

Türkiye’de Kadın Sağlığını Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörler ve Yoksulluk

• Prof.Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ*

Özet

Bu çalışma Türkiye’de kadın sağlığını etkileyen sosyo ekonomik faktörler ve yoksulluk üzerine yapılmış bir değerlendirme çalışmasıdır. Çalışmada genel olarak kadınların sağlığını etkileyen faktörler yoksullukla bağlantılı olarak incelenmiştir. Kadınların sağlıklarını etkileyen pek çok faktör vardır. Bunların başında yoksulluk ve eğitim düzeyinin düşüklüğü gelmektedir. Özellikle eğitim düzeyi verilen eğitimin tipi bu sorunun boyutlarını etkilemektedir. Buna ek olarak kadınların söz konusu faktörleri nasıl ele aldıkları da tartışılacaktır.

Abstract

This article is an evaluative study on the socio-economic factors which affect women health and poverty in this study factors which affect women’s health have been examined generally. There are lots of factors which affect women’s health. Poverty and low educational status come firstly. Particularly educational level, type of education affect the dimensions of this problem. In addition to this how women elaborate these factors will be discussed.

*Adnan Menderes Üniversitesi, Nazilli İ.İ.B.F., Kamu Yönetimi Bölümü Öğr. Üyesi

Giriş

Kadınlar, her toplumda sağlık sorunlarıyla dikkat çeken bir nüfus grubu olmuşlardır. Toplumların gelişmişlik düzeyine göre sağlık sorunlarının niteliği ve yoğunluğu farklılaşmaktadır. Bunun gibi sorunlara bakış ve sorunların aşılmasına yönelik adımlar da çeşitlilik göstermektedir. Öte yandan kadınların kendi sağlık sorunlarını algılayışları ve bu doğrultuda çözüm arayışları da farklı olmaktadır.

Genel olarak kadınların sağlıklarını etkileyen pek çok faktör vardır. Bunların başında yoksulluk ve eğitim düzeyinin düşüklüğü gelmektedir. Özellikle eğitim düzeyi, verilen eğitimin tipi bu sorunun boyutlarını genişletmekte veya daraltabilmektedir.

Türkiye’de toplumun çeşitli kesimlerinde kadının erkeğe kıyasla hala ikinci sınıf insan olarak nitelendirildiği bilinmektedir. Bu sorun ülkenin gelişmiş yörelerinden az gelişmiş yörelerine gidildikçe daha da belirginleşmektedir.

Bu çalışmada genel olarak kadınların sağlık durumlarını etkileyen başlıca faktörler ve yoksulluk bağlantısı ele alınacaktır. Bunun yanı sıra kadınların söz konusu faktörleri nasıl değerlendirdikleri de irdelenecektir.

Kadınların Sağlık Durumlarını Etkileyen Faktörler

Genel olarak sosyo-ekonomik düzeyin, kültürel sistem ve ruhsal yapı ile birlikte kişinin sağlığını ve hastalıklarla başa çıkma yollarını belirlediği bilinmektedir (Çağlayener 1995). Bu durum kuşkusuz kadınlar için de geçerlidir. Kadınların sağlık durumlarını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen pek çok faktör vardır ve bunlar çoğu kere birbirinden bağımsız değildir.

Başlıca faktörler şöyle sıralanabilir:

- Ülkenin gelişmişlik düzeyi
- Yoksulluk
- Genel okur yazarlık oranı

- Kadına ve aileye yönelik sosyal politikalar
- İnanç sistemi
- Ataerkil ideoloji
- İstihdamın yapısı
- Eğitim sistemi

Yukarıda sıralanan faktörler genelde makro düzeyde faktörler olarak değerlendirilebilir. Öte yandan mezo ve mikro düzeyde analizleri gerektiren faktörler de bulunmaktadır.

