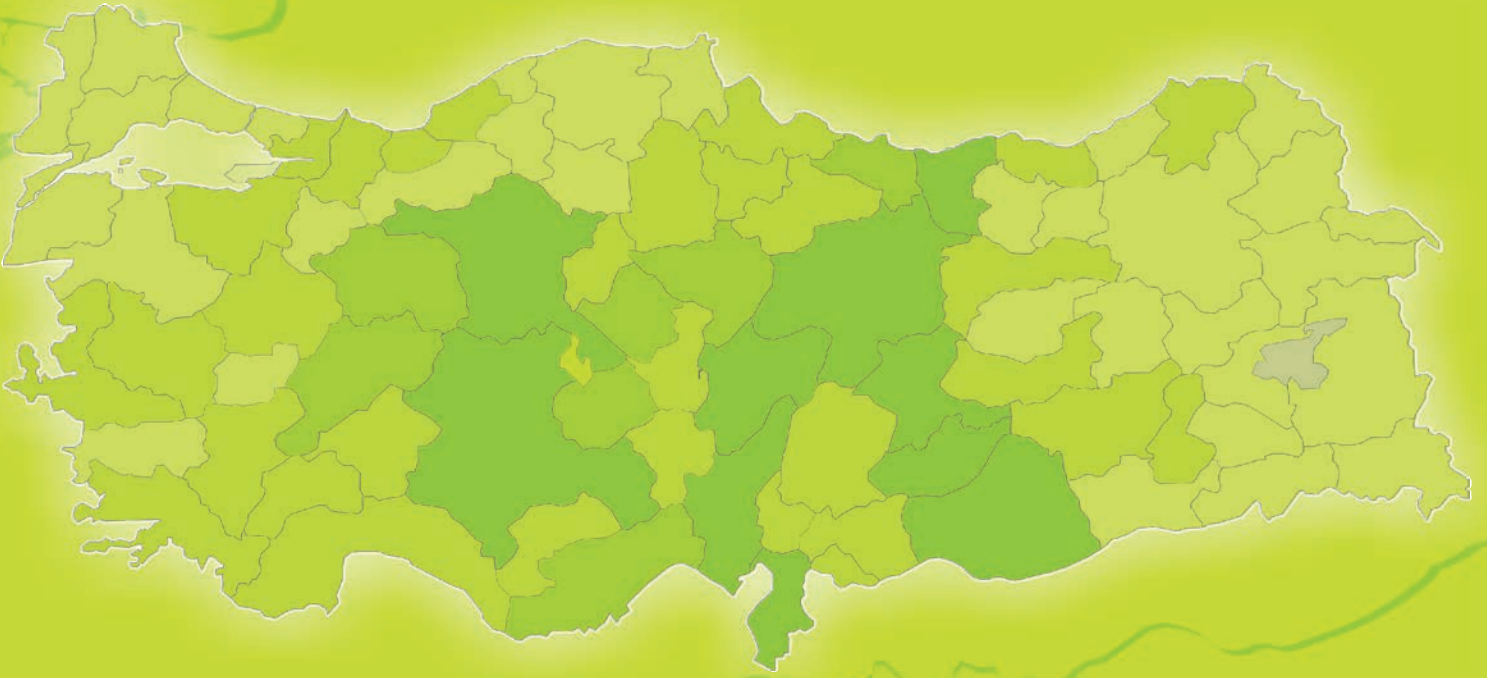


# MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLERİNİN VE AİLELERİNİN İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ ARAŞTIRMASI 2011

*Nüfus / Tarım İşgücü Göçü / Yaşam Koşulları / Üreme Sağlığı*



ÖZET RAPOR



BİRLEŞMİŞ MİLLETLER NÜFUS FONU





# MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLERİNİN VE AİLELERİNİN İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ ARAŞTIRMASI 2011

*Nüfus / Tarım İşgücü Göçü / Yaşam Koşulları / Üreme Sağlığı*

Raporu Hazırlayan  
Prof.Dr. Zeynep ŞİMŞEK



Nisan 2012  
Şanlıurfa

*MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLERİNİN VE  
AİLELERİNİN İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ ARAŞTIRMASI 2011*

© HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI VE  
BİRLEŞMİŞ MİLLETLER NÜFUS FONU

Her hakkı saklıdır. Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.  
Kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için  
Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, UNFPA'den izin alınmalıdır.

Bu kitabın hazırlanması ve araştırmanın yapılması için gerekli mali destek  
UNFPA tarafından sağlanmıştır.

Bu kitapta yer alan görüş ve bilgiler Harran Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı'na ait olup,  
yayınlanmasına destek veren UNFPA hiçbir şekilde sorumlu tutulamaz.

Birinci Basım : **Nisan 2012**

Tasarım/Baskı: **Elif Matbaası**

Tel: 0.414. 314 14 68 Fax: 312 42 41

Atatürk Blv. 1.Stad Apt. Zemin Kat 1/F ŞANLIURFA

## Araştırma Ekibi

**Araştırma Koordinatörü**  
Prof. Dr. Zeynep ŞİMŞEK  
**Araştırma Asistanı**  
Gözde ERÇETİN

**Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Temsilcileri**  
Elif ELCİ ÇARIKCI  
Fatma HACIOĞLU  
Dr. Gökhan YILDIRIMKAYA  
Meltem AĞDUK  
Dr. Selen ÖRS REYHANIOĞLU

**Danışma Kurulu**  
Abdullah LİVATYALI  
Ahmet TOZLU  
Ali GÜL  
Deniz ERSÖZ  
Dr. Emine KAPLAN  
Prof. Dr. Hilal ÖZCEBE  
Dr. Meryem SALMAN  
Murat ALTINSOY  
Musa ALTIN  
Pınar PERÇİNEL  
Selin DÜNDAR  
Doç. Dr. Sinan TÜRKYILMAZ

**Odak Grup Görüşmeleri**  
Yrd. Doç. Dr. Şevket ÖKTEN

**Soru Kâğıdı Ön Deneme**  
Dr. Canan DEMİR  
Evin KIRMIZITOPRAK  
Öğr. Gör. Feray KABALCIOĞLU  
Öğr. Gör. Sami AKPRİNÇ

**Örnekleme**  
Bengi UĞUZ

**Anketör Eğitimi**  
Evin KIRMIZITOPRAK  
Dr. Gökhan YILDIRIMKAYA  
Prof. Dr. Zeynep ŞİMŞEK

**Ekip Başkanları**  
Abdulkadir BAL  
Ahmet KINA  
Figen DAYANAN  
İnci YALÇINKAYA  
Meral KAYA  
M. Orhan TUNÇEL  
Muhittin MANULBOĞA  
Sevim DAYAN  
Şahin ŞAHİN  
Ümit TANRIKULU

**Görüşmeciler**  
Ayşe EFE  
Berk TÜRKEL  
Cihat TOPDEMİR  
Damla KOÇAK  
Emrah CENGİZ  
Fatime KABAKULAK  
Fatma ERİŞ  
Felek FİDAN  
Fırat AK  
Filiz CENGİZ  
Gamze UÇAR  
İbrahim AK  
Lezgin KOÇ  
Meral KAYA  
Mazlum AKDENİZ

Mehmet ASLAN  
Mehmet VURMAK  
Mustafa DURMAZ  
M. Bilal BOZDAĞ  
Necla BENCİK  
Pınar BAL  
Saliha AKDEMİR  
Saliha BAYAKBAYAN  
Semire AKTÜRK  
Serhat KAYA  
Şükran BAYAKBAYAN  
Zeki ARAÇ  
Zeliha EFE  
Zemine KILIÇ

**Soru Kâğıdı Denetçileri**  
Ercan KOCAKAYA  
Mahmut KURTBOĞA

**Veri Giriş ve Denetim Ekibi**  
Dr. Burcu KARA  
Didem POLAT  
Gülistan ER  
Rabia ERSOY  
Sinan AKILLI  
Şahin KILIÇ

**Odak Grup Görüşmeleri Raportörü**  
Seracettin AKYÜZ

## *Teşekkür*

1992 yılında kurulan ve bu yıl 20. yılını dolduran Harran Üniversitesi bugün, 9 Fakülte, 4 Yüksekokul, 11 Meslek Yüksekokulu, 1 Devlet Konservatuarı ve 3 Enstitüsünde önlisans, lisans ve lisansüstü eğitim öğretim hizmeti sunmaktadır. Harran Üniversitesi, kurulduğu tarihten bugüne kadar sadece yüksek öğrenim sunan bir kurum olmakla kalmayıp; aynı zamanda bölgenin çağdaş uygarlık seviyesine ulaşmasında da önemli bir rol üstlenmiştir. Üniversitemiz, üstlenmiş olduğu rolün gereği olarak, kültürel, sosyal, sanatsal ve bilimsel alanlarda kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde projeler ve faaliyetler gerçekleştirmek suretiyle bölgenin gelişimine katkı sunma gayreti içerisindeyiz.

Güneydoğu Anadolu projesinin kalbi konumunda olan Şanlıurfa, toprağın, güneşin ve suyun bulunduğu en önemli tarım kentlerinden birisidir. Türkiye'nin en büyük ve dünyanın sayılı projeleri arasında yer alan Güneydoğu Anadolu Projesi tamamlandığında bir milyon hektarın üzerinde tarım alanı sulamaya açılmış olacak ve bölgede tarımın önemi daha da artacaktır. Bu projenin önemli ayaklarından birisi olan ve Üniversitemiz bünyesinde temeli atılan teknoparkımızda tarıma ağırlık verilecektir. Ancak, tarımsal üretimin ve verimliliğin artırılması kadar, kaliteli ve sağlıklı ürünlerin üretimi de insan sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir. Her alanda olduğu gibi tarımsal üretimin niteliği ile üretimin sağlığı arasında doğrudan bir ilişki bulunmakla birlikte, ülkemizde bugüne kadar tarımda çalışanların sağlığına yönelik bilimsel bir sempozyum yapılmamıştır. Bu alanda 6-7 Nisan 2012 tarihinde Üniversitemizde I. Tarım Sağlığı ve Güvenliği Sempozyumunu düzenleyerek bir ilki gerçekleştirmiş olduk.

Harran Üniversitesi olarak bu alanda sempozyum düzenlemekle kalmayıp, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun işbirliği ile mevsimlik tarım işçüsü göçünün özelliklerinin belirlenmesi ve bu grubun sağlığını geliştirmeye yönelik çalışmalara yol göstermesi amacıyla "Mevsimlik Tarım İşçülerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırmasını" yürüttük. Bu araştırma, bundan sonra mevsimlik tarım işçülerinde erken ölüm ve hastalıkların önlenmesine yönelik yürütülecek çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Mevsimlik tarım işçülerine yönelik önemli projeler yürütmüş olan Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalımızın, Şanlıurfa ve Adıyaman il merkezlerinde 1021 hanede yaptığı bu araştırmada çok sayıda kişi görev almış ve önemli deneyimler kazanılmıştır. Çok sayıda hanede gerçekleşen bu

araştırmada çalışan kişilerin çalışma disiplini, sorun çözme becerisi ve uyumu yapılan işin niteliği açısından büyük önem taşımaktadır. Bu araştırma, onlarca kişinin mevsimlik tarım işçisi ailelerin ihtiyaçları konusunda duyarlılık kazanmasına ve bu sorun alanını sahiplenmesine neden olmuştur.

Desteklerini esirgemeyen ve Üniversitemizle işbirliğinde bulunan Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'na ve özverili çalışmalarından dolayı araştırma ekibi üyelerine teşekkür ederim.

Harran Üniversitesi olarak dileğimiz, bu araştırmanın sorunların çözümüne katkı sunması, bizleri bu alanda çalışan kişilerle buluşturması ve bu grubun sağlık düzeyinin yükseltilmesi yönünde yeni adımların atılmasına yol açmasıdır.

**Prof. Dr. İbrahim Halil MUTLU**  
Harran Üniversitesi Rektörü

## Önsöz

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, UNFPA, tüm dünya üzerinde olduğu gibi Türkiye’de de, kadınlarının insan haklarının korunması ve geliştirilmesi, herkesin üreme sağlığı hizmetlerine erişiminin sağlanması, üreme sağlığı haklarının yaygınlaştırılması, bu alanlarda ihtiyaç duyulan ekonomik ve sosyal politikalarının oluşturulabilmesine yönelik veri ve bilgi ihtiyacının karşılanması için çalışmaktadır. Bu bağlamda Binyıl Kalkınma Hedeflerine (BKH) erişilmesi için UNFPA Türkiye’ye destek sağlamaktadır. Son on yılda sağlıkla ilgili BKH bağlamında büyük başarı sağlanmıştır. Anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 20’lerin altına inmiş, aynı başarı bebek ölüm oranlarında da yakalanmıştır. Özellikle üreme sağlığı, anne ve çocuk sağlığı alanlarında, BKH ile ilgili göstergelerin ortalama olarak büyük oranda yakalandığı gözlenirken, bu gelişmelerin ülke genelinde her gruba ve coğrafyaya eşit bir şekilde yansımaması temel sorunların başında gelmektedir.

Bu nedenlerle Türkiye Hedef 3’ün (toplumsal cinsiyet); Hedef 4’ün (çocuk ölümleri) ve Hedef 5’in (anne ölümleri) tamamının veya bir kısmının nüfusunun tamamı için gerçekleştirilmesinde önemli zorluklarla karşı karşıyadır. Türkiye’nin Dokuzuncu Kalkınma Planı’nda “Bölgesel Kalkınmanın Gerçekleştirilmesi” stratejik önceliklerden biri olarak belirlenmiştir; böylece söz konusu eşitsizliklerin azaltılması hedeflenmektedir. UNFPA Türkiye Ofisi de 2011-2015 Ülke Programını bu yaklaşımın üzerine yapılandırmıştır.

UNFPA Türkiye Ofisi ve Harran Üniversitesi işbirliği ile yürütülen “Mevsimlik Tarım İşçilerinin ve Ailelerinin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırması” öncelikle bu grubun demografik özelliklerini ve sosyal hizmetlerden yararlanabilme düzeyini ortaya koymak üzere planlanmıştır. Araştırma sonuçlarından hareketle bu grubun sağlığını ve sosyal düzeyini geliştirmeye yönelik müdahale araçları ve uygulama modelleri geliştirilmesi temel amaçtır. Bu şekilde bu grupta yer alan bireylerin üreme sağlığı ve kadına yönelik şiddet alanlarında sunulan sosyal hizmetlerden daha etkili ve sürekli yararlanabileceği düşünülmektedir. Bu amaçla çalışmanın her aşamasında bu hizmetleri yürütmekle sorumlu yerel ve merkezi kamu kurumları ile yürütülen etkin ve etkileşimli bir işbirliği öngörülmektedir.

Ülkemizde BKH’ne tüm bireyler için eşitlikçi ölçülerde erişilmesine ve bölgesel farkların azaltılmasına önemli ışık tutacağına inandığımız bu çalışmayı gerçekleştiren Harran Üniversitesi Rektörlüğü’ne, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Zeynep Şimşek’e ve katkısı olan herkese samimiyetle teşekkür ediyoruz.

