

## DOSYA

## KENTLER ve SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK

Necati DEDEOĞLU\*

1997 yılı nüfus sayımına göre nüfusumuzun % 65'i kentlerde yaşamaktadır. Bu durum kentlerdeki eşitsizliklerin ne kadar ağırlık taşıdığına bir göstergesidir.

Kent deyince pek çok kentimiz için akla gecekondular gelmelidir. Gecekondu oturan kent nüfusu Ankara'da % 70, İstanbul ve İzmir'de % 50 civarında olup, gecekondu bütünü büyük ve orta büyüklükteki kentlerde hızla artmaktadır (Keleş R., 1996).

Gecekondular gerek konutların özellikleri, gerekse konutun içinde yer aldığı çevre açısından sağlık riski taşıyan yerleşim yerleridir. Oda başına düşen insan sayısı yüksek, konut niteliği düşük, konuttaki mutfak, banyo, tuvalet yetersiz, elektrik, su, kanalizasyon bağlantıları eksiktir. Çöplük, sel yatağı, fabrika civarı gibi sağlıklı yerlerde kurulmuş oldukları için enfeksiyon, çevre kirliliği ve doğal afet riskleri yüksektir. Spor sahası, park, telefon kulübesi, yol, ulaşım aracı gibi sosyal tesis ve olanaklar bulunmaz. Yeni ve eski gecekondu bölgeleri arasında da eşitsizlik vardır. Yeni gecekondular yol, elektrik, su, konutlarda mutfak, tuvalet vb. olanaklardan çok daha yoksundurlar (Aktekin M., Dedeoğlu N., 1995).

Gecekondular kırsal kesimden topraksızlık, yoksulluk, terörden kaçma vb. nedenlerle göç eden kitlelerce oluşturulurlar. Bu kitleler kent için gereken uzmanlaşmış, eğitilmiş iş becerilerine sahip değillerdir. Erkeklerin önemli bir kısmı ya işsizdir veya marjinal sektörde (hamallık, seyyar satıcılık vb.) iş bulabilirler. Kırsal kesimde üretime katılmakta olan kadın burada tüketici konumuna düşmüştür. Çocuklar, bir an önce iş gücüne katılmaları gerektiğinden ve ekonomik sıkıntılar nedeniyle okutulamazlar. Düzenli işler bulunamadığı için ailelerin sosyal güvencesi çoğunlukla yoktur. Çalışılan işlerin meslek hastalık veya kaza riski yüksektir. Aile sürekli yoksullukla, uzun süren hastalıklarla uğraşmaktadır.

Gecekondu çevresel ve ekonomik sorunlar dışında sosyal sorunlar da yaşanmaktadır. Yoksullar köyden kente göç etmektedir, ancak köyde bulunduğu sosyal destek, dayanışmayı sıklıkla kentte bulamamaktadır. Köydeki akraba ilişkilerinin, sosyal bağların bulunmayışı uyum

sorunlarını arttırmaktadır. Ayrıca köyde yoksulluğu herkes paylaşıırken, aile kentte marjinal kalmaktadır. Boşanma, iş kaybı, dayak gibi yaşam gerginlikleri ve çeşitli yoksunluklar kişilerde depresyona, anksiyete'ye ve düşük kişisel saygıya yol açmaktadır (Rutter D.R., Quine L., 1990). Gecekondu genelde farklı kökenler, siyasal eğilimler, gelir düzeyleri bulunur. Sosyal ve kültürel birliktelik yoktur; muhtar, imam, öğretmen gibi toplum liderleri bulunmaz; toplumsal iletişim kanalları yetersizdir. Örgütsüzlükleri nedeniyle siyasi ve idari otoritelere ulaşma güçlükleri yaşarlar, ortak hareket edemezler, baskı grubu oluşturamazlar. Özellikle yeni gelen gecekondular kent kültürüne, prosedürlerine, formel dile yabancıdırlar. Bürokratik becerilerden yoksundurlar. Bu nedenle gecekondu bir hanımın yanında kocası olmadan tek başına hastaneye gitmesi büyük bir sorun, "aya gitmek kadar zor bir proje" halini alır (Bazoğlu N., 1989). Hastaneye ulaşabildiğinde de hem mecazi anlamda hem gerçekten yolunu bulamaz. Bütün bu sorunlar gecekonduyu çaresiz kılmaktadır. Hızlı değişim, kentin geri kalanı ile giderek açılan ekonomik, sosyal, kültürel uçurumlar gelecek umudunu ve sorunlara çözüm umudunu silip götürmekte, bu da giderek gecekonduya bir yandan tepkisizlik ve çaresizlik öte yandan ailesel ve toplumsal şiddeti, ruhsal sorunları, uyuşturucu kullanımını davet etmektedir.