Bunların başlıcaları da şöyle özetlenebilir:

Kadının;

- Sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, medeni durumu, vb)
- Ekonomik bağımsızlığı
- İçinde yer aldığı hanedeki kişi sayısı
- Sahip olduğu çocuk sayısı
- En küçük çocuğunun yaşı
- Evlilik yaşı
- Doğum sayısı
- Doğum aralığı
- Evlilik ilişkilerinin niteliği
- Evlilikte şiddete uğrama durumu
- Sosyal destek sistemi

Ülkenin Gelişmişlik Düzeyi: Yaşanılan ülkenin gelişmişlik düzeyi kadın sağlığını etkileyen başlıca faktörlerden biridir. Gelişmiş bir ülkede gerek kadının sağlığının korunmasına gerekse hastalıkların tanı, tedavi ve rehabilitasyonlarına ayrılan fonların az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerinkinden fazla olduğu bir gerçektir. Öte yandan gelişmiş ülkelerde bu fonlar sürekli ve düzenlidir. Gelişmişlik düzeyi arttıkça kadınların sağlık bilinçlerinin de artması söz konusudur. Bunun temel nedeni gerek örgün gerekse yaygın eğitim faaliyetlerinin gelişmişlik düzeyi yükseldikçe daha da güçlenmesidir. Öte yandan gelişmiş ülkelerde kitle iletişim araçlarının kadınların sağlık bilinci kazanmasındaki rolü çok büyüktür. Nitekim

Ülkemizde TÜİK (Türkiye Devlet İstatistik Kurumu) 2004 sonuçlarına göre nüfusun 20.5'i yoksuldur. Hane halkı büyüklüğü arttıkça da yoksulluk riski artmaktadır (TÜİK 2003-2004). Nitekim kadınların eğitim ve sağlığıyla ilgili en büyük sorunlar bu grupları ilgilendirmektedir.

Yoksulluk: Ülkelerin gelişmişlik düzeyiyle bağlantılı veya onunla yakından ilgili bir başka faktör de ülkede yaşanan yoksulluktur. Gerçekten de geniş halk kitlelerinin yoksullaşması kadınların sağlığının daha da bozulmasına yol açabilmektedir.

Böyle bir durumda öncelikle kadınlara ve kız çocuklarına ayrılan paylarda kesintiye gidilebilmektedir. Ülkedeki yoksullaşmayla bağlantılı olarak gerçekleşen işten çıkarmalarda vasıfsız olmaları nedeniyle ilk önce kadınlar işten çıkarılmaktadırlar. Yoksullaşma arttıkça kadın ve kız çocukların beslenmesi, sağlıklarının korunmasına yönelik duyarlılıkta da azalma olabilmektedir. Benzer şekilde kadın sağlığının korunmasına yönelik programlara yeterince hız verilememektedir.

Genel Okur Yazarlık Oranı: Ülkenin gelişmişlik düzeyine paralel olarak nüfusun okur yazarlık oranının da değiştiği bilinmektedir. Gelişmiş ülkelerde halkın örgün ve yaygın eğitim süreçlerinden geçmesi çok daha fazla vurgulanan bir hedefdir. Zorunlu eğitim sisteminden yararlanan kitlelerin oransal ağırlığı çok yüksektir. Bu, halkın eğitim ve öğretim boyutlarında artan duyarlılığının yanı sıra sistemin yaptırım gücünün yüksekliğine de bağlıdır. Başka bir deyişle uygulama programlarındaki temel hedeflere ulaşılması önündeki engellerin kaldırılması, ilkelere uyulmasını sağlayıcı önlemlerin alınması gelişmiş ülkelerde daha öne çıkmaktadır. Ülkemizde 2003-2004 yıllarındaki istatistiklerde okullaşma oranı 4306 sayılı yasa ile zorunlu eğitimin 8 yıla çıkarılması ile ilköğretim bitiren kadınların oranı %90.2'ye yükselmiştir. Lise ve dengi mezunların oranı %42.4, üniversite mezunu kadınlar ise %12'ye ulaşmıştır. Ancak Türkiye genelinde kırdaki %30, kentte %20 kadın henüz okuyamaz değildir. Son yıllardaki kız çocuklarına yönelik eğitim kampanyaları ve gelişmemiş bölgelerde yürütülen

Avrupa Birliği projelerinde kız çocuklarına sağlanan pozitif ayrımcılığın meyvelerini gelecek on yılda toplayacağımızı umut ediyoruz.

Genel okur yazarlık oranının yüksek olması, çoğu kez kadın nüfusun okur yazarlık oranının da yükselmesi anlamına gelmektedir. Kadınların okur yazarlık oranının yükselmesi yine onların sağlık bilincini arttırmakta, tedavi kuruluşlarına sorunları içinden çıkılmaz hale gelmeden başvurmalarına neden olabilmektedir.