**UNFPA TÜRKİYE**



## *Kısaltmalar*

ADNKS: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminde

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

BKH: Binyıl Kalkınma Hedefleri

CYBE: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

GSCÜSA: Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması

HIV: Human Immunodeficiency Virüs

Hr.Ü: Harran Üniversitesi

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü

MTİ: Mevsimlik Tarım İşçileri

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNFPA: Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

## *İçindekiler*

● <b>Giriş</b>	9
● <b>Yöntem</b>	11
● <b>Sağlığın Temel Belirleyicileri Açısından Mevsimlik Tarım İşçileri</b>	
· Nüfus Yapısı	12
· Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Kaydı	13
· Öğrenim Durumu	13
· Yoksulluk ve Sosyal Güvenlik Kapsamı	15
· Barınma Koşulları	16
· Beslenme Özellikleri	17
● <b>Mevsimlik Tarım İşgücü Göçü ve Özellikleri</b>	
· Yer Değiştirme Yapısı	18
· Çalışma Bölgelerinde Karşılaşılan Güçlükler	20
· Tarım İlacı Etkilenimi	21
● <b>Sağlık Sorunları ve Hizmete Erişim</b>	
· Sağlık Sorunları ve Hizmete Erişimi Engelleyen Faktörler	21
· Aile Hekimine Kayıt Durumu	23
● <b>Üreme Sağlığı</b>	
· Gençlerin Üreme Sağlığı Bilgi ve Hizmet İhtiyacı	24
· Akraba Evliliği	25
· Doğurganlık	25
· Doğum Öncesi Bakım	27
· Gebeliği Önleyici Yöntemler Hakkında Bilgi ve Yöntem Kullanımı	28
· Düşük, Ölü Doğum ve Ölüm	30
· Engellilik	30
· Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	30
· Kendi Kendine Meme-Testis Muayenesi	31
· Üreme Sağlığı Bilgisine Erişme Yolları	31
· Aile İçi Şiddet	32
● <b>Araştırma Sonuçlarına Dayalı Öneriler</b>	35
● <b>Binyıl Kalkınma Hedefleri Göstergeleri</b>	39
● <b>Kaynaklar</b>	40

## Giriş

Bir toplumun sağlık düzeyini, biyolojik faktörler (yaş, cinsiyet, genetik, beslenme), fiziksel çevre faktörleri (hava, su, barınma koşulları, çalışma koşulları, gürültü, kamu güvenliği, katı atıklar), sosyal çevre faktörleri (sosyo-ekonomik durum, eğitim, erken çocukluk dönemi, yaşam biçimi, çocuk yetiştirme normları, işsizlik, sosyal destek, kültürel yapı, sosyal dışlanma, sosyal kontrol), sağlık, eğitim, sosyal hizmetler başta olmak üzere hizmetlerin varlığı/erişilebilirliği, niteliği, gıda ve ulaşım politikaları belirler. Bütün bu faktörlerin erken ölüm ve fiziksel ya da ruhsal hastalıklarla ilişkisi bilinmektedir.<sup>1</sup> Bu nedenle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ciddi farklılıklar olduğu gibi, ülkelerin bölgeleri ve bölgelerin kendi içinde de sosyo-ekonomik gruplar arasında farklılıklar söz konusudur. Bölgesel eşitsizlikleri azaltmak için risk altındaki grupları belirlemek, bu grupların ihtiyaçlarını tanımlamak ve ihtiyaçlara uygun müdahale programlarını geliştirmek gerekmektedir.

Yapılan araştırmalar toplumların yaşam biçimi ve çalışma koşullarının sağlık düzeyini belirleyen en önemli faktörler olduğunu göstermektedir.<sup>2</sup> Tarımsal üretimin yaygın olduğu ülkelerde, kaza, yaralanma, hastalık ve erken ölümler açısından kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve mevsimlik tarım işçileri özel risk grubu olarak tanımlanmıştır. Sürdürülebilir tarımsal üretimin kalbi olarak tanımlanan mevsimlik tarım işçileri, dünyada 1,1 milyar tarım işgücünün yaklaşık 450 milyonunu oluşturmaktadır.<sup>3</sup> Mevsimlik tarımsal üretim için bir yerden bir yere göç eden ve sezon bitimi evlerine geri dönen işçiler için mevsimlik göçmen tarım işçisi kavramı kullanılmaktadır (MGTİ). Mevsimlik tarım işçileri Amerika Birleşik Devletleri Nüfus Dairesi tarafından; 1- bir ülkeden bir başka ülkeye tarımda çalışmak için göç edenler, 2- aynı ülke içinde tam zamanlı ya da yarı-zamanlı çalışmak için yer değiştirenler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.<sup>4</sup> Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2011 yılı istatistiklerine göre yaklaşık 25 milyon istihdam edilen işgücünün yaklaşık %26'sını tarım işgücü oluşturmaktadır. Yaklaşık 6,3 milyon tarım iş gücünün de yaklaşık yarısını mevsimlik tarım işçilerinin oluşturduğu tahmin edilmektedir.

Mevsimlik tarım işçileri dünyada, yaşam koşullarının ve barınma koşullarının uygunsuzluğu, yetersiz-dengesiz beslenme, kaza ve yaralanmalar, üreme sağlığı sorunları, pestisit etkilenimi, aşırı sıcak ve soğuk, hizmete erişememe nedeniyle erken ölümler ve hastalıkların yüksek olduğu, çalışma yaşamının en kötü şartlarına maruz kalan ve sosyal dışlanmanın bütün boyutlarını yaşayan bir grup olarak ele alınmaktadır. Son yıllara kadar da karar vericiler, kamu ve sivil toplum örgütlerinin yanı sıra, bilim insanları ve araştırma kurumlarınca “görülmeyenler ve duyulmayanlar” olarak rapor edilmiştir.<sup>3</sup>

Ülkemizde de, önceki yıllara göre sağlık ve sosyal sorunlara yönelik bilimsel çalışmalar artmaya başlamış, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından, Mevsimlik Gezici Tarım İşçilerinin Çalışma ve Sosyal Hayatlarının İyileştirilmesi Genelgesi (24 Mart 2010) yayınlanarak, kaza ve yaralanmaların en çok yaşandığı ulaşımdan başlamak üzere, barınma, eğitim, ücret ve diğer kamu hizmetlerine erişim konuları ele alınmış; ayrıca özellikle tarlalarda yaşam alanı oluşturma amaçlı altyapı çalışmaları için illere hazırladıkları projelere yönelik bütçe aktarımları yapılmış ve halen devam etmektedir.

Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin, sağlık ve eğitim düzeyi Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması ve TÜİK verilerine göre ülke ortalamasının altındadır. Yapılan çalışmalar, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde mevsimlik tarım işçiliğinin yaygın olduğunu ve sağlık sorunlarının önemli bir açıklayıcısı olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada sağlığın temel belirleyicileri açısından mevsimlik tarım işgücü göçünün özellikleri, ailelerin ihtiyaçları, sağlık hizmeti ve üreme sağlığı sorunları belirlenerek, bu grubun sağlığını geliştirme çalışmalarına yön vermek amaçlanmıştır. Sağlık sorunlarının nedenlerinin çok boyutlu olması nedeniyle, bölgesel farklılıkları azaltmada “Herkes İçin Sağlık politikası ile “Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmada sağlığı geliştirme stratejileri anahtar stratejiler olarak kabul edilmektedir.<sup>5</sup> Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, kalkınmada sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemenin öncelikli önemi vurgulanmış ve sağlık okur-yazarlığının, sektörler arası işbirliğinin ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin önemi yeniden gündeme getirilmiştir.<sup>6,7</sup>

Bu çalışmanın amacı, mevsimlik tarım işçisi ailelerin ihtiyaçlarını saptayarak, araştırma sonuçlarına dayalı; bireysel güçlendirme (sağlık okur-yazarlığını artırarak uygun sağlık davranışı geliştirme), sağlık sistemini güçlendirme, toplumu güçlendirme, sağlıklı toplum politikaları geliştirmek için sektörler arası işbirliğine yönelik öneriler geliştirmedir.

## Yöntem

Araştırmada niceliksel ve niteliksel yöntemler birlikte kullanılmıştır. Araştırma, nüfusunun önemli bir bölümünün mevsimlik tarım işçisi olduğu Şanlıurfa ve Adıyaman il merkezlerinde yürütülmüştür. Niceliksel veri için hedef örneklem büyüklüğü, önceki çalışmalarda tahmin edilen “Mevsimlik tarım işçilerinde 2 doz ve üstü tetanos aşısının %44'lük yaygınlığı” temel değişken olarak ele alınmış ve bu büyüklüğü %95



alfa değerine göre  $\pm\%4,4$  güven aralığında tahmin etmeye uygun olacak yaklaşık 916 kişilik bir büyüklük hesaplanmış, hanehalkı ve kişi cevapsızlık düzeyleri ve küme tasarımından kaynaklanacak 1,5'lik bir desen etkisi de dikkate alınarak 1200 hane belirlenmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından küme örnekleme yöntemiyle seçilen hanelerin 1021'inde araştırma tamamlanarak bu hanelerde yaşayan 7165 kişi hakkında bilgi toplanmıştır (yanıtlama hızı %85,1). Ailelerin sosyo-demografik özelliklerini, göç bilgisini, çalışılan alanlarda yaşanan sorunları, doğurganlık, ölüm, hizmete erişim ve üreme sağlığına yönelik bilgi düzeyini belirlemek amacıyla; 'Hanehalkı Soru Kağıdı', 'Kadın Soru Kağıdı' ve “Erkek Soru Kağıdı” olmak üzere üç soru kağıdı hazırlanmıştır. Bu çalışmada 1021 hanehalkı reisi, 1211 kadın ve 1064 erkek ile görüşülmüştür. Hazırlanan sorulara yönelik danışma kurulunun görüşleri alındıktan sonra 30 hanede ön deneme yapılarak soru kâğıtlarına son şekli verilmiştir.

Saha çalışması için on ekip kurulmuş, beş günlük teorik ve uygulamalı eğitim sonrası sahada pilot uygulama gerçekleştirilmiştir. Aralık 2011'de saha çalışması tamamlanmış, Ocak 2012'de ise veri girişi ve kontrolleri yapılarak özet rapor yazılmıştır. Niceliksel çalışmaya paralel olarak niteliksel çalışmada yedi farklı grupta odak grup görüşmeleri gerçekleştirilerek çözümlenmeleri yapılmıştır. Bu gruplar; istediği çocuk sayısına eriştiği halde gebeliği önleyici yöntem kullanmayan 15-49 yaşları arasındaki kadınlar, doğum öncesi bakım almamış kadınlar, 15-24 yaşları arasındaki kadınlar ve erkekler, şiddete uğramış 15-49 yaşları arasındaki kadınlar, 25 yaş üstü erkekler, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularıdır. Bu raporda niceliksel ve niteliksel sonuçlar birlikte özetlenmiştir.

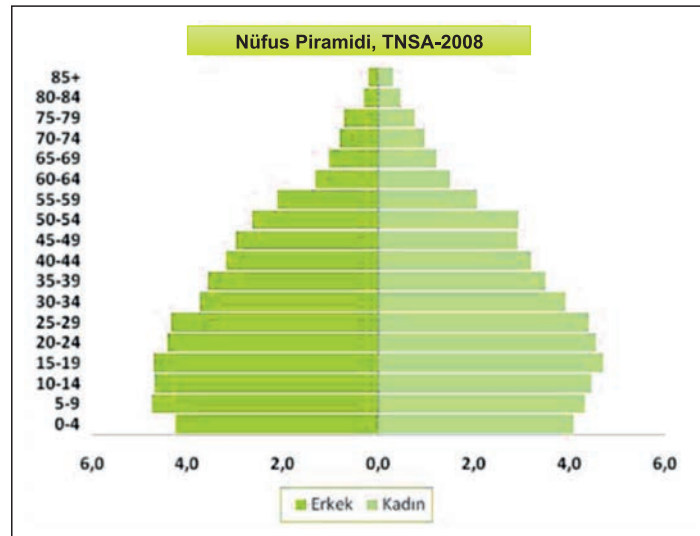
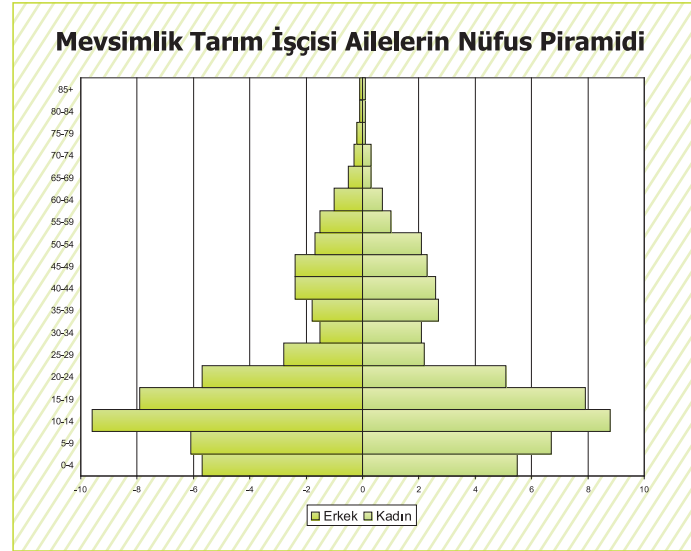
## Sağlığın Temel Belirleyicileri Açısından Mevsimlik Tarım İşçileri

### ● Nüfus Yapısı

Hanehalkı nüfusunun yapısı, doğurganlık, göç ve ölümler hakkında bilgi vermektedir. Bu bilgiler, sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve yürütülen hizmetleri değerlendirmede büyük yarar sağlamaktadır. Araştırma tarihinde hanede kayıtlı kişileri temel alarak yapılan analizlerde, toplam 7165 kişinin %49,7'si kadın, %50,3'ü erkektir. Nüfusun yaklaşık %10'u 5 yaş altında, %40'ı 14 yaş ve altında, %2,2'si ise 65 yaş ve üzerindedir.

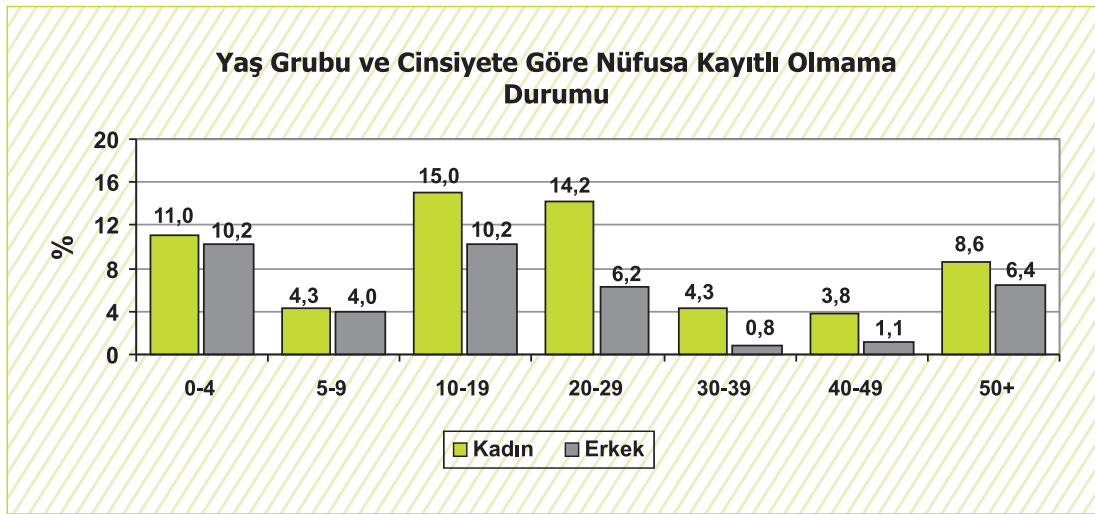
TNSA 2008'de ise<sup>8</sup>; nüfusun %27'si 14 yaş ve altında, %7'si ise 65 ve üstü yaşlardadır. Mevsimlik tarım işçilerinde 15 yaş altı nüfus yaklaşık 1,5 kat daha fazla iken, yaşlı nüfus 4,1 kat daha azdır.

