

EŞİTSİZLİKLER ALTINDA TOPLUM RUH SAĞLIĞI

Nesligül Nihal OLGUN*

Toplumların ruhsal sağlığından, zihinsel iyilik halinden söz edebilmemiz için öncelikle sağlığı tanımlamak, sağlığın toplumsal, ekonomik, politik koşullarla olan ilişkisine vurgu yapmamız gerekmektedir.

Bugün yaygın olarak başvurulanan Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımına baktığımızda, sağlığın "bedensel, zihinsel ve toplumsal olarak tam bir iyilik hali" olarak tanımlandığını görürüz. Ancak DSÖ'nün yaptığı bu tanım içerisinde yer alan bazı ibarelerin yol açtığı zihin bulanıklığı nedeniyle başka tanımlar daha yapma gereği doğmaktadır. İnsanlar "tam olarak" ne zaman, nasıl, kime, neye göre "iyi" olurlar? Oldukça muğlak ve subjektif olarak tanımlanan bu sağlık kavramı beraberinde sağlığın geliştirilmesi yönünde atılacak adımlarda, eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına yönelik yürütülen mücadelede de belirsizlikler getirecektir (Belek, 1998).

Temel olarak üretim ilişkilerinin belirleyici olduğu, bedensel ve zihinsel olarak bir bütün olan sağlığı şu şekilde tanımlayabiliriz: "sağlık; soyut ve somut pek çok ürünün yaratıcısı olan insanın, toplumun üyeleriyle kolektif içinde ve her bir üyenin gereksinimini eşit olarak karşılayacak şekilde üretebilmesi, biyolojik ve zihinsel bütünlüğünün korunması ve toplumsal örgütlülük ve üretim süreciyle birlikte geliştirilmesidir" (Hamzaoğlu, 2004).

Üretici insanın gelişiminin üretim ilişkileri tarafından, daha doğrusu kapitalist üretim ilişkileri tarafından engellenmesiyle ortaya çıkan eşitsizlikler pek çok sağlık sorunu yaratmaktadır (Nalçacı ve Hamzaoğlu, 2003). Başka bir deyişle sömürüye ve rekabete dayalı kapitalist üretim tarzı, toplumsal eşitsizlikler yaratır, yarattığı bu eşitsizlikler yoksulluğu (Hamzaoğlu, 2004), yoksulluk da bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalıklar, anne ölümleri, bebek ölümleri, kalıtsal hastalıklar, sakatlıklar, ruhsal hastalıklar, intihar, alkolizm, şiddet gibi sağlık sonuçlarını ortaya çıkarır (Dedeoğlu, 2004).

* Araş. Gör. Psk. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruhsal Travma Bilim Uzmanı

İnsanın, toplumların gelişimine baktığımızda beslenme, barınma, giyinme, ısınma gibi temel ihtiyaçlarını karşılamak için doğayı üreterek dönüştüren insanın büyük çoğunluğu, bugün, tarihsel süreç içinde gelişen kapitalist üretim ilişkileri içinde yaşamını sürdürebilmek için, hayatta kalabilmek için emeğini kapitaliste satmaktadır (Nalçacı ve Hamzaoğlu, 2003; Başkaya, 2004). İnsanın ruhsal sağlığı üzerinde belirleyici olan emek, sınıfsız toplum döneminde yaratıcı, toplumsal bir nitelik taşımaktayken, insan emeğinin bir anlamı, emekçinin üretim süreci üzerinde kontrolü, çok yönlü olan emeğinin gelişebileceği bir alan varken, bugünün sınıflı toplumlarında insan, emeğine yabancılaşmış, emeği bir meta haline gelmiştir (Belek ve Nalçacı, 1992).

Ruhsal Hastalıklara İlişkin Çalışmalar

Bir toplum sağlığı sorunu olan ruhsal sorunların ve bozuklukların yaygınlıklarına, dağılımlarına, olası etkenlerine ilişkin, özellikle II. Dünya Savaşı sonrasında düzenli ve kapsamlı bir biçimde yapılmaya başlanmıştır (Belek, 1998) epidemiyolojik araştırmalar kavramsal ve yöntemsel sorunlar barındırmaktadırlar.

Örneğin, hastane yatışlarının ölçüt olarak alındığı araştırmalarda risk gruplarına ilişkin yani hastaneye yatan bireylerin, psikiyatrik bozukluk tanısı alan bireylerin, yaşları, cinsiyetleri, yerleşim bölgeleri, daha çok hangi hastalık tanısıyla hastaneye yattıkları vb. değişkenlere ilişkin birtakım veriler elde edilebilse de (Küey, Üstün ve Güleç, 1987), Belek'in (1998) de belirttiği gibi hastaneye yatan kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanabilen, sosyal güvencesi olan kişilerdir. Sosyal güvencesi olmayan, sağlık hizmetlerinden eşit derecede yararlanamayan kişiler hakkında bilgi vermez. Sağlığın belirleyicisi olan toplumsal, ekonomik politik öğeleri göz ardı eder, meseleyi bir toplum sağlığı sorunu olmaktan uzaklaştırıp yalnızca kliniğin, psikiyatri disiplinin içine hapseder.