Çevresel, ekonomik ve sosyal sorunlar kişilerin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Gecekondu bölgelerinde hem dizanteri, tifo, tüberküloz, sıtma, pnömöni gibi enfeksiyon hastalıkları, hem kronik hastalıklar daha sık görülmektedir. Bu hastalıkların insidansı daha yüksek olduğu gibi prognozları da daha kötüdür. Aynı şekilde sakatlıklar veya hastalık nedeniyle yatakta gün geçirme de kentin diğer kesimlerinden iki misli fazla görülür (Aktekin M., Dedeoğlu N., 1995; Erengin H., 1996). Düşük doğum ağırlıklı bebek ve malnutrasyonlu çocuk sayısı yine gecekondu daha fazladır (Dönmez L., Dedeoğlu N., Aktekin M., 1995). Kentin çeşitli bölgeleri arasında Bebek Ölüm Hızı, Perinatal Ölüm Hızı gibi mortalite göstergeleri karşılaştırıldığında gecekondu bölgelerinde önemli artışlar görülmektedir. Ayrıca gecekondu oturan insanların sağlık bilgileri ve davranışları yetersiz bulunmuştur. Örneğin, akraba evliliği, evde doğum, geleneksel aile planlaması yöntemleri gecekondu çok daha yaygındır (Çalı Ş., Aktekin M., 1994). Yeni gecekondularda bütün bu sağlık göstergeleri

\* Prof.Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.

eski yerleşilen gecekondü bölgelerine göre daha da kötüdür.

Çocukluk ve gençlik döneminde geçirilen hastalıkların, yaşanan olumsuzlukların etkileri ileri yaşlarda ortaya çıkabilmekte hatta gelecek nesillere aktarılabilmektedir. Örneğin çocuklukta sık hastalık ve beslenme bozuklukları boyun kısa kalmasına yol açmaktadır. Kısa boylu erkekler ise sosyal sınıf farkı gözetmeden uzun boylulara göre daha çok ölümler (Marmot M.G., 1989). Aynı şekilde bir çocuğun düşük doğum ağırlıklı veya konjenital bozukluk ile doğması sadece anne karnındaki koşullarla değil annenin doğum kilosuyla da belirlenmektedir. Düşük doğum ağırlıklı anneler düşük doğum ağırlıklı bebekler doğurmakta ve böylece bir sağlıksızlık fasit dairesi oluşmaktadır (Townsend P., Davidson N., 1982).

Sağlık sorunlarının çok ve daha ağır olduğu gecekondü bölgelerine daha az sağlık hizmeti gitmektedir. Önce gecekondü bölgelerinde hastane, sağlık ocağı, dispanser gibi sağlık kuruluşları sayıca azdır. Bu yetersiz sayıdaki kuruluşlar ayrıca daha niteliksiz tedavi edici ve koruyucu hizmet sunarlar. Örneğin gecekondü bölgelerinde kentin diğer bölgelerine göre daha az aşı ve daha az antenatal bakım yapılmaktadır. Aile planlaması hizmetleri daha yetersiz gitmektedir (Dedeoğlu N., 1996).

Yetersiz hizmet sunumunda diğer faktörlerin yanında sağlık ocağında hizmet veren hekimlerin genellikle farklı bir sosyo-ekonomik sınıftan gelmesi ve bu nedenle farklı değer sistemleri taşıyıp farklı bir dil kullanması da önem taşır. Hekimler gecekondüyle iletişim kuramamakta, bazen yukardan bakmaktadırlar. Bu bakış sadece sınıf farkından değil, hekim olmanın getirmiş olduğu yetki ve güçten, sağlık konusunda uzman olmanın getirdiği ayrıcalıktan da kaynaklanmaktadır.