Kadına ve Aileye Yönelik Sosyal Politikalar: Toplumsal yapıdaki en ufak bir değişiklik toplumun herhangi bir katmanındaki aileyi derinden etkilemektedir. Eğitim, kültür, sosyal güvenlik gibi çeşitli alanlardaki değişikliklerin ailenin işlevlerinden bazılarını yitirmesine neden olduğu bilinmektedir. Doğrudan aileleri hedefleyen aile politikaları toplumda ailelere yönelik tüm karar ve önlemleri; hatta geleceğe yönelik tahminleri kapsamaktadır (Arıkan 2005:117). Doğrudan aileleri hedefleyen bu politikaların aile içinde en dezavantajlı konumdaki kadını göz ardı etmesi düşünülemez.

Kadın ve aileleri öne çıkaran; başka deyişle göz ardı etmeyen politikalar kadın sağlığının da güçlendirilmesine, sağlıklı oluşunun sürdürülmesine yardımcı olmaktadır. Özellikle kadına vurgu yapmayan sosyal politikalar, kadınların ve onların başta sağlık olmak üzere çeşitli sorunlarının göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Buna karşılık kadın bakış açısını yansıtan politikalar kadınların sağlık sorunlarını, sağlığı tehdit eden nedenleri, risk faktörlerini saptayıp analiz etmekte başarılı olan programlara öncelik tanıyabilmektedirler.

Ataerkil İdeoloji: Ataerkil ideoloji çerçevesinde erkek evin reisi, kadın ise onun istek ve emirlerine itaat eden taraftır. Erkeğin istek ve ihtiyaçlarına öncelik tanımak kadının birincil görevidir. Kadının erkeğe kıyasla ikinci sınıf insan sayıldığı, düşük statü sorunları toplumda belirgindir.

Kadına atfedilen değerler ve üstlenmesi gerektiği düşünülen temel görevleri eş ve anne kimliğinin öne çıkmasına neden olmaktadır. Bireysel kimliğin,

eş ve anne kimliklerinin gerisinde kalması kadının başta sağlık sorunları olmak üzere kendi sorunlarını ikinci plana atmasına yol açabilmektedir. Kadın, önemsizleştirilmesini, görünür kılınmamasını kendisi de kabullenebilmekte, adeta içselleştirebilmektedir.

Bu nedenle önemli sağlık sorunları olsa dahi bunları önemsememekte veya önemsemediğinde bile dile getirmemektedir. Pek çok kadına halen yaşadığı en önemli sorunun ne olduğu sorulduğunda ailesinin sorunlarını dile getirdiği, kendi sorunlarından söz etmediği dikkati çekmektedir.

İstihdamın Yapısı: Genel olarak istihdamın yapısı eğitimle doğrudan ilişkilidir. Kadının eğitimde erkeklerle eşit haklara sahip olup istihdamda yer almasıyla bu alandaki eşitsizliklerde ortadan kalkacaktır. Ülkemizde kadınların eğitim düzeyiyle ilgili oranları yukarıda ele alınmıştır. Kadın nüfusun işgücüne katılma oranlarında da erkelere kıyasla kadınların durumu ciddi problem alanları içermektedir. Söz gelimi 15-49 yaş grubundaki kadın nüfusunun ancak %24.8'i istihdamda (ücretli) yer almaktadır. Kent kesiminde bu oran %19.3'e, düşmekte kırdaki yükselmenin mevsimlik sürekli kadın işçiliği olarak değerlendirilmesi gerekir. Kentlerde çoğunluğu ücretsiz aile işçisi konumundaki kadın kırdaki tarım kesimini sırtında taşımaktadır. Bu durum gerçekte kadın yoksulluğunun tarım kesimindeki gerçek fotoğrafı gibidir.

Bölgelerarası farklılıkların da kadınların kendilerini ve sorunlarını algılayışları üzerinde etkili olduğu bir gerçektir. Ülkenin gelişmiş yörelerinden geri kalmış yörelere doğru gidildikçe kadının düşük statüden kaynaklanan sorunlarının da artış gösterdiği söylenebilir. Buna paralel olarak kadının sağlığının korunmasına verilen önem azalmakta; kadın sağlığını bozan, hastalık riskini arttıran uygulamalara daha sık rastlanmaktadır (sağlıksız beslenme, şiddet, vb.).

