarak görülmektedir. Yoksulların ve ezilenlerin sessizlik kültürüne sahip olduğunu söyleyen Freire, sosyal adaletsizlik ve güç ilişkilerindeki dengesizlikten dolayı bu kesimlerin toplumda söz sahibi olamadığını belirtir. Ayrıca bu kesimlerin güçlenmesi ve özgürlüğü ile okur-yazarlık arasında güçlü bir ilişki olduğunu iddia eden Freire, bu yapının sorgulanması ve kırılması için okur-yazarlığın ilk

[20] Bu bölüm *Wapula N. "Women, Po ve rty and Literacy in Botswana: A Case Study"*. The Pennsylvania State Uni ve rsity. Ph D. Thesis, s. 55-61'den alınmıştır.

basamak olduğunu söyler.

Kadın okur-yazarlığı ve yoksullukla mücadele arasındaki ilişkiyi konu alan çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı'nın 1995 tarihli raporuna göre, okur-yazarlık düzeylerindeki ayrım farklı sonuçlar doğurmaktadır. Okur-yazarlık faktörünün kadınların kendilerine duyacağı güven, yoksullukla mücadele için strateji ve geleceğe ilişkin umut oluşturabilmelerinin önemli olduğunu belirten bu çalışma, hiç okuma-yazma bilmeyen kadınlar ile yarı okur-yazar olan kadınlar arasında bile önemli farklar olduğunu göstermiştir. Burada yarı okur-yazarlık, temel okuma-yazma ve sınırlı olarak matematiksel işlem yapabilme becerisi olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda kadınlar, okuma-yazma programlarına, bu yeteneklere sahip olmak ya da sahip oldukları yetenekleri geliştirebilmek, iş imkanları oluşturabilmek, daha iyi iletişim ve kendilerini daha iyi ve doğru ifade edebilmek için önem vermektedir. Ancak bilgi eksikliği, teşvik eden kişi ve kurumun bulunmamasından dolayı cesaretsizlik, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları, hane halkının bakımı, ev işlerinin getirdiği sorumluluk ve kadınların kendilerinden kaynaklanan ilgisizlik gibi etmenler kendileri için düzenlenen okur-yazarlık kurslarına katılmalarına engel olabilmektedir. Bu kursların açılması ve verilen hizmetin sürekliliği açısından en önemli görev devlete ve sivil toplum kuruluşlarına düşmektedir. Özellikle kadın okur-yazarlığı bağlamında doğru ve etkin politikalar üretmede, kurumlar oluşturmada, bu kurumları finanse etmede ve katılımı mümkün olabilecek en yüksek seviyede tutmada, gerek kamusal idare gerekse de sivil toplum boyutunda mücadele gerekmektedir.

### 5.1.6. Sınıfsal Konum, Devlet ve Kadın Sağlığı

Sağlık konusunun irdelendiği çalışmalarda bireylerin sınıfsal konumuna bakılarak yapılan değerlendirmeler ve görgül çalışmalar oldukça fazladır. Ayrıca, sağlık ve sınıf ilişkisinin nasıl kurulacağı ve sınıfın nasıl tanımlanacağı üzerine geniş bir yazın söz konusudur.

Kadın sağlığı çalışmalarında da aynı tartışmalar devam etmektedir. Krieger ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada bekar erkek ve kadınların kendi sınıfsal konumlarına göre değerlendirildiğini, çalışan ve ya çalışmayan evli kadınların ise eşlerinin sınıfsal konumuna göre değerlendirildiğini söylemektedirler. Hane içi sınıfsal sınıflandırma yaparken cinsiyet-bağımsız çalışmaların yapılması gerektiği de ekledikleri noktalardan bir tanesidir. Bu noktalar toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri bağlamında düşünüldüğünde dikkat çekicidir. Aynı çalışmada sağlık ile ilgili bir araştırmada sadece yetişkin sınıf konumunun değil, çocukluk sınıflarının da çalışmalara dahil edilmesi gerektiğini belirtilmektedir.

Hane içinde sınıfın belirlenmesinde de genellikle tek bir sınıfın, ki o da ve genellikle erkeğin dahil olduğu sınıftır, dikkate alındığı görülmektedir. Hane genellikle tek bir sınıfla özdeşleştirilen bir birimdir ve hanenin sınıfı genelde erkeklerin sınıfsal konumu üzerinden belirlenir. Hane içinde yaşayan erkek,

kadın ve çocuk aynı sınıfın üyeleridir. Sorensen (1994) hanelerin sınıfsal yapısının belirlenmesinde kadının sınıfı üzerine yaptığı çalışmada klasik teorileri eleştirmiş ve erkek temelli sınıfsal ayrımın kullanılmaması gerektiğini belirtmiştir. Kadınların emek piyasasında daha fazla yer almasıyla birlikte ortaya çıkan durumda da ailede erkek temelli bir sınıfsal ayrımın olmasını yanlış bulduğunu belirtmektedir.

Kadın sağlığı ile ilgili yapılacak bir çalışmada son olarak bakılması gereken nokta devletin sağlık hizmetleri ile ilgili ve siyasalarının nasıl oluştuğu ve kadınların bu hizmetlerden nasıl yararlandığı konusudur. Baştan beri belirtildiği üzere, kadın sağlığı toplumsal olgulardan ve davranışlardan fazlasıyla etkilenen, toplumsal cinsiyet ilişkileri içinde kendini bulan bir yapıya sahiptir. Bu bağlamda, kadın sağlığını geliştirmek için devletin konu üzerine ciddi şekilde eğilmesi gerekmektedir. Ne var ki, yeni-sağ ideolojinin devlet anlayışı içinde sosyal hizmetlerin sunumundan uzaklaşan devlet, zaten sorunlu olan kadın sağlığı konusunda yetersiz kalmaktadır. Özellikle yoksul kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanma ve bu hizmetlere ulaşılma oranı düşünüldüğünde devletin bu alanda ne denli etkili olması gerektiği daha net gözükmektedir.

Yoksul kadınların bir çoğunun sosyal güvence altına alınmasını sağlayan işi yoktur. Kadınlar emek piyasasında daha çok yer almaya başlamış olsalar da enformel sektörde çalışan kadınların oranı azımsanamayacak ölçüdedir. Hane içinde sosyal güvencesi olan birey yoksa sağlık hizmetlerinden yararlanmak daha da zorlaşmaktadır. Ayrıca, kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak için gereken bürokratik işlemleri yerine getirememeleri kadınlar için bir sorun teşkil etmektedir. Kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sadece kendi bireysel sağlıkları için gerekli değil aynı zamanda hanenin diğer bireylerinin sağlığı için de gereklidir.

## 5.2. Kadınlarda Görülen Hastalıklar

Kadınların sağlık durumları yaşadıkları çevreye ve sosyo-ekonomik durumlarına göre değişmektedir. Kadınların sağlık durumlarının incelendiği araştırmalarda kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları, yaşadıkları toplumun gelenekleri, ekonomik durumları ve sağlık konusunda aldıkları eğitim önemli ayrım noktalarını oluşturmaktadır. Nitekim, kadınlarda kalıcı hastalıkların oluşması ve anne ve çocuk ölümleri bu değişkenlere bağlı olarak farklı sonuçların doğmasına neden olmaktadır.

Kadın sağlığı bakımından şüphesiz ki öncelikle incelenecek konu üreme sağlığıdır. Kadın ölüm oranlarının yüksek olduğu göğüs ve rahim kanseri de önemli bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar da önüne geçilmesi zor olan sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Kadın sağlığı konusunda üzerinde durulması gereken bir başka konu ise kadınların akıl ve ruh sağlığıdır. Özellikle son dönemlerde bu konu üzerine çok sayıda araştırma yapılmaktadır. Şiddete maruz kalma da kadınlar

açısından önemli sağlık sorunlarına yol açan bir konudur. Bu başlıklar altında kadın sağlığı ile ilgili genel bulgulara bu bölümde değinilecek, öznel bulgularsa alan çalışmaları kapsamında ele alınacaktır.

### 5.2.1. Üreme Sağlığı

#### *5.2.1.1. Aile Planlaması*

Aile planlaması, kadının üreme sağlığı açısından önemli bir olgudur. Sık gebelik kadınların ve doğacak çocukların sağlıklarını olumsuz yönde etkilemekle birlikte önemli sağlık sorunlarına hatta ölüme neden olabilmektedir. Ancak, geleneksel toplumlarda ve eğitimsiz ailelerde kadınlar aile planlaması konusunda söz sahibi değillerdir. Bir çok kadın istemeden de olsa çok sayıda gebelik geçirmektedir.

Aile planlamasının en önemli unsuru planlamanın nasıl yapılabileceği konusunda bilgi sahibi olmaktır. Ancak, kadınlar aile planlaması konusunda istekli ve bilgili olsalar da bu durumu eşlerine kabul ettirmeleri çok kolay olmamaktadır. Özellikle geleneksel ailelerde aile planlaması olgusuna ciddi bakılmamaktadır. Bu nedenlerle aile planlaması yöntemlerini ailelere anlatmak ve önemini vurgulamak için etkin sağlık politikaları üretmek gerekmektedir.

#### *5.2.1.2. Kürtaj*

Kadın ölümlerinin ve hastalıklarının en sık görüldüğü durumlardan bir tanesi de kürtajdır. Kadınlar aile planlamasında söz hakkına sahip olmadıkları gibi istenmeyen gebelikler ortaya çıktığı zaman aileden haberli ve ya habersiz bir şekilde kürtaj yoluna başvurmaktadırlar. Kürtaj uzmanlarca, hijyenik koşullarda yapılmalıdır. Ancak, bir çok ülkede kürtaj yasaktır ve yasadışı, denetimden yoksun mekanlarda kürtaj yapılmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin yetersiz ve ulaşımı mümkün olmadığı durumlarda kadınlar kürtaj için bilinçsiz kişilerin eline düşebilmektedirler. Kürtaja karşı oluşan olumsuz toplumsal yargı da kadınların değişik yollar denemesine neden olmakta ve sağlıklarını ciddi anlamda tehlike altına sokmaktadır.

#### *5.2.1.3. Hamilelikte ve Doğumlar Sırasında Meydana Gelen Ölümler ve Nedenleri*

Kadın ölümlerin önemli bir bölümü doğumlar sırasında meydana gelmektedir. Smyke (1995), doğum sırasında yaşanan ölümlerin nedenlerini şu şekilde sıralamıştır:

- Hamilelik sırasında sağlık hizmetlerinden yoksun olmak,
- Çok sayıda çocuğa sahip olmak,
- Sağlık kuruluşlarına gitmekten çekinmek,
- Ulaşım hizmetlerine para ayıramamak ve sağlık hizmetlerinin verildiği yerlere uzakta yaşamak,

- Durumlarının kendileri için tehlikeli ve tehdit edici olduğunun bilincinde olmamak,
- Küçüklüklerinden beri kötü besleniyor olmak,
- Hastane hizmetlerinin yetersiz olması,
- Genç yaşta çocuk sahibi olmak,
- Aile planlaması yapılmaması ve istenmeyen gebeliklerin önlenememesi,
- Yasadışı yollardan yapılan kürtaj.

Sıralanan maddelerin dışında yazarın belirttiği bir diğer önemli nokta da toplumsal bakışla ilintilidir. Çocuk doğurmak kadının asli görevlerinden biri olarak görüldüğü ve kadının bunun üstesinden gelebileceği toplumda kabul gören yaklaşım olduğu için, kadın hamilelik sırasında ve sonrasında tedaviden, kontrollerden uzak tutulmaktadır.

Hamilelik sırasında ve sonrasında sağlık kontrolü önemli bir unsurdur. Kontroller hem kadının sağlık durumunun hem de bebeğin sağlık durumunun izlenmesi ve istemeyen durumlarla karşılaşıldığı zaman erken önlem alınması açısından gereklidir. Bu nedenlerden ötürü, bebek ölümleri, anne ölümleri, kendiliğinden ya da isteyerek yapılan düşükler, hamilelik sırasında ve sonrasında yapılan kontroller sadece sağlıkla ilgili göstergeler değil, eğitim durumu, devlet politikaları, gelişmişlik düzeyi gibi konuların ölçülmesinde ve nüfusun profilinin çıkarılmasında da kullanılan göstergelerdir.

### *5.2.1.4. Doğum Sonrası Yaşanan Sağlık Sorunları*

Hamilelik sırasında sürekli kontrol altında olunması gerektiği gibi, doğum sonrası sağlığı da kadın sağlığının önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Gerek sosyo-ekonomik nedenler dolayısıyla, gerekse de kadınların üreme sağlığına yeterince önem vermemeleri nedeniyle bu sağlık sorunları de göz ardı edilmektedir.

Doğum sonrası, hem fiziksel hem ruhsal rahatsızlıkların ortaya çıkabileceği önemli bir devredir. Doğum sonrası depresyonu kadınları etkilediği gibi bebeğin gelişiminde de olumsuz etki yaratacak bir hastalık olabilmektedir. Ancak bir çok anne, bu hastalığın semptomlarını dikkate almamakta ve tedavi görmemektedir.

Kadınların üreme sağlığı hakkında belirtilmesi gereken bir diğer nokta da eğitimdir. Bir çok kadın vücudunda ortaya çıkabilecek hastalıklardan habersizdir ve özellikle üreme sağlığı konusunda oldukça bilinçsizdir. Bu bağlamda, kadınların genç yaşlardan itibaren konu hakkında bilgilendirilmesi önemlidir.

### 5.2.2. Kanser

Kanser önemli bir sağlık sorunu olarak toplumun her kesimini etkilemektedir. Göğüs ve rahim kanseri kadın ölümlerinde ciddi bir oranı oluşturmaktadır. Bu hastalıkların erken teşhis edilmesi durumunda önüne geçilme olasılığı vardır. Ancak, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve hastalıkların bilincinde olma erken teşhisi mümkün kılacak olan iki olgudur. Yoksul kesimin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik koşullar ise hastalığın erken teşhisine olanak verecek durumda değildir.

### 5.2.3. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar da kadın sağlığında önemli bir sorun oluşturmakla birlikte sadece kadının sağlığını değil hastalık bulaştıktan sonra sahip olacağı çocukların da sağlığını etkilemektir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların söz konusu olduğunda şüphesiz ilk akla gelen AIDS hastalığıdır. AIDS toplumun her kesimi için ciddi bir tehlikedir. Bu tehlikeden kaçınmanın ve en önemli yolu ise korunma yollarının kullanılmasıdır. Ancak, özellikle ve geleneksel yapıdaki ailelerde bu yöntemler kullanılmıyor olduğu gibi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda da yeterli bilgileri bulunmamaktadır. AIDS dışında bulaşabilecek hastalıklar da gözden kaçırılmamalıdır. Önemsiz gibi gözüken semptomlar dikkate alınmazsa bu hastalıkların yarattığı sonuçlar ölüme kadar varabilir. Ancak, cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda kadınların yeterli bilgiye sahip olduğunu söylemek oldukça güçtür (TNSA, 1998).

### 5.2.4. Akıl ve Ruh Sağlığı

Kadınların yaşadıkları çevreye, işlerine ve hane içindeki konumlarına bağlı olarak ortaya çıkan ve üzerinde önemle durulması gereken sağlık sorunlarından biri de psikolojik sağlık problemleridir. Bu başlık altında önemle durulması gereken iki konu depresyon ve intiharıdır.

#### *5.2.4.1. Depresyon*

Depresyon, son dönemlerde bir çok kadının karşılaştığı bir sağlık sorunudur. Bu nedenle depresyon nedeniyle tedavi görmeye başlayan kadınların sayısında artış vardır. Özellikle gelişmiş ülkelerde kadınlar depresyon riskine erkeklerden iki kat daha fazla açıktır (TNSA, 1998). Araştırmalar (TNSA, 1998) depresyon riskinin yaşın ilerlemesiyle ve sosyo-ekonomik durumdaki düşüşle birlikte arttığını belirtmektedir.

Depresyonun ortaya çıkışı ile ilgili söylenebilecek çok net yargılar yoktur. Her bireyin yaşam tarzının ve yaşadığı ortamın bireyi nasıl etkilediğine bağlı olarak depresyon belirtileri değişmekte ve çeşitlenmektedir. Ancak yine de kadın sağlığı açısından olaya yaklaştığımız zaman belli başlı birkaç önemli noktadan söz etmemiz mümkün olmaktadır.

Kadınların üzerlerinde bulunan aşırı sorumluluk, içinde bulunduğu kültürün kadına biçtiği rol ile şekillenen hayat, üzerindeki toplumsal baskı kadını depresyona sürükleyen ana etkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Şüphesiz ki, ekonomik etmenler ve gelecek için endişe duymak da depresyona neden olan başlıca faktörlerdendir. Ayrıca, mutsuz evlilikler, çocuklarla ilgili kaygılar, aile içi şiddet, kısırlık, cinsel taciz kadınlarda depresyona neden olmaktadır. Bir başka önemli etken de yine yoksulluk bağlantılı olan toplumsal izolasyon durumudur. Masrafları azaltmak için dışarıya çıkmamak ve arkadaş ziyaretlerinde bulunmamak bir geçinme stratejisi olarak görülmektedir. Ancak bu durum, kadının evinin içine kapanmasına ve sorunlarını paylaşabileceği arkadaşlarından uzak kalmasına neden olmaktadır. Erkek zaten dışarı çıkabildiği için erkeklerde bu sorunun etkilerine çok sık rastlanmazken, toplumsal izolasyon kadınların ruh sağlığı açısından ciddi bir tehdit oluşturmaktadır.

Balay (2002) Ankara Şafaktepe'de 50 yoksul kadınla yaptığı derinlemesine incelemede, 50 kadından sadece birinin depresyon nedeniyle tedavi görmediğini, diğer 49 kadının ise en az bir kere yatarak tedavi gördüğünü, anti-depresan ve alabildikleri takdirde ağrı kesici kullandıklarını belirtmektedir. Kadınların bu hastalığa yakalanmalarının en önemli nedeni şüphesiz ki yoksulluk ve yoksulluğun yol açtığı sorunlardır. Ayrıca çocuklarıyla, eşleriyle düzgün bir ilişkisi olmayan bu kadınlar haneyi ayakta tutabilmek için aşırı derecede psikolojik baskının altına girmektedirler. Hane içinde yaşadıkları çatışma ve şiddet, toplumsal yaşamdan uzak kalma da kadınları etkilemekte ve kronik krizlere yol açacak denli büyük ruhsal patlamalara neden olmaktadır. Çalışmanın toplumsal izolasyon sorunuyla ilgili diğer önemli bir sonucu da kadınların kendilerini en huzurlu hissettikleri yerlerin toplum merkezleri olmasıdır.

#### *5.2.4.2. İntihar*

Kadınların intihar etmeye eğilimi erkeklerden daha fazla gibi görünse de erkeklerin intihar girişimlerinin ölümle sonuçlanma oranı kadınlarınkinden daha yüksektir. Paris'te yapılan bir araştırmaya göre, erkeklerin her altı intihar girişiminden biri ölümle sonuçlanırken kadınlarda bu oran yirmi dokuz girişimde bir ölüm olarak ortaya çıkmıştır (Smyke, 1995; Ersoy ve Şengül, 2001). Kadınlar intiharı bir ifade biçimi olarak görmektedirler. Aslında gerçekten ölmek istemeseler de, dertlerini ve isteklerini anlatmada ya da karşı çıkışlarında karşısındakini ölüm ile ikna etme isteği söz konusudur. Bu durumun kadınlarda ortaya çıkışı içinde bulunduğu toplumsal durumla ilgilidir.

### 5.2.5. Şişmanlık (Obezite)

Şişmanlık (obezite) hastalığı vücutta yağ dokusunun normalden fazla olması sonucu ortaya çıkan ve yaşam süresini ve kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır (Atilla 2005). Şişmanlık, sadece obez kişiyi değil, çevresindekileri de etkileyen, psikolojik ve toplumsal

sorunlara yol açabilen bir hastalıktır. Dünya genelinde hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artan oranlarda görülmektedir. Batı toplumlarında erişkinlerin yarısının kilo fazlalığının olduğu ve özellikle bu sorunun kadınlarda daha yaygın olduğu bilinmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmasına göre ortalama olarak erkeklerin % 15'i, kadınların ise % 22'si obezdir.

Şişmanlık orta yaşın hastalığı gibi görünüyorsa da, yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. Çalışmalar, yetişkinlerde şişmanlığın 1/3 oranında çocuklukta başladığını göstermiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998 verilerine göre kadınların % 33.4'tü hafif şişman, % 18.8'i şişmandır. TNSA 2003 yılı verileri durumun daha da kötüye gittiğini göstermektedir. Buna göre, Türk kadınlarının %34'ü fazla kilolu, %23'ü obezdir. Obezite birçok hastalıkla ilintili olduğundan önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır (Attila, 2005).

### 5.3. Kadın Sağlığının Uluslararası Politikadaki Yeri

Türkiye'de kadın sağlığı konusunda üretilen politikalar ve uygulamalar açısından gelinen noktada, uluslar arası sözleşmeler ve dünya ölçeğinde yaşanan gelişmeler oldukça etkili olmuştur. Bu bölümde Türkiye açısından bağlayıcı nitelik taşıyan sözleşme, konferans ve eylem planlarının kararları ve politika önerileri ele alınacaktır.

#### 5.3.1. Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)

CEDAW sözleşmesi, BM Genel Kurulu tarafından 1979 yılında kabul edilmiş ve 1981 yılında 20 ülkenin onayıyla yürürlüğe girmiştir. Türkiye, Sözleşme'yi 1985 yılında imzalamış ve sözleşme ülkemizde 19 Ocak 1986'da yürürlüğe girmiştir. Sözleşme metninin başlangıcında, "CEDAW sözleşmesinin temel hedefi toplumsal yaşamın her alanında kadın-erkek eşitliğini sağlamak amacıyla, kalıplaşmış kadın-erkek rollerine dayalı önyargıların yanı sıra geleneksel ve benzer tüm ayrımcılık içeren uygulamaların ortadan kaldırılmasını sağlamaktır" denilmektedir. Bu doğrultuda, sözleşme ile toplumsal ve kültürel davranış kalıplarını değiştirmek için gerekli tüm geçici ve özel önlemlerin alınması hükme bağlanmaktadır.

Sözleşme, 30 maddeden oluşmaktadır. Başlangıç bölümünde ve maddelerinde genel olarak, eğitim, sağlık, toplumsal yaşam, istihdam, politika ve kamu hayatı gibi alanlarda ayrımcılığın kaldırılmasına yönelik gerekli Anayasa ve yasa değişikliklerinin ve diğer düzenlemelerin gerçekleştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Sözleşmenin sağlıkla ilgili olan 12. maddesi şöyledir:

- *"Taraf Devletler, aile planlaması dahil sağlık bakım hizmetlerinden kadın ve erkeğin eşit olarak yararlanması için, sağlık alanında kadınlara karşı ayrımı ortadan kaldıran bütün önlemleri alacaklardır.*
- *Bu maddenin 1. paragrafında öngörülen hükümler saklı kalmak*

*kaydıyla Taraf Devletler kadına hamilelik, loğusalık ve doğum sonrası dönemde gerekli hizmetleri sağlayacaklar, hamilelik ve emzirme sırasında yeterli beslenme ile birlikte, gerektiğinde ücretsiz hizmet vereceklerdir."*

Türkiye, BM'de oluşturulan Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Komitesi'ne ilk üç raporunu 1990, 1994 ve 1997 tarihlerinde sunmuştur. 4. ve 5. dönem birleştirilmiş raporu ise Kasım 2004'te sunulmuştur.

Kasım 2004'te sunulan raporda, ülkemizdeki gelişmeler ve gelecek için yapılan planlar, Yasalar ve Kanun Önünde Eşitlik İlkesi, Siyaset ve Karar Mekanizmaları, Ekonomi, Çalışma Hayatı ve Yoksulluk, Kadına Yönelik Şiddet, Evlilik , Aile İlişkileri ve Geleneksel Roller, Eğitim, Medya, ve Kadın Sağlığı olmak üzere sekiz başlık altında incelenmiştir. Konumuzla ilgili olarak, yalnızca yoksulluk ve kadın sağlığıyla ilgili yapılan değerlendirilmelerden bahsedilecektir.

Raporun yoksullukla ilgili kısmında, yoksullukla mücadele programlarının yukarıdan oluşturulan, belirli kalkınma modellerine dayandırılan, kadınların yaşamlarındaki gerçekliklerden kopuk olduğu için kadınları kapsamayan, insanların mevcut bilgi ve becerilerinden yararlanmayan, programlar oldukları belirtilmiştir. Kadın yoksulluğunun hızlı artışının nedenleri olarak istihdamdaki eşitsizlik, miras yoluyla ayrımcılık, boşanma ve özelleştirmelerin geldiği söylenmiştir.

Bu konuda raporun getirdiği çözüm önerileri, kadın istihdamını artırmaya yönelik bir istihdam politikasının oluşturulması, yasal düzenlemelerin toplumsal cinsiyet perspektifi ile gözden geçirilmesi ve girişimcilikte özellikle kredi, borçlanma ve sigorta konularında pozitif ayrımcılık uygulanmasıdır.

Sağlıkla ilgili bölümde, kadın ve erkeğe verilen sağlık hizmetlerinde eşitsizlik olduğunun, sağlık sorunları, karşılaşılan riskler, cinslerin özelliklerine göre hizmet verecek kurumların varlığı ve işlenmesi, kadın ve erkeğin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranları, sağlık istatistikleri, kentsel-kırsal ve bölgesel farklılıklar, geleneklerin baskısı konularında yapılan araştırmalar ve bu araştırmaların ortaya koyduğu bulgulardan ortaya çıktığı ifade edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yaygınlığı ve etkinliğinin yetersiz kalması, kadın sağlığındaki sorunların nedeni olarak verilmiştir. Sağlık sorunları için de çözümün olumlu ayrımcılık olduğu raporda belirtilmiştir. Bunun için gereken politika ve uygulamaları geliştirmek ve kurumsal hizmetlere dahil etmek gerektiği ifade edilmiştir.

### 5.3.2. Avrupa Konseyi'nin Üye Ülkelere Kadınların Şiddete Karşı Korunmasına İlişkin Tavsiye Kararı

30 Nisan 2002 tarihinde kabul edilen tavsiye kararının birinci bölümü hükümetlerin kadına karşı şiddeti engellemeye yönelik genel olarak yapmaları gereken uygulamaları dokuz maddede anlatmıştır. Raporun ikinci bölümü ise 85 maddeden oluşmaktadır. Bu bölümde alınacak önlemler konu başlıklarına göre,

- *Kadınlara karşı şiddetle ilgili genel önlemler*
- *Bilgi, kamu duyarlılığı, eğitim ve meslek içi eğitim*
- *Medya*
- *Yerel, bölgesel ve kentsel planlama*
- *Kurbanların korunması ve yardım (kabul, tedavi ve danışmanlık)*
- *Ceza hukuku, medeni hukuk ve yargılama usulü*
- *Şiddet failleri için müdahale programları*
- *Cinsel şiddetle ilgili ek önlemler: genetik veri bankası*
- *Aile içi şiddetle ilgili ek önlemler*
- *Cinsel tacizle ilgili ek önlemler*
- *Genital mütilasyona (kadın sünneti) ilişkin ek önlemler*
- *Çatışma halleri ve çatışma sonrası durumlarla ilgili ek önlemler*
- *Kurumsal ortamda şiddetle ilgili ek önlemler*
- *Üremeye ilişkin özgür seçim hakkına uyulmamasıyla ilgili ek önlemler*
- *Töre adına işlenen cinayetlerle ilgili ek önlemler*
- *Erken evliliklerle ilgili ek önlemler*

olarak sıralanmıştır.

Planlamayla ilgili bölümde, üye devletlerin, yerel ve bölgesel planlama ile kent planlamasında karar alma konumundaki kişilerin, kamuya açık yerlerde şiddet içeren fiilleri önlemesi ve kadınların güvenliğini göz önüne alması gerektiği belirtilmiştir. Bu kapsamda, başta aydınlatma olmak üzere, tasarım ve planlama ile ilgili her türlü önlemin alınması istenmiştir.

Şiddete maruz kalanların korunması ve yardımla ilgili bölümde özetle yardımın şikayet olsun olmasın tıbbi muayene, adli tıp muayenesi, tedavi ve travma sonrası psikolojik, toplumsal destek ve hukuki yardımı içermesi ve gizlilik esası temelinde, ücretsiz ve 24 saat ulaşılabilir olması gerektiği ve şiddete maruz kalanların ihtiyaçlarına göre hazırlanmış, açık ve anlaşılabilir bir dille hakları, yararlandıkları hizmetler ve öngörebilecekleri ya da başvurabilecekleri eylemler konusunda bilgilendiren dokümantasyonun sunulması gerektiği belirtilmiştir. Bu tür eşgüdümlü eylemleri olanaklı kılacak şekilde ise polis, sağlık ve toplumsal hizmet kurumları ve hukuki sistem arasında işbirliğini geliştirmesinin ve sivil toplum örgütleri arasında işbirliği ağı kurulmasının teşvik edilmesi ve desteklenmesi gerektiği söylenmiştir.

### 5.3.3. Kadın 2000: 21.Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış (Pekin +5) Konferansı

Pekin+5 Konferansı'nda kadın sağlığı ve yoksulluk konularında alınan kararlara geçmeden önce 1975'ten itibaren kadın konusunda Birleşmiş Milletlerin gerçekleştirdiği konferansların tarihçesinden kısaca bahsetmek yararlı olacaktır.

#### *5.3.3.1. Birleşmiş Milletler Birinci Dünya Kadın Konferansı*

1975 yılında Meksika'da düzenlenen konferansta alınan kararla BM Genel Kurulu 1975-1985 yılları arasındaki dönemi "kadın on yılı" olarak ilan etmiştir. Kadın on yılının ana teması "İstihdam, Sağlık ve Eğitim" olarak belirlenmiştir. Konferans'ta kabul edilen Dünya Eylem Planı'nın hedefi ise "Eşit Haklar, Kalkınma ve Barış" olarak belirlenmiştir. Eylem Planı'nda belirlenen faaliyet alanları: uluslararası işbirliği ve barış, siyasal katılım, eğitim, istihdam, sağlık ve beslenme, aile, nüfus, konut ve diğer toplumsal sorunlar (göçmen ve yaşlı kadınlar, fuhuş ve kadın ticareti, vb.) olmuştur. Eylem Planı'ndaki önemli noktalardan biri de BM üyesi bütün devletlere, ilk kez, kadın sorunlarına çözüm üretecek ulusal ve uluslararası mekanizmalar oluşturma çağrısı yapılmış olmasıdır. Türkiye'de bu karara 1991 yılında uyularak, Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (KSSGM) kurulmuştur.

#### *5.3.3.2. Birleşmiş Milletler İkinci Dünya Kadın Konferansı*

İkinci Dünya Kadın Konferansı 1980 yılında Kopenhag'da toplanmıştır. Bu konferansta oldukça yavaş ilerleme kaydedildiği saptanmış ve Kadın On Yılı'nın ikinci yarısında yapılacak işleri hızlandırmak için bir Eylem Programı hazırlanmıştır. Kopenhag Konferansı'nda eşitlik, sadece yasal eşitlik değil, haklarda, sorumluluklarda eşitlik ve kalkınmadan yararlanma ve kalkınmaya aktif birer aktör olarak katılma fırsatlarında eşitlik olarak yorumlanmıştır. (Hacımirzaoğlu, 2001) Eylem Programı'nda aile içi şiddet konusu öncelikli sorun alanları arasına dahil edilmiştir. Ayrıca, bu konferansın ardından CEDAW sözleşmesi ülkelerin imzasına sunulmuştur.

#### *5.3.3.3. Birleşmiş Milletler Üçüncü Dünya Kadın Konferansı*

Kadın İçin Eşitlik, Kalkınma ve Barış konularında Birleşmiş Milletler Kadın On Yılının Başarılarının Gözden Geçirilmesi ve Değerlendirilmesi adıyla Üçüncü Dünya Konferansı, 1985'te Nairobi'de gerçekleştirilmiştir. Konferansta "Kadının İlerlemesi İçin Nairobi İleriye Yönelik Stratejileri" kabul edilmiş ve alınacak önlemler kurucu ve yasal adımlar, toplumsal katılımda eşitlik, siyasi katılım ve karar almada eşitlik olmak üzere üç kategoride toplanmıştır.

Hacımirzaoğlu (2001), 10 yıllık dönemi şöyle aktarmıştır:

*"1975'te Kadın Onyılı başladığında, dünya ticaretindeki büyümenin, para akışındaki artışın ve teknolojik gelişmelerin hızlı ekonomik büyümeyi sürdürülebilir kılacağı, bunun da gelişmekte olan ülkelerde kadınların ekonomik ve toplumsal yaşama daha fazla katılmasına elverişli koşullar yaratacağı varsayılmıştı. Nairobi Konferansı, bütün bu varsayımların ve umutların boşa çıktığı bir dönemde yapıldı. 1975-1985 arasında dünyada gelir dağılımındaki eşitsizlikler büyümüş, gelişmekte olan ülkelerde gittikçe artan ve yer yer derinleşen ekonomik krizler yaşanmış, soğuk savaş döneminin iki bloğu arasında hızlanan silahlanma yarışı ülke gelirlerinin kadınlar lehine kullanılmasını engelleyici bir rol oynamıştı. Kadınların durumu pek çok açıdan kötüleşmiş, Kadın Onyılı'nın başındaki iyimser havadan eser kalmamıştı; gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasındaki uçurum daralacağına giderek büyüyordu. Artık yoksullaşma başlıca kadın sorunlarından biri olarak tanımlanmaktaydı."*

1993 yılında ise Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Konferansı'nda benimsenen, kadın haklarının evrensel insan haklarının ayrılamaz, bölünemez, devredilemez bir parçası olduğunun resmi kabulü Nairobi sonrasındaki dönemin en önemli gelişmelerinden biri olarak kabul edilmektedir.

### *5.3.3.4. Birleşmiş Milletler Dördüncü Dünya Kadın Konferansı*

Dördüncü Dünya Kadın Konferansı 1995 yılında Pekin'de toplanmıştır. Bu konferansın sonunda Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu isimli iki belge kabul edilmiştir. "Pekin Deklarasyonu, hükümetleri kadının güçlenmesi ve ilerlemesi, kadın-erkek eşitliğinin geliştirilmesi ve toplumsal cinsiyet perspektifinin ana politika ve programlara yerleştirilmesi konularında yükümlü kılmakta ve Eylem Platformu'nun hayata geçirilmesini öngörmektedir. Eylem Platformu ise kadının özel ve kamusal alana tam ve eşit katılımı önündeki engellerin kadınların ekonomik, toplumsal, kültürel ve siyasi karar alma pozisyonlarında ve mekanizmalarında yer almaları yoluyla ortadan kaldırılabileceğini ifade etmektedir"(Hacımirzaoğlu, 2001).

### *5.3.3.5. Birleşmiş Milletler Beşinci Dünya Kadın Konferansı*

Kadın 2000: 21.Yüzyıl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, Kalkınma ve Barış (Pekin +5) konulu Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Özel Oturumu 2000 yılında New York'ta gerçekleşmiştir. Özel Oturum sonucunda Siyasi Deklarasyon ve Sonuç Belgesi olmak üzere iki belge kabul edilmiştir. Siyasi Deklarasyon'da, önceki toplantılarda konulan hedefler ve taahhütler teyit edilmiş, Sonuç Belgesi'nde ise Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planının hızlı bir biçimde gerçekleştirilmesini sağlayacak konulara yer verilmiştir. Sonuç Belgesi'nde, yoksulluk, eğitim, sağlık, şiddet, silahlı çatışmalar, ekonomi, karar alma mekanizmalarında kadın, ulusal mekanizmalar, kadının insan hakları, kadın ve medya, kadın ve çevre ve kız çocukları olmak üzere, önceden

belirlenmiş 12 kritik eylem alanı bulunmaktadır. Konumuzla ilgili olarak "Kadın ve Yoksulluk" ve "Kadın ve Sağlık" konuları hakkındaki konferans değerlendirmeleri özetlenecektir.

"Kadın ve Yoksulluk" başlığı altında öncelikle yoksulluğun, kadın ve erkeği eşit olarak etkilemediği ve kadınların daha yoksul oldukları vurgulanmıştır. Gelir ve sürdürülebilir bir geçim sağlamaya yetecek üretim kaynaklarının yokluğu başta olmak üzere, açlık ve yetersiz beslenme, sağlıklı olmama, eğitim ve diğer temel hizmetlere ulaşamama ya da sınırlı ulaşma, hastalık ve buna bağlı olarak ölümlerin artması, evsizlik ve yetersiz barınma koşulları, Güvenli olmayan çevre koşulları, toplumsal ayrım ve dışlanmadan kadınların daha çok etkilendiği Sonuç Belgesi'nde yer almıştır.

Makroekonomik politikaların kadınların önceliklerini engelleme ve kadınlarla erkekler üzerindeki farklı etkilerini göz önüne almama eğiliminde olduğu, küreselleşme ve yapısal uyum programlarının da olumsuz etkilerini en çok kadınlar üzerinde gösterdiği vurgulanmıştır.

Pekin +5'e göre "yoksulluğu ortadan kaldırmak ve sürdürülebilir kalkınmayı başarmak için, kadın ve erkeklerin yoksulluğu yok edecek stratejilerin, makroekonomik ve toplumsal politikaların formülasyonuna tam ve eşit olarak katılmaları gerekir. Yoksulluğun ortadan kaldırılması sadece yoksulluk karşıtı programlarla başarılamayacak, aynı zamanda demokratik katılım ve ekonomik yapılarda bütün kadınların kaynaklara, fırsatlara ve kamu hizmetlerine ulaşmasını sağlayacak biçimde değişiklikler yapılmasını gerektirecektir."

Bu bölümde gösterilen çözüm önerileri, stratejik hedefler olarak tanımlanmış ve şu dört başlık altında değerlendirilmiştir:

- Yoksulluk içindeki kadınların ihtiyaçlarına ve çabalarına cevap veren makroekonomik politikaları ve kalkınma stratejilerini gözden geçirmek, benimsemek ve uygulamak.
- Yasaları ve idari uygulamaları, kadınların eşit haklarını ve ekonomik kaynaklara ulaşmasını güvence altına alacak şekilde yeniden düzenlemek.
- Tasarrufa, kredi mekanizmalarına ve kurumlarına ulaşmalarını sağlayarak kadınları desteklemek.
- Cinsiyete dayalı yöntemsel yaklaşımlar geliştirmek ve yoksulluğun kadınla özdeşleşmesini ele alacak araştırmalar yapmak.

"Kadın ve Sağlık" başlığı altında ise başta üreme sağlığı olmak üzere, kadınlarda görülen sağlık sorunları ve bunların nedenleri ayrıntısıyla açıklanmıştır. Kadınların en yüksek standartta sağlıklı olma hakkı, erkeklerle eşit olarak, hayatları boyunca güvence altına alınmalıdır. Kadınlar da erkekler gibi çoğunlukla aynı sağlık koşullarından etkilenirler ama bunların kadınlar üzerindeki etkisi erkeklerinkinden farklıdır. Yoksulluğun kadınlar arasında yaygın olması, ekonomik bağımlılık, şiddete maruz kalmaları, kadın ve kız

çocuklarına yönelik olumsuz tutumlar, ırk ya da diğer türden ayrımcılıklar, pek çok kadının kendi cinsel ve üremeye yönelik yaşamı üzerindeki sınırlı gücü, ve karar alma süreçlerinde etkin olmamak, kadınların sağlığını olumsuz yönde etkileyen toplumsal gerçeklerdir. Yiyecek yokluğu, yiyeceğin ev içinde kadın ve kız çocuklar açısından adil bir şekilde dağıtılmaması, özellikle kırsal ve yoksul kentsel alanlarda temiz suya, sıhhi tesisatlara ve yakıt kaynaklarına yeterince ulaşamama ve yetersiz barınma koşulları, kadınların ve ailelerinin yükünü artırmakta ve sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlıklı olmak, verimli ve tatmin edici bir yaşam sürmenin temel koşuludur ve kadınların güçlendirilmesi için, sağlıklarının bütün yönlerini, özellikle doğurganlıklarını denetleme haklarının kabul edilmesi şarttır.

Hükümetler ve diğer aktörler sağlık durumu açısından kadınla erkek arasındaki eşitsizlikleri, sağlık bakım hizmetlerinin yetersizliğini ve bunlara ulaşmadaki eşitsizlikleri ele alırken, cinsiyete dayalı bir bakış açısını bütün politika ve programlara ana görüş olarak yerleştirmek amacıyla faal ve görünür bir politika izlemelidirler. Böylece kararlar alınmadan önce, bu kararların kadınları ve erkekleri nasıl etkileyeceğine ilişkin bir inceleme yapabilme imkanı doğacaktır (Pekin +5).

Bu bölümde de gösterilen çözüm önerileri, stratejik hedefler olarak tanımlanmış ve aşağıdaki başlıklar altında değerlendirilmiştir:

- Kadının, hayatının bütün dönemlerinde, uygun maliyetli ve kaliteli sağlık bakımına, bilgiye ve ilgili hizmetlere ulaşabilirliğini artırmak.
- Kadın sağlığını geliştiren önleyici programları güçlendirmek.
- Cinsel yolla geçen hastalıkları, HIV/AIDS'i, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularını ele alan, toplumsal cinsiyete duyarlı girişimleri üstlenmek.
- Kadın sağlığına ilişkin araştırmaları yaygınlaştırmak ve bilgileri yaymak.
- Kadın sağlığına ilişkin kaynakları ve izleme çalışmalarını artırmak.

Türkiye'nin, Pekin+5 Sonuç Belgesi'nde yer alan taahhütler ise şunlardır:

- En geç 2015 yılına kadar cinsel ve üreme sağlığı hizmetleri dahil, yüksek kaliteli temel sağlık hizmetlerinin tüm yaşlardaki kadınlar için erişilebilir hale getirilmesi,
- Ulusal politika, program ve yasaların Kahire+5 Özel Oturumu'nda kabul edilen eylem planı uyarınca gözden geçirip değiştirilmesi ve bunu yaparken anne ölümlerini azaltmak, sağlık personeli eşliğinde yapılan doğum oranını artırmak konularında miktar ve zaman olarak belirlenmiş hedeflere ulaşmaya öncelik verilmesi, Kahire+5 konferansında kararlaştırılan ölçüm ve değerlendirme kıstas ve hedeflerinin onaylanması,
- Doğum sırasında / ve ya doğum / ve ya hamilelikle bağlantılı olarak meydana gelen ölümlerin azaltılmasına sağlık sektörünün öncelikleri arasında yer verilmesi,

- Cinsel ilişki'de sağlık açısından daha Güvenli davranışlar sergilenmesini sağlamak için, bilgilendirmeyi amaçlamanın ötesine geçen özel eğitim programları düzenlenmesi,
- Sıtma ve verem gibi hastalıkların kadınlar arasında orantısız ve aşırı ölçülerde yaygınlaştığının dikkate alınması, bu sorunların öncelikli olarak toplumsal cinsiyet eşitliğine dayalı bir bakış açısıyla ele alınmasını sağlayıcı politikalar benimsenmesi ve önlemler alınması,
- Sağlık sektöründe reform yapılarak bütün kadınların sağlık hizmetlerine tam ve eşit biçimde ulaşabilmesinin sağlanması,
- Kadınların, kalp ve akciğer hastalıkları, yüksek tansiyon, kemik erimesi, meme, rahim boynu ve yumurtalık kanserleri gibi sağlık sorunlarıyla ilgili gereksinmeleri için daha ileri ve yeni teknolojilerden, Güvenli ve bütçeye uygun ilaç ve tedavilerden yararlanabilmelerine olanak sağlanması,
- Sağlık görevlileri için Güvenli çalışma ortamları sağlanması,
- Ergenlik çağındakiler için cinsel sağlık ve doğurganlık sağlığı hizmetlerine sınırsız ulaşma olanağı sağlanması, katılımcı cinsel eğitim programları geliştirilmesi,
- HIV/AIDS'e karşı, aşıların, mikrobisidlerin geliştirilmesine ve kadın prezervatiflerinin sağlanmasına öncelik verilmesi,
- HIV/AIDS taşıyanlara karşı ayrımcılığın ortadan kaldırılması, özel hayatın gizliliğine saygı gösterilmesi,
- Sigaraya ve sigaradan 2. derecede etkilenmeye karşı daha sıkı önlemler alınması.

### 5.3.4. Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı

Avrupa Bölgesi Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planı'nda, toplum sağlığını iyileştirmeye yönelik tüm politikaların, kadının toplumdaki ikincil statüsünü dikkate alması gerektiği vurgulanıyor.

"Stratejik Eylem Planı, öncelikle, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve sağlık arasındaki ilişkiyi görünür kılmayı, kadın sağlığının yaşamın her dönemini kapsayacak biçimde ele alınmasını, toplumsal cinsiyet bakış açısının sağlık alanında ana plan ve politikalara entegre edilmesini amaçlamaktadır. Böylece, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadının insan hakları uygulamalarına somut katkıda bulunmayı hedeflemektedir" (Akın, 2005).

Stratejik Eylem Planı'nda kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik program ve politikaların ön koşulları şöyle tanımlanmaktadır:

- CEDAW gereğince kadına karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi için çalışmalar yapılıyor olması
- İnsan Hakları hukukunun kabul edilmiş ve uygulanıyor olması,
- Kadının güçlendirilmesi, eğitim ve karar mekanizmalarına katılım yoluyla toplumsal cinsiyette hakkaniyet ilkesinin hayata geçirilmesi

için çalışmalar yürütülüyor olması,

- Gelişmiş ülkelerde bile yoksulluğa en fazla maruz kalan grubun kadınlar olduğu; hastalıklar konusunda başlıca belirleyici faktörün yoksulluk olduğu dikkate alınarak yoksulluğa karşı mücadele edilmesi,
- Kadınlara yönelik fırsat eşitliği ve eşit ücret uygulamalarının hayata geçirilerek kadının çalışma yaşamına katılımının teşvik edilmesi.
- Özellikle sağlık alanındaki eşitlik açısından, çocuk bakımı, yaşlı ve engelli aile üyelerini de kapsayan sağlık bakım olanaklarının hükümet programlarına dahil edilmesi.
- Ekonomik reform programlarının, düşük gelirli grupları da kapsayan sağlık ve toplumsal hizmet politikalarının önüne geçmemesi.

### *5.3.4.1. Avrupa Kadın Sağlığı Stratejik Eylem Planı Hedefleri*

Stratejik Eylem Planı'nda aşağıdaki hedefler doğrultusunda kadın sağlığının iyileştirilmesi öngörülmektedir. Her başlık altında, konuyla ilgili olarak, Dünya Sağlık Örgütü'nün Politika önerileri bulunmaktadır.

- *Avrupa Bölgesi'nde Sağlık için Dayanışma Ağlarının Geliştirilmesi*: 2020 yılı itibariyle sağlık statüsü açısından ülkeler arasındaki yoksulluk temelli farklılıkların azaltılması:

Yoksulluğun önüne geçmek için Avrupa dahilinde görülen eşitsizliklere yönelik stratejiler geliştirilirken kadınların ihtiyaçları özel olarak görünür kılınmalıdır. Bu çalışmalar çerçevesinde Avrupa ülkeleri arasında dayanışmanın sürdürülmesi önemlidir.

- *Sağlıkta Hakkaniyet*: 2020 yılı itibariyle Avrupa bölgesinde yaşayan dezavantajlı grupların sağlığının iyileştirilmesi yoluyla farklı sosyo-ekonomik gruplar arasındaki sağlık uçurumunun azaltılması:

Sosyo-ekonomik koşulların sağlık üzerindeki olumsuz etkisini azaltmak için önlemler alınmalıdır. Pozitif ayrımcılık (iş yaşamında ve toplumsal hizmetlerden yararlanma açısından) bu önlemlere bir örnek olarak düşünülebilir.

- *Yaşama Sağlıklı Başlangıç*: 2020 yılı itibariyle bütün yeni doğanların, bebeklerin ve okul öncesi yaşta çocukların daha sağlıklı olabilmesi için yaşama sağlıklı başlamalarının güvence altına alınması:

Avrupa'nın bazı bölgelerinde anne ölümleri hala çok yüksektir. Anne ölümlerinin azaltılması için acilen kadının statüsünün yükseltilmesini, eğitiminin iyileştirilmesini, yeterli doğum öncesi bakım alabilmesini ve beslenebilmesini, gebe kadınların işyerlerinde korunmasını ve anne-bebek dostu hastanelerin sayısının artırılmasını ve sağlayacak önlemler alınması gereklidir. "Güvenli Annelik" paketi kadın sağlığını iyileştirmeye yönelik

çalışmaların anahtar unsurlarından biridir.

Ayrıca, doğmamış kız çocuklarını doğum öncesi cinsiyet seçiminden korumak; erkek kardeşleriyle aynı bağışıklaşma programına dahil edildiklerini ve aynı düzeyde beslenmelerini güvence altına almak gereklidir.

Ailelere destek verecek programlar ve geliştirilirken, çocuk bakımının toplumsal cinsiyet rolleri çerçevesinde temel olarak annenin sorumluluğunda görüldüğünün erkek eşler ve karar vericiler tarafından göz önünde bulundurulmasını ve bu durumu değiştirmeye yönelik önlemler alınmasını sağlamak gereklidir.

Gebe kadınların da çalıştığı düşünülerek iş sağlığı programlarına gebe işçilerin sağlığına yönelik önlemler dahil edilmelidir.

- *Gençlerin Sağlığı*: 2020 yılı itibariyle Avrupa'daki gençlerin sağlığının daha iyi olmasının ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirebilmelerinin sağlanması:

Genç kadınların sağlık sorunları önceki kuşak kadınlarda olduğu gibi ve toplumda onlara atfedilen geleneksel roller ve konumla birlikte düşünülmelidir. Genç kadınların sağlık durumunun, özel olarak cinsel sağlıkla ilgili statüsünün iyileştirilmesi, toplumsal konumlarının iyileştirilmesi ve genç erkeklerin de bu konuda eğitilmesiyle olanaklıdır.

Sağlık alanında genç kadınlara yönelik eşitliğin teşvik edilmesi yönünde programlar geliştirilmesi ve bu programlara cinsellik eğitimi, danışmanlık, erişilebilir ve ucuz sağlık bakımı ve gebelikten koruyucu yöntem sunumu, Güvenli düşük hizmetlerinin erişilebilir olması ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi dahil edilmelidir.

Kadının başarısı ve cazibesi medyada incecik bedenler, cinselliğe açık olma ve sigara içme görüntüleriyle resmedildiği sürece genç kadınların kendi görüntüleriyle ilgili olumlu düşünmeleri gittikçe zorlaşmaktadır. Beslenme bozukluklarının, genç kadınlar arasında artan sigara içme oranının ve Güvenli olmayan cinsel ilişkinin zararlarının önüne geçmek için yürütülen çalışmalar daha geniş bir perspektifle ele alınmadıkça etkili olamayacaktır. Bu nedenle, öncelikle toplumsal cinsiyet normlarıyla mücadele etmeyi amaçlayan kapsamlı stratejilerin geliştirilmesi gerekmektedir.

- *Sağlıklı Yaşlanma*: 2020 yılı itibariyle 65 yaş üzerindeki insanların sağlıklı olmanın olanaklarından yararlanmalarının ve toplumda aktif roller üstlenmelerinin sağlanması:

Yaşlı kadınların toplumda sürdürdükleri etkinlikler göz önüne alındığında sağlık ve toplumsal bakım politikalarının onların gereksinimlerini de düşünerek planlanması gerekmektedir. Çoğu, depresyon gibi ruh sağlığı

sorunlarından kaynaklanan semptomların belirlediği ve yaşlı kadınlara yönelik kalıp yargıların geride bırakılması gerekmektedir. Örneğin, yaşlı kadınların cinsel istek duymadığına inanılması gibi. Ayrıca, sözü edilen ruh sağlığı sorunlarının yaşlılara duyarlı bir eğitim almış sağlık personelinin kolayca çözebileceği sorunlar olduğu da dikkate alınmalıdır.

- *Ruh Sağlığının İyileştirilmesi*: 2020 yılı itibariyle insanların psiko-toplumsal iyilik halinin geliştirilmesi, ruh sağlığı sorunları olanlar için erişilebilir, ucuz, daha kapsamlı ve iyi hizmetlerin sunulması:

Ruh sağlığı sorunlarıyla ilgili olarak ve kadınlar tarafından yaşanan sorunların nedenlerinin, belirtilerinin ve süresinin erkeklerden farklı olduğunun kabul edilmesi gereklidir. Örneğin, depresyonun yaygınlığı, yoksulluk yaşayan ve bu nedenle yalnızlık ve toplumsal dışlanmayla ve karşı karşıya kalan kadınların karşılaştığı stresin daha yoğun olmasıyla bağlantılıdır. Annelik ve işe bağlı çifte yük dezavantajlı durumdaki kadınların ruh sağlığının iyi olmamasında önemli bir etken olarak tanımlanmaktadır.

Kadının ruh sağlığının iyileştirilmesinde öncelikle yapılması gerekenin toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin tanınması ve önlenmesine yönelik önlemlerin uygulanması olduğu anlaşılmaktadır. Bu alanda yürütülen sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için ise, sağlık personeline kadının ruh sağlığına etki eden faktörleri de içine alan eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

- *Bulaşıcı Hastalıkların Azaltılması:* 2020 yılı itibariyle bulaşıcı hastalıkların neden olduğu sorunların azaltılması için, halk sağlığına etki eden enfeksiyonların önlenmesi ve denetim altına alınmasını sağlayacak sistemli programların geliştirilmesi:

Önleyici programlar geliştirilirken bazı enfeksiyonların kadınları farklı biçimde ve daha fazla etkilediği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, kadınların taşıdıkları hepatit ve HIV gibi bazı enfeksiyonları doğmamış çocuklarına geçirebilecekleri ya da onların yakalandıkları hastalıklardan çocuklarının da etkilenebileceği unutulmamalıdır.

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS'e karşı yürütülen kampanyaların başarılı olabilmesi, kadınların bu hastalıklardan korunma hakkı olduğunun erkeklere anlatılması ve kabul ettirilmesi, kadınların desteklenmesiyle olanaklıdır.

- *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar:* 2020 yılı itibariyle, kronik hastalıklara bağlı hastalık, engellilik ve ölüm düzeyinin en aza indirilmesi:

Kalp hastalıklarının erkekler kadar kadınların da ölümüne yol açtığı gerçeğine rağmen genel olarak bu hastalıkların erkeklerde daha çok görüldüğü gibi bir kanı vardır. Bu tür durumlar için bilinçlendirme çalışmaları yürütülmelidir. Sigara ve alkol gibi etkileyici faktörlere karşı kadınlar ve erkekler için farklı

müdahale biçimleri geliştirilmelidir. Özellikle yoksul genç kadınlar arasında artan sigara kullanımı akciğer kanseri ve bununla bağlantılı hastalıklarda artışa neden olmaktadır. Bu durum özel önlemler alınmasını gerektirmektedir. Bu tür risk faktörlerinin kadınlar için hastalık riskini yükselttiği daha yaygın bir biçimde açıklanmalıdır.

- *Şiddet ve Yaralanmalar:* 2020 yılı itibariyle kazalar ve şiddet sonucu ortaya çıkan yaralanmaların, sakatlıkların ve ölümün önlenmesi:

Fiziksel yaralanmalar dışında, şiddete uğrayan kadınlar daha yüksek oranda kronik ağrı, sakatlık, düşük ve somatik bozukluk riski taşımaktadır. Ayrıca, şiddete uğramış kadınların istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon ve düşük riskleri de daha yüksek olmaktadır. İstismarın psikolojik ve duygusal hasarları depresyon, anksiyete, panik atak, madde bağımlılığı, yeme bozuklukları ve psikiyatrik hastalıklar olarak kendini göstermektedir. İntihar girişimleri de şiddete uğramış kadınlar arasında daha fazladır.

Sağlık hizmetleri tek başına toplumsal cinsiyet temelli şiddetin önüne geçemezse de yerine getirebileceği önemli bir görev vardır. Bu sorunu tanımlayan verilerin toplanması gerekmektedir. Bu noktada, sağlık personelinin şiddeti tanımlayacak ve uygun biçimde davranmasını sağlayacak biçimde donatılması için eğitim çalışmaları yapılmalıdır. Ayrıca, şiddet konusunun sağlık politikalarına ve üreme sağlığı programları gibi sağlık hizmet programlarına entegre edilmesi gerekmektedir.

- *Sağlıklı ve Güvenli Fiziksel Çevre:* 2015 yılı itibariyle uluslararası anlaşmalar dahilinde sağlığa zararlı kirlenmenin önüne geçerek Avrupa'da yaşayan insanların daha Güvenli bir fiziksel çevrede yaşamasının sağlanması:

Kadınlar ev içindeki tüketim, enerji ve atıkla ilgili kararları alırken yerel yönetimler ve özel işleri de kapsayan kamusal karar verme süreçlerinden dışlanmaktadır. Genellikle, çevre ve sürdürülebilirlikle ilgili stratejilerin geliştirilmesi sürecine dâhil olmamaktadır. Rio Zirvesi'nde alınan kararlardan yola çıkarak "Gündem 21" kadınların bu süreçlere dahil olması gerektiğinin altını çizmektedir. Zirve süresince, üzerinde çalışılan, doğal kaynak yönetimi, toplumsal güvence, eğitim, enerji tüketimi, ekonomik kalkınma ve sağlıkla ilgili konulara toplumsal cinsiyet ve çevre bakış açısının entegrasyonu için çalışmalar yapılmıştır. Bu entegrasyonun hayata geçirilmesi açısından çok az yol kat edilmiştir. Avrupa Bölgesi dahilindeki devletlerin kendi çevre ve "Herkese Sağlık" gündemlerini yeniden gözden geçirmesi ve kadınların ihtiyaçları doğrultusunda düzenlemeler yapması gerekmektedir.

- *Sağlıklı Yaşam*: 2015 yılı itibariyle, daha sağlıklı yaşam biçimlerine geçilmiş olması:

Üye ülkelerin çoğunda kadınlar besleyici yiyeceklere erişememekte, erişseler bile ve kendi beslenmelerini ailelerinin yeterli beslenebilmesi için ihmal etmektedir. Bu durum, yüksek oranlarda anemiye, kalp hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların görülmesine neden olmaktadır. Ayrıca, kadınlar için gittikçe önemli bir sorun olan şişmanlık da kötü beslenmeyle bağlantılıdır.

- *Alkol, İlaç ve Sigaranın Zararlarının Azaltılması*: 2015 yılı itibariyle, sigara, alkol ve ilaç bağımlılığının sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması:

Avrupa'da, özellikle genç ve düşük gelirli kadınlar arasında sigara kullanımının arttığı gözlenmektedir. Öte yandan, erkekler arasında sigara kullanımı azalmaktadır. Sigarayla bağlantılı hastalıklar birkaç yıl sigara içtikten sonra ortaya çıktığı için, bu artışın sonuçları ancak kadınlar arasında sigarayla bağlantılı kanserlerin ve kalp hastalıklarının artmasıyla görülecektir. Bu durumun önüne geçilebilmesi için stres, çocuk bakımı sorumluluğu gibi kadınların sigara içmesine neden olan farklı faktörleri göz önünde tutarak onları sigarayı bırakmak ya da sigara içmemek için destekleyici toplumsal cinsiyete duyarlı politikaların uygulanması gerekmektedir.

Bu yaklaşım alkol tüketim konusunda da uygulanmalıdır. Kadınlar arasında alkol tüketimi hızla artmaktadır. Var olan hizmetler ve programlar erkeklere yönelik olduğu için kadınlara özel durumları kapsamamaktadır. Ayrıca, sunulan hizmetlerde erkeklerdeki alkol kullanımının kadına yönelik şiddet ve yoksullaşmayı artırdığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Kadınların ilaç bağımlılığı konusunda yapılan çalışmalara da ve ilaç bağımlılığıyla bağlantılı kadına yönelik şiddet ve bu alışkanlığın masrafını ve karşılayabilmek için girilen paralı seks gibi riskler dahil edilmelidir.

- *Sağlıklı Mekanlar*: 2015 yılı itibariyle, evde, okulda, işyerinde ve yerel toplumlarda sağlıklı bir fiziksel ve toplumsal çevrede yaşanabilmesi için daha fazla fırsatın sunulması:

Evde, okulda, işyerinde ve yerel toplumlarda yapılan çalışmaların stratejik bir potansiyeli olduğu düşünülürse kadınların ve genç kızların bu yerleşim mekanlarıyla ilişkilerinin iyi bilinmesi gereklidir. Evlerde ve mahallelerde en çok kadınlar zaman geçirmektedir. Buna rağmen bu mekanların planlaması ve tasarımı kadınların ihtiyaçlarına cevap verecek nitelikte değildir. Bu durumun düzeltilebilmesi için kadınların planlama ve politika oluşturma süreçlerine katılımı gereklidir. Bir kadın şiddete maruz kalıyorsa evi o kadının sağlığı için riskli bir mekandır. O evde, daha destekleyici ve sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirme fırsatı yoktur. Engelli kadınlar ise sağlıklı bir yaşamı hedefleyen evler ve çevrelerin tasarlanması sürecinden iyice dışlanmaktadır.

Okullarda sağlığın desteklenmesi programları, kız ve erkek çocukların toplumsal cinsiyetin kendi yaşamları üzerindeki etkisini, toplumda onlardan beklenen farklı rollerin sağlıkları üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri olacağını

anlamasına yardımcı olmalıdır.

İşyeri kadının ciddi eşitsizlikler yaşadığı bir mekan olabilmektedir. Kadınların ortalama geliri erkeklerinkinden düşüktür, kadınların terfi fırsatları daha azdır. Kadın ve erkeklerin çalışma ve çocuk bakımı sorumluluğunu bir arada sürdürmesine olanak veren aile dostu politikalar hala çeşitli ülke ve kuruluşlarda çeşitli biçimlerde sürdürülmektedir. Ayrıca, kadınlar için işyerinde cinsel taciz riski vardır.

Kadın sağlığının iyileştirilmesi açısından şehir plancıları ve karar vericiler önemli bir rol oynamaktadır. Sağlıklı kent projeleri, mekanların kadın sağlığı gereksinimlerine cevap verecek biçimde planlanması için ciddi bir fırsat yaratmaktadır.

- *Çok sektörlü Sağlık Sorumluluğu*: 2020 yılı itibariyle, bütün sektörlerin sağlıkla ilgili sorumluluklarını kabul etmiş olması:

Sektörler arasında sağlığın iyileştirilmesi için ulusal ve yerel düzeyde geliştirilen altyapıların toplumsal cinsiyete duyarlı olması gerekmektedir. Fırsat eşitliğini, ayrımcılık karşıtı uygulamaları ve kadın dostu devlet politikalarını teşvik edici stratejiler ve yasalar olmadıkça kadın sağlığı sorunlarıyla ilgili çalışmalar etkili olmayacaktır. Kadınların karar verme mekanizmalarına katılımının artırılması gerekmektedir. Sağlık politikaları ve uygulamalarının kadınlar ve erkekler üzerinde farklı etkilerinin olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Kadına özel sağlık politikaları, ve kuruluşlar içinde ve dışında kadın sağlığını etkileyen faktörleri dikkate alan yapılar oluşmasını ve kadınların kendi tanımladıkları sağlık konularına öncelik verilmesini sağlayarak bu faktörlerin farkına varılması ve anlaşılması için bir çerçeve çizebilir, kadın sağlığının iyileştirilmesine yönelik politika geliştirme, planlama ve hizmet sürecini şekillendirebilir.

Avrupa içinde ve bölgeler arasında yapılacak dış yardım kadın sağlığını önceleyen sağlık, toplumsal ve ekonomik girişimleri desteklemekte önemli bir rol oynayacaktır. Yardımlarda kadınların hedeflenmesi, sadece kadın üzerinde değil, fakat sorumlu olduğu aile ve toplum üzerinde de olumlu etki yaratacaktır.

- *Entegre Sağlık Sektörü*: 2010 yılı itibariyle, bölgede yaşayan insanların esnek ve sorumlu hastane sistemi desteğiyle aile ve toplum merkezli birinci basamak sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması:

Kadın ve erkeklerin sağlık hizmetlerinden farklı biçimlerde yararlandığına çok az dikkat edilmektedir. Oysa bu durum sağlık hizmetlerinin organizasyonunu etkileyebilmektedir. Kadınların hala ailelerinin sağlığından sorumlu tutulduklarını düşünerek sağlık ve toplumsal hizmetlere bir kerede erişebilmelerinin sağlanması, yani "tek durak" sisteminin oturtulması gereklidir. Ayrıca, kadınların kalp hastalıkları tedavileri gibi bazı tedavileri

almak konusunda eşitsizlik ve hakkaniyetsizlikle karşılaştıkları görülmektedir.

Kadınlara özel sağlık sorunları için kadın sağlık merkezleri mi açılacağı yoksa entegre bir sistem mi kullanılacağı ulusal bir karar olmalıdır. Sadece kadınlara açık sağlık merkezleri daha önce karşılanamayan ihtiyaçların karşılanmasını sağlayabilir.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak genel sağlık hizmetlerine entegre edilmiş nitelikli annelik hizmetleri Avrupa'nın bazı bölgelerinde kabul görmüştür. Öte yandan, bu hizmetler üye ülkeler arasında çok fazla çeşitlilik göstermektedir. Bu da üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur.

- *Hizmet Kalitesinin Yönetimi*: 2010 yılı itibariyle, toplum temelli sağlık programlarından klinik düzeyde bireysel hasta bakımına kadar sağlık yönetiminin sağlık sonuçlarını hedeflemesi:

Toplum düzeyinde sağlık sonuçlarını ölçen göstergeleri toplumsal cinsiyet bakış açısıyla geliştirilmelidir. Bu nedenle, kayıtların ve istatistiklerin cinsiyete göre ayrılması ve kadın sağlığına özel, sonuç göstergelerinin üretilmesi gerekmektedir.

Klinik tanımlamaların ötesine geçen, başvuran memnuniyeti ve hizmet kalitesine yapılan vurgu, var olan politika ve uygulamalara toplumsal cinsiyet bakış açısının yerleştirilmesine yönelik bir yaklaşımı gerektirmektedir. Toplumsal cinsiyet farklılıkları kadınların aldığı hizmet kalitesini sınırlayan bir faktör olabilmektedir. Tıp alanında doktor ve hasta arasındaki iktidar ilişkisi, kadınların kendilerini aşağılanmış hissettikleri ve onlara söz söyleme hakkı bırakılmayan çatışmalara neden olabilmektedir.

Hizmet kalitesinin ölçülmesi çerçevesinde kadınlara, kendi sağlık bakımlarıyla ilgili karar verebilmelerini sağlayacak yeterli bilginin verilip verilmediğinin de değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, mahremiyet ve gizlilik hakkının kadına saygılı bir hizmet sunumunun anahtar unsurları olduğu unutulmamalıdır.

- *Sağlık Hizmetlerinin Finanse Edilmesi ve Kaynak Aktarımı*: 2010 yılı itibariyle, eşit erişim, ucuzluk, dayanışma ve en iyi kalite ilkeleriyle yürütülecek sağlık hizmet sistemleri için sürdürülebilir sermaye sağlanması ve kaynak aktarımı:

Kaynakların doğru ve ihtiyaca göre aktarılması için kadın sağlığı sorunlarının doğasının ve derecesinin anlaşılması gerekmektedir. Bu durum, kadın sağlığıyla ilgili konulara öncelik verecek ve yeterince kapsamlı bir mali planlamayı beraberinde getirecektir. Genellikle düşük olan gelirleri, çalışmaya ara vermeleri ve sigorta statüleri nedeniyle kadınlar, ulusal ya da özel sigortalar tarafından karşılansa da doğrudan ödeme yapılsa da sağlık hizmetlerinden daha az yararlanabilmektedir. Ayrıca, kadınların sağlık hizmetlerine erişimi eşlerinin

sigortası üzerinden yapılmamalıdır. En azından kadın sağlığında, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetlerini kapsayan temel annelik hizmetleri devlet bütçesinden karşılanmalıdır.

- *Sağlık için İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi*: 2010 yılı itibariyle, sağlık ve diğer sektör çalışanlarının sağlığını korumak ve geliştirmek için yeterli bilgi almasının sağlanması:

Toplumsal cinsiyete duyarlı sağlık planlarının etkili bir biçimde uygulanabilmesi için sağlık çalışanlarının ve karar vericilerin toplumsal cinsiyetin önemiyle ilgili olarak eğitilmeleri gerekmektedir.

Kadınlar sağlık çalışanlarının %70'ini oluşturmakla beraber üst mesleki düzeylerde daha az temsil edilmektedir. Bu toplumsal cinsiyete dayalı dengesizliğe işaret etmek de toplumsal cinsiyete duyarlı sağlık hizmeti sağlama çabalarının önemli bir parçasıdır. Karar verici pozisyonlarda, sağlık yönetiminde, üniversitelerde öğretim üyesi olarak çalışan kadınların sayısının artırılması bu amaç doğrultusunda insan kaynakları ile ilgili en önemli stratejidir.

Bir kadın alanı olarak görülen hemşireliğe atfedilen düşük statü becerilerinin ve değerlerinin zayıflamasına neden olmakta ve hekimlerle aralarındaki ayrımı derinleştirmektedir. Statülerini yükseltmek hemşirelerin sağlık bakımına önemli katkılarının tanınması için atılacak önemli bir adım olacaktır.

- *Sağlık Araştırması ve Bilgisi*: 2005 yılı itibariyle, herkese sağlığı destekleyecek bilginin ulaşılabilirliğini, etkili kullanımını ve dağılımını sağlayacak araştırma, bilgi ve iletişim sistemlerinin kurulması:

Toplumsal ve siyasi öncelikler çerçevesinde konuları belirlenen araştırmalar toplumdaki kadın erkek eşitsizliğini yansıtmamaktadır. Kadın sağlığının belirleyicilerinin cinsiyet ve toplumsal cinsiyet farklılıklarından kaynaklandığını göz önünde bulundurarak bu konuları inceleyen araştırmalar planlanmalıdır. Öncelikle, kadının sağlık statüsünün gerçek çerçeve sini görebilmek için cinsiyete göre ayrılmış istatistikler tutulması gerekmektedir.

- *Sağlık İçin Ortaklıkların Kurulması*: 2005 yılı itibariyle, herkese sağlık politikaları çerçevesinde oluşturulacak işbirliği ve ortaklıklar dahilinde kamu ve özel sektörden, sivil toplumdan kişilerin, grupların ve kuruluşların harekete geçirilmesi:

Sağlığın iyileştirilmesi ve danışmanlık konusunda rol oynayan resmi kuruluşlar ve yapılarda da bağlantıda oldukları kadınların sağlığının iyileştirilmesine etki edebilmek için toplumsal cinsiyete daha duyarlı bir yaklaşımın uygulanması gereklidir.

- *Politikalar ve Stratejiler*: 2010 yılı itibariyle, uygun kurumsal altyapı, yönetim süreçleri ve yenilikçi önderlik desteğiyle ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde Herkese Sağlık politikalarının uygulanıyor olması:

Kadın sağlığının yeterince ele alınmasını ve kadınların gerçekten "Herkes için Sağlık" sürecine dahil olmasını sağlamak için kadınların strateji ve politika geliştirme aşamalarının tamamına katılması gerekmektedir. Bu strateji ve politikaların kadınla ilgili boyutları daha geniş bir çerçeve de düşünülmeli ve uygulanmalıdır. Daha sonra izlenmek ve değerlendirilmek üzere uygun ve gerçekçi hedefler belirlenmelidir.

## 5.4. Türkiye, Ankara ve Diyarbakır'da Kadın Sağlığı

Bu bölümde kadın sağlığıyla ilgili Türkiye verileri, Ankara ve Diyarbakır İl genel verileri ve sağlık ocaklarından derlenen veriler karşılaştırmalı olarak üç alt başlıkta değerlendirilecektir.

### 5.4.1. Demografik Göstergeler

Bu bölümde, kadınların yaş, eğitim, çalışma durumu ve evlilik yaşı gibi temel demografik özellikleri ele alınacaktır.

#### *5.4.1.1. Yaş Gruplarına Göre Kadın Nüfusu*

Yaş grubuna göre kadın nüfusunun belirlenmesi kadınların farklı dönemlerde farklı sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyması bakımından önemlidir. Bu noktada özellikle 15–49 yaş aralığı doğurgan nüfusu temsil ettiğinden, bu grubun temel ihtiyaçlarının sağlanması hem kadın hem de bebek ve çocuk sağlığını etkilemektedir. İller arasında doğurganlık çağı nüfus oranlarında ortaya çıkan farklar ise aile planlama uygulamaları ve nüfus projeksiyonları açısından önemli bir veridir.

*Tablo 5.1. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (Ankara)*

| YAŞ GRUP | TÜRKİYE*1000 | | ANKARA*1000 | | Abidinpaşa Sağlık Ocağına Bağlı Mahalleler*1000 | | Hilal Sağlık Ocağına Bağlı Mahalleler | | Ankara Alan Verileri | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| 0 - 4 | 3118 | 9.3 | 121 | 7.6 | 17 | 7.8 | 629 | 2.0 | 18 | 6.0 |
| 5 – 9 | 3271 | 9.8 | 126 | 7.9 | 18 | 8.4 | 830 | 2.7 | 26 | 8.6 |
| 10 – 14 | 3308 | 9.9 | 134 | 8.4 | 19 | 8.5 | 156 | 5.1 | 26 | 8.7 |
| 15 – 19 | 3518 | 10.5 | 158 | 9.9 | 19 | 8.8 | 2227 | 7.3 | 33 | 10.9 |
| 20 – 24 | 3263 | 9.8 | 173 | 10.8 | 21 | 9.6 | 2532 | 8.2 | 36 | 11.9 |
| 25 – 29 | 2919 | 8.7 | 155 | 9.7 | 22 | 9.9 | 2674 | 8.7 | 33 | 10.9 |
| 30 – 34 | 2457 | 7.3 | 137 | 8.6 | 20 | 9.3 | 2889 | 9.4 | 22 | 7.3 |
| 35 – 39 | 2401 | 7.2 | 136 | 8.5 | 18 | 8.3 | 2869 | 9.3 | 21 | 7.0 |
| 40 – 44 | 1985 | 5.9 | 112 | 7.1 | 15 | 7.0 | 3022 | 9.8 | 26 | 8.6 |
| 45 – 49 | 1658 | 5.0 | 90 | 5.7 | 12 | 5.6 | 2604 | 8.5 | 28 | 9.3 |
| 50 – 54 | 1361 | 4.1 | 70 | 4.4 | 10 | 4.7 | 2176 | 7.1 | 14 | 4.6 |
| 55 – 59 | 1042 | 3.1 | 49 | 3.1 | 8 | 3.7 | 1943 | 6.3 | 3 | 1.0 |
| 60 – 64 | 965 | 2.9 | 42 | 2.7 | 7 | 3.0 | 157 | 5.1 | 6 | 2.0 |
| 65+ | 2109 | 6.3 | 90 | 5.7 | 12 | 5.4 | 3216 | 10.5 | 8 | 2.7 |
| TOP. | 33457 | 100 | 1593 | 100 | 219 | 100 | 30741 | 100 | 302 | 100 |
| 15-49 | 18202 | 54.4 | 960 | 60.3 | 128 | 58.5 | 18817 | 61.2 | 199 | 65.9 |

*Kaynak: 1. DİE Nüfus sayım sonuçları, 2000*
*2. Abidinpaşa ve Hilal Sağlık Ocakları faaliyet raporları, 2004*
*3. Ankara Alan Çalışması*

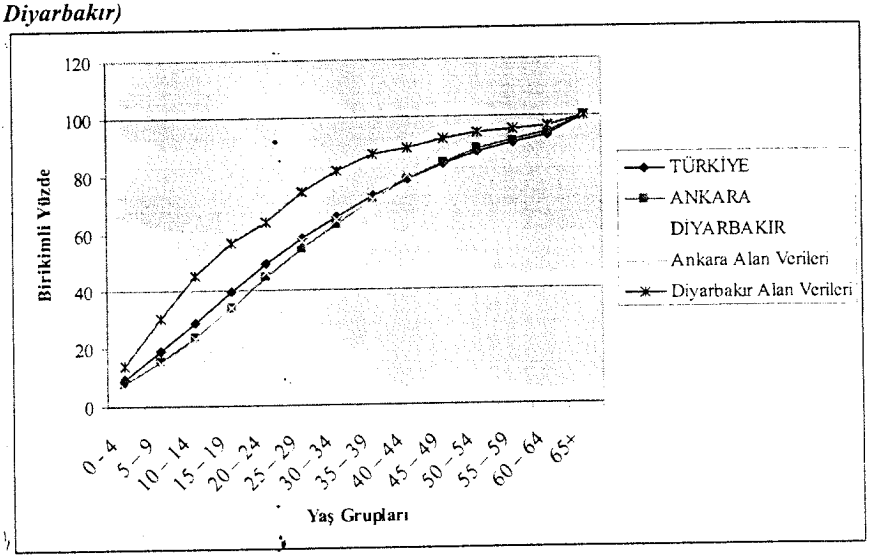
*Tablo 5.2. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (Diyarbakır)*

| YAŞ GRUP. | DİYARBAKIR | | Bağlar 1 Nolu Sağlık Ocağına Bağlı Mahalleler | | Seyrantepe Sağlık Ocağına Bağlı Mahalleler | | Batıkent Sağlık Ocağına Bağlı Mahalleler | | Diyarbakır Alan Verileri | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| 0 - 4 | 36582 | 13,4 | 6931 | 14,5 | 1718 | 15,6 | 567 | 10,5 | 71 | 13.9 |
| 5 – 9 | 38766 | 14,2 | 7313 | 15,3 | 1716 | 15,6 | 680 | 12,6 | 84 | 16.5 |
| 10 – 14 | 35490 | 13 | 6501 | 13,6 | 1419 | 12,9 | 713 | 13,2 | 77 | 15.1 |
| 15 – 19 | 32760 | 12 | 5688 | 11,9 | 1199 | 10,9 | 778 | 14,4 | 58 | 11.4 |
| 20 – 24 | 30030 | 11 | 4589 | 9,6 | 935 | 8,5 | 556 | 10,3 | 37 | 7.3 |
| 25 – 29 | 24570 | 9 | 4302 | 9 | 1012 | 9,2 | 459 | 8,5 | 51 | 10.0 |
| 30 – 34 | 18291 | 6,7 | 3203 | 6,7 | 847 | 7,7 | 356 | 6,6 | 36 | 7.1 |
| 35 – 39 | 15561 | 5,7 | 2629 | 5,5 | 682 | 6,2 | 378 | 7 | 30 | 5.9 |
| 40 – 44 | 10101 | 3,7 | 1577 | 3,3 | 396 | 3,6 | 259 | 4,8 | 11 | 2.2 |
| 45 – 49 | 8190 | 3 | 1338 | 2,8 | 264 | 2,4 | 227 | 4,2 | 16 | 3.1 |
| 50 – 54 | 6279 | 2,3 | 1004 | 2,1 | 231 | 2,1 | 157 | 2,9 | 10 | 2.0 |
| 55 – 59 | 4914 | 1,8 | 765 | 1,6 | 176 | 1,6 | 81 | 1,5 | 5 | 1.0 |
| 60 – 64 | 4095 | 1,5 | 699 | 1,4 | 154 | 1,4 | 70 | 1,3 | 4 | 0.8 |
| 65+ | 7371 | 2,7 | 1291 | 2,7 | 253 | 2,3 | 119 | 2,2 | 10 | 2.0 |
| TOP. | 273000 | 100 | 47800 | 100 | 11000 | 100 | 5400 | 100 | 510 | 100 |
| 15-49 | 139503 | 51,1 | 23326 | 48,8 | 5335 | 48,5 | 3013 | 55,8 | 239 | 46.9 |

*Kaynak: 1. DİE Nüfus Sayım Sonuçları, 2000*
*2. Bağlar, Seyrantepe ve Batıkent ve Sağlık Ocakları Faaliyet Raporları, 2004*
*3. Diyarbakır Alan Çalışması*

Türkiye'de doğurganlık yaşındaki kadın nüfusunun toplam kadın nüfusuna oranı % 54,4'tür, bu oran Ankara alan çalışması örnekleminde %65,5 ve Ankara genelinde %60,28 ile Türkiye ortalamasının üzerindedir. Doğurganlık çağındaki nüfus oranı Diyarbakır alan çalışması örnekleminde %46.9 Diyarbakır genelinde ise % 51,1'dir ve bu sonuçlar Türkiye ortalamasının altında kalmaktadır. Ancak doğum sağlığı hizmetlerinin verilmesinde doğurgan nüfus tek başına bir değişken olarak alınamaz. Diyarbakır il ve alan çalışması ortalamalarında çocuk nüfusu çok yüksektir (yaklaşık %45). Türkiye genelinde %30 olan bu oran Ankara genelinde %23'lerde seyrederken, Ankara Hilal sağlık ocağının hizmet verdiği mahallelerde yalnızca %10'dur.

*Grafik 5.1. Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (Türkiye, Ankara ve Diyarbakır)*




*Kaynak: 1. DİE Nüfus sayım sonuçları, 2000*
*2. Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Grafik 5.1 kadınların yaş gruplarına göre dağılımını göstermektedir. 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 doğurganlığın yüksek olduğunu ve aile planlaması yöntemlerinin, Türkiye ve Ankara ortalamalarından daha düşük oranda kullanıldığını göstermektedir.

*Tablo 5.4. Çocuk - Kadın Oranı*

| | 0-4 Yas Çocuk Sayısı | 15-49 Yaş Kadın Sayısı | Çocuk-Kadın Oranı |
|---|---|---|---|
| **Türkiye Geneli** | 6585000 | 18202000 | 36,2 |
| **Ankara İl Merkezi** | 249000 | 960000 | 25,9 |
| **Hilal Sağlık Ocağına Bağlı Mah.** | 2304 | 18817 | 12,2 |
| **Akşemsettin Sağlık Ocağına Bağlı Mah.** | 2040 | 5505 | 37,1 |
| **Ankara Alan Çalışması** | 43 | 199 | 21,6 |
| **Diyarbakır İl Merkezi** | 73200 | 139500 | 52,4 |
| **Bağlar 1 nolu Sağlık Ocağına Bağlı Mah.** | 13924 | 23326 | 59,7 |
| **Batıkent Sağlık Ocağına Bağlı Mah.** | 3416 | 5335 | 64 |
| **Seyrantepe 8 Nolu Sağlık Ocağına Bağlı Mah.** | 1129 | 3013 | 37,4 |
| **Diyarbakır Alan Çalışması** | 139 | 239 | 58,2 |

*Kaynaklar: 1. Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*
*2. DİE Nüfus sayım sonuçları, 2000*
*3. Akşemsettin, Hilal, Batıkent ve Seyrantepe 8 Nolu Sağlık Ocakları faaliyet raporları, ve 2004*

Doğum kontrol, doğum sağlığı, bebek ve çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumu açısından, toplam kadın nüfusundaki doğurgan kadın ile toplam nüfustaki 0-14 yaş arası bebek ve çocuk oranı yanında kadın-çocuk oranı da önemli bir veri olmaktadır. Bu oran toplam nüfustaki 0-4 yaş arası çocukların, 15-49 yaş arasındaki doğurgan kadın nüfusuna bölünmesiyle elde edilmektedir. Ayrıca, 49 yaş üstü kadınların oranının bilinmesi menopoz dönemi ve getirdiği sağlık sorunları konusunda önlem almak ve hizmet geliştirmek açısından önemli bir sağlık verisidir.

Ankara alan çalışmasında çocuk/kadın oranı %21,6 olarak bulunmaktadır. Diğer yandan, Akşemsettin Sağlık Ocağı'na bağlı mahallelerde ise bu oran %37,1'dir. Bu durumda alan çalışmasında seçilen örneklem grubu, Akşemsettin Sağlık Ocağının hizmet verdiği toplam nüfusa oranla görece daha az doğurganlığa sahiptir.

Bunun yanında Hilal Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği mahallelerde ise çocuk/kadın oranı %12,2'lerde kalmaktadır. Ankara kent merkezine göre oldukça düşük olan bu oran, Hilal Sağlık Ocağı'na bağlı nüfusta doğurganlığın oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu sonuç, bölge kadınlarının ortalama evlilik yaşlarının oldukça büyük olduğuyla ilişkilendirilebilir. Diğer yandan Türkiye genelinde ise, çocuk/kadın oranı yaklaşık %36,2'dır. Bu durumda, Ankara kent merkezi, Türkiye genelinden daha düşük bir oran gösterirken, Ankara kent merkezi içerisinde mahalleler arasında oldukça farklı dağılımlar söz konusudur.

Çocuk-kadın oranı, Diyarbakır alan çalışmasında %58,2 ile Ankara alan çalışmasına göre oldukça yüksek bir yüzdeye sahiptir. Bu oran Diyarbakır kent merkezi genelinde %52,4'tür. Ataerkil bir kültürel ve toplumsal yapıya sahip olan Diyarbakır'da erkek çocuk isteği doğurganlık oranını artıran nedenlerin başında gelir. Ayrıca 15-49 yaş grubundaki kadın nüfusun eğitim düzeyi, çalışma durumu ve genel bir söylem içinde ifade edilirse toplumsal hayat içinde kadına biçilen rol de bu durumun nedenlerindendir.

İç Anadolu'nun gelişmiş merkezi kenti olan Ankara ile Güneydoğu Anadolu'nun gelişmiş merkezi kenti Diyarbakır'ın görece yoksul bölgelerinde Çocuk-kadın oranları incelendiğinde, her iki kentin görece yoksul kesimlerinde farklı sonuçlar ortaya çıktığı görülmektedir. Ancak, bu farklılık sonuçların elde edildiği örneklemin içinde yer aldığı kent merkezleri çerçevesinde düşünüldüğünde daha anlamlı olmaktadır. Diyarbakır örnekleminde coğrafi birimler arasında doğurganlık oranı açından farklılıklar gözlense de bu farklılıkların genel profili ile Ankara'daki resim birbirinden farklıdır. Ankara'da doğurganlık düzeyiyle yoksulluk arasında sıkı bir ilişki gözlenirken, Diyarbakır gibi daha geleneksel hayat tarzının yaşandığı, işbölümünün ve uzmanlaşmanın kapitalist sistemle tam anlamıyla bütünleşemediği bir ortamda ise yoksulluğun yanı sıra asıl büyük etkenin sosyo-kültürel yapı olduğu görülmektedir.

Bu anlamda aşırı nüfus büyümesini önlemek için devlet ve yerel yönetim birimleri farklı bölgelerde, her bölgenin kendi içsel yaşamına uygun şekilde politikalar üretmek zorundadır. Kapitalist üretim ilişkilerinin nispeten daha fazla rayına oturduğu Ankara'da, yoksul bölgelerde doğurganlığın azaltılmasına yönelik politikaların doğrudan ekonomik duruma yönelik düzeltmeler içerebileceği ve doğurganlık düzeyinin buna bağlı olarak kendiliğinden düşeceği söylenebilir. Ancak, Diyarbakır'da aşırı nüfus artışı yalnızca yoksul aileler için geçerli olan bir durum değildir. Bir gelenek olarak algılanabilecek bu durum, zengin sınıflar için de geçerlidir. Başka bir deyişle, toprakla ilişkilerin kopmadığı bir sistemde, feodal ilişkilerle birbirine bağlı olan zengin ve yoksul kesimlerin ikisi için de fazla çocuk ücretsiz işgücü anlamına gelmektedir. Bu noktada, her iki kente ilişkin öneri politikalar üretilirken, ortaya çıkan bu farklı koşullar dikkate alınmalıdır. Bunların yanı sıra, özelde Diyarbakır'da doğurganlık oranını artıran diğer bir önemli neden de, Kürt etnik yapısının sürdürülmesine bağlı olarak etnik nüfusun ve dayanışmanın artırılması da olabilir.

### *5.4.1.2. Eğitim Durumu*

**Tablo 5.5. Cinsiyete Göre Eğitim Düzeyi**

| | Türkiye (%) | Ankara il merkezi (%) | Ankara Alan Çalışması (%) | Diyarbakır il merkezi (%) | Diyarbakır alan çalışması (%) | Türkiye (%) | Ankara il merkezi (%) | Ankara Alan Çalışması (%) | Diyarbakır il merkezi (%) | Diyarbakır alan çalışması (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | kadın (%) | | | | | erkek (%) | | | | |
| **Okur-Yazar Değil** | 19.4 | 11.1 | 17.7 | 44.9 | 59.3 | 6.1 | 3.1 | 2.1 | 17.0 | 14.2 |
| **Okur-Yazar** | 21.5 | 19.5 | 8.8 | 26.8 | 17.9 | 21.5 | 18.6 | 3.4 | 31.5 | 23.9 |
| **İlkokul** | 37.2 | 34.9 | 61.2 | 17.3 | 17.9 | 36.9 | 31.2 | 65.1 | 27.0 | 37.4 |
| **İlköğretim** | 2.5 | 3.0 | 2.0 | 2.0 | 0.0 | 3.3 | 3.4 | 2.7 | 3.0 | 0.6 |
| **Ortaokul** | 4.9 | 6.8 | 6.1 | 2.4 | 3.7 | 9.5 | 11.8 | 16.4 | 7.1 | 13.5 |
| **Lise** | 10.6 | 15.2 | 4.1 | 4.6 | 1.2 | 16.1 | 17.9 | 10.3 | 10.9 | 8.4 |
| **Üniversite** | 3.9 | 9.8 | 0.0 | 1.6 | 0.0 | 6.6 | 13.6 | 0.0 | 3.9 | 1.9 |
| **Toplam** | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

*Kaynak: 1. DİE, Nüfus sayımı sonuçları, 2000*
*2. Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Türkiye genelinde eğitim düzeyine bakıldığında, ilkokul mezunlarının oranı, kadınlarda %37,2 erkeklerde %36,9'la en yüksek değerdedir. Bunu sırasıyla okur-yazar olma (%21,5 - %21,5) ve okur-yazar olmama (%19,4 - %6,1) durumları izlemektedir. Türkiye genelinde eğitim düzeyi arttıkça kadınların oranı azalırken erkeklerin oranı artmaktadır. Bir başka önemli sonuç, Türkiye genelinde okur-yazar olmayan kadınların oranı okur-yazar olmayan erkeklerin oranının üç katı olmasıdır.

Eğitim durumu konusunda Ankara ve Diyarbakır il merkezleri ile alan çalışmalarındaki örneklere ait sonuçlar Türkiye geneliyle benzerlik göstermektedir. İlkokul ve ilköğretim düzeylerinde hemen hemen eşit olan kadın ve erkek oranlarına karşın, diğer eğitim düzeylerinde kadın oranlarının ortaokuldan başlayarak erkek oranlarına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Bu anlamda Ankara ve Diyarbakır alan çalışmaları sonuçları ayrıca dikkat çekicidir. Ankara alan çalışmasında ortaokul ve liseye giden kadınların oranı sırasıyla %6,1 ve %4,1, erkeklerin oranı ise %16,4 ve %10,3 olarak bulunmaktadır. Aynı oranlar Diyarbakır alan çalışmasında kadınlar için %3,7 ve %1,2, erkekler içinse %13,5 ve %8,4'tür. Bu durum meslek edinmeye yönelik olan yüksek öğrenimde yaşanan cinsiyet ayrımcılığının bir göstergesi olarak nitelendirilebilir.

Diyarbakır alan çalışmasında okur-yazar olmayan kadınların oranı (%59,3), aynı konudaki Türkiye ve Ankara sonuçlarının çok üstündedir. Ankara alan çalışmasında bu oran %17,7 ile Türkiye oranına yakındır. Diyarbakır ve Ankara alan çalışmaları arasında ortaya çıkan diğer bir farklılık, ilkokul mezunu kadınların durumuyla ilgilidir. Diyarbakır alan çalışmasında kadınların çoğu okur-yazar değilken, Ankara alan çalışmasında kadın nüfusun önemli bir bölümü (%61,2) ilkokul mezunudur.

### *5.4.1.3. Çalışma Durumu*

*Tablo 5.6.1 Cinsiyete Göre Çalışma Durumu*

| | İstihdam | İstihdam | İşsiz | İşsiz | İşgücünde Olmayan | İşgücünde Olmayan |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | E | K | E | K | E | K |
| **Türkiye (%)** | 63.6 | 36.7 | 7.0 | 2.9 | 29.4 | 60.4 |
| **Ankara (%)** | 60.2 | 17.7 | 7.1 | 4.4 | 32.7 | 78.0 |
| **Diyarbakır (%)** | 43.0 | 6.0 | 16.5 | 4.9 | 40.5 | 89.1 |

*Kaynak: DİE, Nüfus sayımı sonuçları, 2000*

Türkiye genelinde istihdam oranı %50,3 iken bu oran Ankara'da %38,9'a gerilemektedir. Diyarbakır'da ise yaklaşık her 4 kişiden sadece 1'i (%24,7) istihdam edilmiştir. İşsizlik oranları Türkiye ve Ankara genelinde birbirine yakın iken, (sırasıyla %4,9 ve %5,7) bu oran Diyarbakır'da iki katına çıkmaktadır (%10,7). Türkiye ve Ankara genelinde her 2 kişiden 1'i işgücüne katılmaz iken, Diyarbakır'da her 3 kişiden 2'si iş gücüne katılmamaktadır.

*Tablo 5.6.2 Cinsiyete Göre Çalışan Nüfusun Yaptığı İş*

| | Türkiye | | Ankara il geneli | | Diyarbakır il geneli | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Erkek (%) | Kadın (%) | Erkek (%) | Kadın (%) | Erkek (%) | Kadın (%) |
| **İlmi ve Teknik Eleman** | 7,54 | 6,93 | 13 | 23,86 | 6,14 | 4,3 |
| **Üst Kad. Yön. ve Müt.** | 1,99 | 0,38 | 4,35 | 2,4 | 1 | 0,07 |
| **İdari Personel** | 5,64 | 6,46 | 10,22 | 23,43 | 5,78 | 2,64 |
| **Tic. ve Sat. Personeli** | 8,37 | 2,3 | 10,41 | 5,61 | 5,8 | 0,41 |
| **Hizmet İşi** | 10,11 | 2,79 | 13,71 | 6,72 | 10,88 | 0,82 |
| **Tarım Hay. Orm.** | 32,95 | 75,65 | 10,01 | 34,16 | 46,02 | 90,8 |
| **Tarım Dışı Üretim** | 33,31 | 5,47 | 38,2 | 3,78 | 24,21 | 0,95 |
| **Bilinmeyen** | 0,09 | 0,02 | 0,1 | 0,04 | 0,17 | 0,01 |

*Kaynak: DİE, Nüfus sayımı sonuçları, 2000*

Cinsiyete göre çalışma durumuna bakıldığında, Ankara'da erkeklerin %38,2'si tarım dışı üretimle uğraşırken Diyarbakır'da bu oranın %24,21 olduğu görülmektedir. Diyarbakır'da %46,02 oranı ile erkekler çoğunlukla tarım, hayvancılık ve ormancılık faaliyetleriyle uğraşmaktadır. Ankara'da kadınların %34,16'sı tarım, hayvancılık ve ormancılıkla uğraşırken, bu oranın Diyarbakır'da %90,8'e kadar çıktığı ve bunun Türkiye ortalamasının da (%75,65) üstünde olduğu dikkati çekmektedir. Diyarbakır'da kadınların toplam %9,2'si tarım, hayvancılık ve ormancılık dışındaki işlerle uğraşırken, Ankara'da tarım, hayvancılık ve ormancılığı %23,86 ile ilmi ve teknik eleman ve %23,43 ile idari personel statüsü izlemektedir. Ankara'daki bu oranlar Türkiye ortalamasının (%6,93 - %6,46) üstünde değerler arz etmektedir. Bu sonuçlar ışığında, Diyarbakır'da kadın emeğinin çok önemli bir kısmının tarım ve hayvancılık sektöründe yoğunlaştığı, tarım dışı üretim ve hizmet sektörlerinde düşük oranlarda yer aldığı söylenebilir.

### *5.4.1.4. Evlilik Yaşı*

*Tablo 5.7. Ortalama Evlilik Yaşı*

| | Türkiye | Batı Anadolu Bölgesi | Güneydoğu Anadolu Bölgesi | Ankara Alan Çalışması | Diyarbakır Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|
| **Ortalama Evlilik Yaşı** | 23,3 | 23,65 | 26 | 17,9 | 17,5 |

*Kaynak: 1. DİE, Nüfus sayımı sonuçları, 2000*
*2. Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ortalama evlilik yaşı kadının toplumsal konumunun belirlenmesi açısından önemli bir veridir. Alan çalışmasında ortalama evlilik verileri yorumlandığında üç temel bulguya ulaşılmaktadır.

Alan çalışmalarındaki evlilik yaşı ortalamaları (Ankara 17,9 – Diyarbakır 17,5) gerek içinde bulundukları bölgenin gerekse Türkiye ortalamasının daha altında değerlere denk gelmektedir. Bu sonuçlar her iki alan çalışması örneklemindeki kadın nüfusunun Türkiye geneli ve kendi illeri içinde daha dezavantajlı konumda olduklarına işaret edebilir. Erken evlilik kadının eğitim ve iş yaşamı açısından olumsuz bir etmen olarak değerlendirilebilir.

Ankara ve Diyarbakır alan çalışması verilerinin pek farklılık göstermemesi iki alan çalışması örnekleminin de benzer toplumsal yapılara sahip oldukları şeklinde yorumlanabilir. Ancak bu değerlendirme alan çalışması grubunun içinde bulunduğu çevrenin genel eğilimleriyle karşılaştırmadan yapılmamalıdır. Daha erken evlenme alışkanlıklarının yaygın olduğu Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde Ankara'daki verilere denk olan evlenme yaşı ortalaması kendi bölgesinde daha gelişmiş bir sosyal çevreye de işaret edebilir.

Dikkat çeken bir diğer nokta Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki evlilik yaşının Türkiye ortalamasından yüksek olmasıdır. Bu bölgeye dair genel kanı erken evlenme alışkanlıklarının yaygın olduğu yönündedir, dolayısıyla (henüz kanıtlanamasa da) bu veri bu bölgede resmi nikâhların daha geç yaşta gerçekleştirildiği şeklinde yorumlanabilir.

### *5.4.1.5. Kadınlarda Sigara Kullanma Durumu*

*Tablo 5.8. Kadınlarda Sigara Kullanma Durumu*

| Yaş | Oran (%) |
|---|---|
| 15-19 | 16,5 |
| 20-34 | 30,1 |
| 35-49 | 25,7 |
| | |
| Yerleşim Yeri | |
| Kent | 32,8 |
| Kır | 14,9 |
| | |
| Bölgeler | |
| Batı Anadolu | 35,4 |
| Güneydoğu Anadolu | 22,3 |
| | |
| Eğitim | |
| Eğitimi Yok/İlkokulu Bitirmemiş | 18,4 |
| İlköğretim Birinci Kademe | 24,5 |
| İlköğretim İkinci Kademe | 40,1 |
| Lise ve üzeri | 43,9 |

*Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003*

Kadınlarda sigara kullanma oranları yaş gruplarına göre incelendiğinde, 20–34 yaş grubunun %30,1'le en yüksek orana sahip olduğu görülmektedir. Kentsel nüfusun sigara kullanma oranı (%32,8) kırsal nüfusun oranının (%14,9) iki katından fazladır. Bölgelere bakıldığında Ankara'nın bulunduğu Batı Anadolu Bölgesi'nde kadınlarda sigara içme oranı %35,4'ken, Diyarbakır'ın bulunduğu Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde %22,3'tür. Beklenenin aksine eğitim düzeyi arttıkça sigara içme oranları da artmaktadır.

## 5.4.2. Üreme Sağlığı

### *5.4.2.1. Aile Planlaması*

Kentleşme ve gelişmişlik seviyesi arttıkça doğum kontrol yöntemleri kullanımının yöntemlerinin yaygınlaştığı söylenebilir. Bu çalışmada doğum kontrol yöntemlerinin yaygınlığına dair iki tip veri bulunmaktadır. Birincisi alan çalışmalarındaki bulguların içinde bulundukları il ve Türkiye genelindeki doğum kontrol yöntemi kullanma oranları ile karşılaştırılmasına dayanmaktadır. İkinci veri ise hizmet alanları, alan çalışmalarımızın içinde bulunduğu mahalleleri de kapsayan sağlık ocaklarınca sağlanan doğum kontrol yöntemlerine ilişkindir.

*Tablo 5.9. Kullanılan Doğum Kontrol Yöntemleri*

| DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ | Hap | Kondom | RİA | Diğer etkili | Kullanmayan | Diğer etkisiz |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Türkiye | 5 | 12,1 | 21,5 | 62,1 | 26,4 | 0,27 |
| Ankara | 4,8 | 12,5 | 27,6 | 6,4 | 20,7 | 28 |
| Akşemsettin Sağlık Ocağına Bağlı Mahalleler | 11,2 | 13,81 | 5,27 | 3,74 | 55,19 | 10,76 |
| Abidinpaşa Sağlık Ocağına Bağlı Mahalleler | 7,56 | 19,36 | 29,8 | 4,45 | 12,3 | 26,48 |
| Ankara Alan Çalışması | - | 25 | 48,5 | 9 | 15 | 2,5 |
| Diyarbakır | 4,6 | 7,9 | 12,5 | 5,1 | 44 | 25,9 |
| Seyrantepe 8' Nolu Sağlık Ocağına Bağlı Mahalleler | 7,23 | 91,29 | 1,48 | 0 | - | - |
| Diyarbakır Alan Çalışması | - | 21 | 23,4 | 26,1 | 26 | 3,5 |

*Kaynak: 1. Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*
*2. DİE Nüfus sayım sonuçları, 2000*
*3. Akşemsettin, Abidinpaşa ve Seyrantepe 8 Nolu Sağlık Ocakları faaliyet ve raporları, ve 2004*

Doğum kontrol yöntemlerini kullanım oranları incelendiğinde, yöntemlerin kullanımında gerek il verileri içinde gerekse Türkiye genelinde büyük oranda farklılaşmanın olduğu görünmektedir. Bu durumda bir genellemenin yapılması yanlış olmakla beraber kabaca kondom ve rahim içi araç (RİA) kullanımının en yaygın yöntemler olduğunu söylemek mümkündür.

Tüm veriler içinde kondom ve RİA kullanımının en yüksek oranda olduğu yer Ankara il merkezi geneli iken alan çalışmasının yapıldığı Akşemsettin mahallesinde bu oranlar çok düşüktür. Bununla birlikte Akşemsettin mahallesinde doğum kontrol yöntemi kullanmama durumu tüm düzeylerde en yüksek orana sahiptir (%55.19).

Diyarbakır alan çalışması sonuçları da etkili yöntem kullanımında Ankara alan çalışması verileri gibi yüksek oranlar sergilemektedir. Her iki alanda da doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı oranı diğer düzeylere göre yüksektir. Özellikle çok çocuk sahibi olma eğiliminin yüksek olduğu Diyarbakır için bu veri çok önemlidir.

Tüm düzeyler için hiçbir yöntem kullanmayan ve ya etkisiz yöntem kullananların oranı da azımsanamayacak kadar fazladır. Diyarbakır il merkezi ve Akşemsettin mahallesinde nüfusun %60'ından çoğu bu gruba girmektedir. Etkisiz yöntem kullanımı ve yöntem kullanmama oranının en düşük olduğu alan %17,5 oranıyla Ankara alan çalışması örneklemidir.

*Tablo 5.10. Sağlık Ocakları Tarafından Sunulan Doğum Kontrol Yöntemleri*

| Doğum Kontrol Yöntemi | | Akşemsettin | Abidinpaşa | Hilal | Seyrantepe |
|---|---|---|---|---|---|
| Hap | Sayı | 465 | 182 | 769 | 190 |
| | % | 47,59 | 20,09 | 4,90 | 7,23 |
| Kondom | Sayı | 506 | 466 | 14748 | 2400 |
| | % | 51,79 | 51,43 | 94,00 | 91.28 |
| Depo-prv | Sayı | 0 | 118 | 95 | 0 |
| | % | 0,00 | 13,02 | 0,61 | 0,00 |
| RİA | Sayı | 6 | 140 | 77 | 39 |
| | % | 0,61 | 15,45 | 0,49 | 1,48 |
| Toplam | Sayı | 977 | 906 | 15689 | 2629 |
| | % | 100 | 100 | 100 | 100 |

*Kaynak: Akşemsettin, Abidinpaşa, Hilal ve Seyrantepe 8 Nolu Sağlık Ocakları faaliyet raporları, ve 2004*

Sağlık ocaklarının sağladığı temel hizmet kondom dağıtımıdır. Kondom dağıtımı %90 üzerindeki oranlarıyla Hilal ve Seyrantepe sağlık ocakları tarafından sağlanan başlıca korunma yöntemidir. Sağlık ocaklarınca sağlanan ikinci temel yöntemin hap olduğu söylenebilir. Depo-prv ve rahim içi araç sağlanması ise Abidinpaşa sağlık ocağı (%13,02 - %15,45) dışında çok düşük orandadır.