Gecekondüde halkın sağlık konularında bilgileri eksik olduğu gibi sağlık davranışları da olumsuzdur. Örneğin hem bebek beslenmesi, bakımı bilinmez hem bebek hastalandığında hekime çok geç başvurulur. Hem kişisel hijyen bilgileri eksiktir, hem dengesiz beslenme ve sigara içme gibi davranışlar yaygındır. Bütün bunlara ek olarak, mevcut sağlık kuruluşları da yetersiz olarak kullanılmaktadır. Burada mesafe, ekonomik güçlükler kadar daha önce belirtildiği gibi yol-yöntem bilmeme, çekinme, kadercilik gibi nedenler de rol oynamaktadır.

Kıscası çeşitli faktörler (çevresel, sosyal, ekonomik) sağlığı olumsuz etkileyerek hastalık ve sakatlık, ölüm gibi olaylara yol açmaktadırlar. Bu faktörler sağlığı bazen doğrudan (nemli evde oturup hasta olma gibi) bazen de dolaylı olarak (hastalandığı halde parası olmadığı için ilaç alamama gibi) etkilerler. Faktörlerin hepsi birbirlerini etkilemekte ve genellikle de beraber bulunmaktadırlar. Örneğin kişi sağlıksız ve kalabalık bir evde oturmakta, işsizdir veya kaza riski yüksek, sağlıksız bir işte sigortasız olarak çalışmaktadır. Sigara içmekte ve eve gelince karısını dövmektedir. Ailece yetersiz beslenmekte, sık sık hastalan-

malarına karşın aile planlaması dahil, sağlık hizmetlerini kullanmamaktadırlar.

Olumsuz koşullar sadece sağlığı etkilemezler. Yaşamı çekilmez, dayanılmaz da kılabilirler. Örneğin, sadece ölüm hızları Ankara'nın, İstanbul'un, Diyarbakır'ın bazı gecekondü semtlerindeki sefaleti ölçmekte yetersiz kalmaktadır. Buralarda bazı mahalleler insan olarak yaşamaya elvermeyen yerlerdir. Yoksulluk, hastalık, açlık, umutsuzluk insan onuruna uygun olmayan yaşam koşullarını dayatmaktadır.

Eşit dağılmayan olanaklar, gelir ve politik güç eşit olmayan hastalık, sakatlık ve ölüm hızlarına yol açar. Toplumsal eşitsizlikler kendilerini aynen sağlığa yansıtırlar. Aslında ilişki iki yönlüdür. Yani düşük sosyal sınıftakilerin sağlığı bozuk olduğu gibi sağlığı bozuk olanlar da toplumsal konumlarını yitirip yoksullaşabilirler, sınıf düşebilirler. Sosyo-ekonomik düzen ile yaşam koşulları, sağlık hizmetleri ve sağlık düzeyi arasındaki döngüsel ilişki 'Şekil' de gösterilmiştir.