Doğum Sayısı/ Doğum Aralığı: Doğumların sayısının artması, buna karşılık doğum aralıklarının artması da kadının sağlığını bozan önemli faktörler arasındadır. Bilindiği gibi doğumun ardından

kadının vücudunun eski sağlık düzeyine kavuşması için en az iki yıl geçmesi gerekmektedir. Bundan daha kısa sürede yeniden hamile kalınması, kadının ve bebeğinin sağlığı hatta yaşamı açısından yüksek risk içermektedir.

Evlilik İlişkilerinin Niteliği: Evlilik ilişkilerinin niteliği de kadının sağlığını etkileyen faktörler arasındadır. Eşler arasında destekleyici, paylaşımaya dayalı, açık iletişimin olması kadının sağlığını da etkilemektedir. Evlilikteki sorunlar kadının fiziksel sağlığının bozulmasına yol açabilecek huzursuzluk yaşamasına; böylece bağışıklık sisteminin bozulmasıyla herhangi bir hastalığa tutulmasına zemin hazırlamaktadır. Sorunun bir başka boyutu da kadının sağlığının bozulmasının onun evlilik ilişkilerini olumsuz etkileyebileceği, evlilikteki sorumluluklarını aksatabileceğiyle ilişkilidir. Böylece kadının benlik saygısında, özgüveninde sarsıntı da olabilir. Yaşanılan huzursuzluk da artabilir. Anlaşılacağı gibi, evlilik ilişkilerinin niteliği ile kadın sağlığı arasında güçlü bir bağlantı bulunmaktadır.

Evlilikte Şiddete Uğrama Durumu: Evlilikte kadının eşi tarafından fiziksel, duygusal/sözel ve ekonomik şiddete uğramasının onun ruh ve beden sağlığı üzerinde etkili olduğu bir gerçektir (Mavili Aktaş 2007:10-13). Fiziksel şiddet kadının sağlığını bozmakla kalmaz onun yaşamı üzerinde ciddi bir tehdit de olabilir. Pek çok kadın eşleri tarafından öldürüsiye dövülebilmekte; buna bağlı olarak sakatlanmakta ve hatta yaşamını yitirebilmektedir. Nitekim ülkemizde 1998 yılında çıkartılan 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun ile şiddete maruz kalan kadın ve çocuğun korunması hedeflenmiştir. 1998-2000 yılında kanun kapsamında yalnızca 5 gibi parmakla gösterilecek bir başvuru varken 2001'de başvuru sayısı 54'e 2002'de 597'e, 2003'de ise 5719'a çıkmıştır (KSSGM, 2007). 2000 ile 2003 tarihleri arasındaki her yıl 10 katına çıkan bu çarpıcı artışın üzerinde dikkatle durulmalıdır. Ülke genelinde medyada ve kurumların aile eğitim programlarında kadının hakları konusunda eğitilmesi, bilinçlendirilmesi bu konudaki başvuruları da arttırmıştır. Dünyanın pek çok ülkesinde var olan şiddet ülkemizde de artık kadınlar tarafından kabul

edilmeyen, istenmeyen, çözümü arzu edilen bir sorun olarak gündeme gelmiştir.

Eşi tarafından fiziksel şiddete uğrayan bir kadında 'dövülen kadın sendromu' olarak adlandırılan bir tablo ortaya çıkabilmektedir. Bu tablo şu belirtileri yansıtmaktadır:

- Depresyon
- Benlik saygısında düşüklük
- Özgüven yetersizliği
- Çaresizlik
- Geleceğin belirsizliği duygusu
- İntihar düşünceleri
- Kendini yaralama davranışları
- Konsantrasyon bozukluğu
- Psiko-somatik rahatsızlıklar

-Ciddi yaralanmalara bağlı bedensel/organik sorunlar

Bunların da gösterdiği gibi evlilikte kadının şiddete uğraması, onun sağlığı üzerinde son derece önemli hatta kalıcı sorunlara yol açmaktadır.