Türkiye'de ruhsal bozuklukların toplumsal düzeyde dağılımının incelendiği çalışmalar 1960'lardan itibaren başlamıştır. Küey, Üstün ve Güleç'in (1987), 1960'lardan 1985 yılına kadar ülkemizde gerçekleştirilmiş olan, ruhsal bozuklukların toplum içindeki dağılımına ilişkin saha araştırmalarının bulgularını derledikleri çalışmalarında, yöntemsel farklılıklara ve güçsüzlüklere dikkat çekmiş ve kullanılan araç ve yöntemin gücüne bağlı olarak ededikleri güvenilir araştırma bulgularına değinmişlerdir. Buna göre konu edilen yıl aralıklarında Türkiye'de tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal sorunu olanlar %20 düzeyindedir, depresif belirtiler ve psikosomatik rahatsızlıklar oldukça yaygın, öğrenciler, işçiler gibi risk gruplarında ise yine ruhsal bozuklukların daha yaygın olduğu belirtilmiştir. Tabii sonuçlarda yine kavramsal ve yöntemsel farklılıklar, güçlükler itibarıyla bizi yal-

nızca “kadınlarda, bekarlarda, “alt sosyo-ekonomik gruplarda” ruhsal bozukluklar daha yaygındır” gibi söylemlere itmekte, sorunun filizlendiği koşullar hakkında fikir vermemektedir.

Ruhsal bozukluklar epidemiyolojisini yansıtabilecek epidemiyolojik çalışmalara gereksinim olduğu amacıyla, hazırlıkları 1993 yılında başlayan, 1997 yılında yayımlanan, Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü işbirliği ile hazırlanan, “Türkiye Ruh Sağlığı Profili” alan çalışmasına göre, hem yetişkinlere hem de çocuk ve gençlere dair bulgular ortaya konmuştur. Yetişkin nüfusta yapılan incelemeler, ruhsal hastalıkların yaygınlığını, hastalıkların yol açtığı yeti yitimini, sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkileriyle birlikte ortaya koymuş ve katılımcıların ruh sağlığı hizmetinden yararlanım düzeyine ilişkin bilgi vermişlerdir. Buna göre, en az bir ruhsal hastalık tanısı konanlar %17.2 olarak saptanırken, kadın olma yine bir risk etkeni olarak belirmiştir. En sık rastlanan ruhsal hastalık depresyon, ağrı bozukluğu, distimi, nevrasteni, sosyal fobi, özgül fobi olarak bulunurken, eğitim düzeyi arttıkça tanı oranlarının azaldığına işaret edilmiştir. Ek olarak Batıda tanı oranları en yüksekken, tüm hastalıkların il merkezlerinde daha çok görüldüğü belirtilmiştir. Kadınlarda, somatizasyon bozukluğu, distimi, nevrasteni ve panik bozukluğu tanısı alan kişilerde yeti yitiminin ve iş yapamama/işe gideme günlerinin daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Kılıç, 1997).

Bu gibi insanı merkeze alarak yapılan çalışmalar, sorunları bireysel özellikler alanına indirgemekte, yani eğitim düzeyinin artırılması, gelirin yükseltilmesi gibi bireysel düzeydeki gelişmelerle sorunların hafifletilmesini öngören sağlık politikalarının geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu politikalar, mevcut sistemin görünümünde biraz makyajla değişiklik yaratarak, aynaya yansıyanın kökeninde var olan üzerinde etkili olmamaktadır. Buradan hareketle, üretim ilişkilerini, sınıfsal yapıyı merkeze alan çalışmalara ihtiyaç vardır (Özkan, 2004; Belek, 1998).

Eşitsizliklerin Yaşam Alanlarına Yansıması ve Zihinsel Sağlık

Üretim ilişkilerinin, eşitsizliğin sağlığın belirleyicisi olduğundan söz ettik. Günümüzde genel olarak sağlık düzeyinde artış ve ortalama yaşam süresinde uzama söz konusudur. Ancak bu iyileşme ve/veya gelişme varsılların lehine olmakta, yoksulların olumsuz koşulları derinleşerek sürmekte, ortalama yaşam süresi uzayanların da yaşamları hastalıklar ve yeti yitimi içinde geçmektedir (Belek, 1998). Çünkü kapitalizmin amacı karı maksimize etmektir. Karı maksimize etmek için ücretli emeği sömürür, sömürdükçe semirir, zenginleşir, o sömürdükçe ve semirdikçe, sömürülen yoksullaşır. Sistem, emekçiyi yaşamını sürdürebilmesi için

gerekli araçlardan yoksun bırakır, hayatta kalabilme mücadelesi veren emekçiye bu durumun karşısında emeğini pazarlamak zorunda kalır (Başkaya, 2004).

Zenginlerle yoksullar arasındaki uçurumun derinleşerek arttığı günümüzde, teknolojinin müthiş bir hızla ilerlemesine rağmen açlık, işsizlik, göç, barınma sorunları, hastalıklar vb. aynı hızla devam etmektedir. Çünkü teknoloji kapitalistin hizmetindedir (Nalçacı ve Hamzaoğlu, 2003; Başkaya, 2004).