### *5.4.2.2. Doğumun Yapıldığı Yer*

Doğum yeri ve şekli anne ve bebek sağlığını yakından ilgilendirmektedir. Uzman kişiler tarafından yaptırılan doğum anne ve bebek ölümlerinin önlenmesi bakımından oldukça önemlidir.

*Tablo 5.11. Doğumun Yapıldığı Yerler (Ankara)*

| | | Türkiye | Ankara İl Merkezi | Akşemsettin SOBM | Abidinpaşa SOBM | Hilal SOBM | Ankara Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hastanede | Sayı | 488984 | 24318 | 25 | 61 | 92 | 121 |
| | % | 89,8 | 99,4 | 96,1 | 100 | 100 | 83,5 |
| Hekimle | Sayı | 2240 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | % | 0,4 | 0,1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ebe İle | Sayı | 25208 | 38 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | % | 4,6 | 0,2 | 0 | 0 | 0 | 4,1 |
| Sağ. Per. Yar. ile | Sayı | 4350 | 3 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | % | 0,8 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 2,1 |
| Sağ. Per. Yar. Olm. | Sayı | 23467 | 101 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| | % | 4,4 | 0,4 | 3,9 | 0,00 | 0,00 | 10,3 |
| Toplam | | 544249 | 24472 | 26 | 61 | 92 | 145 |

*Kaynaklar: 1. Ankara Alan Çalışması*
*2. DİE Nüfus sayım sonuçları, 2000*
*3. Akşemsettin, Abidinpaşa ve Hilal S.O. Faaliyet Raporları, 2004*

*Tablo 5.12. Doğumun Yapıldığı Yerler (Diyarbakır)*

| | | Diyarbakır İl Merkezi | Seyrantepe SOBM | Bağlar 1 Nolu SOBM | Dağkapı SOBM | Ofis SOBM | Diyarbakır Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hastanede | Sayı | 1334 | 6 | 118 | 62 | 339 | 74 |
| | % | 36,6 | 13,9 | 70,7 | 98,4 | 99,4 | 46,3 |
| Hekimle | Sayı | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | % | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0 |
| Ebe İle | Sayı | 1106 | 0 | 0 | 0 | 2 | 25 |
| | % | 30,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0.6 | 15,6 |
| Sağ. Per. Yar. ile | Sayı | 212 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| | % | 5,8 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 15,0 |
| Sağ. Per. Yar. Olm. | Sayı | 976 | 37 | 49 | 1 | 0 | 37 |
| | % | 26,8 | 86,1 | 29,3 | 1,6 | 0,0 | 23,1 |
| Toplam | | 3648 | 43 | 167 | 63 | 341 | 160 |

*Kaynaklar: 1. Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*
*2. DİE Nüfus sayım sonuçları, 2000*
*3. Seyrantepe, Bağlar, Dağkapı ve Ofis Sağlık Ocakları Faaliyet Raporları 2004*

Türkiye genelinde doğumların büyük bölümü hastanede yapılmaktadır. Ankara alan çalışması örnekleminde bu oran (%83,5) Diyarbakır alan çalışması örnekleminden (%46,4) daha yüksek olmasına karşın diğer ölçeklerdeki Ankara (%99,37) ve Türkiye (%89,85) oranlarından düşüktür. Diyarbakır il merkezinde ise hastanede doğum Türkiye ortalamasının çok altındadır. Ancak Dağkapı ve Ofis için bu oran Türkiye ortalamasının oldukça üstündedir. Diyarbakır alan çalışmasında hastanede doğum oranı Türkiye ortalamasından belirgin şekilde düşüktür ancak son 15 yılda Diyarbakır'a göç eden nüfusun yoğunlaştığı Seyrantepe'ye ait verilerle karşılaştırıldığında görece iyi durumdadır. Anket çalışmasının bir kısmı Seyrantepe mahallesinde yürütüldüğü halde Diyarbakır alan çalışması ortalamasının Seyrantepe Sağlık Ocağı verilerine anketin bir kısmının da tabloda görüldüğü gibi hastanede doğum oranlarının oldukça yüksek olduğu Bağlar semtinde yapılmış olmasıdır. Özellikle Diyarbakır örneği ekonomik durum ile hastanede doğum yapma eğilimi arasında bir bağlantı olduğunu gösterebilir.

Hekim ile doğuma, ele alınan bölgelerin (Diyarbakır il geneli hariç) hiçbirinde rastlanamamıştır. Ancak Diyarbakır il genelinde bu oran (%0,5), düşük olmakla birlikte, Türkiye ortalamasının (%0,41) üzerindedir.

Ebe ile yapılan doğum oranı Ankara alan çalışması örnekleminde (%4,1) Türkiye genelinden (%4,6) düşüktür ancak Ankara il merkezi genelinden (%0,16) oldukça yüksektir. Ankara alan çalışmasının yürütüldüğü mahallenin de bağlı olduğu sağlık ocağından alınan verilerde ebe ile yapılan rastlanmamasının nedeni, sağlık ocağı verilerinin 2004 yılına ait olmasına karşın görüşülen kadınların çoğunun geçmiş yıllarda doğum yapmış olmasıdır. Ebe ile yapılan doğum konusunda Diyarbakır alan çalışması (%30,3) Ankara alan çalışması ve Türkiye ortalamasından oldukça yüksektir. Bununla birlikte Diyarbakır il merkezinden belirgin şekilde düşüktür.

Sağlık personeli ile doğum her iki alan çalışmasında da Türkiye ortalamasından yüksektir. Ancak Diyarbakır alan çalışmasında bu fark çok daha belirgindir. Sağlık personeli olmadan doğum oranı Ankara alan çalışmasında Ankara il merkezi ve Türkiye verilerinin üzerindedir. Ankara alan çalışmasında sağlık personeli olmadan doğum oranı (%10) bu kent için oldukça yüksek bir orandır ve mahallenin kent içi durumunun dezavantajlı olduğu şeklinde yorumlanabilir. Diyarbakır alan çalışması sonucu %21,11 ile Türkiye ortalamasının çok üzerindedir. Ancak, Diyarbakır Batıkent Sağlık ocağı verileriyle karşılaştırıldığında düşük kaldığı görülmektedir. Bu durum anket yapılan alanlardaki sağlık hizmetlerinin yetersizliğiyle olduğu kadar kent içi ekonomik, sosyal farklılıklarla açıklanabilir.

Ankara ve Diyarbakır için tüm ölçeklerde elde edilen veriler arasında hastanede doğum oranının en düşük olduğu yer olan Seyrantepe bununla bağlantılı olarak sağlık personeli olmadan doğum oranının çok yüksek olduğu (%86) alan olmuştur. Bu oran Seyrantepe mahallesinin Türkiye içinde olduğu gibi Diyarbakır içinde de oldukça dezavantajlı bir durumda olduğunu

göstermektedir.

### 5.4.2.3. Doğuma Ait Diğer Veriler

*Tablo 5.13. Doğuma Ait Diğer Veriler*

| | Türkiye | Ankara | Ankara Alan Çalışması | Diyarbakır | Diyarbakır Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|
| **0-11 Ay Bebek Oranı** | 2,83 | 1,81 | 0,47 | 4,33 | 1,86 |
| **1-5 Yaş Çocuk Oranı** | 14,96 | 9,09 | 7,87 | 24,23 | 16,32 |
| **15-49 Yaş Kadın Oranı** | 54,4 | 60,3 | 61,2 | 51,1 | 46,9 |
| **Canlı Doğum** | 3,86 | 3,12 | 3,06 | 6,920 | 0,97 |
| **Ölü Doğum** | 0,013 | - | 0,35 | - | 0,108 |
| **Kendiliğinden Düşük Sayısı** | 0,1 | - | 0,98 | - | 0,361 |
| **İsteyerek Yapılan Düşük Sayısı** | 0,113 | - | 0,23 | - | 0,102 |
| **Bebek ölüm hızı** | 4,3 | 3,6 | - | 5,7 | - |
| **Çocuk ölüm hızı** | 9,0 | 6,0 | - | 12,0 | - |
| **Doğurganlık Oranı** | 0,362 | 0,276 | - | 0,61 | - |
| **Doğurganlık Hızı** | 2,53 | 4,8 | - | 4,51 | - |

*Kaynak: 1. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003*
*2. DİE, Nüfus sayım sonuçları, 2000*
*3. Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Canlı doğum sayısının Ankara'da 3,12 ile Türkiye ortalamasının (3,86) altında kaldığı, Diyarbakır'da 6,92 ile Türkiye ortalamasının neredeyse iki katı olduğu görülmektedir. Ankara alan çalışması sonuçları, Ankara il merkezi ve Türkiye genel ortalama canlı doğum sayısı değerlerine yakınken; Diyarbakır alan çalışması verileri 0,97 ile oldukça düşüktür. Bu durum Diyarbakır'da doğurganlık oranının çok olması ve gebelik döneminin sağlıksız olması ile ilişkilendirilebilir.

### 5.4.2.4. Gebe-Loğusa Döneminde İzlenme Durumu

Doğum öncesi ve sonrası izlenmeler de anne ve bebek sağlığını etkileyen birer veri olarak doğum başlığı altında incelenebilir.

*Tablo 5.14. Gebe ve Loğusa İzlenme Durumu (Ankara)*

| | Türkiye | Ankara | Akşemsettin SOBM | Hilal SOBM |
|---|---|---|---|---|
| Gebe İzlenmesi | 2388555 | 92583 | 249 | 292 |
| Gebe Başına İzlenme (%) | 13 | 8 | 12 | 107 |
| Loğusa İzlenmesi | 976830 | 35649 | 45 | 95 |
| Loğusa Başına İzlenme (%) | 5 | 3 | 2 | 33 |

*Kaynak: 1. Akşemsettin ve Hilal sağlık ocakları, 2004 faaliyet raporları*
*2. DİE, Nüfus sayım sonuçları, 2000*
*3. Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 5.15. Gebe ve Loğusa İzlenme Durumu (Diyarbakır)*

| | Diyarbakır | Seyrantepe 8 Nolu SOBM | Bağlar 1 Nolu SOBM | Batıkent |
|---|---|---|---|---|
| Gebe İzlenmesi | 22674 | 126 | 924 | 209 |
| Gebe Başına İzlenme (%) | 7 | 46 | 32 | 54 |
| Loğusa İzlenmesi | 7628 | 25 | 186 | 71 |
| Loğusa Başına İzlenme (%) | 2 | 20 | 19 | 43 |

*Kaynak: 1. Seyrantepe, Bağlar ve Batıkent sağlık ocakları, 2004 faaliyet raporları*
*2. DİE, Nüfus sayım sonuçları, 2000*
*3. Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Tablo 5.14'teki veriler gebe ve loğusa izlenmelerinin tüm düzeylerde oldukça düşük oranda kaldığını göstermektedir. Ankara ve Diyarbakır il merkezine ait verileri birbirine yakın ve Türkiye ortalamasının altındadır. Aynı tabloya göre Akşemsettin mahallesinde gebe izlenmesi Ankara ortalamasının üzerindedir. Bu alanda en yüksek oran ise Abidinpaşa mahallesindedir.

Alan çalışmalarında ise kadınların Ankara'da %54 Diyarbakır'da ise %34'tü son gebelikte izlendiklerini belirtmişlerdir. Sosyo-ekonomik durumu daha iyi olan Hilal ve Ofis mahallelerinde özellikle gebe izlenmelerinin daha yüksek olduğunu görülmektedir. Bu verilerin sağlık ocağı verileri olduğu göz önüne alınarak özellikle sosyo-ekonomik durumu daha iyi olan mahallelerde yaşayanların özel hastane ve doktorlara başvurma eğiliminin bu farkı gelir durumu yüksek mahalleler lehine daha da arttıracağı söylenebilir.

### 5.4.3. Kadına Yönelik Şiddet

*Tablo 5.16. Şiddete Maruz Kalma Durumu*

| | | Ankara | Diyarbakır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| **Şiddet Yaşamış** | **Sayı** | 24 | 21 | 45 |
| | **%** | 28,9 | 35,0 | 31,5 |
| **Şiddet Yaşamamış** | **Sayı** | 59 | 39 | 98 |
| | **%** | 71,1 | 65,0 | 68,5 |

*Kaynak : Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Aile Araştırma Kurumu'nun 1997 tarihli yaptığı araştırmada Türkiye'de kadınların fiziksel şiddete maruz kalma oranı %16,5, psikolojik şiddete maruz kalma oranıysa %12,3'tür. Aynı kurumun başka bir araştırmasındaysa kentte şiddet eğilimi %62, kırda %49 çıkmıştır (AAK, 1997). Alan çalışmalarına bakıldığında kadınların şiddete maruz kalma oranları Ankara (%28,9) ve Diyarbakır'da (%35) birbirine yakın değerlerdedir. Şiddet görme durumuyla ilgili sorulara verilen yanıtlar gerçeği tamamıyla yansıtmamakta, kimi kadınlar şiddet görseler dahi bunu gizlemektedirler. Bu nedenle, alan çalışmamız sonucunda elde edilen bu oranların gerçekte daha yüksek çıkma olasılığı bulunduğu söylenebilir.

*Tablo 5.17. Kadınların Şiddeti Haklı Görme Nedenleri*

| YAŞ | Yemeği Yakarsa (%) | Kocasına Karşılık Verirse (%) | Lüzumsuz Para Harcarsa (%) | Çocukların Bakımını İhmal Ederse (%) | Cinsel İlişkiyi Reddederse (%) | Belirtilen Nedenlerden Birini Haklı Bulan Kadınların Oranı (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **15-19** | 8,3 | 52,4 | 38,7 | 33,1 | 21,5 | 63 |
| **20-24** | 4,9 | 31,2 | 28,5 | 23,4 | 12,6 | 40,2 |
| **25-29** | 3,4 | 25 | 21,9 | 19,9 | 12,2 | 35,3 |
| **30-34** | 4,8 | 26,9 | 24,1 | 22,7 | 12,8 | 37 |
| **35-39** | 7,3 | 30 | 29,3 | 23,6 | 19,1 | 40,3 |
| **40-44** | 7,2 | 28,1 | 29,1 | 23,8 | 19,6 | 39,2 |
| **45-49** | 7 | 30,2 | 28,5 | 24,8 | 21,5 | 39,8 |
| **YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI** | | | | | | |
| **0** | 5,9 | 30 | 26,9 | 24 | 14,5 | 37,9 |
| **1-2** | 3,7 | 22,9 | 20,7 | 18,2 | 11,1 | 31,8 |
| **3-4** | 6,5 | 33,3 | 31 | 26,8 | 19,9 | 44,7 |
| **5+** | 14,8 | 48,6 | 49,4 | 38,8 | 35,2 | 63,6 |
| **YERLEŞİM YERİ** | | | | | | |
| **Kent** | 3,3 | 22,2 | 20,3 | 18,9 | 12 | 32,1 |
| **Kır** | 12 | 46 | 43,7 | 33,7 | 26,8 | 56,6 |
| **BÖLGELER** | | | | | | |
| **Batı Anadolu** | 6,7 | 27,7 | 25,4 | 31,1 | 12,1 | 35,1 |
| **Güneydoğu Anadolu** | 11,6 | 39,8 | 37,1 | 30 | 26,9 | 50,6 |
| **EĞİTİM** | | | | | | |
| **Eğitimi Yok/İlkokulu Bitirmemiş** | 14,9 | 49,2 | 47,5 | 38,5 | 33,2 | 62,1 |
| **İlköğretim Birinci Kademe** | 4,6 | 30,6 | 28 | 24,4 | 15,7 | 42,1 |
| **İlköğretim İkinci Kademe** | 0,7 | 13,2 | 10,4 | 11,2 | 4,4 | 20,8 |
| **Lise ve üzeri** | 0,2 | 5,3 | 5,2 | 5 | 1,7 | 8,8 |
| **İŞ DURUMU** | | | | | | |
| **İşi Yok** | 5,1 | 28,1 | 25,6 | 22,4 | 15,4 | 38,2 |
| **Gelir Getiren İşte Çalışıyor** | 3 | 21,5 | 22,1 | 18,4 | 11,2 | 30,3 |
| **Gelir Getirmeyen İşte Çalışıyor** | 15,3 | 47,8 | 45,2 | 36,7 | 30,6 | 60,7 |
| **TOPLAM** | 5,8 | 29,1 | 27 | 23,2 | 16,3 | 39,2 |

*Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003*

Şiddet konusunda TNSA'nın yaptığı araştırmada kadınların, şiddete bakışlarını gösteren Tablo 5.17'ye göre çocuk sayısı arttıkça, kadınların maruz kaldıkları şiddeti haklı bulma oranları da artmaktadır. Ayrıca kırda şiddet eğilimi az olmasına rağmen şiddeti haklı bulma oranı kente göre oldukça yüksektir. Bu durum Ankara ve Diyarbakır'ın bulunduğu bölgeler için de geçerlidir. Şiddeti haklı görme durumunun eğitim düzeyiyle ters orantılı olduğunu görülmektedir.

Ankara'da kadın nüfusun eğitim oranı ve düzeyinin, Diyarbakır'dan yüksek olması şiddeti haklı bulma gerekçelerinin daha düşük düzeyde dile getirileceği varsayımına olanak vermektedir. Ancak, alan araştırmamızın amacı sağlık hizmetleri ve sorunlarının saptanması olduğundan kadına yönelik şiddetle ilgili ayrıntılı sorular yöneltilmemiştir.

## 5.5. Alan Çalışmalarının Değerlendirilmesi

Bu bölümde çalışmanın ana eksenini oluşturacak olan Ankara Mamak Akşemsettin Mahallesi ile Diyarbakır Aziziye ve 5 Nisan Mahalleleri'nde gerçekleştirilen alan araştırmalarından elde edilen sonuçlar değerlendirilecektir. Yapılan anketlerin değerlendirilmesine geçilmeden önce alan çalışması grupları üzerine bilgi vermek faydalı olacaktır. Bu bağlamda, görüşme yaptığımız ailelerin genel özelliklerine kısaca değinilecek ve anketlerin uygulandığı kadınların aile yaşantılarından bahsedilecektir. Başlamadan önce belirtmek gerekir ki yaptığımız ön çalışma sonrasında hazırlanan anketlerden çıkan cevaplarla ulaşamayacağımız bazı noktalar anketleri uygulayan grubun bir araya gelip kendi gözlemlerini aktarmalarıyla ortaya çıkmıştır.

### 5.5.1. Kadınlara Ait Demografik Göstergeler

Alan araştırmasında Ankara'da 148, Diyarbakır'da 166 olmak üzere toplam 314 haneyle görüşülmüştür. Ankara ve Diyarbakır'daki görüşme yapılan kişi sayısının eşit olmaması kimi durumlarda yanıltıcı olabileceğinden, yorumlar bu eşitsizlik göz önünde bulundurularak yapılacaktır. Kadın sağlığı üzerine hazırlanan sorular görüşülen ailelerdeki hane reisi olan kadınlara ve hane reislerinin eşlerine uygulanmıştır. Ancak Ankara'da bir hanede hane reisinin eşi vefat ettiği için kadın anketi uygulanamamıştır. Bu nedenle görüşme yapılan kadınların sayısı 313'tür. Bunun dışında kadın anketini tam olarak tamamlamayan ve bazı soruları boş bırakan kadınlar da olmuştur. Bu nedenle bazı sorularda 313 rakamına ulaşılamamaktadır. Ayrıca, verilerin değerlendirilmesinde yöneltilen sorulara ve konuya bağlı olarak, yalnızca görüşülen hane reisi eşleri ya da hanedeki tüm kadınlar üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır.

Kadınlara yöneltilen soruları genel olarak beş başlık altında toplayabiliriz: (1) Sağlıklarıyla ve sağlık hizmetlerine ulaşımlarıyla ilgili genel sorular; (2) Üreme sağlığıyla ilgili sorular; (3) Akıl ve ruh sağlığı ile ilgili sorular; (4) Hane içi sağlık işleriyle ilgili sorular; (5) Çocuklarının gelişimi ve çocuklarının sağlığıyla ilgili sorular. Bunun dışında hanenin tüm bireylerine yönelik olarak sorulan sorulardan da kadınlara dair verilere ulaşılmaktadır.

Bu sorulara verilen cevapların değerlendirilmesine geçilmeden önce aile yapılarının anlaşılabilmesi için toplumsal cinsiyet ilişkilerinin ya da kültürel yapının aile içi dinamiklerle etkileşimi üzerinde durmak yararlı olacaktır. Bu etkileşim her yerde aynı şekilde aksetmemekte ve Ankara ile Diyarbakır'da

yapılan alan çalışmaları da bu görüşü destekler nitelikte karşımıza çıkmaktadır. Aile içi dinamikler üzerine ilk olarak belirtmemiz gereken nokta Ankara'da görüşülen ailelerin dini inançları ve Diyarbakır'da görüşülen ailelerin etnik kökenleridir. Her ne kadar uygulanan ankette bu konuya dair doğrudan soru sorulmasa da, Ankara'da görüşülen ailelerin Alevi inancına sahip olduğu ve Diyarbakır'da görüşülen ailelerin ise Kürt etnik kökenine sahip olduğu görüşmeler sırasında saptanmıştır.

### *5.5.1.1. Kadınların Doğum Yerleri*

Görüşme yapılan kadınların doğum yerlerine göre dağılımına bakıldığında, Ankara'da il merkezi, ilçe ve köylerinde doğanların oranı %9,5, Diyarbakır'da ise bu oranın %89,3 gibi çok yüksek bir değerde olduğu görülmektedir. Ankara'da bu oranın Diyarbakır'a göre çok düşük olmasının nedeni Ankara'ya çevre illerden yoğun bir göç olmasıdır.

*Tablo 5.18. Kadınların Doğum Yerlerine Göre Dağılımı (Ankara)*

| | Dağılım | Yüzde | Birikimli Yüzde |
|---|---|---|---|
| **Ankara-Merkez** | 10 | 6,8 | 6,8 |
| **Ankara-İlçeleri/Köyleri** | 4 | 2,7 | 9,5 |
| **Kırıkkale-Merkez** | 16 | 10,9 | 20,4 |
| **Kırıkkale-İlçeleri/Köyleri** | 62 | 42,2 | 62,6 |
| **Yozgat-Merkez** | 7 | 4,8 | 67,3 |
| **Yozgat-İlçeleri/Köyleri** | 12 | 8,2 | 75,5 |
| **Samsun-İlçeleri/Köyleri** | 1 | 0,7 | 76,2 |
| **Çorum-Merkez** | 2 | 1,4 | 77,6 |
| **Çorum-İlçeleri/Köyleri** | 24 | 16,3 | 93,9 |
| **Tokat-Merkez** | 1 | 0,7 | 94,6 |
| **Tokat-İlçeleri/Köyleri** | 5 | 3,4 | 98,0 |
| **Çankırı Merkez** | 1 | 0,7 | 98,6 |
| **Çankırı-İlçeleri/Köyleri** | 1 | 0,7 | 99,3 |
| **Kırşehir-İlçeleri/Köyleri** | 1 | 0,7 | 100,0 |
| **Toplam** | 147 | 100,0 | - |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.19. Kadınların Doğum Yerlerine Göre Dağılımı (Diyarbakır)*

| | Dağılım | Geçerli Yüzde | Birikimli Yüzde |
|---|---|---|---|
| **Adana** | 3 | 1,8 | 1,8 |
| **Diyarbakır-Merkez** | 58 | 35,4 | 37,2 |
| **Diyarbakır-İlçeleri/Köyleri** | 72 | 43,9 | 81,1 |
| **Mardin-Merkez** | 13 | 7,9 | 89,0 |
| **Mardin-İlçeleri/Köyleri** | 8 | 4,9 | 93,9 |
| **Urfa-Merkez** | 1 | 0,6 | 94,5 |
| **Urfa-İlçeleri/Köyleri** | 2 | 1,2 | 95,7 |
| **Elazığ** | 3 | 1,8 | 97,6 |
| **İstanbul** | 1 | 0,6 | 98,2 |
| **Batman** | 1 | 0,6 | 98,8 |
| **Antalya** | 1 | 0,6 | 99,4 |
| **Bitlis** | 1 | 0,6 | 100,0 |
| **Toplam** | 164 | 100,0 | - |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

### *5.5.1.2. Kadınların Yaş Dağılımı ve Eğitim Durumları*

Tablo 5.20'de görüldüğü gibi Ankara'da görüşülen kadınlar 40-49 yaş aralığında yoğunlaşırken, Diyarbakır'da çoğunluğu 25-39 yaş arası kadınlar oluşturmaktadır. Ortalama yaş ise 36 olarak çıkmaktadır. Görüldüğü üzere Ankara'daki alan çalışması grubu çoğunlukla orta yaşlı kadınlardan, Diyarbakır'daki ise çoğunlukla genç kadınlardan oluşmaktadır. Ankara'da görüşülen kadınların %99,3'ü Diyarbakır'da ise %94'tü evlidir. Bu durumda, kadınların çoğunluğunun hane içindeki konumlarını hane reisinin eşi olduğu görülmektedir.

*Tablo 5.20. Kadınların Yaş Dağılımı*

| | | Anketin Yapıldığı Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| 19-24 | Sayı | 13 | 21 | 34 |
| | % | 8,8 | 12,7 | 10,9 |
| 25-29 | Sayı | 22 | 40 | 62 |
| | % | 15,0 | 24,2 | 19,9 |
| 30-34 | Sayı | 20 | 32 | 52 |
| | % | 13,6 | 19,4 | 16,7 |
| 35-39 | Sayı | 21 | 29 | 50 |
| | % | 14,3 | 17,6 | 16,0 |
| 40-44 | Sayı | 26 | 11 | 37 |
| | % | 17,7 | 6,7 | 11,9 |
| 45-49 | Sayı | 25 | 13 | 38 |
| | % | 17,0 | 7,9 | 12,2 |
| 50-54 | Sayı | 12 | 9 | 21 |
| | % | 8,2 | 5,5 | 6,7 |
| 55-59 | Sayı | 2 | 3 | 5 |
| | % | 1,4 | 1,8 | 1,6 |
| 60-64 | Sayı | 3 | 3 | 6 |
| | % | 2,0 | 1,8 | 1,9 |
| 65+ | Sayı | 1 | 3 | 4 |
| | % | 0,7 | 1,8 | 1,3 |
| Cevapsız | Sayı | 2 | 1 | 3 |
| | % | 1,4 | 0,6 | 1,0 |
| Toplam | | 147 | 165 | 312 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Görüşme yapılan kadınların eğitim durumuna bakıldığında Ankara'da % 61,2 ile ilkokul mezunu, Diyarbakır'da ise %59,3 ile okur-yazar olmayan kadınların ağırlıklı olduğu görülmektedir. Tablo 5.21 ve 5.22'de kadınların yaşlarına göre eğitim durumlarının kentlere göre dağılımları gösterilmiştir. Buna göre Ankara'da 25 ve 44 yaş arası kadınlar ilkokul mezunlarının çoğunluğunu oluşturmaktadır. Ankara'da 40 yaş üstü lise mezunu bulunmamaktadır. Diyarbakır'da ilkokul mezunlarının çoğunluğu 25-29 yaşları arasında bulunmaktadır. Karşılaştırmalı olarak bakıldığında yine Diyarbakır'daki kadınların eğitim durumlarının düşüklüğü hatta çoğunluğunu okur-yazar dahi olmadığı göze çarpmaktadır.

*Tablo 5.21. Kadınların Eğitim Durumları*

| | Ankara | | | Diyarbakır | | | Toplam | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | % | Sayı | % | % | Sayı | % | % |
| Okur-Yazar Değil | 26 | 17,7 | 21,3 | 96 | 59,3 | 78,7 | 122 | 39,5 | 100,0 |
| Okur-Yazar | 13 | 8,8 | 31,0 | 29 | 17,9 | 69,0 | 42 | 13,6 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | 90 | 61,2 | 75,6 | 29 | 17,9 | 24,4 | 119 | 38,5 | 100,0 |
| İlköğretim Mezunu | 3 | 2,0 | 100,0 | - | 0,0 | 0,0 | 3 | 1,0 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | 9 | 6,1 | 60,0 | 6 | 3,7 | 40,0 | 15 | 4,9 | 100,0 |
| Lise Mezunu | 6 | 4,1 | 75,0 | 2 | 1,2 | 25,0 | 8 | 2,6 | 100,0 |
| Toplam | 147 | 100,0 | 47,6 | 162 | 100,0 | 52,4 | 309 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

*Tablo 5.22. Kadınların Yaşlarına Göre Eğitim Durumları (Ankara)*

| Yaş Grup. | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul Mezunu | İlköğretim Mezunu | Ortaokul Mezunu | Lise Mezunu | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 19-24 | - | - | 8 | - | 2 | 3 | 13 |
| 25-29 | - | - | 18 | - | 2 | 2 | 22 |
| 30-34 | 2 | 1 | 15 | - | 2 | - | 20 |
| 35-39 | 1 | - | 16 | 2 | 1 | 1 | 21 |
| 40-44 | 4 | 1 | 18 | 1 | 2 | - | 26 |
| 45-49 | 6 | 7 | 12 | - | - | - | 25 |
| 50-54 | 8 | 3 | 1 | - | - | - | 12 |
| 55-59 | 1 | 1 | - | - | - | - | 2 |
| 60-64 | 2 | - | 1 | - | - | - | 3 |
| 65+ | 1 | - | | - | - | - | 1 |
| cevapsız | 1 | - | 1 | - | - | - | 2 |
| Toplam | 26 | 13 | 90 | 3 | 9 | 6 | 147 |
| | 17,7% | 8,8% | 61,2% | 2,0% | 6,1% | 4,1% | 100,0 % |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.23. Kadınların Yaşlarına Göre Eğitim Durumları (Diyarbakır)*

| Yaş Grupları | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul Mezunu | Lise Mezunu | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 19-24 | 14 | 5 | 2 | - | - | 21 |
| 25-29 | 18 | 5 | 11 | 3 | - | 37 |
| 30-34 | 17 | 6 | 6 | 3 | - | 32 |
| 35-39 | 16 | 4 | 7 | - | 2 | 29 |
| 40-44 | 5 | 4 | 2 | - | - | 11 |
| 45-49 | 10 | 3 | - | - | - | 13 |
| 50-54 | 8 | 1 | - | - | - | 9 |
| 55-59 | 3 | - | - | - | - | 3 |
| 60-64 | 2 | 1 | - | - | - | 3 |
| 65+ | 2 | - | 1 | - | - | 3 |
| cevapsız | 1 | - | - | - | - | 1 |
| Toplam | 96 | 29 | 29 | 6 | 2 | 162 |
| | 59,3% | 17,9% | 17,9% | 3,7% | 1,2% | 100,0% |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

*Tablo 5.24. Kadınlarda Sınıfsal Konum İle Eğitim Durumunun Karşılaştırılması (Ankara)*

| | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul Mezunu | İlköğretim Mezunu | Ortaokul Mezunu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Üretim araçlarına sahip | Sayı | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 |
| | % | 0.0% | 14.3% | 71.4% | 0.0% | 0.0% |
| Vasıflı düzenli çalışan | Sayı | 10 | 3 | 42 | 1 | 4 |
| | % | 13.0% | 3.9% | 54.5% | 1.3% | 5.2% |
| Vasıfsız düzenli çalışan | Sayı | 12 | 4 | 34 | 2 | 5 |
| | % | 18.8% | 6.3% | 53.1% | 3.1% | 7.8% |
| Vasıflı düzensiz çalışan | Sayı | 2 | 1 | 6 | 0 | 1 |
| | % | 18.2% | 9.1% | 54.5% | 0.0% | 9.1% |
| Vasıfsız düzensiz çalışan | Sayı | 10 | 4 | 21 | 0 | 5 |
| | % | 23.3% | 9.3% | 48.8% | 0.0% | 11.6% |
| Sürekli işsiz | Sayı | 4 | 1 | 2 | 0 | 2 |
| | % | 44.4% | 11.1% | 22.2% | 0.0% | 22.2% |
| Toplam | Sayı | 38 | 14 | 110 | 3 | 17 |
| | % | 18.0% | 6.6% | 52.1% | 1.4% | 8.1% |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.25. Kadınlarda Sınıfsal Konum İle Eğitim Durumunun Karşılaştırılması (Ankara) (Devam)*

| | | Lise Mezunu | Üniversite Mezunu | Lise Öğrencisi | Üniversite Öğrencisi | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | % | 14.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 13 | 2 | 1 | 1 | 77 |
| | % | 16.9 | 2.6 | 1.3 | 1.3 | 100.0 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 5 | 0 | 0 | 2 | 64 |
| | % | 7.8 | 0.0 | 0.0 | 3.1 | 100.0 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 1 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| | % | 9.1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 1 | 0 | 0 | 2 | 43 |
| | % | 2.3 | 0.0 | 0.0 | 4.7 | 100.0 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| | % | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |
| Toplam | Sayı | 21 | 2 | 1 | 5 | 211 |
| | % | 10.0 | 0.9 | 0.5 | 2.4 | 100.0 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

Ankara'da eğitim durumuyla sınıfsal konum arasında doğru bir orantıya rastlanmamaktadır. Sürekli işsizler dışındaki sınıfların hepsinde ilkokul mezunlarının oranı ağırlıktadır. Ancak, sürekli işsizler sınıfında okur yazar olmayanların en yüksek oranda bulunması eğitimsiz olmanın çalışma durumunu olumsuz etkilediğine işaret etmektedir. Ayrıca, Sınıfsal konum iyileştikçe eğitim durumunun da iyileşeceği varsayımı sonuçlardan çıkarılamamaktadır.

*Tablo 5.26. Kadınlarda Sınıfsal Konum İle Eğitim Durumunun Karşılaştırılması (Diyarbakır)*

| | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul Mez. |
|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 4 | 3 | 2 |
| | % | 33.3 | 25.0 | 16.7 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 21 | 9 | 19 |
| | % | 41.2 | 17.6 | 37.3 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 18 | 5 | 11 |
| | % | 47.4 | 13.2 | 28.9 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 9 | 6 | 3 |
| | % | 42.9 | 28.6 | 14.3 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 59 | 15 | 12 |
| | % | 64.1 | 16.3 | 13.0 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 9 | 2 | 1 |
| | % | 56.3 | 12.5 | 6.3 |
| Toplam | Sayı | 120 | 40 | 48 |
| | % | 52.2 | 17.4 | 20.9 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

*Tablo 5.27. Kadınlarda Sınıfsal Konum İle Eğitim Durumunun Karşılaştırılması (Diyarbakır) (Devam)*

| | | Ortaokul Mezunu | Lise Mezunu | Lise Öğrencisi | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 2 | 1 | 0 | 12 |
| | % | 16.7 | 8.3 | 0.0 | 100.0 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 2 | 0 | 0 | 51 |
| | % | 3.9 | 0.0 | 0.0 | 100.0 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 0 | 3 | 1 | 38 |
| | % | 0.0 | 7.9 | 2.6 | 100.0 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 2 | 0 | 1 | 21 |
| | % | 9.5 | 0.0 | 4.8 | 100.0 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 3 | 2 | 1 | 92 |
| | % | 3.3 | 2.2 | 1.1 | 100.0 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 1 | 1 | 2 | 16 |
| | % | 6.3 | 6.3 | 12.5 | 100.0 |
| Toplam | Sayı | 10 | 7 | 5 | 230 |
| | % | 4.3 | 3.0 | 2.2 | 100.0 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Okur-yazar olmayanlar ve yalnızca okur-yazar olanların vasıfsız düzensiz çalışanlar sınıfında yoğunlaştığı buna karşın ilkokul mezunlarının büyük oranda vasıflı düzenli sınıfında yer aldığı görülmektedir. Ortaokul ve lise mezunlarında eğitim durumu ile sınıfsal konum arasındaki doğru orantılı ilişkiden bir sapma görülse de bu kategorideki dağılımın küçük sayılarda olması sonuçların geçerliliğini kısıtlamaktadır. Ancak, söz konusu doğru orantılı ilişki örneklemin büyük bir kısmında gözlenmiştir.

### *5.5.1.3. Kadınların Çalışma Durumları*

Her iki alan çalışması grubunda da çoğunluğu ev hanımı olan kadınlar oluşturmaktadır. Tablo 5.28'de görüldüğü gibi ev hanımı olan kadınların oranı Ankara'da %95,2, Diyarbakır'da %91,5'tir. Anketimizde iş arayanlar işsiz olarak değerlendirilmiştir. Anketlere verilen cevaplara bakıldığında görüşme yapılan kadınların Ankara'da sadece %7'sinin, Diyarbakır'da ise %2'sinin iş aradığı sonucuna varılmaktadır. Çalışmama nedenlerinin başında Ankara'da %65,2 Diyarbakır'da %85,7 oranında çocukların bakımı yer almaktadır. Buradan anlaşılacağı üzere her iki kentte de kadınların çoğunluğu haneye gelir getirmemektedir. Haneye gelir getirenler ya eşleri ya da çalışma yaşındaki çocuklarıdır.

*Tablo 5.28. Kadınların Yaptığı İşlerinin Kentlere Göre Dağılımı*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| İşçi-Ücretli | Sayı | 3 | 2 | 5 |
| | % | 2,0 | 1,2 | 1,6 |
| Esnaf/Zanaatkar/Serbest | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0,0 | 0,6 | 0,3 |
| Düzensiz İşler (Hamal, İnşaat İşçiliği, Mendil Satmak vb.) | Sayı | 4 | 11 | 15 |
| | % | 2,7 | 6,7 | 4,8 |
| Ev Hanımı | Sayı | 140 | 151 | 291 |
| | % | 95,2 | 91,5 | 93,3 |
| Toplam | Sayı | 147 | 165 | 312 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

### *5.5.1.4. Kadınların Sosyal Güvenceye Sahip Olma Durumları*

Sosyal güvencenin sağlık hizmetlerine ulaşımda temel belirleyicilerden biri olması nedeniyle, kadınların sağlık durumlarını ve sağlık hizmetlerine ulaşımlarını incelemeden önce sosyal güvence durumuna bakmak yararlı olacaktır. Kadınların çoğunluğunun çalışmadığını düşünüldüğünde halihazırda varolan sosyal güvencelerinin eşlerinden kaynaklı olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Ankara'da kadınlar yoğunluklu olarak %53,9 Sosyal Sigortalar Kurumu'nun hizmetlerinden yararlanmaktadır. Diyarbakır'da ise sosyal güvenlik türü %54,7'lik oranla yeşil kartta yoğunlaşmaktadır. Bu durum Diyarbakır'da sadece kadınların değil erkeklerin de çoğunluğunun işsiz olduğunu ve çalışmaya bağlı güvenceleri olmadığını göstermektedir. Bunun dışında kimliksiz ya da resmi nikâhsız olduğu için yeşil kartı olmayan kadınlara da rastlanmıştır.

*Tablo 5.29. Kadınların Sosyal Güvence Durumunun Kentlere Göre Dağılımı*

| | | Ankara | Diyarbakır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| SSK | Sayı | 76 | 34 | 110 |
| | % | 53,9 | 21,4 | 36,7 |
| Bağ-Kur | Sayı | 7 | 4 | 11 |
| | % | 5,0 | 2,5 | 3,7 |
| Emekli Sandığı | Sayı | 16 | 3 | 19 |
| | % | 11,3 | 1,9 | 6,3 |
| Yeşil Kart | Sayı | 14 | 87 | 101 |
| | % | 9,9 | 54,7 | 33,7 |
| Özel Sigorta | Sayı | 1 | 0 | 1 |
| | % | 0,7 | 0,0 | 0,3 |
| Sosyal Güvencesi Yok | Sayı | 27 | 31 | 58 |
| | % | 19,1 | 19,5 | 19,3 |
| Toplam | Sayı | 141 | 159 | 300 |
| | % | 100 | 100 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Yukarıdaki tabloların tümünde belirtilen temel özelliklere bakıldığında ortaya çıkan en önemli sonuç hem Ankara hem Diyarbakır'da kadınların eğitim seviyesinin yüksek olmadığı ve haneye gelir getirici bir rol üstlenmedikleridir.

*Tablo 5.30. Kadınların Sınıfsal Konumları İle Sosyal Güvenlik Durumlarının Karşılaştırması (Ankara)*

| | | SSK | Bağ-Kur | Emekli Sandığı | Yeşil Kart | Özel Sigorta | Sosyal Güvencesi Yok | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7 |
| | % | 28.6 | 14.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 57.1 | 100.0 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 54 | 2 | 13 | 1 | 0 | 7 | 77 |
| | % | 70.1 | 2.6 | 16.9 | 1.3 | 0.0 | 9.1 | 100.0 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 46 | 1 | 6 | 0 | 1 | 6 | 60 |
| | % | 76.7 | 1.7 | 10.0 | 0.0 | 1.7 | 10.0 | 100.0 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 0 | 1 | 0 | 5 | 0 | 3 | 9 |
| | % | 0.0 | 11.1 | 0.0 | 55.6 | 0.0 | 33.3 | 100.0 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 10 | 3 | 0 | 10 | 0 | 17 | 40 |
| | % | 25.0 | 7.5 | 0.0 | 25.0 | 0.0 | 42.5 | 100.0 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 7 | 9 |
| | % | 11.1 | 0.0 | 0.0 | 11.1 | 0.0 | 77.8 | 100.0 |
| Toplam | Sayı | 113 | 8 | 19 | 17 | 1 | 44 | 202 |
| | % | 55.9 | 4.0 | 9.4 | 8.4 | 0.5 | 21.8 | 100.0 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

***Tablo 5.31. Kadınların Sınıfsal Konumları İle Sosyal Güvenlik Durumlarının Karşılaştırması (Diyarbakır)***

| | | SSK | Bağ-Kur | Emekli Sandığı | Yeşil Kart | Sosyal Güvencesi Yok | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 1 | 1 | 0 | 9 | 2 | 13 |
| | % | 7.7 | 7.7 | 0.0 | 69.2 | 15.4 | 100.0 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 22 | 0 | 2 | 14 | 13 | 51 |
| | % | 43.1 | 0.0 | 3.9 | 27.5 | 25.5 | 100.0 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 11 | 3 | 1 | 11 | 8 | 34 |
| | % | 32.4 | 8.8 | 2.9 | 32.4 | 23.5 | 100.0 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 1 | 0 | 0 | 16 | 4 | 21 |
| | % | 4.8 | 0.0 | 0.0 | 76.2 | 19.0 | 100.0 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 9 | 2 | 0 | 53 | 27 | 91 |
| | % | 9.9 | 2.2 | 0.0 | 58.2 | 29.7 | 100.0 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 3 | 0 | 0 | 9 | 4 | 16 |
| | % | 18.8 | 0.0 | 0.0 | 56.3 | 25.0 | 100.0 |
| Toplam | Sayı | 47 | 6 | 3 | 112 | 58 | 226 |
| | % | 20.8 | 2.7 | 1.3 | 49.6 | 25.7 | 100.0 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Sosyal güvenlik durumuna bakıldığında Ankara'da %55,9 ile SSK'lıların, Diyarbakır'da ise %49,6 ile yeşil kartlıların en yüksek orana sahip olduğu görülmektedir. Her iki kentte de ikinci sırayı Ankara'da %21,8, Diyarbakır'da ise %25,7 ile sosyal güvencesi olmayanlar almaktadır. Diyarbakır'da yeşil kartlı olanların yüzdesinin bu kadar yüksek çıkmasında üretim araçlarına sahip sınıf mensubu kadınların dahi %69,2'si gibi oldukça yüksek oranının yeşil kartlı olması nedenlerden biri olarak yer almaktadır. Bir diğer nokta da vasıflı ve düzenli işe sahip sınıf mensubu kadınlar Ankara'da beklenildiği şekilde sırasıyla %70,1 SSK'lı, %16,9 Emekli Sandığı üyesi iken, bu sınıf mensubu kadınların Diyarbakır'da sırasıyla %43,1 ile SSK'lı, ancak %27,5 gibi yüksek ve beklenmeyen bir oran ile yeşil kartlı olması Diyarbakır'da yeşil kart sahibi olmanın oldukça cazip ve istenilen bir güvence olduğunu göstermektedir diyebiliriz. Ancak yine de Diyarbakır'da yeşil kartlıların %47,3 gibi en yüksek oranının vasıfsız ve düzensiz sınıf mensubu kadınlar olması bu sınıf mensubu kadınların yeşil kart sayesinde sağlık güvencelerini sağladıklarını göstermektedir. Bir diğer ifade ile sınıfsal konum geriledikçe yeşil kartlı oranı artmaktadır. Ayrıca her iki kentte de SSK'lıların düzenli işlerde çalışan sınıfta yoğunlaştığı görülmektedir ve bu da beklenen ile tutarlı bir sonuçtur.

Ankara'da kadınların %55,9'u, Diyarbakır'da ise %21,8'i SSK'lıdır. Buna karşılık, Yeşil Kart sahipliği konusunda bu oran sırasıyla % 8,4'te %49,6'dır. Ankara'da SSK, Diyarbakır'da ise Yeşil Kart sahipliğinin yüksek oranlarda çıktığı görülmektedir. Cinsiyet faktörü eklendiğinde de bu orantının değişmediği Tablo 5.31'de ortaya çıkmıştır. Bu sonuç, kadınların çoğunlukla

çalışmadıkları ve sosyal güvence konusunda eşlerine tabi olduklarının göstergesi sayılabilir. Kadınların sosyal güvence konusunda eşlerine tabi olmaları, onların maddi açıdan da bağımlı olduklarının işareti olarak yorumlanabilir. Bu bağımlılığın aile içi sorunlarda kadınların varlıklarını ortaya yeterince koyamamalarının kaynaklarından biri olduğu söylenebilir.

### 5.5.2. Genel Sağlık Verileri

Bu bölümde görüşme yapılan kadınların, hanenin diğer bireylerine de sorulan sorulara verdikleri cevaplar değerlendirilecektir. Aslında bu bölümde incelenen veriler, çalışmanın diğer bölümlerinde farklı başlıklar altında incelenmiştir. Ancak burada incelenecek olan grup sadece kadın anketinin uygulandığı bireylerdir. Bu nedenle, bireylere uygulanan ankette sorulan sorulara verilen cevaplar bu bölümde de incelenecektir. Böylece, kadınlara özgü sağlık sorularına geçmeden önce alanın genel sağlık durumuna bakılabilecektir.

#### *5.5.2.1. Kadınların Genel Olarak Beden ve Ruh Sağlığı*

Görüşülen kadınlardan beden ve ruh sağlıklarını genel olarak çok iyi, iyi, orta, kötü, çok kötü seçenekleriyle betimlemeleri istenmiştir. Verilen cevaplara karşılaştırmalı olarak bakıldığında Ankara'daki kadınların %47,9'unun beden sağlığını "iyi" olarak, Diyarbakır'da ise %44,4'ünün "kötü" olarak değerlendirdiği görülmektedir. Ankara'da sırasıyla "iyi" ve "orta" cevabını verenler (%80) yoğunlaşırken, Diyarbakır'da "orta" ve "kötü" değerlendirmelerini yapanların fazla (%67) olduğu görülmektedir. Beden sağlığı değerlendirmesindeki bu zıtlık dikkati çekmektedir. Bu sonuç, çalışmaya Diyarbakır'daki sağlık koşullarının kötülüğü konusunda küçük bir ipucu verebilecek niteliktedir. Ruh sağlığı konusunda ise Ankara'daki kadınların kendi durumunu %65,7 ile "iyi", Diyarbakır'daki kadınların ise %46,3'inin iyi olarak değerlendirdiği görülmektedir. Ancak Diyarbakır'da kadınların %30,1'inin de ruh sağlığını "kötü" olarak nitelendirdiğini belirtmek gerekir. Ankara ile Diyarbakır alan çalışmaları arasında ruh sağlığı konusunda, beden sağlığı konusundaki kadar net bir farklılık çıkmasa da Ankara'daki alan çalışması örneklemindeki kadınların çoğu Diyarbakır'daki kadınların aksine ruhsal olarak kendilerini "iyi" hissettiklerini belirtmişlerdir.

*Tablo 5.32. Kadınların (hane reisinin eşi) Beden Sağlığının Genel Olarak Değerlendirilmesi*

| | | | Anketin Yapıldığı Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Ankara | Diyarbakır | |
| Genel Olarak Beden Sağlığı | Çok iyi | Sayı | 2 | - | 2 |
| | | % | 1,4 | - | 0,7 |
| | İyi | Sayı | 70 | 47 | 117 |
| | | % | 47,9 | 33,1 | 40,6 |
| | Orta | Sayı | 47 | 32 | 79 |
| | | % | 32,2 | 22,5 | 24,4 |
| | Kötü | Sayı | 23 | 63 | 86 |
| | | % | 15,8 | 44,4 | 29,9 |
| | Çok kötü | Sayı | 4 | - | 4 |
| | | % | 2,7 | - | 1,4 |
| | Toplam | Sayı | 146 | 142 | 288 |
| | | % | 100 | 100 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

*Tablo 5.33. Kadınların (hane reisinin eşi) Ruh sağlığının Genel Olarak Değerlendirilmesi*

| | | | Anketin Yapıldığı Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Ankara | Diyarbakır | |
| Genel Olarak Ruh Sağlığı | Çok iyi | Sayı | 7 | - | 7 |
| | | % | 5,1 | - | 2,6 |
| | İyi | Sayı | 90 | 63 | 153 |
| | | % | 65,7 | 46,3 | 56,0 |
| | Orta | Sayı | 29 | 27 | 56 |
| | | % | 21,2 | 19,9 | 20,5 |
| | Kötü | Sayı | 9 | 41 | 50 |
| | | % | 6,6 | 30,1 | 18,3 |
| | Çok kötü | Sayı | 2 | 5 | 7 |
| | | % | 1,5 | 3,7 | 2,6 |
| | Toplam | Sayı | 137 | 136 | 273 |
| | | % | 100 | 100 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Ankara ve Diyarbakır'daki kadınların beden ve ruh sağlığı konusundaki değerlendirmelerinin sınıfsal konumlarıyla olan ilişkisine bakmak, kentler arasında özellikle beden sağlığı değerlendirmesi açısından çıkan farklılığın anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Her ne kadar sınıfsal konum kadının eşinin çalışma durumuna göre belirlenmiş olsa da tüm aile bireylerinin yaşam ve sağlık koşullarını etkileyen önemli bir etmendir.

*Tablo 5.34. Kadınların Sınıfsal Konum-Beden Sağlığı Karşılaştırması (Ankara)*

| | | Çok İyi | İyi | Orta | Kötü | Çok Kötü | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | 7 |
| | % | 0 | 71,4 | 28,6 | 0 | 0 | 100 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 4 | 44 | 21 | 5 | 4 | 78 |
| | % | 5,1 | 56,4 | 26,9 | 6,4 | 5,1 | 100 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 1 | 36 | 17 | 10 | 0 | 64 |
| | % | 1,6 | 56,3 | 26,6 | 15,6 | 0 | 100 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 0 | 6 | 2 | 3 | 0 | 11 |
| | % | 0 | 54,5 | 18,2 | 27,3 | 0 | 100 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 1 | 21 | 11 | 11 | 0 | 44 |
| | % | 2,3 | 47,7 | 25 | 25 | 0 | 100 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 0 | 5 | 3 | 1 | 0 | 9 |
| | % | 0 | 55,6 | 33,3 | 11,1 | 0 | 100 |
| Toplam | Sayı | 6 | 117 | 56 | 30 | 4 | 213 |
| | % | 2,8 | 54,9 | 26,3 | 14,1 | 1,9 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

Sürekli işsiz kategorisinin gösterdiği sapmaya rağmen "kötü" diyenlerin oranı sınıfsal konum düştükçe artıyor. Ayrıca "çok iyi" (%66,7) ve "iyi" (%37,6) diyenlerin çoğunluğunun "vasıflı düzenli çalışan" sınıfına girmesi de düzenli bir gelirin ve sosyal güvencenin beden sağlığına olumlu etki yaptığını gösterir.

*Tablo 5.35. Kadınların Sınıfsal Konum-Beden Sağlığı Karşılaştırması (Diyarbakır)*

| | | Çok İyi | İyi | Orta | Kötü | Çok Kötü | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 0 | 2 | 3 | 4 | 0 | 9 |
| | % | 0 | 22,2 | 33,3 | 44,4 | 0 | 100 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 0 | 14 | 12 | 22 | 0 | 48 |
| | % | 0 | 29,2 | 25 | 45,8 | 0 | 100 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 0 | 14 | 8 | 15 | 0 | 37 |
| | % | 0 | 37,8 | 21,6 | 40,5 | 0 | 100 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 0 | 14 | 2 | 5 | 0 | 21 |
| | % | 0 | 66,7 | 9,5 | 23,8 | 0 | 100 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 1 | 33 | 17 | 35 | 1 | 87 |
| | % | 1,1 | 37,9 | 19,5 | 40,2 | 1,1 | 100 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 0 | 2 | 5 | 6 | 0 | 13 |
| | % | 0 | 15,4 | 38,5 | 46,2 | 0 | 100 |
| Toplam | Sayı | 1 | 79 | 47 | 87 | 1 | 215 |
| | % | 0,5 | 36,7 | 21,9 | 40,5 | 0,5 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

İki kentte de sürekli işsiz sınıfsal konumuna sahip kadınların Ankara'da %44.4'tü, Diyarbakır'da ise %84.7'si beden sağlıklarını 'iyi' olarak değerlendirilmemektedir. Bu farklılığı özellikle Diyarbakır için sınıfsal konum ile beden sağlığı arasındaki doğrusal ilişkinin bir sonucu olarak görebiliriz.

Eğitim durumu ile kadının kendi sağlığına özen göstermesi ve buna bağlı olarak beden sağlığı değerlendirmesi arasında doğru orantılı bir ilişki beklenmektedir.

*Tablo 5.36. Kadınların Eğitim Durumu -Beden Sağlığı Karşılaştırması (Ankara)*

| | | Çok İyi | İyi | Orta | Kötü | Çok Kötü | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 0 | 8 | 12 | 17 | 1 | 38 |
| | % | 0 | 21 | 31,6 | 44,7 | 2,6 | 100 |
| Okur-Yazar | Sayı | 0 | 4 | 5 | 4 | 1 | 14 |
| | % | 0 | 29 | 35,7 | 28,6 | 7,1 | 100 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 3 | 64 | 33 | 9 | 1 | 110 |
| | % | 2,7 | 58 | 30 | 8,2 | 0,9 | 100 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 0 | 17 | 2 | 0 | 1 | 20 |
| | % | 0 | 85 | 10 | 0 | 5 | 100 |
| Lise Mezunu | Sayı | 3 | 15 | 3 | 0 | 0 | 21 |
| | % | 14,3 | 71 | 14,3 | 0 | 0 | 100 |
| Üniversite Mezunu | Sayı | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | % | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| Lise Öğrencisi | Sayı | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | % | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| Üniversite Öğrencisi | Sayı | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | % | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| Toplam | Sayı | 6 | 116 | 55 | 30 | 4 | 211 |
| | % | 2,8 | 55 | 26,1 | 14,2 | 1,9 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Tabloda görüldüğü üzere, Ankara'da eğitim seviyesi yükseldikçe kadınlar, belirgin bir biçimde beden sağlıklarını daha iyi olarak nitelendirmektedir.

*Tablo 5.37. Kadınların Eğitim Durumu-Beden Sağlığı Karşılaştırması (Diyarbakır)*

| | | Çok İyi | İyi | Orta | Kötü | Çok Kötü | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 0 | 41 | 19 | 52 | 1 | 113 |
| | % | 0 | 36,3 | 16,8 | 46 | 0,9 | 100 |
| Okur-Yazar | Sayı | 0 | 10 | 9 | 17 | 0 | 36 |
| | % | 0 | 27,8 | 25 | 47,2 | 0 | 100 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 1 | 19 | 12 | 13 | 0 | 45 |
| | % | 2,2 | 42,2 | 26,7 | 28,9 | 0 | 100 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 0 | 5 | 1 | 2 | 0 | 8 |
| | % | 0 | 62,5 | 12,5 | 25 | 0 | 100 |
| Lise Mezunu | Sayı | 0 | 1 | 4 | 1 | 0 | 6 |
| | % | 0 | 16,7 | 66,7 | 16,7 | 0 | 100 |
| Lise Öğrencisi | Sayı | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 5 |
| | % | 0 | 40 | 40 | 20 | 0 | 100 |
| Toplam | Sayı | 1 | 78 | 47 | 86 | 1 | 213 |
| | % | 0,5 | 36,6 | 22,1 | 40,4 | 0,5 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Bu tabloda Ankara'daki kadar net bir ilişki olmadığı için bu farklılığı sınıfsal konumdaki düşük seviyeye de bağlamak mümkündür.

Aşağıdaki tablolardan kadınların yaşı ile beden sağlığı değerlendirmeleri arasında ters orantılı bir ilişki beklenmektedir.

*Tablo 5.38. Kadınların Yaş Dağılım –Beden Sağlığı Karşılaştırması (Ankara)*

| | | Çok İyi | İyi | Orta | Kötü | Çok Kötü | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16-18 | Sayı | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | % | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| 19-24 | Sayı | 1 | 36 | 6 | 0 | 1 | 44 |
| | % | 2,3 | 81,8 | 13,6 | 0 | 2,3 | 100 |
| 25-29 | Sayı | 3 | 22 | 5 | 3 | 0 | 33 |
| | % | 9,1 | 66,7 | 15,2 | 9,1 | 0 | 100 |
| 30-34 | Sayı | 1 | 11 | 6 | 4 | 0 | 22 |
| | % | 4,5 | 50 | 27,3 | 18,2 | 0 | 100 |
| 35-39 | Sayı | 1 | 12 | 6 | 1 | 1 | 21 |
| | % | 4,8 | 57,1 | 28,6 | 4,8 | 4,8 | 100 |
| 40-44 | Sayı | 0 | 12 | 10 | 4 | 0 | 26 |
| | % | 0 | 46,2 | 38,5 | 15,4 | 0 | 100 |
| 45-49 | Sayı | 0 | 6 | 15 | 7 | 0 | 28 |
| | % | 0 | 21,4 | 53,6 | 25 | 0 | 100 |
| 50-54 | Sayı | 0 | 5 | 5 | 3 | 1 | 14 |
| | % | 0 | 35,7 | 35,7 | 21,4 | 7,1 | 100 |
| 55-59 | Sayı | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| | % | 0 | 33,3 | 0 | 33,3 | 33,3 | 100 |
| 60-64 | Sayı | 0 | 3 | 1 | 2 | 0 | 6 |
| | % | 0 | 50 | 16,7 | 33,3 | 0 | 100 |
| 65+ | Sayı | 0 | 1 | 2 | 5 | 0 | 8 |
| | % | 0 | 12,5 | 25 | 62,5 | 0 | 100 |
| cevapsız | Sayı | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | % | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| toplam | Sayı | 6 | 117 | 56 | 30 | 4 | 213 |
| | % | 2,8 | 54,9 | 26,3 | 14,1 | 1,9 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

Ankara'da kadınların yaşı arttıkça beden sağlığının iyi olduğunu belirtenlerin sayısının azaldığı görülmektedir. Sapmalar olmasına karşın "kötü" diyenlerin oranı artmaktadır. Bu sapmaların nedeni ise yaş grupları arasındaki örneklem farkı ve özellikle üst yaş gruplarında hücrelere düşen gözlem sayısının çok düşük olmasıdır.

*Tablo 5.39. Kadınların Yaş Dağılımı-Beden Sağlığı Karşılaştırması (Diyarbakır)*

| | | Çok İyi | İyi | Orta | Kötü | Çok Kötü | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16-18 | Sayı | 0 | 5 | 3 | 2 | 0 | 10 |
| | % | 0 | 50 | 30 | 20 | 0 | 100 |
| 19-24 | Sayı | 0 | 23 | 9 | 13 | 0 | 45 |
| | % | 0 | 51,1 | 20 | 28,9 | 0 | 100 |
| 25-29 | Sayı | 1 | 20 | 11 | 14 | 0 | 46 |
| | % | 2,2 | 43,5 | 23,9 | 30,4 | 0 | 100 |
| 30-34 | Sayı | 0 | 12 | 7 | 14 | 0 | 33 |
| | % | 0 | 36,4 | 21,2 | 42,4 | 0 | 100 |
| 35-39 | Sayı | 0 | 5 | 8 | 14 | 0 | 27 |
| | % | 0 | 18,5 | 29,6 | 51,9 | 0 | 100 |
| 40-44 | Sayı | 0 | 1 | 2 | 7 | 0 | 10 |
| | % | 0 | 10 | 20 | 70 | 0 | 100 |
| 45-49 | Sayı | 0 | 3 | 3 | 9 | 0 | 15 |
| | % | 0 | 20 | 20 | 60 | 0 | 100 |
| 50-54 | Sayı | 0 | 5 | 1 | 3 | 0 | 9 |
| | % | 0 | 55,6 | 11,1 | 33,3 | 0 | 100 |
| 55-59 | Sayı | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 | 5 |
| | % | 0 | 20 | 0 | 60 | 20 | 100 |
| 60-64 | Sayı | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 4 |
| | % | 0 | 25 | 25 | 50 | 0 | 100 |
| 65+ | Sayı | 0 | 3 | 1 | 6 | 0 | 10 |
| | % | 0 | 30 | 10 | 60 | 0 | 100 |
| cevapsız | Sayı | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | % | 0 | 0 | 100 | 0 | 0 | 100 |
| toplam | Sayı | 1 | 79 | 47 | 87 | 1 | 215 |
| | % | 0,5 | 36,7 | 21,9 | 40,5 | 0,5 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Diyarbakır verilerine bakıldığında, Ankara'daki kadar net bir ilişki çıkmamaktadır. Bir diğer ifadeyle, yaş arttıkça "iyi" diyenlerin azalması süreklilik göstermemektedir. Bir diğer sonuç da Ankara'da 16-18 ve 19-24 yaş gruplarında olan kadınların hiçbiri beden sağlığının "kötü" olduğunu belirtmemesidir. Ancak Diyarbakır'da söz konusu yaş grubu sırasıyla %20 ve %28,9 gibi göreceli yüksek oranlarda beden sağlığını "kötü" olarak değerlendirmiştir. Bu durum Diyarbakır'da kadınların sağlık sorunlarının erken yaşlarda başladığını göstermektedir. Ayrıca Ankara'da 16-44 yaş arası kadınların %79,6 gibi büyük bir çoğunluğunun beden sağlıklarını 'iyi' olarak nitelendirmesiyle Diyarbakır'da benzer yaş grubu olan 19-49 yaş arası kadınların ve %81,5' inin 'kötü' olarak nitelendirmesi önemli bir yer tutmaktadır. Bu duruma sebep olarak Diyarbakır'da söz konusu yaş grubunun sağlıklarını ihmal etmesi ya da iş yüklerinin yoğunluğu gösterilebilir. Son olarak da Ankara'da sapmaların oluşmasına yol açan nedenlerin Diyarbakır için de geçerli olduğu söylenebilir.

Ruh sağlığı, içinde bulunan yaşam koşulları ile doğrudan ilişkili olduğundan, ruh sağlığı ile ilgili kişisel değerlendirmelerin kişilerin sınıfsal konumu ile olan ilişkisine bakmak yararlı olacaktır.

*Tablo 5.40. Kadınların Sınıfsal Konum-Ruh Sağlığı Karşılaştırması (Ankara)*

| | | Çok İyi | İyi | Orta | Kötü | Çok Kötü | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 0 | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| | % | 0 | 83,3 | 16,7 | 0 | 0 | 100 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 6 | 50 | 15 | 4 | 1 | 76 |
| | % | 7,9 | 65,8 | 19,7 | 5,3 | 1,3 | 100 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 3 | 45 | 8 | 5 | 0 | 61 |
| | % | 4,9 | 73,8 | 13,1 | 8,2 | 0 | 100 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 0 | 7 | 1 | 0 | 0 | 8 |
| | % | 0 | 87,5 | 12,5 | 0 | 0 | 100 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 2 | 23 | 11 | 4 | 2 | 42 |
| | % | 4,8 | 54,8 | 26,2 | 9,5 | 4,8 | 100 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 0 | 6 | 2 | 0 | 0 | 8 |
| | % | 0 | 75 | 25 | 0 | 0 | 100 |
| Toplam | Sayı | 11 | 136 | 38 | 13 | 3 | 201 |
| | % | 5,5 | 67,7 | 18,9 | 6,5 | 1,5 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.41. Kadınların Sınıfsal Konum-Ruh Sağlığı Karşılaştırması (Diyarbakır)*

| | | İyi | Orta | Kötü | Çok Kötü | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 3 | 3 | 3 | 0 | 9 |
| | % | 33,3 | 33,3 | 33,3 | 0 | 100 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 20 | 8 | 17 | 2 | 47 |
| | % | 42,6 | 17 | 36,2 | 4,3 | 100 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 21 | 4 | 9 | 1 | 35 |
| | % | 60 | 11,4 | 25,7 | 2,9 | 100 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 12 | 4 | 3 | 1 | 20 |
| | % | 60 | 20 | 15 | 5 | 100 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 43 | 17 | 23 | 2 | 85 |
| | % | 50,6 | 20 | 27,1 | 2,4 | 100 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 8 | 1 | 4 | 0 | 13 |
| | % | 61,5 | 7,7 | 30,8 | 0 | 100 |
| Toplam | Sayı | 107 | 37 | 59 | 6 | 209 |
| | % | 51,2 | 17,7 | 28,2 | 2,9 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Her iki tabloda da sınıfsal konum ile ruh sağlığı arasında ilişki anlamlı bir değerlendirme imkanı bulunmamaktadır.

*Tablo 5.42. Cinsiyet-Ruh Sağlığı Karşılaştırması (Ankara)*

| | | Çok İyi | İyi | Orta | Kötü | Çok Kötü | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kadın | Sayı | 11 | 136 | 38 | 13 | 3 | 201 |
| | % | 5,5 | 67,7 | 18,9 | 6,5 | 1,5 | 100 |
| Erkek | Sayı | 7 | 154 | 33 | 12 | 4 | 210 |
| | % | 3,3 | 73,3 | 15,7 | 5,7 | 1,9 | 100 |
| Toplam | Sayı | 18 | 290 | 71 | 25 | 7 | 411 |
| | % | 4,4 | 70,6 | 17,3 | 6,1 | 1,7 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.43. Cinsiyet-Ruh Sağlığı Karşılaştırması (Diyarbakır)*

| | | İyi | Orta | Kötü | Çok Kötü | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kadın | Sayı | 107 | 37 | 59 | 6 | 209 |
| | % | 51,2 | 17,7 | 28,2 | 2,9 | 100 |
| Erkek | Sayı | 132 | 31 | 49 | 1 | 213 |
| | % | 62 | 14,6 | 23 | 0,5 | 100 |
| Toplam | Sayı | 239 | 68 | 108 | 7 | 422 |
| | % | 56,6 | 16,1 | 25,6 | 1,7 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Diyarbakırlı kadınların %28,2'si ruh sağlığının kötü olduğunu söylerken, bu oran Ankara'da sadece %6,5'tir. İki kent arasındaki bu karşılaştırma erkekler için de geçerlidir (Ankara'da ve Diyarbakır'da sırasıyla %23 - %5,7). Buna karşılık her iki kentte ruh sağlığının iyi olduğunu söyleyenlerin oranı birbirine yakınlık göstermektedir. Buna göre Diyarbakırlı kadınların %67,7'si, Ankaralı kadınların %51,2'si; Diyarbakırlı erkeklerin %55,2'si, Ankaralı erkeklerin de %73,3'ü ruh sağlıklarının iyi olduğunu belirtmektedir. Diğer bir deyişle ve beden sağlıklarına dair kişisel değerlendirme sonuçlarının aksine ruh sağlıklarının iyi olduğunu söyleyenler her iki şehirde de çoğunluktadır. Ancak ruh sağlıklarının kötü olduğunu belirtenlerin oranı Diyarbakır'da (kem kadınlar hem erkekler için) Ankara'ya göre önemli ölçüde yüksektir. Bu durum sosyal ve ekonomik yaşam koşullarının Diyarbakır'da düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Aşağıdaki tablolardan çıkacak olan sonuçlarda kadınların eğitim durumu ile ruh sağlığını değerlendirmeleri arasında doğru orantılı bir ilişki beklenmektedir.

*Tablo 5.44. Kadınların Eğitim Durumu-Ruh Sağlığı Karşılaştırması (Ankara)*

| | | Çok İyi | İyi | Orta | Kötü | Çok Kötü | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 3 | 17 | 8 | 6 | 0 | 34 |
| | % | 8,8 | 50 | 23,5 | 17,6 | 0 | 100 |
| Okur-Yazar | Sayı | 0 | 6 | 5 | 1 | 0 | 12 |
| | % | 0 | 50 | 41,7 | 8,3 | 0 | 100 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 4 | 73 | 21 | 5 | 2 | 105 |
| | % | 3,8 | 69,5 | 20 | 4,8 | 1,9 | 100 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 1 | 15 | 1 | 1 | 1 | 19 |
| | % | 5,3 | 78,9 | 5,3 | 5,3 | 5,3 | 100 |
| Lise Mezunu | Sayı | 3 | 17 | 1 | 0 | 0 | 21 |
| | % | 14,3 | 81 | 4,8 | 0 | 0 | 100 |
| Üniversite Mezunu | Sayı | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| | % | 0 | 50 | 50 | 0 | 0 | 100 |
| Lise Öğrencisi | Sayı | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | % | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| Üniversite Öğrencisi | Sayı | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | % | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| Toplam | Sayı | 11 | 135 | 37 | 13 | 3 | 199 |
| | % | 5,5 | 67,8 | 18,6 | 6,5 | 1,5 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.45. Kadınların Eğitim Durumu-Ruh Sağlığı Karşılaştırması (Diyarbakır)*

| | | İyi | Orta | Kötü | Çok Kötü | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 54 | 21 | 32 | 3 | 110 |
| | % | 49,1 | 19,1 | 29,1 | 2,7 | 100 |
| Okur-Yazar | Sayı | 18 | 7 | 7 | 2 | 34 |
| | % | 52,9 | 20,6 | 20,6 | 5,9 | 100 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 21 | 6 | 16 | 1 | 44 |
| | % | 47,7 | 13,6 | 36,4 | 2,3 | 100 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 6 | 1 | 1 | 0 | 8 |
| | % | 75 | 12,5 | 12,5 | 0 | 100 |
| Lise Mezunu | Sayı | 3 | 1 | 2 | 0 | 6 |
| | % | 50 | 16,7 | 33,3 | 0 | 100 |
| Lise Öğrencisi | Sayı | 4 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| | % | 80 | 20 | 0 | 0 | 100 |
| Toplam | Sayı | 106 | 37 | 58 | 6 | 207 |
| | % | 51,2 | 17,9 | 28 | 2,9 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Ankara'da ilkokul mezunlarının %69,5'i, ortaokul mezunlarının %87'si ve lise mezunlarının da %81'i ruh sağlıklarının iyi olduğu görülmektedir. Bu sonuç Ankara örneğinde eğitim seviyesinin yükselmesinin ruh sağlığını olumlu

etkilediğini göstermektedir. Aynı sonuca Diyarbakır örnekleminde ulaşılamamış, eğitim durumu ile ruh sağlığı arasında doğrusal bir ilişki saptanamamıştır.

### *5.5.2.2. Sürekli Hastalıklar*

Görüşülen kadınların Ankara'da %45,7'si, Diyarbakır'da ise %57,1'i sürekli bir hastalığı olduğunu belirtmiştir.

*Tablo 5.46. Kadınların Sürekli Hastalık Durumu*

| Anketin yapıldığı yer | | Sürekli hastalık durumu | |
|---|---|---|---|
| | | Evet | Hayır |
| Ankara | Sayı | 63 | 75 |
| | | | |
| | % | 45,7 | 54,3 |
| Diyarbakır | Sayı | 93 | 70 |
| | % | 57,1 | 42,9 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Sürekli rahatsızlığı bulunan kadınlar Ankara'da ve Diyarbakır'da birbirine yakın oranlarda olmasına rağmen, iki kent arasında hastalıkların nitelikleri açısından önemli farklılıklar olduğu saptanmıştır. Ankara'da sürekli hastalık olarak tansiyon, seker ve bel-boyun fıtığı, Diyarbakır'da ise böbrek hastalığı ve çeşitli kadın hastalıkları görülmektedir. Burada dikkati çeken önemli bir nokta Diyarbakır'da böbrek rahatsızlığı olan kadınların oranının %26,1 gibi yüksek bir değerde olduğudur. Tabloda, görülme oranları düşük olduğu için, 'diğer' başlığı altında ortopedik rahatsızlık, diş sorunu, kansızlık, tifo, şişmanlık, nefes darlığı, karaciğer rahatsızlığı, mide rahatsızlığı, bademcik, sinüzit-burun eti, alerji, görme engeli, kanser, kist, hemoroit ve hepatit gibi hastalıklar dahil edilmiştir.

Aşağıdaki tablolarda kadınların sahip olduğu sınıfsal konumun seviyesinin düşmesiyle sürekli hastalığa sahip olma durumu arasında doğru orantılı bir ilişki beklenmektedir.

*Tablo 5.47. Kadınların Sınıfsal Konum-Sürekli Hastalık Durumu Karşılaştırması (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 2 | 4 | 6 |
| | % | 33,3 | 66,7 | 100 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 28 | 49 | 77 |
| | % | 36,4 | 63,6 | 100 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 24 | 33 | 57 |
| | % | 42,1 | 57,9 | 100 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 5 | 6 | 11 |
| | % | 45,5 | 54,5 | 100 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 16 | 27 | 43 |
| | % | 37,2 | 62,8 | 100 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 3 | 6 | 9 |
| | % | 33,3 | 66,7 | 100 |
| Toplam | Sayı | 78 | 125 | 203 |
| | % | 38,4 | 61,6 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.48. Kadınların Sınıfsal Konum-Sürekli Hastalık Durumu Karşılaştırması (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 8 | 5 | 13 |
| | % | 61,5 | 38,5 | 100 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 27 | 26 | 53 |
| | % | 50,9 | 49,1 | 100 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 18 | 20 | 38 |
| | % | 47,4 | 52,6 | 100 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 8 | 12 | 20 |
| | % | 40 | 60 | 100 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 52 | 40 | 92 |
| | % | 56,5 | 43,5 | 100 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 6 | 10 | 16 |
| | % | 37,5 | 62,5 | 100 |
| Toplam | Sayı | 119 | 113 | 232 |
| | % | 51,3 | 48,7 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

İki kentte de yukarıdaki tablolar incelendiğinde, sınıfsal konum geriledikçe sürekli hastalığa sahip olma durumunun da arttığı Diyarbakır alan çalışması için söylense de Ankaralı kadınlar için böyle bir sonuç çıkarmak olası değildir.

*Tablo 5.49. Cinsiyet-Sürekli Hastalık Durumu Karşılaştırması (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Kadın | Sayı | 78 | 125 | 203 |
| | % | 38,4 | 61,6 | 100 |
| Erkek | Sayı | 53 | 161 | 214 |
| | % | 24,8 | 75,2 | 100 |
| Toplam | Sayı | 131 | 286 | 417 |
| | % | 31,4 | 68,6 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.50. Cinsiyet-Sürekli Hastalık Durumu Karşılaştırması (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Kadın | Sayı | 119 | 113 | 232 |
| | % | 51,3 | 48,7 | 100 |
| Erkek | Sayı | 108 | 123 | 231 |
| | % | 46,8 | 53,2 | 100 |
| Toplam | Sayı | 227 | 236 | 463 |
| | % | 49 | 51 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Ankara'da kadınlar %59,5 oranla sürekli hastalığı olan kişilerin çoğunluğunu oluştururken, Diyarbakır'da sürekli hastalığı olma durumu kadınlar ve erkekler arasında eşit olarak dağılmaktadır. Ancak iki kent arasında kadınlar içinde sürekli hastalığı olanların oranına bakıldığında, Ankara'da kadınların %38,4' ünün sürekli hastalığı olduğu; Diyarbakır'da ise bu oranın %51,3'e çıktığı görülmektedir. Ankaralı erkeklerin ise ve Diyarbakırlı erkeklere oranla çok daha küçük bir bölümünün sürekli bir hastalığa sahip olduğu görülmektedir. Bu durumda sürekli hastalığa yakalanma konusunda Ankaralı kadınların Ankaralı erkeklere göre daha şanssız olduğu görülürken, Diyarbakır'da sürekli hastalıklar her iki cinsiyeti de eşit oranda etkilemektedir. Diyarbakır'da Ankara ile karşılaştırıldığında daha kötü olduğu görülen yaşam koşullarının bu sonuçlarla yakından ilgili olduğu söylenebilir.

*Tablo 5.51. Kadınların Yaş Dağılımı-Sürekli Hastalık Durumu Karşılaştırması (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| 16-18 | Sayı | 2 | 4 | 6 |
| | % | 33,3 | 66,7 | 100 |
| 19-24 | Sayı | 3 | 40 | 43 |
| | % | 7 | 93 | 100 |
| 25-29 | Sayı | 6 | 25 | 31 |
| | % | 19,4 | 80,6 | 100 |
| 30-34 | Sayı | 7 | 14 | 21 |
| | % | 33,3 | 66,7 | 100 |
| 35-39 | Sayı | 8 | 12 | 20 |
| | % | 40 | 60 | 100 |
| 40-44 | Sayı | 10 | 15 | 25 |
| | % | 40 | 60 | 100 |
| 45-49 | Sayı | 20 | 7 | 27 |
| | % | 74,1 | 25,9 | 100 |
| 50-54 | Sayı | 10 | 2 | 12 |
| | % | 83,3 | 16,7 | 100 |
| 55-59 | Sayı | 2 | 1 | 3 |
| | % | 66,7 | 33,3 | 100 |
| 60-64 | Sayı | 5 | 1 | 6 |
| | % | 83,3 | 16,7 | 100 |
| 65+ | Sayı | 5 | 2 | 7 |
| | % | 71,4 | 28,6 | 100 |
| cevapsız | Sayı | 0 | 2 | 2 |
| | % | 0 | 100 | 100 |
| Toplam | Sayı | 78 | 125 | 203 |
| | % | 38,4 | 61,6 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.52. Kadınların Yaş Dağılımı-Sürekli Hastalık Durumu Karşılaştırması (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| 16-18 | Sayı | 4 | 7 | 11 |
| | % | 36,4 | 63,6 | 100 |
| 19-24 | Sayı | 15 | 35 | 50 |
| | % | 30 | 70 | 100 |
| 25-29 | Sayı | 25 | 26 | 51 |
| | % | 49 | 51 | 100 |
| 30-34 | Sayı | 19 | 15 | 34 |
| | % | 55,9 | 44,1 | 100 |
| 35-39 | Sayı | 18 | 12 | 30 |
| | % | 60 | 40 | 100 |
| 40-44 | Sayı | 10 | 1 | 11 |
| | % | 90,9 | 9,1 | 100 |
| 45-49 | Sayı | 8 | 7 | 15 |
| | % | 53,3 | 46,7 | 100 |
| 50-54 | Sayı | 6 | 4 | 10 |
| | % | 60 | 40 | 100 |
| 55-59 | Sayı | 5 | 0 | 5 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| 60-64 | Sayı | 3 | 1 | 4 |
| | % | 75 | 25 | 100 |
| 65+ | Sayı | 6 | 4 | 10 |
| | % | 60 | 40 | 100 |
| cevapsız | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0 | 100 | 100 |
| Toplam | Sayı | 119 | 113 | 232 |
| | % | 51,3 | 48,7 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Ankara'da yaş ilerledikçe genel olarak sürekli hastalığa sahip olanların yüzdesi artarken Diyarbakır'da böyle bir genelleme yapılamamaktadır. Ayrıca Diyarbakır'da sürekli hastalığa sahip olanların %73.1 gibi yüksek bir yüzdesinin 19-44 yaş arası kadınlar olması beden sağlığı ile yaş dağılımı arasında daha önce sunulan ilişkiyi bir kez daha doğrulamaktadır.

*Tablo 5.53. Kadınların Sürekli Hastalık Türleri*

| Sürekli Hastalıklar | | Anketin Yapıldığı Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Şeker | Sayı | 10 | 1 | 11 |
| | % | 16,90 | 1,10 | 7,50 |
| Ülser | Sayı | 4 | 2 | 6 |
| | % | 6,80 | 2,30 | 4,10 |
| Kalp | Sayı | 3 | 5 | 8 |
| | % | 5,10 | 5,70 | 5,40 |
| Romatizma-Kireçlenme | Sayı | 2 | 5 | 7 |
| | % | 3,40 | 5,70 | 4,80 |
| Bel-Boyun Fıtığı | Sayı | 8 | 3 | 11 |
| | % | 13,60 | 3,40 | 7,50 |
| Tansiyon | Sayı | 11 | 4 | 15 |
| | % | 18,60 | 4,50 | 10,20 |
| Kadın Hastalığı | Sayı | 2 | 8 | 10 |
| | % | 3,40 | 9,10 | 6,80 |
| Böbrek Hastalığı | Sayı | 2 | 23 | 25 |
| | % | 3,40 | 26,10 | 17,00 |
| Guatr | Sayı | 3 | 5 | 8 |
| | % | 5,10 | 5,70 | 5,40 |
| Kemik Erimesi | Sayı | 3 | - | 3 |
| | % | 5,10 | - | 2,00 |
| Duyma Engeli | Sayı | 1 | 3 | 4 |
| | % | 1,70 | 3,40 | 2,70 |
| Astım | Sayı | 3 | 3 | 6 |
| | % | 5,10 | 3,40 | 4,10 |
| Bel Ağrısı | Sayı | 1 | 2 | 3 |
| | % | 1,70 | 2,30 | 2,00 |
| Baş Ağrısı-Migren | Sayı | 1 | 3 | 4 |
| | % | 1,70 | 3,40 | 2,70 |
| Psikolojik Rahatsızlık | Sayı | - | 5 | 5 |
| | % | - | 5,70 | 3,40 |
| Diğer | Sayı | 5 | 16 | 21 |
| | % | 8,50 | 18,20 | 14,30 |
| Toplam | Sayı | 59 | 88 | 147 |
| | % | 100 | 100 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Ankara'da sürekli rahatsızlığı olup da sağlık kontrolüne gitmeyen kadınlar (%25,6) neden olarak en çok sosyal güvencelerinin olmamasını gösterirken, Diyarbakır'da kadınlar (%33,6)maddi yetersizlikler ve gerekli görmemeyi göstermiştir. Ankara örneklemindeki kadınların hastalık durumunda düzenli kontrolün önemi konusunda daha bilinçli oldukları yorumu yapılabilir.

*Tablo 5.54. Sürekli Rahatsızlığı Olan Kadınların Sağlık Kontrolüne Gitmeme Nedenleri*

| | Anketin Yapıldığı Kent | | | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ankara | | Diyarbakır | | | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Maddi Yetersizlikler Nedeniyle | 5 | 25 | 16 | 41 | 21 | 35,6 |
| Sosyal Güvencesi Olmadığı İçin | 9 | 45 | 2 | 5,1 | 11 | 18,6 |
| Üşendiği İçin | 2 | 10 | 1 | 2,6 | 3 | 5,1 |
| Zaman Yetersizliği | - | - | 2 | 5,1 | 2 | 3,4 |
| Korktuğu İçin | 4 | 20 | | | 4 | 6,8 |
| Gerekli Görmeme | - | - | 15 | 38,5 | 15 | 25,4 |
| Hastane Şartlarının Kötülüğünden (Uzun Kuyruklar vb.) | - | - | 1 | 2,6 | 1 | 1,7 |
| İzin Verilmediğinden | - | - | 1 | 2,6 | 1 | 1,7 |
| Yeşil Kart Yenileme Süreci Nedeniyle | - | - | 1 | 2,6 | 1 | 1,7 |
| Toplam | 20 | 100 | 39 | 100 | 59 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

### *5.5.2.3. Son Altı Ay İçinde Rahatsızlık Geçirme Durumu*

*Tablo 5.55. Kadınların Son 6 Ay İçinde Rahatsızlık Geçirme Durumu*

| | | 6 ay içinde rahatsızlık geçirme durumu | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Evet | Hayır | |
| Ankara | Sayı | 71 | 71 | 142 |
| | % | 50 | 50 | 100 |
| Diyarbakır | Sayı | 52 | 97 | 149 |
| | % | 34,9 | 65,1 | 100 |
| Toplam | Sayı | 123 | 168 | 291 |
| | % | 42,3 | 57,7 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Son 6 ay içinde rahatsızlık geçirip geçirmeme durumuna bakıldığında Ankara'da rahatsızlık geçirenlerin sayısı geçirmeyenlerin sayısına eşitken, Diyarbakır'da son 6 ay içinde rahatsızlık geçirdiğini belirtenlerin oranı %34,9'dur.

*Tablo 5.56. Son 6 Ay İçinde Geçirilen Rahatsızlık*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Grip-Soğuk Algınlığı | Sayı | 11 | 13 | 24 |
| | % | 16,9 | 26 | 20,9 |
| Kadın Hastalığı | Sayı | 7 | 10 | 17 |
| | % | 10,8 | 20 | 14,8 |
| Bas Ağrısı | Sayı | 8 | 5 | 13 |
| | % | 12,3 | 10 | 11,3 |
| Bel Ağrısı | Sayı | 6 | 1 | 7 |
| | % | 9,2 | 2 | 6,1 |
| Mide Ağrısı | Sayı | 6 | 4 | 10 |
| | % | 9,2 | 8 | 8,7 |
| Göz | Sayı | 4 | 1 | 5 |
| | % | 6,2 | 2 | 4,3 |
| Nefes Darlığı-Astım-Akciğer Problemi | Sayı | 3 | 2 | 5 |
| | % | 4,6 | 4 | 4,3 |
| Diş Ağrısı | Sayı | 5 | 4 | 9 |
| | % | 7,7 | 8 | 7,8 |
| Böbrek Ağrısı | Sayı | 4 | 3 | 7 |
| | % | 6,2 | 6 | 6,1 |
| Diğer | Sayı | 11 | 7 | 18 |
| | % | 16,9 | 14 | 15,7 |
| Toplam | Sayı | 65 | 50 | 115 |
| | % | 100 | 100 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Son 6 ay içinde geçirilen rahatsızlık türlerine bakıldığında her iki ilde de grip ve soğuk algınlığının en yüksek oranda görülen hastalıklarken, bunları sırasıyla kadın hastalıkları ve baş ağrısının izlediği anlaşılmaktadır. Tabloda, görülme oranları düşük olduğu için, 'diğer' başlığı altında kas spazmı, göğüs ağrısı, tümör, diz ağrısı, kırık-çıkık, sinir krizi, safra kesesi rahatsızlığı, böbrek taşı, guatr, fıtık, kansızlık, tansiyon, seker, idrar yolları rahatsızlığı gibi hastalıklar gruplandırılmıştır.

*Tablo 5.57. Cinsiyet-Son 6 Ay İçinde Rahatsızlık Geçirme Durumu Karşılaştırması (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Kadın | Sayı | 92 | 111 | 203 |
| | % | 45,3 | 54,7 | 100 |
| Erkek | Sayı | 60 | 154 | 214 |
| | % | 28 | 72 | 100 |
| Toplam | Sayı | 152 | 265 | 417 |
| | % | 36,5 | 63,5 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.58. Cinsiyet-Son 6 Ay İçinde Rahatsızlık Geçirme Durumu Karşılaştırması (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Kadın | Sayı | 74 | 140 | 214 |
| | % | 34,6 | 65,4 | 100 |
| Erkek | Sayı | 56 | 155 | 211 |
| | % | 26,5 | 73,5 | 100 |
| Toplam | Sayı | 130 | 295 | 425 |
| | % | 30,6 | 69,4 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Daha önceki istatistiklerin aksine son 6 ayda hastalık geçirme konusunda Diyarbakırlı kadınların Ankaralı kadınlara göre daha iyi durumda oldukları görülmektedir. Buna göre, Ankara'da kadınların %45,3'ü son 6 ay içinde hastalık geçirmişken; bu oran Diyarbakırlı kadınlar için %34,6'dır. Bu farklılığa karşılık her iki kentte de hemen hemen eşit oranda erkek son 6 ay içinde hastalık geçirmiştir. Bununla beraber her iki kentte de son 6 ay içinde hastalık geçiren toplam nüfusun içinde kadınların oranı çoğunluktadır ( Ankara %60,5 – Diyarbakır %56,9). Buradan çıkan sonuç, erkeklerin kadınlara göre daha az hastalandıkları; Ankaralı kadınların ise Diyarbakırlı kadınlara göre daha kolay hastalandıklarıdır. Ayrıca her iki kentte de son 6 ay içinde hastalananların kadın olması ve bunun her iki kent için de %60'lar seviyesinde olması ve söz konusu kentlerin kadınlar için benzer olumsuzluklar taşıdığını ortaya koymaktadır.

Kadınların yaş dağılımı ile son 6 ay içinde rahatsızlık geçirme durumu arasında gerek kent içi gerekse de kentler arası bir farklılaşma ve anlamlı bir ilişki gözlemlenmemiştir. Her iki kentte de kadınlar son 6 ay içinde geçirdiği rahatsızlıktan dolayı herhangi bir sağlık kurumuna başvurmama nedeni sorusuna oldukça düşük bir oranda cevap verdiği için bu konuda bir değerlendirmeye ihtiyaç görülmemektedir.

*Tablo 5.59. Son 6 Ay İçinde Geçirilen Rahatsızlık Nedeniyle Başvurulan Kurum*

| | | Ankara | Diyarbakır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Sağlık Ocağı | Sayı | 5 | 7 | 12 |
| | % | 10,4 | 15,9 | 13 |
| SSK Hastanesi | Sayı | 21 | 11 | 32 |
| | % | 43,8 | 25 | 34,8 |
| Devlet Hastanesi | Sayı | 15 | 18 | 33 |
| | % | 31,3 | 40,9 | 35,9 |
| Üniversite Hastanesi | Sayı | 1 | 1 | 2 |
| | % | 2,1 | 2,3 | 2,2 |
| Özel Hekim-Hastane | Sayı | 6 | 6 | 12 |
| | % | 12,5 | 13,6 | 13 |
| Belediyenin Sağlık Birimi | Sayı | - | 1 | 1 |
| | % | - | 2,3 | 1,1 |
| Toplam | Sayı | 48 | 44 | 92 |
| | % | 100 | 100 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Son 6 ay içinde geçirdiği rahatsızlık nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvuranlardan Ankara'da %43,8'i SSK hastanesine, %31,3'ü de devlet hastanesine giderken, Diyarbakır'da %40,9'u devlet hastanesine, %25'i de SSK hastanesine gitmektedir. Sağlık ocakları, üniversite hastanesi, özel hekim-hastane ve belediyenin sağlık birimleri daha düşük bir oranla tercih edilmektedir. Bu durum Ankara'da SSK'lıların, Diyarbakır'da ise yeşil kartlıların çoğunlukta olduğunu doğrulamaktadır. Değinilmesi gereken bir diğer nokta da sağlık ocaklarının, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurum olmasına rağmen, her iki ilde de daha düşük oranlarda tercih edildiğidir.

*Tablo 5.60. Tanının Konulduğu Kurumdan Memnun Olup Olmama Durumu*

| | ANKARA | | | | | | DİYARBAKIR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Memnun Kaldım | | Memnun Kalmadım | | Toplam | | Memnun kaldım | | Memnun kalmadım | | Toplam | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Sağlık Ocağı | 3 | 60 | 2 | 40 | 5 | 100 | 3 | 42,9 | 4 | 57,1 | 7 | 100 |
| SSK Hastanesi | 14 | 73,7 | 5 | 26,3 | 19 | 100 | 5 | 50 | 5 | 50 | 10 | 100 |
| Devlet Hastanesi | 10 | 71,4 | 4 | 28,6 | 14 | 100 | 9 | 56,3 | 7 | 43,8 | 16 | 100 |
| Üniversite Hastanesi | 1 | 100 | - | - | 1 | 100 | 1 | 100 | - | - | 1 | 100 |
| Özel Hekim-Hastane | 3 | 60 | 2 | 40 | 5 | 100 | 4 | 66,7 | 2 | 33,3 | 6 | 100 |
| Belediyenin Sağlık Birimi | - | - | - | - | - | - | 1 | 100 | - | - | 1 | 100 |
| Toplam | 31 | 70,5 | 13 | 29,5 | 44 | 100 | 23 | 56,1 | 18 | 43,9 | 41 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Ankara'da ve Diyarbakır'da en çok tercih sağlık kurumları olan SSK ve Devlet hastanelerinden genel olarak memnun kalındığı görülmektedir. Ancak iki kent karşılaştırıldığında, tanının konulduğu kurumdan memnun olmama durumu Ankara'da %29,5 iken, Diyarbakır'da %43,9 gibi bir oranla daha fazla görülmektedir.

***Tablo 5.61. Cinsiyet-Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu Karşılaştırması (Ankara)***

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| **Kadın** | **Sayı** | 72 | 19 | 91 |
| | **%** | 79,1 | 20,9 | 100 |
| **Erkek** | **Sayı** | 41 | 18 | 59 |
| | **%** | 69,5 | 30,5 | 100 |
| **Toplam** | **Sayı** | 113 | 37 | 150 |
| | **%** | 75,3 | 24,7 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

***Tablo 5.62. Cinsiyet-Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu Karşılaştırması (Diyarbakır)***

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| **Kadın** | **Sayı** | 64 | 9 | 73 |
| | **%** | 87,7 | 12,3 | 100 |
| **Erkek** | **Sayı** | 45 | 10 | 55 |
| | **%** | 81,8 | 18,2 | 100 |
| **Toplam** | **Sayı** | 109 | 19 | 128 |
| | **%** | 85,2 | 14,8 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Diyarbakır'da sağlık kurumuna başvurma oranı hem kadınlar hem de erkekler için Ankara'ya göre daha yüksektir. Diyarbakır'da kadınların %87,7'si, erkeklerin %81,8'i rahatsızlık durumunda sağlık kurumuna başvurmaktayken; bu oranlar Ankara'da sırasıyla %79, 1'e %69,5'tir. Bu durumda her iki kentte de insanların genel olarak rahatsızlık geçirme durumunda bir sağlık kurumuna başvurdukları söylenebilir.

***Tablo 5.63. Kadınların Yaş Dağılımı-Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu Karşılaştırması (Ankara) .***

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| **16-18** | Sayı | 2 | 0 | 2 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| **19-24** | Sayı | 13 | 5 | 18 |
| | % | 72,2 | 27,8 | 100 |
| **25-29** | Sayı | 8 | 6 | 14 |
| | % | 57,1 | 42,9 | 100 |
| **30-34** | Sayı | 7 | 1 | 8 |
| | % | 87,5 | 12,5 | 100 |
| **35-39** | Sayı | 9 | 1 | 10 |
| | % | 90 | 10 | 100 |
| **40-44** | Sayı | 11 | 1 | 12 |
| | % | 91,7 | 8,3 | 100 |
| **45-49** | Sayı | 9 | 1 | 10 |
| | % | 90 | 10 | 100 |
| **50-54** | Sayı | 6 | 2 | 8 |
| | % | 75 | 25 | 100 |
| **60-64** | Sayı | 3 | 1 | 4 |
| | % | 75 | 25 | 100 |
| **65+** | Sayı | 4 | 0 | 4 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| **Cevapsız** | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0 | 100 | 100 |
| **Toplam** | Sayı | 72 | 19 | 91 |
| | % | 79,1 | 20,9 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.64. Kadınların Yaş Dağılımı-Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu Karşılaştırması (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| 16-18 | Sayı | 3 | 1 | 4 |
| | % | 75 | 25 | 100 |
| 19-24 | Sayı | 15 | 2 | 17 |
| | % | 88,2 | 11,8 | 100 |
| 25-29 | Sayı | 13 | 3 | 16 |
| | % | 81,3 | 18,8 | 100 |
| 30-34 | Sayı | 9 | 1 | 10 |
| | % | 90 | 10 | 100 |
| 35-39 | Sayı | 8 | 1 | 9 |
| | % | 88,9 | 11,1 | 100 |
| 40-44 | Sayı | 3 | 0 | 3 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| 45-49 | Sayı | 4 | 0 | 4 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| 50-54 | Sayı | 3 | 0 | 3 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| 55-59 | Sayı | 2 | 0 | 2 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| 60-64 | Sayı | 1 | 0 | 1 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| 65+ | Sayı | 3 | 1 | 4 |
| | % | 75 | 25 | 100 |
| Toplam | Sayı | 64 | 9 | 73 |
| | % | 87,7 | 12,3 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Hem Ankara hem de Diyarbakır'da 19-24 ve 25-29 yaş arası kadınların rahatsızlık geçirmeleri durumunda genç ve bilinçli olabilecek durumda olmalarına rağmen bir sağlık kurumuna başvurmama oranları diğer yaş gruplarından daha yüksek değildir. Bunu da rahatsızlıklarını önemsememelerine bağlayabiliriz.

### *5.5.2.4. Son 3 Yıl İçinde Ameliyat Geçirme Durumu*

*Tablo 5.65. Cinsiyet-Son 3 Yıl İçinde Ameliyat Geçirme Durumu Karşılaştırması*

| Anketin yapıldığı yer | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Ankara | Sayı | 40 | 147 | 187 |
| | % | 21,4 | 78,6 | 100 |
| Diyarbakır | Sayı | 27 | 199 | 226 |
| | % | 11,9 | 88,1 | 100 |

*Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Görüşülen kadınlardan Ankara'da %21,4'tü, Diyarbakır'da ise %11,9'u son 3 sene içinde ameliyat geçirdiğini belirtmiştir. Ankara'daki kadınların Diyarbakır'daki kadınlara göre daha büyük bir kısmının son 3 yıl içinde ameliyat geçirmiş olmasının iki nedeni vardır: Ya Ankara'daki kadınların sağlıkları daha bozuktur ya da Diyarbakır'daki kadınların ameliyat olma imkanları daha azdır. Her iki kentte ameliyat olan erkeklerin oranının yakın olduğu göz önünde bulundurulursa, bu sorunun imkan yetersizliğinden kaynaklanmadığı söylenebilir. Bu durum kadınların imkanlara erişme konusunda erkeklerden daha dezavantajlı konumda olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Geçirilen ameliyatların türlerine bakıldığında, Ankara'da kadın hastalıklarıyla ilgili olan ameliyatlar %30,3, Diyarbakır'da ise sezaryen %50 ile birinci sırada bulunmaktadır.

### *5.5.2.5. Son 3 Yıl İçinde Hastaneye Yatma Durumu*

*Tablo 5.66. Son 3 Yıl İçinde Hastaneye Yatma Durumu*

| Anketin yapıldığı kent | Evet | | Hayır | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| **Ankara** | 47 | 36 | 82 | 64 | 129 | 100 |
| **Diyarbakır** | 31 | 20 | 125 | 80 | 156 | 100 |
| **Toplam** | 78 | 27 | 207 | 73 | 285 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Görüşülen kadınlardan Ankara'da %36,4'tü, Diyarbakır'da ise %19,9'u son 3 yıl içinde hastaneye yattığını belirtmiştir. Hastaneye yatma nedenlerinden düşük-doğum-sezaryen-dış gebelik, Ankara'da %32,6, Diyarbakır'da %50 oranlarında görülmektedir. Kadın hastalıkları ise Ankara'da %30,2, Diyarbakır'da %11,5 oranları ile ikinci sırada yer almaktadır.

*Tablo 5.67. Cinsiyet-Son 3 Yıl İçinde Hastaneye Yatma Durumu Karşılaştırması (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| **Kadın** | Sayı | 56 | 131 | 187 |
| | % | 29,9 | 70,1 | 100 |
| **Erkek** | Sayı | 19 | 173 | 192 |
| | % | 9,9 | 90,1 | 100 |
| **Toplam** | Sayı | 75 | 304 | 379 |
| | % | 19,8 | 80,2 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.68. Cinsiyet-Son 3 Yıl İçinde Hastaneye Yatma Durumu Karşılaştırması (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Kadın | Sayı | 41 | 184 | 225 |
| | % | 18,2 | 81,8 | 100 |
| Erkek | Sayı | 21 | 199 | 220 |
| | % | 9,5 | 90,5 | 100 |
| Toplam | Sayı | 62 | 383 | 445 |
| | % | 13,9 | 86,1 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Ankara'daki kadınların Diyarbakırlı kadınlara göre son 3 yıl içinde daha çok hastaneye yattığı görülmektedir. Hastaneye yatan kadınların oranları Ankara ve Diyarbakır'da sırasıyla %29,9 ve %18,2'dir. Diğer yandan her iki kentte de hastaneye yatan toplam nüfus içinde kadınların oranı erkeklere göre çok daha yüksektir. Bunun en önemli nedenlerinden biri kadınların yaşadıkları fazla sayıda doğum sonrasında yıpranmış olmaları olabilir.

Hastaneye yatma nedenlerine bakıldığında da çoğunluğun kadın hastalıklarından kaynaklı olduğu görülmektedir. Diyarbakır'daki kadınların daha az oranda hastaneye yatmış olmalarına iki açıdan bakılabilir. Hastaneye yatmayı gerektiren rahatsızlıklara Ankaralı kadınlardan daha az yakalanmış olabilecekleri gibi rahatsız oldukları halde ekonomik koşulların yetersizliği yüzünden hastaneye yatamamış olabilirler.

### *5.5.2.6. Rahatsızlanma Durumundaki Tavır*

*Tablo 5.69. Rahatsızlık Durumunda İlk Başvurulan Yer*

| Anketin yapıldığı kent | Bir Sağlık Kurumuna | | Geleneksel İlaçlara ve Yöntemlere | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Ankara | 139 | 94,6 | 8 | 5,4 | 147 | 100 |
| Diyarbakır | 139 | 90,8 | 14 | 9,2 | 153 | 100 |
| Toplam | 278 | 92,7 | 22 | 7,3 | 300 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Kadınlara rahatsızlanma durumunda ilk başvurdukları yer sorulmuştur. Gerek Diyarbakır'da gerekse Ankara'da çok yüksek oranlarda bir sağlık kurumuna başvurulduğu görülmektedir. Geleneksel ilaç ve yöntemlere başvurma oranının çalışma yapılan her iki kentte de oldukça düşük olduğu dikkat çekmektedir.

*Tablo 5.70. Kadınların Rahatsızlıklarını Eşlerine Söyleme Durumu*

| Anketin yapıldığı kent | Evet | | Hayır | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Ankara | 136 | 93,8 | 9 | 6,2 | 145 | 100 |
| Diyarbakır | 133 | 88,1 | 18 | 11,9 | 151 | 100 |
| Toplam | 269 | 90,9 | 27 | 9,1 | 296 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Bu konuda kadınlara yöneltilen bir başka soru da rahatsızlanma durumunda rahatsızlıklarına eşlerine söyleyip söylemedikleridir. Görüşülen kadınların Ankara'da %93,8'i, Diyarbakır'da ise %88,1'i rahatsızlandıkları takdirde bunu eşleriyle paylaştıklarını belirtmişlerdir. Diyarbakır'da sağlıkla ilgili şikayetlerini eşlerle paylaşmama oranının Ankara'ya göre daha yüksek olduğu dikkate değer görülebilir. Bu farklılık çeşitli nedenlerden kaynaklanıyor olabilir. Bunlardan biri kadının eğitim durumuyla ilgili olan etmendir ve aşağıdaki tablolar bu konuda açıklayıcıdır.