Sosyal Destek Sistemi:

Kadının ailesi, çevresi, toplumdaki kuruluşlardan aldığı destek de onun sağlığı üzerinde etkilidir. Çeşitli çalışmalar, sosyal destek sistemleri güçlü olan kadınların hastalıklarla daha kolay baş edebildiklerini, hastalıkların yol açtığı olumsuz yaşam koşullarına daha rahat uyum gösterebildiklerini ortaya koymaktadır. Kadının herhangi bir hastalığa karşı bağışıklık sistemi de aldığı sosyal desteğin etkisiyle güçlenebilmektedir. Aynı zamanda sosyal desteği güçlü olan kadınların sağlıklarında karşılaştıkları sorunların giderilebilmesine yönelik mücadele stratejilerinin daha güçlü olduğu, karşılaştıkları sorunları nasıl aşabileceklerine yönelik destek sistemini oluşturanlarla daha etkili ve hızlı bilgi alışverişinde bulunabildikleri bilinmektedir.

KADIN SAĞLIĞI VE YOKSULLUK

Bilindiği gibi sosyo-ekonomik düzeyin temel değişkenleri eğitim, gelir ve meslektir. Bunlar sağlığı

güçlü biçimde etkilemektedir.

Genel olarak bakıldığında, sağlığı güçlendirme ve hastalıkları önleme programlarına, tedavi hizmetlerine ulaşma olanakları çok kısıtlı olan yoksulların aynı zamanda sıklıkla büyük çevresel ve mesleki sorunlarla daha fazla karşılaştıkları bilinmektedir (Rudd, Moeykens ve Colton 1999). Bütün bu durumların da yoksulları ekonomik, eğitimsel ve politik açıdan dezavantajlı nüfus grupları arasına soktuğu bilinmektedir.

Blane (1995 akt. Rudd, Moeykens ve Colton 1999), mortalite ve morbiditenin dağılımı ile sosyal gruplar arasındaki sürekli ilişkinin son derece çarpıcı olduğunu ileri sürmektedir. Ona göre sosyo-ekonomik değişkenler açısından daha avantajlı grupların sağlık durumları, kendi toplumlarında yaşayan diğer insanlara kıyasla çok daha iyidir.

Yoksul halk kitlelerinin sağlık sorunlarının yoksul olmayanlardan belirgin biçimde fazla olması gibi kadın ve erkek yoksullar arasında da önemli farklılıklar vardır. Yoksulluğun kadınlar üzerindeki yıkıcı etkileri yoğun olarak gözlenmektedir. Yapılan çalışmalar da kadınların erkeklere kıyasla yoksulluğun yıkıcı etkilerine çok daha fazla uğradıklarını göstermektedir. Örneğin 2002 yılında ABD'de yayınlanan resmi istatistiklere göre tüm yoksul nüfusun % 56'sının kadın ; yalnızca %44'ünün ise erkek olduğu, tüm yoksul ailelerin %50'sinin reisinin kadın, buna karşılık yalnızca %8'inin erkek olduğu ortaya konmuştur (U.S.Census Bureau 2003). Ülkemizde bu boyutta resmi istatistiklerin mevcut durumu tam anlamıyla ortaya koyamadığı bilinmekle birlikte tüm yoksul nüfusun ve yine yoksul ailelerin önemli bir kısmının reisinin kadın olduğu tahmin edilmektedir.

Kadınların yoksulluğu ile olumsuz sağlık koşulları arasındaki ilişkinin ana nedenleri, ağırlıklı olarak cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanmaktadır. Eğitim, çalışma yaşamına ve siyasete katılım gibi boyutlarda kadınların aleyhine gözlenen tablo kadınların sağlığına da olumsuz olarak yansımaktadır. Okur yazarlık düzeyiyle sağlık arasında bir ilişki vardır. Çeşitli araştırmalar eğitim ve yetişkin

okur yazarlığının bilgiye ulaşma ve okur-yazarlığın gerekli olduğu ortamları kullanma becerisini etkilediğini, aynı zamanda bilişsel ve sözel beceriler üzerinde etkili olduğunu ve kendine yeterli olma duygusunu güçlendirdiğini ortaya koymaktadır (Rudd, Moeykens ve Colton 1999).