Kapitalizmin anlam kazandığı yer işçinin yaşamıdır, işçinin çalışma koşullarıdır (Belek, 2003). İşçi karı arttırmak için sürekli çalışmak ve daha çok üretmek zorundadır. Uzun çalışma süreleri, birbirini izleyen gece-gündüz vardiya değişimleri, kısalan mola süreleri, gerçekçi olmayan iş beklentileri, artan iş yükü işçinin hem bedensel hem ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu ağır çalışma koşulları beraberinde depresyon, anksiyete bozuklukları, uyku bozuklukları, dikkati toplama güçlüğü, öfke, tahammülsüzlük, somatik şikayetleri getirmektedir. Üretim ilişkileriyle doğrudan ilişkili işyeri koşulları içerisinde gelişen ruhsal belirtiler, sıkıntılar, hem işçinin doğrudan mesleki yaşamdaki işlevselliği üzerinde etkili olmakta hem de işçinin bedensel sağlığını olumsuz yönde etkileyerek genel tıbbi durumuna bağlı gelişen ruhsal şikayetler üzerinden mesleki, sosyal yaşamdaki işlevlerinde bozulmaya neden olmaktadır. Başka bir deyişle acımasız çalışma koşulları içinde gelişen uykusuzluk, dikkati toplama güçlüğü gibi ruhsal belirtiler, maden ocakları, inşaatlar, tersaneler gibi riskli, ölümlü iş kazalarının, işe bağlı yaralamaların çok sık yaşandığı, adeta kanıksandığı ve sıradanlaştığı işyerlerinde yaralanmalara, ölümlere davetiye çıkarmaktadır. Aynı zamanda işyerinde yaşanan gerilim, stres, kalp-damar hastalıklarına, kimyasal maruziyetler, kanser hastalıklarına yol açarken (La Nouvelle Revue Internationale, 1974), bu tip yaşam kalitesini düşüren, kişinin yaşama süresini kısaltan kronik hastalıklara bağlı gelişen depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal bozukluklarla birlikte gidebilmektedir. Bireyin yaşam alanlarındaki işlevselliğinin bozulmasıyla zaten yoksul olan işçinin yoksulluğu da derinleşmekte, artan eşitsizlikler sarmalında derinleşen yoksulluk sağlığı çok daha olumsuz etkilemektedir. Görüldüğü gibi bir kısır döngü vardır.

1980 asker darbesiyle birlikte uygulanan neoliberal politikalar, 24 Ocak kararlarının hayata geçirilmesi, ekonomik dönüşümle birlikte tarımsal üretimdeki düşüş ve tarımın katma değer payının toplam katma değer içinde gerilemesiyle yaşanan kırsal yoksullaşma (Özbudun ve Başokçu, 2004), istihdam sorunları, yine Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da Olağanüstü Hal uygulaması döneminde boşaltılan köyler, insanların zorla yerlerinden edilmesi, kitleler halinde göç etmeye zorlanmaları, kırsaldan, köylerden, il merkezlerine, büyükşehirilere, özellikle Batı'ya olan yoğun göç hareketini beraberinde getirmiştir.

Köylerden kentlere göç edenler, işsizlikle karşı karşıya gelmiş, kayıt dışı sektörlerde istihdam edilmiş, kentlerin gecekondu mahallelerinde sağlıksız, kötü barınma ve çevre koşullarında yaşamaya başlamış, sağlık hizmetlerine, eğitim olanaklarına erişmekte güçlük çekmiş ya da erişememiştir, çoğunluğunun sağlık güvencesi yoktur. Ek olarak kalabalık yaşam, yetersiz beslenme, kadınların ve çocukların kayıt dışı sektörlerde çalışmak zorunda kalması, ait olunan kültürden bambaşka bir kültüre geçişte yaşanan uyum ve dil sorunlarına bağlı olarak pek çok ruhsal sorun yaşanmaktadır.

Göç kapitalizmin neden olduğu yoksulluk öğelerinden biridir (Dedeoğlu, 2004). Göçün bireyin ruhsal sağlığı üzerindeki etkisini anlayabilmemiz için öncelikle bunu belirtmek gerekmektedir. Göç, kapitalist sistemdeki eşitsizlikler dahilinde kendiyile birlikte kol kola gezen zorlayıcılardan yalnızca biridir. O nedenle salt göçü durdurduğumuzda sağlık sorunlarının ortadan kalkmayacağını görebiliriz.

Diyarbakır'da göç eden ailelerle yapılan bir çalışmadan elde edilen bulgular buna güzel bir örnek teşkil etmektedir. Buna göre, kırsal kesimden Diyarbakır'a göç eden kadınların % 80'inin doğumunu ebeler yapmaktadır. Araştırmacılar göç öncesi durumu sorguladıklarında bu değer %85 olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu da demek oluyor ki kadınlar göç öncesinde de sağlık hizmetlerinden yararlanamıyorlardı (Aker, 2006).

Göç öncesinde, sırasında ve sonrasında pek çok travmatik olay yaşayan kişilerde yaygın olarak gözlenen ruhsal sorunlar, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, somatizasyon, kayıplara bağlı olarak gelişen yas tepkileridir. Bununla birlikte umutsuzluk, güvensizlik, kaygı hissetme, sinirlilik, dikkat sorunları da en sık gözlenen ruhsal sıkıntılardır (Aker, 2006).