*Tablo 5.71. Eğitime Göre Rahatsızlıkları Eşine Söyleme Durumu (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 20 | 3 | 23 |
| | % | 87 | 13 | 100 |
| Okur-Yazar | Sayı | 12 | 1 | 13 |
| | % | 92,3 | 7,7 | 100 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 87 | 3 | 90 |
| | % | 96,7 | 3,3 | 100 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 10 | 2 | 12 |
| | % | 83,3 | 16,7 | 100 |
| Lise Mezunu | Sayı | 5 | 0 | 5 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| Toplam | Sayı | 134 | 9 | 143 |
| | % | 93,7 | 6,3 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.72. Eğitime Göre Rahatsızlıkları Eşine Söyleme Durumu (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 75 | 8 | 83 |
| | % | 90,4 | 9,6 | 100 |
| Okur-Yazar | Sayı | 22 | 5 | 27 |
| | % | 81,5 | 18,5 | 100 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 26 | 2 | 28 |
| | % | 92,9 | 7,1 | 100 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 5 | 1 | 6 |
| | % | 83,3 | 16,7 | 100 |
| Lise Mezunu | Sayı | 2 | 0 | 2 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| Toplam | Sayı | 130 | 16 | 146 |
| | % | 89 | 11 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Rahatsızlıkları eşine söyleme durumu eğitim düzeyi yükseldikçe artmaktadır. İki kent arasındaki bu küçük farklılık, yine iki kent arasındaki eğitim düzeyi farklılığına bağlanabilir.

Ankara'da rahatsızlıklarını eşine söyleyip söylemediği sorulan 143 kadından 9'u, Diyarbakır'da 146 kadından 12'si bu soruya 'hayır' yanıtını vermiştir. Ankara'da rahatsızlığını eşine söylememe nedeni olarak hastalığı önemsiz görme ve eşinin önemsememesi baskın çıkarken, Diyarbakır'daki kadınların büyük çoğunluğu eşinin önemsememesini söylememe gerekçesi olarak göstermiştir.

Görüşülen kadınlardan rahatsızlıklarını eşlerine söylemeyenlere bunun nedeni sorulduğunda her iki kentte de eşlerinin rahatsızlıkları önemsemediği sonucu yoğunlukta çıkmıştır. Ancak özellikle Ankara'da kadınlar hastalık ilerlemeden eşlerine rahatsızlıklarını söylemediklerini de belirtmişlerdir. Yine de bu konu üzerine genellemede bulunmak cevap veren kişi sayısının azlığı nedeniyle pek mümkün gözükmemektedir.

*Tablo 5.73. Eşin Çözüm Bulmadaki Tavrı*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Önemsemiyor | Sayı | 9 | 23 | 32 |
| | % | 28,1 | 71,9 | 100,0 |
| Bir Sağlık Kurumuna Götürüyor | Sayı | 88 | 44 | 132 |
| | % | 66,7 | 33,3 | 100,0 |
| Tanı ve Tedavi İçin Maddi-Manevi Destek | Sayı | 32 | 60 | 92 |
| | % | 34,8 | 65,2 | 100,0 |
| Çocukların İlgilenmesini İster | Sayı | 1 | - | 1 |
| | % | 100,0 | - | 100,0 |
| Olumsuz Tepki Verir | Sayı | 2 | 4 | 6 |
| | % | 33,3 | 66,7 | 100,0 |
| Maddi Durumlarının Olmadığını Söylüyor | Sayı | - | 2 | 2 |
| | % | - | 100,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 132 | 133 | 265 |
| | % | 49,8 | 50,2 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Genel olarak, her iki kentte de eşlerin çözüm bulmada olumlu tavır aldıkları görülmektedir. Ankara'daki eşlerin çözüm bulmadaki tavırları %66,7 ile bir sağlık kurumuna götürme biçiminde olurken, Diyarbakır'da %45,1 ile tanı ve tedavi için maddi-manevi destek verme biçiminde olduğu görülmektedir. Bu farklılık Ankara'da hem gelir durumlarının hem de sosyal güvence durumlarının Diyarbakır'a göre daha iyi olmasıyla açıklanabilir. Önemsemeyen ve negatif tepki verenlerin oranı genel içinde Ankara'da %8,3. Diyarbakır'da ise daha yüksek bir oranla ve %20,3 olarak çıkmaktadır.

### 5.5.3. Üreme Sağlığı Verileri

Bu bölümde öncelikle üreme sağlığıyla ilgili olarak bazı ortalama değerlerin verilmesi yararlı olacaktır.

- Evlilik, gebelik ve doğum yaşları
- Gebelik ve doğumla ilgili veriler (canlı doğum, ölü doğum, prematüre doğum, doğum yapılan yer)
- Gebelikte izlenme durumuna ait veriler
- Düşük ve kürtajla ilgili veriler
- Aile planlamasına dair veriler

*Tablo 5.74. Üreme Sağlığı İle İlgili Bazı Değerler*

| | Ankara | Diyarbakır |
|---|---|---|
| Evlilik Yaşı | 18,0 | 17,2 |
| İlk Hamilelik Yaşı | 19,1 | 18,3 |
| İlk Doğum Yaşı | 19,7 | 19,1 |
| Gebelik Sayısı | 4,8 | 6,3 |
| Canlı Doğum Sayısı | 3,1 | 5,2 |
| Ölü Doğum Sayısı | 1,8 | 1,7 |
| Kendiliğinden Düşük Sayısı | 1,4 | 1,4 |
| İsteyerek Düşük Sayısı | 1,8 | 1,3 |
| Yaşayan Çocuk Sayısı | 2,7 | 4,6 |
| Kürtaj Sayısı | 2,0 | 1,6 |
| Son Doğum Yaşı | 26,2 | 29,0 |
| Çocukların Yüzde Kaçı Hastanede Doğdu | 83,5 | 46,4 |
| Prematüre Doğum Sayısı | - | 0,1 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

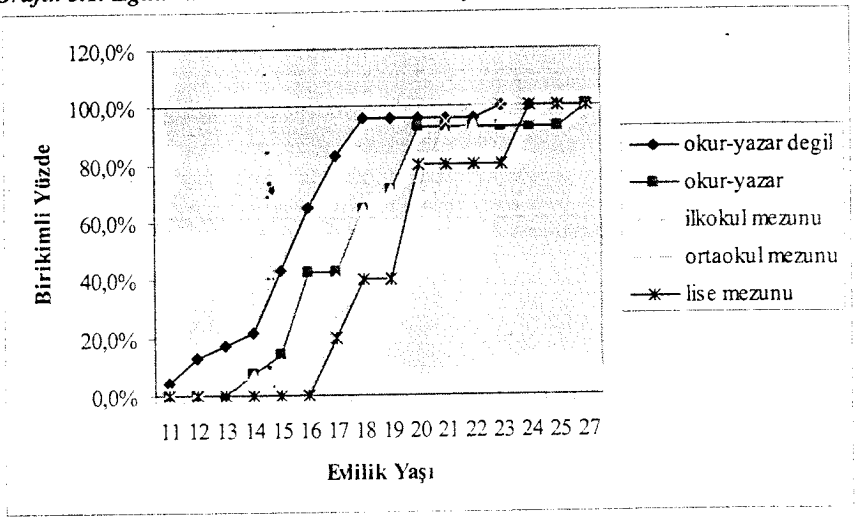
*Tablo 5.75. Evlilik Yaşı*

| | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| 11 | 2 | 1,4 | - | - |
| 12 | 2 | 1,4 | 3 | 1,8 |
| 13 | 3 | 2,1 | 9 | 5,5 |
| 14 | 5 | 3,4 | 17 | 10,4 |
| 15 | 10 | 6,8 | 32 | 19,6 |
| 16 | 18 | 12,3 | 12 | 7,4 |
| 17 | 26 | 17,8 | 18 | 11,0 |
| 18 | 31 | 21,2 | 22 | 13,5 |
| 19 | 8 | 5,5 | 10 | 6,1 |
| 20 | 18 | 12,3 | 23 | 14,1 |
| 21 | 11 | 7,5 | 3 | 1,8 |
| 22 | 3 | 2,1 | 6 | 3,7 |
| 23 | 3 | 2,1 | 4 | 2,5 |
| 24 | 2 | 1,4 | 1 | 0,6 |
| 25 | 3 | 2,1 | 3 | 1,8 |
| 27 | 1 | 0,7 | - | - |
| Toplam | 146 | 100,0 | 163 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

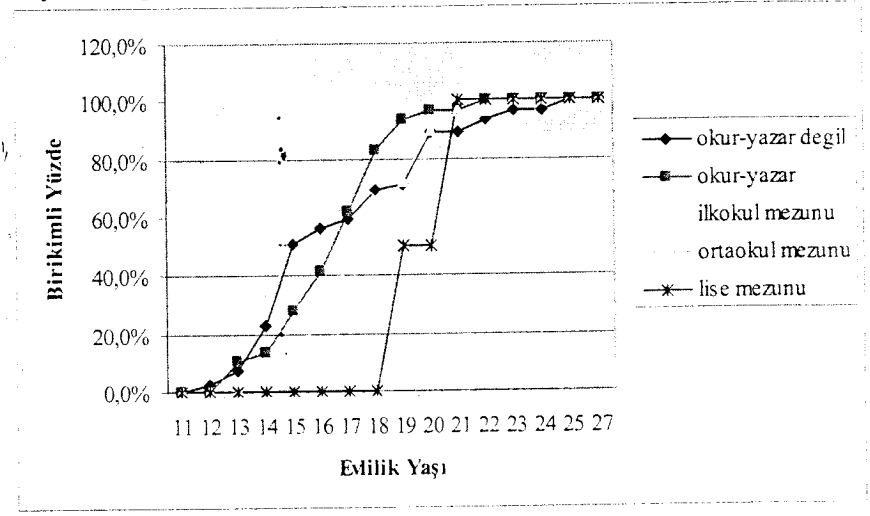
Her iki kentte de evlilik yaşları birbirine benzer değerlerde çıkmaktadır.

***Grafik 5.1. Eğitim Durumuna Göre Evlilik Yaşı (Ankara)***




*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

***Grafik 5.2. Eğitim Durumuna Göre Evlilik Yaşı (Diyarbakır)***




*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Her iki kentte eğitim durumuna göre evlilik yaşlarına bakıldığında, eğitim düzeyi arttıkça evlilik yaşının yükseldiği görülmektedir. Ankara'da bu durum net bir biçimde ortaya çıkmaktayken Diyarbakır'da okur-yazar olan kadınların da erken evlenebildiği görülmektedir. Bu durum Ankara'yla Diyarbakır'ın farklı kültürel yapılara sahip olmasıyla açıklanabilir.

*Tablo 5.76. İlk Hamilelik Yaşı*

| | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| 12 | 2 | 1,4 | - | - |
| 13 | - | - | 1 | 0,6 |
| 14 | 4 | 2,8 | 6 | 3,8 |
| 15 | 6 | 4,1 | 28 | 17,5 |
| 16 | 10 | 6,9 | 17 | 10,6 |
| 17 | 16 | 11,0 | 20 | 12,5 |
| 18 | 30 | 20,7 | 20 | 12,5 |
| 19 | 19 | 13,1 | 10 | 6,3 |
| 20 | 20 | 13,8 | 28 | 17,5 |
| 21 | 13 | 9,0 | 9 | 5,6 |
| 22 | 9 | 6,2 | 5 | 3,1 |
| 23 | 5 | 3,4 | 5 | 3,1 |
| 24 | 6 | 4,1 | 4 | 2,5 |
| 25 | 2 | 1,4 | 4 | 2,5 |
| 26+ | 3 | 2,1 | 3 | 1,9 |
| Toplam | 145 | 100,0 | 160 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Görüşme yapılan kadınlara ilk hamilelik yaşı sorulduğunda, yanıt olarak Ankara'da %67,6 oranla 17-21 yaşları arası, Diyarbakır'da %76,9 oranla 15-20 yaşları arası yoğunluktadır.

*Tablo 5.77. İlk Doğum Yaşı*

| | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| 12 | - | - | 1 | 0,6 |
| 13 | 1 | 0,7 | - | - |
| 14 | 2 | 1,4 | 1 | 0,6 |
| 15 | 4 | 2,8 | 16 | 10,1 |
| 16 | 9 | 6,2 | 21 | 13,2 |
| 17 | 12 | 8,3 | 18 | 11,3 |
| 18 | 27 | 18,6 | 20 | 12,6 |
| 19 | 23 | 15,9 | 12 | 7,5 |
| 20 | 13 | 9,0 | 21 | 13,2 |
| 21 | 19 | 13,1 | 23 | 14,5 |
| 22 | 12 | 8,3 | 4 | 2,5 |
| 23 | 8 | 5,5 | 6 | 3,8 |
| 24 | 5 | 3,4 | 7 | 4,4 |
| 25 | 6 | 4,1 | 2 | 1,3 |
| 26+ | 4 | 2,8 | 7 | 4,4 |
| Toplam | 145 | 100,0 | 159 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Her iki kentte de evlilik yaşında olduğu gibi, ilk hamilelik ve ilk doğum yaşı da benzer değerlerde ortaya çıkmaktadır.

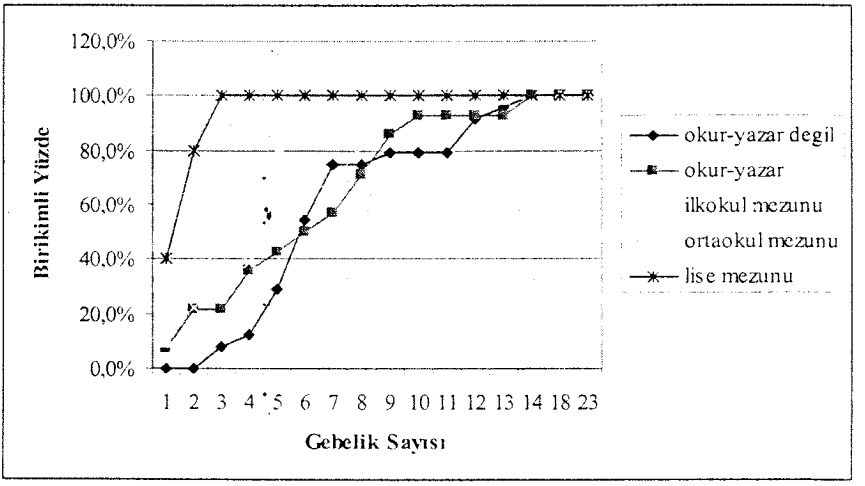
*Tablo 5.78. Gebelik Sayısı*

| | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| 1 | 14 | 9,6 | 5 | 3,1 |
| 2 | 22 | 15,1 | 10 | 6,3 |
| 3 | 25 | 17,1 | 21 | 13,1 |
| 4 | 20 | 13,7 | 22 | 13,8 |
| 5 | 17 | 11,6 | 20 | 12,5 |
| 6 | 15 | 10,3 | 13 | 8,1 |
| 7 | 10 | 6,8 | 20 | 12,5 |
| 8 | 6 | 4,1 | 11 | 6,9 |
| 9 | 8 | 5,5 | 10 | 6,3 |
| 10 | 1 | 0,7 | 6 | 3,8 |
| 11 | - | - | 5 | 3,1 |
| 12 | 3 | 2,1 | 9 | 5,6 |
| 13 | 2 | 1,4 | 5 | 3,1 |
| 14 | 2 | 1,4 | 1 | 0,6 |
| 15 | - | - | 1 | 0,6 |
| 18 | 1 | 0,7 | - | - |
| 23 | - | - | 1 | 0,6 |
| Toplam | 146 | 100,0 | 160 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

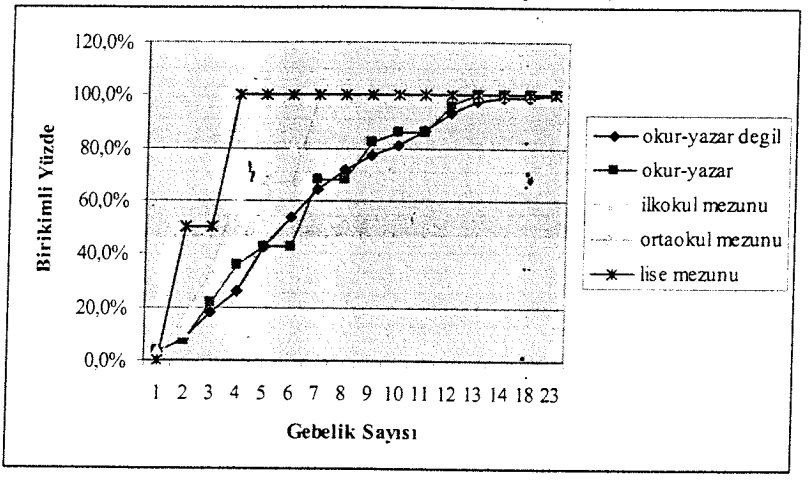
Görüşülen kadınlarda gebelik sayısı Ankara'da %77,4 oranla 1-6 arası, Diyarbakır'da ise %60 oranla 3-7 arasında yoğunlaşmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, Ankara'da Diyarbakır'a oranla kadınlar daha düşük oranla gebe kalmaktadır. Ayrıca Diyarbakır'da bir kadının 23 defa gebe kaldığı görülmektedir.

*Grafik 3. Eğitim Düzeyine Göre Gebelik Sayısı (Ankara)*




*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Grafik 4. Eğitim Düzeyine Göre Gebelik Sayısı (Diyarbakır)*




*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Her iki kentte eğitim düzeyiyle gebelik sayısı arasındaki ilişki ters orantılıdır. Ancak, bu ilişkinin Ankara'da daha net olduğunu görülmektedir. Bu durum Ankara'da aile planlamasının daha etkin olduğunu göstermektedir.

*Tablo 5.79. Canlı Doğum Sayısı*

| | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| 1 | 19 | 13,1 | 8 | 5,0 |
| 2 | 52 | 35,9 | 15 | 9,3 |
| 3 | 30 | 20,7 | 26 | 16,1 |
| 4 | 17 | 11,7 | 30 | 18,6 |
| 5 | 10 | 6,9 | 20 | 12,4 |
| 6 | 7 | 4,8 | 15 | 9,3 |
| 7 | 5 | 3,4 | 16 | 9,9 |
| 8 | 2 | 1,4 | 13 | 8,1 |
| 9 | 1 | 0,7 | 5 | 3,1 |
| 10 | 2 | 1,4 | 6 | 3,7 |
| 11 | - | - | 3 | 1,9 |
| 12 | - | - | 1 | 0,6 |
| 13 | - | - | 2 | 1,2 |
| 15 | - | - | 1 | 0,6 |
| Toplam | 145 | 100,0 | 161 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Canlı doğum sayısı oranlarına bakıldığında Ankara'da çoğunluğu 1-4 adet canlı doğum yapanlar ve (%81,4) oluştururken, Diyarbakır'da büyük bir kesim (%83,9) 2-8 adet canlı doğum yapanlardan oluşmaktadır. Yani Diyarbakır'da kadınlar gebelik sayısının daha fazla olmasıyla da paralel bir şekilde daha çok doğum yapmaktadır. Ayrıca Ankara'da canlı doğum sayısı 10 ile sonlanırken Diyarbakır'da bu sayının 15'e çıktığı görülmektedir.

*Tablo 5.80. Ölü Doğum Sayısı*

| | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| 1 | 10 | 58,8 | 12 | 66,7 |
| 2 | 4 | 23,5 | 2 | 11,1 |
| 3 | 1 | 5,9 | 2 | 11,1 |
| 4 | 1 | 5,9 | 2 | 11,1 |
| 5 | 1 | 5,9 | - | - |
| Toplam | 17 | 100,0 | 18 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Hem Ankara'da (yaklaşık %11) hem de Diyarbakır'da (yaklaşık %11) ölü doğum oranları oldukça düşüktür. Ölü doğum sayıları değerlendirildiğinde ise Ankara'da %58,8 Diyarbakır'da %66,7'yle tek ölü doğumun çoğunlukta olduğu görülmektedir. Ankara'da ölü doğum sayısı en fazla beşe, Diyarbakır'da ve ise dörde çıkmaktadır.

*Tablo 5.81. Yaşayan Çocuk Sayısı*

| | | Ankara | Diyarbakır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Sayı | 18 | 7 | 25 |
| | % | 13,1 | 4,4 | 8,4 |
| 2 | Sayı | 58 | 18 | 76 |
| | % | 42,3 | 11,3 | 25,6 |
| 3 | Sayı | 32 | 34 | 66 |
| | % | 23,4 | 21,3 | 22,2 |
| 4 | Sayı | 16 | 32 | 48 |
| | % | 11,7 | 20,0 | 16,2 |
| 5 | Sayı | 9 | 22 | 31 |
| | % | 6,6 | 13,8 | 10,4 |
| 6 | Sayı | 2 | 17 | 19 |
| | % | 1,5 | 10,6 | 6,4 |
| 7 | Sayı | 0 | 11 | 11 |
| | % | 0,0 | 6,9 | 3,7 |
| 8 | Sayı | 0 | 6 | 6 |
| | % | 0,0 | 3,8 | 2,0 |
| 9 | Sayı | 2 | 6 | 8 |
| | % | 1,5 | 3,8 | 2,7 |
| 10 | Sayı | 0 | 5 | 5 |
| | % | 0,0 | 3,1 | 1,7 |
| 11 | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0,0 | 0,6 | 0,3 |
| 12 | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0,0 | 0,6 | 0,3 |
| Toplam | Sayı | 137 | 160 | 297 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Ankara'da yaşayan çocuk sayısı sorusuna iki ya da üç yanıtını verenlerin oranı %65 gibi bir çoğunluğu oluşturmaktadır. Ayrıca beşten fazla yaşayan çocuk sayısı oranı Ankara'da %3 gibi oldukça az bir değerdedir. Diyarbakır'da ise beş ve daha fazla çocuğu olanların oranı %42,7'dir. Bu durum Diyarbakır'da çok çocuklu bir aile yapısının olduğunun göstergesidir.

*Tablo 5.82. Son Doğum Yaşı*

| | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| **16** | 2 | 1,4 | 1 | 0,6 |
| **17** | - | - | 1 | 0,6 |
| **18** | 6 | 4,3 | 1 | 0,6 |
| **19** | 12 | 8,6 | 2 | 1,3 |
| **20** | 5 | 3,6 | 6 | 3,8 |
| **21** | 6 | 4,3 | 7 | 4,5 |
| **22** | 6 | 4,3 | 5 | 3,2 |
| **23** | 17 | 12,2 | 7 | 4,5 |
| **24** | 6 | 4,3 | 14 | 8,9 |
| **25** | 11 | 7,9 | 9 | 5,7 |
| **26** | 5 | 3,6 | 11 | 7,0 |
| **27** | 11 | 7,9 | 9 | 5,7 |
| **28** | 8 | 5,8 | 10 | 6,4 |
| **29** | 8 | 5,8 | 11 | 7,0 |
| **30** | 5 | 3,6 | 6 | 3,8 |
| **31** | 5 | 3,6 | 5 | 3,2 |
| **32** | 3 | 2,2 | 5 | 3,2 |
| **33** | 3 | 2,2 | 8 | 5,1 |
| **34** | 2 | 1,4 | 8 | 5,1 |
| **35** | 8 | 5,8 | 4 | 2,5 |
| **36** | 4 | 2,9 | 3 | 1,9 |
| **37** | 1 | 0,7 | 5 | 3,2 |
| **38** | 3 | 2,2 | 2 | 1,3 |
| **39** | - | - | 6 | 3,8 |
| **40** | 1 | 0,7 | 4 | 2,5 |
| **41** | 1 | 0,7 | - | - |
| **42** | - | - | 2 | 1,3 |
| **43** | - | - | 2 | 1,3 |
| **45** | - | - | 1 | 0,6 |
| **47** | - | - | 2 | 1,3 |
| **Toplam** | 139 | 100,0 | 157 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Son doğum yaşlarına bakıldığında en yüksek yaşın Ankara'da 41, Diyarbakır'daysa 47 olduğu görülmektedir. Ancak, son doğum yaşının sayısıyla ilgili bir değerlendirme yapmak, görüşme yapılan kadınların

doğurganlık hali devam eden kadınlara da sorulduğu için sağlıklı olmayacaktır. Ankara'da prematüre doğum sayısıyla ilgili veri bulunmadığından, değerlendirme yalnızca Diyarbakır için yapılmıştır. Diyarbakır'daki kadınların %9,3'ü (toplam 15 kadın) prematüre doğum yapmıştır. Prematüre doğum sayılarına bakıldığında 15 kadından 10'unun 1 prematüre doğum yaptığı, yani prematüre doğum sayısının yüksek değerlere ulaşmadığı belirlenmiştir.

Görüşülen kadınlarda kürtaj yaptıranların oranı Ankara'da %50 iken, Diyarbakır'da bu oran %16,9'dur. Bu durum Ankara'da istenmeyen gebeliklerin daha fazla kürtajla sonlandırıldığını göstermektedir. Buna karşılık Diyarbakır'da kürtajın tercih edilme durumu çok düşüktür. Bu durumu kültürel değerlerle ilişkilendirmek mümkündür. Bu veri, Diyarbakır'daki kadınların çok çocuklu oldukları verisiyle de örtüşmektedir.

### *4.5.3.1. Aile Planlaması*

*Tablo 5.83. Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilginin Olup Olmadığı*

| Anketin yapıldığı kent | Evet | | Hayır | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| **Ankara** | 127 | 88,2 | 17 | 11,8 | 144 | 100 |
| **Diyarbakır** | 139 | 87,4 | 20 | 12,6 | 159 | 100 |
| **Toplam** | 266 | 87,8 | 37 | 12,2 | 303 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Görüşme yapılan kadınlara aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilerinin olup olmadığı sorulduğunda, Ankara'da %88,2, Diyarbakır'da %87,4 gibi oldukça yüksek oranlarda olumlu yanıt alınmıştır. Ancak, görüşülen kadınların yaklaşık %10'u aile planlaması yöntemlerinden haberdar değildir.

*Tablo 5.84. Aile Planlama Yöntemlerinin Öğrenildiği Yer*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Sağlık Ocağı-Ana Çocuk Sağlığı | Sayı | 52 | 69 | 121 |
| | % | 53,1 | 74,2 | 63,4 |
| Komşu-Tanıdık-Akraba vb. | Sayı | 21 | 17 | 38 |
| | % | 21,4 | 18,3 | 19,9 |
| Televizyon | Sayı | 4 | 2 | 6 |
| | % | 4,1 | 2,2 | 3,1 |
| Doğum-Kürtaj Sırasında Sağlık Kurumunda | Sayı | 19 | 4 | 23 |
| | % | 19,4 | 4,3 | 12,0 |
| Broşür-Yayın ve Başından | Sayı | 2 | 0 | 2 |
| | % | 2,0 | 0,0 | 1,0 |
| Gezici Hemşire ve Ebelerden | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0,0 | 1,1 | 0,5 |
| Toplam | Sayı | 98 | 93 | 191 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Aile planlama yöntemlerinin nereden öğrenildiği sorusuna Ankara'da %53,1 ve Diyarbakır'da %74,2 ile sağlık ocağı-ana çocuk sağlığı yanıtı verilmiştir. Bu yanıtı Ankara'da %21,4 ve Diyarbakır'da %18,3 ile komşu-tanıdık-akraba yanıtı izlemiştir. Ayrıca Ankara'da %19,4 oranı ile bu bilgilerin doğum-kürtaj sırasında sağlık kurumunda edinilmemesi dikkate değerdir.

*Tablo 5.85. Aile Planlaması Yöntemi Türleri*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Hiç Kullanmadı | Sayı | 19 | 36 | 55 |
| | % | 15,0 | 25,5 | 20,5 |
| Rahim İçi Araç | Sayı | 63 | 33 | 96 |
| | % | 49,6 | 23,4 | 35,8 |
| Hormonal Yöntem | Sayı | 7 | 25 | 32 |
| | % | 5,5 | 17,7 | 11,9 |
| Kondom | Sayı | 31 | 34 | 65 |
| | % | 24,4 | 24,1 | 24,3 |
| Etkisiz Yöntem (Takvim vb.) | Sayı | 3 | 5 | 8 |
| | % | 2,4 | 3,5 | 3,0 |
| Kordon Bağlatma | Sayı | 4 | 8 | 12 |
| | % | 3,1 | 5,7 | 4,5 |
| Toplam | Sayı | 127 | 141 | 268 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Diyarbakır'da hiçbir doğum kontrol yöntemi kullanmayanların oranı bu alandaki alan çalışması grubunun %25,5 gibi önemli bir yüzdesini oluşturmaktadır. Bu durum Ankara'da %15'lik bir oranla Diyarbakır'a göre daha azdır. Ankara'da öncelikli olarak kullanılan doğum kontrol yöntemleri sırasıyla %49,6 oranı ile rahim içi araç ve %24,4 oranı ile kondomdur. Diyarbakır'da ise %24,1 ile kondom, %23,4 ile rahim içi araç doğum kontrol yöntemleri olarak tercih edilmektedir. Burada değinilmesi gereken önemli bir nokta, rahim içi araç kullanımında Ankara ve Diyarbakır arasındaki farktır. Diyarbakır'da ilgili sağlık ocağıyla yapılan derinlemesine görüşmede, Diyarbakır alan çalışması örnekleminde Ankara'ya göre rahim içi araç kullanımının daha düşük oranda tercih etmesinin nedenlerinin başında hijyen koşullarının sağlanamaması ve aracın yaralara yol açması gelmektedir.

Örneklem gruplarına aile planlama yöntemi kullanmama nedenleri sorulduğunda, Ankara'da %36,4 ile bilgilerinin olmaması, Diyarbakır'da %32,5 ile çocuk istenmesi en yüksek oranlara sahip yanıtlar olarak belirtilmektedir.

*Tablo 5.86. Eğitime Göre Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Sahibi Olup Olmama Durumu (Ankara)*

| ve | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 15 | 8 | 23 |
| | % | 65,2 | 34,8 | 100,0 |
| Okur-Yazar | Sayı | 11 | 2 | 13 |
| | % | 84,6 | 15,4 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 84 | 5 | 89 |
| | % | 94,4 | 5,6 | 100,0 |
| İlköğretim Mezunu | Sayı | 2 | 1 | 3 |
| | % | 66,7 | 33,3 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 9 | 0 | 9 |
| | % | 100,0 | 0,0 | 100,0 |
| Lise Mezunu | Sayı | 5 | 0 | 5 |
| | % | 100,0 | 0,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 126 | 16 | 142 |
| | % | 88,7 | 11,3 | 100,0 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.87. Eğitime Göre Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Sahibi Olup Olmama Durumu (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 71 | 18 | 89 |
| | % | 79,8 | 20,2 | 100,0 |
| Okur-Yazar | Sayı | 27 | 1 | 28 |
| | % | 96,4 | 3,6 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 28 | 0 | 28 |
| | % | 100,0 | 0,0 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 6 | 0 | 6 |
| | % | 100,0 | 0,0 | 100,0 |
| Lise Mezunu | Sayı | 2 | 0 | 2 |
| | % | 100,0 | 0,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 134 | 19 | 153 |
| | % | 87,6 | 12,4 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Ankara'da eğitim düzeyi yükseldikçe, aile planlaması hakkında bilgi de artmaktadır. Aynı durum Diyarbakır için de geçerlidir. Buna göre her iki kentte de, okur-yazar olmayanlar aile planlaması hakkında en az bilgiye sahip olan grubu oluşturmaktadır.

*Tablo 5.88. Yaş Dağılımına Göre Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Sahibi Olup Olmama Durumu (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| 19-24 | Sayı | 11 | 1 | 12 |
| | % | 91,7 | 8,3 | 100 |
| 25-29 | Sayı | 22 | 0 | 22 |
| | % | 100,0 | 0,0 | 100 |
| 30-34 | Sayı | 19 | 1 | 20 |
| | % | 95,0 | 5,0 | 100 |
| 35-39 | Sayı | 19 | 2 | 21 |
| | % | 90,5 | 9,5 | 100 |
| 40-44 | Sayı | 21 | 2 | 23 |
| | % | 91,3 | 8,7 | 100 |
| 45-49 | Sayı | 22 | 2 | 24 |
| | % | 91,7 | 8,3 | 100 |
| 50+ | Sayı | 10 | 8 | 18 |
| | % | 55,6 | 44,4 | 100 |
| Toplam | Sayı | 124 | 16 | 140 |
| | % | 88,6 | 11,4 | 100 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.89. Yaş Dağılımına Göre Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Sahibi Olup Olmama Durumu (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| 19-24 | Sayı | 20 | 0 | 20 |
| | % | 100,0 | 0,0 | 100 |
| 25-29 | Sayı | 37 | 2 | 39 |
| | % | 94,9 | 5,1 | 100 |
| 30-34 | Sayı | 31 | 1 | 32 |
| | % | 96,9 | 3,1 | 100 |
| 35-39 | Sayı | 21 | 3 | 24 |
| | % | 87,5 | 12,5 | 100 |
| 40-44 | Sayı | 8 | 1 | 9 |
| | % | 88,9 | 11,1 | 100 |
| 45-49 | Sayı | 10 | 3 | 13 |
| | % | 76,9 | 23,1 | 100 |
| 50+ | Sayı | 10 | 8 | 18 |
| | % | 55,6 | 44,4 | 100 |
| Toplam | Sayı | 137 | 18 | 155 |
| | % | 88,4 | 11,6 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Her iki kentte aile planlaması yöntemleri hakkında bilginin olup olmaması durumuna yaş dağılımına göre bakıldığında görüşülen kadınlardan 19-49 yaş arası doğurganlık özelliğine sahip olanların Ankara'da % 39,8'i doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. Diğer bir deyişle Ankara'da genç nüfus doğum kontrol yöntemi hakkında yaşlı nüfusa oranla daha çok bilgiye sahiptir. Diyarbakır'da bu oran aynı yaş grubu kadınlar için % 54,9'a çıkmaktadır. Ankara ve Diyarbakır'da 50 yaş üstü kadınların %44,4'tü doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgilerinin olmadıklarını belirtmişlerdir.

*Tablo 5.90. Kürtaj Yaptırma Durumu*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | Sayı | 74 | 28 | 102 |
| | % | 50,0 | 16,9 | 32,5 |
| Hayır | Sayı | 74 | 138 | 212 |
| | % | 50,0 | 83,1 | 67,5 |
| Toplam | Sayı | 148 | 166 | 314 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

*Tablo 5.91. Kürtaj Yaptırma Yeri*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| SSK Hastanesi/Dispanseri | Sayı | 14 | 2 | 16 |
| | % | 19,4 | 8,0 | 16,5 |
| Devlet Hastanesi | Sayı | 25 | 10 | 35 |
| | % | 34,7 | 40,0 | 36,1 |
| Üniversite Hastanesi | Sayı | 2 | 1 | 3 |
| | % | 2,8 | 4,0 | 3,1 |
| Özel Hastane/Hekim | Sayı | 30 | 12 | 42 |
| | % | 41,7 | 48,0 | 43,3 |
| Evde | Sayı | 1 | 0 | 1 |
| | % | 1,4 | 0,0 | 1,0 |
| Toplam | Sayı | 72 | 25 | 97 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Kürtaj yaptırma yerine dair veriler karşılaştırıldığında her iki kentte de özel hastanenin öncelikli olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum oranlarla gösterildiğinde, Ankara'da %41,7 ile özel hastane, %34,7 ile devlet hastanesi tercih edilirken, Diyarbakır'da %48 ile özel hastane, %40 ile devlet hastanesi tercih edilmektedir.

*Tablo 5.92. Kürtaj Yaptırma Sayısı*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| 1 | Sayı | 37 | 17 | 54 |
| | % | 50,7 | 60,7 | 53,5 |
| 2 | Sayı | 20 | 6 | 26 |
| | % | 27,4 | 21,4 | 25,7 |
| 3 | Sayı | 9 | 5 | 14 |
| | % | 12,3 | 17,9 | 13,9 |
| 4 | Sayı | 2 | 0 | 2 |
| | % | 2,7 | 0,0 | 2,0 |
| 5 | Sayı | 3 | 0 | 3 |
| | % | 4,1 | 0,0 | 3,0 |
| 8 | Sayı | 1 | 0 | 1 |
| | % | 1,4 | 0,0 | 1,0 |
| 13 | Sayı | 1 | 0 | 1 |
| | % | 1,4 | 0,0 | 1,0 |
| Toplam | Sayı | 73 | 28 | 101 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Görüşme yapılan kadınlar arasında kürtaj yaptırma sayısına bakıldığında ise bir kere kürtaj yaptıranların yoğunlukta olduğunu göstermektedir. Diyarbakır'da kürtaj yaptırma sayısı bir kadında en fazla 3 iken, Ankara'da bu sayı tek bir kadında 13'e kadar ulaşabilmektedir.

*Tablo 5.93. Son Gebelikte İzlenme Durumu*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | Sayı | 79 | 53 | 132 |
| | % | 54,1 | 33,8 | 43,6 |
| Hayır | Sayı | 67 | 104 | 171 |
| | % | 45,9 | 66,2 | 56,4 |
| Toplam | Sayı | 146 | 157 | 303 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Son gebelikte izlenme durumuna bakıldığında, Ankara ile Diyarbakır arasında önemli bir farklılığın olduğu görülmektedir. Ankara'da son gebeliğinde izlenen kadınların oranı %54,1 iken Diyarbakır'da %33,8 gibi düşük bir orandadır.

*Tablo 5.94. Son Gebeliğin İzlendiği Kurum*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Sağlık Ocağı Tarafından Evde | Sayı | 4 | 2 | 6 |
| | % | 5,1 | 4,1 | 4,7 |
| Sağlık Ocağı Tarafından Kurumda | Sayı | 12 | 5 | 17 |
| | % | 15,2 | 10,2 | 13,3 |
| SSK Hastanesi/Dispanseri | Sayı | 26 | 7 | 33 |
| | % | 32,9 | 14,3 | 25,8 |
| Devlet Hastanesi | Sayı | 26 | 19 | 45 |
| | % | 32,9 | 38,8 | 35,2 |
| Üniversite Hastanesi | Sayı | 2 | 1 | 3 |
| | % | 2,5 | 2,0 | 2,3 |
| Özel Hastane/Hekim | Sayı | 9 | 14 | 23 |
| | % | 11,4 | 28,6 | 18,0 |
| Belediyenin Verdiği Hizmeti | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0,0 | 2,0 | 0,8 |
| Toplam | Sayı | 79 | 49 | 128 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Son gebelikte izlemenin yapıldığı kurum hem Ankara hem de Diyarbakır için büyük oranda devlet hastanesi ve SSK hastaneleri olarak görünmektedir. Özel hastane ve hekimde izlenen kadınların Diyarbakır'da %28,6'lık bir oranlar yer alması örneklemin genel ekonomik koşulları düşünüldüğünde şaşırtıcıdır.

*Tablo 5.95. Son Gebeliğin İzlendiği Kurumun Tercih Edilme Nedeni*

| | | Anketin yapıldığı kent | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | Toplam |
| Sağlık Güvencesinin Olması | Sayı | 43 | 16 | 59 |
| | % | 54,4 | 34,0 | 46,8 |
| Ucuz Olması | Sayı | 5 | 8 | 13 |
| | % | 6,3 | 17,0 | 10,3 |
| Yakın Olması | Sayı | 6 | 6 | 12 |
| | % | 7,6 | 12,8 | 9,5 |
| Kuruma Güven Duyması | Sayı | 13 | 11 | 24 |
| | % | 16,5 | 23,4 | 19,0 |
| Hekime Güven Duyması | Sayı | 4 | 3 | 7 |
| | % | 5,1 | 6,4 | 5,6 |
| Evde Hizmet Sunması | Sayı | 2 | 1 | 3 |
| | % | 2,5 | 2,1 | 2,4 |
| Özel Hekimin Çalıştığı Kurum Olması | Sayı | 3 | 0 | 3 |
| | % | 3,8 | 0,0 | 2,4 |
| Başka Kurum Olmaması | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0,0 | 2,1 | 0,8 |
| Sağlık Güvencesinin Olmaması | Sayı | 3 | 0 | 3 |
| | % | 3,8 | 0,0 | 2,4 |
| Sevk Nedeniyle | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0,0 | 2,1 | 0,8 |
| Toplam | Sayı | 79 | 47 | 126 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Son gebeliğin izlendiği kurumun tercih edilme nedeni olarak Ankara'da izlenen toplam 79 kadının %54,4'tü ve Diyarbakır'da izlenen toplam 47 kadının %34'tü birinci sırada sağlık güvencelerinin olmasını belirtmiştir. Bu nedeni Ankara'da %16,5 ve Diyarbakır'da %23,4 ile kuruma duyulan güven izlemektedir.

*Tablo 5.96. Son Gebelikte İzlenmeme Nedeni*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Sağlık Güvencesi Olmaması | Sayı | 9 | 12 | 21 |
| | % | 15,3 | 11,4 | 12,8 |
| Maliyeti Karşılayamaması | Sayı | 10 | 29 | 39 |
| | % | 16,9 | 27,6 | 23,8 |
| Kurumun Uzakta Olması | Sayı | 3 | 6 | 9 |
| | % | 5,1 | 5,7 | 5,5 |
| Gerekli Görmemesi | Sayı | 22 | 42 | 64 |
| | % | 37,3 | 40,0 | 39,0 |
| Sağlık Ocağı Tarafından Hizmet Sunulmaması | Sayı | 8 | 0 | 8 |
| | % | 13,6 | 0,0 | 4,9 |
| Bilgisinin Olmaması | Sayı | 4 | 11 | 15 |
| | % | 6,8 | 10,5 | 9,1 |
| Diğer | Sayı | 3 | 5 | 8 |
| | % | 5,1 | 5,0 | 4,8 |
| Toplam | Sayı | 59 | 105 | 164 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Son gebelikte izlenmeme nedenine bakıldığında Ankara'da %37,3, Diyarbakır'da %40 ile gerekli görmeme neden olarak gösterilirken, bunu Ankara'da %16,9, Diyarbakır'da %27,6 ile maliyeti karşılayamama izlemektedir. Tabloda diğer olarak belirtilen grupta, aile büyüklerinin izin vermemesi, eşinin götürmemesi, alışkanlığının olmaması, utangaçlık, köyde olması ve zaman bulamaması nedenleri bulunmaktadır.

*Tablo 5.97. Eğitime Göre Son Gebelikte İzlenme Durumu (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 7 | 17 | 24 |
| | % | 29,2 | 70,8 | 100,0 |
| Okur-Yazar | Sayı | 3 | 11 | 14 |
| | % | 21,4 | 78,6 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 58 | 31 | 89 |
| | % | 65,2 | 34,8 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 8 | 4 | 12 |
| | % | 66,7 | 33,3 | 100,0 |
| Lise Mezunu | Sayı | 3 | 2 | 5 |
| | % | 60,0 | 40,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 79 | 65 | 144 |
| | % | 54,9 | 45,1 | 100,0 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.98. Eğitime Göre Son Gebelikte İzlenme Durumu (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 23 | 65 | 88 |
| | % | 26,1 | 73,9 | 100,0 |
| Okur-Yazar | Sayı | 9 | 17 | 26 |
| | % | 34,6 | 65,4 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 15 | 14 | 29 |
| | % | 51,7 | 48,3 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 4 | 2 | 6 |
| | % | 66,7 | 33,3 | 100,0 |
| Lise Mezunu | Sayı | 1 | 1 | 2 |
| | % | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 52 | 99 | 151 |
| | % | 34,4 | 65,6 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Diyarbakır'da eğitim seviyesi yükseldikçe, son gebelikte izlenme oranında da net bir artış gözlenmektedir. Bu kadar doğrusal bir artış olmamakla birlikte Ankara'da da benzer bir durum söz konusudur.

*Tablo 5.99. Sınıfsal Konuma Bağlı Olarak Son Gebelikte İzlenme Durumu (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 5 | 2 | 7 |
| | % | 71,4 | 28,6 | 100,0 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 35 | 20 | 55 |
| | % | 63,6 | 36,4 | 100,0 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 24 | 19 | 43 |
| | % | 55,8 | 44,2 | 100,0 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 2 | 6 | 8 |
| | % | 25,0 | 75,0 | 100,0 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 13 | 14 | 27 |
| | % | 48,1 | 51,9 | 100,0 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 0 | 4 | 4 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 79 | 65 | 144 |
| | % | 54,9 | 45,1 | 100,0 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.100. Sınıfsal Konuma Bağlı Olarak Son Gebelikte İzlenme Durumu (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Üretim Araçlarına Sahip | Sayı | 5 | 6 | 11 |
| | % | 45,5 | 54,5 | 100,0 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | Sayı | 12 | 23 | 35 |
| | % | 34,3 | 65,7 | 100,0 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | Sayı | 11 | 12 | 23 |
| | % | 47,8 | 52,2 | 100,0 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | Sayı | 5 | 13 | 18 |
| | % | 27,8 | 72,2 | 100,0 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | Sayı | 17 | 41 | 58 |
| | % | 29,3 | 70,7 | 100,0 |
| Sürekli İşsiz | Sayı | 3 | 6 | 9 |
| | % | 33,3 | 66,7 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 53 | 101 | 154 |
| | % | 34,4 | 65,6 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Son gebelikte izlenme oranlarına sınıfsal konuma bağlı olarak bakıldığında Ankara kentinde sınıfsal konum iyileştikçe gebelikte izlenme oranlarının da artması eğilimi görülmektedir. Ancak, Diyarbakır'da bu eğilim net olarak ortaya çıkmamıştır.

*Tablo 5.101. Son Doğumun Yapıldığı Yer*

| | | Ankara | Diyarbakır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Evde, Sağlık Personeli Yardımı Olmadan | Sayı | 15 | 37 | 52 |
| | % | 10,3 | 23,1 | 17,0 |
| Evde, Sağlık Personeli Yardımı İle | Sayı | 3 | 24 | 27 |
| | % | 2,1 | 15,0 | 8,9 |
| Sağlık Ocağında | Sayı | 1 | 0 | 1 |
| | % | 0,7 | 0,0 | 0,3 |
| SSK Hastanesinde | Sayı | 40 | 19 | 59 |
| | % | 27,6 | 11,9 | 19,3 |
| Devlet Hastanesinde | Sayı | 75 | 50 | 125 |
| | % | 51,7 | 31,3 | 41,0 |
| Üniversite Hastanesinde | Sayı | 2 | 2 | 4 |
| | % | 1,4 | 1,3 | 1,3 |
| Özel Hastanede | Sayı | 3 | 3 | 6 |
| | % | 2,1 | 1,9 | 2,0 |
| Evde Deneyimli Birinin Yardımıyla | Sayı | 6 | 25 | 31 |
| | % | 4,1 | 15,6 | 10,2 |
| Toplam | Sayı | 145 | 160 | 305 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Son doğumun yapıldığı yerler karşılaştırıldığında, son doğum Ankara'da %51,7 oranıyla devlet hastanesi ve %27,4 oranıyla SSK hastanesi gibi yoğunlukla bir sağlık kurumunda yapılmaktadır. Diyarbakır'da ise son doğum %15 oranıyla evde sağlık personeli yardımıyla, %15,6 oranıyla evde deneyimli birinin yardımıyla, %23,1 oranıyla da evde sağlık personeli yardımı olmadan gerçekleşmektedir. Ankara'da son doğumda bu sağlık kurumlarının tercih edilmesinin nedenleri, sağlık güvencelerinin olması ve kuruma güven duyulmasıdır. Diyarbakır'da ise, doğum çoğunlukla resmi bir kurumda değil, %63,1 gibi yüksek bir oranla evde gerçekleştiği için kurumun tercih edilme nedeniyle ilgili soruya alınan cevapların dağılımı sağlıklı sonuçlar vermemektedir.

*Tablo 5.102. Doğuma Yardım Eden Deneyimli Kişi*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Anne/Kayınvalide | Sayı | 4 | 4 | 8 |
| | % | 57,1 | 15,4 | 24,2 |
| Komşular | Sayı | 1 | 17 | 18 |
| | % | 14,3 | 65,4 | 54,5 |
| Aile Yakını | Sayı | 2 | 5 | 7 |
| | % | 28,6 | 19,2 | 21,2 |
| Toplam | Sayı | 7 | 26 | 33 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Doğuma yardım eden kişilere bakıldığında, yardım eden kişilerin Ankara'da %57 ile anne/kayınvalide olduğu belirtilirken, Diyarbakır'da %64,4 ile komşuların olduğu görülmektedir.

*Tablo 5.103. Kendiliğinden Düşük Sayısı*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| 1 | Sayı | 27 | 40 | 67 |
| | % | 71,1 | 66,7 | 68,4 |
| 2 | Sayı | 7 | 15 | 22 |
| | % | 18,4 | 25,0 | 22,4 |
| 3 | Sayı | 4 | 5 | 9 |
| | % | 10,5 | 8,3 | 9,2 |
| Toplam | Sayı | 38 | 60 | 98 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Görüşme yapılan kadınlarda, kendiliğinden düşük yapan kadınların oranı Ankara'da %25,7 iken Diyarbakır'da bu oran %36,2'dir. Kendiliğinden düşük sayısı sorulduğunda bu soruya bir (1) yanıtını verenlerin oranı Ankara'da %71,1, Diyarbakır'da ise %66,7 ile çoğunluktadır. Diyarbakır'da kendiliğinden düşük sayısının Ankara'ya oranla yüksek olması, ilgili sağlık ocağıyla yapılan

derinlemesine görüşmelerde de belirtildiği gibi; örneklem alanında gebeliğe ve doğuma dair bakım, hijyen gibi konulara büyük oranda dikkat edilmemesiyle ilgilidir.

*Tablo 5.104. İsteyerek Düşük Sayısı*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| 1 | Sayı | 3 | 13 | 16 |
| | % | 50,0 | 76,5 | 69,6 |
| 2 | Sayı | 1 | 3 | 4 |
| | % | 16,7 | 17,6 | 17,4 |
| 3 | Sayı | 2 | 1 | 3 |
| | % | 33,3 | 5,9 | 13,0 |
| Toplam | Sayı | 6 | 17 | 23 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Görüşülen kadınlarda isteyerek düşük oranı, Ankara'da %4,1 (6 kişi), Diyarbakır'da ise %10,2 (17 kişi) ile oldukça düşüktür. İsteyerek düşük sayısının sorulduğu soruda, bu soruya bir (1) yanıtını verenlerin oranı Ankara'da 3 kişi (%50), Diyarbakır'da ise 13 kişi (%66,5) ile çoğunluktadır.

### 5.5.4. Aile İçi Şiddet

Şiddet, daha önce de belirtildiği gibi bir sağlık sorunu değil, sağlık sorununa neden olan etmenlerden biridir. Konunun önemi nedeniyle yapılan alan çalışmalarında şiddet üzerine de veri toplanmış; şiddet, fiziksel ve psikolojik olarak ayrı biçimlerde ele alınmıştır. Çalışılan alanlarda kadınların şiddete uğrama oranlarına bakıldığında şiddet olaylarının yaşanmasının çok sık rastlanan bir durum olmadığı görülmektedir.

*Tablo 5.105. Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumu*

| Anketin yapıldığı kent | Evet | | Hayır | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Ankara | 19 | 13,3 | 124 | 86,7 | 143 | 100 |
| Diyarbakır | 29 | 18,5 | 128 | 81,5 | 157 | 100 |
| Toplam | 48 | 16 | 252 | 84 | 300 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Ankara'da fiziksel şiddet görenlerin oranı %13,3 iken, Diyarbakır'da %18,5 oranındadır. Bu durum her iki kentte de şiddet görme oranının birbirine yakın olduğunu göstermektedir.

*Tablo 5.106. Daha Önce Fiziksel Şiddet Yaşama Durumu*

| Anketin yapıldığı kent | Evet | | Hayır | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Ankara | 24 | 28,9 | 59 | 71,1 | 83 | 100 |
| Diyarbakır | 21 | 35 | 39 | 65 | 60 | 100 |
| Toplam | 45 | 31,5 | 98 | 68,5 | 143 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Şiddetin zaman içinde farklılaşmasını belirtmek için, daha önce fiziksel şiddet yaşanıp yaşanmadığı ile ilgili de soru sorulmuş, alınan yanıtlarda Ankara'da %28,9, Diyarbakır'da %35 oranında kadınların önceden fiziksel şiddet gördüğü anlaşılmıştır. Günümüzdeki şiddet oranlarının daha düşük olması şiddetin zaman içinde azaldığının bir göstergesidir.

*Tablo 5.107. Fiziksel Şiddeti Uygulayan Kişi*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Eşi | Sayı | 16 | 23 | 39 |
| | % | 84,2 | 92,0 | 88,6 |
| Çocuğu | Sayı | 1 | 1 | 2 |
| | % | 5,3 | 4,0 | 4,5 |
| Ailenin diğer üyeleri | Sayı | 2 | 1 | 3 |
| | % | 10,5 | 4,0 | 6,8 |
| Toplam | Sayı | 19 | 25 | 44 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Fiziksel şiddeti kimin gösterdiğine bakıldığında her iki kentte de şiddeti uygulayan kişinin çok yüksek oranda eşlerin olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu durum şiddetin erkeklerin kadına yönelik başvurduğu bir eylem olduğunun çok açık bir göstergesidir.

*Tablo 5.108. Fiziksel Şiddetin Uygulanma Sıklığı*

| | | Ankara | Diyarbakır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Her gün | Sayı | 5 | 5 | 10 |
| | % | 35,7 | 22,7 | 27,8 |
| 2-3 Günde Bir | Sayı | 2 | 5 | 7 |
| | % | 14,3 | 22,7 | 19,4 |
| Haftada Bir | Sayı | 2 | 4 | 6 |
| | % | 14,3 | 18,2 | 16,7 |
| Ayda Bir | Sayı | 1 | 4 | 5 |
| | % | 7,1 | 18,2 | 13,9 |
| Nadiren | Sayı | 4 | 4 | 8 |
| | % | 28,6 | 18,2 | 22,2 |
| Toplam | Sayı | 14 | 22 | 36 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Yapılan ankette, şiddetin yaşanma sıklığına dair bilgiler de elde edilmeye çalışılmış ancak, iki kent arasında bu konuda önemli bir farklılaşma olmadığı saptanmıştır.

*Tablo 5.109. Eğitime Göre Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumu (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 6 | 17 | 23 |
| | % | 26,1 | 73,9 | 100,0 |
| Okur-Yazar | Sayı | 1 | 11 | 12 |
| | % | 8,3 | 91,7 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 9 | 80 | 89 |
| | % | 10,1 | 89,9 | 100,0 |
| İlköğretim Mezunu | Sayı | 1 | 2 | 3 |
| | % | 33,3 | 66,7 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 1 | 8 | 9 |
| | % | 11,1 | 88,9 | 100,0 |
| Lise Mezunu | Sayı | 1 | 4 | 5 |
| | % | 20,0 | 80,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 19 | 122 | 141 |
| | % | 13,5 | 86,5 | 100,0 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.110. Eğitime Göre Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumu (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 17 | 69 | 86 |
| | % | 19,8 | 80,2 | 100,0 |
| Okur-Yazar | Sayı | 7 | 21 | 28 |
| | % | 25,0 | 75,0 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 3 | 26 | 29 |
| | % | 10,3 | 89,7 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 0 | 6 | 6 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Lise Mezunu | Sayı | 0 | 2 | 2 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 27 | 124 | 151 |
| | % | 17,9 | 82,1 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Her iki kentte fiziksel şiddete maruz kalma durumu eğitime göre karşılaştırmalı olarak incelenmiş, sonuçlar belli bir eğilimi ortaya koymakla birlikte eğitim seviyesi arttıkça şiddet yaşama durumunun azaldığı yönünde net bir sonuç göstermemiştir. Ancak yine de ortaokul lise mezunlarında şiddete maruz kalma oranının çok daha düşük olduğu görülmektedir. Bunda farklı eğitim seviyelerinde yer alan kadınların homojen bir dağılım göstermemesinin önemli etkisi vardır.

*Tablo 5.111. Eğitime Göre Daha Önce Fiziksel Şiddet Yaşama Durumu (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 8 | 7 | 15 |
| | % | 53,3 | 46,7 | 100,0 |
| Okur-Yazar | Sayı | 4 | 4 | 8 |
| | % | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 12 | 41 | 53 |
| | % | 22,6 | 77,4 | 100,0 |
| İlköğretim Mezunu | Sayı | 0 | 2 | 2 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 0 | 4 | 4 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Lise Mezunu | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 24 | 59 | 83 |
| | % | 28,9 | 71,1 | 100,0 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.112. Eğitime Göre Daha Önce Fiziksel Şiddet Yaşama Durumu (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 14 | 17 | 31 |
| | % | 45,2 | 54,8 | 100,0 |
| Okur-Yazar | Sayı | 5 | 9 | 14 |
| | % | 35,7 | 64,3 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 1 | 10 | 11 |
| | % | 9,1 | 90,9 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Lise Mezunu | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 20 | 38 | 58 |
| | % | 34,5 | 65,5 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Eğitim durumu ile şiddete maruz kalma durumu arasında tam olarak ortaya konamayan ilişki, eğitim durumu ile daha önce fiziksel şiddet yaşama durumu karşılaştırıldığında daha net bir biçimde sergilenmiştir.

Her iki kentte eğitim seviyesi yükseldikçe, daha önce şiddet yaşama oranında keskin bir düşüş gözlemlenmektedir. Yani eğitim, şiddetin yerleşmesini engelleyen bir unsurdur.

*Tablo 5.113. Psikolojik Şiddete Maruz Kalma Durumu*

| Anketin yapıldığı kent | Evet | | Hayır | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Ankara | 28 | 20,7 | 107 | 79,3 | 135 | 100 |
| Diyarbakır | 57 | 36,8 | 98 | 63,2 | 155 | 100 |
| Toplam | 85 | 29,3 | 205 | 70,7 | 290 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Psikolojik şiddete maruz kalanların oranına bakıldığında, psikolojik şiddet görenlerin oranının Ankara'da %20,7, Diyarbakır'da ise %36,8 olduğu görülmektedir. Bu durum özellikle Diyarbakır'da psikolojik şiddetin yoğun olduğunu göstermektedir. Ancak her iki kentte de psikolojik şiddet görmeyenlerin sayısı görenlere oranla daha fazladır. Değinilmesi gereken bir nokta da kadınların psikolojik şiddete fiziksel şiddetten daha çok maruz kalmakta olduğudur.

*Tablo 5.114. Daha Önce Psikolojik Şiddet Yaşama Durumu*

| Anketin yapıldığı kent | Evet | | Hayır | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Ankara | 20 | 28,2 | 51 | 71,8 | 71 | 100 |
| Diyarbakır | 22 | 27,5 | 58 | 72,5 | 80 | 100 |
| Toplam | 42 | 27,8 | 109 | 72,2 | 151 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Ankara'da daha önce psikolojik şiddet yaşama durumu şu andaki durumla karşılaştırıldığında %28,2 ile daha yüksektir. Yani Ankara'da psikolojik şiddet yaşama durumunun, daha önce fiziksel şiddet yaşama durumuna benzer bir biçimde şu andaki durumla karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak, Diyarbakır'da bunun tam tersi bir durum söz konusudur. Bu durum kırdan kente göçle birlikte ekonomik şartların kötüleşmesi durumuyla açıklanabilir.

*Tablo 5.115. Psikolojik Şiddeti Uygulayan Kişi*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Eşi | Sayı | 22 | 46 | 68 |
| | % | 78,6 | 86,8 | 84,0 |
| Çocuğu | Sayı | 4 | 1 | 5 |
| | % | 14,3 | 1,9 | 6,2 |
| Ailenin Diğer Üyeleri | Sayı | 2 | 6 | 8 |
| | % | 7,1 | 11,3 | 9,9 |
| Toplam | Sayı | 28 | 53 | 81 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Psikolojik şiddeti uygulayan kişilere bakıldığında her iki kentte de yine eşlerin yoğunlukta olduğu görülmektedir.

*Tablo 5.116. Psikolojik Şiddetin Görülme Sıklığı*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Her gün | Sayı | 7 | 14 | 21 |
| | % | 29,2 | 31,1 | 30,4 |
| 2-3 Günde Bir | Sayı | 1 | 12 | 13 |
| | % | 4,2 | 26,7 | 18,8 |
| Haftada Bir | Sayı | 3 | 13 | 16 |
| | % | 12,5 | 28,9 | 23,2 |
| Ayda Bir | Sayı | 3 | 2 | 5 |
| | % | 12,5 | 4,4 | 7,2 |
| Nadiren | Sayı | 10 | 4 | 14 |
| | % | 41,7 | 8,9 | 20,3 |
| Toplam | Sayı | 24 | 45 | 69 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

İki kent arasında fiziksel şiddetin yaşanma sıklığı konusunda benzer özellikler görülmesine rağmen Diyarbakır'da psikolojik şiddete maruz kalma sıklığı Ankara'dakine göre dikkat çekici biçimde fazladır. Diyarbakır'da en az 'haftada bir' psikolojik şiddet görenlerin oranı %86,7 gibi yüksek bir değerdir. Ankara'da ise çoğunlukla 'nadiren' yanıtı alınmıştır.

*Tablo 5.117. Eğitime Göre Psikolojik Şiddete Maruz Kalma Durumu (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 4 | 19 | 23 |
| | % | 17,4 | 82,6 | 100,0 |
| Okur-Yazar | Sayı | 2 | 10 | 12 |
| | % | 16,7 | 83,3 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 18 | 64 | 82 |
| | % | 22,0 | 78,0 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 2 | 10 | 12 |
| | % | 16,7 | 83,3 | 100,0 |
| Lise Mezunu | Sayı | 2 | 3 | 5 |
| | % | 40,0 | 60,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 28 | 106 | 134 |
| | % | 20,9 | 79,1 | 100,0 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.118. Eğitime Göre Psikolojik Şiddete Maruz Kalma Durumu (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 33 | 52 | 85 |
| | % | 38,8 | 61,2 | 100,0 |
| Okur-Yazar | Sayı | 13 | 15 | 28 |
| | % | 46,4 | 53,6 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 7 | 22 | 29 |
| | % | 24,1 | 75,9 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 1 | 4 | 5 |
| | % | 20,0 | 80,0 | 100,0 |
| Lise Mezunu | Sayı | 0 | 2 | 2 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 54 | 95 | 149 |
| | % | 36,2 | 63,8 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Eğitim durumuna göre psikolojik şiddete maruz kalma durumuna bakıldığında Diyarbakır'da eğitime bağlı olarak bu tür şiddete maruz kalma oranının düştüğü görülmektedir. Ankara örnekleminde ise böyle bir eğilimi doğrulayacak bir sonuç çıkmamaktadır.

*Tablo 5.119. Eğitime Göre Daha Önce Psikolojik Şiddete Maruz Kalma Durumu (Ankara)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 3 | 8 | 11 |
| | % | 27,3 | 72,7 | 100,0 |
| Okur-Yazar | Sayı | 3 | 5 | 8 |
| | % | 37,5 | 62,5 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 14 | 32 | 46 |
| | % | 30,4 | 69,6 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 0 | 5 | 5 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Lise Mezunu | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 20 | 51 | 71 |
| | % | 28,2 | 71,8 | 100,0 |

*Kaynak: Ankara Alan Çalışması*

*Tablo 5.120. Eğitime Göre Daha Önce Psikolojik Şiddete Maruz Kalma Durumu (Diyarbakır)*

| | | Evet | Hayır | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Okur-Yazar Değil | Sayı | 15 | 27 | 42 |
| | % | 35,7 | 64,3 | 100,0 |
| Okur-Yazar | Sayı | 5 | 9 | 14 |
| | % | 35,7 | 64,3 | 100,0 |
| İlkokul Mezunu | Sayı | 1 | 15 | 16 |
| | % | 6,3 | 93,8 | 100,0 |
| Ortaokul Mezunu | Sayı | 0 | 3 | 3 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Lise Mezunu | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0,0 | 100,0 | 100,0 |
| Toplam | Sayı | 21 | 55 | 76 |
| | % | 27,6 | 72,4 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Daha önce psikolojik şiddete maruz kalma oranları her iki kentte de çok benzerdir. Daha önce fiziksel şiddet yaşama ile eğitim arasında saptanan net ilişki, eğitim ile daha önce psikolojik şiddet yaşama arasında bulunmamaktadır. Ancak, Diyarbakır'da eğitim seviyesinin yükselmesiyle, psikolojik şiddete maruz kalma oranının düştüğü de izlenmektedir.

*Tablo 5.121. Zaman İçinde Şiddet Olaylarının Görülme Sıklığı Nasıl Değişti?*

| | | Anketin yapıldığı kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Arttı | Sayı | 6 | 21 | 27 |
| | % | 18,2 | 32,8 | 27,8 |
| Değişmedi | Sayı | 6 | 23 | 29 |
| | % | 18,2 | 35,9 | 29,9 |
| Azaldı | Sayı | 21 | 20 | 41 |
| | % | 63,6 | 31,3 | 42,3 |
| Toplam | Sayı | 33 | 64 | 97 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalma durumunun zaman içinde nasıl değiştiğine dair bir soru sorulmuş ve Ankara'daki kadınların çoğu (%63,6) geçmişe göre ailedeki şiddet olaylarının azaldığını belirtmişlerdir. Diyarbakır'da ise geçmişe göre önemli ölçüde bir azalmanın olmadığı görülmüştür.

### 5.5.5. Uyku sorunu ve psikolojik nedenlerle ilaç kullanma durumu

*Tablo 5.122. Uyku Problemi Yaşama Durumu*

| Anketin yapıldığı kent | Evet | | Hayır | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Ankara | 47 | 32,4 | 98 | 67,6 | 145 | 100 |
| Diyarbakır | 92 | 57,1 | 69 | 42,9 | 161 | 100 |
| Toplam | 139 | 45,4 | 167 | 54,6 | 306 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Uyku sorunu yaşama oranı Ankara ile Diyarbakır kentleri karşılaştırıldığında, Diyarbakır'da uykusuzluk sorunu yaşayan kadınların oranının neredeyse Ankara'dakinin iki katı olduğu görülmektedir (Ankara ve Diyarbakır'da sırasıyla %32,4 ve %57,1). Uyku problemlerini sadece psikolojik olarak yorumlamak yanlış olacağından, bu değerlendirmede kişinin genel sağlık durumu da dikkate alınmalıdır.

*Tablo 5.123. Psikolojik Rahatsızlıklar Nedeniyle İlaç Kullanma Durumu*

| Anketin yapıldığı kent | Evet | | Hayır | | Toplam | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Ankara | 24 | 16,7 | 120 | 83,3 | 144 | 100 |
| Diyarbakır | 34 | 21,3 | 126 | 78,8 | 160 | 100 |
| Toplam | 58 | 19,1 | 246 | 80,9 | 304 | 100 |

*Kaynak: Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Ankette araştırılan konulardan biri de psikolojik rahatsızlıklar nedeniyle ilaç kullanıp kullanmama durumudur. Özellikle son dönemde bir çok insan, ailenin sosyo-ekonomik durumu, kadının hane içindeki konumu ve benzeri durumlar gibi birçok psikolojik nedenle ilaç kullanmaya başlamıştır. Ancak alan çalışması grubunda psikolojik rahatsızlıklar nedeniyle ilaç kullanma oranının düşük olduğu saptanmıştır. Ankara'da sadece %16,7'lik bir grup psikolojik nedenlerle ilaç kullandığını belirtirken, Diyarbakır'da bu oran %21,3'tür.

## 5.6. Sonuç ve Değerlendirme

Ankara ve Diyarbakır'da yürütülen alan araştırmalarının kadın sağlığı boyutuyla incelendiği bu bölümde, yapılan alan çalışmaları aracılığıyla bireyden yola çıkılarak kentte kadın sağlığı üzerine bir değerlendirme yapılmıştır. Ancak sağlık gibi geniş bir alanda ve bireylerin her birinin farklı özelliklerinin etkileyebileceği bir konuda araştırma yapmak ve bir profil çıkarmak kolay olmamaktadır. Bu nedenle, çalışmada edinilen bulguların genele ilişkin bilgileri değil, daha çok çalışma alanına ilişkin bilgileri yansıttığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Kentin yoksul mekanlarında yaşayan kadınların sağlığının Ankara ve Diyarbakır kentleri karşılaştırmalı olarak incelendiği bu bölümde her iki kentte yapılan alan çalışmaları sonucunda belirlenen ortak tespit ve çözüm yollarının yanında bu kentlerin sahip olduğu farklı toplumsal ve kültürel yapılanmalar ve sosyo-ekonomik koşulların neden olduğu farklı sorun ve mücadelede biçimleri yer almaktadır.

Kadınların doğum öncesi ve sonrası herhangi bir sağlık kurumu tarafından bakım ve izlenme oranlarının düşük olması ve hijyen koşullarına özen gösterilmemesinin üreme sağlığını olumsuz etkilemesi, ve kadınların maruz kaldığı şiddetin beden ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etki yaratması, sağlık hizmetlerinden yeterli ve etkin bir biçimde yararlanmanın önündeki en büyük engel olan işsizlik ve sosyal güvencesizlik oranlarının yüksekliği, sağlık kurumlarındaki yetersiz donanım ve personel eksikliğinin sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasını engellemesi her iki kentte de ortak olarak saptanan sorunlar olmaktadır.

Yoksul kesimlerde doğurganlık oranının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak özellikle Diyarbakır'da bu oranın gerek Ankara gerekse de Türkiye ortalamalarının oldukça üstünde olması dikkate değerdir. Ayrıca Diyarbakır'da bu oranın zengin kesimlerde daha da yüksek olması Diyarbakır'da farklı bir toplumsal yapılanmanın ve kültürel yapının sonucunun açık bir göstergesidir. Diyarbakır'da hakim olan feodal kültür kadın sağlığını da etkilemektedir. Bu feodal kültür aile içi ve akrabalık ilişkilerinde kırsal yaşamın güce ve niceliğe dayalı yaşamın etkisini kent hayatına da taşır. Yerleşik alışkanlıklardan kolayca vazgeçememe, dinin hakim etkisi, kır yaşamının kentte de devam ettirilmesi isteği, ataerkil kültür, etnik sorun, ontolojik güven sorunu ve doğum kontrol yöntemlerine çeşitli nedenlerden dolayı itibar edilmemesi gibi nedenler de Diyarbakır'daki bu farklı durumu besleyen kaynaklardır.

Okullaşmada yaşanan cinsiyet ayrımcılığının bir göstergesi olarak eğitim seviyesinin düşük olmasının sağlık sorunlarıyla mücadelede bilinç eksikliği yaratması, konuşulan dille ilgili olarak yaşanan iletişim sorunlarının sağlık hizmetlerine erişimde ve kendini ifade etmede sorunlara neden olması, kadınların erken yaşta evlendirilmesi ve erken doğum yapması Diyarbakır'a özel farklılaşmanın sonuçlarıdır.

Bu çalışmada, alan çalışmasının ardından, buna ilişkin verilerin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi, kadın sağlığı konusunda politika üretmek için birer araç olarak kullanılmıştır. Burada değinilmesi gereken en önemli noktalardan biri, alan çalışmasında kent mekanının seçilmiş olması ve çözüm önerilerinin kentsel alanda yaşayan kadınlara ilişkin olması gerektiğidir.

## 6. YOKSUL KENT ALANLARINDA ÇOCUK ve GENÇ SAĞLIĞI

Çocuk ve gençlerin fiziksel ve psikolojik sağlığı, toplumun geleceği açısından büyük bir öneme sahiptir. Çocuk ve genç[21] sağlığı da diğer toplumsal kesimlerde olduğu gibi yoksulluğun ikili etkisi altındadır; yoksul çocuk ve gençler, hem sağlıkla ilgili sorunlara yakalanma hem de yakalanılan sağlık sorunlarından kurtulma bakımından toplumun diğer kesimlerindeki çocuk ve gençlere göre daha fazla risk altındadırlar.

Bu çalışmanın temel amacı, kentin yoksul ailelerindeki çocuk ve gençlerin yaşadıkları sağlık sorunlarını ve bunların nedenleri ile yoksulluğun ne düzeyde bu kesimlerin sağlıkları üzerinde etkili olduğunu belirlemektir. Bu çalışmanın bir diğer amacı da, ülkemizin iki farklı bölgesindeki iki kentin (Ankara ve Diyarbakır) yoksul kesimlerindeki çocuk ve gençlere ilişkin sağlık konusu açısından, genel bir değerlendirme ve karşılaştırma yapmaktır.

Çalışmanın kuramsal kısmında ilk olarak, çocuk ve genç sağlığına yönelik belli başlı yaklaşımlara yer verilerek, genel bir çerçeve çizilmiştir. Ardından çocuk ve genç sağlığını etkileyen temel etmenler açıklanmıştır. Bu etmenler, yoksulluğun çocuk ve genç sağlığını etkileme biçimlerinin tanımlanması açısından önemlidir. Daha sonra çocuk ve genç sağlığını etkileyen etmenlerin doğurduğu sonuçlar ele alınmıştır. Bu anlamda çocuk ve genç sağlığı konusunda temel göstergelerin neler olduğu belirlenmiştir. Alan çalışmasındaki verilerin karşılaştırmalı bir biçimde değerlendirilmesi amacıyla son olarak bu temel göstergelerin Türkiye'deki durumu incelenmiştir.

### 6.1. Yoksulluk Kavramı ve Çocuk ve Genç Yoksulluğu

Doğrudan çocuk sağlığıyla ilgili olmasa da çocuk gelişimi ile yoksulluk arasındaki ilişkiyi inceleme bilimsel yazında 1960'larda ortaya çıkmıştır. Bunda refah devletinin, sosyal devlet anlayışının etkisi büyüktür; çünkü ve yoksullukla mücadele bu tür bir devlet anlayışının temel politikalarından birisidir (Lamy, 2002: 21).

Çocuklarda sağlık, zeka, davranış, tutum, algı, öğrenme gibi bir çok niteliğin oluşması iki temel etmene dayanmaktadır. Bunlardan birisi kalıtsal gelişim, diğer bir deyişle soya dayalı özellikler, diğeri ise çevresel şartlar, sosyo-ekonomik koşullardır (Flanagan, 2002: 41). İşte bu ikinci etmen, çalışmanın temel çerçeve sini oluşturmaktadır. Yoksul ailelerde, bakımsız mekanlarda, kamusal hizmetlerin yeterince sunulmadığı ortamlarda yaşayan çocuklar tüm bu saydığımız özelliklerden olumsuz etkilenmektedir. Bu anlamda ailenin

[21]Türkiye'nin de imzaladığı Birlesmis Milletler'in Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi'nin 1. Maddesine göre 18 yaşına kadar her insan çocuktur. (www.turkis.org.tr/icerik/calisancocuk.htm) Ayrıca, diğer bir gruplandırmaya göre de, 0-12 ay yeni doğan, 1-5 yaş arası bebek 6-18 yaş arası çocuk ve 18-25 yaş arası da genç nüfus olarak belirlenmiştir. (http://www.firattipdergisi.com/text) ve

gelirinin düşüklüğü, sosyo-kültürel bakımdan alt düzeyde olması, yaşanılan mekanın kötü koşullara sahip olması, yetersiz beslenme, eğitim v.b. durumlar yoksulluk ile çocuk sağlığı arasında birebir ilişki kurmanın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda yoksulluğun neden ve sonuçları arasındaki döngüsel etkileşim ve bunun çocuk ve genç sağlığı üzerindeki etkilerinin ortaya konması oldukça önemli bir araştırma konusudur.

Levanthal'a göre, ilgili yazında çocuk gelişimiyle ilgili üç temel kuram söz konusudur. Bunlar;

- Bronfenbrener'in "İnsan Gelişiminin Ekolojik Modeli",
- Rutter, Werner gibi bilim adamlarının savunduğu "Risk ve Fırsat Perspektifi",
- Haveman ve Wolfein'in savunduğu "Ekonomik Kaynak Modeli"dir (Levanthal, 1999: 12).

*Ekolojik Model*'in en önemli özelliği, çocukluk döneminin gruplandırılmasıdır. Buna göre çocukların gelişiminde dört farklı evre söz konusudur; 0-5, 6-10, 11-15 ve 16-20 yaş aralıkları. Bu dönemlerin her biri, çocukların gelişimlerinde farklı etkilere sahiptir.

*Risk ve Fırsat Perspektifi*'nde ise, çocuğun gizil gücünü tam anlamıyla ortaya koymasına engel olan çeşitli riskler üzerinde durulmaktadır. Bunlar salt yoksulluk, aile içi geçimsizlik gibi nedenleri değil, bunların dışındaki nedenleri de kapsamaktadır. Diğer taraftan, çocuğun sağlıklı bir gelişim geçirmesi için fırsatlar da söz konusudur. Bu koşullar, çocuğun gelişiminin yanında ileriki hayatını da çok büyük oranda etkilemektedir. Çocuğun içinde yer aldığı aile, akraba, okul, dini kurumlar gibi farklı küçük gruplarda bu olumlu ve olumsuz etkenler birlikte bulunmaktadır. Ayrıca çocuğun ırkı, etnik kimliği ve cinsiyeti, toplumların bakış açısına göre, risk ya da fırsat doğurabilmektedir.

*Ekonomik Kaynaklar Yaklaşımı*'na göre ise, çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişimini etkileyen üç farklı kavramsal çerçeve vardır. Bunlar; çocuğa yapılan yatırımlar, toplumsal kaynaklar ve ailevi kaynaklardır. Ayrıca sosyologlar buna, bir dördüncü alan olarak "topluluk kaynaklarını" eklerler. Buna göre, toplumdaki ağlar, çocukla ilgili toplumsal etkinlikler, bireyler arası ilişkiler gibi unsurlar da çocuğun gelişmesini etkileyen etmenler arasındadır.

Görüldüğü gibi, bu üç yaklaşım içinde birincisi çocuğun gelişiminde kalıtsal ve biyolojik özelliklere vurgu yaparken, diğer ikisi ise, çevresel etmenlerin önemi üzerinde durmaktadır. Bu bağlamda, yoksulluk, çocuk gelişimini ve sağlığını doğrudan etkileyen bir etmendir. Ancak sorun, yoksul çocuk ve genç grubunun kimlerden oluştuğunu belirlemektir. Bunun için, çocuk ve gençlerin yoksulluğunu belirleyen ölçütlerin neler olduğunu tanımlamak gerekmektedir. Bu tanımlamayı yapmak yetişkin bireylerin ya da ailelerin yoksulluklarını tanımlamaktan daha zordur.

### 6.1.1. Ekonomik Etmenler ve Sosyo-Ekonomik Durum ile Çocuk ve Genç Sağlığı

Çocuk ve genç yoksulluğu konusunda yapılan araştırmalarda, konunun açıkça anlaşılabilmesi için öncelikle çocuk ve genç yoksulluğunun tanımlanması gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda, bu konuda iki önemli sorun ortaya çıkmaktadır. Bunlardan ilki çocuk yoksulluğunun hane üzerinden yapılması, diğer bir deyişle çocuğa özgün bir "çocuk yoksulluğu" tanımlamasının yapıl(a)mıyor olmasıdır. Çalışmalardaki diğer sorun ise "yoksulluk" tanımının eksik yapılmasından kaynaklanmaktadır.

Sağlık konusunda yapılan araştırmalarda yoksulluk, "toplumsal sınıf" üzerinden tanımlanmaktadır. Bu yapılırken de, toplumsal sınıf kavramı her çalışmada farklı bir şekilde tanımlanmış; genellikle ailelerin gelir düzeyi, eğitim düzeyi ve mesleki durumları gibi ölçütler kullanılmıştır. Bu yaklaşım sağlık alanında yapılan çalışmaların sosyal bilimlerde de incelenebilmesi için her zaman uygun zemini hazırlamamakla birlikte, konu, çocuk ve gençler ve üzerinde yoğunlaştığında işler daha da güçleşmektedir. Çünkü, çocuklar, belirli bir mesleğe ve gelire sahip olmadıkları ve eğitim düzeyleri de yaşları itibariyle henüz çok sınırlı olduğu için, bir sınıfa dahil değildirler. Bu nedenle de çocuklar üzerine yapılacak araştırmalar ebeveynlerin verdiği veriler temel alınarak yapılmak durumundadır.

Yukarıda belirtildiği gibi, sağlık alanında yoksulluğu tanımlamak için kullanılan sınıf kavramı çok sayıda farklı ölçüte dayanmakla birlikte en çok karşılaşılan ölçüt "gelir düzeyi"dir. Buna göre, oluşturulan çocuk yoksulluğu tanımında ve "yoksul hane içinde yaşayan çocuk ve gençlerin yoksul oldukları" belirtilmektedir. Ancak, bu çok genel ve eksik bir tanımlama olarak eleştirilmektedir; çünkü, yoksulluk sağlık, eğitim, beslenme ve barınak gibi temel gereksinimlerle doğrudan bağlantılı ve daha kapsamlı bir tanımlamayı gerektirmektedir. Bunun da ötesinde, çocuk yoksulluğu araştırmalarında, fiziksel gereksinimlerle birlikte psikolojik ve toplumsal ihtiyaçları da içeren daha kapsayıcı bir yoksulluk tanımı kabul görmelidir. Kısaca, yoksulluk çok boyutlu olarak incelenmesi gereken bir olgudur.

Nitekim, yoksulluğun tanımı salt gelir eksikliği üzerinden yapılabiliyor olsaydı, ekonomik büyümeyi sağlayacak ya da gelir eksikliğini giderecek siyasalar üretmekle bu soruna bir çözüm getirilebilirdi. Ancak, yoksulluğun çok boyutlu tanımı, bu sorunun yalnızca ekonomi siyasaları ile çözülemeyeceğini, toplumsal siyasalarla da desteklenmesi gerektiğini göstermektedir. Bu anlamda, yoksulluğun hem nedenlerini hem de sonuçlarını ortadan kaldıracak, ve ekonomik ve toplumsal siyasalar bir arada düşünülmelidir.

Araştırmalarda ortaya çıkan en belirgin sonuç, çocuk ve genç nüfusun karşılaştıkları sağlık sorunlarının en önemli nedeninin yoksulluk olmasıdır. Yoksul çocuklar ve gençler, yoksul olmayan ya da daha az yoksul olan

ailelerin çocuklarına göre, her zaman, daha fazla sağlık sorunlarıyla karşılaşmaktadır. Araştırmalarda, yoksulluğun süresi, derinliği ve etkileme dönemleri üzerinde çalışmalar yapılmış ve çocuk ve genç nüfusun sağlığı ile içinde bulundukları yoksulluk durumları arasında doğrudan ve dinamik bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.

### 6.1.2.Yoksulluğun Süresi, Derinliği, Etkileri ve Ortaya Çıktığı Zamanlar

1986, 1988 ve 1990 yıllarını içeren ve çocukların ruhsal sağlığı ile ailelerinin sahip olduğu gelir düzeyi arasındaki dinamik ilişkiyi inceleyen bir makalede, 3 varsayım öne sürülmektedir (Miller, 1992: 355-358); bunlardan ilki, çocukların geçmişte yaşadıkları yoksulluk deneyimlerinin, onların gelecekteki ruhsal sağlığını etkileyeceğine ilişkindir. Öyle ki, çocukların psikolojik sağlıklarındaki bozulma, ekonomik göstergelerde bir gelişme yaşanmasına karşın devam edebilmekte, hatta etkisini daha da arttırabilmektedir. Bu konuyla ilgili ikinci varsayım da çocukların ve ailelerinin yoksulluk durumu ile çocukların yaşadıkları sağlık sorunları arasındaki ilişki üzerinedir. Buna göre, ailenin yoksulluk durumunun sürmesi halinde çocuğun sağlık sorunları da devam edecek, ailenin yoksulluk durumundan çıkması halinde ise çocuğun sağlık sorunları düzeleçektir. Üçüncü varsayım ise, sürekli/süre gelen bir yoksulluk içinde olan çocuğun ruhsal sağlık durumunun yoksul olmayan ya da geçici yoksulluk yaşayan çocuklardan daha farklı olduğudur. Örneğin, sürekli yoksulluk deneyimi yaşayan çocukların depresyon geçirme olasılıklarının daha fazla olduğu savunulmaktadır.

Öne sürülen varsayımların ilki ve sonuncusu yapılan görgül çalışmalar sonucunda doğrulanmakla birlikte, ikinci varsayım doğrulanmamış; hanenin yoksulluk durumundan çıkması halinde bile geçmişte yaşanan yoksulluğun çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin sürdüğü sonucuna ulaşılmıştır.

Yoksulluğun uzun vadedeki fiziksel etkilerine ilişkin olarak; 1970 ile 1973 yılları arasında İskoçya'da yapılan bir araştırmada, çocukken yoksul olan kişilerin ilerleyen yaşlarda beyin kanaması ve mide kanserinden ölme olasılığının görece yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer bir örnekte ise, çocuklukta yaşanan yoksulluğun ilerleyen yaşlarda devam etmesi halinde ise kişilerde koroner kalp yetmezliği ve solunum hastalıkları dolayısıyla ölüm riskinin yüksek olduğu gösterilmektedir (Hancıoğlu, 1999)

Özetle, çocukluk dönemini "sürekli" yoksulluğun yaşandığı bir hanede geçiren bireyler, bu durumun olumsuz etkileriyle salt içinde bulunduğu süreçte değil, yaşamının diğer evrelerinde de karşılaşmaktadır. Hatta bu bireylerin, zamanla sosyo-ekonomik olarak daha iyi bir konuma gelseler bile, çocukluktaki yoksulluklarının fiziksel ve ruhsal açıdan ve olumsuz etkilerini taşıma olasılıkları vardır. Aynı durum çocuklukta yaşanan "dönemsel" yoksulluğun etkileri için de geçerlidir.

### 6.2. Çocuk ve Genç Sağlığını Etkileyen Etmenler

Flanagan'a (2002: 10) göre, çocukların fiziksel ve psikolojik özelliklerini etkileyen çevresel etmenler dört aşamadan oluşur[22]; mikro sistem (aile); mezo sistem (okul, dini kurumlar v.b.); dış sistem[23] (dolaylı yoldan çocuğu etkileyen çevresel etmenler); makro sistem (toplumsal kurumlar, toplumsal değerler, toplumun ahlaki değerleri v.b.)dır.[24]

Lamy'ye (2003: 20) göre ise, çocuğun gelişimini ve sağlığını etkileyen riskler olarak şunlar sayılabilir; annenin yaşı, psikolojik durumu, eğitimi, fiziksel sağlığı; ailenin eğitim durumu, yapısı, toplumsal hareketlilik düzeyi, gelir ve kaynakları, çocuk sayısı, v.b.

Bu çalışmada, yoksulluğun hangi etmenlerle çocuk ve genç sağlığını etkilediğini gösterirken iki noktadan hareket edilecektir; bunlardan ilki aile, ikincisi ise aile dışında kalan toplumsal ve fiziksel çevredir. Aile etmeni incelenirken ailenin ekonomik durumu, yapısı ve annenin psikolojik durumu ve eğitim düzeyi üzerinde durulacaktır. Çevre etmeni olarak ise, fiziksel çevre, toplumsal sermaye ve sosyo-kültürel yapı üzerinde durulacaktır.

#### 6.2.1. Ailenin Sosyo-Ekonomik Düzeyinin Çocuk ve Genç Sağlığı Üzerindeki Etkisi

Ailelerin, çocukların büyümesi ve gelişimleri üzerindeki etkisi düşünülenden çok daha önemlidir. Çocuğun ruhsal ve fiziksel sağlığı, ailenin içinde bulunduğu fiziksel koşullar ve yine aile bireylerinin (anne, baba, kardeşler) ruhsal sağlığından bağımsız düşünülemez. Aralarındaki ilişkiler bakımından güçsüz ve kötü örgütlenmiş aileler, çocuklarının sağlıklı büyümesi ve gelişimi üzerinde, özellikle onların psikolojik, entelektüel, toplumsal ve duygusal durumları bakımından ciddi anlamda tehdit oluşturmaktadırlar (Miller, 1992).

Genel olarak aile büyüklüğü ile çocuk ve genç sağlığı arasında doğrudan bir ilişkinin var olduğu söylenebilir. Şöyle ki; aile büyüklüğü arttıkça net gelir miktarı artsa da kişi başına düşen gelir miktarı azalacaktır. Yapılan araştırmalar ise, aile büyüklüğünün, ailenin sahip olduğu gelir ve eğitim düzeyinden doğrudan etkilendiğini göstermektedir. Örneğin, Amerika'da 1960 yılında yapılan çalışmalara göre; gelir düzeyi yıllık 7000 doların üstünde olan ailelerde ortalama çocuk sayısı 2.5 iken, ailenin gelir düzeyinin yıllık 2000 doların altına düştüğü durumlarda bu ortalama 3.7'ye yükselmektedir. Kadının eğitimsiz olması durumunda ise çocuk sayısı ortalama 4.7'ye kadar yükselmektedir.

---

[22] Microsystem, mesosystem, exosystem, macrosystem.

[23] Örneğin annenin çalıştığı işin koşulları. Eğer anne stresli bir işte çalışıyorsa mesela hastanede, anne genellikle evde yalnız ve sakin bir ortamda dinlenmek isteyecektir. Bu durumda çocuk anneyle pozitif ilişki kurmaktan mahsur kalacaktır.

[24] Örneğin devletin sağlıkla ilgili yaptığı projeler buna örnek olarak ve rilebilir, ya da toplumda ayrılma oranlarının fazla olması yada küçük yaşta çocuk sahibi olma vb.

Kısaca, ailenin eğitim ve gelir durumu düştükçe sahip olduğu çocuk sayısı artmaktadır. Bu durumda, aile içinde çocukların ihtiyaç duydukları en temel gereksinimler ya hiç karşılanmamakta ya da eksik karşılanmaktadır, ki bu da onların ruhsal ve fiziksel sağlıklarını doğrudan etkilemektedir.

Çocukların gelişimi ve bakımında en önemli role anne sahiptir. Anne çocuk ilişkisi irdelenirken unutulmaması gereken bir nokta, bu annelerin, aynı zamanda, yoksulluğu yaşayan kadınlar olduğudur. Dolayısıyla anneyi doğrudan ya da dolaylı yollardan etkileyen her türlü etken çocukları da olumsuz etkileyecektir. Bu bağlamda yoksulluk ile çocuk gelişimi arasındaki ilişkinin yoksulluk ile kadın arasındaki ilişki üzerinden de değerlendirilmesinde fayda vardır.

Flanagan'a (2002: 37) göre, çocuğun zeka düzeyi ile annenin doğum yaşı, annenin eğitim düzeyi, babanın aile içerisindeki rolü, annenin psikolojik durumu ve çocukla ilgili sorunları nasıl çözdüğü, diğer bir deyişle olumlu ya da olumsuz yolla mı çözdüğü doğrudan ilişkilidir. Ayrıca anne ve babanın çocukla geçirdiği süre de önemlidir. Bundan dolayı anne ve babanın çalışma saatinin ne kadar olduğu ve bunun dışında kalan sürede çocuklarıyla ne kadar ve nasıl ilgilendiği üzerinde de durulmalıdır.

Yapılan araştırmalarda, yoksul ebeveynlerin eğitim düzeylerinin oldukça düşük olduğu belirtilmektedir. Eğitim düzeylerinden ötürü bu sınıf ya çok az vasıflı ya da vasıfsız eleman olup, geliri düşük, çalışma temposu yüksek ve düzensiz işlerde çalışmaktadırlar. Örneğin, 2000 yılında İngiltere'de yapılan bir araştırmaya göre, yoksul çocukların %61'inin ebeveynlerinin işsiz olduğu, hanelerde tam zamanlı bir çalışanın olma durumunun %23 oranında kaldığı belirtilmiştir (Bradshaw, 2002: 135). Bu durum ailelerin çocuklarının gelişimiyle yeterince ilgilenememelerine, gerek okul çağlarında gerekse okul sonrasında eğitimlerine yeterince katkıda bulunamamalarına neden olmaktadır. Özellikle yoksul çocukların ve öğrenme güçlüğü yaşayan çocukların eğitiminde ailenin önemi biraz daha ön plana çıkmakta, okuldan sonra da ve öğrenme yeteneklerine yardım eden, onları teşvik eden bir yetişkine sahip olan çocukların, diğerlerine oranla daha farklı bir ilerleme ve gelişme gösterdiği belirtilmektedir (Bradshaw, 2002: 140). Kısaca, gelişim sürecinde gereksinim duydukları destek ve ilgiden mahrum kalan çocuklarda, diğer çocuklara göre bazı yetersizlikler gözlenmektedir.

Burada belirtilmesi gereken bir diğer nokta, hanenin yoksulluk durumundan kurtulması halinde, çocuğun sağlık sorunlarının doğrudan düzeleceği yargısına varılmaması gerektiğidir. Nitekim, ailenin düzelen gelir durumu beraberinde ebeveynlerin çocuklarıyla daha çok ilgilenmesini getirmedikçe yaşanan sorunlarda bir düzelmenin olanaklı olmadığı belirtilmektedir (Miller, 1992). Maddi olumsuzlukların ortadan kalkmasının yanı sıra bu iyileşmenin, çocuk üzerinde etkin olabilmesi için, manevi yetersizliklerin de ortadan kalkması gerekmektedir.

Yoğun ve yorucu iş temposunda çalışmanın yanı sıra ailelerin karşılaştıkları işsizlik sorunu da çocukların sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. İşsizlik sonucu ortaya çıkan gelir eksikliğinden dolayı çocuklar çalışmak zorunda kalmaktadır. Gelişme dönemlerini genellikle ağır işlerde ve sağlıksız koşullarda ve toplumsal güvenlikten yoksun olarak geçirmek zorunda kalan bu çocuklarda gerek fiziksel ve ruhsal gerekse toplumsal açıdan ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Smith, Hard ve Brain'ın Scotland'da 25 iş yerindeki 35 ile 64 yaş arasındaki 5645 işçiyle ilgili yaptığı bir araştırmaya göre, yarı-nitelikli ya da niteliksiz olan babaların çocuklarının 35 yaştan sonraki hayatlarında diğer çocuklara göre yaşadıkları hastalıkların yüksekliği görülmektedir. Olumsuz sosyo-ekonomik koşullar devam etmese bile yoksul ailelerden gelen yetişkin bireylerde diğer bireylere göre felç, mide kanseri, kalp krizi oranı ve solunum ile ilgili hastalıklara daha fazla rastlanılmaktadır (Hancıoğlu, 1992).

### 6.2.2.Çevre Etmeni

Çocuğun sağlığını etkileyen etmenlerden en önemlisi ailenin sosyo-ekonomik durumu iken bir başka etken de yoksul yaşam alanlarıdır. Çoğu yoksul ailenin yoksul kent bölgelerinde yaşadığı bir gerçektir ve bundan dolayı çocuklar hem yoksul ailenin hem de yoksul çevrenin olumsuz etkisi altında büyümektedirler (Leventhal, 1999: 52).

#### *6.2.2.1.Fiziksel Çevre Etmeni*

Aynı sosyo-ekonomik konumları paylaşan hanelerin yaşadığı mekanların birbirleriyle benzeştiği görülmektedir. Koşulların böyle şekillenmesinde iki sürecin etkin olduğu söylenebilir; birincisi, çeşitli temel donatılardan yoksul olan bölgeler, varsıl kesimler tarafından tercih edilmemekte ve görece olarak kentin daha yoksul kesimlerine bırakılmaktadır. Varsıl kesimlerin gittiği yerlerde yaşam maliyetleri arttığı için de yoksul kesimler doğal olarak görece daha kötü kent mekanlarına itilmektedir. Bu süreç sonucunda kentlerde benzer sosyo-ekonomik koşullara sahip ailelerin bir arada yaşadığı görülmektedir. Bu ayrım özellikle yoksul ve varsıl kesimler açısından daha nettir.

Olumsuz çevre koşullarının çocuklar ve gençler üzerinde ciddi etkileri bulunmaktadır. Şöyle ki; yaşadıkları çevrenin olumsuz koşullarından dolayı yaşları ilerledikçe, çocukların, ölümle sonuçlanan kazalar yapma riski oldukça yüksektir. Örneğin, 1 yaş üstündeki çocuklardaki ölümlerin, uzun süreli marazın temel nedeninin kazalar olduğu belirtilmiştir. Kısaca, toplumsal dezavantaj, çevresel riskler ve kazalar arasında doğrudan bir ilişki olduğu belirtilmektedir.

Öte yandan, yoksul çevrede yaşayan çocukların eğitim ve öğrenim durumları da bundan kötü biçimde etkilenmektedir. Şöyle ki, içinde bulundukları yoksul çevre, çocukların eğitimini sürdürmelerini teşvik etmemektedir. Yoksul

çevredeki okulların, gerek eğitim kalitesi ve gerekse eğitim olanakları bakımından yetersiz olması çocuğu etkilemektedir. Çocuğun eğitim ve öğrenimindeki eksiklikler, onun algısal yeteneklerini köreltmekte ve çoğu zaman toplumun diğer kesimlerinden uzaklaşmasına neden olmaktadır. Bu durum çocukların şehrin daha farklı bölgeleri ile ilişkiye girme cesaretini yitirmelerine de neden olabilmektedir.

### *6.2.2.2. Toplumsal Sermaye Etmeni*

Toplumsal sermayenin yazında bir çok tanımı söz konusudur. Burada ayrıntısına girmeden genel bir tanım vermek gerekirse; toplumsal sermaye, iki ya da daha fazla birey arasında işbirliğini arttıran örneklerle desteklenmiş enformel normları kapsayan bir kavramdır. Toplumsal sermayeyi oluşturan bu normlar, iki birey arasındaki güvenden, çok daha karmaşık, inceden inceye eklemlenerek oluşturulmuş ilişkilere kadar geniş bir alanı kapsayacaktadır. (Fukuyancak, 1999). Pierre Bourdieu'ya göre ise toplumsal sermaye, bireyin herhangi bir toplumsal gruba kendini ait hissetmesi sayesinde sahip olduğu ve bu aidiyet için ihtiyacı olan her tür kaynağı ifade eder (en.wikipedia.org/wiki/socialcapital). Ancak bu tür tanımlardaki tehlikeye dikkat çekmek gerekmektedir. Yapılan bu tanımlar bağlamında mafya türü ilişkiler de sosyal sermaye olarak yorumlanabilir. Bu noktada belirleyici olan en son noktada ulaşılan kaynağın niteliğidir. Toplumsal sermaye, formel kaynaklara ulaşımı sağlayan ve özgürleştirici nitelikteyse olumlu, enformel kaynaklar yaratan ve bu kaynaklara bağımlı kılan nitelikteyse olumsuz olarak yorumlanmaktadır.

Toplumsal sermaye kavramı, çocuk ve genç sağlığı ile bağlantısı bakımından değerlendirildiğinde yoksulların sahip oldukları toplumsal sermayenin toplumdaki sağlık hizmetlerinin devlet ya da kamusal kurumlar tarafından verilmeyen kısmındaki açığı kapatma bakımından önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Toplumda özellikle mikro düzeyde mahalle, komşuluk gibi yerel birimlerde halkın dayanışma ilişkileri yoluyla birbirlerinin sağlık sorunlarının çözümünde toplumsal sermaye kavramının önem kazandığı söylenebilir. Özellikle konu kadın ve çocuk sağlığı olduğunda, bir çok kadın bu konularla ilgili sorunlarını aynı mahallede ya da apartmanda yaşadıkları komşularıyla ya da akrabalarıyla konuşarak çözmektedir.

Bu anlamda toplumsal sermaye yoluyla bu tür sorunların çözümünün hem olumlu hem de olumsuz yönde etkileri vardır. Bu amaca yönelik olarak oluşturulmuş dernek ya da sivil toplum örgütleri yoluyla bu tür gereksinimler doğru bir şekilde karşılanırken, komşuluk birimlerinde elde edilen "kulaktan dolma bilgiler" genellikle yanlış ve zararlı sonuçlar verebilmektedir. Örneğin, Akşemseddin Mahallesi'nde yaptığımız görüşmelerden aldığımız bilgilere göre bu mahallede yaşayan kadınlar özellikle çocuk sağlığı ve bakımı konusunda annelerinden, etraftan öğrendikleri bilgilerle yetinmektedirler. Ancak ciddi bir sorunla yüz yüze kaldıklarında, hastanelere başvurmaktadırlar.

Bu tür olumsuz örneklere karşın, genellikle toplumsal sermayenin yoksul hanelerin üzerinde olumlu etkileri olduğu yapılan incelemelerde belirtilmektedir. Bunun, yoksulluğun getirdiği olumsuz etkilerle başa çıkılması konusunda destekleyici bir unsur olduğu görülmüştür. Ancak bu gelişmiş toplumsal ağların, çocuk ve genç sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin de olabileceği yapılan bir araştırmada dile getirilmiştir. Buna göre, çocukların yaşları ilerledikçe, kendi kişiliklerinin oluşumunda çevreleriyle kurdukları bağların çocuklar üzerindeki etkileri artmaktadır. Yoksul çevrelerde özellikle ergenlik çağı ve öncesindeki çocukların; şiddet eğilimli, madde bağımlılığı olan gruplara katılma olasılıkları yüksektir. Ayrıca, yapılan bir araştırma sonucunda da toplumsal sermayenin her zaman çocuklarının sorunlarını, rahatlıkla paylaşabilecekleri bir ortam ve yaratmadığı, kimi zaman aksine, sorunlarını içselleştirmelerine neden olduğu belirtilmiştir.

Öte yandan, toplumsal ve psikolojik özellikleri bakımından ilişkilerin güçlü olduğu "iyi işleyen" ve topluluklarda, o topluluğa mensup yoksul çocuk ve genç ile, ailesi ve içinde bulunduğu yoksulluk nedeniyle belli bir yere bağlı kal(a)mayan, kötü örgütlenmiş bir çevrede yaşayan yoksul çocuk ve gençler arasında, karşılaştıkları sorunların üstesinden gelebilmeleri açısından farklılıklar bulunmaktadır. Genellikle ilk bahsedilen gruptaki kişilerin, yoksulluk durumu nesiller boyu sürmek yerine yıllarla, on yıllarla sınırlı kalmaktadır. Bu kişiler, kolektif olarak hareket edebilmekte, değer yargılarına ilişkin olarak ortak yaklaşımlar geliştirmekte, toplum içerisindeki diğer gruplara karşı daha güçlü durabilmekte ve sorunlarını ve çözerken daha başarılı olabilmektedirler. Buna karşılık kötü örgütlenmiş bir çevrede yaşayan yoksul kimseler ise, kendilerini daha güçsüz hissetmekte, daha saldırgan tutumlar göstermekte ve duygusal olarak daha fazla yıpranmaktadırlar. Bu yoksullar en az iki şeye ilk gruptaki yoksullara oranla daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar. Bunlardan ilki, sağlık bakımı ve sağlık hizmetlerinden yararlanabilme, ikincisi ise, çocuklarına her türlü yardımın yapılacağı sözü. İçinde bulunulan toplumsal ağlar ve çevre bakımından kötü örgütlenmiş yoksullar, bu hizmetlere diğerlerine göre daha çok gereksinim duymaktadırlar.

Tüm bu tartışmalar toplumsal sermayenin oluştuğu ve geliştiği çerçevenin ya da bağlamın söz konusu sermayenin etkinliği açısından önemini göstermektedir. Dolayısıyla bu kavram sadece, varlığı ya da yokluğu bağlamında incelenmemeli aynı zamanda içeriği açısından da ele alınmalıdır. Bunun da ötesinde, toplumsal sermaye, bir kurtuluş yolu olarak görülmemeli sadece hayatta kalma stratejisi olarak değerlendirilmelidir. Aksi halde, kurumsal örgütlenmeler yerine kişilere bağlı bireysel örgütlenmelerin artmasının yolu açılmış olacaktır.

#### *6.2.2.3. Sosyo-Kültürel Yapı*

Çalışmanın başında da belirtildiği gibi çocuklarla ilgili yapılan araştırmalarda, ailelerinin çocukları hakkında verdiği veriler üzerinden sonuçlara ulaşılmaktadır. Dolayısıyla, ailelerin içinde bulundukları sosyo-kültürel

farklılıklar bu araştırmaların seyrini de etkilemektedir. Örneğin, yapılan bir araştırmada ABD'deki bir anne için çocuğunun akademik başarısı çok önemli iken, Karayip Adaları'nda yaşayan anneler için çocuğun evin bütçesine katkısı daha önemli olabilmektedir (Melvin, 1968). Hane içinde özellikle çocukların bakımıyla ilgilenen kişi, çocukları değerlendirirken bulundukları yerin kültürel yapısına bağlı olarak cinsiyet, yaş vb. etkenlere göre ayrımcılık yapabilmektedir.

Bu sonuç, Kohn'un yaptığı araştırma ile birleştirildiğinde oldukça anlamlı sonuçlar vermektedir. Kohn'un araştırmasına göre, gelir düzeyi düştükçe ailelerin çocuklarının eğitimine verdikleri önem ve anlam azalmaktadır. Daha yüksek gelirli aileler eğitimi, çocuklarının kendi yönlerini çizebilmelerini sağlayacak bir araç olarak görürken, daha düşük gelirliler salt dışardan gelecek etkilere adapte olabilmelerini sağlayacak bir araç olarak değerlendirmektedir. Dolayısıyla da, çocuklarının eğitimlerine gereken önemi verememekte, bu bağlamda, onların zeka gelişimlerine gereken katkıyı sağlayamamaktadır. Kısaca, Kohn'a göre ailelerin çocuklarının eğitimlerine olan bakış açıları içinde bulundukları sınıfın sosyo-kültürel yapısı tarafından belirlenmektedir (aktaran: Melvin, 1968).