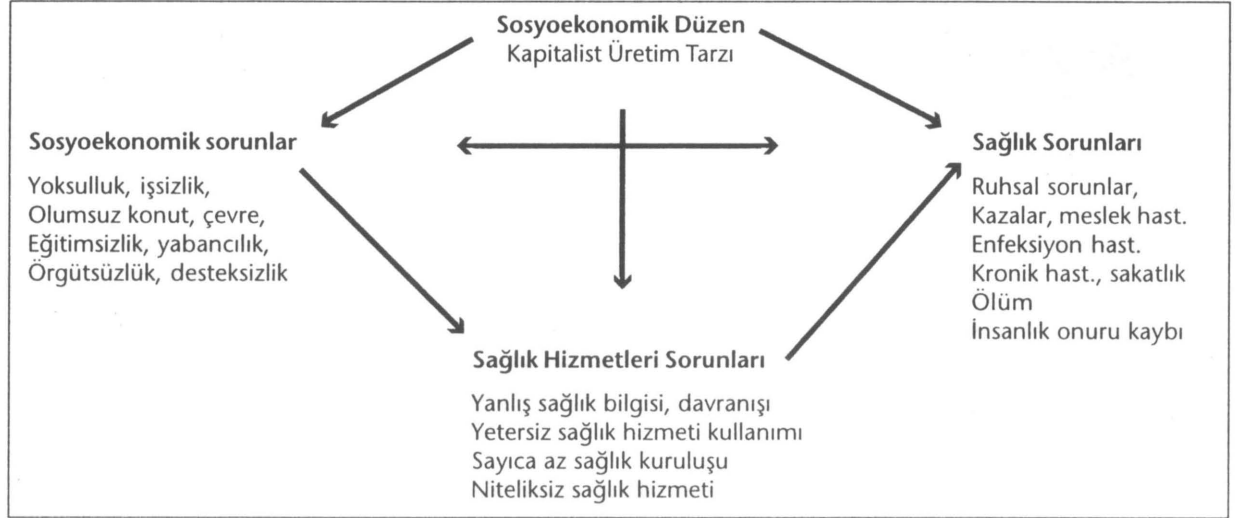
Kentteki sağlık olumsuzluklarını ancak özel araştırmalarla saptıyabiliyoruz. Rutin toplanan istatistiklerde de, nüfus sayımlarında da, veya Devlet İstatistik Enstitüsü'nün ve Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü'nün Türkiye'yi temsilen yaptıkları periyodik saha çalışmalarında da kır-kent ayrımı yapılmakta ama kent içinde ayrıca bir ayırım yapılmamaktadır. Oysa artık kentlerin önemli ve çok farklı bir bölümünü oluşturan gecekonduların verilerinin kent bütününden ayrı toplanması ve verilmesi gerekmektedir. Böylece kentteki eşitsizlikler saptanıp izlenebilirler.

Öte yandan kent yoksullarının sadece varoşlarda, kenar mahallelerde değil, kentin her yanında olabileceği unutulmamalıdır. Örneğin bir çingene mahallesi kentin tam ortasında, eski bir yerleşim yerinde olabilir. Aynı şekilde kentin ortasında bulunsalar da sokak çocukları, kapıcılar, sakatlar, emekliler daha çok sağlık riski altında oldukları gibi, maddi manevi kaynakları da daha sınırlıdır.

Özel araştırmalar yapıp bireyleri gelir, eğitim ve meslekleri açısından sınıflayıp sağlık farklılıklarını saptayamıyorsa, bölgesel karşılaştırmalar yapabiliriz. Örneğin zengin ve yoksul mahalleler karşılaştırılıp buralarda eğitim düzeylerinin, işsizlik oranlarının, konut başına düşen insan sayısının, intihar olaylarının, standardize ölüm oranlarının farkları araştırılabilir. Mahalle bazında veriler muhtarlıklardan, vergi dairelerinden, sağlık ocaklarından ve Devlet İstatistik Enstitüsü'nden elde edilebilir. Ancak bölgesel karşılaştırmalarda iyi bölgelerde çok kötü koşullarda veya kötü bölgelerde nisbeten iyi koşullarda yaşayan ailelerin varlığı gözardı edilmemelidir. Navarro, hizmet ve olanaklar açısından New York'un, Bangladeş'le karşılaştırılmayacak kadar üstün olmasına karşın New York'lu bir yoksul zencinin Bangladeş'li bir orta sınıf bireyinden çok daha sağlıksız olabileceğini belirtmektedir (Navarro V., 1997).

Kentlerde şu anki eşitsizlik incelenebileceği gibi zaman

Şekil: Kentte Eşitsizlik ve Sağlık Döngüsü



içinde eşitsizliğin nasıl değiştiği daha önem taşımaktadır. Dünyanın pek çok ülkesinde gruplar arası sosyo-ekonomik eşitsizlikler ve bunlara bağlı olarak sağlık eşitsizlikleri artmaktadır. Öte yandan zaman içinde yapılacak karşılaştırmaların bazı teknik zorlukları bulunmaktadır. Örneğin değişik sosyal sınıfların nüfus oranları değişebilmekte, sınıf kaymaları olabilmektedir. Bunlar eşitsizlik literatüründe geniş olarak tartışılmıştır (Gunning-Schepers L.J. et al. 1989; Townsend P., Davidson N., 1982; Illsley R., Le Grand J., 1987; Delamothe T., 1991).