İstihdam sorunlarının yaşandığı, işsizliğin giderek arttığı bu ortamlarda kayıt dışı sektörlerde çalışma yüzdeleri de hızla yükselmektedir. Özellikle kadınlar ve çocuklar kayıt dışında çok daha fazla yer almaktadırlar. Kayıt dışı istihdam, diğer istihdam biçimleriyle kıyaslandığında sağlık üzerindeki bozucu etkisi en güçlü olanıdır. Kayıt dışı istihdam ile sağlık arasında hem bu tip emek gücünün örtük doğası, hem akademik çevrelerce de yaygın olarak bunların inkar edilmesinden dolayı karmaşık ve zorlu bir ilişki vardır. Kayıt dışı sektörlerde çalışanlar ihtiyaçları olduğunda, kayıt dışı çalıştıklarının tespit edilmesinden ve sürgün edilmekten korktukları için de sağlık hizmetlerinden ve sosyal hizmetlerden yararlanamamakta, bu hizmetlere erişmekte gönülsüz olmaktadır. Genel olarak bu istihdam biçiminde daha kötü fiziksel ve psikososyal çalışma koşulları beklenmektedir. Buna bağlı olarak kayıt dışı sektörlerde çalışan işçiler, düzenli maaş alan, mesa-

i saatleri belli olan işçilerle karşılaştırıldığında daha çok ruhsal sorun belirtmektedirler (Muntaner, Solar, Vanroelen, Martinez, Vergara, Santana, Castedo, Kim, Benach ve the EMCONET Network, 2010).

Dünyada özellikle savaşlarda askerlerin cephede ve savaş sonrasında yaşadığı ruhsal sıkıntıların askeri psikiyatri içerisinde incelenmesiyle gündeme gelen, emperyalizmin kuşatmasındaki günümüz düzeninde artan savaşlar, afetler, kazalar, tecavüzler, göçler, vb. olaylarla yaygın olarak kullanılan, ülkemizde ise 1999 Marmara Depremi sonrasında ağırlıklı çalışılmaya başlanılan "ruhsal travma" kavramının burada nasıl yer bulduğuna bakalım.

"Ruhsal travma", savaş, afet, tecavüz, işkence, sevilen birinin ani kaybı, yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı konması gibi kişinin yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden olayları yaşamak, ya da başka bir kişinin yaşamasına tanık olmak ya da öğrenmek ve bu durum karşısında "korku, dehşet, çaresizlik" tepkilerini vermek olarak tanımlanmaktadır (Aker, 2000).

Bilinmektedir ki insan eliyle yaratılan travmaların etkisi, doğal yollarla oluşan travmalara göre çok daha ağır olmaktadır. Kapitalist üretim ilişkilerinin şekillendirdiği işyerlerindeki çalışma koşullarının bütünü insan eliyle yaratılan, süregen travma; iş kazaları, yaralanmalar, ölümlü iş kazaları ise akut travma olma niteliğini taşımaktadır. Daha ziyade tutsakların, siyasi mahkumların, toplama kamplarından sağ olarak kurtulanların yaşadıkları çerçevesinde gelişen süregen travma kavramı sömüren-sömürülen ilişkisine dikkate değer bir uyum göstermektedir. Türksöy'un (2003) yaptığı tanıma göre "süregen travmada saldırganla mağdur arasında bir ilişki vardır. Bu ilişkide saldırgan mağduru bütünüyle ele geçirir, köleleştirir. Bir insanın bir başkasını köleleştirmesini olanaklı kılan yöntemler aynıdır." Bu tanıma şöyle uyarlayabiliriz. "Kapitalistle/kapitalist üretim ilişkileriyle işçi arasında ilişki vardır. Bu ilişkide kapitalist işçiyi ele geçirir, köleleştirir. Kapitalist üretim ilişkilerinin emekçiyi köleleştirmesini olanaklı kılan yöntemler kapitalizmin hüküm sürdüğü her yerde aynıdır." Yineleyici ve sistematik bir doğası olan bu travmaya maruz kalan işçi, hayatta kalabilmek için, sistemin kendine sunduğu tüketici, ağır, yaşamsal bütünlüğünü tehdit eden bu koşulları umutsuzca kabul eder.

Toplama kamplarında kalma, savaş, aile içi şiddet, uzun süreli çocukluk çağı cinsel istismarı gibi süregen travmalarda saldırganla mağdur arasındaki ilişkide, saldırgan hem mağdurun hayatta kalmasına izin veren hem de ölümle yüzleştirendir. Kontrol saldırganın elindedir, isterse aç, susuz bırakır, isterse mağdurun temel gereksinimlerini karşılar (Türksöy, 2003). Ama mağdurun temel gereksinimleri karşıladığı andaki yaşamsal mücadelesi de oldukça güçlüdür. Yani iş yer-

lerindeki çalışma koşullarının bütününe değerlendirdiğimizde, hatta çalışma koşullarının ötesinde istihdam durumunu, biçimini değerlendirdiğimizde emekçinin yaşamsal ihtiyaçlarının denetiminin üretim ilişkilerinin egemenliğinde olduğunu görürüz.