Tüm bunlar ışığında, sosyo-kültürel yapı ile sağlık arasında da bir ilişkinin aranması doğaldır. Sağlık ile ilgili dolaylı ve doğrudan harcamaların miktarı dolayısıyla sosyo-kültürel bağlama bağlı olarak farklılaşacaktır. Örneğin beslenmede önceliğe sahip aile bireylerinin olması, rahatsızlık durumunda hekime başvurma gibi durumların sosyo-kültürel yapıya göre farklılaştığı görülmektedir. Ancak bu noktada söz konusu farklılaşmanın gerçekten sosyo-kültürel yapı mı yoksa ekonomik rasyonellerle mi biçimlendiğinin tespiti önemlidir. Aksi takdirde her şeyi sosyo-kültürel farklılıkların bir sonucu olarak yorumlamak kolaycılık olacaktır.

## 6.3. Yoksulluğun Çocuk Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Sağlık; hiçbiri diğerinden daha önemli ve üstün olmamak üzere fiziksel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir "iyilik hali" olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda yoksulluğun, çocuk ve genç sağlığı üzerinde hem fiziksel hem de zihinsel ve psikolojik etkilerinin olması beklenmedik bir sonuç değildir.

### 6.3.1.Zihinsel ve Psikolojik Etkiler

Zihinsel ve psikolojik etkiler üç başlıkta incelenebilir;

- Algısal etkiler: Temel olarak okul başarısı
- Davranışsal etkiler: Okula devam durumu; iletişim sorunları; erken evlilik yapma; suç işleme; sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı; intihar etme eğilimi vb.
- Duygusal etkiler: Mutsuzluk, depresyon, stres ve iyi olmama durumu v.b. kapsar.

Çocukluk dönemi ruhsal anlamda bireyin gelişimi açısından en önemli dönemdir. Bir çok araştırma göstermiştir ki; yetişkin bir insanda ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıkların temeli çoğunlukla çocukluk dönemine dayanmaktadır. Bu anlamda yoksulluğun, çocuğun psikolojik gelişimine yaptığı olumsuz etki gerçekte yetişkin bireylerde yaşanan sorunların temelini oluşturmaktadır.

Bradshaw'ın belirli başlıklar altında topladığı "Yoksulluğun Etkileri", Zihinsel Hastalıklarla Mücadele Ulusal Komitesi'nin (National Committe Againist Mental Illness) (Miller, 1992) yaptığı bir araştırma ile desteklenmiş; yoksul çocukların %20-25'inin 4 yaşına kadar olan süre içinde, duygusal gelişimlerinin yetersiz ve bozuk ve olarak şekillendiği belirtilmiştir. Aynı araştırmaya göre, yoksul çocuklarda çok küçük yaşlarda başlayan bu gelişim bozuklukları ilerideki yaşlarda da çeşitli ruhsal sorunlara neden olmaktadır. Kötü örgütlenmiş yoksul bir çevrede yaşayan çocuklarda, güvenden çok güvensizlik, güçlü olma yerine güçsüzlük hissi, kararlı olma yerine kararsızlık, başarılı olma hissi yerine sürekli bir başarısızlık içinde bulunduğunu sanma, ilişkilerinde samimiyet yerine çevresinden yalıtılma, umutsuzluk ve şüphecilik gibi ve yaklaşımlar ve tüm bunlara bağlı olarak davranış bozukluklarının ortaya çıktığı görülmüştür.

Ruhsal hastalıklar ya da rahatsızlıklar şöyle sıralanabilir; depresyon, intihar, şizofreni, demans, zihinsel özür, epilepsi. Bu hastalıkların bir çok sebebi vardır (www.rize.saglik.gov.tr/ruh.htm). Bunlar arasında toplumsal koşullar, aile içi ortam, geçim sıkıntısı v.b. sayılabilir. Diğer taraftan bu tür ruhsal rahatsızlıklar incelendiğinde çözüm olarak bazılarında doğum öncesi izlenim söz konusudur. Diğer bir deyişle herhangi bir çocuğun ileride yakalanabileceği bir çok ruhsal rahatsızlığın temelinde annenin doğum öncesi ve doğum sonrası dönemi etkili olmaktadır.

Flanagan'a göre (2002), çocuklardaki depresyon olasılığı iki nedene dayanır; bunlardan birisi çevresel etmenlerdir (stres, mali sorunlar vb.), diğeri ise özellikle annenin çocukla gereken düzeyde olumlu bir ilişkiye girmemesidir (ilgisizlik gibi).

Diğer bir ruhsal bozukluk olan epilepsiyi önlemede de şunlar önerilmektedir; Doğum öncesi bakım, Güvenli doğum, beyin yaralanmalarının azaltılması, enfeksiyon hastalıklarının denetimi. Görüldüğü gibi epilepsinin tedavi yöntemi kadın ve doğumla ilgilidir. Yoksul bölgelerde bu tür doğum öncesi bakımın yetersi olduğu düşünülürse yoksulluk, sağlıklı bir gelişimi engellediği gibi tedavi açısından da olumsuz etkiyi barındırmaktadır.

Çocukluk döneminde çocukların duygusal, düşünsel ve davranış yönünden değerlendirilmesi, önleyici çalışmalar açısından önem taşır. Özellikle çocuklar toplumsal çevreleri içinde değerlendirilmelidir (aile, arkadaş grubu, okul, fiziksel ve kültürel çevreleri). Çocuk ve gençler açısından en büyük risk etmenleri; fiziksel hastalıklar, düşük doğum ağırlığı, ailede ruhsal bozukluk öyküsü, yoksulluk, bakım veren kişiden ayrılma, ihmal ve istismardır

(www.yunus.hacettepe.edu.tr/~ergen/egitim_sosyolojisi/cocuk_isgucu.htm). Yoksul kesimlerin sağlık konusunda en riskli oldukları durum, esasında ruhsal ve psikolojik rahatsızlıklardır. Çünkü bu tür rahatsızlıkların tedavisinde sağlık ocaklarında yeterli donanım ve personele sahip değildir. Yoksul kesimlerin maddi yetersizlikten dolayı sağlık ocakları dışında başka bir sağlık kurumuna başvurma olasılığının düşük olduğu düşünüldüğünde bu rahatsızlıklarla ilgili tedavi imkanlarının neredeyse olanaksız olduğunu söyleyebiliriz (www.rize.saglik.gov.tr/ruh.htm).

Diğer taraftan çocukluk dönemi ve okul dönemine baktığımızda bir çok araştırma göstermiştir ki; yoksul ailelerde anne ve babasının yaşadığı stres, sıkıntı gibi konular, çocuğun algılama düzeyini ters yönde etkilemekte ve bu, büyüdükçe topluma adapte olabilmesini de zorlaştırmaktadır. Özellikle zeka düzeyi, kimi bilim adamlarının iddia ettiği gibi, insanın yaşadığı topluma çabuk uyum sağlayabilmesi ve normal sınıflandırmasına girebilmesi ise, yoksul ailelerdeki çocukların zeka seviyelerinin düşük olduğu gibi bir yargıya varılabilir.

### 6.3.2. Fiziksel Etkiler

Doğuşta görülen yetersiz boy ve kilo, prematüre doğumlar, ölüm ve kaza oranları ve ilerleyen yıllarda ortaya çıkan gelişim bozuklukları vb. etkiler yoksulluğun neden olduğu en belirgin fiziksel sorunlardır.

Çocuğa özgün yoksulluk ve sağlık çalışmalarında temel olarak kullanılan fiziksel ölçütlerin en önemlisi yeni doğan bebeklerde ve annelerde görülen ölüm oranlarıdır. Bu oranlar, anne ve çocuk sağlığı çalışmalarında kullanılmakla birlikte, gerçekte, toplumun genel sağlık durumuna işaret eden önemli bir göstergedir. Örneğin, anne ve yeni doğan bebek ölümlerinin fazla olduğu toplumlarda diğer bireylerin sağlık durumlarının kötü olma olasılığının da yüksek olduğu kabul edilmektedir. Bebek ve anne ölümlerinin düşük olması ise, aynı şekilde, toplumun genel sağlık durumunun iyi olduğunun bir belirtisi olarak gösterilmektedir (Miller, 1992).

Anne ve yeni doğan bebek ölümlerinin artmasında, özelikle hamilelik sırasında yetersiz beslenmenin, annenin eğitim düzeyinin düşük olmasının ve küçük yaşta doğurmanın önemli bir rol oynadığı saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda bu sorunlar anne adaylarının sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerde yaşaması halinde daha fazla gözlemlenmiştir. Dolayısıyla, yoksulluk ile bebek ve anne ölümleri arasında doğrudan bir bağlantı olduğu rahatlıkla ifade edilebilmektedir.

Annenin gebelik ve doğum sırasında sağlık hizmetlerinden yararlanması, bebek ölüm hızını etkileyen diğer önemli etmenler arasındadır. Doğum öncesi bakım ya da doğum sırasında bakım alamayan annelerin bebek ölüm hızları bu hizmetten en az birisini alan annelere göre belirgin olarak daha yüksektir. Eğer anne hem gebelik hem de doğum sırasında sağlık hizmeti almış ise bebek ölüm

hızı ülkenin ortalama bebek ölüm hızının çok daha altına inmektedir. Tüm bu etmenlerin yanı sıra annenin doğurganlık özellikleri de bebek ölüm hızını etkileyen önemli etmenler arasında yer almaktadır. Annenin sık doğum aralığı ve doğum sayısının artması da bebek ve çocuk ölüm hızlarının artışına neden olmaktadır.

Yeni doğan bebeklerin ağırlıkları da çocuk sağlığı araştırmalarında pek çok sağlık sorununun kaynağı olarak gösterilmektedir. Yeni doğan bebekler için en az standart 2.5 kg.dır ve bu ağırlığın altında doğan bebeklerin ölme ihtimalinin yüksek olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca, düşük kiloda doğan bebeklerin yaşatılması halinde bile gelecekte zihinsel sorunlarla, büyüme ve gelişme problemleri, körlük ya da diğer sinir hastalıklarıyla karşılaşma risklerinin daha fazla olduğu belirtilmektedir. Ayrıca bu tür doğumlar sonrasında çocukların, çocuklukları süresince solunum hastalıkları gibi kronik hastalıklara daha fazla yakalandıkları da kayıtlarda yer almıştır. Düşük kilolu doğumların temel sebebi olarak, annenin hamilelik döneminde yetersiz beslenmesi en önemli etmen olarak ortaya çıkmaktadır. Yukarıda da belirtildiği üzere hamilelik dönemi boyunca ve sonrasında yeterli bakımı alamayan anne adaylarının düşük kilolu bebekler dünyaya getirme olasılıkları, diğer adaylara oranla daha yüksek bir olasılıktır.

Yeni doğan bebeğin ağırlığının yapılan doğum şekline bağlı olarak da değiştiği belirtilmektedir. Bu açıdan, prematüre doğumlarda düşük kilolu bebeklerin doğma olasılığının daha yüksek olduğu bilinmektedir ve prematüre doğum oranları ile, düşük sosyo-ekonomik statü arasında doğrudan bir bağlantı olduğu kaydedilmiştir (Miller, 1992).

Ancak, burada ve vurgulanması gereken önemli nokta, yoksul annelerin hem hamilelik döneminde sağlık hizmetlerinden yararlanabilecek yeterli bilgi donanımına ve bilinç düzeyine sahip olmadığı; hem de, bu kişilere ulaşan sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığıdır.

### 6.3.3.Yoksulluk ve Çocuk İşçiliği

Yoksulluk ve çocuk sağlığı açısından incelenmesi gereken bir diğer konu ise, yoksulluğun getirdiği maddi sıkıntıyı aşmak için çocuk ve gençlerin çalışması konusudur. Maddi yetersizlikler, bünyesi çalışmaya elverişli olmayan çocuk ve gençlerin çalışmasına neden olmakta ve bu da çocukların yaşıtlarına göre hem psikolojik hem de fiziksel olarak daha zayıf bir gelişim sergilemesine yol açmaktadır. Ayrıca erken yaşta çalışmaya başlayan çocukların bir çoğu eğitimini de yarıda bırakmaktadır. Diğer bir deyişle, buna göre çocukların çalıştırılması hem herkesin eğitim hakkının olmasının ihlali hem de çocuğun sağlıklı gelişiminin ihlalidir.

Bugün (1995) gelişmekte olan ülkelerde 5-14 yaşlarındaki çocuklardan 120 milyonu çalışıyor. Buna ikinci bir faaliyet olarak gidenler de eklenirse sayı 250 milyonu bulmaktadır. Bunların %61'i Asya'da, %32'si Afrika'da (yoğunluk

%49), %7'si Latin Amerika'da. (ILO, 1996). Çocuk işçiliği yalnızca azgelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin sorunu değildir. Sanayileşmiş ülkelerin birçoğunda da çocukların çalıştığı ve görülmektedir. Bu çocuk işçilerin çoğunluğu tarım kesiminde çalışmaktadır ve aralarında önemli bir bölümü göçmen ailelerin çocuklarıdır (www.tusiad.org/yayin/gorus/58/9.pdf).

Çocukların erken yaşta iş hayatına girmelerinin gelişimleri ve sağlıkları açısından çok ciddi sonuçları vardır. Çalışan çocuklar okula giden çocuklara göre daha kısa ve daha zayıf kalmaktadırlar ve daha çok hastalığa yakalanmaktadırlar. Çünkü iş alanlarındaki yetersiz temizlik, aşırı kalabalık, yetersiz havalandırma, yüksek sıcaklık, yanlış beslenme çocukların enfeksiyonlu hastalıklara, yaralanmalara ve işle ilgili rahatsızlıklara yakalanma riskini artırmaktadır.

Ağır işlerde çalışan çocuklarda fiziksel ve ruhsal bozukluklar ortaya çıkmaktadır. Çocuklar uzun süre aynı işi yapacaklar. Konsantrasyon düzeyleri yetişkinlerinkinden düşüktür. Daha çabuk yorulurlar. Bu sebeplerden dolayı çocukların iş kazası yapma oranları daha yüksektir.

Eldeki veriler çocuk işgücünün tehlikeli ve tehlikeli olmayan işlerde çalışan çocuklar olmak üzere ikiye ayrılmasını öngörse de çocuk işçiliğinde yoksulluk, en önemli nedendir. Yoksul aileler çocuklarının elde edecekleri gelire ihtiyaç duymaktadırlar.(www.yunus.hacettepe.edu.tr/~ergen/egitim_sosyolojisi/cocuk_isgucu.htm). Bunun yanında, çocuğun eğitim görerek kazanacağı profesyonelleşme, çocuklar erken yaşta çalıştırılarak verilmeye çalışılmaktadır. Burada amaç, çocuğun bir meslek öğrenmesidir. Böylece geleceğe ilişkin korkular aşılmaya çalışılmaktadır. Diğer bir neden olarak, çocuğun günlük yaşamının kontrolü gösterilebilir. Çocuğun zamanını ev dışında belli bir yerde geçirmesi, ailenin gözetiminin sürmesi açısından önemlidir. Ancak nedenleri ne olursa olsun çocuğun çalışması, sağlığı üzerinde olumsuz etkilere sahiptir.

Ancak yoksulluğun tek başına çocuk işgücüne neden olduğu söylenemez. Bazı yoksul bölgelerde çocuk işgücü yaygınken, bazı yoksul bölgelerde yaygın değil. Eş oranda yoksul olan ülkelerin bazılarında çocuk işgücü daha yaygındır.

Yoksulluk etmeninin dışında, bazı bölgelerde ve ailelerde ebeveynlerini izleme geleneği de çocuk işçiliğini etkileyen etmenlerdendir. Örneğin, aile deri işiyle uğraşıyorsa, çocuklar da aynı sürece katılıyorlar. Çocuklar için "yardım ediyor" deniyor.

**Uluslararası Sözleşmelerden Gelen Yükümlülükler:** Asgari Yaş Sözleşmesi, 1973 (No. 138) ve bununla beraber 146 nolu Tavsiye Kararı ILO'nun çocuk işgücünün önlenmesi amacına yönelik en kapsamlı ve en yeni hukuksal araçlarıdır. Bunlar ulusal politikaların ve mevzuatın iyileştirilmesi ve teknik işbirliğinin sağlanmasının temelini oluşturmaktadır.

Sözleşme, asgari istihdam yaşının zorunlu eğitimin bittiği yaştan ve her halde 15 yaşından küçük olmamasını öngörmektedir. Ancak, gelişmekte olan ülkeler için bu başlangıç yaşı 15 yerine 14 olarak belirlenmiştir. (Madde 2, Genel Asgari Yaş)

**Türkiye'deki Yasal Durum:** İş Kanunu'nun 67. Maddesine göre, asgari çalışma yaşı 15'tir. Bunun istisnası, çocuğun sağlığına ve eğitimine zarar vermeyen (hafif) işler için belirlenmiş asgari 13 yaştır. Bu madde ILO'nun 138 nolu sözleşmesiyle uyum içindedir. İş Kanununun 78. Maddesine göre, ağır ve tehlikeli işlerde çalışma için asgari çalışma yaşı 16'dır. Ağır ve tehlikeli işlerin bir tüzükle belirleneceği belirtilmiştir. İş Kanununun 67. Maddesine göre, okula giden bir çocuk günde 7,5 saatten daha fazla çalışamaz. Bu süreye çocuğun okulda geçirdiği süre dahildir. Ayrıca, Türkiye'nin henüz imzalamadığı Kamu Sağlığı Anlaşmasının 173. Maddesine göre asgari çalışma yaşı 12'dir.

### 6.4. Türkiye'de Yoksulluk İle Bağlantılı Olarak Çocuk ve Genç Sağlığı

Yoksulluk ile çocuk ve genç sağlığı arasındaki ilişki incelenirken, temel olarak, yoksulluğun hangi yollarla çocuk ve genç sağlığını etkilediğini ve bu etmenlerin yarattığı sonuçların neler olduğu üzerinde durulmuştur. Alan çalışmasının verilerini doğru biçimde değerlendirmek için, Türkiye verilerini dikkate almak gerekmektedir. Bu yüzden, çocuk ve genç sağlığı ile ilgili bazı temel başlıklar altında Türkiye genelindeki verilerin rapora koyulması gerekmektedir.

**Türkiye'de Çocuk ve Genç Nüfus Oranının Toplam Nüfusa Oranı**: 2000 yılı verilerine göre toplam 67.803.927 kişiden 34.119.716 kişi, 25 yaşına kadar olan çocuk ve genç nüfustan oluşmaktadır. Buna göre toplam nüfusun %50'si çocuk ve gençtir. (DİE, 2000)

**Türkiye'de hane halkı Büyüklüğü:** Türkiye'de toplam 15.070.093 hane halkı bulunmaktadır. Bu hane halklarında 67.809.048 nüfus bulunmaktadır. Türkiye'nin ortalama hane halkı büyüklüğü 4.5 kişidir.

**Türkiye Genelinde Kadınların Ortalama Evlenme Yaşı**: 1993 yılı nüfus sayımı ve Türkiye sağlık araştırması sonuçlarına göre, kadınların ortalama evlenme yaşı 18'dir (www.aile.gov.tr/aileist.htm).

**Türkiye'de Bebek Ölüm Hızı ve Oranı**: İl ve ilçe merkezlerinden toplanan ölüm bilgilerine göre "0-4" yaş grubu bebek ölümlerinin tüm yaş grupları içindeki payı 2001 yılında %10.2'dir. Diğer bir deyişle her 10 ölen kişiden birisi 0-4 yaş grubundadır. Türkiye'de 1998 yılı beş yaş altı çocuk ölüm hızına göre 63.363 beş yaş altı çocuğun, 50.748 bebeğin ve 12.615 "1-4" yaş grubu çocuğun öldüğü tahmin edilmektedir. Bebek ölümlerinden 28.317'si yeni doğan döneminde diğer bir deyişle doğumdan sonra ilk 28 günde ve 22.341'inin yeni doğan sonrası dönemde olduğu tahmin edilmektedir. Diğer bir

anlatımla, beş yaş altı bebek ölümlerinin yüzde 44,5'i genellikle doğumdan sonraki ilk dört hafta meydana gelmektedir. Bu ölümlerin yüzde 86'sının bir yaşından önce meydana geldiği unutulmamalıdır. Bebek ölüm vakalarının yaklaşık yüzde 60'ı önlenebilir hastalıklara atfedilmektedir. Tablo 6.1'de ülkemizdeki yeni doğan, yeni doğan sonrası ve beş yaş altı[25] ölüm hızları yerleşim yerlerine ve bölgelere göre gösterilmiştir:

*Tablo 6. 1. Türkiye'de Yerleşim Yerlerine Göre Bebek, Yeni Doğan, Yeni Doğan Sonrası ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızları (%0) (1998)*

| Hızlar | Türkiye | Kent | Kır |
|---|---|---|---|
| Yeni Doğan Ölüm Hızı | 25.8 | 23.5 | 29.6 |
| Yeni Doğan Sonrası Ölüm Hızı | 16.9 | 11.7 | 25.4 |
| Bebek Ölüm Hızı (Yeni Doğan+Yeni doğan Sonrası) | 42.7 | 35.2 | 55.0 |
| Beş Yaş Altı Ölüm Hızı | 52.1 | 42.4 | 68.0 |

**Kaynak: Hancıoğlu, 1999*

Tablo 6.2'ye göre kırsal ve kentsel kesim arasında bebek ölüm hızlarında meydana gelen farklılığın bölgeler arasında da görüldüğü ortaya çıkmaktadır. 1998 yılında bebek ölüm hızı %42.7 iken öğrenim kurumlarına hiç gitmeyen annelerin bebeklerinde ölüm hızı %60.5 ve en az ilkokul mezunu olan annelerin bebek ölüm hızı ise %36.1'e gerilemiştir. Dolayısıyla, annenin eğitim seviyesi ile bebek ölüm hızı arasında ters bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

*Tablo 6. 2. Türkiye'de Bölgelere Göre Bebek, Yeni Doğan ve Yeni Doğan Sonrası Ölüm Hızları (%0) (1998)*

| Hızlar | Batı Anadolu | Güney Anadolu | Orta Anadolu | Kuzey Anadolu | Doğu Anadolu |
|---|---|---|---|---|---|
| Yeni Doğan Ölüm Hızı | 25.3 | 16.8 | 26.8 | 19.7 | 32.8 |
| Yeni Doğan Sonrası Ölüm Hızı | 7.5 | 15.9 | 14.5 | 22.4 | 28.9 |
| Bebek Ölüm Hızı | 32.8 | 32.7 | 41.3 | 42.0 | 61.5 |
| Beş Yaş Altı Ölüm Hızı | 38.2 | 43.0 | 49.6 | 50.5 | 75.9 |

**Kaynak: Hancıoğlu, 1999*

Tablo 6.3'te de görüldüğü üzere, Türkiye'de yeni doğanlarda ölüm hızının, bebek ölüm hızları arasında ön plana çıktığı ve anneye ait sosyo-demografik özelliklerin bebek ölüm hızlarını önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Bu da anne ve yeni doğan sağlığının önemli bir göstergesi olan perinatal (doğum sonrası) ölüm hızının değerlendirilmesini gerektirmektedir. Türkiye'de "Nüfus

[25] Yeni doğan: ilk dört hafta; yeni doğan sonrası: 1-12 ay arası; beş yaş altı: 1-5 yaş arası bebek ve çocukları ifade etmektedir.

ve Sağlık" Araştırmalarının (TNSA) ileri çözümlemeleri yapılarak perinatal ölüm hızı 1993 yılında %0 42.6 ve 1998 yılında %0 39.2 olarak hesaplanmıştır. Bu hızlar ülkemizde yeni doğan ve anne sağlığı ile ilgili sorunların halen ön planda olduğunu göstermektedir.

***Tablo 6. 3. Türkiye'de Annenin Bazı Özelliklerine Göre Yeni Doğan, Yeni Doğan Sonrası ve Bebek Ölüm Hızları (%0), Türkiye, 1998.***

| Özellik | Yeni Doğan Ölüm Hızı | Yeni Doğan Sonrası Ölüm Hızı | Bebek Ölüm Hızı | Beş Yaş Altı Ölüm Hızı |
|---|---|---|---|---|
| **Anne Yaşı** | | | | |
| **20'nin Altı** | 28.3 | 25.3 | 53.5 | 67.4 |
| **20-29** | 28.7 | 18.3 | 47.0 | 57.6 |
| **30-39** | 21.9 | 22.8 | 44.6 | 56.1 |
| **40-49** | 85.8 | 25.5 | 111.4 | 120.0 |
| **Doğum Sırası** | | | | |
| **1** | 27.9 | 11.1 | 39.1 | 46.9 |
| **2-3** | 26.9 | 18.9 | 45.8 | 54.1 |
| **4-6** | 35.1 | 34.6 | 69.7 | 87.0 |
| **7+** | 18.2 | 36.0 | 54.3 | 79.2 |
| **Doğum Aralığı** | | | | |
| **< 2 Yıl** | 43.8 | 47.5 | 91.3 | 113.2 |
| **2-3 Yıl** | 14.8 | 19.2 | 34.1 | 46.3 |
| **4 Yıl ve Üzeri** | 26.0 | 7.2 | 33.1 | 35.9 |
| **Toplam** | 25.8 | 16.9 | 42.7 | 52.1 |

**Kaynak: Hancıoğlu ,1999*

Yaşanılan bölge ve yerleşim birimlerine göre çocukların büyüme durumlarında farklılıklar bulunmaktadır. Ülkemizde çocuklar kırsal kesimde ve özellikle Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşıyorlarsa büyümelerinde daha fazla sorun olma olasılığı vardır. Diğer taraftan annenin öğretim düzeyi düştükçe ve doğurganlığı artıkça büyümesi ile ilgili sorunlar çıkmaktadır. Eğitim düzeyinin artması, annenin hem kendi hem de çocuğunun sağlığı için yaptırması gereken tıbbi denetimleri aksatmaması; alkol, sigara, uyuşturucu madde bağımlılığı vb. zararlı alışkanlıklardan korunması gibi konularda, davranışsal açıdan, annenin bilinç düzeyine olumlu katkılar yapmaktadır.

**Türkiye'de İsteyerek Düşük Oranları**: 1998 TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) sonuçlarına göre Türkiye genelinde her 100 gebelikten 15,7'si isteyerek düşük olurken, her 100 kadından 2,5'i isteyerek düşük yapmıştır.

**Doğum Öncesi Bakım Hizmeti**: Ülkemizde gebe kadınların % 32.5'i doğum öncesi bakım almamakta, doğumların % 26.7'si evde ve %19.4'tü sağlık personeli olmadan gerçekleştirilmektedir (www.toplumsalhizmetuzmani.org). Halihazırda uygulanmakta olan sağlık sisteminde, tüm hamile kadınlar anne ve çocuk bakım hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Hamilelik döneminde sağlık bakım hizmetlerinden yararlanan hamile kadınların oranının yalnızca yüzde 63

olduğu belirlenmiştir (www.umutcocuklari.org.tr). Türkiye genelinde söz konusu hizmetlerin alındığı kuruluşlar ise %60 ile özel sektör, %20 ile devlet hastaneleri, %7 ile SSK hastaneleri ve %6 ile de sağlık ocağı ya da evidir (Özvarış-Akın, 1998: 11).

**Türkiye'de Doğum ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetleri**: 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda; doğum ve doğum sonu hizmetlerden yararlanma konusunda ayrıntılı bilgi toplanmıştır.

*Tablo 6. 4. Doğumların Yapıldığı Yerlere Göre Dağılım, Türkiye 1998*

| Yer | *Sayı* | *Yüzde* |
|---|---|---|
| *Evde* | 915 | 26.9 |
| *Devlet Hastanesinde* | 1628 | 47.9 |
| *Sağlık Ocağında* | 89 | 2.6 |
| *SSK Hastanesinde* | 408 | 12.0 |
| *Özel Hastanede* | 287 | 8.4 |
| *Üniversite Hastanesinde* | 58 | 1.7 |
| *Diğer* | 11 | 0.3 |
| *Toplam* | 3401 | 100.0 |

**Kaynak: Akın-Özvarış, 1999*

TNSA'nda, doğumların yapıldığı yere göre dağılımları Tablo 6.4'te gösterilmiştir. Son beş yıllık dönemdeki doğumların %27'si evde, %48'i devlet hastanesi, %3'ü sağlık ocağında, %12'si SSK hastanelerinde, %8'i özel sektöre ait kuruluşlarda, %2'si ise üniversite hastanelerinde yapılmıştır.

Annelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları, doğumlarının sağlıklı koşullarda gerçekleşmesinde etkili olmaktadır. 1998 TNSA'nda, araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönemde, gebelikleri sırasında hiç bakım almayan annelerde hastane doğumlarının sıklığı (%41.5), yeterli DÖB alanlara göre (%89) oldukça düşüktür. Gebeliği sırasında yeterli DÖB alan kadının, doğumunu çoğunlukla bir sağlık kuruluşunda yaptığı söylenebilir.

*Tablo 6. 5. Temel Özelliklere Göre Doğumların Yapıldığı Koşulların Yüzde Dağılımı, Türkiye 1998*

| Özellik | Sağ. Koşulda Değil | 1. Basamak Kuruluş | Evde Sağlık Pers. ile | Hastane | Sayı |
|---|---|---|---|---|---|
| **Bölge** | | | | | |
| **Batı** | 5.3 | 3.5 | 6.0 | 85.2 | 1003 |
| **Güney** | 14.5 | 8.6 | 16.5 | 60.4 | 473 |
| **Orta** | 9.2 | 7.1 | 6.7 | 77.1 | 764 |
| **Kuzey** | 10.2 | 4.8 | 7.7 | 77.3 | 260 |
| **Doğu** | 46.8 | 4.0 | 8.6 | 40.7 | 878 |
| **Yurtdışı** | 0.0 | (43.5) | 0.0 | (56.5) | 24 |
| **Yerleşim Yeri** | | | | | |
| **Kent** | 11.0 | 4.6 | 8.3 | 76.1 | 2151 |
| **Kır** | 32.0 | 6.3 | 8.8 | 52.9 | 1227 |
| **Toplam** | 18.5 | 5.5 | 8.4 | 67.6 | 3401 |

**Kaynak: Akın-Özvarış, 1999*

1998 TNSA'nda, araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönem içinde bir sağlık kuruluşunda doğum yapmayan annelerin belirttiği nedenler incelendiğinde; Tablo 6.6'ya göre, her dört kadından biri (%26) hizmetlere erişim sorununu belirtmiştir. Erişim sorunlarının içinde gruplanan nedenler ise şunlardır; annelerin %15'i doğum hizmetlerinin pahalı olduğunu, %7'si yakında bir sağlık kuruluşunun olmadığını, %3'ü ise sağlık kuruluşundan yararlanmada güçlükleri belirtmiştir. Sağlık kuruluşunda doğum yapmama konusunda diğer nedenler arasında; annelerin %11'i doğumun ani olduğunu, %10'u sağlık personeline ya da sağlık kuruluşlarına Güvenmediğini, %3'ü ise gelenek ve töreleri belirtmiştir. Annelerin %17'si herhangi bir neden belirtmemiştir.

*Tablo 6.6. Sağlık Kuruluşlarında Doğum Yapmama ve Nedenlerinin Yüzde Dağılımı, Türkiye 1998*

| Nedenler | % |
|---|---|
| **Erişim Sorunu** | 25.8 |
| **Doğum Ani Oldu** | 11.1. |
| **Sağlık Kuruluşuna /Personeline Güvensizlik** | 10.3 |
| **Gelenek/Töre** | 3.3 |
| **Nedeni Yok** | 17.4 |
| **Diğer** | 30.3 |
| **Bilmiyor** | 1.8 |
| **Toplam** | 100.0 |

**Kaynak: Akın-Özvarış, 1999*

**Bebeğin Doğumdaki Büyüklüğü**: Bebeğin doğumdaki kilosu ve doğum koşulları, daha sonra ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarında etkili olmaktadır. Normalden daha küçük olan düşük doğum ağırlıklı bebeklerin; yeni doğan enfeksiyonlarına, doğum travmasına ve doğum asfiksisine daha maruz kaldıkları, bu nedenle de özel bir bakıma gereksinim duydukları bilinen

gerçeklerdir.

1998 TNSA'nda, araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönemdeki doğumlarda bebeğin doğumdaki büyüklüğü annelerin ifadelerine göre saptanmış ve annenin bazı özelliklerine göre karşılaştırılmıştır;

*Tablo 6.7. Annenin Bazı Temel Özelliklerine Göre Bebeğin Doğumdaki Büyüklüğüne İlişkin Görüşlerinin Yüzde Dağılımı, Türkiye 1998*

| Özellik | Normal | Nor. Küçük | Nor. Büyük | Sayı |
|---|---|---|---|---|
| **Bölge** | | | | |
| **Batı** | 58.1 | 20.6 | 21.2 | 993 |
| **Güney** | 61.2 | 22.6 | 16.3 | 470 |
| **Orta** | 61.2 | 25.5 | 13.3 | 758 |
| **Kuzey** | 61.4 | 21.6 | 17.0 | 260 |
| **Doğu** | 46.8 | 36.7 | 16.5 | 872 |
| **Yurtdışı** | 59.4 | 8.7 | 31.9 | 24 |
| **Yerleşim yeri** | | | | |
| **Kent** | 58.4 | 23.2 | 18.4 | 2139 |
| **Kır** | 53.3 | 31.6 | 15.1 | 1215 |
| **Toplam** | 56.6 | 26.1 | 17.3 | 3377 |

**Kaynak: Akın-Özvarış, 1999*

Tablo 6.7'ye göre, annelerin %57'si doğumda bebeğin normal, %26'sı normalden küçük, %17'si ise normalden büyük olduğunu belirtmiştir. Bebeğin doğumda normalden küçük olduğunu belirten annelerin yüzdesi Doğu Anadolu Bölgesi'nde (%37), diğer bölgelere göre daha yüksek iken; normalden büyük olduğunu belirtenlerin yüzdesi Batı Anadolu Bölgesi'nde (%21) diğer bölgelerden daha yüksektir. Kırsal yerleşim yerlerinde oturan annelerin %32'si bebeğin doğumda normalden küçük olduğunu belirtmiştir ve bu yüzde kentsel yerleşim yerlerine (%23) göre daha yüksektir.

**Bebeklerde Aşı Oranı**: Halihazırda, 12-23 aylık gruptaki tüm çocukların yüzde 64.7'si yaygınlaştırılmış aşılama programı kapsamında aşılanmıştır; ancak bu oran ülkenin doğusunda yüzde 40.6'ya düşmektedir. Bu rakamlar, hala çok sayıda bebeğin önlenebilir hastalıklardan korunamadığını göstermektedir.

**Sigara ve Madde Bağımlılığı**: Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA), sigara ve diğer tütün ürünlerinin kullanım sıklığına ilişkin verileri içermektedir. Buna göre; Öğrencilerin;

- % 29.3'ü sigara içmeyi denemiştir (erkek=%34.9, kız=%21.5).
- %9.1'i halen sigara içmektedir(erkek=11.9, kız=%5.0).
- Sigarayı deneyenlerin % 29.5'i(erkek=%33.1, kız=%22.3) sigaraya 10 yaşından önce başlamıştır.
- Halen sigara içenlerin %30.3'ü elde sarma sigara içmektedir.
- Halen sigara içenlerin %86.6'sı paket sigara içmektedir.
- Hiç sigara içmemiş olanların %7.7'si (erkek=9.1, kız=%5.8)

önümüzdeki yıl sigaraya başlamayı düşündüğünü belirtmiştir.

**Türkiye'de Çocuk İşçiliği**: İşsizlik çocuk işçiliğinin artmasına neden olan bir etmendir. Bu anlamda işsizliğin yüksek olduğu yörelerde çocuk işçiliği oranı yükselmektedir.

2000 Genel Nüfus Sayımında uluslararası tanımlar esas alınarak işsizlik bilgileri derlenmiştir. Buna göre Türkiye'de işsizlik oranı yüzde 8.9'dur. Bu oran, işgücündeki her 100 kişiden yaklaşık 9'unun işsiz olduğunu göstermektedir. Erkeklerin işsizlik oranı kadınlardan daha yüksektir. 2000 yılında erkeklerin yüzde 9.9'u, kadınların yüzde 7.2'si işsizdir. İşsizlik oranı ilçe merkezlerinde il merkezlerinden daha yüksektir. İşsizlik oranı ilçe merkezlerinde yüzde 20.9, il merkezlerinde yüzde 15.8 iken, köylerde yüzde 1.2'dir. İşsiz nüfusun büyük çoğunluğunu genç nüfus oluşturmaktadır. İşsiz nüfusun yüzde 61'i 30 yaşından küçüktür.

Devlet İstatistik Enstitüsü, ilki 1994, ikincisi 1999 tarihlerinde olmak üzere Türkiye genelinde iki kez "Çocuk İşgücü Anketi" gerçekleştirmiştir. 1994 yılı verilerine göre, 6-14 yaş grubuna mensup olan yaklaşık 12 milyon çocuğun %32'si çalışmaktadır. Kentlerde %28 olan bu oran, kırsal kesim için yaklaşık %37'dir. 1999 yılı sonuçlarına göre, toplam nüfusun %25.4' ünü oluşturan 6-17 yaş grubundaki 16,088,000 çocuğun %10.2'si (1.635.000 çocuk) ekonomik bir etkinlikte bulunmaktadır. 6-17 yaş grubundaki çalışan çocukların %33.8'i kentsel, %66.2'si kırsal bölgelerde çalışmaktadır. Ekonomik açıdan etkin olan çocukların %61.8'ini erkekler, %38.2'sini ise kızlar oluşturmaktadır. Çalışan çocukların %57.6'sı tarım, %21.8'i sanayi, %10.2'si ticaret, %10.4'tü hizmet sektöründe çalışmaktadır. İş yaşamındaki statüleri ise şöyledir: %58.7'si ücretsiz aile işçisi, %39.4'tü ücretli ya da yevmiyeli, %1.9'u kendi hesabına çalışan ya da işverendir. Bu veriler, çalışan çocuk sayısının küçümsenmeyecek boyutta olduğunu göstermektedir (www.die.gov.tr/cin/istatistikler.html).

### 6.5. Alan Çalışmalarının Değerlendirilmesi

İki farklı bölgenin önemli kentleri olan Ankara ve Diyarbakır'da gecekondu bölgelerinde toplam 314 haneyi kapsayan bu çalışmada, Ankara'da 148, Diyarbakır'da ise 166 haneye ulaşılmıştır. Bu bölümde çocuk ve genç sağlığı ile yoksulluk arasındaki ilişkiyi ortaya koyma açısından alan çalışmasındaki veriler değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Bu anlamda yoksulluğun çocuk ve genç sağlığını nasıl ve hangi değişkenler üzerinden etkilediğini incelenmiştir. Alan çalışmasındaki verilerin değerlendirileceği bu bölümde öncelikle, kuramsal çerçevenin paralelinde ortaya koyduğumuz ve çalışmanın sonunda test edeceğimiz hipotezler doğrultusunda belirlenen belli başlı bağımsız değişkenler incelenmiştir. Bunlar çocuk ve genç sağlığını etkileyen belli başlı etmenlerden oluşmaktadır. Temel olarak ailenin ekonomik durumu, eğitim durumu, ebeveynlerin psikolojik durumu, mahallenin fiziksel durumu, konut durumu... incelenmiştir.

Bağımsız değişkenlerden sonra ise, alan çalışmalarındaki çocuk ve gençlere ait bazı temel konular incelenecektir. Bu konu ele alınırken çocuk ve gençler 0-5 yaş arası bebekler ve 6-25 yaş arası çocuk ve gençler olarak ikiye ayrılmıştır. Bunun nedeni ise bebeklik dönemi ile çocuk ve gençlik döneminin birbirinden farklı özellikler içermesidir. Bu bölümlerde, bir önceki bölümde açıklanacak olan bağımsız değişkenlerden etkilenen çocuk ve genç sağlığına ilişkin temel bağımlı değişkenler ele alınacaktır. Bebeklik dönemi incelenirken, öncelikle bu dönemdeki genel özelliklerle ilgili verilere yer ayrılmıştır. Burada 0-5 yaş arası bebeklerin yaş, cinsiyet, doğum yerleri, toplumsal güvenlik durumu dağılımları ile ölü doğum, kendiliğinden düşük, isteyerek düşük, yaşayan çocuk, prematüre doğum, 2.5 kilonun altında doğan çocuk sayıları, bebeklerin tüm aşılarının yapılma durumu, bebeklerin aşılarının eksik kalma nedeni, son çocuğu emzirme süresi, emzirme neden 6 aydan az oldu, emzirme sonrası beslenme şekli, bebeklerin gebelik dönemi ve sonrası izlenme durumları, doğumun nerede yapıldığı gibi bebek sağlığının durumunu gösteren temel göstergeler incelenmiştir.

Çocuk ve gençlik dönemi diğer bir anlatımla 6-25 yaş arası çocuklarla ilgili temel göstergelerin incelendiği bir sonraki bölümde ise yine yaş, cinsiyet, doğum yerleri, toplumsal güvenlik durumu, eğitim durumu, medeni durumu, işi, mesleği-uzmanlık alanı, aylık geliri, çalıştığı yer, ek iş yapma durumu, iş ya da ek iş arama durumu, işsiz olmasına rağmen iş aramama nedeni, sigaraya başlama yaşı, davranış bozukluğu görülen çocuk var mı?, görülen davranış bozukluğu, karakolluk olan çocuk var mı?, karakolluk olma nedeni gibi değişkenlerin dağılımları ele alınmıştır.

Son bölüm olan yoksul kentlerde çocuk ve gençlerin yüz yüze kaldığı sağlık sorunlarının incelendiği bölümde ise genel olarak şu konulara değinilmiştir; çocukların genel olarak beden sağlığı, ruh sağlığı, sürekli bir hastalığı olup olmadığı, son 6 ayda geçirdiği bir rahatsızlık olup olmadığı, hastalığının nedeni, hastalık tanısının konduğu kurum, hastalığın kontrolü için sağlık kurumuna gitme durumu, hastalığı için kontrole gitmeme nedeni, hastalığı için sürekli ilaç kullanma durumu, aylık ilaç-tedavi masrafı, ilaç-tedavi masraflarını nasıl karşıladığı, en son ne zaman sağlık kurumuna gittiği, son 3 yıl içinde ameliyat olma durumu, son 3 yıl içinde hastaneye yatma durumu... Tüm bu konular ele alınırken, bir önceki bölümde olduğu gibi 0-5 ve 6-25 yaş arası gençler önemli farklar söz konusu olduğunda ayrı ayrı incelenecektir. Diğer yandan, bu rahatsızlıkların bağımsız değişkenlerle ilişkileri incelenirken ise sayıların azlığı nedeniyle tüm örneklem bir arada ele alınacaktır.

*Tablo 6. 8. Anketin Yapıldığı Hane Sayısının Kentlere Dağılımı*

| Kentler | Sayı | % |
|---|---|---|
| **Ankara** | 148 | 47,1 |
| **Diyarbakır** | 166 | 52,9 |
| **Toplam** | 314 | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Tablo 6.8'den de görüldüğü gibi, alan çalışmasında toplam 314 hanenin 148'i Ankara'da, 166'sı Diyarbakır'dadır. Buna göre çocuk ve genç nüfusa baktığımızda, hane başına düşen çocuk sayısını hesaplarsak aşağıdaki tablodan da anlaşılacağı gibi 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' (hane başına çocuk sayısı)dır. Diğer yandan iki alan çalışmamızdaki örneklemleri hane halkı büyüklüğü bakımından değerlendirirsek, Diyarbakır örnekleminde hane halkı büyüklüğünün 6,2; Ankara örnekleminde ise 4.3 olduğunu görmekteyiz. hane halkı büyüklüğü, sosyo-ekonomik gelişmişliği göstermektedir. Buna göre görece daha düşük ekonomik seviyede olan ailelerin hane halkı büyüklüğü daha fazla çıkmaktadır. Nitekim alan çalışmalarımızdaki hane halkı büyüklüklerini, Türkiye geneli ve Ankara ile Diyarbakır kent merkezleri verileri ile karşılaştırırsak daha sağlıklı sonuçlar elde edebiliriz.

Buna göre, DİE'nin 2000 yılı genel nüfus sayımına göre, Türkiye'de hane halkı büyüklüğü oranı, 4.50 çıkmıştır. Bu durumda, Akşemsettin Mahallesi'ndeki çalışmamızın hane halkı büyüklüğü oranı Türkiye geneline yakın bir sonuç verirken, Diyarbakır gecekondu bölgelerindeki çalışmamızın bu konudaki sonuçları Türkiye genelinden oldukça yüksek çıkmaktadır. İleride göreceğimiz gibi ekonomik gelir olarak Ankara gecekondu bölgelerine göre daha kötü durumda olan Diyarbakır gecekondularında hane halkı büyüklüğünün de bu derece yüksek olması, yoksulluğun yarattığı sorunları daha da arttırmaktadır. Diğer yandan Diyarbakır kent merkezinde, yine DİE 2000 genel nüfus sayımlarına göre, hane halkı büyüklüğü, 5,8 çıkmıştır. Ankara'da ise kent merkezi hane halkı büyüklüğü sadece 3,5'lerde kalmaktadır. Buna göre, her iki örneklem de bulundukları kentlerin hane halkı büyüklüğünden daha fazla büyüklüğe sahip çıkmaktadır.

Değerlendirmede kullanılacak olan yaş gruplandırması Birleşmiş Milletler'in kabul ettiği gruplandırmadır. Buna göre 0-12 ay arası, yeni doğan ve yeni doğan sonrası bebek; 1-5 yaş arası, bebek; 6-18 yaş arası, çocuk ve 18-25 yaş arası, genç sınıfını meydana getirmektedir. Bu durumda alan araştırmasında Tablo 6.9'a göre, toplam 1666 bireyin, 53'ü yeni doğan grupta, 186'sı bebek, 557'si çocuk ve 222'si genç sınıfına girmektedir. Diğer bir anlatımla 1666 kişiden 1016'sı (%60), konunun doğrudan ilgi alanında yer almaktadır. Bu durumda çocuk ve genç sağlığı üzerinde önemle durulması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Diğer yandan, iki il kendi aralarında karşılaştırıldığında, 25 yaşından küçük kişilerin oranı Ankara'da ½ iken, Diyarbakır'da 2/3'tür. Ayrıca yaş ortalamasının Ankara'da 27,5; Diyarbakır'da 20 çıkması, Diyarbakır'ın Ankara'ya göre daha genç bir nüfusa sahip olduğunu göstermektedir.

*Tablo 6. 9. Anketin Yapıldığı Kentlere Göre Çocuk ve Genç Dağılımı*

| Kent | Nüfus Yaş Grupları | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0-12 Ay | 1-5 Yaş Arası | 6-18 Yaş Arası | 18-25 Yaş Arası | 25 Yaş Üstü | |
| Ankara | 13<br>%2,0 | 40<br>%6,3 | 166<br>%26,1 | 102<br>%16,0 | 316<br>%49,6 | 637<br>%100,0 |
| Diyarbakır | 40<br>%3,9 | 146<br>%14,2 | 391<br>%38,0 | 120<br>%11,7 | 332<br>%32,3 | 1029<br>%100,0 |
| Toplam | 53<br>%3,2 | 186<br>%11,2 | 557<br>%33,4 | 222<br>%13,3 | 648<br>%38,9 | 1666<br>%100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Türkiye genelinde ise önceki bölümde belirtildiği gibi çocuk ve gençlerin toplam nüfustaki payı, %50'dir. Buna göre Ankara örnekleminde çocuk ve genç deneklerin toplam denek sayısına oranı, Türkiye geneliyle hemen hemen aynı düzeydeyken, Diyarbakır örneklemindeki çocuk ve genç nüfus oranı Türkiye ortalamanın üstündedir.

### 6.5.1. Çocuk ve Gençlerin Değerlendirilmesi

Alan çalışmasında bundan sonra çocuk ve gençlerin değerlendirilmesine geçilecektir. Burada öncelikle yoksul örneklememizdeki 0-5 yaş arası bebekler, ardından 6-25 yaş arası çocuk ve gençler ele alınacaktır. Ancak iki grubu ilgilendiren farklı konular olduğu için, öncelikle 0-5 yaş arası bebeklerin yaş, cinsiyet, toplumsal güvence durumları incelenecek, ardından bu yaş aralığındaki bebeklerin doğumla ilgili ve bebeklik dönemine ait bazı sağlık sorunlarıyla, annenin eğitim seviyesi ve hanenin gelir durumunun bebek ölümleri, ölü doğum, gebelik dönemi ve sonrasındaki izlenmelerle, yapılan doğumun ile özellikleri arasındaki ilişkiler incelenecektir. Ardından 6-25 yaş arası çocuk ve gençlerin yaş, cinsiyet, toplumsal güvence durumlarına değinilip, son olarak bu bölümde Ankara ve Diyarbakır kentlerinin yoksul bölgelerinde yaşayan 6-25 yaş arası çocuk ve gençlerin ve eğitim ve çalışma durumlarına değinilecektir

#### *6.5.1.1. 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Yaş, Cinsiyet ve Sosyal Güvence Dağılımı*

0-5 yaş arası bebeklerin yaş dağılımlarına bakıldığında toplam 239 bebekten 186'sının Diyarbakır'da, 53'ünün ise Ankara'da yaşadığı görülmektedir. Toplam örneklem üzerinden görüldüğü gibi yaş büyüdükçe toplam içerisindeki payı değişmekle beraber genel olarak bir artış göstermektedir. Örneğin 0-5 yaş arasındakilerin oranı toplamda %9 iken, 1 yaşındakilerin oranı %13, 2 yaşındakilerin oranı %17, 3 yaşındaki deneklerin oranı %19, dört yaşındakilerin %17 ve 5 yaşındakilerin oranı ise %24'tür. Bu durumda genel olarak doğurganlık oranının zamanla yavaş da olsa azalma sergilediği iddia edilebilir. Ancak Diyarbakır'daki örneklem incelendiğinde 0 yaşındaki deneklerin oranının Ankara'ya göre daha fazla olduğu söylenebilir. Bu

durumda Diyarbakır'da doğurganlık açısından düzenli bir şekilde düşüş olduğu söylenemez, ancak Ankara'da bu tür bir düşüş daha belirgindir.(Tablo 6.29)

*Tablo 6.10. Kentlere Göre 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Yaş Dağılımları*

| | | | Anketin Yapıldığı Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Ankara | Diyarbakır | |
| 0-5 Yaş Arası | 0 | Sayı<br>Anketin Yapıldığı Kent İçinde (%) | 3<br>5,7% | 19<br>10,2 | 22<br>9,1% |
| | 1 | Sayı<br>Anketin Yapıldığı Kent İçinde (%) | 10<br>18,9% | 21<br>11,3% | 31<br>13,0% |
| | 2 | Sayı<br>Anketin Yapıldığı Kent İçinde (%) | 9<br>17,0% | 32<br>17,2 | 41<br>17,2% |
| | 3 | Sayı<br>Anketin Yapıldığı Kent İçinde (%) | 13<br>24,5% | 36<br>19,4% | 49<br>19,5% |
| | 4 | Sayı<br>Anketin Yapıldığı Kent İçinde (%) | 8<br>15,1% | 31<br>16,7% | 39<br>16,3% |
| | 5 | Sayı<br>Anketin Yapıldığı Kent İçinde (%) | 10<br>18,9% | 47<br>25,3% | 57<br>23,8% |
| | Toplam | Sayı<br>Anketin Yapıldığı Kent İçinde (%) | 53<br>100,0% | 186<br>100,0% | 239<br>100,0% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Toplam 239 bebekten 120'sinin erkek, 119'unun kadın olduğu örneklem içerisinde; Diyarbakır'daki deneklerin %51'i kadın iken, Ankara'dakilerin %43'ü kadındır. 0-5 yaş arası bebeklerin doğum yerleri incelendiğinde; her iki kentteki alan araştırmasında da deneklerin yaklaşık %90'ının kent merkezlerinde doğduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise bu gecekondu bölgelerinde yaşayan ailelerin çoğunun 5 yıldan daha fazla bir süredir bu bölgelerde yerleşmiş olabilmeleridir. Nitekim diğer yaş gruplarında, ileride de görüleceği gibi, merkezde doğum oranı azalacaktır.

Ankara örneklemine giren 0-5 yaş arası bebeklerden Ankara-merkezi dışında doğanlar, Ankara ilçe ve köyleri, Kırıkkale ve Çorum'da; Diyarbakır örneklemine giren 0-5 yaş arası bebeklerden Diyarbakır-merkezi dışında doğanlar ise, Diyarbakır ilçe ve köyleri, Mardin, İzmir, Antalya ve Muş'ta doğdukları görülmektedir. Diyarbakır'daki bebeklerden bir kısmının Antalya, İzmir gibi batı illerinde doğmuş olmasının nedeni, söz konusu gecekondu bölgesindeki ailelerin dönemsel olarak batı illerinde tarım işçiliği yapıyor olmalarıdır.

0-5 yaş arası bebeklerin sosyal güvenlik durumuna bakıldığında (Tablo 6.30), iki kentte toplam örneklem temel alındığında tabloda sıralanan sosyal güvenlik kurumları arasında en yüksek sayının, yeşil kart sahipliğinde olduğunu görmekteyiz (%49). Ancak özelde kentlere bakıldığında ise, Diyarbakır'da %59 oranında yeşil kart kullanımı söz konusuyken, Ankara'da bu oran %10'larda kalmaktadır. Diğer yandan, SSK güvencesi olanlar Ankara'da %61 gibi bir orandayken, Diyarbakır'da bu oran %12'lere düşmektedir. Yine emekli sandığına ve Bağ-Kur'a üyelik oranı Ankara örnekleminde hiç yokken, Diyarbakır örnekleminde ise ancak %2'lerdedir. Ayrıca her iki örneklemde de hiç sağlık güvencesi olmayan 0-5 yaş arası bebeklerin oranı %27'lerdedir. Tüm bu sosyal güvenlikle ilgili açıklamalar, iki kent arasında düzenli bir işe sahip olma durumu bakımından aradaki farkı ortaya çıkarmaktadır. Diğer taraftan bu aynı zamanda, iki kent arasında sağlık hizmetlerinden yararlanma durumundaki farklılığı da ortaya serme bakımından bir gösterge olarak kabul edilebilir. Nitekim Diyarbakır örnekleminde düzensiz işçilik hanelerde daha yaygınken, Ankara örnekleminde ise düzenli işçilik yaygındır. Bundan dolayı bu durum kendisini, ailelerin 0-5 yaş arası bebeklerinin sağlık güvencesinde de göstermektedir.

*Tablo 6.11. Kentlere Göre 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Sosyal Güvenlik Durumu*

| 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Sosyal Güvenlik Durumu | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| SSK | 28 | 21 | 49 |
| | 60,90% | 11,90% | 22,00% |
| Bağ-Kur | - | 4 | 4 |
| | - | 2,30% | 1,80% |
| Emekli sandığı | - | 2 | 2 |
| | - | 1,10% | 0,90% |
| Yeşil Kart | 5 | 104 | 109 |
| | %10,9 | %58,8 | %48,9 |
| Sosyal Güvencesi Yok | 13 | 46 | 59 |
| | 28,30% | 26,00% | 26,50% |
| Toplam | 46 | 177 | 223 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

### *6.5.1.2. 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Doğumla İlgili Bazı Göstergeleri*

Bu bölümde temel olarak doğumun özellikleri, gebelik dönemi ve doğum sonrası izlenme, ölüm oranı gibi konulara değineceğiz. Ankara ve Diyarbakır örnekleminde, daha önce belirttiğimiz gibi toplam gebelik sayısı sırasıyla 147 kadında 696 ve 160 kadında 1012'dir. Diğer bir anlatımla kadın başına düşen ortalama çocuk sayısı Ankara çalışmasında 4,7; Diyarbakır çalışmasında ise 6,3'tür.

*Tablo 6.12. Kentlere Göre Doğumla İlgili Bazı Ortalamalar*

| | Ankara | | | Diyarbakır | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kadın Sayısı | Kadın % | Ortalama Vaka | Kadın Sayısı | Kadın % | Ortalama Vaka |
| **Kürtaj** | 74 | 50 | 2 | 28 | 17 | 1,6 |
| **Kendiliğinden Düşük** | 38 | 26 | 1,4 | 60 | 36 | 1,4 |
| **İsteyerek Düşük** | 6 | 4 | 1,3 | 17 | 11 | 1,8 |
| **Ölü Doğum** | 17 | 12 | 1,7 | 18 | 12 | 1,7 |
| **Canlı Doğum** | 145 | 100 | 3,1 | 161 | 100 | 5,2 |
| **Yaşayan Çocuk** | 137 | 100 | 2,7 | 160 | 100 | 4,6 |
| **İlk Bir Ayda Ölen Bebek** | 15 | 10 | 1,8 | 19 | 12 | 1,2 |
| **2-12 Ay Arasında Ölen Bebek** | 26 | 18 | 1,7 | 25 | 16 | 1,3 |
| **1-5 Yaş Arasında Bulaşıcı Hastalıklardan Ölen Bebek** | 4 | 3,4 | 1 | 9 | 5,4 | 1 |
| **1-5 Yaş Arasında Bulaşıcı Hastalıklar Harici Ölen Bebek** | 10 | 6,8 | 1 | 29 | 17,7 | 1 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Tablo 6.12'den de anlaşılacağı üzere, olguların kadınlarda görülme durumu ile söz konusu durumun kadınlarda ortalama kaç kez görüldüğü illere göre farklılaşmaktadır. Kürtajla ilgili olarak iki kent arasında belirgin bir fark söz konusudur. Ankara örnekleminde toplam kadınların %50'si, Diyarbakır'daki kadınların ise sadece %17'si en az bir kez kürtaj yaptırdığını belirtmiştir. Kürtaj yaptıran kadınların Ankara'da ortalama 2 kere kürtaj yaptırdığı görülürken, Diyarbakır'da bu, 1,6'dır. Kürtaj yaptırma bakımından Ankara'da daha fazla kadın söz konusu iken, düşük konusuna geldiğimizde Diyarbakır'ın hem kendiliğinden hem de isteyerek düşükte Ankara'dan daha fazla bir orana sahip olduğu görülmektedir. Bu durumda Ankara'daki kadınların gebelik döneminde doğum yapmak istememeleri durumunda kürtaj yöntemini seçtikleri görülürken, Diyarbakır'daki kadınların ise Ankara'ya göre istenmeyen gebeliklerden daha fazla düşük yöntemiyle kurtuldukları görülmektedir. Ayrıca Diyarbakır'da kendiliğinden düşük vakasının söz konusu olduğu kadın oranının daha fazla olması, gebelik döneminde bu ildeki yoksul kadınların daha riskli bir gebelik dönemi geçirdiklerini göstermektedir.

Anne ve bebek ölümleri bir ülkenin genel sağlık durumunun en belirgin göstergeleri olarak kullanılmaktadır. Ölü doğum oranları, gebelik sırasında sağlık kontrolünden geçilmesi, gebelik sayısı, gebelik sıklığı, annenin içinde bulunduğu durum, hamilelik yaşı, eğitim seviyesi gibi değişkenlerle bağlantılıdır ve çok yönlü düşünülmesi gerekmektedir. Bu nedenle ölü doğum oranları toplumsal yapıyı ve sosyo-ekonomik durumu ölçme açısından önemli bir veridir.

Ölü doğum vakalarının kadınlarda görülme oranı incelendiğinde Ankara ve Diyarbakır örneklemleri arasında bir farkın olmadığı görülmektedir. Bu durum, kuramsal kısımda sıklıkla vurgulanan tersine, daha az gelişmişlik ve eğitim seviyesi düşüklüğü, örneklemlerimizdeki ölü doğum oranları üzerinde beklenilen tesiri göstermemektedir. Yine doğumdan sonraki bebek ölümleri bakımından iki kent karşılaştırılarak incelendiğinde ilk bir ayda ve ilk bir yılda bebeği ölen annelerin oranları arsında belirgin bir fark görülmezken, özellikle 1-5 yaş arası bebek ölümlerinde fark görülmektedir. Ayrıca bebek ölümleri ile ilgili genel Türkiye verileri hatırlanırsa, her iki kentte de ilk bir yılda bebeği ölen anne oranının fazlalığının, Türkiye genelinde ölen bebeklerin çoğunluğunun ilk bir yılda ölmesi ile paralel bir durum sergilediği tespit edilebilir.

Bebek sağlığını dolaysız etkileyen annenin bilgi ve bilinç seviyesi ve ailenin ekonomik durumu gibi etkenler annenin erken evlenmesi, erken ve sık doğum yapması, toplam gebelik sayısı, bebek izlenmesi hakkında bilgi düzeyi, gebelikte izlenme durumu, aşı yaptırma oranları, aile planlaması hakkındaki bilgisi gibi anneye ve bağımlı etkenlerin yanı sıra ve ölü doğum yapma ya da ilk bir yılda bebek ölümü yaşama durumu, prematüre ya da düşük kilolu bebek doğurma, çocuklarda sigara içme ve davranış bozukluğu gibi göstergeler annenin eğitim seviyesi ve kişi başına düşen gelir gibi bağımsız değişkenlerle kıyaslanacaktır. Böylece bebek sağlığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen annenin bazı özellikleri ekonomik durumlar da göz önüne alınarak değerlendirilmiş olacaktır.

Daha önceki bölümlerde bahsettiğimiz gibi, Diyarbakır ve Ankara örneklemlerinde kadınların evlilik yaşı ve ilk doğum yaşları arasında fark görülmekteydi. Bu bölümde ilk olarak bu fark ile annenin eğitim durumu ve gelir arasındaki ilişkilere bakacağız. Ancak yine daha önce belirttiğimiz gibi, evlilik yaşı ile ilk doğum yaşı arasında örneklemler arasında bir fark söz konusu olmadığı için, yani evliliğin hemen ardından kadınlar gebe kaldığı için, burada sadece ilk doğum yaşı ile kadının eğitimi ve gelir arasındaki ilişkiye değineceğiz. Gelir durumları ile beraber incelendiğinde genel olarak Ankara örnekleminin daha yüksek gelire sahip olan ailelerden oluşması nedeni ile Diyarbakır örneklemine oranla daha yüksek gelir düzeyine sahip oldukları bu verilerden de anlaşılmaktadır. Ayrıca, daha yoksul olan Diyarbakır örnekleminde erken yaşta evlilik ve doğum oranının Ankara örneklemine göre daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

*Tablo 6.13. Kentlere Göre Kişi Başına Düşen Gelir ve İlk Doğum Yaş Grupları*

| Kent | | | Kişi Başına Düşen Gelir | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0- 50 | 50- 100 | 100- 150 | 150- 200 | 200- 250 | 250+ | |
| Ankara | İlk Doğum Yaş Grupları | —15 | 2 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | | % | 29 | 43 | 29 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | | 16- 20 | 8 | 27 | 27 | 7 | 1 | 4 | 74 |
| | | % | 11 | 36 | 36 | 9 | 1 | 5 | 100 |
| | | 21- 25 | 5 | 25 | 11 | 4 | 1 | 0 | 46 |
| | | % | 11 | 54 | 24 | 9 | 2 | 0 | 100 |
| | | 26- 30 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| | | % | 0 | 25 | 0 | 50 | 0 | 25 | 100 |
| | | 36+ | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| | | % | 50 | 0 | 0 | 50 | 0 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 16 | 56 | 40 | 14 | 2 | 5 | 133 |
| | | | 12 | 42 | 30 | 11 | 2 | 4 | 100 |
| Diyarbakır | İlk Doğum Yaş Grupları | —15 | 13 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| | | % | 87 | 13 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | | 16- 20 | 38 | 31 | 6 | 2 | 2 | 1 | 80 |
| | | % | 48 | 39 | 8 | 3 | 3 | 1 | 100 |
| | | 21- 25 | 13 | 16 | 3 | 2 | 0 | 1 | 35 |
| | | % | 37 | 46 | 9 | 6 | 0 | 3 | 100 |
| | | 26- 30 | 3 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 6 |
| | | % | 50 | 17 | 33 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | | 36+ | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| | | % | 40 | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 69 | 53 | 11 | 4 | 2 | 2 | 141 |
| | | | 49 | 38 | 8 | 3 | 1 | 1 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Bunun yanında Tablo 14'ten anlaşıldığı üzere, Ankara için eğitim seviyesindeki faklılaşma evlilik ve ilk doğum yaşlarında etkili olmaktadır. Buna göre, 15 yaşın altında ilk doğum yapan kadınların %70'i okur yazar değilken, bu oran 20 yaşın üzerinde ise düşmektedir. Diyarbakır'da da eğitim seviyesi azaldıkça evlilik ve ilk doğum yaşı küçülmektedir. 15 yaş altı evlenen ve doğum yapan kadınların % 82 si okur yazar değilken eğitim arttıkça bu değer % 50'lere kadar düşmektedir. Kısaca hem Ankara'da hem Diyarbakır'da kadının eğitim seviyesi arttıkça evlilik yaşı da artmaktadır.

*Tablo 6.14. Annenin Eğitim Durumu ve İlk Doğum Yaş Grupları*

| Kent | | | Annenin Eğitim Durumu | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur Yazar Değil | Sadece Okur Yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul ve Lise Mezunu | |
| Ankara | İlk Doğum Yaş Grupları | —15 | 5 | | 2 | | 7 |
| | | % | 71,4 | | 28,6 | | 100 |
| | | 16- 20 | 15 | 7 | 53 | 7 | 82 |
| | | % | 18,3 | 8,5 | 64,6 | 8,5 | 100 |
| | | 21- 25 | .3 | 4 | 32 | 10 | 49 |
| | | % | 6,1 | 8,2 | 65,3 | 20,4 | 100 |
| | | 26+ ve | 2 | 2 | 3 | | 7 |
| | | % | 28,5 | 28,5 | 43,0 | | 100 |
| | Toplam | | 25 | 13 | 90 | 17 | 145 |
| | | | 17,2 | 8,9 | 62,0 | 11,9 | 100 |
| Diyarbakır | İlk Doğum Yaş Grupları | —15 | 15 | 2 | | | 17 |
| | | % | 88,2 | 11,8 | | | 100 |
| | | 16- 20 | 50 | 19 | 17 | 3 | 89 |
| | | % | 56,2 | 21,3 | 19,1 | 3,4 | 100 |
| | | 21- 25 | 20 | 5 | 12 | 3 | 40 |
| | | % | 50,0 | 12,5 | 30,0 | 7,5 | 100 |
| | | 26+ | 9 | 3 | | 2 | 14 |
| | | % | 64,2 | 21,4 | | 23,6 | 100 |
| | Toplam | | 94 | 29 | 29 | 8 | 160 |
| | | | 58,7 | 18,1 | 18,1 | 5,1 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

İki örneklemde de genel olarak erken yaşta evlenme durumu 15-49 doğurganlık evresi boyunca gebe kalma sıklıklarını ve toplam gebelik sayılarını etkileyen etmenlerdir. Gebelik sayısı ve gebe kalma sıklığı konusunda Ankara örnekleminde 4 ve daha az gebelik sayısı verilerinde % 80 oranlarında ilköğretim mezunu annelerle karşılaşılmaktadır. Fakat gebelik sayısının 5'in üstüne çıktığı durumlarda eğitim seviyesi okur yazar değil ve salt okur yazar olan annelerde yoğunlaşma görülmektedir. Diyarbakır örnekleminde ise bir iki gebelik geçirmiş anne sayısı oldukça az olmakla beraber ve özellikle beş ve üzerinde gebelik ve yaşayan anne sayısında yoğunlaşma görülmektedir. Bu annelerin eğitim düzeylerine bakıldığında 5- 10 arası gebelik geçiren annelerin % 64 'ü okur yazar değilken, 11 üstü gebelik geçiren annelerin % 81'i ve okur yazar değillerdir. Bu durumda her iki örneklem verilerinde de eğitim seviyesi düştükçe gebelik sayısının arttığı söylenebilir.

*Tablo 6. 15. Kentlere Göre Gebelik Sayısı Gruplaması ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kent | | | Annenin Eğitim Durumu | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur Yazar Değil | Okur Yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul | Lise ve Üstü | |
| Ankara | Gebelik Sayısı Gruplama | 1 | 0 | 1 | 9 | 2 | 2 | 14 |
| | | % | 0 | 7 | 64 | 14 | 14 | 100 |
| | | 2 | 0 | 2 | 16 | 2 | 2 | 22 |
| | | % | 0 | 9 | 73 | 9 | 9 | 100 |
| | | 3 | 2 | 0 | 20 | 2 | 1 | 25 |
| | | % | 8 | 0 | 80 | 8 | 4 | 100 |
| | | 4 | 1 | 1 | 16 | 1 | 0 | 19 |
| | | % | 5 | 5 | 84 | 5 | 0 | 100 |
| | | 5- 10 | 16 | 8 | 26 | 5 | 0 | 55 |
| | | % | 29 | 15 | 47 | 9 | 0 | 100 |
| | | 11 + | 6 | 1 | 3 | 0 | 0 | 10 |
| | | % | 60 | 10 | 30 | 0 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 25 | 13 | 90 | 12 | 5 | 145 |
| | | % | 17 | 9 | 62 | 8 | 3 | 100 |
| Diyarbakır | Gebelik Sayısı Gruplama | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| | | % | 60 | 20 | 20 | 0 | 0 | 100 |
| | | 2 | 4 | 1 | 2 | 1 | 1 | 9 |
| | | % | 44 | 11 | 22 | 11 | 11 | 100 |
| | | 3 | 9 | 4 | 7 | 1 | 0 | 21 |
| | | % | 43 | 19 | 33 | 5 | 0 | 100 |
| | | 4 | 7 | 4 | 7 | 2 | 1 | 21 |
| | | % | 33 | 19 | 33 | 10 | 5 | 100 |
| | | 5- 10 | 49 | 14 | 12 | 2 | 0 | 77 |
| | | % | 64 | 18 | 16 | 3 | 0 | 100 |
| | | 11 + | 22 | 5 | 0 | 0 | 0 | 27 |
| | | % | 81 | 19 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 94 | 29 | 29 | 6 | 2 | 160 |
| | | % | 59 | 18 | 18 | 4 | 1 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ankara'da doğum aralığı az olan anneler sayıca az olmakla beraber 50- 150 gelir gruplarında yoğunlaştıkları görülmektedir. Oysaki Diyarbakır'da yılda birkaç kez gebe kalan anneler yine sayıca az olmakla beraber 0- 100 milyonluk gelir gruplarında yoğunlaşmaktadırlar. Bu durum örneklemlerin genel gelir seviyesi yoğunlaşmalarından dolayıdır. Sonuçta yapılan örneklem araştırmasında, Türkiye ve il genelindeki karşılaştırmalarda da belirttiğimiz gibi, gelir seviyesinin doğum aralığına ve gebelik sayısına etkisinin beklendiği kadar yoğun olmadığı söylenebilir.

*Tablo 6. 16. Kentlere Göre Doğurganlık Gruplaması ve Kişi Başına Düşen Gelir*

| Kent | | | Kişi Başına Düşen Gelir | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0- 50 | 50- 100 | 100- 150 | 150- 200 | 200- 250 | 250+ | Toplam |
| Ankara | Doğurganlık Gruplaması | 0 | 2 | 3 | 5 | 0 | 0 | 0 | 10 |
| | | % | 20 | 30 | 50 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | | 0-1 | 0 | 9 | 8 | 3 | 1 | 3 | 24 |
| | | % | 0 | 38 | 33 | 13 | 4 | 13 | 100 |
| | | 1- 2 | 9 | 22 | 11 | 7 | 0 | 2 | 51 |
| | | % | 18 | 43 | 22 | 14 | 0 | 4 | 100 |
| | | 2- 3 | 1 | 13 | 9 | 1 | 0 | 0 | 24 |
| | | % | 4 | 54 | 38 | 4 | 0 | 0 | 100 |
| | | 3 + | 3 | 8 | 4 | 0 | 1 | 0 | 16 |
| | | % | 19 | 50 | 25 | 0 | 6 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 15 | 55 | 37 | 11 | 2 | 5 | 125 |
| | | | 12 | 44 | 30 | 9 | 2 | 4 | 100 |
| Diyarbakır | Doğurganlık Gruplaması | 0-1 | 5 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 11 |
| | | % | 45 | 27 | 18 | 9 | 0 | 0 | 100 |
| | | 1- 2 | 36 | 30 | 8 | 1 | 2 | 2 | 79 |
| | | % | 46 | 38 | 10 | 1 | 3 | 3 | 100 |
| | | 2- 3 | 24 | 9 | 1 | 1 | 0 | 0 | 35 |
| | | % | 69 | 26 | 3 | 3 | 0 | 0 | 100 |
| | | 3 + | 2 | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 9 |
| | | % | 22 | 67 | 0 | 11 | 0 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 67 | 48 | 11 | 4 | 2 | 2 | 134 |
| | | | 50 | 36 | 8 | 3 | 1 | 1 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ankara ve Diyarbakır alan çalışmalarında kadınların gebelik ya da doğurganlıkları arasındaki farkı, çocuk/kadın oranlarına bakarak da görebiliriz. Çocuk ve kadın oranı, 15-49 yaş arası diğer bir anlatımla doğurganlık yaşına sahip olan kadınlara toplam nüfustaki 0-4 yaş arasındaki çocukların oranını vermektedir. Tablo 6.36'ya göre Ankara alan çalışmasında 179 kadın ve 43 çocuk bulunmaktadır. Buna göre çocuk/kadın oranı %25 çıkmaktadır. Diğer yandan, Akşemsettin Sağlık Ocağı'na bağlı mahallelerde ise 2167 kadın ve 944 çocuk bulunmaktadır. Buna göre, çocuk/kadın oranı ise, %43,5'tir. Bu durumda alan çalışmasında seçilen örneklem, Akşemsettin Sağlık Ocağına bağlı nüfus içerisinden görece daha az doğurganlığın söz konusu olduğu bir mekandan seçilmiştir.

Bunun yanında Hilal Sağlık Ocağı'nda ise kadın/çocuk oranı %7'lerde kalmaktadır. Ankara Kent merkezine göre oldukça düşük olan bu oran, Hilal Sağlık Ocağı'na bağlı, nüfusta doğurganlığın oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu, bölge kadınlarının ortalama evlilik yaşlarının da oldukça büyük olduğunu da göstermektedir. Diğer yandan Türkiye genelinde ise, çocuk/kadın oranı %36'lardadır. Bu durumda, Ankara kent merkezi,

Türkiye genelinden daha düşük bir oran gösterirken, Ankara kent merkezi içerisinde mahalleler arasında oldukça farklı dağılımlar söz konusudur. Bazı mahallelerde bu oran Türkiye genelinden yüksekken, bazılarında daha düşüktür.

***Tablo 6. 17. Ankara ve Diyarbakır'da Çocuk-Kadın Oranının Kademeli Karşılaştırılması***

| | Çocuk-Kadın Oranı |
|---|---|
| **Türkiye Geneli** | 36,1 |
| **Ankara Kent Merkezi** | 27,6 |
| **Hilal Sağlık Ocağına Bağlı Mahalleler** | 7 |
| **Akşemsettin Sağlık Ocağına Bağlı Mahalleler** | 43,5 |
| **Akşemsettin Alan Çalışması** | 25 |
| **Diyarbakır Kent Merkezi** | 54,0 |
| **Selahattin Eyyubi Mahallesi** | 35 |
| **5 Nisan Mahallesi** | 57 |
| **Diyarbakır Alan Çalışması** | 56 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, Ankara ve Diyarbakır 2000 Yılı Nüfus Sayımları (DİE)*

Çocuk ve kadın oranının, yine Tablo 6.17'den hareketle, Diyarbakır alan çalışmasında %56 ile oldukça yüksek bir yüzdeye sahip olduğu söylenebilir. Beklentilerin aksine, bu oran Diyarbakır ve kent merkezi genelinde de alan çalışmasından çok farklı çıkmamıştır (%54). Ataerkil bir kültürel ve toplumsal yapıya sahip olan Diyarbakır'da erkek çocuk isteği doğurganlık oranını artıran nedenlerin başında gelir. Ayrıca 15-49 yaş grubundaki kadın nüfusun eğitim düzeyi, çalışma durumu ve genel bir söylem içinde ifade edilirse toplumsal hayat içinde kadına biçilen rol de bu durumun nedenlerindendir. Diğer taraftan ise, sosyo-ekonomik yönden gelişmiş olan Selahattin Eyyubi Mahallesi'nde bu oran %35 ile 5 Nisan Mahallesi'nin (%57) altında çıkmış olsa da Ankara'daki mahalleler arası farktan çok daha az bir fark söz konusudur. Buna göre, Diyarbakır için gelişmiş mahalleler ile gelişmemiş mahalleler arasında çocuk-kadın oranı bakımından Ankara'daki gibi belirgin bir fark olmadığı rahatça ileri sürülebilir. Yine, Diyarbakır ve Kent Merkezi genelindeki çocuk/kadın oranının görece yoksul mahallelerin oranına oldukça yakın olması, bize, Diyarbakır'da ekonomik gelişmişliğin doğurganlık bakımından çok da etkili bir değişken olmadığını göstermektedir.

Görülmektedir ki; İç Anadolu'nun gelişmiş merkezi kenti ile doğunun gelişmiş merkezi kentinin görece yoksul bölgelerinde doğurganlık oranı incelendiğinde her iki kentin görece yoksul kesimlerindeki oranların farklı olduğu görülmektedir. Ancak bu farklılık, her iki sayısal değerin içinde bulundukları kent merkezleri değerleri ile beraber düşünüldüğünde daha da anlam kazanmaktadır. Diyarbakır'ın görece yoksul kesimlerinde doğurganlık oranı Diyarbakır kent merkeziyle hemen hemen aynı hatta daha düşük iken, tüm tabanlarda, diğer bir anlatımla sağlık ocakları, mahalle, kent merkezi düzeylerinde, Diyarbakır'dan daha az oranlara sahip olan Ankara'da ise görece yoksul bölgelerdeki doğurganlık oranı kent merkezi ve gelişmiş mahallelere

göre oldukça yüksek orandadır. Bu durumda yoksulluk Ankara'da doğurganlık oranını doğrudan etkileyen bir etmen iken, Diyarbakır gibi daha geleneksel hayat tarzının yaşandığı, işbölümünün ve uzmanlaşmanın kapitalist sistemle tam anlamıyla bütünleşemediği bir ortamda ise yoksulluğun yanı sıra asıl büyük etkenin sosyo-kültürel yapı daha doğrusu kapitalistleşmemiş bir toplumsal yapının sosyo-kültürel uzantısı olduğu görülmektedir.

Bu anlamda aşırı nüfus büyümesini önlemek için devlet ya da yerel yönetimler farklı farklı bölgelerde her bölgenin kendi içsel yaşamına uygun şekilde politikalar üretmek zorundadır. Bu anlamda kapitalist ilişkilerin nispeten daha fazla rayına oturduğu Ankara'da yoksul bölgelerde salt doğurganlık oranının düşürülmesinde, hanelerin ekonomik duruma yönelik doğrudan müdahalelerin olumlu sonuçlar vereceği düşünülebilir. Ancak, konu doğunun merkezi kentlerinden olan Diyarbakır'a geldiğinde ise, görülmektedir ki, aşırı nüfus artışı, salt yoksul ailelerin yarattığı bir durum değildir. Diğer bir anlatımla bu gelenek gelir düzeyi görece daha yüksek olan kesim için geçerlidir. Bu durumda bu yörenin zenginleri çoğunlukla feodal ilişkilere dayalı bir zenginlik elde etmiş olabilirler ve bundan dolayı doğurganlık oranı hala fazla nüfusa ihtiyaçtan yüksek çıkmış olabilir. Diğer bir anlatımla bu yörenin zenginleri aslında toprakla bağlantılarına tam anlamıyla kopartmamış olabilirler ve ucuz işgücüne bu anlamda toprakta çalışmaları için ihtiyaç duyuyor olabilirler. Bu durumda kapitalist ilişkilerin nispeten daha fazla oturduğu bir toplumda yoksulluğun yarattığı olumsuz sonuçlara yönelik politikalar ile, yine aynı sonuçları doğuran fakat tamamen farklı sebeplerle bu sorunları doğuran bir toplumsal yapıya aynı politikalarla yaklaşmanın bir yararı olmayacaktır.

Sonuç olarak Ankara'da doğurganlık oranının yoksul kesimlerle daha iyi durumda olan kesimler arasında gösterdiği farklılığın, Diyarbakır'da olmaması hatta tam tersi bir durumda varolması ise araştırılmayı beklenen ayrı bir konu olmalıdır. Yukarıdaki ekonomik tabanlı açıklamanın yanında, ayrıca kendini çok hissetme, güçlü hissetme duygusuyla hareket eden etnik dayanışmanın da bunda etkili olabileceği öne sürülebilir.

Aile planlaması yöntemlerini bilmek, aile için daha kestirilebilir (ekonomik ve toplumsal açıdan) bir gelecek sağlayacağı ve dolayısıyla çocukların gelecekteki refah ve sağlığını etkileyeceği düşüncesiyle bebek ve çocuk sağlığı açısından önemlidir.. Olumlu bir tablo olarak iki ilde incelenen annelerin %90'a yakını aile planlaması hakkında bilgilendirildiği görülmektedir. Eğitim seviyesi ve bilgilenme durumu arasında belirgin bir ilişki vardır ve bilgilenme oranı eğitim seviyesinin artmasıyla artmaktadır.

*Tablo 6. 18. Kentlere Göre Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgi Durumu ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kent | | | Annenin Eğitim Durumu | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul Mezunu | Lise Mezunu | |
| Ankara | Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilginiz Var Mı ? | Evet | 15 | 11 | 83 | 11 | 5 | 125 |
| | | | 65% | 85% | 93% | 92% | 100% | 88% |
| | | Hayır | 8 | 2 | 6 | 1 | 0 | 17 |
| | | | 35% | 15% | 7% | 8% | 0% | 12% |
| | Toplam | | 23 | 13 | 89 | 12 | 5 | 142 |
| | | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Diyarbakır | Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilginiz Var Mı ? | Evet | 71 | 27 | 28 | 6 | 2 | 134 |
| | | | 80% | 96% | 100% | 100% | 100% | 88% |
| | | Hayır | 18 | 1 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| | | | 20% | 4% | 0% | 0% | 0% | 12% |
| | Toplam | | 89 | 28 | 28 | 6 | 2 | 153 |
| | | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Aile planlamasına ilişkin bilginin nereden elde edildiği sorulduğunda ise iki kent arasında fark olduğu anlaşılmaktadır. Kadınların %63,7'si bilgiyi sağlık ocağı ve ana çocuk sağlık kurumlarından elde ettiğini söylerken, bu oran, Diyarbakır'da %75'e çıkmaktadır. Her iki kentte de bilgiyi kişisel ilişkileri sonucunda öğrendiğini söyleyen kadınların oranı %20 civarındadır. Doğum ya da kürtaj sırasında sağlık kurumundan öğrendiğini söyleyen kadınların oranı %12,1 iken, bu oran, Diyarbakır'da %4,3'; Ankara'da ise %19'dur. Bu durum adı geçen servislerden yararlanma durumuna ilişkin iki kent arasındaki fark hakkında da bilgi vermektedir. Bilgiyi toplu iletişim araçlarından öğrendiğini söyleyenlerin oranı %4,2 iken, bu oran, Diyarbakır'da 2,2'dir. Bu durum, diğer yandan, Diyarbakır'daki kadınların toplu iletişim araçlarına olan yakınlığının da bir göstergesidir. Genel olarak Diyarbakır'daki kadınlar için sağlık ocaklarının daha önemli bir rol oynadığı söylenebilir.

*Tablo 6. 10. Aile Planlama Yöntemlerinin Öğrenildiği Yer ve Annenin Eğitim Durumu*

| | | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul Mezunu | Lise Mezunu | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ankara | Aile Planlama Yöntemlerini Nereden Öğrendiniz? | Sağlık Ocağı-Ana Çocuk Sağlığı | 5 | 3 | 36 | 5 | 2 | 51 |
| | | | 42% | 60% | 55% | 56% | 50% | 53% |
| | | Komşu-Tanıdık-Akraba vb | 5 | 0 | 15 | 0 | 1 | 21 |
| | | | 42% | 0% | 23% | 0% | 25% | 22% |
| | | Televizyon | 0 | 0 | 3 | 1 | 0 | 4 |
| | | | 0% | 0% | 5% | 11% | 0% | 4% |
| | | Doğum-Kürtaj Sırasında | 2 | 2 | 11 | 2 | 1 | 18 |
| | | | 17% | 40% | 17% | 22% | 25% | 19% |
| | | Broşür-Yayın ve Basından | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| | | | 0% | 0% | 2% | 11% | 0% | 2% |
| | Toplam | | 12 | 5 | 66 | 9 | 4 | 96 |
| | | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Diyarbakır | Aile Planlama Yöntemlerini Nereden Öğrendiniz | Sağlık Ocağı-Ana çocuk Sağlığı | 28 | 15 | 17 | 5 | 2 | 67 |
| | | | 70% | 83% | 71% | 83% | 100% | 74% |
| | | Komşu-Tanıdık-Akraba vb | 9 | 3 | 4 | 1 | 0 | 17 |
| | | | 23% | 17% | 17% | 17% | 0% | 19% |
| | | Televizyon | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| | | | 3% | 0% | 4% | 0% | 0% | 2% |
| | | Doğum-Kürtaj Sırasında | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| | | | 3% | 0% | 8% | 0% | 0% | 3% |
| | | Gezici Hemşire ve Ebelerden | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | 3% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| | Toplam. | | 40 | 18 | 24 | 6 | 2 | 90 |
| | | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Diğer yandan annenin eğitim durumu ile aile planlaması yöntemlerinin öğrenilme şekli arasındaki ilişkiyi iki kent için ayrı ayrı incelersek; Ankara'da, eğitimsiz olan annelerin çoğunluğunun bu bilgileri sağlık ocaklarından aldığı görülmektedir. Özellikle kişisel ilişkilere dayalı olarak bu bilgiyi öğrendiklerini belirten anneler okur yazar olmayan annelerde yoğunlaşmaktadır. Bu durum, Diyarbakır için de geçerlidir. Diyarbakır örneklemindeki kadınlar incelendiğinde ise Ankara'dan farklı olarak eğitim durumunun bilgiyi öğrenme biçiminde çok fazla etkili olmadığı görülmektedir. Tüm eğitim seviyelerindeki kadınların aile planlaması hakkındaki bilgileri ağırlıklı olarak sağlık ocaklarından öğrendikleri görülmektedir. Yine bu örneklemde de okur yazar olmayan annelerde kişisel ilişkilere dayalı olarak bilgi edinmenin, diğer eğitim seviyelerine göre daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca Diyarbakır'da yazılı materyallerden bilgi edinen kadın yokken Ankara'da az da olsa var olduğunu görmekteyiz.

İki örneklemde de en çok kullanılan aile planlaması yöntemini rahim içi araç %50 ile kondom %20 çıkmıştır. Türkiye geneli ve Ankara ilinde kullanılan aile planlanacak yöntemleri yoğunlukla rahim içi araç ve kondom çıkmıştır. Bunun yanı sıra diğer etkili yöntemler %60 oranlarında kullanılmaktadır. Diyarbakır il genelinde ise Ankara ve Türkiye genelinden farklı olarak her 10 kadından 4'tü herhangi bir aile planlama yöntemi kullanmamaktadır (Türkiye 2.5; Ankara 2). Dolayısıyla kullanılan rahim içi araç ve kondom yöntemlerinin oranları da sırasıyla %7 ve %12 gibi düşük oranlarda çıkmıştır.

*Tablo 6. 20. Kullanılan Doğum Kontrol Yöntemleri*

| Doğum Kont. | Türkiye | Ankara | Akşemsettin | Anka A. | Diyar. | Seyran | Diyar. ve A. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Hap** | 5,00 | 4,80 | 11,22 | - | 4,60 | 7,23 | - |
| **Kondom** | 12,10 | 12,50 | 13,81 | 25,00 | 7,90 | 91,29 | 21,00 |
| **RİA** | 21,50 | 27,60 | 5,27 | 48,50 | 12,50 | 1,48 | 23,40 |
| **Diğer Etkili** | 62,10 | 6,40 | 3,74 | 9,00 | 5,10 | 0,00 | 26,10 |
| **Kullanmayan** | 26,40 | 20,70 | 55,19 | 15,00 | 44,00 | - | 26,00 |
| **Diğer Etkisiz** | 0,27 | 28,00 | 10,76 | 2,50 | 25,90 | - | 3,50 |

**Kaynak: DİE 2000 Nüfus sayımı, Sağlık Ocağı verileri, Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Gebelikte izlenme durumu doğumda yaşanan bebek ölümlerinin ya da sakatlıklarının önüne geçmede, dolayısıyla çocukların ilerdeki yaşamlarında daha sağlıklı olmalarını amaçlayan, önemli bir göstergedir. Ankara'daki kadınların 1/2'si son gebelikte izlendiğini söylerken Diyarbakır'daki kadınların 1/3'ü son gebelikte izlendiğini söylemişlerdir. Dolayısıyla son gebelikte izlenme noktasında iki kent arasında fark vardır. Bunun yanında, Türkiye genelinde ise, daha önceki bölümlerde belirttiğimiz gibi, doğum öncesi bakım hizmetlerini alan %63 oranında kadın söz konusudur. Bu durumda her iki ildeki örneklemlerimiz de Türkiye genelinin çok altındadır. Yani Türkiye genelinde gebelik dönemi bakım alan kadınların oranı toplam içinde 2/3 iken, Ankara'da ½ ve Diyarbakır'da 1/3'tür.

*Tablo 6. 21. Kentlere Göre Son Gebelikte İzlenme Durumu*

| Son Gebelikte İzlenme Durumu | | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| | Evet | 79 | 53 | 132 |
| | | 54,10% | 33,80% | 43,60% |
| | Hayır | 67 | 104 | 171 |
| | | 45,90% | 66,20% | 58,40% |
| | Toplam | 146 | 157 | 303 |
| | | 100% | 100% | 100% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 6. 22. Çocuk İzleme Oranı ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kent | | | Annenin Eğitim Durumu | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur Yazar Değil | Okur Yazar- ve | İlkokul ve Mezunu | Ortaokul ve Üstü Mezunu | |
| Ankara | İzlenen Çocuk Sayısı Oranı | 0-%25 | 15 | 8 | 25 | 3 | 51 |
| | | % | 29,4 | 15,7 | 49,0 | 5,9 | 100 |
| | | %25-%50 | 3 | | 18 | 2 | 23 |
| | | % | 13 | | 78,3 | 8,7 | 100 |
| | | %50-%75 | | | 1 | | 1 |
| | | % | | | 100 | | 100 |
| | | %75-%100 | | 2 | 34 | 9 | 45 |
| | | % | | 4,4 | 75,6 | 20,0 | 100 |
| | Toplam | | 18 | 10 | 78 | 14 | 120 |
| | | % | 15,0 | 8,3 | 65,0 | 11,7 | 100 |
| Diyarbakır | İzlenen Çocuk Sayısı Oranı | 0-%25 | 54 | 21 | 10 | 3 | 88 |
| | | % | 61,4 | 23,9 | 11,4 | 3,4 | 100 |
| | | %25-%50 | 6 | 4 | 7 | 1 | 18 |
| | | % | 33,3 | 22,2 | 38,9 | 5.6 | 100 |
| | | %50-%75 | 4 | | 3 | | 7 |
| | | % | 57,1 | | 42,9 | | 100 |
| | | %75-%100 | 5 | 1 | 5 | 3 | 14 |
| | | % | 35,7 | 7,1 | 35,7 | 21,4 | 100 |
| | Toplam | | 69 | 26 | 25 | 7 | 127 |
| | | % | 54,3 | 20,5 | 19,7 | 5,5 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ancak son gebelikte izlenme durumundan ziyade, kadınların sahip oldukları çocuklardan kaçını izlettirdikleri daha sağlıklı sonuçlar verecektir. Buna göre her iki kent örneklemlerindeki kadınların izlettirdikleri çocuk sayısı ile gebelik

sayılarının oranlaması ile bulunan verilerin, annenin eğitim durumu ile bir ilişkisi olup olmadığını incelediğimiz tablo.41'e göre, ve Ankara'da izlenen çocuk sayısı oranı %50'den az olan çocuklarının en fazla yarısını izlettiren kadınların yarısına yakını okuma yazma bilmeyen ya da sadece okuma yazma bilen kadınlardan oluşmaktayken, yarıdan fazla çocuğunu izlettiren anneler arasında ise herhangi bir mezuniyeti olan annelerin oranı %95'tir. Diğer yandan Diyarbakır'da ise eğitimle çocuk izlettirme arasında Ankara'daki kadar belirgin bir fark söz konusu değildir. Diyarbakır'da izlenen çocuk sayısı oranı %50'den az olan kadınların yarısından fazlası okuma yazma bilmezken, çocuklarının en az yarısını izlettiren annelerin ise yarıya yakını yine okuma yazma bilmemektedir. Bu durumda Ankara'da annenin eğitim durumu, çocuklarını izlettirmelerini doğrudan etkilerken, Diyarbakır alan çalışmasındaki kadınlar için aynı şeyi söylemek mümkün değildir.

Ankara ilinde yaşayan anneler arasından seçilen örneklemde 5 anneden 4'ünün toplumsal güvenceye sahip olduğu görülmektedir. Ancak son gebelikte izlenme oranlarına baktığımızda sosyal güvence konusunda oluşan olumlu tablonun devam etmediği anlaşılmaktadır. Diğer yandan sosyal güvencenin olup olmaması, her iki kent örneklemi için de son gebelikte izlenip izlenmemeyi etkilememektedir. Nitekim her iki kentte de son gebelikte izlenmediğini belirten annelerin %20'sinin sosyal güvencesi olmadığı görülürken, yine son gebelikte izlendiğini belirten anneler içerisinde de sosyal güvencesi olmayan annelerin oranının yine %15-20 olduğu görülmektedir.

*Tablo 6. 23 Son Gebelikte İzlenme Durumu ve Annenin Sosyal Güvenlik Durumu*

| Kent | | | Annenin Sosyal Güvenlik Durumu | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SSK | Bağ-Kur | Emekli Sandığı | Yeşil Kart | Özel Sigorta | Sosyal Güvencesi Yok | |
| Ankara | Son Gebelikte İzlenme Durumu | Evet | 47 | 1 | 7 | 7 | 1 | 14 | 77 |
| | | % | 61 | 1 | 9 | 9 | 1 | 18 | 100 |
| | | Hayır | 27 | 5 | 9 | 6 | 0 | 13 | 60 |
| | | % | 45 | 8 | 15 | 10 | 0 | 22 | 100 |
| | Toplam | | 74 | 6 | 16 | 13 | 1 | 27 | 137 |
| | | % | 54 | 4 | 12 | 9 | 1 | 20 | 100 |
| Diyarbakır | Son Gebelikte İzlenme Durumu | Evet | 10 | 0 | 3 | 29 | - | 6 | 48 |
| | | % | 21 | 0 | 6 | 60 | 0 | 13 | 100 |
| | | Hayır | 24 | 4 | 0 | 54 | - | 18 | 100 |
| | | % | 24 | 4 | 0 | 54 | - | 18 | 100 |
| | Toplam | | 34 | 4 | 3 | 83 | - | 24 | 148 |
| | | % | 23 | 3 | 2 | 56 | 0 | 16 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Son gebelikte izlenme durumunda olan annelerin sayısının, izlenmeyenlere yakın olması bu tablonun olumsuzluğunun altındaki etkendir. Diyarbakır örnekleminde de toplumsal güvenceye sahip annelerin oranı Ankara'dakilere

yakın çıkmıştır (yaklaşık 5 de 4). Ancak Ankara'daki durumdan daha olumsuz olarak buradaki annelerin salt %30'una yakını gebelik dönemlerinde izlenebilmişlerdir. Bu durum aşı konusundaki gibi anne bilinci ve gelir seviyesinin yanı sıra sunulan sağlık hizmetlerinin yeterliliği ve erişilebilirliği ile de incelenmelidir.

Son gebelikte izlenmeme nedenleri de iki il arasında farklılık göstermektedir. Kadınların %39,8'i izlenmeyi gerekli görmediklerini ifade ederken bu oran Diyarbakır'da %41,2 Ankara'da ise %37,3'tür. İkinci en sık rastlanan neden ise maliyetin karşılanamamasıdır. Bu nedenin oranı, toplamda %24,2 iken Ankara'da ve %16,9 ve Diyarbakır'da %28,4'tür. Kadınların %13'ü sosyal güvenceden yoksunluğu son gebelikte izlenmeme nedeni olarak göstermiştir. Yine bir diğer nedenler ise, her iki örneklemde de oran olarak azda olsalar, bilginin olmaması, aile büyüklerinin izin vermemesi, kurumun uzakta olmasıdır. Genel olarak değerlendirildiğinde son gebelikte izlenmemenin hem maddi hem de manevi kaynaklarının olduğu görülmektedir.

Doğumun sağlıklı koşullarda ve uzman kişilerce yaptırılması, ölü yada sakat doğum yapma durumunu etkileyen bir etmen olarak kabul edilmektedir. Türkiye ve il genellerine bakıldığında Ankara'nın %99'u Türkiye'nin %89'u hastanede doğum yapmaktayken Diyarbakır'da hastanede doğum %36'da kalıp evde doğum daha yüksek çıkmaktadır. (Tablo 6.43) Bu konuda örneklem gruplarına bakıldığında; Ankara'da örnekleme dâhil olan annelerin %83'ü hastanede doğum yaptığını belirtirken, bu oran Diyarbakır'da ise %46'dır. Diğer yandan Diyarbakır örneklemindeki kadınların %40'lık bir kısmı evde sağlık personeli olmadan doğum yapmaktadır. (Tablo 6.43)

*Tablo 6. 24. Doğum Yapılan Yer*

| Doğumun Yapıldığı Yer | Ülke, Kentler, Alan Çalışmaları | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Türkiye | Ankara | Diyarbakır | Ankara Alan Çalışması | Diyarbakır Alan Çalışması |
| Hastanede | 488984 | 24318 | 1334 | 120 | 74 |
| % | 89,8 | 99,4 | 36,6 | 83,3 | 46,3 |
| Sağlık P ile | 31798 | 53 | 1334 | 3 | 24 |
| Evde | 5,8 | 0,2 | 36,6 | 2,1 | 15 |
| % | | | | | |
| Evde | 23467 | 101 | 976 | 21 | 62 |
| % | 4,4 | 0,4 | 24,8 | 14,6 | 38,7 |
| Toplam | 544249 | 24472 | 3644 | 144 | 160 |
| % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

*Kaynak: DİE 2000 Nüfus sayımı, Sağlık Ocağı verileri, Diyarbakır ve Ankara Alan Çalışmaları*

Bu durumda Ankara alan çalışmasının yapıldığı yoksul kent bölgelerinde hastanede doğum yapan kadınların, Ankara genelinde hastanede doğum yapan kadınların oranından daha düşük bir orana sahip olduğu görülürken, Diyarbakır'da tam tersi bir durum söz konusudur. Diyarbakır genelinde

hastanede doğum yapan kadınların oranı, Diyarbakır'ın yoksul alanlarında hastanede doğum yapan kadınların oranından daha düşüktür. Doğumun yapıldığı yer açısından iki kentle ilgili olarak iki sonuç çıkmaktadır. Bunlardan birincisi, Diyarbakır'ın tüm il olarak, doğumun sağlıklı koşullarda yapılması bakımından Türkiye genelinin çok altında kalmasıdır. İkinci sonuç ise, Ankara'da kadının bir sağlık kurumunda doğum yapabilmesi ile yoksulluk arasında yakın bir ilişki varken, Diyarbakır'da yoksulluk, bir sağlık kurumunda doğum yapılmasını etkilememektedir.

*Tablo 6. 25. Son Doğumun Yapıldığı Yer ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kentler | | | Annenin Eğitim Durumu | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul Mezunu | Lise Mezunu | |
| Ankara | Son Doğumun Yapıldığı Yer | Evde, S.P Yardımı Olmadan | 7 | 5 | 6 | 1 | 1 | 20 |
| | | | 29% | 44% | 7% | 8% | 20% | 14% |
| | | Evde, S.P Yardımı İle | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| | | | 4% | 8% | 1% | 0% | 0% | 3% |
| | | Sağlık Kurumunda | 16 | 7 | 81 | 11 | 4 | 119 |
| | | | 67% | 48% | 92% | 92% | 80% | 83% |
| | Toplam | | 24 | 13 | 88 | 12 | 5 | 142 |
| | | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Diyarbakır | Son Doğumun Yapıldığı Yer | Evde,S.P Yardımı Olmadan | 43 | 9 | 7 | 0 | 0 | 59 |
| | | | 50% | 33% | 24% | 0% | 0% | 38% |
| | | Evde,S.P Yardımı İle | 17 | 2 | 3 | 1 | 1 | 24 |
| | | | 19% | 7% | 10% | 17% | 50% | 16% |
| | | Sağlık Kurumunda | 30 | 16 | 19 | 5 | 2 | 72 |
| | | | 31% | 60% | 66% | 83% | 50% | 46% |
| | Toplam | | 90 | 27 | 29 | 6 | 2 | 154 |
| | | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Son doğumun yapıldığı yer ile annenin eğitim seviyesi arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 6.25'te her iki kentte de annenin eğitimi ile doğumun evde ya da hastanede yapılması arasında doğrudan bir ilişki olduğu görülmektedir. Ankara'da, okur yazar olmayan annelerin %67'si ve sadece okur yazar olan annelerin %48'i herhangi bir sağlık kurumunda doğum yaparken, ilkokul ya da üstü bir mezuniyeti olan annelerin ise 85'inden fazlası hastanede doğum yapmıştır. Diğer yandan Diyarbakır'da ise, okur yazar olmayan annelerin yarısı evde sağlık personeli olmadan doğum yaparken, sadece okuma yazma bilen annelerde bu oran %33'e, ilkokul mezunlarında ise %24' e düşmektedir.

Ortaokul ve üstü mezuniyeti olan annelerde ise doğumu evde sağlık personeli olmadan yapan yoktur. Kısaca, her iki ilde de annenin eğitim seviyesi arttıkça herhangi bir sağlık kurumunda doğum yapma oranı artmaktadır.

Gebelik dönemi izlenme, doğumun da daha sağlıklı ve kontrol altında olmasını sağlamaktadır. Buna göre her iki örneklemimizde de son gebelikte izlenen kadınların çoğunluğu doğumlarını da hastanede yapmaktadırlar. Buna göre, Ankara'da son gebelikte izlenen kadınların %99'u bu doğumlarını da hastanede yapmaktayken, son gebelikte izlenmeyen annelerin sadece %65'i doğumunu hastane yapmıştır. Diğer yandan, Diyarbakır'da ise son gebelikte izlendiğini belirten kadınların %67'si hastanede doğum yaptığını belirtirken, son gebelikte izlenmeyen kadınların ise sadece %35'i hastanede doğum yaptığını belirtmiştir.