Nüfus piramidinde görüldüğü gibi, özellikle 25–35 yaş grubunun görece daha az olduğu görülmektedir. Bu durum, yüksek oranda göçe bağlıdır. Mevsimlik tarım işçilerinde medyan yaş kadınlarda 18, erkeklerde 17 iken, Türkiye genelinde kadınlarda 30,3, erkeklerde 29,1'dir. Dolayısıyla bu grupta nüfusun yarısı 18 yaş ve altındadır. Türkiye'de kentsel alanda ortalama hanehalkı büyüklüğü TNSA 2008'de 3,8 iken, mevsimlik tarım işçilerinde 6,8'dir.



## ● Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Kaydı

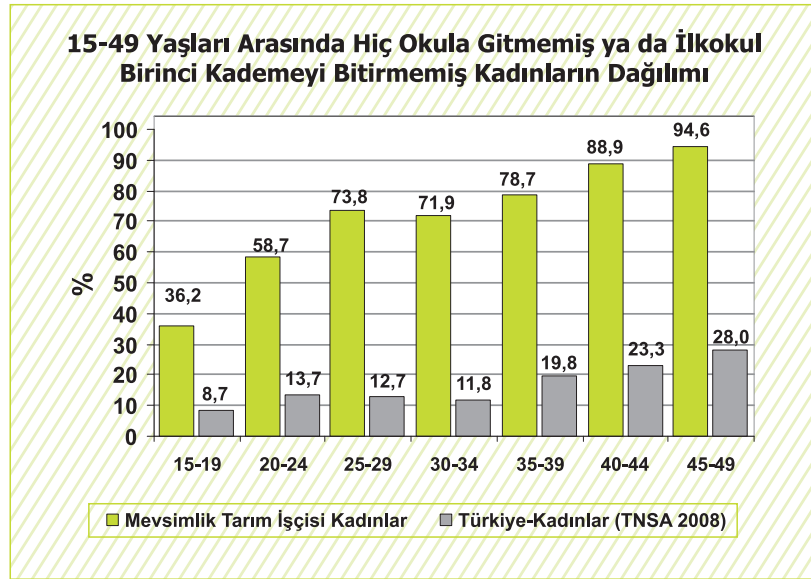
Kamu hizmetlerine erişim için nüfus kaydı gereklidir. Bu nedenle araştırmada hanedeki bireylerin nüfus kayıtları olup olmadığı sorulmuş, ayrıca her aileden bir kişinin kimlik numarası alınarak Nüfus Müdürlüğü'nden nüfus kütükleri çıkarılarak tüm bireylerin kayıtlı olup olmadıkları incelenmiştir. Görüşmelerde ailelerin %99,3'ünün nüfus kaydı olduğu bildirilirken, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminde (ADNKS) %10'nunun kaydı olmadığı saptanmıştır. Sağlık hizmetine ihtiyacı olan bebeklerin ve üreme çağı kadınların aile hekimliği hizmetine erişebilmeleri için ADNKS'ne kayıtlı olması önem taşımaktadır. Nüfusa kayıt açısından 0–4 yaş grubunda cinsiyete göre farklılık bulunmazken, diğer yaş gruplarında özellikle kadınların nüfusa kaydının daha az olduğu saptanmıştır. TNSA 2008'de Türkiye geneli için 5 yaş altı çocukların %6,3'ünün nüfus kaydı bulunmazken, bu araştırmada %21,2'dir.



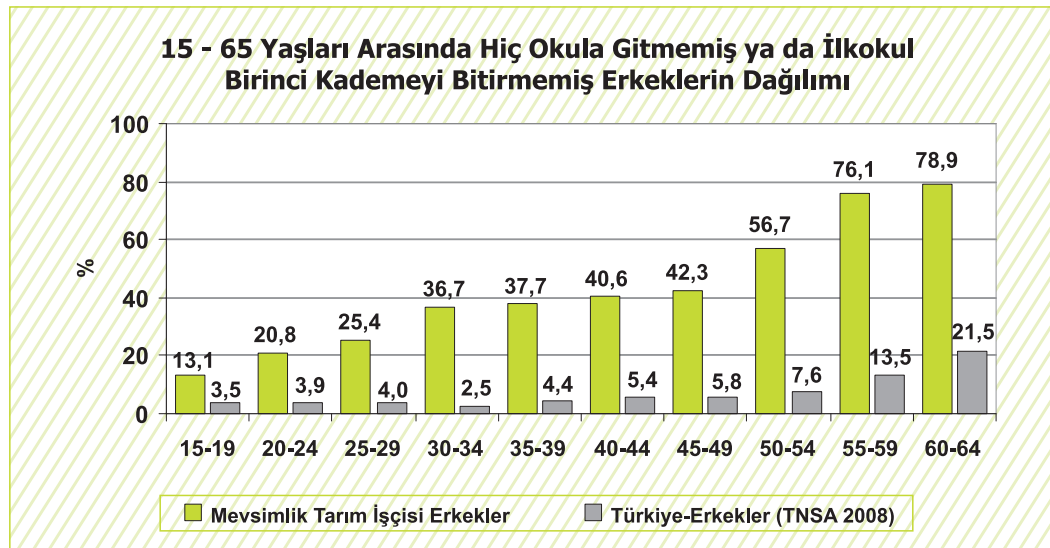
## ● Öğrenim Durumu

Öğrenim durumu ile yaşam süresi ve kalitesi arasında güçlü bir ilişki vardır. Bu nedenle Binyıl Kalkınma Hedeflerinde kadın ve erkekler için temel göstergelerden birini oluşturmaktadır. Mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarında ilköğretim net okullaşma oranı (6–13 yaşlar) kızlarda %74, erkeklerde %78'dir. Lise için (14–16 yaşlar) net okullaşma oranı kızlarda yaklaşık %23 iken, erkeklerde %33'dür. Cinsiyet farklılığı endeksi ilköğretimde 0,94, lisede 0,68'dir. TNSA 2008'de cinsiyet farklılığı endeksi ilköğretim için 0,98, lise için 0,88'dir. Ayrıca, çalışma koşullarına bağlı olarak mevsimlik tarım işçisi ailelerin çocuklarının örgün eğitime devam edemedikleri, yaklaşık yarısının açık ilköğretim ve liseye devam ettikleri saptanmıştır.

Üreme çağındaki kadınlar açısından incelendiğinde; 15–19 yaşlarında yaklaşık her üç kadından biri, 20-24 yaşlarında her iki kadından biri ilkokula gitmemiş ya da ilkokulu bitirmemişken, 25 yaş üstünde bu oranlar ortalama dört kadından üçe yükselmektedir. Sağlıklı davranışların kazanılmasında öğrenim durumu en önemli faktörlerden biridir.



Yapılan araştırmalarda öğrenim durumu, kadın ve çocuk sağlığı sorunlarını açıklayan en temel faktörlerden biridir. 15 yaş üstündeki erkeklerin de okuma-yazma bilmeme ya da ilkokulu bitirmeme oranı Türkiye ortalamasına göre oldukça yüksektir.





## ● Yoksulluk ve Sağlık Güvencesi Durumu

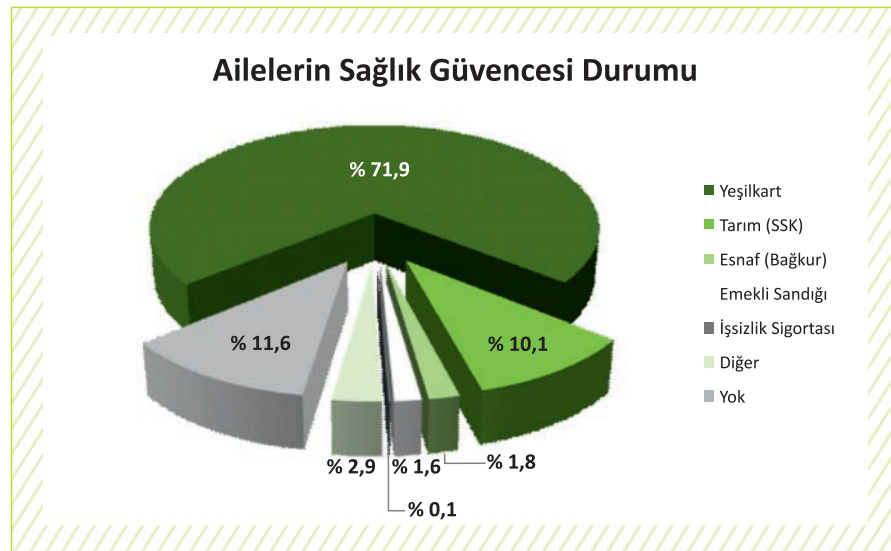
Ailenin bir yılda mevsimlik tarım işçiliğinden kazandığı toplam para, eve giren diğer kazançlar (özürlü maaşı, eğitim desteği vb dahil) toplanıp genellikle evde yaşayan kişilerin sayısına bölünerek yoksulluk hızı hesaplanmıştır. Buna göre yaklaşık her beş aileden üçünün yoksulluk sınırının altında yaşadığı, yoksulluğun da hanedeki kişi sayısına paralel olarak arttığı belirlenmiştir. “Size göre ailenizin ekonomik durumu nasıl?” sorusuna görüşme yapılan kişilerin %67,6’sı “kötü” ya da “çok kötü” cevabını vermişlerdir. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) dünya ölçeğinde verdiği istatistiklerde de benzer şekilde mevsimlik tarım işçilerinin yaklaşık %60'ının yoksulluk sınırı altında yaşadığı belirtilmektedir.<sup>3</sup>

Araştırmaya katılanlardan on kişiden birinin tarım sigortası bulunmaktadır. Görüşülenlerden çoğunluğu pasif sağlık yardımlarından yararlanmakta ve on kişiden birinin ise hiç güvencesi bulunmamaktadır. Ailelerin % 11,6'sı sağlık harcamalarını cepten ödeme şeklinde yapmaktadır.

Ailelerin %38,8'i devletten aynı ya da nakdi yardım aldığını belirtmiştir. Yardım alanların;

- %57,1'i yakacak,
- %19,8'i eğitim,
- %17,5'i özürlü maaşı,
- %10,4'ü gıda yardımı almaktadır.

Yardım alan ailelerin yaklaşık beşte birinin yakacak ve gıda başta olmak üzere birden fazla yardım aldığı belirlenmiştir.



## ● Barınma Koşulları

Barınma ve gıda sağlığın ön koşulları arasındadır. Bu nedenle Binyıl Kalkınma Hedeflerinin göstergelerinden biri de 'İyileştirilmiş içme suyuna sürdürülebilir bir şekilde ulaşabilmenin sağlanmasıdır. İçme suyu özellikle bulaşıcı hastalıkların yayılmasında temel faktörlerden biridir. Araştırmada, evde/bahçede şebeke suyu, ortak şebeke suyu, evde/bahçede kuyu suyu iyileştirilmiş kaynaklar olarak tanımlanmıştır. Mevsimlik tarım işçisi ailelerin %99,9'u ikamet ettikleri evlerinde iyileştirilmiş içme suyuna ulaşabilirken, bu oran çalıştıkları alanlarda yaklaşık %33'dür. TNSA 2008'de kentte konutların %93'ü, kırsalda ise %88'i iyileştirilmiş suya erişmektedir.

Gerek uluslararası sözleşmelerde, gerekse ulusal yasal düzenlemelerde insanların sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı ifade edilmiştir. Atıkların uygun şekilde yok edilmesi Binyıl Kalkınma Hedefleri göstergelerinden de biridir. Çünkü, özellikle ishalleri hastalıklar ve diğer paraziter hastalıklar için dışkı önemli bir enfeksiyon kaynağıdır.



Foto: Yrd. Doç. Dr. İbrahim KORUK

Sağlıklı tuvalet, kullanılan tuvaletin tipi ve tuvaletin paylaşılıp paylaşılmadığı ile ilişkilidir. Bir hanedeki tuvalet, eğer o tuvalet sadece hanehalkı üyeleri tarafından kullanılıyorsa ve atığı insan temasından etkin bir şekilde ayırıyorsa, dolayısıyla kanalizasyona bağlı ya da kapalı çukur ise hijyenik olarak kabul edilmektedir.

TNSA 2008'e göre Türkiye'de her on haneden dokuzunun uygun tuvaleti varken, araştırma sonuçlarına göre özellikle çalışma alanlarında tarım işçilerinin yaklaşık yarısı açık alanları kullanmakta, kapalı çukur tuvaletler ise çoğunlukla ortak kullanılmaktadır.

Yaşanan konut ve konutun sahip olduğu olanaklar sağlığın temel belirleyicileri arasındadır. Bu çalışmada ailelerin ikamet ettiği her beş evden birinde ayrı mutfak ve banyo bulunmadığı görülmüştür. Türkiye'de yatak odası başına kentsel kesimde 1,9 kişi düşerken, tarım işçisi ailelerde 4,1 kişi düşmektedir. Ailelerin çoğunluğu aynı odada yattıklarını ifade etmişlerdir.

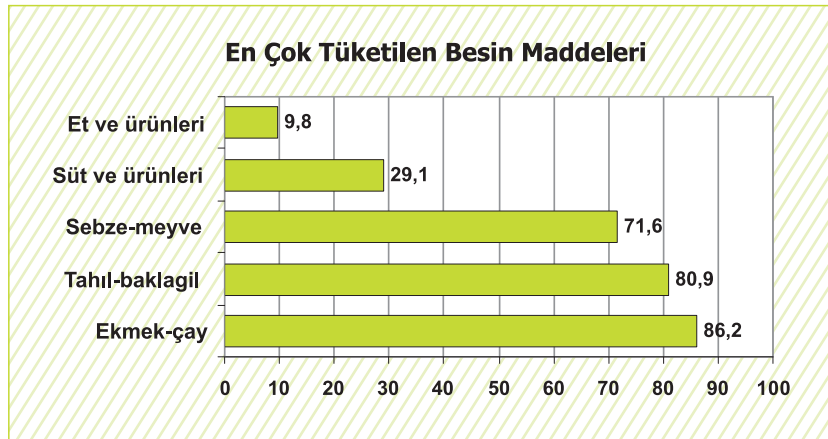
İkamet ettikleri evlerinde tuvalet genellikle banyo olarak kullanılırken, oturma odasının bir kısmı ya da evin girişi mutfak olarak kullanılmaktadır. Çalıştıkları yerlerde ise her beş aileden dördü tek göz çadırda yaşamakta, yarısı yaşadıkları çadırı banyo olarak da kullanmakta, yaklaşık her iki aileden birinin ise elektriği bulunmamaktadır.