Süregen travmaya maruz kalan kişilerde, travma bağlı gelişen kişilik değişiklikleri, depresyon, umutsuzluk, çaresizlik, öfke, kendine zarar verici davranışlar, intihar düşünceleri ve girişimleri gözlenmektedir (Türksoy, 2003; Kaptanoğlu, 2003). Ölümlü iş kazaları, yaralanmalar gibi akut travmalar sonrasında da travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete belirtileri, depresyon, kayıpların yakınılarında travmatik yas sıklıkla gözlenen ruhsal sorunlardır. Yukarıda ruhsal travmanın tanımında da değinildiği gibi travmanın etkisi sadece onu yaşayanla sınırlı değildir. Ölümlere, yaralanmalara tanık olan, durumu öğrenen diğer emekçiler, aileler, arkadaşlar düşünüldüğünde ciddi bir toplum ruh sağlığı sorunu olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

Elbette, daha önce sözü edilen, ruhsal sağlıkla kesinlikle ilişkili olan çok önemli bir unsur vardır: Emeğin yabancılaşması. Manifaktür döneminde ürünün çok sayıda parçaya ayrılarak üretilmesi, işin basitleştirilmesi, işçinin sıradanlaşması, Bant tipi üretime geçişte makinelerle daha üst düzeye ulaşmış, derinleşmiştir (Belek, 2003). Emek işçinin dışında kalmış, işçi emeğine yabancılaşmıştır. Çünkü emek, anlamlı olma, insiyatifli olma, yaratıcı olma gibi niteliklerini yitirmiştir. İşçinin üretim süreci üzerinde kontrolü yoktur. Kapitalist üretimin kişiye kazandırdığı yalnızlık, anlamsızlık, işe yaramazlık duyguları olmuştur. Bu kişilerde en yaygın olarak gözlenen ruhsal bozukluk depresyon olmaktadır, sıklıkla hayattan zevk almama, aşırı uyuma isteği, işi sevmeme gibi belirtiler görülmektedir (Belek ve Nalçacı, 1992).

Burada çok önemli bir yeri olan ruhsal sağlığın destekleyicilerinden, sosyal destek varlığı kapitalist üretim ilişkileri içinde zayıflamaktadır. Canlıları doğada vahşi yaşama karşı koruyan, hayatta kalmasını sağlayan en önemli öğelerden biri, tehlike karşısındaki birlikteliği, örgütlü mücadelesidir. Öncelikle, sosyal ilişki ağının yerleşmişliği bireylerin kendilerini daha iyi hissetmelerine yardımcı olmaktadır. İkinci olarak sosyal kaynaklar bireyi stresten ve stresin yıkıcı somatik sonuçlarından korumaya yaramaktadır (McKee-Ryan, Kinicki, Song ve Wanberg, 2005). İşçi sağlığı alanında değinilmesi gereken sosyal destek unsuru, işçi dayanışması, işçi birliği, sendikalaşma faaliyetleridir. Esnek kapitalist üretim ilişkileri içinde işçi birliği, sendika, kapitalisti hedefe götüren yolda engeldir ve ortadan kaldırılması gerekir. Çünkü işçinin tek başına yıkıcı bir sistem karşısında savaşması oldukça güçtür. İşçiyi yıldırmak, kendisine sunulanı kabullenmesini sağlamak,

çaresizliğe itmek, boyun eğdirmek, yaşadıklarının yazgısı olduğuna inandırmak amaçlanmaktadır. İşçi yalnızlaşır, diğer emekçilerle olan iletişimi sınırlandırılır, işçinin sendikal faaliyetler içinde yer alması, emekçiyi işsiz kalma tehdidiyle karşı karşıya getirir, işçinin sömüren koşullar karşısında tek başına bırakılarak güçsüzleşmesi hedeflenir.

İstihdam koşullarının, çalışma koşullarının, işçinin bütünsel yaşamı üzerinde bozucu etkileri olmaktadır. Sosyal ve kültürel bir varlık olan insan böylesine yorucu ve tüketen bir iş yaşamından sonra evine döndüğünde günden arta kalan zamanını uyumaya çalışarak geçirmekte, varlıklarının gücü çalışmalarla kanıtlanmış, çok önemli sosyal destek kaynakları olan, aile, arkadaşlarla olan birliktelik ya kopmakta ya da günün belki tek sosyal faaliyeti olan yemek saatlerine indirgenmektedir. Ağır yaşam koşulları ile baş etmede bazen de alkol kullanımı çare olmaktadır. Stresin yani "zor"un sınıflar arası göstergeleri incelendiğinde, "zor"la karşılaşan işçi sınıfı ailelerinde diğer toplumsal sınıflarla karşılaştırıldığında aile içindeki huzursuzluğun daha yaygın olduğu, eşler arasındaki iletişimin daha az olduğu, şiddet olaylarının daha sık görüldüğü ve ağır çalışma koşulları, ekonomik güçlüklerin de eşler arasındaki cinsel ilişkileri azalttığı, zevksiz bir iş haline getirdiği belirtilmektedir (İzmir Tabip Odası İşçi ve Ruh Sağlığı Çalışma Grupları, 1979).

Yukarıda sözü edilen tüm bu koşullara bağlı olarak gelişen travmalar (akut ve kronik beyin sendromları), enfeksiyonlar, zehirlenmeler, beyin ırları, elektrolit denge bozuklukları, yoksunluklar (vitamin eksiklikleri, oksijen yetersizliği, uyku yetersizliği, duygusal yetersizlikler) gibi etkenlerin de ruhsal belirtilerin gelişmesi, ruhsal hastalık tanılarının konulmasıyla kesin bir ilişkisi olduğu belirtilmektedir (Yörükoğlu, 1983).