*Tablo 6. 26. Son Gebelikte İzlenme Durumu ve Son Doğumun Yapıldığı Yer*

| Kent | Son Gebelik İzlenme Durumu | Son Doğumun Yapıldığı Yer | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Evde, S.P. Olmadan | Evde, S.P. ile | Hastanede | |
| Ankara | Evet | 1 | 0 | 77 | 78 |
| | % | 1 | 0 | 99 | 100 |
| | Hayır | 20 | 3 | 41 | 64 |
| | % | 31 | 5 | 64 | 100 |
| | Toplam | 21 | 3 | 118 | 142 |
| | % | 15 | 2 | 83 | 100 |
| Diyarbakır | Evet | 13 | 4 | 35 | 52 |
| | % | 25 | 8 | 67 | 100 |
| | Hayır | 45 | 20 | 36 | 101 |
| | % | 45 | 20 | 35 | 100 |
| | Toplam | 58 | 24 | 71 | 153 |
| | % | 38 | 16 | 46 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Annelerin bebeklerinin izlenmesi gerekliliğinin bilincine varmış olmaları bebek ve çocuk sağlığı açısından çok önemlidir. Bebekler en hassas oldukları ilk 5 yıl boyunca düzenli olarak izlenmeli ve aşıları yaptırılmalıdır. 0-5 yaş arası çocuğun sağlıklı gelişimiyle ve kontrolüyle ilgili bilgisi olduğunu söyleyen kadınların oranı Ankara'da 4/5, Diyarbakır'da ise 1/3'tür. Diyarbakır'daki kadınların 2/3'ünün böyle bir bilgiye sahip olmaması çok ciddi bir durumdur. Ankara'daki kadınların %90'ını bu bilgiyi bir sağlık kurumundan öğrenirken, %10'u televizyondan öğrenmiştir. Aynı oranlar Diyarbakır için %59,3 ve %29,6'dır. Diyarbakır'daki kadınların %11,1'i bu bilgiyi tanıdık ve akrabalardan aldığını söylemiştir. Dolayısıyla Ankara ve Diyarbakır'daki kadınlar bilginin kaynağı bazında farklılaşmaktadır. Ayrıca çocuğun sağlıklı gelişimi ile ilgili bilgiye sahip olma ile annenin eğitim durumu arasındaki ilişkiyi gösteren tablo 6.46'ya göre, her iki alan

çalışmasında da annenin eğitim durumu, 0-5 yaş arası çocuğun sağlıklı gelişimiyle ilgili bilgi düzeyini doğrudan etkilemektedir. Ankara'da bu konuyla ilgili bilgisi olduğunu belirten kadınların sadece %5'i okur yazar değilken, hayır diyenlerin ise %11'i okur yazar değildir. Diyarbakır'da ise, bu durum daha da belirgindir. Bunda göre çocuğun sağlıklı gelişimiyle ilgili bilgiye sahip olduğunu belirten kadınların sadece %30'u okur yazar değilken, bununla ilgili bilgisi olmadığını belirten kadınların ise %75'i okur yazar değildir.

*Tablo 6. 27. 0–5 Yaş Çocuğun Sağlıklı Gelişimiyle ve Kontrolüyle İlgili Bilgi ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kent | 0–5 Yaş Çocuğun ve Gelişimiyle ve İlgili Bilginiz Var mı? | Annenin eğitim durumu | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul ve Mezunu | Ortaokul Mezunu | Lise ve Üstü | |
| Ankara | Evet | 2 | 1 | 28 | 2 | 4 | 37 |
| | % | 5 | 3 | 76 | 5 | 11 | 100 |
| | Hayır | 1 | 0 | 6 | 2 | 0 | 9 |
| | % | 11 | 0 | 67 | 22 | 0 | 100 |
| | Toplam | 3 | 1 | 34 | 4 | 4 | 46 |
| | % | 7 | 2 | 74 | 9 | 9 | 100 |
| Diyarbakır | Evet | 10 | 7 | 13 | 5 | 0 | 35 |
| | % | 29 | 20 | 37 | 14 | 0 | 100 |
| | Hayır | 45 | 11 | 3 | 0 | 1 | 60 |
| | % | 75 | 18 | 5 | 0 | 2 | 100 |
| | Toplam | 55 | 18 | 16 | 5 | 1 | 95 |
| | % | 58 | 19 | 17 | 5 | 1 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Bebek ve çocuk sağlığı açısından bir diğer önemli nokta ise aşı konusudur. Çocukların tüm aşılarını yaptırdığını söyleyen kadınların oranı %76,2'dir. Bu oran Ankara'da %85,3'e yükselirken Diyarbakır'da %67,9'da kalmaktadır. Dolayısıyla iki kent arasında bu bağlamda fark olduğu söylenebilir. daha önce söylendiği gibi Ankara'daki kadınların 1/7'si Diyarbakır'daki kadınların 1/3'ü çocuklarının tüm aşılarının yapılmadığını belirtmişlerdir. Bunun nedenleri sorulduğunda ise 1/3'ü hiç bilgisi olmadığını, ¼'ü bilgisi olduğunun ama önemsemediğini, 1/6'sı kurumun uzakta olduğunu, 1/6'sı sağlık ocağında böyle bir hizmetin sunulmadığını, 1/12'si ise eşinin izin vermediğini belirmiştir.

*Tablo 6. 28. Aşılanma Oranları Gruplaması ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kent | Aşılanma Oranları Gruplaması | Annenin Eğitim Durumu | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul ve Mezunu | Ortaokul ve Üstü Mezunu | |
| Ankara | 0-50 | 3 | 2 | 4 | 2 | 11 |
| | % | 27 | 18 | 36 | 18 | 100 |
| | 50- 100 | 12 | 9 | 55 | 9 | 85 |
| | % | 14 | 10 | 66 | 10 | 100 |
| | Toplam | 15 | 11 | 59 | 11 | 96 |
| | % | 16 | 11 | 62 | 11 | 100 |
| Diyarbakır | 0-50 | 26 | 7 | 7 | 0 | 40 |
| | % | 65 | 17,5 | 17,5 | 0 | 100 |
| | 50-100 | 33 | 17 | 13 | 8 | 71 |
| | % | 46 | 24 | 18 | 11 | 100 |
| | Toplam | 59 | 24 | 20 | 8 | 111 |
| | % | 53 | 22 | 18 | 7 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 6. 29. Aşılanma Oranları Gruplaması ve Kişi Başına Düşen Gelir*

| Kent | Aşılanma Oranları Gruplaması | Kişi Başına Düşen gelir | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | 0-150 | 150+ | |
| Ankara | 0-50 | 7 | 2 | 9 |
| | % | 77 | 23 | 100 |
| | 50-100 | 69 | 10 | 79 |
| | % | 87 | 13 | 100 |
| | Toplam | 76 | 12 | 88 |
| | % | 86 | 14 | 100 |
| Diyarbakır | 0-50 | 33 | 2 | 35 |
| | % | 94 | 6 | 100 |
| | 50-100 | 57 | 11 | 68 |
| | % | 83 | 17 | 100 |
| | Toplam | 90 | 13 | 103 |
| | % | 87 | 13 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Bu bağlamda örneklem çalışmalarındaki aşıları tam olan bebeklerin oranı ile annenin eğitim seviyesi ilişkilendirildiğinde Ankara örnekleminde %90 oranındaki annelerin bebeklerinin yaklaşık hepsinin aşılarını tam yaptırdıkları görülmektedir (Tablo 6.47). Diyarbakır'da ise bebeklerini aşılatma oranları yüksek olan annelerin oranı %50'li değerlerde kalmaktadır. Bu noktada annenin eğitim seviyesinin yanı sıra sağlık hizmetlerine erişim olanaklarının da önemli bir etken olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Aşılanma oranlarının gelir seviyeleri ile ilişkisine bakıldığında ise Ankara'da ilişki görülmezken Diyarbakır'da kişi başına düşen geliri 50–100 milyon olan ailelerdeki aşı yaptırma oranlarının, 0–50 milyon olanlara kıyasla az olmakla beraber, toplamdaki payları artmaktadır. Sonuç olarak Ankara örnekleminde geçersiz

olsa da Diyarbakır'da gelir seviyesi arttıkça aşı yaptırma eğiliminin arttığı gözlemlenmektedir.

*Tablo 6. 30. Çocukların Aşılarının Eksik Kalma Nedeni ve Kişi Başına Düşen Gelir*

| Kent | | | Kişi Başına Düşen Gelir | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0- 50 | 50-100 | 100-150 | 150-200 | 200-250 | 250+ | |
| Ankara | Çocukların Aşılarının Eksik Kalma Nedeni | Kurumun Uzakta Olması | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| | | % | 50 | 0 | 25 | 0 | 25 | 0 | 100 |
| | | Bilgimiz Vardı Ancak Önemsemedik | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| | | % | 0 | 67 | 33 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | | Hiç Bilgimiz Yoktu | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 8 |
| | | % | 25 | 13 | 25 | 25 | 0 | 13 | 100 |
| | | Sağlık Ocağı Tarafından Hizmet Sunulmaması | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | % | 0 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | | Eşi Göndermemiş | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | % | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 5 | 5 | 4 | 2 | 1 | 1 | 18 |
| | | % | 28 | 28 | 22 | 11 | 6 | 6 | 100 |
| Diyarbakır | Çocukların Aşılarının Eksik Kalma Nedeni | Maliyeti Karşılayamama | 1 | 0 | 0 | 0 | - | - | 1 |
| | | % | 100 | 0 | 0 | 0 | - | - | 100 |
| | | Kurumun Uzakta Olması | 3 | 1 | 0 | 0 | - | - | 4 |
| | | % | 75 | 25 | 0 | 0 | - | - | 100 |
| | | Bilgimiz Vardı Ancak Önemsemedik | 6 | 2 | 2 | 0 | - | - | 10 |
| | | % | 60 | 20 | 20 | 0 | - | - | 100 |
| | | Hiç Bilgimiz Yoktu | 6 | 3 | 0 | 0 | - | - | 9 |
| | | % | 67 | 33 | 0 | 0 | - | - | 100 |
| | | Sağlık Ocağı Tarafından Hizmet Sunulmaması | 3 | 3 | 0 | 1 | - | - | 7 |
| | | % | 43 | 43 | 0 | 14 | - | - | 100 |
| | | Eşi Göndermemiş | 3 | 1 | 0 | 0 | - | - | 4 |
| | | % | 75 | 25 | 0 | 0 | - | - | 100 |
| | Toplam | | 22 | 10 | 2 | 1 | - | - | 35 |
| | | % | 63 | 29 | 6 | 3 | - | - | 100 |

*Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Örneklemi oluşturan annelere aşıların eksik kalma sebeplerinin sorgulanması sonucunda karşılaşılan durum Diyarbakır'da aşıların eksik kalmasının %60 oranında bilinçsizlikten kaynaklandığı ve bu bilinçsizliğin de gelir seviyesi ve annenin eğitim seviyesinin düşüklüğü ile ilişkili olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin yeterli olmaması sebebini gösterilme oranı %20'dir. Çocukların aşılarının eksik kalma nedeni ile kişi başına düşen net gelir arasındaki ilişkiye baktığımızda (Tablo 6.49) Ankara örnekleminde çocukların %18 inin aşısının eksik olduğunu görüyoruz. Bu eksikliğin başlıca nedenleri olarak da ilk iki sırada, insanların gelir durumlarından bağımsız bir şekilde, bilgi eksikliğinin (%8) ve sağlık kurumlarına olan uzaklığın olduğunu (%4) saptamaktayız. Sağlık ocağı tarafından hizmet sunulmaması ve eşinin göndermemesi gibi nedenleri olan insanlar ise toplam içinde %3'lük bir kesimi kapsamaktadırlar. Diyarbakır örneklemini incelediğimizde ise aşısı olmayan çocukların Ankara'daki yüzdelere göre iki kat arttığını görmekteyiz (%35). Aşı eksikliğine karşı gösterilen nedenler de Ankara'dakilerden farklılaşmaktadırlar. Önemsemezlik, bilgi yokluğu ve sağlık ocağı tarafından hizmet sunulmuyor olması nedenleri genel içinde toplam %26'lık payı oluşturmaktadırlar. Bunun yanında maliyeti karşılayamama gibi bir nedenin %1'de kalması ve aşı yaptıramayan insanların %98'inin orta ve alt gelir gruplarına ait olmaları belki de devletin temel sağlık konusuna verdiği önemi ve buna bağlı olarak sağladığı sübvansiyon ve hizmetleri göstermektedir.

Anne ve bebek ölümleri bir ülkenin genel sağlık durumunun en belirgin göstergeleri olarak kullanılmaktadır. Ölü doğum oranları,gebelik sırasında sağlık kontrolünden geçilmesi, gebelik sayısı, gebelik sıklığı, annenin içinde bulunduğu durum, hamilelik yaşı, eğitim seviyesi gibi değişkenlerle bağlantılıdır ve çok yönlü düşünülmesi gerekmektedir. Bu nedenle ölü doğum oranları toplumsal yapıyı ve sosyo-ekonomik durumu ölçme açısından önemli bir veridir.

Bilindiği üzere anne-çocuk sağlığı çalışmalarında doğum süreçleri kadar, doğumun nasıl gerçekleştiği, ölü ya da canlı doğum olması da önem kazanmaktadır. Çünkü, canlı ve sağlıklı doğumların sayılarının artırılması bir anlamda ölü doğumların sebeplerinin ortadan kaldırılmasına bağlıdır. Bir bebeğin canlı doğabilmesi kendinden önceki kardeşinin canlı doğup doğmamasıyla yakından ilgilidir. Çünkü, bir kadının ölü doğum yapması diğer bebeklerinin doğumlarının sorunlu olmasına sebep olmaktadır. Öte yandan, kadınların ölü doğum yapmaları pek çok nedene bağlı olabilir. Bu durum kadınların eğitim düzeyleri, gebelik dönemlerinde bir sağlık kurumu tarafından izlenmeleri, gebelik sıklıkları, yaşları ve doğumun nerede yapıldığı ile doğrudan ilişkilidir.

Ölü doğum yapma oranları her iki örneklem içinde incelendiğinde, toplamda Ankara'da 12 Diyarbakır'da 11 gibi düşük sayılarda ölü doğum yaşanmakla beraber ölü doğum oranı ve anne eğitim seviyesi ilişkisine bakıldığında eğitim seviyesi düşük olan annelerin daha fazla ölü doğum yaptıkları görülmektedir. Ankara'da gebelik sayısının %25 -50' si oranında ölü doğum yapan annelerin

çoğunlukla ilköğretim eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir, ki Ankara'da annelerin büyük bir kısmı bu eğitim seviyesindedir. Diyarbakır'da ise okur yazar ve ilköğretim mezunu olan annelerde ölü doğum yoğunlaşması görülmektedir.

*Tablo 6. 31. Ölü Doğum Oranı ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kent | | | Annenin Eğitim Durumu | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur Yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul Mezunu | Lise ve Üstü | Toplam |
| Ankara | Ölü Doğum Oranı (%) | 0- 25 | 1 | 4 | 2 | 0 | 7 |
| | | % | 14 | 57 | 29 | 0 | 100 |
| | | 26- 50 | 1 | 4 | 0 | 0 | 5 |
| | | % | 20 | 80 | 0 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 2 | 8 | 2 | 0 | 12 |
| | | % | 17 | 67 | 17 | 0 | 100 |
| Diyarbakır | Ölü Doğum Oranı (%) | 0- 25 | 2 | 4 | 1 | 0 | 7 |
| | | % | 29 | 57 | 14 | 0 | 100 |
| | | 26- 50 | 2 | 1 | 1 | 0 | 4 |
| | | % | 50 | 25 | 25 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 4 | 5 | 2 | 0 | 11 |
| | | % | 36 | 45 | 18 | 0 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 6. 32. Gebelik Döneminde İzlenen Çocuk Sayısı Oranı ve Ölü Doğum Oranı*

| Kent | Ölü Doğum Oranı | Gebelik Döneminde İzlenen Çocuk Sayısı Oranı | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | 0- 50 | 50-100 | |
| Ankara | 0-50 | 9 | 3 | 12 |
| | % | 75 | 25 | 100 |
| | 50-100 | 0 | 1 | 1 |
| | % | 0 | 100 | 100 |
| | Toplam | 9 | 4 | 13 |
| | % | 69 | 31 | 100 |
| Diyarbakır | 0-50 | 12 | 1 | 13 |
| | % | 92 | 8 | 100 |
| | 50-100 | 0 | 0 | 0 |
| | % | 0 | 0 | 0 |
| | Toplam | 12 | 1 | 13 |
| | % | 92 | 8 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Annenin sık gebe kalma durumu bebeklerle daha az ilgilenmesini ikinci bebek doğduktan sonra ilkinin emzirilmemesi gibi bebek sağlığını olumsuz etkileyecek durumlara sebep olmaktadır. Örneklem alanlarında gebelik sayısının ölü doğuma etkisine bakıldığında, göze çarpan ve önemli bir konu

Ankara'da doğurganlık eğilimi Diyarbakır'dan daha düşük olmasına rağmen ve ölü doğum sayısının Diyarbakır'dakine eşit çıkmasıdır. (Tablo 6.52) Ankara'dakilerin gebe ve bebek izlenme oranlarının Diyarbakır'daki annelere göre yüksek olduğu göz önüne alınırsa bu durum düşündürücüdür. Bunun yanı sıra, verilerin düşük sayılardan oluşmasıyla beraber gebelik sayısı arttıkça ölü doğum sayısının artığı görülmektedir.

*Tablo 6. 33. Kentlere Göre Gebelik Sayısı Gruplama ve Olu Doğum Oranlarının Gruplanması*

| Kent | | | Ölü Doğum Oranlarının Gruplanması | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0- 25% | 26- 50% | 51- 75% | |
| Ankara | Gebelik Sayısı Gruplama | 3 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| | | % | 0 | 100 | 0 | 100 |
| | | 4 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | % | 100 | 0 | 0 | 100 |
| | | 5-10 | 7 | 3 | 1 | 11 |
| | | % | 64 | 27 | 9 | 100 |
| | | 11 + | 2 | 1 | 0 | 3 |
| | | % | 67 | 33 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 10 | 6 | 1 | 17 |
| | | % | 59 | 35 | 6 | 100 |
| Diyarbakır | Gebelik Sayısı Gruplama | 3 | 0 | 1 | - | 1 |
| | | % | 0 | 100 | - | 100 |
| | | 4 | 1 | 0 | - | 1 |
| | | % | 100 | 0 | - | 100 |
| | | 5-10 | 9 | 1 | - | 10 |
| | | % | 90 | 10 | - | 100 |
| | | 11 + | 3 | 1 | - | 4 |
| | | % | 75 | 25 | - | 100 |
| | Toplam | | 13 | 3 | - | 16 |
| | | % | 81 | 19 | - | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ölüm sayılarıyla ilgili veriler, bebek sağlığıyla ilgili doğrudan bir bilgi vermektedir. Nitekim, yine bebek ölümleri ile annenin eğitimi, gebelik dönemi izlenme, gebelik sayısı, gibi değişkenlerin ilişkisine bakılacaktır.

Ankara örnekleminde canlı doğan toplam 453 bebekten yaşayanların sayısı 369'dur. Yani 84 bebek (%18) doğumdan sonra ölmüştür. Bu durumda kaybedilen bebeklerin yaklaşık %32'si (27) ilk bir ayda, %51'i (43) 2-12 ay arasında ve %17'si (14) de 1-5 yaş arasında ölmüştür.Diyarbakır örnekleminde canlı doğan toplam 825 bebekten 89 tanesi (%10,8) doğumdan sonra ölmüştür Diyarbakır'da ise ilk bir ayda ölen bebek sayısının oranı, %20 (19), 2-12 ay arasında ölenlerin oranı %33 (32) ve 1-5 yaş arasında ölenlerin oranı ise

%40'tır (38). Türkiye genelinde bebek ölümlerinin %86'sı 5 yaşına kadar gerçekleşmektedir. Buna göre Ankara verisine göre, tüm ölen bebekler 0-5 yaş arasında ölürken, Diyarbakır'da ise %93'lük orana sahip bebekler 0-5 yaş arasında ölmüştür.

*Tablo 6. 34. Kentlere Göre İlk 1 Ayda Ölen Bebek Sayısı*

| İlk 1 Ayda Ölen Bebek Sayısı | Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| 1 | 8 | 15 | 23 |
| % | 53,3 | 78,9 | 67,6 |
| 2 | 5 | 4 | 9 |
| % | 33,3 | 21,1 | 26,5 |
| 4 | 1 | 0 | 1 |
| % | 6,7 | 0 | 2,9 |
| 5 | 1 | 0 | 1 |
| % | 6,7 | 0 | 2,9 |
| Toplam | 15 | 19 | 34 |
| % | 100 | 100 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 6. 35. Kentlere Göre 2-12 Ay Arasında Ölen Bebek Sayısı*

| 2-12 Ay Arasında Ölen Bebek Sayısı | Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| 1 | 15 | 21 | 36 |
| % | 57,7 | 84 | 70,6 |
| 2 | 6 | 2 | 8 |
| % | 23,1 | 8 | 15,7 |
| 3 | 4 | 1 | 5 |
| % | 15,4 | 4 | 9,8 |
| 4 | 1 | 1 | 2 |
| % | 3,8 | 4 | 3,9 |
| Toplam | 26 | 25 | 51 |
| % | 100 | 100 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Diğer yandan, ilk bir ayda ve 2-12 ayda ölen bebek sayısı ile annenin eğitimi arasında doğrudan bir ilişkinin söz konusu olmadığını görmekteyiz. Yani annenin eğitim seviyesi arttıkça ilk bir yılda ölen bebek oranlarında bir değişim söz konusu değildir. Ancak ilk bir yıldaki ölümlerde bunun yerine, gebelik dönemi izlenip izlenmemenin etkisi olduğunu görmekteyiz. Hem ilk bir ayda hem de 2-12 ay arasında söz konusu olan bebek ölümlerinin gebelik dönemi annenin izlenme oranı arttıkça azaldığını görmekteyiz. Buna göre;

*Tablo 6. 36. İlk ve 1 Ayda Bebek Ölümü ve Gebelik Dönemi İzlenme Oranı*

| Kent | İlk 1 Ayda Bebek Ölümü | Gebelik Dönemi İzlenme Oranı | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | 0-50 | 50-100 | |
| Ankara | 1 | 4 | 0 | 4 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| | 2+ | 6 | 0 | 6 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| | Toplam | 10 | 0 | 10 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| Diyarbr | 1 | 9 | 2 | 11 |
| | % | 81 | 19 | 100 |
| | 2+ | 4 | 0 | 4 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| | Toplam | 13 | 2 | 15 |
| | % | 86 | 14 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

İlk 1 ayda Ankara'da bebek kaybeden annelerin hepsinin gebelik dönemlerinin en fazla yarısında izlendikleri görülmektedir. Gebelik dönemlerinin en az yarısında izlenen kadınların ise ilk bir ayda ölen bebeklerinin olmadığını görmekteyiz. Diyarbakır'da ise, ilk bir ayda bebek kaybeden toplam 11 anneden 9'unun gebelik dönemlerinde en fazla %50 oranında izlenmeleri söz konusuyken, 2 ve daha fazla bebek kaybeden annelerin ise tamamının gebelik dönemlerinde en fazla %50 oranında izlenmeleri söz konusudur.

*Tablo 6. 37 2-12 Ay Arası ve Bebek Ölümü ve Gebelik Dönemi İzlenme Oranı*

| Kent | 2-12 Ay Arası Bebek Ölümü | Gebelik Dönemi İzlenme Oranı | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | 0-50 | 50-100 | |
| Ankara | 1 | 11 | 4 | 15 |
| | % | 73 | 27 | 100 |
| | 2+ | 5 | 2 | 7 |
| | % | 71 | 29 | 100 |
| | Toplam | 16 | 6 | 22 |
| | % | 72 | 28 | 100 |
| Diyarbakır | 1 | 16 | 1 | 17 |
| | % | 94 | 6 | 100 |
| | 2+ | 4 | 0 | 4 |
| | % | 100 | 0 | 100 |
| | Toplam | 20 | 1 | 21 |
| | % | 95 | 5 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Yine, 2-12 ay arası bebe ölümleri ile annenin gebelik döneminde izlenme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde ise, Ankara'da bu yaş aralığında bebek kaybettiklerini belirten annelerin %70'inden fazlasının gebelik dönemlerinde

%50 oranında ya da daha az izlenmeleri söz konusudur. Diyarbakır'da ise, 21 anneden 20'sinin gebelik dönemlerinde yine %50'den daha az izlendikleri tespit edilmiştir.

Doğum aralığı ile 2 -12 ay arasında ölen bebek sayısının ilişkisine bakıldığında verilerin düşük sayıda olmasının yanı sıra yine Ankara'da Diyarbakır'la aynı sayıda bebek ölümü yaşanmış olması göze çarpan bir durumdur. Bunun yanı sıra iki ilde de doğum aralığı azaldıkça 2- 12 ay arasında bebek ölümü oranı artmaktadır. Sonuç olarak, annenin vücudunun güçsüz kalması, psikolojik olarak yıpranması, bebeklerin hepsiyle birden ilgilenememesi sebepleriyle bebek sağlığını olumsuz etkileyecek gebelik sayısı artışı örneklemlerde de, 2-12 ay bebek ölümüne sebep gösterilebilecek bir etmen olarak çıkmıştır.

*Tablo 6. 38. Doğurganlık Gruplaması ve 2-12 Ay Arasında Ölen Bebek Sayısı*

| Kent | | | 2-12 Ay Arasında Ölen Bebek Sayısı | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| Ankara | Doğurganlık Gruplaması | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | | % | *100* | *0* | *0* | *0* | *100* |
| | | 0- 1 | 5 | 3 | 2 | 0 | 10 |
| | | % | 50 | 30 | 20 | 0 | 100 |
| | | 2- 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 7 |
| | | % | 43 | 29 | 14 | 14 | 100 |
| | | 3- 4 | 3 | 0 | 1 | 0 | 4 |
| | | % | 75 | 0 | 25 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 13 | 5 | 4 | 1 | 23 |
| | | % | 57 | 22 | 17 | 4 | 100 |
| Diyarbakır | Doğurganlık Gruplaması | 0- 1 | 13 | 1 | 1 | 1 | 16 |
| | | % | 81 | 6 | 6 | 6 | 100 |
| | | 2- 3 | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 |
| | | % | 83 | 17 | 0 | 0 | 100 |
| | | 3- 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | % | 100 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 19 | 2 | 1 | 1 | 23 |
| | | % | 83 | 9 | 4 | 4 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Bulaşıcı hastalıklardan dolayı 1-5 yıl arası ölen çocuğa sahip Diyarbakır çalışmasında 5 anne (%3,4) söz konusuyken, Ankara örnekleminde ise 9 annenin bu şekilde çocuk kaybettiği görülmektedir (5,6). Bu sonuçta, annelerin bilinçsiz düzeyi yanı sıra Diyarbakır'da bulaşıcı hastalık ile ilgili sunulan sağlık hizmetlerinin eksikliğinin de payı olabilir.

*Tablo 6. 39. 1-5 Yaş Arasında Çocuk Kaybedilme Durumu*

| 1-5 Yaş Bebek Ölümü | Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | 5 | 9 | 14 |
| % | 3,4 | 5,4 | 4,5 |
| Hayır | 142 | 157 | 299 |
| % | 96,6 | 94,6 | 95,5 |
| Toplam | 147 | 166 | 313 |
| % | 100 | 100 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

1-5 yaş arası bebek kaybeden annelerin eğitim durumları incelendiğinde, her iki örneklemde de annenin eğitiminin, ilk bir yılda bebek kaybetmenin aksine, 1-4 yaş arası bebek kaybetmeyi doğrudan ilgilendirdiği görülmektedir. Ankara'da 1-5 yaş arası bebeğini kaybeden annelerin %80'i sadece okur yazar ya da değilken, bu yaş aralığında bebek kaybetmeyen annelerin ise sadece %21'i bu gruba dahildir. Diyarbakır'da ise, genel olarak eğitim durumu düşükken, 1-5 yaş arası bebek kaybeden 8 anneden 7'sinin okur yazar olmadığı görülmektedir.

*Tablo 6. 40. 1-5 Yaş Arası Bebek Ölümü ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kent | 1-5 Yaş Bebek Ölümü | Annenin Eğitim Durumu | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Okur Yazar ya da Değil | İlkokul ya da Üstü Mezunu | |
| Ankara | Evet | 4 | 1 | 5 |
| | % | 80 | 20 | 100 |
| | Hayır | 33 | 106 | 134 |
| | % | 21 | 79 | 100 |
| | Toplam | 37 | 107 | 144 |
| | % | 25 | 75 | 100 |
| Diyarbakır | Evet | 7 | 1 | 8 |
| | % | 87 | 13 | 100 |
| | Hayır | 116 | 36 | 152 |
| | % | 77 | 23 | 100 |
| | Toplam | 123 | 37 | 160 |
| | % | 77 | 23 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Bulaşıcı hastalıklar dışında ilk beş yılda ölen bebek sahibi annelerin sayısı, iki örneklem için incelendiğinde, Diyarbakır'da 166 annenin %17,7'sinin bulaşıcı hastalıklar ve dışındaki nedenlerden dolayı bebek kaybettiği görülmektedir. Bu oran Ankara'da %6,8'dir.

Bu yaş aralığında çocuk kaybetmenin nedenlerine bakıldığında, Ankara'da toplam dört kişi neden ileri sürmüştür ve bunların her biri farklı nedenler belirtmişlerdir (menenjit, kalp yetmezliği, intihar ve kaza). Diyarbakır'da ise toplam 21 kişi çocuk kaybetmelerinin nedenlerini ileri sürmüşlerdir. Buna göre 8 kişi çocuğunu kazadan kaybettiğini, 3'ü bakımsızlık ve yetersiz beslenmeden kaybettiğini, 2'si solunum yetmezliğinden, diğer ikisi prematüre doğumdan, birisi tetanos, başka bir kişi havale, diğer bir kişi bağırsak hastalığı ve son bir kişi de ve havaleden dolayı bebeklerini kaybettiklerini belirtmişlerdir. Yine bu noktada Diyarbakır'daki çevresel faktörlerin de çocuk ve genç sağlığına olumsuz etkisi göze çarpmaktadır.

*Tablo 6. 41 Bulaşıcı Hastalıklar Harici Çocuk Kaybedilme Durumu*

| Bulaşıcı Hastalıklar Harici Bebek Ölümü | Kent | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | 10 | 29 | 39 |
| % | 6,8 | 17,7 | 12,5 |
| Hayır | 137 | 135 | 272 |
| % | 93,2 | 82,3 | 87,5 |
| Toplam | 147 | 164 | 311 |
| % | 100 | 100 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Annenin geçirdiği hamilelik şartlarına bağlı olan ve prematüre ve normalin altında doğum, bebek ve ileride çocuk sağlığını olumsuz etkileyen etmenlerdir. Salt Diyarbakır örnekleminde sorgulanan prematüre doğum oranı verilerinden 13 tane prematüre doğuma rastlanmıştır. Bu değer beklenenden oldukça düşüktür. Bu nedenle yoksulluk ile prematüre doğum arasındaki ters orantı tezi örneklem çalışmasında doğrulanmamaktadır.

*Tablo 6. 42. 2,5 Kilo Altında Çocuk Oranı ve Kişi Başına Düşen Gelir*

| Kent | | | Kişi Başına Düşen Gelir | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0-50 | 50-100 | 100-150 | 150-200 | 200-250 | 250+ | |
| Diyarbakır | İki Buçuk Kilonun Altında Çocuk Oranı Gruplaması | 0- 25 | 20 | 15 | 3 | 0 | 1 | 0 | 39 |
| | | % | 51 | 38 | 8 | 0 | 3 | 0 | 100 |
| | | 26- 50 | 6 | 10 | 1 | 0 | 0 | 0 | 17 |
| | | % | 35 | 59 | 6 | 0 | 0 | 0 | 100 |
| | | 51- 75 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 8 |
| | | % | 63 | 13 | 13 | 0 | 0 | 13 | 100 |
| | | 76-100 | 2 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 8 |
| | | % | 25 | 38 | 0 | 38 | 0 | 0 | 100 |
| | Toplam | | 33 | 29 | 5 | 3 | 1 | 1 | 72 |
| | | % | 46 | 40 | 7 | 4 | 1 | 1 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

2,5 kilonun altında doğan bebek oranları ile gelir seviyesi ilişkisine bakıldığında örneklemin çoğunu oluşturan 0-100 milyon gelir grubunda %0-25'in yanında %26-50 oranında düşük kilolu bebek doğum oranının yoğunlaştığı gözlenmektedir.

*Tablo 6. 43. 2,5 Kilo Altında Çocuk Oranı ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kent | | | Annenin Eğitim Durumu | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul Mezunu | Lise Mezunu | |
| Diyarbakır | İki Buçuk Kilonun Altında Çocuk Oranı Gruplaması | 1 | 22 | 13 | 7 | 4 | 0 | 46 |
| | | | 50% | 72% | 44% | 100% | 0% | 55% |
| | | 2 | 11 | 4 | 5 | 0 | 0 | 20 |
| | | | 25% | 22% | 31% | 0% | 0% | 24% |
| | | 3 | 6 | 0 | 1 | 0 | 1 | 8 |
| | | | 14% | 0% | 6% | 0% | 100% | 10% |
| | | 4 | 5 | 1 | 3 | 0 | 0 | 9 |
| | | | 11% | 6% | 19% | 0% | 0% | 11% |
| | Toplam | | 44 | 18 | 16 | 4 | 1 | 83 |
| | | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

2,5 kilonun altında doğan bebeklere sahip olma konusunda, annenin eğitim seviyesinin etkisine bakıldığında ise eğitim seviyesi arttıkça 2,5 kilonun altında bebek doğurma oranının azaldığı açıktır. Şöyle ki, %0-25 oranında düşük kilolu bebek doğuranların %48'ini okur yazar olmayan,%28'ini salt okur yazar olan, %15'ini ilkokul mezunu ve %9'unu da ortaokul mezunu annelerden oluşmaktadır.

*Tablo 6. 44. 2,5 Kilo Altında Çocuk Oranı ve Ağırlıkla Tüketilen Besin Maddeleri*

| Kent | | Ağırlıkla Tüketilen Besin Maddeleri | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Bakliyat | Ekmek-Hamur İşi | Sebze-Meyve | Her şeyden Eşit Ölçüde | Kahvaltılık Yiyecekler | |
| Diyarbakır | 0- 25 | 16 | 2 | 24 | 4 | 0 | 46 |
| | % | 35 | 4 | 52 | 9 | 0 | 100 |
| | 26- 50 | 4 | 1 | 13 | 1 | 1 | 20 |
| | % | 20 | 5 | 65 | 5 | 5 | 100 |
| | 51- 75 | 3 | 2 | 3 | 0 | 0 | 8 |
| | % | 38 | 25 | 38 | 0 | 0 | 100 |
| | 76- 100 | 2 | 2 | 3 | 2 | 0 | 9 |
| | % | 22 | 22 | 33 | 22 | 0 | 100 |
| | Toplam | 25 | 7 | 43 | 7 | 1 | 83 |
| | % | 30 | 8 | 52 | 8 | 1 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Bunun yanı sıra, evde ağırlıkla tüketilen besin maddelerinin düşük kiloda bebek doğumunda etkili olabileceği varsayılarak gözlemlenen ilişkide sebze ve meyve tüketiminin yoğun olduğu evlerde bu oranın %52 ve %65 kadar yüksek çıkması durumu sebze ve meyvenin anne sağlığı açısından önemli olduğu düşünülürse şaşırtıcıdır.

Annenin yetersiz beslenme durumu, bebeğin düşük kiloda doğmasının yanı sıra 6 aydan daha kısa süre emzirilmesine sebep olarak bebek sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Salt Diyarbakır örnekleminde sorgulanan annenin 6 aydan kısa sürede emzirmeyi bırakma sebeplerinde veriler sayısal olarak azdır. Bunun yanı sıra annenin sütünün az olması 6 aydan az emzirme oranlarında en yüksek çıkan değere sahiptir. Bu durumda her iki ilde de annelerin düşük gelirden dolayı düzenli ve yeterli beslenmeme durumlarının kendilerinin yanı sıra bebeklerinin de sağlıklarını olumsuz anlamda etkiledikleri örneklem araştırmasında görülmektedir.

*Tablo 6. 45. (Emzirme 6 Aydan Azsa) Neden Böyle Oldu ve Kişi Başına Düşen Gelir*

| Kent | | | Kişi Başına Düşen Gelir | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0- 50 | 50- 100 | 100- 150 | 150- 200 | 250+ | |
| Ankara | Neden Böyle Oldu? | Sütü Az | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 10 |
| | | | 100% | 25% | 60% | 100% | 100% | 67% |
| | | Annenin Hastalığı | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 3 |
| | | | 0% | 50% | 20% | 0% | 0% | 20% |
| | | Zaman Olmaması | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | | | 0% | 0% | 20% | 0% | 0% | 7% |
| | | Kendisi Emmedi | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | 0% | 25% | 0% | 0% | 0% | 7% |
| | Toplam | | 1 | 4 | 5 | 3 | 2 | 15 |
| | | | 100% | 100 % | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Diyarbakır | Neden Böyle Oldu? | Sütü Az | 5 | 4 | - | 0 | - | 9 |
| | | | 46% | 80% | - | 0% | - | 53% |
| | | Annenin Hastalığı | 5 | 0 | - | 0 | - | 5 |
| | | | 46% | 0% | - | 0% | - | 29% |
| | | Zaman Olmaması | 0 | 1 | - | 0 | - | 1 |
| | | | 0% | 20% | - | 0% | - | 6% |
| | | Kendisi Emmedi | 1 | 0 | - | 0 | - | 1 |
| | | | 9% | 0% | - | 0% | - | 6% |
| | | Tekrar Hamile Kaldığından | 0 | 0 | - | 1 | - | 1 |
| | | | 0% | 0% | - | 100% | - | 6% |
| | Toplam | | 11 | 5 | - | 1 | - | 17 |
| | | | 100% | 100 % | - | 100% | - | 100% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Kendiliğinden ve isteyerek düşük ve kürtaj annenin sağlığını dolaysız bebek sağlığını dolaylı etkileyen konulardır. Örneklem içerisinde kendiliğinden ve isteyerek düşük ve kürtaj oranları sayısı eğitim ve gelirle ilişkili çıkmıştır. İlk olarak kürtaj ile gelir arasındaki ilişkilere bakarsak; Ankara örnekleminde, 0-100 milyon arasında gelire sahip olan 72 anneden salt 32'si kürtaj yaptırırken (%40), 200 milyondan fazla gelire sahip olan 7 annenin 7'si de kürtaj yaptırdığını söylemiştir. Diğer yandan Diyarbakır'da ise, 50 milyon gelire sahip olan annelerden %15'i salt kürtaj yaptırdığını söylerken, 200 milyon üstü gelire sahip olan 4 anneden 3'ü kürtaj yaptırdığını söylemiştir. Bu durumda kürtaj yaptırma ile gelir arasında doğrudan bir ilişki olduğu söylenebilir.

*Tablo 6. 46. Kürtaj Yaptırma Durumu ve Kişi Başına Düşen Gelir*

| Kent | | | Kişi Başına Düşen Gelir | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0- 50 | 50-100 | 100-150 | 150-200 | 200-250 | 250+ | |
| Ankara | Kürtaj Yaptırma Durumu | Evet | 4 | 28 | 16 | 8 | 2 | 5 | 63 |
| | | | 25 | 50 | 40 | 57 | 100 | 100 | 47 |
| | | Hayır | 12 | 28 | 24 | 6 | 0 | 0 | 70 |
| | | | 75 | 50 | 60 | 43 | 0 | 0 | 53 |
| | Toplam | | 16 | 56 | 40 | 14 | 2 | 5 | 133 |
| | | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Diyarbakır | Kürtaj Yaptırma Durumu | Evet | 11 | 6 | 4 | 0 | 2 | 1 | 24 |
| | | | 16 | 11 | 36 | 0 | 100 | 50 | 17 |
| | | Hayır | 58 | 47 | 7 | 4 | 0 | 1 | 117 |
| | | | 84 | 89 | 64 | 100 | 0 | 50 | 83 |
| | Toplam | | 69 | 53 | 11 | 4 | 2 | 2 | 141 |
| | | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 6. 47 Kürtajı Yaptırma Yeri ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kent | | | Annenin Eğitim Durumu | | | | | ve Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul Mezunu | Lise Mezunu | |
| Ankara | Kürtajı Yaptırma Yeri | SSK Hastanesi | 1 | - | 12 | 1 | - | 14 |
| | | % | 7,7 | - | 27,90 | 20,00 | - | 20,00 |
| | | Devlet Hastanesi | 4 | 6 | 14 | 1 | - | 25 |
| | | % | 30,8 | 75,00 | 32,60 | 20,00 | - | 35,70 |
| | | Üniversite Hastanesi | - | - | 2 | - | - | 2 |
| | | % | - | - | 4,70 | - | - | 2,90 |
| | | Özel Hastane | 8 | 1 | 15 | 3 | 1 | 28 |
| | | % | 61,50 | 12,50 | 34,90 | 60,00 | 100,00 | 40,00 |
| | | Evde | - | 1 | - | - | - | 1 |
| | | % | - | 12,50 | - | - | - | 1,40 |
| | Toplam | | 13 | 8 | 43 | 5 | 1 | 70 |
| | % | | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 |
| Diyarbakır | Kürtajı Yaptırma Yeri | SSK Hastanesi | 2 | - | - | - | - | 2 |
| | | % | 15 | - | - | - | - | 8 |
| | | Devlet Hastanesi | 5 | 2 | 1 | 2 | - | 10 |
| | | % | 39 | 40 | 20 | 100 | - | 40 |
| | | Üniversite Hast. | - | 1 | - | - | - | 1 |
| | | % | | 20 | - | - | - | 4 |
| | | Özel Hastane | 6 | 2 | 4 | - | - | 12 |
| | | % | 46 | 40 | 80 | - | - | 48 |
| | Toplam | | 13 | 5 | 5 | 2 | - | 25 |
| | % | | 100 | 100 | 100 | 100 | - | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Diğer yandan, kürtajın yaptırılma yeri anne sağlığını ve böylelikle sonradan doğacak olan çocuk sağlığını doğrudan etkileyen bir unsurdur. Bu anlamda annenin eğitim seviyesinin kürtajın daha emin ve sağlıklı bir şekilde yapılmasının etkileyip etkilemediğine bakarsak; Ankara'da tüm eğitim seviyesindeki kadınların, kürtajı hastanede yaptırdığını görmekteyiz, diğer yandan, Diyarbakır'da da aynı şekilde olduğunu görmekteyiz. Bu anlamda örneklemlerimiz için kürtajın sağlıklı yapılması ile annenin eğitimi arasında bir ilişki olduğu söylenemez.

İsteyerek düşük ile annelerin eğitim durumlarına ve gelir seviyelerine göre dağılımına bakarsak, Ankara'da isteyerek gerçekleşen 6 düşükten 4'tü herhangi bir mezuniyeti olan anne tarafından gerçekleştirilirken, Diyarbakır'da ise 17 isteyerek düşükten 9'u okur-yazar olmayan anneler tarafından gerçekleşmiştir. Diğer yandan Ankara'da gerçekleşen 37 kendiliğinden düşük sayısının 24'tü ilkokul mezunu olan anneler tarafından gerçekleştirilirken, bunların 17'si bir düşük yapmıştır. Okur-yazar olmayan annelerden 6'sı bir düşük yaparken bir tanesi 3 kez kendiliğinden düşük yapmıştır. Diğer yandan Diyarbakır'da ise okur yazar olmayan 38 anneden 28'i bir kere kendiliğinden düşük yaparken, ilkokul mezunu olan 5 anneden 3 tanesi bir düşük yapmıştır.

*Tablo 6. 48. İsteyerek Düşük Sayısı ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kent | | | Annenin Eğitim Durumu | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul Mezunu | |
| Ankara | İsteyerek Düşük Sayısı | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 |
| | | | 100% | 0% | 33% | 100% | 50% |
| | | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| | | | 0% | 0% | 33% | 0% | 17% |
| | | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| | | | 0% | 100% | 33% | 0% | 33% |
| | Toplam | | 1 | 1 | 3 | 1 | 6 |
| | | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Diyarbakır | İsteyerek Düşük Sayısı | 1 | 6 | 4 | 2 | 1 | 13 |
| | | | 67% | 100% | 67% | 100% | 77% |
| | | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| | | | 22% | 0% | 33% | 0% | 18% |
| | | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | | | 11% | 0% | 0% | 0% | 6% |
| | Toplam | | 9 | 4 | 3 | 1 | 17 |
| | | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 6. 49. Kendiliğinden Düşük Sayısı ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kent | | | Annenin Eğitim Durumu | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul Mezunu | |
| Ankara | Kendiliğinden Düşük Sayısı | 1 | 6 | 1 | 17 | 3 | 27 |
| | | | 85% | 50% | 70% | 75% | 72% |
| | | 2 | 0 | 1 | 4 | 1 | 6 |
| | | | 0% | 50% | 17% | 25% | 16% |
| | | 3 | 1 | 0 | 3 | 0 | 4 |
| | | | 14% | 0% | 13% | 0% | 10% |
| | Toplam | | 7 | 2 | 24 | 4 | 37 |
| | | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Diyarbakır | Kendiliğinden Düşük Sayısı | 1 | 28 | 8 | 3 | 1 | 40 |
| | | | 74% | 54% | 60% | 50% | 67% |
| | | 2 | 7 | 6 | 2 | 0 | 15 |
| | | | 19% | 40% | 40% | 0% | 25% |
| | | 3 | 3 | 1 | 0 | 1 | 5 |
| | | | 8% | 7% | 0% | 50% | 9% |
| | Toplam | | 38 | 15 | 5 | 2 | 60 |
| | | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

*Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

### *6.5.1.3. 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Yaş, Cinsiyet ve Toplumsal Güvence Dağılımı*

Her iki kentteki toplam örneklemde 6-25 yaş arası çocuk ve genç nüfus, 779 kişiden oluşmaktadır. Bunun 511'i Diyarbakır'da, 268'i ise Ankara'da yaşamaktadır. Yaş gruplarına göre dağılımlara baktığımızda, Diyarbakır örnekleminde yaş arttıkça nüfusun azaldığı görülürken, Ankara örnekleminde tersi bir durum söz konusudur. Örneğin, Diyarbakır'da 6-10 yaş arasındaki nüfusun oranı %34, 11-15 yaş arası nüfusun oranı %29, 16-20 yaş arası nüfusun oranı %20, 21-25 yaş arası nüfusun oranı ise %16'dır. Ankara örneklemindeki dağılım ise sırasıyla %20, %24, %25 ve %29'dur. Buna göre Diyarbakır'da genç nüfus içerisinde Ankara'ya göre daha hızlı bir artış söz konusudur.

*Tablo 6. 50. Alan Araştırmasında Yaş Dağılımları*

| 6-25 Yaş Grupları | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| 6-10 Yaş Arası | 55 | 173 | 228 |
| | 20,50% | 33,90% | 29,30% |
| 11-15 Yaş Arası | 66 | 152 | 218 |
| | 24,60% | 29,70% | 28,00% |
| 16-20 Yaş Arası | 69 | 101 | 170 |
| | 25,70% | 19,80% | 21,80% |
| 21-25 Yaş Arası | 78 | 85 | 163 |
| | 29,10% | 16,60% | 20,90% |
| Toplam | 268 | 511 | 779 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ayrıca örneklemin cinsiyet dağılımına bakıldığında gerek Ankara'da gerekse Diyarbakır'da büyük bir fark görülmemektedir. Yine bu yaş aralığındaki deneklerin doğum yerleri incelendiğinde, Diyarbakır/merkez ve Ankara/merkezde doğanların oranlarının, 0-5 yaş arasında doğanların oranından daha düşük olduğu görülmektedir (%75 ve %49). Ankara örnekleminde %49 gibi düşük bir oranın söz konusu olması, buradaki gecekondu bölgesinin Diyarbakır'daki gecekondu örneklemine göre daha yeni, daha geç bir zamanda kurulduğunu göstermektedir.

6-25 yaş arası çocuk ve gençlerin sosyal güvenlik durumuna bakıldığında, iki kentte toplam örneklem temel alındığında tabloda sıralanan sosyal güvenlik kurumları arasında en yüksek sayının, yeşil kart sahipliğinde olduğunu görmekteyiz (%36). Ancak özelde kentlere bakıldığında ise, Diyarbakır'da %50 oranında yeşil kart kullanımı söz konusuyken, Ankara'da bu oran %10'larda kalmaktadır.

*Tablo 6. 51. 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Sosyal Güvenlik Durumu*

| 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Sosyal Güvence Durumu | | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| | SSK | 126 | 96 | 222 |
| | | 50,40% | 19,80% | 30,20% |
| | Bağ-Kur | 5 | 14 | 19 |
| | | 2,00% | 2,90% | 2,60% |
| | Emekli Sandığı | 7 | 6 | 13 |
| | | 2,80% | 1,20% | 1,80% |
| | Yeşil Kart | 27 | 242 | 269 |
| | | 10,80% | 49,90% | 36,60% |
| | Toplumsal Güvencesi Yok | 85 | 127 | 212 |
| | | 34,00% | 26,20% | 28,80% |
| | Toplam | 250 | 485 | 735 |
| | | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Diğer yandan, SSK güvencesi olanlar Ankara'da %50 gibi bir orandayken, Diyarbakır'da bu oran %20'lere düşmektedir. Ayrıca Ankara örnekleminde hiç sağlık güvencesi olmayan 6-25 yaş arası çocuk ve gençlerin oranı %34 ve Diyarbakır'da %26 gibi bir oranla oldukça yüksektir. Sosyal güvencesi olmayanların Ankara'da böyle yüksek çıkmasının bir nedeni, genç nüfusun, özellikle babanın güvencesinden çıkan erkek çocuklarının, işsiz olmasıdır. Diğer yandan, bu tablo, iki kent arasında sağlık hizmetlerinden yararlanma durumundaki farklılığı da ortaya serme bakımından bir gösterge olarak kabul edilebilir. Nitekim Diyarbakır örnekleminde düzensiz işçilik hanelerde daha yaygınken Ankara örnekleminde ise düzenli işçilik yaygındır.

### *6.5.1.4. 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Eğitim Durumu*

Çocuk ve gençlerin eğitim durumu, onların sağlıklı bir hayat sürmesi ve yoksulluktan kurtulması için önemli bir fırsattır. Tüm örneklem ele alındığında, ilk göze çarpan durum, okuma-yazma bilmeyenlerin Ankara ve Diyarbakır alanlarında farklı oranlara sahip olmasıdır. Diyarbakır'da hiç okuma yazma bilmeyen deneklerin oranı %12 iken, Ankara'da bu oran %1'de kalmaktadır. Diyarbakır'da bu denli fazla okuma-yazma bilmeyen nüfusun varlığının en büyük nedeni ise, erken yaşta evlenip köylerden gelen ve kadınlarının varlığıdır. Nitekim bir çok evde tercüman olmadan kadınlarla görüşme yapılamamıştır.

Okuma-yazma bilip de herhangi bir mezuniyeti olmayanların Ankara'da oranı %15 iken, Ankara'da böyle olan kimse yoktur. Bundan sonra ise eğitim düzeyi arttıkça, bu düzeyin Ankara içerisindeki payı artacak, Diyarbakır'daki payı ise azalacaktır. Örneğin Diyarbakır'da ilkokul mezunu olan deneklerin oranı %12, ortaokul mezunu olanların oranı %5, lise mezunu olanların oranı %4 ve üniversite mezunu olanların oranı ise %0,2 iken, Ankara'da bu oranlar sırasıyla; %19, %10, %13 ve %8'dir. Hala eğitim görenlerin ise her iki kentteki oranı yaklaşık %50'dir. İlköğretim öğrencisi olanlar en fazla orana sahiptir.

Çocuk ve gençlerin eğitim durumları zihinsel ve psikolojik gelişimlerini doğrudan ve fiziksel gelişimlerini de dolaylı yoldan etkileyen bir unsurdur. Buna göre örneklemimizdeki çocuk ve gençlerin eğitim düzeylerine göre grupları ayırarak, bunların olmaları gereken eğitim düzeylerinde olup olmadıklarına ve değillerse bunun sebeplerine değinmeye çalışacağız. Buna göre örneklemimizdeki çocuk ve gençleri 0-6 (eğitim döneminde olmayanlar), 7-16 (ilköğretim döneminde olanlar), 17-20 (lise döneminde olanlar) ve 21 üstü olanlar şeklinde bir ayrım yaptık. Özellikle eğitim düzeylerinin yaş aralıklarını bitirme yaşlarının üzerinde alarak, daha geç dönemde de olsa eğitimlerine süre gelenleri de tespit etmeye çalıştık.

*Tablo 6.52. Eğitime Göre Çocuk ve Gençlerin Gruplandırılması*

| | | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Eğitime Göre Çocuk ve Gençlerin Gruplandırılması | 0-6 | 56 | 217 | 273 |
| | | 19,60% | 33,60% | 29,30% |
| | 7-16 | 114 | 291 | 405 |
| | | 39,90% | 45,00% | 43,50% |
| | 17-20 | 51 | 71 | 122 |
| | | 17,80% | %11 | 13,10% |
| | 21+ | 65 | 67 | 132 |
| | | 22,70% | 10,40% | 14,20% |
| Toplam | | 286 | 646 | 932 |
| | | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Buna göre, Ankara'da ilköğretim düzeyinde ya da bu düzeyden mezun olmaları gereken çocuk ve gençlerin toplamının 114, Diyarbakır'dakilerin ise 291 kişi oldukları görünmektedir. Yine lise mezunu ya da öğrencisi olmaları gerekenlerin ise Ankara'da 51, Diyarbakır'da ise 71; Üniversite döneminde ya da üniversite mezunu olmaları gerekenlerin ise Ankara'da 65 ve Diyarbakır'da 67 kişi oldukları tespit edilmektedir.

*Tablo 6.53. 7-16 Yaş Arası Çocukların Eğitim Durumu*

| | | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| 7-16 Yaş Arası Çocukların Eğitim Durumu | Okur-Yazar Değil | 1 | 18 | 19 |
| | | 0,90% | 6,90% | 5,10% |
| | Okur-Yazar | - | 37 | 37 |
| | | - | 14,20% | 9,90% |
| | İlkokul | 95 | 194 | 289 |
| | | 84,10% | 74,30% | 77,30% |
| | Ortaokul-ilköğretim | 17 | 12 | 29 |
| | | 15,00% | 4,60% | 7,80% |
| Toplam | | 113 | 261 | 374 |
| | | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Tablo 6.72'ye göre, Ankara'da 113 ve Diyarbakır'da 261 olmak üzere toplam 374 çocuk için cevap alınabilmiştir. Diğer bir anlatımla, Ankara için bu yaş aralığındaki çocuklardan salt biri için cevap alınamazken, Diyarbakır'da 30 çocuğun eğitimiyle ilgili yanıtlar alınamamıştır. Buna göre Ankara'da ilköğretim düzeyinde olan çocuklardan salt bir kişinin okuma yazma bilmediği belirtilirken, geri kalanlarının ise olmaları gereken eğitim düzeyinde oldukları görünmektedir. Ancak Diyarbakır'da zorunlu eğitim dönemi olmasına rağmen ilköğretim düzeyinde olmayan çocukların oranı %22'ye yakındır. Diğer bir

anlatımla bu yaş aralığında olan Diyarbakır örneklemindeki çocukların %7'si hiç okuma yazma bilmezken, %15'e yakını ise ilköğretim mezunu ya da öğrencisi olmayıp salt okuma yazma bilmektedirler.

Diyarbakır'da bu durumun sebeplerine bakmak gerekirse, kuramsal kısımda bahsettiğimiz gibi çocuğun eğitim düzeyini, anne ve babalarının eğitim durumları, babanın mesleği doğrudan etkilemektedir. Buna göre Diyarbakır örnekleminde bu yaş aralığında bulunan çocukların annelerinin eğitim durumları ile kendilerinin eğitim durumlarının ilişkisine bakarsak; ve

Diyarbakır örnekleminde, 7-16 yaş arası çocuklardan okur yazar olmayan 18 çocuktan 17'sinin de annesinin okuma yazma bilmediği görülmektedir, yine salt okur yazar olan 36 çocuktan 25'inin annesinin okur yazar olmadığı ve 6'sının da salt okur yazar olduğu görülmektedir. Diğer yandan okuma yazma bilmeyen çocuklar arasında ortaokul ya da lise mezunu anneye sahip olanının söz konusu olmadığı görülmektedir.

*Tablo 6.54. 7-16 Yaş Arası Çocukların Eğitim Durumu ve Annenin Eğitim Durumu*

| 7-16 Yaş Arası Çocukların Eğitim Durumu | Annenin Eğitim Durumu | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Okur-Yazar Değil | Salt Okur-Yazar | İlkokul Mezunu | Ortaokul-İlköğretim Mezunu | Lise Mezunu | |
| Okur-Yazar Değil | 17 | - | 1 | - | - | 18 |
| | %94,4 | - | %5,6 | - | - | 100,0 % |
| Okur-Yazar | 25 | 6 | 5 | - | - | 36 |
| | 69,4% | 16,7 % | 13,9% | - | - | 100,0 % |
| İlkokul | 96 | 34 | 29 | 8 | 5 | 172 |
| | 55,8% | 19,8 % | 16,9% | %4,7% | 2,9% | 100,0 % |
| Ortaokul-İlköğretim | 4 | 4 | 2 | - | - | 10 |
| | 40,0% | 40,0 % | 20,0% | - | - | 100,0 % |
| Toplam | 142 | 44 | 37 | 8 | 5 | 236 |
| | 60,2% | 18,6 % | 15,7% | 3,4% | 2,1% | 100, 00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Diğer taraftan ekonomik seviyenin de aile içerisinde çocukların eğitim durumunu etkileyen bir bağımsız değişken olduğu ileri sürülmektedir. Buna göre yine Diyarbakır'daki ilköğretim düzeyinde olan çocukların eğitim durumlarının kişi başına düşen gelirle ilişkisi incelendiğinde; ilk göze çarpan durumun okur-yazar olmayan ve salt okur yazar olan çocukların kişi başına düşen gelirlerinin çoğunlukla 0-50 milyon arasında olduğudur. Diğer yandan aynı gruptaki çocuklar arasında 150 milyondan fazla gelire sahip olmanın söz

konusu olmadığı görülmektedir.

*Tablo 6.55. 7-16 Yaş Arası Çocukların Eğitim Durumu ve Kişi Başına Düşen Gelir*

| | | Kişi Başına Düşen Gelir | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0-50 | 50-100 | 100-150 | 150-200 | 200-250 | 250 + | |
| 7-16 Yaş Arası Çocukların Eğitim Durumu | Okur-Yazar Değil | 7 | 2 | - | - | - | - | 9 |
| | | 77 | 22 | - | - | - | - | 100,00 |
| | Okur-Yazar | 18 | 9 | 5 | - | - | - | 32 |
| | | 56 | 28 | 15 | - | - | - | 100,00 |
| | İlkokul | 95 | 41 | 11 | 2 | 2 | 4 | 155 |
| | | 61 | 26 | 7 | 1 | 1 | 2 | 100,00 |
| | Ortaokul-İlköğretim | 6 | 2 | 1 | - | 1 | - | 10 |
| | | 60 | 20 | 10 | - | 10 | - | 100,00 |
| Toplam | | 126 | 54 | 17 | 2 | 3 | 4 | 206 |
| | | 61 | 26 | 8 | 1 | 1 | 2 | 100,00 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Diğer taraftan ilkokul ya da ortaokulda okuyan öğrenciler arasında ise az da olsa gelir seviyeleri yüksek olanlar vardır. En azından toplam içerisinde %5'lik bir paya sahip olan 150 milyon üzere kişi başı gelirlilerin hepsinin ilkokul ya da ortaokul öğrencisi ya da mezunu olduğu görülmektedir.

*Tablo 6.56. 17- 20 Yaş Arası Çocukların Eğitim Durumu*

| | | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| 17- 20 Yaş Arası Çocukların Eğitim Durumu | Okur-Yazar Değil | - | 7 | 7 |
| | | - | 10,40% | 6,00% |
| | Okur-Yazar | - | 13 | 13 |
| | | - | 19,40% | 11,10% |
| | İlkokul | 18 | 23 | 41 |
| | | 36,00% | 34,30% | 35,00% |
| | Ortaokul-İlköğretim | 25 | 20 | 45 |
| | | 50,00% | 29,90% | 38,50% |
| | Lise | 7 | 4 | 11 |
| | | 14,00% | 6,00% | 9,40% |
| Toplam | | 50 | 67 | 117 |
| | | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Tablo 6.56'ya göre, 17-20 yaş arasında Ankara'da toplam 51, Diyarbakır'da ise 71 çocuk görünmekteydi. Burada ise Ankara'da toplam 50 ve Diyarbakır'da ise 67 kişi tespit edilmiştir. Buna göre salt 5 gencin eğitim durumu tespit edilememiştir. Bu yaş aralığındaki gençlerde özellikle Ankara'da zorunlu eğitimini yapmayan hiç kimse yokken, 25 kişinin ise salt zorunlu eğitimlerini tamamladıkları görülmektedir. 18 kişinin ise zorunlu eğitimi bile tamamlamadıkları tespit edilmektedir. Normal eğitim düzeyinde olanlar ve ise Ankara'da 50 kişiden salt 7, Diyarbakır'da ise 67 kişiden 4 kişidir. Diyarbakır'da zorunlu eğitimi bitirenlerin oranının bu yaş aralığında salt %30 olduğu görülmektedir. %6'lık bir kesiminde lise öğrencisi ya da mezunu olduğu düşünülürse, Diyarbakır'da bu yaş aralığında %63'lük bir kesim zorunlu eğitimi tamamlamamışlardır. %30'luk bir kesim ise Diyarbakır'da ilkokulu bile bitirmemiştir.

Yine lise düzeyinde olan gençlerin eğitim durumlarını annenin eğitim durumunun etkileyip etkilemediğine bakarsak; Tablo 6.57'de annenin eğitim düzeyinin çocukların da eğitim düzeyini doğrudan etkilediği görülebilmektedir. Diyarbakır'da okur yazar olmayan 17-20 yaş arasındaki gençlerin tamamının annesinin de okur yazar olmadığı görülmektedir.

Yine salt okuma yazma bilen 12 gençten 10'unun annesinin hiç okuma yazma bilmediği görülmektedir. Ancak Ankara verilerini incelersek lise öğrencisi ya da mezunu olan 7 gencin annesinin ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Yine aynı şekilde ilköğretim mezunu ya da öğrencisi olan 25 gençten salt dördünün ilkokulu bitirmediği görülmektedir.

*Tablo 6.57. 17- 20 Yaş Arası Çocukların Eğitim Durumu ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kentler | | | Annenin Eğitim Durumu | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul | Orta-İlköğretim | Lise | |
| Ankara | 17- 20 Yaş Arası Çocukların Eğitim Durumu | İlkokul | 4 | 3 | 10 | | | 17 |
| | | | 23,50 | 17,60 | 58,80 | | | 100,00 |
| | | Ortaokul-İlköğretim | 2 | 2 | 14 | 1 | 6 | 25 |
| | | | 8,00 | 8,00 | 56,00 | 4,00 | 24,00 | 100,00 |
| | | Lise | 1 | | 4 | 1 | 1 | 7 |
| | | | 14,30 | | 57,10 | 14,30 | 14,30 | 100,00 |
| | Toplam | | 7 | 5 | 28 | 2 | 7 | 49 |
| | | | 14,30 | 10,20 | 57,10 | 4,10 | 14,20 | 100,00 |
| Diyarbakır | 17- 20 Yaş Arası Çocukların Eğitim Durumu | Okur-Yazar Değil | 6 | | | | | 6 |
| | | | 100,0 | | | | | 100,0 |
| | | Okur-Yazar | 10 | 1 | 1 | | | 12 |
| | | | 83,30 | 8,30 | 8,30 | | | 100,00 |
| | | İlkokul | 9 | 5 | 3 | | | 17 |
| | | | 52,90 | 29,40 | 17,60 | | | 100,00 |
| | | Ortaokul-İlköğretim | 10 | 6 | 1 | | | 17 |
| | | | 58,80 | 35,30 | 5,90 | | | 100,00 |
| | | Lise | 3 | | | | | 3 |
| | | | 100,0 | | | | | 100,00 |
| | Toplam | | 38 | 12 | 5 | | | 55 |
| | | | 69,10 | 21,80 | 9,10 | | | 100,00 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 6. 58 . Üniversite Düzeyindeki Gençlerin Eğitim Durumu*

| | | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | | Ankara | Diyarbakır | |
| Üniversite Düzeyindeki Gençlerin Eğitim Durumu | Okur-Yazar Değil | 2 | 7 | 9 |
| | | 3,10% | 11,70% | 7,20% |
| | Okur-Yazar | 1 | 6 | 7 |
| | | 1,50% | 10,00% | 5,60% |
| | İlkokul | 29 | 29 | 58 |
| | | 44,60% | 48,30% | 46,40% |
| | Ortaokul-İlköğretim | 25 | 14 | 39 |
| | | 38,50% | 23,30% | 31,20% |
| | Lise | 8 | 4 | 12 |
| | | 12,30% | 6,70% | 9,60% |
| Toplam | | 65 | 60 | 125 |
| | | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Her iki kentte de üniversite düzeyinde olan çocuklardan hiçbirinin üniversite mezunu ya da öğrencisi olmadığı görülmektedir. Buna göre hanede yaşayan fakat hane içindeki konumu "çocuk" olmayan ve bu yaş aralığına girenlerin eğitim durumlarında Ankara'da toplam 11 ve Diyarbakır'da 7 kişi üniversite öğrencisidir. Ankara'da 21 yaş üstü 65 çocuğun hepsinin eğitimiyle ilgili yanıt verilmişken, Diyarbakır'da 67 bu yaş üzerindekilerden 7 kişinin eğitim durumuyla ilgili bir bilgi edinilememiştir. Buna göre, bu yaş aralığındaki kişilerin nispeten daha küçük yaş aralığındakilere göre eğitim durumları daha iyi görülmektedir. Bu durumda iki ihtimalden birisi söz konusudur; ya yeni dönemde okuma yazma oranı daha fazla düşmektedir ya da ve bireyler zamanla okuma yazma öğrenmektedir.

Bu düzeydeki gençlerin eğitim durumunu annenin eğitim durumunun ne kadar etkilediğine bakarsak; Bu durumda Diyarbakır'da 21 yaş üstü çocukların eğitiminin sorulduğu bu soruda annelerinin arasında herhangi bir mezuniyete sahip olanının söz konusu olmadığını göstermektedir. Buna göre yaşı fazla olan kadınlarda eğitim seviyesinin oldukça düşük olduğu rahatlıkla görülebilmektedir. Diğer yandan Ankara'da ise annenin eğitim seviyesi arttıkça .çocuğun da eğitim seviyesinin arttığı görülmektedir. Nitekim, ortaokul mezunu ya da öğrencisi olan 25 çocuktan 15'inin annesinin eğitimli olduğu görülürken, ilkokul mezunu olan 27 çocuktan salt 12'sinin annesinin bir mezuniyeti olduğu görülmektedir.

*Tablo 6.59. Üniversite Düzeyindeki Gençlerin Eğitim Durumu ve Annenin Eğitim Durumu*

| Kentler | | | Annenin Eğitim Durumu | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur - Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul | Orta-İlköğretim | Lise | |
| Ankara | Üniversite Düzeyindeki Gençlerin Eğitim Durumu | Okur-Yazar Değil | 1 | - | 1 | - | - | 2 |
| | | | 5,00 | - | 3,30 | - | - | 3,20 |
| | | Okur-Yazar | 1 | - | - | - | - | 1 |
| | | | 5,00 | - | - | - | - | 1,60 |
| | | İlkokul | 9 | 6 | 12 | - | - | 27 |
| | | | 45,00 | 60,00 | 40,00 | - | - | 42,90 |
| | | Ortaokul-İlköğretim | 7 | 3 | 14 | - | 1 | 25 |
| | | | 35,00 | 30,00 | 46,70 | - | 50,0 | 39,70 |
| | | Lise | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 8 |
| | | | 10,00 | 10,00 | 10,00 | 100,00 | 50,0 | 12,70 |
| | Toplam | | 20 | 10 | 30 | 1 | 2 | 63 |
| | | | 100,0 | 100,00 | 100,0 | 100,00 | 100, | 100,0 |
| Diyarbakır | Üniversite Düzeyindeki Gençlerin Eğitim Durumu | Okur-Yazar Değil | 5 | - | - | - | - | 5 |
| | | | 15,60 | - | - | - | - | 11,10 |
| | | Okur-Yazar | 4 | 1 | - | - | - | 5 |
| | | | 12,50 | 7,70 | - | - | - | 11,10 |
| | | İlkokul | 14 | 4 | - | - | - | 18 |
| | | | 43,80 | 30,80 | - | - | - | 40,00 |
| | | Ortaokul-İlköğretim | 6 | 7 | - | - | - | 13 |
| | | | 18,80 | 53,80 | - | - | - | 28,90 |
| | | Lise | 3 | 1 | - | - | - | 4 |
| | | | 9,40 | 7,70 | - | - | - | 8,90 |
| | Toplam | | 32 | 13 | - | - | - | 45 |
| | | | 100,0 | 100,00 | - | - | - | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

### *6.5.1.5. 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerde Çocuk İşçiliği*

Çocuk işçiliği, çocuk ve genç sağlığını olumsuz etkileyen bir etmendir. Çalışan çocuklar hem eğitimlerinde zorlanmakta hem de fiziksel ve psikolojik olarak yaşıtlarına göre daha fazla baskı altında bulunmaktadırlar. Çalışan çocuk sayısını ve işlerini tespit etmek için 6-25 yaş arasındaki çocukların işlerinin dağılımlarına bakmak gerekmektedir. Daha sonra da bunun yaş gruplarıyla ilişkisine bakarak özellikle 6-18 yaş arasında çalışan çocuk sayısını tespit etmek gerekmektedir. Ancak yapılan anketlerde çoğunlukla ailelerin çocuklarının çalışıp çalışmadığıyla ilgili net cevap vermediği görülmektedir. Örneğin çocukları eğitim görmekteyse, çalıştığını belirtmemektedirler. Ancak yapılan görüşmelerden anlaşılmıştır ki; özellikle Diyarbakır örneklemindeki

aileler, mevsimlik tarım işçiliği için yaz aylarında çocuklarıyla beraber batıya gitmektedirler. Bu durumda ucuz işgücü olan çocuklar, çoğunlukla hem okumakta hem de yaz aylarında çalışmaktadırlar. Ancak bu sayısal verilere tam olarak yansımamıştır.

*Tablo 6.60. Kentlere Göre 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin İşi*

| 6-25 Yaş Arası Gençlerin İşi | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| İşsiz | 33 | 64 | 97 |
| | 12,90% | 17,40% | 15,50% |
| İşçi-Ücretli | 36 | 21 | 57 |
| | 14,10% | 5,70% | 9,10% |
| Memur-İş | 5 | 4 | 9 |
| | 2,00% | 1,10% | 1,50% |
| Düzensiz İşçi | 12 | 26 | 38 |
| | 4,70% | 7,10% | 6,10% |
| Ev Hanımı | 29 | 37 | 66 |
| | 11,30% | 10,10% | 10,60% |
| Öğrenci | 141 | 216 | 357 |
| | 55,10% | 58,70% | 57,20% |
| Toplam | 256 | 368 | 624 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

6-25 yaş arası çocuk ve gençlerden oluşan toplam örneklemde %57'lik bir kesim öğrencidir. Geri kalanlar içerisinde işsiz olanların oranı %15, ev hanımı olan deneklerin oranı %10, ücretli işçi olan deneklerin oranı %9 ve düzensiz işlerde çalışanların oranı ise %6'dır. İşsiz olan deneklerin Diyarbakır'da oranı %17, Ankara'da ise %13'tür. Ayrıca düzensiz işlerde çalışanlar Diyarbakır örnekleminde daha yüksek bir orana sahipken, ücretli işçi olanlar ise Ankara'da daha yüksek bir orana sahiptir.

Bir önceki tabloya göre, 6-25 yaş arası çocuk ve gençlerden herhangi bir işle uğraştığı belirtilen deneklerin sayısı yaklaşık 95 iken, Tablo 6.72'de, ve 81 kişinin aylık ortalama geliri belirtilmiştir. Buna göre 81 kişiden 37'si 250-500 YTL arası, 28 kişi 100-250 YTL arası, 13'ü 0-100 YTL arası ve 3 kişi de 500-1000 YTL arası gelir kazanmaktadır. Ankara örnekleminde çalışanlardan 250-500 YTL arasında gelir kazananlarda bir yoğunlaşma söz konusudur.

*Tablo 6.61. Kentlere Göre 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Aylık Geliri*

| 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Gelirleri | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| **0-100** | 4 | 9 | 13 |
| | 10,00% | 22,00% | 16,00% |
| **100-250** | 8 | 20 | 28 |
| | 20,00% | 48,70% | 35,50% |
| **250-500** | 26 | 11 | 37 |
| | 65,00% | 26,80% | 45,50% |
| **500-1000** | 2 | 1 | 3 |
| | 5,00% | 2,50% | 3,00% |
| **Toplam** | 40 | 41 | 81 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ek iş yapıp yapmadığının sorulduğu bir başka soruda, 6-25 yaş arasındaki deneklerden salt 4'tü ek iş yaptığını belirtmiştir. Ancak iş ya da ek iş arama durumunun sorulduğu başka bir soruda 537 kişiden 56'sı aradığını belirtmiştir. Ankara'da iş ya da ek iş arayanların oranı %16, Diyarbakır örnekleminde ise bu oran %6'dır.

Tablo 6.62'de görüldüğü gibi, ebeveynlere sorulan çocuklarının sigara içip içmediği sorusuna, 6-25 yaş arasında çocuğu olanlardan 288 kişi bu soruya yanıt vermiştir. Buna göre, Diyarbakır'da çocuklarından en az birinin sigaraya bağımlı olduğunu belirten deneklerin oranı %22, Ankara'da ise bu oran %17'dir. Sigarayı ne kadar süredir içtiğinin sorulduğu bir başka soruya ise deneklerin büyük çoğunluğu "10 yıldan fazla" şeklinde yanıt vermiştir. Bu durum her iki örneklem için de geçerlidir.

Türkiye Küresel Gençlik Tütün Araştırması (KGTA)'nın sonuçlarına göre, %10 oranında öğrenciler arasında sigara içilmektedir. Buna göre, Ankara ve Diyarbakır çalışmalarındaki %22 ve %17 oranlarının her ikisi de, Türkiye genelinde öğrenciler arasında yapılan bu araştırmanın sonucundan daha fazla çıkmıştır.

*Tablo 6.62. Kentlere Göre 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Sigara İçme Durumu*

| Çocuk ve Gençlerin Sigara İçme Durumu | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | 24 | 34 | 58 |
| | 17,50% | 22,50% | 20,10% |
| Hayır | 113 | 117 | 230 |
| | 82,50% | 77,50% | 79,90% |
| Toplam | 137 | 151 | 288 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Çocuklarının sigaradan kurtulması için ebeveynlerin büyük çoğunluğu (%80), sözle uyardıklarını belirtmişlerdir. Ankara'da %20; Diyarbakır'da %12'lik bir kesim ise çocuklarını hem uyardıklarını hem de zor kullandıklarını ifade etmişlerdir. Son olarak Diyarbakır'da bir kişi çocuğunu doktora götürmüştür. Çocuğunun neden sigaraya başladığını açıklayan ebeveynlerin Ankara örnekleminde %70'i arkadaşlarından dolayı başladığını, %20'si psikolojik sorunlardan sigaraya başladığını, %10'luk bir kesim ise alışkanlık olduğunu ifade etmiştir. Diyarbakır'da ise neden olarak, yine en fazla "arkadaşlar" yanıtı verilirken (%50), ekonomik sıkıntıdan dolayı çocuklarının sigara içtiğini belirten ebeveyn sayısı 3 ve psikolojik sorunlardan dolayı çocuklarının sigaraya başladığını düşünen ebeveynlerin oranı ise %33 çıkmıştır. Ayrıca çocukları arsında madde bağımlısı olduğunu belirten bir tane anne Diyarbakır örnekleminde mevcuttur.

Çocuk ve gençlerle ilgili bir diğer sorun, davranış bozukluğu konusudur. Her iki örneklem toplamında %33'lük bir oranla 90 kişi, çocuğunda davranış bozukluğu olduğunu düşünmektedir. Diyarbakır'da bu oran daha da artmakta ve %40'lara ulaşmaktadır. Ankara örnekleminde ise, çocuğunda davranış bozukluğu olduğunu ileri süren deneklerin oranı %26'dır. Türkiye genelinde ise davranış bozukluğu görülen çocukların oranı %12'dir.

*Tablo 6.63. Kentlere Göre Davranış Bozukluğu Görülen Çocuk Var Mı?*

| Davranış Bozukluğu Görülme Durumu | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | *Ankara* | *Diyarbakır* | |
| *Evet* | 33 | 57 | 90 |
| | 26,00% | 39,00% | 33,00% |
| *Hayır* | 94 | 89 | 183 |
| | 74,00% | 61,00% | 67,00% |
| *Toplam* | 127 | 146 | 273 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Görülen davranış bozukluğu olarak en fazla tekrarlananlar, "sinirlilik" ve "içine kapanıklılık" tır. Ayrıca Ankara örnekleminde çocuğunun asi olduğunu belirten kadınların oranı %18, Diyarbakır'da ise salt %9 çıkmıştır. Ayrıca sinir ve şiddet barındıran çocuğu olduğunu belirten deneklerin Diyarbakır'daki oranı %59 iken, bu oran Ankara'da %42'dir.

Son olarak karakolluk olma durumuna bakarsak, Tablo 6.64'e göre, salt 7 çocuğun karakolluk olduğu ifade edilmiştir. Bunların kent örneklemine baktığımızda ise bir fark görülmemektedir. Çocuklarının karakolluk olma nedenini belirten 5 denekten ikisi kavgayı, diğer 2'si hırsızlığı ve biri de nevroz etkinliklerini belirtmişlerdir

*Tablo 6.64. Karakolluk Olan Çocuk Var mı?*

| Karakolluk Olan Çocuk Var mı? | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | 3 | 4 | 7 |
| | 2,60% | 2,60% | 2,60% |
| Hayır | 111 | 152 | 263 |
| | 97,40% | 97,40% | 97,40% |
| Toplam | 114 | 156 | 270 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

## 6.5.2 Çocuk ve Gençlerin Yaşadığı Sağlık Sorunları

Çocuk ve gençlerin yaşadığı sağlık sorunlarının yoksullukla ilişkisi çok yönlü olup, ailenin yoksul olması, yaşanan mekanın kötü şartlara sahip olması, sosyo-ekonomik yönden düşük bir ortamda yetişmek gibi bir çok durum çocuk ve gençlerin sağlık sorunlarını doğrudan etkilemektedir. Diğer yandan yaşanan sağlık sorunları gerçekte uzun süreli, uzun tedavi ve kontrolü gerektiren rahatsızlıklar ve sürekli olmayan geçici nitelikte olan rahatsızlıklar olarak ikiye ayrılmaktadır. Bizim de çalışmamızda sorularımızın bölümünü bu şekilde gerçekleşmiş olup, burada da çocuk ve gençlerin rahatsızlıkları ile ilgili sorular iki kısımda incelenecektir. Diğer yandan her iki alt bölümde örneklemdeki çocukların durumları tespit edilirken gereken yerlerde, diğer bir anlatımla önemli bir fark söz konusu olursa 0-5 yaş arası ve 6-25 yaş arası çocuk ve gençler ayrı ayrı değerlendirilecektir. Ancak iki grup arasında önemli bir fark olmazsa bir arada ele alınacaktır.

Genel olarak bakıldığında bu yaş grubundaki çocukların beden ve ruh sağlığına ilişkin değerlendirmelerde *"çok iyi"* derecesinden kaçınıldığı görülmektedir. Ebeveynlere sorulan sorulardan hareketle, 0-5 yaş arasındaki bebeklerin genel olarak beden ve ruh sağlığının tespit edilmeye çalışıldığı bu tablolara göre çocuklarının beden sağlığının "çok kötü" olduğunu belirten denek görülmemiştir. Ankara örnekleminde çocuklarının beden sağlığının "iyi" olduğunu belirten ebeveynlerin oranı %81 iken, bu oran Diyarbakır

örnekleminde %61'de kalmaktadır. Çocuklarının beden sağlığının "kötü" olduğunu belirten deneklerin oranı ise Diyarbakır'da %22, Ankara'da %4'tür. Diyarbakır'da 0-5 yaş arasındaki bebeklerinin kendilerini değerlendirmeleri olanaklı olmadığı için, anne ve babaların belirttiği sürekli ve süreksiz hastalıklarının istatistikleri oldukça önemlidir. Nitekim Diyarbakır'da bebeklerin sürekli ve sürekli olmayan hastalıklara yakalanma oranı, ileride de görüleceği gibi, Ankara örneklemindeki orandan oldukça fazladır. Son olarak, ruh sağlığı ile ilgili soruda "kötü" ve "çok kötü" cevaplarının hiç verilmemiş olması olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.

*Tablo 6.65. Kentlere Göre 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Genel Olarak Beden Sağlığı*

| 0-5 Yaş Arası Çocukların Beden Sağlığı | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Çok İyi | 1 | 3 | 4 |
| | 2,00% | 1,70% | 1,80% |
| İyi | 40 | 107 | 147 |
| | 81,60% | 61,10% | 65,60% |
| Orta | 6 | 26 | 32 |
| | 12,20% | 14,90% | 14,30% |
| Kötü | 2 | 39 | 41 |
| | 4,10% | 22,30% | 18,30% |
| Toplam | 49 | 175 | 224 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 6.66. Kentlere Göre 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Genel Olarak Ruh Sağlığı*

| 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Ruh Sağlığı | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Çok İyi | 4 | 1 | 5 |
| | 9,10% | 0,60% | 2,40% |
| İyi | 40 | 148 | 188 |
| | 90,00% | 98,70% | 90,00% |
| Orta | - | 8 | 8 |
| | - | 4,80% | 3,80% |
| Kötü | - | 8 | 8 |
| | - | 4,80% | 3,80% |
| Toplam | 44 | 165 | 209 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Yine ruhsal durumun sorulduğu tabloya göre, 0-5 yaş arasındaki bebeklerin ruhsal durumunun "iyi" ve "çok iyi" olduğunu belirten deneklerin oranı Diyarbakır örnekleminde %90 iken, Ankara örneklemindeki tüm denekler

bebeklerinin ruhsal durumunun "iyi" ve "çok iyi" olduğunu belirtmişlerdir.

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. "kötü" ve "çok kötü" yanıtını veren deneklerin oranı ise Ankara'da %5'e yakın iken, Diyarbakır'da %25, diğer bir anlatımla Ankara 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 temelinin dayandığı bu dönemde Diyarbakır örneklemindeki çocuk ve gençlerin, Ankara örneklemindekilere göre oldukça olumsuz bir durumda olduklarını göstermektedir.

Diğer yandan özellikle gençlik dönemi, ruhsal sağlık açısından en sancılı geçen dönemdir. Buna göre 6-25 arası çocuk ve gençlerin ruhsal sağlığının sorulduğu bu soruda, Ankara'daki ebeveynler, %85 oranında çocuklarının ruhsal durumunun "iyi" ve "çok iyi" olduğunu belirtirken, Diyarbakır'da bu oran. %77'dir.

***Tablo 6.67 Kentlere Göre 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Genel Olarak Ruh Sağlığı***

| 6-25 Yaş ve Arası Çocuk ve Gençlerin ve Ruhsal Durumu | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | *Ankara* | *Diyarbakır* | |
| *Çok İyi* | 9 | - | 9 |
| | 3,50% | - | 1,30% |
| *İyi* | 207 | 355 | 562 |
| | 81,50% | 77,20% | 78,70% |
| *Orta* | 25 | 41 | 66 |
| | 9,80% | 8,90% | 9,20% |
| *Kötü* | 9 | 60 | 69 |
| | 3,50% | 13,00% | 9,70% |
| *Çok Kötü* | 4 | 4 | 8 |
| | 1,60% | 0,90% | 1,10% |
| *Toplam* | 254 | 460 | 714 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmalar*

Diğer yandan çocuğun özellikle ruhsal sağlığı, ev içindeki sağlıklı aile hayatıyla birebir ilişkilidir. Bu nedenle, hane içerisinde annenin fiziksel ya da psikolojik şiddet görme durumu, çocuğun ruh sağlığını etkileyebilecek bir durumdur. Buna göre alan çalışmalarımızda çocukların ruh sağlığı ile annenin psikolojik ya da fiziksel şiddet görmesi arasındaki ilişkiyi bakmak gerekmektedir.

*Tablo 6.68. Çocuk Ruh Sağlığı ve Fiziksel Şiddet*

| Kentler | | | Fiziksel Şiddet | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | Çocuk Ruh Sağlığı | İyi | 35 | 186 | 221 |
| | | | %15,8 | %84,2 | 100,00% |
| | | Ota | 6 | 12 | 18 |
| | | | 33,30% | 66,70% | 100,00% |
| | | Kötü | 5 | 8 | 13 |
| | | | %39% | 51% | 100,00% |
| | Toplam | | 46 | 206 | 252 |
| | | | 18,30% | 81,70% | 100,00% |
| Diyarbakır | Çocuk Ruh Sağlığı | İyi | 63 | 359 | 422 |
| | | | 14,70% | 85,30% | 100,00% |
| | | orta | 2 | 27 | 29 |
| | | | 6,90% | 93,10% | 100,00% |
| | | Kötü | 23 | 28 | 51 |
| | | | 46,90% | 53,10% | 100,00% |
| | Toplam | | 88 | 414 | 502 |
| | | | 17,50% | 82,50% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Buna göre, Ankara'da çocuğunun ruhsal durumunun iyi olduğunu söyleyen annelerin içerisinde fiziksel şiddet gördüğünü belirten annelerin oranı salt %15,8 iken, kötü diyenlerin ise neredeyse %40'ı fiziksel şiddet gördüğünü belirtmiştir. Diğer yandan aynı durum Diyarbakır için de geçerlidir. Diğer bir anlatımla çocuğunun ruhsal durumunun iyi olduğunu ve söyleyen annelerin salt %14'tü fiziksel şiddet görürken, kötü diyenlerin ise %47'si fiziksel şiddet gördüğünü öne sürmüştür.

Diğer taraftan babanın çocuklarıyla ilgilenme düzeyleri de, çocukların ruh sağlığını doğrudan etkileyen etmenler arasındadır. Buna göre, salt Diyarbakır alan çalışmasında sorulan bu soru ile çocukların ruh sağlığı arasındaki ilişkiye bakarsak;

*Tablo 6.69. Çocuk Ruh Sağlığı ve Babanın Çocukla İlgilenme Düzeyi*

| Çocuğun Ruhsal Durumu | Baba Yeterince İlgileniyor mu | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | Oldukça İlgili | İlgili Sayılır | Çok İlgilenmiyor | |
| İyi | 162 | 81 | 164 | 407 |
| | 40,00% | 20,00% | 40,00% | 100,00% |
| Orta | 7 | 4 | 18 | 29 |
| | 24,10% | 13,80% | 62,10% | 100,00% |
| Kötü | 8 | 12 | 31 | 51 |
| | 15,6% | 23,5% | 60,9% | 100,00% |
| Toplam | 177 | 97 | 213 | 487 |
| | 36,30% | 19,90% | 43,70% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Anneye sorulan bu sorulara göre, ruhsal durumu iyi olan çocuklardan %40'ının babası çocuklarıyla oldukça ilgili iken, ruhsal durumu kötü olan çocukların ise %60'ından fazlasının babalarının çocuklarıyla çok ilgilenmediği ortaya çıkmaktadır.

### *6.5.2.1. Çocuk ve Gençlerin Sürekli Rahatsızlıkları*

0-5 yaş arasındaki bebeklerin sürekli bir hastalığı olup olmadığıyla ilgili sorulan soruda toplam 239 bebekten oluşan örneklem içerisinden 227 denekle ilgili bulgulara ulaşılmıştır. Buna göre Diyarbakır örneklemindeki 179 bebekten 40'ının (%22), Ankara örneklemindeki 48 bebekten ise salt 5'inin (%10) sürekli bir hastalığa sahip olduğu görülmüştür. (Tablo 6.89)Buna göre bağımsız değişken olarak yukarıda incelenen etmenler göz önüne alınırsa, Diyarbakır'daki bebeklerde sürekli hastalık görülme oranının Ankara örneklemine göre daha fazla olması şaşırtıcı olmamaktadır.

Her iki örneklem birlikte değerlendirildiğinde, toplam 45 bebeğin sürekli hastalığa sahip olduğu anlaşılmaktadır. Bu 45 bebeğin hangi hastalığı yaşadığına bakıldığında ise; Ankara'da 3 bebeğin sürekli hastalıkları, alerji, ortakulak iltihabı ve akciğer enfeksiyonudur. Diyarbakır'da ise 35 bebekten 12'si akciğer enfeksiyonu (bronşit), 4'tü bademcik rahatsızlığı geçirmektedir. Ayrıca Diyarbakır'da böbrek hastalığına sahip olanların sayısı 3, gelişme bozukluğu olanlar 3, epilepsi, fiziksel engelli, ortopedik rahatsızlığı ve kalp rahatsızlığı olanların sayısı 2, bel-boyun fıtığı, astım, hepatit, mide rahatsızlığı, idrar yolları enfeksiyonu olanlar ise birer kişidir. Görüldüğü gibi Diyarbakır gecekondu bölgeleri, çocuk ve gençlerin sürekli rahatsızlığa sahip olması bakımından Ankara gecekondu bölgesinde yaşayanlara göre oldukça kötü durumdadır. Ayrıca Diyarbakır'da dört bebek için ikinci bir rahatsızlık belirtilmiştir. Bunlar; görme engeli, duyma engeli, akciğer enfeksiyonu ve idrar yolları enfeksiyonudur. Son olarak bir bebek için ise üçüncü bir hastalık olarak ortopedik rahatsızlık belirtilmiştir.

*Tablo 6.70. 0-5 Yaş Arası Çocukların Sürekli Hastalıkları Var mı? ve Kentler*

| 0-5 Yaş Arası Çocukların Sürekli Hastalıkları Var mı? | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | 5 | 40 | 45 |
| | 10,40% | 22,30% | 19,80% |
| Hayır | 43 | 139 | 182 |
| | 89,60% | 77,70% | 80,20% |
| Toplam | 48 | 179 | 227 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Çalışmalarda sürekli hastalıkları olup olmadığına yönelik sorulan soruya 6-25 yaş arası çocuk ve gençler için ise, Ankara alanındaki toplam 261 ebeveynden 29'u (%11) "evet" yanıtını verirken, Diyarbakır'da %28'lik bir orana sahip olan ebeveynler 6-25 yaş arasındaki çocuklarının sürekli bir rahatsızlığı olduğunu belirtmiştir (Tablo 6.90). Ankara'da bu grupta, sürekli hastalığı olan 29 çocuktan 25'inin rahatsızlığının ne olduğuna dair sonuçlara ulaşılmıştır. Buna göre herhangi bir hastalıkta yoğunlaşmanın gerçekleşmediği görülmüştür. Ankara'da görülen sürekli hastalıklar; ülser (1), Kalp (2), romatizma (3), tansiyon (3), böbrek hastalığı (4), ortopedik rahatsızlık (1), guatr (1), sinüzit (1), fiziksel engelli (2), astım (2), bel ağrısı (1), bronşit (1), hepatit (1), migren (1)'dır. Diğer yandan Diyarbakır'da 139 sürekli hastalığa sahip olan çocuktan 117'sinin ne tür hastalığa yakalandığına dair 117 çocukla ilgili bilgilere ulaşılmıştır. Aynı şekilde Diyarbakır'da da dağılımlar eşit şekilde dağılmıştır. Buna göre, görülen belli başlı hastalıklar; menenjit, tifo, havale, damar tıkanıklığı, göz rahatsızlığı, idrar yolları enfeksiyonu, konuşma ve gelişme bozukluğu, bademcik (7), mide rahatsızlığı, zihinsel engelli, migren, beyin rahatsızlığı, hepatit (6), bronşit (16), ülser, kalp, kadın hastalığı, böbrek hastalığı (16), bel ağrısı, duyma engeli (6), epilepsi, astım, fiziksel engel (6), görme engeli ve alerjidir.

*Tablo 6.71. 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Sürekli Hastalık Durumları ve Kentler*

| 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Sürekli Hastalık Durumları | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | 29 | 139 | 168 |
| | 11,10% | 28,10% | 22,20% |
| Hayır | 232 | 356 | 588 |
| | 88,90% | 71,90% | 77,80% |
| Toplam | 261 | 495 | 756 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Görüldüğü üzere çocuk ve gençlerin maruz kaldığı sürekli rahatsızlıklar ve gerek nitelikleri ve gerekse tedavileri bakımından oldukça ciddi sağlık problemlerinin arasında yer almakta ve ileriki yaşlarda kişinin bedensel sağlığını olumsuz derecelerde etkileyebilecek ve onun hem toplumsal hayatını hem de iş hayatının şekillenmesinde önemli bir role sahip olabilecektir. Bu nedenle bu hastalıkların nedenlerinin öğrenilmesi ve çıkan sonuçların incelenmesi ve önem taşımaktadır.

*Tablo 6.72. Sürekli Hastalık Türleri, Kişi Başına Düşen Gelir ve Kentler*

| Kentler | | | Kişi Başına Düşen Gelir | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0-50. | 50-100 | 100-150 | 150-200 | 200-250 | 250+ | |
| Ankara | Sürekli Hastalık Türleri | Kalp-Kan | 1 | 1 | 2 | - | - | - | 4 |
| | | | 25 | 25 | 50 | - | - | - | 100 |
| | | Beyin-Engellilik | - | 1 | 1 | 1 | - | - | 3 |
| | | | - | 34 | 33 | 33 | - | - | 100 |
| | | Akciğer-KBB | - | 2 | 3 | 1 | - | - | 6 |
| | | | - | 33 | 50 | 16 | - | - | 100 |
| | | Böbrek-Bağırsak-İdrar | - | 2 | - | - | - | - | 2 |
| | | | - | 100 | - | - | - | - | 100 |
| | | Ortapedi | - | 1 | 2 | - | - | - | 3 |
| | | | - | 33 | 66 | - | - | - | 100 |
| | | Psikolojik | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| | | | - | - | 100 | - | - | - | 100 |
| | | Diğer | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| | | | - | - | 100 | - | - | - | 100 |
| | Toplam | | 1 | 7 | 10 | 2 | - | - | 20 |
| | | | 5 | 35 | 50 | 10 | - | - | 100 |
| Diyarbakır | Sürekli Hastalık Türleri | Kalp-Kan | 4 | 1 | - | - | - | - | 5 |
| | | | 80 | 20 | - | - | - | - | 100 |
| | | Beyin-Engellilik | 15 | 3 | 4 | - | - | - | 22 |
| | | | 68 | 13 | 18 | - | - | - | 100 |
| | | Mide | 2 | 1 | 1 | - | - | - | 4 |
| | | | 50 | 25 | 25 | - | - | - | 100 |
| | | Akciğer-KBB | 19 | 16 | 7 | - | - | 1 | 43 |
| | | | 44 | 37 | 16 | - | - | 3 | 100 |
| | | Böbrek-Bağırsak-İdrar | 7 | 5 | 2 | - | - | 1 | 15 |
| | | | 46 | 33 | 13 | - | - | 6 | 100 |
| | | Ortapedi | 3 | 3 | - | 1 | - | - | 7 |
| | | | 42 | 42 | - | 14 | - | - | 100 |
| | | Psikolojik | 1 | 1 | - | - | - | - | 2 |
| | | | 50 | 50 | - | - | - | - | 100 |
| | | Diğer | 4 | 1 | 1 | - | 1 | - | 7 |
| | | | 57 | 14 | 14 | - | 14 | - | 100 |
| | Toplam | | 55 | 31 | 15 | 1 | 1 | 2 | 105 |
| | | | 53 | 30 | 15 | 1 | 1 | 2 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Bu arada sürekli hastalığa sahip olma durumu ile gelir seviyesi ya da annenin eğitimi arasındaki ilişkiye bakıldığında gerek sayının düşüklüğünden gerekse herhangi bir ilişki bulunamayışından dolayı buraya herhangi bir açıklama alınamamıştır. Fakat hastalık türleri incelendiğinde özellikle sürekli hastalığa sahip olan çocuk ve gençlerin, düşük gelir gruplarında kaldığı görülmektedir.

Buna göre, Ankara'da tüm hastalıklardan çok az görülürken Diyarbakır'da özellikle, beyin hastalıkları, akciğer, KBB ve böbrek rahatsızlıkların sıkça görüldüğü ortadadır ve tüm bu hastalıklar yoğunlukla düşük gelir gruplarına ait çocuk ve gençlerde görülmektedir. Buna göre, beyin hastalıklarında 22 ve akciğer rahatsızlıklarında da 43 kişinin sürekli hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Bunların sırasıyla 15 ve 19'u 0-50 milyonluk kişi başına Düşen Gelire sahip olan grupta yer almaktadır.

Diğer yandan çocuk ve gençlerin karşılaştıkları kalıcı hastalıklarının nedenlerinin neler olduğuna yönelik olarak ailelerine yöneltilen soruda Diyarbakır örnekleminde, % 27'lik bir oranla bilinmiyor yanıtı verilmiştir. Onun hemen ardından %17'lik bir oranla hastalığın soğuktan olduğu yanıtı gelmiş, ve 3. en çok söylenen seçenek ise, %13'lük bir oranla hastalığın doğuştan olduğudur. Yine "önceden geçirilen başka bir hastalığı neden olarak ileri sürenlerin oranı Diyarbakır'da %13'tür. Ayrıca hastalığın kalıtsal nedenlere dayandığını belirtenlerin oranı ise %8 dolaylarındadır. Diğer yandan Ankara örnekleminde ise en fazla verilen yanıtın "doğuştan" olduğu görülmektedir (%31). İkinci olarak en fazla neden olarak ileri sürülen yanıt, "geçirilen başka bir hastalık" olmuştur (%21). Ankara örnekleminde hastalıkların sebebinin en çok vurgulandığı seçeneğin doğuştan olması, annenin ve hamilelik sırasında karşılaşmış olduğu sağlık problemleri ve bunların tedavisi için ne ölçüde, neler yaptığı, sağlıklı bir hamilelik dönemi ve doğum için gerekli sağlık tedbirlerini ve ilgili kurumlardan alıp almadığıyla yakından ilgilidir.Yine doğumun nerede ve kim tarafından gerçekleştirildiği, doğumun hemen ardından bebeğe gerekli sağlık şartlarının sağlanıp sağlanamadığı, ve yeni doğan bebeğin gerekli sağlık taramasından geçirilip geçirilmediğinin de tüm bu hastalıkların oluşmasında payı büyük olacaktır.

Toplam 109 çocuktan 8'inin kaza nedeniyle sürekli rahatsızlıklara yakalanması, alanların mekansal olarak, çocukların kullanmasına yeterince müsait olmadıklarını göstermektedir. Çocuk ve gençlerin çevreleriyle en çok alakadar oldukları, zamanlarının çoğunu dışarıda ve arkadaşlarıyla birlikte geçirdikleri düşünüldüğünde, içinde bulundukları çevrenin önemi daha çok artmaktadır. Çünkü çocuklar için elverişli olmayan, gerekli oyun alanlarının bulunmadığı ve yine gerekli hijyen koşullarından uzak bir çevrede ve yaşayan çocukların kaza riskiyle karşılaşmaları, bu tür bir çevrede yaşamayan çocuklara oranla daha fazladır.

Ayrıca Diyarbakır örnekleminde dikkati çeken bir konu, bu yaş aralığındaki bireylerin sürekli hastalıklarının nedenleri arasında "soğuk, bakımsızlık, sinir-stres, çevre koşulları" gibi maddi yetersizliğin sebep olduğu yanıtlar da

verilmiştir. Bu anlamda Diyarbakır'ın yoksul kesimlerinde, Ankara'nın yoksul kesimlerine göre çevresel koşullar, maddi yetersizlikler bireylerin sağlık durumlarında daha büyük oranda etkili olmaktadır. Nitekim Ankara çalışmasında bu yanıtları veren deneğe rastlanmamıştır. Her iki örneklem için de yanıtlar arasında "bilinmiyor" ve "önceden geçirilen hastalık" yanıtlarının fazlaca verilmesi, bu rahatsızlıkların aile tarafından yeterince önemsenmediğini, geçirilen hastalıklarının kesin bir çözümünün sağlanamadığı ya da ailelerin ve bunları sağlayacak imkanlarının olmadığını göstermektedir.

***Tablo 6.73. Kentlere Göre 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Hastalığın Kontrolü İçin Sağlık Kurumuna Gitme Durumu***

| Sürekli Hastalığa Sahip Olan Çocukların Kontrole Gitme Durumları | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | 13 | 52 | 65 |
| | 38,20% | 34,60% | 35,30% |
| Hayır | 21 | 98 | 119 |
| | 61,80% | 65,40% | 64,70% |
| Toplam | 34 | 150 | 184 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ankara'da sürekli hastalığa sahip olan toplam 34 çocuktan 13'ünün, Diyarbakır'da ise 150 çocuktan 52'sinin denetim için bir sağlık kurumuna gittiği görülmektedir. Diğer bir anlatımla her iki alanda da %60'tan fazla çocuk sürekli hastalıklarının denetimi için bir sağlık kurumuna götürülmemektedir. Bu kadar fazla oranda çocuğun denetime götürülmemesi, bunun nedenini önemli hale getirmektedir. Diyarbakır'da sürekli hastalığı olan çocukların denetime götürülmemesinin sebebi olarak en fazla "maddi yetersizlikler" (%33), Ankara'da ise "sağlık güvencesinin olmaması" (%38) öne sürülmüştür. Ayrıca "gerekli görmeme" yanıtı Ankara örnekleminde salt %8 oranında verilirken, Diyarbakır'da bu yanıtın oranı %30 çıkmıştır. Bu da Diyarbakır örneklemindeki ebeveynlerin çocuklarının sürekli hastalıklarının ciddiyetinin bilincinde olmadıklarını ya da bu hastalıkların önlenemeyeceğine dair bir tutuma sahip olduklarını göstermektedir.

Sürekli hastalığı yüzünden ilaç kullanan çocuk ve gençlerin oranı Ankara'da %29, Diyarbakır'da %45'tir. Bu çocukların ilaç masraflarına baktığımızda ise, 50-100 YTL arasında ilaçların aylık masraflarının değiştiği görülmektedir. Ankara'da 50 YTL'den az ilaç masrafı olanlar toplam 268 kişiden 4 kişi, Diyarbakır'da ise 511 kişiden 21 kişidir. Sürekli ilaç kullanan çocuk ve gençlerin bu ilaç masraflarının nasıl karşılandığına bakıldığında ise iki kent örnekleminde büyük bir farklılık olmadığı ortaya çıkmaktadır. Buna göre Diyarbakır'da %63'lük ve Ankara'da %60'lık bir kesimin ilaç masrafı, sosyal güvencesi tarafından karşılanırken; Ankara'da %33 ve Diyarbakır'da %30 orana sahip olan deneklerin ilaç masrafı ise cepten karşılanmaktadır.

*Tablo 6.74.Kentlere Göre Sürekli İlaç Kullanımı*

| Sürekli İlaç Kullanımı | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | 9 | 54 | 63 |
| | 29,00% | 45,00% | 41,70% |
| Hayır | 22 | 66 | 88 |
| | 71,00% | 55,00% | 58,30% |
| Toplam | 31 | 120 | 151 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Tedavi ve ilaç masraflarının karşılanması ile sosyal güvence durumunun doğrudan bir ilişkisi söz konusudur. Burada çocuk ve gençlerin ilaç masraflarının karşılanma biçimini incelersek, Ankara'da cepten masrafları karşılayanların dördünün sosyal güvencesi olmadığı görülmektedir. Yine Diyarbakır için ise, cepten ödeme yapanların aynı şekilde sosyal güvencesi olmayan kişiler olduğu görülmektedir.