Hanede kullanılan dayanıklı tüketim malları, ailenin sosyo-ekonomik durumunu yansıtmakla birlikte, sağlıklı da doğrudan ilişkilidir. Mevsimlik tarım işçisi ailelerin cep telefonuna sahip olma oranı Türkiye ortalamasına oldukça yakındır. TNSA 2008'e göre, ailelerin fırın, ütü, elektrik süpürgesi, bulaşık makinesi gibi günlük sık kullanılan mallara daha az sahip oldukları görülürken, klima ve ticari araç biraz daha yüksektir. Klima bölgesinin aşırı sıcak olması yanı sıra, kışın da ısınma amaçlı kullanım ile açıklanabilir.

Hanehalkı Dayanıklı Tüketim Mallarının TNSA 2008 Karşılaştırmalı Dağılımı		
Dayanıklı Tüketim Malları	MTİ (Yüzde)	TNSA 2008 (Yüzde)
Televizyon	96.4	96.3
Cep telefonu	94.1	94.8
Buzdolabı	92.6	98.5
Çamaşır makinesi	79.6	95.4
Ütü	63.4	92.6
Elektrik Süpürgesi	59.6	91.3
Gazlı-Elektrikli fırın	36.9	83.0
Mutfak robotu	30.9	58.4
Klima	14.8	14.0
DVD-VCD çalar	13.0	44.7
Radyo	10.8	Sorulmamış
Özel araba	10.1	34.3
Bilgisayar	9.6	49.0
Uydu yayın aboneliği	7.7	54.2
Bulaşık makinesi	7.1	43.5
Motosiklet	6.4	4.4
Telefon	5.6	65.6
Taksi-Minibüs-Ticari araç	4.7	4.0
İnternet bağlantısı	2.6	32.8
Mikrodalga fırın	2.4	14.9
Video-kamera	1.5	13.2
Traktör	1.4	1.8

## ● Beslenme Özellikleri

Gerek bulaşıcı hastalıkların gerekse kronik hastalıkların ortaya çıkışında beslenme en temel faktördür. Bu nedenle hastalık ve erken ölümlerin önlenmesinde öncelikli temel sağlık hizmeti "toplum beslenmesinin iyileştirilmesi"dir.<sup>9</sup> Ailelere bir günde en çok tükettikleri gıda maddeleri sorulduğunda ekmek, çay, tahıl ve baklagiller ilk sırada belirtilmiştir. Tüm aileler öğünlerinin düzensiz olduğunu ve ortak kaptaki yemek yediklerini ifade etmişlerdir.



## Mevsimlik Tarım İşgücü Göçü ve Özellikleri

### ● Yer Değiştirme Yapısı

Bir toplumda yaşanan göçler, genel olarak bulaşıcı hastalıkların yayılımı ve sosyal sorunlar açısından önemli bir faktördür ve hizmet sunumunu etkiler. Göç, özellikle hastalık, erken ölümler ve sosyal sorunların önlenmesi için toplumda tüm bireylere ulaştırılması gereken temel sağlık hizmetlerinin sunumunda (beslenmenin iyileştirilmesi, sağlık eğitimi, sağlıklı içme-kullanma suyuna erişim, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, bulaşıcı ve endemik hastalıkların kontrolü vb.), göz önünde tutulması gereken en önemli nüfus özelliğidir. Hizmeti planlarken, yaşanan göçün yönünü, zamanını ve kalış süresini bilmek, hem göç edilen hem de gidilen yerde sağlık ve sosyal hizmet sunucularına önemli kolaylıklar sağlar. Türkiye'de tarım en yaygın üretim biçimi olmasına rağmen, henüz tarım göçüne yönelik veri sistemi bulunmadığı için hizmet sunumunda sorun yaşanmaktadır.

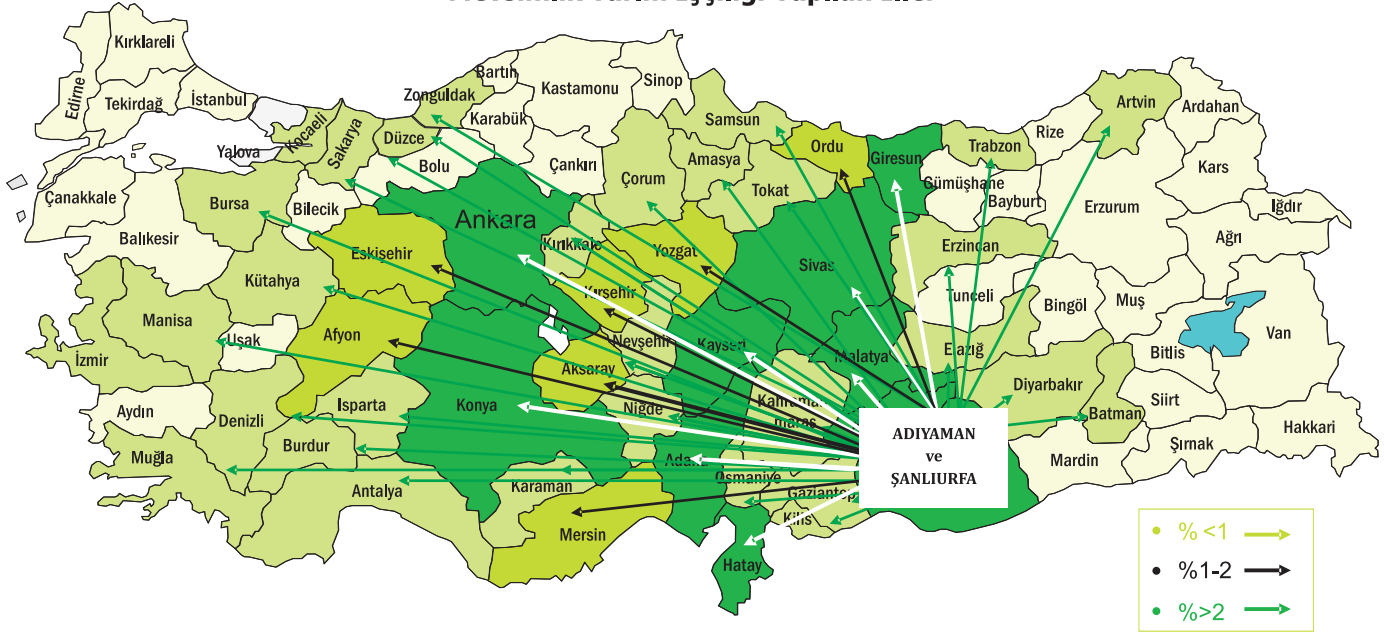
Şanlıurfa ve Adıyaman il merkezlerinde yaşayan ve mevsimlik tarım işçiliği yapan aileler üzerinde yürütülen bu çalışmada, mevsimlik tarım işçisi her iki kişiden birinin doğduğundan beri tarım işçisi olduğu öğrenilmiştir. Doğduğundan bu yana tarım işçisi olduğunu belirtenlerin çalışma süresi ortalama 15 yıl iken, diğerlerinde 6 yıldır. Ailelerin yaklaşık %70'inin yalnız bir ile gittikleri, ancak o ilin farklı tarım alanlarında çalıştıkları bildirilmiştir. Tarlada kalış süreleri;

- 1 ay ve daha kısa : %25
- 2 ay : %27
- 3 ay : %13
- 4 ay ve üzeri : %35

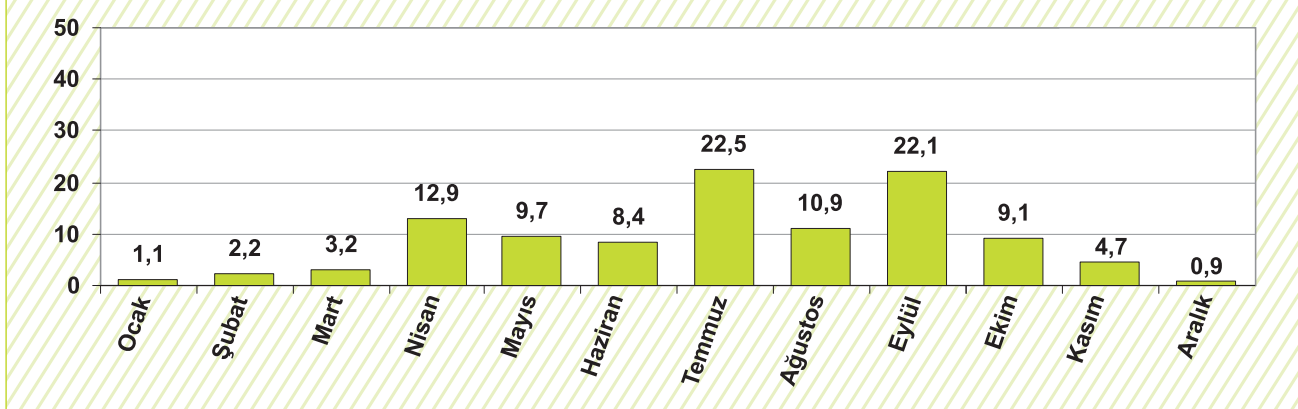
Şanlıurfa ve Adıyaman il merkezlerinde mevsimlik tarım işçiliği yapan ailelerin Türkiye'de 48 farklı ilde çalıştıkları belirlenmiştir. Şanlıurfa ve Adıyaman aynı zamanda tarım işçiliğinin de en çok yapıldığı yerlerdendir. Mevsimlik tarım işçiliği yapılan iller Türkiye haritası üzerinde gösterilmiştir. Nisan-Eylül tarım işçiliğinin en yaygın olduğu aylardır. Ancak yılın her ayında tarım işçiliği yapıldığı da görülmektedir. Her beş aileden yaklaşık dördü çalışmaya tüm aile üyeleriyle birlikte gittiklerini bildirmişlerdir.

Her yüz aileden elli altısı yarıcı/elçi/çavuş/ırgatbaşı aracılığıyla iş bulmaktadır. Kendilerinin işi bulduğunu belirten ailelerin çoğunluğu yaşamları boyunca tarım işçiliği yapmış ve genellikle aynı yerlerde çalışanlardır. Bu nedenle bağımsız hareket etme yeteneği gelişmiştir. Her beş aileden biri kamyonla yolculuk yaptıkları bildirmiştir.

## Mevsimsel Tarım İşçiliği Yapılan İller



## Tarım İşçüsü Göçünün Aylara Göre Dağılımı

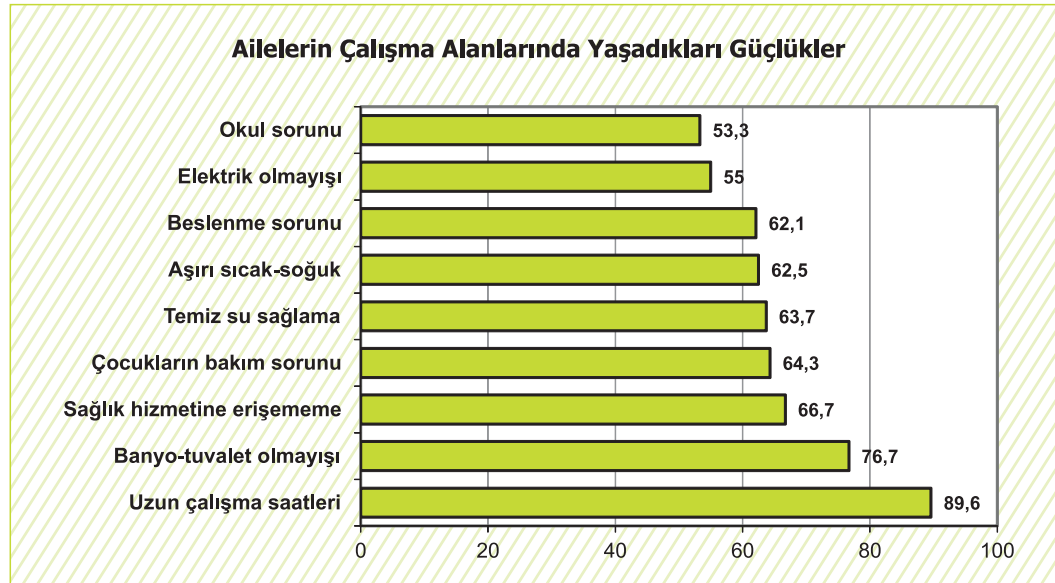


Yarıcılarla yapılan görüşmelerde, hiçbirinin 'Tarımda İş Aracılığı Yönetmeliği'ni bilmedikleri, tarla sahipleriyle dönüm başına anlaşma yaptıklarından daha çok kazanmak için çok uzun saatler çalıştıkları, yeşil kartlarının vizesi tarlada dolduğu zaman çalıştıkları illerde bu işlemlerin yapılmadığı, çalıştıkları illerde aile hekimine kayıt olamadıkları, kadınların genellikle tarlada doğum yaptıkları, nüfus cüzdanı çıkarmak için doğum raporu istendiği ancak bu raporu alamadıkları için paraları varsa bebekleri hasta olduğunda özel doktora götürdükleri sıklıkla ifade edilen durumlar olmuştur.

## ● Çalışma Bölgelerinde Karşılaşılan Güçlükler

Ailelere çalıştıkları yerlerde hangi sorunlarla karşılaştıkları sorulduğunda, her on aileden dokuzu uzun ve yorucu çalışmayı, sekizi banyo-tuvalet olmayışını bildirirken, yaklaşık on aileden yedisi sağlık hizmetine erişmede sorunlar yaşadıklarını, temiz su sorununu bildirmişlerdir. İlk sıralarda bildirilen uzun çalışma süresi, banyo-tuvalet olmayışı ve sağlık hizmetine erişim de sağlığın temel belirleyicileri arasındadır. Her on aileden yaklaşık beş-altısı aşırı sıcak ve soğukta çalışmayı, beslenme sorununu, elektrik olmayışını ve okul sorunlarını ifade etmişlerdir. Aileler sağlık hizmetine erişimi genel olarak hasta olduklarında doktora gidememe olarak bildirmişlerdir.

Ailelere tarlada çalışmadıkları sürelerde neler yaptıkları sorulduğunda çoğunlukla “birbirimizle sohbet etmek” yanıtını vermişlerdir.



*“Bütün insani haklarımızı bir kenarda bırakmak zorunda kalıyoruz çünkü onlardan uzaklaşmış bir yerde oluyoruz, yani sonuçta para için oraya gidiyoruz ve tek amacımız para oluyor, en ufak bir rahatsızlığımızla ilgilenmiyorlar, hani yatağa düşersek veya ağır bir şey olursa ancak o zaman hastaneye gideriz.” (24 yaş altı erkek)*

### ● Tarım İlacı Etkilenimi

Tarımda kullanılan kimyasalların özellikle anne karnında bebeği olumsuz etkilediği, ölü doğum, kendiliğinden düşük, engelli bebek doğumu gibi bebeğe olumsuz etkilerinin yanı sıra, kansızlık, kısırlık ve kanserlerle ilişkisi bilinmektedir.<sup>14</sup> Kadınların %20'si, erkeklerin %27'si tarlada ilaçlama yaptığını söylerken, tarım ilaçlarının sağlığa etkilerini kadınların %9'u, erkeklerin %21,4'ü bildiğini ifade etmiştir. Yaklaşık %70'i ilaçlama yaparken maske takmadığını, %90'ı tulum/ilaçlama kıyafeti giymediğini bildirirken, iki kişiden biri ilaçlama yaptıkları kıyafetleri diğer çamaşırlarla birlikte yıkadıklarını, beş kişiden dördü pestisit kutularını uygun şekilde imha etmediklerini belirtmişlerdir.