Kent içi eşitsizliklerin giderilmesi için yoksullara destek, iş eğitimi, yeni iş olanakları yaratılması, annelere beslenme ve sağlık eğitimi, çevre düzenlemesi, konut sağlığını geliştirme gibi pek çok programlar yürütülmüştür ve yürütülmektedir. Halk önderleri, gönüllü kadınlar, yerel yönetimlerin yer aldığı bu programlar ülkemizde ve yurt dışında bazı başarılı örnekler de sergilemişlerdir. Ancak bunlar ne yaygınlaştırılabilmiş ne de sürekli kılınabilmişlerdir. Çünkü kentsel eşitsizliği yaratan ve sürdüren faktörler, kapitalist üretim biçimidir. Tek tek işsizlik, yoksulluk, eğitimsizlikle uğraşmak yerine tüm kentte, tüm yurtda politik güç ve gelirin eşit olarak dağıtılması ve sosyal adaletin sağlanması için çaba harcanmalıdır.

Bazı yazarlar bu mücadelede gecekonduların emekten yana güçlerle beraber olması konusunda umutsuzdurlar (Ergin Ö., 1996). Onlara göre bazı semtler hizmetten iyice yoksun bırakılarak güçsüzleştirilmiş, bazıları ise sınıf atlayarak kendilerini kurtarmışlardır. Köşe dönme hevesleri ve imar affı gibi politikalar gecekonduların depolitizasyonunda etkili olmuşlardır. Ancak gecekonduların büyük bir potansiyel güç ve dinamizm taşıdıkları, doğru örgütlenip yönlendirildiklerinde toplumsal politikalara ağırlıklarını koyup yaşam koşullarını düzeltebilecekleri de bir gerçektir.

#### KAYNAKLAR

Aktekin M., Dedeoğlu N., (1995), "Antalya'da Gecekonduların Bölgeleri ve Sağlık Sorunları". Toplum ve Hekim 10(66):11-16

Bazoğlu N., (1989), "Kentlerde Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi". Panel tutanakları. Akdeniz Üniv., Antalya.

Çalı Ş., Aktekin M., (1994), "Maternal And Child Health/Family Planning: Monitoring Survey At Antalya Urban Center". Published by UNICEF, Ankara: 49.

Dedeoğlu N., (1996), "Türkiye'de Kentlerde Sağlık Sorunları". Toplum ve Hekim 11(77): 54-56.

Delamothe T., (1991), "Social Inequalities in Health" BMJ 303 (26 Oct): 1046-50.

Dönmez L., Dedeoğlu N., Aktekin M., (1995), "Antalya İl Merkezinde Malnutrisyon Sıklığı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi". Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 38(3): 363-75.

Ergin H., (1996), "Antalya Kent Merkezinde 15 Yaş ve Üzeri Kişilerde Morbidite Sıklığı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi". Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Antalya: 51.

Ergin Ö., (1996), "Konut Sorunu. Varoşlarda Bir Labirent Oyunu". Sağlıkta Sınıf Tavrı. Sayı 9. sy.11-14.

Illsley R., Le Grand J., (1987), "Measurement of Inequality in Health" Suntory Toyota International Center for Economics and Related Disciplines, London School of Economics, Engl.

Keleş R., (1996), "Kentleşme Politikası". 3. Baskı, Ankara. İmge Kitabevi: 36.

Marmot M.G., (1989), "Social Class and Mortality" içinde: Gunning-Schepers L.J., Spruit I.P., Krijnen J.H. (ed.). Socio-economic Inequalities in Health: Questions on Trends And Explanations. Publication of Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, The Hague, Holland: 95.

Navarro V., (1997), "Topics for Our Times: The 'Black Report' of Spain-The Commission on Social Inequalities in Health" Am. J. Pub. Health 87(3): 334-35.

Rutter DR, Quine L., (1990), "Inequalities in Pregnancy Outcome: A Review of Psychosocial And Behavioral Mediators" Soc. Sci. Med. 30(5): 553-68.

Townsend P., Davidson N., (1982), "Inequalities in Health. The Black Report" Penguin Books, Middlesex, England: 127.