Kentlerin kötü kesimlerinde, kötü konut ve çevre koşulları içinde yaşayan alt sınıfın yaşamdan beklentilerinin daha az olduğu ya da olmadığı, sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanmakta güçlük yaşadıkları ya da yararlanamadıklarını belirtebiliriz (İzmir Tabip Odası İşçi ve Ruh Sağlığı Çalışma Grupları, 1979).

İşsizlik

İşsizlik ve sağlık arasındaki ilişkinin incelenmesinde, işsizlik olgusunun tanımları ve işsizliğe neyin yol açtığına sorgulanması önemli bir rol oynamaktadır. İşsizlik olgusunun tarihsel gelişimine bakıldığında, sanayileşme, sınıf kavramının doğuşu, işçi sınıfının ortaya çıkışıyla başladığı görülür. Toplumun sınıflara bölündüğü bu sistemde, yani kapitalist üretim biçiminde sermaye, değişen sermaye ve değişmeyen sermaye olarak iki bileşenden oluşmaktadır. Değişmeyen sermaye

üretim araçlarının değerini, değişen sermaye emek gücünü yani işçiyi temsil etmektedir. Sermaye birikim sürecinde üretim araçlarının değeri hızla artarken, emek gücünün sermaye içindeki payının azalması, emek gücünün sermaye dışına taşmasına yol açmakta, bu da işsizlik olgusunun kaynağı olan nispi fazla nüfusu ortaya çıkarmaktadır (Çulhaoğlu, 2006). Sermayenin bu iki bileşeni arasındaki oransızlık ise, hem işsizliği körüklemekte hem de çalışanların üzerinde baskı aracı olmaktadır.

Başka bir deyişle, işsizlik yalnızca işsizler üzerinde değil aynı zamanda çalışanlar üzerinde de etkili olmaktadır. Kapitalizmde daima nüksedecek kitlesel işsizlik ve ekonomik kriz dönemlerinde kimi ekonomi politikalar, enflasyondaki artışı durdurmak için istihdam alanlarında daralmaya gitmeyi krizin etkileriyle mücadelede çare olarak görmektedir (Yılmaz, 2006). Bu da işten çıkarılmaların arttığı bu dönemlerde çalışanların baskı altında kalarak esnek, kötü çalışma koşullarını kabullenmek zorunda kalmaları anlamına gelmektedir. İstihdam alanındaki daralmalar çalışma ortamını daha da rekabetçi bir hale getirmekte, bu durum da emek gücü üzerindeki sömürüyü yoğunlaştırmaktadır.

Ekonomik kriz dönemlerinde artan travmatik nitelikli işten çıkarılmalar, kontrol edilemez bir doğada gerçekleşmektedir, işçi kimin ne zaman, nasıl, neye göre işten çıkarılacağını kestiremez. Hemen her gün mesaiye giderken “bugün de işten çıkarılan ben olur muyum?” stresi ve kaygısı içindedir. Sürekli bir tetiklilik hali yaşamakta, durumu kontrol edemediğinden yaşadığı korku ve çaresizlik derinleşmektedir. Belirsizlik, kontrolsüzlük ruh sağlığı sorunlarının artmasına, özellikle travmatik stres tepkileri ve depresyona zemin hazırlamaktadır (Aker, 2000).

İşsizlik oranlarının yüksek olduğu ve yeniden işe girme şansının düşük olduğu bir bölgede bir iş kaybetme, yeniden iş sahibi olma fırsatlarının fazla olduğu bir zamanda işsiz kalmaya kıyasla daha fazla stres yaşamakla ilişkilidir. İş arayışı sıklıkla belirsizlik ve redlerle dolu moral bozan bir süreçtir. İş arayışının başarısızlıkla sonuçlanması, iş arayışına devam eden işsiz bireylerin psikolojik sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir (McKee-Ryan ve ark., 2005).

Çalışmaların bir kısmında işsizlik ruh sağlığı sorunlarının sonucu, çoğunlukta ise ruh sağlığı sorunlarının etkeni olarak değerlendirilmiştir. İşsizlik ve ruh sağlığı arasında olumsuz bir ilişki olduğu pek çok çalışma tarafından gösterilse de aradaki mekanizmayı aydınlatmada karşılaşılan bazı kavramsal ve yöntemsel sorunlar bulunmaktadır. Buradaki temel zorluk yapılan araştırmalarda kullanılan işsizlik tanımlarıdır. İşsizlik sağlıksızlığa yol açan temel bir neden gibi görülmektedir. İşsizlik aslında bağımsız bir risk etkeni değil, temel bir risk etkeni olan sınıf farklılığının bir göstergesi, kapitalist üretim ilişkilerinin bir sonucudur (Özkan, 2006).

İşsizlik ve ruh sağlığı ilişkisini inceleyen çalışmaların çoğu bireysel düzeyde bir genellemeye izin verdiği için eleştirilmektedir. Mesela intihar ve işsizlik oranı arasında pozitif yönde bir ilişki gözleniyorsa, intihar eden işsizlerin kimler olduğunu belirlemek imkansızdır. Bu tip bir datadan nedensel bir sonuca varmak mümkün değildir. Örneğin, bir araştırmacının yürüttüğü karşılaştırmalı bir çalışmada, işsiz bir gruptaki bireylerin, karşılaştırıldığı çalışan gruptaki bireylere göre daha fazla ruhsal sorun bildiriyor ya da ruhsal şikayetlerini daha şiddetli yaşıyor olması, bu ruhsal durumdaki kötüleşmenin işsizliğin bir sonucu olduğu anlamına gelmez.