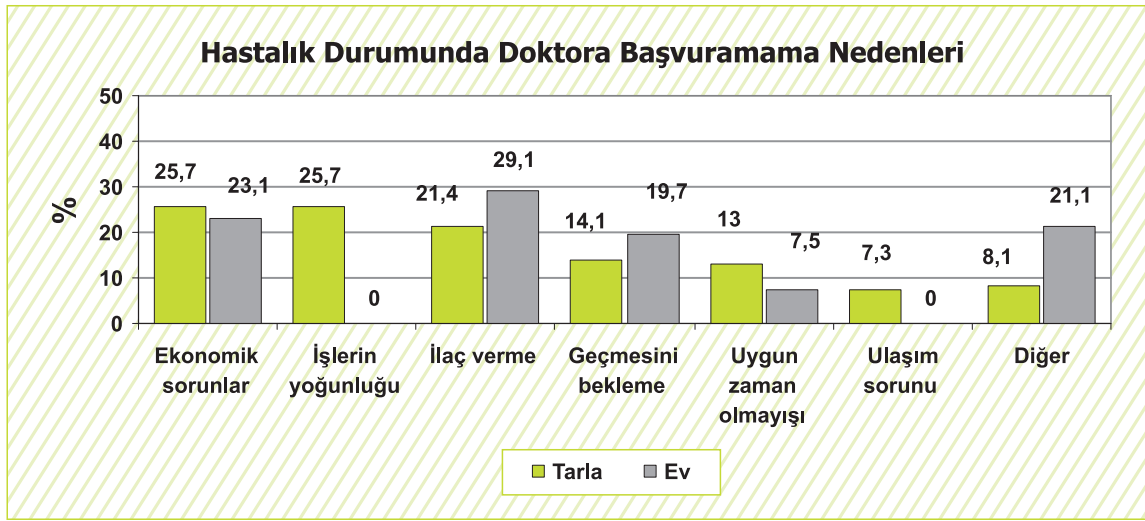
## Sağlık Sorunları ve Hizmete Erişim

### ● Sağlık Sorunları ve Hizmete Erişimi Engelleyen Faktörler

Araştırmaya katılan 15 yaş üstü her 100 kadından 37'si, her 100 erkekten 49'u genel olarak sağlıklarının iyi olduğunu bildirmişlerdir. Her dört kadından sadece biri sağlığına özen gösterirken, erkeklerde bu oran yaklaşık %40'dır. Mevsimlik tarım işçisi olan 15–49 yaşları arasındaki kadınlarda sigara içme sıklığı %15, 15-60 yaşları arasındaki erkeklerde %48,8'dir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na (2008) göre de Türkiye'de kadınların yaklaşık %15'i, erkeklerin %49'u sigara içmektedir.

Araştırmada hanedeki her birey için son bir yıl içerisinde hasta olup olmadığı ve yaşadığı sağlık sorunları sorulmuştur. Toplam her iki kişiden birinin en az bir kez hasta olduğu, sırasıyla solunum sistemi hastalıkları, kas iskelet sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, nörolojik yakınmalar, yüksek tansiyon ve kazaların en sık karşılaşılan sağlık sorunları olduğu belirtilmiştir. Hasta olduğu bildirilen yaklaşık her beş kişiden yaklaşık biri tarlada çalışırken doktora başvurmadığını belirtirken, bu oran evde hastalandıklarında on kişiden bire düşmektedir.

Hasta olduğunu bildirenlerin çoğunluğu devlet hastanelerine başvururken, aile sağlığı merkezine (ASM) başvuru oldukça düşüktür. ASM'ye başvuru tarlada çalışırken yaklaşık %4, evde %9'dur. Her dört kişiden biri paralarının olmaması, yine dört kişiden biri tarlada işlerin çok olması nedeniyle doktora başvurmadıklarını ifade etmişlerdir. Yaklaşık beş kişiden biri yanlarında götürdükleri ilaçları aldıklarını bildirirken, geçer diye bekleme, zamanın olmaması ve arabanın olmayışı sık karşılaşılan nedenler olarak ifade edilmiştir. Evde kaldıkları süre içerisinde ise, parasızlık, ilaç alma ve iyileşmesini bekleme bildirilen nedenlerdir.



Odak grup görüşmelerinde, ekonomik kazanç sağlamanın temel amaç olduğu tarlada çalışma dönemlerinde, sağlık ve diğer temel ihtiyaçların ikinci plana atıldığı görülmüştür.

*“Mesela benim başım ağrıyor veya rahatsız oluyorum gidemiyorum engel olan kimse yok ama biz gidemiyoruz, mesela diyelim arabamız yok, Konya bize seksen doksan km uzak işte araba olmayınca gidemiyoruz.”* (24 yaş altı bekar erkek)

*“Genelde gitmiyoruz. Hasta oldu mu sancı oldu mu öyle gideriz doktora. Onlar bizi arardı*

*aydan aya aşı yapardık, ama eve gelirlerdi öyle aşı yaparlardı, yoksa doktora aşı için gitmiyedik yani.”* (25 yaş üstü evli kadın)

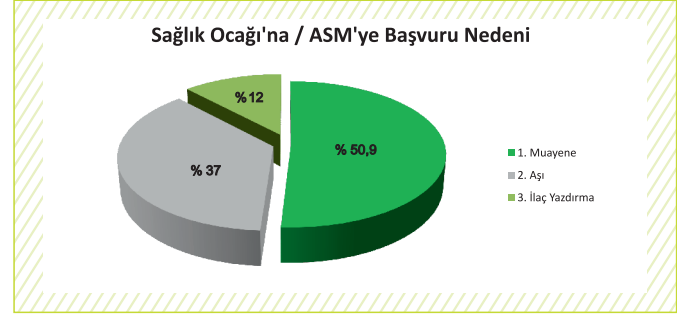
*“Hocam sıkıntının ilki bizde. Biz o değeri kendimize vermiyoruz ondan başkası da bize o değeri vermiyor.”* (24 yaş altı bekar erkek)

*“Rezil oluyoruz, biz çadırlarda kalıyoruz, tarlalarda çalışıyoruz, hastanelere gidemiyoruz. Bize sağlık ocakları yakın olsaydı giderdik, işte ulaşımı zordur.”* (25 yaş üstü evli kadın)

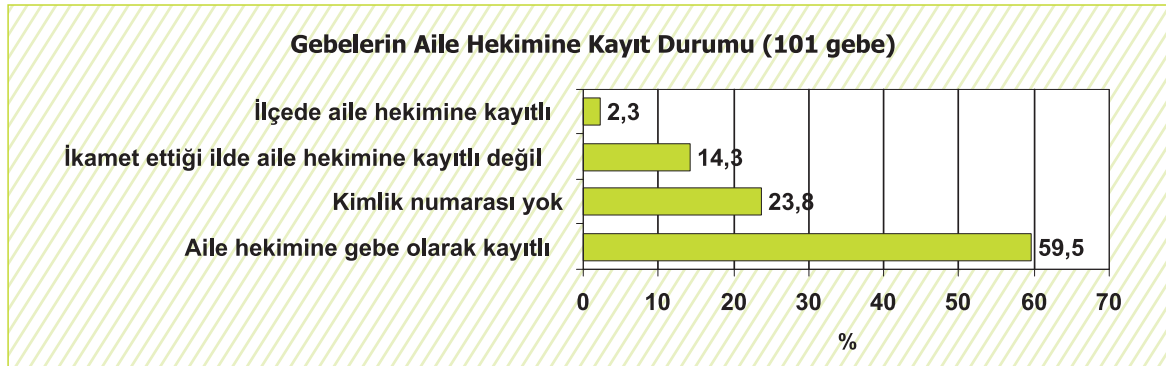


### ● Aile Hekimine Kayıt Durumu

Hanehalkı reisine “aile hekiminizi biliyor musunuz?” diye sorulduğunda, her beş kişiden biri bilmediğini söylemiştir. Her dört kişiden biri son bir yıl içerisinde ASM/sağlık ocağına hiç gitmediklerini bildirmişlerdir. Aile hekimine gitme nedenleri aşağıdaki grafikte gösterilmiştir. Hizmet alanlar içinde, son bir yıl içerisinde ortanca aile hekimine gitme sayısı ise dördttür. “Son bir yıl içerisinde aile hekiminiz/hemşireniz kaç kez geldi ya da telefon etti” sorusuna her on kişiden yaklaşık dokuzu “hiç gelmedi” yanıtını vermişlerdir.



Çalışmada ailelerin kimlik numaraları saptandıktan sonra Sağlık Müdürlüğü işbirliği ile aile hekimine kayıtlı olup olmadıkları sorgulanmıştır. İl merkezlerinde yürütülen bu çalışmada, her yüz kişiden onu T.C kimlik numarası olmaması nedeniyle aile hekimine kayıtlı değildi. Kayıtlı olmayanların da çoğunlukla bebek ve kadınlar olduğu göz önüne alındığında, kamu hizmetlerine erişim için öncelikle nüfus kayıtlarının tamamlanması önem taşımaktadır. Halen gebe olduğunu bildiren her dört kadından biri ADNKS'ye kayıtlı olmadıkları için aile hekimine kayıtlı değildir. 0- 12 aylık her dört bebekten birinin T.C kimlik numarası olmadığı için aile hekimine kaydı bulunmamaktadır. Sadece her dört bebekten biri aile hekiminde bebek olarak görülüp izlemleri yapılmaktadır.



“Örnek vermek gerekirse, aile hekimliğine geçişin ilk döneminde hastayı bile hatırlamıyorum, gebe tespiti yapmıştım, hastayı gebe diye biliyorum, sadece telefonla görüşüyoruz, çünkü Adana'da çalışıyor daha sonra Konya'ya gitti, çocuk doğdu üç dört aylıkken çocuğu görebildim. İzlemlere uyumlu bir hasta olmasına rağmen, çalışma koşulları nedeniyle hastanede doğuramadı. Telefon numaralarını da sürekli değiştirdikleri için, iletişim kurmak çok zor.” (Bir aile hekimi)

“Çalışmaya gittikleri zaman bazıları başka bir aile hekimine kaydoluyor. Yeni aile hekimi atandığında ilk aile hekimi siliniyor, dolayısıyla döndüğünde kişiyi benim izlemem mümkün olmuyor.” (Bir aile hekimi)

## Üreme Sağlığı

### ● Gençlerin Üreme Sağlığı Bilgi ve Hizmet İhtiyacı

DSÖ tarafından biyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin hızlı yaşandığı 15-24 yaşlar gençlik dönemi olarak tanımlanmaktadır.<sup>10,11</sup> “Umut kuşağı” olarak ifade edilen gençler, ülkenin gelecekteki sağlık düzeyinde önemli rol oynamaktadır. Gençlik dönemi, bütün yaş dönemleri içinde en sağlıklı olanı, aynı zamanda uzun ve sağlıklı bir yaşamın temellerinin atılabileceği bir dönem olarak da tanımlanmaktadır. Bu dönem merak, öğrenme ve deneyim kazanma dönemidir ve bu durum birçok tehlikeyi beraberinde getirmektedir. Çalışma kapsamında, 24 yaş altındaki kadın ve erkeklerin hem kendi hem de karşı cinsiyetteki ergenlik dönemine ilişkin değişimleri bilme durumları ve yaşadıkları endişeler incelenmiştir.

Kadınların kadınlardaki ergenlik değişimlerine verdikleri yanıtların ilk sırasında %76 ile “adet görme”, ikinci sırada %71 ile “göğüslerde gelişme” ve üçüncü sırada %65 ile “vücutta bazı bölgelerde kıllanma” gelmektedir. Kadınlar erkeklerde ilk sırada “seste değişiklik” (%44), “vücudun belli bölgelerinde kullanma” (%40) ve “boy uzaması” (%38) şeklinde fiziksel gelişim özelliklerini belirtmişlerdir.

Erkeklerin erkeklerde belirttikleri değişimler sırasıyla %71’i “vücudun belli bölgelerinde kıllanma”, %69’u “boy uzaması”, %68’i “seste değişiklik”tir. Erkekler kadınlarda ilk sırada %53 ile “göğüslerde gelişme”, %52 ile “boy uzaması” ve %43 ile “seste değişik” yanıtlarını vermişlerdir. Kadınların ve erkeklerin her iki cinsiyette de öncelikle fiziksel ve cinsel daha sonra psikolojik değişiklikleri ifade ettikleri, ayrıca kendilerinde ortaya çıkan değişimlerin daha çok farkında oldukları saptanmıştır. Bu bulgular diğer çalışmalarla uyumludur.<sup>12</sup>

Her on kadından dördü adet dönemiyle ilgili sorun yaşadığını, her dört kadından biri ise boy uzaması, kilo, sivilce sorunu yaşadığını, adet görmeden önce yaklaşık iki kadından biri hiç bilgi almadığını bildirmiştir. Kadınların bilgi kaynağı ve yaşadıkları sıkıntıları paylaştıkları kişiler anne, kız kardeş ve kız arkadaştır.

Yaklaşık her beş erkekte birinin boy uzaması, kıllanma ve sivilceler başta olmak üzere sorun yaşadığı, sıkıntılarını çoğunlukla erkek arkadaşları ile paylaştıkları belirlenmiştir.

Her on gençten biri yaşadıkları sıkıntılar nedeniyle sağlık kurumuna başvurduğunu bildirmiştir.



Odak grup görüşmelerinde, evlenmemiş genç kadınların üreme sağlığı konusunda bilgilerinin oldukça yetersiz olduğu, bu konuda çevrelerinden öğrenme çabalarının da pek hoş karşılanmadığı anlaşılmıştır. Bu tür soruların genç kadınlar tarafından sorulmasının ayıp karşılandığı ve daha çok genç kadınların evlendikten sonra bu bilgileri bir şekilde öğrenecekleri yönünde bir anlayışın egemen olduğu gözlenmiştir.