*Tablo 6.75. Tedavi Masraflarının Karşılanma Biçimi, Toplumsal Güvenlik Durumu ve Kentler*

| Kentler | | | Sosyal Güvenlik Durumu | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SSK | Bağ-Kur | Emekli Sandığı | Yeşil Kart | Sosyal Güvencesi Yok | |
| Ankara | Tedavi Masraflarının Karşılanma Biçimi | Sosyal Güvenceyle | 5 | 1 | 1 | - | - | 7 |
| | | | 71 | 14 | 14 | - | - | 100 |
| | | Komşu-Tanıdık | 1 | - | - | - | - | 1 |
| | | | 100 | - | - | - | - | 100 |
| | | Cepten | - | 1 | - | - | 4 | 5 |
| | | | - | 20 | - | - | 80 | 100 |
| | Toplam | | 6 | 2 | 1 | - | 4 | 13 |
| | | | 46 | 15 | 8 | - | 31 | 100 |
| Diyarbakır | Tedavi Masraflarının Karşılanma Biçimi | Sosyal Güvenceyle | 14 | 3 | 1 | 21 | 2 | 41 |
| | | | 34 | 8 | 3 | 51 | 5 | 100 |
| | | Devlet Yardımıyla | - | - | - | - | 1 | 1 |
| | | | - | - | - | - | 100 | 100 |
| | | Komşu-Tanıdık | - | - | - | - | 2 | 2 |
| | | | - | - | - | - | 100 | 100 |
| | | Cepten | 2 | - | - | 9 | 9 | 20 |
| | | | 10 | - | - | 45 | 45 | 100 |
| | | Başkasının Sağlık Karnesiyle | - | - | - | - | 1 | 1 |
| | | | - | - | - | - | 100 | 100 |
| | Toplam | | 16 | 3 | 1 | 30 | 15 | 65 |
| | | | 24 | 5 | 2 | 46 | 23 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Diğer taraftan çocukların götürüldükleri en son sağlık kurumuna bakarsak, burada özellikle 0-5 yaş arası bebeklerin götürüldükleri sağlık kurumlarında belirgin bir fark görülmektedir;

*Tablo 6.76. Kentlere Göre 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Son Götürüldükleri Sağlık Kurumu*

| 0-5 Yaş Arası Bebeklerin Son Götürüldükleri Sağlık Kurumu | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Sağlık Ocağı | 10 | 41 | 51 |
| | 41,70% | 42,30% | 42,10% |
| SSK Hastanesi | 5 | 10 | 15 |
| | 20,80% | 10,30% | 12,40% |
| Devlet Hastanesi | 5 | 39 | 44 |
| | 20,80% | 40,20% | 36,40% |
| Üniversite Hastanesi | 1 | 1 | 2 |
| | 4,20% | 1,00% | 1,70% |
| Özel Hastane | 3 | 6 | 9 |
| | 12,50% | 6,20% | 7,40% |
| Toplam | 24 | 97 | 121 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

0-5 yaş arası bebekler en son götürüldükleri sağlık kurumları değerlendirildiğinde; sağlık ocağına götürülen bebeklerin oranının gerek Ankara'da gerekse Diyarbakır'daki örneklemde %41-42 ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. SSK hastanesine götürülme oranı Ankara örnekleminde %20 iken, Diyarbakır örnekleminde %10'dur. Devlet hastaneleri, 0-5 yaş arası bebeklerin en son götürüldüğü ikinci kurum olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna göre Ankara'da devlet hastanelerine götürülme oranı %20 iken, Diyarbakır'da %40'tır. Bu durumda yoksul kent bölgeleri için sağlık hizmetlerinin devlet tarafından verilmesi hala büyük önem taşımaktadır.

*Tablo 6.77. Kentlere Göre 0-5 Yaş Arası Engellilik Durumu*

| 0-5 Yaş Arası Engellilik Durumu | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Var | 1 | 6 | 7 |
| | 2,70% | 4,40% | 4,10% |
| Yok | 36 | 129 | 165 |
| | 97,30% | 95,60% | 95,90% |
| Toplam | 37 | 135 | 172 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Bununla bağlantılı olarak, 0-5 yaş arası bebeklerin en son sağlık kurumuna götürülme nedenleri arasında en fazla görülen grip, soğuk algınlığı, bronşit ve KBB rahatsızlıklarıdır. Bu ve rahatsızlıklarda sağlık ocakları yeterli hizmeti verebildiğinden dolayı en fazla gidilen sağlık kurumunun sağlık ocağı olması anlaşılır görünmektedir. Bunun yanı sıra, sağlık ocağının hanelere yakın

konumu da buranın tercih edilmesinin sebepleri arasında görülebilir.

Ankara'da 0-5 yaş arasındaki 55 bebekten 1'inin, Diyarbakır örnekleminde 186 bebekten ise 6'sının fiziksel/zihinsel engeli olduğu belirtilmiştir. Ayrıca Ankara örneklemindeki bu bebek için özel bir ilaç tedavisi uygulandığı yanıtı alınırken, diğer çalışma alanındaki 6 bebeğin yarısı için özel bir ilaç tedavisi uygulandığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca bu dört bebeğin de tedavi masrafının sosyal güvence ile karşılandığı belirtilmiştir. 6-25 yaş arası çocuk ve gençlerde fiziksel ya da zihinsel engelli olanlar Ankara'da 268 çocuktan 4 (%1,4) çocuk; Diyarbakır'da ise 511 çocuk ve gençten 24 (%4,6) çocuk ve gençtir. Bunlardan engeli için özel tedavi gören denek sayısı Ankara çalışmasında 1, Diyarbakır çalışmasında 5'tir.

*Tablo 6.78. Kentlere Göre 6-25 Yaş Arası Engellilik Durumu*

| 6-25 Yaş Arası Engellilik Durumu | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Var | 4 | 24 | 28 |
| | 2,10% | 5,60% | 4,50% |
| Yok | 188 | 405 | 593 |
| | 97,90% | 94,40% | 95,50% |
| Toplam | 192 | 429 | 621 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

### *6.5.2.2 Çocuk ve Gençlerin Sürekli Olmayan Sağlık Sorunları*

Sürekli olmayan rahatsızlıklar, yoksullukla doğrudan ilişkilidir. Yaşanılan çevrenin kötü koşulları, hanenin yetersiz hijyen ve altyapı sorunları vs sürekli olmayan hastalıklara yakalanma riskini arttıran etmenlerdir. Buna göre, son 6 ayda rahatsızlık geçirme durumunun sorulduğu alan çalışmalarında, Ankara çalışmasında 0-5 yaş arasındaki bebekler için yanıt veren 49 kişinin 27'sinin (%55); Diyarbakır'da ise toplam 172 denekten 84' ünün (%49) olumlu yanıt verdiği görülmüştür. Son 6 ay içerisinde herhangi bir rahatsızlık geçirmediğini belirtenler ise sırasıyla 22 (%45) ve 88 kişi (%51)'dır. Diğer taraftan, son 6 ayda sürekli olmayan hastalık geçiren 6-25 yaş arası çocuk ve gençlerin oranı Ankara örnekleminde %34, Diyarbakır örnekleminde ise %31'dir. Görülen hastalıklar içerisinde ise en fazla orana sahip olan hastalık grip-soğuk algınlığıdır (Ankara: % 37,5; Diyarbakır: %45). Bunun dışında Ankara'da sıklıkla görülen sürekli olmayan hastalıklar, yüksek ateş, diz ağrısı, diş ağrısı, cilt hastalığı, böbrek rahatsızlığı iken; Diyarbakır'da sıklıkla görülen rahatsızlıklar ise, mide ağrısı, göz rahatsızlığı, yüksek ateş, diş ağrısı, sarılık, idrar yolları enfeksiyonu, böbrek rahatsızlığıdır. Ayrıca her iki çalışmada da deneklerin %80'inden fazlası sürekli olmayan hastalıklarından dolayı bir sağlık kurumuna başvurmuş görünmektedir.

*Tablo 6.79. Kentlere Göre 0-5 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Son 6 Ay İçinde Rahatsızlık Geçirme Durumu*

| 0-5 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Son 6 Ayda Geçirdiği Rahatsızlık Durumu | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | 27 | 84 | 111 |
| | 55,10% | 48,80% | 50,20% |
| Hayır | 22 | 88 | 110 |
| | 44,90% | 51,20% | 49,80% |
| Toplam | 49 | 172 | 221 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 6.80. 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Son 6 Ayda Geçirdiği Rahatsızlık Durumu*

| 6-25 Yaş Arası Çocuk ve Gençlerin Son 6 Ayda Geçirdiği Rahatsızlık Durumu | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | 85 | 148 | 233 |
| | 34,00% | 31,50% | 32,40% |
| Hayır | 165 | 322 | 487 |
| | 66,00% | 68,50% | 67,60% |
| Toplam | 250 | 470 | 720 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

*Tablo 6.81. Kentlere Göre ve Son 6 Ayda Rahatsız Olma ve Kişi Başına Düşen Gelir*

| Kentler | | | Kişi Başına Düşen Gelir | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0-50 | 50-100 | 100-150 | 150-200 | 200-250 | 250 + | |
| Ankara | Son 6 Ayda Rahatsız Olma | Evet | 11 | 47 | 20 | 7 | 1 | 2 | 88 |
| | | | 12 | 53 | 22 | 8 | 2 | 2 | 100 |
| | | Hayır | 21 | 68 | 43 | 14 | 3 | 1 | 150 |
| | | | 14 | 45 | 28 | 9 | 2 | 1 | 100 |
| | Toplam | | 32 | 115 | 63 | 21 | 4 | 3 | 238 |
| | | | 13 | 48 | 26 | 8 | 2 | 2 | 100 |
| Diyarbakır | Son 6 Ayda Rahatsız Olma | Evet | 88 | 73 | 15 | 2 | 1 | 5 | 184 |
| | | | 47 | 39 | 8 | 2 | 1 | 3 | 100 |
| | | Hayır | 185 | 69 | 21 | 4 | 6 | 2 | 287 |
| | | | 64 | 24 | 7 | 2 | 2 | 1 | 100 |
| | Toplam | | 273 | 142 | 36 | 6 | 7 | 7 | 471 |
| | | | 58 | 30 | 7 | 2 | 1 | 1 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Diğer taraftan, tüm çocuklar toplamında son 6 ayda rahatsız olma durumunun gelirle ilişkisine baktığımızda, Ankara'da hem evet hem de hayır diyenlerin %80'ine yakınının kişi başına düşen gelirlerinin 150 milyondan aşağı olduğu görülmektedir. Diyarbakır'da her iki yanıtı verenlerin %85'ten fazlasının 150

milyondan fazla gelire sahip olduğu görülmektedir. Bu anlamda gelir ile son 6 ayda bir hastalığa yakalanma arasında doğrudan bir ilişki söz konusu değildir.

Diğer yandan, hanenin olumsuz etkileri de çocukların hastalığa yakalanma ihtimallerini artıran bir olgu olmasına rağmen çalışmalarımızda genellikle tuvalet, banyo durumuna yönelik olarak çoğunlukla olumlu yanıtlar alındığı için ilişki tespit edilememiştir.

Ayrıca evin hijyen bakımından yeterli düzeyde olması da geçici hastalıklara yakalanma ihtimalini düşürmektedir. Bu anlamda alan çalışmalarımızda bununla ilgili olarak iki kent arasında bir fark ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Tablo 101'e göre, Ankara'da son 6 ayda rahatsızlık geçiren çocukların %31'inin evinin hijyen bakımından yetersiz durumda olduğu ifade edilirken, Diyarbakır'da ise bu oran %45,5'e ulaşmaktadır.

***Tablo 6.82. Kentlere Göre Son 6 Ayda Rahatsız Olma Durumu ve Hijyen Durumu***

| Kentler | | | Hijyen Durumu | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | Son 6 Ayda Rahatsız Olma Durumu | Evet | 60 | 27 | 87 |
| | | | 69,00% | 31,00% | 100,00% |
| | | Hayır | 107 | 53 | 160 |
| | | | 66,90% | 33,10% | 100,00% |
| | Toplam | | 167 | 80 | 247 |
| | | | 67,60% | 32,40% | 100,00% |
| Diyarbakır | Son 6 Ayda Rahatsız Olma Durumu | Evet | 108 | 90 | 198 |
| | | | 54,50% | 45,50% | 100,00% |
| | | Hayır | 164 | 162 | 326 |
| | | | 50,30% | 49,70% | 100,00% |
| | Toplam | | 272 | 252 | 524 |
| | | | 51,90% | 48,10% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Diğer taraftan, geçirilen hastalıkların ne olduğu incelendiğinde ise 0-5 yaş arası çocuklar için sonuçlar şu şekilde çıkmıştır; Diyarbakır örnekleminde son 6 ay içerisinde en çok şikayet edilen sağlık probleminin %50 oranında grip ve soğuk algınlığı olduğu görülmektedir. Aynı biçimde Ankara örnekleminde de grip ve soğuk algınlığından şikayet etme oranı %56 çıkmıştır. Ayrıca Diyarbakır'da bu rahatsızlığa ek olarak, bronşit, ishal ve yüksek ateş de fazlaca şikayet edilen hastalık olarak tespit edilmiştir. Bu durum Diyarbakır'ın yoksul kesimlerinin çocuklarının özellikle kış aylarında ve yaz aylarında belirli hastalıklara maruz kaldığını göstermektedir. Bu durumda, yoksul bir aileye mensup olmanın getirdiği bir özellik, yoksul bir mekanda, sağlıksız koşullarda yaşamak zorunda kalmaktır. Buna göre son olarak bununla ilgili evin hijyen durumu ile çocuk ve gençlerin yaşadığı sağlık sorunları arsındaki ilişkiye bakmak gerekmektedir. Buna göre, her iki örneklemde de hastalıklar akciğer rahatsızlıklarında yoğunlaşmış olsa da, Diyarbakır'da, akciğer ve böbrek rahatsızlığının söz konusu olduğu çocuk ve gençlerin annelerinin yarısına

yakınının evin hijyen durumunu yetersiz buldukları görünmektedir.

*Tablo 6.83. Kentlere Göre Son 6 Ayda Görülen Hastalıklar ve Hijyen Durumu*

| Kentler | | | Hijyen Durumu | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Evet | Hayır | |
| Ankara | Son 6 Ayda Görülen Hastalıklar | Kalp-Kan | 1 | 1 | 2 |
| | | | 50,00% | 50,00% | 100,00% |
| | | Mide | 1 | - | 1 |
| | | | 100,00% | - | 100,00% |
| | | Akciğer-KBB | 22 | 12 | 34 |
| | | | 64,70% | 35,30% | 100,00% |
| | | Böbrek-Bağırsak-İdrar | 1 | 2 | 3 |
| | | | 33,30% | 66,70% | 100,00% |
| | | Ortapedi | 2 | 4 | 6 |
| | | | 33,30% | 66,70% | 100,00% |
| | | Psikolojik | 1 | - | 1 |
| | | | 100,00% | - | 100,00% |
| | | Cilt | 3 | - | 3 |
| | | | 100,00% | - | 100,00% |
| | | Diğerleri | 3 | 2 | 5 |
| | | | 60,00% | 40,00% | 100,00% |
| | Toplam | | 34 | 21 | 55 |
| | | | 61,80% | 38,20% | 100,00% |
| Diyarbakır | Son 6 Ayda Görülen Hastalıklar | Kalp-Kan | - | 3 | 3 |
| | | | - | 100,00% | 100,00% |
| | | Mide | 1 | - | 1 |
| | | | 100,00% | - | 100,00% |
| | | Akciğer-KBB | 50 | 33 | 83 |
| | | | 60,20% | 39,80% | 100,00% |
| | | Böbrek-Bağırsak-İdrar | 8 | 7 | 15 |
| | | | 53,30% | 46,70% | 100,00% |
| | | Ortapedi | 3 | - | 3 |
| | | | 100,00% | - | 100,00% |
| | | Cilt | 5 | 4 | 9 |
| | | | 55,60% | 44,40% | 100,00% |
| | | Diğerleri | 4 | 3 | 7 |
| | | | 57,10% | 42,90% | 100,00% |
| | Toplam | | 71 | 50 | 121 |
| | | | 58,70% | 41,30% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Başvurulan ve hastalığın tanısının konulduğu kurumlara ilişkin oranlarda ise, bağlı olunan sosyal güvence ile paralel oranların ortaya çıktığı görünmektedir. Nitekim, çocuk ve gençlerin bağlı olduğu sosyal güvence tablosuna göre Ankara'da en fazla oran SSK hastanelerindeydi ve burada da Ankara'da en çok tanının konduğu kurum yine SSK hastaneleri çıkmıştır. Diyarbakır'da ise en fazla sahip olunan sosyal güvence oranı yeşil karta aitti, burada da Diyarbakır'da hastalık tanısının en fazla konulduğu kurum devlet hastaneleri çıkmıştır. Dikkati çeken bir diğer konu ise; sağlık ocaklarının sürekli olmayan

hastalıklarla ilgili tanı koyma oranı her örneklemde de, sürekli olan hastalıkların tanısını koyma oranından fazladır. Bunun nedeni ise sağlık ocaklarının birinci basamak sağlık kurumu olmasıdır.

Karşılaştıkları süreksiz bir hastalık nedeniyle herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadığını belirten Ankara örneklemindeki denekler bunun nedenini büyük oranda, hastalığın sonradan kendiliğinden iyileşmesini bekledikleri ya da hastalıkları ve karşısında kendi evinde bulunan ilacı almayı tercih ettiklerini belirtirken, Diyarbakır'da en fazla "maddi yetersizlik" yanıtı verilmiştir. Bu durumda Diyarbakır'da yaşanan sağlık sorunlarının önlenmesindeki olumsuz durumun büyük oranda ekonomik yetersizlikle bağlantılı olduğu ileri sürülebilir. Diyarbakır'da hastalığı "önemsememe" durumu ise ikinci sırada gelmektedir. Bu da Diyarbakır'ın yoksul kesimlerinde süreksiz hastalıkların oldukça yaygın ve alışılmış bir durumda olduğunu göstermektedir.

Nitekim alan çalışmalarında "sürekli olmayan bir hastalığa sahip olma" ile gelir arasındaki ilişkiye bakarsak;

***Tablo 6.84. Kentlere Göre Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu ve Kişi Başına Düşen Gelir***

| Kentler | | | Kişi Başına Düşen Gelir | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 0-50 | 50-100 | 100-150 | 150-200 | 200-250 | 250+ | |
| Ankara | Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu | Evet | 7 | 39 | 16 | 7 | 1 | 2 | 72 |
| | | | 9,70 % | 54,2 % | 22,2 % | 9,70 % | 1,40 % | 2,80 % | 100,00 % |
| | | Hayır | 4 | 8 | 4 | - | - | - | 16 |
| | | | 25,00 % | 50,0 % | 25,0 % | - | - | - | 100,00 % |
| | Toplam | | 11 | 47 | 20 | 7 | 1 | 2 | 88 |
| | | | 12,50 % | 53,4 % | 22,7 % | 8,00 % | 1,10 % | 2,30 % | 100,00 % |
| Diyarbakır | Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu | Evet | 78 | 63 | 13 | 2 | 1 | 5 | 162 |
| | | | 48,10 % | 38,9 0% | 8,00 % | 1,20 % | 0,60 % | 3,10 % | 100,00 % |
| | | Hayır | 6 | 10 | 1 | - | - | - | 17 |
| | | | 35,30 % | 58,8 0% | 5,90 % | - | - | - | 100,00 % |
| | Toplam | | 84 | 73 | 14 | 2 | 1 | 5 | 179 |
| | | | 46,9 % | 40,8 % | 7,80 % | 1,10 % | 0,60 % | 2,80 % | 100,00 % |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Tablo 6.84'ten de görüldüğü gibi, sürekli hastalığı olup da sağlık kurumuna başvurmayanların hepsi, her iki kent örneklemi için de, ilk 150 milyonluk Gelir seviyesinde kalırken, evet diyenler, Ankara için %14, Diyarbakır için ise salt %4 orana sahiptir.bu durumda Diyarbakır'da gelirin daha büyük bir sorun olduğu ileri sürülebilir. Ayrıca çocuk ya da gencin hastalığı olduğu halde bir

sağlık kurumuna götürülmemesinin annenin bilinçli ve eğitimli olmasıyla da alakası vardır. Buna göre, sağlık kurumuna başvurmamayı annenin eğitim düzeyi ile ilişkilendirirsek;

***Tablo 6.85. Kentlere Göre Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu ve Annenin Eğitim Durumu***

| Kentler | | | Annenin Eğitim Düzeyi | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Okur-Yazar Değil | Okur-Yazar | İlkokul | Ortaokul | Lise | |
| Ankara | Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu | Evet | 9 | 1 | 59 | 4 | 4 | 77 |
| | | | 11,70% | 1,30% | 76,60% | 5,20% | 5,20% | 100 |
| | | Hayır | 2 | 2 | 11 | - | 1 | 16 |
| | | | 12,50% | 12,50% | 68,80% | - | 6,30% | 100 |
| | Toplam | | 11 | 3 | 70 | 4 | 5 | 93 |
| | | | 11,80% | 3,20% | 75,30% | 4,30% | 5,40% | 100 |
| Diyarbakır | Sağlık Kurumuna Başvurma Durumu | Evet | 85 | 43 | 37 | 5 | 2 | 172 |
| | | | 49,40% | 25,00% | 21,50% | 2,90% | 1,20% | 100 |
| | | Hayır | 10 | - | 5 | 4 | - | 19 |
| | | | 52,60% | - | 26,30% | 21,10% | - | 100 |
| | Toplam | | 95 | 43 | 42 | 9 | 2 | 191 |
| | | | 49,70% | 22,50% | 22,00% | 4,70% | 1,00% | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Tablo 6.85'te göre, Ankara'da sağlık kurumuna başvurmayan 16 kişinin annesinden salt birisi lise mezunu iken, evet diyen 77 kişinin annesinden ise 8'i ortaokul ve lise mezunu görünmektedir. Diğer yandan, Diyarbakır'da ise, sağlık kurumuna gitmeyen çocukların %53'ünün annesinin okur-yazar olmadığı görülmektedir. Ancak, yine evet diyenlerin ise gerek Ankara'da gerekse Diyarbakır'da okur-yazar olmayan anneler bakımından oranlarının birbirine çok yakın çıkması, sağlık kurumuna gitmek ile anne eğitimi arasında doğrudan bir ilişki kurmamızı engellemektedir.

İlginç bir durum çocukların rahatsızlığı için cebinden harcama yapma konusunda ortaya çıkmaktadır. Buna göre, Ankara'daki deneklerin %65'i bunun için cebinden harcama yaptığı belirtirken, Diyarbakır'daki deneklerin ise %70'e yakını, cebinden harcama yapmadığını ifade etmiştir.

*Tablo 6.86. Kentlere Göre Cebinden Harcama Yapma Durumu*

| Cebinden Harcama Yapma Durumu | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | 49 | 52 | 101 |
| | 64,40% | 31,90% | 42,20% |
| Hayır | 27 | 111 | 138 |
| | 35,60% | 68,10% | 57,80% |
| Toplam | 76 | 163 | 239 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Tablo 6.87'ye göre, her iki örneklem toplamında, son üç yıl içerisinde çocuk ve gençlerden 33'ünün ameliyat olduğu görülmektedir. Ankara'da 17 (%6,5), Diyarbakır'da ise 16 (%2,5) çocuk ve genç ameliyat olmuştur. Diyarbakır'daki 16 deneğin olduğu ameliyatlar arasında, kadın hastalığı, sezaryen, böbrek, safra kesesi, göz, ortopedi, fıtık, kulak-burun-boğaz, bağırsak ve apandisittir. Ankara'daki 17 deneğin geçirdiği ameliyatlar ise, bağırsak rahatsızlığı, böbrek, kulak-burun-boğaz, ortopedi, kıl dönmesi, sezaryen, göz, kalp ve midedir.

*Tablo 6.87. Kentlere Göre Çocuk ve Gençlerde Son 3 Yıl İçinde Ameliyat Olma Durumu*

| Çocuk ve Gençlerde Son 3 Yıl İçinde Ameliyat Olma Durumu | Kentler | | Toplam |
|---|---|---|---|
| | Ankara | Diyarbakır | |
| Evet | 17 | 16 | 33 |
| | 6,50% | 2,40% | 3,50% |
| Hayır | 244 | 640 | 884 |
| | 93,50% | 97,60% | |
| Toplam | 261 | 656 | 917 |
| | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

***Tablo 6.88 Kentlere Göre Cepten Harcama Yapma Durumu ve Annenin Sosyal Güvence Durumu***

| Kentler | | | Annenin Sosyal Güvence Durumu | | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SSK | Bağ-Kur | Emekli Sandığı | Yeşil Kart | Özel Sigorta | Sosyal Güvence Yok | |
| Ankara | Cepten Harcama Yapma Durum | Evet | 23 | 1 | | 7 | 1 | 9 | 41 |
| | | | 56,1 | 2,4 | - | 17,1 | 2,4 | 22,0 | 100, 0 |
| | | | 38,3 | 1,7 | - | 11,7 | 1,7 | 15,0 | 68,3 |
| | | Hayır | 13 | - | 2 | 2 | - | 2 | 19 |
| | | | 68,4 | - | 10,5 | 10,5 | - | 10,5 | 100, 0 |
| | | | 21,7 | - | 3,3 | 3,3 | - | 3,3 | 31,7 |
| | Toplam | | 36 | 1 | 2 | 9 | 1 | 11 | 60 |
| | | | 60,0 | 1,7 | 3,3 | 15,0 | 1,7 | 18,3 | 100, 0 |
| | | | 60,0 | 1,7 | 3,3 | 15,0 | 1,7 | 18,3 | 100, 0 |
| Diyarbakır | Cepten Harcama Yapma Durumu | Evet | 9 | 3 | - | 12 | - | 16 | 40 |
| | | | 22,5 | 7,5 | - | 30,0 | - | 40,0 | 100, 0 |
| | | | 6,7 | 2,2 | - | 9,0 | - | 11,9 | 29,9 |
| | | Hayır | 10 | 3 | 2 | 77 | - | 2 | 94 |
| | | | 10,6 | 3,2 | 2,1 | 81,9 | - | 2,1 | 100, 0 |
| | | | 7,5 | 2,2 | 1,5 | 57,5 | - | 1,5 | 70,1 |
| | Toplam | | 19 | 6 | 2 | 89 | - | 18 | 134 |
| | | | 14,2 | 4,5 | 1,5 | 66,4 | - | 13,4 | 100, 0 |
| | | | 14,2 | 4,5 | 1,5 | 66,4 | - | 13,4 | 100, 0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Cepten harcama yapma durumu ile annenin sosyal güvence durumu arasındaki ilişkide şunlar çıktı; Ankara'da cebinden harcama yapanların %56'sı SSK'lı ve salt %22'sinin sosyal güvencesi yokken, Diyarbakır'da ise, cebinden harcama yaptığını belirtenlerin %40'ı sosyal güvencelerinin olmadığını belirtmişlerdir. (Tablo 6.107)

## 7. YOKSUL KENT ALANLARINDA MEKAN BOYUTUYLA SAĞLIK SORUNLARI

Sağlık durumu ve riskleri, sadece bireysel özelliklerin bir sonucu olmayıp, bireyin yer aldığı bağlam içinde belirlenir. Mekân da bu bağlamın sınırlarını tanımlayan, öğelerini bir araya getiren önemli bir boyutudur. İnsanları bir araya getiren ve bireyin kimliğini oluşturan temel belirleyicilerden biridir. Kim olduğumuz, nasıl yaşadığımız içinde bulunduğumuz ve kontrol ettiğimiz mekânlarca tanımlanır. Bu çalışmanın amacı sağlık ile mekân ilişkisini irdelemek ve bu bağlamda sağlık riskleriyle ilgili farklılaşmaları incelemektir.

### 7.1. Giriş

Toplumun fiziksel ve zihinsel sağlık durumunu anlamak için gerekli olan mekân ve çevre çok geniş ve çok boyutlu kavramlardır. Uzayın bir parçası olarak tanımlanan "mekân", uzayda bir bölge, bir konum olarak kavramlaştırılırken; "çevre" bir şeyi çevreleyen koşulların tümü olarak kabul edilir. Ancak mekân fiziksel bir kavram olmanın ötesinde sosyal bir boyuta da sahiptir. Mekânın sosyal süreçlerle ilişkilendirilmesi konusunda 3 temel teorik çerçeve vardır. Bunlar *Mutlak Mekân Yaklaşımı, Görece Mekân Anlayışı ve İlişkisel Yaklaşım*'dır. Bunlardan ilki olan Mutlak Mekân Yaklaşımına göre, mekân, içinde sosyal nesneleri barındıran, sosyal süreç ve olguların gerçekleştiği sahnedir. Bu anlamda mekân ile bu mekânda yer alan sosyal nesnelerin birbirinden bağımsız oldukları ileri sürülür (Şengül, 2000).

Görece Mekân Anlayışı, içeriğinden de anlaşılacağı üzere Mutlak Mekân Görüşü'ne bir tepki olarak ortaya çıkmıştır. Mekânın sosyal olgu, nesne ve süreçlerden bağımsız düşünülemeyeceği, aksine sosyal nesnelerin birbirine göre konumlanışıyla mekânı oluşturduklarını ileri sürer. Bu görüş bir önceki yaklaşımdan daha anlamlı bir çerçeve sunsa da, bu yorum ile mekânın sosyal olana indirgenmesi tehdidi baş göstermekte ve bu şekilde mekân 'etkisizleştirilmektedir' (Şengül, 2000 : 123).

Kendinden önce gelen iki tür mekân anlayışını aşma çabası içinde olan, üçüncü teorik çerçeve , İlişkisel Mekân Yaklaşımı, 'mekânı sosyal ve birimler arası ilişki' olarak kavramaktadır. Bir kez bu ilişkinin oluşturduğu mekânın ortaya çıkmasıyla, artık onu oluşturan ilişkilere ve indirgenemeyeceğini savunur. Yani; *Görece Mekân Anlayışının* ileri sürdüğü gibi, sosyal birimlerin birbiriyle ilişkileriyle oluşan mekân, bu anlayışın ötesinde, bir kez oluştuktan sonra, o birimlerden ibaret olmamakta, hatta onları dönüştürme kapasitesine sahip olmaktadır (Sayes, 1985; Urry, 1981: Şengül, 2000 içinde).

*İlişkisel Mekân Anlayışının* daha kapsayıcı ve anlamlı bir çerçeve sunduğu görülmektedir. Sosyal birimlerin etkileşmesiyle başlayan süreçte, mekân da etkileyici bir konuma gelmektedir(Şengül, 2000). Bu anlayışı takip eden LaGory ve Fitzpatrick (2000) de çalışmalarında, mekân ve çevre kavramlarına fiziksel öğeler olmanın ötesinde, bir güç/kuvvet yüklemektedir. Çevresel bir

durum, bir ortam olarak mekân, kabul edilmiş sınırları içerisinde sadece kapsadıkları tarafından nitelenen, onlarca tanımlanan bir *kap* değildir. Mekânın içeriği, fiziksel, kültürel ve sosyal bileşenleri kapsamakta, bu bileşenleriyle tanımlanmaktadır. Mekân farklı sosyokültürel yapılara sahip, toplum içinde her birinin farklı yeri olan bireylerce psikolojik olarak tanımlanan zihinsel yapılardır. Bu nedenle herkes için farklı anlamlar taşır. Çevre ile sağlık arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için çevrenin, içinde bulunulan ortamın tüm karmaşıklığını göz önüne alacak dikkatli bir analizin yapılması gerekmektedir. Mekân bu anlamda çok boyutlu bir yapıya sahiptir. LaGory mekânı sadece çevresel bir etmen olarak değil, insanları bir araya getiren, onların yaşam biçimlerini şekillendiren ve aynı şekilde bundan etkilenerek yeniden biçimlenen sosyal bir etmen olarak ele almakta ve bu karşılıklı ilişkinin sağlık üzerine etkilerini incelemektedir.

Yaşadığımız mekânlar çeşitli sosyal, kültürel ve fiziksel bileşenleriyle tanımlanan, ilişkilendirilen tehlike ve riskler içermektedirler. Royal Society Study Group (1992) "riski" belirli bir aralıkta ve mekânda hasarın, zararın olma olasılığı olarak tanımlamıştır. Aslında risk bireye yada belli bir nüfusa zarar verebilecek bir tehlikenin olasılığıdır. Beck (1995) yapıtında "Risk Toplumları" olarak tanımladığı modern toplumlar için riski ve tehlikenin önemini tartışır. Bu toplumlar sanayi nedeniyle gelişen risk ve güvensizliklere karşı yeni kurallar sistemi geliştirmişlerdir. Risk, mühendisler, kamu sağlığı profesörleri gibi profesyonellerce matematiksel olarak hesaplanabilirliğinden dolayı, birey için potansiyel bir tehlike olmaktan çıkmıştır. Böyle bir hesaplanabilirlik, stratejilerin riski içerecek şekilde tasarlanması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Ancak toplumun bazı kesimlerinin risklerden ve risklerin artışından diğerlerine göre daha fazla etkilendiği de bilinmektedir. Beck'in (1995) "sosyal risk konumu" olarak adlandırdığı bu durum, mekân eşitsizlikleri/mekâna bağlı eşitsizlikler olarak da şekillenir. Risk toplumlarında risk ve tehlikenin kentsel mekândaki dağılımı ve yoğunluklarındaki farklılıklar sağlık durumunda da ayrımlara neden olur.

Bir sonraki bölümde sağlık ve mekân ilişkisi irdelenecektir. Bu kapsamda ilk olarak 'komşuluk' kavramının araştırmalarda ne şekilde ve neden kullanıldığından bahsedilecektir. Bu ilişkiyi tanımlarken iki ve önemli boyut ortaya çıkmaktadır.

- Fiziksel Çevre
- Sosyal İlişkiler

Bu başlıklardan "Fiziksel Çevre" başlığı altında, kurumsal yapı ve hizmetler konusu da ve ele alınacak, mekânsal yoksunluk ile ölüm oranları ve sağlık durumu bu bağlamda yapılmış çalışmalar ışığında irdelenecektir. Çöküntü (getto) alanlarının merkez alanlarına dönüşüne kısaca değinilecektir. "Sosyal ilişkiler" başlığı altında ise; mekânın sağlığı etkileyen bağlamı içinde sosyal ilişkilerin hem çözüm politikaları üretmede hem de sosyal kapital oluşturmada potansiyel gücü üzerinde durulacaktır. Alan çalışması bulguları irdelenmeden önce, örnek çalışma olarak İskoçya'da yapılan bir çalışma ele alınacaktır.

## 7.2. Sağlık ve Mekân

Sağlıklı mekânlar, para ve zaman gibi yaşamımızın temel gereksinimlerindendir; öyle ki bunlara erişimimiz refah ve sağlık durumumuzu etkilemektedir. Temel gereksinimlerimizin karşılanması bizim bunlara erişimimize bağlıdır ve bu durum yaşadığımız mekânın önemini arttırmaktadır. Bu nedenle bireylerin sağlık durumları ikamet ettikleri alandan etkilenmektedir. Aynı kentte yaşayanlar dahi, farklı komşuluklarda, mekânın farklı fiziksel özellikleri ve psikolojik etkileri gibi risk etmenlerinin yaygınlığına ve yoğunluğuna bağlı olarak sağlık konusunda eşitsizliklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Sağlık eşitsizliklerini ortaya konmasını amaçlayan çalışmalarda sağlık ve mekân ilişkisinin analizi önem kazanmaktadır.

Sağlık ile mekân ilişkisini çözümleyebilmek amacıyla yapılan çalışmalar, bu hedef için en uygun ölçeğin komşuluk ünitesi gibi küçük yerellikler olduklarını belirtmektedirler. Sağlık eşitsizliklerinin belirlenmesinde kullanılan veriler ancak bu yerel ölçekte anlamlı olabilmektedir. Örneğin; Brimblecombe, Darling ve Shaw (1999) ölüm oranlarıyla yoksunluk[26] arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Oxford kenti özelinde mekânın farklı öğelerinin ölüm oranlarıyla ilişkisinin çözümlendiği çalışmada, bu öğelerin -örneğin ev sahipliliğinin kent genelinde farklılık göstermesi nedeniyle her öğe için bu ölçeğin anlamlı olmadığı saptanmıştır. Oxford belli yerellikler çerçevesinde incelendiğinde ise daha net ilişkiler elde edilmiştir. İçerisinde yaşanılan mekân ölçekleri olan komşuluk üniteleri, çok boyutlu yapıları nedeni ile sadece fiziksel bir ölçek olarak değil aynı zamanda – daha güçlü olarak- sosyal bir birim olarak da ele alınmaktadır. Sağlık durumunun belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalar, sağlığın sadece bireysel özellikler değil, aynı zamanda kişinin yaşadığı mekânın özellikleri ile sosyal ilişki biçimleri tarafından da yoğun biçimde belirlendiği fikrini desteklemektedirler (Popay vd., 2003; Kaplan vd., 1999).

Yaşanılan mekân (komşuluk birimi) ile sağlık verileri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların odaklandığı bazı konuların en genel hali;

- Komşuluk birimindeki sosyal ilişki ve değerler,
- Toplumsal kurumlar ve hizmetler,
- Dolaysız (hava kirliliği vb.) ve davranışı etkileyen dolaylı (sağlıklı gıdalara erişim) çevresel etmenler,

komşuluğu etkileyen yapısal konulardır. Bu konulardan ilk ikisi komşuluktaki sosyal yapı ile belirlenen durumlardır. Yapılan araştırmaların çoğunda göze çarpan en önemli ortak yan mekân ve sağlık ilişkisini açıklarken fiziksel özelliklerden çok mekânın sosyal bağlamı üzerinde duruyor olmalarıdır.

---

[26] Yoksunluk, belli bir şeyin yokluğunu çekme durumu ve bunun sonucunda oluşan mahrumluk anlamındadır. Mekân ve sağlık konusu bağlamında düşünüldüğünde, mekânsal eşitsizlik sonucu belli bir takım maddi gereksinimleri karşılayamamak olarak tanımlanabilirken; yoksulluk bu yoksunlukların birleşmesiyle oluşan daha üst bir kavram ve daha derin bir sorunsal olarak değerlendirilebilir.

Yapılan araştırmalarda genel olarak dikkat edilen hususlar belirli bir sağlık durumu konusunda komşuluğun etkileri ile bireysel etkilerin birbirinden ayrılması, komşuluk özellikleri ile sağlık durumlarının ölçümünün doğru olarak yapılması, sağlık konusunda doğrusal olmayan etkilerin yakalanması ve kurumlar ile toplumsal bağlılıkların, nedenlerden ayrılması gerekliliklerdir.

Mekân ve sağlık ilişkisi üzerine yoğunlaşan araştırmalarda bu çok boyutlu ilişkinin en iyi şekilde çözümlenebilmesi için öncelikle sağlık ile ilgili komşuluk koşulları incelenmiştir. Bu çalışmada da üzerinde durulacak olan ve *fiziksel ve de sosyal bağlamlarda tanımlanan konular* şu şekilde sıralanabilir: *yapıya ilişkin koşullar, konut kalitesi, çeşitli ölçeklerdeki sağlık hizmetlerine erişim, altyapı hizmetlerinin sunumu, açık ve kapalı ortak mekânların varlığı ve düzenlenişi, çöp ve kirlilik, gece aydınlatması, trafik, gürültü, hava kalitesi, alışveriş olanakları, kamu ulaşım araçlarına erişim, komşuluktaki ortalama gelir düzeyi, ortalama eğitim düzeyi, ırksal ve etnik ayrımlar, işsizlik durumu, suç / ve ya şiddetin varlığı, konut sahipliliği oranı, ikamet etme durumundaki istikrar, yalnız yaşayan yaşlıların sayısı ve toplumsal bağlılığı ve sosyal sermayenin varlığı*

### 7.2.1. Fiziksel Çevre ve Hizmetler Açısından Komşuluk Birimleri

LaGory (2000), mekân ile sağlık arasındaki ilişkiyi incelediği kitabına, Alabama(Birmingham)'daki bir ambarın yanmasıyla ilgili bir hikaye ile başlar. Bu olay klasik bir yangın ya da bir çevre felaketi olarak görülmemelidir. Yangın sırasında çevreye yayılan zehirli toksinlerin varlığını ve çevre mahallelerde oturanların sağlıklarına olası etkisini ilgili yetkililer olaydan ancak üç yıl sonra kabul etmişlerdir. Bu olay bazı komşuluk birimlerinin diğerlerine göre daha riskli olabileceğini, kent sağlığı sorunu olarak adlandırılan gerçeğin aslında sağlık risklerinin oransız bir şekilde yoksulların ve düşük gelir gruplarının ikamet ettiği alanlarda yoğunlaştığını göstermektedir (LaGory;vd., 2000).

Sağlık riskleri ve buna ilişkin ve coğrafi eşitsizlikleri belirlemek için yapılan bir çok çalışmada, ölüm oranları bir karşılaştırma unsuru olarak kullanılmaktadır. İngiltere'de bu anlamda yapılan bir çalışmada, Oxford örneğinde, yüksek ölüm oranlarıyla mekânsal yoksunluk ve onun dereceleri arasında bir ilişkinin varolduğu belirlenmiştir. Bölgesel ölüm oranı farklılıklarının arttığı ve kentlerdeki ölüm oranının kırdakine nazaran daha yüksek olduğu saptanmıştır (Brimblecombe, vd., 1999). Örneğin İskoçya'nın kuzeyinde ölüm oranının güneydekine göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Howes, 1986; Brittan, 1990; Townsend ve Davidson, 1982; Strochre, et al., 1995; Brimblecombe, vd., 1999 içinde). Yerel ve ülkesel düzeyde çeşitlenen bir tabloya karşın, yoksunluk derecesi ile ölüm oranı arasında belirgin bir ilişki gözlenmiştir. Sloggett ve Joshi (1994) çalışmalarında yoksun bölgelerdeki yüksek ölüm oranının kişisel özelliklere mi, yoksa ve toplumsal ölçekteki etmenlere mi dayalı olduğunu sorgulamışlar ve konut sahipliliği ve araç ile ulaşım gibi kişisel etmenlerin önemli olduğunu, ancak aynı zamanda sağlığın

bireyin yaşadığı çevre tarafından da belirlendiği sonucuna ulaşılmışlardır (Brimblecombe, vd., 1999). Yapılan bu gibi çalışmalara ve sağlık durumundaki coğrafi eşitsizlikleri belirlemede yoğun olarak kullanılan ölüm oranları verilerine göre ölüm oranının ortalamanın üzerinde olduğu bölgeler genel olarak

- düşük kaliteli evlerin yoğun olarak bulunduğu kentin merkez alanları ve merkezde bulunan göçmen alanları,
- çok sık el değiştiren konutların bulunduğu alanlar,
- yerel yönetimlerin mülkiyetindeki konutların yoğun olduğu alanlar,
- maden alanları,
- merkez belediye alanları,
- farklı mesleklerden kişilerin bir arada yoğun olarak bulundukları alanlardır.

Örneğin, Oxford kentinde yapılan bir çalışmada, üniversitenin akademik personeli ile öğrencilerin yaşadıkları ve hem de konut fiyatlarının yüksek olduğu kuzey kesiminde, güney kesimine göre iki kat daha az erken ölme eğilimi gözlenmektedir. Benzer biçimde güneydeki kiralık kamu konutlarında erken ölme eğilimi iki kat daha fazla olduğu görülmüştür (Brimblecombe, vd., 1999). Mekânsal ayrışmanın niteliği Türkiye koşullarında farklılık göstermekle birlikte tanımlanan mekânların özelliklerine bağlı olarak bu alanlarda var olan risk etmenlerinin bizim çalışmamız açısından da önemli olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle çalışma alanına ait bir değerlendirmeye geçmeden önce kent mekânlarındaki olası risk etmenlerinin daha iyi algılanabilmesi amacıyla bu örnekler üzerinde durulacaktır.

### *7.2.1.1. Yoğun Risk Altındaki Kent Alanları*

Kentin merkez alanlarına dönüşmekte olan çöküntü alanları ile zorunlu ya da isteğe bağlı göç nedeniyle yoğunlaşan kent alanları sağlık açısından yoğun risk altındaki kent alanlarıdır. Bu bölümde bu alanlar taşıdıkları risklerle birlikte ele alınacaktır.

**Çöküntü (Getto/Slum) Alanlarının Kentin Merkez Alanlarına Dönüşümü**

Özellikle ABD kentlerinde kentin merkez ve alanlarında yaşayan yoksul gruplar genellikle

- kirli hava,
- gürültü,
- trafik,
- suç,
- şiddet,
- ilaç bağımlılığı,
- harap olmuş altyapı,
- kötü barınma koşulları gibi yoğun sağlık riskleriyle yaşamaktadırlar.

1997 yılında Amerika'da Yoksul Çocuklar için Ulusal Merkez'in yayınladığı bir rapora göre, ülkedeki 2.8 milyon çocuk, yoksullukla ilişkili risk etmenleri nedeniyle beyin gelişiminde yüksek bozukluk riskiyle karşı karşıyadır. Bu rapora göre risk etmenleri, *beslenme eksikliği, madde bağımlılığı, çeşitli çevresel atıklara maruz kalma* vb.ni kapsamaktadır.

"Kentin merkez alanları" kavramı çöküntü alanları olarak tanımlanan *slum* ve *getto* kavramlarının yerine geçmiş ve "azınlık" ifadesi sosyal bilimciler tarafından yoksulluğun ülkenin büyük kentlerindeki mekânsal yoğunlaşmasını vurgulamak amacıyla kullanılan bir terim olmuştur. Çöküntü alanlarında oturanların %40'ı yoksulluk sınırının altında bir gelire sahiptir. Bu alanlarla ilgili istatistiki bazı veriler şunlardır:

- 1970 ve 1980'li yıllara göre sayıları iki kat artmıştır.
- Yoksulların oranı yoksul olmayanlara göre ciddi biçimde artmıştır.
- Çöküntü bölgelerindeki Afrika asıllı Amerikalıların (siyahların) sayısında önemli bir artış vardır. Metropoliten alanlarda yaşayan Afrika asıllı Amerikalıların yarıdan fazlası çöküntü alanlarında yaşamaktadır ve bu bölgeler yoksul olan siyahları beyazlardan ve yoksul olmayan siyahlardan yalıtmaktadır.

Çöküntü alanlarının ekonomik ve sosyal yapısının değişmesi, bu bölgelerin kentlerin merkez alanı olarak yeniden tanımlanmasını zorunlu kılmıştır. Çöküntü bölgelerinde yoksul siyahların yoğunluğunun artması Wilson'a göre yeni bir eğilimin ve tanımın habercisidir. Yoksulluk bölgelerinin gelişimi, sadece ırksal ve sınıfsal ayrım süreçlerinin sonucu değil, 'sosyal örgütlenmenin niteliğine bağlı bir ayrışmadan da kaynaklanmaktadır. Bu sosyal örgütlenme yapısı yoksul olmayan nüfustan kaynaklanmaktadır. Ancak çalışma olanakları ve iş alanları yoksul bölgelerdeki kent merkezinden uzaklaştıkça yoksul olmayan siyahlar da kent merkezini terk etmişler ve bu bölgelerdeki ekonomik ve toplumsal yapının çökmesini hızlandırmışlardır. Geleneksel çöküntü alanlarından daha farklı nedenlerle ve hızla yoğunlaşan bu yoksul bölgelere eskisinden farklı olarak "kent merkez alanları" denmesinin nedeni bu farklılaşmadır. Eskiden ırksal ayrımın bir sonucu olarak varolan çöküntü alanlarında kendi ekonomik konumlarıyla tanımlanan daha örgütlü bir yapı ve topluluğa liderlik eden ve yoksul olmayan bir nüfus vardı. Bu bölgelerde yoksul olanlar ile olmayanlar birlikte yaşıyorlardı ve ilişkiler "sosyal örgütlülük" niteliklerine sahipti. Ancak, bu yapının günümüzde ekonomik ve sosyal bağlamda değiştiği görülmektedir.

Zorunlu ya da isteğe bağlı göç nedeniyle hızla artan kent nüfusu kentsel çevre üzerinde kaçınılmaz bir etki yaratmaktadır. Bunun sonucu olarak kentte yaşayanların karşı karşıya kaldığı sağlık riskleri toplumların giderek yoksullaşmasına ve komşulukların etnik içeriğine bağlı olarak çeşitlenmektedir.

Ulaşım, iletişim ve bilgiye erişimdeki teknolojik gelişimler mekânsal sınırların aşılması için varolan kapasiteleri arttırırken, sosyal olarak yapılanan mekânsal çevre yeni sınırlar oluşturmaktadır. LaGory'ye (2000) göre ortaçağ kent duvarları gibi toplumu birbirinden ayıran bu görünmez engellerin sağlık ve toplum refahına olan etkisini fark etmemiz, bu mekânsal hatayı hafifletecek programlar geliştirmemizi sağlayacaktır. Olasılıklar ve gerçekliklerle ikiye ayrılmış günümüz dünyasında teknolojik kapasite bize uzaklıkların yarattığı uyuşmazlıkları, anlaşmazlıkları yok edecek bir "mekânsız kent alanı" içerisinde yaşama olanağı verirken kentlerin aşırı parçalanmış yapısı dezavantajlı çevrelerin varlığını sürekli hale getirmektedir.

1997 yılında ABD bütününde yapılan bir çalışma kentte ikamet etmenin sağlık açısından maliyetleri konusunda önemli ipuçları vermektedir. Buna göre:

- Amerika'nın 100 büyük kentinde yaşayanlar diğerlerinden iki kat fazla şiddete maruz kalmaktadırlar. Aynı durum cinayet oranları için de geçerlidir.
- 100 büyük kentteki çocuk ölüm oranları Amerika ortalamasından % 25 daha fazladır.
- Kent çocuklarının %40'ı yoksulluk sınırı altında yaşamaktadır.
- Kentte yaşayan çocukların ölüm oranları 1980 ile 1988 yılları arasında %50 artmıştır.

### *7.2.1.2. Konut Koşulları*

Konut sahipliliğinde gözlenen ayrımlar, pazar paylaşımları ve mekândaki rolleri açısından farklılık gösterirler; ancak kötü barınma koşulları hepsinde bulunabilir. Oxford'da yapılan bir araştırma, sağlık durumu ile konut sahipliliği arasında doğrudan bir ilişki bulunmadığını göstermektedir. Gereksinimleri belirleyen konutun sahiplilik durumundan çok yoksulluk durumudur. Yoksulluk kendisini farklı konut sahipliliklerinde ve farklı alanlarda çok farklı şekillerde gösterir. Bu nedenle sağlık göstergeleri incelenirken konut sahipliliğinden çok konutlardaki barınma koşullarına, sağlığı doğrudan etkileyen etmenler olarak daha fazla önem gösterilmelidir. Yaşayacakları alanı seçme ve buradaki koşulları iyileştirme olanağına sahip olamayan yoksullar sürekli kötü barınma koşulları içinde yaşamaktadırlar (Brimblecombe, vd., 1999).

Konut / ev sahipliliği, mekâna ilişkin araştırmanın bir boyutu olarak düşünülmekte ve ölüm oranı ile ev sahipliliği arasında bulunan ciddi doğrusal ilişki nedeniyle, yoksunluğun (*deprivation*) bir ölçütü olarak kullanılmaktadır. Ev sahiplerinin fazla olduğu yerlerde düşük ölüm oranları, ve kiracıların fazla olduğu yerlerde ise, yüksek ölüm oranlarına rastlanmaktadır. Yine kanser vakalarında ölüm riski, kiracılarda daha fazla iken, ev sahiplerinde daha azdır (Brimblecombe, vd., 1999).

Brimblecombe, Darling ve Show 1999'da İngiltere'de yaptıkları bu çalışmada, ölüm ve oranı ile yer (*place*) ve konut ilişkisini İngiltere'nin Güney Doğu'sunda yer alan, Oxford'da incelemişlerdir. Yoksul bir yaşam ve kötü ev koşullarına karşın, farklı alanlarda farklı ilişkiler gözlenmiştir. Bunun nedeni olarak da, farklı konut sunumları ve Oxford'daki ev sahipliliğinin çeşitliliği gösterilmiştir (Brimblecombe, vd., 1999).

Konutların niteliksel özellikleri, bulundukları bölgelere göre çok çeşitlilik göstermektedir. Kentin bir bölümünden diğerine iş sahipliliği yanı sıra, konutların durumu, konut alanlarının olanakları ve yaşayanların ekonomik ve sosyal durumları da önemli ayrımlar sergilemektedir (Brimblecombe, vd., 1999). Bu farklılıklar sadece sosyal konum ve ilişkileri belirleyen etmenler olarak değil, aynı zamanda barınma koşullarını ve koşulların düzeltilebilirliğini de belirleyen etmenler olarak düşünülmelidir (Popay, vd., 2003).

Soğuk, sıcak, nemli, küflü, kalabalık, kurşunlu boya ile boyanmış, gerekli onarımlar yapılmamış, böcek istilasına uğramış konutların bu kötü koşulları kişilerin sağlık durumlarını doğrudan ve etkilemektedir. Bu konutlardaki kötü koşullara bağlı olarak solunum enfeksiyonları, astım, kurşun zehirlenmesi, tüberküloz gibi hastalıklara yakalanma riskinin artması yanında, kalabalıklık nedeniyle bulaşıcı hastalıkların çok yoğun ve ağır şekillerde yaşanması, özellikle çocukların çeşitli ev kazası ve yaralanmalarına maruz kalmaları sık olarak gözlenmektedir. Üstelik bu koşullarda yaşıyor olmak sadece fiziksel sağlık durumunu değil, ruh sağlığını da önemli ölçüde etkilemektedir. Konut koşullarının gelişimi sadece fiziksel ve zihinsel rahatsızlıkların iyileşmesi ile sonuçlanmamakta, aynı zamanda bu konudaki algıları da oldukça önemli bir boyutta geliştirmektedir (Brimblecombe, vd., 1999).

Kişileri kötü barınma koşullarına sahip konutlarında ikamet etmeye zorlayan şey, daha önce de belirtildiği gibi, bu konuda başka bir seçeneklerinin olmayışıdır. Bu nedenle ödenebilir konutlara erişim durumunun kendisi de sağlığı etkileyen bir etmen olarak görülmektedir. Gelirinin çoğunu konuta yatırmak zaten geçinmek için sınırlı bir geliri olan kişiyi daha stresli yapacaktır; ayrıca diğer gerekli harcamalar için daha az kaynağı kalacaktır. Bu konutların kentteki yer seçimi düşük gelirlilerin genel olarak bu konutları tercih etmesi nedeniyle toplumsal bir ayrıma yol açabilmektedir ki, bu durum da komşuluk şartlarının yoksunluğu ve işe erişimdeki yoksunlukla sonuçlanmaktadır. Ekonomik olarak dezavantajlı olan bu alanlarda yaşamak belli bazı hastalıkların ve kazaların tetiklenmesine neden olmaktadır (Brimblecombe, vd., 1999). Güvensiz konutlar, kaza ve ölümlere açık olmakta ve özellikle çocukları etkilemektedir (McCarthy et. al., 1985; Birtchnell et. al., 1988; Lowry, 1991; Thornicraft,1991; Brimblecombe, vd., 1999 içinde).

Küçük konutlarda yaşayan kalabalık aileler, bulaşıcı hastalık riskini artırmakta, mide kanserini tetiklemektedir. Aynı zamanda güvensiz ve kalabalık konutlar kaza, yangın ve CO zehirlenmesi riski altındadır. Yapılan araştırmalar kalitesiz yerleşme alanlarının gıdaların hazırlanıp saklanmasında da risk oluşturduğunu

göstermiştir. Özetlenecek olunursa; bu alanlarda Hepatit TB gibi bulaşıcı hastalıklar, kaygı, depresyon, çocukların karşılaştığı kazalar, hamilelik sorunları ve düşük kilolu bebek doğumları ve bebek doğum oranının fazlalığı görülmektedir. Bununla beraber yine bu alanlarda kalp rahatsızlıklarının yaygınlaşması, kardiovasküler rahatsızlıkların oluş sıklıkları ve buna bağlı ölümlerin artması çok yaygın olarak görülmektedir. Sigara, kötü beslenme, yüksek kan basıncı, yüksek vücut kütle endeksi ve fiziksel etkinlik eksikliği gibi sağlıkla ilgili risk etmenleri de bu koşullardan etkilenmektedir (Brimblecombe, vd., 1999; Kaplan vd., 1999).

Yapılan araştırmalar yaşamlarını yoksul olarak ve kötü mekânlarda geçirenlerde erken ölüm olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yoksulluk ve ölüm oranlarının mekânsal farklılıklarla ilişkisi oldukça güçlüdür, hatta bu ilişki tam bir kısır döngü yaratmaktadır. Geçmişte gelir düzeylerinin düşüklüğü nedeniyle sağlık durumları da kötü olan kişileri barındıran mekânlar, günümüzde hala sağlık durumu görece kötü olanların yaşadıkları mekânlar olmaya devam etmektedir. Dolayısıyla bunlar ölüm oranlarının en yüksek değere ulaştığı mekânlar olmaktadır. Yine yaşanan yerin özelliklerinin sağlık durumuna olan etkisinin araştırıldığı çalışmada Kaplan ve Yen(1999), 1965 – 1974 yılları arasındaki 9 yıllık sürede Alameda (Kaliforniya, ABD) bölgesinde yaşayanların sağlık durumlarını incelemişlerdir. 1965'te depresyonda olmayan 1296 kişiden, yoksul alanda yaşayanların % 18'i 1974'te depresyonda olduğunu belirtirken; yoksul olmayan bölgede bu oran % 9 'da kalmaktadır. Genel sağlık durumuna bakıldığında; 1233 kişiden "*1965'te iyi ve çok iyi sağlığım vardı*" diyenlerden yoksul alanda yaşayanlarından % 25'i, yoksul olmayan alanda yaşayanların ise % 10'u, 1974' e gelindiğinde sağlığını vasat / kötü olarak tanımlamaktadır (Kaplan,Yen, 1999). Bu çalışma verileri, yoksul alanda yaşamanın sağlık durumunun kötüleşmesinde önemli bir etmen olduğunu göstermektedir.

### *7.2.1.3. Çevresel Etmenler*

Farklı komşuluk birimlerindeki farklı konut koşulları yanında mekânın çeşitli hizmetlere erişimde sağladığı kolaylıklar ve çeşitli fiziksel koşullara bağlı özellikler de fiziksel ve zihinsel sağlığı etkilemektedir.

Gıda, eczane, hastane, doktor gibi önemli hizmetlere erişimdeki kolaylıklar açısından komşuluk birimleri arasındaki ayrım sağlık durumunda da farklılıklar yaratmaktadır. Parklar, eğlence merkezleri gibi boş zamanı değerlendirmeye yönelik hizmetlerin varlığı da o komşuluk birimindeki sağlıkla ilişkili etkinlikleri daha elverişli, daha yapılabilir kıldığından sağlık üzerine olumlu etkileri vardır. Örneğin yaşlı kadınların yürüme egzersizleri yapabilmeleri, yakın çevredeki dükkanların, parkların, bisiklet ve yürüme yollarının ve diğer yolların varlığı ve uygunluğu ile ilişkilidir. Sağlıkla ilgili etkinlikleri etkileyen diğer çevresel koşullar kısaca, ve *trafik yoğunluğuna bağlı etmenler, kaldırımların varlığı ve uygunluğu, güzergahlar arası bütünsellik, genel güvenlik durumu ve yaşanan çevreden haz duyma* gibi etmenleri

kapsamaktadır.

Özellikle obezite ve diğer sağlık konuları ile ilgili araştırmalar, yaşayanların sağlıklı gıdalara erişimini kolaylaştıran ve fiziksel etkinlikleri olanaklı kılan komşuluk etmenleri üzerinde durmaktadır. Egzersiz yapma olanaklarına ulaşımın kolay olduğu, güvenlik düzeyi yüksek, yoğun ve yürünebilir komşuluk birimlerinde yaşamanın fiziksel etkinlikleri olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir. Yine bu araştırmalar komşuluk çevresinin yemek alışkanlıklarını da etkilediğini göstermektedir. Kaliforniya'daki Tüketiciler Derneği'nin yaptığı çalışmada, düşük ve orta gelir gruplarının komşuluk birimleri, *konut, bakkal – gıda tüketim alanları (grocery stores), gıda fiyatları, banka ve diğer hizmetler* açısından karşılaştırılmış ve orta gelir grubunun yaşadığı çevrede eczane, restoran, banka ve diğer dükkânlar görece daha çokken düşük gelir gruplarının yaşadığı yerlerde ayaküstü yemek yerleri, döviz değiştirme büroları, alkollü içki dükkânları ve çamaşırhanelerin daha fazla olduğu belirtilmiştir ve (Kaplan, vd., 1999). Komşuluk biriminde süpermarketin/bakkalın bulunması beslenme gereksinimlerinin karşılanmasını sağlarken, özel ulaşım araçlarına erişim, komşuluk birimi dışındaki mağazalara ulaşımı olanaklı hale getirmektedir. Tabii burada söz konusu olan fiziksel mekânın sağladığı olanakların, ekonomik durumu nedeniyle daha duyarlı olan gruplar üzerindeki olumlu etkisidir. Araştırmacılar, sağlıklı beslenme ve fiziksel etkinliklere ilişkin davranışların geliştirilebilmesi için ekonomik durum, arazi kullanımı ve ulaşım politikalarında toplumsal koşulları geliştirmeye yönelik ciddi değişimlerin yapılması gerekliliği üzerinde durmaktadırlar.

Komşuluk biriminde yukarıda sayılan etmenlerin durumu yerel yolların ve açık/ortak mekânların kullanımını, açık mekânlarda fiziksel etkinlikleri etkilediğinden, dolaylı olarak sosyal iletişimi de etkilemektedir. Sosyal etkileşimi sağlayan bir başka etmen de yürüme süresidir. Bireylerin birbirleri ile karşılaşma olasılıkları arttığında, etkileşimleri çoğalacak, bu da zamanla komşuluk biriminde sosyal sermayenin gelişimini olumlu yönde etkileyecektir. Bunlarla birlikte komşuluk biriminin genel görüntüsü, peyzaj özellikleri, gürültü gibi etmenlerin niteliği de o fiziksel çevrede yaşamayı eğlenceli ya da stresli kıldığı için, sağlık durumunu da etkileyen önemli bir etmen olarak görülmektedir.

### 7.2.2. Sosyal Sermaye

Sağlık, içinde yaşadığımız topluluk ve ya çevre tarafından sağlanan, teşvik edilen ve desteklenen seçimlerin, tutumların ve davranışların da bir sonucu ise, o zaman bir toplumun sağlık durumu, o toplumun içinde bulunduğu sosyal çevrenin temel özellikleri ve bunların değişiminden etkilenir. Dolayısıyla bir toplumun sağlığı, sosyal çevrenin işleyişi ve özellikleri değiştirilerek de önemli derecede iyileştirilebilir. Bu bağlamda, tıp alanında, kamu sağlığının toplumsal güçler tarafından da biçimlendiği konusunda bir farkındalık gelişmektedir. Sağlık riski fiziksel ve sosyal olarak yapılandığı sürece sağlık durumundaki

farklılıkları azaltmak için tıbbi müdahale yetersiz kalacaktır. Başarılı sağlık müdahalelerinin onları oluşturan sosyal etmenleri de hedeflemesi gerektiğini düşünenlerin sayısı gittikçe artmaktadır. Mekân, yapısı gereği bu anlamda önemli bir sosyal etmen olarak ele alınmalıdır. Bu bağlamda mekânla birlikte "sosyal sermaye" kavramı da önem kazanmaktadır.

### *7.2.2.1. Tanım*

Son dönemde, sosyoekonomik gelişmenin sağlanması bağlamında çok sık dile getirilen kavramların başında, "insan sermayesi" ve "sosyal sermaye" gelmektedir. "İnsan sermayesi", kişisel düzeyde, sosyal ve ekonomik refahı mümkün kılan bilgi, beceri, uzmanlık ve davranış bütünü; "sosyal sermaye" ise, gruplar içinde ya da arasında ortak hedeflere ulaşmak için işbirliğini kolaylaştıran, kurallar, değerler, kültür, adetler ve eylemlerin paylaşımıyla *kamusal hayata katılımı* sağlayan ağ yapıları olarak tanımlanabilir. Birincisi, insanların eğitim ve sağlık kalitesine vurgu yaparken, ikincisi "kişiler arası güvenin" altını çizmektedir.

İnsan sermayesi ve sosyal sermayenin, ekonomik büyümeye ve ya sağlık, yönetişim, kurumsal çerçeve , demokratik katılım gibi diğer yaşamsal alanlara katkıda bulunabilmesi için, etkileşim içinde olmaları ve birbirlerini karşılıklı olarak güçlendirmeleri gerektiği söylenebilir.

*Tablo 7.1. İnsan Sermayesi ve Sosyal Sermaye Arasındaki İlişki*

| | **İnsan Sermayesi** | **Sosyal Sermaye** |
|---|---|---|
| **Odak** | Birey | Bireyler arası İlişkiler |
| **Ölçütler** | Eğitim Süresi<br>Nitelikler/Vasıflar | Davranışlar/Değerler<br>Üyelikler/Katılım<br>Güven Derecesi |
| **Sonuçlar** | Doğrudan: gelir, üretkenlik<br>Dolaylı: SAĞLIK, vatandaşlık ödevleri/etkinlikleri | Sosyal Uyum<br>Ekonomik Başarı<br>Daha fazla Sosyal Sermaye |
| **Biçim** | Doğrusal/Çizgisel | Etkileşimli/Dolaylı |

**Kaynak: Schuller 2001:20*

Sosyal sermaye, sosyal yapıların ve kurumların özellikleriyle (güvenilirlik, değerler, ilişki ağları, eşgüdümlü hareketleri kolaylaştırıcı yapısı vb.) ortaya çıkar. Bu yapı içinde yer alan bireylerin belirli davranışlarını kolaylaştırıcı etkiye sahiptir. Temel ilişki karşılıklı güvene dayalıdır. Sosyal sermaye bir toplumun üretkenliğini ve sağlıklı olmasını etkileyen değerler, sosyal ağlar ve insanlar arası karşılıklı itibar, güven ve inanılabilirlik olarak da tanımlanmaktadır. Sosyal sermayenin gelişmiş olduğu toplumlar arkadaşlar ve komşular arası güvenin yüksek olduğu, yerleşik ortak değer ve değerlerin bulunduğu, halkın yerel düzeyde katılımının ve toplum bilincinin yüksek olduğu toplumlardır. Diğer bir değişle kamusal hayata katılımın yüksek olduğu toplumlardır.

Sosyal sermaye, mikro ve makro ölçeklerdeki sosyal ve dolayısıyla ekonomik gelişmenin ayrılmaz bir bileşenidir ve bir toplumun sosyal etkileşimlerinin nitelik ve niceliğini belirleyen değerler, kurallar, ağlar, ilişkiler ve kurumların tamamını kapsar. Bir yerde sosyal sermayenin yüksek olması, daha fazla kaynak ve olanakların harekete geçirilmesini sağlar ve ortak amaçların başarılmasını olanaklı kılar.

*Tablo 7.2. Sosyal Sermaye Tanımları*

| Nitelenen | Tanım |
|---|---|
| **Birey** | "Bireylerin sosyal ağlardaki ya da toplumsal yapıdaki üyelikleri sayesinde kıt kaynaklara hakim olma kapasiteleri" (Portes,1998 aktaran Machinko ve Starfield, 2001:390). |
| **Bireyler ve İlişkileri** | İşlevi bağlamında yapılan bir tanımdır. İki belirleyici özelliği vardır. Bunların hepsi toplumsal yapıdaki hal ve durumları içerir ve bunlar toplumsal yapı içindeki bireylerin faaliyetlerini kolaylaştırırlar. Sermayenin öteki biçimlerinde olduğu gibi, sosyal sermaye de üretken, verimli; yokluğunda erişilemez olan kesin sonuçların elde edilmesi başarısını mümkün kılar (Coleman, 1990 aktaran Machinko ve Starfield, 2001:390). |
| **Gruplar, Siyasi Birlikler** | "Toplumsal yaşamda, kişilerin ortak amaçlarını gerçekleştirmek konusunda daha etkin bir biçimde hareket etmelerini sağlayan ağlar, değerler ve güven ortamının bütünü" (Putnam, Leonardi ve Nanetti, 1993 aktaran Machinko, Starfield, 2001:390). |

**Kaynak: Macinko, Starfield, 2001:390*

Sosyal sermaye konusunda en ayrıntılı araştırmalar ABD'li bilim adamı Robert D. Putnam ve Fransız sosyolog Pierre Bourdieu yapmışlardır. Putnam, sosyal sermayeyi makro düzeyde, yani toplumsal katılım anlamında inceler. Putnam'a göre, bir toplumdaki sosyal sermayenin düzeyi o toplumdaki yurttaş katılımının yüksekliği ile doğrudan ilişkilidir. Böyle bir toplum Putnam tarafından "yurttaşlık topluluğu" (*civic community*) olarak ifade edilir. Bu durumda sosyal ilişkiler, karşılıklılık ve yardımlaşmaya dayanan yatay ilişkiler olacaktır (Lelandais, 2004). Tersi durumda ise otorite ve bağımlılıktan oluşan dikey ilişkiler gelişir. Yurttaşlık topluluğunda, dernekler ve yardımlaşma yapıları oldukça gelişmiştir. Bu tarz toplumlarda yurttaşlar etkin olarak devlet kurumlarının ve hükümetin işleyişinin istikrar ve verimliliğine dernekler aracılığıyla katkıda bulunur ve böylece demokrasinin gelişmesi ve sağlamlaşmasına yardımcı olurlar (Lelandais, 2004). Putnam'a göre, sosyal sermayenin gelişmiş olduğu toplumlarda kurumsal performans en üst boyuttadır; çünkü sosyal sermaye, gönüllü yardımlaşmayı kamçılayan bir

etmendir (Lelandais, 2004). Bu durumda sosyal sermayenin en önemli bileşeni de güvendir.

Toplumsal güven ise toplumda yerleşmiş olan karşılıklılık değerlerinin varlığı ve yurttaş katılım ağlarının (*civic engagement networks*) düzeyi ile ölçülür. Yani katılım ağları ne kadar yoğun olursa, yurttaşlar da o oranda toplumsal ortak yarar için yardımlaşmayı benimserler, dolayısıyla sosyal sermaye, sivil toplum kavramıyla örtüşmektedir.

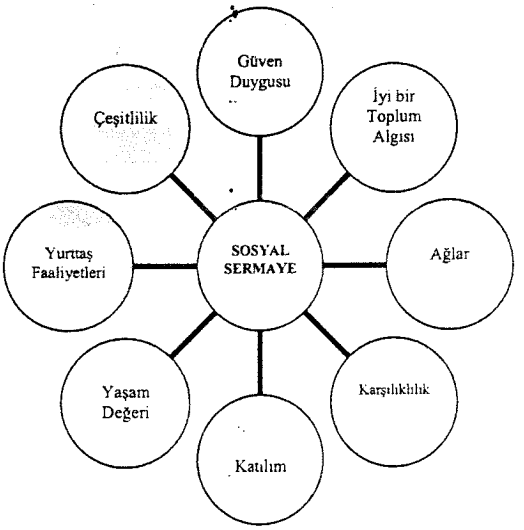
Bourdieu ise sosyal sermayeyi mikro düzeyde, yani kişilerin toplum içerisinde belli konumlara ulaşmasında ve bu konumlara ulaşırken hangi kaynakları harekete geçirdiğini belirleme anlamında araştırmıştır. Bourdieu'ye göre sosyal sermaye, kişinin belirli bir sosyal gruba aidiyeti sayesinde sahip olduğu ve kişisel başarısını artırmak için kullanabileceği kaynakların tümünü ifade eder. Bourdieu'nün yaklaşımında bireyin ait olduğu sosyal grubun refah düzeyi ne kadar yüksekse sahip olduğu sosyal sermaye de o kadar gelişmiş olur (Lelandais, 2004). Örneğin, ailesi eğitimli, maddi durumu yüksek, sosyal çevresi geniş bir bireyin sosyal yaşamını yeniden üretebilme *(reproduction sociale)* olanağı daha fazla olacaktır. Bu bireylerin kendilerine ve çevrelerine olan Güvenleri daha gelişmiştir. Fransa'da yapılan bir araştırmaya göre; güven duygusu üst düzey yönetici olarak çalışan insanlarla, üniversite eğitimi almış ve gelir düzeyi yüksek insanlarda en üst boyutlarda, buna karşılık işçi ve çiftçilerden oluşan ya da gelir düzeyi düşük toplumsal kesimlerde en düşük düzeyde gözlenmektedir. Buradan anlaşılıyor ki, diğer bireylere güvenebilmek için kişinin önce kendisine güveninin bulunmasının ve başkaları ile kendisinden beklenenler konusunda müzakerede bulunurken nasıl davranması gerektiğini bilmesinin gereklidir (Lelandais, 2004).

### *7.2.2.2. Sosyal Sermaye Ölçütleri*

Toplumlarda sosyal sermayenin ölçülmesi konusunda gözlemlenen çeşitli durumlar söz konusu olduğundan bu durum karmaşık bir yapı sergilemektedir. Çeşitli araştırmalarda, katılımcılara sorulan soruların sonuçlarından çeşitli çıkarımlara gitmek mümkün olmaktadır. Bunlar genelde,

- Güven ve dayanışma derecesi – örneğin, bir mahalledeki komşuların birbirilerine duydukları güven ve yardım duygusu,
- Üyelikler, ağlar ve bir insanın günlük hayatında ne kadar sosyal ilişki kurduğu – örneğin, kaç sosyal kulübe üye olunduğu, bireyin ailelerini ve arkadaşlarını ne kadar sıklıkla gördükleri vb.,
- Yurttaşlık yükümlülükleri – bireylerin yerel olaylardan haberdar olmaları, karar alma süreçlerine katılımları, yerel örgütlerde yer almaları ve müşterek yarar için bir araya gelmeleri vb.dir.

***Şekil 7.1. Sosyal Sermaye Ölçütleri***




Bu sınıflama kapsamında bir takım kavramlardan söz edilebilir. Bunlar, başkalarına olan güven/kişiler arası güven, doğruluk/yurttaşlar arası güven/yardımseverlik, hükümete güven, işbirliği, karşılıklılık (reciprocity), mahalle uyumu, ortak yarar (bileşik sosyal yarar ve enformel sosyal kontrol), sosyal uyum, toplum bilinci, toplum yeterliği, aile için sosyal sermaye ve vatandaşlık yükümlülükleri kapsamında sosyal sermaye ölçütleri tanımlanmıştır.

*Tablo 7.3. Sosyal Sermaye Ölçütleri*

| | |
|---|---|
| **Aile için Sosyal Sermaye** | Kadının hane reisi olduğu hane halkı oranı (Kawachi, Kennedy ve Wilkinson, 1999a aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390) |
| **Başkalarına Olan Güven/ Kişiler Arası Güven** | Çoğu insan eline fırsat geçtiği durumda karşı tarafın lehine çalışır diyenlerin oranı (Kawachi, Kennedy, Lochner ve Prothrow-Stith, 1998 aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390 ) |
| | Çoğu insan Güvenilirdir diyenlerin ve ya demeyenlerin oranı (Kawachi, Kennedy, Lochner ve Prothrow-Stith, 1998; Kawachi, Kennedy ve Wilkinson, 1999a aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390) |
| **Doğruluk/ Yurttaşlar Arası Güven/ Yardımseverlik** | Çoğu insan Güvenilirdir diyenlerin oranı (Kawachi, Kennedy ve Glass, 1998; Kawachi, Kennedy, Lochner ve Prothrow-Stith, 1997 aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390 ) |
| | Çoğu insan karşısındakinin lehine çalışır diyenlerin oranı (Kawachi, Kennedy, Lochner ve Prothrow-Stith, 1997 aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390) |
| | Çoğu kişi birbirine yardımcı olur diyenlerin oranı (Kawachi, Kennedy, Lochner ve Prothrow-Stith, 1997 aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390 ) |
| **Hükümete Güven** | Yerel/bölgesel/ulusal yönetime Güvensizlik oranı (Kawachi, Kennedy ve Brainerd, 1998 aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390 ) |
| **İşbirliği** | Çoğu insan birbirine yardımcı olmaya çalışır diyenlerin oranı (Kawachi, Kennedy, Lochner ve Prothrow-Stith, 1998 aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390) |
| **Karşılık (*Reciprocity*)** | Çoğu insan birbirine yardımcı olur görüşünde uzlaşanların oranı (Kawachi, Kennedy ve Glass, 1998 aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390) |
| **Mahalle Uyumu** | Toplumsal etkileşim, bağlar (karşılıklı yardım bilinci, toplum, mekâna bağlılık) (Lochner, Kawachi, Kennedy, 1999 aktaran Machinko, Starfield, 2001: ve 390) |
| **Müşterek Yarar (Bileşik Sosyal Yarar ve Enformel Sosyal Kontrol)** | Aşağıdaki sorulara verilen yanıtlar doğrultusunda oluşan ölçek: bu mahalledeki insanlar a) Güvenilirdir; b) birbirilerine yardımcı olurlar; c) aynı değerleri paylaşmazlar; d) ve birbirileriyle uyuşmazlar diyenlerin oranı (Kawachi, Kennedy ve Wilkinson, 1999a aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390) |
| **Sosyal Uyum** | Aynı mahalledeki insanlar birbirilerine Güvenirler/birbirilerine yardım ederler/aynı değerlere sahiptirler/birbirileriyle uyum içindedirler diyenlerin oranı, |
| | Kavga, çocukların okulu kırması ve ya Vandalizm gibi sorunlar karşısında komşular birlikte müdahale eder diyenlerin oranı (Lochner, Kawachi, Kennedy, 1999 aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390) |

| | |
|---|---|
| | Boşanma oranı, kişi başı suç oranı, işle ilgili gerginlik (Kawachi, Kennedy ve Brainerd, 1998 aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390 ) |
| **Toplum Bilinci** | Gruplara katılım ve gruba üye olma oranı, Liderlere Güven, mahalle ölçeğindeki sorunlara kayıtsız kalmama oranı, (Lochner, Kawachi, Kennedy, 1999 aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390) |
| **Toplum Yeterliği** | a) sorumluluk (ikamet etme süresi, hizmetlerin kullanımı, gönüllülük); b) katılım (gruplara üyelik, kayıtlı oy verenler); c) düşüncelerini rahatça ifade edebilme/etkili iletişim (insanların popüler olmayan fikirleri belirtmesi, toplumun gereksinimlerinin belirlenmesi); d) çelişkili yönetim (farklılıkların açıkça söylenmesi ve bunların yeniden çözümü gerekliliğinin ifade edilmesi); e) daha geniş toplumlarla olan ilişkinin yönetimi (resmi çalışanların topluluğu temsil ediyor olması, ev sahibi olan kişi sayısı); f) katılımcı etkileşimi ve karar verme aşamalarını kolaylaştırma mekânizması ve (yerel yönetimin etkisi, dilekçe yazma gönüllülüğü, politik seferberlik gönüllülüğü (Lochner, Kawachi, Kennedy, 1999 aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390) |
| **Vatandaşlık Yükümlülükleri** | Oy kullanmama yüzdesi (Kawachi, Kennedy ve Brainerd, 1998 aktaran Machinko, Starfield, 2001: 390 ) |

**Kaynak: Macinko, Starfield, 2001:390*

Burada sözü edilen ağlar, değerler ve gruplar gibi terimler irdelenecek olursa; ilk olarak "ağlar"ın, sosyal sermaye kavramının merkezinde durduğu görülmektedir. Bunlar formel ve enformel ağlar olup, insanların aile içinde, işyerlerinde, mahallelerinde, kurumlarda ve çeşitli resmi ve resmi olmayan mekânlarda geliştirdikleri karşılıklı etkileşimin yaşandığı kişisel ilişkiler şeklinde açıklanmaktadır. Bu ağları kısaca homojen ağlar, heterojen ağlar, geleneksel ağlar, dayanışmaya dayalı ağlar ve sosyal olarak dışlanmışlık ağları olarak özetleyebiliriz.

**Homojen ağlar**: Yerel nitelikteki geniş aileler, az sayıda arkadaş ve komşu çevresinden oluşur. Yoğun ilişki ağlarına dayanır ve kişiler birbirlerini iyi tanırlar.

**Heterojen ağlar:** Büyük sayıdaki üyeli gruplardan oluşur. Yaş, etnik köken, ilgi alanları, meslekler, iş durumu ve ikamet açısından farklı grupları içerir. Bu ağ içerisindeki bağlar daha gevşek olup birbirini tanıma durumu diğer ağlara göre daha düşük orandadır. Örnek olarak gönüllü örgütlerde etkin olarak yer alan insanlar arası ilişkiler verilebilir.

**Geleneksel ağlar:** Aile, komşu çevreleri, iş arkadaşları, eski okul arkadaşları ve sosyal ortamlardaki arkadaşlardan oluşur. İlişki ağları oldukça sıkıdır ve insanlar zamanlarının büyük çoğunluğunu birlikte geçirir. Bu ağlar genellikle yaşlılar ve aynı ortamda çalışmış ve sosyal ortamlarda bulunmuş az sayıda genç arasında oluşur.

**Dayanışmaya dayalı ağlar:** Benzer ve benzer olmayan insanlardan oluşan geniş bir üyelik kapsamı vardır. Ağ yapısı gevşek ya da sıkı olabilir. Güçlü yerel bağlardan oluşan geleneksel ağların özelliklerini gösterebileceği gibi formel ve enformel örgütlere katılımı içeren heterojen ağların özelliklerini de taşır.

**Sosyal olarak dışlanmışlık ağları:** Az sayıda insandan oluşan az sayıda üye gruptan oluşur. Bu ağın üyeleri arasında yeni gelenler, işsizler, dullar ve dışlanmış yaşlı insanlar sayılabilir.

Bunların dışında farklı ağ türlerine bağlı olarak, birden fazla sosyal sermaye tanımı yapılabilir. Bunlar;

- Birleştiren (*bonding*) sosyal sermaye: Daha yakın ilişkileri tanımlar. Örneğin, aile içi ilişkileri, aynı etnik gruptaki ilişkiler ve daha çok geçinmeye dayalı ilişkiler.
- Köprü olan (*bridging*) sosyal sermaye: Daha mesafeli ilişkileri tanımlar. Örneğin, iş yaşamındaki ilişkiler ve farklı etnik gruplara sahip bireylerden oluşan arkadaşlıklar.
- Bağlayan (*linking*) sosyal sermaye: Farklı otoritelere sahip, farklı sosyal düzeylerdeki kişilerin arasındaki ilişkiler. Bu sosyal sermaye türü özellikle resmi kurumlardan destek almada önem kazanır.

İkinci olarak, "paylaşılan değerler", denince anlatılmak istenen, çoğu kişi tarafından kabul görmüş "iyi" davranışlardır. Bunlar arasında engelli vatandaşlara ait park yerlerine araçların park edilmemesi, otobüslerde yaşlı / ve ya bayanlara yerini vermek gibi davranışlar sıralanabilir. Son olarak "grup" denildiğinde kastedilenler şu şekilde sıralanabilir:

- Coğrafi gruplar (aynı mahallede yaşayan insan grubu),
- Profesyonel gruplar (aynı mesleğe sahip insanların ve ya aynı kuruluşa üye insanların oluşturduğu gruplar),
- Sosyal gruplar (aileler ve arkadaş grupları),
- Sanal gruplar (internet ortamında kurulan ve geliştirilen aynı çıkarı ve fikri savunan kişilerin oluşturduğu gruplar).

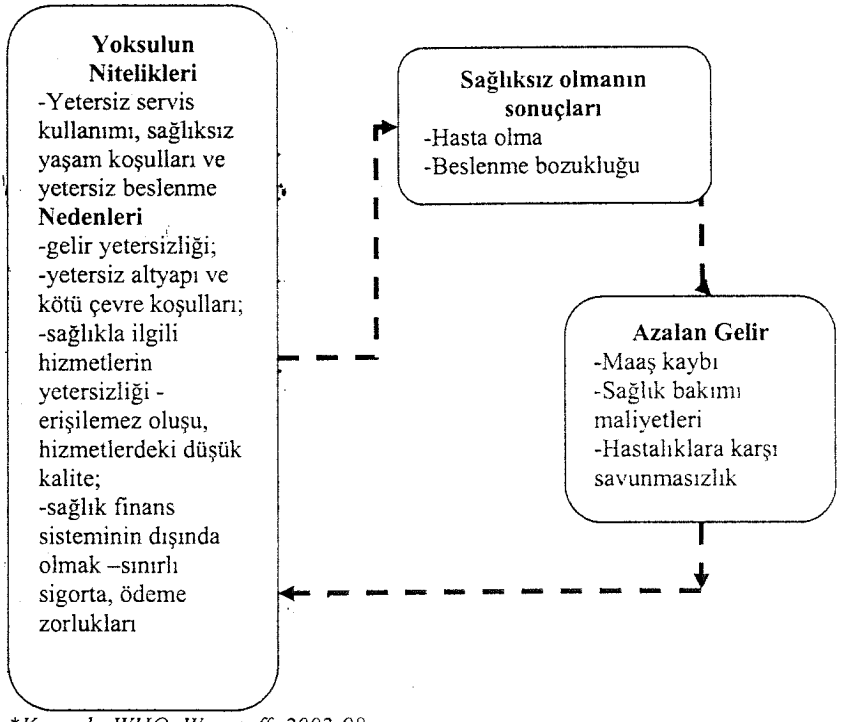
Sosyal sermaye kavramının bir neden olarak mı, yoksa bir sonuç olarak mı yorumlanması en az içeriğinin ne olduğunu tartışmak kadar önemlidir. Çünkü bir neden olarak algılanması onu bir araç haline getirirken, bir sonuç olarak yorumlanması onu bir amaç haline getirecektir. Bir araç olarak algılamak onun nasıl kullanılacağı sorusunu gündeme getirirken, amaç olarak algılamak ona nasıl ulaşılacağı sorusunu gündeme taşıyacaktır. Bu noktada doğuracağı sonuçları analiz edebilme açısından sosyal sermayenin bir araç olarak algılanması daha doğrudur. Çünkü olası sonuçlar üzerinde yapılacak tartışmalar hem onun için hem de onunla birlikte geliştirilecek stratejiler için önemlidir.

### *7.2.2.3. Sosyal Sermaye ve Sağlık*

Fertlerin ve toplumların sağlığı, fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal etmenlerin tümünün karşılıklı etkileşiminin ortak sonucu olarak belirlenir. Sağlık, insanın hastalıklardan muaf olması demek değildir. Sağlık, hayatımızın bütün boyutlarındaki (hayat tarzımız, davranış tercihlerimiz, sosyoekonomik, kültürel ve fizikî çevre gibi) kalitenin derecesiyle ilgilidir. Sağlığın iyileştirilmesinde anahtar etmen, sağlıklı tercihlerin yapılıp uygulanabileceği sosyal bir çevre oluşturabilmektir (Çaldıranlı, 2004).

Görgül verilere göre, gelir düzeyi kişilerin sağlığı üzerinde olumlu ve doğrudan bir etkiye sahiptir. Gelir durumu ile sağlık arasında ilişkiyi ortaya koyan Wilkinson (1996 aktaran Çalıranlı, 2004); gelir eşitsizliğinin sağlık üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu iddia etmiş ve gelir eşitsizliği olan toplumlarda yaşayan bireylerin yüksek ölüm olasılığına daha çok sahip olduğu sonucuna varmıştır. Bununla ilgili özet grafik Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından geliştirilmiştir (bkz. Şekil 7.2.).

*Şekil 7.2. Yoksulluk ve Sağlık Arasındaki Döngü*




**Kaynak: WHO, Wagstaff; 2002:98*

Campbell (1999 aktaran HDA, 2004) ise, sosyal sermayeyi ekonomik yetersizliklerin etkisini azaltarak, sosyo – ekonomik olumsuzluklara karşı bir tampon oluşturduğunu vurgulamaktadır.

Cooper (1999 aktaran HDA, 2004), bir takım sosyo – ekonomik değişkenleri inceledikten sonra, sosyal sermayenin sağlık üzerindeki bazı bağımsız etkilerinden bahsetmiştir. Örneğin:

- Toplumsal yaşama katılımı yüksek olan kadınlarda ve erkeklerde sigara içme oranı daha düşüktür;
- Sosyo – ekonomik durumu düşük olan ve yoksun olan ailelerde, komşuluk ilişkileri iyi olan kadınlarda sigara kullanımı daha düşüktür.

Ayrıca, Sağlık Geliştirme Ajansı'nın "Sağlık için Sosyal Sermaye Araştırma Programı" (Morgan ve Swann, 2004 aktaran HDA, 2004) çalışmaları, sosyal sermayenin sağlığı diğer sosyo – ekonomik göstergelerden bağımsız olarak etkilediğini kanıtlamıştır.

Bunlara ek olarak, son on yılda yapılan çalışmalar, güvenceli ve yeterli bir gelir düzeyine sahip olmanın yanında, yüksek eğitim görmenin, geniş, kullanışlı rahat bir evde oturmanın, komşuluk bağlarının ve sosyal ilişkilerin güçlü olmasının, insan sağlığının korunmasına ve iyileştirilmesine önemli derecede katkıda bulunduğunu ortaya koymuştur. İnsanlar arasında sevilip takdir edilme, kabul görme, itimat edilme, bir sosyal gruba ve ya çevreye ait olmanın önemli ölçüde aile içi ve dışı şiddetin azalmasına, AIDS ve benzeri zührevî hastalıklarda belirgin düşüşe ve kalp-damar sağlığında belirgin iyileşmelere yol açtığı belirlenmiştir. Yukarıdaki sağlığı iyileştirici unsurlar, toplumun yaşadığı mekânlardan, sosyoekonomik yapılardan, eğitim ve kültür düzeyinden kaynaklanmaktadır. Bir başka deyişle birey ve toplum sağlığı, ekonominin sağlıklı işleyişi, yaşanılan çevrenin kalitesi ve sosyal ilişkilerdeki denge ve bütünlüğün sağlandığı ara kesitte ortaya çıkmaktadır (Çaldıranlı, 2004).

Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalar sosyal bağlılık, arkadaşlarla / ve ya tanıdıklarla olan ilişkilerin yoğunluğu ve kulüp/dernek üyeliğinin ortalama ömrü uzattığını göstermiştir (Graczyk:2002). Bunun nedeninin, sosyal sermayenin yaşamsal bilgilere ulaşmak ve ya doğru ve sağlıklı tavsiye ve danışmanlık almakla ilgili olduğu söylenebilir. Öte yandan, sosyal sermaye ile sağlık arasındaki olumlu ilişkinin varlığını ortaya koyan diğer çalışmalara bakılacak olursa, bu araştırmalarda daha çok ölçüt olarak ölüm oranları / ve ya erken yaşta hasta olup olmama oranları irdelenmiş ve sonuç olarak katılımın, sosyal Güvenin yoğun olduğu yerlerde ölüm / ve ya hastalık oranının düşük olduğu gösterilmiştir.

*Tablo 7.4. Sosyal Sermaye ve Sağlık Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Çalışmalar*

| Yazar ve Çalışmanın Yapıldığı Yıl | Hedefler | Ölçütler | Sonuçlar |
|---|---|---|---|
| Berkman ve Syme (1979) aktaran ARAD; Canada Site | Sosyal sermaye, toplumsal ağlar ve ölüm oranları arasındaki ilişkiyi saptamak | -Medeni hali<br>-Aile ve arkadaşlarla olan görüşme sıklığı<br>-Dine yönelik katılım<br>-Resmi ve resmi olmayan grup aktivitelerine katılım | Hiçbir sosyal ağa bağlı olmayan / ve ya bu anlamda zayıf kalan insanların olanlara kıyasla daha yüksek ölüm olasılığına sahip oldukları çalışmada ortaya konmuştur. |
| Putnam (1995) aktaran ARAD; Canada Site | ABD'de sosyal sermayenin varlığını saptamak | -Gönüllülük esasına dayalı kuruluşlara olan üyelik durumu<br>-Profesyonel kuruluşlara olan üyelik durumu (örn. Amerikan Sağlık Kurumu)<br>-Yurttaş katılım düzeyi (ör; dilekçe yazma, halk toplantılarındaki katılım düzeyi, vb.)<br>-Davranışlara yönelik sorular (örn. Din ve gelenek...) | 20. yüzyıl boyunca gözlenen eğilime göre ABD'de sosyal sermayenin düşmekte olduğu saptanmıştır. |
| Kawachi, Kennedy, Loncher ve Prothrow-Stith (1997) aktaran ARAD; Canada Site | Sosyal sermaye, gelir dağılımı ve ölüm oranları arasındaki ilişkiyi saptamak | -Yurttaş katılımı (ortak ve toplumsal yaşam)<br>-Sosyal Güven | -Gelir dağılımındaki eşitsizlik arttıkça katılım azalmakta olduğu<br>-Katılım oranı arttıkça ölüm oranı azalmakta olduğu,<br>-Gelir dağılımındaki eşitsizlik arttıkça katılım oranı azalmakta olduğu,<br>-Katılım oranı arttıkça kalp hastalıklarının ve tümörlerin neden olduğu hastalıklara dayalı ölüm oranlarının azaldığı gözlenmektedir. |
| Kreuier, Young ve Lezin (1998) aktaran ARAD; Canada Site | -Amerika'da bulunan iki kırsal yerleşmedeki sosyal sermayenin varlığını tespit etmek<br>- Sağlık programının etkisiyle sosyal sermaye, arasındaki olası ilişkiyi saptamak | -Yurttaş katılımı<br>-Güven<br>-Sosyal yükümlülük<br>-Karşılıklılık (Reciprocity) | Sosyal sermaye ve sağlık alanındaki müdahalelerin etkinliği arasında doğrusal bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır. |

**Kaynak: ARAD; Canada Site*

Öte yandan, sosyal sermayeyi inceleyen araştırmalarda sağlığa ilişkin sorular şöyle özetlenebilir (Wellman, Lunansky, Kelner, 2003:4):

- Sağlıkla ilgili bir sorununuz olduğunda ilk kime/nereye başvurursunuz?
- Genelde, eğer varsa, kim size sağlıkla ilgili bilgi verir?
- Eğer varsa kim size alternatif tedaviler için bilgi verir?
- Eğer varsa kim size alternatif pratisyen hekim / ve ya hekim, cerrah önerisinde bulunur?
- Komşunuz hastalandığında haberiniz olur mu? Hastalandığında yardımcı olur musunuz? Son 6 ayda hasta olan komşularınıza yardım ettiniz mi? Kaç defa?
- Doktora şikayetlerinizi aktarırken zorluk çekiyor musunuz? Evet ise Neden?
- Tek başınıza en yakın sağlık kuruluşuna gidip işlemleri tamamlayıp muayene olabiliyor musunuz? Hayır ise Neden?
- Sağlıkla ilgili faaliyetlerde bulunan yerel bir grup/kuruluş var mı? Varsa gönüllü olarak yardım ediyor musunuz?
- Resmi kurumlarda özellikle hastanelerde / ve ya sağlık ocaklarında işlem yaparken zorlanıyor musunuz? Evet ise neden?

Önceki bölümde de değinildiği gibi, halkın kendine ait kararlarda katılımcılık düzeyi, kişilerin sivil toplum kuruluşlarında ne ölçüde görev aldıkları, gönüllü olarak ayda ortalama hizmet etme saatleri; kişilerin ve komşuların birbirlerine karşı yaptıkları yardım, destek ve özveri düzeyi gibi ölçütler sosyal sermayenin değerini ölçmede kullanılmaktadır. Böylece, vatandaşlar tarafından izlenen ve desteklenen sağlık kuruluşlarında doktorlar ve hemşireler, görevlerini daha dikkatle ve önemseyerek yapmakta ve bireyler arasında karşılıklı güven ve yardımlaşmaya dayalı sosyal sermayenin gücüyle birlikte daha sağlıklı bir toplum inşa edebilmek mümkün olmaktadır (Aydın, 2004).

#### *7.2.2.4. Bir Sosyal Etmen Olarak Komşuluk*

Komşuluk ilişkilerinin sosyal bir etmen olarak ele alınması, bu ilişkilerin farklı ölçütlerle yeniden tanımlanmalarını gerektirir. Komşuluğun geçmişi, iş olanakları, yerel kaynakları ve katılım olanakları, Güvene dayalı ilişkilerin, işbirliği ve karşılıklı dayanışmanın, bilgi alışverişinin, güvenlik ve suç algılarının, sosyal bağlılık duygularının, ortak yarar düşüncesinin, sosyal destek kurumunun işlemesinin, grup üyeliklerinin, sosyal güç durumu ve istenen sonuçlara ulaşabilmek için birlikte çalışma becerisinin gelişmesinde önemli etmenlerdir. Bir başka deyişle, komşuluğun yapısal özellikleri, sağlıkla ilgili davranışları belirleyebilecek sosyal ilişkilerin tanımlanmasında kullanılan ölçütleri etkiler.

Sosyal ilişkilerin sağlığa etkilerinin ölçümü için yapılan araştırmalarda, yukarıda sayılan ölçütlerle birlikte kullanılan veriler genel olarak ölüm oranları, bireylerin kendi sağlık durumlarına ilişkin algıları, doğum sonuçları,

şiddet ve zihinsel sağlık durumu olarak sayılabilir.

Komşuluk biriminin sosyoekonomik yapısının o mahallede yaşayanların sağlıkları üzerine etkisi, bireylerin sosyoekonomik durumlarının etkisinden daha fazladır. Komşuluk birimindeki düşük sosyoekonomik yapı, sigara içimi, fiziksel koşullar, depresyon, düşmanlıklar, ölüm riski vb.yi olumsuz yönde etkilemektedir. Bu alanlardaki çocuklar daha çok yaralanmakta, davranışsal ve duygusal zorluklar yaşamaktadırlar. Düşük sosyoekonomik yapıya sahip bir çevrede yaşayanların sağlıklarının olumsuz etkilenmesinin temel nedenleri buradaki egemen sağlık davranışları, eşitlik duygusu, sosyal kademelenme içindeki konumu, psikolojik stres, yüksek suç oranı, kötü barınma koşulları, ulaşım araçlarının yoksunluğu ve çevresel kirleticilere daha yoğun maruz kalma gibi durumlardır.

Sosyoekonomik yapı, sağlığı genel olarak iki farklı biçimde etkileyebilir: 'çifte tehlike' ve 'göreli yoksulluk'. Bunlardan birincisine göre, düşük sosyoekonomik konuma sahip bireyin sağlığı, sosyoekonomik yapısı düşük bir kentsel alanda ikamet ettiğinde daha da kötüleşir. Komşuluğun dezavantajları ve bağımlılık yapan madde kullanımı düşük gelir gruplarında daha fazladır. Kadınların gelirleri, yaşadığı çevredeki ortalama gelir düzeyinden daha düşük olması durumunda, yoksulluk daha derinden etkilemektedir. Göreli yoksulluk ise bireyin geliri ile toplumdaki ortalama gelir düzeyi arasındaki fark büyüdükçe bireyin sağlığının bundan daha belirgin şekilde etkilendiğini belirtmektedir.

Sosyal sermaye ile komşuluk ilişkisi incelendiğinde: sosyal sermayenin varlığı ve gücünün komşuluk ilişkilerinin sağlık durumunu etkileyebilecek çok çeşitli mekânizmaları harekete geçirdiği gözlenmektedir. Bu mekânizmalar en genel hali ile sağlık ile ilgili bilginin yayılmasının hızlandırılması, sağlıklı davranışları teşvik edici değerlerin güçlenmesi, sağlıkla ilgili olağandışı ve yanlış davranışlar üzerinde sosyal denetimin kullanılması, suçun önlenmesinde ortak yarar fikriyle hareket edilmesi, politik süreç ve politik katılımın daha eşitlikçi uygulamaları yoluyla hizmetlere erişimin arttırılması ve çeşitli psiko-sosyal süreçlerin işlerlik kazanması olarak belirtilebilir.

Yüksek düzeylerdeki sosyal sermayenin sağlık davranışları üzerindeki bulaşıcı etkisiyle (diğerlerini örnek alma) sağlığın iyileştirilmesini ve geliştirilmesini sağladığı; daha genel olarak ise bireyin denetim duygusunu, istenen sonuca varabilme yeteneğini geliştirdiği düşünülmektedir. Bazı araştırmalar sosyal sermayenin bulaşıcı etkisinin olumlu olduğu kadar olumsuz bir etkisinin de olabildiğini söylemektedir. Olumsuz etkinin yoksul alanlarda daha yoğun olduğunu söyleyen araştırmacılar, yoksul ebeveynlerin çok olduğu alanlarda zihinsel rahatsızlık geçiren çocuk sayısının da yükselmesini bununla açıklamaktadırlar.

Sağlıkla ilgili etkinliklerde arkadaşların etkisi, sosyal sermayeden çok sosyal destek kavramı ile tanımlanmaktadır. Buna göre sosyal sermaye daha çok örgütlenmiş gruplar arasındaki sosyal ağlarla kendini göstermektedir ki bu sosyal katılımın artmasına bağlı olarak gelişmektedir. Yerel gruplardaki sosyal katılım ise genel olarak boş zaman etkinliklerine ve bireylerin yereldeki bir sorunu kendi sorunu olarak görmelerine bağlıdır. Çeşitli ülkelerde yapılan araştırmalar göstermiştir ki; sosyal bağlılık, arkadaşlarla / ve ya tanıdıklarla olan ilişkilerin yoğunluğu, dernek ve ya grup üyeliği ortalama ömrü uzatmaktadır. Yine çeşitli organizasyonlara katılım ve toplum bilinci, bireylere kendine güven ve başarma duygusu kazandırdığı gibi, kontrol, umut ve hayattan zevk duyma duygularını da arttırmaktadır.

Düşük sosyal bağlılık ve bunun bireyler üzerindeki psiko-sosyal etkilerinin, sağlık durumundaki eşitsizliklerin yaratılmasında maddi kaynakların yokluğundan daha etkin olduğu görülmektedir. Toplumun ortak değerler üretememesi ve etkili bir sosyal kontrol sağlayamaması sonucu ortaya çıkan "sosyal karışıklık", kendini kentleşme gibi toplumsal karakterler, etnik ve sosyoekonomik farklılıkların yoğunluğu ve konut devirlerinin fazlalığı şeklinde göstermekte ve sosyal sermayenin oluşumunu etkilemektedir. Sosyal karışıklık, stres üzerine etkileri, sosyal yalıtımı arttırması, sağlıkla ilgili etkinliklere getirdiği kısıtlamalar nedeniyle sağlık üzerine olumsuz etkilere sahiptir. Bu dolaylı etkilerin yanında, bazı suçlarda ortaya çıkan fiziksel zararlar yoluyla da bireylerin sağlığı tehdit edilmektedir.

Kendini, genel olarak, bir bölgedeki ırksal grupların dağılımındaki dengesizlik, diğer gruplardan yalıtılma, ırksal ya da etnik komşulukların birlikte kümelenmesi, merkezi kentlere yakınlık ve bu bölgelerde bir grubun yoğunluğu biçiminde gösteren "ırksal ayrımlar", başta ölüm oranları, sağlıksız doğum sonuçları, verem gibi hastalıkları ve depresyon gibi sağlık durumlarını etkilemektedir. Araştırmalar, aile gelirleri ile ilgili ayarlamalar yapıldığında dahi sosyal ayrımla ilişkili sağlık risklerinin devam ettiğini göstermektedir. Irksal ayrımın sağlık üzerine zararlı etkileri şu etmenlerle ilişkilidir: yoğunlaşmış yoksulluk, eğitim ve iş olanaklarına erişimdeki yoksunluk (bu durum sosyoekonomik durumu, diğer olanak ve kaynaklara erişimi belirlemektedir), yüksek yoğunluklu yaşam çevresi, düşük kaliteli fiziksel çevre, düşük konut niteliği, kötü barınma koşulları, suç düzeyinin yüksekliği ve stres kaynakları ve tıbbi servisler gibi hizmetlere erişimdeki yoksunluk.

Ancak, araştırmalar toplumsal/mekânsal ayrımcılığa maruz kalmanın azaltılması, sosyal destek sağlanması gibi koruyucu etkileri beraberinde getirdiğini göstermektedir. Bu konuyu inceleyen araştırmacılar, ırksal ayrıma tabii olan toplumların yaşam koşullarını iyileştirmek için çok ciddi bir müdahalenin gerekli olduğunu belirtmektedirler.

### *7.2.2.5. Komşuluğun Sağlığa Etkileri Üzerine Örnek Bir Çalışma – İskoçya*

İskoç İdaresi (Scottish Executi ve ) tarafından ulaşım, konut ve sosyal adalet sağlamaya yönelik politika üreten çalışmaları desteklemesi amacıyla yapılan *'Scottish Household Sur ve y(2001)'*e 14602 yetişkin katılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarının mekân ile sağlık sorunları arasında kurduğu ilişki nedeniyle oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Konut ölçütleri ve komşuluk birimi ile ilgili soruların sorulduğu bu anket çalışmasında sağlık durumu ile ilgili konular şunlardır: "komşuluk biriminden tatmin olma, komşuluk birimi hakkında sevilenler/sevilmeyenler, komşuluktaki ortak sorunlar, konutta ve komşulukta kendini Güvende hissetme durumu, konutta ve komşulukta bir suç işlenmesinden korkma, suç deneyimi, sosyal ilişkilerin yapısı, toplumsal bağlılık, komşulardan destek sağlama durumu ve komşularla yapılan tartışmalar". Hem incelediği konular hem de uzun zamanlı bir karşılaştırmayı içermesi nedeniyle sonuçlarının yararlı olacağı düşünülen bu araştırmaya burada kısaca değinme gerekliği duyulmuştur.