Söz gelimi, ataerkil ideolojinin de etkisiyle kadınların okullaşma oranlarının düşüklüğü onların sağlığı olumsuz etkileyen faktörler konusunda bilinç düzeylerinin de düşük olmasına neden olmaktadır. Bunun yanı sıra koruyucu, önleyici, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine nasıl ulaşabileceği ve bunlardan nasıl yararlanabileceği gibi konularda da bilgilerinin az olmasına yol açmaktadır. Öte yandan Türkiye’de okur yazar olmayan ve düşük eğitim düzeyindeki kadınların oranlarının hiç de düşük olmadığı hatırlanacak olduğunda hastalık durumunda başvurulacak tedavi yöntemi ve kullanılacak ilaçlarla ilgili izlenecek yolu bilmeyen veya bilgileri çok yetersiz hatta çarpık olan kadınların sayısının fazla olabileceği düşünülebilir. Böyle kadınların sağlıklarına ilişkin yakınmalarını tam ve anlaşılır biçimde sağlık profesyonellerine iletmesi, belirtileri iyi tanımlaması oldukça güç olabilmektedir. Kendilerine verilen direktifleri kavrayıp gerektiği gibi uygulama açısından da sıkıntıları olabilmektedir. Sorunun bir başka yönü de doktorların kendisini ve yakınmalarını yeterince ifade edemeyen ve sağlık kuruluşlarına yönelme bilinci olmayan kadınların hastalıklarını teşhiste zorluk çekebilmeleridir.

Davis ve arkadaşları (1996 akt.Ruddy, Moeykens ve Colton 1999), düşük gelir düzeyindeki kadınların mamografi yaptırma yönelimlerinin çok az olduğunu; bu nedenle de meme kanseri teşhisinin daha geç evrelerde konması tehlikesiyle karşı karşıya kaldıklarını saptamışlardır. Muhtemelen düşük gelir grubundaki kadınların sağlık bilinçleri daha yüksek gelir grubundaki kadınlara kıyasla daha düşüktür ve bu nedenle mamografi yaptırma istekleri daha az olabilmektedir. Bu çalışma, sağlık bilinci, okur yazarlık düzeyi ve kanser tarama yaptırma kararları arasında güçlü bir bağ olduğunu ortaya koyması açısından önemli görülmektedir.

Öte yandan kadınların yoksulluk karşısındaki duruşları da sağlık durumlarını değerlendireleriyle bağlantılıdır. Genel olarak eğitim eksikliği, sorunların farkında olma, tanımlama ve aktarmada karşılaşılan iletişim sorunları ve bireyleşmenin yetersizliği sağlık yardımı istemeyi güçleştirmektedir (Çağlayaner 1995). Karşı karşıya kaldıkları yoksullukla mücadele ederken ailelerinde yaşanan yoksulluğu en önemli sorun olarak görmektedirler. Kendi sağlık durumlarında ciddi bozulma olsa bile bununla ilgilenecek fırsatı çoğu kez bulamamakta veya bu sorunu daha önce de vurgulandığı gibi sağlık bilincinin eksikliğinden ötürü önemsememektedirler. Arıkan’ın 1994 yılında Adıyaman’ın Gölbaşı ilçesi Haydarlı köyünde gerçekleştirmiş olduğu bir araştırma bu açıdan anlamlı sonuçlar yansıtmaktadır: Kadınların tamamına yakınının (%82.9) uzun zamandan beri kendisini rahatsız eden bir hastalığı bulunmaktadır. Bununla birlikte kadınların yalnızca %16’sı bu durumu önemsediyini ifade etmiştir. Belirtilen rahatsızlıkların başında mide, baş ve bel ağrıları yer almaktadır (%37.9). Bunu iç hastalıkları izlemektedir (%20.7). Kadın hastalıkları üçüncü (%16.4), romatizmal hastalıklar ise dördüncü sırada yer almaktadır (%12.9). Söz konusu çalışmada görüşülen kadınların büyük çoğunluğu (%77.1) ciddi biçimde hastalanmaları halinde tedavi olma imkanlarının bulunmadığından yakınmaktadırlar. Görüşülen kadınların hemen hemen tamamı parasızlıktan tedavi olamadıklarını açıklamıştır (%94.4).

YOKSUL KADINLARIN SAĞLIK SORUNLARIYLA BAŞETME GÜÇLERİ

Yoksul kadınların yukarıda da ayrıntılı olarak ele alındığı gibi pek çok sağlık sorunu bulunmaktadır. Buna karşılık sağlık sorunlarıyla baş etme güçleri oldukça zayıf kalmaktadır. Bunun başlıca nedenleri şöyle özetlenebilir:

- Bireyleşme yetersizliği
- Farkındalık düzeyinin düşüklüğü
- Öğrenilmiş çaresizlik
- Tükenmişlik duygusu