Aşağıdaki ifade sıklıkla kullanılmıştır:

*“Yahu bu soruyu sorduğumuz zaman der ki niye soruyorsun, çok ayıp sen daha kızsın. Daha küçüksün, evlenince görümceleriniz, kaynanalarınız size söylerler.”* (24 yaş altı bekar kadın)

### ● **Akraba Evliliği**

Akraba evliliği, genetik hastalıkların geçişine neden olabilmesinden dolayı sağlık açısından önemli bir risk faktörüdür. Bu araştırmada her iki evlilikten biri akraba evliliğidir. Akraba evliliği yapanların çoğunluğu kardeş çocuklarıdır. Türkiye’de akraba evliliği sıklığı ise yaklaşık %20’dir.<sup>13</sup>

Niteliksel çalışmada, genç kadınların, akraba evliliklerinde sağlık açısından olabilecek sorunları duydukları fakat pek de farkında olmadıkları gözlenmiştir. Evliliklerine babalarının karar verdiği bu kadınlar için akraba ya da yabancıların fark etmediği anlaşılmaktadır. Evliliklerin daha çok aile büyüklerinin kararına bağlı olduğu görülmektedir:

*“Benim fikrim illa da akraba olacak değil, yani yabancıyla da olur, fark etmez, yani geçen gün bu konudan bahsettiler çocuklar sakat doğuyor falan. Niye sakat oluyor? Bence öyle bir şey yok, şimdi bizim ailede çoğu akraba evliliği, oğulları oldu torunları oldu hiçbiri sakat değil. Bazı annelerde oluyorsa bilmiyorum, bizim ailede genelde hepsi akraba evleniyor.”* (24 yaş altı bekar kadın)

### ● **Doğurganlık**

Özellikle anne ve çocuk sağlığı açısından gebelik yaşı ve çocuk sayısı önemli risk faktörüdür. Mevsimlik tarım işçisi ailelerin doğurganlık düzeyi Türkiye ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi’ne göre oldukça yüksektir. Mevsimlik tarım işçisi ailelerde toplam doğurganlık hızı 4,94 iken, bir kadının doğurganlık döneminin sonuna geldiğinde sahip olduğu çocuk sayısı ise 6,36’dır. TNSA 2008’de toplam doğurganlık hızı 2,16, bir kadının doğurganlık dönemi sonuna geldiğinde sahip olduğu çocuk sayısı ise 3,31’dir. Mevsimlik tarım işçisi kadınlar arasında halen gebe olanların yüzdesi Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nin iki katı, Türkiye ortalamasının ise yaklaşık 4 katıdır. Dolayısıyla mevsimlik tarım işçileri ana-çocuk sağlığı açısından öncelikli risk grubunu oluşturmaktadır.

TNSA 2008 ile Karşılaştırmalı Doğurganlık Ölçütleri			
	Türkiye	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	Mevsimlik tarım işçisi
Kaba doğum hızı (%)	18,6	-	39,5
Ortalama canlı doğum sayısı (40-49 yaşlar)	3,31	5,67	6,36
Halen gebe olanların yüzdesi	3,9	6,9	13,8
Toplam doğurganlık hızı (15-49)	2,16	3,47	4,94

Kadınlara ve erkeklere sahip olmak istedikleri ortalama çocuk sayısı sorulmuştur. Kadınlar için ortalama istedikleri çocuk sayısı 4,0 iken, erkekler için 4,4'dür. Kadınların %5,2'si "Allah bilir" yanıtını vermiştir. İstenen çocuk sayısının cinsiyeti sorulduğunda, kadınlar ortalama 2 kız 2,1 erkek, erkekler ise ortalama 2,1 kız 2,4 erkek çocuk sahibi olmak istediklerini bildirmişlerdir. Kadınlara "sahip olduğunuzdan başka çocuk ister misiniz?" sorusuna, her iki kadından biri erkek çocuk istediğini belirtmiştir.

Odak gruplarda da çoğunlukla en fazla dört çocuğun ideal sayı olduğunu belirten gençler arasında, hedeflenen çocuk sayısında belirleyici olanın ekonomik faktör olduğu paylaşılan bir görüştür:

**"Bence hocam dört çünkü, birisi bir şey istediğinde alabilirim. Kalabalık oldu mu her biri bir şey istedi mi alamıyorsunuz."** (24 yaş altı bekar erkek)

Ailede hedeflenen çocuk sayısını belirleyen 'doğal olarak erkek olduğu' sıklıkla ifade edilmiştir. 24 yaş altındaki bekar bir erkeğin ifadeleri;

**"Ayıp değil midir hocam onlara (kadınlara) sormak."**

**"Kadınlara sormak gerekmez mi?"** (Görüşmeci)

**"Gerekmez hocam, çünkü beyi ne kadar isterse o kadar yapar, çünkü o soruyla alakası yok kadının."**

**"Valla ben istemedim ama Allah verdi, biz ne yapalım."** (25 yaş üstü evli erkek)

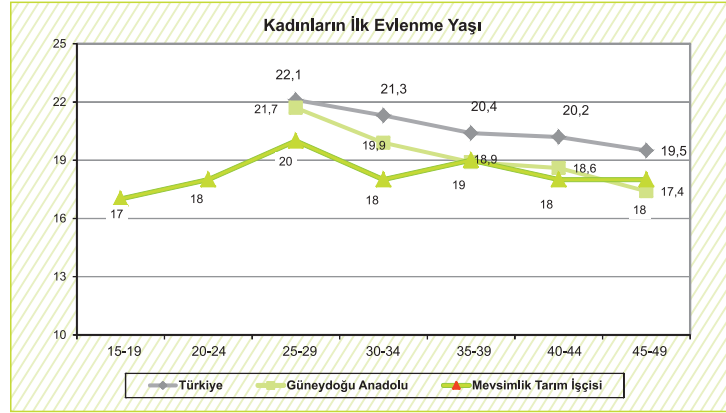
**"Burada bizim beş çocuktan aşağı yok. Yani Allah biliyor, izin verdiği kadar çocuk getirecem."** (25 yaş üstü evli kadın)

Araştırmada ortanca ilk evlenme yaşı mevsimlik tarım işçisi kadınlarda TNSA 2008 Güneydoğu Anadolu Bölgesi ve Türkiye geneline göre daha düşüktür. Bu çalışmada 15-49 yaşları arasındaki kadınların %41'inin 18 yaşın altında gebe kaldığı, %51'inin 19 yaşından önce doğum yaptığı saptanmıştır. Halen 15-19 yaşları arasındaki kadınların %9'u en az bir kez gebe kaldığını, %7,2'si en az

bir canlı doğum yaptığını bildirmiştir. TNSA 2008'de 19 yaş altı doğum yapma oranı %3,9'dur.

Ancak ilk evlenme yaşına yönelik tutumları incelendiğinde; kadınlar, “bir kız en erken kaç yaşında evlenmeli?” sorusuna 20, erkekler için 24 cevabını verirken, erkekler kadınların ilk evlenme yaşını 20, erkeklerin ilk evlenme yaşını ise 22 olarak bildirmişlerdir.

Kadın ve erkekler ilk gebelik yaşını 22, ilk babalık yaşını ise 24 olarak ifade etmişlerdir. Kadınların %14'ü, 18 yaşından önce evlenilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.



Odak grup görüşmelerinde, aile büyüklerinin evliliğin ilk yıllarında özellikle kısırlık konusundaki korkularından dolayı hemen çocuk istediğini belirten gençler, ilk çocuklardan sonra bu baskının nispeten azaldığını ifade etmiştir. Çevrelerinde çocukların aileler için özellikle ebeveynlerin yaşlılıklarında bir sigorta olarak görüldüğü yönünde bir kanaat olduğu gözlenmiştir.

## ● Doğum Öncesi Bakım

En az bir doğum yapmış her dört kadından biri son gebeliğinde hiç doğum öncesi bakım almamıştır ve doğumunu evde ya da tarlada yapmıştır. TNSA'da doğum öncesi bakım alma %92, hastanede doğum ise %90'dır. Her iki kadından biri son gebeliğinde tetanos aşısı olmadığını bildirmiştir

*“Peki, siz gebe olduğunuzu nasıl anlıyorsunuz?” (Görüşmeci)*

*“Mide bulantısı, baş ağrısı var, bide aşerme oluyor. Böyle oldu mu biz anlıyorduk doktora gitmiyoruz.” (25 yaş üstü evli kadın)*

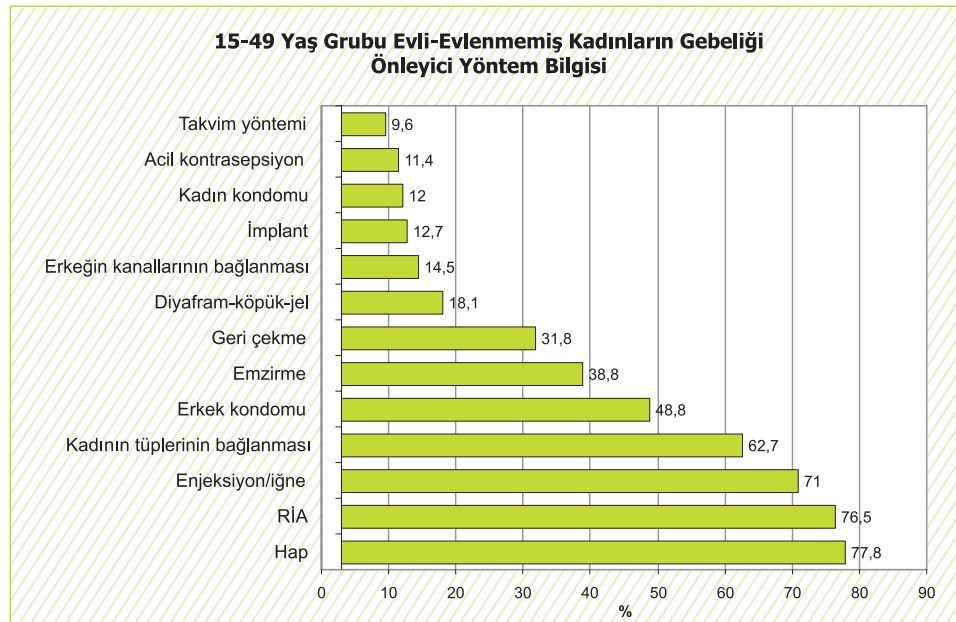
Görüşmelere bakıldığında doğumların genelde evde yaptırıldığı, hastanede yapılan doğumların da özellikle son çocuklarda söz konusu olduğu anlaşılmaktadır. Nedenlerine bakıldığında daha çok ekonomik nedenlerden dolayı hastaneye gidilmediği, güvendikleri ebeleri tercih ettikleri anlaşılmaktadır. Göç ettikleri dönemde sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşadıklarını ifade eden genç kadınlar, tarlada çalışırken gitmeye imkanları olmadığı için, en azından belli aralıklarla sağlık görevlilerinin tarlaları dolaşmalarının iyi olacağını ifade etmişlerdir.

*“Mesela tanıdığımız biri vardı geçen sene tarlada doğum yaptı hastane yoktu orda, çocuğu öldü yani.” (25 yaş altı bekar kadın)*

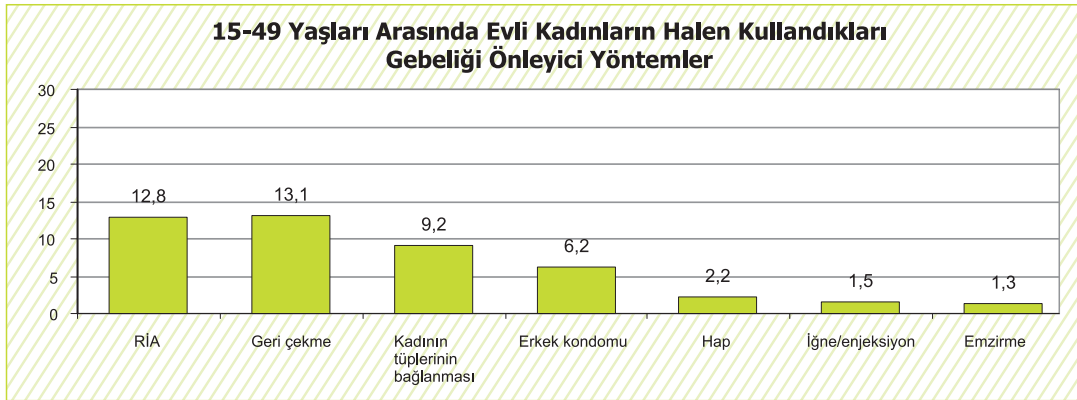
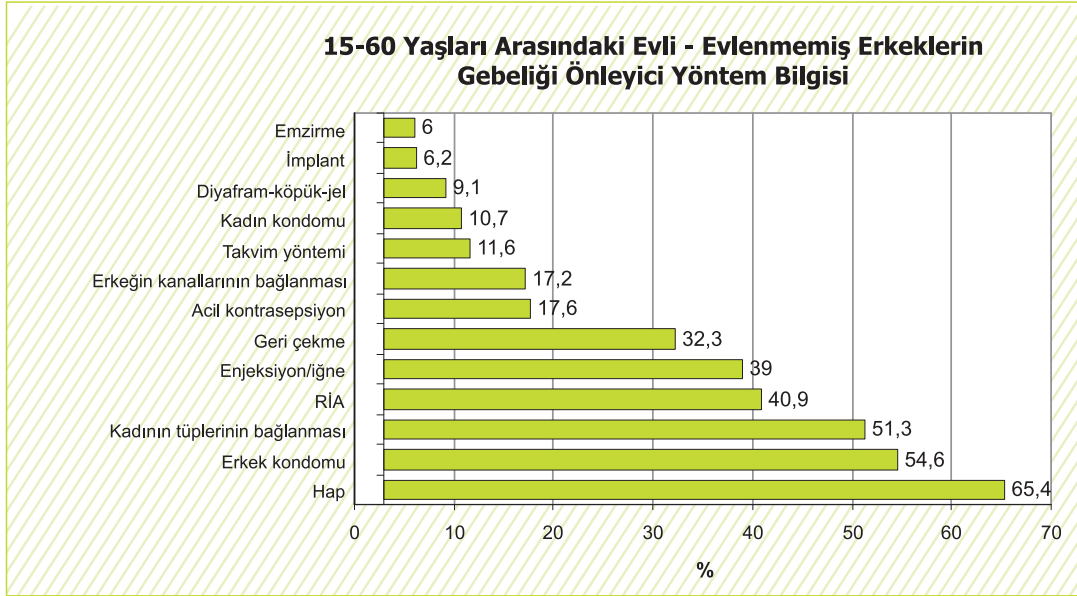
## ● Gebeliği Önleyici Yöntemler Hakkında Bilgi ve Yöntem Kullanımı

Ana-çocuk sağlığının iyileştirilmesinde istenmeyen ve riskli gebeliklerin önlenmesi en önemli koruyucu müdahaledir.

Evli ve hiç evlenmemiş kadınlara her bir yöntem okunarak 'bu yöntemi biliyor musun?' sorusu yöneltilmiştir. Hiç evlenmemiş kadınların yaklaşık %81'i, erkeklerin %82'si; evli kadınların %94'ü ve evli erkeklerin %84'ü herhangi bir yöntem bilmektedir. Türkiye genelinde evli kadınların tamamına yakını yöntemleri bilmektedir (TNSA 2008). Bu çalışmada evli kadınlar tarafından en fazla bilinen yöntemler rahim içi araç (RİA), hap ve enjeksiyon iken, evli erkeklerin en fazla bildikleri hap, RİA ve tüp ligasyonudur.



Araştırma tarihinde evli kadınların %32'si etkili yöntem olmak üzere %46'sı herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullandığını belirtmiştir. En fazla kullanılan etkili yöntem RİA'dır (%12,8). Geri çekme en yaygın kullanılan yöntemdir (%13,1). Tüp ligasyonu uygulanan kadınların tümü sekiz ve üzerinde çocuk doğurmuş olan ve son doğumunu sezeryan ile yapıp tüp ligasyonu uygulananlardır. Hap, RİA, enjeksiyon ve kondom çoğunlukla sağlık ocağından temin edilmiştir. Bu nedenle sağlık ocaklarının görevlerini üstlenen aile sağlığı merkezlerinin aile planlaması hizmeti vermesi önemlidir.