Komşuluk ile sağlık durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen bu araştırmada yıllık olarak yapılan bu anketin verileri, kendi sağlık durumunu değerlendirme, uzun dönemli bir rahatsızlık yaşama ve düzenli doktor kontrolü (son bir yıl içerisinde 6 ve daha fazla kez) sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmişlerdir. Bireysel özellikler ve komşuluğa ait sorularla, bu sağlık sonuçları arasındaki bağlantı çapraz bir matriste sorgulanarak mekân ile sağlık arasındaki ilişki çözümlenmeye çalışılmıştır. Ancak bu çalışmada kullanılan veriler, araştırma yöntemi nedeniyle bireysel düzeyde ortaya kondukları için bu çalışmada 'sosyal sermaye' yerine 'toplumsal bağlılık' terimi kullanılmıştır.

Elde edilen birçok sonuç arasından bu ilişkiyi en iyi tanımlayabilecek olanlar aşağıda verilmiştir:

- Sağlık durumu kötü olan ve gerek sağlık nedenleriyle gerekse mekânsal koşullar nedeniyle aktif olmayan kişilerin toplum yaşamı ile bütünleşmeleri zorlaşmaktadır.
- Algılanan sağlık durumu ve uzun süreli rahatsızlıklar açısından cinsiyet farkının bir etkisi yoktur.
- Suç deneyimi erkeklerden çok kadınların GP (sağlık kurumlarına bağlı bir çeşit aile hekimliği) ve ziyaretleri ile ilişkilidir.
- Toplumsal bağlılık gençlerden çok yaşlıların sağlık durumlarına etki etmektedir.
- Hiç yardımın olmaması uzun süreli rahatsızlıklarda gençlerden çok yaşlıları etkilemektedir.
- Güvenlikle ilgili algılar yaşlılardan çok gençlerin sık GP ziyaretleri ile ilgilidir. Yaşlılar genel olarak dışarı daha az çıktıklarından –akşamları çok daha az- güvenlikle ilgili algıları düşüktür.
- Yapılan tartışma ve kavgalar gençlerden çok yaşlıların sağlık durumunu kötü yönde etkilemektedir.
- Yaşlılar komşuluk birimindeki ve sorunlardan gençlere göre daha fazla

etkilenmektedir.

- Komşuluk biriminde yaşanan sorunların sağlık üzerine kötü etkisi sosyal konutlarda yaşayan kiracılarda diğerlerinden daha çok etkili olmaktadır.
- Güvenlik algısı, sosyal konutlarda yaşayan kiracılar arasındaki uzun süren rahatsızlıklar yaşayanların sağlık durumlarını diğer konutlarda yaşayanlarınkinden daha çok etkilemektedir.
-

Bu araştırma görüldüğü gibi mekâna ait fiziksel ve sosyal özelliklerin sağlık üzerine etkilerini incelemiştir. Ancak yapılan bir çok araştırma gibi mekânlar arasındaki eşitsizlikleri tanımlamakta yetersiz kalmaktadır. Bu da bu anlamda karşılaştırılabilir verilerin farklı mekânsal yapılanmalarda toplanmasının zorluğundan kaynaklanmaktadır.

### 7.3. Alan Çalışmalarının Değerlendirilmesi

Yaşanılan mekân ile sağlığın ilişkisi üzerine yapılan çalışmaların odaklandığı bazı konular en genel hali ile komşuluktaki sosyal ilişki ve değerler, toplumsal kurumlar ve hizmetlere erişim, dolaysız (hava kirliliği vb.) ve davranışı etkileyen dolaylı (sağlıklı gıdalara erişim) çevresel etmenler gibi geniş yapısal konulardır. Çalışmanın bu bölümünde kuramsal çerçeve ile ilişkili olarak Ankara ve Diyarbakır'da yapılan alan çalışmaları değerlendirilecektir.

#### 7.3.1. Konuta İlişkin Etmenler

Konuta ilişkin etmenler; konut sahipliliği ve tapu durumu ile konuta ait özellikler – oda sayısı ve konutun kalabalıklığı, kat sayısı (gecekondu – apartman dairesi), bahçenin varlığı ve konut konforu (tuvalet, banyo, ısınma durumu) – şeklinde sağlıkla ilişkilendirilerek irdelenecektir. Bu alt başlığın devamında konuta ilişkin sorunlar ve gözlenen sürekli hastalıklar arasındaki ilişki irdelenecektir.

##### *7.3.1.1.Konut Sahipliliği ve Tapu Durumu*

Konut sahipliliği doğrudan sağlık durumunu etkileyen bir etmen değildir. Sağlığı etkileyen öncelikle yoksulluk durumudur ve yoksulluk kendini konut sahipliğinden çok konut koşulları ile göstermektedir. Ancak konut sahipliği de dolaylı olarak gelir durumunu etkilemektedir. Konut en temel yaşamsal gereksinimlerden biri olan barınma gereksiniminin karşılanmasını sağlayan bir etmen olduğu için bu konuda yapılan harcamalar hane halkının en temel gider kalemlerinden biri olmaktadır. Konut sahipliliği hem doğrudan bir gelir kaynağı olabilmekte, hem de hane üzerinden oldukça önemli bir harcama yükünün kalkmasını sağlamaktadır. Böylece beslenme, sağlık gibi diğer temel gereksinimlere harcanması için gelirden ayrılan pay büyütülebilmektedir. Bu nedenle bölümde öncelikli olarak konut mülkiyet durumu incelenecektir.

*Tablo 7.5. Türkiye, Ankara, Diyarbakır ve Çalışma Alanındaki Konut Mülkiyet Durumunun*[27]

| Mülkiyet Durumu | | Türkiye Kent | Ankara Kent M. | Diyarbakır Kent M. | Ankara Alan Ç. | Diyarbakır Alan Ç. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ev Sahibi | Sayı | | 472656 | 54.860 | 91 | 80 |
| | % | 64,2 | 56,2 | 58,7 | 63,2 | 48,2 |
| Kiracı | Sayı | | 282534,0 | 31.100 | 22 | 65 |
| | % | 28,0 | 33,6 | 33,3 | 15,3 | 39,2 |
| Lojmanda Oturan | Sayı | | 31472,0 | 4359 | 0 | 0 |
| | % | 1,4 | 3,7 | 4,6 | 0,0 | 0,0 |
| Ev S. Değil-kira Ödemiyor | Sayı | | 47916,0 | 2482 | 31 | 21 |
| | % | 6,4 | 5,7 | 2,6 | 21,5 | 12,7 |
| Diğer | Sayı | | 6547,0 | 438 | 0 | 0 |
| | % | 0,0 | 0,8 | 0,4 | 0,0 | 0,0 |
| Bilinmeyen | Sayı | | 363,0 | 112 | 0 | 0 |
| | % | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Toplam | Sayı | | 841488,0 | 93351,0 | 144 | 166 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

**Kaynak: 1- Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları,*
*ve 2-Ankara ve Diyarbakır 2000 Yılı Nüfus Sayımları (DİE),*
*3-Akşemsettin ve Hilal Sağlık Ocakları 2004 Yılı Çalışma Faaliyet Raporları,*
*4-Bağlar, Batıkent ve Seyrantepe 8 Nolu Sağlık Ocaklarının 2004 Yılı Çalışma Faaliyet Raporları*

Tablo 7.5.'de görüldüğü gibi, Diyarbakır ve Ankara kent geneli verileri karşılaştırmasında iki kentin konut mülkiyeti açısından hemen hemen aynı oranlara sahip olduğu görülmektedir. Ancak, Ankara ve Diyarbakır'da kent genelinde ev sahibi olanların oranı Türkiye ortalamasından düşüktür. Diyarbakır % 58, 7'lik bir oranla Ankara'dan (% 56,2) daha iyi durumdadır. Bu durum, kırdan gelenlerin göç ederken ellerindeki tüm ve -ev, tarla ve hayvan gibi- yatırım araçlarını satarak kentte konut edinme çabalarıyla açıklanabilir. Lojmanda oturma oranları iki ilde de Türkiye oranının üstündedir. Ankara'nın memur sayısı yüksek bir kent oluşunun etkisiyle lojman ortalamasının Türkiye ortalamasının yaklaşık olarak iki katıdır. Diyarbakır'da bu oranının fazla olması ise, kentin Güneydoğu'da ve Doğu'da merkezi bir konuma sahip olmasındandır.

Alan çalışmaları verilerine bakıldığında, Akşemsettin Mahallesi ev sahipliği oranı Ankara kent genelinden yüksektir (sırasıyla %63,2 ve % 56,2). Bu yüksek oranın, Akşemsettin Mahallesindeki evlerin gecekondu oluşundan

[27] Konutların mülkiyet durumunu göstermekte olan tablo oluşturulurken Ankara Büyükşehir Belediyesi toplamı ve Diyarbakır kent merkezi temel alınmıştır. Türkiye için de kent merkezleri temel alınmıştır, ancak sadece yüzde oranlarına ulaşılabildiği için sayısal verilere yer ve rilememiştir.

kaynaklandığı düşünülebilir. Kiracılık, Ankara ve Türkiye ortalamasına göre düşükken (% 15,3), ve "ev sahibi olmayan ama kira ödemeyenlerin" oranının yüksek olduğu görülmektedir (% 21,5). Akrabalık ilişkileri sayesinde bunun mümkün olabildiği yorumu yapılabilir. Lojmanda oturan kimsenin olmayışı da mahallede yaşayan kesimin içinde kamuda üst düzey kadrolarda istihdam edilen denek olmamasına bağlıdır.

Diyarbakır kenti alan çalışması verileri okunduğunda, kendine ait konutta oturanların ve % 48,2'lik bir oranla kirada ve akrabalarına ait konutlarda oturanların oranından fazla olduğu görülmektedir. Ancak, ev sahipliliği oranı Ankara alan çalışması verileriyle karşılaştırıldığında Diyarbakır'da konut sahipliliğinin daha düşük olduğu görülmektedir (sırasıyla % 63,2 ve % 48,2). Diyarbakır'da kiracı olanların oranının da Ankara alan çalışması verilerindeki oranlardan (sırasıyla % 39,2 ve % 15,3) daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bağlar ve Seyrantepe çalışma alanlarında Diyarbakır'a oranla ev sahipliği düşükken; ev sahibi olmayan ama kira ödemeyenlerin oranının yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum akrabalarına ait evlerde oturmanın anket alanında yüksek olması ile açıklanabilir. Ancak yine de Diyarbakır Ankara ile karşılaştırıldığında ev sahibi olmadığı halde kira ödemeyenlerin oranı hem alan çalışması verilerinde hem de kent geneli verilerinde daha düşüktür. Bu durum Diyarbakır'da Ankara alan çalışmasına göre sosyal dayanışmanın daha zayıf olduğu ya da düşük gelir nedeniyle akrabalarından da konut sahibi olanların oranının düşük olduğu biçiminde yorumlanabilir.

Konut sahipliliği ile yoksulluk arasındaki ilişki daha önce vurgulanmıştı. Temelde vurgulanan ilişki barınma için yapılacak harcamalarda azalmaya neden olmasıdır. Kira miktarı Ankara'da ortalama 100, Diyarbakır'da 80 YTL'dir. Kiracılar için kira gideri toplam giderlerin % 30'unu oluşturmaktadır (Ankara % 26, Diyarbakır % 32). Bu noktada kişi başına düşen gelir ile mülkiyet durumu incelendiğinde, şu sonuçlar ortaya çıkmaktadır: Diyarbakır'da konut mülkiyetine göre ailelerin kişi başına düşen gelir miktarı (65 milyon) farklılaşmaktadır. Diğer bir deyişle, tüm mülkiyet tipleri için kişi başına düşen gelir aynı kabul edilebilir. Ankara'da ise kendine ait konutlarda yaşayan ailelerin kişi başına düşen geliri 155 YTL iken kirada oturan ailelerde bu değer 120 YTL civarındadır. Akrabalara ait evlerde yaşayan kişilerde ise kişi başına düşen gelir 100 YTL'dir. Tüm bu sonuçlardan yola çıkarak, yoksulluk ile konut sahipliliği arasındaki ilişkinin Ankara'da Diyarbakır'dakine göre daha belirgin olduğu söylenebilir. Her iki kentte de akrabalarına ait konutlarda oturan ailelerin en az kişi başına düşen gelire sahip olması anlamlı iken, kirada oturan aileler için ev sahipliliği ile aynı ve ya daha düşük kişi başına düşen gelire sahip olması düşündürücüdür.

*Tablo 7.6. Sosyal Sınıfta Düzenli-Düzensiz Çalışmaya göre Konut Mülkiyet Durumu*

| Sosyal Sınıf | Diyarbakır ve Ankara'da Konut Mülkiyet Durumu | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | Kira | Kendine Ait | Akrabalara Ait | |
| Üretim Araçlarına Sahip | 10<br>% 50 | 7<br>% 35 | 3<br>% 15 | 20<br>% 100,0 |
| Düzenli Çalışan | 42<br>% 26,1 | 93<br>% 57,8 | 26<br>% 16,2 | 161<br>% 100,0 |
| Düzensiz Çalışan | 35<br>% 27,1 | 71<br>% 55,0 | 23<br>% 17,8 | 129<br>% 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ankara ve Diyarbakır'da sınıfsal konumda düzenli–düzensiz çalışmaya göre konut mülkiyet durumuna bakıldığında, tüm sınıflar için konuta sahip olma oranlarının kirada ve ya akrabaya ait bir evde oturma oranlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Düzenli ve düzensiz çalışanlar içinde konut sahipliliği biçimine bakıldığında bir farklılık görülmemektedir. Diğer iki sınıfa göre farklı bir konumda olan üretim araçlarına sahip olan sınıf içinde ise kirada oturanların oranı % 50'dir. Kendine ait konutlarda oturanlar % 35, akrabalarına ait konutlarda oturanlar da % 15'tir. Bu oranlar, seçilen çalışma alanındaki üretim araçlarına sahip olanların daha küçük ölçekte üretim araçlarına – örneğin küçük bakkal – sahip olmasıyla açıklanabilir.

*Tablo 7.7. Sosyal Sınıfta Vasıflı-Vasıfsız Olma Durumuna göre Konut Mülkiyet Durumu*

| Sosyal Sınıf | Diyarbakır ve Ankara'da Konut Mülkiyet Durumu | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | Kira | Kendine Ait | Akrabalara Ait | |
| Üretim Araçlarına Sahip | 10<br>% 50,0 | 7<br>% 35,0 | 3<br>% 15,0 | 20<br>% 100,0 |
| Vasıflı ve Çalışan | 28<br>% 29,5 | 52<br>% 54,7 | 15<br>% 15,8 | 95<br>% 100,0 |
| Vasıfsız Çalışan | 47<br>% 30,7 | 75<br>% 49,0 | 31<br>% 20,3 | 153<br>% 100,0 |
| İşsiz | 2<br>% 14,3 | 9<br>% 64,3 | 3<br>% 21,4 | 14<br>% 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ankara ve Diyarbakır'da sınıfsal konumda vasıflı–vasıfsız çalışmaya göre konut mülkiyet durumuna bakıldığında, tüm sınıflar için konuta sahip olma oranlarının kirada ve ya akrabaya ait bir evde oturma oranlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Vasıfsız çalışanların daha büyük oranda kirada oturdukları görülmektedir. Vasıflı çalışanların kendine ait evlerde oturma oranları daha yüksektir.

*Tablo 7.8. Tapu Durumuna göre Konut Mülkiyet Durumu*

| Tapu Durumu | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Bağımsız Tapusu Var | 86 | 60,1 | 76 | 47,2 |
| Bağımsız Tapusu Yok | 48 | 33,6 | 83 | 51,6 |
| Hisseli Tapu | 8 | 5,6 | 1 | 0,6 |
| Tapu Tahsis Belgesi | 1 | 0,7 | 0 | 0 |
| Arsa Tapulu | 0 | 0 | 1 | 0,6 |
| Toplam | 143 | 100 | 161 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Yoksulluk ve konut sahipliliği arasındaki diğer bir ilişki ise tapu durumudur. Özellikle oturulan evin ruhsatlı olması, içinde oturanlara sağlayacağı güvence açısından çok önemlidir. Çünkü oturulan kaçak evin yıkılma tehlikesi yoksullar üzerinde ayrı bir baskı oluşturacaktır. Ankara'da tapusu olmayanların oranı 1/3 iken aynı oran Diyarbakır'da ½'dır. Bu duruma Diyarbakır'ın özellikle son 10 yılda maruz kaldığı zorunlu göç olgusunun nedeni olduğu düşünülebilir. Diyarbakır kenti içinde tapu belgesi olmayanların oranı % 51,6 iken, olanların oranı % 47,2'dir. Ankara çalışma alanı olan Mamak Akşemsettin Mahallesi'nde ise tapu sahibi olanların oranı % 60,1 olarak bulunmuştur. Diyarbakır'da tapu sahibi olmayan konut sahiplerinin oranının daha yüksek olmasının nedenleri Seyrantepe'nin yeni gelişme alanı olmasında, Bağlar Mahallesinde ise kaçak apartmanlaşmanın yaygınlığında aranmalıdır. Aşağıdaki tabloda oturulan konutların kat sayıları verilmektedir. Bu veri anket yapılan alanların ilgili kentlere göre nasıl bir kent dokusuna sahip olduğunu göstermektedir.

*Tablo 7.9. Konut Kat Sayıları (Daire Sayıları)*

| Konut Kat Sayısı | Türkiye | | Ankara | | Diyarbakır | | Ankara (Akşems.) Alan Ç. | | Diyarbakır(Bağlar)Alan Ç | | Diyarbakır (Seyrant.) Alan Ç. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| 1 | 3621 | 46 | 205 | 53 | 52 | 57 | 1770 | 95 | 27 | 24 | 43 | 90 |
| 2 | 2289 | 29 | 72 | 19 | 24 | 27 | 69 | 4 | 32 | 28 | 5 | 10 |
| 3 | 828 | 11 | 38 | 10 | 5 | 5 | 20 | 1 | 24 | 22 | 0 | 0 |
| 4 | 436 | 6 | 23 | 6 | 2 | 2 | 2 | 0 | 13 | 12 | 0 | 0 |
| 5 | 322 | 4 | 25 | 6 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| 6 | 171 | 2 | 12 | 3 | 1 | 2 | 8 | 0 | 8 | 7 | 0 | 0 |
| 7 – 9 | 104 | 1 | 5 | 1 | 3 | 3 | 0 | 0 | 6 | 5 | 0 | 0 |
| 10 + | 17 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| Bilin. | 52 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Top. | 7839 | 100 | 384 | 100 | 91 | 100 | 1869 | 100 | 111 | 100 | 48 | 100 |

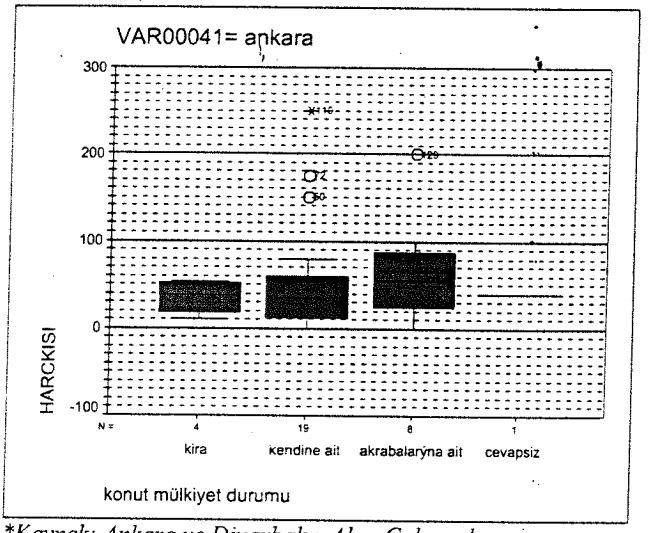
**Kaynak: 1-Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları,*
*2-Hilal Sağlık Ocağı 2004 Yılı Çalışma Faaliyet Raporları,*
*3-Bağlar ve Seyrantepe 8 Nolu Sağlık Ocaklarının 2004 Yılı Çalışma Faaliyet Raporları.*

Bağlar ve Seyrantepe Mahallelerine bakıldığında kaçak yapılaşmış olan bu mahallelerden Seyrantepe'deki bütün konutların gecekondu olduğu görülmektedir. Bağlar Mahallesinin ise büyük çoğunluğunu apartmanlar oluşturmaktadır. Mahallelerdeki konutların kat sayıları incelendiğinde Seyrantepe'deki konutların neredeyse tamamının tek katlı; Bağlar'da ise kat sayılarının daha çeşitli olduğu görülmektedir. Kat sayıları özellikle 1,2 ve 3 olarak yoğunlaşmaktadır. Yine Seyrantepe'deki konutların bahçeli konutlar olduğu göz önünde bulundurulduğunda Bağlar Mahallesinin nüfus yoğunluğunun Seyrantepe Mahallesine göre oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Gecekondu alanlarının oluşumu da barınma ihtiyacının karşılanması için geliştirilen stratejilerden biri olmuştur. Böylece, kente göçmüş yoksul kesimler, aile bütçesi üzerine büyük bir yük yapmadan konut sahibi olabilmekte, zaten oldukça kısıtlı olan gelirlerini diğer temel ihtiyaçları için kullanabilmektedirler. Dolayısıyla gecekondu alanlarında genel olarak konut sahipliği oranı yüksek olmaktadır. Zaman içinde gerçekleştirilen imar afları ve

peşinden bu alanlarda yapılan imar planları sonucunda bu konutların çoğu için imara uygun tapu alınabilmektedir. Yerleşimin ilk olarak 1960'lı yıllarda başlamış olduğu Ankara- Mamak Akşemsettin Mahallesi, bir gecekondu alanı olarak gelişmiştir. Bu durum, Ankara çalışma alanındaki konut sahipliliği ve tapu durumunu açıklamaktadır. Diyarbakır'da ise Ankara'ya göre hem konut sahipliliği hem de tapu sahipliliğinin düşük olduğu görülmektedir.

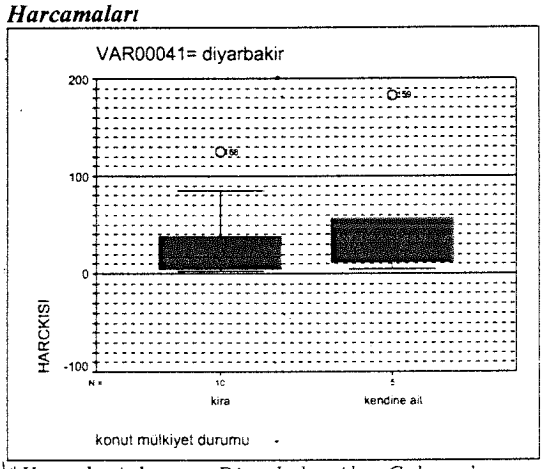
***Şekil 7.3. Konut Mülkiyet Durumuna göre Ankara'da Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları***




**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Şekil 7.3.'de Ankara'da konut mülkiyet durumuna göre kişi başına düşen sağlık harcamalarının dağılımı görünmektedir. Harcamaların en yoğun olarak akrabalarına ait evlerde oturanlarda olduğu görülmektedir. Ev sahipliliği hem harcama miktarının üst noktasını hem de harcama yapan kişi sayısını artırmaktadır. Akrabalarının evinde yaşayanlar içinde ortalama sağlık harcaması yaklaşık 60 YTL iken bu miktar kendine ait konutlarda ve kirada yaşayanlarda 35 – 40 YTL arasında değişmektedir. Ancak kirada yaşayıp da sağlık harcamalarına kaynak aktaran kişi sayısı ev sahibi olup da sağlık harcaması yapanlardan daha azdır (sırasıyla 4 – harcama yapanların % 12,9'u – ve 19 – harcama yapanların % 61,3'ü –).

***Şekil 7.4. Konut Mülkiyet Durumu göre Diyarbakır'da Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları***




**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Diyarbakır'da kirada oturanların ortalama sağlık harcamaları kendine ait konutlarda oturanların harcamalarından biraz yüksektir. Ayrıca kirada oturup da harcama yapanların sayısı da – Ankara'dakinin aksine – daha yüksektir. Diyarbakır alan çalışması sırasında sağlık harcaması yaptığını ifade eden 15 kişiden 10'u kirada oturmaktadır. Bu farkın sebebi Diyarbakır'daki farklı ekonomik ve mekansal örüntünün yarattığı kısırdöngü ile açıklanabilir. Kirada oturan yoksul kesim konuta ayırdığı pay nedeniyle beslenme, konut koşullarını iyileştirme, ısınma ve sağlık harcamalarına yeterli kaynağı ayıramamakta bu nedenle de daha sık sağlık sorunlarıyla karşılaşmakta ve daha çok sağlık harcaması yapmaktadır. Bu durum söz konusu grubu en savunmasız toplum kesimi haline getirmekte, yoksulluk düzeyini daha kötüleştirmektedir.

Gelir miktarıyla beraber önemli olan bir diğer etmen ise *sosyal güvenlik* durumudur. Diyarbakır ile Ankara çalışma alanları karşılaştırıldığında; Akşemsettin Mahallesinde sosyal güvencesi olmayanların oranı % 26,3 iken, Diyarbakır'da bu oran % 23,9'dur. Diyarbakır'da Yeşil kart sahip olma oranı % 52,1; Akşemsettin Mahallesi'nde ise % 10,0'dır. Diyarbakır'da SSK'lı olanların oranı % 19,5; Bağkur'luların oranı % 2,9; Emekli Sandığı'ndan sigortalı olanların oranı ise % 1,5'tir.

*Tablo 7.10. Sosyal Güvenlik Durumu*

| | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| **SSK** | 321 | 53,7 | 190 | 19,5 |
| **Bağ-Kur** | 20 | 3,3 | 28 | 2,9 |
| **Emekli Sandığı** | 39 | 6,5 | 15 | 1,5 |
| **Yeşil Kart** | 60 | 10,0 | 507 | 52,1 |
| **Özel Sigorta** | 1 | 0,2 | 0 | 0,0 |
| **Sosyal Güvencesi Yok** | 157 | 26,3 | 233 | 23,9 |
| **Toplam** | 598 | 100 | 973 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Oldukça savunmasız olan kent yoksulları için konut mülkiyetine sahip olmak önemli bir geçim stratejisi oluşturmaktadır. Gelir düzeyi düşük olan kent yoksulları için barınma gereksiniminin karşılanması diğer tüm temel gereksinimlerinin karşılanmasını aksatacak boyuttadır. Ekonomik durumları karşılaştırıldığında, Diyarbakır çalışma alanındaki kent yoksullarının konut sahipliliği konusunda daha yoksun olduğu söylenebilir. Bu durum; kent yoksullarının sağlık sorunlarına gelirlerinden pay ayırmasında kısıtlamalar yaratmakta, oturduğu konutun sahibi olmamak sosyal güvencenin olmaması ve uzun süre işsiz kalma durumlarıyla birleştiğinde sağlık durumunu ve ölüm oranlarını etkileyebilmektedir.

### *7.3.1.2. Konuta Ait Özellikler ve Konut Konforu*

Konuta ait özellikler aslında sağlık durumunu konut mülkiyetinden daha çok ve daha etkili bir şekilde belirleyen etmenlerdir. Kentin farklı alanlarında konutların nitelikleri oldukça çeşitlilik göstermekle beraber konutların durumu ve bu koşulların düzeltilebilirliği ile konut alanlarının olanakları her yerde sağlığı benzer şekilde etkilemektedir. Konut sahipliliğinin konuta ait sağlığı etkileyen etmenlerin dönüştürülmesini etkilediği düşünülebilir.

***Tablo 7.11. Diyarbakır[28]'da Konut Mülkiyeti Durumu ve Konut Kalitesini Artırmaya Yönelik Müdahale***

| Konut sorunun çözümü için bir şey yapıldı mı? | Konut Mülkiyet Durumu | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | Kira | Kendine ait | Akrabalara Ait | |
| Evet | 1<br>% 33,3<br>% 8,3 | 2<br>% 66,7<br>% 25,0 | | 3<br>% 100<br>% 14,3 |
| Hayır | 11<br>% 61,1<br>% 81,7 | 6<br>% 33,3<br>% 75,0 | 1<br>% 5,6<br>% 100 | 18<br>% 100<br>% 85,7 |
| Toplam | 12<br>% 57,1<br>% 100 | 8<br>% 38,1<br>% 100 | 1<br>% 4,8<br>% 100 | 21<br>% 100<br>% 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Diyarbakır'da konutuna müdahale ettiğini söyleyen 3 kişiden 2'si ev sahibi,1'i kiracıdır. Her ne kadar bu sayısal verilerle ev sahipliliğinin doğrudan konuta müdahale etmeyi etkilediği sonucu çıkarılamasa da, aynı soruya hayır diyenlerin oranında kiracılarla ev sahipler arasında daha büyük bir fark vardır. Kiracıların içinden bu soruya hayır cevabını verenlerin oranı % 61,1 iken, ev sahiplerinin içinde bu oran % 33,3'tür. Kısmen de olsa ev sahipliliğinin içinde yaşanılan konutun kalitesini artırmaya yönelik olarak müdahale etmeyi etkilediği söylenebilir. Sınıfsal konum içinde bu sorunun cevabına bakıldığında

[28] Bu soru yalnız Diyarbakır'da yapılan alan çalışmasında sorulmuştur.

aşağıdaki tablo elde edilmiştir.

*Tablo 7.12. Diyarbakır'da Sınıfsal Konum ve Konuta Yapılan Müdahale*

| Konut sorunun çözümü için bir şey yapıldı mı? | Sınıfsal Konum | | | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Üretim Araçlarına Sahip | Vasıflı Düzenli Çalışan | Vasıfsız Düzenli Çalışan | Vasıflı Düzensiz Çalışan | Vasıfsız Düzensiz Çalışan | |
| Evet | 1<br>% 33,3<br>% 100,0 | 2<br>% 66,7<br>% 40,0 | | | | 3<br>% 100<br>% 14,3 |
| Hayır | | 3<br>% 16,7<br>% 60,0 | 3<br>% 16,7<br>% 100,0 | 4<br>% 22,2<br>% 100,0 | 8<br>% 44,4<br>% 100,0 | 18<br>% 100,0<br>% 85,7 |
| Toplam | 1<br>% 4,8<br>% 100,0 | 5<br>% 23,8<br>% 100,0 | 3<br>% 14,3<br>% 100,0 | 4<br>% 19,0<br>% 100,0 | 8<br>% 38,1<br>% 100,0 | 21<br>% 100,0<br>% 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Konuta müdahale yapılıp yapılmaması ile sınıfsal konum ilişkilendirildiğinde daha net bir şekilde, düzensiz işlerde çalışanlara doğru gidildikçe konuta yapılan müdahalenin azaldığı görülmektedir. Müdahale yapmaya hayır cevabını verenlerin vasıfsız düzensiz işlerde çalışanlar olduğu görülmektedir.

Sağlık koşullarını etkilediği düşünülen konuta ait etmenler oda sayısı ve konutun kalabalıklığı, kat sayısı (gecekondu – apartman dairesi), bahçenin varlığı ve konut konforu (tuvalet, banyo, ısınma durumu) olarak sayılabilir. Bu etmenlerden, alan çalışmasında anlamlı olduğu görülen oda sayısı, kalabalıklığı ve konut konforu konuları ele alınacaktır. Diğer etmenlere dair anlamlı ilişkiler bulunamadığından, çalışmaya dahil edilmemiştir.

*Tablo 7.13. Konutun Oda Sayısı*

| Oda Sayısı | | Türkiye | Ankara | D.bakır | Ankara Akşems. Mah. | Diyarbakır Beş Nisan Mah. Mah. | Diyarbakır Aziziye Mah. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Sayı | 70090 | 2390 | 997 | 9 | 20 | 31 |
| | % | 0,43 | 0,21 | 0,49 | 0,43 | 0,11 | 1,03 |
| 2 | Sayı | 786286 | 40658 | 11516 | 123 | 333 | 138 |
| | % | 4,84 | 3,60 | 5,75 | 5,84 | 1,86 | 4,58 |
| 3 | Sayı | 6071210 | 276877 | 69513 | 847 | 3665 | 1758 |
| | % | 37,39 | 24,53 | 34,70 | 40,22 | 20,46 | 58,31 |
| 4 | Sayı | 7735471 | 753790 | 98142 | 1107 | 13036 | 1040 |
| | % | 47,64 | 66,79 | 48,99 | 52,56 | 72,76 | 34,49 |
| 5 | Sayı | 1282288 | 46566 | 16714 | 20 | 775 | 21 |
| | % | 7,90 | 4,13 | 8,34 | 0,95 | 4,33 | 0,70 |
| 6 | Sayı | 197916 | 5485 | 2101 | 0 | 40 | 15 |
| | % | 1,22 | 0,49 | 1,05 | 0,0 | 0,22 | 0,50 |
| 7+ | Sayı | 92020 | 2859 | 1356 | 0 | 40 | 12 |
| | % | 0,57 | 0,25 | 0,68 | 0,0 | 0,22 | 0,40 |
| Bilinmeyen | Sayı | 549 | 0 | 12 | 0 | 7 | 0 |
| | % | 0,01 | 0,0 | 0,001 | 0,0 | 0,04 | 0,0 |
| Toplam | Sayı | 16235830 | 1128625 | 200351 | 2106 | 17916 | 3015 |
| | % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

**Kaynakça: Ankara ve Diyarbakır 2000 Yılı Nüfus Sayımları (DİE)*

Akşemsettin Mahallesinde çoğunluğu 3 odalı evler oluştururken, Ankara genelinde 4 odalı evlerin daha yaygın olduğu görülmektedir. Lüks olarak değerlendirebilecek 5 ve daha fazla odalı evlere anket alanında rastlanmazken, Ankara genelinde oranları az da olsa görülmektedir.

Bağlar – Beş Nisan ve Seyrantepe – Aziziye Mahallelerinde de çoğunluğu 3 odalı evler oluştururken Diyarbakır genelinde %48,99 ile 4 odalı evlerin çoğunlukta olduğu görülmektedir. Anket alanında 5 ve daha fazla odalı evlere, Diyarbakır geneline kıyasla hemen hemen hiç rastlanmamaktadır. Ankara ve Diyarbakır karşılaştırıldığında ise benzer sonuçlar görülmektedir. İki kentte de yoğunluk öncelikle 4 ve sonra 3 odalı evlerdedir.

Oda sayısının azlığı konut içindeki kalabalık nedeniyle bulaşıcı hastalıkların çok sık ve ağır bir şekilde yaşanmasına neden olmakta, fiziksel özelliklerine bağlı olarak ev kazası, çeşitli hastalıklar vb. sağlık koşullarını etkileyici risklere sahip olabilmektedir. Bu koşullar sadece fiziksel sağlığı değil, ruhsal sağlığı da oldukça önemli bir şekilde etkilemektedir. Ancak mutlak değerler bizleri şaşırtmamalıdır. Alan çalışması genelinde oda başına 1,9 kişi düşerken, bu değer Ankara'da 1,6; Diyarbakır'da ise 2,2 kişidir. Bu değerlendirmeye göre hem bulaşıcı hastalık hem de ev içi kazalar ve bununla beraber psikolojik

rahatsızlıklar açısından Diyarbakır'daki yoksul haneler daha büyük bir risk altındadır.

*Tablo 7.14. Oda Sayısı*

| | Ankara | Diyarbakır | Toplam |
|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 7 | 8 |
| | ,7% | 4,2% | 2,6% |
| 2 | 33 | 23 | 56 |
| | 22,8% | 13,9% | 18,1% |
| 3 | 87 | 78 | 165 |
| | 60,0% | 47,3% | 53,2% |
| 4 | 24 | 51 | 75 |
| | 16,6% | 30,9% | 24,2% |
| 5 | 0 | 4 | 4 |
| | ,0% | 2,4% | 1,3% |
| 6 | 0 | 1 | 1 |
| | ,0% | ,6% | ,3% |
| 7 | 0 | 1 | 1 |
| | ,0% | ,6% | ,3% |
| TOPLAM | 145 | 165 | 310 |
| | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Konutun oda sayısı ile birlikte hane halkı büyüklüğü de risk analizi yapmak için önemli bir etmen olmaktadır.

Ortalama hane halkı büyüklüğü de yine doğurganlık oranıyla ve nüfus artışıyla bağlantılı açıklamaların yapılabileceği bir veridir, ancak ortalama hane halkı büyüklüğü sadece nüfus ya da doğurganlığa değil, aile yapısının çekirdek ya da geleneksel aile olduğuna da bağlıdır. Ortalama hane halkı büyüklüğüyle ilgili karşılaştırma yapıldığında, Türkiye genelinde ortalama hane halkı büyüklüğü 4.50 olarak tespit edilirken, Ankara genelinde ise bu büyüklük 3.82 gibi daha düşük çıkmaktadır. Ancak yine Ankara içerisinde farklı mahallelerde hane halkı büyüklüğü farklı sonuçlar vermektedir. Buna göre, gelir düzeyi yüksek kesimin oturduğu bu bölgede konumlanan Hilal Sağlık Ocağı'na bağlı mahallelerde Ankara geneline yakın bir büyüklük tespit edilirken, bir gecekondu yerleşimi olan Akşemsettin Mahallesi'nde ise Ankara genel nüfusuna göre hane halkı büyüklüğü daha fazla (5.70) çıkmaktadır. Kent merkezinde olmasına karşın, gecekondu bölgelerinin kırsal kesimin de oranlarının alındığı il geneline göre doğurganlık yönünden oldukça yüksek bir orana sahip olduğu söylenebilir. Yoksulluk ve sağlık konusunun incelendiği alan çalışmasında, Akşemsettin Mahallesi'nde seçilen örneklem ise hane halkı büyüklüğü bakımından Türkiye geneline yakın bir sonuç (4.30) vermektedir.

*Tablo 7.15. Hane Halkı Büyüklüğü*

| | Türkiye Geneli | Ankara Genel N. | D.Bakır Genel N. | Akşemsettin ve Alan Çalışması | D.bakır Alan Çalışması |
|---|---|---|---|---|---|
| **Toplam Hane Sayısı** | 15070093 | 1018371 | 205208 | 148 | 170 |
| **Toplam Hane Halkı Nüfusu** | 67803927 | 3887844 | 1386394 | 637 | 1029 |
| **Ortalama Hane Halkı Büyüklüğü** | 4.50 | 3.82 | 6,76 | 4.30 | 6,05 |

**Kaynak: 1-Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları;*
*2-Ankara ve Diyarbakır 2000 Yılı Nüfus Sayımları (DİE),*
*3-Akşemsettin ve Hilal Sağlık Ocakları 2004 Yılı Çalışma Faaliyet ve Raporları,*
*4-Bağlar, Batıkent ve Seyrantepe 8 Nolu Sağlık Ocaklarının 2004 Yılı Çalışma Faaliyet Raporları*

Diyarbakır'da çocuk ve genç nüfusun büyüklüğünün ve doğurganlık oranının Ankara ve Türkiye ile karşılaştırıldığında oldukça yüksek olması hane halkı büyüklüğünün Diyarbakır alan çalışmasında 6,05; Diyarbakır genelinde 6,76'lık oldukça yüksek çıkmasına neden olmaktadır. Ayrıca genel olarak Diyarbakır kentinin ve özellikle alan çalışmasının yapıldığı mekanların göç almasıyla (özellikle zorunlu göç) ortaya çıkan konut sorunu, ekonomik sorunlar ve aile içi ilişkilerin farklı bir yapıda olması da bu büyüklüğe yol açan gerekçeler olarak gösterilebilir. Aile yapısının farklı olmasını ve hanenin sadece çekirdek aileden oluşmaması, çocukların evlendikten sonra ekonomik sebeplerden dolayı haneden ayrılamaması, çocukların ekonomik özgürlüğe sahip olması durumunda dahi evlenmeden aileden ayrılmaması ve aile içi şirket, v.b. nedenleri temel gerekçeler olarak sayılabilir.

*Tablo7.16. Diyarbakır'da Hane Halkı Büyüklüğü*

| Hane Halkı Büyüklüğü | Sayı | % |
|---|---|---|
| **2** | 1 | 0,6 |
| **3** | 12 | 7,2 |
| **4** | 21 | 12,7 |
| **5** | 30 | 18,1 |
| **6** | **37** | **22,3** |
| **7** | 26 | 15,7 |
| **8** | 14 | 8,4 |
| **9** | 13 | 7,8 |
| **10** | 8 | 4,8 |
| **11+** | 4 | 2,4 |
| **Toplam** | 166 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ankara ve Diyarbakır'da konutların oda sayısı 3'te yoğunlaşmaktadır. Ancak hane halkı büyükleri göz önüne alındığında, Ankara'da 4 kişide yoğunlaşan hane halkı büyüklüğü Diyarbakır'da 6 kişide yoğunlaşmaktadır. Bunun anlamı Diyarbakır'da kişi başına düşen oda sayısının daha düşük olmasıdır. Bu değerlendirmeye göre hem bulaşıcı hastalık hem de ev içi kazalar ve bununla beraber psikolojik rahatsızlıklar açısından Diyarbakır'daki yoksul haneler daha büyük bir risk altındadır.

*Tablo7.17. Ankara'da Hane Halkı Büyüklüğü*

| Hane Halkı Büyüklüğü | Sayı | % |
|---|---|---|
| **2** | 9 | 6,1 |
| **3** | 22 | 14,9 |
| 4 | 62 | 41,9 |
| **5** | 37 | 25,0 |
| **6** | 12 | 8,1 |
| 7 | 3 | 2,0 |
| **8** | 1 | 0,7 |
| **10** | 2 | 1,4 |
| **Toplam** | 148 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Konut konforu da sağlık açısından önemli bir etmen olarak değerlendirilebilir. *Tuvaletin, banyonun durumu, bahçe durumu* sağlık durumuyla doğrudan ilişkili etmenlerdir. Bu etmenleri incelemeden önce konut konfor olanaklarının düzeltilebilirliği konusuna değinilecektir. Konut konfor olanaklarının düzeltilebilirliğini arttıran en önemli etmenlerden biri gelir durumu, diğeri ise bir şekilde gelir durumunu etkileyen konut sahipliliğidir. Konut sahipliliği ayrıca evde yapılacak her türlü düzenleme için sahibine bir özgürlük tanımaktadır. Gecekondu tipi yapılanmalarda genellikle kullanılan yöntem ihtiyaç duyulması halinde konuta bir oda eklenmesiyle sorunun çözülmeye çalışılmasıdır. Çoğunluğu halen bu şekilde yapılanmış olan Akşemsettin Mahallesinde konut sahipliği bu açıdan da önem kazanmaktadır. Ancak daha önce konut sahipliliği başlığı altında ele alındığı üzere, Diyarbakır'da konut konforunun düzeltilebilirliğinin Ankara'ya nazaran daha düşük olduğu söylenebilir.

*Tablo 7.18. Konut Mülkiyet Durumu ve Konut Memnuniyeti*

| Konut Mülkiyet Durumu | Ankara'da Daha Önceki Konuta göre Konut Konforu | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | Daha İyi | Aynı | Daha Kötü | |
| Kira | 13<br>% 68,4<br>% 12,7 | 2<br>% 10,5<br>% 12,5 | 4<br>% 21,1<br>% 33,3 | 19<br>% 100,0<br>% 14,8 |
| Kendine Ait | 69<br>% 82,1<br>% 67,6 | 10<br>% 11,9<br>% 62,5 | 5<br>% 6,0<br>% 41,7 | 84<br>% 100,0<br>% 64,6 |
| Akrabalara Ait | 20<br>% 74,1<br>% 19,6 | 4<br>% 14,8<br>% 25,0 | 3<br>% 11,1<br>% 25,0 | 27<br>% 100,0<br>% 20,8 |
| Toplam | 102<br>% 78,5<br>% 100,0 | 16<br>% 12,3<br>% 100,0 | 12<br>% 9,2<br>% 100 | 130<br>% 100,0<br>% 100,0 |
| Konut Mülkiyet Durumu | Diyarbakır'da Daha Önceki Konuta göre Konut Konforu | | | Toplam |
| | Daha İyi | Aynı | Daha Kötü | |
| Kira | 11<br>% 57,9<br>% 61,1 | 2<br>% 10,5<br>% 50,0 | 6<br>% 31,6<br>% 66,7 | 19<br>% 100,0<br>% 61,3 |
| Kendine Ait | 7<br>% 63,6<br>% 38,9 | 2<br>% 18,2<br>% 50,0 | 2<br>% 18,2<br>% 22,2 | 11<br>% 100,0<br>% 35,5 |
| Akrabalara Ait | | | 1<br>% 100<br>% 11,1 | 1<br>% 100,0<br>% 3,2 |
| Toplam | 18<br>% 58,1<br>% 100,0 | 4<br>% 12,9<br>% 100,0 | 9<br>% 29,9<br>% 100 | 31<br>% 100,0<br>% 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ankara'da eski konutuna göre yeni konutunu daha konforlu bulanların % 67,6'sı ev sahibi, % 12,7'si ise kiracıdır. Genel olarak bakıldığında yeni konutu daha iyi bulma oranı aynı ve ya daha kötü bulma oranından (%78,5) daha yüksektir.

Diyarbakır'da daha önce oturulan konutla karşılaştırıldığında konut memnuniyetsizliğinin Ankara örneklemine göre daha fazla olduğu görülmektedir (%29,9). Ankara'da bu oran % 9,2'dir. Daha kötü diyenlerin de % 66,7'lik bir bölümü kiracıdır. BU durumda Diyarbakır'da da Ankara gibi konut memnuniyetsizliği olanların daha çok kiracı olduğu ancak Diyarbakır'da memnuniyetsizlik oranının daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

*Tablo 7.19. Konut Mülkiyet Durumu ve Konut Memnuniyeti*

| Sınıfsal Konum | Ankara'da Daha Önceki Konuta göre Konut Konforu | | | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| | Daha İyi | Aynı | Daha Kötü | |
| Üretim Araçlarına Sahip | 6<br>% 75,0<br>% 35,9 | 2<br>% 25,0<br>% 12,5 | 0<br>% 0<br>% 0 | 8<br>% 100,0<br>% 6,1 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | 37<br>% 75,5<br>% 35,9 | 8<br>% 16,3<br>% 50,0 | 4<br>% 8,2<br>% 33,3 | 49<br>% 100,0<br>% 37,4 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | 30<br>% 76,9<br>% 29,1 | 0<br>% 0<br>% 0 | 4<br>% 10,3<br>% 33,3 | 39<br>% 100.0<br>% 29,8 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | 6<br>% 75,0<br>% 5,8 | 1<br>% 4,2<br>% 6,3 | 2<br>% 8,3<br>% 18,3 | 8<br>% 100<br>% 6,1 |
| Vasıfsız Düzensiz Çalışan | 21<br>% 87,5<br>% 20,4 | 0<br>% 0<br>% 0 | 0<br>% 0<br>% 0 | 24<br>% 100,0<br>% 18,3 |
| Sürekli İşsiz | 3<br>% 100,0<br>% 2,9 | 0<br>% 0<br>% 0 | 0<br>% 0<br>% 0 | 3<br>% 100,0<br>% 100.0 |
| Toplam | 103<br>% 78,6<br>% 100,0 | 16<br>% 12,2<br>% 100,0 | 12<br>% 9,2<br>% 100 | 131<br>% 100,0<br>% 100,0 |
| **Sınıfsal Konum** | **Diyarbakır'da Daha Önceki Konuta göre Konut Konforu** | | | **Toplam** |
| | Daha İyi | Aynı | Daha Kötü | |
| Üretim Araçlarına Sahip | 1<br>% 50,0<br>% 5,6 | 0<br>% 0<br>% 0 | 1<br>% 50,0<br>% 11,1 | 2<br>% 100,0<br>% 6,5 |
| Vasıflı Düzenli Çalışan | 6<br>% 60,0<br>% 33,3 | 2<br>% 20,0<br>% 50,0 | 2<br>% 20,0<br>% 22,2 | 10<br>% 100,0<br>% 32,3 |
| Vasıfsız Düzenli Çalışan | 2<br>% 40,0<br>% 11,1 | 1<br>% 20,0<br>% 50,0 | 2<br>% 40,0<br>% 22,2 | 5<br>% 100,0<br>% 16,1 |
| Vasıflı Düzensiz Çalışan | 7<br>% 70,0<br>% 38,9 | 1<br>% 10<br>% 25,0 | 2<br>% 20,0<br>% 22,2 | 10<br>% 100<br>% 32,3 |
| Toplam | 18<br>% 58,1<br>% 100,0 | 4<br>% 12,9<br>% 100,0 | 9<br>% 29,9<br>% 100 | 10<br>% 100,0<br>% 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Ankara'da konut konforunu daha iyi bulanlar daha çok düzenli ( vasıflı - % 35,9 ile vasıfsız - % 29,1) çalışanlar olduğu görülmektedir. En azı ise sürekli işsizlerdir. Düzenli çalışanların kendi imkanlarıyla konut konforunu artırdıkları düşünülebilir.

Diyarbakır'da konut konforunu daha iyi bulanların çoğunu % 38,9 ile vasıfsız düzensiz çalışanlar oluşturmaktadır. Bu noktada iki nedene vurgu yapılabilir. Bunlardan ilki, zorunlu göçle gelenlerin çoğunlukta olması ve bu kesimin köylerinden göçerken tüm birikim ve mal varlıklarını kentte oturacakları bir sahibi olmak için harcamaları; ikinci nokta ise, kentte bu şekilde sahip oldukları konutların niteliğinin köyde sahip olduklarına göre daha kaliteli olmasıdır. Ankara ile karşılaştırıldığında, yeni konutun konforunu daha iyi bulan ailelerin daha çok vasıfsız olması, bu grubun daha çok kendine ait ya da akrabalarına ait konutlarda oturmaları olduğu düşünülebilir. Mülkiyet durumu belirginleştikçe de müdahalenin arttığı söylenebilir.

***Tablo 7.20. Konutun Banyo Durumu***

| Yeri | | Türkiye | Ankara | D.bakır | Ankara Alan Ç. | Diyarbakır Alan Ç. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Konutun İçinde | Sayı | 7162796 | 826235 | 88177,0 | 138,0 | 139 |
| | % | 97,5 | 98,2 | 94,4 | 95,2 | 86,9 |
| Konutun Dışında | Sayı | 79576 | 3719,0 | 3416,0 | 2,0 | 15 |
| | % | 1,0 | 0,4 | 3,6 | 1,4 | 9,4 |
| Yok | Sayı | 101351 | 11475,0 | 1717,0 | 5,0 | 6 |
| | % | 1,3 | 1,4 | 1,8 | 3,4 | 3,7 |
| Toplam | Sayı | 7344751 | 841488 | 93351,0 | 145,0 | 160 |
| | % | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

**Kaynak: 1- Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları,*
*2-Ankara, ve Diyarbakır ve Türkiye 2000 Yılı Nüfus Sayımları (DİE)*

Banyo durumu bakımından Ankara ve Diyarbakır kentleri Türkiye ile karşılaştırıldığında, banyonun konutun içinde bulunma oranlarının Türkiye oranına yakın olduğu görülmektedir. Ankara kentinin banyo durumunun Türkiye geneliyle karşılaştırıldığında daha iyi durumda olduğu görülürken, Diyarbakır kentinde banyosu konutun dışında bulunan (%9,4) ve hiç olmayanların (%3,7) oranlarının Türkiye genelinden yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Ankara ile Diyarbakır kentleri kendi aralarında karşılaştırıldığında aradaki farklar açık şekilde görülmektedir. Ankara ili genelinde banyosu olmayan ya da dışarıda olanların oranı % 1,8 iken, Diyarbakır genelinde bu oran % 5,4'te kadar çıkmaktadır. Akşemsettin Mahallesi'nde yapılan anket sonuçlarına göre banyosu olmayan ya da dışarıda olan hanelerin oranı % 4,8'lik oranla Ankara kenti ortalamasından biraz daha yüksek iken, Diyarbakır'daki anket sonuçları DİE verilerinde görülen Diyarbakır genelinden oldukça yüksek çıkmaktadır. Diyarbakır'da yapılan anketler iki ayrı kent bölgesini kapsamaktadır. Buna göre, bir bölge (Bağlar) kentin içinde, merkezinde kalırken, diğer bölge (Seyrantepe-Aziziye Mahallesi) şehir dışında bulunmaktadır. Bu iki alan arasındaki en büyük farklılıkların mekânsal olması beklenmektedir. Şehir dışında olan ve bahçeli, tek katlı, az da olsa tarımsal etkinliğin daha yoğun olduğu hanelerin yer aldığı Seyrantepe'de banyo kullanımı ile ilgili verilere göre, banyosu olmayan ya da dışarıda olan hanelerin toplam anket alanındaki hanelere oranı, % 32,7 gibi

oldukça yüksek bir oranken, apartman sayılarının daha fazla olduğu Bağlar'da bu oran Diyarbakır il geneline yakın bir sonuç (% 4,5) vermektedir. Banyosu olmayan konutlarda bu gereksinim su ısıtılıp, leğende ve evin içinde giderilmektedir.

*Tablo 7.21. Konutun Tuvalet Durumu*

| Yeri | | Türkiye | Ankara | D.bakır ve | Ankara Alan Ç. | D.bakır Alan Ç. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Konutun İçinde | Sayı | 7018894 | 815441,0 | 87646,0 | 143,0 | 126 |
| | % | 95,5% | 96,9% | 93,8% | 98,6% | %78,75 |
| Konutun Dışında | Sayı | 313871 | 25290,0 | 5377,0 | 2,0 | 42 |
| | % | 4,2% | 3,0% | 5,7% | 1,4% | %26,25 |
| Yok | Sayı | 11501 | 738,0 | 305,0 | 0,0 | 2 |
| | % | 0,1% | 0,1% | 0,3% | 0,0% | %1,25 |
| Toplam | Sayı | 7344751 | 841488,0 | 93351,0 | 145,0 | 160 |
| | % | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

**Kaynak: ve 1-Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları,*
*ve 2-Ankara, ve Diyarbakır ve Türkiye ve 2000 Yılı Nüfus Sayımları (DİE)*

Tuvalet kullanımında da banyo kullanımına yakın sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Diyarbakır ve Ankara kentleri Türkiye ile karşılaştırıldığında tuvalet kullanımı bakımından Ankara, Türkiye ile benzer dağılımlar gösterirken, Diyarbakır tuvaletin özellikle dışarıda bulunması bakımından farklılık göstermektedir. Tablo 7.21'de da görüldüğü gibi Diyarbakır'da tuvaletin dışarıda bulunma oranı % 5,7 iken Türkiye geneli oranı % 4,2'dir. Bu durumda Türkiye ortalamasına göre Diyarbakır'da tuvalet durumunun daha kötü olduğu söylenebilir. Ankara ile Akşemsettin Mahallesi arasında tuvaletin içeride ya da dışarıda olması bakımından çok büyük farklılık yoktur. Ancak Diyarbakır'da tuvaleti dışarıda olanların il genelindeki oranı % 6 iken, alan çalışmasında bu oran % 20,1 olmaktadır. Bağlar'da bu oran %8,1 ve Aziziye Mahallesi'nde ise %51'e kadar çıkmaktadır. Yine burada Aziziye Mahallesi'nde konut dışında tuvalet olması, bu mahallenin kent merkezinden uzakta tek katlı yapılardan oluşan bir kent alanında kalmasından dolayıdır.

Özellikle kış aylarında yaşanan konuta ilişkin en önemli sorunlardan biri de ısınma sorunudur. Özellikle yoksul bölgelerde bu durum çok daha ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Konutun fiziksel özelliklerine bağlı olarak yaşanan sorunlar evin ışınmasını etkilemektedir. Ankara'da çalışma alanında kullanılan yakacak türü odun ve kömürde yoğunlaşmaktayken, Diyarbakır'da odun ve tezek daha çok tüketilmektedir.

*Tablo 7.22. Yeterli Isınma Durumu*

| Yeterli Isınma | | Ankara Alan Çalışması | Diyarbakır Alan Çalışması | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Evet | Sayı | 75 | 72 | 147 |
| | % | 51,7% | 43,4% | 47,3% |
| Hayır | % | 70 | 94 | 164 |
| | Sayı | 48,3% | 56,6% | 52,7% |
| Toplam | % | 145 | 166 | 311 |
| | Sayı | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları*

Hanede yaşayanlara evin ısınma durumu ve sorulduğunda, Diyarbakır ile Ankara arasında çok farklı bir sonuç gözlenmemiş olsa da ısınmama nedenlerine bakıldığında ekonomik yetersizliğinin ve yalıtım sorunlarının Diyarbakır'da daha büyük bir sorun yarattığı sonucu görülebilmektedir. Diyarbakır'da yeterince iyi ısınmadığını düşünenlerin oranı % 57,3 iken, bu oran Ankara'da % 42,7'dir. Yeterli ısınamamanın nedenini ekonomik yetersizlik olarak gösterenlerin oranı Ankara'da % 44,7; Diyarbakır'da %55,3'tür. Yalıtım sorunu ise Ankara'da % 23,1 oranında bir ısınma sorunu olarak görülürken, Diyarbakır'da bu oran % 76,9'a çıkmaktadır. Bu bağlamda Diyarbakır'daki ekonomik yetersizliğin yanında konut kalitesinin de Ankara'dakine göre daha büyük riskler içerdiği söylenebilir.

*Tablo 7.23. Yeterli Isınamama Sebebi*

| | | Ankara Alan Çalışması | Diyarbakır Alan Çalışması | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Ekonomik Yetersizlik Nedeniyle Kömür-Odun Alamamak | Sayı | 59 | 73 | 132 |
| | % | 95,2 | 88,0 | 91,0 |
| Evin Yalıtım Sorunları Nedeniyle | Sayı | 3 | 10 | 13 |
| | % | 4,8 | 12,0 | 9,0 |
| Toplam | Sayı | 62 | 83 | 145 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışması*

### *7.3.1.3.Konutun Altyapı Durumu ve Kentsel Altyapı Hizmetlerinin Sunumu*

Kentsel altyapı hizmetlerinin sunumu ve bunlara erişim sağlık durumunu oldukça etkilemektedir. Çalışmanın bu bölümünde alan çalışmasındaki içme suyu bağlantısı, kanalizasyon durumu ve çöp toplama hizmeti DİE Ankara Büyükşehir toplamı, Diyarbakır kent merkezi ve Türkiye verileri bağlamında karşılaştırılacaktır.

*Tablo 7.24. Konutun İçme Suyu Bağlantısı*

| Yeri | | Türkiye | Ankara | D.bakır | Ankara Alan Ç. | D.bakır Alan Ç. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Konutun İçinde | Sayı | 7176767 | 830785,0 | 87317,0 | 143,0 | 162 |
| | % | %97,7 | %98,7 | %93,5 | %97,3 | %97,6 |
| Konutun Dışında | Sayı | 93838 | 5284,0 | 3315,0 | 2,0 | 0 |
| | % | %1,2 | %0,6 | %3,5 | %1,4 | %0,0 |
| Yok | Sayı | 72797 | 5306,0 | 2677,0 | 2,0 | 4 |
| | % | %0,9 | %0,6 | %2,8 | %1,4 | %2,4 |
| Toplam | Sayı | 7344751 | 841488,0 | 93351,0 | 247,1 | 166 |
| | % | %100 | %100 | %100 | %100 | %100 |

**Kaynakça: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, Ankara, ve Diyarbakır ve Türkiye 2000 Yılı Nüfus Sayımları (DİE)*

Kentler içme suyu bağlantısı açısından Türkiye ile karşılaştırıldığında benzer bir durum ortaya çıkmaktadır. Ankara'da içme suyu bağlantısı oranları Türkiye oranlarına ya benzer ya da bu oranlardan daha iyi dağılımlar gösterirken; Diyarbakır kent geneli oranı, hem Türkiye hem Ankara ortalamasının altındadır. Bu durum Diyarbakır'ın içme suyu erişiminde görece daha geride olduğunu göstermektedir. İçme suyu bağlantısına göre Ankara ve Diyarbakır çalışma alanları değerlendirildiğinde, her üç alanda da içme suyu bağlantısının hemen tüm konutlarda gerçekleştirildiği ve oranların Ankara çalışma alanında Türkiye ortalamasını aştığı, Diyarbakır çalışma alanında ise Türkiye ortalamasına yaklaştığı görülmektedir. Seçilen alanların kentsel alanlar olmasının bu sonucu doğurduğu düşünülebilir. Bu anlamda içme suyu altyapısı bakımından en ücra köşede bulunan yerleşim yerlerine kadar bu altyapının ulaştırıldığı hem Diyarbakır hem de Ankara için söylenebilir. Tüm bölgelerde ve düzeylerde içme suyu bağlantısının sağlanma oranı %90'ın üzerindedir.

*Tablo 7.25. Kanalizasyon Durumu*

| | | Türkiye | Ankara | Diyarbakır | Ankara ve Alan Ç. | Diyarbakır Alan Ç. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kanalizasyon Şebekesine Bağlı | Sayı | 5315352 | 344550 | 70197 | 139 | 164 |
| | % | 67,8 | 89,6 | 77,4 | 95,9 | 98,8 |
| Fosseptik (Düzenli Boşaltıl-mıyor) | Sayı | 1989788 | 21515 | 11044 | 6 | 0 |
| | % | 25,3 | 5,5 | 12,1 | 4,1 | ,0 |
| Kanalizasyon Şebekesi Yok | Sayı | 533535 | 18424 | 9379 | 0 | 2 |
| | % | 6,8 | 4,7 | 10,3 | ,0 | 1,2 |
| Toplam | Sayı | 7838675 | 384489 | 90620 | 145 | 166 |
| | % | 100,0 | 100 | 100 | 100,0 | 100,0 |

**Kaynakça: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışmaları, Ankara, ve Diyarbakır ve Türkiye 2000 Yılı Nüfus Sayımları (DİE)*

Ankara ve Diyarbakır kent geneli verileri kanalizasyon durumu açısından Türkiye verileri ile karşılaştırıldığında, iki kent de kanalizasyonun şebekeye bağlı olma oranı Türkiye ortalamasının üstündedir. Ankara (89,6%), Diyarbakır(77,4%)'a göre daha yüksek bir orana sahipken, Diyarbakır'da kanalizasyonun düzenli boşaltılmama (12,1%) ve kanalizasyon şebekesi bulunmama (10,3%) oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca, Diyarbakır'a ait kanalizasyon şebekesi bulunmama oranı Türkiye oranının (6,8%) de üstündedir. Diyarbakır ve alan çalışmasında ise kanalizasyon şebekesine ve bağlı konut oranı Ankara'dakine göre daha yüksek görünmesine karşın, kanalizasyon şebekesi olmayan konutlar da görünmektedir. Ankara alan çalışması verileri ise böyle bir sorunun yaşanmadığını göstermektedir.

*Tablo 7.26. Çöplerin Düzenli Toplanma Durumu*

| | | Ankara Alan Ç. | Diyarbakır Alan Ç. | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Evet | Sayı | 121 | 140 | 261 |
| | % | 83,4 | 84,3 | 83,9 |
| Hayır | Sayı | 24 | 26 | 50 |
| | % | 16,6 | 15,7 | 16,1 |
| Toplam | Sayı | 145 | 166 | 311 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışması*

Daha önce de belirtildiği gibi konutu ve çevresini ilgilendiren kentsel altyapı hizmetlerden birisi de çöplerdir. Ankara'da Akşemsettin Mahallesi'nde ana caddeler boyunca belirlenmiş çeşitli çöp toplama alanları bulunmaktadır ve bu alanlarda biriken çöpler haftada bir kez Mamak Belediyesi tarafından toplanmaktadır. Diyarbakır'da da sokak başlarında biriktirilen çöpler her akşam toplanmaktadır. Çöplerin düzenli toplanıp toplanmadığını gösteren tabloya göre, Akşemsettin Mahallesi'nde yaşayanların % 83,4'tü , Bağlar ve Seyrantepe Mahalleleri'nde yaşayanların da % 84,3'ü çöplerin düzenli olarak toplandığını söylemişlerdir.

Ancak, her iki kentte yapılan alan çalışmasında da yapılan anket görüşmeleri sırasında konutun çevresine ilişkin belirtilen şikayetlerden birinin çevre kirliliği ve çöpler olduğu göz önüne alınırsa, çöp toplama işleminin yetersizliği ortaya çıkmaktadır. Akşemsettin Mahallesi'nde, ana caddeleri dik kesen eğimli araziden dolayı çöp toplama hizmetinin özellikle kış aylarında ana caddelere ulaşamaz hale gelmesi ve yaşayanların bile ana caddelere çöplerini taşımakta zorlanmaları bu sorunun başlıca nedenleridir. Ayrıca, bir hafta boyunca biriken çöpler çevreye dağılarak, mahalle genelinde fiziksel bir kirlilik ve hijyen sorununa yol açmaktadır. Bunun yanı sıra, yerleşime sadece 1-2 km uzaklıkta bulunan Mamak Çöplüğü, gerek yaz aylarında artan sıcaklığa bağlı olarak çevreye rüzgarla yaydığı kokusu, gerekse çöplerden sızan suların vadiye akması ve yer altı sularına karışarak çok daha geniş bir alanı etkisi altında bırakması dolayısıyla, yerleşim için ciddi bir risk oluşturmaktadır. Akşemsettin Mahallesi'nden farklı olarak, sokak başlarından her gün toplanan çöpler,

Diyarbakır'da çok sorun olmamaktadır. Buradaki tek sorun, akşama kadar biriken çöplerin, çocukların büyük oranda oyun alanı haline gelmiş ara sokaklarda bulunuyor olmasıdır. Dolayısıyla, kirlilikten sağlığı en çok etkilenen grup çocuklar olmaktadır.

Konut kullanım kolaylıkları özetlenecek olursa, Ankara ortalamasından biraz daha yüksek bir oranla Akşemsettin Mahallesinde tuvalet konut içinde yer almaktadır. Ancak, banyo durumu konusunda tersi geçerlidir. Banyosu olmayan hanelerin % 3,4 oranında olması dikkat çekmektedir. İçme suyu ve kanalizasyon bağlantısının da büyük oranda sağlanmış olduğu ve Ankara verileriyle uyumlu olduğu görülmektedir. Yine de bu genel oranların Ankara verilerine yakın olması Akşemsettin Mahallesinin kent merkezinde olması sayesinde belli altyapı olanaklardan yararlanabildiğini göstermektedir.

Bağlar ve Seyrantepe Mahalleleri Diyarbakır geneli ile karşılaştırıldığında tuvalet, banyo ve içme suyu bağlantısının dışarıda ve bulunma yüzdelerinin Diyarbakır kent geneline oranla daha fazla olduğu göze çarpmaktadır. Bu konuda Seyrantepe (Aziziye) Mahallelerinin daha da dikkat çekmektedir. Özellikle banyo durumu açısından ele alındığında, banyonun konutta hiç bulunmama yüzdesinin Diyarbakır geneline ait yüzdenin hemen hemen 2 katı olduğu görülmektedir. Bu durum seçilen mahallelerin Diyarbakır geneline göre görece yoksul mahalleler olduğu ve konut kullanım kolaylıkları açısından da yetersiz olduklarıyla ve açıklanabilir. Ankara ve Diyarbakır karşılaştırmasında ise yine tuvalet, banyo ve içme suyu ve bağlantısının dışarıda bulunma yüzdelerinin Diyarbakır'da Ankara'ya oranla neredeyse 3 kat yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum Ankara'nın başkent olması ve ülke kaynaklarından daha fazla oranda pay almasi dolayısıyla Diyarbakır'a kıyasla daha gelişmiş olması ve bunun yanı sıra başta Diyarbakır olmak üzere GAP bölgesi genelinde süregelen altyapı sorunlarının hala yeterince çözülemediği ile açıklanabilir.

### 7.3.2. Konuta İlişkin Özelliklerin Hastalık Etmeni Olarak Değerlendirilmesi

Çalışmanın bu bölümünde konuta ilişkin özellikler sağlıkla ilişkilendirilerek önce hastalık nedeni olarak belirtilen temel nedenler ele alınacak; ardından da konut sorunlarına değinilecektir. Bu irdelemenin ardından da alan çalışmasında tespit edilen hastalıkların görüldüğü konutların, konut koşulları, altyapı durumu ve sorunları gruplandırılmış olan hastalıklar çerçevesinde ele alınacak ve bu şekilde sağlık durumuyla ilişkilendirilecektir.

*Tablo 7.27. Hastalık Nedeni*

| | | Ankara Alan Ç. | Diyarbakır Alan Ç. | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Soğuk | Sayı | 2 | 34 | 36 |
| | % | 1,8 | 13,9 | 10,1 |
| Çevre Şartları (İçme suyu vb.) | Sayı | 0 | 2 | 2 |
| | % | ,0 | ,8 | ,6 |
| Toplam | Sayı | 113 | 245 | 358 |
| | % | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışması*

Diyarbakır'da ve hastalık nedeni olarak soğuk diğer etmenlere göre yüksek bir oranla önemli bir hastalık etmeni olarak görülmektedir (% 13,9). Ankara ile karşılaştırıldığında da soğuğun bir hastalık nedeni olarak ifade edilme oranı Ankara'da % 5,6 iken Diyarbakır'da bu oran % 94,4'te çıkmaktadır. Aynı zamanda kentsel altyapı hizmetleri alt başlığı altında irdelenecek olan ve çevre şartları da Ankara'da bir hastalık etmeni olarak ifade edilmemişken, Diyarbakır'da bunu ifade edenlerin oranı % 0,8'dir.

*Tablo 7.28. Konut Sorunları*

| | | Ankara Alan Ç. | Diyarbakır Alan Ç. | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Nem | Sayı | 18 | 72 | 90 |
| | % | %23,7 | %33,3 | %30,8 |
| Çatı Akması | Sayı | 29 | 32 | 61 |
| | % | %38,2 | %14,5 | %20,8 |
| Bakımsızlık | Sayı | 5 | 33 | 38 |
| | % | %6,6 | %15,1 | %13,0 |
| Güneş+Hava Almaması | Sayı | 10 | 36 | 46 |
| | % | %13,2 | %16,5 | %15,7 |
| Duvar Çatlaması | Sayı | 8 | 12 | 20 |
| | % | %10,5 | %5,4 | %6,8 |
| Evin Rüzgardan Etkilenmesi | Sayı | 2 | 4 | 6 |
| | % | %2,6 | %1,7 | %2,0 |
| Su-Elektrik Olmaması | Sayı | 2 | 1 | 3 |
| | % | %2,6 | %0,4 | %0,9 |
| Zemin Kayması | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | %,0 | %0,4 | %0,2 |
| Böcek | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | %,0 | %0,4 | %0,2 |
| Küçük Olması | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | %,0 | %0,4 | %0,2 |
| Mutfak Olmaması | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | %,0 | %0,4 | %0,2 |
| Mutfağın Dışarıda Olması | Sayı | 2 | 25 | 27 |
| | % | %2,6 | %11,5 | %9,2 |
| Toplam | Sayı | 76 | 214 | 290 |
| | % | %100,0 | %100,0 | %100,0 |

**Kaynak:Ankara- Diyarbakır Alan Çalışması*

Konuta ilişkin diğer sorunlar; nem, çatı akması, bakımsızlık, güneş almaması, duvar çatlaması, rüzgardan etkilenme, su-elektriğin olmaması olarak sıralanabilir. Anket yapılan hanelerde konuta dair sorunlardan en az bir tanesi belirtilmiştir. Ankara ve Diyarbakır'da konut sorunları benzer öncelikte tanımlanmış olsa da tabloda görüldüğü üzere Diyarbakır'daki konut sorunları öncelikli olarak; nem, güneş ve hava almaması, çatı akması ve bakımsızlık olarak sıralanabilir. Ankara'da ise sorun öncelik sıralaması; çatı akması, nem, güneş ve hava almaması, bakımsızlık ve su-elektrik olmaması şeklinde yapılabilir. Burada ilgi çekici nokta konut sorunlarının Diyarbakır'da Ankara'ya göre daha yüksek oranlarda olması ve dolayısıyla Diyarbakır alan çalışmasındaki konut kalitelerinin daha düşük olmasıdır. Anketör gözlemleri değerlendirildiğinde ise Akşemsettin alan çalışmasında görülen en büyük konut sorunu bakımsızlık iken, Diyarbakır'da gözlemlenen sorunlar yine başta bakımsızlık olmak üzere daha çeşitlidir. Özetlemek gerekirse; gerek anketör gözlemlerine, gerekse çalışma alanlarında ikamet edenlerin ifadelerine göre Diyarbakır'da konut sorunları daha fazladır ve bu durum yaşam kalitelerini etkilediği gibi sağlık durumu açısından da risk oluşturmaktadır.

### *7.3.2.1.Ankara- Diyarbakır Alan Çalışmalarının Soğuk Alma Kaynaklı Hastalıklara göre Konut Konforu ve Altyapı Durumu*

İki kente ait alan çalışmalarının soğuk kaynaklı sürekli hastalıklara (akciğer rahatsızlığı, bronşit, grip-soğuk algınlığı, bademcik rahatsızlığı) göre konut konfor durumuna ve altyapı durumlarına bakıldığında, Ankara'da soğuk kaynaklı hastalığı olan hanelerin hepsinde tuvalet ve banyo içerdedir ve hepsinde içme suyu bağlantısı bulunmaktadır. Çöplerin düzenli toplanması ise iki kentte de benzer oranlar gösterdiği için bu tabloların çalışmaya eklenmesine gerek görülmemiştir. Kanalizasyon durumu ise soğuk alma kaynaklı hastalıklarda bir etken olarak görülmediği için çalışmanın bu bölümüne dahil edilmemiştir. Ancak, aşağıdaki tablolardan Diyarbakır'ın tuvalet ve banyo durumu incelendiğinde soğuk alma kaynaklı sürekli hastalıkların görüldüğü ailelerin konutlarında; az da olsa dışarıda, ortak ve hatta banyonun olmadığı durumlar görülmektedir. Bu durum Diyarbakır'da soğuk kaynaklı hastalıkların görüldüğü kişilerin, hastalık nedenlerinden birinin tuvalet ve banyo gereksinimlerini dışarıda karşılamak olduğu düşünülebilir.

*Tablo 7.28. Diyarbakır Alan Çalışması Soğuk Alma Kaynaklı Hastalıklara göre Tuvalet Durumu*

| | Tuvalet Durumu | |
|---|---|---|
| | Sayı | % |
| İçerde | 30 | 81,1 |
| Dışarıda | 6 | 16,2 |
| Ortak | 1 | 2,7 |
| Toplam | 37 | 100,0 |

**Kaynak: Diyarbakır Alan çalışması*

*Tablo 7.29. Diyarbakır Alan Çalışması Soğuk Alma Kaynaklı Hastalıklara göre ve Banyo Durumu*

| | Banyo Durumu | |
|---|---|---|
| | Sayı | % |
| İçerde | 33 | 89,2 |
| Dışarıda | 2 | 5,4 |
| Ortak | 1 | 2,7 |
| Yok | 1 | 2,7 |
| Toplam | 37 | 100,0 |

*Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması

Alan çalışmalarındaki soğuk alma kaynaklı sürekli hastalıklara göre düzenli ve yeterli ısınma durumu karşılaştırılırsa, iki kentte de 'hayır' diyenlerin oranı fazlayken, Ankara'da hasta olup da yeterli ısınmadığını söyleyenlerin %75'i bulması dikkat çekicidir. Ankara'da soğuk kaynaklı hastalık görülmesinin en öncelikli nedeni düzenli ve yeterli ısınmanın olmamasıdır. Diyarbakır'a kıyasla Ankara'nın daha karasal iklime sahip olduğu ve daha soğuk olduğunu göz önüne alınırsa bu durum oldukça olasıdır.

*Tablo 7.30. Soğuk Alma Kaynaklı Sürekli Hastalıklara göre ve Düzenli ve Yeterli Isınma Durumu*

| Düzenli ve Yeterli Isınma Durumu | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Evet | 2 | 25,0 | 17 | 45,9 |
| Hayır | 6 | 75,0 | 20 | 54,1 |
| Toplam | 8 | 100,0 | 37 | 100,0 |

*Kaynak:Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışması

Kentlerin, soğuk kaynaklı sürekli olamayan hastalığı olanlara göre düzenli ve yeterli ısınma durumu karşılaştırıldığında ise, Ankara ve Diyarbakır alan çalışmalarının benzer oranlara sahip olduğu görülmüştür. Ancak, Diyarbakır'da hasta olanların büyük bir bölümü düzenli ısınmadığını belirtmişlerdir.

*Tablo 7.31. Soğuk Alma Kaynaklı Sürekli Olmayan Hastalıklara göre Düzenli ve Yeterli Isınma Durumu*

| Düzenli ve Yeterli Isınma Durumu | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Evet | 28 | 54,8 | 35 | 43,8 |
| Hayır | 23 | 45,1 | 45 | 56,3 |
| Toplam | 52 | 100,0 | 80 | 100,0 |

*Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışması

Bu değerlendirmeler soğuğa bağlı (sürekli olmayan) hastalıklarda da ısınma durumunun daha öncelikli olmak üzere; tuvalet ile banyonun içeride bulunmasının da birer etmen olarak düşünülebileceğini göstermektedir.

### *7.3.2.2. Ankara-Diyarbakır Alan Çalışmalarının Soğuk Alma Kaynaklı Hastalıklara Göre Konut Sorunları*

Kentlerin soğuk alma kaynaklı (sürekli ve sürekli olmayan) hastalıklara göre konut sorunları incelendiğinde, soğuk alma kaynaklı hastalığı bulunup, ankete katılan Ankara'da 3, Diyarbakır'da ise 40 kişi konuta dair sorunlardan en az 1 tanesini belirtmiştir. Buna göre soğuk kaynaklı hastalığı bulunanların Ankara'da öncelikli olarak gördüğü sorunlar nem, çatı akması ve duvar çatlamasıdır. Ancak mutlak değerlerin çok düşük olması nedeniyle bu veriyi yorumlamak sağlıklı olmayabilir. Diyarbakır'da ise %42,5 ile nem öncelikli sorun olarak görülmektedir. Ardından, %22,5 ile güneş ve hava almaması ve %15 ile bakımsızlık gelmektedir. Bu durum Ankara'da soğuk alma kaynaklı hastalıkların en önemli sebebi yetersiz ve düzensiz ısınma iken, Diyarbakır'da en önemli nedenin nem olduğunu göstermektedir.

*Tablo 7.32. Soğuk Alma Kaynaklı Hastalıklara göre Konut Sorunları*

| Konut Sorunu | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Nem | 7 | 18,4 | 51 | 40,2 |
| Çatı Akması | 15 | 39,5 | 14 | 11,0 |
| Bakımsızlık | 6 | 15,8 | 19 | 15,0 |
| Güneş ve Hava Almaması | 5 | 13,2 | 24 | 18,8 |
| Duvar Çatlaması | 3 | 7,9 | 11 | 8,6 |
| Böcek | 0 | 0 | 1 | 0,8 |
| Su – Elektrik Olmaması | 1 | 2,6 | 1 | 0,8 |
| Zemin Kayması | 0 | 0 | 1 | 0,8 |
| Küçük Olması | 0 | 0 | 1 | 0,8 |
| Mutfağın Dışarıda Olması | 0 | 0 | 1 | 0,8 |
| Evin Rüzgardan Etkilenmesi | 1 | 2,6 | 3 | 2,4 |
| Toplam | 38 | 100 | 127 | 100 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışması*

İki kente ait alan çalışmalarının, soğuk kaynaklı hastalığı sürekli olmayanlara göre altyapı durumlarına bakıldığında; kanalizasyon, içme suyu bağlantısı ve çöplerin düzenli toplanması durumları konuyla birebir bağlantılı olmadığı için ve aynı zamanda iki kent içinde benzer dağılımlar gösterdikleri için bu bölüme dahil edilmemiştir.

### *7.3.2.3. Ankara-Diyarbakır Alan Çalışmalarının Bağırsak, İdrar Yolları Kaynaklı Hastalıklara göre Konut Konforu ve Konutun Altyapı Durumu*

Diyarbakır ve Ankara alan çalışmalarının, bağırsak, idrar yolları kaynaklı hastalıklara (hepatit, bağırsak rahatsızlığı, idrar yolları enfeksiyonu, tifo) göre altyapı durumları karşılaştırıldığında, Ankara'da bu rahatsızlıkların görüldüğü tüm hanelerde tuvalet ve banyo içeride bulunduğu gibi, her evde içme suyu

bağlantısı bulunmaktadır ve kanalizasyon şebekeye bağlıdır. Ayrıca, hanelerin hepsi çöplerin düzenli toplanmasına ve konutta yeterli ısınma olup olmadığı sorusuna olumlu yanıt vermiştir.

*Tablo 7.33. Diyarbakır'da Bağırsak, İdrar Yolları Kaynaklı Hastalıklara göre Tuvalet Durumu*

| | Tuvalet Durumu | |
|---|---|---|
| | Sayı | % |
| İçerde | 23 | 71,9 |
| Dışarıda | 8 | 25,0 |
| Ortak | 1 | 3,1 |
| Toplam | 32 | 100,0 |

**Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Ancak, Ankara'da görece daha iyi olan konut konforunun aksine, Diyarbakır'ın konut konforu ve altyapı durumu incelendiğinde tuvaleti ve banyosu dışarıda ve hatta ortak olan konutlar bulunduğu gibi içme suyu bağlantısı bulunmayan konutlar da söz konusudur. Bu koşullar, Diyarbakır'da bağırsak kaynaklı hastalıkların en büyük nedeninin tuvalet ve banyonun dışarıda olması ile doğrudan bağlantılı olmadığını göstermektedir.

*Tablo 7.34. Diyarbakır'da Bağırsak, İdrar Yolları Kaynaklı Hastalıklara göre Banyo Durumu*

| | Banyo Durumu | |
|---|---|---|
| | Sayı | % |
| İçerde | 23 | 71,9 |
| Dışarıda | 6 | 18,8 |
| Ortak | 1 | 3,1 |
| Yok | 2 | 6,2 |
| Toplam | 32 | 100,0 |

**Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

Bağırsak kaynaklı sürekli olmayan hastalıkların görüldüğü konutların düzenli ve yeterli ısınama durumuna bakıldığında Ankara'ya kıyasla Diyarbakır alan çalışmasında düzenli ve yeterli ısınamama durumu %62,5 ile gözle görülür oranda fazladır. Bu durum Diyarbakır'da bağırsak ve idrar yolları kaynaklı sürekli olmayan rahatsızlıkların bir bölümünün yeterli ve düzenli ısınamama kaynaklı olduğunu göstermektedir.

*Tablo 7.35. Ankara ve Diyarbakır'da Bağırsak, İdrar Yolları Kaynaklı Hastalıklara göre Düzenli ve Yeterli Isınma Durumu*

| Düzenli ve Yeterli Isıtma Durumu | Ankara | | Diyarbakır | |
|---|---|---|---|---|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Evet | 1 | 50,0 | 12 | 37,5 |
| Hayır | 1 | 50,0 | 20 | 62,5 |
| Toplam | 2 | 100,0 | 32 | 100,0% |

**Kaynak:Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışması*

Ankara'dan farklı olarak Diyarbakır'da ve çöplerin düzenli toplanmadığını ve düzenli ve yeterli ısınmanın olmadığını belirtenlerin az da olsa bulunması, çöplerin yarattığı kirliliğin ve yeterli ısınamamadan kaynaklanan soğuğun; bağırsak ve idrar yolları rahatsızlıklarına neden olabileceğini göstermektedir.

*Tablo 7.36. Diyarbakır'da Bağırsak, İdrar Yolları Kaynaklı Hastalıklara göre Çöplerin Düzenli Toplanması*

| | Sayı | % |
|---|---|---|
| **Evet** | 20 | 95,2 |
| **Hayır** | 1 | 4,8 |
| **Toplam** | 21 | 100,0 |

**Kaynak: Diyarbakır Alan Çalışması*

### *7.3.2.4. Ankara-Diyarbakır Alan Çalışmalarının Bağırsak, İdrar Yolları Kaynaklı Hastalıklara göre Konut Sorunları*

Kentlerin bağırsak, idrar yolları kaynaklı hastalıklara göre konut sorunlarına bakıldığında Ankara'da konuta bağlı bağırsak sorunu için mutlak değerlerin küçük olması nedeniyle verilerin anlamlı olmadığı görülmektedir. Diyarbakır'da ise anketin yapıldığı 41 hane içinde bağırsak ve idrar yolları kaynaklı hastalıklardan –sürekli ya da sürekli olmayan– ve en az biri görülmektedir. Bağırsak sorununun görüldüğü konutlarda belirtilen sorunların başında %29,3 ile nem, ardından %24,4 ile güneş ve hava almama gelmektedir. Çatı akması, bakımsızlık ve duvar çatlaması gibi sorunların varlığı da belirtilmiştir. Yaşanan konuta ilişkin olarak nem ve güneş, hava almama sorunları bağırsak ve idrar yolları rahatsızlıklarında birebir etken olmamakla birlikte mutfağın dışarıda olması hijyen koşulları nedeniyle Diyarbakır'daki potansiyel nedenler arasında sayılabilir.

*Tablo 7.37. Diyarbakır'da Bağırsak, İdrar Yolları Kaynaklı Hastalıklara Göre Konut Sorunu*

| **Ankara** | **Konut Sorunu** | |
|---|---|---|
| | **Sayı** | **%** |
| **Güneş ve Hava Almaması** | 1 | 50,0 |
| **Cevapsız** | 1 | 50,0 |
| **Toplam** | 2 | 100,0 |
| **Diyarbakır** | **Konut Sorunu** | |
| | **Sayı** | **%** |
| **Nem** | 12 | 29,3 |
| **Çatı Akması** | 5 | 12,2 |
| **Bakımsızlık** | 7 | 17,1 |
| **Güneş ve Hava Almaması** | 10 | 24,4 |
| **Duvar Çatlaması** | 4 | 9,8 |
| **Mutfak Olmaması** | 1 | 2,4 |
| **Mutfağın Dışarıda Olması** | 1 | 2,4 |
| **Evin Rüzgardan Etkilenmesi** | 1 | 2,4 |
| **Toplam** | 41 | 100 |

**Kaynak: Diyarbakır Alan çalışması*

Kentlerin alan çalışmalarına göre, bağırsak ve idrar yolları kaynaklı hastalıkları (ishal, idrar yolları rahatsızlıkları gibi) sürekli olmayan konutların altyapı durumlarına bakıldığında ise, Ankara'da bu rahatsızlıkların görüldüğü konutların hepsinde içme suyu bağlantısı bulunmakta ve kanalizasyon ve şebekeye bağlı bulunmaktadır. Bağırsak ve idrar yolları kaynaklı rahatsızlıkları sürekli olmayanların konut sorunlarına bakıldığında bu rahatsızlıklarla konut sorunları arasında doğrudan bir ilişki olmadığı görülmektedir. Ankara'da görülen tek sorun güneş ve hava almaması iken, Diyarbakır'da yine öncelikli sorun nemdir. Ardından güneş almama ve bakımsızlık sorunları gelmektedir.

### 7.3.3. Fiziksel Çevreye İlişkin Etmenler

Mekânın sahip olduğu çeşitli fiziksel koşullar, hizmetlere erişim konusunda sunduğu kolaylıklar, yaşayanların komşuluk birimi hakkındaki algıları, güvenlik durumu gibi konular sağlığı etkileyen etmenler arasında sayılmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde Ankara Akşemsettin ve Diyarbakır Bağlar, Seyrantepe Mahalle'leri; ikamet edenlerin mahalleye ilişkin olarak yaşadıkları hizmet sorunları, çöp, ulaşım gibi çeşitli altyapı hizmetlerinin sunumu ve sağlık durumunu ilgilendiren çeşitli hizmetlere erişim konuları bakımından karşılaştırılacaktır.

*Tablo 7.38. Mahallede Sürekli Yaşanan Sorun*

| | | Ankara Alan Çalışması | Diyarbakır Alan Çalışması | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Gürültücü-Rahatsız Edici Komşular | Sayı | 13 | 30 | 43 |
| | % | %21,0 | %29,6 | %26,4 |
| Toplanmayan Çöpler-Kirlilik-Pis Koku | Sayı | 15 | 17 | 32 |
| | % | %24,2 | %16,8 | %19,6 |
| Gençler Arasında Çeteleşme-Kavga | Sayı | 11 | 11 | 22 |
| | % | %17,7 | %10,9 | %13,4 |
| Madde (Alkol, Tiner vs.) Kullanımı | Sayı | 11 | 4 | 15 |
| | % | %17,7 | %4 | %9,3 |
| Komşularla Geçimsizlik | Sayı | 3 | 2 | 5 |
| | % | %4,8 | %2 | %3,1 |
| Hava Kirliliği | Sayı | 2 | 1 | 3 |
| | % | %3,2 | %1 | %1,8 |
| Gençler Arasında Sigara Kullanımı | Sayı | 5 | 0 | 5 |
| | % | %8,2 | %,0 | %3,1 |
| Güvenlik Sorunu | Sayı | 1 | 23 | 24 |
| | % | %1,6 | %22,8 | %14,7 |
| Hırsızlık | Sayı | 0 | 6 | 6 |
| | % | %,0 | %5,9 | %3,7 |
| İntihar | Sayı | 1 | 0 | 1 |
| | % | %1,6 | %,0 | %0,6 |
| Güvenlik Sorunu | Sayı | 0 | 3 | 3 |
| | % | %,0 | %3 | %1,8 |
| Hırsızlık | Sayı | 0 | 4 | 4 |
| | % | %,0 | %4 | %2,5 |
| Toplam | Sayı | 62 | 101 | 163 |
| | % | %100,0 | %100,0 | %100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışması*

Tablo-7.38'e bakıldığında, en öncelikli sorun Akşemsettin Mahallesi'nde % 24,2'lik oran ile toplanmayan çöpler ve kirlilik iken; Diyarbakır'da % 29,6'yla gürültücü ve rahatsız edici komşulardır. Bu durum sosyal ilişkilerin gelişmesi yönünde olumsuz bir etki yapmaktadır. Bu değerler Diyarbakır'da komşuluk ilişkilerinin ve görece daha sorunlu olduğunu göstermektedir. Ancak buna karşın hem Ankara hem Diyarbakır alan çalışmalarında yardım için ilk başvurulan kişi olarak akrabalardan sonra komşular ikinci sırada gelmektedir (akraba ve komşular – Ankara, Diyarbakır – sırasıyla ; % 80,5; % 77,9; % 8,8 ve %10,3). Akşemsettin Mahallesi'nde, çöplerin sorun olmasında kuşkusuz en önemli nedenlerden biri mahallenin çok yakınında bulunan Mamak Çöplüğü'dür. Bunun yanı sıra çöplerin haftada bir toplanıyor olması ve eğim dolayısıyla ana caddelere ulaşım sorunu fiziksel çevre açısından olduğu kadar hijyen açısından da insan sağlığını tehdit etmektedir.

*Tablo 7.39. Yardım İçin İlk Başvurulan Kişi*

| | | Ankara Alan Çalışması | Diyarbakır Alan Çalışması | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Akraba | Sayı | 91 | 106 | 197 |
| | % | %80,5 | %77,9 | %79,1 |
| Komşular | Sayı | 10 | 14 | 24 |
| | % | %8,8 | %10,3 | %9,6 |
| Hemşeriler | Sayı | 0 | 2 | 2 |
| | % | %,0 | %1,5 | %,8 |
| Banka Kredisi | Sayı | 2 | 2 | 4 |
| | % | %1,8 | %1,5 | %1,6 |
| Kredi Kartı | Sayı | 1 | 3 | 4 |
| | % | %,9 | %2,2 | %1,6 |
| Çocuklar | Sayı | 1 | 1 | 2 |
| | % | %,9 | %,7 | %,8 |
| Arkadaş | Sayı | 8 | 5 | 13 |
| | % | %7,1 | %3,7 | %5,2 |
| Hiç Kimseden Yardım Almıyor | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | %,0 | %,7 | %,4 |
| Bakkala-Toptancıya Borçlanarak | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | %,0 | %,7 | %,4 |
| Kızılay | Sayı | 0 | 1 | 1 |
| | % | %,0 | %,7 | %,4 |
| Toplam | Sayı | 113 | 136 | 249 |
| | % | %100,0 | %100,0 | %100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan çalışması*

İkinci sorun ise Diyarbakır'da % 22,8 ile güvenlik, Ankara'da %21,0 ile gürültücü ve rahatsız edici komşulardır. Mahalle Güvenliği ile ilgili en önemli konular tablo 7.40'ta görüldüğü üzere % 79,3 ile konutta hırsızlık, % ve 9,1 ile araba hırsızlığı ve % 7,4 ile kapkaçtır.

*Tablo 7.40. Yaşanan Olay*

| | | Ankara Alan Çalışması | Diyarbakır Alan Çalışması | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Konutta Hırsızlık | Sayı | 11 | 96 | 107 |
| | % | %25 | %79,3 | %70,0 |
| Araba Hırsızlığı | Sayı | 25 | 11 | 36 |
| | % | %56,8 | %9,1 | %23,5 |
| Çatışma-Kavga | Sayı | 3 | 3 | 1 |
| | % | %6,8 | %2,5 | %,7 |
| İşyeri Soygunu | Sayı | 5 | 2 | 3 |
| | % | %11,4 | %1,7 | %2,0 |
| Kapkaç | Sayı | 0 | 9 | 6 |
| | % | ,0% | %7,4 | %3,8 |
| Toplam | Sayı | 44 | 121 | 153 |
| | % | %100,0 | %100,0 | %100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışması*

Kuşkusuz Ankara'da da araba hırsızlığı ve ev - iş yeri soygunu görülmektedir, ancak, Diyarbakır'da bu oran oldukça yüksektir. Tablo 7.41'e bakıldığında, mahallede saldırı ve ya soygun olayına "evet" diyenlerin % 68,9'u yine Diyarbakır'da bulunurken, "hayır" diyenlerin % 73,9'u ise Ankara'dadır. Bu durum Diyarbakır'ın Ankara'ya göre eğitim düzeyinin daha düşük olması, işsizlik sürelerinin daha uzun olması, buna karşılık kurumsal yardımların ve köyden vb. yapılan yardımların da daha az oranda olması ile açıklanabilir. Mahalle Güvenliğini etkileyen bu sorunlar, mahallede yaşayanların psikolojik durumlarını olumsuz etkilemekle birlikte, toplumsal bağlılığın oluşmasını da engellemektedir. Ayrıca, insanların en çok karşılaşıp görüştükleri mekânlar olan ara sokaklar hırsız ve kapkaç olayları dolayısıyla Güvenliğini yitirmiş ve sosyal etkileşimi de azaltmıştır. Böylece, mahallede yaşayanların sağlık durumu her açıdan olumsuz etkilenmektedir.

*Tablo 7.41. Mahallede Soygun, Saldırı Olayı*

| | | Ankara Alan Çalışması | Diyarbakır Alan Çalışması | Toplam |
|---|---|---|---|---|
| Evet | Sayı | 36 | 111 | 147 |
| | % | %26,1 | %68,9 | %49,2 |
| Hayır | Sayı | 102 | 50 | 152 |
| | % | %73,9 | %31,1 | %50,8 |
| Toplam | Sayı | 138 | 161 | 299 |
| | % | %100,0 | %100,0 | %100,0 |

**Kaynak: Ankara ve Diyarbakır Alan Çalışması*

Diyarbakır'da üçüncü en önemli sorun Tablo 7.38.'de de görüldüğü gibi çöpler ve kirliliktir. Bu durum Ankara ile karşılaştırıldığında, kirlilik nedeni çok daha farklıdır. Bağlar ve Seyrantepe Mahalleleri'nin zorunlu göçler sonucu gelenlerden oluşan mahalleler olduğu düşünülürse, burada ikamet edenlerin köyden gelmiş olmaları dolayısıyla kente uyum sağlayamamış oldukları sonucuna varılabilir. Bununla beraber daimi olarak yerleşeceklerini

düşünmediklerinden sadece geçici barınaklar yapmışlar yani yeterince özen ve bakım göstermemişleridir. Bağlar ve Seyrantepe Mahalleleri'ndeki kirlilik ve bakımsızlığı bu şekilde açıklamak mümkündür.

Diyarbakır'da dördüncü önemli sorunu gençler arası çeteleşme oluştururken, Ankara'da da üçüncü ve dördüncü önemli sorunlar; bağımlılık yapan madde kullanımı ve gençler arası çeteleşme ve kavgadır. Akşemsettin Mahallesi'nde yapılan araştırmalar mahallede oturanlar arasında alkol kullanımın bulunduğunu, ancak özellikle parklarda görülen madde bağımlısı gençlerin mahalle dışından-özellikle de geceleri- geldiklerini göstermektedir. Bu kişilerin çeşitli kavgalara karışması mahalle Güvenliğini bozmaktadır. Ayrıca her iki kentte de önemli bir sorun olan çeteleşme ve gençler arasındaki çeşitli kavgaların sonucunda yaralanmalar olmakta ve mahallede ikamet edenler üzerinde dolaylı olarak olumsuz psikolojik etkiler yaratmaktadır.

Diğer bir kentsel hizmet olan ulaşım, hem iş-konut ilişkisi açısından, hem de çeşitli kentsel hizmetlere erişim sağlaması açısından oldukça önemlidir. Akşemsettin Mahallesi'nde ulaşım özel halk otobüsleri, diğer otobüsler ve dolmuşlarla sağlanmaktadır. Yerleşim içerisindeki güzergahları birbirine oldukça paralellik gösteren ulaşım hizmetleri, gerek güzergahları gerekse durak sayıları açısından bölge gereksinimlerini karşılayacak düzeydedir. Diyarbakır'da ise ulaşım, büyük oranda dolmuşlar ve az sayıda özel halk otobüsleriyle sağlanmaktadır. Bunun yanı sıra, hemen hemen her yere ulaşım tek araç ile sağlanabilmektedir. Ayrıca, ara sokakların caddeye bağlandığı durumlarda çocukların sokaklarda oyun oynuyor olması kimi zaman hayati risk taşımaktadır. Benzer şekilde Akşemsettin Mahallesi'ni ikiye bölen Doğukent Caddesi yerleşimin ana bağlantısını sağlamaktadır ve muhtar, sağlık ocağı, park alanı gibi sıklıkla kullanılan fonksiyonlara ulaşım amacıyla sıklıkla karşıdan karşıya geçme ve ihtiyacı yaratmaktadır. Ancak genellikle kamyonların kullandığı bu cadde boyunca herhangi bir üst geçit yapılmamıştır. Özellikle de ilkokul öğrencileri için bu durum çok daha ciddi bir risk oluşturmaktadır.

Mekân ve sağlık ilişkisi açısından değerlendirildiğinde, ulaşım hizmetlerinin yakın çevredeki ve yaşayanlar tarafından sıklıkla kullanılan sağlık hizmetlerine kolay erişimi sağlıyor olması oldukça önemlidir. Akşemsettin Mahallesi'nde eşit hizmet alanlarına sahip 3 sağlık evi ve bir sağlık ocağı bulunmaktadır. 1998 yılı sonunda kurulmuş olan sağlık ocağında 2004 yılında toplam 123 kişi hastaneye sevk almıştır. Ancak hastaneye başvuruların çoğu zaman sevk almadan yapıldığı düşünüldüğünde, yerleşimin mahalleli tarafından en çok kullanılan sağlık kurumlarına erişimi sağlamasının sağlık açısından gerekliliği ortaya çıkacaktır. Güzergahları birbirine paralellik gösteren kamu ulaşım araçlarını kullanarak tek araç ile Hacettepe Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi, Numune Hastanesi, Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi gibi önemli sağlık merkezlerine erişilebilmektedir. Diğer sağlık kurumlarına ise Sıhhiye ve ya Ulus'tan ikinci bir araç ile kolayca ulaşılabilmektedir. Bağlar ve Seyrantepe Mahalleleri'nde ise, özellikle sağlık ocakları yürüme mesafesinde olup, Devlet

Hastanesi ve diğer büyük hastanelere tek araç ile kolaylıkla ulaşılabilmektedir. Fakat son 10-15 yıllık büyümeye ve nüfus artışına karşılık, mevcut hastaneler ve sağlık ocakları yetersiz kalmıştır. Hasta sayısının çok yüksek olması, hastaya ayrılacak süreyi oldukça kısaltmış ve hastane önlerinde uzun kuyruklara yol açmıştır. Alan sıkıntısının yanı sıra, personel yetersizliği ve yanlış istihdam politikaları da Diyarbakır'daki sağlık kurumu sorunlarının başka boyutlarıdır.

Sağlık hizmetlerine erişimin yanı sıra park alanları gibi boş zamanı değerlendirmeye yönelik hizmetlerin sunulmasının da sağlık üzerine olumlu etkileri olmaktadır. Bir yerleşimde oluşacak sosyal birlikteliğin en önemli aracı insanların bir araya gelebildiği mekânların varlığıdır. Bu alanlarda bir şekilde karşılaşarak bir araya gelen ve çeşitli sorunları paylaşma fırsatı yakalayan insanlar, daha sonra bu sorunları çözmek için bir araya gelebilecek, bu konuda çeşitli planlar yaparak bunları aktif hale getirme olasılığını arttırabileceklerdir. Akşemsettin Mahallesi'nde 11 sene öncesine kadar oldukça yoğun bir şekilde çeşitli sosyal faaliyetlerin yürütüldüğü etkin bir mekân olan park belediye tarafından gece aydınlatmasının yapılmaması nedeniyle artık akşamları gelen tiner / bali kullanan sokak çocukları yüzünden, sadece basketbol sahası gibi spor alanlarında çocuklara hizmet etmektedir. Diyarbakır'da ise belediyenin sıkça kurduğu parklar, halk tarafından bütünlük içinde aktif mekânlar olarak kullanılmaktadır. Yazın çok daha yoğun olarak kullanılan parklar, akşamları yürüyüş amaçlı, hafta sonları ise piknik amaçlı kullanılabilmektedir. Bağlar ve Seyrantepe Mahalleleri'nde ise bu durum biraz daha kısıtlı yapılmaktadır. Daha çok çay bahçesi olarak kullanılan parklar, genellikle erkekler tarafından kullanılırken, kadınlar birbirine çok yakın olan evlerde, kimi zaman balkonlarda, ara sokaklarda ve kapı önlerinde sosyal ilişkilerini sürdürmektedirler.Ankara ile karşılaştırıldığında, evlerin birbirine çok yakın olması sosyal etkileşim açısından büyük bir üstünlük sağlamaktadır.

### 7.3.4. Sosyal Etmenler

Sağlık riski fiziksel çevre ve mekândaki sosyal ilişkiler çerçevesinde oluşmaktadır. Bu nedenle son zamanlarda tıbbi müdahalenin tek başına yetersiz kaldığı ve kamu sağlığının onu oluşturan diğer toplumsal güçleri hedefleyecek müdahalelerle sağlanması gerektiği düşüncesi yaygınlık kazanmıştır. Komşuluklar da sosyal birer etmen oldukları için, çalışmanın bu bölümünde ve toplumsal ilişkiler, karşılıklı yardım ve güven gibi konuların sağlık durumuna etkileri üzerinde durulmaya çalışılacaktır.

Daha önce de belirtildiği gibi Akşemsettin Mahallesinde yaşayanların çoğunluğu Alevidir. Böyle bir ortak kültüre sahip olunması mahalle sakinlerinin birbirine duyduğu Güveni ve birlikte iş yapma yoğunluklarını etkilemektedir. Nitekim alan çalışması sırasında da Alevilerin daha yoğun olarak ikamet ettikleri alt bölgelerde yaşayanlar arasındaki Güvenin günlük yaşama etkileri izlenebilmiştir. Bu alanlarda konutların kapıları dahi açık bırakılabilirken, diğer alanlarda yaşayanların aşırı içe kapanıklığı onlarla ilişki

kurulabilmesini dahi güçleştirmiştir. Akşemsettin Mahallesi'ne benzer olarak, Bağlar ve Seyrantepe Mahalleleri'ndeki Kürt kimliği ve zorunlu göçle gelmiş olmalarından kaynaklanan kader birliği, bu mahallelerin yaşayanları arasında ciddi güven ve yardımlaşma duyguları sağlamıştır. Birbirlerine son derece bağlı olmalarının yanı sıra, bu grup her konuda birbirlerine destek olmaktan, birlik olarak hareket etmekten kaçınmamaktadır.