Bireyleşme Yetersizliği: Toplum içinde kadın veya erkek olsun herkesin çeşitli kimlikleri bulunmaktadır. Bu kimlikler doğrultusunda çeşitli roller gerçekleştirilmektedir. Bununla birlikte ülkemizde aile dinamikleri incelendiğinde aile üyeleri arasındaki sınırların net olarak ayrışmadığı dikkati çekmektedir. Başka bir deyişle ailede üyelerin bireyleşme süreçleri tam anlamıyla gerçekleşmemektedir. Çağlayaner (1995)'in vurguladığı gibi 'aile bireylerinin kimlikleri birbiri içinde eridiğinden sorunların kime ait olduğu belirsizdir. Bu nedenle de sorunların tanımlanması genel olarak yetersiz kalmaktadır.' Bireysel kimlik, bireyleşme yoksul kadınlar açısından yeterince öne çıkamamaktadır. Bunun ataerkil ideolojiyle bağlantısı vardır. Gerek yetiştirilme sürecinde gerekse yetişkinlikte kadınlar daha çok kız evlat, eş ve anne kimlikleriyle öne çıkmaktadırlar. Birey olarak kimlikleri geri planda kalmaktadır. Hatta tam anlamıyla bireyleşemedikleri de ileri sürülebilir. Bu nedenle de kendilerini bağımsız, yetkin bir kadın olarak tanımlamaktan önce 'birinin kızı, eşi veya annesi' olarak tanımlamaktadırlar. Bu durumda ise ciddi sağlık sorunları yaşayan yoksul kadının kendi bireysel sorunlarıyla baş etmesi güçleşmektedir. Arıkan'ın Adıyaman'ın Haydarlı Köyünde gerçekleştirdiği araştırmadan da elde edildiği gibi öncelik ailenin sorunlarıyla ilgilenmeye verilmektedir.

Farkındalık Düzeyinin Düşüklüğü: Eğitim düzeyinin düşüklüğü, bireyleşme yetersizlikleri gibi nedenlerle de bağlantılı olarak yoksul kadınlar birey olarak içinde buldukları koşulların, bireysel sağlık durumlarının tam olarak farkında değildirler. Yeterince farkında olmama da yaşanan sorunlarla etkili biçimde mücadele etmeyi olanaksızlaştırmaktadır.

Öğrenilmiş Çaresizlik: Gerek yetiştirilme sürecinin gerekse yoksulluğun kışkırtıcı etkisiyle yoksul kadınlar büyük ölçüde çaresizlik duygularıyla kuşatılmışlardır. Çaresizlik düşük benlik imajı ve öz saygısı buna karşılık çevresel, sosyal ve ekonomik kaynakların yetersizliğiyle daha da pekişmektedir. Yoksul kadın karşı karşıya olduğu sağlık sorunlarının farkında olsa bile 'nasıl olsa bu sorunları aşmakta

yetersiz kalacağına' kendini inandırabilir. Yeterince bireyleşmemiş olması da bu sorunu körüklemektedir. Sorunları aşmakta yetersiz kalacağına inanan bir kadının bu sorunlarla etkili biçimde baş edebileceğini düşünmek oldukça güçtür.

Tükenmişlik Duygusu: Öğrenilmiş çaresizlik duygusuna çoğu kere tükenmişlik duygusu da eşlik etmektedir. Yoksul kadınlar çok boyutlu sorunlarının ağırlığıyla kendilerini tükenmiş hissedebilmektedirler. Tükenmişlik duygusu kadının baş etme gücünü tümüyle elinden almaktadır.

Yoksul kadınların sağlık sorunlarıyla baş etme güçlerinin artırılması için öncelikle yukarıda sözü edilen boyutlarda kadınların bireysel kimliklerinin yeniden inşa edilmesi, yeniden üretilmesi gereklidir. Böyle bir üretim ise kadının birey olarak güçlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Güçlendirme perspektifinden bakıldığında yoksul kadınların;

Bireysel kimliklerinin farkında olmaları,

Kendilerini ve sorunlarını ifade yeteneklerini arttırmaları.

Sağlıklarını etkileyen tüm koşulları ve sağlık durumlarını algılamaları,

Olumsuz koşulların değiştirilmesine yönelik bir karşı duruş geliştirmeleri,

Kaynaklara ulaşma becerilerini arttırmaları,

Sağlık bilinçlerini yükseltmeleri yönünde desteklenmeleri gereklidir.