*“Hocam buradakiler genelde kocaları çok çocuk istediği için, erkek çocuk olmasa olmuyor, illaki erkek çocuk olacak, hani babaları öldükten sonra aileye erkek çocuk geçecek ya burada çok önemli o.”* (24 yaş altı bekar kadın)

*“Hocam biz 14 kardeşiz, genelde bu mahallede yani yüzde doksanı diyebilirim aynı tabiyattan gidiyor, yani en düşüğü 8 kişi, 9 kişi. Bu mahallede 5 kişi ya da daha azını Allah vermemiş. Beşten az olanlar niye benim 5 tane çocuğum var diye kızar.”* (24 yaş altı bekar erkek)

*“Hocam aşır (aşiret mensubu) olduğumuz için (çocuk sayısını) sürekli ona göre belirleriz, gücümüz fazla olsun diye.”* (25 yaş üstü evli erkek)

*“Genelde öyle biliniyor erkeklerin karar verdiği, yani aslında bu tamamıyla bir bayanın şeyinde kalmış bir şeydir. Yani kararı bayan veriyor, benim anlatmak istediğim kadın da çocuğu istiyor. Yani burada bir kadının çok çocuklu olması kadına bir itibar katıyor, o yüzden onlar da istiyorlar.”* (25 yaş üstü evli erkek)

## ● Düşük, Ölü Doğum ve Ölümler

Düşükler ve ölü doğumlar kadın sağlığını ve sunulan hizmetlerin etkinliğini değerlendirmede önemli göstergelerdir. Araştırmaya katılan 15–49 yaşındaki evli her iki kadından biri en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığını, her beş kadından biri de en az bir ölü doğum yaptığını bildirmiştir. Bu oranlar Türkiye ortalamasının oldukça üstündedir. Bu durum tarımda çalışanların karşılaştıkları mesleki riskler, yaşam biçimi ve doğurganlık davranışı ile açıklanabilir.

Araştırma tarihinden 5 yıl önceki dönemde kaba ölüm hızı binde 22,6'dır. Bu hız Türkiye genelinden yaklaşık 3,5 kat daha yüksektir.

Bu çalışmada aile reisine “son beş yıl içinde bu evde gebeyken, doğum yaparken, hastayken ya da başka nedenlerle ölen oldu mu?, Ölenin cinsiyeti neydi? Öldüğünde kaç yaşındaydı?”, şeklinde sorular sorulmuştur. Araştırmada beş yaş altı ölüm hızı binde 74,8 iken, bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 59, kaba ana ölüm oranı ise beş yıllık dönemde sözel otopsiye dayalı olarak 100.000'de 153 olarak bulunmuştur. TNSA 2008'de 5 yaş altı ölüm hızı Türkiye geneli için binde 24, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde binde 45, bebek ölüm hızı binde 17'dir (Güneydoğu Anadolu Bölgesi için binde 33).<sup>8</sup>

## ● Engellilik

Çalışmada hanehalkı reisine, 'bu evde yaşayanlar arasında özürlü olan var mı?' sorusuna verilen cevaplara göre engelli sıklığı çoğunluğu mental retardasyon olmak üzere %13,8'dir. 2002 tarihli Türkiye Özürlüler Araştırması sonuçlarına göre ise özürlü olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12,29 dur.<sup>14</sup>

## ● Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) dünyada ve Türkiye'de önemli halk sağlığı sorunlarından. Araştırmada CYBE hakkında 15–49 yaş kadın ve erkeklerin bilgi durumunu saptamak amacıyla bazı sorular sorulmuştur. Her dört kadından biri CYBE duyduğunu belirtmiştir; en fazla bilinen ise HIV'dir (%22). Diğer enfeksiyonlar %1-8,5 arasında bilinmektedir. Hepatit B, HIV'den sonra en fazla bilinen ikinci enfeksiyondur (%8,5). Her dört kadından sadece biri bu enfeksiyonlardan korunulabileceğini belirtirken; diğerleri bilmediklerini söylemişlerdir. Her iki erkekte biri en az bir CYBE duyduğunu ve bu enfeksiyonlardan korunulabileceğini belirtmiştir. En fazla bilinen enfeksiyonlar, erkeklerde de kadınlara benzer şekilde HIV ve Hepatit B'dir (sırasıyla; %47, %20).



### ● Kendi Kendine Meme – Testis Muayenesi

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Erken tanı için her ay kadının kendi kendine muayene yapması önerilmektedir. Kadınların %87'si meme muayenesini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Her ay düzenli yaptığını belirten %3,5'dir. Erkeklerin %92'si testis muayenesini bilmediğini, %1,2'si ise her ay düzenli yaptığını ifade etmiştir.

### ● Üreme Sağlığı Bilgisine Erişme Yolları

Kadınların %67'si şimdiye kadar hiç üreme sağlığı konusunda bilgi almadığını belirtirken, iki erkekten biri çoğunluğu erkek arkadaşlardan ve askerlik sırasında olmak üzere bilgi almıştır. Daha önce bilgi alan kadınların çoğunluğu, bilgi kaynağı olarak çoğunlukla “kız arkadaş, ebe-hemşire, görsel basın” yanıtını vermişlerdir. Erkeklerin bilgi kaynağı ise görsel basın, erkek arkadaş ve askerlik sırasında alınan eğitimlerdir. Kadınların en az %80'i, erkeklerin %85'i üreme sağlığı konusunda bilgi ve danışmanlık almak istediklerini belirtmişlerdir.

15 yaş üstü her dört erkekten biri internet kullanırken, bu oran kadınlarda yirmi kişiden biridir. 15-24 yaşları arasında ise kadınların %10'u, erkeklerin %55'i internet kullanmaktadır. 2007 Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırmasında erkeklerin %71'i kadınların %34'ü internet kullandığını bildirmiştir.<sup>12</sup> Mevsimlik tarım işçisi gençlerde internet kullanımının düşük olduğu izlenmektedir.

İnternet kullanan erkeklerin üreme sağlığına yönelik bilgiyle karşılaşma durumları incelendiğinde, %22'si “gebeliği önleme ve aile planlaması”, yaklaşık %40'ı “kondom reklamı”, %33'ü “erken yaşta evlilik/gebelik”, %34'ü “cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar/ HIV”, %35'i 'genç sağlığı' ve %49'u 'kadına yönelik şiddet' konularıyla karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Kadın ve erkeklere boş zamanlarında yaptıkları aktiviteler sorulduğunda, kadınların %67'si, erkeklerin yaklaşık %82'si arkadaş/komşularıyla sohbet ettiklerini, kadınların %12'si, erkeklerin %11'i Kur'an Kursu'na gittiklerini belirtmişlerdir.

Odak grup görüşmelerde, erkeklerin ve kadınların üreme sağlığı konusunda bilgilerinin yeterli olmadığı görülmüştür. Erkekler, askerde sınırlı bir üreme sağlığı eğitimi aldıklarını ifade etmektedirler.

*“Aslında bir kere tek anlattılar da, o da bir saat filan sürdü, ondan da bir şey anlamadık, yani yeterli değildi.”* (25 yaş üstü evli erkek)

Gençlerin çoğunluğunun üreme sağlığı hakkında merak ettiklerini internet üzerinden öğrenmeye çalıştıkları görülmüştür. Bu bilgilerin okulda verilmesinin iyi olacağını düşünen gençler, bunun kadınlara ve erkeklere ayrı ayrı ortamlarda verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

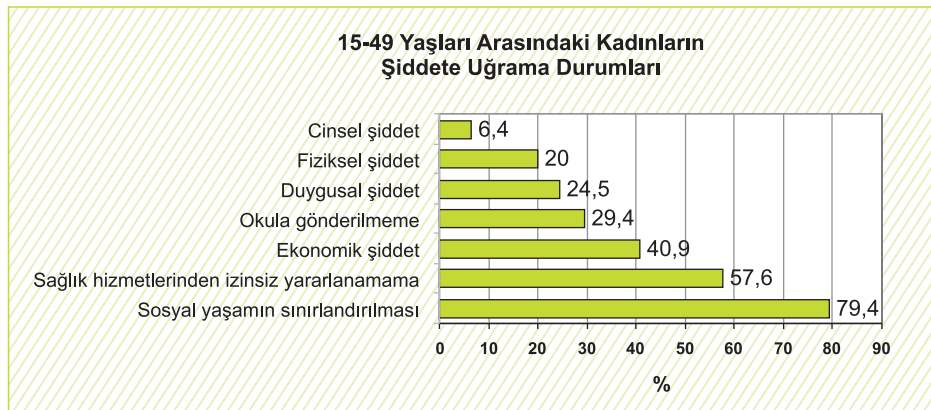
*“Sağlık ocağına gidilebilir ama gitmiyoruz, internet daha kolay geldiği için internette öğreniyoruz.”* (24 yaş altı bekar erkek)

*“Öğreniyoruz biz de halamızdan, teyzemizden büyüklerimizden... Şöyle diyim mesela bir olayla karşılaştığımız zaman, arkadaşlarımızla böyle oturup konuşuyoruz, yani onlar bizden birazcık büyük oldukları için onlarla bu konuyla ilgili konuşuyoruz ilerde böyle sıkıntılar olur diye anlatıyorlar. En çoğunu televizyondaki doktorlardan görüyoruz.”* (24 yaş altı bekar kadın)

## ● Aile İçi Şiddet

Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesi Bildirgesi (1993), kadına karşı şiddeti, “kamusal veya özel hayatta kadının fiziksel, cinsel veya ruhsal zarar görmesi veya sıkıntı çekmesi ile sonuçlanan veya sonuçlanması olası herhangi bir cinsiyet temelli şiddet eylemi, belirtilen eylemlerle tehdit, özgürlüğün baskılanması veya keyfi olarak kısıtlanması” olarak tanımlamaktadır.<sup>15</sup>

Kadına yönelik şiddet, ciddi fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara yol açması nedeniyle, dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olması yanı sıra, sosyal hizmet sorunu, hukuk sorunu, eğitim sorunu, dolayısıyla insan hakkı sorunudur. Şiddete uğrayan kadınlarda fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar, dünya genelinde kadınların %16-52'sinin hayatlarının herhangi bir döneminde aile içi şiddete maruz kaldıklarını göstermektedir.<sup>15</sup> Ekonomik, politik ve toplumsal etmenlerin yanı sıra, bazı psikolojik etmenler de kadınların şiddete daha fazla maruz kalmalarına, şiddet karşısında savunmasız kalmalarına ve ciddi örselenmelerine neden olmaktadır.



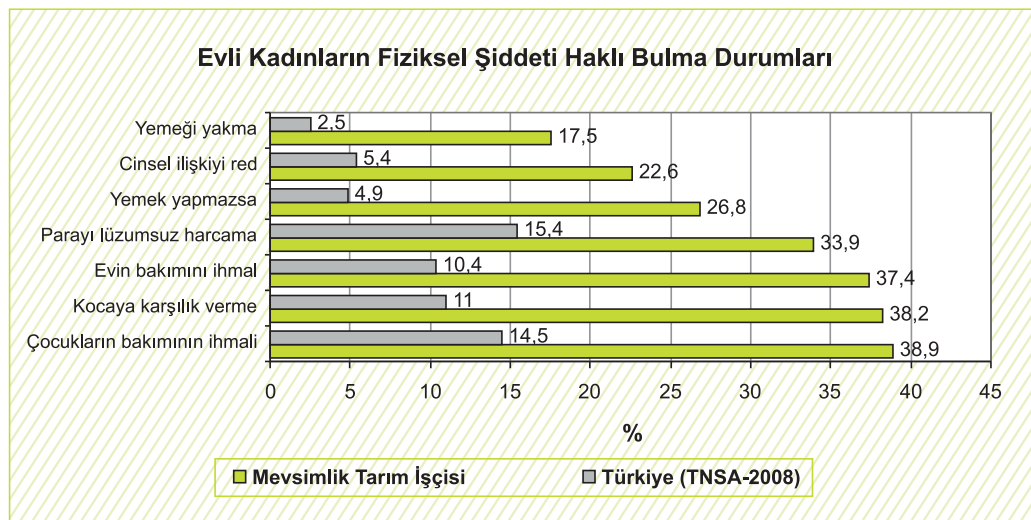
Elinizdeki araştırmada her iki kadından biri hayatlarının herhangi bir döneminde fiziksel, duygusal, ekonomik ya da cinsel şiddete uğradığını belirtmiştir (fiziksel %20, duygusal %24,5, ekonomik %40,9, cinsel %6,4). Her iki kadından biri sağlık hizmeti almaya izinsiz gidemeyeceklerini, üç kadından biri de okula gitmesine izin verilmediğini ifade etmiştir. Evli olmayan kadınlar anne, baba ve ağabeylerinden şiddet gördüklerini bildirirlerken, evlilerde şiddeti uygulayan çoğunlukla eştir.

Şiddet sonrası her beş kadından birinin yaralandığı, yaralananların da yaklaşık yarısının hastaneye götürüldüğü, üç kadından birinin sağlık personeline şiddete uğradığını söylediği saptanmıştır. Çoğunlukla aile ve yakınlarından yardım istediğini bildiren her on kadından biri sorununun çözümlendiğini söylemiştir.

Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet araştırmasında da, evli kadınların %39'u hayatlarının herhangi bir döneminde eşinden ya da partnerinden fiziksel şiddete, %44'ü duygusal şiddete, %7'si cinsel şiddete uğradığını belirtmiştir.<sup>16</sup>

Araştırmada kadın ve erkeklerin şiddete yönelik tutumlarını belirlemek üzere katılımcılara bazı önermeler okunmuş ve bunlarla ilgili fikirleri sorulmuştur. 15-49 yaşları arasındaki her üç kadından biri, fiziksel şiddete maruz kalınmasına ilişkin en az bir nedeni haklı bulmuştur. Bunlar, kadının evin ve çocukların bakımını ihmal etmesi, eşine karşılık vermesidir.

TNSA ile karşılaştırıldığında MTİ kadınlar verilen önermelere ilişkin fiziksel şiddeti daha fazla doğru bulmaktadırlar. Yaklaşık her üç erkekten biri de “evin bakımını ihmal etme” (%21,1), “çocukların bakımını ihmal etme” (%32,8), “eşine karşılık verme” (%36,4) durumunda kadına uygulanan şiddeti haklı bulduğunu söylemiştir.



Odak grup görüşmelerine göre kadın olmak bölgede şiddete maruz kalmalarının en önemli belirleyicisidir.

**“Genelde sağlık konusunda çok sıkıntı oluyor. Cinsel ilişki kız küçük erkek büyük olduğundan o ilişki olmadı mı boşanmalar oluyor, kocasını tatmin etmediği takdirde erkekte dayağa başvuruyor hocam. Yaralama oldu mu hastaneye gidilmiyor, bizim bu bölgede çok yaşıyor.”** (24 yaş altı bekar kadın)

Şiddet deyince daha çok kocalarının kendilerine yaptığı fiziksel şiddeti ön plana çıkarmış olsalar da, görüşülen kadınların çoğunluğu şiddetin hemen her türüne maruz kaldıklarını açıkça ifade etmişlerdir.