Kapitalist üretim ilişkileri içinde travmatik bir nitelik kazanan iş kaybı anksiyete, depresyon ve zayıflayan fiziksel sağlık gibi tepkilere neden olabilmektedir. Bugüne dek işsizlik ve zihinsel sağlık ilişkisini araştıran araştırmalar işsizliğin, depresyon, anksiyete, intihar, alkol-madde kullanımı, bedensel yakınmalar gibi pek çok ruh sağlığı sorununa yol açtığını belirtmektedir (Kaya ve Binbay, 2006). Kitlese düzeydeki çalışmalar, işsizlik ve mortalite, kalp hastalıkları, ruh sağlığı, aşırı alkol tüketimi ve ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma gibi göstergeler arasında pozitif yönde bir ilişki tariflemektedir (McKee-Ryan ve ark., 2005).

Elbette daha önce vurgulandığı gibi bir bireyin zihinsel ve fiziksel sağlığının iyiliği yalnızca beslenme, barınma, ulaşım, eğitim, sağlıklı ve güvenli bir çevre içinde yaşama gibi temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesiyle değil, kolektif, yaratıcı, anlamlı, çok yönlü bir emeğe sahip bir insan olmasıyla mümkün olmaktadır.

İşsizliğin nedeni toplumsal ilişkilerden ayrıştırılıp işsiz bireysel risk faktörlerine ya da kişisel özelliklerine indirgenmektedir. Burada bireyin sahip olduğu olumsuz ruh sağlığı sonuçları, işsizlikten değil, işsiz bireyin bu risk faktörlerine sahip olmasından kaynaklanmaktadır.

Çocuk İşçiliği

Çocuk sağlığı, çocuk ruh sağlığı alanında çocuk işçiliği ele alınması gereken çok ciddi bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Yine kapitalist piyasanın yoksullaştırdığı hanelerde, ailenin ekonomik ihtiyaçlarına katkıda bulunmak amacıyla, ucuz emek olması dolayısıyla çocukların çalıştırıldığı görülmektedir (Çelik, 2007). Kentsel alanlarda özellikle sokak satıcılığı, ev tabanlı üretim, çocuk bakımı ve ev içi hizmetler, düşük beceri gerektiren işçilik gibi, kuaförlük, oto tamiri, kaynak, torna tesviye gibi kayıt dışı sektörlerde ve emek yoğun işlerde çalışmaktadırlar. Ek olarak, çocuk bakımı aileye yük olduğundan kız çocukları genellikle erken yaşta evlendirilmekte, çocuklar, uyuşturucu ticareti, fuhuş gibi oldukça travmatik işlerde çalıştırılmaktadırlar. Buna bağlı olarak gelişen alkol-madde kulla-

nımları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebeliklerle birlikte karmaşık, ağır bir travmaya maruz kalmaktadırlar (Duyar, 2007; Muntaner ve ark., 2010). Bir yetişkinin gelişim düzeyine erişmemiş bedensel bütünlükleri, bir yetişkin için bile oldukça güç olan çalışma koşullarında örselenmektedir.

Sömürülen işçi, sömüren işveren ilişkisiyle birlikte, kötü beslenme (malnütrasyon), güvenilir gıdanın yokluğu, tehlikeli çalışma koşulları, sosyal izolasyon ve sağlık bakım hizmetleri, tazminat ve rehabilitasyonun olmayışı gibi diğer etkenler de ortaya çıkmaktadır. Çocukların hem fiziksel hem ruhsal gelişimlerini sekteye uğratan iş ve yaşam koşullarının uzun vadede, ileri yaşlarda çok ciddi ruhsal ve fiziksel sağlığı bozucu etkileri olmaktadır. Ancak uzun süreli psikolojik yansımaları küçümsenmemektedir. Çünkü çocuk işçiliği üzerine mevcut istatistiklerde genel olarak bu yansımalar görülmemektedir. Yaşamının ileriki bir döneminde eskiden çocuk işçiliği yapmış bir kimse bir ruh sağlığı uzmanına başvurduğunda, nadiren çocuk işçiliği ile sağlık sorunları arasında ilişkilendirme yapılmaktadır (Muntaner ve ark., 2010).

Günün büyük bir kısmını çalışarak geçiren çocuk, okula da gidememektedir. Eşitsizlikler içinde başlayan ve süren yaşam ileriki yaşlarda da okuma yazma bilme, düşük eğitim, sağlık hizmetlerinden yararlanamama gibi pek çok yoksunluk ve yoksulluk içinde devam edecektir. Eşitsizliklere ve bu eşitsizliklerin bir göstergesi olan çocuk işçiliğinin ruhsal sağlıktaki yansımaları, gelişim gerilikleri, zihinsel becerilerde gerilik, kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, travmaya bağlı kişilik değişimleri olabilmektedir.

Sonuç

Görüldüğü gibi bireysel psikiyatrik yaklaşımların etkileri son derece sınırlı, yetersiz ve işlevsizdir. Özellikle toplum temelli çalışmalara gereksinim vardır.