SONUÇ

Kadının sosyo ekonomik düzeyi, kültürel konumu ve ruhsal durumu onun sağlığını ve hastalıklarla baş etme gücünü doğrudan etkilemektedir. Kadınların sağlığını da etkileyen pek çok makro değişkenden söz edebiliriz. Bunlar ülkenin gelişmişlik düzeyi, istihdam yapısı, yoksulluğu, okur yazarlık düzeyi, eğitim sistemi, kadına ve ailelere yönelik sosyal politikalar ve kadınlara ilişkin sosyo kültürel ortamdaki değer sistem (cinsiyet ayrımcı yaklaşım ve ataerkil aile yapısı) olarak özetlenebilir. Bu temel faktörlerin ortaya çıkardığı kadın profili de

baş etme gücü yeterince gelişmemiş, çeşitli sağlık sorunlarını aşmaya çalışan kadındır. Bu durumdaki kadının bireyselleşme yetersizliği çok açıktır. Eğitim düzeyinin düşük olması, farkındalık düzeyini de olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

Eğitim düzeyi düşük kadının istihdamda yer almaması yadırganmamalıdır. Kendine ait bir işi ve mesleği olmayan bir kadının da herhangi bir sorunla (aile çatışması, boşanma, hastalık,vb.) karşılaşması durumunda kendini çaresiz hissetmesi kaçınılmazdır. Bu durumda kadının yaşam kalitesinin giderek düşmesi ve yaşam doyumunun azalması, tükenmişlik duygusu yaşaması doğaldır. Kadınlara ve kız çocuklarına yönelik pozitif ayırimcılığın yapıldığı; sistemli, düzenli ve sürekli aile politikalarıyla kadının dezavantajlı konumunun ortadan kaldırılması zorunludur. Sosyal devlet olmanın gereği de budur.

Sonuç olarak kadınlara yapılan tüm yatırımların gelecek kuşaklara katlanarak döneceği açıktır. Nüfusun yarısına yakın kısmını oluşturan kadınların her türlü riskler karşısında donanımlı hale getirilmesi zorunludur. Türkiye’de aile yapısının ve bütünlüğünün hala güçlü olması toplumumuzun geleceği açısından da önemlidir.

Kaynaklar

- Arıkan, Ç. “Adıyaman’ın Gölbaşı İlçesi Haydarlı Köyünde Gerçekleştirilen Yayınlanmamış Bir Araştırma.” 1994.
- Arıkan,Ç. ‘Türkiye’de Aile Politikası Uygulamalarına İlişkin Genel Bir Değerlendirme’ Aile Danışmanlığı El Kitabı. Ankara: T.C. Başbakanlık SHÇEK Genel Müdürlüğü Eğitim Merkezi Başkanlığı; H.Ü.AHUM Müdürlüğü 2005, 117-124.
- Blane, D. ‘Social Determinants of Health-Socio-economic Status, Social Class, and Ethnicity.’ American Journal of Public Health, 1995.85(7), 903-905.
- Çağlayaner, H. ‘Sağlığın Sosyo- Ekonomik,Kültürel, Psikolojik Yönleri’ Aile Hekimliği-1. (Yay.Haz. H. Çağlayaner) İletişim Yayınları: İstanbul 1995, 61-73.
- Davis, T. C.; Arnold, C.; Berkel, H. J.; Nandy, I.; Jackson, R. H.; Glass, J.. Knowledge and Attitude on Screening Mammography among Low-Literate, Low-Income Women. Cancer, (1996) 78(9), 1912-1920.
- Mavili Aktaş, A. Aile İçi Şiddet: Kadının ve Çocuğun Korunması. Ankara: Elma Yayınevi 2007.
- Rudd,R.E; B.A. Moeykens; T.C. Colton ‘Health and Literacy’ Annual Review of Adult Learning and Literacy (eds. J.C o m i n g s , B. G a r n e r s , C. S m i t h) New York: Jossey-Bass, 1999.
- U.S.Census Bureau Historical Poverty Tables 2003.
<http://kssgm.gov.tr/tcg/20.pdf>.15.2.2007
<http://kssgm.gov.tr/tcg/1.pdf>.15.2.2007
<http://kssgm.gov.tr/tcg/15.pdf>.15.2.2007
<http://kssgm.gov.tr/tcg/2.pdf>.15.2.2007