**“Şiddet deyince aklıma rezillik, yokluk, hakaret, dayak geliyo.”** (25 yaş üstü evli kadın)

**“Valla ben rezillik olarak anlıyorum, ekonomik şiddet ben çocuklarımla gidiyom Adana’ya çalışıyorum, para getiriyorum eve, eşim çalışmıyor alıyor paraları harcıyor, bize bakmıyor, biz bir şey söyleyince bizi dövüyor, ben de diyorum biz de arkadaşlar gibi evimizi yapalım, evim bozuk iki odası var diyorum, ev yapalım o da diyor senin benle işin yok.”** (25 yaş üstü evli kadın)

**“Benim kocam benim üstüme iki tane eş getirdi, evi sattı gitti eş aldı.”** (25 yaş üstü evli kadın)

**“Benim belde fitik var, ben diyem çalışmıyem, o diyor yapacaksın, yapmazsan yemek yok sana, mecbur çalışık, beni doktora götür diyem yok götürmem diyi.”** (25 yaş üstü evli kadın)

**“Ben de eşimden hakaret görüyorum, biz yaşlanmışız hala daha tarlada çalıştırıyor, hareket ediyor.”** (25 yaş üstü evli kadın)

Şiddete maruz kalan kadınlar, yasal olarak polis veya jandarmaya başvurmaları durumunda işin çok daha ciddi boyutlara varacağını; dolayısıyla bu yöndeki bilgilerine rağmen hiçbir kimseye başvurmadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca şiddete maruz kalan kadınların, aileler arasında herhangi bir tartışma veya kavgaya sebebiyet vermemesi için ellerinden geldiğince bunu ailelerine söylemedikleri görülmektedir.

**“Dövdüler mi ben diyim kimsem yok, benim bir kardeşim var, ona söylesem gelecekler kavga edecekler, ben istemiyem, kimseye söylemiyem, ya Allah ya sabır, başka ne yapalım, gidecek yerimiz yok.”** (25 yaş üstü evli kadın)

## Araştırma Sonuçlarına Dayalı Öneriler

Mevsimlik Tarım İşçileri sağlığın temel belirleyicisi olan barınma, gıda, ulaşım olanakları ve üreme sağlığı hizmetleri başta olmak üzere temel sağlık hizmetlerine erişim ile tarımdaki mesleki riskler açısından dezavantajlı durumdadır. Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, yaşanılan il, tarım işçiliği süresi ve etnik köken sağlık ve sosyal sorunların sıklığını etkilemektedir.

### 1. Bireysel güçlendirme

*Mevsimlik tarım işçilerine sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma, üreme sağlığını geliştirme ve aile içi şiddetin önlenmesine yönelik olarak:*

- 1.1. Akranların ve rol modeli alınan kişilerin eğitimi yoluyla sağlık bilgisinin yaygınlaştırılması (tarlalarda sağlıklı yaşam alanı oluşturma, risk faktörlerini tanıma ve kontrol altına alma, hizmete erişme yolları, kadına yönelik aile içi şiddet vb.);
- 1.2. Tarım işçilerinin yoğun olduğu yerleşim alanlarında mevsimlik tarım işçileri için temel risk faktörleri ve başa çıkma konusunda düzenli sağlık eğitimi programlarının yapılması (görsel ve işitsel);
- 1.3. Aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri tarafından sağlık eğitimi programlarının yapılması ve sağlık eğitimine yönelik donanımların sağlanması (ASM'lere televizyon ve videonun zorunlu hale getirilmesi ve bu gruba yönelik kısa filmlerin hazırlanarak sürekli gösterilmesi);
- 1.4. GSM şirketleri ile işbirliği yapılarak cep telefonlarıyla destek hatlarına ücretsiz erişimin sağlanması, tarım çalışanları hattının kurulması, bilgiye erişimin kolaylaştırılması amacıyla sesli kısa sağlık mesajlarının gönderilmesi;
- 1.5. Nüfus kaydının ve kimlik numarasının önemi, gebe-bebek izlemlerinin neden yapılması gerektiği gibi hizmete erişimi artırma amaçlı el broşürlerinin hazırlanması ve dağıtılması;
- 1.6. Özellikle kadınlar başta olmak üzere tarım çalışanlarına yönelik paket radyo programlarının hazırlanması ve tarım işçilerine radyo dağıtılarak bilgiye erişimin sağlanması.

## 2. Sağlık sisteminin güçlendirilmesi

*Mevsimlik tarım işçilerinin sağlık hizmetlerine sürekli erişimini sağlamak ve ihtiyaçlarına uygun sağlık sistemini geliştirmek amacıyla;*

2.1. Aile hekimliği veri tabanına kişinin mevsimlik tarım işçisi olup olmadığının ve göç bilgisinin eklenmesi;

2.2. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına mevsimlik tarım işçüsü sağlığı eğitimlerinin verilmesi;

2.3. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına şiddeti önleme ve kontrollerini arttırmaya yönelik güçlendirici eğitimlerin verilmesi;

2.4. Mevsimlik tarım işçilerinin yoğunluğunun fazla olduğu yerleşim alanlarına toplum sağlığı merkezlerinin açılması, bu merkezlerde sosyal hizmet uzmanı ve psikolog istihdamının sağlanması;

2.5. Sağlık araçlarının eğitimi ve aile hekimliği sistemine entegrasyonu;

2.6. Üreme sağlığı eğitimi modüllerine tarımda çalışanların karşılaştıkları risklerin entegre edilmesi (Öyküye mevsimlik tarım işçüsü olup olmadığı, kişisel koruyucu kullanıp kullanmadığı; danışmanlığa kişisel koruyucu kullanımı, arazi tipi tuvalet yapma, su klorlama vb);

2.7. Sağlık, eğitim ve sosyal hizmet çalışanlarının mezuniyet öncesi eğitimlerine mevsimlik tarım işçiliğine yönelik en az dört saatlik eğitimin entegre edilmesi;

2.8. Tarım işçiliğinin yoğun olduğu yerleşim ve çalışma alanlarında sunulacak gezici sağlık hizmeti yoluyla temel sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması;

2.9. Sağlık hizmeti talebini güçlendirmek üzere, MTİ ile sağlık hizmet sunucuları arasında kolaylaştırıcı rol üstlenecek araçlardan yararlanılması.



### 3. Toplumunu güçlendirme

*Mevsimlik tarım işçilerinin sağlıklarını geliştirmek, üreme sağlığı ve aile içi şiddete yönelik olarak toplumsal desteği arttırmak amacıyla;*

- 3.1. Yarıcı/elçilerin sağlığı koruma, geliştirme ve sağlıklı yaşam alanı oluşturma konusunda eğitimleri;
- 3.2. Mevsimlik Tarım İşçileri Derneği gibi konu ile ilgili sivil toplum kuruluşlarının yaygınlaşması ve güçlendirilmesi;
- 3.3. Farkındalığı ve desteği artırmak üzere imamların ve Kur'an kurslarında görev yapan din görevlilerinin eğitimi;
- 3.4. Farkındalığı ve desteği artırmak üzere muhtarların eğitimi;
- 3.5. Farkındalığı ve desteği artırmak üzere tarım işverenlerinin eğitimi.

### 4. Sektörler arası işbirliği

*Mevsimlik tarım işçilerinin sağlığını geliştirmek, sosyal hizmetler ve eğitim hizmetleri başta olmak üzere kamu hizmetlerine erişimlerini sağlamak amacıyla;*

- 4.1. Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde öncelikle araştırma komisyonu, ardından alt komisyon/çalışma komisyonu kurulması için savunuculuk çalışmaları;
- 4.2. Tarlalarda barınma koşullarının iyileştirilmesi için yerel yönetimlerin kırsal alan çalışmalarına tarım işçilerinin su, tuvalet gibi ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik alt yapı çalışmalarını entegre etmesi;
- 4.3. Mevsimlik tarım işçilerinin iş sağlığı hizmetleri kapsamına alınması ve bu konudaki çalışmaların proje temelli olmaktan çıkarılıp sistemli ve sürekli yürütülmesinin sağlanması için gerekli yasal süreçlerin hazırlanması, uygulanması ve denetimi;
- 4.4. Risk altındaki aileleri belirlemek amacıyla Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri tarafından mevsimlik tarım işçisi ailelerin sosyal incelemelerin yapılması ve uygun hizmetlerle desteklenmeleri;

- 4.5. Özel sektör işbirliklerinin ve sosyal sorumluluk projelerinin geliştirilmesi;
- 4.6. Mevsimlik tarım işçilerinin ADNKS kayıtlarının eksiksiz sağlanması;
- 4.7. Yarıcı/elçilerin de işveren/ işgücü kayıt sistemine dahil edilmesi;
- 4.8. Okuma-yazma kurslarının yaygınlaştırılması;
- 4.9. Tarım alanlarında özellikle küçük çocuklar için güvenli yaşam alanlarının oluşturulması (oyun alanı, oyun çadırı vb);
- 4.10. Tarım alanlarında ve mevsimlik tarım işçilerinin yaşadığı mahallelerde tiyatro, sinema, konser gibi sosyal destek programlarının yapılması;
- 4.11. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından MTİ' ne yönelik politika, uygulama ve izleme araçlarının geliştirilmesi;
- 4.12. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı tarafından yürütülen tarım işgücünü geliştirme ve zenginleştirme programları ile işbirliği yapılarak sosyal hizmetlere erişim programlarının kurumsallaştırılması.

## 5. Farkındalık ve Savunuculuk Çalışmaları

*Mevsimlik tarım işçilerinin sorunlarının görünürlülüğünün artırılmasına yönelik olarak;*

- 5.1. Yerel medya duyarlandırma ve haber yapılmasını özendirme çalışmaları;
- 5.2. TRT GAP ve TRT 6 ve TRT' de Arapça kuşak programlar;
- 5.3. Yerelde Mevsimlik Tarım İşçileri Günü ve Haftası şeklinde etkinlik takvimi geliştirilmesi.



**Mevsimsel Tarım İşçisi Ailelerin İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi Araştırması'ndan Saptanan Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH) Göstergeleri**

BK Hedefi	BKH Göstergesi	MTI	TÜRKİYE
1. Aşırı yoksulluğu ve açlığı ortadan kaldırmak	Yoksul insanların oranını yarıya indirmek		
	Yoksul hane yüzdesi	%58,2	%18,08 <sup>1</sup>
2. Herkesin ilköğretimi tamamlamasını sağlamak	Tüm erkek ve kız çocuklarının ilköğretimi tamamlamalarını sağlamak		
	Okur-yazar olmayan nüfus	Erkek %6,9; Kadın %20	Erkek %2,2; Kadın %9,9 <sup>2</sup>
	İlköğretimde net okullaşma oranı	Erkek %78,4; Kadın %73,8	Erkek %98,6; Kadın %98,22 <sup>2</sup>
	15-49 Yaş grubu kadınlarda okula gitmeme oranı	%72,1	%16,9 <sup>3</sup>
3. Cinsiyet eşitliğini teşvik etmek ve kadının güçlendirilmesini sağlamak	2005 yılına kadar ilk ve 2015 yılına kadar ortaöğretimde cinsiyet eşitsizliğini ortadan kaldırmak		
	İlköğretimde cinsiyet farklılığı indeksi	0,94	0,98 <sup>3</sup>
	Ortaöğretimde cinsiyet farklılığı indeksi	0,68	0,88 <sup>3</sup>
4. Çocuk ölümlerini azaltmak	2015 yılına kadar beş yaş altı çocuk ölümlerini üçte iki oranında azaltmak		
	Beş yaş altı ölüm hızı	%74,8	%24,0 <sup>3</sup>
	2015 yılına kadar anne ölümlerini dörtte üç oranında azaltmak		
5. Anne sağlığını iyileştirmek	Kaba ana ölüm oranı (2007-2011 5 yıllık)	Yüzbinde 153	Yüzbinde 28,5 <sup>4</sup>
	Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanma	%46,2	%73 <sup>3</sup>
	Doğum öncesi bakım almama	%25,6	%7,8 <sup>3</sup>
	Ortalama ilk evlenme yaşı	Kadın 18,4 ; Erkek 21,8	Kadın 23,2; Erkek 26,5 <sup>2</sup>
	15-19 yaşlarında çocuk doğuran adölesanlar	%7,2	%3,9 <sup>2</sup>
6. HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele etmek	2015 yılına kadar HIV/AIDS hastalığının yayılmasını durdurma		
	HIV/AIDS duyma oranı	%21,5	%88,1 <sup>5</sup>
	Kondom kullanma oranı	%13,5	%14,3 <sup>3</sup>
7. Çevresel sürdürülebilirliği sağlamak	2015 yılına kadar güvenli içme suyuna sürdürülebilir erişimi olmayan insanların oranını yarıya indirmek		
	Kırsalda/tarlada içme suyuna erişen hane oranı	%33	%88 <sup>3</sup>
	Başta bilgi ve iletişim olmak üzere yeni teknolojilerden yararlanmayı sağlamak		
	100 hane başına bilgisayar sayısı	%9,6	%49 <sup>3</sup>
8. Kalkınma için küresel ortaklık kurmak	100 hane başına internet sayısı	%2,6	%32,8 <sup>3</sup>

<sup>1</sup>TÜİK, Hanehalkı Bütçe Araştırması; <sup>2</sup>TÜİK, İstatistiklerle Kadın,2011; <sup>3</sup>TNSA 2008; <sup>4</sup>Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Araştırması,2005; <sup>5</sup>TNSA 2003

## Kaynaklar

1. World Health Organization (2003). Social determinants of Health: The Solid Facts. (Eds: Richard Wilkinson, Michael Marmot). 2. edition. International Centre for Health and Society, Denmark.
2. Berkman LF, Kawachi I. Social Epidemiology. Oxford University Press 2000.
3. Hurst P, Temrine P, Karl M. Agricultural Workers and Their Contribution to Sustainable Agriculture and Rural Development. 2007, International Labour Organization, Food and Agriculture Organization, International Union of Food, Agricultural, Hotel, Restaurant, Catering, Tobacco and Allied Workers' Associations.
4. Donham KJ, Thelin A. Agricultural Medicine Occupational and Environmental Health for the Health Professions. Blackwell Publishing All right reserved, 2006; 3-27, 381-407.
5. Keleher H, MacDougall C, Murphy B. Understanding Health Promotion. Oxford University Press, 2007.
6. World Health Organization. An Official Journal of the International Union for Health Promotion and Education 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, 2005 (Erişim Tarihi: 04.04.2010)
7. World Health Organization. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap , World Health Organization, Nairobi, 2009 (Erişim tarihi: 08.04.2010)
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
9. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978; 6-12 (Erişim Tarihi: 24.04.2010)
10. Kreipe RE., McAnarney ER. "Psychosocial aspects of adolescent medicine". Semin Adolesc Med. 1985 Mar; 1(1):33-45.
11. Bertan M. Introduction. In: Adolescence and Adolescent Reproductive Health. International Children's Center, Meteksan AŞ, Ankara, 2003; 118-123.
12. 2007 Türkiye Gençlerde Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması. Nüfusbilim Derneği ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu. Ankara
13. TÜİK, Aile Yapısı Araştırması 2006
14. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. <http://www.ozurluveyasli.gov.tr/tr/html/305/Turkiye+Ozurluler+Arastirmasi+2002>
15. World Health Organization, Summary report: WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses -Geneva-Switzerland, 2005.
16. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Ankara 2009.