Bu noktada etkenlerle mücadelenin eksikliği göze çarpmaktadır. Çünkü öncelikle sosyal ve ekonomik koşulların farkında olmak, bu farkındalığı akademik ve toplumsal alana taşımak gerekmektedir. Sonuçların "yatıştırılmasından" öte sağlığın toplumsal ilişkiler, o toplumdaki üretim biçimleri içinde ele alınmasına ihtiyaç vardır. Ancak bu gerçekleştiğinde etkili sağlık politikaları geliştirilebilir.

Bu sistem içerisinde sağlık çalışanları, ruh sağlığı çalışanları da ürettikleri, ortaya koydukları ya da koymadıklarıyla, eşitsizliklerin üretilmesine ya da eşitliğin sağlanması adına yaptıkları girişimler ve çalışmalarla katkıda bulunmaktadırlar.

Sağlığın geliştirilmesi için, ruhsal bir "denge"den söz edebilmemiz için bireyin içinde yaşadığı toplumsal, ekonomik, politik koşullarda değişimin olması zo-

runludur. Bu da eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasıyla, kapitalizmle mücadeleyle gerçekleşecektir.

KAYNAKLAR

- Aker, T. (2000). Temel sağlık hizmetlerinde psikososyal travmaya yaklaşım. PAREM ve DABATEM Yayınları: İstanbul.
- Aker, T. (2006). Ruhsal süreçler açısından zorunlu göç ve yerinden edilme. TESEV Yayınları: İstanbul.
- Aker, T. (2006). Türkiye’de yerinden edilme, ruh sağlığı ve halk sağlığı:Yapılan çalışmalar, beklentiler ve engeller. TESEV Yayınları: İstanbul.
- Başkaya, F. (2004). Kapitalizm ve yoksulluk. Toplum ve Hekim, 19 (1): 10-12.
- Belek, İ. & Nalçacı, E. (1992). Endüstri psikolojisi bağlamında ruh sağlığı ve “yeni” endüstriyel ilişki biçimleri. Toplum ve Hekim, 51: 19-22.
- Belek, İ. (1998). Sınıf sağlık eşitsizlik. Sorun Yayınları: İstanbul.
- Belek, İ. (2003). İşyeri ve sağlık. Toplum ve Hekim, 18 (3): 169-174.
- Çelik, A. (2007). Dünden bugüne çocuk emeği. Toplum ve Hekim, 22 (5): 350-355.
- Çulhaoğlu, M. (2006). Kapitalizmde işsizlik: temel kavramlar üzerine. Toplum ve Hekim, 21 (2): 83-85.
- Duyar, İ. (2007). Çocuk işçiliği ve bedensel gelişim üzerine etkileri. Toplum ve Hekim, 22 (5): 344-349.
- Hamzaoğlu, O. (2004). Yoksulların sağlığı ne durumda, etken ne, sorun nasıl çözülür? Toplum ve Hekim, 19 (1): 54-57.
- İzmir Tabip Odası İşçi ve Ruh Sağlığı Çalışma Grupları. (1979). Ruh sağlığı. Toplum ve Hekim, 14: 17-26.
- Kaptanoğlu, C. (2003). Travma sonrası stres bozukluğunda tanı ve klinik özellikler. 5US Yayınları: İstanbul.
- Kaya, B. & Binbay, T. (2006). Akıl sağlığı penceresinden işsizlik. Toplum ve Hekim, 21 (2): 122-128.
- Kılıç, C. (1997). Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları, Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Küey, L., Üstün, B. & Güleç, C. (1987). Türkiye’de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. Toplum ve Hekim, 44: 16-30.
- La Nouvelle Revue Internationale. (1974). (çev.). Kapitalizm ve çalışanların sağlığı. Toplum ve Hekim, 5: 59-65.
- McKee-Ryan, F., Kinicki A. J., Song, Z. & Wanberg, C. R. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. Journal of Applied Psychology, 90 (1): 53-76.

- Muntaner, C., Solar, O., Vanroelen, C., Martinez, J. M., Vergara, M., Santana, V., Castedo, A., Kim, I., Benach, J. & EMCONET Network. (2010). Unemployment, informal work, precarious employment, child labor, slavery, and health inequalities: pathways and mechanisms. *International Journal of Health Services*, 40 (2): 281-295.
- Nalçacı, E. & Hamzaoğlu, O. (2003). Üretim ilişkileri ve sağlık. *Toplum ve Hekim*, 18 (3): 164-168.
- Özkan, Ö. (2004). Dünya bankası Türkiye’de yoksulluğu araştırıyor. *Toplum ve Hekim*, 19 (1): 27-33.
- Özkan, Ö. (2006). İşsizlik ve sağlık ilişkisinde yöntem sorunu. *Toplum ve Hekim*, 21 (2): 114-118.
- Türksoy, N. (2003). Psikolojik travma ve tanım sorunları. 5US Yayınları: İstanbul.
- Yılmaz, G. (2006). Marx’ın “yedek işgücü ordusu” kavramına, günümüz kapitalizmi tarafından getirilen “bilimsel” gerekçe: NAIRU. *Toplum ve Hekim*, 21 (2): 86-92.
- Yörükoğlu, A. (1983). Ruh hastalıklarının epidemiyolojisi. Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği: Ankara.