Yerel yolların, açık/ortak mekânların kullanımı fiziksel etkinlikleri etkilediğinden dolaylı olarak sosyal etkileşimi de etkilemektedir. Bireylerin birbirleriyle karşılaşma olasılıkları arttıkça etkileşimleri de çoğalacak, bu da yukarıda da anlatıldığı gibi sosyal sermayenin gelişimini etkileyecektir. Akşemsettin Mahallesi'nde, komşuluk içerisinde sağlıkla ilgili yürüyüş vb. etkinlikleri daha yapılabilir kılan, böylece hem sağlık hem de sosyal ilişkiler açısından olumlu etkileri olan parkın giderek azalan bir şekilde mahalle sakinlerinin genellikle yaz aylarında yürüyüş yaptığı, akşamları da tinerci çocukların kullandığı bir mekân haline gelmesi, yerleşim alanı bütününde sosyal faaliyet olanağı yaratacak mekân bırakmamıştır. Dolayısıyla, insanların birliktelikleri engellenmiş olup, birbirlerine giderek daha fazla yabancılaşmalarına neden olunmuştur. Özellikle Alevi yoğunluğu az olan ve farklı memleketlerden gelmiş kişilerin bir arada yaşadıkları alanlarda tanımlayıcı tek etmen hemşerilik olmakta ve kurulan ilişkilerde hep bir *öteki* yaratılmaktadır. Geçmişte sosyal bütünleşme açısından oldukça önemli bir yeri olan park alanı içerisindeki faaliyetlerin de artık yapılmıyor olması, mahallelinin iyice birbirinden uzaklaşmasına neden olmuştur.

Yapılan gözlemler sonucunda, Diyarbakır'da ayrı bir park kültürü bulunduğu görülmüştür. Parklar halkın bütünlük içinde ve sıkça kullandığı, bir araya geldiği en önemli mekânlardır. Özellikle, yaz aylarında akşamları yürüyüş ve dinlenme amaçlı kullanılırken, hafta sonları da piknik amaçlı kullanılmaktadır. Bu yönüyle, sosyal sermayeyi destekleyen önemli bir etmen durumundadır. Bağlar ve Seyrantepe Mahalleleri'nde de parklar bulunmaktadır ama ara sokaklar sosyal etkileşimin en yoğun yaşandığı mekânlardır. Evlerin birbirine çok yakın olmasından kaynaklanan "iç içelik" kadınlar arasında karşılıklı paylaşımları ve dayanışmayı arttırmaktadır. Evler ve kapı önleri kadınların bir araya geldikleri önemli mekânlardır. Erkekler ise daha çok çay bahçelerini ve kahveleri tercih etmektedir.

Park dışında mahallede yaşayan bireyleri bir araya getirecek bir başka mekân da ve burada açılan çeşitli kurslar olmaktadır. Akşemsettin Mahallesi'nde muhtarlık aracılığı ile AB fonlarında yararlanarak el sanatları, bilgisayar kursları gibi açabilmek için İşkur'a başvurular yapılmıştır. Bu fonlardan ancak dernek açılarak yararlanılabileceğinden, bir sonuç elde edilememiştir. Halen mahallede 12 öğrenciye eğitim veren bir dikiş nakış kursu bulunmaktadır ve bu kursun işleyişini Halk Eğitim Merkezi üstlenmekte ve öğrencilerine sertifika vermektedir. Ancak katılımın çok az olması ve kursiyerlerin kurs çıkışlarında birlikte zaman geçirebilecekleri herhangi bir mekânın bulunmayışı nedeniyle toplumsal ilişki düzeyini olumlu etkileyecek önemli bir etkisi

bulunmamaktadır. Diyarbakır'da hane reisleriyle yapılan görüşmelere göre, Bağlar Mahallesi'nde bilinçli mahalle sakinleri tarafından bir dernek kurulmuştur. Bu dernekte, mahalle genelindeki sorunlar tartışılmakta ve çözüm yolları aranmaktadır. Ayrıca, yoksulların isimleri belirlenip, yoksullar başta belediye olmak üzere diğer kurumlara sevk edilmektedir. Yine yapılan görüşmelerde, mahallede herhangi bir dikiş-nakış kursu bulunmadığı fakat gönüllü kurslara talebin çok yüksek olduğu öğrenilmiştir.

Sosyal desteğin varlığı da sağlık durumunu birincil olarak etkileyen etmenlerden biridir. Arkadaşlar, komşular yada akrabalar ile kurulan ilişkiler çerçevesinde sağlanabilmektedir. Bu tarz ilişkilerin mekâna bağımlılığı günümüzün tartışılan kavramları arasında olmasına rağmen, belirli bir komşulukta gelişmesi beklenen sosyal ilişkilerin, sosyal sermayenin varlığı bu tarz ilişkilere bağımlı olmaktadır. Çalışmanın daha önceki bölümlerinde verdiğimiz istatistiki bilgilere göre Akşemsettin ve Bağlar ve Seyrantepe Mahalleleri'nin genelinde yaşanan önemli sorunlardan birisinin komşularla olan geçimsizlik olduğu görülmektedir. Ayrıca, yardım için ilk başvurulan kişinin Ankara'da, (% 80,5) ve Diyarbakır'da (% 77,9) akrabalar olması, komşular ve arkadaşların çok gerilerde kalması sosyal ilişki ağlarının oldukça zayıf olduğunu göstermektedir. Yukarıda da söz edildiği gibi sosyal ilişkiler çerçevesinde mahallelinin birbirlerine duydukları güven ve çalışan destek mekânizmasının varlığı önem kazanmaktadır, ki çoğunluğun Alevi ve Kürt olduğu bu yerleşimlerde, bu kurumlar halen çalışmaktadır. Yine Bağlar Mahallesi'nde hane reisleriyle yapılan görüşmelere göre; arabası olan kişiler saat farkı gözetmeksizin aniden hastalanan komşularını hastaneye götürmekte ve zor durumlarda birbirlerine borç da vermektedirler. Kadınlar ise, gerektiğinde birbirlerinin çocuklarına bakmakta, sahip çıkmakta ve çekinmeden çocuklarını birbirlerine emanet etmektedirler. Tüm bunlar, bu iki mahallenin ayırt edici özellikleri olan etnik kimlikleri dolayısıyla güçlü bir dayanışma, yardımlaşma ve birlik içerisinde olduklarını göstermektedir. Ortak kültürlerden doğan bu etkileşimler sosyal sermayenin bu iki ayrı mahalle içinde gelişmesini sağlamaktadır.

### *7.3.4.1. Sosyal Kaynaklı Sorunlara Göre Görülen Sürekli Hastalıklar ve Son 6 Ay İçinde Geçirilen Rahatsızlıklar*

Çalışmanın bu bölümünde, sosyal çevre kaynaklı sorunlar belirlenmiş ve bu sorunlara göre çalışma alanımızda yaşayan kişilerin sürekli ve son 6 ay içinde geçirdiği rahatsızlıklar incelenmiştir. Sorunlar kapsamında; ve gürültücü komşular, intihar vakaları, güvenlik sorunu, hırsızlık, çeteleşme, komşularla geçimsizlik, madde kullanımı ve fuhuş durumları dikkate alınmıştır. Ankara'da bu sorunlardan en az birini belirtmiş 33 kişiden sürekli psikolojik rahatsızlığı olan 1 kişi ve son 6 ay içinde psikolojik rahatsızlık geçiren 2 kişi bulunmaktadır. Diyarbakır alan çalışmasında ise sosyal kaynaklı sorun belirten 64 kişiden 7'si sürekli psikolojik rahatsızlığa sahiptir.

Bu durum göstermektedir ki Diyarbakır'da çevresel etmenler psikolojik rahatsızlıklar üzerinde daha etkilidir. Bu durum özellikle sürekli psikolojik rahatsızlıklar üzerinde görülmektedir. Çalışmanın bu kısmında eğitim ve ya işsizlik durumuna göre mahallede yaşanan sorunlar incelenmek istenmiştir ancak iki değişkenin algı düzeyleri farklı olduğu için anlamlı sonuçlar elde edilememiştir.

## 7.4. Değerlendirme

Mekân ve sağlık ilişkisi konuta ilişkin etmenler, fiziksel çevre ve hizmetler ve sosyal etmenler olmak üzere 3 temel başlık altında incelenmiş; 4. alt başlıkta ise –konuta ilişkin etmenlerin arkasından– konuta ilişkin sorunların sağlık sorunlarına etkisi irdelenmiştir. Konuta ilişkin etmenler başlığı altında konut sahipliliği ve tapu durumu, konuta ait özellikler ve konut konforu ile konutun altyapı durumu ve kentsel altyapı hizmetlerinin sunumu ele alınmıştır.

Konut sahipliliği ve tapu durumu sağlık durumunu doğrudan etkileyen bir etmen olmamasına karşın, beslenme, sağlık, eğitim vb. gereksinimler için ayrılacak ekonomik kaynakları ve payı etkilediğinden sağlık ile ilgili yapılan çözümlemelerde bir ölçüt olarak kullanılmaktadır. Bu açıdan konut sahipliliği iki noktada önem taşımaktadır. Bunlardan ilki sağlığa ve onun iyileştirilmesine ayrılacak payı dolaylı olarak etkilemesi; diğeri ise sağlığın olumlu yönde geliştirilmesi için konutun iyileştirilmesi potansiyelini etkilemesidir. Bu anlamda ev sahibi olanların oranları değerlendirildiğinde Diyarbakır'da bu oranın görece düşük olduğu görülmüştür. Kiracıların oranının da kent geneli verilerinde benzerlik gösterse de alan çalışması verilerinde Diyarbakır aleyhine farklılaştığı görülmüştür. Ancak yoksulluk ile konut sahipliliği arasındaki ilişkinin Ankara'da Diyarbakır'dakine göre daha derin olduğu da fark edilmiştir. Tapu durumu değerlendirildiğinde Diyarbakır'da tapu sahibi olmayan konut sahiplerinin oranının daha yüksek olmasının nedenleri Seyrantepe'nin yeni gelişme alanı olması ve Bağlar Mahallesinde kaçak apartmanlaşmanın görülmesi olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık koşullarını etkilediği düşünülen konuta ait etmenler oda sayısı ve konutun kalabalıklığı ve konut konforu (tuvalet, banyo, ısınma durumu) olarak değerlendirilmiştir. Konutun oda sayısı/hane halkı değerlendirildiğinde, odabaşına düşen hane halkı sayısı hem bulaşıcı hastalık hem de ev içi kazalar ve bununla beraber psikolojik rahatsızlıklar açısından Diyarbakır'daki yoksul haneler daha büyük bir risk altındadır. Banyo ve tuvalet durumları değerlendirildiğinde kent geneli oranlarının Türkiye değerlerine yaklaştığını, ancak alan çalışması verileri karşılaştırıldığında Diyarbakır'daki durumun daha olumsuz olduğu, özellikle kent dışında kırsal bir gecekondu yerleşme alanı olan Aziziye Mahallesi'nde tuvalet /ya banyonun dışarıda olma oranlarının görece yüksek olduğu görülmektedir. Konut koşulları değerlendirilirken bir diğer önemli etmen ise ısınma durumudur. Ankara'da çalışma alanında kullanılan malzeme odun ve kömürde yoğunlaşmaktayken, Diyarbakır'da odun ve tezek daha çok tüketilmektedir. Ankara ve Diyarbakır yeterli ısınma beyanı açısından

karşılaştırıldığında birbirine yakın oranlar saptanmış olsa da Diyarbakır'da özellikle ekonomik yetersizlik ve yalıtım sorunları nedeniyle daha derin bir ısınma sorunu olduğu saptanmıştır. Konut konforuna ve kalitesine ilişkin yapılan değerlendirme sonucunda Diyarbakır'daki konutların sağlık açısından daha ciddi riskler taşıdığı söylenebilir.

Konuta ilişkin etmenler içinde üçüncü alt başlık olarak incelenen konutun altyapı durumu ve altyapı hizmetlerinin sunumu içme suyu bağlantısı, kanalizasyon durumu ve çöp toplama hizmeti DİE Ankara Büyükşehir toplamı, Diyarbakır kent merkezi ve Türkiye verileri bağlamında karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. İçme suyu bağlantısına göre Ankara ve Diyarbakır çalışma alanları değerlendirildiğinde, her üç alanda da içme suyu bağlantısının hemen tüm konutlarda gerçekleştirildiği ve oranların Ankara çalışma alanında Türkiye ortalamasını aştığı, Diyarbakır çalışma alanında ise Türkiye ortalamasına yaklaştığı görülmektedir. Bu anlamda içme suyu altyapısı bakımından alan çalışması yapılan yerlerde içme suyu altyapısına ilişkin ciddi bir sorunun olmadığı sonucu çıkarılabilir. Kanalizasyon durumu açısından Ankara ve Diyarbakır kent geneli verileri değerlendirildiğinde, iki kentte de kanalizasyonun şebekeye bağlı olma oranı Türkiye ortalamasının üstünde olduğu görülmüştür. Diyarbakır alan çalışmasında kanalizasyona bağlı konutların Ankara çalışma alanına göre daha yüksek oranda olduğu ancak aynı zamanda kanalizasyona bağlı olmayan konutlarından da bulunduğu görülmüştür. Ankara'da kanalizasyonu olmayan konut olmazken, fosseptiği olan konutların bulunduğu görülmüştür. Alan çalışması verilerinin hem il geneli hem de Türkiye verilerinden daha yüksek olduğu saptandığından, kanalizasyon bakımından da ciddi bir sorunun olmadığı sonucu çıkarılabilir. Konutu ve çevresini ilgilendiren kentsel altyapı hizmetlerden biri olan çöpler de son olarak bu başlık altında ele alınmıştır. Alan çalışması sırasında yapılan anketlerde çöpün düzenli toplandığını beyan edenlerin oranı yüksek olmasına karşın, konutun çevresine ilişkin belirtilen şikâyetlerden birinin çevre kirliliği ve çöpler olduğu da dile getirilmiştir. Yapılan karşılaştırmada çöpün düzenli toplanmamasının Ankara'da daha derin bir sorun olduğu sonucuna varılmıştır. Akşemsettin Mahallesi'nde, ana caddeleri dik kesen eğimli araziden dolayı çöp toplama hizmetinin özellikle kış aylarında ana caddelere ulaşamaz hale gelmesi ve yaşayanların bile ana caddelere çöplerini taşımakta zorlanmaları bu sorunun başlıca sebepleridir. Ayrıca, bir hafta boyunca biriken çöpler çevreye dağılarak, mahalle genelinde fiziksel bir kirlilik ve hijyen sorununa yol açmaktadır. Bunun yanı sıra, yerleşime sadece 1-2 km uzaklıkta bulunan Mamak Çöplüğü, gerek yaz aylarında artan sıcaklığa bağlı olarak çevreye rüzgarla yaydığı kokusu, gerekse çöplerden sızan suların vadiye akması ve yer altı sularına karışarak çok daha geniş bir alanı etkisi altında bırakması dolayısıyla, yerleşim için ciddi bir risk oluşturmaktadır. Akşemsettin Mahallesi'nden farklı olarak, sokak başlarından her gün toplanan çöpler, Diyarbakır'da çok sorun olmamaktadır.

Konut sorunları açısından iki kentin toplamı değerlendirildiğinde ilk dört sorunun sırasıyla nem, çatı akması, güneş /ya hava almaması ve bakımsızlık olduğu görülmüştür. Bu sorunların Diyarbakır'da daha yoğun biçimde dile getirilmiş olması, konut kalitesinin daha düşük olduğu ve ekonomik yetersizlik nedeniyle konut koşullarının iyileştirilemediği düşünülebilir. Bu durum yaşam kalitesini etkilediği gibi sağlık durumu açısından da risk oluşturmaktadır. Bu riskin Diyarbakır'da daha büyük olduğu sonucu çıkarılmıştır.

Ankara'da soğuk kaynaklı hastalığı olan hanelerin hepsinde tuvalet ve banyo içerdedir ve hepsinde içme suyu bağlantısı bulunmaktadır. Ancak, Diyarbakır'ın tuvalet ve banyo durumu incelendiğinde soğuk alma kaynaklı sürekli hastalıkların görüldüğü ailelerin konutlarında; az da olsa dışarıda, ortak ve hatta banyonun olmadığı durumlar saptanmıştır. Bu durum Diyarbakır'da soğuk kaynaklı hastalıkların görüldüğü kişilerin, hastalık nedenlerinin tuvalet ve banyo gereksinimlerini dışarıda karşılamak olması ile açıklanabilir. Ankara'da soğuk kaynaklı hastalık görülmesinin en öncelikli nedeni düzenli ve yeterli ısınmanın yetersizliği olarak saptanmıştır. Diyarbakır'da ise en önemli neden nemdir. Diyarbakır'da bağırsak ve idrar yolları kaynaklı sürekli olmayan rahatsızlıkların bir bölümü yeterli ve düzenli ısıtmama kaynaklıdır.

Bu çerçeve de konuta ilişkin etmenler değerlendirildiğinde Türkiye, Ankara ve Diyarbakır kent verileri ile alan çalışması verileri karşılaştırıldığında –özellikle alan çalışmaları dikkate alındığında– ve Diyarbakır'da öne çıkan sorunun konut sahipliliğinin düşük olması ve düşük kaliteli konutlarda iskan etme zorunluluğu; Ankara'da ise öne çıkan sorunun düşük kalitede ve çevrede iskân edilen konutlarda oturma zorunluluğu olduğu görülmektedir. Diyarbakır'daki durumun temelinde "*zorunlu göç*" ve "*gecekondulaşma*" ve "*kaçak apartmanlaşma*" [29] –zorunlu göçle gelen nüfusun kaçak yapılaşmış apartmanlarda oturması – ucuz ve kaliteli konut sunumunun gerçekleştirilmemesi olduğu söylenebilir. Ankara alan çalışmasının yapıldığı mahallede ise bir gecekondu mahallesi olması nedeniyle düşük kalitede bir çevre ve yaşama alanı oluşmuştur. Diyarbakır'da ucuz ve kaliteli konut sunumu yapılmasına dair politikaların üzerine gidilmesi gerekirken; Ankara'da dönüşüm ve iyileştirme politikalarına ağırlık verilmesi önerilebilir.

Çevresel etmenler değerlendirildiğinde, yaşanan en öncelikli sorunlardan ilki Akşemsettin Mahallesi'nde çöplerin toplanmaması ve kirlilik; Diyarbakır'da de gürültücü ve rahatsız edici komşulardır. Bu durum sosyal ilişkilerin gelişmesi yönünde olumsuz bir etki yapmaktadır. Ancak buna karşın her iki mahallede de bir sorunla karşılaşıldığında başvurulan ilk kişinin akrabalardan sonra komşular olduğu dikkat çekmektedir. Ankara'daki sorunun ise temel nedenlerinden biri yakındaki Mamak Çöplüğüdür.Çevresel etmenler

[29] Zorunlu göçle gelen kesimin konut gereksinimini karşılamak için gerekli konut sunumunun gerçekleştirilmemiş olması sonucu Diyarbakır'da gecekondulaşma ile birlikte kaçak apartmanlaşma süreci de yaşanmaktadır (Ersoy ve Şengül, 2001). Bağlar'da bu kaçak apartmanlaşma süreci gözlenmektedir.

konusunda ikinci en büyük sorun ise Diyarbakır'da güvenlik sorunu; Ankara'da gürültücü ve rahatsız edici komşulardır. Diyarbakır'da görülen en öncelikli güvenlik sorunları konutta hırsızlık, araba hırsızlığı ve kapkaçtır. Ankara'da ise güvenlik sorunları araba ve işyeri hırsızlığında yoğunlaşmakta; konutta hırsızlıkla da görülmektedir.

Mahallede saldırı ve ya soygun olayının görülme ve algılanma sıklığı Diyarbakır'da Ankara'ya göre daha yüksektir. Bu durum Diyarbakır'ın Ankara'ya göre eğitim düzeyinin daha düşük olması, işsizlik sürelerinin daha uzun olması, buna karşılık kurumsal yardımların ve köyden vb. yapılan yardımların da daha az oranda olması ile açıklanabilir. Mahalle Güvenliğini etkileyen bu sorunların, mahallede yaşayanların psikolojik durumlarını olumsuz etkilemekle birlikte, toplumsal bağlılığın oluşmasını da engellediği düşünülebilir. Ayrıca, insanların en çok karşılaşıp görüştükleri mekânlar olan ara sokakların hırsız ve kapkaç olayları dolayısıyla Güvenliğini yitirmiş olması ve sosyal etkileşimin azaltmış olması da yapılan değerlendirmeler arasındadır. Bu durumun mahallede yaşayanların sağlık durumunu her açıdan olumsuz etkilediği söylenebilir.

Her iki kentte yapılan alan çalışmalarında da sağlık birimlerine ulaşım hizmetine ilişkin belirli bir sorun saptanmazken, yayaların – özellikle çocukların – ve Güvenliği konusunda risk olduğu saptanmıştır. 3 sağlık evi ve bir sağlık ocağı bulunan Akşemsettin Mahallesi'nden sağlık kurumlarına erişim kolayca gerçekleştirilebilmektedir. Bağlar ve Seyrantepe Mahalleleri'nde ise, özellikle sağlık ocakları yürüme mesafesinde olup, Devlet Hastanesi ve diğer büyük hastanelere tek araç ile kolaylıkla ulaşılabilmektedir. Ancak nüfus artışını karşılayacak derecede hastane ve sağlık ocağı olduğunu söylemek güçtür. Hasta sayısının çok yüksek olması, hastaya ayrılacak süreyi oldukça kısaltmış ve hastane önlerinde uzun kuyruklara yol açmıştır. Alan sıkıntısının yanı sıra, personel yetersizliği ve yanlış istihdam politikaları da Diyarbakır'daki sağlık kurumu sorunlarının başka boyutlarıdır. Bu durum en belirgin olarak 500.000 kişiye 11 sağlık ocağının düştüğü Bağlar Mahallesi'nde yaşanmaktadır.

Konut koşulları ve çevresel etmenlerin yanında sosyal etmenler de sağlık durumunu etkilemektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin yanı sıra park alanları gibi boş zamanı değerlendirmeye yönelik hizmetlerin sunulmasının da sağlık üzerine olumlu etkileri olmaktadır. Akşemsettin Mahallesi'nde 11 sene öncesine kadar oldukça yoğun bir şekilde çeşitli sosyal faaliyetlerin yürütüldüğü bir mekân olan park belediye tarafından gece aydınlatmasının yapılmaması nedeniyle akşamları gelen tiner / bali kullanan sokak çocukları yüzünden Güvenli bir gezinme ve toplanma mekânı olmaktan çıkmıştır. Diyarbakır'da ise belediyenin sıkça kurduğu parklar, halk tarafından etkin mekânlar olarak kullanılmaktadır. Yazın çok daha yoğun olarak kullanılan parklar, akşamları yürüyüş amaçlı, hafta sonları ise piknik amaçlı kullanılabilmektedir. Bağlar ve Seyrantepe Mahalleleri'nde daha kısıtlı olan bu park kullanımında, daha çok çay bahçesi olarak ve genellikle erkekler

tarafından kullanıldığı, kadınların birbirine çok yakın olan evlerde, kimi zaman balkonlarda, ara sokaklarda ve kapı önlerinde sosyal ilişkilerini sürdürmekte oldukları görülmüştür. Ankara ile karşılaştırıldığında, Diyarbakır'da evlerin birbirine çok yakın olması, sosyal etkileşim açısından büyük bir üstünlük sağladığı da düşünülmüştür.

## 8. SONUÇ ve POLİTİKA ÖNERİLERİ

Bu çalışmanın temel amacı, yoksulluk ile sağlık arasındaki ilişkinin ortaya konulması ve sağlık alanında ortaya çıkan eşitsizlikler konusunda Ankara ve Diyarbakır kentlerinin yoksul alanlarından seçilen örneklemler üzerinde yürütülen alan çalışmaları doğrultusunda belirli ipuçları ve sonuçlar elde etmek ve bu bulgular ışığında bazı politika önerileri geliştirmek olarak özetlenebilir. Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikleri etkileyen ve şekillendiren etmenlerin ortaya konulmasında, alan çalışmalarının yanı sıra, hem kentler arasında hem de kentlerin kendi içinde temel sosyo-ekonomik göstergeler (gelir düzeyi, iş ve meslek durumu, eğitim düzeyi vb.) çerçevesinde karşılaştırmalı bir değerlendirmeden de yararlanılmıştır. Böyle bir yöntemsel yaklaşım öncelikle, ele alınan sorunun çok boyutlu ve farklı ölçekleri kapsayan bir içeriğe sahip olduğunun kabul edilmesi nedeniyle gereklidir. İkinci olarak ise, gerek yoksulluk ve gerekse de sağlık eşitsizliklerinin göreli kavramlar olmaları, bir başka deyişle, farklı toplumsal grupların birbirlerine göre tanımlanan konumlarını gösteren bir özelliğe sahip olmaları sözü edilen karşılaştırmalı yaklaşımını gerekli kılmaktadır.

Bu yöntemsel yaklaşım çerçevesinde yazın taraması, alan araştırması ve kurumlardan alınan tüm veriler dört ana başlık altında incelenerek kent yoksullarının karşı karşıya kaldığı sağlık sorunları ortaya konulmaya çalışılmıştır. Söz konusu dört başlık hem yoksulluk hem de sağlık konusunun ilişkili olduğu ve bu iki konunun kesişiminde öne çıkan "sosyal sınıf", "kadın", "çocuk ve genç" ve "mekan" konuları ana başlıklar olarak belirlenmiştir. Yoksul toplum kesimlerinde görülen sağlık sorunlarının sınıf bağlamında ele alınması temel olarak hastalıklara yakalanma riski ve tedavi için sağlık hizmetlerine erişim düzeyi konusunda sosyo-ekonomik etmenlerin belirleyici olması açısından önemlidir. Kadınlar gerek doğum yapma durumlarından, gerekse de toplumsal rollerinden kaynaklanan nedenlerle, erkeklere göre farklı sağlık sorunları ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda farklı koşullarla karşı karşıya kaldıklarından ayrı bir başlık altında incelenmeleri gerekmektedir. Çocuk ve gençlerin de kadınlarınkine benzer nedenlerle farklı bir kategori olarak ele alınmalarının yararlı olacağını düşündük. Gerek yoksulluğu, gerekse de sağlık sorunlarını, hem etkileyen hem de bu sorunlardan etkilenen fiziksel ve sosyal çevre boyutu ise, "mekan" başlığı altında değerlendirilmiştir. Bu ana başlıklar altında incelenen verilerin değerlendirilmesi sonucunda ortaya konulan sorunların çözümü konusunda geliştirilen politika önerileri bu bölümde sunulacaktır.

Sağlık sorunlarının kişilerin sosyo-ekonomik konumlarının önemine dikkat çeken sınıf çerçevesinden ele alınması, bu sorunlara tek başına kent ölçeğinde çözüm bulmanın mümkün olmadığını ortaya koymaktadır. Öncelikle, sınıfsal farklılaşmayı ve bu yönde toplumda artan kutuplaşmayı ortadan kaldıracak şekilde gelir adaletsizliğinin giderilmesi ve üst ölçekteki sağlık politikalarının halkın yararına düzeltilmesi; yani sağlık sisteminin tüm bireylere eşit ve kaliteli sunulacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir.

Görgül veriler sonucunda ortaya çıkan üç önemli saptamadan birincisi, düzensiz işlerde çalışan vasıfsız hane reislerinin oluşturduğu sosyal sınıfın, sağlık konusunda en olumsuz koşullarda yaşayan bireyleri içermesidir. İkinci genel saptama, her iki kentin de yoksul mahallelerinde araştırma yapılmış olmasına karşın, genel olarak Diyarbakır'daki deneklerin Ankara'dakilerle karşılaştırıldığında nitelik açısından daha düşük sınıfsal konumlara sahip olmasıdır. Üçüncü saptama ise, hanelerin sınıfsal konumları ile sağlık sorunları arasında doğrusal bir ilişkinin varlığına ek olarak, tüm birey ve hanelerin yaşadığı fiziksel çevrenin de bu sorunlar üzerindeki önemli bir etkisi olduğudur. Özellikle düşük gelirli toplum kesimlerin içinde yaşadığı fiziksel çevrenin olumsuz koşulları, sağlık sorunlarını daha da artmasına yol açmaktadır. Bu nedenle; üretilecek politika önerileri vasıfsız işgücüne ve düzensiz çalışmaya çözüm getirecek ve kente özgü faktörleri de göz önünde bulundurarak, sınıfsal olumsuzluğun mekânsal etkileri olan fiziksel sorunların çözümüne yönelik düzenlemeler getirecek şekilde yapılmalıdır.

Ankara ve Diyarbakır alan çalışmalarının ortaya koyduğu önemli iki sonuç, vasıflı işlerde çalışanların oranının çarpıcı şekilde düşük olduğu ve sağlık göstergeleri açısından bakıldığında vasıfsız işlerde çalışan hane reisleri ve hane üyelerinin, vasıflı işlerde çalışanlara göre daha olumsuz konumda oldukları yönündedir. Çalışan bireylerin meslek edinmeleri ve vasıflı işgücü haline gelmeleri için yerel yönetimler düzeyinde çeşitli önlemler alınmalıdır. Halen bazı belediyelerin halk eğitim merkezleri aracılığıyla gerçekleştirdiği meslek edindirme kursları buna örnek olarak gösterilebilir. Ancak, bu kurslarda verilecek eğitimin içeriği ve niteliği vasıflı işgücü eksikliği duyan sektörlerin örgütleri ile birlikte düşünülmelidir. İşyerleriyle kurs bitiminde vasıflı hale gelecek olan bireyleri istihdam etmeleri konusunda yapılacak bir anlaşma kursların başarısını arttıracaktır. Özellikle, yoksul alanlardaki işgücünün eğitim olanaklarına erişiminin kolaylaştırılması ve teşvik edilmesi de önem taşımaktadır. Bu kurslarda verilecek eğitim özellikle kadınların işgücü piyasasına girmelerine katkıda bulunmalıdır. Dikiş nakış v.b. kurs eğitimlerinin kadınları evlerine daha da bağlayıcı olumsuz yönlerinin de kurs programları hazırlanırken gözetilmesi gereklidir.

Yapılan alan çalışmalarında sağlık göstergeleri açısından düzensiz işlerde çalışanlar aleyhine önemli bir farklılığın ortaya çıkmış olması, yerel yönetimler açısından en önemli hedeflerden birinin düzensiz işlerde çalışan kesimin düzenli işlerde çalışmalarını olanaklı kılacak düzenlemeler yapılması olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, neo-liberal politikalar çerçevesinde tüm dünyayı sarmakta olan eğilim bu hedefin tam tersine öneriler öne sürmektedir. Çalışan kesim açısından tüm olumsuz yanlarına karşın işgücü piyasasında egemen kılınmaya çalışılan anlayış, esnek çalışma biçimlerinin yaygınlaştırılmasıdır. Bu ideolojinin yaşama geçirilmesiyle çalışanlar geçici işçiye dönüştürülmekte ve düzensiz çalışma temel çalışma biçimi haline getirilmektedir. Ankara'da seçilen örneklemde düzensiz işlerde çalışanlar büyük oranda işveren tarafından çağrıldığında ya da kendisi iş bulduğunda çalışan kişilerden, Diyarbakır'da ise büyük ölçüde mevsimlik işçilerden oluşmaktadır. Her iki durumda da hane

gelirinin belirsizliği ve düzensizliği korunma ve tedavi hizmetlerinden faydalanma konusunda ciddi sorunlar yaratmaktadır. İçinde bulunduğumuz dönemde esnek çalışma koşullarını yücelten söylemle sağlık güvencesine sahip olmanın en önemli belirleyicisi olan sosyal güvenlik sahipliği de darbe yemektedir. Her iki ilde de hiçbir sosyal güvenliğe sahip olmayanların oranı oldukça yüksektir, ancak bu oran geleneksel işçiliğin daha yaygın olduğu Ankara örnekleminde Diyarbakır'la karşılaştırıldığında daha düşüktür. Dolayısıyla sosyal güvenlik olanaklarını olumsuz yönde etkileyen esnek çalışmanın yarışabilirliği arttırdığı söylemine, gerek belediyeler, gerekse merkezi yönetim temkinli yaklaşmalı bu politikaların uzun dönemde çok daha büyük toplumsal maliyeti olduğu göz ardı edilmemelidir.

Yapılan anketlerde ulaşılan önemli bir sonuç da, sağlık sorunlarının kişiler tarafından dikkat çekici bir oranda görmezden gelindiğidir. Bu durumun önemli bir nedeni gelir düzeyinin yetersizliğidir. Bu nedenle, temel koruyucu sağlık hizmetlerinden tüm vatandaşların daha etkin biçimde ücretsiz olarak yararlanabilmesi yüksek tedavi ücretleri gerektiren daha ciddi sağlık sorunlarını önlemek bakımından önemlidir. Dolayısıyla, kentlerin özellikle düşük gelir gruplarının yaşadığı bölgelerde koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik bir çeşit pozitif ayrımcılık yapılması düşünülmelidir. Sağlık hizmetlerine ulaşım olanaklarının arttırılabilmesi amacıyla öncelikle sağlık ocağı sisteminin geliştirilmesi gerekecektir. Devlet hastanelerine yığılmayı engellemek amacıyla sağlık ocaklarında daha fazla uzman doktor ve yeterliliğe sahip sağlık personeli görevlendirilmeli ve donanım açısından güçlendirilmelidir. Bu koşulların yerine getirilmesi durumunda bireylerin bir hastaneye sevk gerektirmeyen rahatsızlıkları ve hastalıklarının kontrolü için sağlık ocaklarından yararlanma istemleri artacaktır. Ayrıca, aşı ve doğum kontrolü konusunda bilgilendirme hizmetlerini yerine getirecek gezici sağlık hizmetlerinin arttırılması da anılan amaç konusunda devreye sokulabilecek uygulamalardandır. Bunun sağlık ocaklarının yükünü azaltmak açısından da yararı olacaktır.

Sağlık hizmetlerine erişim konusunda alan çalışmasında ortaya çıkan önemli bir bulgu yeşil kart kullanımının yaygınlığına ilişkindir. Diyarbakır'da anket uygulanan alanlarda üretim araçlarına sahip sınıf dâhil tüm sınıflarda yeşil kart sahipliğinin yüksek olduğunu görülmektedir. Ankara'da ise, yoksul haneler içinde en dezavantajlı kesimleri oluşturan işsizlerle vasıfsız-düzensiz işlerde çalışanlar arasında sosyal güvenceden yoksun kişilerin sayısı dikkat çekici düzeyde yüksektir. Dolayısıyla, yeşil kart sisteminin gözden geçirilip daha etkin şekilde uygulanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Daha önce de belirtildiği gibi, anket uygulanan alanlarda yaşayan halkın sağlık hizmetleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı, özellikle gelir düzeyi ve bilinçlilik durumuna koşut olarak sağlık sorunlarını önemsememe eğiliminin arttığı görülmektedir. Halkın daha etkili yöntemlerle bilgilendirilmesi için üst ölçekte yapılan müdahaleler yetersiz kalmaktadır. Bu noktada halka en yakın birimler olarak yerel yönetimlerin geliştireceği siyasalar önem kazanmaktadır.

Halkın bilinçlendirilmesi noktasında medyadan, sivil toplum kuruluşlarından, üniversitelerden de destek alınmalı ve mahalle düzeyinde etkin eğitim programları geliştirilmelidir.

Sosyo-ekonomik düzeyin düşüklüğü evlerin bakımsızlığı ve ısınma sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Buna sağlık hizmetlerine ulaşımda çeşitli güçlüklere yol açan yetersiz alt yapı sunumu ve sağlık konusundaki ilgi ve bilgi düzeyinin düşüklüğü de eklenince sağlık sorunları çok daha büyük boyutlara çıkmaktadır. Su şebekesi ve atık su altyapısının başta yerel yönetim olmak üzere ilgili kurumlarca iyileştirilmesi, başta bağırsak enfeksiyonları olmak üzere önemli sağlık sorunlarının önlenmesini sağlayacaktır. Ulaşım ağının, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenmesi ve özellikle yoksul kent alanlarının kent merkezi ile bağlantısını sağlayacak toplu taşım olanaklarının geliştirilmesi sağlık hizmetlerine erişimi güçlendirecektir.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı, yalnız hasta ya da sakat olmamak değil, aynı zamanda "bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik durumu" olarak tanımlamaktadır. Sağlığın ruhsal ve toplumsal iyilik boyutunu da ele alan bu tanımdan yola çıkarak, hem Ankara hem de Diyarbakır'ın yoksul alanlarındaki kötü konut koşulları ve yaşam çevresinin düşüklüğünün verdiği rahatsızlığı azaltacak ortak kullanıma yönelik alanlar üretilmelidir. Açık alanlar, kültür merkezi, kütüphane, kreş, etüt salonları gibi alanlar ruhsal sağlığın korunması açısından ve toplumsal birlikteliğin geliştirilmesi yönünden son derece önemli ortak kullanım alan ve türleridir.

Kadınlarla ilgili verilerin değerlendirilmesinde öne çıkan en önemli sonuçların başında okullaşma düzeyleri bakımından yaşanan cinsiyet ayrımcılığı gelmektedir. Erkeklerle karşılaştırıldığında kadınların eğitim seviyesi oldukça düşük bir düzeyde kalmaktadır. Okullaşma konusunda kadınlar aleyhinde ortaya çıkan bu ayrım özellikle Diyarbakır'da ekonomik koşulların düşüklüğüne ek olarak, varolan kültürel yapının da etkisiyle, daha da belirginleşmektedir. Hane halkı içinde, başta çocuklar olmak üzere, diğer hane bireylerinin sağlıklarıyla en yakından ilgilenen kişi olan kadının eğitim düzeyinin düşüklüğü, sağlık sorunlarıyla mücadele ve sağlık sorunlarının önlenmesi konusunda yetersiz kalmasına neden olmakta ve bu durum tüm hane bireylerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle, kız çocuklarında okullaşma oranının artırılması ve yetişkin kadınlara yönelik eğitim çalışmalarının gerçekleştirilmesi en önemli politikalardan biri haline getirilmelidir. Kız çocuklarının okullaşma oranının yükseltilmesine yönelik çalışmalar özellikle son yıllarda etkin sivil toplum örgütlerinin de katkılarıyla devam etmektedir; ancak bu uygulamaların eğitim altyapısının da güçlendirilerek sürdürülmesi gerekmektedir. Bu anlamda okul çağındaki çocukların sekiz yıllık zorunlu eğitime katılımının sağlanması konusunda ailelerin ikna edilmesi ve denetimin etkinleştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bunun yanında özellikle kadınların katılımının hedeflendiği yetişkinlere yönelik okuma-yazma kurslarının ve diğer çeşitli eğitim programlarını yaşama

geçirilmesi hane ve bireylerin sağlık durumlarına doğrudan ve dolaylı katkıları olacak önemli uygulamalardır. Gerek çocukların zorunlu eğitimlerini almalarının sağlanması, gerekse de yetişkinlerin eğitim düzeylerinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar merkezi hükümet düzeyinden (Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve bunların il örgütlenmeleri) mahalle düzeyine (yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri, üniversiteler, muhtarlar) kadar pek çok farklı resmi ve sivil aktörün katılım ve işbirliği ile gerçekleştirilecek eşgüdüm içinde sürdürülecek kapsamlı bir politika oluşturularak yaşama geçirilmesini gerekli kılmaktadır.

Üreme sağlığı konusundaki veriler incelendiğinde, özellikle Diyarbakır'da daha çarpıcı olmak üzere kadınların çok erken yaşlarda doğum yaptıkları ve doğurganlıklarının çok yüksek olduğu görülmektedir. Hamilelik ve doğum sayılarının yüksekliği ve doğum kontrol yöntemlerinin bilinçli ve yeterli bir biçimde kullanılmaması kadın ve çocuk sağlığı üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır. Bunun yanında doğum öncesi ve sonrası bir sağlık kurumu tarafından bakım ve izlenme oranlarının düşük olması ve hijyen koşullarına özen gösterilmemesi üreme sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu sorunlardan yola çıkarak gerçekleştirilmesi gerekenlerin başında üreme sağlığıyla ilgili sorumlu tüm birimlerin üreme sağlığı hizmetlerini eşgüdüm içinde, yaygın, ücretsiz ve herkes tarafından erişilebilir bir kapsamda vermesinin sağlanması gelmektedir. Üreme sağlığı hizmetleri konusunda sorumlu olan sağlık personelinin bu konuda etkin hizmet verebilmesi için hizmet verilen bölgenin sosyo-ekonomik ve kültürel koşulları göz önüne alınarak eğitilmeleri oldukça önemlidir. Bu kapsamda, sağlık ocaklarında ve ya gezici sağlık görevlileri aracılığı ile doğum kontrolünün önemi ve yöntemleri kadınların anlayacağı bir dil ile ve güven verecek bir şekilde anlatılmalıdır. Bunun yanında doğum kontrol yöntemlerinin ücretsiz olarak sağlanması gerekmektedir.

Çok çocuk sahibi olmanın, gerek aileye, gerekse de devlete getirdiği ekonomik yükler, çocuk yetiştirmenin gerektirdiği bir dizi koşulu yerine getirmenin zorlukları ile bunun kadın ve çocuk sağlığını olumsuz etkilediği gerçeğinin belediyelerin gerçekleştireceği konferans, panel, seminer gibi toplantılarla ya da ulusal ve yerel medya aracılığı ile anlatılması da üreme sağlığının iyileştirilmesi konusunda atılabilecek önemli bir adım olacaktır.

Kadınların maruz kaldığı şiddet beden ve ruh sağlıkları üzerinde olumsuz etki yarattığı gibi gördükleri şiddet dolaylı yoldan kadınların çocuklarına şiddet göstermesini tetiklemektedir. Aile içi şiddet uzun dönemli ve kapsamlı politika ve uygulamalarla çözülecek ciddi ve derin bir sorun olduğundan farklı düzeylerdeki aktörlerin ısrarlı çabaları gerekmektedir. Öncelikle bu konuyu kapsayan yasal mevzuatın caydırıcılığı arttıracak biçimde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Yasal düzenlemeye ek olarak üst ölçekte gerçekleştirilebilecek uygulamalardan bir tanesi şiddetin engellenmesi için yazılı ve görsel medyada eğitici ve öğretici programların yayınlanması ve varolan yayınların içeriğinin denetime tabi tutulması olacaktır.

Ülkemizde yaygın bir durum olan şiddete maruz kalan kadınların özellikle ruh sağlıklarının kötü etkilendiği göz önüne alındığında hastanelerdeki psikoloji ve psikiyatri servislerinin daha etkin hale getirilmesi ve bu konuya eğilen özel birimlerin kurulması şiddetin olumsuz etkilerini gidermede yararlı bir uygulama olacağı düşünülmektedir. Böylesi özel birimlerin kadın sağlık evleri kapsamına alınması ve yerel yönetimler tarafından oluşturulması bu birimlerin gerek aile içi şiddet gerekse de diğer sağlık sorunlarının çözülmesi konusundaki etkinliklerini arttıracaktır.

Alan çalışmalarında elde edilen bulgulardan çıkan diğer önemli bir sonuç da kentin yoksul alanlarındaki kişilerin sağlık hizmetlerinden yeterli ve etkin bir biçimde yararlanamadığıdır. Bu sonucun en önemli nedenlerinden biri işsizlik ve sosyal güvenceden yoksun olan kesimin yüksek oranda olmasıdır. Bu temel sorunların yanında sağlık kurumlarındaki yetersiz donanım ve personel eksikliği de sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasını engellemektedir. Düşük gelir düzeyleri ve sosyal güvence eksikliğinin yol açtığı sağlık hizmetlerine erişim sıkıntılarının, çok büyük bir bölümü çalışmayan ve sağlık güvencesi bakımından genellikle eşlerine ya da babalarına bağımlı olan kadınlar için çok daha ciddi bir sorun olduğu görülmektedir. Bu nedenle kadınlara yönelik istihdam politikaları oluşturularak yaşama geçirilmeleri sağlık alanındaki bir iyileşmenin de önünü açmış olacaktır.

Sağlık hizmetlerine erişim, sadece hizmetten yararlanan kişinin sahip olduğu olanaklar ile belirlenmemekte, hizmeti sunan kurumun da kolaylıkla erişilebilir fiziksel konumda olması ve gerekli personel, donanım ve altyapıya da sahip olması gerekmektedir. Bu nedenle, öncelikle devlete ait sağlık kurumlarının donanım ve personel eksikliğinin tespit edilmesi ve iyileştirilmeye yönelik çalışmaların başlatılması gerekmektedir.

Devlete ait sağlık kurumlarından biri olan sağlık ocakları, alan araştırması verilerinin de desteklediği gibi özellikle kadınlar tarafından öncelikli olarak başvurulan kurumlardır. Bu nedenle, gerek sağlık ocaklarının sayılarının arttırılması, gerekse de birinci basamak sağlık hizmetlerini yerine getirebilecek biçimde yenilenmeleri yoksul toplum kesimlerinin sağlık sorunlarının önlenmesi ve tedavi edilmesi açısından oldukça etkili olabilecektir. Bunun yanında gezici sağlık hizmetlerinin daha etkin ve ulaşılabilir bir hale getirilmesi de anılan amaca hizmet edecek bir uygulama olacaktır.

Toplam nüfusunun yarısının çocuk ve gençlerden oluştuğu, özellikle yoksul kent kesimlerinde bu oranının daha da arttığı ülkemizde, çocuk sağlığına yönelik politikalar daha da önem kazanmaktadır. Bu durumda geniş kapsamlı bir yaklaşım ve farklı ölçek ve konumdaki kurumların işbirliği yoluyla düzenli bir politikalar bütünü yaratılmalıdır. Çocuk ve genç sağlığıyla ilgili olarak temelde iki tür politika geliştirilmelidir: Bunlardan ilki, koruyucu hizmetler olarak adlandırılabilecek olan ve sorunların önlenmesine yönelik politikalar; ikincisi ise ortaya çıkan sağlık sorunlarının giderilmesine, yani tedavi edilmesine yönelik politikalardır. Ayrıca, her iki düzeyde de üretilecek

politikalar insan kaynağına ve yaşanılan mekana yönelik politikalar olmak üzere iki aşamalı olmalıdır. Bu iki aşamada da, mevcut ya da yeni araçlar yoluyla çocuk ve gençlerin hane, okul ve mahalleleri yaşanılabilir bir çevreye dönüştürülmeli ve gerek çocuk ve gençlerin gerekse de ilişkide oldukları toplulukların durumlarının düzeltilmesi gerekmektedir. Bir başka deyişle, çocuk ve gençlere yönelik olarak birey, aile, grup ve toplum temelli politikalar üretilmelidir. Ayrıca, alan çalışmalarında toplanan veriler salt gelire dayalı yoksulluk tanımına bağlı olarak çözüm üretmenin yetersiz kalacağını göstermektedir. Çünkü, özellikle Diyarbakır'da çocuk sağlığıyla ilgili bulgular üzerine yapılan değerlendirmelere göre, yoksullığun yaşanmadığı ya da görece daha iyi koşullarda yaşanan mahallelerde de benzer sorunlar söz konusu olabilmektedir. Çok sayıda gebelik, erken evlilik gibi sorunlar Diyarbakır genelinde sosyo-kültürel yapının ve yaşam tarzının olumsuz yanları olarak makro düzeydeki politikalar çerçevesinde ele alınması gereken konular arasındadır.

Alan çalışmalarında ortaya çıkan bir başka önemli sonuç ise, daha önce de belirtildiği gibi, annenin sağlığı, bilinç düzeyi, eğitim durumu ve beslenme durumu gibi konuların tümünün, çocukların sağlık ve gelişimlerini de doğrudan etkilemesidir. Sağlık ve yoksulluk konusundaki yazın incelendiğinde birçok araştırma sonuçlarının yetişkinlerdeki fiziksel ve psikolojik sorunların çoğunun çocukluk döneminden kaldığını gösterdiği anlaşılacaktır. Bu anlamda çocuk ve genç sağlığına yönelik politikalar, gerçekte tüm toplumu kapsayan ve etkileyen politikalar olarak algılanmalıdır. Bu durumda bu politikaların önemi daha da artmaktadır. Diğer yandan, çocuk sağlığı üzerine üretilecek politikalar, anne ve babadan bağımsız değil, aksine ebeveynlere yönelik politikalar olarak düşünülüp şekillendirilmelidir.

Yoksul kent bölgelerinde, çocuk ve genç sağlığı yoksulluğun her tür olumsuz getirisinden etkilenmektedir. Bu bölgelerde çocuk ve genç nüfusun görece daha iyi bölgelerde yaşayan kesimlere göre daha fazla olduğu da düşünüldüğünde, sorunun önemi daha da artmaktadır. Ayrıca yoksulluk geçse bile, çocuk ileri yaşlarında bu dönemde yaşadığı olumsuzlukların etkisi altında kalacaktır. Sürekli yoksullar daha fazla risk altındadır. Bu bakımdan, çocukluk döneminde yaşanan yoksulluğun yol açacağı etkilerden çocukların mümkün olduğunca uzaklaştırılması başlıca amaçlardan biri olmalıdır. Bu amaç çerçevesinde sağlığa ayrılan kaynakların dağılımına ilişkin planlama, çocuklar ve özellikle de yoksul bölgelerdeki çocukların gereksinimleri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

Ebeveynlerin ve özellikle de annenin eğitimi, bilinç düzeyi, sağlığı, beslenme durumu çocuk sağlığı ve gelişimini doğrudan etkileyen etmenlerdir. Kadının refahını arttıracak politikalar, çocuğu da doğrudan etkileyeceği için, ikincil olarak kadın sağlığına ve kadının korunmasına önem verilmelidir. Bu sadece yasal düzenlemelerle sağlanacak bir dönüşüm değildir; bu çerçevede yerleşik sosyal algıların değiştirilmesini de içeren kapsamlı bir projeyi içermelidir. Kadınlar, aile yaşantılarındaki özverili rollerini içselleştirmeleri durumunda,

her tür şiddete, kötü muameleye ve haksızlığa da çocukları için katlanmaktadırlar. Bu anlamda ilk yapılması gereken şey, tüm bu fedakarlıkların çocuğa daha fazla zarar verdiği hakkında kadınların STK'lar, yerel yönetimler ve medya aracılığıyla bilgilendirilmeleridir.

Büyüme süresince çocuğun ebeveynlerden gereken ilgiyi görebilmesinin sağlanması sağlıklı gelişimleri açısında çok önemlidir. Ancak, anne ve babanın çocuklardan ayrı olduğu çalışma saatleri, çocuğa ayrılacak zamanı kısıtlamaktadır. Çalışma saatleri arttıkça özellikle babanın çocuklarıyla ilgilenme düzeyi ve süresi azalmaktadır. Uzun çalışma saatlerinin düzenlenmesi makro politikalarla ve ülkenin ekonomik yapısıyla yakında ilgili olduğundan kısa erimde başa çıkılacak bir sorun değildir. Bunun yanında işsizlik ve düzensiz işçiliğe bağlı olarak düşen gelirin yarattığı psikolojik baskı da gerek annenin gerekse de babanın çocuklarına gereken ilgiyi göstermelerini engellemektedir. Alan çalışmamızda ekonomik etmenlerin ebeveynlerle çocuk arasında kurulan ilişkiyi etkilediği açık bir şekilde ortaya çıkmıştır. Üst ölçekli ekonomik politikalarla yakından ilgili olmakla ve bu nedenle kısa zamanda çözümün kolay olmamasına karşın kısa dönemde özellikle babalara, çocuklarıyla ilgilenmelerinin çocuğun sağlıklı gelişimi için çok önem arz ettiği yine gönüllü kuruluşlar, yerel yönetimler ve medya aracılığıyla anlatılmalıdır.

Çocuk ve gençlere yönelik olarak üretilecek politikaların aşamalarından birini oluşturan mekan boyutuyla ilişkili olarak, kötü koşullara sahip fiziksel mekanların çocukların daha fazla sağlık sorunu ve kazayla karşılaşmalarına neden olduğu alan araştırmalarında da ortaya çıkmıştır. Altyapı eksikliklerinin de yaşandığı yoksul kentsel alanlarda hane içi, okul çevresi ve mahalle koşullarında çocukların hastalıklara yakalanmasını önleyecek hijyen düzeyinin yakalanması sağlanmalıdır. Ucuz yollardan konut içi hijyenin sağlanmasına yönelik olarak kadınları bilgilendirici çalışmaların başta STK'lar olmak üzere çeşitli kurumlarca yapılması gerekmektedir. Okullarda sağlıklı koşulların oluşturulmasına yönelik olarak ise başta Milli Eğitim Bakanlığı'nın sorumluluğu devreye girmelidir. Yaşam çevresinde ortak oyun alanları gibi çocuklar için güvenli açık alanların düzenlenmesi konusunda ise en yetkili ve sorumlu kurum olarak yerel yönetimlere görev düşmektedir.

Üreme sağlığı konusunda alan çalışmalarından çıkan önemli bir sonuç, annenin eğitim durumu ile gebelik dönemi boyunca izlenme ve doğumun hastanede yapılmasının doğrudan ilişkili olduğudur. Gebelik süresince uygulanacak en doğru bakım ve beslenme ile hem anne hem de bebek sağlığı için son derece önemli olan hastanede doğum yapılması gerek bebeklik dönemindeki gerekse de ileriki yaşlardaki sağlık durumunu doğrudan etkileyen ve büyük ölçüde annenin eğitim ve bilinç düzeyi ile belirlenen süreçlerdir. Ayrıca, sık doğum aralığı ve fazla sayıda gebeliğin annenin vücudunu dirençsiz bırakması nedeniyle bebeğin sağlıklı gelişimi üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır.

Üreme sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi konusunda devletin ilgili kurumlarıyla birlikte sivil toplum örgütlerine de önemli görevler düşmektedir. Örneğin, İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı'nın yürüttüğü, "topluma dayalı hizmet modelinin yaratılması" kapsamında, üreme sağlığı ve aile planlaması eğitim ve hizmetlerini aynı mahalleden gönüllüler ve saha elemanlarının yardımıyla, bu hizmet yoğun göç alan kent varoşlarında yaşayan ailelerin kapılarına kadar götürülmektedir. Bu proje ile yüz yüze eğitimin sürdürülmesi, titiz izleme ve etkin sevk sistemi, üreme sağlığı ve aile planlamasında hem klinik, hem de klinik olmayan yöntemler açısından yüksek oranda benimseme ve devamlılık düzeyleri yaratılması, hedeflenmektedir.

Yerel toplulukların koşul ve gereksinimlerine en uygun topluma dayalı hizmet modelinin bir genişlemesi olarak, üreme sağlığı ve aile planlaması konularında erkeklerin eğitimi yanı sıra okuma yazma ve meslek kursları yoluyla kadınların statüsünün iyileştirilmesine ilişkin faaliyetler yürütülmelidir. Yukarıda sözü edilen modelin yaşama geçirilmesinde tıp fakültesi öğrencilerinin kentin yoksul bölgelerinde alan çalışması yapmaları, böylece halkın sağlık sorunlarının yaşanan çevre koşullarıyla birlikte tanımlanması önemli bir katkıda bulunacaktır.

Ankara'da yürütülen alan araştırmasında kadınların yarısı, Diyarbakır'da ise 2/3'ü gebelik döneminde izlenmemektedir. Bu iki oran da Türkiye ortalamasından düşüktür. Bu sonucun ortaya çıkması anket sorularına verilen yanıtlardan da anlaşılacağı gibi hem bilgi ve bilinç eksikliğinden, hem de ekonomik yetersizliklerden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle, sağlık ocakları ya da yeni öngörülen sistemde önemli bir halkayı oluşturan aile doktorları yoluyla hamilelik dönemindeki izlenmenin öneminin anne adaylarına anlatılması ve izlenme hizmetinin yaygınlaştırılması gerekmektedir. Bu bağlamda bazı pilot illerde yeni uygulamaya konulan aile doktorluğu sisteminin yaratacağı yeni sorunların da giderilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Çünkü, yeni sistemde sağlık görevlilerinin hastanın ayağına gitmesi yerine, hastanın aile doktoruna gitmesi öngörülmektedir. Ancak, eğitim düzeyinin düşük olduğu yoksul mahallelerde koruyucu hizmetlerin halka anlatılması, periyodik sağlık taramaları yapılması ve aşılama hizmetlerinin yerinde verilmesi gereklidir. Bu hizmetlerin aksatılması durumunda sağlık sorunlarının ancak ileri aşamalarında aile hekimlerine başvurmasına yol açacaktır. Bu durum ise, koruyucu sağlık hizmetleri ve en temel sağlık konularında verilecek temel eğitimle çözülebilecek sorunların, ancak ileri aşamalarda pahalı tedavi yöntemleriyle çözülmeye çalışılmasına yol açacaktır.

Gebelik esnasında izlenme oranlarının düşüklüğüne ek olarak doğumun hastanede yapılması da her iki kent için de düşük oranlarda karşımıza çıkmaktadır. Doğumun yapıldığı kurum ve gebelikte izlenme durumuna ilişkin verilerle eğitim ve gelir düzeyi arasında bir karşılaştırma yapıldığında, Ankara ve Diyarbakır'da kentlerinde farklı sonuçlarla karşılaşılmıştır. Genel olarak değerlendirmek gerekirse, Ankara'daki kadınların Diyarbakır'daki kadınlara göre sözü edilen konularda bilinç düzeylerinin daha yüksek olduğu, ancak

ekonomik yetersizlikler nedeniyle gerekli bakım ve izlenme koşullarını sağlayamadıkları anlaşılmaktadır. Diyarbakır'da ise, gelir düzeyinin yükselmesi doğumun bir sağlık kurumunda yapılma olasılığını artırmamaktadır. Diğer bir deyişle, Diyarbakır'da bu konuda bir bilinç ve bilgi eksikliği olduğu görülmektedir. Bu nedenle, Diyarbakır'da tüm kent genelinde bu konuyla ilgili olarak bilgilendirme çalışmaları yürütülmelidir. Ankara'da ise öncelikle sağlık altyapısının gereksinim duyulan yönlerde geliştirilmesi gerekmektedir. Bu konuda geliştirilebilecek önerilerden biri doğum ve çocuk hastanelerinin kapasitelerinin arttırılmasıdır. Kadınların her iki kentte de gebelik döneminde izlenmesinin sağlanması, doğumların da kontrollü ve sağlıklı olarak gerçekleşmesini dolaylı yoldan etkileyecektir. Alan araştırması çalışmaları da bu görüşü desteklemektedir. Nitekim, alan çalışmalarında, gebelik döneminde izlenen kadınların neredeyse tamamının doğumlarını hastanede yapmış olduğu ve doğum sonrası da bebeklerini doktor kontrol altında büyüttükleri belirlenmiştir.

Kadınların, kadın sağlığı ve çocuk bakımını kapsayan temel konularda bilgilendirilmelerinin en etkin yollarından birinin de sağlık ocaklarının örgütleyeceği seminerler olduğu düşünülmektedir. Seminerler sonrasında, mahalleli kadınlardan seçilerek üreme sağlığı ve çocuk bakımı konularında ayrıca eğitilecek bir kaç gönüllü kadının, seminerler yoluyla elde edilen bilgilerin uygulamaya geçirilmesini sağlayacak biçimde düzenlemeler yapılması sistemin sürekliliğini sağlamak açısından son derece yararlı olacaktır. Bu kadınlar, doğum ve üreme sağlığı ile ilgili olarak sıkça başvurulan ebeler ve deneyimli kişilerin gördüğü işlevi göreceklerdir. Bu sağlık gönüllüsü kadınlar sürekli ve düzenli olarak sağlık ocaklarındaki doktorlar ya da ilgili STK ların yardımı ile sağlanacak doktorlar tarafından temel hijyen, acil yardım, an çocuk sağlığı ve temel sağlık konularında eğitilecek ve izleneceklerdir. Kuşkusuz, bu gönüllü doktorların tıbbi bir müdahalede bulunmalarına izin verilmeyecektir. Böylesi bir örgütlenme özellikle koruyucu sağlık hizmeti ve temel sağlık konularında kendi yaşadıkları mahallede yeni bir bilincin oluşmasına katkıda bulunacaklardır.

Kadın ve çocuk sağlığı konusunda yapılacak bilgilendirmenin en etkin biçimde ulaştırılacağı kanallardan biri de yerel medya olacaktır. Temel sağlık bilgileri konusunda hazırlanacak kısa süreli, ancak sık yayınlanan bilgilendirme programları yoluyla kadınların gerekli olan en az bilgi ve bilinç düzeyine ulaşmaları sağlanabilir.

Bebek ve çocukların sağlığı konusundaki en temel koruyucu sağlık hizmetlerden olan aşılar da alan araştırmalarından elde edilen sonuçlara göre eksik bırakılan ve önemsenmeyen alanlardan biri olmaktadır. Bu eksikliğin hemen hemen büyük bir bölümü kadınların bilgi ve bilinç eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Henüz kente göç edilmediği ve sağlık hizmetlerinin çok düşük düzeyde verildiği ya da hiç olmadığı kırsal bölgelerde götürülen hizmetten de kaynaklanan nedenler olmasına karşın, alan çalışması yapılan mahallelerde aşıların tamamlanması konusundaki eksik büyük ölçüde annelerin

bilinçsizliğinden kaynaklanmaktadır.

Alan çalışmaları değerlendirildiğinde, aşıların neden eksik kaldığı ile ilgili soruya verilen yanıtların yarısında kadınlar, ya bu konuda bilgilerinin olmadığını, ya da bu önlemi önemsemediklerini belirtmişlerdir. Gerek bilgilerinin olmaması, gerekse de önemsememe ciddi sorunlardır ve her iki gerekçeye de yönelik çözümlerin gerçekleştirilmesi gerekir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri bu yönde sorumluluk ve görev alacak kurumların başında yer almaktadır. Bunun yanında, özellikle yoksul alanlardaki kadınların yoğunlukla kullandığı sağlık ocaklarında da aşılamaya yönelik bilgilendirmenin yaygınlaştırılması gerekmektedir. İkinci sorunun çözümüne yönelik olarak ise, öncelikle kapsamlı bir alan araştırması ile aşıların yaptırılmama nedenlerinin belirlenmesi ve aşılarının yaptırılmaması durumunda ne gibi sorunlarla karşılaşacaklarının halka anlatılması gerekmektedir. Aşılama hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında çok önemli olan bir başka boyut ise, bu hizmetlerin ücretsiz olduğunun özellikle vurgulanmasıdır. Bu, özellikle gelir yetersizliklerini gerekçe gösteren kadınlara yönelik bir çözüm olacaktır.

Kadınlara yönelik bilgilendirme çalışmalarının kapsaması gereken bir başka önemli konu ise ölü doğum oranlarının düşürülmeye çalışılmasıyla ilgilidir. Bunun en önemli nedeni, alan araştırmalarında da ortaya konduğu gibi, annenin eğitim düzeyinin ve gebelikte izlenme oranlarının düşük olduğu ailelerde ölü doğum oranlarının da yüksek çıkmasıdır. Bunun yanında, ilk bir yılda gerçekleşen bebek ölümlerinin büyük bir bölümünün bulaşıcı hastalıklar ya da temel sağlık önlemlerinin alınmaması nedeni ile gerçekleşmesi, yine annelerin bebek ve çocuk bakımı konusunda temel bilgilerinden yoksun olduklarına işaret etmektedir. Benzer bir şekilde 2-12 ay arası bebek ölümlerinin en önemli nedenlerinden birisinin, annenin sık doğum ve yüksek gebelik sayısı gibi anneyi dirençsiz bırakan durumlardan kaynaklı olması da, annelerin doğum kontrolü konusunda bilinçlendirilmelerinin önemini vurgulamaktadır. Bunlara ek olarak, özellikle yoksul bölgelerde bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan harici ölüm oranlarının fazla olması, yoksul bölgelerde çocukların mekansal olarak da dezavantajlı konumda olduklarını göstermektedir. Buna ek olarak, alan araştırmalarında, geçirilen kazalar ölüm nedenleri arasında sıkça dile getirilmiştir. Bu da yaşam çevresinin çocuklar için daha elverişli hale getirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, konutlarda ısınma sorununun çözülmesi ve tuvalet ve banyo kullanımlarının iyileştirilmesi alınacak önlemlerin başında gelmektedir.

Çocukların ileri yaşlarda sağlıklı gelişimleri açısından önemli bir etmen olan doğum ağırlığı annenin gebelik döneminde yeterli ve dengeli beslenmesi ile çok yakından ilişkilidir. Gebelik esnasında izlenme annelerin bu konuda da bilinçlendirilmeleri için önem taşımaktadır. Ancak, yeterli ve dengeli beslenme ekonomik durumun da iyileştirilmesi ile yakından ilgili olduğundan tek başına annenin bilinçlendirilmesi ile çözülebilecek bir sorun değildir. Başta belediyeler kanalıyla olmak üzere yoksul bölgelere yönelik ucuz gıda

sağlanması bu nedenle çok önemli hale gelmektedir.

Çocukların zihinsel gelişimleri açısından temel eğitimin niteliği birinci derecede öneme sahiptir. Ancak, özellikle yoksul bölgelerde eğitim koşulları ve niteliği de kötü ve yetersiz olmaktadır. Sosyo-ekonomik koşulları daha iyi ailelerin yoğunlaştığı mahallelere hizmet veren temel eğitim kurumları ailelerin de maddi katkısıyla daha iyi koşullara sahip olabilirken, ailelerin böyle bir katkıyı yapabilecek olanağa sahip olmadığı yoksul mahallelerde eğitim kalitesi belirgin biçimde düşmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde olduğu gibi eğitim hizmetlerinde de devletin, kalite düzeyini eşit ve dengeli bir düzeye getirmesi gerekmektedir.

Çocukların okullaşma oranlarında Ankara ve Diyarbakır'da önemli farklılıklar göstermektedir. Ankara alan araştırmasında okul çağında olan çocukların hemen hemen hepsi ilköğretime devam ederken Diyarbakır'da bu oran % 75'e düşmektedir. Zorunlu eğitim sonrasında okullaşma oranı her iki kentte de düşük olmasına karşın (Ankara ve Diyarbakır için sırasıyla, %15 ve %6) Diyarbakır'da bu konuda da çok daha olumsuz bir tablo ortaya çıkmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi, çocukların okullaşma oranlarının arttırılması ve en azından temel eğitimden tüm çocukların yararlanmasının sağlanması gerekmektedir. Bunun yanında, alan araştırmalarında annelerin eğitim düzeyleri ile çocukların okula devam durumu arasında doğru orantılı bir ilişki bulunması, özellikle kız çocukların eğitim görmesinin yeni nesillerin okullaşması açısından büyük bir önem taşıdığını göstermektedir.

Yoksul ebeveynlerin gerek maddi yetersizlikler gerekse de eğitim ve bilinç düzeylerinin düşüklüğü nedeniyle çocuklarının eğitimi ile yeterince ilgilenmedikleri anlaşılmaktadır. Bu noktadaki boşluğun giderilmesi konusunda okulda verilen eğitim büyük önem kazanmaktadır. Tüm güne yayılmış bir eğitim programı ile hem çocukların güvenli ve donanımlı bir ortamda eğitim ve öğretimi sağlanarak psikolojik gelişimleri desteklenecek, hem de yetersiz ve dengesiz beslenme sorunu yaşayan yoksul çocukların ilgili merkezi yönetim birimleri (Milli Eğitim Bakanlığı, İl Milli Eğitim Müdürlükleri) ve yerel yönetimlerce temin edilecek olan temel gıdaları alması sağlanarak fiziksel gelişimlerinin güçlendirilmesi gerçekleştirilmiş olacaktır.

Çocuk işçiliği, çocuk ve genç sağlığını oldukça olumsuz etkileyen bir etmendir. Çalışan çocuklar hem eğitimlerini sürdürmekte zorlanmakta, hem de fiziksel ve psikolojik olarak yaşıtlarına göre daha fazla baskı altında bulunmaktadırlar. Alan araştırmalarında çocuk işçiliğinin belirlenmesine yönelik sorulara alınan yanıtlar genelde eksik olmasına karşın çocukların çeşitli biçimlerde çalıştığı tespit edilmiştir. Bunun yanında, tüm aile bireylerinin çalışmaya katılması anlamına gelen mevsimlik işçiliğin yoğun olduğu Diyarbakır'da çocuklar arasında tarım işçiliğinin yaygın olduğu ortaya çıkmaktadır. Çocuk işçiliğinin önlenmesi çok boyutlu ve uzun vadede ele alınması gereken ciddi bir sorun olduğundan farklı düzey ve statüdeki kurumların işbirliğini gerektirmektedir. Ancak, burada önemle belirtilmesi

gereken nokta, çocuk işçiliğinin çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri konusunda ailelerin bilinçlendirilmesinden öte, ailelerin ekonomik durumlarının iyileştirilmesiyle ilişkili olduğudur.

Çocuk ve gençlerin ruhsal sağlığı, ev içindeki sağlıklı aile hayatıyla birebir ilişkilidir. Bu nedenle, hane içerisinde annenin fiziksel ya da psikolojik şiddet görme durumu, çocuğun ruh sağlığını etkileyebilecek bir durumdur. Her iki örneklemde de ruhsal durumu kötü olan çocukların annelerinin de şiddet görme oranının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Yine ruhsal durumu kötü olan çocukların babalarının onlarla yeterince ilgilenmedikleri görülmüştür. Aile içi şiddet ailenin mahrem alanında kalan bir durum olarak görülmemeli, böylesi durumların yasal yaptırımları arttırılmalıdır.

6-25 yaş arası çocuk ve gençlerde görülen sigara bağımlılığı, Ankara ve Diyarbakır örneklemlerinde Türkiye genelinde tespit edilen oranın yaklaşık iki katı olarak bulunmuştur. Yoksul kesimlerin yaşadığı kentsel alanlarda bu oranın yüksekliği bir çok bakımdan ciddi bir sorun olarak değerlendirilmelidir. Özellikle, sigara için harcanan paranın bireylerin temel gıda gereksinimlerinden kesilebileceği göz önüne alındığında konunun önemi daha ciddi boyutlara ulaşmaktadır. Bunun önüne geçilmesi için yapılabilecek en etkili önlemler arasında eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerine öncelik vermek yanı sıra sigara fiyatlarının belirgin düzeyde yükseltilmesi ve 18 yaşından küçük çocuklara sigara satılması yasaklamasının bu bölgelerde daha sıkı denetlenmesinin sağlanmasıdır.

Yoksul kent alanlarında mekân boyutuyla ilgili sağlık sorunları incelendiğinde, ortaya dört temel sorun çıkmaktadır. İlk olarak, yoksul kent alanlarında yaşayan halkın gerek konut, gerek altyapı ve gerekse çevresel sorunlar nedeniyle yaşam kalitesinin düşük olması bazı hastalıkları tetiklemektedir. Konut ve çevresi bir bütün olarak değerlendirildiğinde, bu soruna yönelik saptanan amaçlar, konut kalitesinin arttırılması, altyapı ve hizmet sunumunun iyileştirilmesi ve çevresel etmenlerin iyileştirilmesi ile yaşanılabilir bir çevre yaratılması şeklinde ifade edilebilir. Konut kalitesinin arttırılması amacıyla, ilk olarak merkezi ve yerel yönetim düzeyinde ve Avrupa Birliği Fonları yardımıyla, ucuz ve kaliteli konut sunumu, düşük faizli konut kredileri ve fonlar ile *mortgage* sistemi gibi konut satın alma kolaylıklarının sunumu gibi araçlar kullanılarak, tuvalet, banyo, içme suyu gibi temel hizmetlerin konutun içinde bulunma oranının %100'e yakın oranlara ulaştırılması hedeflenmelidir. Bu şekilde konut kalitesinin arttırılması sayesinde kalabalık, bakımsız, güneş almayan, nemli (çoğunlukla Diyarbakır'da) ve ısınma bakımından yetersiz (çoğunlukla Ankara'da) konutların kullanım oranının düşürülerek, başta soğuk algınlığı olmak üzere, buna bağlı hastalıkların oranının düşmesi hedeflenmelidir. Bu hedef, yerel düzeyde (mahalle ve yerel yönetimler düzeyinde) örgütlenmeyi gerekli kılacaktır. Bu düzeyde kullanılabilecek araçlar ise, konut sunumu ve mekânsal anlamda iyileştirilmesi gereken kentsel alanların dönüşümüne yönelik projeler ile yapılan kurumsal yardımların konutların ısınma sorununu dikkate alarak odun-kömür gibi yakıt yardımı

şeklinde yapılması olarak düşünülebilir.

Konuta ilişkin politikalarda ikinci boyutu ise altyapı ve hizmet sunumunun iyileştirilmesi oluşturmaktadır. Bu amaç kapsamında tüm konutların kanalizasyonlarının şebekeye bağlanması, çöp toplama hizmetinin etkinleştirilmesi ve tüm konutların içme suyu bağlantılarının konut içinde çözülmesi hedeflenmektedir. Her üç hedefi gerçekleştirmek için mahalle düzeyinde örgütlenme ile beraber yerel yönetimler düzeyinde üretilecek olan konut altyapı sunumunu iyileştirmek için dönüşüm ve ıslah planları birer araç olarak kullanılabilir.

Konutun çevre boyutuna ilişkin olarak ortaya konan amaç, çevresel etmenlerin iyileştirilmesi ve yaşanılabilir bir çevre yaratılması şeklinde ifade edilebilir. Bu amaç kapsamında iki hedef öne çıkmaktadır. Bunlardan birincisi, güvenlik sorunu yaratan hırsızlık, kapkaç gibi suç ve şiddet unsurlarının olabildiğince önlenmesi, ikincisi ise hem bir hizmet sunumu sorunu hem de bir çevresel sorun olarak değerlendirilebilecek olan çöp sorunlarının giderilmesidir. Güvenlik sorunlarının çözülmesine yönelik olarak farklı düzeylerde (mahalle düzeyinde örgütlenme, STK, yerel yönetimler, merkezi yönetim) stratejiler geliştirilebilir. Bu hedefe ilişkin, çeşitli güvenlik önlemlerinin alınması, yerel kaynaklardan da yararlanılarak yeni iş olanakların yaratılması, kurulan dernekler, vakıflar, kurslar vs. aracılığıyla toplumsal bilinç ve dayanışma sağlanması birer strateji olarak düşünülebilir. Çöp sorunun giderilmesine ilişkin çözümler yerel yönetim düzeyinde gerçekleşecek uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hedef kapsamında, çalışma alanında özellikle yaz aylarında dayanılmaz boyutlara ulaşan koku sorunu nedeniyle Ankara Mamak Çöplüğü'ne yerleşim alanlarından uzakta yeni bir yer seçilmesi, ya da çöpün çevreye zarar vermeyecek şekilde dönüştürülmesi için katı atık tesislerinin kurulması; Diyarbakır'da sokaklarda biriktirilen çöpler için belirli yerler seçilmesi ve çöplerin kapalı bidonlarda toplanması birer strateji olarak ele alınabilir.

Üçüncü sorun sağlık hizmetinin mekânsal dağılımının ve hizmet kalitesinin yetersiz olmasına ilişkindir. Sağlık ocakları halkın talebini karşılamak konusunda yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle sağlık ocaklarının iyileştirilmesi ve sağlık ocağının yetersizliğinden kaynaklanan sağlık risklerinin azaltılması amaçlanmalıdır. Bu amaç iki hedeften oluşmaktadır: Sağlık ocaklarından alınan hizmetin etkinleştirilmesi ve daha verimli hale getirilmesi ile sağlık ocaklarına erişimin kolaylaştırılması. Verilen hizmetin etkinleştirilmesi için merkezi yönetim ve yerel yönetimlerce, doğru istihdam politikalarının uygulanması ve daha çok sağlık personelinin çalıştırılması gibi stratejiler düşünülebilir. Sağlık ocaklarına erişimin kolaylaştırılması ise, yerel yönetimler ve mahalle düzeyinde bir örgütlenmeyle yakın mesafede daha çok sağlık ocağı açılması ve sağlık merkezlerine erişimin, etkin ulaşım olanaklarıyla desteklenmesi şeklinde sağlanabilir.

Son olarak, yapılan alan çalışmaları kitabın ilk bölümünde özetlenen kuramsal çerçeve bağlamında değerlendirildiğinde, sorunlu sosyal altyapının hem sosyal güç düzeyini olumsuz etkilediği, hem de bireylerin fiziksel ve zihinsel sağlık durumları üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu görülmektedir. Sosyal altyapıyı oluşturan etmenlerin iyileştirilmesi ve güçlendirilmesi amaçlanmalı ve bu çerçevede başta komşular olmak üzere yakın sosyal çevre ile ilişkilerin iyileştirilmesi hedeflenmelidir. Bu hedef mahalle ve STK düzeyinde örgütlenmeyi gerektirmektedir. Dernek, vakıf, kulüp, park gibi ortak mekânların kurulması ve sosyal sermayenin geliştirilmesi ile ortak yarar ve dayanışma-yardımlaşma fikrinin geliştirilmesi birer araç olarak kullanılabilir. Sosyal etmenlerin güçlendirilmesi için konulabilecek ikinci bir ortak hedef, mekânların düzenlenmesidir. Bu amaçla yerel yönetimler düzeyinde, geceleri aydınlatma sağlanması ve ortak kullanım alanlarında (parklar) geceleri güvenlik önlemleri alınması önemli ve olası araç ve stratejiler olarak görünmektedir. Sosyal etmenlerin iyileştirilmesinin üçüncü boyutu ise, gençler arası çeteleşme, kavga ve madde kullanımı gibi suç ve şiddet unsurlarının önlenmesidir. Bu amaçla merkezi yönetim, yerel yönetimler, STK ve mahalle düzeyinde örgütlenme yoluyla yeni iş alanlarının açılması ve yerel düzeyde kurulan kurslar ve sağlanan bilgilendirme kampanyaları aracılığıyla bilinç ve eğitim düzeylerinin arttırılması birer araç olarak düşünülebilir.

## 9. KAYNAKÇA

A Policy Link Report (2004) *The Influence of Community Factors on Health, an Annotated Bibliography,* http://www.policylink.org/CHB/

Akın, A.; Esin, Ç.; Çelik, K. *Kadının Sağlık Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı*, http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/dunya.htm#_ftn3.

Aksakoğlu, G. (1994) 'Denenmeyen Model: Sosyalleştirme', *Toplum ve Hekim* cilt. 9 sayı: 60: 52 - 55.

Aktan, C.C. ve Vural, İ.Y. (2002) 'Gelir Dağılımında Adalet(siz)lik ve Gelir Eşit(siz)liği: Terminoloji, Temel Kavramlar ve Ölçüm Yöntemleri' içinde C.A. Coşkun (der.) *Yoksullukla Mücadele Stratejileri.* Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayınları.

Aktan, C.C. ve Vural, İ.Y. (2002) 'Makro-Ekonomik Politikalar, Gelir Dağılımı ve Yoksulluk' içinde C.A. Coşkun (der.) *Yoksullukla Mücadele Stratejileri.* Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayınları.

Aktan, C.C. ve Vural, İ.Y. (2002) 'Yoksulluk: Terminoloji, Temel Kavramlar ve Ölçüm Yöntemleri' içinde C.A. Coşkun (der.) *Yoksullukla Mücadele Stratejileri.* Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayınları.

Alpar, A.; Esenler, B.; Nalçacı, E.; Belek, İ.; Hamzaoğlu, O.; Özkan, Ö. (2002) 'Sosyalist Türkiye'de Sağlık', *soL Meclis Sağlık Komisyonu.*

An introduction to healthcare in France, http://www.frenchentree.com/fehealth/DisplayArticle.asp?ID=197

Applied Research and Analysis Directorate (ARAD) (2003) *Social Capital as a Health Determinant: How is it Defined?,* http://www.hc-sc.gc.ca

Attila, S. *Kadın Sağlığı ve Şişmanlık (Obezite),* http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/kadin.htm

Aydın, S. (2001) 'Milletlerin Kalkınmasında Önemli Güç Kaynağı Sosyal Sermaye', *Sızıntı,* sayı 270.

Balay, B. (2002) 'Bir Başka Yoksulluk: Kadın Yoksulluğu Üzerine' içinde *Yoksulluk, Kent yoksulluğu ve Planlama, Şehir Plancıları Odası 26. Kolokyumu Bildiriler Kitabı.* Ankara.

Barker, D.J.P. and Osmond, C. (1987) Inequalities in health in Britain: specific explanations in three Lancashire towns, *British Medical Journal,* vol. 294, p: 749-752.

Barrientos, A.; Sherlock, B.L. (2000) 'Reforming Health Insurance in Argentina and Chile' *Health Policy and Planning,* sayı 15(4).

Bartley, M., Power, C., Blane, D. and Davey Smith, G. (1994) Birth-weight and later socio-economic disadvantage: evidence from the 1958 British cohort study, *British Medical Journal*, vol. 309, p: 1475-1478.

Başak, O. (2001) *Aile Hekimliği ve Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimine Katkısı*, http://www.adu.edu.tr/ahug/tipegika.htm

Belek, İ. (1997) *Postkapitalist Paradigmalar*, İstanbul: Sorun Yayınları.

Belek, İ. (2001) 'Sağlık Reformlarında Kriz ve Sağlık Paradigmasında Liberal Yeniden Yapılanma' *Toplum ve Hekim Dergisi,* sayı 16 (6).

Belmartino, S. (2000) 'Reorganizing the Health Care System in Argentina' içinde S. Fleury, S. Belmartino ve E. Baris (der.) *Reshaping Health Care In Latin America:A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico.* International Development Research Center.

Belmartino, S. (2000) 'The Context and Process of Health Care Reform in Argentina' içinde S. Fleury, S. Belmartino ve E. Baris (der.) *Reshaping Health Care In Latin America:A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico.* International Development Research Center.

Borell, C.; Muntaner, C.; Benach, J.; Artazcoz, L. (2004) 'Social Class and Self Reported Health Status Among Men and Women: What is the Role of Work Organization, Household Material Standards and Household Labour?', *Social Science & Medicine,* sayı 58: 1869-1887.

Bosma, H.; Mheen, H.D.; Borsboom, G.J.J.M.; Mackenbach, J.P. (2001) 'Neighborhood Socioeconomic Status and All-Cause Mortality', *American Journal of Epidemiology* : 153-4.

Bradshaw, J. (2002) 'Child Poverty and Child Outcome', *Children Society,* sayı 16.

Brimblecombea, N.; Dorlingb, D.; Shaw, M. (1999) 'Where the poor die in a rich city: The case of Oxford', *Health & Place,* sayı 5: 287-300.

Brooker, A. and; Eakin, J.M. (2001) Gender, class, work-related stress and health: toward a power-centred approach. Journal of Community & Applied Social Psychology, Vol. 11 Issue 2, p97-109.

Bullen, P. ve Onyx, J. (1998) *Measuring Social Capital in Five Communities in NSW: A Practitioners Guide,* http://www.mapl.com.au/A2.htm

Can, N. (2002) *Avrupa Birliği ile Entegrasyon sürecinde Türk Sağlık Sektörünün Durumu,* http://www.un.org.tr

Cattell, V. (2001) 'Poor People, Poor Places, and Poor Health: The Mediating Role of Social Networks and Social Capital', *Social Science and Medicine,* sayı 52: 1501-1516.

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

CIVITAS (2000) *Is Extra Money Working?* The Institute For The Study of Civil Society, http://www.civitas.org.uk/pdf/nhsIntro.pdf

CIVITAS (2005) *Has the additional funding worked?* The Institute For The Study of Civil Society, http://www.civitas.org.uk/pubs/NHSBriefingApr05.php

Clark, L. (1992) *Women's Domestic Health Work in Poverty: A Comparison for Mexican American and Anglo Households.* Yayınlanmamış Doktora Tezi, Arizona University.

Coburn, D. (2004) 'Beyond Income Inequality Hypothesis: Class, Neo-liberalism, and Health Inequalities', *Social Science & Medicine,* sayı58: 41-56.

Çağatay, N. (1998) *Gender and Poverty.* UNDP Working Paper Series.

Çaldıranlı, S. (2004) *Sosyal Çevre ve Sağlığımız,* http://www.sizinti.com.tr

Çanakçı, İ (Ocak 2004) 'Sağlık Sİgortasında yeni açılımlar: Genel Sağlık Sigortası' *İşveren Dergis.*

Datzova B. (2004) *Health Care Reform and Inequality of Access to Health Care in Bulgaria* 2003, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)

De, S. Shehata, İ. (2001) 'Comparative Report of National Health Accounts Findings from Eight Countries in the Middle East and North Africa' *Partnership for Health Reform (PHR), Technical Report* No:64.

Dean, K. (1993) Integrating theory and methods in population health research. in Dean, K. (ed) Population Health Research: Linking Theory and Methods. London: Sage.

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) (1997) *Türkiye ve Avrupa Birliği'ndeki Sağlık Politikaları ve Göstergelerinin Karşılaştırılması*

DİE (2002) *Yoksulluk Çalışması Sonuçları,* Haber Bülteni sayı: B.02.1.DİE.0.11.00.03/906-62, Tarih: 13.04.2004.

Docteur E.; Suppanz H.; Woo, J. (2003) *The US Health System: An Assessment And Prospectıve Directiqns For Reform Economıcs Department Working Papers No. 350.*

Dorling, D.; Mitchell, R.; Shaw, M:, Orford, S., Smith, G.D. (2000) 'The Ghost of Christmas Past: Health Effects of Poverty in London in 1896 and 1991', *BMJ, sayı* 321: 23–30

*Dördüncü ve Beşinci Dönem Birleştirilmiş Periyodik Ülke Raporu'na Hitaben Cedaw- Türkiye Gölge Raporu* (2004), http://www.kssgm.gov.tr/uluslararasi.html

Edgell, S. (1998) *Sınıf.* Ankara: Dost Yayınevi.

Ersoy, M. ve Şengül, T. (2001) *Sanayisizleşme Sürecinin Kentsel Yaşama Etkileri Zonguldak Örneği.* ODTÜ Kentsel Politika Planlaması ve Yerel Yönetimler Anabilim Dalı Stüdyo Çalışması, Ankara.

Ersoy, M. ve Şengül, T. (der.) (2002), *Kente Göç ve Yoksulluk: Diyarbakır Örneği*, ODTÜ Kentsel Politika Planlaması ve Yerel Yönetimler Anabilim Dalı 2001 Yılı Stüdyo Çalışması, Ankara.

Fişek, N. (1976) 'Sağlık Alanında Sigortacılık' içinde *Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları* III, www.ttb.org.tr

Fişek, N. (1990) 'Temel Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Konusunda Söyleşi' içinde *Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları I,* ,www.ttb.org.tr

Fişek, N.(1974) 'Koruyucu ve Tedavi Edici Hekimlik Hizmetlerinin Planlanmasında Örgütlenme Modelleri' içinde *Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları I,* www.ttb.org.tr.

Fişek, N.(1976) 'Sağlık Yönetimi' *içinde Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları I* , www.ttb.org.tr.

Flanagan, R.R. (2002) *The Impact of Maternal Depression and Coping on Parental Involvement and Cognitio: A Bioecological Approach to 5 Year Old Children's IQ Scores in Families Living in Poverty.* Yayınlanmamış Doktora Tezi, Florida State University.

Giddens, A. (1997) *Sociology.* Cambridge: Polity Pres.

Glennester, H. (1983) The Future of the Welfare State: Remaking Social Policy. London: Fabian Society.

Graczyk, J. (2002) *Social Capital and Well-Being.* Australian Bureau of Statistics.

Gren, D.G.; Irvine, B. (2002) *Health Care in France* , http://www.civitas.org.uk/pubs/bb2France.php

Griffin, J. M.; Fuhrer, R.; Stansfeld, S.A. (2002) 'The Importance of Low Control at Work and Home on Depression and Anxiety: Do These Effects Vary by Gender and Social Class?', *Social Science and Medicine*, sayı 54: 783-798.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Araştırmaları Enstitüsü (2003) *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Verileri.*

Hacımirzaoğlu, A. (2001) *'Pekin +5: Birleşmiş Milletler'de Kadının İnsan Hakları ve Türkiye'nin Taahhütleri'* <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr>

Haelterman, E.; Qvist, R.; Barlow P. (2003) 'Social Deprivation and Poor Access to Care as Risk Factors for Severe Pre-eclampsia', *European Journal of Obstetrics adn Gynecology*, sayı 111: 25-32.

Hall, A. and Wellman, B. (1985) Social networks and social support. in Cohen, S. and Syme, S.L. (eds) Social Support and Health. London: Academic Press.

Hancıoğlu, A. (1999) *'Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü'* içinde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara.

Hatun Ş. (2005) *Yeşil Kart a dokunmayın* http://www.ttb.org.tr/TD85/2.html

Hawe, P. ve Shiell, A. (2000) 'Social Capital and Health Promotion: A Review, *Social Science and Medicine,* sayı 51: 871-885.

Hodoğlugil, N.Ş. ve Akın, A. *Cinsiyet Eşitliği, Barış ve Gelişme Yolunda Pekin+5 Sonuçları ve Türkiye'de Durum,* http://www.huksam.hacettepe.edu.tr

Hupkens, C.L.H.; Knibe, R.A.; Drop, M.J. (2000) 'Social Class Differences in Food Consumption', *European Journal of Public Health,* sayı10: 108-113.

Imai, Y.; Jacobzone, S.; Lenain, P. (2002) 'The Changing Health System in France', *OECD Economics Department Working Papers No. 269.*

Jones, K. and Moon, G. (1993) Medical geography: taking space seriously, *Progress in Human Geography*, vol. 17, p: 515-524.

Kalaycıoğlu, S., (2002) 'Türkiye'de Kentsel Yoksulluğun Tanımlanmasında Geçinme ve Aile Stratejilerinin Etkileri' içinde *Yoksulluk, Kent yoksulluğu ve Planlama, Şehir Plancıları Odası 26. Kolokyumu Bildiriler Kitabı*, Ankara.

Kaplan, G.A. ve Yen, I. N. (1999) 'Poverty Area Residence and Changes in Depression and Perceived Health Status: Evidence from the Alamada County Study', *International Journal of Epidemiology,* sayı 28: 90-94.

Kelly, M. and Charlton, B. (1995) The modern and the postmodern in health pro-motion. in Burrows, R., Nettleton, S., and Burrows, R. (eds) The Sociology of Health Promotion. London: Routledge.

Khalt M.; Sermet C.; Pape A. (2000) 'Women's Health in Relation with Their Family and Work Roles: France in the Early 1990s' *Social Science and Medicine,* sayı 50: 1807-1825.

Kılıç, B. (1995) 'Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi', *Toplum ve Hekim Dergisi* sayı 19 (3).

Klebanov, P.K.; Brooks-Gunn, J.; Duncan, G.J. (1994) 'Does Neighbourhood and Family Poverty Affect Mother's Parenting, Mental Health and Social Support?', *Journal of Marriage and Family*, sayı 56 (2): 441-455.

Kohn, M. (1968) '*Mental Health of the Poor*' içinde F. Riesman; J. Cohen; A. Pearl (der.) New York: The Free Press.

Krieger, N.; Chen, J.T.; Selby, J.V. (2001) 'Class Inequalities in Womens' Health: Combined Impact of Childhood and Adult Social Class-a Study of 630 US Women', *Public Health,* sayı 115: 175-185.

Krieger, N.; Chen, J.T.; Selby, J.V. (2001) 'Class Inequalities in Women's Health: Combined Impact of Childhood and Adult Social Class- A Study of 630 US Women', *Public Health,* sayı 115: 175-185.

LaGory, M. ve Fitzpatrick, K. (2000) *Unhealthy Places: The Ecology of Risk in the Urban Landscape.* Newyork: Routledge.

Lamy, C. (2003) *Academic Achievement in the Context of Poverty: Examining the Effects of Family Risk on Children's Math and Reading Achievement over the Elementary School Year'.* Yayınlanmamış Doktora Tezi, The State University of New Jersey, New Brunswick.

Le Quellec-Nathan, M. (2004) *Preventive health-care system in France: Organisation and financement,*

Lelandais, G. E. (2004) 'Alternatif Küreselleşme Yanlısı Hareketler Özellikleri ve Sosyal Sermaye', *Sivil Toplum,* sayı 2 (6-7): 171-181.

Leventhal, T. (1999) *Poverty and Turbulance: Familial and Neighborhood Influences on Children's Achivement.* Yayınlanmamış Doktora Tezi, Columbia University.

Lynch, J., Smith, G.D., Harper, S., Hillemeier, M., Ross, N., Kaplan, G.A., Wolfson, M. (2004) Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review, *Milbank Quarterly*, Vol. 82, Issue 1, p: 5-99.

Macinko, J. ve Starfield B. (2001) 'The Utility of Social Capital in Research on Health Determinants', *The Milbank Quarterly* No.79/3.

Macintyre, S. (1997) The Black Report and beyond: what are the issues? *Social Science and Medicine*, vol. 44, issue 6, p: 723-745.

Macintyre, S., MacIver, S. and Sooman, A. (1993) Area, class and health: should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy*, vol. 22, p: 213-234.

Manoux, A.S.; Clarke, P.; Marmot, M. (2002) 'Multiple Measures of Socio-economic Position and Psychosocial Health: Proximal and Distal Measures', *International Journal of Epidemiolgy,* sayı 31: 1192-1199.

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.

Marx, K. ve Engels, F. (1998) *Komünist Parti Manifestosu.* Ankara: Sol Yayınları

McCulloch, A. (2003) 'An Examination of Social Capital and Social Disorganisation in Neighbourhoods in the British Household Panel Study', *Social Science & Medicine,* sayı 56: 1425-1438.

Miller, D.F. (1992) *Dimensions of Community Health.* Wm.C. Brown Publishers.

Mills, C. (1999) 'Eşitlik ve Sağlık Anahtar Konular ve WHO'nun Rolü', *Toplum ve Hekim Dergisi* cilt:14 Sayı:2.

Necip, Ç. (2004) 'Yeşil Kartlar 13 Haziran'da Değiştiriliyor', *Zaman Gazetesi* 11.04.2004 tarihli sayısı.

Nutbeam, D. (2005) *Social Capital and Health,* http://www.strategy.gov.uk/downloads/seminars/social_capital/scnutbeam.pdf

Özcebe, Hilal; *"Türkiye'de Çocuk Sağlığının Durumu"*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Ders Özeti

Özdemir, O.; Ocaktan, E.; Akdur, R. (2003) 'Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi' *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* Cilt 56, Sayı 4: 207-216

Papay, J.; Thomas, C.; Williams, G.; Bennett, S.; Gatrel, A.; Bostock, L. (2003) 'A Proper Place to Live : Health Inequalities, Agency and the Normative Dimensions of Space', *Social Science and Medicine,* sayı 57: 55-69.

Parkes, A.; Kearns, A. (2004) *The multi-dimensional Neighborhood and Health: A Cross-sectional Analysis of the Scottish Household Survey 2001,* http://www.bristol.ac.uk/sps/cnrpaperspdf/cnr19pap.pdf

Patel, V.; Araya, R.; Lima, M. (1999) 'Women, Poverty and Common Mental Disorders in Four Restructuring Societies', *Social Science and Medicine,* sayı 49: 1461-1471.

Paterson, K. (1981) Theoretical perspectives in epidemiology -- a critical appraisal, *Radical Community Medicine*, Autumn. 23-24.

Pearce, N. ve Davey, G. (2003) 'Is Social Capital Key to Inequalities in Health?', *American Journal of Public Health,* sayı 93(1):122-129.

Pekkanen, J.; Tuomilehto, J.; Uutela, A.; Vartiainen, E.; Nissinen, A. (1995) 'Social Class, Health Behaviour and Mortality among Men and Women in Eastern Finland', *BMJ,* sayı 311: 589-593.

Phillimore, P. (1993) How do places shape health? Rethinking locality and lifestyle in North East England. in Platt, S., Thomas, H., Scott, S. and Williams, G. (eds) Locating Health: Sociological and Historical Explorations. Aldershot: Avebury.

Phillimore, P. and Morris, D. (1991) Discrepant legacies: premature mortality in two industrial towns, *Social Science and Medicine*, vol. 33, issue 2, p: 139-152.

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.

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.

Prandy, K. (1999) 'Class Stratification and Inequailies in Health: A Comparison of the Registrar- Generals's Social Classes and the Cambridge Scale', *Sociology of Health and Illness,* sayı 21(4): 466-484.

Rannan-Eliya, R.P: Vidal, C.B.: Nandakumar A.K (1998) 'Distribution of health care resources in Egypt: Implications for Equity' *United States Agency for International Development,*

Raphael, D. (2000) Health inequalities in Canada: current discourses and implications for public health action, *Critical Public* Health, Vol. 10, Issue 2, p: 193-216.

Rose, G. (1989) The mental health of populations. in: Williams P, Wilkinson G, Rawsley K. (eds.) The Scope of Epidemiological Psychiatry: Essays in Honour of Michael Shepherd. London: Routledge.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (2005) *Sağlıkta Dönüşüm ve Kamu Reformu,* http://www.ses.org.tr/basinaciklamalari/40.html

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Merkez Yönetim Kurulu (SES) (2005) *Genel Sağlık Sigortası bu ülke Halkına ve Çalışanlara ne Getirecek?,* http://www.ses.org.tr/bilgi/gss/1.htm

Saul, C. ve Payne, N. (1999) 'How does the Prevalence of Specific Morbidities Compare with Measures of Socio-economic Status at Small Area Level', *Journal of Public Health Medicine,* sayı 21(3): 340-347.

Saxena S.; Majeed A.; Jones, M. (1999) 'Socio-economic Differences in Childhood Consultation Rates in General Practice in England and Wales', *Prospective Cohort Study,* sayı 318: 642-646.

Seccombe, K.; Amey, C. (1995) 'Playing by the Rules and Loosing: Health Insurance and the Working Poor', *Journal of Health & Social Behavior,* sayı 36(2): 168-181.

Seeman, T.E. (1996) Social ties and health -- the benefits of social integration, *Annals of Epidemiology*, vol. 6, p: 442-51.

Seyyar, A. (2004) *Yoksul Ailelere Dönük Sosyal Politikalar,* http://www.sosyalsiyaset.com

Shrijvers, C.T.M.; Mheen, H.D.; Stronks, K.; Meckerbach, J.P. (1998) 'Socio-economic Inequalities in Health in the Working Population: The Contrubution of Working Conditions', *International Journal of Epidemology,* sayı 27: 1011-1018.

Smyke, P. (1995) *Women and Health.* London: Zed.

SOL Meclis Sağlık Komisyonu (2001) *Sosyalizm ve Sağlık*, NK Yayınları, İstanbul.

Sorensen, A. (1994) 'Women, Family and Class', *Annual Review of Sociology*, sayı 20: 27-47.

Stewart-Brown, S. (2000) What causes social inequalities: why is this question taboo? *Critical Public Health*, Vol. 10, Issue 2, p: 233-242.

*Strategic Action Plan for the Health of Women in Europe* (2001). http://www.who.int/topics/womens_health/en/

Şengül, H. T. (2000) 'Siyaset ve Mekânsal Ölçek Sorunu: Yerelci Stratejilerin Bir Eleştirisi' içinde A. Tonak (der.) *Küreselleşme*. Ankara: İmge Kitabevi.

Şengül, H. ve Ersoy, M. (der.) (2000) Kentsel Yoksulluk ve Geçinme Stratejileri: Ankara Örneği, ODTÜ Kentsel Politika Planlaması ve Yerel Yönetimler Anabilim Dalı Stüdyo Çalışması, Ankara.

Topak O. 'Sosyal Güvenlik ve Yeniden Yapılanma' *Toplum ve Hekim Dergisi* Kasım-Aralık 2000 cilt:15 sayı:6

Toplum ve Hekim Dergisi Yayın Kurulu (2001) 'On Soruda Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun', *Toplum ve Hekim* cilt:16, sayı:1.

Türk Tabibler Birliği (2005) *Genel Sağlık Sigortası: Türk Tabibler Birliği Görüşleri.* TTB Yayınları

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2003) *Türkiye Sağlık Sistemi 2002.*

Türmen, T. *Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı,* http://www.huksam.hacettepe.edu.tr.

Ünsal, Artun (1996), "Genişletilmiş Bir Şiddet Tipolojisi", *Cogito*, sayı 6-7. Kış-Bahar. s.29-36.

Wagstaff , A. (2002) *Poverty and Health.* CMH Working Paper Series, Paper No. WG1: 5.

Wapula, N. (2002) *Women, Poverty and Literacy in Botswana: A Case Study*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. The Pennsylvania State University.

Wellman, B.; Lunansky, L.; Kelner, M. (2003) *Social Networks, Social Capital and Health Information*, http://hevra.haifa.ac.il

Whitehead, M. (1994) 'Who cares about equity in the NHS?', *BMJ* sayı 308:1284–7.

Whitehead, M. and Dahlgren, G. (1991) What can be done about inequalities in health? *Lancet*, vol. 338, p: 1059-63.

Wilkinson, R.G. (1996) Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality. London, New York: Routledge.

Wilkinson, R.G. (1996) Unhealthy Societies: the Afflictions of Inequality. London: Routledge

Williams, F., Popay, J. and Oakley, A. (eds) (1998) Welfare Research: A Critical Review. London: University College Press.

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,* vol. 48, issue 4, p: 167–179.

World Bank, *World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty.*

Wyn, R. ve Solis, B. (2001) 'Women's Health Issues Across The Life Span' *Women's Health Issues,* sayı 11 (3): 148-159.

Yavuz, C. (2004) 'DSÖ Yol Gösteriyor Hükümet Uyguluyor', *Toplum ve Hekim Dergisi* cilt: 19, sayı: 3.

Bosma H., van de Mheen H.D., Borsboom G.J.J.M and Mackenbach J.P. (1999) Neighborhood Socioeconomic Status and All-Cause Mortality, American Journal of Epidemiology Vol. 153, No. 4 : p: 363-371.

## İNTERNET KAYNAKLARI

www.cmhealth.org/wg1_paper5.pdf

www.frenchentree.com/fehealth/DisplayArticle.asp?ID=197

www.hda.nhs.uk/downloads/pdfs/choosing_health/CHB21-social-capital.pdf

www.hevra.haifa.ac.il/~soc/events/cn/abstracts/1

www.hips.hacettepe.edu.tr

www.kssgm.gov.tr/uaiab.html

www.rize.saglik.gov.tr/ruh.htm

www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=869&id=51

www.tusiad.org/yayin/gorus/58/9.pdf

www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5.htm

www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/Presentations/VDL21LequellecNathan.pdf

www.vhpb.org/files/html/Meetings_and_publications/Presentations/VDL21LequellecNathan.pdf

www.world-bank.org/poverty/scapital/whatsc.htm

www.yunus.hacettepe.edu.tr/~ergen/egitim_sosyolojisi/cocuk_isgucu.htm

**Kentsel Politika Planlaması ve Yerel Yönetimler Anabilim Dalı Bünyesinde Yayınlanmış Diğer Yayınlar**

1. ODTÜ, SBE, Kent. Pol. Plan. ve Yerel Yön. ABD, (1995) Yerel Yönetim Maliyesinin Yeniden Örgütlenmesi (3 cilt).
2. ODTÜ, SBE, Kent. Pol. Plan. ve Yerel Yön. ABD, (1996) İller Bankasının Yeniden Yapılandırılması (2 cilt).
3. Ersoy, M. ve Şengül, T. (1998) Yerel Yönetimlerin Yeniden Yapılandırılması: Türkiye Örneği, ODTÜ, SBE, Kent. Pol. Plan. ve Yerel Yön. ABD.
4. Şengül, T. ve Ersoy, M. (1999) Kentsel Yoksulluk ve Geçinme Stratejileri: Ankara Örneği, ODTÜ, SBE, Kent. Pol. Plan. ve Yerel Yön. ABD.
5. Ersoy, M. ve Şengül, T. (2001) Sanayisizleşme Sürecinin Kentsel Yaşama Etkileri: Zonguldak Örneği, ODTÜ, SBE, Kent. Pol. Plan. ve Yerel Yön. ABD.
6. Ersoy, M. ve Şengül, T. (2002) Kente Göç ve Yoksulluk: Diyarbakır Örneği, ODTÜ, SBE, Kent. Pol. Plan. ve Yerel Yön. ABD
7. Ersoy, M. ve Şengül, T. (2003) Şanlıurfa İl Gelişim Planı Çalışmaları, ODTÜ, SBE, Kent. Pol. Plan. ve Yerel Yön. ABD
8. Şengül, T. ve Ersoy, M. (2004) Şanlıurfa Kentinde Yoksulluk, ODTÜ, SBE, Kent. Pol. Plan. ve Yerel Yön. ABD.
9. Ersoy, M. ve Balaban, O. (2005) Göçmen Nüfusun Kentle Etkileşim Süreci: İskilip Örneği, ODTÜ, SBE, Kent. Pol. Plan. ve Yerel Yön. ABD.